

LAPORAN KOMITE MUTU

Tahun 2024

Disusun oleh:

KOMITE MUTU RS



(0251)8324024



www.rsmmbogor.com



@pkjn_rsmmbogor

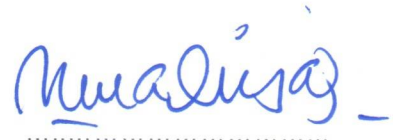
LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN KOMITE MUTU RUMAH SAKIT
TAHUN 2024
PUSAT KESEHATAN JIWA NASIONAL
RS MARZOEKI MAHDI

TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI:

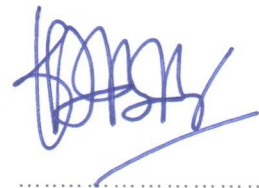
1. **Direktur Utama**

DR. dr. Nova Riyanti Yusuf, Sp.KJ.



2. **Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan**

dr. Rahmi Handayani, Sp.KJ., MARS.
NIP 196903072008012024



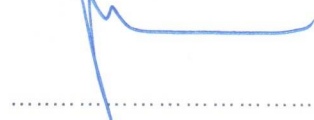
3. **Plt. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional**

Alex Sasela, SE., MM.
NIP 196504101988031002



4. **Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian**

Heru Tri Subagyo, S.Sos., MM.
NIP 196903081994031002



DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	ii
DAFTAR ISI	iii
IKHTISAR EKSEKUTIF	v
KATA PENGANTAR	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Maksud dan Tujuan Laporan	3
1.2 Ruang Lingkup	3
1.3 Sistematika Penulisan	4
BAB II ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN	6
2.1 Hambatan Tahun Lalu	7
2.2 Kelembagaan	8
2.2.1 Struktur Organisasi	8
2.2.2 Tugas dan Fungsi	10
2.3 Sumber Daya	11
2.3.1 Sumber Daya Manusia	11
2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana	12
BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA	13
3.1 Dasar Hukum	14
3.2 Tujuan, Sasaran dan Indikator	15
3.2.1 Tujuan	15
3.2.2 Sasaran dan Indikator	17
BAB IV STRATEGI PELAKSANAAN	21
4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran	22
4.1.1 Strategi Peningkatan Mutu RS	24
4.1.2 Strategi Peningkatan Keselamatan Pasien RS	25
4.1.3 Strategi Manajemen Risiko RS	25
4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Tujuan	26
4.3 Upaya Tindak Lanjut	27
4.4 Inovasi	28
BAB V HASIL KERJA	30
5.1 Realisasi Program Mutu RS	31
5.1.1 Realisasi Program Peningkatan Mutu Rumah Sakit	31
5.1.2 Realisasi Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit	33
5.1.3 Realisasi Program Manajemen Risiko Rumah Sakit	34
5.2 Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM)	36
5.3 Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)	43
5.4 Pencapaian Indikator Mutu Perbaikan Waktu Pelayanan <i>End to End</i>	49
5.5 Pencapaian Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	65
5.6 Evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK)/ <i>Clinical Pathway</i> (CP)	70
5.7 Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)	73
5.7.1 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Medik dan Keperawatan	73
5.7.2 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional	101
5.7.3 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian	130
5.8 Pencapaian Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan Rumah Sakit	136
5.8.1 Pencapaian Keselamatan Pasien Rumah Sakit	136
5.8.2 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)	139

5.8.3	Pelaporan Budaya Keselamatan Rumah Sakit	150
5.9	Pencapaian Manajemen Risiko RS	153
5.9.1	<i>Risk Register</i> dan Profil Risiko Rumah Sakit	157
5.9.2	<i>Failure Mode and Effect Analysis</i> (FMEA)	160
5.9.3	<i>Hazard Vulnerability Analysis</i> (HVA)	161
5.9.4	<i>Hospital Safety Index</i> (HSI)	163
5.9.5	<i>Infection Control Risk Assessment</i> (ICRA)	164
5.10	Akreditasi Rumah Sakit	175
5.11	Upaya Reformasi Birokrasi dan Pembangunan Zona Integritas (ZI) Wilayah Bebas Dari Korupsi (WBK)/ Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM)	179
BAB VI	PENUTUP	182
6.1	Kesimpulan	183
6.2	Rekomendasi	185

IKHTISAR EKSEKUTIF

Ikhtisar eksekutif ini memberikan gambaran umum mengenai tata kelola mutu, peningkatan keselamatan pasien, dan manajemen risiko yang dilakukan oleh Komite Mutu Rumah Sakit Marzoeqi Mahdi sepanjang tahun 2024. Sebagai rumah sakit rujukan nasional dalam bidang kesehatan mental, RS Marzoeqi Mahdi terus berkomitmen untuk memastikan kualitas layanan yang unggul, aman, dan berorientasi pada kebutuhan pasien.

Tata Kelola Mutu Rumah Sakit

Pada tahun 2024, Komite Mutu berhasil memperkuat tata kelola mutu melalui implementasi kerangka kerja berbasis data dan pengambilan keputusan yang transparan. Audit internal dilakukan secara berkala untuk memastikan kepatuhan terhadap standar akreditasi rumah sakit. Selain itu, pengembangan kapasitas tenaga kesehatan dalam memahami dan menerapkan prinsip-prinsip tata kelola mutu menjadi salah satu fokus utama.

Peningkatan Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Indikator keselamatan pasien mencatat perbaikan signifikan. Program pelaporan insiden keselamatan pasien yang lebih terstruktur berhasil menurunkan angka kejadian insiden. Edukasi keselamatan pasien yang melibatkan seluruh tenaga kesehatan, termasuk pelatihan simulasi, telah meningkatkan budaya keselamatan di rumah sakit.

Manajemen Risiko Rumah Sakit

Komite Mutu mengembangkan pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi dan memitigasi risiko potensial. Sistem manajemen risiko berbasis teknologi diujicobakan untuk memantau risiko secara *real-time*. Selain itu, evaluasi risiko dilakukan secara berkala guna memastikan efektivitas langkah mitigasi.

Tantangan yang Dihadapi

Tantangan utama meliputi keterbatasan sumber daya manusia dalam memenuhi permintaan layanan kesehatan mental yang meningkat, serta perlunya adopsi teknologi yang lebih terintegrasi untuk mendukung tata kelola mutu dan manajemen risiko. Upaya pengurangan stigma terhadap kesehatan mental juga menjadi perhatian penting.

Rencana Strategis 2025

Komite Mutu telah menetapkan tiga prioritas utama. Pertama, meningkatkan kapasitas SDM melalui pelatihan berkelanjutan dalam tata kelola mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko. Kedua, memperluas implementasi teknologi informasi untuk sistem pelaporan yang terintegrasi. Ketiga, memperkuat kerja sama dengan pemangku kepentingan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan mental.

Kesimpulan

Komite Mutu RS Marzoeqi Mahdi menunjukkan dedikasi yang kuat dalam menjaga standar pelayanan kesehatan mental melalui tata kelola mutu yang baik, peningkatan keselamatan pasien, dan manajemen risiko yang proaktif. Dukungan dari seluruh pihak akan menjadi kunci keberhasilan untuk terus memberikan layanan kesehatan mental berkualitas di masa mendatang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga laporan Komite Mutu Rumah Sakit (RS) Marsoeki Mahdi Tahun 2024 ini dapat disusun dengan baik. Laporan ini bertujuan untuk memberikan gambaran lengkap mengenai kegiatan, pencapaian, serta tantangan yang dihadapi oleh Komite Mutu dalam periode tersebut, sehingga dapat menjadi bahan evaluasi dan rujukan untuk perbaikan ke depan.

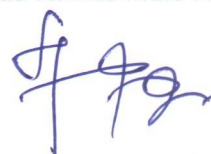
Tantangan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di era globalisasi ini semakin kompleks, terutama dengan meningkatnya ekspektasi dari masyarakat dan perkembangan teknologi yang pesat. Oleh karena itu, Komite Mutu RS Marsoeki Mahdi terus berupaya untuk menjaga standar mutu rumah sakit dan melakukan inovasi yang dapat mendukung perbaikan layanan kesehatan. Inisiatif-inisiatif strategis yang telah dilaksanakan sepanjang tahun 2024, seperti penerapan teknologi baru, pelatihan staf, dan pengembangan sistem manajemen mutu yang terintegrasi, menjadi bagian penting dari upaya tersebut.

Laporan ini menyajikan hasil dari berbagai kegiatan yang telah dilakukan, namun juga tidak menutup kemungkinan adanya hambatan yang dihadapi. Dengan demikian, langkah-langkah perbaikan dan solusi yang diambil untuk mengatasi hambatan tersebut turut disampaikan dalam laporan ini. Kami berharap bahwa informasi yang terkandung dalam laporan ini dapat memberikan pemahaman yang lebih jelas mengenai berbagai hal yang telah dilakukan oleh Komite Mutu dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.

Kami juga berharap laporan ini dapat menjadi bahan pertimbangan bagi manajemen rumah sakit, staf, serta *stakeholder* lainnya untuk terus berkomitmen bersama dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan. Melalui kerjasama yang solid dan kesadaran bersama mengenai pentingnya mutu, kita yakin bahwa rumah sakit ini akan terus berkembang dan memberikan pelayanan yang lebih baik bagi pasien dan masyarakat.

Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan kontribusi dalam setiap kegiatan yang dilaksanakan. Semoga laporan ini dapat menjadi referensi yang berguna, memberikan inspirasi, dan memotivasi kita semua untuk terus berusaha mencapai mutu layanan yang lebih baik di masa mendatang.

Bogor, 10 Januari 2024
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

Pada era globalisasi dan kemajuan teknologi yang semakin pesat, tuntutan terhadap mutu layanan kesehatan semakin tinggi. Rumah sakit, sebagai institusi yang menyediakan layanan kesehatan kepada masyarakat, dituntut untuk memberikan pelayanan yang tidak hanya cepat dan efektif, tetapi juga berkualitas tinggi. Untuk itu, Komite Mutu Rumah Sakit (KMRS) berperan penting dalam memastikan bahwa seluruh layanan yang diberikan memenuhi standar mutu yang telah ditetapkan dan terus mengalami perbaikan yang berkelanjutan. Laporan ini disusun untuk memberikan gambaran menyeluruh mengenai kegiatan, pencapaian, serta tantangan yang dihadapi oleh Komite Mutu selama periode tahun 2024.

Komite Mutu RS Marzoeeki Mahdi dibentuk dengan tujuan untuk mengelola dan memonitor mutu layanan rumah sakit melalui berbagai inisiatif yang terstruktur. Dalam upaya memastikan peningkatan mutu layanan, komite ini melakukan pengumpulan, analisis, dan pelaporan data mutu yang relevan. Pencapaian standar mutu rumah sakit tidak hanya berkaitan dengan proses operasional, tetapi juga dengan peningkatan kapasitas sumber daya manusia, fasilitas, dan teknologi yang digunakan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Oleh karena itu, laporan ini diharapkan dapat menggambarkan bagaimana Komite Mutu berkontribusi dalam menciptakan lingkungan pelayanan yang lebih baik dan aman bagi pasien.

Tahun 2024 menjadi tahun yang penuh tantangan dan peluang bagi RS Marzoeeki Mahdi. Rumah sakit ini mengalami peningkatan jumlah pasien, pengembangan layanan baru, serta penerapan teknologi medis yang semakin canggih. Selain itu, perubahan regulasi kesehatan juga mempengaruhi cara kerja dan operasional rumah sakit. Komite Mutu harus mampu beradaptasi dengan dinamika tersebut untuk menjaga dan meningkatkan standar mutu yang ada. Oleh karena itu, laporan ini juga mengidentifikasi berbagai hambatan yang dihadapi selama periode tersebut dan bagaimana solusi atau tindakan perbaikan yang telah dilakukan.

Selama tahun 2024, beberapa inisiatif strategis telah dilaksanakan oleh Komite Mutu, antara lain penerapan Sistem Manajemen Mutu (SMM) yang terintegrasi, pelatihan berkelanjutan bagi staf, audit internal dan eksternal, serta peningkatan proses operasional untuk meningkatkan efisiensi. Selain itu, komite juga fokus pada pengumpulan *feedback* dari pasien dan *stakeholder* untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan memenuhi harapan mereka. Kolaborasi yang erat antar unit di rumah sakit juga diperkuat agar setiap elemen dalam organisasi mendukung pencapaian standar mutu.

Melalui laporan ini, diharapkan dapat diperoleh gambaran yang jelas mengenai pencapaian yang telah diraih oleh Komite Mutu, serta tantangan yang perlu dihadapi untuk terus meningkatkan kualitas layanan di masa depan. Dengan demikian, laporan ini juga berfungsi sebagai alat ukur untuk mengevaluasi efektivitas strategi yang diterapkan, serta memberikan rekomendasi untuk perbaikan berkelanjutan. Komite Mutu RS Marzoeeki Mahdi berkomitmen untuk terus berinovasi dan beradaptasi dengan perubahan yang ada, demi menciptakan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan berkualitas tinggi bagi masyarakat.

1.2 Maksud dan Tujuan Laporan

Laporan Komite Mutu RS Marzoeeki Mahdi untuk tahun 2024 disusun dengan tujuan untuk mengevaluasi dan melaporkan kinerja mutu pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan selama periode tersebut. Laporan ini bertujuan memberikan gambaran yang jelas mengenai pencapaian, tantangan, dan rekomendasi perbaikan yang diperlukan dalam upaya mencapai standar mutu yang lebih baik, dengan mengacu pada tujuh dimensi mutu, yaitu aman, adil, berorientasi pasien, tepat waktu, efektif, dan efisien.

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

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

1.3 Ruang Lingkup

Laporan Komite Mutu RS Marzoeeki Mahdi tahun 2024 ini mencakup berbagai aspek yang berhubungan dengan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit selama periode laporan. Ruang lingkup laporan ini dirancang untuk memberikan gambaran menyeluruh mengenai kinerja mutu di berbagai dimensi pelayanan yang ada di RS Marzoeeki Mahdi. Berikut adalah ruang lingkup laporan Komite Mutu:

1. **Evaluasi Kinerja Sistem Manajemen Mutu (SMM)**
Laporan ini mencakup penilaian terhadap implementasi dan kepatuhan terhadap Sistem Manajemen Mutu yang terintegrasi di seluruh unit kerja rumah sakit, termasuk standar yang telah ditetapkan dan efektivitas penerapannya dalam meningkatkan kualitas pelayanan.
2. **Audit Internal dan Eksternal**
Laporan ini mencakup hasil audit yang dilakukan baik secara internal maupun eksternal untuk menilai kepatuhan terhadap prosedur operasional standar (SOP) serta peraturan yang berlaku. Evaluasi ini juga bertujuan untuk mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan.
3. **Pelatihan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM)**
Ruang lingkup laporan ini juga mencakup upaya pelatihan dan pengembangan kompetensi tenaga medis serta staf pendukung rumah sakit. Laporan akan memberikan analisis mengenai hasil program pelatihan yang telah dilaksanakan dan dampaknya terhadap kinerja mutu.
4. **Peningkatan Proses Layanan dan Kepuasan Pasien**
Laporan ini juga mengevaluasi efektivitas inisiatif peningkatan proses layanan, termasuk waktu tunggu pasien, efisiensi pelayanan, serta kepuasan pasien berdasarkan data yang diperoleh dari *feedback* pasien dan survei kepuasan.
5. **Kendala dan Tantangan dalam Peningkatan Mutu**
Laporan ini mengidentifikasi tantangan dan hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan program mutu, termasuk kendala operasional, teknis, serta faktor eksternal yang mempengaruhi kinerja mutu rumah sakit.
6. **Dampak Inisiatif dan Proyek Mutu**
Laporan ini mengukur dampak dari berbagai inisiatif dan proyek mutu yang telah dilaksanakan, baik yang bersifat jangka pendek maupun jangka panjang, dalam upaya peningkatan kualitas layanan rumah sakit.
7. **Penyusunan Rekomendasi Perbaikan**
Berdasarkan analisis yang dilakukan, laporan ini menyajikan rekomendasi perbaikan yang dapat diterapkan oleh manajemen untuk meningkatkan mutu pelayanan dan efektivitas sistem manajemen mutu di masa mendatang.

1.4 Sistematika Penulisan

Laporan Komite Mutu Tahun 2024 menjelaskan pencapaian terhadap penyelenggaraan tata kelola mutu RS periode tahun 2024. Laporan mengacu kepada upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko RS. Sistematika penyajian laporan sebagai berikut:

Bab I. Pendahuluan

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

Bab II. Analisis Situasi Awal Tahun

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

Bab III. Tujuan Dan Sasaran Kerja

Pada bab ini menguraikan tentang dasar hukum yang menjadi acuan dalam menetapkan tujuan, sasaran, dan indikator RS Marsoeki Mahdi. Tujuan yang akan dicapai mengacu kepada visi dan misi RS. Kemudian dicapai secara nyata dalam rumusan sasaran yang lebih spesifik, terukur serta berkesinambungan sejalan tujuan yang telah ditetapkan. Tingkat keberhasilan pencapaian sasaran diukur melalui indikator sasaran disertai dengan rencana target. Pengukuran indikator mengacu pada pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien. pemilihan, pengumpulan data indikator mutu. analisis dan validasi data indikator mutu. pencapaian dan upaya mempertahankan

perbaikan mutu, sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien RS (SP2KPRS), dan penerapan manajemen risiko di RS.

Bab IV. Strategi Pelaksanaan

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

Bab V. Hasil Kerja

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

Bab VI. Penutup

Pada bab ini menguraikan kesimpulan dan rekomendasi dari uraian sebelumnya.

BAB II

ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

BAB II ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

2.1 Hambatan Tahun Lalu

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

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

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

1. Subkomite Mutu

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

2. Subkomite Keselamatan Pasien

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

3. Subkomite Manajemen Risiko

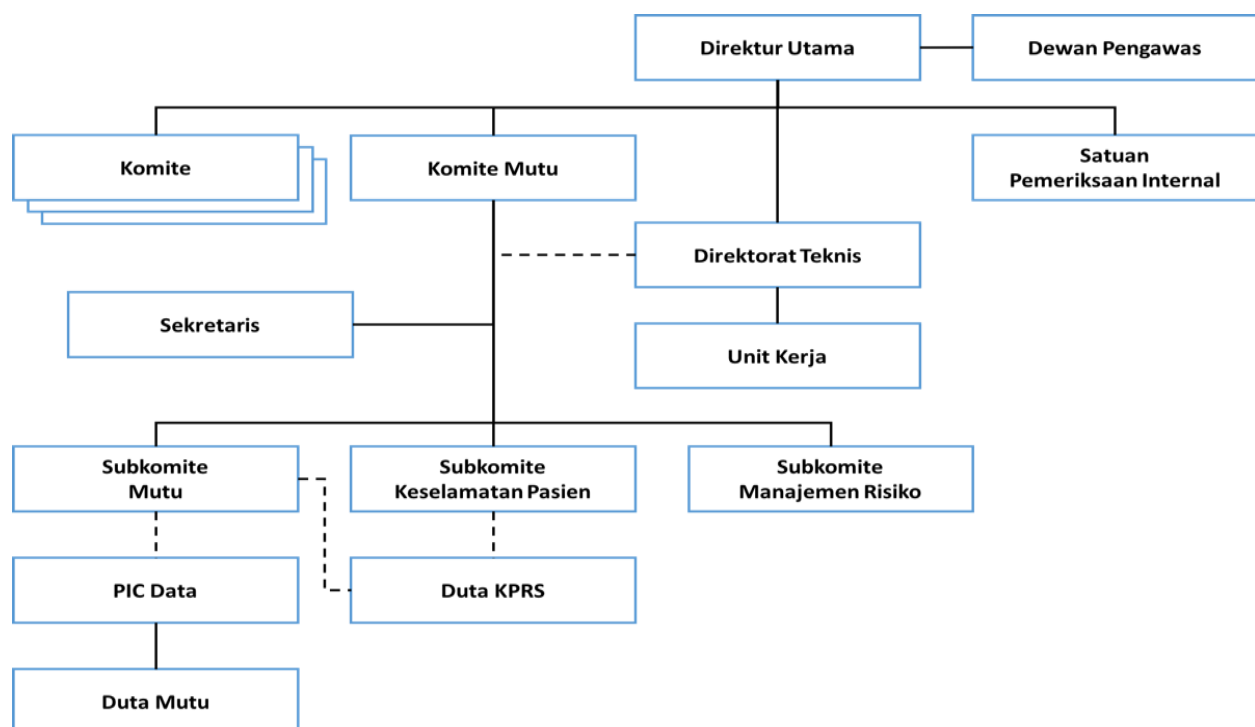
- Belum optimal melakukan pemantauan manajemen risiko unit kerja.
- Program manajemen risiko unit kerja belum terlaksana dengan optimal.
- Pendampingan manajemen risiko unit kerja belum optimal.

2.2 Kelembagaan

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

2.2.1 Struktur Organisasi

RS Marzoeqi 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 Marzoeqi Mahdi

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

1. Komite Mutu

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

A. Subkomite Peningkatan Mutu

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

B. Subkomite Keselamatan Pasien

- Ketua, sekretaris, dan anggota
- Duta KPRS

C. Subkomite Manajemen Risiko

- Ketua, sekretaris, dan anggota

2. Direktorat Teknis

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

A. Direktorat Medik dan Keperawatan

- Tim Kerja Pelayanan Medik
- Tim Kerja Pelayanan Keperawatan
- Tim Kerja Pelayanan Penunjang
- Instalasi Gawat Darurat
- Instalasi Rawat Jalan
- Instalasi Rawat Inap
- Instalasi Rehabilitasi Psikososial
- Instalasi NAPZA
- Instalasi Radiodiagnostik, Imaging, dan Elektromedik
- Instalasi Laboratorium
- Instalasi Farmasi
- Instalasi Gizi
- Unit Pemulasaraan Jenazah

B. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional

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

C. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian

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

3. Komite dan SPI

Komite Mutu melakukan koordinasi dengan Para Komite dan SPI di RS Marzoeqi 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 Marzoeqi 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 Marzoeeki 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 Marzoeeki Mahdi memiliki fungsi:

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Sumber Daya

2.3.1 Sumber Daya Manusia

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

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

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

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

2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana

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

Tabel 2.1 Sumber Daya Sarana dan Prasarana Komite Mutu Tahun 2024

No	Nama Sarpras	Tahun 2024			Ket
		Sarpras Awal	(+)/(-)	Sarpras Akhir	
1	Meja ½ (setengah) biro	4	-	4	
2	Kursi	10	-	10	
3	Meja Rapat	1	-	1	
4	Lemari arsip	6	-	6	
5	Filling Kabinet	1	-	1	
6	Komputer/PC	2	-	2	
7	Laptop	1	-	1	
8	Printer	2	-	2	
9	Scanner	2	-	2	

BAB III

TUJUAN DAN SASARAN KERJA

BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA

3.1 Dasar Hukum

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

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Bab V tentang Kementerian Negara Pasal 17 ayat (3) Setiap Menteri Membidangi Urusan Tertentu Dalam Pemerintahan.
2. Undang-Undang Nomor 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 2024 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara.
6. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952).
7. Peraturan Presiden Nomor 140 Tahun 2024 tentang Organisasi Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 250). 4. Peraturan Presiden Nomor 161 Tahun 2024 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 357).
8. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 161 Tahun 2024 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 2024 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 2024 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 2024, 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

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

1. Aman: meminimalisasi terjadinya kerugian (*harm*), cedera dan kesalahan medis yang bisa dicegah kepada mereka yang menerima pelayanan.
2. Adil: menyediakan pelayanan yang seragam tanpa membedakan jenis kelamin, suku, etnik, tempat tinggal, agama, sosial ekonomi.
3. Berorientasi pasien: menyediakan pelayanan yang sesuai dengan preferensi, kebutuhan, dan nilai-nilai individu.
4. Integrasi: menyediakan pelayanan yang terkoordinasi lintas 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: optimalkan sumber daya yang ada, tanpa pemborosan bahan.



Gambar 3.1 Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu harus menjadi bagian inti (DNA) dari sistem rumah sakit dan menjadi dasar seluruh kegiatan di RS Marzoeqi Mahdi. Secara rinci, mutu yang diterapkan harus:

1. Menjamin bahwa sistem kesehatan memiliki infrastruktur informasi dan teknologi informasi yang dapat mengukur serta melaporkan mutu rumah sakit.
2. Mengembangkan sumber daya manusia (SDM) yang memiliki kemampuan untuk memenuhi permintaan dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi.
3. Menunjukkan akuntabilitas dalam menyediakan pelayanan yang aman dan bermutu tinggi.
4. Menutup kesenjangan antara mutu yang diterima oleh pasien dan yang dapat dicapai oleh rumah sakit.
5. Mengembangkan tata kelola rumah sakit yang baik.
6. Menjamin bahwa reformasi kesehatan *Universal Health Coverage* (UHC) memperkuat mutu rumah sakit dalam sistem pelayanan kesehatannya.
7. Memperkuat kemitraan antara penyedia dan penerima pelayanan kesehatan, yang mendorong upaya peningkatan mutu.
8. Melakukan penelitian untuk peningkatan mutu pelayanan.

Tujuan penyelenggaraan tata kelola mutu adalah untuk mempertahankan mutu dan keselamatan pasien di RS Marzoeqi Mahdi. Pengaturan tata kelola mutu bertujuan untuk:

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

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

Penerapan manajemen risiko di RS Marzoeqi Mahdi bertujuan untuk:

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

Penerapan Manajemen Risiko di RS Marzoeqi Mahdi bermanfaat untuk:

1. Meningkatkan kualitas informasi untuk pengambilan keputusan.
2. Memberikan perlindungan kepada unit kerja dan staf.
3. Mengurangi dampak dari risiko yang tidak diinginkan.

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

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

3.2.2 Sasaran dan Indikator

3.2.2.1 Sasaran Program Peningkatan Mutu

Program peningkatan mutu di rumah sakit bertujuan untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien selalu sesuai dengan standar kualitas dan keselamatan yang tinggi. Berikut adalah beberapa sasaran utama dalam program peningkatan mutu di rumah sakit:

1. **Meningkatkan Kualitas Pelayanan Pasien**
Sasaran utama adalah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dengan memastikan bahwa semua proses pelayanan sesuai dengan pedoman yang telah ditetapkan, mengutamakan keselamatan pasien, serta memberikan pengalaman yang memuaskan bagi pasien.
2. **Mengurangi Variabilitas dalam Pelayanan**
Mengidentifikasi dan mengurangi variabilitas yang dapat terjadi dalam proses pelayanan, baik dalam hal diagnosis, pengobatan, maupun perawatan. Hal ini bertujuan untuk memastikan konsistensi kualitas pelayanan di setiap bagian rumah sakit.
3. **Meningkatkan Kepuasan Pasien**
Mengukur dan meningkatkan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit melalui survei dan *feedback* pasien. Sasaran ini bertujuan untuk memastikan bahwa rumah sakit dapat memenuhi atau bahkan melebihi ekspektasi pasien dalam hal kenyamanan, komunikasi, dan pelayanan medis.
4. **Meningkatkan Kompetensi Sumber Daya Manusia (SDM)**
Meningkatkan kompetensi dan keterampilan tenaga medis dan non-medis di rumah sakit melalui pendidikan berkelanjutan, pelatihan, dan sertifikasi. Program ini bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh staf memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan terbaik kepada pasien.
5. **Mengoptimalkan Proses dan Efisiensi Operasional**
Mengidentifikasi dan mengeliminasi inefisiensi dalam operasional rumah sakit, seperti dalam hal proses administrasi, manajemen ruang, pengelolaan sumber daya, dan sistem informasi. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa rumah sakit beroperasi dengan cara yang lebih efisien dan efektif tanpa mengorbankan kualitas pelayanan.
6. **Meningkatkan Akuntabilitas dan Transparansi**
Membangun sistem yang memungkinkan pengukuran dan pelaporan hasil kinerja rumah sakit dengan jelas dan transparan. Sasaran ini bertujuan untuk memastikan bahwa manajemen dan staf rumah sakit dapat dipertanggungjawabkan atas hasil yang dicapai, serta untuk menjaga kepercayaan pasien dan *stakeholder*.
7. **Menjaga Kepatuhan terhadap Standar dan Regulasi**
Memastikan bahwa rumah sakit mematuhi seluruh regulasi, standar nasional, dan internasional yang terkait dengan pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien. Sasaran ini meliputi akreditasi rumah sakit dan penerapan standar kualitas yang relevan.
8. **Meningkatkan Sistem Pelaporan dan Pengelolaan Insiden**
Meningkatkan sistem pelaporan insiden dan kejadian yang tidak diinginkan di rumah sakit, serta memastikan bahwa setiap insiden dianalisis dan ditindaklanjuti untuk mencegah kejadian serupa di masa depan. Hal ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dan staf.
9. **Mendorong Inovasi dalam Pelayanan Kesehatan**
Mendorong penerapan teknologi baru dan inovasi dalam layanan medis dan non-medis, yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan efisiensi operasional. Sasaran ini bertujuan untuk menjaga rumah sakit tetap berada di garis depan dalam hal pelayanan kesehatan yang mutakhir dan berbasis bukti.
10. **Mengembangkan Budaya Peningkatan Mutu Berkelanjutan**
Membangun budaya yang berorientasi pada peningkatan mutu berkelanjutan di seluruh rumah sakit. Program ini bertujuan untuk memastikan bahwa setiap unit dan individu di rumah sakit

berperan aktif dalam upaya peningkatan mutu dan bahwa perbaikan mutu bukan hanya sebuah proyek jangka pendek, tetapi bagian integral dari budaya rumah sakit.

Sasaran dan indikator program peningkatan mutu mengacu pada dokumen:

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

3.2.2.2 Sasaran Program Keselamatan Pasien RS

Program keselamatan pasien di rumah sakit bertujuan untuk mengurangi risiko dan bahaya yang dapat terjadi selama pemberian layanan kesehatan, serta untuk menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien dan tenaga medis. Berikut adalah sasaran utama dalam program keselamatan pasien di rumah sakit:

1. Mengurangi Insiden Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
Mengidentifikasi dan mengurangi insiden kejadian yang tidak diinginkan, seperti kesalahan medis, reaksi obat yang merugikan, atau infeksi rumah sakit, melalui penerapan standar keselamatan yang ketat dan pengawasan yang terus-menerus.
2. Meningkatkan Kesadaran dan Pendidikan Keselamatan Pasien
Menyediakan pelatihan dan pendidikan berkelanjutan kepada seluruh staf rumah sakit mengenai pentingnya keselamatan pasien, cara mencegah kesalahan medis, serta prosedur dan kebijakan terkait keselamatan pasien. Sasaran ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman staf terhadap prinsip-prinsip keselamatan dan meningkatkan kesadaran mereka dalam setiap tindakan medis yang dilakukan.
3. Menerapkan Protokol dan Standar Keselamatan Pasien
Menetapkan dan menerapkan protokol serta standar keselamatan yang diakui secara nasional atau internasional, seperti penggunaan identifikasi pasien yang benar, prosedur sterilisasi yang tepat, dan pengelolaan obat yang aman. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa setiap langkah dalam pelayanan kesehatan dilakukan dengan mempertimbangkan keselamatan pasien.
4. Memperbaiki Sistem Pelaporan Insiden dan Kejadian Tidak Diharapkan
Meningkatkan sistem pelaporan insiden dan kejadian yang tidak diinginkan di rumah sakit, serta memastikan bahwa insiden tersebut ditangani dengan cepat dan tepat. Pelaporan yang efektif memungkinkan identifikasi akar penyebab insiden dan mencegah kejadian serupa di masa depan.
5. Mengidentifikasi dan Mengelola Risiko Keamanan Pasien
Melakukan penilaian risiko secara rutin untuk mengidentifikasi potensi bahaya yang dapat mempengaruhi keselamatan pasien, serta mengembangkan strategi mitigasi risiko untuk mengurangi dampak bahaya yang mungkin terjadi. Sasaran ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan rumah sakit yang lebih aman bagi pasien.
6. Memastikan Keamanan Proses Medis dan Bedah
Menerapkan prosedur keselamatan yang ketat dalam semua aspek proses medis, termasuk pemeriksaan diagnostik, pemberian obat, dan prosedur bedah. Sasaran ini bertujuan untuk mengurangi kesalahan medis yang dapat terjadi selama proses tersebut dan memastikan bahwa setiap prosedur dilakukan dengan benar.
7. Melibatkan Pasien dalam Proses Keselamatan
Mendorong pasien untuk terlibat dalam proses keselamatan mereka sendiri, termasuk pemberian informasi yang jelas mengenai prosedur medis, penggunaan obat, dan tindakan preventif yang harus dilakukan pasien. Sasaran ini bertujuan untuk meningkatkan partisipasi pasien dalam menjaga keselamatan mereka selama berada di rumah sakit.

8. Menjamin Keamanan Lingkungan Fisik Rumah Sakit
Menyusun dan memastikan adanya prosedur yang menjamin keamanan fisik rumah sakit, termasuk pengelolaan fasilitas, pemeliharaan peralatan medis, serta kebersihan lingkungan untuk mencegah infeksi dan kecelakaan lainnya.
9. Memperkuat Kolaborasi Antar Tim Kesehatan
Meningkatkan kerja sama antar tim medis, paramedis, dan administrasi rumah sakit untuk memastikan bahwa setiap tindakan yang diambil selalu mengutamakan keselamatan pasien. Kolaborasi yang baik di antara anggota tim membantu mengurangi risiko kesalahan dan meningkatkan kualitas perawatan.
10. Melakukan Audit Keselamatan Pasien Secara Berkala
Melaksanakan audit keselamatan pasien secara rutin untuk mengevaluasi efektivitas program keselamatan yang ada, serta mengidentifikasi area yang perlu perbaikan. Sasaran ini bertujuan untuk memastikan bahwa rumah sakit tetap memenuhi standar keselamatan yang berlaku dan dapat melakukan perbaikan berkelanjutan.

Sasaran Keselamatan Pasien di RS Marzoeeki Mahdi terdiri dari:

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

3.2.2.3 Sasaran Program Manajemen Risiko RS

Sasaran program manajemen risiko di rumah sakit bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang aman, efisien, dan berkualitas dalam pelayanan kesehatan, serta memastikan bahwa semua risiko yang terkait dengan operasional rumah sakit dapat dikelola secara efektif. Berikut adalah sasaran utama dari program manajemen risiko di rumah sakit:

1. Meningkatkan Keselamatan Pasien
Mengurangi insiden yang dapat membahayakan pasien melalui identifikasi, pengelolaan, dan pengendalian risiko klinis. Program ini bertujuan untuk mencegah kesalahan medis, kejadian yang tidak diinginkan, serta meningkatkan keselamatan pasien secara menyeluruh.
2. Peningkatan Efektivitas dan Efisiensi Operasional
Mengidentifikasi risiko dalam proses operasional rumah sakit dan memastikan bahwa sumber daya yang ada digunakan secara optimal. Hal ini meliputi pengelolaan risiko yang terkait dengan jadwal, proses administrasi, fasilitas, dan sistem informasi yang digunakan dalam pelayanan kesehatan.
3. Meningkatkan Kepatuhan terhadap Regulasi
Memastikan bahwa rumah sakit mematuhi peraturan pemerintah dan standar yang ditetapkan oleh badan akreditasi atau lembaga lain terkait dengan manajemen risiko. Sasaran ini meliputi kepatuhan terhadap peraturan keselamatan kerja, keselamatan pasien, serta peraturan operasional lainnya.
4. Meningkatkan Keandalan dan Keamanan Infrastruktur Rumah Sakit
Mengidentifikasi dan mengelola risiko yang terkait dengan infrastruktur fisik dan teknologi informasi di rumah sakit. Sasaran ini bertujuan untuk memastikan bahwa fasilitas rumah sakit dan sistem teknologi informasi berjalan dengan baik dan aman, serta dapat mendukung kualitas pelayanan yang optimal.
5. Mengurangi Dampak Risiko Keuangan

Mengidentifikasi risiko yang dapat mempengaruhi stabilitas keuangan rumah sakit, seperti risiko pembayaran klaim, kerugian finansial akibat kesalahan operasional, dan biaya pengobatan yang tidak terduga. Program ini bertujuan untuk meminimalkan dampak keuangan yang dapat mengganggu kelangsungan operasional rumah sakit.

6. Pengembangan dan Pembinaan Sumber Daya Manusia (SDM)
Meningkatkan keterampilan dan kesadaran SDM dalam mengidentifikasi, mengelola, dan mengurangi risiko. Sasaran ini mencakup pelatihan mengenai manajemen risiko bagi seluruh staf rumah sakit, mulai dari tenaga medis hingga administrasi, untuk memastikan mereka mampu menjalankan prosedur dan kebijakan yang telah ditetapkan.
7. Meningkatkan Sistem Pelaporan Risiko
Mengimplementasikan sistem pelaporan yang efektif untuk melaporkan semua insiden atau potensi risiko yang terjadi di rumah sakit. Sasaran ini mencakup pengembangan dan pemeliharaan sistem pelaporan yang aman dan mudah diakses oleh seluruh staf rumah sakit, serta memastikan bahwa semua laporan diproses dengan cepat dan efektif.
8. Memperkuat Proses Audit dan Evaluasi
Melakukan evaluasi dan audit risiko secara berkala untuk menilai efektivitas pengelolaan risiko yang telah dilakukan. Program ini bertujuan untuk mengidentifikasi area yang membutuhkan perbaikan dan untuk memastikan bahwa tindakan mitigasi risiko yang diambil sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang telah ditetapkan.
9. Peningkatan Kepuasan Pasien dan *Stakeholder*
Mengelola risiko yang dapat mempengaruhi pengalaman pasien dan hubungan dengan *stakeholder* lain, seperti keluarga pasien, pihak ketiga, dan masyarakat umum. Sasaran ini bertujuan untuk memastikan bahwa rumah sakit memberikan pelayanan yang berkualitas tinggi, aman, dan memuaskan bagi semua pihak yang terlibat.
10. Mendorong Budaya Keselamatan di Rumah Sakit
Membangun dan memelihara budaya keselamatan yang positif di seluruh tingkatan rumah sakit. Sasaran ini melibatkan seluruh staf untuk aktif berpartisipasi dalam program manajemen risiko, serta menciptakan lingkungan kerja yang mendukung keselamatan pasien dan efisiensi operasional.

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

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

BAB IV

STRATEGI PELAKSANAAN

BAB IV STRATEGI PELAKSANAAN

4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

Untuk mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam laporan Komite Mutu, diperlukan penerapan strategi yang terencana, terukur, dan melibatkan seluruh pihak terkait dalam organisasi. Strategi-strategi ini akan mengarahkan RS dalam meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien, dan manajemen risiko. Berikut adalah strategi yang diterapkan untuk mencapai tujuan dan sasaran:

1. **Penerapan Sistem Manajemen Mutu yang Terintegrasi**
Strategi pertama adalah penerapan sistem manajemen mutu yang komprehensif dan terintegrasi di seluruh rumah sakit. Sistem ini harus mencakup prosedur, standar, dan protokol yang jelas serta memastikan bahwa setiap bagian dari rumah sakit mengikuti pedoman yang telah ditetapkan. Melalui sistem ini, semua kegiatan operasional rumah sakit dapat diukur dan dievaluasi dengan mudah untuk memastikan bahwa standar mutu tetap tercapai.
2. **Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM)**
Kualitas SDM merupakan faktor kunci dalam pencapaian tujuan mutu rumah sakit. Untuk itu, rumah sakit harus fokus pada pelatihan dan pengembangan kompetensi seluruh tenaga medis dan non-medis. Program pelatihan yang rutin dan evaluasi keterampilan yang terus-menerus diperlukan untuk memastikan bahwa staf memiliki kemampuan yang memadai untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi dan aman.
3. **Pemantauan dan Evaluasi Kinerja Berkala**
Untuk memastikan pencapaian tujuan mutu, pemantauan dan evaluasi berkala terhadap kinerja rumah sakit harus dilakukan. Proses evaluasi ini melibatkan pengumpulan data secara sistematis mengenai berbagai aspek layanan, seperti kepuasan pasien, tingkat kejadian infeksi rumah sakit, dan tingkat kesalahan medis. Dengan evaluasi berkala, rumah sakit dapat mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan dan segera melakukan tindakan yang diperlukan.
4. **Peningkatan Sistem Pelaporan dan Manajemen Risiko**
Penguatan sistem pelaporan kejadian tidak diinginkan (KTD) dan manajemen risiko merupakan strategi penting untuk menciptakan lingkungan rumah sakit yang lebih aman. RS harus memiliki sistem pelaporan yang memungkinkan staf untuk melaporkan insiden dengan mudah dan tanpa rasa takut. Selain itu, manajemen risiko yang baik memungkinkan rumah sakit untuk mengantisipasi dan mengurangi potensi bahaya yang dapat mengancam keselamatan pasien.
5. **Kolaborasi Tim Multidisipliner**
Kolaborasi antar berbagai tim dalam rumah sakit (dokter, perawat, tenaga administrasi, dan staf pendukung lainnya) adalah kunci dalam memastikan tercapainya tujuan mutu. Penerapan pendekatan tim multidisipliner dalam merencanakan dan melaksanakan tindakan medis, serta dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah, akan meningkatkan kualitas layanan secara keseluruhan. Tim-tim ini harus dilatih untuk bekerja secara sinergis dan terus meningkatkan komunikasi untuk mendukung mutu pelayanan.
6. **Penggunaan Teknologi Informasi untuk Pemantauan Mutu**
Teknologi informasi memainkan peran penting dalam memonitor dan meningkatkan mutu pelayanan. Implementasi sistem informasi yang canggih, seperti Elektronik Rekam Medik (ERM), dapat membantu dalam pengelolaan data pasien, memantau proses perawatan, serta meningkatkan akurasi dan kecepatan pengambilan keputusan medis. Dengan memanfaatkan teknologi ini, rumah sakit dapat memperoleh data yang lebih akurat dan terperinci dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan.
7. **Penerapan Standar Nasional dan *Best Practices***
Mengacu pada standar nasional dan *best practices* dalam pelayanan kesehatan merupakan strategi penting untuk mencapai tujuan mutu yang tinggi. RS harus mengikuti pedoman dan

akreditasi dari lembaga-lembaga akreditasi rumah sakit, untuk memastikan bahwa layanan yang diberikan memenuhi standar global dan sesuai dengan perkembangan ilmu kedokteran terbaru.

8. Membangun Budaya Organisasi yang Mendukung Mutu

Menciptakan budaya organisasi yang mendukung mutu adalah strategi yang fundamental dalam pencapaian tujuan tersebut. Rumah sakit harus membangun kesadaran di seluruh tingkatan organisasi mengenai pentingnya mutu dan keselamatan pasien. Ini mencakup peningkatan komitmen seluruh karyawan untuk selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan, serta memperkuat prinsip-prinsip kualitas dalam setiap keputusan dan tindakan yang diambil.

9. Penguatan Program Komunikasi dan Edukasi Pasien

Agar pasien terlibat aktif dalam menjaga keselamatan mereka, RS harus mengimplementasikan program komunikasi dan edukasi yang efektif. Edukasi pasien tentang hak dan kewajiban mereka, serta proses-proses yang terkait dengan perawatan yang mereka terima, dapat meningkatkan pemahaman mereka dan mendukung tercapainya tujuan keselamatan pasien.

10. Penyusunan dan Implementasi Rencana Perbaikan Berkelanjutan (*continuous quality improvement/CQI*)

Untuk memastikan pencapaian tujuan dan sasaran mutu dalam jangka panjang, rumah sakit perlu menyusun dan melaksanakan rencana perbaikan berkelanjutan. Rencana ini harus mencakup identifikasi area-area yang memerlukan peningkatan, penetapan prioritas, serta evaluasi terhadap efektivitas setiap tindakan perbaikan yang diambil. Rencana perbaikan ini juga harus disesuaikan dengan perubahan lingkungan eksternal dan kebutuhan pasien.

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

1. *Plan* (Perencanaan):

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

2. *Do* (Pelaksanaan):

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

3. *Study* (Studi/Evaluasi):

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

4. *Act* (Tindakan):

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

4.1.1 Strategi Peningkatan Mutu RS

Strategi upaya peningkatan mutu di RS Marzoeqi Mahdi adalah:

1. Menginvestasikan sumber daya untuk membangun definisi operasional dan pengukuran mutu RS. Semua standar yang diperlukan untuk menjamin mutu RS perlu dikembangkan lengkap dengan metode pengukurannya.
2. Menyediakan sumber daya dan panduan strategi peningkatan mutu dan dilakukan pengawasan secara berkala.
3. Memperbaiki pemanfaatan pembiayaan dan strategi untuk perbaikan mutu RS melalui peningkatan kapasitas dan pelatihan staf agar dapat memberikan layanan bermutu sesuai standar. Implementasi strategi ini termasuk pembuatan definisi operasional untuk setiap layanan dan melakukan pengawasan berkala.
4. Menerapkan kombinasi strategi pelaksanaan. Tidak ada strategi tunggal yang dapat berhasil optimal. Implementasi berbagai strategi berdasarkan diagnosis masalah akan sangat diperlukan untuk memecahkan masalah mutu RS.

Strategi khusus untuk meningkatkan mutu RS adalah:

1. Pimpinan aktif dalam proses penentuan dan penilaian indikator mutu.
2. Menyesuaikan indikator nasional mutu sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 30 Tahun 2024 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1596 Tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.
3. Optimalisasi SDM dan sistem yang saling mendukung dalam penyediaan data untuk pengukuran indikator mutu.
4. Pemusatan data dan informasi melalui pembangunan aplikasi SIMANDATURI untuk memudahkan pencarian dan penyediaan data.
5. Melakukan *review* profil indikator RS secara berkala.
6. Penguatan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) pada seluruh pegawai RS secara berkelanjutan.
7. Koordinasi dengan unit kerja untuk upaya *continuous quality improvement* (CQI).
8. Rapat bulanan *feedback* capaian mutu unit kerja.
9. Sosialisasi, pendampingan, dan monitoring rutin unit kerja.
10. Melakukan monitoring dan supervisi unit kerja secara rutin.
11. Ronde ruangan bersama SubKomite KPRS dan SubKomite Manajemen Risiko setiap hari Selasa.
12. Pelaksanaan dan monitoring kepatuhan serta audit penerapan PPK/CP.
13. Webinar, pelatihan, seminar, dan workshop untuk peningkatan mutu.
14. Pelaporan bulanan seluruh indikator mutu RS.
15. Pelaporan tentang program mutu RS kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas RS.
16. Pelaporan eksternal Indikator Nasional Mutu (INM) dan HAI's setiap bulan melalui aplikasi Kemkes.
17. Publikasi capaian indikator mutu RS dan laporan berkala Komite Mutu di website rumah sakit.
18. Pelaksanaan *continuous quality improvement* di seluruh unit kerja.
19. Inovasi: Aplikasi SIMANDATURI, Duta Mutu RS, dan *Department of The Month*.

4.1.2 Strategi Peningkatan Keselamatan Pasien RS

Strategi-strategi menuju keselamatan pasien RS terdiri dari:

1. Membangun budaya keselamatan pasien dengan menciptakan kesadaran akan nilai keselamatan pasien dan menciptakan budaya yang adil serta terbuka.
2. Memimpin dan mendukung staf dengan menegaskan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di RS.
3. Mengintegrasikan manajemen risiko dengan membangun sistem dan proses untuk mengelola risiko serta mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan.
4. Mengembangkan sistem pelaporan insiden yang memudahkan staf untuk melaporkan insiden secara internal maupun eksternal (nasional).
5. Melibatkan pasien dan masyarakat dalam komunikasi yang terbuka dan mendengarkan masukan dari pasien.
6. Mendorong pembelajaran tentang keselamatan pasien melalui analisis akar masalah untuk memahami insiden dan menghindari terulangnya kejadian serupa.
7. Mencegah cedera dengan implementasi sistem keselamatan pasien yang efektif.

Strategi khusus untuk mempertahankan mutu dan keselamatan pasien RS adalah:

1. Pimpinan berperan aktif dalam penentuan dan penilaian komponen/indikator mutu keselamatan pasien.
2. Menyusun dan mengevaluasi program keselamatan pasien di RS.
3. Meningkatkan peran aktif Duta KPRS.
4. Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan keselamatan pasien.
5. Webinar, pelatihan, seminar, dan workshop tentang keselamatan pasien.
6. Pelaporan bulanan sasaran keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien.
7. Pelaporan internal program keselamatan pasien kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas RS.
8. Pelaporan eksternal Insiden Keselamatan Pasien (IKP) ke aplikasi Kemkes.
9. Inovasi: Program Duta KPRS.

4.1.3 Strategi Manajemen Risiko RS

Strategi-strategi penerapan manajemen risiko RS Marzoeqi Mahdi meliputi:

1. Melakukan penilaian dan pengendalian risiko yang dapat berdampak signifikan terhadap pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.
2. Menyiapkan sarana dan prasarana yang meliputi sumber daya manusia, infrastruktur, dan prosedur operasional standar.
3. Mengintegrasikan manajemen risiko dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pertanggungjawaban program untuk mencapai tujuan dan sasaran.
4. Melakukan pemantauan terus-menerus untuk perbaikan pada pelaksanaan, pertanggungjawaban, dan perencanaan selanjutnya.

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

1. Menyusun program kerja manajemen risiko.
2. Menyusun profil risiko dan *risk register* RS.
3. Menyelenggarakan webinar, pelatihan, dan workshop mengenai manajemen risiko.
4. Penyusunan Profil Risiko RS dan FMEA melalui Kelas Kecil sesuai dengan PIC Manajemen Risiko.

4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Tujuan

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

Tabel 4.1 Hambatan dalam Pelaksanaan Tujuan

No	Hambatan
1	Man - Pemahaman mutu, budaya keselamatan, dan manajemen risiko belum optimal. - Pelaporan indikator mutu RS secara <i>real time</i> belum optimal. - Implementasi SIMANDATURI oleh <i>user</i> belum optimal. - Duta Mutu belum optimal dalam melaksanakan tugas dan fungsinya. - Budaya pelaporan IKP belum optimal dan belum tepat waktu. - Perubahan ruangan, sehingga penempatan dan keberadaan Duta KPRS tidak sesuai lagi dengan SK yang ditetapkan, ada ruangan yang Duta-nya 2 atau 3, dan ada ruangan yang sama sekali tidak ada Duta KPRS. - Apabila Duta KPRS cuti, sakit, dll, tidak lapor ke atasan langsung, sehingga pelaporan terlambat/harus diingatkan. - Pemahaman manajemen risiko belum merata. - Kekurangan SDM yang terlatih: Salah satu hambatan terbesar dalam pelaksanaan tujuan mutu adalah kekurangan tenaga medis atau staf yang memiliki keterampilan dan pelatihan yang memadai. Hal ini dapat menghambat implementasi standar mutu yang tinggi. - Rotasi tinggi atau kurangnya tenaga ahli: Adanya rotasi tenaga kerja yang tinggi atau kekurangan spesialis dapat menyebabkan ketidakteraturan dalam pelaksanaan standar mutu dan keselamatan pasien.
2	Money - Pengelolaan anggaran untuk kegiatan dan pelatihan Komite Mutu belum optimal - Pembiayaan yang terbatas: Terbatasnya anggaran dapat menjadi hambatan besar dalam pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien. Hal ini dapat mempengaruhi ketersediaan sumber daya, pelatihan SDM, dan pembelian peralatan medis. - Kurangnya alokasi dana untuk program peningkatan mutu: Tanpa pendanaan yang memadai, rumah sakit mungkin kesulitan untuk melaksanakan kegiatan yang dapat memperbaiki kualitas pelayanan, seperti pelatihan, audit kualitas, dan pembaruan peralatan. - Prioritas keuangan yang tidak tepat: Jika rumah sakit tidak memprioritaskan anggaran untuk program mutu, dapat terjadi penundaan dalam implementasi berbagai inisiatif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien.
3	Method - Pendampingan ke unit kerja secara daring dan luring belum optimal. - Sosialisasi dan edukasi belum optimal. - Metode edukasi keselamatan pasien belum optimal. - Supervisi mutu dan keselamatan pasien belum optimal. - Pengelolaan dan pemantauan manajemen risiko belum berkesinambungan. - Penggunaan tools monitoring dan evaluasi manajemen risiko belum optimal. - Pelaporan pemantauan manajemen risiko unit kerja belum terdokumentasi dengan optimal. - Proses yang tidak terstandarisasi: Jika prosedur atau metode pelaksanaan layanan medis tidak terstandarisasi dengan baik, maka hal ini dapat menurunkan kualitas pelayanan dan berpotensi menambah risiko kesalahan medis. - Ketidakkonsistenan dalam implementasi prosedur: Pelaksanaan prosedur yang tidak konsisten antara satu unit kerja dengan unit lainnya dapat mengarah pada ketidakterpaduan dalam pencapaian tujuan mutu. - Kesulitan dalam menerapkan kebijakan mutu yang kompleks: Beberapa kebijakan dan prosedur mutu yang diterapkan mungkin terlalu kompleks atau tidak sepenuhnya dipahami oleh seluruh staf, yang dapat menghambat implementasinya.
4	Materials - Masih adanya transisi demografi dan new emerging dan reemerging disease. - Sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang belum semuanya terpenuhi dan sesuai standar. - Dukungan hardware belum sesuai standar. - Keterbatasan pasokan bahan medis: Ketidakterediaan atau keterlambatan pasokan bahan medis seperti obat-obatan, alat medis, atau bahan habis pakai dapat memengaruhi kemampuan rumah sakit dalam memberikan layanan kesehatan yang optimal.

No	Hambatan
5	Machines - Manajemen persediaan yang kurang efektif: Jika bahan-bahan medis tidak dikelola dengan baik, bisa terjadi kelebihan stok pada satu waktu atau kekurangan stok pada waktu lain, yang dapat mengganggu kelancaran operasional. - Aplikasi SIMANDATURI dalam tahap pengembangan. - Pelaporan KPRS dan IKP belum terintegrasi dalam Aplikasi SIMANDATURI. - Pelaporan dan pemantauan manajemen risiko menggunakan spreadsheet. - Keterbatasan peralatan medis: Kurangnya peralatan medis yang memadai atau rusaknya alat medis dapat mengganggu proses perawatan pasien dan mempengaruhi kualitas layanan. - Keterbatasan sistem informasi: Sistem informasi yang tidak efektif atau tidak terintegrasi dapat menghambat pengelolaan data dan pelaporan yang akurat terkait mutu pelayanan kesehatan. - Kerusakan atau keterlambatan pemeliharaan peralatan: Tidak dilakukannya pemeliharaan rutin terhadap peralatan medis dapat mengganggu operasional rumah sakit dan merugikan keselamatan pasien.

4.3 Upaya Tindak Lanjut

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

Tabel 4.2 Upaya Tindak Lanjut

No	Upaya Tindak Lanjut
1	Man - Optimalisasi aplikasi SIMANDATURI oleh user secara <i>real time</i>. - Peningkatan kompetensi Komite Mutu dalam rangka optimalisasi capaian program mutu, budaya keselamatan, dan manajemen risiko melalui seminar, workshop, pelatihan, dll. - Optimalisasi layanan RS sesuai standar. - Optimalisasi peran Duta Mutu RS untuk menjalankan tupoksinya. - Optimalisasi pendampingan dan movev Subkomite sesuai dengan pembagian area yang ada. - Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan IKP tepat waktu. - Membangun budaya keselamatan RS. - Terkait Duta KPRS, Kepala ruangan diminta untuk menunjuk petugas baru untuk menjadi Duta KPRS baru sehingga movev di ruangan tetap dapat dilaksanakan. - Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan IKP tepat waktu. - Melakukan supervisi mutu dan keselamatan pasien. - Pelatihan/workshop manajemen risiko sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2019 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi Di Lingkungan Kementerian Kesehatan. - Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan risk register unit kerja tepat waktu. - Meningkatkan kesadaran pentingnya penyusunan profil risiko dan FMEA unit kerja. - Mendorong penelitian di bidang mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko. - Pelatihan dan Pengembangan SDM: Melakukan program pelatihan berkelanjutan bagi tenaga medis dan staf non-medis untuk meningkatkan kompetensi dan keterampilan mereka, sehingga dapat bekerja sesuai dengan standar mutu yang ditetapkan. - Manajemen Sumber Daya Manusia yang Efektif: Menyusun rencana suksesi dan meminimalkan rotasi staf yang tinggi dengan memberikan pelatihan spesialisasi serta mempertahankan tenaga medis yang kompeten.
2	Money - Pengelolaan anggaran untuk kegiatan dan pelatihan Komite Mutu. - Optimalisasi Anggaran: Menyusun anggaran dengan cermat dan memastikan alokasi dana yang tepat untuk program-program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, seperti pelatihan SDM, pembelian peralatan medis, dan perawatan infrastruktur. - Mencari Sumber Dana Alternatif: Mengidentifikasi dan mencari sumber dana tambahan selain anggaran internal, seperti kerjasama dengan lembaga donor atau program pemerintah yang dapat mendukung peningkatan mutu rumah sakit. - Monitoring dan Evaluasi Penggunaan Anggaran: Melakukan monitoring secara rutin terhadap penggunaan anggaran untuk memastikan bahwa dana digunakan secara efisien dan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam upaya peningkatan mutu.
3	Method - Peningkatan kompetensi Subkomite Manajemen Risiko dalam rangka optimalisasi capaian program melalui seminar, workshop, pelatihan, dll. - Pendampingan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko ke unit kerja secara daring dan luring. - Pendampingan unit kerja untuk pelaporan IKP internal dan eksternal tepat waktu.

No	Upaya Tindak Lanjut
	▪ Pendampingan dan supervisi unit kerja terkait pembuatan risk register dan FMEA. ▪ Pendampingan kegiatan manajemen risiko ke unit kerja secara daring dan luring. ▪ Optimalisasi pendampingan, monitoring, dan evaluasi tentang mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko sesuai dengan pembagian area yang ada (1 petugas: 5 area). ▪ Sosialisasi dan edukasi tentang mutu, keselamatan pasien, budaya keselamatan, dan manajemen risiko. ▪ Memodifikasi kegiatan sosialisasi dan edukasi melalui media cetak, elektronik, maupun daring. ▪ Supervisi mutu dan keselamatan pasien dijadwalkan per triwulan. ▪ Pengelolaan dan pemantauan manajemen risiko dilaksanakan setiap bulan oleh Subkomite Manajemen Risiko sesuai pembagian areanya. ▪ Optimalisasi pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan pasien di seluruh unit kerja. ▪ Pengoptimalan pemakaian tools pemantauan manajemen risiko setiap Ronde Komite Mutu. ▪ Mendorong unit kerja melakukan pemantauan dan pengelolaan manajemen risiko yang terdokumentasi dan dilaporkan setiap bulan ke Subkomite Manajemen Risiko. ▪ Standardisasi Prosedur Operasional: Menyusun dan mengimplementasikan prosedur operasional standar (SOP) yang jelas dan mudah diikuti untuk setiap jenis pelayanan medis, agar seluruh staf dapat melaksanakan tugas mereka dengan cara yang seragam dan sesuai standar mutu. ▪ Evaluasi dan Penyempurnaan Proses: Melakukan evaluasi berkala terhadap semua proses layanan untuk mengidentifikasi titik-titik masalah dan melakukan perbaikan berkelanjutan (continuous improvement). ▪ Sosialisasi dan Pelatihan Prosedur: Memberikan pelatihan dan sosialisasi secara rutin kepada seluruh staf mengenai prosedur dan kebijakan baru, serta pentingnya kepatuhan terhadap SOP yang telah ditetapkan.
4	Machines ▪ Implementasi aplikasi SIMANDATURI untuk mutu dan keselamatan pasien dilakukan evaluasi setiap bulan. ▪ Pengembangan aplikasi SIMANDATURI untuk dapat menampilkan tren capaian. ▪ Usulan pembuatan sistem untuk pelaporan insiden keselamatan pasien internal. ▪ Pengembangan aplikasi manajemen risiko pada aplikasi "Data Center RS". ▪ Pemeliharaan dan Peremajaan Peralatan: Melakukan pemeliharaan rutin serta mengganti peralatan medis yang sudah usang atau rusak, untuk memastikan kelancaran operasional rumah sakit. ▪ Investasi dalam Teknologi Informasi: Meningkatkan sistem informasi rumah sakit dengan memperkenalkan teknologi terbaru yang dapat membantu dalam pengelolaan data pasien, pelaporan mutu, dan pemantauan keselamatan pasien secara lebih efisien. ▪ Peningkatan Infrastruktur: Menyediakan infrastruktur yang memadai dan canggih untuk mendukung layanan kesehatan, serta memastikan bahwa semua alat medis yang dibutuhkan tersedia dan berfungsi dengan baik.
5	Materials ▪ Optimalisasi layanan RS sesuai standar. ▪ Penyusunan standar sarana, prasarana dan alat kesehatan sebagai pedoman dalam pemenuhan kebutuhan unit kerja. ▪ Usulan hardware untuk seluruh unit kerja. ▪ Manajemen Persediaan yang Efisien: Mengimplementasikan sistem manajemen persediaan yang lebih baik, seperti sistem barcode atau aplikasi manajemen stok untuk memastikan bahan-bahan medis selalu tersedia tepat waktu dan dalam jumlah yang sesuai. ▪ Peningkatan Kerjasama dengan Pemasok: Membina hubungan yang lebih baik dengan pemasok untuk memastikan ketepatan pasokan bahan medis dan menghindari keterlambatan yang dapat mengganggu operasional. ▪ Pengawasan Kualitas Bahan: Memastikan semua bahan medis yang diterima memenuhi standar kualitas yang ditetapkan dan aman untuk digunakan dalam pelayanan pasien.

4.4 Inovasi

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

Tabel 4.3 Inovasi Komite Mutu

No	Inovasi	
1	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	Department of The Month	▪ 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	Quality Improvement (QI) Championship	▪ Inisiatif untuk meningkatkan mutu dengan menerapkan siklus PDSA (Plan-Do-Study-Act). ▪ Tujuan: Mengidentifikasi dan mengatasi permasalahan, serta merumuskan strategi perbaikan yang berkelanjutan di unit kerja.
4	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	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.
7	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.

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 2024 adalah sebagai berikut:

5.1 Realisasi Program Mutu RS

5.1.1 Realisasi Program Peningkatan Mutu Rumah Sakit

Realisasi program peningkatan mutu Tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1 Realisasi Program Peningkatan Mutu

No	Program	Realisasi
1	Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu layanan RS.	- Telah disusun regulasi terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan RS. - Telah disusun program mutu tahun 2024.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait perbaikan mutu di tingkat RS.	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 Subkomite Mutu dengan pembagian area 1:5 (1 petugas: 5 area). - Dilakukan movev unit kerja untuk memantau penerapan mutu unit kerja. - Dilakukan supervisi mutu dan keselamatan pasien rutin tiap 6 bulan. - Dilakukan Ronde Komite Mutu yang melibatkan 3 (tiga) Subkomite yakni Subkomite Mutu, Subkomite KPRS, dan Subkomite Manajemen Risiko agar upaya perbaikan yang dilakukan lebih komprehensif.
5	Pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu.	- Pemilihan dan penetapan indikator mutu prioritas RS sesuai dengan STARKES pada layanan prioritas PDC. - Dilakukan evaluasi terhadap mutu/indikator mutu yang belum mencapai standar. - Pengukuran mutu prioritas dan tindak lanjutnya dilakukan setiap bulan. - Kunjungan Pemantauan dan Evaluasi Sistem Pelaporan INM dan IKP di Rumah Sakit pada tanggal 04 Januari 2024. - Evaluasi Pelaporan INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 06 Mei 2024. - Evaluasi INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 07 Mei 2024.
6	Fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data.	Sudah dilakukan review profil indikator untuk pemilihan dan penetapan indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit) Tahun 2024 pada bulan Oktober-Desember 2022 yang dihadiri oleh manajemen dan Kepala Unit Kerja, baik melalui rapat koordinasi maupun rapat per masing-masing bagian.

No	Program	Realisasi
7	Fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja.	- Sudah ada penetapan profil indikator mutu unit (IMP-Unit) Tahun 2024 untuk upaya perbaikan mutu berkesinambungan di unit tersebut. - Dilakukan optimalisasi implementasi dan pengembangan aplikasi SIMANDATURI. Implementasi aplikasi ini dievaluasi rutin setiap bulannya. - Pelaporan data dari unit kerja Sebagian besar sudah dilakukan dengan tepat waktu pada tanggal 5 setiap bulannya, dan sebagian lagi dikumpulkan maksimal pada tanggal 10 setiap bulannya. - Validasi data indikator mutu dilakukan untuk PIC PMKP 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.
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. - 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, Spill Kit, Hand Hygiene, dan Etika Batuk). - Memotivasi unit kerja untuk bersama-sama melaksanakan quality improvement sesuai dengan standar tiap harinya, tidak hanya saat akan mendekati akreditasi RS saja. - Melakukan monev terhadap kepatuhan pengisian rekam medik elektronik, memberi <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 journal reading yang berkaitan dengan mutu RS. - Melakukan review standar mutu RS (pelayanan, Pendidikan, dan penelitian) baik di internal Komite Mutu maupun dengan unit kerja.
12	Penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu.	Bimbingan Teknis Standar Pelayanan Minimal di FKRTL yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor pada tanggal 01 Februari 2024.
13	Penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.	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 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.2 Realisasi Program Peningkatan Keselamatan Pasien

No	Program	Realisasi
1	Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien RS.	- Regulasi mengacu pada STARKES. - Disusun program kerja keselamatan pasien RS tahun 2024.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien.	- Laporan insiden keselamatan pasien dilaporkan setiap tanggal 10 setiap bulannya. - Insiden keselamatan pasien dengan grading biru dan hijau dilakukan investigasi sederhana dan membuat rekomendasi berdasar analisis setiap insiden keselamatan pasien yang terjadi maksimal pada hari ke 7 sejak insiden. - Insiden keselamatan pasien dengan grading kuning dan merah, dilakukan Root Cause Analysis (RCA) oleh Tim RCA dan membuat rekomendasi dari insiden 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 Subkomite KPRS dan Duta KPRS melalui movev langsung ke unit kerja. - Penerapan program keselamatan pasien dipandu oleh Subkomite KPRS dengan pembagian 1:5 (1 petugas: 5 area). - Meningkatkan peran Duta KPRS yang telah berperan dalam penerapan keselamatan pasien di unit kerja. - Dilakukan Ronde Komite Mutu untuk melakukan pemantauan dan memandu penerapan program keselamatan pasien di unit kerja. - Kunjungan Pemantauan dan Evaluasi Sistem Pelaporan INM dan IKP di Rumah Sakit pada tanggal 04 Januari 2024. - Evaluasi Pelaporan INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 06 Mei 2024. - Evaluasi INM dan IKP yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 07 Mei 2024.
4	Motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien.	- Pemberian motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian melalui kegiatan movev dan supervisi yang dilaksanakan oleh Subkomite KPRS. - Konsultasi secara tidak langsung dilaksanakan melalui telepon. - Membuat sarana edukasi seperti leaflet dan spanduk sasaran keselamatan pasien. - Memotivasi PPA agar melaporkan insiden keselamatan pasien dan kejadian yang tidak mendukung budaya keselamatan 1x24 jam.
5	Pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien.	- Pengumpulan data sasaran keselamatan pasien menggunakan google spreadsheet. - Analisis capaian dilakukan pada indikator yang belum stabil capaiannya, yang belum mencapai target, dan yang sangat sulit tercapai. - Pelaporan data Duta KPRS dilakukan tepat waktu pada tanggal 03 setiap bulannya ke Subkomite KPRS untuk dilaporkan ke Komite Mutu pada tanggal 05 setiap bulannya. - Pengumpulan, analisis capaian, dan laporan beserta rekomendasi untuk meningkatkan keselamatan pasien dilakukan setiap bulan - RCA telah dilaksanakan pada insiden keselamatan pasien dengan grading kuning dan merah.
6	Pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.	- 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

No	Program	Realisasi
		Kesehatan Kemenkes RI dengan cara menginput hasil capaian indikator ke dalam aplikasi Kemkes.
7	Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien.	- Workshop “Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan” yang diselenggarakan oleh IKPRS–PERSI pada tanggal 31 Mei–01 Juni 2024 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta. - Workshop “Membangun Budaya Keselamatan Pasien. Pengukuran, Monitoring dan Evaluasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan” pada tanggal 27–28 Juni 2024.
8	Penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.	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 2024 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 subkomite manajemen risiko tahun 2024. - Program manajemen risiko disusun dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku secara terintegrasi. - Penyusunan Profil Risiko Rumah Sakit tahun 2024.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait manajemen risiko di RS.	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 Subkomite Manajemen Risiko dengan pembagian 1:5 (1 petugas: 5 area). - Melakukan kegiatan Ronde setiap hari Selasa bersama dengan subkomite lainnya untuk melakukan pemantauan kegiatan manajemen risiko unit kerja. - Melakukan kelas kecil pembuatan risk register dan FMEA unit kerja.
4	Pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya.	- Melakukan pendampingan oleh subkomite ke seluruh unit kerja untuk pembuatan profil risiko. - Profil risiko dan rencana penanganan yang disusun unit kerja masih perlu penyempurnaan. - Menyusun profil risiko RS dan rencana penanganannya.
5	Penyusunan Risk Register Unit Kerja	- Melakukan permohonan pembuatan profil risiko unit kerja berdasarkan Nota Dinas No. YM.01.02/D.XXXV/646/2024. - Melakukan pendampingan ke unit kerja dalam proses penyusunan profil risiko unit kerja. - Pengumpulan profil risiko masing-masing unit kerja dan memberikan <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 2024 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/1232/2024 tentang Penetapan Profil Risiko Tahun 2024 di RS Marzuki 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

No	Program	Realisasi
10	Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya.	- Menyusun dan mengupload dokumen-dokumen yang diperlukan dalam penilaian manajemen risiko. - Skor penilaian Manajemen Risiko pada Maturity Rating Kemenkeu adalah 5/5 - Monev pelaksanaan mitigasi unit kerja masih belum terlaksana. - Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan belum terdokumentasi dengan baik. - Memotivasi unit kerja untuk melaporkan pemantauan risiko pada tanggal 10 setiap bulannya ke Subkomite Manajemen Risiko.
11	Pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi	- Manajemen risiko pada kondisi yang tidak normal dan cepat berubah di masa pandemik Covid-19 dilakukan rapat segera. - Usulan disusun berdasarkan masukan pada Direktur, Timker, Asisten Timker, Ketua Komite, SPI dan para pihak terkait.
12	Pelaksanaan pelatihan manajemen risiko.	- Penyusunan Risk Register dan FMEA Unit Kerja melalui Kelas Kecil. - Seminar Online Zoom Risk Management ISO 31000:2018, tanggal 15 Februari 2024. - Workshop "Peningkatan Kapasitas SDM tentang Manajemen Risiko di RS", tanggal 20–22 Mei 2024 di Harris Hotel Batam Centre. - Workshop "Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan" yang diselenggarakan oleh IKPRS–PERSI pada tanggal 31 Mei–01 Juni 2024 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta
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 2024 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	2024
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%	91.66%	89.80%	92.84%	93.19%	91.87%
2	Kepatuhan penggunaan APD	100%	98.73%	98.26%	99.40%	98.41%	98.70%
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
4	Waktu tanggap <i>Sectio Caesarea emergency</i>	80%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
5	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%	64.61%	58.17%	50.30%	77.30%	62.59%
6	Penundaan operasi elektif	<5%	0.00%	0.00%	0.60%	0.00%	0.15%
7	Kepatuhan waktu visite dokter spesialis	≥80%	95.28%	91.22%	94.67%	91.10%	93.07%
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥80%	97.09%	97.00%	96.98%	97.30%	97.09%
10	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	≥80%	90.38%	89.63%	91.03%	85.60%	89.16%
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%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Pelaporan INM pada aplikasi Kemkes sudah dilakukan tepat waktu maksimal tanggal 10 setiap bulannya.
- Dari 13 indikator Nasional Mutu tercapai 11 indikator, yaitu:
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kepatuhan identifikasi pasien
 - Waktu tanggap *Sectio Caesarea emergency*
 - Penundaan operasi elektif
 - Kepatuhan waktu visite dokter spesialis
 - Pelaporan hasil kritis laboratorium
 - Kepatuhan penggunaan formularium nasional
 - Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
 - Kecepatan waktu tanggap komplain
 - Kepuasan pasien dan keluarga
- INM yang tidak tercapai ada 2 indikator yaitu:
 - Indikator "Kepatuhan penggunaan APD" dengan rerata capaian 98,70% (standar 100%).
 - Indikator "Waktu tunggu rawat jalan" dengan rerata capaian 62,59% (standar ≥80%).
- 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:

- Belum konsistennya Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam pencapaian kepatuhan penggunaan APD sesuai dengan transmisi dan indikasi yang tertuang dalam pedoman PPI.
- Mesin APM ada 1 dan hanya dapat mencetak nomor antrian, belum bisa mencetak SEP.
- SIMRS terkendala (*error*) di beberapa waktu pada aplikasi ERM di rawat jalan (TPP, Poliklinik dan Farmasi rawat jalan) sehingga menghambat waktu pelayanan.
- Petugas di TPP, Poli, dan Farmasi belum konsisten untuk meningkatkan kepatuhan dalam pelayanan serta kepatuhan mengklik setiap *task* pada SIMRS di masing-masing unit.
- Sistem yang ada di RS belum bisa melakukan pemblokiran *by system* ketika pasien rawat jalan datang jauh lebih awal dari jadwal dokter di Poliklinik.
- Overlapping* jadwal Poli Eksekutif dengan Poli Reguler untuk beberapa Dokter Spesialis dan atau Dokter Subspesialis.
- Jadwal HFIS belum sesuai dengan jadwal *real* di lapangan.

8. Inkonsistensi kepatuhan dokter untuk patuh melakukan pelayanan di Poliklinik sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
9. Monev dan supervisi dari atasan langsung yang belum optimal.
10. Belum optimalnya *feedback* ketepatan waktu Poliklinik kepada dokter yang bersangkutan *person to person* oleh atasan langsung yang terkait.
11. Program *reward dan punishment* yang kurang jelas terkait ketepatan pelayanan Dokter di Poliklinik.

Hal yang sudah dilakukan:

1. Melakukan monev dan supervisi kepatuhan penggunaan APD secara rutin dan melakukan reedukasi pada petugas yang tidak patuh dalam penggunaan APD.
2. Koordinasi dengan SIRS untuk segera mengatasi ERM yang *error*.
3. Melakukan ajuan pengadaan mesin APM oleh Instalasi Rekam Medik.
4. *Bridging VClaim* sudah selesai dilakukan, namun mesin APM belum dapat mencetak SEP langsung.
5. Menghimbau petugas *security* untuk dapat membantu mendaftarkan pasien yang datang on site melalui menu pendaftaran online RSJMM Care untuk meningkatkan angka capaian pendaftaran online.
6. Edukasi pada pasien dan/atau keluarga pasien untuk melakukan pendaftaran online melalui m-JKN atau RSJMM Care dan setelah mendaftar agar langsung menuju Poliklinik yang dituju.
7. Terus menerus menghimbau kepada seluruh perawat Poliklinik, dokter, dan petugas farmasi untuk menyelesaikan seluruh *task* yang ada di SIMRS.
8. Melakukan koordinasi dengan para dokter untuk menentukan jadwal praktik masing-masing yang ideal dan berkomitmen untuk mematuhi.
9. Rapat koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas, Timker Pelayanan Medik, dan Timker Pelayanan Penunjang untuk pemenuhan *display* jadwal Poli Dokter Spesialis. Saat ini sudah ada jadwal praktik Poliklinik dokter di TPP yang terdisplay dalam TV.
10. Rapat koordinasi Timker Penunjang, Komite Mutu, SPI, Apoteker untuk membahas optimalisasi pelayanan farmasi.
11. Rapat koordinasi untuk evaluasi dan pembahasan strategi perbaikan dan pencapaian waktu pelayanan agar mencapai standar yang sudah ditetapkan.
12. Melakukan redesain jadwal pelayanan Dokter di Poliklinik baik psikiatri dan non psikiatri. Formulir sudah dibagikan dan akan dimasukkan ke dalam jadwal HFIS.
13. Melakukan monitoring dan evaluasi pelayanan di TPP, Poliklinik (Perawat dan Dokter), dan Farmasi secara berkala.
14. *Feedback* ketepatan pelayanan Dokter di Poliklinik ke Direktur Medik dan Keperawatan, Timker Medik, Kepala Instalasi Rawat Jalan, Komite Medik, dan KSM dokter.
15. Monev berkala Komite Mutu untuk perbaikan waktu tunggu pelayanan rawat jalan.

Rekomendasi:

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

- Pengawasan ketat dan penerapan sanksi bagi yang tidak mematuhi penggunaan APD.

Secara rinci rekomendasinya adalah sebagai berikut:

Tabel 5.5 Rekomendasi Kepatuhan Penggunaan APD

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

2. Indikator “Waktu tunggu rawat jalan”:

- Mengoptimalkan Fungsi Mesin APM
 - Upgrade atau pengadaan mesin APM baru yang mampu mencetak SEP.
 - Integrasi mesin APM dengan sistem pendaftaran dan SEP untuk mempermudah administrasi pasien.
- 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.
- 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.
- 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.
- Menghindari *Overlapping* Jadwal Poli Eksekutif dan Reguler
 - Menyusun ulang jadwal dokter dengan mempertimbangkan kapasitas Poli dan mencegah bentrokan antara Poli Eksekutif dan Reguler.
 - Penggunaan sistem penjadwalan yang lebih fleksibel dan dinamis untuk menghindari *overlapping*.
- Menyesuaikan 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.
- 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 dan Punishment* yang Jelas
 - Membuat program *reward* dan *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.

Tabel 5.6 Rekomendasi Waktu Tunggu Rawat Jalan

Deskripsi	SIRS	TPP	Perawat	Dokter
Komitmen	Komitmen seluruh petugas SIRS untuk mendukung perbaikan waktu pelayanan rawat jalan, terutama maintenance ERM dan SIMRS. Komitmen untuk dapat mengupayakan APM dapat mencetak SEP.	Komitmen seluruh petugas TPP untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan.	Komitmen seluruh Perawat untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan.	Komitmen dokter untuk konsisten hadir di jam praktik dokter sesuai yang sudah disepakati.
Kehadiran	Senantiasa untuk hadir dan tanggap memperbaiki jika terjadi kendala jaringan dan <i>error</i> pada aplikasi ERM dan SIMRS.	Masuk jam kerja pukul 07.30-16.00 WIB dan melakukan pelayanan sesuai jam kerja. Untuk bulan Ramadhan, jam kerja menyesuaikan Surat Edaran.	- Masuk jam kerja pukul 07.30-16.00 WIB. • Segera memberikan pelayanan setelah pasien mendapat nomor antrian. - Asesmen rawat jalan dilakukan secara manual jika terkendala jaringan, sehingga pasien tidak menumpuk. - Jika ada perawat yang cuti/sakit/izin, agar dapat digantikan oleh perawat lainnya.	- Mengatur waktu antara visite ke rawat inap dan pelayanan rawat jalan di Poliklinik. - Melakukan pelayanan di Poliklinik sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan dalam aplikasi HFIS. - Proaktif dalam mengatur jadwal Poliklinik yang efisien.
Informasi dan Edukasi	Informasi pada RS jika ada kendala pada jaringan agar Instalasi Rawat Jalan dapat segera menginformasikan kepada pasien dan/atau keluarga.	- Informasi kepada pasien dan keluarga terkait jam buka pelayanan rawat jalan dengan adanya <i>display</i> jadwal dokter di Poliklinik. - Edukasi pada pasien agar dapat melakukan pendaftaran mandiri pada mesin APM.	- Informasi terkait penundaan pelayanan jika ada kendala SIMRS dan jika dokter berhalangan hadir. - Mengarahkan pasien untuk segera menuju Poli yang dituju sesuai alur pelayanan.	- Informasi kontrol H-3 H+3 untuk mengurai kepadatan rawat jalan. - Informasi kepada pasien agar datang sesuai jadwal praktik dokter dan menuju farmasi rawat jalan.
Sarana dan Prasarana	Memastikan jaringan internet stabil.	Mesin APM yang dapat mencetak SEP di bulan Januari.	<i>Display</i> antrian pasien di Poliklinik dan pengeras suara.	<i>Display</i> antrian pasien dan pengeras suara.

Deskripsi	SIRS	TPP	Perawat	Dokter
	Penyempurnaan aplikasi RSJMM Care untuk mendukung perbaikan waktu pelayanan.	Optimalisasi pendaftaran online dan penggunaan mesin APM oleh pasien.		Fingerprint untuk ketepatan waktu dokter di Poli yang belum ada mesinnya.
Pengaturan Kuota	Memastikan pengaturan kuota dokter agar dimasukkan ke aplikasi RSJMM Care dan HFIS.	Pengaturan kuota disesuaikan dengan kebijakan Timker Pelayanan Medik.	Jika ada dokter yang selesai praktik, pasien dialihkan ke dokter lain yang masih memberi layanan.	Memberikan layanan sesuai dengan jumlah pasien yang ada hari tersebut.
Sistem	- Percepatan agar dapat mencetak SEP di mesin APM. - Pemblokiran pasien yang tidak sesuai alur pelayanan. - Perbaikan SIMRS jika terjadi error.	- Usulan alternatif pelayanan TPP jika SIMRS terkendala. - Pengaturan sistem antrian untuk pasien berisiko masuk jalur fast track.	Pemblokiran pasien yang datang jauh sebelum jam praktik dokter setelah asesmen oleh perawat.	Pemblokiran pasien yang datang jauh sebelum jam praktik dokter dan sudah dilakukan asesmen oleh perawat.
Jadwal Poliklinik				- Perbaikan jadwal HFIS dokter sesuai jadwal real di lapangan. - Perbaikan jadwal Poli non-eksekutif agar tidak bentrok dengan Poli eksekutif.
Monev dan Supervisi	Adanya monev dan supervisi berjenjang yang rutin dilakukan oleh atasan langsung untuk memantau kinerja waktu tunggu rawat jalan.			
Reward and Punishment	Adanya reward and punishment yang jelas ketika sudah melakukan kewajibannya sesuai aturan.			

Langkah-langkah PDSA untuk INM tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.7 PDSA INM Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan Kebersihan Tangan Standar 85% 85% 85% 85% 85% 85% 85% 85% 85% 85% 85% 85% Capaian 86,99% 92,87% 92,91% 93,32% 96,11% 93,08% 94,09% 92,02% 92,40% 93,73% 91,99% 94,29%	Menjaga kepatuhan kebersihan tangan yang konsisten	Melakukan sosialisasi dan pelatihan kebersihan tangan	Menganalisis data kepatuhan dan tren kebersihan tangan	Menyusun program peningkatan kebersihan tangan secara berkelanjutan
Kepatuhan Penggunaan APD Standar 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% Capaian 97,41% 100,00% 99,79% 98,38% 97,88% 94,90% 99,91% 99,94% 98,63% 98,12% 100,00% 97,12%	Meningkatkan kepatuhan penggunaan APD	Memastikan ketersediaan dan penggunaan APD yang tepat	Melakukan audit penggunaan APD di berbagai unit	Menyusun langkah-langkah perbaikan dalam penggunaan APD
Kepatuhan Identifikasi Pasien Standar 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% Capaian 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00%	Menjaga kepatuhan identifikasi pasien yang tepat	Menerapkan prosedur identifikasi pasien yang ketat	Memastikan standar identifikasi pasien diterapkan di setiap titik	Melakukan evaluasi rutin untuk memastikan kepatuhan

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu Tanggap Seksis Sesar Emergency	Meningkatkan kecepatan tanggap pada <i>Sectio Caesarea</i>	Melakukan pelatihan bagi tim medis dan support	Melakukan evaluasi waktu tanggap dalam kasus <i>Sectio Caesarea</i>	Menyusun prosedur standar operasional untuk waktu tanggap
Waktu Tanggap <i>Sectio Caesaria</i> Emergency	Mengurangi waktu tunggu rawat jalan	Meningkatkan efisiensi proses pendaftaran dan triase	Menganalisis penyebab keterlambatan waktu tunggu	Menyusun rencana peningkatan waktu tunggu rawat jalan
Waktu Tunggu Rawat Jalan	Menjaga tingkat penundaan operasi elektif yang rendah	Memastikan kesiapan fasilitas dan tenaga medis	Menganalisis faktor yang menyebabkan penundaan	Menyusun langkah-langkah untuk meminimalkan penundaan
Penundaan Operasi Elektif	Meningkatkan kepatuhan waktu visite dokter spesialis	Memastikan dokter hadir tepat waktu	Memantau kepatuhan waktu visite dari dokter spesialis	Menyusun program untuk memastikan disiplin waktu visite
Ketepatan Waktu Visite Dokter Spesialis	Menjaga konsistensi pelaporan hasil kritis laboratorium	Mengoptimalkan sistem pelaporan hasil kritis	Melakukan audit terhadap pelaporan hasil kritis laboratorium	Menyusun strategi untuk peningkatan sistem pelaporan
Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	Menjaga penggunaan formularium nasional yang tepat	Meningkatkan edukasi terkait formularium nasional	Menganalisis kepatuhan penggunaan formularium nasional	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan penggunaan formularium
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	Meningkatkan kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	Mengedukasi tim medis tentang pentingnya <i>Clinical Pathway</i>	Menganalisis deviasi dari <i>Clinical Pathway</i>	Menyusun langkah-langkah untuk memastikan kepatuhan
Kepatuhan Terhadap <i>Clinical Pathway</i>	Menjaga kepatuhan pencegahan risiko jatuh pasien	Mengoptimalkan upaya preventif untuk mencegah jatuh	Memantau implementasi pencegahan risiko pasien jatuh	Menyusun program peningkatan pencegahan risiko jatuh

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act																																							
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh																																											
Kecepatan Waktu Tanggap Komplain <table><tr><th>Bulan</th><th>Standar</th><th>Capaian</th></tr><tr><td>Jan</td><td>80%</td><td>100,00%</td></tr><tr><td>Feb</td><td>80%</td><td>100,00%</td></tr><tr><td>Mar</td><td>80%</td><td>100,00%</td></tr><tr><td>Apr</td><td>80%</td><td>100,00%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>80%</td><td>100,00%</td></tr><tr><td>Jun</td><td>80%</td><td>100,00%</td></tr><tr><td>Jul</td><td>80%</td><td>100,00%</td></tr><tr><td>Agp</td><td>80%</td><td>100,00%</td></tr><tr><td>Sep</td><td>80%</td><td>100,00%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>80%</td><td>100,00%</td></tr><tr><td>Nov</td><td>80%</td><td>100,00%</td></tr><tr><td>Des</td><td>80%</td><td>100,00%</td></tr></table>	Bulan	Standar	Capaian	Jan	80%	100,00%	Feb	80%	100,00%	Mar	80%	100,00%	Apr	80%	100,00%	Mei	80%	100,00%	Jun	80%	100,00%	Jul	80%	100,00%	Agp	80%	100,00%	Sep	80%	100,00%	Oktober	80%	100,00%	Nov	80%	100,00%	Des	80%	100,00%	Mempertahankan kecepatan dalam menanggapi komplain	Melakukan pemantauan terhadap respons komplain pasien	Menganalisis penyebab keterlambatan dalam menanggapi komplain	Menyusun standar prosedur untuk menangani komplain
Bulan	Standar	Capaian																																									
Jan	80%	100,00%																																									
Feb	80%	100,00%																																									
Mar	80%	100,00%																																									
Apr	80%	100,00%																																									
Mei	80%	100,00%																																									
Jun	80%	100,00%																																									
Jul	80%	100,00%																																									
Agp	80%	100,00%																																									
Sep	80%	100,00%																																									
Oktober	80%	100,00%																																									
Nov	80%	100,00%																																									
Des	80%	100,00%																																									
Kecepatan Waktu Tanggap komplain																																											
Kepuasan Pasien dan Keluarga <table><tr><th>Bulan</th><th>Standar</th><th>Capaian</th></tr><tr><td>Jan</td><td>75,61%</td><td>88,82%</td></tr><tr><td>Feb</td><td>75,61%</td><td>89,46%</td></tr><tr><td>Mar</td><td>75,61%</td><td>89,89%</td></tr><tr><td>Apr</td><td>75,61%</td><td>88,98%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>75,61%</td><td>87,61%</td></tr><tr><td>Jun</td><td>75,61%</td><td>87,88%</td></tr><tr><td>Jul</td><td>75,61%</td><td>88,93%</td></tr><tr><td>Agp</td><td>75,61%</td><td>89,38%</td></tr><tr><td>Sep</td><td>75,61%</td><td>88,84%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>75,61%</td><td>84,38%</td></tr><tr><td>Nov</td><td>75,61%</td><td>87,39%</td></tr><tr><td>Des</td><td>75,61%</td><td>91,62%</td></tr></table>	Bulan	Standar	Capaian	Jan	75,61%	88,82%	Feb	75,61%	89,46%	Mar	75,61%	89,89%	Apr	75,61%	88,98%	Mei	75,61%	87,61%	Jun	75,61%	87,88%	Jul	75,61%	88,93%	Agp	75,61%	89,38%	Sep	75,61%	88,84%	Oktober	75,61%	84,38%	Nov	75,61%	87,39%	Des	75,61%	91,62%	Meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga	Melakukan survei rutin untuk menilai kepuasan pasien	Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien	Menyusun strategi untuk meningkatkan kepuasan pasien
Bulan	Standar	Capaian																																									
Jan	75,61%	88,82%																																									
Feb	75,61%	89,46%																																									
Mar	75,61%	89,89%																																									
Apr	75,61%	88,98%																																									
Mei	75,61%	87,61%																																									
Jun	75,61%	87,88%																																									
Jul	75,61%	88,93%																																									
Agp	75,61%	89,38%																																									
Sep	75,61%	88,84%																																									
Oktober	75,61%	84,38%																																									
Nov	75,61%	87,39%																																									
Des	75,61%	91,62%																																									
Kepuasan Pasien dan Keluarga																																											

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

Indikator Nasional Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) pada tahun 2024 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	2024
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%	100.00%	100.00%	98.69%	100.00%	99.67%
4	Kepatuhan pelaksanaan <i>Surgery Safety Checklist</i>	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
5	Kepatuhan kebersihan tangan	≥85%	91.66%	89.80%	92.84%	93.19%	91.87%
6	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
7	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	≥80%	90.38%	89.63%	91.03%	85.60%	89.16%
8	Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia	70%	71.90%	68.69%	79.87%	80.37%	75.21%
9	Pasien adiksi NAPZA yang mengalami perbaikan kualitas hidup	70%	97.62%	100.00%	98.25%	100.00%	98.97%
10	Tingkat pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
11	Waktu tunggu pelayanan farmasi	80%	58.42%	62.26%	64.90%	59.49%	61.27%
12	Kepuasan pasien dan keluarga	76.61%	89.11%	87.89%	88.96%	87.94%	88.48%
13	Tingkat kepuasan pegawai	80%	N/A	N/A	N/A	85.85%	85.85%
14	Implementasi FMEA di RS	80%	N/A	N/A	N/A	100.00%	100.00%
15	Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	100.00%
16	Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis	>76.61%	92.18%	93.62%	90.78%	90.84%	91.86%

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Capaian IMP tahun 2024, dari enambelas Indikator Mutu Prioritas duabelas indikator sudah tercapai, yaitu:
 - Kepatuhan identifikasi pasien
 - Kepatuhan pelaksanaan metode TBAK
 - Pelaksanaan dan Dokumentasi *High Alert Double Check*.
 - Kepatuhan pelaksanaan *Surgery Safety Checklist*
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
 - Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*
 - Optimalisasi perawatan pasien SKizofrenia
 - Pasien adiksi NAPZA yang mengalami perbaikan kualitas hidup
 - Tingkat pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan
 - Kepuasan pasien dan keluarga
 - Tingkat kepuasan pegawai
 - Implementasi 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:
 - Waktu tunggu pelayanan farmasi dengan rerata capaian TA 2024 sebesar 61,27% (standar 80%) namun mengalami penurunan hasil capaian di beberapa bulan terakhir tahun 2024 dengan adanya redesign alur farmasi.

Kendala dan permasalahan:

1. Waktu tunggu pelayanan farmasi yang rendah (Capaian TA 2024: 61,27%, Standar 80%) akibat redesign alur farmasi yang belum optimal.
2. Ketersediaan obat yang tidak memadai, yang menyebabkan petugas farmasi harus membuat salinan resep untuk pasien.
3. Proses pembuatan salinan resep manual memakan waktu tambahan sekitar 10 menit.
4. Pengelolaan resep BPJS memerlukan waktu tambahan 10 menit untuk melengkapi berkas pasien BPJS.
5. Load resep meningkat karena semua resep langsung diproses oleh petugas farmasi, yang meningkatkan beban kerja.

Hal yang sudah dilakukan:

1. Redesign alur farmasi telah dilakukan, tetapi masih belum efektif dalam mengurangi waktu tunggu.
2. Pemantauan stok obat dilakukan, namun belum sepenuhnya mengatasi masalah ketersediaan obat.
3. Pembuatan salinan resep dilakukan manual oleh petugas farmasi, meski menambah waktu tunggu.
4. Melengkapi berkas BPJS dilakukan secara manual, meski menambah waktu sekitar 10 menit.
5. Proses semua resep tetap diproses oleh farmasi tanpa ada prioritas, sehingga meningkatkan beban kerja.

Rekomendasi:

1. Pertahankan capaian.
2. Rekomendasi perbaikan indikator mutu "Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia" walaupun capaian sudah mencapai standar adalah:
 - *Feedback* kepatuhan pengisian form PANSS Remisi per dokter
 - Menghimbau psikiater untuk patuh dalam mengisi formulir PANSS Remisi dalam ERM saat pasien masuk dan pulang
3. Rekomendasi indikator mutu "Waktu tunggu pelayanan farmasi" adalah:

Tabel 5.9 Rekomendasi Waktu Tunggu Pelayanan Farmasi

Deskripsi	SIRS	Farmasi
Komitmen	▪ Komitmen seluruh petugas SIRS untuk mendukung perbaikan waktu pelayanan farmasi.	▪ Komitmen seluruh petugas farmasi untuk melakukan perbaikan rawat jalan dengan waktu 60 menit. ▪ Komitmen untuk menyelesaikan task pada SIMRS setelah menyelesaikan obat. ▪ Komitmen petugas farmasi bersama dengan Instalasi VAPP untuk cepat tanggap merespon kendala administrasi pasien terkait obat khususnya untuk pengguna BPJS. ▪ Komitmen seluruh petugas farmasi untuk proaktif ketika terjadi penumpukan resep.
Kehadiran	▪ Senantiasa untuk hadir untuk memperbaiki jika terjadi kendala jaringan dan aplikasi e-prescribing.	▪ Modifikasi pengalihan SDM apoteker dari Farmasi belakang ke Farmasi Rawat Jalan saat peak hour.
Informasi dan Edukasi	▪ Informasi pada RS jika ada kendala pada jaringan sehingga Instalasi Farmasi dapat segera menginformasikan kepada pasien dan/atau keluarga.	▪ <i>Display</i> antrian farmasi rawat jalan agar senantiasa berfungsi. ▪ Informasi pada pengunjung terutama pada peak hour bahwa pelayanan akan memanjang. ▪ Edukasi pada pengunjung agar tidak meninggalkan tempat setelah menyerahkan resep. ▪ Edukasi pada security agar mengatur pasien dan/atau keluarga yang sedang menunggu antrian obat (tidak duduk di lantai).
SDM (Sumber Daya Manusia)	▪ Memastikan ketersediaan SDM apoteker sesuai dengan ABK-nya. ▪ Modifikasi SDM di jam peak hour.	▪ Menambah jumlah petugas farmasi pada jam sibuk atau periode tertentu untuk mengatasi lonjakan resep.

Deskripsi	SIRS	Farmasi
	- Usulan tenaga ke bagian SDM. - Pengaturan distribusi apoteker, TTK, dan petugas Administrasi yang efektif dan efisien terbagi antara Gedung farmasi rawat jalan, Gedung Ismaya, dan rencana tahun 2025 gedung Poli Eksekutif di Candradimuka.	Memberikan pelatihan efisiensi kerja kepada petugas farmasi untuk menangani resep lebih cepat dan tepat.
Sarana dan Prasarana	- Memastikan jaringan internet stabil. - Dukungan server yang mumpuni untuk pelayanan.	Memastikan jaringan internet stabil.
Pengaturan Kuota	Koordinasi dengan Timker Pelayanan Medik terkait pelayanan dokter spesialis agar resep tidak menumpuk di jam 10.00–11.00 WIB.	- Memastikan pengaturan kuota resep agar tidak terjadi penumpukan terutama di jam sibuk. - Koordinasi lebih lanjut dengan Timker Pelayanan Medik untuk mengatur jam pengambilan resep agar lebih merata.
Sistem	Dukungan e-prescribing yang mudah digunakan baik oleh dokter maupun farmasi.	- Kepatuhan petugas farmasi untuk menyelesaikan task serah obat pada SIMRS ketika obat sudah selesai diproses. Bisa diantisipasi agar ada petugas yang khusus memastikan pengklikkan serah obat tiap harinya agar data yang terekam pada ERM real time sesuai dengan hasil di lapangan. - Perbaiki alur farmasi: Evaluasi dan penyesuaian alur farmasi lebih lanjut untuk memastikan efisiensi. - Menyusun alur kerja yang lebih efisien dan membagi beban kerja agar waktu tunggu lebih optimal. - Tingkatkan ketersediaan obat: Lakukan perencanaan stok obat yang lebih ketat dan peningkatan pemantauan ketersediaan obat yang lebih proaktif. - Implementasi sistem e-prescribing: Gunakan sistem digitalisasi resep untuk mengurangi ketergantungan pada salinan manual dan mempercepat proses. - Optimalkan proses berkas BPJS: Implementasi sistem digital untuk verifikasi BPJS yang terintegrasi dengan sistem farmasi agar proses lebih cepat. - Menerapkan jalur antrian khusus untuk pasien BPJS guna meminimalkan waktu tunggu.
Prioritaskan Resep yang Masuk		- Terapkan sistem prioritas untuk resep, memproses resep yang lebih mendesak terlebih dahulu. - Gunakan teknologi untuk memprioritaskan resep berdasarkan tingkat urgensi atau jenis obat.
Monev		Melakukan monitoring dan evaluasi rutin terhadap implementasi rekomendasi yang dilakukan untuk memastikan peningkatan kinerja dan waktu tunggu pelayanan farmasi.

Langkah-langkah PDSA untuk IMP-RS tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.10 PDSA INM Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan Identifikasi Pasien Kepatuhan identifikasi pasien	Menjaga kepatuhan identifikasi pasien yang tepat	Memastikan prosedur identifikasi diterapkan dengan benar	Memonitor penerapan identifikasi pasien di setiap unit	Menyusun langkah-langkah untuk evaluasi dan peningkatan

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan Pelaksanaan Metode TBAK	Menjaga ketepatan dalam pelaksanaan metode TBAK	Memastikan seluruh tenaga medis terlatih dalam TBAK	Menganalisis data pelaksanaan metode TBAK	Menyusun evaluasi dan prosedur standar untuk pelaksanaan
Pelaksanaan dan Dokumentasi High Alert Double Check	Memastikan pelaksanaan dan dokumentasi dilakukan dengan tepat	Melakukan pelatihan tentang <i>high alert double check</i>	Menganalisis penyimpangan pada pelaksanaan <i>double check</i>	Menyusun langkah perbaikan untuk meningkatkan kepatuhan
Kepatuhan Pelaksanaan Surgery Safety Checklist	Menjaga kepatuhan dalam pelaksanaan <i>surgery safety checklist</i>	Memastikan <i>checklist</i> diisi dengan benar pada setiap prosedur	Memantau penggunaan <i>checklist</i> dan analisis setiap kesalahan	Menyusun panduan untuk pemantauan rutin dan evaluasi
Kepatuhan Kebersihan Tangan	Meningkatkan kepatuhan kebersihan tangan	Melakukan kampanye dan pelatihan kebersihan tangan	Menganalisis faktor yang menyebabkan penurunan kepatuhan	Menyusun strategi untuk meningkatkan kebersihan tangan
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	Menjaga upaya pencegahan risiko jatuh pasien	Melakukan upaya preventif yang ketat	Memonitor penerapan langkah pencegahan risiko jatuh	Menyusun prosedur evaluasi untuk meminimalkan risiko jatuh
Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	Meningkatkan kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	Mengedukasi tim medis tentang pentingnya <i>clinical pathway</i>	Menganalisis penyimpangan dari <i>clinical pathway</i>	Menyusun langkah-langkah perbaikan untuk meningkatkan kepatuhan
Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia	Meningkatkan optimasi perawatan pasien Skizofrenia	Melakukan penyesuaian perawatan berdasarkan perkembangan pasien	Menganalisis tren hasil perawatan pasien Skizofrenia	Menyusun program perawatan yang lebih terfokus pada hasil pasien

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Pasien Adiksi NAPZA yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup Standar 75% Capaian 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00%	Menjaga tingkat perbaikan kualitas hidup pasien adiksi	Melakukan program rehabilitasi untuk pasien adiksi	Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi perbaikan kualitas hidup	Menyusun strategi pemulihan jangka panjang bagi pasien adiksi
Tingkat Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan Standar 75% Capaian 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00% 100,00%	Meningkatkan pemanfaatan layanan unggulan	Meningkatkan promosi layanan unggulan	Memonitor pertumbuhan pemanfaatan layanan	Menyusun strategi peningkatan dan pemanfaatan layanan unggulan
Waktu Tunggu Pelayanan Farmasi Standar 80% Capaian 64,80% 66,11% 62,32% 67,10% 67,00% 67,00% 66,62% 71,31% 67,68% 61,88% 66,55% 61,48%	Mengurangi waktu tunggu pelayanan farmasi	Memperbaiki alur proses pelayanan di farmasi	Menganalisis penyebab keterlambatan waktu tunggu	Menyusun langkah-langkah untuk mempercepat pelayanan farmasi
Kepuasan Pasien dan Keluarga Standar 75,81% Capaian 86,82% 86,46% 86,80% 86,98% 87,01% 87,08% 86,83% 86,38% 86,80% 86,82% 87,28% 87,62%	Meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga	Melakukan survei dan wawancara rutin dengan pasien dan keluarga	Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan	Menyusun langkah-langkah perbaikan berdasarkan hasil survei
Tingkat Kepuasan Pegawai Standar 85,80% Capaian 85,80%	Menjaga tingkat kepuasan pegawai yang tinggi	Melakukan survei kepuasan pegawai	Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pegawai	Menyusun program pengembangan kesejahteraan pegawai
Implementasi FMEA di RS Standar 85,80% Capaian 100,00%	Menjaga implementasi FMEA yang efektif	Menyusun program pelatihan FMEA untuk semua unit rumah sakit	Memonitor pelaksanaan FMEA dalam setiap unit	Menyusun prosedur standar untuk implementasi FMEA
Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional Standar 100,00% Capaian 100,00%	Meningkatkan publikasi penelitian	Meningkatkan kolaborasi dengan lembaga penelitian	Menganalisis jumlah publikasi yang terpublikasi	Menyusun langkah-langkah untuk mempublikasikan lebih banyak penelitian

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Tingkat Kepuasan Pelanggan Terhadap Pelayanan Rumah Sakit Atas Dilaksanakannya Pendidikan Klinis Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis	Meningkatkan kepuasan pelanggan terhadap pendidikan klinis	Menyediakan lebih banyak sesi pendidikan klinis	Menganalisis <i>feedback</i> dari peserta pendidikan klinis	Menyusun strategi untuk meningkatkan kualitas pendidikan klinis

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

Indikator mutu perbaikan waktu pelayanan *end to end* tahun 2024 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	2024
1	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	80%	57,79%	65,75%	66,57%	68,82%	64,73%
2	Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)	80%	100,00%	99,05%	99,02%	100,00%	99,52%
3	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	80%	93,58%	93,52%	83,99%	85,05%	89,04%
4	Pembatalan Operasi Elektif	≤ 3%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5	Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 jam	90%	76,01%	73,64%	83,06%	83,33%	79,01%
6	Realisasi Pasien yang Direncanakan Pulang H-1	≥ 90%	94,03%	94,79%	95,31%	94,47%	94,65%
7	Waktu Masuk Rawat Inap	≥ 90%	87,92%	87,62%	88,84%	84,13%	87,13%
8	Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap	80%	95,28%	91,22%	94,67%	91,10%	93,07%
9	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	80%	89,77%	59,83%	52,26%	60,33%	65,55%
10	Ketepatan Waktu Layanan	80%	80,95%	72,27%	71,17%	73,42%	74,45%

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

1. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang pada Tahun 2024 adalah 64,73% belum mencapai standar (standar 80%).
2. Terus menerus melakukan edukasi dan mengajari penggunaan pendaftaran online melalui mJKN maupun RSJMM Care.
3. Evaluasi kehadiran petugas TPP, Perawat, dan Dokter Spesialis secara periodik.
4. Evaluasi jumlah ketenagaan Farmasi Rawat Jalan (Apoteker dan TTK) terutama di jam peak masih kurang efektif dan efisien.
5. Koordinasi dengan Instalasi SIRS dan Instalasi RM terkait bridging VClaim dan penerbitan SEP melalui mesin APM dapat dilakukan mandiri oleh pasien.
6. Koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas untuk *display* jadwal dokter di Poliklinik, saat ini sudah terealisasi *display* jadwal praktik dokter di gedung TPP.
7. Koordinasi dengan para dokter untuk *redesign* jadwal Poliklinik dokter spesialis yang efektif dan efisien tidak *overlapping* dengan visite ranap, jadwal Poli Reguler, maupun jadwal Poli Eksekutif.
8. Masih terdapat jadwal praktik beberapa dokter di Poli reguler yang *overlapping* dengan jadwal dokter di Poli Eksekutif.
9. *Feedback* dan edukasi pasien dan/atau keluarga untuk datang sesuai jadwal praktik dokter spesialis.
10. Meningkatkan kepatuhan perawat, dokter, dan petugas farmasi rawat jalan untuk menyelesaikan setiap task SIMRS secara *real time*.
11. Pengaturan SDM Farmasi Rawat Jalan jika terjadi penumpukan resep, terutama di jam 10.00–11.00 WIB (*peak hour*) dan di hari-hari tertentu setelah libur panjang yaitu pengalihan SDM Farmasi belakang ke Farmasi rawat jalan.
12. Evaluasi ketepatan waktu pelayanan rawat jalan *end to end* secara periodik.
13. Mesin *fingerprint* sudah terpasang di 26 titik di ruang rawat inap maupun di Poliklinik, sudah dapat menarik data, namun masih perlu dievaluasi terus menerus terkait kepatuhan dokter untuk melakukan rekam kehadiran.

14. Pada beberapa bulan terakhir di tahun 2024 waktu layanan farmasi terkendala ketersediaan obat di RS.

Kendala dan permasalahan:

1. Lokasi gedung TPP, Poliklinik, dan farmasi yang berjauhan sehingga menghambat alur pelayanan.
2. Konsistensi petugas dalam mempertahankan dan meningkatkan capaian masih kurang.
3. Komitmen dokter untuk hadir sesuai jadwal praktik yang telah disepakati belum optimal.
4. Pasien sering datang jauh lebih awal dari jadwal praktik Poliklinik meskipun edukasi telah diberikan.
5. Pengaturan waktu praktik Poli Reguler, Poli Eksekutif, dan visite rawat inap belum tepat, sehingga masih terjadi *overlapping* jadwal yang memperpanjang waktu layanan rawat jalan.
6. Beberapa pasien dari TPP tidak langsung menuju Poli yang dituju, dan setelah mendapatkan pelayanan dokter tidak langsung menuju farmasi.
7. Pendaftaran melalui RSJMM Care dan JKN Online belum berjalan secara optimal.
8. Penumpukan resep di jam 10.00–11.00 WIB masih terjadi akibat ketidaktepatan waktu dokter memulai pelayanan.
9. Penumpukan pasien sering terjadi pada hari-hari tertentu, terutama pasca libur panjang.
10. Masih terdapat dokter yang menuliskan resep obat racikan secara manual, sehingga memperlambat proses farmasi.
11. Jumlah tenaga Apoteker dan TTK tidak seimbang dengan beban kerja, khususnya di gedung Ismaya dan Farmasi Rawat Jalan.
12. Jeda waktu layanan cukup lama dari saat pasien dilayani perawat hingga dilayani oleh dokter.
13. Penerapan *fingerprint* perlu evaluasi lebih lanjut terkait kepatuhan dokter dan kesesuaiannya dengan SPO, serta diperlukan *feedback person-to-person* kepada dokter yang bersangkutan.
14. Waktu layanan farmasi terkendala oleh ketersediaan obat di RS dalam beberapa bulan terakhir tahun 2024, yang mengakibatkan petugas farmasi memerlukan waktu tambahan untuk:
 - Membuat salinan resep untuk pasien, membutuhkan waktu sekitar 10 menit.
 - Melengkapi berkas untuk pasien BPJS guna pengambilan obat 23 hari, yang juga memerlukan tambahan waktu sekitar 10 menit.
 - Memproses seluruh resep yang masuk langsung, yang meningkatkan beban kerja farmasi.

Rekomendasi:

Tabel 5.12 Rekomendasi Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

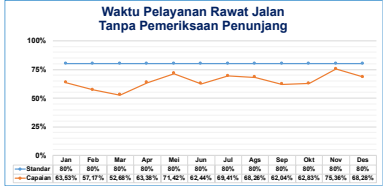
DESKRIPSI	SIRS	TPP	PERAWAT	DOKTER	FARMASI
Komitmen	▪ Komitmen seluruh petugas SIRS untuk mendukung perbaikan waktu pelayanan rawat jalan.	▪ Komitmen seluruh petugas TPP untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan, untuk di TPP 5 menit.	▪ Komitmen seluruh petugas rawat jalan untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan, untuk di perawat 15 menit.	▪ Komitmen seluruh petugas rawat jalan untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan, untuk di dokter 40 menit. ▪ Komitmen dokter untuk konsisten hadir di jam praktik dokter sesuai yang sudah disepakati	▪ Komitmen seluruh petugas farmasi untuk melakukan perbaikan rawat jalan dengan waktu 60 menit. ▪ Komitmen untuk menyelesaikan task pada SIMRS setelah menyelesaikan obat.
Kehadiran	▪ Senantiasa hadir untuk memperbaiki jika	▪ Masuk jam kerja pukul 07.30-16.00 WIB dan	▪ Masuk jam kerja pukul 07.30-16.00 WIB.	▪ Melakukan pelayanan di Poliklinik sesuai	▪ Pengalihan SDM dari Farmasi belakang ke

DESKRIPSI	SIRS	TPP	PERAWAT	DOKTER	FARMASI
	terjadi kendala jaringan dan aplikasi ERM.	memberikan pelayanan sesuai jam kerja.	▪ Segera memberikan pelayanan setelah pasien mendapat nomor antrean. ▪ Asesmen manual dilakukan jika terkendala jaringan.	jadwal yang telah ditetapkan dalam HFIS. ▪ Rekam kehadiran melalui fingerprint.	Farmasi Rawat Jalan saat peak hour.
Proses layanan	▪ Lakukan analisis menyeluruh terhadap alur layanan rawat jalan, mulai dari pendaftaran s.d. farmasi.	▪ Identifikasi tahapan yang menyebabkan penundaan di TPP untuk perbaikan alur proses.	▪ Rancang sistem antrean efisien, penjadwalan janji, dan manajemen antrean di rawat jalan.	▪ Optimalisasi alur pelayanan dokter untuk mengurangi waktu tunggu pasien.	▪ Minimalkan waktu tunggu pasien saat penyerahan resep hingga pengambilan obat.
Informasi dan edukasi	▪ Informasikan kendala jaringan kepada Instalasi Rawat Jalan.	▪ Informasi terkait jam pelayanan dan aplikasi pendaftaran online RSJMM Care.	▪ Edukasi pasien untuk menuju Poli tujuan dan menunggu di tempat antrean.	▪ Informasikan kontrol minimal H-3 atau H+3 sebelum jadwal kontrol berikutnya. • Pastikan pasien memahami Program Rujuk Balik.	▪ <i>Display</i> antrean farmasi berfungsi optimal. ▪ Edukasi pengunjung agar tidak meninggalkan tempat setelah menyerahkan resep.
Sarana dan prasarana	▪ Pastikan jaringan internet stabil. ▪ Dukungan server mumpuni. ▪ Optimalisasi aplikasi RSJMM Care.	▪ Realisasi mesin APM untuk mencetak SEP langsung.	▪ <i>Display</i> antrean pasien di Poliklinik. Pastikan pengeras suara berfungsi dengan baik.	▪ Fingerprint untuk record waktu hadir dokter di Poli tertentu.	▪ Tambahkan fingerprint di farmasi untuk memantau waktu penyelesaian task.
Pengaturan kuota	▪ Atur kuota dokter ke aplikasi RSJMM Care dan HFIS.	▪ Pengaturan kuota sesuai kebijakan Timker Pelayanan Medik.	▪ Alihkan pasien ke dokter yang masih memberikan layanan jika dokter lain telah selesai praktik.	▪ Atur layanan sesuai jumlah pasien harian.	▪ Koordinasikan dengan Timker Pelayanan Medik agar tidak ada penumpukan resep.
SDM	▪ Tambah SDM jika diperlukan untuk mendukung peningkatan layanan.	▪ Tambah SDM jika diperlukan untuk mengurangi beban kerja di jam sibuk.	▪ Pastikan ketersediaan SDM yang mencukupi untuk menggantikan perawat yang cuti/sakit.	▪ Pastikan ketersediaan dokter sesuai kebutuhan layanan.	▪ Identifikasi kebutuhan tambahan Apoteker dan TTK untuk mendukung pelayanan farmasi.
Sistem	▪ Optimalisasi RSJMM Care untuk menampilkan dashboard antrean pasien. • Pemblokiran sistem untuk pasien yang tidak sesuai alur.	▪ Alternatif manual untuk pelayanan TPP jika SIMRS bermasalah.	▪ Pemblokiran by sistem untuk pasien yang sudah datang jauh sebelum jam praktik dokter.	▪ Perbaiki jadwal HFIS dokter agar sesuai dengan kondisi di lapangan. • Sinkronisasi jadwal Poli reguler dan eksekutif.	▪ Kepatuhan petugas farmasi untuk menyelesaikan task di SIMRS.
SPO				▪ SOP terkait fingerprint disosialisasikan	

DESKRIPSI	SIRS	TPP	PERAWAT	DOKTER	FARMASI
				oleh PIC Pelayanan Medik.	
Monev dan Supervisi	Supervisi rutin oleh atasan langsung untuk memantau waktu tunggu rawat jalan.	Proaktif dalam mengonfirmasi hasil pengolahan data terkait waktu tunggu rawat jalan.	Supervisi terhadap asesmen dan pelayanan yang dilakukan oleh perawat.	Supervisi dokter terkait kepatuhan fingerprint dan jadwal praktik.	Supervisi terhadap efisiensi pengolahan resep di jam sibuk.
Reward and Punishment	Reward dan punishment yang jelas untuk petugas yang melaksanakan tugas sesuai aturan.				

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.13 PDSA Indikator Mutu Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
 Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	Mengidentifikasi hambatan dalam proses pendaftaran dan pelayanan. Menyusun strategi untuk memperbaiki alur pelayanan agar lebih efisien.	Menerapkan prosedur pendaftaran yang lebih efisien dan perbaikan alur pelayanan rawat jalan.	Ada peningkatan meski belum mencapai standar 80%, dengan perbaikan di TW III dan IV.	Menyempurnakan prosedur pendaftaran dan ruang tunggu agar lebih efisien dan mengurangi waktu tunggu pasien.

2. Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Hasil capaian waktu pemeriksaan laboratorium Tahun 2024 sudah melebihi standar 80% dengan rerata capaian 99,52%. Hal ini perlu dipertahankan.
- Bridging LIS dengan SIMRS.
- Usulan pemeriksaan laboratorium *paperless*.
- Koordinasi untuk integrasi menyeluruh antara SIMRS dengan LIS dan sudah dilaksanakan uji coba.

Kendala dan permasalahan:

- Hasil pemeriksaan laboratorium belum *paperless*.

Rekomendasi:

- Pengembangan Sistem Online untuk Hasil Pemeriksaan Laboratorium
 - Membuat sistem agar hasil pemeriksaan laboratorium dapat diakses secara online oleh pasien melalui aplikasi RSJMM Care guna mendukung penerapan *paperless*.
 - Menyediakan dashboard khusus dalam aplikasi RSJMM Care untuk menampilkan hasil pemeriksaan penunjang pasien secara *real-time*.
 - Mengintegrasikan fitur pengingat otomatis bagi pasien tentang hasil laboratorium yang sudah tersedia untuk diakses.
- Penyediaan Provider dan Bridging SIM RS dengan LIS
 - Segera menetapkan provider LIS yang mendukung kompatibilitas dengan SIM RS untuk mempercepat implementasi sistem integrasi.

- Mengimplementasikan bridging antara SIM RS dengan LIS untuk memungkinkan penyampaian hasil laboratorium secara otomatis dan tanpa kertas (paperless).
 - Melakukan proses uji coba dan validasi bridging sebelum implementasi penuh untuk memastikan alur data berjalan lancar dan akurat.
3. Keamanan dan Privasi Data Pasien
- Memastikan bahwa sistem online menggunakan protokol keamanan yang ketat untuk melindungi privasi data pasien, seperti enkripsi data dan autentikasi dua faktor.
 - Menyusun SOP terkait pengelolaan dan akses hasil laboratorium secara online guna menjaga keamanan dan kerahasiaan informasi pasien.
4. Monitoring dan Pemeliharaan Sistem
- Melakukan monitoring dan troubleshooting terhadap sistem online dan bridging SIM RS dengan LIS secara rutin.
 - Melakukan evaluasi berkala terhadap performa sistem untuk memastikan kualitas layanan yang optimal bagi pasien dan tenaga medis.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Waktu Pemeriksaan Laboratorium tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.14 PDSA Indikator Mutu Waktu Pemeriksaan Laboratorium Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL) Waktu Pemeriksaan Laboratorium	Memastikan seluruh alat laboratorium tersedia dan proses pemeriksaan berjalan tanpa hambatan.	Menjaga ketersediaan alat dan sumber daya yang diperlukan.	Kinerja selalu di atas 99%, memenuhi standar 100%.	Melanjutkan prosedur yang ada dan memastikan kelancaran operasional agar tetap memenuhi standar.

3. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Waktu pemeriksaan radiologi sudah mencapai standar 80% dengan rerata capaian Tahun 2024 adalah 89,04%. Capaian ini sudah mengalami perbaikan jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Hal ini perlu dipertahankan.
2. Sudah dilakukan pembahasan dan usulan terkait perbaikan kualitas foto pada SIMRS. Hasil pembahasan menyimpulkan bahwa diperlukan PACS.
3. Kajian terkait PACS sudah dilakukan, namun hingga saat ini belum terealisasi.
4. Usulan penerapan hasil pemeriksaan radiologi secara **paperless** telah diajukan

Kendala dan permasalahan:

1. Kualitas foto hasil RIE yang tersedia di **SIMRS** kurang baik, sehingga dokter spesialis radiologi perlu kembali memeriksa langsung di mesin RIE, yang dapat berdampak pada waktu tunggu pelayanan radiologi.
2. Harga PACS yang cukup mahal tidak sebanding dengan jumlah pemeriksaan radiologi (load) yang masih tergolong rendah.
3. Pembacaan hasil **expertise** sudah menunjukkan perbaikan, namun konsistensinya masih belum stabil, dengan durasi pembacaan kurang dari 1 jam.
4. Usulan penerapan hasil pemeriksaan radiologi secara **paperless** hingga kini belum terealisasi.
5. Beberapa kendala pada sistem menyebabkan pembacaan hasil pemeriksaan terlewat. Hal ini terjadi karena tanggal order pemeriksaan radiologi cukup jauh dari tanggal pelaksanaan

pemeriksaan. Akibatnya, hasil output pemeriksaan radiologi masuk ke tanggal order awal, sedangkan pada tanggal tersebut dokter sudah melakukan pembacaan sebelumnya, sehingga hasil baru yang keluar sering terlewat.

Rekomendasi:

1. Membuat sistem agar hasil expertise pemeriksaan radiologi dapat diakses secara online (**paperless**) hingga diterima oleh pasien atau memasukkan hasil pemeriksaan penunjang, termasuk hasil radiologi, pada aplikasi RSJMM Care.
2. Segera menyediakan provider dan melakukan bridging pada SIMRS untuk mendukung penyampaian hasil pemeriksaan radiologi secara paperless.
3. Mengusulkan percepatan pengadaan PACS (Picture Archiving Communication System) sesuai standar yang ditetapkan oleh Direktorat Tata Kelola Kementerian Kesehatan RI.
4. Melakukan pengadaan PACS yang disesuaikan dengan kebutuhan, mencakup fitur-fitur dan dashboard yang diperlukan Instalasi Radiologi, sesuai hasil rapat bersama Instalasi Radiologi, Instalasi SIRS, dan Tim Kerja Pelayanan Penunjang.
5. Melakukan perbaikan pada sistem agar hasil pemeriksaan yang dilakukan pada tanggal pemeriksaan dapat tercatat sesuai hari pelaksanaannya, meskipun tanggal order awal sudah lama, untuk mencegah terlewatnya pembacaan hasil radiologi.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.15 PDSA Indikator Mutu Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR) Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi	Mengatur jadwal pemeriksaan radiologi dengan lebih baik dan menambah tenaga kerja di jam sibuk.	Menambahkan jadwal pemeriksaan radiologi dan meningkatkan koordinasi tim.	Terjadi penurunan pada TW III dan IV, meski ada peningkatan kinerja pada TW I dan II.	Memperbaiki pengaturan jadwal radiologi dan menambah staf pada periode puncak.

4. Pembatalan Operasi Elektif

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Hasil capaian pembatalan operasi elektif pada tahun 2024 sudah menunjukkan performa yang baik, dengan rerata capaian 100% sesuai standar ($\leq 3\%$). Capaian ini perlu dipertahankan untuk menjaga kualitas pelayanan.
2. Sudah dilakukan koordinasi dengan Instalasi SIRS terkait *display* pasien operasi.
3. Menu informasi pasien operasi sudah ada dalam ERM, siap ter*display* dan terhubung dalam monitor. Sudah dilakukan koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas terkait informasi pasien operasi

Kendala dan permasalahan:

1. Belum tersedianya *display* (monitor) untuk informasi pasien operasi elektif yang terhubung secara *real-time*.
2. Proses pencatatan rencana operasi elektif, termasuk order, penentuan tanggal, dan realisasi operasi, masih memerlukan perbaikan untuk memastikan dokumentasi yang benar dan *real-time*.
3. Belum optimalnya kepatuhan petugas dalam menyelesaikan status tindakan pasien pada **SIMRS** setelah operasi selesai, sehingga status tindakan terkadang menggantung.

- Potensi peningkatan jumlah pasien operasi dapat memengaruhi pengaturan jadwal operasi elektif, yang perlu dikelola secara efisien untuk menghindari pembatalan.
- Masih terdapat kelemahan dalam kelengkapan administrasi, seperti laporan operasi dan kesesuaian diagnosis antara laporan operasi dengan resume pasien.

Hal yang sudah dilakukan:

- Telah dilakukan koordinasi dengan Instalasi SIRS terkait *display* informasi pasien operasi. Menu informasi pasien operasi sudah tersedia dalam **ERM** (Electronic Medical Record) dan siap terhubung serta *terdisplay* di monitor.
- Telah dilakukan koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas terkait informasi pasien operasi untuk memastikan alur yang sesuai regulasi.

Rekomendasi:

- Segera menyediakan *display* (monitor) khusus untuk menampilkan informasi pasien operasi elektif secara *real-time*.
- Memastikan pencatatan rencana operasi elektif, mulai dari order, penentuan tanggal rencana operasi, hingga realisasi operasi, terdokumentasi dengan benar dan *real-time* dalam SIMRS.
- Memastikan semua petugas patuh menyelesaikan status tindakan pasien pada SIMRS setelah operasi selesai agar status tidak menggantung.
- Mengantisipasi potensi peningkatan jumlah pasien operasi dengan pengaturan jadwal operasi elektif yang efektif dan efisien untuk menghindari pembatalan operasi.
- Memastikan kelengkapan administrasi, seperti laporan operasi, serta kesesuaian diagnosis antara laporan operasi dengan resume pasien, diperhatikan dan diaudit secara berkala.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Pembatalan Operasi Elektif tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.16 PDSA Indikator Mutu Pembatalan Operasi Elektif Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Pembatalan Operasi Elektif 0% 25% 50% 75% 100% Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Okt Nov Des Standar 3% 3% 3% 3% 3% 3% 3% 3% 3% 3% 3% 3% Capaian 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00%	Menjaga kelancaran perencanaan operasi untuk menghindari pembatalan.	Melakukan pengecekan menyeluruh terhadap kesiapan operasi.	Tidak ada pembatalan operasi elektif.	Melanjutkan dengan prosedur yang ada dan memastikan kelancaran setiap operasi elektif.

5. Waktu Pelayanan Pasien Di IGD ≤ 4 Jam

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam pada Tahun 2024 belum mencapai standar 90% dengan rerata capaian 79,01%. Hal ini harus senantiasa untuk dilakukan upaya perbaikan secara terus menerus.
- Rapat koordinasi, monitoring, dan *feedback* dilakukan secara berkala untuk memantau capaian dan kendala yang dialami.
- Feedback* diberikan kepada dokter umum dan dokter spesialis untuk segera memberikan advis jika ada konsultasi pasien.
- Jika pasien sudah stabil dan siap dipindahkan ke ruang rawat inap, petugas diminta segera mengklik pindah pada menu **SIMRS** dan mengisi formulir transfer antar ruang agar waktu pelayanan IGD tidak memanjang.
- Untuk pasien yang ACC pulang, petugas diharapkan mengedukasi keluarga untuk segera menyelesaikan administrasi.

6. Koordinasi dengan MPP dan Timker Pelayanan Keperawatan dilakukan untuk pasien psikiatri yang akan dipindahkan ke ruang rawat inap, terutama pasien ACT.
7. Meningkatkan komunikasi efektif antara dokter umum dan dokter spesialis.
8. Waktu tanggap pelayanan farmasi ditingkatkan dengan adanya "alarm" yang menandakan adanya resep yang masuk.
9. Kepatuhan dokter umum untuk mengklik status pasien pada **ERM** masih belum optimal.

Kendala dan permasalahan:

1. Konsistensi petugas dalam segera melayani pasien belum optimal saat terjadi penumpukan pasien di IGD.
2. Konsistensi petugas dalam mengklik status pulang pada **ERM** belum dilakukan secara *real-time*.
3. Konsultasi DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) di luar jam kerja yang memerlukan respon cukup lama, terutama pada malam hari.
4. Masalah administrasi pasien terkait dengan penjaminan yang dapat menghambat kelancaran pelayanan.
5. Beberapa waktu terkendala pada alat laboratorium yang mengalami kerusakan, menyebabkan penundaan hasil pemeriksaan laboratorium.
6. Rujukan pasien ke rumah sakit lain terkendala oleh ketersediaan ruangan yang penuh dan kesiapan rumah sakit yang dituju.

Hal yang sudah dilakukan:

1. Rapat koordinasi secara rutin dilakukan untuk memantau capaian dan memberikan *feedback* kepada tim.
2. Proses edukasi kepada petugas IGD untuk mempercepat pengisian status pasien pada **SIMRS** dan mempercepat proses pemindahan pasien ke ruang rawat inap.
3. Peningkatan komunikasi antara dokter umum dan dokter spesialis melalui *feedback* langsung dan rapat koordinasi.
4. Penerapan sistem pada farmasi untuk mempercepat proses pelayanan resep IGD.

Rekomendasi:

Tabel 5.17 Rekomendasi Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam

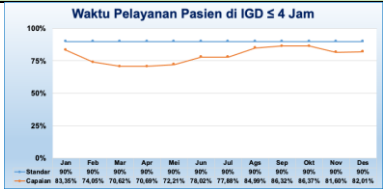
DESKRIPSI	PASIENT DAN KELUARGA	PERAWAT	DOKTER	FARMASI
Komitmen		▪ Komitmen petugas untuk tanggap darurat terhadap seluruh pasien yang masuk ke IGD ▪ Komitmen perawat untuk penanganan segera kondisi emergency pasien ▪ Diperlukan leadership, komunikasi, dan kerjasama multidisiplin tim	▪ Komitmen petugas untuk tanggap darurat terhadap seluruh pasien yang masuk ke IGD ▪ Komitmen dokter spesialis untuk segera memberikan advis jika mendapatkan konsultasi dari dokter umum ▪ Komitmen dokter umum untuk menghubungi dokter spesialis melalui telfon tidak melalui Whatsapp sesuai dengan SPO ▪ Adanya hand over dokter tiap pertukaran shift	▪ Komitmen Farmasi untuk segera memberikan layanan jika ada alarm permintaan obat dari IGD ▪ Diperlukan leadership, komunikasi, dan kerjasama multidisiplin tim

DESKRIPSI	PASIENT DAN KELUARGA	PERAWAT	DOKTER	FARMASI
			- Tuangkan dalam berita acara apabila terjadi kendala pada proses konsultasi dengan dokter spesialis dan rutin dilaporkan agar dapat <i>difeedbackkan</i> dan dilakukan upaya perbaikan - Komitmen dokter umum untuk menyelesaikan task segera setelah melakukan pelayanan - Komitmen petugas untuk segera mengklik status keluar pasien pada ERM - Diperlukan leadership, komunikasi, dan kerjasama multidisiplin tim	
Respon Time		Respon time pelayanan perawat di gawat darurat ≤ 2 menit	Respon time pelayanan dokter di gawat darurat ≤ 5 menit	Respon time pelayanan Farmasi di gawat darurat ≤ 30 menit
Komunikasi	- Informasi tim casemix terkait pembiayaan - Informasi dari petugas ke pasien dan keluarga tentang pelayanan	- Koordinasi dengan Timker Keperawatan, MPP, dan NOD tentang kondisi pasien dengan kasus kompleks - Konsistensi petugas untuk merawat pasien < 4 jam, agar dikomunikasikan dengan Timker Pelayanan Keperawatan, MPP, Kepala Instalasi Rawat Inap, dan Kepala Ruangan	- Tidak melakukan konsultasi melalui chat whatsapp (harus telepon sesuai dengan SPO) • 10 menit pertama menghubungi DPJP utama, 10 menit tidak terhubung hubungi dokter spesialis lain, 10 menit tidak terhubung hubungi manajemen - Koordinasi dengan Timker Pelayanan Medik untuk optimalisasi pelayanan dokter dan konsultasi dokter spesialis	Koordinasi antara Instalasi Farmasi dan IGD terkait penyediaan obat untuk pasien
Reward and Punishment		Memasukkan kinerja petugas terkait waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 pada penilaian indikator kinerja individu	Memberikan insentif DPJP pada saat memberikan konsultasi diluar jam kerja	Memasukkan kinerja petugas terkait waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 pada penilaian indikator kinerja individu
Sarana dan Prasarana	Leaflet pelayanan yang dilayani di RS	- Melakukan uji fungsi alat kesehatan rutin setiap hari - Memastikan ketersediaan tempat tidur bagi pasien di IGD		
Sistem Rujukan	Senantiasa siaga untuk mendampingi pasien dalam rujukan	Optimalisasi sistem rujukan (Sisrute, ESIR, SPGDT)		
Transportasi		Segera menghubungi		

DESKRIPSI	PASIENT DAN KELUARGA	PERAWAT	DOKTER	FARMASI
		petugas pool kendaraan untuk memindahkan pasien ke ruang ranap atau rujuk ke RS lain		
SPO		Adanya Panduan Praktik Klinis (PPK) dan SPO di IGD	Adanya Panduan Praktik Klinis (PPK) dan SPO di IGD	Adanya Panduan Praktik Klinis (PPK) dan SPO di IGD
Dukungan IT		Dukungan dashboard pemantuan waktu layanan pasien di IGD	Dukungan dashboard pemantuan waktu layanan pasien di IGD • Adanya sistem yang memberitahu pada DPJP terkait pasien di IGD untuk segera mendapatkan keputusan klinis	Dukungan dashboard pemantuan waktu layanan pasien di IGD
Monitoring dan Evaluasi		Monitoring dan evaluasi rutin terkait penyebab keterlambatan waktu layanan, peran masing-masing petugas sampai ke petugas transportasi, ketersediaan tempat di bangsal, full capacity protocol (difasilitasi melalui forum komunikasi yang melibatkan manajemen RS dan pengelola-IGD, IRJ, Ranap, dll).		

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.18 PDSA Indikator Mutu Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
 Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam	Meningkatkan efisiensi triase dan komunikasi antar tim IGD untuk mempercepat waktu pelayanan.	Memperbaiki proses triase dan mengoptimalkan distribusi pasien di IGD.	Ada peningkatan meskipun masih di bawah 90%.	Menambah staf di IGD dan meninjau kembali prosedur triase untuk mengurangi waktu tunggu pasien.

6. Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata capaian realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1 pada Tahun 2024 94,65%, sudah mencapai standar (standar $\geq 90\%$). Perlu dilakukan upaya mempertahankan capaian dan upaya perbaikan yang berkesinambungan.
2. Sudah dilakukan rapat koordinasi antara berbagai tim terkait untuk mempercepat pemulangan pasien yang sudah mendapatkan ACC dari DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien).
3. Koordinasi dengan Instalasi Rekam Medik untuk menambahkan identitas dan nomor telepon penanggung jawab pasien saat pendaftaran.
4. Diberikan edukasi kepada DPJP untuk mengisi formulir resume medis pada jam kerja.
5. Edukasi kepada ruangan agar segera menghubungi Instalasi PKRS jika pasien akan dilakukan dropping, yang membutuhkan waktu ± 2 minggu untuk proses administrasinya.
6. Koordinasi untuk memperbarui resume pulang pasien H-1 sebelum dipulangkan.

7. Koordinasi dengan Timker TU dan RT untuk segera membuat surat tugas bagi petugas yang akan melakukan dropping pasien.
8. Koordinasi dengan yayasan dan Dinas Sosial untuk segera menjemput pasien yang sudah diinformasikan untuk pulang.

Kendala dan permasalahan:

1. Keluarga pasien atau dinas sosial seringkali tidak segera menjemput pasien setelah ACC pulang diberikan, dengan berbagai alasan keterlambatan.
2. Identitas dan nomor telepon penanggung jawab pasien, terutama pada pasien psikiatri, seringkali sulit dihubungi.
3. Beberapa keluarga yang awalnya bersedia menjemput pasien, namun kemudian membatalkan atau tidak jadi menjemput saat pasien siap dipulangkan.
4. Beberapa DPJP membuat resume medis di luar jam kerja, yang berpengaruh pada penarikan data realisasi pulang pasien H-1.
5. Beberapa pasien rawat inap non-psikiatri tidak dipulangkan tepat waktu meskipun sudah mendapat ACC pulang.
6. **Pengisian Resume Pulang:** Resume pulang pasien rawat inap dapat dicicil oleh DPJP pada ERM, tetapi jika tidak ada pembaruan resume, waktu terakhir pengisian resume dapat mempengaruhi data yang terkesan memanjangkan waktu pemulangan pasien.

Rekomendasi:

1. Dokter harus menulis resume medis pada jam kerja agar sesuai dengan waktu yang tercatat untuk pemulangan pasien.
2. Resume pulang pasien harus diupdate setelah ACC pulang diberikan oleh DPJP, meskipun resume sudah dibuat sejak awal.
3. Membuat SOP yang jelas mengenai alur pemulangan pasien rawat inap untuk memastikan semua langkah dilakukan dengan tepat waktu.
4. Meningkatkan komitmen keluarga, Dinas Sosial, dan Yayasan untuk segera menjemput pasien setelah kondisi pasien dinyatakan baik dan ACC pulang telah diberikan.
5. Instalasi Rawat Inap perlu berkoordinasi dengan Instalasi PKRS terkait pemulangan pasien yang melakukan dropping.
6. Melibatkan Katimker Pelayanan Keperawatan, Instalasi Rawat Inap, dan Instalasi PKRS untuk memastikan pemulangan pasien berjalan dengan lancar.
7. Kepala ruangan harus terus menghubungi keluarga pasien yang sudah mendapatkan ACC pulang agar memastikan pasien dijemput tepat waktu.
8. Kepala ruangan harus segera mengajukan dropping pasien jika tidak ada yang dapat menjemputnya.
9. Memastikan bahwa pasien rawat inap non-psikiatri dipulangkan tepat waktu setelah ACC pulang diberikan oleh DPJP.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1 tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.19 PDSA Indikator Mutu Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1 Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act																																							
Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1 <table><thead><tr><th>Bulan</th><th>Standar</th><th>Capaian</th></tr></thead><tbody><tr><td>Jan</td><td>90%</td><td>94,40%</td></tr><tr><td>Feb</td><td>90%</td><td>95,42%</td></tr><tr><td>Mar</td><td>90%</td><td>92,27%</td></tr><tr><td>Apr</td><td>90%</td><td>92,92%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>90%</td><td>97,34%</td></tr><tr><td>Jun</td><td>90%</td><td>96,92%</td></tr><tr><td>Jul</td><td>90%</td><td>97,70%</td></tr><tr><td>Agst</td><td>90%</td><td>97,01%</td></tr><tr><td>Sep</td><td>90%</td><td>97,22%</td></tr><tr><td>Ok</td><td>90%</td><td>94,57%</td></tr><tr><td>Nov</td><td>90%</td><td>96,91%</td></tr><tr><td>Dek</td><td>90%</td><td>93,92%</td></tr></tbody></table> Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1	Bulan	Standar	Capaian	Jan	90%	94,40%	Feb	90%	95,42%	Mar	90%	92,27%	Apr	90%	92,92%	Mei	90%	97,34%	Jun	90%	96,92%	Jul	90%	97,70%	Agst	90%	97,01%	Sep	90%	97,22%	Ok	90%	94,57%	Nov	90%	96,91%	Dek	90%	93,92%	Mengoptimalkan perencanaan kepulangan pasien H-1 untuk meminimalkan keterlambatan.	Koordinasi lebih intensif antara dokter dan tim medis dalam perencanaan kepulangan.	Kinerja selalu di atas 90%.	Mempertahankan strategi yang ada karena sudah efektif dalam perencanaan kepulangan pasien.
Bulan	Standar	Capaian																																									
Jan	90%	94,40%																																									
Feb	90%	95,42%																																									
Mar	90%	92,27%																																									
Apr	90%	92,92%																																									
Mei	90%	97,34%																																									
Jun	90%	96,92%																																									
Jul	90%	97,70%																																									
Agst	90%	97,01%																																									
Sep	90%	97,22%																																									
Ok	90%	94,57%																																									
Nov	90%	96,91%																																									
Dek	90%	93,92%																																									

Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1

7. Waktu Masuk Rawat Inap

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Capaian waktu masuk rawat inap di rumah sakit pada tahun 2024 belum mencapai standar yang ditargetkan, yaitu $\geq 90\%$. Rata-rata capaian saat ini adalah 87,13%, yang mengalami penurunan dibandingkan bulan sebelumnya.
2. Penurunan capaian ini menandakan adanya kebutuhan untuk melakukan upaya perbaikan yang berkesinambungan guna mencapai standar yang ditetapkan.

Kendala dan permasalahan:

1. Penurunan capaian dari target waktu masuk rawat inap bisa disebabkan oleh berbagai faktor, seperti penumpukan pasien di IGD, keterlambatan proses transfer pasien, atau masalah administratif dalam pemindahan pasien ke ruang rawat inap.
2. Terbatasnya kapasitas ruang rawat inap dan masalah di UPIP yang tidak dapat menampung pasien baru dapat memperlambat waktu masuk rawat inap.
3. Meskipun ada koordinasi antar tim, masih ada potensi ketidaksesuaian antara jadwal transfer pasien dan kesiapan ruang rawat inap, yang menyebabkan keterlambatan.
4. Kurangnya pengawasan atau kendali terhadap proses pemindahan pasien dari IGD atau ruang rawat inap yang lain dapat menyebabkan keterlambatan.

Rekomendasi:

1. Lakukan evaluasi terhadap kapasitas ruang rawat inap yang ada dan cari solusi untuk mengurangi penumpukan pasien, seperti pengkajian ruang intermediate atau optimalisasi ruang yang ada.
2. Meningkatkan efisiensi proses transfer pasien, terutama dengan mempercepat pemindahan pasien dari IGD ke ruang rawat inap dalam waktu yang lebih cepat. Koordinasi antar petugas dan ruangan perlu diperkuat.
3. Memperkuat komunikasi dan koordinasi antara IGD, perawat ruangan, dan tim terkait untuk memastikan bahwa ruang rawat inap siap menerima pasien tepat waktu.
4. Lakukan pemantauan dan evaluasi secara rutin terhadap waktu masuk rawat inap untuk mengetahui potensi masalah yang ada serta mengambil langkah perbaikan yang diperlukan.
5. Mengedukasi semua pihak, baik perawat, dokter, maupun keluarga pasien, untuk memastikan bahwa semua prosedur yang berkaitan dengan waktu masuk rawat inap dilakukan sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Waktu Masuk Rawat Inap tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.20 PDSA Indikator Mutu Waktu Masuk Rawat Inap Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act																																							
Waktu Masuk Rawat Inap <table><thead><tr><th>Bulan</th><th>Standar</th><th>Capaian</th></tr></thead><tbody><tr><td>Jan</td><td>90%</td><td>91,91%</td></tr><tr><td>Feb</td><td>90%</td><td>87,31%</td></tr><tr><td>Mar</td><td>90%</td><td>84,93%</td></tr><tr><td>Apr</td><td>90%</td><td>83,91%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>90%</td><td>96,07%</td></tr><tr><td>Jun</td><td>90%</td><td>88,89%</td></tr><tr><td>Jul</td><td>90%</td><td>88,16%</td></tr><tr><td>Ag</td><td>90%</td><td>90,57%</td></tr><tr><td>Sep</td><td>90%</td><td>87,79%</td></tr><tr><td>Ok</td><td>90%</td><td>87,95%</td></tr><tr><td>Nov</td><td>90%</td><td>82,90%</td></tr><tr><td>D</td><td>90%</td><td>81,88%</td></tr></tbody></table> Waktu Masuk Rawat Inap	Bulan	Standar	Capaian	Jan	90%	91,91%	Feb	90%	87,31%	Mar	90%	84,93%	Apr	90%	83,91%	Mei	90%	96,07%	Jun	90%	88,89%	Jul	90%	88,16%	Ag	90%	90,57%	Sep	90%	87,79%	Ok	90%	87,95%	Nov	90%	82,90%	D	90%	81,88%	Menyusun strategi untuk mempercepat proses masuk rawat inap.	Menyusun prosedur alur masuk rawat inap yang lebih cepat dan efisien.	Meskipun ada perbaikan di TW III, kinerja di TW IV menurun.	Menambah staf pendaftaran dan memperbaiki prosedur untuk memastikan kelancaran proses rawat inap.
Bulan	Standar	Capaian																																									
Jan	90%	91,91%																																									
Feb	90%	87,31%																																									
Mar	90%	84,93%																																									
Apr	90%	83,91%																																									
Mei	90%	96,07%																																									
Jun	90%	88,89%																																									
Jul	90%	88,16%																																									
Ag	90%	90,57%																																									
Sep	90%	87,79%																																									
Ok	90%	87,95%																																									
Nov	90%	82,90%																																									
D	90%	81,88%																																									

8. Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata capaian ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI Tahun 2024 yaitu 93,07% sudah mencapai standar (standar 80%). Hal ini perlu dipertahankan.
2. Waktu visite dokter di ruang rawat inap terkadang *overlapping* dengan jadwal pelayanan dokter di Poliklinik.
3. Sudah berkoordinasi dengan Komite Medik dan para dokter spesialis untuk menyelaraskan waktu visite sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan.
4. Fingerprint telah dipasang di 26 titik, namun ada beberapa masalah dalam penggunaannya, terutama di ruang pemping yang tidak digunakan karena ruangan kosong.

Kendala dan permasalahan:

1. Dokter mengalami kesulitan dalam menyesuaikan waktu visite dengan waktu pelayanan di Poliklinik, yang mengarah pada ketidaksesuaian jadwal dan meningkatkan keterlambatan.
2. Implementasi fingerprint bagi DPJP dan dokter umum belum sepenuhnya optimal dan belum sesuai dengan SOP yang ada.
3. Beberapa tempat seperti IGD, Poli Saraf, Poli Anak dan Remaja, dan Poli Pita Aruna belum dilengkapi dengan perangkat fingerprint.

Rekomendasi:

1. Memperkuat komitmen para DPJP untuk melakukan visite dokter di ruang rawat inap sesuai dengan waktu yang telah disepakati, agar tidak ada penundaan dan *overlapping* dengan jadwal di Poliklinik.
2. Memastikan penyedia sistem untuk segera mengakomodasi kebutuhan laporan yang diperlukan terkait penggunaan fingerprint, agar mempermudah monitoring absensi dokter.
3. Memindahkan perangkat fingerprint dari ruang pemping yang kosong ke IGD atau area lainnya yang membutuhkan, untuk memastikan penggunaan alat yang lebih efisien.
4. Melakukan pemantauan secara rutin terhadap hasil output fingerprint oleh timker OSDM dan tim medis untuk memastikan sistem ini berfungsi sesuai dengan kebutuhan dan SOP yang berlaku.
5. Mengimplementasikan sistem reward bagi yang patuh pada SOP penggunaan fingerprint dan jadwal visite, serta pemberian punishment bagi yang tidak mematuhi, guna meningkatkan disiplin dan kepatuhan.
6. Menambah titik pemasangan fingerprint di IGD, Poli Saraf, Poli Anak dan Remaja, dan Poli Pita Aruna agar sistem absensi dapat berjalan optimal di seluruh area pelayanan rumah sakit.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.21 PDSA Indikator Mutu Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap	Memastikan dokter mengikuti jadwal visite sesuai rencana.	Menjaga jadwal yang sudah disusun untuk menghindari keterlambatan.	Kinerja selalu di atas 90%.	Melanjutkan prosedur yang sudah ada karena efektif dalam memastikan ketepatan waktu visite dokter.

9. Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik sudah mencapai standar ($\geq 80\%$) pada TA 2024 yaitu 65,55%. Mengalami peningkatan dibandingkan dengan bulan sebelumnya dan perlu dilakukan upaya mempertahankan capaian dan perbaikan berkesinambungan.
2. Koordinasi dengan Komite Medik, Ketua KSM Psikiatri, KSM Non-Psikiatri, KSM Gigi, dan Instalasi Rawat Jalan terkait penjadwalan dokter spesialis di Poliklinik.
3. Redesign jadwal dokter spesialis sesuai dengan hasil evaluasi waktu pelayanan rawat jalan.
4. Evaluasi kehadiran dokter spesialis setiap bulan.
5. *Feedback* kepada Ketua KSM terkait kinerja dokter spesialis di Poliklinik.
6. Edukasi kepada dokter agar melakukan pelayanan sesuai dengan jadwal HFIS.
7. Jadwal Poli Reguler beberapa dokter *overlapping* dengan jadwal di Poli Eksekutif.
8. Jadwal Poli Reguler saat ini belum semuanya sesuai dengan jadwal HFIS. Misalnya, jadwal HFIS jam 08.00, namun kenyataannya praktik baru dimulai jam 10.00.
9. Beberapa Poliklinik belum dilengkapi mesin fingerprint, seperti Poli Eksekutif, Poli Anak dan Remaja, MCU, Poli Rehab Medik, dan Poli Saraf. Sehingga evaluasi hanya berdasarkan data face recognition (dengan jarak mesin face recognition yang cukup jauh dari Poliklinik) dan catatan manual kepala ruangan/perawat Poli, dengan risiko validitas data.
10. Sistem reward and punishment yang kurang jelas bagi dokter yang telah melakukan kewajibannya.

Kendala dan permasalahan:

1. Komitmen dokter spesialis untuk memberikan pelayanan di Poliklinik sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan masih kurang.
2. *Overlapping* jadwal praktik Poliklinik dan visite dokter.
3. *Overlapping* antara jadwal Poli Reguler beberapa dokter dengan jadwal di Poli Eksekutif.
4. Jadwal Poli Reguler saat ini belum sepenuhnya sesuai dengan jadwal HFIS. Misalnya, jadwal HFIS jam 08.00, namun kenyataannya praktik baru dimulai jam 10.00.
5. Tidak ada sistem reward and punishment yang jelas bagi dokter yang telah melaksanakan kewajibannya.
6. Masih ditemukan dokter spesialis yang hadir di luar jadwal HFIS.
7. Masih ditemukan dokter yang belum mematuhi prosedur dengan mengklik “keluar” pada status pasien di ERM setelah selesai melakukan pelayanan.
8. Belum ada *display* jadwal praktik dokter spesialis di Poliklinik.
9. Evaluasi ketepatan waktu pelayanan Poliklinik didasarkan pada data dari SIMRS, data face recognition, data fingerprint, dan catatan manual kepala ruangan/perawat Poli. Namun, hasil yang ada masih berisiko bias. Beberapa poliklinik masih belum dilengkapi mesin fingerprint, seperti Poli Eksekutif, Poli Anak dan Remaja, MCU, Poli Rehab Medik, dan Poli Saraf. Evaluasi hanya dapat dilakukan berdasarkan data face recognition (dengan jarak mesin face recognition yang cukup jauh) dan catatan manual, yang memiliki risiko validitas.
10. Belum ada pengeras suara untuk memanggil pasien.
11. Tidak ada sistem reward and punishment yang jelas terkait kepatuhan pada jadwal Poli ini.

Rekomendasi:

1. Memastikan komitmen dokter spesialis untuk hadir sesuai dengan jadwal praktik yang telah ditetapkan.
2. Meningkatkan komitmen dokter spesialis untuk mengklik “keluar” pada status pasien di ERM setelah selesai memberikan pelayanan.
3. Redesign jadwal dokter spesialis di Poliklinik reguler dan eksekutif agar lebih ideal dan sesuai dengan hasil evaluasi ketepatan waktu pelayanan dokter spesialis di Poliklinik.

- Melibatkan seluruh dokter spesialis secara aktif dalam penyusunan jadwal praktik Poliklinik yang ideal dan memastikan pelaksanaannya sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat.
- Meningkatkan supervisi dari Katimker Pelayanan Medik terkait kinerja dokter spesialis di Poliklinik.
- Meningkatkan koordinasi dengan Komite Medik dan KSM untuk memberikan *feedback* terkait kinerja masing-masing dokter spesialis.
- Menyediakan informasi yang jelas, serta sarana dan prasarana yang memadai terkait jadwal praktik dokter spesialis dan pemanggilan pasien di Poliklinik.
- Menggunakan output laporan fingerprint untuk mengevaluasi ketepatan waktu dokter di Poliklinik, selain dengan menggunakan data waktu layanan rawat jalan di SIMRS.
- Mengkonfirmasi hasil pengolahan data ketepatan waktu pelayanan Poli kepada dokter yang bersangkutan secara langsung oleh atasan berdasarkan data yang telah diolah, agar tidak ada yang merasa dirugikan dan evaluasi dapat dilakukan dengan transparan.
- Menerapkan kebijakan dan sistem reward and punishment yang jelas, adil, dan sesuai dengan kinerja dokter spesialis.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.22 PDSA Indikator Mutu Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	Mengatur ulang jadwal pelayanan di Poliklinik untuk mengurangi penundaan.	Memperbaiki jadwal dan menambah tenaga medis di jam sibuk.	Kinerja menurun di TW III dan IV, perlu evaluasi lebih lanjut.	Menambah staf di Poliklinik dan memperbaiki penjadwalan agar lebih efisien.

10. Ketepatan Waktu Layanan

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Rerata capaian ketepatan waktu layanan pada Tahun 2024 adalah 74,45% belum mencapai standar (standar 80%). Hal ini perlu dilakukan upaya perbaikan secara berkesinambungan
- Waktu tunggu rawat jalan tanpa penunjang cenderung menurun, yang disebabkan oleh faktor-faktor yang telah diuraikan di atas.
- Kepatuhan kehadiran dokter spesialis di Poliklinik masih perlu ditingkatkan.
- Konsistensi dalam memberikan pelayanan pada tiga indikator (waktu tunggu rawat jalan tanpa penunjang, ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap, dan ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik) masih belum optimal.

Kendala dan permasalahan:

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

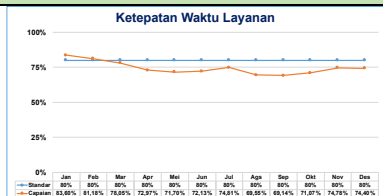
Rekomendasi:

- Rekomendasi terkait waktu tunggu rawat jalan tanpa penunjang, ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap, dan ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik sudah diuraikan di atas.

2. Komitmen bersama dari Tim Kerja Pelayanan Medik, Tim Kerja Pelayanan Keperawatan, dan Tim Kerja Pelayanan Penunjang untuk perbaikan dan pencapaian indikator ketepatan waktu layanan.
3. Memberikan *feedback* dari manajemen untuk upaya perbaikan ketepatan waktu layanan.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Ketepatan Waktu Layanan tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.23 PDSA Indikator Mutu Ketepatan Waktu Layanan Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act																																							
Ketepatan Waktu Layanan <table><thead><tr><th>Bulan</th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mar</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agst</th><th>Sep</th><th>Oktr</th><th>Nov</th><th>Dsr</th></tr></thead><tbody><tr><td>Standar</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Capaian</td><td>83.88%</td><td>81.18%</td><td>76.88%</td><td>72.97%</td><td>71.79%</td><td>72.13%</td><td>74.81%</td><td>66.66%</td><td>68.14%</td><td>71.87%</td><td>74.78%</td><td>74.48%</td></tr></tbody></table> Ketepatan Waktu Layanan	Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Oktr	Nov	Dsr	Standar	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	Capaian	83.88%	81.18%	76.88%	72.97%	71.79%	72.13%	74.81%	66.66%	68.14%	71.87%	74.78%	74.48%	Meningkatkan koordinasi antar unit untuk memastikan ketepatan waktu pelayanan.	Memperbaiki komunikasi antar unit layanan dan memastikan sumber daya yang cukup.	Ada penurunan kinerja di TW II dan III.	Mengubah sistem penjadwalan dan memonitor waktu pelayanan lebih intensif.
Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Oktr	Nov	Dsr																															
Standar	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%																															
Capaian	83.88%	81.18%	76.88%	72.97%	71.79%	72.13%	74.81%	66.66%	68.14%	71.87%	74.78%	74.48%																															

5.5 Pencapaian Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

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

Tabel 5.24 Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥ 85%	91,66%	89,80%	92,84%	93,19%	91,87%
2	Kepatuhan penggunaan APD	100%	98,73%	98,26%	99,40%	98,41%	98,70%
3	Kepatuhan manajemen linen ruangan	100%	99,49%	98,98%	99,00%	99,75%	99,30%
4	Kepatuhan manajemen limbah tajam	100%	94,55%	95,24%	97,32%	99,35%	96,61%
5	Kepatuhan manajemen limbah infeksius	100%	97,64%	97,82%	98,73%	98,09%	98,07%
6	Kepatuhan manajemen lingkungan kerja	85%	89,56%	89,41%	90,50%	92,77%	90,56%
7	Kepatuhan manajemen alat kesehatan pasien	100%	94,16%	96,09%	99,63%	99,28%	97,29%
8	Kepatuhan menyuntik aman	100%	98,82%	99,69%	98,64%	99,75%	99,22%
9	Kepatuhan Etika batuk	100%	98,63%	98,63%	97,58%	99,47%	98,58%
10	Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	≤ 5,8‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰
11	Kejadian Hospital-Acquired Pneumonia (HAP)	< 1‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰
12	Kejadian Infeksi Alirah Darah Perifer (Phlebitis)	5%	0,62%	0,00%	0,00%	0,10%	0,18%
13	Kejadian Infeksi Saluran Kencing (ISK)	2%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
14	Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)	2%	5,56%	0,61%	0,00%	4,17%	2,58%
15	Kejadian dekubitus	2%	0,00%	2,78%	0,00%	0,00%	0,69%
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%	0,05%	0,00%	0,01%
18	Kejadian konjungtivitis pada pasien psikiatri	< 5%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
19	Ketercapaian personal hygiene pasien psikiatri	100%	92,57%	93,87%	96,74%	97,09%	95,07%
20	Kepatuhan Pelaksanaan ICRA						

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Dari duapuluh indikator PPI, tercapai sebelas indikator, yaitu:
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kepatuhan manajemen lingkungan kerja
 - Kejadian *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP)
 - Kejadian *Hospital-Acquired Pneumonia* (HAP)
 - Kejadian Infeksi Alirah Darah Perifer (Phlebitis)
 - Kejadian Infeksi Saluran Kencing (ISK)
 - Kejadian dekubitus
 - Kejadian scabies pada pasien psikiatri
 - Kejadian pedikulosis pada pasien psikiatri
 - Kejadian konjungtivitis pada pasien psikiatri
 - Kepatuhan pelaksanaan ICRA
- Selama tahun 2024 ada sembilan indikator yang belum mencapai standar, yaitu:
 - Kepatuhan penggunaan APD dengan capaian 98,70% dari standar 100%.
 - Kepatuhan manajemen linen ruangan dengan capaian 99,30% dari standar 100%.
 - Kepatuhan manajemen limbah tajam dengan capaian 96,61% dari standar 100%.
 - Kepatuhan manajemen limbah infeksius dengan capaian 98,07% dari standar 100%.
 - Kepatuhan manajemen alat kesehatan pasien dengan capaian 97,29% dari standar 100%.
 - Kepatuhan menyuntik aman dengan capaian 99,22% dari standar 100%.
 - Etika batuk dengan capaian 98,58% dari standar 100%.
 - Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) dengan capaian 2,58% dari standar 2%
 - Ketercapaian personal hygiene pasien psikiatri dengan capaian 95,07% dari standar 100%
- Melakukan koordinasi Timker Pelayanan Medik, Timker Pelayanan Keperawatan, Timker Pelayanan Penunjang, Timker TU dan RT, Komite PPI, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Radiologi, Instalasi Farmasi, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD dan Binatu, dan Instalasi K3KL untuk pencapaian indikator PPI.

4. Koordinasi Komite PPI, IPCN, Para Kepala Ruangan untuk pencapaian kepatuhan kebersihan tangan dan kepatuhan penggunaan APD.
5. Monev dan supervisi sudah dilakukan oleh Komite PPI dan Komite Mutu.
6. Program *reward and punishment* indikator PPI belum menyeluruh diimplementasikan pada seluruh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

Kendala dan permasalahan:

1. Kepatuhan penggunaan APD: ketidakpatuhan selama tahun 2024 banyak ditemukan di ruang rawat inap non psikiatri, pelayanan rawat jalan yang disebabkan oleh penggunaan APD yang tidak sesuai indikasi dan transmisi pada pedoman PPI.
2. Kepatuhan manajemen linen ruangan: ketidakpatuhan ditemukan baik di ruang rawat inap psikiatri maupun non psikiatri yang didominasi karena linen bersih tidak tersusun rapih.
3. Kepatuhan manajemen limbah tajam: ketidakpatuhan ditemukan baik di ruang rawat inap psikiatri, ruang rawat inap non psikiatri, maupun pelayanan rawat jalan yang disebabkan keterisian safety box tidak sesuai ketentuan yang berlaku dan/atau tidak diberi tanggal.
4. Kepatuhan manajemen limbah infeksius: ketidakpatuhan ditemukan lebih banyak di ruang rawat inap psikiatri selama tahun 2024 yang disebabkan oleh isi limbah yang tidak sesuai dengan peruntukannya.
5. Kepatuhan manajemen alat kesehatan pasien: ketidakpatuhan selama tahun ditemukan baik di ruang rawat inap psikiatri dan non psikiatri maupun pelayanan penunjang yang disebabkan oleh alat kesehatan habis pakai segera dilakukan perendaman (detergen, clorin 0,5%, zat enzimatis) kemudian dibilas dengan air mengalir sesuai dengan SPO yang berlaku.
6. Kepatuhan menyuntik aman: ketidakpatuhan selama tahun 2024 disebabkan oleh penggunaan troli tindakan maupun bak yang tidak bersih.
7. Etika batuk: ketidakpatuhan etika batuk selama tahun 2024 terjadi pada beberapa bulan di awal tahun karena petugas yang tidak mampu mempraktikkan etika batuk dengan benar.
8. Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO): kejadian IDO selama tahun 2024 disebabkan lebih pada perilaku pasien itu sendiri di rumah pasca mendapat perawatan walaupun sudah dilakukan edukasi oleh petugas RS.
9. Ketercapaian personal hygiene pasien psikiatri: personal hygiene pasien psikiatri selama tahun 2024 didominasi oleh penampilan pasien yang tidak bersih dan rapih dari mulai rambut, gigi mulut, kuku, dan pakaian pasien.

Rekomendasi:

1. Review kembali kamus indikator seluruh indikator PPI dan formulir Audit PPI.
2. Pengukuran indikator PPI sesuai dengan profil indikator yang sudah ditetapkan.
3. Reeducasi dan pengajaran langsung pada PPA jika ditemukan ketidakpatuhan petugas dalam memenuhi standar PPI.
4. Memberikan *feedback* rutin ke ruangan yang tidak patuh melalui laporan tertulis setiap bulannya, agar ruangan tersebut mengetahui apa yang perlu diperbaiki.
5. Melakukan monev dan supervisi oleh atasan langsung, Tim Kerja Pelayanan Medik, Tim Kerja Pelayanan Keperawatan, dan Tim Kerja Pelayanan Penunjang untuk memantau keberhasilan dari edukasi yang sudah dilakukan.
6. Mengoptimalkan penerapan *reward and punishment* atas indikator PPI.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu PPI tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.25 PDSA Indikator Mutu PPI Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan Kebersihan Tangan	Meningkatkan edukasi tentang pentingnya kebersihan tangan	Pelaksanaan pelatihan dan pengawasan rutin	Analisis data kepatuhan kebersihan tangan per TW	Perbaikan prosedur atau peningkatan pelatihan jika diperlukan
Kepatuhan Kebersihan Tangan	Meningkatkan pengawasan dan pengingat penggunaan APD	Penyediaan alat pelindung dan penegakan aturan penggunaan	Evaluasi ketepatan penggunaan APD di setiap periode TW	Perbaikan pengawasan atau tambahan pelatihan jika diperlukan
Kepatuhan Penggunaan APD	Memastikan pengelolaan linen sesuai prosedur	Pengecekan berkala terhadap kebersihan dan pengelolaan linen	Monitoring tingkat kepatuhan terhadap standar manajemen linen	Tindakan perbaikan jika terdapat ketidaksesuaian
Kepatuhan Manajemen Linen Ruangan	Penyuluhan mengenai bahaya limbah tajam dan prosedur pengelolaan	Penerapan prosedur pengelolaan limbah tajam secara ketat	Evaluasi proses pengelolaan limbah tajam dan tindak lanjutnya	Penyempurnaan prosedur pengelolaan atau pelatihan ulang jika perlu
Kepatuhan Manajemen Limbah Tajam	Peningkatan pelatihan pengelolaan limbah infeksius	Implementasi prosedur pengelolaan limbah infeksius	Analisis efektivitas pengelolaan limbah infeksius	Penyesuaian prosedur atau evaluasi pelatihan tambahan
Kepatuhan Manajemen Limbah Infeksius	Peningkatan pemantauan kondisi lingkungan kerja	Penerapan rutinitas pemantauan lingkungan dan kebersihan	Evaluasi perubahan kepatuhan terhadap standar lingkungan kerja	Penyesuaian prosedur pemeliharaan atau peningkatan pengawasan
Kepatuhan Manajemen Lingkungan Kerja	Peningkatan pengawasan pemeliharaan alat kesehatan pasien	Pemeriksaan dan kalibrasi alat kesehatan secara rutin	Analisis kepatuhan terhadap prosedur manajemen alat kesehatan	Penyesuaian jadwal kalibrasi atau pengawasan lebih intensif
Kepatuhan Manajemen Alat Kesehatan				

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act																																							
Kepatuhan Menyuntik Aman <table><tr><th>Bulan</th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mar</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agst</th><th>Sep</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr><tr><td>Standar</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr><tr><td>Capaian</td><td>98,94%</td><td>98,48%</td><td>99,05%</td><td>100,00%</td><td>100,00%</td><td>99,08%</td><td>98,38%</td><td>100,00%</td><td>97,64%</td><td>99,34%</td><td>100,00%</td><td>100,00%</td></tr></table>	Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des	Standar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Capaian	98,94%	98,48%	99,05%	100,00%	100,00%	99,08%	98,38%	100,00%	97,64%	99,34%	100,00%	100,00%	Peningkatan sosialisasi tentang prosedur penyuntikan yang aman	Penegakan prosedur penyuntikan yang benar	Evaluasi tingkat kepatuhan terhadap prosedur menyuntik aman	Perbaikan prosedur atau peningkatan pelatihan jika diperlukan
Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des																															
Standar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																															
Capaian	98,94%	98,48%	99,05%	100,00%	100,00%	99,08%	98,38%	100,00%	97,64%	99,34%	100,00%	100,00%																															
Kepatuhan Menyuntik Aman <table><tr><th>Bulan</th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mar</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agst</th><th>Sep</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr><tr><td>Standar</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr><tr><td>Capaian</td><td>100,00%</td><td>97,30%</td><td>98,63%</td><td>98,00%</td><td>100,00%</td><td>100,00%</td><td>92,73%</td><td>100,00%</td><td>100,00%</td><td>96,41%</td><td>100,00%</td><td>100,00%</td></tr></table>	Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des	Standar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Capaian	100,00%	97,30%	98,63%	98,00%	100,00%	100,00%	92,73%	100,00%	100,00%	96,41%	100,00%	100,00%	Edukasi mengenai etika batuk kepada semua petugas	Penegakan aturan etika batuk dalam lingkungan kerja	Evaluasi perubahan dalam kepatuhan etika batuk	Penyuluhan lebih intensif atau pengawasan lebih ketat
Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des																															
Standar	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																															
Capaian	100,00%	97,30%	98,63%	98,00%	100,00%	100,00%	92,73%	100,00%	100,00%	96,41%	100,00%	100,00%																															
Kepatuhan Etika Batuk <table><tr><th>Bulan</th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mar</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agst</th><th>Sep</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr><tr><td>Standar</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td></tr><tr><td>Capaian</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td></tr></table>	Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des	Standar	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Capaian	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Monitoring ketat terhadap pasien yang menggunakan ventilator	Penerapan protokol pencegahan VAP	Analisis kejadian VAP dan identifikasi penyebabnya	Penyesuaian protokol pencegahan atau perbaikan prosedur
Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des																															
Standar	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																															
Capaian	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																															
Kejadian Ventilatory Associated Pneumonia (VAP) <table><tr><th>Bulan</th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mar</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agst</th><th>Sep</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr><tr><td>Standar</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>Capaian</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td></tr></table>	Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des	Standar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Capaian	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Pemantauan ketat terhadap pasien berisiko tinggi HAP	Implementasi tindakan pencegahan HAP yang ketat	Evaluasi kejadian HAP pada pasien	Penyesuaian kebijakan atau peningkatan pencegahan HAP
Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des																															
Standar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																															
Capaian	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																															
Kejadian Hospital Acquired Pneumonia (HAP) <table><tr><th>Bulan</th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mar</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agst</th><th>Sep</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr><tr><td>Standar</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td><td>0%</td></tr><tr><td>Capaian</td><td>1,12%</td><td>0,75%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,31%</td></tr></table>	Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des	Standar	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Capaian	1,12%	0,75%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,31%	Penyuluhan tentang pentingnya perawatan akses darah yang benar	Pemantauan dan perawatan akses darah dengan hati-hati	Evaluasi insiden phlebitis pada pasien	Tindakan perbaikan atau pelatihan lebih lanjut
Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des																															
Standar	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%																															
Capaian	1,12%	0,75%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,31%																															
Kejadian Phlebitis <table><tr><th>Bulan</th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mar</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agst</th><th>Sep</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr><tr><td>Standar</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td></tr><tr><td>Capaian</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td></tr></table>	Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des	Standar	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	Capaian	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	Memastikan penggunaan prosedur steril dalam pemasangan kateter	Penerapan kebijakan sterilitas yang ketat	Evaluasi frekuensi kejadian ISK dan penyebabnya	Perbaikan prosedur sterilitas atau pengawasan lebih ketat
Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des																															
Standar	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%																															
Capaian	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%																															
Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK) <table><tr><th>Bulan</th><th>Jan</th><th>Feb</th><th>Mar</th><th>Apr</th><th>Mei</th><th>Jun</th><th>Jul</th><th>Agst</th><th>Sep</th><th>Okt</th><th>Nov</th><th>Des</th></tr><tr><td>Standar</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td><td>2%</td></tr><tr><td>Capaian</td><td>16,67%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>1,82%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>0,00%</td><td>12,50%</td><td>0,00%</td></tr></table>	Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des	Standar	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	Capaian	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	1,82%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	12,50%	0,00%	Meningkatkan prosedur sterilisasi ruang operasi	Peningkatan pelatihan dan pengawasan selama operasi	Analisis kejadian IDO dan faktor penyebabnya	Penyesuaian protokol sterilisasi atau penambahan pelatihan
Bulan	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agst	Sep	Okt	Nov	Des																															
Standar	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%																															
Capaian	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	1,82%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	12,50%	0,00%																															
Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)																																											

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kejadian Dekubitus Standar 2% 2% 2% 2% 2% 2% 2% 2% 2% 2% 2% 2% Capaian 0,00% 0,00% 0,00% 8,33% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00%	Pemantauan kondisi pasien berisiko dekubitus	Penggunaan alat bantu pencegahan dekubitus	Evaluasi kejadian dekubitus dan pengaruh perawatan	Tindakan perbaikan pada prosedur pencegahan dekubitus
Kejadian Scabies Pada Pasien Psikiatri Standar 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% Capaian 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00%	Pemantauan kondisi kebersihan pasien psikiatri	Implementasi kebijakan kebersihan yang ketat	Evaluasi insiden scabies pada pasien psikiatri	Penguatan kebersihan atau protokol pencegahan scabies
Kejadian Scabies Kejadian Pedikulosis Pada Pasien Psikiatri Standar 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% Capaian 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00%	Meningkatkan pengawasan terhadap kebersihan pasien psikiatri	Penerapan tindakan pencegahan pedikulosis	Evaluasi insiden pedikulosis dan kebijakan pengendaliannya	Penyesuaian prosedur kebersihan atau peningkatan pengawasan
Kejadian Pedikulosis Kejadian Konjungtivitis Pada Pasien Psikiatri Standar 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% 5% Capaian 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00% 0,00%	Peningkatan kesadaran tentang pencegahan konjungtivitis	Penerapan kebijakan kebersihan mata	Monitoring kejadian konjungtivitis pada pasien psikiatri	Tindakan perbaikan atau peningkatan kebersihan
Kejadian Konjungtivitis Ketercapaian Personal Hygiene Pasien Psikiatri Standar 91,67% 93,07% 93,33% 92,22% 92,22% 96,67% 96,67% 96,67% 96,67% 96,67% 97,22% 97,22% Capaian 91,67% 93,07% 93,33% 92,22% 92,22% 96,67% 96,67% 96,67% 96,67% 96,67% 97,22% 97,22%	Peningkatan pelatihan kebersihan diri pasien psikiatri	Penerapan prosedur personal hygiene secara rutin	Evaluasi tingkat ketercapaian personal hygiene pasien	Penyesuaian prosedur atau peningkatan pengawasan
Ketercapaian Personal Hygiene Pasien Psikiatri Kepatuhan Pelaksanaan ICRA Standar 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% Capaian 91,67% 93,07% 93,33% 92,22% 92,22% 96,67% 96,67% 96,67% 96,67% 96,67% 97,22% 97,22%	Identifikasi rendahnya tingkat kepatuhan pelaksanaan ICRA berdasarkan data audit. Tentukan tujuan: meningkatkan kepatuhan hingga 90% dalam 3 bulan. Rancang intervensi seperti pelatihan staf, SOP visual, dan form checklist.	Laksanakan pelatihan ICRA bagi staf terkait, implementasikan checklist di area berisiko tinggi (ICU, ruang operasi), dan pantau pelaksanaan selama 4 minggu.	Evaluasi hasil melalui audit checklist dan analisis tingkat kepatuhan sebelum dan sesudah intervensi. Identifikasi hambatan serta faktor keberhasilan.	Perluas intervensi ke unit lain jika berhasil. Jika tidak, revisi strategi, seperti meningkatkan frekuensi pelatihan atau memberikan feedback langsung kepada staf.

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

Evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) atau *Clinical Pathway* (CP) merupakan salah satu bagian penting dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya. Proses evaluasi ini bertujuan untuk menilai apakah implementasi PPK/CP sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan dan memberikan hasil yang optimal dalam manajemen pasien. Evaluasi ini mencakup beberapa aspek yang meliputi efektivitas, efisiensi, serta kepatuhan terhadap protokol yang ada.

Aspek Evaluasi PPK/CP:

1. **Kepatuhan Terhadap Protokol**
Evaluasi dimulai dengan menilai sejauh mana tim medis, termasuk dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya, mematuhi langkah-langkah yang tercantum dalam PPK/CP. Kepatuhan terhadap prosedur yang telah ditetapkan akan memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang sesuai dengan standar klinis dan terbaik.
2. **Efektivitas Klinis**
Evaluasi ini mengukur seberapa besar kontribusi PPK/CP dalam meningkatkan hasil klinis bagi pasien. Apakah pendekatan yang digunakan dalam PPK/CP mampu memberikan hasil yang diinginkan, seperti pengurangan durasi perawatan, pemulihan yang lebih cepat, atau penurunan komplikasi.
3. **Efisiensi Waktu dan Sumber Daya**
Evaluasi juga dilakukan untuk menilai apakah PPK membantu dalam pengelolaan waktu dan sumber daya dengan lebih efisien. Ini mencakup analisis penggunaan obat, prosedur medis, dan waktu perawatan yang dibutuhkan.
4. **Peningkatan Berkelanjutan**
Salah satu tujuan dari evaluasi adalah untuk menemukan area yang dapat diperbaiki. Dengan melakukan evaluasi secara rutin, rumah sakit dapat mengidentifikasi kesalahan atau ketidaksesuaian yang terjadi selama proses perawatan, sehingga dapat dilakukan perbaikan atau revisi pada PPK/CP.

Metode Evaluasi:

1. **Audit Medis atau Audit Klinis**
Pemeriksaan terhadap catatan medis pasien untuk memastikan bahwa prosedur yang tercantum dalam PPK/CP sudah dilaksanakan dengan benar.
2. **Survei Kepatuhan PPK/CP**
Menggunakan survei untuk mengumpulkan data tentang sejauh mana staf medis mematuhi protokol PPK/CP.
3. **Analisis Data Hasil Klinis**
Membandingkan hasil klinis pasien sebelum dan sesudah penerapan PPK/CP untuk menilai perubahan atau perbaikan yang terjadi.

Audit kepatuhan PPK/CP dilakukan pada pasien psikiatri dan non psikiatri. PPK yang ada di RS Marzuki Mahdi dibuat pada seluruh bidang ilmu kedokteran. CP yang ditetapkan saat ini ada 15 (lima belas), yaitu 8 psikiatri dan 7 non psikiatri. CP psikiatri yaitu: Skizofrenia Paranoid, Skizofrenia pada anak dan remaja, Bipolar, Demensia, Skizoafektif, Depresi, Bipolar Anak, Retardasi Mental dengan Hendaya Perilaku. CP non psikiatri, yaitu: Asma bronkiale, Apendisitis, Diabetes Melitus, STEMI, Stroke, TB Paru, dan Epilepsi. Saat ini CP yang sudah dilakukan audit rutin setiap bulannya adalah CP Skizofrenia.

Tabel 5.26 Evaluasi PPK/CP Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Sampel	-	38	20	46	12	348
2	ALOS $\leq$ 18 HARI	80%	93,85%	100,00%	95,60%	97,53%	96,74%
3	Medika Mentosa	80%	77,31%	68,88%	77,48%	59,26%	70,73%
4	Pemeriksaan Penunjang	80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Nilai Kepatuhan CP	80%	90,38%	89,63%	91,03%	85,60%	89,16%

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. *Clinical Pathway* (CP) yang bisa diaudit adalah CP Skizofrenia Paranoid. Adapun rerata capaian CP pada Tahun 2024 tersebut sudah memenuhi standar yaitu 89,16% (standar 80%). Pentingnya upaya untuk mempertahankan capaian yang sudah ada.
2. Konsistensi kepatuhan dokter dalam penerapan PPK/CP belum optimal.
3. Audit CP sudah dilakukan rutin setiap bulan.
4. Kepatuhan ALOS $\leq$ 14 hari mencapai 96,74%.
5. Kepatuhan pemberian medika mentosa dengan capaian 70,73% (standar 80%). Hal ini disebabkan oleh obat yang diberikan kepada pasien sesuai dengan kondisinya.

Kendala dan permasalahan:

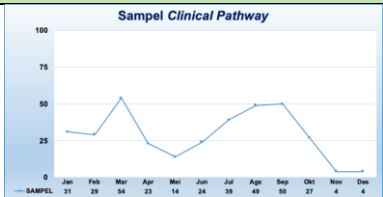
1. Masih ditemukan pemberian terapi pada pasien diluar CP yang telah ditetapkan menyesuaikan dengan kondisi pasien.
2. Masih ditemukan memanjangnya ALOS yang disebabkan oleh kondisi pasien yang masih gaduh gelisah dan memerlukan perawatan lebih lanjut.
3. Masih ditemukan pasien yang tidak kunjung dijemput untuk pasien yang sudah di ACC pulang.
4. Formulir CP masih manual, usulan agar masuk dalam ERM sudah dilakukan.
5. Ditemukan formulir CP yang kosong (tidak terisi untuk CP selain diagnosis Skizofrenia Paranoid).
6. Sampel untuk audit CP baru memenuhi untuk dilakukan audit pada CP Skizofrenia Paranoid
7. Formulir CP pada akhir tahun tidak dapat dilakukan pencetakan sehingga sampel hanya sedikit

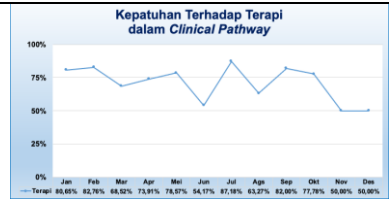
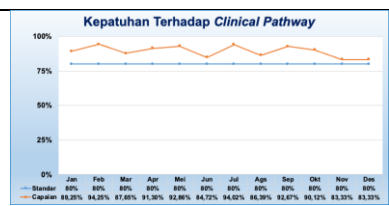
Rekomendasi:

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

Langkah-langkah PDSA untuk Standarisasi Asuhan Klinik: PPK/CP tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.27 PDSA Standarisasi Asuhan Klinik: PPK/CP Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
 Sampel	Mengidentifikasi alasan penurunan jumlah sampel dan menetapkan langkah-langkah untuk memperbaikinya.	Melakukan peninjauan proses pengambilan sampel dan evaluasi metode yang digunakan untuk memperbaiki jumlahnya.	Menganalisis faktor yang mempengaruhi fluktuasi jumlah sampel, apakah terkait dengan prosedur atau faktor eksternal.	Menyesuaikan prosedur pengambilan sampel dan melakukan pelatihan ulang jika diperlukan untuk meningkatkan jumlah sampel.

 ALOS Clinical Pathway ALOS ≤ 18 Hari	Memastikan standar ALOS ≤ 18 hari tetap tercapai dan mengidentifikasi hambatan yang dapat memperpanjang ALOS.	Pengawasan ketat terhadap durasi rawat inap dan perbaikan proses keluar untuk mengurangi ALOS yang lebih dari 18 hari.	Menganalisis tren ALOS untuk melihat apakah ada periode dengan lonjakan ALOS yang tidak sesuai standar.	Melakukan penyesuaian dalam prosedur keluar pasien atau pengaturan alur rawat inap untuk menjaga ALOS tetap optimal.
 Kepatuhan Terhadap Terapi dalam Clinical Pathway Medika Mentosa	Mengidentifikasi penyebab penurunan tingkat kepatuhan terhadap standar Medika Mentosa dan langkah-langkah perbaikan.	Meningkatkan komunikasi dan pelatihan staf mengenai pentingnya Medika Mentosa serta prosedur yang harus diikuti.	Menganalisis penyebab ketidakpatuhan yang terjadi pada TW II dan TW IV, termasuk faktor operasional atau pelatihan.	Melakukan revisi prosedur dan meningkatkan pelatihan kepada staf agar lebih patuh terhadap standar Medika Mentosa.
 Kepatuhan Terhadap Pemeriksaan Penunjang dalam Clinical Pathway Pemeriksaan Penunjang	Memastikan bahwa pemeriksaan penunjang dilakukan secara tepat waktu dan sesuai standar yang telah ditetapkan.	Menjaga prosedur yang sudah berjalan dengan pengawasan yang ketat dan evaluasi berkala terhadap pemeriksaan penunjang.	Menganalisis hasil dari pemeriksaan penunjang apakah masih sesuai dengan kebutuhan medis dan prosedural.	Menyesuaikan waktu dan prosedur pemeriksaan penunjang agar tetap efektif dan memenuhi standar yang ditetapkan.
 Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway Nilai Kepatuhan CP	Meninjau kepatuhan terhadap CP dan mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan penurunan kepatuhan pada TW IV.	Menyediakan pelatihan tambahan dan evaluasi rutin untuk meningkatkan kepatuhan terhadap CP.	Menganalisis penyebab fluktuasi dalam kepatuhan CP dan mencari tahu jika ada perubahan yang mempengaruhi tingkat kepatuhan.	Mengimplementasikan perbaikan berdasarkan temuan dan terus memantau tingkat kepatuhan agar tetap stabil di atas 80%.

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 2024 adalah:

1. Instalasi Gawat Darurat

Hasil capaian indikator mutu IGD tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.28 Hasil Capaian Indikator Mutu IGD Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
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%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Perawat	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat PONEK	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
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	2.86 Menit	3.13 Menit	2.90 Menit	3.19 Menit	3.02 Menit
7	Waktu tanggap pelayanan perawat di gawat darurat	≤ 2 menit	1.60 Menit	1.40 Menit	1.43 Menit	1.08 Menit	1.38 Menit
8	<i>Emergency psychiatric response time</i> (EPRT)	≤ 240 menit	63.01 Menit	62.92 Menit	65.44 Menit	75.99 Menit	66.84 Menit
9	Angka kematian pasien di IGD	≤ 2‰	0.04‰	0.23‰	0.01‰	0.03‰	0.03‰
10	Ketepatan indikasi masuk rawat inap psikiatri akut	90%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
11	Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam	90%	76,01%	73,64%	83,06%	83,33%	79,01%
12	Waktu masuk rawat inap ≤ 60 Menit	≥ 90%	87,92%	87,62%	88,84%	84,13%	87,13%

Selama tahun 2024 dari 12 indikator IGD masih terdapat 2 indikator yang belum mencapai standar di yaitu:

1. Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam
2. Waktu masuk rawat inap ≤ 60 menit

Kondisi saat ini dan rekomendasi atas indikator waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam dan waktu masuk rawat inap ≤ 60 menit sudah tertuang dalam rekomendasi inisiatif perbaikan waktu layanan *end to end*.

Rekomendasi:

1. Berdasarkan hasil evaluasi dengan tim rekam medik, Instalasi Laboratorium, dan Instalasi Gawat Darurat terdapat pengeluaran biaya yang cukup besar untuk pemeriksaan laboratorium pasien di IGD, kiranya dapat dilakukan pemantauan dan pengendalian pemeriksaan laboratorium apa saja yang dapat dilakukan di IGD.
2. Meningkatkan peran Manajer Pelayanan Pasien di IGD pada saat overcrowding.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu IGD tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.29 PDSA Indikator Mutu IGD Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kemampuan menangani kasus gawat darurat (<i>live saving</i>)	Memastikan seluruh tenaga medis selalu siap	Melakukan pelatihan rutin dan simulasi	Memonitor secara berkala kesiapan tenaga medis	Menambahkan pelatihan berbasis simulasi kasus untuk

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	untuk menangani kasus gawat darurat dengan meningkatkan pelatihan berkala.	penanganan kasus gawat darurat untuk mempertahankan kemampuan.	dalam menangani kasus gawat darurat dan mengevaluasi efektivitas pelatihan.	meningkatkan kesiapan tim dalam situasi nyata.
Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Dokter	Memastikan bahwa seluruh dokter yang menangani kegawatdaruratan memiliki sertifikat yang sesuai.	Melakukan verifikasi berkala terhadap sertifikat dan pengalaman dokter yang bertugas di IGD.	Menganalisis apakah ada dokter yang belum memperbarui sertifikat atau pelatihan terkait kegawatdaruratan.	Memperbarui daftar pelatihan dan sertifikasi dokter secara periodik untuk menjaga kualitas layanan kegawatdaruratan.
Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Perawat	Memastikan seluruh perawat di IGD memiliki sertifikat terkait kegawatdaruratan dan memperbarui pelatihan mereka.	Meninjau sertifikat perawat dan melakukan pelatihan tambahan jika diperlukan.	Memonitor hasil pelatihan perawat dan efektivitas dalam menangani kegawatdaruratan.	Melakukan evaluasi rutin terhadap sertifikasi perawat dan menambah pelatihan tentang penanganan gawat darurat.
Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat PONEK	Memastikan bahwa setiap anggota tim PONEK memiliki sertifikat dan pelatihan yang sesuai.	Melakukan pemeriksaan dan pemutakhiran data sertifikasi PONEK secara berkala.	Mengidentifikasi jika ada anggota tim PONEK yang belum memiliki sertifikat terbaru.	Melakukan pelatihan ulang dan memperbarui sertifikasi anggota tim PONEK untuk meningkatkan kesiapan.
Ketersediaan Tim penanggulangan bencana	Memastikan bahwa tim penanggulangan bencana selalu tersedia dan siap.	Membuat jadwal rotasi dan pelatihan tim penanggulangan bencana secara reguler.	Mengawasi kesiapan tim saat terjadi bencana dan menilai kecepatan respons mereka.	Mengimplementasikan evaluasi dan latihan simulasi bencana untuk meningkatkan koordinasi tim.
Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	Memastikan waktu tanggap dokter tetap sesuai standar di bawah 5 menit dengan meningkatkan koordinasi tim.	Melakukan pelatihan tentang manajemen waktu dan pengelolaan alur pasien untuk meningkatkan kecepatan respons.	Menganalisis data waktu tanggap dokter setiap TW dan menemukan faktor penyebab waktu tanggap lebih lama.	Menerapkan prosedur dan alat bantu yang lebih efisien untuk memastikan waktu tanggap dokter selalu sesuai standar.
Waktu tanggap pelayanan perawat di gawat darurat	Memastikan waktu tanggap perawat tidak melebihi 2 menit melalui pelatihan dan prosedur yang lebih efisien.	Melakukan simulasi dan latihan kecepatan respons untuk perawat dalam situasi darurat.	Menganalisis data waktu tanggap perawat dan mengevaluasi faktor-faktor yang dapat mempercepat atau memperlambat respons.	Mengoptimalkan alur pasien di IGD agar perawat dapat lebih cepat merespon kasus kegawatdaruratan.
Emergency psychiatric response time (EPRT)	Memastikan bahwa waktu tanggap untuk respon psikiatri darurat tetap di bawah 240 menit dengan memperbaiki alur rujukan.	Menyusun protokol khusus untuk penanganan kasus psikiatri darurat yang cepat dan efisien.	Mengidentifikasi kendala yang menyebabkan peningkatan waktu tanggap, dan mengoptimalkan alur pelayanan.	Meningkatkan pelatihan khusus penanganan kasus psikiatri dan mempercepat alur rujukan pasien psikiatri.
Angka kematian pasien di IGD	Memastikan angka kematian	Meningkatkan kemampuan	Menganalisis penyebab angka	Menyesuaikan protokol penanganan

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	tetap rendah dengan meningkatkan deteksi dini dan respons cepat terhadap kondisi kritis.	diagnosis dini dan manajemen pasien kritis.	kematian yang lebih tinggi di TW II dan mencari solusi yang dapat mencegah kejadian tersebut.	pasien kritis dengan memperkenalkan pendekatan baru jika diperlukan.
Ketepatan indikasi masuk rawat inap psikiatri akut	Memastikan bahwa setiap pasien yang membutuhkan rawat inap psikiatri akut mendapat penilaian yang akurat dan tepat.	Menjaga dan memperbarui protokol untuk penilaian pasien psikiatri akut dan memverifikasi kebutuhan rawat inap.	Menganalisis apakah ada kasus yang tidak tepat dirujuk atau mengalami keterlambatan masuk rawat inap psikiatri akut.	Melakukan evaluasi rutin untuk memastikan bahwa pasien dengan indikasi psikiatri akut mendapatkan penanganan yang tepat.
Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam	Menjaga waktu pelayanan pasien tetap di bawah 4 jam dengan meminimalkan proses administrasi dan meningkatkan efisiensi.	Menyusun kembali alur pelayanan untuk mempercepat waktu pelayanan pasien di IGD.	Menganalisis faktor penyebab keterlambatan waktu pelayanan dan mengidentifikasi kemungkinan hambatan dalam alur pelayanan.	Memperbaiki alur kerja IGD dengan menambahkan sistem triase yang lebih efisien.
Waktu masuk rawat inap ≤ 60 Menit	Memastikan pasien yang membutuhkan rawat inap segera mendapatkan tempat tidur dalam waktu kurang dari 60 menit.	Meningkatkan koordinasi antara IGD dan unit rawat inap untuk mempercepat proses masuk rawat inap.	Menganalisis data waktu masuk rawat inap untuk melihat apakah ada waktu tunggu yang terlalu lama dan mengidentifikasi penyebabnya.	Menyederhanakan prosedur administratif dan memperbaiki sistem rujukan untuk mempercepat waktu masuk rawat inap.

2. Instalasi Rawat Jalan

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Rawat Jalan tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.30 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Rawat Jalan Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) (≤ 60 menit)	≤ 60 menit	55,10 menit	63,47 menit	52,54 menit	43,97 menit	58,35 menit
	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) (≥ 80%)	≥ 80%	64,61%	58,17%	50,30%	77,30%	62,59%
2	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%	57,79%	65,75%	66,57%	68,80%	64,73%
3	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	≥ 85%	89,77%	59,83%	52,26%	60,33%	65,55%
4	Asesmen Medis dan Keperawatan Rawat Jalan (awal & ulang)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	99,93%	99,98%
5	Program Rujuk Balik Berkualitas	≥ 80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
6	Waktu Tunggu Pasien Rehabilitasi Medik	≤ 60 menit	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Tidak Adanya Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
8	Kejadian Drop Out Pasien Rehabilitasi yang Direncanakan	≤ 25%	2,75%	2,40%	2,25%	2,35%	2,44%
9	Waktu Tunggu Pelayanan di Assessment Center	≤ 30 menit	1,10 menit	1,21 menit	1,44 menit	1,76 menit	1,39 menit

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
10	Waktu Pelaksanaan Pelayanan di Assessment Center	≤ 3 jam	2,24 jam	1,90 jam	1,47 jam	1,53 jam	1,79 jam
11	Waktu pengambilan hasil assessment center	2 hari	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
12	Drop out Antiretroviral (DO ARV)	<12%	0,37%	0,08%	0,51%	0,79%	0,44%
13	Voluntary Counselling and Testing (VCT)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
14	Antiretroviral Therapy (ART)	100%	70,90%	46,43%	62,38%	16,67%	49,09%
15	Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT)	100%	100,00%	N/A	N/A	N/A	100,00%
16	Infeksi Oportunistik (IO)	0%	6,97%	11,33%	4,39%	4,82%	6,88%
17	Injection Drug Use (IDU)	0%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
18	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	Pasien	8	11	12	11	109
19	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
20	Penemuan dan pengobatan pasien TBC:						
	Pasien baru	Pasien	24	34	37	34	109
	Pasien kambuh	Pasien	2	2	1	3	5
	Pasien dengan riwayat pengobatan TBC selain kambuh	Pasien	0	0	1	0	1
	Pasien tidak diketahui riwayat pengobatan TBC sebelumnya	Pasien	6	2	0	0	8
21	Laporan hasil pengobatan pasien TBC:						
	Pasien baru	Pasien	24	34	37	32	107
	Pasien kambuh	Pasien	2	2	1	3	5
	Pasien dengan riwayat pengobatan TBC selain kambuh	Pasien	0	0	1	0	1
	Pasien tidak diketahui riwayat pengobatan TBC sebelumnya	Pasien	16	12	0	8	28
	Pasien TBC dengan HIV Positif (semua tipe)	Pasien	1	10	12	12	28
22	Persentase ibu hamil dengan anemia	28%	0,00%	N/A	N/A	N/A	0,00%
23	Persentase ibu hamil yang mendapat tablet tambah darah (TTD)	95%	92,31%	86,31%	78,57%	97,44%	88,66%

Dari 24 indikator Rawat jalan, masih terdapat 6 indikator yang belum mencapai standar pada tahun 2024, yaitu:

1. Waktu tunggu rawat jalan dengan rerata capaian 62,59% dari target ≥80%
2. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan rerata capaian 64,73% dari target 80%.
3. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik dengan rerata capaian 65,55% dari target 85%.
4. Asesmen medis dan keperawatan rawat jalan dengan rerata capaian 99,98% dari target 100%
5. *Antiretroviral Therapy* (ART) dengan rerata capaian 49,09% dari target 100%.
6. *Infeksi Oportunistik* (IO) dengan rerata capaian 6,88% dari target 0%

Rekomendasi:

1. Rekomendasi atas capaian indikator waktu tunggu rawat jalan, waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, dan ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik sudah tercantum dalam rekomendasi inisiatif perbaikan waktu layanan *end to end* dan rekomendasi Indikator Nasional Mutu (INM).
2. Edukasi berobat rutin ke Poli Pita Aruna untuk kontrol sesuai jadwal dan mendapat ART secara rutin
3. Melibatkan pendamping pasien HIV/AIDS untuk program terapi pasien
4. Pentingnya PMO untuk memantau obat pasien dan nutrisi pasien

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Rawat Jalan tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.31 PDSA Indikator Mutu Instalasi Rawat Jalan Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) (≤ 60 menit)	Menambah jumlah loket pendaftaran dan tenaga kesehatan untuk mempercepat waktu tunggu rawat jalan.	Memastikan pasien diarahkan ke loket yang sesuai dengan jenis layanan yang dibutuhkan.	Menganalisis data waktu tunggu pasien untuk mengidentifikasi kendala pada jam sibuk.	Menerapkan sistem antrean berbasis digital untuk mengatur alur pasien lebih efisien.
Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) ($\geq 80\%$)	Mengoptimalkan sistem antrean elektronik untuk meningkatkan jumlah pasien yang dilayani tepat waktu.	Melakukan pelatihan kepada staf pendaftaran tentang efisiensi dan penanganan antrean pasien.	Mengevaluasi data jumlah pasien yang dilayani tepat waktu dan identifikasi jam sibuk.	Mengintegrasikan pemberitahuan jadwal melalui aplikasi kesehatan kepada pasien untuk mengurangi penumpukan di loket pendaftaran.
Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	Meningkatkan efisiensi proses layanan dengan mendigitalkan rekam medis untuk pasien rawat jalan.	Menambah jumlah tenaga medis di Poliklinik pada jam layanan puncak.	Mengevaluasi waktu pelayanan tanpa pemeriksaan penunjang dengan membandingkan unit yang efisien dan yang kurang optimal.	Memodifikasi alur pelayanan untuk mengurangi waktu yang tidak produktif, seperti proses administrasi manual.
Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	Menyusun jadwal tenaga medis yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien di setiap Poliklinik.	Melakukan koordinasi dengan dokter untuk memastikan tidak ada keterlambatan dalam jadwal praktik.	Mengevaluasi ketepatan waktu pelayanan di setiap Poliklinik berdasarkan laporan pasien.	Menerapkan sistem pengingat waktu pelayanan berbasis teknologi untuk memantau ketepatan jadwal pelayanan dokter di Poliklinik.
Asesmen Medis dan Keperawatan Rawat Jalan (awal & ulang)	Memastikan seluruh asesmen awal dan ulang dilakukan sesuai prosedur standar dengan melibatkan semua unit terkait.	Melakukan supervisi terhadap tim medis dan keperawatan untuk menjamin asesmen berjalan optimal.	Mengevaluasi tingkat kepatuhan staf terhadap prosedur asesmen pasien secara periodik.	Melakukan pelatihan berkelanjutan kepada staf medis untuk memastikan asesmen sesuai dengan protokol.
Program Rujuk Balik Berkualitas	Mengembangkan koordinasi antara rumah sakit dan fasilitas kesehatan primer untuk mendukung rujukan balik yang efisien.	Memberikan edukasi kepada pasien tentang pentingnya melanjutkan pengobatan melalui fasilitas primer.	Mengevaluasi efektivitas program rujuk balik berkualitas melalui data keberlanjutan pengobatan pasien.	Mengembangkan sistem digital yang mempermudah komunikasi antara rumah sakit dan fasilitas kesehatan primer untuk program rujuk balik.
Waktu Tunggu Pasien Rehabilitasi Medik	Memastikan pasien rehabilitasi medik mendapatkan layanan tepat waktu sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.	Menambah tenaga medis untuk mengantisipasi tingginya jumlah pasien rehabilitasi medik di jam puncak.	Mengevaluasi waktu tunggu pasien rehabilitasi untuk memastikan standar terpenuhi di setiap sesi layanan.	Mengembangkan sistem antrean digital khusus untuk layanan rehabilitasi medik untuk meminimalkan waktu tunggu pasien.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Tidak Adanya Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	Menjamin tindakan rehabilitasi medik dilakukan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP).	Melakukan pengecekan berlapis terhadap seluruh tindakan medis yang dilakukan di unit rehabilitasi.	Melakukan audit rutin untuk memastikan tindakan rehabilitasi medik sesuai protokol.	Menyusun sistem pelaporan insiden secara cepat untuk mendeteksi kesalahan tindakan yang mungkin terjadi di unit rehabilitasi.
Kejadian Drop Out Pasien Rehabilitasi yang Direncanakan	Menyediakan layanan konseling untuk mendukung pasien menyelesaikan seluruh rencana rehabilitasi mereka.	Melakukan koordinasi dengan pasien untuk memastikan mereka mematuhi jadwal yang telah disepakati.	Mengevaluasi faktor-faktor yang menyebabkan pasien drop out dari program rehabilitasi yang direncanakan.	Meningkatkan keterlibatan keluarga dalam program rehabilitasi untuk memotivasi pasien menyelesaikan perawatan mereka.
Waktu Tunggu Pelayanan di Assessment Center	Memastikan alur pelayanan assessment center dilakukan secara cepat dan efisien.	Memberikan prioritas kepada pasien dengan kondisi darurat untuk mengurangi waktu tunggu.	Mengevaluasi proses pelayanan di assessment center untuk meningkatkan efisiensi.	Menyusun panduan teknis untuk mempercepat proses pendaftaran dan pelaksanaan assessment pasien.
Waktu Pelaksanaan Pelayanan di Assessment Center	Menyederhanakan prosedur administrasi dan pemeriksaan untuk mengurangi waktu pelaksanaan pelayanan.	Menambah jumlah tenaga pemeriksa untuk mempercepat proses pelayanan di assessment center.	Mengevaluasi data waktu pelaksanaan untuk memastikan efisiensi di semua lini proses pelayanan.	Mengintegrasikan pemeriksaan berbasis teknologi untuk mengurangi waktu pelaksanaan pelayanan di assessment center.
Waktu pengambilan hasil assessment center	Memastikan hasil assessment tersedia tepat waktu melalui alur kerja yang efisien.	Mengoptimalkan sistem pelaporan hasil ke pasien.	Mengevaluasi efektivitas alur distribusi hasil.	Menyempurnakan alur kerja agar lebih efisien dan efektif.
Drop out Antiretroviral (DO ARV)	Mengurangi dropout ARV melalui edukasi dan konseling intensif kepada pasien.	Memberikan pemantauan berkala terhadap pasien ARV.	Menganalisis penyebab dropout dan efektivitas intervensi.	Menambah sesi dukungan untuk meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi ARV.
Voluntary Counselling and Testing (VCT)	Memastikan layanan VCT berjalan konsisten dengan kualitas tinggi.	Melakukan promosi aktif layanan VCT ke masyarakat berisiko.	Mengevaluasi kepuasan pasien dan cakupan layanan.	Menambah akses layanan VCT di daerah dengan prevalensi tinggi.
Antiretroviral Therapy (ART)	Meningkatkan aksesibilitas ART dan memperkuat distribusi.	Memberikan edukasi intensif kepada pasien ART.	Mengevaluasi penyebab rendahnya cakupan terapi dan memperbaiki intervensi.	Menjalin koordinasi lebih baik dengan penyedia ART dan meningkatkan distribusi.
Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT)	Menjamin ibu hamil HIV+ mendapat layanan PMTCT secara lengkap.	Menyediakan layanan PMTCT sesuai kebutuhan individu ibu hamil HIV+.	Mengevaluasi pelaksanaan PMTCT dan cakupannya di populasi target.	Mengembangkan strategi perluasan layanan PMTCT dengan melibatkan masyarakat.
Infeksi Oportunistik (IO)	Mengurangi infeksi oportunistik dengan memberikan edukasi dan	Memberikan pengobatan profilaksis dan edukasi kepada pasien.	Menganalisis faktor risiko dan kejadian infeksi untuk perbaikan intervensi.	Menambah pelatihan staf medis dalam pencegahan infeksi oportunistik.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	profilaksis yang tepat.			
Injection Drug Use (IDU)	Mengembangkan program rehabilitasi untuk pengguna narkoba suntik (IDU).	Memberikan penyuluhan dan mendukung program rehabilitasi.	Mengevaluasi efektivitas program rehabilitasi terhadap IDU.	Menambah fasilitas dan dukungan untuk pengguna IDU.
Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	Meningkatkan kapasitas pemeriksaan mikroskop TB untuk diagnosis lebih cepat dan akurat.	Melakukan pelatihan teknis laboratorium untuk pemeriksaan TB.	Mengevaluasi kualitas pemeriksaan TB dan waktu pelaporannya.	Menambah peralatan canggih untuk diagnosis TB yang lebih efisien.
Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	Menjamin kelengkapan pencatatan dan pelaporan sesuai standar TB nasional.	Menggunakan sistem pencatatan dan pelaporan berbasis digital.	Melakukan audit berkala untuk memastikan kualitas dan kelengkapan data.	Menambah pelatihan bagi staf untuk mendukung pencatatan dan pelaporan yang optimal.
Penemuan dan pengobatan pasien TBC:				
Pasien baru	Mengoptimalkan program penemuan kasus aktif (active case finding) melalui skrining di populasi berisiko.	Melakukan pelacakan kasus secara terfokus di komunitas dengan prevalensi TBC tinggi.	Mengevaluasi efektivitas strategi penemuan kasus baru dan mengidentifikasi kendala lapangan.	Mengintegrasikan skrining TBC dengan program kesehatan lainnya untuk memperluas jangkauan deteksi.
Pasien kambuh	Memperkuat pemantauan pasien yang telah menyelesaikan pengobatan untuk mencegah kekambuhan.	Memberikan edukasi dan pengingat secara berkala kepada pasien untuk mematuhi jadwal kontrol.	Mengevaluasi penyebab kekambuhan dan memperkuat intervensi yang relevan.	Menyusun protokol pemantauan jangka panjang untuk pasien pasca pengobatan TBC.
Pasien dengan riwayat pengobatan TBC selain kambuh	Meningkatkan sistem pencatatan pasien untuk mendeteksi riwayat pengobatan TBC secara akurat.	Melakukan pelatihan kepada tenaga kesehatan mengenai pengelolaan kasus dengan riwayat pengobatan TBC.	Mengevaluasi efektivitas pencatatan dan pelaporan riwayat pengobatan TBC.	Mengembangkan sistem rujukan dan pencatatan terintegrasi untuk pasien TBC di semua fasilitas kesehatan.
Pasien tidak diketahui riwayat pengobatan TBC sebelumnya	Melakukan investigasi menyeluruh pada pasien tanpa riwayat pengobatan yang jelas.	Memastikan wawancara menyeluruh dan dokumentasi lengkap pada pasien baru.	Mengevaluasi faktor penyebab tidak teridentifikasinya riwayat pengobatan TBC pada beberapa pasien.	Mengembangkan sistem rujukan dan pencatatan terintegrasi untuk pasien TBC di semua fasilitas kesehatan.
Laporan hasil pengobatan pasien TBC:				
Pasien baru	Memastikan hasil pengobatan pasien TBC tercatat secara lengkap sesuai standar nasional.	Melaksanakan pelaporan tepat waktu melalui sistem berbasis digital.	Mengevaluasi kelengkapan laporan dan hasil pengobatan untuk pasien baru.	Meningkatkan pelatihan staf mengenai sistem pencatatan dan pelaporan hasil pengobatan TBC.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Pasien kambuh	Memastikan pengobatan pasien kambuh dikelola secara optimal untuk mencegah resistensi obat.	Memberikan terapi yang sesuai dengan panduan nasional untuk pasien kambuh.	Mengevaluasi efektivitas pengobatan pasien kambuh untuk mengidentifikasi kendala terapi.	Mengembangkan kebijakan pengobatan yang lebih ketat untuk pasien kambuh.
Pasien dengan riwayat pengobatan TBC selain kambuh	Menyediakan pelatihan kepada tenaga medis untuk mengelola pasien dengan riwayat pengobatan kompleks.	Mengintegrasikan sistem pelaporan untuk mencatat data pasien dengan riwayat pengobatan khusus.	Mengevaluasi kebutuhan tambahan pada layanan untuk menangani pasien dengan kasus kompleks.	Menyusun rekomendasi untuk penguatan kebijakan pengobatan pasien dengan riwayat kompleks.
Pasien tidak diketahui riwayat pengobatan TBC sebelumnya	Memastikan pencatatan menyeluruh pada pasien yang tidak memiliki riwayat pengobatan jelas.	Melakukan skrining tambahan pada pasien yang tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya.	Mengevaluasi efektivitas pencatatan awal pasien di layanan TBC.	Menambah alat bantu dan sumber daya untuk pencatatan yang lebih lengkap.
Pasien TBC dengan HIV Positif (semua tipe)	Mengintegrasikan layanan TBC dengan layanan HIV untuk memastikan penanganan komprehensif.	Memberikan edukasi kepada pasien tentang risiko dan pengobatan untuk infeksi TBC dan HIV.	Mengevaluasi cakupan layanan terintegrasi TBC dan HIV di fasilitas kesehatan.	Memperluas cakupan layanan terintegrasi untuk pasien TBC dengan HIV.
Persentase ibu hamil dengan anemia	Meningkatkan program pencegahan anemia melalui edukasi dan suplemen gizi.	Membagikan suplemen zat besi kepada ibu hamil di fasilitas kesehatan.	Mengevaluasi cakupan dan efektivitas distribusi suplemen zat besi.	Menyusun rencana distribusi suplemen yang lebih efektif dengan target ibu hamil berisiko tinggi.
Persentase ibu hamil yang mendapat tablet tambah darah (TTD)	Memastikan semua ibu hamil mendapat TTD sesuai standar kebutuhan selama kehamilan.	Mendistribusikan tablet tambah darah melalui puskesmas dan posyandu.	Mengevaluasi tantangan dalam distribusi TTD dan kesesuaian dosis.	Meningkatkan pemantauan distribusi dan memberikan pengingat melalui kader kesehatan.

3. Instalasi Rawat Inap

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Rawat Inap tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.32 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Rawat Inap Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Ketepatan jam visite dokter spesialis	80%	95,28%	91,22%	94,67%	91,10%	93,07%
2	Assesment awal medis	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Assesment awal keperawatan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Kejadian rawat ulang (re-admission) pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	<10%	3,93%	4,86%	4,09%	6,77%	4,91%
	Kejadian rawat ulang (re-admission) pasien umum dalam waktu ≤ 1 bulan	<10%	0,00%	0,41%	1,63%	0,00%	0,51%
5	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (caf) di unit pelayanan intensif psikiatri (UPIP)	≤1.5%	0,00%	0,00%	0,80%	2,48%	0,82%
6	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UPIP > 7 hari	≥90%	97,56%	97,87%	97,21%	98,93%	97,89%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
7	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 18 hari	≥90%	98,90%	94,14%	92,54%	98,68%	96,07%
8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	96,59%	96,04%	96,06%	94,24%	95,73%
9	Realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1	≥90%	94,03%	94,79%	95,31%	94,47%	94,65%
10	Asesmen awal medis pada pasien PHCU 1 x 24 jam	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
11	Asesmen awal keperawatan pada pasien PHCU 1 x 24 jam	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
12	Kepatuhan visite dokter spesialis di PHCU	80%	97,49%	98,65%	95,39%	90,82%	95,59%
13	Kepatuhan identifikasi pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
14	Kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
15	Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
16	Kepatuhan upaya pencegahan perilaku kekerasan pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
17	Personal hygiene pasien psikiatri akut	85%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
18	Ketersediaan obat/psikofarmaka pada pasien psikiatri akut	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
19	Medication error pada pasien psikiatri akut	0%	0,00%	0,00%	0,00%	33,55%	8,39%
20	Persentase penanganan fase akut pasien gangguan jiwa di PHCU	100%	97,43%	98,09%	98,59%	99,83%	98,49%
21	Tepat indikasi masuk ruang rawat inap psikiatri akut	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
22	Waktu tunggu operasi elektif	≤48 jam	14 Jam 2 Menit	14 Jam 29 Menit	18 Jam 32 Menit	32 Menit	11 Jam 61 Menit
23	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤6%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
24	Kejadian kematian di meja operasi	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
25	Kepatuhan assessmen pra anestesi	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
26	Kepatuhan assessmen pra sedasi	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
27	Kepatuhan assessmen pra bedah	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
28	Kepatuhan dokumentasi pelaksanaan <i>surgical safety checklist</i>	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
29	Kepatuhan pelaksanaan sign in, sign out, dan time out	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
30	Penerapan keselamatan ECT	100%	N/A	N/A	100,00%	100,00%	100,00%
31	Waktu tunggu tindakan ECT	≤48 jam	N/A	N/A	18,50 Jam	18,50 Jam	13,75 Jam
32	Discrepansi diagnosa pre dan post operasi	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
33	Pembatalan operasi elektif	≤3%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
34	Penundaan operasi elektif	<5%	0,00%	0,00%	0,58%	0,00%	0,15%
35	Ketepatan kriteria masuk dan keluar ICU	100%	98,81%	96,67%	100,00%	100,00%	98,87%
36	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan ICU dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3%	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	8,33%
37	Respon time tindakan, pemasangan ventilator ≤ 30 menit	100%	N/A	100,00%	100,00%	66,67%	85,71%
38	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
39	Kemampuan menangani BBLSR dan BBLR	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
40	Pertolongan persalinan melalui SC	≤20%	95,24%	69,59%	73,02%	74,81%	78,16%
41	Waktu tanggap <i>Sectio Caesarea emergency</i>	80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
42	Kejadian kematian ibu karena persalinan	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
43	Presentase IMD (Inisiasi Menyusui Dini)	≥ 80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
44	Pemberian ASI eksklusif pada bayi baru lahir selama perawatan	60%	100,00%	100,00%	44,44%	70,74%	78,80%
45	Persentase rawat gabung	80%	91,90%	77,81%	77,78%	82,22%	82,43%
46	Perawatan metode kanguru	80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
47	Angka kejadian keterlambatan operasi SC > 30 menit	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
48	Angka kejadian keterlambatan penyediaan darah > 60 menit	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
49	Angka kejadian kematian bayi saat persalinan	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
50	MOW (Metode Operasi Wanita)	Pasien	6	3	6	18	33
51	IUD (Intrauterine Device)	Pasien	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
52	Persentase bayi dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah)	8%	13,65%	20,37%	41,67%	26,19%	24,00%
53	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI	47%	50,00%	0,00%	N/A	N/A	50,00%

Dari 58 indikator, masih terdapat 2 indikator yang belum mencapai standar di Tahun 2024, yaitu:

1. Persentase penanganan fase akut pasien gangguan jiwa di PHCU dengan rerata capaian 98,49% dengan standar 100%
2. Pertolongan persalinan melalui SC dengan rerata 78,16% dengan standar 100%

Terdapat 1 indikator yang tidak dapat dilakukan pengukuran pada karena tidak adanya pasien, yaitu indikator:

1. IUD

Kondisi saat ini:

1. Sudah dilakukan upaya komunikasi dengan DPJP terkait terapi yang akan diberikan kepada pasien gaduh gelisah namun respon pasien terhadap program terapi berbeda-beda
2. Pertolongan persalinan melalui SC tinggi karena RSJMM merupakan rujukan untuk kasus persalinan ibu dengan penyulit

Rekomendasi:

1. Penanganan pasien gaduh gelisah dengan melakukan kolaborasi antara perawat dan DPJP
2. Optimalisasi medikasi mentosa sesuai dengan rekomendasi DPJP untuk penanganan pasien gaduh gelisah agar mengalami penurunan skor PANSS-EC ≤ 15 dalam waktu ≤ 7 hari dan/atau tidak dirawat kembali di ruang intensif psikiatri setelah dipindahkan ke ruang stabilisasi
3. Melakukan review kembali indikator pertolongan persalinan melalui SC, persentase IMD, dan persentase bayi dengan BBLR sesuai dengan kondisi di RSJMM
4. Melakukan perhitungan sampel sesuai dengan kamus indikator yang telah disepakati
5. Melakukan pemantauan dan pengendalian biaya pasien yang dirawat inap.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Rawat Inap tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.33 PDSA Indikator Mutu Instalasi Rawat Inap Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketepatan jam visite dokter spesialis	Memastikan dokter spesialis mengunjungi pasien tepat waktu.	Memastikan jam visite sesuai jadwal.	Menganalisis keterlambatan kunjungan dokter dan mencari solusi.	Meningkatkan koordinasi jadwal antara dokter dan staf medis.
Assesment awal medis	Melakukan asesmen awal secara komprehensif pada setiap pasien.	Memastikan asesmen medis dilakukan tepat waktu.	Menganalisis hasil asesmen medis untuk menentukan intervensi awal.	Mengoptimalkan prosedur asesmen awal untuk meningkatkan deteksi dini.
Assesment awal keperawatan	Menjamin setiap pasien mendapat	Memastikan asesmen	Mengevaluasi efektivitas	Meningkatkan pelatihan perawat

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	asesmen keperawatan yang sesuai.	keperawatan dilakukan segera setelah pasien diterima.	asesmen awal keperawatan dalam merencanakan perawatan lanjutan.	dalam asesmen awal yang lebih sensitif.
Kejadian rawat ulang (re-admission) pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	Mengurangi kejadian rawat ulang dengan perawatan berkelanjutan.	Menyusun rencana perawatan yang preventif untuk pasien gangguan jiwa.	Menganalisis faktor penyebab rawat ulang dan melakukan perbaikan.	Meningkatkan pemantauan pasca-pulih bagi pasien gangguan jiwa.
Kejadian rawat ulang (re-admission) pasien umum dalam waktu ≤ 1 bulan	Mengurangi kejadian rawat ulang pada pasien umum.	Menyusun rencana perawatan lanjutan yang lebih efektif.	Mengevaluasi faktor penyebab rawat ulang pasien umum dan menyesuaikan prosedur.	Mengoptimalkan proses discharge untuk mengurangi rawat ulang.
Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (caf) di unit pelayanan intensif psikiatri (UPIP)	Memastikan tidak terjadi cedera akibat fiksasi di UPIP.	Melakukan pemantauan ketat terhadap penggunaan fiksasi pada pasien.	Mengkaji efektivitas prosedur fiksasi dan dampaknya pada pasien.	Meningkatkan pelatihan penggunaan fiksasi yang aman di UPIP.
Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UPIP > 7 hari	Memastikan pasien tidak dirawat lebih dari 7 hari di UPIP.	Melakukan pemantauan dan evaluasi rutin terhadap pasien di UPIP.	Menilai efektivitas perawatan dan pengobatan yang diberikan di UPIP.	Mengembangkan kebijakan pengurangan waktu rawat di UPIP.
Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 18 hari	Mengurangi jumlah pasien yang dirawat inap lebih dari 18 hari.	Menyusun rencana perawatan untuk pasien dengan durasi rawat inap lebih pendek.	Menganalisis penyebab rawat inap panjang dan melakukan evaluasi.	Mengoptimalkan pengelolaan rawat inap untuk pasien psikiatri.
Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	Memastikan tidak ada fiksasi setelah 24 jam masa rawat di UPIP.	Memastikan evaluasi kondisi pasien setiap 24 jam pasca rawat.	Mengkaji kebijakan fiksasi untuk mengurangi penggunaan yang tidak perlu.	Meningkatkan monitoring dan prosedur pasca 24 jam pada pasien UPIP.
Realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1	Memastikan pasien pulang sesuai rencana H-1.	Menyusun rencana pulang lebih awal dan meminimalkan keterlambatan.	Menganalisis alasan keterlambatan pulang dan mencari solusi.	Mengoptimalkan komunikasi antar tim untuk memastikan kepulangan tepat waktu.
Asesmen awal medis pada pasien PHCU 1 x 24 jam	Memastikan setiap pasien PHCU mendapat asesmen medis dalam 24 jam.	Memastikan asesmen medis dilakukan dengan tepat waktu dan akurat.	Menganalisis hasil asesmen awal untuk menentukan langkah medis berikutnya.	Mengoptimalkan prosedur asesmen medis awal dengan teknologi yang tepat.
Asesmen awal keperawatan pada pasien PHCU 1 x 24 jam	Melakukan asesmen keperawatan awal pada pasien dalam 24 jam pertama.	Memastikan asesmen dilakukan tepat waktu.	Menganalisis proses asesmen awal dan memastikannya lebih komprehensif.	Meningkatkan prosedur asesmen dengan teknologi terbaru.
Kepatuhan visite dokter spesialis di PHCU	Memastikan dokter spesialis hadir sesuai jadwal di PHCU.	Meningkatkan ketepatan waktu dalam kunjungan dokter spesialis.	Menganalisis penyebab keterlambatan kunjungan dokter dan mencari solusi.	Meningkatkan koordinasi dan pengelolaan jadwal dokter.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan identifikasi pada pasien psikiatri akut	Menjamin identifikasi pasien psikiatri akut dilakukan dengan benar.	Memastikan prosedur identifikasi berjalan tanpa hambatan.	Menganalisis dan memperbaiki prosedur identifikasi jika ditemukan kekurangan.	Memperbarui prosedur identifikasi dengan standar terbaru.
Kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh pada pasien psikiatri akut	Melakukan pencegahan jatuh pada pasien psikiatri akut.	Memastikan implementasi upaya pencegahan jatuh pada setiap pasien.	Menganalisis efektivitas upaya pencegahan jatuh dan perbaiki jika diperlukan.	Memperkenalkan langkah-langkah preventif baru jika diperlukan.
Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri pada pasien psikiatri akut	Melakukan pencegahan bunuh diri pada pasien psikiatri akut.	Memastikan prosedur pencegahan bunuh diri dilaksanakan dengan baik.	Mengkaji efektivitas pencegahan risiko bunuh diri dan menyesuaikan tindakan.	Meningkatkan pelatihan staf tentang pencegahan bunuh diri.
Kepatuhan upaya pencegahan perilaku kekerasan pada pasien psikiatri akut	Melakukan upaya pencegahan kekerasan pada pasien psikiatri akut.	Memastikan setiap tindakan pencegahan kekerasan dilaksanakan.	Menganalisis dan meningkatkan upaya pencegahan perilaku kekerasan pada pasien.	Memperkenalkan kebijakan baru untuk pencegahan kekerasan pada pasien.
Personal hygiene pasien psikiatri akut	Memastikan kebersihan diri pasien psikiatri akut terjaga dengan baik.	Mengawasi kebersihan pasien dengan lebih ketat.	Menganalisis ketercapaian target kebersihan dan mencari solusi.	Meningkatkan prosedur kebersihan diri pasien di unit psikiatri.
Ketersediaan obat/psikofarmaka pada pasien psikiatri akut	Memastikan obat- psikofarmaka tersedia untuk pasien psikiatri akut.	Mengontrol ketersediaan obat dengan sistem pemantauan yang lebih baik.	Menganalisis ketersediaan obat dan membuat penyesuaian jika diperlukan.	Menyusun rencana distribusi obat yang lebih efisien.
Medication error pada pasien psikiatri akut	Mengurangi kesalahan pengobatan pada pasien psikiatri akut.	Meningkatkan pengawasan dan pelatihan staf medis.	Menganalisis penyebab kesalahan pengobatan dan perbaiki prosedur.	Meningkatkan kesadaran dan pelatihan tentang pengelolaan obat yang benar.
Persentase penanganan fase akut pasien gangguan jiwa di PHCU	Memastikan penanganan fase akut pasien gangguan jiwa di PHCU dilakukan dengan baik.	Menyusun prosedur penanganan fase akut yang lebih efektif.	Menganalisis dan menyesuaikan prosedur penanganan jika ditemukan kekurangan.	Meningkatkan sistem manajemen fase akut dengan teknologi terbaru.
Tepat indikasi masuk ruang rawat inap psikiatri akut	Memastikan indikasi masuk ruang rawat inap sesuai kriteria.	Menyusun panduan yang jelas mengenai indikasi rawat inap.	Menganalisis kasus rawat inap untuk penyesuaian kriteria.	Meningkatkan pemantauan dan dokumentasi indikasi rawat inap.
Waktu tunggu operasi elektif	Memastikan waktu tunggu operasi elektif tidak melebihi 48 jam.	Mengoptimalkan alur kerja untuk mengurangi waktu tunggu.	Menganalisis faktor penyebab keterlambatan dan mencari solusi.	Meningkatkan koordinasi dan alur operasi untuk efisiensi waktu.
Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	Mengurangi kejadian komplikasi anestesi pada pasien.	Menyusun prosedur aman untuk menghindari komplikasi.	Menganalisis data komplikasi dan memperbaiki prosedur anestesi.	Meningkatkan pelatihan staf dalam prosedur anestesi yang aman.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kejadian kematian di meja operasi	Mengurangi kejadian kematian di meja operasi.	Memastikan prosedur pencegahan risiko dilakukan dengan baik.	Menganalisis faktor risiko kematian selama operasi.	Meningkatkan evaluasi dan tindakan preventif terhadap risiko operasi.
Kepatuhan assessmen pra anestesi	Menjamin assessmen pra anestesi dilakukan sebelum setiap prosedur.	Memastikan semua prosedur pra anestesi terlaksana dengan baik.	Menganalisis efektivitas dan kepatuhan terhadap prosedur pra anestesi.	Meningkatkan pelatihan dan sistem untuk memastikan kepatuhan yang lebih baik.
Kepatuhan assessmen pra sedasi	Menjamin assessmen pra sedasi dilakukan dengan tepat.	Memastikan staf melakukan evaluasi pra sedasi sesuai prosedur.	Menganalisis kendala dan mencari cara untuk memperbaiki proses assessmen.	Menyempurnakan prosedur dan meningkatkan kesadaran staf tentang pentingnya evaluasi pra sedasi.
Kepatuhan assessmen pra bedah	Menjamin assessmen pra bedah dilakukan sesuai standar.	Menyusun panduan yang lebih jelas untuk assessmen pra bedah.	Menganalisis kesalahan dalam pelaksanaan assessmen dan memperbaikinya.	Meningkatkan pelatihan bagi staf medis dalam proses assessmen pra bedah.
Kepatuhan dokumentasi pelaksanaan <i>surgical safety checklist</i>	Memastikan dokumentasi <i>safety checklist</i> dilakukan di setiap prosedur bedah.	Memastikan pengawasan dan pelatihan tentang dokumentasi keselamatan dilakukan secara efektif.	Menganalisis kesalahan atau kelalaian dalam dokumentasi dan memperbaikinya.	Meningkatkan sistem audit untuk memantau kepatuhan terhadap prosedur keselamatan bedah.
Kepatuhan pelaksanaan <i>sign in</i> , <i>sign out</i> , dan <i>time out</i>	Memastikan pelaksanaan prosedur <i>sign in</i> , <i>sign out</i> , dan <i>time out</i> dilakukan dengan benar.	Memastikan prosedur <i>sign in</i> , <i>sign out</i> , dan <i>time out</i> diterapkan pada setiap prosedur.	Menganalisis hasil dan memastikan prosedur ini terlaksana dengan sempurna.	Meningkatkan pelatihan dan pemantauan prosedur keselamatan operasi.
Penerapan keselamatan ECT	Meningkatkan penerapan keselamatan ECT pada pasien.	Mengkaji ulang prosedur ECT untuk memastikan keselamatan pasien.	Menganalisis kejadian yang terkait dengan ECT dan memperbaiki prosedur jika diperlukan.	Meningkatkan pelatihan dan prosedur keselamatan untuk penggunaan ECT.
Waktu tunggu tindakan ECT	Memastikan waktu tunggu ECT tidak lebih dari 48 jam.	Menyusun sistem penjadwalan yang efisien.	Menganalisis faktor keterlambatan dalam pelaksanaan ECT.	Meningkatkan efisiensi dalam proses penjadwalan ECT.
Discrepansi diagnosa pre dan post operasi	Memastikan tidak ada perbedaan antara diagnosa pre dan post operasi.	Mengoptimalkan komunikasi dan koordinasi antar tim medis.	Menganalisis faktor penyebab <i>discrepansi</i> diagnosis.	Meningkatkan akurasi diagnosa dengan melibatkan lebih banyak ahli.
Pembatalan operasi elektif	Mengurangi pembatalan operasi elektif.	Menyusun kebijakan penjadwalan yang lebih ketat.	Menganalisis faktor penyebab pembatalan operasi dan mencari solusi.	Meningkatkan komunikasi antara pihak-pihak terkait untuk mengurangi pembatalan.
Penundaan operasi elektif	Memastikan penundaan operasi elektif tidak melebihi 5%.	Mengidentifikasi penyebab penundaan dan membuat	Menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi penundaan.	Mengoptimalkan alur kerja dan koordinasi antara tim medis dan administrasi.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
		tindakan pencegahan.		
Ketepatan kriteria masuk dan keluar ICU	Memastikan ketepatan kriteria masuk dan keluar ICU sesuai dengan standar.	Memastikan bahwa tim medis memahami dan mengikuti kriteria masuk dan keluar ICU.	Menganalisis kesalahan dalam penerapan kriteria dan memperbaikinya.	Meningkatkan pelatihan untuk staf medis mengenai kriteria ICU.
Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan ICU dengan kasus yang sama < 72 jam	Mengurangi angka pasien yang kembali ke ICU dalam waktu kurang dari 72 jam.	Menyusun kebijakan pemantauan lanjutan untuk pasien ICU.	Menganalisis penyebab pasien kembali ke ICU dan mengambil langkah perbaikan.	Meningkatkan sistem pemantauan dan tindak lanjut pasca perawatan ICU.
Respon time tindakan, pemasangan ventilator ≤ 30 menit	Memastikan waktu respon untuk pemasangan ventilator ≤ 30 menit.	Meningkatkan koordinasi dan kesiapan tim medis dalam penanganan ventilator.	Menganalisis waktu respon yang melebihi standar dan mencari solusinya.	Meningkatkan pelatihan dalam penanganan kasus yang membutuhkan ventilator.
Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Memastikan pelayanan persalinan dengan tindakan operasi diberikan dengan tepat.	Menjaga konsistensi kualitas pelayanan dalam tindakan persalinan.	Menganalisis kepuasan pasien dan meningkatkan standar pelayanan persalinan.	Meningkatkan pelatihan bagi tenaga medis terkait teknik persalinan.
Kemampuan menangani BBLSR dan BBLR	Memastikan kemampuan dalam menangani BBLSR dan BBLR sesuai standar.	Meningkatkan pelatihan dan kesiapan petugas dalam menangani BBLSR dan BBLR.	Menganalisis hasil dan mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan.	Meningkatkan kualitas penanganan BBLSR dan BBLR melalui pelatihan berkelanjutan.
Pertolongan persalinan melalui SC	Memastikan angka pertolongan persalinan melalui SC tidak lebih dari 20%.	Mengidentifikasi penyebab tingginya angka SC dan mencari alternatif solusi.	Menganalisis pola keputusan tindakan SC pada persalinan dan mengevaluasi faktor risikonya.	Meningkatkan pelatihan pada tenaga medis dan pendekatan yang lebih sesuai untuk mengurangi angka SC.
Waktu tanggap <i>Sectio Caesarea emergency</i>	Memastikan waktu tanggap <i>Sectio Caesarea</i> sesuai standar.	Mempercepat prosedur tanggap untuk situasi darurat.	Menganalisis faktor keterlambatan dalam <i>Sectio Caesarea emergency</i> .	Meningkatkan koordinasi antara tim medis dalam menangani <i>Sectio Caesarea emergency</i> .
Kejadian kematian ibu karena persalinan	Mengurangi kejadian kematian ibu karena persalinan menjadi 0%.	Meningkatkan pemantauan kesehatan ibu hamil dan tindakan preventif.	Menganalisis faktor penyebab kematian ibu dalam persalinan dan mengambil tindakan pencegahan.	Menyusun pedoman penanganan untuk mengurangi risiko kematian ibu.
Presentase IMD (Inisiasi Menyusui Dini)	Memastikan semua ibu melakukan IMD setelah persalinan.	Memastikan dukungan yang cukup untuk ibu baru melaksanakan IMD.	Menganalisis keberhasilan IMD dan meningkatkan teknik edukasi.	Meningkatkan sosialisasi dan pelatihan mengenai pentingnya IMD.
Pemberian ASI eksklusif pada bayi baru lahir selama perawatan	Meningkatkan pemberian ASI eksklusif pada bayi baru lahir.	Menyediakan dukungan tambahan untuk ibu agar dapat	Menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan penurunan angka	Menyusun kebijakan yang lebih baik untuk mendukung

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Persentase rawat gabung	Memastikan rawat gabung sesuai standar untuk ibu dan bayi.	memberikan ASI eksklusif. Memastikan ibu dan bayi mendapatkan manfaat dari rawat gabung.	pemberian ASI eksklusif. Menganalisis kendala dalam rawat gabung dan mengatasi hambatan.	pemberian ASI eksklusif. Meningkatkan fasilitas dan dukungan untuk rawat gabung.
Perawatan metode kanguru	Memastikan penerapan metode kanguru pada bayi sesuai standar.	Menyediakan pelatihan bagi tenaga medis tentang metode kanguru.	Menganalisis efektivitas metode kanguru dalam perawatan bayi prematur.	Meningkatkan kesadaran tentang manfaat metode kanguru bagi bayi.
Angka kejadian keterlambatan operasi SC > 30 menit	Mengurangi keterlambatan operasi SC lebih dari 30 menit.	Mengoptimalkan alur operasi dan meningkatkan koordinasi antar tim.	Menganalisis faktor penyebab keterlambatan dan mengurangi hal tersebut.	Meningkatkan efisiensi dalam penjadwalan dan persiapan operasi SC.
Angka kejadian keterlambatan penyediaan darah > 60 menit	Mengurangi keterlambatan penyediaan darah lebih dari 60 menit.	Meningkatkan proses logistik untuk penyediaan darah dengan cepat.	Menganalisis sistem pengadaan darah dan memperbaiki proses distribusinya.	Meningkatkan komunikasi antara unit laboratorium dan tim medis.
Angka kejadian kematian bayi saat persalinan	Mengurangi kejadian kematian bayi saat persalinan.	Menyusun pedoman penanganan kasus-kasus berisiko tinggi dalam persalinan.	Menganalisis penyebab kematian bayi saat persalinan dan mencari solusi preventif.	Menyediakan pelatihan lebih lanjut untuk tenaga medis dalam menangani persalinan berisiko.
MOW (Metode Operasi Wanita)	Memastikan MOW dilakukan sesuai permintaan pasien.	Menedukasi pasien tentang manfaat dan proses MOW.	Menganalisis jumlah MOW dan mencari cara untuk meningkatkan akses.	Menyusun program sosialisasi untuk meningkatkan kesadaran tentang MOW.
IUD (Intrauterine Device)	Menyediakan pilihan IUD bagi pasien sesuai kebutuhan.	Menyusun prosedur yang jelas terkait pemasangan IUD.	Menganalisis tren penggunaan IUD di rumah sakit.	Meningkatkan pelayanan kontrasepsi dengan memasukkan IUD sebagai opsi.
Persentase bayi dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah)	Menurunkan angka bayi dengan BBLR.	Meningkatkan pemantauan kesehatan ibu hamil untuk mencegah BBLR.	Menganalisis faktor penyebab BBLR dan memperbaiki penanganannya.	Menyusun program preventif untuk mengurangi risiko BBLR.
Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI	Meningkatkan persentase bayi yang mendapatkan ASI pada usia kurang dari 6 bulan.	Menyediakan dukungan dan edukasi untuk ibu dalam pemberian ASI.	Menganalisis faktor yang mempengaruhi pemberian ASI pada bayi.	Menyusun kebijakan rumah sakit untuk mendukung pemberian ASI eksklusif.

4. Instalasi NAPZA

Hasil capaian indikator mutu Instalasi NAPZA tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.34 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi NAPZA Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Asesmen Addiction Severity Index (max 3x24 jam)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Ketepatan visite dokter spesialis	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	80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
11	Tingkat pengetahuan pasien terhadap keberhasilan program NAPZA	70%	79,80%	81,47%	78,54%	83,40%	80,80%

Dari 11 indikator, seluruh indikator sudah mencapai standar

Kondisi saat ini:

1. Tingkat pengetahuan pasien di beberapa bulan sebelumnya dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan pasien yang berbeda-beda.

Rekomendasi:

1. Pendekatan petugas untuk memberikan pemahaman pada pasien terkait program sesi edukasi Napza untuk meningkatkan pengetahuan pasien terhadap program Napza.
2. Melakukan review kembali terhadap pertanyaan untuk mengukur tingkat pengetahuan pasien agar dapat dipahami oleh seluruh latar belakang pendidikan pasien atau dapat menetapkan kriteria eksklusi untuk pengukuran indikator tersebut.
3. Pertahankan capaian.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi NAPZA tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.35 PDSA Indikator Mutu Instalasi NAPZA Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Asesmen Addiction Severity Index (max 3x24 jam)	Melakukan asesmen secara berkala dan tepat waktu pada setiap pasien.	Memastikan asesmen dilakukan maksimal 3 kali dalam 24 jam.	Mengkaji hasil asesmen untuk menentukan jenis intervensi yang tepat.	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.	Mengevaluasi efektivitas dan ketepatan waktu kunjungan spesialis.	Meningkatkan koordinasi antara dokter dan perawat dalam pengaturan jadwal kunjungan.
Upaya pencegahan pasien jatuh pada kondisi withdrawal	Meningkatkan kesadaran tenaga medis tentang risiko jatuh pada pasien withdrawal.	Melakukan pemantauan dan pengawasan yang ketat pada pasien withdrawal.	Menganalisis penyebab utama jatuh pada pasien dan melakukan perbaikan.	Membuat prosedur yang lebih ketat untuk mencegah terjadinya kecelakaan pasien withdrawal.
Konseling selama pasien dirawat	Memastikan konseling dilakukan secara rutin oleh tenaga yang terlatih.	Menyusun jadwal konseling sesuai kebutuhan pasien.	Mengevaluasi dampak konseling terhadap pemulihan pasien.	Meningkatkan metode konseling dan memberi pelatihan tambahan pada staf.
Terlaksananya sesi terstruktur pada hari kerja	Menyusun dan melaksanakan	Memastikan sesi terstruktur	Menilai efektivitas sesi dan	Menambahkan sesi atau materi baru

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	sesi terstruktur sesuai rencana program.	berjalan dengan lancar sesuai jadwal.	mengidentifikasi area untuk perbaikan.	sesuai kebutuhan pasien.
Terlaksananya terapi vokasional	Meningkatkan partisipasi pasien dalam terapi vokasional.	Menyediakan materi yang relevan dan bimbingan selama terapi.	Mengukur dampak terapi vokasional terhadap pemulihan pasien.	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.	Menganalisis hasil pemeriksaan untuk mengidentifikasi kasus yang memerlukan tindak lanjut.	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.	Menganalisis efektivitas asesmen awal medis dalam menentukan diagnosa awal.	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.	Mengevaluasi hasil asesmen awal keperawatan dan tindak lanjutnya.	Mengoptimalkan asesmen awal keperawatan melalui penggunaan teknologi.
Penyuluhan keluarga	Menyediakan program penyuluhan keluarga secara rutin dan komprehensif.	Mengorganisir sesi penyuluhan keluarga secara terjadwal.	Menilai efektivitas penyuluhan terhadap pemahaman keluarga tentang perawatan pasien.	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 dan dampaknya terhadap pemulihan.	Memperluas informasi mengenai program NAPZA kepada pasien.	Mengevaluasi dampak pendidikan terhadap tingkat pengetahuan pasien.	Mengembangkan materi pendidikan yang lebih relevan dengan kebutuhan pasien.

5. Instalasi Rehabilitasi Psikososial

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Rehabilitasi Psikososial tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.36 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Rehabilitasi Psikososial Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Hasil pencapaian rehabilitasi psikososial	>75%	84,59%	92,23%	89,64%	88,85%	88,83%
2	Asesmen rehabilitasi psikososial	≥80%	97,96%	99,26%	100,00%	96,43%	98,41%
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	85%	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%
6	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	<25%	15,41%	7,77%	10,36%	11,15%	11,17%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
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%	100,00%	100,00%	100,00%
9	Waktu tunggu pelayanan rehabilitasi psikososial	30 Menit	8,15 Menit	7,31 Menit	5,03 Menit	5,26 Menit	6,44 Menit
10	Program psikoedukasi rehabilitasi psikososial	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Seluruh indikator IRP pada Tahun 2024 sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan

Rekomendasi:

1. Review indikator Instalasi IRP
2. Inovasi pelayanan rehabilitasi psikososial agar ada pembaruan program sesuai dengan minat bakat pasien dan visi misi IRP/PKJN RSMM
3. Perlu dilakukan validasi data indikator Instalasi IRP sehubungan dengan Kepala Instalasi IRP sebagai PIC Data Instalasi IRP

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Rehabilitasi Psikososial tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.37 PDSA Indikator Mutu Instalasi Rehabilitasi Psikososial Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Hasil pencapaian rehabilitasi psikososial	Meningkatkan hasil rehabilitasi psikososial dengan fokus pada individu.	Melakukan evaluasi berkala terhadap proses rehabilitasi.	Menganalisis faktor yang mempengaruhi hasil rehabilitasi.	Menyusun rencana peningkatan berkelanjutan berdasarkan analisis.
Asesmen rehabilitasi psikososial	Memastikan asesmen dilakukan sesuai prosedur.	Memperbaiki keterampilan tim dalam melakukan asesmen.	Menilai efektivitas asesmen dalam proses rehabilitasi.	Menyempurnakan proses asesmen berdasarkan hasil evaluasi.
Rujukan rehab sesuai indikasi	Menyediakan rujukan rehabilitasi tepat waktu sesuai indikasi.	Memastikan kesesuaian rujukan dengan kebutuhan pasien.	Mengkaji ulang sistem rujukan untuk memastikan keberhasilan.	Meningkatkan sistem informasi untuk memastikan rujukan tepat.
Persentase rehabilitan yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial	Meningkatkan fungsi personal dan sosial bagi rehabilitan.	Meningkatkan pendekatan rehabilitasi berbasis kebutuhan individu.	Mengukur dampak intervensi terhadap perbaikan fungsi.	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.	Menilai efektivitas kelompok swabantu dalam mendukung pelayanan kesehatan jiwa.	Mengidentifikasi peluang untuk meningkatkan pembinaan kelompok swabantu.
Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	Mengurangi angka drop out pasien dalam rehabilitasi.	Menyusun strategi untuk meningkatkan keterlibatan pasien dalam program rehabilitasi.	Menganalisis penyebab pasien drop out dan mencari solusinya.	Meningkatkan komunikasi dan dukungan kepada pasien untuk mengurangi drop out.
Tingkat kemandirian pasien secara fisik dan sosial	Meningkatkan kemandirian pasien dalam	Memberikan pelatihan dan dukungan untuk	Menganalisis faktor yang mendukung	Menyusun program yang lebih terfokus

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	aspek fisik dan sosial.	mendukung kemandirian pasien.	kemandirian pasien.	pada pengembangan kemandirian pasien.
Tingkat kemandirian pasien secara finansial	Meningkatkan kemandirian pasien dalam aspek finansial.	Memberikan edukasi tentang pengelolaan keuangan untuk pasien.	Menganalisis dampak kemandirian finansial terhadap pemulihan pasien.	Mengembangkan program pelatihan finansial untuk pasien.
Waktu tunggu pelayanan rehabilitasi psikososial	Mengurangi waktu tunggu pelayanan untuk rehabilitasi psikososial.	Meningkatkan efisiensi proses pelayanan untuk mengurangi waktu tunggu.	Menganalisis proses yang mempengaruhi waktu tunggu dan memperbaikinya.	Menyusun strategi untuk mengoptimalkan waktu tunggu pelayanan.
Program psikoedukasi rehabilitasi psikososial	Memastikan semua pasien mendapatkan program psikoedukasi.	Meningkatkan kualitas dan relevansi program psikoedukasi.	Menganalisis keberhasilan program psikoedukasi dalam mendukung rehabilitasi.	Menyempurnakan program berdasarkan <i>feedback</i> dan hasil evaluasi.

6. Instalasi Radiodiagnostik, Imaging, dan Elektromedik

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Radiodiagnostik, Imaging, dan Elektromedik tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.38 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Radiodiagnostik, Imaging, dan Elektromedik Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Waktu tunggu pelayanan radiologi (WTPR)	≤ 180 menit	68,63 Menit	1 Jam 20 Menit	1 Jam 27 Menit	1 Jam 38 Menit	1 Jam 14 Menit
	Waktu tunggu pelayanan radiologi (WTPR)	80%	94,67%	93,33%	86,42%	86,38%	90,20%
2	Kejadian kegagalan hasil pemeriksaan radiologi	≤ 2%	0,24%	0,26%	0,21%	0,17%	0,22%
3	Waktu pemeriksaan radiologi (konvensional non kontras) ≤ 60 menit hingga diterima oleh pasien	80%	93,58%	93,52%	84,27%	85,05%	89,11%
4	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Waktu pelaporan hasil kritis radiologi	≤ 30 menit	14 Jam	N/A	21,33 Menit	26 Menit	19,33 Menit
6	Pelaporan hasil kritis radiologi	100%	100,00%	N/A	100,00%	100,00%	100,00%
7	Waktu tunggu pelayanan elektromedis	60 Menit	19,13 Menit	16,25 Menit	16,68 Menit	13,32 Menit	16,34 Menit
8	Waktu tunggu pelayanan USG	≤ 180 menit	41,77 Menit	43,02 Menit	44,88 Menit	46,26 Menit	43,99 Menit

Dari 8 Indikator pada Tahun 2024, seluruhnya sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan.

Rekomendasi:

1. Konsistensi dokter spesialis radiologi untuk melakukan pembacaan hasil radiologi sesuai dengan standar waktu yang telah ditetapkan.
2. Tindak lanjut realisasi pengadaan PACS.
4. Tindak lanjut realisasi paperless hasil pemeriksaan radiologi.
5. Pertahankan capaian.
6. Memastikan kepatuhan petugas baik radiographer maupun dokter untuk patuh dalam penggunaan SIMRS secara real time.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Radiodiagnostik, Imaging, dan Elektromedik tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.39 PDSA Indikator Mutu Instalasi Radiodiagnostik, Imaging, dan Elektromedik Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu tunggu pelayanan radiologi (WTPR)	Menurunkan waktu tunggu pelayanan radiologi.	Meningkatkan alur proses pelayanan radiologi.	Menganalisis faktor yang memperlambat waktu tunggu.	Menyusun prosedur untuk mengurangi waktu tunggu.
Waktu tunggu pelayanan radiologi (WTPR)	Memastikan lebih dari 80% pasien mendapatkan pelayanan dalam waktu yang ditentukan.	Melakukan pemantauan dan evaluasi rutin terhadap waktu tunggu.	Menilai efektivitas upaya pengurangan waktu tunggu.	Menyempurnakan upaya pengurangan waktu tunggu berdasarkan evaluasi.
Kejadian kegagalan hasil pemeriksaan radiologi	Menjaga agar kegagalan hasil pemeriksaan tidak lebih dari 2%.	Memperbaiki prosedur pemeriksaan dan pengawasan.	Menganalisis penyebab kegagalan dan perbaikan yang diperlukan.	Meningkatkan kualitas pemeriksaan untuk mengurangi kegagalan.
Waktu pemeriksaan radiologi (konvensional non kontras) $\leq$ 60 menit hingga diterima oleh pasien	Memastikan waktu pemeriksaan konvensional non kontras $\leq$ 60 menit untuk 80% pasien.	Mengoptimalkan alur kerja untuk pemeriksaan lebih cepat.	Menilai faktor penghambat yang menyebabkan waktu pemeriksaan lebih lama.	Menyempurnakan proses pemeriksaan untuk meningkatkan efisiensi.
Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	Memastikan tidak ada kesalahan pemberian label pada hasil pemeriksaan radiologi.	Menyusun prosedur yang ketat untuk pemberian label.	Mengidentifikasi potensi kesalahan pemberian label dan mencegahnya.	Melakukan audit berkala untuk memastikan pemberian label yang benar.
Waktu pelaporan hasil kritis radiologi	Memastikan pelaporan hasil kritis dilakukan dalam waktu $\leq$ 30 menit.	Mempercepat proses pelaporan hasil kritis.	Menganalisis penyebab keterlambatan dalam pelaporan hasil kritis.	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.	Menilai kecepatan dan keakuratan dalam pelaporan hasil kritis.	Menyempurnakan prosedur pelaporan hasil kritis berdasarkan evaluasi.
Waktu tunggu pelayanan elektromedis	Menurunkan waktu tunggu pelayanan elektromedis.	Mengoptimalkan alur dan penjadwalan pelayanan elektromedis.	Menganalisis faktor penyebab waktu tunggu yang lebih lama.	Meningkatkan proses pelayanan berdasarkan analisis waktu tunggu.
Waktu tunggu pelayanan USG	Menurunkan waktu tunggu pelayanan USG.	Mempercepat alur pelayanan USG untuk mengurangi waktu tunggu.	Menilai faktor yang memperpanjang waktu tunggu pada pelayanan USG.	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu tunggu berdasarkan hasil evaluasi.

7. Instalasi Laboratorium

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Laboratorium tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.40 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Laboratorium Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Waktu tunggu pelayanan laboratorium (WTPL)	< 2 Jam	46.87 Menit	52.13 Menit	47.35 Menit	46.34 Menit	48.17 Menit
2	Waktu pelaporan hasil kritis laboratorium	≤ 30 menit	1.72 Menit	1.34 Menit	1.71 Menit	2.14 Menit	1.73 Menit
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	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	<5%	0,01%	0,01%	0,04%	0,01%	0,02%
7	Angka kejadian reaksi transfusi	0%	0,00%	0,00%	1,75%	0,00%	0,44%
8	Efektivitas penggunaan darah	>90%	99,04%	100,00%	99,07%	100,00%	99,53%
9	Waktu tunggu pelayanan laboratorium CITO	50 Menit	19.60 Menit	19.93 Menit	19.03 Menit	18.95 Menit	19.38 Menit
10	Waktu pemeriksaan laboratorium (hematologi rutin) ≤ 60 menit sampai diterima oleh pasien	80%	100,00%	99,05%	99,02%	100,00%	99,52%
11	PME	90%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
12	Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan	3 Hari	4.48 Hari	3.16 Hari	2.33 Hari	2.47 Hari	3.10 Hari
12a	Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan PA	30 Hari	8.44 Hari	8.97 Hari	6.82 Hari	8.08 Hari	8.08 Hari

Dari 12 indikator pada Tahun 2024, seluruhnya sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan.

Kondisi saat ini:

1. Sudah dilakukan usulan pemilihan provider agar hasil pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan secara paperless.

Rekomendasi:

1. Memastikan bahwa hasil waktu pelaporan hasil kritis yang terlapor selama ini merupakan waktu yang dibutuhkan sampai hasil lab kritis terinfo pada DPJP.
2. Tindak lanjut realisasi paperless hasil pemeriksaan laboratorium.
3. Berkoordinasi dengan Instalasi SIRS terkait proses pengajuan provider untuk hasil pemeriksaan laboratorium paperless.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Laboratorium tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.41 PDSA Indikator Mutu Instalasi Laboratorium Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu tunggu pelayanan laboratorium (WTPL)	Menurunkan waktu tunggu pelayanan laboratorium.	Meningkatkan efisiensi alur pelayanan di laboratorium.	Menganalisis faktor yang menyebabkan waktu tunggu yang lebih lama.	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu tunggu berdasarkan hasil evaluasi.
Waktu pelaporan hasil kritis laboratorium	Menjaga waktu pelaporan hasil kritis ≤ 30 menit.	Mempercepat proses pelaporan hasil kritis.	Menganalisis faktor yang memperlambat pelaporan hasil kritis.	Menyusun prosedur untuk mempercepat pelaporan hasil kritis.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Pelaporan hasil kritis laboratorium	Memastikan seluruh hasil kritis dilaporkan tepat waktu.	Menjamin kualitas dan ketepatan pelaporan hasil kritis.	Menganalisis akurasi pelaporan hasil kritis.	Menyempurnakan proses pelaporan berdasarkan hasil evaluasi.
Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium	Menjamin tidak ada kejadian tertukar spesimen.	Memastikan ketelitian dalam proses pengambilan dan pengecekan spesimen.	Menilai potensi kesalahan dan mencegah kejadian tertukar spesimen.	Menyempurnakan prosedur verifikasi spesimen.
Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	Menjamin tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan.	Memastikan sistem penyerahan hasil pemeriksaan yang tepat.	Menganalisis penyebab kesalahan dalam penyerahan hasil.	Mengoptimalkan prosedur penyerahan hasil.
Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	Memastikan angka pengulangan pemeriksaan < 5%.	Memperbaiki kualitas pemeriksaan untuk mengurangi pengulangan.	Menganalisis penyebab pengulangan pemeriksaan.	Menyempurnakan prosedur pemeriksaan untuk mengurangi pengulangan.
Angka kejadian reaksi transfusi	Menjaga angka kejadian reaksi transfusi 0%.	Meningkatkan pemantauan dan prosedur transfusi.	Menilai faktor penyebab reaksi transfusi dan mengurangi risiko.	Menyempurnakan protokol transfusi berdasarkan hasil evaluasi.
Efektivitas penggunaan darah	Memastikan efektivitas penggunaan darah > 90%.	Mengoptimalkan penggunaan darah untuk efektivitas terbaik.	Menganalisis data penggunaan darah dan mengidentifikasi efisiensi.	Menyusun rekomendasi untuk meningkatkan efektivitas penggunaan darah.
Waktu tunggu pelayanan laboratorium CITO	Menurunkan waktu tunggu pelayanan laboratorium CITO.	Mempercepat proses layanan laboratorium CITO.	Menganalisis faktor yang memperpanjang waktu tunggu.	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.	Menganalisis faktor penghambat dalam pemeriksaan hematologi rutin.	Menyempurnakan prosedur pemeriksaan hematologi.
PME	Menyusun prosedur untuk mencapai 90% PME.	Melakukan evaluasi terhadap kegiatan PME yang ada.	Menilai faktor yang mempengaruhi pencapaian PME.	Menyusun rencana untuk meningkatkan hasil PME.
Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan	Menurunkan waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan.	Mempercepat pengiriman hasil laboratorium rujukan.	Menganalisis faktor yang memperpanjang waktu tunggu.	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.	Menganalisis penyebab keterlambatan dalam pelayanan PA.	Menyusun prosedur baru untuk mempercepat waktu tunggu PA.

8. Instalasi Farmasi

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Farmasi tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.42 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Farmasi Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Ketersediaan obat sesuai formularium RS	90%	100.00%	100.00%	99.89%	100.00%	99.97%
2	Waktu tunggu pelayanan obat jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	26.78 Menit	27.84 Menit	29.61 Menit	30.17 Menit	28.48 Menit
3	Waktu tunggu pelayanan obat racikan (WTOR)	≤ 60 menit	57.97 Menit	58.65 Menit	60.07 Menit	58.98 Menit	58.92 Menit
4	Waktu tunggu pelayanan farmasi	≤ 60 menit	61.00 Menit	58.99 Menit	53.16 Menit	67.24 Menit	60.10 Menit
4a	Waktu tunggu pelayanan farmasi	80%	58.42%	62.26%	64.93%	58.98%	61.15%
5	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat (<i>medication error</i> fase pemberian)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
6	Kejadian kesalahan persepsian obat (<i>medication error</i> fase persepsian)	0%	0.01%	0.03%	0.01%	0.02%	0.02%
7	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥ 90%	97.09%	97.98%	87.29%	97.30%	94.92%
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%	53.56%	48.73%	45.87%	44.74%	48.22%
15	Persediaan obat memenuhi TKDN minimal 25%	≥ 85%	81.76%	80.51%	80.43%	80.19%	80.72%
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%

Dari 17 indikator pada Tahun 2024, masih terdapat 4 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:

1. Waktu tunggu pelayanan farmasi
2. Kejadian kesalahan persepsian obat (*medication error* fase persepsian)
3. Pemenuhan BMHP memenuhi TKDN minimal 25%
4. Persediaan obat memenuhi TKDN minimal 25%

Kondisi saat ini:

1. Standar waktu tunggu pelayanan farmasi 60 menit (dalam satuan waktu) dan 80% (dalam satuan persen) namun capaian nya masih fluktuatif, rerata capaian waktu tunggu farmasi Tahun 2024 yaitu 60.10 Menit dengan persentase 61,15%.
2. Sudah dilakukan penyesuaian SDM di Apotek di jam jam puncak resep diterima oleh apotek.
3. Sudah dilakukan redesign alur pelayanan farmasi untuk mempercepat waktu layanan namun belum berpengaruh signifikan untuk mempercepat waktu layanan
4. Jam masuk resep tidak tersebar merata sejak pagi, ada jam jam tertentu mulai terjadi penumpukan resep (sekitar pukul 11.00 WIB keatas), mulai terdistribusi sejak pagi setelah adanya perbaikan waktu ketepatan Poliklinik di beberapa bulan terakhir di Tahun 2024.
5. Beberapa resep di tahun 2024 sempat terkendala pada proses pengkajian karena perlu berkoordinasi terlebih dahulu dengan instalasi VAPP namun sudah teratasi dengan adanya petugas VAPP yang berdinasi di ruang farmasi rawat jalan.
6. Terdapat beberapa resep yang masuk terjadi kesalahan dalam proses persepsian obat.
7. Masih terdapat persediaan obat di yang tidak memenuhi TKDN minimal 25% karena obat obatan yang ada masih diproduksi dari luar negeri.

8. Masih terdapat BMHP yang tidak memenuhi TKDN minimal 25% karena masih import.

Rekomendasi:

1. Kepatuhan petugas farmasi untuk menyelesaikan task obat serah pada SIMRS, jika memungkinkan adanya petugas khusus yang memantau proses penyelesaian obat serah pada SIMRS agar data yang terekam pada sistem real time.
2. Pengaturan alokasi petugas apoteker maupun TTK yang efektif dan efisien untuk di dua tempat yang berbeda baik gedung ismaya maupun farmasi rawat jalan.
3. Penambahan/pemenuhan SDM Apoteker dan TTK menyesuaikan dengan ABK yang sudah dibuat.
4. Meningkatkan kepatuhan petugas untuk melengkapi formulir laporan insiden dan investigasi sederhana untuk kejadian *medication error* baik fase pemberian maupun fase peresepan
5. Melakukan supervisi terkait pelayanan resep oleh Kepala Unit dan/atau Kepala Instalasi Farmasi
6. Mengoptimalkan peresepan obat melalui e-prescribing dan mensosialisasikan pedoman e-prescribing pada para dokter untuk menghindari kesalahan dalam meresepkan obat
7. Utamakan penggunaan obat-obatan yang diproduksi di dalam negeri dengan nilai TKDN yang tinggi sesuai regulasi pemerintah

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Farmasi tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.43 PDSA Indikator Mutu Instalasi Farmasi Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketersediaan obat sesuai formularium RS	Menurunkan jumlah kekurangan obat.	Meningkatkan pengawasan terhadap stok obat.	Menganalisis penyebab kekurangan obat.	Menyusun langkah untuk meningkatkan ketersediaan obat sesuai formularium.
Waktu tunggu pelayanan obat jadi (WTOJ)	Menurunkan waktu tunggu pelayanan obat jadi.	Meningkatkan efisiensi distribusi obat.	Menganalisis faktor penyebab waktu tunggu yang lama.	Menyusun langkah-langkah pengurangan waktu tunggu.
Waktu tunggu pelayanan obat racikan (WTOR)	Mengurangi waktu tunggu pelayanan obat racikan.	Meningkatkan proses pembuatan obat racikan.	Menganalisis penyebab waktu tunggu yang tinggi.	Menyusun langkah untuk pengurangan waktu tunggu racikan.
Waktu tunggu pelayanan farmasi	Menurunkan waktu tunggu pelayanan farmasi.	Meningkatkan efisiensi sistem pelayanan farmasi.	Menganalisis faktor penyebab waktu tunggu.	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu tunggu.
Waktu tunggu pelayanan farmasi	Menurunkan ketidakpatuhan waktu tunggu farmasi.	Mengoptimalkan alur pelayanan farmasi.	Menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan.	Menyusun tindakan untuk meningkatkan kepatuhan waktu tunggu farmasi.
Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat (<i>medication error</i> fase pemberian)	Mencegah kejadian kesalahan pemberian obat.	Melakukan pelatihan untuk meningkatkan keterampilan petugas.	Menganalisis penyebab kesalahan pemberian obat.	Menyusun langkah pencegahan kesalahan pemberian obat.
Kejadian kesalahan peresepan obat (<i>medication error</i> fase peresepan)	Menurunkan kejadian kesalahan peresepan obat.	Meningkatkan pengawasan terhadap proses peresepan obat.	Menganalisis faktor yang menyebabkan kesalahan peresepan obat.	Menyusun langkah-langkah pencegahan kesalahan peresepan obat.
Kepatuhan penggunaan formularium nasional	Meningkatkan kepatuhan penggunaan formularium nasional.	Melakukan pelatihan untuk meningkatkan pemahaman.	Menganalisis faktor penyebab ketidakpatuhan penggunaan formularium nasional.	Menyusun strategi untuk meningkatkan kepatuhan.
Kepatuhan penggunaan formularium RS	Memastikan kepatuhan	Melakukan audit penggunaan	Menyusun tindakan jika ada	Meningkatkan pengawasan

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	penggunaan formulir RS.	formulir secara rutin.	ketidapatuhan penggunaan formulir.	penggunaan formulir RS.
Kepatuhan pelaksanaan UDD	Memastikan kepatuhan dalam pelaksanaan UDD.	Melakukan pelatihan dan evaluasi rutin.	Menyusun langkah-langkah perbaikan jika ditemukan ketidakpatuhan.	Meningkatkan kepatuhan pelaksanaan UDD.
Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat	Memastikan kepatuhan dalam penyiapan elektrolit konsentrat.	Melakukan pelatihan dan pemeriksaan rutin.	Menyusun strategi untuk memastikan penyiapan elektrolit konsentrat yang tepat.	Meningkatkan kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat.
Tidak ada obat kadaluarsa dalam tahun berjalan	Menjaga agar tidak ada obat kadaluarsa.	Memperketat pengawasan stok obat.	Menyusun prosedur untuk memantau masa kadaluarsa obat.	Meningkatkan pengawasan terhadap masa kadaluarsa obat.
Tidak ada obat rusak	Memastikan tidak ada obat yang rusak.	Menjalin pengawasan lebih ketat pada penyimpanan obat.	Menganalisis faktor yang menyebabkan kerusakan obat.	Menyusun prosedur untuk mengurangi kerusakan obat.
Tidak ada BMHP rusak	Memastikan tidak ada BMHP yang rusak.	Melakukan inspeksi dan pemeliharaan BMHP secara berkala.	Menganalisis penyebab kerusakan BMHP.	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi kerusakan BMHP.
Persediaan BMHP memenuhi TKDN minimal 25%	Meningkatkan persediaan BMHP yang memenuhi TKDN minimal.	Meningkatkan kerjasama dengan pemasok BMHP lokal.	Menganalisis penyebab kekurangan BMHP yang memenuhi TKDN.	Menyusun strategi untuk meningkatkan TKDN BMHP.
Persediaan obat memenuhi TKDN minimal 25%	Meningkatkan persediaan obat yang memenuhi TKDN minimal.	Menjalin kerjasama lebih intens dengan pemasok obat dalam negeri.	Menganalisis penyebab rendahnya TKDN obat.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan persediaan obat TKDN.
Tidak ada reagen yang expired dalam tahun berjalan	Memastikan tidak ada reagen yang kadaluarsa.	Meningkatkan pengawasan stok reagen.	Menyusun prosedur untuk memantau masa berlaku reagen.	Meningkatkan pengawasan terhadap reagen kadaluarsa.
Kepatuhan petugas untuk menyelesaikan setiap tahapan pelayanan di aplikasi SIMRS	Memastikan kepatuhan petugas dalam setiap tahapan SIMRS.	Melakukan pelatihan aplikasi SIMRS secara rutin.	Menganalisis faktor-faktor yang menghambat kepatuhan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kepatuhan.

9. Instalasi Gizi

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Gizi tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.44 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Gizi Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Ketepatan waktu pemberian diet kepada pasien	90%	93,30%	90,82%	93,36%	95,62%	93,28%
2	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gizi	≥ 80%	86,23%	86,43%	86,51%	88,47%	86,91%
3	Persentase sisa makanan pasien yang tidak termakan pasien	≤ 20%	16,99%	18,04%	17,49%	18,04%	17,64%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
4	Tidak adanya kerusakan makanan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diit	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 medis	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
8	Pasien berdiit 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%	0,09%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%
11	Persentase skrining pasien baru dalam waktu 2 x 24 jam	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
12	Persentase balita <i>underweight</i>	< 17%	18,27%	29,95%	17,10%	19,66%	21,25%
13	Prevalensi balita <i>stunting</i>	< 28%	18,49%	37,07%	6,73%	8,16%	17,61%
14	Prevalensi balita <i>wasting</i>	< 9,5%	16,96%	31,36%	26,43%	17,47%	23,05%
15	Persentase ibu hamil kurang energi kronis (KEK) mendapat makanan tambahan	80%	100,00%	N/A	N/A	N/A	100,00%
16	Persentase balita kurus mendapat makanan tambahan	85%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
17	Persentase kunjungan pasien di Poliklinik gizi rawat jalan	85%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Dari 16 indikator pada Tahun 2024, terdapat 2 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:

1. Persentase balita *underweight*
2. Prevalensi balita *wasting*

Rekomendasi:

1. Koordinasi dengan Puskesmas setempat untuk penanganan balita *underweight*, *stunting*, dan *wasting* di komunitas
2. Promosikan dan dukung pemberian asi eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan bayi
3. Memberikan suplementasi gizi pada ibu hamil dan menyusui
4. Pemberian makanan tambahan untuk anak balita dan mengajarkan ibu tentang pemberian makanan pendamping asi (MP-ASI) yang bergizi dan tepat waktu
5. Memastikan bahwa balita dan keluarganya memiliki akses yang memadai untuk mendapat pangan yang bergizi
6. Beri makanan tambahan dengan gizi seimbang/nutrisi terapeutik untuk kasus-kasus yang parah yang dapat mengancam jiwa
7. Edukasi terkait balita *wasting*, pentingnya gizi seimbang di keluarga dan komunitas
8. Pemberdayaan masyarakat untuk pencegahan dan penanganan gizi buruk dan penyuluhan praktik pemberian makanan yang tepat untuk balita

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Gizi tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.45 PDSA Indikator Mutu Instalasi Gizi Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketepatan waktu pemberian diet kepada pasien	Menjaga ketepatan waktu pemberian diet.	Memastikan proses distribusi makanan tepat waktu.	Menganalisis faktor penyebab keterlambatan.	Menyusun langkah untuk menjaga ketepatan pemberian diet.
Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gizi	Meningkatkan kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gizi.	Menyediakan pelayanan gizi yang lebih ramah dan efisien.	Mengidentifikasi area pelayanan yang perlu ditingkatkan.	Menyesuaikan pelayanan berdasarkan hasil evaluasi.
Persentase sisa makanan pasien yang tidak termakan pasien	Mengurangi sisa makanan pasien.	Menyusun menu yang sesuai dengan	Meneliti penyebab sisa makanan yang tinggi.	Meningkatkan kesesuaian menu dan ukuran porsi.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
		kebutuhan pasien.		
Tidak adanya kerusakan makanan	Menjaga kualitas dan kebersihan makanan.	Memastikan prosedur penyimpanan dan pengolahan makanan yang baik.	Memantau kualitas bahan makanan secara rutin.	Mengimplementasikan pelatihan bagi petugas dalam menangani makanan.
Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diit	Menjaga akurasi pemberian diit.	Melakukan verifikasi ganda sebelum pemberian diit.	Menganalisis penyebab kesalahan pemberian diit.	Menyusun prosedur untuk mencegah kesalahan pemberian diit.
Pasien yang mendapat makanan sesuai kebutuhan gizi	Menyediakan makanan sesuai kebutuhan gizi pasien.	Melakukan penilaian kebutuhan gizi individu.	Memantau apakah kebutuhan gizi tercapai.	Menyesuaikan menu berdasarkan analisis kebutuhan gizi pasien.
Pencatatan asuhan gizi dalam rekam medis	Memastikan pencatatan asuhan gizi lengkap.	Melakukan pelatihan kepada petugas medis dan gizi.	Menganalisis apakah ada kekurangan dalam pencatatan.	Mengimplementasikan sistem pengecekan untuk pencatatan yang lebih akurat.
Pasien berdiit yang mendapat konseling	Menyediakan konseling bagi pasien berdiit.	Memberikan dukungan psikologis terkait diet.	Memeriksa apakah konseling diterima dengan baik oleh pasien.	Menyesuaikan program konseling sesuai kebutuhan pasien.
Persentase faktor risiko gizi teridentifikasi dengan memadai	Mengidentifikasi faktor risiko gizi dengan tepat.	Melakukan skrining gizi secara rutin.	Menganalisis hasil identifikasi faktor risiko gizi.	Menyusun langkah-langkah pencegahan dan intervensi berdasarkan identifikasi.
Persentase pergantian menu dalam 1 bulan	Menjaga variasi menu agar tetap rendah.	Memastikan variasi menu tetap sesuai standar.	Menganalisis kebutuhan variasi menu untuk pasien.	Menyusun kebijakan untuk mengurangi pergantian menu berlebihan.
Persentase skrining pasien baru dalam waktu 2 x 24 jam	Memastikan skrining dilakukan tepat waktu.	Menyusun prosedur standar untuk skrining pasien baru.	Memantau keterlambatan skrining jika ada.	Menyusun langkah-langkah untuk mempercepat skrining.
Persentase balita underweight	Mengurangi prevalensi balita underweight.	Memberikan intervensi gizi yang tepat.	Menganalisis faktor yang menyebabkan balita underweight.	Mengimplementasikan program gizi tambahan dan pemantauan.
Prevalensi balita stunting	Mengurangi prevalensi stunting pada balita.	Memperkenalkan program peningkatan status gizi balita.	Menganalisis faktor penyebab stunting pada balita.	Menyusun kebijakan gizi yang lebih efektif untuk balita.
Prevalensi balita wasting	Mengurangi prevalensi wasting pada balita.	Menyediakan makanan bergizi bagi balita.	Mengidentifikasi faktor yang menyebabkan wasting.	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.	Menganalisis kebutuhan ibu hamil KEK yang belum terpenuhi.	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.	Memeriksa efektivitas pemberian makanan tambahan.	Mengoptimalkan distribusi makanan tambahan pada balita kurus.
Persentase kunjungan pasien di poliklinik gizi rawat jalan	Menjaga konsistensi	Mempermudah akses ke Poliklinik gizi.	Menganalisis pola kunjungan pasien di Poliklinik gizi.	Mengembangkan strategi untuk

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	kunjungan pasien di Poliklinik gizi.			meningkatkan kunjungan pasien.

10. Unit Pemulasaraan Jenazah

Hasil capaian indikator mutu Unit Pemulasaraan Jenazah tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.46 Hasil Capaian Indikator Mutu Unit Pemulasaraan Jenazah Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam	80%	94,44%	96,67%	100,00%	100,00%	97,78%
2	Waktu tanggap pelayanan administrasi jenazah ≤ 30 menit	80%	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%

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Unit Pemulasaraan Jenazah tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.47 PDSA Indikator Mutu Unit Pemulasaraan Jenazah Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	Menurunkan waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah.	Meningkatkan efisiensi alur pelayanan pemulasaraan jenazah.	Menganalisis faktor yang menyebabkan waktu tanggap yang lebih lama.	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu tanggap berdasarkan hasil evaluasi.
Waktu tanggap pelayanan administrasi jenazah	Menjaga konsistensi waktu tanggap pelayanan administrasi jenazah.	Menyusun alur yang lebih efisien untuk proses administrasi jenazah.	Menganalisis apakah ada hambatan dalam proses administrasi jenazah.	Mengimplementasikan perubahan yang dapat meningkatkan efisiensi.
Ketepatan pemasangan identitas pada jenazah	Memastikan ketepatan pemasangan identitas pada jenazah di setiap tahap.	Meningkatkan kesadaran dan pelatihan kepada petugas terkait pemasangan identitas.	Menganalisis kesalahan yang mungkin terjadi dalam pemasangan identitas pada jenazah.	Menyusun kebijakan untuk meningkatkan kepatuhan dalam pemasangan identitas.

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 2024 adalah:

1. Tim Kerja Pelaksana Keuangan

Hasil capaian indikator mutu Tim Kerja Pelaksana Keuangan tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.48 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Pelaksana Keuangan Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
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%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
4	Tingkat pertumbuhan pendapatan	2,5%	15,86%	10,27%	13,09%	7,81%	12,11%

Pada Tahun 2024 dari 4 indikator Tim Kerja Pelaksana Keuangan, 3 indikator sudah tercapai, namun masih terdapat 1 indikator yang belum diukur, yaitu:

1. Tingkat efisiensi anggaran

Rekomendasi:

1. Pertahankan capaian.
2. Pengukuran indikator mutu Tingkat Efisiensi Anggaran.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Pelaksana Keuangan tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.49 PDSA Indikator Tim Kerja Pelaksana Keuangan Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Meningkatkan ketepatan dan kecepatan pemberian informasi tentang tagihan.	Mengoptimalkan sistem pengelolaan tagihan pasien.	Meneliti alasan keterlambatan pemberian informasi jika ada.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kecepatan pemberian informasi.
Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif)	Menjaga ketepatan waktu dalam pemberian insentif.	Memastikan prosedur pencairan insentif sesuai ketentuan.	Menganalisis kendala dalam pemberian imbalan jika ada.	Menyusun prosedur untuk memastikan pemberian insentif tepat waktu.
Tingkat efisiensi anggaran	Mengoptimalkan penggunaan anggaran dengan efisien.	Menyusun anggaran yang realistis dan efisien.	Menganalisis pengeluaran dan sumber daya yang digunakan.	Membuat langkah-langkah penghematan dalam penggunaan anggaran.
Tingkat pertumbuhan pendapatan	Meningkatkan pertumbuhan pendapatan.	Memperluas sumber pendapatan dan meminimalkan biaya.	Menganalisis faktor yang mempengaruhi penurunan pendapatan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan pertumbuhan pendapatan.

2. Tim Kerja Akuntansi dan BMN

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

Tabel 5.50 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Akuntansi dan BMN Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA)	TW I 15% TW II 40% TW III 60% TW IV 90%	58,16%	88,99%	91,32%	92,90%	85,09%
3	Rasio kas	240-300%	263,81%	223,85%	253,49%	161,81%	223,22%
4	Rasio lancar	>600%	1686,37%	1877,93%	1806,84%	2890,46%	2099,86%
5	Periode penagihan piutang	<30 hari	16,57 Hari	17,89 Hari	17,09 Hari	17,80 Hari	17,34 Hari
6	Perputaran aset tetap	>20%	0,33%	0,80%	1,37%	1,83%	1,08%
7	Imbalan atas aset tetap	>6%	0,17%	0,00%	-0,05%	-0,17%	-0,01%
8	Imbalan ekuitas	>8%	0,11%	0,01%	-3,68%	-0,18%	-0,93%
9	Rasio PNPB terhadap biaya operasional (POBO)	45%	88,70%	59,89%	57,80%	58,00%	66,10%
10	Perputaran persediaan	30-35 Hari	50,23 Hari	45,38 Hari	37,60 Hari	39,5 Hari	43,17 Hari

Pada Tahun 2024 dari 10 indikator Mutu Tim Kerja Akuntansi dan BMN, masih terdapat 4 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:

1. Perputaran aset tetap
2. Imbalan atas aset tetap
3. Imbalan ekuitas
4. Perputaran persediaan

Rekomendasi:

1. Optimalisasi pengelolaan aset untuk meningkatkan pendapatan operasional
2. Meningkatkan pendapatan BLU dari pendapatan pelayanan, kerjasama dengan pihak lain, sewa, dll.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Akuntansi dan BMN tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.51 PDSA Indikator Mutu Tim Kerja Akuntansi dan BMN Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Meningkatkan ketepatan dan kecepatan pemberian informasi tentang tagihan.	Mengoptimalkan sistem pengelolaan tagihan pasien.	Meneliti alasan keterlambatan pemberian informasi jika ada.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kecepatan pemberian informasi.
Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif)	Menjaga ketepatan waktu dalam pemberian insentif.	Memastikan prosedur pencairan insentif sesuai ketentuan.	Menganalisis kendala dalam pemberian imbalan jika ada.	Menyusun prosedur untuk memastikan pemberian insentif tepat waktu.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	Menjaga ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.	Memastikan kelengkapan data laporan keuangan.	Mengidentifikasi kesalahan atau keterlambatan dalam proses penyusunan.	Meningkatkan efisiensi proses penyusunan laporan keuangan.
Tingkat efisiensi anggaran	Mengoptimalkan penggunaan anggaran dengan efisien.	Menyusun anggaran yang realistis dan efisien.	Menganalisis pengeluaran dan sumber daya yang digunakan.	Membuat langkah-langkah penghematan dalam penggunaan anggaran.
Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA)	Menargetkan peningkatan kinerja anggaran pada TW II dan seterusnya.	Meningkatkan efisiensi penggunaan anggaran.	Menilai pengeluaran dan pencapaian anggaran.	Menyusun rencana untuk pencapaian target anggaran yang lebih baik.
Rasio kas	Menjaga rasio kas dalam batas yang ideal.	Memastikan kas tersedia untuk kebutuhan operasional.	Menganalisis faktor yang menyebabkan penurunan rasio kas.	Membuat langkah-langkah untuk menjaga kestabilan kas.
Rasio lancar	Menjaga rasio lancar tetap stabil.	Mengelola aset lancar dan kewajiban jangka pendek dengan baik.	Menganalisis dampak fluktuasi rasio lancar terhadap likuiditas.	Menyusun langkah-langkah untuk menjaga rasio lancar yang stabil.
Periode penagihan piutang	Menjaga periode penagihan piutang agar lebih cepat.	Mempercepat proses penagihan dengan sistem yang lebih efisien.	Menganalisis penyebab keterlambatan penagihan piutang.	Menyusun prosedur untuk mempercepat penagihan piutang.
Perputaran aset tetap	Meningkatkan perputaran aset tetap.	Memastikan aset tetap digunakan secara optimal.	Menganalisis aset tetap yang tidak terpakai atau kurang produktif.	Menyusun strategi untuk meningkatkan pemanfaatan aset tetap.
Imbalan atas aset tetap	Meningkatkan imbalan atas aset tetap.	Meningkatkan pemeliharaan dan pengelolaan aset tetap.	Menganalisis faktor yang menyebabkan penurunan imbalan.	Membuat rencana untuk meningkatkan imbalan atas aset tetap.
Imbalan ekuitas	Menyusun rencana untuk meningkatkan imbalan ekuitas.	Meningkatkan pengelolaan dan pemanfaatan ekuitas.	Menilai faktor yang mempengaruhi penurunan imbalan ekuitas.	Menyusun langkah-langkah untuk memperbaiki imbalan ekuitas.
Rasio PNPB terhadap biaya operasional (POBO)	Menargetkan rasio PNPB lebih tinggi.	Mengoptimalkan sumber daya untuk meningkatkan PNPB.	Menganalisis faktor yang mempengaruhi penurunan PNPB.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan PNPB.
Tingkat pertumbuhan pendapatan	Meningkatkan pertumbuhan pendapatan.	Memperluas sumber pendapatan dan meminimalkan biaya.	Menganalisis faktor yang mempengaruhi penurunan pendapatan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan pertumbuhan pendapatan.
Perputaran persediaan	Mengoptimalkan pengelolaan persediaan.	Memastikan persediaan cukup tanpa berlebihan.	Menganalisis faktor yang menyebabkan persediaan berlebih.	Menyusun strategi untuk mempercepat perputaran persediaan.

3. Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran, Evaluasi

Hasil capaian indikator mutu Tim Kerja Perencanaan Program, Evaluasi, dan Anggaran tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.52 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Perencanaan Program, Evaluasi, dan Anggaran Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
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%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
3	Persentase realisasi kegiatan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen	60%	N/A	58,82%	98,04%	100,00%	93,28%
4	Persentase dokumen perencanaan yang sesuai dengan ketentuan	100%	N/A	N/A	N/A	100,00%	100%

Pada Tahun 2024, seluruh indikator sudah tercapai, namun indikator mutu persentase realisasi kegiatan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen di triwulan I masih belum dilaksanakan. Hal ini perlu ditingkatkan dan dipertahankan.

Rekomendasi:

1. Pertahankan capaian yang sudah tercapai
2. Lampirkan laporan pengukuran indikator yang diukur

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Perencanaan Program, Evaluasi, dan Anggaran tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.53 PDSA Indikator Mutu Tim Kerja Perencanaan Program, Evaluasi, dan Anggaran Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kelengkapan dan ketepatan laporan akuntabilitas kinerja	Menjaga kelengkapan dan ketepatan laporan akuntabilitas kinerja.	Memastikan laporan akuntabilitas tepat waktu dan akurat.	Menilai kendala yang mungkin menghambat penyusunan laporan yang akurat.	Menyusun prosedur untuk memastikan kelengkapan dan ketepatan laporan.
Kelengkapan dan ketepatan pelaporan rumah sakit	Menjaga kelengkapan dan ketepatan pelaporan rumah sakit.	Memastikan pelaporan rumah sakit sesuai standar.	Menganalisis alasan keterlambatan atau kesalahan dalam pelaporan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan ketepatan pelaporan.
Persentase realisasi kegiatan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen	Meningkatkan persentase realisasi kegiatan evaluasi kontrak.	Memastikan evaluasi kontrak dilaksanakan sesuai jadwal.	Menganalisis faktor yang menyebabkan keterlambatan evaluasi.	Menyusun rencana perbaikan untuk meningkatkan persentase realisasi.
Persentase dokumen perencanaan yang sesuai dengan ketentuan	Memastikan semua dokumen perencanaan sesuai ketentuan.	Menyusun dokumen perencanaan sesuai dengan pedoman yang berlaku.	Menganalisis kendala dalam penyusunan dokumen perencanaan yang sesuai.	Menyusun prosedur untuk memastikan kesesuaian dokumen perencanaan.

4. Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat

Hasil capaian indikator mutu Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.54 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Ketersediaan informasi tempat tidur RS dalam bentuk <i>display, online, real time</i>	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Ketersediaan Informasi Jadwal Dokter Poliklinik	100%	N/A	N/A	N/A	100,00%	100%
3	Ketersediaan informasi RS yang mudah diakses masyarakat (Poster, Leaflet, dan web dinamis)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Tingkat efektifitas penggunaan media informasi rumah sakit	75%	N/A	N/A	N/A	80,42%	80,42%
5	Kecepatan respon terhadap komplain (Dokumen pendukung: Form komplain, Analisa komplain, Hasil tindak lanjut)	≥80%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
6	Kepuasan pelanggan RS	≥80%	89,11%	87,89%	88,96%	87,94%	88,48%
7	Persentase pelaksanaan perjanjian kerjasama	80%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Dari 7 indikator pada Tahun 2024, 6 indikator sudah tercapai, perlu dipertahankan. Masih terdapat 1 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu:

1. Persentase pelaksanaan perjanjian kerjasama

Kondisi saat ini:

1. Sudah dilakukan sosialisasi pada indikator mutu Tim kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat yang belum terukur dan akan mulai dilakukan pengukuran bulan selanjutnya.
2. Ketersediaan informasi jadwal dokter di Poliklinik terkendala menunggu perubahan jadwal praktik dari Pelayanan Medik saat ini informasi jadwal dokter sudah ter*display* pada website rumah sakit dan gedung TPP, namun perlu dipastikan kebaruan informasi jadwal praktik dokter yang ter*display* sesuai dengan jadwal real di lapangan

Rekomendasi:

1. Menyediakan informasi terkait jadwal praktik dokter di Poliklinik yang dapat diakses oleh pasien
2. Pemanfaatan media informasi rumah sakit agar dapat dioptimalkan sekaligus untuk media edukasi dan promosi layanan rumah sakit seperti promosi dokter yang ada di RS beserta keunggulan/kelebihannya yang menarik masyarakat, promosi layanan unggulan rumah sakit, fasilitas layanan rumah sakit, promo paket paket layanan rumah sakit yang menarik masyarakat luas untuk datang dan berobat ke RSMM.
3. Melakukan survei kepuasan pelanggan eksternal
4. Melakukan *survei patient experience*
5. Melakukan pengukuran terkait kesesuaian PKS dengan realisasinya

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.55 PDSA Indikator Mutu Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketersediaan informasi tempat tidur RS dalam bentuk <i>display, online, real time</i>	Memastikan ketersediaan informasi tempat	Memastikan informasi tempat tidur tersedia secara <i>real-time</i> .	Menilai kelengkapan dan akurasi informasi yang disediakan.	Menyusun prosedur untuk memastikan ketersediaan

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
		tidur yang tepat waktu.		informasi yang lebih baik.
Ketersediaan Informasi Jadwal Dokter Poliklinik	Memastikan informasi jadwal dokter tersedia secara akurat dan tepat waktu.	Menyusun jadwal dokter yang dapat diakses oleh masyarakat.	Menilai kemudahan akses terhadap informasi jadwal dokter.	Mengidentifikasi cara untuk meningkatkan ketersediaan informasi jadwal dokter.
Ketersediaan informasi RS yang mudah diakses masyarakat (Poster, Leaflet, dan web dinamis)	Memastikan semua informasi RS tersedia dalam berbagai format yang mudah diakses.	Memperbaharui dan menyebarkan materi promosi yang relevan.	Menganalisis tingkat jangkauan dan efektivitas media yang digunakan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan keterjangkauan informasi.
Tingkat efektifitas penggunaan media informasi rumah sakit	Meningkatkan efektivitas penggunaan media informasi yang ada.	Menyebarkan media yang efektif kepada audiens yang tepat.	Menganalisis audiens yang paling efektif untuk media yang digunakan.	Menyusun strategi untuk memperbaiki efektivitas media informasi.
Kecepatan respon terhadap komplain (Dokumen pendukung: Form komplain, Analisa komplain, Hasil tindak lanjut)	Meningkatkan kecepatan dalam merespons komplain dari pelanggan.	Memastikan setiap komplain ditangani dengan cepat dan akurat.	Menilai faktor yang mempengaruhi respon terhadap komplain.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kecepatan respon terhadap komplain.
Kepuasan pelanggan RS	Meningkatkan kepuasan pelanggan secara keseluruhan.	Melakukan survei kepuasan pelanggan dan tindak lanjutnya.	Menganalisis area yang menyebabkan ketidakpuasan pelanggan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kepuasan pelanggan berdasarkan hasil analisis.
Persentase pelaksanaan perjanjian kerjasama	Memastikan perjanjian kerjasama dilaksanakan sesuai dengan kesepakatan.	Memonitor pelaksanaan perjanjian kerjasama secara berkala.	Menganalisis hambatan dalam pelaksanaan perjanjian kerjasama.	Menyusun langkah-langkah untuk memastikan pelaksanaan perjanjian berjalan lancar.

5. Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga

Hasil capaian indikator mutu Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.56 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi dan struktural	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Waktu proses administrasi persuratan	≤ 1 Minggu	6.76 Hari	4.86 Hari	5.04 Hari	9.44 Hari	6.52 Hari
3	Penerapan GNSTA	60%	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%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Terlaksananya program manajemen cleaning service	100%	93,59%	83,33%	96,15%	92,31%	91,35%
6	Ketersediaan mobil ambulan, jenazah dan keswa	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Ketersediaan mobil ambulan/jenazah 24 jam	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
8	Terlaksananya program pemeliharaan ambulan, mobil jenazah, dan mobil keswa	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
9	Waktu tanggap pelayanan ambulan dan mobil jenazah ≤ 30 menit (Ambulan IGD, Ambulan Rujuk, Ambulan Ruangan, Ambulan Jenazah)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
10	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan BHD, PPI dasar, kesiapsiagaan bencana	100%	83,23%	84,24%	81,82%	83,64%	83,23%
11	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
12	Evaluasi terhadap sistem pengamanan setiap bulan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
13	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%	97,85%	100,00%	100,00%	100,00%	99,46%
14	Pemenuhan Sarana dan Prasarana Layanan Unggulan (Napza, Rehabilitasi Psikososial, dan PDC)	80%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%
15	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar (KFK)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Dari 15 indikator pada Tahun 2024, 13 indikator sudah tercapai, perlu dipertahankan. Masih terdapat 2 indikator yang belum tercapai, yaitu:

1. Terlaksananya program manajemen cleaning service.
2. Petugas keamanan bersertifikasi pengamanan BHD, PPI Dasar, Kesiapsiagaan Bencana

Rekomendasi:

1. Melakukan pelatihan pengamanan BHD, PPI Dasar, dan Kesiapsiagaan Bencana pada seluruh petugas keamanan
2. Monitoring dan evaluasi terkait program manajemen cleaning service yang belum dilakukan secara berkala

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.57 PDSA Indikator Mutu Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi dan struktural	Menyelesaikan tindak lanjut dari hasil pertemuan direksi dan struktural.	Memastikan setiap tindak lanjut selesai tepat waktu.	Menganalisis hambatan dalam penyelesaian tindak lanjut.	Menyusun langkah-langkah untuk mempercepat tindak lanjut hasil pertemuan.
Waktu proses administrasi persuratan	Menurunkan waktu proses administrasi persuratan.	Meningkatkan efisiensi dalam alur administrasi persuratan.	Menganalisis faktor yang menyebabkan keterlambatan.	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu proses administrasi persuratan.
Penerapan GNSTA	Menjamin penerapan GNSTA berjalan sesuai rencana.	Memastikan penerapan GNSTA di seluruh unit.	Menganalisis faktor yang mempengaruhi penerapan GNSTA.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan penerapan GNSTA.
Terlaksananya program manajemen gedung, sarpras, alat medik dan non medik, manajemen sistem utilitas	Menyelesaikan seluruh program manajemen sarpras dan sistem utilitas.	Memastikan semua program berjalan dengan baik.	Menilai keberhasilan program yang telah diterapkan.	Menyusun evaluasi untuk perbaikan lebih lanjut.
Terlaksananya program manajemen cleaning service	Meningkatkan efektivitas program	Memastikan semua area terkelola dengan baik.	Menganalisis area yang membutuhkan perhatian lebih.	Menyusun perbaikan untuk program cleaning service.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	manajemen cleaning service.			
Ketersediaan mobil ambulan, jenazah dan keswa	Memastikan ketersediaan mobil ambulan, jenazah, dan keswa 24 jam.	Memastikan mobil ambulans dan mobil jenazah selalu tersedia.	Menganalisis pemanfaatan mobil ambulans dan jenazah.	Menyusun rencana pengadaan tambahan kendaraan jika diperlukan.
Ketersediaan mobil ambulan/jenazah 24 jam	Memastikan mobil ambulan dan jenazah tersedia setiap saat.	Memastikan operasional mobil ambulan dan jenazah berjalan lancar.	Menganalisis penggunaan mobil ambulan dan jenazah.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan ketersediaan mobil 24 jam.
Terlaksananya program pemeliharaan ambulan, mobil jenazah, dan mobil keswa	Memastikan pemeliharaan mobil ambulan dan jenazah terjaga dengan baik.	Melakukan pemeliharaan rutin terhadap kendaraan.	Menganalisis kondisi kendaraan dan efektivitas pemeliharaan.	Menyusun jadwal pemeliharaan yang lebih baik untuk kendaraan.
Waktu tanggap pelayanan ambulan dan mobil jenazah ≤ 30 menit (Ambulan IGD, Ambulan Rujuk, Ambulan Ruang, Ambulan Jenazah)	Menjamin waktu tanggap pelayanan ambulan sesuai dengan standar.	Meningkatkan kecepatan respon dalam pengiriman ambulan.	Menilai faktor yang mempengaruhi kecepatan respon.	Menyusun langkah-langkah untuk mempercepat waktu tanggap ambulan.
Petugas keamanan bersertifikat pengamanan BHD, PPI dasar, kesiapsiagaan bencana	Menjamin semua petugas keamanan bersertifikat.	Melatih petugas keamanan sesuai standar yang berlaku.	Menilai efektivitas pelatihan keamanan yang diberikan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan keterampilan petugas keamanan.
Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS	Memastikan petugas keamanan melakukan pengawasan secara rutin.	Memastikan area rumah sakit aman dan terpantau.	Menganalisis efektivitas pengawasan petugas keamanan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan pengawasan petugas keamanan.
Evaluasi terhadap sistem pengamanan setiap bulan	Menyusun evaluasi bulanan untuk sistem pengamanan.	Melakukan evaluasi setiap bulan terhadap sistem pengamanan.	Menganalisis hasil evaluasi untuk perbaikan.	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.	Menganalisis penyebab kehilangan barang.	Menyusun langkah-langkah untuk mencegah kehilangan barang.
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.	Menganalisis kekurangan dalam pemenuhan sarana dan prasarana.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan pemenuhan sarana dan prasarana layanan unggulan.
Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar (KFK)	Memastikan fasilitas parkir tersedia sesuai dengan standar.	Memastikan fasilitas parkir mudah diakses oleh pengunjung dan karyawan.	Menganalisis jumlah parkir yang tersedia dan kebutuhan parkir.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan ketersediaan fasilitas parkir.

6. Instalasi CSSD dan Binatu

Hasil capaian indikator mutu Instalasi CSSD dan Binatu tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.58 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi CSSD dan Binatu Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
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%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
4	Tingkat kepatuhan sentralisasi linen rawat inap	100%	100.00%	100.00%	99.05%	100.00%	99.76%
5	Tingkat kepatuhan sentralisasi alkes	100%	100.00%	100.00%	99.05%	100.00%	99.76%
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%	N/A	N/A	N/A	100.00%
12	Baku mutu Binatu	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
13	Tidak adanya alkes yang expired	100%	99.96%	100.00%	99.05%	100.00%	99.75%

Dari 13 indikator pada Tahun 2024, 11 indikator sudah tercapai. Indikator mutu Ketepatan baku mutu CSSD di triwulan II–IV belum dilakukan pengukuran dikarenakan menunggu alat pengukurannya.

Terdapat 2 indikator yang belum dapat dilakukan pengukuran yaitu:

1. Baku Mutu Binatu
2. Ketepatan baku mutu CSSD

Rekomendasi:

1. *Feedback* kepada ruang rawat inap terkait kepatuhan sentralisasi linen
2. Melakukan *monev* alkes di ruang rawat inap
3. Mengoptimalkan sentralisasi alkes steril di ruang ranap, ICU, kamar operasi, dan Poli gigi untuk mencegah adanya alkes yang expired

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi CSSD dan Binatu tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.59 PDSA Indikator Mutu Instalasi CSSD dan Binatu Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Tidak ada kejadian linen yang hilang	Meningkatkan kontrol dan pengawasan terhadap linen.	Menyusun prosedur pemantauan linen yang lebih ketat.	Menganalisis kasus kehilangan linen sebelumnya.	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi kejadian kehilangan linen.
Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	Memastikan distribusi linen tepat waktu.	Meningkatkan koordinasi dengan tim penyedia linen.	Menilai waktu pengiriman linen pada periode sebelumnya.	Menyusun langkah-langkah untuk mengoptimalkan pengiriman linen.
Ketepatan pengelolaan linen infeksius	Menjaga standar pengelolaan linen infeksius.	Meningkatkan pelatihan staf dalam pengelolaan linen infeksius.	Menganalisis praktik pengelolaan linen infeksius.	Menyusun prosedur baru untuk pengelolaan linen infeksius.
Tingkat kepatuhan sentralisasi linen rawat inap	Menjaga kepatuhan pada prosedur sentralisasi linen.	Memastikan pengawasan yang konsisten di	Menganalisis penyimpangan kepatuhan.	Menyusun rencana untuk meningkatkan kepatuhan sentralisasi linen.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
		semua ruang rawat inap.		
Tingkat kepatuhan sentralisasi alkes	Meningkatkan kepatuhan terhadap prosedur alkes.	Menyusun sistem pemantauan yang lebih efektif.	Mengevaluasi faktor penyebab ketidaksesuaian.	Menyusun langkah untuk meningkatkan kepatuhan sentralisasi alkes.
Ketepatan suhu pengeringan (60-95 Celcius)	Menjaga suhu pengeringan sesuai standar.	Meningkatkan pengawasan terhadap suhu pengeringan.	Menganalisis kesalahan suhu pengeringan.	Menyusun prosedur pengawasan suhu yang lebih ketat.
Ketepatan waktu penyediaan alat steril	Menyediakan alat steril tepat waktu.	Menyusun jadwal pengadaan alat yang teratur.	Menganalisis masalah keterlambatan pengadaan alat steril.	Menyusun langkah-langkah untuk mempercepat pengadaan alat steril.
Ketersediaan alat kesehatan steril	Memastikan alat kesehatan selalu tersedia dan steril.	Menyusun sistem pemantauan ketersediaan alat.	Mengevaluasi tingkat ketersediaan alat kesehatan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan ketersediaan alat kesehatan.
Ketersediaan alkes steril untuk Poli gigi	Memastikan ketersediaan alkes steril di Poli gigi.	Memastikan distribusi alkes sesuai kebutuhan.	Menganalisis masalah kekurangan alkes di Poli gigi.	Menyusun langkah-langkah untuk memenuhi kebutuhan alkes di Poli gigi.
Ketersediaan alkes steril untuk kamar operasi	Memastikan ketersediaan alkes steril di kamar operasi.	Memastikan pengadaan alat sesuai dengan jumlah kebutuhan.	Menganalisis kekurangan alat steril di kamar operasi.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan ketersediaan alkes di kamar operasi.
Ketepatan baku mutu CSSD	Memastikan baku mutu CSSD selalu terjaga.	Menyusun prosedur evaluasi baku mutu CSSD secara berkala.	Menganalisis hasil evaluasi CSSD sebelumnya.	Menyusun rencana untuk meningkatkan baku mutu CSSD.
Baku mutu Binatu	Menjaga kualitas binatu sesuai standar.	Menyusun prosedur standar baku mutu binatu.	Evaluasi kualitas binatu yang ada.	Menyusun langkah-langkah untuk memperbaiki baku mutu binatu.
Tidak adanya alkes yang expired	Mengurangi jumlah alkes yang kedaluwarsa.	Memperbaiki sistem pengawasan alkes kedaluwarsa.	Menganalisis penyebab ketidaktepatan kadaluarsa.	Menyusun langkah-langkah untuk mencegah alkes kedaluwarsa.

7. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.60 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal	100%	100.00%	100.00%	58.83%	90.14%	87.24%
2	Tingkat Keandalan Sarpras/Overall Equipment Effectiveness (OEE)	85%	89.95%	92.89%	99.12%	99.82%	95.45%
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%	N/A	N/A	N/A	100.00%	N/A
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%	N/A	N/A	N/A	50.00%	N/A
8	Ketersediaan bahan bakar dan genset	100%	100.00%	100.00%	100.00%	70.30%	92.58%
9	Ketepatan waktu pemenuhan utilitas (listrik, air, genset, gas medis)	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
10	Ketepatan waktu pemeliharaan utilitas dan mesin (AC, Boiler, Lift, Trafo)	100%	N/A	N/A	N/A	100.00%	N/A
11	Kepatuhan perizinan (genset, penangkal petir, dll)	100%	0.00%	30.00%	90.00%	90.00%	90.00%

Dari 11 indikator pada Tahun 2024, 7 indikator sudah tercapai, indikator belum tercapai, yaitu:

1. Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal
2. Ketersediaan bahan bakar dan genset
3. Kepatuhan perizinan (genset, penangkal petir, dll)

Kondisi saat ini:

1. Daftar perizinan Instalasi Penyalur Petir 3 dari 4 Hole, Lift Penumpang/Elevator 2 Unit, Instalasi Listrik 1 Lot, Motor Diesel 1 Unit, Boiler 2 Unit yang sudah ada dokumen perizinannya 9 dokumen, 1 instalasi penyalur petir di Poli Gigi belum ada dokumen perizinannya akan diusulkan kembali di tahun 2025
2. Sudah dilakukan diskusi dengan IPSRS terkait cara pengukuran indikator yang belum terukur agar dapat segera dilakukan pengukuran
3. Ketersediaan bahan bakar dan genset tidak mencapai standar karena pengisian bahan bakar hanya dilakukan 1 bulan sekali, sehingga kumulatif diakhir akan terus terpakai sehingga tidak dapat mencapai standar 100%
4. Ketepatan kalibrasi sampai akhir tahun 2024 masih terdapat 1 alat plasma sterilizer di CSSD yang belum dikalibrasi karena baru selesai diperbaiki.

Rekomendasi:

1. Lakukan pengukuran pada indikator yang belum diukur
2. Pemenuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar kelas rawat inap
3. Dokumentasi pencatatan respon time pelayanan IPSRS (laporan dari ruangan dan waktu tanggapnya realtime)
4. Memantau proses pengajuan ulang perpanjangan surat laik operasional yang sudah habis masa berlakunya sejak 2023
5. Melakukan inventaris sarana dan prasarana yang ada di RS agar dapat diukur apakah sarpras tersebut sudah terpelihara secara rutin atau tidaknya
6. Membuat jadwal pemeliharaan alkes, sarpras agar semua dapat dilakukan pemeliharaan sesuai dengan jadwal

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.61 PDSA Indikator Mutu Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal	Menjaga ketepatan jadwal kalibrasi alat.	Mengoptimalkan pemantauan jadwal kalibrasi alat.	Menganalisis faktor penyebab ketidaksesuaian jadwal.	Menyusun langkah untuk meningkatkan ketepatan kalibrasi alat.
Tingkat Keandalan Sarpras/ <i>Overall Equipment Effectiveness</i> (OEE)	Menjaga tingkat keandalan sarana dan prasarana.	Menyusun langkah-langkah untuk menjaga keandalan alat.	Menganalisis faktor yang mempengaruhi OEE.	Menyusun rencana untuk meningkatkan OEE.
Waktu Tanggap Kerusakan Alat	Menjaga waktu tanggap yang optimal terhadap kerusakan alat.	Menyusun prosedur pemeliharaan preventif.	Menganalisis respons terhadap kerusakan alat sebelumnya.	Menyusun rencana untuk mempercepat waktu tanggap kerusakan alat.
Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan	Menjaga ketepatan waktu pemeliharaan alat.	Meningkatkan koordinasi dengan tim pemeliharaan.	Menganalisis penyimpangan ketepatan waktu pemeliharaan.	Menyusun prosedur baru untuk meningkatkan ketepatan waktu pemeliharaan alat.
Ketepatan Waktu Pemeliharaan Sarana dan Prasarana	Menjaga ketepatan waktu pemeliharaan sarana dan prasarana.	Menyusun prosedur evaluasi pemeliharaan sarana.	Menganalisis penyebab keterlambatan pemeliharaan sarana.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan ketepatan waktu pemeliharaan sarana dan prasarana.
Waktu Tanggap Kerusakan Gedung < 2 Jam	Menjaga waktu tanggap kerusakan gedung dalam batas yang ditentukan.	Memastikan respons kerusakan gedung cepat dan tepat.	Menganalisis kejadian kerusakan gedung yang terjadi.	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu tanggap kerusakan gedung.
Kelas rawat inap sesuai standar (KRIS)	Menyusun rencana untuk meningkatkan kelas rawat inap.	Menyusun standar baru untuk kelas rawat inap.	Menganalisis penyimpangan dalam kelas rawat inap.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kelas rawat inap sesuai standar.
Ketersediaan bahan bakar dan genset	Menjamin ketersediaan bahan bakar dan genset.	Memastikan ketersediaan pasokan bahan bakar dan genset.	Menganalisis kekurangan bahan bakar atau genset.	Menyusun langkah-langkah untuk memastikan ketersediaan bahan bakar dan genset.
Ketepatan waktu pemenuhan utilitas (listrik, air, genset, gas medis)	Menjaga ketepatan waktu pemenuhan utilitas.	Menyusun prosedur pemeliharaan utilitas yang lebih efektif.	Menganalisis faktor yang menghambat pemenuhan utilitas.	Menyusun rencana untuk menjaga kelancaran utilitas.
Ketepatan waktu pemeliharaan utilitas dan mesin (AC, Boiler, Lift, Trafo)	Menjaga ketepatan waktu pemeliharaan utilitas dan mesin.	Memastikan pemeliharaan dilakukan tepat waktu.	Menganalisis penyimpangan dalam pemeliharaan mesin.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan ketepatan pemeliharaan utilitas dan mesin.
Kepatuhan perizinan (genset, penangkal petir, dll)	Menyusun rencana untuk meningkatkan kepatuhan perizinan.	Memastikan perizinan dipenuhi secara tepat waktu.	Menganalisis faktor keterlambatan dalam perizinan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kepatuhan perizinan.

8. Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS

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

Tabel 5.62 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
Kesehatan Lingkungan							
1	Capaian Baku Mutu Air Limbah	BOD < 30 mg/l, COD < 80 mg/l, TSS < 30 mg/l, pH 6-9, 100%	N/A	N/A	100.00%	95.83%	97.92%
2	Ketepatan jadwal pengambilan limbah padat	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
3	Capaian implementasi DELH	100%	87.88%	87.88%	90.00%	90.00%	88.84%
4	Capaian toilet yang memenuhi syarat	85%	61.70%	61.70%	63.90%	66.00%	63.33%
5	Capaian baku mutu pangan olahan siap saji	100%	83.33%	88.89%	83.33%	100.00%	85.71%
6	Capaian baku mutu suhu udara gudang penyimpanan bahan pangan kering	100%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
7	Capaian baku mutu suhu udara gudang penyimpanan bahan makanan basah	100%	66.67%	66.67%	100.00%	100.00%	83.33%
8	Capaian baku mutu suhu udara dan kelembaban tempat pengolahan makanan	100%	100.00%	16.67%	50.00%	50.00%	54.17%
9	Ketersediaan bank sampel makanan yang disimpan selama 2 x 24 jam	100%	51.43%	81.25%	84.80%	88.14%	76.41%
10	Capaian angka bebas jentik	95%	65.00%	53.33%	46.67%	40.00%	51.25%
11	Capaian indeks populasi lalat maksimal 2 ekor/grill	95%	44.44%	0.00%	55.56%	100.00%	50.00%
12	Ketepatan penangkapan binatang pengganggu dan berbahaya	90%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
13	Capaian sludge volume 30	100%	31.41%	25.39%	81.05%	94.07%	57.98%
14	Capaian pemeliharaan bak kontrol	85%	88.89%	88.89%	97.22%	100.00%	93.75%
15	Capaian pemenuhan baku mutu kualitas lingkungan di ruang rawat inap	60%	54.08%	50.58%	67.08%	69.75%	60.38%
K3RS							
1	Capaian pemberian vaksin Hepatitis B bagi pegawai	HepB1 100%, HepB2 95%, HepB3 90%	77,82%	86,09%	85,76%	86,44%	83,55%
2	Tidak adanya kejadian KTD dan/atau sentinel pegawai	0 Kejadian	1	1	0	5	7
3	Tidak adanya kejadian insiden bagi pegawai	0 Kejadian	3	1	1	5	10
4	Ketepatan waktu penyelesaian laporan kecelakaan kerja dan/atau penyakit akibat kerja dan investigasi maksimal 2 x 24 jam	100%	66,67%	100%	100%	100%	87,50%
5	Kepatuhan penggunaan APD bagi pekerja proyek di rumah sakit	70%	0%	N/A	0%	38,33%	15,33%
6	Pelaksanaan training/simulasi/workshop K3 bagi pegawai	100%	N/A	N/A	N/A	100%	100%
7	Pembuatan laporan PCRA konstruksi rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Pelaksanaan pemantauan konstruksi di rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Dari 23 indikator pada Tahun 2024, terdapat 11 indikator yang tidak tercapai, yaitu:

1. Capaian baku mutu air limbah.
2. Capaian Implementasi DELH.
3. Capaian toilet yang memenuhi standar.
4. Capaian baku mutu suhu udara dan kelembaban tempat pengolahan makanan.
5. Ketersediaan bank sampel makanan yang disimpan selama 2 x 24 jam.
6. Capaian angka bebas jentik.
7. Capaian sludge volume 30.
8. Capaian pemberian vaksin Hepatitis B bagi pegawai.
9. Tidak adanya kejadian KTD dan/atau sentinel.
10. Tidak adanya kejadian insiden bagi pegawai.
11. Kepatuhan penggunaan APD bagi pekerja proyek.

Terdapat 1 indikator yang belum dapat terlaksana, yaitu: Pelaksanaan training/simulasi/workshop K3 bagi pegawai.

Kondisi saat ini:

1. Capaian baku mutu limbah sesuai peraturan tidak tercapai pada bulan Februari dan Desember 2024 karena parameter TSS tidak memenuhi nilai ambang batas sesuai peraturan perundangan karena kondisi saluran IPAL yang mengalami banyak kebocoran dari selokan.
2. Capaian implementasi DELH pada semester 1 terdapat beberapa parameter pemeriksaan yang tidak memenuhi persyaratan diantaranya CO pada cerobong genset, suhu dan kelembaban ruangan yang tidak memenuhi syarat, pada semester 2 tidak dilaksanakan kegiatan pemeriksaan kualitas lingkungan terkait implementasi dokumen DELH disebabkan karena keterbatasan anggaran rumah sakit
3. Capaian toilet yang memenuhi syarat masih banyak toilet yang tidak memenuhi persyaratan diantaranya bau, tidak ada air, exhaust fan kotor dan tidak berfungsi, kondisi bangunan yang rusak, tidak terdapat sabun, tissue dan petugas CS tidak selalu stand by
4. Capaian baku mutu pangan olahan siap saji terdapat parameter yang tidak memenuhi syarat pada semester 1 untuk PT Paradise yaitu pemeriksaan angka kuman lantai pada dapur gizi, setelah dilakukan edukasi dan pemantauan rutin sehingga pada semester 2, seluruh parameter sudah memenuhi persyaratan
5. Capaian baku mutu suhu udara gudang penyimpanan bahan baku basah pada Bulan Februari–Mei indikator suhu pada freezer yang digunakan di dapur gizi namun sudah dilakukan perbaikan sehingga suhu pada bulan Juni-Desember memenuhi persyaratan
6. Capaian baku mutu suhu udara dan kelembaban tempat pengolahan makanan disebabkan karena sistem sirkulasi udara di ruang pengolahan yang kurang baik. kurangnya ventilasi alami dan sering tidak difungsikannya exhaustfan yang tersedia menjadi salah satu alasan suhu dan kelembaban di ruang pengolahan makanan tidak memenuhi syarat. Selain itu struktur bangunan dari dapur gizi yang beratapkan asbes menyebabkan suhu menjadi semakin tinggi terutama pada saat pengolahan makanan
7. Ketersediaan bank sampel makanan yang disimpan selama 2 x 24 jam disebabkan tidak tersedianya bank sampel di dalam tempat penyimpanan sampel sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan karena petugas lupa menyiapkan sampel dan petugas membuang sampel tidak sesuai jadwal
8. Capaian angka bebas jentik disebabkan masih ditemukannya jentik di ruangan pelayanan seperti dispenser atau container yang berada di luar ruangan
9. Capaian indeks populasi lalat maksimal 2 ekor/grill disebabkan kurangnya kebersihan di tempat yang dilakukan survey yaitu kantin, dapur, dan TPS domestik
10. Capaian sludge volume 30 disebabkan banyaknya kebocoran di saluran air limbah sehingga menyebabkan air limbah terkontaminasi dan tercampur dengan air selokan yang menyebabkan karakteristik air limbah berubah selain itu bocoran yang ada juga menyebabkan air limbah tidak 100% masuk ke jaringan distribusi IPAL sehingga air limbah sering tidak terisi 100%

11. Capaian pemberian vaksin Hepatitis B bagi pegawai, untuk vaksin HepB1 masih banyak tenaga kesehatan yang menjadi target vaksin hasil Anti HBs (+) sehingga tidak dilakukan vaksinasi dan terdapat pegawai yang menolak untuk melakukan vaksinasi, untuk vaksin HepB2 terdapat beberapa pegawai yang menjadi target sasaran pensiun dan sedang cuti atau berdinass pada saat kegiatan pemberian vaksin atau pegawai menolak karena KIPi pada vaksin pertama, untuk vaksin HepB3 terdapat tidak tercapai karena alasan yang sama seperti pemberian HepB2.
12. Tidak adanya kejadian KTD dan/atau sentinel
13. Tidak adanya kejadian insiden bagi pegawai
14. Kepatuhan penggunaan APD bagi pekerja proyek disebabkan kurangnya ketersediaan APD yang dimiliki oleh pihak pemborong proyek perbaikan/renovasi rumah sakit dan kurangnya kesadaran pekerja proyek untuk taat menggunakan APD yang lengkap

Rekomendasi:

1. Melakukan perbaikan kondisi saluran IPAL yang mengalami banyak kebocoran dari selokan untuk perbaikan capaian baku mutu limbah sesuai peraturan
2. Melakukan perbaikan cerobong genset, suhu dan kelembaban ruangan yang tidak memenuhi syarat untuk perbaikan capaian implementasi DELH
3. Menjaga dan memenuhi persyaratan toilet agar tidak bau, tidak ada air, exhaust fan bersih dan berfungsi, kondisi bangunan baik, terdapat sabun, tissue dan petugas CS tidak selalu stand by
4. Melakukan edukasi dan pemantauan rutin pada PT Paradise untuk capaian baku mutu pangan olahan siap saji
5. Memperbaiki sistem sirkulasi udara di ruang pengolahan dan memfungsikan exhaustfan saat pengolahan untuk memperbaiki capaian baku mutu suhu udara dan kelembaban tempat pengolahan makanan
6. Melakukan monev dan supervisi ketersediaan bank sampel di dalam tempat penyimpanan sampel sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan dan menghimbau untuk tidak membuang sampel tidak sesuai jadwal
7. Memberikan edukasi dan list instrumen penilaian angka bebas jentik pada unit kerja yang diaudit agar mereka turut memantau titik titik yang masih banyak jentiknya
8. Monev dan memastikan kebersihan di tempat yang dilakukan survey yaitu kantin, dapur, dan TPS domestik
9. Melakukan perbaikan kebocoran di saluran air limbah yang menyebabkan air limbah terkontaminasi dan tercampur dengan air selokan
10. Melakukan treatment dan edukasi pada target penerima vaksin agar mau mendapat vaksin hepatitis B
11. Proaktif untuk melakukan monev dan supervisi terkait kelengkapan proyek renovasi terkait APD dilengkapi dengan PCRAnya sebagai laporan dukung

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.63 PDSA Indikator Mutu Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kesehatan Lingkungan				
Capaian Baku Mutu Air Limbah	Menjaga baku mutu air limbah sesuai standar.	Memastikan pengolahan air limbah yang optimal.	Menganalisis penyebab penyimpangan baku mutu air limbah.	Menyusun langkah-langkah untuk mencapai standar baku mutu air limbah.
Ketepatan jadwal pengambilan limbah padat	Memastikan pengambilan limbah padat tepat waktu.	Menyusun jadwal yang lebih efektif.	Menganalisis ketepatan jadwal pengambilan limbah padat.	Menyusun langkah-langkah untuk menjaga ketepatan jadwal pengambilan limbah padat.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Capaian implementasi DELH	Meningkatkan implementasi DELH.	Meningkatkan koordinasi dan pemantauan implementasi DELH.	Menganalisis kendala dalam implementasi DELH.	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.	Menganalisis faktor penyebab ketidaksesuaian fasilitas toilet.	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.	Menganalisis kekurangan dalam pengolahan pangan siap saji.	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.	Menganalisis penyimpangan suhu yang terjadi di gudang.	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.	Menganalisis faktor yang mempengaruhi suhu udara di gudang makanan basah.	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.	Menganalisis penyimpangan suhu dan kelembaban.	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.	Menganalisis faktor yang menghambat ketersediaan sampel makanan.	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.	Menganalisis faktor penyebab tingginya angka jentik.	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.	Menganalisis penyebab fluktuasi populasi lalat.	Menyusun langkah-langkah untuk mengendalikan populasi lalat.
Ketepatan penangkapan binatang pengganggu dan berbahaya	Menjaga ketepatan penangkapan binatang pengganggu.	Menyusun prosedur penangkapan yang lebih efektif.	Menganalisis pengaruh ketepatan penangkapan binatang terhadap kebersihan.	Menyusun langkah-langkah untuk mempertahankan ketepatan penangkapan.
Capaian sludge volume 30	Menjaga volume sludge sesuai standar.	Meningkatkan efisiensi proses pengolahan sludge.	Menganalisis faktor penyebab volume sludge yang tidak sesuai.	Menyusun langkah-langkah untuk mencapai volume sludge yang optimal.
Capaian pemeliharaan bak kontrol	Menjaga pemeliharaan bak kontrol sesuai standar.	Memastikan pemeliharaan dilakukan tepat waktu.	Menganalisis penyimpangan dalam pemeliharaan bak kontrol.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan pemeliharaan bak kontrol.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Capaian pemenuhan baku mutu kualitas lingkungan di ruang rawat inap	Menjaga kualitas lingkungan ruang rawat inap sesuai standar.	Menyusun rencana perbaikan kualitas lingkungan.	Menganalisis penyimpangan kualitas lingkungan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kualitas lingkungan ruang rawat inap.
K3RS				
Capaian pemberian vaksin Hepatitis B bagi pegawai	Meningkatkan cakupan vaksin Hepatitis B bagi pegawai	Meningkatkan distribusi dan sosialisasi program vaksinasi	Menganalisis faktor yang mempengaruhi pencapaian vaksinasi	Menyusun strategi untuk meningkatkan pencapaian vaksinasi
Tidak adanya kejadian KTD dan/atau sentinel pegawai	Menurunkan jumlah kejadian KTD dan sentinel pegawai	Mengidentifikasi dan mencegah faktor risiko	Menganalisis kejadian untuk perbaikan	Membuat tindakan pencegahan dan mitigasi yang lebih baik
Tidak adanya kejadian insiden bagi pegawai	Mengurangi jumlah insiden bagi pegawai	Meninjau dan memperbaiki prosedur keselamatan	Melakukan analisis terhadap penyebab insiden	Mengimplementasikan langkah-langkah untuk mengurangi insiden
Ketepatan waktu penyelesaian laporan kecelakaan kerja dan/atau penyakit akibat kerja dan investigasi maksimal 2 x 24 jam	Meningkatkan ketepatan waktu penyelesaian laporan kecelakaan	Mempercepat proses pelaporan dan investigasi	Melakukan evaluasi terhadap waktu penyelesaian	Mengoptimalkan proses investigasi dan pelaporan
Kepatuhan penggunaan APD bagi pekerja proyek di rumah sakit	Meningkatkan kepatuhan penggunaan APD oleh pekerja proyek	Sosialisasi dan penyuluhan tentang pentingnya APD	Menganalisis faktor penyebab rendahnya kepatuhan APD	Menyusun langkah untuk meningkatkan kepatuhan APD
Pelaksanaan training/simulasi/workshop K3 bagi pegawai	Meningkatkan jumlah pelatihan K3 bagi pegawai	Melaksanakan pelatihan dan simulasi K3 secara rutin	Menilai dampak dari pelatihan terhadap kesadaran K3	Memperbaiki materi pelatihan dan evaluasi pasca pelatihan
Pembuatan laporan PCRA konstruksi rumah sakit	Memastikan pembuatan laporan PCRA secara tepat waktu	Memastikan laporan disusun sesuai dengan prosedur	Memonitor proses pembuatan laporan PCRA	Menjaga kelengkapan dan akurasi laporan PCRA
Pelaksanaan pemantauan konstruksi di rumah sakit	Menjamin pemantauan konstruksi rumah sakit sesuai standar	Melakukan pemantauan rutin dan dokumentasi	Evaluasi efektivitas pemantauan terhadap proyek konstruksi	Mengoptimalkan proses pemantauan dan tindak lanjut proyek

9. Instalasi Rekam Medik

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Rekam Medik tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.64 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Rekam Medik Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	80%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Kelengkapan pengisian jati diri/identitas pasien (termasuk foto pada pasien psikiatri ranap)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Kepatuhan pelaksanaan general consent	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Kepatuhan pengisian elektronik rekam medik	100%	89,91%	87,78%	88,96%	90,64%	89,32%
5	Persentase pelaksanaan retensi	"TW 1 30%, TW 2	100%	100%	100%	100%	100%

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
		50%, TW 3 65%, TW 4 80%"					
6	Kelengkapan penyediaan data untuk pelepasan informasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Kepatuhan penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan simbol	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Kepatuhan penggunaan singkatan dan simbol	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Kepatuhan identifikasi pasien (nama, no rm, tgl lahir, dan foto)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Kepatuhan informed consent pemberian darah dan produk darah	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Dari 10 indikator pada Tahun 2024, terdapat 1 indikator yang belum mencapai standar yaitu kepatuhan pengisian elektronik rekam medik.

Rekomendasi:

1. Revisi pedoman ERM sesuai standar PMK ERM dan KMK standar akreditasi rumah sakit.
2. Melengkapi buku pedoman kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan symbol
3. Melakukan sosialisasi pedoman kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan symbol pada seluruh PPA
4. Monev dan supervisi kepatuhan pengisian ERM
5. Himbauan kepada seluruh PPA untuk patuh dalam mengisi ERM
6. *Feedback* kepada seluruh Dokter DPJP terkait kepatuhan ERM per dokternya
7. Updating kode diagnosis sesuai dengan ICD X
8. Koordinasi Instalasi Rekam Medik dan Instalasi SIRS untuk kelengkapan formulir ERM yg di revisi ataupun usulan formulir baru untuk dimasukkan kedalam ERM
9. Memberikan *feedback* rutin tatalaksana klaim BPJS berdasarkan pada berita acara kesepakatan bersama panduan penatalaksanaan solusi permasalahan klaim INA CBG agar tidak ada penolakan klaim

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Rekam Medik tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.65 PDSA Indikator Mutu Instalasi Rekam Medik Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	Menjaga kelengkapan informed consent	Meningkatkan edukasi kepada pasien mengenai informed consent	Menilai tingkat pemahaman pasien terhadap informasi yang diberikan	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan pemahaman pasien
Kelengkapan pengisian jati diri/identitas pasien (termasuk foto pada pasien psikiatri ranap)	Memastikan pengisian identitas pasien lengkap	Melakukan pemeriksaan rutin terkait pengisian data pasien	Mengidentifikasi kendala dalam pengisian identitas pasien	Menyusun prosedur standar untuk kelengkapan data pasien
Kepatuhan pelaksanaan general consent	Memastikan kepatuhan pada pelaksanaan general consent	Meningkatkan sosialisasi mengenai pentingnya general consent	Mengevaluasi efektivitas sosialisasi mengenai consent	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan pemahaman pasien
Kepatuhan pengisian elektronik rekam medik	Meningkatkan kepatuhan	Melakukan pelatihan dan	Mengidentifikasi faktor penyebab	Membuat tindakan koreksi untuk

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	pengisian rekam medik elektronik	pembimbingan terkait penggunaan rekam medik elektronik	rendahnya kepatuhan pengisian rekam medik	meningkatkan kepatuhan pengisian rekam medik
Persentase pelaksanaan retensi	Meningkatkan pelaksanaan retensi sesuai standar	Menjamin kelancaran pelaksanaan retensi sesuai jadwal	Memonitor efektivitas pelaksanaan retensi	Menyusun langkah-langkah untuk mengoptimalkan pelaksanaan retensi
Kelengkapan penyediaan data untuk pelepasan informasi	Menjaga kelengkapan data untuk pelepasan informasi	Memastikan semua data yang diperlukan tersedia	Menilai proses pengumpulan dan penyediaan data	Menyusun prosedur untuk meningkatkan kelengkapan data
Kepatuhan penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan simbol	Memastikan kepatuhan penggunaan kode diagnosis dan prosedur	Melakukan pelatihan untuk penggunaan kode yang tepat	Mengevaluasi penggunaan kode diagnosis dan prosedur	Mengoptimalkan penggunaan kode diagnosis dan prosedur sesuai standar
Kepatuhan penggunaan singkatan dan simbol	Menjaga kepatuhan penggunaan singkatan dan simbol	Melakukan pengawasan terhadap penggunaan singkatan dan simbol	Menganalisis apakah singkatan dan simbol digunakan secara benar	Menyusun kebijakan untuk penggunaan singkatan dan simbol yang lebih baik
Kepatuhan identifikasi pasien (nama, no rm, tgl lahir, dan foto)	Menjamin kepatuhan identifikasi pasien yang akurat	Melakukan verifikasi identitas pasien secara berkala	Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi identifikasi pasien	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kepatuhan identifikasi pasien
Kepatuhan informed consent pemberian darah dan produk darah	Menjaga kepatuhan informed consent pemberian darah dan produk darah	Memastikan bahwa semua pasien mendapatkan informed consent	Menganalisis pemahaman pasien terhadap risiko pemberian darah	Menyusun prosedur untuk peningkatan pemahaman pasien terhadap informed consent darah
Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam	Plan	Do	Study	Act
Waktu masuk rawat inap ≤ 60 Menit	Menjaga kelengkapan informed consent	Meningkatkan edukasi kepada pasien mengenai informed consent	Menilai tingkat pemahaman pasien terhadap informasi yang diberikan	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan pemahaman pasien

10. Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.66 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Waktu tanggap penanganan kerusakan hardware ≤ 30 menit	90%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Waktu tanggap penanganan kerusakan software ≤ 30 menit	90%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Ketepatan waktu maintenance hardware	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Ketepatan waktu maintenance software	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Waktu tanggap down time ≤ 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 efektifitas dan efisiensi modul layanan rumah sakit	80%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
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

Dari 8 indikator SIRS pada Tahun 2024, sudah tercapai 4 indikator perlu dipertahankan. Masih terdapat 4 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu:

1. Waktu tanggap down time ≤ 5 menit.
2. Persentase realisasi program sistem informasi.
3. Tingkat efektifitas dan efisiensi modul layanan rumah sakit.
4. Tingkat teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri.

Keempat indikator tersebut sudah dilakukan pembahasan dengan Instalasi SIRS dan akan mulai dilakukan pengukuran di tahun 2025.

Rekomendasi:

1. Validasi data indikator SIRS
2. Identifikasi kebutuhan terkait IT di RS
3. Pemetaan prioritas pemenuhan IT di RS
4. Pemenuhan SDM SIRS sesuai ABK
5. Melakukan pelatihan SDM SIRS untuk pengetahuan terkait software
6. Maintenance jaringan dan software secara periodik
7. Pengadaan server sesuai dengan kapasitas dan spesifikasi yang dibutuhkan
8. Usulan server eksternal
9. Usulan *door lock* ruang server untuk keamanan data
10. Kerjasama dengan eksternal terkait mirroring data
11. Optimalisasi aplikasi RSJMM Care
12. Dukungan manajemen terhadap kebutuhan teknologi informasi di RS
13. Segera menyelesaikan bridging Vclaim dan penerbitan SEP dari APM
14. Menjaga kestabilan internet
15. Membuat jadwal maintenance hardware maupun software agar seluruh hardware dan software yang ada di RS dapat terpelihara dengan baik
16. Pengukuran pada 4 indikator yang belum diukur

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.67 PDSA Indikator Mutu Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu tanggap penanganan kerusakan hardware ≤ 30 menit	Menjaga tingkat respons yang cepat terhadap kerusakan hardware	Melakukan evaluasi terkait proses penanganan kerusakan hardware	Mengidentifikasi kendala yang memperlambat respon kerusakan hardware	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu respon penanganan hardware
Waktu tanggap penanganan kerusakan software ≤ 30 menit	Menjaga tingkat respons yang cepat terhadap	Melakukan evaluasi terkait proses penanganan	Mengidentifikasi kendala yang memperlambat	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	kerusakan software	kerusakan software	respon kerusakan software	respon penanganan software
Ketepatan waktu maintenance hardware	Memastikan ketepatan waktu dalam maintenance hardware	Melakukan pemantauan rutin terhadap jadwal maintenance hardware	Menilai efektivitas jadwal maintenance hardware	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan ketepatan waktu maintenance hardware
Ketepatan waktu maintenance software	Memastikan ketepatan waktu dalam maintenance software	Melakukan pemantauan rutin terhadap jadwal maintenance software	Menilai efektivitas jadwal maintenance software	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan ketepatan waktu maintenance software
Waktu tanggap down time ≤ 5 menit	Menjaga waktu down time tetap rendah	Memastikan down time dapat segera ditangani jika terjadi	Menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan down time	Menyusun rencana penanganan cepat untuk menanggulangi down time
Persentase realisasi program sistem informasi	Memastikan realisasi program sistem informasi berjalan sesuai rencana	Mengawasi perkembangan implementasi program sistem informasi	Mengidentifikasi faktor-faktor yang menghambat realisasi program sistem informasi	Menyusun langkah-langkah untuk mempercepat realisasi program sistem informasi
Tingkat efektifitas dan efisiensi modul layanan rumah sakit	Meningkatkan efektifitas dan efisiensi modul layanan rumah sakit	Melakukan evaluasi terhadap kinerja modul layanan rumah sakit	Menganalisis hambatan dalam pelaksanaan modul layanan rumah sakit	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas modul
Tingkat teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri	Meningkatkan tingkat integrasi dan kemandirian teknologi informasi	Melakukan pemantauan terhadap perkembangan integrasi teknologi	Menilai efektivitas integrasi teknologi informasi	Menyusun langkah-langkah untuk mencapai 100% integrasi dan kemandirian teknologi informasi
Angka kematian pasien di IGD	Plan	Do	Study	Act
Ketepatan indikasi masuk rawat inap psikiatri akut	Menjaga tingkat respons yang cepat terhadap kerusakan hardware	Melakukan evaluasi terkait proses penanganan kerusakan hardware	Mengidentifikasi kendala yang memperlambat respon kerusakan hardware	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu respon penanganan hardware
Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam	Menjaga tingkat respons yang cepat terhadap kerusakan software	Melakukan evaluasi terkait proses penanganan kerusakan software	Mengidentifikasi kendala yang memperlambat respon kerusakan software	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi waktu respon penanganan software
Waktu masuk rawat inap ≤ 60 Menit	Memastikan ketepatan waktu dalam maintenance hardware	Melakukan pemantauan rutin terhadap jadwal maintenance hardware	Menilai efektivitas jadwal maintenance hardware	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan ketepatan waktu maintenance hardware

11. Instalasi Verifikasi Administrasi dan Penjaminan Pasien

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Verifikasi Administrasi dan Penjaminan Pasien tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.68 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Verifikasi Administrasi dan Penjaminan Pasien Tahun 2024

No	Judul Indikator	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat jalan	≤ 2 hari kerja	0.11 Hari	0.11 Hari	0.10 Hari	0.10 Hari	0.11 Hari
2	Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat inap	≤ 2 hari kerja	1.39 Hari	1.37 Hari	1.30 Hari	1.36 Hari	1.35 Hari
3	Kelengkapan berkas tagihan rawat jalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Kelengkapan berkas tagihan rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat jalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Seluruh indikator VAPP sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan.

Berikut adalah tabel yang diminta, dengan indikator-indikator yang sesuai:

No	Judul Indikator	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024	Plan	Do	Study	Act
1	Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat jalan	≤ 2 hari kerja	0.11 Hari	0.11 Hari	0.10 Hari	0.10 Hari	0.11 Hari	Menjaga waktu melengkapi berkas tagihan sesuai standar	Meningkatkan efisiensi dalam proses melengkapi berkas tagihan	Menganalisis faktor-faktor yang memperlambat pengisian berkas	Menyusun langkah-langkah untuk menjaga kelancaran pengisian berkas tagihan
2	Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat inap	≤ 2 hari kerja	1.39 Hari	1.37 Hari	1.30 Hari	1.36 Hari	1.35 Hari	Menjaga waktu melengkapi berkas tagihan rawat inap sesuai standar	Meningkatkan efisiensi dalam proses melengkapi berkas tagihan	Menganalisis faktor-faktor yang memperlambat pengisian berkas	Menyusun langkah-langkah untuk mempercepat proses melengkapi berkas tagihan
3	Kelengkapan berkas tagihan rawat jalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Memastikan kelengkapan berkas tagihan rawat jalan	Melakukan pemeriksaan rutin untuk memastikan kelengkapan berkas	Mengidentifikasi kendala yang menyebabkan ketidaklengkapan berkas	Menyusun langkah-langkah untuk menjaga kelengkapan berkas tagihan rawat jalan
4	Kelengkapan berkas tagihan rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Memastikan kelengkapan berkas tagihan rawat inap	Melakukan pemeriksaan rutin untuk memastikan kelengkapan berkas	Mengidentifikasi kendala yang menyebabkan ketidaklengkapan berkas	Menyusun langkah-langkah untuk menjaga kelengkapan berkas tagihan rawat inap

No	Judul Indikator	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024	Plan	Do	Study	Act
5	Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat jalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Memastikan tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi	Melakukan evaluasi rutin terhadap administrasi rawat jalan	Menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan penolakan klaim	Menyusun langkah-langkah untuk mencegah penolakan klaim administrasi
6	Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Memastikan tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi	Melakukan evaluasi rutin terhadap administrasi rawat inap	Menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan penolakan klaim	Menyusun langkah-langkah untuk mencegah penolakan klaim administrasi

Tabel ini menampilkan indikator-indikator, capaian triwulan (TW I, II, III, IV), capaian 2024, serta langkah-langkah yang perlu diambil untuk rencana, pelaksanaan, studi, dan tindakan per indikator.

Rekomendasi:

1. Koordinasi Tim Casemix terkait penagihan klaim
2. Pertahankan capaian

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Verifikasi Administrasi dan Penjaminan Pasien tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.69 PDSA Indikator Mutu Instalasi Verifikasi Administrasi dan Penjaminan Pasien Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat jalan	Menjaga waktu melengkapi berkas tagihan sesuai standar	Meningkatkan efisiensi dalam proses melengkapi berkas tagihan	Menganalisis faktor-faktor yang memperlambat pengisian berkas	Menyusun langkah-langkah untuk menjaga kelancaran pengisian berkas tagihan
Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat inap	Menjaga waktu melengkapi berkas tagihan rawat inap sesuai standar	Meningkatkan efisiensi dalam proses melengkapi berkas tagihan	Menganalisis faktor-faktor yang memperlambat pengisian berkas	Menyusun langkah-langkah untuk mempercepat proses melengkapi berkas tagihan
Kelengkapan berkas tagihan rawat jalan	Memastikan kelengkapan berkas tagihan rawat jalan	Melakukan pemeriksaan rutin untuk memastikan kelengkapan berkas	Mengidentifikasi kendala yang menyebabkan ketidaklengkapan berkas	Menyusun langkah-langkah untuk menjaga kelengkapan berkas tagihan rawat jalan
Kelengkapan berkas tagihan rawat inap	Memastikan kelengkapan berkas tagihan rawat inap	Melakukan pemeriksaan rutin untuk memastikan kelengkapan berkas	Mengidentifikasi kendala yang menyebabkan ketidaklengkapan berkas	Menyusun langkah-langkah untuk menjaga kelengkapan berkas tagihan rawat inap
Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat jalan	Memastikan tidak ada penolakan klaim karena	Melakukan evaluasi rutin terhadap	Menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan penolakan klaim	Menyusun langkah-langkah untuk mencegah penolakan klaim administrasi

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	masalah administrasi	administrasi rawat jalan		
Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat inap	Memastikan tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi	Melakukan evaluasi rutin terhadap administrasi rawat inap	Menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan penolakan klaim	Menyusun langkah-langkah untuk mencegah penolakan klaim administrasi

12. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.70 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Tingkat kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa	95%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Konsultasi dan koordinasi program kesehatan jiwa	85%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Tingkat kualitas kemitraan, kerjasama lintas program dan lintas sektor	90%	100%	88%	98.67%	82%	92.17%
4	Tingkat kemandirian advokasi kesehatan jiwa	80%	83.33%	100%	83.33%	50%	79.17%
5	Promosi kesehatan eksternal:	70%	100%	100%	100%	100%	100%
5.1	Program kesehatan ibu dan bayi	70%	100%	100%	100%	100%	100%
5.2	Program kesehatan TB	70%	100%	100%	100%	100%	100%
5.3	Program kesehatan HIV/AIDS	70%	100%	100%	100%	100%	100%
5.4	Program kesehatan Stunting dan Wasting	70%	100%	100%	100%	100%	100%
5.5	Promosi kesehatan pelayanan keluarga berencana	70%	100%	100%	100%	100%	100%
5.6	Promosi kesehatan geriatri	70%	100%	100%	100%	100%	100%
5.7	Program kesehatan ke sekolah	70%	100%	100%	100%	100%	100%
5.8	Program kesehatan ke instansi pemerintah dan swasta	70%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Promosi kesehatan internal	85%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Tingkat kualitas intervensi krisis	85%	100%	100%	100%	N/A	100%
8	Persentase pasien psikiatri yang dilayani <i>case management</i>	50%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Kepatuhan pemberian informasi dan edukasi	80%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Ketersediaan media informasi cetak dan elektronik	70%	100%	100%	100%	100%	100%

Dari 10 indikator mutu PKRS, 9 sudah tercapai. Hal ini perlu dipertahankan. Masih terdapat 1 indikator yang belum tercapai, yaitu:

1. Tingkat kemandirian advokasi kesehatan jiwa.

Rekomendasi:

1. Kolaborasi dengan unit terkait tentang masalah pasien di RS dan di komunitas
2. Koordinasi internal dan eksternal untuk proses pemulangan pasien
3. Optimalisasi edukasi di masyarakat untuk PROGNAS, Kesehatan Jiwa, dan Program RSJMM lainnya
4. Koordinasi dengan Timker Pelayanan Keperawatan terkait penjemputan pasien ACT
5. Penyediaan media edukasi yang bisa diakses secara online melalui barcode

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.71 PDSA Indikator Mutu Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Tingkat kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa	Memastikan sistem rujukan kesehatan jiwa berfungsi dengan baik	Memastikan sistem rujukan selalu <i>up-to-date</i>	Menganalisis faktor-faktor yang mendukung atau menghambat rujukan	Menyusun rekomendasi untuk meningkatkan sistem rujukan
Konsultasi dan koordinasi program kesehatan jiwa	Memastikan koordinasi antar program	Meningkatkan frekuensi konsultasi dan	Evaluasi efektivitas	Menyusun langkah-langkah untuk

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
	kesehatan jiwa berjalan baik	koordinasi antar program	konsultasi dan koordinasi	meningkatkan koordinasi
Tingkat kualitas kemitraan, kerjasama lintas program dan lintas sektor	Menjaga kualitas kemitraan lintas program dan lintas sektor	Menjalin kerjasama lebih aktif dengan berbagai sektor terkait	Analisis kerjasama yang belum optimal dan hambatan yang ada	Menyusun strategi untuk meningkatkan kemitraan lintas sektor
Tingkat kemandirian advokasi kesehatan jiwa	Meningkatkan kemandirian dalam advokasi kesehatan jiwa	Meningkatkan kemampuan internal untuk advokasi	Menilai kekuatan dan kelemahan dalam advokasi kesehatan jiwa	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan advokasi
Promosi kesehatan eksternal:	Menjaga kualitas promosi kesehatan eksternal	Menjalankan program promosi dengan tepat waktu	Evaluasi pencapaian target promosi kesehatan	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan promosi kesehatan
Program kesehatan ibu dan bayi	Menjaga kualitas program kesehatan ibu dan bayi	Meningkatkan penyuluhan kesehatan ibu dan bayi	Menilai efektivitas program untuk ibu dan bayi	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan program kesehatan ibu dan bayi
Program kesehatan TB	Menjaga kualitas program kesehatan TB	Melakukan pemeriksaan rutin terhadap status kesehatan TB	Menganalisis efektivitas program kesehatan TB	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan program kesehatan TB
Program kesehatan HIV/AIDS	Menjaga kualitas program kesehatan HIV/AIDS	Melaksanakan kegiatan promosi HIV/AIDS dengan lebih efektif	Evaluasi dampak promosi kesehatan HIV/AIDS	Menyusun langkah-langkah untuk memperkuat program HIV/AIDS
Program kesehatan Stunting dan Wasting	Menjaga kualitas program kesehatan Stunting dan Wasting	Melakukan kampanye promosi terkait stunting dan wasting	Menganalisis pencapaian hasil program kesehatan stunting	Menyusun strategi untuk mengurangi stunting dan wasting
Promosi kesehatan pelayanan keluarga berencana	Menjaga kualitas promosi kesehatan keluarga berencana	Melakukan promosi dengan efektif pada masyarakat	Evaluasi dampak promosi keluarga berencana	Menyusun langkah-langkah untuk memperkuat promosi keluarga berencana
Promosi kesehatan geriatri	Menjaga kualitas promosi kesehatan geriatri	Melakukan penyuluhan kesehatan geriatri	Evaluasi pencapaian hasil promosi geriatri	Menyusun langkah-langkah untuk memperkuat promosi kesehatan geriatri
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	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan intervensi krisis

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
			pada 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

13. Unit Layanan Pengadaan

Hasil capaian indikator mutu Unit Layanan Pengadaan tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.72 Hasil Capaian Indikator Mutu Unit Layanan Pengadaan Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
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 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
4	Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN)	70%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
5	Ketepatan waktu proses pengadaan langsung	1 Bulan	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
6	Ketepatan waktu proses pengadaan tender	100%	100,00%	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%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Dari 8 indikator ULP pada Tahun 2024, sudah tercapai 6 indikator perlu dipertahankan. Indikator TKDN s.d Bulan Agustus 2024 sebesar 79% berdasarkan hasil monev dari Itjen.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Unit Layanan Pengadaan tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.73 PDSA Indikator Mutu Unit Layanan Pengadaan Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kelengkapan dokumen lelang	Memastikan semua dokumen lelang lengkap dan sesuai.	Menyusun sistem pengecekan dokumen untuk memastikan kelengkapan.	Menganalisis faktor yang menyebabkan ketidaklengkapan dokumen.	Menyusun prosedur standar untuk verifikasi dokumen lelang.
Persentase gagal lelang	Menurunkan persentase kegagalan dalam proses lelang.	Meningkatkan kualitas persiapan dan verifikasi sebelum lelang.	Menganalisis faktor penyebab kegagalan lelang dan memberikan solusi.	Menyusun langkah-langkah untuk memperbaiki proses lelang.
Kejadian sanggahan pada lelang	Meminimalkan kejadian sanggahan pada proses lelang.	Meningkatkan komunikasi dan transparansi selama proses lelang.	Menganalisis faktor penyebab sanggahan dalam lelang.	Menyusun prosedur untuk mengurangi kemungkinan sanggahan.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN)	Meningkatkan penggunaan komponen dalam negeri.	Mengidentifikasi dan meningkatkan komponen dalam negeri.	Meneliti regulasi dan potensi sumber daya lokal untuk TKDN.	Menyusun kebijakan untuk mendukung peningkatan TKDN.
Ketepatan waktu proses pengadaan langsung	Menjaga ketepatan waktu dalam proses pengadaan langsung.	Meningkatkan efisiensi proses pengadaan langsung.	Menganalisis proses pengadaan langsung yang mempengaruhi ketepatan waktu.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan ketepatan waktu.
Ketepatan waktu proses pengadaan tender	Menjamin ketepatan waktu dalam proses pengadaan tender.	Memastikan semua tahapan pengadaan tender berjalan sesuai jadwal.	Menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan ketidaktepatan waktu.	Menyusun perbaikan dalam proses pengadaan tender untuk ketepatan waktu.
Ketepatan waktu pelaksanaan kontrak	Menjaga ketepatan waktu pelaksanaan kontrak.	Memastikan seluruh kontrak dilaksanakan tepat waktu.	Menganalisis hambatan yang menyebabkan keterlambatan dalam pelaksanaan kontrak.	Menyusun langkah-langkah untuk memastikan pelaksanaan tepat waktu.
Proses negosiasi ulang kontrak	Mengurangi proses negosiasi ulang kontrak.	Menyusun prosedur yang lebih jelas dalam kontrak awal.	Menganalisis alasan mengapa negosiasi ulang kontrak sering terjadi.	Menyusun kebijakan untuk mengurangi negosiasi ulang kontrak.

14. Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel)

Hasil capaian indikator mutu Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel) tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.74 Hasil Capaian Indikator Mutu Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel) Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Optimalisasi pemanfaatan aset (rumah duka, lapangan golf, lapangan bola)	50%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Kepuasan pelanggan	80%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
3	Ketersediaan sarana dan prasarana	60%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%
4	Angka kejadian insiden pada petugas	0	0	0	0	0	0
5	Angka kejadian insiden pada pelanggan	0	0	0	0	0	0

Dari 5 indikator Perintis APEL pada Tahun 2024, 2 indikator sudah tercapai, 2 indikator tidak ada kejadian insiden, 1 indikator mutu kepuasan pelanggan tidak dapat terukur karena tidak ada pengunjung yang mengisi survei.

Rekomendasi:

1. Pertahankan capaian.
2. Memastikan agar pengunjung mengisi survei kepuasan pelanggan.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel) tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.75 PDSA Indikator Mutu Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel) Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Optimalisasi pemanfaatan aset (rumah duka, lapangan golf, lapangan bola)	Meningkatkan pemanfaatan aset untuk mencapai target tahunan.	Meningkatkan promosi penggunaan aset dan memperbaiki fasilitas yang ada.	Menganalisis faktor yang menghambat pemanfaatan aset secara maksimal.	Menyusun rencana pemanfaatan aset yang lebih optimal setiap tahunnya.
Kepuasan pelanggan	Meningkatkan tingkat kepuasan pelanggan.	Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan.	Menganalisis hasil survei kepuasan pelanggan secara berkala.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kepuasan pelanggan.
Ketersediaan sarana dan prasarana	Memastikan ketersediaan sarana dan prasarana yang cukup.	Meningkatkan perawatan dan penyediaan sarana prasarana.	Meneliti sarana dan prasarana yang perlu ditingkatkan atau diperbaiki.	Menyusun rencana perbaikan atau pengadaan sarana yang dibutuhkan.
Angka kejadian insiden pada petugas	Menjaga angka kejadian insiden tetap 0.	Mengidentifikasi potensi risiko insiden dan mitigasinya.	Menganalisis pola kejadian insiden dan memperbaiki prosedur kerja.	Menyusun langkah-langkah untuk mengurangi potensi insiden.
Angka kejadian insiden pada pelanggan	Menjaga angka kejadian insiden pada pelanggan tetap 0.	Meningkatkan keselamatan dan kenyamanan pelanggan.	Menganalisis insiden yang melibatkan pelanggan dan mengidentifikasi penyebabnya.	Menyusun langkah-langkah untuk mencegah insiden pada pelanggan.

5.7.3 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian

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

1. Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia

Hasil capaian indikator mutu Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.76 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki surat penugasan klinis	100%	100,00%	100,00%	99,84%	99,84%	99,92%
2	Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR)	100%	100,00%	100,00%	99,84%	99,84%	99,92%
3	Persentase disiplin pegawai sesuai budaya kinerja	85%	100,00%	100,00%	99,96%	100,00%	99,99%
4	Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar	85%	94,52%	90,80%	91,69%	92,86%	92,47%
5	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar persyaratan jabatan	85%	97,82%	97,84%	98,39%	99,27%	98,33%
6	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
7	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
8	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Dari 8 indikator mutu tim kerja organisasi dan SDM pada Tahun 2024, seluruh indikator sudah tercapai, perlu dipertahankan, yaitu:

1. Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki surat penugasan klinis
2. Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR)
3. Persentase disiplin pegawai sesuai budaya kinerja
4. Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar
5. Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar persyaratan jabatan
6. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
7. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala
8. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Rekomendasi:

1. Perlu dilakukan pengukuran pada indikator yang belum diukur
2. Pemenuhan kebutuhan ABK rumah sakit (rekrutmen/mutasi internal Kementerian Kesehatan)
3. *Feedback* presensi kepada seluruh pegawai
4. Aplikasi e-kinerja untuk mengukur kinerja individu pegawai rumah sakit
5. Penerapan *reward and punishment* untuk pegawai yang melakukan pekerjaan sesuai dengan tugas dan fungsi, tugas tambahan, dan inovasi
6. Rapat koordinasi direktorat SPU untuk pembagian indikator sesuai SOTK yang baru

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.77 PDSA Indikator Mutu Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki surat penugasan klinis	Meningkatkan jumlah tenaga kesehatan yang memiliki surat penugasan klinis.	Memastikan bahwa seluruh tenaga kesehatan memiliki surat penugasan yang valid.	Menganalisis penyebab ketidaksesuaian surat penugasan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kepatuhan terhadap surat penugasan klinis.
Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR)	Meningkatkan jumlah tenaga kesehatan yang memiliki STR.	Melakukan pemeriksaan berkala terhadap kelengkapan STR tenaga kesehatan.	Menganalisis faktor yang menyebabkan ketidaksesuaian STR.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kepatuhan terhadap kepemilikan STR.
Persentase disiplin pegawai sesuai budaya kinerja	Memastikan disiplin pegawai sesuai budaya kinerja tetap terjaga.	Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi disiplin pegawai.	Menganalisis penyebab ketidaksesuaian dengan budaya kinerja.	Menyusun rencana tindakan untuk memperbaiki disiplin pegawai.
Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar	Meningkatkan persentase SDM yang memenuhi standar kinerja.	Menyusun program pengembangan kompetensi dan kinerja SDM.	Menganalisis faktor yang menyebabkan penurunan kinerja.	Menyusun langkah-langkah perbaikan dalam meningkatkan kinerja SDM.
Prosentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar persyaratan jabatan	Meningkatkan kompetensi SDM sesuai standar persyaratan jabatan.	Mengidentifikasi gap kompetensi pada SDM dan merencanakan pelatihan yang sesuai.	Menganalisis perkembangan kompetensi setiap jabatan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kompetensi SDM sesuai standar.
Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	Memastikan ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.	Mengoptimalkan proses pengusulan kenaikan pangkat.	Menganalisis penyebab keterlambatan pengusulan kenaikan pangkat.	Menyusun langkah-langkah untuk memperbaiki ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.
Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	Memastikan ketepatan waktu pengurusan gaji berkala.	Menyusun prosedur yang jelas untuk pengurusan gaji berkala.	Menganalisis penyebab keterlambatan pengurusan gaji berkala.	Menyusun langkah-langkah untuk memastikan ketepatan waktu pengurusan gaji berkala.
Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	Memastikan pemberian insentif sesuai waktu yang disepakati.	Mengoptimalkan alur pemberian imbalan kepada SDM.	Menganalisis faktor yang menyebabkan keterlambatan pemberian insentif.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan ketepatan pemberian insentif.

2. Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan

Hasil capaian indikator mutu Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.78 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan formal	2%	2,13%	2,10%	2,10%	2,10%	2,11%
2	Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan non formal	5%	0,04%	0,11%	0,11%	0,11%	0,09%

Dari 2 indikator mutu tim kerja organisasi dan SDM pada Tahun 2024, sudah tercapai 1 indikator, perlu dipertahankan. Masih terdapat 1 indikator yang belum tercapai, yaitu:

1. Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan non formal

Rekomendasi:

1. Pemetaan kebutuhan pelatihan pegawai sesuai dengan standar persyaratan jabatan
2. Pemenuhan usulan kebutuhan peningkatan kompetensi pegawai sesuai dengan tugas dan fungsinya

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.79 PDSA Indikator Mutu Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan formal	Meningkatkan jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan formal.	Memotivasi SDM untuk melanjutkan pendidikan formal lebih lanjut.	Menganalisis faktor yang mempengaruhi rendahnya tingkat pendidikan formal.	Menyusun langkah-langkah untuk mendorong lebih banyak SDM melanjutkan pendidikan formal.
Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan non formal	Meningkatkan jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan non formal.	Menyediakan kesempatan pelatihan non formal yang menarik dan relevan.	Menganalisis faktor yang menyebabkan rendahnya tingkat pendidikan non formal.	Menyusun langkah-langkah untuk mendorong lebih banyak SDM melanjutkan pendidikan non formal.

3. Tim Kerja Penelitian

Hasil capaian indikator mutu Tim Kerja Penelitian tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.80 Hasil Capaian Indikator Mutu Tim Kerja Penelitian Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
1	Penelitian klinis oleh staf internal	100%	0,00%	0,00%	66,67%	100,00%	100,00%
2	Penelitian non klinis oleh staf internal	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
3	Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional	100%	0,00%	0,00%	66,67%	100,00%	100,00%

Pada Tahun 2024, dari 1 indikator tim kerja penelitian belum dapat diukur, yaitu:

1. Penelitian non klinis oleh staf internal

Rekomendasi:

1. Lakukan pengukuran pada indikator tim kerja penelitian.
2. Motivasi pegawai untuk melakukan penelitian di RS
3. Kerjasama dengan instansi lain untuk pembiayaan penelitian
4. Reward untuk pegawai yang melakukan penelitian
- 5.

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Tim Kerja Penelitian tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.81 PDSA Indikator Mutu Tim Kerja Penelitian Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Penelitian klinis oleh staf internal	Meningkatkan jumlah penelitian klinis oleh staf internal.	Menyusun program penelitian klinis dan melibatkan staf internal.	Menganalisis kendala yang menghambat penelitian klinis.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan jumlah penelitian klinis.
Penelitian non klinis oleh staf internal	Meningkatkan jumlah penelitian non klinis oleh staf internal.	Meningkatkan pengetahuan dan motivasi staf untuk penelitian non klinis.	Menganalisis hambatan yang menyebabkan rendahnya penelitian non klinis.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan penelitian non klinis.
Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional	Meningkatkan jumlah publikasi penelitian nasional dan internasional.	Meningkatkan kualitas dan kuantitas publikasi melalui bimbingan dan pengembangan staf.	Menganalisis faktor yang mempengaruhi publikasi penelitian.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan publikasi penelitian.

4. Instalasi Pendidikan dan Penelitian

Hasil capaian indikator mutu Instalasi Pendidikan dan Penelitian tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.82 Hasil Capaian Indikator Mutu Instalasi Pendidikan dan Penelitian Tahun 2024

No	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
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%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	Perawat 5:1	100%	87,43%	90,33%	90,33%	89,33%	89,36%
	Profesi lain 5:1	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
2	Kepatuhan peserta didik melaksanakan kebersihan tangan	85%	100,00%	99,01%	98,68%	100,00%	99,42%
3	Kepatuhan peserta didik melaksanakan etika batuk	85%	100,00%	99,01%	98,51%	100,00%	99,38%
4	Kepatuhan peserta didik melaksanakan identifikasi pasien	85%	100,00%	99,01%	96,82%	100,00%	98,96%
5	Keterlibatan peserta didik melaksanakan edukasi kebersihan tangan	80%	100,00%	99,01%	98,68%	100,00%	99,42%
6	Keterlibatan peserta didik melaksanakan edukasi etika batuk	80%	100,00%	99,01%	98,51%	100,00%	99,38%
7	Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis	80%	92,18%	93,62%	90,78%	90,84%	91,86%
8	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	80%	5,91%	47,26%	36,33%	57,20%	27,81%
9	Tingkat partisipasi/kehadiran pegawai dalam pelatihan internal	80%	66,67%	100,00%	100,00%	100,00%	91,67%
10	Evaluasi pasca pelatihan	90%	66,67%	100,00%	100,00%	100,00%	91,67%

Dari 10 indikator Diklit pada Tahun 2024, 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 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.83 PDSA Indikator Mutu Instalasi Pendidikan dan Penelitian Tahun 2024

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.	Menganalisis kesenjangan jika rasio tidak tercapai.	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.	Menganalisis kesenjangan jika rasio tidak tercapai.	Menyusun langkah-langkah perbaikan untuk mencapainya.
Perawat 5:1	Meningkatkan rasio peserta didik dengan staf perawat.	Memastikan ada perbaikan dalam rasio untuk mencapai target.	Menganalisis faktor penyebab ketidaksesuaian rasio.	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.	Menganalisis kesenjangan jika rasio tidak tercapai.	Menyusun langkah-langkah perbaikan untuk mencapainya.
Kepatuhan peserta didik melaksanakan kebersihan tangan	Meningkatkan kepatuhan peserta didik dalam melaksanakan kebersihan tangan.	Mengedukasi dan memonitor kepatuhan peserta didik.	Menganalisis penyebab penurunan kepatuhan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kepatuhan.
Kepatuhan peserta didik melaksanakan etika batuk	Meningkatkan kepatuhan peserta didik dalam melaksanakan etika batuk.	Mengedukasi dan memonitor kepatuhan peserta didik.	Menganalisis penyebab penurunan kepatuhan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kepatuhan.
Kepatuhan peserta didik melaksanakan identifikasi pasien	Meningkatkan kepatuhan peserta didik dalam melaksanakan identifikasi pasien.	Mengedukasi dan memonitor kepatuhan peserta didik.	Menganalisis penyebab penurunan kepatuhan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kepatuhan.
Keterlibatan peserta didik melaksanakan edukasi kebersihan tangan	Meningkatkan keterlibatan peserta didik dalam edukasi kebersihan tangan.	Mengedukasi peserta didik dan melibatkan mereka dalam edukasi kebersihan tangan.	Menganalisis faktor penyebab kurangnya keterlibatan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan keterlibatan.
Keterlibatan peserta didik melaksanakan edukasi etika batuk	Meningkatkan keterlibatan peserta didik dalam edukasi etika batuk.	Mengedukasi peserta didik dan melibatkan mereka dalam edukasi etika batuk.	Menganalisis faktor penyebab kurangnya keterlibatan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan keterlibatan.
Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit	Meningkatkan tingkat kepuasan pelanggan	Memonitor tingkat kepuasan pelanggan dan	Menganalisis faktor penyebab	Menyusun langkah-langkah untuk

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
atas dilaksanakannya pendidikan klinis	terhadap pelayanan pendidikan klinis.	memperbaiki kekurangan yang ada.	ketidakpuasan pelanggan.	meningkatkan kepuasan pelanggan.
Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	Meningkatkan jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam.	Menyusun program pelatihan yang dapat memenuhi target pelatihan tahunan.	Menganalisis hambatan dalam pelaksanaan pelatihan.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan partisipasi pelatihan.
Tingkat partisipasi/kehadiran pegawai dalam pelatihan internal	Meningkatkan tingkat partisipasi pegawai dalam pelatihan internal.	Menyediakan kesempatan pelatihan yang relevan dan memotivasi pegawai.	Menganalisis faktor penyebab ketidakhadiran pegawai.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan kehadiran.
Evaluasi pasca pelatihan	Meningkatkan evaluasi pasca pelatihan untuk menilai efektivitas pelatihan.	Menyusun dan melaksanakan evaluasi setelah pelatihan.	Menganalisis hasil evaluasi untuk perbaikan pelatihan di masa mendatang.	Menyusun langkah-langkah untuk meningkatkan evaluasi pasca pelatihan.

5.8 Pencapaian Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan Rumah Sakit

5.8.1 Pencapaian Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Indikator keselamatan pasien RS pada tahun 2024 ada tigabelas indikator sebagai berikut:

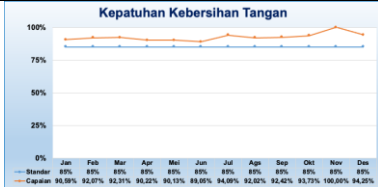
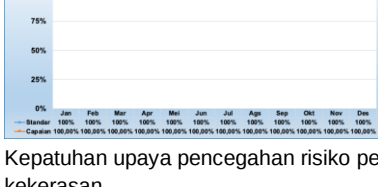
Tabel 5.84 Indikator Keselamatan Pasien RS Tahun 2024

No	Kategori	Indikator Mutu	Standar	TW I	TW II	TW III	TW IV	2024
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	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
		Kepatuhan pelaksanaan hand over	100%	99,87%	100,00%	100,00%	100,00%	99,97%
3	Meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai	Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
		Pelaksanaan dan dokumentasi <i>high alert double check</i>	100%	100,00%	100,00%	98,69%	100,00%	99,67%
		Kepatuhan penyimpanan <i>high alert</i> di unit layanan	100%	100,00%	100,00%	99,39%	99,05%	99,61%
		Kepatuhan pemberian label <i>high alert</i> di unit layanan	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
4	Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar	Kepatuhan pelaksanaan <i>Surgery Safety Checklist</i>	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
5	Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	Kepatuhan kebersihan tangan	85%	91,66%	89,80%	92,84%	96,00%	92,57%
6	Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh	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	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%

Langkah-langkah PDSA untuk Indikator Mutu Keselamatan Pasien RS tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.85 PDSA Indikator Mutu Keselamatan Pasien RS Tahun 2024

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
Kepatuhan Pelaksanaan ICRA 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 Ketepatan pelaksanaan metode TBAK	Menetapkan metode TBAK yang standar dan memastikan staf memahami prosedur tersebut.	Pelatihan staf untuk menggunakan metode TBAK dengan benar dan efektif.	Mengevaluasi efektivitas komunikasi melalui <i>feedback</i> dari pasien dan staf.	Meninjau pelatihan dan memperbaharui metode untuk memastikan keberlanjutan penggunaan metode yang efektif.
Kepatuhan Pelaksanaan Handover Kepatuhan pelaksanaan hand over	Menetapkan prosedur hand over yang jelas dan standar untuk seluruh staf medis.	Pelaksanaan hand over oleh seluruh staf medis, dengan pengawasan ketat.	Monitoring hasil hand over dan analisis masalah komunikasi yang terjadi.	Penyesuaian prosedur atau peningkatan pelatihan untuk memperbaiki kekurangan.
Kepatuhan Penyiapan Elektrolit Konsentrat Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat	Menetapkan standar penyiapan elektrolit konsentrat dengan prosedur yang jelas.	Implementasi prosedur penyiapan elektrolit di seluruh unit layanan.	Memantau kepatuhan terhadap prosedur dan menganalisis kepatuhan.	Penyesuaian atau perbaikan prosedur jika ditemukan masalah atau ketidaksesuaian.
Pelaksanaan dan Dokumentasi High Alert Double Check Pelaksanaan dan dokumentasi <i>high alert double check</i>	Penetapan prosedur <i>double check</i> untuk obat <i>high alert</i> dan pelatihan kepada staf.	Penerapan prosedur <i>double check</i> di seluruh unit layanan, dengan dokumentasi yang tepat.	Evaluasi kepatuhan terhadap prosedur <i>double check</i> dan dokumentasi yang dihasilkan.	Penyesuaian prosedur atau pelatihan lebih lanjut untuk memperbaiki proses.
Kepatuhan Penyimpanan High Alert di Unit Layanan Kepatuhan penyimpanan <i>high alert</i> di unit layanan	Menetapkan prosedur penyimpanan yang aman dan standar untuk obat <i>high alert</i> .	Implementasi prosedur penyimpanan obat <i>high alert</i> di seluruh unit.	Pemantauan efektivitas penyimpanan dan analisis kepatuhan terhadap prosedur yang ditetapkan.	Evaluasi dan penyesuaian prosedur untuk meningkatkan efektivitas dan kepatuhan.
Kepatuhan Pemberian Label High Alert di Unit Layanan Kepatuhan pemberian label <i>high alert</i> di unit layanan	Menetapkan prosedur pemberian label yang jelas dan standar pada obat <i>high alert</i> .	Penerapan prosedur pemberian label di seluruh unit layanan.	Evaluasi kepatuhan terhadap pemberian label dan dampaknya terhadap keamanan obat.	Pembaruan prosedur atau perbaikan berdasarkan evaluasi pelaksanaan pemberian label.

Indikator Mutu	Plan	Do	Study	Act
 Kepatuhan pelaksanaan <i>Surgery Safety Checklist</i>	Standarisasi penggunaan <i>Surgery Safety Checklist</i> di seluruh unit pembedahan.	Pelatihan staf dan implementasi <i>checklist</i> di ruang pembedahan.	Monitoring kepatuhan terhadap pelaksanaan <i>checklist</i> dan identifikasi masalah yang mungkin terjadi.	Penyesuaian <i>checklist</i> atau pelatihan jika ditemukan masalah atau ketidaksesuaian.
 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.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Dari tiga belas indikator keselamatan pasien, terdapat sepuluh indikator sudah mencapai standar, yaitu:
 - Kepatuhan identifikasi pasien
 - Ketepatan pelaksanaan metode TBAK
 - Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat

- Kepatuhan pemberian label *high alert* di unit layanan
 - Kepatuhan pelaksanaan *Surgery Safety Checklist*
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri
 - Kepatuhan upaya pencegahan MRSTI
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko perilaku kekerasan
2. Terdapat tiga indikator yang belum mencapai standar, yaitu:
 - Kepatuhan pelaksanaan *hand over*, capaian 99,97% (standar 100%)
 - Kepatuhan pelaksanaan dan dokumentasi *high alert double check*, capaian 99,67% (standar 100%)
 - Kepatuhan penyimpanan *high alert* di unit layanan, capaian 99,61% (standar 100%)
 3. Seluruh unit kerja sudah berupaya meningkatkan keselamatan pasien.
 4. Peran Duta KPRS menjadi *role model* di masing-masing unit kerja.
 2. Mempertahankan capaian yang sudah dicapai.
 3. Peran Duta KPRS menjadi *role model* di masing-masing unit kerja.
 4. Partisipasi tim multidisiplin untuk selalu mengutamakan keselamatan pasien.

Kendala dan Permasalahan:

1. Ketidakpatuhan pelaksanaan *handover* belum optimal.

Rekomendasi:

1. Indikator kepatuhan pelaksanaan *hand over* yang baik sangat penting untuk memastikan kontinuitas dan kualitas layanan, Adapun rekomendasinya adalah:
 - a. Kelengkapan dan keakuratan informasi yang disampaikan selama *hand over* yang didokumentasikan. Pastikan semua informasi penting disampaikan.
 - b. Konsistensi Waktu dalam pelaksanaan *hand over* sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan dengan durasi waktu *hand over* yang konsisten.
 - c. Partisipasi Tim multidisiplin (hadir dan aktif)
 - d. Komunikasi Efektif → kesempatan untuk bertanya dan klarifikasi selama *hand over* dalam diskusi dan umpan balik dua arah.
 - e. Kepatuhan terhadap SPO *hand over* sesuai dengan prosedur atau protokol yang telah ditetapkan.
2. Pelaporan insiden yang terjadi akibat *hand over* yang tidak efektif

5.8.2 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) tahun 2024 adalah:

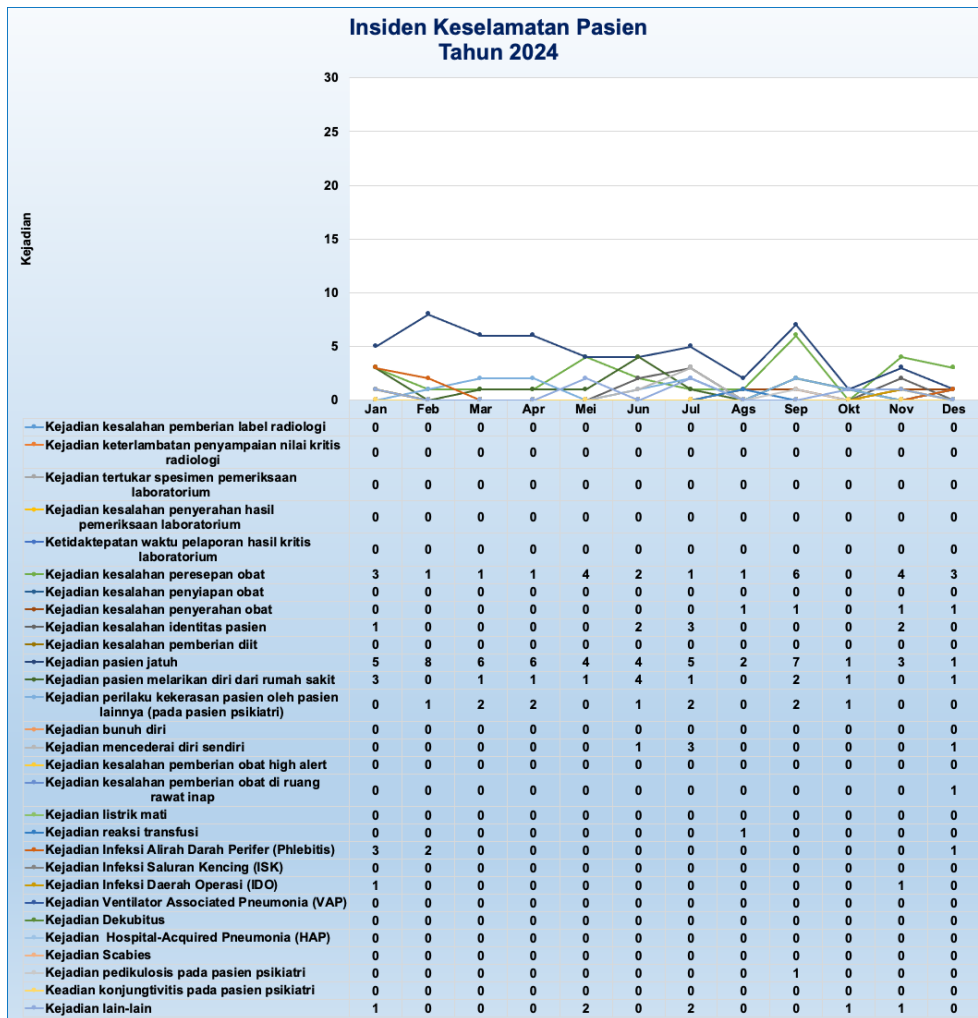
Tabel 5.86 Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit Tahun 2024

No	Nama Kejadian	Σ TW I	Σ TW II	Σ TW III	Σ TW IV	2024
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
5	Ketidaktepatan waktu pelaporan hasil kritis laboratorium	0	0	0	0	0
6	Kejadian kesalahan peresepan obat	5	7	8	7	27
7	Kejadian kesalahan penyiapan obat	0	0	0	0	0
8	Kejadian kesalahan penyerahan obat	0	0	2	2	4
9	Kejadian kesalahan identitas pasien	1	2	3	2	8
10	Kejadian kesalahan pemberian diit	0	0	0	0	0

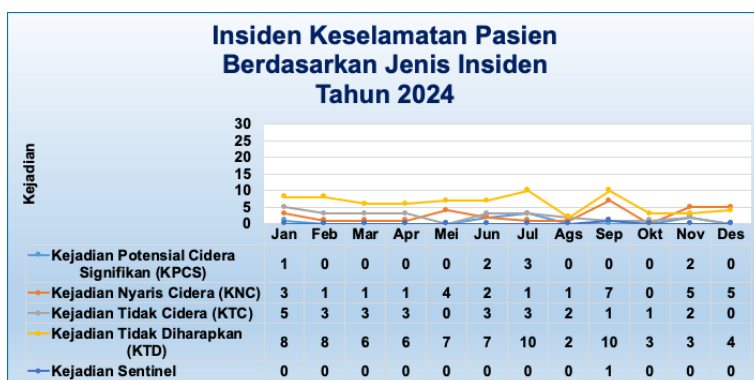
11	Kejadian pasien jatuh	19	14	14	5	52
12	Kejadian pasien melarikan diri dari rumah sakit	4	6	3	2	15
13	Kejadian perilaku kekerasan pasien oleh pasien lainnya (pada pasien psikiatri)	3	3	4	1	11
14	Kejadian bunuh diri	0	0	0	0	0
15	Kejadian mencederai diri sendiri	0	1	3	1	5
16	Kejadian kesalahan pemberian obat <i>high alert</i>	0	0	0	0	0
17	Kejadian kesalahan pemberian obat di ruang rawat inap	0	0	0	1	1
18	Kejadian listrik mati	0	0	0	0	0
19	Kejadian reaksi transfusi	0	0	1	0	1
20	Kejadian Infeksi Alirah Darah Perifer (Phlebitis)	5	0	0	1	6
21	Kejadian Infeksi Saluran Kencing (ISK)	0	0	0	0	0
22	Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)	1	0	0	1	2
23	Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	0	0	0	0	0
24	Kejadian Dekubitus	0	0	0	0	0
25	Kejadian Hospital-Acquired Pneumonia (HAP)	0	0	0	0	0
26	Kejadian Scabies	0	0	0	0	0
27	Kejadian pedikulosis pada pasien psikiatri	0	0	1	0	1
28	Kejadian konjungtivitis pada pasien psikiatri	0	0	0	0	0
29	Kejadian lain-lain	1	2	2	2	7

Tabel 5.87 Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Jenis Kejadian di Rumah Sakit Tahun 2024

No	Jenis Kejadian	Σ TW I	Σ TW II	Σ TW III	Σ TW IV	2024
1	Kejadian Potensial Cedera Signifikan (KPCS)	1	2	3	2	8
2	Kejadian Nyaris Cedera (KNC)	5	7	9	10	31
3	Kejadian Tidak Cedera (KTC)	11	6	6	3	26
4	Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)	22	20	22	10	74
5	Kejadian Sentinel	0	0	1	0	1



Insiden Keselamatan Pasien (IKP)



Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Per Jenis Kejadian

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Selama tahun 2024, terdapat 140 (seratus empat puluh) laporan insiden keselamatan pasien, yaitu:
 - Kejadian kesalahan peresepan obat 27 kejadian
 - Kejadian kesalahan penyerahan obat 4 kejadian
 - Kejadian kesalahan identitas pasien 8 kejadian
 - Kejadian pasien jatuh 52 kejadian
 - Kejadian pasien melarikan diri dari rumah sakit 15 kejadian
 - Kejadian perilaku kekerasan pasien oleh pasien lainnya 11 kejadian

- Kejadian mencederai diri sendiri 5 kejadian
 - Kejadian kesalahan pemberian obat di ruang rawat inap 1 kejadian
 - Kejadian reaksi transfusi 1 kejadian
 - Kejadian infeksi aliran darah perifer (Phlebitis) 6 kejadian
 - Kejadian infeksi daerah operasi (IDO) 2 kejadian
 - Kejadian pedikulus pada pasien psikiatri 1 kejadian
 - Kejadian lain-lain 1 kejadian
2. Insiden terbanyak adalah kejadian pasien jatuh.
 3. Kejadian sentinel 1 kejadian.

Kendala dan permasalahan:

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

Rekomendasi:

1. 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.

5. 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.

6. 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.

7. Sarana dan Prasarana

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

8. Regulasi

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

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

12. Rekomendasi per kejadian

Tabel 5.88 Rekomendasi Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Nama Insiden	Komitmen	Edukasi	Pemantauan dan Pengawasan	Supervisi	Ronde Keselamatan Pasien	Sarana dan Prasarana, SPO, dll
Kejadian kesalahan persepahan obat	Komitmen dokter untuk melakukan persepahan obat racikan melalui persepahan elektronik (e-prescribing)	Edukasi para dokter spesialis untuk melakukan persepahan obat racikan dengan e-prescribing	Pemantauan dan pengawasan penggunaan e-prescribing oleh Katimker Pelayanan Penunjang	Supervisi dari Katimker pelayanan penunjang	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, dan para Katimker	Maintenance jaringan dan aplikasi e-prescribing
Kejadian kesalahan identitas	Komitmen untuk melakukan verifikasi identitas pasien tepat dengan dua poin identifikasi atau gelang dan/atau foto pasien	Edukasi pasien dan keluarga tentang pentingnya verifikasi identitas pasien agar turut terlibat dalam setiap proses perawatan sesuai identitas pasien	Pemantauan dan pengawasan terhadap identitas pasien, selalu lakukan identifikasi pasien sebelum memberikan asuhan	Supervisi dari atasan langsung, komite mutu, katimker pelayanan medik, katimker pelayanan keperawatan	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Katimker	Foto senantiasa terlampir pada ERM pasien
Kejadian pasien jatuh	Komitmen petugas dalam melakukan pencegahan dan pengawasan pasien risiko jatuh (asesmen awal, asesmen lanjut, edukasi)	Melakukan edukasi tentang pentingnya upaya pencegahan jatuh	Pemantauan dan pengawasan pasien risiko jatuh oleh petugas yang berdinasi sesuai dengan score risiko pada SPO dan tata laksana jatuh	Supervisi dari atasan langsung dan Komite Mutu	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Katimker	Handrail di toilet dan gedung, contoh pada gedung PGT
Kejadian pasien melarikan diri dari rumah sakit	Komitmen petugas dalam melakukan pencegahan dan pengawasan pasien risiko MRSTI (asesmen awal, asesmen lanjut, edukasi)	Melakukan edukasi tentang pentingnya upaya pencegahan MRSTI	Pemantauan dan pengawasan pasien risiko MRSTI oleh petugas yang berdinasi sesuai dengan score risiko pada SPO dan tata laksana jatuh	Supervisi dari atasan langsung dan Komite Mutu	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Katimker	Memperbaiki sarpras yang menjadi sarana pasien untuk melarikan diri
Kejadian perilaku kekerasan pasien oleh pasien lainnya	Komitmen untuk melakukan penilaian risiko kekerasan pasien Komitmen untuk memeriksa riwayat	Edukasi pada staf untuk melakukan teknik de-eskalasi dan manajemen kekerasan, mengenali tanda	Pengawasan yang cukup untuk pasien yang risiko tinggi	Supervisi dari atasan langsung, komite mutu, katimker pelayanan medik, katimker	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan,	▪ Memastikan lingkungan yang aman (pengaturan ruangan yang dapat terpantau

Nama Insiden	Komitmen	Edukasi	Pemantauan dan Pengawasan	Supervisi	Ronde Keselamatan Pasien	Sarana dan Prasarana, SPO, dll
	kekerasan atau gangguan perilaku pasien	awal potensi kekerasan, dan meresponnya dengan tepat		pelayanan keperawatan	dan para Katimker	dengan baik, tersedia ruangan terpisah untuk pasien dengan risiko kekerasan tinggi) ▪ Tersedia CCTV untuk memantau area dan record dapat tersimpan
Kejadian infeksi aliran darah perifer (Phlebitis)	▪ Komitmen untuk melakukan persiapan dan pengelolaan sebelum injeksi (misal bersihkan kulit dengan antiseptik) ▪ Komitmen untuk melakukan pemasangan yang benar (teknik aseptik ketat, lokasi pemasangan ideal memperhatikan kondisi vena pasien)	▪ Latih staf secara rutin terkait teknik pemasangan dan perawatan yang benar serta cara mendeteksi dan menangani phlebitis ▪ Edukasi pasien jika terjadi gejala seperti nyeri, kemerahan, atau pembengkakan disekitar area injeksi	▪ Pantau situs injeksi setidaknya sekali per shift atau sesuai SPO yang berlaku untuk mendeteksi tanda-tanda awal phlebitis ▪ Catat semua pengamatan dan tindakan perawatan yang dilakukan pada ERM pasien	Supervisi dari atasan langsung, komite mutu, komite PPI, katimker pelayanan medik, katimker pelayanan keperawatan,	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, Komite PPI, dan para Katimker	▪ SPO pencegahan phlebitis
Kejadian infeksi daerah operasi (IDO)	Komitmen untuk memastikan persiapan praoperasi, teknik operasi yang aseptik	▪ Edukasi rutin pada seluruh staf bedah mengenai teknik aseptik, kebersihan tangan, dan langkah mencegah infeksi ▪ Edukasi pasien mengenai pentingnya kebersihan dan perawatan luka pascaoperasi (merawat luka yang tepat, memantau luka operasi) dan tanda tanda infeksi	▪ Implementasi pemantauan dan melaporkan kejadian IDO ▪ Melakukan audit rutin terhadap prosedur bedah dan kepatuhan terhadap protokol pencegahan infeksi	Supervisi dari atasan langsung, komite mutu, komite PPI, katimker pelayanan medik, katimker pelayanan keperawatan,	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, Komite PPI, dan para Katimker	Kontrol lingkungan operasi (ventilasi yang efektif untuk mengurangi kontaminasi udara, batasi jumlah orang yang keluar dan masuk ruang operasi selama prosedur berlangsung untuk mengurangi risiko kontaminasi)
Kejadian tertimpa kasur	Komitmen untuk memastikan		Pemantauan dan pengawasan	Supervisi dari atasan langsung,	Ronde keselamatan pasien oleh	Memastikan kasur pasien

Nama Insiden	Komitmen	Edukasi	Pemantauan dan Pengawasan	Supervisi	Ronde Keselamatan Pasien	Sarana dan Prasarana, SPO, dll
	lingkungan pasien aman		lingkungan oleh petugas sesuai SPO yang berlaku	komite mutu, subkomite KPRS, Katimker Keperawatan	Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Katimker	senantiasa aman
Kejadian cedera akibat fiksasi	Komitmen petugas untuk melakukan fiksasi sesuai dengan teknik yang aman dan sesuai SPO	- Gunakan fiksasi hanya ketika semua alternatif lain telah dicoba namun tidak berhasil - Mengedukasi petugas untuk melakukan teknik deeskalasi verbal dan intervensi non fisik untuk mengurangi kebutuhan akan fiksasi fisik	Pemantauan kondisi pasien rutin untuk memastikan dalam kondisi baik dan tidak ada risiko cedera	Supervisi rutin terhadap pasien yang dilakukan fiksasi	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Katimker	Penggunaan peralatan fiksasi yang sesuai standar
Kejadian cedera terkena keramik	Komitmen petugas untuk memastikan kondisi lingkungan yang aman untuk pasien		Pemantauan rutin kondisi lingkungan	Supervisi dari atasan langsung	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Katimker	Desain ruangan yang aman dan memastikan tidak ada benda tajam atau berbahaya seperti keramik yang terlepas, alat alat yang runcing dll

Langkah-langkah PDSA untuk Insiden Keselamatan Pasien RS tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.89 PDSA Insiden Keselamatan Pasien RS Tahun 2024

	Plan	Do	Study	Act
Kejadian kesalahan pemberian label radiologi	Menetapkan standar prosedur pemberian label yang benar pada radiologi.	Implementasi prosedur pemberian label pada semua pemeriksaan radiologi.	Monitoring pemberian label pada setiap pemeriksaan radiologi.	Evaluasi prosedur pemberian label dan lakukan penyesuaian jika ditemukan kesalahan.
Kejadian keterlambatan penyampaian nilai kritis radiologi	Membuat prosedur standar pengiriman nilai kritis radiologi dengan prioritas.	Pengiriman nilai kritis dengan sistem prioritas di unit radiologi.	Evaluasi waktu pengiriman dan kepatuhan terhadap prosedur prioritas.	Penyesuaian prosedur jika pengiriman nilai kritis tidak sesuai waktu yang ditetapkan.
Kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium	Menyusun prosedur standar untuk identifikasi spesimen laboratorium yang jelas dan dapat diverifikasi.	Penerapan sistem labelisasi spesimen dan pelatihan staf laboratorium.	Pemantauan identifikasi spesimen laboratorium untuk mencegah tertukar.	Pembaruan sistem identifikasi atau pelatihan jika terjadi kesalahan dalam identifikasi spesimen.
Kejadian kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	Mengembangkan prosedur penyerahan hasil	Penyerahan hasil pemeriksaan oleh staf	Monitoring kepatuhan terhadap prosedur	Evaluasi dan penyesuaian prosedur jika penyerahan hasil

	pemeriksaan yang memastikan identifikasi pasien yang tepat.	laboratorium dengan verifikasi identitas pasien.	penyerahan hasil pemeriksaan.	tidak sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.
Ketidaktepatan waktu pelaporan hasil kritis laboratorium	Menetapkan batas waktu pelaporan hasil kritis dan memastikan sistem untuk pelaporan tepat waktu.	Implementasi sistem pelaporan hasil kritis dengan waktu yang jelas.	Evaluasi ketepatan waktu pelaporan hasil kritis dan identifikasi penyebab keterlambatan.	Penyesuaian sistem atau pelatihan untuk memastikan pelaporan tepat waktu.
Kejadian kesalahan peresepan obat	Membuat prosedur standar untuk peresepan obat yang aman, termasuk pengecekan dosis dan jenis obat.	Implementasi prosedur peresepan dengan pengecekan ganda oleh staf medis dan farmasi.	Monitoring kepatuhan terhadap prosedur peresepan obat dan identifikasi kesalahan yang terjadi.	Evaluasi dan perbaikan prosedur peresepan obat jika ditemukan kesalahan.
Kejadian kesalahan penyiapan obat	Mengembangkan prosedur standar penyiapan obat dengan memastikan kecocokan obat dengan resep.	Pelatihan staf dan penerapan prosedur penyiapan obat di seluruh unit medis.	Evaluasi kualitas penyiapan obat dan identifikasi kesalahan yang terjadi.	Penyesuaian prosedur atau pelatihan lebih lanjut untuk meningkatkan ketepatan penyiapan obat.
Kejadian kesalahan penyerahan obat	Menetapkan prosedur standar untuk penyerahan obat yang tepat dan aman.	Implementasi prosedur penyerahan obat dengan verifikasi pasien.	Monitoring kepatuhan terhadap prosedur penyerahan obat dan analisis penyebab kesalahan.	Penyesuaian prosedur penyerahan obat untuk memastikan ketepatan.
Kejadian kesalahan identitas pasien	Mengembangkan dan memperkuat prosedur identifikasi pasien dengan menggunakan dua identifikasi yang jelas.	Implementasi prosedur identifikasi pasien secara menyeluruh di semua unit.	Monitoring identifikasi pasien dan identifikasi faktor penyebab kesalahan identitas.	Evaluasi dan perbaikan prosedur identifikasi pasien jika kesalahan identitas terus terjadi.
Kejadian kesalahan pemberian diit	Menyusun prosedur pemberian diit yang sesuai dengan kondisi medis pasien.	Implementasi pemberian diit berdasarkan kebutuhan medis pasien.	Pemantauan kepatuhan terhadap pemberian diit sesuai prosedur.	Penyesuaian prosedur atau peningkatan pengawasan untuk mencegah kesalahan pemberian diit.
Kejadian pasien jatuh	Mengidentifikasi pasien berisiko tinggi jatuh dan menetapkan langkah pencegahan yang sesuai.	Implementasi langkah-langkah pencegahan seperti penggunaan alat bantu jalan dan pengawasan ketat pada pasien berisiko.	Evaluasi efektivitas langkah pencegahan dan data kejadian jatuh.	Penyesuaian prosedur atau peralatan untuk meningkatkan pencegahan jatuh pada pasien.
Kejadian pasien melarikan diri dari rumah sakit	Menetapkan prosedur pencegahan untuk pasien yang berisiko melarikan diri, seperti pengawasan ketat.	Penerapan pengawasan tambahan dan prosedur keamanan untuk pasien berisiko melarikan diri.	Monitoring kejadian pasien melarikan diri dan analisis penyebabnya.	Penyesuaian prosedur atau perbaikan pengawasan untuk meningkatkan keamanan pasien.
Kejadian perilaku kekerasan pasien oleh pasien lainnya (pada pasien psikiatri)	Menetapkan prosedur penanganan pasien psikiatri dengan potensi kekerasan, termasuk	Implementasi prosedur keamanan di unit psikiatri untuk mencegah kekerasan antar pasien.	Evaluasi efektivitas pengawasan dan tindakan pencegahan kekerasan.	Penyesuaian prosedur atau peningkatan pelatihan bagi staf dalam menangani pasien psikiatri berisiko kekerasan.

	pengawasan dan dukungan medis.			
Kejadian bunuh diri	Menetapkan prosedur pencegahan bunuh diri untuk pasien berisiko.	Penerapan pemantauan lebih ketat untuk pasien psikiatri berisiko bunuh diri.	Monitoring pasien dengan risiko bunuh diri dan mengevaluasi langkah-langkah pencegahan yang sudah dilakukan.	Penyesuaian prosedur atau penguatan pemantauan untuk mencegah kejadian bunuh diri.
Kejadian mencederai diri sendiri	Menetapkan prosedur identifikasi dan pengawasan ketat pada pasien yang berisiko mencederai diri sendiri.	Pengawasan intensif terhadap pasien dengan riwayat mencederai diri dan evaluasi psikologis.	Evaluasi kejadian pasien yang mencederai diri sendiri dan identifikasi faktor penyebab.	Penyesuaian prosedur pengawasan atau peningkatan intervensi psikologis pada pasien berisiko.
Kejadian kesalahan pemberian obat <i>high alert</i>	Menyusun prosedur khusus untuk obat-obatan dengan status <i>high alert</i> , termasuk verifikasi ganda.	Implementasi verifikasi ganda pada saat pemberian obat <i>high alert</i> oleh staf medis.	Monitoring ketepatan pemberian obat <i>high alert</i> dan evaluasi kejadian kesalahan pemberian.	Penyesuaian prosedur atau peningkatan pelatihan mengenai pemberian obat <i>high alert</i> untuk mengurangi kesalahan.
Kejadian kesalahan pemberian obat di ruang rawat inap	Membuat prosedur pemberian obat yang jelas di ruang rawat inap dengan pencatatan yang baik.	Penerapan prosedur pemberian obat dengan pencatatan dan verifikasi yang ketat di ruang rawat inap.	Evaluasi kesalahan pemberian obat di ruang rawat inap dan identifikasi akar penyebab kesalahan.	Penyesuaian prosedur atau peningkatan pelatihan di ruang rawat inap untuk meminimalkan kesalahan pemberian obat.
Kejadian listrik mati	Menyusun prosedur untuk pengelolaan kejadian listrik mati dan backup daya yang memadai di rumah sakit.	Implementasi sistem cadangan listrik yang handal dan pengawasan teknis.	Pemantauan dan evaluasi kesiapan sistem cadangan listrik rumah sakit.	Penyesuaian sistem cadangan daya atau peningkatan pemeliharaan perangkat untuk menghindari kejadian listrik mati.
Kejadian reaksi transfusi	Membuat prosedur untuk memantau dan mencegah reaksi transfusi yang tidak diinginkan, termasuk pemeriksaan pendahuluan pasien.	Implementasi prosedur pemeriksaan sebelum transfusi dan pengawasan selama transfusi.	Evaluasi kejadian reaksi transfusi dan identifikasi faktor penyebabnya.	Penyesuaian prosedur transfusi atau peningkatan pemantauan untuk mencegah reaksi transfusi yang lebih serius.
Kejadian Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)	Menyusun prosedur standar untuk pengelolaan infeksi aliran darah perifer, termasuk teknik aseptik dalam pemasangan infus.	Penerapan teknik aseptik dan pengawasan ketat pada pemasangan infus.	Evaluasi frekuensi kejadian phlebitis dan identifikasi faktor penyebab infeksi.	Penyesuaian prosedur aseptik atau penggunaan alat yang lebih aman dalam pemasangan infus.
Kejadian Infeksi Saluran Kencing (ISK)	Menetapkan prosedur untuk pencegahan ISK, termasuk kebersihan yang baik dan penggunaan kateter yang tepat.	Implementasi pencegahan ISK dengan kebersihan yang baik dan teknik penggunaan kateter yang benar.	Monitoring kejadian ISK dan identifikasi prosedur yang perlu diperbaiki.	Penyesuaian prosedur kebersihan atau penggunaan alat medis yang lebih sesuai untuk mencegah ISK.
Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)	Menyusun prosedur sterilisasi area operasi dan penggunaan	Penerapan prosedur sterilisasi yang ketat dan pemantauan	Evaluasi kejadian IDO dan identifikasi kesalahan dalam prosedur	Penyesuaian prosedur sterilisasi atau penggunaan antibiotik yang lebih tepat.

	antibiotik profilaksis sebelum operasi.	penggunaan antibiotik selama dan setelah operasi.	sterilisasi atau pemberian antibiotik.	
Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	Menetapkan prosedur pencegahan pneumonia yang terkait dengan ventilator (VAP), termasuk perawatan trakeostomi yang tepat.	Penerapan teknik pencegahan VAP dan pengawasan perawatan trakeostomi yang ketat.	Pemantauan kejadian VAP dan evaluasi efektivitas prosedur pencegahan.	Penyesuaian prosedur perawatan trakeostomi atau penggunaan alat yang lebih efektif untuk mencegah VAP.
Kejadian Dekubitus	Menyusun prosedur untuk pencegahan dekubitus melalui perawatan kulit dan perubahan posisi pasien secara berkala.	Penerapan prosedur pencegahan dekubitus dengan pengawasan dan perubahan posisi pasien.	Evaluasi kejadian dekubitus dan identifikasi penyebabnya.	Penyesuaian prosedur perawatan pasien atau peningkatan pengawasan dalam pencegahan dekubitus.
Kejadian Hospital-Acquired Pneumonia (HAP)	Menyusun prosedur untuk pencegahan pneumonia yang didapat di rumah sakit (HAP), termasuk pengawasan pernapasan dan teknik pencegahan infeksi.	Penerapan pengawasan ketat terhadap kondisi pernapasan pasien dan pencegahan infeksi di ruang rawat inap.	Evaluasi kejadian HAP dan identifikasi penyebabnya.	Penyesuaian prosedur perawatan pernapasan atau peningkatan pencegahan infeksi di rumah sakit.
Kejadian Scabies	Menyusun prosedur pencegahan dan pengobatan scabies, termasuk pemeriksaan rutin dan pemberian pengobatan yang tepat.	Penerapan pemeriksaan rutin untuk deteksi scabies dan pengobatan pasien yang terinfeksi.	Monitoring kejadian scabies dan evaluasi efektivitas prosedur pengobatan.	Penyesuaian prosedur pemeriksaan atau pengobatan scabies yang lebih efisien.
Kejadian pedikulosis pada pasien psikiatri	Menyusun prosedur untuk pencegahan dan pengobatan pedikulosis, termasuk pemeriksaan rutin pada pasien psikiatri.	Implementasi pemeriksaan rutin dan pemberian pengobatan untuk pasien dengan pedikulosis.	Evaluasi kejadian pedikulosis dan analisis penyebabnya.	Penyesuaian prosedur pemeriksaan atau penggunaan pengobatan yang lebih tepat.
Kejadian konjungtivitis pada pasien psikiatri	Menetapkan prosedur pencegahan dan pengobatan konjungtivitis pada pasien psikiatri, termasuk pengawasan kebersihan mata.	Pengawasan kebersihan mata pasien psikiatri dan pemberian pengobatan yang tepat jika ditemukan gejala.	Monitoring kejadian konjungtivitis dan evaluasi efektivitas pengobatan.	Penyesuaian prosedur pencegahan atau peningkatan pengobatan pasien psikiatri yang terkena konjungtivitis.
Kejadian lain-lain	Mengidentifikasi jenis-jenis kejadian lain yang mungkin terjadi dan menyusun prosedur pencegahan umum.	Implementasi prosedur pencegahan berdasarkan jenis kejadian lain yang terdeteksi.	Evaluasi kejadian-kejadian lain dan identifikasi faktor penyebab yang lebih umum.	Penyesuaian prosedur pencegahan atau peningkatan pengawasan di area yang berisiko.

Langkah-langkah PDSA untuk Insiden Keselamatan Pasien berdasarkan jenis kejadian di RS tahun 2024 dirumuskan sebagai berikut:

Tabel 5.90 PDSA Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Jenis Kejadian di RS Tahun 2024

	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 peningkatan 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

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

Komponen Budaya Keselamatan:

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

11 Prinsip Budaya Keselamatan:

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

10. Secara proaktif menilai kekuatan dan kerentanan sistem, dan memprioritaskannya untuk perbaikan atau peningkatan.
11. Ulangi evaluasi budaya keselamatan setiap 18 hingga 24 bulan untuk meninjau kemajuan dan mempertahankan peningkatan.

Hal-hal penting menuju budaya keselamatan RS adalah:

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

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

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



Pelaporan Kejadian Yang Tidak Mendukung Budaya Keselamatan RS

Kondisi yang dicapai saat ini:

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

Kendala dan permasalahan:

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

Rekomendasi:

1. Kampanye *no blamming culture*.
2. Mempertahankan dan mengembangkan program-program keselamatan pasien yang telah berjalan.
3. Memelihara budaya keselamatan RS yang telah berjalan.
4. Melaksanakan evaluasi secara berkelanjutan terhadap penerapan budaya keselamatan secara menyeluruh dan berkesinambungan agar berjalan efektif dan efisien.
5. Sosialisasi terus menerus agar PPA melaporkan perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan.
6. Segera melaporkan kejadian jika ditemukan perilaku tidak mendukung budaya keselamatan (RS sudah mempunyai sistem pelaporan yang aman dan rahasia).

5.9 Pencapaian Manajemen Risiko RS

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

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

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

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

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

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

Ruang lingkup manajemen risiko rumah sakit meliputi:

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

Pengelompokan manajemen risiko berdasarkan kategori risiko adalah:

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

Pengelompokan manajemen risiko berdasarkan jenisnya adalah:

1. Risiko Klinis.
2. Risiko Non Klinis.

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko memiliki fungsi:

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pengumpulan risk register unit kerja sebanyak 20 risk register unit kerja.
2. Pendampingan ke unit kerja dilakukan oleh Subkomite Manajemen Risiko.
3. Penyusunan Profil Risiko RS tahun 2024.
4. Penyusunan Risk register RS tahun 2024.
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 Subkomite 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 Subkomite 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	Pelatihan dan Kesadaran Risiko	- Pelatihan Staf: Pelaksanaan pelatihan reguler mengenai manajemen risiko untuk seluruh staf rumah sakit. Pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran mengenai pentingnya manajemen risiko dalam menjaga keselamatan pasien dan operasional. - Pelatihan Manajemen Risiko sebagai berikut: - Penyusunan Risk Register dan FMEA Unit Kerja melalui Kelas Kecil. - Seminar Online Zoom Risk Management ISO 31000:2018, tanggal 15 Februari 2024. - Workshop "<i>Peningkatan Kapasitas SDM tentang Manajemen Risiko di RS</i>", tanggal 20–22 Mei 2024 di Harris Hotel Batam Centre. - Workshop "<i>Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</i>" yang diselenggarakan oleh IKPRS–PERSI pada tanggal 31 Mei–01 Juni 2024 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta - Edukasi Berkelanjutan: Program edukasi berkelanjutan mengenai perubahan dalam kebijakan manajemen risiko dan teknik terbaru dalam mitigasi risiko.
	Monitoring dan Evaluasi	- Pemantauan Risiko: Melakukan koordinasi dengan seluruh unit kerja untuk pengelolaan dan pemantauan risiko. Pemantauan terus-menerus terhadap risiko yang telah diidentifikasi dan pelaksanaan strategi mitigasi. Penggunaan indikator kinerja untuk mengukur efektivitas tindakan mitigasi yang diterapkan. - Evaluasi Kinerja: Evaluasi kinerja sistem manajemen risiko dilakukan secara berkala untuk menilai pencapaian dan mengidentifikasi area perbaikan.
	Hasil dan Dampak	- Pencapaian Positif: Sistem manajemen risiko yang diterapkan telah berhasil mengidentifikasi dan mengelola risiko utama dengan lebih baik. Ini telah berkontribusi pada peningkatan keselamatan pasien dan efisiensi operasional. - Tantangan: Beberapa tantangan yang dihadapi termasuk kebutuhan untuk penyesuaian lebih lanjut pada sistem manajemen risiko dan peningkatan keterlibatan seluruh staf dalam proses manajemen risiko.

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

5.9.1 Risk Register dan Profil Risiko Rumah Sakit

Risk register rumah sakit adalah daftar risiko yang berisi pencatatan bagaimana rumah sakit akan mengelola risiko di area kerjanya. *Risk Register* RS tahun 2024 merupakan hasil kompilasi dari risk register unit kerja di rumah sakit. Selama tahun 2024 terdapat 20 *risk register* unit kerja yang mencakup 149 pernyataan risiko.

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 2024 ditetapkan melalui SK Direktur Utama Nomor HK.02.03/D.XXXV/1232/2024. Adapun Profil Risiko RS tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel 5.86 Profil Risiko Rumah Sakit Tahun 2024

No	Kategori Risiko	Pernyataan Risiko	Akar Masalah (Penyebab Utama Risiko)	Dampak (D)	Probabilitas (P)	Scoring	Rangking	Ruang Lingkup
1	Operasional	Terjadinya perilaku kekerasan antar pasien	Pasien akut, gelisah, dikendalikan halusinasi	5 - Sangat Tinggi	5 - Hampir Pasti Terjadi	25	1	Pasien
2	Fraud	Dokumen pengadaan tidak lengkap	Dokumen lampiran TOR yang tidak tajam, Spesifikasi dan HPS yang tidak akurat	5 - Sangat Tinggi	4 - Sering Terjadi	20	2	Fasilitas
3	Fraud	Kualifikasi mengarah ke salah satu penyedia	Conflict of interest	5 - Sangat Tinggi	4 - Sering Terjadi	20	3	Bisnis RS
4	Operasional	Barang tidak sesuai kebutuhan	Conflict of interest	5 - Sangat Tinggi	4 - Sering Terjadi	20	4	Bisnis RS
5	Operasional	Kesalahan Narasi	Kompetensi yang kurang	5 - Sangat Tinggi	4 - Sering Terjadi	20	5	Bisnis RS
6	Fraud	Manipulasi Dokumen	1. Penyalahgunaan wewenang 2. Persekongkolan	5 - Sangat Tinggi	4 - Sering Terjadi	20	6	Bisnis RS
7	Legal	Post Bidding	1. Persekongkolan 2. Gratifikasi	5 - Sangat Tinggi	4 - Sering Terjadi	20	7	Bisnis RS
8	Reputasi	Petugas keliru menetapkan pemenang	1. SDM Tidak kompeten 2. kelalaian	5 - Sangat Tinggi	4 - Sering Terjadi	20	8	Bisnis RS
9	Legal	Pemenang yang ditetapkan bukan yang seharusnya menang	1. COI 2. persekongkolan antar penyedia	5 - Sangat Tinggi	4 - Sering Terjadi	20	9	Bisnis RS
10	Legal	RS menghadapi kasus hukum	RS menghadapi kasus hukum dari masyarakat	5 - Sangat Tinggi	4 - Sering Terjadi	20	10	Bisnis RS

No	Kategori Risiko	Pernyataan Risiko	Akar Masalah (Penyebab Utama Risiko)	Dampak (D)	Probabilitas (P)	Scoring	Rangking	Ruang Lingkup
akibat proses pengadaan								
11	Operasional	Karena ruangan kekurangan perawat mungkin saja pasien tidak tertangani segera sehingga dapat terjadi cedera pada pasien dan pasien tidak tertangani, komplain keluarga	Ruangan kekurangan perawat	4 - Tinggi	5 - Hampir Pasti Terjadi	20	11	Staf Medis
12	Operasional	Terjadinya insiden	a. tata ruang yang tidak efektif b. penggunaan material/bahan yang tidak sesuai jenis layanan	4 - Tinggi	5 - Hampir Pasti Terjadi	20	12	Nakes Lain
13	Operasional	Terjadinya insiden	a. tata ruang yang tidak efektif b. penggunaan material/bahan yang tidak sesuai jenis layanan	4 - Tinggi	5 - Hampir Pasti Terjadi	20	13	Lingkungan
14	Legal	Risiko pencatatan Rekam Medis elektronik tidak berjalan dengan baik (<80%)	Kegagalan sistem ERM	4 - Tinggi	5 - Hampir Pasti Terjadi	20	14	Fasilitas
15	Operasional	Ketidaktepatan perencanaan dari jenis dan jumlah kebutuhan sediaan farmasi	Data penggunaan sediaan farmasi dan BMHP tidak akurat Perubahan pola persepsian dan penyakit Anggaran yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan	4 - Tinggi	4 - Sering Terjadi	16	15	Nakes Lain
16	Operasional	Keterlambatan pengiriman barang dari penyedia barang.	Terlambat membuat permintaan barang ke Penyedia. Persediaan kosong di penyedia. Keterlambatan pembayaran pembelian oleh RS	4 - Tinggi	4 - Sering Terjadi	16	16	Nakes Lain

No	Kategori Risiko	Pernyataan Risiko	Akar Masalah (Penyebab Utama Risiko)	Dampak (D)	Probabilitas (P)	Scoring	Rangking	Ruang Lingkup
17	Operasional	Dapat mengakibatkan pada petugas pengangkut linen mengalami infeksi dan penyakit	Bisa Terinfeksi bakteri dan kotoran lain	4 - Tinggi	4 - Sering Terjadi	16	17	Nakes Lain
18	Fraud	Intervensi Atasan	1. Penyalahgunaan wewenang 2. Gratifikasi	4 - Tinggi	4 - Sering Terjadi	16	18	Bisnis RS
19	Fraud	Penyalahgunaan Alat	Integritas yang rendah Conflict of Interest	4 - Tinggi	4 - Sering Terjadi	16	19	Integritas
20	Operasional	Tidak tersedianya tenaga medis sesuai kebutuhan pelayanan	Rendahnya standar gaji yang ditentukan	4 - Tinggi	4 - Sering Terjadi	16	20	Staf Medis
21	Operasional	Terjadinya pasien yang melarikan diri dari RS	Pasien gelisah, dikendalikan halusinasi, terdapat akses untuk melarikan diri, pengawasan kurang	4 - Tinggi	4 - Sering Terjadi	16	21	Pasien
22	Operasional	Terjadinya pasien bunuh diri di RS	Pasien akut, gelisah, dikendalikan halusinasi	4 - Tinggi	4 - Sering Terjadi	16	22	Pasien
23	Keuangan	Risiko gagal claim akibat keterlambatan dalam penerbitan SEP pasien Rawat Inap.	- Pasien tidak mengerti prosedur BPJS - Pasien memiliki denda premi BPJS - Petugas Lalai dalam mengingatkan Pasien - Koordinasi yang kurang baik antara TPP & Penata Jasa	4 - Tinggi	4 - Sering Terjadi	16	23	Keuangan
24	Operasional	Ketidaktepatan verifikasi resep	Resep sesuai dengan Instruksi pengobatan dalam <i>e-rekam medik</i> Resep tidak sesuai dengan restriksi obat, dalam Formularium Nasional. Jumlah resep yang diverifikasi tidak sebanding	5 - Sangat Tinggi	3 - Kadang Terjadi	15	24	Pasien

No	Kategori Risiko	Pernyataan Risiko	Akar Masalah (Penyebab Utama Risiko)	Dampak (D)	Probabilitas (P)	Scoring	Rangking	Ruang Lingkup
			dengan jumlah SDM sehingga beban kerja berlebih yang berpotensi menyebabkan <i>human error</i>					
25	Operasional	Suatu kondisi pasien dengan operasi cito	Kelengkapan pemeriksaan penunjang tidak sinkron	5 - Sangat Tinggi	3 - Kadang Terjadi	15	25	Pasien
26	Operasional	Apabila tidak dilakukan pencucian dengan baik dan benar serta teliti akan menyebabkan infeksi penyakit	Apabila tidak dilakukan pencucian dengan baik dan benar serta teliti akan menyebabkan infeksi penyakit	5 - Sangat Tinggi	3 - Kadang Terjadi	15	26	Nakes Lain

Dari tabel diatas terdapat risiko dengan nilai tertinggi yaitu terjadinya perilaku kekerasan antar pasien

5.9.2 Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)

Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) adalah metode sistematis untuk mengidentifikasi proses berisiko tinggi, penyebab kesalahan, dan cara menyelesaikan permasalahan tersebut. FMEA ini bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mengurangi risiko perilaku kekerasan antar pasien di rumah sakit. Berdasarkan Profil Risiko RS tahun 2024, risiko tertinggi yang diidentifikasi adalah **terjadinya perilaku kekerasan antar pasien**, dengan skor risiko **25**.

Langkah-Langkah FMEA:

1. Pilih Proses yang Berisiko Tinggi dan Membentuk Tim
 - o Proses yang dipilih adalah pengelolaan perilaku pasien di area rawat inap yang berisiko terjadi kekerasan.
 - o Dibentuk tim multidisiplin yang terdiri dari dokter, perawat, petugas keamanan, dan staf administrasi.
2. Membuat Diagram atau Alur Proses
 - o Alur proses dibuat untuk memahami langkah-langkah yang terlibat dalam pengelolaan pasien rawat inap, mulai dari penerimaan pasien, penempatan ruangan, hingga pengawasan pasien.
3. Menentukan Modus Kegagalan Potensial dan Dampak/Efek
 - o Modus kegagalan potensial:
 - Ketidakesuaian penempatan pasien (misalnya, pasien dengan gangguan psikologis ditempatkan di ruang umum).
 - Kurangnya pengawasan di area rawat inap.
 - Ketidakstabilan emosional pasien yang tidak terdeteksi.
 - o Dampak/Efek:
 - Cedera fisik dan trauma psikologis pada pasien lain.
 - Penurunan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan RS.
4. Melakukan Prioritisasi Modus Kegagalan
 - o Prioritisasi dilakukan dengan menghitung Risk Priority Number (RPN) menggunakan formula: $RPN = Severity \times Occurrence \times Detection$.
 - o RPN tertinggi adalah 504 yaitu data asesmen pasien tidak lengkap.

- Modus kegagalan dengan nilai RPN tertinggi menjadi fokus utama mitigasi.
- 5. Identifikasi Akar Masalah dari Modus Kegagalan
 - **Akar masalah:**
 - Kurangnya pelatihan staf untuk mendeteksi tanda-tanda kekerasan.
 - Tidak adanya protokol pengawasan khusus untuk pasien berisiko tinggi.
 - Ketidacukupan jumlah staf di area rawat inap.
- 6. Redesain Proses
 - Redesain mencakup:
 - Penyusunan protokol pengawasan pasien rawat inap.
 - Penempatan pasien berdasarkan tingkat risiko (misalnya, pasien dengan risiko tinggi ditempatkan di ruang khusus).
 - Peningkatan pelatihan staf untuk mendeteksi tanda-tanda agresi.
- 7. Uji Coba dan Analisis Proses Baru
 - Proses baru diuji coba pada unit tertentu dengan pemantauan ketat terhadap efektivitas protokol baru.
 - Hasil uji coba dievaluasi untuk mengidentifikasi kelemahan dan memperbaikinya sebelum implementasi penuh.
- 8. Implementasi dan Monitoring Proses Baru
 - Proses baru diimplementasikan secara menyeluruh di seluruh area rawat inap.
 - Monitoring dilakukan secara berkala untuk memastikan protokol berjalan sesuai rencana dan risiko kekerasan antar pasien berkurang.

Hasil yang Diharapkan

1. Penurunan insiden kekerasan antar pasien di rumah sakit.
2. Meningkatnya rasa aman dan kepuasan pasien terhadap layanan RS.
3. Terciptanya lingkungan rawat inap yang lebih kondusif dan bebas konflik.

5.9.3 Hazard Vulnerability Analysis (HVA)

Hazard Vulnerability Analysis (HVA) merupakan instrumen untuk menilai kerentanan rumah sakit terhadap kondisi darurat dan/ atau bencana baik yang berasal dari internal maupun eksternal rumah sakit.

Hasil Penilaian HVA

Berdasarkan hasil penilaian HVA dan analisa skor risikonya maka didapatkan tiga prioritas bahaya sebagai berikut:

1. Badai Petir : 37%
2. Gangguan Listrik : 37%
3. Terpapar Radiologi : 9%

Ancaman Risiko tertinggi untuk bencana yang mungkin terjadi di RSMM tahun 2024 adalah **Badai Petir dan Gangguan Listrik**.

Tabel 5.87 Skor Analisis HVA

No	Total %	Analisis
1	100–75%	Konsekuensi serius dengan sedikit kemampuan
2	74–50%	Konsekuensi menengah dengan beberapa kemampuan
3	49–25%	Minor konsekuensi dengan kemampuan baik
4	24–0%	Sedikit atau tidak ada konsekuensi dengan kemampuan yang sangat baik

Rekomendasi:

Dari hasil diatas maka dapat ditindaklanjuti dengan membuat program untuk meminimalisir atau menghilangkan ketiga ancaman bencana diatas. Program tersebut diantaranya adalah

1. Badai Petir

a. Pencegahan dan Mitigasi (*Prevention And Mitigation*)

Usulan untuk rumah sakit dalam rangka pencegahan dan mitigasi (mengurangi dampak risiko) bencana di antaranya:

- 1) Monitoring pemeliharaan fasilitas, bangunan dan gedung.
- 2) Pemasangan grounding yang baik.
- 3) Pemasangan alat penangkap petir (Lightning Protection).
- 4) Membuat SOP Antisipasi Petir.
- 5) Menerapkan Sistem Peringatan Dini (Early Warning Systems) dan paging system dengan efektif di Rumah Sakit.

b. Kesiapsiagaan (*Preparedness*)

- 1) Pelatihan/Training Staf:
 - Training Hospital Disaster (minimal 1 x/tahun)
- 2) Simulasi (Drills)
 - Simulasi Petir (minimal 2x/tahun)
 - Simulasi Bencana/Musibah Massal/Disaster Drills (minimal 1x/tahun)

2. Gangguan Listrik

a. Pencegahan dan Mitigasi (*Prevention And Mitigation*)

Usulan untuk rumah sakit dalam rangka pencegahan dan mitigasi (mengurangi dampak risiko) bencana di antaranya.:

- 2) Monitoring berkala terhadap instalasi kelistrikan di RS.
- 3) Pemeliharaan dan uji beban rutin genset.
- 4) Pemeliharaan dan uji beban UPS.
- 5) Monitor dampak gangguan listrik pada kesiapan IT.
- 6) Monitor dampak gangguan listrik pada kesiapan ketersediaan air.
- 7) Menerapkan Sistem Peringatan Dini (Early Warning Systems) dan paging system di Rumah Sakit.

b. Kesiapsiagaan (*Preparedness*)

- 1) Pelatihan/Training Staf:
 - Training Hospital Disaster (minimal 1 x/tahun)
- 2) Simulasi (Drills)
 - Simulasi Bencana/Gangguan Listrik (minimal 1x/tahun)

3. Terpapar Radiologi

a. Pencegahan dan Mitigasi (*Prevention And Mitigation*)

Usulan untuk rumah sakit dalam rangka pencegahan dan mitigasi (mengurangi dampak risiko) bencana di antaranya.:

- 2) Pembatasan waktu paparan.
- 3) Penggunaan pelindung radiasi.
- 4) Penggunaan pelindung untuk pasien.
- 5) Perawatan alat radiologi yang rutin.
- 6) Pelatihan dan dukasi tenaga medis.
- 7) Pengawasan paparan radiasi secara berkala.

b. Kesiapsiagaan (*Preparedness*)

- 1) Pelatihan/Training Staf.
- 2) Penyediaan Alat Pelindung Diri (APD) yang memadai.
- 3) Prosedur dan protokol keamanan yang ketat.
- 4) Pemantauan radiasi.

- 5) Kesiapan tanggap darurat.
- 6) Kesehatan rutin dan kalibrasi alat secara berkala.
- 7) Sosialisasi dan penyuluhan kepada pasien.

5.9.4 Hospital Safety Index (HSI)

Hospital Safety Index (HSI) merupakan salah satu alat bantu manajemen untuk memastikan kesiapan terhadap keselamatan rumah sakit ketika terjadi bencana, baik bencana internal maupun bencana eksternal.

Analisa Hasil HSI

1. Module-Specific Indeks

Tabel 5.87 Modul HSI

No	Modul	Safety Index	Vulnerability Index
1	Structural safety (MODULE 2)	0,38	0,63
2	Nonstructural safety (MODULE 3)	0,55	0,45
3	Emergency and disaster management (MODULE 4)	0,36	0,64

Tabel 5.87 Kategori HSI

Hospital Safety Index	Category
0–0,35	C
0,36–0,65	B
0,66–1	A

Tabel 5.87 Health Facility Status

No	Modul	Health Facility Status
1	Structural safety (MODULE 2)	b
2	Nonstructural safety (MODULE 3)	b
3	Emergency and disaster management (MODULE 4)	b

2. Overall Safety Indeks

Overall safety index : 0,42

Overall Health Facility Status : B

Fasilitas Kesehatan dinilai dapat bertahan pada situasi bencana, tetapi peralatan dan pelayanan penting lainnya berada dalam risiko.

Rekomendasi:

1. Dari hasil diatas maka dapat ditindaklanjuti dengan membuat program untuk meningkatkan kewaspadaan rumah sakit dalam menghadapi ancaman bencana. Program tersebut diantaranya adalah:
 - a. Pembentukan Tim Penanggulangan Bencana.
 - b. Pembuatan alur komunikasi internal dan eksternal. Adapun pelaksanaannya adalah sebagai berikut:
 - Pembuatan SOP Komunikasi Saat Bencana
 - Pembuatan nomor telepon darurat dan dipajang di setiap unit rumah sakit
 - Melakukan pelatihan dan simulasi bencana
 - c. Pengadaan peralatan evakuasi

2. Rencana Tindak Lanjut

No	Item Check	PIC	Due date	Status
1	Pembentukan tim penanggulangan bencana	K3		Open
2	Pengadaan peralatan evakuasi	K3		Open
3	Penunjukan tempat alternatif untuk pelayanan operasional saat keadaan <i>emergency</i>	Direktur Medik dan Keperawatan		Open
4	Pembuatan nomor telepon darurat dan dipajang di setiap unit rumah sakit	Manager RT & TU		Open
5	Pembuatan SOP Komunikasi Saat Bencana	K3		Open
6	Melakukan pelatihan dan simulasi bencana	K3		Open

5.9.5 Infection Control Risk Assessment (ICRA)

ICRA merupakan proses multidisiplin yang bertujuan untuk mengurangi risiko infeksi pada fasilitas pelayanan kesehatan. Proses ini mendokumentasikan upaya untuk mempertimbangkan populasi pasien, fasilitas dan program yang ada.

Daftar ICRA RS tahun 2024:

1. Kajian ICRA Layanan

Tabel 5.88 Kajian ICRA Layanan Tahun 2024

No	Lokasi	Area Kegiatan	Kategori	Jenis Insiden	Kemungkinan akar masalah	Dampak
Surveillance						
1	Kamar Bedah	Tindakan Sectio Caesaria	HAIS	IDO	Perlakuan Luka tidak bersih di rumah Riwayat Kehamilan berisiko	Morbiditas Lama pemulihan
2	ICU	Pemasangan Infus	HAIS	PLABSI Esktravasasi	Pemberian cairan elektrolit pekat: Bicnat Kategori pasien Lansia Elastisitas pembuluh darah berkurang Akses pemberian cairan di vena perifer	Morbiditas Rasa terbakar Nyeri
3	Ranap Umum dan ICU	Pemasangan Infus	HAIS	Plebitis	Mobilisasi fisik-Mekanik Kondisi pasien Gelisah dan Penurunan kesadaran	Nyeri Bengkak
Kewaspadaan Isolasi						
Kewaspadaan Standar						
1	Ranap	Pembuangan Limbah	Kepatuhan	Sarang Vektor	Kelalaian petugas dalam melaksanakan SPO	Peningkatan cost RS dalam pemeliharaan
2	Ranap	Pemrosesan Alat Kesehatan	Kepatuhan	Kerusakan alkes	Kelalaian petugas dalam melaksanakan SPO	Peningkatan kebutuhan alkes baru
3	Ranap	Pengelolaan Linen- laundry	Kepatuhan	Linen terkontaminasi	Kelalaian petugas dalam melaksanakan SPO	Kejadian infeksi kulit pada pasien
4	Laboratorium	Sampling	Kepatuhan	Kelalaian Penyediaan wadah limbah	Kelalaian petugas dalam melaksanakan SPO	Kontaminasi lingkungan saat sampling
5	Ranap	Penyuntikan aman	Kepatuhan	Tidak melakukan alkohol pada perfusor	Kelalaian petugas dalam melaksanakan SPO	Masuknya mikroorganisme ke saluran insersi
Kewaspadaan Transmisi						
1	Tidak adanya R.Isolasi	Tatalaksana KLB	Operasional	KLB	Pengurangan Kapasitas TT	Jika terjadi KLB maka kesiapan

No	Lokasi	Area Kegiatan	Kategori	Jenis Insiden	Kemungkinan akar masalah	Dampak
	Tekanan negatif					ruangan Isolasi akan lama berprosesnya
2	Ranap	Kebutuhan R. Isolasi dengan Rujukan Internal	Operasional	TBC/ Covid	Pengurangan Kapasitas TT	Paparan Infeksi via airborne
Pencegahan Infeksi Dengan Bundles						
1	Ranap Jiwa	Pencegahan Pedikulosis	Kepatuhan Bundles	Pedikulosis	Kebersihan Diri di rumah terabaikan	Penyebaran Di Ruang Rawat Inap Jiwa selanjutnya bundles pencegahan infeksi dikerjakan seriap hari
2	Ranap Anak	Operasi Appendiktomi	Kepatuhan Bundles	IDO	Bundles Paska Operasi: Perlakukan terhadap luka tidak maksimal karena kondisi ketidakmampuan anak	Nyeri
3	ICU	Pemasangan kateter	Pencegahan infeksi	ISK	Infeksi sebelum masuk RS	Nyeri
Pendidikan dan Pelatihan						
1	Ranap- Rajal	Pelaksanaan Kewaspadaan Standar	Kepatuhan	HAIS	Kesibukan bekerja	Ketidaktahuan Prosedur Pelanggaran SPO dalam PPI
2	Ranap Rajal	Pelaksanaan Kewaspadaan Standar	Kepatuhan	HAIS	TNA belum tercapai	Ketidaktahuan Prosedur Pelanggaran SPO
Penggunaan Antimikroba Bijak						
1	Kamar Operasi	Tindakan SC	Kepatuhan Pada Pemberian Propilaksis	IDO	Kelalaian dalam Pelaksanaan SPO Penggunaan AB Propilaksis dan pengalaman klinis	MDR
2	Kamar Operasi	Bedah Umum	Kepatuhan Pada Pemberian Propilaksis	IDO	Kelalaian dalam Pelaksanaan SPO Penggunaan AB Propilaksis dan pengalaman klinis	MDR

2. Kajian ICRA Pelayanan Penunjang

Tabel 5.89 Kajian ICRA Pelayanan Penunjang Tahun 2024

No	Lokasi	Area Kegiatan	Kategori	Jenis Insiden	Kemungkinan akar masalah	Dampak
Pelayanan CSSD						

No	Lokasi	Area Kegiatan	Kategori	Jenis Insiden	Kemungkinan akar masalah	Dampak
1	Ruang Penyimpanan	Pemantauan Suhu	Kewaspadaan Standart	HAIs/ Infeksi Lainnya	Kurangnya jadwal pemeliharaan	Ruangan panas dan
2	Halaman	Pengendalian Vektor: Kucing	Kewaspadaan Transmisi	HAIs/ Infeksi Lainnya	Banyaknya pintu masuk ke RS yang mudah dilalui kucing	Mengotori area halaman dan penyebab infeksi
3	Penerimaan Alkes Kotor	Penundaan Precleaning	Kewaspadaan Transmisi	HAIs/ Infeksi Lainnya	Menunggu Alkes dari Ruang lain agar pemrosesan dapat sekaligus sekali tindakan	Alkes kering masih ada noda Karatan Alkes Rusak
4	Area Pengemasan dan sterilisasi	Penggunaan APD	Kewaspadaan Transmisi	HAIs/Infeksi Lainnya	Kelalaian	Kesehatan karyawan
Pelayanan Binatu						
1	Unit laundry	Pembuangan Limbah APD: Sarung dan masker	Kepatuhan Kewaspadaan Standar	Pengotoran lingkungan kerja	Kelalaian dalam melaksanakan prosedur, sementara fasilitas tersedia	Menjadi sarang vector dan mempercepat terjadi infeksi
2	Area Pelipatan	Penggunaan APD saat bekerja	Kepatuhan Kewaspadaan Standart	Jatuhnya rambut sebagai sumber infeksi	Kelalaian dan demotivasi dalam melaksanakan SPO	Risiko menyebarkan vector/ kotoran kepala ke linen bersih
3	Distribusi Linen bersih	Pelanggaran Keluar-masuk distribusi linen	Kewaspadaan Transmisi	Kontaminasi linen bersih	Tidak ada sarana transportasi Staf Pengemudi kurang	Risiko linen bersih terkontaminasi Risiko Gangguan kulit pada pasien
4	Area Penempatan Mesin Cuci dan Pintu Masuk Penerimaan Linen kotor	Pembersihan Area kerja	Kepatuhan Kewaspadaan Standart/ 5R	Sarana kolonisasi mikro-organisme	Kurangnya pengetahuan terhadap SPO dan tidak adanya jadwal pembersihan rutin	Risiko infeksi
Pelayanan Gizi						
1	Ruang Pencucian Alat Makan	Pencucian Alat Makan	Kepatuhan Prosedur	Alat Makan Pasien kotor	Kelalaian Petugas Kurang teliti Sikap Terburu-buru Beban Kerja Tinggi	Alat makan masih kotor Terdapat lemak sisa makanan Alat makan licin
2	Ruang Prosesan	Pencucian Alat Masak	Kelalaian dalam pelaksanaan SPO	Infeksi Saluran Cerna	Kelalaian Petugas	Risiko Diare
3	Ruang Prosesan	Penggunaan APD saat mengolah makanan	Ketidakpatuhan menggunakan APD	Lalai pakai APD	Kelalaian Petugas	Kuman dapat ditransmisikan melalui telapak tangan petugas
4	Ruang Prosesan makanan	Kebersihan lingkungan area masak	Ketidakpatuhan	Debu melekat di lapon	Penjadwalan Pembersihan tidak dikerjakan secara rutin	Debu dapat mengotori hasil olahan dan terkena dapa petugas

No	Lokasi	Area Kegiatan	Kategori	Jenis Insiden	Kemungkinan akar masalah	Dampak
Pelayanan Pemulasaraan Jenazah						
1	Unit Pemulasaraan jenazah	Pembersihan Keranda	Kepatuhan 5R	Tertinggal Keranda dan perangkatnya dimana jenazah	Keranda tidak dibersihkan dan tidak menghubungi pool kendaraan oleh petugas kamar jenazah	Risiko infeksi
2	Ruang Arsip	Pengarsipan dokumen	Ketidapatuhan 5R	Dokumen mengalami kerusakan dan sudah berjamur	Tidak ada tempat penyimpanan arsip/dokumen kegiatan pelayanan jenazah	Risiko infeksi Sarang vektor

3. Analisis ICRA Layanan → Profil Risiko

Tabel 5.90 Profil Risiko Berdasarkan Analisis ICRA Layanan

No	Kategori Risiko	Pernyataan Risiko	Akar Masalah	Probability	Dampak	Sistem	Skor	Ranking
Surveillance								
1	Risiko Operasional	Karena Tindakan Sectio Caesaria, kemungkinan dipengaruhi oleh Riwayat kehamilan berisiko sehingga terjadinya infeksi daerah operasi	Riwayat Kehamilan berisiko dan Ketidakmampuan pasien merawat diri	3	3	2	18	2
2	Risiko Operasional & Kepatuhan	Karena diberikan terapi cairan konsenrasi pekat yaitu Bicnat,kemungkina n pembuluh darah pasien mengalami ekstrasvasasi sehingga pembuluh darah tidak bisa mempertahankan osmolaitas cairan sehingga terjadi Plabsi	Terapi Konsentrasi Pekat dan kurangnya monitoring Mobilisasi	4	3	2	24	1
3	Risiko Kepatuhan	Karena dilakukan perawatan Bersama dalam ruangan,kemungki nan pasien tidak dapat menjaga jarak dalam berinteraksi,kemun gkinn Pedikulosis bisa terjadi antar pasien	Ketidakmamp uan merawat diri	4	3	1	12	3
4	Risiko Kepatuhan	Karena pemasangan kateter urin kemungkinan pasien dalam masa inkubasi sehingga kejadian	ISK terjadi dari rumah	1	3	2	6	4

No	Kategori Risiko	Pernyataan Risiko	Akar Masalah	Probability	Dampak	Sistem	Skor	Ranking
		infeksi saluran kecing terjadi						
	Pelaksanaan Bundles HAIs							
1	Risiko Kepatuhan	Karena kondisi klinis pasien dalam menghadapi Tindakan SC,berisiko terjadinya IDO dan MDR, sehingga Pemberian Profilaksis AB menjadi Terapi Empirik.	Kelalaian dalam Pelaksanaan SPO Penggunaan AB Propilaksis dan pengalaman klinis	3	3	4	36	1
2	Risiko Kepatuhan	Karena lalainya dalam melakukan asesement awal di IGD,kenungkinan dengan ketidaktahuan petugas IGD dalam mengkaji kebersihan diri pasien gangguan jiwa, menyebabkan kejadian Pedikulosis di Ruang Rawat Inap	Kelalaian Asesmen awal di IGD	4	3	1	12	2
	Kewaspadaan Isolasi							
	Kewaspadaan Standar							
1	Risiko Kepatuhan	Karena ketidakpatuhan petugas dalam mengelola pembuangan limbah infeksi di ruangan, kemungkinan terjadi penumpukan dan volume limbah di TPS tidak sesuai peruntukannya, sehingga limbah dapat terkontaminasi dan beban anggran RS dalam pengelolaan meningkat	Kelalaian petugas dalam melaksanakan SPO	5	2	2	20	2
2	Risiko Kepatuhan	Karena ketidkpatuhan petugas diruangan dalam melakukan pemrosesan alkes pasien dengan benar,kemungkina n alkes menjadi	Kelalaian petugas dalam melaksanakan SPO	3	2	2	12	3

No	Kategori Risiko	Pernyataan Risiko	Akar Masalah	Probability	Dampak	Sistem	Skor	Ranking
		rusak dan berkarat sehingga tidak dapat direuse untuk Tindakan selanjutnya						
3	Risiko Kepatuhan	Karena Pengelolaan Linen-laundry diruangan tidak sesuai maka ketersediaan linen terbatas,kemungki nan pemeliharaan dan monitoring ketersediaan tidak rutin dikerjakan, sehingga pasien menggunakan linen (handuk) berbagi antar pasien hal ini dapat mengakibatkan kejadian infeksi	Kelalaian petugas dalam melaksanakan SPO	4	2	3	24	1
4	Risiko Kepatuhan	Karena tidak menyediakan nierbeken saat membuang limbah pada Tindakan Sampling di Poli Ismaya,kemungkin an lalainya petugas sehingga kejadian kontaminasi mikroorganisma pada area sampling bisa terjadi	Tidak membaca SPO	1	2	2	4	5
5	Risiko Kepatuhan	Karena tidak melakukan proses alkoholisi/ desinfeksi pada konektor saluran infus, kemungkinan kelalaian petugas dalam melakukan SPO Penyuntikan, sehingga berisiko terjadi plabsi pada pasien	Tidak membaca SPO	2	2	2	8	4
Kewaspada an Transmisi								
1	Risiko Operasional	Karena pengurangan kapasitas tempat tidur, kemungiinan Kebutuhan R. Isolasi dengan Rujukan Internal	Pengurangan Kapasitas TT	4	2	2	16	2

No	Kategori Risiko	Pernyataan Risiko	Akar Masalah	Probability	Dampak	Sistem	Skor	Ranking
		tidak ada,hal ini dapat menyebabkan Kejadian Infeksi Airborne di Ruang						
2	Risiko Operasional	Karena penutupan ruang isolasi,kemungkinan status pandemic beubah endemic,menyebabkan tidak ada ruang isolasi untuk rujukan internal RS	Pengurangan jumlah pasien dan Staf Keperawatan	4	3	2	24	1
Pendidikan dan Pelatihan								
1	Risiko Kepatuhan	Karena kelalaian Tenaga Medis dalam melakukan Hand hygiene 5 moment, kemungkinan disebabkan ketidaktahuan, sehingga tenaga medis tidak patuh dalam melakukan Hand hygiene	Kesibukan bekerja	4	2	2	16	1
2	Risiko Kepatuhan	Karena Ketidaktahuan dan rutinitas bekerja pada tenaga Pramu Husada, kemungkinan TNA belum tercapai, menyebabkan ketidakpatuhan pada penggunaan APD dan HH	TNA belum tercapai	2	2	2	8	2

4. Analisis ICRA Layanan Penunjang → Profil Risiko

Tabel 5.91 Profil Risiko Berdasarkan Analisis ICRA Layanan Penunjang

No	Kategori Risiko	Pernyataan Risiko	Akar Masalah	Probability	Dampak	Sistem	Skor	Ranking
Pelayanan CSSD								
1	Risiko Operasional	Karena jadwal pemeliharaan alat tidak dikerjakan berkesinambungan,keungkinan mempengaruhi AC yang ada tidak dapat menurunkan suhu menjadi 22 derajat sehingga,	Kurangnya jadwal pemeliharaan	4	3	4	48	1

No	Kategori Risiko	Pernyataan Risiko	Akar Masalah	Probability	Dampak	Sistem	Skor	Ranking
		menyebabkan suhu ruang penyimpanan alat naik						
2	Risiko Operasional	Karena sering adanya kucing berkeliaran di halaman Ruang CSSD, kemungkinan banyaknya pintu masuk RS yang memudahkan kucing masuk, menyebabkan bertambahnya vector infeksi di CSSD	Banyaknya pintu masuk RS yang mudah dilalui kucing	4	2	2	16	4
3	Risiko Kepatuhan	Karena penerimaan Alkes kotor tidak semua dipagi hari, kemungkinan ada pelayanan yang selesai menggunakan disiang hari (Poli Gigi), menyebabkan penundaan proses precleaning	Menunggu alkes dari Ruangan lain agar pemrosesan dapat sekaligus sekali tindakan	4	3	2	24	2
4	Risiko Kepatuhan	Karena sikap petugas lalai, kemungkinan karena kurang pengetahuan menyebabkan ketidakpatuhan menggunakan APD di area pengemasan dan steriisasi	Kelalaian	4	2	2	24	3
Pelayanan Binatu								
1	Risiko Kepatuhan	Karena sikap acuh, kemungkinan karena kurangnya pengetahuan sehingga APD dibuang sembarangan menyebabkan pengotoran lingkungan kerja	Kelalaian dalam melaksanakan prosedur, semantara fasilitas tersedia	4	3	2	24	1
2	Risiko Kepatuhan	Karena sikap acuh, kemungkinan karena kurangnya pengetahuan sehingga tutup kepala tidak	Kelalaian dan demotivasi dalam melaksanakan SPO	4	2	2	16	3

No	Kategori Risiko	Pernyataan Risiko	Akar Masalah	Probability	Dampak	Sistem	Skor	Ranking
		digunakan saat melipat linen bersih, menyebabkan rambut jatuh ke linen (Vektor transmisi kuman)						
3	Risiko Operasional	Karena berkurangnya staff pengemudi di pool kendaraan RS, kemungkinan terjadinya keterlabatan dalam pendistribusian linen ke ranah, menyebabkan Kontaminasi linen bersih	Tidak ada sarana transportasi staff Pengemudi kurang	4	2	2	16	4
4	Risiko kepatuhan	Karena kegiatan pembersihan dilakukan berdasarkan rutinas setiap kali bekerja kemungkinan SPO tidak dikerjakan menyebabkan ketidakpatuhan dalam menjaga kebersihan di area pencucian linen kotor	Kurangnya pengetahuan terhadap SPO dan tidak adanya penjadwalan rutin	4	2	2	24	2
Pelayanan Gizi								
1	Risiko Kepatuhan	Karena beban kerja tinggi dan terburu-buru menyelesaikan pekerjaan, kemungkinan hasil kerja dituntut cepat menyebabkan alat makan masih kotor	Kelalaian petugas Kurang teliti Sikap terburu-buru Beban Kerja Tinggi	4	3	2	24	1
2	Risiko Kepatuhan	Karena beban kerja tinggi dan terburu-buru menyelesaikan pekerjaan, kemungkinan hasil kerja dituntut cepat menyebabkan alat masak masih banyak lemak	Kelalaian Petugas	4	2	2	16	4
3	Risiko Kepatuhan	Karena terbiasa dengan rutinitas kerja, kemungkinan kurang pengetahuan dan	Kurang pengetahuan	4	2	2	16	3

No	Kategori Risiko	Pernyataan Risiko	Akar Masalah	Probability	Dampak	Sistem	Skor	Ranking
		sikap lallai menyebabkan ketidapatuhan pada penggunaan APD saat mengolah makanan						
4	Risiko Kepatuhan	Karena kondisi bangunan tinggi, kemungkinan sulitnya petugas membersihkan debu yang menempel, menyebabkan debu mudah terjatuh ke area pemorsiaan makanan	Bangunan tinggi dana banyak debu	4	2	2	24	2
Pelayanan Pemulasaraan Jenazah								
1	Risiko Kepatuhan	Karena tertinggal keranda dan perangkatnya di R. Pelasa Jenasah, kemungkinan sarana pelayanan jenazah tidak dibersihkan menyebabkan kelalaian dalam pelaksanaan 5R	Keranda tidak dibersihkan dan tidak menghubungi pool kendaraan oleh petugas kamar jenazah	4	3	2	24	1
2	Risiko Kepatuhan	Karena banyaknya dokumen lama tertumpuk, karena tidak adanya tempat penyimpanan dokumen lama di Ruang Kearsipan, menyebabkan kerusakan dan kondisi berjamur pada penyimpana dokumen di ruang.pelayanan jenazah	Tidak ada tempat penyimpanan arsip/dokumen kegiatan pelayanan jenazah	4	2	2	16	2

5. Evaluasi ICRA Layanan

Tabel 5.92 Evaluasi ICRA Layanan Tahun 2024

No	Kategori Risiko	Potensial Risiko/Masalah	Skor	Rangking
Surveilans HAIs				
1	Sedang	Plebitis	24	1
2	Sedang	IDO	18	2
3	Rendah	Pedikulosis	12	3
4	Rendah	ISK	6	4
Pencegahan Dengan Bundles HAIS				
1	Sedang	IDO-MDRO	36	1

No	Kategori Risiko	Potensial Risiko/Masalah	Skor	Rangking
2	Rendah	Pedikulosis	12	2
Kewaspadaan Trasnsmisi				
1	Sedang	KLB Infeksi Airborne	24	1
Kewaspadaan Standar				
1	Sedang	Kurang Ketersediaan Handuk Pada Pasien Jiwa	24	1
2	Rendah	Ketidakpatuhan Ranap Dalam Pemilahan limbah infeksius	20	2
3	Rendah	Ketidakpatuhan Pada SPO Precleaning di Ranap	12	2
4	Rendah	Ketidakpatuhan pada SPO Teknik Aseptik Antiseptik saat memberikan obat Via Threeway	8	4
Pelaksanaan PPRA				
1	Tinggi	IDO-MDRO	36	1
Pendidikan dan Pelatihan				
2	Sedang	Ketidakpatuhan HH Pada Tenaga Medis	24	1
3	Rendah	Ketidakpatuhan HH Pada Tenaga Medis	16	2

6. Evaluasi ICRA Pelayanan Penunjang

Tabel 5.93 Evaluasi ICRA Pelayanan Penunjang Tahun 2024

No	Kategori Risiko	Potensial Risiko/Masalah	Skor	Rangking
Pelayanan CSSD				
1	Tinggi	Peningkatan Suhu Pada Ruang Penyimpanan Alkes Steril diatas 22 derajat	48	1
2	Sedang	Ketidakpatuhan Pada Penggunaan APD di area pengemasan dan Sterilisasi	24	2
3	Sedang	Penundaan Precleaning karena menunggu ALkes Kotor semua Ruangan	24	3
4	Rendah	Seringnya Kucing diarea CSSD (Vektor Infeksi)	16	4
Pelayanan Binatu				
1	Sedang	Ketidakpatuhan Pembuangan Limbah APD	24	1
2	Sedang	Area Pencucian kotor dan berdebu tepat dibelakang mesin cuci	24	2
3	Rendah	Distribusi Linen Bersih terhambat karena kurangnya staf pengemudi	16	3
4	Rendah	Staf tidak menggunakan tutup kepala saat proses pelipatan linen	16	4
Pelayanan Gizi				
1	Sedang	Pembersihan Alat Makan Pasien Jiwa	24	1
2	Sedang	Plafon Berdebu dan Kotor	24	2
3	Rendah	Ketidakpatuhan Penggunan APD Saat mengolah makanan	16	3
4	Rendah	Alat Masak masih berlemak setelah dilakukan pencucian	16	4
Pelayanan Pemulsaraan Jenazah				
1	Sedang	Sarana Pelayanan Jenasah tidak dilakukan pembersihan	24	1
2	Rendah	Dokumen Pasien Meninggal kotor dan berjamur	16	2

5.10 Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi rumah sakit merupakan amanat yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1596/2024 yang menetapkan standar akreditasi sebagai instrumen utama untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Standar ini dirancang untuk mendukung pengembangan rumah sakit sebagai organisasi yang memberikan layanan kesehatan bermutu tinggi, mengutamakan keselamatan pasien, serta berorientasi pada kepuasan masyarakat.

Keputusan ini juga mempertegas bahwa akreditasi bukan hanya sekadar proses administratif, tetapi merupakan langkah strategis untuk membangun sistem pelayanan kesehatan yang tanggap terhadap kebutuhan masyarakat dan sesuai dengan standar global. Oleh karena itu, rumah sakit wajib mematuhi dan melaksanakan seluruh ketentuan yang tercantum dalam standar akreditasi ini.

Laporan ini bertujuan untuk mendokumentasikan proses akreditasi rumah sakit sesuai dengan ketentuan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1596/2024. Maksud laporan ini adalah untuk menjadi acuan dan bahan evaluasi bagi rumah sakit, regulator, dan pihak terkait lainnya dalam pengelolaan mutu layanan. Adapun tujuan khusus laporan ini mencakup:

1. Menjelaskan proses persiapan, pelaksanaan, dan tindak lanjut akreditasi rumah sakit.
2. Menganalisis kesesuaian pelaksanaan layanan dengan standar akreditasi.
3. Mengidentifikasi tantangan dan memberikan rekomendasi perbaikan berkelanjutan.

Ruang lingkup laporan ini mencakup seluruh aspek meliputi:

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

Kegiatan yang Dilaksanakan:

1. Tahap Persiapan Akreditasi
 - a. Pembentukan Tim Akreditasi di rumah sakit, yang bertugas merencanakan, melaksanakan, dan memantau proses akreditasi.
 - b. Penyusunan dokumen sesuai standar akreditasi terbaru, termasuk prosedur operasional, kebijakan rumah sakit, dan pedoman keselamatan pasien.
 - c. Pelatihan bagi seluruh staf rumah sakit, dengan fokus pada peningkatan pemahaman terkait standar akreditasi.
 - d. Pelaksanaan *self-assessment* untuk mengidentifikasi kesenjangan antara kondisi aktual dengan standar akreditasi.
2. Tahap Pelaksanaan Penilaian Akreditasi
 - a. Survei Verifikasi Akreditasi pada bulan November 2024 yang dilakukan oleh surveyor independen dari Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS).
 - b. Kegiatan meliputi wawancara dengan manajemen, tenaga kesehatan, dan pasien, observasi langsung proses pelayanan, serta penilaian dokumen terkait.
 - c. Verifikasi implementasi standar keselamatan pasien, manajemen risiko, dan pengelolaan sumber daya.
3. Tahap Pasca Akreditasi
 - a. Penyusunan Perencanaan Perbaikan Strategis berdasarkan temuan survei akreditasi.
 - b. Implementasi rekomendasi dari surveyor, termasuk penguatan sistem manajemen mutu dan peningkatan kapasitas staf.

- c. Monitoring berkala oleh Tim Asesor Internal RS untuk memastikan keberlanjutan implementasi standar.

Hasil yang Dicapai:

1. Kepatuhan terhadap Standar: Rumah sakit berhasil memenuhi sebagian besar indikator yang diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1596/2024, terutama dalam aspek mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko.
2. Peningkatan Mutu Pelayanan: Terjadi peningkatan signifikan dalam indikator mutu dan penurunan angka kejadian tidak diharapkan.
3. Penguatan Sistem: Rumah sakit telah mengadopsi pendekatan berbasis sistem untuk keselamatan pasien dan manajemen risiko, yang didukung oleh pelatihan bagi seluruh staf.
4. Pengakuan Resmi: Rumah sakit memperoleh status akreditasi paripurna, yang menunjukkan komitmen terhadap mutu layanan.

Proses akreditasi rumah sakit yang dilaksanakan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1596/2024 menunjukkan hasil yang positif. Rumah sakit telah berhasil mencapai standar mutu dan keselamatan pasien, meskipun masih terdapat beberapa area yang memerlukan perhatian lebih lanjut.

Rekomendasi:

1. Perbaikan Berkelanjutan: Rumah sakit perlu mengintegrasikan prinsip *Continuous Quality Improvement* (CQI) dalam seluruh proses pelayanan.
2. Penguatan Kapasitas SDM: Pelatihan dan pengembangan kompetensi tenaga kesehatan harus terus dilakukan untuk menghadapi tantangan layanan yang semakin kompleks.
3. Investasi Teknologi: Penggunaan teknologi informasi, seperti rekam medis elektronik, perlu ditingkatkan untuk mendukung akurasi dan efisiensi pelayanan.
4. Evaluasi Berkala: Pelaksanaan **internal audit** harus dilakukan secara berkala untuk memastikan keberlanjutan implementasi standar akreditasi.

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

Tabel 5.94 Kegiatan Akreditasi Rumah Sakit

No	Kegiatan	Deskripsi
1	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	▪ Penetapan Indikator Mutu Prioritas (IMP) RS pada layanan PDC tahun 2024. ▪ Penyusunan profil risiko dan risk register RS tahun 2024. ▪ Pelaporan indikator mutu nasional (INM) dan insiden keselamatan pasien (IKP) setiap bulan ke aplikasi Kemkes. ▪ Pelaporan indikator mutu RS, insiden keselamatan pasien dan budaya keselamatan setiap bulan. ▪ Pelaksanaan dan monitoring kepatuhan serta audit penerapan PPK/CP. ▪ Melakukan <i>feedback</i> capaian mutu unit kerja setiap 3 (tiga) bulan. ▪ Melakukan investigasi sederhana IKP grading biru dan hijau dan RCA untuk IKP grading kuning dan merah. ▪ Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan manajemen risiko unit kerja. ▪ Melakukan continuous quality improvement di seluruh unit kerja. ▪ Penerapan siklus PDCA.
2	Pelatihan dan Pendidikan	▪ Bimbingan Teknis Standar Pelayanan Minimal di FKRTL yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor pada tanggal 01 Februari 2024. ▪ Seminar Online Zoom Risk Management ISO 31000:2018, tanggal 15 Februari 2024. ▪ Workshop "Peningkatan Kapasitas SDM tentang Manajemen Risiko di RS", tanggal 20–22 Mei 2024 di Harris Hotel Batam Centre. ▪ Workshop "Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan" yang diselenggarakan oleh IKPRS–PERSI pada tanggal 31 Mei–01 Juni 2024 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta.

No	Kegiatan	Deskripsi
3	Audit Internal dan Eksternal	- Workshop “Membangun Budaya Keselamatan Pasien. Pengukuran, Monitoring dan Evaluasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan” pada tanggal 27–28 Juni 2024. - Pelaksanaan audit internal secara rutin untuk mengevaluasi kepatuhan terhadap standar akreditasi dan mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan. - Persiapan dan partisipasi dalam audit eksternal oleh badan akreditasi untuk memastikan bahwa seluruh standar dipenuhi. - Self assessment hospital readiness Tahun 2024. - Kunjungan Pemantauan dan Evaluasi Sistem Pelaporan INM dan IKP di Rumah Sakit pada tanggal 04 Januari 2024. - Evaluasi Pelaporan Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit (INM RS) yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 06 Mei 2024. - Evaluasi Insiden Keselamatan Pasien/IKP dan Rumah Sakit yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat dan Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 07 Mei 2024.
4	Peningkatan Infrastruktur dan Prosedur	- Perbaikan dan pembaharuan fasilitas dan peralatan medis untuk memenuhi standar akreditasi. - Penyempurnaan prosedur operasional dan dokumentasi untuk meningkatkan mutu layanan dan keselamatan pasien. - Implementasi dan pemeliharaan Sistem Manajemen Data Mutu Terintegrasi (SIMANDATURI) untuk pengelolaan dan pelaporan indikator mutu. - Pengembangan sistem informasi RS secara efektif dan aman.
5	Evaluasi	- Pencapaian: Selama periode ini, RS Marzoeqi Mahdi telah mencapai kemajuan signifikan dalam beberapa area pelayanan - Tantangan: Beberapa tantangan yang dihadapi termasuk keterbatasan sumber daya, masalah teknologi memerlukan perhatian dan perbaikan lebih lanjut. - Rekomendasi: Untuk memelihara dan meningkatkan status akreditasi, disarankan agar RS terus melaksanakan rekomendasi dari audit internal dan eksternal, serta memperbaiki area yang teridentifikasi memerlukan perhatian khusus.

Pencapaian akreditasi yang baik menunjukkan komitmen RS Marzoeqi Mahdi terhadap mutu dan keselamatan layanan kesehatan. Melalui upaya yang terus-menerus dalam peningkatan mutu dan kepatuhan terhadap standar akreditasi, rumah sakit diharapkan dapat mempertahankan status akreditasi dan terus memberikan layanan kesehatan yang terbaik kepada pasien. Saat ini RS mempunyai 9 sembilan Survei Akreditasi internal yang memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus dalam bidang akreditasi dan manajemen mutu.

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

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

6. Pemahaman dan Kesadaran: Kesadaran dan pemahaman yang belum optimal mengenai pentingnya akreditasi dan manajemen mutu di kalangan staf rumah sakit.

Strategi Mengatasi Kendala dan Permasalahan:

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

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

Laporan Akreditasi Rumah Sakit Tahun 2024

Tantangan Rumah Sakit dalam Akreditasi

Proses akreditasi rumah sakit seringkali menghadapi berbagai tantangan yang membutuhkan perhatian serius dari seluruh pihak yang terlibat. Tantangan utama meliputi:

1. **Kepatuhan terhadap Standar Akreditasi:** Implementasi standar akreditasi membutuhkan komitmen tinggi dari semua staf, baik medis maupun nonmedis. Banyak rumah sakit menghadapi kesulitan dalam memenuhi setiap elemen penilaian akibat keterbatasan sumber daya manusia, fasilitas, dan waktu.
2. **Peningkatan Kompetensi Staf:** Kurangnya pelatihan yang berkelanjutan bagi staf rumah sakit sering menjadi kendala dalam memastikan standar pelayanan yang optimal.
3. **Manajemen Data dan Dokumentasi:** Pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan masih menjadi tantangan, terutama dalam hal memastikan kelengkapan, akurasi, dan aksesibilitas data.
4. **Ketersediaan Anggaran:** Terbatasnya anggaran sering menjadi hambatan dalam melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkesinambungan.
5. **Budaya Keselamatan Pasien:** Menciptakan budaya keselamatan pasien yang menyeluruh membutuhkan waktu dan upaya kolektif, termasuk perubahan perilaku dan pola pikir seluruh staf rumah sakit.

Kendala dan Permasalahan

Beberapa kendala dan permasalahan spesifik yang dihadapi dalam proses akreditasi rumah sakit antara lain:

1. **Kurangnya Koordinasi Antar Unit:** Minimnya koordinasi antara unit kerja dapat menghambat pelaksanaan standar akreditasi secara terpadu.
2. **Tingkat Kesadaran yang Beragam:** Tidak semua staf memahami pentingnya akreditasi, sehingga partisipasi dalam proses sering kali kurang optimal.
3. **Keterbatasan Infrastruktur:** Keterbatasan fasilitas fisik, seperti ruang perawatan yang tidak sesuai standar, menjadi tantangan tersendiri.
4. **Kesiapan Teknologi:** Pemanfaatan teknologi informasi untuk mendukung proses akreditasi masih belum optimal di beberapa rumah sakit.

Hal yang Sudah Dilakukan

Untuk mengatasi tantangan tersebut, rumah sakit telah melakukan berbagai langkah strategis, antara lain:

1. **Peningkatan Kapasitas Staf:** Mengadakan pelatihan dan workshop rutin untuk meningkatkan kompetensi staf dalam memahami dan menerapkan standar akreditasi.
2. **Pembentukan Tim Akreditasi:** Membentuk tim khusus yang bertanggung jawab dalam koordinasi dan pengawasan pelaksanaan akreditasi.
3. **Peningkatan Infrastruktur:** Melakukan renovasi dan perbaikan fasilitas rumah sakit agar sesuai dengan standar yang ditetapkan.
4. **Sistem Manajemen Informasi:** Mengembangkan dan memperbarui sistem informasi rumah sakit untuk mendukung pengelolaan data yang lebih baik.
5. **Promosi Budaya Keselamatan Pasien:** Menggalakkan kampanye internal untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya keselamatan pasien di seluruh unit kerja.

Rencana Tindak Lanjut

Sebagai tindak lanjut dari upaya yang telah dilakukan, rumah sakit merencanakan langkah-langkah berikut:

1. **Monitoring dan Evaluasi Rutin:** Melakukan audit internal secara berkala untuk memastikan pelaksanaan standar akreditasi berjalan sesuai rencana.
2. **Peningkatan Investasi pada SDM dan Teknologi:** Mengalokasikan anggaran lebih besar untuk pelatihan staf dan pengembangan teknologi informasi.
3. **Kolaborasi dengan Institusi Eksternal:** Menjalin kerja sama dengan lembaga pelatihan, universitas, dan organisasi kesehatan untuk mendapatkan dukungan teknis dan sumber daya.
4. **Penyusunan SOP yang Komprehensif:** Menyusun dan memperbarui prosedur operasional standar (SOP) untuk setiap layanan dan unit kerja.
5. **Penguatan Budaya Organisasi:** Mengintegrasikan budaya keselamatan pasien dalam setiap aspek operasional rumah sakit melalui program pembinaan dan sosialisasi berkelanjutan.

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

Reformasi birokrasi dan pembangunan Zona Integritas (ZI) merupakan langkah penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit. Komite Mutu Rumah Sakit memiliki peran strategis dalam memastikan standar kualitas pelayanan kesehatan terpenuhi dengan baik, serta mendorong pelaksanaan tata kelola rumah sakit yang transparan, akuntabel, dan bebas dari korupsi. Dalam rangka menciptakan Wilayah Bebas Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM), Komite Mutu Rumah Sakit berkontribusi besar melalui upaya peningkatan standar pelayanan, pengawasan kinerja, dan pengembangan budaya kerja yang bersih dan melayani.

Laporan ini disusun untuk menginformasikan tentang upaya reformasi birokrasi, pembangunan ZI, dan peran Komite Mutu Rumah Sakit dalam mendukung pencapaian WBK dan WBBM di rumah sakit. Tujuan dari laporan ini adalah untuk:

1. Menyampaikan kegiatan yang dilakukan oleh Komite Mutu dalam rangka mendukung reformasi birokrasi dan pembangunan ZI.
2. Menilai hasil yang dicapai dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit melalui pengawasan dan evaluasi yang dilakukan oleh Komite Mutu.
3. Memberikan rekomendasi untuk perbaikan lebih lanjut dalam upaya meningkatkan mutu dan integritas di rumah sakit.

Laporan ini mencakup kegiatan yang dilaksanakan oleh Komite Mutu Rumah Sakit, yang meliputi:

1. **Pengawasan Kualitas Pelayanan Kesehatan:** Evaluasi terhadap standar pelayanan kesehatan, termasuk akreditasi rumah sakit, audit mutu, dan pengawasan terhadap penerapan standar operasional prosedur (SOP).

2. Peningkatan Integritas dan Transparansi: Upaya yang dilakukan untuk mendorong terwujudnya Zona Integritas (ZI) yang bebas dari korupsi dan berbasis pada pelayanan yang profesional dan berorientasi pada pasien.
3. Pengembangan Budaya Kerja Bersih dan Melayani: Program-program yang dilakukan untuk menciptakan budaya pelayanan yang bersih, efisien, dan melayani masyarakat dengan baik.

Kegiatan yang Dilaksanakan:

1. Penataan dan Penyusunan Sistem Akreditasi Rumah Sakit
Sebagai bagian dari upaya reformasi birokrasi dan ZI, Komite Mutu Rumah Sakit melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan akreditasi rumah sakit. Tim Komite Mutu berfokus pada pemenuhan standar akreditasi rumah sakit yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Proses ini melibatkan:
 - Penyusunan kebijakan mutu rumah sakit.
 - Peningkatan pemahaman seluruh pegawai tentang standar akreditasi.
 - Pemantauan dan evaluasi terhadap penerapan standar di seluruh unit rumah sakit.
2. Pengawasan dan Penilaian Kinerja Pelayanan Kesehatan
Komite Mutu berperan dalam pengawasan kualitas pelayanan dengan melakukan audit mutu secara berkala, serta menilai kepatuhan terhadap prosedur yang ada. Ini mencakup:
 - Pemantauan kualitas medis dan non-medis.
 - Evaluasi terhadap kepuasan pasien.
 - Pengawasan terhadap praktik pengelolaan obat, administrasi pasien, dan prosedur operasional.
3. Peningkatan Sistem Pelaporan dan Transparansi
Komite Mutu mendukung pengembangan sistem pelaporan yang transparan untuk meningkatkan akuntabilitas. Ini termasuk sistem pelaporan keluhan pasien, serta laporan hasil audit mutu dan evaluasi terhadap pencapaian target kualitas pelayanan.
4. Penyuluhan dan Pelatihan Kepada Seluruh Pegawai Rumah Sakit
Pelatihan dan penyuluhan diberikan kepada seluruh pegawai rumah sakit mengenai pentingnya integritas dan penerapan standar pelayanan yang sesuai dengan prinsip WBK/WBBM. Hal ini termasuk:
 - Pelatihan tentang etika profesional dan pelayanan publik.
 - Sosialisasi mengenai tata kelola yang bersih dan bebas dari korupsi.
 - Penguatan budaya kerja yang melayani dan berorientasi pada pasien.
5. Pembenahan Administrasi dan Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM)
Dalam rangka mendukung reformasi birokrasi, Komite Mutu rumah sakit melakukan penataan terhadap sistem manajemen SDM, termasuk pembenahan prosedur rekrutmen, pelatihan, dan pengelolaan kinerja pegawai.

Tabel 5.95 Kegiatan Reformasi Birokrasi Komite Mutu

No	Kegiatan	Deskripsi
1	Penyederhanaan Proses dan Prosedur	▪ Reengineering Proses: Melakukan reengineering proses internal untuk mengidentifikasi dan mengurangi prosedur yang tidak efisien. Penyederhanaan ini bertujuan untuk mempercepat alur kerja dan mengurangi birokrasi yang berlebihan. ▪ Digitalisasi Proses: Implementasi sistem manajemen elektronik untuk menggantikan proses manual, termasuk sistem pengelolaan data dan pelaporan yang terintegrasi.
2	Peningkatan Transparansi dan Akuntabilitas	▪ Laporan Berkala: Penyusunan laporan berkala yang transparan mengenai kinerja mutu dan hasil evaluasi untuk publikasi dan informasi kepada semua <i>stakeholder</i>. ▪ Sistem Pelaporan dan Pengaduan: Membangun sistem pelaporan dan pengaduan yang efektif untuk meningkatkan akuntabilitas dan memberikan kesempatan bagi staf dan pasien untuk menyampaikan masukan.
3	Peningkatan Kapasitas dan Kompetensi Staf	▪ Pelatihan dan Pengembangan: Menyelenggarakan pelatihan reguler untuk staf mengenai standar mutu, prosedur reformasi, dan penggunaan teknologi baru. Fokus pada pengembangan kompetensi manajerial dan teknis untuk mendukung perubahan birokrasi.

No	Kegiatan	Deskripsi
		Program Pengembangan Karir: Implementasi program pengembangan karir yang memberikan kesempatan bagi staf untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan mereka sesuai dengan kebutuhan reformasi.
4	Penguatan Manajemen dan Kepemimpinan	- Peningkatan Kepemimpinan: Memperkuat peran kepemimpinan dalam menerapkan dan mendukung reformasi birokrasi. Kepemimpinan yang kuat diperlukan untuk mengarahkan perubahan dan memastikan bahwa seluruh tim mengikuti kebijakan baru. - Manajemen Perubahan: Menerapkan strategi manajemen perubahan untuk memfasilitasi transisi yang lancar ke proses baru dan mengatasi resistensi terhadap perubahan.
5	Monitoring dan Evaluasi	- Audit Internal: Melaksanakan audit internal secara rutin untuk memantau implementasi reformasi dan mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan. - Evaluasi Kinerja: Menilai kinerja dan dampak reformasi birokrasi terhadap mutu layanan dan efisiensi operasional secara berkala.
6	Hasil dan Dampak	- Kemajuan Positif: Reformasi birokrasi telah menunjukkan kemajuan dalam penyederhanaan proses, peningkatan transparansi, dan pengembangan kapasitas staf. Ini berdampak positif pada efektivitas dan efisiensi operasional. - Tantangan: Beberapa tantangan yang dihadapi termasuk resistensi terhadap perubahan dan kebutuhan untuk penyesuaian lebih lanjut pada sistem digital yang diterapkan. - Rekomendasi: Untuk memaksimalkan hasil reformasi birokrasi, disarankan agar RS terus memperkuat program pelatihan, mengatasi tantangan teknologi, dan memperluas sistem transparansi dan akuntabilitas.

Hasil yang Dicapai:

- Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit**
Rumah sakit berhasil mempertahankan dan meningkatkan peringkat akreditasi sesuai dengan standar yang ditetapkan, yang mencerminkan keseriusan dalam meningkatkan kualitas pelayanan.
- Peningkatan Kepuasan Pasien**
Survei kepuasan pasien menunjukkan hasil yang positif, dengan meningkatnya tingkat kepuasan terhadap pelayanan medis dan non-medis yang diberikan oleh rumah sakit.

Pembangunan Zona Integritas dan reformasi birokrasi di rumah sakit yang melibatkan Komite Mutu menunjukkan hasil yang positif dalam peningkatan kualitas pelayanan. Pelaksanaan akreditasi rumah sakit dan penguatan budaya kerja yang bersih dan melayani telah menciptakan suasana pelayanan yang lebih transparan, akuntabel, dan lebih berorientasi pada kepuasan pasien.

Rekomendasi:

- Penguatan Sistem Monitoring dan Evaluasi**
Memperkuat mekanisme monitoring dan evaluasi terhadap penerapan standar mutu yang ada di rumah sakit.
- Peningkatan Pelatihan Berkelanjutan**
Program pelatihan dan pengembangan kompetensi pegawai perlu ditingkatkan, terutama terkait dengan etika pelayanan dan integritas.
- Peningkatan Pengawasan oleh Komite Mutu**
Pengawasan terhadap setiap aspek pelayanan rumah sakit perlu dilakukan lebih intensif, untuk memastikan seluruh standar mutu diterapkan dengan baik.

BAB VI

PENUTUP

BAB VI PENUTUP

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

6.1 Kesimpulan

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

1. Pencapaian dan Kemajuan:
 - Program Komite Mutu sebagian besar sudah terlaksana. Peran aktif dari 3 (tiga) Subkomite memberikan sumbangsih terbesar untuk keberlangsungan program.
 - Pengukuran indikator kinerja korporasi yang terkait Komite Mutu dilaporkan tepat waktu setiap bulan.
 - Pencatatan dan pelaporan indikator mutu menggunakan SIMANDATURI, namun jika terjadi kendala di backup dengan menggunakan *google spreadsheet* atau email.
 - Beberapa inovasi signifikan telah diimplementasikan, termasuk penerapan Data Center RS, pengembangan Sistem Manajemen Data Mutu Terintegrasi (SIMANDATURI), serta pembentukan Duta Mutu RS dan Duta KPRS. Inovasi ini telah meningkatkan efisiensi pengelolaan data, mempermudah pelaporan indikator mutu, dan memperkuat upaya keselamatan pasien.
 - Program Penghargaan: Penghargaan "*Department of The Month*" berhasil memotivasi unit kerja untuk meningkatkan mutu pelaporan dan mempercepat proses pengelolaan data mutu.
 - Inovasi Komite Mutu PRISMA (Program Sinergi Mutu dan Keselamatan Pasien) dan SiManis (Sistem Manajemen Risiko Terintegrasi) adalah aplikasi berbasis web yang dirancang untuk mengintegrasikan sistem manajemen mutu, keselamatan pasien, serta pengelolaan risiko secara terstruktur dan berkelanjutan, guna memastikan standar mutu pelayanan yang tinggi dan ketahanan operasional rumah sakit yang lebih baik.
2. Pelaporan INM pada aplikasi Kemkes telah dilakukan tepat waktu setiap bulan, dengan 11 dari 13 Indikator Nasional Mutu tercapai, sementara 2 indikator yang belum mencapai standar—yaitu kepatuhan penggunaan APD dan waktu tunggu rawat jalan—telah diupayakan perbaikannya melalui rapat koordinasi dan monev berjenjang.
3. Capaian IMP tahun 2024 menunjukkan bahwa dari 16 Indikator Mutu Prioritas, 15 indikator telah tercapai, sementara indikator waktu tunggu pelayanan farmasi dengan rerata capaian 61,27% (standar 80%) masih belum memenuhi target, namun telah dilakukan redesign alur farmasi sebagai upaya perbaikan waktu tunggu.
4. Capaian Indikator Mutu tahun 2024 menunjukkan bahwa dari 10 indikator yang dievaluasi, 6 indikator telah memenuhi standar, sementara 4 indikator—waktu pelayanan rawat jalan tanpa

pemeriksaan penunjang (64,73%), waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 jam (79,01%), ketepatan waktu pelayanan di poliklinik (65,55%), dan ketepatan waktu layanan (74,45%)—belum mencapai target, dengan upaya perbaikan yang terus dilakukan untuk meningkatkan kinerja pada indikator-indikator tersebut.

5. Capaian indikator mutu PPI tahun 2024 menunjukkan bahwa dari 20 indikator, 11 indikator telah tercapai, sementara 9 indikator belum memenuhi standar; berbagai upaya perbaikan telah dilakukan, termasuk koordinasi lintas tim, money, supervisi, serta pengembangan program reward dan punishment untuk meningkatkan pencapaian indikator.
6. Capaian *Clinical Pathway* (CP) tahun 2024 menunjukkan bahwa CP Skizofrenia Paranoid telah memenuhi standar dengan rerata capaian 89,16% (standar 80%) dan kepatuhan ALOS ≤ 14 hari mencapai 96,74%, namun kepatuhan pemberian medikamentosa masih berada di angka 70,73% (standar 80%) akibat penyesuaian obat terhadap kondisi pasien; audit rutin setiap bulan terus dilakukan untuk meningkatkan konsistensi kepatuhan dokter dalam penerapan PPK/CP.
7. Capaian indikator keselamatan pasien RS tahun 2024 menunjukkan bahwa dari tiga belas indikator, sepuluh indikator telah mencapai standar, sementara tiga indikator belum memenuhi standar 100%, dengan upaya untuk mempertahankan capaian yang ada melalui peran Duta KPRS sebagai role model di masing-masing unit kerja serta partisipasi tim multidisiplin dalam mengutamakan keselamatan pasien.
8. Capaian laporan insiden keselamatan pasien selama tahun 2024 mencatatkan 140 kejadian, dengan kejadian terbanyak adalah pasien jatuh sebanyak 52 kejadian, dan satu kejadian sentinel, serta mencakup berbagai insiden lainnya seperti kesalahan peresepan obat, kesalahan penyerahan obat, dan kejadian terkait kekerasan serta infeksi.
9. Capaian tahun 2024 menunjukkan tidak ada pelaporan kejadian terkait budaya keselamatan RS, budaya just culture sudah dilaksanakan, namun belum optimal akibat ketakutan PPA untuk melaporkan insiden karena adanya punishment, meskipun telah ada himbauan untuk melaporkan kejadian yang tidak mendukung budaya keselamatan, dan satu staf Komite Mutu mengikuti workshop mengenai pengukuran, monitoring, dan evaluasi budaya keselamatan pasien.
10. Selama tahun 2024, terdapat 20 risk register unit kerja yang mencakup 149 pernyataan risiko, dengan profil risiko yang menunjukkan berbagai kategori risiko dengan dampak signifikan dan probabilitas tinggi, termasuk kejadian terkait operasional seperti kesalahan peresepan obat dan kekerasan antar pasien, serta upaya mitigasi yang melibatkan seluruh ruang lingkup terkait, seperti pasien, staf medis, fasilitas, dan bisnis rumah sakit.
11. Berdasarkan hasil penilaian HVA dan analisis skor risikonya, tiga prioritas bahaya yang didapatkan adalah Badai Petir (37%), Gangguan Listrik (37%), dan Terpapar Radiologi (9%), dengan ancaman risiko tertinggi untuk bencana yang mungkin terjadi di RSMM tahun 2024 adalah Badai Petir dan Gangguan Listrik.
12. Berdasarkan hasil evaluasi menggunakan modul HSI, dengan keseluruhan Safety Index 0,42, status fasilitas kesehatan dinilai berada pada kategori B, yang menunjukkan bahwa fasilitas dapat bertahan pada situasi bencana, meskipun peralatan dan pelayanan penting lainnya masih berada dalam risiko.
13. Berdasarkan hasil penilaian ICRA, ditemukan berbagai risiko operasional, kepatuhan, dan transmisi dalam pelayanan medis dan penunjang rumah sakit yang dapat berdampak pada peningkatan infeksi, morbiditas pasien, serta menambah beban anggaran rumah sakit, dengan akar masalah yang terkait dengan kelalaian dalam pelaksanaan standar operasional prosedur (SPO) dan pengelolaan sumber daya yang belum optimal.
14. Proses akreditasi rumah sakit yang dilaksanakan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1596/2024 menunjukkan hasil yang positif, dengan pencapaian kepatuhan terhadap standar mutu dan keselamatan pasien, peningkatan mutu pelayanan, penguatan sistem manajemen risiko, serta pengakuan akreditasi paripurna, namun perlu dilakukan *continuous quality improvement* untuk memastikan keberlanjutan dan penyempurnaan kualitas pelayanan yang lebih baik.

15. Upaya reformasi birokrasi, pembangunan Zona Integritas (ZI), dan peran Komite Mutu Rumah Sakit dalam mendukung pencapaian WBK dan WBBM mencakup kegiatan pengawasan kualitas pelayanan kesehatan, peningkatan integritas dan transparansi, serta pengembangan budaya kerja bersih dan melayani, yang bertujuan untuk menilai hasil yang dicapai dan memberikan rekomendasi perbaikan lebih lanjut dalam meningkatkan mutu dan integritas di rumah sakit.
16. Tantangan yang Dihadapi:
 - Sumber Daya: Keterbatasan anggaran, sarana prasarana menjadi hambatan utama dalam pelaksanaan beberapa inisiatif. Hal ini mempengaruhi kecepatan dan efektivitas implementasi strategi mutu.
 - Teknologi: Integrasi sistem informasi dalam satu sehat. Perbaikan dan pengembangan fitur dari aplikasi masih terus dilakukan.
17. Efektivitas Siklus PDSA:
 - Implementasi PDSA: Siklus *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) telah diterapkan untuk meningkatkan mutu secara berkelanjutan. Evaluasi menunjukkan bahwa pendekatan ini cukup efektif dalam mengidentifikasi masalah, menguji perubahan, dan melakukan perbaikan berkelanjutan.
18. Laporan ini memberikan gambaran yang jelas mengenai pencapaian, tantangan, dan langkah-langkah perbaikan yang diperlukan untuk meningkatkan mutu layanan rumah sakit. Dengan pemahaman yang mendalam mengenai hasil dan hambatan, diharapkan Komite Mutu dapat terus berkomitmen untuk mencapai standar mutu yang lebih tinggi dan memastikan pelayanan yang lebih baik di semester berikutnya.

6.2 Rekomendasi

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

1. Penguatan Pengelolaan Program Komite Mutu
Memperkuat peran aktif Subkomite dan meningkatkan koordinasi antar tim untuk memastikan kelancaran pelaksanaan program Komite Mutu secara berkelanjutan.
2. Pemantapan Pengukuran dan Pelaporan Indikator Kinerja
Meningkatkan akurasi dan kelancaran proses pelaporan indikator mutu dengan memaksimalkan penggunaan SIMANDATURI dan memastikan backup yang lebih efisien ketika terjadi kendala.
3. Perbaikan dalam Pengelolaan Risiko
Melanjutkan pengembangan aplikasi SiManis untuk pengelolaan risiko yang lebih terstruktur dan efektif, serta melakukan upaya mitigasi risiko terkait operasional dan keselamatan pasien.
4. Peningkatan Kinerja Indikator Mutu
Fokus pada perbaikan indikator yang belum mencapai target, seperti kepatuhan penggunaan APD, waktu tunggu rawat jalan, dan waktu pelayanan farmasi, dengan perbaikan alur dan kebijakan yang lebih terintegrasi.
5. Penguatan Budaya Keselamatan Pasien
Meningkatkan implementasi budaya keselamatan pasien dan Just Culture, dengan memperhatikan pemberian pelatihan kepada PPA agar lebih siap dalam melaporkan insiden tanpa takut akan konsekuensi negatif.
6. Peningkatan Fasilitas dan Sumber Daya
Menyelesaikan keterbatasan anggaran dan sarana prasarana yang menghambat pelaksanaan inisiatif mutu, serta mempercepat integrasi sistem informasi rumah sakit.
7. Peningkatan Kompetensi Tim Klinik
Meningkatkan kepatuhan pada *Clinical Pathway* dengan lebih sering melakukan audit dan pengawasan terhadap implementasi oleh seluruh tim medis.

8. Optimalisasi Sistem Manajemen Data Mutu: Melanjutkan pengembangan dan pemanfaatan SIMANDATURI sebagai alat bantu untuk pelaporan indikator mutu yang lebih efisien dan efektif di semua unit kerja.
9. Pengembangan Program *Reward and Punishment*
Memperkuat penerapan program penghargaan dan sanksi untuk meningkatkan motivasi unit kerja dalam mencapai indikator mutu yang ditetapkan.
10. Evaluasi dan Penyempurnaan Berkelanjutan
Terus melakukan evaluasi menggunakan siklus PDSA untuk mengidentifikasi area yang perlu perbaikan dan memastikan keberlanjutan kualitas pelayanan rumah sakit ke depannya.