LAPORAN KOMITE MUTU

RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM

TAHUN 2023

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Komite Mutu Tahun 2023 RSJD Atma Husada Mahakam ini dapat terselesaikan.

Laporan Komite Mutu Tahun 2023 ini dimaksudkan untuk memberikan informasi mengenai data kinerja dan pertanggungjawaban mengenai penyelenggaraan tata kelola mutu di RSJD Atma Husada Mahakam. Laporan ini juga merupakan bentuk pertanggungjawaban Komite Mutu RSJD Atma Husada Mahakam mengenai pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan dalam bentuk program dan kegiatan dalam kurun waktu Januari s/d Desember Tahun 2023.

Laporan Komite Mutu RSJD Atma Husada Mahakam masih jauh dari sempurna. Kami berharap mendapatkan umpan balik (*feedback*) dari berbagai pihak sebagai bahan evaluasi dan bersama-sama berupaya untuk melakukan *continuous quality improvement* di RSJD Atma Husada Mahakam

Akhir kata, semoga laporan ini dapat memberikan manfaat untuk Komite Mutu dan seluruh unit kerja di RSJD Atma Husada Mahakam.

Samarinda, Januari 2024
Ketua Komite Mutu,

Ns.Suharsono, S.Kep
NIP. 198611072011011001

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN MUTU TAHUN 2023
KOMITE MUTU
RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

TELAH DI TELAAH OLEH DIREKSI :

1. **Direktur**

   dr. Indah Puspitasari,MARS

   NIP 196705301998032003 .....

2. **Wakil Direktur Umum dan Keuangan**

   Ns. Rahmawati,.S.Kep,.M.M

   NIP 197607291999032005 .....

3. **Wakil Direktur Pelayanan**

   dr. Fauziah Andriyani, MARS

   NIP 197502102009032006 .....

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ..... **ii**
LEMBAR PENGESAHAN ..... **iii**
DAFTAR ISI ..... **iv**
BAB I. PENDAHULUAN **2**
1.1 Latar Belakang 2
1.2 Maksud dan Tujuan Laporan 3
1.3 Ruang Lingkup 4
1.4 Sistematika Penulisan 4
BAB II. ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN **7**
2.1. Hambatan Tahun Lalu 7
2.2. Kelembagaan 8
2.2.1. Struktur Organisasi 9
2.2.2. Susunan Organisasi 9
2.2.3. Tugas dan Fungsi 11
2.2.3.1. Tugas 11
2.2.3.2. Fungsi 13
2.3. Sumber Daya 14
2.3.1. Sumber Daya Manusia 14
BAB III. TUJUAN DAN SASARAN KERJA **16**
3.1. Dasar Hukum 16
3.2. Tujuan, Sasaran, dan Indikator 19
3.3.1. Tujuan 19
3.3.2. Sasaran dan Indikator 22
BAB IV. STRATEGI PELAKSANAAN **25**
4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran 25
4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Tujuan 26
4.3 Upaya Tindak Lanjut 27
BAB V. HASIL KERJA **30**
5.1. Realisasi Program Mutu Rumah Sakit ..... **Error! Bookmark not defined.**
5.1.1. Realisasi Program Peningkatan Mutu RS **Error! Bookmark not defined.**
5.1.2. Realisasi Program Keselamatan Pasien RS **Error! Bookmark not defined.**
5.1.3. Realisasi Program Manajemen Risiko RS **Error! Bookmark not defined.**
5.2. Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM) 30
5.3. Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) 32
5.4. Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit) 34
5.5. Pencapaian Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan RS 35
5.5.1. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) 35
5.5.2. Pelaporan Budaya Keselamatan Rumah Sakit 40
5.5.3. Hasil Survei Budaya Keselamatan ..... **Error! Bookmark not defined.**
1. Gambaran Karakteristik Responden ..... **Error! Bookmark not defined.**
2. Gambaran Budaya Keselamatan Pasien ..... **Error! Bookmark not defined.**
5.6. Pencapaian Manajemen Risiko 45
5.7. Akreditasi Rumah Sakit 50
BAB VI. PENUTUP **53**
6.1. Kesimpulan 53
6.2. Rekomendasi 54
LAMPIRAN ..... Error! Bookmark not defined.

BAB I
PENDAHULUAN

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit (RS) adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam yang selanjutnya disebut RSJD AHM melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa intra mural dan ekstra mural serta melakukan pembinaan dan integrasi ke puskesmas dan Rumah Sakit Umum di Provinsi Kalimantan Timur dengan cara mengirim psikiater ke puskesmas dan Rumah Sakit Umum secara berkala.

Komite mutu rumah sakit yang selanjutnya disebut komite mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit. setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan tata kelola mutu. tata kelola mutu dilakukan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.

Penyelenggaraan tata telola mutu dilakukan oleh Komite Mutu. Tujuan penyelenggaraan tata kelola mutu adalah peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSJD Atma Husada Mahakam secara menyeluruh melalui perbaikan mutu berkesinambungan.

Dalam rangka mencapai tujuan, ditetapkan 5 (lima) sasaran sebagai berikut:

1. Terlaksananya pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
2. Terlaksananya pemilihan, pengumpulan, analisis dan validasi data indikator mutu;

3. Terlaksananya pelaporan dan analisis Insiden Keselamatan Pasien (IKP);
4. Terlaksananya pencapaian dan mempertahankan perbaikan;
5. Terlaksananya manajemen risiko RS.

Penyelenggaraan tata kelola mutu selanjutnya akan dievaluasi dan dilaporkan secara berkala oleh Komite Mutu kepada Direktur Utama dan dilaporkan kepada Dewan Pengawas Rumah Sakit. Laporan berkala yang disusun terdiri atas Laporan Semester dan Laporan Tahunan dimana keduanya merupakan laporan pelaksanaan tugas dan fungsi yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja Komite Mutu Rumah Sakit dalam kurun waktu satu semester maupun satu tahun.

Laporan berkala ini merupakan bentuk pertanggungjawaban kinerja Komite Mutu rumah sakit yang dapat menjadi media informasi, umpan balik *(feedback),* dan menjadi bahan evaluasi terhadap penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit. Laporan ini dimaksudkan untuk mengetahui dan menilai sejauh mana pencapaian kinerja dan progres program yang terlaksana di setiap periodenya dengan mengacu pada Program Mutu rumah sakit tahun 2023.

1.2 Maksud dan Tujuan Laporan

RS berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan RS melalui penyelenggaraan tata kelola mutu RS yang baik. Komite Mutu RS sesuai Permenkes nomor 80 tahun 2020 adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur RS dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RS.

Komite Mutu RSJD Atma Husada Mahakam sebagai bentuk pertanggungjawaban kepada Direktur Utama membuat laporan secara berkala (Laporan Bulanan, Triwulan, Semester, dan Tahunan). Maksud penyusunan Laporan Komite Mutu Tahun 2023 adalah sebagai laporan pertanggungjawaban

tentang penyelenggaraan tata kelola mutu RS dengan tujuan untuk meningkatkan mutu RS dan mempertahankan standar pelayanan di RSJD Atma Husada Mahakam.

Laporan Komite Mutu Tahun 2023 merupakan rangkuman dari suatu proses penyelenggaraan tata kelola mutu di masing-masing unit kerja RS. Laporan ini dapat memberikan gambaran tentang pencapaian penyelenggaraan mutu RS dengan memperhatikan 7 (tujuh) dimensi mutu, yaitu: aman, adil, berorientasi pasien, tepat waktu, efektif, dan efisien.

Laporan yang disajikan memberi gambaran tentang kondisi yang dicapai saat ini, kendala dan permasalahan yang terjadi, upaya-upaya yang sudah dilakukan, dan rencana tindak lanjut sebagai dasar *contiuous quality improvement.*

1.3 Ruang Lingkup

Ruang lingkup laporan ini adalah laporan tentang penyelenggaraan tata kelola mutu di RSJD Atma Husada Mahakam terkait upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko Rumah Sakit dalam kurun waktu Januari - Desember 2023.

1.4 Sistematika Penulisan

Laporan Komite Mutu Tahun 2023 menjelaskan pencapaian terhadap penyelenggaraan tata kelola mutu RS pada bulan Januari-Desember 2023. Laporan mengacu kepada upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko RS. Sistematika penyajian laporan adalah 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 RSJD Atma Husada Mahakam dalam kurun waktu tahun 2023 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 RSJD Atma Husada Mahakam. 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 upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko RS.

Bab IV. Strategi Pelaksanaan

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

Bab V. Hasil Kerja

Pada bab ini menguraikan tentang hasil pencapaian dari penyelenggaraan tata kelola mutu RS. Hasil kinerja meliputi capaian Program Mutu RS, Indikator Mutu Nasional, Indikator Mutu Prioritas, Indikator Mutu Unit, Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan, Manajemen Risiko, dan Akreditasi RS.

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

Dalam pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dilakukan di rumah sakit terus dikawal dan dilakukan monitoring secara terus menerus oleh komite mutu, namun dalam pelaksanaan tersebut masih terdapat beberapa program yang masih belum bisa secara maksimal untuk dijalankan pada tahun 2023

Pengukuran mutu dan keselamatan pasien yang telah berjalan rutin dari waktu ke waktu dan keberlangsungan pengukuran dan kawalan mutu RS menghadapi tantangan pada perubahankondisi yang tiba-tiba di masa pandemi ini. Komite Mutu RS dituntut untuk tanggap dan mampu beradaptasi dengan cepat pada masa turbulensi ini. Namun demikian, pada pelaksanaannya mengalami hambatan-hambatan sehingga kegiatan tidak berjalan dengan baik. Hambatan-hambatan dalam pelaksanaan program mutu tahun 2023 adalah:

1. Sub Komite Mutu
   a. Belum seluruh petugas memiliki pemahaman yang sama tentang mutu;
   b. Pengukuran dan pelaporan indikator kinerja belum semua tepat waktu;
   c. Sosialisasi, edukasi, dan pendampingan unit kerja belum optimal;
   d. Belum adanya benchmarking antar rumah sakit
2. Sub Komite Keselamatan Pasien
   a. Pemahaman Petugas belum menyeluruh tentang keselamatan pasien dan budaya keselamatan RS;
   b. Pelaporan insiden keselamatan pasien belum tepat waktu;
   c. Monitoring dan evaluasi keselamatan pasien belum optimal;
   d. Supervisi berjenjang belum optimal;
   e. Budaya mutu dan keselamatan pasien belum optimal.

3. Sub Komite Manajemen Risiko

   a. Program manajemen risiko unit kerja belum terlaksana dengan optimal;

   b. Pendampingan manajemen risiko unit kerja belum optimal.

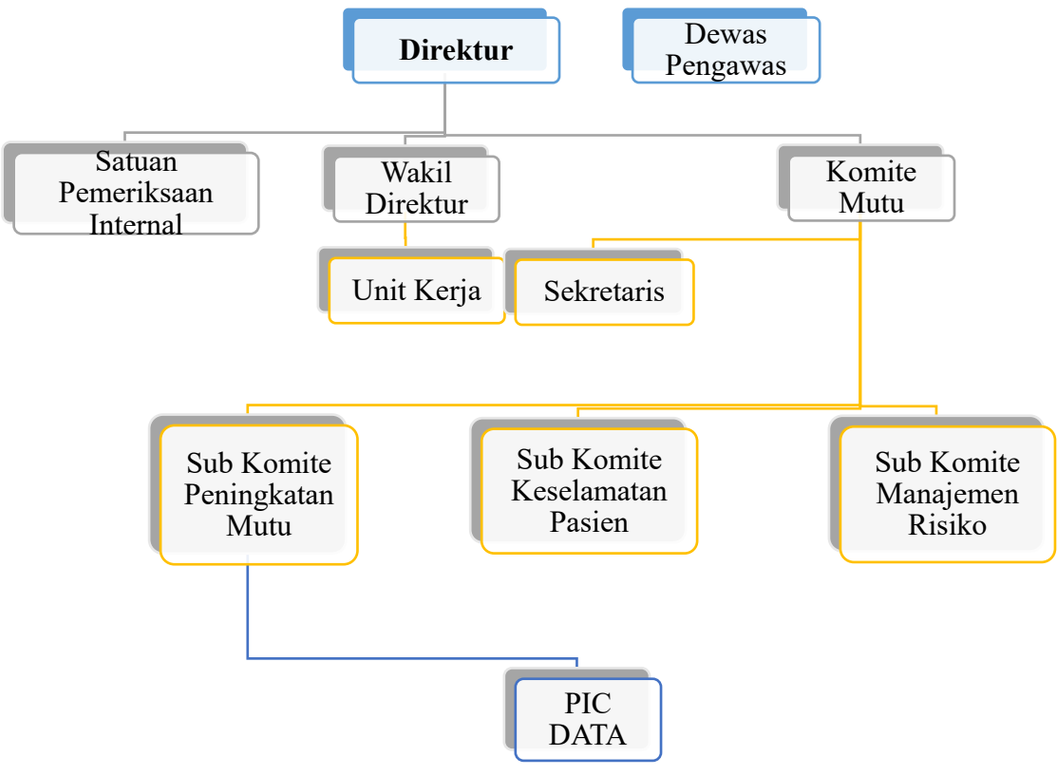
2.2. Kelembagaan

Komite Mutu RSJD Atma Husada Mahakam dibentuk dan ditetapkan dengan Surat Keputusan Pelaksana Tugas Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Nomor188.4/122/RSJD AHM-TU/2020 tentang Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien dan Keputusan Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Nomor 188.4/83/RSJD AH-TU/2023 tentang Penanggung Jawab Data Mutu Unit pada Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam.

2.2.1. Struktur Organisasi

RSJD Atma Husada Mahakam sesuai Permenkes Nomor 80 Tahun 2020 membentuk dan menetapkan Komite Mutu dengan susunan organisasi sebagai berikut:

Gambar 2.1



Struktur Organisasi Komite Mutu RSJD Atma Husada Mahakam**Susunan Organisasi**

RSJD Atma Husada Mahakam berdasarkan Permenkes nomor 65 Tahun 2020 di kepalai oleh seorang Direktur Utama. Penjelasan dari bagian 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

B. Subkomite Keselamatan Pasien

- Ketua, sekretaris, dan anggota

C. Subkomite Manajemen Risiko

- Ketua, sekretaris, dan anggota

2. Komite-Komite

Komite Mutu melakukan koordinasi dengan seluruh Komite-Komite di RSJD Atma Husada Mahakam, yaitu:

A. Komite Medis;

B. Komite Keperawatan;

C. Komite Nakes Lain;

D. Komite PPI;

3. 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 RS, atau Dewan Pengawas RSJD AtmaHusada Mahakam. Pemilik atau Dewan Pengawas RS memberikan umpan balik berupa rekomendasi kepada Direktur Utama untuk ditindaklanjuti.

2.2.2. Tugas dan Fungsi

2.2.3.1. Tugas

Berikut beberapa tugas dan fungsi komite mutu, diantaranya:

1. Komite Mutu Rumah Sakit bertugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi Peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit.
2. Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, Komite Mutu merniliki fungsi:
   a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit;
   b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit;
   c. pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti basil capaian indikator tersebut;
   d. pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
   e. pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti basil capaian indikator mutu;
   f. fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
   g. fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
   h. pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
   i. koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, satuan pemeriksaan internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf;

j. pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit;

k. pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;

l. penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu; dan

m. penyusunan laporan pelakasanaan program peningkatan mutu.

3. Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien, Komite Mutu memiliki fungsi:

a. penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien Rumah Sakit;

b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;

c. pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;

d. motivasi, edukasi, konsultasi, pernantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;

e. pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;

f. pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

g. melaksanakan pelatihan keselamatan pasien; dan

h. penyusunan laporan pelakasanaan program keselamatan pasien.

4. Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko, Komite Mutu memiliki fungsi:

a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;

b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;

c. pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;

d. pemberian usulan atas profit risiko dan rencana penanganannya;

e. pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;

f. pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak nonnal terjadi;

g. pelaksanaan penanganan risiko tinggi;

h. pelaksanaan pelatihan manajemen risiko; dan

i. penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.

5. Melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit.

6. Dalam melaksanakan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam angka l sampai dengan 5, Komite Mutu dapat dibantu oleh tim yang bersifat ad hoc yang terdiri atas komite atau unit kerja lain, dan pakar/ahli yang terkait dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit berdasarkan usulan ketua Komite Mutu.

7. Hasil pelaksanaan tugas dan fungsi sebagaimana dimaksud dalam angka l sampai dengan 5 dilaporkan secara tertulis kepada Direktur Rumah Sakit disertai rekomendasi, paling sedikit setiap 3 (tiga) bulan atau sewaktu-waktu bila diperlukan.

2.2.3.2. Fungsi

Berikut beberapa tugas dan fungsi penangung jawab mutu unit:

1. Menyusun Program Peningkatan Mutu Unit
2. Menyusun Profil Mutu Unit
3. Melaksanakan Kegiatan Program Mutu Unit
4. Melakukan Pengumpulan Data Mutu Unit Ke Komite Mutu Setiap Bulannya
5. Melakukan Analisa Terhadap Data Mutu Unit

6. Melakukan Monitoring Evaluasi Terhadap Hasil Peningkatan Capaian Mutu Unit
7. Melakukan PDSA atau Rencana Perbaikan Atas Hasil Data Mutu Unit.
8. Sebelum Data Mutu Unit Disampaikan Ke Komite Mutu Dilakukan Verifikasi Dan Diketahui Oleh Atasan Langsungnya

2.3. Sumber Daya

2.3.1.Sumber Daya Manusia

Komite Mutu RSJD Atma Husada Mahakam dipilih, diangkat, dan diberhentikan oleh Direktur Utama yang terdiri atas:

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

Keanggotaan Komite Mutu RS terdiri atas:

1. Tenaga medis;
2. Tenaga keperawatan;
3. Tenaga kesehatan lain;
4. Tenaga non kesehatan.

Ketenagaan Komite Mutu saat ini terdiri dari tenaga purna waktu dan tenaga paruh waktu.

BAB III
TUJUAN DAN SASARAN KERJA

BAB III
TUJUAN DAN SASARAN KERJA

3.1. Dasar Hukum

Dasar hukum penyelenggaraan tata kelola mutu RSJD Atma Husada Mahakam adalah sebagai berikut:

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Bab V tentang Kementerian Negara Pasal 17 ayat (3) Setiap Menteri Membidangi Urusan Tertentu Dalam Pemerintahan;
2. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 60 tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 50 tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen K3;
8. Peraturan Presiden Nomor 35 tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
9. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 159 Tahun 2015);

10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1146);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2023 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2019 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2015 Tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2023 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;

21. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Covid-19 → Protokol Tatalaksana Terapi Covid-19;
22. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/1591/2020 Tentang Protokol Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Rangka
23. Pencegahan dan Pengendalian Covid-19 → Panduan Teknis Pelayanan Rumah Sakit pada Masa Adaptasi Kebiasaan Baru;
24. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/4405/2020 tentang Pedoman Pemantauan dan Evaluasi Kesiapan Rumah Sakit pada Masa Pandemi Covid-19;
25. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2023 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit;
26. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/1/2021 tentang Peningkatan Kapasitas Perawatan Pasien Covid-19 pada Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan Covid-19;
27. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/4394/2020 Tentang Registrasi dan Perizinan Tenaga Kesehatan pada Masa Pandemi Covid-19;
28. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/133/2023 Tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Bidang Pelayanan Kesehatan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
29. Surat Edaran Dirjen Yankes Nomor HK.02.02/I/4254/2021 tanggal: 30 November Tahun 2023, Tentang Penggunaan Laporan IKP Puskesmas, RS, Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, per tanggal 1 Januari 2023, diharapkan seluruh Fasyankes (Rumah sakit, Puskesmas, Laboatorium kesehatan);
30. Rapid Hospital Readiness Checklist dari WHO tentang Kesiapan Rumah Sakit pada Masa Pandemi Covid-19.

3.2. Tujuan, Sasaran, dan Indikator

3.3.1. Tujuan

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

1. Aman: meminimalisasi terjadinya kerugiah (harm), cidera 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, social ekonomi;
3. Berorientasi pasien: menyediakan pelayanan yang sesuai dengan preferensi, kebutuhan, dan nilai-nilai individu;
4. Integrasi: menyediakan pelayanan yang terkoordinasi lintas fasyankes dan pemberi pelayanan, serta menyediakan yankes untuk seluruh siklus kehidupan;
5. Tepat waktu: mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan;
6. Efektif: menyediakan pelayanan kesehatan yang berbasis bukti kepada masyarakat;
7. Efisien: optimalkan sumberdaya yang ada, tanpa pemborosan bahan.

Gambar 3.1
Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu harus menjadi DNA dari sistem RS dan menjadi dasar kegiatan di RSJD Atma Husada Mahakam. Secara rinci, mutu yang dilaksanakan harus:

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

Tujuan penyelenggaraan tata kelola mutu di masa Pandemi Covid-19 adalah mempertahankan mutu dan keselamatan pasien RSJD Atma Husada Mahakam. Pengaturan tata kelola mutu bertujuan untuk:

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

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

Penerapan Manajemen Risiko di RSJD Atma Husada Mahakam bertujuan untuk:

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

8. Meningkatkan pencapaian tujuan dan peningkatan kinerja

Penerapan Manajemen Risiko di RSJD Atma Husada Mahakam bermanfaat untuk:

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

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

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

3.3.2. Sasaran dan Indikator

Sasaran adalah hasil yang akan dicapai secara nyata dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam Tahun 2023. Indikator adalah ukuran tingkat keberhasilan pencapaian sasaran untuk diwujudkan pada Tahun 2023. Setiap indikator disertai dengan rencana target masing-masing yang mengacu pada dokumen:

1. Indikator Nasional Mutu (INM);
2. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP RS);
3. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit)
4. Indikator Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan RS;
5. Manajemen Risiko RS;
6. Akreditasi Rumah Sakit.

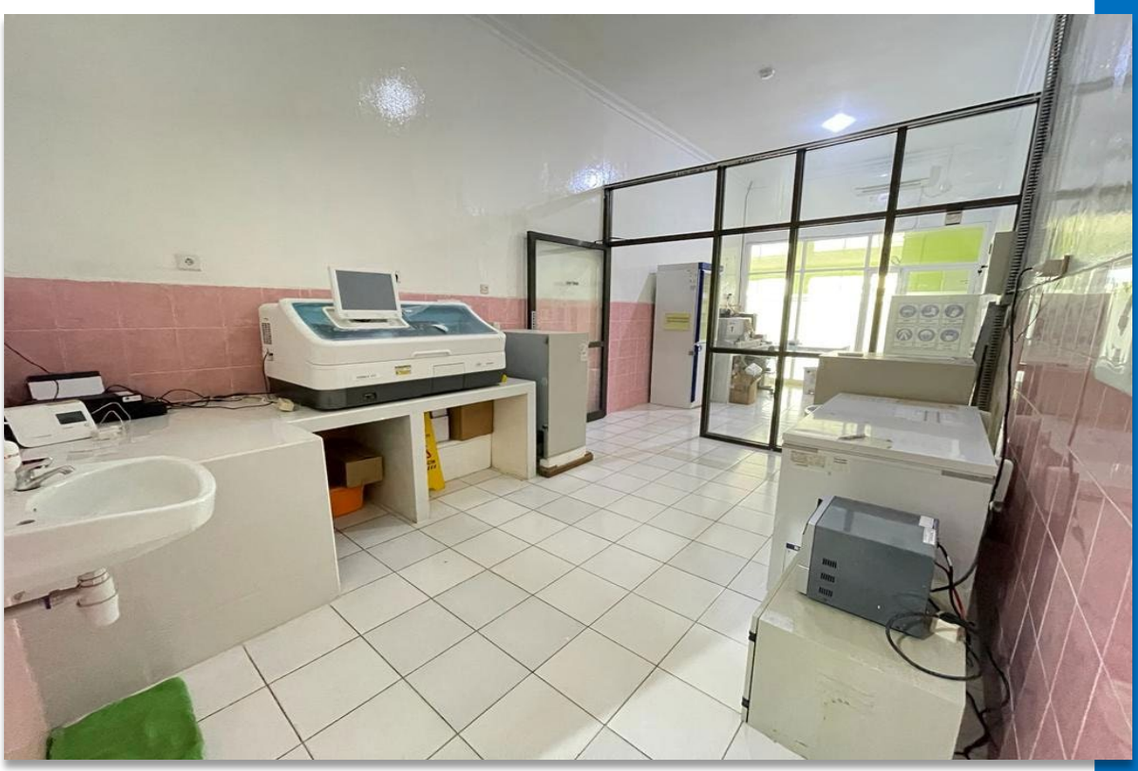
Sasaran Keselamatan Pasien di RSJD Atma Husada Mahakam terdiri dari:

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,
5. Pembedahan Pada PasienYang Benar
6. SKP.5 Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan
7. SKP.6 Mengurangi Risiko Cidera Pasien Akibat Terjatuh

Sasaran kegiatan Manajemen Risiko di RSJD Atma Husada Mahakam 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
10. Direktur dan Representatif pemilik / Dewan Pengawas setiap bulan.

BAB IV
STRATEGI PELAKSANAAN



BAB IV
STRATEGI PELAKSANAAN

4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

Strategi-strategi umum yang dilakukan Komite Mutu RSJD Atma Husada Mahakam adalah:

1. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu dan mengutamakan keselamatan pasien-masyarakat;
2. Meningkatkan kepatuhan terhadap standar mutu klinis dan keselamatan pasien masyarakat;
3. Mendorong budaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien pada pelaksanaan program RS;
4. Memberdayakan pasien, keluarga dan masyarakat;
5. Menguatkan regulasi, tata kelola, struktur organisasi, sumber daya dan peran seluruh komponen sistem kesehatan lainnya;
6. Meningkatkan komitmen mutu;
7. Mendorong pengukuran mutu, penelitian dan pemanfaatan informasi strategis.

Strategi-strategi peningkatan mutu di RSJD Atma Husada Mahakam 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 berkala;
3. Memperbaiki pemanfaatan pembiayaan dan strategi untuk perbaikan mutu RS. Perlu peningkatan kapasitas dan pelatihan agar RS dapat memberi layanan bermutu sesuai standar. Implementasi strategi dapat berupa pembuatan definisi operasional untuk tiap layanan dan melakukan pengawasan berkala;

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

4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Tujuan

Komite Mutu RSJD Atma Husada Mahakam 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:

a. *Man:*

- Pemahaman mutu, budaya keselamatan, dan manajemen risiko belum optimal;
- Pelaporan indikator mutu RS secara real time belum optimal;
- Budaya pelaporan IKP belum optimal dan belum tepat waktu;
- Pembuatan Risk register unit kerja belum optimal;
- Penyusunan FMEA unit kerja terkumpul belum optimal;
- Pemahaman manajemen risiko belum merata;

b. *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.

c. *Materials:*

- Sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang belum semuanya terpenuhi dan sesuai standar;
- Dukungan hardware belum sesuai standar.

d. Machines:

- Aplikasi SIMRS dalam tahap pengembangan;
- Pelaporan data mutu INM, IMP Unit, dan IMPRS belum terintegrasi dalam Aplikasi SIMRS;
- Pelaporan dan pemantauan mutu belum terintegrasi (masih menggunakan spreadsheet ataupun manual);

4.3 Upaya Tindak Lanjut

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

a. *Man*

1) Optimalisasi SIMRS RSJD AHM *real time*;
2) Sosialisasi dan edukasi tentang mutu, keselamatan pasien, budaya keselamatan, dan manajemen risiko;
3) Pelatihan /workshop manajemen risiko sesuai PMK nomor 25 tahun 2019; Optimalisasi pendampingan dan monev Subkomite sesuai dengan pembagian area yang ada;
4) Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan IKP tepat waktu;
5) Peningkatan kompetensi Komite Mutu dalam rangka optimalisasi capaian program melalui seminar, workshop, pelatihan, dll;
6) Mendorong penelitian di bidang mutu dan keselamatan pasien.

b. *Method*

1) Pendampingan dan supervisi unit kerja terkait pelaporan IKP;
2) Pendampingan mutu ke unit kerja secara daring dan luring;

3) Modifikasi kegiatan sosialisasi dan edukasi melalui media cetak, elektronik, maupun daring;

4) Supervisi mutu dan keselamatan pasien dijadwalkan per triwulan;

5) Pengelolaan dan pemantauan manajemen risiko dilaksanakan setiap bulan oleh Subkomite Manajemen Risiko sesuai pembagian areanya;

6) Optimalisasi pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan pasien di seluruh unit kerja RS;

c. *Machines*

1) Implementasi aplikasi SIMRS untuk mutu dan keselamatan pasien dan dilakukan evaluasi tiap bulan;

2) Pengembangan aplikasi manajemen risiko pada aplikasi “Data Center RS”;

3) Pengembangan aplikasi SIMRS RSJD AHM

d. *Materials*

1) Optimalisasi layanan RS dan layanan Covid-19 sesuai standar;

2) Menyusun standar sarana, prasarana dan alat kesehatan sebagai pedoman dalam pemenuhan kebutuhan unit kerja.

BAB V
HASIL KERJA

BAB V
HASIL KERJA

Strategi pencapaian tujuan dan sasaran merupakan penjabaran operasional kebijakan dan program sebagai upaya pencapaian target (sasaran kerja) Komite Mutu RSJD Atma Husada Mahakam. Pengukuran kinerja dilakukan untuk membandingkan kinerja yang dicapai dengan standar, rencana atau target menggunakan indikator yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja diperlukan 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 2023 adalah sebagai berikut:

5.1. Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM)

Indikator Nasional Mutu (INM) pada tahun 2023 ada 11 (Sebelas) indikator. Indikator-indikator tersebut adalah:

Tabel 5.4
Indikator Nasional Mutu (INM) Tahun 2023
RSJD Atma Husada Mahakam

No	Nama indikator	Target capaian	Triwulan I			Triwulan II			Triwulan III			Triwulan IV		
			Jan	Feb	Apr	Mei	Jun	Jun	Juli	Agust	Sept	Okt	Nov	Des
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥ 85%	91,02	90,50	89,56	88.55	87.50	86.50	86.50	86.50	85.5	86.00	85.50	85.15
2	Kepatuhan penggunaan APD	100%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	99.91	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	≥ 80%	Tidak ada di RSJ											
5	Waktu tunggu rawat jalan	≥ 80%	100.00	100.00	98,87	99.50	100.00	100	99.62	99.13	100	99.55	97.78	100.00
6	Penundaan operasi elektif	< 5%	Tidak ada di RSJ											
7	Kepatuhan waktu visite dokter	≥ 80%	100.00	100.00	91,76	79.36	86.00	87.81	100.00	87.94	93.10	91.05	93.17	91.00
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥ 80%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
10	Kepatuhan terhadap alur klinis *(clinical pathway)*	≥ 80%	100.00	100.00	98.41	75.47	71.00	80.00	83.02	75.93	82.05	91.67	92.59	93.75
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	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	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
13	Kepuasan pasien	≥ 76,61	89,33	89,33	89,33	89.79	89.79	89.79	89.79	89.79	89.79	89.81	89.81	89.81

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pelaporan INM pada aplikasi mutufasyankes sudah dilakukan tepat waktu pada minggu pertama setiap bulan nya
2. Pada periode tahun 2023 seluruh Indikator Nasional Mutu optimal dan tercapai

Rencana Tindak lanjut:

1. Monev berjenjang dan supervisi terkait upaya pencapaian dan mempertahankan
2. perbaikan sesuai jadwal;
3. Monev dilakukan terjadwal;

5.2. Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)

Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) pada tahun 2023 ada 13 indikator. Indikator-indikator tersebut adalah:

Tabel 5.5
Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) Tahun 2023
RSJD Atma Husada Mahakam

No	Nama indikator	Target capaian	Triwulan I			Triwulan II			Triwulan III			Triwulan IV		
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agust	Sept	Okt	Nov	Des
1	Identifikasi Pasien	100%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	99.91	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
2	Komunkasi Efektif (Tulbakon)	100%	92.60	72.46	71.00	59.00	65.00	79.00	100.00	84.00	100.00	95.00	97.00	97.00
3	Keamanan Obat	100%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
4	Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan	≥ 85%	95.66	94.07	88.00	89.00	89.00	87.00	86.00	86.00	85.00	86.00	87.00	85.00
5	Resiko Pasien Jatuh	100%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
6	Kelengkapan Assesmen medis rawat inap	100%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
7	Kepatuhan terhadap CP	≥ 80%	100.00	100.00	98.41	75.47	71.00	80.00	83.02	75.93	82.05	91.67	92.59	93.75
8	Kelengkapan assesmen rawat jalan	100%	62.86	56.24	77.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	91.00	91.00
9	Tidak Adanya Kejadian Pasien Yang Cidera Karena Fiksasi	100%	100.00	100.00	100.00	100.00	93.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
10	Mengurangi Angka Kejadian Pasien Jatuh	85%	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
11	Kepatuhan Identifikasi Pasien Peserta Didik	100	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
12	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Peserta Didik	100	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
13	Kepatuhan Kebersihan Tangan Peserta Didik	85%	85	85	89	85	100	100	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. IMP yang tidak tercapai di tahun 2023 yaitu komunikasi efektif (Tulbakon);
2. Selama periode Tahun 2023, INM yang pada bulan tertentu tidak tercapai yaitu Komunikasi Efektif (Tulbakon), telah dilakukan analisa perbaikan (PDSA) pada indikator mutu yang belum tercapai. Hal ini Sudah mengalami perbaikan dan peningkatan capaian dibandingkan capaian semester I.
3. Pada indikator yang belum tercapai tersebut sudah dilakukan upaya perbaikan dengan melakukan rapat koordinasi dan monev secara berjenjang untuk masing-masing indikator tersebut;
4. Pada indikator yang tidak tercapai tersebut sudah dilakukan rapat koordinasi, monev, berjenjang, dan spervisi untuk upaya perbaikan mutu;

Rencana Tindak Lanjut :

1. Layanan prioritas RS yang diusulkan kedepannya bertujuan untuk perbaikan yang berdampak luas dan dilakukan d berbagai unit klinis maupun non klinis;
2. Perlu adanya upaya yang lebih keras lagi untuk menangani pasien-pasien yang gaduh gelisah dan sulit untuk diarahkan melalui modifikasi intervensi, evaluasi psikofarmaka pasien dalam penanganan fase akut berkolaborasi dengan DPJP, dan optimalisasi implementasi safewards di ruang psikiatri

5.3. Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit)

Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit) pada tahun 2023 ada 16 (enam belas) indikator. Indikator-indikator tersebut adalah:

Tabel 5.6
Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit) Tahun 2023
RSJD Atma Husada Mahakam

No	Nama indikator	Target capaian	Triwulan I			Triwulan II			Triwulan III			Triwulan IV		
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agust	Sept	Okt	Nov	Des
1	Waktu tunggu rawat jalan	≥ 80%	100,00	100,00	98,87	99.50	100.00	100.00	100.00	99.13	100.00	99.55	98.00	100.00
2	Kelengkapan Assesmen Medis Rawat Jalan	100%	100,00	100,00	100,00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	91.00	100.00
3	Tidak ada pasien yang difiksasi >24 jam	100%	98,88	98,77	100,00	97.00	91.00	86.00	99.00	99.00	98.00	97.00	100.00	97.00
4	Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam	100%	100,00	100,00	100,00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
5	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≥ 80%	94.00	94.00	94.00	94.00	94.00	95.00	94.00	95.00	93.00	92.00	92.00	91.00
6	SPM Baku mutu air limbah: ph, BOD_5, COD, TSS	100%	100,00	100,00	100,00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
7	Waktu tunggu pelayanan obat racik	< 60 menit	35,80	36,01	36,28	38.09	38.35	39.85	38.97	39	39.58	40.01	40.8	41
8	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	100,00	100,00	100,00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
9	Waktu tanggap kerusakan alat kurang dari 15 menit	80%	93	94	97	99.10	97.34	100.00	97.35	99.00	100.00	100.00	100.00	98.00
10	Laporan hasil kritis laboratorium	100%	100,00	100,00	100,00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
11	Kelengkapan asesmen	100%	66,41	60,11	80,00	98.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
12	Kelengkapan *inform consent*	100%	100,00	100,00	100,00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
13	Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis setelah 24 jam	100%	62,24	60,04	100,00	98.00	99.00	99.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
14	Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medis	100%	100,00	100,00	100,00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
15	Pencapaian Paket Kegiatan Rehabilitas Psikososial	100%	100,00	100,00	100,00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
16	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 Jam	0,106	0,2	0,43	1.19	0.953	1.27	0.93	0.23	0.747	0.607	1.338	1.87
17	Kelengkapan Lembar Serah Terima Pasien	85%	89,00	100,00	100,00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pembahasan IMP Unit sesuai STARKES dengan hasil: Pelayanan yang diprioritaskan 16 indikator yang akan menjadi di setiap unit/instalasi;
2. IMP Unit yang tidak tercapai di tahun 2023 yaitu Tidak ada pasien yang difiksasi >24 jam, mutu air limbah, dan kelengkapan pengisian RM setelah 24 jam.
3. Pada indikator yang tidak tercapai tersebut sudah dilakukan rapat koordinasi, monev, berjenjang, dan spervisi untuk upaya perbaikan mutu;

Rencana Tindak Lanjut :

1. Layanan prioritas RS yang diusulkan kedepannya bertujuan untuk perbaikan yang berdampak luas dan dilakukan d berbagai unit klinis maupun non klinis;
2. Perlu adanya upaya yang lebih keras lagi untuk menangani pasien-pasien yang gaduh gelisah dan sulit untuk diarahkan melalui modifikasi intervensi, evaluasi psikofarmaka pasien dalam penanganan fase akut berkolaborasi dengan DPJP, dan optimalisasi implementasi safewards di ruang psikiatri akut;
3. Penanganan kegawatdaruratan psikiatri melibatkan multidisiplin;

5.4. Pencapaian Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan RS

5.5.1. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Hasil pengukuran insiden keselamatan pasien (IKP) Tahun 2023 adalah:

Berdasarkan tabel 5.36 menunjukkan bahwa pada tahun 2023 terjadi sebanyak 37 kejadian dengan insiden yang paling banyak terjadi adalah pasien jatuh dan pasien berkelahi / perilaku kekerasan sebanyak 13 kejadian.

Grafik 5.36
Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Tahun 2023
RSJD Atma Husada Mahakam

No	Jenis Insiden Keselamatan Pasien	Triwulan I			Triwulan II			Triwulan III			Triwulan IV			Total Insiden
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des	
1	Kondisi Potensial Cidera Signifikan (KPCS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
2	Kejadian Nyaris Cidera (KNC)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
3	Kejadian Tidak Cidera (KTC)	1	-	-	-	2	-	2	2	1	-	3	2	13
4	Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)	1	5	3	-	-	2	2	-	1	3	2	3	14
5	Kejadian Sentinel (KS)	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pada tahun 2023 terjadi sebanyak 28 kejadian dengan insiden yang paling banyak terjadi adalah pasien jatuh dan pasien berkelahi / perilaku kekerasan
2. Insiden prioritas yang perlu dilakukan analisa komprehensif adalah: pasien jatuh dan pasien berkelahi / perilaku kekerasan
3. Analisis faktor-faktor penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien adalah:
   a. Keselamatan pasien belum membudaya;
   b. Koordinasi antar PPA, sistem asesmen risiko keselamatan pasien, pemantauan
   c. Sistem monev berjenjang belum sesuai standar
   d. Ketersediaan sarana prasarana pendukung belum optimal, seperti:
      - Lantai licin, rusak, belum terpasang penanda ketinggian
      - Belum optimalnya ketersediaan bed safety dengan belt
      - Belum tersedianya kamar mandi yang memiliki *safety bar / handle bathup*

Kendala dan permasalahan:

1. Belum seluruh duta KPRS memahami cara pelaporan monitoring evaluasi indicator KPRS;
2. Belum seluruh pelaporan monev oleh duta KPRS dilaporkan tepat waktu;
3. Sarana dan prasarana belum tersedia secara lengkap dan kontinyu;
4. Belum seluruh petugas memahami alur pelaporan insiden keselamatan pasien;
5. Belum seluruh manajer ruangan memahami grading, dan cara investigasi sederhana;

6. Belum optimal tindak lanjut laporan insiden keselamatan pasien oleh sub komite KPRS;

Rencana pemecahan masalah:

1. Pencatatan dan Pelaporan
    - Sub Komite KPRS melakukan pencatatan Insiden Keselamatan Pasien dan melaporkan ke KMRS;
    - Insiden dengan grading biru dan hijau dilakukan analisis sederhana oleh ruangan atau unit;
    - Membentuk area manager 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/instalasi/urusan, manajer kasus, KMRS.
2. Supervisi
    - Melakukan supervisi kepada masing-masing unit/instalasi tentang pelaporan insiden keselamatan pasien, dan laporan monev bersama dengan KMRS pada saat setiap triwulan;
    - Melakukan bimbingan cara melakukan investigasi sederhana;
    - Pengoptimalan supervisi Kepada unit/instalasi tentang pelaporan insiden keselamatan pasien, dan laporan monev Duta KPRS Bersama dengan KMRS
3. Pendidikan dan Pelatihan
    - Sub Komite KPRS melakukan orientasi keselamatan pasien pada mahasiswa Praktek dan Pegawai Baru di RSJD Atma Husada Mahakam, setiap penerimaan mahasiswa dan pegawai baru
    - Pelatihan eksternal anggota sub komite KPRS tentang pelaksanaan FMEA dan RCA;
4. Sarana dan Prasarana

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

5. Regulasi
   - Revisi regulasi tentang keselamatan pasien rumah sakit sesuai referensi terkini.
6. Koordinasi dan Kolaborasi
   - Berkoordinasi dengan Komite-Komite RS lainnya;
   - Pembahasan kasus Interdisiplin dan Menyusun siklus perbaikan berkesinambungan
   - Meningkatkan kolaborasi dan koordinasi antar PPA
7. Reward and Consequances
   - Pelaksanaan sistem reward and punishment untuk mendorong terciptanya budaya keselamatan
8. Benchmark dengan rumah sakit lain
   - Pelaksanaan benchmarking dengan rumah sakit lain; meliputi system pelporan, regulasi, dan indikator keselamatan RS, dengan tujuan meningkatkan keselamtatan pasien rumah sakit

5.5.2. **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 kecakapan, manajemen kesehatan dan keselamatan organisasi. Organisasi dengan budaya keselamatan yang positif dicirikan oleh komunikasi yang didasarkan pada rasa saling percaya, dengan persepsi yang sama tentang pentingnya keselamatan, dan dengan keyakinan pada kemanjuran tindakan pencegahan (Kelompok Studi tentang Faktor Manusia. Pengorganisasian untuk keselamatan: laporan ketiga ACSNI (Komite Penasehat Keselamatan Instalasi Nuklir). Sudbury, Inggris: Buku HSE; 1993).

Budaya keselamatan di RSJD Atma Husada Mahakam dilakukan dengan survei yang bertujuan untuk:

1. Meningkatkan kesadaran staf tentang keselamatan pasien;
2. Kaji status budaya keselamatan pasien saat ini;
3. Identifikasi kekuatan dan area untuk peningkatan budaya keselamatan pasien;
4. Periksa tren perubahan budaya keselamatan pasien dari waktu ke waktu;
5. Mengevaluasi dampak budaya dari inisiatif dan intervensi keselamatan pasien;
6. Melakukan perbandingan di dalam dan di seluruh organisasi.

RS menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan medorong terciptanya budaya keselamatan untuk seluruh staf RS. Komitmen RS dibuktikan dengan menyediakan sumber daya, seperti staf, pelatihan, metode pelaporan yang aman, dan sebagainya untuk menangani masalah keselamatan. *Just culture* adalah model terkini mengenai pembentukan suatu budaya yang terbuka, adil dan pantas, menciptakan budaya belajar, merancang sistem-sistem yang aman, serta mengelola perilaku yang terpilih (*human error, at risk behavior*, dan *reckless behavior*). Model ini melihat peristiwa-peristiwa bukan sebagai hal-hal yang perlu diperbaiki, tetapi sebagai peluang-peluang untuk memperbaiki

pemahaman baik terhadap risiko dari sistem maupun risiko perilaku. Ada saat-saat individu seharusnya tidak disalahkan atas suatu kekeliruan.

Budaya keselamatan mencakup mengenali dan menujukkan masalah yang terkait dengan sistem yang mengarah pada perilaku yang tidak aman. Pada saat yang sama, rumah sakit harus memelihara pertanggungjawaban dengan tidak mentoleransi perilaku sembrono. Pertanggungjawaban membedakan kesalahan unsur manusia (seperti kekeliruan), perilaku yang berisiko (contohnya mengambil jalan pintas), dan perilaku sembrono (seperti mengabaikan langkah-langkah keselamatan yang sudah ditetapkan). Beban kerja yang berlebihan serta stres yang mungkin terjadi pada staf RS juga bisa mengarah pada perilaku yang tidak aman/berisiko, karena itu perlu melakukan identifikasi untuk upaya perbaikan pada jam kerja dan beban kerja serta stres yang mungkin bisa terjadi pada Profesional Pemberi Asuhan (PPA), staf klinis, staf non klinis.

Dimensi budaya keselamatan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.9
Dimensi Budaya Keselamatan
RSJD Atma Husada Mahakam

NO	DIMENSI	DEFINISI
1.	Grade Keselamatan (Rating keselamatan pasien)	Pemahaman staf mengenai program patient safety (keselamatan pasien) kesalahan secara keseluruhan berupaya prosedur dan system yang baik untuk mencegah kejadian keselamatan pasien diunit RSJD Atma Husada Mahakam ditunjukan dengan jawaban pada kuesioner
2.	Jumlah peristiwa yang dilaporkan	Seberapa sering perlaporan mengenai kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dan kejadian nyaris cedera (KNC) diunit RSJD Atma Husada Mahakam ditunjukan dengan jawaban pada kuesioner
3.	Kerja sama dalam tim	Kondisi dimana individu antar unit atau berlainan unit saling membantu, berkoordinasi, dan saling mendukung satu sama lain untuk memberikan pelayanan terbaik di diunit RSJD Atma Husada Mahakam ditunjukan dengan jawaban pada kuesioner
4.	Kepegawaian dan kecepatan kerja	Proses penataan staf dalam unit untuk menangani beban kerja dan jam kerja

		yang sesuai untuk memberikan pelayanan yang baik diunit RSJD Atma Husada Mahakam ditunjukan dengan jawaban pada kuesioner
5.	Proses belajar organisasi dan perbaikan berkelanjutan	Proses pembelajaran dari kejadian kesalahan, bagaimana terjadi dan tindakan pencegahan yang harus dilakukan supaya tidak terjadi error yang kemudian membuat proses perbaikan berkelanjutan sehingga membawa perubahan yang positif
6.	Tanggapan terhadap kesalahan	Sikap tidak menghukum/menuduh/memojokan terhadap kejadian yang tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera yang dibuat atau dilaporkan oleh staf diunit RSJD Atma Husada Mahakam ditunjukan dengan jawaban pada kuesioner
7.	Dukungan supervisor, manajer, atau pemimpin klinis untuk keselamatan pasien	Pertimbangn supervise/manajer terhadap saran staf untukmeningkatkan keselamatan pasien, pujian staf untuk mengikuti prosedur keselamatan pasien dan tidak mengabaikan masalah keselamatan pasien diunit RSJD Atma Husada Mahakam ditunjukan dengan jawaban pada kuesioner
8.	Komunikasi tentang kesalahan	Suatu proses dimana setiap anggota bersedia untuk mengkomunikasikan kesalahan yang terjadi dalamunit dalam menggali pengetahuan dari pengalaman dan data yang diperoleh dan membuat upaya pencegahan diunit RSJD Atma Husada Mahakam ditunjukan dengan jawaban pada kuesioner
9.	Keterbukaan komunikasi	Suatu proses penyampaian pesan (infomasi, ide, gagasan, pernyataan) dari staf tanpa rasa takut/bebas baik mengenai tindakan yang diputuskan maupun dan jika mereka melihat sesuatu dengan negative yang dapat mempengaruhi pelayanan diunit RSJD Atma Husada Mahakam ditunjukan dengan jawaban pada kuesioner
10.	Melaporkan kejadian keselamatan pasien	Tindakan staf dalam memberikan laporan terhadap kondis di lapangan terkait kejadian keselamatan pasien diunit RSJD Atma Husada Mahakam ditunjukan dengan jawaban pada kuesioner
11.	Dukungan menajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien	Sikap dan prioritas manajemen rumah sakit dalam menyediakan iklim kerja terhadap upaya pelaksanaa keselamatan pasien di rumah sakit yang ditunjukkan dengan jawaban pada kuesioner
12.	Serah terima (Handoffs) dan pertukaran informasi	Proses berpindannya pasien dari satu unit ke unit lain ataupun perpindahan

		informasi mengenai pasien ketika terjadi pergantian shift antara petugas

Ruamh Sakit melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data, dan diskusi kelompok. Direktur mendorong agar dapat terbentuk kerja sama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini. Direktur harus menanggapi perilaku yang tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang RS, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu, serta representasi pemilik. Seluruh area di RS harus dilaksanakan, dimonitor, diambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan.

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 antarstaf 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 didepan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas

staf klinis lain, contoh mengomentari negative hasil tindakan atau pengobatan staf lain didepan pasien, misalnya "obatnya ini salah, tamatan mana dia...?", melarang perawat untuk membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan, memarahi staf klinis lainnya didepan pasien, kemarahan yang ditunjukkan dengan melempar alat bedah di kamar operasi, membuang rekam medis diruang rawat;

3. Perilaku yang melecehkan *(harassment)* terkait dengan ras, agama, suku, gender;
4. Pelecehan seksual.

Survei budaya keselamatan di RSJD Atma Husada Mahakam dilaksanakan setiap tahun dengan tujuan untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan di RSJD Atma Husada Mahakam. Penelitian dilakukan di Bulan Juli – Agustus Tahun 2023. Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner budaya keselamatan, diadaptasi dari kuesioner Hospital Survey on Patient Safety Culture yang dipublikasikan oleh Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Tahun 2019. Kuesioner terdiri dari 40 pertanyaan yang dimodifikasi.

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Melakukan sosialisasi budaya keselamatan RS kepada seluruh pegawai;
2. Telah dibuat sistem yang rahasia, sederhana dan mudah diakses untuk pelaporan masalah yang terkait budaya keselamatan (melalui google formulir, admin: Kesekretariatan Mutu).
3. Pada Tahun 2023 tidak ada kejadian perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan pasien dan sudah dilakukan upaya perbaikan;
4. Asuhan berfokus pada pasien (patient centerded care);
5. PPA bertugas sesuai dengan tupoksinya masing-masing.

Kendala dan permasalahan:

1. Belum seluruh petugas memiliki pemahaman yang sama tentang Budaya keselamatan;

2. Belum seluruh petugas memahami alur pelaporan Budaya keselamatan;
3. Belum lengkapnya regulasi dan panduan tentang budaya keselamatan pasien.

Rencana pemecahan masalah:

1. Penguatan program budaya keselamatan RS;
2. Sosialisasi terus menerus pada seluruh staf tentang budaya keselamatan RS melalui setiap instalasi/unit
3. Optimalisasi implementasi budaya keselamatan RS di seluruh unit layanan;
4. Melakukan survei budaya keselamatan setiap tahun.

5.5. Pencapaian Manajemen Risiko

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 berkualitas. 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, diantaranya 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 pelayanandan keselamatan pasien tetap 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 dating dan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan, RSJD Atma Husada Mahakam dituntut untuk dapat mengelola risiko yang ada secara terintegrasi. Manajemen risiko merupakan pendekatan yang tepat untuk mengidentifikasi, menganalisa, mengevaluasi dan mengendalikan risiko yang dapat menghambat pencapaian tujuan dan sasaran RSJD Atma Husada Mahakam. Manajemen risiko dapat diterapkan ke seluruh satuan kerja lingkup RSJD Atma Husada Mahakam.

Tujuan penerapan manajemen risiko secara umum adalah terlaksananya pengelolaan risiko di RSJD Atma Husada Mahakam dengan cara pencegahan cidera 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
6. kejadian yang tidak diharapkan;
7. Meminimalkan risiko yang mungkin terjadi di masa mendatang. Dengan adanya antisipasi risiko, apabila terjadi insiden sudah terdapat alternative penyelesaiannya;
8. Melindungi pasien, karyawan, pengunjung dan pemangku kepentingan lainnya;
9. 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 dana tau 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 negative 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 asset dan fasilitas terkait terjadinya risiko, berwenang mengambil keputusan;
3) Risk Officer: Pelaksana dari unit kerja, memiliki tanggung jawab melakukan identifikasi dan assesmen atas risiko, pelaksanaan mitigasi risiko.

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pengumpulan risk register unit kerja mencapai 93 risk register unit kerja;
2. Penyusunan Profil Risiko RS TA 2023;
3. Melakukan sosialisasi rutin PMK nomor 25 tahun 2019 tentang Manajemen Risiko;
4. Melakukan pendampingan ke unit kerja mengenai risk register yang telah dibuat oleh unit kerja;
5. Koordinasi secara rutin dengan unit kerja untuk melakukan pengelolaan dan pemantauan risiko melalui kegiatan ronde setiap hari Selasa;
6. Melakukan modifikasi terhadap tabel risk register agar menjadi lebih sederhana;
7. Rapat koordinasi secara rutin (per bulan) antar sub unit mencapai 100%.

Kendala dan permasalahan:

1. Pengelolaan dan pemantauan risiko belum dilakukan oleh seluruh unit kerja;
2. Manajemen risiko unit kerja belum terdokumentasi dengan baik;
3. Belum semua unit kerja menyadari pentingya penerapan manajemen risiko di unit kerja mereka.

Rencana pemecahan masalah:

1. Mengadakan workshop Manajemen Risiko;
2. Optimalisasi sosialisasi dan pendampingan ke unit kerja;
3. Pembuatan FMEA bagi unit kerja yang belum mengumpulkan;
4. Penguatan program manajemen risiko unit kerja;
5. Optimalisasi pengelolaan dan pemantauan risiko unit kerja dengan dipandu oleh Subkomite Manajemen Risiko;
6. Meningkatkan keterlibatan semua pihak dalam pengelolaan risiko;

7. Pemantauan dan pelaporan manajemen risiko dilakukan secara berkala;
8. Feedback dan pembelajaran ke unit kerja untuk pengelolaan risiko.
9. Penguatan internal Subkomite Manajemen Risiko;
10. Optimalisasi penggunaan IT.

5.6. Akreditasi Rumah Sakit

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pemilihan Indikator Prioritas Rumah Sakit pada 7 Desember 2021
2. Pemilihan Indikator Mutu Prioritas Unit pada 8 Desember 2021;
3. Sosialisasi Profil Indikator Mutu Unit pada 10 Januari 2023;
4. Pelatihan PMKP terkait kegiatan pengukuran capaian indikator mutu pada 23 Maret 2023;
5. Workshop pembuatan laporan peningkatan mutu menggunakan metode PDSA pada 5 Mei 2023;
6. Pelaporan indikator mutu nasional (INM) dan insiden keselamatan pasien (IKP) setiap bulan ke aplikasi http://mutufasyankes.kemkes.go.id/;
7. Pelaporan kondisi COVID-19 di RSJD Atma Husada Mahakam setiap minggu ke aplikasi http://sirs.kemkes.go.id/fo/login ;
8. Pelaporan indikator mutu RS dan insiden keselamatan pasien setiap 1 bulan;
9. Melakukan rapat feedback capaian mutu unit kerja setiap 3 (tiga) bulan;
10. Pelaksanaan survei indeks kepuasan masyarakat dan indeks persepsi korupsi setiap semester;
11. *In House Training Safeward* di lingkungan RSJD Atma Husada Mahakam Tahun 2023;
12. Sosialisasi Penggunaan APAR dan Pemeliharaan APAR pada 4 Agustus 2023;
13. Seminar Ilmiah *Self Care for a Better Mental Wellbeing* pada 13 Oktober 2023;

14. Pelatihan Early Warning System (EWS) dan Edukasi Pengelola Nyeri pada 26 Oktober 2023;
15. Sosialisasi Komunikasi Efektif pada 2 November 2023;
16. Pelatihan Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Psikiatri dan *Intensif Care* Psikiatri Pada 3 November 2023 – 4 November 2023;
17. Sosialisasi Bantuan Hidup Dasar (BHD) kepada seluruh pegawai Pada 1 Desember 2023 – 9 Desember 2023;
18. Sosialisasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi pada petugas di area RSJD Atma Husada Mahakam pada 1 Desember 2023 – 9 Desember 2023;
19. Melakukan RCA untuk insiden keselamatan pasien grading kuning dan merah;
20. Membuat profil manajemen risiko RS;
21. Tersusun FMEA (standar 1 FMEA setiap tahun);
22. Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan manajemen risiko unit kerja;
23. Melakukan *continuous quality improvement* di semua unit kerja.
24. Pelaksanaan survei akreditasi oleh LARD DHP pada 27-29 Desember 2023 yang mendapatkan predikat PARIPURNA;

Kendala dan Permasalahan:

1. Indikator mutu prioritas perlu dibuatkan sesuai STARKES;
2. Pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan mutu belum optimal.

Rencana pemecahan masalah:

1. Penyusunan dan penetapan indikator mutu prioritas sesuai STARKES;
2. Optimalisasi pemantauan dan evaluasi dengan Kepala Unit Kerja sebagai penanggungjawab PMKP di Unit Kerjanya masing-masing;
3. Supervisi Komite Mutu terintegrasi.

BAB VI
PENUTUP

BAB VI
PENUTUP

Komite Mutu RSJD Atma Husada Mahakam pada Tahun 2023 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 2023 hendaknya dapat dipertahankan dan ditingkatkan serta dapat menjadi parameter untuk pencapaian kinerja selanjutnya. Hal-hal yang kendala dan permasalahan untuk mercapai target dan rencana kinerja diharapkan diselesaikan melalui proses *continouos quality improvement* dengan cara memperbaiki, mencari solusi, dan alternatif penyelesaiannya.

6.1. Kesimpulan

Kesimpulan Laporan Komite Mutu Tahun 2023 adalah:

1. Program Komite Mutu sebagian besar sudah terlaksana. Peran aktif dari 3 (tiga) Subkomite memberikan sumbangsih terbesar untuk keberlangsungan program;
2. Pengukuran indikator kinerja korporasi yang terkait Komite Mutu dilaporkan tepat waktu setiap bulan;
3. Pencatatan dan pelaporan indikator mutu pada tahun 2023 menggunakan spreadsheet, namun jika terjadi kendala di backup secara manual;
4. Pelaporan unit kerja sudah dilakukan tepat waktu;
5. Kesadaran pegawai terhadap mutu sudah meningkat. Pemahaman tentang mutu, keselamatan pasien, budaya keselamatan, dan manajemen risiko belum optimal. Perlu sosialisasi berkala dan pendampingan secara intens oleh masing-masing Subkomite;
6. Penerapan budaya mutu dan keselamatan pasien perlu dipandu oleh Subkomite Mutu dan Subkomite Keselamatan Pasien;

7. Hasil capaian indikator belum sepenuhnya digunakan sebagai dasar untuk memperbaiki performa unit kerja;
8. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) tepat waktu;
9. Profil Risiko RS Tahun 2023 telah disusun dan ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur RSJD Atma Husada Mahakam;
10. Penyusunan profil risiko unit kerja sudah dilakukan oleh unit kerja;
11. Monev dan supervisi berjenjang belum berjalan Optimal;
12. Audit PPK/CP masih pada belum komprehensif melibatkan semua PPA;
13. Perlu peningkatan dalam pemahaman mengenai pentingnya manajemen risiko di unit kerja;
14. Pemantauan dan pemanduan dalam penyusunan profil risiko unit kerja telah dilakukan dan perlu dilakukan sosialisasi dan pendampingan secara intens oleh Subkomite Manajemen Risiko;
15. Layanan RSJD Atma Husada Mahakam tetap memprioritaskan mutu dan keselamatan pasien. Semua dokumen, regulasi, dan implementasi dilakukan berdasarkan peraturan perundangundangan yang berlaku.

6.2. Rekomendasi

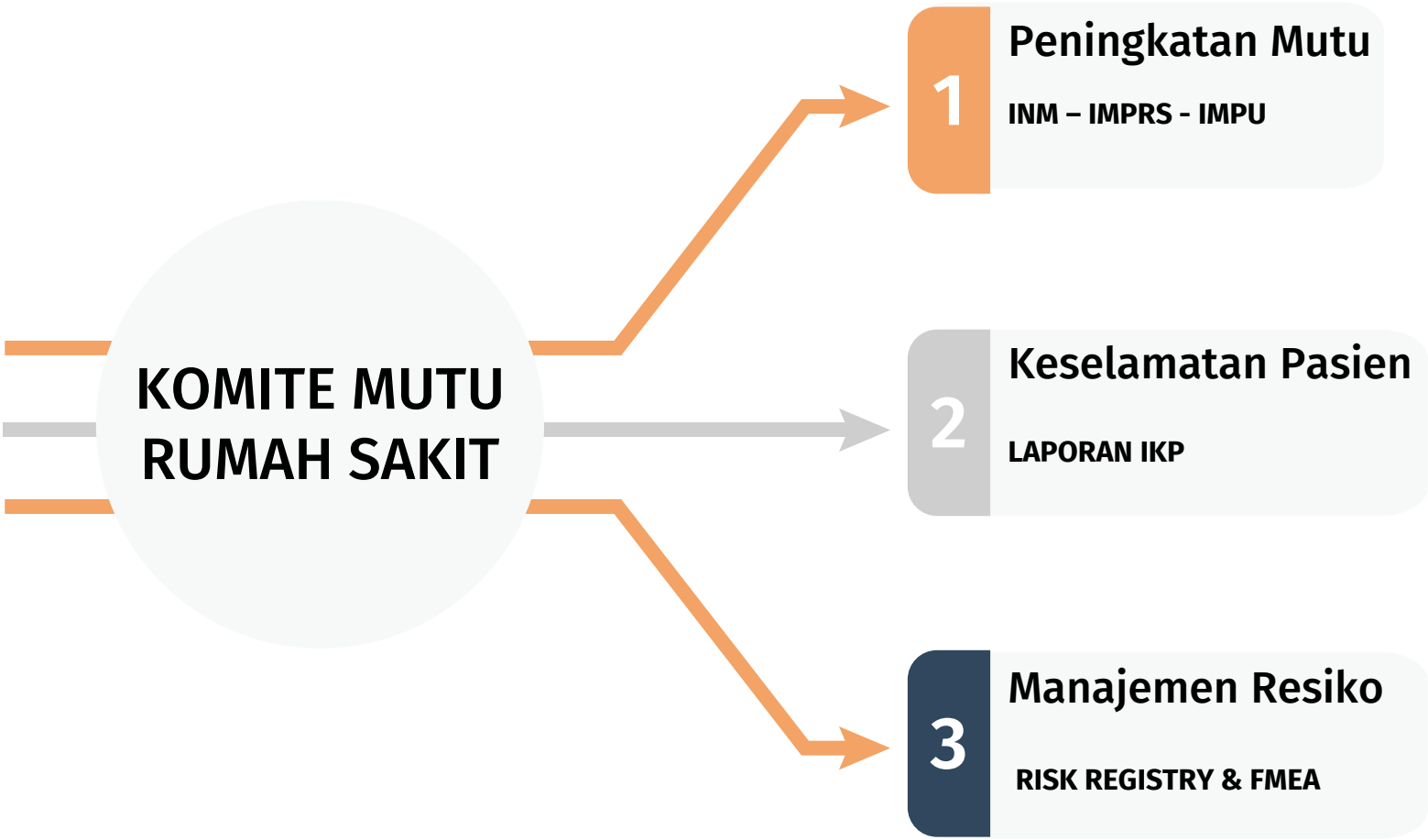
Pelaksanaan kegiatan dan pengawasan tetap harus dilakukan agar program dapat dicapai. Rekomendasi dari Laporan Komite Mutu Tahun 2023 adalah:

1. Perlu komitmen dari seluruh lini mulai dari pucuk pimpinan sampai dengan pelaksana;
2. Meningkatkan koordinasi dan sosialisasi untuk pelaksanaan program dan kegiatan secara menyeluruh dan berkesinambungan;
3. Meningkatkan monev dan supervisi secara berjenjang dan berkala untuk melihat kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan;

4. Perlu meningkatkan kompetensi pegawai terhadap mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko;
5. Berkoordinasi dengan bagian umum untuk memenuhi sarana prasarana dan alat kesehatan unit kerja sesuai standar dengan skala prioritas secara efektifitas dan efisiensi;
6. Pengembangan aplikasi SIMRS sebagai dukungan IT pada sistem manajemen data terintegrasi;
7. Melakukan penelitian tentang mutu dan keselamatan pasien;
8. Pendampingan unit kerja dipandu oleh masing-masing Subkomite;
9. Mengusulkan indikator sebagai salah satu faktor penimbang perhitungan performa kinerja dalam remunerasi sehingga memotivasi pegawai untuk berkinerja lebih baik;
10. Meningkatkan implementasi budaya keselamatan, seperti kepatuhan penggunaan APD, pelaksanaan komunikasi efektif (Tulbakon), keterampilan dalam melakukan fiksasi pasien >24 jam, kemampuan menenangkan pasien ≤48 jam, dan kelengkapan pengisian dokumen rekam medis setelah 24 jam.

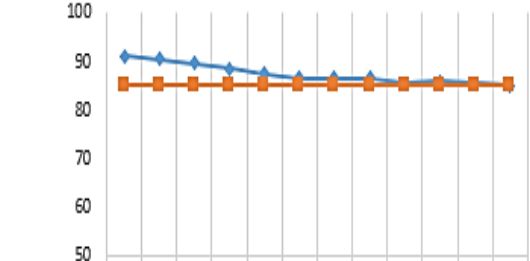
EVALUASI PENINGKATAN MUTU & KESELAMATAN PASIEN TAHUN 2023

Komite Mutu Rumah Sakit Jiwa
Atma Husada Mahakam 2023


KOMITE MUTU
RUMAH SAKIT
1
Peningkatan Mutu
INM – IMPRS - IMPU
2
Keselamatan Pasien
LAPORAN IKP
3
Manajemen Resiko
RISK REGISTRY & FMEA

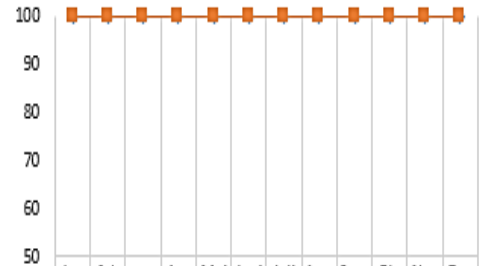
INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)

KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN ≥ 85%



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	91.02	90.50	89.68	88.55	87.5	86.5	86.5	86.5	85.5	86	85.5	85.1
Standar	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85

KEPATUHAN PENGGUNAAN APD 100%

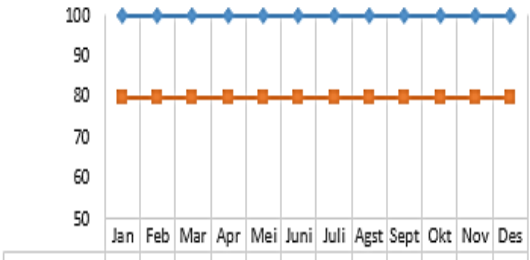


	Jan	feb	mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN 100%

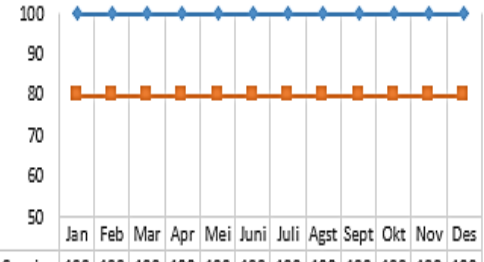
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL ≥ 80%



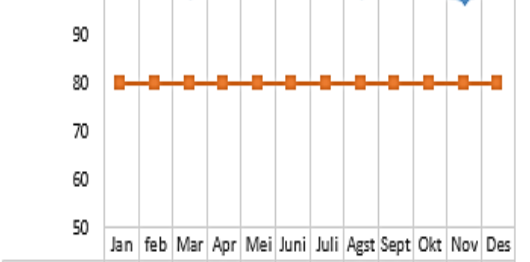
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

KECEPATAN WAKTU TANGGAP KOMPLAIN ≥ 80%



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

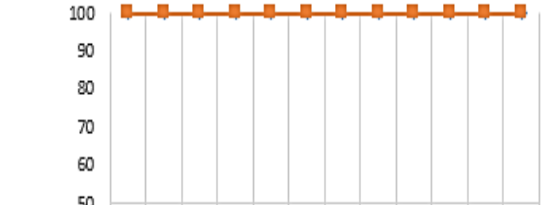
WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN ≥ 80%



	Jan	feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	98.9	99.5	100	100	99.6	99.2	100	99.5	97.7	100
Standar	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

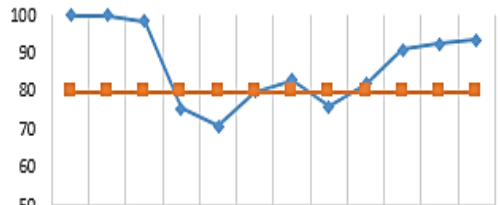
INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)

PELAPORAN HASIL KRISIS LABORATORIUM 100%



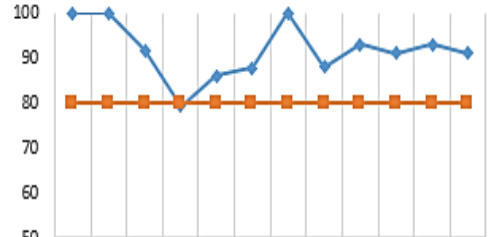
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

KEPATUHAN TERHADAP ALUR KLINIS (CLINICAL PATHWAY) ≥ 80%



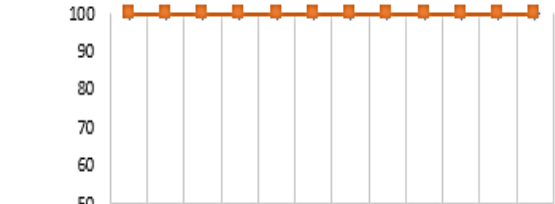
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	98.41	75.47	71	80	83.02	75.93	82.05	91	92.5	93.7
Standar	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER ≥ 80%



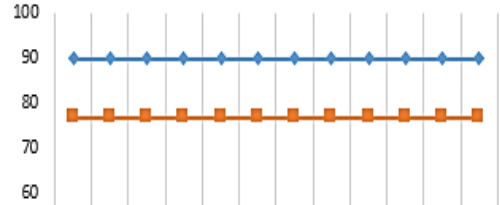
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	91.8	79.4	86	87.8	100	87.9	93.1	91	93	91
Standar	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH 100%



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

KEPUASAN PASIEN ≥ 76.61%



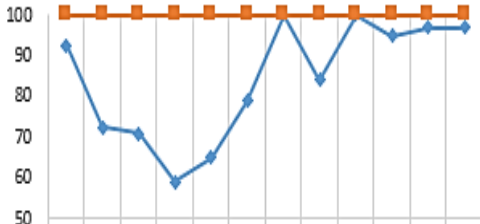
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	89.79	89.79	89.79	89.79	89.79	89.79	89.79	89.79	89.79	89.79	89.79	89.79
Standar	76.61	76.61	76.61	76.61	76.61	76.61	76.61	76.61	76.61	76.61	76.61	76.61

INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMPRS)

KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN 100%

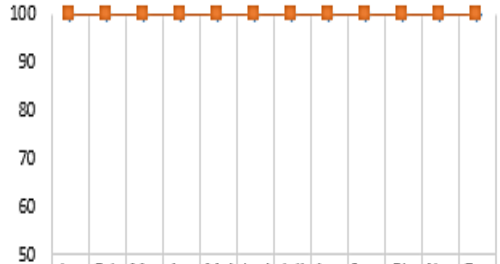
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

KOMUNIKASI EFEKTIF (TULBAKON) 100%



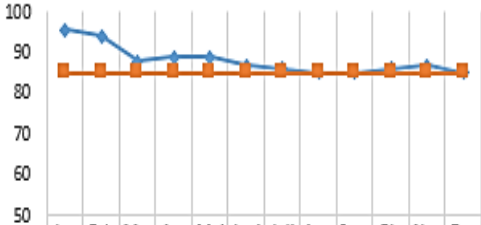
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	92.6	72.5	71	59	65	79	100	84	100	95	97	97
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

KEAMANAN OBAT 100%



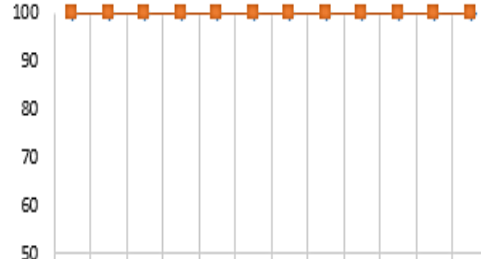
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

RESIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN ≥ 85%



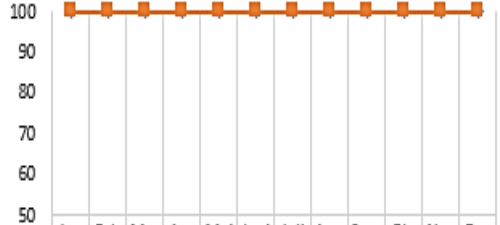
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	95.7	94.1	88	89	89	87	86	85	85	86	87	85
Standar	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85

RESIKO PASIEN JATUH 100%



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

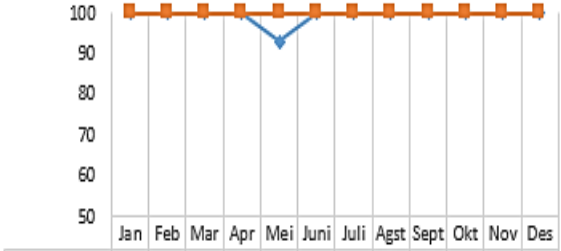
KELENGKAPAN ASESMEN MEDIS RAWAT INAP 100%



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

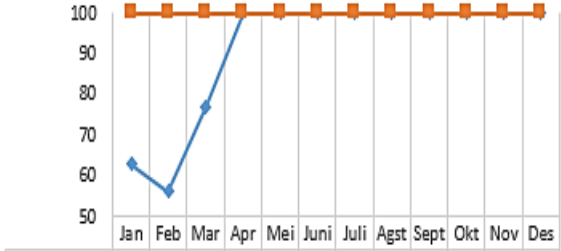
INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMPRS)

Tidak Adanya Kejadian Pasien Yang Cidera Karena Fiksasi 100%



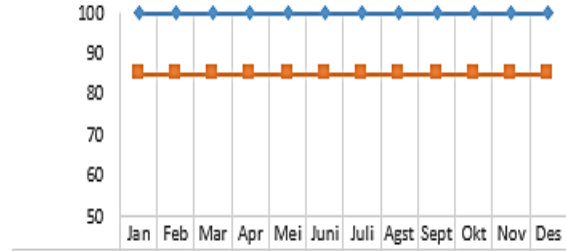
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	100	100	93	100	100	100	100	100	100	100
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

KELENGKAPAN ASSESMEN RAWAT JALAN 100%



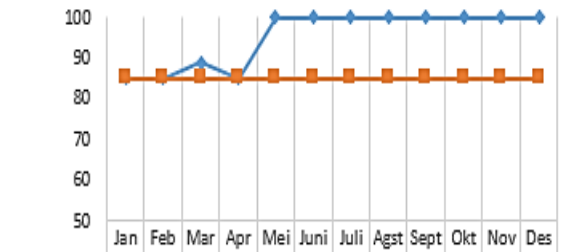
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	62.86	56.24	77	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

MENGURANGI ANGKA KEJADIAN PASIEN JATUH ≥ 80%



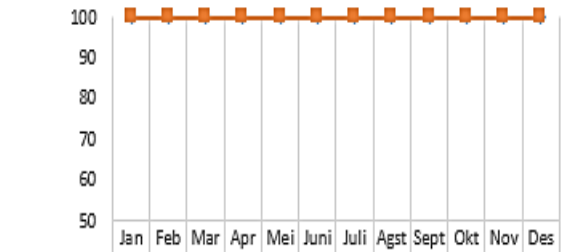
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85

KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN PESERTA DIDIK ≥ 85%



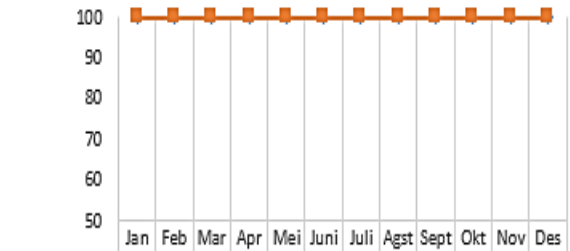
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	85	85	89	85	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85

KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN PESERTA DIDIK 100%



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

KEPATUHAN PENGGUNAAN APD PESERTA DIDIK 100%



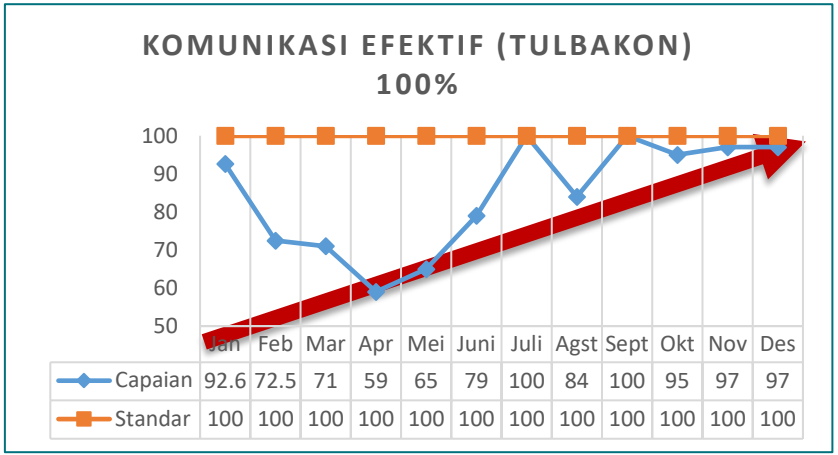
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT (IMPU)

No	Nama indikator	Target capaian	Triwulan I			Triwulan II			Triwulan III			Triwulan IV		
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agust	Sept	Okt	Nov	Des
1	Waktu tunggu rawat jalan	≥ 80%	100	100	98,87	99.50	100	100	100	99.13	100	99.55	98	100
2	Kelengkapan Assesmen Medis Rawat Jalan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	91	100
3	Tidak ada pasien yang difiksasi >24 jam	100%	98,88	98,77	100	97	91	86	99	99	98	97	100	97
4	Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
5	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≥ 80%	94	94	94	94	94	95	94	95	93	92	92	91
6	SPM Baku mutu air limbah: ph, BOD_5, COD, TSS	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7	Waktu tunggu pelayanan obat racik	< 60 menit	35,80	36,01	36,28	38.09	38.35	39.85	38.97	39	39.58	40.01	40.8	41
8	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

No	Nama indikator	Target capaian	Triwulan I			Triwulan II			Triwulan III			Triwulan IV		
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agust	Sept	Okt	Nov	Des
9	Waktu tanggap kerusakan alat kurang dari 15 menit	80%	93	94	97	99.10	97.34	100	97.35	99	100	100	100	98
10	Laporan hasil kritis laboratorium	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
11	Kelengkapan asesmen	100%	66,41	60,11	80	98	100	100	100	100	100	100	100	100
12	Kelengkapan inform consent	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
13	Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis setelah 24 jam	100%	62,24	60,04	100	98	99	99	100	100	100	100	100	100
14	Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medis	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
15	Pencapaian Paket Kegiatan Rehabilitas Psikososial	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
16	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 Jam	0,106	0,2	0,43	1.19	0.953	1.27	0.93	0.23	0.747	0.607	1.338	1.87
17	Kelengkapan Lembar Serah Terima Pasien	85%	89	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

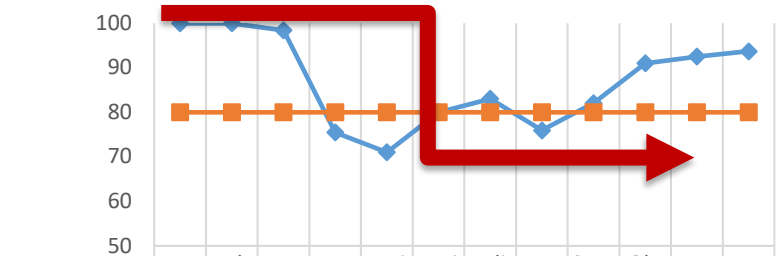
INDIKATOR MUTU PERBAIKAN 2023



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	92.6	72.5	71	59	65	79	100	84	100	95	97	97
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

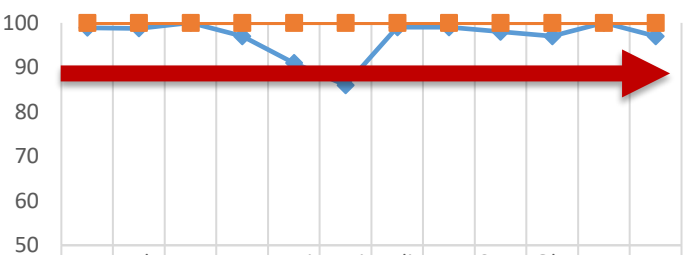
INDIKATOR MUTU PERLU MONITORING 2024

KEPATUHAN TERHADAP ALUR KLINIS (CLINICAL PATHWAY) ≥ 80%



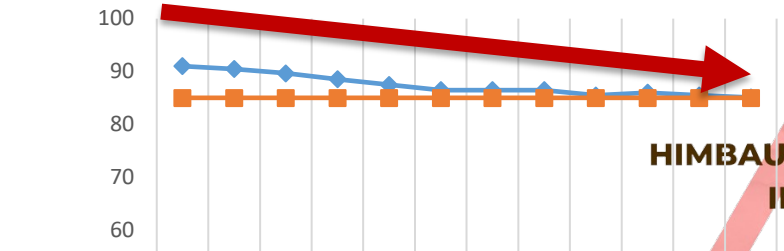
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	100	100	98.41	75.47	71	80	83.02	75.93	82.05	91	92.5	93.7
Standar	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

TIDAK ADA PASIEN YANG DIFIKSASI >24 JAM 100%



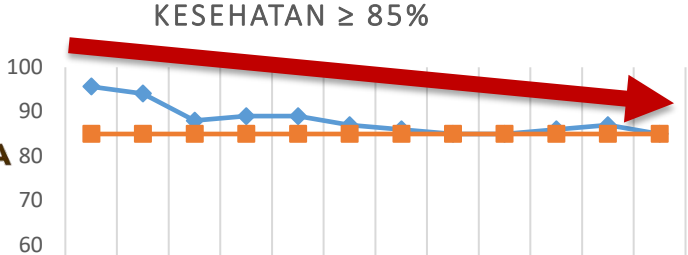
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	98.88	98.77	100	97	91	86	99	99	98	97	100	97
Standar	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN ≥ 85%



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	91.02	90.50	89.68	88.55	87.5	86.5	86.5	86.5	85.5	86	85.5	85.1
Standar	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85

RESIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN ≥ 85%



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Capaian	95.66	94.07	88	89	89	87	86	85	85	86	87	85
Standar	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85

ASPEK INDIKATOR MUTU		INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT	2023
Sasaran Keselamatan Pasien	1	Identifikasi Pasien	100
	2	Komunikasi Efektif (Tulbakon)	80.3
	3	Keamanan Obat	100
	4	Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan	88.8
	5	Resiko Pasien Jatuh	100
Pelayanan Klinis	6	Kelengkapan assesmen medis rawat inap	100
	7	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	85.1
Tujuan Strategis (Renstra)	8	Kelengkapan assesmen medis Rawat Jalan	88.4
Perbaikan Sistem	-	Komunikasi Efektif (Tulbakon)	80.3
Manajemen Resiko	9	Tidak adanya kejadian pasien cidera karena fiksasi	100
	10	Mengurangi Angka Kejadian Pasien Jatuh	100
Penelitian Klinis dan Program Pendidikan	11	Kepatuhan Identifikasi Pasien Peserta Didik	100
	12	Kepatuhan Penggunaan APD Peserta Didik	100
	13	Kepatuhan Kebersihan Tangan Peserta Didik	93.7

INDIKATOR MUTU PERUBAHAN

IMUT	2023 (13)			2024 (12)	
INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMPRS)	Identifikasi Pasien	Tidak Adanya Kejadian Pasien Yang Cidera Karena Fiksasi		Identifikasi Pasien	Tidak Adanya Kejadian Pasien Yang Cidera Karena Fiksasi
	Komunikasi Efektif (Tulbakon)	Mengurangi Angka Kejadian Pasien Jatuh		Komunikasi Efektif (Tulbakon)	Kepatuhan Identifikasi Pasien Peserta Didik
	Keamanan Obat	Kepatuhan Identifikasi Pasien Peserta Didik		Keamanan Obat	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Peserta Didik
	Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Peserta Didik		Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan	Kepatuhan Kebersihan Tangan Peserta Didik
	Resiko Pasien Jatuh	Kepatuhan Kebersihan Tangan Peserta Didik		Resiko Pasien Jatuh	Mengurangi Angka Kejadian pasien Jatuh
	Kelengkapan Assesmen medis rawat inap	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway		Kelengkapan Assesmen medis rawat inap	
	Kelengkapan assesmen rawat jalan			Kelengkapan assesmen rawat jalan	

INDIKATOR MUTU PERUBAHAN

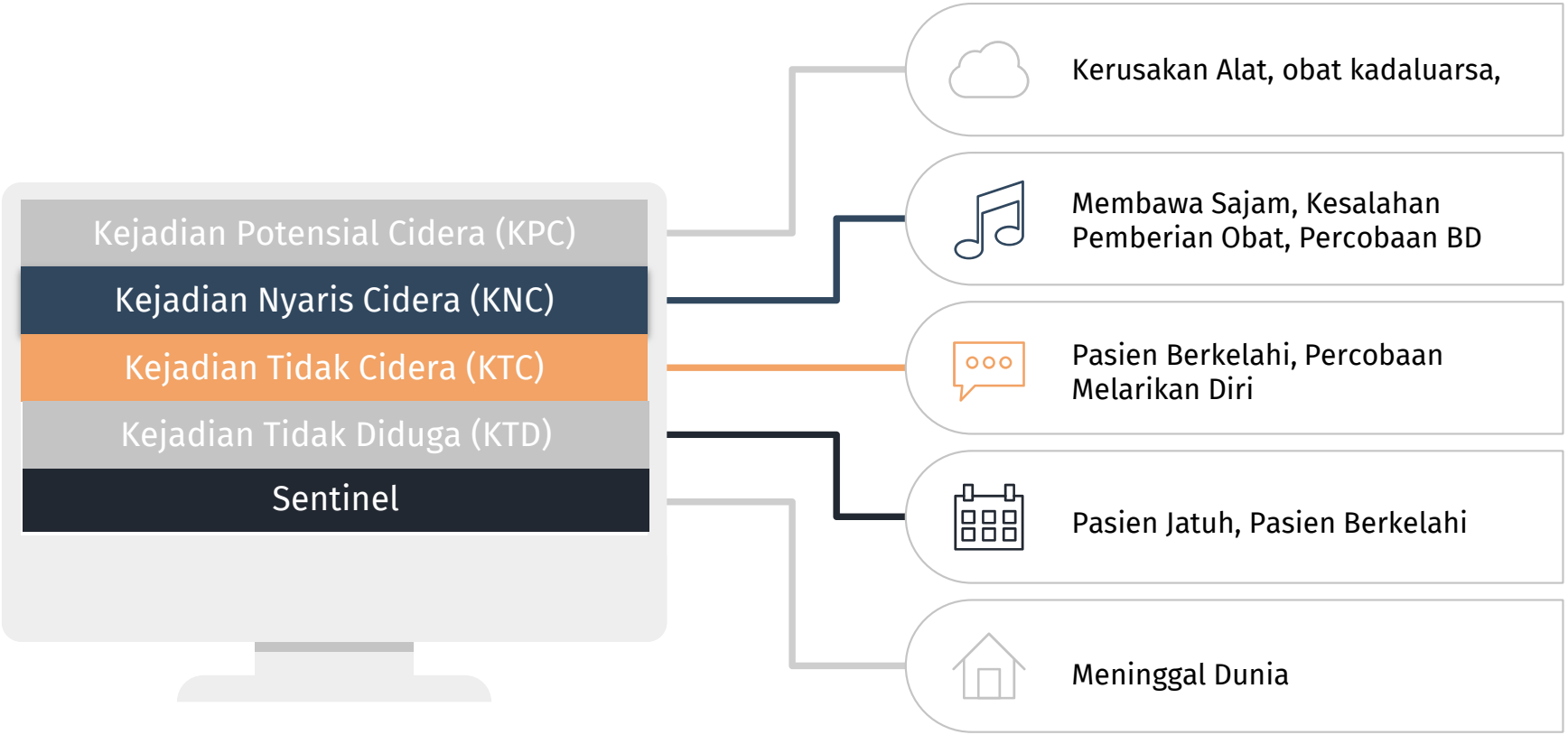
INDIKATOR MUTU	2023 (17)			2024 (18)	
INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT (IMPU)	Waktu tunggu rawat jalan	Laporan hasil kritis laboratorium		Waktu tunggu rawat jalan (Rajal)	Kelengkapan Pengisian Formulir Radiologi (Rad)
	Kelengkapan Assesmen Medis Rawat Jalan	Kelengkapan asesmen		Tidak ada pasien yang difiksasi >24 jam (Ranap)	Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien (Gizi)
	Tidak ada pasien yang difiksasi >24 jam	Kelengkapan inform consent		Pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam (IGD)	Ketepatan penyerahan Hasil MCU 1x24 Jam
	Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam	Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis setelah 24 jam		Angka Penyelesaian Permasalahan Perangkat Teknologi Informasi (SIMRS)	Pencapaian Paket Kegiatan Rehabilitasi Sosial (Rehab)
	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medis		Laporan Hasil Kritis laboratorium (LAB)	Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis setelah 24 jam (Rekam Medik)
	SPM Baku mutu air limbah: ph, BOD_5, COD, TSS	Pencapaian Paket Kegiatan Rehabilitas Psikososial		Pemantauan Baku Mutu Limbah Cair Sesuai Standar (Kesling)	Kepatuhan Pelaksanaan Program KESWAMAS (Keswamas)
	Waktu tunggu pelayanan obat racik	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax		Waktu Tunggu Pelayanan Obat Non Racik (Farmasi)	Kelengkapan lembar serah teirma pasien (Ranap)
	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	Kelengkapan Lembar Serah Terima Pasien		Kepatuhan Jumlah Pendistribusan dan Pengembalian Linen (Laundry)	Ketersediaan APAR Berfungsi (K3)
	Waktu tanggap kerusakan alat kurang dari 15 menit			Waktu Tanggap Kerusakan Alat < 15 Menit (IPSRS)	Tidak adanya Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medis (Rehab)

RENCANA TINDAK LANJUT

1. Collecting / Pengumpulan data unit oleh PIC Unit dilakukan sampai tanggal 28 setiap bulan nya
2. Agregasi data rumah sakit oleh Validator Rumah Sakit dilakukan dari tanggal 28 - 2 setiap bulan
3. Analisis Data oleh Validator Mutu dilakukan dari tanggal 2 – 5 setiap bulan nya
4. PIC menyimpan file survey harian ke dalam bentuk .pdf sebagai bukti dokumen unit

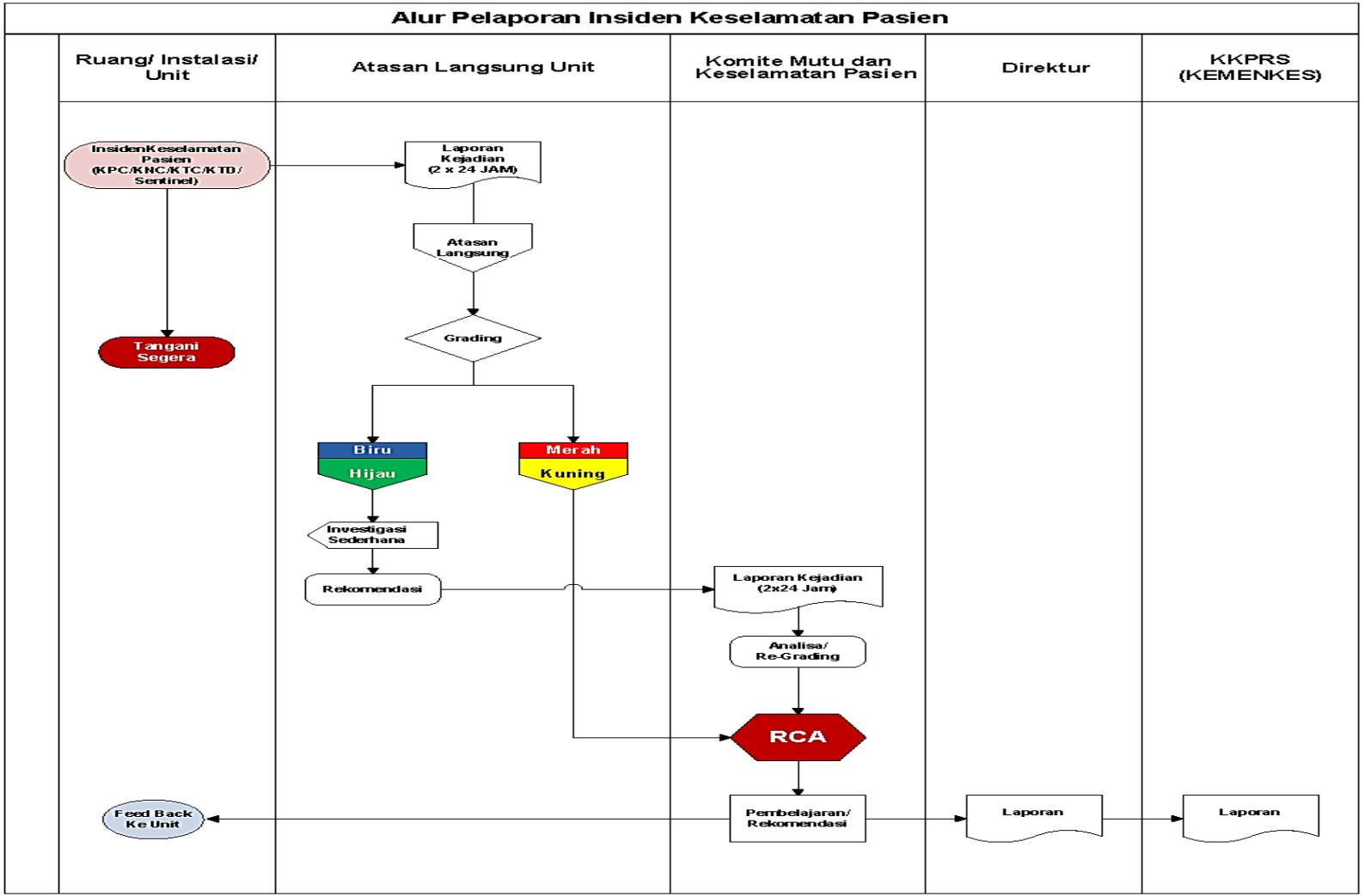
Keselamatan Pasien

KATEGORI INSIDEN



LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

No	Jenis Insiden Keselamatan Pasien	Triwulan I			Triwulan II			Triwulan III			Triwulan IV			Total Insiden
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des	
1	Kondisi Potensial Cidera Signifikan (KPCS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
2	Kejadian Nyaris Cidera (KNC)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
3	Kejadian Tidak Cidera (KTC)	1	-	-	-	2	-	2	2	1	-	3	2	13
4	Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)	1	5	3	-	-	2	2	-	1	3	2	3	14
5	Kejadian Sentinel (KS)	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1


Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
Ruang/ Instalasi/ Unit
Atasan Langsung Unit
Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
Direktur
KKPRS (KEMENKES)
InsidenKeselamatan Pasien (KPC/KNC/KTC/KTD/ Sentinel)
Laporan Kejadian (2 x 24 JAM)
Atasan Langsung
Grading
Tangani Segera
Biru
Hijau
Merah
Kuning
Investigasi Sederhana
Rekomendasi
Laporan Kejadian (2x24 Jam)
Analisa/ Re-Grading
RCA
Feed Back Ke Unit
Pembelajaran/ Rekomendasi
Laporan
Laporan

MANAJEMEN RESIKO

FMEA 2023 (Pasien Jatuh)

No	Potensi Penyebab	Analisa Perbaikan
1	Kurang menggali penyakit yang berpotensi jatuh	Pembinaan Staff
2	Pasien atau keluarga tidak memberikan informasi yang lengkap	Pembinaan Staff
3	Tidak dilakukan asesmen risiko jatuh	Komunikasi efektif antar Petugas & Keluarga
4	Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang yang ada kurang mencerminkan risiko jatuh	petugas saling mengingatkan dan melampirkan lembar form penilaian pasien dengan risiko jatuh di status pasien
5	Kurang tepat penilaian risiko jatuh	Pemantauan secara berkala dan melakukan dokumentasi pada lembar risiko jatuh
6	Respon terhadap kedatangan pasien rawat inap kurang	Pembinaan Staff
7	Jarak dari IGD/poli ke ruang rawat jauh	Alat transfer pasien yang lebih memadai
8	Cara pemindahan pasien kurang tepat	Pelatihan transport pasien
9	Kurang menggali penyakit yang berpotensi jatuh	Komunikasi efektif antar petugas dan keluarga

FMEA 2023 (Pasien Jatuh)

No	Potensi Penyebab	Analisa Perbaikan
10	Follow up pasien tidak berkesinambungan	Melakukan pemeriksaan secara holistik dan komprehensif
11	Fasilitas ruang perawatan belum memenuhi standar keselamatan pasien	Fasilitas untuk pasien risiko jatuh sesuai
12	Follow up pasien harian tidak dilakkan	Petugas ruangan melakukan pemantauan dan pengkajian setiap ada perubahan kondisi
13	Riwayat efek samping obat sebelumnya	Menghindari penggunaan obat antipsikotik yang menyebabkan pasien munculnya keluhan efek samping obat berulang
14	Kurangnya follow up yang tidak memperhatikan kajian awal pasien	Standarisasi petugas yang melakukan asesmen dan re-asesmen
15	Tidak mengevaluasi kondisi pasien terkini	Standarisasi petugas yang melakukan asesmen dan re-asesmen

EVALUASI PROGRAM KERJA KOMITE MUTU 2023

Program Kerja Komite Mutu

No	PROGRAM KERJA	2023
1	Melakukan proses pembelajaran dari database eksternal untuk tujuan perbandingan internal dari waktu ke waktu, perbandingan dengan rumah sakit yang setara, dengan praktik terbaik (best practices), dan dengan sumber ilmiah profesional yang objektik.	**4.E**
2	Menganalisisi efisiensi berdasarkan biaya dan jenis sumber daya yang digunakan (sebelum dan sesudah perbaikan) terhadap satu prioritas perbaikan yang dipilih.	**4.G**
3	Staf yang kompeten melakukan proses pengukuran menggunakan alat dan teknik statistic (IHT) untuk validator dan PIC Rumah Sakit	**4.1b**
4	Melakukan evaluasi clinical pathway	**7.A**
5	Melaksanakan pengukuran budaya keselamatan pasien dengan survei budaya keselamatan pasien setiap tahun menggunakan metode yang telah terbukti.	**10.A**