

2023

LAPORAN KOMITE MUTU

PUSAT KESEHATAN JIWA NASIONAL
RSJ dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

LEMBAR PERSETUJUAN

LAPORAN KOMITE MUTU
TAHUN 2023
PUSAT KESEHATAN JIWA NASIONAL
RS JIWA Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI:

1. **Direktur Utama**

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



.....

2. **Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan**

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

NIP 196903072008012024



.....

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

Evi Nursafinah, SE., MPH.

NIP 197406112000032002

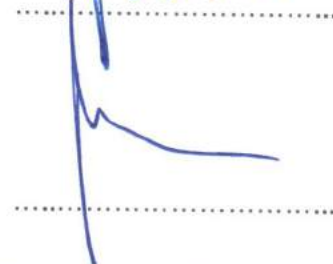


.....

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

Heru Tri Subagyo, S.Sos., MM.

NIP 196903081994031002



.....

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Komite Mutu Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeqi Mahdi (RSJMM) Bogor tahun 2023 ini dapat terselesaikan.

Laporan Komite Mutu tahun 2023 ini dimaksudkan untuk memberikan informasi mengenai data kinerja dan pertanggungjawaban mengenai penyelenggaraan tata kelola mutu di RSJMM Bogor. Laporan ini juga merupakan bentuk pertanggungjawaban Komite Mutu RSJMM Bogor mengenai pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan dalam bentuk program dan kegiatan dalam kurun waktu bulan Januari–Desember 2023.

Laporan Komite Mutu RSJMM Bogor ini 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 RSJMM Bogor. Akhir kata, semoga laporan ini dapat memberikan manfaat untuk Komite Mutu dan seluruh unit kerja di RSJMM Bogor.

Bogor, 10 Januari 2024

Ketua Komite Mutu Rumah Sakit



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

NIP 198104142002122003

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	2
1.2 Maksud dan Tujuan Laporan	4
1.3 Ruang Lingkup	5
1.4 Sistematika Penulisan	5
BAB II ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN	7
2.1 Hambatan Tahun Lalu	8
2.2 Kelembagaan	10
2.2.1 Struktur Organisasi	10
2.2.2 Tugas dan Fungsi	13
2.3 Sumber Daya	16
2.3.1 Sumber Daya Manusia	16
2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana	16
BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA	17
3.1 Dasar Hukum	18
3.2 Tujuan, Sasaran dan Indikator	20
3.2.1 Tujuan	20
3.2.2 Sasaran dan Indikator	23
BAB IV STRATEGI PELAKSANAAN	25
4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran	26
4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Tujuan	30
4.3 Upaya Tindak Lanjut	32
4.4 Inovasi Komite Mutu	34
BAB V HASIL KERJA	37
5.1 Realisasi Program Mutu RS	38
5.1.1 Realisasi Program Peningkatan Mutu Rumah Sakit	38
5.1.2 Realisasi Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit	40

5.1.3	Realisasi Program Manajemen Risiko Rumah Sakit	41
5.2	Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM)	43
5.3	Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)	55
5.4	Pencapaian Mutu Layanan Covid-19	72
5.5	Pencapaian Indikator Mutu Perbaikan Waktu Pelayanan End to End	74
5.6	Pencapaian Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	90
5.7	Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)	103
5.7.1	Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan	103
5.7.2	Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional	110
5.7.3	Pencapaian Indikator Mutu Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian	118
5.8	Evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) / Clinical Pathway (CP)	120
5.9	Pencapaian Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan RS	123
5.9.1	Pencapaian Keselamatan Pasien Rumah Sakit	123
5.9.2	Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)	131
5.9.3	Laporan Survei Budaya Keselamatan Rumah Sakit	137
5.9.4	Pelaporan Budaya Keselamatan Rumah Sakit	149
5.10	Pencapaian Manajemen Risiko RS	153
5.10.1	Profil Risiko Rumah Sakit	157
5.10.2	Hazard Vulnerability Analysis (HVA)	159
5.10.3	Hospital Safety Index (HSI)	164
5.11	Akreditasi Rumah Sakit	185
5.12	Upaya Reformasi Birokrasi dan Pembangunan Zona Integritas (ZI) Wilayah Bebas Dari Korupsi (WBK)/ Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM)	187
BAB VI PENUTUP		188
6.1	Kesimpulan	189
6.2	Rekomendasi	191
LAMPIRAN		192

BAB I

PENDAHULUAN

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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.

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 Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor yang selanjutnya disebut RSJMM Bogor adalah UPT yang melaksanakan tugas di bidang pelayanan kesehatan perorangan dengan kekhususan di bidang penyakit jiwa. Komite Mutu RS yang selanjutnya disebut Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur RS dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan RS.

Setiap RS wajib menyelenggarakan tata kelola mutu. Tata kelola mutu dilakukan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien RS dan mempertahankan standar pelayanan RS. Penyelenggaraan tata kelola mutu dilakukan oleh Komite Mutu. Tujuan penyelenggaraan tata kelola mutu adalah peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSJMM Bogor secara menyeluruh melalui perbaikan mutu berkesinambungan. Dalam rangka mencapai tujuan tersebut, ditetapkan 6 (enam) sasaran sebagai berikut:

1. Terlaksananya pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
2. Terlaksananya pemilihan, pengumpulan data indikator mutu;
3. Terlaksananya analisis dan validasi data indikator mutu;
4. Terlaksananya pencapaian dan upaya mempertahankan perbaikan mutu;
5. Terlaksananya sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien RS (SP2KPRS);
6. Terlaksananya penerapan manajemen risiko RS.

Pengembangan dan perubahan dalam peningkatan pelayanan rumah sakit memang dilakukan secara bertahap. Salah satu usaha peningkatan penampilan dari masing-masing sarana pelayanan seperti rumah sakit adalah dengan meningkatkan mutu pelayanan di semua unit pelayanan dengan memperhatikan prinsip penerapan manajemen risiko dalam setiap lini pelayanan yang dilakukan. Kegiatan peningkatan mutu tersebut di atas dapat dilaksanakan dengan berbagai pendekatan, di antaranya dengan mengembangkan gugus kendali mutu, pengendalian mutu terpadu, penyusunan/penerapan standar pelayanan atau penyediaan pelayanan prima di RS. Tahapan tersebut dilakukan dengan menerapkan prinsip dari manajemen risiko yaitu tetap harus mengenali risiko yang mungkin dapat muncul dan implementasi perubahan program dalam peningkatan mutu tetap harus mengandung prinsip-prinsip dari pengelolaan risiko yang mungkin dapat muncul dan membahayakan bisnis RS.

Kegiatan manajemen risiko dalam bentuk upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat diartikan sebagai kegiatan secara integratif untuk memantau dan menilai mutu pelayanan, memecahkan masalah yang terjadi serta mencari jalan keluar yang paling tepat agar mutu pelayanan dan keselamatan pasien 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 Rumah Sakit 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 17 tahun 2023 tentang Kesehatan bahwa rumah sakit 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 80 tahun 2020 tentang Komite Mutu disebutkan bahwa Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan tata kelola mutu. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien di rumah sakit bahwa setiap rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan minimal. Untuk melakukan antisipasi terhadap kondisi ketidakpastian di masa yang akan datang dan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan, RSJMM Bogor dituntut untuk dapat mengelola risiko yang ada secara terintegrasi. Manajemen risiko merupakan pendekatan yang tepat untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi dan

mengendalikan risiko yang dapat menghambat pencapaian tujuan dan sasaran RSJMM Bogor. Manajemen risiko dapat diterapkan ke seluruh satuan kerja lingkup RSJMM Bogor.

Penyelenggaraan tata kelola mutu RS selanjutnya akan dievaluasi dan dilaporkan secara berkala oleh Komite Mutu RS kepada Direktur Utama untuk dilaporkan kepada Dewan Pengawas RS. Laporan berkala merupakan bentuk pertanggungjawaban kinerja Komite Mutu RS yang disusun terdiri atas Laporan Semester dan Laporan Tahunan, di mana keduanya merupakan laporan pelaksanaan tugas dan fungsi yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja Komite Mutu RS dalam kurun waktu satu semester maupun satu tahun. Laporan berkala ini menjadi media informasi, feedback, dan sebagai bahan evaluasi terhadap penyelenggaraan tata kelola mutu RS. Laporan ini dimaksudkan untuk mengetahui dan menilai sejauh mana pencapaian kinerja dan progres program yang terlaksana di setiap periodenya dengan mengacu pada Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS 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 RSJMM Bogor 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 RSJMM Bogor.

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 continuous quality improvement di RSJMM Bogor.

1.3 Ruang Lingkup

Ruang lingkup laporan ini adalah laporan tentang penyelenggaraan tata kelola mutu di RSJMM Bogor terkait upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko RS 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. Sistematika penyajian laporan sebagai berikut:

Bab I. Pendahuluan

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

Bab II. Analisis Situasi Awal Tahun

Pada bab ini menjelaskan hambatan yang dihadapi pada tahun yang lalu, uraian tentang kelembagaan serta kondisi sumber daya yang dimiliki Komite Mutu RSJMM Bogor 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 RSJMM Bogor. Tujuan yang akan dicapai mengacu kepada visi dan misi RS. Kemudian dicapai secara nyata dalam rumusan sasaran yang lebih spesifik, terukur serta berkesinambungan sejalan tujuan yang telah ditetapkan. Tingkat keberhasilan pencapaian sasaran diukur melalui indikator sasaran disertai dengan rencana target. Pengukuran indikator mengacu pada 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 RS, Mutu Layanan Unggulan: Personal Development Care (PDC), Pencapaian Mutu Layanan Covid-19, Perbaikan Waktu Pelayanan End to End, Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Indikator Mutu Prioritas Unit, Evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) / Clinical Pathway (CP), Keselamatan Pasien RS 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

Situasi Pandemi Covid-19 belum sepenuhnya mereda, masih memberi dampak kepada seluruh masyarakat, tidak terkecuali RSJMM Bogor. Lonjakan kasus Covid-19 di awal tahun 2022 yang sangat cepat dan menyebar dalam waktu singkat, menimbulkan kepanikan dan kecemasan masyarakat, adanya stigmatisasi di masyarakat, program deteksi yang lambat (rapid test dan PCR) mengharuskan RS menyiapkan antisipasi lonjakan Covid-19. Perubahan regulasi terjadi sangat cepat untuk upaya mengatasi Covid-19 memerlukan respon yang cepat pula. RS harus merespon tatanan kehidupan baru (new normal) dengan melakukan penataan ulang pelayanan RS. RS harus menyediakan ruang isolasi, SDM, dan alat kesehatan yang memadai.

Dampak Pandemi Covid-19 juga dirasakan oleh Komite Mutu RSJMM Bogor. Pengukuran mutu dan keselamatan pasien yang telah berjalan rutin dari waktu ke waktu dan keberlangsungan pengukuran dan kawalan mutu RS menghadapi tantangan pada perubahan kondisi yang tiba-tiba di masa pandemi ini. Komite Mutu RS dituntut untuk tanggap dan mampu beradaptasi dengan cepat pada masa turbulensi ini. Kegiatan RS di awal tahun masih terfokus pada layanan Covid-19 dan di akhir tahun mulai fokus mencapai visi melalui upaya continuous quality improvement di RS.

Pemerintah dengan mempertimbangkan situasi pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) yang terkendali, tingkat imunitas yang tinggi di masyarakat, kesiapan kapasitas kesehatan yang lebih baik, pemulihan ekonomi yang berjalan cepat, menghentikan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) pada seluruh wilayah Indonesia, sesuai dengan Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 53 Tahun 2022 Tentang Pencegahan Dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 Pada Masa transisi Menuju Endemi.

Pada pelaksanaannya, Komite Mutu mengalami hambatan-hambatan sehingga kegiatan continuous quality improvement tidak berjalan dengan baik. Hambatan-hambatan dalam pelaksanaan program mutu tahun 2022 adalah:

1. Subkomite Mutu

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

2. Subkomite Keselamatan Pasien

- a. Belum seluruh petugas memiliki pemahaman yang sama tentang keselamatan pasien 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. Subkomite Manajemen Risiko

- a. Covid-19 yang belum sepenuhnya mereda, menyebabkan belum optimal melakukan pemantauan manajemen risiko ke ruangan-ruangan;
- b. Program manajemen risiko unit kerja belum terlaksana dengan optimal;
- c. Pendampingan manajemen risiko unit kerja belum optimal.

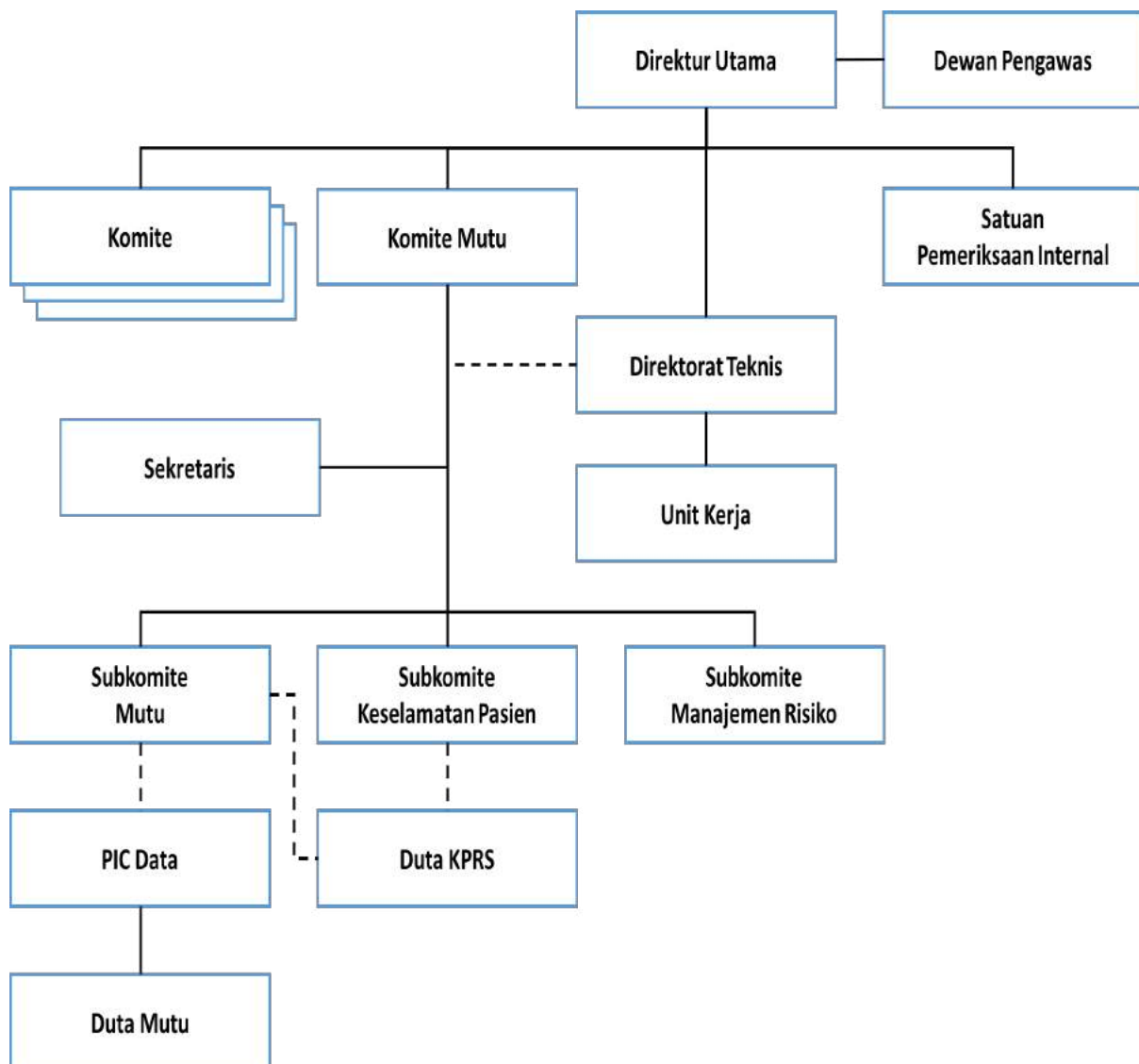
2.2 Kelembagaan

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

2.2.1 Struktur Organisasi

RSJMM Bogor sesuai Permenkes nomor 80 tahun 2020 membentuk dan menetapkan Komite Mutu dengan susunan organisasi sebagai berikut:

Gambar 2.1
Struktur Organisasi Komite Mutu
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



RSJMM Bogor dikepalai oleh seorang Direktur Utama. Penjelasan dari bagan di atas adalah:

1. Komite Mutu

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

A. Subkomite Peningkatan Mutu

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

B. Subkomite Keselamatan Pasien

- Ketua, sekretaris, dan anggota
- Duta KPRS

C. Subkomite Manajemen Risiko

- Ketua, sekretaris, dan anggota

2. Direktorat Teknis

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

A. Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan

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

B. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional

- Tim Kerja TU dan Rumah Tangga
- Tim Kerja Hukum dan Humas
- Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran, dan Evaluasi
- Tim Kerja Pelaksana Keuangan

- Tim Kerja Akuntansi dan Barang Milik Negara
- Instalasi IPSRS
- Instalasi K3 dan Kesehatan Lingkungan
- Instalasi CSSD dan Binatu
- Instalasi PKRS
- Instalasi SIRS
- Instalasi Rekam Medik
- Instalasi Verifikasi dan Administrasi Penjaminan Pasien

C. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian

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

3. Komite-Komite

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

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

4. Satuan Pemeriksaan Internal

Komite Mutu melakukan koordinasi dengan SPI di RSJMM Bogor.

5. Dewan Pengawas

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

2.2.2 Tugas dan Fungsi

2.2.2.1 Tugas

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

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

2.2.2.2 Fungsi

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi **peningkatan mutu**, Komite Mutu RSJMM Bogor memiliki fungsi:

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

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi **keselamatan pasien**, Komite Mutu RSJMM Bogor memiliki fungsi:

1. Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien RS;
2. Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;
3. Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;
4. Motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
5. Pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;

6. Pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
7. Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien;
8. Penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi **manajemen risiko**, Komite Mutu RSJMM Bogor memiliki fungsi:

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

Selain melaksanakan fungsi tersebut, Komite Mutu RSJMM Bogor juga melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan akreditasi Rumah Sakit.

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

2.3 Sumber Daya

2.3.1 Sumber Daya Manusia

Komite Mutu RSJMM Bogor dipilih, diangkat, dan diberhentikan oleh Direktur Utama yang terdiri atas:

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

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

Ketenagaan Komite Mutu RSJMM Bogor saat ini terdiri dari tenaga penuh waktu dan tenaga paruh waktu. Tenaga penuh waktu adalah Ketua Komite Mutu dan 1 (satu) orang adminikes ahli pertama.

2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana

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

Tabel 2.1
Sumber Daya Sarana dan Prasarana Komite Mutu Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

NO	NAMA SARPRAS	TAHUN 2023			KET
		SARPRAS AWAL	(+) / (-)	SARPRAS AKHIR	
1	Meja ½ (setengah) biro	4	-	4	
2	Kursi	10	-	10	
3	Meja Rapat	1	-	1	
4	Lemari arsip	6	-	6	
5	Filing Kabinet	1	-	1	
6	Komputer / PC	2	-	2	
7	Laptop	1	-	1	
8	Printer	2	-	2	
9	Scanner	2	-	2	



BAB III

TUJUAN DAN SASARAN KERJA

BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA

3.1 Dasar Hukum

Dasar hukum penyelenggaraan tata kelola mutu RSJMM Bogor adalah sebagai berikut:

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Bab V tentang Kementerian Negara Pasal 17 ayat (3) Setiap Menteri Membidangi Urusan Tertentu Dalam Pemerintahan;
2. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 60 tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 50 tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen K3;
8. Peraturan Presiden Nomor 35 tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
9. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 159 Tahun 2015);
10. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Penetapan Berakhirnya Status Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Di Indonesia;
11. Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 53 Tahun 2022 Tentang Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 Pada Masa Transisi Menuju Endemi;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);

13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1146);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2020 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2023 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2019 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2015 Tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Covid-19 → Protokol Tatalaksana Terapi Covid-19;
25. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/1591/2020 Tentang Protokol Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Rangka Pencegahan dan Pengendalian Covid-19 → Panduan Teknis Pelayanan Rumah Sakit pada Masa Adaptasi Kebiasaan Baru;
26. 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;

27. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit;
28. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/1/2021 tentang Peningkatan Kapasitas Perawatan Pasien Covid-19 pada Rumah Sakit Penyelenggara Pelayanan Covid-19;
29. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/4394/2020 Tentang Registrasi dan Perizinan Tenaga Kesehatan pada Masa Pandemi Covid-19;
30. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/133/2022 Tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Bidang Pelayanan Kesehatan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
31. 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 2022, diharapkan seluruh Fasyankes (Rumah sakit, Puskesmas, Laboratorium kesehatan dan Unit transfusi Darah);
32. Rapid Hospital Readiness Checklist dari WHO tentang Kesiapan Rumah Sakit pada Masa Pandemi Covid-19.

3.2 Tujuan, Sasaran dan Indikator

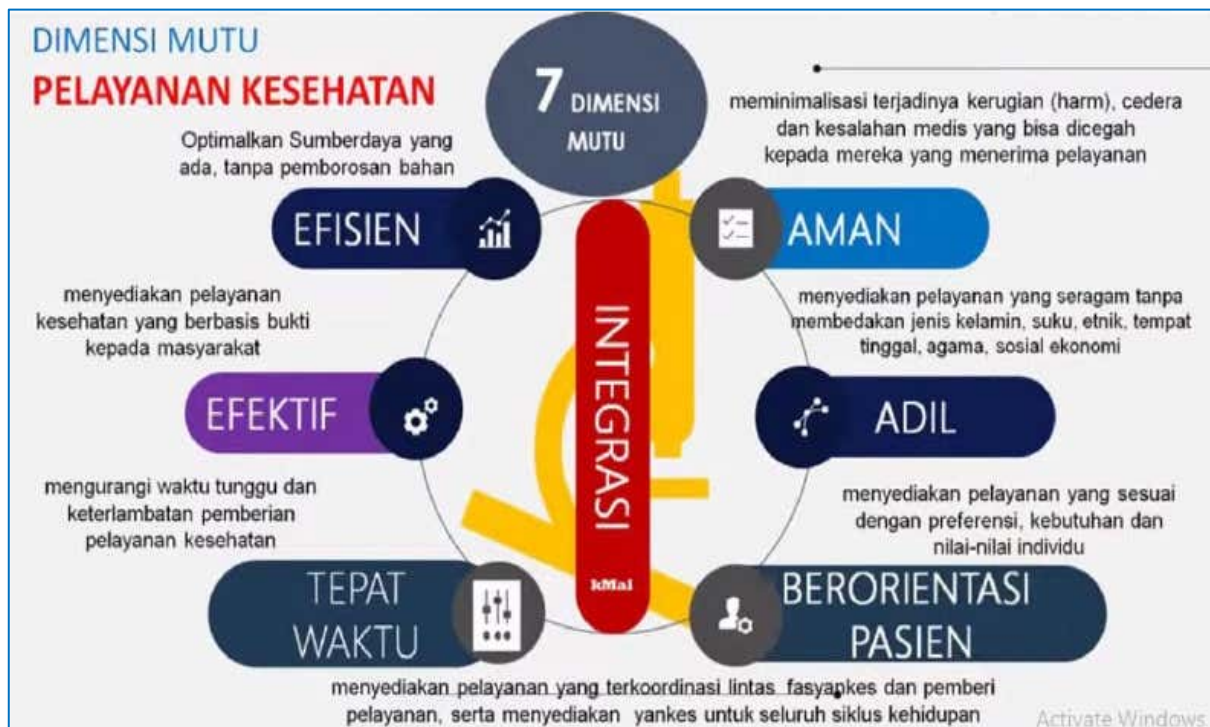
3.2.1 Tujuan

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

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

6. Efektif: menyediakan pelayanan kesehatan yang berbasis bukti kepada masyarakat;
7. Efisien: optimalkan sumber daya yang ada, tanpa pemborosan bahan.

Gambar 3.1
Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan



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

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

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

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

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

Penerapan manajemen risiko di RSJMM Bogor bertujuan untuk:

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

Penerapan Manajemen Risiko di RSJMM Bogor bermanfaat untuk:

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

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

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

3.2.2 Sasaran dan Indikator

Sasaran adalah hasil yang akan dicapai secara nyata dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam 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 Layanan Covid-19;
4. Indikator Mutu Perbaikan Waktu Pelayanan End to End;
5. Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
6. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit);
7. Panduan Praktik Klinik (PPK) / Clinical Pathway (CP);
8. Indikator Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan Rumah Sakit;
9. Manajemen Risiko Rumah Sakit;
10. Akreditasi Rumah Sakit.

Sasaran Keselamatan Pasien di RSJMM Bogor terdiri dari:

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

Sasaran kegiatan Manajemen Risiko di RSJMM Bogor adalah sebagai berikut:

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

BAB IV

STRATEGI PELAKSANAAN

BAB IV STRATEGI PELAKSANAAN

4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

Strategi-strategi umum yang dilakukan Komite Mutu RSJMM Bogor 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. Memperkuat 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 RSJMM Bogor 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.

Strategi khusus untuk meningkatkan mutu RS adalah:

1. Pimpinan berperan aktif dalam proses penentuan serta penilaian indikator mutu;
2. Penyesuaian indikator mutu sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1128 Tahun 2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2023 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfusi Darah;
3. Optimalisasi SDM dan sistem yang bersinergi dalam penyediaan data untuk pengukuran /indikator mutu;
4. Pemusatan data dan informasi yang memudahkan dalam pencarian serta penyediaan data dengan membangun aplikasi SIMANDATURI;
5. Review profil indikator RS;
6. Melakukan self assessment hospital readiness tahun 2023;
7. Penguatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) pada seluruh pegawai RS yang berkelanjutan;
8. Melakukan koordinasi dengan unit kerja untuk upaya continuous quality improvement;
9. Melakukan rapat feedback capaian mutu unit kerja setiap bulan;
10. Melakukan pendampingan dan sosialisasi;
11. Melakukan monitoring dan supervisi unit kerja secara rutin
12. Melakukan ronde ruangan bersama dengan SubKomite KPRS dan SubKomite Manajemen Risiko secara rutin setiap hari Selasa;
13. Pelaksanaan dan monitoring kepatuhan serta audit penerapan PPK/CP;
14. Webinar, pelatihan, dan workshop:
 - Zoom Percepatan Kepatuhan Laporan Insiden Keselamatan Pasien / IKP dan Indikator Nasional Mutu (INM) Rumah Sakit oleh Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 17 Februari 2023;
15. Pelaporan bulanan seluruh indikator mutu RS;
16. Pelaporan tentang program mutu RS kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas RS;
17. Pelaporan eksternal Indikator Nasional Mutu (INM) setiap bulan dan self assessment hospital readiness per triwulan ke aplikasi <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/>;
18. Melakukan publikasi pada website RS tentang Capaian Indikator Mutu RS, Laporan Validasi Data, Laporan berkala Komite Mutu
19. Melakukan continuous quality improvement di seluruh unit kerja.
20. Inovasi: Aplikasi SIMANDATURI, Duta Mutu RS, dan Department of The Month;

Strategi-strategi menuju keselamatan pasien RS terdiri dari:

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

Strategi khusus untuk mempertahankan mutu dan keselamatan pasien RS adalah:

1. Pimpinan berperan aktif dalam proses penentuan serta penilaian komponen /indikator mutu;
2. Menyusun program keselamatan pasien RS yang telah dievaluasi;
3. Meningkatkan peran aktif Duta KPRS;
4. Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan keselamatan pasien RS;
5. Webinar, pelatihan, dan workshop yang diselenggarakan secara daring dan luring:
 - Workshop Implementasi RCA dan FMEA untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada tanggal 24-25 Mei 2023;
 - Workshop Membangun Budaya Keselamatan Pasien; Pengukuran, Monitoring dan Evaluasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada tanggal 24-25 Februari 2023;
6. Pelaporan bulanan sasaran keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien RS;
7. Pelaporan internal tentang program keselamatan pasien kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas RS;

8. Pelaporan eksternal Insiden Keselamatan Pasien (IKP) setiap bulan ke aplikasi <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/>;
9. Inovasi: Duta KPRS;

Strategi-strategi penerapan manajemen risiko RSJMM Bogor meliputi:

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

Strategi khusus manajemen risiko RS untuk mempertahankan mutu dan keselamatan pasien RSJMM Bogor adalah:

1. Menyusun program kerja manajemen Risiko;
2. Menyusun profil risiko RS;
3. Menyusun risk register RS;
4. Webinar, pelatihan, dan workshop yang diselenggarakan pada:
 - a. Workshop Hospital Risk Management pada tanggal 27-28 Mei 2023;
 - b. Workshop Manajemen Risiko Rumah Sakit pada tanggal 19-20 Juni 2023;
5. Mengikuti kompetisi Lomba Inovasi LAM-KPRS Awards sebagai Finalis dengan judul Proyek Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien: Pelaksanaan Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium di Instalasi Laboratorium RS Jiwa Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor yang dipresentasikan pada tanggal 27 Mei 2023;
6. Penyusunan Profil Risiko dan FMEA Unit Kerja melalui Kelas Kecil;
7. Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan manajemen risiko unit kerja terkait identifikasi risiko unit, analisis risiko, dan prioritas risiko rumah sakit;
8. Menentukan topik dan pembuatan FMEA RS;
9. Menentukan PIC untuk pembuatan Profil Risiko dan FMEA unit kerja.

Isu dari dampak pandemi Covid-19 terkait pengukuran mutu dan keselamatan pasien menghadapi tantangan pada perubahan kondisi yang tiba-tiba dan keberlangsungan pengukuran dan pemantauan mutu, menuntut RS untuk tanggap dan mampu beradaptasi dengan cepat. Pelatihan-pelatihan mengenai peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan dengan memodifikasi sistem daring, luring, maupun *blended learning*. Inti dari peningkatan mutu melalui pendekatan *rapid learning cycle* (RLC) adalah menetapkan tujuan perubahan, menentukan cara pengukuran perubahan, dan menciptakan perubahan untuk menghasilkan peningkatan mutu. Ini diikuti dengan siklus *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) yang diulang untuk memvalidasi atau memperbesar perubahan. Pendekatan PDSA dan kepemimpinan di semua level mampu mengkoordinasi, mengembangkan protokol, dan mengimplementasikan perubahan yang terjadi.

Langkah PDSA RSJMM Bogor dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien RS adalah:

1. Plan: RS memprioritaskan layanan yang bermutu, membentuk PIC PMKP, perencanaan SDM, sarana prasarana, dan alat kesehatan.
2. Do: Membuat regulasi PMKP dan pelatihan terkait mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko.
3. Study: Update keilmuan dan regulasi terbaru.
4. Act: PMKP di RSJMM Bogor dengan menerapkan protokol kesehatan, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), dan vaksinasi.

4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Tujuan

Komite Mutu RSJMM Bogor 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;
- Implementasi SIMANDATURI oleh user belum optimal;
- Duta Mutu belum optimal dalam melaksanakan tugas dan fungsinya;
- Budaya pelaporan IKP belum optimal dan belum tepat waktu;

- Perubahan ruangan yang cepat, sehingga penempatan dan keberadaan Duta KPRS tidak sesuai lagi dengan SK yang ditetapkan, ada ruangan yang Duta-nya 2 atau 3, dan ada ruangan yang sama sekali tidak ada Duta KPRS;
- Apabila Duta KPRS cuti, sakit, dll, tidak lapor ke atasan langsung, sehingga pelaporan terlambat /harus diingatkan.
- Pembuatan Risk register unit kerja terkumpul 80%;
- Penyusunan FMEA unit kerja;
- 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:

- Masih adanya transisi demografi dan new emerging dan reemerging disease;
- Sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang belum semuanya terpenuhi dan sesuai standar;
- Dukungan hardware belum sesuai standar.

d. Machines:

- Aplikasi SIMANDATURI dalam tahap pengembangan;
- Pelaporan KPRS dan IKP belum terintegrasi dalam Aplikasi SIMANDATURI;
- Pelaporan dan pemantauan manajemen risiko belum terintegrasi (masih menggunakan spreadsheet);

4.3 Upaya Tindak Lanjut

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

a. Man:

- Optimalisasi aplikasi SIMANDATURI oleh user secara real time;
- Peningkatan kompetensi Komite Mutu dalam rangka optimalisasi capaian program mutu, budaya keselamatan, dan manajemen risiko melalui seminar, workshop, pelatihan, dll;
- Optimalisasi layanan RS dan layanan Covid-19 sesuai standar;
- Optimalisasi peran Duta Mutu RS untuk menjalankan tupoksinya;
- Optimalisasi pendampingan dan monev Subkomite sesuai dengan pembagian area yang ada;
- Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan IKP tepat waktu;
- Membangun budaya keselamatan RS;
- Terkait Duta KPRS, Kepala ruangan diminta untuk menunjuk petugas baru untuk menjadi Duta KPRS baru sehingga monev di ruangan tetap dapat dilaksanakan;
- Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan IKP tepat waktu;
- Melakukan supervisi mutu dan keselamatan pasien;
- Pelatihan /workshop manajemen risiko sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2019 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi Di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
- Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan risk register unit kerja tepat waktu;
- Meningkatkan kesadaran pentingnya penyusunan profil risiko dan FMEA unit kerja;
- Mendorong penelitian di bidang mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko.

b. Method:

- Peningkatan kompetensi Sub Komite Manajemen Risiko dalam rangka optimalisasi capaian program melalui seminar, workshop, pelatihan, dll;
- Pendampingan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko ke unit kerja secara daring dan luring;
- Pendampingan unit kerja untuk pelaporan IKP internal dan eksternal tepat waktu;
- Pendampingan dan supervisi unit kerja terkait pembuatan risk register dan FMEA;
- Pendampingan kegiatan manajemen risiko ke unit kerja secara daring dan luring;

- Optimalisasi pendampingan, monitoring, dan evaluasi tentang mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko sesuai dengan pembagian area yang ada (1 petugas : 5 area);
- Sosialisasi dan edukasi tentang mutu, keselamatan pasien, budaya keselamatan, dan manajemen risiko;
- Memodifikasi kegiatan sosialisasi dan edukasi melalui media cetak, elektronik, maupun daring;
- Supervisi mutu dan keselamatan pasien dijadwalkan per triwulan;
- Pengelolaan dan pemantauan manajemen risiko dilaksanakan setiap bulan oleh Subkomite Manajemen Risiko sesuai pembagian areanya;
- Optimalisasi pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan pasien di seluruh unit kerja;
- Pengoptimalan pemakaian tools pemantauan manajemen risiko setiap Ronde Komite Mutu;
- Mendorong unit kerja melakukan pemantauan dan pengelolaan manajemen risiko yang terdokumentasi dan dilaporkan setiap bulan ke Subkomite Manajemen Risiko.

c. Machines:

- Implementasi aplikasi SIMANDATURI untuk mutu dan keselamatan pasien dilakukan evaluasi setiap bulan;
- Pengembangan aplikasi SIMANDATURI untuk dapat menampilkan tren capaian;
- Usulan pembuatan sistem untuk pelaporan insiden keselamatan pasien internal;
- Pengembangan aplikasi manajemen risiko pada aplikasi “Data Center RS”;

d. Materials:

- Optimalisasi layanan RS dan layanan Covid-19 sesuai standar;
- Penyusunan standar sarana, prasarana dan alat kesehatan sebagai pedoman dalam pemenuhan kebutuhan unit kerja;
- Usulan hardware untuk seluruh unit kerja.

4.4 Inovasi Komite Mutu

Komite Mutu RSJMM Bogor melakukan kegiatan inovasi yang sudah di buat pada tahun sebelumnya sebagai berikut:

1. Data Center RS

Data center RS adalah aplikasi tata kelola standar pusat data yang dimanfaatkan untuk menyimpan, memproses, dan menyebarkan data dalam jumlah besar. Data center berhubungan dengan cadangan dan pengamanan data. Data yang dapat disimpan adalah semua dokumen RS baik regulasi, data, maupun laporan. Tujuannya adalah untuk keandalan dalam pengaksesan, aman dari gangguan, dan mendukung fleksibilitas dan skalabilitas secara tepat. Data center dapat diakses dengan lebih mudah, aman, efektif, dan efisien.

2. Sistem Manajemen Data Mutu Terintegrasi (SIMANDATURI)

Sesuai standar akreditasi RS, RS harus mempunyai sistem manajemen data yang terintegrasi. Komite Mutu Bersama dengan Instalasi SIRS membuat inovasi untuk membangun aplikasi SIMANDATURI dimulai pada bulan Maret 2021-sekarang. SIMANDATURI adalah sebuah aplikasi berbasis web sebagai media pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, dan publikasi indikator mutu yang ada di tiap unit instalasi/ruangan bertujuan untuk mempermudah dan mempercepat proses pengelolaan data mutu secara real time. SIMANDATURI dapat diakses oleh Direktur Utama, Direktur Teknis, Komite Mutu RS, PIC Data, Duta Mutu yang telah memiliki username dan password.

Keunggulan SIMANDATURI adalah:

- a. Kemudahan dalam pengelolaan dan pengaksesan data;
- b. Pengelolaan data menjadi lebih efektif, efisien, dan aman;
- c. Pengambilan keputusan lebih relevan, akurat, dan tepat waktu karena akses data yang lebih cepat;
- d. Koordinasi antar unit/instalasi/ruangan menjadi lebih mudah.

3. Duta Mutu RS

Proses pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu ternyata tidaklah mudah. Cukup banyak hambatan yang dialami para PIC Data terutama terkait waktu. PIC Data cukup kesulitan dalam mengalokasikan waktu karena banyaknya pekerjaan yang dinamis dan membutuhkan penyelesaian segera. Untuk itu, Subkomite Mutu – Komite Mutu RS berinisiatif untuk membentuk Duta Mutu RS pada tahun 2021 sebagai inovasi dalam membantu PIC Data dalam proses pengukuran indikator dan pelaporannya.

Duta Mutu RS dibentuk dan ditetapkan oleh SK Direktur Utama nomor HK.02.03/XXV.2/1636/2021. Tugas Duta Mutu RS adalah:

- a. Melakukan monitoring dan evaluasi penerapan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di masing-masing unit kerja;
- b. Melakukan pengukuran dan pengumpulan data indikator mutu unit kerja;
- c. Melakukan analisis capaian mutu unit kerja;
- d. Melakukan pelaporan pada aplikasi SIMANDATURI;
- e. Melakukan publikasi capaian indikator mutu unit kerja dalam bentuk display;
- f. Melakukan koordinasi, sosialisasi, edukasi, konsultasi terkait mutu atau indikator mutu di masing-masing unit kerja;
- g. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak dalam pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di masing-masing unit kerja.

4. *Department of The Month*

Implementasi aplikasi SIMANDATURI memberikan tantangan pada unit kerja untuk dapat melakukan pelaporan secara cepat, tepat, realtime, dan akurat. Oleh karena itu, Subkomite Mutu – Komite Mutu memberikan penghargaan “Department of The Month” pada unit kerja yang melaporkan hasil capaian indikator mutu di unit masing-masing secara lengkap, cepat, dan tepat sesuai dengan profil indikator (definisi operasional) sebagai bentuk apresiasi. Penghargaan ini disampaikan oleh Direktur Utama pada apel pagi setiap bulannya.

5. Duta KPRS

Proses pengumpulan data sasaran keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien di seluruh unit layanan membutuhkan pemantauan yang terus menerus selama 24 jam. Untuk itu RS membentuk Duta KPRS agar menjadi role model dalam rangka sosialisasi, edukasi, implementasi, monitoring, dan evaluasi di unit kerjanya masing-masing.

Pada tahun 2021, Duta KPRS ditetapkan sesuai dengan SK Direktur Utama nomor HK.02.03/2/2881/2021 berjumlah 54 (lima puluh empat) orang yang tersebar di IGD, Rawat Jalan, Rawat, Inap, dan Layanan Penunjang. Tugas Duta KPRS adalah:

- a. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan upaya keselamatan pasien di unit kerja;
- b. Melakukan konsolidasi, edukasi pada pegawai, pasien, dan pengunjung tentang upaya keselamatan pasien;
- c. Memberikan motivasi tentang pelaksanaan keselamatan pasien RS pada setiap petugas di unit kerja masing-masing;
- d. Menyusun laporan pemantauan upaya keselamatan pasien yang dilaksanakan di unit kerja;
- e. Mengisi dan mengumpulkan formulir monitoring dan evaluasi di unit kerja kemudian menyerahkannya kepada Subkomite KPRS;
- f. Memantau dan melakukan monitoring kejadian insiden keselamatan pasien;
- g. Melaporkan kepada Subkomite KPRS apabila ada kejadian yang terkait keselamatan pasien;
- h. Memfasilitasi penyusunan laporan insiden keselamatan pasien di unit kerja masing-masing;
- i. Berkoordinasi dengan atasan langsung terkait pelaksanaan upaya keselamatan pasien dan pelaporan keselamatan pasien di unit kerja;
- j. Mengikuti pelatihan dan peningkatan kompetensi tentang keselamatan pasien.

6. **Quality Improvement (QI) Championship**

QI Championship adalah salah satu upaya yang dilakukan dalam rangka meningkatkan mutu dan keselamatan pasien secara berkesinambungan. Tujuan dilakukan inovasi ini adalah agar unit kerja:

- a. Mampu mengidentifikasi dan menganalisis permasalahan yang ada di unit kerjanya;
- b. Mampu berpikir kritis untuk memecahkan permasalahan dan melakukan upaya peningkatan mutu;
- c. Mampu merumuskan strategi penanganan masalah yang ada di unit kerja.

Siklus yang digunakan dalam upaya peningkatan mutu adalah siklus PDSA. Siklus PDSA menggunakan empat tahap pendekatan yakni Plan (mengidentifikasi tahap perubahan untuk perbaikan, Do (tahap menguji perubahan yang telah dilakukan), Study (tahap meneliti keberhasilan perubahan), Act (tahap mengidentifikasi adaptasi dan menginformasikan siklus baru). *QI Championship* unit kerja harus dilaksanakan dengan melihat aspek efektivitas, kebermanfaatan, mampu laksana, dan berkelanjutan.

BAB V

HASIL KERJA

BAB V HASIL KERJA

Pengukuran kinerja dilakukan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan dan kegagalan dari sasaran dengan alat ukur berupa indikator-indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi mengenai kondisi yang dicapai saat ini, kendala dan permasalahan, upaya yang sudah dilakukan, dan rencana tindak lanjut dalam rangka pencapaian program di masa yang akan datang. Adapun hasil pengukuran kinerja tahun 2023 adalah sebagai berikut:

5.1 Realisasi Program Mutu RS

5.1.1 Realisasi Program Peningkatan Mutu Rumah Sakit

Realisasi program peningkatan mutu tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1
Realisasi Program Peningkatan Mutu Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

NO	PROGRAM	REALISASI
1	Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu layanan RS.	<ul style="list-style-type: none"> Telah disusun regulasi terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan RS; Telah disusun program mutu tahun 2023.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait perbaikan mutu di tingkat RS.	<ul style="list-style-type: none"> Memberi masukan dan pertimbangan dalam bentuk laporan Komite Mutu RS yang dilaporkan setiap bulannya kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas.
3	Pemilihan prioritas perbaikan tingkat RS dan pengukuran indikator tingkat RS serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut.	<ul style="list-style-type: none"> Sudah dilakukan pemilihan prioritas perbaikan tingkat RS menyesuaikan dengan standar Akreditasi RS yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan meliputi indikator sasaran keselamatan pasien, pelayanan klinis prioritas, tujuan strategis RS, perbaikan sistem, manajemen risiko, dan penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran; Prioritas perbaikan tingkat RS adalah layanan PDC dengan 16 indikator mutu prioritas RS; Pengukuran indikator mutu prioritas RS setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas beserta rekomendasinya.
4	Pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja.	<ul style="list-style-type: none"> Penerapan program mutu dipandu oleh Subkomite Mutu dengan pembagian area 1:5 (1 petugas : 5 area); Dilakukan monev unit kerja untuk memantau penerapan mutu unit kerja; Dilakukan supervisi mutu dan keselamatan pasien rutin tiap 6 bulan; Dilakukan Ronde Komite Mutu yang melibatkan 3 (tiga) Subkomite yakni Subkomite Mutu, Subkomite KPRS, dan Subkomite Manajemen Risiko agar upaya perbaikan yang dilakukan lebih komprehensif.
5	Pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu.	<ul style="list-style-type: none"> Pemilihan dan penetapan indikator mutu prioritas RS sesuai dengan STARKES pada layanan prioritas PDC; Dilakukan evaluasi terhadap mutu/indikator mutu yang belum mencapai standar; Pengukuran mutu prioritas dan tindak lanjutnya dilakukan setiap bulan.
6	Fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data.	<ul style="list-style-type: none"> Sudah dilakukan review profil indikator untuk pemilihan dan penetapan indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit) tahun 2023 pada bulan Oktober-Desember 2022 yang dihadiri oleh manajemen dan Kepala Unit Kerja, baik melalui rapat koordinasi maupun rapat per masing-masing bagian; Sudah ada penetapan profil indikator mutu unit (IMP-Unit) tahun 2023 untuk upaya perbaikan mutu berkesinambungan di unit tersebut.

NO	PROGRAM	REALISASI
7	Fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja.	<ul style="list-style-type: none"> Dilakukan optimalisasi implementasi dan pengembangan aplikasi SIMANDATUR. Implementasi aplikasi ini dievaluasi rutin setiap bulannya; Pelaporan data dari unit kerja Sebagian besar sudah dilakukan dengan tepat waktu pada tanggal 5 setiap bulannya, dan sebagian lagi dikumpulkan maksimal pada tanggal 10 setiap bulannya; Telah dilakukan validasi data indikator mutu IGD yang mengalami perubahan pengumpul data tahun 2023 dan sudah dilakukan publikasi melalui website RS.
8	Pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas RS dan indikator mutu nasional RS.	<ul style="list-style-type: none"> Pengumpulan, analisis capaian dan laporan beserta rekomendasi dari indikator mutu prioritas dan indikator nasional mutu (INM) sudah rutin dilakukan setiap bulannya; Indikator Nasional Mutu (INM) dilaporkan kepada Direktur Mutu Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI dengan cara menginput hasil capaian ke dalam aplikasi SIMAR (http://mutufasyankes.kemkes.go.id/SIMAR)
9	Koordinasi dan komunikasi dengan Komite Medis dan Komite lainnya, Satuan Pemeriksaan Internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf.	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan koordinasi dan komunikasi dengan seluruh unit kerja di RS baik secara luring maupun daring (rapat, diskusi, konsultasi, dll); Koordinasi dengan Komite-komite terkait penyederhanaan formulir PPK/CP untuk dimasukkan dalam ERM; Rapat koordinasi dengan seluruh unit kerja dilakukan rutin setiap bulan untuk mendapatkan feedback dan pembelajaran setiap tanggal 20 tiap bulannya; Melakukan koordinasi, komunikasi, konsultasi, dan pendampingan tentang mutu dan keselamatan pasien serta manajemen ruangan kepada Duta Mutu, Duta KPRS, Manajemen Ruangan.
10	Pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di RS.	<ul style="list-style-type: none"> Implementasi regulasi mutu di RS; Dukungan RS terkait sarana prasarana, fasilitas, dan alat kesehatan sesuai dengan standar; Optimalisasi penerapan mutu RS mulai dari hal-hal yang sederhana seperti membaca satu SPO setiap operan di ruang rawat inap, melakukan supervisi berjenjang terkait standar mutu unit kerja dan kompetensi petugas terhadap keterampilan dasar (APAR, BHD, Spill Kit, Hand Hygiene, dan Etika Batuk); Memotivasi unit kerja untuk bersama-sama melaksanakan quality improvement sesuai dengan standar tiap harinya, tidak hanya saat akan mendekati akreditasi RS saja; Melakukan monev terhadap kepatuhan pengisian rekam medik elektronik, memberi feedback kepada unit kerja, memotivasi agar petugas dapat melengkapi pengisian rekam medis tiap shiftnya; Menerapkan "Tulis apa yang dilakukan, Lakukan apa yang ditulis"; Diskusi terkait permasalahan mutu dengan unit kerja; Melakukan ronde Komite Mutu setiap Hari Selasa untuk memantau penerapan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di unit kerja; Unit kerja membuat display mutu yang up to date setiap semester sebagai acuan dalam upaya peningkatan mutu di masing-masing unit kerja.
11	Pengkajian standar mutu pelayanan di RS terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian.	<ul style="list-style-type: none"> Pengkajian standar pelayanan, Pendidikan, dan penelitian dilakukan oleh seluruh Kepala Unit Kerja melalui rapat koordinasi; Meningkatkan kompetensi staf terhadap standar mutu RS melalui seminar, workshop, pelatihan, dll; Memotivasi staf untuk melakukan journal reading yang berkaitan dengan mutu RS; Melakukan review standar mutu RS (pelayanan, Pendidikan, dan penelitian) baik di internal Komite Mutu maupun dengan unit kerja.
12	Penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu.	<ul style="list-style-type: none"> Pelatihan internal Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien tanggal 18 – 21 September 2023; Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien tanggal 8 – 10 November 2023. Pelatihan/Workshop eksternal sebagai berikut, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> Webinar Percepatan Kepatuhan Laporan Insiden Keselamatan Pasien / IKP dan Indikator Nasional Mutu (INM) Rumah Sakit oleh Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tanggal 17 Februari 2023
13	Penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.	<ul style="list-style-type: none"> Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan feedback dan pembelajaran.

5.1.2 Realisasi Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Realisasi program keselamatan pasien tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.2
Realisasi Program Peningkatan Keselamatan Pasien Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

NO	PROGRAM	REALISASI
1	Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien RS;	<ul style="list-style-type: none"> Regulasi mengacu pada STARKES; Disusun program kerja keselamatan pasien RS tahun 2023.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;	<ul style="list-style-type: none"> Laporan insiden keselamatan pasien dilaporkan setiap tanggal 10 setiap bulannya; Insiden keselamatan pasien dengan grading biru dan hijau dilakukan investigasi sederhana dan membuat rekomendasi berdasar analisis setiap insiden keselamatan pasien yang terjadi maksimal pada hari ke 7 sejak insiden; Insiden keselamatan pasien dengan grading kuning dan merah, dilakukan Root Cause Analysis (RCA) oleh Tim RCA dan membuat rekomendasi dari insiden keselamatan pasien tersebut untuk dilakukan perbaikan-perbaikan maksimal 45 hari sejak insiden; Laporan kejadian terkait perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan dilaporkan setiap bulan.
3	Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;	<ul style="list-style-type: none"> Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien dan budaya keselamatan dilakukan oleh Subkomite KPRS dan Duta KPRS melalui movev langsung ke unit kerja; Penerapan program keselamatan pasien dipandu oleh Subkomite KPRS dengan pembagian 1:5 (1 petugas : 5 area); Meningkatkan peran Duta KPRS yang telah berperan dalam penerapan keselamatan pasien di unit kerja; Dilakukan Ronde Komite Mutu untuk melakukan pemantauan dan memandu penerapan program keselamatan pasien di unit kerja.
4	Motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;	<ul style="list-style-type: none"> Pemberian motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian melalui kegiatan movev dan supervisi yang dilaksanakan oleh Subkomite KPRS; Konsultasi secara tidak langsung dilaksanakan melalui telepon; Membuat sarana edukasi seperti leaflet dan spanduk sasaran keselamatan pasien; Memotivasi PPA agar melaporkan insiden keselamatan pasien dan kejadian yang tidak mendukung budaya keselamatan 1x24 jam.
5	Pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;	<ul style="list-style-type: none"> Pengumpulan data sasaran keselamatan pasien menggunakan google spreadsheet; Analisis capaian dilakukan pada indikator yang belum stabil capaiannya, yang belum mencapai target, dan yang sangat sulit tercapai; Pelaporan data Duta KPRS dilakukan tepat waktu pada tanggal 03 setiap bulannya ke Subkomite KPRS untuk dilaporkan ke Komite Mutu pada tanggal 05 setiap bulannya; Pengumpulan, analisis capaian, dan laporan beserta rekomendasi untuk meningkatkan keselamatan pasien dilakukan setiap bulan RCA telah dilaksanakan pada insiden keselamatan pasien dengan grading kuning dan merah.
6	Pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;	<ul style="list-style-type: none"> Pelaporan internal insiden keselamatan pasien 1x24 jam dilaksanakan melalui http://bit.ly/LAPOR_KPRS; Pelaporan IKP internal dari unit kerja maksimal 2x24 jam dan dilakukan rekapitulasi setiap bulan. Grading hijau dan biru dilakukan investigasi sederhana, sedangkan grading kuning dan merah dilakukan RCA; Pelaporan eksternal insiden keselamatan pasien dan RCA dilaksanakan setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI dengan cara menginput hasil capaian indikator ke dalam aplikasi http://mutufasyankes.kemkes.go.id/.
7	Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien;	<ul style="list-style-type: none"> Pelatihan internal keselamatan pasien RS sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien tanggal 18 – 21 September 2023; Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien tanggal 8 – 10 November 2023. Pelatihan/Workshop eksternal sebagai berikut, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> Workshop Membangun Budaya Keselamatan Pasien; Pengukuran, Monitoring dan Evaluasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang

NO	PROGRAM	REALISASI
		<p>diselenggarakan oleh IKPRS–PERSI pada tanggal 24-25 Februari 2023;</p> <ul style="list-style-type: none"> o Workshop Implementasi RCA dan FMEA untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang diselenggarakan oleh IKPRS–PERSI pada tanggal 24-25 Mei 2023;
8	Penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan feedback dan pembelajaran.

5.1.3 Realisasi Program Manajemen Risiko Rumah Sakit

Realisasi program manajemen risiko tahun 2023 adalah:

Tabel 5.3
Realisasi Program Manajemen Risiko Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	PROGRAM	REALISASI
1	Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyusunan program kerja subkomite manajemen risiko tahun 2023; ▪ Program manajemen risiko disusun dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku secara terintegrasi; ▪ Program manajemen risiko yang tertuang dalam Program Komite Mutu telah disetujui dan ditandatangani oleh Dewan Pengawas; ▪ Penyusunan Profil Risiko Rumah Sakit Tahun 2023 ditetapkan melalui SK Direktur Utama nomor HK.02.03/XXV/1464/2023 tentang Penetapan Profil Risiko Tahun 2023 di RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait manajemen risiko di RS;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemberian masukan dan pertimbangan terkait manajemen risiko dilaksanakan melalui rapat manajemen.
3	Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko dilakukan oleh Subkomite Manajemen Risiko dengan pembagian 1:5 (1 petugas : 5 area). ▪ Melakukan kegiatan Ronde setiap hari Selasa bersama dengan subkomite lainnya untuk melakukan pemantauan kegiatan manajemen risiko unit kerja; ▪ Melakukan kelas kecil pembuatan risk register dan FMEA unit kerja.
4	Pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melakukan pendampingan oleh subkomite ke seluruh unit kerja untuk pembuatan profil risiko; ▪ Profil risiko dan rencana penanganan yang disusun unit kerja masih perlu penyempurnaan; ▪ Menyusun profil risiko RS dan rencana penanganannya.
5	Penyusunan Profil Risiko Unit Kerja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melakukan pendampingan ke unit kerja mengenai pengisian tabel profil risiko; ▪ Melakukan pendampingan magang auditor Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan pada tanggal 27 Februari – 23 Maret 2023 di 6 unit kerja, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> o Sub Substansi Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran. o Sub Substansi Penyusunan dan Evaluasi Anggaran. o Sub Substansi Akuntansi dan BMN o Sub Substansi Hukum, Organisasi dan Hubungan Masyarakat. o Instalasi Verifikasi, Administrasi dan Penjaminan Pasien. o Unit Layanan Pengadaan (ULP) ▪ Pengumpulan profil risiko masing-masing unit kerja dan memberikan feedback atas profil risiko yang telah dikumpulkan; ▪ Telah dilakukan pengelompokan PIC pembuatan Profil Risiko dan FMEA di Instalasi Rawat Inap; ▪ Penetapan Profil Risiko Rumah Sakit Tahun 2023 ditetapkan melalui SK Direktur Utama nomor HK.02.03/XXV/1464/2022 tentang Penetapan Profil Risiko Tahun 2023 di RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
6	Penyusunan Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) Unit Kerja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melakukan pendampingan ke unit kerja mengenai penyusunan FMEA; ▪ Pengumpulan FMEA masing-masing unit kerja dan memberikan feedback atas FMEA yang telah dikumpulkan; ▪ Melakukan kelas kecil penyusunan FMEA unit kerja;

NO	PROGRAM	REALISASI
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menjadi finalis lomba inovasi LAM-KPRS Awards pada “Proyek Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien: Pelaksanaan Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium di Instalasi Laboratorium RS Jiwa Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor” yang dipresentasikan pada tanggal 27 Mei 2023 di Makassar.
7	Penyusunan Hazard Vulnerability Analysis (HVA) RS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menyusun Hazard Vulnerability Analysis (HVA) RS (terlampir); ▪ Hasil penilaian HVA didapatkan Hazard Spesific Relative Risk RSJMM Bogor sebesar 0.25 dengan rincian sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> ○ Natural Hazard: Risiko tertinggi adalah Badai Petir (56%) ○ Technological Hazard tertinggi adalah Gangguan Listrik (48%) ○ Human Hazard tertinggi adalah Insiden Massal (33%) ○ Hazardous Material tertinggi adalah Terpapar radiologi, Internal (9%) ▪ Skor Analisis Kerentanan Bahaya sebesar 0.08 menyimpulkan sedikit atau tidak ada konsekuensi dengan kemampuan sangat baik.
8	Penyusunan Hospital Safety Index (HSI) RS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menyusun Hospital Safety Index (HSI) RS (terlampir); ▪ Hasil penilaian HSI adalah 0.42, ▪ Health Facility Status: B Tindakan intervensi diperlukan dalam jangka pendek. Tingkat keselamatan dan manajemen darurat dan bencana rumah sakit saat ini sedemikian rupa sehingga keselamatan pasien dan staf rumah sakit dan kemampuan rumah sakit untuk berfungsi selama dan setelah keadaan darurat dan bencana, berpotensi berisiko. ▪ Rencana Tindak Lanjut: Diperlukan perbaikan di 3 (tiga) sektor penilaian HSI yaitu Keamanan Struktural, Keamanan Non Struktural dan Manajemen Darurat dan Bencana. Hal ini dikarenakan masih terdapatnya kondisi bangunan yang memerlukan perbaikan, peningkatan pemeliharaan sarana prasarana yang menunjang kegiatan pelayanan dan penyediaan sarana prasarana khususnya untuk penanggulangan bencana.
9	Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monev pelaksanaan mitigasi unit kerja masih belum terlaksana; ▪ Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan belum terdokumentasi dengan baik; ▪ Memotivasi unit kerja untuk melaporkan pemantauan risiko pada tanggal 10 setiap bulannya ke Subkomite Manajemen Risiko.
10	Pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manajemen risiko pada kondisi yang tidak normal dan cepat berubah di masa pandemik Covid-19 dilakukan rapat segera; ▪ Usulan disusun berdasarkan masukan pada Direktur, Timker, Asisten Timker, Ketua Komite, SPI dan para pihak terkait.
11	Pelaksanaan pelatihan manajemen risiko;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelatihan internal Manajemen Risiko sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> ○ Penyusunan Risk Register dan FMEA Unit Kerja melalui Kelas Kecil; ○ Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien tanggal 18 – 21 September 2023; ○ Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien tanggal 8 – 10 November 2023. ▪ Pelatihan eksternal sebagai berikut, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> ○ Workshop Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang diselenggarakan oleh IKPRS–PERSI pada tanggal 24 – 25 Mei 2023 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta. ○ Workshop Hospital Risk Management yang diselenggarakan oleh LAM–KPRS pada tanggal 27-28 Mei 2023 di Hotel Claro, Makassar; ○ Workshop Manajemen Risiko yang diselenggarakan oleh PERSI pada tanggal 19 – 20 Juni 2023 di HARRIS Hotel & Conventions Kelapa Gading, Jakarta.
12	Penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas untuk mendapatkan feedback dan pembelajaran.

5.2 Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM)

Indikator Nasional Mutu (INM) pada tahun 2023 ada 13 (tiga belas) indikator sebagai berikut:

Tabel 5.4
Indikator Nasional Mutu (INM) Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

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

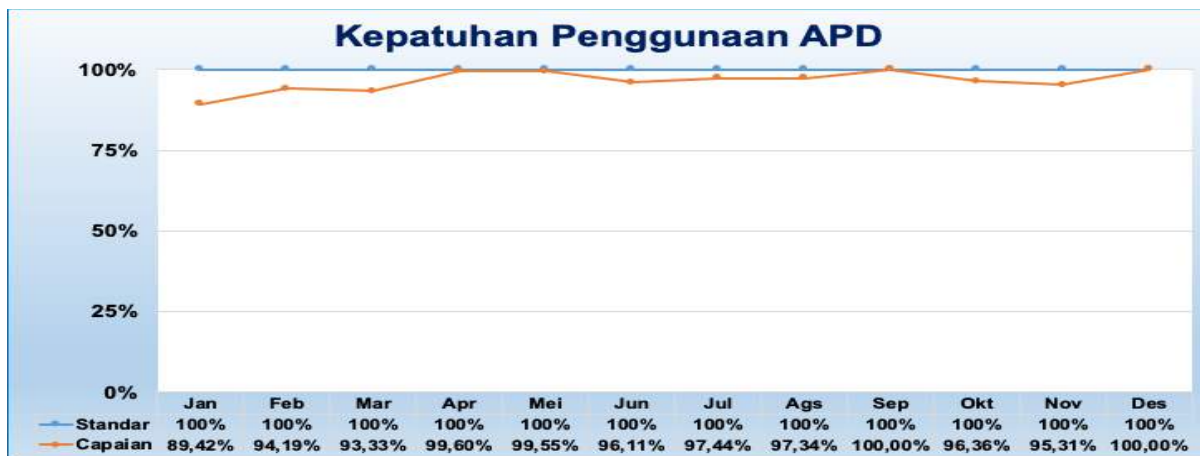
Hasil pengukuran INM tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Grafik 5.1
INM: Kepatuhan Kebersihan Tangan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



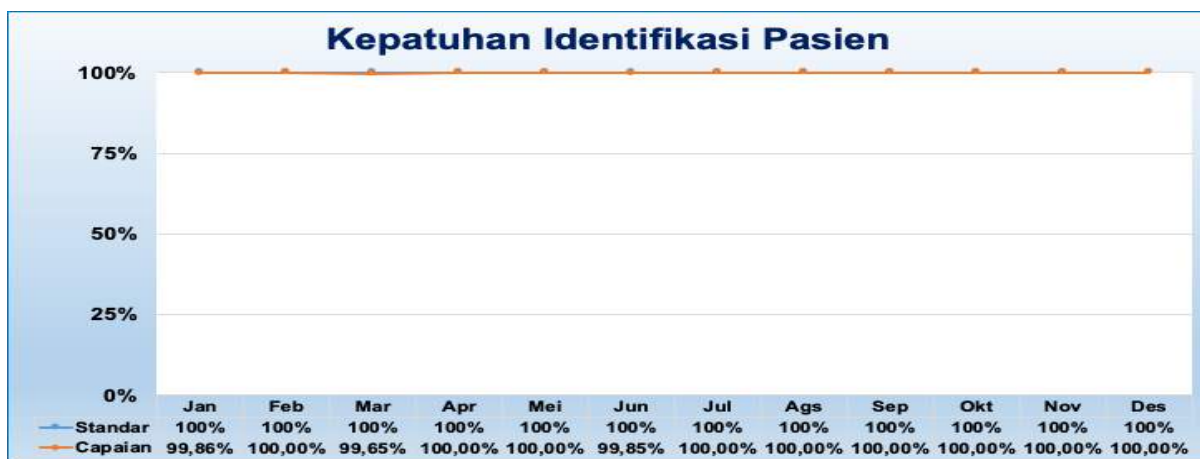
Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan selama tahun 2023 adalah 89,92%. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih belum menunjukkan capaian yang stabil. Petugas yang ada di ruang Ok dan rawat inap sebagian kecil masih melakukan kebersihan tangan tidak sesuai dengan regulasi yang ada. Komite PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait pelaksanaan kebersihan tangan yang benar. Monev dan supervisi yang rutin dilakukan setiap bulannya mulai menunjukkan konsistensi dalam penerapan kebersihan tangan sesuai standar PPI. Perlu adanya penguatan dan upaya optimalisasi untuk upaya pencapaian kebersihan tangan yang lebih baik lagi.

Grafik 5.2
INM: Kepatuhan Penggunaan APD Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata capaian indikator kepatuhan penggunaan APD selama tahun 2023 adalah 95,55%. Hasil capaian indikator kepatuhan penggunaan APD ini terus meningkat dari bulan ke bulan, dan di akhir tahun sudah mencapai standar. Edukasi terus menerus tentang penggunaan dan pelepasan APD yang baik dan benar sesuai standar harus selalu dilaksanakan. Penting juga dilakukan supervisi secara berjenjang.

Grafik 5.3
INM: Kepatuhan Identifikasi Pasien Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



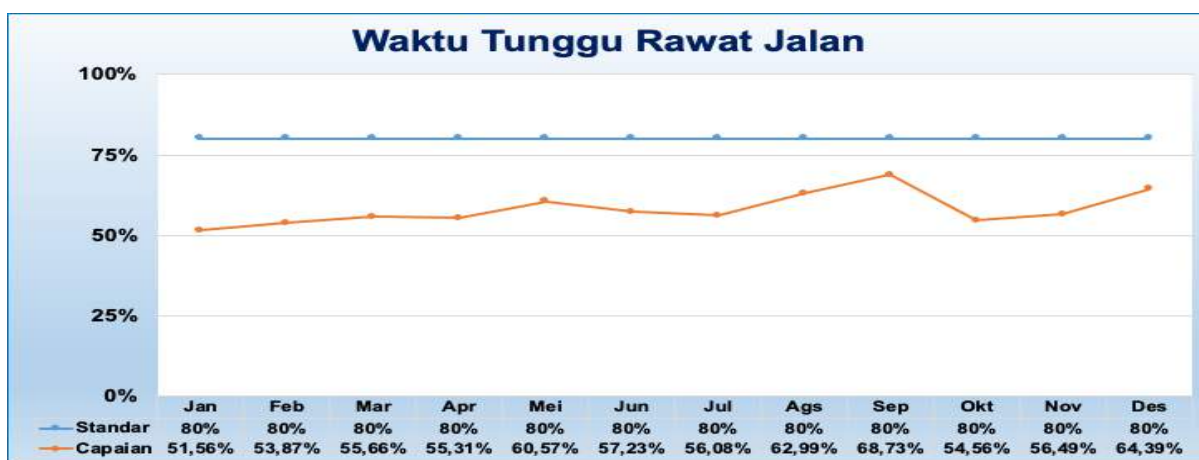
Rerata capaian indikator kepatuhan identifikasi pasien selama tahun 2023 adalah 99,95%. Di semester 2 tahun 2023 sudah mencapai 100%. Ketidakepatuhan identifikasi pada semester 1 ditemukan pada beberapa PPA yang tidak patuh dalam melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan. Sudah dilakukan upaya perbaikan untuk meningkatkan kepatuhan dalam mengidentifikasi pasien pada semua aspek pelayanan baik diagnosis, proses pengobatan serta tindakan. Kelengkapan identitas pasien berupa foto pasien psikiatri sudah ada dalam ERM. Sosialisasi, edukasi, dan koordinasi dilakukan dengan melibatkan Duta KPRS, Kepala Ruang, Subkomite KPRS, Komite Mutu, dan PIC PMKP.

Grafik 5.4
INM: Waktu Tanggap Sectio Caesaria (SC) Emergency Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



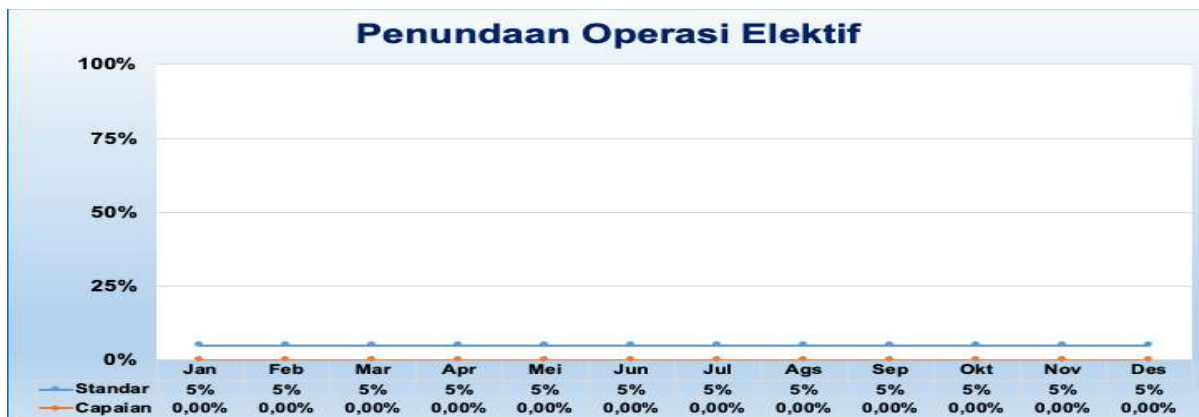
Rerata capaian indikator waktu tanggap SC emergency selama tahun 2023 adalah 100%. Seluruh ibu yang melahirkan dengan SC ditangani ≤ 30 menit. PKJN RSJMM Bogor merupakan satu-satunya RS di Kota Bogor yang melayani operasi SC pada ibu dengan penyulit yang menderita Covid-19 dan ibu dengan ODGJ.

Grafik 5.5
INM: Waktu Tunggu Rawat Jalan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



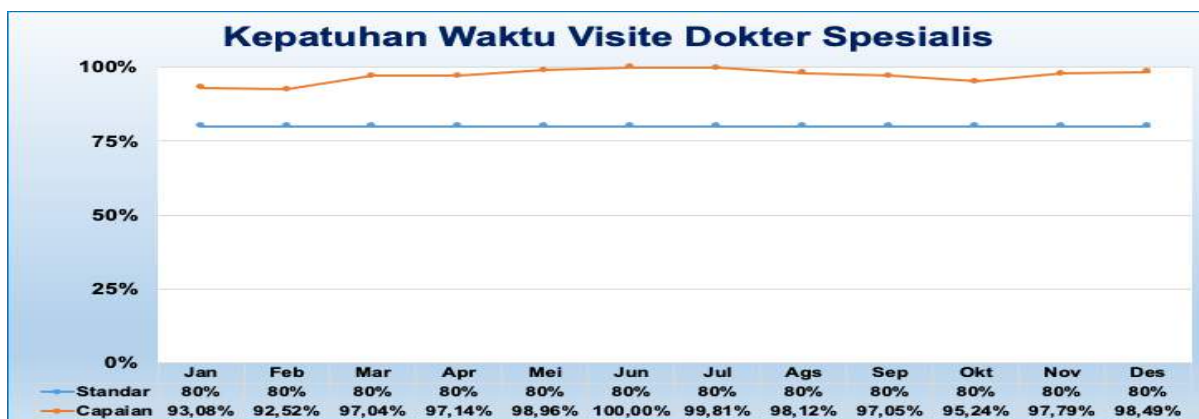
Rerata capaian waktu tunggu rawat jalan selama tahun 2023 adalah 58,12%. Hasil capaian belum menunjukkan perbaikan yang berarti. Perbaikan dilakukan pada unit TPP, pelayanan perawat, dan pelayanan dokter. Saat ini sedang diupayakan untuk bridging SIMRS dengan V-Claim agar dapat menerbitkan SEP secara elektronik pada pasien BPJS. Sudah dilakukan pengaturan jadwal dokter berdasarkan hasil evaluasi (redesign ke III). Sosialisasi jadwal praktik dokter kepada pasien sudah diupayakan untuk mengurangi waktu tunggu rawat jalan.

Grafik 5.6
INM: Penundaan Operasi Elektif Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata capaian penundaan operasi elektif selama tahun 2023 adalah 0%. Operasi elektif selalu dilaksanakan tepat waktu dengan mengutamakan keselamatan pasien RS.

Grafik 5.7
INM: Ketepatan Waktu Visite Dokter Spesialis Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



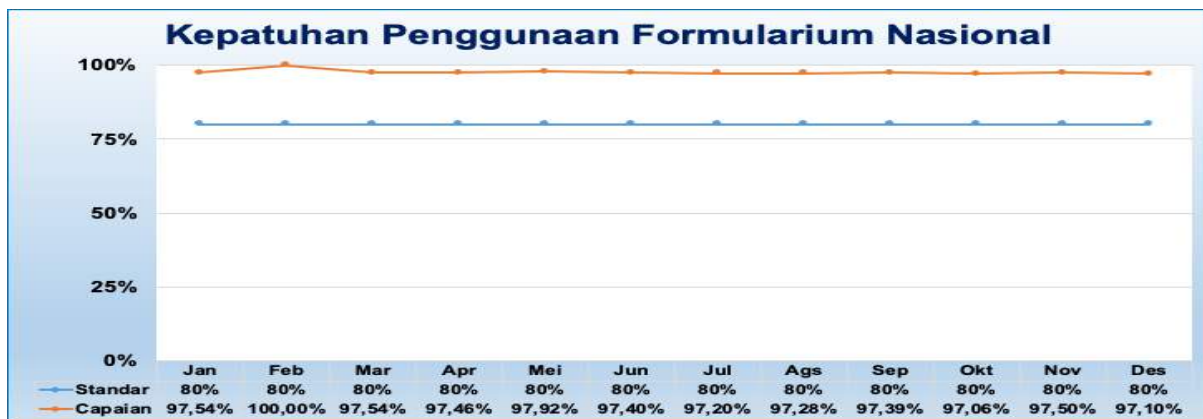
Rerata capaian kepatuhan visite Dokter Spesialis selama tahun 2023 adalah 97,10%. Capaian ini sangat baik di atas standar. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.8
INM: Pelaporan hasil Kritis Laboratorium Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



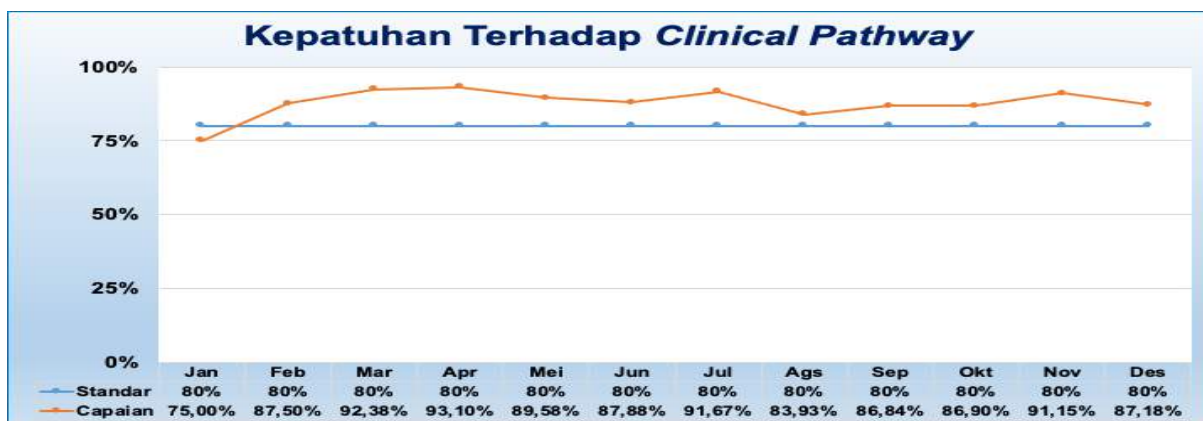
Rerata capaian pelaporan hasil kritis laboratorium selama tahun 2023 adalah 99,62%. Pada Bulan Februari 2023 mengalami penurunan dikarenakan terbaliknya alur yang dilakukan petugas. Namun dibulan Maret hingga Desember 2023 berhasil meningkatkan dan mempertahankan capaian 100%. Pelaporan LIS yang dilengkapi dengan alarm sangat membantu petugas untuk segera melaporkan hasil kritis laboratorium.

Grafik 5.9
INM: Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional selama tahun 2023 adalah 94,53%. Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional ini sudah melebihi standar yang telah ditetapkan dan harus dipertahankan.

Grafik 5.10
INM: Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway (CP) Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata capaian indikator kepatuhan terhadap CP selama tahun 2023 adalah 87,76%. Capaian CP sudah di atas standar dan meningkat dari waktu ke waktu. Ketidakepatuhan CP yang terjadi terbanyak disebabkan karena penggunaan terapi yang tidak sesuai dengan standarisasi asuhan klinik yang telah ditetapkan dan juga LoS yang masih >18 hari. Setelah dilakukan sosialisasi, monev dan supervisi setiap bulan maka capaian semakin meningkat dan melampaui standar yang sudah ditetapkan. Hal ini perlu dipertahankan dan lebih dioptimalkan lagi sebagai upaya kendali mutu dan kendali biaya.

Grafik 5.11
INM: Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



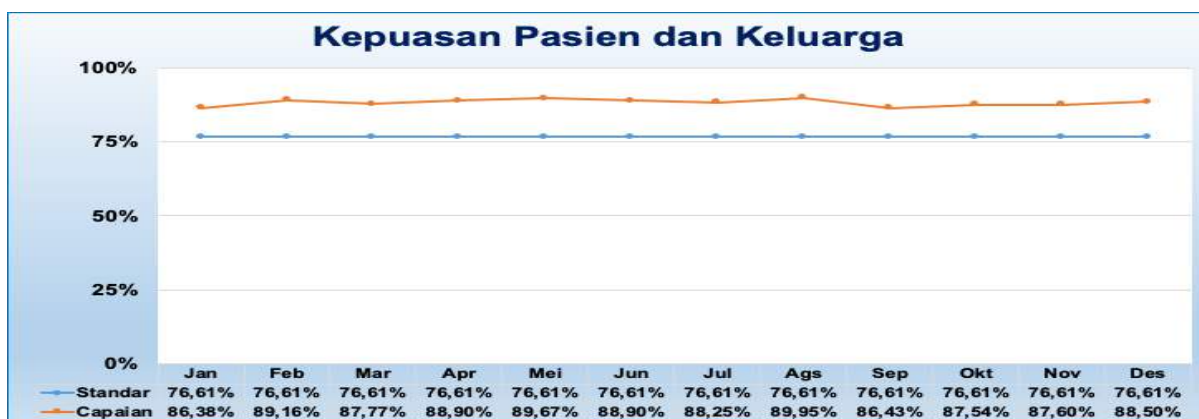
Rerata capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh selama tahun 2023 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.12
INM: Kecepatan Waktu Tanggap Komplain Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata capaian indikator kecepatan waktu tanggap komplain pada selama tahun 2023 adalah 100%. Seluruh komplain sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti oleh RS.

Grafik 5.13
INM: Kepuasan Pasien dan Keluarga Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata capaian indikator kepuasan pasien dan keluarga pada selama tahun 2023 adalah sebesar 88,25%. Survei kepuasan pelanggan dilakukan pada seluruh unit layanan dengan cara mengakses barcode melalui handphone. Survei kepuasan ini mengacu pada PermenPAN&RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik yang meliputi 9 (sembilan) unsur, yaitu: Persyaratan; Sistem, mekanisme, dan prosedur; Waktu penyelesaian; Biaya/tarif; Produk spesifikasi jenis pelayanan; Kompetensi pelaksana; Perilaku pelaksana; Penanganan pengaduan, saran, dan masukan; dan Sarana dan prasarana.

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pelaporan INM pada aplikasi <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/> sudah dilakukan tepat waktu maksimal tanggal 10 setiap bulannya;
2. Dari 13 indikator Nasional Mutu tercapai 11 indikator, yaitu:
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kepatuhan identifikasi pasien
 - Waktu tanggap seksio sesaria *emergency*
 - Penundaan operasi elektif
 - Kepatuhan waktu visite dokter spesialis
 - Pelaporan hasil kritis laboratorium
 - Kepatuhan penggunaan formularium nasional
 - Kepatuhan terhadap *clinical pathway*
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
 - Kecepatan waktu tanggap komplain
 - Kepuasan pasien dan keluarga
3. INM yang tidak tercapai ada 2 indikator yaitu:
 - Indikator “Kepatuhan penggunaan APD” dengan rerata capaian 96,55% (standar 100%).
Penting sekali mempertahankan capaian agar dapat mencapai standar 100%. Setelah dapat mencapai standar pada Bulan September, capaian di bulan Oktober dan November kembali menurun, namun di Bulan Desember kembali mengalami peningkatan mencapai standar 100%. Perlu dilakukan upaya-upaya untuk mempertahankan dan pencapaian kepatuhan penggunaan APD.
 - Indikator “Waktu tunggu rawat jalan” dengan rerata capaian 58,12% (standar $\geq 80\%$).
Capaian waktu tunggu rawat jalan mengalami tren capaian yang fluktuatif dan belum mencapai standar $\geq 80\%$. Sudah dilaksanakan rapat koordinasi, monev, dan supervisi untuk capaian indikator ini sebagai upaya untuk perbaikan.
4. Pada indikator yang belum tercapai tersebut sudah dilakukan upaya perbaikan dengan melakukan rapat koordinasi dan monev secara berjenjang untuk masing-masing indikator tersebut.

Kendala dan Permasalahan:

1. Belum konsistennya Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dalam pencapaian kepatuhan penggunaan APD sesuai dengan transmisi dan indikasi yang tertuang dalam pedoman PPI;
2. Mesin APM hanya dapat mencetak nomor antrean, belum bisa mencetak SEP. Instalasi SIRS sedang melakukan bridging VClaim, namun belum selesai dilaksanakan;

3. SIMRS terkendala (error) di beberapa waktu pada aplikasi ERM di rawat jalan (TPP, Poliklinik dan Farmasi rawat jalan) sehingga menghambat waktu pelayanan;
4. Alat pelabelan obat di Farmasi rawat jalan sempat mengalami kendala rusak, sehingga etiket ditulis manual;
5. Petugas di TPP, Poli, dan Farmasi belum konsisten untuk meningkatkan kepatuhan dalam pelayanan di masing-masing unit;
6. Sistem yang ada di RS belum bisa melakukan pemblokiran oleh sistem ketika pasien rawat jalan datang jauh lebih awal dari jadwal dokter di poliklinik;
7. Monev dan supervisi dari atasan langsung yang belum optimal;

Hal yang sudah dilakukan:

1. Koordinasi dengan Timker Pelayanan Keperawatan, Komite PPI untuk membahas strategi dalam rangka pencapaian dan mempertahankan capaian kepatuhan penggunaan APD;
2. Penerapan reward and punishment untuk ketercapaian indikator kepatuhan penggunaan APD;
3. Koordinasi dengan SIRS untuk segera mengatasi ERM yang error;
4. Koordinasi dengan Instalasi SIRS terkait percepatan bridging VClaim dan APM agar dapat mencetak SEP langsung;
5. Melakukan monitoring dan evaluasi pelayanan di TPP, Poliklinik (Perawat dan Dokter), dan Farmasi;
6. Monev berkala Komite Mutu untuk perbaikan waktu tunggu pelayanan rawat jalan.
7. Selalu mengingatkan petugas security agar tidak berinisiatif membantu pasien untuk melakukan entry data mandiri di mesin APM, karena APM seharusnya dilakukan oleh pasien atau keluarga secara mandiri;
8. Edukasi pada pasien dan/atau keluarga pasien setelah mendaftar agar langsung menuju Poliklinik yang dituju;
9. Optimalisasi penerapan aplikasi e-prescribing;
10. Pengajuan perbaikan alat pelabelan elektronik;
11. Terus menerus menghimbau kepada seluruh perawat poliklinik, dokter, dan petugas farmasi untuk menyelesaikan seluruh task yang ada di SIMRS;
12. Rapat koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas untuk pemenuhan display jadwal Poli Dokter Spesialis dan antrean farmasi. Display sudah tercetak, namun dari bagian Medik ada perbaikan jam pelayanan Dokter spesialis sehingga belum bisa di display;
13. Rapat koordinasi untuk evaluasi dan pembahasan strategi perbaikan dan pencapaian waktu pelayanan agar mencapai standar yang sudah ditetapkan.

Rencana Tindak lanjut:

1. Indikator “Kepatuhan penggunaan APD”:

Dari seluruh area yang disurvei ada beberapa unit kerja yang masih belum memenuhi standar kepatuhan penggunaan APD, Adapun rekomendasi sebagai berikut:

Tabel 5.5
Rekomendasi Kepatuhan Penggunaan APD Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

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

2. Indikator “Waktu tunggu rawat jalan”:

Tabel 5.6
Rekomendasi Waktu Tunggu Rawat Jalan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Deskripsi	SIRS	TPP	Perawat	Dokter
Komitmen	<ul style="list-style-type: none"> Komitmen seluruh petugas SIRS untuk mendukung perbaikan waktu pelayanan rawat jalan, terutama maintenance ERM dan SIMRS. Komitmen untuk percepatan bridging VClaim 	<ul style="list-style-type: none"> Komitmen seluruh petugas TPP untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan, untuk di TPP 5 menit 	<ul style="list-style-type: none"> Komitmen seluruh petugas rawat jalan untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan, untuk di perawat 15 menit 	<ul style="list-style-type: none"> Komitmen seluruh petugas rawat jalan untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan, untuk di dokter 40 menit. Komitmen dokter untuk konsisten hadir di jam praktik dokter sesuai yang sudah disepakati
Kehadiran	<ul style="list-style-type: none"> Senantiasa untuk hadir dan tanggap memperbaiki jika terjadi kendala jaringan dan error pada aplikasi ERM dan SIMRS 	<ul style="list-style-type: none"> Masuk jam kerja pukul 07.30 -16.00 WIB dan melakukan pelayanan sesuai jam kerja. 	<ul style="list-style-type: none"> Masuk jam kerja pukul 07.30 -16.00 WIB Segera memberikan pelayanan setelah pasien mendapat nomor antrean Asesmen rawat jalan dilakukan secara manual jika terkendala jaringan, sehingga pasien tidak menumpuk. Jika ada perawat yang cuti/sakit/izin dll agar dapat 	<ul style="list-style-type: none"> Mengatur waktu antara visite ke rawat inap dan pelayanan rawat jalan di Poliklinik. Melakukan pelayanan di poliklinik sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan dalam aplikasi HFIS, baik di poliklinik psikogeriatri, poliklinik spesialis, poliklinik psikiatri terpadu, dan asesmen center.

Deskripsi	SIRS	TPP	Perawat	Dokter
			digantikan oleh perawat lainnya.	<ul style="list-style-type: none"> Usulan pengadaan fingerprint untuk mengevaluasi ketepatan dokter dalam melakukan pelayanan di Poliklinik.
Informasi dan edukasi	<ul style="list-style-type: none"> Informasi pada RS jika ada kendala pada jaringan sehingga Instalasi Rawat Jalan dapat segera menginformasikan kepada pasien dan/atau keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> Informasi kepada pasien dan keluarga terkait jam buka pelayanan rawat jalan dengan adanya display jadwal dokter di poliklinik (koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas Informasi kepada pasien dan keluarga terkait aplikasi pendaftaran online RSJMM Care melalui media sosial / website Edukasi pada pasien agar dapat melakukan pendaftaran mandiri pada mesin APM Informasi kepada pasien untuk segera menuju poli yang dituju sesuai dengan alur pelayanan rawat jalan 	<ul style="list-style-type: none"> Informasi terkait penundaan pelayanan sementara jika ada kendala SIMRS dan saat dokter yang berhalangan hadir sesuai dengan jadwal polikliniknya Informasi kepada pasien dan/atau keluarga untuk dialihkan pada dokter spesialis lain jika dokter yang dituju berhalangan hadir (cuti/sakit/izin dll) Informasi kepada pasien untuk segera menunggu di depan ruang tunggu dokter masing-masing agar jika dipanggil ybs ada 	<ul style="list-style-type: none"> Informasi kontrol minimal H-3 H+3 sebelum jadwal kontrol selanjutnya untuk mengurai kepadatan rawat jalan Informasi kepada pasien agar melakukan control selanjutnya ke faskes I sesuai dengan Program Rujuk Balik Informasi kepada pasien untuk datang sesuai dengan jadwal praktik dokter yang dituju di poliklinik Informasi kepada pasien untuk segera menuju farmasi rawat jalan
Sarana dan prasarana	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan jaringan internet stabil. Pemenuhan sarpras untuk mendukung bridging VClaim agar terbit SEP secara langsung. Penyempurnaan dan optimalisasi Aplikasi RSJMM Care untuk menunjang perbaikan waktu pelayanan rawat jalan end to end agar dapat dilihat jam antian pasien ybs. 	<ul style="list-style-type: none"> Optimalisasi pasien dan/atau keluarga agar dapat melakukan entry secara mandiri pada mesin APM Pemenuhan display jadwal praktik dokter 	<ul style="list-style-type: none"> Display antrean pasien di poliklinik per gedung per lantai Pengeras suara 	<ul style="list-style-type: none"> Display antrean pasien Pengeras suara Fingerprint (untuk record ketepatan waktu poliklinik)
Pengaturan kuota	<ul style="list-style-type: none"> Memastikan pengaturan kuota dokter agar dapat dimasukkan ke aplikasi RSJMM Care dan HFIS 	<ul style="list-style-type: none"> Pengaturan kuota disesuaikan pada kebijakan yang dikeluarkan oleh Timker Pelayanan Medik sesuai dengan jadwal praktik dokter 	<ul style="list-style-type: none"> Jika ada dokter yang sudah selesai praktik, pasien bisa dialihkan ke dokter yang masih memberikan layanan 	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan layanan sesuai dengan jumlah pasiennya di hari tersebut
Sistem	<ul style="list-style-type: none"> Percepatan Bridging VClaim agar dapat mencetak SEP di mesin APM 	<ul style="list-style-type: none"> Usulan alternatif untuk pelayanan TPP jika terkendala SIMRS secara manual 	<ul style="list-style-type: none"> Pemblokiran by system untuk pasien yang sudah datang jauh sebelum jam 	<ul style="list-style-type: none"> Pemblokiran by system untuk pasien yang sudah datang jauh sebelum jam

Deskripsi	SIRS	TPP	Perawat	Dokter
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemblokiran by system untuk pasien yang tidak sesuai dengan alur pelayanan ▪ Implementasi aplikasi RSJMM Care agar dapat memunculkan dashboard antrean pasien (memberikan kepastian pelayanan pada pasien) ▪ Perbaikan segera jika SIMRS dan ERM error baik hardware maupun software 		<p>praktik dokter dan sudah dilakukan asesmen oleh perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimalisasi implementasi telemedicine 	<p>praktik dokter dan sudah dilakukan asesmen oleh perawat</p>

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

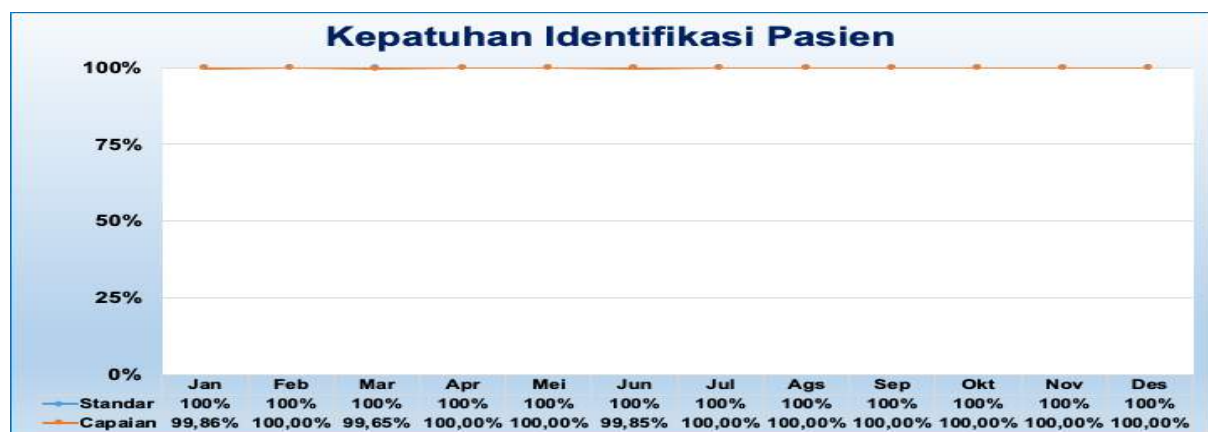
Indikator Nasional Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) pada tahun 2023 ada 16 (enam belas) indikator sebagai berikut:

Tabel 5.7
Indikator Nasional Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

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

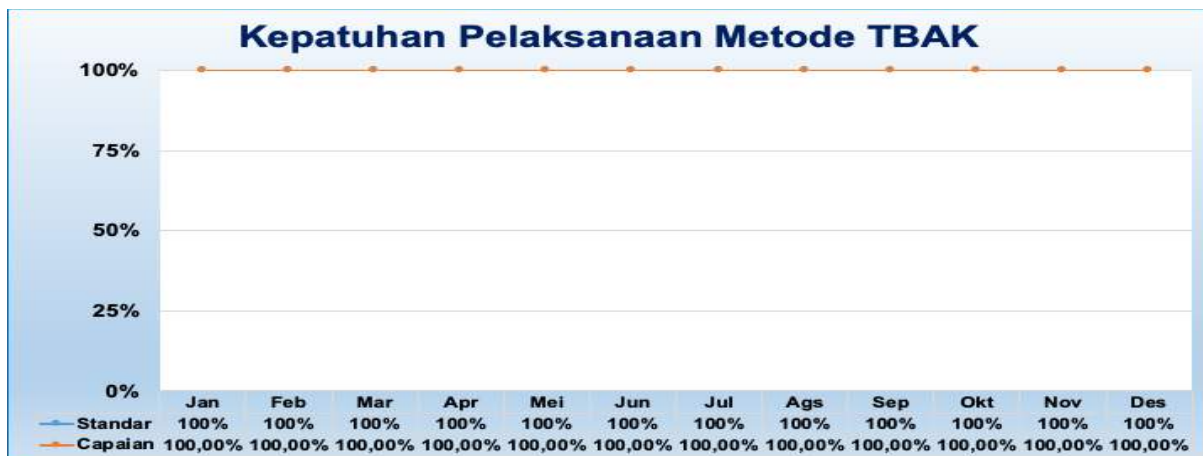
Hasil pengukuran IMP-RS tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Grafik 5.14
IMP: Kepatuhan Identifikasi Pasien Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



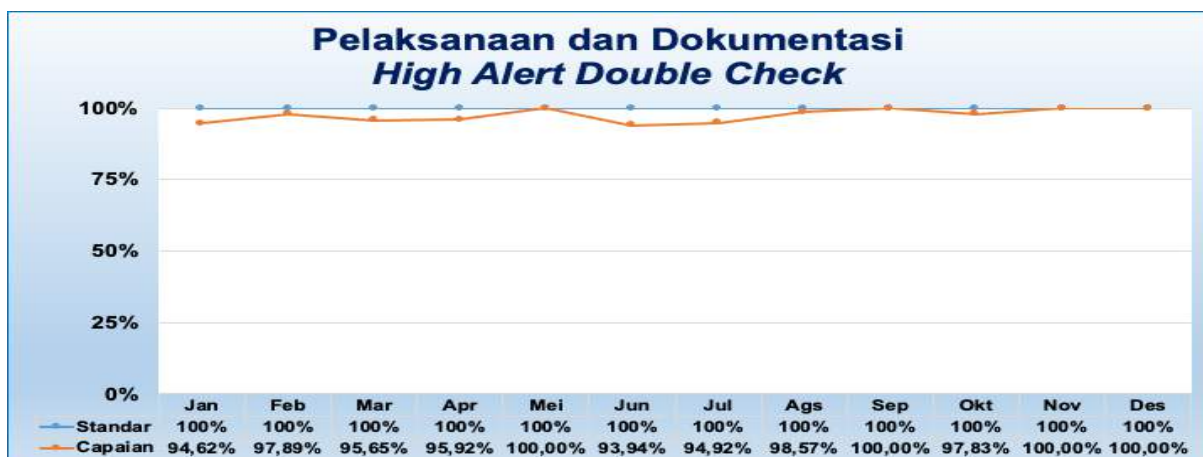
Rerata capaian indikator kepatuhan identifikasi pasien selama tahun 2023 adalah 99,95%. Di semester 2 tahun 2023 sudah mencapai 100%. Ketidakepatuhan identifikasi pada semester 1 ditemukan pada beberapa PPA yang tidak patuh dalam melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan. Sudah dilakukan upaya perbaikan untuk meningkatkan kepatuhan identifikasi pasien pada semua aspek pelayanan baik diagnosis, proses pengobatan serta tindakan. Kelengkapan identitas pasien berupa foto pasien psikiatri sudah ada dalam ERM.

Grafik 5.15
IMP: Ketepatan Pelaksanaan Metode TBAK Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



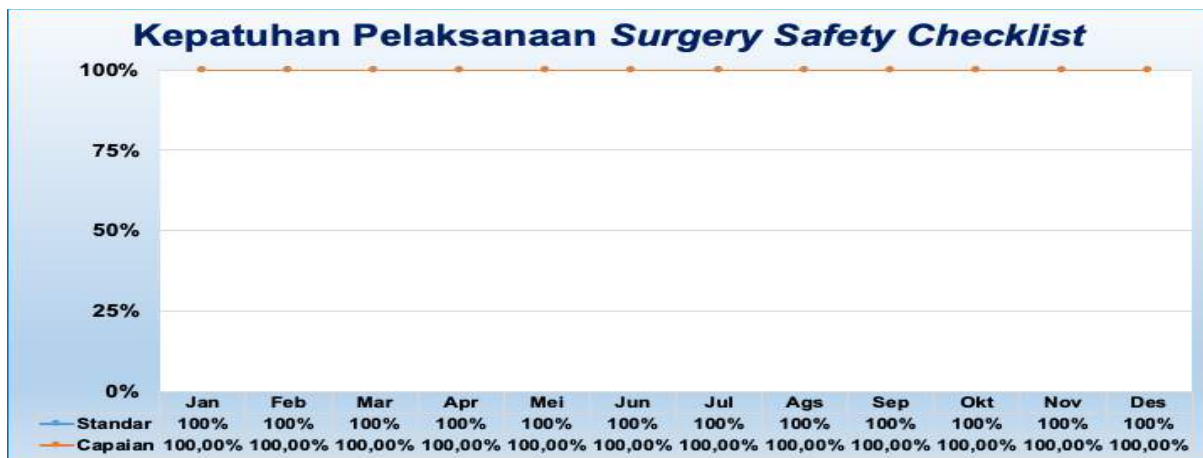
Rerata capaian ketepatan pelaksanaan metode TBAK tahun 2023 mencapai 100%. Komite Mutu mengingatkan pentingnya TBAK pada seluruh petugas di ruang rawat inap. Rencana tindak lanjutnya adalah simulasi TBAK, monev pelaksanaan, dan supervisi di ruang rawat.

Grafik 5.16
IMP: Pelaksanaan dan Dokumentasi High Alert Double Check Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



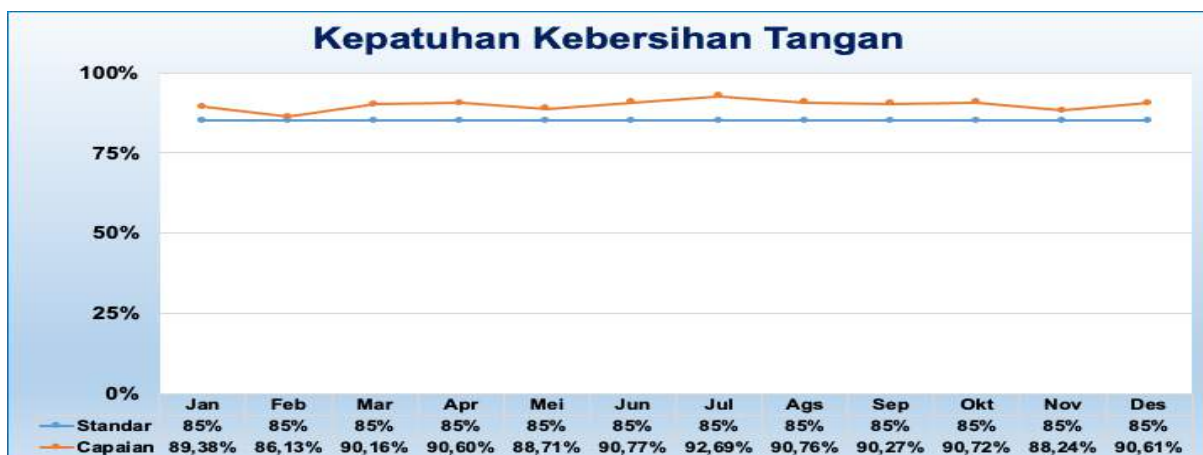
Pelaksanaan dan dokumentasi high alert double check masih belum mencapai 100%. Rerata capaian tahun 2023 adalah 97,45%. Hal ini dikarenakan petugas sudah melakukan double check tapi tidak didokumentasikan. Saling mengingatkan antara petugas yang satu dengan petugas lainnya yang terlibat dalam pelaksanaan double check. Rencana tindak lanjutnya adalah supervisi pelaksanaan double check di ruangan dan meningkatkan peran aktif Duta KPRS dalam mengedukasi rekannya untuk melaksanakan double check pada obat high alert.

Grafik 5.17
IMP: Kepatuhan Pelaksanaan Surgery Safety Checklist Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



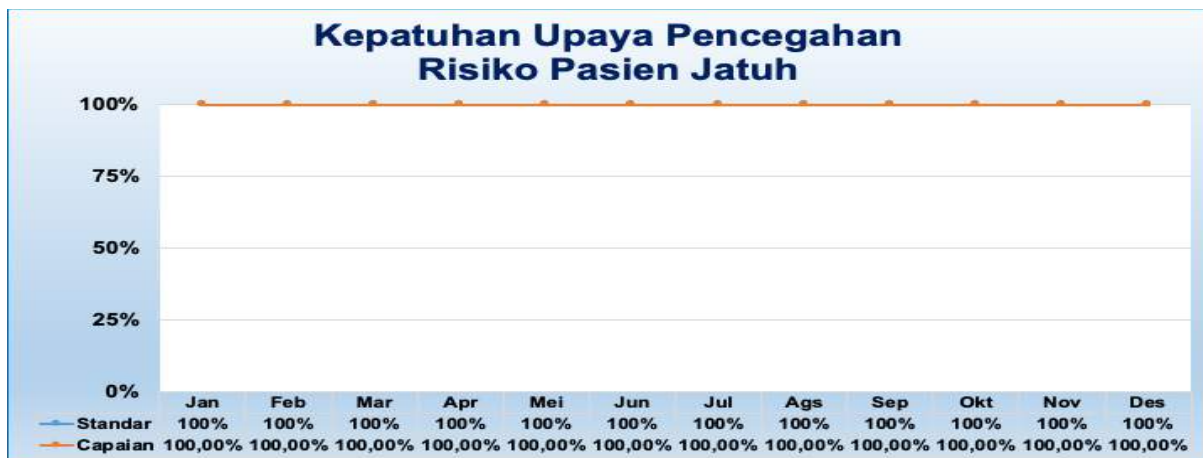
Rerata kepatuhan pelaksanaan surgical safety checklist tahun 2023 tercapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.18
IMP: Kepatuhan Kebersihan Tangan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



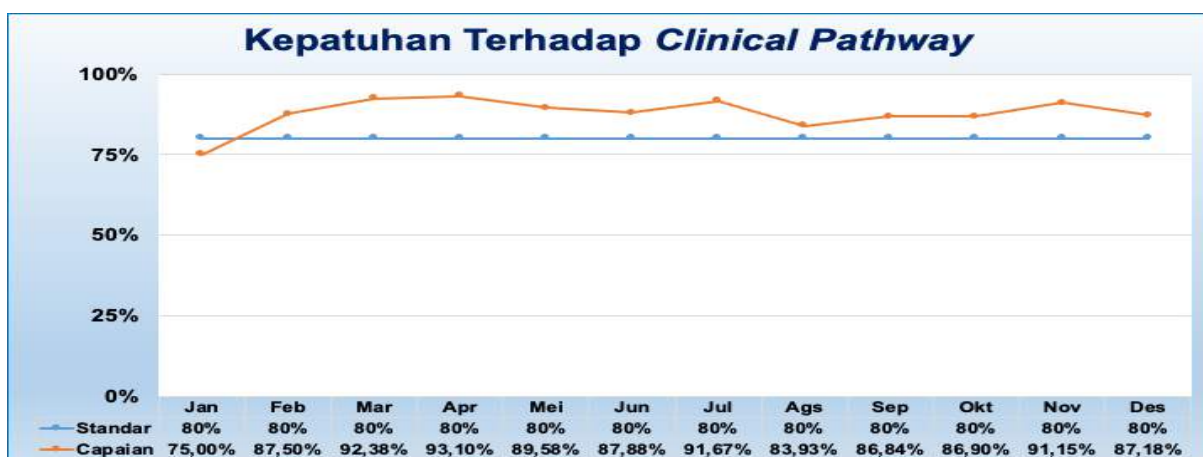
Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan selama tahun 2023 adalah 89,92%. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih belum menunjukkan capaian yang stabil. Petugas yang ada di ruang Ok dan rawat inap sebagian kecil masih melakukan kebersihan tangan tidak sesuai dengan regulasi yang ada. Komite PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait pelaksanaan kebersihan tangan yang benar. Monev dan supervisi yang rutin dilakukan setiap bulannya mulai menunjukkan konsistensi dalam penerapan kebersihan tangan sesuai standar PPI. Perlu adanya penguatan dan upaya optimalisasi untuk upaya pencapaian kebersihan tangan yang lebih baik lagi.

Grafik 5.19
IMP: Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh tahun 2023 mencapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.20
IMP: Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata capaian indikator kepatuhan terhadap CP selama tahun 2023 adalah 87,76%. Capaian CP sudah di atas standar dan meningkat dari waktu ke waktu. Ketidakepatuhan CP yang terjadi terbanyak disebabkan karena penggunaan terapi yang tidak sesuai dengan standarisasi asuhan klinik yang telah ditetapkan dan juga LoS yang masih >18 hari. Setelah dilakukan sosialisasi, monev dan supervisi setiap bulan maka capaian semakin meningkat dan melampaui standar yang sudah ditetapkan. Hal ini perlu dipertahankan dan lebih dioptimalkan lagi sebagai upaya kendali mutu dan kendali biaya.

Grafik 5.21
IMP: Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia selama tahun 2023 adalah 76,29%. Salah satu upaya dalam meningkatkan mutu pasien skizofrenia adalah dengan melihat peningkatan PANSS Remisi pasien. Hal ini sudah di sosialisasikan dan diupayakan ketercapaiannya untuk seluruh pasien Skizofrenia. Capaian dari bulan ke bulan semakin meningkat melebihi standar. Hal ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan. Formulir PANSS Remisi sudah ada dalam ERM sehingga sangat membantu Para DPJP mengisi PANSS Remisi.

Grafik 5.22
IMP: Pasien Ketergantungan Stimulan Yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



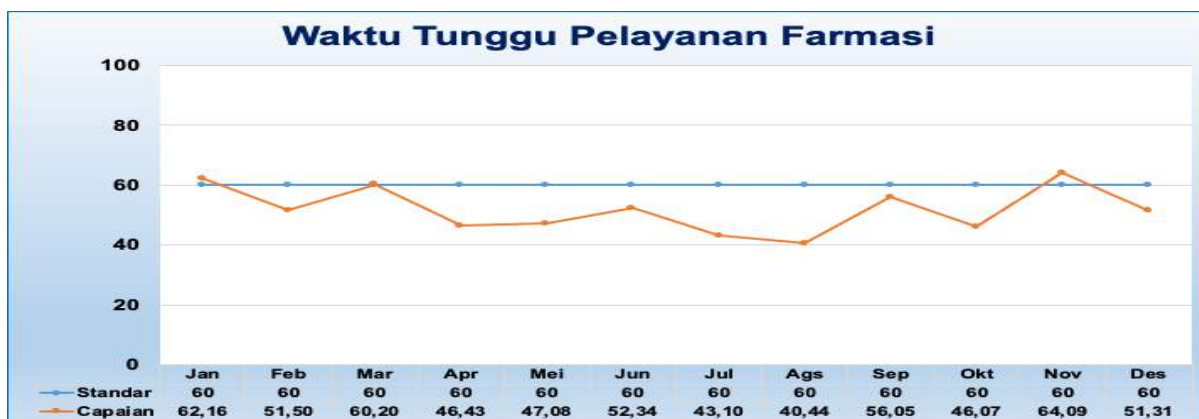
Rerata capaian pasien ketergantungan stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup selama tahun 2023 adalah 90,55%. Di bulan Februari, April, Mei, dan Juni tidak ada pasien sehingga tidak dapat diukur. Di akhir tahun 2023 capaian sudah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.23
IMP: Tingkat Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Unggulan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



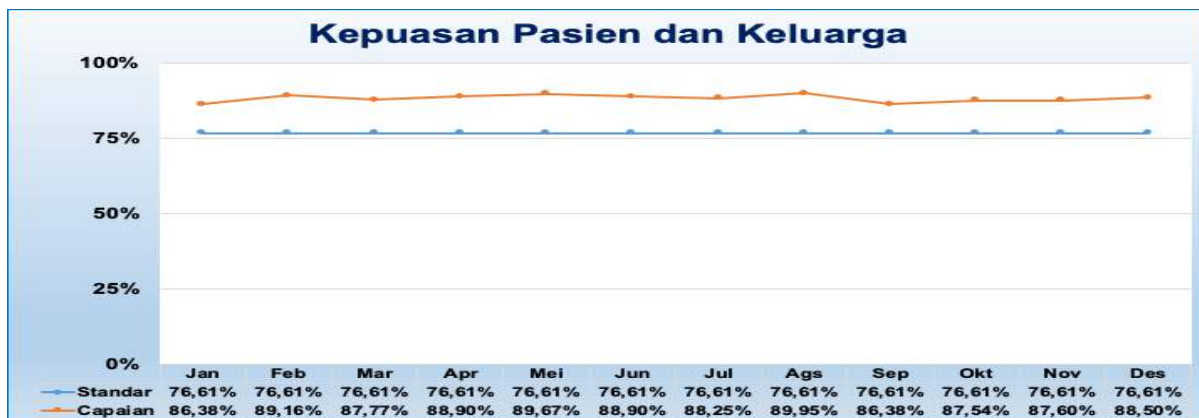
Rerata capaian indikator tingkat pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan selama tahun 2023 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.24
IMP: Waktu Tunggu Pelayanan Farmasi Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata capaian indikator waktu tunggu pelayanan farmasi selama tahun 2023 adalah 51,73 menit, sudah mencapai standar. Hal ini perlu pertahankan dan ditingkatkan.

Grafik 5.25
IMP: Kepuasan Pasien dan Keluarga Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata capaian indikator kepuasan pasien dan keluarga pada selama tahun 2023 adalah sebesar 88,25%. Survei kepuasan pelanggan dilakukan pada seluruh unit layanan dengan cara mengakses barcode melalui handphone. Survei kepuasan ini mengacu pada PermenPAN&RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik yang meliputi 9 (sembilan) unsur, yaitu: Persyaratan; Sistem, mekanisme, dan prosedur; Waktu penyelesaian; Biaya/tarif; Produk spesifikasi jenis pelayanan; Kompetensi pelaksana; Perilaku pelaksana; Penanganan pengaduan, saran, dan masukan; dan Sarana dan prasarana.

Grafik 5.26
IMP: Tingkat Kepuasan Karyawan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



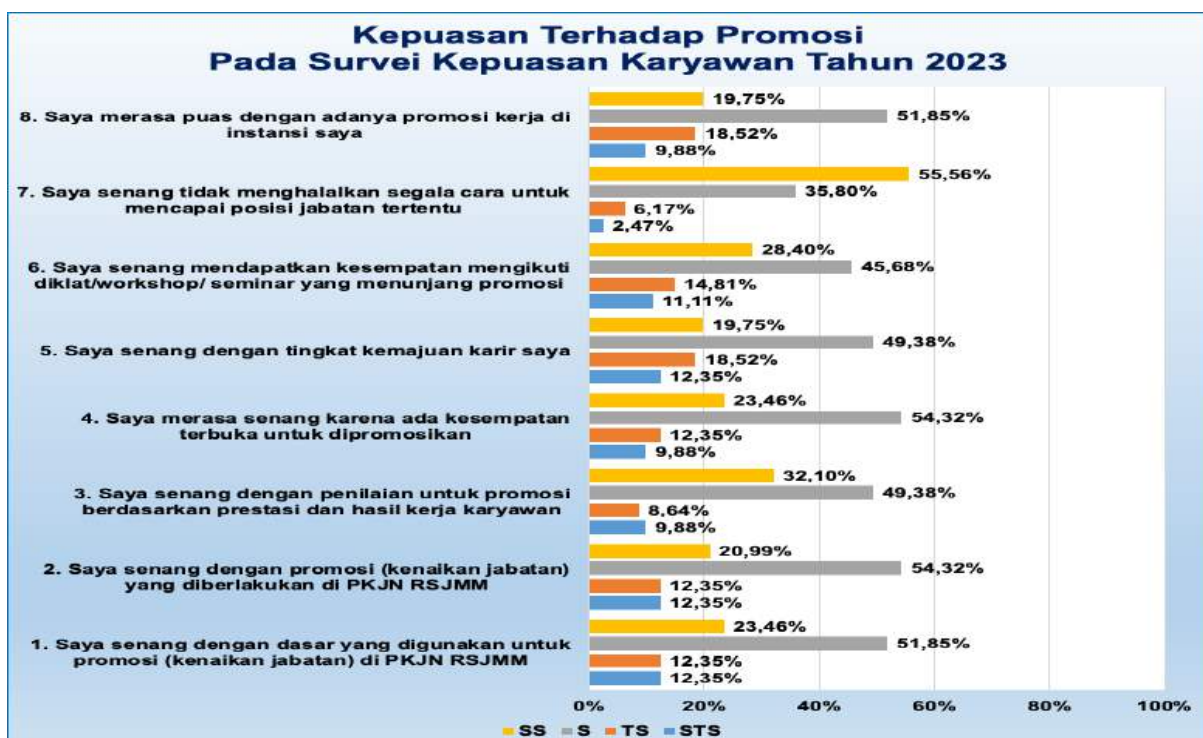
Indikator tingkat kepuasan karyawan diukur per tahun dengan hasil survei kepuasan karyawan sebesar 85,08% (Standar 80%). Terdapat 3 dimensi diatas 90% yaitu dimensi “Kepuasan terhadap rekan kerja”, “Kepuasan terhadap atasan langsung”, dan “Kepuasan terhadap pekerjaan itu sendiri”. Adapun yang perlu menjadi perhatian adalah dimensi “Kepuasan terhadap promosi” (77,01%) dan “Kepuasan terhadap pendapatan (gaji dan remunerasi)” (65,23%). Hasil survei ini selaras dengan jawaban terbuka terhadap pertanyaan terbuka, yaitu:

1. Hampir 90% karyawan menjawab puas ketika ditanyakan “Apakah Bapak/Ibu/Saudara/i merasakan puas selama bekerja di PKJN RSJMM? Jika iya, apa saja alasan dan faktor-faktornya?” Ternyata faktor-faktor yang melandasinya tidak hanya pendapatan tetapi juga kenyamanan kerja, suasana kerja yang kondusif dan pemenuhan sarana prasarana kerja.
2. Respon terhadap pertanyaan “Upaya apa saja yang Bapak/Ibu/Saudara/i lakukan untuk mencapai kepuasan kerja pada PKJN RSJMM?” Karyawan secara keseluruhan menyatakan akan bekerja dengan baik dan berkomitmen memberikan pelayanan terbaik sesuai standar dan ketentuan.
3. Respon karyawan terhadap pertanyaan “Apakah upaya yang dilakukan PKJN RSJMM dan kebijakan pimpinan untuk meningkatkan kepuasan kerja pada pekerjaan Bapak/Ibu/Saudara/i?” Karyawan menyampaikan bahwa telah ada upaya yang dilakukan

- oleh PKJN RSJMM untuk meningkatkan kepuasan kerja, seperti: meningkatkan kesejahteraan (remunerasi), peningkatan fasilitas kerja, peningkatan kompetensi (seminar, pelatihan dan pendidikan).
4. Respon karyawan terhadap pertanyaan “Apakah selama ini PKJN RSJMM pernah melakukan upaya meningkatkan kepuasan kerja karyawan dalam bentuk menaikkan jabatan (promosi) kepada karyawan yang berprestasi dalam bekerja?” Sebagian karyawan menyatakan sudah ada upaya yang dilakukan dan sebagian yang lain menyatakan masih belum maksimal upaya yang dilakukan untuk menaikkan jabatan (promosi) kepada karyawan yang berprestasi.
 5. Respon karyawan terhadap pertanyaan “Apakah lingkungan kerja di PKJN RSJMM sudah menjunjung tinggi nilai-nilai toleransi? Jika iya, bagaimana bentuk toleransinya?” Sebagian besar karyawan menyatakan bahwa PKJN RSJMM telah menjunjung tinggi nilai-nilai toleransi dengan diadakannya peringatan hari besar keagamaan.
 6. Respon karyawan terhadap pertanyaan “Apakah pimpinan dan karyawan telah menerapkan komitmen kebangsaan yang kuat? Jika iya, bagaimana bentuk komitmen kebangsaannya?” Sebagian besar karyawan menyatakan bahwa PKJN RSJMM telah menjunjung tinggi nilai-nilai toleransi dengan diadakannya Apel Kesadaran Nasional setiap tanggal 17 dan hari-hari besar nasional.

Berikut adalah rincian dari survei kepuasan karyawan per dimensi:

Grafik 5.27
Kepuasan Terhadap Promosi
Pada Survei Kepuasan Karyawan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata kepuasan terhadap promosi adalah 77,01% (standar 80%). Hanya ada 2 (dua) indikator yang diatas standar yaitu indikator “Saya senang dengan penilaian untuk promosi berdasarkan prestasi dan hasil kerja karyawan” dan “Saya senang tidak menghalalkan segala cara untuk mencapai posisi jabatan tertentu”. 6 (enam) indikator lainnya perlu menjadi perhatian. Kepuasan terhadap promosi merupakan faktor kunci dalam memotivasi karyawan dan memastikan mereka merasa dihargai dan diakui di tempat kerja. Meningkatkan kepuasan karyawan terhadap promosi melibatkan adanya transparansi, dukungan pengembangan, dan keadilan dalam proses promosi. Dengan demikian, karyawan akan merasa dihargai dan termotivasi untuk berkontribusi lebih banyak di tempat kerja. Berikut adalah beberapa strategi untuk meningkatkan kepuasan karyawan terhadap promosi:

1. Komunikasi yang Terbuka

Sediakan informasi yang jelas mengenai kebijakan promosi, kriteria yang digunakan, dan proses seleksi. Komunikasikan harapan mengenai jalur karier dan peluang promosi kepada karyawan secara terbuka.

2. Pengembangan Karyawan

Berikan peluang pengembangan karyawan, seperti pelatihan, kursus, atau program mentoring, yang dapat membantu mereka memperoleh keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk naik jabatan.

3. Penilaian Kinerja yang Adil

Pastikan sistem penilaian kinerja yang adil dan transparan. Karyawan perlu tahu bahwa promosi didasarkan pada kinerja dan pencapaian, bukan hanya pada hubungan personal.

4. Buat Jalur Kepemimpinan yang Jelas

Tentukan jalur kenaikan pangkat dan promosi secara jelas. Ini dapat mencakup pembentukan rancangan karier yang menunjukkan kemungkinan kenaikan jabatan dan tanggung jawab yang lebih besar.

5. Beri Umpan Balik Teratur

Berikan umpan balik berkala mengenai kinerja karyawan dan rekomendasi untuk perbaikan. Umpan balik konstruktif dapat membantu karyawan memahami area yang perlu ditingkatkan untuk mendukung peluang promosi.

6. Promosi Berbasis Kinerja

Utamakan promosi berbasis kinerja. Pastikan bahwa karyawan yang memiliki kontribusi dan pencapaian yang luar biasa memiliki peluang lebih besar untuk dipertimbangkan dalam proses promosi.

7. Fasilitasi Perencanaan Karier

Dukung karyawan dalam perencanaan karier mereka. Diskusikan tujuan karier, identifikasi keterampilan yang perlu dikembangkan, dan bantu mereka membuat langkah-langkah menuju promosi.

8. Inklusivitas dalam Proses Promosi

Pastikan bahwa proses promosi bersifat inklusif dan menghormati keberagaman. Hindari diskriminasi dan pastikan bahwa semua karyawan memiliki peluang yang setara untuk berkembang dan dipromosikan.

9. Tawarkan Program Insentif

Sediakan program insentif atau bonus yang terkait dengan promosi. Ini dapat memberikan dorongan tambahan bagi karyawan untuk bekerja keras dan meningkatkan kinerja mereka.

10. Evaluasi Keseimbangan Kerja dan Kehidupan Pribadi

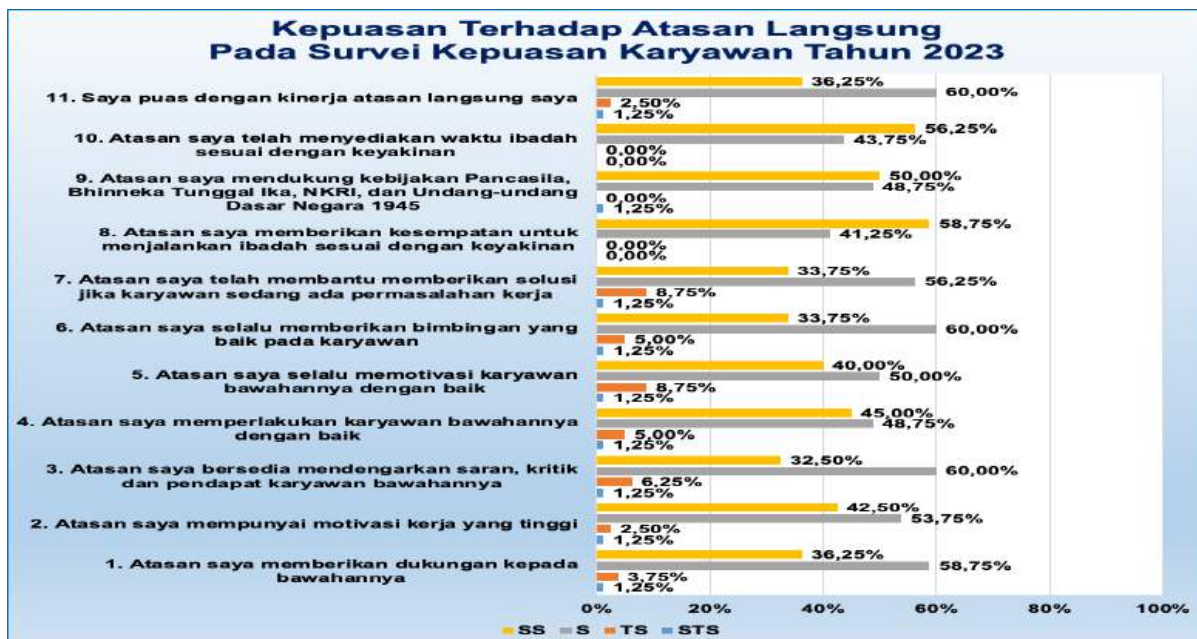
Pertimbangkan keseimbangan antara pekerjaan dan kehidupan pribadi ketika menilai kandidat untuk promosi. Karyawan yang dapat menyeimbangkan keduanya cenderung lebih produktif dan puas.

Grafik 5.28
Kepuasan Terhadap Rekan Kerja
Pada Survei Kepuasan Karyawan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



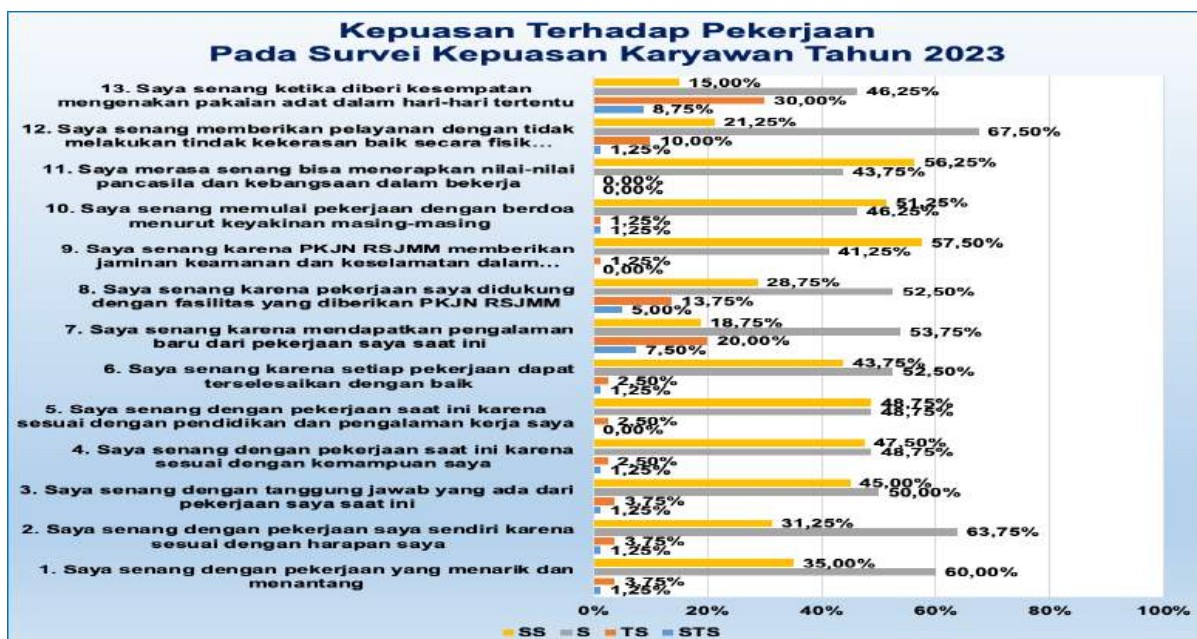
Rerata kepuasan terhadap rekan kerja adalah 97,65% (standar 80%) dengan kategori sangat puas. Seluruh indikator diatas standar diatas 90%, bahkan ada 2 (dua) indikator yang mencapai 100%, yaitu indikator “Saya merasa senang bekerja dengan rekan kerja yang dapat menciptakan suasana kerja yang harmonis satu dengan lainnya” dan “Saya merasa bahagia rekan kerja saya tidak membedakan agama, ras, suku dan golongan dalam bekerja”. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.29
Kepuasan Terhadap Atasan Langsung
Pada Survei Kepuasan Karyawan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata kepuasan terhadap atasan langsung adalah 95,11% (standar 80%) dengan kategori sangat puas. Seluruh indikator diatas standar diatas 90%, bahkan ada 2 (dua) indikator yang mencapai 100%, yaitu indikator “Atasan saya memberikan kesempatan untuk menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinan” dan “Atasan saya telah menyediakan waktu ibadah sesuai dengan keyakinan”. Hal ini perlu dipertahankan.

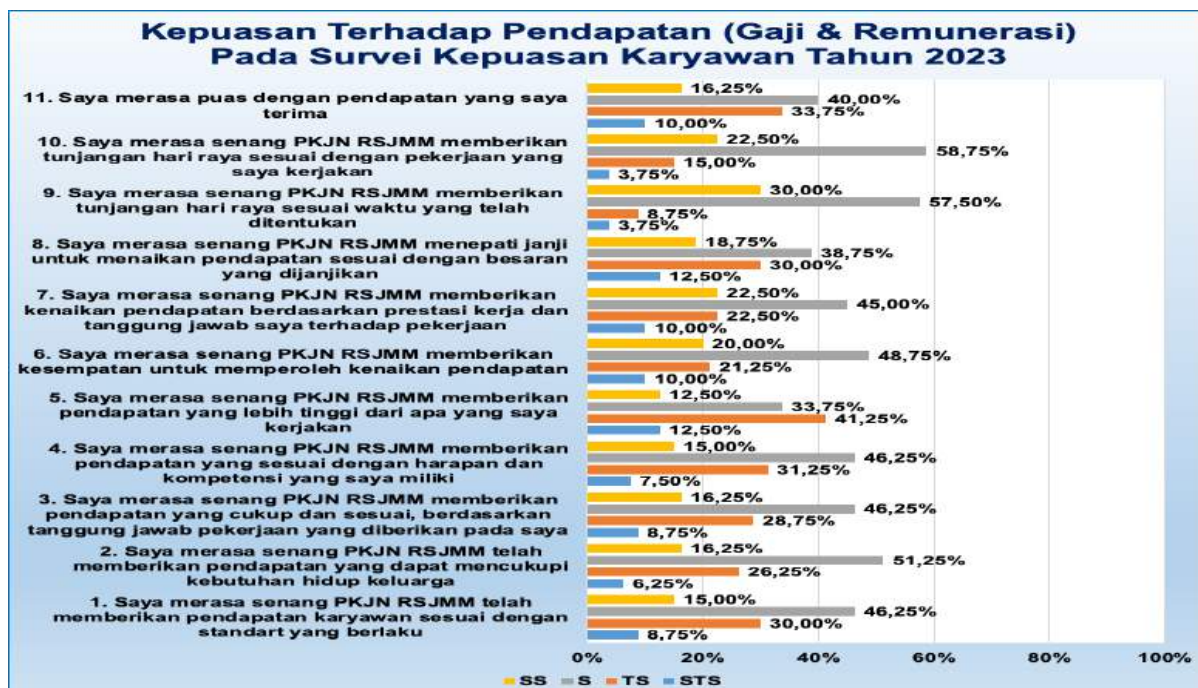
Grafik 5.30
Kepuasan Terhadap Pekerjaan
Pada Survei Kepuasan Karyawan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata kepuasan terhadap pekerjaan adalah 90,38% (standar 80%) dengan kategori sangat puas. Dari 13 indikator, masih ada 2 indikator di bawah standar, yaitu indikator “Saya senang karena mendapatkan pengalaman baru dari pekerjaan saya saat ini” (72,50%) dan “Saya senang ketika diberi kesempatan mengenakan pakaian adat dalam hari-hari tertentu” (61,25%). Hal ini perlu ditingkatkan dengan cara:

1. Memberi pemahaman kepada karyawan bahwa pengalaman baru dalam pekerjaan adalah dengan onboarding yang efektif, mentoring, pemberian tanggung jawab, komunikasi terbuka, program pengembangan karyawan, pemberian umpan balik (feedback), keseimbangan kerja dan kehidupan pribadi, kolaborasi tim, reward dan pengakuan, dan pemenuhan kebutuhan pekerjaan.
2. Fungsi utama keberagaman pakaian adat di Indonesia yaitu agar memudahkan kita untuk mengenali identitas daerah maupun seseorang hanya dengan melihat baju adatnya. Selain menjadi pembeda identitas, fungsi pakaian adat juga sebagai simbol yang melambangkan daerahnya.
3. Memberikan kesempatan kepada karyawan untuk mengenakan pakaian adat pada hari-hari tertentu dapat meningkatkan kepuasan dan semangat di tempat kerja. Berikut beberapa cara untuk meningkatkan kepuasan karyawan adalah dengan cara komunikasi yang jelas, fleksibilitas dan pilihan, edukasi budaya, pertimbangkan preferensi individu, promosi budaya melalui kolaborasi, fasilitas dan ruang khusus, dukungan dari pimpinan, dan umpan balik terbuka.

Grafik 5.31
Kepuasan Terhadap Pendapatan (Gaji dan Remunerasi)
Pada Survei Kepuasan Karyawan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata kepuasan terhadap pekerjaan adalah 65,23% (standar 80%) dengan kategori tidak puas. Dari 11 indikator, hanya ada 1 (satu) indikator diatas standar, yaitu indikator “Saya merasa senang PKJN RSJMM memberikan tunjangan hari raya sesuai dengan pekerjaan yang saya kerjakan”. Meningkatkan kepuasan karyawan terhadap pekerjaan melibatkan sejumlah strategi yang fokus pada pengembangan profesional, pemberian pengakuan, dan menciptakan lingkungan kerja yang mendukung. Meningkatkan kepuasan karyawan terhadap pekerjaan melibatkan perhatian terhadap kebutuhan dan harapan individu, serta menciptakan kondisi yang mendukung perkembangan dan kesejahteraan mereka di tempat kerja.

Berikut beberapa cara untuk meningkatkan kepuasan karyawan terhadap pekerjaan:

1. Komunikasi Terbuka

Pastikan terdapat saluran komunikasi yang terbuka antara manajemen dan karyawan. Dengan menyediakan forum untuk menyampaikan pendapat, karyawan akan merasa didengar dan dihargai.

2. Klarifikasi Expectations

Jelaskan dengan jelas tugas dan tanggung jawab karyawan. Klarifikasi harapan dapat membantu karyawan merasa lebih percaya diri dan terhubung dengan tujuan perusahaan.

3. Pemberian Tanggung Jawab

Berikan kesempatan kepada karyawan untuk mengambil tanggung jawab yang lebih besar dan menantang. Ini dapat memberikan rasa pencapaian yang lebih tinggi dan meningkatkan motivasi.

4. Beri Kesenangan dan Tantangan

Pastikan bahwa pekerjaan memberikan kombinasi antara kesenangan dan tantangan. Pekerjaan yang monoton dapat menyebabkan kejenuhan, sementara pekerjaan yang terlalu sulit dapat menimbulkan stres.

5. Dukung Pengembangan Keterampilan

Sediakan peluang untuk pengembangan keterampilan dan pelatihan. Karyawan yang merasa mereka dapat terus berkembang dan meningkatkan keterampilan mereka cenderung lebih puas.

6. Pengakuan dan Reward

Berikan pengakuan secara teratur atas pencapaian karyawan, baik melalui pujian langsung, program penghargaan, atau bonus. Pengakuan dapat meningkatkan motivasi dan kepuasan.

7. Fleksibilitas Kerja

Pertimbangkan opsi kerja fleksibel seperti bekerja dari rumah atau jadwal kerja yang dapat disesuaikan. Fleksibilitas ini dapat meningkatkan keseimbangan antara pekerjaan dan kehidupan pribadi.

8. Budaya Kerja yang Positif

Bangun budaya kerja yang positif dan inklusif. Tim yang mendukung dan saling membantu dapat menciptakan lingkungan kerja yang menyenangkan.

9. Partisipasi dalam Pengambilan Keputusan:

Libatkan karyawan dalam proses pengambilan keputusan yang memengaruhi pekerjaan mereka. Ini dapat memberikan mereka rasa memiliki dan meningkatkan kepuasan.

10. Evaluasi dan Peningkatan Kontinu:

Lakukan evaluasi reguler dan berikan umpan balik konstruktif. Dengan memberikan pandangan tentang kinerja mereka, karyawan dapat terus memperbaiki diri dan merasa dihargai.

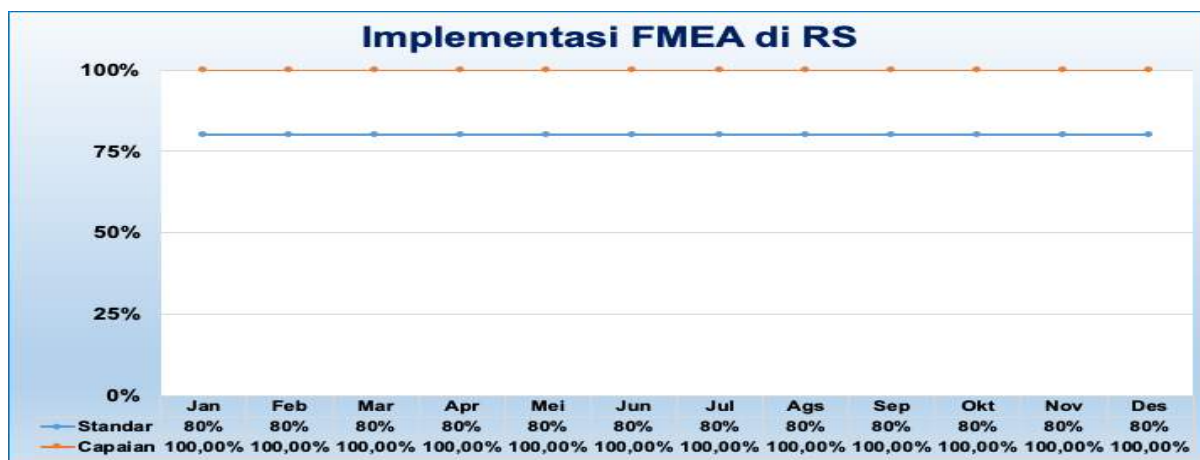
11. Keseimbangan Beban Kerja:

Pastikan keseimbangan beban kerja yang wajar. Mengelola beban kerja dapat mencegah kelelahan dan meningkatkan produktivitas.

12. Kesempatan Karier:

Berikan informasi tentang jalur karier yang tersedia di perusahaan dan dukung karyawan yang ingin naik jabatan.

Grafik 5.32
IMP: Implementasi Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) di Rumah Sakit Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor



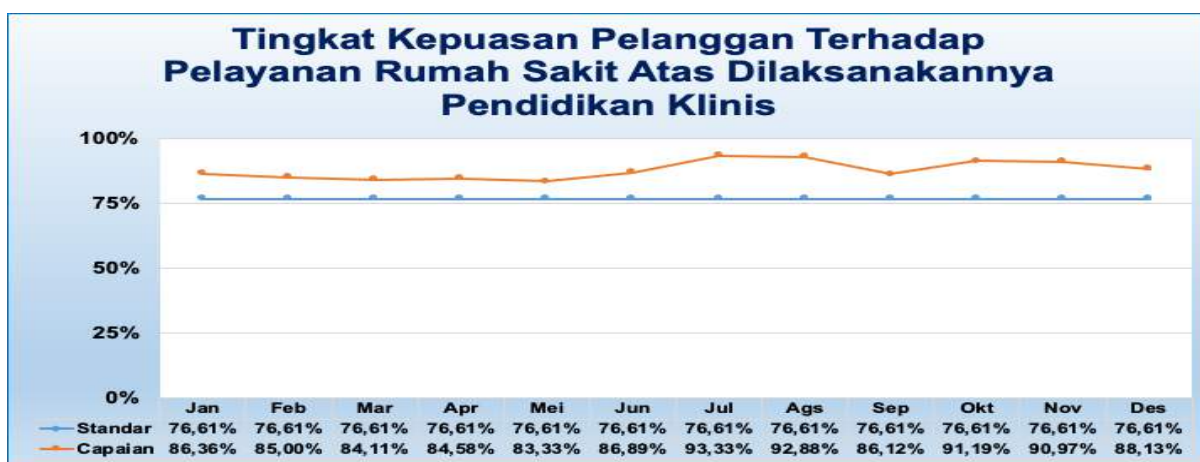
Rerata capaian indikator implementasi Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) di RS selama tahun 2023 adalah 100%. FMEA dilaksanakan di Instalasi Laboratorium dan berhasil menjadi finalis Lomba LAM-KPRS Awards tahun 2023 dengan judul “Proyek Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien: Pelaksanaan Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium di Instalasi Laboratorium RS Jiwa Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor” yang dipresentasikan pada tanggal 27 Mei 2023 di Makassar.

Grafik 5.33
IMP: Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata capaian indikator publikasi penelitian nasional dan/atau internasional selama tahun 2023 adalah 100%. Indikator ini diukur per tahun. Hasil capaian ini sudah memenuhi standar 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.34
IMP: Tingkat Kepuasan Pelanggan Terhadap Pelayanan Rumah Sakit Atas Dilaksanakannya Pendidikan Klinis Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata capaian indikator tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis selama tahun 2023 adalah 87,74%. Capaian ini sudah melebihi standar. Hal ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan.

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Capaian IMP tahun 2023, dari 16 Indikator Mutu Prioritas 13 (tiga belas) indikator sudah tercapai, yaitu:
 - Kepatuhan pelaksanaan metode TBAK
 - Kepatuhan pelaksanaan Surgery Safety Checklist
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh
 - Kepatuhan terhadap clinical pathway
 - Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia
 - Pasien ketergantungan stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup
 - Tingkat pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan
 - Waktu tunggu pelayanan farmasi
 - Kepuasan pasien dan keluarga
 - Implementasi FMEA di RS
 - Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional
 - Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya Pendidikan klinis
2. Terdapat 1 (satu) indikator yang diukur per tahun, yaitu:
 - Tingkat kepuasan pegawai
3. Masih terdapat PPA yang tidak patuh dalam melakukan identifikasi pasien sesuai dengan standar SKP 1 di ruang rawat inap;
4. Masih terdapat PPA Farmasi yang tidak patuh dalam pelaksanaan dan dokumentasi high alert double check di Farmasi Rawat Inap;
5. Formulir PANSS Remisi untuk mengukur indikator "Optimalisasi perawatan pasien skizofrenia" sudah ada dalam aplikasi ERM.

Kendala dan Permasalahan:

1. Komitmen petugas untuk selalu melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan asuhan kepada pasien.
2. Komitmen petugas farmasi rawat inap untuk patuh dalam melaksanakan dan mendokumentasikan high alert double check yang belum optimal;

Rencana Tindak Lanjut:

1. Indikator “Kepatuhan Identifikasi Pasien”:

Tabel 5.8
Rekomendasi Kepatuhan Identifikasi Pasien Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor

Deskripsi	Ruang Rawat Inap Non Psikiatri
Komitmen	Komitmen PPA (perawat, dokter, dan nakes lain) untuk melakukan identifikasi pasien sebelum memberikan asuhan pada pasien
Edukasi	Mengingatkan PPA untuk patuh melakukan identifikasi pada tindakan tindakan, terapi, tindakan diagnostik (pemeriksaan penunjang laboratorium/radiologi), dan menyajikan makanan
Duta KPRS	Optimalisasi peran duta KPRS dalam: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sosialisasi berkala dan edukasi tentang SKP ▪ Menjadi role model KPRS di ruangan masing-masing
Monev dan supervisi	<ul style="list-style-type: none"> • Monev oleh Duta KPRS • Monev dan supervisi oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, dan Timker Pelayanan Penunjang
Ronde keselamatan pasien	Ronde keselamatan pasien dilaksanakan oleh Komite Mutu (Subkomite Mutu, Subkomite KPRS, Subkomite Manajemen Risiko), Pelayanan Penunjang (Timker dan Asisten Timker), Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite PPA Lainnya

2. Indikator “Pelaksanaan dan Dokumentasi High Alert Double Check”

Tabel 5.9
Rekomendasi Pelaksanaan dan Dokumentasi High Alert Double Check Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor

Deskripsi	Farmasi
Komitmen	Komitmen petugas farmasi untuk melakukan dan mendokumentasikan high alert double check
Edukasi	Mengingatkan secara terus menerus pada petugas farmasi rawat inap untuk melakukan dokumentasi high alert double check (melakukan dokumentasi dan diberikan paraf oleh 2 orang petugas)
Duta KPRS	Optimalisasi peran duta KPRS dalam: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi berkala dan edukasi tentang SKP 2. Menjadi role model KPRS di ruangan masing-masing 3. Memantau kepatuhan petugas farmasi terkait pelaksanaan dan dokumentasi high alert double check
Koordinasi	Melakukan rapat koordinasi antara komite mutu, subkomite KPRS, Duta KPRS, Instalasi Farmasi, Timker Pelayanan Penunjang, Asisten Timker Penunjang untuk upaya peningkatan dokumentasi High Alert Double Check
Monev dan supervisi	<ul style="list-style-type: none"> • Monev oleh Duta KPRS • Monev dan supervisi oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, dan Timker Pelayanan Penunjang
Ronde keselamatan pasien	Ronde keselamatan pasien dilaksanakan oleh Komite Mutu (Subkomite Mutu, Subkomite KPRS, Subkomite Manajemen Risiko), Pelayanan Penunjang (Timker dan Asisten Timker), Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite PPA Lainnya
Reward and punishment	Memberikan reward and punishment bagi PPA terkait kepatuhan pelaksanaan dan dokumentasi high alert double check

3. Pertahankan capaian indikator yang sudah memenuhi standar.

5.4 Pencapaian Mutu Layanan Covid-19

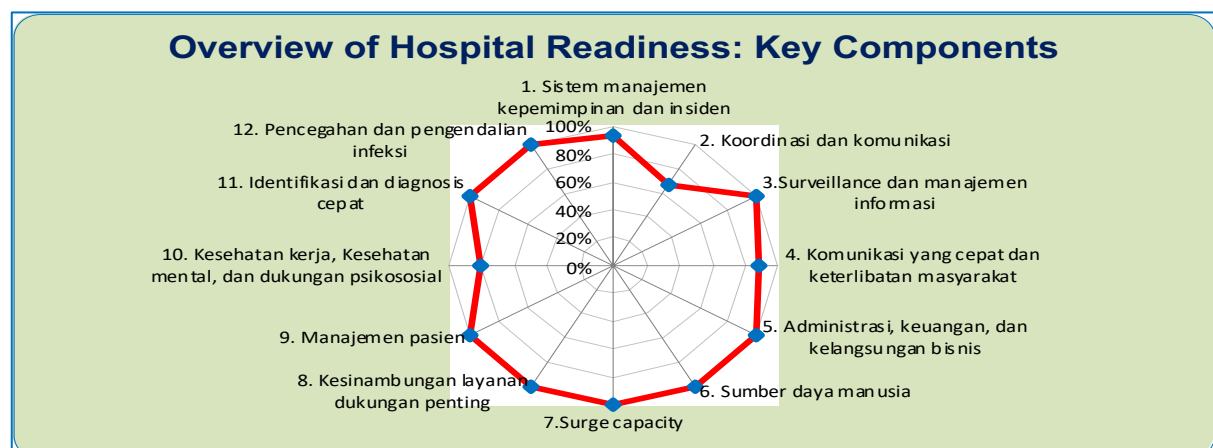
Indonesia saat ini memasuki masa endemi sesuai dengan Surat Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang “Penetapan Berakhirnya Status Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) di Indonesia”. Secara faktual jumlah kasus penderita dan tingkat keparahan Covid-19 secara nasional telah mengalami penurunan secara signifikan melalui penanganan yang tepat dan terpadu serta telah dapat meningkatnya ketahanan kesehatan masyarakat yang dilakukan melalui Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta pelaksanaan vaksinasi Covid-19.

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

Tabel 5.10
Assessment Hospital Readiness Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

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

Grafik 5.35
Overview of Hospital Readiness Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



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

a. Protokol Kesehatan

7. Mendorong masyarakat untuk tetap menggunakan masker dengan benar, terutama:
 - a) pada keadaan kerumunan aktifitas masyarakat;
 - b) di dalam Gedung/ruangan tertutup dan sempit (termasuk dalam transportasi publik);
 - c) masyarakat yang bergejala penyakit pernafasan (seperti batuk, pilek/dan bersin);
 - d) masyarakat yang kontak erat dan terkonfirmasi.
8. Mendorong masyarakat untuk tetap mencuci
9. Mengingatkan masyarakat bahwa risiko penularan Covid-19 masih bisa terjadi sehingga tetap waspada dan meningkatkan ketahanan mandiri agar tidak tertular Covid-19;
10. Mendorong implementasi penggunaan aplikasi PeduliLindungi untuk memasuki/menggunakan fasilitas publik termasuk bagi pelaku perjalanan dalam negeri yang akan menggunakan transportasi publik.

b. Surveilans

1. Mendorong masyarakat dalam melaksanakan pemeriksaan (testing) bagi yang bergejala Covid-19;
2. Tetap memberikan perhatian dan perlindungan dari risiko penularan covid-19 bagi komunitas khusus yang rentan terkena Covid-19 seperti panti jompo, sekolah berasrama, lapas, panti asuhan, dll);
3. Meningkatkan kesadaran masyarakat untuk melakukan testing jika menjadi kontak erat dari kasus terkonfirmasi Covid-19.

c. Vaksinasi

Mendorong masyarakat tetap melakukan vaksinasi dosis primer dan dosis lanjutan (booster) secara mandiri atau terpusat di tempat-tempat umum antara lain seperti kantor, pabrik, tempat ibadah, pasar, dan terminal.

d. Komunikasi Publik

Mengintensifkan komunikasi, informasi, dan edukasi dengan mengoptimalkan semua media baik media cetak maupun media sosial dengan melibatkan tokoh masyarakat serta jaringan masyarakat yang berpengaruh.

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

Indikator mutu perbaikan waktu pelayanan *end to end* tahun 2023 adalah sebagai berikut:

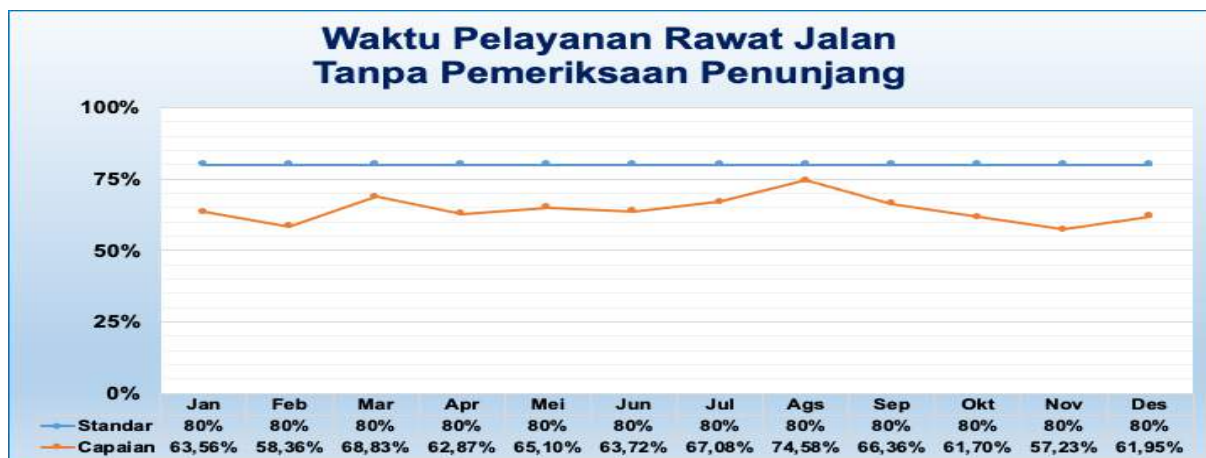
Tabel 5.11
Indikator Mutu Perbaikan Waktu Pelayanan End to End Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor

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

Hasil pengukuran indikator mutu perbaikan waktu pelayanan *end to end* tahun 2023 adalah sebagai berikut:

1. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang

Grafik 5.36
Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

- Rerata waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang tahun 2023 adalah 64,28% masih belum mencapai standar (standar 80%);
- Memperbaiki antrean, display jadwal Poliklinik;
- Pendaftaran online (RSJMM Care) dan melakukan sosialisasi pendaftaran online;
- Melakukan evaluasi kehadiran petugas di TPP, Perawat, Dokter Spesialis dan Farmasi secara periodik. Evaluasi dilakukan juga untuk jam peak pelayanan pada Unit Farmasi

- Rawat Jalan. Pengaturan SDM Farmasi Rawat Jalan jika terjadi penumpukan resep, terutama di jam 10.00 – 11.00 WIB;
8. Koordinasi dengan Instalasi SIRS terkait bridging VClaim agar dapat menerbitkan SEP melalui mesin APM;
 9. Melengkapi APM dan Terus menerus melakukan edukasi dan mengajari penggunaan APM agar dapat dilakukan mandiri oleh pasien dan/atau keluarga di mesin APM;
 10. Meningkatkan kepatuhan petugas di poliklinik untuk hadir sesuai jam kerja;
 11. Koordinasi dengan Timker Hukum dan Humas untuk display jadwal dokter di Poliklinik;
 12. Melakukan redesign jadwal Poliklinik Dokter Spesialis;
 13. Meningkatkan kepatuhan perawat, dokter, dan petugas farmasi rawat jalan untuk menyelesaikan setiap task ERM;
 14. Edukasi pasien untuk datang sesuai jadwal praktik;
 15. Penerapan e-prescribing dan memberikan feedback kepada Dokter setiap bulannya;
 16. Meningkatkan kepatuhan petugas farmasi menyelesaikan setiap task SIMRS dan pengaturan SDM jika terjadi penumpukan resep
 17. Memberikan informasi dan edukasi pasien dan/atau keluarga untuk datang sesuai jadwal praktik dokter spesialis;
 18. Melakukan evaluasi ketepatan waktu pelayanan rawat jalan end to end secara periodik.

Kendala dan Permasalahan:

1. Gedung TPP, Poliklinik, Farmasi yang letaknya berjauhan;
2. Konsistensi petugas untuk mempertahankan dan meningkatkan capaian masih kurang;
3. Komitmen dokter untuk hadir sesuai dengan jadwal praktik yang telah disepakati dan ditetapkan belum optimal;
4. Pasien datang jauh lebih cepat dari jadwal praktik poliklinik walaupun sudah diedukasi;
5. Beberapa waktu terkendala jaringan internet
6. Belum optimalnya sistem pendaftaran online dalam aplikasi RSJMM Care
7. Pengaturan waktu praktik dan visite yang belum tepat, masih terdapat overlapping jadwal;
8. Masih ditemukan pasien dari TPP tidak langsung ke poli yang dituju, begitu pula setelah dapat pelayanan dokter pasien tidak langsung menuju farmasi;
9. Penumpukan resep masuk di jam 10.00 – 11.00 WIB masih terjadi sebagai dampak dari ketidaktepatan dokter memulai pelayanan;
10. Masih ditemukan dokter yang menuliskan obat racikan dalam resep manual;
11. Pendaftaran melalui RSJMM Care tidak dapat digunakan untuk mendaftar online karena sedang dalam maintenance;
12. SIMRS yang error di beberapa waktu berdampak pada memanjangnya waktu pelayanan rawat jalan. Untuk farmasi, beberapa resep diproses manual sambil menunggu perbaikan;

13. Terdapat jeda waktu layanan yang cukup lama dari pasien dilayani oleh perawat sampai dengan dilayani oleh dokter, perlu dipertimbangkan untuk mendiskusikan lebih lanjut cara penarikan data yang lebih efektif.

Rencana pemecahan masalah:

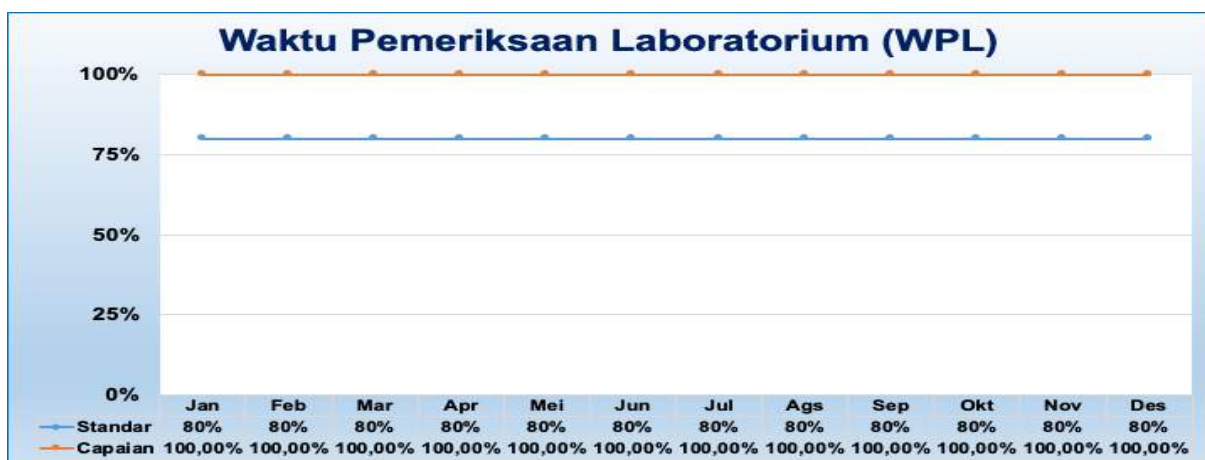
Tabel 5.12
Rekomendasi Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

Deskripsi	TPP	Perawat	Dokter	Farmasi	Instalasi SIRS
Komitmen	<ul style="list-style-type: none"> Komitmen seluruh petugas TPP untuk memberikan waktu tunggu pelayanan kurang dari 5 menit Komitmen petugas untuk hadir tepat waktu sesuai jam kerja 	<ul style="list-style-type: none"> Komitmen seluruh perawat rawat jalan untuk memberikan waktu pelayanan waktu tunggu kurang dari 15 menit Komitmen seluruh perawat untuk patuh klik selesai setelah selesai memberikan pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> Komitmen seluruh dokter untuk memberikan layanan waktu tunggu rawat jalan \leq 40 menit Komitmen untuk menuliskan resep dengan e-prescribing 	<ul style="list-style-type: none"> Komitmen petugas untuk patuh dalam menyelesaikan task yang ada di menu ERM Farmasi 	<ul style="list-style-type: none"> Komitmen Instalasi SIRS untuk menjamin kelancaran aplikasi ERM di rawat jalan (layanan TPP, layanan Perawat, layanan Dokter, layanan Farmasi) Komitmen Instalasi SIRS untuk menyempurnakan RSJMM Care
Kehadiran		<ul style="list-style-type: none"> Masuk jam kerja pukul 07.30 -16.00 WIB (Senin – Kamis), dan 07.30 – 16.30 WIB (Jum'at) Selama bulan Ramadhan pukul 07.30 – 14.30 WIB (Senin-Kamis), dan 07.30 – 15.00 WIB (Jum'at) 	<ul style="list-style-type: none"> Hadir tepat waktu di poliklinik sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. 		<ul style="list-style-type: none"> Cepat tanggap jika ada kendala pada jaringan maupun SIMRS
Informasi dan edukasi		<ul style="list-style-type: none"> Informasi kontrol minimal H-3 H+3 sebelum jadwal kontrol selanjutnya untuk mengurangi kepadatan rawat jalan Informasi kepada pasien untuk datang sesuai dengan jadwal praktik poliklinik 	<ul style="list-style-type: none"> Informasi kontrol minimal H-3 H+3 sebelum jadwal kontrol selanjutnya untuk mengurangi kepadatan rawat jalan Informasi kepada pasien untuk datang sesuai dengan jadwal praktik poliklinik 	<ul style="list-style-type: none"> Koordinasi pada seluruh dokter untuk melakukan peresepan online (e-prescribing) 	
Sistem	<ul style="list-style-type: none"> Bridging dengan VClaim agar dapat menerbitkan SEP di mesin APM 	<ul style="list-style-type: none"> Pemblokiran by sistem untuk pasien yang sudah datang jauh sebelum jam praktik dokter dan sudah 	<ul style="list-style-type: none"> Pemblokiran by sistem untuk pasien yang sudah datang jauh sebelum jam praktik dokter dan sudah 	<ul style="list-style-type: none"> Optimalisasi e-prescribing untuk obat racikan 	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan pemblokiran pada system pelayanan di perawat dan dokter untuk pasien yang sudah datang

Deskripsi	TPP	Perawat	Dokter	Farmasi	Instalasi SIRS
		dilakukan asesmen oleh perawat	dilakukan asesmen oleh perawat		jauh sebelum jam praktik dokter, pasien yang dipanggil 3 kali tidak hadir, dokter melakukan family terapi, penundaan pelayanan.

2. Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)

Grafik 5.37
Waktu Pemeriksaan Laboratorium Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata waktu pemeriksaan laboratorium tahun 2023 adalah 100%, sudah mencapai standar 100%. Hal ini perlu dipertahankan;
2. Bridging LIS dengan SIMRS;
3. Usulan pemeriksaan laboratorium paperless.

Kendala dan Permasalahan:

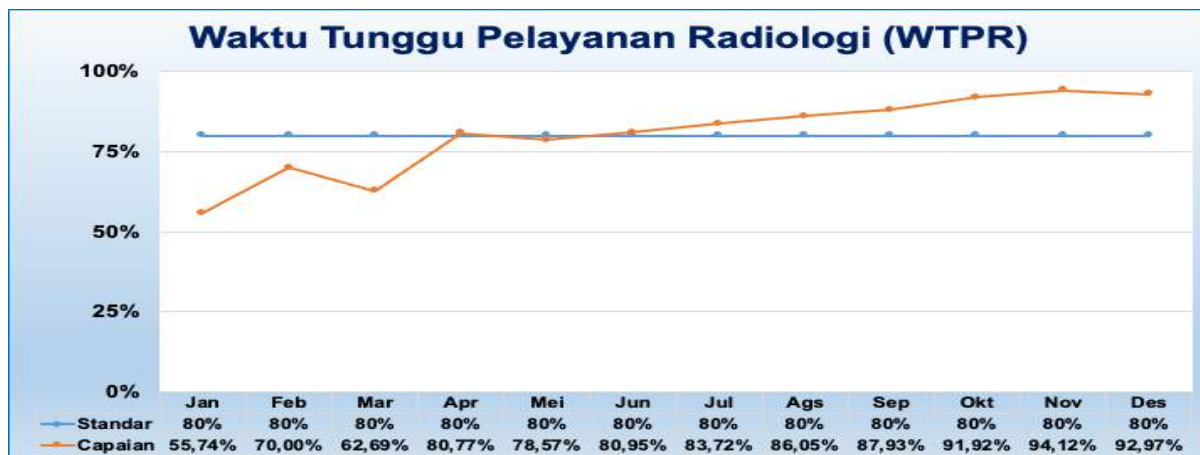
1. Hasil pemeriksaan laboratorium belum paperless.

Rencana pemecahan masalah:

1. Membuat sistem agar hasil pemeriksaan laboratorium paperless;
2. Segera menyediakan provider, bridging SIM RS dengan LIS untuk digunakan sebagai penyampaian hasil laboratorium secara paperless.

3. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Grafik 5.38
Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata waktu pemeriksaan radiologi tahun 2023 adalah 80,45%, sudah mencapai standar 80%. Hal ini perlu ditingkatkan.
2. Capaian di awal tahun masih sangat rendah yaitu sebesar 55,74%. Hasil rerata waktu tunggu pelayanan radiologi di tahun 2023 tidak mencapai standar dipengaruhi oleh hasil capaian di awal-awal tahun yang belum mencapai standar dipengaruhi oleh kurangnya SDM dokter spesialis radiologi. Dengan dilakukannya sosialisasi dan monev terus menerus maka capaian berangsur membaik;
3. Sudah dilakukan pengaturan jadwal dokter spesialis radiologi sebagai upaya percepatan waktu tunggu layanan radiologi;
4. Terjadi perbaikan waktu tunggu pelayanan radiologi di rawat jalan dengan adanya penambahan dokter spesialis radiologi yang baru;
5. Pengaturan jadwal dokter spesialis radiologi;
6. Edukasi dokter spesialis radiologi agar dapat melakukan expertise pemeriksaan radiologi konvensional non kontras < 1 jam;
7. Usulan hasil radiologi paperless;
8. Kajian PACS sudah dilakukan dan diusulkan pengadaan PACS, namun belum terealisasi;

Kendala dan Permasalahan:

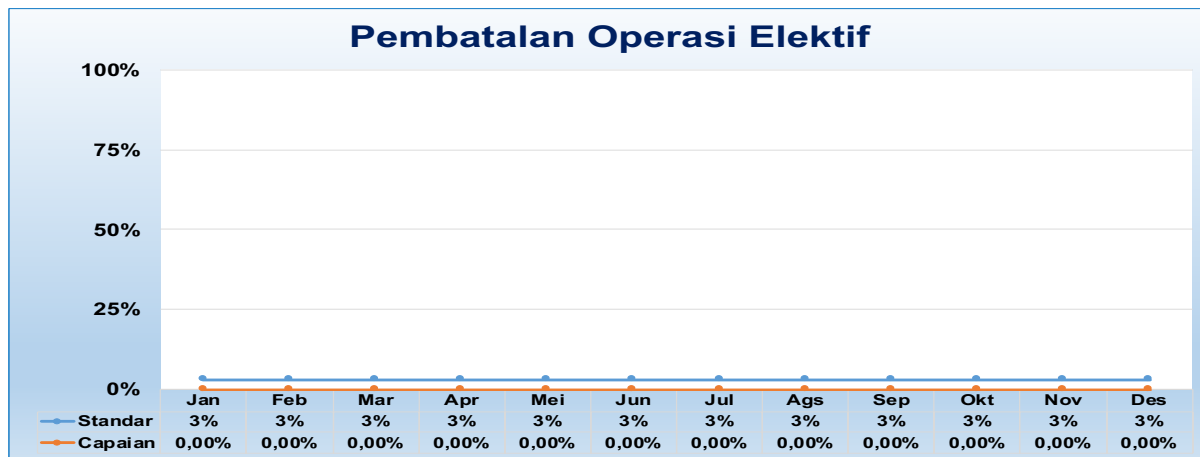
1. Pembacaan hasil expertise sudah mengalami perbaikan namun belum konsisten < 1 jam;
2. Belum adanya PACS, harga PACS yang mahal jika dibandingkan dengan load pemeriksaan radiologi yang tidak terlalu banyak;
3. Usulan hasil pemeriksaan radiologi paperless yang belum terealisasi.

Rencana pemecahan masalah:

1. Membuat sistem agar hasil ekspertise pemeriksaan radiologi dapat diakses secara online (paperless) sampai diterima oleh pasien;
2. Segera menyediakan provider, bridging pada SIM RS untuk digunakan sebagai penyampaian hasil radiologi secara paperless;
3. Usulan pengadaan PACS (Picture Archiving Communication System) sesuai standar Direktorat Tata Kelola Kemenkes RI;
4. Pengadaan PACS (kebutuhan dashboard dan fitur-fitur yang dibutuhkan radiologi) sesuai dengan hasil rapat Instalasi Radiologi, Instalasi SIRS, dan Timker Pelayanan Penunjang;
5. Koordinasi antara Instalasi Radiologi dan Instalasi SIRS untuk pengadaan PACS (kebutuhan dashboard dan fitur-fitur yang dibutuhkan radiologi);
6. Motivasi kepada dokter spesialis radiologi agar dapat melakukan expertise hasil pemeriksaan radiologi < 1 jam secara konsisten.

4. Pembatalan Operasi Elektif

Grafik 5.39
Pembatalan Operasi Elektif Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pembatalan operasi elektif sudah baik mencapai standar 0%. Hal ini perlu dipertahankan;
2. Melakukan operasi elektif sesuai jadwal;
3. Melakukan koordinasi dengan Instalasi SIRS dan Timker Hukum dan Humas terkait display pasien operasi. Menu informasi pasien operasi sudah ada dalam ERM, siap terdisplay dan terhubung dalam monitor.

Kendala dan Permasalahan:

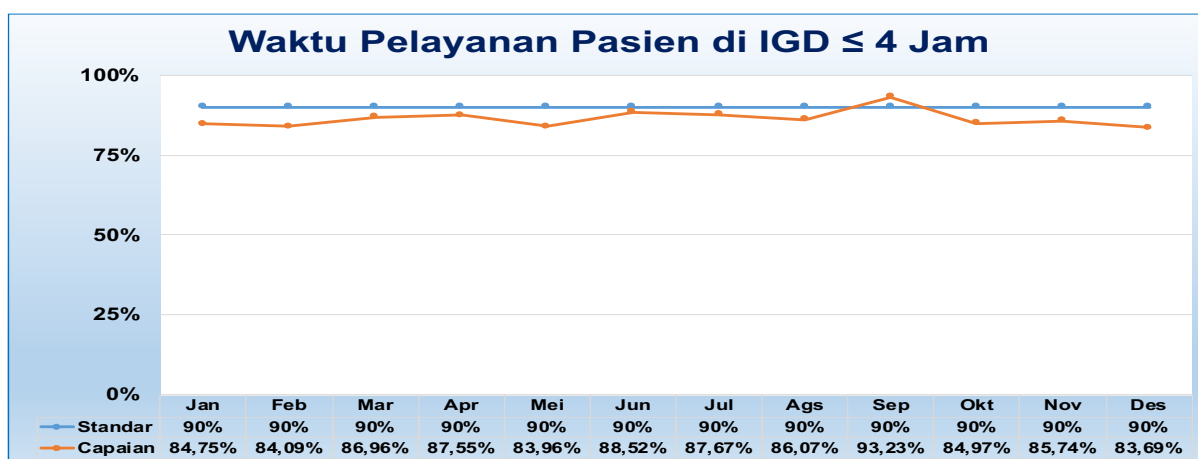
Tidak ada kendala.

Rencana pemecahan masalah:

1. Mempertahankan capaian;
2. Segera menyediakan display (monitor) pasien operasi yang akan dilakukan tindakan operasi elektif;

5. Waktu Pelayanan Pasien Di IGD \leq 4 Jam

Grafik 5.40
Waktu Pelayanan Pasien di IGD \leq 4 Jam Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Waktu pelayanan pasien di IGD \leq 4 Jam tahun 2023 belum mencapai standar 90% dengan capaian 86,43%. RS terus melakukan perbaikan untuk mencapai standar yang sudah ditetapkan. Hal ini harus senantiasa dilakukan upaya perbaikan terus menerus;
2. Rapat koordinasi, monev, dan feedback capaian dan kendala secara berkala;
3. Feedback kepada dokter umum dan dokter spesialis agar segera memberikan advis jika ada konsul pasien;
4. Meningkatkan komunikasi efektif antara dokter umum dan dokter spesialis;
5. Meningkatkan waktu tanggap pelayanan farmasi dengan adanya alarm yang menandakan adanya resep yang masuk;
6. Jika pasien sudah stabil dan siap dipindahkan ke ruang rawat inap agar segera mengklik pindah pada menu SIMRS dan mengisi formulir transfer antar ruang sehingga waktu pelayanan IGD tidak memanjang;
7. Untuk pasien yang ACC pulang, petugas agar mengedukasi keluarga untuk segera menyelesaikan administrasi;
8. Koordinasi dengan MPP dan Timker Pelayanan Keperawatan untuk pasien psikiatri yang akan dipindahkan ke ruang rawat inap (terutama pasien ACT);
9. Meningkatkan komunikasi efektif antara dokter umum dan dokter spesialis.

Kendala dan Permasalahan:

1. Konsultasi DPJP di luar jam kerja yang memerlukan respon cukup lama terutama malam hari;
2. Komunikasi efektif antara dokter umum dan spesialis yang belum optimal;
3. Rujukan pasien ke RS lain terkendala ruangan yang penuh dan kesiapan RS setempat;
4. Konsistensi petugas untuk segera melayani pasien belum optimal di saat terjadi penumpukan pasien di IGD;
5. Masalah administrasi pasien terkait penjaminan pasien;
6. Beberapa waktu terkendala pada alat laboratorium yang error sehingga menunggu hasil pemeriksaan laboratorium;
7. Rujukan pasien ke RS lain terkendala ruangan yang penuh dan kesiapan RS setempat.

Rencana pemecahan masalah:

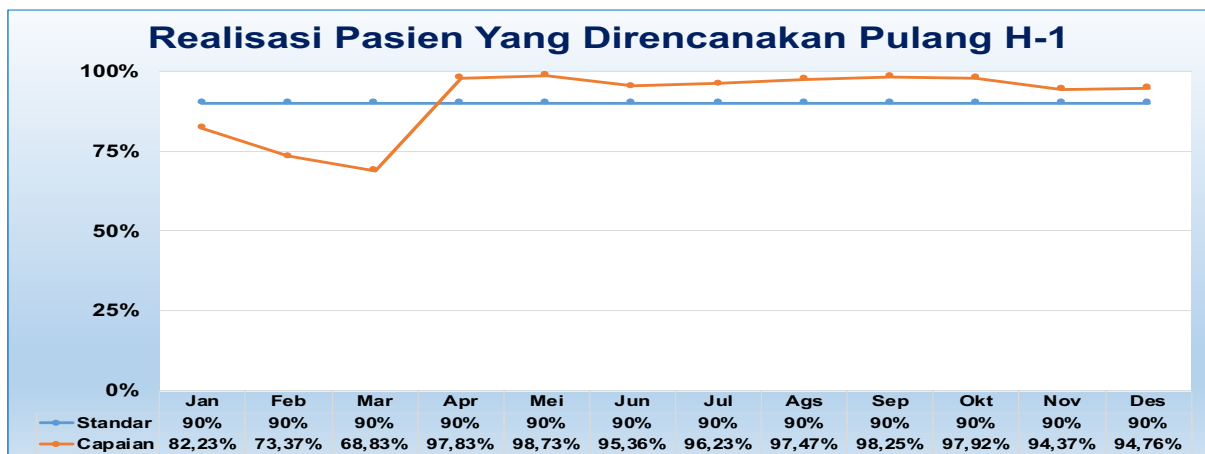
Tabel 5.13
Rekomendasi Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Deskripsi	Pasien dan Keluarga	Perawat	Dokter	Farmasi
Komitmen		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen petugas untuk tanggap darurat terhadap seluruh pasien yang masuk ke IGD ▪ Komitmen perawat untuk penanganan segera kondisi emergency pasien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen petugas untuk tanggap darurat terhadap seluruh pasien yang masuk ke IGD ▪ Komitmen dokter spesialis untuk segera memberikan advis jika mendapatkan konsultasi dari dokter umum ▪ Komitmen dokter umum untuk menghubungi dokter spesialis melalui telepon tidak melalui Whatsapp sesuai dengan SPO ▪ Adanya hand over dokter tiap pertukaran shift ▪ Tuangkan dalam berita acara apabila terjadi kendala pada proses konsultasi dengan dokter spesialis dan rutin dilaporkan agar dapat difeedbackkan dan di lakukan upaya perbaikan. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen Farmasi untuk segera memberikan layanan jika ada alarm permintaan obat dari IGD
Respon time		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respon time pelayanan perawat di gawat darurat ≤ 2 menit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respon time pelayanan dokter di gawat darurat ≤ 5 menit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respon time pelayanan Farmasi di gawat darurat ≤ 30 menit
Komunikasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi tim casemix terkait pembiayaan ▪ Informasi dari petugas ke pasien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinasi dengan Timker Keperawatan, MPP, dan NOD tentang kondisi pasien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidak melakukan konsultasi melalui chat whatsapp (harus telepon sesuai dengan SPO) → 10 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinasi antara Instalasi Farmasi dan IGD terkait penyediaan obat untuk pasien

Deskripsi	Pasien dan Keluarga	Perawat	Dokter	Farmasi
	dan keluarga tentang pelayanan	dengan kasus kompleks. <ul style="list-style-type: none"> Konsistensi petugas untuk merawat pasien < 4 jam, agar dikomunikasikan dengan Timker Pelayanan Keperawatan, MPP, Kepala Instalasi Rawat Inap, dan Kepala Ruangan 	menit pertama menghubungi DPJP utama, 10 menit tidak terhubung hubungi dokter spesialis lain, 10 menit tidak terhubung hubungi manajemen <ul style="list-style-type: none"> Koordinasi dengan Timker Pelayanan Medik untuk optimalisasi pelayanan dokter dan konsultasi dokter spesialis 	
Reward and Punishment		<ul style="list-style-type: none"> Memasukkan kinerja petugas terkait waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 pada penilaian indikator kinerja individu 	<ul style="list-style-type: none"> Memberikan insentif DPJP pada saat memberikan konsultasi di luar jam kerja 	<ul style="list-style-type: none"> Memasukkan kinerja petugas terkait waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 pada penilaian indikator kinerja individu
Sarana dan Prasarana	<ul style="list-style-type: none"> Leaflet pelayanan yang dilayani di RS 	<ul style="list-style-type: none"> Melakukan uji fungsi alat kesehatan rutin setiap hari Memastikan ketersediaan tempat tidur bagi pasien di IGD 		
Sistem rujukan	<ul style="list-style-type: none"> Senantiasa siaga untuk mendampingi keluarga dan pasien dalam rujukan 	<ul style="list-style-type: none"> Optimalisasi sistem rujukan (Sisrute, ESIR, SPGDT) 		
Transportasi		<ul style="list-style-type: none"> Segera menghubungi petugas pool kendaraan untuk memindahkan pasien ke ruang ranap atau rujuk ke RS lain 		

6. Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1

Grafik 5.41
Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1 Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata capaian realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1 tahun 2023 adalah 91,28%, sudah mencapai standar $\geq 90\%$. Perlu dilakukan upaya peningkatan dan mempertahankan perbaikan;
2. Melakukan rapat koordinasi antara Timker Pelayanan Hukum dan Humas, Timker Pelayanan Medik, Timker Pelayanan Keperawatan, Timker Pelayanan Penunjang, Instalasi PKRS, Instalasi Rekam Medik, MPP, dan Kepala Ruangan untuk percepatan pasien yang sudah ACC untuk pulang atau direncanakan untuk pulang;
3. Monitoring, evaluasi, dan feedback secara berkala;
4. Koordinasi dengan Instalasi Rekam Medik untuk menambahkan identitas dan nomor telepon penanggung jawab pasien pada saat mendaftarkan pasien;
5. Koordinasi dengan Timker TU dan RT agar segera membuat surat tugas bagi petugas yang akan melakukan dropping;
6. Himbauan kepada Kepala Ruangan terkait pemulangan pasien H-1;
7. Edukasi kepada DPJP untuk melakukan pengisian formulir resume medis pada jam kerja;
8. Edukasi petugas ruangan kepada keluarga pasien untuk segera menjemput pasien;
9. Edukasi kepada ruangan agar segera menghubungi Instalasi PKRS jika pasien akan dilakukan dropping (proses administrasi dropping membutuhkan waktu ± 2 minggu);
10. Koordinasi lintas sektor (pihak yayasan dan Dinas Sosial) untuk segera menjemput pasien jika sudah diinformasikan untuk pulang.

Kendala dan Permasalahan:

1. Keluarga pasien, Dinas Sosial, maupun Yayasan yang tidak kunjung menjemput ketika pasien sudah di ACC untuk pulang oleh DPJP;
2. Masih ditemukan beberapa DPJP yang membuat resume di luar jam kerja;
3. Belum optimalnya sistem dropping pasien psikiatri;
4. Validitas identitas penanggung jawab pasien (alamat dan nomor telepon) yang tidak lengkap / tidak sesuai;
5. Kurangnya kesiapan keluarga menerima pasien ketika sudah dinyatakan acc pulang.
6. Masih banyak alasan terkait penguluran waktu pulang pasien;
7. Identitas dan nomor telepon PJ pasien psikiatri seringkali sulit dihubungi.

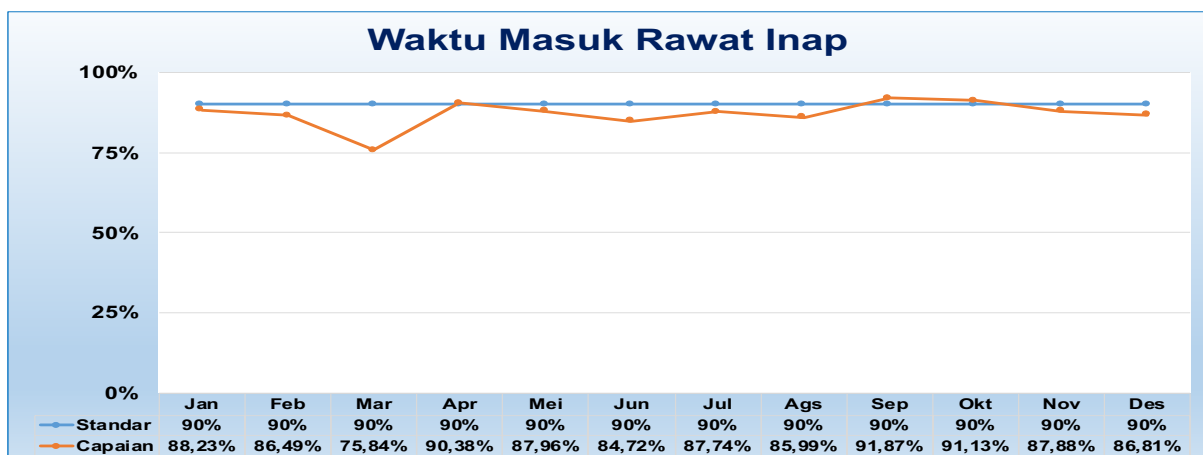
Rencana pemecahan masalah:

1. Adanya alur/SOP pemulangan pasien rawat inap;
2. Dokter menulis resume medis di jam kerja;
3. Menyederhanakan formulir resume rekam medis pasien umum dan psikiatri menjadi satu formulir yang sama;

4. Penulisan resume medis segera setelah ditegakkan diagnosis dan tersimpan dalam ERM. Data dapat ditambah jika terdapat perubahan/penambahan isi resume medis pasien tersebut. Penyimpanan final resume adalah pada saat pasien ACC pulang;
5. Informasi segera pada keluarga pasien (oleh perawat/petugas PKRS) jika sudah mendapat ACC pulang dari DPJP, terutama untuk pasien Yayasan agar dapat dijemput sebelum jam 12.00 WIB esok harinya;
6. Komitmen pihak keluarga, Dinas Sosial, Yayasan untuk segera menjemput pasien jika kondisi pasien sudah baik / ACC pulang;
7. Koordinasi Timker Pelayanan Keperawatan, Instalasi Rawat Inap, dan Instalasi PKRS terkait pemulangan pasien;
8. Review kembali MOU RS dengan Yayasan atau Dinas Sosial;
9. Evaluasi persuratan SRIKANDI terkait pembuatan surat dropping;
10. Memasukkan indikator realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1 dalam IKI dokter spesialis;
11. Edukasi pasien terkait kelengkapan identitas pasien, alur pelayanan pasien di rawat inap, dan rencana pemulangan pasien oleh petugas TPP;
12. Memastikan bahwa alamat dan kontak pasien lama sesuai dan dapat dihubungi;
13. Koordinasi lintas sektoral terkait penunjukan penanggung jawab wilayah untuk pasien gangguan jiwa → yang dapat mengantar dan menjemput pasien adalah petugas yang namanya tercantum dalam SK;
14. Kepala ruangan agar terus menghubungi keluarga pasien yang sudah ACC pulang;
15. Edukasi Instalasi PKRS kepada Kader, Puskesmas, Dinas Sosial, dll untuk segera mengambil pulang jika kondisi pasien sudah stabil, ACC pulang.

7. Waktu Masuk Rawat Inap

Grafik 5.42
Waktu Masuk Rawat Inap Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Waktu masuk rawat inap belum mencapai standar ($\geq 90\%$) yaitu 87,09%. Hal ini perlu dilakukan upaya perbaikan dan peningkatan capaian;
2. Sosialisasi DO dan cara hitung sesuai kamus indikator;
3. Melakukan rapat koordinasi antara Timker Pelayanan Medik, Timker Pelayanan Keperawatan, MPP, dan Kepala Ruangan untuk proses waktu masuk rawat inap;
4. Edukasi pada perawat agar segera mengisi formulir transfer pasien dan segera memindahkan pasien ≤ 60 menit;
5. Edukasi pada perawat ruangan senantiasa siap menerima pasien yang akan masuk rawat inap;
6. Edukasi pada perawat di IGD maupun di rawat inap untuk patuh klik pada formulir transfer pasien;
7. Sudah tidak ada penolakan dari ruang rawat inap apabila ada pasien yang akan ditransfer dari IGD;
8. Rapat koordinasi terkait capaian dan kendala secara berkala.

Kendala dan Permasalahan:

1. Ada beberapa waktu di mana ruangan UPIP yang penuh, sehingga pasien dari IGD tidak dapat masuk ruang rawat inap;
2. Pasien tidak didampingi keluarga / penanggung jawab pasien. Keluarga pasien tidak menunggu di tempat, sehingga pasien belum dapat dipindahkan ke ruang rawat inap;
3. Beberapa kondisi ditemukan penanggung jawab dari Yayasan tidak sesuai dengan daftar penanggung jawab pasien yang diberikan oleh Yayasan;
4. Pada kondisi hujan, ruang PHCU Pria / Laksmana belum ada tempat yang layak untuk menurunkan pasien (koridor berisiko jatuh, ada genangan air, dll), berdampak pada memanjangnya waktu masuk rawat inap;
5. Beberapa ruangan rawat inap umum belum dapat menerima pasien karena kondisi ruangan yang belum siap untuk menerima pasien;
6. Ada beberapa waktu petugas ambulans tidak dapat dihubungi oleh petugas IGD untuk mentransfer pasien ke ruang rawat inap;
7. Permasalahan administrasi pasien (penjaminan).

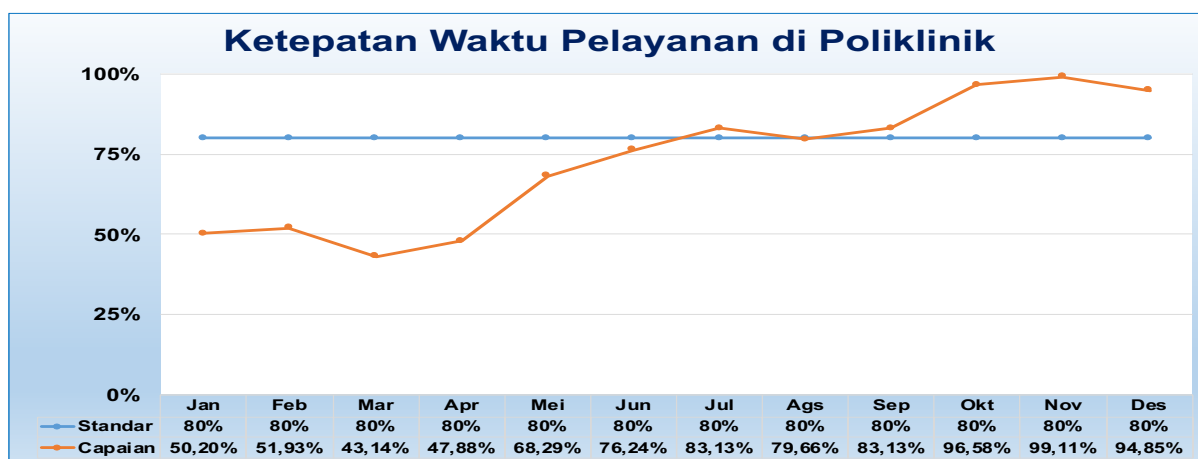
Rencana pemecahan masalah:

1. Regulasi prosedur alur masuk rawat inap;
2. Komunikasi efektif antara petugas IGD, perawat ruangan, Timker Pelayanan Keperawatan, MPP, dan NOD terkait ketersediaan ruangan;
3. Pentingnya cepat tanggap petugas ambulans untuk proses transfer pasien;

4. Edukasi keluarga/yayasan agar ada yang menunggu pasien di IGD sampai masuk ke rawat inap/rujuk/pulang;
5. Koordinasi dengan Yayasan dan Dinas Sosial terkait pendampingan pasien sampai masuk ke rawat inap;
6. Melakukan monev oleh atasan langsung secara berkala;
7. Optimalisasi peran MPP, NOD terkait pemindahan pasien;
8. Meningkatkan kesiapan ruang ranap;
9. Koordinasi terus menerus dengan Instalasi PKRS terkait ACT;
10. Memastikan tersedianya tempat yang aman saat memindahkan pasien antar ruang;
11. Kepatuhan petugas untuk menyelesaikan pengisian form transfer pasien antar ruang pada aplikasi ERM.

8. Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik

Grafik 5.43
Ketepatan Waktu Pelayanan di poliklinik Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata capaian indikator ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik belum mencapai standar ($\geq 80\%$) yaitu 72,84%, walaupun di akhir triwulan 4 sudah diatas standar. Hal ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan;
2. Koordinasi dengan Komite Medik, Ketua KSM Psikiatri, KSM Non Psikiatri, KSM Gigi, dan Instalasi Rawat Jalan terkait penjadwalan dokter spesialis di Poliklinik;
3. Redesign jadwal dokter spesialis sesuai hasil evaluasi waktu pelayanan rawat jalan;
4. Evaluasi kehadiran para dokter spesialis setiap bulan;
5. Feedback pada para Ketua KSM terkait kinerja dokter spesialis di Poliklinik;
6. Edukasi pada para dokter agar melakukan pelayanan sesuai dengan jadwal HFIS;
7. Koordinasi dengan Instalasi SIRS terkait penyelesaian task KSM Gigi pada SIMRS.

Kendala dan Permasalahan:

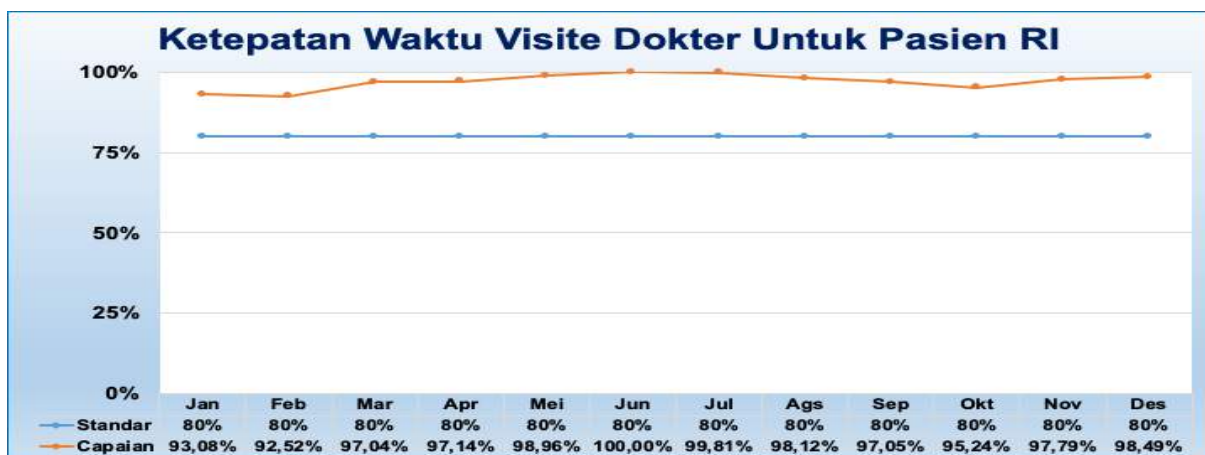
1. Komitmen para dokter spesialis untuk memberikan pelayanan di Poliklinik sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan masih kurang;
2. Jadwal praktik poliklinik dan visite dokter yang overlapping;
3. Masih ditemukan dokter spesialis yang hadir di luar jadwal HFIS;
4. Masih ditemukan para dokter yang belum patuh klik "keluar" pada status keluar pasien di ERM setelah selesai melakukan pelayanan;
5. Belum ada display jadwal praktik dokter spesialis di Poliklinik;
6. Belum ada fingerprint untuk evaluasi ketepatan waktu dokter spesialis di Poliklinik;
7. Belum ada pengeras suara untuk memanggil pasien.

Rencana pemecahan masalah:

1. Komitmen Dokter Spesialis untuk hadir sesuai jadwal praktik yang sudah ditetapkan dan melakukan klik "keluar" pada status pasien di ERM setelah selesai melakukan pelayanan;
2. Komitmen petugas farmasi untuk melakukan klik "obat serah" pada ERM setelah selesai memberikan pelayanan;
3. Redesign jadwal dokter spesialis di poliklinik yang ideal sesuai dengan hasil evaluasi ketepatan waktu pelayanan dokter spesialis di poliklinik;
4. Supervisi dari Timker Pelayanan Medik terkait kinerja dokter spesialis di Poliklinik;
5. Koordinasi dengan Komite Medik untuk memberi feedback atas kinerja dokter spesialis;
6. Penyediaan informasi, sarana dan prasarana terkait jadwal praktik dokter spesialis dan pemanggilan pasien di Poliklinik;
7. Penerapan reward and punishment.

9. Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI

Grafik 5.44
Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien RI Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI sudah mencapai standar (80%) yaitu 97,10%. Hal ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan;
2. Koordinasi dengan Komite Medik, Ketua KSM Psikiatri dan Non Psikiatri.

Kendala dan Permasalahan:

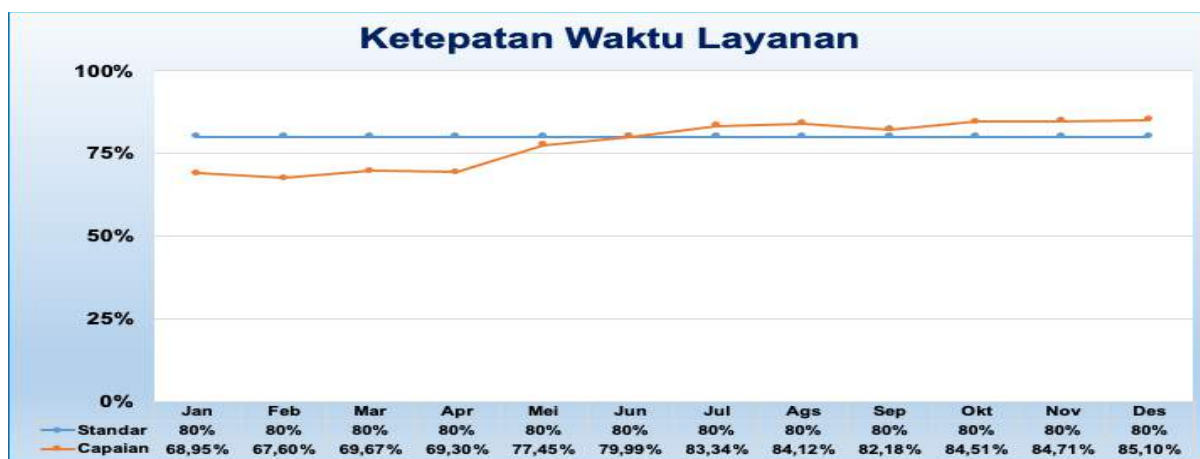
1. Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik belum optimal;
2. Belum ada fingerprint untuk evaluasi ketepatan waktu dokter spesialis di rawat inap;

Rencana pemecahan masalah:

1. Komitmen pada dokter spesialis untuk hadir sesuai dengan jadwal praktik yang sudah ditetapkan;
2. Sosialisasi dan feedback hasil evaluasi ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI sehingga para dokter dapat mengoptimalkan kinerjanya;
3. Supervisi dari Timker Pelayanan Medik terkait visite Dokter Spesialis;
4. Penerapan reward and punishment.

10. Ketepatan Waktu Layanan

Grafik 5.45
Ketepatan Waktu Layanan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Awal tahun hingga akhir semester 1 tahun 2023, indikator ketepatan waktu layanan masih belum mencapai standar. Upaya peningkatan dan perbaikan waktu layanan dilakukan secara komprehensif dan berkesinambungan sehingga di semester 2 tahun 2023 sudah melebihi standar. Namun demikian, rerata capaian indikator ketepatan waktu layanan di tahun 2023 belum mencapai standar (80%) yaitu 78,08%;

2. Konsistensi dalam upaya continuous quality improvement dilakukan untuk memperbaiki ketepatan waktu layanan, yaitu pada 3 indikator mutu waktu tunggu pelayanan rawat jalan tanpa penunjang, indikator mutu ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik, dan indikator mutu ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI seperti yang sudah dijelaskan di atas;
3. Waktu tunggu rawat jalan tanpa penunjang cenderung menurun disebabkan oleh faktor-faktor yang sudah diuraikan di atas;
4. Kepatuhan kehadiran dokter spesialis di Poliklinik masih perlu ditingkatkan;
5. Koordinasi dengan Komite Medik, Ketua KSM Psikiatri dan Non Psikiatri;
6. Monev dan feedback pada PPA yang terlibat, yaitu petugas pendaftaran, perawat, dokter spesialis, dan farmasi rawat jalan setiap bulan;

Kendala dan Permasalahan:

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

Rencana pemecahan masalah:

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

5.6 Pencapaian Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

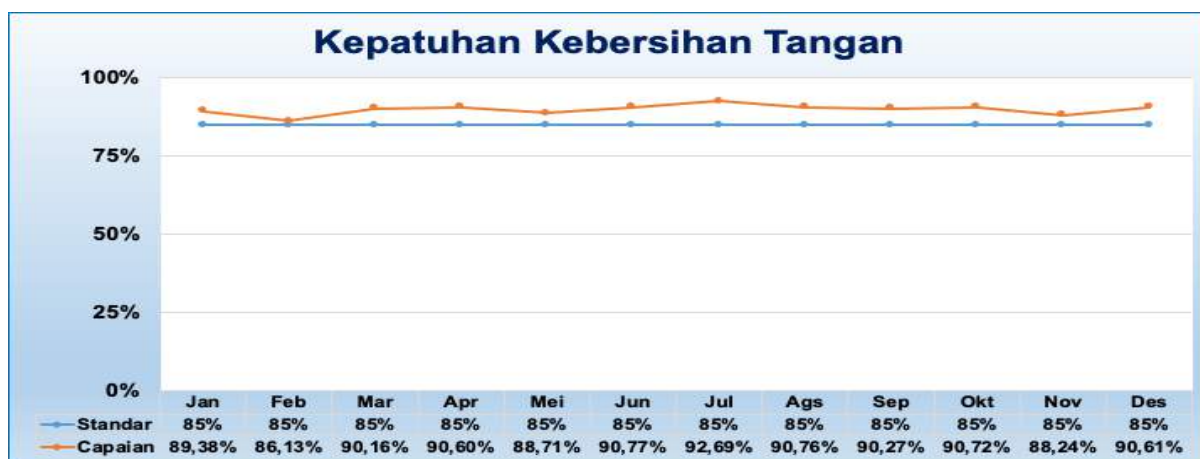
Indikator mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) tahun 2023 ada 20 (dua puluh) indikator sebagai berikut:

Tabel 5.14
Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor

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

Hasil pengukuran indikator mutu PPI tahun 2023 adalah sebagai berikut:

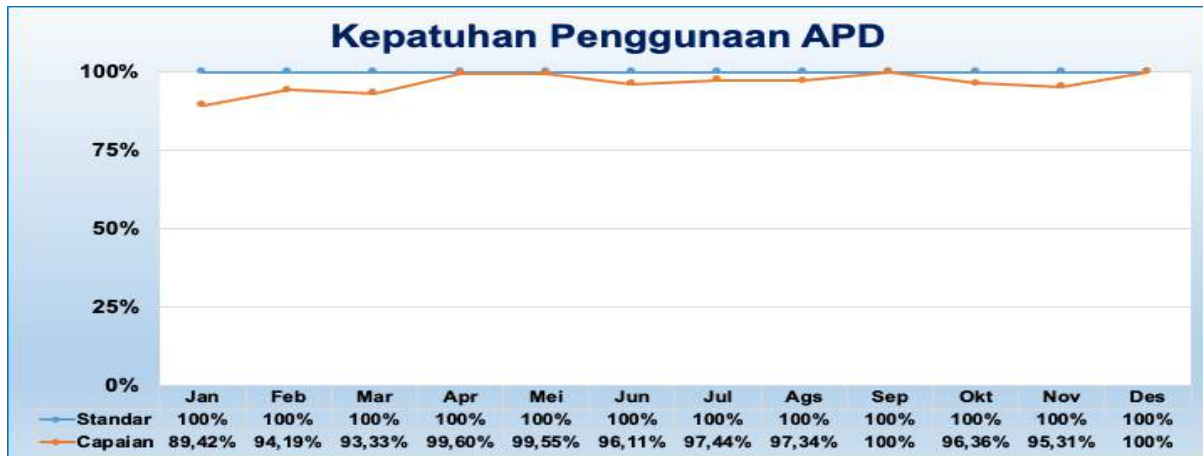
Grafik 5.46
Kepatuhan Kebersihan Tangan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor



Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan selama tahun 2023 adalah 89,92%. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih belum menunjukkan capaian yang stabil. Petugas yang ada di ruang Ok dan rawat inap sebagian kecil masih melakukan kebersihan tangan tidak

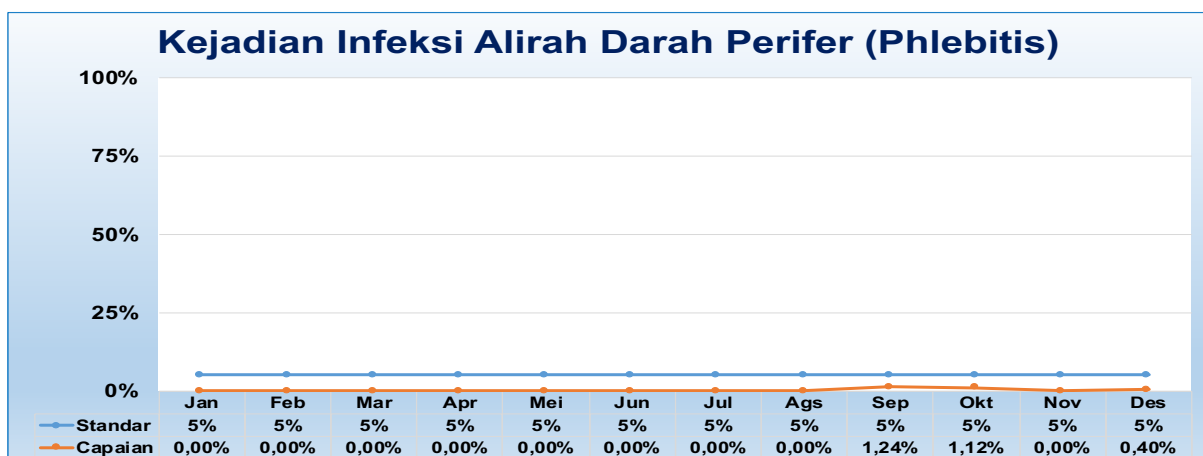
sesuai dengan regulasi yang ada. Komite PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait pelaksanaan kebersihan tangan yang benar. Monev dan supervisi yang rutin dilakukan setiap bulannya mulai menunjukkan konsistensi dalam penerapan kebersihan tangan sesuai standar PPI. Perlu adanya penguatan dan upaya optimalisasi untuk upaya pencapaian kebersihan tangan yang lebih baik lagi.

Grafik 5.47
Kepatuhan Penggunaan APD Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor



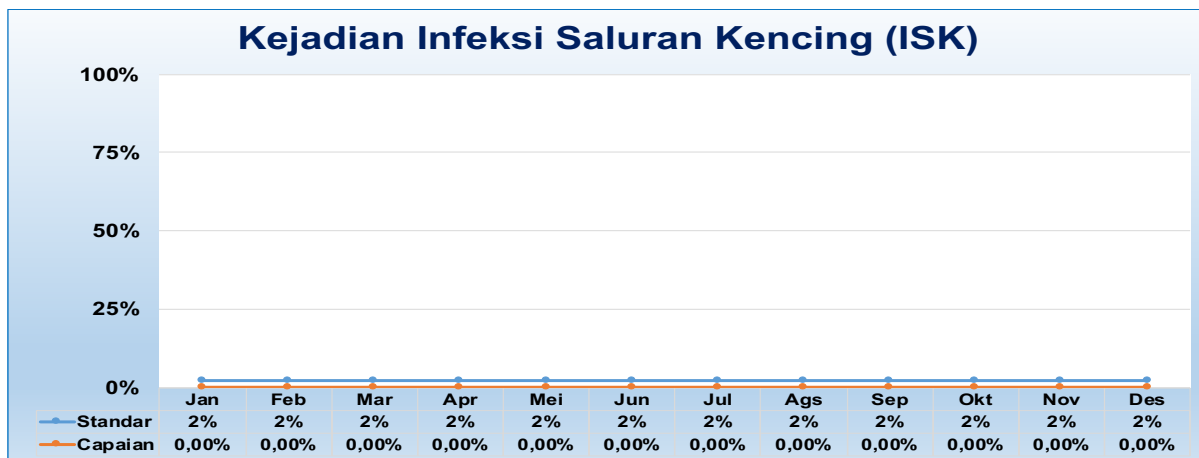
Rerata capaian indikator kepatuhan penggunaan APD selama tahun 2023 adalah 95,55%. Hasil capaian indikator kepatuhan penggunaan APD ini terus meningkat dari bulan ke bulan, dan di akhir tahun sudah mencapai standar. Edukasi terus menerus tentang penggunaan dan pelepasan APD yang baik dan benar sesuai standar harus selalu dilaksanakan. Penting juga dilakukan supervisi secara berjenjang.

Grafik 5.48
Angka Kejadian Phlebitis Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor



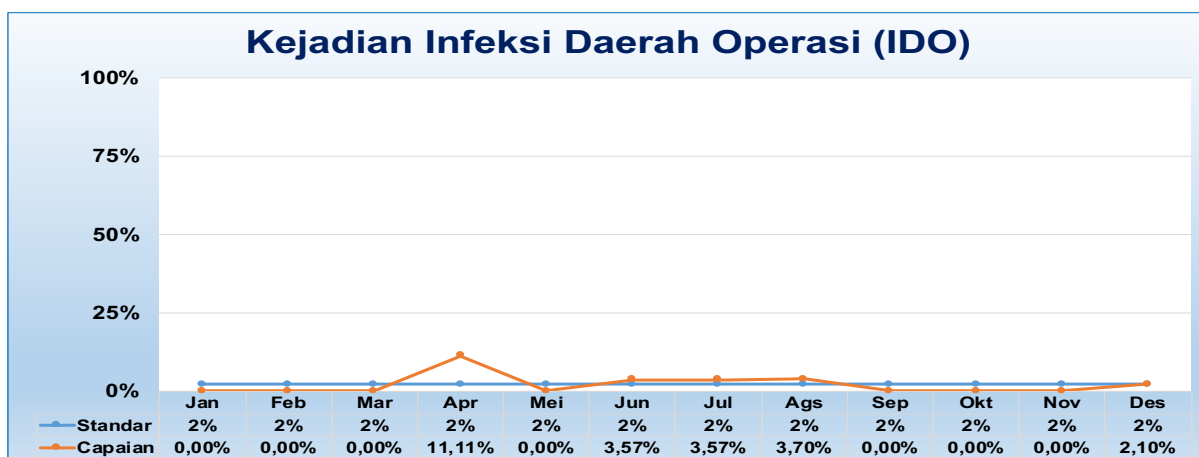
Rerata capaian angka kejadian phlebitis adalah 0%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.49
Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK) Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



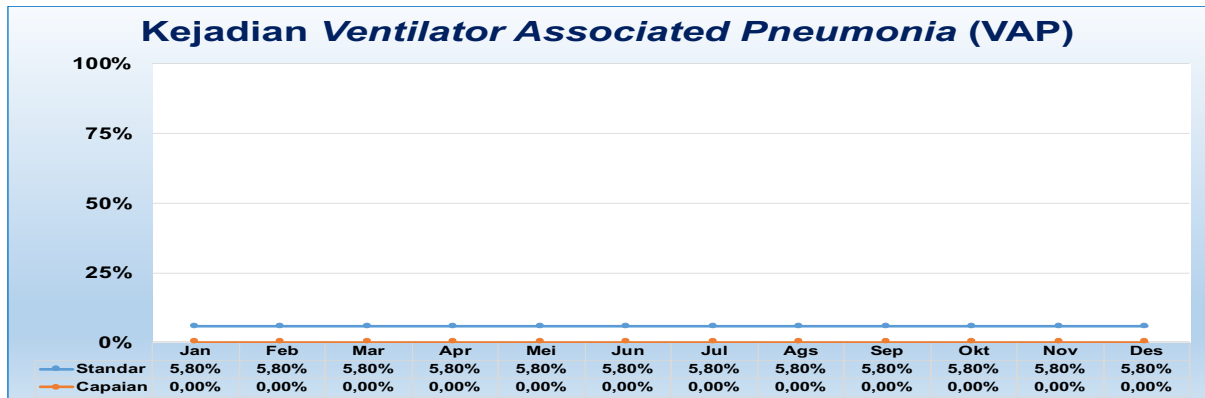
Rerata capaian indikator angka kejadian ISK selama tahun 2023 adalah 0%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.50
Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



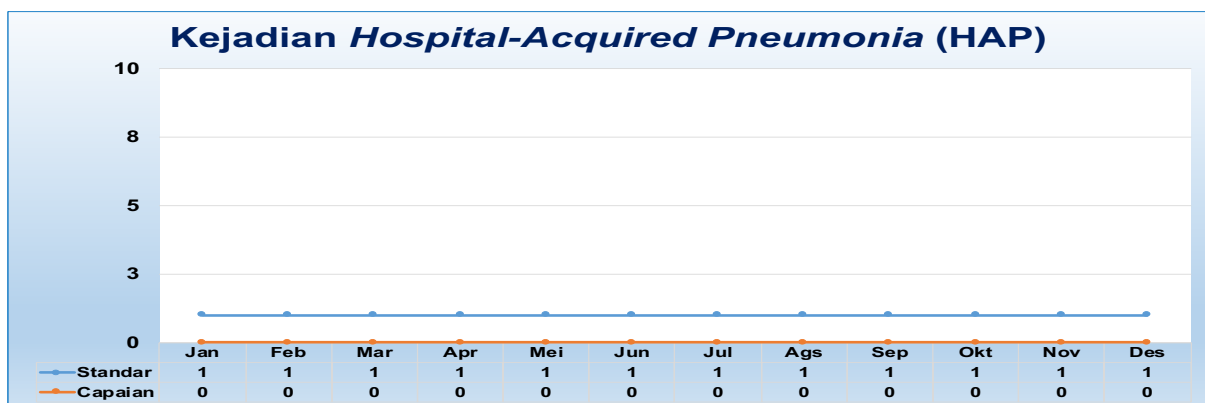
Angka kejadian IDO selama tahun 2023 terjadi 2 kasus pada bulan April dan Juni 2023 pada pasien operasi Sectio Cesaria dan operasi appendectomy. Rerata IDO adalah 2,10% (standar 2%). Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya IDO di antaranya melakukan persiapan operasi dengan baik, melakukan tindakan operasi sesuai dengan SPO yang berlaku untuk meminimalisir kejadian infeksi akibat luka operasi, edukasi pasien saat persiapan pulang untuk melakukan perawatan luka operasi dengan steril.

Grafik 5.51
Angka Kejadian Ventilatory Associated Pneumonia (VAP) Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor



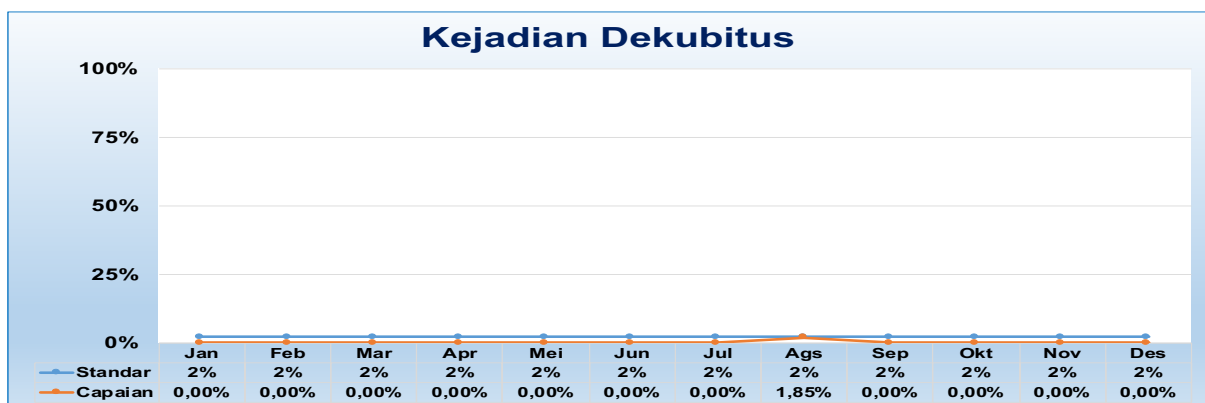
Tidak ada kejadian Ventilatory Associated Pneumonia (VAP) selama Tahun 2023. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.52
Angka Kejadian Hospital Acquired Pneumonia (HAP) Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor



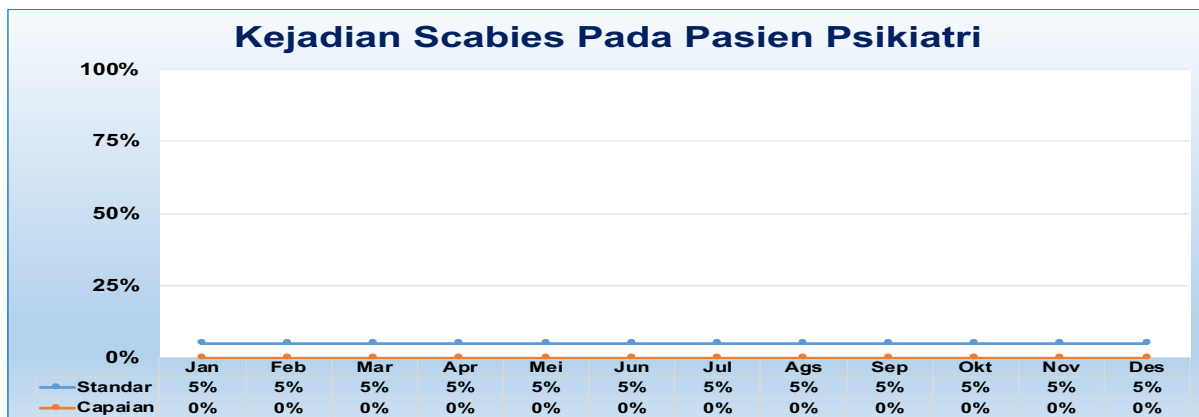
Tidak ada kejadian Hospital Acquired Pneumonia (HAP) selama Tahun 2023. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.53
Angka Kejadian Dekubitus Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor



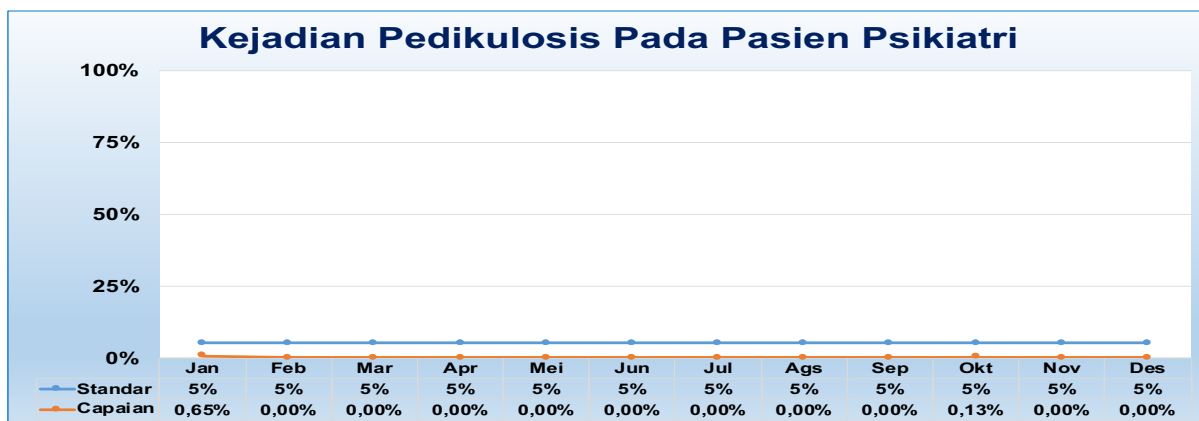
Tidak ada kejadian dekubitus selama Tahun 2023. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.54
Angka Kejadian Scabies Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



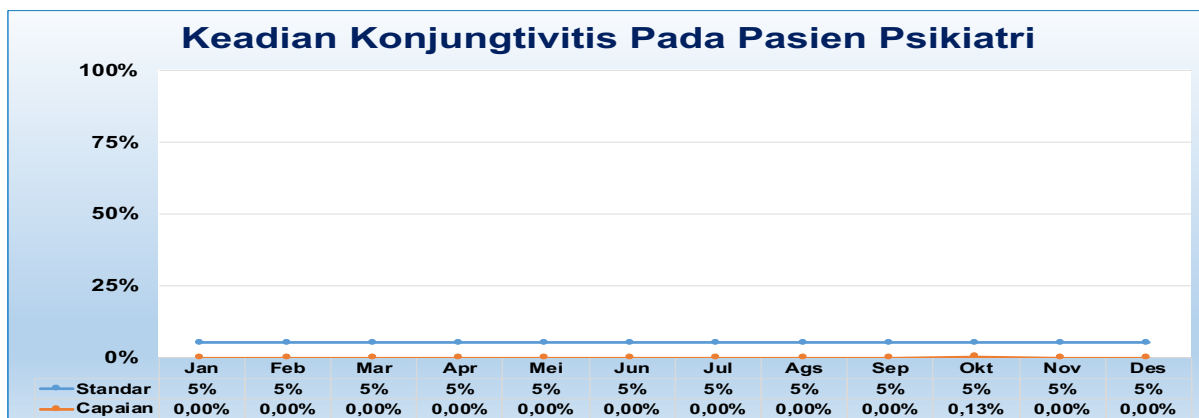
Tidak ada kejadian dekubitus selama Tahun 2023. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.55
Angka Kejadian Pedikulosis Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Tidak ada kejadian pedikulosis selama Tahun 2023. Hal ini perlu dipertahankan.

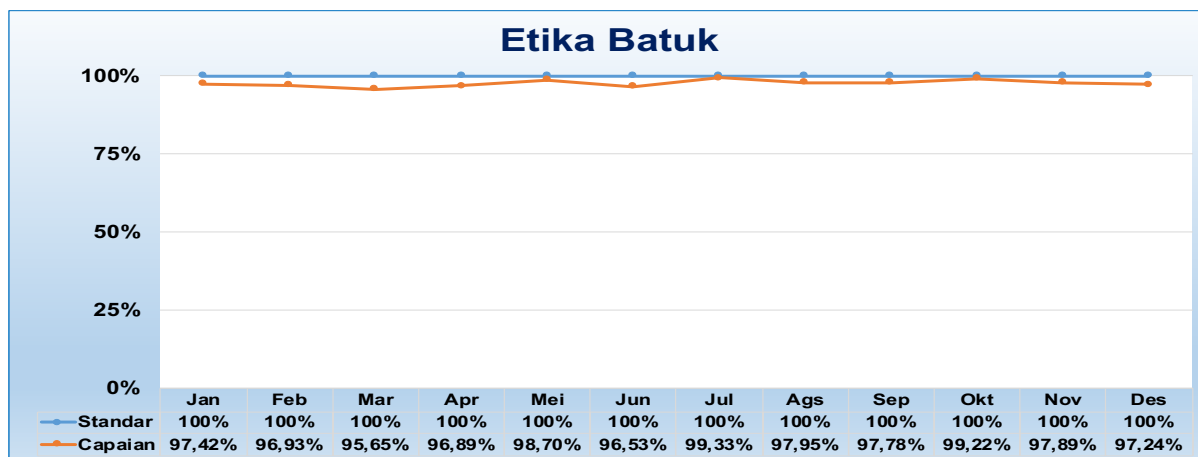
Grafik 5.56
Angka Kejadian Konjungtivitis Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata angka kejadian konjungtitivitis pada pasien psikiatri selama tahun 2023 adalah 0,01% (standar <5%). Konjungtivitis terjadi di bulan Oktober 2023. Petugas berkomitmen untuk selalu

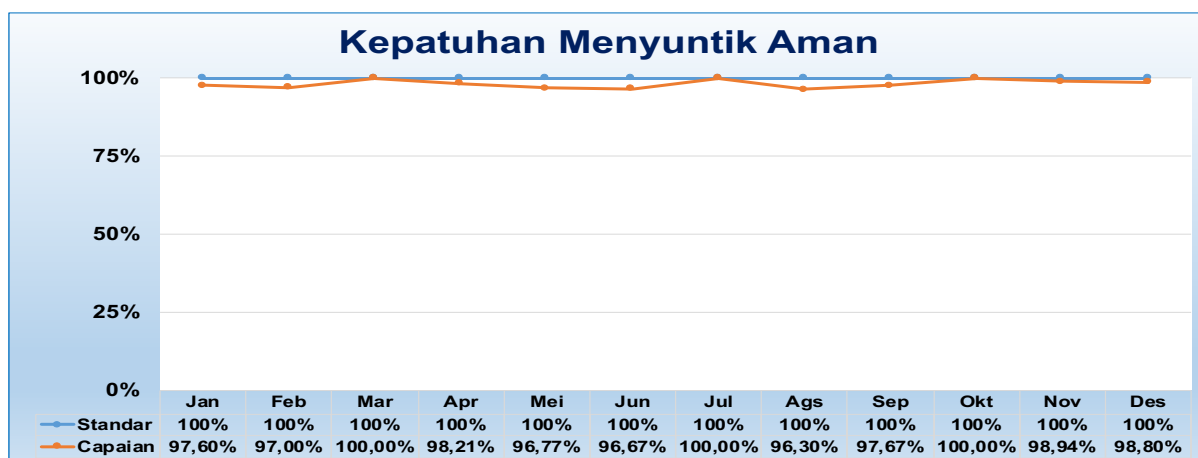
melakukan pengecekan kebersihan diri pasien, melakukan edukasi pada pasien terkait kebersihan diri, monev dan supervisi. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.57
Etika Batuk Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



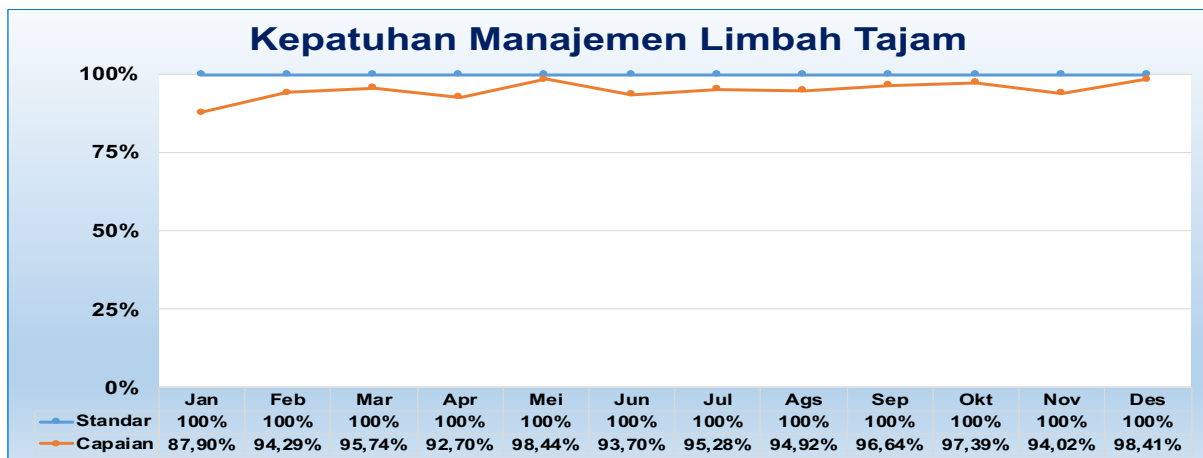
Rerata capaian indikator etika batuk selama tahun 2023 adalah 97,63%. Hal ini masih harus ditingkatkan dengan selalu mengedukasi petugas jika tidak patuh etika batuk.

Grafik 5.58
Menyuntik Aman Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



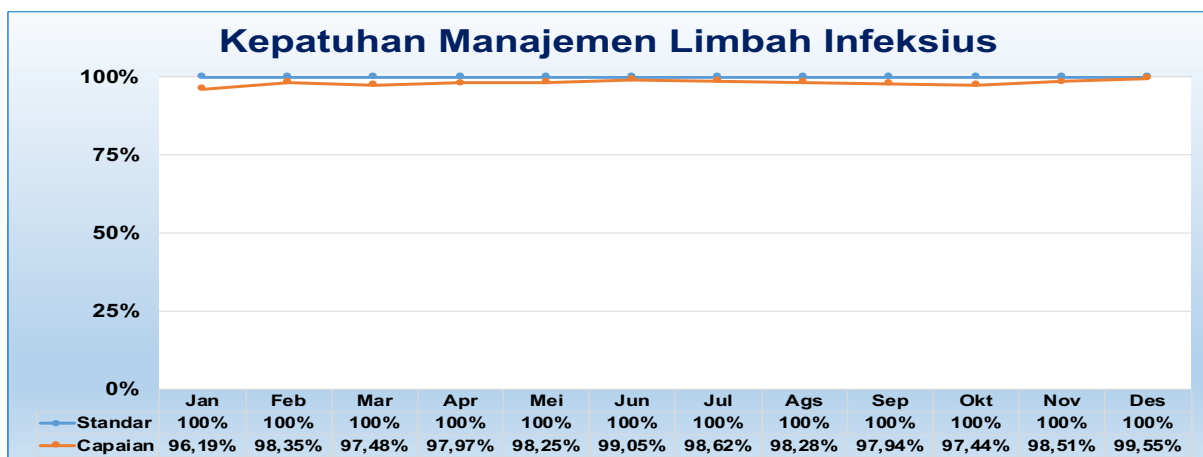
Rerata capaian indikator menyuntik aman tahun 2023 adalah 98,16%. Capaian ini masih belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Hal ini terjadi karena masih ditemukannya penutupan ulang jarum suntik dan tidak melakukan proses desinfeksi di lokasi penyuntikan (venflon, threeway). Perlu dilakukan monitoring dan evaluasi dari Kepala Ruangan atau Ketua Tim terkait cara menyuntik yang aman bagi pasien dan petugas. Menyuntik aman bila tidak dilakukan dengan baik dapat menyebabkan insiden seperti tertusuk jarum. Oleh sebab itu, penting untuk mengingatkan dan meningkatkan kesadaran petugas akan prosedur menyuntik aman sesuai SOP. Indikator ini perlu dimasukkan ke dalam indikator kinerja PPA agar semua patuh menyuntik aman sehingga tercipta keselamatan pasien RS.

Grafik 5.59
Manajemen Limbah Tajam Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor



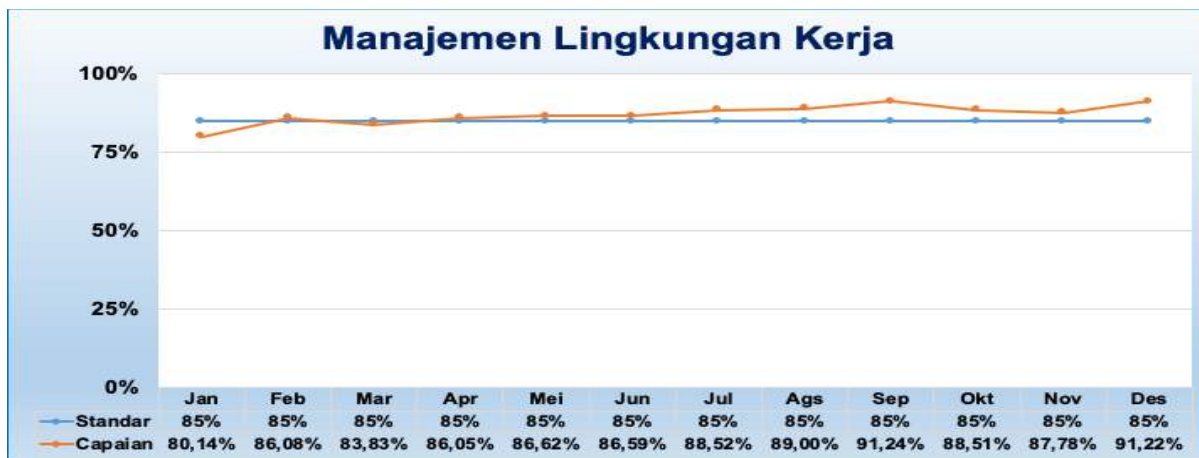
Rerata capaian indikator manajemen limbah tajam tahun 2023 adalah 94,95% dan belum mencapai standar. Beberapa ruangan belum mematuhi rentang waktu pembuangan limbah tajam 3-7 hari dan isinya lebih dari $\frac{3}{4}$ penuh. Hal ini perlu diperhatikan pengelolaan limbah jarum suntik di ruangan agar dapat dituliskan tanggal saat pertama penyiapan dan kapan mengganti boxnya. Perlu dilakukan koordinasi pengelolaan limbah tajam antara Komite PPI, Instalasi Rawat Inap, IGD, Instalasi K3KL, dan unit lainnya yang terkait dalam melakukan manajemen limbah tajam ini.

Grafik 5.60
Manajemen Limbah Infeksius Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor



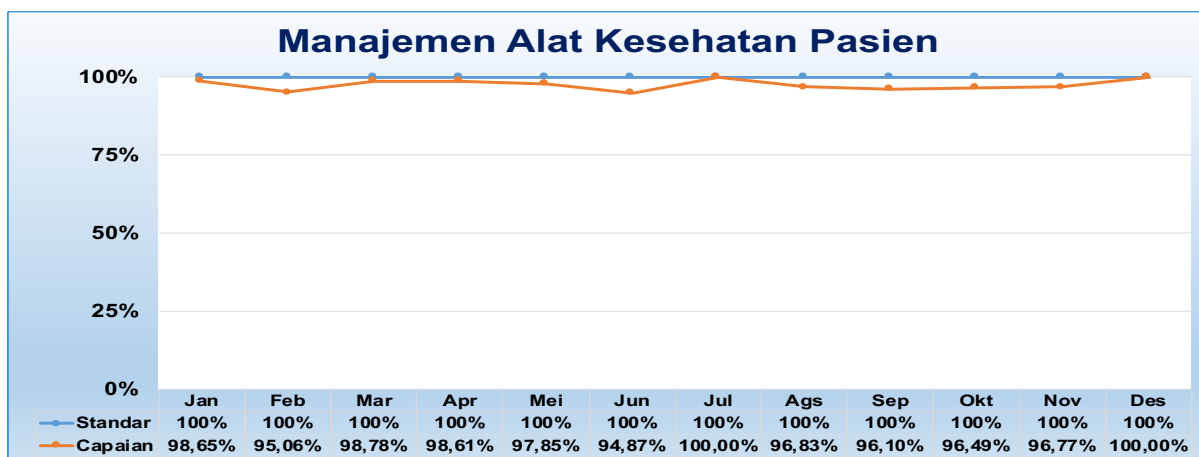
Rerata capaian indikator manajemen limbah infeksius tahun 2023 adalah 98,13% dan belum mencapai standar yang ditetapkan. Masih ditemukan peruntukan plastik infeksius (kuning) yang belum tepat sasaran, tempat sampah yang tidak berpedal dan tidak dilapisi plastik infeksius. Manajemen limbah infeksius harus sesuai dengan standar PPI. Pemantauan dan koordinasi terus dilakukan antara Komite Mutu, Komite PPI, Instalasi K3KL, serta unit lain yang terkait dalam mengelola limbah infeksius agar sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Grafik 5.61
Manajemen Lingkungan Kerja Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor



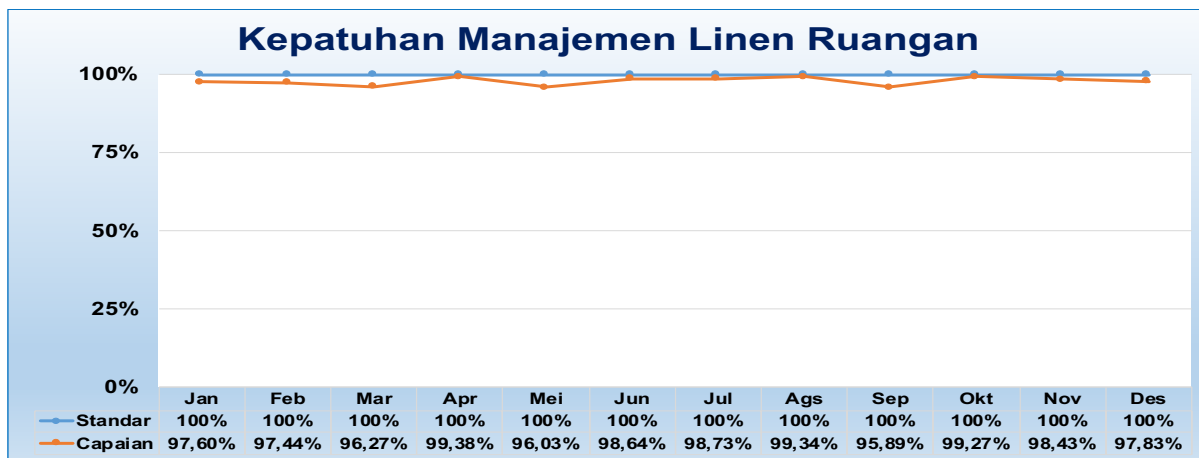
Rerata capaian indikator manajemen lingkungan kerja tahun 2023 adalah 87,13% hampir mencapai standar. Elemen penilaian indikator manajemen lingkungan kerja terkait penilaian 5R (Ringkas, Rapi, Rawat, Resik, dan Rajin). Diharapkan ke depannya dapat meningkat seiring dengan meningkatnya kesadaran petugas akan pentingnya pengelolaan lingkungan kerja yang baik. Upaya mengelola lingkungan yang baik diharapkan mampu menciptakan lingkungan yang sehat. Salah satunya dengan membudayakan 5R. Monitoring rutin dan koordinasi dengan supervisor cleaning service sudah dilakukan oleh Komite PPI.

Grafik 5.62
Manajemen Alat Kesehatan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor



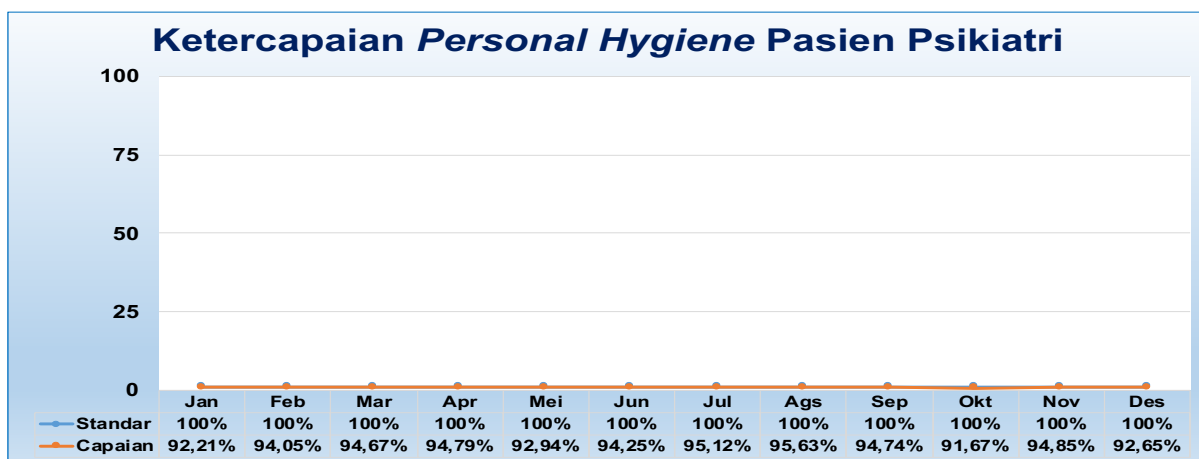
Rerata capaian indikator manajemen alat kesehatan pasien tahun 2023 adalah 97,50%, belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Ketidaktercapaian indikator manajemen alat kesehatan pasien disebabkan belum semua tersedia prasarana proses pre cleaning di setiap layanan yang sesuai standar dan jumlahnya belum memenuhi kebutuhan kegiatan di ruangan. Sudah dilakukan sentralisasi alat Kesehatan di Instalasi CSSD.

Grafik 5.63
Manajemen Linen Ruang Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor



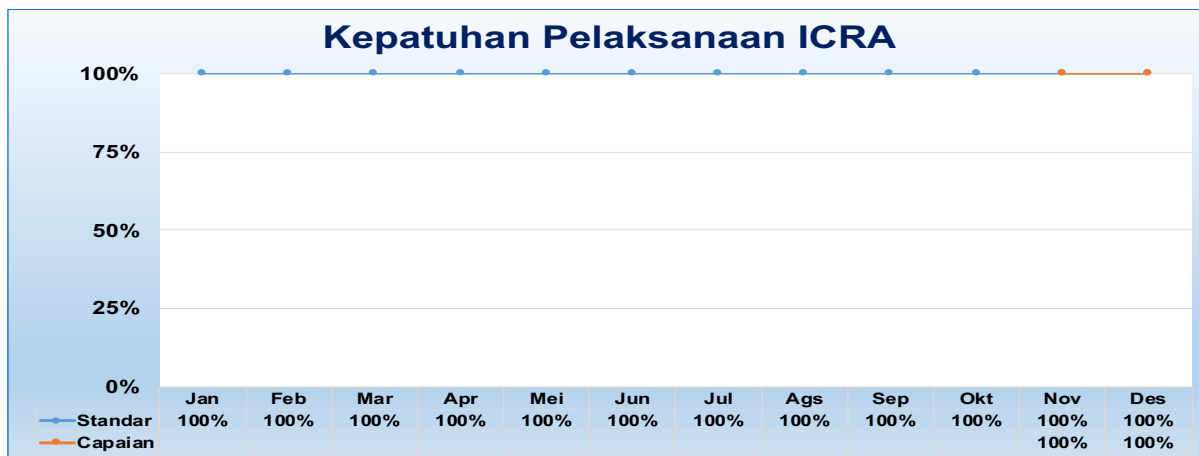
Rerata capaian indikator manajemen linen ruangan tahun 2023 adalah 97,90%. Capaian ini belum mencapai standar yang telah ditetapkan yaitu 100% serta belum menunjukkan konsistensi. Hal ini disebabkan karena masih ditemukannya pengemasan linen bersih menggunakan selimut atau seprai yang seharusnya menggunakan plastik transparan. Selain itu, pengelolaan linen di ruang rawat harus diperhitungkan sesuai dengan kebutuhan pasien, jangan sampai kurang ataupun menumpuk. Pada tahun 2023 sudah sentralisasi linen.

Grafik 5.64
Personal Hygiene Pasien Psikiatri Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor



Rerata capaian indikator personal hygiene pasien psikiatri tahun 2023 adalah 93,96%. Capaian ini belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Hal ini disebabkan karena ketersediaan prasarana di setiap layanan belum sesuai dengan standar dan alokasinya belum sesuai dengan kebutuhan pasien di ruangan seperti ketersediaan sabun mandi dan alas kaki. Upaya perbaikan dan mempertahankan capaian perlu dilakukan karena pasien psikiatri cenderung kurang memperhatikan perawatan dirinya mulai dari penampilan, pemakaian alas kaki, kebersihan pakaian, tersedianya alat kebersihan pasien, dan kebersihan pasien.

Grafik 5.65
Kepatuhan Pelaksanaan ICRA Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Indikator kepatuhan pelaksanaan ICRA selama tahun 2023 adalah 100%. ICRA renovasi dibuat dan dilaksanakan di bulan November dan Desember 2023.

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Dari 20 Indikator PPI, tercapai 11 indikator, yaitu:
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kejadian Infeksi Alirah Darah Perifer (Phlebitis)
 - Kejadian Infeksi Saluran Kencing (ISK)
 - Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
 - Kejadian Hospital-Acquired Pneumonia (HAP)
 - Kejadian dekubitus
 - Kejadian scabies pada pasien psikiatri
 - Kejadian pedikulosis pada pasien psikiatri
 - Kejadian konjungtivitis pada pasien psikiatri
 - Kepatuhan manajemen lingkungan kerja
 - Kepatuhan Pelaksanaan ICRA
2. Ada 9 (sembilan) indikator yang belum mencapai standar, yaitu:
 - Kepatuhan penggunaan APD 96,55% (standar 100%)
 - Etika batuk 97,63% (standar 100%)
 - Kepatuhan menyuntik aman 98,16% (standar 100%)
 - Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) 2,10% (standar 2%)
 - Kepatuhan manajemen linen ruangan 97,90% (standar 100%)
 - Kepatuhan manajemen limbah tajam 94,95% (standar 100%)
 - Kepatuhan manajemen limbah infeksius 98,13% (standar 100%)
 - Kepatuhan manajemen alat kesehatan pasien 97,50% (standar 100%)
 - Ketercapaian personal hygiene pasien psikiatri 93,96% (standar 100%)
3. Melakukan koordinasi Timker Pelayanan Medik, Timker Pelayanan Keperawatan, Timker Pelayanan Penunjang, Timker TU dan RT, Komite PPI, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Radiologi, Instalasi Farmasi, Instalasi Gizi, Instalasi CSSD dan Binatu, dan Instalasi K3KL untuk pencapaian indikator PPI;
4. Koordinasi Komite PPI, IPCN, Para Kepala Ruangan untuk pencapaian kepatuhan kebersihan tangan dan kepatuhan penggunaan APD;
5. Monev dan supervisi sudah dilakukan oleh Komite PPI dan Komite Mutu;
6. Program reward and punishment indikator PPI belum menyeluruh diimplementasikan pada seluruh PPA;

Kendala dan Permasalahan:

1. Komitmen petugas dalam menggunakan APD di Ruang OK dan ICU dan beberapa poli rawat jalan (Rehab Medik, Laboratorium, Radiologi, Poli Gigi) yang belum optimal;
2. Kepatuhan PPA dalam penggunaan APD masih belum konsisten, masih ditemukan beberapa PPA yang tidak menggunakan APD sesuai dengan pedoman PPI (transmisi dan indikasi) pada tahun 2023, dengan ketidakpatuhan terbanyak di ruang rawat inap;
3. Ketidakpatuhan ruangan dalam manajemen linen ditemukan di Ruang Bratasena di mana linen kotor tidak dimasukkan ke dalam kantong plastik, Ruang Dewi Sri IO dan di Ruang Rama di mana linen bersih tidak tersusun rapi;
4. Kepatuhan PPA untuk patuh dalam 5 momen dalam kebersihan tangan belum konsisten;
5. Kepatuhan PPA dalam menerapkan etika batuk masih belum konsisten;
6. Ketidakpatuhan etika batuk ditemukan di IGD, Poli Pita Aruna, Poliklinik gigi, Dewi Sri IO, Poli Gigi, Dewi Kunti, Instalasi Gizi dan Instalasi Laboratorium;
7. Terdapat petugas IGD yang tidak dapat mempraktikkan etika batuk dengan benar;
8. Tidak adanya laporan edukasi etika batuk pada pasien dan pengunjung yang merupakan salah satu elemen penilaian etika batuk di Poli Pita Aruna, Instalasi Laboratorium, Poli Gigi;
9. Tidak adanya panduan etika batuk yang merupakan salah satu elemen penilaian etika batuk di instalasi Gizi;
10. Kepatuhan manajemen linen ruangan di ruang Drupadi dan Antasena yang belum optimal sesuai dengan standar PPI disebabkan karena linen yang tidak tersusun rapi yang merupakan salah satu elemen penilaian manajemen linen ruangan;
11. Kepatuhan pemberian tanggal pada safety box limbah tajam di Subadra, IGD, ICU, Pemping, Antareja, Abimanyu, Shinta dan Saraswati yang belum optimal serta keterisian safetybox yang tidak sesuai dengan standar di ruang Utari;
12. Kepatuhan manajemen limbah infeksius yang belum optimal Poliklinik psikiatri terkait kesesuaian isi limbah serta pengangkutan limbah yang tidak sesuai jadwal di ruang Utari
13. Tidak terpasangnya SPO terkait manajemen alkes yang merupakan salah satu elemen kepatuhan manajemen alkes di ruang precleaning Poli Gigi serta kepatuhan petugas untuk melakukan disinfeksi alkes setelah digunakan yang belum optimal di ruang Basudewa, UPIP Pria, Antasena, Poli Gigi;
14. Terdapat beberapa elemen penilaian menyuntik aman yang belum sesuai kriteria di antaranya, penggunaan troli tindakan yang tidak bersih di ruang Dewi Sri IO dan Rama serta ditemukan cairan pelarut bekas dan berembun (tidak steril) saat proses menyuntik aman di ruang Saraswati, serta petugas tidak menggunakan bak yang bersih saat menyuntik aman di ruang Pemping;

15. Ketidaktercapaian personal hygiene pasien psikiatri ditemukan di ruang rawat inap ruang Arimbi, Bratasena, UPIP Pria, UPIP Wanita, Sadewa, Drupadi, Subadra, Bratasena, Utari, Shinta, dan Sadewa yang disebabkan alat kebersihan pasien tidak tersusun rapi, kuku panjang dan kotor;
16. Indikator kepatuhan manajemen alat kesehatan, masih ditemukan beberapa alkes di Poliklinik Gigi yang disimpan di ruangan dan masih terdapat instrumen yang expired;
17. Monev dan supervisi seluruh indikator PPI belum optimal.

Rencana pemecahan masalah:

1. Review kembali kamus indikator dan formulir penilaian seluruh indikator PPI (sesuai dengan regulasi PPI Permenkes No. 27 Tahun 2017);
2. Sosialisasi formulir penilaian seluruh indikator PPI;
3. Pengukuran indikator PPI sesuai dengan profil indikator yang sudah ditetapkan;
4. Reeducasi dan mengajarkan langsung pada PPA jika ditemukan ketidakpatuhan petugas dalam memenuhi standar PPI;
5. Melakukan rapat koordinasi Komite Mutu, Komite PPI, Komite PPA Lainnya, dan Timker Pelayanan Keperawatan untuk membahas strategi percepatan pencapaian seluruh indikator PPI;
6. Inovasi komite PPI dan PPA untuk memodifikasi intervensi masing-masing indikator PPI yang tidak tercapai;
7. Monev setiap minggu untuk memantau keberhasilan dari edukasi yang sudah dilakukan.
8. Monev dan supervisi atasan langsung, Timker Pelayanan Medik, Timker Pelayanan Keperawatan, dan Timker Pelayanan Penunjang untuk memantau keberhasilan dari edukasi yang sudah dilakukan;
9. Memasukkan indikator PPI pada indikator kinerja individu Komite PPI dan PPA untuk upaya optimalisasi penerapan reward and punishment atas capaian indikator PPI.

5.7 Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)

5.7.1 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan

Hasil capaian indikator mutu unit kerja di Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan tahun 2023 adalah:

Tabel 5.15
Indikator Mutu Unit di Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET*
INDIKATOR MUTU GAWAT DARURAT				
1	Kemampuan menangani kasus gawat darurat (live saving)	100%	100%	1
2	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Dokter	100%	95,14%	0
3	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Perawat	100%	84,38%	0
4	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat PONEK	100%	100%	1
5	Ketersediaan Tim penanggulangan bencana	100%	100%	1
6	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit	2.74 Menit	1
7	Waktu tanggap pelayanan perawat di gawat darurat	≤ 2 menit	1.57 Menit	1
8	Emergency psychiatric respon time (EPRT)	≤ 240 menit	70.68 Menit	1
9	Angka kematian pasien di IGD	≤ 2‰	0.03‰	1
10	Ketepatan indikasi masuk rawat inap psikiatri akut	90%	100%	1
11	Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam	90%	86,43%	0
12	Waktu masuk rawat inap ≤ 60 Menit	≥ 90%	87,09%	0
INDIKATOR MUTU RAWAT JALAN				
1	Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ)	≤ 60 menit	64 Menit 79 Detik	0
2	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	80%	64,29%	0
3	Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik	85%	73,18%	1
4	Asesmen medis dan keperawatan rawat jalan (awal dan ulang)	100%	100%	1
5	Program rujuk balik berkualitas	80%	100%	1
6	Waktu tunggu pasien rehabilitasi medik ≤ 60 menit	100%	100%	1
7	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	1
8	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 25%	0,96%	1
9	Waktu tunggu pelayanan di assessment center	30 menit	1.30 Menit	1
10	Waktu pelaksanaan pelayanan di assessment center	≤ 3 jam	104,88 Menit	1
11	Waktu pengambilan hasil assessment center 2 hari	100%	100%	1
12	Drop out Antiretroviral (DO ARV)	12%	0,43%	1
13	Voluntary Counselling and Testing (VCT)	100%	100%	1
14	Antiretroviral Therapy (ART)	100%	72,96%	0
15	Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT)	100%	100%	1
16	Infeksi Oportunistik (IO)	0%	10,31%	0
17	Injection Drug Use (IDU)	0%	N/A	Tidak ada pasien
18	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	Pasien	11	
19	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	100%	100%	1
20	Penemuan dan pengobatan pasien TBC:			
	Pasien baru	Pasien	127	
	Pasien kambuh	Pasien	7	
	Pasien dengan riwayat pengobatan TBC selain kambuh (diobati setelah loss to follow up, diobati setelah gagal)	Pasien	2	
	Pasien tidak diketahui riwayat pengobatan TBC sebelumnya	Pasien	5	
21	Laporan hasil pengobatan pasien TBC:			
	Pasien baru	Pasien	126	

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET*
	Pasien kambuh	Pasien	7	
	Pasien dengan riwayat pengobatan TBC selain kambuh (diobati setelah loss to follow up, diobati setelah gagal)	Pasien	2	
	Pasien tidak diketahui riwayat pengobatan TBC sebelumnya	Pasien	77	
	Pasien TBC dengan HIV Positif (semua tipe)	Pasien	35	
22	Persentase ibu hamil dengan anemia	28%	1,83%	Tidak ada ibu hamil yang berobat
23	Persentase ibu hamil yang mendapat tablet tambah darah (TTD)	95%	96,99%	Tidak ada ibu hamil yang berobat
INDIKATOR MUTU RAWAT INAP				
1	Ketepatan jam visite dokter spesialis	80%	96,72%	1
2	Assesment awal medis	100%	99,02%	1
3	Assesment awal keperawatan	100%	99,37%	1
4	Kejadian rawat ulang (re-admission) pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	<10%	5,16%	1
5	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (caf) di unit pelayanan intensif psikiatri (UPIP)	≤1.5%	0,42%	1
6	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UPIP > 7 hari	≥90%	96,99%	1
7	Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 18 hari	≥90%	93,99%	1
8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	96,86%	1
9	Realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1	≥ 90%	74,50%	1
10	Asesmen awal medis pada pasien PHCU 1 x 24 jam	100%	100%	1
11	Asesmen awal keperawatan pada pasien PHCU 1 x 24 jam	100%	100%	1
12	Kepatuhan visite dokter spesialis di PHCU	80%	98,78%	1
13	Kepatuhan identifikasi pada pasien psikiatri akut	100%	100%	1
14	Kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh pada pasien psikiatri akut	100%	100%	1
15	Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri pada pasien psikiatri akut	100%	100%	1
16	Kepatuhan upaya pencegahan perilaku kekerasan pada pasien psikiatri akut	100%	100%	1
17	Personal hygiene pasien psikiatri akut	85%	100%	1
18	Ketersediaan obat/psikofarmaka pada pasien psikiatri akut	100%	100%	1
19	Medication error pada pasien psikiatri akut	0%	0%	1
20	Persentase penanganan fase akut pasien gangguan jiwa di PHCU	100%	97,88%	0
21	Tepat indikasi masuk ruang rawat inap psikiatri akut	100%	91,68%	1
22	Waktu tunggu operasi elektif	≤48 jam	15 Jam 18 Menit	1
23	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤6%	0%	1
24	Kejadian kematian di meja operasi	0%	0%	1
25	Kepatuhan asesmen pra anestesi	100%	100%	1
26	Kepatuhan asesmen pra sedasi	100%	100%	1
27	Kepatuhan asesmen pra bedah	100%	100%	1
28	Kepatuhan dokumentasi pelaksanaan surgical safety cek list	100%	100%	1
29	Kepatuhan pelaksanaan sign ini, sign out, dan time out	100%	100%	1
30	Penerapan keselamatan ECT	100%	100%	1
31	Waktu tunggu tindakan ECT	≤48 jam	12.71 Jam	1
32	Diskrepansi diagnosa pre dan post operasi	0%	0%	1
33	Pembatalan operasi elektif	≤3%	0%	1
34	Penundaan operasi elektif	<5%	0%	1
35	Ketepatan kriteria masuk dan keluar ICU	100%	98,44%	1
36	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan ICU dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3%	0%	1
37	Respon time tindakan, pemasangan ventilator ≤ 30 menit	100%	100%	Tidak ada pasien
38	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100%	1
39	Kemampuan menangani BLSR dan BBLR	100%	100%	1
40	Pertolongan persalinan melalui SC	≤20%	81,92%	0
41	Waktu tanggap seksio sesaria emergency	80%	100%	1
42	Kejadian kematian ibu karena persalinan	0%	0%	1
43	Persentase IMD	≥ 80%	56,08%	0

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET*
44	Pemberian asi eksklusif pada bayi baru lahir selama perawatan	60%	68,38%	1
45	Persentase rawat gabung	80%	78,97%	1
46	Perawatan metode kanguru	80%	100%	1
47	Angka kejadian keterlambatan operasi SC > 30 Menit	0%	0%	1
48	Angka kejadian keterlambatan penyediaan darah > 60 menit	0%	0%	1
49	Angka kejadian kematian bayi saat persalinan	0%	1,04%	1
50	MOW	Pasien	30	
51	IUD	Pasien	4	
52	Persentase bayi dengan BBLR	8%	20,88%	1
53	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI	47%	88,22%	1
54	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	99,95%	1
55	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh	100%	100%	1
56	Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri	100%	100%	1
57	Kepatuhan upaya pencegahan MRSTI	100%	100%	1
58	Kepatuhan upaya pencegahan risiko perilaku kekerasan	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU REHABILITASI PSIKOSOSIAL				
1	Hasil pencapaian rehabilitasi psikososial	>75%	86,36%	1
2	Asesmen rehabilitasi psikososial	≥80%	99,61%	1
3	Rujukan rehab sesuai indikasi	≥80%	100%	1
4	Persentase rehabilitan yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial	85%	100%	1
5	Pembinaan kelompok swabantu dalam pelayanan kesehatan jiwa 3 kelompok	100%	100%	1
6	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	<25%	13,84%	1
7	Tingkat kemandirian pasien secara fisik dan sosial	100%	100%	1
8	Tingkat kemandirian pasien secara finansial	50%	91,96%	1
9	Waktu tunggu pelayanan rehabilitasi psikososial	30 Menit	10.06 Menit	1
10	Program psikoedukasi rehabilitasi psikososial	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU NAPZA				
1	Asesmen Addiction Severity Index (max 3x24 jam)	100%	100%	1
2	Ketepatan visite dokter spesialis	80%	100%	1
3	Upaya pencegahan pasien jatuh pada kondisi withdrawal	100%	100%	1
4	Konseling selama pasien dirawat	100%	100%	1
5	Terlaksananya sesi terstruktur pada hari kerja	100%	100%	1
6	Terlaksananya terapi vokasional	100%	100%	1
7	Pemeriksaan urine negatif pada pasien pulang	100%	100%	1
8	Asesmen awal medis	100%	100%	1
9	Asesmen awal keperawatan	100%	100%	1
10	Penyuluhan keluarga	80%	93,00%	1
11	Tingkat pengetahuan pasien terhadap keberhasilan program NAPZA	70%	70,31%	0
INDIKATOR MUTU RADIODIAGNOSTIK, IMAGING, DAN ELEKTRONIK				
1	Waktu tunggu pelayanan radiologi (WTPR)	≤ 180 menit	1 Jam 40 Menit	1
2	Kejadian kegagalan hasil pemeriksaan radiologi	≤ 2%	0,28%	1
3	Waktu pemeriksaan radiologi (konvensional non kontras) ≤ 60 menit hingga diterima oleh pasien	80%	80,45%	1
4	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label	100%	100%	1
5	Waktu pelaporan hasil kritis radiologi	≤ 30 menit	17,1 Menit	1
6	Pelaporan hasil kritis radiologi	100%	100%	1
7	Waktu tunggu pelayanan elektromedis	60 Menit	19.18 Menit	1
8	Waktu tunggu pelayanan USG	≤ 180 menit	45.19 Menit	1
INDIKATOR MUTU LABORATORIUM				
1	Waktu tunggu pelayanan laboratorium (WTPL)	< 2 Jam	48.69 Menit	1
2	Waktu pelaporan hasil kritis laboratorium	≤ 30 menit	1.87 Menit	1
3	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	99,62%	1
4	Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium	100%	100%	1
5	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	1
6	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	<5%	0,01%	1
7	Angka kejadian reaksi transfusi	0%	1,27%	0

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET*
8	Efektivitas penggunaan darah	>90%	99,59%	1
9	Waktu tunggu pelayanan laboratorium CITO	50 Menit	21.98 Menit	1
10	Waktu pemeriksaan laboratorium (hematologi rutin) ≤ 60 menit sampai diterima oleh pasien	80%	100%	1
11	PME	90%	100%	PME Covid-19
12	Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan	3 Hari	4.18 Hari	0
INDIKATOR MUTU FARMASI				
1	Ketersediaan obat sesuai formularium RS	90%	100%	1
2	Waktu tunggu pelayanan obat jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	28.47 Menit	1
3	Waktu tunggu pelayanan obat racikan (WTOR)	≤ 60 menit	57.32 Menit	1
4	Waktu tunggu pelayanan farmasi	60 Menit	50.58 Menit	1
5	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat (medication error fase pemberian)	100%	100%	1
6	Kejadian kesalahan peresepan obat (medication error fase peresepan)	0%	0,07%	0
7	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%	97,62%	1
8	Kepatuhan penggunaan formularium RS	100%	100%	1
9	Kepatuhan pelaksanaan UDD	100%	100%	1
10	Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat	100%	100%	1
11	Tidak ada obat expired dalam tahun berjalan	100%	100%	1
13	Pelaksanaan dan Dokumentasi High Alert Double Check	100%	97,63%	1
14	Kepatuhan penyimpanan high alert di unit layanan	100%	99,91%	1
15	Kepatuhan pemberian label high alert di unit layanan	100%	100%	1
16	Perencanaan tahunan BMHP memenuhi TKDN minimal 25%	≥50%	43,20%	1
17	Perencanaan tahunan obat memenuhi TKDN minimal 25%	≥80%	83,99%	1
18	Tidak ada reagen yang expired dalam tahun berjalan	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU GIZI				
1	Ketepatan waktu pemberian diet kepada pasien	90%	94,34%	1
2	Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gizi	≥ 80%	87,00%	1
3	Persentase sisa makanan pasien yang tidak termakan pasien	≤ 20%	15,70%	1
4	Tidak adanya kerusakan makanan	100%	99,98%	1
5	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diit	100%	100%	1
6	Pasien Yang Mendapat Makanan Sesuai Kebutuhan Gizi	100%	100%	1
7	Pencatatan Asuhan Gizi Dalam Rekam Medik	100%	100%	1
8	Pasien Berdiit yang Mendapat Konseling	100%	100%	1
9	Persentase faktor risiko gizi teridentifikasi dengan memadai	≥ 90%	100%	1
10	Persentase pergantian menu dalam 1 bulan	< 5%	0,55%	1
11	Persentase skrining pasien baru dalam waktu 2 x 24	100%	100%	1
12	Persentase balita underweight	17%	15,93%	1
13	Prevalensi balita stunting	28%	14,30%	1
14	Prevalensi balita wasting	9,50%	14,50%	1
15	Persentase ibu hamil kurang energi kronis (KEK) mendapatkan makanan tambahan	80%	100%	Tidak ada pasien
16	Persentase balita kurus mendapat makanan tambahan	85%	100%	1

*Tercapai (1) / Tidak Tercapai (0)

Tabel 5.16
Rekomendasi Indikator Mutu Unit di Direktorat Pelayanan Medik dan Keperawatan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

UNIT KERJA	DESKRIPSI
Instalasi Gawat Darurat	<p>Dari 12 indikator IGD masih terdapat 4 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Dokter 95,14% (standar 100%) ▪ Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Perawat 84,38% (standar 100%) ▪ Waktu pelayanan pasien di IGD \leq 4 Jam 86,43% (standar 90%) ▪ Waktu masuk rawat inap \leq 60 menit 87,09% (standar 90%) <p>Rekomendasinya:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seluruh Dokter dan Perawat harus mempunyai sertifikat kegawatdaruratan ▪ Indikator waktu pelayanan pasien di IGD \leq 4 Jam dan Waktu masuk rawat inap \leq 60 menit sudah tertuang dalam rekomendasi inisiatif perbaikan waktu pelayanan end to end ▪ Berdasarkan hasil evaluasi dengan tim rekam medik, Instalasi Laboratorium, dan Instalasi Gawat Darurat terdapat pengeluaran biaya yang cukup besar untuk pemeriksaan laboratorium pasien di IGD, kiranya dapat dilakukan pemantauan dan pengendalian pemeriksaan laboratorium apa saja yang dapat dilakukan di IGD. ▪ Adanya penetapan CP sejak pasien di IGD
Instalasi Rawat Jalan	<p>Dari 24 indikator Rawat jalan, masih terdapat 5 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ) 64,79 menit (standar \leq 60 menit) ▪ Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang 64,29% (standar 80%) ▪ Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik 73,18% (standar 85%) ▪ Antiretroviral Therapy (ART) 72,96% (standar 100%) ▪ Infeksi Oportunistik (IO) 10,31% (standar 0%) <p>▪ Ada 1 indikator yang tidak dapat diukur karena tidak ada pasien, yaitu indikator IDU (Injecting Drug User)</p> <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ WTRJ sudah tercantum pada rekomendasi INM ▪ WTRJ tanpa pemeriksaan penunjang dan ketepatan waktu layanan di poliklinik sudah tercantum dalam rekomendasi inisiatif perbaikan waktu pelayanan end to end ▪ Edukasi berobat rutin ke Poli Pita Aruna untuk kontrol sesuai jadwal dan mendapat ART secara rutin ▪ Melibatkan pendamping pasien HIV/AIDS untuk program terapi pasien ▪ Pentingnya PMO untuk memantau obat dan nutrisi pasien
Instalasi Rawat Inap	<p>Dari 63 indikator, masih terdapat 5 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assesment awal medis 99,02% (standar 100%) ▪ Assesment awal keperawatan 99,37% (standar 100%) ▪ Realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1 74,50% (standar 90%) ▪ Persentase penanganan fase akut pasien gangguan jiwa di PHCU 97,88% (standar 100%) ▪ Pertolongan persalinan melalui SC 81,92% (standar \leq 20%) ▪ Persentase IMD 56,08% (standar \geq 80%) <p>Kondisi saat ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pada bulan November tidak ada pasien gangguan jiwa laki-laki yang tidak mengalami penurunan skor PANSS-EC \leq 12 dalam waktu \leq 7 hari dan atau dirawat kembali di ruang intensif psikiatri; ▪ Sudah dilakukan upaya komunikasi dengan DPJP terkait terapi yang akan diberikan kepada pasien gaduh gelisah namun respon pasien terhadap program terapi berbeda-beda; ▪ Pertolongan persalinan melalui SC tinggi karena RSJMM merupakan rujukan untuk kasus persalinan ibu dengan penyulit; ▪ Terdapat ibu yang tidak melakukan IMD karena kondisi ibu yang tidak memungkinkan melakukan IMD (asfiksia, HIV+, BBLR, Covid-19); <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memasukkan indikator kepatuhan pengisian asesmen awal medis dan keperawatan dalam penilaian kinerja pegawai ▪ Supervisi dari Timker Pelayanan Medik dan Keperawatan ▪ Realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1 sudah tercantum pada evaluasi inisiatif ▪ Penanganan pasien gaduh gelisah dengan melakukan kolaborasi antara perawat dan DPJP ▪ Optimalisasi medikasi mentosa sesuai dengan rekomendasi DPJP untuk penanganan pasien gaduh gelisah agar mengalami penurunan skor PANSS-EC \leq 15 dalam waktu \leq 7 hari dan / atau tidak dirawat kembali di ruang intensif psikiatri setelah dipindahkan ke ruang stabilisasi ▪ Melakukan review kembali indikator pertolongan persalinan melalui SC, persentase IMD, dan persentase bayi dengan BBLR sesuai dengan kondisi di RSJMM ▪ Melakukan perhitungan sampel sesuai dengan kamus indikator yang telah disepakati ▪ Melakukan pemantauan dan pengendalian biaya pasien yang dirawat inap
Instalasi Rehabilitasi Psikososial	Seluruh indikator IRP sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan

UNIT KERJA	DESKRIPSI
	<p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Review indikator Instalasi IRP ▪ Inovasi pelayanan rehabilitasi psikososial agar ada pembaruan program sesuai dengan minat dan bakat pasien ▪ Perlu dilakukan validasi data indikator Instalasi IRP sehubungan dengan Kepala Instalasi IRP sebagai PIC Data Instalasi IRP
Instalasi Napza	<p>Dari 11 indikator, sudah mencapai standar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikator tingkat pengetahuan pasien terhadap keberhasilan program Napza mengalami penurunan disebabkan oleh latar belakang pendidikan pasien yang berbeda-beda <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pendekatan petugas untuk memberikan pemahaman pada pasien terkait program sesi edukasi Napza untuk meningkatkan pengetahuan pasien terhadap program Napza; ▪ Melakukan review kembali terhadap pertanyaan untuk mengukur tingkat pengetahuan pasien agar dapat dipahami oleh seluruh latar belakang pendidikan pasien atau dapat menetapkan kriteria eksklusi untuk pengukuran indikator tersebut; ▪ Pertahankan capaian
Instalasi Radiodiagnostik, Imaging, dan Elektromedik	<p>Dari 8 indikator, seluruhnya sudah mencapai standar di tahun 2023.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konsistensi dokter spesialis radiologi untuk melakukan pembacaan hasil radiologi sesuai dengan standar waktu yang telah ditetapkan; ▪ Tindak lanjut realisasi pengadaan PACS; ▪ Tindak lanjut realisasi paperless hasil pemeriksaan radiologi; ▪ Pertahankan capaian
Instalasi Laboratorium	<p>Dari 12 indikator, ada 3 indikator belum tercapai yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelaporan hasil kritis laboratorium 99,62% (standar 100%) ▪ Angka kejadian reaksi transfusi 1,27% (standar 0%) ▪ Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan 4,18 hari (standar 3 hari) <p>Kondisi saat ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelaporan hasil kritis laboratorium tidak tercapai 100% disebabkan karena bulan Februari waktu pelaporan hasil kritis ada yang melebihi 30 menit akibat kesalahan teknis yang berdampak pada hasil rerata capaian di tahun 2023; ▪ Angka kejadian reaksi transfusi tinggi karena jumlah pemberian transfusi yang sedikit, ketika terjadi 1 kasus reaksi transfusi capaiannya langsung meningkat (Pada Bulan Januari = 1 kasus dari 23 transfusi, Pada Bulan Februari = 1 kasus dari 31 transfusi, Bulan Maret 1 kasus 26 transfusi, dan Bulan November = 1 kasus dari 24 transfusi); ▪ Sudah dilakukan uji profisiensi Pemantapan Mutu Eksternal (PME) PCR Covid-19 Tahun 2023 pada tanggal 3 Juli 2023 dengan nilai penuh; ▪ Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan belum tercapai dikarenakan 11 bulan terakhir waktu tunggu layanan masih lebih dari 3 hari. ▪ Sudah dilakukan usulan pemilihan provider agar hasil pemeriksaan laboratorium dapat dilakukan secara paperless. <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tindak lanjut realisasi paperless hasil pemeriksaan laboratorium ▪ Berkoordinasi dengan Instalasi SIRS terkait proses pengajuan provider untuk hasil pemeriksaan laboratorium paperless; ▪ Berkoordinasi dengan laboratorium rujukan (RS Azra) terkait standar waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan agar hasil dapat diterima ≤ 3 hari.
Instalasi Farmasi	<p>Dari 18 indikator, terdapat 3 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kejadian kesalahan peresepan obat (medication error fase peresepan) 0,07% (standar 0%) ▪ Pelaksanaan dan Dokumentasi High Alert Double Check 97,63% (standar 100%) ▪ Perencanaan tahunan BMHP memenuhi TKDN 43,20% (standar ≥50%) <p>Kondisi saat ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terdapat 102 kejadian kesalahan peresepan obat pada selama Tahun 2023 Medication error terjadi pada resep obat racikan ▪ Ada 2 pelaksanaan dokumentasi double check high alert yang dilakukan tidak sesuai standar (hanya di cek satu orang) ▪ BMHP yang datang pada bulan Juni hampir semua barang gigi, sehingga mayoritas tidak ada TKDN <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kepatuhan petugas farmasi untuk menyelesaikan task obat serah pada SIMRS ▪ Meningkatkan kepatuhan petugas untuk melengkapi formulir laporan insiden dan investigasi sederhana untuk kejadian medication error baik fase pemberian maupun fase peresepan ▪ Melakukan supervisi terkait pelayanan resep oleh Kepala Unit dan/atau Kepala Instalasi Farmasi

UNIT KERJA	DESKRIPSI
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meningkatkan kepatuhan petugas farmasi rawat inap untuk patuh dalam melakukan dokumentasi high alert double check dan diberi paraf oleh dua petugas sesuai dengan standar SKP ▪ Koordinasi BMHP agar memenuhi standar TKDN
Instalasi Gizi	<p>Dari 16 indikator, seluruhnya sudah mencapai standar</p> <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinasi dengan Puskesmas setempat untuk penanganan balita wasting di komunitas ▪ Beri ASI eksklusif bagi bayi di 6 bulan pertama kehidupan ▪ Beri makanan tambahan dengan gizi seimbang untuk pasien wasting ▪ Menerapkan pola hidup bersih dan sehat (PHBS) ▪ Edukasi terkait stunting dan wasting di keluarga dan komunitas

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

Hasil capaian indikator mutu unit kerja di Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional tahun 2023 adalah:

Tabel 5.17
Indikator Mutu Unit di Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET*
INDIKATOR MUTU PELAKSANA KEUANGAN				
1	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	100%	100,00%	1
2	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif)	100%	100,00%	1
3	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100,00%	1
4	Tingkat efisiensi anggaran	90%	N/A	Diukur per semester
INDIKATOR MUTU AKUNTANSI DAN BMN				
1	Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA)	TW I 15% TW II 40% TW III 60% TW IV 90%	87,99%	0
2	Rasio kas	240-300%	278,24%	1
3	Rasio lancar	>600%	3400,39%	1
4	Periode penagihan piutang	<30 hari	29,45 Hari	1
5	Perputaran aset tetap	>20%	1,00%	0
6	Imbalan atas aset tetap	>6%	-0,11%	0
7	Imbalan ekuitas	>8%	-0,11%	0
8	Rasio PNPB terhadap biaya operasional (POBO)	45%	59,49%	1
9	Tingkat pertumbuhan pendapatan	2,5%	-7,17%	0
10	Perputaran persediaan	30-35 Hari	44.10 Hari	0
INDIKATOR MUTU PERENCANAAN PROGRAM, ANGGARAN, DAN EVALUASI				
1	Kelengkapan dan ketepatan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100,00%	1
2	Kelengkapan dan ketepatan pelaporan rumah sakit	100%	100,00%	1
3	Persentase realisasi kegiatan evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen	60%	100,00%	1
4	Persentase dokumen perencanaan yang sesuai dengan ketentuan	100%	N/A	Belum dilakukan pengukuran
INDIKATOR MUTU HUKUM DAN HUMAS				
1	Ketersediaan informasi tempat tidur RS dalam bentuk display, online, real time	100%	100%	1
2	Ketersediaan Informasi Jadwal Dokter Poliklinik	100%	N/A	Belum dilakukan pengukuran
3	Ketersediaan informasi RS yang mudah diakses masyarakat (Poster, Leaflet, dan web dinamis 100%, Poster, leaflet, dan web statis 75%, Poster dan leaflet 50%, Poster 25%)	100%	100%	1
4	Tingkat efektivitas penggunaan media informasi rumah sakit	75%	N/A	Belum dilakukan pengukuran
5	Kecepatan respon terhadap komplain Dokumen pendukung: 1. Form komplain sesuai grading 2. Analisa komplain 3. Hasil tindak lanjut (rapat, dll)	≥80%	100%	1
6	Kepuasan pelanggan RS	≥80%	88,25%	1

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET*
7	Persentase pelaksanaan perjanjian kerja sama	80%	N/A	Belum dilakukan pengukuran
INDIKATOR MUTU TATA USAHA DAN RUMAH TANGGA				
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi dan struktural	100%	100%	1
2	Waktu proses administrasi persuratan	≤ 1 Minggu	5.92 Hari	1
3	Penerapan GNSTA	60%	81,48%	1
4	Terlaksananya program manajemen gedung, sarpras, alat medik dan non medik, manajemen sistem utilitas	100%	100%	1
5	Terlaksananya program manajemen cleaning service	100%	90,61%	0
6	Ketersediaan mobil ambulans, jenazah dan keswa	100%	100%	1
7	Ketersediaan mobil ambulans/jenazah 24 jam	100%	100%	1
8	Terlaksananya program pemeliharaan ambulans, mobil jenazah, dan mobil keswa	100%	100%	1
9	Waktu tanggap pelayanan ambulans dan mobil jenazah ≤ 30 menit (Ambulans IGD, Ambulans Rujuk, Ambulans Ruang, Ambulans Jenazah)	100%	99,18%	0
10	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam	≥ 90%	100%	1
11	Waktu tanggap pelayanan administrasi jenazah ≤ 30 menit	≥ 90%	100%	1
12	Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution (UP)	100%	100%	1
13	Kepatuhan penggunaan APD sesuai standar (tutup kepala, google, masker, sarung tangan, skort dan sepatu boot)	100%	100%	1
13	Ketepatan pemasangan identitas pada jenazah	100%	100%	1
14	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan BHD, PPI dasar, kesiapsiagaan bencana	100%	90,36%	0
15	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS	100%	88,87%	0
16	Evaluasi terhadap sistem pengamanan setiap bulan	100%	98,61%	0
17	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100%	100%	1
18	Pemenuhan Sarana dan Prasarana Layanan Unggulan (Napza, Rehabilitasi Psikososial, dan PDC)	80%	80%	1
19	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar (KFK)	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU CSSD DAN BINATU				
1	Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	100%	1
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	1
3	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	100%	1
4	Tingkat kepatuhan sentralisasi linen rawat inap	100%	98,29%	1
5	Tingkat kepatuhan sentralisasi alkes	100%	98,03%	0
6	Ketepatan suhu pengeringan (60-95 Celcius)	100%	100%	1
7	Ketepatan waktu penyediaan alat steril	100%	100%	1
8	Ketersediaan alat steril	100%	99,98%	1
9	Ketersediaan alkes steril untuk poli gigi	100%	100%	1
10	Ketersediaan alkes steril untuk kamar operasi	100%	100%	1
11	Ketepatan baku mutu CSSD	100%	100%	1
12	Baku mutu Binatu	100%	100%	1
13	Tidak adanya alkes yang expired	100%	97,14%	0
INDIKATOR MUTU PEMELIHARAAN SARANA PRASARANA RUMAH SAKIT				
1	Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal	100%	99,67%	0
2	Tingkat Keandalan Sarpras / Overall Equipment Effectiveness (OEE)	85%	85,50%	1
3	Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥80%	100%	1
4	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan (Radiologi, CT-Scan)	100%	100%	1
5	Ketepatan waktu pemeliharaan utilitas dan mesin (AC, Boiler, Lift, Trafo, Genset)	100%	N/A	Belum dilakukan pengukuran
6	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Sarana dan Prasarana	100%	N/A	Belum dilakukan pengukuran
7	Waktu Tanggap Kerusakan Gedung < 2 Jam	100%	99,25%	0
8	Kelas rawat inap sesuai standar (KRIS)	60%	33,33%	0
9	Ketersediaan bahan bakar dan genset	100%	100%	1
10	Ketepatan waktu pemenuhan utilitas (listrik, air, genset, gas medis)	100%	100%	1

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET*
2	Waktu tanggap penanganan kerusakan software ≤ 30 menit	90%	100%	1
3	Ketepatan waktu maintenance hardware	100%	100%	1
4	Ketepatan waktu maintenance software	100%	100%	1
5	Waktu tanggap down time ≤ 5 menit	100%	N/A	Belum dilakukan pengukuran
6	Persentase realisasi program sistem informasi	100%	N/A	Belum dilakukan pengukuran
7	Tingkat efektivitas dan efisiensi modul layanan rumah sakit	80%	N/A	Belum dilakukan pengukuran
8	Tingkat teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri	TW I 25% TW II 50% TW III 75% TW IV 100%	N/A	Belum dilakukan pengukuran
INDIKATOR MUTU VERIFIKASI DAN PENJAMINAN PASIEN				
1	Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat jalan	≤ 2 hari kerja	0,11 Hari	1
2	Waktu melengkapi berkas tagihan pasien rawat inap	≤ 2 hari kerja	1,44 Hari	1
3	Kelengkapan berkas tagihan rawat jalan	100%	100%	1
4	Kelengkapan berkas tagihan rawat inap	100%	100%	1
5	Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat jalan	100%	100%	1
6	Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat inap	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT				
1	Tingkat kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa	95%	100%	1
2	Konsultasi dan koordinasi program kesehatan jiwa	85%	100%	1
3	Tingkat kualitas kemitraan, kerja sama lintas program dan lintas sektor	90%	92,50%	1
4	Tingkat kemandirian advokasi kesehatan jiwa	80%	100%	1
5	Promosi kesehatan eksternal:			
	Program kesehatan ibu dan bayi	70%	100%	1
	Program kesehatan TB	70%	100%	1
	Program kesehatan HIV/AIDS	70%	100%	1
	Program kesehatan Stunting dan Wasting	70%	100%	1
	Promosi kesehatan pelayanan keluarga berencana	70%	100%	1
	Promosi kesehatan geriatri	70%	100%	1
	Program kesehatan ke sekolah	70%	95,83%	1
	Program kesehatan ke instansi pemerintah dan swasta	70%	100%	1
6	Promosi kesehatan internal	85%	100%	1
7	Tingkat kualitas intervensi krisis	85%	94,44%	1
8	Persentase pasien psikiatri yang dilayani case management	50%	100%	1
9	Kepatuhan pemberian informasi dan edukasi	80%	100%	1
10	Ketersediaan media informasi cetak dan elektronik	70%	100%	1
11	Ketepatan pelaksanaan metode TBAK	100%	100%	1
12	Kepatuhan pelaksanaan handover	100%	100%	1
INDIKATOR MUTU UNIT LAYANAN PENGADAAN				
1	Kelengkapan dokumen lelang	100%	100%	1
2	Persentase gagal lelang	≤ 20%	2,11%	1
3	Kejadian sanggahan pada lelang	≤ 2%	0%	1
4	Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN)	70%	N/A	Tidak ada pembelian alkes
5	Ketepatan waktu proses pengadaan langsung	1 Bulan	100%	1
6	Ketepatan waktu proses pengadaan tender	100%	100%	1
7	Ketepatan waktu pelaksanaan kontrak	100%	100%	1
8	Proses negosiasi ulang kontrak	<20%	0%	1
INDIKATOR MUTU UNIT PENGEMBANGAN BISNIS (PERINTIS APEL)				
1	Optimalisasi pemanfaatan aset (rumah duka, lapangan golf, lapangan bola)	Tahun ke 1 = 30% Tahun ke 2 = 40%	75,00%	1

NO	INDIKATOR MUTU	STANDAR	TAHUN	KET*
		Tahun ke 3 = 50% Tahun ke 4 = 60% Tahun ke 5 = 70%		
2	Kepuasan pelanggan	80%	N/A	Tidak dapat diukur
3	Ketersediaan sarana dan prasarana	60%	20,03%	0
4	Angka kejadian insiden pada petugas	0	0	1
5	Angka kejadian insiden pada pelanggan	0	0	1

*Tercapai (1) / Tidak Tercapai (0)

Tabel 5.18
Rekomendasi Indikator Mutu Unit di Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional
Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

UNIT KERJA	DESKRIPSI
Keuangan dan BMN	<p>Selama tahun 2023 dari 14 indikator keuangan dan BMN, masih terdapat 6 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA) 87,99% (standar 90%) Perputaran aset tetap 1% (standar >20%) Imbalan atas aset tetap -0,11% (standar >6%) Imbalan ekuitas -0,11% (standar >8%) Tingkat pertumbuhan pendapatan -7,17% (standar 2,5%) Perputaran persediaan 44,10 hari (standar 30-35 hari) <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Optimalisasi pengelolaan aset untuk meningkatkan pendapatan operasional Meningkatkan pendapatan BLU dari pendapatan pelayanan, kerja sama dengan pihak lain, sewa, dll. Lakukan pengukuran tingkat efisiensi anggaran
Perencanaan Program, Evaluasi dan Anggaran	<p>Selama tahun 2023, dari 4 indikator perencanaan dan seluruhnya sudah mencapai standar</p> <p>Kondisi saat ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pada Bulan November Tahun 2023 dari 17 kontrak klinis dan kontrak manajemen sudah dilakukan evaluasi kontrak sebanyak 11 dan pada Bulan Desember seluruh kontrak yang ada sudah dilakukan evaluasi. <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pertahankan capaian yang sudah tercapai
Hukum dan Hubungan Masyarakat	<p>Dari 7 indikator, 4 indikator sudah tercapai, perlu dipertahankan. Masih terdapat 3 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ketersediaan Informasi Jadwal Dokter Poliklinik Tingkat efektivitas penggunaan media informasi rumah sakit Persentase pelaksanaan perjanjian Kerja sama <p>Kondisi saat ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sudah dilakukan sosialisasi pada indikator mutu Tim kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat yang belum terukur dan akan mulai dilakukan pengukuran bulan selanjutnya; Ketersediaan informasi jadwal dokter di poliklinik terkendala menunggu perubahan jadwal praktik dari Pelayanan Medik; Tingkat efektivitas penggunaan media informasi rumah sakit akan diukur di akhir tahun 2023 masih dalam proses penyusunan kuesioner. <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Menyediakan informasi terkait jadwal praktik dokter di poliklinik yang dapat diakses oleh pasien Melakukan survei tingkat efektivitas penggunaan media informasi rumah sakit pada tahun 2023 Melakukan survei kepuasan pelanggan eksternal Melakukan survei patient experience Melakukan pengukuran terkait kesesuaian PKS dengan realisasinya
Tata Usaha dan Rumah Tangga	<p>Dari 19 indikator, 16 indikator sudah tercapai, perlu dipertahankan. Masih terdapat 3 indikator yang belum tercapai, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Terlaksananya program manajemen cleaning service Waktu tanggap pelayanan ambulans dan mobil jenazah ≤ 30 menit (Ambulans IGD, Ambulans Rujuk, Ambulans Ruangan, Ambulans Jenazah)

UNIT KERJA	DESKRIPSI
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemenuhan Sarana dan Prasarana Layanan Unggulan (Napza, Rehabilitasi Psikososial, dan PDC) <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lakukan seluruh elemen kegiatan manajemen cleaning service di setiap gedung yang ada di RS ▪ Memastikan pelayanan ambulans baik dari Internal IGD, internal Non IGD dengan waktu tanggap ≤30 Menit ▪ Memastikan terlaksananya pengawasan petugas keamanan di RS untuk menjaga keamanan dan keamanan pasien, staf, dan aset rumah sakit. Satpam bertanggung jawab untuk memantau dan mengawasi aktivitas di seluruh area rumah sakit, termasuk pintu masuk, ruang tunggu, area parkir, dan area rawat inap ▪ Memastikan terpenuhinya sarana dan prasarana layanan unggulan yang ada di RSJMM (Layanan Napza, Rehabilitasi Psikososial, dan PDC)
CSSD dan Binatu	<p>Dari 12 indikator, 10 indikator sudah tercapai, dan 3 indikator belum mencapai standar, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tingkat kepatuhan sentralisasi linen rawat inap 98,29% (standar 100%) ▪ Tingkat kepatuhan sentralisasi alkes 98,03% (standar 100%) ▪ Tidak adanya alkes yang expired 97,14% (standar 100%) <p>Kondisi saat ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ditemukan alkes yang expired di ruang UPIP dan ICU ▪ Belum semua ruangan patuh untuk melakukan sentralisasi alkes <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Feedback kepada ruang rawat inap terkait kepatuhan sentralisasi linen ▪ Melakukan monev alkes di ruang rawat inap ▪ Mengoptimalkan sentralisasi alkes steril di ruang ranap, ICU, kamar operasi, dan Poli gigi untuk mencegah adanya alkes yang expired
IPSRS	<p>Dari 11 indikator, 3 indikator yang belum mencapai standar yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal 99,67% (standar 100%) ▪ Waktu Tanggap Kerusakan Gedung < 2 Jam 99,25% (standar 100%) ▪ Kelas rawat inap sesuai standar 33,33% (standar 60%) <p>Ada 2 belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ketepatan waktu pemeliharaan utilitas dan mesin (AC, Boiler, Lift, Trafo, Genset) ▪ Ketepatan waktu pemeliharaan sarana dan prasarana <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lakukan pengukuran pada indikator yang belum diukur ▪ Pemenuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar kelas rawat inap ▪ Dokumentasi pencatatan respon time pelayanan IPSRS (laporan dari ruangan dan waktu tanggapnya realtime)
Kesling dan K3RS	<p>Dari 20 indikator 9 yang sudah tercapai, terdapat 7 indikator yang belum tercapai, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capaian Baku Mutu Air Limbah 91,67% (standar 100%) ▪ Penyelenggaraan Pengelolaan Limbah Padat Infeksius Sesuai dengan Aturan 85,82% (standar 100%) ▪ Capaian Implementasi DELH 78,25% (standar 100%) ▪ Capaian Toilet yang Memenuhi Syarat Hygiene Sanitasi 76,79% (standar 85%) ▪ Capaian Hygiene Sanitasi Tenant Sesuai dengan Aturan (Gizi) 78,92% (standar 85%) ▪ Pelaporan kondisi tidak aman 92,47% (standar 100%) ▪ Tidak adanya kejadian aksiden 99,89% (standar 100%) ▪ Ketepatan waktu pelaporan insiden dan aksiden 87,50% (standar 100%) ▪ Tindak lanjut penanganan insiden dan aksiden 82,50% (standar 100%) <p>Terdapat 2 indikator belum dilaksanakan, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemeriksaan MMPI untuk pegawai ▪ Pemeriksaan psikotropika pegawai <p>Terdapat 1 indikator belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kepatuhan pelaksanaan pemeriksaan kesehatan berkala <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Optimalisasi pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan ▪ Standar toilet di RS dengan luas 20 m², terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toilet umum ▪ Toilet disabilitas di area publik ▪ Toilet ruangan ▪ Toilet pasien ▪ Toilet pegawai ▪ Handrail pada toilet disabilitas ▪ Hal yang perlu diperhatikan dalam hygiene toilet ▪ Pemisahan toilet (pria dan wanita)

UNIT KERJA	DESKRIPSI
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Air bersih ▪ Kloset ▪ Wastafel ▪ Air limbah ▪ Lantai ▪ Letak toilet ▪ Ventilasi ▪ Tempat sampah ▪ Pengecekan rutin toilet setiap jam (lembar checklist) ▪ Monev Instalasi K3KL untuk toilet area publik ▪ Optimalisasi penataan lingkungan rumah sakit ▪ Lakukan pengukuran indikator yang belum diukur ▪ Implementasi gerakan kantor berhias dan pemenuhan elemen penilaiannya ▪ Pengukuran dan pelaporan insiden secara elektronik dan lakukan investigasi/RCA ▪ Melakukan sosialisasi dan/atau edukasi kepada seluruh pegawai akan kesadaran dan pentingnya untuk melaporkan setiap insiden dan/atau aksiden yang dialami
Rekam Medik	<p>Selama tahun 2023 dari 10 indikator, terdapat 5 indikator yang belum mencapai standar yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kelengkapan pengisian jati diri / identitas pasien (termasuk foto pada pasien psikiatri ranap) 96.07% (standar 100%) ▪ Kepatuhan pengisian elektronik rekam medik 88,66% (standar 100%) ▪ Persentase pelaksanaan retensi 73,11% (standar 100%) ▪ Kepatuhan penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan simbol 99,47% (standar 100%) ▪ Kepatuhan identifikasi pasien (nama, no rm, tgl lahir, dan foto) 99,58% (standar 100%) <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisi pedoman ERM sesuai standar PMK ERM dan KMK standar akreditasi rumah sakit. ▪ Melengkapi buku pedoman kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan simbol ▪ Melakukan sosialisasi pedoman kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan simbol pada seluruh PPA ▪ Monev dan supervisi kepatuhan pengisian ERM ▪ Himbauan kepada seluruh PPA untuk patuh dalam mengisi ERM ▪ Feedback kepada seluruh PPA terkait kepatuhan ERM ▪ Updating kode diagnosis sesuai dengan ICD X ▪ Koordinasi Instalasi Rekam Medik dan Instalasi SIRS untuk kelengkapan formulir ERM yang di revisi ataupun usulan formulir baru ▪ Memberikan feedback rutin tatalaksana klaim BPJS berdasarkan pada berita acara kesepakatan bersama panduan penatalaksanaan solusi permasalahan klaim INA CBG
SIRS	<p>Dari 8 indikator SIRS, sudah tercapai 4 indikator perlu dipertahankan. Masih terdapat 4 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Waktu tanggap down time \leq 5 menit ▪ Persentase realisasi program sistem informasi ▪ Tingkat efektivitas dan efisiensi modul layanan rumah sakit ▪ Tingkat teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri ▪ Keempat indikator tersebut sudah dilakukan pembahasan dengan Instalasi SIRS dan akan mulai dilakukan pengukuran di tahun 2024 <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Validasi data indikator SIRS ▪ Identifikasi kebutuhan terkait IT di RS ▪ Pemetaan prioritas pemenuhan IT di RS ▪ Pemenuhan SDM SIRS sesuai ABK ▪ Melakukan pelatihan SDM SIRS untuk pengetahuan terkait software ▪ Maintenance jaringan dan software secara periodik ▪ Pengadaan server sesuai dengan kapasitas dan spesifikasi yang dibutuhkan ▪ Usulan server eksternal ▪ Usulan door lock ruang server untuk keamanan data ▪ Kerja sama dengan eksternal terkait mirroring data ▪ Optimalisasi aplikasi RSJMM Care ▪ Dukungan manajemen terhadap kebutuhan teknologi informasi di RS ▪ Segera menyelesaikan bridging VClaim dan penerbitan SEP dari APM ▪ Menjaga kestabilan internet ▪ Pengukuran pada 4 indikator yang belum diukur
VAPP	<p>Seluruh indikator VAPP sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinasi Tim Casemix terkait penagihan klaim ▪ Pertahankan capaian
PKRS	<p>Seluruh indikator PKRS sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kolaborasi dengan unit terkait tentang masalah pasien di RS dan di komunitas

UNIT KERJA	DESKRIPSI
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinasi internal dan eksternal untuk proses pemulangan pasien ▪ Optimalisasi edukasi di masyarakat untuk PROGNAS, Kesehatan Jiwa, dan Program RSJMM lainnya ▪ Koordinasi dengan Timker Pelayanan Keperawatan terkait penjemputan pasien ACT ▪ Penyediaan media edukasi yang bisa diakses secara online melalui barcode
ULP	<p>Dari 8 indikator ULP, sudah tercapai 7 indikator perlu dipertahankan. Masih terdapat 1 indikator yang tidak dapat terukur yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tingkat komponen dalam negeri (TKDN) karena tidak ada pembelian alkes
Unit Pengembangan Bisnis (Perintis Apel)	<p>Dari 5 indikator Perintis APEL, 1 indikator sudah tercapai, 2 indikator tidak ada kejadian insiden, 1 indikator kepuasan pelanggan tidak dapat terukur karena tidak ada pengunjung yang mengisi survei, dan 1 indikator belum mencapai standar yaitu ketersediaan sarana dan prasarana.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemenuhan sarana dan prasarana untuk menunjang pelayanan pengembangan bisnis sesuai dengan kebutuhan. ▪ Memastikan agar pengunjung mengisi survei kepuasan pelanggan.

5.7.3 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian

Hasil capaian indikator mutu unit kerja di Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian tahun 2023 adalah:

Tabel 5.19
Indikator Mutu Unit di Direktorat SDM, Pendidikan, dan Penelitian Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	TAHUN	KET*
INDIKATOR MUTU ORGANISASI DAN SUMBER DAYA MANUSIA				
1	Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki surat penugasan klinis	100% Target TW 1-4 = 100%	N/A	Belum dilakukan pengukuran
2	Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR)	100% Target TW 1-4 = 100%	N/A	Belum dilakukan pengukuran
3	Persentase disiplin pegawai sesuai budaya kinerja	85% Target TW 1-4 = 85%	100%	1
4	Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar	85% Target TW 1-4 = 85%	89,26%	1
5	Persentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar persyaratan jabatan	85% Target TW 1-4 = 85%	96,71%	1
6	Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan formal	2%	N/A	Belum dilakukan pengukuran
7	Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan non formal	5%	N/A	Belum dilakukan pengukuran
INDIKATOR MUTU PENDIDIKAN DAN PELATIHAN				
1	Rasio peserta pendidikan klinis dengan staf yang memberikan pendidikan klinis Koas 5:1	100%	100%	1
	PPDS 3:1	100%	100%	1
	Perawat 5:1	100%	100%	1
	Profesi lain 5:1	100%	100%	1
2	Kepatuhan peserta didik melaksanakan kebersihan tangan	85%	98,46%	1
3	Kepatuhan peserta didik melaksanakan etika batuk	85%	98,26%	1
4	Kepatuhan peserta didik melaksanakan identifikasi pasien	85%	98,31%	1
5	Keterlibatan peserta didik melaksanakan edukasi kebersihan tangan	80%	98,26%	1
6	Keterlibatan Peserta didik melaksanakan edukasi etika batuk	80%	98,26%	1
7	Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis	80%	87,74%	1
8	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	80% Target TW 1 = 20%, TW 2 =40%, TW 3 = 60%, TW 4 = 80%	46,41%	0
9	Tingkat partisipasi / kehadiran pegawai dalam pelatihan internal	80%	93,97%	1
10	Evaluasi pasca pelatihan	90%	98,51%	1
INDIKATOR MUTU PENELITIAN				
1	Penelitian klinis oleh staf internal	100% Target TW 1 = Poin 1 ; TW 2 = Poin 1-3 ; TW 3 = Poin	100%	1

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	TAHUN	KET*
		1-5 ; TW 4 = Poin 1-6		
2	Penelitian non klinis oleh staf internal	100% Target TW 1 = Poin 1 ; TW 2 = Poin 1-3 ; TW 3 = Poin 1-5 ; TW 4 = Poin 1-6	100%	1
3	Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional	100%	100%	1

*Tercapai (1) / Tidak Tercapai (0)

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

Tabel 5.20
Rekomendasi Indikator Mutu Unit di Direktorat SDM, Pendidikan, dan Umum Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor

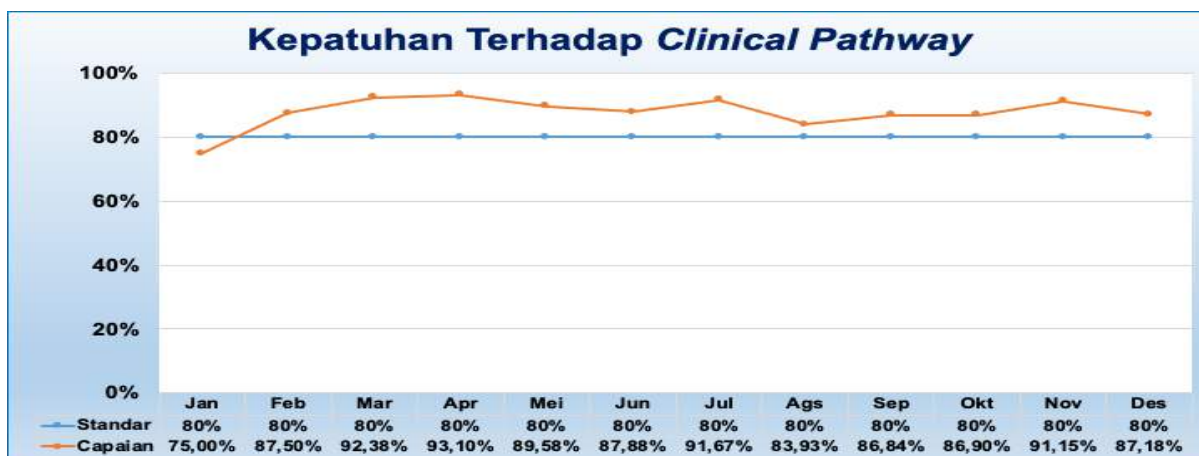
UNIT KERJA	DESKRIPSI
Organisasi dan SDM	<p>Dari 7 indikator mutu tim kerja organisasi dan SDM, sudah tercapai 3 indikator, perlu dipertahankan. Masih terdapat 4 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki surat penugasan klinis ▪ Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) ▪ Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan formal ▪ Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan non formal <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perlu dilakukan pengukuran pada indikator yang belum diukur ▪ Pemenuhan kebutuhan ABK rumah sakit (rekrutmen/mutasi internal Kementerian Kesehatan) ▪ Pemetaan kebutuhan pelatihan pegawai sesuai dengan standar persyaratan jabatan ▪ Pemenuhan usulan kebutuhan peningkatan kompetensi pegawai sesuai dengan tugas dan fungsinya ▪ Feedback presensi kepada seluruh pegawai ▪ Aplikasi e-kinerja untuk mengukur kinerja individu pegawai rumah sakit ▪ Penerapan reward and punishment untuk pegawai yang melakukan pekerjaan sesuai dengan tugas dan fungsi, tugas tambahan, dan inovasi ▪ Rapat koordinasi direktorat SPU untuk pembagian indikator sesuai SOTK yang baru
Pendidikan dan Pelatihan	<p>Dari 10 indikator Diklit, 1 indikator belum tercapai, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam 46,41% (standar 80%) <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mapping pelatihan pegawai ▪ Memfasilitasi kebutuhan pelatihan pegawai agar tercapai pelatihan minimal 20 jam per tahun
Penelitian	<p>Dari 3 indikator tim kerja penelitian, seluruhnya sudah mencapai standar</p> <p>Rekomendasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivasi pegawai untuk melakukan penelitian di RS ▪ Kerja sama dengan instansi lain untuk pembiayaan penelitian ▪ Reward untuk pegawai yang melakukan penelitian

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

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

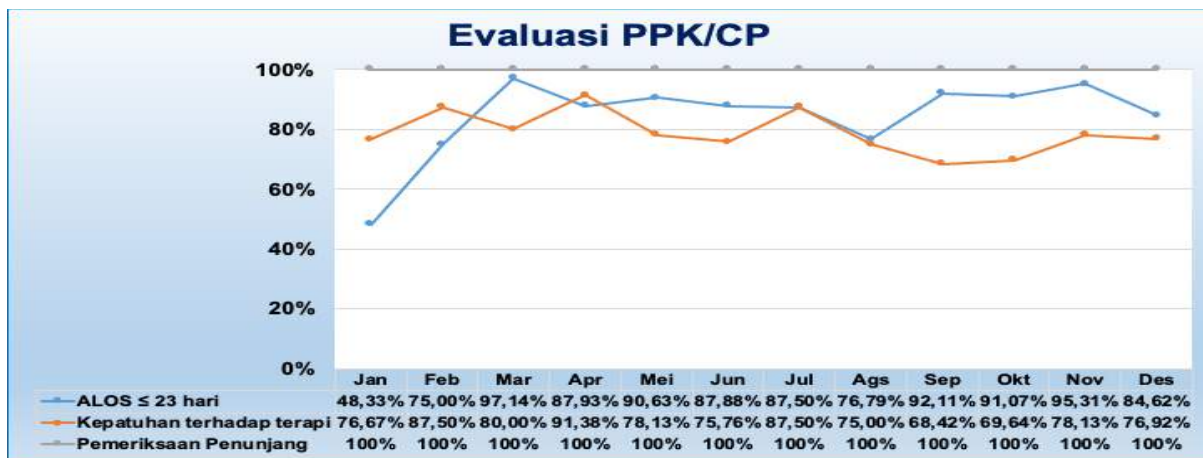
Audit kepatuhan PPK/CP dilakukan pada pasien psikiatri dan non psikiatri. PPK yang ada di RSJMM Bogor dibuat pada seluruh bidang ilmu kedokteran. CP yang ditetapkan saat ini ada 15 (lima belas), yaitu 8 psikiatri dan 7 non psikiatri. CP psikiatri yaitu: Skizofrenia Paranoid, Skizofrenia pada anak dan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

Grafik 5.66
Kepatuhan PPK/CP Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



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

Grafik 5.67
Evaluasi Kepatuhan PPK/CP Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata kepatuhan tahun 2023 terhadap pemeriksaan penunjang 100%, rerata kepatuhan pemberian terapi 87,57%, dan rerata ALOS ≤ 23 sebesar 81,15%. Rerata lama rawat pada pasien skizofrenia pada tahun 2023 berada rentang 18-19 Hari Rawat.

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata kepatuhan PPK/CP tahun 2023 adalah 87,57%, mencapai standar;
2. Konsistensi kepatuhan dokter dalam penerapan PPK/CP belum optimal;
3. Audit CP sudah dilakukan rutin setiap bulan;
4. Kepatuhan LOS < 18 hari masih belum optimal disebabkan oleh kondisi pasien yang masih gaduh gelisah dan memerlukan perawatan lebih lanjut;
5. Pemberian medikamentosa masih belum mencapai standar disebabkan oleh obat yang diberikan kepada pasien sesuai dengan kondisinya.
6. Sudah diusulkan CP untuk dimasukkan dalam ERM.

Kendala dan permasalahan:

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

Rencana tindak lanjut:

1. LoS pasien psikiatri 18 Hari;
2. Pemberian terapi sesuai dengan Clinical Pathway yang dibuat;
3. Koordinasi dengan unit terkait dan penanggung jawab pasien terkait pemulangan pasien yang sudah di ACC pulang;
4. Penyederhanaan formulir CP yang akan dimasukkan ke dalam ERM;
5. Optimalisasi pengisian 15 CP agar dapat diaudit seluruh CP yang sudah dibuat;
6. Evaluasi/audit kepatuhan CP oleh seluruh PPA;
7. Melakukan audit 5 PPK tahun 2023.

5.9 Pencapaian Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan RS

5.9.1 Pencapaian Keselamatan Pasien Rumah Sakit

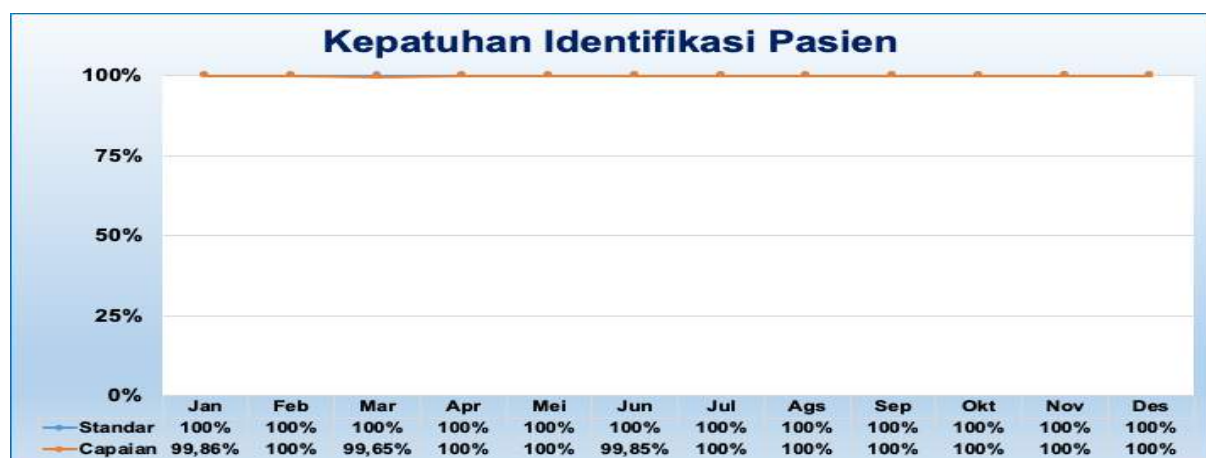
Indikator keselamatan pasien RS pada tahun 2023 ada 13 (tiga belas) indikator sebagai berikut:

Tabel 5.21
Indikator Keselamatan Pasien Rumah Sakit Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor

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

Hasil pengukuran indikator keselamatan pasien tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Grafik 5.68
Kepatuhan Identifikasi Pasien Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor



Rerata capaian indikator kepatuhan identifikasi pasien selama tahun 2023 adalah 99,95%. Di semester 2 tahun 2023 sudah mencapai 100%. Ketidakepatuhan identifikasi pada semester 1

ditemukan pada beberapa PPA yang tidak patuh dalam melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan. Sudah dilakukan upaya perbaikan untuk meningkatkan kepatuhan identifikasi pasien pada semua aspek pelayanan baik diagnosis, proses pengobatan serta tindakan. Kelengkapan identitas pasien berupa foto pasien psikiatri sudah ada dalam ERM.

Grafik 5.69
Ketepatan Pelaksanaan Metode TBAK Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



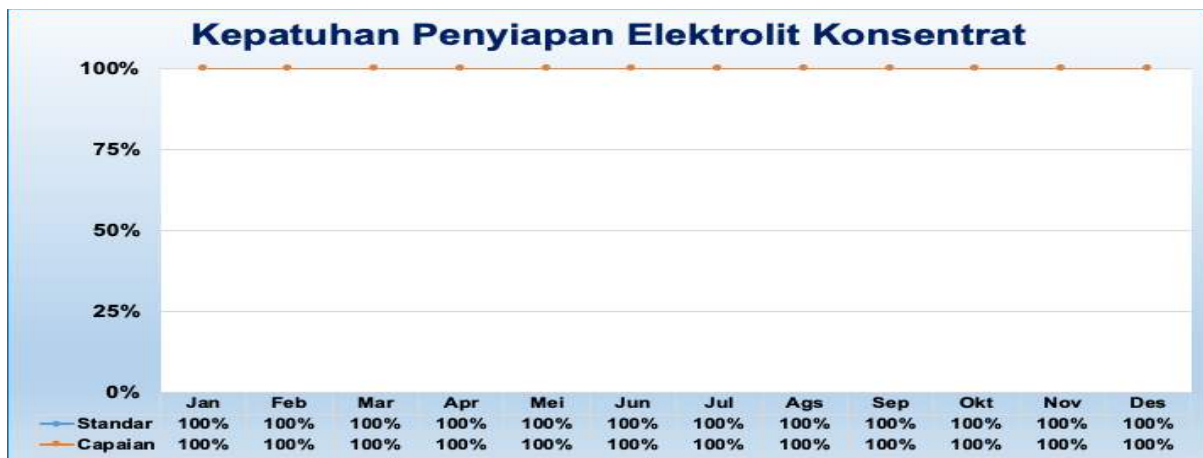
Rerata capaian ketepatan pelaksanaan metode TBAK tahun 2023 mencapai 100%. Komite Mutu mengingatkan pentingnya TBAK pada seluruh petugas di ruang rawat inap. Rencana tindak lanjutnya adalah simulasi TBAK, monev pelaksanaan, dan supervisi di ruang rawat.

Grafik 5.70
Kepatuhan Pelaksanaan Handover Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



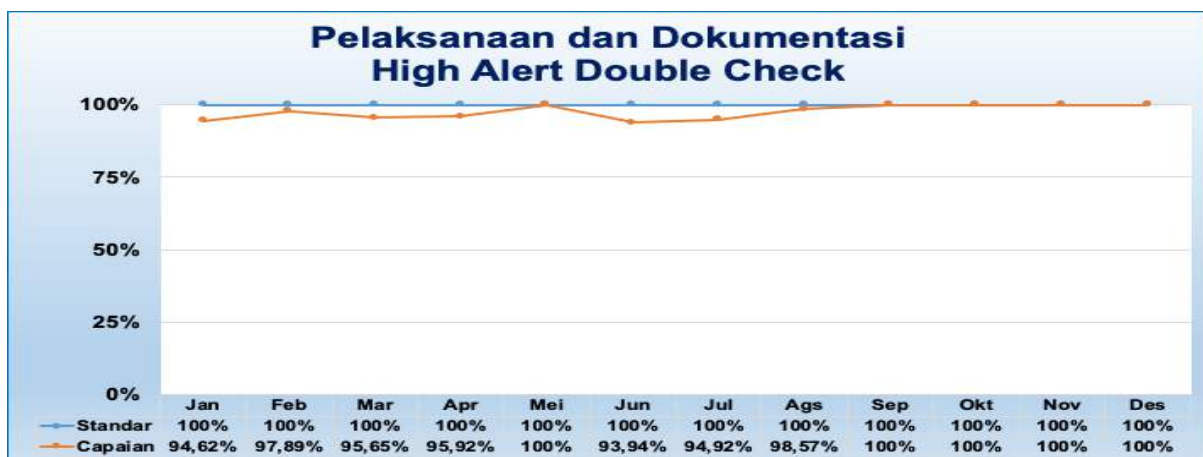
Rerata kepatuhan pelaksanaan handover tahun 2023 mencapai 99,80%. dengan menyampaikan hal-hal kritikal. Pentingnya pemahaman dari seluruh staf terhadap pelaksanaan handover sesuai regulasi.

Grafik 5.71
Kepatuhan Penyiapan Elektrolit Konsentrat Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat tercapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.72
Pelaksanaan dan Dokumentasi High Alert Double Check Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Pelaksanaan dan dokumentasi high alert double check masih belum mencapai 100%. Rerata capaian tahun 2023 adalah 96,34%. Hal ini dikarenakan petugas sudah melakukan double check tapi tidak didokumentasikan. Saling mengingatkan antara petugas yang satu dengan petugas lainnya yang terlibat dalam pelaksanaan double check. Rencana tindak lanjutnya adalah supervisi pelaksanaan double check di ruangan dan meningkatkan peran aktif Duta KPRS dalam mengedukasi rekannya untuk melaksanakan double check pada obat high alert.

Grafik 5.73
Kepatuhan Pemberian Label High Alert di Unit Layanan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata kepatuhan pemberian label high alert di unit layanan tahun 2023 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.74
Kepatuhan Penyimpanan High Alert di Unit Layanan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



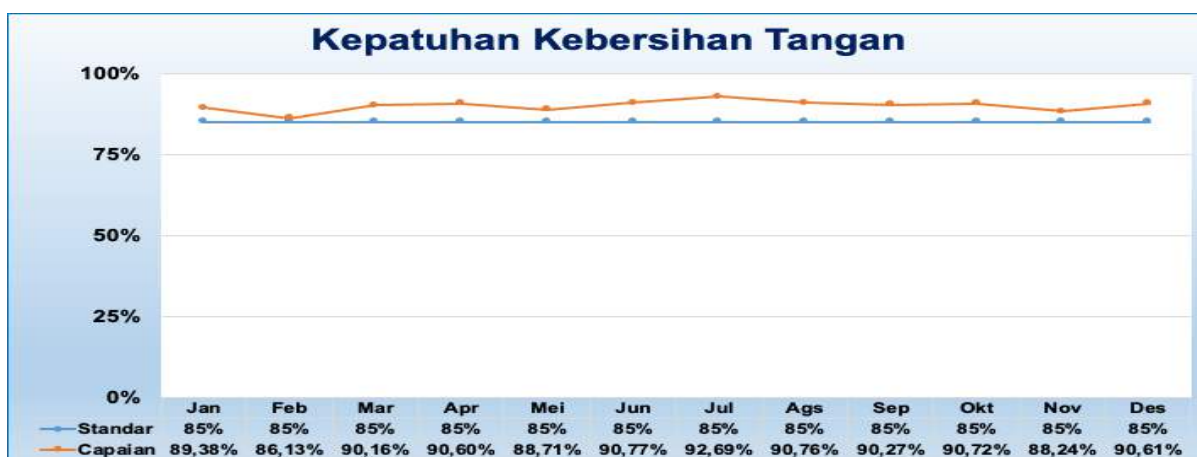
Rerata kepatuhan penyimpanan high alert di unit layanan tahun 2023 tercapai 99,82%. Penyimpanan dilakukan pada trolley emergency. Pada awal tahun 2023 petugas masih belum patuh menyimpan high alert sesuai standar. Setelah dilakukan feedback dan monev maka petugas patuh dan indikator mencapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.75
Kepatuhan Pelaksanaan Surgery Safety Checklist Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata kepatuhan pelaksanaan surgical safety checklist tahun 2023 tercapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.76
Kepatuhan kebersihan tangan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan selama tahun 2023 adalah 89,92%. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih belum menunjukkan capaian yang stabil. Petugas yang ada di ruang Ok dan rawat inap sebagian kecil masih melakukan kebersihan tangan tidak sesuai dengan regulasi yang ada. Komite PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait pelaksanaan kebersihan tangan yang benar. Monev dan supervisi yang rutin dilakukan setiap bulannya mulai menunjukkan konsistensi dalam penerapan kebersihan tangan sesuai standar PPI. Perlu adanya penguatan dan upaya optimalisasi untuk upaya pencapaian kebersihan tangan yang lebih baik lagi.

Grafik 5.77
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh tahun 2023 mencapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.78
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Bunuh Diri Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri tahun 2023 mencapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.79
Kepatuhan Upaya Pencegahan MRSTI Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata kepatuhan upaya pencegahan MRSTI tahun 2023 mencapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.80
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Perilaku Kekerasan Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata kepatuhan upaya pencegahan risiko perilaku kekerasan tahun 2023 mencapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Dari 13 indikator keselamatan pasien, terdapat 11 (sebelas) indikator sudah mencapai standar, yaitu:
 - Ketepatan pelaksanaan metode TBAK
 - Kepatuhan pelaksanaan hand over
 - Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat
 - Kepatuhan penyimpanan high alert di unit layanan
 - Kepatuhan pemberian label high alert di unit layanan
 - Kepatuhan pelaksanaan Surgery Safety Checklist
 - Kepatuhan kebersihan tangan
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri
 - Kepatuhan upaya pencegahan MRSTI
 - Kepatuhan upaya pencegahan risiko perilaku kekerasan
2. Terdapat 2 (dua) indikator yang belum mencapai standar, yaitu:
 - Kepatuhan identifikasi pasien
 - Pelaksanaan dan dokumentasi high alert double check
3. Dilakukan pelatihan keselamatan pasien tahun 2023 sebanyak 2 kali;
4. Seluruh unit kerja sudah berupaya meningkatkan keselamatan pasien;
5. Peran Duta KPRS menjadi role model di masing-masing unit kerja.

Kendala dan Permasalahan:

1. Masih ada beberapa indikator yang belum optimal dalam penerapan keselamatan pasien.

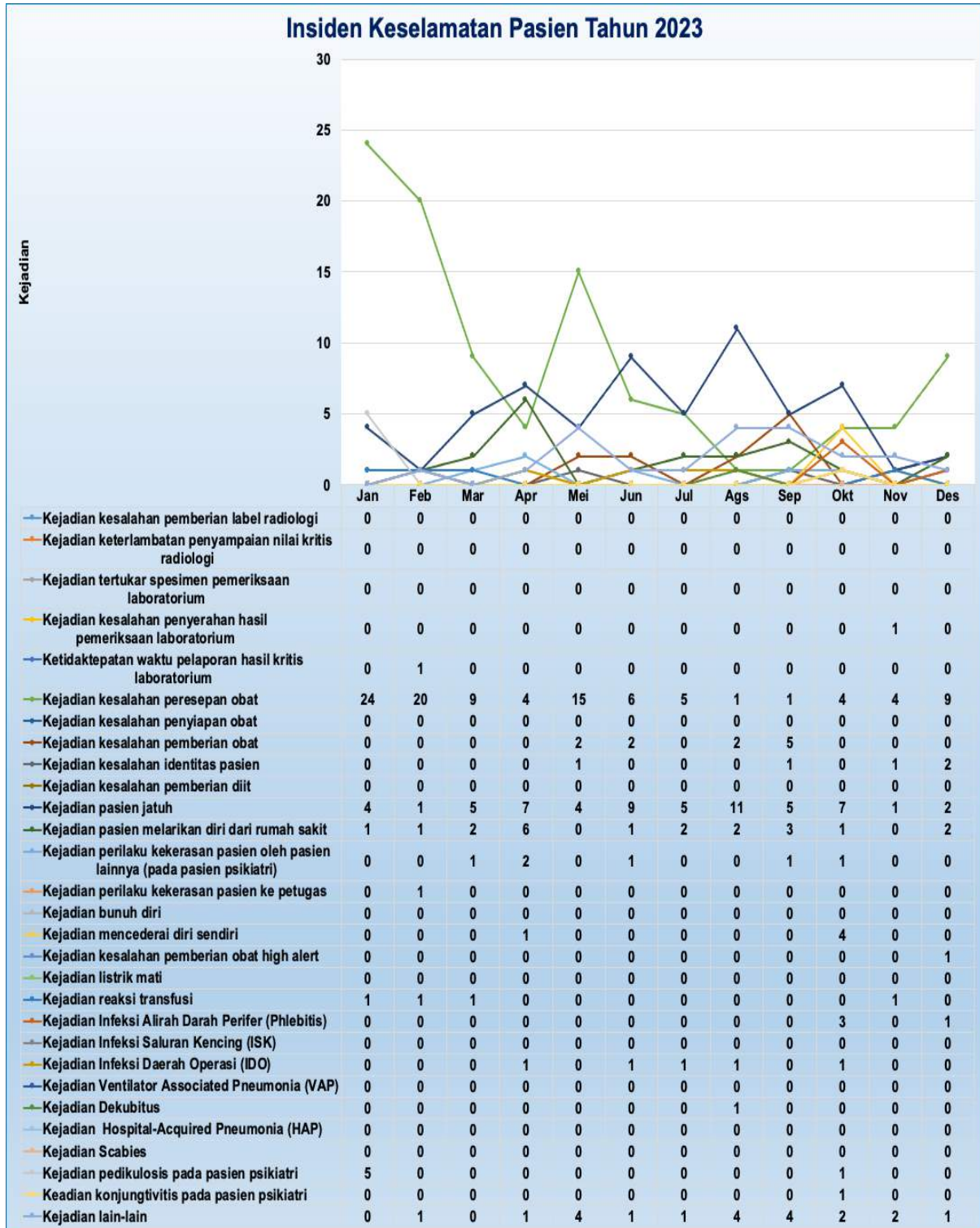
Rencana Tindak lanjut:

2. Beberapa rekomendasi keselamatan pasien sudah disampaikan pada pembahasan mengenai Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS);
3. Pentingnya komitmen petugas untuk konsisten dalam upaya peningkatan keselamatan pasien;
4. Selalu berkoordinasi dengan manajemen dan unit terkait untuk pengelolaan keselamatan pasien rumah sakit;
5. Melakukan pemberdayaan pasien dan keluarga untuk turut berpartisipasi dalam perawatan pasien.

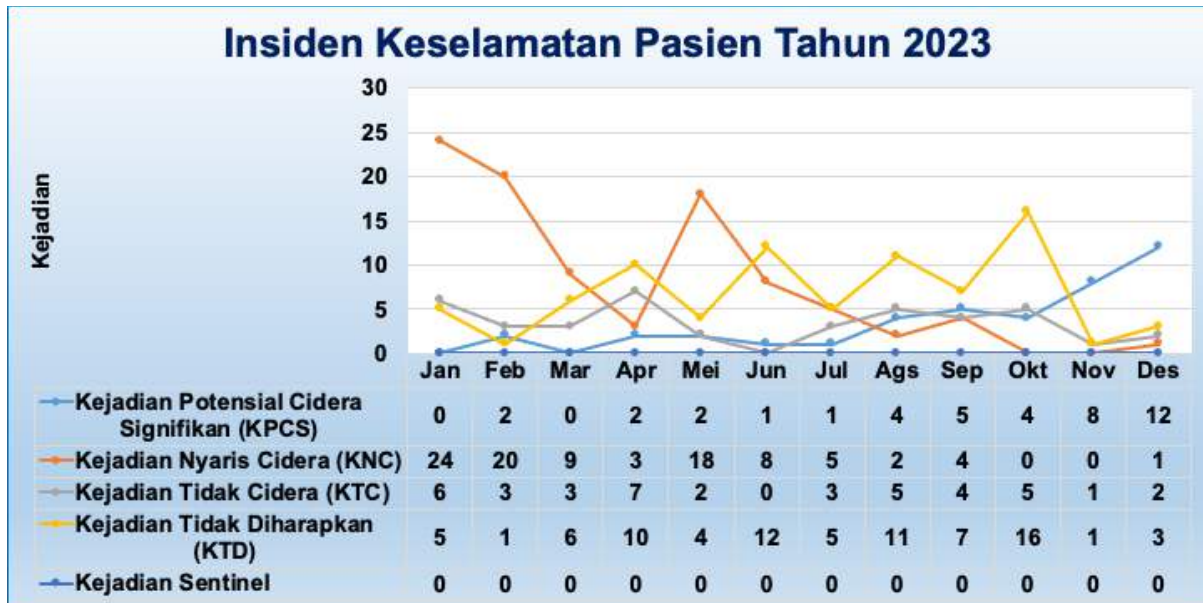
5.9.2 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Hasil pengukuran Insiden Keselamatan Pasien (IKP) tahun 2023 adalah:

Grafik 5.81
Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Grafik 5.82
Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Per Jenis Kejadian Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Insiden pada tahun 2023 sebanyak 267 kejadian;
2. Berdasarkan jenis insiden, insiden KNC menjadi insiden terbanyak yaitu 94 kejadian;
3. Tidak terjadi kejadian sentinel;
4. Insiden terbanyak adalah medication error sebanyak 102 kejadian;
5. Insiden prioritas yang perlu dilakukan analisa komprehensif adalah: pasien jatuh, pasien lari, cedera pada pasien, kesalahan identifikasi pasien dan medication error;
6. Analisis faktor-faktor penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien adalah:
 - a. Petugas bekerja belum sesuai prosedur, kurang teliti, kurang peduli, kelelahan;
 - b. Keselamatan pasien belum membudaya;
 - c. Koordinasi antar PPA, sistem asesmen risiko keselamatan pasien, pemantauan pasien berisiko deteksi belum optimal;
 - d. Sistem monev berjenjang belum sesuai standar
 - e. Ketersediaan sarana prasarana pendukung belum optimal, seperti:
 - Foto untuk pasien psikiatri belum optimal
 - CCTV di beberapa ruangan mati
 - Lantai licin, rusak, belum terpasang penanda ketinggian
 - Internet mati ketika petir
 - Telepon mati ketika petir

Kendala dan permasalahan:

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

Rencana pemecahan masalah:

1. Pencatatan dan Pelaporan

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

2. Supervisi

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

3. Pendidikan dan Pelatihan

- Sub Komite KPRS melakukan Workshop Duta KPRS;
- Sub Komite KPRS melakukan orientasi keselamatan pasien pada mahasiswa Praktik dan Pegawai Baru di RSJ dr H Marzoeki Mahdi, setiap penerimaan mahasiswa dan pegawai baru
- Pelatihan eksternal anggota sub komite KPRS tentang pelaksanaan FMEA dan RCA;
- Pelatihan Internal Duta KPRS;

- Meningkatkan peran duta KPRS, atasan langsung dan struktural PJ unit kerja
- Pendidikan Keselamatan Pasien pada Mahasiswa Praktik dan Pegawai Baru di RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, setiap penerimaan mahasiswa dan pegawai baru.

4. Sarana dan Prasarana

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

5. Regulasi

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

6. Koordinasi dan Kolaborasi

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

7. Reward and Consequences

- Pelaksanaan sistem reward and consequences untuk mendorong terciptanya budaya keselamatan

8. Benchmark dengan rumah sakit lain

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

9. Rekomendasi per kejadian

Tabel 5.22
Rekomendasi Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

Deskripsi	Medication Error (pereseapan obat)	Kesalahan pemberian obat	Pasien Jatuh	MRSTI	RPK	IDO	Kesalahan Pemberian Obat	Kejadian Phlebitis	Kejadian PCR Positif
Komitmen	Komitmen dokter untuk melakukan pereseapan obat racikan melalui pereseapan elektronik (e-prescribing)	Komitmen petugas untuk memberikan obat sesuai dengan prinsip pemberian obat yang benar	Komitmen petugas dalam melakukan pencegahan dan pengawasan pasien risiko jatuh (asesmen awal, asesmen lanjut, edukasi)	Komitmen petugas dalam melakukan pencegahan dan pengawasan pasien risiko MRSTI (asesmen awal, lanjut, edukasi)	Komitmen petugas dalam melakukan pencegahan dan pengawasan pasien risiko kekerasan (asesmen awal, lanjut, edukasi)	Komitmen petugas OK untuk melakukan pelayanan bedah sesuai dengan prosedur	Komitmen petugas untuk memberikan etiket obat sesuai dengan yang diresepkan	Komitmen petugas untuk melakukan pemasangan kateter vena dengan teknik aseptik yang benar	Komitmen petugas untuk teliti dalam pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium pasien
Sosialisasi dan Edukasi	<ul style="list-style-type: none"> Mengingatkan terus menerus para dokter untuk melakukan e-prescribing Edukasi para dokter spesialis untuk melakukan pereseapan obat racikan dengan e-prescribing 	Melakukan edukasi pada petugas terkait memberikan obat sesuai dengan prinsip pemberian obat yang benar	Melakukan edukasi tentang pentingnya upaya pencegahan jatuh	Melakukan edukasi tentang pentingnya upaya pencegahan MRSTI	Melakukan edukasi tentang pentingnya upaya pencegahan RPK	Melakukan resosialisasi terkait IDO bahwa IDO merupakan insiden yang harus ditindaklanjuti dan menjadi pembelajaran	Melakukan edukasi terkait pentingnya ketelitian petugas dalam pemberian etiket obat	Melakukan edukasi tentang pencegahan dan penanganan phlebitis pada pasien dan keluarga	Melakukan edukasi terkait pentingnya ketelitian dalam membaca seluruh hasil pemeriksaan penunjang pasien
Pemantauan dan pengawasan	Pemantauan dan pengawasan penggunaan e-prescribing oleh Timker Pelayanan Penunjang	Monev oleh atasan langsung (kepala instalasi farmasi)	Pemantauan dan pengawasan pasien risiko jatuh oleh petugas yang berdinis sesuai dengan skor risiko pada SPO dan tata laksana jatuh	Pemantauan dan pengawasan pasien risiko lari oleh petugas yang berdinis sesuai dengan skor risiko pada SPO	Pemantauan dan pengawasan pasien RPK oleh petugas yang berdinis sesuai dengan skor risiko pada SPO	Pemantauan dan pengawasan dilakukan oleh Komite PPI terkait IDO pada pasien apendektomi	Pemantauan dan pengawasan pemberian etiket oleh Kepala Instalasi Farmasi	Pemantauan selama pemasangan kateter pada pembuluh darah vena untuk pencegahan terjadinya phlebitis	Pemantauan dan pengawasan dari kepala ruangan
Supervisi	Supervisi dari Timker pelayanan penunjang	Supervisi dari Timker pelayanan penunjang	Supervisi dari atasan langsung dan Komite Mutu	Supervisi dari atasan langsung dan Komite Mutu	Supervisi dari atasan langsung dan Komite Mutu	Supervisi dari Komite PPI	Supervisi dari atasan langsung, Komite Mutu, dan Timker	Supervisi dari atasan langsung dan Komite PPI	Supervisi dari atasan langsung dan Tim kerja yang terkait

Deskripsi	Medication Error (pereseapan obat)	Kesalahan pemberian obat	Pasien Jatuh	MRSTI	RPK	IDO	Kesalahan Pemberian Obat	Kejadian Phlebitis	Kejadian PCR Positif
Ronde keselamatan pasien	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, dan para Timker.	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, dan para Timker.	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Timker.	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Timker.	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Timker.	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para Timker.	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, dan para Timker.	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Keperawatan, Komite PPI, dan para Timker.	Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, dan para Timker.
Sarana dan Prasarana	Maintenance jaringan dan aplikasi e-prescribing		Handrail di toilet dan gedung	Memasukkan formulir MRSTI ke ERM	Memasukkan formulir RPK ke ERM	Pembuatan media komunikasi pasien pasca operasi			Penarikan infus set

5.9.3 Laporan Survei 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 Penasihat Keselamatan Instalasi Nuklir). Sudbury, Inggris: Buku HSE; 1993).

Budaya keselamatan di RSJMM Bogor 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 mendorong 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 menunjukkan 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 5.23
Dimensi Budaya Keselamatan
Survei Budaya Keselamatan RS Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

NO	DIMENSI	DEFINISI
1	Keterbukaan Komunikasi	Staf dengan bebas berbicara jika mereka melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada pasien dan merasa bebas untuk menanyai mereka yang lebih berwenang.
2	Umpan Balik dan Komunikasi Tentang Kesalahan	Staf diberitahu tentang kesalahan yang terjadi, diberi umpan balik tentang perubahan yang diterapkan, dan mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan.
3	Frekuensi Peristiwa yang Dilaporkan	Jenis kesalahan berikut dilaporkan: (1) kesalahan yang diketahui dan diperbaiki sebelum mempengaruhi pasien, (2) kesalahan yang tidak berpotensi membahayakan pasien, dan (3) kesalahan yang dapat membahayakan pasien tetapi tidak.
4	Handoff dan Transisi	Informasi penting perawatan pasien ditransfer ke seluruh unit rumah sakit dan selama pergantian shift.
5	Dukungan Manajemen untuk Keselamatan Pasien	Manajemen rumah sakit menyediakan iklim kerja yang mengedepankan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama.
6	Tanggapan Nonpunitif untuk Kesalahan	Staf merasa bahwa kesalahan dan laporan acara mereka tidak ditahan dan kesalahan tidak disimpan dalam arsip personel mereka.
7	Pembelajaran Organisasi—Peningkatan Berkelanjutan	Kesalahan telah menyebabkan perubahan positif dan perubahan dievaluasi untuk efektivitas.
8	Persepsi Keseluruhan tentang Keselamatan Pasien	Prosedur dan sistem baik dalam mencegah kesalahan dan kurangnya masalah keselamatan pasien.
9	Kepegawaian	Ada cukup staf untuk menangani beban kerja dan jam kerja yang tepat untuk memberikan perawatan terbaik bagi pasien.
10	Harapan dan Tindakan Supervisor/ Manajer Mempromosikan Keselamatan Pasien	Supervisor/manajer mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, memuji staf karena mengikuti prosedur keselamatan pasien, dan tidak mengabaikan masalah keselamatan pasien.
11	Kerja Sama Tim Lintas Unit	Unit-unit rumah sakit saling bekerja sama dan berkoordinasi untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien.
12	Kerja Sama Tim Dalam Unit	Staf saling mendukung, memperlakukan satu sama lain dengan hormat, dan bekerja sama sebagai sebuah tim.

RS 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.

Survei budaya keselamatan di RSJMM Bogor dilaksanakan setiap tahun dengan tujuan untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan di RSJMM Bogor. Penelitian dilakukan di Bulan Juni 2022. 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). Kuesioner terdiri dari 43 pertanyaan yang dimodifikasi.

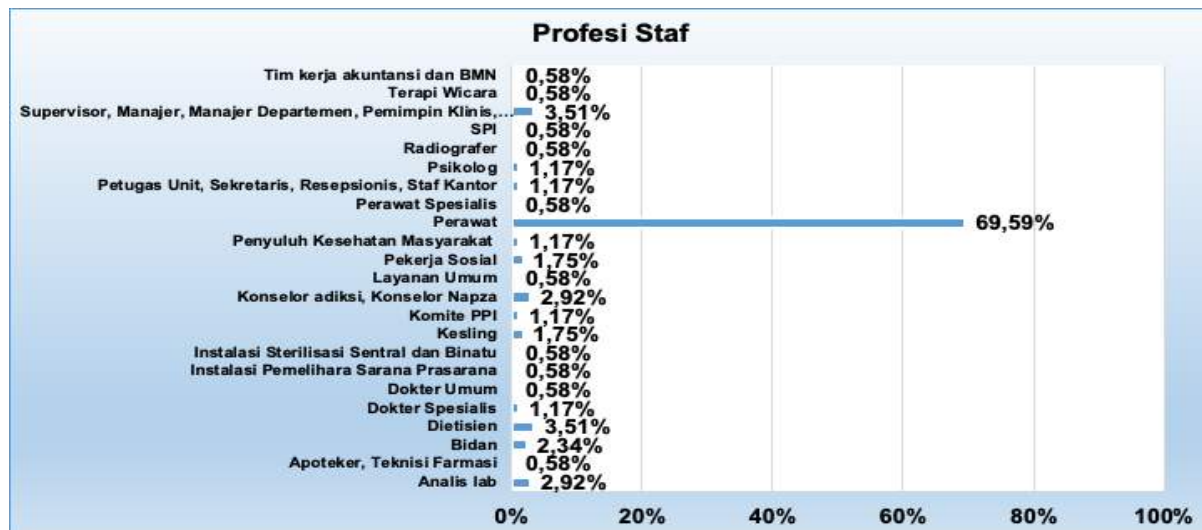
Hasil survei budaya keselamatan rumah sakit dibagi menjadi 2 bagian. Bagian kesatu berisi tentang karakteristik responden penelitian yang meliputi: profesi, unit kerja, masa kerja, masa kerja di unit rumah sakit, dan interaksi dengan pasien. Bagian kedua tentang gambaran 12 dimensi budaya keselamatan pasien yang meliputi: dimensi harapan dan tindakan manajer mempromosikan patient safety, dimensi organizational learning (perbaikan berkelanjutan), dimensi kerja sama dalam unit, dimensi komunikasi yang terbuka, dimensi umpan balik, dimensi respon “ non-punitive” terhadap kesalahan, dimensi staffing, dimensi dukungan manajemen RS terhadap upaya keselamatan pasien, dimensi kerja sama antar unit rumah sakit, dimensi handsoff dan transisi antar unit pelayanan, dimensi persepsi keseluruhan mengenai keselamatan pasien, dimensi frekuensi pelaporan kejadian. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan persentase, kedua belas dimensi yang diteliti disajikan dalam tabel berupa persentase rata-rata respon positif dan negatif.

Kategori budaya keselamatan pasien dibagi menjadi 3 kategori yaitu budaya lemah, budaya sedang dan budaya kuat berdasarkan pedoman pada Hospital Survey On Patient Safety Culture yang dilakukan AHRQ. Suatu budaya Keselamatan pasien dikatakan kuat apabila rata-rata responden yang memiliki respon positif 75% atau lebih, dikatakan sedang apabila rata-rata responden memiliki respon positif sebesar 50% - 75%, dikatakan budaya lemah apabila rata-rata jumlah responden yang memiliki respon positif kurang dari 50%. Respon positif adalah responden yang menjawab setuju dan sangat setuju pada pernyataan positif dan tidak setuju atau sangat tidak setuju pada pernyataan negatif.

Bagian Kesatu: Gambaran Karakteristik Responden

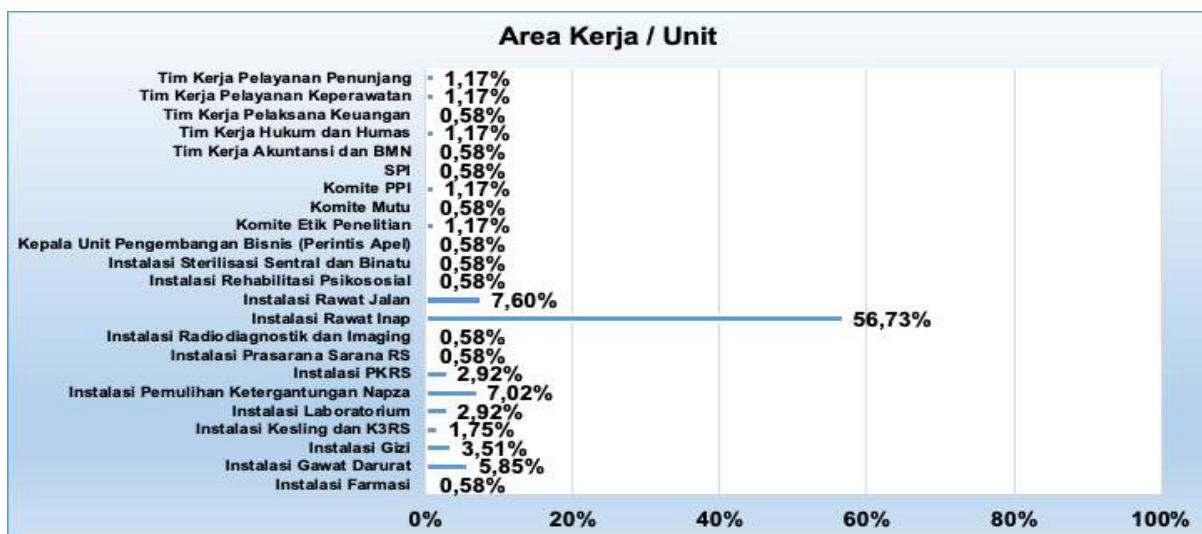
Jumlah populasi penelitian berjumlah 913 responden, dengan sampel responden berjumlah 171 orang. Adapun karakteristik responden dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 5.83
Gambaran Karakteristik Responden: Profesi Staf
Survei Budaya Keselamatan RS Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



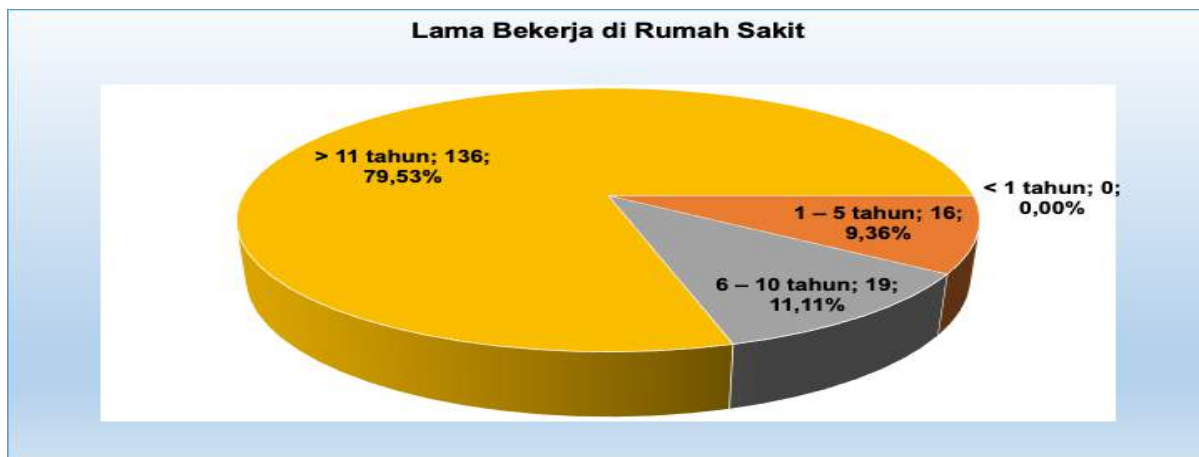
Gambaran karakteristik responden: profesi terbanyak adalah perawat. Kemudian berturut-turut adalah Dietisien dan Supervisor, Manajer, Manajer Departemen, Pemimpin Klinis, Administrator, Direktur.

Tabel 5.84
Gambaran Karakteristik Responden: Area Kerja / Unit
Survei Budaya Keselamatan RS Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



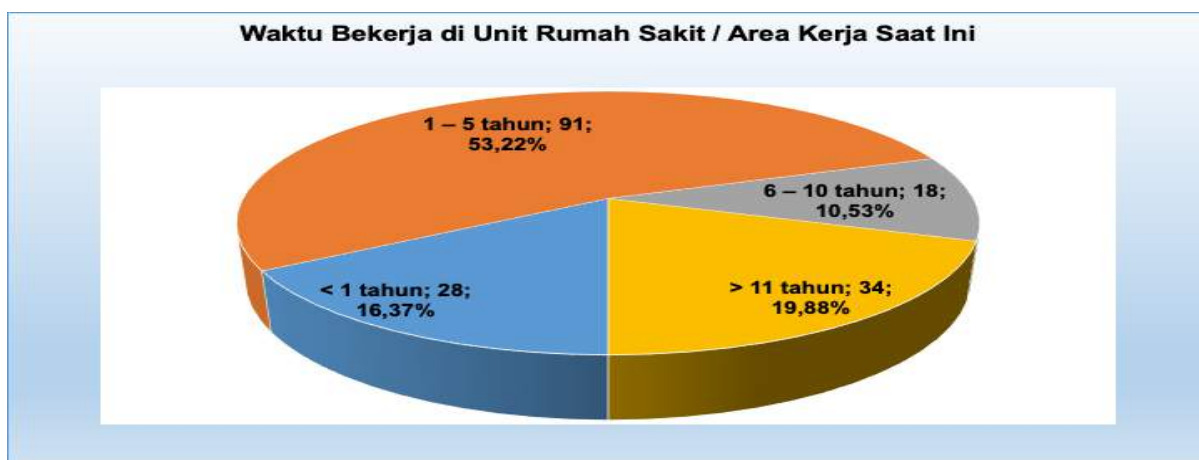
Gambaran karakteristik responden: area kerja / unit terbanyak adalah Instalasi Rawat Inap. Kemudian berturut-turut adalah Instalasi Rawat Jalan dan Instalasi Gawat Darurat.

Tabel 5.85
Gambaran Karakteristik Responden: Lama Bekerja di Rumah Sakit
Survei Budaya Keselamatan RS Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambaran karakteristik responden: lama bekerja di RS terbanyak adalah > 11 tahun. Kemudian berturut-turut adalah 6 – 10 tahun dan 1 – 5 tahun.

Tabel 5.86
Gambaran Karakteristik Responden: Waktu Bekerja di Unit Rumah Sakit / Area Kerja Saat Ini
Survei Budaya Keselamatan RS Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambaran karakteristik responden: waktu bekerja di unit RS / area kerja saat ini terbanyak adalah 1 – 5 tahun. Kemudian berturut-turut adalah > 11 tahun dan < 1 tahun.

Tabel 5.87
Gambaran Karakteristik Responden: Jam Biasa Bekerja Per Minggu
Survei Budaya Keselamatan RS Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambaran karakteristik responden: jam biasa bekerja per minggu terbanyak adalah 30 – 40 jam/minggu. Kemudian berturut-turut adalah > 40 jam/minggu dan < 30 jam/minggu.

Tabel 5.88
Gambaran Karakteristik Responden: Interaksi dengan Pasien
Survei Budaya Keselamatan RS Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Gambaran karakteristik responden: interaksi dengan pasien terbanyak adalah dengan berinteraksi langsung atau kontak dengan pasien.

Bagian kedua: Dimensi Budaya Keselamatan

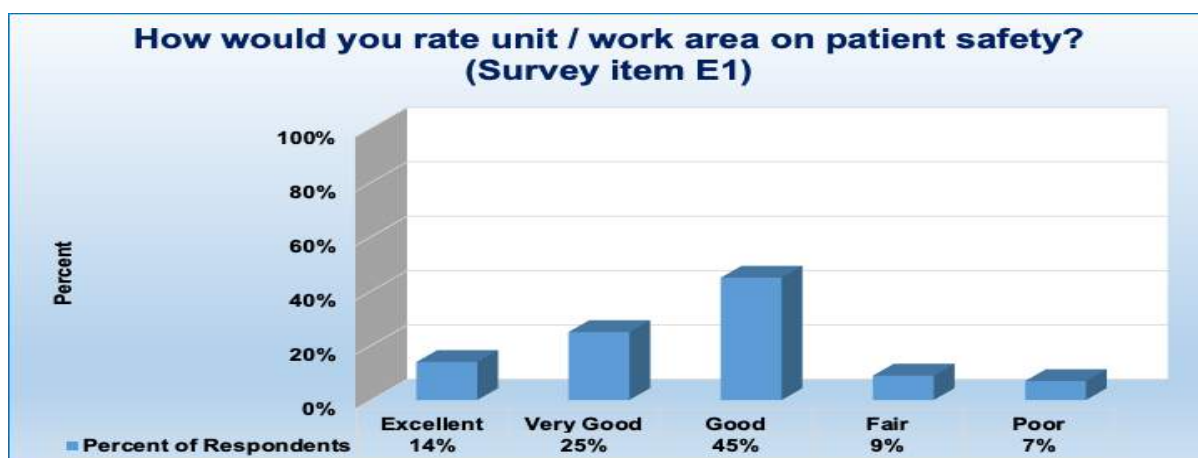
Pada bagian ini disajikan gambaran kuantitatif 12 dimensi budaya keselamatan RS. Suatu budaya keselamatan dikatakan budaya kuat apabila respon positif sebesar sama dengan 75 % atau lebih, budaya sedang apabila respon positif sebesar 50-75%, dikatakan budaya lemah apabila respon positif kurang dari 50%. Respon positif adalah jawaban responden berupa setuju/ sering dan sangat setuju/selalu pada pernyataan positif dan jawaban negatif tidak setuju/ jarang dan sangat tidak setuju/ tidak pernah pada pernyataan negatif. Respon negatif merupakan kebalikan dari respon positif.

Tabel 5.89
Analisis Komposit Budaya Keselamatan Pasien Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



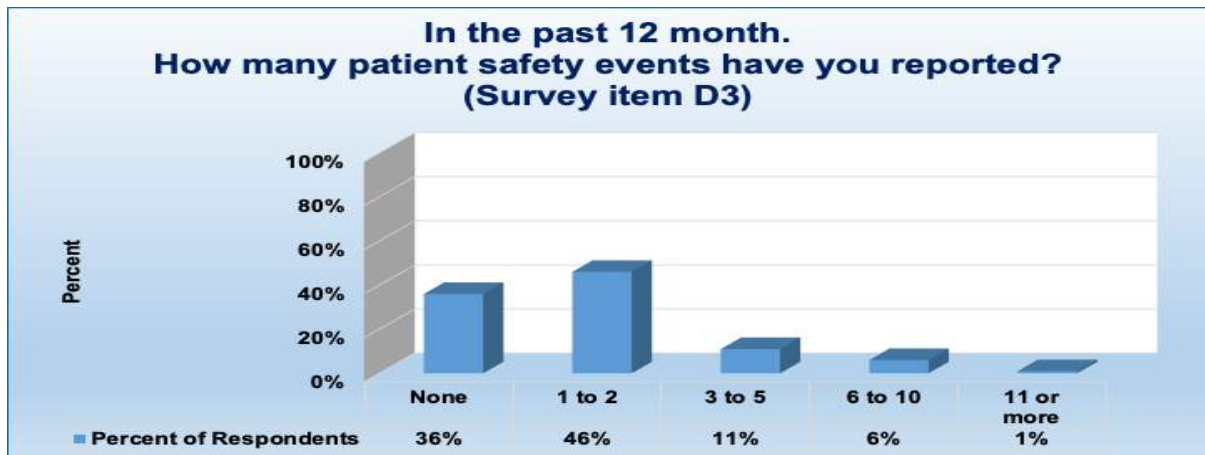
Dimensi budaya keselamatan dengan rerata % tanggapan positif terbanyak adalah dimensi “Kerja sama antar tim” dan dimensi “Pembelajaran Organisasi – Peningkatan Berkelanjutan”.

Grafik 5.90
Peringkat Keselamatan Pasien pada Survei Budaya Keselamatan RS Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Peringkat keselamatan pasien terbanyak adalah good (45%). Kemudian berturut-turut adalah very good (25%) dan Excellent (14%).

Grafik 5.91
Jumlah Laporan Insiden Keselamatan Pasien yang dilaporkan pada Survei Budaya Keselamatan RS Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Jumlah laporan insiden keselamatan pasien yang dilaporkan terbanyak pada tahun 2023 adalah 1-2 laporan.

Tabel 5.24
Hasil per item pertanyaan pada Survei Budaya Keselamatan RS Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

NO	PERTANYAAN	POSITIF (%)	NETRAL (%)	NEGATIF (%)	KET
1	Dukungan Supervisor, manajer, atau pemimpin klinis terhadap Keselamatan pasien				
a	Supervisor, manajer, atau pemimpin klinis saya secara serius mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien. (B1)	83	12	5	
b	Supervisor, manajer, atau pemimpin klinis saya ingin agar kami bekerja lebih cepat selama masa sibuk, bahkan jika itu berarti mengambil jalan pintas. (B2R)	66	13	20	
c	Supervisor, manajer, atau pemimpin klinis saya mengambil tindakan untuk menangani masalah keselamatan pasien yang menjadi perhatian mereka. (B3)	88	8	4	
2	Kerja sama tim				
a	Di unit ini, kami bekerja sama sebagai tim yang efektif. (A1)	94	5	1	
b	Selama masa sibuk, staf di unit ini saling membantu. (A8)	92	3	5	
c	Ada masalah dengan perilaku tidak sopan oleh mereka yang bekerja di unit ini. (A9R)	77	14	9	
3	Keterbukaan Komunikasi				
a	Di unit ini, Anda akan melaporkan jika melihat sesuatu yang dapat memperburuk perawatan pasien (C4)	95	4	1	
b	Saat staf di unit ini melihat seseorang dengan kewenangan yang lebih (someone with more authority) melakukan sesuatu yang tidak aman bagi pasien, maka staf berani mengingatkan (speak up). (C5)	80	16	4	
c	Ketika staf di unit ini mengingatkan, mereka yang memiliki kewenangan lebih, terbuka terhadap masalah keselamatan pasien mereka. (C6)	75	22	5	
d	Di unit ini, karyawan takut mengajukan pertanyaan ketika ada insiden terjadi (C7R)	65	25	10	
4	Pelaporan Kejadian Keselamatan Pasien				
a	Ketika insiden kesalahan diketahui dan diperbaiki sebelum mengenai / menimpa pasien, seberapa sering ini dilaporkan? (KNC)? (D1)	68	14	18	

NO	PERTANYAAN	POSITIF (%)	NETRAL (%)	NEGATIF (%)	KET
b	Ketika insiden / kesalahan sudah mengenai / menimpa pasien tetapi tidak mencederai pasien, seberapa sering ini dilaporkan? (KTC)? (D2)	73	13	13	
5	Pembelajaran Organisasi – Peningkatan Berkesinambungan				
a	Unit ini secara berkala meninjau proses kerja untuk menentukan apakah perlu perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien. (A4)	89	8	3	
b	Sesudah membuat perubahan- perubahan untuk meningkatkan Keselamatan Pasien, kita lakukan evaluasi tentang efektivitasnya. (A12)	90	8	2	
c	Unit ini membiarkan masalah keselamatan pasien yang sama terus terjadi (A14R)	85	9	6	
6	Komunikasi Tentang Kesalahan				
a	Kami diberitahu tentang kesalahan yang terjadi di unit ini (C1)	79	13	8	
b	Ketika kesalahan terjadi di unit ini, kami membahas cara untuk mencegahnya terjadi lagi. (C2)	91	6	3	
c	Di unit ini, kami diinformasikan tentang perubahan yang dibuat berdasarkan laporan acara. (C3)	84	14	2	
7	Dukungan Manajemen Rumah Sakit terhadap Keselamatan Pasien				
a	Tindakan manajemen rumah sakit menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama. (F1)	84	13	3	
b	Manajemen rumah sakit menyediakan sumber daya yang memadai untuk meningkatkan keselamatan pasien. (F2)	70	21	9	
c	Manajemen rumah sakit tampaknya tertarik pada keselamatan pasien hanya setelah peristiwa yang merugikan terjadi. (F3R)	43	23	35	
8	Tanggapan Terhadap Kesalahan				
a	Dalam unit ini, staf merasa kesalahan mereka dibebankan kepada mereka. (A6R)	72	16	12	
b	Ketika suatu peristiwa dilaporkan dalam unit ini, rasanya seperti ditulis orangnya, bukan masalahnya. (A7R)	63	15	22	
c	Ketika staf melakukan kesalahan, unit ini berfokus pada pembelajaran daripada menyalahkan individu. (A10)	82	11	8	
d	Di unit ini, kurangnya dukungan staf yang terlibat dalam kesalahan keselamatan pasien. (A13R)	64	18	18	
9	Serah Terima dan Pertukaran Informasi				
a	Saat memindahkan pasien dari satu unit ke unit lainnya, informasi penting sering kali tertinggal. (F4R)	58	25	16	
b	Selama pergantian shift, informasi perawatan pasien yang penting sering diabaikan. (F5R)	78	14	8	
c	Selama pergantian shift, tersedia waktu yang cukup untuk bertukar semua informasi kunci perawatan pasien. (F6)	85	12	3	
10	Kepegawaian Dan Kecepatan Kerja				
a	Di unit ini, kami memiliki staf yang cukup untuk menangani beban kerja. (A2)	68	15	16	
b	Karyawan di unit kami bekerja dengan waktu yang lebih lama dari normal untuk perawatan pasien. (A3R)	16	15	69	
c	Unit ini terlalu mengandalkan staf sementara. (A5R)	85	8	7	
d	Kecepatan kerja di unit ini sangat terburu-buru sehingga berdampak negatif terhadap keselamatan pasien. (A11R)	83	8	9	

Hasil survei budaya keselamatan RS di PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor tergolong Kuat (75.66%). Kerja sama dan pembelajaran tim menjadi poin tertinggi dalam survei yaitu sebesar 88%. Kemudian nilai tertinggi berikutnya adalah dimensi komunikasi mengenai kesalahan sebesar 84%. Perlu diperhatikan bahwa nilai staffing di PKJN RSJ dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor masih mendapat nilai terendah yaitu sebesar 63%.

Meningkatkan budaya keselamatan di rumah sakit melibatkan upaya terkoordinasi dari semua tingkatan organisasi dan melibatkan seluruh personel. Meningkatkan budaya keselamatan membutuhkan perubahan budaya yang mendalam dan berkelanjutan. Proses ini melibatkan kesadaran, komunikasi terbuka, dan keterlibatan semua anggota tim. Berikut adalah beberapa upaya yang dapat diambil untuk meningkatkan budaya keselamatan di rumah sakit:

1. **Komitmen Pemimpin**

Pimpinan rumah sakit harus secara aktif mendukung dan mempromosikan budaya keselamatan. Komitmen ini harus diwujudkan dalam kebijakan, praktik, dan sikap yang mendukung keselamatan pasien dan personel.

2. **Pendidikan dan Pelatihan Keselamatan:**

Sediakan pelatihan keselamatan rutin untuk seluruh personel rumah sakit. Edukasi dapat mencakup protokol keselamatan pasien, prosedur darurat, dan praktik-praktik terbaik.

3. **Promosi Komunikasi Terbuka**

Dorong komunikasi terbuka antarstaf dan tingkatkan budaya di mana karyawan merasa nyaman melaporkan kejadian atau hampir kecelakaan. Sistem pelaporan harus mudah diakses dan tidak mem-penalti.

4. **Audit Keselamatan dan Pemantauan Kinerja**

Lakukan audit rutin terhadap praktik keselamatan dan pemantauan kinerja. Identifikasi area risiko potensial dan ambil langkah-langkah perbaikan.

5. **Budaya Pembelajaran**

Tingkatkan budaya pembelajaran di rumah sakit dengan mengevaluasi insiden dan hampir insiden secara menyeluruh. Identifikasi penyebab akar dan terapkan perubahan untuk mencegah kejadian serupa.

6. **Pengembangan Tim Keselamatan**

Bentuk tim keselamatan yang terdiri dari anggota dari berbagai departemen dan tingkatan organisasi. Tim ini dapat bekerja sama untuk merancang dan memonitor inisiatif keselamatan.

7. **Penggunaan Teknologi Keselamatan**

Manfaatkan teknologi untuk meningkatkan keselamatan, seperti sistem identifikasi pasien, penggunaan barcode, dan teknologi lainnya yang dapat membantu mencegah kesalahan medis.

8. **Pengukuran dan Umpan Balik Kinerja**

Terapkan metrik yang dapat diukur untuk menilai kinerja keselamatan. Berikan umpan balik secara rutin kepada staf dan gunakan data untuk perbaikan berkelanjutan.

9. **Sosialisasi Protokol Keselamatan**

Sosialisasikan dan terapkan protokol keselamatan yang jelas di seluruh rumah sakit. Pastikan bahwa staf memahami dan mematuhi prosedur keselamatan.

10. Kerjasama Antar Tim, Komite, dan Direktorat
Fasilitasi kerja sama antar tim dan departemen untuk memastikan koordinasi yang baik dan mengurangi risiko kesalahan komunikasi.
11. Penghargaan dan Pengakuan
12. Berikan penghargaan dan pengakuan kepada staf yang berkontribusi pada peningkatan keselamatan. Ini dapat menciptakan motivasi dan mendorong budaya keselamatan yang positif.
13. Partisipasi Pasien
14. Melibatkan pasien dalam perencanaan dan evaluasi keselamatan pasien. Mereka dapat memberikan perspektif yang berharga tentang pengalaman mereka dan membantu mendeteksi potensi risiko kesalahan.

5.9.4 Pelaporan Budaya Keselamatan Rumah Sakit

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

Komponen Budaya Keselamatan:

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

11 Prinsip Budaya Keselamatan:

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

Hal-hal penting menuju budaya keselamatan RS adalah:

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

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

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

Grafik 5.92
Pelaporan Kejadian Yang Terkait Budaya Keselamatan RS Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Pada tahun 2023, tidak ada pelaporan kejadian yang terkait budaya keselamatan RS.

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pada tahun 2023 tidak ada pelaporan kejadian yang terkait budaya keselamatan RS;
2. Melakukan sosialisasi budaya keselamatan RS kepada seluruh pegawai;
3. Melakukan pelatihan budaya keselamatan RS;
4. Telah dibuat sistem yang rahasia, sederhana dan mudah diakses untuk pelaporan masalah yang terkait budaya keselamatan (melalui google formulir, admin: Sekretaris Subkomite KPRS).
5. Pada tahun 2023 tidak ada kejadian perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan pasien;
6. Asuhan berfokus pada pasien (patient centered care);
7. PPA bertugas sesuai dengan tupoksinya masing-masing.
8. Budaya just culture belum optimal. Saat ini PPA masih takut untuk melaporkan;
9. Survei budaya keselamatan sudah dilakukan dengan hasil 75,66% (kuat);
10. Rekomendasi hasil survei budaya keselamatan sudah diberikan feedback kepada seluruh unit kerja agar dilakukan upaya perbaikan;
11. Himbauan untuk melaporkan atas kejadian yang tidak mendukung budaya keselamatan.

Kendala dan permasalahan:

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

Rencana pemecahan masalah:

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

5.10 Pencapaian Manajemen Risiko RS

Pembangunan kesehatan di bidang pelayanan seperti rumah sakit bertujuan untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelaksanaan pelayanan kesehatan yang meliputi kegiatan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan penilaian. Semakin meningkatnya tingkat pendidikan, sosial dan ekonomi masyarakat. Sistem nilai dan orientasi dalam masyarakat mulai berubah. Masyarakat mulai menuntut pelayanan yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu. Meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan dan semakin banyaknya jenis risiko yang muncul tersebut memaksa fungsi rumah sakit dalam pemberi pelayanan kesehatan secara bertahap terus ditingkatkan agar menjadi efektif dan efisiensi serta memberi kepuasan pasien, keluarga dan masyarakat. Berdasarkan hal tersebut, maka peningkatan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit perlu dilakukan secara terus menerus dan menyeluruh. Peningkatan pelayanan dan mutu RS tidak dapat lepas dengan pengelolaan dan manajemen RS yang 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, di antaranya dengan mengembangkan gugus kendali mutu, pengendalian mutu terpadu, penyusunan/penerapan standar pelayanan atau penyediaan pelayanan prima di rumah sakit. Tahapan tersebut dilakukan dengan menerapkan prinsip dari manajemen risiko yaitu tetap harus mengenali risiko yang mungkin dapat muncul dan implementasi perubahan program dalam peningkatan mutu tetap harus mengandung prinsip-prinsip dari pengelolaan risiko yang mungkin dapat muncul dan membahayakan bisnis RS. Kegiatan manajemen risiko dalam bentuk upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat diartikan sebagai kegiatan secara integratif untuk memantau dan menilai mutu pelayanan, memecahkan masalah yang terjadi serta mencari jalan keluar yang paling tepat agar mutu pelayanan dan keselamatan pasien 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 datang dan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan, RSJMM Bogor dituntut untuk dapat mengelola risiko yang ada secara terintegrasi. Manajemen risiko merupakan pendekatan yang tepat untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi dan mengendalikan risiko yang dapat menghambat pencapaian tujuan dan sasaran RSJMM Bogor. Manajemen risiko dapat diterapkan ke seluruh satuan kerja lingkup RSJMM Bogor.

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

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

Ruang lingkup manajemen risiko rumah sakit meliputi:

1. Pasien dan keluarga;
2. Pengunjung;
3. Staf medis;
4. Tenaga kesehatan lain yang bekerja di rumah sakit;

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

Pengelompokan manajemen risiko berdasarkan kategori risiko adalah:

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

Pengelompokan manajemen risiko berdasarkan jenisnya adalah:

1. Risiko Klinis;
2. Risiko Non Klinis.

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko memiliki fungsi:

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

5.10.1 Profil Risiko Rumah Sakit

Profil risiko RS tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.21
Profil Risiko Rumah Sakit Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

NO	KATEGORI RISIKO	PERNYATAAN RISIKO	AKAR MASALAH (PENYEBAB UTAMA RISIKO)	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SCORING	RANGKING	RUANG LINGKUP
1	Operasional	Terjadinya perilaku kekerasan antar pasien	Pasien akut, gelisah, dikendalikan halusinasi	5	5	25	1	Pasien
2	Operasional	Suatu kondisi pasien dengan operasi SC cito	Waktu tunggu pasien operasi dengan kelengkapan pemeriksaan penunjang tidak sinkron	5	5	25	2	Pasien
3	Operasional	Terjadinya pasien yang melarikan diri dari RS	Pasien gelisah, dikendalikan halusinasi, terdapat akses untuk melarikan diri, pengawasan kurang	5	4	20	3	Pasien
4	Operasional	Di ruang produksi ada vektor (kecoa, lalat, tikus) dan kucing	Adanya tempat/ sarang dari vektor dan kebersihan kurang terjaga, sampah yang menumpuk, petugas pest kontrol belum melakukan pengecekan secara maksimal	5	4	20	4	Fasilitas
5	Legal	RS menghadapi kasus hukum dari masyarakat akibat proses pengadaan	RS menghadapi kasus hukum dari masyarakat akibat proses pengadaan dan pelayanan	4	5	20	5	Bisnis RS
6	Fraud	Dokumen pengadaan tidak lengkap	Dokumen lampiran TOR yang tidak tajam, Spesifikasi dan HPS yang tidak akurat	4	5	20	6	Bisnis RS
7	Fraud	Kualifikasi mengarah ke salah satu penyedia	Conflict of interest	4	5	20	7	Bisnis RS
8	Fraud	Barang tidak sesuai kebutuhan	Conflict of interest	4	5	20	8	Bisnis RS
9	Operasional	Kesalahan narasi pada proses pengadaan	Kompetensi yang kurang	4	5	20	9	Bisnis RS
10	Fraud	Manipulasi Dokumen	1. Penyalahgunaan wewenang 2. Persekongkolan	4	5	20	10	Bisnis RS
11	Legal	Post Bidding	1. Persekongkolan 2. Gratifikasi	4	5	20	11	Bisnis RS
12	Legal	Petugas keliru menetapkan pemenang	1. SDM Tidak kompeten 2. kelalaian	4	5	20	12	Bisnis RS
13	Legal	Pemenang yang ditetapkan bukan yang seharusnya menang	1. COI 2. persekongkolan antar penyedia	4	5	20	13	Bisnis RS
14	Operasional	Terjadinya pasien bunuh diri di RS	Pasien akut, gelisah, dikendalikan halusinasi	4	4	16	14	Pasien
15	Operasional	Ketidaktepatan perencanaan dari jenis dan jumlah kebutuhan sediaan farmasi	Data penggunaan sediaan farmasi dan BMHP tidak akurat Perubahan pola persepsan dan penyakit Anggaran yang tersedia tidak sesuai dengan kebutuhan	4	4	16	15	Nakes Lain

NO	KATEGORI RISIKO	PERNYATAAN RISIKO	AKAR MASALAH (PENYEBAB UTAMA RISIKO)	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SCORING	RANGKING	RUANG LINGKUP
16	Operasional	Keterlambatan pengiriman barang dari penyedia barang.	Terlambat membuat permintaan barang ke Penyedia. Persediaan kosong di penyedia. Keterlambatan pembayaran pembelian oleh RS	4	4	16	16	Nakes Lain
17	Fraud	Penyalahgunaan Alat	Integritas yang rendah Conflict of Interest	4	4	16	17	Bisnis RS
18	Keuangan	Klaim Pending	Dokumen pendukung klaim tidak lengkap	4	4	16	18	Bisnis RS
19	Kepatuhan	Intervensi Atasan	1. Penyalahgunaan wewenang 2. Gratifikasi	4	4	16	19	Bisnis RS
20	Operasional	Dibagian pencucian bisa beresiko terinfeksi penyakit, stres, kelelahan dan gangguan telinga.	Kelelahan, kita terinfeksi dan stres	3	5	15	20	Nakes Lain
21	Operasional	Terkena infeksi penyakit	Pencucian tidak dengan baik dan benar serta teliti akan menyebabkan infeksi penyakit	3	5	15	21	Nakes Lain
22	Operasional	Ketidaktepatan verifikasi resep	Resep tidak sesuai dengan restriksi obat, dalam Formularium Nasional. Jumlah resep yang diverifikasi tidak sebanding dengan jumlah SDM sehingga beban kerja berlebih yang berpotensi menyebabkan human error	3	5	15	22	Pasien
23	Operasional	Suhu ruang produksi panas	Alat pendingin ruangan tidak memadai karena ruangan yang luas. sirkulasi udara belum baik.	5	3	15	23	Pasien
24	Operasional	Terjadinya penularan kutu rambut antar pasien	Kurang perawatan pasien saat di rumah	5	3	15	24	Pasien

5.10.2 Hazard Vulnerability Analysis (HVA)

Hazard Vulnerability Analysis (HVA) tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.21
Hazard Vulnerability Analysis (HVA) Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor

1. Natural Hazards

HAZARD AND VULNERABILITY ASSESSMENT TOOL NATURALLY OCCURRING EVENTS

EVENT	PROBABILITY	SEVERITY = (MAGNITUDE - MITIGATION)						RISK
		HUMAN IMPACT	PROPERTY IMPACT	BUSINESS IMPACT	PREPARED-NESS	INTERNAL RESPONSE	EXTERNAL RESPONSE	
	<i>Likelihood this will occur</i>	<i>Possibility of death or injury</i>	<i>Physical losses and damages</i>	<i>Interruption of services</i>	<i>Preplanning</i>	<i>Time, effectiveness, resources</i>	<i>Community/ Mutual Aid staff and supplies</i>	<i>Relative threat*</i>
SCORE	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = High 2 = Moderate 3 = Low or none	0 = N/A 1 = High 2 = Moderate 3 = Low or none	0 = N/A 1 = High 2 = Moderate 3 = Low or none	0 - 100%
Badai	2	1	1	1	2	2	2	33%
Angin Topan/Tomado	2	1	2	2	2	2	2	41%
Badai Petir	3	1	2	1	2	2	2	56%
Gempa Bumi	1	1	1	1	2	2	2	17%
Gelombang Pasang	0	0	0	0	0	0	0	0%
Suhu Ekstrim	1	1	1	1	3	3	3	22%
Kemarau	2	1	1	1	3	3	2	41%
Banjir, Eksternal	0	0	0	0	0	0	0	0%
Kebakaran	2	2	2	2	2	2	2	44%
Tanah Longsor	0	0	0	0	0	0	0	0%
Bendungan Rusak	0	0	0	0	0	0	0	0%
Gunung Meletus	1	1	1	1	2	2	2	17%
Epidemic	2	2	2	2	2	2	2	44%
AVERAGE SCORE	1,23	0,85	1,00	0,92	1,54	1,54	1,46	35%

*Threat increases with percentage.

RISK = PROBABILITY * SEVERITY
0,35 0,59 0,59

2. Technological Hazards

HAZARD AND VULNERABILITY ASSESSMENT TOOL TECHNOLOGIC EVENTS

EVENT	PROBABILITY	SEVERITY = (MAGNITUDE - MITIGATION)						RISK
		HUMAN IMPACT	PROPERTY IMPACT	BUSINESS IMPACT	PREPARED-NESS	INTERNAL RESPONSE	EXTERNAL RESPONSE	
	<i>Likelihood this will occur</i>	<i>Possibility of death or injury</i>	<i>Physical losses and damages</i>	<i>Interruption of services</i>	<i>Preplanning</i>	<i>Time, effectiveness, resources</i>	<i>Community/ Mutual Aid staff and supplies</i>	<i>Relative threat*</i>
SCORE	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = High 2 = Moderate 3 = Low or none	0 = N/A 1 = High 2 = Moderate 3 = Low or none	0 = N/A 1 = High 2 = Moderate 3 = Low or none	0 - 100%
Gangguan Listrik	2	1	3	3	2	2	2	48%
Gangguan Generator	2	1	1	1	2	1	1	26%
Gangguan Transportasi	0	0	0	0	0	0	0	0%
Kehabisan Bahan Bakar	2	1	1	1	2	2	2	33%
Gangguan Gas Alam	0	0	0	0	0	0	0	0%
Gangguan Suplai Air	1	0	3	1	2	2	2	19%
Gangguan Saluran Air	1	0	3	1	2	2	2	19%
Gangguan Steam	1	1	1	1	2	2	2	17%
Gangguan Alarm Kebakaran	1	0	3	1	2	2	2	19%
Gangguan Komunikasi	1	0	3	1	2	2	2	19%
Gangguan Gas Medis	1	0	3	1	2	2	2	19%
Gangguan Vacum Medis	1	0	3	1	2	2	2	19%
Gangguan Pada HVAC	1	0	3	1	2	2	2	19%
Compress Air	1	0	3	1	2	2	2	19%
Gagal Sistem Informasi	2	0	3	3	2	2	2	44%
Kebakaran, Internal	1	0	1	1	2	2	2	15%
Banjir, Internal	0	0	0	0	0	0	0	0%
Terpapar Hazmat, Internal	1	1	1	1	1	1	1	11%
Gangguan Pada Alat Medis	1	1	1	1	2	2	2	17%
Kekurangan Suply	1	1	1	1	2	2	2	17%
Kerusakan Struktural	2	0	2	2	2	2	2	37%
AVERAGE SCORE	1,10	0,33	1,86	1,10	1,67	1,62	1,62	23%

*Threat increases with percentage.

RISK = PROBABILITY * SEVERITY
0,23 0,43 0,53

3. Human Hazards

HAZARD AND VULNERABILITY ASSESSMENT TOOL HUMAN RELATED EVENTS

EVENT	PROBABILITY	SEVERITY = (MAGNITUDE - MITIGATION)						RISK
		HUMAN IMPACT	PROPERTY IMPACT	BUSINESS IMPACT	PREPARED-NESS	INTERNAL RESPONSE	EXTERNAL RESPONSE	
	<i>Likelihood this will occur</i>	<i>Possibility of death or injury</i>	<i>Physical losses and damages</i>	<i>Interruption of services</i>	<i>Preplanning</i>	<i>Time, effectiveness, resources</i>	<i>Community/ Mutual Aid staff and supplies</i>	<i>Relative threat*</i>
SCORE	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = High 2 = Moderate 3 = Low or none	0 = N/A 1 = High 2 = Moderate 3 = Low or none	0 = N/A 1 = High 2 = Moderate 3 = Low or none	0 - 100%
Insiden Massal (Trauma)	0	0	0	0	0	0	0	0%
Insiden Massal (Medis/Infeksius)	2	3	1	2	1	1	1	33%
Terorisme, Biological	0	0	0	0	0	0	0	0%
Status VIP	0	0	0	0	0	0	0	0%
Penculikan Anak	0	0	0	0	0	0	0	0%
Penyanderaan	0	0	0	0	0	0	0	0%
Tawuran	0	0	0	0	0	0	0	0%
Aksi Tenaga Kerja	0	0	0	0	0	0	0	0%
Forensik Masuk	0	0	0	0	0	0	0	0%
Ancaman Bom	0	0	0	0	0	0	0	0%
AVERAGE	0,20	0,30	0,10	0,20	0,10	0,10	0,10	33%

*Threat increases with percentage.

RISK = PROBABILITY * SEVERITY		
0,33	0,67	0,50

4. Hazardous Materials

HAZARD AND VULNERABILITY ASSESSMENT TOOL EVENTS INVOLVING HAZARDOUS MATERIALS

EVENT	PROBABILITY	SEVERITY = (MAGNITUDE - MITIGATION)						RISK
		HUMAN IMPACT	PROPERTY IMPACT	BUSINESS IMPACT	PREPARED-NESS	INTERNAL RESPONSE	EXTERNAL RESPONSE	
	<i>Likelihood this will occur</i>	<i>Possibility of death or injury</i>	<i>Physical losses and damages</i>	<i>Interruption of services</i>	<i>Preplanning</i>	<i>Time, effectiveness, resources</i>	<i>Community/ Mutual Aid staff and supplies</i>	<i>Relative threat*</i>
SCORE	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = Low 2 = Moderate 3 = High	0 = N/A 1 = High 2 = Moderate 3 = Low or none	0 = N/A 1 = High 2 = Moderate 3 = Low or none	0 = N/A 1 = High 2 = Moderate 3 = Low or none	0 - 100%
Insiden Massal Hazmat (korban >=5)	0	0	0	0	0	0	0	0%
Insiden Massal Hazmat (korban <5)	0	0	0	0	0	0	0	0%
Terpapar Kimia, Eksternal	0	0	0	0	0	0	0	0%
Internal Sipil Ukuran Kecil - Sedang	0	0	0	0	0	0	0	0%
Terorisme, Kimia	0	0	0	0	0	0	0	0%
Terpapar Radiologi, Internal	1	0	1	1	1	1	1	9%
Radioaktif	1	0	1	1	1	1	1	9%
Terpapar Radiologi, Eksternal	0	0	0	0	0	0	0	0%
Terorisme, Radiologic	0	0	0	0	0	0	0	0%
AVERAGE	0,22	0,00	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	9%

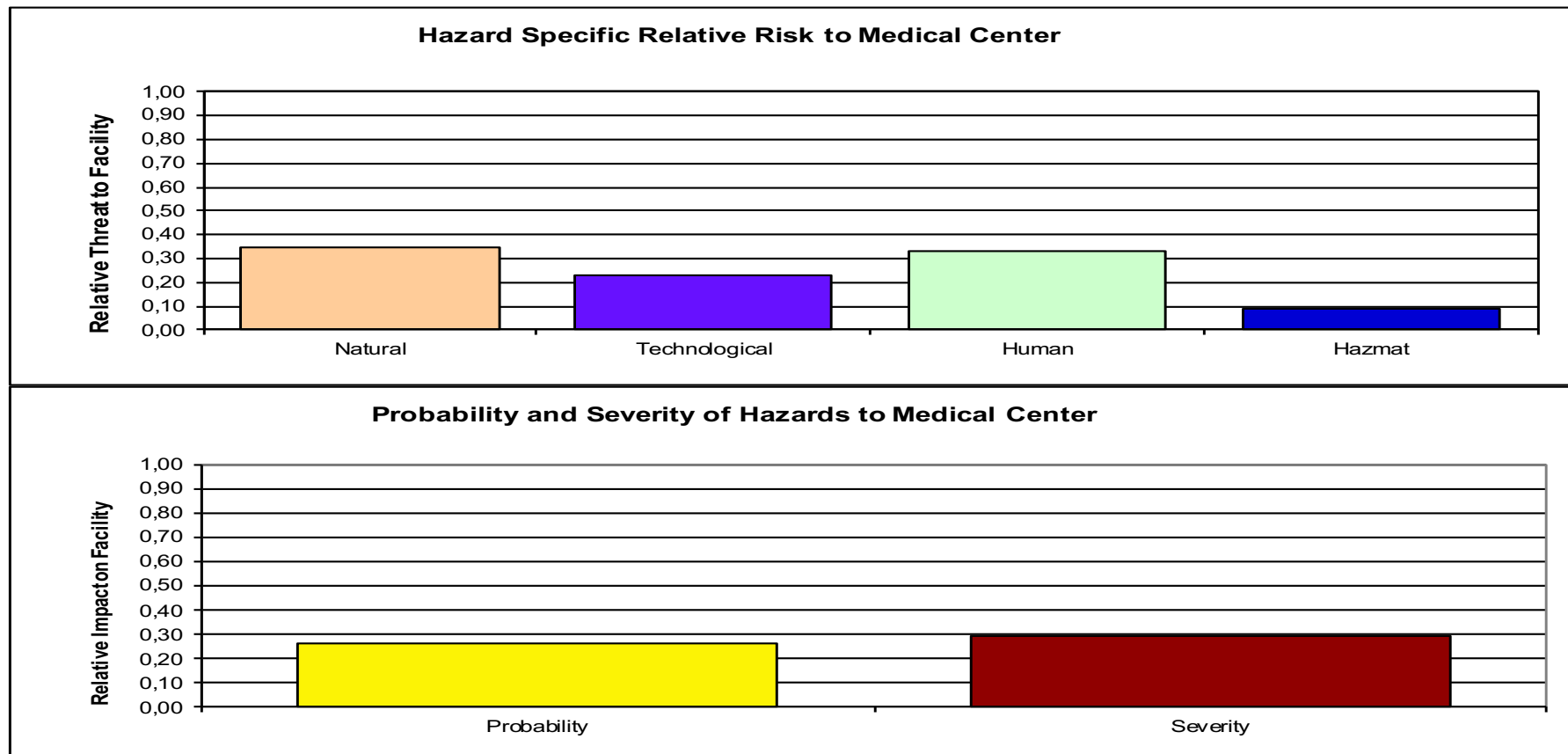
*Threat increases with percentage.

RISK = PROBABILITY * SEVERITY		
0,09	0,33	0,28

5. Summary

SUMMARY OF MEDICAL CENTER HAZARDS ANALYSIS

	Natural	Technologi	Human	Hazmat	Total for Facility
Probability	0,59	0,43	0,67	0,33	0,27
Severity	0,59	0,53	0,50	0,28	0,29
Hazard Specific Relative Risk:	0,35	0,23	0,33	0,09	0,08



5.10.3 Hospital Safety Index (HSI)

Hospital Safety Index (HSI) tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.21
Hospital Safety Index (HSI) Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

CATATAN BAGI PENILAI/PENTERJEMAH: TERJEMAHKAN HANYA YANG BERADA DALAM KOTAK HIJAU.
Hospital Safety Index: Page 1_ Step 1-2 (Safety Ratings)
CATATAN BAGI PENILAI atau PENTERJEMAH: TABEL INI ADALAH ULANGAN DARI PETUNJUK EVALUATOR: SEHINGGA HANYA KOTAK HIJAU YANG HARUS DITERJEMAHKAN DAN KATA-KATA DENGAN HIJAU DI BAWAHNYA HARAP CATAT LANGKAH 2 PADA AKHIR TABEL YANG MEMBUTUHKAN TERJEMAHAN SEBAGAI BERIKUT - Langkah 2: Sebelum bergerak ke langkah berikutnya, pastikan tidak ada "ERROR". Jika terdapat pesan "ERROR" yang muncul, kembali ke pertanyaan khusus dan jawab sesuai Langkah 3. Tabel dan rumus tidak akan dihitung baik jika terdapat beberapa pesan "ERROR".

MODUL 2. Elemen-elemen terkait struktur keamanan bangunan/gedung di RS				
2.1 Kejadian dan bahaya utama yang berdampak pada keamanan gedung	Control	Safety level		
		Low	Average	High
1. Kerusakan struktur utama atau kegagalan gedung/bangunan RS Tingkat Keamanan: Rendah = sebagian besar rusak dan tidak diperbaiki; rata-rata = sebagian rusak dan hanya sebagian gedung yang diperbaiki; Tinggi = Sedikit kerusakan atau tidak ada, atau gedung telah diperbaiki seluruhnya. JIKA TIDAK ADA KEJADIAN KHUSUS DI SEKITAR RS, BIARKAN KOTAK KOSONG	OK			1
2. RS dibangun dan/ atau diperbaiki menggunakan standar keamanan saat ini yang berlaku Tingkat Keamanan: Rendah = Standar keamanan yang berlaku tidak diterapkan; Rata-rata = Standar keamanan yang berlaku diterapkan sebagian; Tinggi = Standar Keamanan yang berlaku diterapkan sepenuhnya.	OK		1	
3. Efek remodeling atau modifikasi struktur bangunan yang ada di rumah sakit Tingkat Keamanan: Rendah = remodelling atau modifikasi dilakukan dengan menghilangkan struktur utama bangunan; Rata-rata = Pembuatan ulang dan/ atau modifikasi dengan sedikit pengaruh pada struktur bangunan; Tinggi = Minor remodeling dan minor modifikasi ; Tidak ada modifikasi yang dilakukan; atau major remodeling atau modifikasi yang memperkuat struktur bangunan atau tidak adanya efek negatif.	OK		1	
2.2 Integritas Gedung/Bangunan	Control	Safety level		
4. Desain Sistem Struktur Bangunan Tingkat Keamanan: Rendah = Desain sistem struktur bangunan buruk; Rata-rata = Desain sistem struktur bangunan agak baik; Tinggi = Desain sistem struktur bangunan baik.	OK		1	
5. Kondisi Bangunan Tingkat Keamanan: Rendah = Ada retakan-retakan di lantai dasar dan lantai pertama; Kerusakan utama disebabkan karena cuaca atau usia gedung; Rata-rata = Beberapa kerusakan disebabkan hanya oleh cuaca atau usia gedung ; Tinggi = Tidak ditemukannya kerusakan atau keretakan gedung.	OK		1	
6. Kondisi dari material struktur bangunan Tingkat Keamanan: Rendah = karat sampai terkelupas; retakan yang lebih besar dari 3 mm (Beton Bangunan), perubahan bentuk yang besar (besi dan kayu); Rata-rata = Keretakan yang terlihat antara 1 dan 3 mm (Beton Bangunan), perubahan yang terlihat dan terdapat perubahan bentuk lebih besar (besi dan kayu) atau adanya retak tapi tidak sampai terkelupas; Tinggi = Keretakan kurang dari 1 mm (Beton bangunan), tidak terdapat perubahan bentuk; terpelihara baik.	OK		1	
7. Hubungan antara berbagai elemen non struktur gedung dengan struktur gedung	OK		1	

MODUL 2. Elemen-elemen terkait struktur keamanan bangunan/gedung di RS				
Tingkat Keamanan: Rendah = Dinding partisi melekat kuat pada struktur gedung, atap melekat kuat atau bagian depan gedung terkait dengan struktur gedung, kerusakan akan membawa efek signifikan pada struktur gedung; Rata-rata = Beberapa elemen non struktural berhubungan dengan struktur gedung, kerusakan tidak berpengaruh pada struktur gedung; Tinggi = Tidak ada elemen non struktural yang terkait dengan struktur gedung.				
8. Kekuatan bangunan (terhadap gempa bumi, dll)	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = terpisah kurang dari 0.5% dari tinggi dan rendahnya dua bangunan yang berdekatan; rata-rata = terpisah antara 0.5% dan 1.5% dari tinggi dan rendahnya dua gedung yang berdekatan; Tinggi = Terpisah lebih dari 1.5% dari tinggi dan rendahnya dari dua gedung yang berdekatan.				
JIKA RS TIDAK BERADA DI DAERAH POTENSI BENCANA GEMPA TINGGI/MENENGAH BIARKAN KOTAK KOSONG.				
9. Kekuatan Bangunan (terhadap efek angin puting beliung dan kebakaran)	OK		1	
Tingkat Keamanan ; Rendah = Jarak terpisahannya kurang dari 5 m; rata-rata = Jarak terpisahannya antara 5 m dan 15 m; Tinggi = Jarak terpisahannya lebih dari 15 m.				
10. Bentuk Struktur	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Lebih sedikit dari 3 baris tahanan/resinten di tiap arah; Rata-rata = Tiga baris tahanan/resinten untuk tiap arahnya atau beberapa baris tanpa orientasi tegak lurus; Tinggi = Lebih dari tiga baris tahanan/resinten tagak lurus bangunan.				
11. Detil Bentuk Struktur, termasuk koneksinya	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada bukti adanya pencatatan konstruksi bangunan, atau dibangun sesuai standar desain lama; Rata-rata = Pembangunan sesuai dengan standar desain sebelumnya dan tidak dilakukan kegiatan memperbaiki atau memperbaiki struktur bangunan sesuai dengan standar yang berlaku saat ini; Tinggi = Pembangunan sesuai dengan standar yang berlaku saat ini.				
12. Rasio kekuatan kolom dengan kekuatan elemen penting dalam struktur bangunan.	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Kekuatan elemen penting bangunan (beams) lebih besar dari kekuatan kolom; Rata-rata = Kekuatan elemen penting bangunan (beams) sama dengan kekuatan kolom; Tinggi = Kekuatan kolom lebih besar dari kekuatan elemen penting bangunan (beams).				
13. Keamanan pondasi	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada bukti bahwa dasar bangunan didesain sesuai dengan berbagai standar (ukuran fondasi, survei tanah) dan/atau terdapat bukti kerusakan; tidak ada perencanaan yang tersedia; rata-rata = Sedikit bukti (gambar, survei tanah) dari fondasi yang didesain sesuai standar; dan /atau terdapat bukti untuk sedikit kerusakan; Tinggi = Bukti kuat bahwa fondasi didesain sesuai dengan berbagai standar dengan bukti kuat tidak adanya kerusakan.				
14. Ketidakteraturan dalam perencanaan struktur bangunan (kualitas, massa, ketahanannya)	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Kesalahan bentuk dan struktur tidak seragam; Rata-rata = Bentuk-bentuk dalam perencanaan tidak teratur tetapi strukturnya seragam; Tinggi = Bentuk-bentuk dalam perencanaan teratur dan strukturnya memiliki rencana yang seragam, dan tidak ada elemen-elemen yang akan mengakibatkan kerusakan yang signifikan.				
15. Ketidakteraturan dalam peninggian gedung	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Ketidaksinambungan atau ketidakteraturan elemen-elemen yang signifikan, terdapat variasi yang signifikan dalam peninggian gedung; Rata-rata = Beberapa ketidaksinambungan atau ketidakteraturan elemen-elemen, beberapa variasi dalam peninggian gedung; Tinggi = Tidak terdapat ketidaksinambungan dan ketidakteraturan elemen-elemen yang signifikan, sedikit atau bahkan tidak ada variasi dalam peninggian gedung.				
16. Ketidakteraturan mengenai ketinggian ruang penyimpanan	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tinggi ruang penyimpanan berbeda lebih dari 20% dan terdapat ketidaksinambungan yang signifikan atau ketidakteraturan elemen-elemen; Rata-rata = Ruang penyimpanan memiliki tinggi yang sama (mereka berbeda kurang dari 20% tetapi lebih dari 5%); Tinggi = Ruang penyimpanan memiliki tinggi yang sama (mereka berbeda kurang dari 5%).				
17. Integritas struktur atap bangunan	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = (Monopitch) atau atap sinar datar, dan/atau atap gantung besar; Rata-rata = Atap konkrit tanpa tekanan, atap pelana dengan tingkat kemiringan rendah, terhubung dengan memuaskan, tidak terdapat atap gantung yang besar; Tinggi = Reinforced cast in place on concrete roof deck or hipped atap, hubungan yang baik, tidak terdapat atap gantung yang besar.				
18. Ketahanan struktur bangunan terhadap bahaya selain gempa bumi dan badai	OK		1	

MODUL 2. Elemen-elemen terkait struktur keamanan bangunan/gedung di RS				
Tingkat Keamanan: Rendah = Rendahnya ketahanan struktur bangunan terhadap bahaya yang terjadi di lingkungan RS; Rata-rata = Ketahanan struktur bangunan cukup memuaskan (telah memperhitungkan kerusakan yang akan timbul); Tinggi = Ketahanan struktur bangunan yang baik (telah memperhitungkan segala risiko yang akan terjadi).				

MODUL 3: Elemen-elemen yang terkait dengan keamanan non struktur bangunan di RS				
3.1 Architectural safety	Control	Safety level		
		Low	Average	High
19. Kerusakan utama dan perbaikan elemen-elemen non struktural Tingkat Keamanan: Rendah = Kerusakan utama dan tidak ada perbaikan lengkap; Rata-rata = kerusakan sebagian, hanya sebagian gedung yang perlu diperbaiki; Tinggi = Sedikit atau tidak adanya kerusakan, atau gedung telah diperbaiki seluruhnya. JIKA KEJADIAN-KEJADIAN SEPERTI DI ATAS TIDAK ADA DI LINGKUNGAN RS, BIARKAN KOTAK KOSONG.	OK		1	
20. Kondisi dan keamanan pintu, baik keluar maupun masuk. Tingkat Keamanan: Rendah = Semua pintu baik pintu masuk dan pintu keluar dalam kondisi buruk, kerusakan pintu menghalangi fungsinya dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau pengoperasiannya; pintu masuk dengan lebar kurang dari 115 cm; Rata-rata = Dalam kondisi normal, pintu rusak tapi tidak mengganggu fungsi pintu dan elemen-elemen lain, berbagai sistem dan pengoperasiannya; atau lebar pintu masuk kurang dari 115 cm; Tinggi = Di kondisi baik, baik sistem dan pengoperasiannya; dan lebar pintu masuk sama atau lebih besar dari 115 cm.	OK			1
21. Kondisi dan keamanan jendela dan daun jendela Tingkat Keamanan: Rendah = Jendela dan daun jendela dalam kondisi buruk, kerusakan subyek akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem dan operasionalnya (misal:lemahnya atap pelindung); Rata-rata = Dalam kondisi normal, kerusakan subyek tidak akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem dan operasionalnya; Tinggi = Dalam kondisi baik, tidak ada atau terdapat sedikit potensi kerusakan yang akan mengganggu fungsi dan elemen-elemennya, baik sistem dan operasionalnya; kaca pelindung (misal: pelindung polycarbonate, kaca film) telah ditambahkan di titik-titik kritis.	OK		1	
22. Kondisi dan keamanan dari elemen-elemen lain dari sisi luar gedung (misal dinding luar, teras) Tingkat Keamanan: Rendah = Sisi luar gedung dalam kondisi buruk, kerusakan subyek akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem dan operasionalnya; Rata-rata = Dalam kondisi normal, kerusakan subyek tidak akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya; Tinggi = Dalam kondisi baik, tidak ada atau kecil potensi kerusakan yang akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya.	OK		1	
23. Kondisi dan Keamanan Atap Tingkat Keamanan: Rendah = Atap dalam kondisi buruk, kerusakan subyek akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya; Rata-rata = Dalam kondisi normal, kerusakan subyek tidak akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya; Tinggi = Pada kondisi yang baik, tidak ada atau kecil potensial kerusakan akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem dan operasionalnya.	OK		1	
24. Kondisi dan keamanan dari pagar pengaman dan sandaran/ dinding, teras/ balkon (parapet). Tingkat Keamanan: Rendah = pagar pengaman dan parapet dalam kondisi buruk, kerusakan subyek akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya; Rata-rata = Kerusakan subyek tidak mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya; Tinggi = Tidak ada atau kecil potensial kerusakan akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya.	OK		1	
25. Kondisi dan keamanan dinding pembatas dan pagar Tingkat Keamanan: Rendah = Dinding pembatas dan pagarnya dalam kondisi buruk, kerusakan subyek akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya; Rata-rata = Dalam kondisi normal, kerusakan subyek tidak akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya; Tinggi = Dalam kondisi baik, tidak ada atau kecil potensial kerusakan akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya.	OK		1	
26. Kondisi dan Keamanan elemen-elemen arsitektur lain (misal: ornamen, cerobong asap, tanda-tanda) Tingkat Keamanan: Rendah = Elemen-elemen arsitektur lainnya dalam kondisi buruk, kerusakan subyek dapat mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya; Rata-rata = Dalam kondisi normal, kerusakan elemen-elemen tidak akan mengganggu fungsi	OK		1	

MODUL 3: Elemen-elemen yang terkait dengan keamanan non struktur bangunan di RS				
dan elemen-elemen lainnya; baik sistem atau operasionalnya; Tinggi = Dalam kondisi baik, tidak ada atau kecil potensial kerusakan akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya.				
27. Kondisi aman untuk pergerakan diluar gedung RS	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Adanya hambatan atau kerusakan struktur atau jalan dan jalur pejalan kaki akan mengganggu kendaraan atau orang yang hendak masuk gedung atau bahkan berbahaya bagi orang; Rata-rata = Adanya hambatan atau kerusakan struktur atau jalan dan jalur pejalan kaki tidak mengganggu orang yang akan masuk gedung RS, tapi akan mengganggu akses kendaraan; Tinggi = Tidak ada hambatan, atau kerusakan kecil atau potensial yang mengganggu pejalan kaki dan kendaraan.				
28. Kondisi Aman untuk pergerakan d dalam gedung (misal: Koridor, tangga)	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Adanya hambatan atau kerusakan pada beberapa elemen yang akan mengganggu pergerakan di dalam gedung dan membahayakan penghuninya; Rata-rata = Adanya hambatan atau kerusakan pada berbagai elemen tidak mengganggu pergerakan orang tetapi akan mengganggu pergerakan mesin-mesin, kursi roda, dll; Tinggi = Tidak ada hambatan, kerusakan kecil atau potensial tidak akan mengganggu pergerakan orang ataupun peralatan kursi roda.				
29. Kondisi dan keamanan dinding dalam dan partisi	OK		1	
Safety ratings: Low = Internal walls and partitions in poor condition, subject to damage which would impede the function of this and other elements, systems or operations; Average = In fair condition, element(s) are subject to damage but damage would not impede the function of this and other elements, systems or operations; High = In good condition, no or minor potential for damage that would impede the function of this and other elements, systems or operations.				
30. Kondisi dan Keamanan dari plafon	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Plafon yang terpasang dalam kondisi yang buruk, kerusakan subyek akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem dan operasionalnya; Rata-rata = Plafon Dalam kondisi normal, kerusakan subyek tidak akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya; Tinggi = Plafon Dalam kondisi baik, tidak ada atau kecil potensial kerusakan akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem dan operasionalnya.				
JIKA BANGUNAN RS TIDAK MEMILIKI PLAFON, BIARKAN KOTAK KOSONG.				
31. Kondisi dan keamanan sistem elevator	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Sistem Elevator dalam kondisi buruk, kerusakan subyek akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem dan operasionalnya; Rata-rata = Pada kondisi normal, kerusakan elemen-elemen tidak akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem dan operasionalnya; Tinggi = Pada kondisi baik, tidak ada atau kecil potensial kerusakan akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya.				
JIKA TIDAK TERDAPAT ELEVATOR, BIARKAN KOTAK KOSONG.				
32. Kondisi dan keamanan Ramp dan tangga	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Dalam kondisi buruk, kerusakan subyek atau terdapatnya penghalang, yang mana akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya; Rata-rata = Di kondisi normal, kerusakan subyek dan penghalang tidak akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya; Tinggi = Pada kondisi baik, tidak ada penghalang, potensi atau kecil kerusakan tidak akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya; baik sistem dan operasionalnya.				
JIKA TIDAK TERDAPAT RAMPS DAN TANGGA, BIARKAN KOTAK KOSONG				
33. Kondisi dan keamanan penutup lantai	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Penutup lantai dalam kondisi buruk, kerusakan subyek akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya; Rata-rata = Pada kondisi normal, kerusakan subyek tidak akan mengganggu fungsinya; Tinggi = Pada kondisi baik, tidak ada atau kecil potensial kerusakan akan mengganggu fungsi atau elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya.				
3.2 Perlindungan Infrastruktur, akses dan keamanan fisik	Control	Safety level		
		Low	Average	High
34. Lokasi pelayanan kritis RS dan perlengkapan yang terkait dengan Hazard lokal	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada tindakan perlindungan yang dilakukan; kerusakan subyek, kegagalan dan pengganggu pelayanan kritis dan operasional RS pada kegawatan dan bencana; Rata-rata = Sebagian tindakan untuk melindungi pelayanan kritis dari hazard lokal yang digunakan; kerusakan subyek dengan beberapa gangguan pada pelayanan kritis dan operasional RS pada kegawatan dan bencana; Tinggi =				

MODUL 3: Elemen-elemen yang terkait dengan keamanan non struktur bangunan di RS				
Banyak tindakan diberikan untuk melindungi pelayanan kritis; Tinggi kemungkinan bahwa pelayanan kritis dan RS akan dioperasikan tanpa adanya gangguan pada kegawatan dan bencana.				
35. Rute Akses RS	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Terdapat halangan pada rute akses dan kerusakan yang mana mengganggu akses dan fungsi dari elemen-elemen lain, baik sistem atau operasionalnya; Rata-rata = Halangan pada rute akses dan kerusakan yang ada tidak akan mengganggu akses dan fungsinya; Tinggi = Tidak ada atau kecil potensial halangan atau kerusakan yang akan mengganggu akses dan fungsi dari elemen-elemen lain, baik sistem dan operasionalnya.				
36. Emergency exits dan rute evakuasi	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = exit (jalur keluar) dan rute evakuasi tidak ditandai dengan jelas dan banyak terdapat halangan; Rata-rata = Beberapa exit (jalur keluar) dan rute evakuasi diberi tanda dan sebagian besar tidak ada halangannya; Tinggi = Semua exit (jalur keluar) dan rute evakuasi diberi tanda dengan jelas dan tidak ada penghalang.				
37. Bangunan keamanan fisik, perlengkapan, perlengkapan, staf dan pasien	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada tindakan keamanan di lokasi, Rata-rata = Terdapat hanya beberapa perlindungan keamanan di lokasi (misal: penyimpanan terkunci), pelacakan aset dan pengendalian persediaan); Tinggi = tindakan keamanan menyeluruh secara fisik di lokasi (misal: desain and perencanaan, pengendalian akses dan sistem keamanan pintu, penyimpanan yang terkunci untuk persediaan dan perlengkapan).				
3.3 Sistem-sistem Kritis	Control	Safety level		
3.3.1 Sistem Elektronik		Low	Average	High
38. Kapasitas dari sumber listrik cadangan (misal: generator)	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Sumber alternatif tidak ada, atau hanya mencakup kurang dari 30% kebutuhan area kritis, atau hanya dapat dihidupkan secara manual ; Rata-rata = Sumber alternatif mencakup 31–70% dari kebutuhan area kritis dan dapat menyala otomatis kurang dari 10 detik di area kritis; Tinggi = Sumber alternatif menyala otomatis kurang dari 10 detik dan mencakup lebih dari 70% kebutuhan area kritis.				
39. Pengujian secara teratur akan sumber listrik alternatif di area kritis	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Pengujian lengkap dilakukan tiap 3 bulan atau lebih; Rata-rata = Pengujian lengkap tiap 1 sampai 3 bulan; Tinggi = Pengujian lengkap dilakukan sedikitnya tiap bulan.				
40. Kondisi dan Keamanan sumber listrik alternatif	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada sumber alternatif; kondisi generator buruk, tidak ada tindakan perlindungan; Rata-rata = Generator yang ada dalam kondisi baik; beberapa tindakan menyediakan sebagian perlindungan dan keamanan; Tinggi = Generator yang ada dalam kondisi baik, cukup aman dan bekerja baik untuk keperluan darurat.				
41. Kondisi dan keamanan peralatan listrik, kabel-kabel dan kabel-kabel yang tak terlihat	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Peralatan listrik, kabel listrik, kabel-kabel baik yang terlihat ataupun tidak dalam kondisi buruk, tidak ada tindakan perlindungan; Rata-rata = Peralatan listrik, kabel listrik, kabel-kabel tak terlihat dalam kondisi baik; beberapa tindakan menyediakan sebagian perlindungan dan keamanan; Tinggi = Peralatan listrik, kabel listrik, dan kabel-kabel yang tersembunyi dalam keadaan baik, sangat aman dan bekerja dengan baik.				
42. System pengganti untuk local electric power supply	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Hanya terdapat satu jalan masuk sumber listrik lokal; Rata-rata = Terdapat dua jalan masuk untuk suplai sumber listrik lokal; Tinggi = Terdapat lebih dari 2 jalan masuk untuk suplai listrik lokal.				
43. Kondisi dan keamanan control panels, overload breaker switches and cables	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Panel kendali dan elemen-elemen lain dalam kondisi buruk, tidak adanya tindakan perlindungan; Rata-rata = Panel kendali dan elemen-elemen lain dalam kondisi baik; beberapa tindakan menyediakan sebagian perlindungan; Tinggi = Panel kendali atau elemen-elemen lain dalam kondisi sangat baik, sangat terlindung dan bekerja dengan baik.				
44. Sistem pencahayaan untuk area kritis di RS	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Pencahayaan pada tingkat rendah; tidak ada tindakan perlindungan; Rata-rata = Pencahayaan memuaskan di area kritis; beberapa tindakan menyediakan sebagian perlindungan; Tinggi = Pencahayaan pada tingkat baik dan dilakukan tindakan perlindungan di tempat.				

MODUL 3: Elemen-elemen yang terkait dengan keamanan non struktur bangunan di RS				
45. Kondisi dan keamanan sistem pencahayaan di dalam dan luar ruangan.	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Sistem pencahayaan di dalam dan di luar ruangan dalam kondisi buruk, tidak terdapat tindakan perlindungan; Rata-rata = Dalam kondisi normal; beberapa tindakan menyediakan sebagian perlindungan; Tinggi = Dalam kondisi sangat baik, sangat terlindung, dan bekerja dengan baik.				
46. Instalasi sistem listrik luar ruangan untuk keperluan RS	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada instalasi listrik di luar ruang untuk keperluan RS; Rata-rata = Terdapat instalasi tambahan; beberapa tindakan menyediakan sebagian perlindungan tetapi rentan akan kerusakan atau gangguan, tidak tersedianya cukup tenaga untuk RS; Tinggi = Terdapat instalasi listrik tambahan, terlindung dengan baik, dan menyediakan cukup tenaga untuk RS pada saat kegawatan atau bencana.				
47. Emergency maintenance dan pemulihan untuk electric power supply dan sumber alternatif	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur-prosedur terdokumentasi dan juga catatan pemeliharaan / inspeksi tidak tersedia; Rata-rata = Prosedur-prosedur terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan/ inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, tapi sumber daya tidak tersedia; Tinggi = Dokumentasi prosedur-prosedur tersedia, catatan pemeliharaan/ inspeksi diperbaharui rutin, tenaganya terlatih, dan sumber daya tersedia untuk keperluan pemeliharaan dan pemulihan darurat.				
3.3.2 Sistem Telekomunikasi				
48. Kondisi dan keamanan antena	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Antena dan posisinya dalam kondisi buruk, tidak ada tindakan perlindungan; Rata-rata = Antena dan posisinya dalam kondisi baik, beberapa tindakan menyediakan sebagian perlindungan; Tinggi = Antena dan posisinya dalam keadaan sangat baik, terlindung baik, tindakan perlindungan dilakukan saat itu.				
JIKA TIDAK ADA ANTENA, BIARKAN KOTAK KOSONG.				
49. Kondisi dan keamanan low- and extra-low-voltage systems (Internet and telephone)	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Sistem voltase rendah dalam keadaan buruk, tidak ada tindakan perlindungan; Rata-rata = Sistem voltase rendah dalam kondisi normal, beberapa tindakan menyediakan sebagian perlindungan; Tinggi = Kondisi baik, cukup aman dan tindakan perlindungan lain dilakukan di tempat.				
50. Sistem Komunikasi Alternatif	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Sistem komunikasi alternatif tidak tersedia, atau dalam kondisi buruk, atau tidak berfungsi; Rata-rata = Sistem komunikasi alternatif mencakup seluruh RS dalam kondisi normal, tapi diuji secara tahunan; Tinggi = Sistem komunikasi alternatif dalam kondisi baik dan diuji sedikitnya tiap tahun.				
51. Kondisi dan keamanan peralatan komunikasi dan kabel-kabelnya	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Peralatan komunikasi dan kabel-kabelnya dalam kondisi buruk; tidak ada tindakan perlindungan; Rata-rata = Perlengkapan dan kabel-kabel dalam kondisi normal; beberapa tindakan menyediakan sebagian perlindungan; Tinggi = Dalam kondisi baik, cukup aman dan terlindung dari hazard.				
52. Efek dari sistem komunikasi eksternal terhadap komunikasi RS	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Sistem komunikasi eksternal menyebabkan gangguan pada komunikasi RS; Rata-rata = Sistem komunikasi eksternal cukup setengah mengganggu komunikasi RS; Tinggi = Sistem Komunikasi eksternal tidak mempengaruhi sistem komunikasi RS.				
53. Keamanan sistem komunikasi RS	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = keamanan sistem komunikasi dalam kondisi buruk, beresiko tinggi sampai hazard; tidak adanya tindakan perlindungan; Rata-rata = keamanan sistem komunikasi dalam kondisi normal; ada beberapa tindakan perlindungan; Tinggi = Kondisi baik, cukup aman dan tindakan perlindungan dilakukan di lokasi RS				
54. Kondisi dan keamanan sistem komunikasi internal	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Sistem komunikasi internal tidak tersedia atau dalam kondisi buruk; Rata-rata = Sistem komunikasi internal dalam kondisi normal, tetapi tidak ada sistem alternatifnya; Tinggi = Sistem komunikasi internal dan sistem cadangan dalam kondisi baik.				
55. Standard Pemeliharaan dan pemulihan sistem komunikasi dan alternatifnya	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur yang terdokumentasi dan catatan pemeliharaan/ inspeksi tidak tersedia; Rata-rata = Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan dan inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, tapi sumber daya tidak tersedia; Tinggi = Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan dan inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, dan sumber daya tersedia untuk penggunaan pemeliharaan dan pemulihan kegawatan.				

MODUL 3: Elemen-elemen yang terkait dengan keamanan non struktur bangunan di RS				
3.3.3 Water supply system (Sistem Persediaan Air)				
56. Air yang tersedia untuk pelayanan dan fungsi RS	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Cukup untuk 24 jam atau kurang, atau tangki air tidak tersedia; Rata-rata = Cukup untuk lebih dari 24 jam tapi kurang dari 72 jam; Tinggi = Tersedia untuk sedikitnya 72 jam.				
57. Lokasi tangki penyimpanan air	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = lokasi tangki rentan dengan risiko tinggi kegagalan (misal: bentuk struktur, arsitekturnya dan/ atau pengaturannya); Rata-rata = kondisi tangki terekspos untuk risiko sedang akan kegagalan (misal: bentuk struktur, arsitekturnya dan/ atau sistem pengaturannya); Tinggi = lokasi tangki tidak terpapar oleh risiko yang terlihat dan teridentifikasi (misal: bentuk struktur, arsitekturnya dan/atau sistem pengaturannya).				
JIKA RS TIDAK MEMILIKI TANGKI PENYIMPANAN AIR, BIARKAN KOTAK KOSONG.				
58. Keamanan Sistem Distribusi Air	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Kurang dari 60% dalam kondisi operasional yang baik ; Rata-rata = Antara 60% dan 80% dalam kondisi baik; Tinggi = Diatas 80% dalam kondisi baik.				
59. Alternatif persediaan air untuk suplai air rutin	OK		1	
Safety ratings: Low = Menyediakan kurang dari 30% kebutuhan harian emergency atau disaster scenario; rata-rata = Menyediakan 30% -80% dari kebutuhan harian untuk emergency atau disaster scenario; Tinggi = Menyediakan lebih dari 80% dari kebutuhan harian untuk emergency atau disaster scenario.				
60. Sistem pompa tambahan/cadangan	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak tersedianya pompa cadangan dan kapasitas operasional tidak sampai memenuhi kebutuhan harian minimal; Rata-rata = Pompa tambahan dalam kondisi normal tapi tidak dapat memenuhi kebutuhan harian air minimal; Tinggi = Semua pompa tambahan dan sistem cadangan beroperasi dan dapat memenuhi kebutuhan air harian.				
61. Pemeliharaan dan pemulihan suplai air	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur yang terdokumentasi dan catatan pemeliharaan dan inspeksi tidak tersedia; Rata-rata = Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan dan inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, tetapi sumber daya tidak tersedia; Tinggi = Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan/ inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, dan sumber daya tersedia untuk keperluan pemeliharaan dan pemulihan darurat.				
3.3.4 Fire protection system (Sistem Perlindungan terhadap Kebakaran)				
62. Kondisi dan keamanan sistem perlindungan api (pasif)	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah =Elemen-elemennya rusak, dan kerusakan yang ada akan berpengaruh pada fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya; Rata-rata = Elemen-elemennya rusak tapi kerusakannya tidak berpengaruh pada fungsinya; Tinggi = Tidak ada atau kecil potensial kerusakan dapat berpengaruh pada fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau operasionalnya.				
63. Fire/smoke detection systems (Sistem Deteksi Api dan Asap)	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada sistem yang di instal ; Rata-rata = Sistem hanya di instal sebagian, atau tidak terpelihara dan diuji secara rutin; Tinggi = Sistem telah di instal dan terpelihara dengan baik serta diuji secara rutin.				
64. System pemadam otomatis (baik yang otomatis maupun manual)	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada sistem yang diinstal; tidak adanya inspeksi; Rata-rata = Sistem hanya diinstal sebagian, atau sistem diinstal lengkap, tapi tidak ada pemeliharaan dan pengujiannya; inspeksi dilakukan secara lengkap dan teratur; Tinggi = Sistem telah diinstal lengkap dan ada pemeliharaan secara rutin serta pengujian secara teratur; inspeksi juga dilakukan secara lengkap dan selalu diperbaharui.				
65. Persediaan air untuk pemadaman kebakaran	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Sebuah sumber suplai permanen yang dapat digunakan untuk memadamkan api tidak tersedia; Rata-rata = Sebuah sumber suplai air permanen tersedia untuk pemadaman api; terdapat keterbatasan ketersediaan kapasitas, dan tidak ada pemeliharaan dan pengujian yang dilakukan; Tinggi = Sebuah sumber suplai air permanen dengan kapasitas yang signifikan untuk pemadaman api tersedia, terpelihara dan teruji secara rutin.				
66. Pemeliharaan dan pemulihan untuk fire protection system	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur yang terdokumentasi dan catatan pemeliharaan/ inspeksi tidak tersedia; Rata-rata = Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan/ inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, tetapi sumber daya tidak tersedia; Tinggi =				

MODUL 3: Elemen-elemen yang terkait dengan keamanan non struktur bangunan di RS			
Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan/ inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, dan sumber daya tersedia untuk dapat digunakan dalam pemeliharaan dan pemulihan darurat.			
3.3.5 Waste management systems			
67. Keamanan untuk sistem limbah cair non hazardous	OK		1
Tingkat Keamanan: Rendah = Sistem pembuangan air limbah tidak tersedia atau dalam kondisi buruk; Rata-rata = Sistem dalam kondisi normal, tapi tersedia hanya sedikit atau tidak ada bukti adanya pelengkap dan pemeliharannya; Tinggi = Sistem pembuangan air limbah dalam kondisi baik dengan kapasitas cukup dan terdapat bukti untuk kelengkapan dan pemeliharannya.			
68. Keamanan dari hazardous waste water and liquid waste	OK		1
Tingkat Keamanan: Rendah = Sistem untuk air limbah beracun tidak ada atau dalam kondisi buruk; Rata-rata = Sistem dalam kondisi normal tapi Tapi hanya sedikit atau bahkan tidak ada bukti kelengkapan dan pemeliharannya; Tinggi = Sistem pembuangan dalam kondisi dan kapasitas baik, serta terdapat bukti kelengkapan dan pemeliharannya.			
69. Keamanan dari nonhazardous solid waste system	OK		1
Tingkat Keamanan: Rendah = Sistem untuk pembuangan sampah padat tidak ada atau dalam kondisi buruk; Rata-rata = Sistem dalam kondisi normal, tapi hanya sedikit atau bahkan tidak ada bukti kelengkapan dan pemeliharannya; Tinggi = Sistem pembuangan dalam kondisi baik dengan kapasitas cukup dan tersedia bukti kelengkapan dan pemeliharannya.			
70. Keamanan dari hazardous solid waste system	OK		1
Tingkat Keamanan: Rendah = Sistem pembuangan sampah padat beracun tidak tersedia atau dalam kondisi buruk; Rata-rata = Sistem dalam kondisi normal tetapi hanya sedikit atau bahkan tidak ada bukti kelengkapan dan pemeliharannya; Tinggi = Sistem pembuangan dalam kondisi baik dengan kapasitas cukup dan terdapat bukti kelengkapan dan pemeliharannya.			
71. Sistem manajemen Pemeliharaan dan Pemulihan semua jenis limbah RS	OK		1
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur yang terdokumentasi dan catatan pemeliharaan/ inspeksi tidak ada; Rata-rata = Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan / inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, tapi sumber daya tidak tersedia; Tinggi = Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan/ inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, dan sumber daya tersedia untuk pemeliharaan dan pemulihan darurat.			
3.3.6 Sistem penyimpanan bahan bakar (misal: gas, bensin dan solar)			
72. Persediaan bahan bakar	OK		1
Tingkat Keamanan: Rendah = Tersedia untuk 24 jam atau kurang, atau tangki bahan bakar tidak tersedia; Rata-rata = Bahan bakar cukup untuk lebih dari 24 jam tapi kurang dari 72 jam; Tinggi = Terjamin untuk memenuhi sedikitnya 72 jam.			
73. Kondisi dan keamanan tanah di bawah tangki bahan bakar dan /atau silinder	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tangki bahan bakar dalam kondisi buruk; tidak di cor dan pelindung tangki; lokasi tangki tidak aman dan beresiko tinggi; Rata-rata = Tangki dalam kondisi normal, dicor dan terdapat kerangka yang tidak mengarah pada risiko tinggi bahaya; pelindung tangki aman dan cukup terlindung; Tinggi = Tangki dalam kondisi baik; dicor dan pelindungnya dalam kondisi yang baik untuk mencegah bahaya; pelindung tangki cukup aman dan terlindung.			
JIKA RS TIDAK MEMILIKI LAYANAN INI, BIARKAN KOTAK KOSONG.			
74. Lokasi aman untuk penyimpanan bahan bakar jauh dari gedung RS	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Penyimpanan bahan bakar sulit di akses dan tidak berada pada tempat yang aman; Rata-rata = Lingkungan dalam kondisi normal dan lokasi jauh dari bahaya; beberapa tindakan menyediakan sebagian perlindungan; Tinggi = Dalam kondisi baik dan berada di lokasi yang baik, cukup aman dan tindakan perlindungan diterapkan; tangki bahan bakar dapat dengan mudah di akses.			
JIKA TIDAK TERDAPAT TANGKI DISTRIBUSI BAHAN BAKAR, BIARKAN KOTAK KOSONG.			
75. Kondisi dan keamanan sistem distribusi bahan bakar (katub, pipa dan penghubungnya)	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Kurang dari 60% sistem beroperasi dalam kondisi aman; Rata-rata = Antara 60% dan 90% dari sistem dalam kondisi operasional normal dan memiliki katup penutup otomatis ; Tinggi = Lebih dari 90% sistem dalam kondisi operasional baik dan memiliki katub penutup otomatis.			
76. Pemeliharaan dan pemulihan persediaan bahan bakar darurat	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur yang terdokumentasi dan catatan pemeliharaan/ inspeksi tidak tersedia; Rata-rata = Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan/ inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, tapi sumber daya tidak tersedia; Tinggi =			

MODUL 3: Elemen-elemen yang terkait dengan keamanan non struktur bangunan di RS			
Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan/ inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, dan sumber daya tersedia untuk keperluan pemeliharaan dan pemulihan darurat.			
3.3.7 Medical gases systems (Sistem Gas Medik)			
<u>77. Lokasi sekitar penyimpanan gas medik</u>	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada tempat terlindung untuk gas medik, atau tempat untuk gas medik beresiko tinggi mengarah pada bahaya; tidak ada tindakan perlindungan, dan penyimpanannya sulit di akses; Rata-rata = Tempat terlindung dan dalam kondisi normal; beberapa tindakan menyediakan sebagian perlindungan; Tinggi = Dalam kondisi yang baik, cukup aman dan tindakan perlindungan lain tersedia; tempat penyimpanan dapat mudah di akses.			
<u>78. Keamanan lokasi penyimpanan untuk tangki gas medik dan atau silinder</u>	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tangki gas medik dan silinder pada lokasi penyimpanan yang buruk kondisinya; tidak ada tindakan perlindungan, tidak aman; tenaganya tidak terlatih untuk mengoperasikan gas medik dan peralatan pemadam kebakaran; Rata-rata = Tangki gas medik dan silinder dalam tempat penyimpanan yang baik kondisinya, beberapa tindakan menyediakan sebagian perlindungan; kualitas pengecoran dan pelindungnya kurang aman; tenaganya terlatih untuk mengoperasikan peralatan; Tinggi = Kondisi baik, cukup aman dan terlindung, di cor dalam kualitas baik untuk pencegahan bahaya; gas medik peralatan pemadam kebakaran dioperasikan oleh tenaga berkualitas.			
<u>79. Kondisi dan keamanan sistem distribusi gas medik (misal. katub, pipa-pipa, penghubungnya)</u>	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Kurang dari 60% dari sistem bekerja dalam kondisi baik; Rata-rata = Antara 60% dan 80% dari sistem dalam kondisi operasional yang baik; Tinggi = Lebih dari 80% sistem dalam keadaan operasional baik.			
<u>80. Kondisi dan keamanan silinder gas medik dan peralatan terkait lainnya dalam RS</u>	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tangki dan silinder gas medik di lingkungan RS dalam kondisi buruk, tidak ada tindakan perlindungan; tidak aman; Rata-rata = Tangki dan silinder gas medik dalam kondisi normal; kualitas cor dan pelindung tangki tidak memadai; beberapa tindakan memberikan sebagian perlindungan; Tinggi = Kondisi baik, cukup aman dan terlindung; cor lantai berkualitas untuk perlindungan dari bahaya.			
<u>81. Ketersediaan berbagai sumber gas medik alternatif</u>	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Sumber-sumber alternatif tidak tersedia; Rata-rata = Terdapat sumber alternatif tetapi pendistribusian persediaan membutuhkan waktu lebih dari 15 hari; Tinggi = Sumber-sumber alternatif yang memadai tersedia dengan cepat setelah pemberitahuan (kurang dari 15 hari).			
<u>82. Pemeliharaan dan pemulihan sistem gas medik darurat.</u>	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur yang terdokumentasi dan catatan pemeliharaan /inspeksi tidak tersedia; Rata-rata = Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan/ inspeksi selalu diperbaharui, dan tenaganya terlatih, tetapi sumber daya tidak tersedia; Tinggi = Prosedur-prosedur tersedia, catatan pemeliharaan/ inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, and sumber daya tersedia untuk penggunaan pemeliharaan dan pemulihan darurat.			
3.3.8 Heating, ventilation, and air-conditioning (HVAC) systems (Sistem Pemanas, Ventilasi dan AC (HVAC))			
<u>83. Lokasi yang memadai untuk menempatkan peralatan HVAC</u>	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Penempatan HVAC tidak mudah diakses dan terletak tidak pada tempat yang aman; tidak ada tindakan perlindungan; Rata-rata = Penempatan HVAC mudah di akses, lokasinya aman; terdapat beberapa tindakan yang sebagian melindungi dari bahaya; Tinggi = Penempatan HVAC mudah di akses, di tempat yang aman terlindung dari bahaya.			
<u>84. Keamanan penempatan peralatan HVAC</u>	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Peralatan HVAC tidak mudah di akses; tidak ada tindakan perlindungan untuk operasional yang aman dan pemeliharaannya; Rata-rata = HVAC mudah di akses; beberapa tindakan memberikan sebagian perlindungan; Tinggi = Perlengkapan HVAC mudah di akses, dengan tindakan perlindungan yang berwawasan luas.			
<u>85. Keamanan dan kondisi operasional dari perlengkapan HVAC (misal: boiler, exhaust)</u>	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Perlengkapan HVAC dalam kondisi yang buruk, tidak terpelihara; Rata-rata = Perlengkapan HVAC dalam kondisi normal; beberapa tindakan diambil menghasilkan sebagian perlindungan, tapi tidak terpelihara secara rutin; Tinggi = Kondisi baik, cukup aman dan terlindung dari bahaya (misal: struktur cor nya yang berkualitas); pemeliharaan secara rutin uji kendali dan alarm dilakukan.			
<u>86. Dukungan yang memadai untuk saluran dan tinjauan akan fleksibilitas saluran dan pipa-pipa yang meluas dalam bentuk silang</u>	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Kurangnya dukungan dan hubungan yang jelek; Rata-rata = Dukungan dalam kondisi normal atau hubungannya fleksibel; Tinggi = Dukungan dalam kondisi baik dan hubungannya fleksibel.			

MODUL 3: Elemen-elemen yang terkait dengan keamanan non struktur bangunan di RS				
87. Kondisi dan keamanan pipa-pipa, penghubung dan katub	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Kurang dar 60% pipa-pipa dalam kondisi yang baik; tindakan perlindungan terbatas agar terhindar dari bahaya; Rata-rata = Antara 60% dan 80% pada kondisi yang baik; beberapa tindakan memberikan sebagian perlindungan terhadap bahaya; Tinggi = Lebih dari 80% pipa dalam kondisi baik dan aman serta terlindungi dari bahaya.				
88. Kondisi dan keamanan peralatan AC	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Unit AC dalam kondisi buruk, tidak aman; Rata-rata = Unit-unit AC dalam kondisi normal; beberapa tindakan dilakukan memberi sebagian perlindungan (misal: kualitas struktur cor nya dan pelindungnya yang masih kurang memadai); Tinggi = Kondisinya baik, cukup aman dan terlindung dari bahaya (misal: struktur cor nya dalam kualitas baik).				
89. Operasional air-conditioning system (termasuk negative pressure areas)	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Sistem AC tidak punya kemampuan untuk memperbaiki lingkungan RS; Rata-rata = Sistem AC dapat memperbaiki lingkungan, tapi tidak ada kapasitas untuk memisahkan sirkulasi udara antara yang beresiko tinggi dan tempat-tempat lain di RS; Tinggi = Sistem AC dapat mengisolasi udara dari daerah beresiko tinggi; ruang tegangan rendah tersedia.				
90. Pemeliharaan dan pemulihan sistem HVAC	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur yang terdokumentasi dan catatan pemeliharaan/ inspeksi tidak tersedia; Rata-rata = Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan/ inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, tetapi tidak tersedia sumber dayanya; Tinggi = Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan/ inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, dan sumber daya tersedia untuk dilakukannya pemeliharaan dan pemulihan darurat.				
3.4 Equipment and supplies (Peralatan dan persediaan)				
3.4.1Properti kantor dan ruang persediaan dan perlengkapannya (bergerak dan tetap)				
91.Keamanan rak dan lemari	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Peletakan rak tidak aman (dekat saluran udara atau tidak melekat pada dinding lebih dari 20% kasus); Rata-rata = Peletakan rak cukup aman (dan melekat pada dinding) dan jumlah yang aman antara 20-80% kasus; Tinggi = Lebih dari 80% rak berada pada posisi aman, melekat pada dinding.				
92. Keamanan komputer dan printer	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah =Tidak ada tindakan untuk melindungi komputer dari bahaya yang mungkin timbul; Rata-rata = Komputer berada pada lokasi aman, beberapa tindakan memberikan sebagian perlindungan dari bahaya; Tinggi = Komputer berada pada lokasi aman, cukup terlindung dan terdapat tindakan-tindakan perlindungan yang dilakukan.				
3.4.2 Peralatan medis dan laboratorium serta persediaan yang digunakan untuk diagnostik dan perawatan				
93. Keamanan peralatan medis di ruang operasi dan ruang pemulihan	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Ruang operasi tidak berada di lokasi yang aman, tidak ada/ sedikit tindakan untuk melindungi peralatan yang ada; Rata-rata = Ruang operasi berada di lokasi aman, peralatan dalam kondisi normal, dan terdapat beberapa tindakan yang menyediakan sebagian perlindungan; Tinggi = Ruang operasi pada lokasi aman, peralatan dalam kondisi baik, semuanya aman dan ada tindakan yang menyediakan perlindungan.				
94. Kondisi dan Keamanan peralatan radiologi dan CT	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Peralatan radiologi dan CT tidak pada lokasi yang aman, peralatan tidak dalam kondisi yang baik, atau tidak adanya tindakan perlindungan; Rata-rata = Peralatan pada lokasi aman, dalam kondisi normal, dan beberapa tindakan memberikan sebagian perlindungan; Tinggi = Peralatan pada lokasi yang aman, dalam kondisi baik, cukup aman dan tersedia tindakan-tindakan pengamanan yang baik.				
95. Kondisi dan keamanan peralatan dan persediaan laboratorium	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Kurangnya pengamanan biologis, peralatan laboratorium berada dalam kondisi buruk, atau tidak adanya tindakan pengamanan; Rata-rata = Tindakan pengamanan biologis dilakukan, peralatan dalam kondisi normal, dan terdapat tindakan pengamanan yang memberikan sebagian perlindungan; Tinggi = Tindakan pengamanan biologis dilakukan, peralatan dalam kondisi baik, cukup aman dan terdapat tindakan pengamanan yang baik.				
96. Kondisi dan keamanan peralatan medis untuk unit pelayanan kegawatdaruratan	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Peralatan medis dalam kondisi buruk, atau tidak adanya tindakan pengamanan; Rata-rata = Peralatan dalam kondisi normal dan tindakan pengamanan yang dilakukan memberikan sebagian perlindungan; Tinggi = Peralatan dalam kondisi baik, cukup aman dan terdapat tindakan pengamanan yang baik.				

MODUL 3: Elemen-elemen yang terkait dengan keamanan non struktur bangunan di RS				
97. Kondisi dan keamanan peralatan medik di intensive or intermediate care unit	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Peralatan medis dalam kondisi buruk, atau tidak ada tindakan pengamanan; Rata-rata = Peralatan dalam kondisi normal dan tindakan pengamanan memberikan sebagian perlindungan; Tinggi = Peralatan dalam kondisi baik, cukup aman dan terdapat tindakan pengamanan yang baik.				
98. Kondisi dan keamanan perlengkapan dan perabot di Farmasi	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Peralatan di farmasi dalam kondisi buruk, atau tidak ada tindakan pengamanan; Rata-rata = Peralatan dalam kondisi normal dan tindakan pengamanan memberikan sebagian perlindungan; Tinggi = Peralatan dalam kondisi baik, cukup aman dan terdapat tindakan pengamanan yang baik.				
99. Kondisi dan keamanan di ruang sterilization	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Peralatan dalam kondisi buruk, atau tidak ada tindakan pengamanan; Rata-rata = Peralatan dalam kondisi normal dan tindakan pengamanan memberikan sebagian perlindungan; Tinggi = Peralatan dalam kondisi baik, cukup aman dan terdapat tindakan pengamanan yang baik.				
100. Kondisi dan keamanan peralatan medis untuk unit kegawatdaruratan obsgyn dan pelayanan neonatal	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Peralatan dalam kondisi buruk, atau tidak ada tindakan pengamanan; Rata-rata = Peralatan dalam kondisi normal dan tindakan pengamanan memberikan sebagian perlindungan; Tinggi = Peralatan dalam kondisi baik, cukup aman dan terdapat tindakan pengamanan yang baik.				
101. Kondisi dan keamanan peralatan medis dan persediaan untuk pelayanan kegawatan luka bakar	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Peralatan dalam kondisi buruk, atau tidak ada tindakan pengamanan; Rata-rata = Peralatan dalam kondisi normal dan tindakan pengamanan memberikan sebagian perlindungan; Tinggi = Peralatan dalam kondisi baik, cukup aman dan terdapat tindakan pengamanan yang baik.				
102. Kondisi dan keamanan peralatan medik untuk medik nuklir dan terapi radiasi	BLANK			
Tingkat Keamanan: Rendah = Peralatan dalam kondisi buruk, atau tidak ada tindakan pengamanan; Rata-rata = Peralatan dalam kondisi normal dan tindakan pengamanan memberikan sebagian perlindungan; Tinggi = Peralatan dalam kondisi baik, cukup aman dan terdapat tindakan pengamanan yang baik.				
JIKA RS TIDAK MEMILIKI PELAYANAN JENIS INI, BIARKAN KOTAK KOSONG.				
103. Kondisi dan keamanan peralatan medis di pelayanan lain	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Lebih dari 30% peralatan beresiko gagal fungsi dan/ atau peralatan beresiko secara langsung maupun tidak langsung pada pelayanan; Rata-rata = Antara 10% dan 30% peralatan beresiko gagal; Tinggi = Kurang dari 10% peralatan beresiko gagal.				
104. Obat-obatan dan persediaannya	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak tersedia; Rata-rata = Persediaan kurang dari 72 jam kapasitas maksimal; Tinggi = Persediaan terjamin setidaknya 72 jam pada kapasitas RS maksimal.				
105. Instrumen-instrumen steril dan material lainnya	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak tersedia; Rata-rata = Persediaan kurang dari 72 jam kapasitas maksimal; Tinggi = Persediaan terjamin setidaknya 72 jam pada kapasitas RS maksimal.				
106. Peralatan medik khususnya yang digunakan untuk kegawatan dan bencana	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak tersedia; Rata-rata = Persediaan kurang dari 72 jam kapasitas maksimal; Tinggi = Persediaan terjamin setidaknya 72 jam pada kapasitas RS maksimal.				
107. Persediaan gas medik	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Persediaan kurang dari 10 hari; Rata-rata = Persediaan untuk 10 sampai 15 hari; Tinggi = Persediaan tersedia sedikitnya untuk 15 hari.				
108. Mekanisme jumlah ventilator	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak tersedia; Rata-rata = Persediaan kurang dari 72 jam kapasitas maksimal; Tinggi = Persediaan terjamin setidaknya 72 jam pada kapasitas RS maksimal.				
109. Peralatan Elektro medis	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak tersedia; Rata-rata = Persediaan kurang dari 72 jam kapasitas maksimal; Tinggi = Persediaan terjamin setidaknya 72 jam pada kapasitas RS maksimal.				

MODUL 3: Elemen-elemen yang terkait dengan keamanan non struktur bangunan di RS				
110. Peralatan life-support	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak tersedia; Rata-rata = Persediaan kurang dari 72 jam kapasitas maksimal; Tinggi = Persediaan terjamin setidaknya 72 jam pada kapasitas RS maksimal.				
111. Persediaan, peralatan, atau perlengkapan pelayanan gagal jantung	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak tersedia; Rata-rata = Persediaan dan perlengkapan untuk kegawatan gagal jantung dalam kondisi baik tapi hanya untuk kurang dari 72 jam dari kapasitas maksimal RS; Tinggi = Persediaan dan peralatan untuk kegawatan gagal jantung dijamin dalam kondisi baik dan tersedia persediaan untuk sedikitnya 72 jam pada kapasitas RS maksimal.				
MODUL 4. Emergency and disaster management (Manajemen Kegawatan dan Bencana)				
4.1 Koordinasi berbagai aktivitas disaster management	Control	Safety level		
		Low	Average	High
112. Hospital Emergency/Disaster Committee (Komite Bencana RS)	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Komite tidak ada, atau 1-3 departemen atau perwakilan disiplin tertentu; Rata-rata = Komite ada dengan 4-5 departemen atau perwakilan disiplin tertentu, tapi tidak terlaksana fungsinya secara efektif; Tinggi = Komite ada dengan 6 atau lebih departemen atau perwakilan disiplin tertentu dan fungsinya terpenuhi secara efektif.				
113. Tanggung Jawab dan Pelatihan Anggota Komite	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Komite tidak ada atau anggotanya tidak terlatih dan tidak jelas tanggung jawabnya; Rata-rata = Anggotanya terlatih dan ditugaskan secara resmi; Tinggi = Semua anggotanya terlatih dan secara efektif menjalankan peran dan tanggung jawabnya.				
114. Penunjukan Koordinator Manajemen Kegawatan dan Bencana	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada anggota staf yang ditugaskan bertanggung jawab sebagai koordinator manajemen kegawatan/ bencana; Rata-rata = Tugas koordinator kegawatan/ bencana diberikan kepada salah satu anggota staf, tetapi itu bukan tugas utamanya; Tinggi = Seorang anggota staf ditugaskan bertanggung jawab sebagai koordinator manajemen kegawatan/ bencana sebagai tugas utamanya, dan dalam menjalankan perannya dalam program persiapan RS.				
115. Berbagai Program Persiapan untuk memperkuat respon kegawatan dan bencana serta pemulihannya.	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada pengaturan untuk manajemen insiden RS yang tersedia; Rata-rata = Para Staf ditugaskan sebagai kunci posisi manajemen insiden di RS tapi tidak ada prosedur tertulis mengenai operasional fungsinya; Tinggi = Prosedur manajemen insiden RS tersedia dan sepenuhnya beroperasi dengan tenaga yang terlatih untuk mengasumsikan peran-peran koordinasi dan tanggung jawab yang berbeda.				
116. Hospital incident management system (sistem manajemen insiden)	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada pengaturan untuk manajemen kecelakaan RS yang tersedia; Rata-rata = Para Staf ditugaskan sebagai kunci posisi manajemen kecelakaan RS tapi tidak ada prosedur tertulis mengenai operasional fungsinya; Tinggi = Prosedur manajemen kecelakaan RS tersedia dan sepenuhnya beroperasi dengan tenaga yang terlatih untuk mengasumsikan peran-peran koordinasi dan tanggung jawab yang berbeda.				
117. Pusat Operasi Kegawatdaruratan (EOC)	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = The EOC tidak didesain atau berada pada lokasi yang tidak aman; Rata-rata = Desain aman, terlindung dan pada lokasi yang mudah diakses, tapi hanya tersedia kapasitas operasional yang terbatas untuk diterapkan pada kegawatan; Tinggi = EOC nya aman, terlindung dan lokasi mudah diakses dengan kapasitas operasional yang tersedia.				
118. Berbagai Pengaturan mekanisme koordinasi dan koordinasi dengan agen kegawatan/ bencana lokal.	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak tersedia pengaturan; Rata-rata = Pengaturan tersedia tetapi tidak beroperasi sepenuhnya; Tinggi = Pengaturan tersedia dan berfungsi sepenuhnya.				
119. Berbagai mekanisme koordinasi dan pengaturan kerja sama dengan jaringan pelayanan kesehatan yang ada.	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak tersedia pengaturan; Rata-rata = Pengaturan tersedia tetapi tidak beroperasi sepenuhnya; Tinggi = Pengaturan tersedia dan berfungsi sepenuhnya.				
4.2 Hospital emergency and disaster management response and recovery planning	Control	Safety level		
		Low	Average	High
120. Hospital emergency or disaster response plan	OK		1	

MODUL 4. Emergency and disaster management (Manajemen Kegawatn dan Bencana)				
Tingkat Keamanan: Rendah = Perencanaan tidak didokumentasikan; Rata-rata = Perencanaan terdokumentasi lengkap, tapi tidak mudah diakses, dan tidak diperbaharui (lebih dari 12 bulan sejak terakhir diperbaharui); Tinggi = Perencanaan lengkap, mudah diakses, pembaharuan dilaksanakan tidak tahun, dan sumber daya tersedia untuk diterapkan sesuai perencanaan.				
121. Hazard-specific subplans	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Sub perencanaan khusus respon bahaya tidak terdokumentasi; Rata-rata = Perencanaan terdokumentasi lengkap tapi tidak mudah diakses, juga tidak diperbaharui rutin (lebih dari 12 bulan sejak terakhir diperbaharui); Tinggi = Perencanaan terdokumentasi secara lengkap, pembaharuan dilakukan sedikitnya sekali setahun, dan sumber daya tersedia untuk penerapan perencanaan tersebut.				
122. Procedures to activate and deactivate plans	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur tidak ada, atau tidak ada dalam bentuk dokumen; Rata-rata = Prosedur tersedia, tenaganya terlatih, tapi prosedur tersebut tidak diperbaharui dan diuji sedikitnya sekali setahun; Tinggi = Prosedur yang ada selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, dan prosedur tersebut diuji sedikitnya sekali setahun.				
123. Hospital emergency and disaster response plan exercises, evaluation and corrective actions	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Perencanaan dan sub perencanaan respon tidak diuji coba kan; Rata-rata = Perencanaan dan sub perencanaan respon diuji coba kan, tetapi tidak diuji sedikitnya sekali setahun; Tinggi = Perencanaan dan sub perencanaan respon diuji coba sedikitnya sekali setahun dan diperbaharui sesuai hasil pelatihan.				
124. Hospital recovery plan	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Perencanaan pemulihan tidak didokumentasikan; Rata-rata = Rencana didokumentasikan secara lengkap tapi tidak mudah diakses, tidak diperbaharui rutin (lebih dari 12 bulan sejak terakhir diperbaharui); Tinggi = Perencanaan terdokumentasi secara lengkap, mudah diakses, dan diperbaharui sedikitnya sekali setahun.				
4.3 Manajemen Komunikasi dan Informasi	Control	Safety level		
		Low	Average	High
125. Komunikasi Kegawatn Internal dan Eksternal	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Fungsi sistem komunikasi internal dan eksternal tidak konsisten dan tidak lengkap; operasinya tidak terlatih dalam komunikasi kegawatn; Rata-rata = Fungsi sistem tepat, operasinya menerima beberapa pelatihan mengenai komunikasi kegawatn, uji tidak dilakukan sedikitnya setahun; Tinggi = Fungsi sistem secara lengkap dan operasinya dilatih penuh untuk kegawatn, dan uji sistem dilakukan sedikitnya sekali setahun.				
126. External stakeholder directory	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Direktori pemegang saham eksternal tidak tersedia; Rata-rata = Direktori tersedia tapi tidak diperbaharui rutin (sudah lebih dari 3 bulan sejak terakhir diperbaharui); Tinggi = Direktori tersedia, selalu diperbaharui dan dikendalikan oleh staf yang bertanggung jawab untuk kegawatn.				
127. Berbagai Prosedur untuk Berkomunikasi dengan Publik dan Media	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur tidak tersedia, tidak ada orang kunci yang ditunjuk; Rata-rata = Prosedur tersedia dan nominasi orang kunci terlatih; Tinggi = Prosedur tersedia, nominasi orang kunci sudah terlatih, dan prosedurnya diuji sedikitnya sekali setahun.				
128. Manajemen Informasi Pasien	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur untuk situasi kegawatn tidak tersedia; Rata-rata = Prosedur untuk situasi kegawatn dan tenaganya terlatih tapi tidak tersedia sumber dayanya; Tinggi = Prosedur untuk situasi kegawatn tersedia, tenaganya terlatih, dan sumber daya tersedia sesuai kebutuhan.				
4.4 Sumber daya manusia	Control	Safety level		
		Low	Average	High
129. Daftar Kontak Staf	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Daftar kontak staf tidak ada; Rata-rata = Daftar ada, tapi masih data lama (sudah lebih dari 3 bulan sejak di perbaharui); Tinggi = Daftar tersedia dan selalu diperbaharui.				
130. Ketersediaan Staf	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tersedia kurang dari 50% staf untuk berlari ke tiap departemen; Rata-rata = Tersedia 50-80% staf; Tinggi = Tersedia 80-100% staf.				
131. Mobilisasi dan rekrutmen tenaga selama terjadi kegawatn atau bencana	OK		1	

MODUL 4. Emergency and disaster management (Manajemen Kegawatn dan Bencana)				
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur tidak tersedia atau tersedia hanya dalam sebuah dokumen; Rata-rata = Prosedur tersedia dan tenaganya terlatih, tapi sumber daya manusia untuk situasi kegawatn tidak tersedia; Tinggi = Prosedur tersedia, tenaganya terlatih, dan tersedia pula sumber daya manusia untuk mengantisipasi berbagai kebutuhan suatu kegawatn.				
132. Kejelasan tugas-tugas dari tenaga dalam penanganan respon kegawatn atau bencana serta pemulihannya	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Penunjukan kegawatn tidak ada atau hanya pada dokumen; Rata-rata = Berbagai tugas teridentifikasi, beberapa (tapi tidak semua) tenaga menerima penunjukan tertulis atau pelatihan / training; Tinggi = Tugas-tugas tertulis tersedia, training atau pelatihan disediakan untuk semua tenaga sedikitnya setahun sekali.				
133. Ketersediaan tenaga RS selama terjadi kegawatn dan bencana	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak tersedianya ruang yang diperlukan; Rata-rata = Ruang tersedia, tetapi penggunaannya kurang dari 72 jam; Tinggi = Penggunaannya terjamin untuk sedikitnya 72 jam.				
4.5 Logistik dan Keuangan	Control	Safety level		
		Low	Average	High
134. Persetujuan dengan suplier lokal dan vendor untuk kegawatn dan bencana.	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak adanya pengaturan yang tersedia; Rata-rata = Pengaturan ada, tapi tidak bekerja optimal; Tinggi = Tersedianya pengaturan dan beroperasi secara maksimal.				
135. Transportasi selama terjadi kegawatn	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak tersedianya Ambulans dan kendaraan lain serta transportasi lainnya; Rata-rata = Beberapa kendaraan tersedia, tetapi tidak dalam jumlah yang mencukupi untuk suatu kegawatn masal; Tinggi = Tersedianya kendaraan yang memadai dalam jumlah cukup untuk kegawatn/ bencana.				
136. Makanan dan Minuman selama terjadi kegawatn	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur penyediaan makanan dan minuman untuk kegawatn tidak tersedia; Rata-rata = Tersedianya prosedur, adanya jaminan ketersediaan makanan dan minuman untuk sedikitnya 72 jam; Tinggi = Jaminan ketersediaan makanan dan minuman untuk sedikitnya 72 jam.				
137. Sumber Keuangan untuk kegawatn dan bencana	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Anggaran kegawatn atau mekanisme akses dana kegawatn tidak tersedia; Rata-rata = Dana dianggarkan dan berbagai mekanisme tersedia tetapi tidak mencakup lebih dari 72 jam; Tinggi = Dana cukup untuk garansi 72 jam atau lebih.				
4.6 Patient care and support services	Control	Safety level		
		Low	Average	High
138. Kelanjutan kegawatn dan pelayanan kritis	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada prosedur-prosedur atay ada hanya sebatas dokumen; Rata-rata = Berbagai prosedur tersendiri tenaganya mendapatkan training tetapi trainingnya tidak selalu tersedia; Tinggi = Terdapat prosedur-prosedurnya, tenaganya ditraining, dan berbagai sumber daya tersedia untuk penerapan prosedur yang ada sesuai kapasitas maksimal RS untuk situasi kegawatn dan bencana tiap waktu.				
139. Kelanjutan dukungan pelayanan klinik penting	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak terdapat prosedur yang diperlukan atau bila ada hanya sebatas dokumen saja; Rata-rata = Terdapat prosedur-prosedur yang diperlukan dan juga training bagi tenaganya tetapi tidak tersedia selalu; Tinggi = Terdapat prosedur yang diperlukan, tenaganya terlatih baik, serta tersedianya segala sumber daya yang diperlukan dalam penerapan prosedur pada kapasitas maksimal RS untuk situasi kegawatn dan bencana sewaktu-waktu.				
140. Perluasan ruang yang dapat dipakai untuk insiden mendadak masal	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak adanya ruang perluasan; Rata-rata = Terdapat ruang; perlengkapan, persediaan dan berbagai prosedur tersedia untuk perluasan yang diperlukan dan staf juga di training, tetapi pengujiannya dilakukan; Tinggi = Berbagai prosedur tersedia dan telah diuji coba, tenaga nya ditraining, serta tersedianya perlengkapan, sumber daya untuk dilakukannya perluasan ruang.				
141. Triase untuk kegawatn utama dan bencana	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Desain lokasi triase atau prosedur-prosedurnya tidak tersedia; Rata-rata = Lokasi Triase dan prosedur-prosedurnya tersedia, tenaganya terlatih, tapi prosedur-prosedurnya belum diuji cobakan untuk situasi kegawatn dan bencana; Tinggi = Lokasi dan prosedur-				

MODUL 4. Emergency and disaster management (Manajemen Kegawatn dan Bencana)				
prosedur tersedia dan telah diujicobakan, tenaganya terlatih, serta tersedianya sumber daya untuk penerapan pada maksimal kapasitas RS hospital dalam berbagai situasi kegawatn dan bencana.				
142. Tanda Triase dan persediaan logistik lain untuk kecelakaan masal yang terjadi	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak tersedia; Rata-rata = Persediaan tersedia sedikitnya 72 jam dari maksimal kapasitas RS; Tinggi = Persediaan digaransi untuk sedikitnya 72 jam maksimal kapasitas RS.				
143. Sistem rujukan, transfer dan penerimaan pasien.	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Berbagai prosedur tidak tersedia atau tersedia hanya sebatas dokumen; Rata-rata = Berbagai prosedur tersedia dan tenaganya terlatih, tetapi prosedur-prosedurnya tidak diuji cobakan untuk situasi kegawatn dan bencana; Tinggi = Berbagai prosedur tersedia dan telah diuji cobakan, tenaganya telah di training, dan berbagai sumber daya tersedia untuk penerapan sesuai kapasitas maksimal RS untuk situasi kegawatn dan bencana.				
144. Prosedur Surveilans infeksi, pencegahan dan pengendalian	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Kebijakan dan prosedur tidak tersedia; tindakan pencegahan standar terhadap pencegahan dan pengendalian infeksi tidak diikuti secara rutin; Rata-rata = Tersedia kebijakan dan prosedur, tindakan pencegahan standar diikuti secara rutin, tenaganya terlatih, tetapi tingkat ketersediaan sumber daya untuk situasi kegawatn dan bencana rendah, termasuk epidemi, tidak tersedia; Tinggi = Tersedianya kebijakan dan prosedur, pencegahan infeksi dan pengendalian terukur di tempat, tenaga terlatih, dan ketersediaan sumber daya pada kapasitas maksimal RS untuk situasi kegawatn dan bencana.				
145. Pelayanan Psikososial	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Berbagai prosedur tidak tersedia hanya ada dalam dokumen; Rata-rata = Berbagai prosedur tersedia dan tenaganya terlatih, tapi pada tingkat dimana ketersediaan sumber daya untuk situasi kegawatn dan bencana tidak mencukupi; Tinggi = Tersedia berbagai prosedur, tenaga terlatih, serta tersedianya sumber daya untuk penetapan berbagai prosedur pada titik maksimal kapasitas RS untuk situasi kegawatn dan bencana.				
146. Prosedur Penanganan Jenazah pada kecelakaan fatal masal	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur untuk kecelakaan fatal masal tidak tersedia atau hanya tersedia dalam bentuk dokumen; Rata-rata = Prosedur-prosedur tersedia dan tenaganya terlatih, tapi tingkat ketersediaan sumber daya untuk situasi kegawatn dan bencana tidak mencukupi; Tinggi = Tersedia prosedur, tenaganya terlatih, dan tersedia sumber daya untuk penerapan prosedur pada kapasitas maksimal RS dalam situasi kegawatn dan bencana.				
4.7 Evacuation, decontamination and security (Evakuasi, pencegahan kontaminasi dan keamanan)	Control	Safety level		
		Low	Average	High
147. Evacuation plan	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Rencana evakuasi tidak ada atau hanya sebagai sebuah dokumen; Rata-rata = Rencana keluar dan tenaga dilatih sesuai prosedur, tetapi pengujian tidak dilaksanakan secara teratur; Tinggi = Terdapat rencana evakuasi, pelatihan tenaga, serta training dilakukan sedikitnya sekali setahun.				
148. Pencegahan kontaminasi hazard kimia dan biologis	OK		1	
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada perlengkapan perlindungan diri untuk staf RS, atau tidak ada ruang untuk pencegahan kontaminasi; Rata-rata = Perlengkapan perlindungan diri tersedia untuk keperluan mendadak, terdapat ruang pencegahan kontaminasi, pelatihan dan training staf tidak dilakukan tiap tahun; Tinggi = Perlengkapan perlindungan diri tersedia untuk keperluan mendadak, Terdapat ruang pencegahan dekontaminasi khusus dan petugasnya mendapatkan training dan diuji sedikitnya sekali setahun.				
149. Perlengkapan perlindungan diri dan isolasi terhadap penyakit infeksius dan epidemi.	OK			1
Tingkat Keamanan: Rendah = Tidak ada perlengkapan perlindungan diri yang tersedia untuk keperluan mendadak staf RS, atau tidak ada ruang isolasi khusus; Rata-rata = Persediaan tersedia untuk keperluan mendadak, tetapi hanya cukup untuk kurang dari 72 jam dari kapasitas maksimal RS, terdapat ruang isolasi, pelatihan dan pengujian staf terhadap prosedur-prosedur tidak dilaksanakan tiap tahun; Tinggi = Persediaan di garasi untuk sedikitnya 72 jam dari kapasitas maksimal RS serta terdapat sumber alternatif di tempat untuk persediaan tambahan, terdapat ruang isolasi. pelatihan dan pengujian staf terhadap berbagai prosedur dilakukan sedikitnya sekali setahun.				
150. Emergency security procedures (Prosedur Keamanan Kegawatn)	OK		1	

MODUL 4. Emergency and disaster management (Manajemen Kegawatan dan Bencana)			
Tingkat Keamanan: Rendah = Prosedur keamanan kegawatan tidak ada atau hanya ada dalam dokumentasi saja; Rata-rata = Prosedur terdokumentasi dan tenaganya dilatih berbagai prosedur keamanan kegawatan tetapi pengujiannya tidak dilakukan tiap tahun; Tinggi = Tenaganya terlatih dan teruji serta didokumentasikan sedikitnya sekali setahun.			
151. Computer system network security (Jaringan sistem Komputer Keamanan)	OK	1	
Tingkat Keamanan: Rendah = RS tidak memiliki jaringan sistem komputer keamanan dan berbagai prosedur pelaksanaan di tempat; Rata-rata = RS memiliki dasar jaringan keamanan dasar dan pelaksanaan di tempat tetapi tidak dimonitor dan di perbaharui secara rutin; Tinggi = RS memiliki jaringan komputer keamanan di tempat dan diperbaharui secara rutin.			

Langkah 2: Sebelum menuju ke langkah berikutnya, pastikan tidak terdapat "ERROR". Jika terlihat ada "ERROR", tinjau kembali ke pertanyaan khusus dan jawablah sesuai Langkah 3. Tabel dan rumus yang ada tidak akan terhitung dengan sempurna jika terdapat pesan "ERROR".

NOTE TO REVIEWERS/TRANSLATORS: PLEASE TRANSLATE ONLY THOSE BOXES IN GREEN. OTHER WORDING IS COPIED FROM THE TEXT

Hospital Safety Index: Page 2_Step 3 (Summary of Safety Ratings)

Step 3: Secara otomatis ditabulasi sesuai respon modul

MODUL 2. Elemen-elemen terkait struktur keamanan bangunan di RS (Structural safety)

	Number of items			Weighted contribution to module (%)			
	Low	Average	High	Low	Average	High	Total
2.1 Kejadian dan bahaya utama yang berdampak pada keamanan gedung	0	2	1	0,00	18,75	6,25	25,00
2.2 Integritas Gedung/Bangunan	0	15	0	0,00	75,00	0,00	75,00
Total	0	17	1	0,00	93,75	6,25	100,00

MODUL 3: Elemen-elemen yang terkait dengan keamanan non struktur bangunan di RS (Non Structural safety)

	Number of items			Weighted contribution to module (%)			
	Low	Average	High	Low	Average	High	Total
3.1 Architectural safety	0	13	2	0,00	20,00	3,00	23,00
3.2 Perlindungan Infrastruktur, akses dan keamanan fisik	0	2	2	0,00	5,00	5,00	10,00
3.3 Sistem-sistem Kritis	0	44	9	0,00	39,00	11,00	50,00
3.3.1 Sistem Elektronik	0	8	2	0,00	6,50	3,50	10,00

3.3.2 Sistem Telekomunikasi	0	8	0	0,00	5,00	0,00	5,00
3.3.3 Water supply system (Sistem Persediaan Air)	0	5	1	0,00	6,50	3,50	10,00
3.3.4 Fire protection system (Sistem Perlindungan terhadap Kebakaran)	0	5	0	0,00	7,50	0,00	7,50
3.3.5 Waste management systems	0	0	5	0,00	0,00	2,50	2,50
3.3.6 Sistem penyimpanan bahan bakar (misal: gas, bensin dan solar)	0	4	1	0,00	3,50	1,50	5,00
3.3.7 Medical gases systems (Sistem Gas Medik)	0	6	0	0,00	5,00	0,00	5,00
3.3.8 Heating, ventilation, and air-conditioning (HVAC)	0	8	0	0,00	5,00	0,00	5,00
3.4 Equipment and supplies (Peralatan dan persediaan)	0	11	9	0,00	7,94	9,06	17,00
3.4.1 Properti kantor dan ruang persediaan dan perlengkapannya (bergerak dan tetap)	0	2	0	0,00	1,70	0,00	1,70
3.4.2 Peralatan medis dan laboratorium serta persediaan yang digunakan untuk diagnostik dan perawatan	0	9	9	0,00	6,24	9,06	15,30
Total	0	70	22	0,00	71,94	28,06	100,00

MODULE 4. Emergency and disaster management (Manajemen Kegawatan dan Bencana)

	Number of items			Weighted contribution to module (%)			
	Low	Average	High	Low	Average	High	Total
4.1 Koordinasi berbagai aktivitas disaster management	0	8	0	0,00	15,00	0,00	15,00
4.2 Hospital emergency and disaster response planning	0	5	0	0,00	18,00	0,00	18,00
4.3 Manajemen Komunikasi dan Informasi	0	4	0	0,00	7,00	0,00	7,00
4.4 Sumber daya manusia	0	5	0	0,00	20,00	0,00	20,00
4.5 Logistik dan Keuangan	0	2	2	0,00	4,00	4,00	8,00
4.6 Patient care and support services	0	9	0	0,00	25,00	0,00	25,00
4.7 Evacuation, decontamination and security	0	4	1	0,00	6,65	0,35	7,00
Total	0	37	3	0,00	95,65	4,35	100,00

NOTE TO REVIEWERS/TRANSLATORS: PLEASE TRANSLATE ALL OF THIS SHEET

Hospital Safety Index: Page 3_Step 4-10 (Calculation of Module-specific Index and Overall Hospital Safety Index)

1. MODULE-Specific Index

Step 4: Automatic tabulation of responses by module (summary of page 2).

MODULE	Unlikely to function (Safety level = Low)	Likely to function (Safety level = Average)	Highly likely to function (Safety level = High)	Total
Structural safety (MODULE 2)	0,00	93,75	6,25	100
Nonstructural safety (MODULE 3)	0,00	71,94	28,06	100
Emergency and disaster management (MODULE 4)	0,00	95,65	4,35	100

Step 5: Input horizontal weights in the YELLOW cells which are to be used for this purpose. These will indicate relative safety levels between Low/Average/High in reference to High. It is proposed to use the figures below that were agreed by the WHO/PAHO - DiMAG to calibrate the individual module scores against a common point of reference. In this case, the relative safety levels are in the ratio of 1: 2: 4.

MODULE	Horizontal weight	Horizontal weight (example)
Unlikely to function	0,25	0,25
Likely to function	0,50	0,50
Highly likely to function	1,00	1,00

Step 6: Automatic tabulation of CRUDE (non-bias-adjusted) safety index by module.

MODULE	Crude safety index
Structural safety (MODULE 2)	0,53
Nonstructural safety (MODULE 3)	0,64
Emergency and disaster management (MODULE 4)	0,52

Step 7: Automatic calculation of the weight range to be used for bias adjustment in safety and vulnerability indexes.

NOTE: In order to prevent bias due to the random figures used in the module's weights, it was agreed to use a range that takes into account both extremes of the horizontal weight scale. In this case, the minimum level of safety is 0.25 and the maximum score is 1. Using a range also allows the evaluator to graphically appreciate these indexes and how they relate to each other. It has

been suggested that these indexes could be viewed using the "glass half-empty/half-full" concept. The more safe the hospital becomes, vulnerability will be reduced or, in more words, the glass will get fuller.

Range = Upper horizontal weight - lower horizontal weight =	0,75
--	-------------

Step 8: Automatic calculation of ADJUSTED (bias-free) safety index and vulnerability index by module. Formulas are below.

$$\text{Safety index} = \frac{\text{Crude safety index} - \text{Lower range limit}}{\text{Range}}$$

$$\text{Vulnerability index} = \frac{\text{Upper range limit} - \text{Crude safety index}}{\text{Range}}$$

MODULE	Safety index	Vulnerability index
Structural safety (MODULE 2)	0,38	0,63
Nonstructural safety (MODULE 3)	0,52	0,48
Emergency and disaster management (MODULE 4)	0,36	0,64

Step 9: Automatic comparison of safety index with base recommendations.

Safety index	Klasifikasi	Implementasi
0 – 0.35	C	Keselamatan suatu fasilitas kesehatan dan isinya berada dalam risiko saat menghadap situasi bencana
0.36 – 0.65	B	Fasilitas kesehatan dinilai dapat bertahan pada situasi bencana, tetapi peralatan dan pelayanan penting lainnya berada dalam risiko
0.66 – 1	A	Fasilitas kesehatan dapat melindungi hidup manusia di dalamnya dan dinilai dapat tetap berfungsi dalam situasi bencana

MODULE	Health facility status
Structural safety (MODULE 2)	B
Nonstructural safety (MODULE 3)	B
Emergency and disaster management (MODULE 4)	B

2. Overall Safety Index

Step 10: To calculate overall safety index and vulnerability index, input the vertical weights in the YELLOW cells which are to be used for this purpose. They will indicate a percentage of contribution of an module to overall safety index (total weights of modules is 100 %). Examples below are figures in the ratio of 5: 3: 2 (model 1) and in the ratio of 1: 1: 1 (model 2). Model 1 is the ratio used in the original version of the HSI and could be considered for a group of hospitals which are at higher risk of structural failure in earthquakes or high winds. Model 2 is proposed for countries or regions where earthquakes and high winds are not considered to be likely hazards.

MODULE	Vertical weight	Vertical weight (model 1)	Vertical weight (model 2)
Structural safety	50,00	50,00	33,33
Nonstructural safety	30,00	30,00	33,33
Emergency and disaster management	20,00	20,00	33,33
Total (%)	100,00	100,00	100,00

Step 11: Automatic tabulation of overall safety index.

Overall safety index =	0,42
------------------------	------

Safety index	Klasifikasi	Implementasi
0 – 0.35	C	Keselamatan suatu fasilitas kesehatan dan isinya berada dalam risiko saat menghadap situasi bencana
0.36 – 0.65	B	Fasilitas kesehatan dinilai dapat bertahan pada situasi bencana, tetapi peralatan dan pelayanan penting lainnya berada dalam risiko
0.66 – 1	A	Fasilitas kesehatan dapat melindungi hidup manusia di dalamnya dan dinilai dapat tetap berfungsi dalam situasi bencana

Sumber: Pan - American Health Organization, 2008

Step 12: Automatic comparison of overall safety index with base recommendations above.

Overall health facility status:	B
---------------------------------	---

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pengumpulan risk register unit kerja mencapai 80%;
2. Penyusunan Profil Risiko RS tahun 2023;
3. Penyusunan Risk Register RS tahun 2023;
4. Dashboard Sistem Manajemen Risiko sudah ada dan masih terus dilakukan proses pengembangan;
5. Melakukan koordinasi dengan seluruh unit kerja untuk pengelolaan dan pemantauan risiko;
6. Melakukan sosialisasi ulang PMK nomor 25 tahun 2019 tentang Manajemen Risiko;
7. Koordinasi dengan unit kerja untuk melakukan pengelolaan dan pemantauan risiko;
8. Rapat koordinasi secara rutin (per bulan) antar sub unit mencapai 100%.

Kendala dan permasalahan:

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

Rencana pemecahan masalah:

1. 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.

5.11 Akreditasi Rumah Sakit

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Penyusunan dan penetapan Indikator Mutu Prioritas (IMP) RS tahun 2023 sesuai STARKES pada layanan PDC;
2. Dilakukan asesmen hospital readiness tahun 2023;
3. Workshop Membangun Budaya Keselamatan Pasien; Pengukuran, Monitoring dan Evaluasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada tanggal 24-25 Februari 2023;
4. Workshop Implementasi RCA dan FMEA Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang diselenggarakan oleh IKPRS–PERSI pada tanggal 24 – 25 Mei 2023 di Hotel Santika Premiere Slipi, Jakarta;
5. Workshop Hospital Risk Management yang diselenggarakan oleh LAM–KPRS pada tanggal 27-28 Mei 2023 di Hotel Claro, Makassar;
6. Workshop Manajemen Risiko yang diselenggarakan oleh PERSI pada tanggal 19 – 20 Juni 2023 di HARRIS Hotel & Conventions Kelapa Gading, Jakarta.
7. Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien tanggal 18 – 21 September 2023;
8. Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien tanggal 8 – 10 November 2023.
9. Menjadi finalis lomba inovasi LAM-KPRS Awards pada “Proyek Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien: Pelaksanaan Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium di Instalasi Laboratorium RS Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor” yang dipresentasikan pada tanggal 27 Mei 2023 di Makassar;
10. Pelaporan indikator mutu nasional (INM) dan insiden keselamatan pasien (IKP) setiap bulan serta self assessment hospital readiness ke aplikasi <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/>;
11. Aplikasi SIMANDATURI untuk pengumpulan dan pelaporan data mutu terintegrasi;
12. Pelaporan indikator mutu RS, insiden keselamatan pasien dan budaya keselamatan setiap bulan;
13. Pelaksanaan dan monitoring kepatuhan serta audit penerapan PPK/CP;
14. Melakukan feedback capaian mutu unit kerja setiap 3 (tiga) bulan;
15. Melakukan investigasi sederhana IKP grading biru dan hijau dan RCA untuk IKP grading kuning dan merah;
16. Menyusun profil risiko dan risk register RS tahun 2023;
17. Tersusun FMEA unit kerja;
18. Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan manajemen risiko unit kerja;
19. Melakukan continuous quality improvement di semua unit kerja.

Kendala dan Permasalahan:

1. Clinical Pathway yang di evaluasi baru pada pasien psikiatri dengan diagnosis Skizofrenia;
2. Mutu dan keselamatan pasien belum membudaya secara komprehensif, menyeluruh dan berkesinambungan.

Rencana pemecahan masalah:

1. Implementasi Clinical Pathway pada 15 CP yang sudah ditetapkan;
2. Integrasi Clinical Pathway pada ERM;
3. Optimalisasi pemantauan dan evaluasi dengan Kepala Unit Kerja sebagai menanggungjawab PMKP di Unit Kerjanya masing-masing;
4. Ronde Komite Mutu terintegrasi.

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

Reformasi birokrasi merupakan salah satu langkah awal untuk melakukan penataan terhadap sistem penyelenggaraan pemerintah yang baik, efektif dan efisien, sehingga dapat melayani masyarakat secara cepat, tepat dan profesional. Dalam melaksanakan reformasi birokrasi banyak kendala yang dihadapi, antara lain adalah penyalahgunaan wewenang, praktik KKN, dan lemahnya pengawasan.

Salah satu upaya pencegahan untuk mengurangi terjadinya tindak pidana korupsi adalah dengan cara mewujudkan zona integritas sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri PAN&RB nomor 52 tahun 2014 tentang Pedoman Pembangunan Zona Integritas Menuju Wilayah Bebas dari Korupsi dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani di Lingkungan Instansi Pemerintah. Untuk menuju terbentuknya WBK, maka terlebih dahulu perlu dibangun Zona Integritas di RSJMM Bogor.

Komite Mutu melakukan tugas dan fungsinya sesuai dengan standar reformasi birokrasi dan pembangunan Zona Integritas dilingkungan RSJMM Bogor, antara lain:

1. Melakukan review, revisi, dan penetapan regulasi berupa Kebijakan, Pedoman, Standar Prosedur Operasional (SPO), Clinical Pathway (CP), dll;
2. Berpartisipasi aktif dalam Tim Zona Integritas Menuju WBK dan WBBM;
3. Mengikuti sosialisasi terkait pembangunan Zona Integritas;
4. Implementasi dan monev pelaksanaan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko RS;
5. Pelaporan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko RS.

BAB VI

PENUTUP

BAB VI PENUTUP

Komite Mutu RSJMM Bogor 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 mencapai target dan rencana kinerja diharapkan diselesaikan melalui proses continuous 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 SIMANDATURI, namun jika terjadi kendala di backup dengan menggunakan spreadsheet;
5. Capaian INM tahun 2023, dari 13 indikator Nasional Mutu tercapai 11 (sebelas) indikator, masih ada 2 indikator yaitu: indikator “Kepatuhan penggunaan APD” dan indikator “Waktu tunggu rawat jalan”;
6. Capaian IMP RS tahun 2023, dari 16 Indikator Mutu Prioritas 13 (tiga belas) indikator sudah tercapai, 1 (satu) indikator yang diukur per tahun, yaitu: indikator “Tingkat kepuasan pegawai”;
4. Hasil self assessment Hospital Readiness tahun 2023, dari 12 (dua belas) indikator, tercapai 8 (delapan) indikator, dan 4 (empat) indikator tidak tercapai, yaitu; Kepemimpinan dan manajemen insiden, Koordinasi dan komunikasi, Komunikasi risiko dan keterlibatan masyarakat, dan Kesehatan kerja, kesehatan mental dan dukungan psikososial;
5. Capaian indikator mutu perbaikan waktu pelayanan end to end tahun 2023, dari 10 indikator, tercapai 5 (lima) indikator, 5 (lima) indikator tidak tercapai, yaitu: Waktu

- elayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, Waktu pelayanan pasien di IGD \leq 4 jam, Waktu masuk rawat inap, Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik, Ketepatan waktu layanan;
7. Capaian indikator PPI, dari 20 Indikator PPI, tercapai 11 indikator, ada 9 (sembilan) indikator yang belum mencapai standar, yaitu: Kepatuhan penggunaan APD, Etika batuk, Kepatuhan menyuntik aman, Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO), Kepatuhan manajemen linen ruangan, Kepatuhan manajemen limbah tajam, Kepatuhan manajemen limbah infeksius, Kepatuhan manajemen alat kesehatan pasien, dan Ketercapaian personal hygiene pasien psikiatri;
 6. Rerata kepatuhan PPK/CP tahun 2023 adalah 87,57%;
 7. Capaian indikator keselamatan pasien RS, dari 13 indikator keselamatan pasien, terdapat 11 (sebelas) indikator sudah mencapai standar, masih ada 2 (dua) indikator yang belum mencapai standar, yaitu: Kepatuhan identifikasi pasien dan Pelaksanaan dan dokumentasi high alert double check;
 8. Insiden pada tahun 2023 sebanyak 267 kejadian, insiden KNC menjadi insiden terbanyak yaitu 94 kejadian;
 9. Budaya keselamatan RS tergolong “Kuat” (75.66%). Kerja sama dan pembelajaran tim menjadi poin tertinggi dalam survei yaitu sebesar 88%. Kemudian nilai tertinggi berikutnya adalah dimensi komunikasi mengenai kesalahan sebesar 84%. Perlu diperhatikan bahwa nilai staffing di PKJN RSJ dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor masih mendapat nilai terendah yaitu sebesar 63%.
 10. Pada tahun 2023 tidak ada pelaporan kejadian yang terkait budaya keselamatan RS;
 11. 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;
 12. Penerapan budaya mutu dan keselamatan pasien perlu dipandu oleh Subkomite Mutu dan Subkomite Keselamatan Pasien;
 13. Hasil capaian indikator belum sepenuhnya digunakan sebagai dasar untuk memperbaiki performa unit kerja;
 14. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) tepat waktu;
 15. Profil Risiko RS tahun 2023 telah disusun dan ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur Utama RSJMM Bogor;
 16. Penyusunan profil risiko dan risk register unit kerja sudah dilakukan oleh unit kerja;
 17. Monev dan supervisi berjenjang belum berjalan optimal;
 18. Duta Mutu dan Duta KPRS masih memerlukan bimbingan dan arahan dari Subkomite Mutu dan Subkomite Keselamatan Pasien;

19. Perlu peningkatan dalam pemahaman mengenai pentingnya manajemen risiko di unit kerja;
20. Pemantauan dan pemanduan dalam penyusunan profil risiko unit kerja telah dilakukan dan perlu dilakukan pendampingan secara intens oleh Subkomite Manajemen Risiko;
21. Layanan RSJMM Bogor tetap memprioritaskan mutu dan keselamatan pasien. Semua dokumen, regulasi, dan implementasi dilakukan berdasarkan peraturan perundang-undangan 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 efektivitas dan efisiensi;
6. Penyempurnaan dan pengembangan aplikasi SIMANDATURI 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. Feedback dan pembelajaran terhadap capaian indikator mutu RS;
11. Melaksanakan review dan revisi PPK/CP dengan melibatkan Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite Nakes Lain;
12. Melaksanakan audit medik dan audit klinik secara komprehensif;
13. Meningkatkan implementasi budaya keselamatan;
14. Perlu meningkatkan kompetensi pegawai terhadap manajemen risiko.

LAMPIRAN

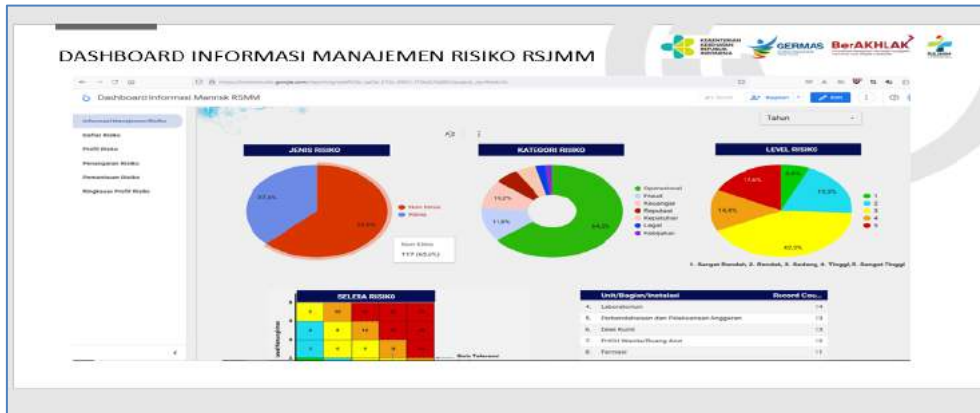
LAMPIRAN

LAPORAN

KOMITE MUTU

TAHUN 2023

DASHBOARD MANAJEMEN RISIKO RS



DASHBOARD INFORMASI MANAJEMEN RISIKO RSJMM

Dashboard Informasi Manrik RSJMM

Kode Risiko	Unit/Bagian/Instansi	Kategori Risiko	Peringatan Risiko	Pemertayaan Risiko	Kode Risiko	Kategori Risiko	Sebab	Un Control/Control	Dampak
1	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
2	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
3	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
4	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
5	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur

DASHBOARD INFORMASI MANAJEMEN RISIKO RSJMM

Dashboard Informasi Manrik RSJMM

Kode Risiko	Unit/Bagian/Instansi	Kategori Risiko	Peringatan Risiko	Pemertayaan Risiko	Kode Risiko	Kategori Risiko	Sebab	Un Control/Control	Dampak
1	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
2	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
3	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
4	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
5	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur

DASHBOARD INFORMASI MANAJEMEN RISIKO RSJMM

Dashboard Informasi Manrik RSJMM

Kode Risiko	Unit/Bagian/Instansi	Kategori Risiko	Peringatan Risiko	Pemertayaan Risiko	Kode Risiko	Kategori Risiko	Sebab	Un Control/Control	Dampak
1	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
2	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
3	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
4	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
5	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
6	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
7	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
8	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
9	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
10	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur
11	RSJMM	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Operasional	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur	Kelemahan prosedur

PELATIHAN PMKP TAHUN 2023

Kegiatan Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
Tanggal 18 – 21 September 2023



Kegiatan Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Tanggal 8 – 10 November 2023



WORKSHOP MANAJEMEN RISIKO RS






DKI JAKARTA

WORKSHOP MANAJEMEN RISIKO RS

HARRIS Hotel & Conventions Kelapa Gading
19 – 20 Juni 2023

SAMBUTAN:



dr. R. Koesmedi Priharto, Sp.OT, M.Kes

MODERATOR:



*Irma Nurmalyah
Sikp, MPH, FISQwa*

NARASUMBER:



Dr. dr. Hervita Dlatih, Sp.KJ



dr. Rully Nurul Aman, MARS



Dr. Novita Dwi Istianti, AMK, SKM, MARS

PENDAFTARAN:



MATERI:

1. manajemen risiko terintegrasi dan identifikasi risiko
2. penyusunan daftar risiko pemetaan risiko & profil risiko
3. latihan penyusunan daftar risiko dan profil risiko
4. penyusunan RCA dan FMEA
5. latihan analisis risiko dengan metode FMEA
6. implementasi penerapan RCA
7. HVA dan HIS
(hospital safety indeks)
8. cara membuat HVA
(hazard vulnerability assesment)
9. review ,pemantauan dan pelaporan manajemen risiko

FASILITAS:

- Materi Berupa Softcopy
- Mengikuti Workshop Selama 2 Hari
- Coffee Break dan Lunch selama Workshop
- Sertifikat

BIAYA INVESTASI / PESERTA:

Rp.2.500.002,- (Bagi Anggota PERSI DKI Jakarta)

Rp.2.750.002,- (Umum)

bit.ly/WorkshopPERSIDKIJakarta

 Ricky Maulana - 0895 2628 5945

PEMBAYARAN MELALUI:

Bank Mandiri Cab. RS Peln 116.0091000035
An. Ikatan RS Jakarta Metropolitan



