

LAPORAN KOMITE MUTU SEMESTER I 2023



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

LEMBAR PERSETUJUAN

LAPORAN KOMITE MUTU
SEMESTER I 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

KATA PENGANTAR

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

Laporan Komite Mutu semester I 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-Juni 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 Juli 2023

Ketua Komite Mutu Rumah Sakit,

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

NIP 198104142002122003

DAFTAR ISI

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 (SDM) | 16 |
| 2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana | 17 |
| BAB III: TUJUAN DAN SASARAN KERJA | 18 |
| 3.1 Dasar Hukum | 19 |
| 3.2 Tujuan, Sasaran dan Indikator | 22 |
| 3.2.1 Tujuan | 22 |
| 3.2.2 Sasaran dan Indikator | 25 |
| BAB IV: STRATEGI PELAKSANAAN | 26 |
| 4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran | 27 |
| 4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Tujuan | 31 |
| 4.3 Upaya Tindak Lanjut | 33 |
| 4.4 Inovasi Komite Mutu | 35 |

| | |
|---|------------|
| BAB V: HASIL KERJA | 38 |
| 5.1 Realisasi Program Mutu RS | 39 |
| 5.1.1 Realisasi Program Peningkatan Mutu RS | 39 |
| 5.1.2 Realisasi Program Keselamatan Pasien RS | 41 |
| 5.1.3 Realisasi Program Manajemen Risiko RS | 42 |
| 5.2 Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM) | 44 |
| 5.3 Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)..... | 53 |
| 5.4 Pencapaian Mutu Layanan Covid-19 | 62 |
| 5.5 Pencapaian Indikator Mutu Waktu Pelayanan <i>End to End</i> | 64 |
| 5.6 Pencapaian Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) | 74 |
| 5.7 Pencapaian Indikator Mutu Unit | 85 |
| 5.7.1 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang (DPMKP) | 85 |
| 5.7.2 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Barang Milik Negara (DPKB) | 92 |
| 5.7.3 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat SDM, Pendidikan, dan Umum (DSPU) . | 94 |
| 5.8 Evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) / <i>Clinical Pathway</i> (CP) | 101 |
| 5.9 Pencapaian Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan Rumah Sakit | 103 |
| 5.9.1 Pencapaian Keselamatan Pasien RS | 103 |
| 5.9.2 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien | 109 |
| 5.9.3 Pelaporan Budaya Keselamatan RS | 114 |
| 5.10 Pencapaian Manajemen Risiko | 118 |
| 5.11 Akreditasi Rumah Sakit | 122 |
| 5.12 Upaya Reformasi Birokrasi dan Pembangunan Zona Integritas Wilayah Bebas Dari Korupsi (WBK) / Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM) | 124 |
| BAB VI: PENUTUP | 125 |
| 6.1 Kesimpulan | 126 |
| 6.2 Rekomendasi | 127 |

BAB I PENDAHULUAN

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. Marzoeki 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, 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 system pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien rumah sakit (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, diantaranya 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 pelayanandan keselamatan pasien tetap terjaga dengan baik. Pelaksanaan kegiatan manajemen risiko ini didasari oleh regulasi nasional yang diatur secara bertahap. Peraturan yang utama tertuang dalam Undang-Undang tentang 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 36 tahun 2009 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, menganalisa, 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, dimana 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 semester I 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 semester I 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–Juni 2023.

1.4 Sistematika Penulisan

Laporan Komite Mutu semester I tahun 2023 menjelaskan pencapaian terhadap penyelenggaraan tata kelola mutu RS pada bulan Januari–Juni 2023. Laporan mengacu kepada upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko RS. Sistematika penyajian laporan adalah sebagai berikut:

Bab I. Pendahuluan

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

Bab II. Analisis Situasi Awal Tahun

Pada bab ini menjelaskan hambatan yang dihadapi pada tahun yang lalu, uraian tentang kelembagaan serta kondisi sumber daya yang dimiliki Komite Mutu RSJMM Bogor dalam kurun waktu semester I 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, Mutu Layanan Unggulan: *Personal Development Care (PDC)*, Pencapaian Mutu Layanan Covid-19, Mutu 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 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

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 Masatransisi 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.

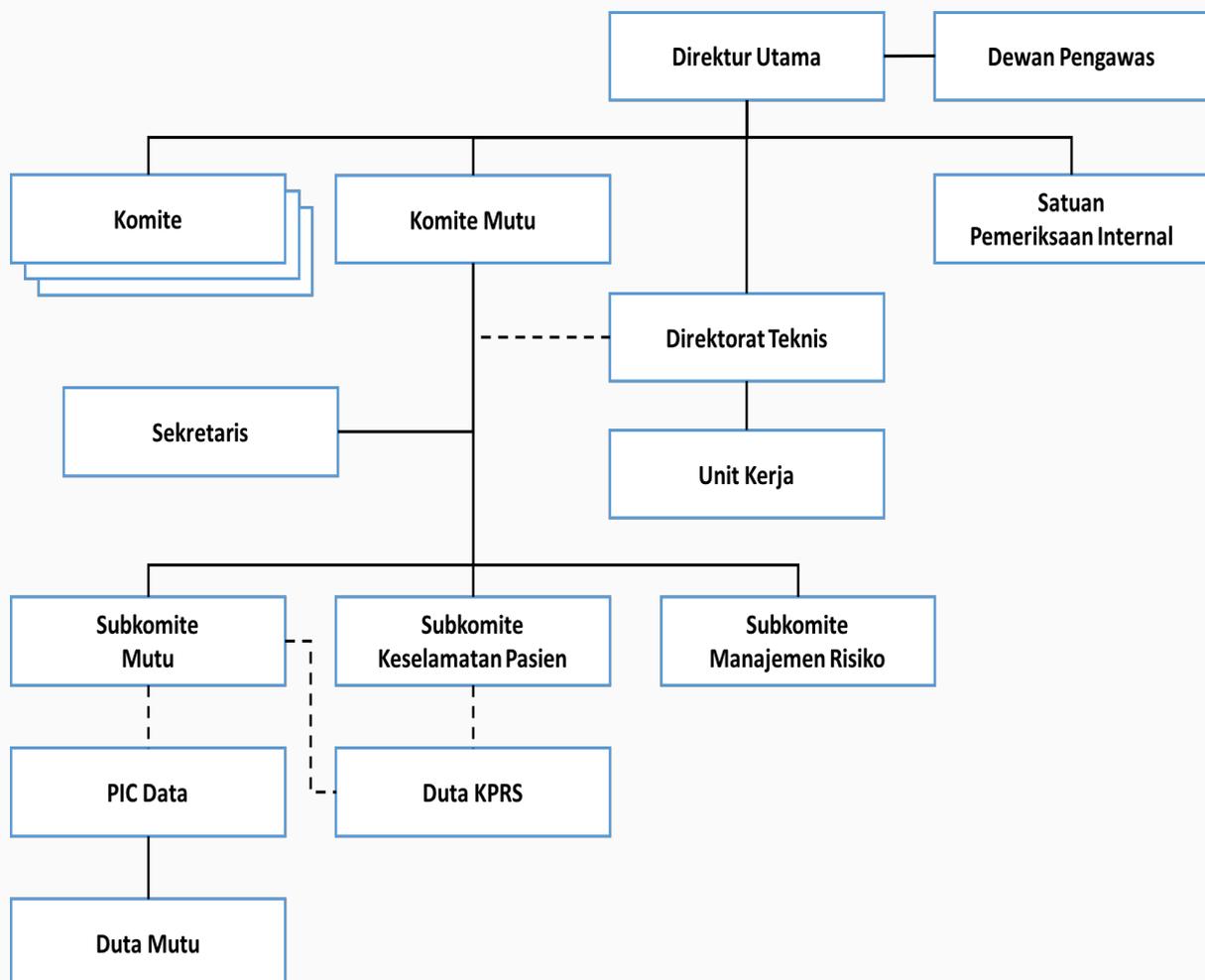
2.2 Kelembagaan

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 berdasarkan Permenkes nomor 65 tahun 2020 dikepalai oleh seorang Direktur Utama. Penjelasan dari bagan diatas 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 Direktoratya, yaitu:

- A. Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang
 - Substansi Pelayanan Medik dan Keperawatan
 - Substansi Pelayanan Penunjang
 - Instalasi Gawat Darurat
 - Instalasi Rawat Jalan
 - Instalasi Rawat Inap
 - Instalasi Rehabilitasi Psikososial
 - Instalasi NAPZA
 - Instalasi PKRS
 - Instalasi Radiodiagnostik, Imaging, dan Elektromedik
 - Instalasi Laboratorium
 - Instalasi Farmasi
 - Instalasi Gizi
 - Instalasi Rekam Medik
- B. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Barang Milik Negara
 - Substansi Perencanaan dan Evaluasi
 - Substansi Keuangan dan BMN
 - Instalasi Verifikasi dan Administrasi Penjaminan Pasien
 - Instalasi SIRS

- C. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Umum
- Substansi SDM, Pendidikan, dan Penelitian
 - Substansi Organisasi dan Umum
 - Instalasi CSSD dan Binatu
 - Instalasi IPSRS
 - Instalasi K3 dan Kesehatan Lingkungan
 - Instalasi Diklit

3. Komite-Komite

Komite Mutu melakukan koordinasi dengan seluruh Komite-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 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:

1. Tenaga medis;
2. Tenaga keperawatan;
3. Tenaga kesehatan lain;
4. 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 analis data dan informasi.

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
Sarana dan Prasarana Komite Mutu Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

| NO | NAMA SARPRAS | SEMESTER I 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 | 5 | - | 5 | |
| 5 | Filling Kabinet | 1 | - | 1 | |
| 6 | Komputer / PC | 2 | - | 2 | |
| 7 | Laptop | 1 | - | 1 | |
| 8 | Printer | 2 | - | 2 | |
| 9 | Scanner | 2 | - | 2 | |

BAB III

TUJUAN DAN SASARAN KERJA

BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA

3.1 Dasar Hukum

Dasar hukum penyelenggaraan tata kelola mutu 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 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 60 tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 50 tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen K3;
8. Peraturan Presiden Nomor 35 tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
9. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 159 Tahun 2015);
10. 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. Marzoeki 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 Semester I Tahun 2023, Tentang Penggunaan Laporan IKP Puskesmas, RS, Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, per tanggal 1 Januari 2022, diharapkan seluruh Fasyankes (Rumah sakit, Puskesmas, Laboatorium kesehatan dan Unit transfusi Darah);
32. *Rapid Hospital Readiness Checklist* dari WHO tentang Kesiapan Rumah Sakit pada Masa Pandemi Covid-19.

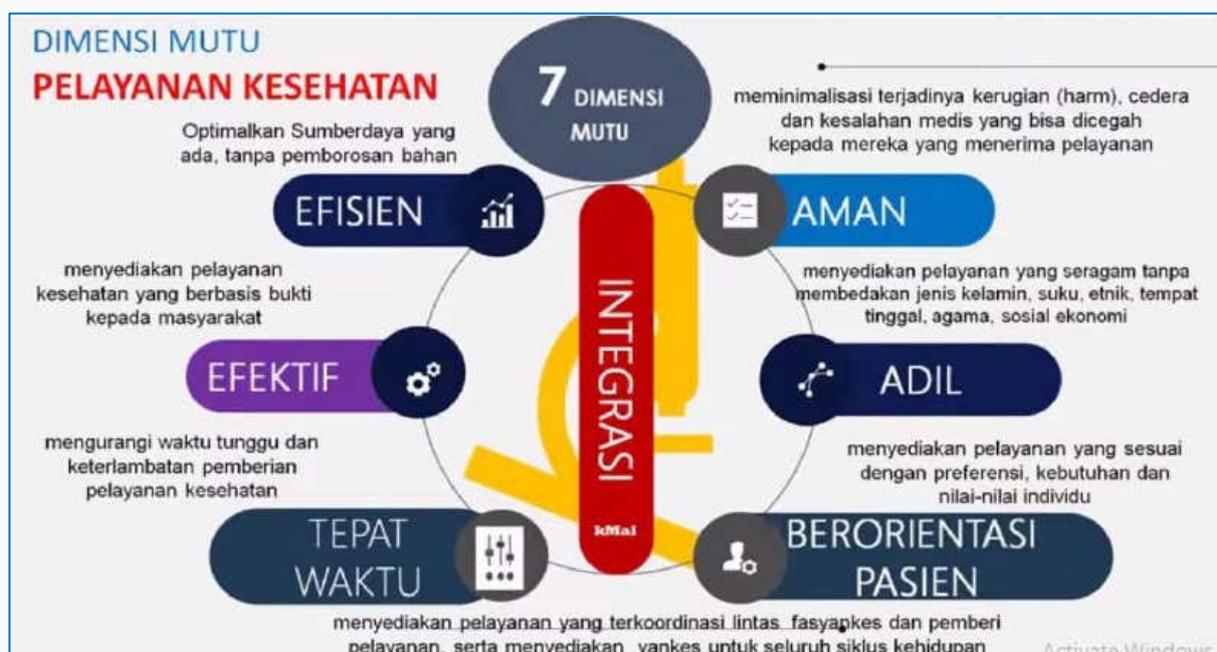
3.2 Tujuan, Sasaran dan Indikator

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

Gambar 3.1
Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan



Mutu harus menjadi DNA dari sistem RS dan menjadi dasar kegiatan di 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 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 Cidera 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

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 yang diselenggarakan:
 - a. Percepatan Kepatuhan Lapor 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* pertriwulan 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 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 didalam praktek, 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:
 - b. Workshop Implementasi RCA dan FMEA untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada tanggal 24-25 Mei 2023;
 - a. 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 negated 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 dan luring. 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 resiko 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 Riisiko.

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 menyerbarkan 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. Saat ini server data center sedang mati dan dalam proses pengajuan perbaikan. Kedepan data center ini selain digunakan untuk dokumen RS juga akan dipergunakan untuk Subkomite Manajemen Risiko dalam pembuatan profil risiko, pengelolaan, dan pemantauannya.

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. Aplikasi selesai pada bulan Mei 2021. 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 terug menerus selama 24 jam. Untuk itu RS membentuk Duta KPRS agar menjadi role model dalam rangka sosialisasi, edukasi, implementasi, monitoring, dan evaluasi di unit kefiannya masing-masing.

Pada tahun 2021, Duta KPRS ditetapkan sesuai dengan SK Direktur Utama nomor HK.02.03/2/2881/2021 berjumlah 54 (limapuluh 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 efektifitas, kebermanfaatan, mampu laksana, dan berkelanjutan.

BAB V HASIL KERJA

BAB V HASIL KERJA

BAB V HASIL KERJA

Strategi pencapaian tujuan dan sasaran merupakan penjabaran operasional kebijakan dan program sebagai upaya pencapaian target (sasaran kerja) Komite Mutu RSJMM Bogor. Pengukuran kinerja dilakukan untuk membandingkan kinerja yang dicapai dengan standar, rencana atau target menggunakan indikator yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan dan kegagalan dari sasaran dengan alat ukur berupa indikator-indikator.

Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi mengenai kondisi yang dicapai saat ini, kendala dan permasalahan, upaya yang sudah dilakukan, dan rencana tindak lanjut dalam rangka pencapaian program di masa yang akan datang. Adapun hasil pengukuran kinerja semester I tahun 2023 adalah sebagai berikut:

5.1 Realisasi Program Mutu RS

5.1.1 Realisasi Program Peningkatan Mutu Rumah Sakit

Realisasi program peningkatan mutu semester I tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1
Realisasi Program Peningkatan Mutu Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki 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 TA 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 untuk diterapkan di tahun 2023; Prioritas perbaikan tingkat RS adalah layanan PDC dengan 16 indikator mutu prioritas RS; Pengukuran indikator mutu prioritas RS rutin dilakukan 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 rutin langsung ke 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. |

| NO | PROGRAM | REALISASI |
|----|--|--|
| 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 STARKESS pada layanan prioritas PDC; Dilakukan evaluasi terhadap mutu/indikator mutu yang belum mencapai standar; Pengukuran mutu prioritas dan tindak lanjutnya dilakukan rutin setiap bulan. |
| 6 | Fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrument 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. |
| 7 | Fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja. | <ul style="list-style-type: none"> Dilakukan optimalisasi implementasi dan pengembangan aplikasi SIMANDATURI. Implementasi aplikasi ini dievaluasi rutin setiap bulannya; Pelaporan data dari unit kerja Sebagian besar sudah dilakukan dengan tepat waktu pada tanggal 5 setiap bulannya, dan sebagian lagi dikumpulkan maksimal pada tanggal 10 setiap bulannya; Telah dilakukan validasi data indikator mutu IGD yang mengalami perubahan pengumpul data semester I 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"> Sosialisasi 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 <i>quality improvement</i> sesuai dengan standar tiap harinya, tidak hanya saat akan mendekati akreditasi RS saja; Melakukan <i>monev</i> terhadap kepatuhan pengisian rekam medik elektronik, memberi <i>feedback</i> kepada unit kerja, memotivasi agar petugas dapat melengkapi pengisian rekam medis tiap shiftnya; Menerapkan "<i>Tulis apa yang dilakukan, Lakukan apa yang ditulis</i>"; Diskusi terkait permasalahan mutu dengan unit kerja; Melakukan <i>ronde</i> Komite Mutu setiap Hari Selasa untuk memantau penerapan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di unit kerja; Unit kerja membuat display mutu yang <i>up to date</i> setiap semester sebagai acuan dalam upaya peningkatan mutu di masing-masing unit kerja. |
| 11 | Pengkajian standar mutu pelayanan di RS terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian. | <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 <i>journal reading</i> 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) rencana akan dilaksanakan pada bulan Juli 2023; 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 <i>feedback</i> dan pembelajaran. |

5.1.2 Realisasi Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Realisasi program keselamatan pasien semester I tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.2
Realisasi Program Peningkatan Keselamatan Pasien Semester I 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 <i>Root Cause Analysis</i> (RCA) oleh Tim RCA dan membuat rekomendasi dari insiden keselamatan pasien tersebut untuk dilakukan perbaikan-perbaikan maksimal 45 hari sejak insiden; Laporan kejadian terkait perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan dilaporkan setiap bulan. |
| 3 | Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja; | <ul style="list-style-type: none"> Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien dan budaya keselamatan dilakukan oleh Subkomite KPRS dan Duta KPRS melalui monev 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 monev 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 <i>google spreadsheet</i>; Analisis capaian dilakukan pada indikator yang belum stabil capaiannya, indikator yang belum mencapai target, dan indikator 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, Untuk 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"> Workshop Membangun Budaya Keselamatan Pasien; Pengukuran, Monitoring dan Evaluasi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang diselenggarakan oleh IKPRS-PERSI pada tanggal 24-25 Februari 2023; 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 semester I tahun 2023 adalah:

Tabel 5.3
Realisasi Program Manajemen Risiko Semester I 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/1464/2022 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 <i>risk register</i> 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"> Sub Substansi Pembendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran. Sub Substansi Penyusunan dan Evaluasi Anggaran. Sub Substansi Akuntansi dan BMN Sub Substansi Hukum, Organisasi dan Hubungan Masyarakat. Instalasi Verifikasi, Administrasi dan Penjaminan Pasien. 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 <i>Failure Mode and Effect Analysis</i> (FMEA) Unit Kerja | <ul style="list-style-type: none"> Melakukan pendampingan ke unit kerja mengenai penyusunan FMEA; Pengumpulan FMEA masing-masing unit kerja dan memberikan feedback atas FMEA yang telah dikumpulkan; Melakukan kelas kecil penyusunan FMEA unit kerja; Menjadi finalis lomba inovasi LAM-KPRS Awards pada "Proyek Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien: Pelaksanaan <i>Failure Mode and Effect Analysis</i> (FMEA) Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium di Instalasi Laboratorium RS Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor" yang dipresentasikan pada tanggal 27 Mei 2023 di Makassar. |
| 7 | Penyusunan <i>Hazard Vulnerability Analysis</i> (HVA) RS | <ul style="list-style-type: none"> Menyusun <i>Hazard Vulnerability Analysis</i> (HVA) RS (terlampir); Hasil penilaian HVA didapatkan <i>Hazard Spesific Relative Risk</i> 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 <i>Hospital Safety Index</i> (HSI) RS | <ul style="list-style-type: none"> Menyusun <i>Hospital Safety Index</i> (HSI) RS (terlampir); Hasil penilaian HSI adalah 0.42, Health Facility Status: B |

| NO | PROGRAM | REALISASI |
|----|--|--|
| | | <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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, Koordinator, Subkoordinator, Ketua Komite, SPI dan para pihak terkait. |
| 11 | Pelaksanaan pelatihan manajemen risiko; | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelatihan internal Manajemen Risiko rencana akan diselenggarakan di bulan September 2023; ▪ Pelatihan eksternal dilakukan secara daring 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 <i>Hospital Risk Management</i> 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 <i>feedback</i> dan pembelajaran. |

5.2 Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM)

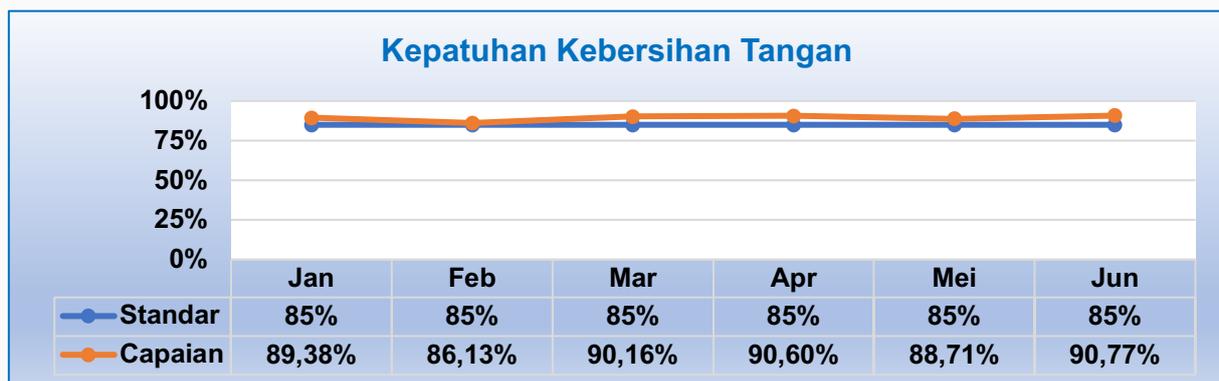
Indikator Nasional Mutu (INM) pada tahun semester I tahun 2023 ada 13 (tigabelas) indikator. Indikator-indikator tersebut adalah:

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

| NO | INDIKATOR NASIONAL 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 komplain | >80% |
| 13 | Kepuasan pasien dan keluarga | >76.61% |

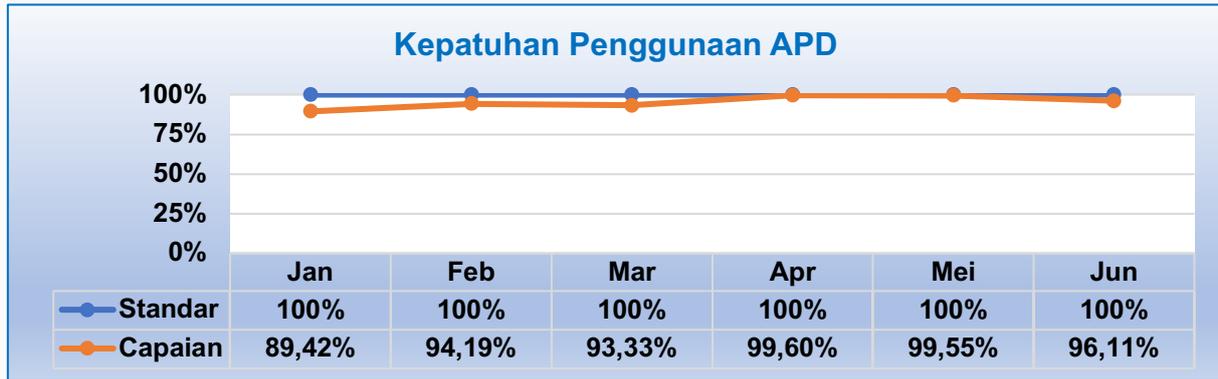
Hasil pengukuran INM semester I tahun 2023 adalah sebagai berikut:

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



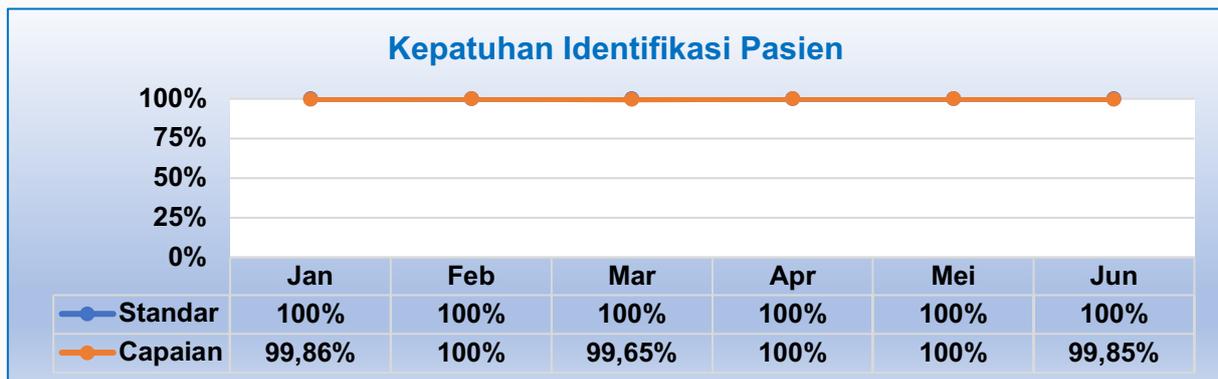
Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan selama semester I tahun 2023 adalah 89,29%. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih belum menunjukkan capaian yang stabil. Petugas yang ada di ruang rawat inap dan OK sebagian kecil masih melakukan kebersihan tangan tidak sesuai dengan regulasi yang ada. 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 Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



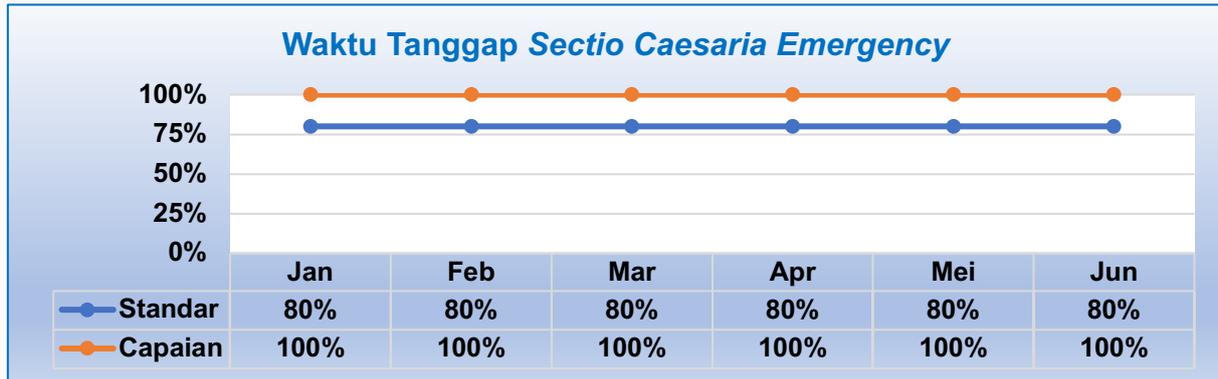
Rerata capaian indikator kepatuhan penggunaan APD selama semester I tahun 2023 adalah 95,37%. Hasil capaian indikator kepatuhan penggunaan APD ini terus meningkat dari bulan ke bulan, namun capaiannya masih dibawah standar. Kepatuhan penggunaan APD yang masih belum sesuai standar ditemukan di rawat inap, rawat jalan, dan pelayanan penunjang. Edukasi terus menerus tentang penggunaan dan pelepasan APD yang baik dan benar sesuai standar harus selalu dilaksanakan.

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



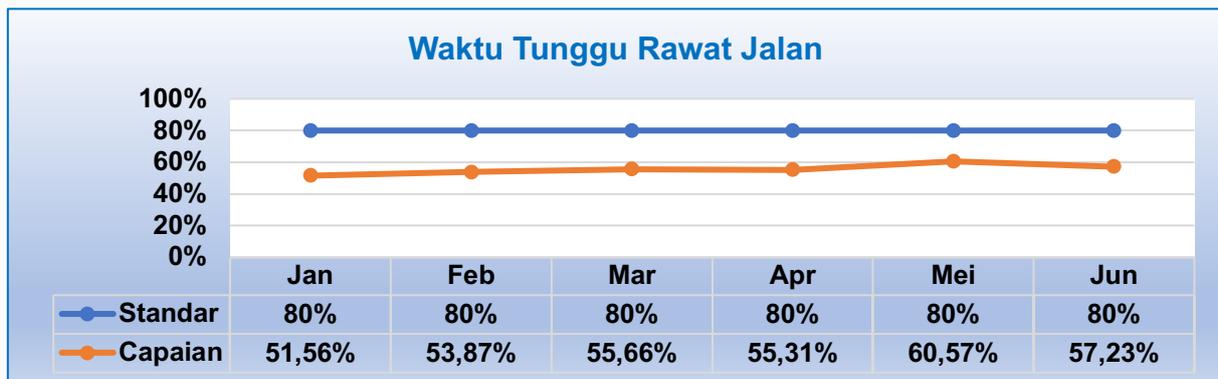
Rerata capaian indikator kepatuhan identifikasi pasien selama semester I tahun 2023 adalah 99,89%. Hasil capaian ini masih belum stabil. Ketidakepatuhan identifikasi ditemukan pada beberapa PPA yang tidak patuh dalam melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan. Sudah dilakukan upaya perbaikan untuk meningkatkan kepatuhan dalam mengidentifikasi pasien pada semua aspek pelayanan baik diagnosis, proses pengobatan serta tindakan. Kelengkapan identitas pasien berupa foto pasien psikiatri, sedang dalam proses untuk dimasukkan kedalam elektronik rekam medik. Sosialisasi, edukasi, dan koordinasi dilakukan dengan melibatkan Duta KPRS, Kepala Ruangan, Subkomite KPRS, Komite Mutu, dan PIC PMKP.

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



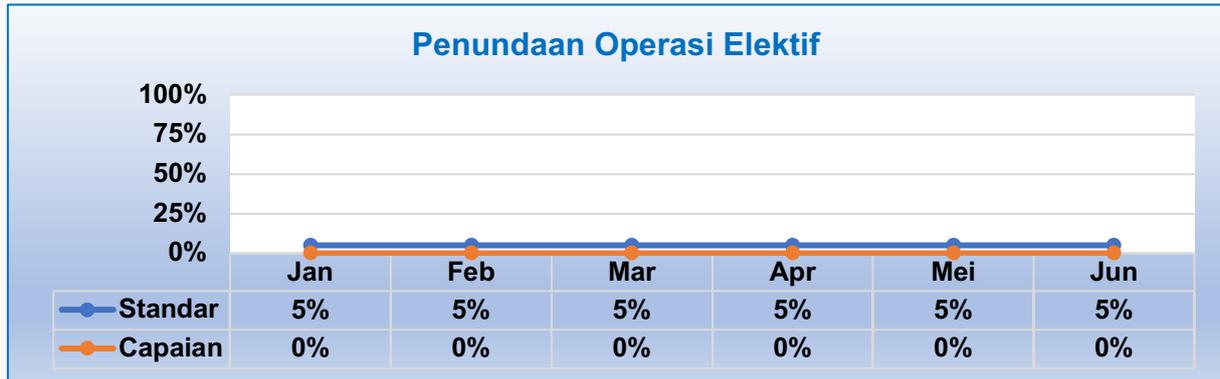
Rerata capaian indikator waktu tanggap SC *emergency* selama semester I tahun 2023 adalah 100%. Seluruh ibu yang melahirkan dengan SC ditangani ≤ 30 menit. PKJN RSJMM Bogor merupakan satu-satunya RS di Kota Bogor yang melayani operasi SC pada ibu dengan penyulit yang menderita Covid-19 dan ibu dengan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

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



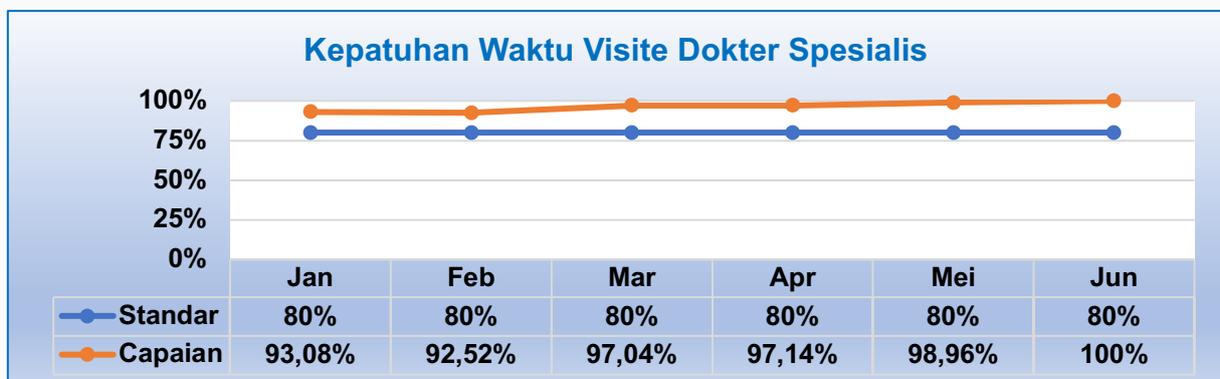
Rerata capaian waktu tunggu rawat jalan selama semester I tahun 2023 adalah 55,70%. Hasil capaian menunjukkan perbaikan dari waktu ke waktu. Perbaikan dilakukan pada unit TPP, pelayanan perawat, pelayanan dokter dan pelayanan resep di Instalasi Farmasi. Saat ini sedang diupayakan untuk bridging dengan 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 Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



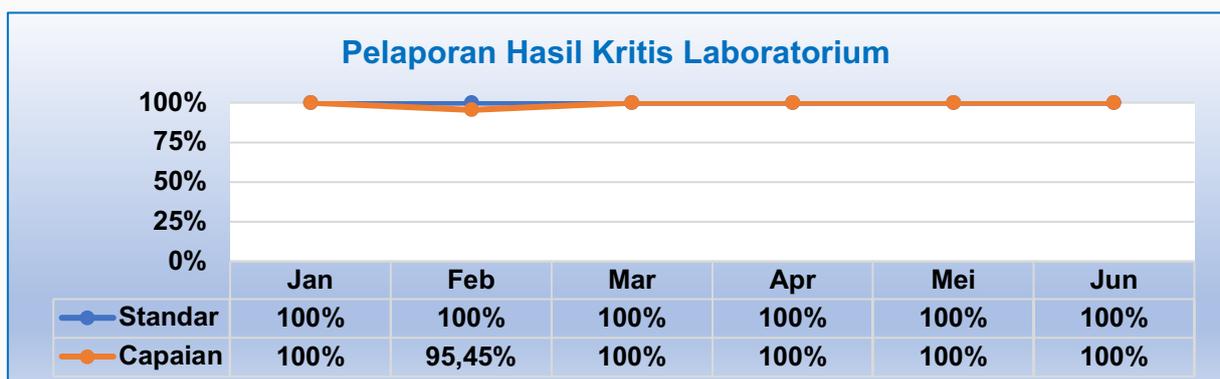
Rerata capaian penundaan operasi elektif selama semester I tahun 2023 adalah 0%. Operasi elektif selalu dilaksanakan tepat waktu dengan mengutamakan keselamatan pasien RS.

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



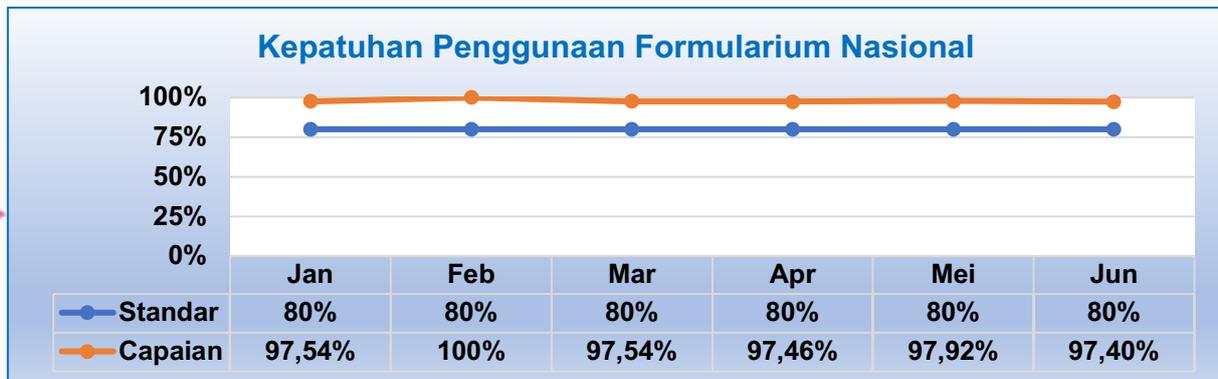
Rerata capaian kepatuhan visite Dokter Spesialis selama semester I tahun 2023 adalah 96,46%. Capaian ini sangat baik meningkat secara signifikan. Hal ini perlu dipertahankan.

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



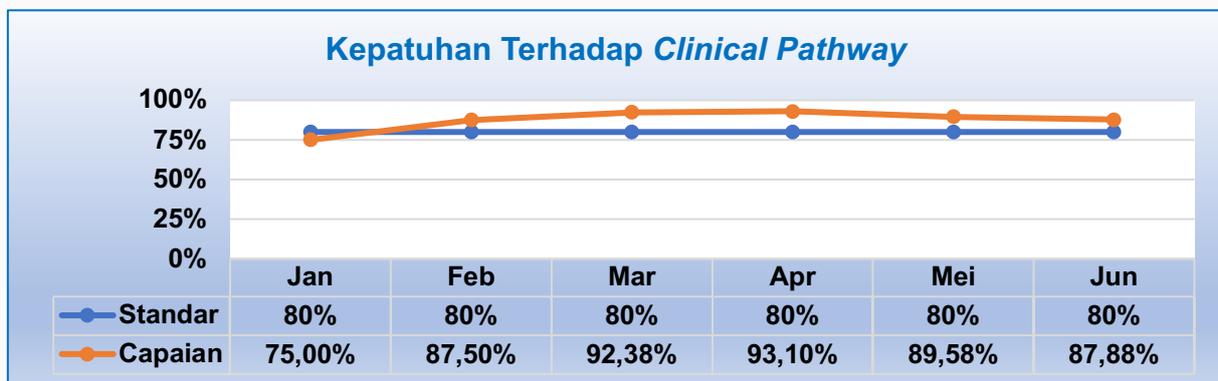
Rerata capaian pelaporan hasil kritis laboratorium selama semester I tahun 2023 adalah 99,24%. Pada Bulan Februari 2023 mengalami penurunan dikarenakan terbaliknya alur yang dilakukan petugas. Namun dibulan Maret hingga Juni 2023 berhasil meningkatkan dan mempertahankan capaian 100%. Pelaporan LIS yang dilengkapi dengan *alarm* sangat membantu petugas untuk segera melaporkan hasil kritis laboratorium.

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



Rerata capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional selama semester I tahun 2023 adalah 97,98%. Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional ini sudah melebihi standar yang telah ditetapkan dan harus dipertahankan.

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



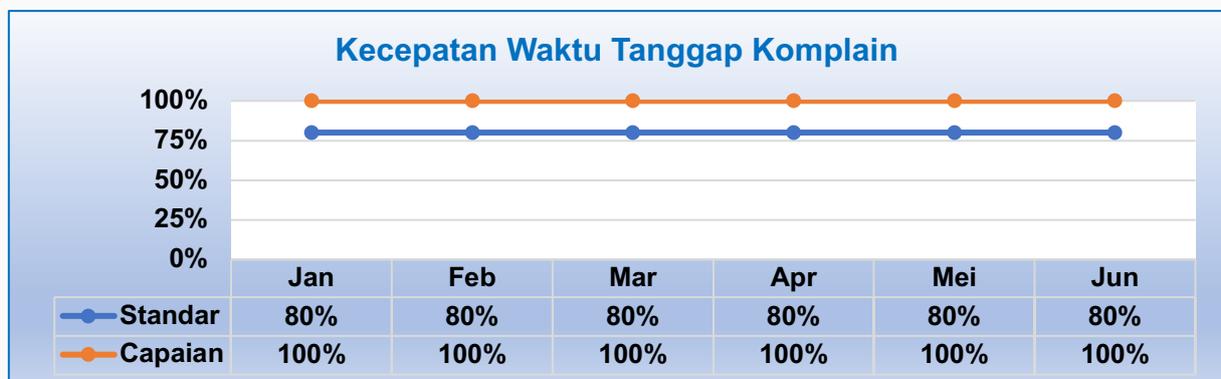
Rerata capaian indikator kepatuhan terhadap CP selama semester I tahun 2023 adalah 87,57%. Capaian CP meningkat signifikan di Februari, Maret, dan April, namun menurun kembali di bulan berikutnya. Ketidakepatuhan CP yang terjadi terbanyak disebabkan karena penggunaan terapi yang tidak sesuai dengan standarisasi asuhan klinik yang telah ditetapkan. Masih terus diupayakan dengan cara mengingatkan Dokter Spesialis agar memberikan terapi agar sesuai CP.

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



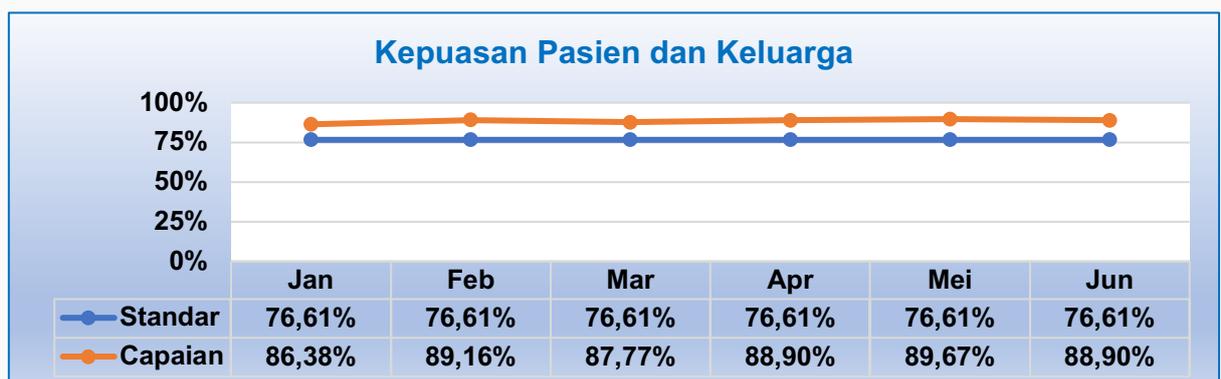
Rerata capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh selama semester I tahun 2023 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.12
INM: Kecepatan Waktu Tanggap komplain Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



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

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



Rerata capaian indikator kepuasan pasien dan keluarga pada selama semester I tahun 2023 adalah sebesar 88,46%. 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. Selama semester I tahun 2023, INM yang tidak tercapai ada 2 indikator yaitu “Kepatuhan penggunaan APD” dan “Waktu tunggu rawat jalan”.
3. 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. Kepatuhan PPA dalam penggunaan APD masih belum konsisten;
2. Komitmen petugas dalam menggunakan APD di beberapa ruang rawat inap non psikiatri dan beberapa poli rawat jalan yang belum optimal;
3. Waktu tunggu rawat jalan terkendala pada jaringan yang tidak stabil di beberapa waktu serta ketepatan waktu praktik beberapa dokter di Poliklinik yang tidak sesuai jadwal;
4. APM yang tersedia ada 2, saat ini APM lebih banyak dibantu oleh security. Security sudah diedukasi agar pasien dapat melakukan entry di mesin APM secara mandiri namun pada saat monev masih ditemukan petugas security masih membantu pasien;
5. Mesin APM hanya dapat mencetak nomor antrian, belum bisa mencetak SEP.

Rencana Tindak lanjut:

1. Indikator “Kepatuhan penggunaan APD”:

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

| Deskripsi | Komite PPI | Rawat Jalan | Ranap Inap Non Psikiatri |
|--------------------------------|---|---|---|
| Komitmen seluruh petugas | Komitmen Komite PPI sudah baik | <ul style="list-style-type: none"> Komitmen nakes lain di Rehab Medik untuk patuh dalam menggunakan APD sesuai dengan standar PPI (Tepat APD dan melepas APD sesudah Tindakan) | <ul style="list-style-type: none"> Komitmen perawat di ruang ICU untuk patuh dalam menggunakan APD sesuai standar PPI Komitmen nakes lain untuk patuh dalam pelepasan APD sesuai dengan standar PPI |
| Edukasi | Komite PPI sudah memberikan edukasi terus menerus pada PPA yang tidak patuh dalam menggunakan APD saat dilakukan audit | <ul style="list-style-type: none"> Edukasi pada nakes lain di Instalasi Farmasi untuk patuh dan tepat dalam menggunakan APD sesuai standari PPI (tepat APD, sesuai indikasi, sesuai transmisi, dan patuh untuk melepas APD sesudah tindakan) Mengingatkan kembali nakes lain di Rehab Medik tepat dalam menggunakan APD dan melepaskan APD sesudah tindakan | <ul style="list-style-type: none"> Mengingatkan kembali pada nakes lain di ruang OK untuk patuh dalam melepas APD sesudah tindakan Mengingatkan kembali perawat di ruang ICU untuk patuh menggunakan APD sesuai dengan standar PPI (tepat APD, sesuai indikasi, sesuai transmisi, dan patuh untuk melepas APD sesudah tindakan) |
| 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 komite PPI, tim kerja pelayanan penunjang. | Monev dan supervisi berjenjang oleh komite PPI, tim kerja pelayanan penunjang |
| <i>Reward and punishment</i> | Memasukkan kepatuhan penggunaan APD dalam indikator kinerja individu. | 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 Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

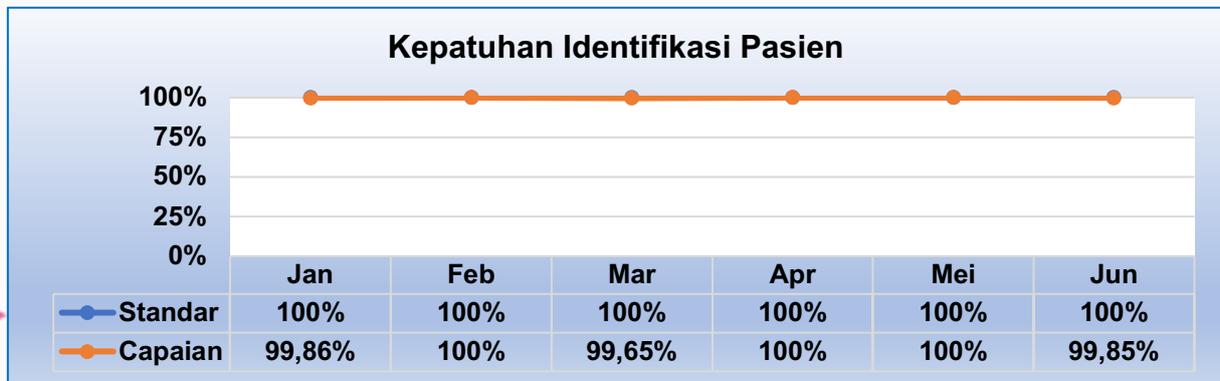
| Deskripsi | SIRS | TPP | Perawat | Dokter |
|-----------|--|---|--|---|
| Komitmen | Komitmen seluruh petugas SIRS untuk mendukung pelayanan rawat jalan | Komitmen seluruh petugas TPP untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan, untuk di TPP 5 menit | Komitmen seluruh petugas rawat jalan untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan, untuk di perawat 15 menit | Komitmen seluruh petugas rawat jalan untuk melakukan upaya perbaikan waktu tunggu rawat jalan, untuk di dokter 40 menit |
| Kehadiran | Senantiasa untuk hadir untuk memperbaiki jika terjadi kendala jaringan | 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 antrian | Melakukan pelayanan di poliklinik sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan, baik di poliklinik psikogeriatri, poliklinik spesialis, |

| Deskripsi | SIRS | TPP | Perawat | Dokter |
|-----------------------|--|---|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Asesmen rawat jalan dilakukan secara manual jika terkendala jaringan, sehingga pasien tidak menumpuk | <p>dan poliklinik psikiatri terpadu.</p> |
| 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 keluarga | <ul style="list-style-type: none"> Informasi kepada pasien dan keluarga terkait jam buka pelayanan rawat jalan Informasi kepada pasien dan keluarga terkait aplikasi pendaftaran online RSJMM Care Informasi kepada petugas poli terkait jam pelayanan di TPP Informasi kepada pasien untuk segera menuju poli yang dituju sesuai dengan alur pelayanan rawat jalan | <ul style="list-style-type: none"> Informasi terkait penundaan pelayanan sementara jika ada dokter yang berhalangan hadir sesuai dengan jadwal polikliniknya Informasi kepada pasien untuk segera menunggu di ruang tunggu dokter masing-masing Optimalisasi RSJMM Care untuk waktu pelayanan rawat jalan | <ul style="list-style-type: none"> Informasi kontrol minimal H-3 H+3 sebelum jadwal control selanjutnya untuk mengurai kepadatan rawat jalan Informasi kepada pasien untuk datang sesuai dengan jadwal praktik poliklinik Informasi kepada pasien untuk segera menuju farmasi |
| Sarana dan prasarana | <ul style="list-style-type: none"> Memastikan jaringan internet stabil | <ul style="list-style-type: none"> Pasien hendaknya dapat melakukan entry secara mandiri dimesin APM Sarpras pendukung untuk vclaim Display jadwal dokter | <ul style="list-style-type: none"> Display antrian pasien Pengeras suara | <ul style="list-style-type: none"> Display antrian pasien Pengeras suara |
| Pengaturan kuota | | <ul style="list-style-type: none"> Pengaturan kuota disesuaikan pada kebijakan yang dikeluarkan oleh medik sesuai dengan jadwal | <p>Jika ada dokter yang sudah selesai praktik, pasien bisa dialihkan ke dokter yang masih memberikan layanan</p> | <p>Memberikan layanan sesuai dengan jumlah pasiennya di hari tersebut</p> |
| Sistem | <ul style="list-style-type: none"> Bridging vclaim agar dapat mencetak SEP di mesin APM Pemblokiran by sistem untuk pasien yang tidak sesuai dengan alur pelayanan | <p>Usulan alternatif untuk pelayanan TPP jika terkendala SIMRS</p> | <p>Pemblokiran by sistem untuk pasien yang sudah datang jauh sebelum jam praktik dokter dan sudah dilakukan asesmen oleh perawat</p> | <p>Pemblokiran by sistem untuk pasien yang sudah datang jauh sebelum jam praktik dokter dan sudah dilakukan asesmen oleh perawat</p> |

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

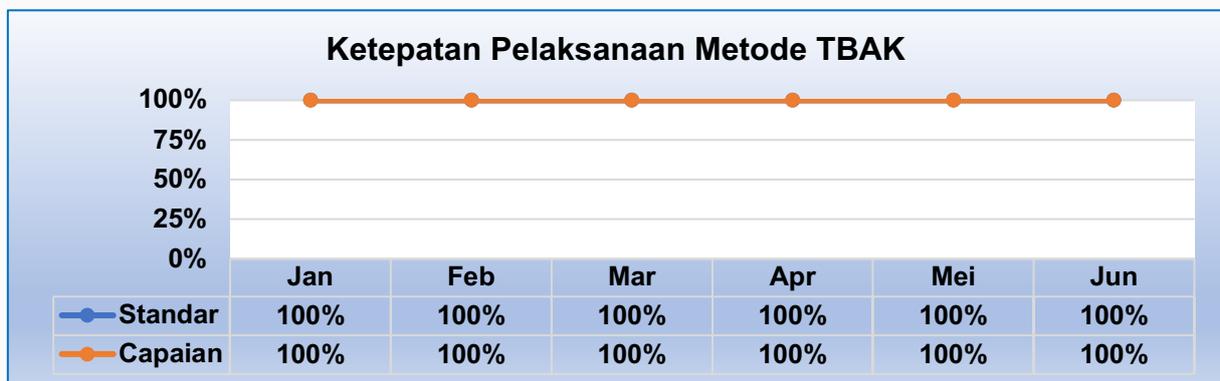
Hasil capaian indikator mutu prioritas semester I tahun 2023 adalah:

Grafik 5.14
IMP: Kepatuhan Identifikasi Pasien Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



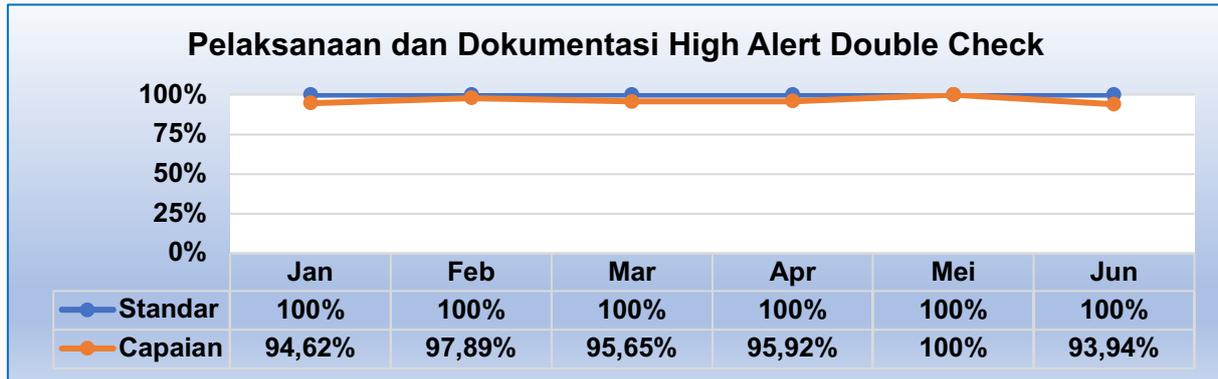
Pelaksanaan identifikasi pasien dilakukan pada pemasangan gelang identitas dengan 4 (empat) kriteria dan saat melakukan tindakan invasif. Kepatuhan identifikasi pasien masih belum mencapai standar. Rerata capaian semester I tahun 2023 adalah 99,89%. Ketidakepatuhan terbanyak terjadi pada ketidaklengkapan foto pasien psikiatri. Sudah dilakukan koordinasi dengan Instalasi Rekam Medis untuk memasukkan foto ke dalam ERM.

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



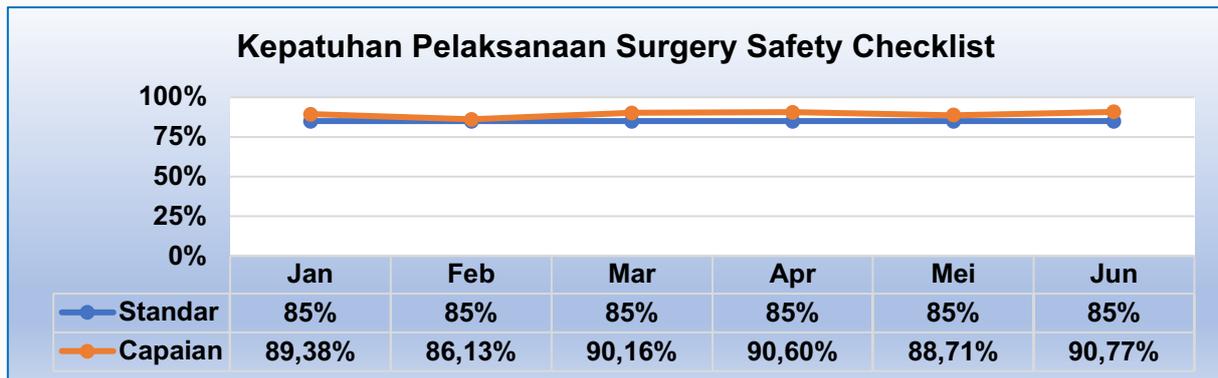
Rerata capaian ketepatan pelaksanaan metode TBAK semester I tahun 2023 mencapai 100%. Komite Mutu mengingatkan pentingnya TBAK pada seluruh petugas di ruang rawat inap. Rencana tindak lanjutnya adalah simulasi TBAK, monev pelaksanaan, dan supervisi di ruang rawat.

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



Pelaksanaan dan dokumentasi *high alert double check* masih belum mencapai 100%. Rerata capaian semester I 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 5.17
IMP: Kepatuhan Pelaksanaan Surgery Safety Checklist Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



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

Grafik 5.18
IMP: Kepatuhan Kebersihan Tangan Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



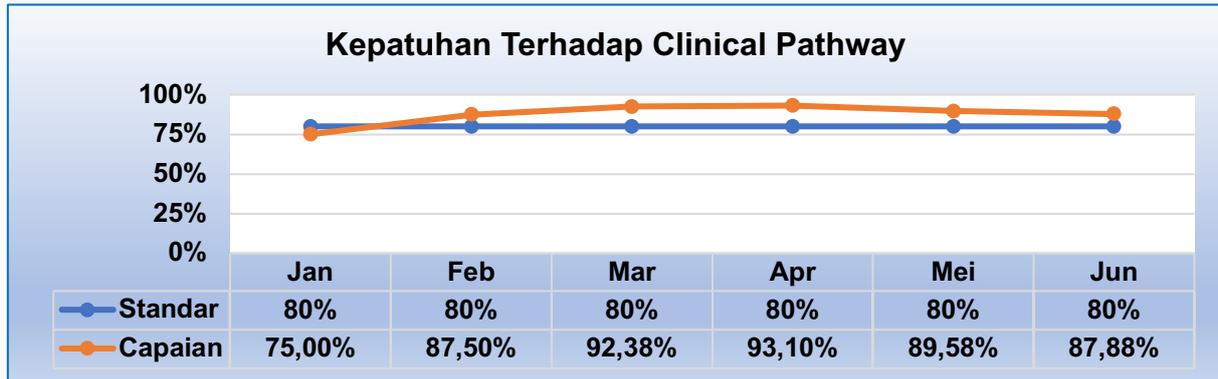
Rerata kepatuhan kebersihan tangan semester I tahun 2023 adalah 89,29%. Telah dilakukan edukasi terus menerus untuk memahamkan kepada seluruh staf, pasien, dan pengunjung tentang cara kebersihan tangan yang benar. Rencana tindak lanjutnya adalah dengan melakukan monev dan supervisi oleh atasan langsung, serta memasukkan kedalam indicator kinerja individu (IKI) petugas.

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



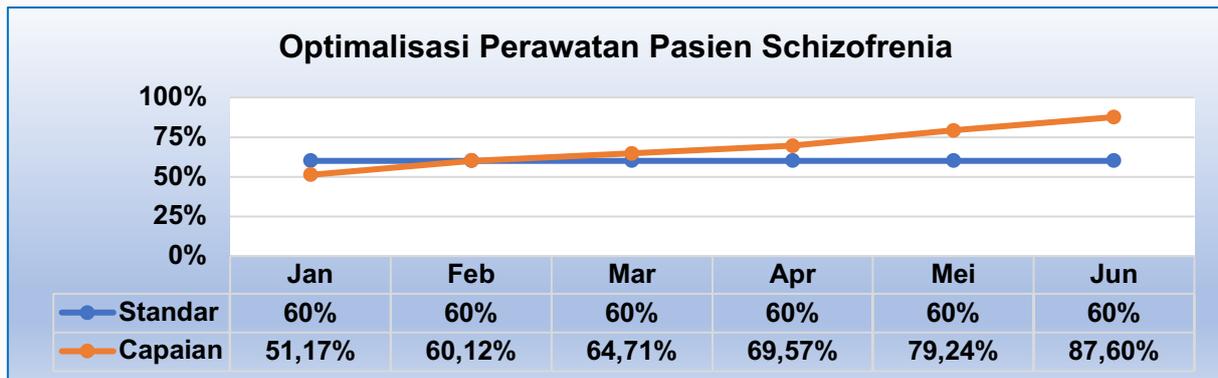
Rerata kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh semester I tahun 2023 mencapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

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



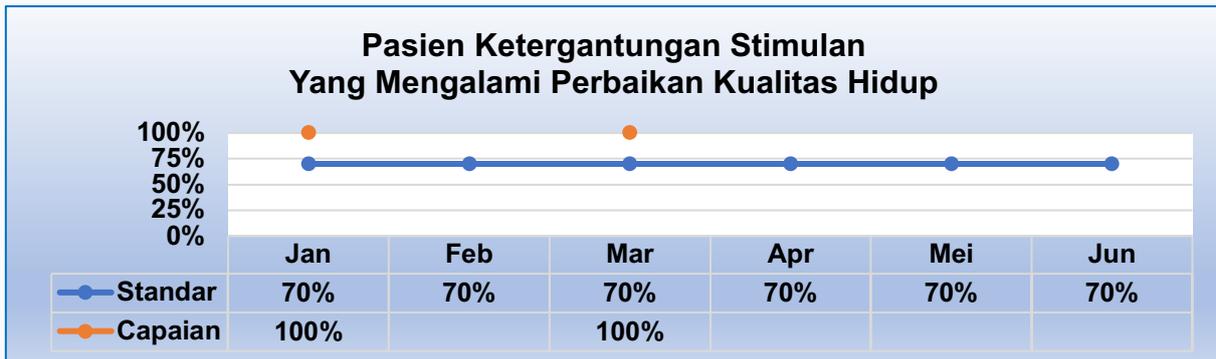
Rerata kepatuhan PPK/CP semester I tahun 2023 adalah 87,57%. Capaian terendah terjadi di Bulan Januari 2023 yang disebabkan oleh perubahan ALOS dari 23 hari menjadi 18 hari. Setelah dilakukan sosialisasi, monev dan supervisi setiap bulan maka capaian semakin meningkat dan melampaui standar yang sudah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

Grafik 5.21
IMP: Optimalisasi Perawatan Pasien Schizophrenia Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata optimalisasi perawatan pasien Schizophrenia selama semester I tahun 2023 adalah 68,73%. 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. Rencana tindak lanjutnya adalah memasukkan formulir PANSS Remisi ke dalam ERM.

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



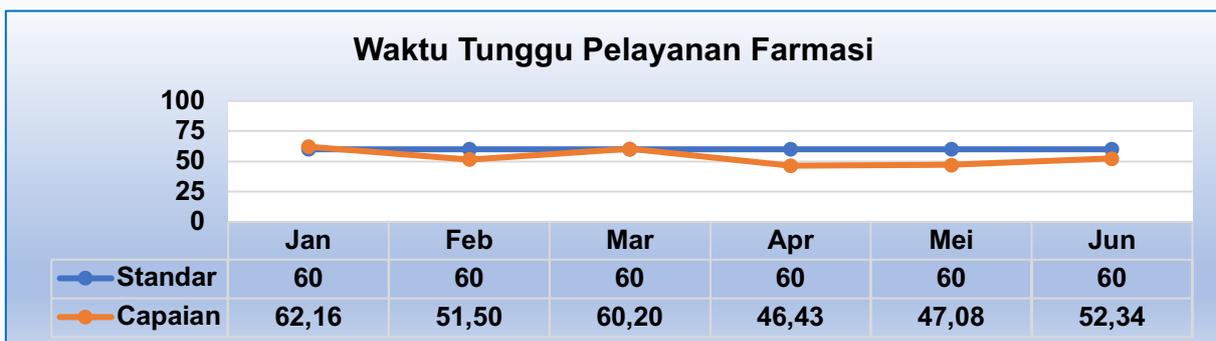
Rerata capaian pasien ketergantungan stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup selama semester I tahun 2023 adalah 100%. Di bulan Februari, April Mei dan Juni tidak ada pasien sehingga tidak dapat diukur.

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



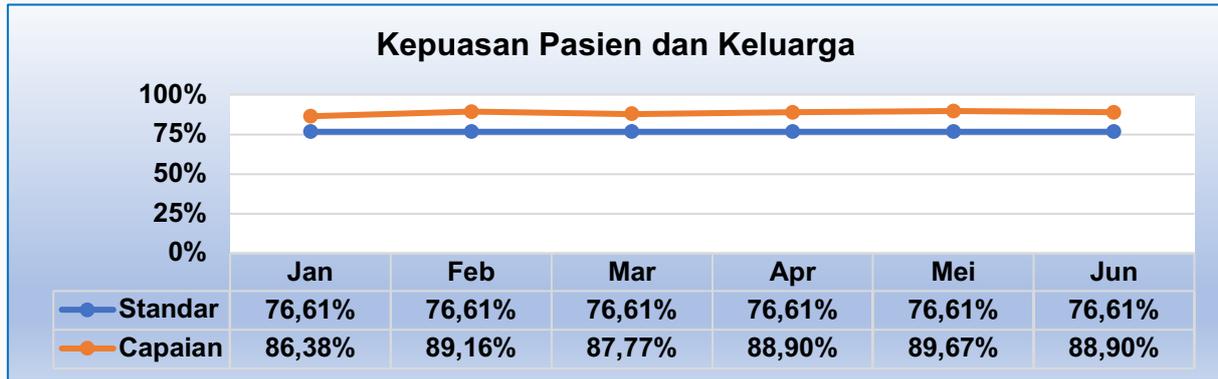
Rerata capaian indikator tingkat pertumbuhan pemanfaatan layanan unggulan selama semester I tahun 2023 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

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



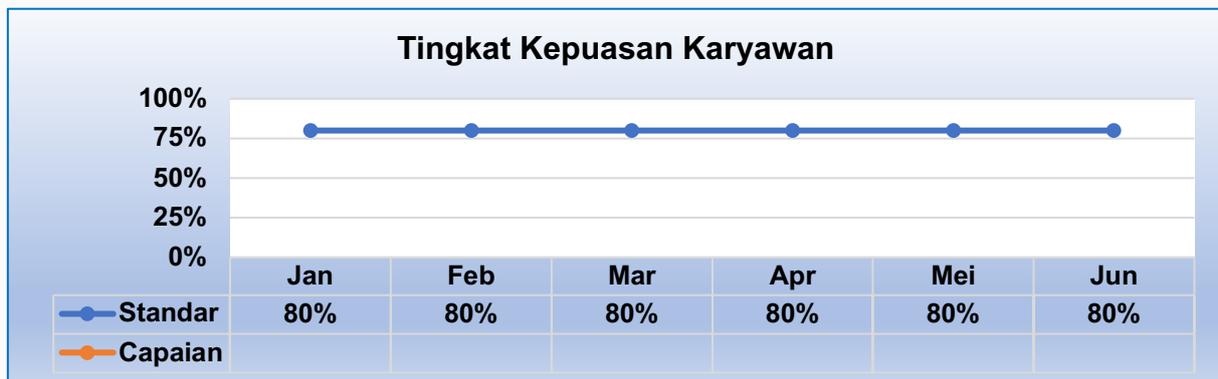
Rerata capaian indikator waktu tunggu pelayanan farmasi selama semester I tahun 2023 adalah 53,29 menit. Hal ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan.

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



Rerata capaian indikator kepuasan pasien dan keluarga pada selama semester I tahun 2023 adalah sebesar 88,46%. 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.

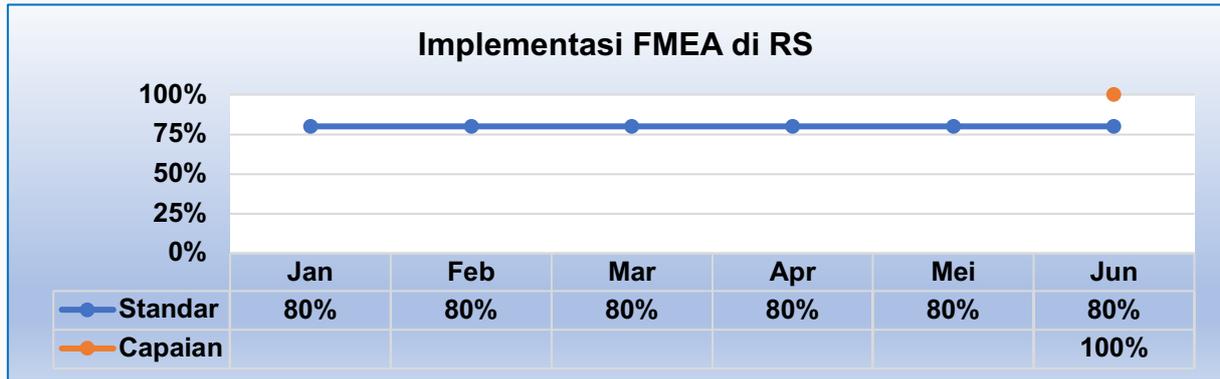
Grafik 5.26
IMP: Tingkat Kepuasan Karyawan Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Indikator tingkat kepuasan karyawan belum dilakukan pengukuran. Pengukuran dilakukan tahunan, dan akan disurvei pada bulan Oktober 2023.

Grafik 5.27

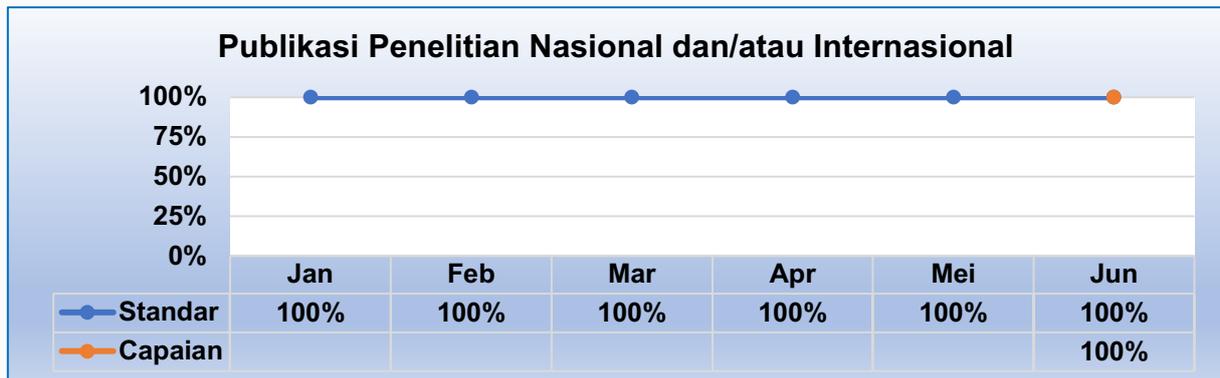
IMP: Implementasi *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) di Rumah Sakit Semester I Tahun 2023 RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata capaian indikator implementasi *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) di RS selama semester I tahun 2023 adalah 100%. Capaian diukur per tahun. 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. Marzoeqi Mahdi Bogor” yang dipresentasikan pada tanggal 27 Mei 2023 di Makassar.

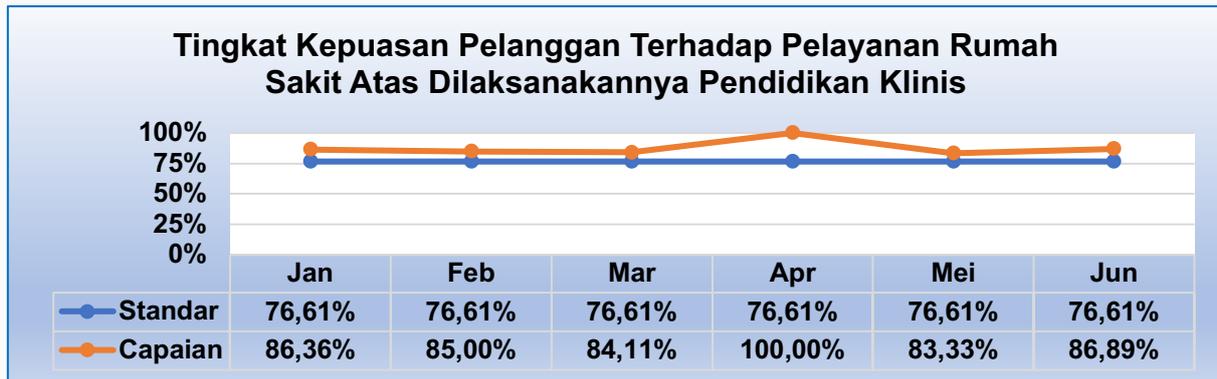
Grafik 5.28

IMP: Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional Semester I Tahun 2023 RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



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

Grafik 5.29
IMP: Tingkat Kepuasan Pelanggan Terhadap Pelayanan Rumah Sakit Atas Dilaksanakannya Pendidikan Klinis Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor



Rerata capaian indikator tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis selama semester I tahun 2023 adalah 85,05%. Capaian ini sudah melebihi standar. Hal ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan.

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Capaian IMP bulan Juni 2023, sebanyak 13 (tiga belas) indikator sudah tercapai sesuai dengan standar;
2. Terdapat 1 (satu) indikator yang diukur pertahun, yaitu: tingkat kepuasan pegawai;
3. Terdapat 2 PPA yang tidak patuh dalam pelaksanaan dan *dokumentasi high alert double check* di Farmasi Rawat Inap;
4. Masih terdapat PPA yang tidak patuh dalam melakukan identifikasi pasien sesuai dengan standar SKP 1 di ruang Bisma.

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;
3. Untuk indikator pasien ketergantungan stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup bulan Juni 2023 tidak dapat diukur karena tidak ada pasien gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan stimulasi (F15);
4. Formulir pengukuran indikator optimalisasi perawatan pasien skizofrenia masih manual.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Indikator “Kepatuhan Identifikasi Pasien”:

Tabel 5.7
Rekomendasi Kepatuhan Identifikasi Pasien Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki 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: 1. Sosialisasi berkala dan edukasi tentang SKP 2. 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 Katimker Pelayanan Penunjang |
| Ronde keselamatan pasien | Ronde keselamatan pasien dilaksanakan oleh Komite Mutu (Subkomite Mutu, Subkomite KPRS, Subkomite Manajemen Risiko), Pelayanan Penunjang (Katimker dan Asisten Timker), Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite PPA Lainnya |

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

Tabel 5.8
Rekomendasi Pelaksanaan dan Dokumentasi *High Alert Double Check* Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki 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: 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, Katimker Pelayanan Penunjang, Asisten Timker Penunjang untuk upaya peningkatan dokumentasi <i>High Alert Double Check</i> |
| Monev dan supervisi | <ul style="list-style-type: none"> Monev oleh Duta KPRS Monev dan supervisi oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, dan Katimker Pelayanan Penunjang |
| Ronde keselamatan pasien | Ronde keselamatan pasien dilaksanakan oleh Komite Mutu (Subkomite Mutu, Subkomite KPRS, Subkomite Manajemen Risiko), Pelayanan Penunjang (Katimker dan Asisten Timker), Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite PPA Lainnya |
| <i>Reward and punishment</i> | Memberikan <i>reward and punishment</i> bagi PPA terkait kepatuhan pelaksanaan dan dokumentasi high alert double check |

3. Percepatan ERM formulir PANSS Remisi untuk pengukuran indikator optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia;
4. Evaluasi ketercapaian dan review profil indikator pasien ketergantungan stimulan yang mengalami perbaikan kualitas hidup.

5.4 Pencapaian Mutu Layanan Covid-19

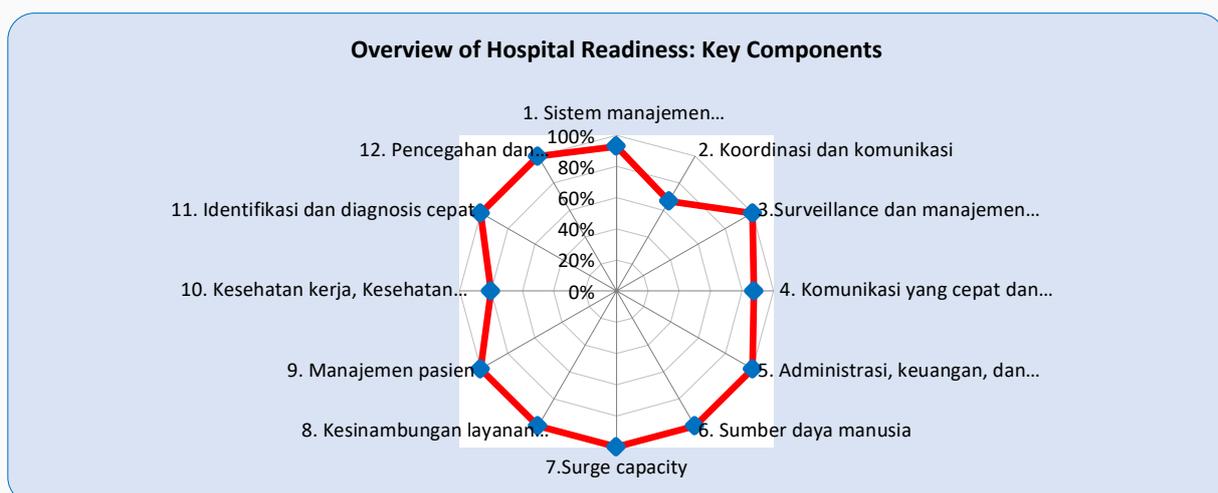
Indonesia saat ini memasuki masa endemi sesuai dengan Surat Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang “*Penetapan Berakhirnya Status Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) di Indonesia*”. Secara faktual jumlah kasus penderita dan tingkat keparahan Covid-19 secara nasional 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 5.9
Assessment Hospital Readiness Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi 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 5.1
Overview of Hospital Readiness Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi 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

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

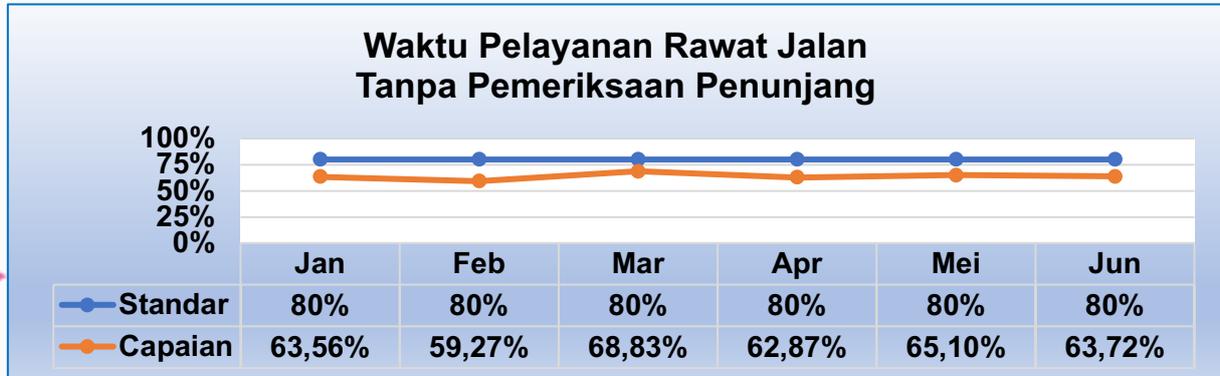
5.5 Pencapaian Indikator Mutu Waktu Pelayanan *End to End*

Pencapaian indikator mutu waktu pelayanan end to end adalah sebagai berikut:

- Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**

Grafik 5.30

Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang semester I tahun 2023 adalah 63,89%.
2. Memperbaiki antrian, display jadwal poliklinik
3. Pendaftaran online (RSJMM Care)
4. Sosialisasi pendaftaran online
5. Melakukan evaluasi kehadiran petugas di TPP
6. Upaya untuk bridging SEP
7. Melengkapi APM
8. Meningkatkan kepatuhan petugas di poliklinik untuk hadir sesuai jam kerja
9. Usulan pemenuhan display jadwal poliklinik
10. Redesign jadwal poliklinik dokter spesialis
11. Monev ketepatan poli
12. Edukasi pasien untuk datang sesuai jadwal praktik
13. E-prescribing
14. Meningkatkan kepatuhan petugas farmasi menyelesaikan setiap task SIMRS dan pengaturan SDM jika terjadi penumpukan resep

Kendala dan Permasalahan:

1. Gedung TPP, Poliklinik, Farmasi yang letaknya berjauhan
2. Konsistensi petugas untuk mempertahankan dan meningkatkan capaian
3. Komitmen dokter untuk hadir sesuai jadwal praktik
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 visit belum tepat
8. Pasien dari TPP tidak langsung ke poli yang dituju, begitu pula setelah dapat pelayanan dokter pasien tidak langsung menuju farmasi
9. Penumpukan resek masuk dijam tertentu akibat ketidaktepatan jam mulai poliklinik
10. Terdapat beberapa dokter yang menuliskan obat racikan dalam resep manual

Rencana pemecahan masalah:

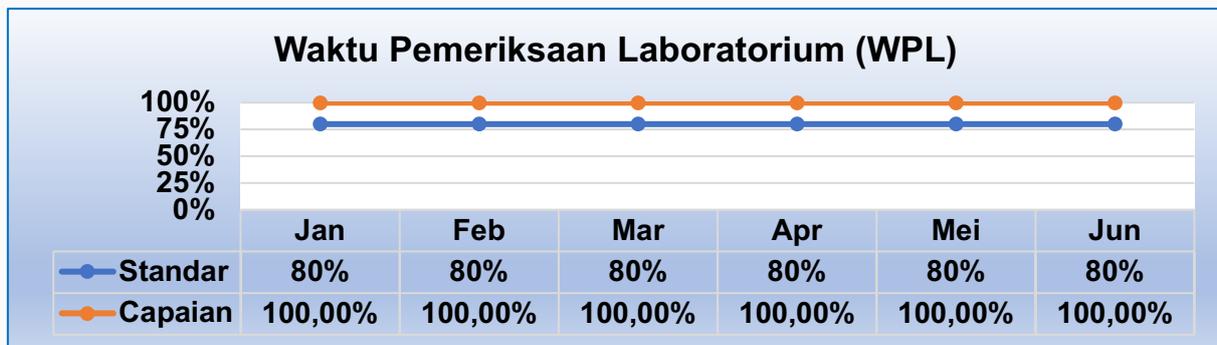
Tabel 5.10
 Rekomendasi Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang
 Semester I Tahun 2023
 RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

| 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 ≤ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi kontrol minimal H-3 H+3 sebelum jadwal kontrol selanjutnya | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinasi pada seluruh dokter untuk melakukan peresepan | |

| Deskripsi | TPP | Perawat | Dokter | Farmasi | Instalasi SIRS |
|-----------|--|---|---|---|--|
| | | untuk mengurai kepadatan rawat jalan <ul style="list-style-type: none"> Informasi kepada pasien untuk datang sesuai dengan jadwal praktik poliklinik | untuk mengurai kepadatan rawat jalan <ul style="list-style-type: none"> Informasi kepada pasien untuk datang sesuai dengan jadwal praktik poliklinik | 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 dilakukan asesmen oleh perawat | <ul style="list-style-type: none"> Pemblokiran by sistem untuk pasien yang sudah datang jauh sebelum jam praktik dokter dan sudah dilakukan asesmen oleh perawat | <ul style="list-style-type: none"> 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 jauh sebelum jam praktik dokter, pasien yang dipanggil 3 kali tidak hadir, dokter melakukan family terapi, penundaan pelayanan. |

• Waktu Pemeriksaan Laboratorium (WPL)

Grafik 5.31
Waktu Pemeriksaan Laboratorium Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Waktu pemeriksaan laboratorium sudah baik mendapai standar 100%;
2. Bridging LIS dengan SIM RS;
3. Usulan pemeriksaan laboratorium paperless.

Kendala dan Permasalahan:

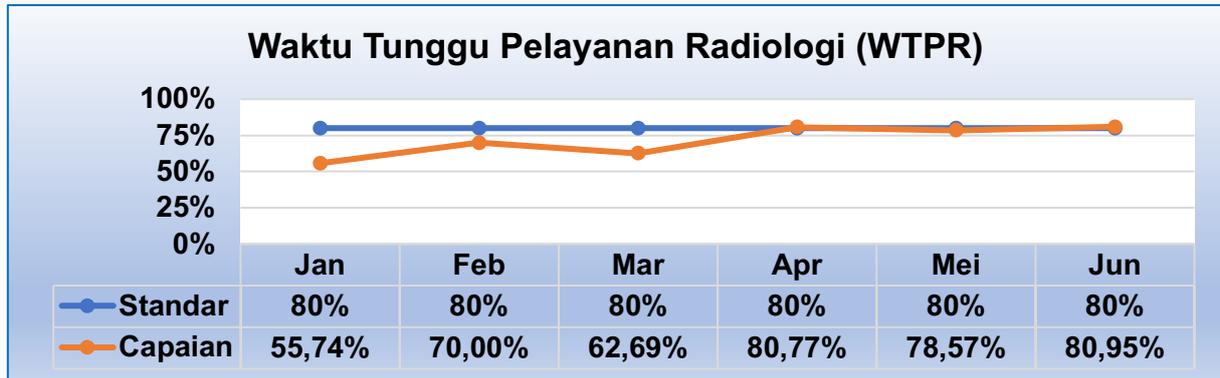
1. Hasil pemeriksaan laboratorium belum paperless.

Rencana pemecahan masalah:

1. Membuat sistem agar hasil pemeriksaan laboratorium *paperless*;
2. Usulan segera pemilihan provider, bridging SIM RS dengan LIS untuk digunakan sebagai penyampaian hasil laboratorium.

• Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)

Grafik 5.32 Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi Semester I Tahun 2023 RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata waktu pemeriksaan radiologi semester I tahun 2023 adalah 71,45%, belum mencapai standar 80%. Capaian di awal tahun masih sangat rendah yaitu sebesar 55,74%. Dengan dilakukannya sosialisasi dan monev terus menerus maka capaian berangsur membaik, bahkan di akhir semester 1 sudah mencapai standar yaitu 80,95%.
2. Terjadi perbaikan waktu tunggu pelayanan radiologi di rawat jalan dengan adanya penambahan dokter spesialis radiologi yang baru;
3. Pengaturan jadwal dokter spesialis radiologi;
4. Edukasi dokter spesialis radiologi agar dapat melakukan expertise pemeriksaan radiologi konvensional non kontras < 1 jam;
5. Usulan hasil radiologi paperless;
6. Kajian terkait PACS sudah dilakukan dan sudah di usulkan pengadaan PACS.

Kendala dan Permasalahan:

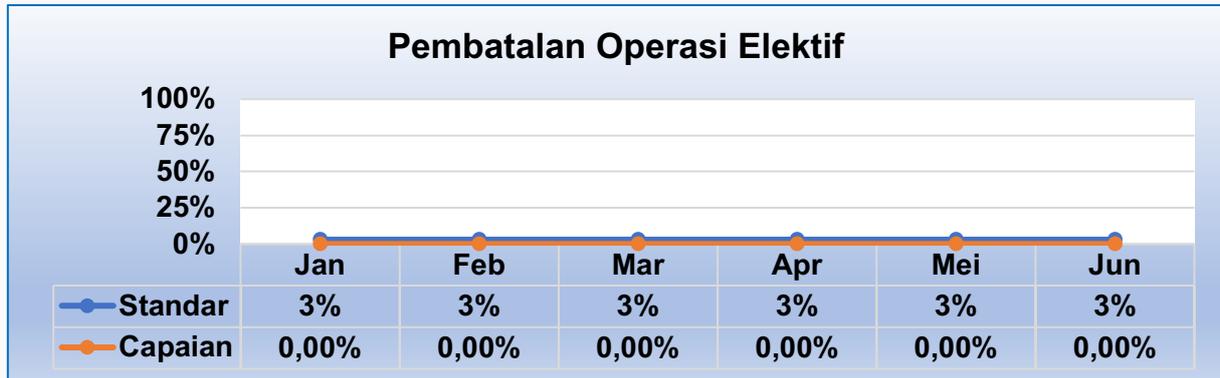
1. Pembacaan hasil expertise yang belum konsisten < 1 jam;
2. Hasil pemeriksaan radiologi belum paperless;
3. Belum adanya PACS, harga PACS yang mahal.

Rencana pemecahan masalah:

1. Membuat sistem agar hasil pemeriksaan radiologi *paperless*;
2. Usulan pengadaan PACS (*Picture Archiving Communication System*) sesuai standar;
3. Koordinasi antara Instalasi Radiologi dan Instalasi SIRS untuk pengadaan PACS (kebutuhan dashboard dan fitur-fitur yang dibutuhkan radiologi);
4. Motivasi kepada dokter spesialis radiologi agar dapat melakukan expertise hasil pemeriksaan radiologi < 1 jam secara konsisten.

• **Pembatalan Operasi Elektif**

Grafik 5.33
Pembatalan Operasi Elektif Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pembatalan operasi elektif sudah baik mendapai standar 100%;
2. Melakukan operasi elektif sesuai jadwal;

Kendala dan Permasalahan:

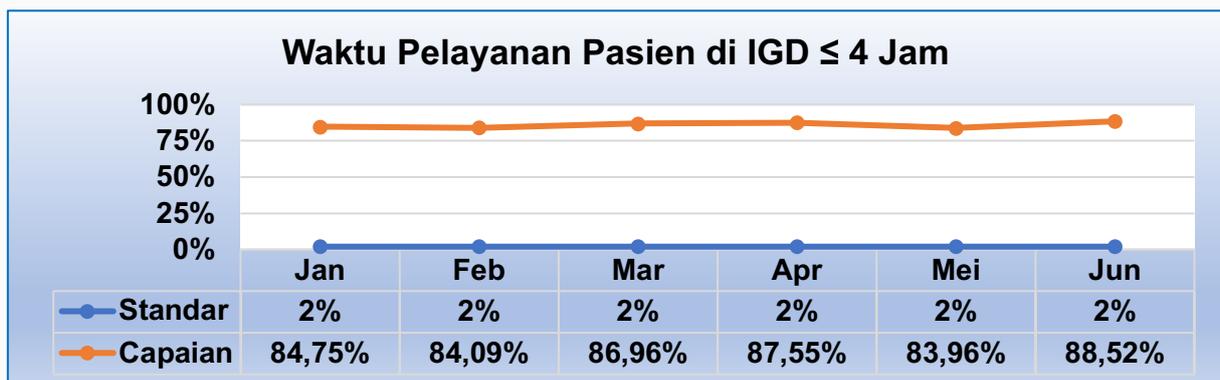
Tidak ada kendala.

Rencana pemecahan masalah:

1. Mempertahankan capaian;
2. Memenuhi sarpras untuk display jadwal tindakan operasi.

• **Waktu Pelayanan Pasien Di IGD ≤ 4 Jam**

Grafik 5.34
Waktu Pelayanan Pasien di IGD ≤ 4 Jam Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Waktu pelayanan pasien di IGD \leq 4 Jam semester I tahun 2023 belum mencapai standar 90% dengan capaian 85,97%. RS terus melakukan perbaikan untuk mencapai standar yang sudah ditetapkan;
2. Rapat koordinasi, monitoring, dan feedback capaian dan kendala secara berkala;
3. Meningkatkan komunikasi efektif antara dokter umum dan dokter spesialis ;
4. Meningkatkan waktu tanggap pelayanan farmasi dengan adanya «alarm» yang menandakan adanya resep yang masuk.

Kendala dan Permasalahan:

1. Konsultasi DPJP diluar jam kerja yang memerlukan respon cukup lama;
2. Komunikasi efektif antara dokter umum dan spesialis yang belum optimal;
3. Masalah administrasi pasien terkait penjaminan;
4. Rujukan pasien ke RS lain terkendala ruangan yang penuh dan kesiapan RS setempat.

Rencana pemecahan masalah:

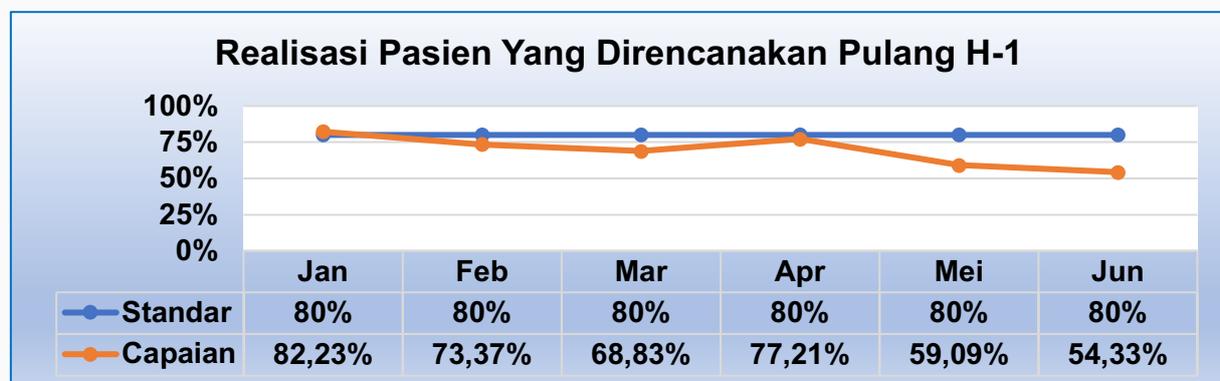
Tabel 5.11
Rekomendasi Waktu Pelayanan Pasien di IGD \leq 4 Jam Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

| 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 untuk patuh SPO dalam proses konsultasi | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Komitmen petugas farmasi untuk segera menyediakan obat jika ada pasien di IGD |
| Respon time | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respon time pelayanan perawat di gawat darurat \leq 2 menit | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respon time pelayanan dokter di gawat darurat \leq 5 menit | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jika ada resep yang masuk ke depo farmasi agar segera dilayani ▪ Cepat tanggap dalam merespon bel permintaan obat dari IGD |
| Komunikasi | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasi tim casemix terkait pembiayaan ▪ Informasi dari petugas ke pasien dan keluarga tentang pelayanan | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Koordinasi dengan Katimker Keperawatan, MPP, dan NOD tentang kondisi pasien dengan kasus kompleks. ▪ Konsistensi petugas untuk merawat pasien $<$ 4 jam, agar dikomunikasikan dengan Katimker Keperawatan, MPP, Kepala Instalasi Rawat Inap, dan Kepala Ruangan | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidak melakukan konsultasi melalui chat whatsapp (harus telfon sesuai dengan SPO) \rightarrow 10 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"> ▪ Komunikasi efektif antar petugas IGD dengan farmasi ▪ Optimalisasi sistem alarm terkait permintaan obat |

| Deskripsi | Pasien dan Keluarga | Perawat | Dokter | Farmasi |
|-----------------------|--|---|---|---------|
| Reward and Punishment | | <ul style="list-style-type: none"> Memberikan <i>reward and punishment</i> pada perawat di IGD | <ul style="list-style-type: none"> Memberikan insentif DPJP pada saat memberikan konsultasi diluar jam kerja | |
| 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 | | |
| 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 | | |

• **Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1**

Grafik 5.35
Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1 Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata capaian realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1 semester I tahun 2023 adalah 69,18%, masih belum mencapai standar $\geq 90\%$;
2. Melakukan rapat koordinasi antara pelayanan penunjang, Instalasi PKRS, MPP, dan Kepala Ruangan untuk percepatan pasien yang sudah ACC untuk pulang atau direncanakan untuk pulang;
3. Monitoring, evaluasi, dan feedback secara berkala;
4. Himbauan kepada kepala ruangan terkait pemulangan pasien H-1;
5. Edukasi petugas ruangan kepada keluarga pasien untuk segera menjemput pasien.

Kendala dan Permasalahan:

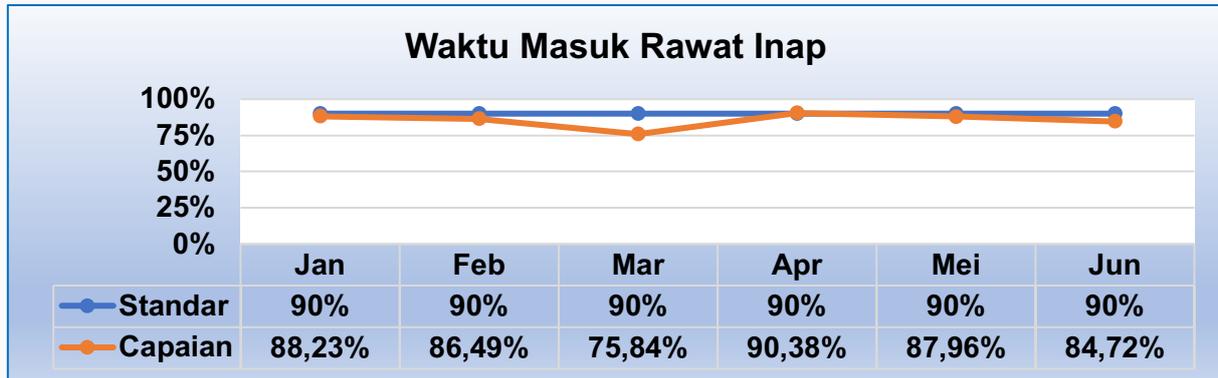
1. Keluarga pasien, dinas sosial, maupun yayasan yang tidak kunjung menjemput ketika pasien sudah di ACC untuk pulang oleh DPJP;
2. Ditemukan beberapa DPJP yang membuat resume di luar jam kerja;
3. Belum optimalnya sistem dropping pasien psikiatri;
4. Validitas identitas penanggung jawab pasien (alamat dan nomor telfon) yang tidak lengkap / tidak sesuai;
5. Kesiapan keluarga menerima pasien ketika sudah dinyatakan acc pulang.

Rencana pemecahan masalah:

1. Dokter menulis resume medis di jam kerja;
2. Menyederhanakan formulir resume rekam medis pasien umum dan psikiatri menjadi satu formulir yang sama
3. 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.
4. 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.
5. Komitmen pihak keluarga, Dinas Sosial, Yayasan untuk segera menjemput pasien jika kondisi pasien sudah baik / ACC pulang.
6. Koordinasi Instalasi Rawat Inap dengan Instalasi PKRS terkait pemulangan pasien.
7. Review kembali MOU RS dengan Yayasan atau Dinas Sosial.
8. Evaluasi persuratan SRIKANDI terkait pembuatan surat dropping.
9. Memasukkan indikator realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1 dalam kinerja individu dokter spesialis.
10. Edukasi pasien terkait kelengkapan identitas pasien, alur pelayanan pasien di rawat inap, dan rencana pemulangan pasien oleh petugas TPP.
11. Memastikan bahwa alamat dan kontak pasien lama sesuai dan dapat dihubungi.
12. Edukasi Instalasi PKRS kepada kader, puskesmas, dinas sosial, dll untuk segera mengambil pulang jika kondisi pasien sudah stabil, ACC pulang.
13. Koordinasi lintas sektoral terkait penunjukkan penanggung jawab wilayah untuk pasien gangguan jiwa → yang dapat mengantar dan menjemput pasien adalah petugas yang namanya tercantum dalam SK.

• Waktu Masuk Rawat Inap

Grafik 5.36
Waktu Masuk Rawat Inap Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Waktu masuk rawat inap belum mencapai standar ($\geq 90\%$) yaitu 85,60%;
2. Sosialisasi DO dan cara hitung sesuai kamus indikator;
3. Rapat koordinasi terkait capaian dan kendala secara berkala.

Kendala dan Permasalahan:

1. Ada beberapa waktu dimana 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. Beberapa ruangan rawat inap umum belum dapat menerima pasien karena kondisi ruangan yang belum siap untuk menerima pasien;
5. Ada beberapa waktu petugas ambulan tidak dapat dihubungi oleh petugas IGD untuk mentransfer pasien ke ruang rawat inap;
6. Permasalahan administrasi pasien (penjaminan).

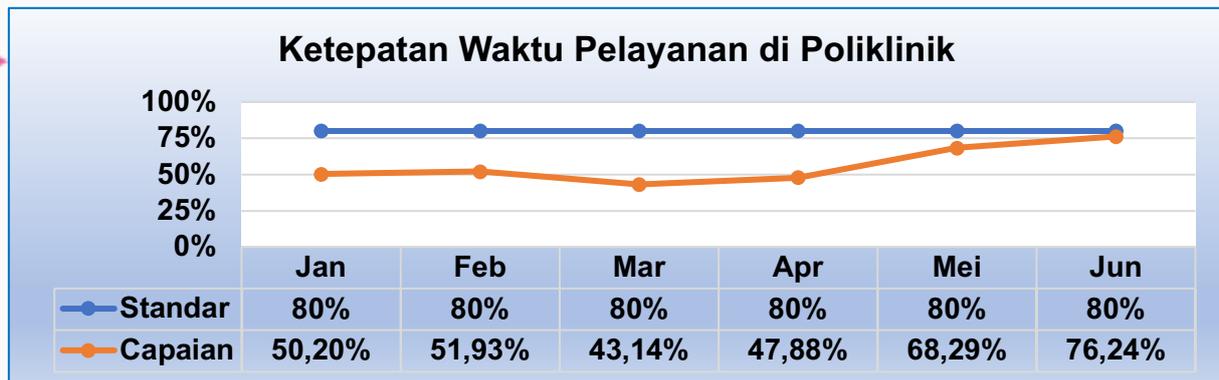
Rencana pemecahan masalah:

1. Komunikasi efektif antara petugas IGD, perawat ruangan, timker keperawatan, dan NOD terkait ketersediaan ruangan;
2. Pentingnya cepat tanggap petugas ambulan untuk proses transfer pasien;
3. Edukasi keluarga/yayasan agar ada yang menunggu pasien di IGD sampai masuk ke rawat inap/rujuk/pulang;

4. Koordinasi dengan yayasan dan dinas sosial terkait pemulangan pasien;
5. Melakukan monev oleh atasan langsung secara berkala;
6. Optimalisasi peran MPP, NOD terkait pemindahan pasien;
7. Meningkatkan kesiapan ruang ranap;
8. Prosedur alur masuk rawat inap.

- **Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik**

Grafik 5.37
Ketepatan Waktu Pelayanan di poliklinik Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoekei Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik belum mencapai standar ($\geq 80\%$) yaitu 56,28%;
2. Koordinasi dengan Komite Medik, Ketua KSM Psikiatri dan Non Psikiatri.

Kendala dan Permasalahan:

1. Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik belum optimal;

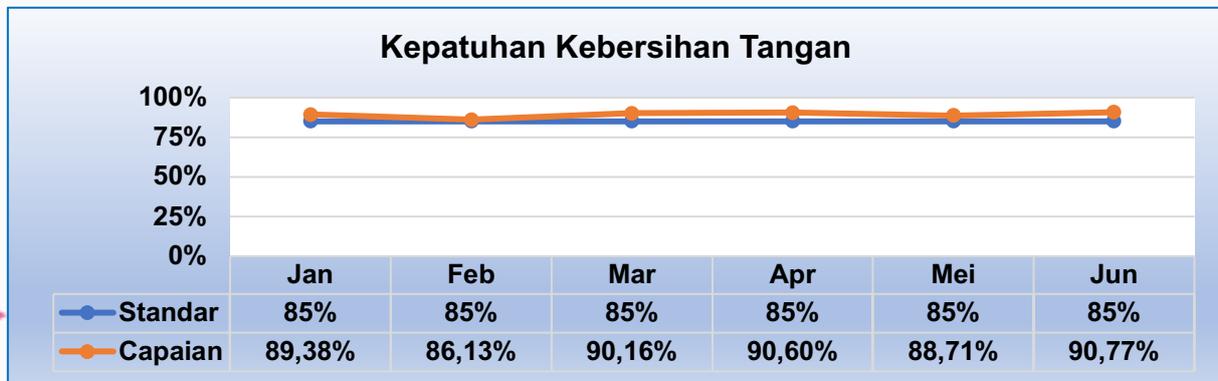
Rencana pemecahan masalah:

1. Komitmen pada dokter spesialis untuk hadir sesuai dengan jadwal praktik yang sudah ditetapkan;
2. Sosialisasi dan *feedback* hasil evaluasi ketepatan waktu pelayanan di poliklinik sehingga para dokter dapat mengoptimalkan kinerjanya;
3. Supervisi dari substansi medik terkait kinerja dokter di poliklinik;
4. Penerapan *reward and punishment*.

5.6 Pencapaian Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

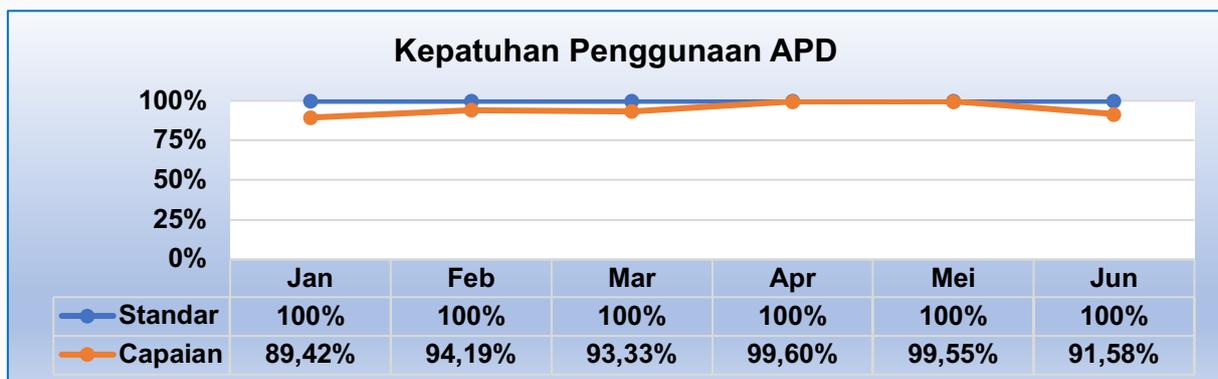
Hasil capaian indikator mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) semester I tahun 2023 adalah sebagai berikut:

Grafik 5.38
Kepatuhan Kebersihan Tangan Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



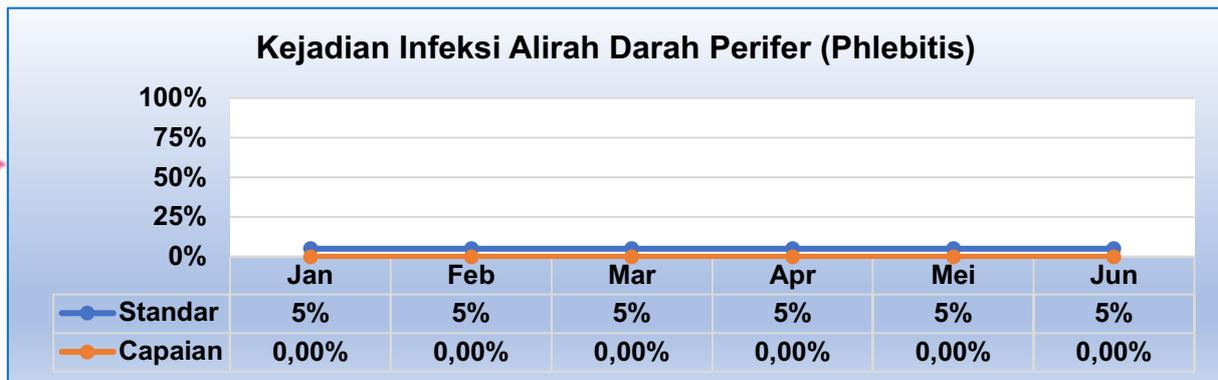
Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan selama semester I tahun 2023 adalah 89,29%. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih belum menunjukkan capaian yang stabil. Petugas yang ada di ruang rawat inap dan OK sebagian kecil masih melakukan kebersihan tangan tidak sesuai dengan regulasi yang ada. 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 5.39
Kepatuhan Penggunaan APD Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



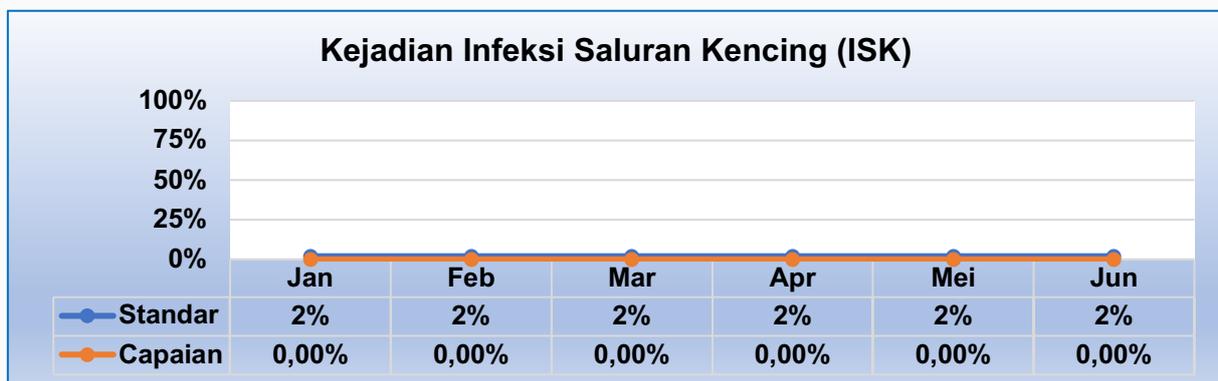
Rerata capaian indikator kepatuhan penggunaan APD selama semester I tahun 2023 adalah 95,37%. Hasil capaian indikator kepatuhan penggunaan APD ini terus meningkat dari bulan ke bulan, namun capaiannya masih dibawah standar. Kepatuhan penggunaan APD yang masih belum sesuai standar ditemukan di rawat inap, rawat jalan, dan pelayanan penunjang. Edukasi terus menerus tentang penggunaan dan pelepasan APD yang baik dan benar sesuai standar harus selalu dilaksanakan.

Grafik 5.40
Angka Kejadian Phlebitis Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



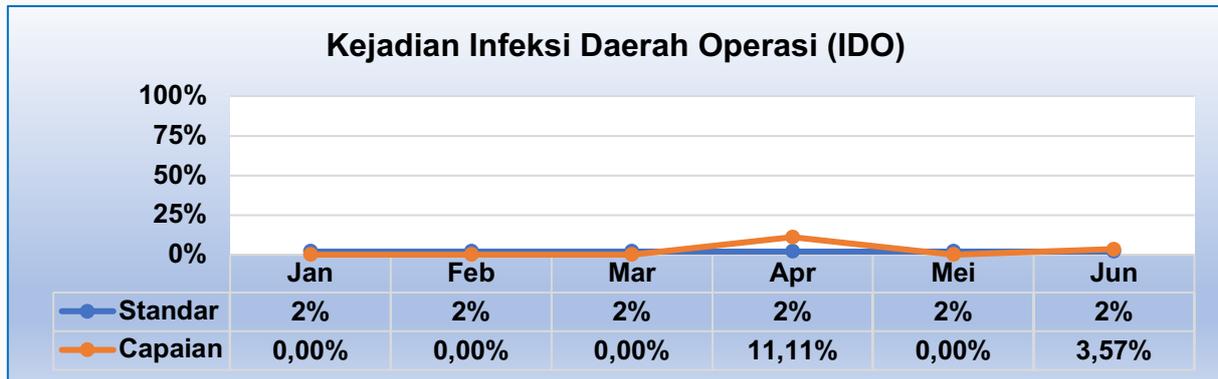
Rerata capaian angka kejadian phlebitis adalah 0%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.41
Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK) Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



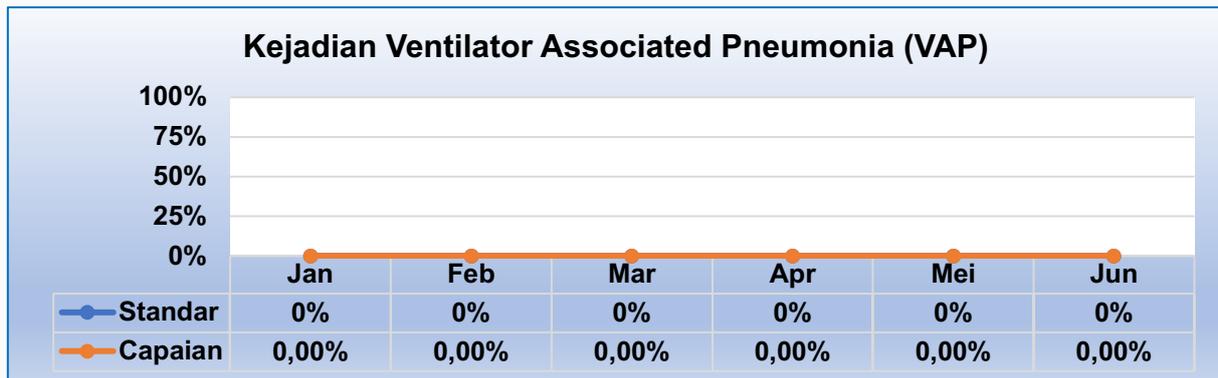
Rerata capaian indikator angka kejadian ISK selama semester I tahun 2023 adalah 0%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.42
 Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) Semester I Tahun 2023
 RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



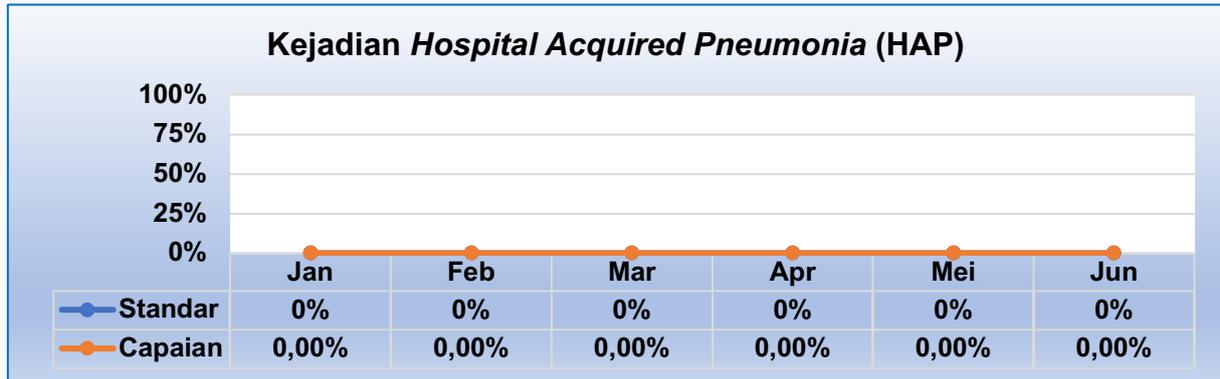
Angka kejadian IDO selama semester I tahun 2023 terjadi 2 kasus pada bulan April dan Juni 2023 pada pasien operasi Section Cesaria dan operasi apendictomy. Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya IDO diantaranya melakukan persiapan operasi dengan baik, melakukan tindakan operasi sesuai dengan SPO yang berlaku untuk meminimalisir kejadian infeksi akibat luka operasi, edukasi pasien saat persiapan pulang untuk melakukan perawatan luka operasi dengan sterill.

Grafik 5.43
 Angka Kejadian *Ventilatory Associated Pneumonia* (VAP) Semester I Tahun 2023
 RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



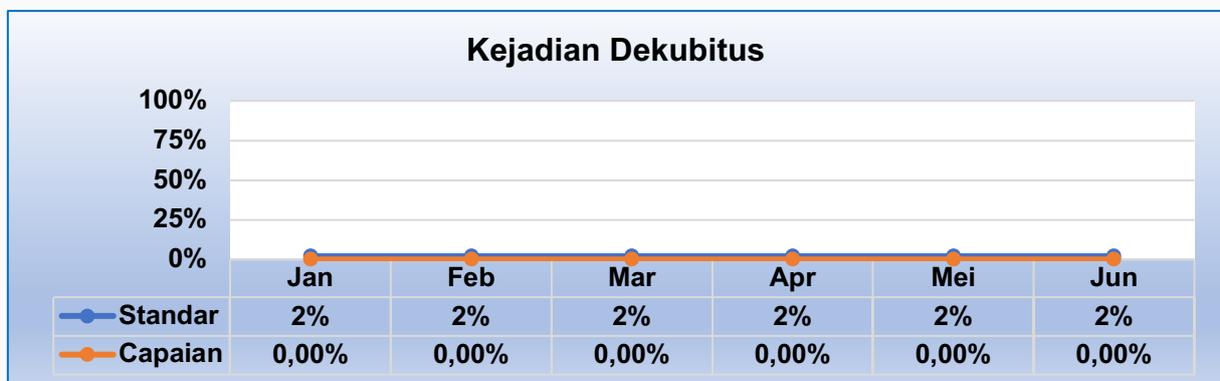
Tidak ada kejadian *Ventilatory Associated Pneumonia* (VAP) selama semester I tahun 2023. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.44
 Angka Kejadian *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP) Semester I Tahun 2023
 RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



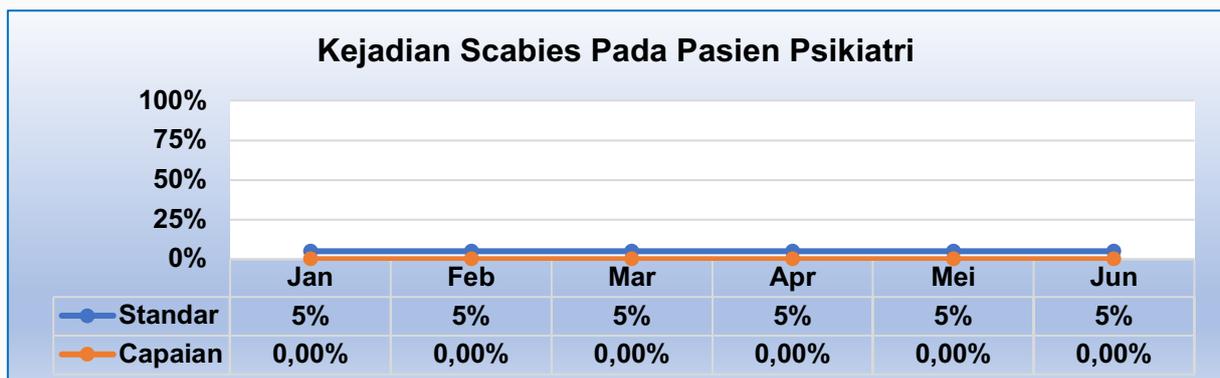
Tidak ada kejadian *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP) selama semester I tahun 2023. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.45
 Angka Kejadian Dekubitus Semester I Tahun 2023
 RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



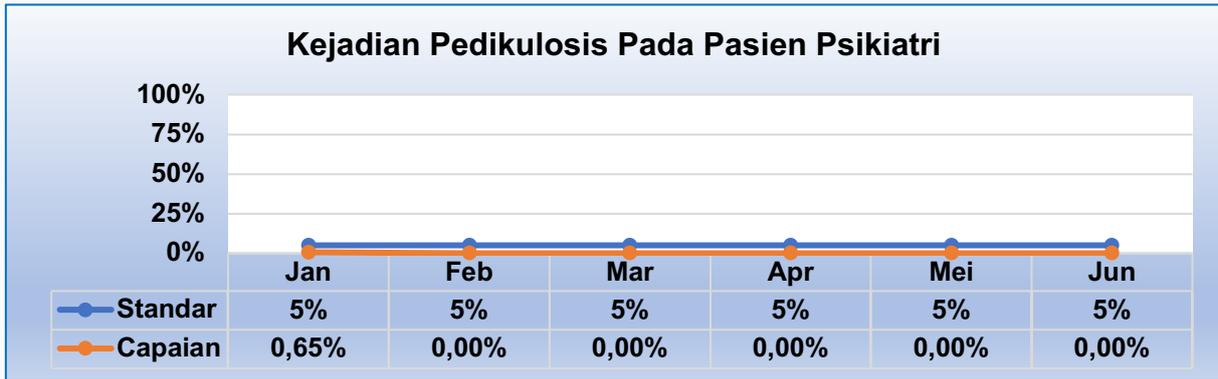
Tidak ada kejadian dekubitus selama semester I tahun 2023. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.46
 Angka Kejadian Scabies Semester I Tahun 2023
 RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



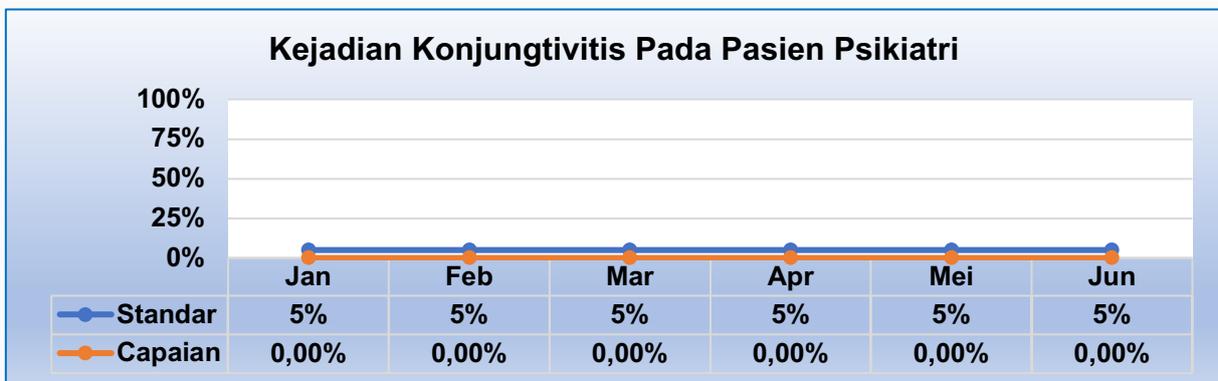
Tidak ada kejadian dekubitus selama semester I tahun 2023. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.47
 Angka Kejadian Pedikulosis Semester I Tahun 2023
 RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



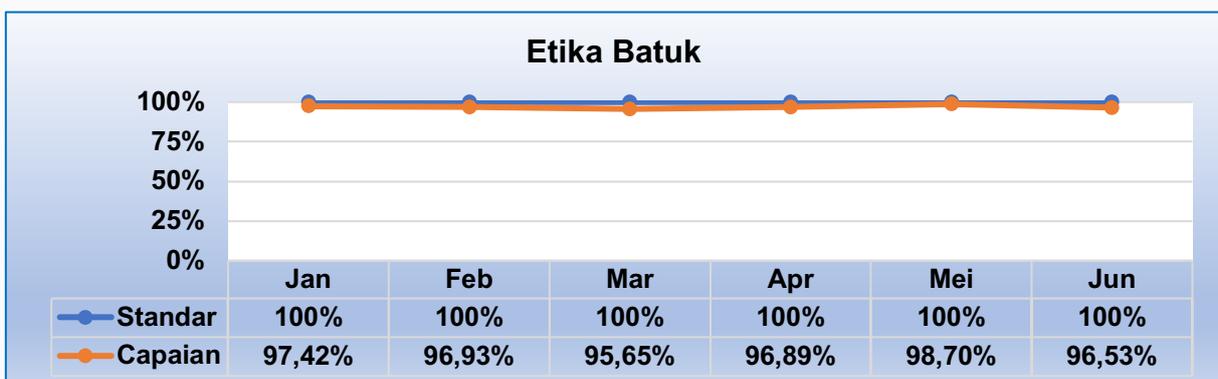
Tidak ada kejadian pedikulosis pada pasien psikiatri selama semester I tahun 2023. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.48
 Angka Kejadian Konjungtivitis Semester I Tahun 2023
 RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



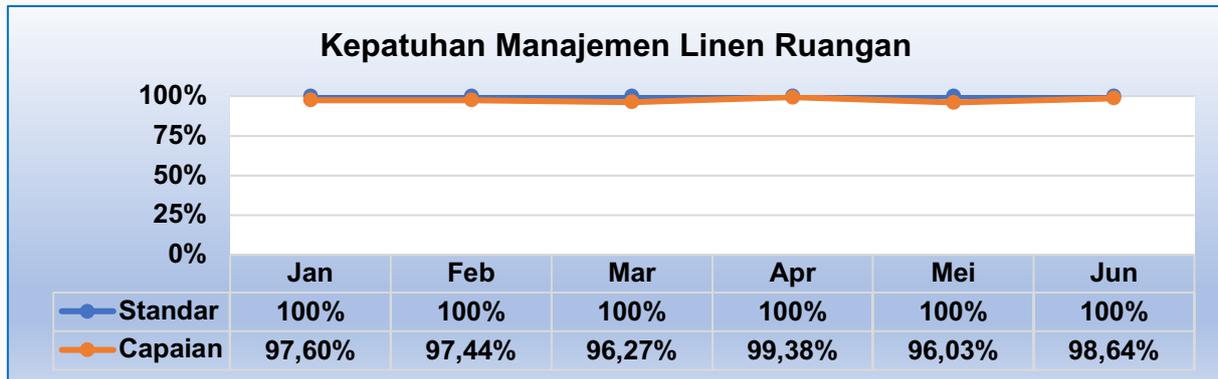
Tidak ada kejadian konjungkitivitis pada pasien psikiatri selama semester I tahun 2023. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.49
 Etika Batuk Semester I Tahun 2023
 RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



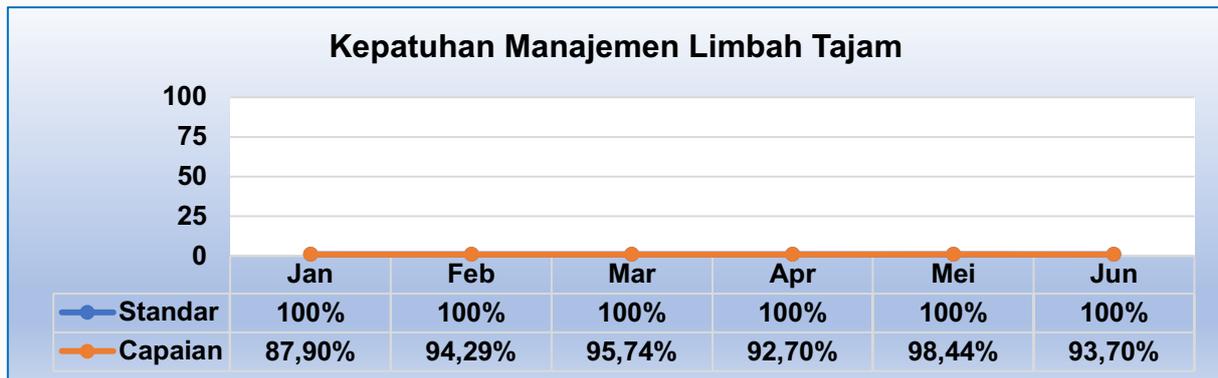
Rerata capaian indikator etika batuk selama semester I tahun 2023 adalah 97,02%. Hal ini masih harus ditingkatkan dengan selalu mengedukasi petugas jika tidak patuh etika batuk.

Grafik 5.50
Manajemen Linen Ruang Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



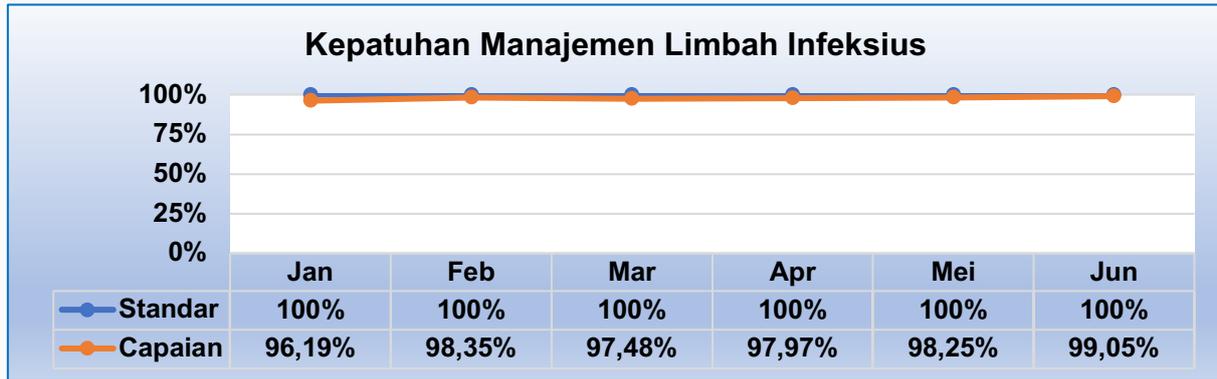
Rerata capaian indikator manajemen linen ruang semester I tahun 2023 adalah 97,56%. Capaian ini belum mencapai standar yang telah ditetapkan yaitu 100% serta belum menunjukkan konsistensi. Hal ini disebabkan karena masih ditemukannya pengemasan linen bersih menggunakan selimut atau seprai yang seharusnya 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 dilakukan sentralisasi linen.

Grafik 5.51
Manajemen Limbah Tajam Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



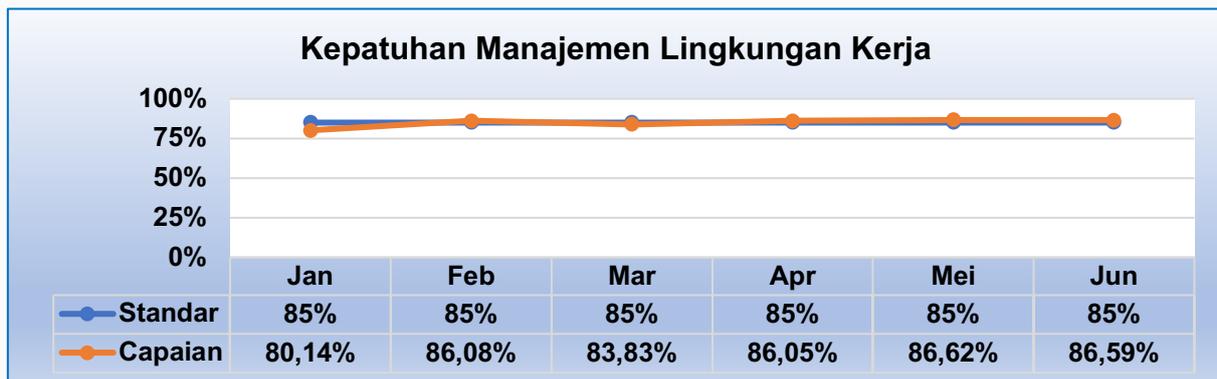
Rerata capaian indikator manajemen limbah tajam semester I tahun 2023 adalah 93,80% dan belum mencapai standar. Beberapa ruangan belum mematuhi rentang waktu pembuangan limbah tajam 3-7 hari dan isinya lebih dari $\frac{3}{4}$ penuh. Hal ini perlu diperhatikan pengelolaan limbah jarum suntik di ruangan 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 5.52
Manajemen Limbah Infeksius Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor



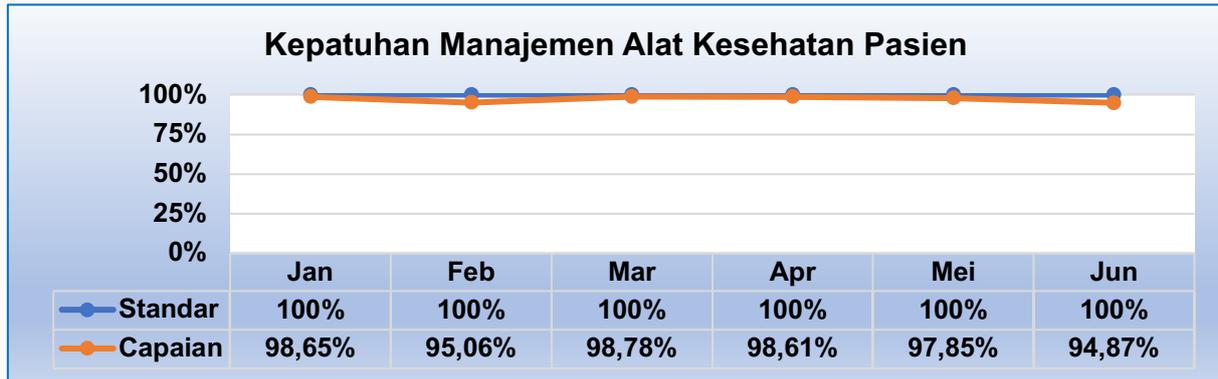
Rerata capaian indikator manajemen limbah infeksius semester I tahun 2023 adalah 97,88% dan belum mencapai standar yang ditetapkan. Masih ditemukan peruntukan plastik infeksius (kuning) yang belum tepat sasaran, tempat sampah yang tidak berpedal dan tidak dilapisi plastik infeksius. Manajemen limbah 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 5.53
Manajemen Lingkungan Kerja Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor



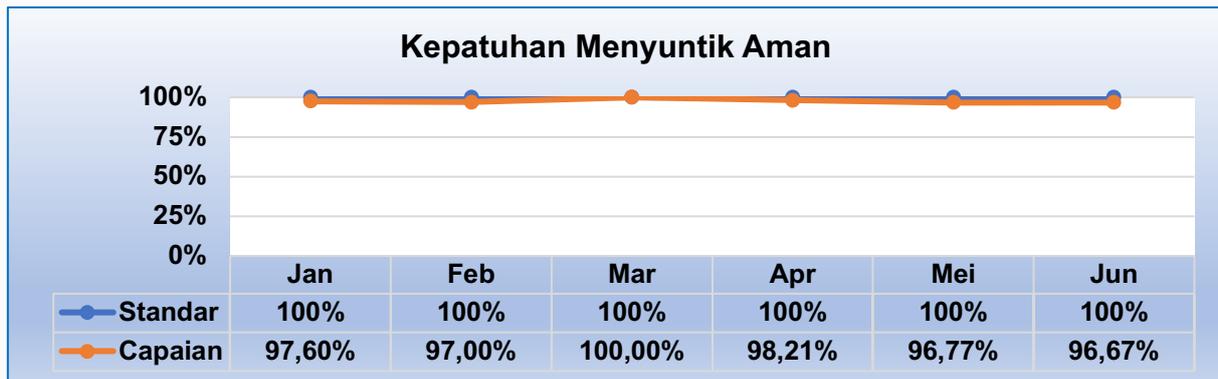
Rerata capaian indikator manajemen lingkungan kerja semester I tahun 2023 adalah 84,89% hamper mencapai standar. Elemen penilaian indikator manajemen lingkungan kerja terkait penilaian 5R (Ringkas, Rapih, Rawat, Resik, dan Rajin). Diharapkan ke depannya dapat meningkat seiring dengan meningkatnya kesadaran 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 5.54
Manajemen Alat Kesehatan Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



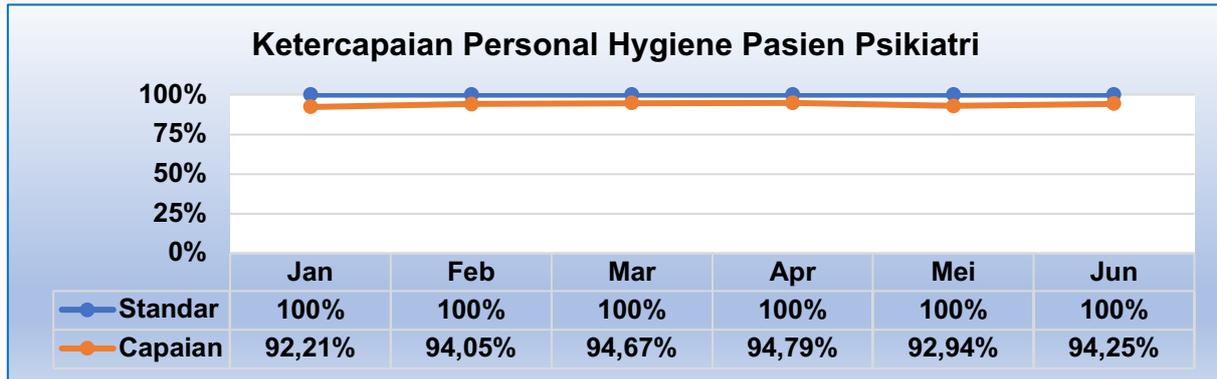
Rerata capaian indikator manajemen alat kesehatan pasien semester I tahun 2023 adalah 97,30%, belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Ketidaktercapaian indikator manajemen alat kesehatan pasien disebabkan belum semua tersedia prasarana proses pre cleaning disetiap layanan yang sesuai standar dan jumlahnya belum memenuhi kebutuhan kegiatan di ruangan. Sudah dilakukan sentralisasi alat Kesehatan di Instalasi CSSD.

Grafik 5.55
Menyuntik Aman Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



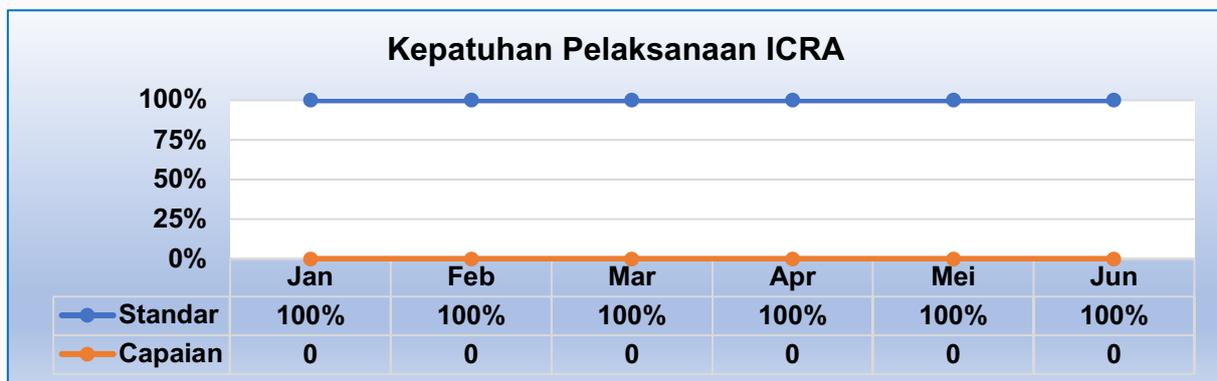
Rerata capaian indikator menyuntik aman semester I tahun 2023 adalah 97,71%. Capaian ini masih belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Hal ini terjadi karena masih ditemukannya penutupan ulang jarum suntik dan tidak melakukan proses desinfeksi dilokasi penyuntikan (venflon, triway). Perlu dilakukan 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 sekali untuk mengingatkan dan meningkatkan kesadaran petugas akan prosedur menyuntik aman yang benar sesuai dengan SOP yang berlaku. Indikator ini perlu dimasukkan kedalam indikator kinerja PPA agar semua patuh menyuntik aman sehingga tercipta keselamatan pasien RS.

Grafik 5.56
Personal Hygiene Pasien Psikiatri Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata capaian indikator *personal hygiene* pasien psikiatri semester I tahun 2023 adalah 93,82%. Capaian ini belum mencapai standar yang telah ditetapkan. Hal ini disebabkan karena ketersediaan prasarana disetiap 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 yang digunakan, tersedianya alat kebersihan pasien, dan kebersihan pasien (mandi, kebersihan tangan, kuku rapi dan bersih, rambut bersih dan rapi, gigi dan mulut bersih).

Grafik 5.57
Kepatuhan Pelaksanaan ICRA Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Indikator kepatuhan pelaksanaan ICRA selama semester I tahun 2023 tidak dapat diukur, karena tidak ada pekerjaan konstruksi.

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Dari 20 Indikator PPI, tercapai 10 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
- Ada 9 (sembilan) indikator yang belum mencapai standar, yaitu:
 - Kepatuhan penggunaan APD 95,37% (standar 100%)
 - Etika batuk 97,02% (standar 100%)
 - Kepatuhan menyuntik aman 97,71% (standar 100%)
 - Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) 32,45% (standar 0%)
 - Kepatuhan manajemen linen ruangan 97,56% (standar 100%)
 - Kepatuhan manajemen limbah tajam 93,80% (standar 100%)
 - Kepatuhan manajemen limbah infeksius 97,88% (standar 100%)
 - Kepatuhan manajemen alat kesehatan pasien 97,30% (standar 100%)
 - Ketercapaian *personal hygiene* pasien psikiatri 93,82% (standar 100%)
- Ada 1 (satu) indikator yang tidak dapat diukur, yaitu: "Kepatuhan Pelaksanaan ICRA" karena tidak ada pekerjaan konstruksi.

Kendala dan Permasalahan:

1. Kepatuhan PPA dalam penggunaan APD masih belum konsisten;
2. Komitmen petugas dalam menggunakan APD di Ruang OK dan ICU dan beberapa poli rawat jalan (Rehab Medik, Laboratorium, Radiologi, Poli Gigi) yang belum optimal;
3. Kepatuhan PPA untuk patuh dalam 5 momen dalam kebersihan tangan belum konsisten;
4. Kepatuhan PPA dalam menerapkan etika batuk masih belum konsisten;
5. Ketidakepatuhan etika batuk terjadi di IGD, Poli Pita Aruna, Laboratorium, Poliklinik gigi, dan Instalasi Gizi;
6. Terdapat petugas IGD yang tidak dapat mempraktikkan etika batuk dengan benar;
7. 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;

8. Tidak adanya panduan etika batuk yang merupakan salah satu elemen penilaian etika batuk di instalasi Gizi;
9. Kepatuhan manajemen linen ruangan di ruang Drupadi dan Antasena yang belum optimal sesuai dengan standar PPI disebabkan karena linen yang tidak tersusun rapih yang merupakan salah satu elemen penilaian manajemen linen ruangan;
10. Kepatuhan pemberian tanggal pada safety box limbah tajam di Subadra, IGD, ICU, Pemping, Antareja, dan Abimanyu yang belum optimal serta keterisian *safetybox* yang tidak sesuai dengan standar di ruang Utari;
11. Kepatuhan manajemen limbah infeksius yang belum optimal Poliklinik psikiatri terkait kesesuaian isi limbah serta pengangkutan limbah yang tidak sesuai jadwal di ruang Utari;
12. Tidak terpasangnya SPO terkait manajemen alkes yang merupakan salah satu elemen kepatuhan manajemen alkes di ruang precleaning Poligigi serta kepatuhan petugas untuk melakukan disinfeksi alkes setelah digunakan yang belum optimal di ruang Basudewa, UPIP Pria, Antasena, Poli Gigi;
13. Terdapat beberapa elemen penilaian menyuntik aman yang belum sesuai kriteria diantaranya, penggunaan trolley 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;
14. Terdapat beberapa elemen penilaian personal hygiene pasien psikiatri yang belum sesuai standar di ruang Arimbi, Bratasena, UPIP Pria, UPIP Wanita, Sadewa;
15. Monev dan supervisi seluruh indikator PPI belum optimal.

Rencana pemecahan masalah:

1. Review kembali formulir penilaian seluruh indikator PPI (sesuai dengan regulasi PPI Permenkes No. 27 Tahun 2017);
2. Sosialisasi formulir penilaian seluruh indikator PPI;
3. Edukasi dan mengajarkan langsung pada PPA jika ditemukan ketidakpatuhan petugas dalam memenuhi standar PPI;
4. Melakukan rapat koordinasi Komite Mutu, Komite PPI, Komite PPA Lainnya, dan Timker Pelayanan Penunjang untuk membahas strategi percepatan pencapaian seluruh indikator PPI;
5. Memasukkan indikator PPI pada indikator kinerja individu Komite PPI dan PPA;
6. Inovasi komite PPI dan PPA untuk memodifikasi intervensi masing-masing indikator PPI yang tidak tercapai;
7. Memotivasi unit kerja untuk melakukan manajemen ruangan dengan lomba *quality improvement cup*;
8. Monev setiap minggu untuk memantau keberhasilan dari edukasi yang sudah dilakukan.

5.7 Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)

5.7.1 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang

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

Tabel 5.12
Indikator Mutu Unit di Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

| NO | JUDUL INDIKATOR | STANDAR | SEMESTER I 2023 | KET* |
|--------------------------------|--|--------------------|------------------|------------------|
| PELAYANAN GAWAT DARURAT | | | | |
| 1 | Kemampuan menangani kasus gawat darurat (live saving) | 100% | 100,00% | 1 |
| 2 | Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Dokter | 100% | 91,67% | 0 |
| 3 | Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Perawat | 100% | 79,17% | 0 |
| 4 | Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat PONEK | 100% | 100,00% | 1 |
| 5 | Ketersediaan Tim penanggulangan bencana | 100% | 100,00% | 1 |
| 6 | Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat | ≤ 5 menit | 2,39 Menit | 1 |
| 7 | Waktu tanggap pelayanan perawat di gawat darurat | ≤ 2 menit | 1,48 Menit | 1 |
| 8 | Emergency psychiatric respon time (EPRT) | ≤ 240 menit | 75.15 Menit | 1 |
| 9 | Angka kematian pasien di IGD | ≤ 2perseribu (≤2‰) | 0.01‰ | 1 |
| 10 | Ketepatan indikasi masuk rawat inap psikiatri akut | 90% | 100,00% | 1 |
| 11 | Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam | 90% | 85,97% | 0 |
| 12 | Waktu masuk rawat inap ≤ 60 Menit | ≥ 90% | 85,60% | 0 |
| PELAYANAN RAWAT JALAN | | | | |
| 1 | Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ) | ≤ 60 menit | 67 Menit 8 Detik | 0 |
| 2 | Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang (tanpa eksternal) ≤ 120 menit | 80% | 63,73% | 0 |
| | Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang (tanpa eksternal) ≤ 120 menit | ≤ 120 menit | 117,96 Menit | 1 |
| 3 | Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang (dengan eksternal) ≤ 120 menit | 80% | 34,64% | 0 |
| 4 | Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik | 85% | 56,28% | 0 |
| 5 | Asesmen medis dan keperawatan rawat jalan (awal dan ulang) | 100% | 100,00% | 1 |
| 6 | Program rujuk balik berkualitas | 80% | 100,00% | 1 |
| 7 | Waktu tunggu pasien rehabilitasi medik ≤ 60 menit | 100% | 100,00% | 1 |
| 8 | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik | 100% | 100,00% | 1 |
| 9 | Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan | ≤ 25 % | 0,00% | 1 |
| 10 | Waktu tunggu pelayanan di assessment terpadu | 30 menit | 1,35 Menit | 1 |
| 11 | Waktu pelaksanaan pelayanan di asesmen terpadu | ≤ 3 jam | 110.75 Menit | 1 |
| 12 | Waktu pengambilan hasil assesmen terpadu 2 hari | 100% | 100,00% | 1 |
| 13 | Drop out Antiretroviral (DO ARV) | 12% | 11 | |
| 14 | Voluntary Counselling and Testing (VCT) | 100% | 100,00% | 1 |
| 15 | Antiretroviral Therapy (ART) | 100% | 73,74% | 0 |
| 16 | Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) | 100% | N/A | Tidak ada pasien |
| 17 | Infeksi Oportunistik (IO) | 0% | 10,10% | 0 |
| 18 | Injection Drug Use (IDU) | 0% | N/A | Tidak ada pasien |
| 19 | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB | Pasien | 58 | |

| NO | JUDUL INDIKATOR | STANDAR | SEMESTER I 2023 | KET* |
|-----------------------------|---|---------|-----------------|------|
| 20 | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | 100% | 100,00% | 1 |
| 21 | Penemuan dan pengobatan pasien TBC: | | | |
| | Pasien baru | Pasien | 58 | |
| | Pasien kambuh | Pasien | 4 | |
| | Pasien dengan riwayat pengobatan TBC selain kambuh (diobati setelah loss to follow up, diobati setelah gagal) | Pasien | 0 | |
| | Pasien tidak diketahui riwayat pengobatan TBC sebelumnya | Pasien | 3 | |
| 22 | Laporan hasil pengobatan pasien TBC: | | | |
| | Pasien baru | Pasien | 58 | |
| | Pasien kambuh | Pasien | 4 | |
| | Pasien dengan riwayat pengobatan TBC selain kambuh (diobati setelah loss to follow up, diobati setelah gagal) | Pasien | 0 | |
| | Pasien tidak diketahui riwayat pengobatan TBC sebelumnya | Pasien | 33 | |
| | Pasien TBC dengan HIV Positif (semua tipe) | Pasien | 21 | |
| 23 | Persentase ibu hamil dengan anemia | 28% | 2,24% | 1 |
| 24 | Persentase ibu hamil yang mendapat tablet tambah darah (TTD) | 95% | 100,00% | 1 |
| PELAYANAN RAWAT INAP | | | | |
| 1 | Ketepatan jam visite dokter spesialis | 80% | 95,85% | 1 |
| 2 | Assesment awal medis | 100% | 99,29% | 0 |
| 3 | Assesment awal keperawatan | 100% | 99,55% | 0 |
| 4 | Kejadian rawat ulang (re-admission) pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan | <10% | 6,44% | 1 |
| 5 | Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (caf) di unit pelayanan intensif psikiatri (UPIP) | ≤1.5% | 0,62% | 1 |
| 6 | Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat di UPIP > 7 hari | ≥90% | 97,92% | 1 |
| 7 | Tidak adanya kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 18 hari | ≥90% | 99,34% | 1 |
| 8 | Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP | ≥95% | 96,67% | 1 |
| 9 | Realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1 | ≥ 90% | 69,18% | 0 |
| 10 | Asesmen awal medis pada pasien PHCU 1 x 24 jam | 100% | 100,00% | 1 |
| 11 | Asesmen awal keperawatan pada pasien PHCU 1 x 24 jam | 100% | 100,00% | 1 |
| 12 | Kepatuhan visite dokter spesialis di PHCU | 80% | 97,91% | 1 |
| 16 | Kepatuhan identifikasi pada pasien psikiatri akut | 100% | 100,00% | 1 |
| 15 | Kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh pada pasien psikiatri akut | 100% | 100,00% | 1 |
| 16 | Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri pada pasien psikiatri akut | 100% | 100,00% | 1 |
| 17 | Kepatuhan upaya pencegahan perilaku kekerasan pada pasien psikiatri akut | 100% | 100,00% | 1 |
| 19 | Personal hygiene pasien psikiatri akut | 85% | 100,00% | 1 |
| 20 | Ketersediaan obat/psikofarmaka pada pasien psikiatri akut | 100% | 100,00% | 1 |
| 21 | Medication error pada pasien psikiatri akut | 0% | 0,00% | 1 |
| 22 | Persentase penanganan fase akut pasien gangguan jiwa di PHCU | 100% | 98,64% | 0 |
| 23 | Kepatuhan mencegah cedera akibat fiksasi pasien psikiatri akut | 100% | 100,00% | 1 |
| 24 | Tak ada pasien difiksasi setelah 1 x 24 jam di ruang UPIP | 95% | 96,67% | 1 |
| 25 | Tepat indikasi masuk ruang rawat inap psikiatri akut | 100% | 83,36% | 1 |
| 26 | Sarpras psikiatri akut sesuai standar | 90% | 84,27% | 0 |
| 27 | Kompetensi petugas psikiatri akut sesuai standar | 75% | 28,95% | 0 |
| 28 | Waktu tunggu operasi elektif | ≤48 jam | 14 Jam 65 Menit | 1 |
| 29 | Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i> | ≤6% | 0,00% | 1 |
| 30 | Kejadian kematian di meja operasi | 0% | 0,00% | 1 |
| 31 | Kepatuhan assessmen pra anestesi | 100% | 100,00% | 1 |
| 32 | Kepatuhan assessmen pra bedah | 100% | 100,00% | 1 |
| 33 | Kepatuhan dokumentasi pelaksanaan <i>surgical safety cek list</i> | 100% | 100,00% | 1 |
| 34 | Kepatuhan pelaksanaan sign in, sign out, dan time out | 100% | 100,00% | 1 |
| 35 | Penerapan keselamatan ECT | 100% | 100,00% | 1 |
| 36 | Waktu tunggu tindakan ECT | ≤48 jam | 12 Jam | 1 |
| 37 | Discrepansi diagnosa pre dan post operasi | 0% | 0,00% | 1 |
| 38 | Pembatalan operasi elektif | ≤3% | 0,00% | 1 |
| 39 | Penundaan operasi elektif | <5% | 0,00% | 1 |
| 40 | Ketepatan kriteria masuk dan keluar ICU | 100% | 96,88% | 1 |

| NO | JUDUL INDIKATOR | STANDAR | SEMESTER I 2023 | KET* |
|---|--|----------|-----------------|------------------|
| 41 | Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan icu dengan kasus yang sama < 72 jam | ≤3% | 0,00% | 1 |
| 42 | Respon time tindakan, pemasangan ventilator ≤ 30 menit | 100% | N/A | Tidak ada pasien |
| 43 | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi | 100% | 100,00% | 1 |
| 44 | Kemampuan menangani BLSR dan BBLR | 100% | 100,00% | 1 |
| 45 | Pertolongan persalinan melalui SC | ≤20% | 82,53% | 0 |
| 46 | Waktu tanggap seksio sesaria emergency | 80% | 100,00% | 1 |
| 47 | Kejadian kematian ibu karena persalinan | 0% | 0,00% | 1 |
| 48 | Presentase IMD | ≥ 80% | 49,57% | 0 |
| 49 | Pemberian asi eksklusif pada bayi baru lahir selama perawatan | 60% | 59,12% | 1 |
| 50 | Persentase rawat gabung | 80% | 73,80% | 1 |
| 51 | Perawatan metode kanguru | 80% | 100,00% | 1 |
| 52 | Angka kejadian keterlambatan operasi SC > 30 Menit | 0% | 0,00% | 1 |
| 53 | Angka kejadian keterlambatan penyediaan darah > 60 menit | 0% | 0,00% | 1 |
| 54 | Angka kejadian kematian bayi saat persalinan | 0% | 0,00% | 1 |
| 55 | MOW | Pasien | 17 | |
| 56 | IUD | Pasien | 1 | |
| 57 | Persentase bayi dengan BBLR | 100% | 100,00% | 1 |
| 58 | Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapatkan ASI | 47% | N/A | Tidak ada pasien |
| 59 | Kepatuhan identifikasi pasien | 100% | 99,89% | 1 |
| 60 | Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh | 100% | 100,00% | 1 |
| 61 | Kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri | 100% | 100,00% | 1 |
| 62 | Kepatuhan upaya pencegahan MRSTI | 100% | 100,00% | 1 |
| 63 | Kepatuhan upaya pencegahan risiko perilaku kekerasan | 100% | 100,00% | 1 |
| PELAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL | | | | |
| 1 | Hasil pencapaian rehabilitasi psikososial | >75% | 86,58% | 1 |
| 2 | Asesmen rehabilitasi psikososial | ≥80% | 99,21% | 1 |
| 3 | Rujukan rehab sesuai indikasi | ≥80% | 100,00% | 1 |
| 4 | Persentase rehabilitant yang mengalami perbaikan fungsi personal dan sosial | 85% | 100,00% | 1 |
| 5 | Pembinaan kelompok swabantu dalam pelayanan kesehatan jiwa 3 kelompok | 100% | 100,00% | 1 |
| 6 | Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan | <25% | 13,83% | 1 |
| 7 | Tingkat kemandirian pasien secara fisik dan sosial | 100% | 100,00% | 1 |
| 8 | Tingkat kemandirian pasien secara finansial | 50% | 83,93% | 1 |
| 9 | Waktu tunggu pelayanan rehabilitasi psikososial | 30 Menit | 10.43 Menit | 1 |
| 10 | Program psikoedukasi rehabilitasi psikososial | 100% | 100,00% | 1 |
| PELAYANAN NAPZA | | | | |
| 1 | Assesment Adiction Severity Index (max 3x24 jam) | 100% | 100,00% | 1 |
| 2 | Ketepatan visite dokter spesialis | 80% | 100,00% | 1 |
| 3 | Upaya pencegahan pasien jatuh pada kondisi withdrawal | 100% | 100,00% | 1 |
| 4 | Konseling selama pasien dirawat | 100% | 100,00% | 1 |
| 5 | Terlaksananya sesi terstruktur pada hari kerja | 100% | 100,00% | 1 |
| 6 | Terlaksananya terapi vokasional | 100% | 100,00% | 1 |
| 7 | Pemeriksaan urine negatif pada pasien pulang | 100% | 100,00% | 1 |
| 8 | Asesmen awal medis | 100% | 100,00% | 1 |
| 9 | Asesmen awal keperawatan | 100% | 100,00% | 1 |
| 10 | Penyuluhan keluarga | 80% | 82,50% | 1 |
| 11 | Tingkat pengetahuan pasien terhadap keberhasilan program NAPZA | 70% | 67,50% | 0 |
| PELAYANAN PKRS | | | | |
| 1 | Tingkat kualitas sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan jiwa | 95% | 100,00% | 1 |
| 2 | Konsultasi dan koordinasi program kesehatan jiwa | 85% | 100,00% | 1 |
| 3 | Tingkat kualitas kemitraan, kerjasama lintas program dan lintas sektor | 90% | 87,14% | 1 |
| 4 | Tingkat kemandirian advokasi kesehatan jiwa | 80% | 100,00% | 1 |
| 5 | Promosi kesehatan eksternal: | | | |
| | Program kesehatan ibu dan bayi | 70% | 100,00% | 1 |
| | Program kesehatan TB | 70% | 100,00% | 1 |
| | Program kesehatan HIV/AIDS | 70% | 100,00% | 1 |

| NO | JUDUL INDIKATOR | STANDAR | SEMESTER I 2023 | KET* |
|---|---|-------------|-----------------|------------------------------|
| | Program kesehatan Stunting dan Wasting | 70% | 100,00% | 1 |
| | Promosi kesehatan pelayanan keluarga berencana | 70% | 100,00% | 1 |
| | Promosi kesehatan geriatri | 70% | 100,00% | 1 |
| | Program kesehatan ke sekolah | 70% | 91,67% | 1 |
| | Program kesehatan ke instansi pemerintah dan swasta | 70% | 100,00% | 1 |
| 6 | Promosi kesehatan internal | 85% | 100,00% | 1 |
| 7 | Tingkat kualitas intervensi krisis | 85% | 88,89% | 1 |
| 8 | Persentase pasien psikiatri yang dilayani case management | 50% | 100,00% | 1 |
| 9 | Kepatuhan pemberian informasi dan edukasi | 80% | 100,00% | 1 |
| 10 | Ketersediaan media informasi cetak dan elektronik | 70% | 100,00% | 1 |
| 11 | Ketepatan pelaksanaan metode TBAK | 100% | 100,00% | 1 |
| 12 | Kepatuhan pelaksanaan handover | 100% | 100,00% | 1 |
| PELAYANAN RADIODIAGNOSTIK, IMAGING, DAN ELEKTRONIK | | | | |
| 1 | Waktu tunggu pelayanan radiologi (WTPR) | ≤ 180 menit | 1 Jam 46 Menit | 1 |
| 2 | Kejadian kegagalan hasil pemeriksaan radiologi | ≤ 2% | 0,31% | 1 |
| 3 | Waktu pemeriksaan radiologi (konvensional non kontras) ≤ 60 menit hingga diterima oleh pasien | 80% | 71,45% | 0 |
| 4 | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian label | 100% | 100,00% | 1 |
| 5 | Waktu pelaporan hasil kritis radiologi | ≤ 30 menit | 21,25 Menit | Tidak ada nilai kritis |
| 6 | Pelaporan hasil kritis radiologi | 100% | 100,00% | Tidak ada nilai kritis |
| 7 | Waktu tunggu pelayanan elektromedis | 60 Menit | 19,32 Menit | 1 |
| 8 | Waktu tunggu pelayanan USG | ≤ 180 menit | 50,04 Menit | 1 |
| PELAYANAN LABORATORIUM | | | | |
| 1 | Waktu tunggu pelayanan laboratorium (WTPL) | < 2 Jam | 51.23 Menit | 1 |
| 2 | Waktu pelaporan hasil kritis laboratorium | ≤ 30 menit | 1.75 Menit | 1 |
| 3 | Pelaporan hasil kritis laboratorium | 100% | 99,24% | 1 |
| 4 | Tidak adanya kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium | 100% | 100,00% | 1 |
| 5 | Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium | 100% | 100,00% | 1 |
| 6 | Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium | <5% | 0,01% | 1 |
| 7 | Angka kejadian reaksi transfusi | 0% | 1,90% | 1 |
| 8 | Efektivitas penggunaan darah | >90% | 99,56% | 1 |
| 9 | Waktu tunggu pelayanan laboratorium CITO | 50 Menit | 21.78 Menit | 1 |
| 10 | Waktu pemeriksaan laboratorium (hematologi rutin) ≤ 60 menit sampai diterima oleh pasien | 80% | 100,00% | 1 |
| 11 | PME | 90% | N/A | Pengukuran satu tahun sekali |
| 12 | Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan | 3 Hari | 3.53 Hari | 0 |
| PELAYANAN FARMASI | | | | |
| 1 | Ketersediaan obat sesuai formularium RS | 90% | 100,00% | 1 |
| 2 | Waktu tunggu pelayanan obat jadi (WTOJ) | ≤ 30 menit | 28.49 Menit | 1 |
| 3 | Waktu tunggu pelayanan obat racikan (WTOR) | ≤ 60 menit | 57.03 Menit | 1 |
| 4 | Waktu tunggu pelayanan farmasi | 60 Menit | 53.26 Menit | 1 |
| 5 | Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat (medication error fase pemberian) | 100% | 100,00% | 1 |
| 6 | Kejadian kesalahan peresapan obat (medication error fase peresapan) | 0% | 0,11% | 0 |
| 7 | Kepatuhan penggunaan formularium nasional | ≥90% | 97,98% | 1 |
| 8 | Kepatuhan penggunaan formularium RS | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 9 | Kepatuhan pelaksanaan UDD | 100% | 100,00% | 1 |
| 10 | Kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat | 100% | 100,00% | 1 |
| 11 | Tidak ada obat expired dalam tahun berjalan | 100% | 100,00% | 1 |
| 13 | Pelaksanaan dan Dokumentasi High Alert Double Check | 100% | 96,34% | 0 |
| 14 | Kepatuhan penyimpanan high alert di unit layanan | 100% | 99,82% | 1 |
| 15 | Kepatuhan pemberian label high alert di unit layanan | 100% | 100,00% | 1 |
| 16 | Perencanaan tahunan BMHP memenuhi TKDN minimal 25% | ≥50% | 31,04% | 0 |
| 17 | Perencanaan tahunan obat memenuhi TKDN minimal 25% | ≥80% | 81,63% | 1 |
| 18 | Tidak ada reagen yang expired dalam tahun berjalan | 100% | 100,00% | 1 |

| NO | JUDUL INDIKATOR | STANDAR | SEMESTER I 2023 | KET* |
|------------------------------|--|--|-----------------|---------------------|
| PELAYANAN GIZI | | | | |
| 1 | Ketepatan waktu pemberian diet kepada pasien | 90% | 94,25% | 1 |
| 2 | Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan gizi | ≥ 80 % | 87,01% | 1 |
| 3 | Persentase sisa makanan pasien yang tidak termakan pasien | ≤ 20 % | 14,88% | 1 |
| 4 | Tidak adanya kerusakan makanan | 100% | 99,97% | 1 |
| 5 | Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diit | 100% | 100,00% | 1 |
| 6 | Pasien Yang Mendapat Makanan Sesuai Kebutuhan Gizi | 100% | 100,00% | 1 |
| 7 | Pencatatan Asuhan Gizi Dalam Rekam Medik | 100% | 100,00% | 1 |
| 8 | Pasien Berdiit yang Mendapat Konseling | 100% | 100,00% | 1 |
| 9 | Persentase faktor risiko gizi teridentifikasi dengan memadai | ≥ 90% | 100,00% | 1 |
| 10 | Persentase pergantian menu dalam 1 bulan | < 5% | 0,68% | 1 |
| 11 | Persentase skrining pasien baru dalam waktu 2 x 24 | 100% | 100,00% | 1 |
| 12 | Persentase balita underweight | 17% | 16,86% | 1 |
| 13 | Prevalensi balita stunting | 28% | 15,82% | 1 |
| 14 | Prevalensi balita wasting | 9,50% | 18,37% | 0 |
| 15 | Persentase ibu hamil kurang energi kronis (KEK) mendapatkan makanan tambahan | 80% | 100,00% | Tidak ada pasien |
| 16 | Persentase balita kurus mendapat makanan tambahan | 85% | 100,00% | 1 |
| PELAYANAN REKAM MEDIK | | | | |
| 1 | Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas | 80% | 100,00% | 1 |
| 2 | Kelengkapan pengisian jati diri / identitas pasien (termasuk foto pada pasien psikiatri ranap) | 100% | 93,84% | 1 |
| 3 | Kepatuhan pelaksanaan general consent | 100% | 100,00% | 1 |
| 4 | Kepatuhan pengisian elektronik rekam medik | 100% | 89,46% | 0 |
| 5 | Persentase pelaksanaan retensi | TW 1 30% TW 2 50% TW 3 65% TW 4 80% | 50,00% | Diukur per triwulan |
| 6 | Kelengkapan penyediaan data untuk pelepasan informasi | 100% | 100,00% | 1 |
| 7 | Kepatuhan penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan simbol | 100% | 99,94% | 0 |
| 8 | Kepatuhan penggunaan singkatan dan simbol | 100% | 100,00% | 1 |
| 9 | Kepatuhan identifikasi pasien (nama, no rm, tgl lahir, dan foto) | 100% | 99,17% | 1 |
| 10 | Kepatuhan informed consent pemberian darah dan produk darah | 100% | 100,00% | 1 |

*Tercapai (1) / Tidak Tercapai (0)

Tabel 5.13
Rekomendasi Indikator Mutu Unit di Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang Semester I 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> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Dokter 2. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat Perawat 3. Waktu pelayanan pasien di IGD ≤ 4 Jam 4. Waktu masuk rawat inap ≤60 menit <p>Rekomendasinya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pelatihan kegawatdaruratan untuk dokter terjadwal bulan Agustus 2023 2. Lakukan pelatihan kegawatdaruratan untuk 1 perawat yang belum mendapatkan pelatihan kegawatdaruratan agar segera dilatih, 4 perawat yang expired agar difasilitasi untuk pelatihan kegawatdaruratan (koordinasi KatimkerKeperawatan dan Koordinator SDM) 3. Waktu pelayanan pasien di IGD sudah tercantum pada rekomendasi ketepatan waktu layanan 4. Waktu masuk ranap sudah tercantum pada rekomendasi ketepatan waktu layanan |
| Instalasi Rawat Jalan | <p>Dari 24 indikator Rawat jalan, masih terdapat 6 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu rawat jalan (WTRJ) 2. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang (tanpa eksternal) ≤ 120 menit |

| UNIT KERJA | DESKRIPSI |
|--|--|
| | <p>3. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang (dengan eksternal) ≤ 120 menit</p> <p>4. Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik</p> <p>5. <i>Antiretroviral Therapy</i> (ART)</p> <p>6. <i>Infeksi Oportunistik</i> (IO)</p> <p>Ada 2 indikator yang tidak dapat diukur karena tidak ada pasien, yaitu indikator PMTCT (<i>Prevention of Mother to Child HIV Transmission</i>) dan IDU (<i>Injecting Drug User</i>)</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. WTRJ sudah tercantum pada rekomendasi INM 2. WTRJ tanpa pemeriksaan penunjang sudah tercantum dalam rekomendasi inisiatif waktu layanan dan ketepatan waktu layanan di poliklinik 3. Edukasi berobat rutin ke Poli Pita Aruna untuk kontrol sesuai jadwal dan mendapat ART secara rutin 4. Melibatkan pendamping pasien HIV/AIDS untuk program terapi pasien 5. Pentingnya PMO untuk memantau obat pasien |
| Instalasi Rawat Inap | <p>Dari 63 indikator, masih terdapat 8 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assesment awal medis 2. Assesment awal keperawatan 3. Realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1 4. Persentase penanganan fase akut pasien gangguan jiwa di PHCU 5. Sarpras psikiatri akut sesuai standar 6. Kompetensi petugas psikiatri akut sesuai standar 7. Pertolongan persalinan melalui SC 8. Presentase IMD <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memasukan indikator kepatuhan pengisian asesmen awal medis dan keperawatan dalam penilaian kinerja pegawai 2. Supervisi dari Koordinator Pelayanan Medik dan Keperawatan 3. Realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1 sudah tercantum pada evaluasi inisiatif 4. Penanganan pasien gaduh gelisah dengan melakukan kolaborasi antara perawat dan DPJP 5. Optimalisasi medikasi mentosa sesuai dengan rekomendasi DPJP 6. Pemenuhan sarpras ruang psikiatri akut 7. Pelatihan kegawat darurat psikiatri 8. Edukasi petugas untuk melakukan IMD 9. Edukasi kepada ibu untuk mau melakukan IMD segera setelah bayi lahir |
| Instalasi Rehabilitasi Psikososial | <p>Seluruh indikator IRP sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Review indikator Instalasi IRP 2. Inovasi pelayanan rehabilitasi psikososial agar ada pembaruan program sesuai dengan minat dan bakat pasien 3. Perlu dilakukan validasi data indikator Instalasi IRP sehubungan dengan Kepala Instalasi IRP sebagai PIC Data Instalasi IRP |
| Instalasi Napza | <p>Dari 11 indikator, ada 1 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat pengetahuan pasien terhadap keberhasilan program NAPZA, terdapat 1 pasien dari 3 pasien yang tidak mengalami peningkatan pengetahuan <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penyuluhan keluarga pada keluarga pasien yang belum dilakukan penyuluhan 2. Sosialisasi pada pasien baru terkait program napza untuk meningkatkan pengetahuan pasien terhadap program napza 3. Pendekatan petugas untuk memberikan pemahaman pada pasien terkait program sesi edukasi Napza 4. Pertahankan capaian |
| Instalasi PKRS | <p>Seluruh indikator PKRS sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat pembahasan profil indikator dengan Kepala Instalasi dan Duta Mutu di Instalasi PKRS terkait pengukuran data 2. Kolaborasi dengan unit terkait tentang masalah pasien di RS dan di komunitas 3. Koordinasi internal dan eksternal untuk proses pemulangan pasien 4. Optimalisasi edukasi di masyarakat untuk PROGNAS, Kesehatan Jiwa, dan Program RSJMM lainnya 5. Penyediaan media edukasi yang bisa diakses secara online melalui barcode |
| Instalasi diagnosticostik, Imaging, dan Elektromedik | <p>Dari 8 indikator, 5 indikator sudah tercapai. Hal ini perlu dipertahankan. Terdapat 2 indikator yang tidak dapat diukur karena tidak terdapat nilai kritis hasil radiologi, 1 indikator belum tercapai.</p> <p>Rekomendasi:</p> |

| UNIT KERJA | DESKRIPSI |
|------------------------|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Respon time dokter spesialis radiologi untuk melakukan expertise hasil pemeriksaan radiologi konvensional non kontras < 60 menit 2. Reward and punishment terhadap pembacaan hasil radiologi oleh dokter spesialis radiologi → menjadi indikator kinerja individu dokter 3. Tindak lanjut realisasi pengadaan PACS 4. Tindak lanjut realisasi paperless hasil pemeriksaan radiologi |
| Instalasi Laboratorium | <p>Dari 12 indikator, 10 indikator sudah tercapai, 1 indikator diukur pertahun, 1 indikator belum tercapai yaitu Waktu tunggu pelayanan laboratorium rujukan.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tindak lanjut realisasi paperless hasil pemeriksaan laboratorium 2. Lakukan PME untuk pemeriksaan laboratorium 3. 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 1 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu: Kepatuhan penggunaan formularium RS. Masih terdapat 3 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian kesalahan peresepan obat (medication error fase peresepan) 2. Pelaksanaan dan Dokumentasi High Alert Double Check 3. Perencanaan tahunan BMHP memenuhi TKDN minimal 25% <p>Kendala dan permasalahan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medication error terjadi pada resep obat racikan 2. Ada 2 pelaksanaan dokumentasi double check high alert yang dilakukan tidak sesuai standar (hanya di cek satu orang) 3. BMHP yang datang pada bulan Juni hampir semua barang gigi, sehingga mayoritas tidak ada TKDN <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan petugas farmasi untuk menyelesaikan task obat serah pada SIMRS 2. Meningkatkan kepatuhan petugas untuk melengkapi formulir laporan insiden dan investigasi sederhana untuk kejadian medication error 3. Melakukan supervisi terkait pelayanan resep oleh Kepala Unit dan/atau Kepala Instalasi Farmasi 4. 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 5. Koordinasi BMHP agar memenuhi standar TKDN |
| Instalasi Gizi | <p>Dari 16 indikator, masih terdapat 1 indikator yang belum mencapai standar, yaitu Prevalensi balita wasting.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dengan Puskesmas setempat untuk penanganan balita wasting di komunitas 2. Beri ASI eksklusif bagi bayi di 6 bulan pertama kehidupan 3. Beri makanan tambahan dengan gizi seimbang untuk pasien wasting 4. Menerapkan pola hidup bersih dan sehat (PHBS) 5. Edukasi terkait stunting dan wasting di keluarga dan komunitas |
| Instalasi Rekam Medik | <p>Dari 10 indikator, masih terdapat 2 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan pengisian elektronik rekam medik 2. Kepatuhan penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan simbol <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisi pedoman ERM sesuai standar PMK ERM dan KMK standar akreditasi rumah sakit. 2. Melengkapi buku pedoman kode diagnosis, kode prosedur, singkatan, dan simbol 3. Monev dan supervisi kepatuhan pengisian ERM 4. Himbauan kepada seluruh PPA untuk patuh dalam mengisi ERM 5. Feedback kepada seluruh PPA terkait kepatuhan ERM 6. Updating kode diagnosis sesuai dengan ICD X. 7. Koordinasi Instalasi Rekam Medik dan Instalasi SIRS untuk kelengkapan formulir ERM yang di revisi ataupun usulan formulir baru |

5.7.2 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan BMN

Hasil capaian indikator mutu unit kerja di Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan BMN semester I tahun 2023 adalah:

Tabel 5.14
Indikator Mutu Unit di Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan BMN Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

| NO | JUDUL INDIKATOR | STANDAR | SEMESTER I 2023 | KET* |
|---|--|--|-----------------|----------------------------|
| BAGIAN KEUANGAN DAN BMN | | | | |
| 1 | Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas | 80% | 100,00% | 1 |
| 2 | Kelengkapan pengisian jati diri / identitas pasien (termasuk foto pada pasien psikiatri ranap) | 100% | 93,84% | 1 |
| 3 | Kepatuhan pelaksanaan general consent | 100% | 100,00% | 1 |
| 4 | Kepatuhan pengisian elektronik rekam medik | 100% | 89,46% | 0 |
| 5 | Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA) | TW I 15% TW II 40% TW III 60% TW IV 90% | 80,72% | 1 |
| 6 | Rasio kas | 240-300% | 284,72% | 1 |
| 7 | Rasio lancar | >600% | 1915,34% | 1 |
| 8 | Periode penagihan piutang | <30 hari | 29.44 Hari | 1 |
| 9 | Perputaran aset tetap | >20% | 0,48% | 0 |
| 10 | Imbalan atas aset tetap | >6% | -0,08% | 0 |
| 11 | Imbalan ekuitas | >8% | -0,08% | 0 |
| 12 | Rasio PNPB terhadap biaya operasional (POBO) | 45% | 1676,04% | 1 |
| 13 | Tingkat pertumbuhan pendapatan | 3% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 14 | Perputaran persediaan | 30-35 Hari | 42.85 Hari | 0 |
| BAGIAN PERENCANAAN 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 |
| PELAYANAN 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 | 1.61 Hari | 1 |
| 3 | Kelengkapan berkas tagihan rawat jalan | 100% | 100,00% | 1 |
| 4 | Kelengkapan berkas tagihan rawat inap | 100% | 100,00% | 1 |
| 5 | Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat jalan | 100% | 100,00% | 1 |
| 6 | Tidak ada penolakan klaim karena masalah administrasi rawat inap | 100% | 100,00% | 1 |
| PELAYANAN SISTEM INFORMASI RS | | | | |
| 1 | Waktu tanggap penanganan kerusakan hardware ≤ 30 menit | 90% | 100,00% | 1 |
| 2 | Waktu tanggap penanganan kerusakan software ≤ 30 menit | 90% | 100,00% | 1 |
| 3 | Ketepatan waktu maintenance hardware | 100% | 100,00% | 1 |
| 4 | Ketepatan waktu maintenance software | 100% | 100,00% | 1 |
| 5 | Waktu tanggap down time ≤ 5 menit | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 6 | Persentase realisasi program sistem informasi | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |

| NO | JUDUL INDIKATOR | STANDAR | SEMESTER I 2023 | KET* |
|----|---|---|-----------------|----------------------------|
| 7 | Tingkat efektifitas 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 |

*Tercapai (1) / Tidak Tercapai (0)

Tabel 5.15
Rekomendasi Indikator Mutu Unit di Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan BMN Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

| UNIT KERJA | DESKRIPSI |
|--------------------------|---|
| Keuangan dan BMN | <p>Dari 14 indikator keuangan dan BMN, masih terdapat 4 indikator yang belum mencapai standar, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perputaran aset tetap 2. Imbalan atas aset tetap 3. Imbalan ekuitas 4. Perputaran persediaan <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalisasi pengelolaan aset untuk meningkatkan pendapatan operasional 2. Meningkatkan pendapatan BLU dari pendapatan pelayanan, kerjasama dengan pihak lain, sewa, dll. 3. Lakukan pengukuran tingkat efisiensi anggaran dan tingkat pertumbuhan pendapatan semester 1 |
| Perencanaan dan Evaluasi | <p>Dari 4 indikator perencanaan dan evaluasi, 3 indikator yang sudah tercapai dan masih terdapat 1 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persentase dokumen perencanaan yang sesuai dengan ketentuan <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengukuran pada indikator persentase dokumen perencanaan yang sesuai dengan ketentuan. 2. Mempertahankan capaian |
| VAPP | <p>Seluruh indikator VAPP sudah tercapai, hal ini perlu dipertahankan.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi Tim Casemix terkait penagihan klaim 2. Pertahankan capaian |
| SIRS | <p>Dari 8 indikator SIRS, sudah tercapai 4 indikator perlu dipertahankan. Masih terdapat 4 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tanggap down time ≤ 5 menit 2. Persentase realisasi program sistem informasi 3. Tingkat efektifitas dan efisiensi modul layanan rumah sakit 4. Tingkat teknologi informasi yang terintegrasi dan mandiri <p>Keempat indikator tersebut sudah dilakukan pembahasan dengan Instalasi SIRS dan akan mulai dilakukan pengukuran di tahun 2024</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respon time petugas SIRS jika terjadi kendala pada jaringan / SIMRS 2. Sosialisasi indikator SIRS 3. Validasi data indikator SIRS 4. Identifikasi kebutuhan terkait IT di RS 5. Pemetaan prioritas pemenuhan IT di RS 6. Pemenuhan SDM SIRS sesuai ABK 7. Melakukan pelatihan SDM SIRS untuk pengetahuan terkait software 8. Revisi anggaran untuk pengembangan SIMRS 9. Maintenance jaringan dan software secara periodik 10. Pengadaan server sesuai dengan kapasitas dan spesifikasi yang dibutuhkan 11. Usulan server eksternal 12. Usulan <i>door lock</i> ruang server untuk keamanan data 13. Kerjasama dengan eksternal terkait mirroring data 14. Optimalisasi aplikasi RSJMM Care 15. Dukungan manajemen terhadap kebutuhan teknologi informasi di RS |

5.7.3 Pencapaian Indikator Mutu Direktorat SDM, Pendidikan, dan Umum

Hasil capaian indikator mutu unit kerja di Direktorat SDM. Pendidikan, dan Umum semester I tahun 2023 adalah:

Tabel 5.16
Indikator Mutu Unit di Direktorat SDM, Pendidikan, dan Umum Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

| NO | JUDUL INDIKATOR | STANDAR | SEMESTER I 2023 | KET* |
|--|--|--|-----------------|----------------------------|
| SUBSTANSI SDM, PENDIDIKAN, DAN PENELITIAN | | | | |
| 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% | 100,00% | 1 |
| 4 | Persentase SDM yang memiliki kinerja sesuai standar | 85% Target TW 1-4 = 85% | 87,53% | 1 |
| 5 | Prosentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai standar persyaratan jabatan | 85% Target TW 1-4 = 85% | 96,88% | 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 |
| 8 | Penelitian klinis oleh staf internal | 100% Target TW 1 = Poin 1 ; TW 2 = Poin 1-3 ; TW 3 = Poin 1-5 ; TW 4 = Poin 1-6 | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| | 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 | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 9 | Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| PELAYANAN DIKLIT | | | | |
| 1 | Rasio peserta pendidikan klinis dengan staf yang memberikan pendidikan klinis | 100% | 103,85% | 1 |
| | Koas 5:1 | 100% | 100,00% | 1 |
| | PPDS 3:1 | 100% | 101,39% | 1 |
| | Perawat 7:1 | 100% | 101,35% | 1 |
| | Profesi lain 7:1 | 100% | 101,35% | 1 |
| 2 | Kepatuhan peserta didik melaksanakan kebersihan tangan | 85% | 97,65% | 1 |
| 3 | Kepatuhan peserta didik melaksanakan etika batuk | 85% | 97,65% | 1 |
| 4 | Kepatuhan peserta didik melaksanakan identifikasi pasien | 85% | 97,75% | 1 |
| 5 | Keterlibatan peserta didik melaksanakan edukasi kebersihan tangan | 80% | 97,65% | 1 |
| 6 | Keterlibatan Peserta didik melaksanakan edukasi etika batuk | 80% | 97,65% | 1 |
| 7 | Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis | 80% | 85,05% | 1 |

| NO | JUDUL INDIKATOR | STANDAR | SEMESTER I 2023 | KET* |
|------------------------------|--|--|-----------------|----------------------------|
| 8 | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun | 80% Target TW 1 = 20%, TW 2 = 40%, TW 3 = 60%, TW 4 = 80% | 37,59% | 0 |
| 9 | Tingkat partisipasi / kehadiran pegawai dalam pelatihan internal | 80% | 90,58% | 1 |
| 10 | Evaluasi pasca pelatihan | 90% | 96,27% | 1 |
| SUBSUBSTANSI HUKORMAS | | | | |
| 1 | Ketersediaan informasi tempat tidur RS dalam bentuk display, online, real time | 100% | 100,00% | 1 |
| 2 | Ketersediaan Informasi Jadwal Dokter Poliklinik | 100% | N/A | 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% | 100,00% | 1 |
| 4 | Tingkat efektifitas penggunaan media informasi rumah sakit | 75% | N/A | Diukur persemester |
| 5 | Kecepatan respon terhadap komplain Dokumen pendukung: 1. Form komplain sesuai grading 2. Analisa komplain 3. Hasil tindak lanjut (rapat, dll) | ≥ 80 % | 100,00% | 1 |
| 6 | Kepuasan pelanggan RS | ≥ 80 % | 88,46% | 1 |
| 7 | Persentase pelaksanaan perjanjian kerjasama | 80% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| SUBSUBSTANSI UMUM | | | | |
| 1 | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi dan struktural | 100% | 100,00% | 1 |
| 2 | Waktu proses administrasi persuratan | ≤ 1 Minggu | 5,25 Hari | 1 |
| 3 | Penerapan GNSTA | 60% | 77,78% | 1 |
| 4 | Terlaksananya program manajemen gedung, sarpras, alat medik dan non medik, manajemen sistem utilitas | 100% | 100,00% | 1 |
| 5 | Terlaksananya program manajemen cleaning service | 100% | 90,67% | 0 |
| 6 | Ketersediaan mobil ambulance, jenazah dan keswa | 100% | 100,00% | 1 |
| 7 | Ketersediaan mobil ambulance/jenazah 24 jam | 100% | 100,00% | 1 |
| 8 | Terlaksananya program pemeliharaan ambulance, mobil jenazah, dan mobil keswa | 100% | 100,00% | 1 |
| 9 | Kepuasan Pelanggan pada Ambulan/Kereta Jenazah | ≥ 85 % | 100,00% | 1 |
| 10 | Waktu tanggap pelayanan ambulance dan mobil jenazah ≤ 30 menit (Ambulan IGD, Ambulan Rujuk, Ambulan Ruang, Ambulan Jenazah) | 100% | 100,00% | 1 |
| 11 | Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam | ≥ 90% | 100,00% | 1 |
| 12 | Waktu tanggap pelayanan administrasi jenazah ≤ 30 menit | ≥ 90% | 100,00% | 1 |
| 13 | Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution (UP) | 100% | 100,00% | 1 |
| 14 | Kepatuhan penggunaan APD sesuai standar (tutup kepala, google, masker, sarung tangan, skort dan sepatu boot) | 100% | 100,00% | 1 |
| 15 | Ketepatan pemasangan identitas pada jenazah | 100% | 100,00% | 1 |
| 16 | Petugas keamanan bersertifikat pengamanan BHD, PPI dasar, kesiapsiagaan bencana | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 17 | Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS | 100% | 91,33% | 0 |
| 18 | Evaluasi terhadap sistem pengamanan setiap bulan | 100% | 100,00% | 1 |
| 19 | Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang | 100% | 100,00% | 1 |
| 20 | Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Keamanan | ≥ 85 % | 89,10% | 1 |
| 21 | Pemenuhan Sarana dan Prasarana Layanan Unggulan (Napza, Rehabilitasi Psikososial, dan PDC) | 80% | 83,33% | 1 |
| 22 | Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar (KFK) | 100% | 100,00% | 1 |
| KESEHATAN LINGKUNGAN | | | | |
| 1 | Capaian Baku Mutu Air Limbah | BOD < 30 mg/l COD < 80 | 87,50% | 1 |

| NO | JUDUL INDIKATOR | STANDAR | SEMESTER I 2023 | KET* |
|--|---|--|-----------------|---------------------------------|
| | | mg/l TSS < 30 mg/l pH 6-9 100% | | |
| 2 | Penyelenggaraan Pengelolaan Limbah Padat Infeksius Sesuai Dengan Aturan | 100% | 84,32% | 0 |
| 3 | Pemenuhan Standar Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit | 80% | 90,46% | 1 |
| 4 | Capaian Kantor Berhias | 75% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 5 | Capaian Baku Mutu Air Minum | 100% | 100,00% | 1 |
| 6 | Capaian Implementasi DELH | 100% | 82,05% | 0 |
| 7 | Capaian Toilet yang Memenuhi Syarat Hygiene Sanitasi | 85% | 71,43% | 0 |
| 8 | Capaian Hygiene Sanitasi Tenant Sesuai Dengan Aturan (Kantin dan Gizi) | 85% | N/A | Diukur persemester |
| KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA | | | | |
| 1 | Kepatuhan pelaksanaan pemeriksaan kesehatan berkala | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 2 | Pelaporan kondisi tidak aman | 100% | 84,95% | 1 |
| 3 | Tidak adanya kejadian insiden (khusus KTD dan Sentinel) | 100% | 100,00% | 1 |
| 4 | Tidak adanya kejadian aksiden | 100% | 100,00% | 1 |
| 5 | Ketepatan waktu pelaporan insiden dan aksiden | 100% | 87,50% | Tidak ada pelaporan |
| 6 | Tindak lanjut penanganan insiden dan aksiden | 100% | 81,25% | Tidak ada pelaporan |
| 7 | Pendidikan dan diklat K3 bagi pegawai | TW 1 15% TW 2 35% TW 3 55% TW 4 80% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 8 | Pemberian vaksinasi | HepB1 100% HepB2 95% HepB3 90% | 85,00% | Tidak ada pemberian vaksinasi |
| 9 | Pemeriksaan MMPI untuk pegawai | 25% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 10 | Tidak adanya kejadian perilaku kekerasan oleh pegawai | 0% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 11 | Pemeriksaan Psicotropika Pegawai | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 12 | PCRA | 100% | N/A | Tidak ada pengerjaan konstruksi |
| PELAYANAN CSSD DAN BINATU | | | | |
| 1 | Tidak ada kejadian linen yang hilang | 100% | 100,00% | 1 |
| 2 | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap | 100% | 100,00% | 1 |
| 3 | Ketepatan pengelolaan linen infeksius | 100% | 100,00% | 1 |
| 4 | Tingkat kepatuhan sentralisasi linen rawat inap | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 5 | Ketepatan suhu pengeringan (60-95 Celcius) | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 6 | Ketepatan waktu penyediaan alat steril | 100% | 100,00% | 1 |
| 7 | Ketersediaan alat steril | 100% | 100,00% | 1 |
| 8 | Ketersediaan alkes steril untuk poli gigi | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 9 | Ketersediaan alkes steril untuk kamar operasi | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 10 | Ketepatan baku mutu CSSD | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 11 | Baku mutu Binatu | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |

| NO | JUDUL INDIKATOR | STANDAR | SEMESTER I 2023 | KET* |
|--|---|--|-----------------|----------------------------|
| 12 | Tidak adanya alkes yang expired | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT | | | | |
| 1 | Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal | 100% | 100,00% | 1 |
| 2 | Tingkat Keandalan Sarpras / Overall Equipment Effectiveness (OEE) | 85% | 87,15% | 1 |
| 3 | Waktu Tanggap Kerusakan Alat | ≥80% | 100,00% | 1 |
| 4 | Ketepatan Waktu Pemeliharaan Sarana dan Prasarana | 100% | 100,00% | 1 |
| 5 | Ketepatan waktu pemeliharaan utilitas dan mesin (AC, Boiler, Lift, Trafo, Genset) | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 6 | Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan (Radiologi, CT-Scan) | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 7 | Waktu Tanggap Kerusakan Gedung < 2 Jam | 100% | 98,70% | 1 |
| 8 | Kelas rawat inap sesuai standar (KRIS) | 60% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 9 | Ketersediaan bahan bakar dan genset | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 10 | Ketepatan waktu pemenuhan utilitas (listrik, air, genset, gas medis) | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 11 | Kepatuhan perizinan (genset, penangkal petir, dll) | 100% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| PELAYANAN UNIT LAYANAN PENGADAAN | | | | |
| 1 | Kelengkapan dokumen lelang | 100% | 100,00% | 1 |
| 2 | Persentase gagal lelang | ≤ 20 % | 1,04% | 1 |
| 3 | Kejadian sanggahan pada lelang | ≤ 2 % | 0,00% | 1 |
| 4 | Tingkat Komponen Dalam Negeri (TKDN) | 70% | N/A | Tidak ada pembelian alkes |
| 5 | Ketepatan waktu proses pengadaan langsung | 1 Bulan | 100,00% | 1 |
| 6 | Ketepatan waktu proses pengadaan tender | 100% | 100,00% | 1 |
| 7 | Ketepatan waktu pelaksanaan kontrak | 100% | 100,00% | 1 |
| 8 | Proses negosiasi ulang kontrak | <20% | 0,00% | 1 |
| PELAYANAN UNIT PERINTIS APEL | | | | |
| 1 | Optimalisasi pemanfaatan aset (rumah duka, lapangan golf, lapangan bola) | Pertahun Tahun ke 1 = 30% Tahun ke 2 = 40% Tahun ke 3 = 50% Tahun ke 4 = 60% Tahun ke 5 = 70% | 75,00% | 1 |
| 2 | Kepuasan pelanggan | 80% | N/A | Belum dilakukan pengukuran |
| 3 | Ketersediaan sarana dan prasarana | 60% | 20,00% | 0 |
| 4 | Angka kejadian insiden pada petugas | 0 | 0 | Tidak ada kejadian |
| 5 | Angka kejadian insiden pada pelanggan | 0 | 0 | Tidak ada kejadian |

*Tercapai (1) / Tidak Tercapai (0)

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

Tabel 5.17
Rekomendasi Indikator Mutu Unit di Direktorat SDM, Pendidikan, dan Umum
Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

| UNIT KERJA | DESKRIPSI |
|---------------------------------|---|
| SDM, Pendidikan, dan Penelitian | <p>Dari 9 indikator SDM, Pendidikan, dan Penelitian, sudah tercapai 3 indikator, perlu dipertahankan. Masih terdapat 7 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki surat penugasan klinis 2. Jumlah tenaga kesehatan yang memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) 3. Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan formal 4. Jumlah SDM yang melanjutkan pendidikan non formal 5. Penelitian klinis oleh staf internal 6. Penelitian non klinis oleh staf internal 7. Publikasi penelitian nasional dan/atau internasional <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlu dilakukan pengukuran pada indikator yang belum diukur 2. Pemenuhan kebutuhan ABK rumah sakit (rekrutmen/mutasi internal Kementerian Kesehatan) 3. Pemetaan kebutuhan pelatihan pegawai sesuai dengan standar persyaratan jabatan 4. Pemenuhan usulan kebutuhan peningkatan kompetensi pegawai sesuai dengan tugas dan fungsinya 5. Feedback presensi kepada seluruh pegawai 6. Aplikasi e-kinerja untuk mengukur kinerja individu pegawai rumah sakit 7. Penerapan reward and punishment untuk pegawai yang melakukan pekerjaan sesuai dengan tugas dan fungsi, tugas tambahan, dan inovasi 8. Motivasi pegawai untuk melakukan penelitian di RS 9. Kerjasama dengan instansi lain untuk pembiayaan penelitian 10. Reward untuk pegawai yang melakukan penelitian 11. Rapat koordinasi direktorat SPU untuk pembagian indikator sesuai SOTK yang baru |
| Diklit | <p>Dari 10 indikator Diklit, 1 indikator belum tercapai, yaitu: Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mapping pelatihan pegawai 2. Memfasilitasi kebutuhan pelatihan pegawai agar tercapai pelatihan minimal 20 jam pertahun |
| Hukormas | <p>Dari 7 indikator, 4 indikator sudah tercapai, perlu dipertahankan. Masih terdapat 3 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketersediaan Informasi Jadwal Dokter Poliklinik 2. Tingkat efektifitas penggunaan media informasi rumah sakit 3. Persentase pelaksanaan perjanjian Kerjasama <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan informasi terkait jadwal praktik dokter di poliklinik yang dapat diakses oleh pasien 2. Melakukan survei tingkat efektifitas penggunaan media informasi rumah sakit semester 1 3. Melakukan survei kepuasan pelanggan eksternal 4. Melakukan <i>survei patient experience</i> 5. Melakukan pengukuran terkait kesesuaian PKS dengan realisasinya |
| Umum | <p>Dari 23 indikator, 20 indikator sudah tercapai, perlu dipertahankan. 2 indikator belum tercapai, 1 indikator yang belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terlaksananya program manajemen cleaning service 2. Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS <p>1 indikator belum dilakukan pengukuran, yaitu: Petugas keamanan bersertifikat pengamanan BHD, PPI dasar, kesiapsiagaan bencana</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Laksanakan program manajemen cleaning service di RS, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> • Menjaga kebersihan Gedung bagian dalam; • Menjaga kebersihan luar bangunan, memelihara aspek dekoratif gedung (menggunakan vacuum cleaner atau yang lainnya), • Menjaga kebersihan area toilet di seluruh RS, merawat perlengkapan gedung (misal: lift, tangga darurat, dll) 2. Menyelenggarakan keamanan dan ketertiban di RS dengan cara: <ul style="list-style-type: none"> • Mengamankan aset RS, proyek, bangunan, peralatan, pengawasan, pemeriksaan jalur akses; • Melakukan tindakan preventif keamanan dengan cara kontrol ke seluruh area di RS; • Membuat laporan hasil pencatatan pengawasan (informasi, kejadian, dll); |

| UNIT KERJA | DESKRIPSI |
|-----------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Menjamin keamanan lingkungan RS 3. Petugas keamanan harus mendapatkan pelatihan pengamanan, BHD, PPI dasar, dan kesiapsiagaan bencana 4. Lakukan pengukuran pada indikator petugas keamanan bersertifikat pengamanan BHD, PPI dasar, dan kesiapsiagaan bencana 5. Pemanfaatan valet parking dan tempat pickup, dan drop off yang nyaman 6. Penyediaan toilet disabilitas di seluruh area RS 7. Pengawasan kebersihan toilet di area public setiap jam 8. Optimalisasi duta mutu di Umum untuk melakukan pencatatan dan pelaporan indikator |
| K3KL | <p>Dari 20 indikator 6 yang sudah tercapai, 3 yang belum tercapai, 1 diukur persemester, 1 tidak ada pekerjaan konstruksi, 1 tidak ada pemberian vaksinasi, 2 indikator tidak ada pelaporan, 6 belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capaian kantor berhias 2. Kepatuhan pelaksanaan pemeriksaan kesehatan berkala 3. Pendidikan dan diklat K3 bagi pegawai 4. Pemeriksaan MMPi untuk pegawai 5. Tidak adanya kejadian perilaku kekerasan oleh pegawai 6. Pemeriksaan psikotropika pegawai <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi program dan regulasi terkait K3RS bagi seluruh pegawai RS termasuk alur pelaporan insiden dan aksiden 2. Meningkatkan pengawasan lingkungan pada seluruh area rumah sakit 3. Peran serta aktif petugas K3 melakukan implementasi dan pemantauan pada petugas rumah sakit 4. Optimalisasi pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan 5. Standar toilet di RS dengan luas 20 m², terdiri dari: <ul style="list-style-type: none"> • Toilet umum • Toilet disabilitas di area public • Toilet ruangan • Toilet pasien • Toilet pegawai 6. <i>Handrail</i> pada toilet disabilitas 7. Hal yang perlu diperhatikan dalam <i>hygiene</i> toilet <ul style="list-style-type: none"> • Pemisahan toilet (pria dan wanita) • Air bersih • Kloset • Wastafel • Air limbah • Lantai • Letak toilet • Ventilasi • Tempat sampah 8. Pengecekan rutin toilet setiap jam (lembar checklist) 9. Monev Instalasi K3KL untuk toilet area publik 10. Optimalisasi penataan lingkungan rumah sakit 11. Lakukan pengukuran indikator yang belum diukur 12. Implementasi gerakan kantor berhias 13. Pengukuran dan pelaporan insiden secara elektronik dan lakukan investigasi/RCA |
| CSSD dan Binatu | <p>Dari 12 indikator, 5 indikator sudah tercapai, 7 belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kepatuhan sentralisasi linen rawat inap 2. Ketepatan suhu pengeringan (60-95 Celcius) 3. Ketersediaan alkes steril untuk poli gigi 4. Ketersediaan alkes steril untuk kamar operasi 5. Ketepatan baku mutu CSSD 6. Baku mutu Binatu 7. Tidak adanya alkes yang expired <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengukuran pada indikator yang belum terukur 2. Melakukan usulan pengadaan pengukur suhu 3. Sosialisasi formulir bantu pengukuran indikator CSSD dan Binatu |
| IPSR | <p>Dari 11 indikator, 5 indikator sudah tercapai, 6 belum dilakukan pengukuran, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan waktu pemeliharaan utilitas dan mesin (AC, Boiler, Lift, Trafo, Genset) 2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan (Radiologi, CT-Scan) 3. Kelas rawat inap sesuai standar (KRIS) 4. Ketersediaan bahan bakar dan genset 5. Ketepatan waktu pemenuhan utilitas (listrik, air, genset, gas medis) 6. Kepatuhan perizinan (genset, penangkal petir, dll) <p>Rekomendasi:</p> |

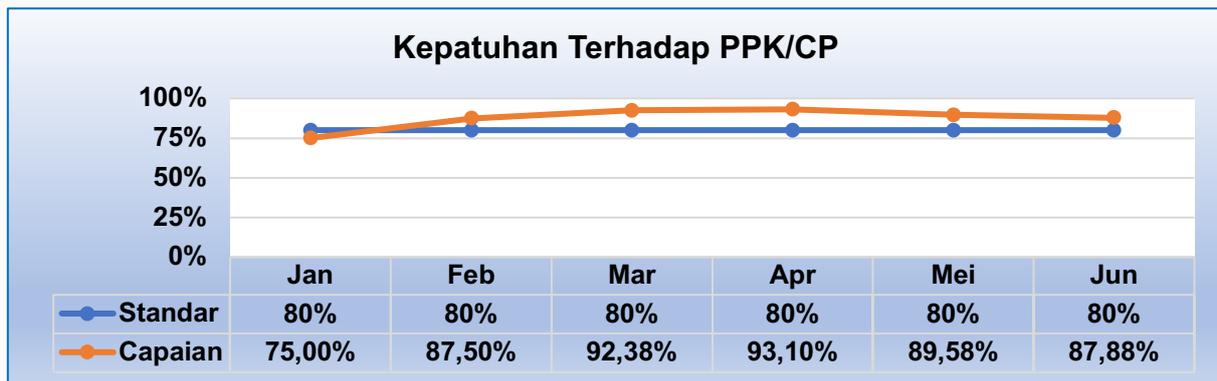
| UNIT KERJA | DESKRIPSI |
|---------------|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengukuran pada indikator yang belum terukur Memastikan ketersediaan alat agar waktu tanggap kerusakan gedung dapat tertangani kurang dari 2 jam Berkoordinasi dengan bagian pengadaan terkait ketersediaan alat Penjadwalan rutin dan pelaksanaan maintenance sarana dan prasarana RS Dokumentasi pencatatan respon time pelayanan IPSRS (laporan dari ruangan dan waktu tanggapnya) |
| ULP | <p>Dari 8 indikator, 7 indikator sudah tercapai, terdapat 1 indikator yang tidak dapat diukur karena tidak ada pembelian alkes.</p> <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pengukuran TKDN pada seluruh pengadaan di rumah sakit Pertahankan capaian |
| Perintis APEL | <p>Dari 5 indikator, 3 tercapai, 1 tidak tercapai, 1 belum dilakukan pengukuran Kendala dan permasalahan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pelanggan golf tidak mengisi survey kepuasan pelanggan <p>Rekomendasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sosialisasi barcode survei kepuasan pelanggan pada pelanggan golf Melengkapi sarana dan prasana |

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).

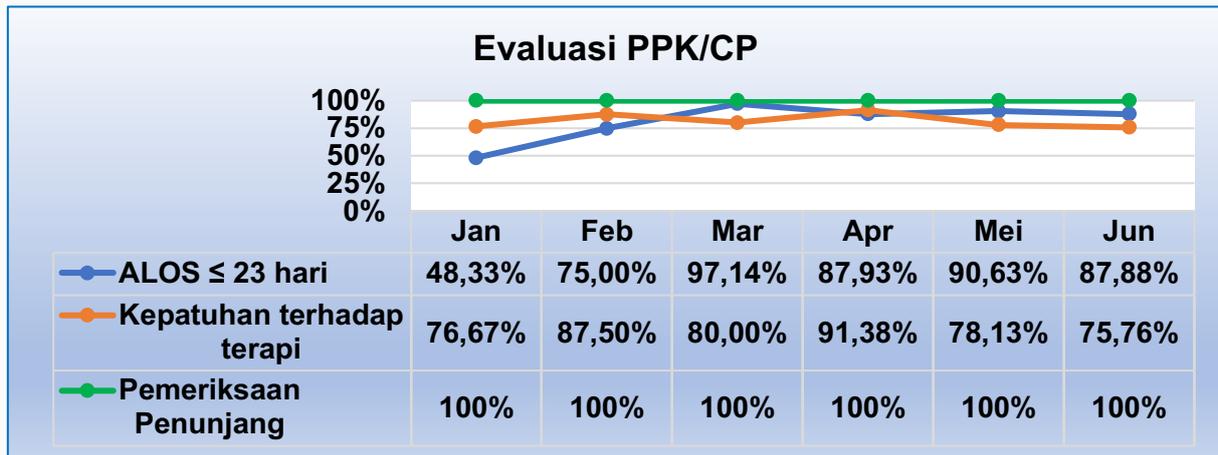
Audit kepatuhan PPK/CP dilakukan pada pasien psikiatri dan non psikiatri. PPK yang ada di RSJMM Bogor dibuat pada seluruh bidang ilmu kedokteran. CP yang ditetapkan saat ini ada 15 (limabelas), yaitu 8 psikiatri dan 7 non psikiatri. CP psikiatri yaitu: Skizofrenia Paranoid, Skizofrenia pada anak dan remaja, Bipolar, Demensia, Schizoafektif, Depresi, Bipolar Anak, Retardasi Mental dengan Hendaya Perilaku. CP nonpsikiatri, yaitu: Asma bronkiale, Appendisitis, Diabetes Mellitus, 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 5.58
Kepatuhan PPK/CP Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor



Rerata kepatuhan PPK/CP semester I 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 5.59
Evaluasi Kepatuhan PPK/CP Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata kepatuhan semester I 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 semester I tahun 2023 berada rentang 18-19 Hari Rawat.

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Rerata kepatuhan PPK/CP semester I tahun 2023 adalah 87,57%, mencapai standar;
2. Masih ditemukan beberapa DPJP dalam memberikan terapi psikiatri maupun obat-obatan yang tidak tercantum pada CP yang telah ditetapkan oleh Direktur Utama;
3. Sudah diusulkan CP untuk dimasukkan dalam ERM.

Kendala dan permasalahan:

1. Masih ditemukan pemberian terapi pada pasien diluar *clinical pathway* yang telah ditetapkan menyesuaikan dengan kondisi pasien;
2. Ditemukan formulir CP yang kosong (tidak terisi untuk CP selain diagnosis Skizofrenia);
3. Formulir CP masih manual, belum masuk dalam elektronik rekam medik;
4. PPK/CP yang dievaluasi belum kolaboratif antar profesi, masih pada kepatuhan PPK oleh Dokter Spesialis.

Rencana tindak lanjut:

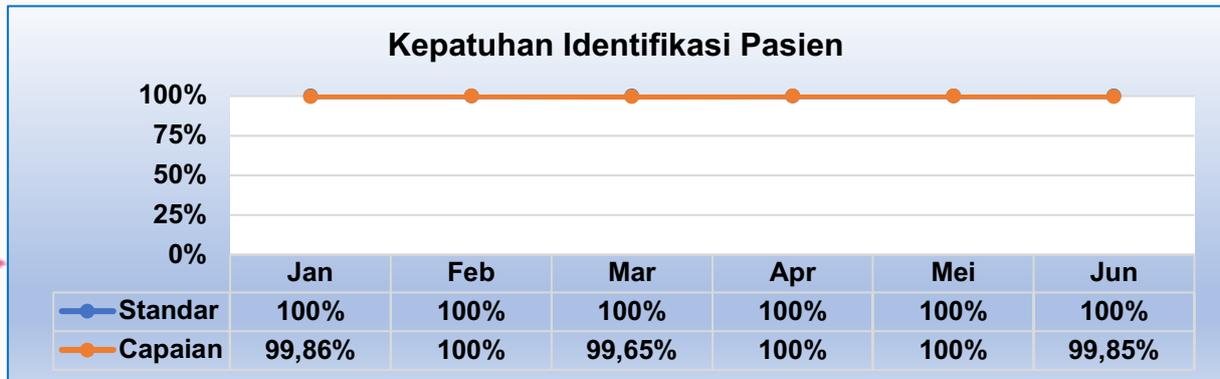
1. Optimalisasi pengisian 15 CP agar dapat diaudit seluruh CP yang sudah dibuat;
2. CP dapat digunakan sebagai pengukuran indikator kinerja PPA;
3. Pembuatan aplikasi dan penyederhanaan formulir untuk dimasukkan kedalam ERM;
4. DPJP memberikan terapi sesuai dengan CP yang telah ditentukan;
5. Monev kepatuhan pengisian CP lebih komprehensif seluruh PPA;
6. Melakukan audit 5 PPK tahun 2023.

5.9 Pencapaian Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan RS

5.9.1 Pencapaian Keselamatan Pasien Rumah Sakit

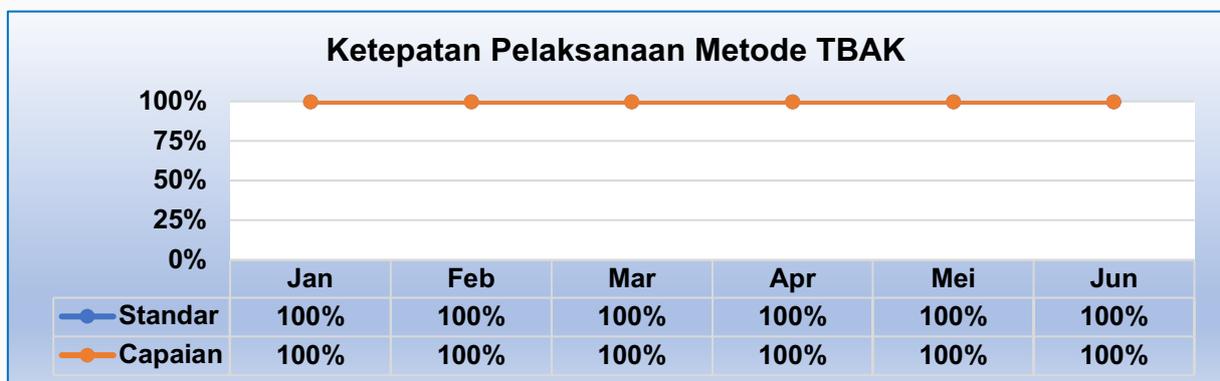
Hasil pengukuran indikator keselamatan pasien semester I tahun 2023 adalah:

Grafik 5.60
Kepatuhan Identifikasi Pasien Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Pelaksanaan identifikasi pasien dilakukan pada pemasangan gelang identitas dengan 4 (empat) kriteria dan saat melakukan tindakan invasif. Kepatuhan identifikasi pasien masih belum mencapai standar. Rerata capaian semester I tahun 2023 adalah 99,89%. Ketidaktepatan terbanyak terjadi pada ketidaktepatan foto pasien psikiatri. Sudah dilakukan koordinasi dengan Instalasi Rekam Medis untuk memasukkan foto ke dalam ERM.

Grafik 5.61
Ketepatan Pelaksanaan Metode TBAK Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



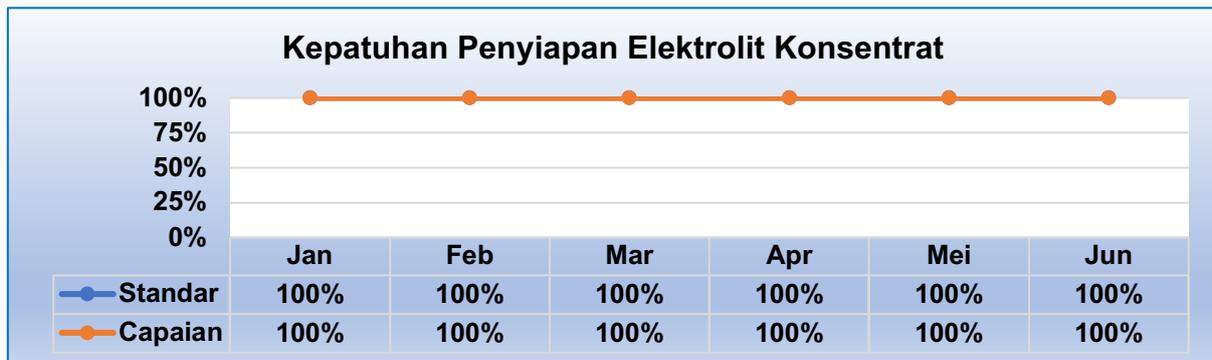
Rerata capaian ketepatan pelaksanaan metode TBAK semester I tahun 2023 mencapai 100%. Komite Mutu mengingatkan pentingnya TBAK pada seluruh petugas di ruang rawat inap. Rencana tindak lanjutnya adalah simulasi TBAK, monev pelaksanaan, dan supervisi di ruang rawat.

Grafik 5.62
Kepatuhan Pelaksanaan Handover Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



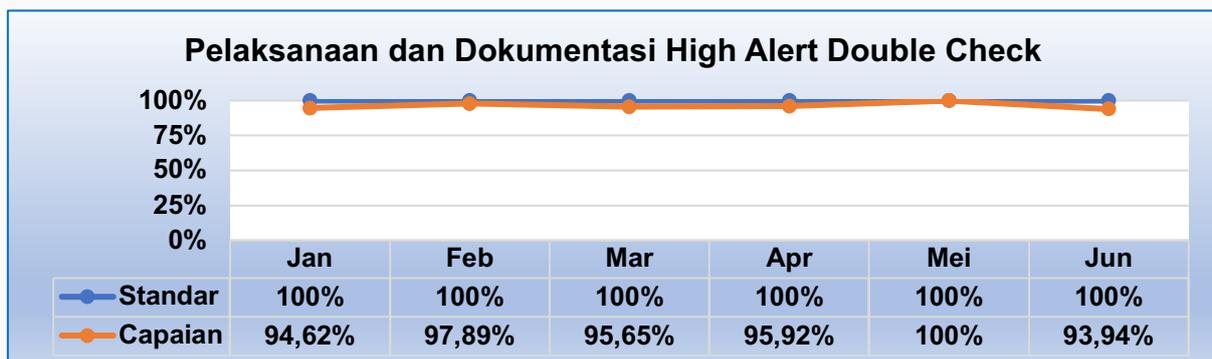
Rerata kepatuhan pelaksanaan *handover* semester I tahun 2023 mencapai 99,80%. dengan menyampaikan hal-hal kritikal. Pentingnya pemahaman dari seluruh staf terhadap pelaksanaan *handover* sesuai regulasi. Rencana tindak lanjutnya adalah melakukan monev dan supervisi pelaksanaan *handover* di ruangan.

Grafik 5.63
Kepatuhan Penyiapan Elektrolit Konsentrat Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



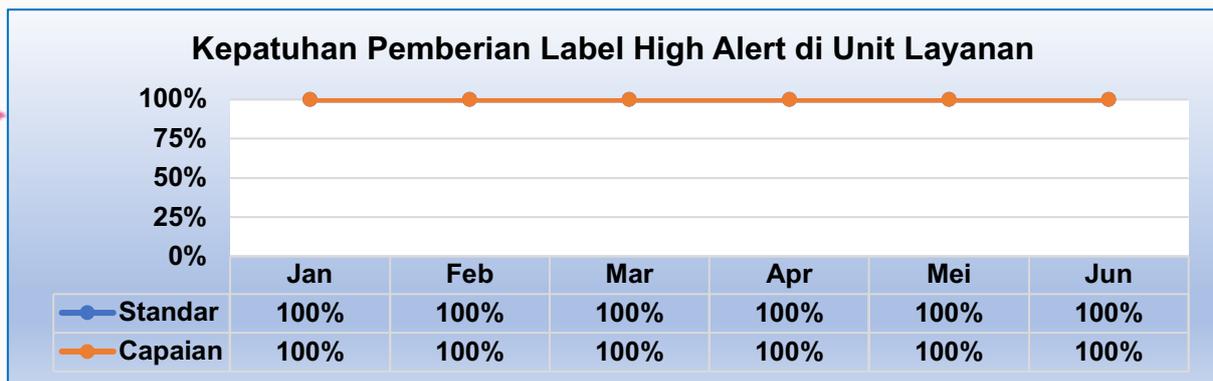
Rerata kepatuhan penyiapan elektrolit konsentrat tercapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.64
Pelaksanaan dan Dokumentasi *High Alert Double Check* Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



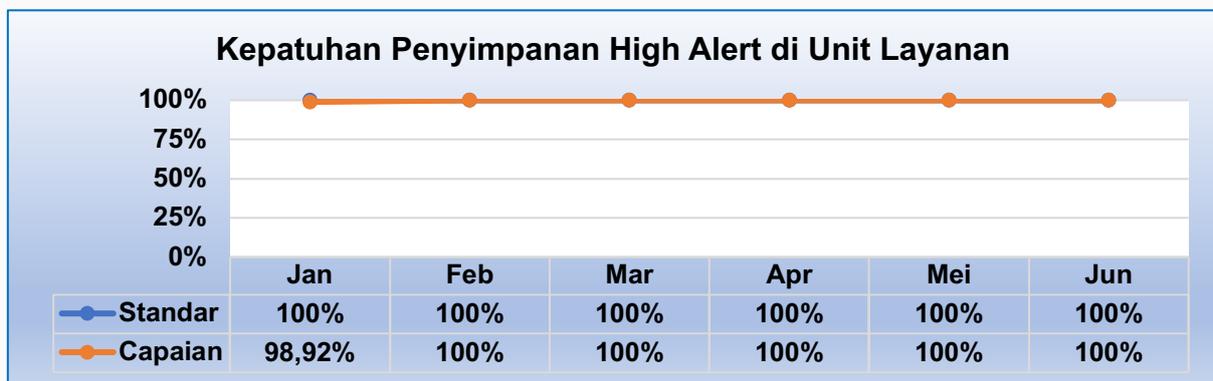
Pelaksanaan dan dokumentasi *high alert double check* masih belum mencapai 100%. Rerata capaian semester I tahun 2023 adalah 96,34%. Hal ini dikarenakan petugas sudah melakukan *double check* tapi tidak didokumentasikan. Saling mengingatkan antara petugas yang satu dengan petugas lainnya yang terlibat 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 5.65
Kepatuhan Pemberian Label *High Alert* di Unit Layanan Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



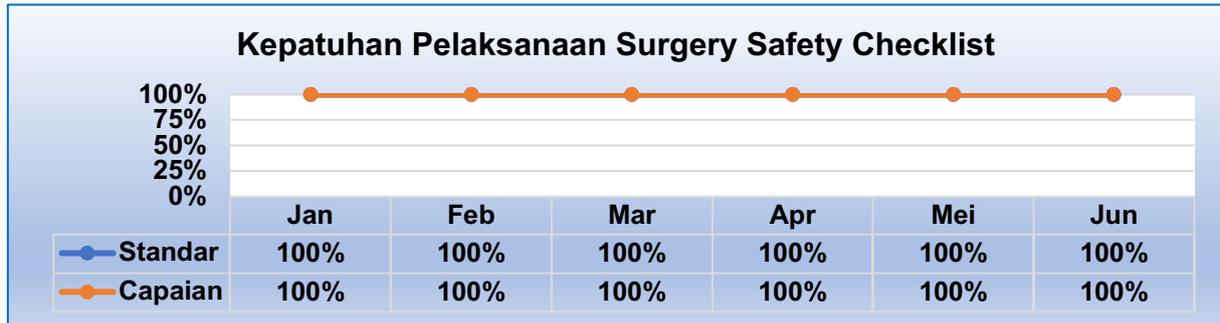
Rerata kepatuhan pemberian label *high alert* di unit layanan semester I tahun 2023 adalah 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.66
Kepatuhan Penyimpanan *High Alert* di Unit Layanan Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



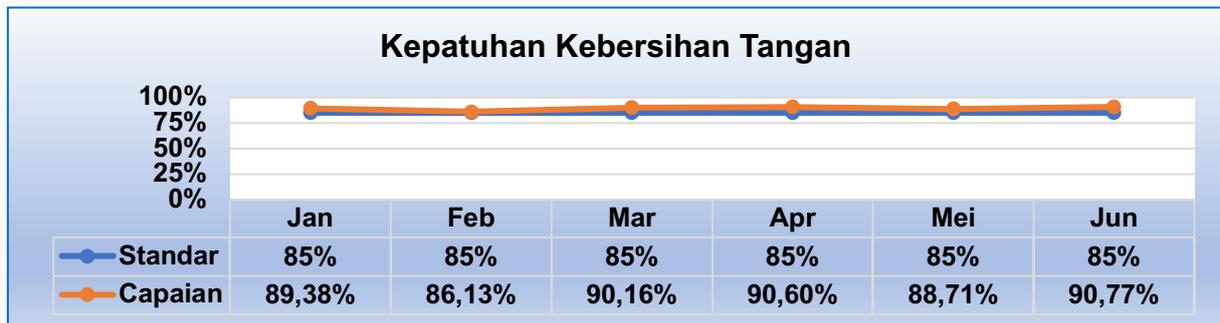
Rerata kepatuhan penyimpanan *high alert* di unit layanan semester I tahun 2023 tercapai 99,82%. Penyimpanan dilakukan pada *trolley emergency*. Pada awal tahun 2023 petugas masih belum patuh menyimpan *high alert* sesuai standar. Setelah dilakukan feedback dan monev maka petugas patuh dan indikator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

Grafik 5.67
Kepatuhan Pelaksanaan *Surgery Safety Checklist* Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor



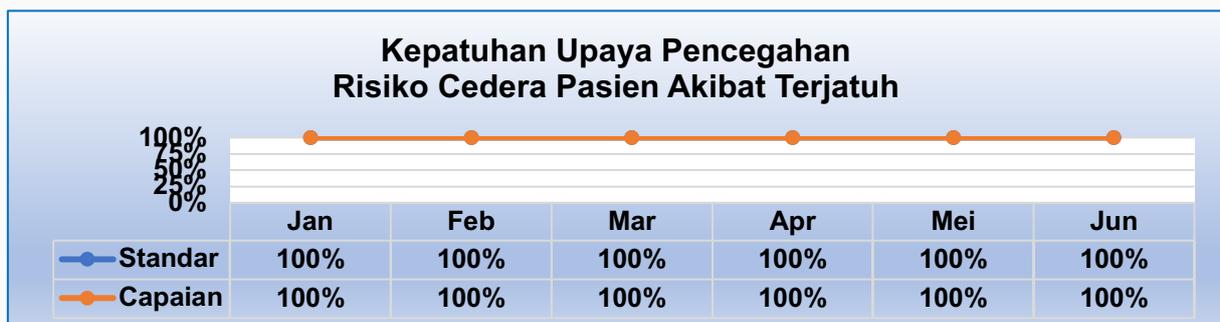
Rerata kepatuhan pelaksanaan *surgical safety checklist* semester I tahun 2023 tercapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.68
Kepatuhan kebersihan tangan Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor



Rerata kepatuhan kebersihan tangan semester I tahun 2023 adalah 89,29%. Telah dilakukan edukasi terus menerus untuk memahami kepada seluruh staf, pasien, dan pengunjung tentang cara kebersihan tangan yang benar. Rencana tindak lanjutnya adalah dengan melakukan monev dan supervisi oleh atasan langsung, serta memasukkan kedalam indicator kinerja individu (IKI) petugas.

Grafik 5.69
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cidera Pasien Akibat Terjatuh Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor



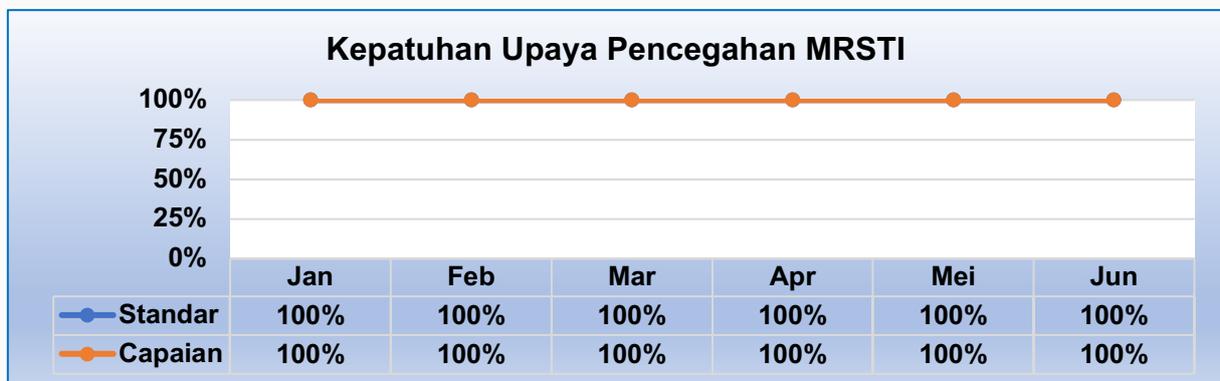
Rerata kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera pasien akibat terjatuh semester I tahun 2023 mencapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.70
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Bunuh Diri Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



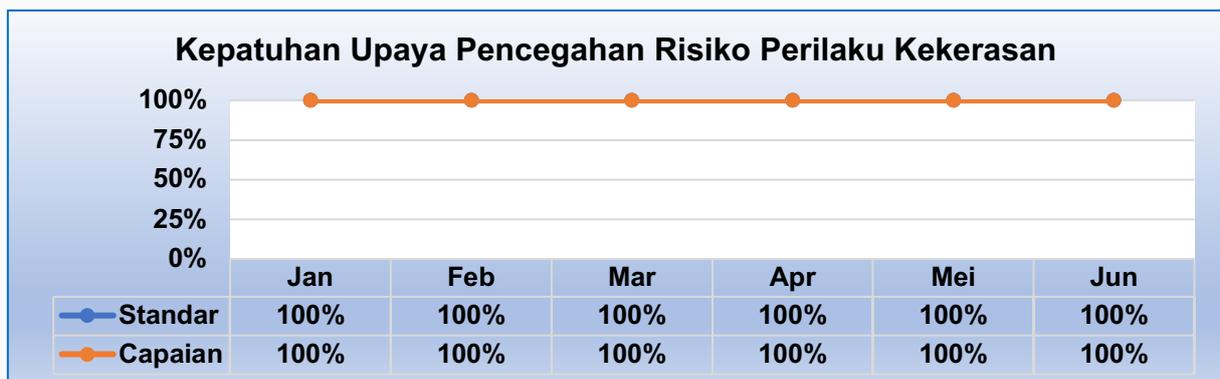
Rerata kepatuhan upaya pencegahan risiko bunuh diri semester I tahun 2023 mencapai 100%. Hal ini perlu dipertahankan.

Grafik 5.71
Kepatuhan Upaya Pencegahan MRSTI Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



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

Grafik 5.72
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Perilaku Kekerasan Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Rerata kepatuhan upaya pencegahan risiko perilaku kekerasan semester I 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*

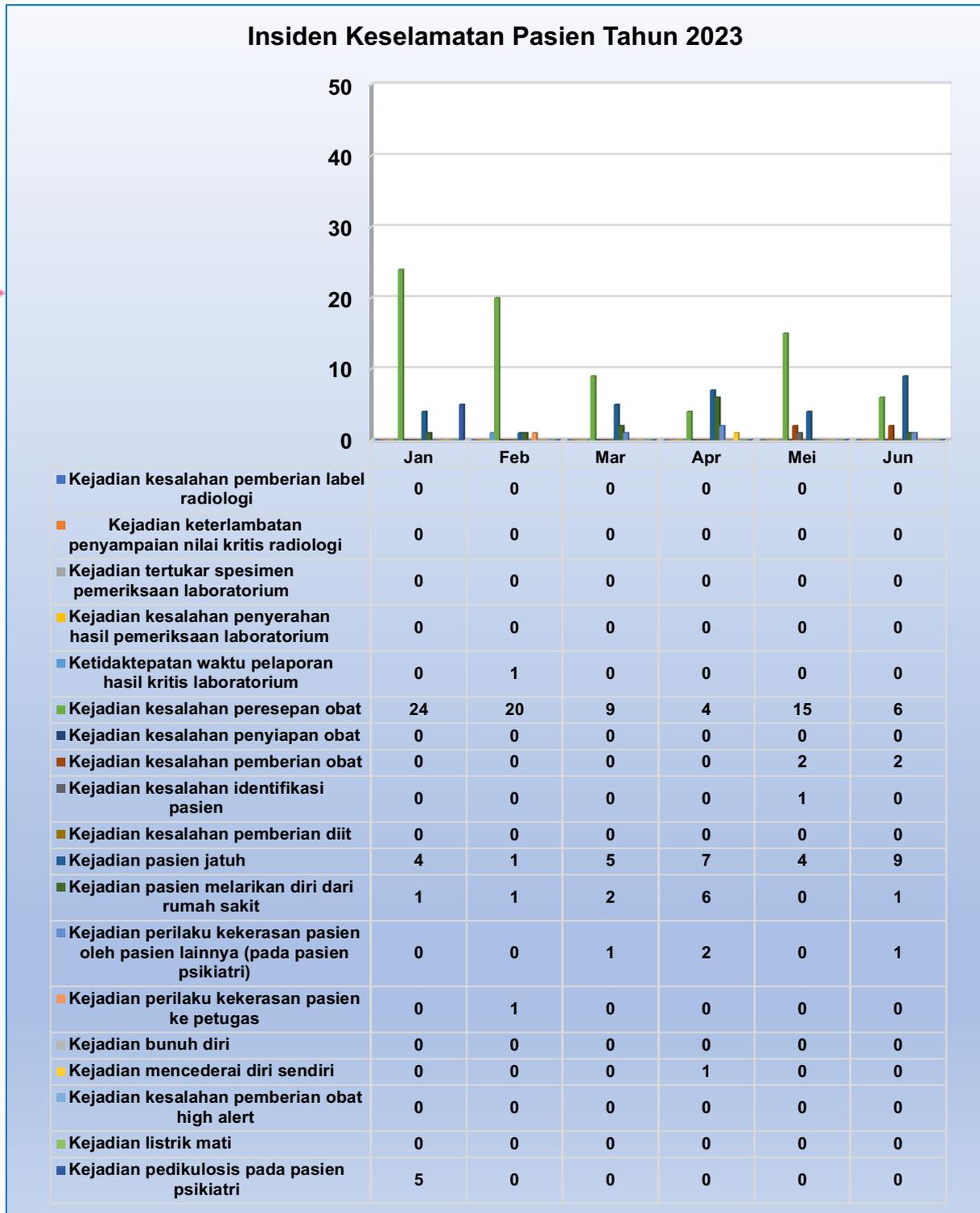
Rencana Tindak lanjut:

1. Beberapa rekomendasi keselamatan pasien sudah disampaikan pada pembahasan mengenai Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS);
2. Pentingnya komitmen petugas untuk konsisten dalam upaya peningkatan keselamatan pasien;
3. Selalu berkoordinasi dengan manajemen dan unit terkait untuk pengelolaan keselamatan pasien rumah sakit;
4. 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) semester I tahun 2023 adalah:

Grafik 5.73
Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Grafik 5.74
Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Per Jenis Kejadian Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pada semester I tahun 2023 terjadi penurunan insiden keselamatan pasien yang sangat signifikan dibanding tahun 2022. Insiden semester I tahun 2023 sebanyak 148 kejadian;
2. Berdasarkan jenis insiden, insiden KNC menjadi insiden terbanyak yaitu 82 kejadian;
3. Tidak terjadi kejadian sentinel;
4. Insiden terbanyak adalah *medication error* sebanyak 78 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 kontinyu;
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 manager untuk masing- masing area jika terjadi insiden pada unit tertentu, untuk membantu unit atau kepala ruang dalam melakukan analisis insiden;
- Monev keselamatan pasien secara berjenjang (terhadap): ka. unit 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 Praktek 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 structural PJ unit kerja
- Pendidikan Keselamatan Pasien pada Mahasiswa Praktek 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 5.18
Rekomendasi Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

| Deskripsi | Medication Error (pereseapan obat) | Kesalahan pemberian obat | Pasien Jatuh | MRSTI | RPK | IDO | Kejadian lain-lain |
|---------------------------|--|--|---|--|--|---|----------------------|
| 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 | |
| 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 | |
| Pemantauan dan pengawasan | Pemantauan dan pengawasan penggunaan e-prescribing oleh Katimker Pelayanan Penunjang | Monev oleh atasan langsung (kepala instalasi farmasi) | Pemantauan dan pengawasan pasien risiko jatuh oleh petugas yang berdinis sesuai dengan score risiko pada SPO dan tata laksana jatuh | Pemantauan dan pengawasan pasien risiko lari oleh petugas yang berdinis sesuai dengan score risiko pada SPO | Pemantauan dan pengawasan pasien RPK oleh petugas yang berdinis sesuai dengan score risiko pada SPO | Pemantauan dan pengawasan dilakukan oleh Komite PPI terkait IDO pada pasien apendektomi | |
| Supervisi | Supervisi dari Katimker pelayanan penunjang | Supervisi dari Katimker 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 | |
| Ronde keselamatan pasien | Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, dan para katimker. | Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, dan para katimker. | Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para katimker | Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para katimker | Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite Keperawatan, dan para katimker | Ronde keselamatan pasien oleh Subkomite KPRS, Komite Mutu, Komite PPI, dan para katimker | |
| 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 infuse set |

5.9.3 Pelaporan Budaya Keselamatan Rumah Sakit

Budaya keselamatan suatu organisasi adalah produk dari nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang menentukan komitmen, dan gaya serta kecakapan, manajemen kesehatan dan keselamatan organisasi. Organisasi dengan budaya keselamatan yang positif dicirikan oleh komunikasi yang didasarkan pada rasa saling percaya, dengan persepsi yang sama tentang pentingnya keselamatan, dan dengan keyakinan pada kemanjuran tindakan pencegahan (Kelompok Studi tentang Faktor Manusia. Pengorganisasian untuk keselamatan: laporan ketiga ACSNI (Komite Penasehat Keselamatan Instalasi Nuklir). Sudbury, Inggris: Buku HSE; 1993).

Budaya keselamatan di 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 5.19
Dimensi Budaya Keselamatan
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 bekerjasama 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.

Hal-hal penting menuju budaya keselamatan RS adalah:

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

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

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

Survei budaya keselamatan di 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.

Grafik 5.75
Pelaporan Kejadian Yang Terkait Budaya Keselamatan RS Semester I Tahun 2023
RSJ. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor



Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Tidak ada pelaporan kejadian yang terkait budaya keselamatan RS;
2. Melakukan sosialisasi budaya keselamatan RS kepada seluruh pegawai;
3. Telah dibuat sistem yang rahasia, sederhana dan mudah diakses untuk pelaporan masalah yang terkait budaya keselamatan (melalui google formulir, admin: Sekretaris Subkomite KPRS).

4. Pada semester I tahun 2023 tidak ada kejadian perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan pasien dan sudah dilakukan upaya perbaikan;
5. Asuhan berfokus pada pasien (*patient centered care*);
6. PPA bertugas sesuai dengan tupoksinya masing-masing.

Kendala dan permasalahan:

1. Belum seluruh petugas memiliki pemahaman yang sama tentang Budaya keselamatan;
2. Belum seluruh petugas memahami alur pelaporan Budaya keselamatan;
3. Belum lengkapnya regulasi dan panduan tentang budaya keselamatan pasien.

Rencana pemecahan masalah:

1. Penguatan program budaya keselamatan RS;
2. Sosialisasi terus menerus pada seluruh staf tentang budaya keselamatan RS melalui Duta KPRS;
3. Optimalisasi implementasi budaya keselamatan RS di seluruh unit layanan;
4. Melakukan survei budaya keselamatan setiap tahun Melakukan survei budaya keselamatan untuk mengukur tingkat maturitas budaya keselamatan;
5. Koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum, Katimker Organisasi dan SDM untuk melakukan pelatihan budaya keselamatan internal (IHT).

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, diantaranya dengan mengembangkan gugus kendali mutu, pengendalian mutu terpadu, penyusunan/penerapan standar pelayanan atau penyediaan pelayanan prima di rumah sakit. Tahapan tersebut dilakukan dengan menerapkan prinsip dari manajemen risiko yaitu tetap harus mengenali risiko yang mungkin dapat muncul dan implementasi perubahan program dalam peningkatan mutu tetap harus mengandung prinsip-prinsip dari pengelolaan risiko yang mungkin dapat muncul dan membahayakan bisnis RS. Kegiatan manajemen risiko dalam bentuk upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat diartikan sebagai kegiatan secara integratif untuk memantau dan menilai mutu pelayanan, memecahkan masalah yang terjadi serta mencari jalan keluar yang paling tepat agar mutu 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

elayanan 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, menganalisa, 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 alternative 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 dana tau tidak melaksanakan peraturan perundang-undangan dan ketentuan lain yang berlaku;
4. Legal: risiko yang disebabkan oleh adanya tuntutan hukum kepada organisasi;
5. Fraud: risiko yang disebabkan oleh kecurangan yang disengaja oleh pihak internal yang merugikan keuangan negara;
6. Reputasi: risiko yang disebabkan oleh menurunnya kepercayaan publik/masyarakat yang bersumber dari persepsi negative organisasi;
7. Operasional: risiko yang disebabkan oleh ketidakcukupan dan/ atau tidak berfungsinya proses internal, kesalahan manusia dan kegagalan sistem serta adanya kejadian eksternal yang mempengaruhi operasional organisasi.

Pengelompokan manajemen risiko berdasarkan jenisnya adalah:

1. Risiko Klinis;
2. Risiko Non Klinis.

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko memiliki fungsi:

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

Kondisi yang dicapai saat ini:

1. Pengumpulan risk register unit kerja mencapai 80%;
2. Penyusunan Profil Risiko RS TA 2023;
3. Penyusunan Risk Register RS TA 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* triwulan I dan triwulan II 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 pada tanggal 24-25 Mei 2023;
5. Workshop Hospital Risk Management pada tanggal 27-28 Mei 2023;
6. Workshop Manajemen Risiko Rumah Sakit pada tanggal 19-20 Juni 2023;
7. 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;
8. Pelaporan indikator mutu nasional (INM) dan insiden keselamatan pasien (IKP) setiap bulan serta *self assessment hospital readiness* ke aplikasi <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/>;
9. Aplikasi SIMANDATURI untuk pengumpulan dan pelaporan data mutu terintegrasi;
10. Pelaporan indikator mutu RS, insiden keselamatan pasien dan budaya keselamatan setiap bulan;
11. Melaksanakan dan monitoring kepatuhan serta audit penerapan PPK/CP;
12. Melakukan *feedback* capaian mutu unit kerja setiap 3 (tiga) bulan;
13. Melakukan investigasi sederhana IKP grading biru dan hijau dan RCA untuk IKP grading kuning dan merah;
14. Menyusun profil risiko dan *risk register* RS tahun 2023;
15. Tersusun FMEA unit kerja;
16. Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan manajemen risiko unit kerja;
17. Melakukan *continuous quality improvement* di semua unit kerja.

Kendala dan Permasalahan:

1. *Clinical Pathway* yang di evaluasi baru pada pasien psikiatri dengan diagnose 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 penanggungjawab 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 professional. Dalam melaksanakan reformasi birokrasi banyak kendala yang dihadapi, antara lain adalah penyalahgunaan wewenang, praktek 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

BAB VI PENUTUP

Komite Mutu RSJMM Bogor pada semester I 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 semester I 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 semester I 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 semester I tahun 2023 menggunakan SIMANDATURI, namun jika terjadi kendala di backup dengan menggunakan *spreadsheet*;
4. Pelaporan unit kerja sudah dilakukan tepat waktu;
5. Kesadaran pegawai terhadap mutu sudah meningkat. Pemahaman tentang mutu, keselamatan pasien, budaya keselamatan, dan manajemen risiko belum optimal. Perlu sosialisasi berkala dan pendampingan secara intens oleh masing-masing Subkomite;
6. Penerapan budaya mutu dan keselamatan pasien perlu dipandu oleh Subkomite Mutu dan Subkomite Keselamatan Pasien;
7. Hasil capaian indikator belum sepenuhnya digunakan sebagai dasar untuk memperbaiki performa unit kerja;
8. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) tepat waktu;
9. Profil Risiko RS semester I tahun 2023 telah disusun dan ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur Utama RSJMM Bogor;

10. Penyusunan profil risiko unit kerja sudah dilakukan oleh unit kerja;
 11. Monev dan supervisi berjenjang belum berjalan Optimal;
 12. Audit PPK/CP masih pada belum komprehensif melibatkan semua PPA;
 13. Duta Mutu dan Duta KPRS masih memerlukan bimbingan dan arahan dari Subkomite Mutu dan Subkomite Keselamatan Pasien;
 14. Perlu peningkatan dalam pemahaman mengenai pentingnya manajemen risiko di unit kerja;
 15. Pemantauan dan pemanduan dalam penyusunan profil risiko unit kerja telah dilakukan dan perlu dilakukan sosialisasi dan pendampingan secara intens oleh Subkomite Manajemen Risiko;
 16. Layanan RSJMM Bogor tetap memprioritaskan mutu dan keselamatan pasien. Semua dokumen, regulasi, dan implementasi dilakukan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
-
1. Program Subkomite Manajemen Risiko yang direncanakan pada semester I TA 2023 sebagian besar sudah terlaksana. Peran aktif seluruh anggota subkomite memberikan sumbangsih terbesar untuk keberlangsungan program;
 2. Program Kerja Subkomite Manajemen Risiko Tahun 2023 telah disusun;
 3. Profil Risiko RS Tahun 2023 telah disusun dan ditetapkan melalui Surat Keputusan Direktur Utama RSJMM Bogor;
 4. Penyusunan profil risiko unit kerja sudah dilakukan oleh unit kerja;
 5. Perlu peningkatan dalam pemahaman mengenai pentingnya manajemen risiko di unit kerja;
 6. Pemantauan dan pemanduan dalam penyusunan profil risiko unit kerja telah dilakukan dan perlu dilakukan sosialisasi dan pendampingan secara intens oleh Subkomite Manajemen Risiko.

6.2 Rekomendasi

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

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

4. Perlu meningkatkan kompetensi pegawai terhadap mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko;
5. Berkoordinasi dengan bagian umum untuk memenuhi sarana prasarana dan alat kesehatan unit kerja sesuai standar dengan skala prioritas secara efektifitas dan efisiensi;
6. 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

LAPORAN KOMITE MUTU SEMESTER I 2023

PROFIL RISIKO RUMAH SAKIT TA 2023



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
PUSAT KESEHATAN JIWA NASIONAL
RUMAH SAKIT JIWA dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR
Jalan Dokter Sumeru No. 114, Bogor 16111, PO BOX 178
Telepon (0251) 8324024, 8320467 (Hunting), Faksimile (0251) 8324025
Laman www.rsmbogor.com, Surat Elektronik rsmm.bgr@gmail.com



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT JIWA dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR
NOMOR : HK.02.03/XXV/ 1464 /2023

TENTANG
PENETAPAN PROFIL RISIKO TAHUN 2023
DI RUMAH SAKIT JIWA dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT JIWA dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

Menimbang :

- a. bahwa rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit yang baik;
- b. dalam rangka memberikan pelayanan yang bermutu dan aman kepada pasien di Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor diperlukan upaya-upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- c. bahwa agar terwujudnya hal tersebut diatas perlu adanya Penetapan Profil Risiko di Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam a dan b, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Jiwa dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Mengingat :

1. Pasal 17 ayat (3) Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916);
3. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

LAMPIRAN
SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
NOMOR HK.02.03/XXVI/1464/2023
TENTANG PENETAPAN PROFIL RISIKO TAHUN 2023
DI RUMAH SAKIT JIWA dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

PENETAPAN PROFIL RISIKO TAHUN 2023

NAMA UNIT ESELON 1 : Kementerian Kesehatan RI
NAMA UNIT ESELON 2 : Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
NAMA SATKER : PKJN 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 |

HAZARD VULNERABILITY ANALYSIS (HVA)

| HAZARD AND VULNERABILITY ASSESSMENT TOOL NATURALLY OCCURRING EVENTS | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|
| EVENT | PROBABILITY | SEVERITY = (MAGNITUDE - MITIGATION) | | | | | | RISK |
| | | HUMAN IMPACT | PROPERTY IMPACT | BUSINESS IMPACT | PREPAREDNESS | 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/Tornado | 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 Ekstrem | 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 |

| HAZARD AND VULNERABILITY ASSESSMENT TOOL TECHNOLOGIC EVENTS | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|
| EVENT | PROBABILITY | SEVERITY = (MAGNITUDE - MITIGATION) | | | | | | RISK |
| | | HUMAN IMPACT | PROPERTY IMPACT | BUSINESS IMPACT | PREPAREDNESS | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Kehabisan Bahan | 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 | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 19% |
| 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 Vacuum | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 19% |
| Gangguan Pada | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 19% |
| Compress Air | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 19% |
| Gagal Sistem | 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, | 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 |

HAZARD AND VULNERABILITY ASSESSMENT TOOL
HUMAN RELATED EVENTS

| EVENT | PROBABILITY | SEVERITY = (MAGNITUDE - MITIGATION) | | | | | | RISK |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|
| | | HUMAN IMPACT | PROPERTY IMPACT | BUSINESS IMPACT | PREPARE D-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% |
| Terrorisme | 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.

2
9

RISK = PROBABILITY * SEVERITY

0,33 0,67 0,50

HAZARD AND VULNERABILITY ASSESSMENT TOOL
EVENTS INVOLVING HAZARDOUS MATERIALS

| EVENT | PROBABILITY | SEVERITY = (MAGNITUDE - MITIGATION) | | | | | | RISK |
|--------------------------------|--|--|--|--|---|---|--|-------------------------|
| | | HUMAN IMPACT | PROPERTY IMPACT | BUSINESS IMPACT | PREPARE D-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 | 0 = N/A 1 = High 2 = Moderate 3 = Low or | 0 = N/A 1 = High 2 = Moderate 3 = Low or none | 0 - 100% |
| Insiden Massal Hazmat (korban) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Insiden Massal Hazmat (korban) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Terpapar Kimia, Eksternal | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Internal Sipil Ukuran Kecil - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Terrorisme, 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, | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Terrorisme, | 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.

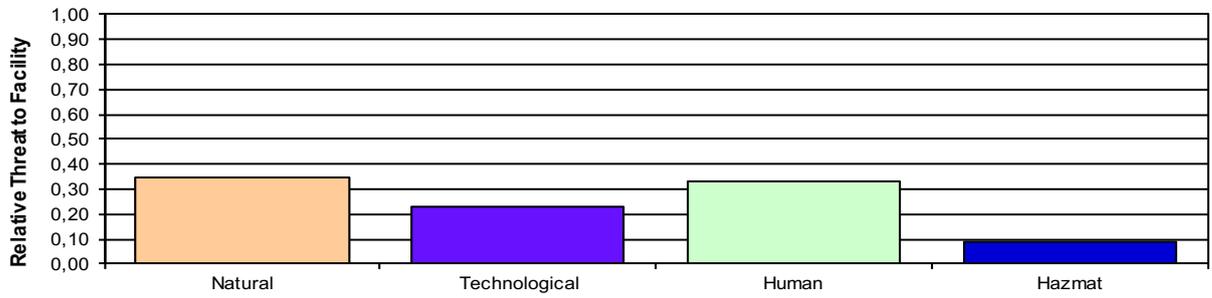
RISK = PROBABILITY * SEVERITY

0,09 0,33 0,28

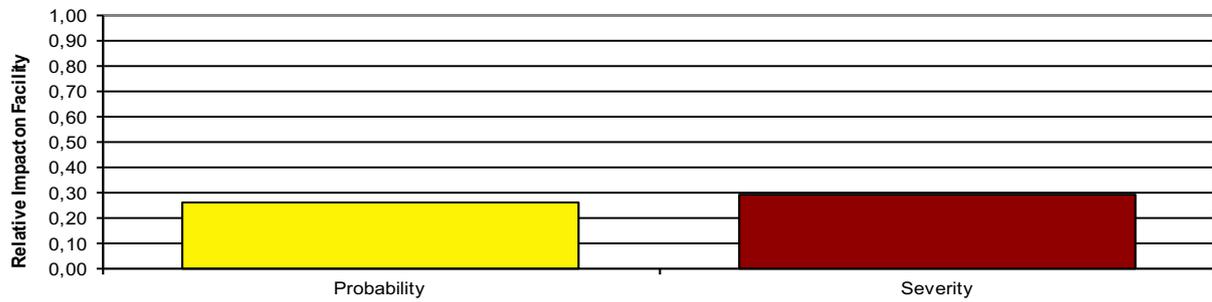
SUMMARY OF MEDICAL CENTER HAZARDS ANALYSIS

| | 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 |

Hazard Specific Relative Risk to Medical Center



Probability and Severity of Hazards to Medical Center



DASHBOARD MANAJEMEN RISIKO RUMAH SAKIT



DASHBOARD INFORMASI MANAJEMEN RISIKO RSJMM

Dashboard Informasi Manrisk RSMM

| Kode Risiko | Unit/Bagian/Instalasi | Kegiatan Utama | Tujuan Kegiatan/Indikator Keberhasilan yang terdapat dalam Deskripsi Risiko | Pernyataan Risiko | Sebab | Uraian Control / Control | Dampak |
|-------------|--|-------------------------------------|---|---|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 1. VAPP-05 | Verifikasi Pelaksanaan Pengendalian Mutu | Pengujian Penghapusan dengan metode | Tercapainya penghapusan dengan metode | Dokumen penghapusan tidak sesuai | Anggaran untuk penghapusan kurang | C | Realisasi kinerja tidak sesuai |
| 2. VAPP-07 | Verifikasi Pelaksanaan Pengendalian Mutu | Pengujian Penghapusan dengan metode | Tercapainya penghapusan dengan metode | Penghapusan dengan metode tidak sesuai | Conflict of interest | C | Kemungkinan RS |
| 3. VAPP-06 | Verifikasi Pelaksanaan Pengendalian Mutu | Pembuatan tagihan putar | Memenuhi persyaratan dengan (spesifikasi pasien) | Memberikan tagihan putar yang tidak sesuai dengan ketentuan | Conflict of interest | C | Realisasi Perencanaan RS Tahunan |
| 4. VAPP-05 | Verifikasi Pelaksanaan Pengendalian Mutu | Pembuatan bill | Memenuhi persyaratan dengan (spesifikasi pasien) | Penghapusan tidak sesuai | Sifat Uji | C | Perencanaan Tanggapan 1. 150 / 187 |

| Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang Ada | Desain pengendalian | Efektifitas Pengendalian | Probabilitas (P) | Dampak (D) | Tingkat Risiko (P x D) | Level Risiko | Penyakit Risiko |
|-------------|---|---------------------|--------------------------|------------------|------------|------------------------|--------------|-----------------|
| 1. VAPP-05 | Jurnal Penghapusan Penghapusan Mutu (JPM) 6437 tahun 2021 | Ada | Efektif | 1 | 3 | 3 | 2 | Ins. VAPP |
| 2. VAPP-07 | Jurnal Penghapusan Penghapusan Mutu (JPM) 6437 tahun 2021 | Ada | Efektif | 1 | 3 | 3 | 2 | Ins. VAPP |
| 3. VAPP-06 | 1. SOP penghapusan putar 2. Surat perintah penghapusan putar | Ada | Efektif | 1 | 3 | 3 | 2 | Ins. VAPP |
| 4. VAPP-04 | Konfirmasi Kelembagaan SOP Kelembagaan utang | Ada | Efektif | 2 | 2 | 4 | 2 | Ins. VAPP |
| 5. VAPP-03 | Konfirmasi Kelembagaan Camping Anti Konflik Insidental | Ada | Efektif | 4 | 2 | 8 | 3 | Ins. VAPP |

DASHBOARD INFORMASI MANAJEMEN RISIKO RSJMM

Dashboard Informasi Manrisk RSMM

| Kode Risiko | Kategori Risiko | Pernyataan Risiko | Sebab | Probabilitas (P) | Dampak (D) | Tingkat Risiko (P x D) | Level Risiko | Penyakit Risiko |
|------------------------|-----------------|---|--|-------------------------------------|------------|------------------------|--------------|-----------------|
| 1. FROD | Operasional | terjadinya perilaku kecurangan antar pasien | pasien akut, gelisah, alterkondisi halusinasi | cedera ringan berat hingga kematian | 5 | 5 | 25 | 1 |
| 2. Besades 05 | Operasional | terjadinya perilaku kecurangan dengan operasi SC cito | Waktu tunggu pasien dengan operasi SC cito yang lama | Cedera sedang sampai berat | 5 | 5 | 25 | 1 |
| 3. Dnsad/Byng 5 Adu 01 | Operasional | terjadinya perilaku kecurangan antar pasien | pasien akut, gelisah, alterkondisi halusinasi | cedera ringan hingga kematian | 5 | 5 | 25 | 1 |
| 4. Hukur 4 | Legal | RS menghadapi kasus hukum | RS menghadapi kasus hukum dari masyarakat akibat proses pengadilan | RS menghadapi kasus hukum | 4 | 5 | 20 | 1 |

| Kode Risiko | Uraian Pengendalian yang Ada | Desain pengendalian | Efektifitas Pengendalian | Pengendalian Yang Harus Ada | Jenis | Penyakit Risiko |
|------------------------|--|---------------------|--------------------------|--|----------------------|-----------------|
| 1. FROD | sesuai dengan ketentuan, perilaku kecurangan dan hukuman | Ada | Efektif | berhenti semua pasien ke | Operasional | Seluruh pasien |
| 2. Besades 05 | Proses penanganan SC cito harus sesuai dengan SOP | Ada | Efektif | Konfirmasi antar unit yang operasi, dan beresiko SC cito dengan operasi cito | koordinasi/pelatihan | Seluruh petugas |
| 3. Dnsad/Byng 5 Adu 01 | sesuai dengan ketentuan awal dari sesorang tingkat | Ada | Efektif | Berhenti setiap pasien PK | ditutupi | Ruang Dnsad |

DASHBOARD INFORMASI MANAJEMEN RISIKO RSJMM

Dashboard Informasi Manrisk RSMM

| Kategori Risiko | Pernyataan Risiko | Sebab | Probabilitas (P) | Dampak (D) | Level Risiko | Penyakit Risiko |
|-----------------|--|---|------------------|------------|--------------|-----------------|
| 1. Operasional | Suatu kondisi pasien dengan operasi SC cito | Waktu tunggu pasien operasi dengan kehilangan pemirsa yang tidak sinkron | 5 | 5 | 1 | 25 |
| 2. Operasional | terjadinya perilaku kecurangan antar pasien | pasien akut, gelisah, alterkondisi halusinasi | 5 | 5 | 1 | 25 |
| 3. Fraud | Pemegang yang ditetapkan bukan yang sebenarnya | 2. persekongkolan antar penyedia | 5 | 4 | 1 | 20 |
| 4. Legal | RS menghadapi kasus hukum | RS menghadapi kasus hukum dari masyarakat akibat proses pengadilan | 5 | 4 | 1 | 20 |
| 5. Operasional | Dokumen tidak lengkap | Dokumen lampiran IOR yang tidak tajam, Spesifitas dan RFS yang tidak akurat | 5 | 4 | 1 | 20 |
| 6. Fraud | Kualifikasi mengarah ke salah satu penyedia | Conflict of interest | 5 | 4 | 1 | 20 |
| 7. Fraud | Barang tidak sesuai kebutuhan | Conflict of interest | 5 | 4 | 1 | 20 |
| 8. Operasional | Kesalahan Narasi | Kompetensi yang kurang | 5 | 4 | 1 | 20 |
| 9. Fraud | Manipulasi Dokumen | 1. Pengalihan wewenang 2. Corruptasi | 5 | 4 | 1 | 20 |
| 10. Fraud | Post Bidding | 1. Pengalihan wewenang 2. Corruptasi | 5 | 4 | 1 | 20 |
| 11. Operasional | Petugas baru menetapkan pemenang | 1. SDM tidak kompeten 2. kelatanan | 5 | 4 | 1 | 20 |

HOSPITAL SAFETY INDEX (HSI)

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".

Langkah 1: Masukkan sebuah angka "1" yang berkaitan dengan KUNING di tiap item. Beberapa baris akan tetap kosong jika terdapat catatan dalam HURUF BESAR.

| MODUL2. 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 JIKA TIDAK ADA KEJADIAN KHUSUS DI SEKITAR RS, BIARKAN KOTAK KOSONG | OK | | | 1 |
| 2. RS dibangun dan/ atau diperbaiki menggunakan standar keamanan saat ini yg berlaku tingkat keamanan : Rendah = Standar keamanan yang berlaku tidak diterapkan; Rata-rata = Standar keamanan yang berlaku diterapkan sebagian; Tinggi = Standar Keamanan yang berlaku | 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 yg memperkuat struktur bangunan atau | OK | | 1 | |

| 2.2 Integritas Gedung/Bangunan | Control | Safety level | | |
|--|---------|--------------|---------|------|
| | | Low | Average | High |
| <p>4.Desain Sistem Stuktur Bangunan</p> <p>Tingkat Keamanan : Rendah = Desain sistem struktur bangunan buruk; Rata-rata = Desain sistem struktur bangunan agak baik; Tinggi = Desain sistem struktur bangunan baik.</p> | OK | | 1 | |
| <p>5. Kondisi Bangunan</p> <p>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</p> | OK | | 1 | |
| <p>6.Kondisi dari material struktur bangunan</p> <p>Tingkat keamanan: rendah = Retak 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</p> | OK | | 1 | |
| <p>7.Hubungan antara berbagai elemen non struktur gedung dengan struktur gedung</p> <p>Tingkat keamanan : rendah = Lintang 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</p> | OK | | 1 | |
| <p>8. Kekuatan bangunan (terhadap gempa bumi, dll)</p> <p>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</p> | OK | | 1 | |
| <p>JIKA RS TIDAK BERADA DI DAERAH POTENSI BENCANA GEMPA TINGGI/MENENGAH BIARKAN KOTAK KOSONG.</p> <p>9. Kekuatan Bangunan (terhadap efek angin puting beliung dan hujan deras)</p> <p>Tingkat keamanan : rendah = Jarak terpisahannya kurang dari 3 m, rata-rata = Jarak terpisahannya antara 5 m dan 15 m; Tinggi = Jarak</p> | OK | | 1 | |
| <p>10. Bentuk Struktur</p> <p>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 lurusnya; Tinggi = Lebih dari tiga baris</p> | OK | | 1 | |
| <p>11. Detil Bentuk Struktur, termasuk koneksinya</p> <p>Tingkat keamanan: rendah = Tidak ada buku adanya pencatatan konstruksi bangunan, atau dibangun sesuai standar desain lama; Rata-rata = Pembangunan sesuai dengan standar desain sebelumnya dan tidak dilakukan kegiatan memperkuat atau memperbaiki struktur bangunan sesuai dengan standar yang</p> | OK | | 1 | |
| <p>12. Rasio kekuatan kolom dengan kekuatan elemen penting dalam struktur bangunan.</p> <p>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</p> | OK | | 1 | |
| <p>13. Keamanan pondasi</p> <p>Tingkat keamanan : rendah = Tidak ada bukti bahwa dasar bangunan didesain sesuai dengan berbagai standart (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 standart; dan /atau terdapat bukti untuk sedikit kerusakan; Tinggi = Bukti kuat bahwa</p> | OK | | 1 | |
| <p>14.Ketidakteraturan dalam perencanaan struktur bangunan (kualitas, massa, ketahanannya)</p> <p>Tingkat keamanan: rendah = Keseluruhan bentuk dan struktur tidak seragam; Rata-rata = Bentuk-bentuk dalam perencanaan tidak teratur tetapi struktur nya seragam; Tinggi = Bentuk-bentuk dalam perencanaan teratur dan strukturnya memiliki rencana yang seragam, dan tidak ada elemen-elemen yang akan mengakibatkan</p> | OK | | 1 | |
| <p>15. Ketidak teraturan dalam peninggian gedung</p> <p>Tingkat keamanan: rendah = Ketidaksinambungan atau ketidak teraturan elemen-elemen yang signifikan, terdapat variasi yang signifikan dalam peninggian gedung; Rata-rata = Beberapa ketidaksinambungan atau ketidak teraturan elemen-elemen, beberapa variasi dalam peninggian gedung; Tinggi = Tidak terdapat ketidaksinambungan dan ketidakteraturan elemen-elemen yang signifikan</p> | OK | | 1 | |
| <p>16.Ketidakteraturan mengenai ketinggian ruang penyimpanan</p> <p>Tingkat keamanan: rendah = Tinggi ruang penyimpanan berbeda lebih dari 20% dan terdapat ketidak sinambungan yang signifikan atau ketidak teraturan elemen-elemen; Rata-rata = Ruang penyimpanan memiliki tinggi yang sama (mereka berbeda kurang dari 20% tetapi lebih dari 5%); Tinggi = Ruang penyimpanan</p> | OK | | 1 | |
| <p>17. Integritas struktur atap bangunan</p> <p>Tingkat keamanan: Rendah = (monopitch) atau atap siner 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</p> | OK | | 1 | |
| <p>18. Ketahanan struktur bangunan terhadap bahaya selain gempa bumi dan badai</p> <p>Tingkat keamanan: rendah = Kenaannya ketahanan struktur bangunan terhadap bahaya yang terjadi di lingkungan RS; Rata-rata = Ketahanan struktur bangunan cukup memuaskan (telah memperhitungkan kerusakan yang akan timbul); Tinggi =</p> | OK | | 1 | |

| MODUL 3: Elemen-elemen yang terkait dengan keamanan non struktur bangunan di RS | | | | |
|--|---------|--------------|---------|------|
| 3.1 Architectural safety | Control | Safety level | | |
| | | Low | Average | High |
| <p>19. Kerusakan utama dan perbaikan elemen-elemen non struktural</p> <p>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</p> <p>JIKA KEJADIAN - KEJADIAN SEPerti DI ATAS TIDAK ADA DI LINGKUNGAN RS, BIARKAN KOTAK KOSONG.</p> | OK | | 1 | |
| <p>20. Kondisi dan keamanan pintu, baik keluar maupun masuk.</p> <p>Tingkat Keamanannya: Rendah = Sisi luar gedung atau kondisi buruk, kerusakan 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</p> | OK | | | 1 |
| <p>21. Kondisi dan keamanan jendela dan daun jendela</p> <p>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.</p> | OK | | 1 | |
| <p>22. Kondisi dan keamanan dari elemen-elemen lain dari sisi luar gedung (misal dinding luar, teras)</p> <p>Tingkat Keamanannya: 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 dan operasionalnya; Tinggi = Dalam kondisi baik, tidak ada atau kecil potensi kerusakan yang akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik</p> | OK | | 1 | |
| <p>23. Kondisi dan Keamanan Atap</p> <p>Tingkat Keamanannya: 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</p> | OK | | 1 | |
| <p>24. Kondisi dan keamanan dari pagar pengaman dan sandaran/ dinding, teras/ balkon (parapet).</p> <p>Tingkat Keamanannya: Rendah = pagar pengaman dan parapet 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 = Tidak ada atau kecil potensial kerusakan akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem atau</p> | OK | | 1 | |
| <p>25. Kondisi dan keamanan dinding pembatas dan pagar</p> <p>Tingkat Keamanannya: Rendah = Dinding pembatas dari 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</p> | OK | | 1 | |
| <p>26. Kondisi dan Keamanan elemen-elemen arsitektur lain (misal: ornamen, cerobong asap, tanda-tanda)</p> <p>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 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.</p> | OK | | 1 | |
| <p>27. Kondisi aman untuk pergerakan diluar gedung RS</p> <p>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.</p> | OK | | | 1 |
| <p>28. Kondisi Aman untuk pergerakan di dalam gedung (misal: Koridor, tangga)</p> <p>Tingkat Keamanannya: 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</p> | OK | | 1 | |
| <p>29. Kondisi dan keamanan dinding dalam dan partisi</p> <p>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.</p> | OK | | 1 | |
| <p>30. Kondisi dan Keamanan dari plafon</p> <p>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 dan operasionalnya; Tinggi = Plafon Dalam kondisi baik, tidak ada atau kecil potensial kerusakan akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem dan operasionalnya.</p> | OK | | 1 | |
| JIKA BANGUNAN RS TIDAK MEMILIKI PLAFON, BIARKAN KOTAK KOSONG. | | | | |
| <p>31. Kondisi dan keamanan sistem elevator</p> <p>Tingkat Keamanan: Rendah = Sistem Elevator 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 dan operasionalnya; Tinggi = Pada kondisi baik, tidak ada atau kecil potensial kerusakan akan mengganggu fungsi dan elemen-elemen lainnya, baik sistem</p> | OK | | 1 | |
| JIKA TIDAK TERDAPAT ELEVATOR, BIARKAN KOTAK KOSONG. | | | | |
| <p>32. Kondisi dan keamanan Ramp dan tangga</p> <p>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.</p> | OK | | 1 | |
| JIKA TIDAK TERDAPAT RAMPS DAN TANGGA, BIARKAN KOTAK KOSONG | | | | |
| <p>33. Kondisi dan keamanan penutup lantai</p> <p>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.</p> | OK | | 1 | |

| 3.2 Perlindungan Infrastruktur, akses dan keamanan fisik | Control | Safety level | | |
|--|---------|--------------|---------|------|
| | | Low | Average | High |
| 34. Lokasi pelayanan kritis RS dan perengkapan yang terkait tingkat keamanannya; 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 = Banyak tindakan diberikan untuk melindungi pelayanan kritis; Tinggi kemungkinan bahwa tindakan perlindungan RS akan dilaksanakan secara memadai | OK | | 1 | |
| 35. Rute Akses RS Tingkat Keamanannya; Rendah = Tidak ada tindakan pada rute akses dan keruakan 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 | OK | | | 1 |
| 36. Emergency exits dan rute evakuasi Tingkat Keamanannya; Rendah = exit jalur keluar dari 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 | OK | | | 1 |
| 37. Bangunan keamanan fisik, perengkapan, perengkapan, stat dan risiko Tingkat Keamanannya; 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 kemandi pintu, penyimpanan yang | OK | | 1 | |
| 3.3 Sistem-sistem Kritis | Control | Safety level | | |
| | | Low | Average | High |
| 3.3.1 Sistem Elektronik | | | | |
| 38. Kapasitas dari sumber listrik cadangan (misal: generator) Tingkat Keamanannya; 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 | OK | | | 1 |
| 39. Pengujian secara teratur akan sumber listrik alternatif di area kritis Tingkat Keamanannya; 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. | OK | | 1 | |
| 40. Kondisi dan Keamanan sumber listrik alternatif Tingkat Keamanannya; 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 | OK | | | 1 |
| 41. Kondisi dan keamanan peralatan listrik, kabel-kabel dan kabel-kabel yang tak terlihat Tingkat Keamanannya; 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 | OK | | 1 | |
| 42. System pengganti untuk local electric power supply Tingkat Keamanannya; 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 | OK | | 1 | |
| 43. Kondisi dan keamanan control panais, overload breaker Tingkat Keamanannya; 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, | OK | | 1 | |
| 44. Sistem pencahayaan untuk area kritis di RS Tingkat Keamanannya; 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 | OK | | 1 | |
| 45. Kondisi dan keamanan sistem pencahayaan di dalam dan luar Tingkat Keamanannya; 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 | OK | | 1 | |
| 46. Instalasi sistem listrik luar ruangan untuk keperluan RS Tingkat Keamanannya; Rendah = Tidak ada instalasi listrik di luar ruangan 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 | OK | | 1 | |
| 47. Emergency maintenance dan pemulihan untuk electric power supply dan sumber alternatif Tingkat Keamanannya; 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 pemeliharaan dan pemulihan | OK | | 1 | |

| 3.3.2 Sistem Telekomunikasi | | | | |
|---|----|--|---|---|
| <p>48. Kondisi dan keamanan antena</p> <p>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</p> <p>JIKA TIDAK ADA ANTENA, BIARKAN KOTAK KOSONG.</p> | OK | | 1 | |
| <p>49. Kondisi dan keamanan low- and extra-low-voltage systems (Internet and telephone)</p> <p>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</p> | OK | | 1 | |
| <p>50. Sistem Komunikasi Alternatif</p> <p>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</p> | OK | | 1 | |
| <p>51. Kondisi dan keamanan peralatan komunikasi dan kabel-kabelnya</p> <p>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 =</p> | OK | | 1 | |
| <p>52. Efek dari sistem komunikasi eksternal terhadap komunikasi RS</p> <p>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</p> | OK | | 1 | |
| <p>53. Keamanan sistem komunikasi RS</p> <p>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</p> | OK | | 1 | |
| <p>54. Kondisi dan keamanan sistem komunikasi internal</p> <p>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</p> | OK | | 1 | |
| <p>55. Standar Pemeliharaan dan pemulih sistem komunikasi dan alternatifnya</p> <p>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</p> | OK | | 1 | |
| 3.3.3 Water supply system (Sistem Persediaan Air) | | | | |
| <p>56. Air yang tersedia untuk pelayanan dan fungsi RS</p> <p>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</p> | OK | | | 1 |
| <p>57. Lokasi tangki penyimpanan air</p> <p>Tingkat Keamanan: Rendah = lokasi tangki rentan dengan resiko tinggi kegagalan (misal: bentuk struktur, arsitekturnya dan/ atau pengaturannya); Rata-rata = kondisi tangki terekspos untuk resiko sedang akan kegagalan (misal: bentuk struktur, arsitekturnya dan/ atau sistem pengaturannya); Tinggi = lokasi tangki tidak terpapar oleh resiko yang terlihat dan teridentifikasi (misal: bentuk struktur,</p> <p>JIKA RS TIDAK MEMILIKI TANGKI PENYIMPANAN AIR, BIARKAN KOTAK KOSONG</p> | OK | | 1 | |
| <p>58. Keamanan Sistem Distribusi Air</p> <p>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.</p> | OK | | 1 | |
| <p>59. Alternatif persediaan air untuk suplai air rutin</p> <p>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</p> | OK | | 1 | |
| <p>60. Sistem pompa tambahan/cadangan</p> <p>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</p> | OK | | 1 | |
| <p>61. Pemeliharaan dan pemulih suplai air</p> <p>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</p> | OK | | 1 | |

| 3.3.4 Fire protection system (Sistem Perlindungan terhadap Kebakaran) | | | | |
|--|----|--|---|---|
| 62. Kondisi dan keamanan sistem perlindungan api (pasif) Tingkat keamanan: Rendah = elemen-elemen nya 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-elemennya, baik | OK | | 1 | |
| 63. Fire/smoke detection systems (Sistem Deteksi Api dan Asap) Tingkat keamanan: Rendah = Tidak ada sistem yang diinstal; Rata-rata = Sistem hanya di instal sebagian, atau tidak terpelihara dan diuji secara rutin; Tinggi = Sistem telah diinstal dan terpelihara dengan baik serta diuji secara | OK | | 1 | |
| 64. Sistem pemadam otomatis (baik yang otomatis maupun manual) Tingkat keamanan: Rendah = Tidak ada sistem yang diinstal; atau adanya inspeksi; Rata-rata = Sistem hanya diinstal sebagian, atau sistem diinstal lengkap, tapi tidak ada pemeliharaan dan pengujian; inspeksi dilakukan secara lengkap dan teratur; Tinggi = Sistem telah diinstal lengkap dan ada pemeliharaan secara rutin serta pengujian secara teratur; inspeksi juga | OK | | 1 | |
| 65. Persediaan air untuk pemadaman kebakaran 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. | OK | | 1 | |
| 66. Pemeliharaan dan pemulihan untuk fire protection system 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 = Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan/ inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, dan sumber daya tersedia untuk dapat digunakan dalam | OK | | 1 | |
| 3.3.5 Waste management systems | | | | |
| 67. Keamanan untuk sistem limbah cair non hazardous 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 pemeliharaannya; Tinggi = Sistem pembuangan air limbah dalam kondisi baik dengan kapasitas cukup dan terdapat bukti untuk kelengkapan dan | OK | | | 1 |
| 68. Keamanan dari hazardous wastewater and liquid waste 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 pemeliharaannya; Tinggi = Sistem pembuangan dalam kondisi dan kapasitas baik, serta terdapat bukti kelengkapan dan pemeliharaannya. | OK | | | 1 |
| 69. Kemananan dari nonhazardous solid waste system 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 pemeliharaannya; Tinggi = Sistem pembuangan dalam kondisi baik dengan kapasitas cukup dan tersedia bukti kelengkapan dan pemeliharaannya. | OK | | | 1 |
| 70. Keamanan dari hazardous solid waste system 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 pemeliharaannya; Tinggi = Sistem pembuangan dalam kondisi baik dengan kapasitas cukup dan terdapat bukti kelengkapan dan pemeliharaannya. | OK | | | 1 |
| 71. Sistem manajemen Pemeliharaan dan Pemulihan semua jenis limbah RS 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. | OK | | | 1 |
| 3.3.6 Sistem penyimpanan bahan bakar (misal: gas, bensin dan solar) | | | | |
| 72. Persediaan bahan bakar 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 | OK | | | 1 |
| 73. Kondisi dan keamanan tanah di bawah tangki bahan bakar dan /atau silinder 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 resiko tinggi bahaya; pelindung tangki aman dan cukup terlindung; Tinggi = Tangki dalam kondisi baik; dicor dan pelindungnya dalam kondisi yang baik untuk pencegahan bahaya; pelindung tangki cukup aman dan | OK | | 1 | |
| JIKA RS TIDAK MEMILIKI LAYANAN INI, BIARKAN KOTAK KOSONG. | | | | |
| 74. Lokasi aman untuk penyimpanan bahan bakar jauh dari gedung RS 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 | OK | | 1 | |
| JIKA TIDAK TERDAPAT TANGKI DISTRIBUSI BAHAN BAKAR, BIARKAN KOTAK KOSONG. | | | | |
| 75. Kondisi dan keamanan sistem distribusi bahan bakar (katub, pipa dan penghubungnya) 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 katub penutup otomatis ; Tinggi = Lebih dari 90% sistem dalam kondisi operasional baik dan memiliki katub penutup otomatis. | OK | | 1 | |
| 76. Pemeliharaan dan pemulihan persediaan bahan bakar darurat 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 = Prosedur yang terdokumentasi tersedia, catatan pemeliharaan/ inspeksi selalu diperbaharui, tenaganya terlatih, dan sumber daya tersedia untuk keperluan pemeliharaan | OK | | 1 | |

| 3.3.7 Medical gases systems (Sistem Gas Medik) | | | | |
|---|----|--|--|---|
| 77. Lokasi sekitar penyimpanan gas medik 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 memadai untuk melindungi tempat penyimpanan gas medik | OK | | | 1 |
| 78. Keamanan lokasi penyimpanan untuk tangki gas medik dan perlengkapan 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 | OK | | | 1 |
| 79. Kondisi dan keamanan sistem distribusi gas medik (misal: katub, pipa-pipa, penghubungnya) tingkat keamanatan: rendah – Kurang dari 50% dari sistem bekerja dalam kondisi baik; Rata-rata = Antara 60% dan 80% dari sistem dalam kondisi operasional yang baik; Tinggi = Lebih dari 80% | OK | | | 1 |
| 80. Kondisi dan keamanan silinder gas medik dan peralatan terkait lainnya dalam RS 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 tindakan memadai | OK | | | 1 |
| 81. Ketersediaan berbagai sumber gas medik alternatif tingkat keamanatan: 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 waktu cepat, secepat mungkin (kurang dari 15 hari) | OK | | | 1 |
| 82. Pemeliharaan dan pemulihan sistem gas medik darurat. 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 | OK | | | 1 |
| 3.3.8 Heating, ventilation, and air-conditioning (HVAC) systems (Sistem Pemanas, Ventilasi dan AC (HVAC)) | | | | |
| 83. Lokasi yang memadai untuk menempatkan peralatan HVAC tingkat keamanatan: rendah – Peralatan 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 dan tempat yang aman terlindung dari bahaya | OK | | | 1 |
| 84. Keamanan penempatan peralatan HVAC 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 memadai | OK | | | 1 |
| 85. Keamanan dan kondisi operasional dari perlengkapan HVAC (misal: boiler, exhaust) tingkat keamanatan: 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: prosedur yang terdokumentasi, pemeliharaan secara rutin, dll) | OK | | | 1 |
| 86. Dukungan yang memadai untuk saluran dan tinjauan akan fleksibilitas saluran dan pipa-pipa yang meluas dalam bentuk silang tingkat keamanatan: rendah – Kurangnya dukungan dan hubungannya yang jelek; Rata-rata = Dukungan dalam kondisi normal atau hubungannya fleksibel; Tinggi = Dukungan dalam kondisi baik dan hubungannya fleksibel | OK | | | 1 |
| 87. Kondisi dan keamanan pipa-pipa, penghubung dan katub tingkat keamanatan: rendah – Kurang dari 50% 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 pada tindakan dari bahaya | OK | | | 1 |
| 88. Kondisi dan keamanan peralatan AC tingkat keamanatan: 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: tindakan yang memadai) | OK | | | 1 |
| 89. Operasional air-conditioning system (termasuk negative pressure rooms) tingkat keamanatan: 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 tempat beresiko tinggi, menggunakan prosedur medis | OK | | | 1 |
| 90. Pemeliharaan dan pemulihan sistem HVAC tingkat keamanatan: 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 | OK | | | 1 |

| 3.4 Equipment and supplies (Peralatan dan persediaan) | Control | Safety level | | |
|---|---------|--------------|---------|------|
| | | Low | Average | High |
| 3.4.1 Properti kantor dan ruang persediaan dan perlengkapannya (bergerak dan tetap) | | | | |
| 91. Keamanan rak dan lemari Tingkat keamanan: rendah = Peleletakan rak tidak aman (dekat saluran udara atau tidak melekat pada dinding lebih dari 20% kasus); Rata-rata = Peleletakan rak cukup aman (dan melekat pada dinding) dan jumlah yang aman antara 20-80% kasus; Tinggi = | OK | | 1 | |
| 92. Keamanan komputer dan printer 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 | OK | | 1 | |
| 3.4.2 Peralatan medis dan laboratorium serta persediaan yang digunakan untuk diagnostik dan perawatan | | | | |
| 93. Keamanan peralatan medis di ruang operasi dan ruang tindakan 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 sebagai perlindungan; Tinggi = Ruang operasi pada lokasi aman, peralatan dalam kondisi baik, semuanya aman | OK | | 1 | |
| 94. Kondisi dan keamanan peralatan radiologi dan CT Tingkat keamanan: rendah = Peralatan radiologi dan CT tidak pada lokasi yang aman, tindakan 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 | OK | | | 1 |
| 95. Kondisi dan keamanan peralatan dan persediaan laboratorium Tingkat keamanan: rendah = Kurangnya pengamanannya 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 | OK | | 1 | |
| 96. Kondisi dan keamanan peralatan medis untuk unit pelayanan kegawatdaruratan Tingkat keamanan: rendah = Peralatan medis untuk unit kegawatdaruratan dalam kondisi buruk, atau tidak adanya tindakan pengamanan; Rata-rata = Peralatan dalam kondisi normal dan tindakan pengamanan yang dilakukan memberikan sebagian perlindungan; Tinggi = Peralatan | OK | | | 1 |
| 97. Kondisi dan keamanan peralatan medis di intensive or intermediate care unit Tingkat keamanan: rendah = Peralatan medis dalam kondisi buruk, atau tidak adanya tindakan pengamanan; Rata-rata = Peralatan dalam kondisi normal dan tindakan pengamanan memberikan sebagian perlindungan; Tinggi = Peralatan dalam kondisi baik, | OK | | 1 | |
| 98. Kondisi dan keamanan perlengkapan dan perabot di Farmasi 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, | OK | | 1 | |
| 99. Kondisi dan keamanan di ruang sterilization Tingkat keamanan: rendah = Peralatan untuk kondisi sterilisasi 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 | OK | | | 1 |
| 100. Kondisi dan keamanan peralatan medis untuk unit kegawatdaruratan obsgyn dan pelayanan neonatal Tingkat keamanan: rendah = Peralatan untuk unit kegawatdaruratan obsgyn dan pelayanan neonatal 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 | OK | | 1 | |
| 101. Kondisi dan keamanan peralatan medis dan persediaan untuk pelayanan kegawatdaruratan luka bakar Tingkat keamanan: rendah = Peralatan untuk unit kegawatdaruratan luka bakar 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 | OK | | 1 | |
| 102. Kondisi dan keamanan peralatan medis untuk medik nuklir dan terapi radiasi 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 | BLANK | | | |
| JIKA RS TIDAK MEMILIKI PELAYANAN JENIS INI, BIARKAN KOTAK KOSONG | | | | |
| 103. Kondisi dan keamanan peralatan medis di pelayanan lain 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 | OK | | | 1 |
| 104. Obat-obatan dan persediaannya Tingkat keamanan: rendah = Tidak tersedia, rata-rata = Persediaan kurang dari 72 jam kapasitas maksimal; Tinggi = Persediaan terjamin setidaknya 72 jam pada kapasitas RS | OK | | | 1 |
| 105. Instrumen-instrumen steril dan material lainnya Tingkat keamanan: rendah = Tidak tersedia, rata-rata = Persediaan kurang dari 72 jam kapasitas maksimal; Tinggi = Persediaan terjamin setidaknya 72 jam pada kapasitas RS | OK | | | 1 |
| 106. Peralatan medik khususnya yang digunakan untuk kegawatdaruratan Tingkat keamanan: rendah = Tidak tersedia, rata-rata = Persediaan kurang dari 72 jam kapasitas maksimal; Tinggi = Persediaan terjamin setidaknya 72 jam pada kapasitas RS | OK | | | 1 |
| 107. Persediaan gas medik Tingkat keamanan: rendah = Persediaan kurang dari 10 hari; Rata-rata = Persediaan untuk 10 sampai 15 hari; Tinggi = Persediaan | OK | | 1 | |
| 108. Mekanisme jumlah ventilator Tingkat keamanan: rendah = Tidak tersedia, rata-rata = Persediaan kurang dari 72 jam kapasitas maksimal; Tinggi = Persediaan terjamin setidaknya 72 jam pada kapasitas RS | OK | | 1 | |
| 109. Peralatan Elektro medis Tingkat keamanan: rendah = Tidak tersedia, rata-rata = Persediaan kurang dari 72 jam kapasitas maksimal; Tinggi = Persediaan terjamin setidaknya 72 jam pada kapasitas RS | OK | | | 1 |
| 110. Peralatan life-support Tingkat keamanan: rendah = Tidak tersedia, rata-rata = Persediaan kurang dari 72 jam kapasitas maksimal; Tinggi = Persediaan terjamin setidaknya 72 jam pada kapasitas RS | OK | | | 1 |
| 111. Persediaan, peralatan, atau perlengkapan pelayanan gagal jantung Tingkat keamanan: rendah = Tidak tersedia, rata-rata = Persediaan dan perlengkapan untuk kegawatdaruratan gagal jantung dalam kondisi baik tapi hanya untuk kurang dari 72 jam dari kapasitas maksimal RS; Tinggi = Persediaan dan peralatan untuk kegawatdaruratan gagal jantung dijamin dalam kondisi baik dan tersedia | OK | | 1 | |

| MODULE 4. Emergency and disaster management (Manajemen Kegawatn dan Bencana) | | | | |
|--|---------|--------------|---------|------|
| 4.1 Koordinasi berbagai aktivitas disaster management | Control | Safety level | | |
| | | Low | Average | High |
| 112. Hospital Emergency/Disaster Committee (Komite Bencana RS) Tingkat Keamanatan: 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 beroperasi secara efektif. | OK | | 1 | |
| 113. Tanggung Jawab dan Pelatihan Anggota Komite Tingkat Keamanatan: 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. | OK | | 1 | |
| 114. Penunjukan Koordinator Manajemen Kegawatn dan Bencana Tingkat Keamanatan: Rendah = Tidak ada anggota staf yang ditugaskan bertanggung jawab sebagai koordinator manajemen kegawatn/bencana; Rata-rata = Tugas koordinator kegawatn/bencana diberikan kepada salah satu anggota staf, tetapi itu bukan tugas utamanya; Tinggi = Seorang anggota staf ditugaskan bertanggung jawab sebagai koordinator manajemen kegawatn/bencana sebagai tugas utamanya dan dalam menjalankan tugasnya. | OK | | 1 | |
| 115. Berbagai Program Persiapan untuk memperkuat respon kegawatn dan bencana serta pemulihannya. Tingkat Keamanatan: Rendah = Tidak ada pengaturan untuk manajemen kinsiden 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 kinsiden RS tersedia dan sepenuhnya beroperasi dengan tenaga yang terlatih untuk mengasumsikan tanggung jawab. | OK | | 1 | |
| 116. Hospital incident management system (sistem manajemen insiden) Tingkat Keamanatan: 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 tanggung jawab. | OK | | 1 | |
| 117. Pusat Operasi Kegawatn darurat (EOC) Tingkat Keamanatan: Rendah = Tidak ada EOC 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 kegawatn; Tinggi = EOC nya aman, terlindung dan lokasi mudah diakses dengan kapasitas operasional yang memadai. | OK | | 1 | |
| 118. Berbagai Penguatan mekanisme koordinasi dan koordinasi dengan agen kegawatn/bencana lokal. Tingkat Keamanatan: Rendah = Tidak tersedia pengaturan; Rata-rata = Pengaturan tersedia tetapi tidak beroperasi sepenuhnya; Tinggi = Pengaturan tersedia dan berfungsi sepenuhnya. | OK | | 1 | |
| 119. Berbagai mekanisme koordinasi dan pengaturan kerjasama dengan jaringan pelayanan kesehatan yang ada. Tingkat Keamanatan: Rendah = Tidak tersedia pengaturan; Rata-rata = Pengaturan tersedia tetapi tidak beroperasi sepenuhnya; Tinggi = Pengaturan tersedia dan berfungsi sepenuhnya. | OK | | 1 | |
| 4.2 Hospital emergency and disaster management response and recovery planning | Control | Safety level | | |
| | | Low | Average | High |
| 120. Hospital emergency or disaster response plan Tingkat Keamanatan: 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. | OK | | 1 | |
| 121. Hazard-specific subplans Tingkat Keamanatan: 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 diterapkan sesuai perencanaan tersebut. | OK | | 1 | |
| 122. Procedures to activate and deactivate plans Tingkat Keamanatan: 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. | OK | | 1 | |
| 123. Hospital emergency and disaster response plan exercises, evaluation and corrective actions Tingkat Keamanatan: 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. | OK | | 1 | |
| 124. Hospital recovery plan Tingkat Keamanatan: 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 rutin. | OK | | 1 | |

| 4.3 Manajemen Komunikasi dan Informasi | Control | Safety level | | |
|--|---------|--------------|---------|------|
| | | Low | Average | High |
| 125. Komunikasi Kegawatan Internal dan Eksternal Tingkat keamanan: Rendah = Fungsi sistem komunikasi internal dan eksternal tidak konsisten dan tidak lengkap; operatornya tidak terlatih dalam komunikasi kegawatan; Rata-rata = Fungsi sistem tepat, operatornya menerima beberapa pelatihan mengenai komunikasi kegawatan, uji tidak dilakukan sedikitnya setahun; Tinggi = Fungsi sistem secara lengkap dan operatornya dilatih secara berkala untuk kegawatan, dan uji sistem dilakukan sedikitnya sekali setahun. | OK | | 1 | |
| 126. External stakeholder directory 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. | OK | | 1 | |
| 127. Berbagai Prosedur untuk Berkomunikasi dengan Publik dan Media Tingkat keamanan: Rendah = Prosedure tidak tersedia, tidak ada orang kunci yang ditunjuk; Rata-rata = Prosedure tersedia dan nominasi orang kunci terlatih; Tinggi = Prosedure tersedia, nominasi orang kunci sudah terlatih, dan prosedurenya diuji sedikitnya sekali setahun. | OK | | 1 | |
| 128. Manajemen Informasi Pasien Tingkat keamanan: Rendah = Prosedur untuk situasi kegawatan tidak tersedia; Rata-rata = Prosedure untuk situasi kegawatan dan tenaganya terlatih tapi tidak tersedia sumber daya nya; Tinggi = Prosedure untuk situasi kegawatan tersedia, tenaganya terlatih, dan sumber daya tersedia. | OK | | 1 | |
| 4.4 Sumber daya manusia | Control | Safety level | | |
| | | Low | Average | High |
| 129. Daftar Kontak Staf 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. | OK | | 1 | |
| 130. Ketersediaan Staf Tingkat keamanan: Rendah = Tersedia kurang dari 50% staf untuk berlari ke tiap departemen; Rata-rata = Tersedia 50-80% staf; Tinggi = Tersedia 80-100% staf. | OK | | 1 | |
| 131. Mobilisasi dan rekrutmen tenaga selama terjadi kegawatan atau 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 kegawatan tidak tersedia; Tinggi = Prosedur tersedia, tenaganya terlatih, dan tersedia pula sumber daya manusia untuk situasi kegawatan. | OK | | 1 | |
| 132. Kejelasan tugas-tugas dari tenaga dalam penanganan respon kegawatan atau bencana serta pemulihannya Tingkat keamanan: Rendah = Penunjukan kegawatan 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. | OK | | 1 | |
| 133. Ketersediaan tenaga RS selama terjadi kegawatan dan bencana 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. | OK | | 1 | |
| 4.5 Logistik dan Keuangan | Control | Safety level | | |
| | | Low | Average | High |
| 134. Persetujuan dengan suplier lokal dan vendor unuk kegawatan dan bencana. Tingkat Keamanan : Rendah = Tidak adanya pengaturan yang tersedia; Rata-rata = Pengaturan ada, tapi tidak bekerja optimal; Tinggi = Tersedianya pengaturan dan beroperasi secara maksimal. | OK | | 1 | |
| 135. Transportasi selama terjadi kegawatan Tingkat keamanan: Rendah = Tidak tersedianya angkutan dan kendaraan lain serta transportasi lainnya; Rata-rata = Beberapa kendaraan tersedia, tetapi tidak dalam jumlah yang mencukupi untuk suatu kegawatan masal; Tinggi = Tersedianya kendaraan memadai dalam jumlah cukup untuk kegawatan/bencana. | OK | | 1 | |
| 136. Makanan dan Minuman selama terjadi kegawatan Tingkat keamanan: Rendah = Prosedur penyediaan makanan dan minuman untuk kegawatan 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. | OK | | | 1 |
| 137. Sumber Keuangan untuk kegawatan dan bencana Tingkat keamanan: Rendah = Anggaran kegawatan atau mekanisme akses dana kegawatan tidak tersedia; Rata-rata = Dana dianggarkan dan berbagai mekanisme tersedia tetapi tidak mencakup lebih dari 72 jam; Tinggi = Dana cukup untuk garansi 72 jam. | OK | | | 1 |

| 4.6 Patient care and support services | Control | Safety level | | |
|--|----------------|---------------------|----------------|-------------|
| | | Low | Average | High |
| 138. Kelanjutan kegawatan dan pelayanan kritis tingkat keamanan : rencana = tidak ada prosedur-prosedur atau ada hanya sebatas dokumen; Rata-rata = Berbagai prosedur terdistribusi 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 | OK | | 1 | |
| 139. Kelanjutan dukungan pelayanan klinik penting tingkat keamanan : rencana = 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 tindakan mendadak | OK | | 1 | |
| 140. Gendakan ruang yang siap dipakai untuk insiden mendadak tingkat keamanan : rencana = tidak adanya ruang peruisan; rata-rata = Terdapat ruang; perlengkapan, persediaan dan berbagai prosedur tersedia untuk peluasan yang diperlukan dan staf juga di training, tetapi pengujiannya dilakukan; Tinggi = Berbagai prosedur tersedia dan telah diuji coba, tenaganya ditraining, serta tersedianya sumber daya untuk tindakan mendadak | OK | | 1 | |
| 141. Triase untuk kegawatan utama dan bencana tingkat keamanan : rencana = Lesain 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 kegawatan dan bencana; Tinggi = Lokasi dan prosedur-prosedur tersedia dan telah diuji cobakan, tenaganya terlatih, serta tersedianya sumber daya | OK | | 1 | |
| 142. Tandu triase dan persediaan logistik lain untuk kecelakaan tingkat keamanan : rencana = tidak tersedia; Rata-rata = Persediaan tersedia sedikitnya 72 jam dari maksimal kapasitas RS; Tinggi = Persediaan digaransi untuk sedikitnya 72 jam maksimal tindakan mendadak | OK | | 1 | |
| 143. Sistem rujukan, transfer dan penerimaan pasien. tingkat keamanan : rencana = 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 kegawatan dan bencana; Tinggi = Berbagai prosedur tersedia dan telah diuji cobakan, tenaganya telah di training, dan berbagai sumber daya tersedia untuk tindakan mendadak | OK | | 1 | |
| 144. Prosedur Surveillance infeksi, pencegahan dan pengendalian tingkat keamanan : rencana = 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 kegawatan dan bencana rendah, termasuk epidemik, tidak tersedia; Tinggi = Tersedianya kebijakan dan prosedur, pencegahan infeksi dan pengendalian terukur di tempat, tersedianya sumber daya untuk tindakan mendadak | OK | | 1 | |
| 145. Pelayanan Psikososial tingkat keamanan : rencana = 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 kegawatan dan bencana tidak mencukupi; Tinggi = Tersedia berbagai prosedur, tenaga terlatih, serta tersedianya sumber daya untuk penerapan berbagai prosedur tindakan mendadak | OK | | 1 | |
| 146. Prosedur Penanganan Jenazah pada kecelakaan fatal masalah tingkat keamanan : rencana = prosedur untuk penanganan fatal masalah tidak tersedia atau hanya tersedia dalam bentuk dokumen; Rata-rata = Prosedur-prosedur tersedia dan tenaganya terlatih, tapi tingkat ketersediaan sumber daya untuk situasi kegawatan dan bencana tidak mencukupi; Tinggi = Tersedia prosedur, tenaganya terlatih, dan tersedia sumber daya untuk penerapan prosedur pada tindakan mendadak | OK | | 1 | |
| 4.7 Evacuation, decontamination and security (Evakuasi, pencegahan kontaminasi dan keamanan) | Control | Safety level | | |
| | | Low | Average | High |
| 147. Evacuation plan tingkat keamanan : rencana = 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 | OK | | 1 | |
| 148. Pencegahan kontaminasi hazard kimia dan biologis tingkat keamanan : rencana = 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 | OK | | 1 | |
| 149. Perlengkapan perlindungan diri dan isolasi terhadap penyakit infeksius dan epidemi. tingkat keamanan : rencana = 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 perlengkapan dekontaminasi | OK | | | 1 |
| 150. Emergency standby procedures (Prosedur Keamanan tingkat keamanan : rencana = 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 tersedianya sumber daya untuk tindakan mendadak | OK | | 1 | |
| 151. Computer system network security (Jaringan sistem Komputer tingkat keamanan : rencana = 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 | OK | | 1 | |

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)

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 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 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 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 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 fuller.

$$\text{Range} = \text{Upper horizontal weight} - \text{lower horizontal weight} = 0,75$$

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 menghadapi 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 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 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 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.

$$\text{Overall safety index} = 0,42$$

| Safety index | Klasifikasi | Implementasi |
|--------------|-------------|---|
| 0 – 0.35 | C | Keselamatan suatu fasilitas kesehatan dan isinya berada dalam risiko saat menghadapi 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.

$$\text{Overall health facility status: } \underline{\underline{\mathbf{B}}}$$

