

2026  
**LAPORAN  
PENINGKATAN MUTU  
DAN KESELAMATAN  
PASIEN TW II**

*Prima Melayani Tulus Mengasih*

**Jl. Barito No. 5 Pekalongan**

Telp, (0285)-423491, IGD (0285) 432003,   
Fax. (0285)- 432002

rs\_br@yahoo.co.id 



## FORMULIR FEEDBACK

Pengajuan dari : Komite Mutu  
Perihal tentang : Feedback Laporan Mutu Triwulan II Tahun 2025  
Tanggal : 15 Juli 2025

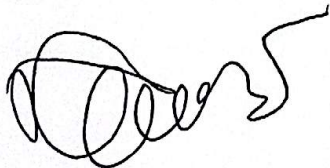
Ditujukan kepada :

- Komite mutu
- Ka. Bidang/Ka. Bagian
- Ka. Unit
- PIC Data Unit

Feedback :

- Tingkatkan kembali indikator yang belum mencapai target dengan mengikuti rencana tindak lanjut yang telah dibuat
- Tingkatkan terus budaya melapor terkait insiden keselamatan pasien dan budaya keselamatan dirumah sakit tanpa budaya *blaming, shaming, naming*
- Terus melakukan pencegahan dari daftar-daftar risiko yang telah ada untuk mencegah terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan
- Tingkatkan kepatuhan dalam melaporkan data capaian indikator mutu bulanan dengan waktu yang telah ditentukan

Pekalongan, 15 Juli 2025



dr. FX Indra Setiadi, MARS, CHAE  
Direktur RSUD Budi Rahayu

## FORMULIR FEEDBACK

Pengajuan dari : Komite Mutu  
Perihal tentang : Feedback Laporan Mutu Triwulan II Tahun 2025  
Tanggal : 21 Juli 2025

Ditujukan kepada :

- Direktur RSU Budi Rahayu

Feedback :

- Terus tingkatkan indikator yang belum mencapai target dengan menjelaskan rencana tindak lanjut yang telah dibuat
- Tingkatkan terus budaya melapor terkait insiden keselamatan pasien dan budaya keselamatan dirumah sakit tanpa budaya *blamming, shamming, naming*
- Setiap unit membuat daftar risiko diunitnya bersama dengan komite mutu
- Tingkatkan kembali ketepatan pelaporan indikator mutu ke komite mutu sesuai dengan waktu yang telah ditentukan

Pekalongan, 21 Juli 2025



Sr. Maria Yosi SND  
Ketua Yayasan Santa Maria Pekalongan

## KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Laporan Triwulan II Tahun 2025 Komite Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan ini dapat terselesaikan.

Laporan Triwulan II Tahun 2025 ini dimaksudkan untuk memberikan informasi mengenai data kinerja dan pertanggungjawaban mengenai penyelenggaraan tata kelola mutu di RSUD Budi Rahayu Pekalongan. Laporan ini juga merupakan bentuk pertanggungjawaban Komite Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan mengenai pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan dalam bentuk program dan kegiatan dalam kurun waktu April – Juni Triwulan II Tahun 2025.

Laporan Komite Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan 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 RSUD Budi Rahayu Pekalongan.

Akhir kata, semoga laporan ini dapat memberikan manfaat untuk Komite Mutu dan seluruh unit kerja di RSUD Budi Rahayu Pekalongan.

Pekalongan, Juli 2025

Ketua Komite Mutu

## DAFTAR ISI

|  |  |
|--|--|
| LEMBAR PERSETUJUAN .....                           |  |
| KATA PENGANTAR.....                                |  |
| DAFTAR ISI.....                                    |  |
| <b>BAB I: PENDAHULUAN .....</b>                    |  |
| 1.1 Latar Belakang .....                           |  |
| 1.2 Maksud dan Tujuan.....                         |  |
| 1.3 Ruang Lingkup .....                            |  |
| 1.4 Sistematika Penulisan.....                     |  |
| <b>BAB II: ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN.....</b>    |  |
| 2.1 Hambatan Tahun Lalu .....                      |  |
| 2.2 Kelembagaan .....                              |  |
| 2.2.1 Struktur Organisasi .....                    |  |
| 2.2.2 Tugas dan Fungsi.....                        |  |
| 2.3 Sumber Daya .....                              |  |
| 2.3.1 Sumber Daya Manusia (SDM) .....              |  |
| 2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana.....        |  |
| <b>BABIII:TUJUAN DAN SASARAN KERJA.....</b>        |  |
| 3.1 Dasar Hukum.....                               |  |
| 3.2 Tujuan,Sasaran dan Indikator .....             |  |
| 3.2.1 Tujuan .....                                 |  |
| 3.2.2 Sasaran dan Indikator.....                   |  |
| <b>BABIV:STRATEGI PELAKSANAAN.....</b>             |  |
| 4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran.....    |  |
| 4.2 Hambatan dalam PelaksanaanTujuan.....          |  |
| 4.3 Upaya Tindak Lanjut.....                       |  |
| 4.4 Inovasi Komite Mutu.....                       |  |
| <b>BABV:HASIL KERJA.....</b>                       |  |
| 5.1 Realisasi Program Mutu RS.....                 |  |
| 5.1.1 Realisasi Program Peningkatan Mutu.....      |  |
| 5.1.2 Realisasi Program Keselamatan Pasien.....    |  |
| 5.1.3 Realisasi Program Manajemen Risiko.....      |  |
| 5.2 Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM).....  |  |
| 5.3 Pencapaian Indikator Mutu Prioritas (IMP)..... |  |

|               |   |
|---------------|---|
| 5.4           | Pencapaian Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).....          |
| 5.5           | Pencapaian Indikator Mutu Unit.....                                     |
| 5.6           | Evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK)/ <i>ClinicalPathway</i> (CP)..... |
|               | Pencapaian Keselamatan Pasiendan Budaya Keselamatan                     |
| 5.6.1         | Pencapaian Keselamatan Pasien.....                                      |
| 5.6.2         | LaporanInsiden Keselamatan Pasien.....                                  |
| 5.6.3         | Pencapaian Budaya Keselamatan.....                                      |
| 5.7           | Pencapaian Manajemen Risiko.....  |
|               | Akreditasi/Verifikasi Akreditasi Rumah Sakit.....                       |
| <b>BAB VI</b> | <b>: PENUTUP</b> .....  |
| 6.1           | Kesimpulan.....   |
| 6.2           | Rekomendasi.....  |

# **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. RSUD Budi Rahayu Pekalongan yang selanjutnya disebut RSUD Budi Rahayu Pekalongan adalah Rumah Sakit yang melaksanakan tugas di bidang pelayanan kesehatan perorangan. Komite Mutu Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur Rumah Sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit.

Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan tata kelola mutu. Tata kelola mutu dilakukan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit. Penyelenggaraan tata kelola mutu dilakukan oleh Komite Mutu. Tujuan penyelenggaraan tata kelola mutu adalah peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Budi Rahayu Pekalongan secara menyeluruh melalui perbaikan mutu berkesinambungan. Dalam rangka mencapai tujuan, ditetapkan 5 (lima) sasaran sebagai berikut:

1. Terlaksananya pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
2. Terlaksananya pemilihan, pengumpulan, analisis dan validasi data indikator mutu;
3. Terlaksananya pencapaian dan mempertahankan perbaikan;
4. Terlaksananya pelaporan dan analisis Insiden Keselamatan Pasien (IKP);
5. Terlaksananya manajemen risiko Rumah Sakit.

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 rumah sakit.

Kegiatan manajemen risiko dalam bentuk upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat diartikan sebagai kegiatan secara integratif untuk memantau dan menilai mutu pelayanan, memecahkan masalah yang terjadi serta mencari jalan keluar yang paling tepat agar mutu pelayanan dan keselamatan pasien tetap terjaga dengan baik. Pelaksanaan kegiatan manajemen risiko ini didasari oleh regulasi nasional yang diatur secara bertahap. Peraturan yang utama tertuang dalam Undang-Undang tentang Rumah Sakit nomor 44 tahun 2009/2023 dinyatakan bahwa pasien berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu, efektif dan efisien, adil, jujur, tanpa diskriminasi. Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien melalui pelaporan insiden, menganalisis dan menetapkan pemecahan masalah dengan memegang teguh konsep manajemen risiko dan prinsip efisiensi. Disebutkan juga dalam Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan bahwa rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna, setiap orang memiliki hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 80 tahun 2020/2024 tentang Komite Mutu disebutkan bahwa Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan tata kelola mutu. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 11 tahun 2017/2023 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, RSUD Budi Rahayu 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 RSUD Budi Rahayu Pekalongan. Manajemen risiko dapat diterapkan ke seluruh satuan kerja lingkup RSUD Budi Rahayu Pekalongan.

Penyelenggaraan tata kelola mutu Rumah Sakit selanjutnya akan dievaluasi dan dilaporkan secara berkala oleh Komite Mutu kepada Direktur untuk dilaporkan kepada Pemilik Rumah Sakit. Laporan berkala merupakan bentuk pertanggung jawaban kinerja Komite Mutu Rumah Sakit yang disusun terdiri atas Laporan Triwulan, Semester dan Laporan Tahunan, dimana ketiganya merupakan laporan pelaksanaan tugas dan fungsi yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja Komite Mutu Rumah Sakit dalam kurun waktu triwulan, satu semester maupun satu tahun. Laporan berkala ini menjadi media informasi, *feedback*, dan sebagai bahan evaluasi terhadap penyelenggaraan tata kelola mutu Rumah Sakit. Laporan ini dimaksudkan untuk mengetahui dan menilai sejauh mana pencapaian kinerja dan progres program yang terlaksana disetiap periodenya dengan mengacu pada Program Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan tahun 2025.

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

Komite Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan sebagai bentuk pertanggung jawaban kepada Direktur Rumah Sakit membuat laporan berkala (Laporan Trimester, Semester dan Laporan Tahunan). Maksud penyusunan Laporan Triwulan II Tahun 2025 adalah sebagai laporan pertanggungjawaban tentang penyelenggaraan tata kelola mutu Rumah Sakit dengan tujuan untuk meningkatkan mutu Rumah Sakit dan mempertahankan standar pelayanan di RSUD Budi Rahayu Pekalongan.

Laporan Triwulan II Tahun 2025 Komite Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan merupakan rangkuman dari suatu proses penyelenggaraan tata kelola mutu di masing-masing unit kerja Rumah Sakit. Laporan ini dapat memberikan gambaran tentang

pencapaian penyelenggaraan mutu Rumah Sakit dengan memperhatikan 7 (tujuh) dimensi mutu, yaitu: aman, adil, berorientasi pasien, tepat waktu, efektif, efisien, dan terintegrasi

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*.

## **1.2 MAKSUD DAN TUJUAN**

### **Maksud :**

Laporan Triwulan II Komite Mutu ini disusun sebagai bentuk pertanggung jawaban atas pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Budi Rahayu Pekalongan selama periode April hingga Juni 2025. Laporan ini juga menjadi sarana evaluasi dan refleksi atas capaian program kerja, pemantauan indikator, serta tindak lanjut hasil audit mutu internal maupun eksternal.

### **Tujuan :**

1. Menyampaikan capaian kegiatan Komite Mutu selama triwulan II tahun 2025
2. Mengevaluai pelaksanaan program kerja komite mutu sesuai dengan rencana kerja tahunan
3. mengidentifikasi hambatan dan upaya perbaikan yang dilakukan dalam pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
4. Memberikan rekomendasi untuk perbaikan berkelanjutan dalam penyelenggaraan mutu rumah sakit.
5. menjadi dasar dalam perencanaan kegiatan mutu di triwulan II berikutnya.

## **1.3 RUANG LINGKUP**

Ruang lingkup laporan ini adalah laporan tentang penyelenggaraan tata kelola mutu di RSUD Budi Rahayu Pekalongan terkait upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko Rumah Sakit dalam kurun waktu April-Juni Triwulan II tahun 2025

## 1.4 SISTEMATIKA PENULISAN

Laporan Triwulan II Tahun 2025 Komite Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan menjelaskan pencapaian terhadap penyelenggaraan tata kelola mutu Rumah Sakit pada Bulan April-Juni Triwulan II Tahun 2025. Capaian tersebut mengacu kepada upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko Rumah Sakit. Sistematika penyajian laporan adalah sebagai berikut:

### **BabI. Pendahuluan**

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

### **BabII. 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 RSUD Budi Rahayu dalam kurun waktu Januari-Maret Triwulan I Tahun 2025 meliputi sumber daya manusia dan sumber daya sarana prasarana.

### **BabIII. Tujuan Dan Sasaran Kerja**

Pada bab ini menguraikan tentang dasar hukum yang menjadi acuan dalam menetapkan tujuan, sasaran, dan indikator RSUD Budi Rahayu. 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.

### **BabIV. 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.

### **BabV. Hasil Kerja**

Pada bab ini menguraikan tentang hasil pencapaian dari penyelenggaraan tatakelola mutu RS. Hasil kinerja meliputi capaian Program Mutu RS, Indikator Mutu Nasional, Indikator Mutu Prioritas, Mutu Layanan Unggulan: *Personal Development Care (PDC)*, Mutu Program Nasional, Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Mutu Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3), Indikator Mutu Unit, Evaluasi Panduan Praktik Klinik (PPK) / Clinical pathway (CP), Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan, Manajemen Risiko, dan Akreditasi RS.

## **BabVI. Penutup**

Pada bab ini menguraikan kesimpulan dan rekomendasi dari uraian sebelumnya.

## **BAB II**

### **ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN**

#### **2.1 HAMBATAN TAHUN LALU**

Hambatan-hambatan dalam pelaksanaan program mutu tahun 2025 adalah :

##### **1. SUB KOMITE MUTU**

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

##### **2. SUB KOMITE KESELAMATAN PASIEN**

- a. Seluruh petugas belum memiliki pemahaman yang sama tentang keselamatan pasien dan budaya keselamatan Rumah Sakit;
- b. Pelaporan insiden keselamatan pasien belum tepat waktu;
- c. Monitoring dan evaluasi keselamatan pasien belum optimal;
- d. Supervisi berjenjang belum optimal;
- e. Budaya mutu dan keselamatan pasien belum optimal.

##### **3. SUB KOMITE MANAJEMEN RISIKO**

- a. Pemantauan manajemen risiko ke ruangan-ruangan belum optimal;
- b. Program manajemen risiko unit kerja belum terlaksana dengan optimal;
- c. Pendampingan manajemen risiko unit kerja belum optimal;



## **2.2.2 Tugas Dan Fungsi**

### **TUGAS**

Komite Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan bertugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit sebagai berikut:

1. Sebagai motor penggerak penyusunan program PMKP Rumah Sakit;
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 ditingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas Rumah Sakit secara keseluruhan. Prioritas program Rumah Sakit 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 Rumah Sakit;
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 Rumah Sakit.

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, Komite Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan memiliki fungsi:

1. Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja tingkat Rumah Sakit serta menindak lanjuti hasil capaian indikator tersebut;
2. Pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
3. Pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu /indikator mutu, dan menindak lanjuti hasil capaian indikator

mutu;

4. Fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
5. Fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
6. Pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
7. Koordinasi dan komunikasi dengan Komite Medis dan Komite lainnya, Satuan Pemeriksaan Internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf;
8. Pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit
9. Pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
10. Penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu;
11. Penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien, Komite Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan memiliki fungsi:

1. Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien Rumah Sakit;
2. Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit 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 RSUD Budi Rahayu Pekalongan memiliki fungsi:

1. Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
2. Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit 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. Pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
7. Pelaksanaan pelatihan manajemen risiko;
8. Penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.

Selain melaksanakan fungsi tersebut, Komite Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan juga melaksanakan fungsi persiapan dan penyelenggaraan Verifikasi Akreditasi Rumah Sakit.

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

Komite Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan dipilih diangkat, dan diberhentikan oleh Direktur yang terdiri atas:

1. Ketua;
2. Sekretaris;
3. Anggota Sub komite Peningkatan Mutu;
4. Anggota Sub komite Keselamatan Pasien;
5. Anggota Sub komite Manajemen Risiko.

## **2.2 SUMBER DAYA**

### **2.3.2 Sumber Daya Sarana dan Prasarana**

#### **Sumber Daya Sarana dan Prasarana**

Komite Mutu berada di Gedung Lt 1 yang dilengkapi sarana dan prasarana untuk menunjang penyelenggaraan tata kelola mutu sebagai berikut :

Tabel2.1  
Sarana dan Prasarana Komite Mutu  
RSU Budi Rahayu

| NO | NAMA SARPRAS | TA Tahun 2025   |         |                  | KET |
|----|--------------|-----------------|---------|------------------|-----|
|    |              | SARPRAS<br>AWAL | (+)/(-) | SARPRAS<br>AKHIR |     |
| 1  | Meja Kerja   | 1               | -       | 1                |     |
| 2  | Kursi        | 1               | -       | 1                |     |
| 3  | Meja Rapat   | 1               | -       | 1                |     |
| 4  | Lemari Arsip | 1               | -       | 1                |     |
| 5  | Komputer/PC  | 1               | -       | 1                |     |

**BAB III.**  
**TUJUAN DAN SASARAN KERJA**

**3.1 DASAR HUKUM**

Dasar hukum penyelenggaraan tata kelola mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan 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 Presiden Nomor 35 tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);
7. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 159 Tahun 2015);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan;

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 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/ Menkes /1128/ 2022 Tentang Standar Akreditasi RS;

## **3.2 TUJUAN SASARAN DAN INDIKATOR**

### **3.2.1 Tujuan**

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

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

Gambar3.1

### Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan



Mutu harus menjadi DNA dari sistem Rumah Sakit dan menjadi dasar kegiatan di RSUD Budi Rahayu Pekalongan. Secara rinci, mutu yang dilaksanakan harus:

1. Menjamin bahwa sistem kesehatan memiliki infra struktur informasi dan teknologi informasi yang dapat mengukur dan melaporkan mutu Rumah Sakit;
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 *Universal Health Coverage (UHC)* menguatkan mutu Rumah Sakit dalam sistem pelayanan kesehatannya;
7. Menguatkan kemitraan antara penyedia dan penerima pelayanan kesehatan sehingga mendorong upaya peningkatan mutu;
8. Melakukan riset untuk peningkatan mutu pelayanan.

Tujuan penyelenggaraan tata kelola mutu adalah mempertahankan mutu dan keselamatan pasien RSUD Budi Rahayu Pekalongan. Pengaturan tata kelola mutu bertujuan untuk:

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

Pengaturan Keselamatan Pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Tujuan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) adalah untuk 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. Rumah Sakit menyediakan perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi dengan desain sistem yang baik.

Penerapan Manajemen Risiko di RSUD Budi Rahayu Pekalongan bertujuan untuk :

1. Melaksanakan fungsi manajemen resiko di organisasi (entitas) untuk memastikan semua resiko 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 resiko;
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 RSUD Budi Rahayu Pekalongan bermanfaat untuk:

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

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

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

### 3.2.2 Sasaran dan Indikator

Sasaran adalah hasil yang akan dicapai secara nyata dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam Triwulan II tahun 2025. Indikator adalah ukuran tingkat keberhasilan pencapaian sasaran untuk diwujudkan pada Triwulan II tahun 2025. Setiap indikator disertai dengan rencana target masing-masing yang mengacu pada dokumen :

- Indikator Nasional Mutu (INM);
- Indikator Mutu Prioritas (IMP);
- Indikator Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
- Indikator Mutu Unit (IMU);
- Panduan Praktik Klinik (PPK) / *Clinical Pathway* (CP);
- Indikator Keselamatan Pasien dan Budaya Keselamatan RS;
- Manajemen Risiko RS;
- Akreditasi Rumah Sakit.

Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Budi Rahayu terdiri dari:

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

Sasaran kegiatan Manajemen Risiko di RSUD Budi Rahayu Pekalongan adalah sebagai berikut :

- Tersusunnya program kerja dan regulasi manajemen risiko Rumah Sakit yang telah dievaluasi;
- Terlaksananya penerapan program manajemen risiko di tingkat unit dan tingkat Rumah Sakit;
- Terlaksananya workshop mengenai Manajemen Risiko Rumah Sakit;
- Tersusunnya *Risk Register* Rumah Sakit berdasarkan *Risk Register* unit-unit di Rumah Sakit;

- Tersusunnya Identifikasi Risiko Unit, Analisa Risiko dan Prioritas Risiko Rumah Sakit;
- Adanya pelaporan *Risk Register* Rumah Sakit dan Strategi pengurangan risiko di rumah sakit;
- Memandu pemilihan minimal satu analisa secara proaktif terhadap proses berisiko tinggi yang diprioritaskan untuk dilakukan Analisa FMEA setiap tahun;
- Adanya manajemen terkait tuntutan atau klaim;
- Terlaksananya pemantauan terhadap rencana penanganan dan melaporkan kepada Direktur dan Representatif pemilik / Dewan Pengawas setiap 6 bulan;

## **BAB IV**

### **STRATEGI PELAKSANAAN**

#### **4.1 STRATEGI PENCAPAIAN TUJUAN DAN SASARAN**

Strategi-strategi umum yang dilakukan Komite Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan adalah:

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

Strategi-strategi peningkatan mutu di RSUD Budi Rahayu Pekalongan adalah :

- Menginvestasikan sumber daya untuk membangun definisi operasional dan pengukuran mutu Rumah Sakit. Semua standar yang diperlukan untuk menjamin mutu Rumah Sakit perlu dikembangkan lengkap dengan metode pengukurannya;
- Menyediakan sumber daya dan panduan strategi peningkatan mutu dan dilakukan pengawasan berkala;
- Memperbaiki pemanfaatan pembiayaan dan strategi untuk perbaikan mutu Rumah Sakit. Perlu peningkatan kapasitas dan pelatihan agar Rumah Sakit dapat memberi layanan bermutu sesuai standar. Implementasi strategi dapat berupa pembuatan definisi operasional untuk tiap layanan dan melakukan pengawasan berkala;
- Kombinasi pelaksanaan berbagai strategi.

Strategi khusus untuk meningkatkan mutu Rumah Sakit adalah :

- Pimpinan berperan aktif dalam proses penentuan serta penilaian indikator mutu;
- Optimalisasi SDM dan sistem yang bersinergi dalam penyediaan data untuk pengukuran /indikator mutu;
- Review profil indikator Rumah Sakit ;
- Melakukan *Self Assessment Hospital Readiness* ;

- Penguatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) seluruh pegawai Rumah Sakit yang berkelanjutan;
- Melakukan koordinasi dengan unit kerja untuk upaya continuous quality improvement;
- Menyusun program mutu Rumah Sakit;
- Melakukan rapat feedback capaian mutu unit kerja setiap 3 (tiga) bulan;
- Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan ronde Komite Mutu;
- Pelaksanaan dan monitoring kepatuhan serta audit penerapan PPK/CP;
- Webinar, pelatihan, dan workshop yang diselenggarakan secara daring dan luring;
- Pelaporan bulanan seluruh indikator mutu RS;
- Pelaporan internal tentang program mutu RS kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas RS;
- Pelaporan eksternal Indikator Nasional Mutu (INM) setiap bulan dan self assessment hospital readiness pertriwulan ke aplikasi <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/>;
- Melakukan *continuous quality improvement* di seluruh unit kerja.
- Strategi-strategi menuju keselamatan pasien terdiri dari:
  - Membangun budaya keselamatan;
  - Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien. Ciptakan budaya adil dan terbuka.
  - Memimpin dan mendukung staf;
  - Menegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di RS.
  - Mengintegrasikan kegiatan manajemen risiko;
    - Membangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan
  - Mengembangkan sistem pelaporan;
    - Memastikan staf mudah untuk melaporkan insiden secara internal maupun eksternal (nasional).
  - Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat;
    - Mengembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.
  - Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien;
    - Mendorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.
- 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 Rumah Sakit adalah:

- Pimpinan berperan aktif dalam proses penentuan serta penilaian komponen /indikator mutu;
- Menyusun program keselamatan pasien Rumah Sakit yang telah dievaluasi;
- Meningkatkan peran aktif tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
- Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan keselamatan pasien Rumah Sakit;
- Webinar, pelatihan, dan workshop yang diselenggarakan secara daring dan luring;
- Pelaporan bulanan sasaran keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien Rumah Sakit ;
- Pelaporan internal tentang program keselamatan pasien kepada Direktur;
- Pelaporan eksternal Insiden Keselamatan Pasien (IKP) setiap bulan ke aplikasi <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/>;

Strategi-strategi penerapan Manajemen Risiko RSUD Budi Rahayu Pekalongan meliputi:

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

Strategi khusus manajemen resiko Rumah Sakit untuk mempertahankan mutu dan keselamatan pasien RSUD Budi Rahayu Pekalongan adalah:

- Membuat program kerja dan regulasi manajemen Risiko
- Membuat profil manajemen risiko Rumah Sakit;
- Webinar, pelatihan, dan workshop yang diselenggarakan secara daring dan luring;
- Penyusunan Profil Risiko dan FMEA Unit Kerja melalui Kelas Kecil;
- Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan manajemen risiko unit kerja terkait identifikasi risiko unit, analisis risiko, dan prioritas risiko rumah sakit;

- Pembuatan FMEA RS;

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 tim KPRS;
4. Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan keselamatan pasien RS;
5. Webinar, pelatihan, dan workshop yang diselenggarakan secara daring dan luring:
  - a. Workshop/Pelatihan Tatap Muka Implementasi RCA dan FMEA untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan ;
  - b. Workshop KPRS;
6. Pelaporan bulanan sasaran keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien RS;
7. Pelaporan internal tentang program keselamatan pasien kepada Direktur Utama;
8. Pelaporan eksternal Insiden Keselamatan Pasien (IKP) setiap bulan ke aplikasi <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/>;

Strategi-strategi penerapan Manajemen Risiko RSUD Budi Rahayu Pekalongan meliputi:

1. Melakukan penilaian risiko dan pengendalian risiko yang mempunyai dampak negatif
2. Menyiapkan sarana dan prasarana yang meliputi sumber daya manusia, infrastruktur, dan prosedur operasional standar;
3. Mengintegrasikan manajemen resiko dalam perencanaan, pelaksanaan dan pertanggung jawaban 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 resiko Rumah Sakit untuk mempertahankan mutu dan keselamatan pasien RSUD Budi Rahayu Pekalongan adalah:

1. Membuat program kerja dan regulasi manajemen Risiko
2. Membuat profil manajemen risiko Rumah Sakit;
3. Webinar, pelatihan, dan workshop yang diselenggarakan secara daring dan luring;
4. Penyusunan Profil Risiko dan FMEA Unit Kerja melalui Kelas Kecil;
5. Mengikuti webinar LAM-KPRS dengan tema Implementasi Manajemen Risiko dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
6. Workshop Manajemen Risiko “Penyusunan *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA) Unit Kerja;
7. Melakukan survei *Hazard Vulnerability Analysis* (HVA) dan *Hospital Safety Index*

(HSI).

8. Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan manajemen risiko unit kerja terkait identifikasi risiko unit, analisis risiko, dan prioritas risiko rumah sakit;
9. Pembuatan FMEA RS;

#### 4.2 HAMBATAN DALAM PELAKSANAAN TUJUAN

Komite Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan 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:

- *Man :*
  - a. Pemahaman mutu, budaya keselamatan, dan manajemen risiko belum optimal;
  - b. Pelaporan indikator mutu Rumah Sakit belum real time;
  - c. Mutu belum optimal dalam melaksanakan tugas dan fungsinya
  - d. Budaya pelaporan IKP belum optimal dan belum tepat waktu;
  - e. Apabila ada Komite Mutu cuti, sakit, dll, tidak lapor ke atasan langsung, sehingga pelaporan terlambat /harus diingatkan.
  - f. Pembuatan *Risk Register* unit kerja terkumpul 91%;
  - g. Penyusunan FMEA unit kerja terkumpul (standar 1 FMEA setiap tahun);
  - h. Pemahaman manajemen risiko belum optimal dan merata;
- *Method:*
  - a. Pendampingan ke unit kerja secara daring dan luring belum optimal;
  - b. Sosialisasi dan edukasi belum optimal;
  - c. Metode edukasi keselamatan pasien belum optimal;
  - d. Supervisi mutu dan keselamatan pasien belum terlaksana;
  - e. Pengelolaan dan pemantauan manajemen risiko belum berkesinambungan;
  - f. Penggunaan tools monitoring dan evaluasi manajemen risiko belum optimal;
  - g. Pelaporan pemantauan manajemen risiko unit kerja belum terdokumentasi dengan optimal.
- *Machines:*
  - a. Pelaporan KPRS dan pelaporan IKP belum terintegrasi (masih menggunakan *spreadsheet*);
  - b. Pelaporan dan pemantauan manajemen risiko belum terintegrasi (masih menggunakan *spreadsheet*);

- *Materials:*  
Adanya transisi demografi dan *new emerging dan reemerging disease*;

### 4.3 UPAYA TINDAK LANJUT

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

- *Man:*
  - a. Peningkatan kompetensi Komite Mutu dalam rangka optimalisasi capaian program mutu, budaya keselamatan, dan manajemen risiko melalui seminar, workshop, pelatihan, dll;
  - b. Optimalisasi pendampingan dan monev Sub komite sesuai dengan pembagian area yang ada;
  - c. Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan IKP tepat waktu;
  - d. Membangun budaya keselamatan RS;
  - e. Terkait Duta KPRS, Kepala ruangan diminta untuk menunjuk petugas baru untuk menjadi Duta KPRS baru sehingga monev di ruangan tetap dapat dilaksanakan;
  - f. Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan IKP tepat waktu;
  - g. Meningkatkan kesadaran pentingnya penyusunan profil risiko dan FMEA unit kerja tepat waktu;
  - h. Melakukan supervisi mutu dan keselamatan pasien;
  - i. Mendorong penelitian di bidang mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko.
- *Method:*
  - a. Peningkatan kompetensi Sub Komite Manajemen Risiko dalam rangka optimalisasi capaian program melalui seminar, workshop, pelatihan, dll;
  - b. Pendampingan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko ke unit kerja secara daring dan luring;
  - c. Pendampingan unit kerja untuk pelaporan IKP internal dan eksternal tepat waktu;
  - d. Pendampingan dan supervisi unit kerja terkait pembuatan risk register dan FMEA;
  - e. Pendampingan kegiatan manajemen risiko ke unit kerja secara daring dan luring;
  - f. Optimalisasi pendampingan, monitoring, dan evaluasi sesuai dengan pembagian area yang ada (1 petugas : 4 area);
  - g. Sosialisasi dan edukasi tentang mutu, keselamatan pasien, budaya keselamatan, dan manajemen risiko;
  - h. Memodifikasi kegiatan sosialisasi dan edukasi melalui media cetak, elektronik, maupun daring;

- i. Supervisi mutu dan keselamatan pasien dijadwalkan per semester;
  - j. Pengelolaan dan pemantauan manajemen risiko dilaksanakan setiap bulan oleh Sub Komite Manajemen Risiko sesuai pembagian areanya;
  - k. Optimalisasi pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan pasien di seluruh unit kerja RS;
  - l. Pengoptimalan pemakaian *tools* pemantauan manajemen risiko setiap Ronde Komite Mutu;
  - m. Mendorong unit kerja melakukan pemantauan dan pengelolaan manajemen risiko yang terdokumentasi dan dilaporkan setiap bulan ke Subkomite Manajemen Risiko.
- *Machines:*
    - a. Implementasi aplikasi *Google Form* dan *Spredsheet* untuk mutu dan keselamatan pasien dilakukan evaluasi setiap bulan;
    - b. Penyempurnaan dan pengembangan aplikasi ;
    - c. Usulan pembuatan sistem untuk pelaporan insiden keselamatan pasien internal;
    - d. Pengembangan aplikasi manajemen risiko pada aplikasi “*Data Center Rumah Sakit*”;
  - *Materials:*

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

#### 4.4 **INOVASI KOMITE MUTU**

Komite Mutu RSUD Budi Rahayu melakukan kegiatan inovasi yang sudah di buat pada tahun sebelumnya sebagai berikut:

- *Data Center RS;*
- Duta Mutu RS;
- *Department of The Month;*
- *Quality Improvement (QI) Championship.*

## BAB V

### HASIL KERJA

Strategi pencapaian tujuan dan sasaran merupakan penjabaran operasional kebijakan dan program sebagai upaya pencapaian target (Sasaran Kerja) Komite Mutu RSUD Budi Rahayu Pekalongan. 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 Triwulan II Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

#### 5.1 REALISASI PROGRAM MUTU RUMAH SAKIT

##### 5.1.1 Realisasi Program Mutu Peningkatan Mutu

Realisasi Program Peningkatan Mutu Triwulan II Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1  
Realisasi Program Peningkatan Mutu Triwulan II  
Tahun 2025 RSUD Budi Rahayu

| NO | PROGRAM  | REALISASI   |
|----|--|---|
| 1  | Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu layanan Rumah Sakit.                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telah disusun regulasi terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit;</li> <li>• Penyusunan program mutu TA 2025.</li> </ul>  |
| 2  | Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit terkait perbaikan mutu di tingkat Rumah Sakit.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memberi masukan dan pertimbangan dalam bentuk laporan Komite Mutu yang dilaporkan setiap bulannya kepada Direktur Utama.</li> </ul>  |
| 3  | Pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindak lanjuti hasil capaian indikator tersebut . | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemilihan prioritas RS TA 2025 pada pelayanan bedah. Namun perlu dilakukan pemilihan prioritas menyesuaikan dengan standar Akreditasi Rumah Sakit yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan;</li> <li>• Pengukuran indikator mutu prioritas rutin dilakukan setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur Utama dengan beserta rekomendasinya.</li> </ul>  |
| 4  | Pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja .  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penerapan program mutu dipandu oleh Sub komite Mutu dengan pembagian area 1:4 (1 petugas 4 area);</li> <li>• Dilakukan monev rutin langsung ke unit kerja untuk memantau penerapan mutu;</li> <li>• Dilakukan supervise mutu dan keselamatan pasien rutin tiap 6bulan;</li> <li>• 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;</li> </ul> |

|    |  |   |
|----|--|---|
| 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"> <li>• Pemilihan prioritas perbaikan TA 2025 sudah dilakukan pada bulan November 2024 melalui rapat dengan manajemen dan Kepala Unit Kerja. Namun perlu dilakukan pemilihan dan penetapan Kembali indikator mutu prioritas menyesuaikan dengan standar Akreditasi Rumah Sakit dari Kemenkes;</li> <li>• Dilakukan evaluasi terhadap mutu/indikator mutu yang belum mencapai standar;</li> <li>• Pengukuran mutu prioritas dan tindak lanjutnya dilakukan rutin setiap bulan.</li> </ul>   |
| 6  | Fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrument untuk pengumpulan data.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudah dilakukan review profil indikator untuk pemilihan dan penetapan indikator mutu TA 2025 pada bulan November 2024 yang dihadiri oleh manajemen dan Kepala Unit Kerja;</li> <li>• Setiap unit kerja dapat mengusulkan indikator baru yang dapat mengungkit kinerja unit tersebut pada indikator yang sudah dicapai 100% selama 2 (dua) tahun berturut-turut;</li> </ul>   |
| 7  | Fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilakukan optimalisasi implementasi dan pengembangan Aplikasi Speedsheet dan Implementasi Aplikasi ini dievaluasi rutin setiap bulannya;</li> <li>• Pelaporan data dari unit kerja Sebagian besar sudah dilakukan dengan tepat waktu pada tanggal 5 setiap bulannya, dan sebagian lagi dikumpulkan maksimal pada tanggal 8;</li> <li>• Telah dilakukan validasi data indikator mutu unit yang mengalami perubahan pengumpul data tahun 2024 dan sudah dilakukan publikasi melalui website RS (Intranet)</li> </ul>   |
| 8  | Pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit.              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengumpulan, analisis capaian dan laporan beserta rekomendasi dari indikator mutu prioritas dan indikator nasional mutu (INM) sudah rutin dilakukan setiap bulannya;</li> <li>• Indikator Nasional Mutu (INM) dilaporkan kepada Direktur dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI dengan cara menginput hasil capaian ke dalam aplikasi SIMAR (<a href="http://mutufasyankes.kemkes.go.id/SIMAR">http://mutufasyankes.kemkes.go.id/SIMAR</a>)</li> </ul>   |
| 10 | Pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyusun regulasi penerapan mutu di Rumah Sakit;</li> <li>• Dukungan Rumah Sakit terkait sarana prasarana, fasilitas, dan alat kesehatan sesuai dengan standar;</li> <li>• Optimalisasi penerapan mutu Rumah Sakit 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, HandHygiene, dan Etika Batuk);</li> <li>• Memotivasi unit kerja untuk bersama-sama melaksanakan upaya quality improvement sesuai dengan standar tiap harinya, tidak hanya saat akan mendekati akreditasi/verifikasi akreditasi Rumah Sakit saja;</li> <li>• Melakukan monev terhadap kepatuhan pengisian dokumen rekam medik manual dan elektronik, memberi <i>feedback</i> kepada unit kerja, memotivasi agar petugas dapat melengkapi pengisian rekam medis tiap shiftnya, tidak hanya menunggu saat rekam medis akan dikembalikan. Baik rekam medis manual dan elektronik;</li> <li>• Menerapkan "Tulis apa yang dilakukan, Lakukan apa yang ditulis";</li> <li>• Diskusi terkait permasalahan mutu dengan unit kerja;</li> <li>• Melakukan ronde dengan tiga Subkomite setiap Hari Kamis untuk memantau penerapan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di unit kerja;</li> <li>• Unit kerja membuat display mutu yang <i>up to date</i> setiap semester sebagai acuan dalam upaya peningkatan mutu di masing-masing unit kerja;</li> </ul> |
|    |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan <i>continuous quality improvement</i> melalui kegiatan QL cup</li> </ul>   |
| 11 | Pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengkajian standar pelayanan, Pendidikan, dan penelitian dilakukan oleh seluruh Kepala Unit Kerja melalui rapat koordinasi;</li> <li>• Meningkatkan kompetensi staf terhadap standar mutu Rumah Sakit melalui seminar, workshop, pelatihan, dll;</li> <li>• Memotivasi staf untuk melakukan <i>journal reading</i> yang berkaitan dengan mutu Rumah Sakit;</li> <li>• Melakukan review standar mutu Rumah Sakit (pelayanan, Pendidikan, dan penelitian) baik di Internal Komite Mutu maupun dengan unit kerja.</li> </ul>  |
| 12 | Penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pelatihan internal yang diselenggarakan oleh Sub komite Mutu sebagai berikut:</li> <li>▪ Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)</li> <li>▪ <i>Workshop Clinical Pathway</i></li> </ul>   |
| 13 | Penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur untuk mendapatkan <i>feedback</i> dan pembelajaran.</li> </ul>  |

### 5.1.1 Realisasi Program Keselamatan Pasien

Realisasi program keselamatan pasien Triwulan II Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.2  
Realisasi Program Peningkatan Keselamatan Pasien Triwulan II  
Tahun 2025 RSUD Budi Rahayu

| NO | PROGRAM  | REALISASI  |
|----|--|--|
| 1  | Penyusunan pedoman, dan Program kerja terkait keselamatan pasien Rumah Sakit;  | <ul style="list-style-type: none"> <li>o Penyusunan regulasi tahun 2025 mengacu pada STARKES;</li> <li>o Program kerja dibuat pada akhir tahun 2024.</li> </ul>  |
| 2  | Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Rumah Sakit dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>o Laporan insiden keselamatan pasien dilaporkan setiap tanggal 10 setiap bulannya;</li> <li>o Insiden keselamatan pasien dengan grading biru dan hijau dilakukan investigasi sederhana dan membuat rekomendasi berdasar analisis setiap insiden keselamatan pasien yang terjadi;</li> <li>o 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;</li> <li>o Laporan kejadian terkait perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan dilaporkan setiap bulan.</li> </ul>  |
| 3  | Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;   | <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien dan budaya keselamatan dilakukan oleh Subkomite KPRS dan tim KPRS melalui monev langsung ke unit kerja;</li> <li>o Penerapan program keselamatan pasien dipandu oleh Subkomite KPRS dengan pembagian 1:4 (1 petugas 4 area);</li> <li>o Meningkatkan peran KPRS yang telah berperan dalam penerapan keselamatan pasien di unit kerja;</li> <li>o Dilakukan Ronde Komite Mutu untuk melakukan pemantauan dan memandu penerapan program keselamatan pasien di unit kerja.</li> </ul>  |
| 4  | Motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;  | <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pemberian motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian melalui kegiatan monev dan supervisi yang dilaksanakan oleh Subkomite KPRS;</li> <li>o Konsultasi secara tidak langsung dilaksanakan melalui telepon;</li> <li>o Membuat sarana edukasi seperti leaflet dan spanduk sasaran keselamatan pasien;</li> <li>o Memotivasi PPA agar melaporkan insiden keselamatan pasien dan kejadian yang tidak mendukung budaya keselamatan 1x24 jam;</li> </ul>  |
| 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"> <li>o Pengumpulan data sasaran keselamatan pasien menggunakan <i>googlespreadsheet</i>;</li> <li>o Analisis capaian dilakukan pada indikator yang belum stabil capaiannya, indikator yang belum mencapai target, dan indikator yang sangat sulit tercapai;</li> <li>o Pelaporan data KPRS dilakukan tepat waktu pada tanggal 03 setiap bulannya ke Subkomite KPRS untuk dilaporkan ke Komite Mutu pada tanggal 05 setiap bulannya;</li> <li>o Pengumpulan, analisis capaian, dan laporan beserta rekomendasi untuk meningkatkan keselamatan pasien dilakukan setiap bulan</li> <li>o RCA telah dilaksanakan pada insiden keselamatan pasien dengan grading kuning dan merah.</li> </ul>   |
| 6  | Pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;   | <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pelaporan internal insiden keselamatan pasien 1x24 jam dilaksanakan melalui <a href="https://bit.ly/RSEBRpelaporanIKP">https://bit.ly/RSEBRpelaporanIKP</a>;</li> <li>o 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;</li> <li>o 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 kedalam aplikasi <a href="http://mutufasyankes.kemkes.go.id/">http://mutufasyankes.kemkes.go.id/</a>.</li> </ul> |
| 7  | Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien;   | <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pelatihan internal diselenggarakan Komite Mutu (Sub komite KPRS) sebagai berikut, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pelatihan KPRS</li> </ul> </li> <li>o Pelatihan eksternal dilakukan secara daring sebagai berikut, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Workshop/Pelatihan RCA dan FMEA di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</li> </ul> </li> </ul>  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| 8 | Penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur untuk mendapatkan feedback dan pembelajaran.</li> </ul> |
|---|--|--|

### 5.1.3 Realisasi Program Manajemen Risiko

Realisasi program manajemen risiko Triwulan II Tahun 2025 adalah:

Tab 15.3  
Realisasi Program Manajemen Risiko Triwulan I Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

| NO | PROGRAM   | REALISASI   |
|----|---|---|
| 1  | Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko rumah sakit. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Penyusunan Program Kerja Sub komite Manajemen Risiko Tahun 2025;</li> <li>Program manajemen risiko disusun dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku secara terintegrasi;</li> <li>Program manajemen risiko yang tertuang dalam Program Komite Mutu telah disetujui dan ditandatangani;</li> <li>Penyusunan Profil Risiko Tahun 2025 ditetapkan melalui SK Direktur</li> </ul>   |
| 2  | Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait manajemen risiko di RS; | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pemberian masukan dan pertimbangan terkait manajemen risiko dilaksanakan melalui rapat manajemen.</li> </ul>   |
| 3  | Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko dilakukan oleh Subkomite Manajemen Risiko dengan pembagian 1:4 (1 petugas 4 area).</li> </ul>  |
|    |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan kegiatan Ronde setiap hari Kamis bersama dengan subkomite lainnya untuk melakukan pemantauan kegiatan manajemen risiko unit kerja;</li> <li>Melakukan kelas kecil pembuatan FMEA unit kerja.</li> </ul>  |
| 4  | Pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pendampingan oleh sub komite keseluruhan unit kerja untuk pembuatan profil risiko;</li> <li>Profil risiko dan rencana penanganan yang disusun unit kerja masih perlu penyempurnaan;</li> <li>Menyusun profil risiko RS dan rencana penanganannya;</li> </ul>   |
| 5  | Penyusunan Profil Risiko Unit Kerja   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pendampingan ke unit kerja mengenai pengisian tabel profil risiko.</li> <li>Pengumpulan profil risikomasing-masing unit kerja dan memberikan feedback atas profil risiko yang telah dikumpulkan.</li> <li>Selama Triwulan I Tahun 2024 telah terkumpul profil risiko unit kerja sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>Bagian: 0 profil risiko</li> <li>Instalasi: 0 profil risiko</li> <li>ULP: 0 profil risiko</li> </ul> </li> </ul>   |
| 6  | Penyusunan <i>Failure Mode and Effect Analysis</i> (FMEA) Unit Kerja                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pendampingan ke unit kerja mengenai penyusunan FMEA.</li> <li>Pengumpulan FMEA masing-masing unit kerja dan memberikan feedback atas FMEA yang telah dikumpulkan.</li> <li>Melakukan kelas kecil penyusunan FMEA unit kerja.</li> <li>Selama Triwulan 2 tahun 2025 telah terkumpul FMEA unit kerja sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>Instalasi: 0 FMEA</li> </ul> </li> </ul>  |
| 7  | Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Monev pelaksanaan mitigasi unit kerja masih belum terlaksana;</li> <li>Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan belum terdokumentasi dengan baik;</li> <li>Memotivasi unit kerja untuk melaporkan pemantauan risiko pada tanggal 10 setiap bulannya ke Sub komite Manajemen Risiko.</li> </ul>   |
| 8  | Pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Manajemen risiko pada kondisi yang tidak normal</li> <li>Usulan disusun berdasarkan masukan pada Direktur, Koordinator, Sub koordinator, Ketua Komite, dan para pihak terkait.</li> </ul>  |
| 9  | Pelaksanaan pelatihan manajemen risiko;   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pelatihan internal diselenggarakan Komite Mutu (Sub komite Manajemen Risiko) sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> <li>Penyusunan Profil Risiko dan FMEA Unit Kerja melalui Kelas Kecil;</li> <li>Workshop Manajemen Risiko "Penyusunan Failure Mode Effect Analysis (FMEA) Unit Kerja</li> </ul> </li> <li>Pelatihan eksternal dilakukan secara daring sebagai berikut, yaitu: <ul style="list-style-type: none"> <li>Webinar LAM-KPRS dengan tema "Implementasi Manajemen Risiko Dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit"</li> </ul> </li> </ul> |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 10 | Penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko. | o Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur untuk mendapatkan <i>feedback</i> dan embelajaran. |
|----|--|--|

## 5.2 PENCAPAIAN INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)

Indikator Nasional Mutu (INM) pada tahun Triwulan II Tahun 2025. ada 13 (tiga belas) indikator. Indikator-indikator tersebut adalah:

Tabel5.6  
Indikator Nasional Mutu(INM)  
Triwulan II Tahun2024  
RSU Budi Rahayu Pekalongan

| 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 complain               | ≥ 80%    |
| 13 | Kepuasan pasien dan keluarga                   | >76.61 % |

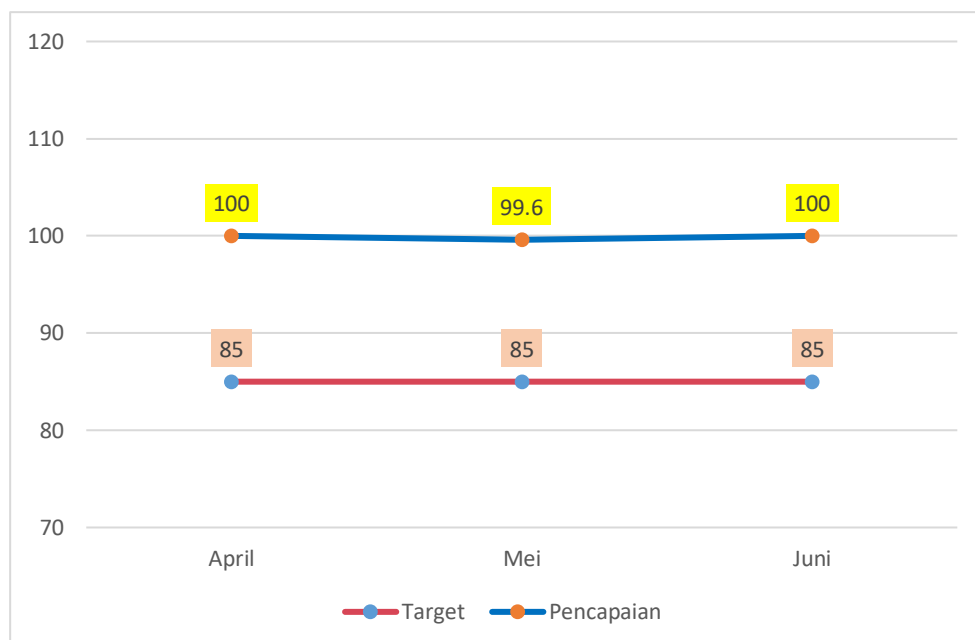
Hasil Pengukuran INM Trimester II Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Grafik5.1  
INM:Kepatuhan KebersihanTangan  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target** :  $\geq 85\%$

**Formula** : Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan/Jumlah peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam satu periode observasi x 100% .

### Kepatuhan KebersihanTangan



Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan Triwulan II TA 2025 adalah 100 % Terdapat tren peningkatan positif dari bulan April- Juni 2025,dan selama bulan April- Juni 2025 di atas standar. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih dapat menunjukkan capaian yang stabil. Petugas yang ada diruang rawat inap sudah melakukan kebersihan tangan sesuai dengan regulasi. Tim PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait pelaksanaan kebersihan tangan yang benar Monev dan supervise yang rutin dilakukan setiap bulannya menunjukkan perubahan yang berarti. Perlu adanya upaya optimalisasi untuk mempertahankan dan terus melakukan sosialisasi dan edukasi terus menerus untuk meningkatkan pemahaman petugas dalam melakukan kebersihan tangan.

Grafik5.2

INM: Kepatuhan Penggunaan APD

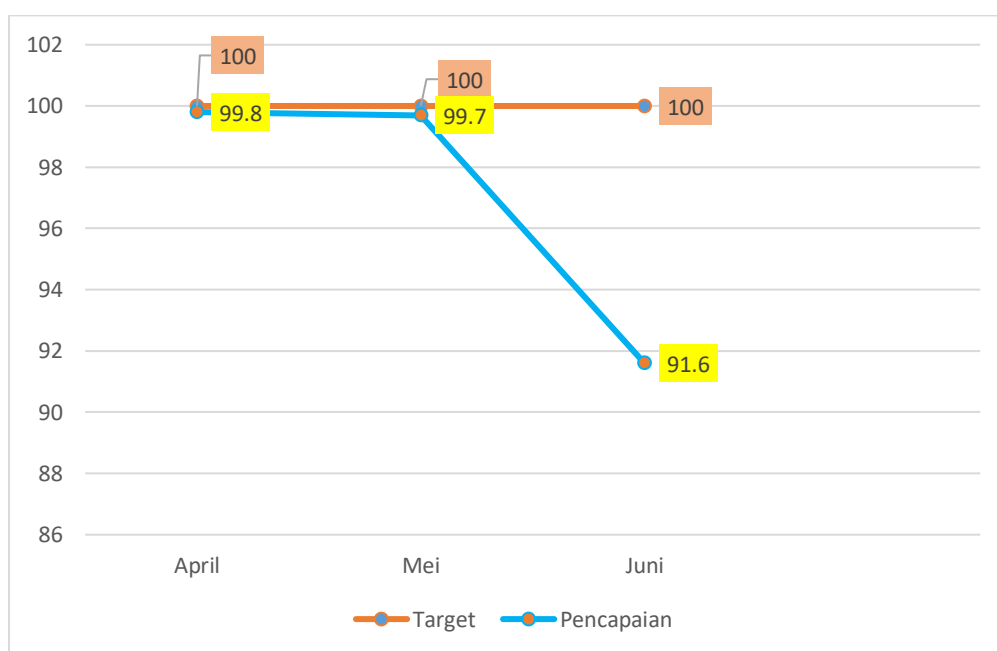
Triwulan II Tahun 2025

RSU Budi Rahayu

**Target :** 100%

**Formula :** Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi/ Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi x 100%

**Kepatuhan Penggunaan APD**



**Analisa :** Rerata capaian indikator kepatuhan penggunaan APD adalah 97 %. Hasil capaian indikator kepatuhan penggunaan APD belum memenuhi target pada seluruh periode pada bulan April-Juni 2025. Tren pencapaian menunjukkan bahwa terdapat penurunan pada Juni, pencapaian masih belum mencapai target yang ditetapkan.

**Tindak Lanjut :** PDSA

**PDSA (Plan – Do – Study – Act)**

**PLAN (Rencana)**

- **Saya Berencana:** Meningkatkan tingkat kepatuhan penggunaan APD hingga mencapai target 100% pada bulan berikutnya.
- **Saya Berharap:** Tingkat kepatuhan penggunaan APD pada tenaga medis dan seluruh petugas sesuai standar secara konsisten.

### DO (Tindakan yang dilakukan)

- Melakukan edukasi ulang pentingnya penggunaan APD.
- Penugasan petugas pengawas harian untuk monitoring langsung.
- Menyediakan stok APD dengan jumlah cukup dan merata di semua unit.

### STUDY (Evaluasi)

- Bandingkan tingkat kepatuhan bulan Juli dengan Juni.
- Lakukan audit internal untuk meninjau pelaksanaan dan kendala.
- Evaluasi efektivitas tindakan dan hambatan di lapangan.

### ACT (Tindak Lanjut)

- Jika intervensi berhasil → Terapkan sebagai standar rutin.
- Jika belum mencapai target → Lakukan pendekatan baru seperti pelatihan ulang, penegakan sanksi internal, atau pendekatan motivasional.

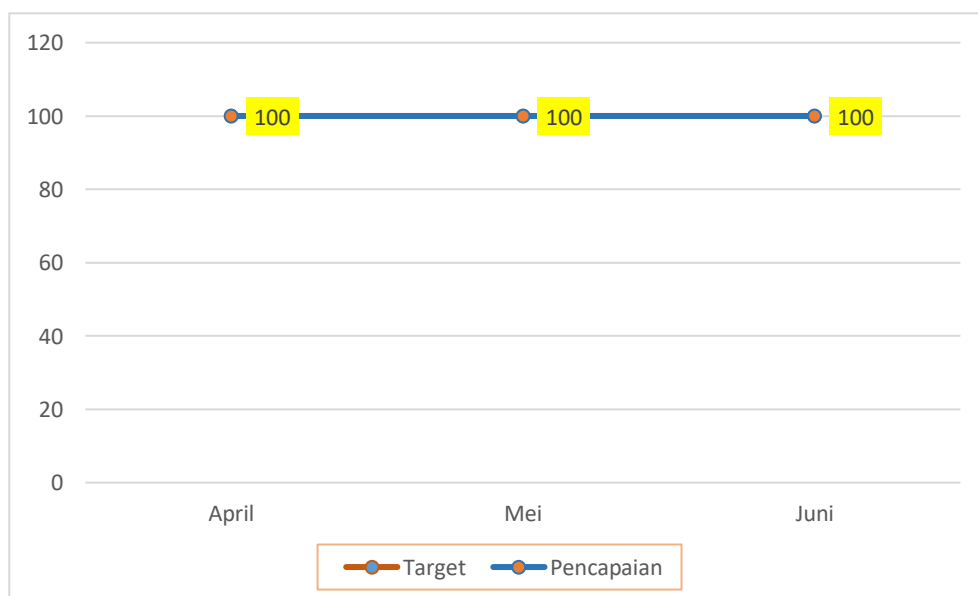
Grafik5.3

INM: Kepatuhan Identifikasi Pasien  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target :** 100%

**Formula :** Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi / Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi x 100%

### Kepatuhan Identifikasi Pasien



**Analisa :** Sudah tercapai target

**Tindak Lanjut :** Pertahankan capaian dan melakukan supervisi pada saat pengambilan data, Koordinasi untuk mencapai kepatuhan kelengkapan identitas pasien melibatkan Pelayanan Penunjang, Kepala Ruangan, Komite Mutu.

Grafik5.4

INM:Waktu Tanggap Seksio Sesaria Emergency

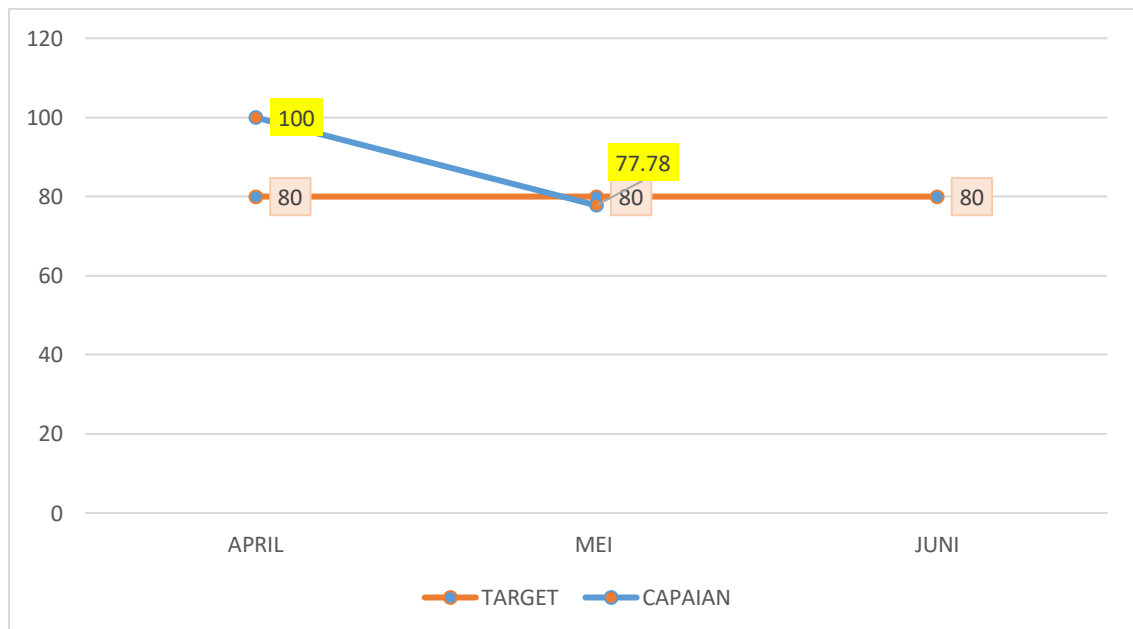
Triwulan II Tahun 2025

RSU Budi Rahayu

**Target :**  $\geq 80\%$

**Formula :** Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi  $\leq 30$  menit / Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I x 100% .

**Waktu Tanggap Seksio Sesaria Emergency**



**Analisa :** Pada bulan Mei pengambilan data diambil dari total tindakan operasi seksio sesarea emergency belum mencapai target, Tren pencapaian menunjukkan bahwa terdapat penurunan pada bulan Mei, pencapaian masih belum mencapai target yang ditetapkan. Tingkatkan Pencapaian dalam melakukan supervisi.

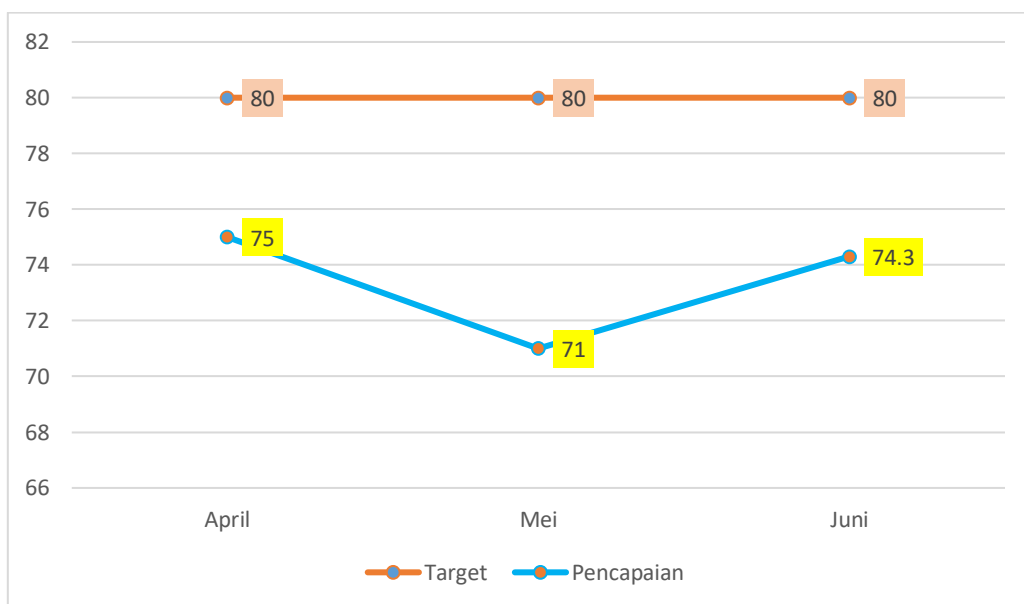
**Tindak Lanjut :** melakukan supervisi pada saat pengambilan data, dan koordinasi dengan penanggung jawab mutu data.

Grafik 5.5  
INM:Waktu Tunggu Rawat Jalan  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target :**  $\geq 80\%$

**Formula :** Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu  $\leq 60$  menit / Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi x 100%

Waktu Tunggu Rawat Jalan



**Analisa :** Hasil Capaian indikator di bulan April hingga Juni belum mencapai target. Target 80 % yang ditetapkan belum tercapai target sementara realisasi capaian kinerja selama tiga bulan belum mencapai target.

**Plan :** mengusulkan kepada manager pelayanan medis untuk diadakan penjadwalan pertemuan antar unit dan PPA membahas analisa permasalahan

**Do :** memberikan laporan tidak tercapainya indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan kepada manager pelayanan medis

**Study :** analisa perbandingan sebelum dan sesudah pertemuan perbaikan indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan

**Action :** melakukan resosialisasi hasil dari pertemuan untuk mengarah ke perbaikan.

Grafik5.6

INM: Penundaan Operasi Elektif

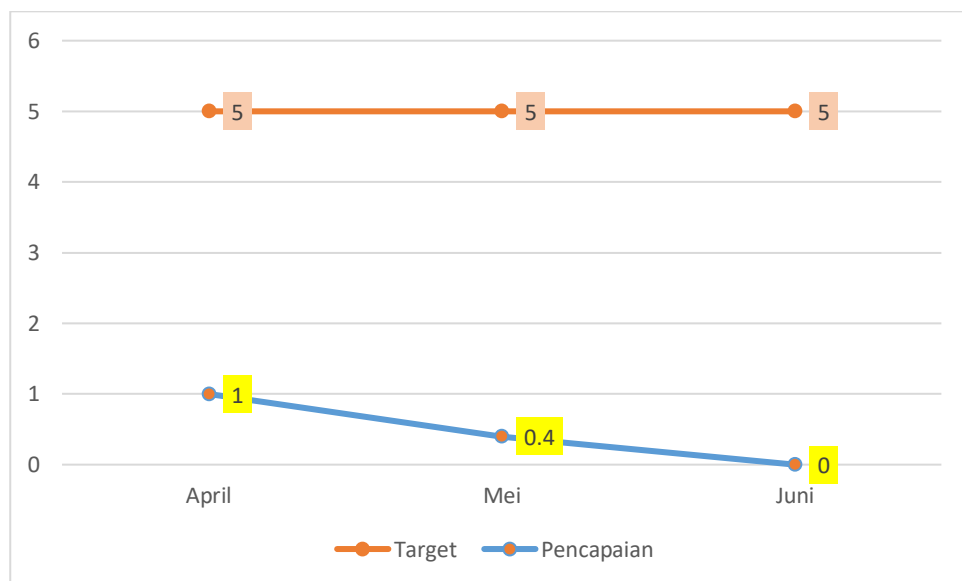
Triwulan II Tahun 2025

RSU Budi Rahayu

**Target :** < 5%

**Formula :** Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam / Jumlah pasien operasi elektif x 100%

### Penundaan Operasi Elektif



**Analisa :** Seluruh capaian berada jauh di bawah target maksimal, yang menandakan bahwa kondisi operasional berhasil dikendalikan dengan sangat baik dan risiko yang diukur melalui indikator ini dapat diminimalkan secara konsisten.

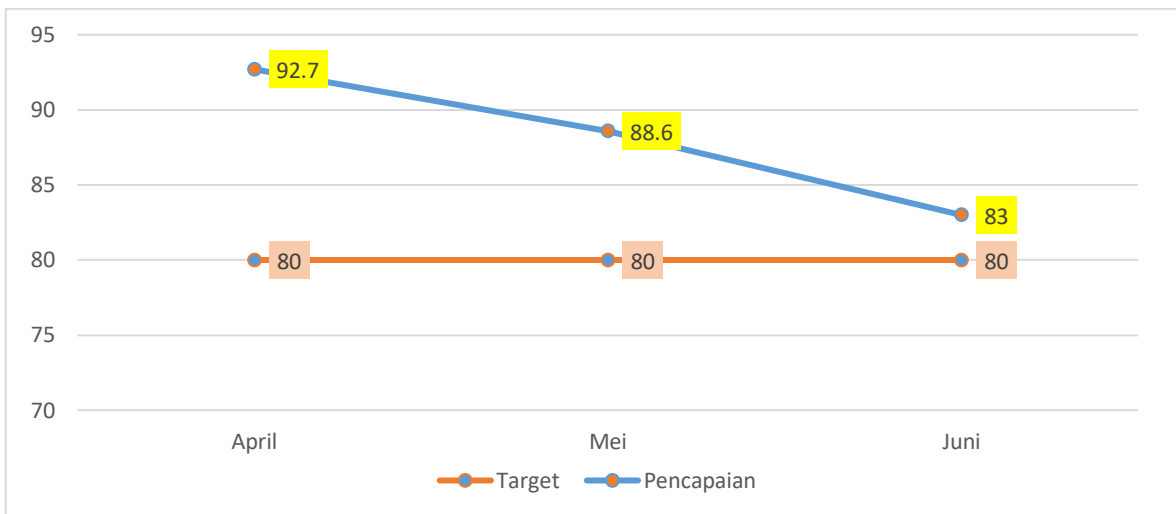
**Tindak Lanjut :** Pertahankan capaian dan lakukan supervisi penginputan data dan koordinasi dengan penanggung jawab mutu data.

Grafik5.7  
 INM:Ketepatan Waktu Visite Dokter Spesialis  
 Triwulan II Tahun 2025  
 RSUD Budi Rahayu

**Target :**  $\geq 80\%$

**Formula :** Jumlah di-visitasi Dokter pada pukul 06.00 – 14.00 / Jumlah pasien yang diobservasi x 100%

**Kepatuhan Waktu Visite Dokter Spesialis**



**Analisa :** Sudah tercapai target

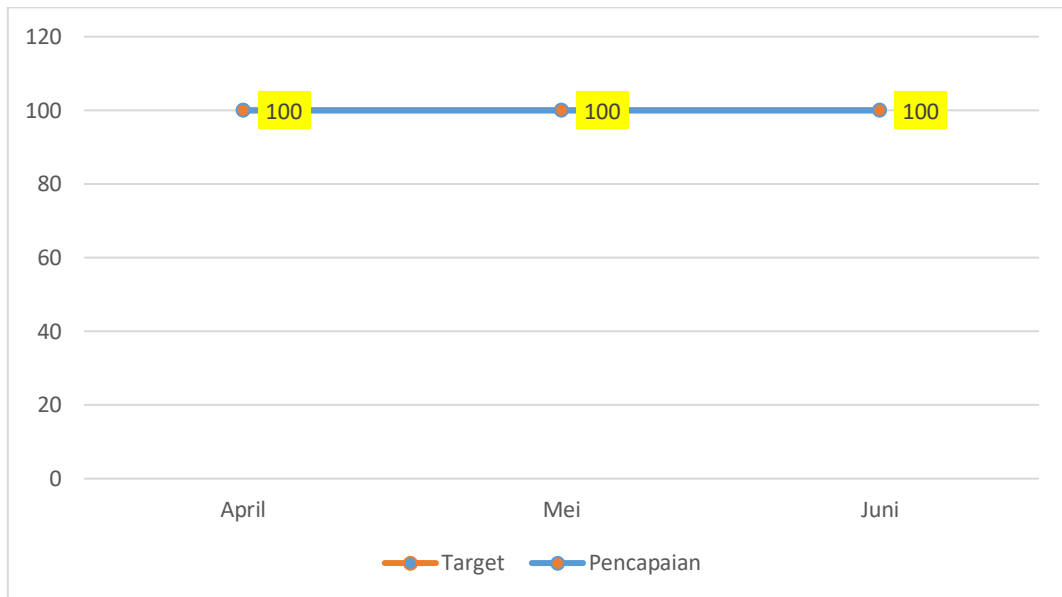
**Tindak Lanjut :** Pertahankan capaian dan lakukan supervisi penginputan data dan koordinasi dengan penanggung jawab mutu data.

Grafik5.8  
 INM: Pelaporan hasil Kritis Laboratorium  
 Triwulan II Tahun 2025  
 RSUD Budi Rahayu

**Target :** 100%

**Formula :** Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan  $\leq 30$  menit / Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi x 100%

### Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



**Analisa** : Rerata capaian pelaporan hasil kritis laboratorium Triwulan II TA 2025 adalah 100%. prosedur. Dengan menertibkan dan mempertahankan budaya lapor hasil kritis ke DPJP sehingga ada tindakan langsung.

**Tindak lanjut** : Pertahankan capaian dan lakukan supervisi penginputan data dan koordinasi dengan penanggung jawab mutu data.

Grafik 5.9

INM: Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

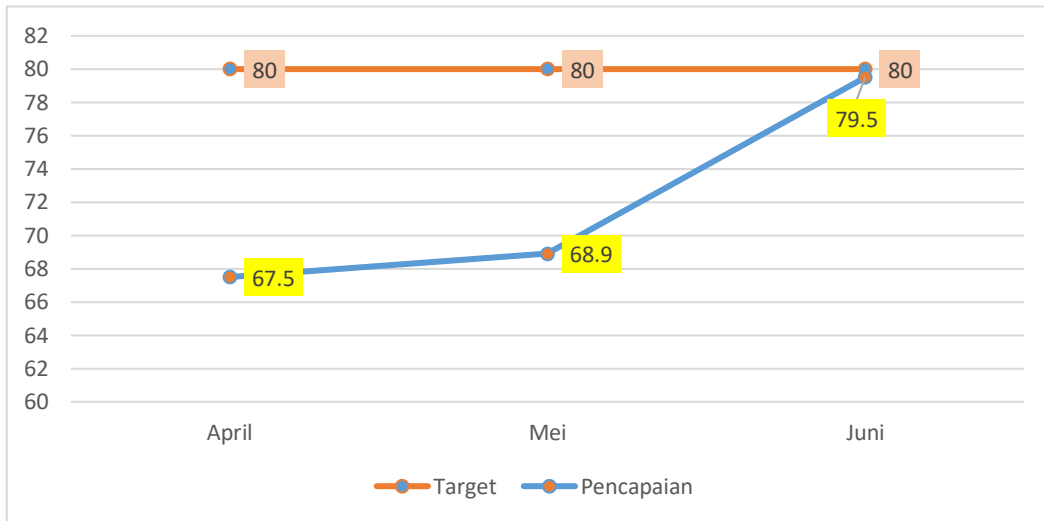
Triwulan II Tahun2025

RSU Budi Rahayu

**Target** :  $\geq 80\%$

**Formula** :  $\frac{\text{Jumlah Resep recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah Resep recipe dalam lembar resep yang diobservasi}} \times 100\%$ .

### Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



**Analisa :** Belum tercapai target

**Tindak Lanjut :** Lakukan capaian

Capaian kepatuhan Fornas menunjukkan tren membaik secara konsisten selama 3 bulan. Namun perlu dilakukan perbaikan sistematis dan pemantauan berkelanjutan agar capaian dapat stabil dan konsisten mencapai target 80.

Grafik 5.10

INM:Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

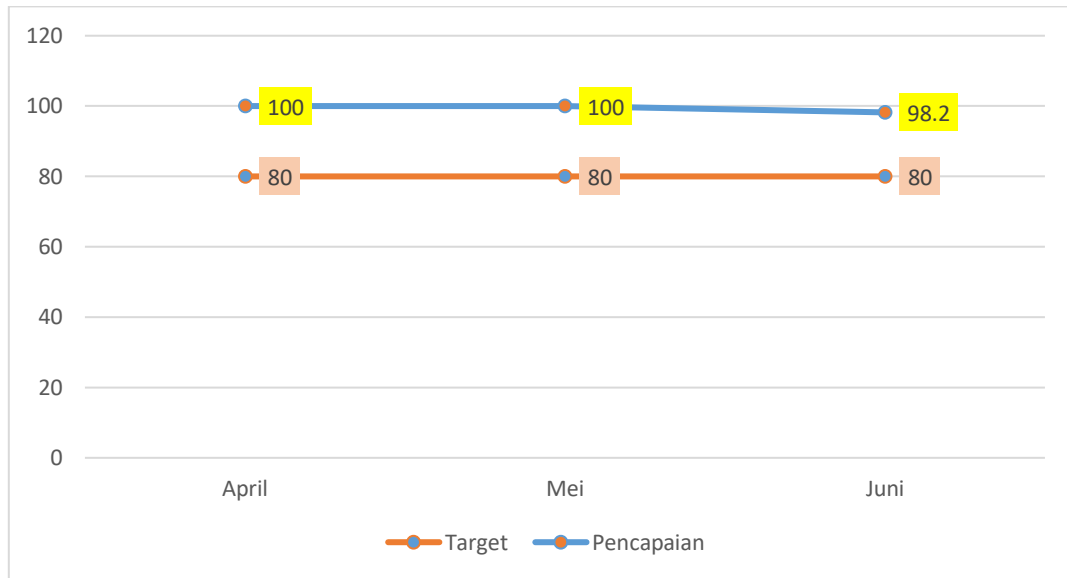
Triwulan II Tahun 2025

RSU Budi Rahayu

**Target :**  $\geq 80\%$

**Formula :** Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway/Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi x 100% .

### Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway*



**Analisa :** Sudah tercapai target

**Tindak Lanjut :** Pertahankan capaian

Rerata capaian indikator kepatuhan terhadap *clinical pathway* Triwulan II TA 2025 adalah 100 %. Kepatuhan *clinical pathway* yang diukur meliputi kepatuhan terhadap ALOS, kepatuhan terhadap terapi, dan pemeriksaan penunjang yang telah ditetapkan. Namun, *clinical pathway* ini harus menunjukkan perbaikan dengan sudah diterapkannya *clinical pathway* oleh seluruh Professional Pemberi Asuhan (PPA) di RS. Hasil ketercapaian yang ada masih perlu dikaji lebih lanjut, apakah hasil yang diperoleh dipengaruhi oleh besarnya jumlah sampel atau memang kepatuhan terhadap terapi yang sudah semakin membaik. Selain itu, RS juga perlu mengukur efektifitas dan efisiensi sebagai dampak kendali mutu dan kendali biaya atas keberhasilan penerapan *clinical pathway* di RSUD Budi Rahayu.

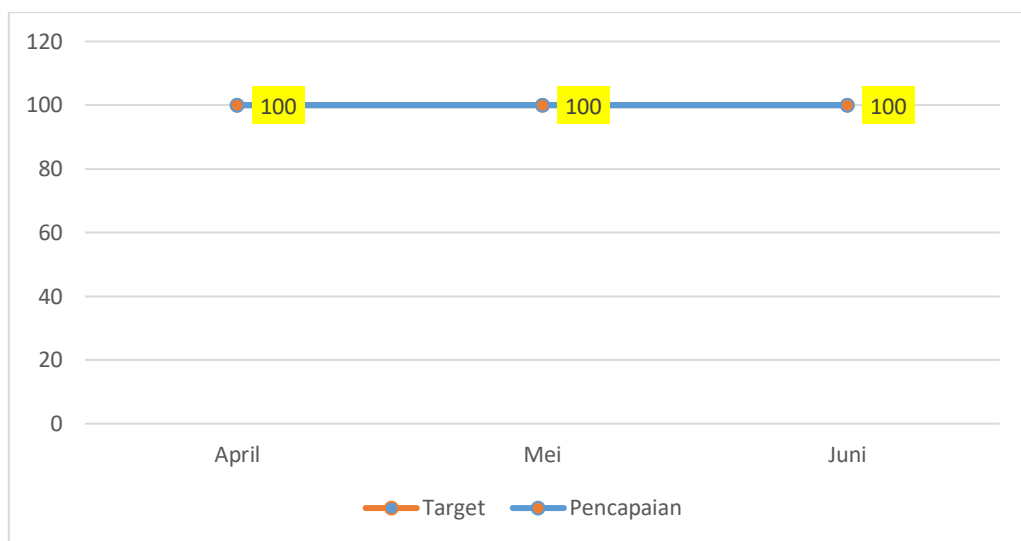
Grafik5.11

INM:Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target :** 100%

**Formula :** Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh / Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi x 100%

**Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh**



**Analisa :** Sudah tercapai target

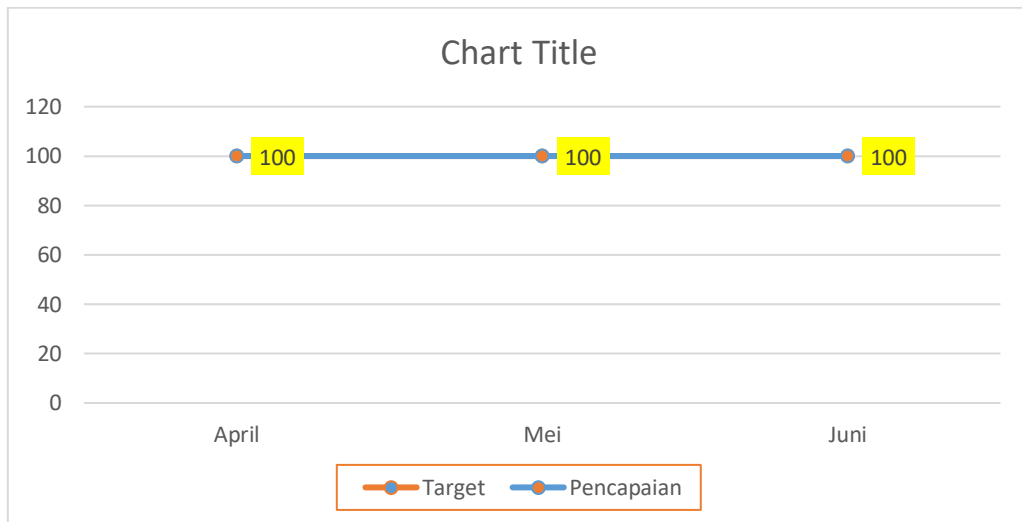
**Tindak Lanjut:** Pertahankan capaian dan melakukan supervisi pada saat pengambilan data, Adapun kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh meliputi asesmen awal, asesmen lanjut, dan edukasi. Perlu adanya pemahaman yang sama bagi para petugas terkait asesmen jatuh ini. Pemantauan kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh di masing-masing unit kerja dilakukan oleh Tim KPRS dan sudah dilakukan monev dan supervise oleh Komite Mutu dan Subkomite KPRS. Pemenuhan sarana prasarana penunjang seperti handrail perlu di fasilitasi untuk ruangan-ruangandengan risiko jatuh yang tinggi seperti di ruang anak.

Grafik5.12  
INM:Kecepatan Waktu Tanggap komplain  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target** :  $\geq 80\%$

**Formula** : Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan grading / Jumlah Komplain yang disurvei x 100%

**Kecepatan waktu tanggap komplain**



Rerata capaian indikator kecepatan waktu tanggap komplain pada Triwulan II TA 2025 adalah 100%. Seluruh komplain baik tertulis, lisan, atau melalui *social* media sudah ditanggapi dan di tindak lanjuti sesuai dengan waktu yang ditetapkan. Tidak ada komplain yang berlanjut hingga ke persidangan

Grafik5.13

INM:Kepuasan Pasien dan Keluarga

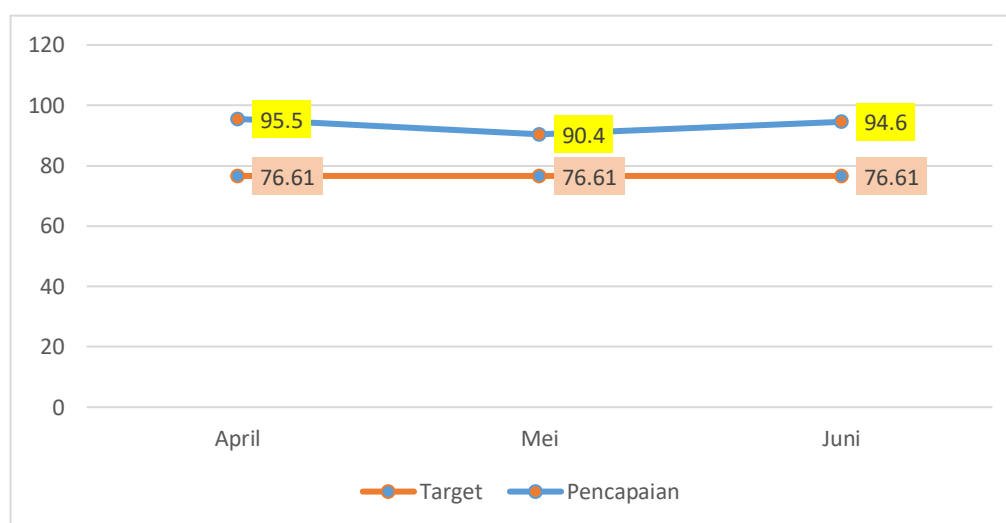
Semester II Tahun 2025

RSU Budi Rahayu

**Target** :  $\geq 76.61$

**Formula** : Total nilai persepsi seluruh responden / Total unsur yang terisi dari seluruh responden x 100%

**Kepuasan Pasien dan Keluarga**



Rerata capaian indikator kepuasan pasien dan keluarga pada Triwulan II TA 2025 adalah sebesar 95,56 %. Rerata capaian ini sudah melampaui standar kepuasan pasien dan keluarga yang ditetapkan oleh Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan sebesar 76,60%. RSU Budi Rahayu membuat *tools* survei kepuasan pelanggan dalam bentuk google yang dapat diakses oleh pasien dan keluarga melalui handphone. Survei kepuasan ini mengacu pada Permen PAN&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, sarana dan prasarana.

### 5.3 Pencapaian Indikator Mutu Prioritas (IMP)

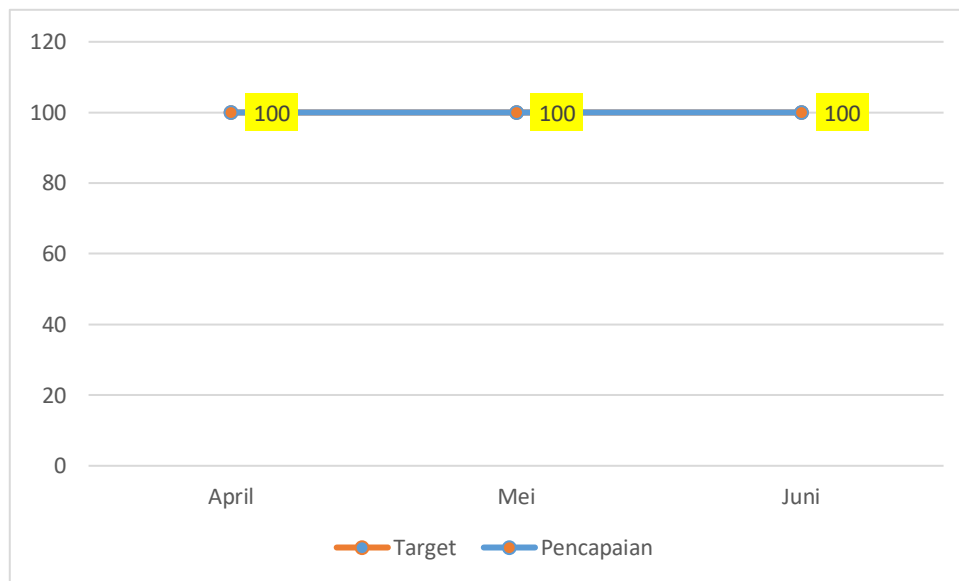
Hasil capaian indikator mutu prioritas Triwulan II Tahun 2025 adalah:

Grafik5.14  
IMP: Kelengkapan surgical safety checklist  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target :** 100 %

**Formula :** Jumlah SSC yang diisi lengkap dan sesuai : Jumlah seluruh prosedur bedah x 100%

#### Kelengkapan surgical safety checklist



**Analisa :** Sudah tercapai target

**Tindak Lanjut :** Dipertahankan dan melakukan supervisi pada saat pengambilan data Rerata capaian kelengkapan surgical safety checklist Triwulan II TA 2025 adalah 100%. Hal ini sudah sesuai dengan standar yang ditentukan dan perlu dipertahankan capaiannya. Upaya perbaikan terus dilakukan dengan monev dan supervisi yang dilakukan oleh Komite Mutu.

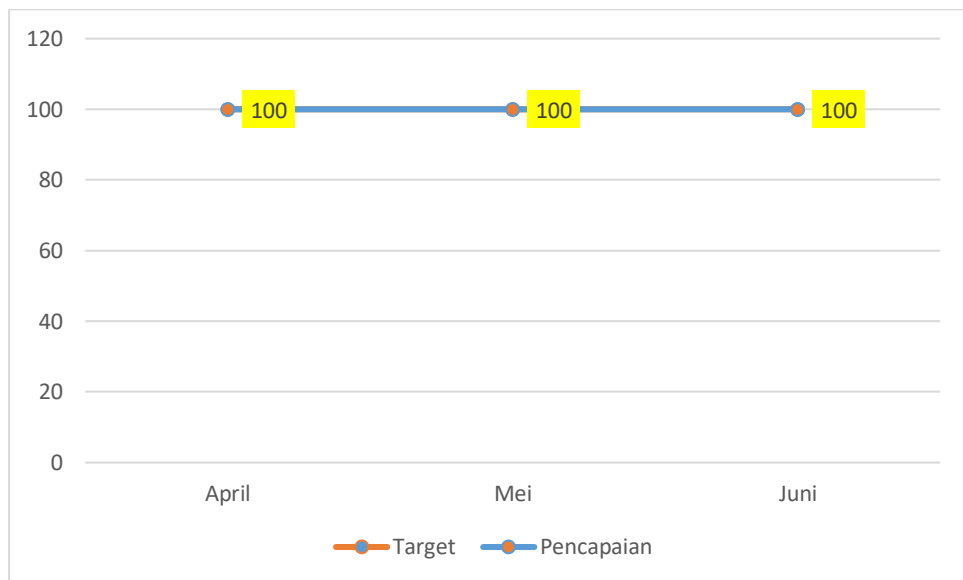
Grafik5.15ss

IMP: Kepatuhan perawat dalam melakukan handover laporan pasien pre dan post operasi  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target :** 100 %

**Formula :** Jumlah handover yang dilakukan sesuai standar : Total pasien yang menjalani operasi x 100%

**Kepatuhan perawat dalam melakukan handover laporan pasien pre dan post operasi**



**Analisa :** Sudah tercapai target

**Tindak Lanjut :** Dipertahankan dan melakukan supervisi pada saat pengambilan data.

Grafik5.16

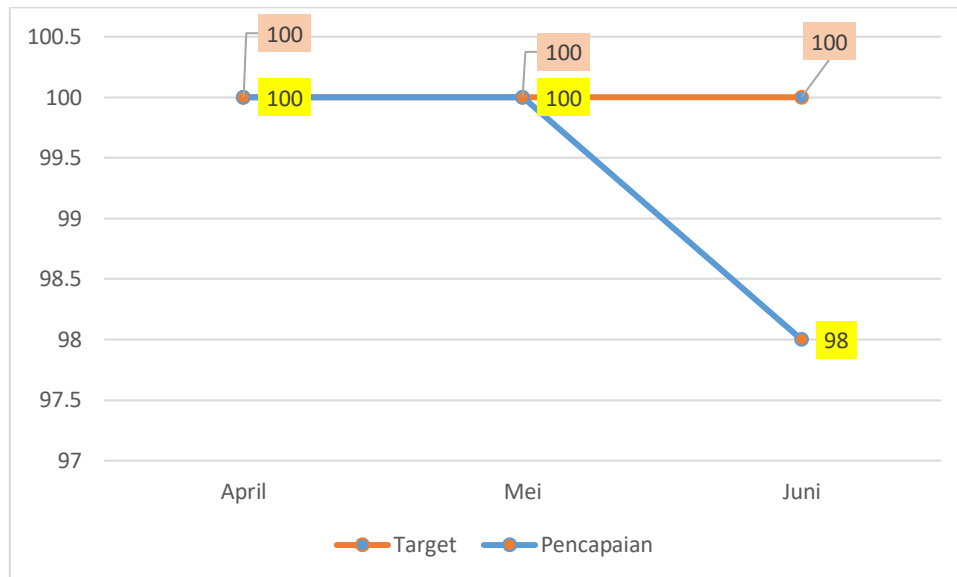
**IMP: Kepatuhan pemberian profilaksis antibiotik perioperatif  
(tepat jenis, dosis, waktu pemberian, dan durasi)**

Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target** : 100 %

**Formula** : Jumlah pasien yang menerima antibiotik sesuai standar : Total pasien yang memerlukan profilaksis antibiotik × 100%

**Kepatuhan pemberian profilaksis antibiotik perioperatif (tepat jenis, dosis, waktu pemberian, dan durasi)**



**Analisa** : Tidak mencapai target

**Tindak Lanjut** : Terjadi penurunan pada bulan Juni sebesar 98 %. Meningkatkan pemahaman dan kesadaran seluruh tim ruang perawatan mengenai pentingnya Kepatuhan pemberian profilaksis antibiotik perioperatif (tepat jenis, dosis, waktu pemberian, dan durasi)

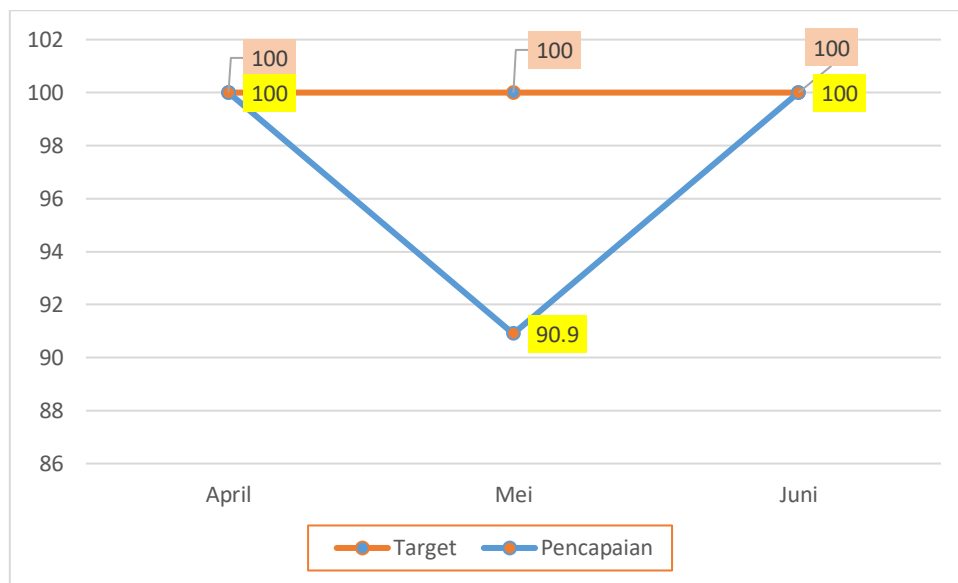
Grafik5.17

IMP: Kepatuhan marking lokasi operasi dengan tanda centang oleh operator  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target** : 100 %

**Formula** : Jumlah pasien bedah yang dilakukan penandaan dengan tanda centang oleh operator sebelum tindakan pembedahan: Jumlah seluruh pasien bedah yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan x 100%.

## Kepatuhan marking lokasi operasi dengan tanda centang oleh operator



**Analisa :** dapat diamati bahwa target yang ditetapkan selama tiga bulan terakhir, yaitu April, dan Juni, berada pada level yang konstan sebesar 100%. Namun, angka pencapaian pada bulan Mei mengalami penurunan dan berada di bawah yang ditargetkan, yang berarti masih berada di bawah target yang ditetapkan.

**Tindak Lanjut :** PDSA

### PLAN

**Saya berencana:** meningkatkan kepatuhan marking pasien operasi dengan tanda centang di ruang operasi.

**Saya berharap:** Meningkatkan pemahaman dan kesadaran seluruh tim ruang operasi mengenai pentingnya marking yang benar.

### Tindakan:

Bekerjasama dengan penanggung jawab rawat inap untuk mengingatkan DPJP agar patuh melakukan marking pada pasien operasi.

### DO

Hasil pencapaian pada bulan April sebesar 100%, Mei 90,9%, Juni 100% dikarenakan marking oleh operator belum dilakukan sepenuhnya.

### Study

Jumlah angka kepatuhan marking lokasi operasi dengan tanda centang oleh operator. Proses belum berhasil.

## Action

Bekerjasama dengan kepala unit rawat inap untuk mengingatkan DPJP melakukan marking pada pasien operasi.

Grafik5.18

IMP: Prosentase Kepatuhan Petugas Kesehatan dalam Melakukan Cuci Tangan dengan Metode Enam Langkah dan Lima Momen

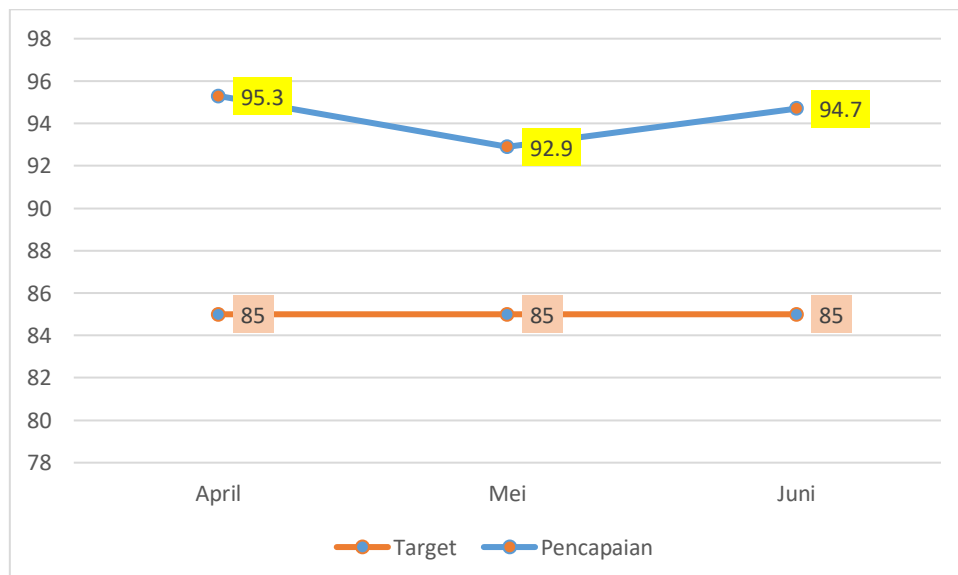
Triwulan II Tahun 2025

RSU Budi Rahayu

**Target** :  $\geq 85\%$

**Formula** : Jumlah kumulatif kegiatan lima momen petugas yang diawali dengan melakukan kebersihan tangan metode enam langkah yang tepat dan benar dalam suatu periode survey (momen) : Jumlah kumulatif kegiatan lima momen petugas yang seharusnya diawali dengan melakukan kebersihan tangan metode enam langkah yang tepat dan benar dalam suatu periode survey yang sama (momen) x 100%.

### Prosentase Kepatuhan Petugas Kesehatan dalam Melakukan Cuci Tangan dengan Metode Enam Langkah dan Lima Momen



**Analisa** : Sudah tercapai target

**Tindak Lanjut** : Dipertahankan dan melakukan supervisi pada saat pengambilan data

Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan Triwulan II TA 2025 adalah 95 %, dan tidak mengalami penurunan peningkatan yang fluktuatif selama bulan April-Juni 2025 di atas standar. Indikator Prosentase Kepatuhan Petugas Kesehatan dalam Melakukan Cuci Tangan dengan Metode Enam Langkah dan Lima Momen. Petugas yang ada diruang rawat inap sudah melakukan cuci tangan sesuai dengan regulasi. Komite PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait cuci tangan yang benar. Monev dan supervise yang rutin dilakukan setiap bulannya menunjukkan perubahan yang berarti. Perlu adanya upaya optimalisasi untuk mempertahankan dan terus melakukan sosialisasi dan edukasi terus menerus untuk meningkatkan pemahaman petugas dalam melakukan cuci tangan

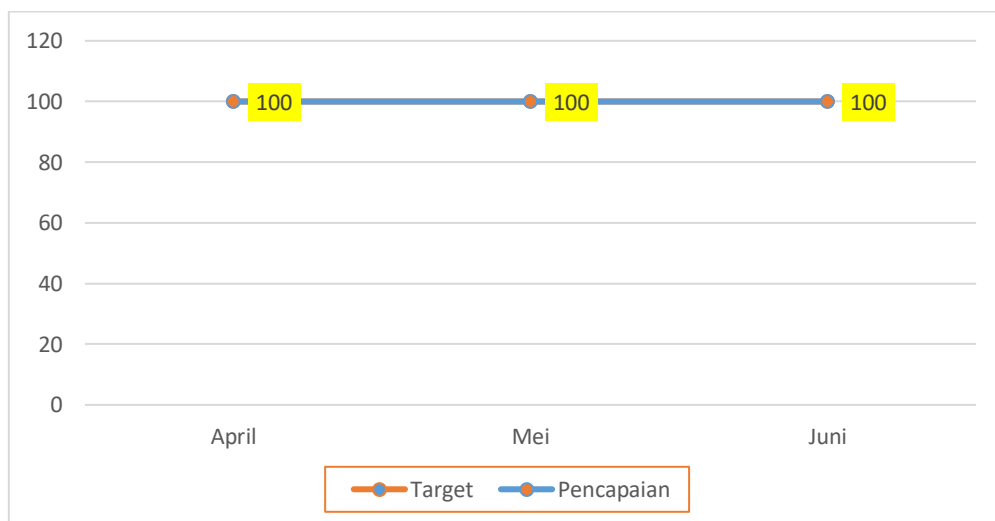
Grafik5.18

IMP: Persentase Kepatuhan Tenaga Kesehatan dalam Menerapkan Intervensi Pencegahan Pasien Jatuh pasca pembedahan  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target :** 100%

**Formula :** Jumlah pasien dengan intervensi lengkap : Total pasien pasca operasi berisiko jatuh x 100%

**Persentase Kepatuhan Tenaga Kesehatan dalam Menerapkan Intervensi Pencegahan Pasien Jatuh pasca pembedahan**



Rerata capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh Triwulan II TA 2025 adalah 100%. Mengingat adanya ketidak stabilan atas capaian indikator ini, maka upaya peningkatan dan mempertahankan capaian perlu dilakukan. Adapun kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh meliputi asesmen awal, asesmen lanjut, dan edukasi. Perlu adanya pemahaman yang sama bagi para petugas terkait asesmen jatuh ini. Pemantauan kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh di masing-masing unit kerja dilakukan oleh Tim KPRS dan sudah dilakukan monev dan supervise oleh Komite Mutu dan Subkomite KPRS. Pemenuhan sarana prasarana penunjang seperti handrail perlu difasilitasi untuk ruangan.

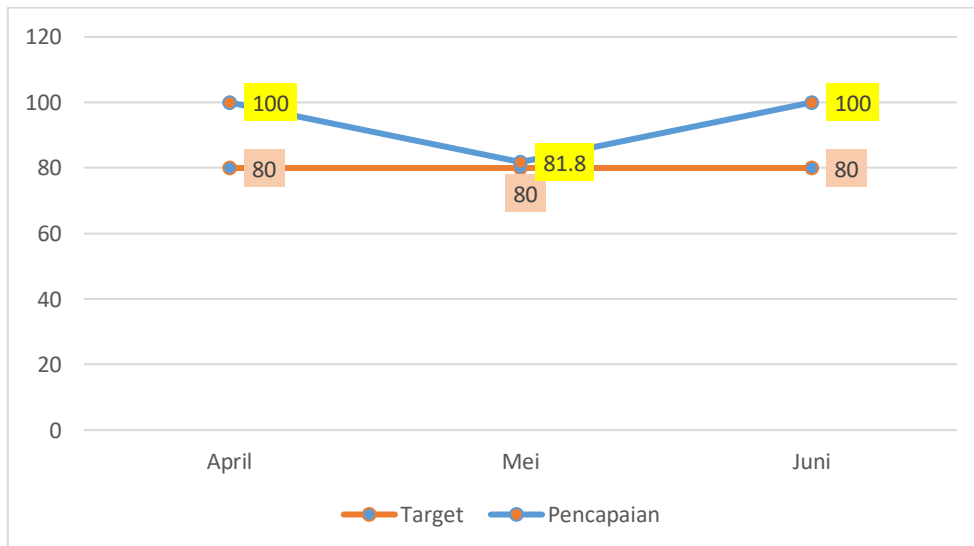
Grafik5.19

IMP: Waktu tunggu tindakan operasi emergensi  
 Triwulan II Tahun 2025  
 RSUD Budi Rahayu

**Waktu tunggu tindakan operasi emergensi**

**Target :** >80%

**Formula :** Waktu keputusan operasi dibuat sampai Waktu mulai operasi: Jumlah kasus operasi emergensi x 100%



Rerata capaian indikator Waktu tunggu tindakan operasi emergensi Triwulan II TA 2025 adalah 100 %. Capaian ini sudah memenuhi standar capaian yang sudah ditentukan yakni 80%. Hal ini perlu dipertahankan.

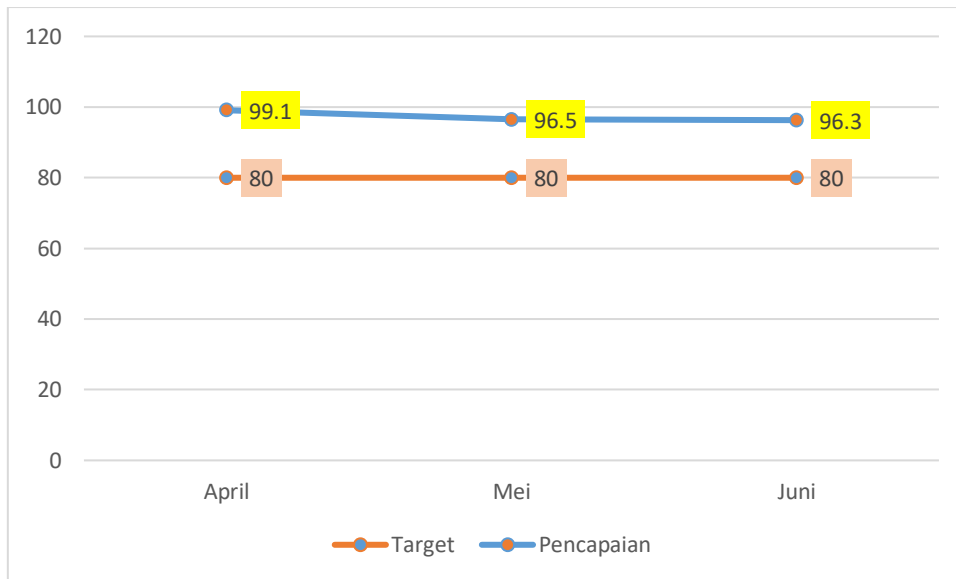
Grafik5.20

IMP: Kepatuhan formularium RS untuk pasien bedah  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

Target :  $\geq 80\%$

Formula : Jumlah pasien dengan obat sesuai formularium : Total pasien pasca bedah x 100%

**Kepatuhan formularium RS untuk pasien bedah**



kepatuhan formularium RS untuk pasien bedah yang mencapai 99,1 % menunjukkan bahwa sebagian besar pasien mematuhi penggunaan obat sesuai dengan pedoman yang ditetapkan. Angka ini melebihi ambang batas 80%, yang mengindikasikan efektivitas dalam pengelolaan terapi pasien bedah dan potensi untuk meningkatkan hasil klinis pasien.

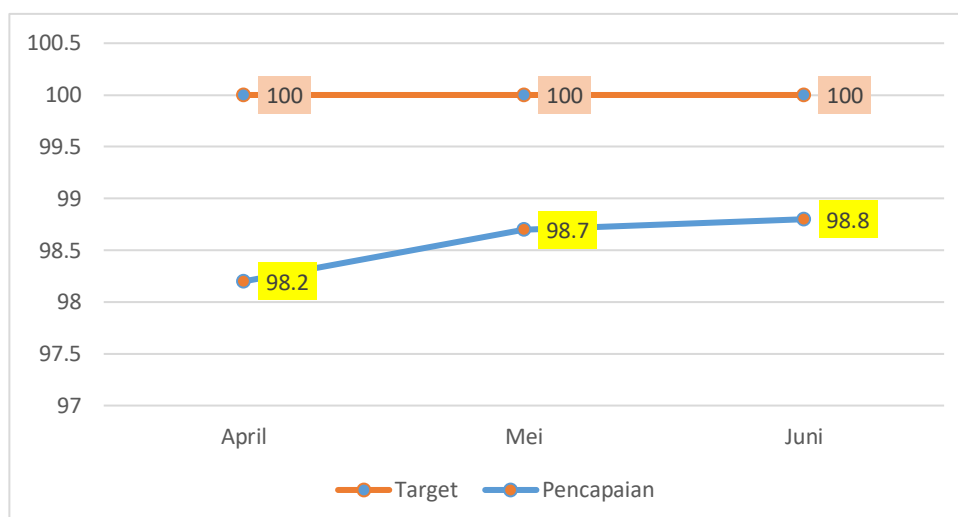
Grafik5.21

IMP: Ketepatan penyimpanan dan penggunaan obat High Alert  
Triwulan II Tahun2025  
RSU Budi Rahayu

**Target** :  $\geq 100\%$

**Formula** : Jumlah kejadian sesuai standar : Jumlah seluruh kejadian x 100%

## Ketepatan penyimpanan dan penggunaan obat High Alert



**Analisa :** Penurunan Kecil dari Target: Meskipun hasilnya mendekati 100%, ada sedikit ketidaktepatan dalam penyimpanan dan penggunaan obat high alert.

**Tindak Lanjut : PDSA**

**Tindak Lanjut : PDSA**

### PLAN

**Saya berencana:** melakukan audit rutin dan memperbarui SOP untuk penyimpanan serta penggunaan obat high alert, serta meningkatkan pelatihan kepada staf medis agar prosedur ini bisa dijalankan dengan lebih konsisten dan mencapai 100% kepatuhan.

**Saya berharap:** melakukan implementasi audit rutin dan pelatihan berkala, kita bisa mencapai 100% kepatuhan dalam penyimpanan dan penggunaan obat high alert, sehingga dapat mengurangi risiko kesalahan medis.

### Tindakan:

Pelaksanaan Audit Internal, sosialisasi dan Penyegaran SOP, Peningkatan Pemantauan dan Pengawasan, pengecekan dan Pengelolaan Stok, Peningkatan Komunikasi antar Tim.

### DO

Hasil pencapaian pada bulan April sebesar 98,2%, Mei 98,7%, Juni 98,8% dikarenakan ketidaktepatan dalam penyimpanan dan penggunaan obat high alert.

### Study

Jumlah angka kepatuhan dalam penyimpanan dan penggunaan obat high alert. Proses belum berhasil.

### Action

Meningkatkan Pengawasan dan Pemantauan Rutin

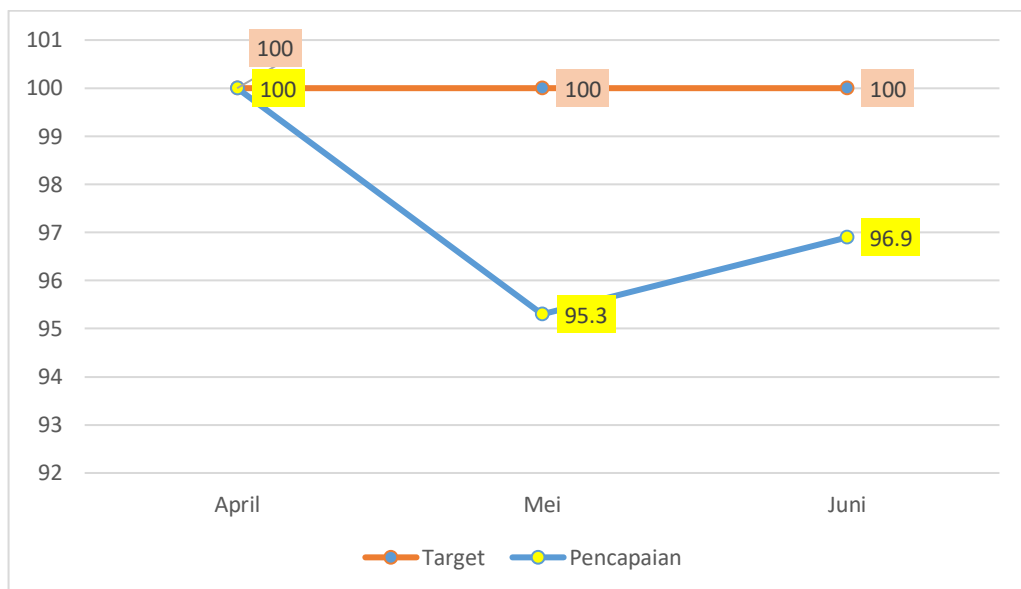
Grafik5.22

IMP: Kelengkapan Informed Consent  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target :** 100%

**Formula :** Jumlah pasien yang telah dilakukan asesmen pre-anestesi secara tepat waktu dan lengkap : Jumlah seluruh pasien yang menjalani tindakan pembedahan x 100%

### Kelengkapan Informed Consent



**Analisa :** tidak tercapai target

**Tindak Lanjut :** melakukan supervisi pada saat pengambilan data.

#### 5.4 Pencapaian Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

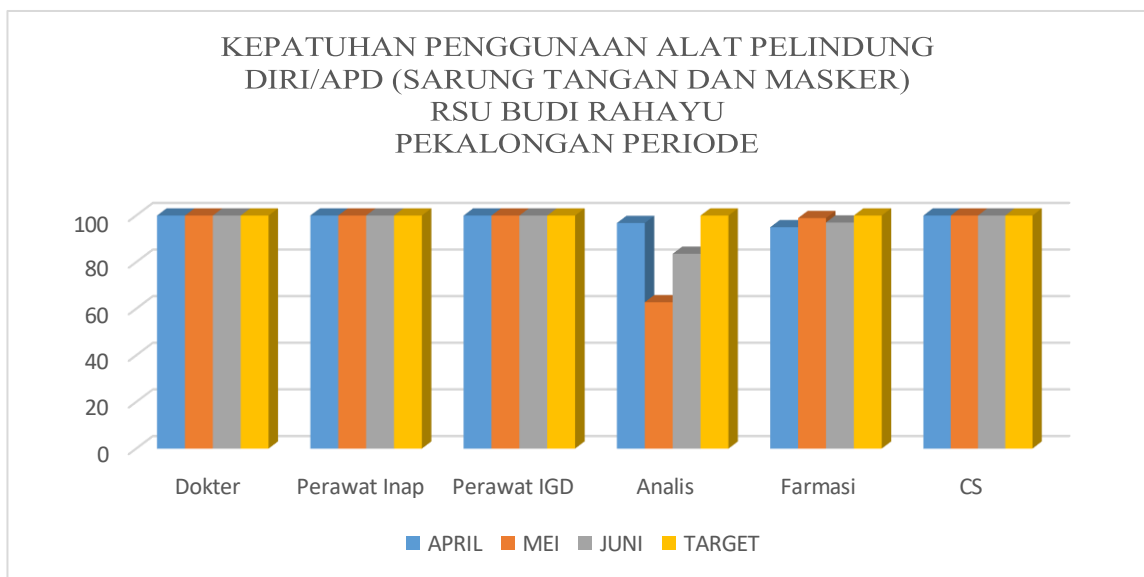
Hasil capaian indikator mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Triwulan II Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Grafik 5.23  
Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target : 100%**

**Formula :** Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi/ Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi x 100%.

**Kepatuhan Penggunaan APD**



Analisa :

1. Kepatuhan petugas dalam penggunaan Alat Pelindung Diri/APD (sarung tangan dan masker) pada periode Triwulan II (April, Mei, Juni) tahun 2025 rata-rata : 98,7 % masih belum sesuai target 100 %.
2. Kepatuhan tertinggi pada dokter, perawat dan CS : 100 % sedangkan kepatuhan terendah pada Analis : 93,7 %.
3. Kesadaran dan kepatuhan antar petugas yang masih bervariasi, masih ada petugas yang menggunakan masker tidak sesuai standar.

Rencana Tindak Lanjut :

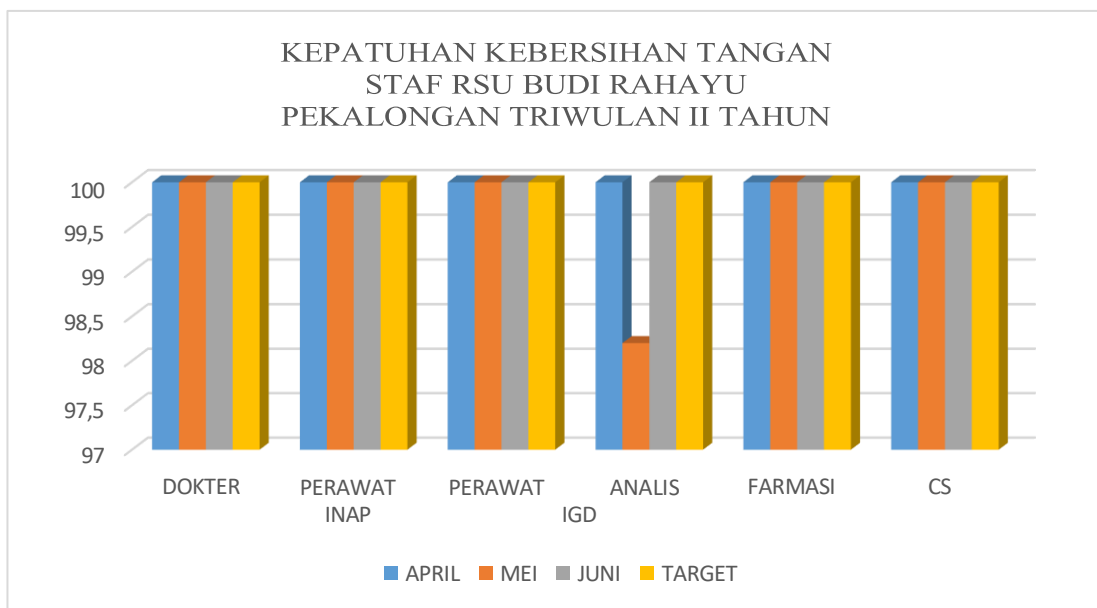
1. Meningkatkan monitoring dan evaluasi kepatuhan agar kepatuhan penggunaan APD meningkat.
2. Tingkatkan motivasi untuk mematuhi prosedur.
3. Lengkapi ketersediaan APD standar.

Grafik5.24  
 IMP: Kepatuhan Kebersihan Tangan  
 Triwulan II Tahun2025  
 RSUD Budi Rahayu

**Target** :  $\geq 85\%$

**Formula** : Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan / Jumlah peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam satu periode observasi x 100%

**Kepatuhan Kebersihan Tangan**



**Analisa :**

1. Kepatuhan kebersihan tangan Triwulan II (April, Mei, Juni) tahun 2025 rata-rata: 99,9 % masih belum sesuai target : 100 %.
2. Kepatuhan kebersihan tangan sudah sesuai target triwulan II tahun 2025 pada profesi dokter, perawat inap, perawat IGD, Farmasi dan Cs : 100 % sedangkan kepatuhan kebersihan tangan yang belum tercapai target pada profesi Analis 99,4 %.
3. Kepatuhan kebersihan tangan berdasarkan moment pada triwulan II (April, Mei, Juni) tahun 2025 rata-rata : 99,9 % masih belum sesuai target : 100 %
4. Kepatuhan kebersihan tangan berdasarkan moment yang belum tercapai sesuai target pada moment 2 (sebelum melakukan tindakan aseptik) : 99, %.
5. Masih ada petugas yang tidak melakukan kebersihan tangan sebelum

melakukan tindakan, langsung menggunakan sarung tangan tanpa melakukan kebersihan tangan.

6. Petugas masih ada yang menggunakan asesoris gelang dan cincin ketika melakukan kebersihan tangan

**Rencana Tindak Lanjut :**

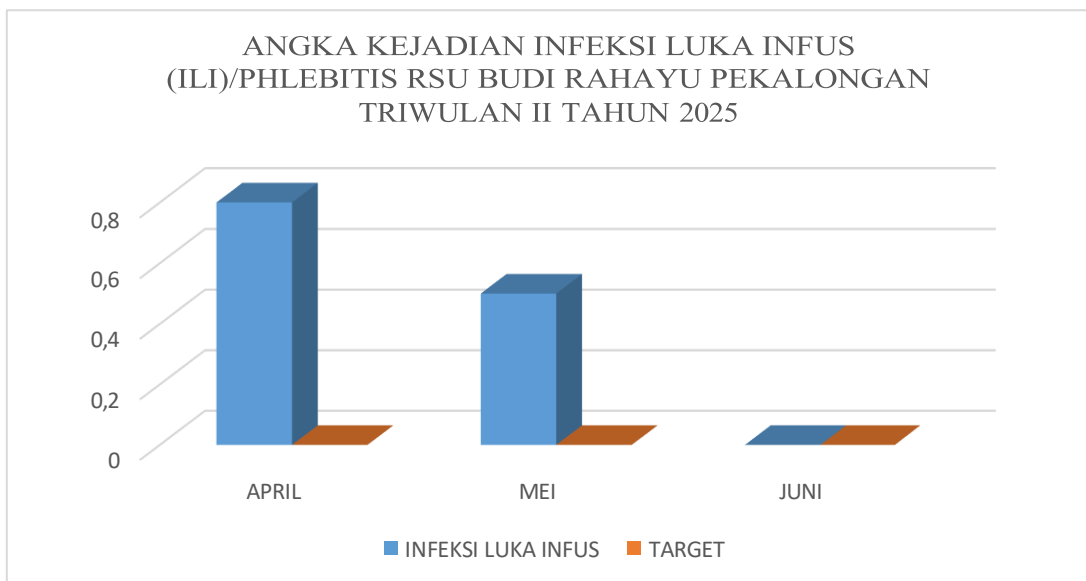
1. Re edukasi 6 langkah kebersihan tangan.
2. Re edukasi 5 moment kebersihan tangan
3. Lakukan monitoring evaluasi kepatuhan.
4. Berikan feed back hasil monitoring.

Grafik 5.25  
Angka Kejadian Phlebitis  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target :** 0%

**Formula :** Jumlah pasien yang mengalami infeksi daerah pemasangan infus selama di rawat inap / Jumlah pasien rawat inap pada bulan tersebut x 100%

**Angka Kejadian Plebhitis**



**Analisa :**

1. Insiden Rate Plebitis pada Triwulan II (April, Mei, Juni) tahun 2025 : 0,4

%0 lebih rendah dibanding target  $\leq 2$  %0.

2. Insiden Rate Plebitis tertinggi di bulan April, terbanyak terjadi di ruang St. Mikael dengan pasien penurunan kesadaran.
3. Dari angka kejadian infeksi luka infus yang sudah lebih rendah dari target  $< 2$  %0 hal ini menunjukkan bahwa kesadaran petugas kesehatan akan HAIs sudah lebih baik dan tetap perlu untuk memonitor lebih lanjut pasien rawat inap di unit risiko.
4. Insiden Rate Plebitis yang terjadi pada pasien anak dan pasien dewasa dikarenakan penggunaan cairan infus yang pekat.

**Rencana Tindak Lanjut :**

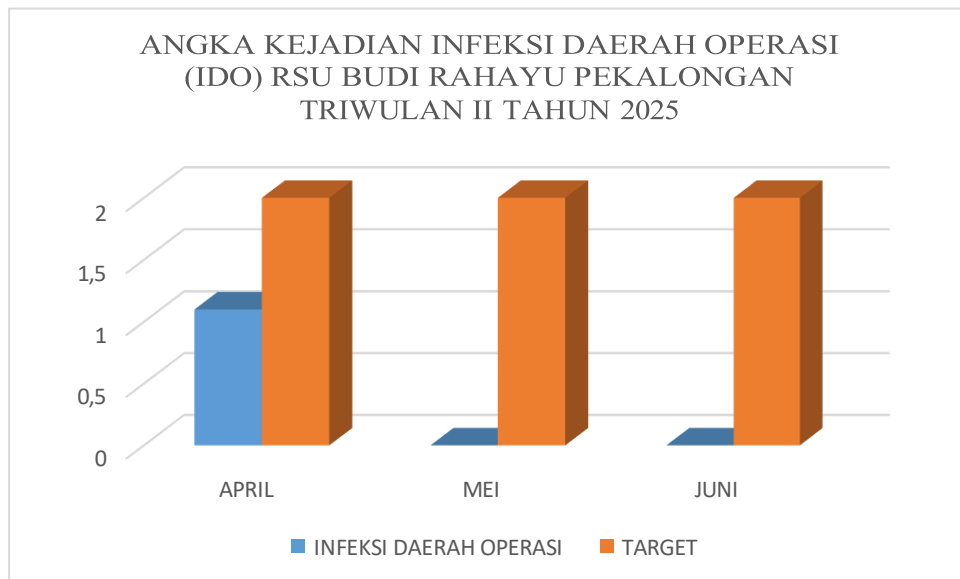
1. Pertahankan kejadian infeksi akibat pemasangan infus menjadi tidak ada.
2. Re Edukasi tentang PPI.
3. Pemantauan fasilitas sesuai kebutuhan.
4. Sosialisasi dan re edukasi pemasangan infus, perawatan infus serta tanda-tanda plebitis.
5. Koordinasi dengan EDP terkait dengan implementasi SIM RS

Grafik 5.26  
Angka Kejadian IDO  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target :** 0%

**Formula :** Jumlah pasien yang mengalami IDO selama di rawat inap / Jumlah pasien rawat inap pada bulan tersebut x 100%

## Angka Kejadian IDO



### Analisa :

1. Insiden Rate Infeksi Daerah Operasi (IDO) pada Triwulan II (April, Mei, Juni) tahun 2025 : 1 % masih lebih rendah dibanding target  $\leq 2$  %.
2. Insiden Rate Infeksi Daerah Operasi (IDO) terjadi pada tindakan Operasi : SC dan Laminektomi.
3. Insiden Rate Infeksi Daerah Operasi (IDO) terjadi pada 2 minggu setelah tindakan operasi.
4. Insiden Rate Infeksi Daerah Operasi (IDO) pada tindakan operasi laminektomi terjadi karena pasien obesitas dan DM.
5. Insiden Rate Infeksi Daerah Operasi (IDO) pada tindakan operasi SC terjadi karena perawatan luka selama di rumah tidak bersih.

### Rencana Tindak Lanjut :

1. Re-edukasi tentang PPI
2. Sosialisasi SPO Bundles Infeksi Daerah Operasi.
3. Melakukan edukasi kepada keluarga pasien untuk melaksanakan pola hidup bersih selama di rumah pasca pulang dari rumah sakit.
4. Laksanakan pencegahan dan pengendalian secara komprehensif.
5. Koordinasi dengan EDP terkait dengan implementasi SIM RS

**Kondisi yang dicapai saat ini:**

1. Komite PPI mengingatkan pentingnya penerapan kewaspadaan standar PPI di semua unit layanan;
2. Optimalisasi penggunaan sarpras APD dan kebersihan tangan sesuai standar;
3. Capaian kejadian HAI's sudah baik;
4. Memotivasi dan mendorong unit kerja untuk melakukan manajemen limbah tajam dan infeksius;
5. Indikator manajemen ruangan yang terkait PPI masih belum mencapai standar;
6. Pembuatan ulang alur pasien di IGD, sehingga dapat terkontrol dan terpantau pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi yang baik

**Kendala dan permasalahan:**

1. Berdasarkan hasil audit surveilans pelaksanaan kewaspadaan standar PPI belum mencapai hasil yang diharapkan. Beberapa indikator mengalami penurunan;
2. Pengelolaan manajemen limbah tajam dan limbah infeksius di beberapa ruangan ditemukan tidak tertulis tanggalnya dan belum dilaporkan.
3. Masih ditemukan petugas yang belum patuh terhadap kebersihan tangan, serta kebersihan tangan belum dapat diukur berdasarkan moment nya;
4. Sistem pelaporan yang belum terintegrasi dari unit ke unit yang lain, sehingga pelaporannya masih lambat dan tidak realtime;

**Rencana pemecahan masalah:**

1. Melakukan edukasi terus menerus untuk meningkatkan kepatuhan terhadap kewaspadaan standar PPI;
2. Melakukan monev terpadu dengan penunjang dalam melengkapi prasarana yang mendukung untuk safety pasien dan petugas, khususnya yang berada di area yang berisiko seperti ruang isolasi tekanan negative, di ruang IGD;
3. Melakukan monev secara berkala dan berkesinambungan;
4. Melakukan supervisi berjenjang;
5. Mengadakan pertemuan rutin hasil capaian kewaspadaan standar PPI dan manajemen ruangan dengan unit kerja untuk mengetahui kendala yang dihadapi;
6. Kolaborasi pembuatan ICRA dengan unit terkait.

## Pencapaian Indikator Mutu Unit (Imu)

### Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, Dan Penunjang

Hasil capaian indikator mutu unit kerja di Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang Triwulan II Tahun 2025 adalah:

Tabel 5.23  
Indikator Mutu Unit di Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

| No                 | INDIKATOR MUTU   | STANDAR | April | Mei    | Juni   |
|--------------------|--|---------|-------|--------|--------|
| <b>IGD</b>         |  |         |       |        |        |
| 1                  | Pelaporan Nilai Kritis   | 100%    | 2%    | 100%   | 100%   |
| 2                  | Respon time DPJP Menerima Konsulan < 60 menit  | 100%    | 68%   | 28%    | 69%    |
| 3                  | Angka Kejadian Pasien yang menolak untuk Rawat Inap  | 0%      | 3%    | 5%     | 6.88%  |
| 4                  | Follow up pasien IGD 1x24 jam oleh dokter jaga   | 100%    | ~     | ~      | ~      |
| <b>RAWAT JALAN</b> |  |         |       |        |        |
| 1                  | Ketepatan Jam Praktek Dokter   | 80%     | 75%   | 67,57% | 84.2%  |
| 2                  | Waktu Tunggu Rawat Jalan < 30 menit  | ≥80%    | 75%   | 70,59% | 74.36% |
| 3                  | Penggunaan I-Care untuk pelayanan rawat jalan  | ≥80%    | 100%  | 100%   | 100%   |
| 4                  | Kepatuhan Marking Lokasi Operasi dengan Tanda Centang oleh Operator  | 100%    | 100%  | 100%   | 100%   |
| <b>ST LUKAS</b>    |  |         |       |        |        |
| 1                  | Penundaan Operasi Elektif  | <5%     | 0%    | 0%     | 0%     |
| 2                  | Presentasi Kepatuhan Tenaga Kesehatan dalam Menerapkan Intervensi Pencegahan Pasien Jatuh Pasca Pembedahan | 100%    | 100   | 100    | 100    |
| 3                  | Kepatuhan Visite Dokter Bedah Pre-Operasi  | ≥80%    | 80%   | 100%   | 100%   |
| <b>ST ANNA</b>     |  |         |       |        |        |
| 1                  | Waktu Tanggap Seksio Caesarea Emergency  | ≥ 80%   | 100%  | 78%    | 58.6%  |
| 2                  | Penundaan Operasi Elektif  | <5%     | 2.44% | 0%     | 0%     |
| 3                  | Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Handover Laporan Pasien Pre dan Post Operasi                             | 100%    | 100%  | 100%   | 100%   |
| 4                  | Kepatuhan waktu visite dokter setiap hari  | 100%    | 100%  | 100%   | 97.89% |

| PERINATOLOGI |  |          |        |      |        |
|--------------|--|----------|--------|------|--------|
| 1            | Kejadian Asfiksia pada Bayi Baru Lahir   | <5%      | 2.86%  | 0%   | 3.2%   |
| 2            | Kemampuan Menangani Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)   | ≥ 85%    | 100%   | 0%   | 100%   |
| 3            | Ketepatan Identifikasi Pasien  | 100%     | 100%   | 100% | 100%   |
| ST MIKAEL    |  |          |        |      |        |
| 1            | VAP ICU  | 0%       | 17%    | 20%  | 0%     |
| 2            | Kepatuhan identifikasi pasien  | 100%     | 100%   | 100% | 100%   |
| 3            | Presentase Kepatuhan Petugas Kesehatan dalam Melakukan Cuci Tangan dengan Metode Enam Langkah dan Lima Momen | ≥ 85%    | 100%   | 100% | 100%   |
| ST RITA      |  |          |        |      |        |
| 1            | Kepatuhan Assesmen Awal Keperawatan  | 100%     | 100%   | 100% | 100%   |
| 2            | Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium  | 100%     | 100%   | 100% | 100%   |
| 3            | Presentasi Kepatuhan Tenaga Kesehatan dalam Menerapkan Intervensi Pencegahan Pasien Jatuh Pasca Pembedahan   | 100%     | 100%   | 100% | 100%   |
| ST YULIA     |  |          |        |      |        |
| 1            | Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan   | ≥ 80%    | 91%    | 95%  | 88.36% |
| 2            | Kelengkapan informed consent   | 100%     | 100%   | 100% | 100%   |
| 3            | Kepatuhan Pasien TB Paru Menggunakan Masker  | 100%     | 86%    | 88%  | 80%    |
| ST MARIA     |  |          |        |      |        |
| 1            | Ketepatan identifikasi Pasien  | 100%     | 100%   | 100% | 100%   |
| 2            | Kelengkapan informed consent   | 100%     | 100%   | 100% | 100%   |
| 3            | Follow up pasien rawat inap 2x24 jam oleh perawat  | 100%     | 100%   | 100% | 100%   |
| ST ANGELA    |  |          |        |      |        |
| 1            | Kepuasan Pasien dan Keluarga   | > 76.61% | 95.71% | 89%  | 91.18% |
| 2            | Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Handover Laporan Pasien Pre dan Post Operasi                               | 100%     | 100%   | 100% | 100%   |
| 3            | Kejadian Pasien Pulang Sebelum dinyatakan Sembuh   | ≤ 5%     | 3.39%  | 4%   | 6.98%  |
| ST YOSEPH    |  |          |        |      |        |
| 1            | Ketidaktepatan Jadwal Jam Operasi Pasien Elektif   | <5%      | 0%     | 50%  | 66.67% |
| 2            | Kepatuhan terhadap clinical pathway  | ≥80%     | 100%   | 100% | 100%   |
| 3            | Kelengkapan informed consent   | 100%     | 100%   | 77%  | 100%   |
| IBS          |  |          |        |      |        |
| 1            | Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Ruang Operasi   | 100%     | 100%   | 100% | 99.47% |

|                       |  |       |       |       |        |
|-----------------------|--|-------|-------|-------|--------|
| 2                     | Penundaan operasi elektif  | ≤5%   | 1%    | 1%    | 0%     |
| 3                     | Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Handover Laporan Pasien Pre dan Post Operasi                               | 100%  | 100%  | 100%  | 100%   |
| <b>DOTS</b>           |  |       |       |       |        |
| 1                     | Jumlah Keseluruhan Terduga TB  | 0%    | 39%   | 24%   | 26.3%  |
| 2                     | Angka Konversi   | 0%    | 0%    | 67%   | 100%   |
| 3                     | Angka Kesembuhan   | 100%  | 100%  | 100%  | 100%   |
| 4                     | Angka Dropout (TBRO)   | 0%    | 0%    | 0%    | 0%     |
| <b>TIM HIV</b>        |  |       |       |       |        |
| 1                     | Kepatuhan pasien pengobatan ARV  | 100%  | 59%   | 55%   | 53.57% |
| 2                     | Pelaporan pasien HIV   | 100%  | 0%    | 100%  | 100%   |
| <b>RADIOLOGI</b>      |  |       |       |       |        |
| 1                     | Kepatuhan Identifikasi Pasien  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%   |
| 2                     | Presentase Kepatuhan Petugas Kesehatan dalam Melakukan Cuci Tangan dengan Metode Enam Langkah dan Lima Momen | ≥ 85% | 91.7% | 88%   | 91.3%  |
| 3                     | Jumlah Pasien Rawat Jalan dengan Penyelesaian Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto thorax ≥ 180 menit           | 0%    | 2%    | 6.6%  | 1.75%  |
| 4                     | Respon Time Pelaporan Hasil Cito Radiologi   | 100%  | 100%  | 100%  | 100%   |
| <b>LABORATORIUM</b>   |  |       |       |       |        |
| 1                     | Respon Time Pemeriksaan Cito   | 100%  | 100%  | 100%  | 100%   |
| 2                     | Pelaporan Hasil Lab Pasien IGD ≤ 1 jam   | 100%  | 94%   | 96%   | 97.76% |
| 3                     | Kepatuhan Identifikasi Sampel & Blangko Permintaan Pemeriksaan Laboratorium                                  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%   |
| 4                     | Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Lab Pemeriksaan Darah Lengkap dan Kimia Klinik                                  | 98%   | 97%   | 97%   | 95.4%  |
| 5                     | Ketidaklayakan Sampel Pemeriksaan (Salah Tabung, Volume Kurang, Lisis, dll)                                  | 0%    | 0%    | 0.13% | 0.1%   |
| <b>FARMASI</b>        |  |       |       |       |        |
| 1                     | Waktu Tunggu Resep Racikan Pasien Rawat Jalan ≤ 60 menit   | 100%  | 80%   | 95%   | 81.7%  |
| 2                     | Waktu Tunggu Resep non Racikan Pasien Rawat Jalan ≤ 30 menit   | 100%  | 89%   | 70%   | 87%    |
| 3                     | Ketidaktepatan Pemberian Obat  | 0%    | 0%    | 0.03% | 0.01%  |
| 4                     | Kepatuhan Penggunaan Formularium RS untuk Pasien Bedah   | 100%  | 99%   | 94.5% | 94.19% |
| <b>INSTALASI GIZI</b> |  |       |       |       |        |
| 1                     | Kepatuhan Identifikasi Pasien  | 100%  | 100%  | 100%  | 100%   |
| 2                     | Sisa Porsi Makanan   | 5%    | 2%    | 1%    | 1.2%   |
| 3                     | Ketepatan Pemberian Diit   | 100%  | 0%    | 100%  | 100%   |

|                    |   |          |        |        |        |
|--------------------|---|----------|--------|--------|--------|
| 4                  | Ketepatan pemberian diit pada penyakit stroke   | 100%     | 100%   | 100%   | 100%   |
| 5                  | Tidak adanya benda asing dalam makanan yang disajikan                                 | 100%     | 100%   | 99.8%  | 100%   |
| <b>REKAM MEDIS</b> |   |          |        |        |        |
| 1                  | Kelengkapan Pengisian Dokumen RM 2x24 jam   | 100%     | 97%    | 96%    | 96%    |
| 2                  | Kelengkapan Pengisian Dokumen RM 2x24 jam Pelayanan Bedah                             | 100%     | 100%   | 92.4%  | 100%   |
| <b>CASEMIX</b>     |   |          |        |        |        |
| 1                  | Ketepatan Klaim < Tgl 15  | 100%     | 100%   | 100%   | 100%   |
| <b>TPPRI</b>       |   |          |        |        |        |
| 1                  | Kepatuhan Identifikasi Pasien   | 100%     | 100%   | 92%    | 100%   |
| 2                  | Ketepatan Pangisian Identitas Pasien  | 100%     | 93%    | 92%    | 100%   |
| <b>TPPRJ</b>       |   |          |        |        |        |
| 1                  | Presentase pasien JKN yang melakukan pendaftaran secara online melalui aplikasi M-JKN | ≥50%     | 34%    | 35.8%  | 35.99% |
| 2                  | Waktu tunggu total rawat jalan < 1.5 jam  | 100%     | 100%   | 100%   | 100%   |
| <b>AKUNTANSI</b>   |   |          |        |        |        |
| 1                  | Kepatuhan Kebersihan Tangan   | 100%     | 96%    | 96%    | 95.7%  |
| 2                  | Kelengkapan Bukti Transaksi   | 100%     | 56%    | 71%    | 56.88% |
| 3                  | Ketepatan Pelunasan Piutang Perusahaan  | 100%     | 96%    | 96%    | 95.7%  |
| <b>KASIR</b>       |   |          |        |        |        |
| 1                  | Kepatuhan Kebersihan Tangan   | 100%     | 91%    | 87%    | 96.15% |
| 2                  | Ketepatan Waktu Penyelesaian Administrasi Pasien Pulang (Kasir RI)                    | 100%     | 91%    | 96%    | 95.89% |
| 3                  | Kecepatan Waktu Pembayaran Pasien Rawat jalan (Kasir RJ)                              | 100%     | 91%    | 87%    | 96.15% |
| <b>HUMAS</b>       |   |          |        |        |        |
| 1                  | Kecepatan Waktu Tanggap terhadap Complain   | ≥ 80%    | 100%   | 100%   | 100%   |
| 2                  | Kepuasan Pasien dan Keluarga  | > 76.61% | 95.13% | 91%    | 93.44% |
| 4                  | Kecepatan Waktu Tanggap Keluhan di Poli Executive                                     | 100%     | 100%   | 25%    | 50%    |
| <b>PPI</b>         |   |          |        |        |        |
| 1                  | Kepatuhan Kebersihan Tangan   | ≥ 85%    | 100%   | 99.62% | 100%   |
| 2                  | Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri  | 100%     | 99.8%  | 99.71% | 91.59% |
| 3                  | Infeksi Luka Infus (Phlebitis)  | <5%      | 0.08%  | 0.05%  | 0%     |
| 4                  | Infeksi Daerah Operasi (IDO)  | 0%       | 0%     | 0%     | 1.89%  |
| <b>EDP</b>         |   |          |        |        |        |
| 1                  | Kepatuhan Kebersihan Tangan   | ≥ 85%    | 83%    | 80%    | 88%    |
| 2                  | Ketepatan Waktu Penanganan Kerusakan Hardware/Jaringan                                | 100%     | 100%   | 100%   | 100%   |

|                          |   |      |       |        |        |
|--------------------------|---|------|-------|--------|--------|
| 3                        | Respon Penanganan Keluhan Error Jaringan Software             | 100% | 93%   | 100%   | 100%   |
| <b>IPSRs</b>             |   |      |       |        |        |
| 1                        | Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri                      | 0%   | 0%    | 0%     | 0%     |
| 2                        | Keterlambatan Waktu Menangani Kerusakan Alat                  | 100% | 100%  | 100%   | 100%   |
| 3                        | Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat                             | 0%   | 0%    | 0%     | 0%     |
| <b>IPAL</b>              |   |      |       |        |        |
| 1                        | Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri                      | 100% | 87%   | 90%    | 95%    |
| 2                        | Baku Mutu Limbah Cair   | 100% | 100%  | 100%   | 100%   |
| <b>LINEN DAN LAUNDRY</b> |   |      |       |        |        |
| 1                        | Ketersediaan linen RI   | 100% | 98%   | 98%    | 97.76% |
| 2                        | Ketepatan waktu penyediaan linen RI                           | 75%  | 100%  | 100%   | 100%   |
| 3                        | Linen reject  | <2%  | 0.25% | 0.14%  | 0.49%  |
| 4                        | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang IBS              | 100% | 100%  | 100%   | 100%   |
| 5                        | Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri                      | 100% | 94%   | 98%    | 96%    |
| <b>CS</b>                |   |      |       |        |        |
| 1                        | Ketepatan Pemilahan Sampah                                    | 80%  | 78%   | 78%    | 81.6%  |
| 2                        | Ketepatan Waktu Pembuangan ke TPS                             | 100% | 100%  | 100%   | 100%   |
| <b>CSSD</b>              |   |      |       |        |        |
| 1                        | Ketidakberhasilan Proses Sterilisasi                          | 0%   | 0%    | 0.5%   | 0.49%  |
| 2                        | Kesalahan Pendistribusian Alat                                | 0%   | 0%    | 0%     | 0.02%  |
| <b>SATPAM</b>            |   |      |       |        |        |
| 1                        | Petugas Melakukan Pengawasan Keliling RS                      | 100% | 93.3% | 90.32% | 100%   |
| 2                        | Tidak Adanya Barang Hilang                                    | 100% | 100%  | 100%   | 93.3%  |
| <b>SOPIR</b>             |   |      |       |        |        |
| 1                        | Keterlambatan Pelayanan Ambulan                               | 0%   | 0%    | 0%     | 0%     |
| 2                        | Ketersediaan Pelayanan Mobil Jenazah                          | 100% | 100%  | 100%   | 100%   |
| 3                        | Ketersediaan Pelayanan Ambulan                                | 100% | 100%  | 100%   | 100%   |
| <b>MANAJER UMUM</b>      |   |      |       |        |        |
| 1                        | Ronde Manajemen   | 100% | 100%  | 75%    | 100%   |
| 2                        | Facility Tour   | 100% | 100%  | 75%    | 100%   |
| <b>SEKRETARIAT</b>       |   |      |       |        |        |
| 1                        | Kepatuhan Pelaksanaan Rapat Koordinasi Internal Setiap Minggu | 100% | 50%   | 100%   | 75%    |
| 2                        | Ketepatan Waktu Distribusi Surat/Nota Dinas                   | 100% | 100%  | 100%   | 100%   |

| MANAJER KEPERAWATAN |   |      |       |      |        |
|---------------------|---|------|-------|------|--------|
| 1                   | tingkat turn over perawat dalam satu bulan        | ≤10% | 1.5%  | 0%   | 1.52%  |
| MARKETING           |   |      |       |      |        |
| 2                   | Jumlah Pasien Batal Periksa                       | ≤5%  | 0.8%  | 0.8% | 0.8%   |
| KOMITE MEDIS        |   |      |       |      |        |
| 1                   | Diskusi Kasus Sulit                               | 100% | 100%  | ~    | ~      |
| 2                   | Ketepatan waktu pelaksanaan kredensial Staf Medis | 100% | ~     | 100% | 100%   |
| KOMITE MUTU         |   |      |       |      |        |
| 1                   | Kepatuhan 5R (Ringkas, Rapi, Resik, Rawat, Rajin) | 100% | 100%  | 100% | 100%   |
| KOMITE KEPERAWATAN  |   |      |       |      |        |
| 1                   | Ketepatan waktu pelaksanaan kredensial Staf Medis | 100% | ~     | ~    | ~      |
| SDM                 |   |      |       |      |        |
| 1                   | Ketepatan absensi karyawan                        | 80%  | 74.5% | 79%  | 71.77% |
|                     |   |      |       |      |        |
| 1                   | Persentase Karyawan Baru yang Mengikuti Orientasi | 100% | 100%  | 100% | ~      |

### 5.6 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 bedah umum yang ada di RSUD Budi Rahayu dibuat pada seluruh bidang ilmu kedokteran.

Grafik5.23

INM: Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

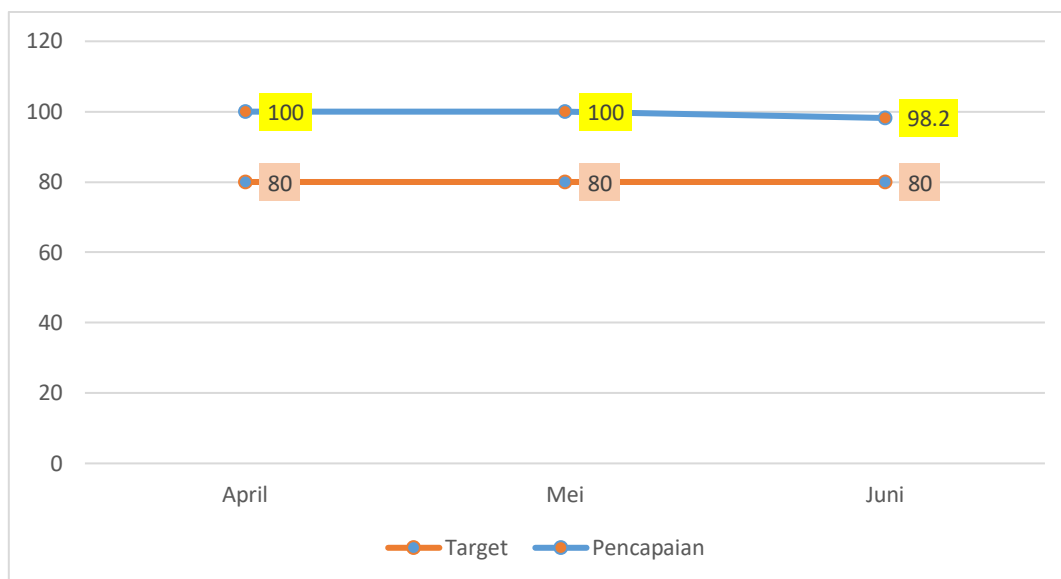
Triwulan II Tahun 2025

RSU Budi Rahayu

**Target :** ≥80%

**Formula :** Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway/Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi x 100% .

## Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway*



**Analisa :** Sudah tercapai target

**Tindak Lanjut :** Pertahankan capaian

Rerata capaian indikator kepatuhan terhadap *clinical pathway* Triwulan II TA 2025 adalah 100 %. Kepatuhan *clinical pathway* yang diukur meliputi kepatuhan terhadap ALOS, kepatuhan terhadap terapi, dan pemeriksaan penunjang yang telah ditetapkan. Namun, *clinical pathway* ini harus menunjukkan perbaikan dengan sudah diterapkannya *clinical pathway* oleh seluruh Professional Pemberi Asuhan (PPA) di RS. Hasil ketercapaian yang ada masih perlu dikaji lebih lanjut, apakah hasil yang diperoleh dipengaruhi oleh besarnya jumlah sampel atau memang kepatuhan terhadap terapi yang sudah semakin membaik. Selain itu, RS juga perlu mengukur efektifitas dan efisiensi sebagai dampak kendali mutu dan kendali biaya atas keberhasilan penerapan *clinical pathway* di RSUD Budi Rahayu.

### **Kendala dan permasalahan:**

1. PPK/CP belum direvisi;
2. PPK/CP yang dievaluasi belum kolaboratif antar profesi, masih pada kepatuhan PPK oleh Dokter Spesialis.

### **Rencana pemecahan masalah:**

1. Review dan revisi dokumen PPK/CP oleh Komite Mutu, Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite Nakes Lain;
2. Monev kepatuhan pengisian CP lebih komprehensif sesuai definisi operasional Indikator Nasional Mutu (INM);
3. CP dapat digunakan untuk mengukur indikator kinerja PPA;

4. Tim Kendali Mutu Kendali Biaya dapat mengukur efektifitas dan efisiensi dampak evaluasi kepatuhan PPK/CP di RSUD Budi Rahayu

### **PENCAPAIAN KESELAMATAN PASIEN DAN BUDAYA KESELAMATAN RS LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN RS**

Hasil pengukuran indikator keselamatan pasien Triwulan II Tahun 2025 adalah:

Grafik 5.24

INM: Kepatuhan Identifikasi Pasien

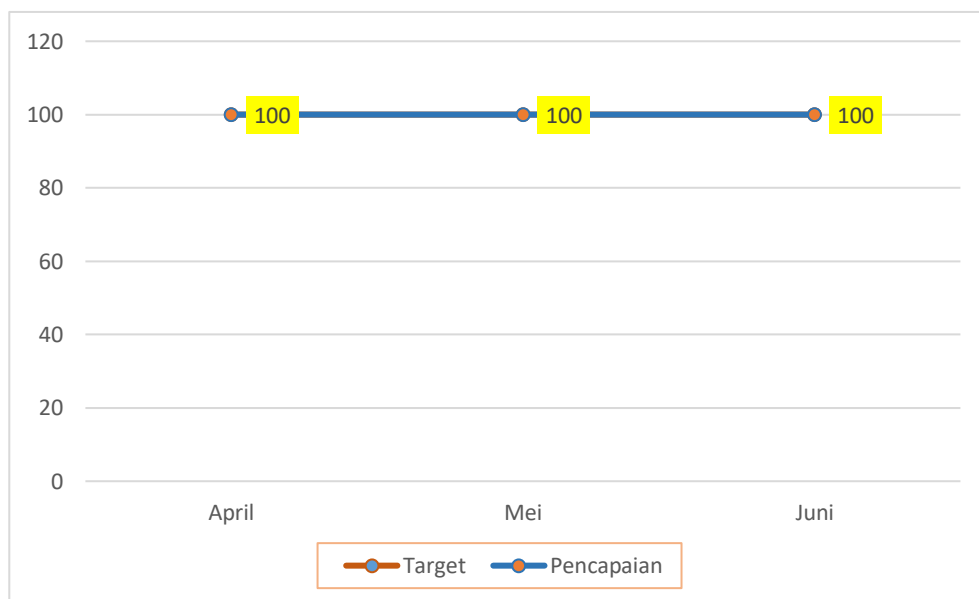
Triwulan II Tahun 2025

RSU Budi Rahayu

**Target :** 100%

**Formula :** Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi / Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi x 100%

#### **Kepatuhan Identifikasi Pasien**



**Analisa :** Sudah tercapai target

**Tindak Lanjut :** Pertahankan capaian dan melakukan supervisi pada saat pengambilan data, Koordinasi untuk mencapai kepatuhan kelengkapan identitas pasien melibatkan Pelayanan Penunjang, Kepala Ruangan, Komite Mutu.

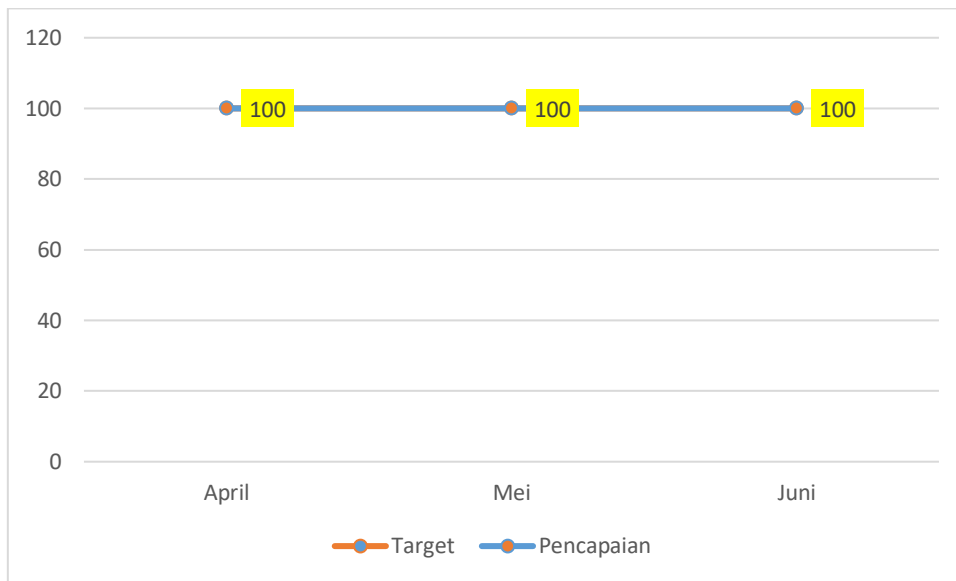
### Grafik 5.25

Kepatuhan terhadap Time Out sebelum tindakan bedah  
(memastikan pasien, prosedur, dan lokasi operasi benar) Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target :** 100 %

**Formula :** Jumlah SSC yang diisi lengkap dan sesuai : Jumlah seluruh prosedur bedah x  
100%

#### Kelengkapan surgical safety checklist



**Analisa :** Sudah tercapai target

**Tindak Lanjut :** Dipertahankan dan melakukan supervisi pada saat pengambilan data Rerata capaian kelengkapan surgical safety checklist Triwulan II TA 2025 adalah 100%. Hal ini sudah sesuai dengan standar yang ditentukan dan perlu dipertahankan capaiannya. Upaya perbaikan terus dilakukan dengan monev dan supervisi yang dilakukan oleh Komite Mutu.

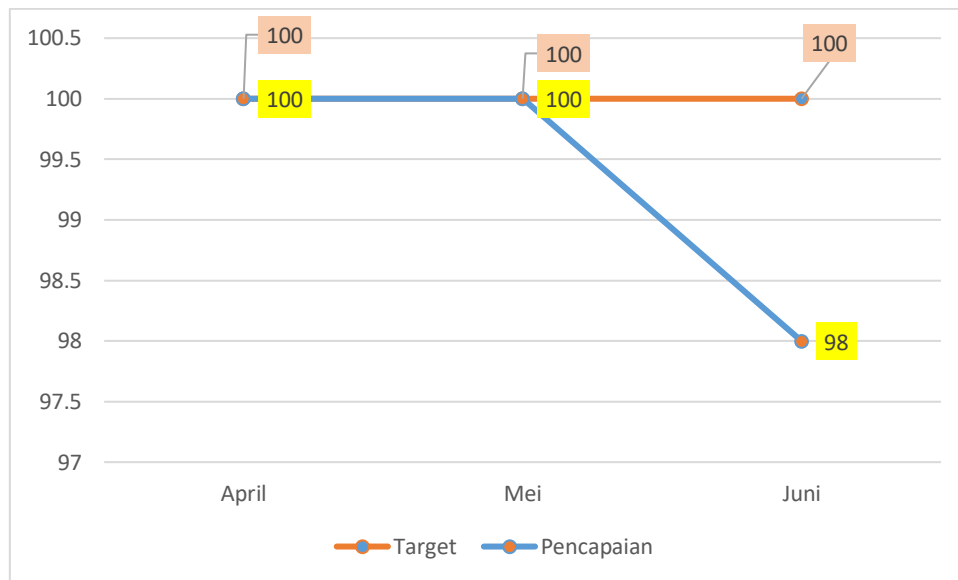
Grafik 5.26

Kepatuhan pemberian profilaksis antibiotik perioperatif  
(tepat jenis, dosis, waktu pemberian, dan durasi)  
Triwulan II Tahun 2025 RSUD Budi Rahayu

**Target :** 100 %

**Formula :** Jumlah pasien yang menerima antibiotik sesuai standar : Total pasien yang memerlukan profilaksis antibiotik  $\times$  100%

**Kepatuhan pemberian profilaksis antibiotik perioperatif (tepat jenis, dosis, waktu pemberian, dan durasi)**



**Analisa :** Tidak mencapai target

**Tindak Lanjut :** Terjadi penurunan pada bulan Juni sebesar 98 %. Meningkatkan pemahaman dan kesadaran seluruh tim ruang perawatan mengenai pentingnya Kepatuhan pemberian profilaksis antibiotik perioperatif (tepat jenis, dosis, waktu pemberian, dan durasi)

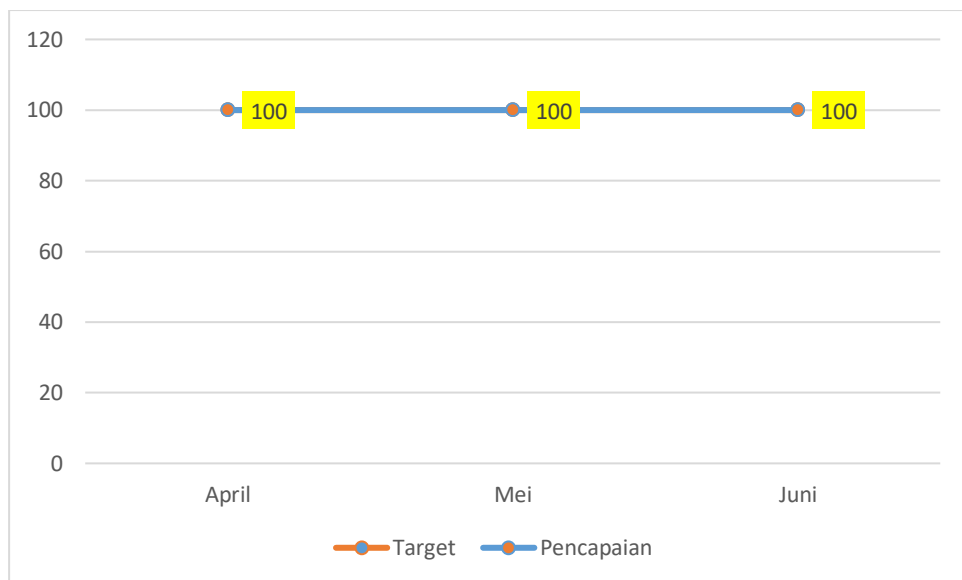
Grafik 5.27 :

Kepatuhan perawat dalam melakukan handover laporan pasien pre dan post operasi  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target** : 100 %

**Formula** : Jumlah handover yang dilakukan sesuai standar : Total pasien yang menjalani operasi x 100%

**Kepatuhan perawat dalam melakukan handover laporan pasien pre dan post operasi**



**Analisa** : Secara keseluruhan, pencapaian cenderung stabil dan berhasil mencapai atau mendekati target yang ditetapkan selama periode tiga bulan tersebut.

**Tindak Lanjut** : Dipertahankan dan melakukan supervisi pada saat pengambilan data.

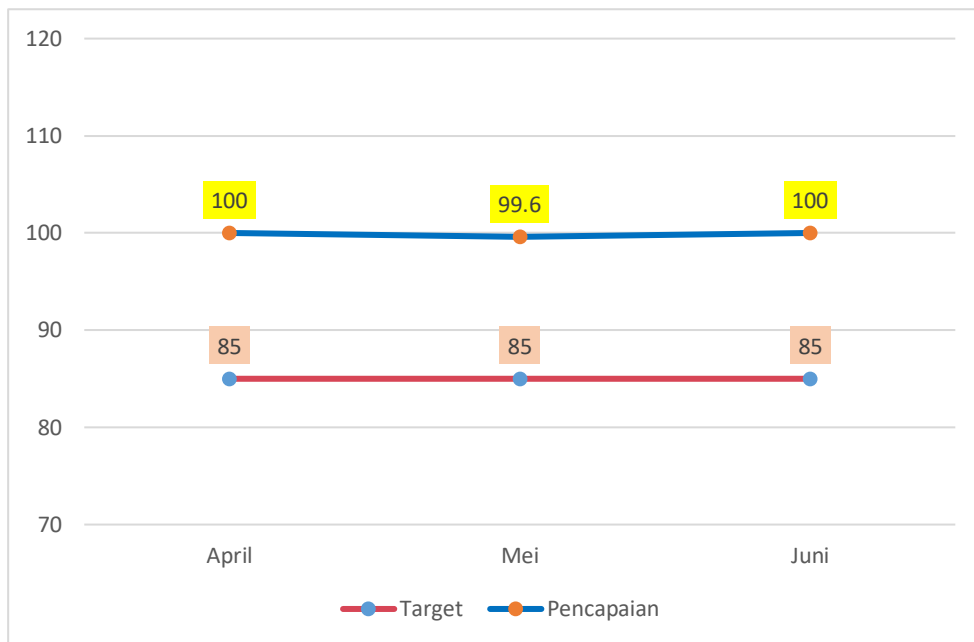
Grafik 5.28

Kepatuhan Kebersihan Tangan  
Triwulan II Tahun 2025  
RSU Budi Rahayu

**Target** :  $\geq 85\%$

**Formula** : Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan/Jumlah peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam satu periode observasi x 100%

## Kepatuhan Kebersihan Tangan



Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan Triwulan II TA 2025 adalah 100 % Terdapat tren peningkatan positif dari bulan April- Juni 2025, dan selama bulan April- Juni 2025 di atas standar. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih dapat menunjukkan capaian yang stabil. Petugas yang ada di ruang rawat inap sudah melakukan kebersihan tangan sesuai dengan regulasi. Tim PPI terus melakukan upaya perbaikan dengan melakukan edukasi secara terus menerus terkait pelaksanaan kebersihan tangan yang benar. Monev dan supervise yang rutin dilakukan setiap bulannya menunjukkan perubahan yang berarti. Perlu adanya upaya optimalisasi untuk mempertahankan dan terus melakukan sosialisasi dan edukasi terus menerus untuk meningkatkan pemahaman petugas dalam melakukan kebersihan tangan.

Hasil pengukuran Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Triwulan II tahun 2025 adalah:

Grafik5.34

Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Triwulan II  
Tahun 2025 RSUD Budi Rahayu Pekalongan

| NO | JUDUL INDIKATOR | APRIL | MEI | JUNI | JUMLAH |
|----|-----------------|-------|-----|------|--------|
| 1  | KPCS            | 6     | 18  | 28   | 52     |
| 2  | KNC             | 3     | 2   | 1    | 6      |
| 3  | KTC             | 2     | 0   | 0    | 2      |
| 4  | KTD             | 1     | 1   | 1    | 3      |
| 5  | Sentinel        | 0     | 0   | 0    | 0      |
|    | JumlahTotal     | 12    | 21  | 30   | 63     |

**Kondisi yang dicapai saat ini:**

- Pada tahun Triwulan II tahun 2025 terjadi 4 insiden keselamatan pasien;
- Berdasarkan jenis insiden, insiden KPCS menjadi insiden terbanyak yaitu 52 insiden;
- Terdapat kejadian sentinel sebanyak 0 insiden;
- Insiden prioritas yang perlu dilakukan analisa komprehensif adalah: pasien jatuh, cedera pada pasien, kesalahan identifikasi pasien dan *medication error*;
- Analisis faktor-faktor penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien adalah:
  - Petugas bekerja belum sesuai prosedur, kurang teliti, kurang peduli, kelelahan;
  - Keselamatan pasien belum membudaya;
  - Koordinasi antar PPA, sistem asesmen risiko keselamatan pasien, pemantauan pasien berisiko deteksi belum optimal;
  - Sistem monev berjenjang belum sesuai standar
  - Ketersediaan sarana prasarana pendukung belum optimal, seperti:
    - Lantai licin, rusak.
    - Internet mati ketika petir
    - Telepon mati ketika petir

**Kendala dan permasalahan:**

- Belum seluruh petugas memiliki pemahaman yang sama tentang keselamatan pasien Rumah Sakit;
- Belum seluruh tim KPRS memahami cara pelaporan monitoring evaluasi indikator KPRS;
- Belum seluruh Pelaporan monev oleh tim KPRS dilaporkan tepat waktu;

- Sarana dan prasarana belum tersedia secara lengkap dan kontinyu;
- Belum seluruh petugas memahami alur pelaporan insiden keselamatan pasien;
- Belum seluruh manajer ruangan memahami grading, dan cara investigasi sederhana;
- Belum seluruh petugas memahami prosedur keselamatan pasien rumah sakit;
- Belum optimal tindak lanjut laporan insiden keselamatan pasien oleh sub komite KPRS;
- Minimnya pemahaman staf terhadap klasifikasi insiden.
- Ketakutan staf terhadap konsekuensi pelaporan (belum sepenuhnya no blame culture).
- Belum terlaksananya beberapa program sub komite KPRS.

**Rencana pemecahan masalah:**

- **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, KMRS.
- **Supervisi**
  - Melakukan supervisi Kepada tim KPRS tentang pelaporan insiden keselamatan pasien, dan laporan monev tim KPRS Bersama dengan KMRS pada saat ronde mingguan;
  - Melakukan bimbingan cara melakukan investigasi sederhana;
  - Pengoptimalan supervisi Kepada tim KPRS tentang pelaporan insiden keselamatan pasien, dan laporan monev tim KPRS Bersama dengan KMRS pada saat ronde mingguan.
- **Pendidikan dan Pelatihan**
  - Sub Komite KPRS melakukan Workshop tim KPRS
  - Sub Komite KPRS melakukan Pendidikan Keselamatan Pasien pada pegawai baru

- Pelatihan eksternal anggota sub komite KPRS tentang pelaksanaan FMEA dan RCA
- Pelatihan Internal Duta KPRS
- Meningkatkan peran KPRS, atasan langsung dan structural PJ unit kerja
- **Sarana dan Prasarana**
  - Optimalisasi sarana dan prasaran guna mendukung keselamatan pasien rumah sakit.
- **Regulasi dan Pedoman**
  - Sub Komite KPRS Bersama dengan KMRS melakukan revisi pedoman dan regulasi Keselamatan pasien Rumah Sakit
- **Koordinasi dan Kolaborasi**
  - Berkoordinasi dengan Komite-Komite RS lainnya;
  - Pembahasan kasus Interdisiplin dan Menyusun siklus perbaikan berkesinambungan
  - Meningkatkan kolaborasi dan koordinasi antar PPA
- **Reward and Consequances**
  - Pelaksanaan sistem reward and consequences untuk mendorong terciptanya budaya keselamatan
- **Benchmark dengan rumah sakit lain**
  - Pelaksanaan benchmarking dengan rumah sakit lain; meliputi system pelaporan, regulasi, dan indicator keselamatan RS, dengan tujuan meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit.

### **Pencapaian Budaya Keselamatan RS**

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.

Budaya keselamatan di RSUD Budi Rahayu dilakukan dengan survei yang bertujuan untuk:

- Meningkatkan kesadaran staf tentang keselamatan pasien;
- Kaji status budaya keselamatan pasien saat ini;
- Identifikasi kekuatan dan area untuk peningkatan budaya keselamatan pasien;

- Periksa tren perubahan budaya keselamatan pasien dari waktu ke waktu;
- Mengevaluasi dampak budaya dari inisiatif dan intervensi keselamatan pasien;
- 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

Dimensi budaya keselamatan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.15

Dimensi Budaya  
Keselamatan RSUD Budi  
Rahayu

| 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  | Hand off dan Transisi   | Informasi penting perawatan pasien ditransfer ke seluruh unit rumah sakit dan selama pergantian shift.   |
| 5  | Dukungan Manajemen menuntuk 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 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.  |

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.

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:

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

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

- Perilaku yang tidak layak (*inappropriate*), seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat, memaki;
- 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;

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

Survei budaya keselamatan di RSUD Budi Rahayu dilaksanakan setiap tahun dengan tujuan untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan di RSUD Budi Rahayu. Penelitian dilakukan di Bulan Juli 2024. Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner budaya keselamatan, diadaptasi dari kuesioner.

#### **Kondisi yang dicapai saat ini:**

- Melakukan sosialisasi budaya keselamatan RS kepada seluruh pegawai;
- Telah dibuat sistem yang rahasia, sederhana dan mudah diakses untuk pelaporan masalah yang terkait budaya keselamatan (melalui google formulir, admin: Sekretaris Subkomite KPRS).
- Pada Triwulan 2 tahun 2025 tidak ada kejadian perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan pasien dan sudah dilakukan upaya perbaikan;
- Asuhan berfokus pada pasien (*patient centered care*);
- PPA bertugas sesuai dengan tupoksinya masing-masing.

#### **Kendala dan permasalahan:**

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

#### **Rencana pemecahan masalah:**

- Penguatan program budaya keselamatan RS;
- Sosialisasi terus menerus pada seluruh staf tentang budaya keselamatan RS melalui tim KPRS;
- Optimalisasi implementasi budaya keselamatan RS di seluruh unit layanan;
- Melakukan survei budaya keselamatan setiap tahun.

## **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 pelayanandan keselamatan pasien tetap terjaga dengan baik.

Pelaksanaan kegiatan manajemen risiko ini didasari oleh regulasi nasional yang diatur secara bertahap. Peraturan yang utama tertuang dalam Undang-undang tentang RS nomor 44 tahun 2009 dinyatakan bahwa pasien berhak mendapatkan pelayanan

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

Untuk melakukan antisipasi terhadap kondisi ketidakpastian di masa yang akan datang dan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan, RSUD Budi Rahayu 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 RSUD Budi Rahayu. Manajemen risiko dapat diterapkan ke seluruh satuan kerja lingkup RSUD Budi Rahayu..

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

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

Ruang lingkup manajemen risiko rumah sakit meliputi:

- Pasien dan keluarga;

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

Pengelompokan manajemen risiko berdasarkan kategori risiko adalah:

- Keuangan: risiko yang disebabkan oleh segala sesuatu yang menimbulkan tekanan terhadap pendapatan dan belanja organisasi;
- Kebijakan: risiko yang disebabkan oleh adanya penetapan kebijakan organisasi baik internal maupun eksternal yang berdampak langsung terhadap organisasi;
- Kepatuhan: risiko yang disebabkan oleh organisasi atau pihak eksternal tidak mematuhi dana tau tidak melaksanakan peraturan perundang-undangan dan ketentuan lain yang berlaku;
- Legal: risiko yang disebabkan oleh adanya tuntutan hukum kepada organisasi;
- Fraud: risiko yang disebabkan oleh kecurangan yang disengaja oleh pihak internal yang merugikan keuangan negara;
- Reputasi: risiko yang disebabkan oleh menurunnya kepercayaan publik/masyarakat yang bersumber dari persepsi negative organisasi;
- 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:

- Risiko Klinis;
- Risiko Non Klinis.

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko memiliki fungsi:

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

#### **Kondisi yang dicapai saat ini:**

- Pengumpulan manajemen risiko unit kerja mencapai 90%;
- Pendampingan ke unit kerja dilakukan oleh Subkomite Manajemen Risiko;
- Membuat Profil Risiko RS TA 2025;
- Melakukan koordinasi dengan seluruh unit kerja untuk pengelolaan dan pemantauan risiko;
- Melakukan sosialisasi ulang PMK nomor 25 tahun 2019 tentang Manajemen Risiko;
- Koordinasi dengan unit kerja untuk melakukan pengelolaan dan pemantauan risiko;
- Menyelenggarakan workshop Manajemen Risiko ;
- Pengumpulan FMEA unit kerja terkumpul 1 FMEA (standar 1 FMEA per tahun);
- Rapat koordinasi secara rutin (per bulan) antar sub unit mencapai 100%.

#### **Kendala dan permasalahan:**

- Pemahaman tentang manajemen risiko belum merata di seluruh unit kerja;
- Pengelolaan dan pemantauan risiko belum optimal;
- Manajemen risiko unit kerja belum terdokumentasi dengan baik;
- Proses pemantauan risiko oleh Subkomite Manajemen Risiko belum optimal dikarenakan kesibukan di tupoksi masing-masing anggota.

#### **Rencana pemecahan masalah:**

- Mengadakan workshop Manajemen Risiko;
- Optimalisasi sosialisasi dan pendampingan ke unit kerja;

- Pembuatan FMEA bagi unit kerja yang belum mengumpulkan;
- Penguatan program manajemen risiko unit kerja;
- Optimalisasi pengelolaan dan pemantauan risiko unit kerja dengan dipandu oleh Subkomite Manajemen Risiko;
- Meningkatkan keterlibatan semua pihak dalam pengelolaan risiko
- Pemantauan dan pelaporan manajemen risiko dilakukan secara berkala;
- Feedback dan pembelajaran ke unit kerja untuk pengelolaan risiko.
- Penguatan internal Subkomite Manajemen Risiko.
- Optimalisasi penggunaan IT.

**Kondisi yang dicapai saat ini:**

- Mengikuti sosialisasi Standar Akreditasi Rumah Sakit yang dilakukan oleh Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan
- Pelaporan indikator mutu nasional (INM) dan insiden keselamatan pasien (IKP) setiap bulan serta *self assessment hospital readiness* triwulan I ke aplikasi <http://mutufasyankes.kemkes.go.id/>;
- Pelaksanakan dan monitoring kepatuhan serta audit penerapan PPK/CP;
- Pelaporan indikator mutu RS, insiden keselamatan pasien dn budaya keselamatan setiap bulan;
- Melakukan rapat *feedback* capaian mutu unit kerja setiap 3 (tiga) bulan;
- Melakukan RCA untuk insiden keselamatan pasien grading kuning dan merah;
- Membuat profil manajemen risiko RS;
- Tersusun 1 FMEA (standar 1 FMEA setiap tahun);
- Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan manajemen risiko unit kerja;
- Melakukan *continuous quality improvement* di semua unit kerja.

**Kendala dan Permasalahan:**

- Indikator mutu prioritas perlu dibuatkan sesuai STARKES;
- Clinical Pathway yang di evaluasi baru pada pasien psikiatri;
- Pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan mutu belum optimal

**Rencana pemecahan masalah:**

- Penyusunan dan penetapan indikator mutu prioritas sesuai STARKES;

- Review, revisi, dan penyusunan CP baru total 5 CP (5 CP lama, 5 CP baru blm ada);
- Optimalisasi pemantauan dan evaluasi dengan Kepala Unit Kerja sebagai penanggungjawab PMKP di Unit Kerjanya masing-masing;
- Ronde Komite Mutu terintegrasi.

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 RSUD Budi Rahayu.

Komite Mutu melakukan tugas dan fungsinya sesuai dengan standar reformasi birokrasi dan pembangunan Zona Integritas dilingkungan RSUD Budi Rahayu, antara lain:

- Melakukan review, revisi, dan penetapan regulasi berupa Kebijakan, Pedoman, Standar Prosedur Operasional (SPO), *Clinical Pathway (CP)*, dll;
- Implementasi dan monev pelaksanaan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko RS;
- Pelaporan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko RS.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

Komite Mutu RSUD Budi Rahayu pada Triwulan II tahun 2025 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 Triwulan 2 tahun 2025 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.

Kesimpulan Laporan Komite Mutu Triwulan II tahun 2025 adalah:

- Program Komite Mutu sebagian besar sudah terlaksana. Peran aktif dari 3 (tiga) Subkomite memberikan sumbangsih terbesar untuk keberlangsungan program;
- Pengukuran indikator kinerja korporasi yang terkait Komite Mutu dilaporkan tepat waktu setiap bulan;
- Pelaporan unit kerja sudah dilakukan tepat waktu;
- 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;
- Penerapan budaya mutu dan keselamatan pasien perlu dipandu oleh Subkomite Mutu dan Subkomite Keselamatan Pasien;
- Hasil capaian indikator belum sepenuhnya digunakan sebagai dasar untuk memperbaiki performa unit kerja;
- Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) tepat waktu;
- Subkomite Manajemen Risiko telah merumuskan Profil Risiko RS;
- Monev dan supervisi berjenjang belum berjalan Optimal;
- Audit PPK/CP masih pada belum komprehensif melibatkan semua PPA;
- Duta Mutu dan Tim KPRS masih memerlukan bimbingan dan arahan dari Subkomite Mutu dan Subkomite Keselamatan Pasien;
- Layanan RSUD Budi Rahayu tetap memprioritaskan mutu dan keselamatan pasien. Semua dokumen, regulasi, dan implementasi dilakukan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pelaksanaan kegiatan dan pengawasan tetap harus dilakukan agar program dapat dicapai. Rekomendasi dari Laporan Komite Mutu Triwulan II tahun 2025 adalah:

- Perlu komitmen dari seluruh lini mulai dari pucuk pimpinan sampai dengan pelaksana;
- Meningkatkan koordinasi dan sosialisasi untuk pelaksanaan program dan kegiatan secara menyeluruh dan berkesinambungan;
- Meningkatkan monev dan supervisi secara berjenjang dan berkala untuk melihat kegiatan yang dilaksanakan sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan;
- Perlu meningkatkan kompetensi pegawai terhadap mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko;
- Berkoordinasi dengan bagian umum untuk memenuhi sarana prasarana dan alat kesehatan unit kerja sesuai standar dengan skala prioritas secara efektifitas dan efisiensi;
- Melakukan penelitian tentang mutu dan keselamatan pasien;
- Pendampingan unit kerja dipandu oleh masing-masing Subkomite;
- Mengusulkan indikator sebagai salah satu faktor penimbang perhitungan performa kinerja dalam remunerasi sehingga memotivasi pegawai untuk berkinerja lebih baik;
- Feedback dan pembelajaran terhadap capaian indikator mutu RS;
- Melaksanakan review dan revisi PPK/CP dengan melibatkan Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite Nakes Lain;
- Melaksanakan audit medik dan audit klinik secara komprehensif;
- Meningkatkan implementasi budaya keselamatan;