

FORMULIR FEEDBACK

Pengajuan dari : Komite Mutu
Perihal tentang : Feedback Laporan Mutu Triwulan IV Tahun 2025
Tanggal : 13 Januari 2026

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 *blamming, shamming, 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, 13 Januari 2026



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

FORMULIR FEEDBACK

Pengajuan dari : Komite Mutu
Perihal tentang : Feedback Laporan Mutu Triwulan IV Tahun 2025
Tanggal : 15 Januari 2026

Ditujukan kepada :

- Direktur RS 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, 15 Januari 2026



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 IV Tahun 2025 Komite Mutu Rumah Sakit Budi Rahayu ini dapat terselesaikan.

Laporan Triwulan IV Tahun 2025 ini dimaksudkan untuk memberikan informasi mengenai data kinerja dan pertanggungjawaban mengenai penyelenggaraan tata kelola mutu di Rumah Sakit Budi Rahayu. Laporan ini juga merupakan bentuk pertanggungjawaban Komite Mutu Rumah Sakit Budi Rahayu mengenai pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan dalam bentuk program dan kegiatan dalam kurun waktu Oktober – Desember Triwulan IV Tahun 2025.

Laporan Komite Mutu Rumah Sakit Budi Rahayu 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 Rumah Sakit Budi Rahayu.

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

Pekalongan, 09 Januari 2026

Ketua Komite Mutu

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	
KATA PENGANTAR	
DAFTAR ISI	
BAB I: PENDAHULUAN.....	
1.1 Latar Belakang.....	
1.2 Maksud dan Tujuan	
1.3 Ruang Lingkup.....	
1.4 Sistematika Penulisan	
BAB II: ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN	
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	
BABIV:TUJUAN DAN SASARAN KERJA.....	
3.1 Dasar Hukum.....	
3.2 Tujuan,Sasaran dan Indikator.....	
3.2.1 Tujuan	
3.2.2 Sasaran dan Indikator.....	
BABIV:STRATEGIPELAKSANAAN.....	
4.1 Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran.....	
4.2 Hambatan dalam Pelaksanaan Tujuan.....	
4.3 Upaya Tindak Lanjut.....	
4.4 Inovasi Komite Mutu.....	
BABV:HASILKERJA	
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).....
5.7	Pencapaian Keselamatan Pasiendan Budaya Keselamatan.....
5.7.1	Pencapaian Keselamatan Pasien.....
5.7.2	LaporanInsiden Keselamatan Pasien.....
5.7.3	Pencapaian Budaya Keselamatan.....
5.8	Pencapaian Manajemen Risiko.....
	Akreditasi/Verifikasi Akreditasi RumahSakit.....
BABVI: PENUTUP	
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. Rumah Sakit Budi Rahayu yang selanjutnya disebut RS Budi Rahayu adalah RS yang melaksanakan tugas di bidang pelayanan kesehatan perorangan. Komite Mutu RS yang selanjutnya disebut Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur RS dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan RS.

Setiap RS wajib menyelenggarakan tata kelola mutu. Tata kelola mutu dilakukan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien RS dan mempertahankan standar pelayanan RS. Penyelenggaraan tata kelola mutu dilakukan oleh Komite Mutu. Tujuan penyelenggaraan tata kelola mutu adalah peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RS Budi Rahayu 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 36 tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna, setiap orang memiliki hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 80 tahun 2020/2024 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. Manajemen risiko dapat diterapkan ke seluruh satuan kerja lingkup RSUD Budi Rahayu.

Penyelenggaraan tata kelola mutu RS selanjutnya akan dievaluasi dan dilaporkan secara berkala oleh Komite Mutu kepada Direktur untuk dilaporkan kepada Pemilik RS. Laporan berkala merupakan bentuk pertanggung jawaban kinerja Komite Mutu RS 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 RS 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 RS. 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 tahun 2025.

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

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

Laporan Triwulan IV Tahun 2025 Komite Mutu RS Budi Rahayu merupakan rangkuman dari suatu proses penyelenggaraan tata kelola mutu di masing-masing unit kerja RS. Laporan ini dapat memberikan gambaran tentang pencapaian

penyelenggaraan mutu RS dengan memperhatikan 7 (tujuh) dimensi mutu, yaitu: aman, adil, berorientasi pasien, tepat waktu, efektif, 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*.

RUANG LINGKUP

Ruang lingkup laporan ini adalah laporan tentang penyelenggaraan tata kelola mutu di RS Budi Rahayu terkait upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko RS dalam kurun waktu Oktober – Desember Triwulan IV tahun 2025

SISTEMATIKA PENULISAN

Laporan Triwulan IV Tahun 2025 Komite Mutu RS Budi Rahayu menjelaskan pencapaian terhadap penyelenggaraan tata kelola mutu RS pada bulan Oktober - Desember Triwulan IV Tahun 2025. Capaian tersebut mengacu kepada upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko RS. 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 RSU Budi Rahayu dalam kurun waktu Oktober - Desember Triwulan IV Tahun 2025 meliputi sumber daya manusia dan sumber daya sarana prasarana.

BabIV. Tujuan Dan Sasaran Kerja

Pada bab ini menguraikan tentang dasar hukum yang menjadi acuan dalam menetapkan tujuan, sasaran, dan indikator RS 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

Hambatan-hambatan dalam pelaksanaan program mutu tahun 2025 adalah:

1. Sub komite Mutu

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

2. Subkomite Keselamatan Pasien

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

3. Subkomite Manajemen Risiko

- a. 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;

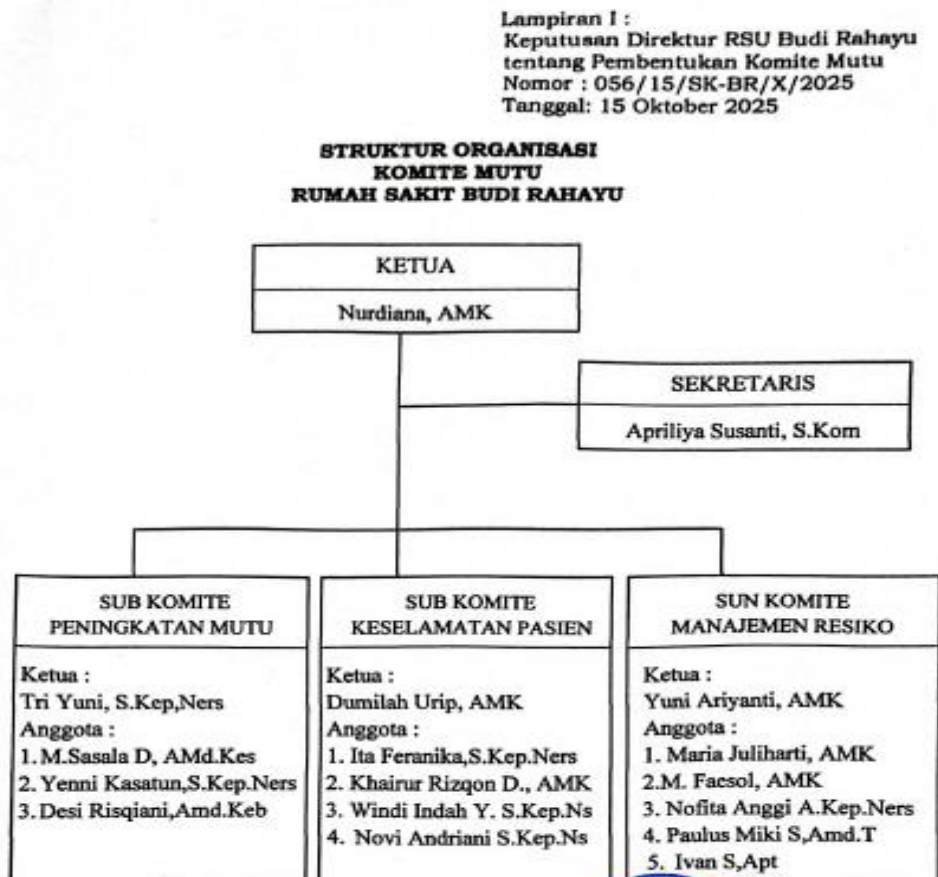
KELEMBAGAAN

Komite Mutu RSU Budi Rahayu Tahun 2025 dibentuk dan ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Nomor : 056/15/SK-BR/X/2025 .Komite Mutu RS berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur RS

Struktur Organisasi

RSU Budi Rahayu sesuai Permenkes nomor 80 tahun 2020 membentuk dan menetapkan Komite Mutu dengan susunan organisasi sebagai berikut:

Gambar2.1
Struktur Organisasi Komite Mutu
RSU Budi Rahayu



RUMAH SAKIT BUDI RAHAYU
Direktur
RS BUDI RAHAYU
dr. FX Indra Setiadi, MARS, CHAE

PENANGGUNG JAWAB (PIC) DATA MUTU		
1.	SANTA MARIA	Wildan Aditya, S.Kep,Ners
2.	SANTA ANGELA	Anike Astiara, AMK
3.	SANTA RITA	Loewei Asyera, AMK
4.	SANTA YULIA	Ervina Ulfa, S.Kep,Ners
5.	SANTA ANNA	Anna Christi, AMd.Keb
6.	SANTO MIKAEL (ICU)	Sulistiyowati, AMK
7.	PERINATOLOGI	Yenni Kasatun, S.Kep,Ners
8.	SANTO YOSEP	Yanu Isnanto, S.Kep.Ners
9.	SANTO LUKAS	Adi Wijaya, S.Kep,Ners
10.	INSTALASI RAWAT JALAN	Asri Widiastuti, AMK
11.	IGD	Supriyani, AMK
12.	INTENSIVE BEDAH SENTRAL (IBS)	Gita Ramadha, AMK
13.	INSTALASI FARMASI	Apt. Anna Indriyanti, Ssi
14.	INSTALASI LABORATORIUM	Ulfat, AMd
15.	INSTALASI RADIOLOGI	Aekmelia Widya A, AMd.Rad
16.	INSTALASI GIZI	Murni Herinta Sari, S.GZ
17.	REKAM MEDIS	Nuning Krismaryanti, AMd.PK
18.	HUMAS DAN MARKERTING	Bernadeta Arliana SH
19.	AKUNTANSI DAN HUTANG PIUTANG	Tjeng Tri Setyaningsih, SE
20.	KEUANGAN	Corry Mulyanti, AMd
21.	EDP	Yustinus Hariadi, S.Kom
22.	SDM	Aprilia Ningsih, AMd
23.	DIKLAT	Joanna Gloria DFV, S.Psi,MM
24.	SATPAM	Iwan Mistember
25.	SOPIR	Budi Hartoko
26.	TEKNISI	Robertus Heri S,ST
27.	CLEANING SERVICE	Ratna Marita
28.	LINEN DAN LAUNDRY	Akhmad Faaruqi, AMd.KL
29.	PPI	Rahmawati Waluyo, AMK
30.	SKP	dr. Anastasia Piramitha A.S
31.	HIV	dr. Innestryas Christi A
32.	DOTS	dr. Monika Irma S

Ditetapkan di : Pekalongan
 Pada tanggal : 07 Februari 2025
 RSUD Budi Rahayu Pekalongan
 "Budi Rahayu"
 JALAN BARTIS No. 5
 dr. FX. Indra Soedadi MARS CHAE
 Direktur

TUGAS DAN FUNGSI

TUGAS

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

1. Sebagai motor penggerak penyusunan program PMKPRS;
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 RS secara keseluruhan. Prioritas program RS ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaannya;
5. Menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di RS;
6. Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan;
7. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;
8. Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP;
9. Bertanggung jawab untuk mengomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf;
10. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP;
11. Menangani insiden keselamatan pasien yang meliputi pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab insiden keselamatan pasien;
12. Mengkoordinasikan penyusunan program manajemen risiko RS.

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

1. Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja tingkat RS serta menindaklanjuti 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 menindaklanjuti 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 RS dan indikator mutu nasional RS;
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 RS;
9. Pengkajian standar mutu pelayanan di RS 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 RSU Budi Rahayu memiliki fungsi:

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

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

1. Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko RS;
2. Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait manajemen risiko;
3. Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;
4. Pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
5. Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
6. 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 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 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.

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:

Tabel 2.1
Sarana dan Prasarana Komite Mutu
RSU Budi Rahayu

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

DASAR HUKUM

Dasar hukum penyelenggaraan tata kelola mutu RS Budi Rahayu 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 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1146);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2019 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/ Menkes /1128/ 2022 Tentang Standar Akreditasi RS;

Bab IV.

Tujuan Dan Sasaran Kerja

Tujuan Sasaran Dan Indikator

Tujuan

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

Gambar3.1
Dimensi Mutu Pelayanan Kesehatan



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

1. Menjamin bahwa sistem kesehatan memiliki infra struktur informasi dan teknologi informasi yang dapat mengukur dan melaporkan mutu RS;
2. Mengembangkan SDM yang memiliki kemampuan untuk memenuhi permintaan dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi;
3. Menunjukkan akuntabilitas untuk menyediakan pelayanan yang aman dan bermutu tinggi;
4. Menutup kesenjangan antara mutu yang diterima dan yang dapat dicapai;
5. Mengembangkan tata kelola RS yang baik;
6. Menjamin bahwa reformasi kesehatan *Universal Health Coverage (UHC)* menguatkan mutu RS 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. Pengaturan tata kelola mutu bertujuan untuk:

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

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

Penerapan Manajemen Risiko di RS Budi Rahayu 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 RS Budi Rahayu 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 RS dapat mempertahankan dan/atau meningkatkan mutu pelayanan RS. Pembinaan dan pengawasan tersebut dilakukan melalui:

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

Sasaran adalah hasil yang akan dicapai secara nyata dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam Triwulan IV tahun 2025. Indikator adalah ukuran tingkat keberhasilan pencapaian sasaran untuk diwujudkan pada Triwulan IV 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 adalah sebagai berikut:

- Tersusunnya program kerja dan regulasi manajemen risiko RS yang telah dievaluasi;
- Terlaksananya penerapan program manajemen risiko di tingkat unit dan tingkat RS;
- Terlaksananya workshop mengenai Manajemen Risiko RS
- Tersusunnya Risk Register RS berdasarkan Risk Register unit-unit di RS;
- Tersusunnya Identifikasi Risiko Unit, Analisa Risiko dan Prioritas Risiko Rumah Sakit
- Adanya pelaporan Risk Register RS 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

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

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

Strategi khusus untuk meningkatkan mutu RS 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 RS;
- Melakukan *self assessment hospital readiness* ;

- Penguatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) seluruh pegawai RS yang berkelanjutan;
- Melakukan koordinasi dengan unit kerja untuk upaya continuous quality improvement;
- Menyusun program mutu RS;
- 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 RS adalah:

- Pimpinan berperan aktif dalam proses penentuan serta penilaian komponen /indikator mutu;
- Menyusun program keselamatan pasien RS yang telah dievaluasi;
- Meningkatkan peran aktif tim KPRS;
- Melakukan pendampingan, sosialisasi, dan pemantauan keselamatan pasien RS;
- Webinar, pelatihan, dan workshop yang diselenggarakan secara daring dan luring;
- Pelaporan bulanan sasaran keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien RS;
- 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 RS Budi Rahayu meliputi:

- Melakukan penilaian risiko dan pengendalian risiko yang mempunyai dampak negated yang signifikan terhadap pencapaian tujuan dan sasaran yang elah 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 RS untuk mempertahankan mutu dan keselamatan pasien RS Budi Rahayu adalah:

- Membuat program kerja dan regulasi manajemen Risiko
- Membuat profil manajemen risiko RS;
- 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 RS Budi Rahayu meliputi:

1. Melakukan penilaian risiko dan pengendalian risiko yang mempunyai dampak negative
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 RS untuk mempertahankan mutu dan keselamatan pasien RS Budi Rahayu adalah:

1. Membuat program kerja dan regulasi manajemen Risiko
2. Membuat profil manajemen risiko RS;
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;

Komite Mutu RSUD Budi Rahayu 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:

- Pemahaman mutu, budaya keselamatan, dan manajemen risiko belum optimal;
- Pelaporan indikator mutu RS belum real time;
- Duta Mutu belum optimal dalam melaksanakan tugas dan fungsinya
- Budaya pelaporan IKP belum optimal dan belum tepat waktu;
- Apabila ada tim KPRS cuti, sakit, dll, tidak lapor ke atasan langsung, sehingga pelaporan terlambat /harus diingatkan.
- Pembuatan Risk register unit kerja terkumpul 91%;
- Penyusunan FMEA unit kerja terkumpul (standar 1 FMEA setiap tahun);
- Pemahaman manajemen risiko belum optimal dan merata;

Method:

- Pendampingan ke unit kerja secara daring dan luring belum optimal;
- Sosialisasi dan edukasi belum optimal;
- Metode edukasi keselamatan pasien belum optimal;
- Supervisi mutu dan keselamatan pasien belum terlaksana;
- Pengelolaan dan pemantauan manajemen risiko belum berkesinambungan;
- Penggunaan tools monitoring dan evaluasi manajemen risiko belum optimal;
- Pelaporan pemantauan manajemen risiko unit kerja belum terdokumentasi dengan optimal.

Machines:

- Pelaporan KPRS dan pelaporan IKP belum terintegrasi (masih menggunakan *spreadsheet*);
- Pelaporan dan pemantauan manajemen risiko belum terintegrasi (masih menggunakan *spreadsheet*);

Materials:

- Adanya transisi demografi dan *new emerging dan reemerging disease*;
Untuk meminimalkan hambatan dalam pelaksanaan strategi dilakukan beberapa upaya antara lain adalah:

Man:

- Peningkatan kompetensi Komite Mutu dalam rangka optimalisasi capaian program mutu, budaya keselamatan, dan manajemen risiko melalui seminar, workshop, pelatihan, dll;
- Optimalisasi pendampingan dan monev Subkomite sesuai dengan pembagian area yang ada;
- Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan IKP tepat waktu;
- Membangun budaya keselamatan RS;
- Terkait Duta KPRS, Kepala ruangan diminta untuk menunjuk petugas baru untuk menjadi Duta KPRS baru sehingga monev di ruangan tetap dapat dilaksanakan;
- Meningkatkan kesadaran pentingnya pelaporan IKP tepat waktu;
- Meningkatkan kesadaran pentingnya penyusunan profil risiko dan FMEA unit kerja tepat waktu;
- Melakukan supervisi mutu dan keselamatan pasien;
- Mendorong penelitian di bidang mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko.

Method :

- Peningkatan kompetensi Sub Komite Manajemen Risiko dalam rangka optimalisasi capaian program melalui seminar, workshop, pelatihan, dll;
- Pendampingan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko ke unit kerja secara daring dan luring;
- Pendampingan unit kerja untuk pelaporan IKP internal dan eksternal tepat waktu;
- Pendampingan dan supervisi unit kerja terkait pembuatan risk register dan FMEA;
- Pendampingan kegiatan manajemen resiko ke unit kerja secara daring dan luring;
- Optimalisasi pendampingan, monitoring, dan evaluasi sesuai dengan pembagian area yang ada (1 petugas : 4 area);
- Sosialisasi dan edukasi tentang mutu, keselamatan pasien, budaya keselamatan, dan manajemen risiko;
- Memodifikasi kegiatan sosialisasi dan edukasi melalui media cetak, elektronik, maupun daring;
- Supervisi mutu dan keselamatan pasien dijadwalkan per semester;

- Pengelolaan dan pemantauan manajemen risiko dilaksanakan setiap bulan oleh Sub komite Manajemen Risiko sesuai pembagian areanya;
- Optimalisasi pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan pasien di seluruh unit kerja RS;
- Pengoptimalan pemakaian *tools* pemantauan manajemen risiko setiap Ronde Komite Mutu;
- Mendorong unit kerja melakukan pemantauan dan pengelolaan manajemen risiko yang terdokumentasi dan dilaporkan setiap bulan ke Subkomite Manajemen Risiko.

Machines:

- Implementasi aplikasi *Google Form* dan *Spredsheet* untuk mutu dan keselamatan pasien dilakukan evaluasi setiap bulan;
- Penyempurnaan dan pengembangan aplikasi ;
- Usulan pembuatan sistem untuk pelaporan insiden keselamatan pasien internal;
- Pengembangan aplikasi manajemen risiko pada aplikasi "*Data Center RS*";

Materials:

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

Komite Mutu RS 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 RSU Budi Rahayu. 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 IV Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Realisasi program peningkatan mutu Triwulan IV Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Tabel 5.1
Realisasi Program Peningkatan Mutu Triwulan IV Tahun
2025
RSU Budi Rahayu

NO	PROGRAM	REALISASI
1	Penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu layanan RS.	<ul style="list-style-type: none"> • Telah disusun regulasi terkait pengelolaan penerapan program mutu pelayanan RS; • Penyusunan program mutu TA 2025.
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait perbaikan mutu di tingkat RS.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memberi masukan dan pertimbangan dalam bentuk laporan Komite Mutu yang dilaporkan setiap bulannya kepada Direktur Utama.
3	Pemilihan prioritas perbaikan tingkat RS dan pengukuran indikator tingkat RS serta menindak lanjuti hasil capaian indikator tersebut .	<ul style="list-style-type: none"> • Pemilihan prioritas RS TA 2025 pada pelayanan bedah. Namun perlu dilakukan pemilihan prioritas menyesuaikan dengan standar Akreditasi RS yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan; • Pengukuran indikator mutu prioritas rutin dilakukan setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur Utama dengan beserta rekomendasinya.
4	Pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja .	<ul style="list-style-type: none"> • Penerapan program mutu dipandu oleh Subkomite Mutu dengan pembagian area 1:4 (1 petugas 4 area); • Dilakukan monev rutin langsung ke unit kerja untuk memantau penerapan mutu; • Dilakukan supervise mutu dan keselamatan pasien rutin tiap 6 bulan; • Dilakukan Ronde Komite Mutu yang melibatkan 3 (tiga) Subkomite yakni Subkomite Mutu, Subkomite KPRS, dan Subkomite Manajemen Risiko agar upaya perbaikan yang dilakukan lebih komprehensif;
5	Pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu.	<ul style="list-style-type: none"> • Pemilihan 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 RS dari Kemenkes; • Dilakukan evaluasi terhadap mutu/indikator mutu yang belum mencapai standar; • Pengukuran mutu prioritas dan tindak lanjutnya dilakukan rutin setiap bulan.

6	Fasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrument untuk pengumpulan data.	<ul style="list-style-type: none"> • Sudah dilakukan review profil indikator untuk pemilihan dan penetapan indikator mutu TA 2025 pada bulan November 2024 yang dihadiri oleh manajemen dan Kepala Unit Kerja; • 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;
7	Fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja.	<ul style="list-style-type: none"> • Dilakukan optimalisasi implementasi dan pengembangan Aplikasi Speedsheet dan Implementasi Aplikasi ini dievaluasi rutin setiap bulannya; • Pelaporan data dari unit kerja sebagian besar sudah dilakukan dengan tepat waktu pada tanggal 5 setiap bulannya, dan sebagian lagi dikumpulkan maksimal pada tanggal 8; • Telah dilakukan validasi data indikator mutu unit yang mengalami perubahan pengumpul data tahun 2024 dan sudah dilakukan publikasi melalui website RS (Intranet)
8	Pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas RS dan indikator mutu nasional RS.	<ul style="list-style-type: none"> • Pengumpulan, analisis capaian dan laporan beserta rekomendasi dari indikator mutu prioritas dan indikator nasional mutu (INM) sudah rutin dilakukan setiap bulannya; • Indikator Nasional Mutu (INM) dilaporkan kepada Direktur dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI dengan cara menginput hasil capaian ke dalam aplikasi SIMAR (http://mutufasyankes.kemkes.go.id/SIMAR)
10	Pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di RS.	<ul style="list-style-type: none"> • Menyusun regulasi penerapan mutu di RS; • Dukungan RS terkait sarana prasarana, fasilitas, dan alat kesehatan sesuai dengan standar; • Optimalisasi penerapan mutu RS mulai dari hal-hal yang sederhana seperti membaca satu SPO setiap operan di ruang rawat inap, melakukan supervisi berjenjang terkait standar mutu unit kerja dan kompetensi petugas terhadap keterampilan dasar (APAR, BHD, Spill Kit, Hand Hygiene, dan Etika Batuk); • Memotivasi unit kerja untuk bersama-sama melaksanakan upaya quality improvement sesuai dengan standar tiap harinya, tidak hanya saat akan mendekati akreditasi/verifikasi akreditasi RS saja; • 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; • Menerapkan "<i>Tulis apa yang dilakukan, Lakukan apa yang ditulis</i>"; • Diskusi terkait permasalahan mutu dengan unit kerja; • Melakukan ronde dengan tiga Subkomite setiap Hari Kamis untuk memantau penerapan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di unit kerja; • Unit kerja membuat display mutu yang <i>up to date</i> setiap semester sebagai acuan dalam upaya peningkatan mutu di masing-masing unit kerja;
		<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan <i>continuous quality improvement</i> melalui kegiatan QL cup
11	Pengkajian standar mutu pelayanan di RS terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian.	<ul style="list-style-type: none"> • Pengkajian standar pelayanan, Pendidikan, dan penelitian dilakukan oleh seluruh Kepala Unit Kerja melalui rapat koordinasi; • Meningkatkan kompetensi staff terhadap standar mutu RS melalui seminar, workshop, pelatihan, dll; • Memotivasi staff untuk melakukan <i>journal reading</i> yang berkaitan dengan mutu RS; • Melakukan review standar mutu RS (pelayanan, Pendidikan, dan penelitian) baik di Internal Komite Mutu maupun dengan unit kerja.
12	Penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelatihan internal yang diselenggarakan oleh Subkomite Mutu sebagai berikut: ▪ Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) ▪ <i>Workshop Clinical Pathway</i>
13	Penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan dan dilaporkan kepada Direktur untuk mendapatkan <i>feedback</i> dan pembelajaran.

Realisasi Program Keselamatan Pasien

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

Tabel 5.2
Realisasi Program Peningkatan Keselamatan Pasien Triwulan IV Tahun
2025
RSU Budi Rahayu

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

8	Penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.	o Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur untuk mendapatkan feedback dan pembelajaran.
---	--	--

Realisasi Program Manajemen Risiko

Realisasi program manajemen risiko Triwulan IV Tahun 2025 adalah:

Tab 15.3

Realisasi Program Manajemen Risiko Triwulan IV 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"> o Penyusunan Program Kerja Subkomite Manajemen Risiko Tahun 2025; o Program manajemen risiko disusun dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku secara terintegrasi; o Program manajemen risiko yang tertuang dalam Program Komite Mutu telah disetujui dan ditandatangani oleh Dewan Pengawas; o Penyusunan Profil Risiko Tahun 2025 ditetapkan melalui SK Direktur Utama nomor.....tentang Penetapan Profil Risiko Tahun 2025 RSU Budi Rahayu
2	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait manajemen risiko di RS;	o Pemberian masukan dan pertimbangan terkait manajemen risiko dilaksanakan melalui rapat manajemen.
3	Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;	o Pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko dilakukan oleh Subkomite Manajemen Risiko dengan pembagian 1:4 (1 petugas 4 area).
		<ul style="list-style-type: none"> o Melakukan kegiatan Ronde setiap hari Kamis bersama dengan subkomite lainnya untuk melakukan pemantauan kegiatan manajemen risiko unit kerja; o Melakukan kelas kecil pembuatan FMEA unit kerja.
4	Pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;	<ul style="list-style-type: none"> o Melakukan pendampingan oleh subkomite seluruh unit kerja untuk pembuatan profil risiko; o Profil risiko dan rencana penanganan yang disusun unit kerja masih perlu penyempurnaan; o Menyusun profil risiko RS dan rencana penanganannya; o Profil Risiko RS telah ditetapkan melalui SK Direktur Nomortentang Penetapan Profil Risiko Tahun 2025 Di RSU Budi Rahayu
5	Penyusunan Profil Risiko Unit Kerja	<ul style="list-style-type: none"> o Melakukan pendampingan ke unit kerja mengenai pengisian tabel profil risiko. o Pengumpulan profil risiko masing-masing unit kerja dan memberikan feedback atas profil risiko yang telah dikumpulkan. o Selama Triwulan I Tahun 2024 telah terkumpul profil risiko unit kerja sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> • Bagian: 0 profil risiko • Instalasi: 0 profil risiko ▪ ULP: 0 profil risiko
6	Penyusunan <i>Failure Mode and Effect Analysis</i> (FMEA) Unit Kerja	<ul style="list-style-type: none"> o Melakukan pendampingan ke unit kerja mengenai penyusunan FMEA. o Pengumpulan FMEA masing-masing unit kerja dan memberikan feedback atas FMEA yang telah dikumpulkan. o Melakukan kelas kecil penyusunan FMEA unit kerja. o Selama Triwulan 3 tahun 2025 telah terkumpul FMEA unit kerja sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instalasi: 0 FMEA
7	Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;	<ul style="list-style-type: none"> o Monev pelaksanaan mitigasi unit kerja masih belum terlaksana; o Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan belum terdokumentasi dengan baik; o Memotivasi unit kerja untuk melaporkan pemantauan risiko pada tanggal 10 setiap bulannya ke Subkomite Manajemen Risiko.
8	Pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi	<ul style="list-style-type: none"> o Manajemen risiko pada kondisi yang tidak normal o Usulan disusun berdasarkan masukan pada Direktur, Koordinator, Subkoordinator, Ketua Komite, dan para pihak terkait.

9	Pelaksanaan pelatihan manajemen risiko;	<ul style="list-style-type: none"> o Pelatihan internal diselenggarakan Komite Mutu (Subkomite Manajemen Risiko) sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> • Penyusunan Profil Risiko dan FMEA Unit Kerja melalui Kelas Kecil; • Workshop Manajemen Risiko “Penyusunan Failure Mode Effect Analysis (FMEA) Unit Kerja o Pelatihan eksternal dilakukan secara daring sebagai berikut, yaitu: o Webinar LAM-KPRS dengan tema “Implementasi Manajemen Risiko dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit”
10	Penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.	<ul style="list-style-type: none"> o Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur untuk mendapatkan <i>feedback</i> dan pembelajaran.

Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM)

Indikator Nasional Mutu (INM) pada tahun Triwulan IV Tahun 2025.

ada 13 (tigabelas) indikator. Indikator-indikator tersebut adalah:

Tabel 5.6
Indikator Nasional Mutu (INM)
Triwulan IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

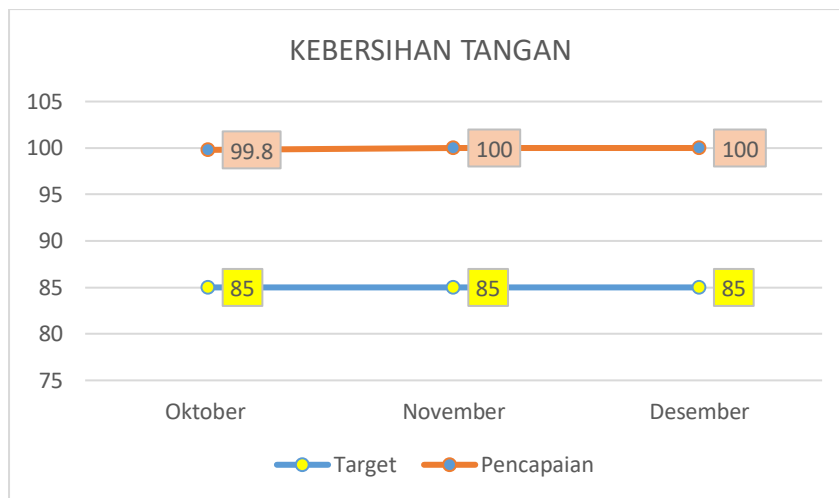
NO	INDIKATOR NASIONAL MUTU	STANDAR
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥ 85%
2	Kepatuhan penggunaan APD	100%
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
4	Waktu tanggap seksio sesaria emergency	80%
5	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%
6	Penundaan operasi elektif	<5%
7	Kepatuhan waktu visite dokter spesialis	≥80%
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥80%
10	Kepatuhan terhadap clinical pathway	≥80%
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	>80%
13	Kepuasan pasien dan keluarga	>76.6%

Hasil pengukuran INM Trimester IV Tahun 2025 adalah sebagai berikut:

Grafik5.1
INM:KepatuhanKebersihanTangan
Triwulan IV Tahun 2025
RS 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%

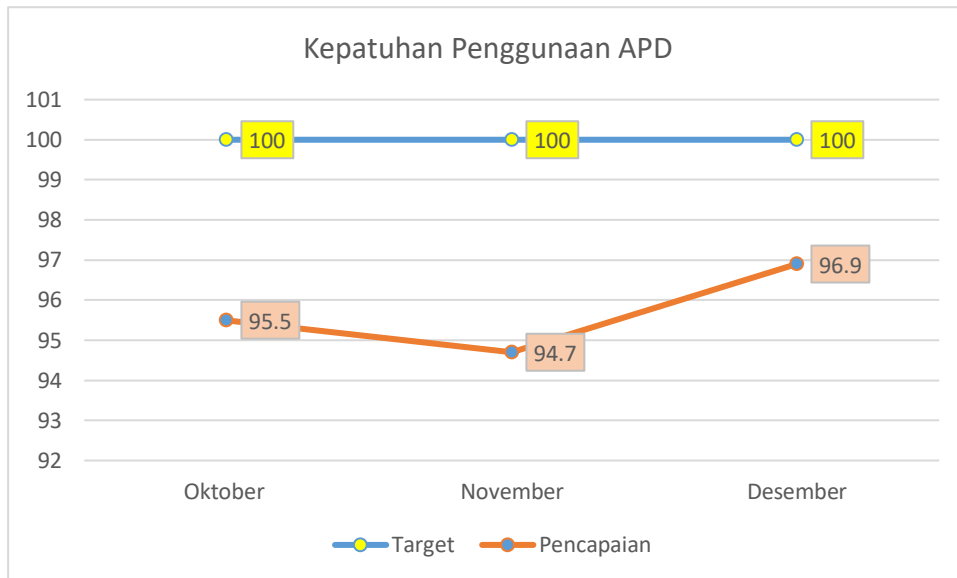


Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan Triwulan IV TA 2025 adalah 100 %, Terdapat tren peningkatan positif dari bulan Oktober – Desember 2025, dan selama bulan Oktober – Desember 2025 di atas standar. Indikator kepatuhan kebersihan tangan masih dapat menunjukkan capaian yang stabil. Petugas yang ada di ruang rawat inap sudah melakukan kebersihan tangan sesuai dengan regulasi. Komite 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 IV 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%



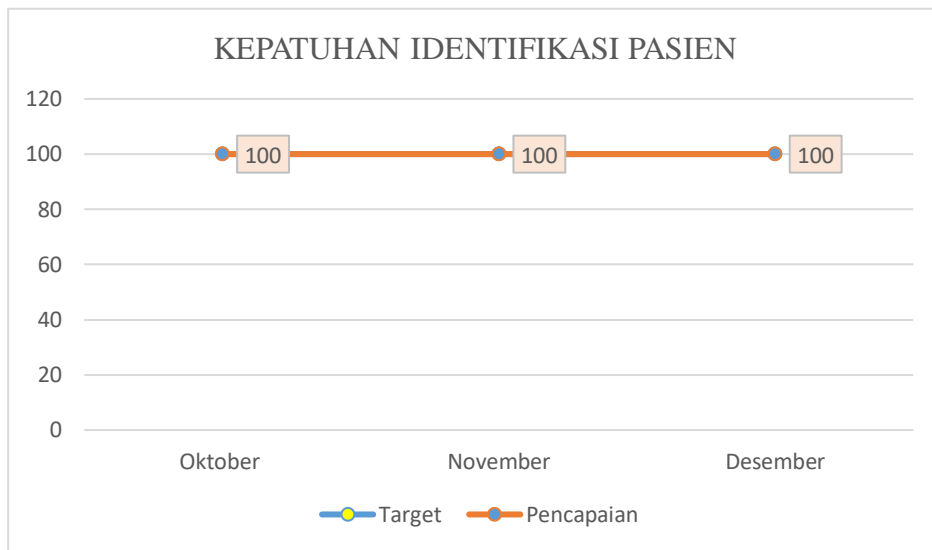
Rerata capaian indikator kepatuhan penggunaan APD adalah 96,9%. Hasil capaian indikator kepatuhan penggunaan APD belum memenuhi target pada seluruh periode pada bulan Oktober – Desember TA 2025. Tren pencapaian menunjukkan bahwa terdapat *peningkatan pada Agustus*, pencapaian masih belum mencapai target yang ditetapkan. Penguasaan pelepasan APD yang baik dan benar sesuai standar harus tetap dilaksanakan.

Grafik5.3

INM: Kepatuhan Identifikasi Pasien
Triwulan IV 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%



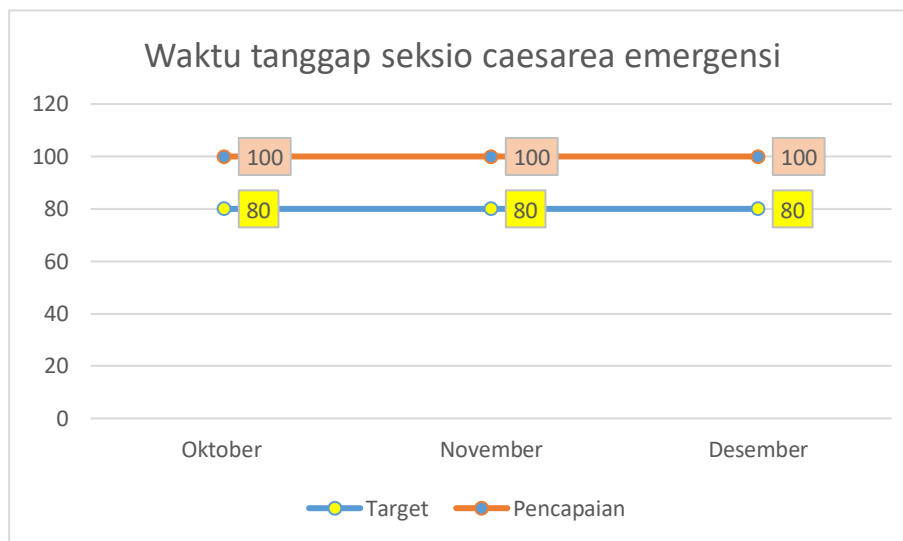
Analisa : Sudah tercapai target

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 IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

Target : $\geq 80\%$

Formula : Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergency kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergency ≤ 30 menit / Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergency kategori I x 100%.



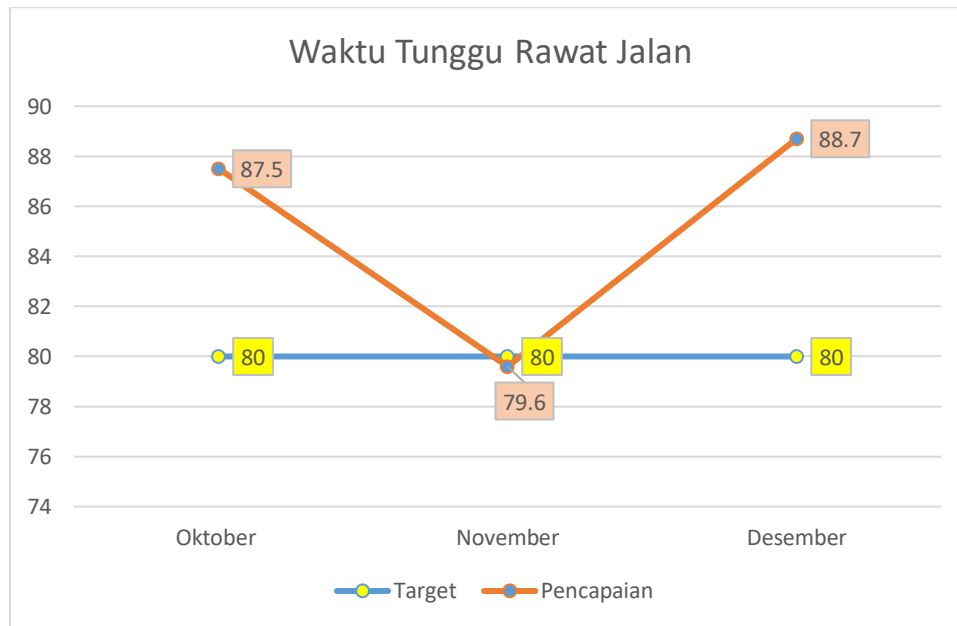
Analisa : Pada bulan Oktober hingga Desember pengambilan data diambil dari total tindakan operasi seksio sesarea emergency sehingga menunjukkan bahwa kinerja pada indikator ini sudah sangat baik dan stabil, bahkan melampaui target yang telah ditetapkan setiap bulannya. target 80%.

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

Grafik5.5
INM:Waktu Tunggu Rawat Jalan
Triwulan IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

Target : $\geq 80\%$

Formula : Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit / Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi x 100%



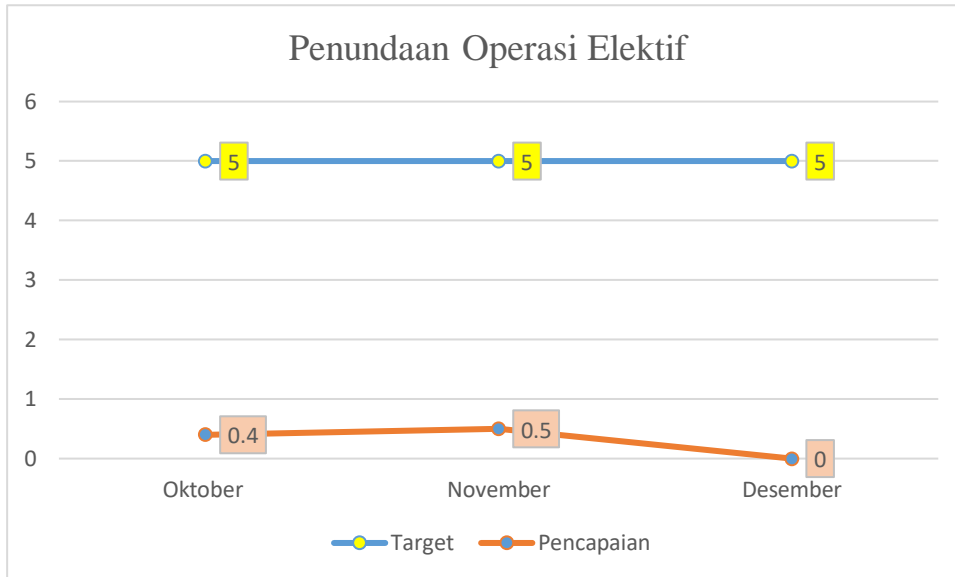
Analisa : Pada periode Oktober hingga Desember, Target indikator waktu tunggu rawat jalan sebesar 80 %, Pencapaian pada bulan Oktober mencapai 87,5 % menunjukkan kinerja yang melampaui target. Namun pada bulan November, terjadi penurunan pencapaian menjadi 79,6%, Penurunan pada bulan November mengindikasikan adanya kendala dalam proses pelayanan. Pada bulan Desember, pencapaian kembali meningkat signifikan menjadi 88,7 % dan kembali melampaui target

Tindak Lanjut : Berdasarkan hasil capaian indikator waktu tunggu rawat jalan yang masih fluktuatif dan adanya penurunan pada bulan November, maka diperlukan beberapa langkah tindak lanjut diantaranya mensosialisasikan kembali standar waktu tunggu rawat jalan, membangun komitmen bersama untuk menjaga kepatuhan terhadap alur pelayanan.

Grafik5.6
INM: Penundaan Operasi Elektif
Triwulan IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

Target : < 5%

Formula : $\frac{\text{Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$



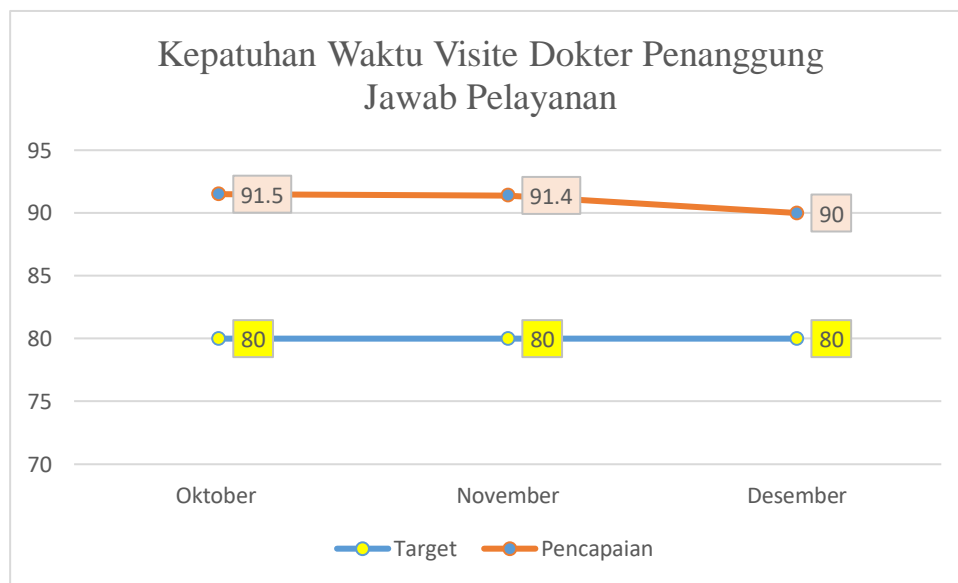
Analisa : Seluruh capaian berada jauh di bawah target maksimal, yang menandakan bahwa kondisi operasi berhasil dikendalikan dengan sangat baik dan risiko yang diukur melalui indikator ini dapat diminimalkan secara konsisten.

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

Grafik5.7
INM:Ketepatan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab
Pelayanan
TriwulanIV Tahun2025
RSU Budi Rahayu

Target : $\geq 80\%$

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



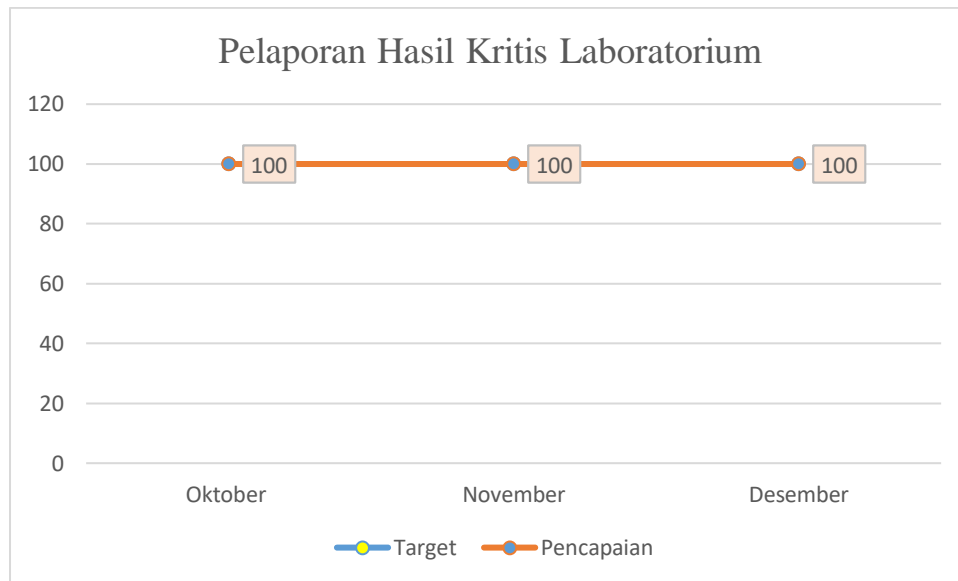
Analisa : Selama Juli hingga September, capaian ketepatan waktu visitasi DPJP berada di atas target 80%, yaitu 91,5% pada Oktober, 91,4 % di November, 90 % di Desember. Capaian setiap bulan konsisten berada di atas target, menunjukkan bahwa secara umum DPJP telah patuh terhadap standar waktu visite. Namun adanya tren penurunan ringan dari Oktober ke Desember. Meskipun belum melewati batas target, penurunan ini perlu menjadi perhatian agar tidak berlanjut dan berdampak pada mutu pelayanan, serta kepuasan pasien.

Tindak Lanjut : Dilakukan pemantauan rutin dan pengingat jadwal visitasi bagi DPJP untuk menjaga konsistensi, serta peningkatan koordinasi antara perawat dan DPJP agar ketepatan waktu visitasi tetap stabil di atas target.

Grafik5.8
INM: Pelaporan hasil Kritis Laboratorium
Triwulan IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

Target : 100%

Formula : Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit / Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi x 100%



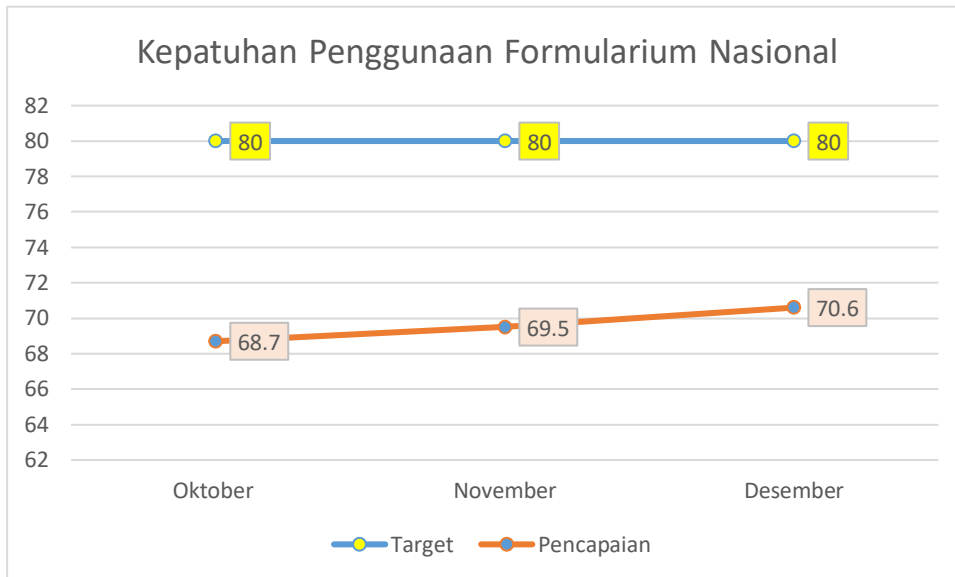
Analisa : Rerata capaian pelaporan hasil kritis laboratorium Triwulan IV TA 2025 adalah 100%. Dengan menertibkan dan mempertahankan budaya lapor hasil kritis ke DPJP sehingga ada tindakan langsung.

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

Grafik5.9
INM: Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
Triwulan IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

Target : $\geq 80\%$

Formula : Jumlah Resep recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional / Jumlah Resep recipe dalam lembar resep yang diobservasi x 100%.



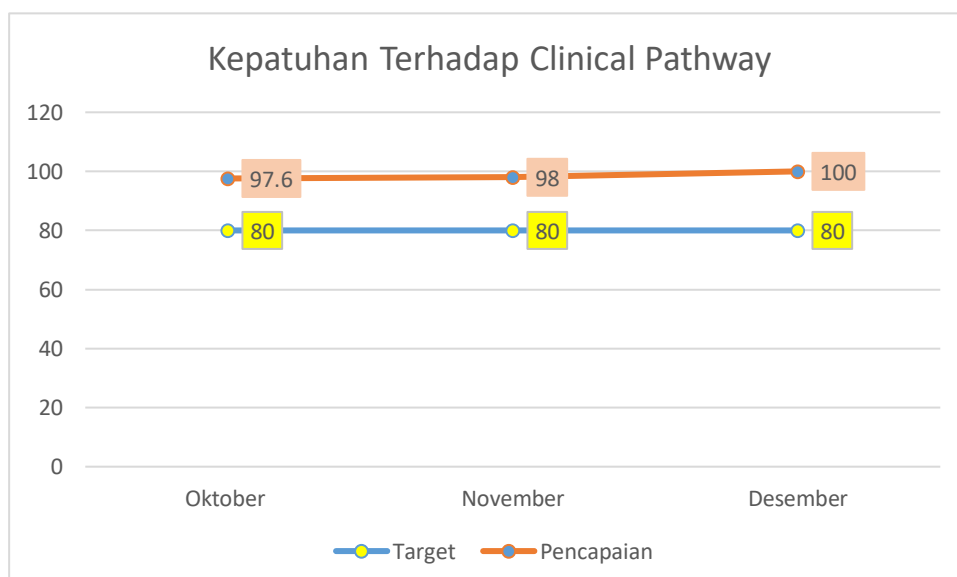
Analisa : Selama Oktober hingga Desember, capaian kepatuhan penggunaan Fornas berada sedikit di bawah target 80%, yaitu 68,7 % pada bulan Oktober, bulan November 69,5% serta 70,6 % pada Desember. Capaian menunjukkan tren menurun tipis dan belum mencapai target yang ditetapkan.

Tindak Lanjut : Dilakukan sosialisasi ulang dan monitoring kepatuhan penggunaan Fornas, peningkatan koordinasi dengan DPJP dan farmasi, serta evaluasi resep yang tidak sesuai Fornas untuk memastikan penggunaan obat sesuai standar nasional.

Grafik5.10
INM:Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway
Triwulan IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

Target : $\geq 80\%$

Formula : $\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada clinical pathway yang diobservasi}} \times 100\%$.



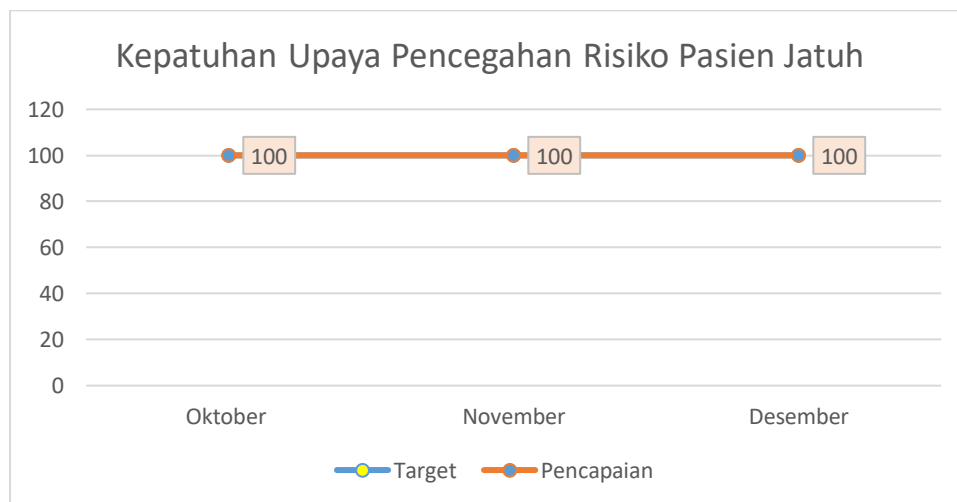
Analisa : Capaian kepatuhan terhadap Clinical Pathway pada periode pengukuran menunjukkan hasil melebihi target $\geq 80\%$, yaitu 97,6% pada Oktober, 98 % pada November, dan 100% pada Desember. Hal ini mencerminkan bahwa pelaksanaan pelayanan klinis sudah sesuai dengan standar Clinical Pathway yang telah ditetapkan rumah sakit.

Tindak Lanjut : Pertahankan capaian, tetap dilakukan monitoring dan evaluasi rutin terhadap penerapan Clinical Pathway untuk menjaga konsistensi kepatuhan serta pembinaan bagi DPJP agar seluruh pelayanan tetap mengikuti standar yang berlaku.

Grafik5.11
INM:Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
Triwulan IV 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%.



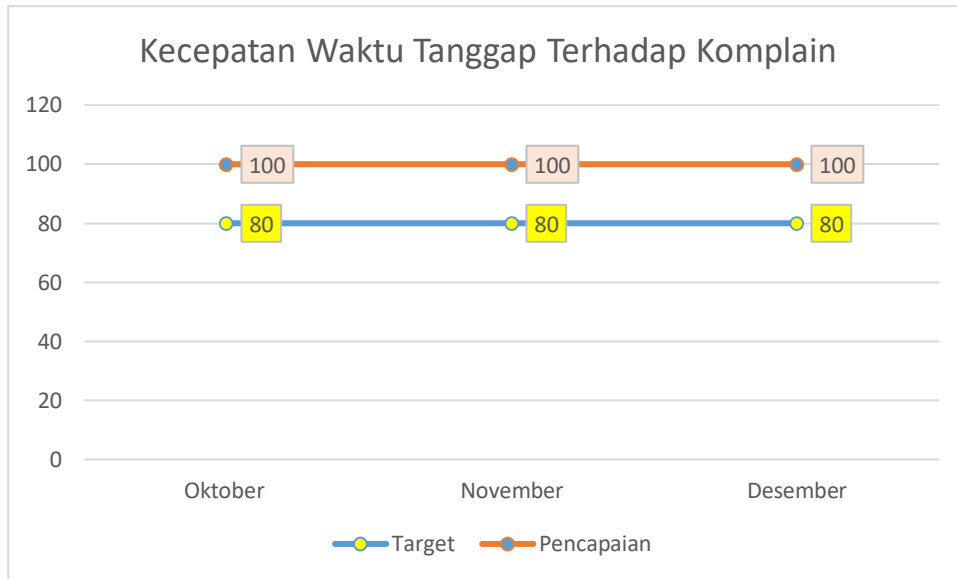
Analisa : Capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh mencapai 100%, sesuai target, menunjukkan bahwa seluruh prosedur pencegahan jatuh pasien telah diterapkan secara optimal.

Tindak Lanjut : Mempertahankan praktik yang sudah ada melalui monitoring rutin, audit berkala, dan penguatan edukasi kepada staf agar kepatuhan tetap konsisten.

Grafik5.12
INM:Kecepatan Waktu Tanggap komplain
Triwulan IV 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%

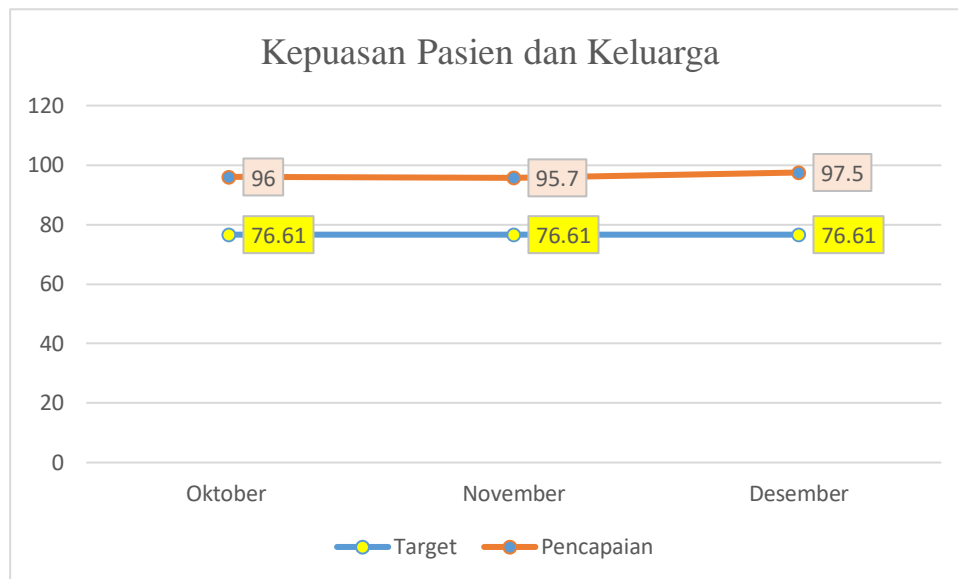


Rerata capaian indikator kecepatan waktu tanggap komplain pada Triwulan IV TA 2025 adalah 100%. Seluruh komplain baik tertulis, lisan, atau melalui *social* media sudah ditanggapi dan di tindak lanjuti sesuai dengan waktu yang ditetapkan. Tidak ada komplain yang berlanjut hingga ke persidangan.

Grafik5.13
INM:Kepuasan Pasien dan Keluarga
Semester IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

Target : ≥ 76.61

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



Analisa: Tingkat kepuasan pasien dan keluarga mencapai 97,5 %, di atas target minimal 76,61%, menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan diterima dengan baik oleh pasien dan keluarga.

Tindak Lanjut : Mempertahankan kualitas pelayanan yang sudah baik, sekaligus melakukan evaluasi rutin untuk mengidentifikasi area yang bisa ditingkatkan agar kepuasan tetap tinggi dan konsisten.

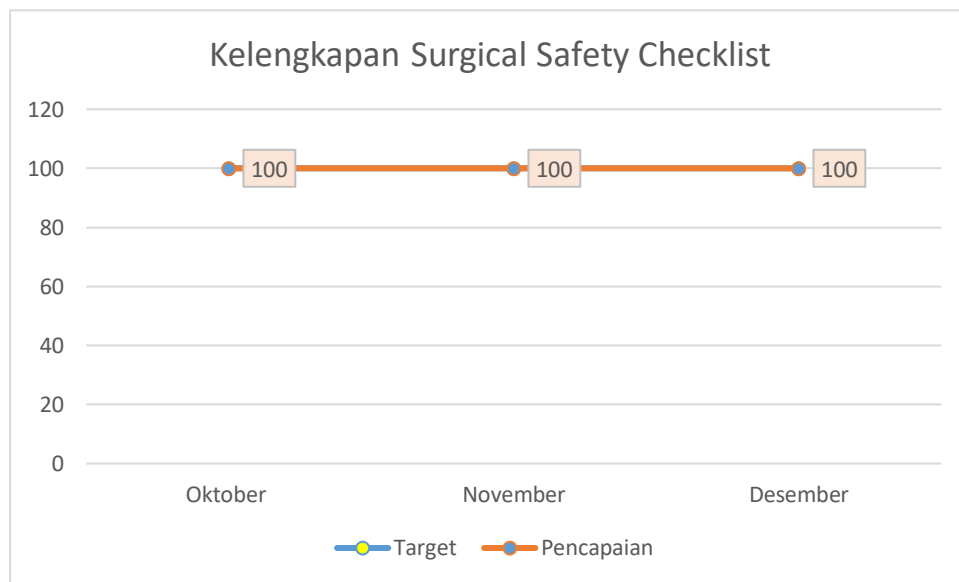
Pencapaian Indikator Mutu Prioritas (IMP)

Hasil capaian indikator mutu prioritas Triwulan IV Tahun 2025 adalah:

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

Target : 100 %

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



Analisa : Sudah tercapai target

Tindak Lanjut : Dipertahankan dan melakukan supervisi pada saat pengambilan data

Rerata capaian kelengkapan surgical safety checklist Triwulan IV TA 2025 adalah 100%.

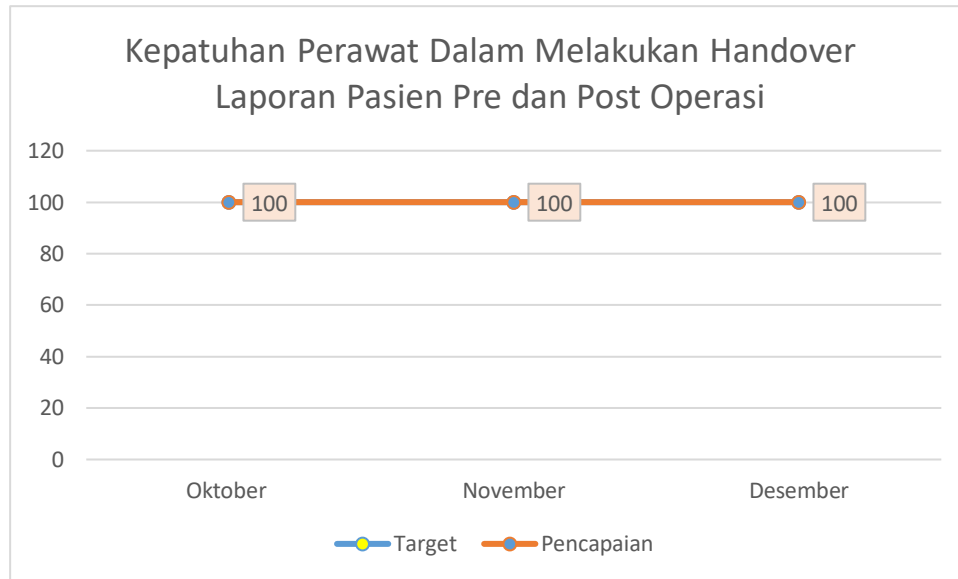
Hal ini sudah sesuai dengan standar yang ditentukan dan perlu dipertahankan capaiannya.

Upaya perbaikan terus dilakukan dengan monev dan supervisi yang dilakukan oleh Komite Mutu.

Grafik5.15
IMP: Kepatuhan perawat dalam melakukan handover laporan pasien pre dan post operasi
Triwulan IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

Target : 100 %

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



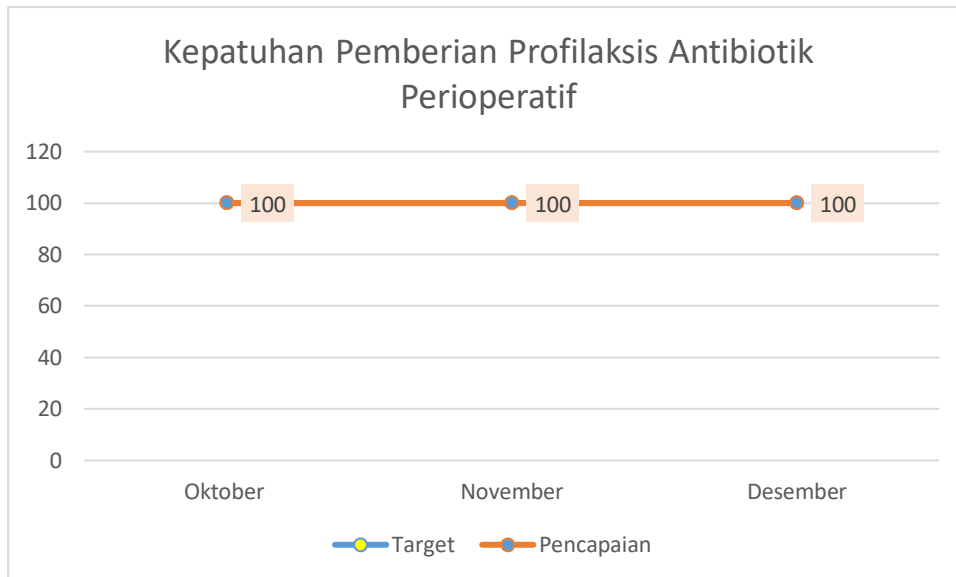
Analisa : Kepatuhan perawat dalam melakukan handover laporan pasien sebelum dan sesudah operasi mencapai 100%, sesuai target, menandakan proses serah terima informasi pasien berjalan optimal dan aman.

Tindak Lanjut : Mempertahankan praktik handover yang telah berjalan dengan baik melalui monitoring rutin, evaluasi berkala, dan penguatan komunikasi antar perawat agar kepatuhan tetap konsisten.

Grafik5.16
IMP: Kepatuhan pemberian profilaksis antibiotik perioperatif (tepat jenis, dosis, waktu pemberian, dan durasi)
Triwulan IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

Target : 100 %

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



Analisa : Sudah tercapai target

Tindak Lanjut : Dipertahankan dan melakukan supervisi pada saat pengambilan data

Grafik5.17
 IMP: Kepatuhan Marking Lokasi Operasi Dengan Tanda Centang Oleh Operator
 Triwulan IV 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%.



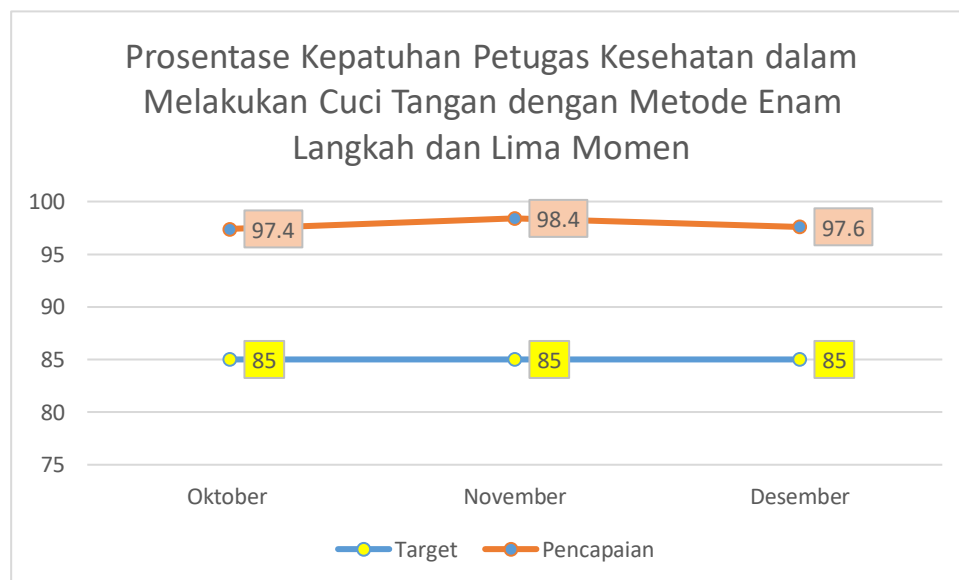
Analisa : Pada bulan Oktober, November, dan Desember, capaian kepatuhan marking lokasi operasi mencapai 100 %, capaian tersebut sesuai dengan target 100 % yang telah ditetapkan.

Tindak Lanjut : Mempertahankan capaian kepatuhan 100 % dengan memastikan seluruh tindakan pembedahan tetap dilakukan marking lokasi operasi oleh operator. Melaksanakan monitoring dan evaluasi secara rutin sebagai upaya pengendalian mutu dan deteksi dini apabila terjadi penurunan capaian.

Grafik5.18
IMP: Prosentase Kepatuhan Petugas Kesehatan dalam Melakukan Cuci Tangan dengan Metode Enam Langkah dan Lima Momen
Triwulan IV 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%.



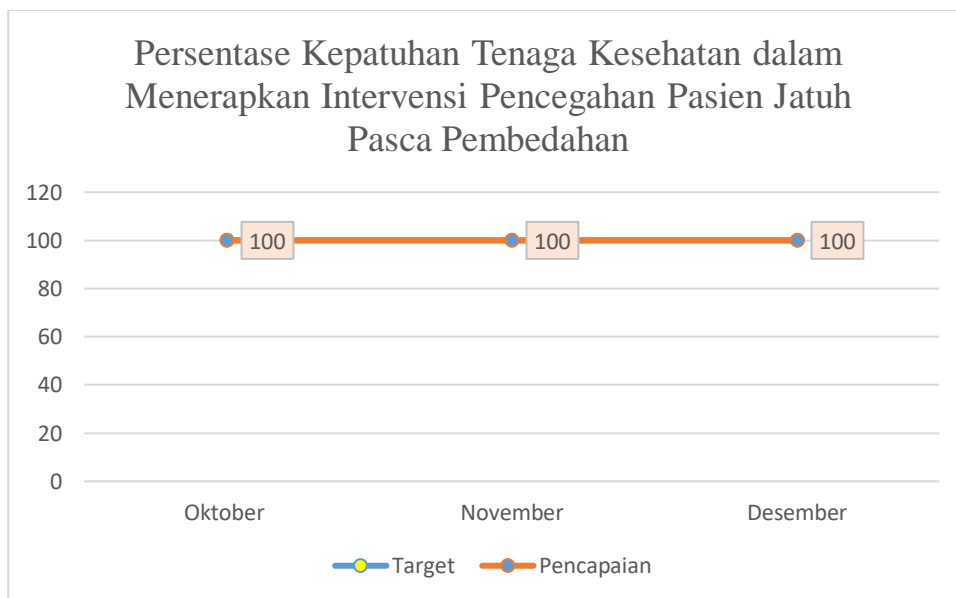
Analisa : Persentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan cuci tangan dengan metode enam langkah dan lima momen, terlihat bahwa capaian kepatuhan pada bulan Oktober sebesar 97,4 % November meningkat menjadi 98,4 % dan Desember sedikit menurun menjadi 97,6 %. Seluruh capaian tersebut berada di atas target minimal 85 %.

Tindak Lanjut : Mempertahankan kepatuhan yang sudah baik melalui monitoring dan evaluasi rutin terhadap pelaksanaan cuci tangan enam langkah dan lima momen di seluruh unit.

Grafik5.18
IMP: Persentase Kepatuhan Tenaga Kesehatan dalam Menerapkan Intervensi Pencegahan Pasien Jatuh pasca pembedahan
Triwulan IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

Target : 100%

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



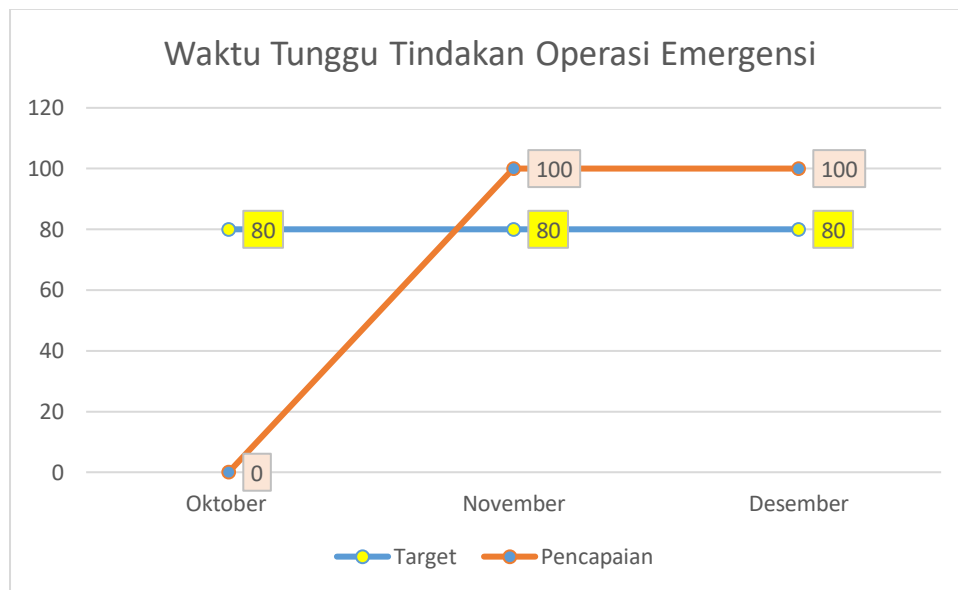
Analisa : Kepatuhan tenaga kesehatan dalam menerapkan intervensi pencegahan pasien jatuh pasca pembedahan mencapai 100%, sesuai target, menunjukkan pelaksanaan intervensi telah dilakukan secara optimal di seluruh area pelayanan.

Tindak Lanjut : Mempertahankan kepatuhan melalui supervisi rutin, evaluasi berkala, serta penguatan edukasi kepada tenaga kesehatan agar standar pencegahan tetap terjaga dan risiko jatuh dapat terus diminimalkan.

Grafik5.19
IMP: Waktu tunggu tindakan operasi emergensi
Triwulan IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

Target : >80%

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



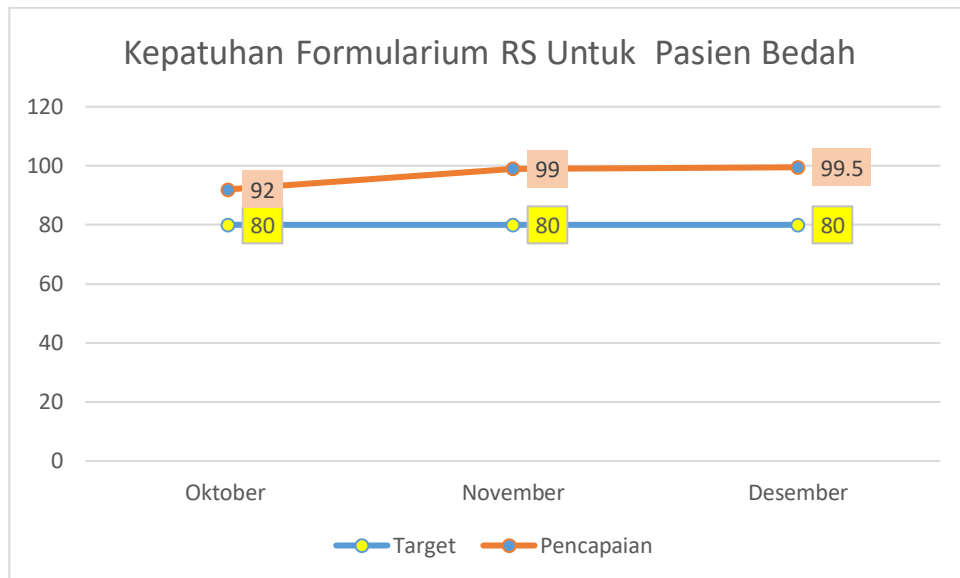
Analisa : Berdasarkan grafik waktu tunggu tindakan operasi Emergensi, terlihat bahwa capaian indikator pada periode Oktober-Desember menunjukkan hasil 100 % pada bulan November dan Desember, serta terjadi peningkatan signifikan dari bulan Oktober. Target indikator yang ditetapkan sebesar >80% telah terlampaui.

Tindak Lanjut : Pertahankan koordinasi yang baik antar unit terkait, serta lakukan monitoring rutin untuk memastikan kecepatan pelayanan tetap konsisten.

Grafik5.20
IMP: Kepatuhan formularium RS untuk pasien bedah
Triwulan IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

Target : $\geq 80\%$

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



Analisa : Capaian kepatuhan terhadap formularium RS untuk pasien bedah berada pada rata-rata sebesar 99,0%, jauh di atas target $\geq 80\%$. Hal ini menunjukkan bahwa penggunaan obat di instalasi bedah telah sesuai dengan standar formularium rumah sakit.

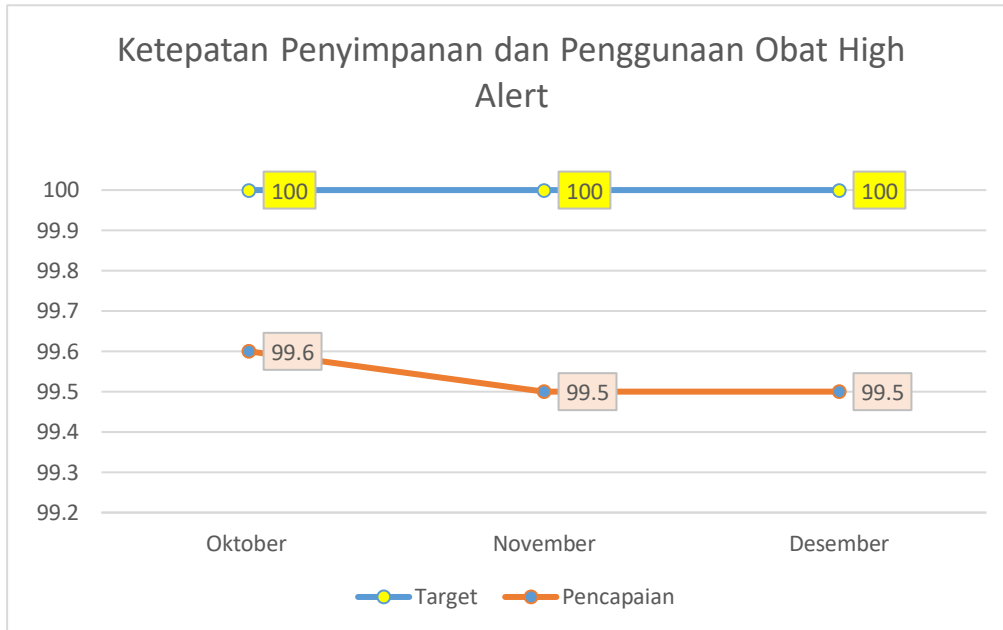
Tindak Lanjut : Pertahankan kepatuhan dengan terus melakukan sosialisasi dan monitoring penggunaan obat sesuai formularium, serta evaluasi berkala terhadap kepatuhan per unit.

Grafik5.21

IMP: Ketepatan penyimpanan dan penggunaan obat High Alert
Triwulan IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

Target : $\geq 100\%$

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



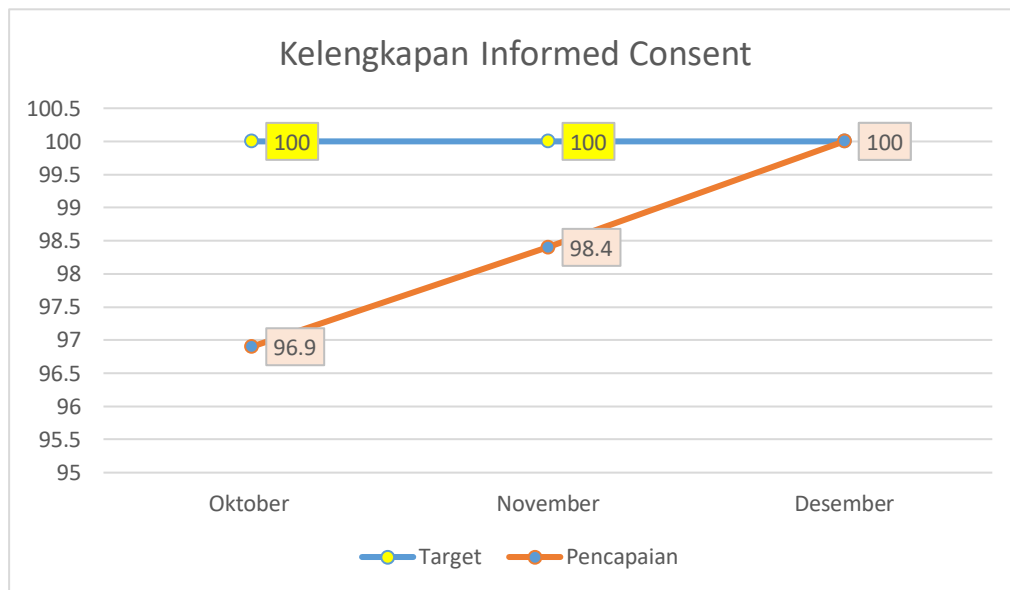
Analisa : Ketepatan penyimpanan dan penggunaan obat High Alert menunjukkan capaian yang sangat tinggi dan stabil. Target ditetapkan sebesar 100 %, sedangkan capaian aktual berada pada kisaran 99,5 %-99,6 %. Meskipun belum mencapai target maksimal, selisih yang terjadi sangat kecil dan tidak menunjukkan tren penurunan yang signifikan.

Tindak Lanjut : Dilakukan pengawasan secara rutin dan peningkatan kewaspadaan terhadap obat High Alert melalui evaluasi berkala kepatuhan untuk menjaga mutu serta keselamatan pasien.

Grafik5.22
IMP: Kelengkapan Informed Consent
Triwulan IV 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%



Analisa : Rata-rata kelengkapan informed consent periode Oktober- Desember, Pencapaian pada Oktober sebesar 96,9 %, masih berada di bawah target. Pada November terjadi peningkatan menjadi 98,4 % namun belum mencapai target. pada bulan Desember pencapaian mencapai 100 % sesuai dengan target yang ditetapkan. Terlihat adanya peningkatan yang konsisten dari bulan ke bulan hingga akhirnya target tercapai. Hal ini menunjukkan adanya perbaikan dalam kepatuhan pengisian informed consent. Namun capaian dibulan Oktober dan November menunjukkan masih terdapat beberapa dokumen informed consent yang belum terisi lengkap, kemungkinan disebabkan oleh kurangnya ketelitian petugas, keterlambatan waktu pelayanan, atau belum optimalnya pemahaman pentingnya kelengkapan dokumen.

Tindak Lanjut : Lakukan sosialisasi dan pengawasan rutin kepada tenaga kesehatan mengenai pentingnya kelengkapan informed consent serta verifikasi sebelum tindakan untuk memastikan 100% kepatuhan.

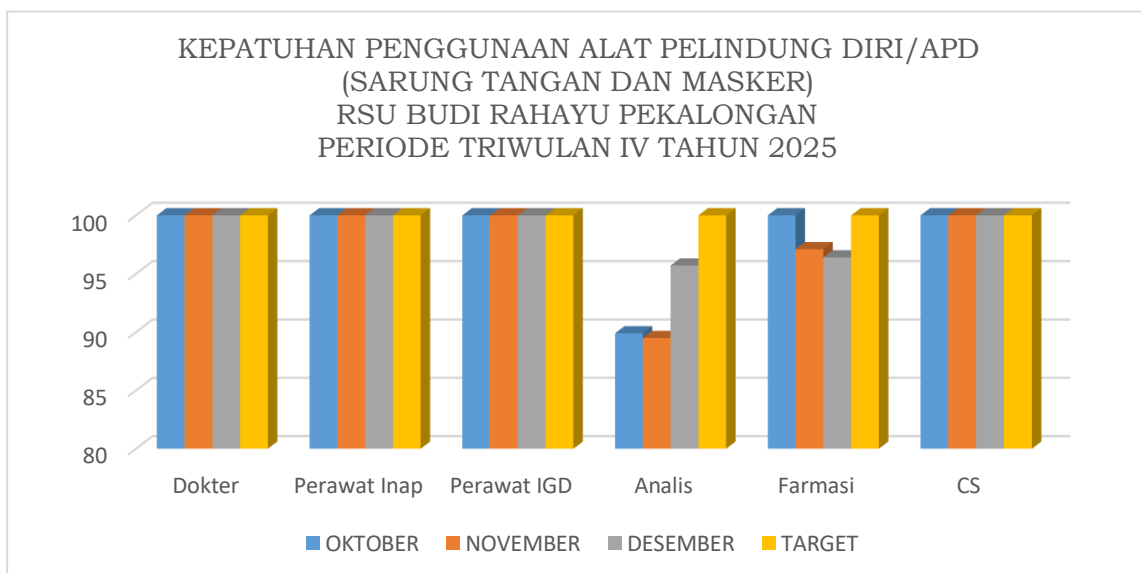
Pencapaian Mutu Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

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

Grafik 5.23
Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
Triwulan IV 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%



Grafik 5. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri/APD.

Analisa :

1. Kepatuhan petugas dalam penggunaan Alat Pelindung Diri/APD (sarung tangan dan masker) pada periode Triwulan IV (Oktober, November, Desember) tahun 2025 rata-rata : 98,3 % masih belum sesuai target 100 %.
2. Kepatuhan penggunaan APD sudah sesuai target pada dokter, perawat dan CS : 100 % sedangkan kepatuhan belum sesuai target pada Analis : 91,7 % dan Farmasi : 97,8 %.
3. Kesadaran dan kepatuhan antar petugas yang masih bervariasi, masih ada petugas yang menggunakan masker tidak sesuai standar.

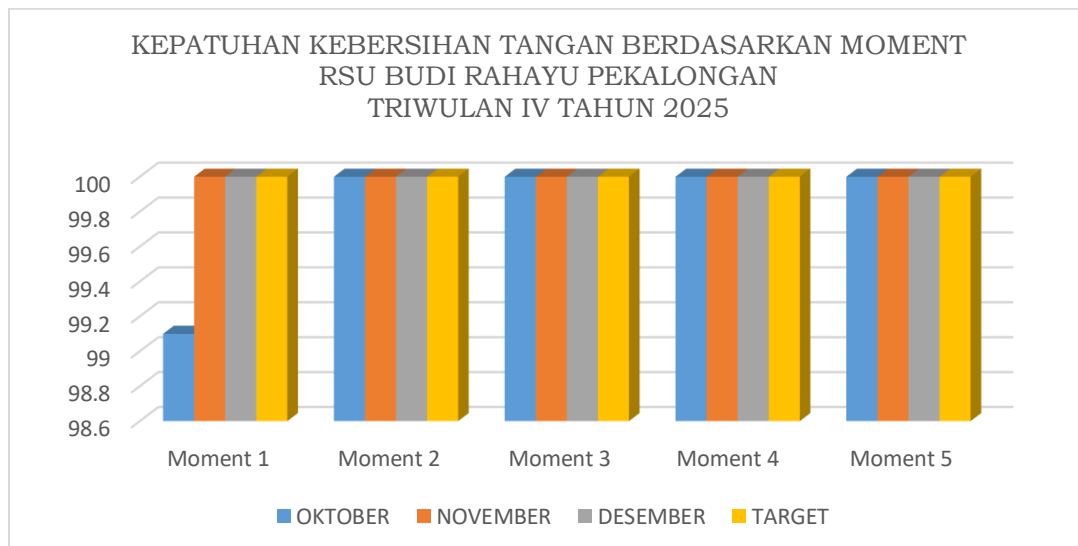
Rencana Tindak Lanjut :

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:KepatuhanKebersihan Tangan
TriwulanIVTahun2025
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%



Grafik 4. Kepatuhan Kebersihan Tangan berdasarkan moment

Analisa :

1. Kepatuhan kebersihan tangan Triwulan IV (Oktober, November, Desember) tahun 2025 rata-rata : 99,95 %, masih ada petugas farmasi yang tidak melakukan cuci tangan pada moment 1 (sebelum kontak dengan pasien).
2. Kepatuhan kebersihan tangan sudah sesuai target triwulan IV (Oktober, November, Desember) tahun 2025 pada profesi dokter, perawat inap, perawat IGD, Analis dan Cs : 100 % sedangkan kepatuhan kebersihan tangan yang belum tercapai target pada profesi Farmasi : 99,7 %.

3. Kepatuhan kebersihan tangan berdasarkan moment pada triwulan IV (Oktober, November, Desember) tahun 2025 rata-rata : 99,9 %, masih ada petugas yang belum melakukan cuci tangan pada moment 1
4. Petugas menggunakan sarung tangan sebelum kontak dengan pasien dan pada saat melakukan tindakan, tidak melakukan kebersihan tangan setelah melepas sarung tangan.
5. Petugas masih ada yang menggunakan asesoris gelang dan cincin ketika melakukan kebersihan tangan.

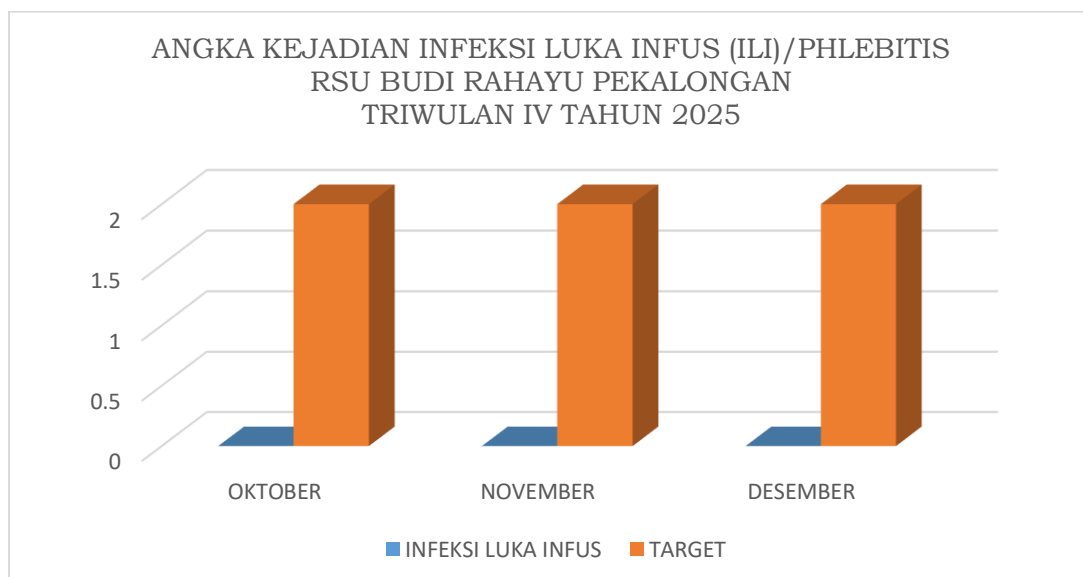
Rencana Tindak Lanjut :

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 IV Tahun 2025
 RSUD Budi Rahayu

Target : 2%

Formula : $\frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami infeksi daerah pemasangan infus selama di rawat inap}}{\text{Jumlah pasien rawat inap pada bulan tersebut}} \times 100\%$



Grafik 1. Angka Kejadian Infeksi Luka Infus (ILI)/Phlebitis

Analisa :

1. Insiden Rate Plebitis pada Triwulan IV (Oktober, November, Desember) tahun 2025 : 0 %₀.
2. 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.
3. Masih ditemukan pemasangan infus lebih dari 3 hari, tidak dilakukan penggantian alat kesehatan.

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 IV 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%



Analisa :

1. Insiden Rate Infeksi Daerah Operasi (IDO) pada Triwulan IV (Oktober, November, Desember) tahun 2025 : 0 % tidak terjadi infeksi pada pasien dengan tindakan operasi.
2. Monitoring dan evaluasi Insiden Rate Infeksi Daerah Operasi (IDO) dilakukan sampai dengan 30 hari setelah tindakan di instalasi rawat jalan.
3. Supervisi IPCN terkait pengelolaan peralatan perawatan pasien berkoordinasi dengan CSSD sebagai upaya mencegah insiden rate infeksi daerah operasi.

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 uni 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, sehinggal 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, diruang 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 (IMUT)
Pencapaian Indikator Mutu Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan
Penunjang

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

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

No	INDIKATOR MUTU	STANDAR	Oktober	November	Desember
IGD					
1	Pelaporan Nilai Kritis	100%	100	100	100
2	Respon time DPJP Menerima Konsulan < 60 menit	100%	79.9	83.4	85.5
3	Angka Kejadian Pasien yang menolak untuk Rawat Inap	0%	3.9	3.9	2
4	Follow up pasien IGD 1x24 jam oleh dokter jaga	100%	~	~	~
RAWAT JALAN					
1	Ketepatan Jam Praktek Dokter	80%	76.7	85.7	85.4
2	Waktu Tunggu Rawat Jalan < 30 menit	≥80%	87.5	79.6	88.7
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
ST LUKAS					
1	Penundaan Operasi Elektif	<5%	0	8.3	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%	100	100	100
ST ANNA					
1	Waktu Tanggap Seksio Caesarea Emergency	≥ 80%	100	100	100
2	Penundaan Operasi Elektif	<5%	0	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	100
PERINATOLOGI					
1	Kejadian Asfiksia pada Bayi Baru Lahir	<5%	0	11.9	0
2	Kemampuan Menangani Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)	≥85%	100	100	100
3	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100	100	100
ST MIKAEL					
1	Kejadian Infeksi Nosokomial (VAP)	0%	0	23	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	~
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%	92.5	88	91.9
2	Kelengkapan informed consent	100%	100	100	100
3	Kepatuhan Pasien TB Paru Menggunakan Masker	100%	73	90.9	50
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%	98.4	87.5	98
2	Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Handover Laporan Pasien Pre dan Post Operasi	100%	100	100	100
3	Kejadian Pasien Pulang Sebelum dinyatakan Sembuh	≤5%	4.7	4.5	12.9
ST YOSEPH					
1	Ketidaktepatan Jadwal Jam Operasi Pasien Elektif	<5%	35.9	47.4	15
2	Kepatuhan terhadap clinical pathway	≥80%	100	100	100
3	Kelengkapan informed consent	100%	79.5	89	100

IBS					
1	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Ruang Operasi	100%	99	100	100
2	Penundaan operasi elektif	≤5%	0.5	0	0
3	Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Handover Laporan Pasien Pre dan Post Operasi	100%	100	100	100
DOTS					
1	Jumlah Keseluruhan Terduga TB	0%	21.4	21.7	22.5
2	Angka Konversi	0%	100	0	0
3	Angka Kesembuhan	100%	100	100	100
4	Angka Dropout (TBRO)	0%	0	0	0
TIM HIV					
1	Kepatuhan pasien pengobatan ARV	100%	51.7	75	70.8
2	Pelaporan pasien HIV	100%	100	100	100
RADIOLOGI					
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%	92.6	96	88.5
3	Jumlah Pasien Rawat Jalan dengan Penyelesaian Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto thorax ≥ 180 menit	0%	0	0	2.2
4	Respon Time Pelaporan Hasil Cito Radiologi	100%	100	100	100
LABORATORIUM					
1	Respon Time Pemeriksaan Cito	100%	100	100	99
2	Pelaporan Hasil Lab Pasien IGD ≤ 1 jam	100%	98.7	99.8	100
3	Kepatuhan Identifikasi Sampel & Blangko Permintaan Pemeriksaan Laboratorium	100%	100	100	99
4	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Lab Pemeriksaan Darah Lengkap dan Kimia Klinik	98%	98.5	98.5	0
5	Ketidaklayakan Sampel Pemeriksaan (Salah Tabung, Volume Kurang, Lisis, dll)	0%	0	0	99
FARMASI					
1	Waktu Tunggu Resep Racikan Pasien Rawat Jalan ≤ 60 menit	100%	94.5	94.8	94.9
2	Waktu Tunggu Resep non Racikan Pasien Rawat Jalan ≤ 30 menit	100%	90	90	92.8
3	Ketidaktepatan Pemberian Obat	0%	0.02	0.01	0.01

4	Kepatuhan Penggunaan Formularium RS untuk Pasien Bedah	100%	88.4	98.7	99
INSTALASI GIZI					
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100	100	100
2	Sisa Porsi Makanan	5%	1.5	1.8	1.5
3	Ketepatan Pemberian Diit	100%	100	100	100
4	Ketepatan pemberian diit pada penyakit stroke	100%	100	100	100
5	Tidak adanya benda asing dalam makanan yang disajikan	100%	100	99.7	100
REKAM MEDIS					
1	Kelengkapan Pengisian Dokumen RM 2x24 jam	100%	97.8	97.4	97.8
2	Kelengkapan Pengisian Dokumen RM 2x24 jam Pelayanan Bedah	100%	100	100	91.2
CASEMIX					
1	Ketepatan Klaim < Tgl 15	100%	100	100	100
TPPRI					
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	97.5	97.8	97
2	Ketepatan Pangisian Identitas Pasien	100%	97.7	97.6	98.5
TPPRJ					
1	Presentase pasien JKN yang melakukan pendaftaran secara online melalui aplikasi M-JKN	≥50%	39	37	36.8
2	Waktu tunggu total rawat jalan < 1.5 jam	100%	100	100	100
AKUNTANSI					
1	Kelengkapan Bukti Transaksi	100%	95.7	95.8	96
2	Ketepatan Pelunasan Piutang Perusahaan	100%	83	86.9	83.8
KASIR					
1	Ketepatan Waktu Penyelesaian Administrasi Pasien Pulang (Kasir RI)	100%	93.6	91.7	96
2	Kecepatan Waktu Pembayaran Pasien Rawat jalan (Kasir RJ)	100%	98.3	93.8	95.9
HUMAS					
1	Kecepatan Waktu Tanggap terhadap Complain	≥ 80%	100	100.00	100
2	Kepuasan Pasien dan Keluarga	> 76.61%	90	94	95
4	Kecepatan Waktu Tanggap Keluhan di Poli Executive	100%	~	~	~
PPI					
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%	99.8	100	100

2	Kepatuhan penggunaan alat pelindung diri	100%	95.5	94.7	96.9
3	Infeksi Luka Infus (Phlebitis)	<5%	0	0	0
4	Infeksi Daerah Operasi (IDO)	0%	0	0	0
EDP					
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%	100	100	100
2	Ketepatan Waktu Penanganan Kerusakan Hardware/Jaringan	100%	100	100	100
3	Respon Penanganan Keluhan Error Jaringan Software	100%	100	100	100
IPSRS					
1	Keterlambatan Waktu Menangani Kerusakan Alat	0%	0	0	0
2	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%	100	100	100
IPAL					
1	Baku Mutu Limbah Cair	100%	100	100	100
LINEN DAN LAUNDRY					
1	Ketersediaan linen RI	100%	96.4	96.5	96.5
2	Ketepatan waktu penyediaan linen RI	75%	100	100	100
3	Linen reject	<2%	1.6	0.3	0.3
4	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang IBS	100%	100	100	100
CS					
1	Ketepatan Pemilahan Sampah	80%	76.3	72.7	80
2	Ketepatan Waktu Pembuangan ke TPS	100%	100	100	100
CSSD					
1	Ketidakberhasilan Proses Sterilisasi	0%	4.9	13	6.9
2	Kesalahan Pendistribusian Alat	0%	0	0	0
SATPAM					
1	Petugas Melakukan Pengawasan Keliling RS	100%	100	93	90
2	Tidak Adanya Barang Hilang	100%	100	96.7	96.8
SOPIR					
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
MANAJER UMUM					
1	Ronde Manajemen	100%	80	25	~
2	Facility Tour	100%	80	25	~
SEKRETARIAT					
1	Kepatuhan Pelaksanaan Rapat Koordinasi Internal Setiap Minggu	100%	60	25	50

2	Ketepatan Waktu Distribusi Surat/Nota Dinas	100%	100	100	100
MANAJER KEPERAWATAN					
1	tingkat turn over perawat dalam satu bulan	≤10%	0.5	0	0.5
MARKETING					
2	Jumlah Pasien Batal Periksa	≤5%	0.4	0.7	0.9
KOMITE MEDIS					
1	Diskusi Kasus Sulit	100%	100	100	100
2	Ketepatan waktu pelaksanaan kredensial Staf Medis	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%	80.4	86.8	75.6
DIKLAT					
1	Persentase Karyawan Baru yang Mengikuti Orientasi	100%	~	100	~

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

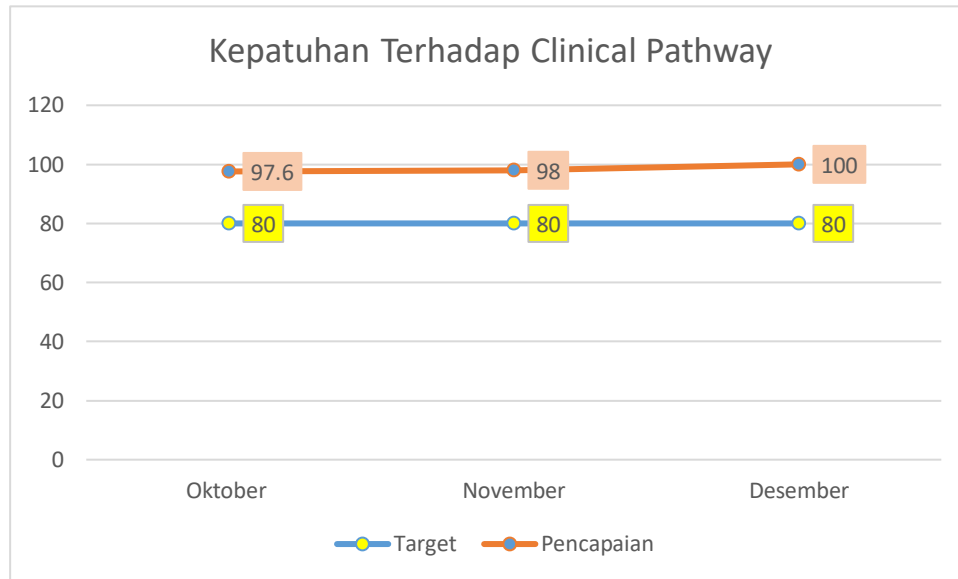
Standarisasi asuhan klinik diukur dengan indikator kepatuhan terhadap PPK/CP. PPK adalah prosedur yang dilaksanakan oleh sekelompok profesi yang mengacu pada Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) yang dibuat oleh organisasi profesi dan disahkan oleh pimpinan rumah sakit (Permenkes RI, 2014). Sedangkan 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 IV 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% .



Analisa : Capaian kepatuhan terhadap Clinical Pathway pada periode pengukuran menunjukkan hasil melebihi target $\geq 80\%$, yaitu 97,6% pada Oktober, 98 % pada November, dan 100% pada Desember. Hal ini mencerminkan bahwa pelaksanaan pelayanan klinis sudah sesuai dengan standar Clinical Pathway yang telah ditetapkan rumah sakit.

Tindak Lanjut : Pertahankan capaian, tetap dilakukan monitoring dan evaluasi rutin terhadap penerapan Clinical Pathway untuk menjaga konsistensi kepatuhan serta pembinaan bagi DPJP agar seluruh pelayanan tetap mengikuti standar yang berlaku.

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

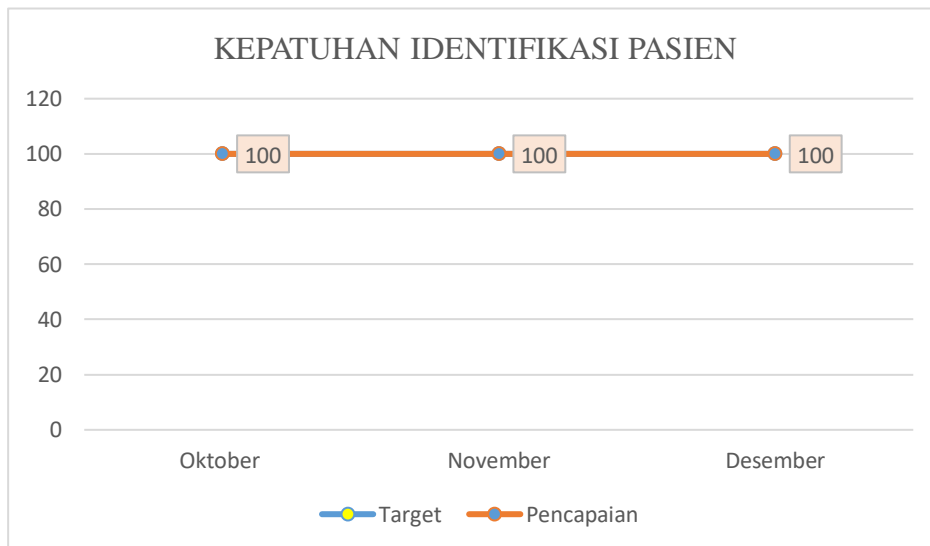
Hasil pengukuran indikator keselamatan pasien Triwulan IV Tahun 2025 adalah:

Grafik 5.24
Grafik5.3

INM: Kepatuhan Identifikasi Pasien
Triwulan IV 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%



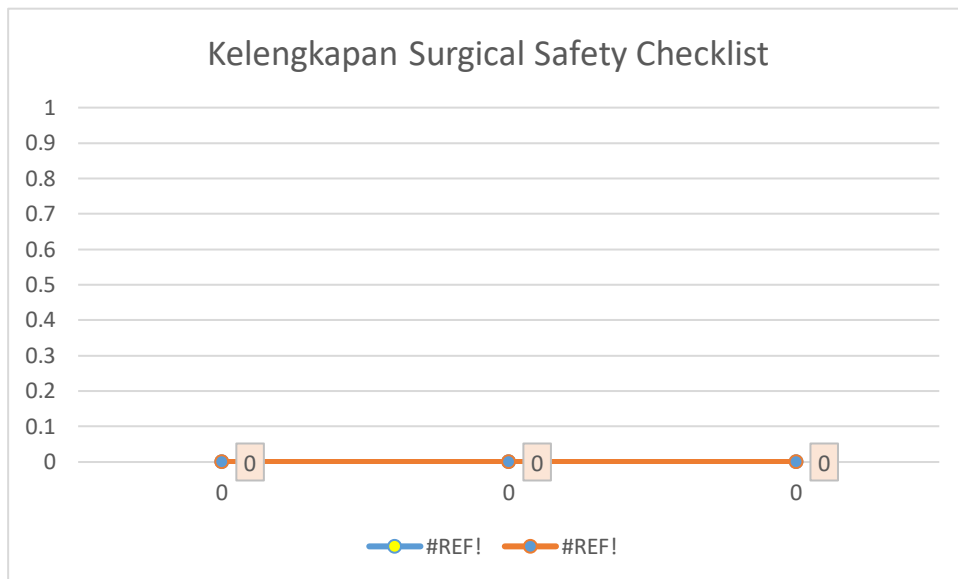
Analisa : Sudah tercapai target

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
IMP: Kelengkapan surgical safety checklist
Triwulan IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

Target : 100 %

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



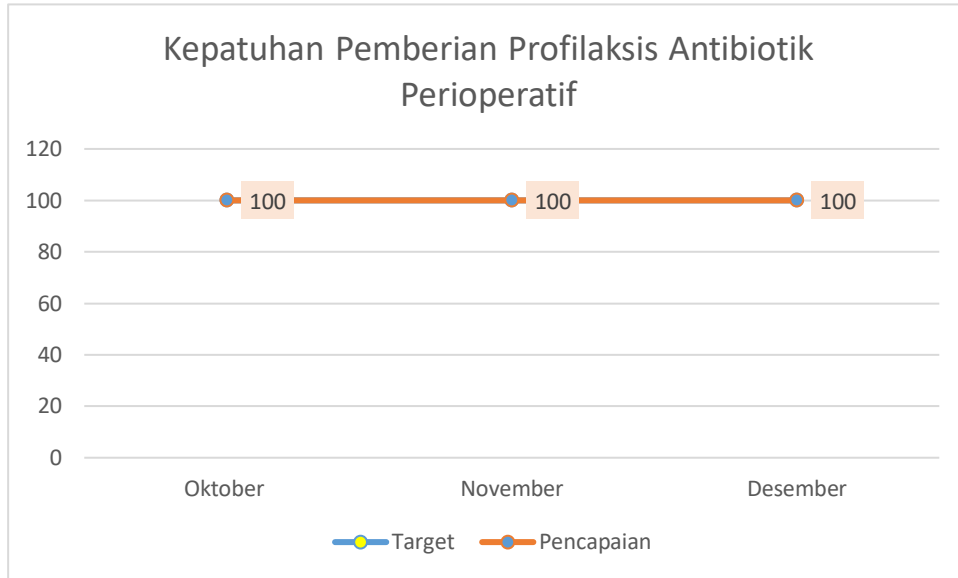
Analisa : Sudah tercapai target

Tindak Lanjut : Dipertahankan dan melakukan supervisi pada saat pengambilan data. Rerata capaian kelengkapan surgical safety checklist Triwulan IV 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 IV Tahun 2025
 RSUD Budi Rahayu

Target : 100 %

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



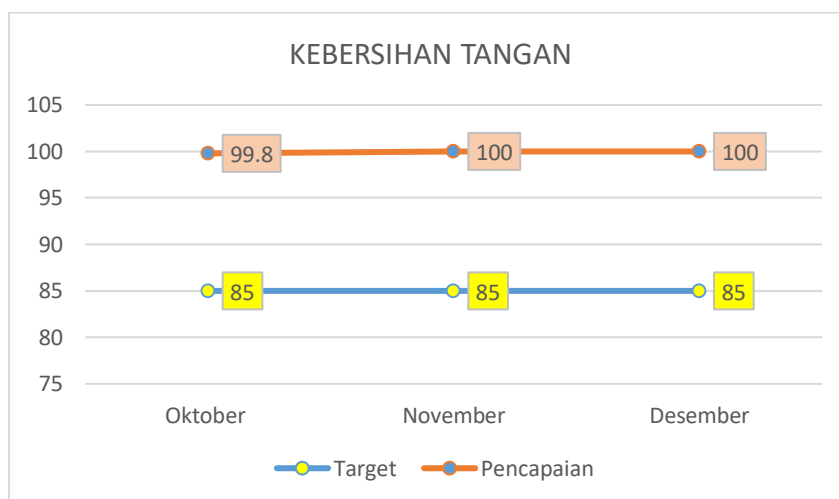
Analisa : Sudah tercapai target

Tindak Lanjut : Dipertahankan dan melakukan supervisi pada saat pengambilan data

Grafik 5.27
KepatuhanKebersihanTangan
Triwulan IV 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%



Rerata capaian kepatuhan kebersihan tangan Triwulan IV TA 2025 adalah 100 %, Terdapat tren peningkatan positif dari bulan Oktober – Desember 2025, dan selama bulan Oktober – Desember 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. Komite 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 IV tahun 2025 adalah:

Grafik5.34
Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Triwulan IV Tahun 2025
RSU Budi Rahayu

NO	JUDULINDIKATOR	Oktober	November	Desember	JUMLAH
1	KPCS	26	29	25	80
2	KNC	3	2	1	6
3	KTC	2	0	1	3
4	KTD	1	1	0	2
5	Sentinel	0	0	0	0
	JumlahTotal	32	32	27	91

Kondisi yang dicapai saat ini:

- Pada tahun Triwulan 4 tahun 2025 terjadi 4 insiden keselamatan pasien;
- Berdasarkan jenis insiden, insiden KPCS menjadi insiden terbanyak yaitu 80 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, 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.
 - Jaringan internet kurang stabil
 - 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, KMR
- **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 indikator 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 menangan 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 RS Budi Rahayu dilaksanakan setiap tahun dengan tujuan untuk mengetahui gambaran budaya keselamatan di RSU 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 3 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 pelayanan dan keselamatan pasien tetap terjaga dengan baik.

Pelaksanaan kegiatan manajemen risiko ini didasari oleh regulasi nasional yang diatur secara bertahap. Peraturan yang utama tertuang dalam Undang-undang tentang RS nomor 44 tahun 2009 dinyatakan bahwa pasien berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu, efektif dan efisien, adil, jujur, tanpa diskriminasi. Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien melalui pelaporan insiden, menganalisis dan menetapkan pemecahan masalah dengan memegang

teguh konsep manajemen risiko dan prinsip efisiensi. Disebutkan juga dalam Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan bahwa RS wajib memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna, setiap orang memiliki hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien di rumah sakit bahwa setiap rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan minimal.

Untuk melakukan antisipasi terhadap kondisi ketidakpastian di masa yang akan datang dan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan, 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 dan/atau 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 IV 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

BAB VI PENUTUP

Komite Mutu RSUD Budi Rahayu pada Triwulan IV 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 IV 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 IV 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 IV 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;