



**RS MATA  
UNDAAN**

**LAPORAN  
KOMITE MUTU  
RS. Mata Undaan Surabaya**



**TAHUN  
2022**

**Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya  
Telp. 031-5343 806, 5319 619  
Fax. 031-5317 503  
[www.rsmataundaan.co.id](http://www.rsmataundaan.co.id)**

## DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	i
DAFTAR TABEL .....	ii
DAFTAR GAMBAR.....	iii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan.....	1
BAB II KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN.....	2
2.1 Pengukuran Indikator Mutu .....	2
2.2 Perbaikan Mutu dan Mempertahankan Perbaikan Berkelanjutan .....	24
2.3 Penerapan PPK Melalui Pengukuran Kepatuhan <i>Clinical Pathway</i> dan Audit Medis.....	24
2.4 Dampak Efisiensi dan Efektivitas Prioritas Perbaikan.....	24
2.5 Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien.....	24
2.6 Evaluasi Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen.....	24
2.7 Pelatihan Semua Staf Terkait Perannya dalam Program PMKP.....	25
2.8 Mengkomunikasikan Hasil Pengukuran Mutu Kepada Staf.....	25
2.9 Insiden Keselamatan Pasien dan Survei Budaya Keselamatan .....	25
2.10 Pencapaian Manajemen Risiko Rumah Sakit.....	29
BAB III HASIL YANG DICAPAI .....	32
3.1 Pemantauan Indikator Mutu.....	32
3.2 Pencatatan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) .....	35
BAB IV SIMPULAN DAN SARAN.....	36
4.1 Simpulan .....	36
4.2 Saran.....	36
BAB V PENUTUP .....	37

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel</b>		<b>Halaman</b>
2.1	Indikator Mutu yang Dapat Mempertahankan Perbaikan Berkelanjutan Periode Tahun 2022	24
2.2	Hasil Survei Budaya Keselamatan Periode Tahun 2022	26
2.3	Pemantauan <i>Risk Register</i> RS Mata Undaan Tahun 2022	29
3.1	Capaian Data Indikator Mutu Nasional Periode Tahun 2022	27
3.2	Capaian Data Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit Periode Tahun 2022	28
3.3	Capaian Data Indikator Mutu Prioritas Unit Periode Tahun 2022	29

## DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
2.1	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS Periode Tahun 2022	2
2.2	Penundaan Operasi Elektif Periode Tahun 2022	2
2.3	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium Periode Tahun 2022	3
2.4	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis Periode Tahun 2022	3
2.5	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap Periode Tahun 2022	4
2.6	Kepatuhan Terhadap <i>Clinical Pathway</i> Periode Tahun 2022	4
2.7	Waktu Tunggu Rawat Jalan Periode Tahun 2022	5
2.8	Kepatuhan Kebersihan Tangan Periode Tahun 2022	5
2.9	Kepatuhan Identifikasi Pasien Periode Tahun 2022	6
2.10	Kepuasan Pasien dan Keluarga Periode Tahun 2022	6
2.11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain Periode Tahun 2022	7
2.12	Kepatuhan Penggunaan APD Periode Tahun 2022	7
2.13	Angka Kejadian Salah Penempelan Stiker Identitas di SPRI Rawat Inap (IMP RS, SKP 1) Periode Tahun 2022	8
2.14	Kepatuhan Petugas Melakukan Verbal Order Melalui Telepon Periode Tahun 2022 (IMP RS, SKP 2)	8
2.15	Kepatuhan Kewaspadaan Obat High Alert Periode Tahun 2022 (IMP RS, SKP 3)	9
2.16	Angka Kejadian Salah Lokasi/Orang/Prosedur Periode Tahun 2022 (IMP RS, SKP 4)	9
2.17	Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Sesuai 5 Momen Periode Tahun 2022 (IMP RS, SKP 5)	10
2.18	Kepatuhan Penandaan Risiko Jatuh di Rawat Jalan Periode Tahun 2022 (IMP RS, SKP 6)	10
2.19	Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak $\leq 7$ Hari Periode Tahun 2022	11
2.20	Kepuasan Pasien Pelayanan Bedah Katarak Periode Tahun 2022	11
2.21	Respon Time Persetujuan Penjaminan Asuransi non BPJS Pre Operasi Katarak $> 48$ Jam Periode Tahun 2022	12
2.22	Keakuratan/Ketepatan Pengukuran Biometri Pada Pasien Operasi Katarak Periode Tahun 2022	12
2.23	Angka Kejadian Operasi Ulang Pada Bedah Katarak Periode Tahun 2022	13
2.24	Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi Periode Tahun 2022	13
2.25	Angka Kejadian Operasi Ulang Periode Tahun 2022	14
2.26	Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG Periode Tahun 2022	14
2.27	Asesmen Awal Medis Terisi Kurang Dari 24 Jam Periode Tahun 2022	15
2.28	Kesesuaian Baku Mutu Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih Periode Tahun 2022	15
2.29	Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik Periode Tahun 2022	16
2.30	Ketidakkengkapan <i>Informed Consent</i> Periode Tahun 2022	16
2.31	Ketidakkengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM) Periode Tahun 2022	17
2.32	Keterlambatan Waktu Penanganan Kerusakan Hardware / Jaringan Periode Tahun 2022	17
2.33	Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus Periode Tahun 2022	18
2.34	Ketidakkengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta) Periode Tahun 2022	18

<b>Gambar</b>		<b>Halaman</b>
2.35	Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal Periode Tahun 2022	19
2.36	Staf di RS Yang Mendapat Pelatihan 20 Jam / Orang Per Tahun Periode Tahun 2022	19
2.37	Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (Non Medis dan Non Stok) Periode Tahun 2022	20
2.38	Kepatuhan Pengisian Form Suhu Ruang Penyimpanan Periode Tahun 2022	20
2.39	Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan Periode Tahun 2022	21
2.40	Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan dan Permintaan Perbaikan Alat dan Sarana Prasarana Medis Periode Tahun 2022	21
2.41	Waktu Tunggu Transfer Pasien IGD ke Rawat Inap $\leq$ 5 Jam Periode Tahun 2022	22
2.42	Tidak Adanya Kesalahan Penulisan Resep Periode Tahun 2022	22
2.43	Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram Periode Tahun 2022	23
2.44	Tidak Adanya Dokumen Perjanjian Rumah Sakit yang Kadaluarsa Periode Tahun 2022	23
2.45	Jumlah Insiden Keselamatan Pasien Periode Tahun 2022	31

# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya memiliki visi menjadi Rumah Sakit Mata pilihan utama masyarakat dalam pelayanan kesehatan. Dalam mencapai visi tersebut, Rumah Sakit Mata Undaan memiliki program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit tahun 2022. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan proses kegiatan yang berkesinambungan (*never ending process*) dan menyeluruh pada seluruh organisasi dan lingkungan di Rumah Sakit Mata Undaan.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit tahun 2022, mutu pelayanan adalah tingkat layanan kesehatan untuk individu dan masyarakat yang dapat meningkatkan luaran kesehatan yang optimal, diberikan sesuai dengan standar pelayanan dan perkembangan ilmu pengetahuan terkini, serta untuk memenuhi hak dan kewajiban pasien. Kegiatan Komite Mutu dalam melakukan evaluasi terhadap peningkatan mutu dan keselamatan pasien, harus dilaksanakan di setiap unit dan instalasi yang memerlukan mekanisme koordinasi antar unit dan instalasi, dan juga antar kepala unit dan instalasi kerja. Sehingga diharapkan hasil yang dicapai dapat menggambarkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya dan sebagai manajemen kontrol untuk mendukung pengambilan keputusan.

Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya memiliki program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau seluruh unit kerja dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien. Program PMKP Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya tahun 2022 terdiri dari 9 kegiatan pokok. Perkembangan kegiatan program PMKP yang telah dilaksanakan oleh Komite Mutu, akan dipaparkan berupa laporan tahunan untuk tahun 2022, yaitu Januari sampai dengan Desember 2022.

## 1.2 Tujuan

### 1. Tujuan Umum

Mutu Rumah Sakit Mata Undaan adalah pelayanan bagi individu dan populasi yang dapat meningkatkan luaran (*outcome*) yang optimal. Tujuh dimensi mutu yang harus dilaksanakan oleh seluruh fasilitas pelayanan kesehatan adalah aman, adil, berorientasi pasien, tepat waktu, efektif, efisien, dan integrasi. Tujuan pelaporan mutu adalah mengetahui hasil capaian pelaksanaan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hasil pengukuran mutu indikator termasuk indikator nasional mutu (INM), indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP RS) dan indikator mutu prioritas unit (IMP Unit).
- b. Mengetahui hasil perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan.
- c. Mengetahui hasil penerapan PPK/Algoritme/Protokol, melakukan pengukuran dengan *clinical pathway*, dan melaksanakan audit medis.
- d. Mengetahui hasil pengukuran dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya misalnya SDM.
- e. Mengetahui pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien.
- f. Mengetahui hasil penerapan sasaran keselamatan pasien.
- g. Mengetahui hasil evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen.
- h. Mengetahui capaian pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- i. Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf.

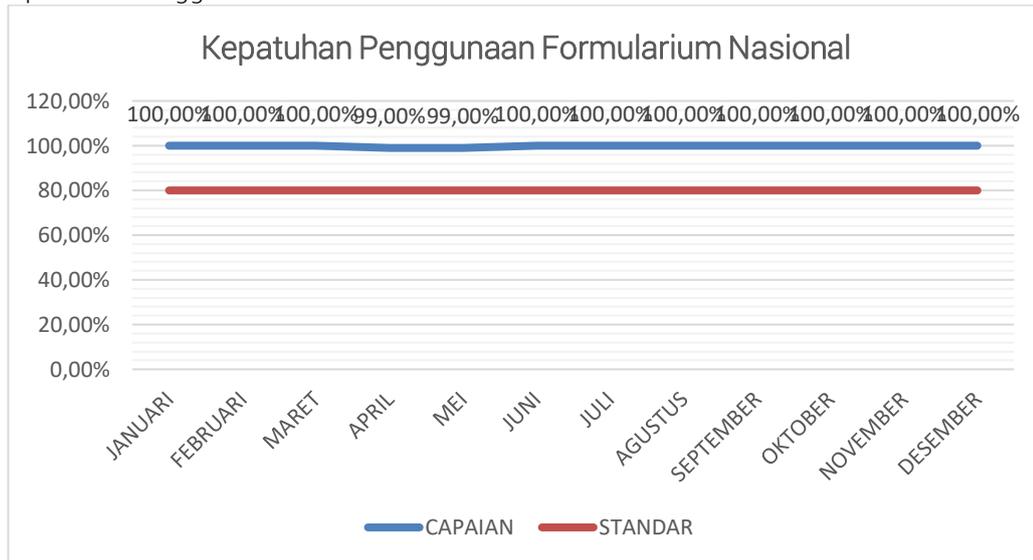
## BAB II KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN

### 2.1 Pengukuran Indikator Mutu

Kegiatan pemantauan dan analisa indikator mutu yang akan dipaparkan dalam laporan ini adalah data periode Bulan Januari sampai dengan bulan Desember tahun 2022. Indikator mutu yang dipantau meliputi: Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS), dan Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit). Adapun indikator mutu yang dipantau dan dianalisa adalah sebagai berikut:

#### a. Indikator Nasional Mutu (INM)

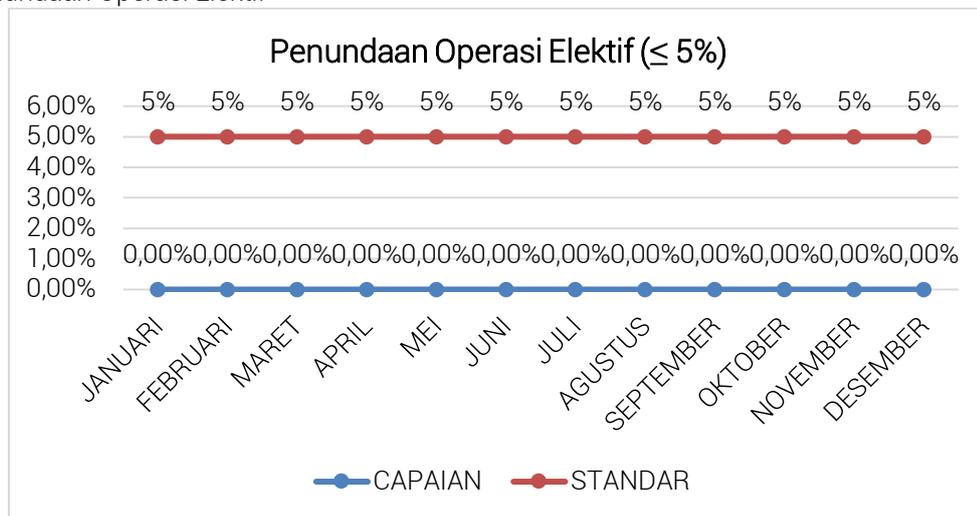
##### 1) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Gambar 2.1. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS, pada Periode Desember 2021 sampai dengan November Tahun 2022 sudah sesuai dengan target yang ditetapkan, yaitu  $\geq 80\%$ . Capaian rata-rata untuk periode 12 bulan terakhir adalah 99,99% dikarenakan pada bulan April dan Mei tahun 2022 capaian indikator sebesar 99% sedangkan 10 bulan lainnya adalah 100%.

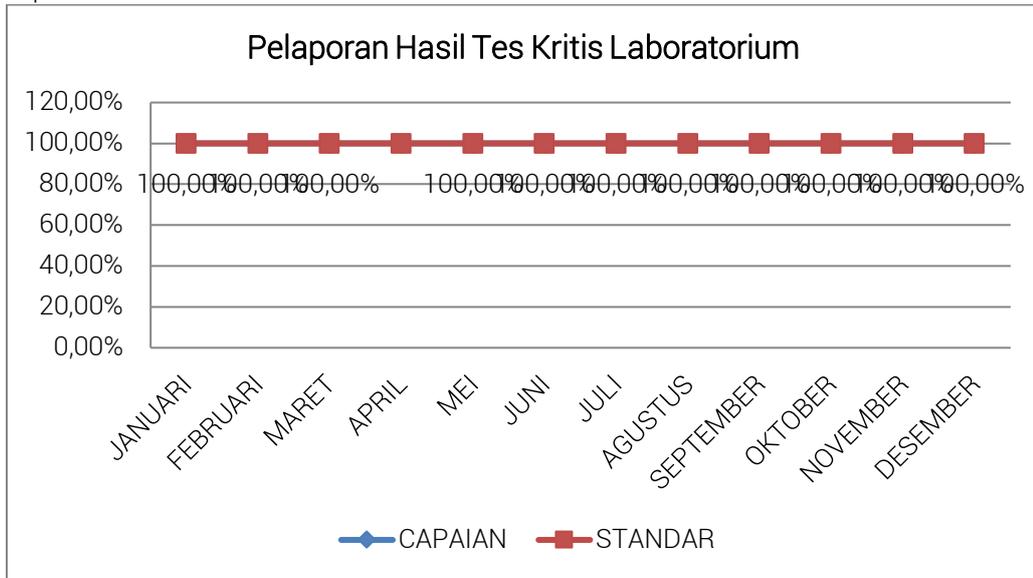
##### 2) Penundaan Operasi Elektif



Gambar 2.2. Penundaan Operasi Elektif

Indikator Penundaan Operasi Elektif, pada Periode Desember 2021 sampai dengan November Tahun 2022 sudah sesuai dengan target yang ditetapkan, yaitu  $\leq 5\%$ . Capaian rata-rata untuk periode 12 bulan terakhir adalah 0%.

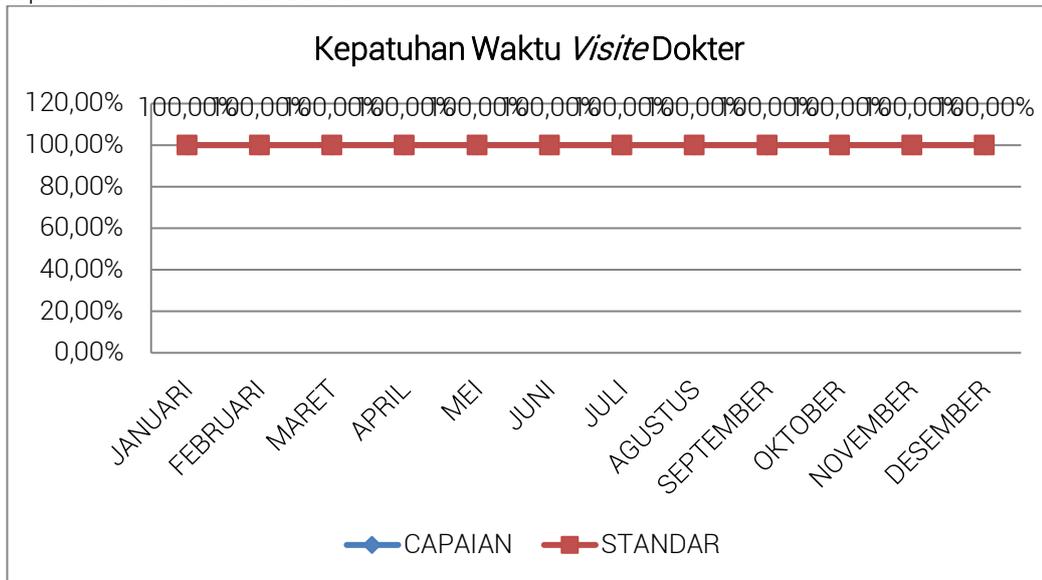
3) Pelaporan Hasil Tes Kritis Laboratorium



Gambar 2.3. Pelaporan Hasil Tes Kritis Laboratorium

Indikator Pelaporan Hasil Tes Kritis Laboratorium, pada Periode Desember 2021 sampai dengan November Tahun 2022 sudah sesuai dengan target yang ditetapkan, yaitu 100%. Capaian rata-rata untuk periode 12 bulan terakhir adalah 100%.

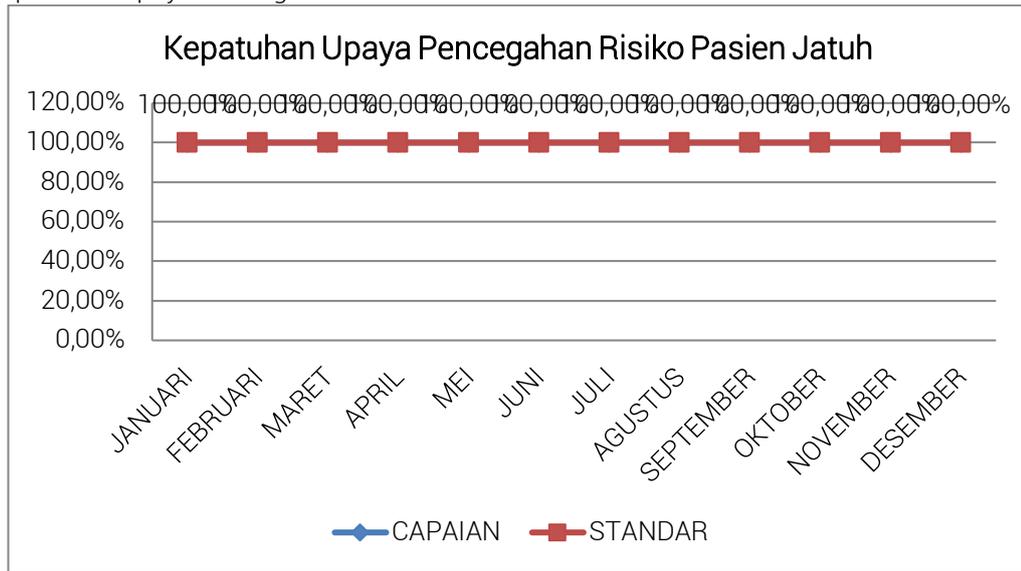
4) Kepatuhan Waktu *Visite* Dokter



Gambar 2.4. Kepatuhan Waktu *Visite* Dokter

Indikator Kepatuhan Waktu *Visite* Dokter, pada Periode Desember 2021 sampai dengan November Tahun 2022 sudah sesuai dengan target yang ditetapkan, yaitu 100%. Capaian rata-rata untuk periode 12 bulan terakhir adalah 100%.

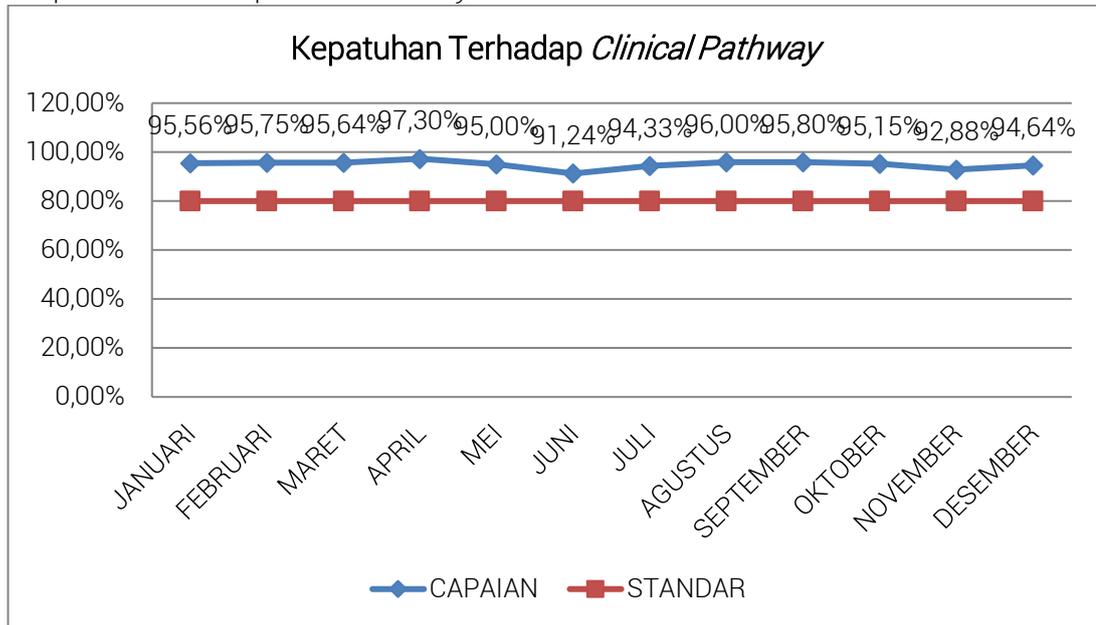
5) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh



Gambar 2.5. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh, pada Periode Januari sampai dengan Desember Tahun 2022 sudah sesuai dengan target yang ditetapkan, yaitu 100%. Capaian rata-rata untuk periode 12 bulan terakhir adalah 100%.

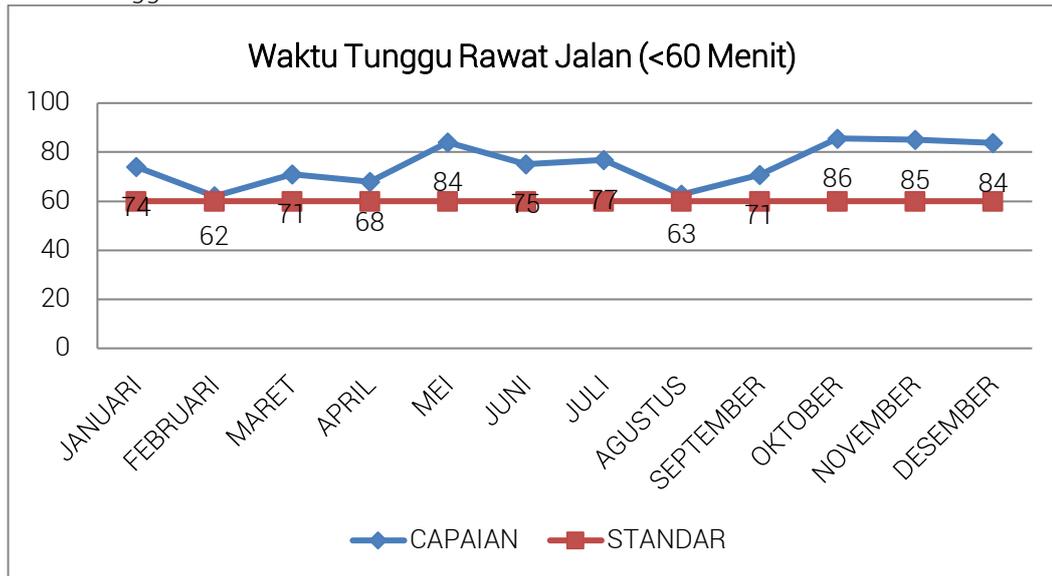
6) Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway*



Gambar 2.6. Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway*

Berdasarkan gambar 2.6, capaian indikator Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway* periode Januari sampai dengan Desember tahun 2022 sudah memenuhi target yaitu >80%. Capaian tertinggi pada bulan April yaitu 97,30% dan capaian terendah pada bulan Juni yaitu 91,24%. Rata-rata keseluruhan capaian indikator Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway* periode tahun 2022 sebesar 95%.

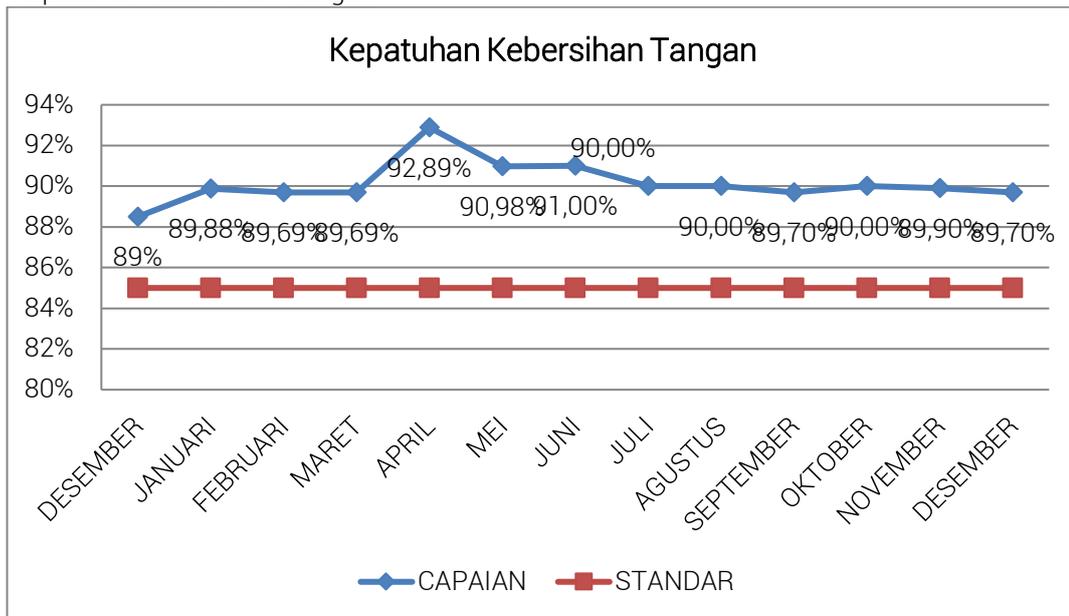
7) Waktu Tunggu Rawat Jalan



Gambar 2.7. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Berdasarkan grafik pada gambar 2.7, Waktu Tunggu Rawat Jalan periode Januari sampai dengan Desember tahun 2022, belum sesuai dengan standar yang telah ditentukan (< 60 menit). Capaian tertinggi pada bulan Oktober 2022 yaitu 86 menit dan capaian terendah pada bulan Februari 2022 yaitu 62 menit. Rata-rata keseluruhan capaian indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan periode Desember 2021 sampai dengan November tahun 2022 sebesar 75 menit.

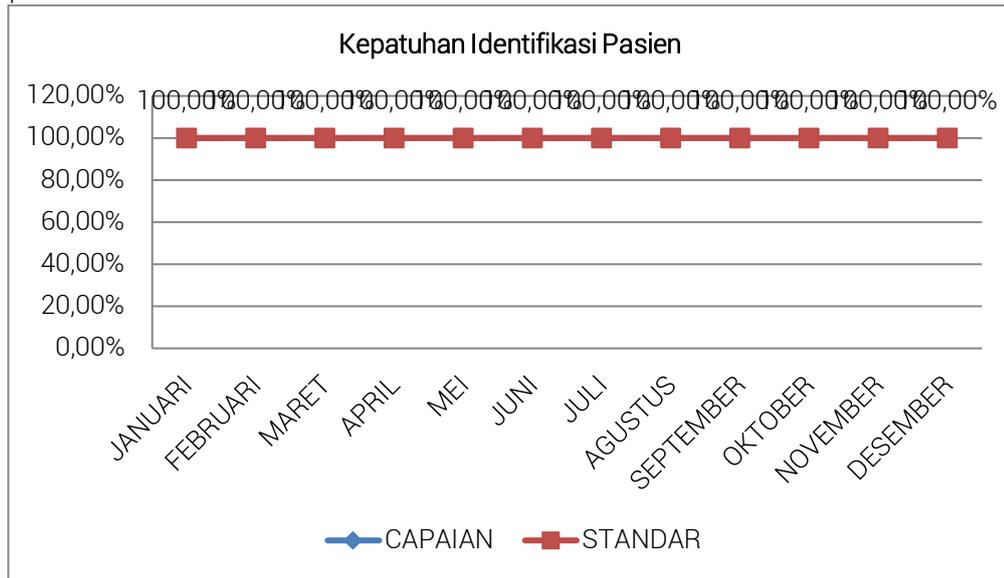
8) Kepatuhan Kebersihan Tangan



Gambar 2.8. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Berdasarkan gambar 2.8, capaian indikator Kepatuhan Kebersihan Tangan periode Januari sampai dengan Desember tahun 2022 sudah memenuhi target yaitu > 85%. Capaian tertinggi pada bulan April 2022 yaitu 92,89% dan capaian terendah pada bulan Februari dan Maret 2022 yaitu 89,69%. Rata-rata keseluruhan capaian indikator Kepatuhan Cuci Tangan periode tahun 2022 sebesar 90,29%.

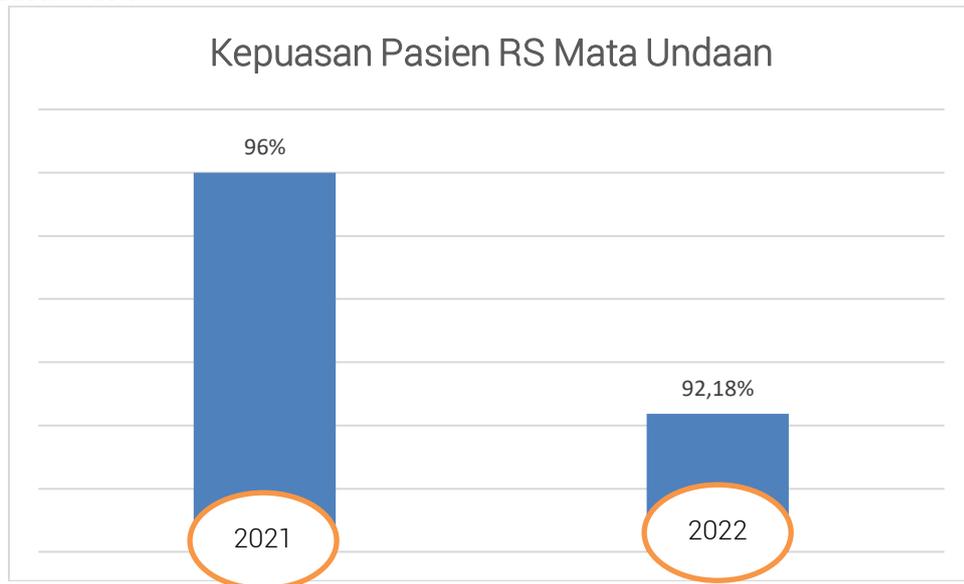
9) Kepatuhan Identifikasi Pasien



Gambar 2.9. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien, pada Periode Januari sampai dengan Desember Tahun 2022 sudah sesuai dengan target yang ditetapkan, yaitu 100%. Capaian rata-rata untuk periode 12 bulan terakhir adalah 100%.

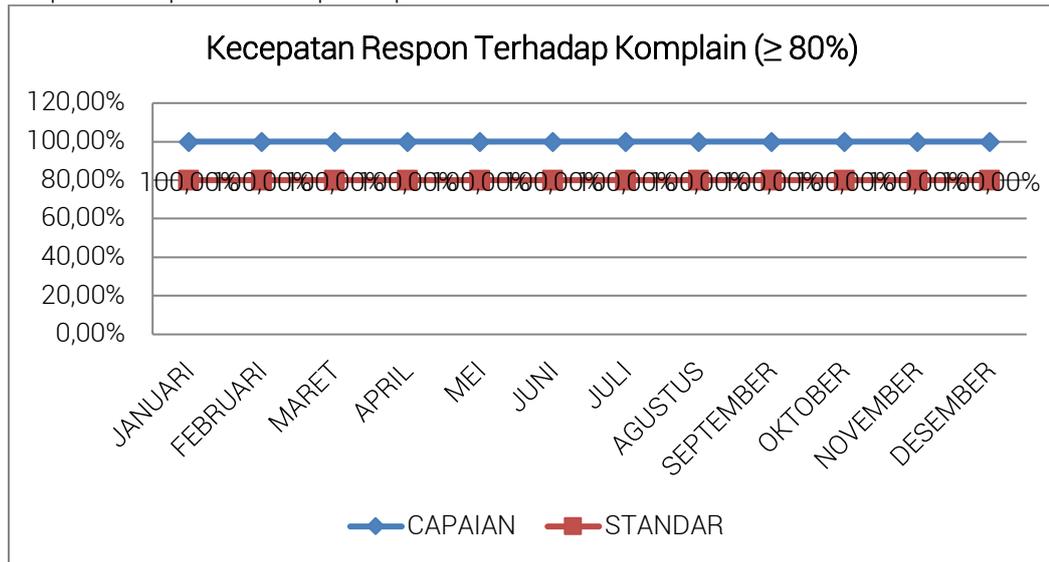
10) Kepuasan Pasien



Gambar 2.10. Kepuasan Pasien

Pada grafik Kepuasan Pasien terhadap pelayanan rumah sakit, memberikan gambaran bahwa indikator mutu Kepuasan Pasien tepatnya pada bulan Juli 2022 sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan sebesar  $\geq 80\%$ . Pengukuran tingkat kepuasan pasien dan keluarga di lingkungan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya tidak dilakukan setiap bulan, namun dilakukan satu kali dalam enam bulan. Kepuasan pasien tahun 2022 sebesar 92,18% sedangkan pada tahun 2021 sebesar 96% sehingga terdapat tren menurun seperti pada gambar 2.10.

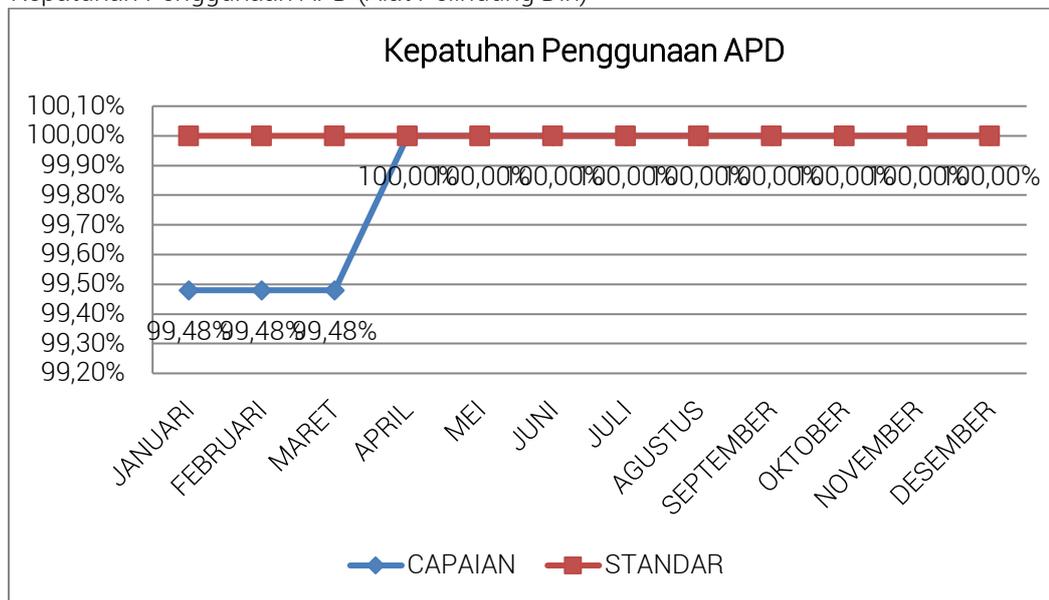
11) Kecepatan Respon Terhadap Komplain



Gambar 2.11. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

Indikator Kecepatan Respon Terhadap Komplain, pada Periode Desember 2021 sampai dengan November Tahun 2022 sudah sesuai dengan target yang ditetapkan, yaitu 100%. Capaian rata-rata untuk periode 12 bulan terakhir adalah 100%.

12) Kepatuhan Penggunaan APD (Alat Pelindung Diri)



Gambar 2.12. Kepatuhan Penggunaan APD

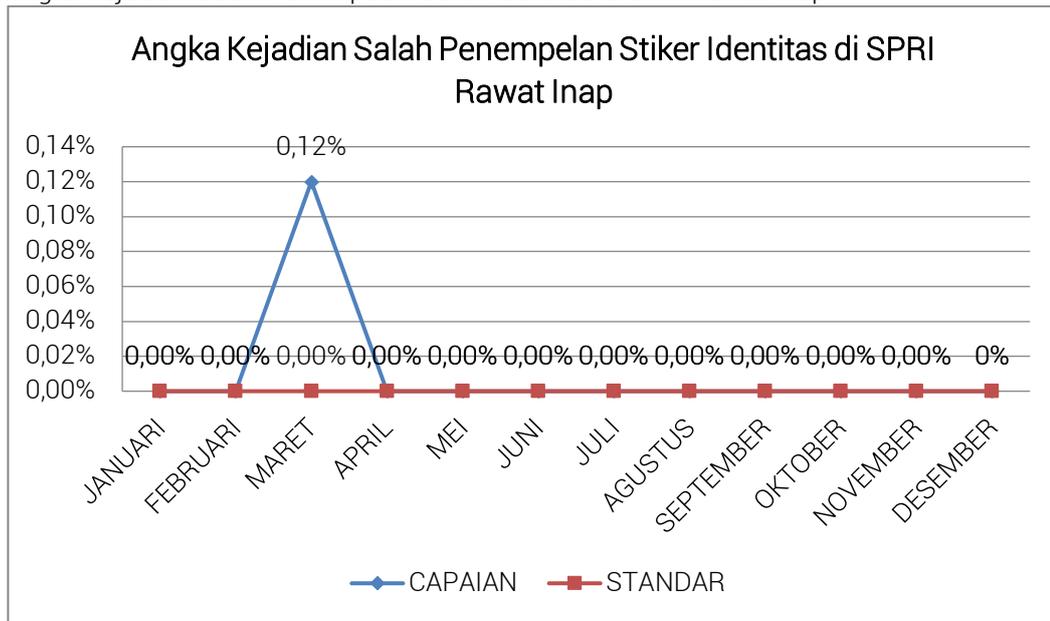
Berdasarkan gambar 2.12, capaian indikator Kepatuhan Penggunaan APD periode Januari sampai dengan Desember tahun 2022 belum memenuhi target yang sudah ditetapkan yaitu 100% karena pada bulan Januari sampai dengan Maret 2022 capaian sebesar 99,48%. Rata-rata keseluruhan capaian indikator Kepatuhan Penggunaan APD periode tahun 2022 sebesar 99,87%.

13) Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesearea Emergensi

Indikator ini tidak mampu laksana untuk diukur karena Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya merupakan rumah sakit khusus mata.

b. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)

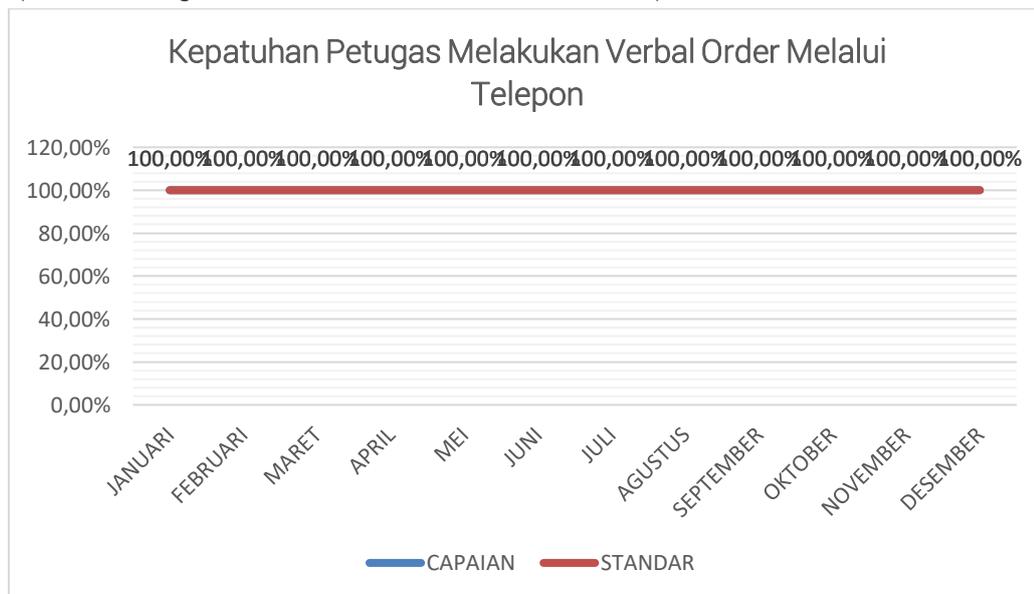
1) Angka Kejadian Salah Penempelan Stiker Identitas di SPRI Rawat Inap



Gambar 2.13. Angka Kejadian Salah Penempelan Stiker Identitas di SPRI Rawat Inap

Indikator Angka Kejadian Salah Penempelan Stiker Identitas di SPRI Rawat Inap, periode Januari sampai dengan Desember tahun 2022 belum memenuhi target yang sudah ditetapkan yaitu 0%. Rata-rata keseluruhan capaian indikator Angka Kejadian Salah Penempelan Stiker Identitas di SPRI Rawat Inap periode Januari sampai dengan November tahun 2022 sebesar 0,01% karena terdapat 1 kejadian di bulan Maret 2022.

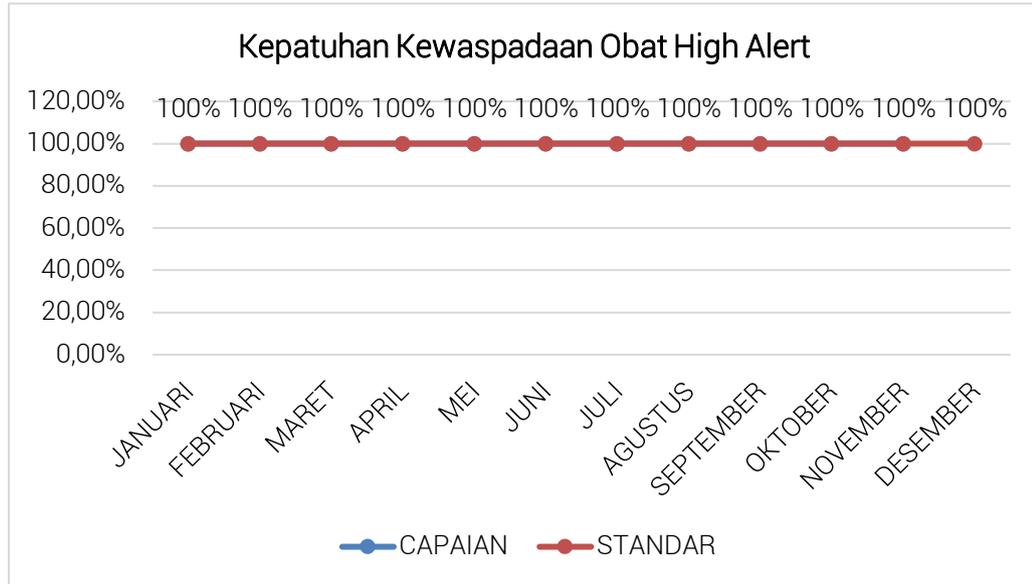
2) Kepatuhan Petugas Melakukan Verbal Order Melalui Telepon



Gambar 2.14. Kepatuhan Petugas Melakukan Verbal Order Melalui Telepon

Indikator Kepatuhan Petugas Melakukan Verbal Order Melalui Telepon, periode Januari sampai dengan Desember tahun 2022 sudah memenuhi target yang ditetapkan yaitu 100%.

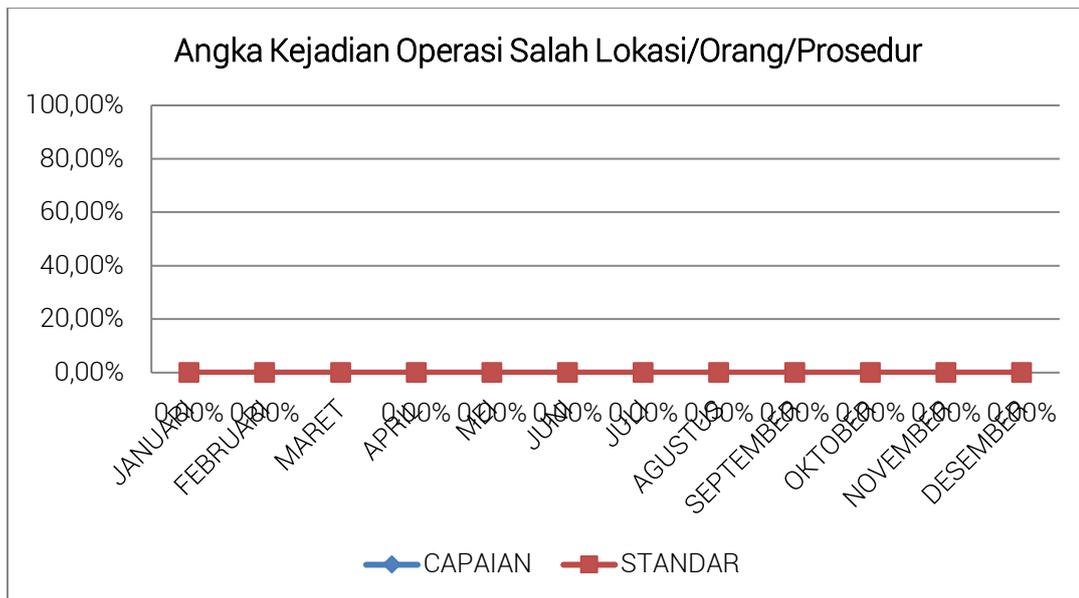
3) Kepatuhan Kewaspadaan Obat *High Alert*



Gambar 2.15. Kepatuhan Kewaspadaan Obat *High Alert*

Indikator Kepatuhan Kewaspadaan Obat *High Alert*, periode Januari sampai dengan Desember tahun 2022 sudah memenuhi target yang ditetapkan yaitu 100%.

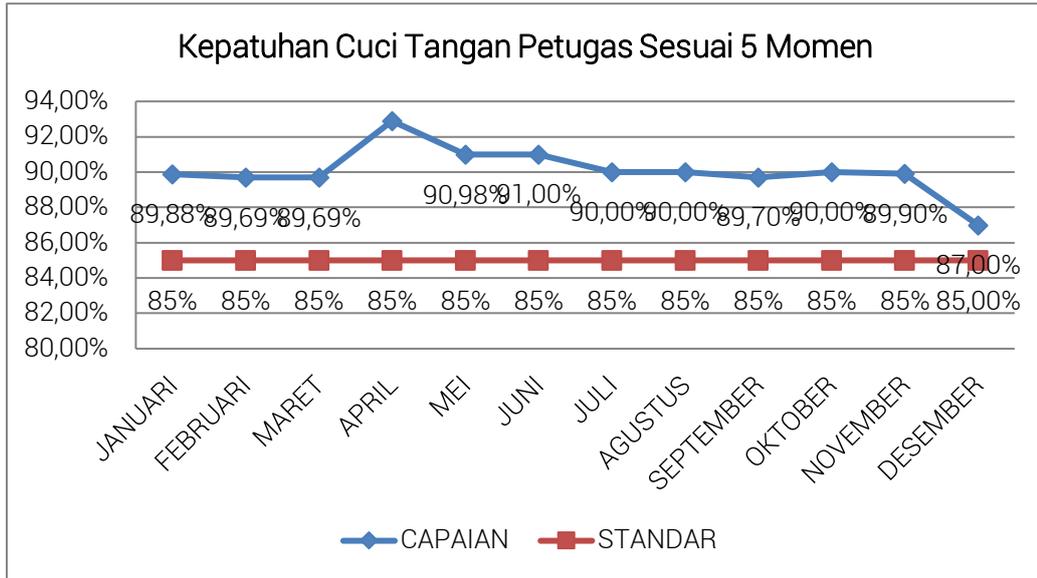
4) Angka Kejadian Operasi Salah Lokasi/Orang/Prosedur



Gambar 2.16. Angka Kejadian Operasi Salah Lokasi/Orang/Prosedur

Indikator Angka Kejadian Operasi Salah Lokasi/Orang/Prosedur, pada Januari sampai dengan Desember tahun 2022 sudah memenuhi target yang ditetapkan yaitu 0%.

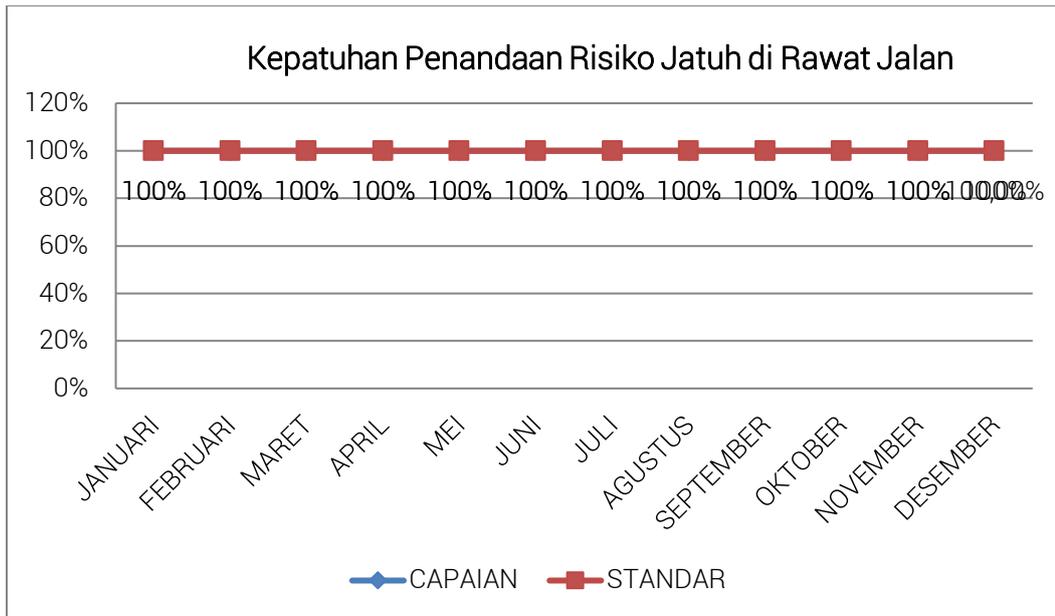
5) Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Sesuai 5 Momen



Gambar 2.17. Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Sesuai 5 Momen

Indikator Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Sesuai 5 Momen, pada Januari sampai dengan November tahun 2022 sudah memenuhi target yang ditetapkan yaitu  $\geq 85\%$ . Rata-rata keseluruhan capaian indikator Kepatuhan Cuci Tangan Petugas Sesuai 5 Momen periode Januari sampai dengan November tahun 2022 sebesar 0,01% karena terdapat 1 kejadian di bulan Maret 2022.

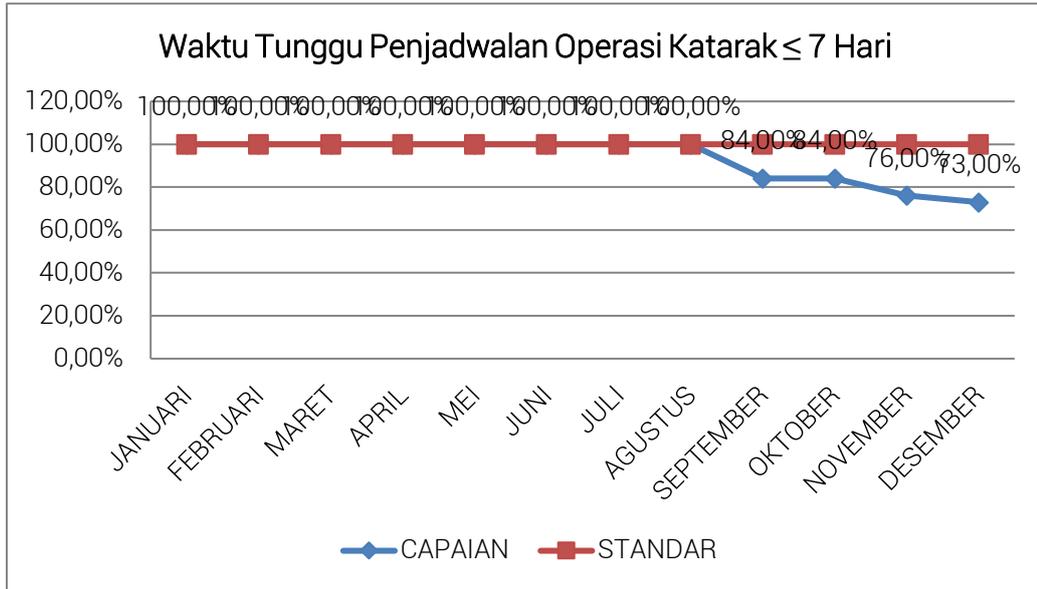
6) Kepatuhan Penandaan Risiko Jatuh di Rawat Jalan



Gambar 2.18. Kepatuhan Penandaan Risiko Jatuh di Rawat Jalan Periode Tahun 2022

Indikator Kepatuhan Penandaan Risiko Jatuh di Rawat Jalan, pada Periode Tahun 2022, Bulan Juli sampai dengan September, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%.

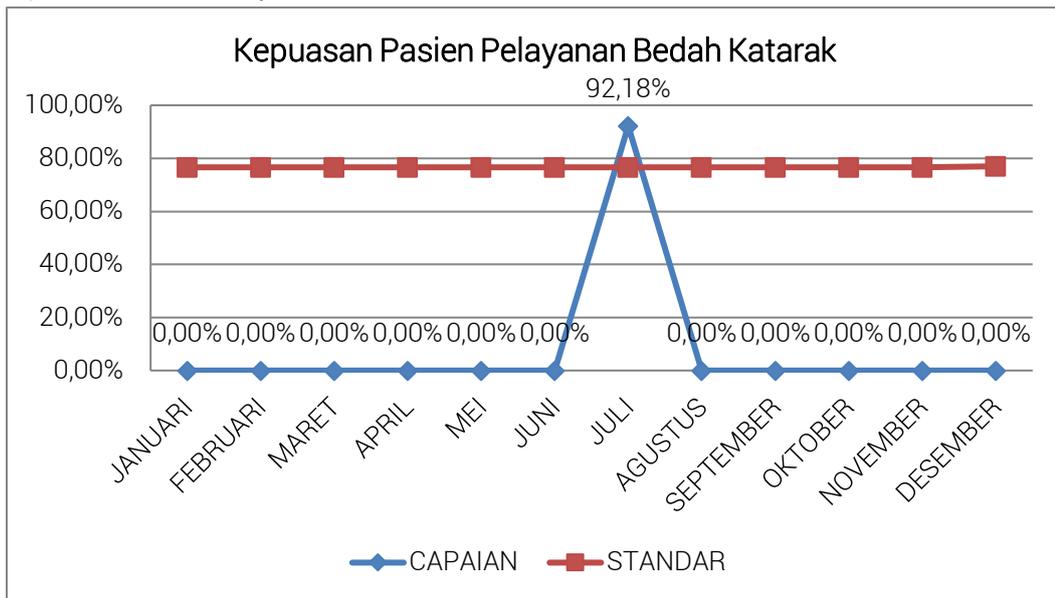
7) Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak  $\leq$  7 Hari



Gambar 2.19. Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak  $\leq$  7 Hari Periode Tahun 2022

Indikator Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak  $\leq$  7 Hari, pada Periode Tahun 2022, Bulan September sampai dengan Desember belum sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100% dan menunjukkan tren menurun. Rata-rata capaian untuk tahun 2022 adalah 90%.

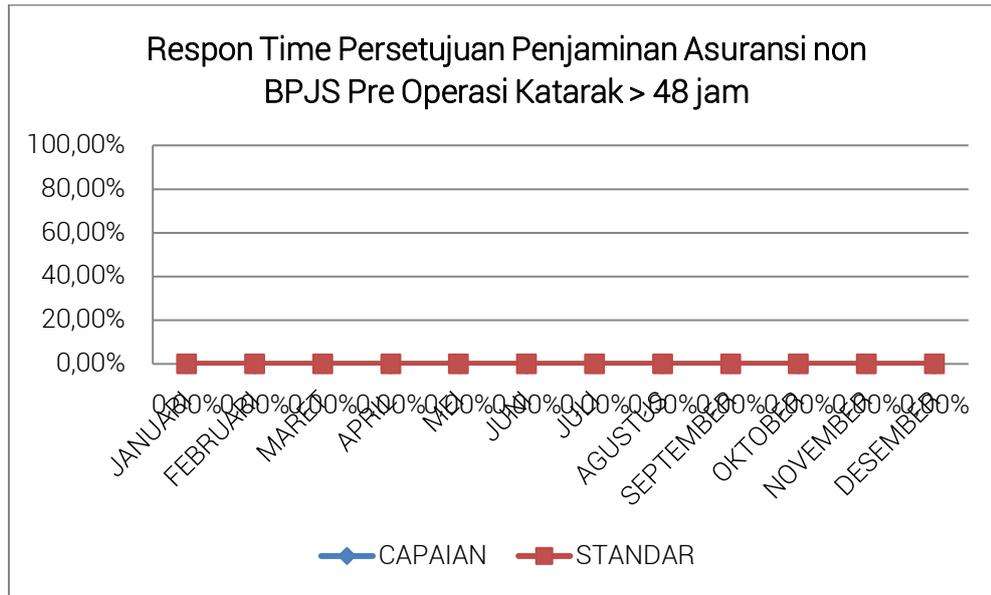
8) Kepuasan Pasien Pelayanan Bedah Katarak



Gambar 2.20. Kepuasan Pasien Pelayanan Bedah Katarak Periode Tahun 2022

Indikator Kepuasan Pasien Pelayanan Bedah Katarak, pada Periode Tahun 2022, Bulan Juli sudah mencapai target yaitu 93% ( $>$  80%). Kepuasan pasien pelayanan bedah katarak diukur setiap semester, sehingga bulan Agustus dan September tidak dilakukan pengukuran.

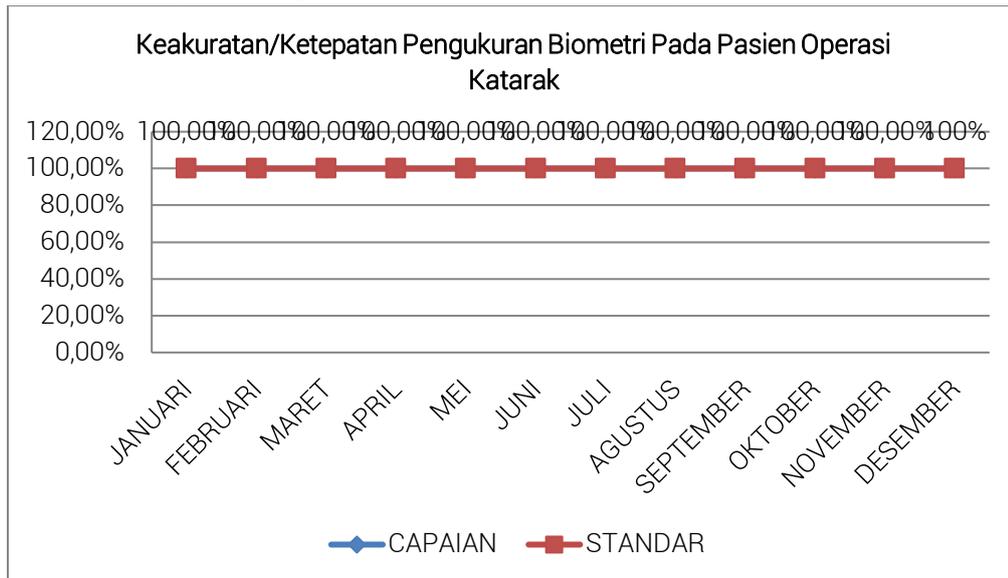
9) Respon Time Persetujuan Penjaminan Asuransi non BPJS Pre Operasi Katarak > 48 jam



Gambar 2.21. Respon Time Persetujuan Penjaminan Asuransi non BPJS Pre Operasi Katarak > 48 jam Periode Tahun 2022

Indikator Respon Time Persetujuan Penjaminan Asuransi non BPJS Pre Operasi Katarak > 48 jam, pada Periode Tahun 2022, Bulan Juli sampai dengan September, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%.

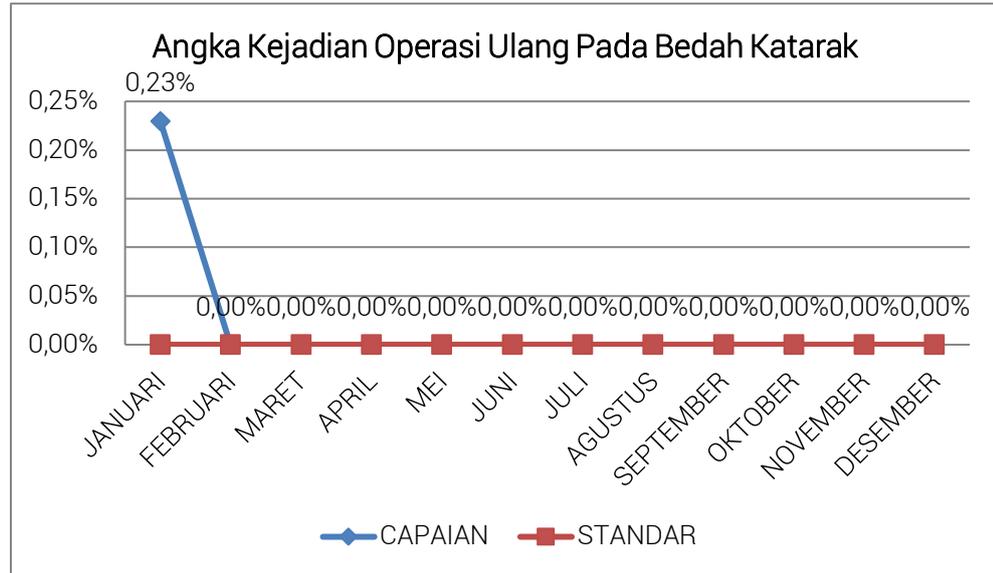
10) Keakuratan/Ketepatan Pengukuran Biometri Pada Pasien Operasi Katarak



Gambar 2.22. Keakuratan/Ketepatan Pengukuran Biometri Pada Pasien Operasi Katarak Periode Tahun 2022

Indikator Keakuratan/Ketepatan Pengukuran Biometri Pada Pasien Operasi Katarak, pada Periode Tahun 2022, Bulan Januari sampai dengan Desember, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%

11) Angka Kejadian Operasi Ulang Pada Bedah Katarak

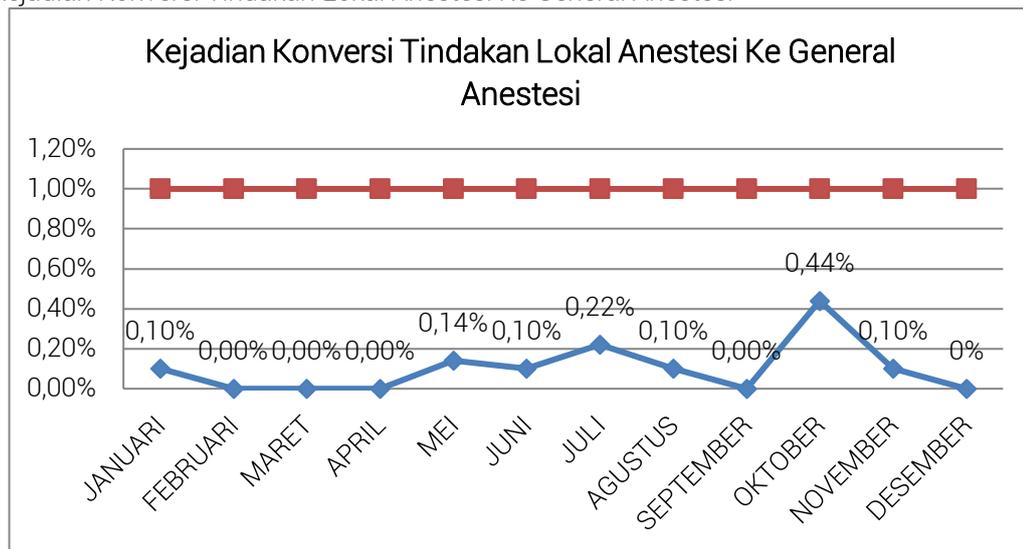


Gambar 2.23. Angka Kejadian Operasi Ulang Pada Bedah Katarak Periode Tahun 2022

Indikator Angka Kejadian Operasi Ulang Pada Bedah Katarak, pada Periode Tahun 2022, Bulan Januari belum sesuai dengan target dikarenakan terdapat 1 kejadian operasi ulang pada bedah katarak yaitu Salah Power IOL yang juga termasuk dalam jenis insiden KTD. Capaian bulan Februari sampai dengan Desember 2022 sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%.

c. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit)

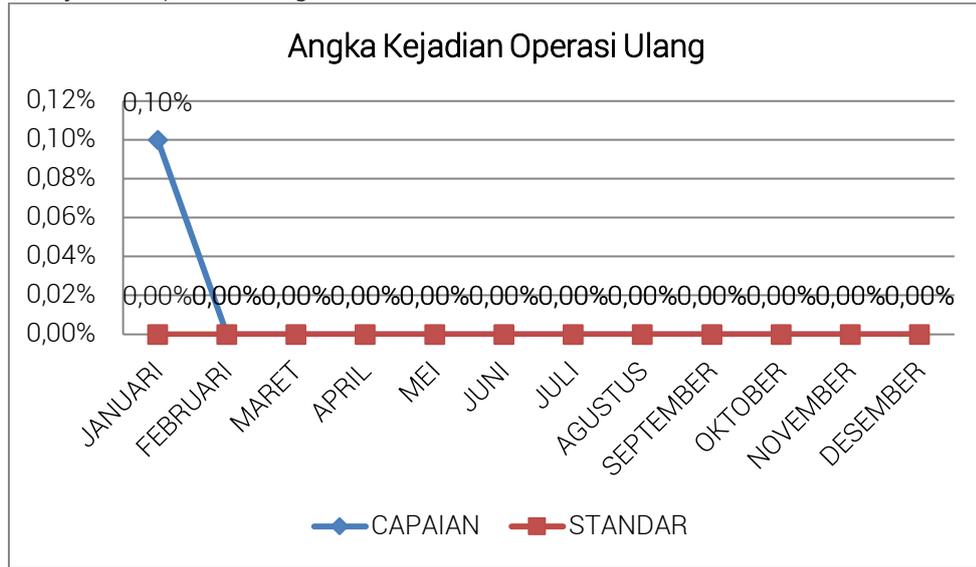
1) Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi



Gambar 2.24. Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi Periode Tahun 2022

Indikator Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi, pada Periode Tahun 2022, Bulan Juli sampai dengan bulan September sudah sesuai dengan target sebesar 1%.

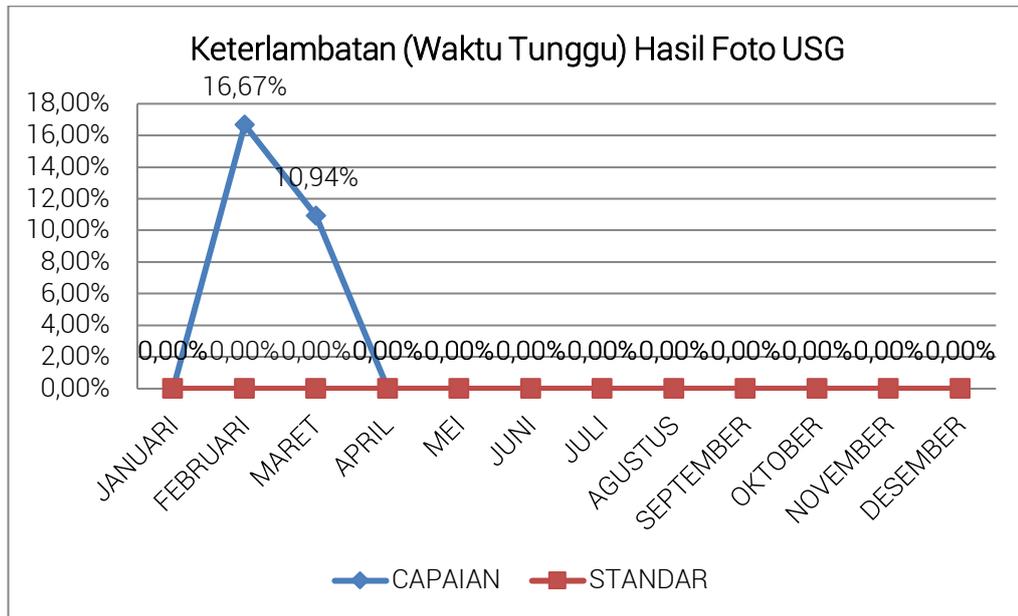
2) Angka Kejadian Operasi Ulang



Gambar 2.25. Angka Kejadian Operasi Ulang Periode Tahun 2022

Berdasarkan gambar 2.25 capaian indikator Angka Kejadian Operasi Ulang, terdapat 1 kejadian operasi ulang bulan Januari sehingga tidak mencapai target 0%. Capaian pada bulan Februari sampai dengan Desember sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%.

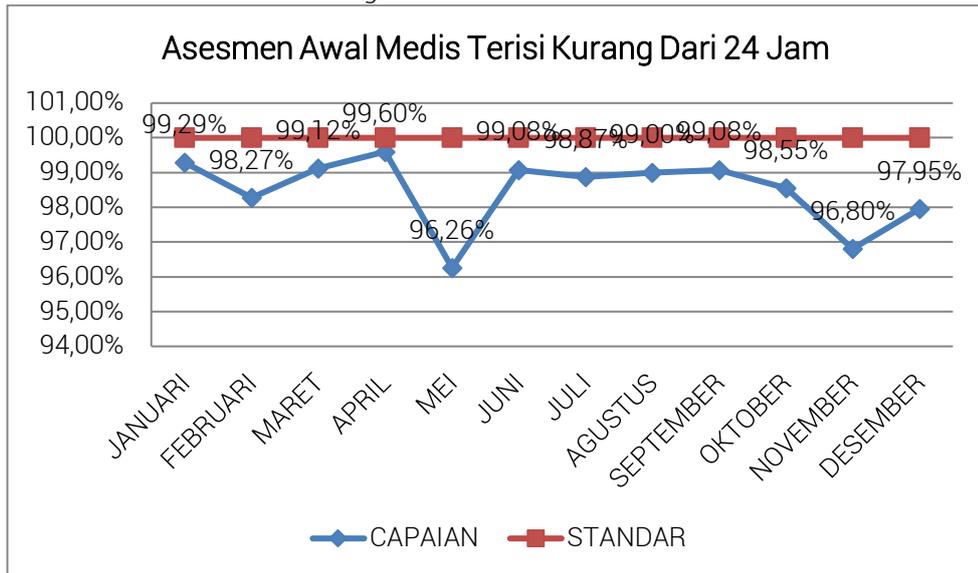
3) Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG



Gambar 2.26. Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG Periode Tahun 2022

Berdasarkan gambar 2.26, Indikator Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG pada Periode Tahun 2022, Bulan Februari dan Maret belum memenuhi target dengan masing-masing capaian adalah 16,67% dan 10,94%. Setelah dilakukan tindak lanjut dan membuat analisis PDSA, maka capaian indikator pada bulan April sampai dengan Desember 2022 sudah mencapai target 0%. Rata-rata capaian pada tahun 2022 adalah 2,3%.

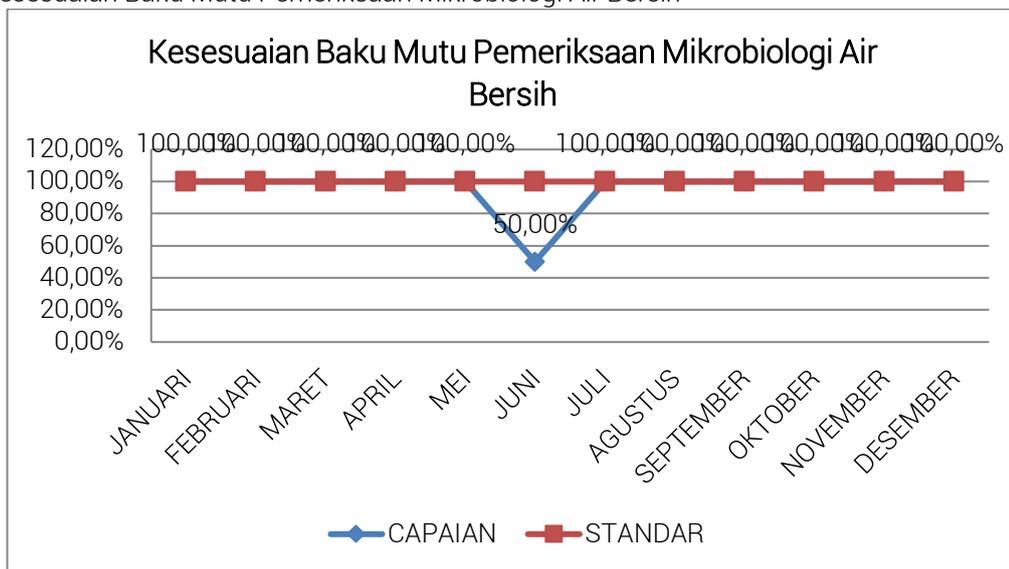
4) Asesmen Awal Medis Terisi Kurang Dari 24 Jam



Gambar 2.27. Asesmen Awal Medis Terisi Kurang Dari 24 Jam Periode Tahun 2022

Berdasarkan grafik assesmen awal terisi kurang dari 24 jam, secara keseluruhan capaian pada tahun 2022 belum mencapai target 100%. Capaian tertinggi pada bulan April yaitu 99,6% sedangkan capaian terendah pada bulan Mei sebesar 96,26%. Rata-rata capaian pada tahun 2022 adalah 98,49%.

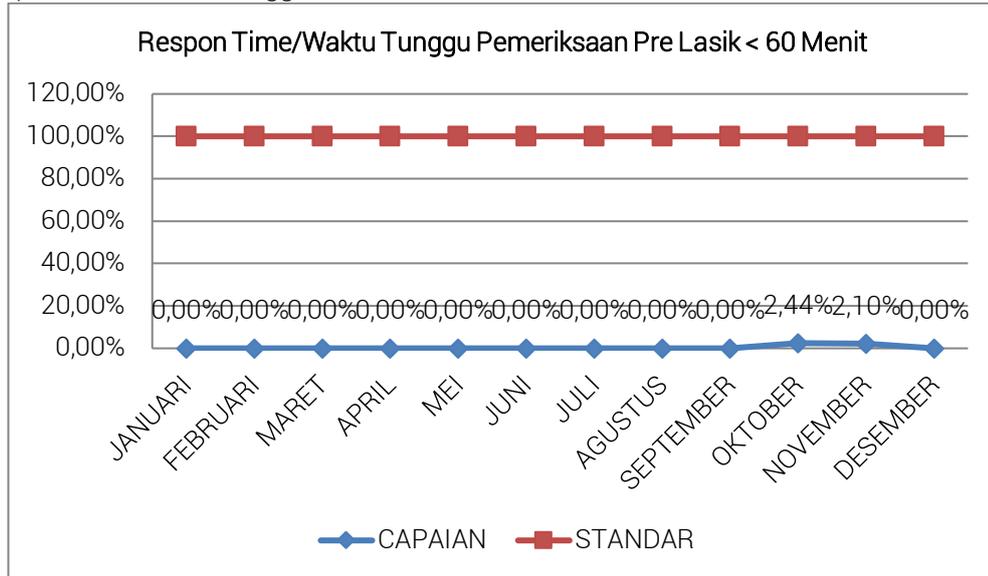
5) Kesesuaian Baku Mutu Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih



Gambar 2.28. Kesesuaian Baku Mutu Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih Periode Tahun 2022

Indikator Kesesuaian Baku Mutu Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih, pada Periode Tahun 2022, terdapat capaian bulan Juni yang tidak mencapai target. Secara keseluruhan, capaian bulan Januari – Mei dan Juli - Desember sudah mencapai target 100%. Setelah dilakukan tindak lanjut dan membuat analisis PDSA, maka capaian indikator pada bulan Juli sampai dengan Desember 2022 sudah mencapai target 100%. Rata-rata capaian pada tahun 2022 adalah 95,83%.

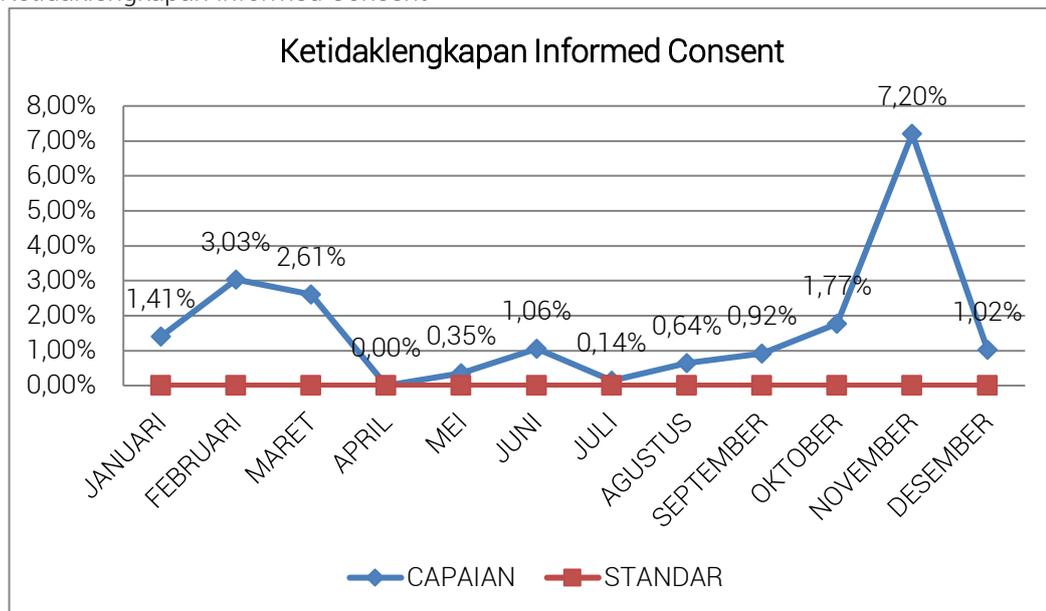
6) Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik



Gambar 2.29. Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik Periode Tahun 2022

Indikator Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik, pada Periode Tahun 2022, Bulan Januari sampai dengan Desember, belum sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%. Capaian pada bulan Oktober dan November meningkat menjadi sebesar 2,44% dan 2,1%. Rata-rata capaian tahun 2022 adalah 0,38% sehingga dapat disimpulkan jauh dari target capaian 100% sehingga memang diperlukan penambahan dokter khusus di Instalasi Layanan Premium.

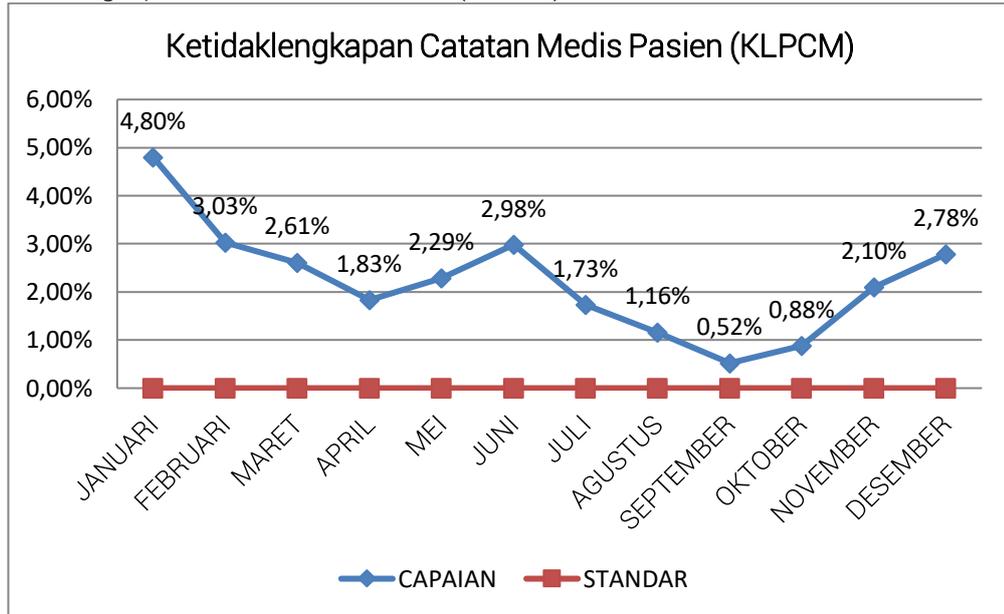
7) Ketidaklengkapan Informed Consent



Gambar 2.30. Ketidaklengkapan *Informed Consent* Periode Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Ketidaklengkapan *Informed Consent*, Periode tahun 2022 bulan Januari sampai dengan Desember belum sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%. Capaian tertinggi pada bulan November sebesar 7,2% dan capaian terendah pada bulan April yaitu 0%. Rata-rata capaian pada tahun 2022 adalah 1,68%.

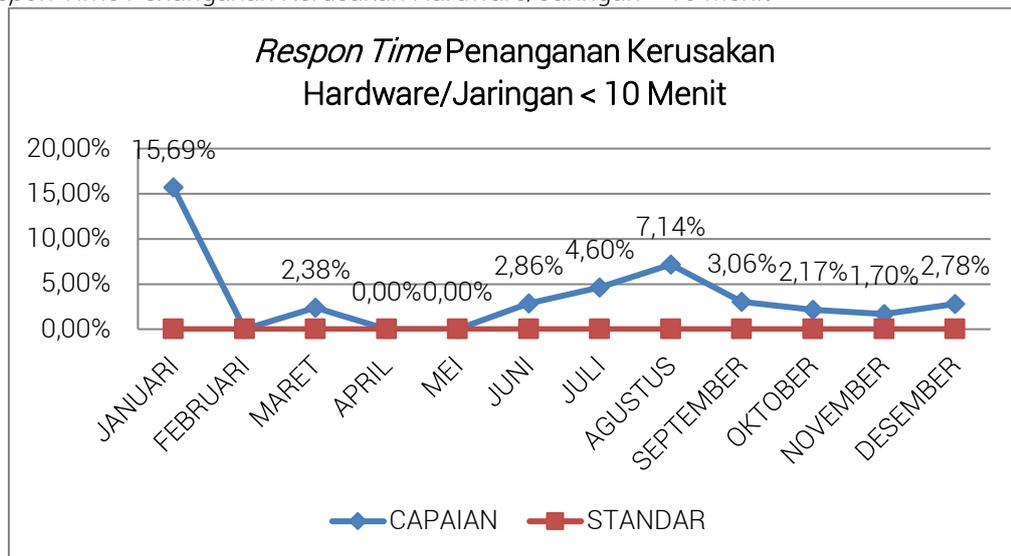
8) Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM)



Gambar 2.31. Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM) Periode Tahun 2022

Capaian indikator Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM), Periode tahun 2022 bulan Januari sampai dengan Desember belum sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%. Capaian tertinggi pada bulan Januari sebesar 4,8% dan terendah pada bulan September sebesar 0,52%. Berdasarkan gambar 2.31 diketahui bahwa terdapat pola musiman yaitu capaian cenderung meningkat pada bulan ke-1 dan bulan ke-6 kemudian menurun dan terjadi meningkat kembali pada kelipatan bulan ke-6.

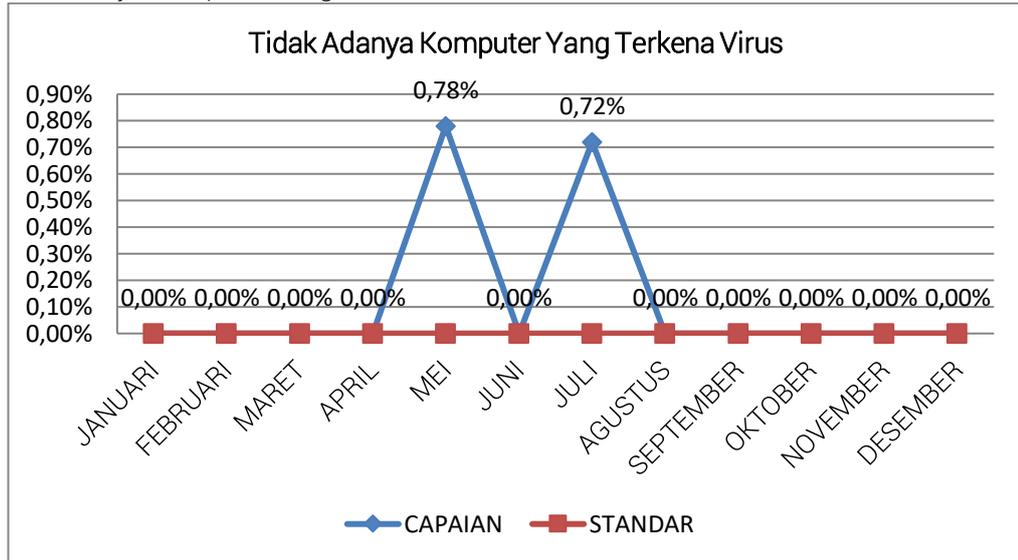
9) *Respon Time* Penanganan Kerusakan Hardware/Jaringan < 10 Menit



Gambar 2.32. *Respon Time* Penanganan Kerusakan Hardware/Jaringan < 10 Menit Periode Tahun 2022

Berdasarkan grafik *Respon Time* Penanganan Kerusakan Hardware/Jaringan < 10 Menit pada Periode Tahun 2022 yang memenuhi standar 0% hanya pada bulan Februari, April, dan Mei. Capaian tertinggi pada bulan Januari yaitu 15,69%. Rata-rata capaian untuk tahun 2022 adalah 3,53% sehingga belum mencapai target 0%.

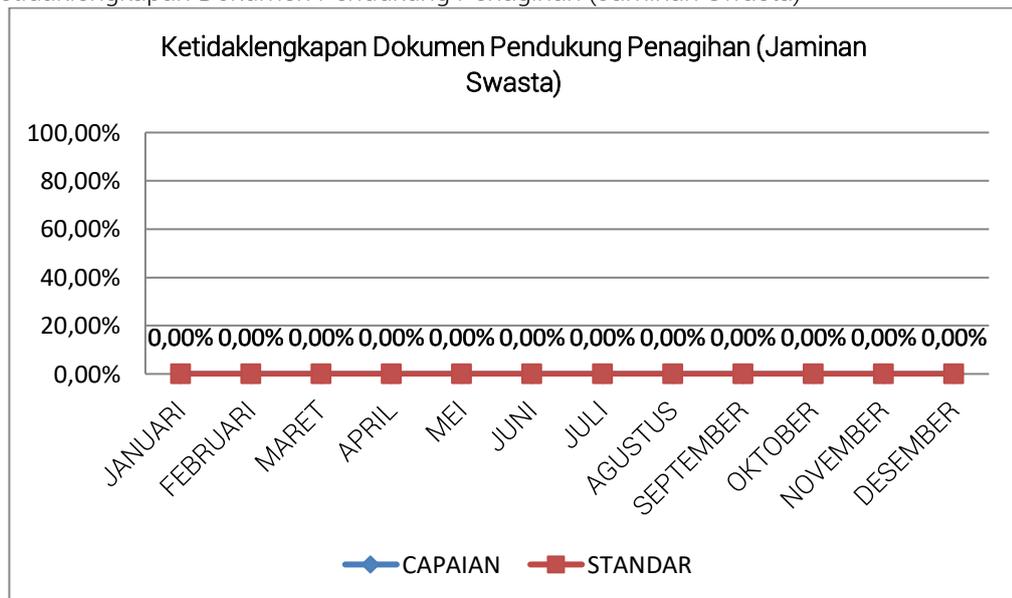
10) Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus



Gambar 2.33. Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus Periode Tahun 2022

Berdasarkan gambar 2.33 dari capaian indikator Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus, pada bulan Mei dan Juli terdapat 1 komputer yang terkena virus sehingga capaian menjadi 0,78% dan 0,72%. Rata-rata capaian untuk tahun 2022 adalah 0,13% sehingga belum mencapai target 0%.

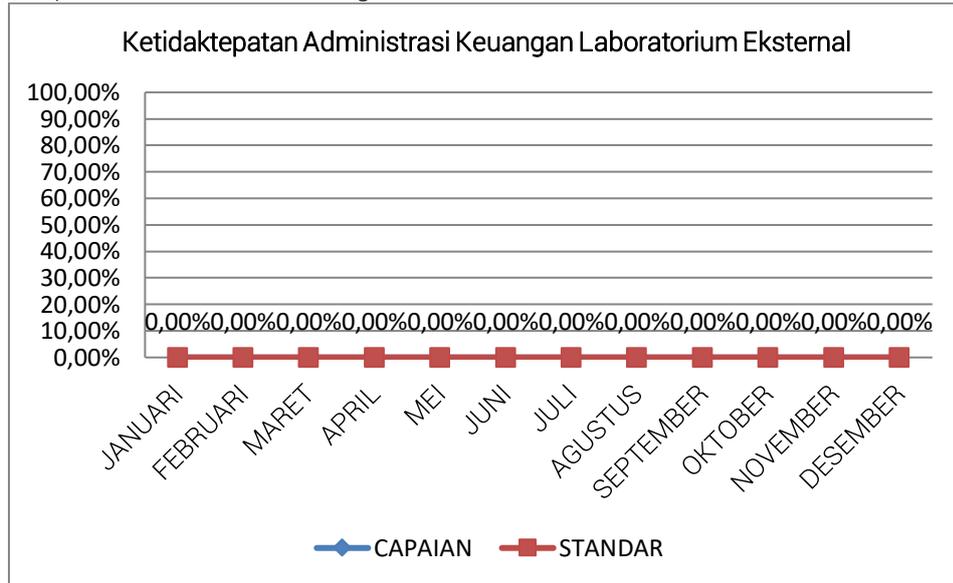
11) Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta)



Gambar 2.34. Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta) Periode Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta), Periode tahun 2022 bulan Januari sampai dengan Desember sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%.

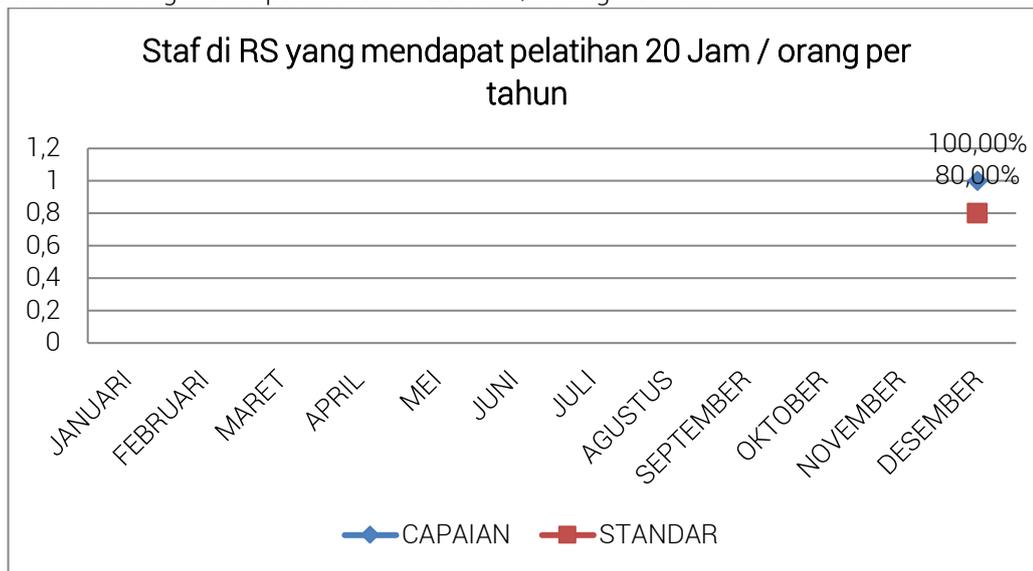
12) Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal



Gambar 2.35. Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal Periode Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal, Periode tahun 2022 bulan Januari sampai dengan Desember sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%.

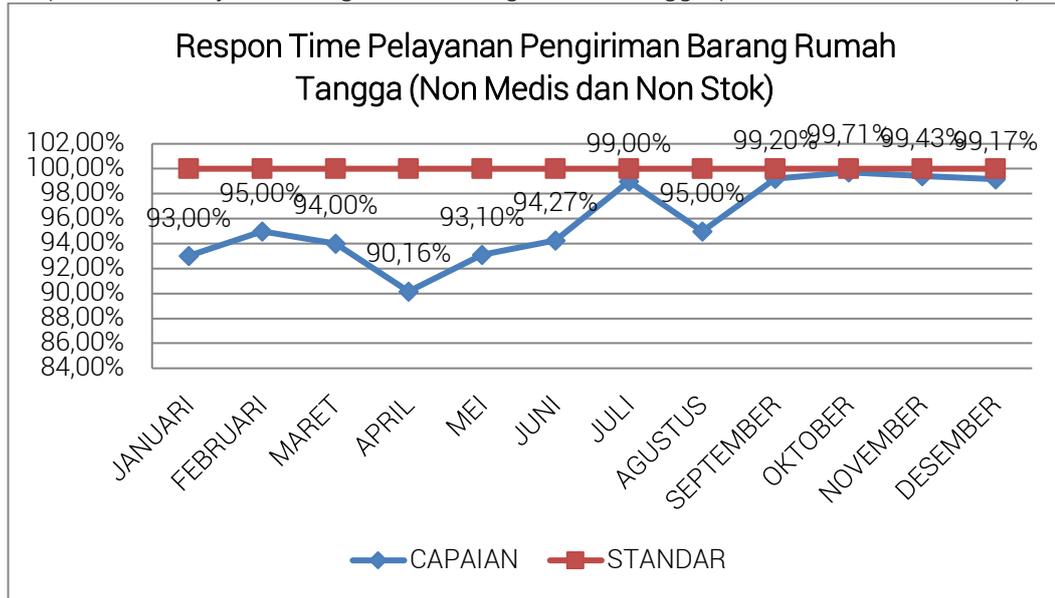
13) Staf di RS Yang Mendapat Pelatihan 20 Jam / Orang Per Tahun



Gambar 2.36. Staf di RS Yang Mendapat Pelatihan 20 Jam / Orang Per Tahun Periode Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Staf di RS Yang Mendapat Pelatihan 20 Jam / Orang Per Tahun, Periode Tahun 2022 sudah melebihi target (80%) dengan capaian sebesar 100%.

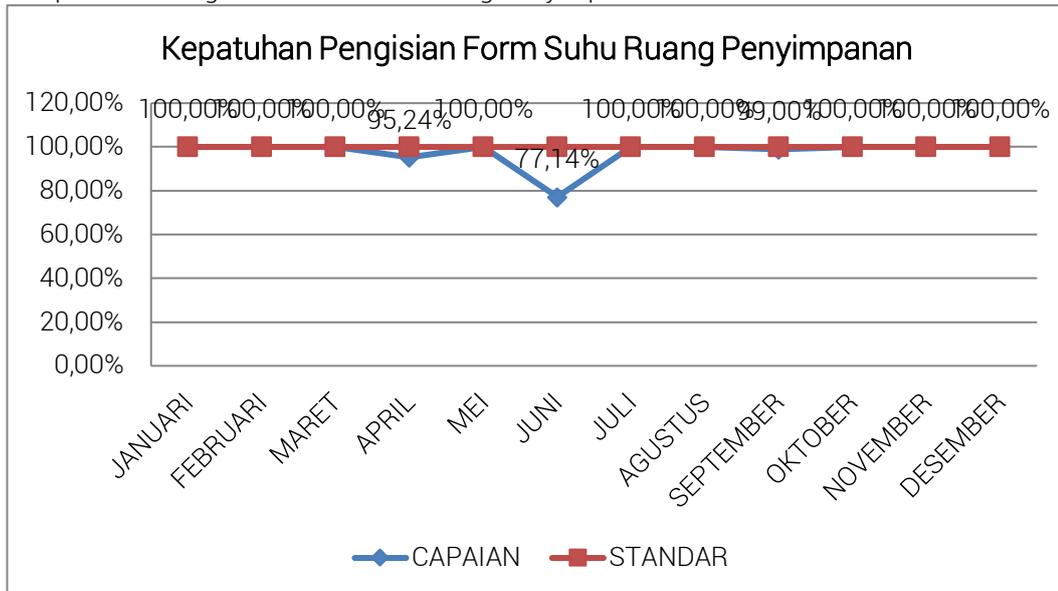
14) Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (Non Medis dan Non Stok)



Gambar 2.37. Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (Non Medis dan Non Stok) Periode Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (Non Medis dan Non Stok), Periode tahun 2022 bulan Januari sampai dengan Desember belum sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%. Capaian tertinggi pada bulan Oktober sebesar 99,71% dan capaian terendah pada bulan April yaitu 90,16%. Rata-rata capaian untuk tahun 2022 adalah 95,92% sehingga belum mencapai target 100%.

15) Kepatuhan Pengisian Form Suhu Ruang Penyimpanan

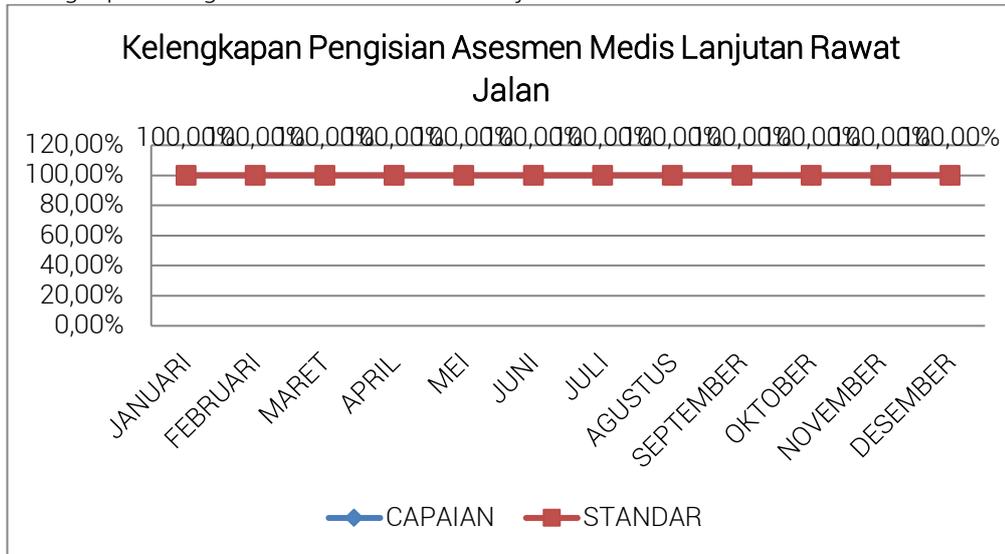


Gambar 2.38. Kepatuhan Pengisian Form Suhu Ruang Penyimpanan Periode Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Kepatuhan Pengisian Form Suhu Ruang Penyimpanan, pada bulan April, Juni, dan September belum sesuai dengan target yang

ditentukan sebesar 100%. Capaian tertinggi adalah 100% dan terendah adalah 77,14% pada bulan Juni. Rata-rata capaian untuk tahun 2022 adalah 97,62% sehingga belum mencapai target 100%.

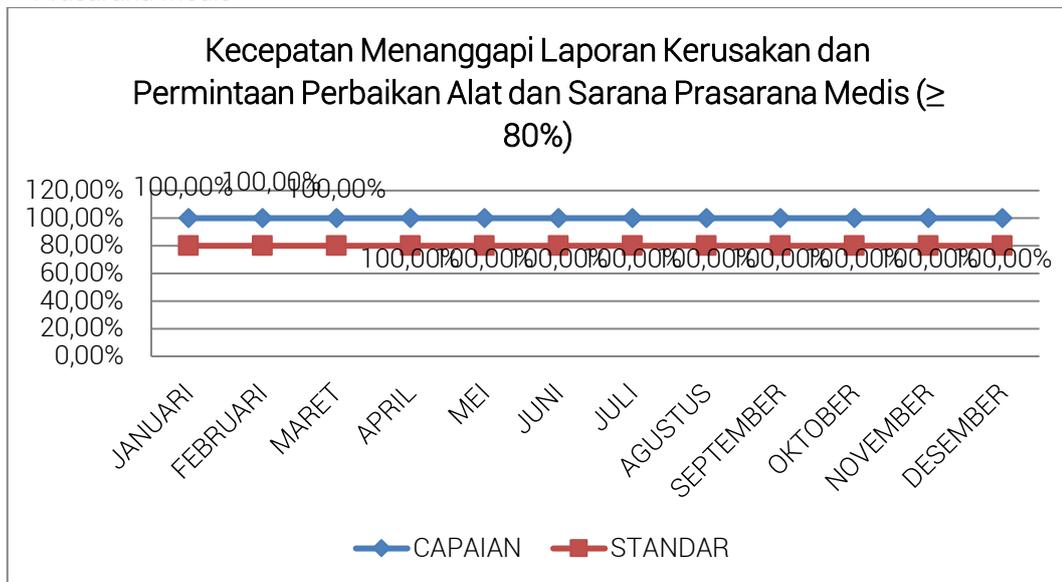
16) Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan



Gambar 2.39. Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan Periode Tahun 2022

Berdasarkan dari capaian indikator Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan, periode tahun 2022 bulan Januari sampai dengan Desember sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%.

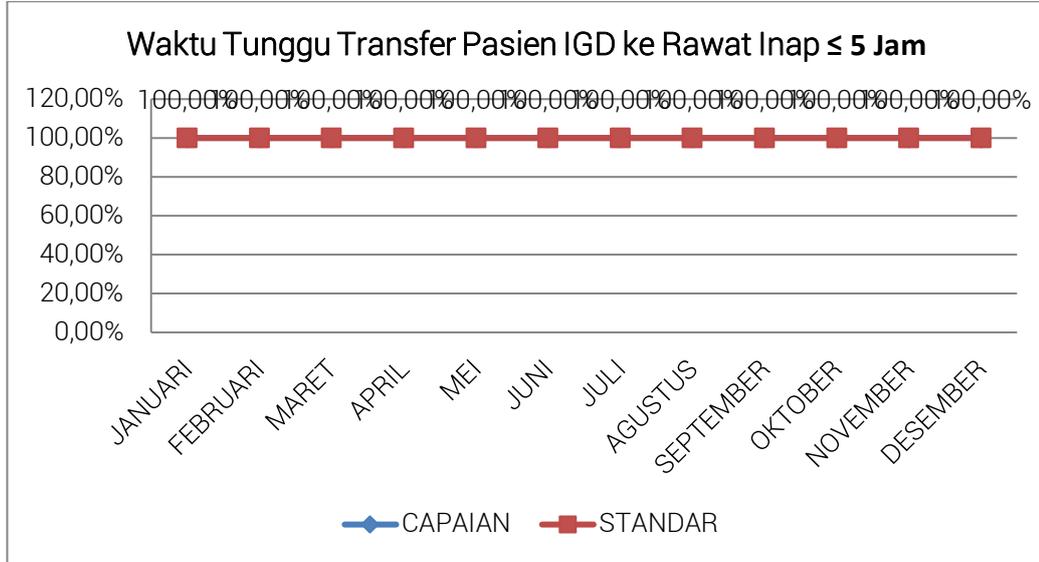
17) Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan Dan Permintaan Perbaikan Alat Dan Sarana Prasarana Medis



Gambar 2.40. Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan dan Permintaan Perbaikan Alat dan Sarana Prasarana Medis Periode Tahun 2022

Indikator Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan dan Permintaan Perbaikan Alat dan Sarana Prasarana Medis, pada Periode Tahun 2022 bulan Januari sampai dengan Desember, tercapai lebih dari target yang ditentukan sebesar  $\geq 80\%$ . Capaian keseluruhan sebesar 100%.

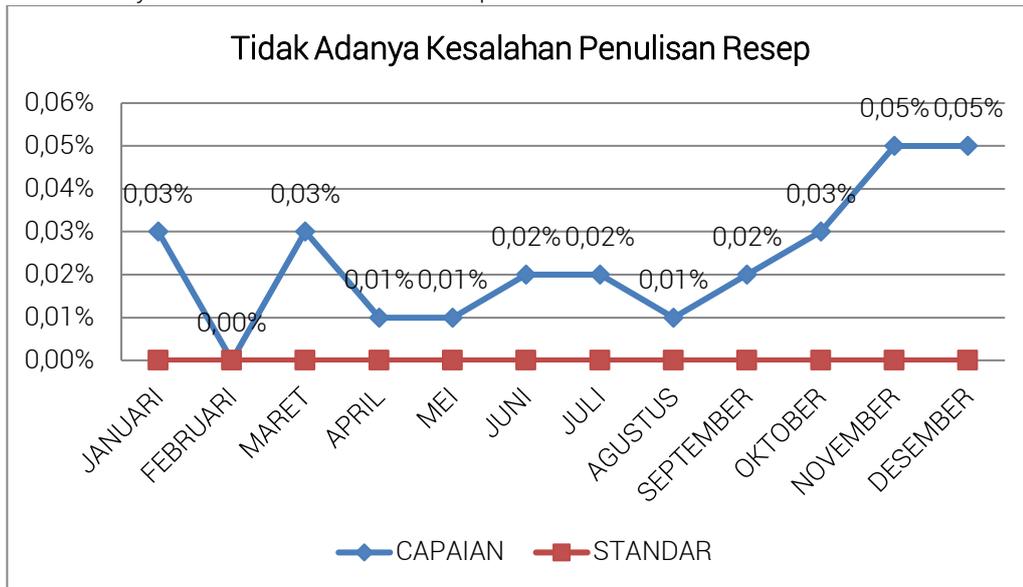
18) Waktu Tunggu Transfer Pasien IGD ke Rawat Inap < 5 Jam



Gambar 2.41. Waktu Tunggu Transfer Pasien IGD ke Rawat Inap Periode Tahun 2022

Indikator Waktu Tunggu Transfer Pasien IGD ke Rawat Inap, pada Periode Tahun 2022, Bulan Juli sampai dengan September, sudah sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%

19) Tidak Adanya Kesalahan Penulisan Resep

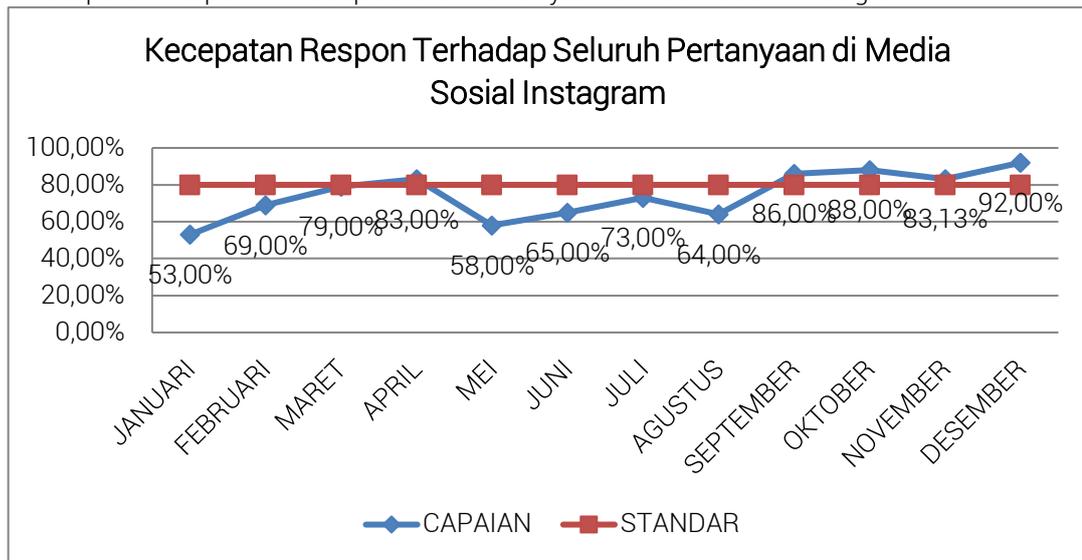


Gambar 2.42. Tidak Adanya Kesalahan Penulisan Resep Periode Tahun 2022

Indikator Tidak Adanya Kesalahan Penulisan Resep, pada Periode Tahun 2022, Bulan Januari sampai dengan Desember, belum sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 0%. Capaian tertinggi pada bulan November dan Desember sebesar 0,05% sehingga terdapat tren

meningkat. Rata-rata capaian untuk indikator Tidak Adanya Kesalahan Penulisan Resep tahun 2022 adalah 0,02%.

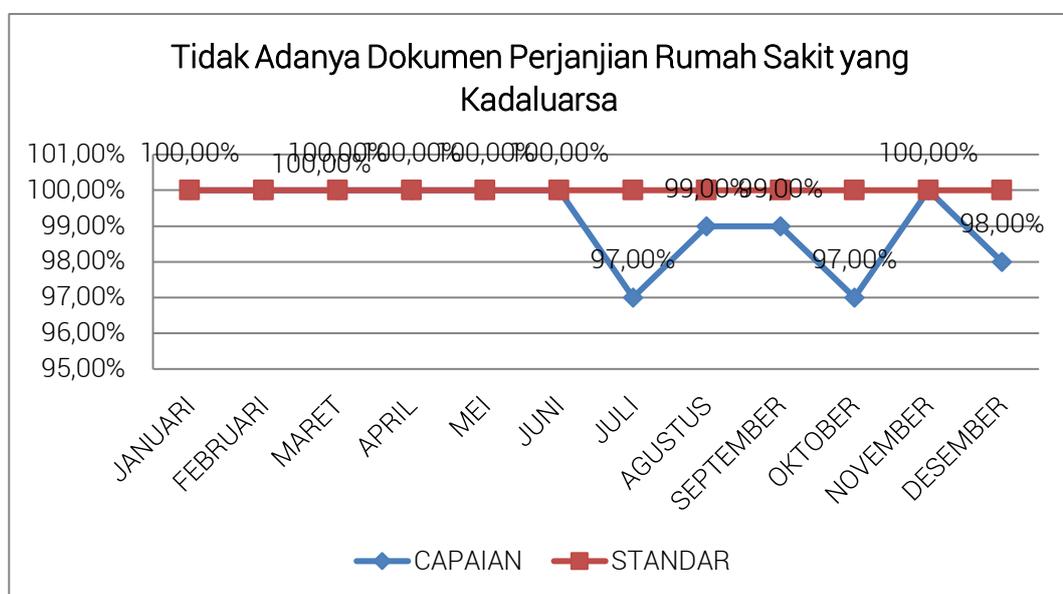
20) Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram



Gambar 2.43. Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram Periode Tahun 2022

Indikator Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram, pada Periode Tahun 2022, Bulan Januari sampai dengan Agustus belum sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 80%. Setelah dilakukan tindak lanjut dan membuat analisis PDSA, maka capaian pada bulan September sampai dengan Desember 2022 dapat mencapai target > 80%. Rata-rata capaian untuk indikator Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram pada tahun 2022 adalah 74,43% sehingga secara keseluruhan belum mencapai target.

21) Tidak Adanya Dokumen Perjanjian Rumah Sakit yang Kadaluarsa



Gambar 2.44. Tidak Adanya Dokumen Perjanjian Rumah Sakit yang Kadaluarsa Periode Tahun 2022

Indikator Tidak Adanya Dokumen Perjanjian Rumah Sakit yang Kadaluarsa, pada Periode Tahun 2022, bulan Juli sampai dengan Oktober dan bulan Desember belum sesuai dengan target yang ditetapkan yaitu 100%. Rata-rata capaian indikator Tidak Adanya Dokumen Perjanjian Rumah Sakit yang Kadaluarsa pada tahun 2022 sebesar 99,17%.

## 2.2 Perbaikan Mutu dan Mempertahankan Perbaikan Berkelanjutan

Pada tahun 2022, mulai dari periode Triwulan 1 sampai dengan Triwulan 4 sudah menerapkan tindak lanjut dan penyusunan analisis PDSA untuk indikator mutu yang tidak mencapai target. Komite Mutu secara rutin melakukan monitoring dan evaluasi terhadap seluruh Unit/Instalasi dalam perannya untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Terdapat beberapa indikator mutu yang tidak tercapai dan dapat mempertahankan perbaikan berkelanjutan sehingga capaian indikator pada periode berikutnya sudah mencapai target. Berikut daftar indikator mutu yang telah dilakukan perbaikan dan dapat mempertahankan perbaikan tersebut:

Tabel 2.1 Indikator Mutu yang Dapat Mempertahankan Perbaikan Berkelanjutan Periode Tahun 2022

NO	Nama Indikator	PIC	Periode
1	Kepatuhan Penggunaan APD	Komite PPI	Triwulan 1
2	Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG	IPDT	Triwulan 1
3	Kesesuaian Baku Mutu Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih	K3L	Triwulan 2
4	Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram	Pemasaran & HK	Triwulan 3
5	Kepatuhan Pengisian Form Suhu Ruang Penyimpanan	Gizi	Triwulan 3

## 2.3 Penerapan PPK Melalui Pengukuran Kepatuhan *Clinical Pathway* dan Audit Medis

Berdasarkan hasil rapat Komite Mutu, Komite Medik, Direksi, dan Komite Lain didapatkan hasil penerapan 5 evaluasi pelayanan prioritas standar pelayanan kedokteran dengan rincian sebagai berikut:

- a. Katarak senilis
- b. Katarak kongenital
- c. Katarak dengan diabetes
- d. Katarak dengan hipertensi
- e. Katarak dengan komplikata

Evaluasi kepatuhan *clinical pathway* dilakukan terhadap 5 jenis PPK tersebut di atas, Hasil pengukuran, masuk dalam indikator nasional mutu (INM) yang sudah disebutkan pada bab 2.1.

## 2.4 Dampak Efisiensi dan Efektivitas Prioritas Perbaikan

Pengukuran dampak efisiensi terhadap keuangan dan SDM sudah dilakukan dengan menghitung *Length of Stay* hasil penerapan *Clinical Pathway*. Laporan disusun terpisah dengan laporan ini.

## 2.5 Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien

Penerapan 6 Sasaran Keselamatan Pasien dilaksanakan oleh Komite Mutu dengan Tim SKP RS Mata Undaan Surabaya. Penerapan tersebut sesuai dengan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit yang salah satu jenisnya adalah terkait 6 SKP. Hasil pemantauan indikator mutu 6 SKP dalam dilihat pada bab 2.1.

## 2.6 Evaluasi Kontrak Klinis dan Kontrak Manajemen

Rumah sakit dapat memilih pelayanan yang akan diberikan kepada pasien apakah akan memberikan pelayanan secara langsung atau tidak langsung misalnya rujukan, konsultasi atau perjanjian kontrak lainnya. Pimpinan rumah sakit menetapkan jenis dan ruang lingkup layanan yang

akan dikontrakkan baik kontrak klinis maupun kontrak manajemen. Jenis dan ruang lingkup layanan tersebut kemudian dituangkan dalam kontrak/perjanjian untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan memenuhi kebutuhan pasien. Pengukuran dan evaluasi indikator mutu berdasarkan standar PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) 3 yang tertuang dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit tahun 2022, terdiri dari Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS), dan Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit).

Lingkup pengukuran indikator mutu tidak berhenti pada 3 jenis indikator tersebut, melainkan setiap unit/instalasi juga harus menetapkan indikator terhadap pelayanan yang dikontrakkan sesuai dengan kontrak/perjanjian di unit/instalasi terkait. Setiap Unit/Instalasi sudah menyerahkan hasil pengukuran terhadap indikator mutu pelayanan kontrak di masing-masing Unit/Instalasi nya. Laporan disusun secara terpisah dari laporan ini dan pelaporannya setiap semester dan tahunan.

## 2.7 Pelatihan Semua Staf Terkait Perannya dalam Program PMKP

Pelatihan yang dilaksanakan oleh Komite Mutu dan Bagian Diklat RS Mata Undaan pada tahun 2022 adalah sebagai berikut:

- a. Pelatihan PMKP dengan mengundang dr. Arjaty W. Daud, MARS FisQUA, CERG QRJP yang dilaksanakan bulan Mei. Peserta dari pelatihan ini adalah anggota Komite Mutu, pimpinan Unit/Instalasi, dan PIC Data dari setiap Unit/Instalasi.
- b. Pelatihan Manajemen Risiko dengan mengundang dr. Arjaty W. Daud, MARS FisQUA, CERG QRJP yang dilaksanakan bulan Juni. Peserta dari pelatihan ini adalah anggota Komite Mutu, pimpinan Unit/Instalasi, dan PIC Data dari setiap Unit/Instalasi.
- c. Pelatihan SP2KPRS dengan pemateri dari Sub Komite Keselamatan Pasien yang dilaksanakan bulan Juli. Peserta dari pelatihan ini adalah Pimpinan Unit/Instalasi, PIC Data, dan anggota Sub Komite Keselamatan Pasien.
- d. Orientasi karyawan dengan pemateri dari Komite Mutu yang dilaksanakan bulan Juli dan September 2022. Peserta dari pelatihan ini adalah seluruh karyawan baru.
- e. *Mandatory Training* dengan pemateri dari Komite Mutu yang dilaksanakan bulan Oktober. Peserta dari pelatihan ini adalah seluruh karyawan.

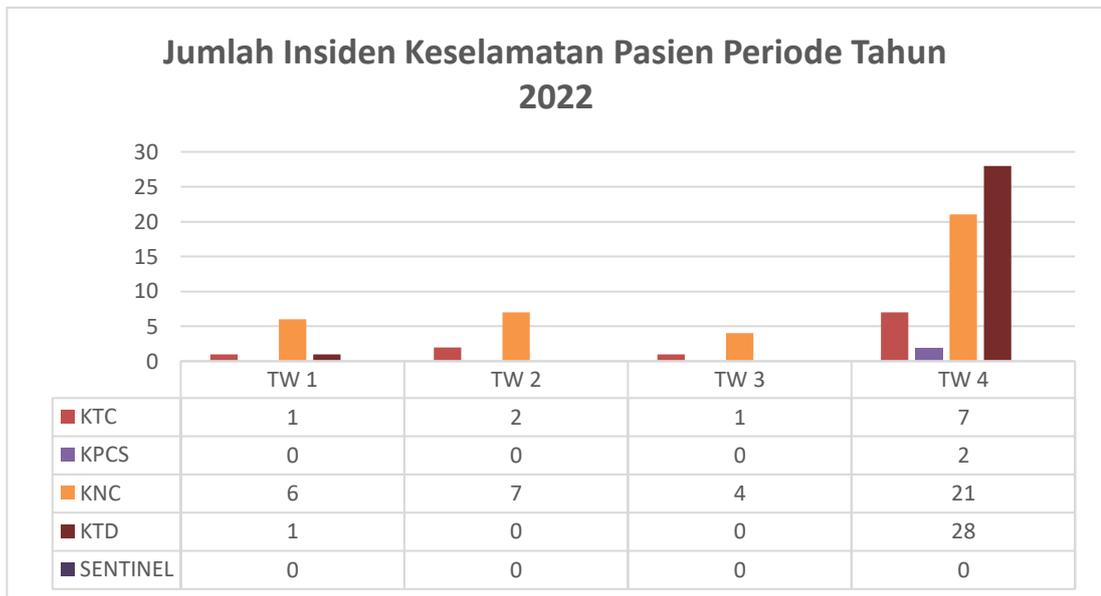
## 2.8 Mengkomunikasikan Hasil Pengukuran Mutu Kepada Staf

Hasil pengukuran mutu dikomunikasi melalui Rapat Triwulan bersama Direksi, Struktural, dan Komite Lain. Selain itu, hasil pengukuran mutu juga ditampilkan di *storyboard* setiap Unit/Instalasi dan untuk INM ditampilkan di *website* serta *storyboard* Rumah Sakit.

## 2.9 Insiden Keselamatan Pasien dan Survei Budaya Keselamatan

- a. Pencatatan dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien

Berikut ini adalah hasil pencatatan insiden keselamatan pasien (IKP) yang dilakukan selama periode Januari sampai dengan Desember Tahun 2022, pencatatan tersebut berdasarkan insiden yang terjadi di lingkungan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.



Gambar 2.45. Jumlah Insiden Keselamatan Pasien Periode Tahun 2022

Pada grafik di atas, menunjukkan jumlah insiden keselamatan pasien yang terjadi pada periode Triwulan 1 sampai dengan Triwulan 4 tahun 2022. Total terdapat 80 insiden keselamatan pasien selama periode tahun 2022. Pelaporan insiden keselamatan pasien mengalami peningkatan dari Triwulan 1 sampai dengan Triwulan 4. Hal tersebut menandakan bahwa adanya peningkatan budaya lapor dan *no blaming culture* yang diterapkan di RS Mata Undaan Surabaya. Laporan insiden keselamatan pasien terbanyak pada Triwulan 4 dan jumlah KTD yang meningkat secara signifikan karena terdapat kejadian peradangan pasca operasi yang terjadi pada bulan November dan Desember 2022.

b. Survei Budaya Keselamatan

Survei Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Mata Undaan periode tahun 2022 dilaksanakan pada staf klinis yang sebagian besar adalah perawat dan dokter. Staf klinis tersebut merupakan profesional pemberi asuhan yang berinteraksi langsung dengan pasien di Rawat Jalan, Rawat Inap, Farmasi, Layanan Premium, Instalasi Penunjang, dan Kamar Operasi. Survei dikhususkan pada staf klinis karena dalam tugasnya melayani pasien maka diperlukan kewaspadaan dalam melaksanakan tindakan maupun pemeriksaan terhadap pasien dengan meminimalisir kesalahan, menghindari komplain, dan lebih mengutamakan keselamatan pasien. Hasil pengolahan data survei budaya keselamatan berdasarkan 12 dimensi budaya keselamatan adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Hasil Survei Budaya Keselamatan Periode Tahun 2022

No	Dimensi Budaya Keselamatan Pasien	Kategori Jawaban Responden			Jumlah Respon	Presentase Respon Positif	Kategori Budaya Keselamatan Pasien
		Respon (+) (n)	Netral (n)	Respon (-) (n)			
1	Input <i>Staffing</i>	232	128	148	508	46%	LEMAH
2	<i>Process</i>	343	30	8	381	90%	KUAT

No	Dimensi Budaya Keselamatan Pasien	Kategori Jawaban Responden			Jumlah Respon	Presentase Respon Positif	Kategori Budaya Keselamatan Pasien
		Respon (+) (n)	Netral (n)	Respon (-) (n)			
	Pembelajaran Organisasi dan perbaikan kelanjutan						
3	Kerjasama dalam Unit	446	49	13	508	88%	KUAT
4	Harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien	369	91	48	508	73%	SEDANG
5	Keterbukaan komunikasi	210	107	64	381	55%	SEDANG
6	Dukungan Manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien	297	58	26	381	78%	KUAT
7	Keseluruhan persepsi tentang keselamatan pasien	343	38	127	508	68%	SEDANG
8	Kerjasama antar unit	317	103	88	508	62%	SEDANG
9	Pergantian <i>shift</i> dan perpindahan pasien	316	152	40	508	62%	SEDANG
10	Umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan	229	100	52	381	60%	SEDANG
11	<i>Outcome</i> Respon <i>nonpunitive</i> terhadap kesalahan	217	90	74	381	57%	SEDANG
12	Frekuensi pelaporan kejadian	188	93	100	381	49%	LEMAH

No	Dimensi Budaya Keselamatan Pasien	Kategori Jawaban Responden			Jumlah Respon	Presentase Respon Positif	Kategori Budaya Keselamatan Pasien
		Respon (+) (n)	Netral (n)	Respon (-) (n)			
	Jumlah	3507	1039	788	5334	788%	
	Rata-rata	292.25	86.58	65.67		66%	SEDANG

Berdasarkan hasil survei pada tabel 2.2, gambaran budaya keselamatan pasien secara keseluruhan di Rumah Sakit Mata Undaan adalah 66% yang dikategorikan dalam budaya keselamatan yang **SEDANG**. Dari 12 dimensi budaya keselamatan, yang dikategorikan Kuat adalah dimensi:

1. Pembelajaran organisasi dan perbaikan kelanjutan.
2. Kerjasama dalam unit.
3. Dukungan manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien.

Dari 12 dimensi budaya keselamatan, yang dikategorikan Sedang adalah dimensi:

1. Harapan dan tindakan supervisor/manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien.
2. Keterbukaan komunikasi.
3. Keseluruhan persepsi tentang keselamatan pasien.
4. Kerjasama antar unit.
5. Pergantian *shift* dan perpindahan pasien.
6. Umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan.
7. Respon *nonpunitive* terhadap kesalahan.

Dari 12 dimensi budaya keselamatan, yang dikategorikan Lemah adalah dimensi:

1. *Staffing*.
2. Frekuensi pelaporan kejadian.

## 2.10 Pencapaian Manajemen Risiko Rumah Sakit

Pelaporan capaian Manajemen Risiko Rumah Sakit Mata Undaan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit tahun 2022, dilakukan setiap 6 bulan sekali bersama dengan laporan Komite Mutu Triwulan 2 Tahun 2022. Unit dan Instalasi di Rumah Sakit Mata Undaan telah melakukan pemantauan terhadap *risk register* dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 2.3 Pemantauan *Risk Register* RS Mata Undaan Tahun 2022

Prioritas Risiko	Penanganan Risiko						Status Risiko	
	Aksi/Pengendalian	Output	Target	Realisasi	Waktu Implementasi	Penanggung Jawab	Trend (Naik/Turun)	Peringkat/ Level Risiko
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Penandaan Lokasi Operasi	sosialisasi tentang penandaan lokasi operasi	Penandaan lokasi pasien operasi dilakukan 100%	Pasien dilakukan pemberian tanda lokasi operasi oleh DPJP 100 %	sudah tercapai	1 minggu	kepala instalasi kamar bedah	Turun	rendah
Cuci tangan 6 langkah pasien dan keluarga	Sosialisasi Cuci tangan 6 langkah, pemantauan oleh petugas terkait kepatuhan pasien dan keluarga cuci tangan 6 langkah	infeksi nosokomial tidak terjadi	Mencegah terjadinya infeksi nosokomial <1%	sudah tercapai	6 bulan	kepala rawat inap	Turun	rendah
Pemeliharaan (pembersihan ruangan)	Koordinasi dengan bagian KKSL (Kebersihan, Keamanan, dan SanLing) terkait penjadwalan CS di Instalasi Gizi	lantai ruang pengolahan kering 100% setelah 1 jam aktivitas	Lantai ruang pengolahan kering 100 % dalam jangka waktu 1 jam setelah aktivitas	sudah tercapai	3 bulan	manager Gizi	Turun	rendah

Melakukan swab Antigen SARS-cov 2 pasien VIP di IGD	Penambahan Ruangan swab outdoor di IGD	tidak ada petugas IGD yang terpapas dan terkontaminasi	Mengurangi Risiko Paparan dan Kontaminasi Petugas dan Ruangan IGD <1%	sudah tercapai	6 bulan	Kelapa IGD	Turun	rendah
Meminimalisir pasien pulang tanpa menyelesaikan administrasi keuangan (pembayaran)	Menambah pengawasan di kasir	semua pasien pulang dengan menyelesaikan pembayaran	Mengurangi risiko pasien pulang tanpa menyelesaikan administrasi keuangan (pembayaran) <1%	sudah tercapai	3 bulan	Manajer Keuangan	Turun	rendah
Pengelolaan keluhan melalui customer service secara tatap muka	Menyediakan ruang untuk isolir untuk menyampaikan complain pasien kepada petugas.	petugas CS menerima keluhan yang masuk dengan aman	Petugas customer service menerima keluhan yang masuk dengan aman tanpa kekerasan verbal maupun kekerasan fisik; 100%	sudah tercapai	3 bulan	Manajer Pemasaran & HK	Turun	rendah
Pengelolaan Konfirmasi Klaim Pending/Dispute BPJS Kesehatan	Memperbarui dan melakukan sosialisasi SOP pengisian RM beserta kelengkapannya	target klaim RS 90% dari total SEP terbit tiap bulan	Memenuhi target minimal klaim RS 90% dari total SEP terbit tiap bulan	sudah tercapai	3 bulan	Manajer Layanan BPJS & Asuransi	Turun	rendah

Preadmisi Pasien Asuransi yang akan Mendapatkan Pelayanan Tindakan Operasi	Edukasi pasien, bagi pasien yang kooperatif bersedia membayar jika tidak dijamin, maka operasi tetap dilaksanakan sesuai jadwal, bagi pasien yang tidak kooperatif akan tetap menunggu jaminan awal terbit	pasien asuransi terpenuhi 100% sebelum pasien menerima pelayanan	Proses administrasi pasien asuransi terpenuhi 100% sebelum pasien menerima pelayanan sehingga pelaksanaan tindakan sesuai dengan jadwal	sudah tercapai	3 bulan	Manajer Layanan BPJS & Asuransi	Turun	rendah
Pengadaan bahan makanan	Sosialisasi ulang, supervisi proses penerimaan bahan makanan	semua bahan makanan 100% sesuai spesifikasi	Bahan makanan yang diterima sesuai spesifikasi 100 %	sudah tercapai	3 bulan	Manajer Gizi	Turun	rendah
Penyerahan STR dan SIP tenaga kesehatan tepat waktu sesuai dengan tanggal berakhirnya STR dan SIP periode sebelumnya	Surat Pemberitahuan tentang masa berlaku SIP	seluruh str dan sipp terdata masih berlaku 100%	Terdatanya STR dan SIP yang masih berlaku bagi seluruh tenaga kesehatan RS 100%	sudah tercapai	3 bulan	Manajer Administrasi Umum	Turun	rendah

**BAB III**  
**HASIL YANG DICAPAI**

**3.1 Pemantauan Indikator Mutu**  
**a. Indikator Mutu Wajib**

Tabel 3.1 Capaian Data Indikator Wajib Periode Tahun 2022

No	Nama Indikator	Target	PIC	Rata-Rata	Keterangan
1	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 80%	Inst. Farmasi	99,99%	Tercapai
2	Penundaan Operasi Elektif	≤ 5%	Inst. Kamar Operasi	0%	Tercapai
3	Pelaporan Hasil Tes Kritis laboratorium	100%	Inst. Penunjang Medis	100%	Tercapai
4	Kepatuhan Jam Visite Dokter	≥ 80%	Inst. Rawat Inap	100%	Tercapai
5	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh	100%	Inst. Rawat Inap	100%	Tercapai
6	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	≥ 80%	Komite Medik	94,93%	Tercapai
7	Waktu Tunggu Rawat Jalan	< 60 Menit	Inst. Rawat Jalan	75	Tidak tercapai
8	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%	PPI	90,28%	Tercapai
9	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	PPI	99,87%	Tidak tercapai
10	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	SKP	100%	Tercapai
11	Kepuasan Pasien	≥ 80%	Pemasaran & HK	92,18%	Tercapai
12	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	≥ 80%	Pemasaran & HK	100%	Tercapai
13	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	≥ 80%	<i>Tidak Diukur</i>		

b. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit

Tabel 3.2 Capaian Data Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit Periode Tahun 2022

NO	NAMA INDIKATOR	TARGET	PIC	Rata-Rata	Keterangan
1	Angka Kejadian Salah Penempelan Stiker Identitas di SPRI Rawat Inap	0%	Tim SKP	0%	Tercapai
2	Kepatuhan Petugas Melakukan Verbal Order Melalui Telepon	100%	Tim SKP	100%	Tercapai
3	Kepatuhan Kewaspadaan Obat <i>High Alert</i>	100%	Tim SKP	100%	Tercapai
4	Angka Kejadian Operasi Salah Lokasi/Orang/Prosedur	0%	Tim SKP	0%	Tercapai
5	Cuci Tangan Petugas Sesuai 5 Momen	≥ 85 %	Tim SKP	90%	Tercapai
6	Kepatuhan Penandaan Risiko Jatuh di Rawat Jalan	100%	Tim SKP	100%	Tercapai
7	Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak ≤ 7 Hari	100%	Rawat Jalan	93%	Tidak tercapai
8	Kepuasan Pasien Pelayanan Bedah Katarak	≥ 80 %	Pemasaran dan HK	93%	Tercapai
9	Respon Time Persetujuan Penjaminan Asuransi non BPJS Pre Operasi Katarak > 48 jam	0%	Layanan BPJS dan Asuransi	0%	Tercapai
10	Keakuratan/Ketepatan Pengukuran Biometri Pada Pasien Operasi Katarak	100%	IPDT	100%	Tercapai
11	Angka Kejadian Operasi Ulang Pada Bedah Katarak	0%	Kamar Operasi	0,02%	Tidak tercapai

c. Indikator Mutu Prioritas Unit

Tabel 3.3 Capaian Data Indikator Mutu Lokal Periode Tahun 2022

No	Nama Indikator	Target	PIC	Rata-Rata	Keterangan
1	Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi	1,00%	Inst. Kamar Operasi	0,10%	Tercapai
2	Angka Kejadian Operasi Ulang	0,00%	Inst. Kamar Operasi	0,01%	Tidak tercapai
3	Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG	0,00%	IPDT	2,30%	Tercapai
4	Asesmen Awal Terisi Kurang Dari 24 Jam	100,00%	Inst. Rawat Inap	98,50%	Tidak tercapai
5	Kesesuaian Baku Mutu Pemeriksaan Mikrobiologi Air Bersih	100,00%	K3L	95,83%	Tidak tercapai
6	Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik	100,00%	Inst. Lasik	1,07%	Tidak tercapai
7	Ketidaklengkapan <i>Informed Consent</i>	0,00%	Subbag PPRM	1,68%	Tidak tercapai
8	Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM)	0,00%	Subbag PPRM	2,23%	Tidak tercapai
9	Respon Time Penanganan Kerusakan Hardware/Jaringan < 10 menit	0,00%	Unit SIRS	3,53%	Tidak tercapai
10	Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus	0,00%	Unit SIRS	0,12%	Tidak tercapai
11	Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta)	0,00%	Bagian Keuangan	0,00%	Tercapai
12	Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal	0,00%	Bagian Keuangan	0,00%	Tercapai
13	Staf di RS yang Mendapat Pelatihan 20 Jam / Orang per Tahun	80,00%	Subbag HRD	100,00%	Tercapai
14	Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (Non Medis dan Non Stok)	100,00%	<i>Procurement</i>	95,92%	Tidak tercapai
15	Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan	100,00%	Inst. Rawat Jalan	100,00%	Tercapai
16	Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan dan Permintaan Perbaikan Alat dan Sarana Prasarana Medis	≥ 80%	IPSRS	100,00%	Tercapai
17	Kepatuhan Pengisian Form Suhu Ruang Penyimpanan	100%	Gizi	97,62%	Tidak tercapai
18	Waktu Tunggu Transfer Pasien IGD ke Rawat Inap < 5 Jam	100%	IGD	100,00%	Tercapai
19	Tidak Adanya Kesalahan Penulisan Resep	0%	Farmasi	0,02%	Tidak tercapai
20	Tidak adanya dokumen perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa	0,00%	Subbag Tata Usaha	99,19%	Tidak tercapai
21	Kecepatan Respon Terhadap Seluruh Pertanyaan di Media Sosial Instagram	80,00%	Pemasaran & HK	74,43%	Tidak tercapai

### 3.2 Pencatatan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Tabel 3.3. Pencatatan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Periode Tahun 2022

NO	KEJADIAN	TW 1	TW 2	TW 3	TW 4	JUMLAH
1	Kejadian Nyaris Cedera (KNC)	6	7	4	21	<b>38</b>
2	Kejadian Tidak Cedera (KTC)	1	2	1	7	<b>11</b>
3	Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)	1	0	0	28	<b>29</b>
4	Kejadian Potensial Cedera Signifikan (KPCS)	0	0	0	2	<b>2</b>
5	Kejadian Sentinel	0	0	0	0	<b>0</b>

## BAB IV SIMPULAN DAN SARAN

### 4.1 Simpulan

Upaya peningkatan mutu yang dilakukan oleh Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya saat ini, sudah mendapat dukungan yang maksimal dari direktur dan masih beradaptasi dengan regulasi yang terbaru. Akan tetapi masih membutuhkan koordinasi dan tatakelola yang baik dalam sistematika kerjanya. Kedisiplinan dalam pelaporan mutu juga harus ditingkatkan, kompetensi dan pengetahuan seluruh anggota komite mutu dan penanggung jawab data mutu pada masing-masing unit dan instalasi, tentang upaya peningkatan mutu harus selalu *up to date* dan benar-benar dilaksanakan.

Dampak primer dari penerapan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Mata Undaan tahun 2022 adalah tercapainya beberapa indikator mutu sesuai dengan standar/target yang telah ditentukan, dengan rincian sebagai berikut:

1. Indikator mutu nasional (INM) yang terdiri dari 12 indikator yang diukur di Rumah Sakit Mata Undaan pada Periode Tahun 2022, 10 indikator sudah memenuhi standar yang telah ditetapkan. Terdapat 2 indikator yang tidak memenuhi standar, yaitu indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan dan Kepatuhan Penggunaan APD yang sudah dilakukan tindak lanjut pada periode Triwulan 1 dan dapat mempertahankan perbaikan sampai dengan periode Triwulan 4.
2. Indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) yang terdiri dari 11 indikator, pada Periode Tahun 2022, 10 indikator sudah mencapai target yang telah ditetapkan. Terdapat 1 indikator yang tidak memenuhi standar, yaitu Waktu Tunggu Penjadwalan Operasi Katarak  $\leq 7$  Hari.
3. Indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit) yang terdiri dari 21 indikator, pada Periode Tahun 2022, 8 indikator sudah mencapai target yang telah ditetapkan. Terdapat 13 indikator yang tidak mencapai target tetapi beberapa indikator sudah melakukan perbaikan dan membuat analisis PDSA.

### 4.2 Saran

- a. Indikator mutu prioritas rumah sakit dan prioritas unit harus diperbarui pada tahun 2023 terutama indikator mutu yang sudah mencapai target di tahun 2022
- b. Memaksimalkan pertemuan rutin Komite Mutu dengan pihak terkait sebagai upaya sosialisasi seluruh program peningkatan mutu kepada semua pihak di rumah sakit.
- c. Peningkatan pemahaman unit kerja tentang mutu rumah sakit melalui pelatihan internal mutu rumah sakit secara bertahap untuk seluruh karyawan rumah sakit.
- d. Penataan dan pendistribusian ulang seluruh dokumen Komite Mutu yang berupa Program, Pedoman, dan Panduan sehingga setiap karyawan lebih memahami upaya peningkatan mutu di RS Mata Undaan Surabaya.

## BAB V PENUTUP

Demikian laporan pelaksanaan peningkatan program mutu rumah sakit di RS Mata Undaan Surabaya. Khususnya dari Komite Mutu sebagai upaya peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien rumah sakit. Laporan ini diharapkan dapat dijadikan acuan untuk lebih memperbaiki pelayanan internal maupun eksternal. Selanjutnya, harus dipahami bahwasanya mutu di masing-masing unit adalah tanggung jawab yang harus dilakukan oleh masing-masing petugas dimana mereka bertugas. Sehingga terciptalah suatu budaya mencatat dan melapor suatu kejadian sebagai bentuk dari kepedulian dalam rangka memperbaiki dan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien di RS Mata Undaan Surabaya.

Surabaya, 18 Januari 2023

Ketua Komite Mutu

dr. Dewi Rosarina, Sp.M