

Surabaya, 15 April 2021

Nomor : 001 /RSMU/PMKP/IV/2021
Lampiran : 1 (Satu) Bendel
Perihal : Pengantar Laporan Komite Mutu Triwulan I Tahun 2021

Yth. **Direktur RS Mata Undaan Surabaya**
Di Tempat

Dengan hormat,
Sehubungan dengan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang telah dilakukan oleh Komite Mutu RS Mata Undaan Surabaya. Bersama ini kami kirimkan Laporan Pelaksanaan Kegiatan Komite Mutu Triwulan I Tahun 2021 sebagaimana terlampir.
Demikian surat pengantar ini kami buat, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,
Ketua Komite Mutu,



dr. Dewi Rosarina, Sp.M



**RS MATA
UNDAAN**

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



**TAHUN
2021**

**Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya
Telp. 031-5343 806, 5319 619
Fax. 031-5317 503
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
1. Pembentukan Struktur Organisasi Komite Mutu	2
2. Pemantauan dan Analisa Indikator Mutu	2
3. Pencatatan Insiden Keselamatan Pasien	27
BAB III Hasil Yang Dicapai	29
BAB IV Kesimpulan dan Saran	30
BAB V Penutup	31

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
2.1	PDSA Waktu Tunggu Rawat Jalan Periode Triwulan 1 Tahun 2021	6
2.2	PDSA Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi Periode Triwulan 1 Tahun 2021	8
2.3	PDSA Operasi Ulang Periode Triwulan I Tahun 2021	9
2.4	PDSA asesmen awal terisi kurang dari 24 jam Periode Triwulan 1 Tahun 2021	11
2.5	PDSA Ketidaklengkapan <i>Informed Consed</i> Periode Triwulan 1 Tahun 2021	13
2.6	PDSA Ketepatan Catatan Medis Pasien (KLPCM) Periode Triwulan 1 Tahun 2021	15
2.7	PDSA Keterlambatan Waktu Penganan Kerusakan Hardware / Jaringan Periode Triwulan 1 Tahun 2021	16
2.8	PDSA Kelengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta) Periode Triwulan 1 Tahun 2021	17
2.9	PDSA ketidaktepatan administrasi keuangan laboratorium eksternal Periode Triwulan 1 Tahun 2021	18
2.10	PDSA Distribusi Notulensi Rapat ≤ 2 Hari Kerja Periode Triwulan 1 Tahun 2021	23
2.11	PDSA Tidak Adanya Dokumen Legal Rumah Sakit Yang Kadaluarsa	24
2.12	PDSA Tidak adanya Dokumen Perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa Periode Triwulan 1 Tahun 2021	25
2.13	PDSA Ketepatan waktu penerbitan Naskah Dinas Non Pengaturan dan Penetapan Periode Triwulan 1 Tahun 2021	26

DAFTAR GAMBAR

Gambar		Halaman
2.1	Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat < 5 menit periode Triwulan I Tahun 2021	2
2.2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS Periode Triwulan 1 Tahun 2021	3
2.3	Penundaan Operasi Elektif Periode Triwulan 1 Tahun 2021	3
2.4	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium Periode Triwulan 1 Tahun 2021	4
2.5	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis Periode Triwulan 1 Tahun 2021	4
2.6	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada Pasien Rawat Inap Periode Triwulan I Tahun 2021	5
2.7	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway Periode Triwulan 1 Tahun 2021	5
2.8	Waktu Tunggu Rawat Jalan Periode Triwulan 1 Tahun 2021	6
2.9	Kepatuhan Cuci Tangan Periode Triwulan 1 Tahun 2021	7
2.10	Kepatuhan Identifikasi Pasien Periode Triwulan 1 Tahun 2021	7
2.11	Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi ke General Anestesi Periode Triwulan 1 Tahun 2021	8
2.12	Operasi Ulang Periode Triwulan 1 Tahun 2021	9
2.13	Tidak dilakukan Asesmen Pra, Intra, dan Paska (Status Fisiologis) Sedasi dan Anestesi Ulang Periode Triwulan 1 Tahun 2021	10
2.14	Keterlambatan (waktu tunggu) hasil foto USG Periode Triwulan 1 Tahun 2021	10
2.15	Asesmen awal terisi kurang dari 24 jam Periode Triwulan I Tahun 2021	10
2.16	Keseuaian Baku Mutu Limbah Cair Periode Triwulan 1 Tahun 2021	12
2.17	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Instalasi Rawat Inap Periode Triwulan 1 Tahun 2021	12
2.18	Linen Hilang Periode Triwulan 1 Tahun 2021	12
2.19	Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik Periode Triwulan 1 Tahun 2021	13
2.20	Ketidaklengkapan Informed Consent Periode Triwulan 1 Tahun 2021	13
2.21	Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM) Periode Triwulan 1 Tahun 2021	14
2.22	Keterlambatan Waktu Penanganan Kerusakan Hardware / Jaringan Periode Triwulan 1 Tahun 2021	15
2.23	Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus Triwulan 1 Tahun 2021	16
2.24	Kelengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta) Periode Triwulan 1 Tahun 2021	17
2.25	Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal Periode Triwulan 1 Tahun 2021	18
2.26	Waktu tunggu Pelayanan Laboratorium Periode Triwulan 1 Tahun 2021	19
2.27	Ketepatan Pembayaran Payroll Karyawan Periode Triwulan 1 Tahun 2021	19
2.28	Staf di RS yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun Periode Triwulan 1 Tahun 2021	20
2.29	Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (non medis) Periode Triwulan 1 Tahun 2021	20
2.30	Kesesuaian Surat Pesanan dengan Fisik Barang/Bahan Triwulan I Periode Triwulan 1 Tahun 2021	21
2.31	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet Triwulan I Periode Triwulan 1 Tahun 2021	21
2.32	Ketepatan Citarasa Makanan Periode Triwulan 1 Tahun 2021	22

2.33	Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan Periode Triwulan 1 Tahun 2021	22
2.34	Tidak Adanya Kehilangan Barang Di Rumah Sakit Periode Triwulan 1 Tahun 2021	22
2.35	Distribusi Notulensi Rapat \leq 2 Hari Kerja Periode Triwulan 1 Tahun 2021	23
2.36	Tidak Adanya Dokumen Legal Rumah Sakit Yang Kadaluarsa Periode Triwulan 1 Tahun 2021	24
2.37	Tidak adanya Dokumen Perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa Periode Triwulan 1 Tahun 2021	25
2.38	Ketepatan waktu penerbitan Naskah Dinas Non Pengaturan dan Penetapan Periode Triwulan 1 Tahun 2021	26
2.39	Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan dan Permintaan Perbaikan Alat dan Sarana Prasarana Medis	27
2.40	Jumlah Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Periode Triwulan 1 Tahun 2021	27
2.41	Faktor Kontributor Keselamatan Pasien (IKP) Periode Triwulan 1 Tahun 2021	28

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien, Komite Mutu telah melaksanakan kegiatan sesuai dengan program mutu sebelumnya. Pengukuran mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien diawali dengan menetapkan Komite Mutu sesuai dengan Permenkes 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit, serta membakukan seluruh standar dokumen menyesuaikan dengan regulasi terbaru.

Peningkatan mutu merupakan proses manajemen internal yang bersifat dinamis dan menyeluruh pada keseluruhan organisasi dan lingkungan di rumah sakit. Untuk melakukan pengukuran indikator tersebut diperlukan kerja keras, keuletan, kerja sama yang harmonis di semua lini kegiatan sehingga hasil yang dicapai dapat menggambarkan mutu pelayanan RS Mata Undaan Surabaya.

Untuk melihat progres kegiatan Komite Mutu maka kami menyampaikan laporan dan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien RS Mata Undaan Surabaya triwulan I tahun 2021 ini mencakup laporan dan evaluasi pengumpulan data dan kegiatan Komite Mutu dimulai dari bulan Januari 2021 sampai dengan bulan Maret 2021.

1.2 Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui keberhasilan pelaksanaan Program Mutu RS Mata Undaan Surabaya.

2. Tujuan Khusus

- a) Tersedianya data mutu dan keselamatan pasien dan analisisnya.
- b) Mengevaluasi Indikator Mutu Prioritas Periode Triwulan I Tahun 2020 di tiap-tiap Instalasi atau Bagian dengan membandingkan hasil pencapaian dengan standar atau target yang telah ditetapkan.

BAB II KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN

1. Pembentukan Struktur Organisasi Komite Mutu

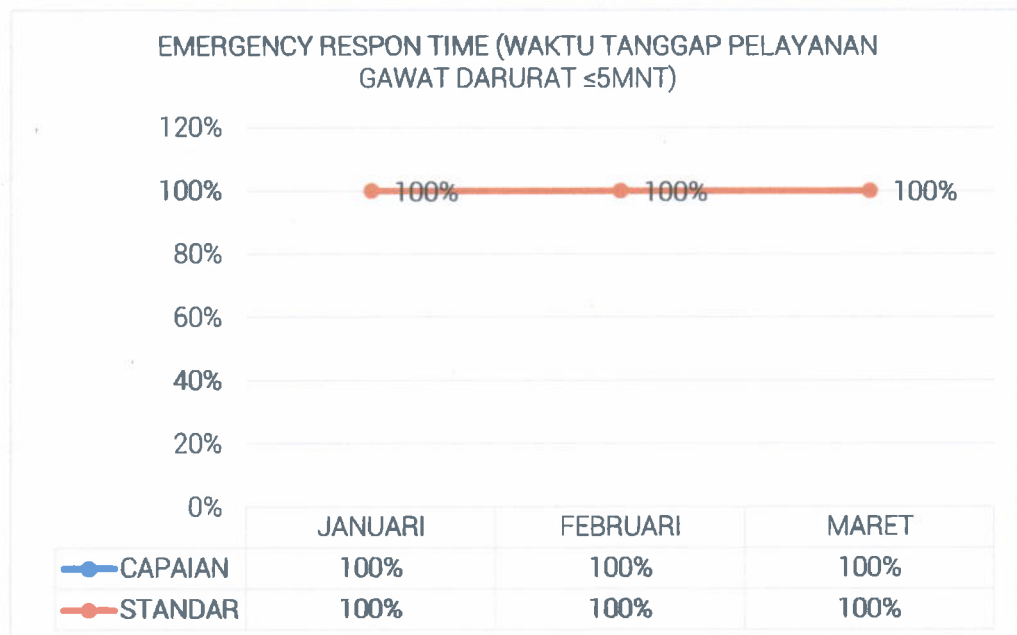
Pada tahun 2021 RS Mata Undaan Surabaya membentuk Komite Mutu Rumah Sakit sesuai dengan Permenkes 80 Tahun 2021 tentang Komite Mutu Rumah Sakit. Pembentukan ini merupakan awal baru bagi upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit. Komite ini diketuai oleh dr. Dewi Rosarina, Sp.M dan dibantu oleh 4 (empat) subkomite meliputi Subkomite Manajemen Mutu, Subkomite Manajemen Risiko, Subkomite Keselamatan Pasien, dan Persiapan Penyelenggaraan Akreditasi. Tugas utama komite ini adalah membantu Direktur dalam melaksanakan dan mengevaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, manajemen risiko, dan penyelenggaraan akreditasi di rumah sakit.

2. Pemantauan dan Analisa Indikator Mutu

Kegiatan pemantauan dan analisa indikator mutu pada periode bulan Januari-Maret 2021. Indikator mutu yang dipantau meliputi indikator mutu wajib dan indikator mutu unit (Lokal). Adapun indikator mutu yang dipantau dan dianalisa adalah sebagai berikut

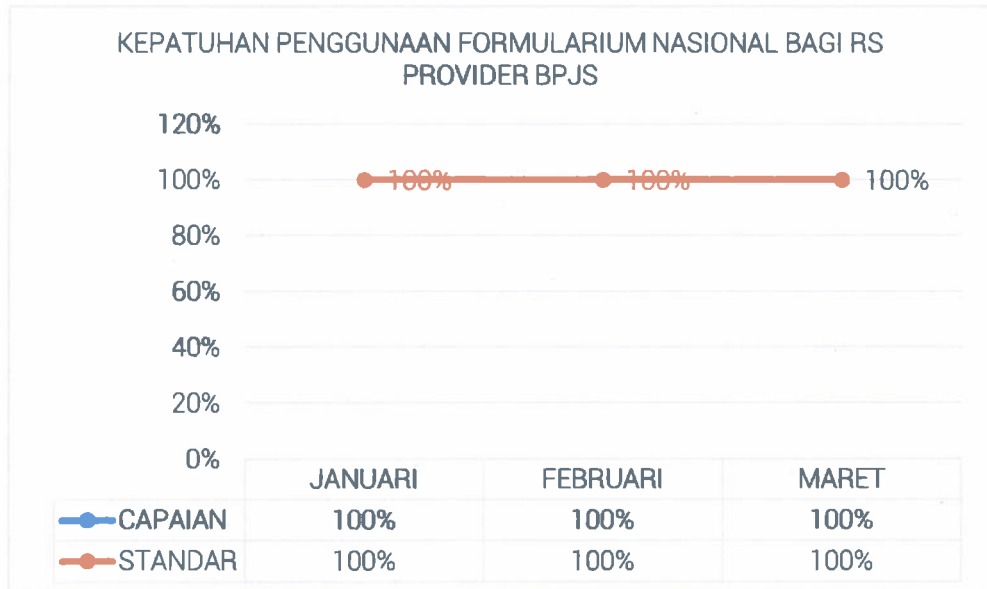
a. Indikator Mutu Wajib

1) Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit



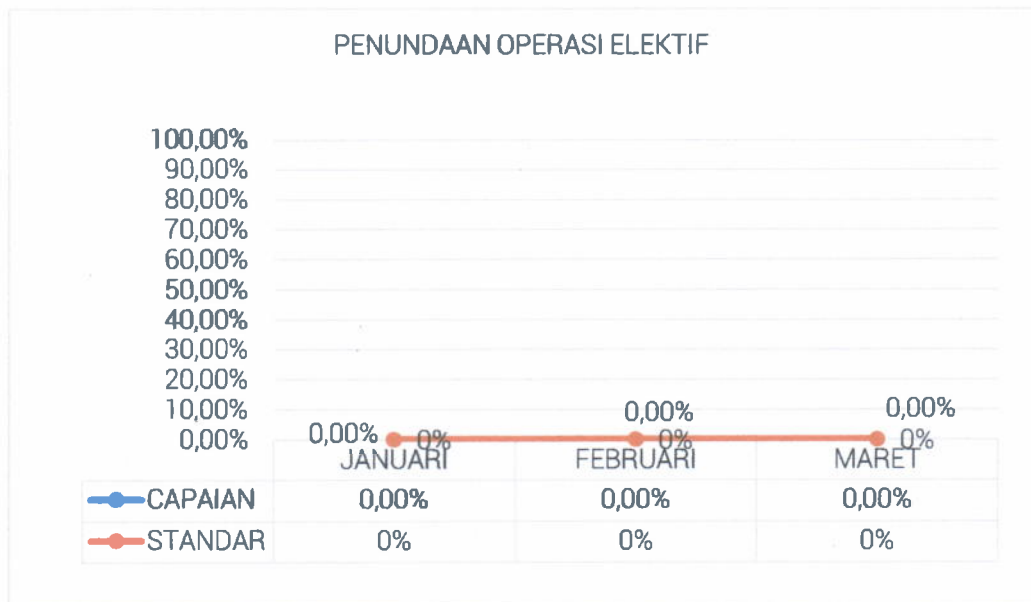
Gambar 2.1. Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit Periode Triwulan 1 Tahun 2021

2) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS



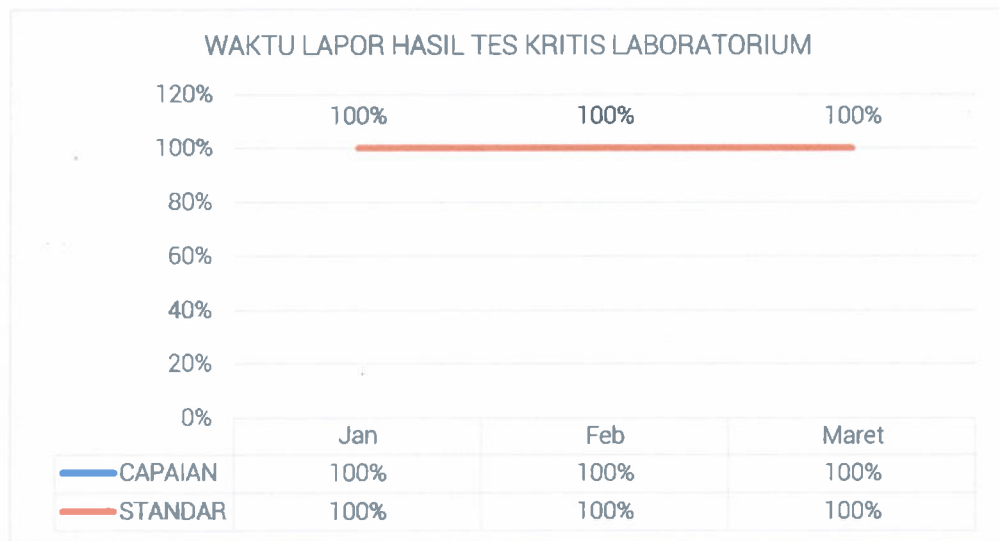
Gambar 2.2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional Bagi RS Provider BPJS Periode Triwulan 1 Tahun 2021

3) Penundaan Operasi Elektif



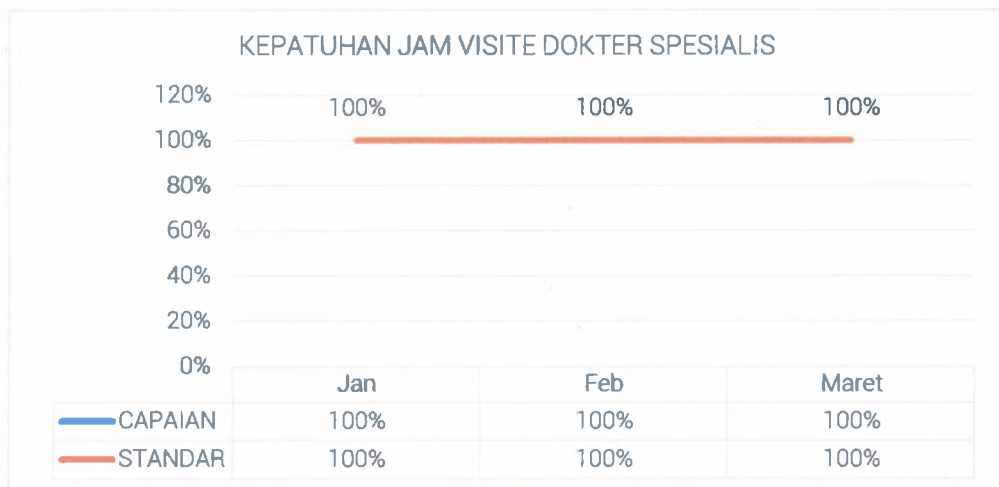
Gambar 2.3. Penundaan Operasi Elektif Periode Triwulan 1 Tahun 2021

4) Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium



Gambar 2.4. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium Periode Triwulan 1 Tahun 2021

5) Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



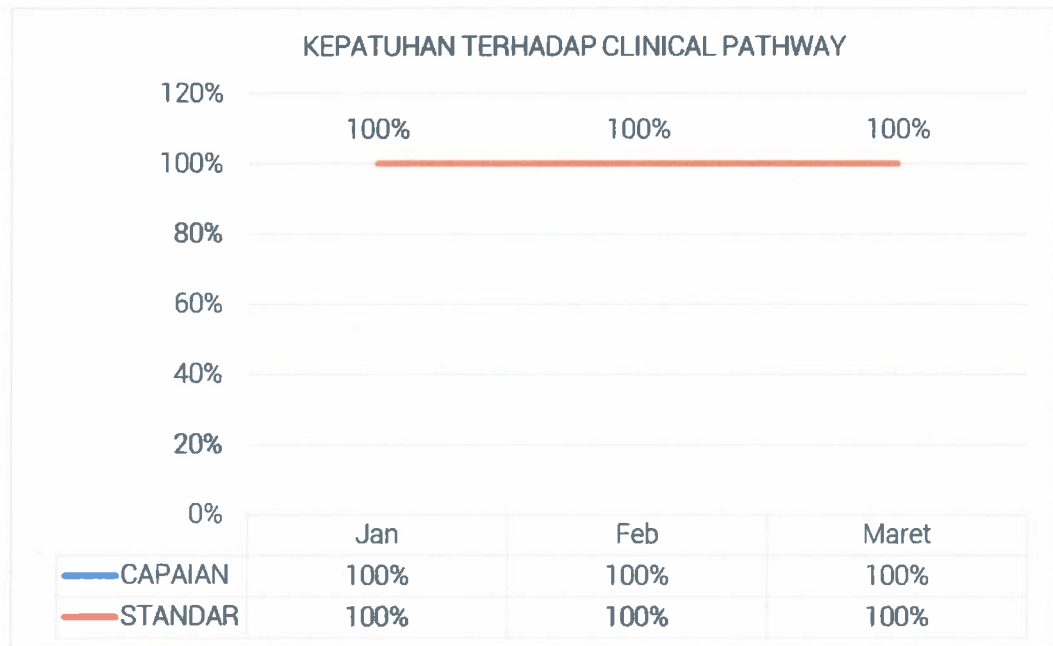
Gambar 2.5. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis Periode Triwulan 1 Tahun 2021

6) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap



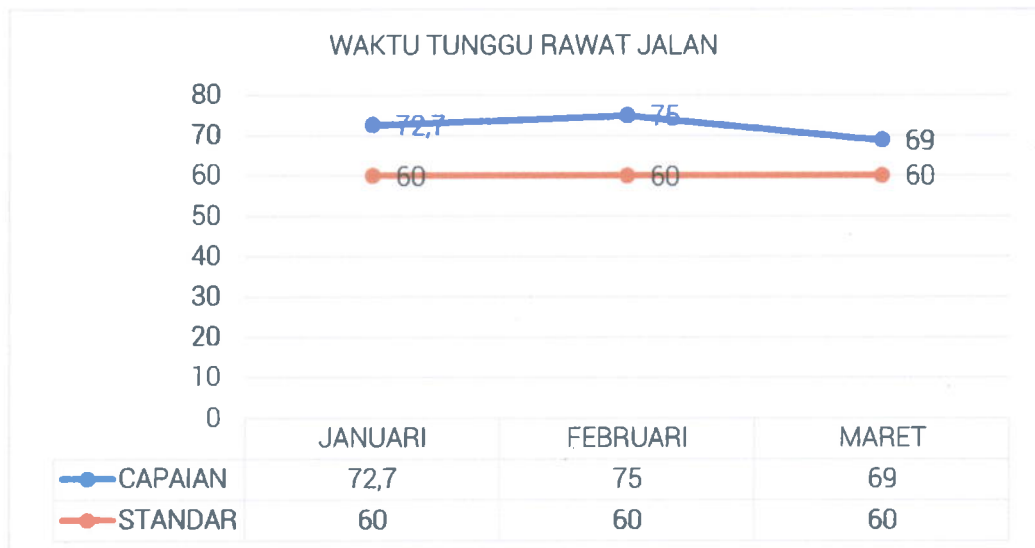
Gambar 2.6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada Pasien Rawat Inap Periode Triwulan I Tahun 2021

7) Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway*



Gambar 2.7. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway Periode Triwulan 1 Tahun 2021

8) Waktu Tunggu Rawat Jalan



Gambar 2.8. Waktu Tunggu Rawat Jalan Periode Triwulan 1 Tahun 2021

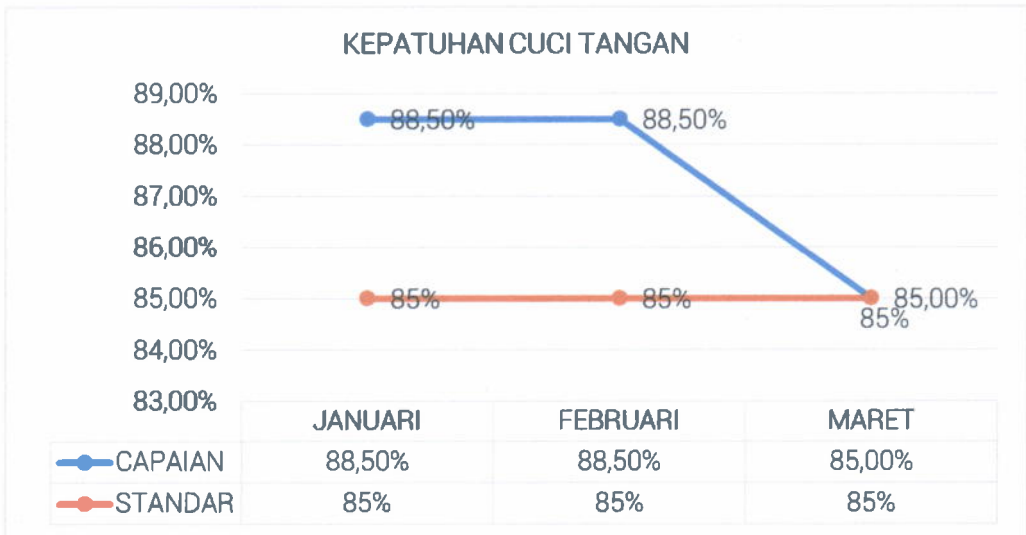
Berdasarkan grafik di atas, Waktu tunggu rawat jalan pada bulan januari untuk capaiannya yaitu 72,7 menit ,sedangkan pada bulan februari 75 menit dan pada bulan maret yaitu 69 menit. Sehingga pada Triwulan 1 Bulan Januari - Maret 2021 belum sesuai dengan target yang telah ditetapkan yaitu ≤ 60 menit.

Tabel 2.1. PDSA Waktu Tunggu Rawat Jalan Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Plan (P)	<p>1. Rencana: Mempertahankan capaian indicator dengan slalu melaksanakan pelayanan pendaftaran pasien rawat jalan sesuai SPO yang standarnya ≤ 60 menit</p> <p>2. Harapan: Waktu tunggu rawat jalan sesuai standar ≤ 60 menit karna berkaitan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit</p> <p>3. Tindakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan asuhan pasien rawat jalan sesuai SPO Melakukan inovasi prosedur pendaftaran menggunakan teknologi informasi terkini(pendaftaran online) Memonitoring capaian waktu tunggu rawat jalan
Do (D)	<p>Apa pengamatan yang dilakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Capaian waktu tunggu rawat jalan belum mencapai stadarnya yaitu ≤ 60 menit Analisa kuantitatif kualitatif terhadap waktu tunggu rawat jalan
Study (S)	<p>Apa yang dipelajari? Apakah sesuai dengan target capaian?</p> <ol style="list-style-type: none"> Terlaksananya waktu tunggu rawat jalan belum sesuai standar ≤ 60 menit Presentase waktu tunggu rawat jalan bulan januari -maret 2021 ≤ 60 menit
Action (A)	<p>1. Apa yang dapat di simpulkan dari siklus ini? Dalam triwulan 1, indikator tersebut belum mencapai sesuai dengan target yaitu ≤ 60 menit.</p> <p>2. Follow up dan rencana lanjutan</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya dengan tetap menjalin Kerjasama dengan unit pendaftaran pasien rawat jalan

agar bisa mencapai standar ≤60 menit

9) Kepatuhan Cuci Tangan



Gambar 2.9. Kepatuhan Cuci Tangan Periode Triwulan 1 Tahun 2021

10) Kepatuhan Identifikasi Pasien



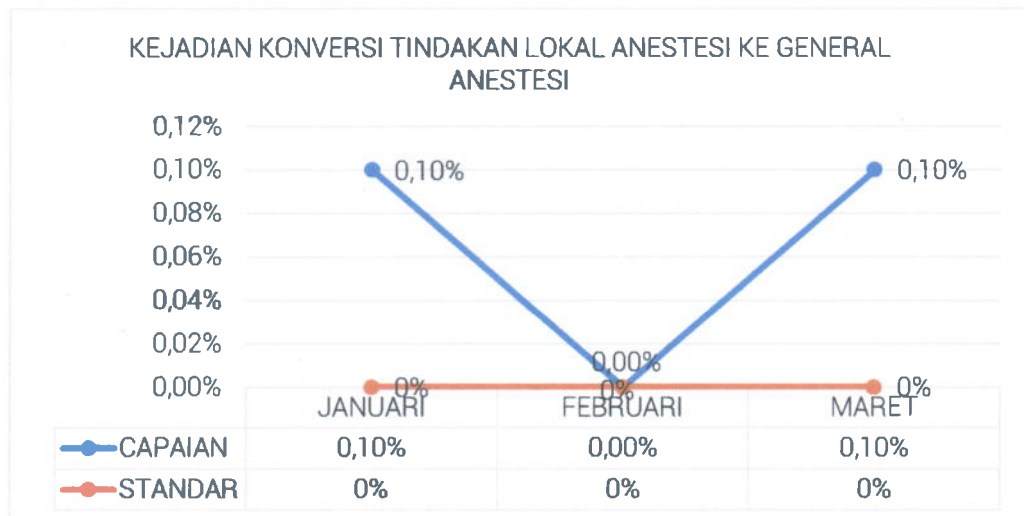
Gambar 2.10. Kepatuhan Identifikasi Pasien Periode Triwulan 1 Tahun 2021

11) Kepuasan Pasien dan Keluarga
Belum dilakukan pengukuran

12) Kecepatan Respon Terhadap Komplain
Belum dilakukan pengukuran

b. Indikator Mutu Unit (Lokal)

1) Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi ke General Anestesi



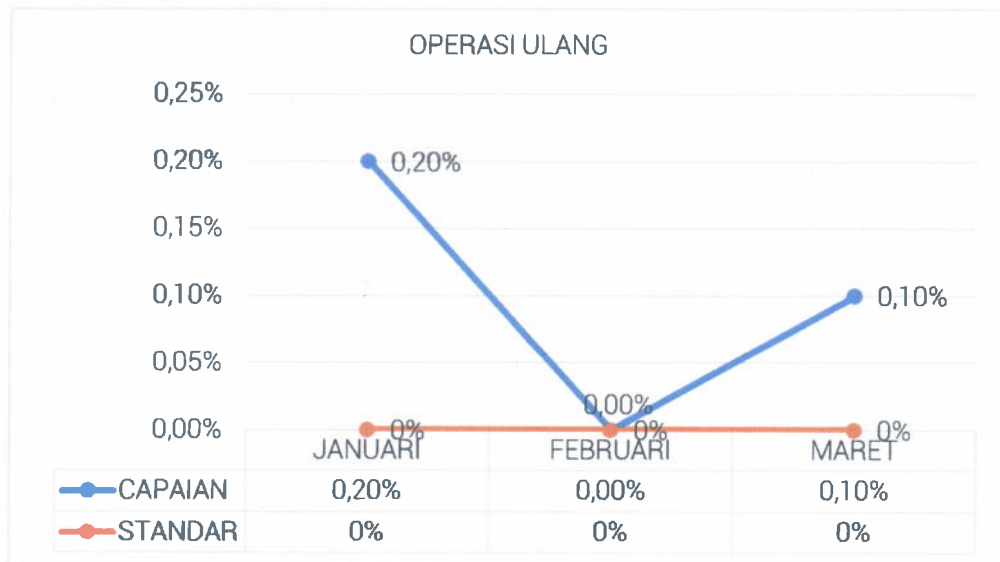
Gambar 2.11. Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi ke General Anestesi Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Berdasarkan grafik diatas kejadian konvensi Tindakan local anestesi ke general anestesi pada triwulan 1 di bulan Januari sebesar 0,10%, sedang mengalami penurunan di bulan Februari yaitu 0,00%,meningkat Kembali di bulan maret sebesar 0,10%,sehingga dari grafik diatas belum mencapai standar yaitu 0%.

Tabel 2.2. PDSA Kejadian Konversi Tindakan Lokal Anestesi Ke General Anestesi Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Plan (P)	<p>1. Rencana : Mempertahankan tidak ada insiden atau kejadian konversi Tindakan local anestesi ke general anestesi</p> <p>2. Harapan : Tidak ada insiden atau kejadian konversi Tindakan local anestesi ke general anestesi</p> <p>3. Tindakan : Pelayanan bedah dan anestesi sesuai dengan SPO dan regulasi yang ditetapkan.</p>
Do (D)	<p>Apa pengamatan yang dilakukan : Melaksanakan monitoring terhadap pelayanan bedah dan anestesi terhadap kepatuhan dengan standar.</p>
Study (S)	<p>Apa yang dipelajari? Apakah sesuai dengan target capaian? Dari data presentasi kejadian konversi Tindakan local anestesi ke general anestesi versi pada triwulan 1 hasil capaian dibulan januari dan maret yaitu 0,10% sedang di bulan februari 0,00% jadi dari capaian belum sesuai standar yaitu 0%.</p>
Action (A)	<p>1. Apa yang dapat di simpulkan dari siklus ini? Perlu adanya report harian dalam memonitoring dan evaluasi harian</p> <p>2. Follow up dan rencana lanjuta Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin.</p>

2) Operasi Ulang



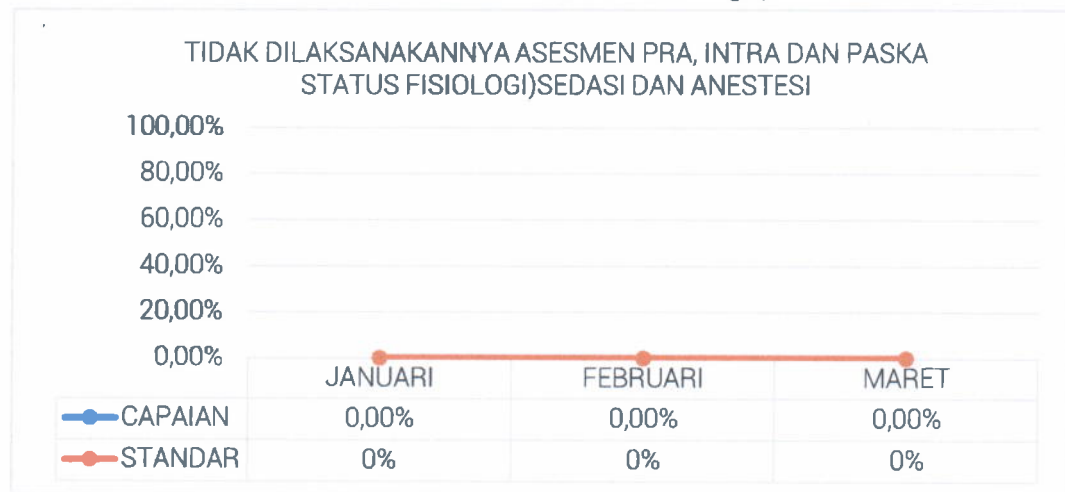
Gambar 2.12. Operasi Ulang Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Berdasarkan data grafik diatas dapat terlihat angka presentase operasi ulang pada priode bulan Januari-Maret 2021 adanya peningkatan di bulan Januari dan maret,dimana pada bulan Januari angka presentase capaiannya 0,20%, bulan Februari 0,00% dan pada bulan Maret sebesar 0,10%.

Tabel 2.3. PDSA Operasi Ulang Periode Triwulan I Tahun 2021

Plan (P)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rencana: Mengupayakan operasi ulang sesuai standar yaitu 0% 2. Harapan: Mempertahankan tidak adanya operasi ulang sehingga sesuai standar yaitu 0% 3. Tindakan: <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan asuhan pasien pasca operasi. b. Mengevaluasi operasi ulang tiap bulannya
Do (D)	<p>Apa pengamatan yang dilakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Capaian pada indicator operasi ulang belum mencapai stadarnya yaitu 0%. b. Analisa kuantitatif kualitatif terhadap operasi ulang
Study (S)	<p>Apa yang dipelajari? Apakah sesuai dengan target capaian</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Presentase operasi ulang pada triwulan 1 2021 belum mencapai target atau standar yaitu 0%. b. Operasi ulang 0%
Action (A)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apa yang dapat di simpulkan dari siklus ini? pada indicator operasi ulang di triwulan 1 tidak mencapai standar dimana bulan februari yang mencapai standar 0% 2. Follow up dan rencana lanjutan Mengevaluasi untuk menurunkan angka operasi ulang bulan berikutnya

- 3) Tidak dilakukan Asesmen Pra, Intra, dan Paska (Status Fisiologis) Sedasi dan Anestesi



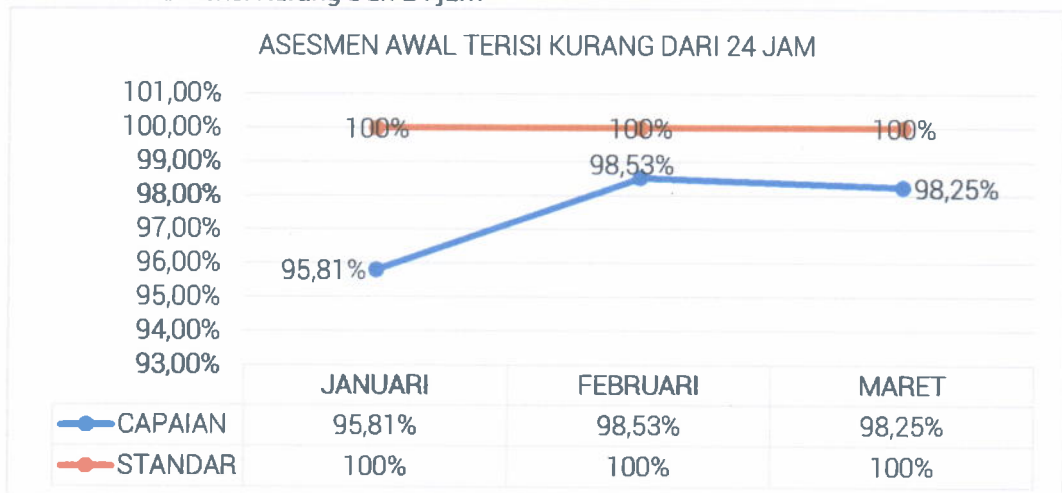
Gambar 2.13. Tidak dilakukan Asesmen Pra, Intra, dan Paska (Status Fisiologis) Sedasi dan Anestesi Ulang Periode Triwulan 1 Tahun 2021

- 4) Keterlambatan (Waktu Tunggu) Hasil Foto USG



Gambar 2.14. Keterlambatan (waktu tunggu) hasil foto USG Periode Triwulan 1 Tahun 2021

- 5) Asesmen Awal Terisi Kurang Dari 24 jam



Gambar 2.15. Asesmen awal terisi kurang dari 24 jam Periode Triwulan I Tahun 2021

Berdasarkan data grafik diatas asesmen awal terisi kurang dari 24 jam pada triwulan 1 dimana bulan januari 95,81%,bulan februari 98,53%,dan dibulan maret 98,25% dari data triwulan 1 asesmen awal terisi kurang dari 24 jam belum mencapai standar yaitu 100%.

Tabel 2.4. PDSA asesmen awal terisi kurang dari 24 jam Periode Triwulan 1 Tahun 2021

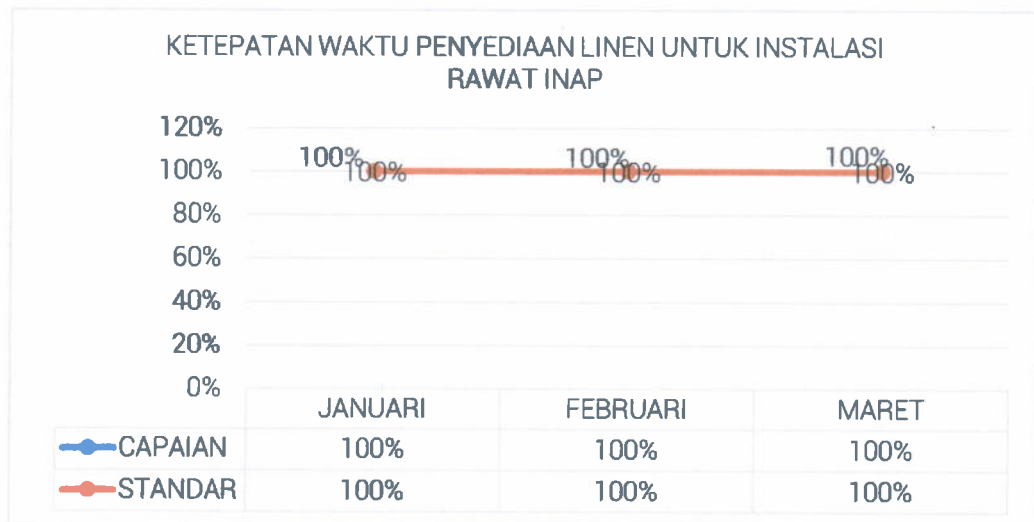
Plan (P)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rencana: Mengupayakan capaian asesmen awal terisi kurang dari 24 jam sesuai standar 100%. 2. Harapan: Mempertahankan capaian asesmen awal terisi kurang dari 24 jam sesuai standar yaitu 100% 3. Tindakan: <ol style="list-style-type: none"> a. memastikan bahwa asesmen awal medis terisi dengan lengkap segera setelah pelayanan rawat inap dalam waktu 24 jam b. optimalisasi dan koordinasi kerja perawat dalam pemantauan kelengkapan rekam medik.
Do (D)	<p>Apa pengamatan yang dilakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. melakukan verifikasi harian setiap berkas RM pasien pulang rawat inap dengan form cek list. b. Melakukan sosialisasi kepatuhan dan implementasi pendokumentasian pelayanan standar.
Study (S)	<p>Apa yang dipelajari? Apakah se dalam watsuai dengan target capaian</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kelengkapan dan ketepatan waktu pengisian pengkajian awal medis terisi kurang dari 24 jam pada pasien arawat inap b. Presentase asesmen awa medis terisi kurang dari 24 jam bulan januari sampai maret 2021 belum mencapai standar yaitu 100%.
Action (A)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apa yang dapat di simpulkan dari siklus ini? <ol style="list-style-type: none"> a. Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form b. Presentase angka asesmen awal medis terisi kurang dari 24 jam belum sesua standar yaitu 100%. 2. Follow up dan rencana lanjutan Mengevaluasi pencapain pada bulan berikutnya dengan tetap berikutnya dengan tetap menjalin Kerjasama dengan kepala ruang rawat inap jika ditemukan masalah dalam pengisian penkajian awal medis.

6) Kesesuaian Baku Mutu Limbah Cair



Gambar 2.16. Kesesuaian Baku Mutu Limbah Cair Periode Triwulan 1 Tahun 2021

7) Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Instalasi Rawat Inap



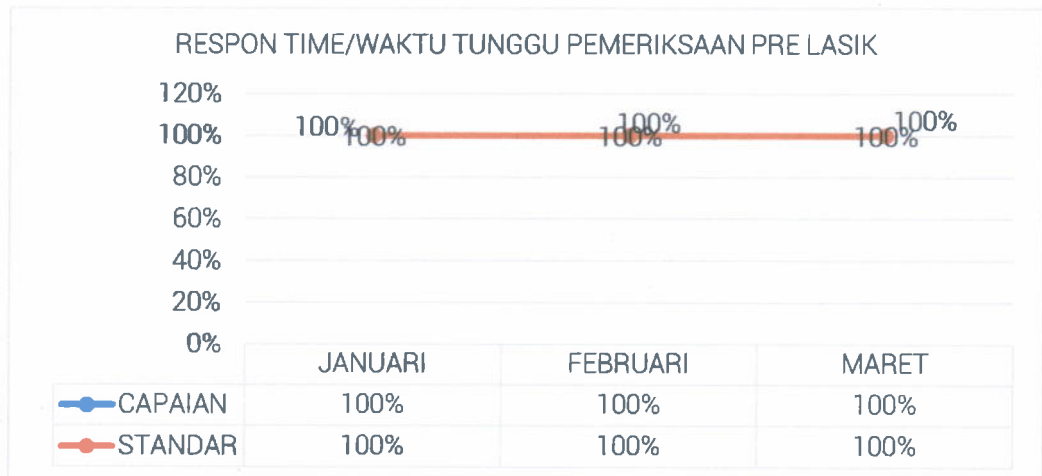
Gambar 2.17. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Instalasi Rawat Inap Periode Triwulan 1 Tahun 2021

8) Linen Hilang



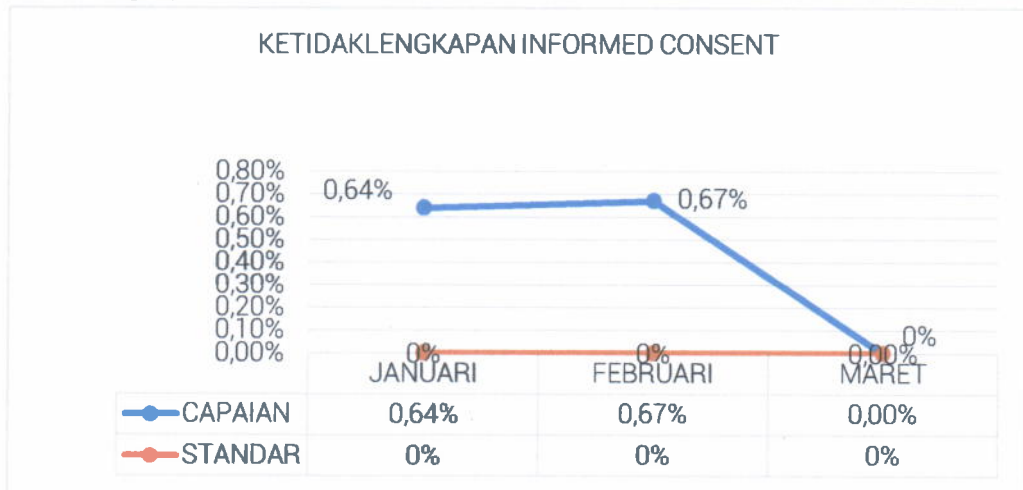
Gambar 2.18. Linen Hilang Periode Triwulan 1 Tahun 2021

9) Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik



Gambar 2.19. Respon Time/Waktu Tunggu Pemeriksaan Pre Lasik Periode Triwulan 1 Tahun 2021

10) Ketidaklengkapan *Informed Consent*



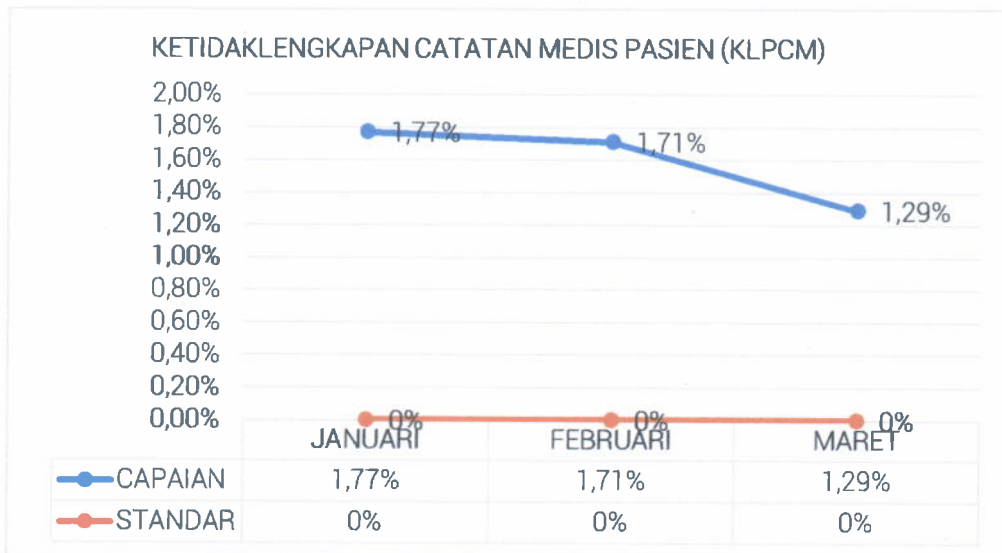
Gambar 2.20. Ketidaklengkapan *Informed Consent* Periode Triwulan 1 Tahun 2021
 Berdasarkan grafik indikator diatas terlihat ketidaklengkapan informend consent pada triwulan 1 di bulan Januari capaiannya yaitu 0,64%, bulan Februari 0,67%, dan mengalami penurunan yaitu dibulan Maret 0,48%, dari data tersebut ketidaklengkapan informend consent bualan Januari-Maret belum mencapai standar yaitu 0%.

Tabel 2.5. PDSA Ketidaklengkapan *Informed Consed* Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Plan (P)	<p>1. Rencana :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. meningkatkan komunikasi dan sosialisasi langsung dengan DPJP, juga kepala ruangan sebagai orang yang bisa mengingatkan DPJP untuk pengisian informend consent di rekam medis pasien b. mempertahankan capaian secara berkesinambungan. <p>2. Harapan : Ketidaklengkapan informant consent tercapai sesuai standar yaitu 0%.</p> <p>3. Tindakan :</p>
-----------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> a. Memonitoring rekam medis infomend consent pasien b. Telaah ketidaklengkapan infoment consent pada pasien yang akan dilakukan Tindakan asuhan lanjutan.
Do (D)	<p>Apa pengamatan yang dilakukan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ketidak patuhan dokter dan tenaga Kesehatan lain dalam mengisi infoment consent di rekam medis pasien b. Analisa kuantitatif kualitatif terhadap ketidaklengkapan informant consent di rekam medis pasien.
Study (S)	<p>Apa yang dipelajari? Apakah sesuai dengan target capaian?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ketidaklengkapan catatan medis pasien di rekam medis b. Presentase ketidaklengkapan catatan medis pasien pada triwulan 1 2021 belum mencapai standar yaitu 0%
Action (A)	<p>1. Apa yang dapat di simpulkan dari siklus ini?</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Presentase ketidaklengkapan informant consent triwulan 1. b. Memonitoring pengisian rekam medis ketidaklengkapan informant consent. <p>2. Follow up dan rencana lanjutan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin. b. Melakukan pemantauan terus menerus terhadap pengisian informant consent.

11) Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM)



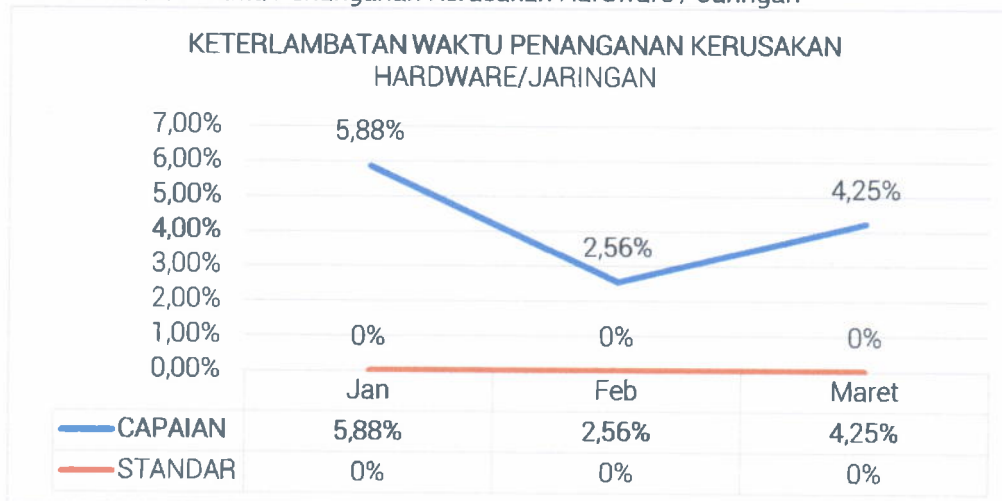
Gambar 2.21. Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM) Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Indikator mutu ketidaklengkapan catatan medis pasien (KLPCM), untuk mengetahui standar pasien pada penanganan pasien dirumah sakit, dari data grafik diatas ketidak lengkapan catatan medis pasien (KLPCM), pada bulan Januari 1,77%, mengalami penurunan dibulan Februari yaitu 1,71% dan bulan Maret 1,29% dimana pada triwulan 1 belum mencapai standar yaitu 0%.

Tabel 2.6. PDSA Ketidaklengkapan Catatan Medis Pasien (KLPCM) Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Plan (P)	<p>1. Rencana :</p> <p>a. meningkatkan komunikasi dan sosialisasi langsung dengan DPJP, juga kepala ruangan sebagai orang yang bisa mengingatkan DPJP untuk pengisian catatan medis pasien</p> <p>b. mempertahankan capaian secara berkesinambungan</p> <p>2. Harapan : ketidaklengkapan catatan medis pasien (KLPCM) tercapai sesuai standar yaitu 0%</p> <p>3. Tindakan :</p> <p>a. Menghubungi unit terkait setiap terjadi permasalahan tersebut diatas</p> <p>b. Telaah ketidaklengkapan catatan medis pasien di rekam medis sejak pasien dinyatakan pulang</p>
Do (D)	<p>Apa pengamatan yang dilakukan :</p> <p>c. Ketidak patuhan dokter dan tenaga Kesehatan lain dalam mengisi catatan medis pasien di rekam medis</p> <p>d. Analisa kuantitatif kualitatif terhadap ketidaklengkapan catatan medis pasien.</p>
Study (S)	<p>Apa yang dipelajari? Apakah sesuai dengan target capaian?</p> <p>c. Ketidaklengkapan catatan medis pasien di rekam medis</p> <p>d. Presentase ketidaklengkapan catatan medis pasien pada triwulan 1 2021 belum mencapai standar yaitu 0%</p>
Action (A)	<p>1. Apa yang dapat di simpulkan dari siklus ini?</p> <p>a. Presentase ketidaklengkapan catatan medis pasien triwulan 1.</p> <p>b. Memonitoring pengisian rekam medis ketidaklengkapan catatan medis pasien</p> <p>2. Follow up dan rencana lanjutan Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin.</p>

12) Keterlambatan Waktu Penanganan Kerusakan Hardware / Jaringan



Gambar 2.22. Keterlambatan Waktu Penanganan Kerusakan Hardware / Jaringan Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Berdasarkan data grafik diatas keterlambatan waktu tunggu penanganan kerusakan hardware/jaringan pada priode 1 atau triwulan 1 dimana bulan januari yaitu 5,88%,bulan februari 2,56%,dan bulan maret 4,25% dari data tersebut belum mencapai standar yaitu 0%.

Tabel 2.7. PDSA Keterlambatan Waktu Penganan Kerusakan Hardware / Jaringan Periode Triwulan 1 Tahun 2021

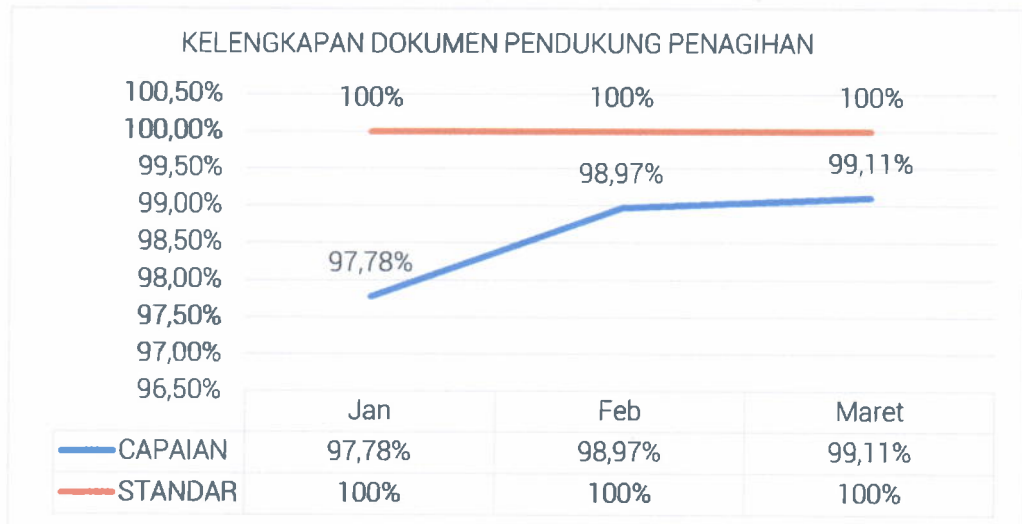
Plan (P)	<p>1. Rencana :</p> <p>a. Keterlambatan waktu penanganan kerusakan hardware/jaringan sesuai stanadar 0%</p> <p>b. Evaluasi system terkait keterlambatan penanganan hardware / jaringan</p> <p>2. Harapan :</p> <p>Tergambarnya mutu manegeman tentang keterlambatan waktu penenganan kerusakan hardware / jaringan sesuai standar 0%.</p> <p>3. Tindakan :</p> <p>a. Memonitor waktu penanganan jika ada masalah hadware/jaringan</p> <p>b. Sosialisasi pelaksanaan spo tetnag penanganan kerusakan hardware/ jaringan</p>
Do (D)	<p>Apa pengamatan yang dilakukan :</p> <p>Sosialisai pada Semua pengguna hardware /jaringan rs mengotrol secara berkala penggunaan di tiap bagian</p>
Study (S)	<p>Apa yang dipelajari? Apakah sesuai dengan target capaian?</p> <p>Presentase keterlambatan waktu penganan kerusakan hardware/jaringan pada triwulan 1 januari- maret belum sesuai standar yaitu 0%.</p>
Action (A)	<p>1. Apa yang dapat di simpulkan dari siklus ini?</p> <p>Presentase dari indicator keterlambatan waktu penangan hardware/jaringan triwlan 1 belum sesuai standar 0%</p> <p>2. Follow up dan rencana lanjutan</p> <p>a. kontrol kerusakan hardware/jaringan di setiap unit.</p> <p>b. Menghimbau kepada setiap kepala ruangan agar segera melaporkan jika terjadi masalah pada hardware/jaringan</p>

13) Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus



Gambar 2.23. Tidak Adanya Komputer Yang Terkena Virus Triwulan 1 Tahun 2021

14) Kelengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta)



Gambar 2.24. Kelengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta) Periode Triwulan 1 Tahun 2021

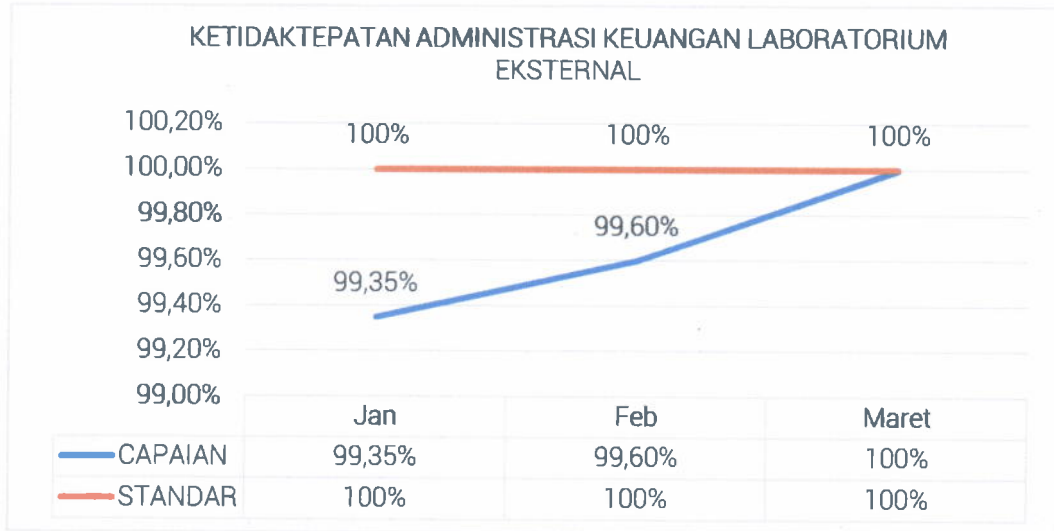
Berdasarkan data grafik diatas kelengkapan dokumen pendukung penagihan (jaminan swasta) pada triwulan 1 bulan januari yaitu 97,78, bulan february 98,97%, dan bulan maret 99,11 dimana pada capaian tersebut belum sesuai standar yaitu 100%

Tabel 2.8. PDSA Kelengkapan Dokumen Pendukung Penagihan (Jaminan Swasta) Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Plan (P)	<p>1. Rencana : Mengupayakan capaian kelengkapan dokumen pendukung penagihan (jaminan swasta) yaitu 100%.</p> <p>2. Harapan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Dapat tertagih seluruh penagihan (jaminan swasta) pada setiap periode penagihannya. Dokumen pendukung penagihan (jaminan swasta) dapat dilengkapi pada setiap periode. <p>3. Tindakan : Melakukan evaluasi dan koordinasi unit akuntansi dan keuangan dengan unit/instalasi terkait, jika ada perubahan kebijakan dari perusahaan penjamin jaminan swasta yang bekerja sama dengan RSMU.</p>
Do (D)	<p>Apa pengamatan yang dilakukan : Melakukan perbaikan sistem dan SOP dalam mengupayakan kelengkapan dokumen pendukung penagihan (jaminan swasta).</p>
Study (S)	<p>Apa yang dipelajari? Apakah sesuai dengan target capaian?</p> <ol style="list-style-type: none"> Analisa tentang kelengkapan dokumen pendukung penagihan SPO kelengkapan dokumen pendukung penagihan
Action (A)	<p>1. Apa yang dapat di simpulkan dari siklus ini?</p> <ol style="list-style-type: none"> Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/form Perlunya koordinasi dengan pihak terkait untuk mencari solusi Bersama Presentase kelengkapan dokumen pendukung penagihan <p>2. Follow up dan rencana lanjutan</p>

Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin.

15) Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal



Gambar 2.25. Ketidaktepatan Administrasi Keuangan Laboratorium Eksternal Periode Triwulan 1 Tahun 2021

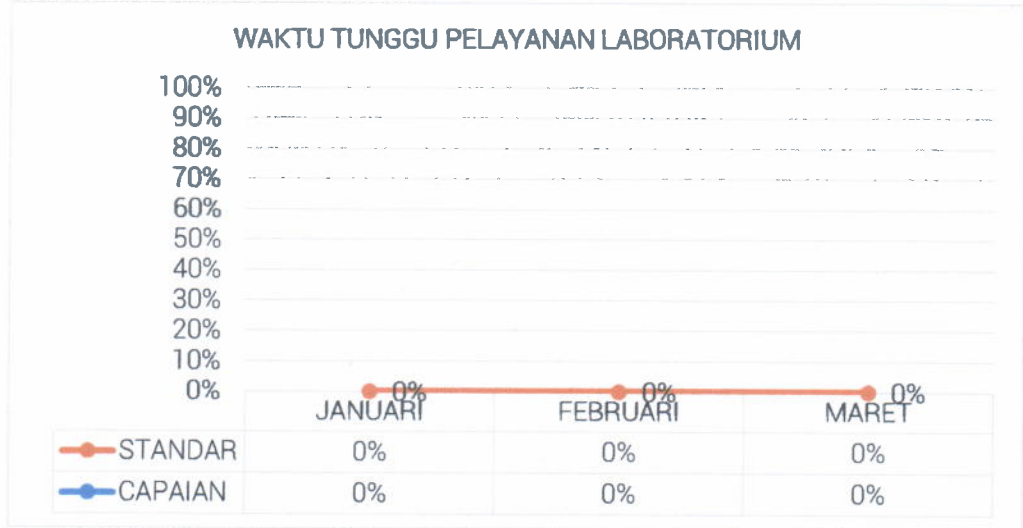
Berdasarkan data grafik diatas ketidaktepatan administrasi keuangan laboratorium eksternal pada triwulan 1 bulan januari 99,35%,bulan februari 99,60 dan mengalami peningkatan di bulan maret 100% dimana sesuai standar yaitu 100%.

Tabel 2.9 .PDSA ketidaktepatan administrasi keuangan laboratorium eksternal.

Plan (P)	<p>1. Rencana : Mengevaluasi ketidaktepatan administrasi keuangan laboratorium eksternal sesuai standar yaitu 100%</p> <p>2. Harapan : Tidak didapatkan ketidaktepatan administrasi keuangan laboratorium eksternal</p> <p>3. Tindakan : Meningkatkan mekanisme seperti adanya ceklist tentang ketidaktepatan administrasi.</p>
Do (D)	<p>Apa pengamatan yang dilakukan : Melakukan perbaikan sistem dan SOP dalam mengupayakan ketepatan administrasi keuangan laboratorium eksternal menjadi 0%.</p>
Study (S)	<p>Apa yang dipelajari? Apakah sesuai dengan target capaian?</p> <p>a. Menetapkan dalam regulasi internal pada kegiatan administrasi keuangan laboratorium eksternal, agar dapat dilakukan sosialisasi kegiatan kepada seluruh unit keuangan (kasir) dan unit/instalasi terkait.</p> <p>b. Membutuhkan kebijakan untuk menetapkan alur kegiatan administrasi keuangan</p>
Action (A)	<p>1. Apa yang dapat di simpulkan dari siklus ini? Dalam triwulan 3, indikator tersebut belum mencapai sesuai dengan target sebesar 0%.</p> <p>2. Follow up dan rencana lanjutan Melakukan evaluasi terhadap penerapan SOP pada unit dan</p>

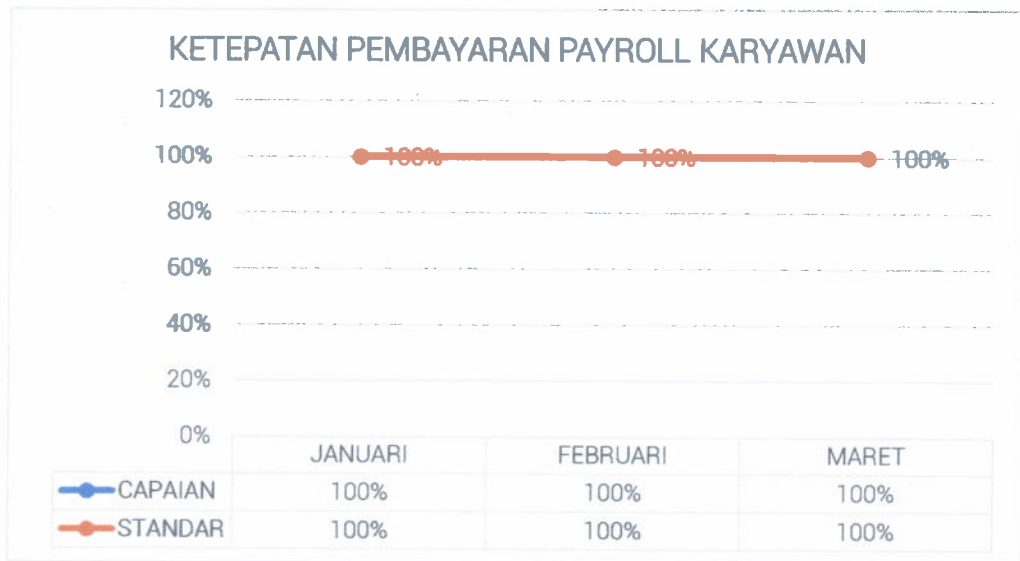
instalasi yang terkait dengan prosedur administrasi keuangan laboratorium eksternal.

16) Waktu tunggu Pelayanan Laboratorium



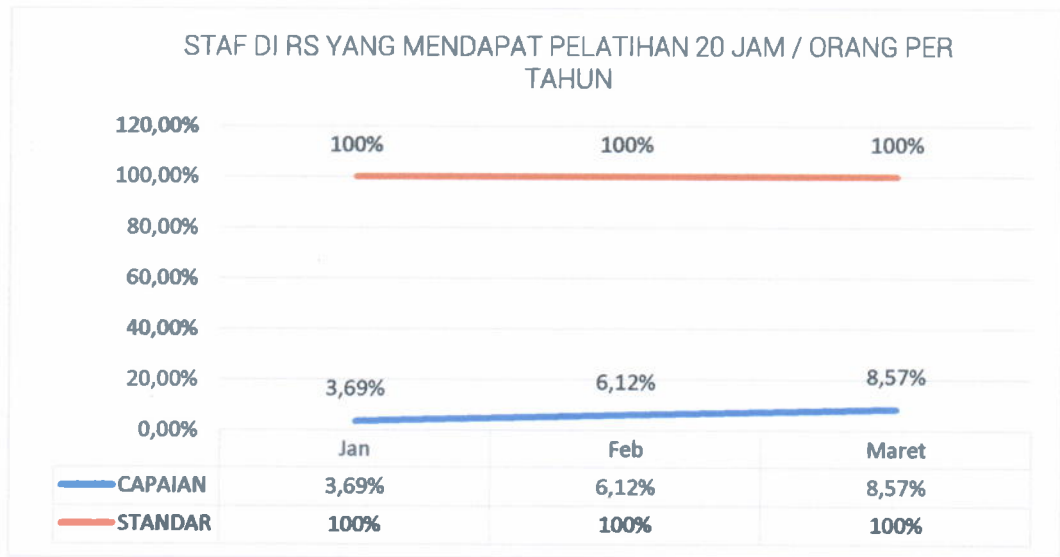
Gambar 2.26. Waktu tunggu Pelayanan Laboratorium Periode Triwulan 1 Tahun 2021

17) Ketepatan Pembayaran Payroll Karyawan



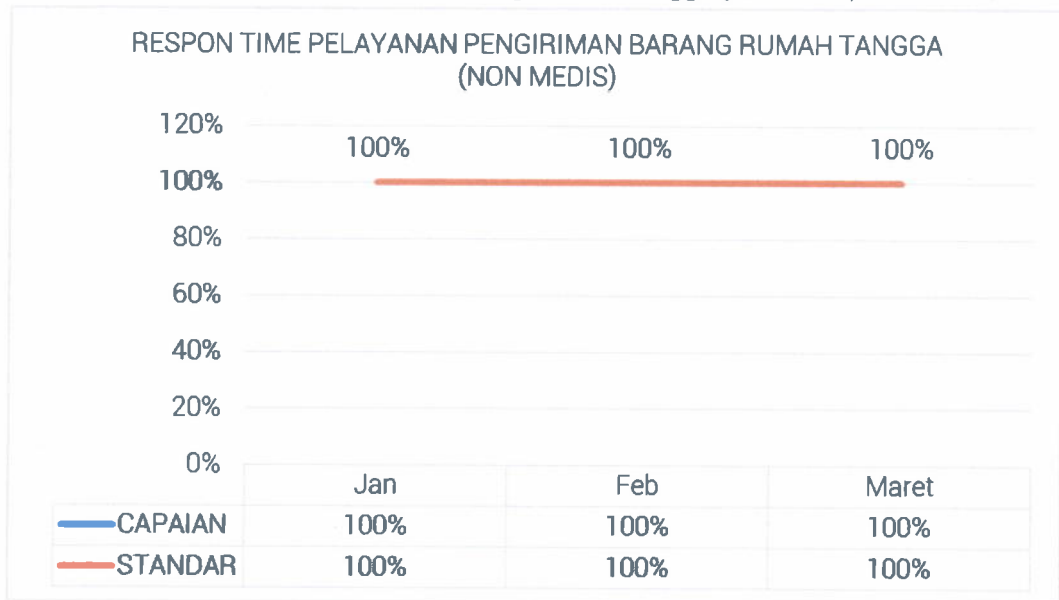
Gambar 2.27. Ketepatan Pembayaran Payroll Karyawan Periode Triwulan 1 Tahun 2021

18) Staf di RS yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun



Gambar 2.28. Staf di RS yang mendapat pelatihan 20 Jam / orang per tahun Periode Triwulan 1 Tahun 2021

19) Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (non medis)



Gambar 2.29. Respon Time Pelayanan Pengiriman Barang Rumah Tangga (non medis) Periode Triwulan 1 Tahun 2021

20) Kesesuaian Surat Pesanan dengan Fisik Barang/Bahan



Gambar 2.30. Kesesuaian Surat Pesanan dengan Fisik Barang/Bahan Triwulan I Periode Triwulan 1 Tahun 2021

21) Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet



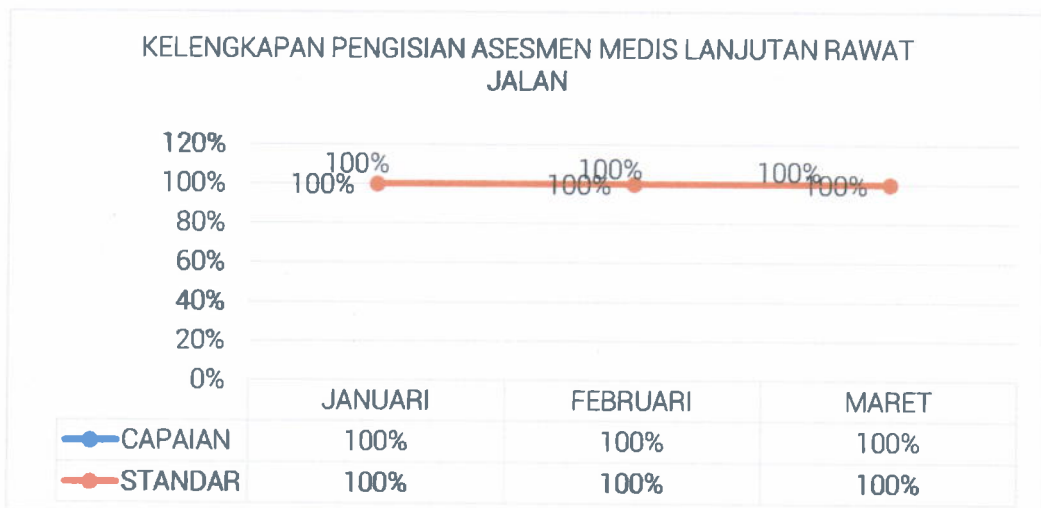
Gambar 2.31. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet Triwulan I Periode Triwulan 1 Tahun 2021

22) Ketepatan Citarasa Makanan



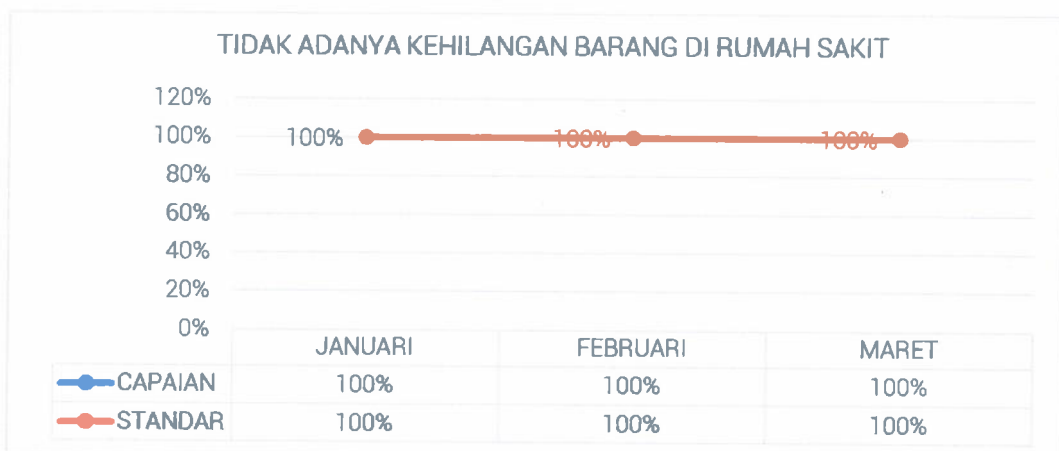
Gambar 2.32. Ketepatan Citarasa Makanan Periode Triwulan 1 Tahun 2021

23) Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan



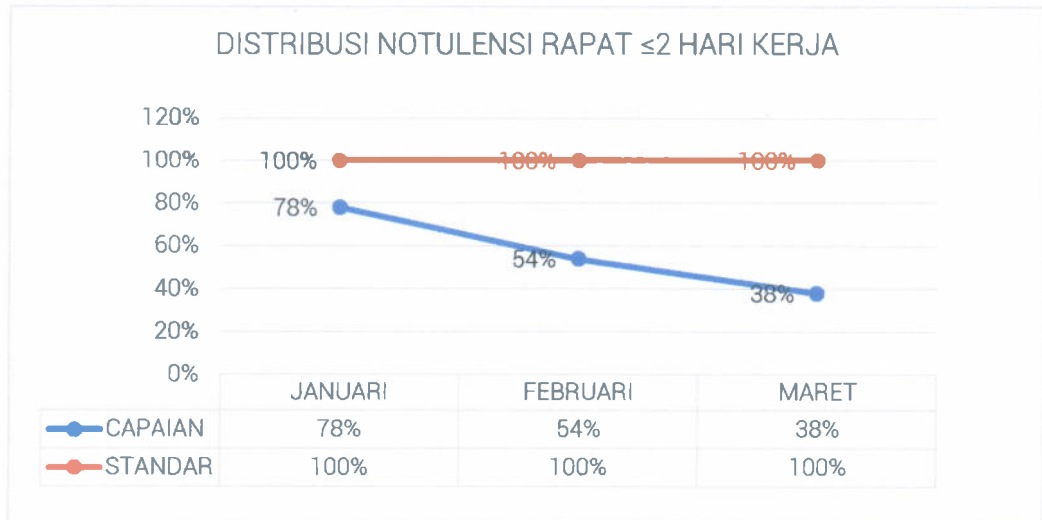
Gambar 2.33. Kelengkapan Pengisian Asesmen Medis Lanjutan Rawat Jalan Periode Triwulan 1 Tahun 2021

24) Tidak Adanya Kejadian Kehilangan Barang Di Rumah Sakit



Gambar 3.34. Tidak Adanya Kehilangan Barang Di Rumah Sakit Periode Triwulan 1 Tahun 2021

25) Distribusi Notulensi Rapat < 2 hari kerja

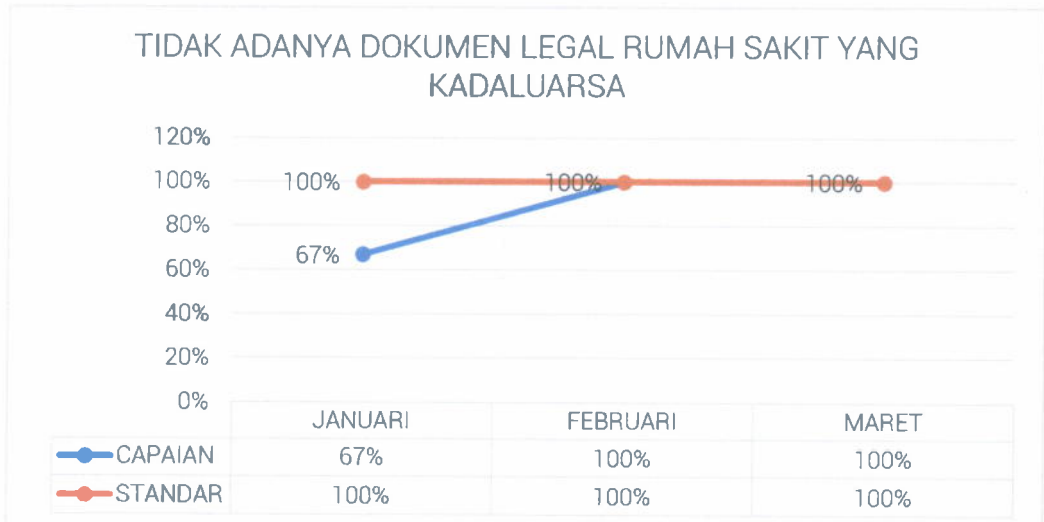


Gambar 2.35. Distribusi Notulensi Rapat ≤ 2 Hari Kerja Periode Triwulan 1 Tahun 2021 Berdasarkan dari data grafik diatas distribusi notulen rapat ≤ 2 hari kerja pada triwulan 1 distribusi notulen rapat ≤ 2 hari kerja capaian dibulan januari yaitu 78%, pada bulan february yaitu 54%, dan pada bulan maret mengalami penurunan yaitu 38% sehingga dari data atau hasil triwulan 1 belum mencapai standar yaitu 100%.

Tabel 2.10. PDSA Distribusi Notulensi Rapat ≤ 2 Hari Kerja Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Plan (P)	<p>1. Rencana : Mengupayakan angka capaian distribusi notulen rapat ≤ 2 hari kerja sesuai dengan target yang ditentukan sebesar 100%.</p> <p>2. Harapan : Distribusi notulen rapat ≤ 2 hari kerja mencapai standar 100%</p> <p>3. Tindakan : Memonitoring distribusi notulen rapat ≤ 2 hari kerja.</p>
Do (D)	<p>Apa pengamatan yang dilakukan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan pemantauan hasil dari notulen Melakukan sosialisasi dan koordinasi kepada petugas terkait.
Study (S)	<p>Apa yang dipelajari? Apakah sesuai dengan target capaian? Presentase distribusi notulen rapat ≤ 2 hari kerja pada bulan januari sampai dengan bulan maret mengalami penurunan di capaiannya sehingga belum mencapai standar 100%</p>
Action (A)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apa yang dapat di simpulkan dari siklus ini? Pada triwulan 1 distribusi notulen rapat ≤ 2 hari kerja belum mencapai standar yaitu 100%. 2. Follow up dan rencana lanjutan Melakukan evaluasi terkait distribusi notulen pada bulan berikutnya..

26) Tidak Adanya Dokumen Legal Rumah Sakit Yang Kadaluarsa



Gambar 2.36. Tidak Adanya Dokumen Legal Rumah Sakit Yang Kadaluarsa Periode Triwulan 1 Tahun 2021

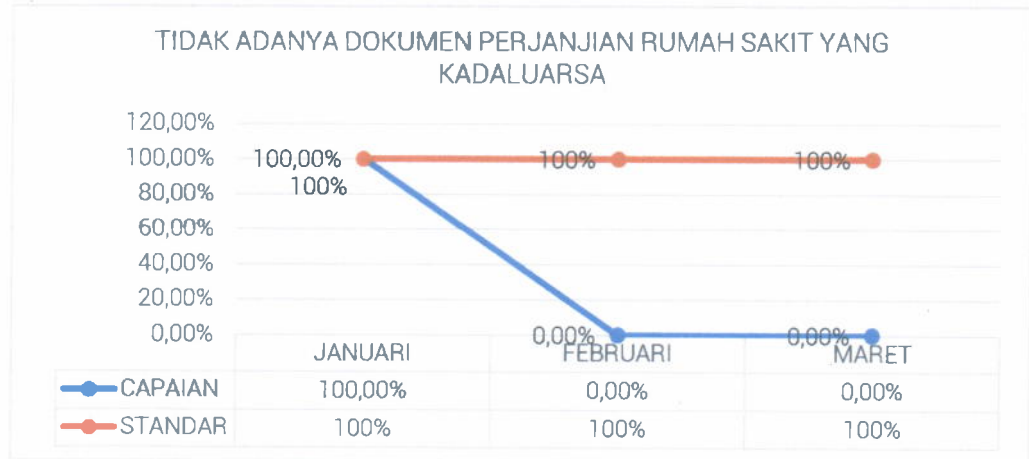
Berdasarkan data grafik diatas tidak adanya dokumen legal rumah sakit yang kadaluarsa pada triwulan 1 pencapaiin pada bulan Januari 67%, pada bulan Februari sampai dengan maret hasil capaiannya yaitu 100%, dimana pada triwulan 1 hampir mendekati sesuai standar yaitu 100%.

Tabel 2.11. PDSA Tidak Adanya Dokumen Legal Rumah Sakit Yang Kadaluarsa

Plan (P)	<ol style="list-style-type: none"> Rencana : Mengupayakan Tidak adanya dokumen legal rumah sakit yang kadaluarsa sesuai standar yaitu 100% Harapan : Tidak adanya dokumen legal rumah sakit yang kadaluarsa sesuai standar 100% Tindakan : Melakukan pengecekan secara rutin terhadap dokumen legal rumah sakit.
Do (D)	<p>Apa pengamatan yang dilakukan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pemenuhan tenaga legal di unit tata usaha sudah dilakukan Monitoring pelaksanaan pengecekan oleh dokumen legal rumah sakit yang dilakukan dilakukan oleh subbag tata usaha.
Study (S)	<p>Apa yang dipelajari? Apakah sesuai dengan target capaian?</p> <p>Pencapaian selama triwulan 1 sudah mencapai target yang ditentukan di Bulan Februari dan maret , namun dibulan januari capaian yang dihasilkan dibawah dari nilai standar yaitu 67% namau rumah sakit melaukan upaya yaitu pengecekan sehingga dibualn berikutnya sesuai hasil standarnya.</p>
Action (A)	<ol style="list-style-type: none"> Apa yang dapat di simpulkan dari siklus ini? Capaian pada Bulan february dan maret sudah sesuai dengan target yang ditentukan, sehingga perlu dipertahankan pada periode-periode selanjutnya Follow up dan rencana lanjutan Supervisi pelaksanaan oleh subbag tata usaha dalam pelaksanaan kegiatan pengecekan dokumen legal rumah sakit

	yang kadaluarsa
--	-----------------

27) Tidak adanya Dokumen Perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa



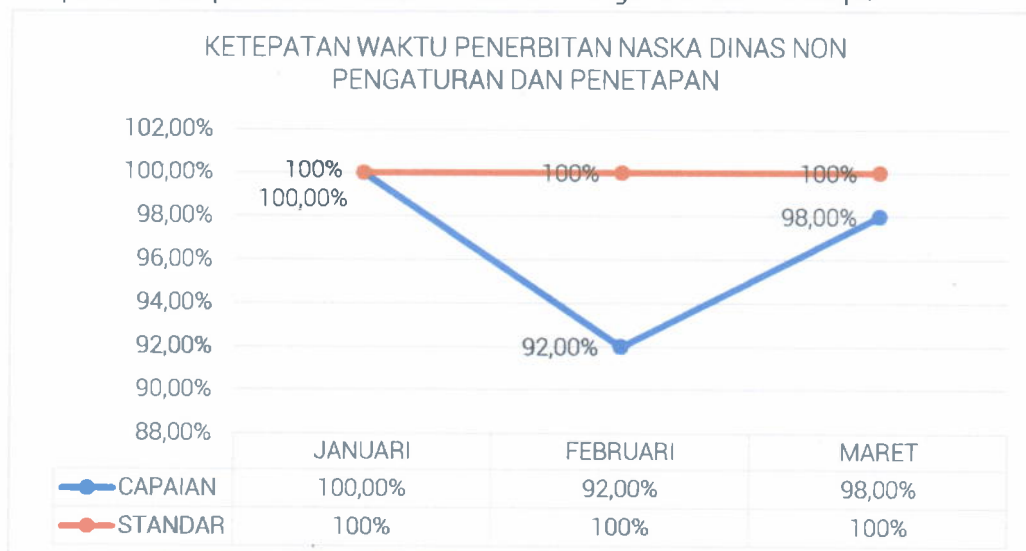
Gambar 3.37. Tidak adanya Dokumen Perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Berdasarkan data grafik tidak adanya dokumen perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa pada triwulan 1 hasil capaian pada bulan januari sudah sesuai standar yaitu 100% namun pada bulan Februari dan maret mengalami penurunan hingga 0% dimana dari data diatas belum sesuai standar yaitu 100%.

Tabel 2.12. PDSA Tidak adanya Dokumen Perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Plan (P)	<ol style="list-style-type: none"> Rencana : Mempertahankan tidak adanya dokumen perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa Harapan : Tidak adanya dokumen perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa sesuai standar 100% Tindakan : Melakukan monitoring dan pengecekan dokumen perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa.
Do (D)	Apa pengamatan yang dilakukan : <ol style="list-style-type: none"> Tidak adanya dokumen perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa Melakukan pengecekan pada dokumen perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa
Study (S)	Apa yang dipelajari? Apakah sesuai dengan target capaian? Dari data presentasi tidak adanya dokumen perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa pada triwulan 1 belum mencapai standar 100%
Action (A)	<ol style="list-style-type: none"> Apa yang dapat di simpulkan dari siklus ini? Capaian pada bulan triwulan 1 di bulan februari dan maret belum mencapai standar 100% Follow up dan rencana lanjutan Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya

28) Ketepatan waktu penerbitan Naskah Dinas Non Pengaturan dan Penetapan



Gambar 2.38. Ketepatan waktu penerbitan Naskah Dinas Non Pengaturan dan Penetapan Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Berdasarkan data grafik diatas ketepatan waktu penerbitan naska dinas non pengaturan dan penetapan pada triwulan 1 yaitu dimana bulan januari 100% ,bulan february 92% dan maret 98% dari hasil capaian triwulan 1 belumnencapai standar yaitu 100%

Tabel 2.13. Ketepatan waktu penerbitan Naskah Dinas Non Pengaturan dan Penetapan Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Plan (P)	<p>1. Rencana : Meningkatkan ketepatan waktu penerbitan naska dinas non pengaturan penetapan menjadi 100%</p> <p>2. Harapan : peningkatnya angka persentase ketepatan waktu penerbitan naska dinas non pengaturan dan penetapan sehingga tercapainya target</p> <p>3. Tindakan : Melakukan pengukuran secara rutindan berkesinambunagn untuk mengetahui ketepatan waktu penerbitan naska dinas non pengaturan dan penetapan</p>
Do (D)	<p>Apa pengamatan yang dilakukan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terlaksananya kegiatan monitoring ketepatan waktu penerbitan naska dinas non pengaturan dan penetapan 2. Analisa kuantitatif kualitatif terhadap ketepatan waktu penerbitan naska dinas non pengaturan dan penetapan
Study (S)	<p>Apa yang dipelajari? Apakah sesuai dengan target capaian? Presentase ketepatan waktu penerbitan naska dinas non pengaturan dan penetapan mengalami penurunan di bulan february 92% dan maret 98% sehingga belum mencapai standar yaitu 100%</p>
Action (A)	<p>1. Apa yang dapat di simpulkan dari siklus ini?</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Analisa kuantitatif dan kualitatif direkap dalam bentuk laporan/ form b) Persentase ketepatan waktu penerbitan naskah dinas non

	pengaturan dan penetapan 2. Follow up dan rencana lanjutan Evaluasi pencapaian pada bulan berikutnya secara rutin
--	--

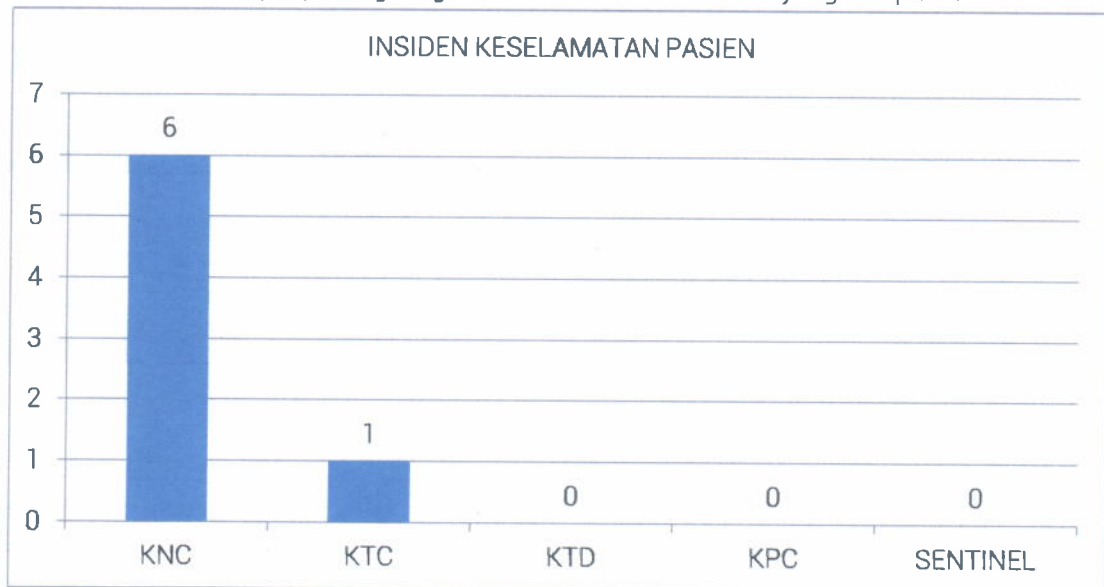
- 29) Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan dan Permintaan Perbaikan Alat dan Sarana Prasarana Medis



Gambar 2.39. Kecepatan Menanggapi Laporan Kerusakan dan Permintaan Perbaikan Alat dan Sarana Prasarana Medis Periode Triwulan 1 Tahun 2021

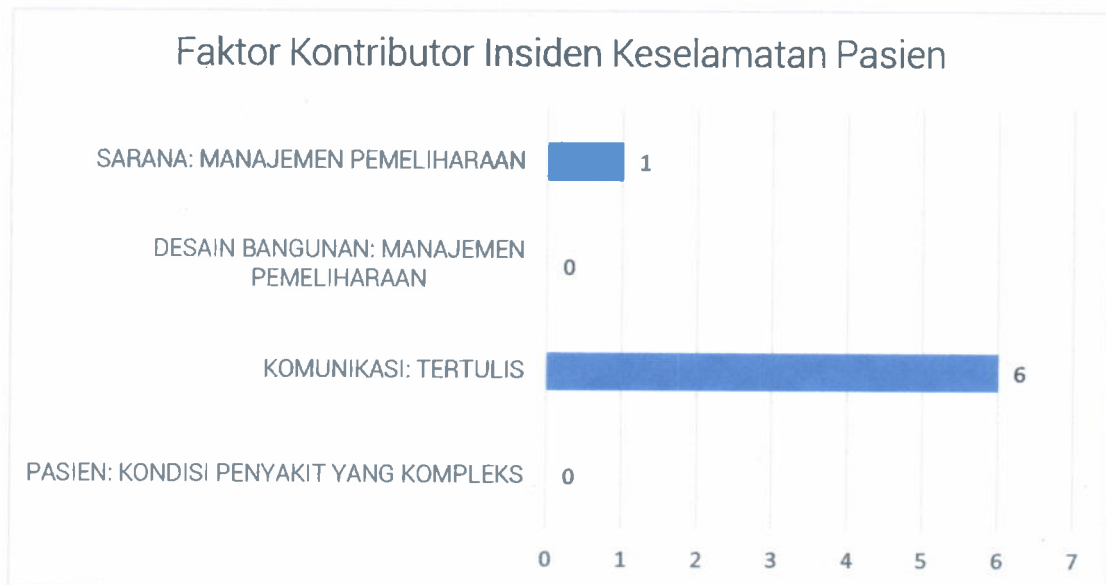
3. Pencatatan Insiden Keselamatan Pasien

Selama Januari hingga Maret 2021 juga melakukan pencatatan terhadap kejadian Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di lingkungan rumah sakit. Berikut data yang didapatkan:



Gambar 2.40. Jumlah Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Insiden keselamatan pasien pada bulan Januari hingga Maret 2021 ini terdapat 7 (tujuh) kejadian yang terdiri dari 2 (dua) kategori yakni 6 (enam) Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan 1 (satu) Kejadian Tidak Cedera (KTC). Faktor kontributor pada insiden pada triwulan 1 ini terdiri sebagai berikut:



Gambar 2.41. Faktor Kontributor Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Periode Triwulan 1 Tahun 2021

Terdapat 1 (satu) kejadian yang faktor kontributornya terkait sarana, khususnya manajemen pemeliharaan. Hal ini mengenai kejadian di area ruang tunggu poliklinik pendamping pasien terjatuh dikarenakan kursi yang digunakan rusak. Faktor kontributor lainnya adalah mengenai komunikasi yang tertulis. Ada 6 (enam) kejadian yang berkaitan dengan masalah komunikasi tertulis. Diantara 6 (enam) kejadian tersebut, 2 (dua) berasal dari permasalahan salah penulisan resep obat yang ditemukan tidak sesuai dengan kebutuhan pasien. Penemuan kejadian ini berada di Instalasi Farmasi. Permasalahan lain dalam konteks komunikasi tertulis ini adalah mengenai ketidaksesuaian penulisan administrasi pasien yang akan dilakukan operasi. Administrasi yang termaksud adalah terkait surat pengantar dan *informed consent*. Secara keseluruhan masalah ini sudah timbul sebanyak 4 (empat) kali dalam triwulan pertama ini.

BAB III HASIL YANG DICAPAI

1. **Pembentukan Struktur Organisasi Komite Mutu**
Telah ditetapkan dengan surat Keputusan Direktur nomor 004/KEP/DIR/RSMU/I/2021 tentang Komite Mutu Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya yang bertugas mulai 06 Januari 2021 sampai 5 Januari 2024. Komite Mutu ini bertanggungjawab langsung kepada Direktur dan dapat berkoordinasi dengan pihak-pihak terkait mutu rumah sakit.

2. **Pemantauan Indikator Mutu**
Pada pemantauan indikator mutu wajib pada periode Januari hingga Maret 2021 didapatkan bahwa dari 12 (duabelas) indikator mutu wajib terdapat 9 (sembilan) indikator mutu yang terpenuhi sesuai dengan standar, 2 (dua) indikator mutu yang belum terukur, dan 1 (satu) indikator mutu yang belum terpenuhi. Indikator yang belum terukur terdapat 2 (dua) indikator yang belum diukur yakni terkait kepuasan pasien dan keluarga serta indikator kecepatan respon terhadap komplain. Untuk indikator yang tidak memenuhi standar adalah indikator mutu waktu tunggu rawat jalan, yang masih melebihi target 60 menit selama 3 bulan ini. Persentase capaian dari kategori indikator mutu wajib ini sebesar 75% dari keseluruhan indikator mutu wajib. Pada kategori indikator mutu unit (lokal) terdapat 12 (duabelas) indikator mutu yang belum tercapai dari 29 (duapuluh sembilan) indikator yang telah dimonitoring. Persentase capaian atas target sebesar 58,6%. Secara keseluruhan indikator mutu selama periode Januari-Maret 2021 mencapai 63,4% indikator yang mencapai target dari keseluruhan 41 (empatpuluh dua) indikator mutu yang dimonitoring.

3. **Pencatatan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)**
Kegiatan pencatatan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) selamat Januari-Maret 2021 mencatat terdapat 7 kejadian insiden dengan rincian 6 (enam) sebagai Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan 1 (satu) Kejadian Tidak Cedera (KTC).

BAB IV SIMPULAN DAN SARAN

1. Simpulan

Upaya peningkatan mutu yang dilakukan oleh RS Mata Undaan Surabaya saat ini masih beradaptasi dengan regulasi yang terbaru dan mendapatkan dukungan yang dari Direktur. Akan tetapi masih butuh koordinasi dan tatakelola yang baik dalam sistemika kerjanya. Kedisiplinan dalam pelaporan mutu juga harus ditingkatkan. Kompetensi dan pengetahuan seluruh anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan penanggung jawab mutu unit tentang upaya peningkatan mutu harus selalu di *up date* dan dilaksanakan di masing-masing unit

2. Saran

- a. Memaksimalkan pertemuan rutin Komite Mutu dengan pihak terkait sebagai upaya sosialisasi seluruh program peningkatan mutu kepada semua pihak di rumah sakit.
- b. Peningkatan pemahaman unit kerja tentang mutu rumah sakit melalui pelatihan internal mutu rumah sakit secara bertahap untuk seluruh karyawan rumah sakit .
- c. Penataan dan pendistribusian ulang seluruh dokumen Komite Mutu yang berupa Program, Pedoman, Panduan dan SPO sehingga setiap karyawan lebih memahami upaya peningkatan mutu di RS Mata Undaan Surabaya.
- d. Mengoptimalkan upaya validasi data mutu sehingga data mutu dapat ditampilkan dan bertanggungjawabkan
- e. Melakukan peninjauan kembali terhadap profil indikator mutu yang telah dibuat untuk mendapat hasil penilaian mutu yang tidak bias dan berkualitas.

BAB V PENUTUP

Demikian laporan pelaksanaan program mutu rumah sakit di RS Mata Undaan Surabaya khususnya sebagai upaya peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien rumah sakit. Upaya yang dilakukan adalah upaya semaksimal mungkin yang bisa dikerjakan saat ini, tentunya upaya yang berkesinambungan dan tidak mengenal lelah terus dilakukan sehingga tercapai hasil tertinggi bagi semua komponen pemberi dan pengguna layanan rumah sakit.

Surabaya, 15 April 2021
Ketua Komite Mutu



dr. Dewi Rosarina, Sp.M