

DAFTAR PUSTAKA

- Awaluddin, Achmad Indra. (2018). Mengapa evaluasi diperlukan dalam pembelajaran?. Retrieved at 12-12-2022 from [Mengapa Evaluasi Diperlukan dalam Pembelajaran? - Kompasiana.com](https://www.kompasiana.com)
- Awaluddin, A. I., Sidin, A. I., & Mallongi, A. (2021). Determinant of Medication Administration Error Occurrence From Nurse Aspect At Haji Hospital Makassar. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 4(5), 500-506.
- Arikunto, Suharsimi. 2012. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Brown, D. S., & Wolosin, R. (2013). Safety Culture Relationships with Hospital Nursing Sensitive Metrics. *Journal for Healthcare Quality*, 61-74
- Creswell, John W. (2010). *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*.
- Dewi, U. A., Astuti, R., & Werdani, K. E. (2015). *Hubungan Waktu Tunggu Pendaftaran Dengan Kepuasan Pasien Di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ) RSUD Sukoharjo* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
- Dhany Lia, Andhi Wijayanto. (2015). Analisis Rasio Keuangan dalam Memprediksi Perubahan Laba. *Management Analysis Journal* (ISSN 2252- 6552). Fakultas Ekonomi. Universitas Negeri Semarang
- Edy. Pengaruh Budaya Organisasional dan Lingkungan Kerja terhadap Perawat "Rumah Sakit Mata Dr. Yap" Yogyakarta dengan Motivasi dan Kepuasan Sebagai Variabel Pemediasi. *Jurnal Ekonomi dan Bisnis*. 2008; 2(3): 159-173.
- Engender Health. (2008). Client-oriented, provider-efficient. <http://www.engenderhealth.org/pubs/quality/cope.php> diperoleh 22-12-2022

- Ernawati, S. U. (2012). Pengaruh Pelatihan Terhadap Kinerja Perawat Dengan Motivasi Sebagai Variabel Moderasi (Studi Pada RSUD Dr. Saiful Anwar Malang). *Manajemen Bisnis*, 2(2).
- Emita, I., & Utomo, K. P. (2019). Reward Dan Punishment Berpengaruh Terhadap Kualitas Kerja Pegawai. *Jurnal Administrasi Kantor*, 7(1), 11-20.
- Galih Endradita. (2019). PENGELOLAAN SARANA DAN PRASARANA RUMAH SAKIT. RETRIEVED FROM [Pengelolaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit – Dr. Galih Endradita M \(wordpress.com\)](#)
- Garbarino, E., & Johnson, M. S. (1999). The different roles of satisfaction, trust, and commitment in customer relationships. *Journal of marketing*, 63(2), 70-87.
- Griffith dan King. (2000). Championship Management for Healthcare Organization. *Journal of Healthcare Management*, Vol 45.
- Hartati. (2012). Pengukuran Kinerja RSUD Dr. Moewardi Surakarta dengan Menggunakan Metode Balanced Scorecard. Tesis. Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Hansen, Don R and Mowen, Maryanne M (2003), *Management Accounting*, sixth edition, South-Western, America
- Ibrahim, H. (2019). Pengendalian Infeksi Nosokomial dengan Kewaspadaan Umum di Rumah Sakit (Integrasi Nilai Islam dalam Membangun Derajat Kesehatan).
- Kaplan, Robert S. & David P. Norton. (2000). *Balanced Scorecard: Menetapkan Strategi Menjadi Aksi*. Jakarta: Erlangga.
- Kotler, P., & Keller, K.L. (2006). *Marketing Management (12th ed.)*. New Jersey: Pearson Education, Inc
- Laporan Kinerja BLUD RSUD Tenriawaru Tahun Anggaran 2018-2022.
- Laporan Tahunan RSUD Tenriawaru Bone. Tahun Anggaran 2016-2018.

- Lohman, C., Fortuin, L., & Wouters, M. (2004). Designing a performance measurement system: A case study. *European journal of operational research*, 156(2), 267-286.
- Mahsun M. (2009) .Pengukuran Kinerja Sektor Publik. Yogyakarta: BPFE.
- Mardiasmo. (2002). Akuntansi Sektor Publik. Yogyakarta: Andi Offset.
- Minanti, N. A. (2019). *Pengaruh Fixed Asset Ratio, Return on Assets, dan Return on Equity terhadap Debt to Equity Ratio pada Perusahaan Makanan dan Minuman yang terdaftar di BEI periode 2013-2017* (Doctoral dissertation).
- Mulyadi. (2010). Balanced Scorecard: Alat Manajemen Kontemporer untuk Pelipatganda Kinerja Keuangan Perusahaan. Jakarta: Salemba Empat.
- Nazvia, N., Loekqijana, A., & Kurniawati, J. (2014). Faktor yang mempengaruhi kepatuhan pelaksanaan SOP asuhan keperawatan di ICU-ICCU RSUD Gambiran Kota Kediri. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(1), 21-25.
- Niven, Paul R. (2008). Balanced Scorecard: Step–By–Step for Government and Nonprofit Agencies. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Ortiz, E., & Clancy, C. M. (2003). Use of information technology to improve the quality of health care in the United States. *Health Services Research*, 38(2), xi.
- Priambada, S., Suyadi, I., Susilo, H., & Yulianto, E. (2016). PENTINGNYA CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT (CRM) UNTUK MENINGKATKAN LOYALITAS PELANGGAN DI KPRI-UB. *SESINDO 2016, 2016*.
- Purnama, M. W. D., Rahmawati, P. I., & Yulianthini, P. (2020). Pengaruh Sistem Pengembangan Sumber Daya Manusia Terhadap Kinerja Karyawan Di PT. Arta Sedana Singaraja. *Prospek: Jurnal Manajemen dan Bisnis*, 2(1), 101-110.

- Pusungunaung, S. W., Kolibu, F. K., & Rumayar, A. A. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Kembali Pelayanan Oleh Pasien Rawat Jalan Di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Gmim Pancaran Kasih Manado. *KESMAS*, 7(4).
- Perdirjen Perbendaharaan Nomor PER-24/PB/2018 tentang Perubahan atas Peraturan Dirjen Perbendaharaan Nomor Per-36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja BLU Bidang Layanan Kesehatan
- Pramadhany, Wahyu Eko Yuzandra dan Rahardjo, ShiddiqNur. (2010). Penerapan Metode Balanced Scorecard sebagai Tolak Ukur Penilaian Kinerja pada Organisasi Nirlaba. Fakultas Ekonomi UNDIP.
- Putri, I. N. (2019). *Pengaruh Rasio Lancar, Rasio Hutang Atas Modal Dan Total Perputaran Aktiva Terhadap Pertumbuhan Laba (Survei Pada Perusahaan Sub Sektor Makanan dan Minuman Yang Terdaftar di BEI Periode 2013-2017)* (Doctoral dissertation, Universitas Komputer Indonesia).
- Rahmawati, F. (2019). Factors Related to the Standard Operating Procedure Compliance of the Workers at PT X. *The Indonesian Journal Of Occupational Safety and Health*, 8(2), 197-205.
- Rice Agustina (2016). Analisa Faktor-Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan laba dengan ukuran perusahaan sebagai variabel moderating pada perusahaan manufaktur yang terdaftar di Bursa Efek Indonesia. *Jurnal Wiewa Ekonomi* (Volume 6 No 01 April). Program studi Akuntansi. STIE Mikroskil.
- Santhi, Made Widya (2013). Aplikasi Manajemen Strategik dengan Pendekatan Balanced Scorecard (Studi pada Lembaga Penjamin Mutu Pendidikan Provinsi Bali). Tesis. Program Pascasarjana Fakultas Ekonomi Universitas Brawijaya Malang.

- Sudana, I. M. (2015). *Manajemen Keuangan Perusahaan Teori dan Praktik Edisi 2*. Jakarta: PT Gelora Aksara Pratama.
- Sudrajat, D. A., Irawati, D., & Mustikasari, M. (2008). Pemenuhan Hak-hak Pasien di Sebuah Rumah Sakit di Jakarta. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(2), 70-75.
- Sugiyono (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Todo Elizabets (2015). Analisis Rasio laporan Keuangan Untuk menilai Tingkat Kesehatan Keuangan Rumah Sakit Palang Biru Gombong Berdasarkan Surat Keputusan Meteri Badan Usaha Milik Negara Nomor: KEP- 100/MBU/2002. Skripsi.
- Utami, L. W., Purwaningsih, P., & Ni'mah, L. (2019). Faktor yang Mempengaruhi Penilaian Terhadap Penurunan Tingkat Kunjungan Pasien di Instalasi Rawat Jalan. *Fundamental and Management Nursing Journal*, 2(2).
- Utami, Sri Muliati (2009) Pengaruh Kemampuan Sumber Daya Manusia Terhadap Kinerja Pelayanan Pada Rumah Sakit Umum Daerah Propinsi Sulawesi Tenggara. Tesis
- Voelker, K. E., Rakich, J. S., & French, G. R. (2001). The balanced scorecard in healthcare organizations: a performance measurement and strategic planning methodology. *Hospital topics*, 79(3), 13-24.
- Wafula, W. M., Tibbs, C. Y., & Ondiek, A. B. (2019). Average Collection Period and Financial Performance of Nzoia Water Services Company. *International Journal of Multidisciplinary and Current Research*. <http://ijmcr.com/wp-content/uploads/2019/05/Paper5273-279.pdf>.
- Wirajaya, M. K., & Nuraini, N. (2019). Faktor Faktor yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien pada Rumah Sakit di Indonesia. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*, 7(2), 165.

- Wulandari Muliana Dewi. (2016). Penilaian Kinerja BLU (Badan Layanan Umum) Bidang Kesehatan Pada RSUD Panembahan Senopati Bantul. Tesis.
- Yousapronpaiboon, K., & Johnson, W. C. (2013). Measuring hospital out-patient service quality in Thailand. *Leadership in health services*.
- Yusuf, M. (2017). Pengukuran Kinerja dengan Menggunakan Baldrige Excellence Framework (BEF) di Rumah Sakit Umum Daerah Kudungga Sangatta Kabupaten Kutai Timur. Universitas Hasanuddin.

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1. Instrumen Penelitian

Lampiran 1.1. Kuesioner Pespektif Pelanggan

PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS HASANUDDIN

Analisis Penilaian Kinerja Dengan Pendekatan Balance Scorecard Dan Strategi Pengembangan Di RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2022”

Saya adalah mahasiswa Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit yang sedang menyelesaikan tugas akhir Tesis.

Dalam rangka mengumpulkan data, saya memohon kesediaan dan bantuan Bapak/Ibu/Sdr meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner ini. Hasil dari kuesioner ini sepenuhnya akan digunakan untuk kepentingan penelitian tentang kepuasan pasien di RSUD Tenriawaru Bone. Jawaban kuesioner ini akan terjamin kerahasiaannya, oleh karena itu Bapak/Ibu/Sdr tidak perlu menuliskan nama. Mengingat keberhasilan penelitian ini akan sangat tergantung kepada kelengkapan jawaban, dimohon dengan sangat agar kiranya jawaban dapat diberikan selengkap mungkin. Kejujuran serta kesungguhan Bapak/Ibu/Sdr dalam mengisi kuesioner ini akan sangat berarti dan sangat saya hargai.

Atas kesediaan serta kerjasama Bapak/Ibu/Sdr, saya ucapkan terima kasih.

Petunjuk Pengisian

1. Berilah tanda (√) pada jawaban yang telah sesuai dengan kondisi yang Bapak/Ibu/Sdr telah rasakan selama ini.
2. Ada lima alternatif jawaban, yaitu:
 1. Sangat Tidak Puas (STP)
 2. Tidak Puas (TP)
 3. Netral (N)
 4. Puas (P)
 5. Sangat Puas (SP)

Karakteristik Responden

Hari/Tanggal :

1. Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan**)
2. Pendidikan : SD/SMP/SM A/D1/D2/D3/D4/S1/S2/S3**)
3. Kategori Pasien: Rawat Jalan/Rawat Inap/Gawat Darurat**)
4. Jenis Pasien : Umum/BPJS **)

****)** Lingkari yang sesuai

KUESIONER KEPUASAN PELANGGAN/PASIHEN						
NO.	DAFTAR PERTANYAAN	STP	TP	N	P	SP
A. Wujud Fisik (Tangibles)						
1.	Peralatan operasional rumah sakit					
2.	Kenyamanan dan kebersihan ruang Pemeriksaan					
3.	Kejelasan papan petunjuk/informasi pelayanan					
4.	Ketersediaan fasilitas pendukung ru mahsakit (ATM,kantin,tempat ibadah,danlain-lain)di dalam lingkungan rumah sakit					
5.	Kenyamanan dan kebersihan ruang tunggu Pelayanan					
6.	Kebersihan dan kerapihan berpakaian petugas					
B. Keandalan (Reliability)						
7.	Kecepatan dan kemudahan prosedur pelayanan					

8.	Keakuratan administrasi/pencatatan pasien					
9.	Ketepatan jadwal pelayanan dijalankan (waktu buka pendaftaran, kedatangan dokter)					
C. Daya Tanggap (Responsiveness)						
10.	Petugas segera memberikan bantuan bila ada kesulitan pada pasien					
11.	Tanggapan positif terhadap keluhan pasien					
12.	Kejelasan penyampaian informasi kepada pasien					
D. Jaminan (Assurance)						
13.	Perilaku petugas menimbulkan rasa aman dan percaya					
14.	Keramahan dan kesopanan petugas dalam memberikan pelayanan					
15.	Keterampilan para dokter, perawat, dan petugas lainnya dalam melayani pasien					
16.	Biaya yang ditawarkan oleh rumah sakit					
E. Empati (Empathy)						
17.	Pemberian informasi kepada pasien apabila ada hal baru dalam pelayanan kesehatan					
18.	Ketersediaan dan kecukupan waktu bagi pasien/keluarga pasien untuk berkonsultasi					
19.	Pelayanan kepada semua pasien tanpa memandang status sosial dan lain-lain					
20.	Pemberian informasi kepada pasien mengenai pemberian obat					

Lampiran 2. Output Penelitian I

A. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

1. Program Reward dan Punishment

Belum ada aturan secara tertulis di terapkan di RSUD Tenriawaru. Jika ada kesalahan maka punishment yang diberikan baru hanya sebatas teguran lisan maupun mutasi untuk pegawai yang memiliki pelanggaran. Sedangkan untuk para ASN punishment yang diberikan sesuai dengan PP tentang kedisiplinan Peraturan Pemerintah Nomor 94 Tahun 2021. Sedangkan untuk Reward sendiri belum ada, reward kadang diberikan terhadap pegawai saat hari-hari besar tertentu.

2. Dokumen Perencanaan SDM :tersedia

3. Level IT : Basic/Siloed 1 : karena belum terintegrasi kebagian keuangan

B. Pelatihan Karyawan

B.1. Program Pendidikan dan Pelatihan Bidang Pengembangan RS/SDM RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone Tahun 2021

NO.	JENIS DIKLAT	JUMLAH YANG IKUT (Orang)	TANGGAL PELAKSANAAN
I	In House Training Pelayanan Prima (Excellence Prima)	75	11 November 2021
NO.	JENIS DIKLAT	JUMLAH YANG IKUT (Orang)	TANGGAL PELAKSANAAN
II	PELATIHAN EKSTERNAL		
A	DIKLAT STRUKTURAL		
1	Diklat dan Ujian Nasional Sertifikasi Keahlian Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah	3	Februari
2	Pelatihan Kepemimpinan Nasional dan Administrator Tahap 2021	1	Februari
3	Latpim III (PKA Blended Learning)	1	
B	DIKLAT TEKNIS MANAJERIAL		
1	Diklat Pengembangan Kompetensi Teknis dan Penerapan SPM ke dalam dokumen Perencanaan Daerah Tahun 2021 Bagi Pejabat Administrator (eselon III) & Pejabat Pengawas Eselon (IV)	2	15 s.d. 19 Februari
2	Bimtek Penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2021 dan Perjanjian Kinerja Tahun 2021	2	16 s.d. 19 Februari
3	Bimtek Penyusunan Proposal Inovasi Pelayanan Publik 2021		22 s.d. 23 Maret
4	Kaji Banding Caterisasi Lab	8	2 April
5	Bimtek Pelaksanaan Survei	1	26 s.d. 27 April

	Kepuasan Masyarakat		
6	Mengikuti KELAS Online DCG Indonesia "Key Performance Indicator (KPI) & Peningkatan Kinerja Mutu Pelayanan RS (Zoom)	3	30 April
7	Pertemuan Koordinasi Integrasi SIM-RS SITB Program TB	1	8 Mei
8	Webinar "The Secret of Managing Psysical Medecine and Rehabilitation Service" (Zoom)	3	1 Mei
9	Pelatihan Tenaga Pelatih Kesehatan (TPK) Angkatan 2 dengan metode "Distance;Learning"	1	3 s.d. 8 Mei
10	Bimtek Penyusunan Peta Proses Bisnis Pemkab Bone Bekerjasama dengan Biro Oragnisasi Prov Sulsel	3	26 s.d. 28 Mei
11	Kaji Banding Rumah Sakit Pendidikan di RSWS Makassar	26	27 s.d 28 Mei
12	Workshop Verifikasi dan Analis Data SMDK tingkat Provinsi	2	9 s.d. 12 Juni
13	Tindak Lanjut Bimtek Pengisian Penilaian Mandiri Pelaksanaan Reformasi Birokrasi (PMPRB) Perangkat Daerah di Dinkes	4	12 Juni
14	Workshop Online (3 in 1) Penyusunan Sistem Reward Perawat Berbasis Jenjang Karir dan Kinerja Klinis/OPPE (Ongoing Professional Practice Evaluation)	2	14 s.d. 16 Juni
15	Mengikuti Penyusunan Laporan Mutu dengan PDCA/PDSA secara online (Zoom)	8	19 Juni
16	Pelatihan Kelas Online Manajemen Mutu Layanan Prioritas Unggulan RS	5	26 Juni
17	Sosialisasi Panduan Teknis Pelayanan RS pada Masa Adaptasi Kebiasaan Baru	8	20 Agustus

18	Bimtek Penilaian Maturitas Penyelenggaraan SPIP Terintegrasi Lingkup Pemkab Bone	1	26 s.d. 27 Agustus
19	Mengikuti Kelas Online Key Performance Indikator (KPI)	2	4 September
20	Mengikuti Kelas Online Manajemen Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit	1	11 September
21	Workshop Desiminasi Informasi SDM Tingkat Provinsi	1	16 s.d. 18 September
22	Peserta Kelas Online DCG Indonesia	2	9 Oktober
23	Workshop Penyusunan Rencana SDM	1	11 s.d. 13 Oktober
24	Pelatihan Pengorganisasian Komite Mutu RS	1	
25	Mengikuti Pelatihan Penyusunan Rencana Diklat di Fasyankes	1	16 Oktober
26	Bimtek Penyusunan Sasaran Kinerja Pegawai (SKP)	4	21 s.d. 22 Oktober
27	Pengembangan Kompetensi Penyusunan Dokumen Perencanaan Dalam Penerapan SPM di Daerah	2	25 s.d. 29 Oktober
28	Peserta Kelas Online Pengembangan Layanan Unggul RS	1	7 November
29	Mengikuti Kelas Online Berbasis Kompetensi Manajemen Keluhan Pelanggan, Pasien dan Keluarga	1	8 s.d. 9 Desember

Jumlah Jam Pelatihan Karyawan dalam 1 Tahun

Jumlah karyawan dalam 1 tahun x 20 jam

$$1580/15780 = 0.100 \text{ (JPK } \geq 0.80\text{)}$$

B.2. Laporan Survey Pengukuran Budaya Keselamatan pasien UPT RSUD Tenriawaru Bone Tahun 2022

1) Gambaran Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

Pada bagian ini dipaparkan gambaran kuantitatif dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien di UPT RS Tenriawaru. Budaya safety tanpa saringan dikatakan budaya kuat bila respon positif sama dengan 75% atau lebih, budaya sedang jika respon positif 50% - 75% dikatakan budaya lemah jika positif respon kurang dari 50%. Respon positif adalah jawaban responden berupa setuju/sering dan sangat setuju/selalu pada pernyataan positif dan jawaban negatif tidak setuju/jarang dan sangat tidak setuju/tidak pernah pada pernyataan negatif. Respons negatif adalah kebalikan dari respons positif.

2) Kuesioner Survei Budaya Keselamatan Pasien

2.1. Hasil

2.1.1. Karakteristik Responden di RS Tenriawaru

Jika melihat hasil survey jumlah tenaga medis (dokter) dan perawat/bidan, responden terbanyak adalah 197 orang. Tenaga kesehatan ini menjalankan tugasnya di unit rawat jalan dan rawat inap serta merupakan tenaga kesehatan yang berinteraksi langsung dengan pasien, sehingga harus lebih berhati-hati dalam melakukan tindakan dan memeriksa pasien, berusaha meminimalisir kesalahan, menghindari komplain dan mengutamakan keselamatan pasien.

Jika melihat tingkat pendidikan perawat minimal D III dan S1 serta profesi keperawatan, dokter dengan pendidikan umum, spesialis dan subspecialis, yang akan memegang teguh kode etik, mampu berkomunikasi dengan pasien dan keluarga, dan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia secara efisien dan efektif, mampu berperan sebagai agen pembaharuan dan mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin rasional dan kreatif serta terbuka dalam menerima berbagai

upaya pembaharuan dan mampu menyesuaikan diri dengan pembaharuan. Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam merespon sesuatu yang datang dari luar. Responden yang pernah bekerja di unit 1-5 tahun merupakan responden terbanyak yaitu 81 orang (29,1%), dan masa kerja 11 tahun di RSUD Tenriawaru 11 tahun sebanyak 168 orang (60,4%), sebagian besar memiliki masa kerja. dalam 40 jam seminggu sebanyak 178 orang (64%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah lama menekuni profesinya sehingga kasus yang ditangani semakin banyak. Hal ini akan menambah pengalaman dalam meningkatkan keterampilan dan keterampilan kerja.

2.1.2. Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Tenriawaru

Budaya keselamatan bebas pasien adalah persepsi yang dimiliki bersama di antara anggota organisasi yang ditujukan untuk melindungi pasien dari kesalahan manajemen dan cedera akibat intervensi. Persepsi ini meliputi kumpulan norma, standar profesi, kebijakan, komunikasi dan tanggung jawab dalam keselamatan pasien. Budaya ini kemudian mempengaruhi keyakinan atau tindakan individu dalam memberikan pelayanan. Budaya keselamatan yang diukur dalam survey ini mengukur persepsi seluruh populasi di RSUD Tenriawaru yang diwakili oleh 278 sampel.

2.1.3. Dimensi Kerjasama (Teamwork)

Pada dimensi kerjasama dalam unit diperoleh respon positif sebesar 53,6% yang dapat diartikan bahwa budaya keselamatan pada dimensi kerjasama dalam unit di RSUD Tenriawarudi termasuk dalam kategori budaya sedang. Penurunan ini kemungkinan disebabkan oleh banyaknya anggota unit yang merupakan anggota baru dan harus melakukan penyesuaian dengan rekan kerjanya, sehingga terjadi penurunan kekompakan dalam unit. Kerja sama dalam unit menunjukkan sejauh mana anggota suatu divisi kompak dan bekerja sama dalam tim. Kerjasama didefinisikan sebagai sekelompok individu dengan keterampilan khusus yang bekerja sama dan berinteraksi untuk mencapai

tujuan bersama (Ilyas, 2003). Sementara itu, Thompson dalam Setiowati (2010) mendefinisikan tim sebagai sekelompok orang yang saling terkait dengan informasi, sumber daya, keterampilan, dan berusaha mencapai tujuan bersama. Performa kerja tim yang terganggu juga menjadi salah satu penyebab insiden ketidakhadiran pasien yang merupakan gabungan dari kegagalan sistem.

Hambatan komunikasi dan pembagian tugas yang tidak seimbang menjadi penyebab tidak berjalannya kerjasama tim yang efektif. Hasil tersebut menunjukkan bahwa staf di Rumah Sakit Tenriawaru dalam bekerja saling mendukung, bekerja sama sebagai tim jika banyak pekerjaan, dan merasa saling menghargai satu sama lain yang dibuktikan dengan hasil respon positif yang tinggi. Kerjasama tim dalam pelayanan rumah sakit dapat mempengaruhi mutu dan keselamatan pasien. Bekerja dalam team work merupakan nilai yang harus dibangun sebagai budaya safety. Menurut Lestari, dkk (2013) dalam penelitiannya, persepsi individu yang kurang dalam kerja tim berpotensi tiga kali lebih besar untuk terjadinya insiden keselamatan. Dengan budaya keselamatan pasien yang kuat, kerjasama tim di RSUD Tenriawaru perlu dipertahankan dan ditingkatkan.

2.1.4. Dimensi Personel dan Kecepatan Kerja

Dimensi kepegawaian ditinjau dari budaya bebas pasien berada pada kategori sedang yaitu 56,8%, dimana tenaga kesehatan di RSUD Tenriawarum dinilai masih belum sesuai dengan kebutuhan rumah sakit, padahal unit merasa beban kerjanya kurang. sesuai dan unit juga tidak terlalu bergantung pada staf untuk tenaga honorer yaitu sekitar 37,4%.

2.1.5. Dimensi Organizational Learning-Continuous Improvement

Berdasarkan hasil survei, dimensi pembelajaran organisasional/perbaikan berkelanjutan terkait absensi diukur dari 3 pernyataan. Pada dimensi ini diperoleh respon positif dengan nilai 71,9% dalam kategori budaya sedang. Untuk meningkatkan kepuasan stakeholder, diperlukan learning organization yang menekankan pada proses pembelajaran pada level individu. Organisasi akan memperoleh manfaat dari aktivitas individu terdidik, jika organisasi tersebut mempekerjakan orang-orang yang memiliki kompetensi dan pengetahuan tertentu.

2.1.6. Dimensi Respon Kesalahan

Respon terhadap kesalahan termasuk dalam kategori kuat yaitu 62,2%. Respon terhadap kesalahan di RSUD Tenriawru perlu dipertahankan dan ditingkatkan. Jika terjadi insiden, segera tanggap laporan tersebut, dan cari jalan keluarnya. Kemudian dilakukan evaluasi dan mencari cara untuk mencegah agar hal tersebut tidak terjadi lagi.

2.1.7. Dimensi Direktur, Manajemen, atau Pimpinan Klinis untuk Keselamatan Pasien

Respon positif terhadap dimensi dukungan manajemen rumah sakit terhadap ketidakhadiran sebesar 62,2% dalam kategori budaya sedang. Menurut Kohn (2000) ada lima prinsip untuk merancang sistem keselamatan pasien dalam organisasi kesehatan, yaitu:

- Prinsip I : Memberikan Kepemimpinan yang mencakup menjadikan keselamatan pasien sebagai tujuan/prioritas utama, menjadikan keselamatan pasien sebagai tanggung jawab bersama, menunjuk/menugaskan seseorang yang bertanggung jawab untuk program keselamatan pasien, menyediakan sumber daya manusia dan dana untuk analisis kesalahan dan desain ulang sistem, serta mengembangkan mekanisme yang efektif untuk mengidentifikasi dokter yang "tidak aman".

- Prinsip II : memperhatikan keterbatasan manusia dalam desain proses, yaitu merancang pekerjaan untuk keselamatan, menyederhanakan proses, dan menstandarkan proses.
- Prinsip III : mengembangkan tim yang efektif
- Prinsip IV : Mengantisipasi kejadian tak terduga, pendekatan proaktif, memberikan penangkal dan pelatihan simulasi,
- Prinsip V : Menciptakan suasana belajar.

Berdasarkan hasil survei, dukungan manajemen terhadap kelangsungan hidup pasien di Rumah Sakit Tenriawar yang mendapat respon positif antara lain manajemen rumah sakit memberikan iklim kerja yang mendukung kelangsungan hidup pasien, kebijakan manajemen menunjukkan bahwa kelangsungan hidup pasien merupakan prioritas, dan manajemen peduli terhadap keselamatan pasien dalam kejadian tersebut. kejadian tidak diinginkan atau KNC.

2.1.8. Dimensi Komunikasi Tentang Kesalahan

Komunikasi kesalahan hasil survei menunjukkan respon positif sebesar 80,2% yang dikategorikan kuat. Komunikasi kesalahan adalah hal yang paling penting setelah melaporkan insiden selama ketidakhadiran pasien. Salah satu prinsip inti dalam pelaporan insiden adalah bahwa pelaporan hanya dapat bermanfaat jika ditanggapi secara konstruktif. Setidaknya ada umpan balik dari analisis temuan.

2.1.9. Dimensi Komunikasi Terbuka

Dimensi komunikasi terbuka termasuk dalam kategori lemah yaitu sebesar 15,1%. Komunikasi yang terbuka adalah kunci penyampaian layanan kesehatan yang baik. Kejadian ketidakhadiran pasien dapat meningkat jika terjadi kesalahan komunikasi. Komunikasi ini tidak hanya terjadi antara tenaga medis dengan pasien, tetapi juga mencakup komunikasi antara tenaga medis (perawat dengan perawat, perawat dengan dokter, dokter dengan dokter, dll), antara tenaga media dengan tenaga kesehatan.

2.1.10. Dimensi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan merupakan elemen penting dari keselamatan pasien. Informasi pelaporan yang memadai akan dijadikan bahan oleh organisasi dalam pembelajaran. Organisasi belajar dari pengalaman sebelumnya dan memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi faktor risiko insiden untuk mengurangi atau mencegah terjadinya insiden. Kendala atau hambatan dalam pelaporan telah diidentifikasi sehingga proses pelaporan insiden menjadi lebih mudah. Hambatan yang dapat terjadi dalam pelaporan antara lain perasaan takut disalahkan, perasaan gagal, takut hukuman, kebingungan dalam bentuk pelaporan, kurangnya kepercayaan dari organisasi, kurangnya kesadaran akan manfaat pelaporan. Staf akan membuat laporan jika merasa aman bahwa pembuat laporan tidak akan menerima hukuman.

Perlakuan staf yang adil, tidak menyalahkan individu tetapi organisasi lebih fokus pada sistem yang berjalan akan meningkatkan budaya pelaporan. Pelaporan insiden adalah titik awal dalam program keselamatan pasien. Melalui mekanisme pelaporan yang baik akan dapat mengidentifikasi permasalahan yang kemudian dapat dirumuskan solusi perbaikannya. Menjadikan pelaporan sebagai sumber informasi dalam proses pembelajaran memerlukan dua hal yang harus disiapkan oleh rumah sakit, pertama tersedianya sumber daya manusia yang mampu melakukan analisis insiden, kedua, kebijakan yang dikembangkan oleh rumah sakit untuk menjabarkan kriteria dalam melakukan root cause analysis. dan analisis dampak dan kegagalan.

2.1.11. Dimensi frekuensi pelaporan insiden di RSUD Tenriawaru termasuk dalam kategori lemah sebesar 33,5%

Dukungan manajemen rumah sakit untuk keselamatan pasien. Dari data diketahui bahwa dukungan manajemen rumah sakit terhadap keselamatan pasien di RSUD Tenriawaru tergolong sedang yaitu sebesar 58,3%. Hal ini menunjukkan bahwa manajemen rumah sakit mengutamakan keselamatan pasien dengan menyediakan sumber daya

yang memadai.

2.1.12. Dimensi Serah Terima dan Pertukaran Informasi

Dimensi serah terima berada pada kategori sedang yaitu 68%. Dimensi ini berkaitan dengan petugas pada saat pergantian shift. Biasanya dalam kegiatan ini sering terjadi kehilangan data dan informasi pasien.

2.1.13. Dimensi Jumlah Peristiwa yang Dilaporkan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dimensi frekuensi pelaporan merupakan dimensi yang memiliki presentasi respon positif sebesar 27,7% dalam kategori kurang. Hal ini didukung dengan jawaban responden mengenai jumlah laporan kejadian dalam 12 bulan terakhir yang dapat dilihat pada diagram di bawah ini. Pada diagram data terlihat bahwa sebanyak 65,1% responden melaporkan tidak ada kejadian selama mereka absen selama 12 bulan terakhir.

2.1.4. Dimensi Peringkat Keselamatan Pasien

Hasil penelitian ini terlihat bahwa selama pasien absen di unit terdapat presentasi respon positif sebesar 55% dalam kategori sedang. Dapat dinilai setiap unit mengutamakan keselamatan pasien, meskipun dimensi ini masih perlu ditingkatkan.

KESIMPULAN

Keselamatan pasien merupakan prioritas rumah sakit yang harus segera dilakukan. Budaya bertahan hidup tanpa pasien penting karena membangun budaya bertahan hidup tanpa pasien merupakan salah satu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara menyeluruh, karena jika kita lebih fokus pada budaya bertahan hidup tanpa pasien maka akan menghasilkan keselamatan yang lebih jika dibandingkan dengan hanya berfokus pada program saja, indikatornya adalah kerjasama, komunikasi, kepemimpinan, pelaporan dan tanggapan non-punitif. dan ada satu dimensi yang masih memiliki kategori lemah yaitu dimensi komunikasi terbuka yaitu hanya sekitar 15,1% yang sering

melaporkan bahwa jika ada kejadian negatif terhadap perawat tanpa pasien. Dari seluruh dimensi, Maka skor budaya keselamatan pasien RSUD Tenriawaru Bone yaitu 56%.

C. Tingkat Kehandalan Sarpras

No.	Kode Reg/tras	Rumah Sakit	Kelas	Pemilik	Update				Kelengkapan				Ket. (kelengkapan terhadap Standar)
					Sarana	Prasarana	Alat Kesehatan	Ket.	Sarana	Prasarana	Alat Kesehatan	SPA > 60%	
2	7326002	Rumah Sakit Umum Daerah Pangliku	D	Pemkab	100	100	100	-	70,98	30,23	33,56	51,61	Setiap RS agar memperhatikan Persetujuan SPA terhadap Standar Nasional > 60% sebagai syarat pemenuhan kelengkapan yaitu minimal : Sarana > 50%, Prasarana > 10 % dan Alat Kesehatan > 30%
3	7326003	RS Santa Teresa Marappa Ranteppo	D	Organisasi Katolik	0	0	0	Lakukan update data Sarana, Prasarana dan Alat sampai 100%	0	0	0	0	
KAB. BONE													
1	7308041	RS Umum Daerah Tenriawaru Bone	B	Pemkab	100	100	100	-	100	74,42	70,33	85,98	
2	7308026	RS Tl.N. DR. M. Yasin Bone	C	TNI-AD	100	100	100	-	44,61	100	45,48	55,95	
3	7308058	RS Hapsah	C	Swaasta	67,06	90,24	100	Lakukan update data Sarana dan Prasarana sampai 100%	50,73	48,78	44,48	48,46	
4	7308059	RS Umum Daerah Datu Pancattana	D	Pemkab	100	100	100	-	55,69	48,84	42,83	50,46	
KAB. LUWU UTARA													
1	7317053	RS Umum Daerah Andi Djemma Masamba	C	Pemkab	100	100	100	-	83,38	79,07	45,39	71,12	
2	7322003	RS Hikmah Masamba	C	Swaasta	100	100	67,84	Lakukan update data Altes sampai 100%	86,04	71,43	52,8	73,14	
3	7322004	RS Hikmah Sejahtera Sukamaju	D	Swaasta	46,11	23,26	0	Lakukan update data Sarana, Prasarana dan Altes sampai 100%	45,6	16,28	0	26,05	
KAB. LUWU													
1	7317075	RS Umum Daerah Batara Guru	C	Pemkab	100	100	100	-	90,67	76,74	43,05	73,6	
2	7317076	RS Hikmah Sejahtera Bolopa	C	Swaasta	71,14	88,37	13,39	Lakukan update data Sarana, Prasarana dan Altes sampai 100%	68,22	65,12	13,39	51,15	
KAB. LUWU TIMUR													
1	7315016	RS Umum Daerah I Legallo	C	Pemkab	100	100	100	-	74,05	76,74	41,01	64,68	
2	7317020	RS Umum Inco Sorowako	C	Swaasta	100	100	85,29	Lakukan update data Altes sampai 100%	77,26	100	42,37	71,34	
KAB. MAROS													
1	7309016	RS Umum Daerah dr. La Palabbi Maros	C	Pemkab	100	100	100	-	78,72	100	63,49	78,41	
2	7309044	RS Ali dr. Dedy Sardipito	C	TNI-AU	100	100	84,05	Lakukan update data Altes sampai 100%	90,09	74,42	43,73	73,05	

Lampiran 3. Output Penelitian II

A. Perspektif Proses Bisnis Internal

1. Angka Kematian di IGD

No	Bulan	Jumlah Kematian	Total Pasien
1	Januari	3	789
2	Februari	7	685
3	Maret	8	680
4	April	10	607
5	Mei	12	968
6	Juni	11	1051
7	Juli	8	873
8	Agustus	8	887
9	Sepetember	10	896
10	Oktober	14	1136

2. Total Seluruh Pasien di IGDTahun 2022

Total Seluruh Pasien di IGD Tahun 2021 = 5894

No	Bulan	Total
1	Januari	789
2	Februari	685
3	Maret	680
4	April	607
5	Mei	968
6	Juni	1051
7	Juli	873
8	Agustus	887
9	September	896
10	Oktober	1136

3. Postoperative Death Rate

Total Pasien yang dioperasi tahun 2021 = 3798

No	Bulan	Jumlah Pasien Operasi Yang Meninggal	Total Pasien Operasi
1	Agustus	0	353
2	September	0	409
3	Oktober	0	397

4. Angka Infeksi Nosokomial (INOS)

No	Bulan	Jumlah Pasien INOS	Total Pasien Dirawat
1	Agustus	0	1610
2	September	0	1611
3	Oktober	0	1704

5. Waktu Tunggu Sebelum Operasi (WTO)

No	Bulan	WTO
1	Agustus	1617 menit/pasien
2	September	1794 menit/pasien
3	Oktober	1631 menit/pasien

6. Emergency Respon Time (ERT)

No	Bulan	Waktu Tunggu Pasien	Total Pasien
1	Agustus	4, 22 menit	887
2	September	4, 34 menit	896
3	Oktober	4, 62 menit	1136

7. Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)

No	Bulan	WTRJ
1	Agustus	103 menit
2	September	95 menit
3	Oktober	118 menit

Penyuluhan Kesehatan : Ada

8. Pertumbuhan Produk Layanan Inovasi

Jumlah Produk layanan inovasi pada tahun berjalan : 2

Jumlah produk layanan inovasi tahun sebelumnya : 0

B. Kepatuhan Fornas

URAIAN	JAN				FEB				MARET				CAPAIAN TRIWULAN I				KET	TARGET
	N	D	N/D	%	N	D	N/D	%	N	D	N/D	%	N	D	N/D	%		
INMRS IX Kepatuhan Penggunaan Formulium Nasional	27.556	31.738	0,87	86,82%	22.875	26.303	0,87	86,97%	23.994	27.630	0,87	86,84%	74.425	85.671	0,86873	86,87%		≥ 80%
URAIAN	APR				MEI				JUN				CAPAIAN TRIWULAN II				KET	TARGET
N	D	N/D	%	N	D	N/D	%	N	D	N/D	%	N	D	N/D	%			
INMRS IX Kepatuhan Penggunaan Formulium Nasional	21.591	24.786	0,87	87,11%	23.170	26.091	0,89	88,80%	31824	35857	0,89	89,75%	75585	86734	0,88299	88%		≥ 80%
URAIAN	JUL				AGST				SEPT				CAPAIAN TRIWULAN III				KET	TARGET
N	D	N/D	%	N	D	N/D	%	N	D	N/D	%	N	D	N/D	%			
INMRS IX Kepatuhan Penggunaan Formulium Nasional	30.619	34.515	0,89	88,71%	31226	35426	0,88	88,14%	34224	38451	0,89	89,01%	96069	108392	0,88631	89%		≥ 80%
URAIAN	OKT				NOV				DES				CAPAIAN TRIWULAN III				KET	TARGET
N	D	N/D	%	N	D	N/D	%	N	D	N/D	%	N	D	N/D	%			
INMRS IX Kepatuhan Penggunaan Formulium Nasional	30.412	34.015	0,89	89,41%	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0	0,0%	0,0%	30412	34015	0,89408	89%		≥ 80%
TARGET ≥ 80%																		

C. Kepatuhan Visite Dokter

INM VII "KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN (DPJP)"																																				
TAHUN 2022																																				
HA BIL	BULAN																								N	D	F									
	JANUARI			FEBRUARI			MARET			APRIL			MEI			JUNI			JULI			AGUSTUS						SEPTEMBER			OKTOBER			NOVEMBER		
BULANAN	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F						
BULANAN	480	528	91%	437	504	87%	483	542	89%	521	577	90%	472	512	92%	5441	6031	90%	4984	5475	91%	5045	5487	92%	5187	5641	92%	5193	5212	89%	0	0	0	0	0	0
TRIWULAN I	N			D			F																													
	1400			1674			89%																													
TRIWULAN II	N			D			F																													
	8434			7120			89%																													
TRIWULAN III	N			D			F																													
	16198			18803			92%																													
TRIWULAN IV	N			D			F																													
	6188			6812			89%																													
SEMESTER I	N			D			F																													
	7834			8894			90%																													
SEMESTER II	N			D			F																													
	20594			22416			89%																													
TAHUNAN	N			D			F																													
	22228			25109			89%																													
TARGET ≥ 80%																																				

D. Pelaporan Hasil Kritis Lab

INM VIII "PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM"																																							
TAHUN 2022																																							
HASIL	BULAN																																						
	JANUARI			FEBRUARI			MARET			APRIL			MEI			JUNI			JULI			AGUSTUS			SEPTEMBER			OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER					
	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F			
BULANAN	109	114	96%	85	85	100%	99	99	100%	102	103	99%	83	86	97%	133	133	100%	120	120	100%	147	147	100%	164	164	100%	53	54	99%									
TRIVULAN I	N			D			F																																
	295			298			98%																																
TRIVULAN II										N			D			F																							
										518			322			99%																							
TRIVULAN III																N			D			F																	
																451			451			100%																	
TRIVULAN IV																						N			D			F											
																						83			84			99%											
SEMESTER I	N						D						F																										
	611						620						99%																										
SEMESTER II																N			D			F																	
																514			515			100%																	
TAHUNAN	N									D									F																				
	1125									1155									99%																				

E. Pertumbuhan Pelayanan

- A. TOTAL KUNJUNGAN IGD TAHUN 2021 = 5910
B. TOTAL KUNJUNGAN IGD TAHUN 2022

NO	BULAN	JUMLAH	JUMLAH PASIEN MENINGGAL DI IGD SETELAH MENDAPAT TINDAKAN
1	AGUSTUS	887	6
2	SEPTEMBER	896	10
3	OKTOBER	1100	14
- A. TOTAL KUNJUNGAN PASIEN RAWAT INAP TAHUN 2021 = 12730
B. TOTAL KUNJUNGAN PASIEN RAWAT INAP TAHUN 2022

NO	BULAN	JUMLAH
1	AGUSTUS	1637
2	SEPTEMBER	1677
3	OKTOBER	1774
- A. TOTAL KUNJUNGAN PASIEN OPERASI TAHUN 2021 = 3098
B. TOTAL KUNJUNGAN PASIEN OPERASI TAHUN 2022

NO	BULAN	JUMLAH
1	AGUSTUS	353
2	SEPTEMBER	409
3	OKTOBER	397
- A. TOTAL KUNJUNGAN RADIOLOGI TAHUN 2021 = 6337
B. TOTAL KUNJUNGAN RADIOLOGI TAHUN 2022

NO	BULAN	JUMLAH
1	AGUSTUS	748
2	SEPTEMBER	806
3	OKTOBER	921
- A. TOTAL KUNJUNGAN LABORATORIUM TAHUN 2021 = 16356
B. TOTAL KUNJUNGAN LABORATORIUM TAHUN 2022

NO	BULAN	JUMLAH
1	AGUSTUS	1793
2	SEPTEMBER	2260
3	OKTOBER	2050
- A. JUMLAH DOKUMEN REKAM MEDIS YANG TELAH DIISI LENGKAP 2 X 24 JAM SETELAH SELESAI PELAYANAN

NO	BULAN	JUMLAH
1	AGUSTUS	315
2	SEPTEMBER	292
3	OKTOBER	294

B. JUMLAH SELURUH DOKUMEN REKAM MEDIS TAHUN 2022

NO	BULAN	JUMLAH
1	AGUSTUS	1557
2	SEPTEMBER	1609
3	OKTOBER	1659
- A. JUMLAH BERKAS RAWAT INAP YANG DIKEMBALIKAN DALAM WAKTU ≤ 24 JAM TAHUN 2022

NO	BULAN	JUMLAH
1	AGUSTUS	621
2	SEPTEMBER	576
3	OKTOBER	582

B. JUMLAH SELURUH BERKAS REKAM MEDIS TAHUN 2022

NO	BULAN	JUMLAH
1	AGUSTUS	1557
2	SEPTEMBER	1609
3	OKTOBER	1659

F. Waktu Tunggu Rawat Jalan

INM V "WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN"																																				
TAHUN 2022																																				
HA BIL	BULAN																																			
	JANUARI			FEBRUARI			MARET			APRIL			MEI			JUNI			JULI			AGUSTUS			SEPTEMBER			OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F				
BULANAN	82	345	24%	84	297	23%	79	354	22%	70	312	22%	83	221	24%	80	270	22%	83	254	21%	70	288	26%	65	287	24%	53	280	20%	0	0	0	0	0	0
TRIWULAN I	N			D			F																													
	245			998			26%																													
TRIWULAN II										N			D			F																				
										188			800			23%																				
TRIWULAN III																N			D			F														
																188			788			24%														
TRIWULAN IV																						N			D			F								
																						63			280			20%								
SEMESTER I	N						D						F																							
	422						1788						24%																							
SEMESTER II																N			D			F														
																241			1048			23%														
TAHUNAN	N									D									F																	
	889									2846									24%																	

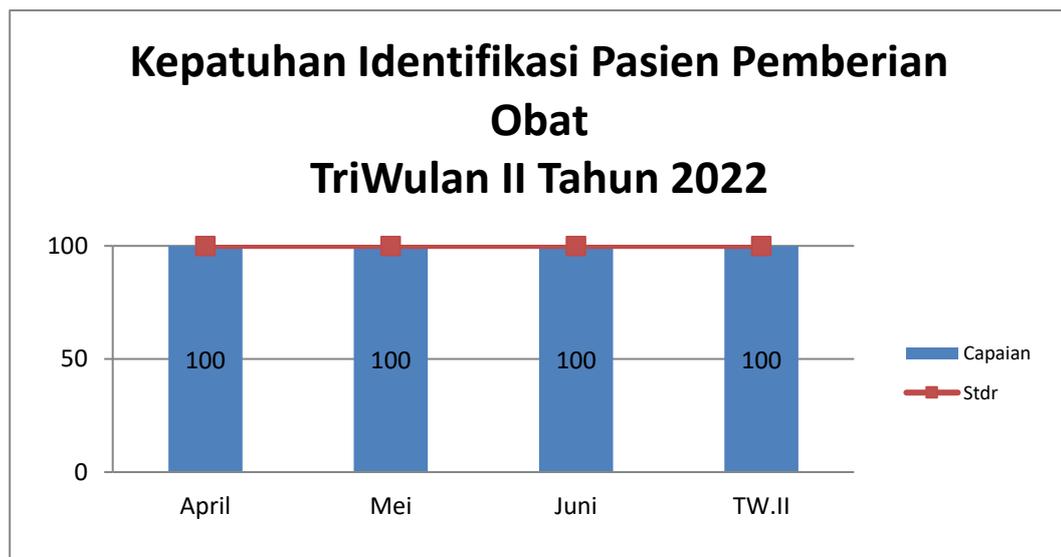
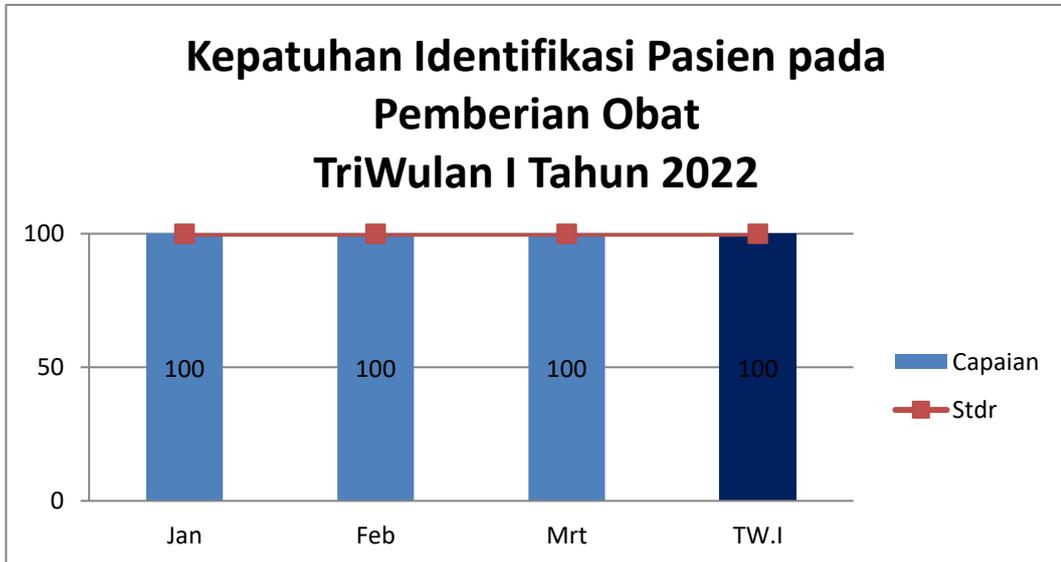
G. Waktu Tunggu Operasi

INM 1V "WAKTU TANGGAP OP. SC EMERGENSI"																																				
TAHUN 2022																																				
HA BIL	BULAN																																			
	JANUARI			FEBRUARI			MARET			APRIL			MEI			JUNI			JULI			AGUSTUS			SEPTEMBER			OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F	N	D	F				
BULANAN	91	95	96%	92	95	97%	125	131	95%	106	110	96%	117	124	94%	1	7	14%	3	9	33%	3	4	75%	3	10	30%	4	22	13%	0	0	0	0	0	0
TRIWULAN I	N			D			F																													
	308			321			98%																													
TRIWULAN II										N			D			F																				
										224			241			93%																				
TRIWULAN III																N			D			F														
																8			23			28%														
TRIWULAN IV																						N			D			F								
																						4			22			18%								
SEMESTER I	N						D						F																							
	632						682						96%																							
SEMESTER II																N			D			F														
																12			46			28%														
TAHUNAN	N									D									F																	
	646									807									90%																	

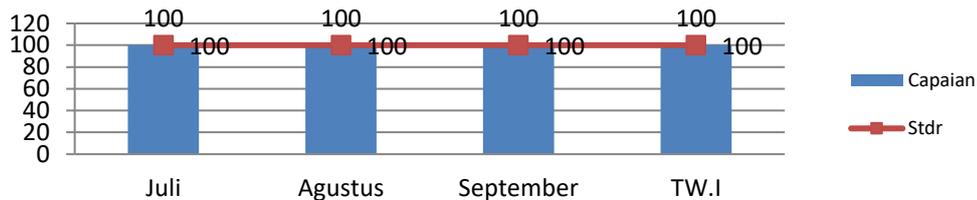
H. Laporan Capaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit

1. Kepatuhan Pelaksanaan Identifikasi Pasien Pada Pemberian Obat
 Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas yang tercantum pada gelang, label atau

bentuk identitas lainnya sebelum memberikan pelayanan sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit.



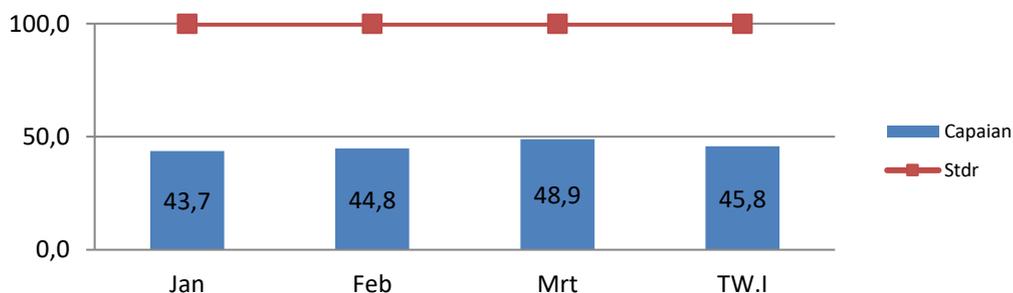
Kepatuhan Pelaksanaan Identifikasi Pasien Triwulan III Tahun 2022

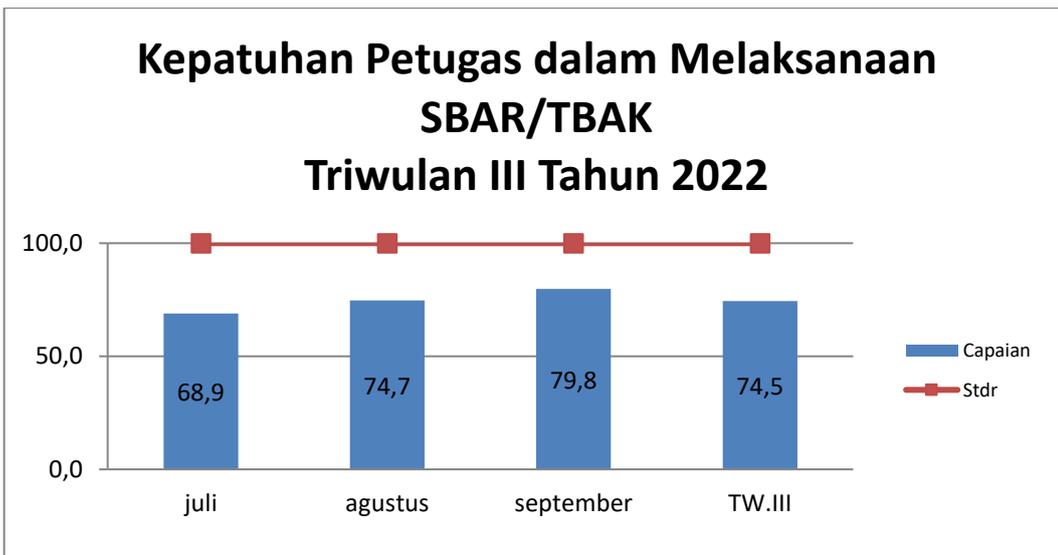
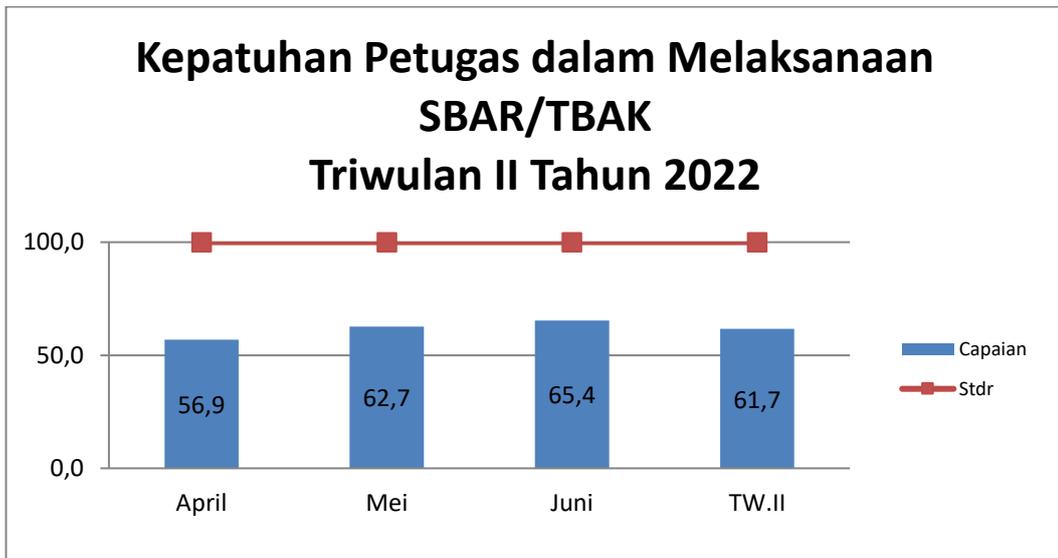


1. Kepatuhan Petugas dalam Melaksanakan Komunikasi Efektif dengan Metode TBAK/SBAR Pasien Tw1 50, tw2 60, tw76,3

SBAR merupakan komunikasi lisan yang dilakukan pada saat serah terima pasien dan pelaporan hasil kritis dengan prosedur, Jika DPJP menyampaikan instruksi secara verbal, terapkan teknik TBAK. TBAK merupakan teknik komunikasi lisan menggunakan telepon dengan menulis, membaca ulang dan melakukan konfirmasi pesan yang diterima oleh pemberi pesan dengan prosedur.

Kepatuhan Petugas dalam Melaksanakan SBAR/TBAK Triwulan I Tahun 2022

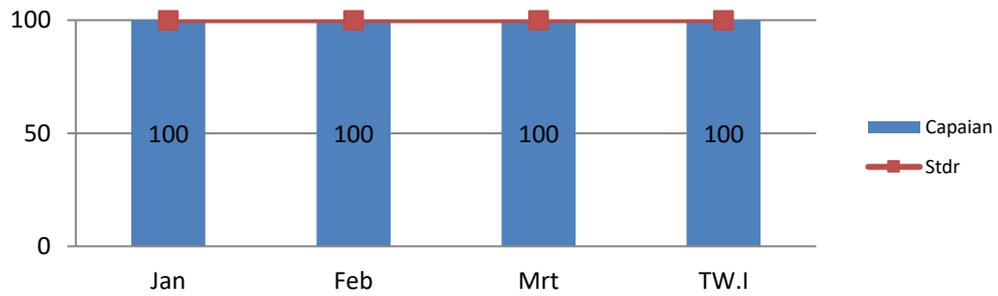




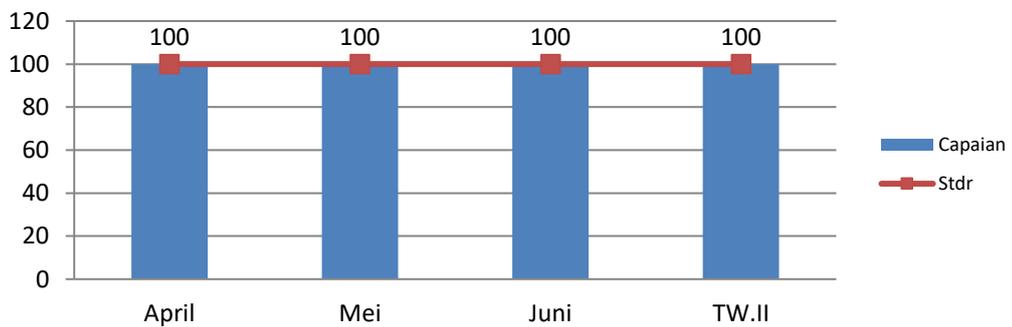
2. Ketepatan Pemberian Obat High Alert yang Harus Diwaspadai 100%

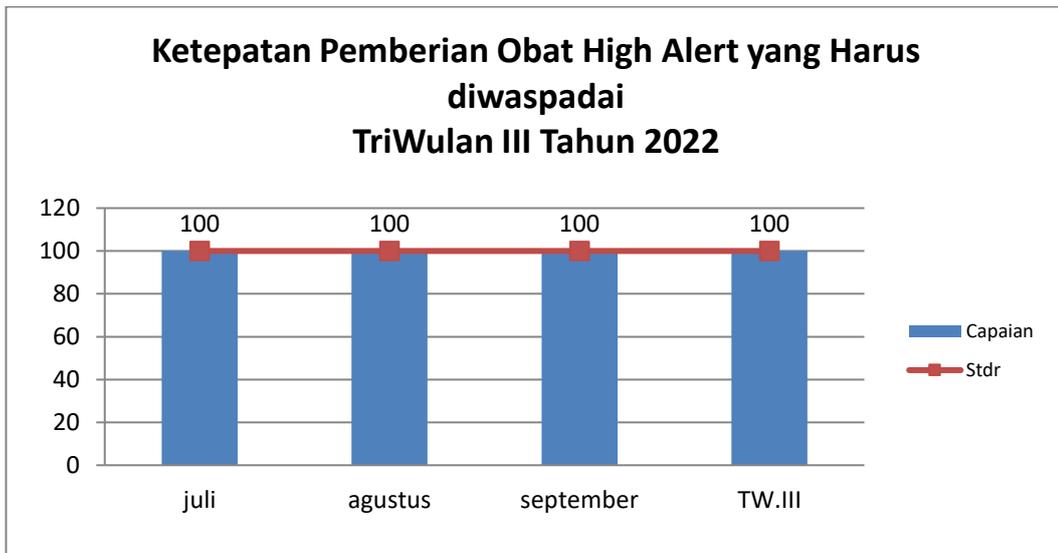
Obat-obatan yang perlu diwaspadai (high alert medication) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius (sentinel event) dan obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (adverse event). Adapun capaian ketepatan pemberian obat ini tercantum dalam diagram berikut:

Ketepatan Pemberian Obat High Alert yang Harus Diwaspadai TriWulan I Tahun 2022



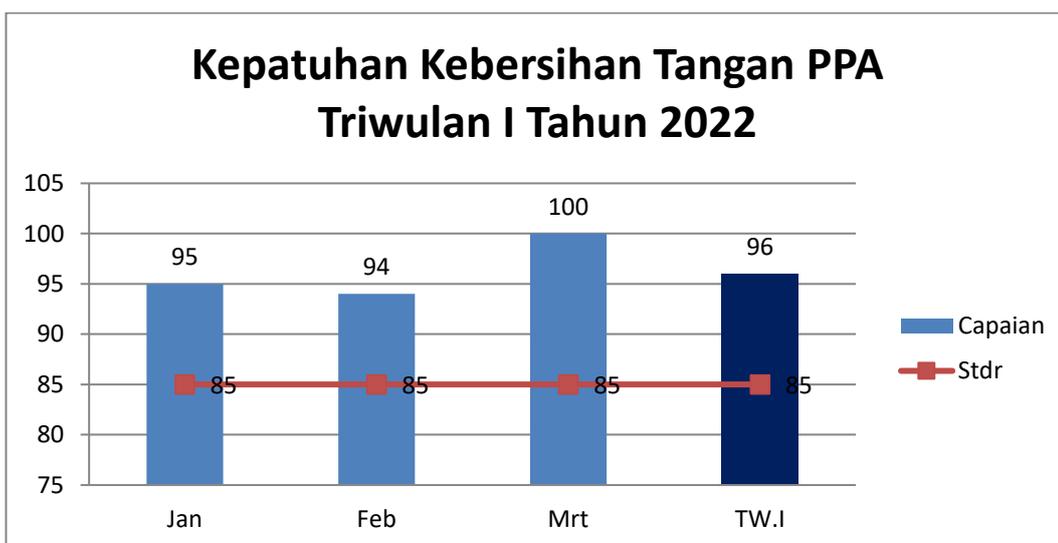
Ketepatan Pemberian Obat High Alert yang Harus diwaspadai TriWulan II Tahun 2022



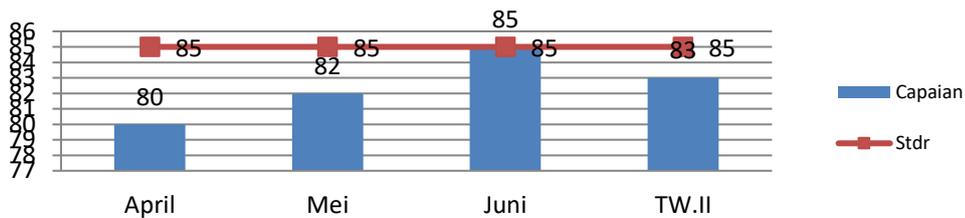


3. Kepatuhan Cuci Tangan PPA

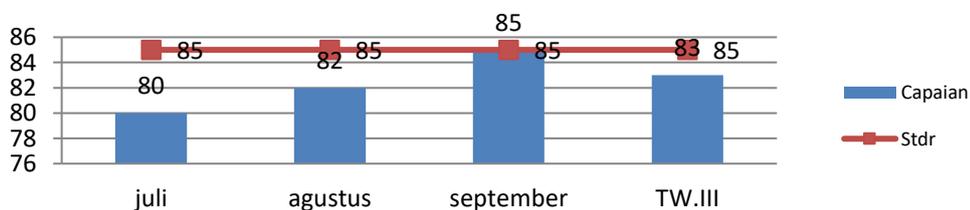
Kepatuhan cuci tangan merupakan salah satu sasaran keselamatan pasien. Kebersihan tangan adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran yang secara kasat mata terlihat dan pengangkatan mikroorganisme transien dari tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir (handwash) dan atau dengan cairan berbasis alcohol (handrub) dengan menggunakan 6 langkah (WHO, 2006). Indikator ini diukur oleh ruang perawatan rawat inap dan rawat jalan.



Kepatuhan Kebersihan Tangan Triwulan II Tahun 2022



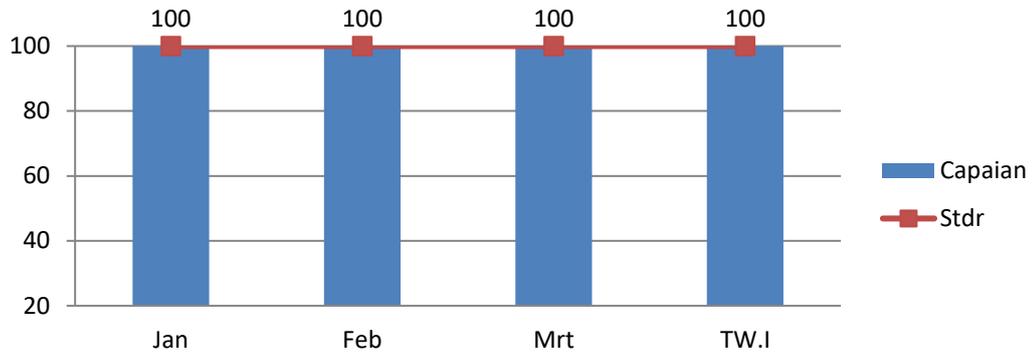
Kepatuhan Cuci Tangan PPA Triwulan III Tahun 2022



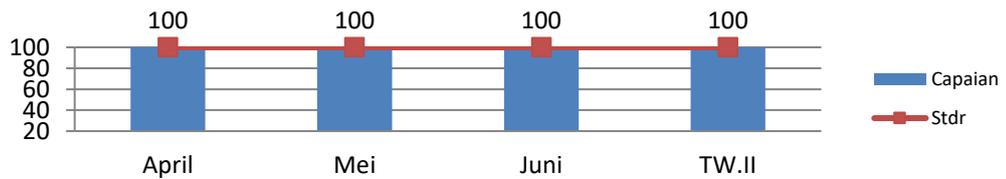
4. Kepatuhan Asesment Risiko Tinggi Jatuh Pasien Rawat Inap

Indikator ini termasuk sasaran keselamatan pasien. Disebut patuh bila melaksanakan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yang beresiko sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh RS. Upaya pencegahan jatuh meliputi screening di rawat jalan/ IGD, assesmen awal risiko jatuh, assesmen ulang risiko jatuh dan edukasi pencegahan pasien jatuh.

**Kepatuhan Assesment Risiko Tinggi Jatuh Pasien
Rawat Inap
TriWulan I Tahun 2022**



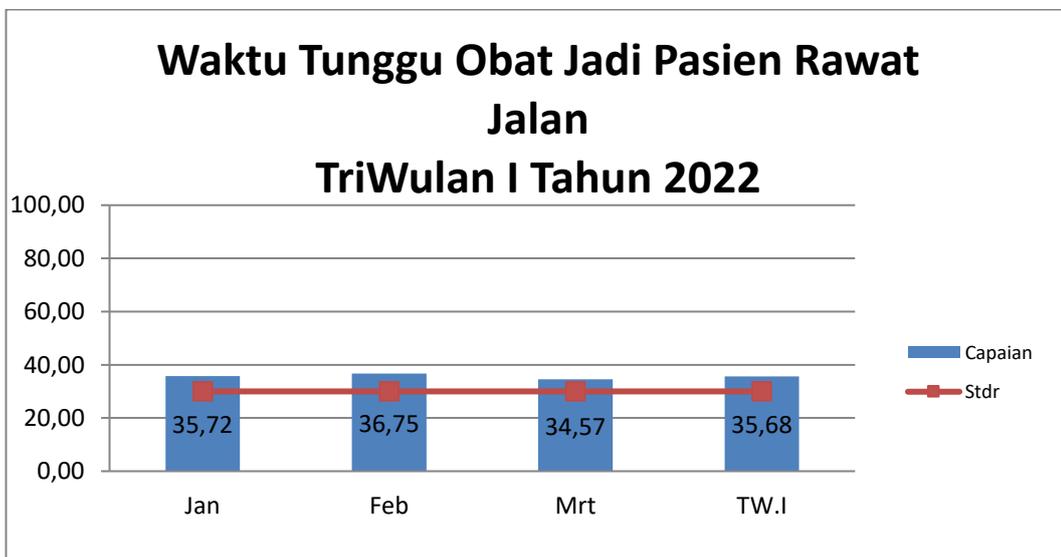
**Kepatuhan upaya pencegahan risiko
Pasien Jatuh Rawat Inap
TriWulan II Tahun 2022**



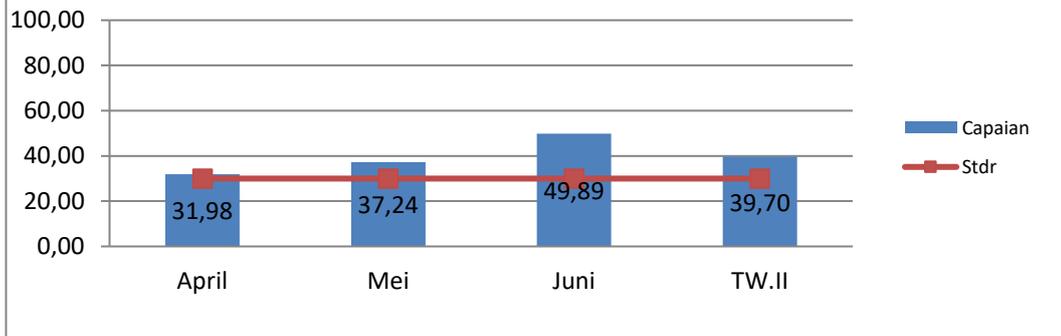


5. Waktu Tunggu Obat Jadi Pasien Rawat Jalan

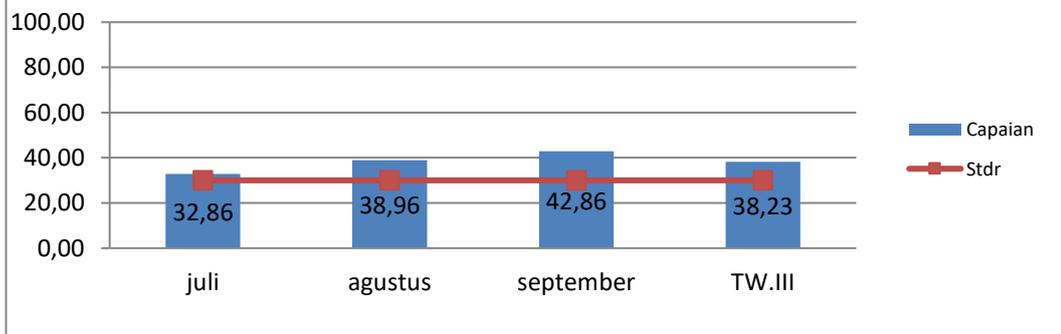
Waktu Tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi. Capaian Indikator Mutu Unit Farmasi digambarkan dalam grafik berikut ini :



Waktu Tunggu Obat Jadi Pasien Rawat Jalan TriWulan I Tahun 2022



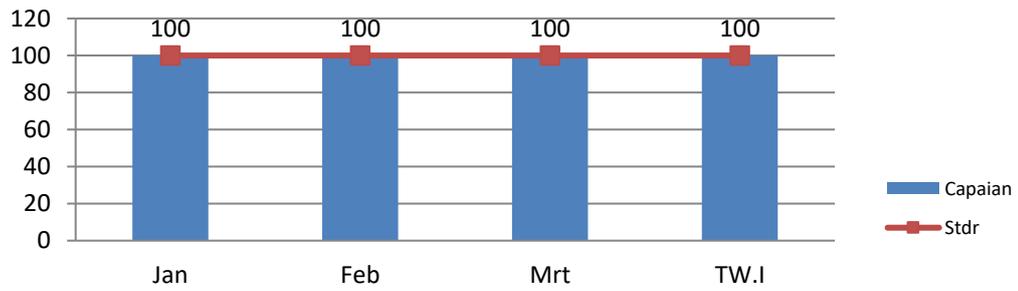
Waktu Tunggu Obat Jadi Pasien Rawat Jalan TriWulan III Tahun 2022



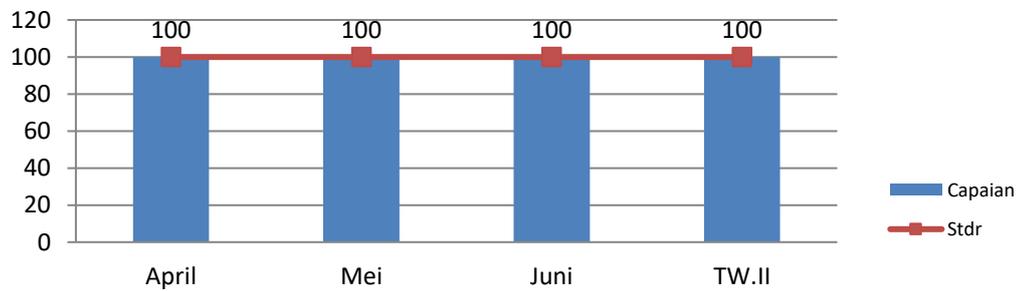
6. Emergency Respon Time Pasien Trauma (Bedah dan Ortopedi) 97, 98, 100

Emergency Respon Time adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dilakukan *triage* di IGD Umum sampai mendapat pelayanan dokter. *Triage* adalah usaha pemilihan pasien sebelum ditangani berdasarkan tingkat kegawatdaruratan/ trauma/ penyakit dengan mempertimbangkan prioritas penanganan dan sumber daya yang ada. Mengetahui waktu tanggap yang dibutuhkan mulai pasien dilakukan *triage* di IGD Umum sampai mendapat pelayanan dokter.

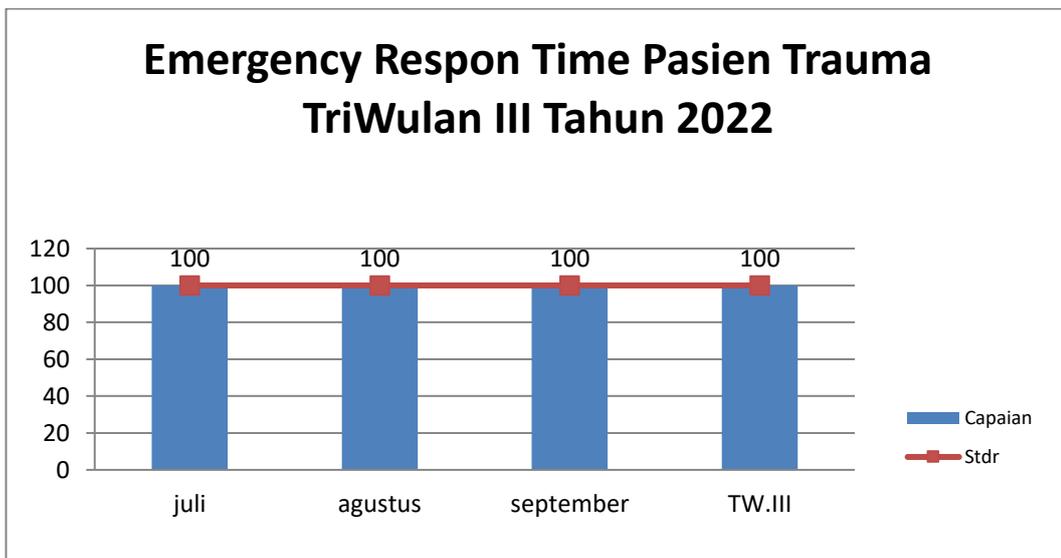
Emergency Respon Time Pasien Taruma TriWulan I Tahun 2022



Emergency Respon Time Pasien Taruma TriWulan I Tahun 2022



Emergency Respon Time Pasien Trauma TriWulan III Tahun 2022



I. Data Kinerja RSUD Tenriawaru Bone

NO	BUAN	BOR (%) VIP	BOR (%) KELAS I	BOR (%) KELAS II	BOR (%) KELAS III	BTD (KALI) 40-50	LOS (HARI) 6-9	GOR (%) 1-3	NDR % <45	RATA-RATA KUNYUNGAN RAWAT INAP(HARI)	RATA-RATA KUNYUNGAN RAWAT JALAN(HARI)	JML PASIEN KELUAR			JML HARI RAWAT	JML LAMA RAWAT	JML TT KESELU RUHAN	JML TT VIP	JML TT KELAS I	JML TT KELAS II	JML TT PELAKSIAN AN	JML HARI * TT	JML HARI * TT - JML HARI RAWAT	JML FX KESELURU HAN	JML HARI * TT KELAS I	JML HARI * TT KELAS II	JML HARI * TT KELAS III	JML HARI * TT KELAS II	JML HARI * TT KELAS III	JML HARI * TT KELAS II						
												<48 JAM	48-72 JAM	>72 JAM																						
1	JANUARI	51	51	38	90	41	4	3	5	50	27	42	327	1226	29	35	1290	4235	4267	335	12	78	32	93	31	10385	6150	64	372	188	2418	464	592	372	2883	2581
2	FEBRUARI	33	19	28	76	35	4	3	5	34	17	43	199	1170	21	20	1211	3286	3638	335	12	78	32	93	28	9580	6094	41	336	111	2184	420	896	250	2604	1969
3	MARET	33	17	28	63	32	4	3	5	42	15	42	185	1244	35	20	1299	3338	3571	335	12	78	32	93	31	10385	7047	55	372	122	2418	400	592	277	2883	1812
4	APRIL	39	19	28	63	30	3	3	6	45	20	39	120	1114	30	23	1167	3064	3479	335	12	78	32	93	30	10050	6868	53	360	140	2340	450	560	368	2790	1767
5	MEL	51	27	44	86	41	5	3	4	37	12	49	215	1454	38	18	1510	4224	4297	335	12	78	32	93	31	10385	6161	56	372	189	2418	654	592	432	2883	2473
6	JUNI	63	29	50	105	49	5	3	3	34	18	59	189	1707	28	32	1767	4876	5472	335	12	78	32	93	30	10050	5174	60	360	227	2340	688	560	476	2790	2939
7	JULI	57	28	48	87	43	5	3	4	46	21	50	188	1489	39	32	1560	4434	4802	335	12	78	32	93	31	10385	5931	71	372	211	2418	686	592	474	2883	2510
8	AGUSTUS	57	28	49	103	47	5	3	3	43	20	53	192	1567	38	32	1657	4834	5132	335	12	78	32	93	31	10385	5551	70	372	212	2418	673	592	489	2883	2960
9	SEPTEMBER	78	28	41	98	50	5	3	3	36	20	56	214	1617	26	34	1677	4711	5159	313	12	78	32	93	30	9590	4679	60	360	280	2340	663	560	396	2790	2724
10	OKTOBER	51	34	37	99	52	6	3	3	37	15	57	192	1709	39	26	1774	5092	5379	313	12	78	32	93	31	9709	4611	65	372	190	2418	823	592	370	2883	2842
11	NOVEMBER	52	29	54	106	64	6	3	2	46	23	58	198	1654	39	40	1733	6037	5237	313	12	78	32	93	30	9590	3353	79	360	188	2340	677	560	516	2790	2963
12	DESEMBER	48	26	44	111	51	6	3	3	41	22	56	202	1679	33	38	1750	4977	5343	313	12	78	32	93	31	9709	4726	71	372	178	2418	634	592	436	2883	3196
	TAHUN 2022	51	25	41	91	46	59	3	3	41	19	50	226	17630	395	350	18375	53108	55776	313	12	78	32	93	365	114245	61137	745	4380	2236	28470	7212	11680	4756	33945	30736

J. Lampiran Perspektif Pelanggan

1. Kepuasan Pasien

NO	BULAN	PRESENTASE
1	MEI-JUNI	91%
2.	JULI	93%
3.	AGUSTUS	92%
4.	SEPTEMBER	90%
5.	OKTOBER	93%

2. Kepuasan Pegawai

NO	BULAN	PRESENTASE
1	MEI-JUNI	92%
2.	JULI	93%
3.	AGUSTUS	92%
4.	SEPTEMBER	92%
5.	OKTOBER	93%

3. Jumlah Komplain = 2

Jumlah komplain ya direspon = 2

4. Patient Experience

Tabel 1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan variabel pengalaman pasien di

	Variabel Penelitian	Frekuensi (n)	Persentasi (%)
1	Pengalaman Pasien		
	a. Baik	96	96
	b. Kurang Baik	4	4

Tabel 2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan dimensi pengalaman pasien

No	Dimensi Pengalaman Pasien	Frekuensi (n)	Persentasi (%)
1	Komunikasi Perawat		
	a. Baik	92	92
	b. Kurang Baik	8	8
2	Komunikasi Dokter		
	a. Baik	93	93
	b. Kurang Baik	7	7
3	Responsif		
	a. Baik	75	75
	b. Kurang Baik	25	25
4	Kenyamanan Fisik		
	a. Baik	81	81
	b. Kurang Baik	19	19
5	Kontrol rasa nyeri		
	a. Baik	97	97
	b. Kurang Baik	3	3
6	Komunikasi tentang obat		
	a. Baik	77	77
	b. Kurang Baik	23	23
7.	Informasi Kepulangan		
	a. Baik	83	83
	b. Kurang Baik	17	17
	Total	100	100

K. Lampiran Perspektif Keuangan

	URAIAN		NILAI	%	
	RASIO PERPUTARAN PIUTANG				
	PENJUALAN KREDIT BERSIH (PENDAPATAN DENGAN KLAIM)		69.367.651.305	9,61	PERPUTARAAN PIUTANG 9 KALI DALAM SETAHUN
	PIUTANG RATA-RATA		7.215.468.571		
1	PERIODE PERPUTARAN PIUTANG				
	JUMLAH HARI		360	37,45	perhitungan diperoleh rata-rata periode penagihan piutang adalah 37 hari.
	PERPUTARAN PIUTANG		10		
2	IMBALAN JASA ASET TETAP (RETURN ON FIXED ASSET)				
	SURPLUS / DEFISIT SEBELUM POS KEUANTUNGAN / KERUGIAN	X 100%	(3.541.054.693)	-1,9%	
	ASET TETAP		185.478.334.353		
3	IMBALAN EKUITAS (RETURN ON EQUATY)				
	SURPLUS / DEFISIT SEBELUM POS KEUANTUNGAN / KERUGIAN	X 100%	(3.541.054.693)	-1,9%	
	EKUITAS		188.771.807.808		
4	RASIO KAS (CASH RATIO)				
	KAS DAN SETARA KAS	X 100%	979.417.746	9,4%	
	KEWAJIBAN JANGKA PENDEK		10.401.989.057		
5	RASIO LANCAR (CURRENT RATIO)				
	ASET LANCAR	X 100%	12.369.572.929	118,9%	
	KEWAJIBAN JANGKA PENDEK		10.401.989.057		
6	DEBT TO ASSET RATIO (DAR)				
	TOTAL UTANG	X 100%	10.401.989.057	5,2%	
	TOTAL ASET		199.173.796.865		
7			75.924.943.115	40,9	
	aset tetap=		185.478.334.353		
8	TANGGAL LAPORAN KEUANGAN				
	LAPORAN KEUANGAN SEMESTER		9 Juli 2021		
	LAPORAN KEUANGAN TAHUNAN (UNAUDITEED)		24 Januari 2022		
	LAPORAN KEUANGAN TAHUNAN (AUDITEED)		12 Februari 2022		
9	SP3B				
	Laporan SP3B BLUD Triwulan I, apakah tepat waktu dan saldo kas telah sesuai?			Ya	
	Laporan SP3B BLUD Triwulan II, apakah tepat waktu dan saldo kas telah sesuai?			Ya	
	Laporan SP3B BLUD Triwulan III, apakah tepat waktu dan saldo kas telah sesuai?			Ya	
	Laporan SP3B BLUD Triwulan IV, apakah tepat waktu dan saldo kas telah sesuai?			Ya	
11	SISTEN AKUNTANSI				
	Apakah menggunakan system akuntansi keuangan, biaya, dan perhitungan asset tetap dalam menyusun laporan keuangan?				
	Ya				

12	PERSETUJUAN REKENING Apakah sudah mendapatkan persetujuan dari kuasa BUN pusat terkait : Rekening Operasional penerimaan dan pengeluaran (tapi tidak terpisah)				
13	KETEPATAN WAKTU PENERIMAAN JASA LAYANAN Rata-rata waktu penerimaan jasa pelayanan (25 - 30 hari)				
14	KONSISTENSI PERENCANAAN PENGANGGARAN DAN PELAKSANAAN Jumlah program atau kegiatan yang terlaksana sesuai perencanaan Total jumlah program atau kegiatan yang dilaksanakan	6 6			
15	PERTUMBUHAN PENDAPATAN Pendapatan tahun sekarang Pendapatan tahun sebelumnya	75.924.943.115 90.648.725.720			
16	SOP PENGELOLAAN KAS	Ya			
17	SOP PENGELOLAAN PIUTANG	Ya			
18	SOP PENGADAAN BARANG DAN JASA	Ya			
19	SOP PENGELOLAAN BARANG INVESTASI	Ya			

1. Rencana Bisnis Anggaran : RBA ditandatangani oleh Direktur RS dan disahkan oleh dewan pengawas
2. Tarif layanan : ditetapkan dalam PERDA yang disahkan oleh Bupati
3. Untuk SOP pengelolaan kas, Piutang, Pengadaan Barang dan Jasa serta barang inventaris tidak ada akan tetapi tetap kandalam PERBUP
4. Rasio PNPB terhadap biaya operasional :

$$\frac{\text{Pendapatan PNBPN}}{\text{Biaya Operasional}} \times 100\%$$

$$\frac{75.924.943.115 \times 100}{69.185.051.300} = 105\%$$

L. Tabel Korespondensi

No	Koresponden	Masukan
1.	Direktur	"Dari hasil yang sudah dipaparkan, masih ada perbaikan dari beberapa aspek, ke depan kami akan evaluasi untuk menerapkan program proper lingkungan dan green hospital, serta fokus pada aspek aspek yang belum memenuhi standar lainnya, intinya kita inginkan yang terbaik untuk keberlangsungan rumah sakit kita"
2.	Wadir	"Terima kasih atas informasi yang sangat penting ini, saya kira kita akan membenahi system IT kita untuk terintegrasi di segala unit, Insya Allah step by step"
3	Wadir	"Baik, Masukan saya kita perlu evaluasi secara menyeluruh khususnya untuk aspek keuangan, agar kiranya laporan yang masuk dapat menjadi evaluasi renstra untuk pengembangan rumah sakit"
4	Wadir	"Dari segi pelayanan, tentu saja kami akan selalu mengingatkan kepada seluruh pegawai untuk memberikan pelayanan prima, agar supaya pasien merasa puas atas kinerja pegawai"
5	Kabid	"Terima kasih, kami akan mengupdate informasi terkini di bidang kesehatan, jadi kami akan terus mengirim staf dan manajemen untuk mengupdate ilmunya melalui pelatihan yang terupdate juga tentunya"
6	Kabid	"Tentunya Reward dan punishment bisa kita galakkan kembali, untuk bisa memberikan motivasi dan meningkatkan kinerja para pegawai kita, kalau perlu ada reward bulanan maupun tahunan"
7	Kabag	"Saya kira kita harus memulai menyusun secara rapi kegiatan kita diluar untuk masuk menjadi program CRM, supaya kita bisa evaluasi, bagus juga ini untuk akreditasi rumah sakit kita"
8	Kepala Case mix	"Sebenarnya kadang ada beberapa kendala dalam klaim BPJS, tapi itu akan terus kita perbaiki agar pencairannya cepat sehingga bisa melancarkan segala kebutuhan rumah sakit"
9	Kepala instalasi	"Alhamdulillah di lapangan, kita jarang mendengar dan mendapatkan laporan terkait insiden keselamatan pasien, akan tetapi hasil dari budaya patient safety kita masih dibawah standar, saya kira akan kita evaluasi ke depannya"

Lampiran 3. *Curriculum vitae*



A. Data Pribadi

1. Nama : Rina
2. Tempat, tanggal lahir : Watampone, 19 November 1981
3. Alamat : Jl. Hos Cokroaminoto, Watampone
4. Kewarganegaraan : Indonesia
5. No. Telepon/Hp : 081353375868
6. Alamat email : rinaayyub@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. Tamat SD tahun 1994 di Inpres 6/75 Watampone
2. Tamat SMP tahun 1997 di Pesantren Pondok Madinah Makassar
3. Tamat SMA tahun 2000 di SMA Islam Athirah Makassar
4. Sarjana (S1) Pendidikan Dokter Umum tahun 2008 di Universitas Muslim Indonesia

C. Pekerjaan dan Riwayat Pekerjaan

1. Dokter PTT PKM Tanah Batue Kab. Bone tahun 2008
2. Dokter PTT PKM Tellu Siattingge Kab. Bone tahun 2009
3. Dokter Umum RSUD Tenriawaru Kab Bone tahun 2009 – Sekarang
4. Plt Kasie Pelayan Medik RSUD Tenriawaru Kab. Bone tahun 2019-2020
5. Kepala Bidang Pelayanan Medik RSUD tenriawaru kab. Bone tahun 2020-Sekarang.