

LAPORAN INDIKATOR MUTU DAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN TRIWULAN I 2026



KMRS

RSUD dr. SOEDIRAN MANGUN SUMARSO

Jl. Jend. A. Yani no 40 Wonogiri

Telp. 0273 - 321008 / Fax : 0273 - 321042

email : rsud.soediran@gmail.com

KAMI SIAP MELAYANI DENGAN SEPENUH HATI



Rsud Soediran
Mangun Sumarso



@rsudsoediranms



@rsudsoediranms.wonogiri



rsud.wonogirikab.go.id

**LAPORAN
INDIKATOR MUTU
DAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN
TRIWULAN I 2026**



**RSUD dr. SOEDIRAN MANGUN SUMARSO
KABUPATEN WONOGIRI
2026**

KATA PENGANTAR

Puji Tuhan atas tersusunnya laporan integrasi Indikator Mutu dan laporan Insiden Keselamatan Pasien Triwulan I 2026, meskipun belum sesuai harapan dalam waktu pelaporannya. Ada perubahan terkait isi Indikator Mutu yang dilaporkan dibandingkan pada Triwulan sebelumnya. Pelaporan Indikator Mutu berdasarkan standar akreditasi dari Kemenkes RI. Indikator Mutu yang dilaporkan terdiri dari Indikator Nasional Mutu yang sudah ditetapkan oleh Kemenkes RI juga merupakan pelaporan eksternal, Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit yang ditetapkan rumah sakit dan Indikator Mutu Prioritas Unit yang merupakan Indikator Mutu dipilih oleh unit / ruang / instalasi / bagian dengan tujuan untuk perbaikan.

Sudah ada kemajuan dalam pelaporan hasil capaian dengan metode statistik disertai analisa dan tindak lanjut yang sudah dijalankan dibandingkan dengan waktu pelaporan sebelumnya. Walaupun memang belum terwujud maksud dan tujuan dari pelaporan indikator mutu tersebut. Perbaikan waktu pelaporan maupun tujuan Indikator mutu ini tidak lepas dari peran serta keaktifan penanggung jawab data di masing-masing unit / ruang / instalasi / bagian. Perbaikan ini diharapkan terus meningkat sesuai dengan jadwal pelaporan yang sudah ditetapkan.

Untuk laporan Insiden Keselamatan Pasien ini merupakan laporan internal sementara sentinel maupun KTD bila ditemukan dilaporkan tersendiri. Laporan integrasi ini dilaporkan dalam kurun waktu tiap triwulan untuk integrasi laporan dengan manajemen risiko tiap semester.

Demikian laporan ini kami susun, namun demikian kami juga menyadari bahwa laporan ini masih banyak kekurangan, untuk itu kami selalu membuka diri untuk masukan dan kritikan demi sempurnanya laporan ini selanjutnya berdampak untuk peningkatan mutu dan keselamatan rumah sakit.

Wonogiri, 13 April 2026

Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	I
DAFTAR ISI	II
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
<i>A. LATAR BELAKANG.....</i>	<i>1</i>
<i>B. TUJUAN.....</i>	<i>1</i>
<i>1. Tujuan Umum</i>	<i>1</i>
<i>2. Tujuan Khusus.....</i>	<i>1</i>
<i>C. DEFINISI OPERASIONAL.....</i>	<i>1</i>
<i>I. Ukuran dalam Indikator Mutu Nasional, meliputi 13 Indikator Nasional Mutu:.....</i>	<i>1</i>
<i>1. PPI, Surveilans dan Pelaporan: Kepatuhan Kebersihan Tangan.....</i>	<i>1</i>
<i>2. PPI, Surveilans dan Pelaporan: Kepatuhan Penggunaan APD</i>	<i>3</i>
<i>3. Upaya Keselamatan Pasien : Kepatuhan Identifikasi Pasien.....</i>	<i>3</i>
<i>4. Pelayanan bedah: Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi</i>	<i>3</i>
<i>5. Pelayanan Rawat Jalan : Waktu Tunggu Rawat Jalan.....</i>	<i>4</i>
<i>6. Pelayanan bedah : Penundaan Operasi Elektif.....</i>	<i>4</i>
<i>7. Pelayanan Rawat Inap : Kepatuhan Waktu Visite Dokter</i>	<i>4</i>
<i>8. Pelayanan Laboratorium dan BDRS : Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium.....</i>	<i>4</i>
<i>9. Pelayanan medis terkait farmasi : Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional.....</i>	<i>5</i>
<i>10. Prosedur Terapi : Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway).....</i>	<i>5</i>
<i>11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh.....</i>	<i>5</i>
<i>12. Manajemen risiko : Kecepatan Waktu Tanggap Komplain.....</i>	<i>5</i>
<i>13. Harapan Dan Kepuasan Pasien dan Keluarga : Kepuasan Pasien.....</i>	<i>6</i>
<i>II. Ukuran dalam Indikator Mutu Rumah Sakit meliputi 11 Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit:.....</i>	<i>6</i>
<i>A. Indikator Mutu Pelayanan Klinis.....</i>	<i>6</i>
<i>1. Pelayanan IGD: Prosentasi Pasien On HD readmisi < 1 bulan.....</i>	<i>6</i>
<i>B. Indikator Sesuai Tujuan Strategi RS.....</i>	<i>6</i>
<i>2. Pelayanan CSSD : Ketersediaan Set Instrumen Steril Tindakan Bedah.....</i>	<i>6</i>
<i>C. Indikator Terkait Perbaikan Sistem.....</i>	<i>7</i>
<i>3. Prosedur Pelayanan IGD : Waktu tunggu pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap ≤ 6 jam.....</i>	<i>7</i>
<i>D. Indikator terkait Manajemen Risiko.....</i>	<i>7</i>
<i>4. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat: Kekosongan obat di Instalasi Farmasi.....</i>	<i>7</i>
<i>E. Indikator terkait penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran</i>	<i>7</i>
<i>5. Pendidikan dan Pelatihan : Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik.....</i>	<i>7</i>
<i>F. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien.....</i>	<i>7</i>
<i>6. Identifikasi Pasien: Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Proses Distribusi Makan Pasien Rawat Inap</i>	<i>7</i>
<i>7. Peningkatan Komunikasi yang efektif : Kepatuhan Verifikasi dengan pengisian TBK 1 x 24 jam oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) pada e-Rekam Medis (e-RM).....</i>	<i>7</i>
<i>8. Peningkatan keamanan obat-obatan : Kepatuhan Pengecekan Ganda Obat High Alert di Rawat Inap</i>	<i>7</i>
<i>9. Kepastian lokasi pembedahan, prosedur dan pembedahan pada pasien yang benar : Dilakukannya Site Marking operasi.....</i>	<i>8</i>
<i>10. Pengurangan risiko infeksi akibat perawatan kesehatan : Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Bundle Hais Phlebitis.....</i>	<i>8</i>
<i>11. Pengurangan risiko cedera akibat jatuh : Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pada Pasien Instalasi Rawat Jalan.....</i>	<i>9</i>
<i>III. Ukuran dalam Indikator Mutu Rumah Sakit meliputi 20 Indikator Mutu Prioritas Unit:.....</i>	<i>9</i>
<i>1. Pelayanan IGD: Angka Kelengkapan Asesmen Awal Gawat Darurat di IGD.....</i>	<i>9</i>
<i>2. Pelayanan Instalasi Rawat Inap : Ketidaklengkapan pengkajian awal pasien rawat inap lebih dari 1x24 jam setelah pasien masuk. (Medis).....</i>	<i>9</i>
<i>3. Prosedur Pelayanan Bedah : Kelengkapan Persetujuan Tindakan Pembedahan.....</i>	<i>9</i>
<i>4. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan : Kepatuhan waktu kedatangan DPJP Rawat Jalan sesuai jadwal praktik.....</i>	<i>9</i>
<i>5. Pelayanan IKK : Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada bayi baru lahir.....</i>	<i>9</i>
<i>6. Pelayanan HD : Prosentase Perawat Pemberi Pelayanan HD di Instalasi HD Bersertifikat Perawat Mahir Dialysis.....</i>	<i>9</i>
<i>7. Manajemen risiko pelayanan di ICU : Angka Mortalitas Pelayanan Intensif</i>	<i>10</i>
<i>8. Pelayanan Laboratorium : Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium pasien rawat jalan.....</i>	<i>10</i>

9. Manajemen Instalasi Radiodiagnostik Imaging dan Radiologi Intervensional : Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan Instalasi Radiodiagnostik Imaging dan Radiologi Intervensional.....	10
10.Manajemen Rekam Medik : Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medik 1 x 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan Rawat Inap.....	10
11.PPI, Surveilans dan Pelaporan: Phlebitis	10
12.Pelayanan Gizi : Perhitungan Sisa Makanan.	10
13.Manajemen IPSRS : Angka Kegagalan Suplai Listrik Pengganti/Cadangan	10
14.K3 : Gangguan Keamanan, Keselamatan dan Kenyamanan	11
15.Manajemen Penggunaan Sumber Daya : Angka Hasil Cuci Tidak Sesuai Standar Linen Bersih.....	11
16.Ketidaksesuaian Kelengkapan Set Instrumen yang Disterilisasi (CSSD).....	11
17.Administrasi dan manajemen : Waktu Tunggu Tagihan Pembayaran Pasien Rawat Inap....	11
18.PPRA : Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik	11
19.Pelayanan Fisioterapi : Kejadian luka bakar akibat pemakaian modalitas fisioterapi yang menghasilkan efek thermal.....	11
20.Prosedur Pelayanan Farmasi : Waktu tunggu resep obat jadi < 30 Menit di Depo Farmasi Rawat Jalan	11
D. INSIDEN KESELAMATAN PASIEN.....	12
I. Definisi Operasional.....	12
BAB II.....	14
PEMBAHASAN	14
A. LAPORAN INDIKATOR MUTU.....	14
I. INDIKATOR NASIONAL MUTU.....	14
1. Kepatuhan Kebersihan Tangan.	14
2. Kepatuhan Penggunaan APD	15
3. Kepatuhan Identifikasi Pasien	17
4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi.....	19
5. Waktu Tunggu Rawat Jalan.	20
6. Penundaan Operasi Elektif	21
7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter.....	23
8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium.....	24
9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	26
10.Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	27
11.Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh.....	29
12.Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	30
13.Kepuasan Pasien	32
II. INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT.....	33
A. Indikator Mutu Pelayanan Klinis	33
B. Indikator Sesuai Tujuan Strategis	34
C. Indikator Terkait Perbaikan Sistem.....	37
D. Indikator Terkait Manajemen Risiko.....	39
E. Indikator Mutu Penelitian Klinis dan Program Pendidikan Kedokteran	41
F. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien.....	43
III. INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT.....	54
1. Angka Kelengkapan Asesmen Awal Gawat Darurat di IGD.....	54
2. Ketidaklengkapan Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Lebih Dari 1x24 Jam Setelah Pasien Masuk (Medis).....	56
3. Kelengkapan Persetujuan Tindakan Pembedahan	57
4. Kepatuhan Waktu Kedatangan DPJP Rawat Jalan Sesuai Jadwal Praktik	59
5. Kejadian Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada Bayi Baru Lahir	61
6. Prosentase Perawat Pemberi Pelayanan HD di Instalasi HD Bersertifikat Perawat Mahir Dialysis.....	63
7. Angka Mortalitas Pelayanan Intensif.....	65
8. Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pasien Rawat Jalan	66
9. Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Instalasi Radiodiagnostik Imaging dan Radiologi Intervensional.....	68
10.Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medik 1x24 Jam Setelah Selesai Pelayanan Rawat Inap	69
11.Phlebitis	71
12.Perhitungan Sisa Makanan.....	72
13.Angka Kegagalan Suplai Listrik Pengganti/Cadangan	74
14.Gangguan Keamanan, Keselamatan dan Kenyamanan	75
15.Angka Hasil Cuci tidak Sesuai Standar Linen Bersih.....	77
16.Ketidaksesuaian Kelengkapan Set Instrumen yang Disterilisasi.....	79
17.Waktu Tunggu Tagihan Pembayaran Pasien Rawat Inap	80
18.Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik	82

19. Kejadian luka bakar akibat pemakaian modalitas fisioterapi yang menghasilkan efek thermal84

20. Waktu Tunggu Resep Obat Jadi < 30 Menit di Depo Farmasi Rawat Jalan86

B. LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN..... 88

I. Analisis data Insiden Keselamatan Pasien..... 89

II. Tindak Lanjut..... 90

BAB III 91

PENUTUP 91

A. HASIL..... 91

B. KESIMPULAN..... 93

1. Hasil capaian indikator mutu sesuai standar..... 93

2. Hasil capaian indikator mutu belum sesuai standar..... 94

LAMPIRAN 96

BENCHMARK..... 96



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Peningkatan mutu merupakan proses manajemen internal yang bersifat dinamis dan menyeluruh pada semua organ di rumah sakit. Sejalan dengan hal tersebut maka tata cara kelembagaan sudah seharusnya disiapkan dengan mengedepankan pemenuhan kebutuhan pelanggan, stake holder, pesaing, serta kebutuhan internal rumah sakit. Berbagai upaya peningkatan mutu di rumah sakit telah dilaksanakan dengan mengacu pada standar yang telah ditetapkan oleh pemerintah serta memperhatikan rujukan dari kinerja Rumah Sakit BLUD yang semua indikator saling berkaitan dan banyak variasinya. 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 RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso. Dukungan pimpinan rumah sakit memegang peran penting demi mewujudkan maksud dan tujuan dalam pemilihan indikator mutu di masing-masing bagian / instalasi / unit pelayanan yang ada sehingga peningkatan mutu dan keselamatan pasien terwujud.

Beberapa langkah kegiatan yang direncanakan demi peningkatan mutu dan keselamatan pasien beberapa masih ditemukan kendala. Banyak data yang terlambat dalam pengumpulannya bahkan juga ada beberapa data yang tidak bisa diambil.

Laporan dan evaluasi peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso pada Triwulan I tahun 2026 mencakup laporan dan evaluasi indikator mutu yang menggambarkan tentang mutu pelayanan dan keselamatan pasien yang terdiri dari 44 indikator mutu dengan rincian adalah : 13 indikator nasional mutu, 20 indikator mutu prioritas unit, 11 indikator mutu prioritas rumah sakit termasuk indikator sasaran keselamatan pasien. Pengumpulan data dimulai bulan Januari sampai dengan Maret 2026. Laporan ini integrasi antara laporan Indikator Mutu dengan laporan Insiden Keselamatan Pasien.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum :

Dapat diketahui mutu pelayanan di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso dan Insiden Keselamatan Pasien yang terjadi.

2. Tujuan Khusus :

- Mengevaluasi indikator mutu rumah sakit periode tahun 2026 di tiap-tiap unit pelayanan dan instalasi terkait dengan membandingkan hasil pencapaian dengan standar atau target yang telah ditetapkan.
- Mengevaluasi Insiden Keselamatan Pasien yang terjadi.
- Memberikan rekomendasi dan masukan bagi manajemen dalam menyusun strategi yang berkaitan dengan peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso

C. DEFINISI OPERASIONAL

I. Ukuran dalam Indikator Mutu Nasional, meliputi 13 Indikator Nasional Mutu:

Definisi operasional Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan sesuai regulasi yang ada PMK No. 30 /2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah

1. PPI, Surveilans dan Pelaporan: Kepatuhan Kebersihan Tangan.

Definisi Operasional :

1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (*alcohol-based handrubs*) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.
2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.
3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.
4. Lima indikasi (*five moment*) kebersihan tangan terdiri dari:
 - a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.
 - b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.
 - c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, *suctioning*, pemberian suntikan dan lain-lain.
 - d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.
 - e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien.
5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.
6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.
7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.
8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.
9. *Observer* adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan *tool* yang telah ditentukan.
10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.
11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rata-rata 10 menit).
12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.
13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.

2. PPI, Surveilans dan Pelaporan: **Kepatuhan Penggunaan APD**

Definisi Operasional :

1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.
2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, *droplet* dan *airborne*).
3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.
4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium.
5. *Observer* adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan *tool* yang telah ditentukan.
6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.

3. Upaya Keselamatan Pasien : **Kepatuhan Identifikasi Pasien**

Definisi Operasional :

1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.
2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.
3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).
4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :
 - a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.
 - b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.
 - c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain- lain.
 - d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.
5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.

4. Pelayanan bedah: **Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi**

Definisi Operasional :

1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi **sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit.**
2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang

bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya.

3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin. (*fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, ruptur uteri imminent, ruptur uteri, perdarahan ante partum dengan perdarahan aktif*)
4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesarea.

5. Pelayanan Rawat Jalan : Waktu Tunggu Rawat Jalan.

Definisi Operasional :

1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis.
2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran *online*.
 - a. Pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.
 - b. Pasien mendaftar *online*, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran *online* sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.
 - c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.

6. Pelayanan bedah : Penundaan Operasi Elektif

Definisi Operasional :

1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan.
2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.

7. Pelayanan Rawat Inap : Kepatuhan Waktu Visite Dokter.

Definisi Operasional :

Waktu *visite* dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Waktu yang ditetapkan adalah pukul 06.00-14.00.

8. Pelayanan Laboratorium dan BDRS : Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Definisi Operasional :

1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.
2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan.
3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.

9. Pelayanan medis terkait farmasi : **Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional**

Definisi Operasional :

1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: *recipe* dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

10. Prosedur Terapi : **Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway).**

Definisi Operasional :

1. *Clinical Pathway* adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.
2. Kepatuhan terhadap *clinical pathway* adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan *clinical pathway* yang ditetapkan Rumah Sakit.

11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Definisi Operasional :

1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:
 - a. *Asesment* awal risiko jatuh
 - b. *Assesment* ulang risiko jatuh
 - c. *Intervensi* pencegahan risiko jatuh
2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.

12. Manajemen risiko : **Kecepatan Waktu Tanggap Komplain.**

Definisi Operasional :

1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan *grading* risiko, analisis hingga tindak lanjutnya.
2. *Grading* risiko dan standar waktu tanggap komplain:
 - a. *Grading* Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti **maksimal 1 x 24 jam** sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.
 - b. *Grading* Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti **maksimal 3 hari** sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain.
 - c. *Grading* Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti **maksimal 7 hari** sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.

13. Harapan Dan Kepuasan Pasien dan Keluarga : Kepuasan Pasien.

Definisi Operasional :

1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.
3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari **Krejcie dan Morgan.**
4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien.
5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.
6. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi:
 - a. Persyaratan.
 - b. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur.
 - c. Waktu Penyelesaian.
 - d. Biaya/Tarif.
 - e. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan.
 - f. Kompetensi Pelaksana.
 - g. Perilaku Pelaksana.
 - h. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan.
 - i. Sarana dan prasarana.
7. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka.

II. Ukuran dalam Indikator Mutu Rumah Sakit meliputi 11 Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit:

A. Indikator Mutu Pelayanan Klinis

1. Pelayanan IGD: Prosentasi Pasien On HD readmisi < 1 bulan.

Definisi Operasional :

Pasien HD (Hemodialisa) adalah orang dengan gagal ginjal stadium akhir atau kondisi akut di mana ginjalnya tidak lagi mampu menyaring racun dan cairan berlebih dari darah, sehingga memerlukan prosedur "cuci darah" menggunakan mesin khusus untuk menggantikan fungsi ginjal, membersihkan darah dari limbah, dan menyeimbangkan cairan serta elektrolit tubuh.

"Readmisi pasien on HD < 1 bulan artinya" secara harfiah berarti pasien yang dirawat kembali di rumah sakit (*readmisi*) dalam waktu kurang dari satu bulan setelah keluar, dan pasien tersebut sedang menjalani hemodialisis (HD).

B. Indikator Sesuai Tujuan Strategi RS

2. Pelayanan CSSD : Ketersediaan Set Instrumen Steril Tindakan Bedah.

Definisi Operasional :

- a. Ketersediaan adalah kesiapan suatu alat untuk dapat digunakan dan dioperasikan dalam waktu tertentu
- b. Set instrumen adalah sekumpulan alat yang sudah ditentukan, yang digunakan untuk tindakan spesifik
- c. Steril adalah kondisi bebas dari mikroorganisme hidup termasuk endospora.

- d. Ketersediaan set instrumen steril untuk IBS adalah produk set instrumen steril dari CSSD memenuhi seluruh kebutuhan tindakan di IBS.

C. Indikator Terkait Perbaikan Sistem

3. Prosedur Pelayanan IGD : **Waktu tunggu pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap $\leq$ 6 jam**

Definisi Operasional :

Waktu tunggu pasien IGD masuk ruangan rawat inap $\leq$ 6 Jam adalah waktu tunggu sejak pasien masuk IGD sampai dengan pasien diantar masuk ruangan rawat inap.

D. Indikator terkait Manajemen Risiko

4. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat: **Kekosongan obat di Instalasi Farmasi.**

Definisi Operasional :

Kekosongan obat/antibiotika saat dibutuhkan pasien di depo Farmasi Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD dan IBS. Setiap kekosongan obat yang tidak ada penggantinya.

1. Kekosongan obat saat dibutuhkan pasien di Depo Farmasi
2. Setiap kekosongan obat yang tidak ada penggantinya.
3. Pasien tidak mendapatkan obat dan sudah diupayakan untuk mencari ke Apotek lain maupun konsul

E. Indikator terkait penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran

5. Pendidikan dan Pelatihan : **Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik**

Definisi Operasional :

Kesesuaian dari jumlah pembimbing klinis dengan peserta didik yang melakukan Pendidikan klinis di rumah sakit.

F. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

6. Identifikasi Pasien: **Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Proses Distribusi Makan Pasien Rawat Inap.**

Definisi Operasional :

Suatu mekanisme kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien pada saat mendistribusikan makan sesuai dengan identitas pasien yang secara verbal dan visual.

7. Peningkatan Komunikasi yang efektif : **Kepatuhan Verifikasi dengan pengisian TBK 1 x 24 jam oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) pada e-Rekam Medis (e-RM).**

Definisi Operasional :

Proses kepatuhan Verifikasi oleh DPJP pada saat TBK 1 x 24 jam pada e-RM. Verifikasi TBK adalah komunikasi efektif (terutama melalui telepon) untuk memastikan akurasi instruksi dokter, guna meningkatkan keselamatan pasien.

e-RM adalah rekam medik elektronik.

8. Peningkatan keamanan obat-obatan : **Kepatuhan Pengecekan Ganda Obat High Alert di Rawat Inap.**

Definisi Operasional :

- a. Kepatuhan pengecekan ganda obat *High Alert* adalah pengecekan terhadap obat *High Alert* yang dilakukan oleh 2 petugas yang berbeda sebelum menyerahkan/memberikan obat tersebut kepada pasien untuk mencegah terjadinya kesalahan pemberian obat *High Alert*. Dokumentasi dilakukan pada Catatan Pemberian Obat (CPO) atau di aplikasi SIM-RS

- b. Kepatuhan pengecekan ganda obat *High Alert* yang dilakukan petugas di Ruang Perawatan Intensif (ICU), karena penggunaan obat *High Alert* paling banyak di ruang tersebut.
 - c. Petugas yang dinilai adalah petugas yang berwenang memberikan obat *High Alert* kepada pasien, yaitu Perawat dan Apoteker.
9. Kepastian lokasi pembedahan, prosedur dan pembedahan pada pasien yang benar : **Dilakukannya Site Marking operasi.**

Definisi Operasional :

Site Marking Operasi adalah prosedur keselamatan pasien berupa pemberian tanda identifikasi pada lokasi tubuh yang akan di operasi.

Prosedur *Site Marking* (penandaan lokasi operasi) adalah tindakan krusial untuk mencegah kesalahan sisi operasi dengan memberikan tanda khusus pada kulit pasien menggunakan spidol permanen. Prosedur ini dilakukan oleh operator (dokter bedah) saat pasien sadar, melibatkan verifikasi identitas, dan penandaan di dekat area insisi, dilakukan sehari sebelum atau sebelum pasien dikirim ke kamar operasi.

Prosedur *Site Marking* :

- a. Pelaksana: Dilakukan oleh dokter bedah/operator yang akan melakukan tindakan.
- b. Waktu: Dilakukan sebelum pasien masuk kamar operasi, idealnya saat pasien masih sadar, atau saat kunjungan visite pra-operasi.
- c. Identifikasi Pasien: Verifikasi identitas pasien (nama, tanggal lahir) dan pastikan sesuai dengan berkas rekam medis dan surat izin operasi.
- d. Metode Penandaan:
 - 1) Gunakan spidol permanen yang tidak mudah terhapus saat dibersihkan dengan cairan antiseptik.
 - 2) Tanda yang disarankan adalah lingkaran atau panah yang jelas, dan hindari penggunaan tanda "X" karena ambigu.
 - 3) Buat tanda sesekat mungkin dengan lokasi sayatan/insisi.
 - 4) Tanda harus terlihat setelah pasien dipersiapkan dan ditutup kain steril.
- e. Lokasi Penandaan: Wajib untuk kasus yang melibatkan sisi tubuh (kanan/kiri), struktur ganda (jari tangan/kaki), atau tingkat tulang belakang (*multiple level*).
- f. Pengecualian: Umumnya tidak diperlukan untuk organ tunggal (seperti jantung), prosedur gigi (tanda foto rontgen), atau kasus darurat.
- g. Konfirmasi Akhir: Pastikan tanda terlihat jelas dan lakukan verifikasi ulang pada saat *time-out* di kamar operasi.

10. Pengurangan risiko infeksi akibat perawatan kesehatan : **Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Bundle HAIs Phlebitis.**

Definisi Operasional :

Kepatuhan Bundle Phlebitis adalah ketaatan petugas kesehatan saat pemasangan dan perawatan infus dengan :

- 1. *Hand Hygiene*: Melakukan cuci tangan sebelum tindakan.
- 2. *Aseptic Technique*: Menggunakan swab alkohol/klorheksidin dengan teknik yang benar.
- 3. *Site Selection*: Pemilihan lokasi penusukan yang tepat (menghindari area lipatan).
- 4. *Daily Review*: Evaluasi harian terhadap urgensi pemasangan infus (lepas jika tidak diperlukan).
- 5. *Dressing Management*: Pastikan balutan (dressing) bersih, kering, dan terpasang rapat

11. Pengurangan risiko cedera akibat jatuh : Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pada Pasien Instalasi Rawat Jalan.

Definisi Operasional :

Proses kepatuhan dalam melakukan pencegahan risiko tinggi jatuh dengan pemasangan pita kuning pada pasien di Instalasi Rawat Jalan yang melakukan pemeriksaan.

Kriteria pasien dengan risiko tinggi jatuh dinilai dengan metode *get up and go* yaitu:

1. Cara berjalan pasien (salah satu atau lebih)
 - a. Tidak seimbang/sempoyongan/limbung
 - b. Jalan dengan menggunakan alat bantu (kruk, tripot, kursi roda, orang lain)
2. Menopang saat akan duduk: tampak memegang pinggiran kursi atau meja/benda lain sebagai penopang saat akan duduk.

III. Ukuran dalam Indikator Mutu Rumah Sakit meliputi 20 Indikator Mutu Prioritas Unit:

1. Pelayanan IGD: Angka Kelengkapan Asesmen Awal Gawat Darurat di IGD. Definisi Operasional :

Adalah angka kelengkapan pengisian form asesmen gawat darurat oleh dokter, perawat dan atau bidan Instalasi Gawat Darurat

2. Pelayanan Instalasi Rawat Inap : Ketidaklengkapan pengkajian awal pasien rawat inap lebih dari 1x24 jam setelah pasien masuk. (Medis) Definisi operasional :

Yang dimaksud asesmen medis lengkap dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap adalah proses kegiatan mengevaluasi pasien oleh tenaga medis dilakukan paling lambat 24 jam setelah pasien masuk rawat inap yang meliputi pengumpulan informasi, analisa informasi dan membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi.

3. Prosedur Pelayanan Bedah : Kelengkapan Persetujuan Tindakan Pembedahan. Definisi Operasional :

Kelengkapan Persetujuan Tindakan Pembedahan berupa form persetujuan tindakan pembedahan yang terdiri dari asesmen pra bedah, identitas secara lengkap, tanda tangan dan waktu serta penandaan lokasi operasi pada pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan di Instalasi Bedah Sentral.

4. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan : Kepatuhan waktu kedatangan DPJP Rawat Jalan sesuai jadwal praktik. Definisi Operasional :

Kepatuhan waktu kedatangan adalah ketaataan waktu kedatangan DPJP (dokter penanggung jawab pasien) Rawat Jalan sesuai dengan jadwal praktik yang sudah ditentukan pukul 08.30 wib

5. Pelayanan IKK : Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada bayi baru lahir. Definisi Operasional :

Inisiasi Menyusu Dini adalah menaruh bayi di dada ibunya, kontak kulit dengan kulit segera setelah lahir setidaknya satu jam atau lebih sampai bayi menyusu sendiri maksimal 2 jam setelah bayi lahir.

6. Pelayanan HD : Prosentase Perawat Pemberi Pelayanan HD di Instalasi HD Bersertifikat Perawat Mahir Dialysis Definisi Operasional :

Perawat mahir dialisis adalah perawat yang telah menyelesaikan pendidikan dan pelatihan perawat dialisis pada pusat-pusat pendidikan dan pelatihan dialisis yang telah terakreditasi/diakui oleh PERNEFRI.

7. Manajemen risiko pelayanan di ICU : Angka Mortalitas Pelayanan Intensif

Definisi operasional :

Angka Mortalitas pelayanan intensif adalah jumlah angka kematian pelayanan intensif (ICU/ICCU dan PICU/NICU) dalam periode tertentu.

8. Pelayanan Laboratorium : Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium pasien rawat jalan.

Definisi Operasional :

Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium pasien rawat jalan adalah waktu yang menunjukkan pelayanan untuk pasien rawat jalan mulai dihitung setelah sampel terambil sampai dengan pencetakan hasil pemeriksaan laboratorium dan dilakukan ekspertise oleh dokter patologi klinik.

9. Manajemen Instalasi Radiodiagnostik Imaging dan Radiologi Intervensional : Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan Instalasi Radiodiagnostik Imaging dan Radiologi Intervensional

Definisi Operasional :

Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, radiografer, petugas loket pendaftaran radiologi.

10. Manajemen Rekam Medik : Ketidاكلengkapan Pengisian Rekam Medik 1 x 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan Rawat Inap

Definisi Operasional :

Rekam medik yang tidak lengkap adalah rekam medik yang tidak diisi lengkap oleh dokter, perawat dan pemberi asuhan kesehatan lainnya dalam waktu kurang dari 1 x 24 jam setelah membayar dikasir.

11. PPI, Surveilans dan Pelaporan: Phlebitis

Definisi Operasional :

Phlebitis merupakan inflamasi pada vena, yang ditandai dengan adanya daerah yang merah, nyeri dan pembengkakan di daerah penusukan atau sepanjang vena.

12. Pelayanan Gizi : Perhitungan Sisa Makanan.

Definisi operasional :

Perhitungan sisa makanan adalah konversi dalam bentuk prosentase dari jumlah sisa makanan dari satu waktu makan.

Sisa makanan adalah makanan yang dapat dihabiskan (0 P: menggambarkan tidak ada sisa makanan/1/4 P: menggambarkan sisa makanan 1/4 porsi awal/1/2 P: menggambarkan sisa makanan 1/2 porsi awal/3/4 P: menggambarkan sisa makanan 3/4 porsi awal/1 P: menggambarkan makanan utuh, tidak dimakan) dari satu waktu makan (makan pagi/makan siang/makan sore)

Jenis menu adalah makanan yang disajikan terdiri dari makanan pokok/lauk hewani/lauk nabati/sayur.

13. Manajemen IPSRS : Angka Kegagalan Suplai Listrik Pengganti/Cadangan

Definisi Operasional :

Kegiatan pencatatan Angka kegagalan suplai listrik pengganti/cadangan adalah kegiatan yang bertujuan untuk meminimalisir nilai kegagalan suply listrik dengan cara melakukan pemeliharaan rutin, pengecekan bahan bakar dan perbaikan mesin bila terdapat kerusakan.

14. K3 : Gangguan Keamanan, Keselamatan dan Kenyamanan.

Definisi operasional :

Gangguan keamanan, keselamatan dan kenyamanan adalah suatu kondisi atau keadaan yang kurang kondusif, dan ini tidak terbebas dari suatu kehilangan, pencurian, kekerasan fisik serta pasien melarikan diri

15. Manajemen Penggunaan Sumber Daya : Angka Hasil Cuci Tidak Sesuai Standar Linen Bersih

Definisi Operasional :

Standar linen bersih adalah kondisi linen hasil proses pencucian bersih dan tidak bernoda. Angka hasil cuci tidak sesuai standar bersih adalah jumlah kilogram linen hasil cucian yang masih ada noda kotornya dan akan dilakukan cuci ulang.

16. Ketidaksesuaian Kelengkapan Set Instrumen yang Disterilisasi (CSSD)

Definisi Operasional :

1. Instrumen adalah alat yang digunakan dalam tindakan kedokteran maupun keperawatan (contoh: pembedahan, medikasi)
2. Set adalah sekumpulan alat yang sudah ditentukan, yang digunakan untuk tindakan spesifik
3. Sterilisasi adalah proses menghilangkan semua bentuk kehidupan mikroorganisme termasuk endospora.
4. Ketidaksesuaian kelengkapan adalah instrumen yang tidak sesuai dan atau kurang dari seharusnya.

17. Administrasi dan manajemen : Waktu Tunggu Tagihan Pembayaran Pasien Rawat Inap.

Definisi Operasional :

Tagihan pasien rawat inap adalah semua tagihan biaya pelayanan yang telah diberikan. Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan dari rekam medik diterima verifikasi sampai dengan pasien menerima bukti tagihan pembayaran. Standar waktu ≤ 1 jam

18. PPRA : Perbaikan Pola Sensitivitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik

Definisi Operasional :

Pola sensitivitas antibiotik multiresisten dalam pola kepekaan antibiotik adalah pola penyebaran kuman yang resisten terhadap minimal 3 antibiotik

19. Pelayanan Fisioterapi : Kejadian luka bakar akibat pemakaian modalitas fisioterapi yang menghasilkan efek thermal

Definisi Operasional :

1. Luka bakar yang ditimbulkan penggunaan modalitas fisioterapi yang menghasilkan efek thermal
2. Luka bakar adalah kerusakan kontinuitas jaringan lunak yang diakibatkan pengaruh efek thermal
3. Modalitas fisioterapi yang menghasilkan efek thermal adalah alat fisioterapi yang menghasilkan panas antara lain IR, MWD, SWD, US

20. Prosedur Pelayanan Farmasi : Waktu tunggu resep obat jadi < 30 Menit di Depo Farmasi Rawat Jalan

Definisi Operasional :

Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit adalah waktu tunggu pelayanan resep obat jadi di depo farmasi rawat jalan yang diselesaikan dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit.

Waktu tunggu obat jadi adalah waktu yang dibutuhkan sejak resep obat jadi dihargai hingga obat siap diserahkan kepada pasien.

D. INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

I. Definisi Operasional

Definisi kejadian yang tidak diharapkan (KTD), kejadian tidak cedera (KTC), kejadian nyaris cedera (KNC), dan kondisi potensial cedera signifikan (KPCS), yang didefinisikan sebagai berikut:

- a. Kejadian tidak diharapkan (KTD) adalah insiden keselamatan pasien yang menyebabkan cedera pada pasien.
- b. Kejadian tidak cedera (KTC) adalah insiden keselamatan pasien yang sudah terpapar pada pasien namun tidak menyebabkan cedera.
- c. Kejadian nyaris cedera (near-miss atau hampir cedera) atau KNC adanya insiden keselamatan pasien yang belum terpapar pada pasien.
- d. Suatu kondisi potensial cedera signifikan (KPCS) adalah suatu kondisi (selain dari proses penyakit atau kondisi pasien itu sendiri) yang berpotensi menyebabkan kejadian sentinel
- e. Kejadian Sentinel adalah suatu kejadian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau penyakit yang mendasarinya yang terjadi pada pasien. Kejadian sentinel merupakan salah satu jenis insiden keselamatan pasien yang harus dilaporkan yang menyebabkan terjadinya hal-hal berikut ini:

- a) Kematian.
- b) Cedera permanen.
- c) Cedera berat yang bersifat sementara/reversible.

Cedera permanen adalah dampak yang dialami pasien yang bersifat ireversibel akibat insiden yang dialaminya misalnya kecacatan, kelumpuhan, kebutaan, tuli, dan lain-lainnya. Cedera berat yang bersifat sementara adalah cedera yang bersifat kritis dan dapat mengancam nyawa yang berlangsung dalam suatu kurun waktu tanpa terjadi cedera permanen/gejala sisa, namun kondisi tersebut mengharuskan pemindahan pasien ke tingkat perawatan yang lebih tinggi /pengawasan pasien untuk jangka waktu yang lama, pemindahan pasien ke tingkat perawatan yang lebih tinggi karena adanya kondisi yang mengancam nyawa, atau penambahan operasi besar, tindakan, atau tata laksana untuk menanggulangi kondisi tersebut. Kejadian juga dapat digolongkan sebagai kejadian sentinel jika terjadi salah satu dari berikut ini:

- a) Bunuh diri oleh pasien yang sedang dirawat, ditatalaksana, menerima pelayanan di unit yang selalu memiliki staf sepanjang hari atau dalam waktu 72 jam setelah pemulangan pasien, termasuk dari Unit Gawat Darurat (UGD) rumah sakit;
- b) Kematian bayi cukup bulan yang tidak diantisipasi;
- c) Bayi dipulangkan kepada orang tua yang salah;
- d) Penculikan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan pelayanan;
- e) Kaburnya pasien (atau pulang tanpa izin) dari unit perawatan yang selalu dijaga oleh staf sepanjang hari (termasuk UGD), yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat bagi pasien tersebut;
- f) Reaksi transfusi hemolitik yang melibatkan pemberian darah atau produk darah dengan inkompatibilitas golongan darah mayor (ABO, Rh, kelompok darah lainnya);
- g) Pemeriksaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan layanan ketika berada dalam lingkungan rumah sakit;
- h) Pemeriksaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan anggota staf, praktisi mandiri berizin, pengunjung, atau vendor ketika berada dalam lingkungan rumah sakit

- i) Tindakan invasif, termasuk operasi yang dilakukan pada pasien yang salah, pada sisi yang salah, atau menggunakan prosedur yang salah (secara tidak sengaja);
- j) Tertinggalnya benda asing dalam tubuh pasien secara tidak sengaja setelah suatu tindakan invasif, termasuk operasi;
- k) Hiperbilirubinemia neonatal berat (bilirubin >30 mg/dL);
- l) Fluoroskopi berkepanjangan dengan dosis kumulatif >1.500 rad pada satu medan tunggal atau pemberian radioterapi ke area tubuh yang salah atau pemberian radioterapi >25% melebihi dosis radioterapi yang direncanakan;
- m) Kebakaran, lidah api, atau asap, uap panas, atau pijaran yang tidak diantisipasi selama satu episode perawatan pasien;
- n) Semua kematian ibu intrapartum (terkait dengan proses persalinan); atau
- o) Morbiditas ibu derajat berat (terutama tidak berhubungan dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi lain yang mendasari) terjadi pada pasien dan menyebabkan cedera permanen atau cedera sementara derajat berat.

Definisi kejadian sentinel meliputi poin a) hingga o) di atas dan dapat meliputi kejadian-kejadian lainnya seperti yang disyaratkan dalam peraturan atau dianggap sesuai oleh rumah sakit untuk ditambahkan ke dalam daftar kejadian sentinel. Komite/ Tim Penyelenggara Mutu segera membentuk tim investigator segera setelah menerima laporan kejadian sentinel. Semua kejadian yang memenuhi definisi tersebut dianalisis akar masalahnya secara komprehensif (RCA) dengan waktu tidak melebihi 45 (empat puluh lima) hari.



BAB II

PEMBAHASAN

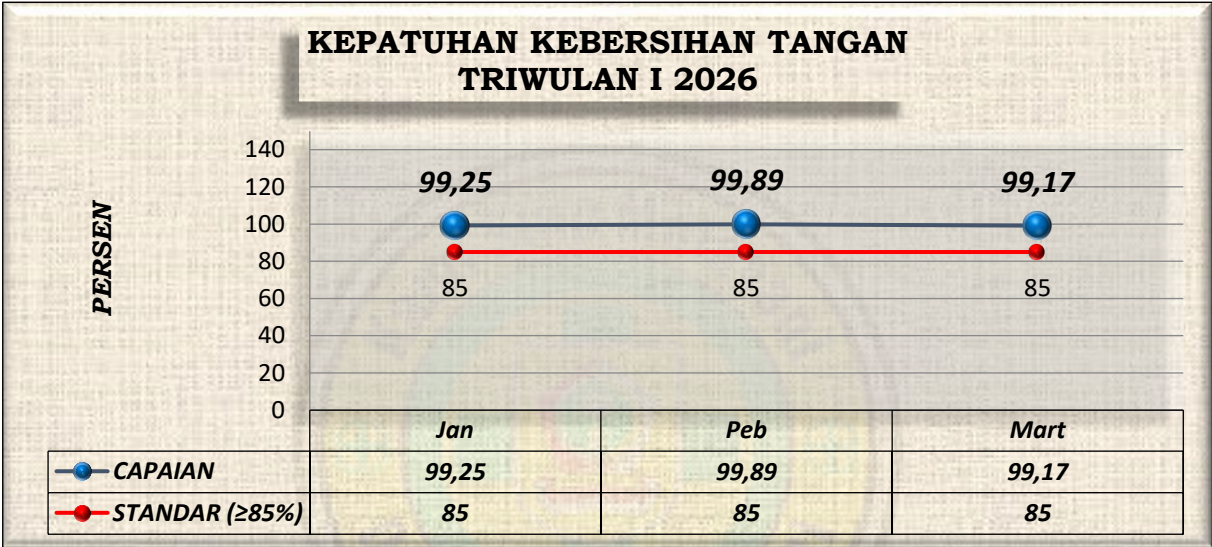
A. LAPORAN INDIKATOR MUTU

I. INDIKATOR NASIONAL MUTU

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan.

Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan kebersihan tangan untuk petugas (%)	99.25	99.89	99.17
Target (≥85%)	85	85	85

Grafik 1. Capaian Indikator Kepatuhan Kebersihan Tangan



	Ada beberapa PPA yang kurang dalam mengimplementasikan usaha pencegahan terhadap penyebaran penyakit, berkaitan dengan cuci tangan.	menerapkan cuci tangan yang benar. d) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Angka kepatuhan cuci tangan petugas bulan Januari 2026 sebesar 99.25%, bulan Pebruari 2026 sebesar 99.89%, bulan Maret 2026 sebesar 99.17%, capaian rata-rata 99.44% sesuai target yang ditetapkan $\geq 85\%$.	Meningkatkan capaian Kepatuhan cuci tangan petugas menjadi 100% pada bulan April 2026

TINDAK LANJUT

- 1) Pencegahan dan kontrol infeksi, surveilans dan pelaporan : ketaatan cuci tangan petugas sesuai target $\geq 85\%$ dan hasil capaian untuk dinaikkan pada bulan April 2026 dengan target 100%.
- 2) Perlu review pada petugas dalam melakukan cuci tangan sesuai SPO cuci tangan.
- 3) Tim KMRS meminta bersama Komite PPI, case manajer dan kepala ruang meminta seluruh petugas melakukan kepatuhan cuci tangan dalam setiap pelayanan dengan *five moment*.
- 4) Tim KMRS memberikan sara n dalam mengumpulkan data indikator.

2. Kepatuhan Penggunaan APD

Pencegahan dan Control Infeksi, Surveilans dan Pelaporan	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan Penggunaan APD	100	99.71	100
Standar (%)	100	100	100

Grafik 2. Capaian Indikator Kepatuhan Penggunaan APD



Sumber data laporan survei Komite PPI

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-

	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan monitoring pelaksanaan rencana kegiatan yang telah ditetapkan.	a) Lakukan evaluasi kerja komite.
	Laporan kepatuhan penggunaan APD pada bulan Januari – Maret 2026 belum tercapai sesuai standar capaian 100% namun angka tidak menunjukkan signifikan. Dari data diperoleh gambaran dari 100 peluang belum patuh menggunakan APD sesuai Indikasi dan standar dalam memberikan pelayanan saat masuk periode pengamatan.	b) Lakukan pengamatan tentang penggunaan APD secara rutin.
	Dilakukan sosialisasi berkala menggunakan APD sesuai Indikasi dan standar.	c) Lakukan sosialisasi ulang mengenai penggunaan APD sesuai indikasi dan standar.
	Kepedulian PPA terhadap keselamatan pasien dan keselamatan kerja meningkat.	d) Pengumpulan data melalui <i>worksheet</i> dilakukan secara rutin dan berkelanjutan.
	Proses pengumpul data dalam teknis pengumpulan data rutin dilakukan.	e) Lakukan pengumpulan data indikator lewat pengamatan harian secara berkala.
	Waktu pelaporan ke KMRS juga input data semakin meningkat kepeduliannya.	f) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Hasil capaian Kepatuhan dalam menggunakan APD sesuai indikasi dan standar pada Triwulan I 2026 belum sesuai standar capaian 100%. Dengan rerata capaian 99.90%. Dari data diperoleh gambaran dari 100 peluang belum semua patuh menggunakan APD sesuai Indikasi dan standar dalam memberikan pelayanan saat masuk periode pengamatan	Meningkatkan angka Kepatuhan dalam menggunakan APD sesuai indikasi dan standar pada Triwulan II 2026, dengan capaian 100%.

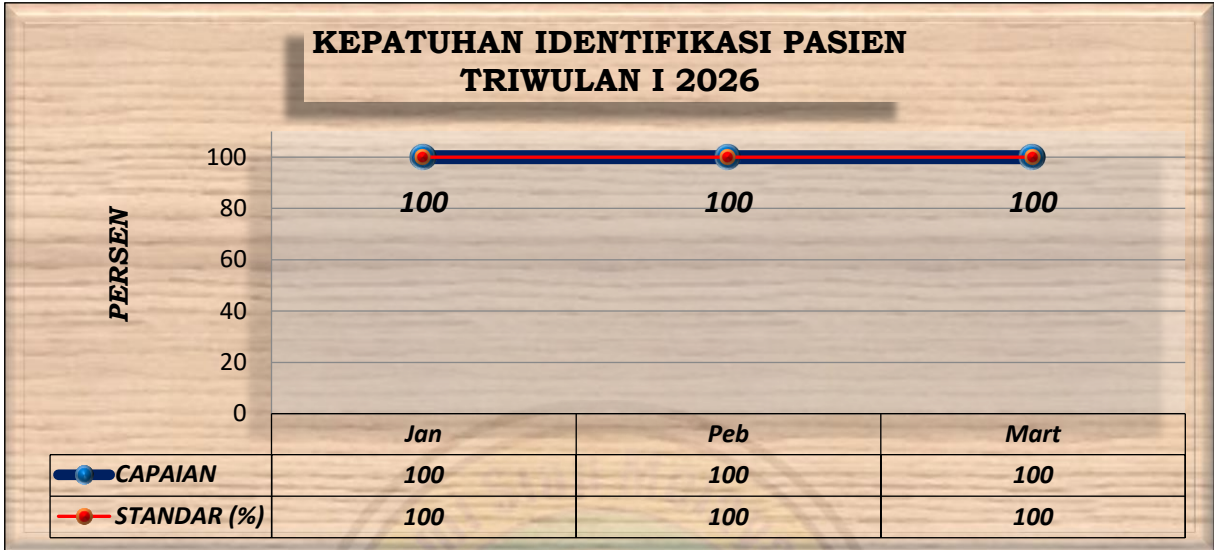
TINDAK LANJUT

- 1) Secara keseluruhan capaian Triwulan I 2026 didapatkan bahwa Kepatuhan dalam menggunakan APD sesuai indikasi dan standar belum sesuai standar yang ditetapkan dan hasil pencapaian harus ditingkatkan untuk bulan selanjutnya.
- 2) Komunikasikan angka Kepatuhan dalam menggunakan APD sesuai indikasi dan standar yang dicapai ke unit/instalasi/bagian.
- 3) Lakukan sosialisasi ke PPA pentingnya dalam menggunakan APD sesuai Indikasi dan standar.
- 4) Lakukan pengumpulan data indikator mutu Kepatuhan dalam menggunakan APD sesuai indikasi dan standar lewat *worksheet* secara rutin dan berkelanjutan.
- 5) Lakukan sinkronisasi laporan yang dibuat dengan *worksheet* yang ada
- 6) Lakukan evaluasi kerja unit.

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Asesmen Pasien rawat inap	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan identifikasi pasien	100	100	100
Standar (%)	100	100	100

Grafik 3. Capaian Indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien



Sumber data survei identifikasi pasien Ranap

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Kepala Bidang Keperawatan melakukan evaluasi tentang hasil sosialisasi tentang identifikasi pasien.	a) Lakukan evaluasi kerja unit.
	Laporan kepatuhan identifikasi pasien pada bulan Januari – Maret 2026 tercapai sesuai standar, dengan kisaran rata-rata 100%. Dari data diperoleh gambaran dari 100 PPA rata-rata semua PPA patuh melakukan identifikasi pasien saat sebelum memberikan pelayanan.	b) Lakukan survei dokumen rekam medis di rawat inap.
	Hasil sampling PPA patuh sepenuhnya dalam melakukan identifikasi pasien saat pelayanan.	c) Lakukan sosialisasi ulang mengenai identifikasi pasien.
	Penyegaran sosialisasi pentingnya identifikasi pasien sebelum	d) Berikan <i>worksheet</i> sensus harian pengumpulan data pada surveyor sebagai pengumpul data. e) Lakukan pengumpulan data indikator lewat sensus harian secara berkala.

	melakukan pemeriksaan ataupun tindakan selalu dilakukan. Proses pengumpul data dalam teknis pengumpulan data masih kesulitan berkaitan tugas utamanya. Waktu pelaporan ke KMRS juga input data masih kurang kepeduliannya.	f) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke rawat inap setiap tanggal 5. g) Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Kepala Bidang Keperawatan, mengingatkan pengumpul data untuk mengumpulkan data kepatuhan identifikasi pasien melalui survei dengan pengambilan sampel secara acak dijadwalkan waktu dan tempatnya. h) Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Kepala Bidang Keperawatan sebagai penanggung jawab data melaporkan capaian indikator mutu sebelum tanggal 10 bulan berikutnya.
OUTCOME	Hasil capaian Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Triwulan I 2026 tercapai sesuai standar yang ditetapkan dengan kisaran rata-rata 100%. Dari data diperoleh gambaran dari 100 PPA rata-rata semua patuh melakukan identifikasi pasien saat sebelum memberikan pelayanan. Dari data juga diperoleh bahwa sudah ada usaha untuk mempertahankan perbaikan pelayanan terkait keselamatan pasien.	Mempertahankan angka Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Triwulan II 2026, dengan capaian 100% pada bulan April 2026

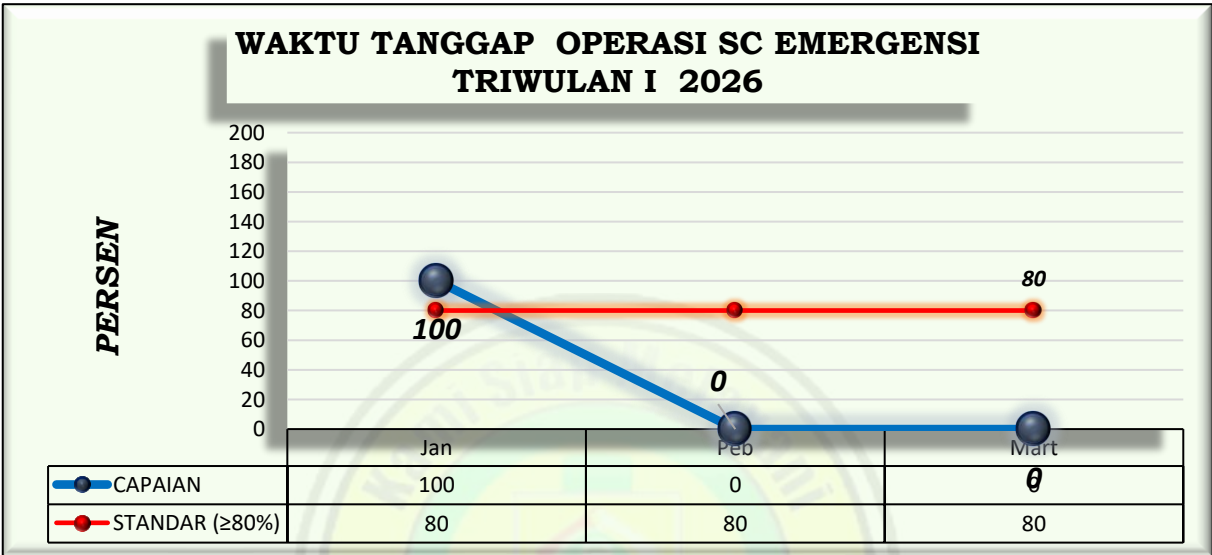
TINDAK LANJUT

- 1) Secara keseluruhan capaian Triwulan I 2026 didapatkan bahwa Kepatuhan Identifikasi Pasien sesuai standar yang ditetapkan. Hasil pencapaian harus dipertahankan untuk bulan selanjutnya.
- 2) Komunikasikan angka kepatuhan dalam identifikasi pasien yang dicapai ke unit/instalasi/bagian.
- 3) Lakukan sosialisasi ke PPA pentingnya dalam melakukan identifikasi pasien dengan benar.
- 4) Lakukan sosialisasi ulang pengisian *worksheet* survei kepatuhan identifikasi pasien.
- 5) Lakukan pengumpulan data indikator mutu kepatuhan identifikasi pasien lewat *worksheet* yang sudah diisi surveyor tepat waktu.
- 6) Lakukan evaluasi kerja unit.

4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

Waktu Tanggap Seksio Sesarea emergensi	Januari	Pebruari	Maret
Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	100	0	0
Target (≥80%)	80	80	80

Grafik 4. Capaian Indikator Waktu Tanggap OP SC Emergensi



Sumber data survei indikator mutu IKK

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur penghitungan Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Secara keseluruhan capaian Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi Triwulan I 2026 rata-rata diperoleh 33.33%, dari data diperoleh gambaran bahwa dari 100 pasien rata-rata pasien SC Darurat 63 pasien terlayani > 30 menit. Data real menunjukkan pada bulan Januari 1 OP SC emergensi dilayani <30 menit, Pebruari ada 2 pasien semua terlambat, Maret tidak ada data.	a) Lakukan sosialisasi ke DPJP dan PPA lainnya terkait pengukuran Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi.
	Respon terhadap Operasi SC Darurat belum ada perbaikan berdasarkan laporan yang ada, dibandingkan dengan laporan sebelumnya.	b) Tingkatkan koordinasi DPJP, IBS dengan unit terkait.
	Keterlambatan pelayanan SC Darurat menurut data selama TW I disebabkan beberapa faktor diantaranya faktor DPJP 100%, IBS 0%, keluarga 0% dari 1 pelayanan operasi SC Darurat pada bulan	c) Lakukan evaluasi kerja unit

	Januari 2026 sesuai waktu yang ditetapkan, bulan Pebruari 2 tindakan semua terlambat dan Maret tidak ada tindakan SC sesuai kategori yang ditetapkan, semua keterlambatan karena faktor DPJP. Waktu pelaporan ke KMRS juga input data masih kurang kepeduliannya.	
OUTCOME	Capaian Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi ≤ 30 menit Triwulan I 2026 dari data diperoleh 33.33% capaian belum sesuai target yang ditetapkan.	Meningkatkan prosentase capaian Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi pada April 2026

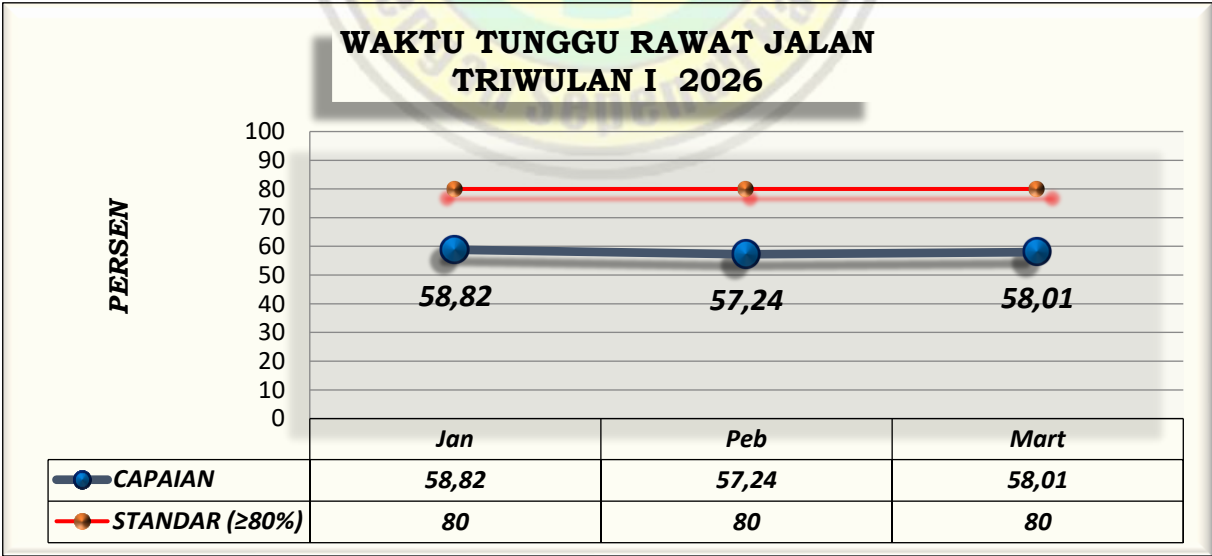
TINDAK LANJUT

- 1) Secara keseluruhan capaian Triwulan I 2026 Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi tidak sesuai standar yang ditetapkan hasil pencapaian harus ditingkatkan untuk bulan selanjutnya.
- 2) Komunikasikan Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi Triwulan I 2026 yang dicapai ke unit/instalasi/bagian terkait.
- 3) Lakukan sosialisasi ke DPJP dan PPA lainnya terkait pengukuran Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi.
- 4) Lakukan pengumpulan data indikator mutu lewat *worksheet* tepat waktu.
- 5) Lakukan evaluasi kerja unit.

5. Waktu Tunggu Rawat Jalan.

Pelayanan Rawat Jalan	Januari	Pebruari	Maret
Waktu tunggu rawat jalan	58.82	57.24	58.01
Standar ($\geq 80\%$)	80	80	80

Grafik 5. Capaian indicator Waktu Tunggu Rajal



Sumber data survey indicator mutu Rawat Jalan

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-

	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Keterlambatan banyak ditemukan pada pasien yang melakukan pendaftaran pada jam 07.00 WIB, sementara jadwal praktek DPJP ditetapkan mulai jam 8.30 WIB. Penggunaan mesin APM untuk pendaftaran pasien secara mandiri sedikit juga mempengaruhi waktu tunggu.	a) Lakukan evaluasi kinerja unit, juga hasil capaian dalam tiap bulannya.
	Pelayanan DPJP di Instalasi Rawat Jalan secara keseluruhan pada Triwulan I 2026 yang dilayani < 60 menit sebesar 58.02% Rata rata persentasi capaian waktu tunggu rawat jalan belum sesuai target yang ditetapkan ≥80% pasien harus dilayani < 60 menit.	b) Evaluasi terhadap jam praktek dokter yang sudah ditetapkan.
	Rata-rata pelayanan poliklinik waktu tunggu secara keseluruhan di bawah 60 menit (rata-rata TW I 2026 terlayani 50.85 menit)	c) Lakukan sosialisasi ke DPJP untuk datang tepat waktu.
	Capaian rata-rata waktu tunggu Poliklinik < 60 menit yang sesuai standar ditetapkan ≥80% dalam kurun waktu Triwulan I 2026 dari data ditunjukkan oleh poliklinik Kulit Kelamin (97.29%), Dalam (97.13%) DM (88.61%), Paru (84.52%) dan poliklinik Bedah (80.33%) Tingginya waktu tunggu rawat jalan disebabkan karena kepatuhan DPJP kurang, penggunaan mesin APM, peningkatan jumlah kunjungan pasien di rajal.	d) Mengingatkan DPJP di poliklinik lewat telepon, sms atau wa. e) Saran penggunaan aplikasi absensi sebagai validasi data. f) Pengisian data dilakukan setiap hari dan rekapitulasi tiap bulan dan dikumpulkan sebelum tanggal 5.
OUTCOME	Pelayanan DPJP di Instalasi Rawat Jalan secara keseluruhan pada Triwulan I 2026 yang dilayani < 60 menit sebesar 58.02% Dari data diperoleh 14 poliklinik capaian persentasi waktu tunggu sesuai target yang ditetapkan ≥80% baru 5 poliklinik.	Meningkatkan persentasi capaian waktu tunggu secara keseluruhan pada masing-masing poliklinik dengan waktu tunggu rawat jalan kurang dari 60 menit, ≥80% pada bulan April 2026

TINDAK LANJUT

- 1) Wakil Direktur Pelayanan dan Penunjang Medik melalui Kabid. Yanmed memberikan himbauan kepada DPJP dalam memberikan pelayanan tepat waktu sesuai dengan waktu yang ditetapkan.
- 2) Evaluasi terhadap jam praktek dokter yang sudah ditetapkan.
- 3) Monitoring pelayanan DPJP oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan.
- 4) DPJP dihimbau dalam memberikan pelayanan di poliklinik tepat waktu sesuai SPO.

6. Penundaan Operasi Elektif

Pelayanan bedah	Januari	Pebruari	Maret
Penundaan operasi elektif	2.83	2.63	2.15
Standar (≤ 5%)	≤ 5	≤ 5	≤ 5

Grafik 6. Capaian indicator Penundaan Operasi Elektif



Sumber data survei indikator mutu IBS

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Secara keseluruhan angka capaian indikator mutu mengenai penundaan operasi elektif Triwulan I 2026 diperoleh $\leq 5\%$.	a) Melakukan monitoring terhadap jadwal operasi elektif
	Penundaan Operasi Efektif pada Triwulan I sudah sesuai dengan standart yang ditetapkan yaitu $\leq 5\%$ dengan nilai rata-rata 2.54%.	b) Lakukan sosialisasi ulang pengisian worksheet Penundaan Operasi Elektif.
	Waktu pelaporan ke KMRS juga input data sesuai dengan jadwal.	c) Lakukan evaluasi kerja unit.
OUTCOME	Angka penundaan operasi efektif telah sesuai dengan standar yang ditetapkan $\leq 5\%$, dengan rata-rata pada Triwulan I 2026 2.54% artinya bahwa angka penundaan operasi elektif telah sesuai harapan, dari data yang dikumpulkan dalam 100 pasien rata-rata ada 2 pasien yang tertunda.	Mempertahankan angka capaian penundaan operasi elektif.

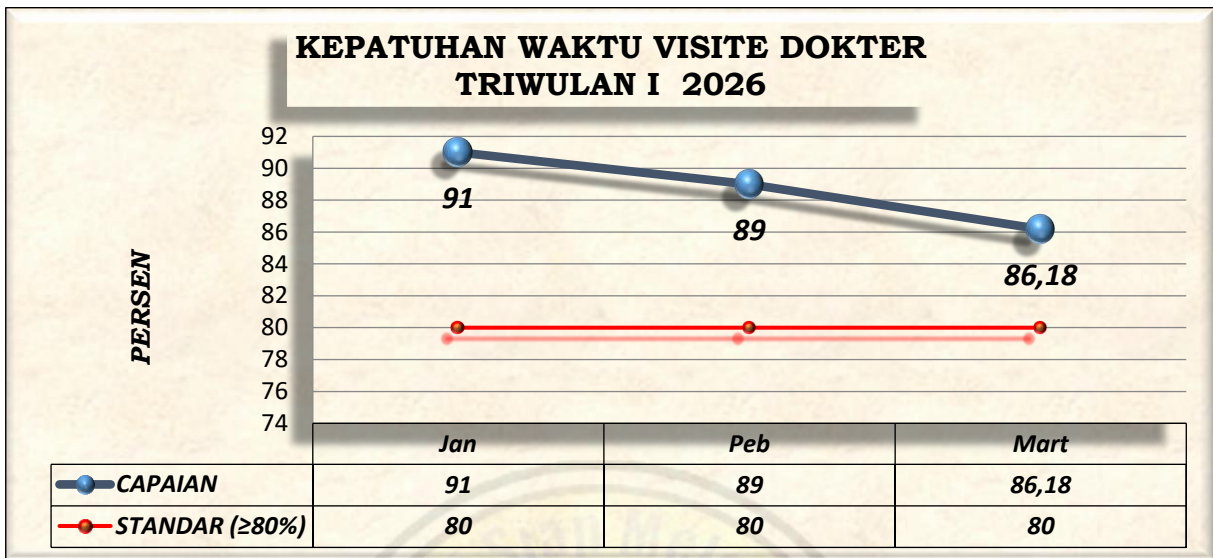
TINDAK LANJUT

- 1) Wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik melalui Kabid. Yanmed memberikan himbauan IBS dan seluruh staf terutama DPJP supaya mengutamakan pelayanan terkait dengan operasi elektif.
- 2) Pertahankan angka capaian penundaan operasi elektif tetap dibawah 5 %
- 3) Koordinasi antara IBS, ruang rawat inap, operator, anestesi untuk persiapan pasien yang sudah akan dilakukan tindakan operasi.

7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter.

Pelayanan rawat inap	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan Waktu Visite Dokter	91	89	86.18
Standar (≥80%)	80	80	80

Grafik 7. Capaian indikator Kepatuhan Jam Visite Dokter



Sumber data survei indikator mutu Rawat Inap

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Secara keseluruhan kepatuhan jam visite dokter Triwulan I 2026 sudah sesuai standar yang ditetapkan	a) Pertahankan kepatuhan waktu visite DPJP namun juga perlu perbaikan pada beberapa DPJP yang terkadang masih melakukan visite diluar jam yang sudah ditetapkan.
	Masih ada waktu visite dokter yang dilakukan diluar jam yang sudah ditetapkan meskipun prosentasinya kecil namun rawan menimbulkan komplain pasien maupun keluarga	b) Melalui Komite Medik lakukan sosialisasi ke DPJP mengenai kepatuhan jam visite DPJP
	Waktu pelaporan ke KMRS juga input data masih kurang kepeduliannya.	c) Laporkan data yang diperoleh untuk beberapa DPJP yang kurang patuh terhadap waktu visite. d) Lakukan sosialisasi ulang pengisian worksheet kepatuhan wakktu visiye DPJP

		e) Lakukan evaluasi kerja unit
OUTCOME	Kepatuhan Waktu visite dokter Triwulan I 2026 rata-rata 88.73% dari standar yang ditetapkan $\geq 80\%$, dari data diperoleh bahwa dari 100 kunjungan (visite) 89 kunjungan (visite) dilakukan sebelum jam 14.00 wib sementara ada 11 kunjungan (visite) dilakukan diluar jam 14.00 wib.	Mempertahankan kepatuhan waktu visite DPJP.

TINDAK LANJUT

- 1) Wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik melalui Kabid Yanmed memberikan himbauan kepada DPJP untuk patuh terhadap waktu visite yang sudah ditetapkan.
- 2) Kepala Instalasi Rawat Inap selaku penanggung jawab data melakukan monev terhadap semua staf yang terlibat dalam pengumpulan data harian sampai pelaporannya dalam bulanan sampai triwulan.
- 3) Pertahankan capaian angka kepatuhan waktu visite DPJP

8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Pelayanan Laboratorium	Januari	Pebruari	Maret
Pelaporan hasil kritis Laboratorium	100	100	100
Target (%)	100	100	100

Grafik 8. Capaian Indikator Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



Sumber data survei indikator mutu laboratorium

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem LAN sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-

PROSES	Angka capaian pelaporan hasil kritis laboratorium < 30 menit pada Triwulan I 2026 didapatkan sesuai target yang ditetapkan. Rerata capaian 100%	a) Membahas hasil capaian indikator mutu dalam tiap bulan. Menetapkan capaian pada bulan berikutnya.
	Kepedulian petugas terhadap hasil kritis yang ditemukan baik, sehingga pelaporan melebihi sesuai waktu yg ditetapkan.	b) Lakukan sosialisasi ulang jenis-jenis hasil kritis di unit pelayanan.
	Sudah ada link langsung petugas laborat kepada DPJP.	c) Pemahaman definisi operasional pelaporan hasil kritis laboratorium.
	Waktu pelaporan ke KMRS juga input data sesuai dengan jadwal.	d) Lakukan pengumpulan data indikator lewat sensus harian. e) Kerjasama dengan petugas rawat inap untuk pelaporan hasil kritis laboratorium ke DPJP. f) Koordinasi dengan Kepala Instalasi Laboratorium untuk mengumpulkan data indikator mutu setiap bulan ke KMRS. g) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Terjadi peningkatan angka pelaporan hasil kritis laboratorium < 30 menit pada Triwulan I 2026, hasil sesuai standar yang ditetapkan. Dari data diperoleh setiap 100 temuan hasil kritis baru 100 hasil kritis yang dilaporkan sesuai standar yang ditetapkan, tidak ada temuan hasil kritis yang tidak dilaporkan < 30 menit, hal ini menunjukkan kinerja yang baik dan kepedulian terhadap keselamatan pasien.	Mempertahankan angka capaian pelaporan hasil kritis, sesuai dengan standar yang ditetapkan.

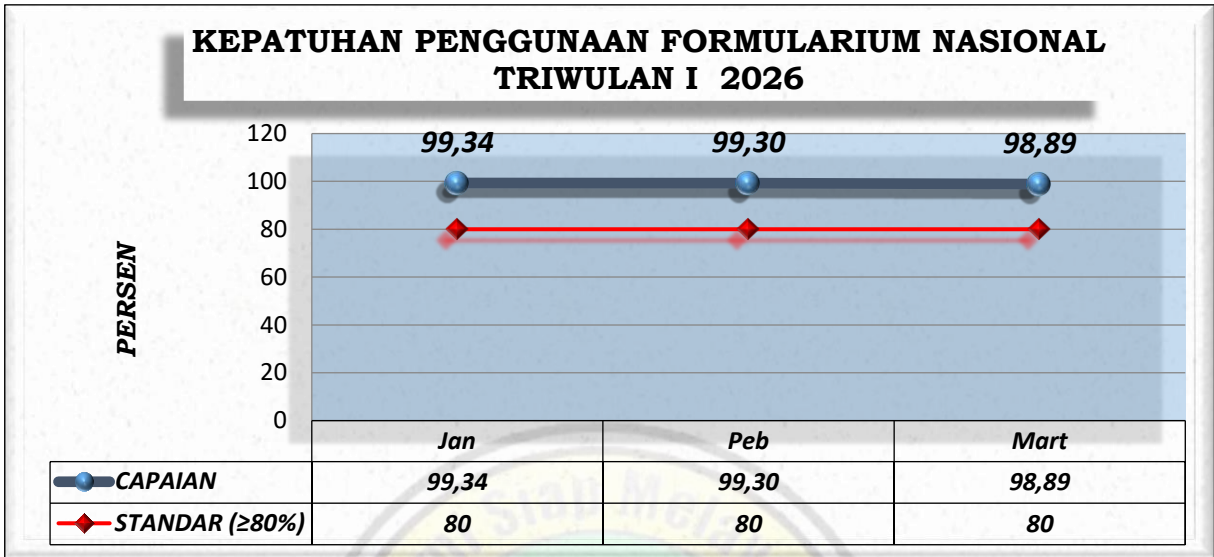
TINDAK LANJUT

- 1) Wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik melalui Kepala Instalasi Laboratorium dan BDRS memberikan himbauan kepada analis laboratorium untuk mempertahankan pelaporan hasil kritis laborat sesuai standar waktu yang ditetapkan, melihat dari analisa yang diperoleh dilakukan pelaporan lewat telephon maupun WA;
- 2) Tim KMRS melakukan pemeriksaan ke Instalasi Laboratorium untuk pencatatan hasil kritis;
- 3) Tim KMRS memberikan penjelasan definisi operasional untuk pelaporan hasil kritis laboratorium dan bimbingan dalam mengumpulkan data indikator;
- 4) Lakukan sosialisasi ke analis untuk melakukan pencatatan pelaporan nilai kritis;
- 5) Lakukan sosialisasi / refreshing pelaporan hasil kritis laboratorium ke petugas bangsal rawat jalan, rawat inap dan IGD;
- 6) Koordinasi kepala Instalasi Laboratorium dan BDRS dengan DPJP melalui Komite Medik;
- 7) Lakukan evaluasi kerja unit.

9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Pelayanan medis terkait farmasi	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	99.34	99.30	98.89
Target (≥80%)	80	80	80

Grafik 9. Capaian Indikator Kepatuhan penggunaan Fornas



Sumber data survei indikator mutu Farmasi

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Capaian Indikator mutu mengenai Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional pada Triwulan I 2026 diatas standar yang ditetapkan yaitu ≥80%	a) Lakukan sosialisasi ke Komite Medik untuk Penulisan resep JKN sesuai dengan Formularium Nasional
	Meskipun capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional sesuai standar yang ditetapkan, namun masih ada beberapa kejadian tidak patuhnya penggunaan formularium nasional dikarenakan RS menentukan formularium sendiri, disamping sering ditemukan kekosongan obat formularium nasional.	b) Lakukan evaluasi kerja unit. c) Pemantauan rutin terhadap stok obat. d) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional pada Triwulan I 2026 sesuai standar yang ditetapkan ≥80 % dengan rata-rata capaian 99.18%.	Meningkatkan capaian Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional.

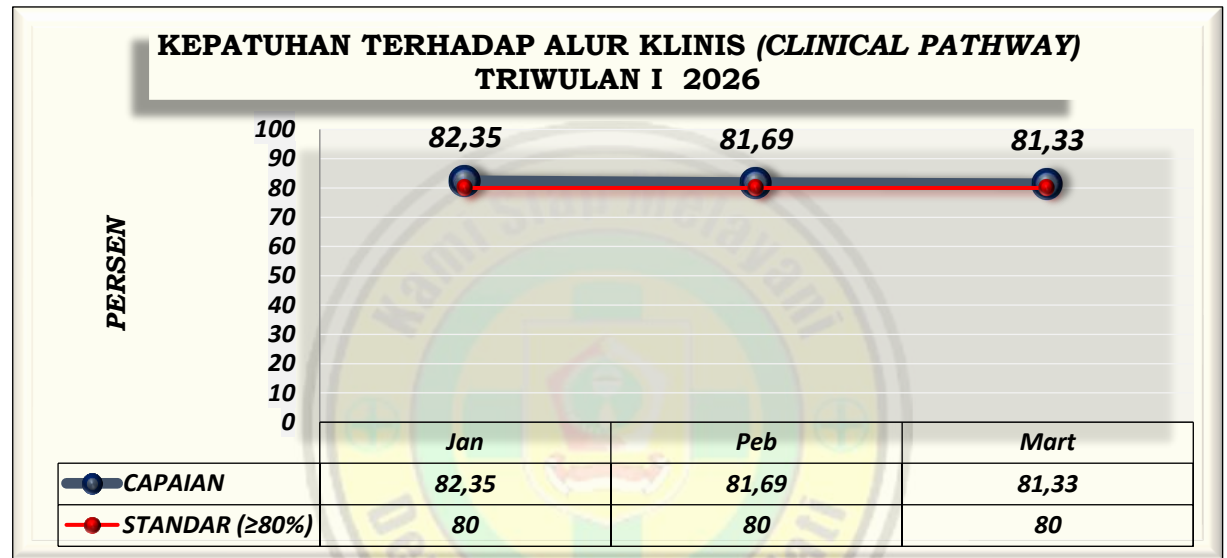
TINDAK LANJUT

- 1) Wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik memberikan himbauan kepada Komite Medik supaya menerapkan penulisan resep JKN sesuai dengan Formularium Nasional;
- 2) Pertahankan capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional;
- 3) Cegah terjadinya kekosongan obat yang terjadi di Instalasi Farmasi.

10. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)

Kesesuaian terapi, implementasi penunjang dan LOS	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway (CP) di Rawat Inap (%)	82.35	81.69	81.33
Standar (≥80%)	80	80	80

Grafik 10. Capaian Indikator Kepatuhan Terhadap CP



Sumber data survei indikator mutu Yanmed

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-

PROSES	Case manajer melakukan audit kepatuhan <i>clinical pathway</i> dibantu oleh kepala ruangan	a) Koordinasi dengan pimpinan rumah sakit untuk menentukan pelayanan kedokteran yang baru. b) Membuat form pengambilan data untuk <i>Clinical Pathway</i> (CP) yang ditetapkan. c) Lakukan implementasi pengambilan data.
	Data Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> (CP) di Rawat Inap pada Januari 82.35%, Pebruari 81.69%, Maret 81.33%.	d) Tetapkan capaian yang diharapkan pada bulan selanjutnya.
	Kepatuhan terhadap LOS masih ada beberapa ditemukan memanjang, penggunaan obat antibiotik pada beberapa kasus juga masih ada beberapa tambahan dan pemeriksaan penunjang masih ada beberapa yang berbeda dengan hari yang ditentukan belum sesuai dengan CP yang dipilih.	e) Sosialisasi audit <i>clinical pathway</i> kepada kepala ruangan untuk keseragaman pemahaman.
	Kepatuhan petugas terhadap <i>clinical pathway</i> (CP) yang sudah ditetapkan secara umum kurun waktu Triwulan I capaiannya rata rata 81.79% sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan.	f) Audit <i>clinical pathway</i> dilakukan tiap ada kasus yang masuk dalam CP dan rekapitulasi tiap bulan, dikumpulkan sebelum tanggal 5
	Proses pengumpulan data dan pelaporannya belum sesuai dengan waktu yang ditetapkan.	
OUTCOME	Hasil audit kepatuhan DPJP terhadap <i>clinical pathway</i> Triwulan I 2026 81.79% dari standar yang ditetapkan $\geq 80\%$	Lakukan pengambilan data untuk <i>clinical pathway</i> (CP) yang sudah ditetapkan pada bulan April 2026 tepat waktu pelaporannya dan tingkatkan kepatuhan DPJP terhadap CP yang ditetapkan untuk mengurangi varian yang muncul.

TINDAK LANJUT

- 1) Kepala Bidang Pelayanan Medik melakukan penyusunan rencana *clinical pathway* sesuai dengan prioritas pelayanan yang ditetapkan;
- 2) Kepala Bidang Pelayanan Medik melakukan penyusunan draf form untuk pengambilan data *clinical pathway*;
- 3) Kepala Bidang Pelayanan Medik melakukan implementasi standarisasi asuhan klinik sesuai dengan *clinical pathway*;
- 4) Kepala Bidang Pelayanan Medik melakukan koordinasi dengan komite medis untuk membahas pelayanan kedokteran yang akan diambil datanya;

- 5) Kepala Bidang Pelayanan Medik melakukan evaluasi dan menetapkan *clinical pathway* yang akan diambil datanya;
- 6) Kepala Bidang Pelayanan Medik melakukan sosialisasi audit *clinical pathway* kepada kepala ruangan untuk keseragaman pemahaman;
- 7) Kepala Bidang Pelayanan Medik melalui PJ data melakukan Audit *clinical pathway* dilakukan tiap ada kasus yang masuk dalam CP dan rekapitulasi tiap bulan, dikumpulkan sebelum tanggal 5;
- 8) Kepala Bidang Pelayanan Medik melakukan koordinasi dengan Komite Medis, keperawatan dan penunjang medis terkait dengan kepatuhan terhadap *clinical pathway* (CP).

11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Mengurangi risiko cedera akibat jatuh	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	99.90	100	100
Standar (%)	100	100	100

Grafik 11. Capaian Indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Pasien Jatuh



Sumber data indikator mutu Rawat Inap

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan survei secara berkala pelaksanaan pencegahan risiko pasien jatuh.	a) Lakukan pengisian asesmen risiko jatuh pada pasien baru. b) Melakukan asesmen ulang harian risiko jatuh pada pasien dengan risiko jatuh tinggi
	Dari data diperoleh bahwa pada Triwulan I setiap 100 pasien rawat inap berisiko jatuh belum semua dilakukan upaya pencegahan risiko cedera akibat jatuh.	

	Kepatuhan petugas terhadap keselamatan pasien berkaitan risiko cedera akibat jatuh, cukup patuh.	c) Lakukan pemberian stiker risiko jatuh pada gelang identitas. d) Buat sensus harian untuk mengumpulkan dan melaporkan data pasien risiko jatuh. e) Kumpulkan data indikator kepatuhan pemasangan stiker risiko jatuh setiap bulan ke KMRS. f) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Angka Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh pada bulan Januari 2026 sebesar 99.90%, Pebruari 2026 sebesar 100% dan Maret 2026 sebesar 100%. Capaian pada Triwulan I 99.97% belum sesuai standar.	Mempertahankan capaian angka kepatuhan pemasangan stiker risiko jatuh 100% pada bulan April 2026

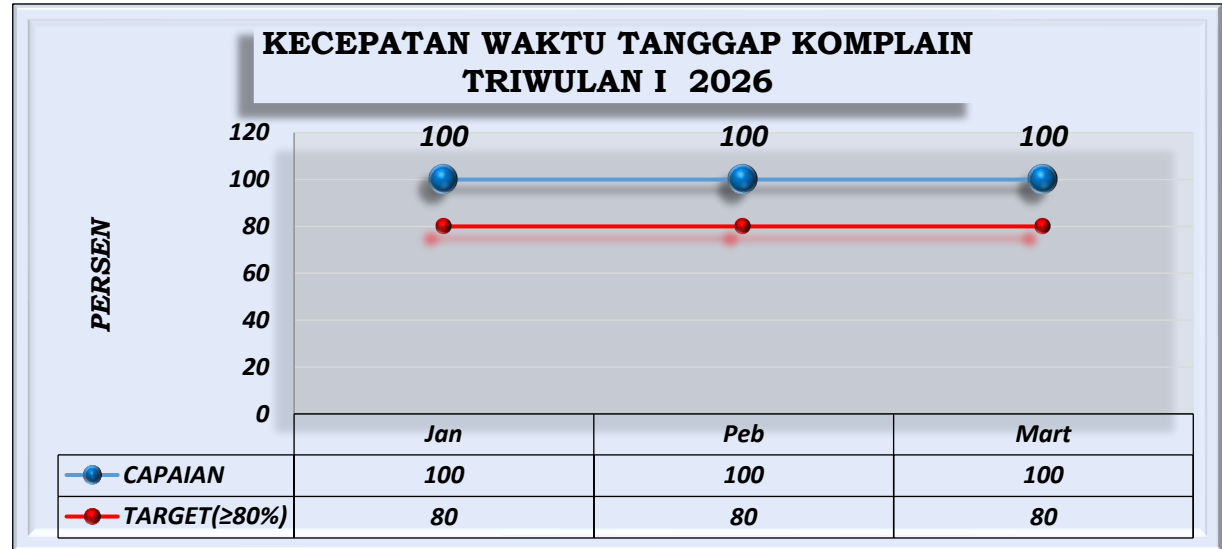
TINDAK LANJUT

- 1) Mengurangi risiko cedera akibat jatuh : Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh belum sesuai standar 100% dan hasil capaian ditingkatkan pada bulan April 2026;
- 2) Melakukan survei Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh secara berkala;
- 3) Memberikan data umpan balik kepada instalasi terkait;
- 4) Sosialisasi mengenai upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh.

12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Manajemen Risiko	Januari	Pebruari	Maret
Kecepatan Respon Terhadap Komplain (%)	100	100	100
Standar (≥80%)	80	80	80

Grafik 12. Capaian Indikator Respon Komplain



PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Capaian Indikator mutu mengenai Kecepatan Respon Terhadap Komplain Triwulan I 2026 didapatkan diatas standar yang ditetapkan yaitu 100 %	a) Bagian aduan dan informasi selalu bekerjasama dengan unit lain yang terkait dalam menanggapi dan menangani komplain tepat waktu.
	Meskipun capaian Kecepatan Respon Terhadap Komplain melebihi standar yang ditetapkan, namun masih perlu adanya evaluasi dari hasil penyelesaian terhadap komplain tersebut, artinya bukan waktu penyelesaiannya namun hasil penyelesaian tersebut bagaimana.	b) Pertahankan capaian kecepatan respon terhadap komplain lebih dari 80%.
	Dari data diperoleh ada 33 komplain dengan kriteria complain semua diidentifikasi hijau. 15 komplain dengan kategori hijau bulan Januari, 11 komplain di bulan Pebruari dan 7 komplain pada bulan Maret.	c) Meningkatkan pelayanan dan sarana prasarana di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri untuk kepuasan pasien dan meminimalkan komplain. d) Lakukan evaluasi kerja seluruh unit. e) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Kecepatan Respon Terhadap Komplain Triwulan I 2026 didapatkan diatas standar yang ditetapkan $\geq 80\%$ dengan rata-rata capaian 100% artinya semua komplain terlayani sesuai dengan waktu yang sudah ditetapkan, namun demikian harus terus dipantau mengenai kesesuaian dalam grading matriknya, apakah komplain benar – benar dalam kategori KKH, KKK maupun KKM. Dari data Triwulan I 2026 ditemukan 33 komplain.	Pimpinan mempertahankan capaian Kecepatan Respon Terhadap Komplain

TINDAK LANJUT

- 1) Bagian aduan dan informasi selalu bekerjasama dengan unit lain yang terkait dalam menanggapi dan menangani komplain tepat waktu;

- 2) Meningkatkan pelayanan dan sarana prasarana di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri untuk kepuasan pasien dan meminimalkan complain;
- 3) Perlu koordinasi ulang terhadap penanggung jawab penanganan komplain;
- 4) Pertahankan capaian Kecepatan Respon Terhadap Komplain;
- 5) Lakukan evaluasi kerja seluruh unit.

13. Kepuasan Pasien

Harapan Dan Kepuasan Pasien dan Keluarga	Januari	Pebruari	Maret
Kepuasan Pasien dan Keluarga (%)	-	-	-
Standar (≥76.61%)	76.61	76.61	76.61

Grafik 13. Capaian Indikator Kepuasan Masyarakat

Sumber data laporan IKM

Pelaporan untuk kepuasan pasien setiap semester, untuk triwulan I tahun 2026 tidak diambil datanya.

TINDAK LANJUT :

1. Meningkatkan dan tetap menjaga kualitas pelayanan instalasi meskipun tidak ada pengambilam data;
2. Meningkatkan kedisiplinan dan rasa tanggung jawab melalui pemberian pelatihan untuk meningkatkan ketrampilan dan etos kerja;
3. Memperhatikan dan menindaklanjuti dengan segera setiap masukan Masyarakat;
4. Monitoring dan evaluasi rutin kinerja instalasi;
5. Evaluasi tarif layanan dan melengkapi tarif layanan yang belum ada;
6. Pemenuhan target/standar Pelayanan Minimal juga indikator mutu yang dipilih.

II. INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT

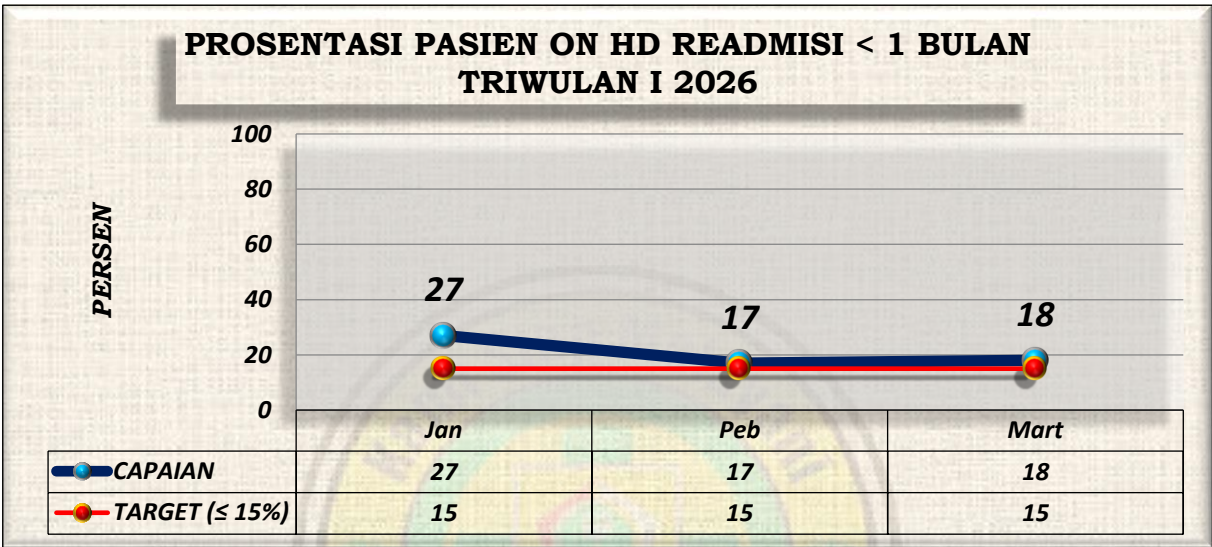
A. Indikator Mutu Pelayanan Klinis

1. Prosentasi Pasien On HD readmisi < 1 bulan.

Prosedur pelayanan IGD	Januari	Pebruari	Maret
Prosentasi Pasien On HD readmisi < 1 bulan (%)	27	17	18
Target (≤15%)	15	15	15

a. Grafik Runchart

Grafik 14. Prosentasi Pasien On HD readmisi < 1 bulan



Sumber Laporan Bulanan Indikator Mutu Instalasi Gawat Darurat

b. Analisa

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada.	-
	Panduan yang mengatur pengukuran Prosentasi Pasien On HD readmisi < 1 bulan	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Prosentasi Pasien On HD readmisi < 1 bulan bulan Januari 2026 27%, Pebruari 2026 17%, Maret 2026 18%	a) Lakukan monev terhadap capaian Prosentasi Pasien On HD readmisi < 1 bulan setiap bulannya.
	Capaian rerata Triwulan I 2026 diperoleh 20.67%. Dari data keseluruhan 72 pasien ada 16 pasien On HD readmisi < 1 bulan.	b) Lakukan koordinasi antara IGD, IRNA dan bidang pelayanan medik.
	Dari data beberapa factor yang menyebabkan kejadian readmisi antara lain pasien dengan komorbiditas tinggi, tidak patuh terhadap diet dan cairan, masalah akses vaskuler, kondisi fisik dan psikologis (kelelahan, Anemia ureum tinggi, gangguan tidur), kurangnya edukasi, factor usia.	c) Lakukan sosialisasi ulang terkait Prosentasi Pasien On HD readmisi < 1 bulan d) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi. e) Lakukan pelaporan data indikator mutu tepat waktu.

	Kemungkinan pasien rawat inap lebih dari 5 hari sebelumnya tidak ada.	
OUTCOME	Prosentasi Pasien On HD <i>readmisi</i> < 1 bulan Triwulan I 2026 rata-rata diperoleh 20.67%.	Menurunkan angka Prosentasi Pasien On HD <i>readmisi</i> < 1 bulan pada bulan April 2026 $\leq$ 15%.

c. Perbandingan
1) Perbandingan tren RS

Berdasarkan grafik 14, dapat disimpulkan bahwa Prosentasi Pasien On HD *readmisi* < 1 bulan ***tren menurun mengarah pada target yang ditetapkan meskipun capaian belum sesuai harapan.*** Dari tren yang terlihat angka capaian menurun, hal ini menggambarkan ada perbaikan pelayanan sesuai dengan standarnya. Namun angka tersebut tentu harus selalu diturunkan dengan selalu meningkatkan pelayanan dan melakukan monitoring serta evaluasi secara berkala.

2) Perbandingan dengan Standar

Berdasarkan data di atas dapat terlihat indikator Prosentasi Pasien On HD *readmisi* < 1 bulan ***belum sesuai dengan target.*** Target capaian indikator Angka Prosentasi Pasien On HD *readmisi* < 1 bulan sebesar $\leq$ 15%. Rekomendasi yang diusulkan antara lain menurunkan angka capaian sesuai dengan target dan pertahankan hasil yang telah dicapai pada bulan berikutnya.

3) Perbandingan dengan praktik yang baik

Prosentasi Pasien On HD *readmisi* < 1 bulan adalah pasien yang dirawat kembali di rumah sakit (*readmisi*) dalam waktu kurang dari satu bulan setelah keluar, dan pasien tersebut sedang menjalani hemodialisis (HD) Berdasarkan grafik indikator Prosentasi Pasien On HD *readmisi* < 1 bulan ***menunjukkan belum sesuai dengan praktik yang baik.*** Untuk selanjutnya terhadap indikator ini akan dilakukan upaya untuk ditingkatkan dan pertahankan hasil yang telah dicapai.

d. Tindak Lanjut

- 1) Melakukan koordinasi antara IGD, IRNA, Instalasi HD, DPJP dan bidang pelayanan medik.
- 2) Instalasi Gawat Darurat melakukan evaluasi kinerja instalasi.
- 3) Instalasi Gawat Darurat melakukan pelaporan data indikator mutu tepat waktu.

B. Indikator Sesuai Tujuan Strategis

1. Ketersediaan Set Instrumen Steril Tindakan Bedah

Manajemen penggunaan sumber daya (CSSD)	Januari	Pebruari	Maret
Ketersediaan Set Instrumen Steril untuk Tindakan bedah di Instalasi Bedah Sentral (%)	98.6	99.52	98.31
Standar (%)	100	100	100

a. Grafik Runchart

Grafik 15. Ketersediaan Set Instrumen Steril Tindakan Bedah Instalasi Bedah Sentral

	Pelaporan data dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (<i>dashboard</i>) yang sudah ada.	
OUTCOME	Persentase Ketersediaan Set Instrumen Steril Tindakan Bedah Instalasi Bedah Sentral pada Triwulan I tahun 2026 belum memenuhi standar 100%. Namun angka deviasi tidak menunjukkan angka yang signifikan.	Meningkatkan Ketersediaan Set Instrumen Steril Tindakan Bedah Instalasi Bedah Sentral pada bulan April 2026 sesuai standar 100%.

c. Perbandingan

1) Perbandingan tren RS

Berdasarkan grafik 15, dapat disimpulkan bahwa Persentase Ketersediaan Set Instrumen Steril Tindakan Bedah di Instalasi Bedah Sentral belum memenuhi standar. Dari tren yang terlihat angka dibawah standar 100%, hal ini menggambarkan pelayanan yang ditetapkan **belum sesuai dengan standar**. Angka tersebut tentu harus selalu ditingkatkan dengan selalu meningkatkan pelayanan dan melakukan monitoring serta evaluasi secara berkala.

2) Perbandingan dengan Standar

Berdasarkan data di atas dapat terlihat Persentase Ketersediaan Set Instrumen Steril Tindakan Bedah di Instalasi Bedah Sentral **belum sesuai dengan standar**. Standar Persentase Ketersediaan Set Instrumen Steril Tindakan Bedah di Instalasi Bedah Sentral sebesar 100%. Rekomendasi yang diusulkan antara lain meningkatkan hasil yang telah dicapai.

3) Perbandingan dengan praktik yang baik

- 1. Instrumen adalah alat yang digunakan dalam tindakan kedokteran maupun keperawatan (contoh: pembedahan, medikasi)
- 2. Set adalah sekumpulan alat yang sudah ditentukan, yang digunakan untuk tindakan spesifik
- 3. Steril adalah kondisi bebas dari mikroorganisme hidup termasuk endospora.
- 4. Ketersediaan set instrumen steril untuk IBS adalah produk set instrumen steril dari CSSD memenuhi seluruh kebutuhan tindakan di IBS

Berdasarkan grafik Ketersediaan Set Instrumen Steril Tindakan Bedah di Instalasi Bedah Sentral **belum sesuai dengan praktik yang baik**. Untuk selanjutnya terhadap indikator ini akan dilakukan upaya untuk harus ditingkatkan capaiannya.

d. Tindak Lanjut

- 1) Lakukan pendataan Ketersediaan Set Instrumen Steril Tindakan Bedah di Instalasi Bedah Sentral;
- 2) Pemanfaatan sarpras dilakukan dengan pengaturan jadwal operasi diluar operasi cito;
- 3) Kepala Instalasi CSSD melakukan koordinasi Instalasi Bedah Sentral;
- 4) Kepala Instalasi CSSD melakukan evaluasi terhadap capaian indikator mutu setiap bulan;
- 5) Kepala Instalasi CSSD melakukan evaluasi kinerja Instalasi CSSD;

- 6) Kepala Instalasi CSSD melakukan pengumpulan dan input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin;
- 7) Kepala Instalasi CSSD melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

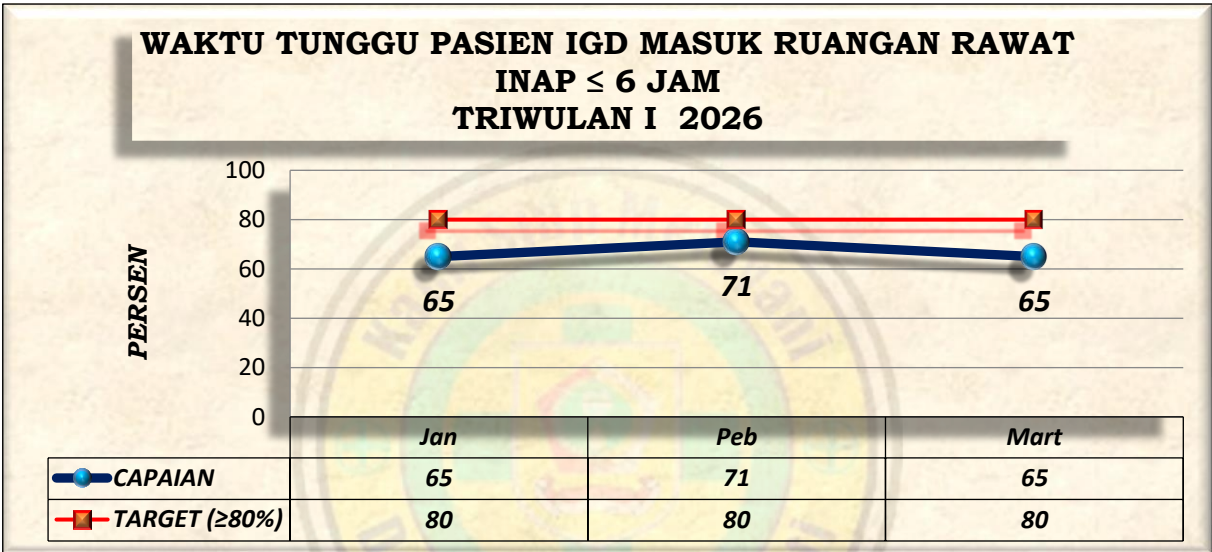
C. Indikator Terkait Perbaikan Sistem

1. Waktu tunggu pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap ≤ 6 jam

Prosedur pelayanan IGD	Januari	Pebruari	Maret
Waktu tunggu pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap ≤ 6 jam (%)	65	71	65
Target (≥80%)	80	80	80

a. Grafik Runchart

Grafik 16. Waktu Tunggu Pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap ≤ 6 Jam



Sumber Laporan Bulanan Indikator Mutu Instalasi Gawat Darah

b. Analisa

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada.	-
	Panduan yang mengatur pengukuran waktu tunggu pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap ≤ 6 Jam	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemeriksaan secara berkala pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan.	a) Lakukan pendataan berkaitan dengan waktu tunggu pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap ≤ 6 Jam
	Capaian waktu tunggu pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap ≤ 6 Jam bulan Januari 2026 65%, Pebruari 2026 71%, Maret 2026 65%, Triwulan I 2026 rata-rata diperoleh 67%, dari data diperoleh gambaran bahwa waktu tunggu pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap masih ada yang diatas 6 jam sebesar 13% dari target ≥80% yang ditetapkan.	b) Lakukan koordinasi antara IGD, rawat inap, Instalasi Laboratorium dan Instalasi RIR c) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi.

	Ada beberapa faktor yang mempengaruhi waktu tunggu pasien masuk ke rawat inap, antara lain menunggu hasil laboratorium, hasil Rontgen dan bacaan , kamar belum siap, penanggung jawab pasien belum ada.	d) Lakukan pelaporan data indikator mutu tepat waktu. e) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 5.
	Waktu pelaporan ke KMRS juga input data tepat waktu	
OUTCOME	Capaian waktu tunggu pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap ≤ 6 Jam Triwulan I 2026 rata-rata diperoleh 67%.	Meningkatkan persentase waktu tunggu pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap ≤ 6 Jam pada bulan April 2026 $\geq 80\%$.

c. Perbandingan

1) Perbandingan tren RS

Berdasarkan grafik 16, dapat disimpulkan bahwa Waktu Tunggu Pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap ≤ 6 Jam belum memenuhi target. Dari tren yang terlihat menunjukkan gambaran tren yang stagnan angka capaian yang masih dibawah target, hal ini menggambarkan pelayanan **belum sesuai dengan target**. Angka tersebut tentu harus selalu ditingkatkan dengan selalu meningkatkan pelayanan dan melakukan monitoring serta evaluasi secara berkala.

2) Perbandingan dengan Standar

Berdasarkan data di atas dapat terlihat indikator Waktu Tunggu pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap ≤ 6 Jam **sepenuhnya belum sesuai dengan standar**. Standar waktu yang ditetapkan indikator Waktu Tunggu pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap ≤ 6 Jam. Dari data sekitar 100 pasien baru 67 pasien yang bisa masuk ruang ranap dalam kurun waktu kurang 6 jam, selebihnya 13 pasien dilayani lebih dari 6 jam. Rekomendasi yang diusulkan antara lain meningkatkan capaian dan pertahankan hasil yang telah dicapai pada bulan berikutnya.

3) Perbandingan dengan praktik yang baik

Waktu tunggu pasien IGD masuk ruangan rawat inap adalah waktu tunggu sejak pasien masuk IGD sampai dengan pasien diantar masuk ruangan rawat inap
Berdasarkan grafik indikator Waktu Tunggu pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap ≤ 6 Jam **belum sesuai dengan praktik yang baik**. Untuk selanjutnya, terhadap indikator ini akan dilakukan upaya untuk meningkatkan hasil yang telah dicapai.

d. Tindak Lanjut

- 1) Melakukan pendataan berkaitan dengan waktu tunggu pasien IGD masuk ruangan Rawat Inap ≤ 6 Jam
- 2) Lakukan koordinasi antara IGD, rawat inap, Instalasi Laboratorium dan Instalasi RIR
- 3) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi.
- 4) Lakukan pelaporan data indikator mutu tepat waktu.
- 5) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 5.

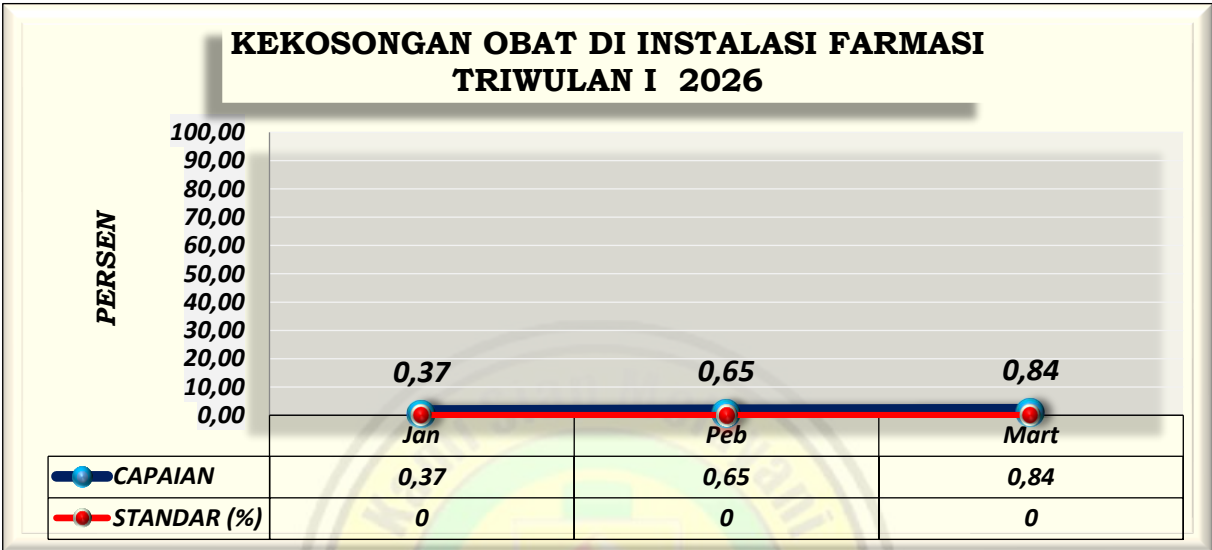
D. Indikator Terkait Manajemen Risiko

1. Kekosongan obat di Instalasi Farmasi

Pelayanan medis terkait farmasi	Januari	Pebruari	Maret
Kekosongan obat di Instalasi Farmasi	0.37	0.65	0.84
Target (%)	0	0	0

a. Grafik Runchart

Grafik 17. Kekosongan Obat di Instalasi Farmasi



Sumber Laporan Bulanan Indikator Mutu Instalasi Farmasi

b. Analisa

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala mengenai angka kekosongan obat di Instalasi Farmasi.	a) Lakukan pengecekan sekaligus survei ketersediaan obat.
	Angka kekosongan obat di Instalasi Farmasi bulan Januari 2026 sebesar 0.37%, Pebruari 2026 sebesar 0.65%, bulan Maret 2026 sebesar 0.84%.	b) Lakukan koordinasi dengan Unit Koordinator Pengadaan (UKP) bersama Bidang Penunjang Medik dan evaluasi kerjasama dengan distributor / PBF
	Rerata capaian pada Triwulan I 2026 sebesar 0.62%, belum sesuai dengan standar yang ditetapkan.	c) Lakukan Koordinasi dengan Komite Medik dan Panitia Farmasi Terapi (PFT).
	Kekosongan obat dipengaruhi oleh anggaran belanja perbekalan farmasi, ketersediaan obat di	

	produsen/distributor/PBF, kesalahan dalam penyetokkan.	d) Lakukan pengajuan anggaran belanja perbekalan farmasi.
	Keterlambatan obat dari suplier	e) Lakukan analisa tren peningkatan kebutuhan obat.
	Daftar obat diperbaharui setiap saat sesuai kebutuhan	f) Lakukan sosialisasi daftar obat yang tersedia.
	Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (<i>dashboard</i>) yang sudah ada.	g) Lakukan evaluasi kinerja instalasi. h) Lakukan monev pengumpulan data. i) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin. j) Lakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya. k) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Angka kekosongan obat di Instalasi Farmasi bulan Januari 2026 sebesar 0.37%, Pebruari 2026 sebesar 0.65%, bulan Maret 2026 sebesar 0.84% dari data diperoleh bahwa pada setiap 100 item obat di farmasi ada sekitar 1 item obat yang kosong, artinya masih terjadi adanya kekosongan obat. Dari data terlihat tidak ada perbaikan.	Menurunkan angka kekosongan obat di Instalasi Farmasi menjadi 0% pada bulan April 2026

c. Perbandingan

1) Perbandingan tren RS

Berdasarkan grafik 17, dapat disimpulkan bahwa Kekosongan Obat di Instalasi Farmasi belum memenuhi target. ***Dari tren yang terlihat angka capaian diatas standar 0% namun menunjukkan ada gambaran perbaikan***, hal ini masih menggambarkan pelayanan ***belum sesuai dengan standar***. Angka tersebut tentu harus selalu ditekan atau diturunkan menjadi 0% dengan selalu meningkatkan pelayanan dan melakukan monitoring serta evaluasi secara berkala.

2) Perbandingan dengan Standar

Berdasarkan data di atas meskipun tidak menunjukkan angka signifikan namun dapat terlihat ***capaian belum sesuai*** standar Kekosongan Obat di Instalasi Farmasi sebesar 0%. Rekomendasi yang diusulkan antara lain meningkatkan hasil yang telah dicapai menjadi 0%.

3) Perbandingan dengan praktik yang baik

Kekosongan Obat di Instalasi Farmasi adalah Kekosongan obat saat dibutuhkan pasien di depo Farmasi Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD dan IBS. Setiap kekosongan obat yang tidak ada penggantinya.

Berdasarkan grafik Kekosongan Obat di Instalasi Farmasi ***belum sesuai dengan praktik yang baik***. Untuk selanjutnya terhadap indikator ini akan dilakukan upaya untuk meningkatkan hasil yang telah dicapai.

d. Tindak Lanjut

- 1) Kepala Instalasi Farmasi melakukan pengecekan sekaligus survei ketersediaan obat.
- 2) Kepala Instalasi Farmasi melakukan koordinasi dengan Unit Koordinator Pengadaan (UKP) bersama Bidang Penunjang Medik dan evaluasi kerjasama dengan distributor / PBF.
- 3) Kepala Instalasi Farmasi melakukan koordinasi dengan Komite Medik dan Panitia Farmasi Terapi (PFT).
- 4) Kepala Instalasi Farmasi melakukan pengajuan anggaran belanja perbekalan farmasi.
- 5) Kepala Instalasi Farmasi melakukan analisa tren peningkatan kebutuhan obat.
- 6) Kepala Instalasi Farmasi melakukan sosialisasi daftar obat yang tersedia
- 7) Kepala Instalasi Farmasi melakukan evaluasi kinerja instalasi.
- 8) Kepala Instalasi Farmasi melakukan monev pengumpulan data.
- 9) Kepala Instalasi Farmasi melalui PJ data melakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 10) Kepala Instalasi Farmasi melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

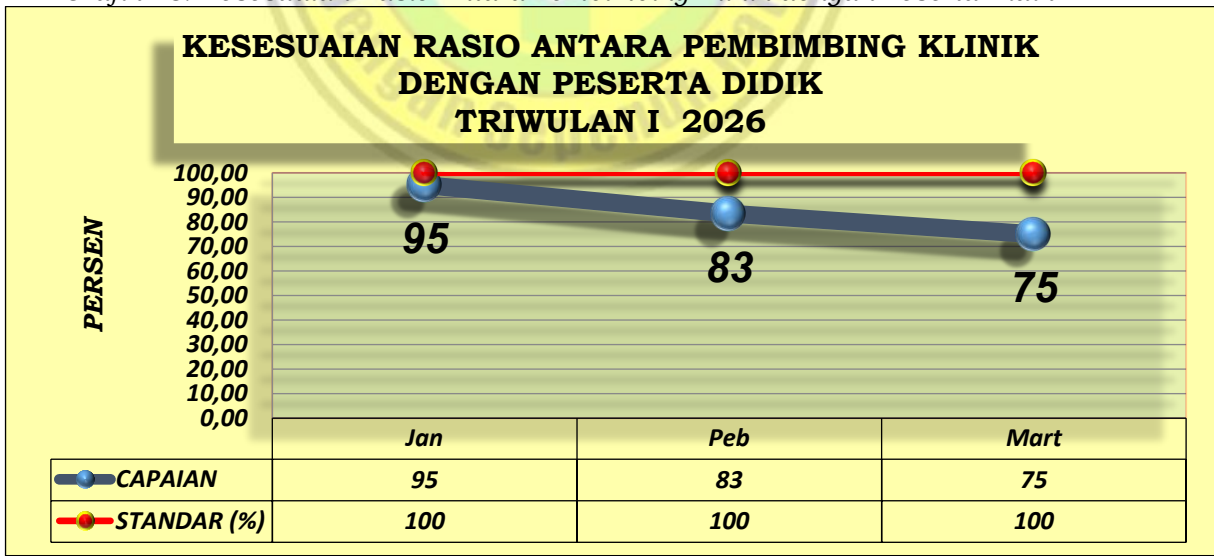
E. Indikator Mutu Penelitian Klinis dan Program Pendidikan Kedokteran

1. Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik

Pendidikan dan Pelatihan	Januari	Pebruari	Maret
Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik (%)	95	83	75
Standar (%)	100	100	100

a. Grafik Runchart

Grafik 18. Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik



Sumber Laporan Bulanan Indikator Mutu Diklat

b. Analisa

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-

	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala mengenai Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik. Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik bulan Januari 2026 sebesar 95%, Pebruari 2026 sebesar 83%, bulan Maret 2026 sebesar 75%. Rerata capaian pada Triwulan I 2026 sebesar 84.44 %, belum sesuai dengan standar yang ditetapkan. Dari total 30 periode permohonan praktik klinik, 26 periode permohonan praktik klinik yang sesuai rasio antara pembimbing klinik dengan peserta didik. Sementara 4 periode tidak sesuai. Maret banyaknya mahasiswa praktik kebidanan atau stase maternitas sementara hanya terdapat 2 bangsal maternitas, Ponek dan Melati. Pebruari jumlah mahasiswa Anestesi melebihi ketentuan rasio, Januari rasio tidak sesuai pada ruang ICU.	a) Lakukan pengecekan sekaligus survei Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik. b) Lakukan koordinasi Unit Diklat dengan lahan praktik. c) Lakukan analisa capaian kesesuaian rasio antara pembimbing klinik dengan peserta didik. d) Lakukan evaluasi kinerja unit. e) Lakukan monev pengumpulan data. f) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin. g) Lakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya. h) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik bulan Januari 2026 sebesar 95%, Pebruari 2026 sebesar 83%, bulan Maret 2026 sebesar 75% rerata capaian pada triwulan I 84.44%	Meningkatkan Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik menjadi 100% pada bulan April 2026

d. Perbandingan

1) Perbandingan tren RS

Berdasarkan grafik 18, dapat disimpulkan bahwa Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik. **Dari tren yang terlihat angka capaian di bawah standar 100% belum menunjukkan ada gambaran perbaikan**, hal ini masih menggambarkan pelayanan **belum sesuai dengan standar**. Angka tersebut tentu harus ditingkatkan menjadi 100% dengan

selalu melakukan monitoring serta evaluasi secara berkala terkait jumlah CI di masing masing ruang praktik.

2) **Perbandingan dengan Standar**

Berdasarkan data di atas meskipun tidak menunjukkan angka signifikan namun dapat terlihat **belum sesuai dengan standar**. Standar Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik sebesar 100%. Rekomendasi yang diusulkan antara lain meningkatkan hasil yang telah dicapai menjadi 100%.

3) **Perbandingan dengan praktik yang baik**

Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik adalah Kesesuaian dari jumlah pembimbing klinis dengan peserta didik yang melakukan Pendidikan klinis di rumah sakit.

Berdasarkan grafik Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik **belum sesuai dengan rasio yang baik**. Untuk selanjutnya terhadap indikator ini akan dilakukan upaya untuk meningkatkan hasil yang telah dicapai.

e. **Tindak Lanjut**

- 1) Kepala Unit Diklat melakukan pengecekan sekaligus survei Kesesuaian Rasio antara peserta didik dengan pembimbing klinik.
- 2) Kepala Unit Diklat melakukan koordinasi dengan Instalasi rawat inap dan istalasi lain yang berkaitan dengan lahan/ruang praktik.
- 3) Kepala Unit Diklat melakukan analisa capaian indikator mutu.
- 4) Kepala Unit Diklat melakukan sosialisasi terkait kesesuaian rasio antara pembimbing klinik dengan peserta didik.
- 5) Kepala Unit Diklat melakukan evaluasi kinerja unit.
- 6) Kepala Unit Diklat melakukan monev pengumpulan data.
- 7) Kepala Unit Diklat melalui PJ data melakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 8) Kepala Unit Diklat melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

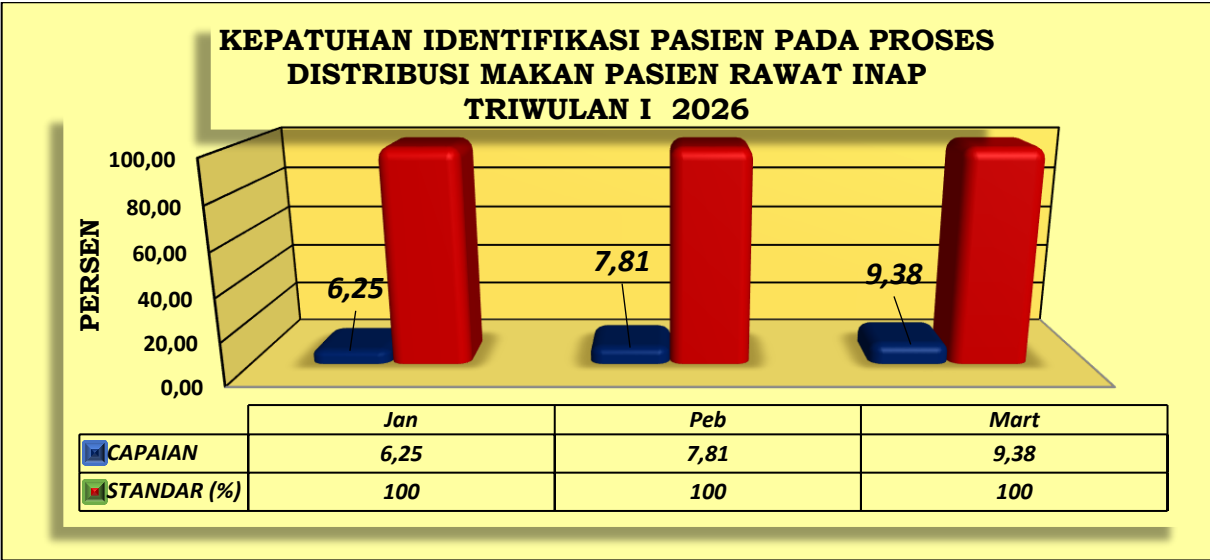
F. **Indikator Sasaran Keselamatan Pasien**

1. **Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Proses Distribusi Makan Pasien Rawat Inap**

Proses Identifikasi Pasien Dengan Benar (ISKP 1)	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan Identifikasi Pasien Pada Proses Distribusi Makan Pasien Ranap (%)	6.25	7.81	9.38
Target (%)	100	100	100

a. **Grafik Runchart**

Grafik 19. Identifikasi pasien dengan benar: Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Proses Distribusi Makan Pasien Rawat Inap



Sumber Laporan Bulanan Indikator Mutu Instalasi Gizi

b. Analisa

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Proses Distribusi Makan Pasien Rawat Inap .	a) Lakukan survei Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Proses Distribusi Makan Pasien Rawat Inap .
	Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Proses Distribusi Makan Pasien Rawat Inap pada bulan Januari 2026 sebesar 6.25%, Pebruari 2026 sebesar 7.81%, Maret 2026 sebesar 9.38%.	b) Lakukan koordinasi dengan Instalasi Rawat Inap dan Instalasi Gizi untuk pemantauan petugas saat melakukan distribusi makanan ke pasien.
	Dari data capaian pada Triwulan I 2026 rata – rata 7.81%.	c) Lakukan sosialisasi pentingnya identifikasi identitas pasien.
	Kepatuhan petugas dalam identifikasi pasien saat penyajian makanan ke pasien kurang, pasien menerima makanan sesuai dengan porsi, nilai gizi, dan jenis diet medis yang telah diresepkan demi mempercepat proses penyembuhan.	d) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi Gizi e) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin. f) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

	Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada.	
OUTCOME	Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Proses Distribusi Makan Pasien Rawat Inap pada Triwulan I rata-rata 7.81% dari 100 pasien baru sekitar 8 pasien yang dilakukan identifikasi pasien saat melakukan penyajian makanan kepada pasien. Capaian belum sesuai standar yang ditetapkan yaitu 100%.	Meningkatkan Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Proses Distribusi Makan Pasien Rawat Inap pada bulan April 2026

c. Tindak Lanjut

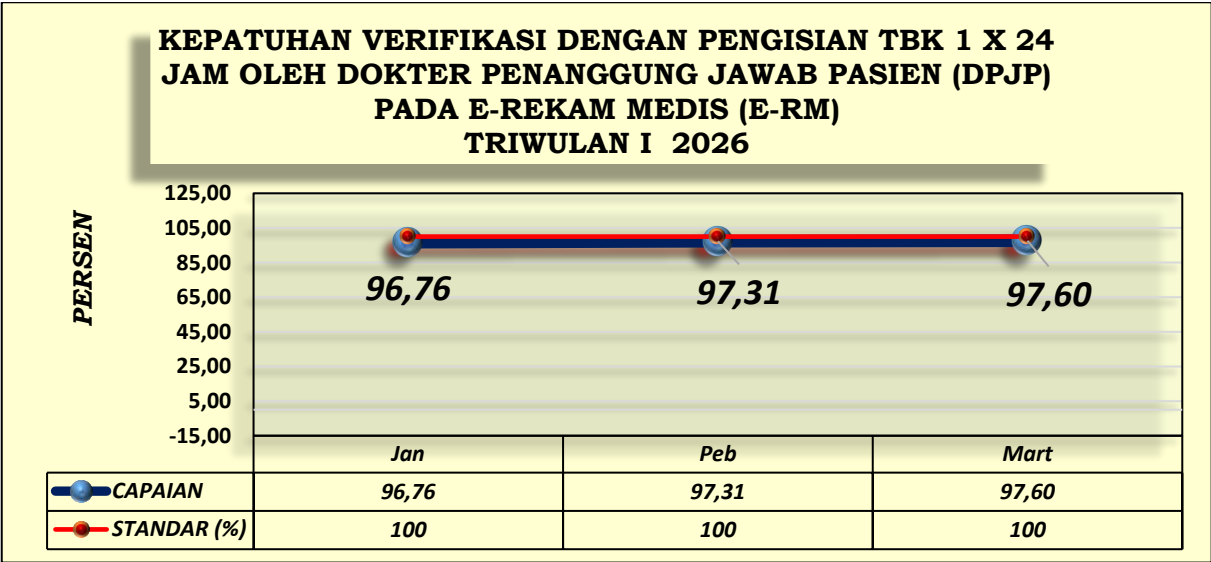
- 1) Kepala Instalasi Gizi melakukan survei Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Proses Distribusi Makan Pasien Rawat Inap
- 2) Kepala Instalasi Gizi melakukan koordinasi dengan Instalasi Rawat Inap untuk mengecek Kepatuhan Identifikasi Pasien Pada Asuhan Gizi.
- 3) Kepala Instalasi Gizi melakukan sosialisasi pentingnya Identifikasi pasien saat asuhan Gizi.
- 4) Kepala Instalasi Gizi melakukan evaluasi kinerja.
- 5) Kepala Instalasi Gizi melakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 6) Kepala Instalasi Rawat Inap melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
- 7) Melakukan Proses identifikasi pasien dengan benar : Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Proses Distribusi Makan Pasien Rawat Inap ditingkatkan pada bulan berikutnya.
- 8) Kepala Instalasi Gizi melakukan monitoring terhadap stafnya terkait Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Proses Distribusi Makan Pasien Rawat Inap.

2. Kepatuhan Verifikasi Dengan Pengisian Tbk 1 X 24 Jam Oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (Dpjp) Pada E-Rekam Medis (E-Rm)

Meningkatkan komunikasi yang efektif (ISKP 2)	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan Verifikasi Dengan Pengisian Tbk 1 X 24 Jam Oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (Dpjp) Pada E-Rekam Medis (E-Rm) (%)	96.76	97.31	97.60
Target (%)	100	100	100

a. Grafik Runchart

Grafik 20. Kepatuhan Verifikasi Dengan Pengisian Tbk 1 X 24 Jam Oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (Dpjp) Pada E-Rekam Medis (E-Rm)



	Tidak ada lagi alasan beban pekerjaan yang menyebabkan kelalaian tidak dilakukan Verifikasi Dengan Pengisian Tbk 1 X 24 Jam Oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (Dpjp) Pada E-Rekam Medis (E-Rm). Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada.	e) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin. f) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Kepatuhan Verifikasi Dengan Pengisian Tbk 1 X 24 Jam Oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (Dpjp) Pada E-Rekam Medis (E-Rm) pada Triwulan I rata-rata 97.22% capaian belum sesuai standar yang ditetapkan yaitu 100%.	Meningkatkan Kepatuhan Verifikasi Dengan Pengisian Tbk 1 X 24 Jam Oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (Dpjp) Pada E-Rekam Medis (E-Rm) pada bulan April 2026 menjadi 100%.

c. Tindak Lanjut

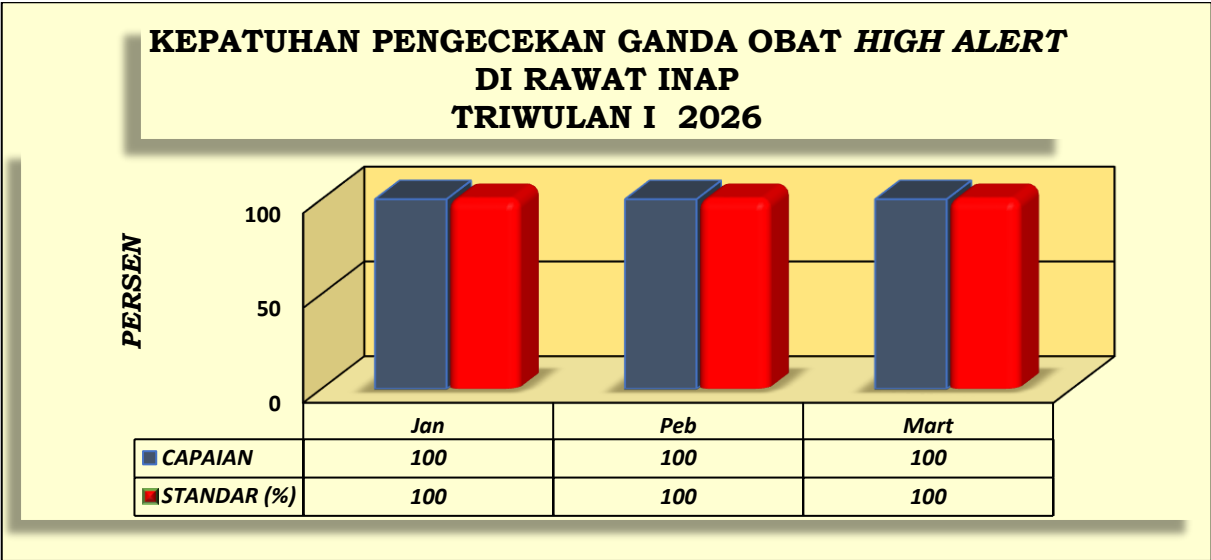
- 1) Kepala Instalasi Rawat Inap melakukan survei Kepatuhan Verifikasi Dengan Pengisian Tbk 1 X 24 Jam Oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (Dpjp) Pada E-Rekam Medis (E-Rm).
- 2) Kepala Instalasi Rawat Inap melakukan koordinasi dengan seluruh unit perawatan terkait Kepatuhan Verifikasi Dengan Pengisian Tbk 1 X 24 Jam Oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (Dpjp) Pada E-Rekam Medis (E-Rm).
- 3) Kepala Instalasi Rawat Inap melakukan sosialisasi kepada PPA pentingnya Verifikasi Dengan Pengisian Tbk 1 X 24 Jam Oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (Dpjp) Pada E-Rekam Medis (E-Rm).
- 4) Kepala Instalasi Rawat Inap melakukan monitoring Verifikasi Dengan Pengisian Tbk 1 X 24 Jam Oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (Dpjp) Pada E-Rekam Medis (E-Rm) pada saat konsul dan menyampaikan hasil laporan.
- 5) Kepala Instalasi Rawat Inap melakukan evaluasi terhadap capaian indikator mutu setiap bulan.
- 6) Kepala Instalasi Rawat Inap melakukan evaluasi kinerja Instalasi rawat Inap.
- 7) Kepala Instalasi Rawat Inap melakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 8) Kepala Instalasi Rawat Inap melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

3. Peningkatan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai : Kepatuhan Pengecekan Ganda Obat High Alert Di Rawat Inap

Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan Yang Harus Diwaspadai (ISKP 3)	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan Pengecekan Ganda Obat High Alert Di Rawat Inap (%)	100	100	100
Target (%)	100	100	100

a. Grafik Runchart

Grafik 21. Kepatuhan Pengecekan Ganda Obat High Alert Di Rawat Inap



Sumber Laporan Bulanan Indikator Mutu Instalasi Farmasi

b. Analisa

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala Kepatuhan Pengecekan Ganda Obat <i>High Alert</i> Di Rawat Inap.	a) Lakukan survei Kepatuhan Pengecekan Ganda Obat <i>High Alert</i> Di Rawat Inap.
	Kepatuhan Pengecekan Ganda Obat High Alert Di Rawat Inap pada Triwulan I tahun 2026 sudah memenuhi standar 100%.	b) Lakukan koordinasi Instalasi Farmasi dengan Insatalasi Rawat Inap.
	Dari data capaian pada Triwulan I 2026 rata – rata 100%.	c) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi Farmasi.
	Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada.	d) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin. e) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Kepatuhan Pengecekan Ganda Obat High Alert Di Rawat Inap pada Triwulan I tahun 2026 sudah memenuhi target 100%.	Mempertahankan Kepatuhan Pengecekan Ganda Obat High Alert Di Rawat Inap pada bulan April 2026 sesuai standar 100%.

c. Tindak Lanjut

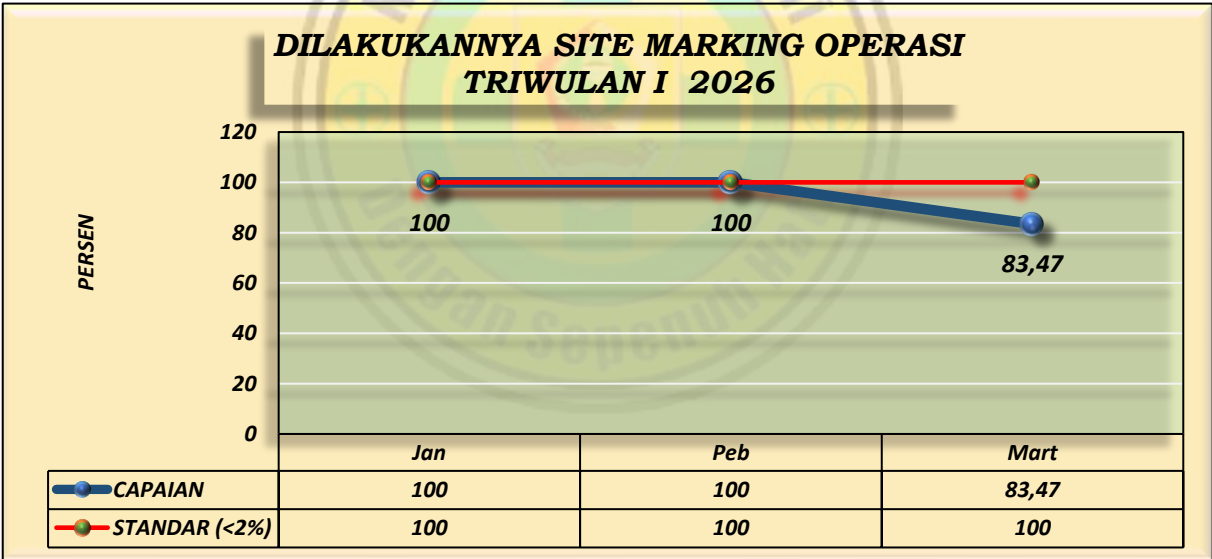
- 1) Kepala Instalasi Farmasi melakukan survei Kepatuhan Pengecekan Ganda Obat High Alert Di Rawat Inap
- 2) Kepala Instalasi Farmasi melakukan koordinasi Instalasi Farmasi dengan Insatalasi Rawat Inap.
- 3) Kepala Instalasi Farmasi melakukan evaluasi terhadap capaian indikator mutu setiap bulan.
- 4) Kepala Instalasi Farmasi melakukan evaluasi kinerja Instalasi Farmasi.
- 5) Kepala Instalasi Farmasi melakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 6) Kepala Instalasi Farmasi melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

4. Dilakukannya Site Marking Operasi

Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar dan pembedahan pada pasien yang benar (ISKP 4)	Januari	Pebruari	Maret
Dilakukannya Site Marking Operasi (%)	100	100	83.47
Target (%)	100	100	100

a. Grafik Runchart

Grafik 22. Dilakukannya Site Marking Operasi



Sumber Laporan Bulanan Indikator Mutu Instalasi Bedah Sentral

b. Analisa

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala	

	Dilakukannya <i>Site Marking</i> Operasi .	a) Lakukan survei Dilakukannya <i>Site Marking</i> Operasi .
	Dilakukannya <i>Site Marking</i> Operasi pada bulan Januari 100%, Pebruari 100%, Maret 83.47%.	b) Lakukan koordinasi antara Kabid Yanmed, Kabid. Keperawatan dengan Kepala Instalasi Bedah Sentral.
	Dari data capaian pada Triwulan I 2026 rata – rata 94.49%.	c) Lakukan Review SPO prosedur bedah di kamar operasi.
	Dari data diperoleh bahwa dari 100 tindakan operasi 6 tindakan operasi tidak dilakukan <i>Site Marking</i> Operasi ada tindakan operasi berpeluang terancamnya keselamatan pasien.	d) Lakukan koordinasi antara Kepala Instalasi Bedah Sentral, Koordinator perawat dengan dokter bedah (operator bedah), dokter anestesi dan tim bedah lain terhadap pelaksanaan prosedur <i>Site Marking</i> Operasi.
	Kepatuhan pelaksanaan prosedur dengan benar masih kurang.	e) Lakukan evaluasi hasil capaian indikator mutu dalam setiap bulan.
	Risiko keselamatan pasien yang kurang diperhatikan, artinya ada prosedur yang dilanggar.	f) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi Bedah Sentral.
	Potensi terhadap kerugian rumah sakit.	g) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
	Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada.	h) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Dilakukannya <i>Site Marking</i> Operasi pada Triwulan I 2026 rata-rata mencapai 94.49%, artinya pelaksanaan prosedur tersebut belum sesuai dengan standar yang ditetapkan.	Meningkatkan Dilakukannya <i>Site Marking</i> Operasi 100% pada bulan April 2026

c. Tindak Lanjut

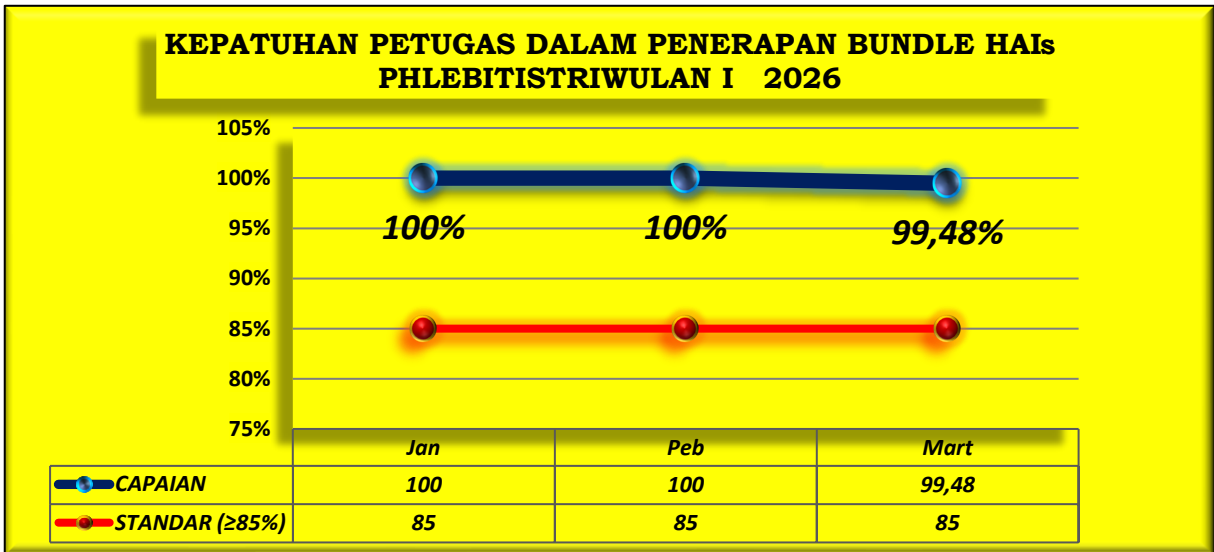
- 1) Lakukan survei Dilakukannya *Site Marking* Operasi .
- 2) Lakukan koordinasi antara Kabid Yanmed, Kabid. Keperawatan dengan Kepala Instalasi Bedah Sentral.
- 3) Lakukan Review SPO prosedur bedah di kamar operasi.
- 4) Lakukan koordinasi antara Kepala Instalasi Bedah Sentral, Koordinator perawat dengan dokter bedah (operator bedah), dokter anestesi dan tim bedah lain terhadap pelaksanaan prosedur *Site Marking* Operasi.
- 5) Lakukan evaluasi hasil capaian indikator mutu dalam setiap bulan.
- 6) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi Bedah Sentral.
- 7) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 8) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

5. Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Bundle Hais Phlebitis

Pengurangan risiko infeksi akibat perawatan kesehatan (ISKP 5)	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Bundle Hais Phlebitis (%)	100	100	99.48
Target (≥85%)	100	100	100

a. Grafik Runchart

Grafik 23. Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Bundle Hais Phlebitis



Sumber Laporan Bulanan Indikator Mutu Komite PPI

b. Analisa

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Bundle Hais Phlebitis.	a) Lakukan survei Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Bundle Hais Phlebitis.
	Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Bundle Hais Phlebitis pada bulan Januari 2026 sebesar 100%, Pebruari 2026 sebesar 100% dan Maret 2026 sebesar 99.48%.	b) Lakukan koordinasi antara Kabid. Keperawatan, Komite PPI dan unit perawatan.
	Dari data capaian pada Triwulan I 2026 rata – rata 99.83%.	c) Lakukan evaluasi hasil capaian indikator mutu dalam setiap bulan. d) Lakukan evaluasi kinerja Komite. e) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem

	Dari data diperoleh bahwa dari 100 pasien dengan terpasang infus 99 dilakukan Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Bundle Hais Phlebitis.	SimMUTU rumah sakit secara rutin. f) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
	Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada.	
OUTCOME	Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Bundle Hais Phlebitis pada Triwulan I 2026 rata-rata mencapai 100%. dari data menggambarkan adanya tren perbaikan, meskipun belum mencapai target yang ditetapkan.	Meningkatkan Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Bundle Hais Phlebitis 100% pada bulan April 2026.

c. Tindak Lanjut

- 1) Komite PPI melakukan survei Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Bundle Hais Phlebitis.
- 2) Komite PPI melakukan koordinasi dengan Kabid. Keperawatan dan unit perawatan.
- 3) Komite PPI melakukan evaluasi hasil capaian indikator mutu dalam setiap bulan.
- 4) Komite PPI melakukan evaluasi kinerja Komite.
- 5) Komite PPI melakukan pengumpulan dan input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 6) Komite PPI melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pada Pasien Instalasi Rawat Jalan

Mengurangi risiko cedera akibat jatuh (ISKP 6)	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pada Pasien Instalasi Rawat Jalan (%)	73.08	78.83	83.05
Standar (%)	100	100	100

a. Grafik Runchart

Grafik 24. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pada Pasien Instalasi Rawat Jalan



Sumber Laporan Bulanan Indikator Mutu Instalasi Rawat Jalan

b. Analisa

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pada Pasien Instalasi Rawat Jalan.	a) Lakukan survei Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pada Pasien Instalasi Rawat Jalan.
	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pada Pasien Instalasi Rawat Jalan pada bulan Januari 2026 sebesar 73.08%, Pebruari 2026 sebesar 78.83% dan Maret 2026 sebesar 83.05%.	b) Lakukan koordinasi antara Kabid. Keperawatan, Kepala Instalasi Rawat Inap dan unit perawatan.
	Dari data capaian pada Triwulan I 2026 rata – rata 78.32%.	c) Lakukan pengisian asesmen pencegahan risiko jatuh.
	Dari data diperoleh bahwa dari 100 pasien dengan risiko jatuh 78 dilakukan upaya pencegahan risiko jatuh. Meskipun demikian data menunjukkan peningkatan kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh.	d) Lakukan pemberian stiker risiko jatuh pada gelang identitas. e) Lakukan evaluasi hasil capaian indikator mutu dalam setiap bulan. f) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi Rawat Jalan. g) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.

	Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada.	h) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pada Pasien Instalasi Rawat Jalan pada Triwulan I 2026 rata-rata mencapai 78.32%. dari data menggambarkan adanya tren perbaikan, meskipun belum mencapai standar yang ditetapkan.	Meningkatkan Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pada Pasien Instalasi Rawat Jalan 100% pada bulan April 2026.

c. Tindak Lanjut

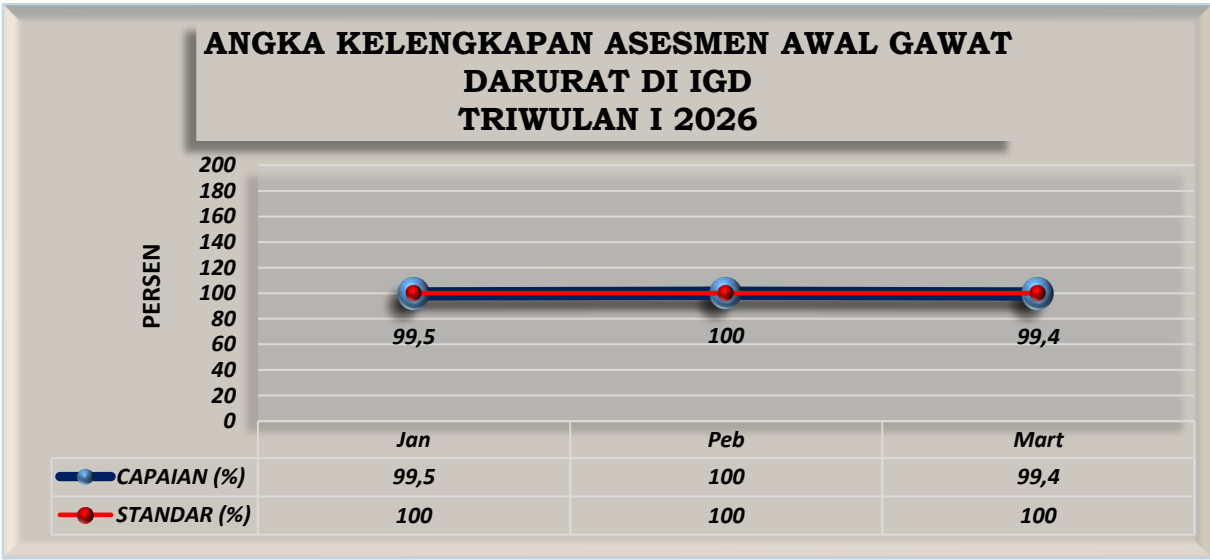
- 1) Kepala Instalasi Rawat Jalan melakukan survei Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pada Pasien Instalasi Rawat Jalan.
- 2) Kepala Instalasi Rawat Jalan melakukan koordinasi dengan Kabid. Keperawatan.
- 3) Kepala Instalasi Rawat Jalan melalui poliklinik melakukan pengisian asesmen risiko jatuh pada pasien.
- 4) Lakukan pemberian pita risiko jatuh pada pasien yang berisiko jatuh.
- 5) Kepala Instalasi Rawat Jalan melakukan evaluasi hasil capaian indikator mutu dalam setiap bulan.
- 6) Kepala Instalasi Rawat Jalan melakukan evaluasi kinerja.
- 7) Kepala Instalasi Rawat Jalan melakukan pengumpulan dan input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 8) Kepala Instalasi Rawat Jalan melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

III. INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

1. Angka Kelengkapan Asesmen Awal Gawat Darurat di IGD

Prosedur pelayanan IGD	Januari	Pebruari	Maret
Angka Kelengkapan Asesmen Awal Gawat Darurat di IGD (%)	99.5	100	99.4
Standar (%)	100	100	100

Grafik 25. Capaian Indikator Kelengkapan Assesmen Awal Gadar di IGD



Sumber data laporan indikator mutu IGD

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemeriksaan secara berkala pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan.	a) Lakukan survei dokumentasi rekam medis gawat darurat di IGD
	Dari data diperoleh rata rata dalam Triwulan I 2026 99.63%, dari 100 rekam medis pasien ditemukan sekitar 1 rekam medis tidak tertulis lengkap assesmen awal gadar.	b) Lakukan koordinasi dengan DPJP, perawat maupun bidan.
	Masih kurang evaluasi dan peringatan (tindak lanjut) serta monitoring variabel yang kepatuhannya kurang terhadap kelengkapan pengisian assesmen awal gadar oleh kepala instalasi.	c) Kumpulkan data indikator mutu rekam medis setiap bulan ke KMRS
	Kepatuhan petugas terhadap pengisian assesmen gadar secara lengkap, ada yang kurang.	d) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Kepatuhan terhadap kelengkapan pengisian assesmen awal gadar dari data yang didapat, 3 variabel yang mempengaruhi (perawat, bidan, dokter) nilai kepatuhan yang paling rendah karena faktor personal dari medis.	
	Angka kelengkapan pengisian asesmen awal gawat darurat di IGD pada bulan Januari 2026 sebesar 99.5%, bulan Pebruari 2026 sebesar 100%, bulan Maret 2026 sebesar 99.4%. Dari data diperoleh rata rata dalam Triwulan I 2026 99.63%. Artinya dalam pengisian dokumen rekam medik gadar masih	Meningkatkan angka kelengkapan assesmen awal gawat darurat di IGD pada Triwulan II 2026 sesuai standar pada bulan April 2026

	sedikit dibawah standar yang ditetapkan.	
--	--	--

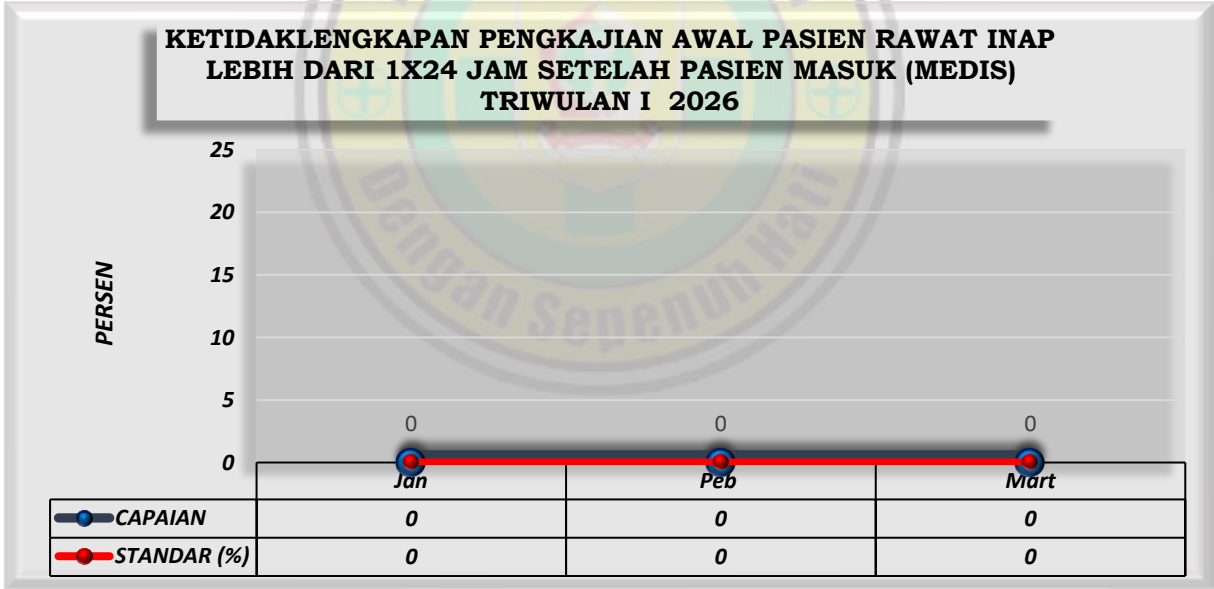
TINDAK LANJUT

- 1) Ketersediaan, isi dan penggunaan catatan medik : kelengkapan pengisian asesmen awal gawat darurat di IGD belum sesuai standar yang ditetapkan dan hasil pencapaian harus dinaikkan untuk bulan selanjutnya.
- 2) Evaluasi dan peringatan terhadap personal yang dinilai kepatuhan terhadap kelengkapan asesmen awal gadar yang masih rendah.
- 3) Perlu diadakan pertemuan rutin antara Kepala Instalasi Gawat Darurat dengan seluruh staf untuk evaluasi kinerja Instalasi.
- 4) Tim KMRS meminta Ketua Komite Medis dan Wadir Pelayanan Medik melakukan pertemuan membahas kelengkapan pengisian rekam medik.

2. Ketidaklengkapan Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Lebih Dari 1x24 Jam Setelah Pasien Masuk (Medis)

Ketersediaan, isi dan penggunaan catatan medik	Januari	Pebruari	Maret
Ketidaklengkapan pengkajian awal pasien rawat inap lebih dari 1x24 jam setelah pasien masuk (Medis)	0	0	0
Standar (%)	0	0	0

Grafik 26. Capaian Indikator Pengkajian Awal Pasien Rawat Inap Lebih Dari 1x24 Jam Setelah Pasien Masuk.(Medis)



Sumber data laporan Indikator Mutu Instalasi Rawat Inap

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala mengenai input data pengkajian awal pasien rawat inap	a) Lakukan koordinasi Instalasi Rawat Inap dengan Bagian

	lebih dari 1x24 jam setelah pasien masuk (Medis) Ketidaklengkapan pengkajian awal pasien rawat inap lebih dari 1x24 jam setelah pasien masuk (Medis) pada bulan Januari 2026 sebesar 0%, bulan Pebruari 2026 sebesar 0%, bulan Maret 2026 sebesar 0%. Angka capaian rata-rata Triwulan I 2026 sebesar 0% Tidak ada temuan ketidaklengkapan terhadap pengisian pengkajian awal. Tetap lengkap meskipun Pasien masuk ruang ranap setelah DPJP visite. Pasien masuk ruang ranap pada hari diluar jam kerja, hari libur juga tidak ada temuan ketidaklengkapan terhadap pengisian pengkajian awal Petugas memahami pentingnya mengenai kelengkapan pengkajian awal medis terkait tanggung jawab DPJP terhadap pasiennya. Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (<i>dashboard</i>) yang sudah ada.	Pelayanan Medis, dan dokter DPJP. b) Lakukan koordinasi kepala ruang dengan DPJP meskipun sudah melakukan visite. c) Lakukan evaluasi terhadap capaian indikator mutu setiap bulannya. d) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin. e) Lakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya. f) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi Rawat Inap. g) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Angka ketidaklengkapan pengkajian awal pasien rawat inap lebih dari 1x24 jam setelah pasien masuk pada Triwulan I 2026 sesuai standar, artinya tidak ada dokumen asesmen awal DPJP belum terisi lengkap. Dari data diperoleh bahwa dari 100 RM semua terisi lengkap pada asesmen awal DPJP.	Mempertahankan capaian ketidaklengkapan pengkajian awal pasien rawat inap lebih dari 1x24 jam setelah pasien masuk (Medis) pada Triwulan II 2026 tetap 0% pada bulan April 2026

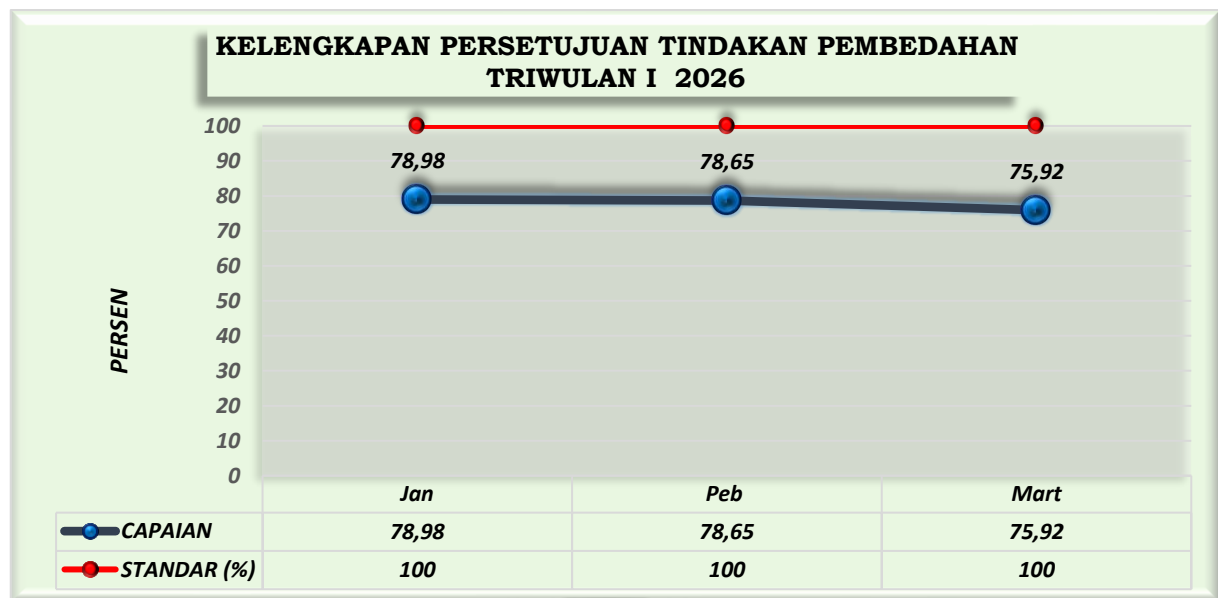
TINDAK LANJUT

- 1) Melakukan koordinasi Instalasi Rawat Inap dengan Bagian Pelayanan Medis, dan dokter DPJP.
- 2) Melakukan koordinasi kepala ruang dengan dpjp meskipun sudah melakukan visite.
- 3) Melakukan evaluasi terhadap capaian indikator mutu setiap bulannya.
- 4) Melakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 5) Melakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya.
- 6) Melakukan evaluasi kinerja Instalasi Rawat Inap.
- 7) Melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

3. Kelengkapan Persetujuan Tindakan Pembedahan

Prosedur pelayanan bedah	Januari	Pebruari	Maret
Kelengkapan Persetujuan Tindakan Pembedahan (%)	78.98	78.65	75.92
Standar (%)	100	100	100

Grafik 27. Capaian Indikator Persetujuan Tindakan Pembedahan



Sumber data pelaporan Indikator Mutu Instalasi Bedah

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemeriksaan secara berkala pelaksanaan pendataan Kelengkapan persetujuan tindakan pembedahan di Instalasi Bedah Sentral	a) Melakukan tindakan operasi sesuai SPO tindakan anestesi dan bedah.
	Kelengkapan persetujuan tindakan pembedahan di Instalasi Bedah Sentral bulan Januari 2026 sebesar 78.98%, Pebruari 2026 sebesar 78.65% dan Maret 2026 sebesar 75.92%	b) Lakukan koordinasi antara Kepala IBS, Kepala Keperawatan, operator bedah serta dokter anestesi
	Kejadian tidak lengkapnya persetujuan pembedahan di IBS lebih disebabkan karena disiplin personal.	c) Lakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Pelayanan Medik.
	Ketidaklengkapan team sering terjadi juga menyebabkan tidak lengkapnya persetujuan dalam tindakan pembedahan.	d) Lakukan monev terhadap capaian indikator muutu yang diukur.
	Disiplin team yang mulai meningkat.	e) Lakukan pendataan pelaksanaan kelengkapan persetujuan tindakan pembedahan di Instalasi Bedah Sentral
	Rerata capaian pada Triwulan I 2026 sebesar 77.85%, belum sesuai dengan standar yang ditetapkan.	

	Dilakukan monev dan pelaporan data indikator mutu mulai secara rutin.	f) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi Bedah Sentral. g) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Angka kelengkapan persetujuan tindakan pembedahan di Instalasi Bedah Sentral bulan Januari 2026 sebesar 78.98%, Pebruari 2026 sebesar 78.65% dan Maret 2026 sebesar 75.92% dari capaian tersebut dapat diartikan setiap 100 RM, terisi lengkap dalam persetujuan pembedahan sekitar 78 RM, pencapaian belum sesuai standar yang ditetapkan. Data real dari 937 RM terisi lengkap dalam persetujuan pembedahan sejumlah 730 RM.	Meningkatkan disiplin dalam pengisian form persetujuan tindakan pembedahan di Instalasi Bedah Sentral pada April 2026 dengan harapan capaian tetap sesuai standar 100%.

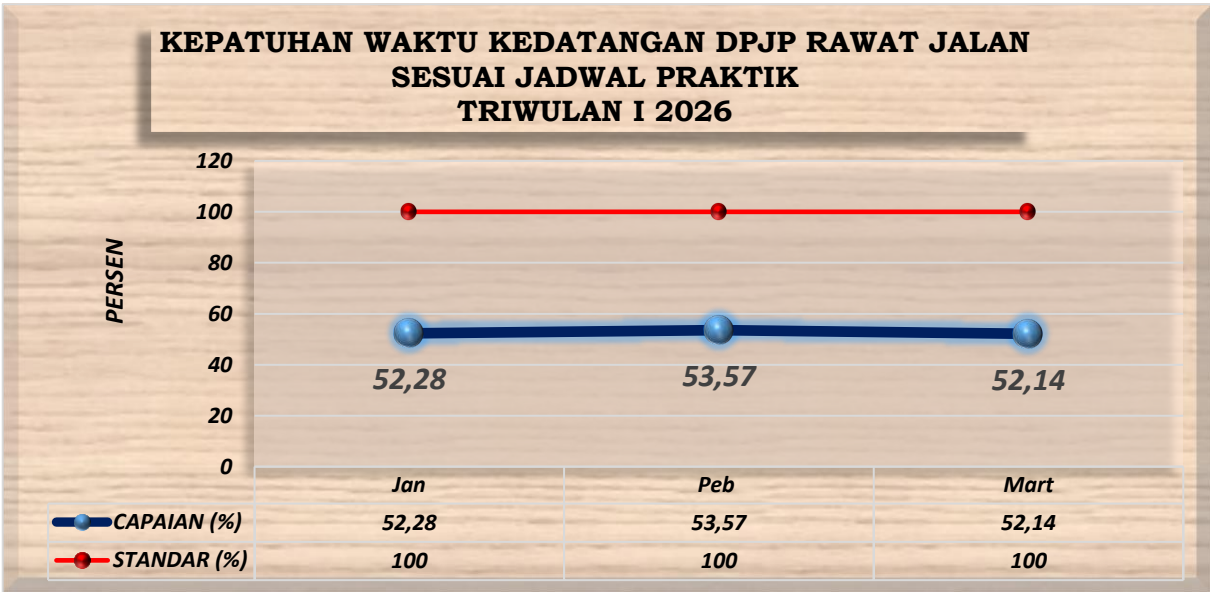
TINDAK LANJUT

- 1) Meningkatkan angka kelengkapan persetujuan tindakan pembedahan di Instalasi Bedah Sentral sesuai dengan standar yang ditetapkan pada bulan April 2026
- 2) Melakukan tindakan operasi sesuai SPO tindakan anestesi dan bedah
- 3) Melakukan koordinasi antara Kepala IBS, Kepala Keperawatan, operator bedah serta dokter anestesi
- 4) Melakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Pelayanan Medik
- 5) Melakukan pertemuan rutin untuk evaluasi kinerja di IBS juga untuk mendapatkan laporan rutin dari IBS.
- 6) Melakukan monev terhadap capaian indikator muutu yang diukur
- 7) Sosialisasi SOP persetujuan tindakan pembedahan terus menerus.
- 8) Monitoring pelaksanaan kelengkapan persetujuan tindakan pembedahan.
- 9) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi Bedah Sentral.
- 10) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10

4. Kepatuhan Waktu Kedatangan DPJP Rawat Jalan Sesuai Jadwal Praktik

Manajemen pelayanan rawat Jalan	Januari	Pebruari	Maret
Kepatuhan waktu kedatangan DPJP rawat jalan sesuai jadwal praktik	52.28	53.57	52.14
Target (%)	100	100	100

Grafik 28. Capaian indikator Kedatangan DPJP sesuai Jadwal Praktik



Sumber data pelaporan Indikator Mutu Instalasi Rawat Jalan

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemeriksaan secara berkala pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan.	a) Lakukan sosialisasi ke DPJP (Dokter Penanggung Jawab pasien) di poliklinik untuk datang tepat waktu.
	Prosentase kepatuhan waktu kedatangan DPJP (dokter penanggung jawab pasien) sesuai jadwal praktik pada bulan Januari 2026 sebesar 52.28%, Pebruari 2026 sebesar 53.57% dan di bulan Maret 2026 sebesar 52.14%. Dari data diperoleh bahwa dalam setiap pelayanan dari 100 kedatangan DPJP pada Triwulan I 2026 hanya sekitar 53 waktu kedatangannya sesuai jadwal praktik.	b) Pengkajian ulang waktu jadwal praktik yang ditetapkan.
	Kurangnya monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan DPJP terhadap jadwal praktik rawat jalan dari pihak manajemen.	c) Lakukan sosialisasi ulang pengisian <i>worksheet</i> waktu tunggu rawat jalan.
	Ada penurunan kepatuhan dari DPJP pada akhir Triwulan I, capaian lebih rendah dibandingkan dengan Triwulan sebelumnya.	d) Lakukan pengumpulan data indikator mutu kepatuhan waktu kedatangan DPJP (dokter penanggung jawab pasien) sesuai jadwal praktik lewat <i>worksheet</i> yang sudah diisi dari masing-masing poliklinik.
	Ada beban kerja lain yang mempengaruhi kepatuhan DPJP terhadap jadwal praktik. Antara lain visite pasien rawat inap, adanya tindakan operasi, dll.	e) Lakukan monev hasil capaian indikator mutu dalam tiap bulannya.
		f) Lakukan evaluasi kerja unit.

	Tidak ada evaluasi terhadap capaian indikator yang sudah diukur dalam tiap bulannya.	g) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Kepatuhan waktu kedatangan DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) sesuai jadwal praktik di Instalasi Rawat Jalan secara keseluruhan pada Triwulan I 2026 belum sesuai dengan yang diharapkan. Dari rerata capaian kepatuhan waktu kedatangan DPJP sesuai jadwal praktik pada TW I hanya 52.66% artinya bahwa dalam setiap pelayanan dari 100 kedatangan DPJP pada Triwulan I 2026 hanya sekitar 53 waktu kedatangannya sesuai jadwal praktik.	Meningkatkan kepatuhan waktu kedatangan DPJP (dokter penanggung jawab pasien) sesuai jadwal praktik pada bulan April 2026 dimasing-masing poliklinik.

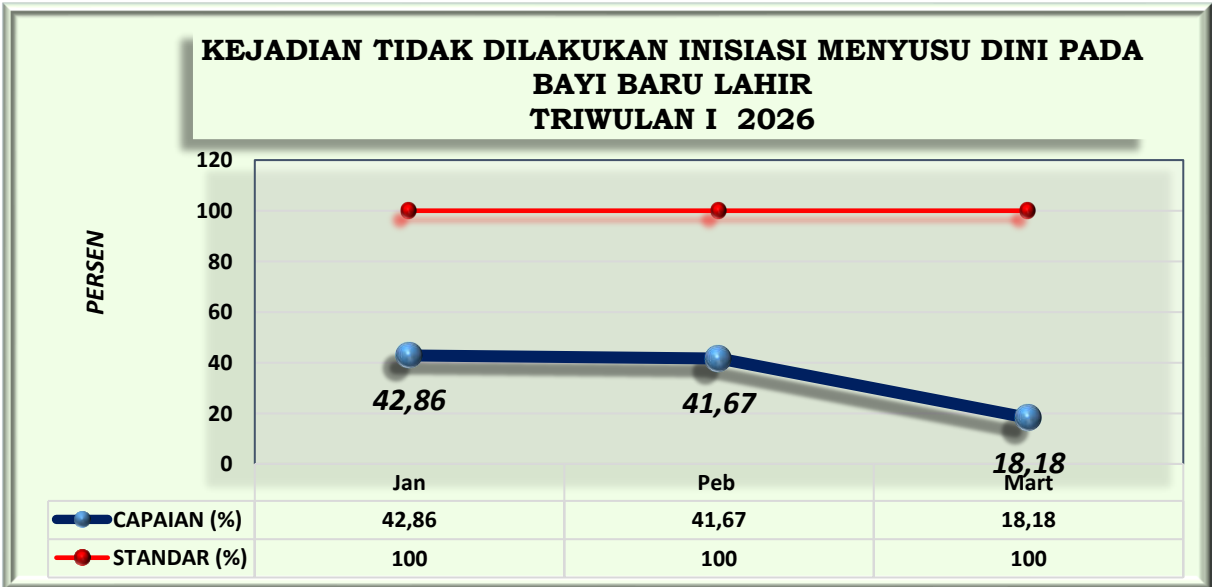
TINDAK LANJUT

- 1) Wakil Direktur pelayanan dan penunjang medik memberikan himbauan kepada DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) supaya dokter yang mendapatkan jadwal pelayanan di poliklinik datang tepat waktu.
- 2) Kepala Bidang Pelayanan Medik melakukan monev dengan membuat absensi hadir untuk DPJP pada pelayanan rawat jalan.
- 3) Mengingatkan kepada DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) di poliklinik lewat telepon, sms atau wa sesuai SPO penundaan pelayanan poliklinik.
- 4) DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) melakukan pelayanan poliklinik tepat waktu sesuai dengan SPM.
- 5) Pengkajian ulang waktu jadwal praktik yang ditetapkan.
- 6) Kepala unit/instalasi melakukan evaluasi terhadap capaian indikator yang sudah ditetapkan dan diukur dalam tiap bulannya.

5. Kejadian Tidak Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada Bayi Baru Lahir

Pelayanan Instalasi Kebidanan dan Kandungan	Januari	Pebruari	Maret
Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada bayi baru lahir (%)	42.86	41.67	18.18
Standar (%)	0	0	0

Grafik 29. Capaian indicator IMD pada bayi baru lahir



Sumber data pelaporan Indikator Mutu IKK

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala mengenai pengumpulan data kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada bayi baru lahir.	a) Pengumpulan data survei melalui <i>worksheet</i> dan buku bantu yang sudah tersedia.
	Angka kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada bayi baru lahir bulan Januari 2026 42.86%, Pebruari 2026 sebesar 41.67% dan Maret 2026 sebesar 18.18%.	b) Lakukan Pelaporan data secara rutin ke KMRS.
	Pada Triwulan I 2026 rata-rata Angka kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada bayi baru lahir sebesar 34.24 %, angka kejadian menggambarkan masih belum sesuai standar yang ditetapkan.	c) Lakukan sosialisasi ulang SOP tentang IMD.
	Angka kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada bayi baru lahir belum sesuai standar dimungkinkan kurang pedulinya petugas juga kondisi yang tidak memungkinkan antara bayi dan ibu untuk dilakukan Inisiasi Menyusu Dini. Adanya kondisi tidak nyaman dilakukan IMD karena ibu masih merasa kesakitan saat proses persalinan. Hal ini didukung data yang menjelaskan karena factor ketidakpedulian petugas / bidan (0%), factor pasien/ibu (38%), factor bayi (62%)	d) Mengingatn kepada petugas penolong persalinan untuk melakukan Inisiasi Menyusu Dini jika kondisi ibu dan bayi memungkinkan.
	Belum dilakukan monev dan pelaporan data indikator mutu secara rutin.	e) Monitoring dan evaluasi Inisiasi Menyusu Dini.
		f) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi Kebidanan da Kandungan.
OUTCOME	Angka kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada bayi baru lahir bulan Januari 2026 sebesar 42.86%, Pebruari 2026 sebesar 41.67% dan Maret 2026 sebesar 18.18%. Pada Triwulan I 2026 rata-rata sebesar 34.24%, dari data diperoleh bahwa dari 100 bayi tidak dilakukan IMD sekitar 34 bayi. Realitanya bayi 37 dalam kurun 3 bulan tidak dilakukan IMD sebanyak 13 bayi.	g) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
		Menurunkan angka kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada bayi baru lahir pada Triwulan II 2026.

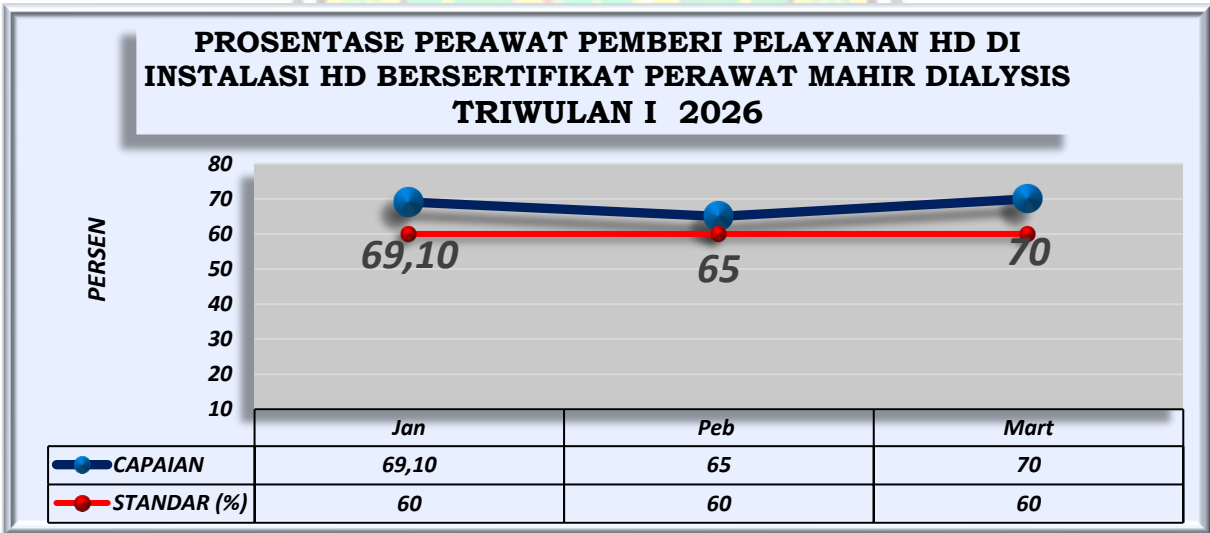
TINDAK LANJUT

- 1) Menurunkan angka kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada bayi baru lahir lebih mendekati target yang ditetapkan pada bulan April 2026
- 2) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan mutu di Instalasi Kebidanan dan Kandungan.
- 3) Mengingatkan kepada petugas penolong persalinan untuk melakukan Inisiasi Menyusu Dini jika kondisi ibu dan bayi memungkinkan.
- 4) Melakukan sosialisasi ulang SOP pelayanan Inisiasi Menyusu Dini.
- 5) Melaporkan data secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada, harian bulanan maupun triwulan.
- 6) Melakukan evaluasi kerja Instalasi Kebidanan dan Kadungan terkait monev Inisiasi Menyusu Dini.

6. Prosentase Perawat Pemberi Pelayanan HD di Instalasi HD Bersertifikat Perawat Mahir Dialysis

Pelayanan Hemodialisa	Januari	Pebruari	Maret
Prosentase Perawat Pemberi Pelayanan HD di Instalasi HD Bersertifikat Perawat Mahir Dialysis (%)	91	94.4	94.8
Standar (%)	100	100	100

Grafik 30. Capaian indikator Prosentase Perawat Pemberi Pelayanan HD di Instalasi HD Bersertifikat Perawat Mahir Dialysis



Sumber data pelaporan Indikator Mutu HD

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-

PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala mengenai pengumpulan data Prosentase Perawat Pemberi Pelayanan HD di Instalasi HD Bersertifikat Perawat Mahir Dialysis.	a) Tingkatkan kemampuan maupun <i>knowledge</i> SDM melalui seminar dan pelatihan.
	Prosentase Perawat Pemberi Pelayanan HD di Instalasi HD Bersertifikat Perawat Mahir Dialysis bulan Januari 2026 sebesar 91%, Pebruari 2026 sebesar 94.4% dan Maret 2026 sebesar 94.8%.	b) Lakukan pendataan terkait Prosentase Perawat Pemberi Pelayanan HD di Instalasi HD Bersertifikat Perawat Mahir Dialysis secara rutin, pengumpulan datanya melalui <i>worksheet</i> serta buku bantu juga sistem SimMUTU yang sudah ada.
	Angka capaian rata-rata Triwulan I 2026. 93.40%	c) Lakukan pengajuan usulan untuk diklat karyawan yang belum bersertifikat perawat mahir dyalisis.
	Jumlah perawat HD keseluruhan 21, bersertifikat mahir 18, 2 proses pelatihan, 1 dalam jadwal pemberangkatan pelatihan..	d) Lakukan usulan sarana dan prasarana termasuk tenaga bedah vaskuler.
	Pelaporan data sudah dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada.	e) Laporkan hasil indikator mutu instalasi secara rutin ke KMRS. f) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi Hemodialisa. g) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Prosentase Perawat Pemberi Pelayanan HD di Instalasi HD Bersertifikat Perawat Mahir Dialysis bulan Januari 2026 sebesar 91%, Pebruari 2026 sebesar 94.4% dan Maret 2026 sebesar 94.8%. Angka capaian rata-rata Triwulan I 2026 93.40% menggambarkan dalam 100 pelayanan HD 93 pelayanan dilayani perawat <i>bersertifSikat</i> mahir dialysis. Namun demikian untuk 7 pelayanan lainnya tetap didampingi oleh perawat bersertifikat mahir dialysis.	Meningkatkan jumlah Prosentase Perawat Pemberi Pelayanan HD di Instalasi HD Bersertifikat Perawat Mahir Dialysis pada Triwulan II 2026.

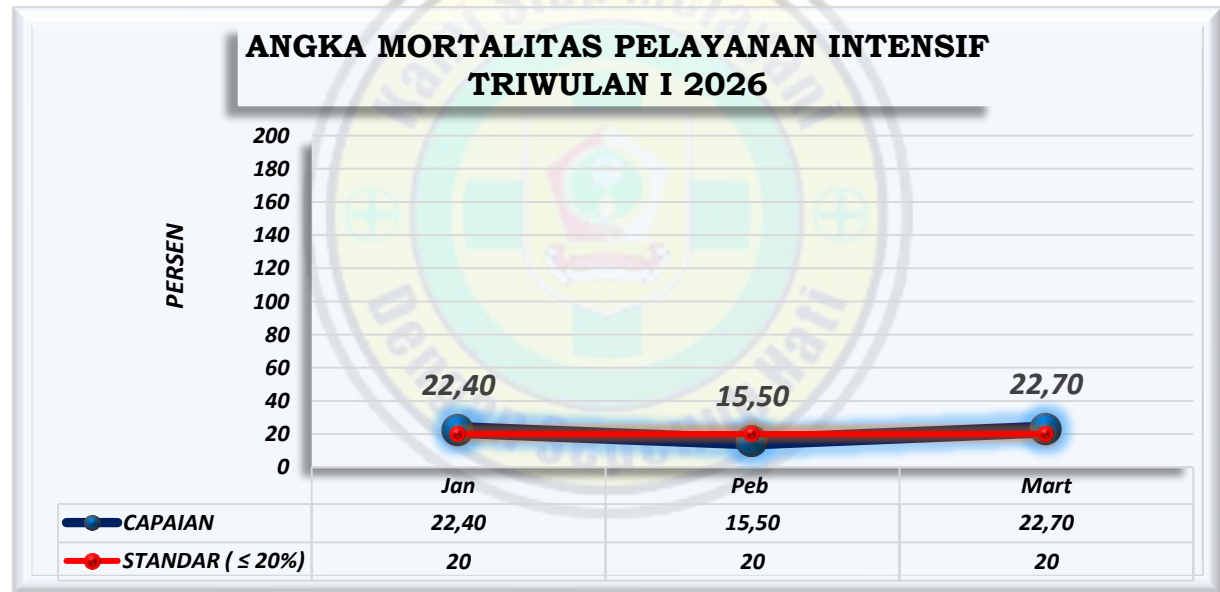
TINDAK LANJUT

- 1) Meningkatkan kemampuan maupun *knowledge* SDM melalui seminar dan pelatihan.
- 2) Melakukan pendataan terkait Prosentase Perawat Pemberi Pelayanan HD di Instalasi HD Bersertifikat Perawat Mahir Dialysis secara rutin, pengumpulan datanya melalui *worksheet* serta buku bantu juga sistem SimMUTU yang sudah ada.
- 3) Merencanakan peningkatan SDM dengan diklat HD.
- 4) Melakukan usulan sarana dan prasarana termasuk tenaga bedah vaskuler.
- 5) Melaporkan hasil indikator mutu instalasi secara rutin ke KMRS.
- 6) Melakukan evaluasi kinerja Instalasi Hemodialisa.
- 7) Melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

7. Angka Mortalitas Pelayanan Intensif

Manajemen risiko pelayanan di ICU/ICCU dan PICU/NICU	Januari	Pebruari	Maret
Angka Mortalitas Pelayanan Intensif (%)	22.40	15.50	22.70
Standar (%)	≤ 20	≤ 20	≤ 20

Grafik 31. Capaian Indikator Pelayanan Intensif



Sumber data pelaporan indikator mutu Pelayanan Intensif

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data / PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemeriksaan secara berkala pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan.	a) Lakukan survei terhadap Angka Mortalitas Pelayanan Intensif
	Angka Mortalitas Pelayanan Intensif pada bulan Januari 2026 sebesar 22.40%, bulan Pebruari 2026 sebesar 15.50%, bulan Maret 2026 sebesar 22.70%.	

	Angka Mortalitas Pelayanan Intensif mendekati dari standar yang ditetapkan $\leq 20\%$ rata rata capaian 20.20%.	b) Lakukan koordinasi dengan DPJP.
	Pemahaman yang kurang terhadap kriteria perawatan di perawatan intensif.	c) Program pelatihan perawatan Intensif untuk petugas.
	Dilihat dari ketenagaan yang bersertifikat perawatan intensif 53.57% dari 28 perawat 15 perawat yang bersertifikat perawatan intensif dan ditiap jadwal dilibatkan untuk tenaga yang sudah mengikuti pelatihan perawatan intensif.	d) Kumpulkan data indikator mutu Mortalitas Pelayanan Intensif dan menurunkan angka capaian sesuai dengan standar yang ditetapkan serta melaporkan setiap bulan ke KMRS
	Tingginya angka kematian pasien di perawatan intensif prosentase besar karena pasien sudah masuk masa terminal tetap di masukkan ke ruang perawatan intensif. Masuknya Pasien dengan kondisi pada masa terminal sering disebabkan indikasi sosial ditambah rujukan dari RS lain disekitar kita. Penurunan angka kematian di ICU lebih disebabkan pasien yang masuk ICU mendekati sesuai dengan indikasi. Juga ada kaitannya dengan perawatan HCU di unit stroke.	e) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Angka Mortalitas Pelayanan Intensif pada bulan Januari 2026 sebesar 22.40%, bulan Pebruari 2026 sebesar 15.50%, bulan Maret 2026 sebesar 22.70%. Artinya Angka Mortalitas Pelayanan Intensif masih menunjukkan angka 20.20% sedikit diatas standar yang ditetapkan $\leq 20\%$, ditemukan varian sebesar 0.20%. Namun capaian dari waktu ke waktu menunjukkan perbaikan yang signifikan.	Mengurangi Angka Mortalitas Pelayanan Intesif pada Triwulan II 2026 sesuai standar pada bulan April 2026

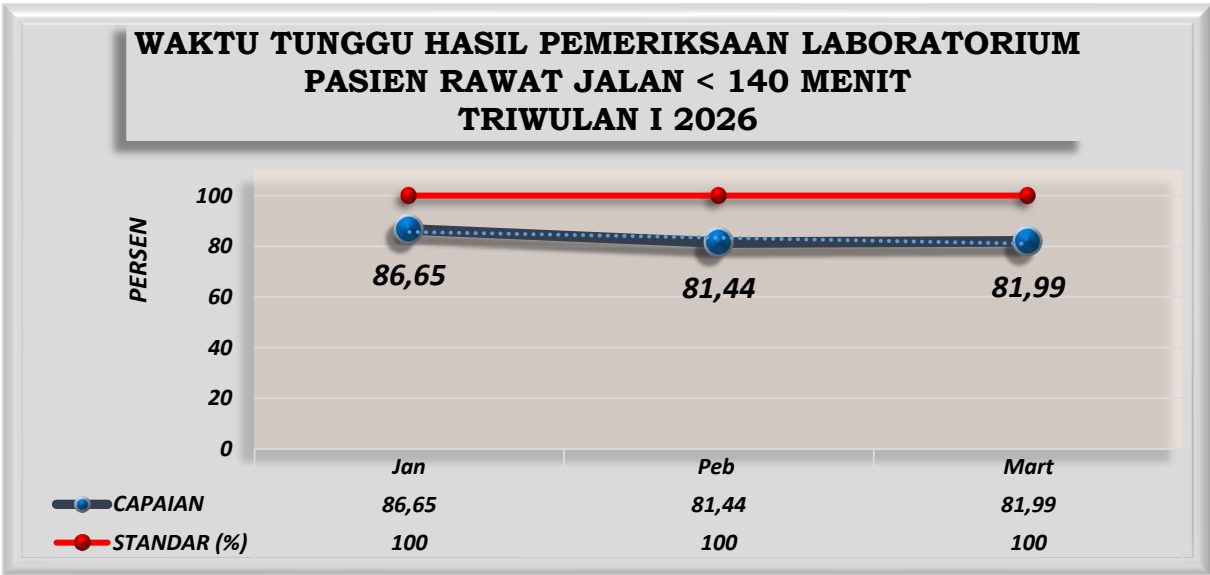
TINDAK LANJUT

- 1) Manajemen risiko pelayanan Intensif : Angka Mortalitas Pelayanan Intensif belum sesuai standar yang ditetapkan dan hasil pencapaian harus diturunkan untuk bulan selanjutnya.
- 2) Perlu diadakan pertemuan rutin antara Kepala Instalasi Care Unit dengan seluruh staf untuk evaluasi kinerja Instalasi.
- 3) Pengajuan pelatihan perawatan intensif untuk petugas
- 4) Tim KMRS meminta Ketua Komite Medis dan Wadir Pelayanan Medik melakukan pertemuan membahas Angka Mortalitas Pelayanan Intensif.

8. Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pasien Rawat Jalan

Pelayanan Laboratorium dan BDRS	Januari	Pebruari	Maret
Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium pasien rawat jalan	86.65	81.44	81.99
Target (%)	100	100	100

Grafik 32. Capaian Indikator waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium



Sumber data pelaporan indikator mutu laboratorium

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala mengenai waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium pasien rawat jalan	a) Lakukan evaluasi terhadap capaian indikator mutu setiap bulannya.
	Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium pasien rawat jalan bulan Januari 2026 sebesar 86.65%, Pebruari 2026 sebesar 81.44%, Maret 2026 sebesar 81.99%.	b) Pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
	Angka capaian rata-rata Triwulan I 2026 sebesar 83.36%	c) Pelaporannya sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya.
	Efektifitas pelayanan instalasi masih kurang.	d) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi Laboratorium dan BDRS.
	Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium pasien rawat jalan cenderung meningkat dalam capaiannya.	e) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
	Pelaporan data sudah dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada.	

OUTCOME	Angka capaian waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium pasien rawat jalan pada Triwulan I 2026 belum sesuai standar yang ditetapkan. Dari pengumpulan data didapat dari 100 pasien baru 83 pasien dapat terlayani dalam waktu < 140 menit, sementara 17 pasien lainnya tidak terlayani sesuai dengan standar waktu yang ditetapkan.	Memperbaiki waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium pasien rawat jalan pada bulan April 2026 sehingga tercapai waktu < 140 menit.
----------------	--	---

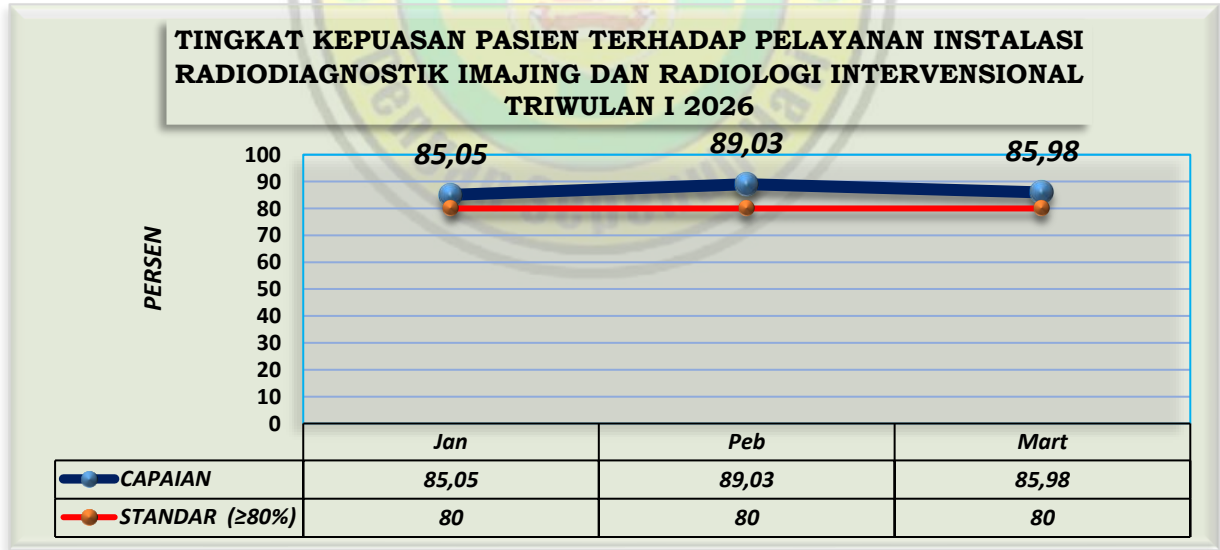
TINDAK LANJUT

- 1) Melakukan evaluasi terhadap capaian indikator mutu setiap bulannya.
- 2) Pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 3) Pelaporannya sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya.
- 4) Melakukan evaluasi kinerja Instalasi Laboratorium dan BDRS.
- 5) Melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

9. Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Instalasi Radiodiagnostik Imajing dan Radiologi Intervensional

Harapan Dan Kepuasan Pasien dan Keluarga	Januari	Pebruari	Maret
Kepuasan Pelanggan Radiologi (%)	85.05	89.03	85.98
Target (≥80%)	80	80	80

Grafik 33. Capaian Indikator Kepuasan Pelanggan Radiologi



Dari unsur pelayanan yang diambil datanya pada sampel tersebut rata-rata didapatkan kategori baik.

Data menggambarkan bahwa rata-rata capaian survei kepuasan pelaporan pada TW I 86.69% Data menunjukkan ada 9 unsur yang dinilai dalam survey kepuasan pelayanan ini. Dari kesembilan unsur yang diukur unsur biaya/tarif memiliki nilai kepuasan terendah walaupun masih dalam kriteria baik disusul terkait waktu pelayanan, dengan demikian mendapatkan prioritas tindak lanjut, sedangkan untuk unsur produk layanan dan perilaku pelaksana mendapatkan angka kepuasan tertinggi.

TINDAK LANJUT :

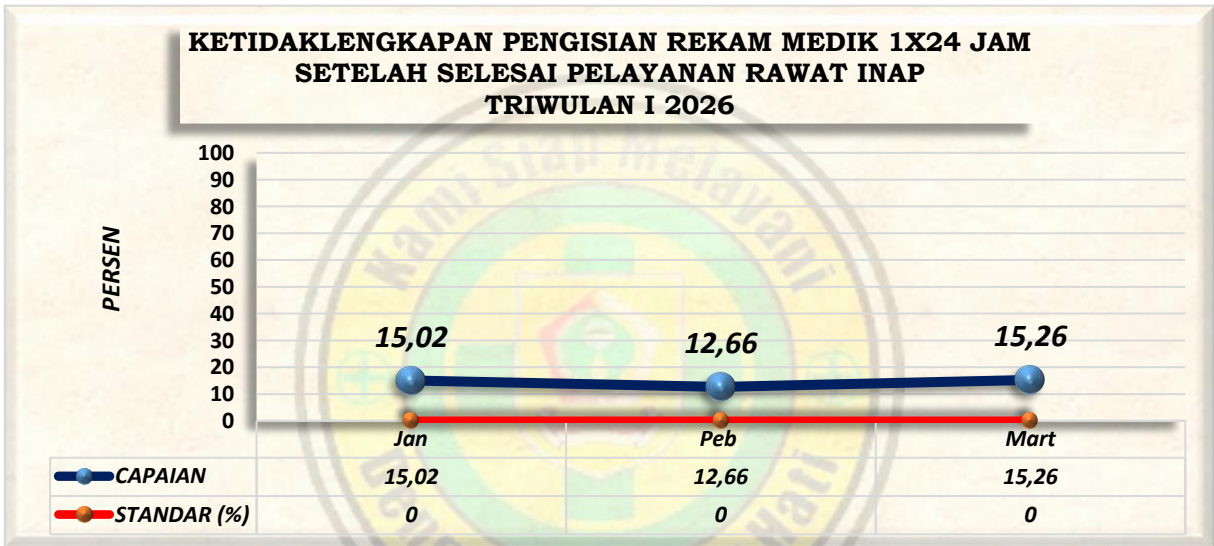
1. Mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian survei kepuasan masyarakat.
2. Peningkatan kualitas pelayanan instalasi

3. Meningkatkan kedisiplinan dan rasa tanggung jawab melalui pemberian pelatihan untuk meningkatkan ketrampilan dan etos kerja.
4. Memperhatikan dan menindaklanjuti dengan segera setiap masukan masyarakat.
5. Monitoring dan evaluasi rutin kinerja instalasi.
6. Evaluasi tarif layanan dan melengkapi tarif layanan yang belum ada.

10. Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medik 1x24 Jam Setelah Selesai Pelayanan Rawat Inap

Ketersediaan, Isi Dan Penggunaan Catatan Medik	Januari	Pebruari	Maret
Angka ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medik 1x24 jam setelah pelayanan rawat inap	15.02	12.66	15.26
Standar (%)	0	0	0

Grafik 34. Capaian Indikator Kelengkapan pengisian Rekam medis



Sumber data pelaporan indikator mutu Rekam Medis

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala mengenai input data ketidaklengkapan pengisian dokumentasi rekam medik 1x24 jam setelah pelayanan rawat inap.	a) Lakukan survei dokumentasi rekam medis di rawat inap dan Sub Bagian Rekam Medis. b) Koordinasikan antara Ka. Sub

	Angka ketidaklengkapan pengisian dokumentasi rekam medik 1x24 jam setelah pelayanan rawat inap pada bulan Januari 2026 sebesar 15.02%, bulan Pebruari 2026 sebesar 12.66%, bulan Maret 2026 sebesar 15.26%. Angka capaian rata-rata Triwulan I 2026 sebesar 14.31% Kepatuhan DPJP dalam melengkapi rekam medik masih ada yang kurang. Sering ditemukan pada pengisian asesmen awal yang tidak lengkap. Ketidaklengkapan rekam medik sering terjadi pada pasien yang pulang di luar jam kerja (minggu, libur, malam) Rekam medik diisi oleh orang yang tidak kompeten. Ketidaklengkapan pengisian dokumentasi rekam medik 1x24 jam setelah pelayanan rawat inap cenderung meningkat dalam capaiannya. Belum ada usaha peningkatan kepatuhan dalam melengkapi rekam medik 1x24 jam setelah pelayanan rawat inap. Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (<i>dashboard</i>) yang sudah ada.	Bagian Rekam Medik dan SIMRS dengan Kabid. Yanmed. c) Lakukan koordinasi dengan dokter DPJP d) Lakukan sosialisasi tentang SPO pengisian rekam medik. e) Lakukan evaluasi terhadap capaian indikator mutu setiap bulannya. f) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin. g) Lakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya. h) Lakukan evaluasi kinerja Sub Bagian Rekam Medik dan SIMRS. i) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Angka ketidaklengkapan pengisian dokumentasi rekam medik 1x24 jam setelah selesai pelayanan rawat inap pada Triwulan I 2026 masih belum sesuai standar 0%. Dari data diperoleh setiap 100 RM ada sekitar 14 RM tidak lengkap dalam pengisian dokumentasi rekam medik 1x24 jam setelah selesai pelayanan rawat inap.	Menurunkan angka ketidaklengkapan pengisian dokumentasi rekam medik 1x24 jam setelah selesai pelayanan rawat inap pada Triwulan II 2026 menjadi 0% pada bulan April 2026

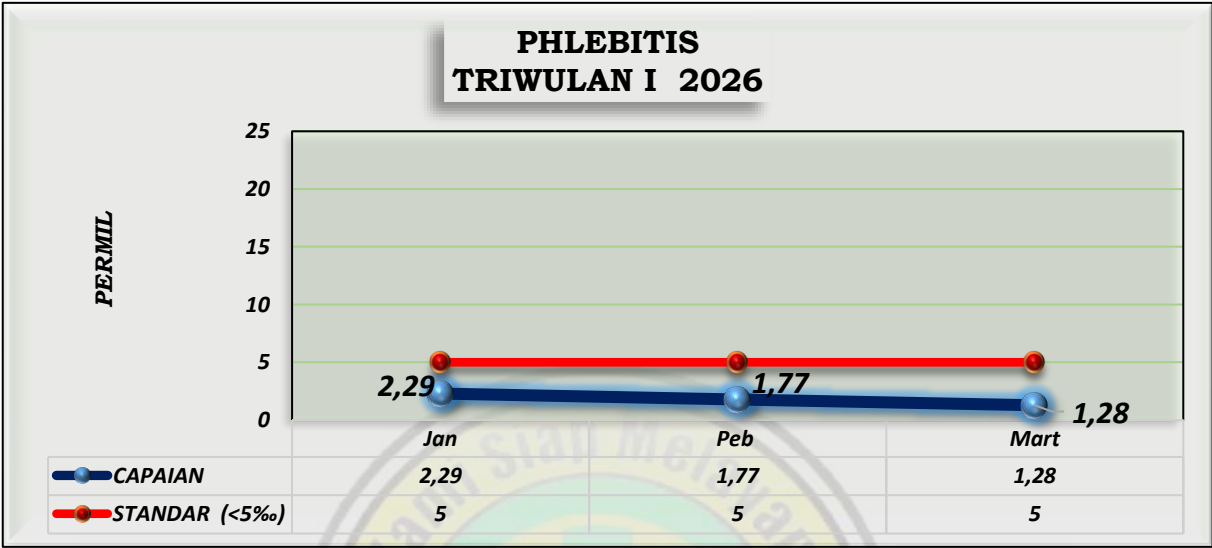
TINDAK LANJUT

- 1) Melakukan survei dokumentasi rekam medis di rawat inap dan Sub Bagian Rekam Medis.
- 2) Melakukan koordinasi antara Ka. Sub Bagian Rekam Medik dan SIMRS dengan Kabid. Yanmed.
- 3) Melakukan koordinasi dengan dokter DPJP
- 4) Melakukan sosialisasi tentang SPO pengisian rekam medik.
- 5) Melakukan evaluasi terhadap capaian indikator mutu setiap bulannya.
- 6) Melakukan pengumpulan dan input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 7) Melakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya.
- 8) Melakukan evaluasi kinerja Sub Bagian Rekam Medik dan SIMRS.
- 9) Melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

11. Phlebitis

Pencegahan Dan Control Infeksi, Surveilans Dan Pelaporan	Januari	Pebruari	Maret
Phlebitis (‰)	2.29	1.77	1.28
Ambang batas (threshold) atas (<‰)	5	5	5

Grafik 35. Capaian Indikator Phlebitis



Sumber data pelaporan indikator mutu Komite PPI

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala mengenai kejadian phlebitis.	a) Komite PPI lakukan supervisi terhadap unit pelayanan.
	Angka phlebitis pada Januari sebesar 2.29‰, Pebruari sebesar 1.77‰, Maret 1.28‰.	b) Lakukan koordinasi Kabid. Keperawatan, Ka. Instalasi Rawat Inap, Kepala Ruang beserta staf, Komite PPI.
	Angka capaian rata-rata Triwulan I 2026 sebesar 0.78‰.	c) Lakukan penulisan tanggal pemasangan I kateter.
	Pemberian penanggalan pada pemasangan I kateter tidak semua dilakukan menyebabkan pemantauan terhadap hari pemasangan tidak terpantau.	d) Pengenceran obat (antibiotik) sesuai dengan SPO farmasi.
	Trauma kimia akibat dari terapi yang diberikan.	e) Lakukan pemasangan I kateter pada regio yang tidak berisiko terjadi kerusakan.
	Pemasangan IV kateter dekat pada persendian.	

	Trauma mekanik akibat dari pasien gelisah dan pemasangan pada tempat yang berisiko rusak (dekat persendian) Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (<i>dashboard</i>) yang sudah ada.	f) Lakukan Refresh pemasangan I kateter melalui diklat. g) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin. h) Lakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya. i) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Angka phlebitis pada Triwulan I 2026 capaiannya telah berhasil < 5 ‰ dan harus diperbaiki sampai tidak ada kejadian. Dari data Triwulan I didapat bahwa setiap 10000 pasien 1 hingga 2 pasien terjadi phlebitis.	Mempertahankan angka phlebitis < 5 ‰ pada bulan April 2026

TINDAK LANJUT

- 1) Komite PPI lakukan supervisi terhadap unit pelayanan.
- 2) Lakukan koordinasi Kabid. Keperawatan, Ka. Instalasi Rawat Inap, Kepala Ruang beserta staf, Komite PPI.
- 3) Lakukan penulisan tanggal pemasangan I kateter.
- 4) Pengenceran obat (antibiotik) sesuai dengan SPO farmasi.
- 5) Lakukan pemasangan I kateter pada regio yang tidak berisiko terjadi kerusakan.
- 6) Lakukan Refresh pemasangan I kateter melalui diklat.
- 7) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 8) Lakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya.
- 9) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

12. Perhitungan Sisa Makanan

Pelayanan Gizi	Januari	Pebruari	Maret
Perhitungan Sisa Makanan	19.80	19.69	19.52
Standar (≤20%)	20	20	20

Grafik 36. Capaian Indikator sisa makanan



Sumber data pelaporan indikator mutu Instalasi Gizi

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala mengenai Perhitungan sisa makanan.	a) Lakukan koordinasi dengan koordinator penyelenggaraan makanan dan kepala ruang rawat inap.
	Angka Perhitungan sisa makanan pada bulan Januari 2026 sebesar 19.80%, bulan Pebruari 2026 sebesar 19.69%, bulan Maret 2026 sebesar 19.52%.	b) Lakukan monev pengumpulan data.
	Dari data sampel diperoleh bahwa dari 128 pasien rawat inap yang mendapatkan penyajian makanan sebagai sampel rata-rata dalam TW I ada 20 sisa makanan dari satu waktu makan sehingga persentase didapat 19.67% masih ada 0.33% varian yang muncul, dari standar yang ditetapkan.	c) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
	Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada.	d) Lakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya. e) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Angka Perhitungan sisa makanan pada Triwulan I 2026 capaian di sedikit di bawah standar yang ditetapkan 20% dengan kisaran rata-rata 19.67%. Gambaran menunjukkan adanya perbaikan dibandingkan dengan capaian sebelumnya.	Menurunkan angka Perhitungan sisa makanan pada Triwulan II 2026 pada bulan April 2026.

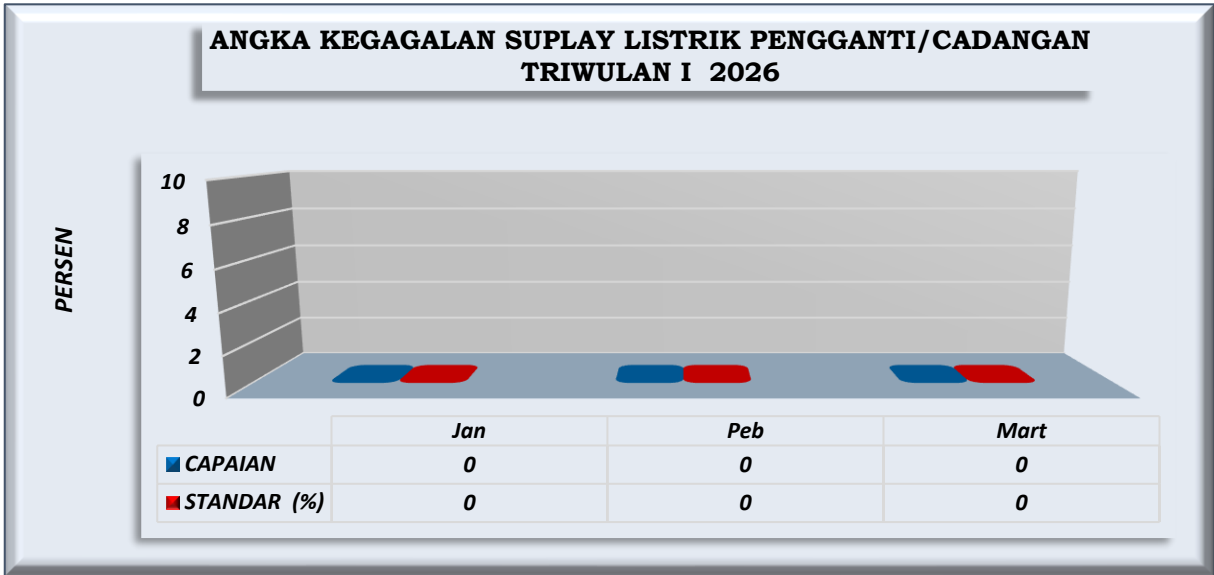
TNDAK LANJUT

- 1) Melakukan koordinasi dengan koordinator penyelenggaraan makanan dan kepala ruang rawat inap.
- 2) Melakukan monev pengumpulan data.
- 3) Melakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 4) Melakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya.
- 5) Melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10

13. Angka Kegagalan Suplai Listrik Pengganti/Cadangan

Kesiapan peralatan suplay listrik pengganti	Januari	Pebruari	Maret
Angka Kegagalan Suplai Listrik Pengganti/ Cadangan	0	0	0
Standar (%)	0	0	0

Grafik 37. Capaian Indikator Angka Kegagalan Suplai Listrik Pengganti/ Cadangan



Sumber data pelaporan indikator mutu IPSRS

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala mengenai Angka Kegagalan Suplai Listrik Pengganti/Cadangan.	a) Lakukan survei Angka Kegagalan Suplai Listrik Pengganti/Cadangan.
	Angka Kegagalan Suplai Listrik Pengganti/ Cadangan pada bulan Januari 2026 sebesar 0%, bulan Pebruari 2026 sebesar 0%, bulan Maret 2026 sebesar 0%.	b) Lakukan evaluasi kinerja instalasi.
	Rerata capaian pada Triwulan I 2026 sebesar 0%, sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan.	c) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
	Dari data diperoleh bahwa pada periode triwulan I 2026, tidak ada pengganti suplay listrik / tidak terjadi pemadaman listrik PLN.	d) Lakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan

	Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada.	rutin melakukannya. e) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Angka Kegagalan Suplai Listrik Pengganti/ Cadangan pada bulan Januari 2026 sebesar 0%, bulan Pebruari 2026 sebesar 0%, bulan Maret 2026 sebesar 0%. Dari data pada periode triwulan I 2026 tidak terjadi pemadaman suplay listrik utama.	Mempertahankan Angka Kegagalan Suplai Listrik Pengganti/ Cadangan pada Triwulan II 2026 pada bulan April 2026

TINDAK LANJUT

- 1) Kepala IPSRS melakukan survei Kegagalan Suplai Listrik Pengganti/ Cadangan.
- 2) Pertemuan rutin antara, Kepala Instalasi Sarana dan Prasarana Rumah Sakit dengan koordinator penanggung jawab pemeliharaan peralatan terkait peralatan suplay listrik pengganti atau cadangan.
- 3) Kepala IPSRS evaluasi kinerja instalasi.
- 4) Kepala IPSRS melalui PJ data mengumpulkan dan input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 5) Kepala IPSRS melaporkan indikator mutu sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya.
- 6) Kepala IPSRS melaporkan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10

14. Gangguan Keamanan, Keselamatan dan Kenyamanan

Keamanan dan Kenyamanan lingkungan kerja	Januari	Pebruari	Maret
Terciptanya Keamanan	0.3	0.1	0
Standar (%)	0	0	0

Grafik 38. Capaian Indikator Gangguan keamanan, keselamatan dan kenyamanan



Sumber data pelaporan Indikator Mutu K3RS

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	Terintegrasi dengan unit informasi

	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Security selaku penanggung jawab indikator mutu mengumpulkan data. Dari data bulan Januari 0.3%, tidak ada kejadian, Pebruari 0.1%. Maret 0%. Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada. Pada bulan Januari terdapat 4 laporan yaitu 1 laporan kejadian potensi kebakaran dan 3 laporan kehilangan barang berharga. 1 laporan kehilangan motor teratasi. Pada bulan Februari terdapat 4 laporan yaitu laporan mobil disrempet di parkir. kehilangan dompet dan HP. Maret terdapat 1 laporan kehilangan jam tangan di IGD. Semua kejadian sudah teratasi baik, untuk kehilangan motor salah komunikasi dengan keluarga, untuk kehilangan barang sudah dilakukan pencarian dan pengecekan CCTV tidak mendapatkan hasil.	a) Lakukan survei tingkat keamanan di lingkungan rumah sakit. b) Security lakukan patroli rutin dan acak pada lingkungan rumah sakit. c) Edukasi dan himbauan pada pasien, keluarga dan pengunjung untuk senantiasa memperhatikan keamanan barang-barang milik pribadi. d) Usulkan pemasangan dan upgrade CCTV disetiap sudut lingkungan rumah sakit yang rawan tingkat keamanannya. e) Usulkan untuk pengurangan entryport ke dalam lingkungan rumah sakit. f) Kedisiplinan, cepat tanggap dalam pelayanan tetap terus ditingkatkan tanpa meninggalkan kaidah dalam pelayanan demi kenyamanan pasien, keluarga maupun pengunjung. g) Senantiasa mengembangkan kemampuan diri dalam menjaga keamanan. h) Bertugas dengan sigap, cepat tanggap dalam pelayanan. i) Lakukan evaluasi kinerja komite. j) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin. k) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10
OUTCOME	Data Keamanan, Keselamatan dan Kenyamanan lingkungan kerja Triwulan I 0.13% Selama Triwulan I ada temuan yang dilaporkan.	Meningkatkan Keamanan, Keselamatan dan Kenyamanan di lingkungan RS pada Triwulan II.

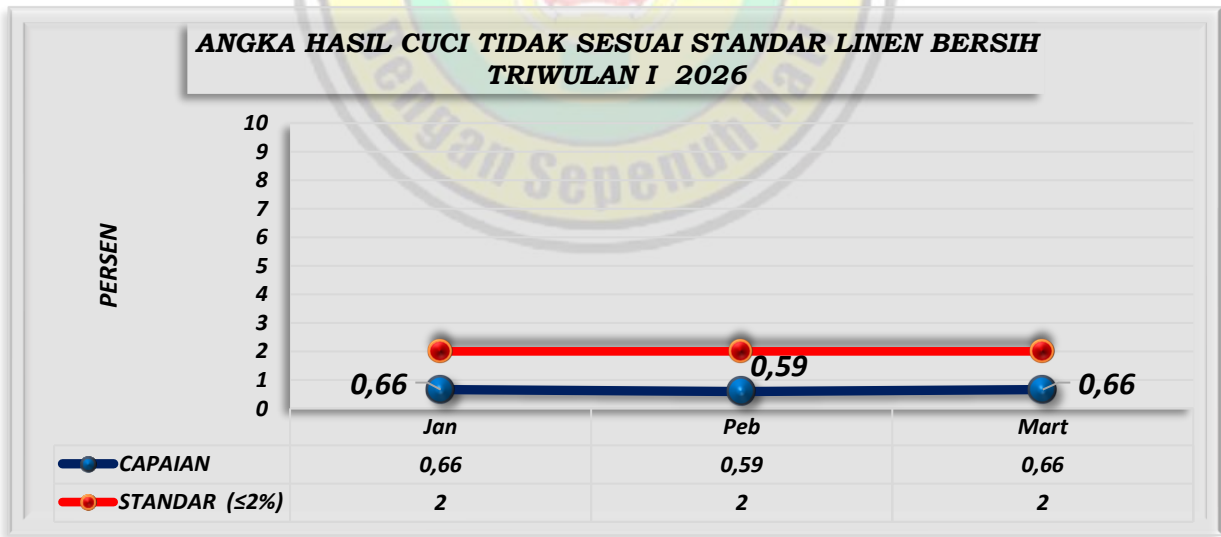
TINDAK LANJUT

- 1) Komite K3 melakukan survei tingkat keamanan di lingkungan rumah sakit.
- 2) Security lakukan patroli rutin dan acak pada lingkungan rumah sakit.
- 3) Security lakukan laporan tugas jaga rutin dijalankan.
- 4) Membuat program pelatihan untuk peningkatan kemampuan sdm dalam keamanan.
- 5) Menerapkan jam kunjungan atau besuk sesuai jadwal tanpa meninggalkan kaidah norma kenyamanan dalam pelayanan.
- 6) Seluruh karyawan lakukan salam, senyum, tegur sapa tetap dilakukan dengan santun.
- 7) Edukasi dan himbauan pada pasien, keluarga dan pengunjung untuk senantiasa memperhatikan keamanan barang-barang milik pribadi.
- 8) Komite K3 mengusulkan pemasangan dan upgrade cctv disetiap sudut lingkungan rumah sakit yang rawan tingkat keamanannya.
- 9) Komite K3 mengusulkan untuk pengurangan entryport ke dalam lingkungan rumah sakit.
- 10) Komite K3 melakukan evaluasi kinerja komite.
- 11) Komite K3 melakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 12) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

15. Angka Hasil Cuci tidak Sesuai Standar Linen Bersih

Manajemen penggunaan sumber daya	Januari	Pebruari	Maret
Angka Hasil Cuci tidak Sesuai Standar Linen Bersih	0.66	0.59	0.66
Standar (≤2%)	2	2	2

Grafik 39. Capaian Indikator Standar linen bersih



Sumber data indikator mutu IPJSL

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu	

	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala mengenai Angka Hasil Cuci tidak Sesuai Standar Linen Bersih. Angka Hasil Cuci tidak Sesuai Standar Linen Bersih bulan Januari 2026 sebesar 0.66%, Pebruari 2026 sebesar 0.59%, bulan Maret 2026 sebesar 0.66%. Rerata capaian pada Triwulan I 2026 sebesar 0.64%, sesuai dengan standar yang ditetapkan. Dari data didapatkan bahwa dalam setiap 100 kg linen dengan hasil cuci masih ada 1 kg linen dengan hasil cuci tidak sesuai standar linen bersih. Mesin cuci kurang bekerja optimal. Keterlambatan penyediaan bahan kimia. Operator mesin cuci kurang memahami perbandingan antara jumlah line kotor, air dan bahan kimia. Kurang optimalnya dalam pemisahan antara linen dengan noda berat dan noda ringan dalam pencucian. Penatalaksanaan linen kotor yang kurang optimal. Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada.	a) Lakukan survei hasil cuci tidak sesuai standar linen bersih. b) Lakukan monev terhadap hasil cuci tidak sesuai standar linen bersih dan pengumpulan data. c) Lakukan pemeliharaan mesin cuci sesuai dengan jadwal. d) Pengadaan bahan kimia sesuai sesuai dengan kebutuhan. e) Lakukan koordinasi dengan operator mesin cuci. f) Lakukan koordinasi dengan Kabid. Keperawatan terkait SPO penatalaksanaan linen kotor. g) Lakukan evaluasi kinerja instalasi. h) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin. i) Lakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya. j) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Angka hasil cuci tidak sesuai standar linen bersih bulan Januari 2026 sebesar 0.66%, Pebruari 2026 sebesar 0.59%, bulan Maret 2026 sebesar 0.66%. dalam Triwulan I 2026 dari data diperoleh ada 1 kg linen yang hasil cucinya tidak sesuai standar linen bersih dari setiap 100 kg. Capaian secara keseluruhan Triwulan I sudah sesuai standar yang ditetapkan.	Mempertahankan Angka Hasil Cuci tidak Sesuai Standar Linen Bersih sesuai standar $\leq 2\%$ pada bulan April 2026.

TINDAK LANJUT

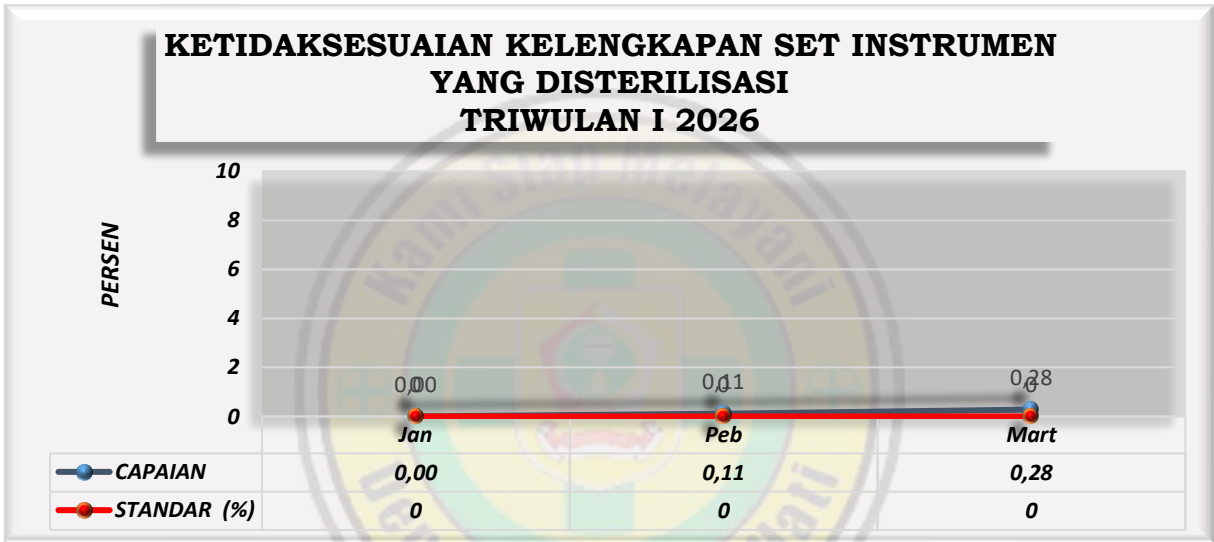
- 1) Kepala ISLPJ melakukan survei hasil cuci tidak sesuai standar linen bersih.
- 2) Kepala ISLPJ melakukan monev terhadap hasil cuci tidak sesuai standar linen bersih dan pengumpulan data.
- 3) Kepala ISLPJ melakukan pemeliharaan mesin cuci sesuai dengan jadwal.
- 4) Pengadaan bahan kimia sesuai sesuai dengan kebutuhan.
- 5) Kepala ISLPJ melakukan koordinasi dengan operator mesin cuci.
- 6) Kepala ISLPJ melakukan koordinasi dengan Kabid. Keperawatan terkait SPO penatalaksanaan linen kotor.

- 7) Kepala ISLPJ melakukan evaluasi kinerja instalasi.
- 8) Kepala ISLPJ melakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 9) Kepala ISLPJ melakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya.
- 10) Kepala ISLPJ melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10

16. Ketidaksesuaian Kelengkapan Set Instrumen Yang Disetrilisasi

Manajemen penggunaan sumber daya	Januari	Pebruari	Maret
Ketidaksesuaian Kelengkapan Set Instrumen Yang Disetrilisasi	0	0.11	0.28
Standar (%)	0	0	0

Grafik 40. Capaian Indikator set instrumen yang disterilisasi



Sumber data pelaporan indikator mutu CSSD

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu	
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala mengenai Ketersediaan Set Instrumen Steril untuk Instalasi Bedah Sentral	a) Lakukan survei Ketersediaan Set Instrumen Steril untuk Instalasi Bedah Sentral
	Angka Ketidaksesuaian Kelengkapan Set Instrumen Yang Disetrilisasi bulan Januari 2026 sebesar 0%, Pebruari 2026 sebesar 0.11%, bulan Maret 2026 sebesar 0.28%. Dari data Ketidaksesuaian Kelengkapan Set Instrumen Yang Disetrilisasi pada Triwulan I ada 3	b) Lakukan monev terhadap Ketersediaan Set Instrumen Steril untuk Instalasi Bedah Sentral dan pengumpulan data.

	set instrumen tidak lengkap dari 2726 set instrumen yang disterilisasi. Rerata capaian pada Triwulan I 2026 sebesar 0.13%, belum sesuai dengan standar yang ditetapkan. Kurangnya evaluasi terhadap jumlah set instrumen setelah set instrumen terpakai. Infentarisasi set instrumen belum dilakukan optimal. Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada.	c) Lakukan infentarisasi set instrumen secara berkala. d) Lakukan evaluasi kinerja instalasi. e) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin. f) Lakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya. g) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Angka Ketidaksesuaian Set Instrumen Steril untuk Instalasi Bedah Sentral bulan Januari 2026 sebesar 0%, Pebruari 2026 sebesar 0.11%, bulan Maret 2026 sebesar 0.28%. dengan rata-rata capaian pada Triwulan I, 0.13%, artinya masih ada varian sebesar 0.13% Jumlah set instrumen IBS yang disterilkan di CSSD Dari 1000 set instrumen yang disterilisasi ada 1 set instrumen yang tidak lengkap .	Menurunkan ketidaksesuaian Set Instrumen yang disterilisasi menjadi 0% pada bulan April 2026.

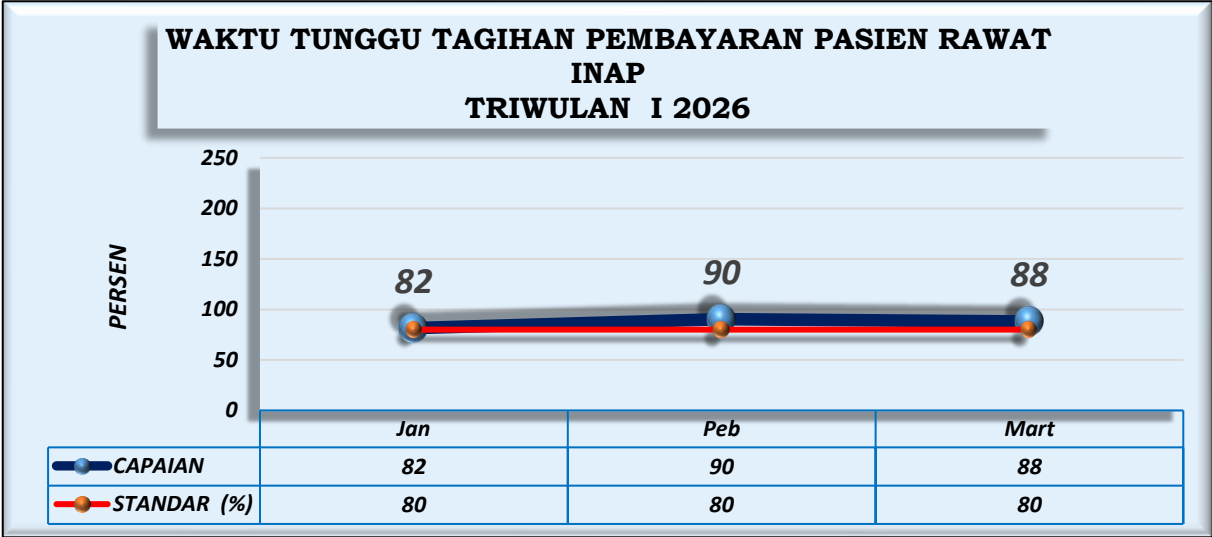
TINDAK LANJUT

- 1) Kepala Instalasi CSSD melakukan survei Ketersediaan Set Instrumen Steril untuk Instalasi Bedah Sentral
- 2) Kepala Instalasi CSSD melakukan pengumpulan data dan monev terhadap Ketersediaan Set Instrumen Steril untuk Instalasi Bedah Sentral.
- 3) Kepala Instalasi CSSD melakukan pemeliharaan mesin steam sesuai dengan jadwal.
- 4) Kepala Instalasi CSSD melakukan evaluasi kinerja instalasi.
- 5) Kepala Instalasi CSSD melakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 6) Kepala Instalasi CSSD melakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya.
- 7) Kepala Instalasi CSSD melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

17. Waktu Tunggu Tagihan Pembayaran Pasien Rawat Inap

Administrasi dan manajemen	Januari	Pebruari	Maret
Waktu Tunggu Tagihan Pembayaran Pasien Rawat Inap	82	90	88
Target (%)	80	80	80

Grafik 41. Capaian indikator Waktu tunggu tagihan pembayaran pasien Ranap



Sumber data laporan indikator mutu Keuangan

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala waktu tunggu tagihan pembayaran pasien rawat inap.	a) Lakukan survei Waktu tunggu tagihan pembayaran pasien rawat inap.
	Waktu tunggu tagihan pembayaran pasien rawat inap bulan Januari 2026 sebesar 82%, Pebruari 2026 sebesar 90% dan di bulan Maret 2026 sebesar 88%.	b) Lakukan koordinasi dengan unit / instalasi / bagian lain yang terlibat dengan rekam medis pasien terkait dengan penyelesaian administrasi pasien yang akan pulang.
	Dari data capaian pada Triwulan I 2026 rata – rata 86.64% untuk status pasien (RM) yang diverifikasi ≤ 1 jam.	c) Mempersingkat waktu tahapan-tahapan penyelesaian administrasi pasien pulang tanpa meninggalkan prosedur yang sudah ditetapkan.
	Sementara beberapa status pasien (RM) diveifikasi antara 1 – 2 jam disebabkan : Input dari unit lain (farmasi terlambat) Berkas Rekam Medis yang sudah tersusun sesuai antrian dalam penyelesaian di instalasi farmasi berubah dan tidak segera di setorkan ke kasir.	

	Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada.	d) Lakukan koordinasi dengan instalasi farmasi. e) Lakukan evaluasi kinerja sub.bag / bag. Keuangan. f) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin. g) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Waktu tunggu tagihan pembayaran pasien rawat inap pada Triwulan I 2026 belum sesuai target yang diharapkan, dengan rata-rata 86.64% Dari 100 pasien pulang rawat inap yang menyelesaikan administrasi pembayaran ada 87 pasien yang terlayani < 1 jam sementara 13 terlayani > 1 jam.	Meningkatkan capaian waktu tunggu tagihan pembayaran pasien rawat inap bulan April 2026 rumah sakit.

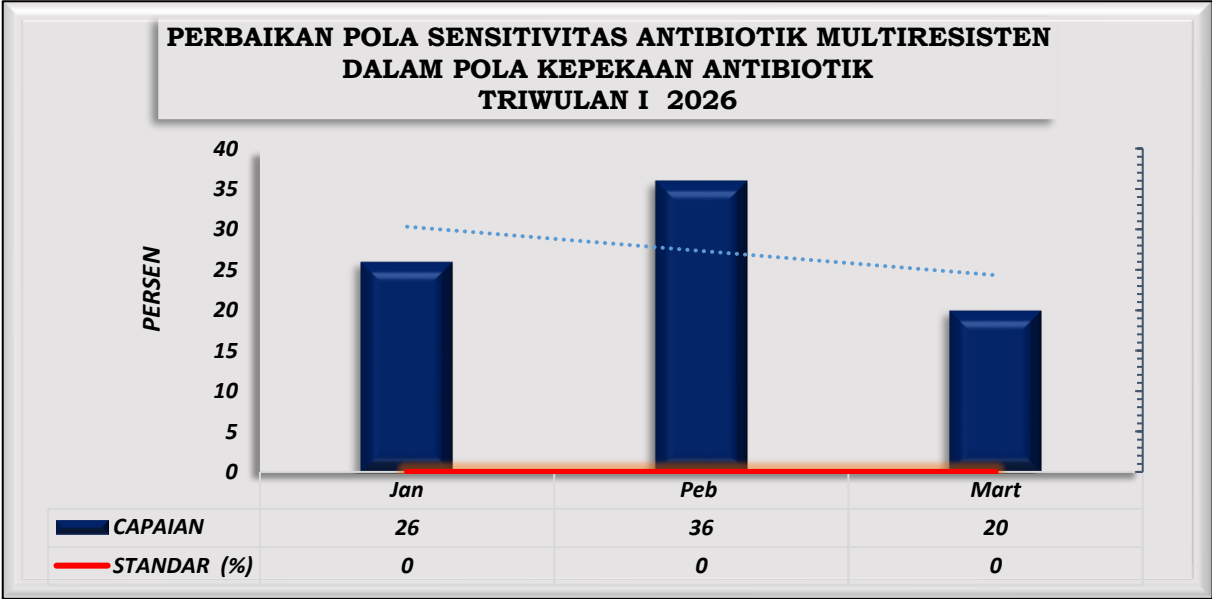
TINDAK LANJUT

- 1) Ka.Sub.bag.Keuangan melakukan survei waktu tunggu tagihan pembayaran pasien rawat inap.
- 2) Ka.Sub.bag.Keuangan melakukan koordinasi dengan unit / instalasi / bagian lain yang terlibat dengan rekam medis pasien terkait dengan penyelesaian administrasi pasien yang akan pulang.
- 3) Mempersingkat waktu tahapan-tahapan penyelesaian administrasi pasien pulang tanpa meninggalkan prosedur yang sudah ditetapkan.
- 4) Ka.Sub.bag.Keuangan melakukan koordinasi dengan instalasi farmasi.
- 5) Ka.Sub.bag.Keuangan melakukan Monev kinerja unit.
- 6) Ka.Sub.bag.Keuangan melakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 7) Ka.Sub.bag.Keuangan melaporkan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

18. Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik

PPRA	Januari	Pebruari	Maret
Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik (%)	26	36	20
Target (%)	100	100	100

Grafik 42. Capaian Indikator Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik



Sumber data pelaporan indikator mutu PPRA

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemantauan secara berkala mengenai Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik.	a) Tim PPRA lakukan supervisi (money) terhadap unit pelayanan. b) Lakukan koordinasi tim PPRA, Kabid. Yanmed dengan DPJP bedah, Instalasi Bedah Sentral, dalam monitoring Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik.
	Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik pada Triwulan I 2026 bulan Januari 26%, Pebruari 36%, Maret 20%, capaian sesuai standar yang ditetapkan 100%.	c) Lakukan supervisi tim PPRA pada rekam medik pasien dengan bedah bersih dan bersih terkontaminasi.
	Memerlukan pemantauan berkala (antibiogram) setiap tahun untuk menurunkan angka resistensi. Tindakan ini penting karena bakteri MDRO kebal terhadap banyak obat, sehingga diperlukan tes kepekaan untuk menentukan antibiotik yang efektif, serta evaluasi klinis dalam 24-48 jam	d) Lakukan sosialisasi lebih sering mengenai Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik.
	Dari data menggambarkan Januari ada 20 isolat multiresisten dari 76 total isolate, Pebruari ada 26 dari 72, Maret 15	e) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan regulasi mengenai Perbaikan Pola

	dari 76. Menggambarkan adanya temuan yang masih tinggi untuk isolate yang multiresisten Perlu penggunaan antibiotic yang lebih rasional. Pelaporan data belum dilakukan secara rutin, baik berupa hardfile maupun entry data ke dalam sistem SimMUTU (dashboard) yang sudah ada.	Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik. f) Lakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin. g) Lakukan pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya. h) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik pada Triwulan I 2026 capaian sesuai standar yang ditetapkan 100%.	Mempertahankan Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik pada April 2026

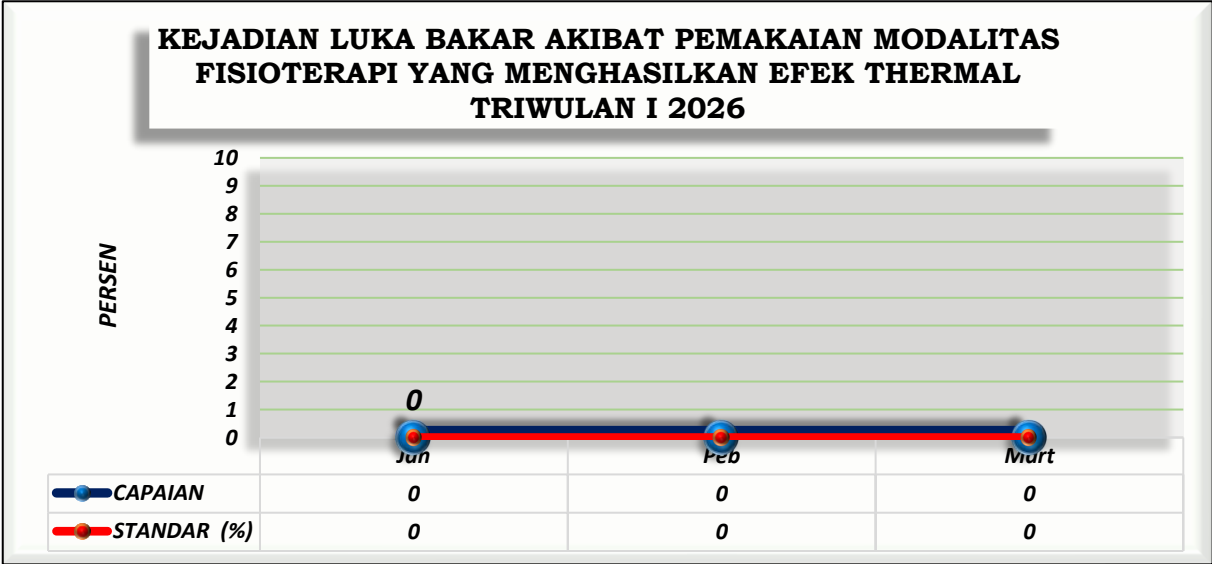
TINDAK LANJUT

- 1) Tim PPRA lakukan supervisi (monev) terhadap unit pelayanan.
- 2) Melakukan koordinasi tim PPRA, Kabid. Yanmed Komite medik, dalam monitoring Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik.
- 3) Melakukan supervisi tim PPRA pada rekam medik pasien.
- 4) Melakukan sosialisasi lebih sering mengenai penggunaan antibiotik.
- 5) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan regulasi mengenai Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik.
- 6) Melakukan pengumpulan dan Input data ke dalam sistem SimMUTU rumah sakit secara rutin.
- 7) Melakukan Pelaporan sesuai waktu yang dibutuhkan dan rutin melakukannya.
- 8) Melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.

19. Kejadian luka bakar akibat pemakaian modalitas fisioterapi yang menghasilkan efek thermal

Pelayanan instalasi Rehabilitasi Medik	Januari	Pebruari	Maret
Kejadian luka bakar akibat pemakaian modalitas fisioterapi yang menghasilkan efek thermal	0	0	0
Standar (%)	0	0	0

Grafik 43. Capaian IndikatorKejadian luka bakar di Instalasi Rehabilitasi Medik



Sumber data pelaporan indikator mutu Instalasi Rehabilitasi Medik

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemeriksaan secara berkala pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan.	a) Melakukan rutinitas pengumpulan data indikator lewat <i>worksheet</i> Kejadian luka bakar akibat pemakaian modalitas fisioterapi yang menghasilkan efek thermal
	Kejadian luka bakar akibat pemakaian modalitas fisioterapi yang menghasilkan efek thermal pada bulan Januari 2026 sebesar 0%, bulan Pebruari 2026 sebesar 0% dan bulan Maret 2026 sebesar 0%. Pada Triwulan I 2026 dari data didapatkan ada 210 pasien yang mendapatkan penanganan dengan modalitas yang menghasilkan efek thermal.	b) Lakukan monev terhadap capaian indikator dalam tiap bulannya.
	Rerata capaian pada Triwulan I 2026 sebesar 0%, sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan.	c) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi Rehabilitasi Medik
	Sudah dilakukan monev dan pelaporan data indikator mutu secara rutin.	d) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Angka Kejadian luka bakar akibat pemakaian modalitas fisioterapi yang menghasilkan efek thermal pada bulan Triwulan I 2026 rerata capaiannya 0% sudah sesuai standar yang ditetapkan.	Mempertahankan capaian angka Kejadian luka bakar akibat pemakaian modalitas fisioterapi yang menghasilkan efek thermal sesuai standar.

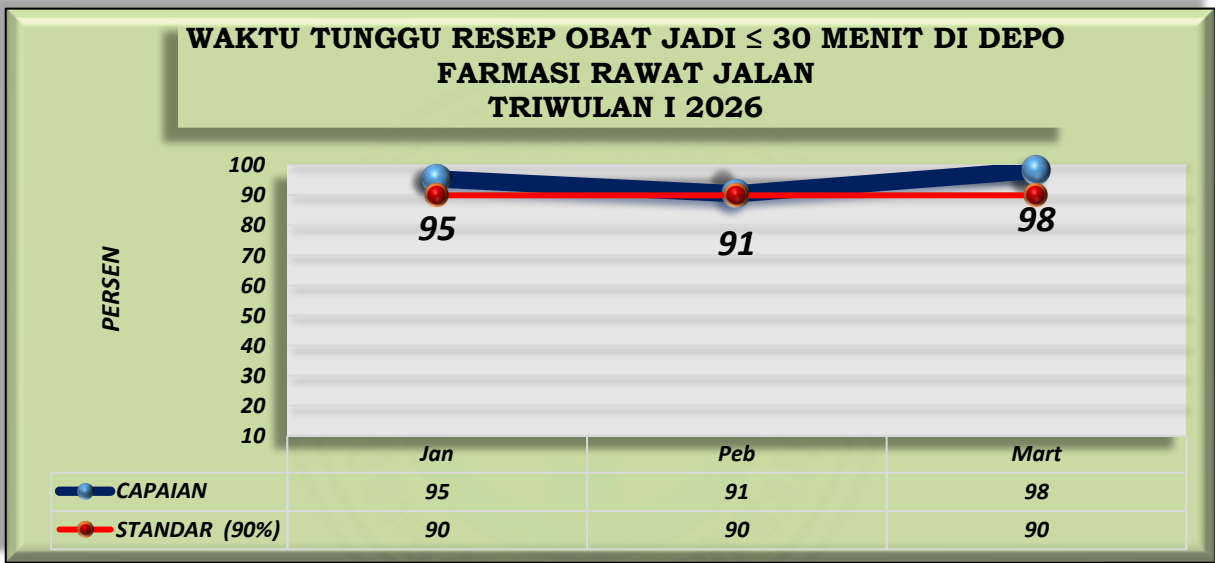
TINDAK LANJUT

- 1) Mempertahankan kegiatan rutinitas pengumpulan data indikator lewat *worksheet*
- 2) Melakukan monev terhadap capaian indikator dalam tiap bulannya.
- 3) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi Rehabilitasi Medik
- 4) Melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10

20. Waktu Tunggu Resep Obat Jadi < 30 Menit di Depo Farmasi Rawat Jalan

Pelayanan instalasi Farmasi	Januari	Pebruari	Maret
Waktu tunggu pelayanan resep obat jadi di Depo Farmasi Rawat Jalan (%)	95	91	98
Target (%)	90	90	90

Grafik 44. Capaian Indikator pelayanan resep obat jadi



Sumber data pelaporan indikator mutu Instalasi Farmasi

PENDEKATAN SISTEM	ANALISIS	REKOMENDASI
STRUKTUR	Sensus harian untuk pengumpulan data menggunakan SimMUTU	-
	SPO yang mengatur cara pengisian data dengan sistem SimMUTU sudah ada	-
	Panduan yang mengatur pengumpulan data dan pelaporan indikator mutu.	-
	Petugas yang mengisi data /PIC sudah ditunjuk melalui SK Direktur	-
PROSES	Tim KMRS melakukan pemeriksaan secara berkala pelaksanaan rencana yang telah ditetapkan.	a) Melakukan pengumpulan data indikator lewat <i>worksheet</i> waktu tunggu pelayanan resep obat jadi ≤ 30 menit di Depo Farmasi Rawat Jalan b) Lakukan monev terhadap capaian indikator dalam tiap bulannya.
	Waktu tunggu pelayanan resep obat jadi ≤ 30 menit di Depo Farmasi Rawat Jalan pada bulan Januari 2026 sebesar 95%, bulan Pebruari 2026 sebesar 91% dan bulan Maret 2026 sebesar 98%.	
	Rerata capaian pada Triwulan I 2026 sebesar 94.76%, sudah sesuai dengan target yang ditetapkan.	

	Belum dilakukan monev dan pelaporan data indikator mutu secara rutin.	c) Lakukan evaluasi kinerja Instalasi Farmasi d) Lakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10.
OUTCOME	Angka waktu tunggu pelayanan resep obat jadi ≤ 30 menit di Depo Farmasi Rawat Jalan pada bulan Triwulan I 2026 rerata capaiannya 94.76% sudah melebihi target yang ditetapkan 90%.	Mempertahankan capaian waktu tunggu pelayanan resep obat jadi yang ≤ 30 menit di Depo Farmasi Rawat Jalan sesuai target yaitu 90%.

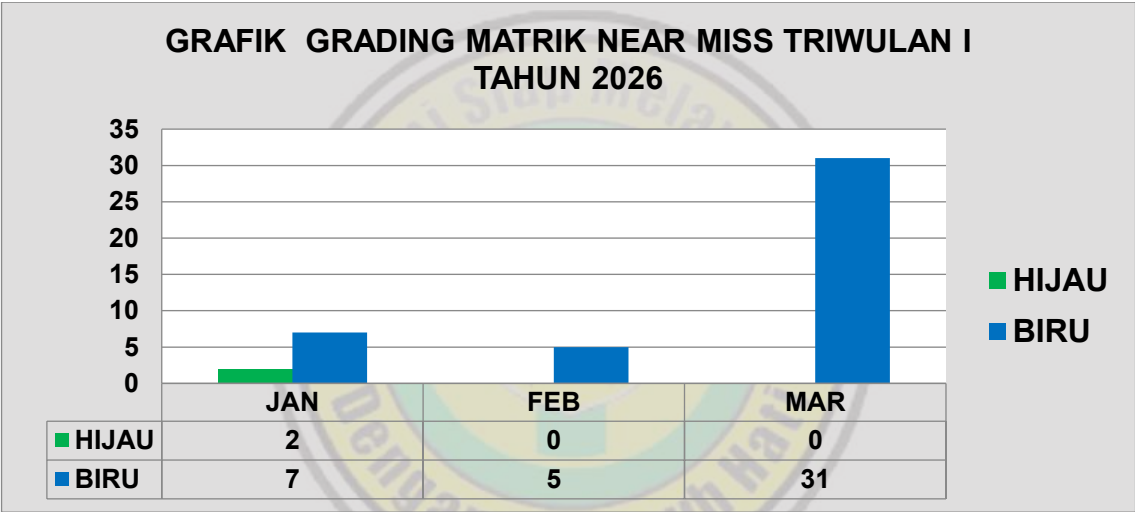
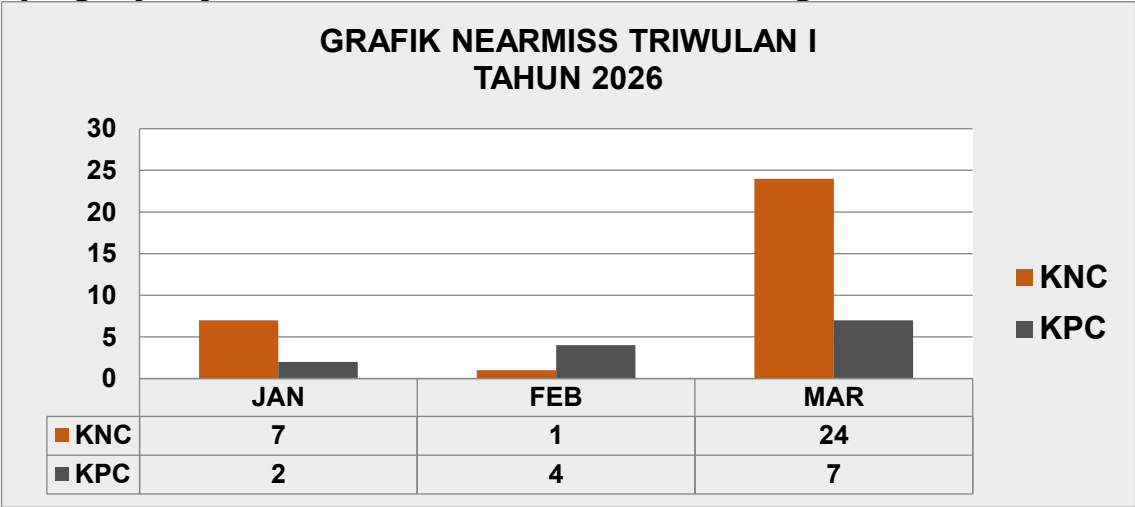
TINDAK LANJUT

- 1) Melakukan pengumpulan data indikator lewat *worksheet* waktu tunggu pelayanan resep obat jadi ≤ 30 menit di Depo Farmasi Rawat Jalan
- 2) Melakukan monev terhadap capaian indikator dalam tiap bulannya.
- 3) Melakukan evaluasi kinerja Instalasi Farmasi
- 4) Melakukan pelaporan data capaian indikator mutu ke KMRS setiap tanggal 10



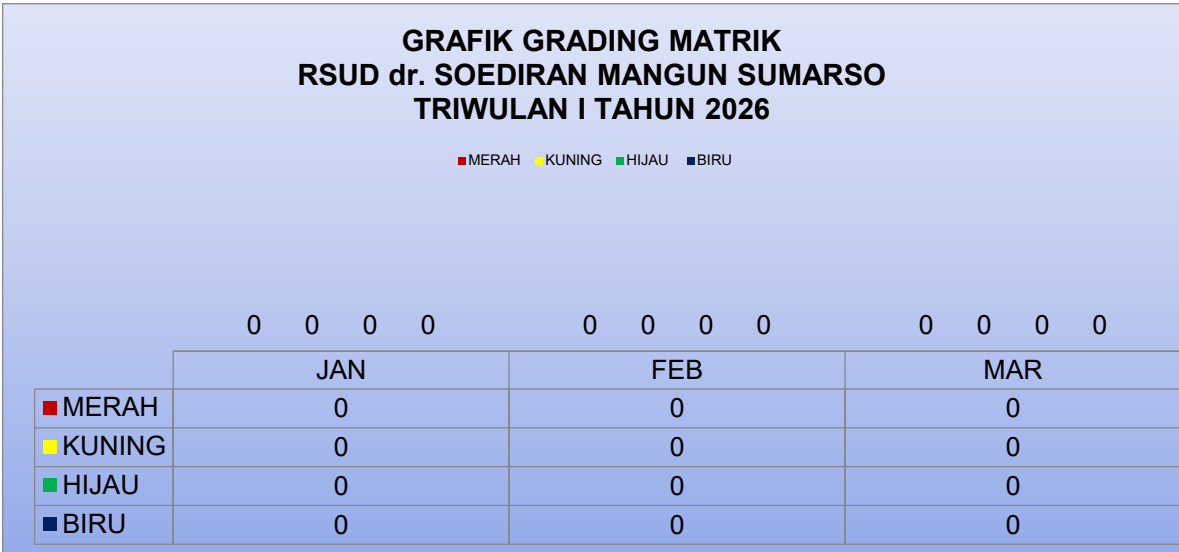
B. LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Angka kejadian Insiden Keselamatan Pasien *Near Miss* meliputi KPCS dan KNC yang terjadi pada Triwulan I Tahun 2026 adalah sebagai berikut :



Angka kejadian Insiden Keselamatan Pasien *Adverse Event* meliputi KTC, KTD dan Sentinel yang terjadi pada Triwulan I Tahun 2026 adalah sebagai berikut :





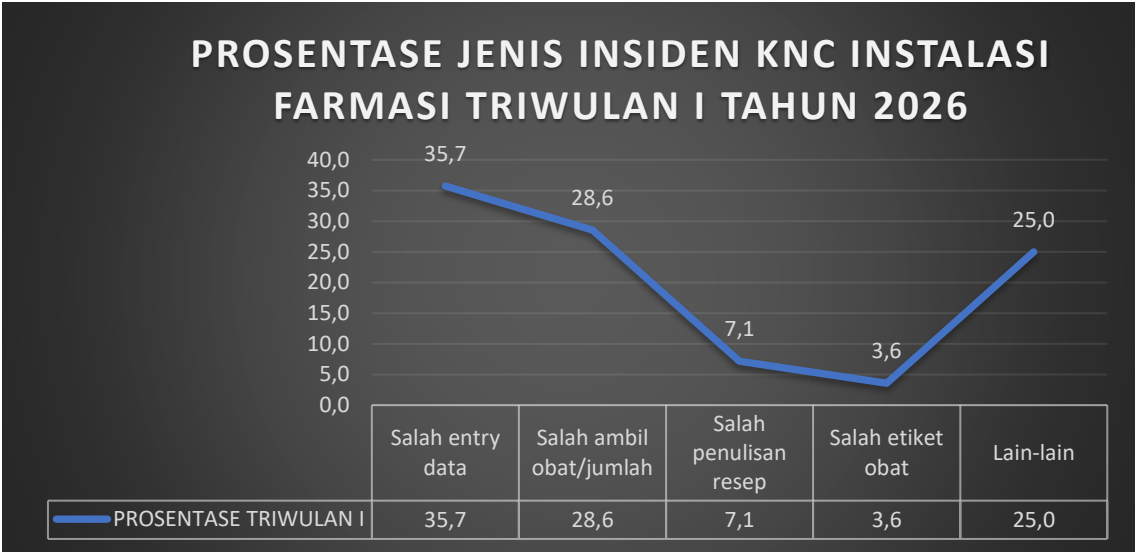
Angka pelaporan insiden keselamatan pasien pada bulan Januari – Maret 2026 terdapat bulan Januari sejumlah 7 laporan KNC dan 2 KPC , bulan Pebruari sejumlah 1 laporan KNC dan 4 KPC, bulan Maret sejumlah 24 laporan KNC dan 7 laporan KPC yang masuk ke-KMRS, dari semua insiden yang dilaporkan tidak ada grading matrik yang berwarna merah maupun insiden sentinel. Berdasarkan data laporan Insiden Keselamatan Pasien yang masuk ke-KMRS paling banyak adalah laporan dari unit Instalasi Farmasi, hal ini menunjukkan bahwa kepatuhan untuk melaporkan insiden dari unit selain Instalasi Farmasi masih sangat rendah. Kejadian insiden keselamatan Pasien diharapkan dapat dilaporkan 2 x 24 jam setelah kejadian dan dilakukan grading matrik sesuai dengan prosedur. Data dilaporkan maksimal tiap 2x24 jam setelah kejadian oleh petugas yang menemukan IKP.

Tindakan :

- a. Lakukan Pelaporan IKP sesuai Kejadian IKP nya dengan segera maksimal 2x24 jam setelah kejadian.
- b. Atasi masalah terlebih dahulu dengan melakukan analisa sederhana.
- c. Lakukan koordinasi dengan unit terkait dalam pelaporan IKP.

I. Analisis data Insiden Keselamatan Pasien





Prosentase jenis insiden terbanyak adalah KNC salah ambil atau jumlah obat sebesar 28.6% KNC salah entry data 35.7% Salah penulisan resep/dosis 7.1% kesalahan identitas 3.6% dan kesalahan lain-lain 25%. Berdasarkan data IKP terbanyak, pola dan tren diatas, terjadi peningkatan angka kejadian IKP di bulan Maret 2026.

II. Tindak Lanjut

- Tindak lanjut untuk meningkatkan pelaporan kejadian insiden keselamatan pasien antara lain:
- 1. Sosialisasi Panduan dan SPO pelaporan kejadian insiden keselamatan pasien secara menyeluruh dan berkala.
 - 2. Lakukan monitoring dan evaluasi terkait pelaporan kejadian insiden keselamatan pasien.
 - 3. Menyiapkan dokumen (lembar Laporan) IKP pada setiap unit
 - 4. Melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam peran sertanya melaporkan IKP
 - 5. Setiap insiden kejadian yang terjadi di unit dilakukan investigasi sederhana di unit.
 - 6. Penanaman pemahaman kesemua tenaga kesehatan agar lebih melakukan aktif dalam pelaporan insiden keselamatan pasien.

BAB III
PENUTUP

A. HASIL

Berdasarkan hasil rerata Capaian Indikator Nasional Mutu, Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit, Indikator Mutu Prioritas Unit dan Indikator Mutu Keselamatan Pasien Triwulan I dapat dilihat pada tabel berikut :

NO	INDIKATOR MUTU	JUDUL	TARGET	HASIL	DEVIASI
I	INDIKATOR NASIONAL MUTU				
1	Pencegahan dan Control Infeksi, Surveilans dan Pelaporan	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥85%	99.44%	14.44%
2		Kepatuhan Penggunaan APD	100%	99.90%	-0.10%
3	Upaya Keselamatan Pasien	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	0%
4	Pelayanan Instalasi Bedah Sentral	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	≥80%	33.33%	-46.67%
5	Pelayanan Rawat Jalan	Waktu Tunggu Rawat Jalan	≥80%	58.02%	-21.98%
6	Pelayanan Bedah	Penundaan Operasi Elektif	≤5%	2.54%	2.46%
7	Pelayanan Rawat Inap	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	≥80%	88.73%	8.73%
8	Pelayanan Laboratorium	Pelaporan hasil kritis Laboratorium	100%	100%	0%
9	Pelayanan Medis Terkait Farmasi	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥80%	99.18%	19.18%
10	Penggunaan Antibiotik dan Pengobatan Lainnya	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	≥80%	81.79%	1.79%
11	Upaya Keselamatan Pasien di Rawat Inap	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	99.97%	-0.03%
12	Manajemen Risiko	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥80%	100%	20%
13	Harapan Dan Kepuasan Pasien dan Keluarga	Kepuasan Pasien	≥76.61%	-%	-%
II	INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMP-RS)				
A	Indikator Mutu Terkait Pelayanan Klinis				
1	Prosedur Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	Prosentasi Pasien On HD readmisi < 1 bulan	≤15%	20.67	-5.67%
B	Indikator Mutu Sesuai Tujuan Strategis Rumah Sakit				
2	Pemberdayaan sumber daya CSSD	Ketersediaan Set Instrumen Steril Tindakan Bedah	100%	98.82%	-1.18%
C	Indikator Mutu Terkait Perbaikan Sistem				
3	Prosedur Pelayanan	Waktu Tunggu Pasien IGD Masuk Ruangan Rawat Inap ≤ 6 Jam	≥80%	67%	-13%

	Instalasi Gawat Darurat				
D	Indikator Mutu Terkait Manajemen Risiko				
4	Medication Error dan Kejadian Nyaris Cedera Pelayanan medis terkait farmasi	Kekosongan Obat Di Instalasi Farmasi	0%	0.62%	-0.62%
E	Indikator Mutu Penelitian Klinis dan Program Pendidikan Kedokteran				
5	Pendidikan dan Pelatihan	Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik	100%	84.44%	-15.56%
F	Indikator Sasaran Keselamatan Pasien				
6	Ketepatan Identifikasi Pasien	Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Proses Distribusi Makan Pasien Rawat Inap	100%	7.81%	-92.19%
7	Peningkatan komunikasi yang efektif	Kepatuhan Verifikasi Dengan Pengisian TBK 1 X 24 Jam Oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (Dpjp) Pada E-Rekam Medis (E-Rm)	100%	97.22%	-2.78%
8	Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu diwaspadai	Kepatuhan Pengecekan Ganda Obat <i>High Alert</i> Di Rawat Inap	100%	100%	0%
9	Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi	Dilakukannya <i>Site Marking</i> Operasi	100%	94.49%	0%
10	Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan	Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Bundle Hais Phlebitis	≥85%	99.83%	14.83%
11	Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pada Pasien Instalasi Rawat Jalan	100%	78.32%	-21.7%
III	INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT (IMP-U)				
1	Prosedur Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	Angka Kelengkapan Asesmen Awal Gawat Darurat di IGD	100%	99.63%	-0.37%
2	Prosedur pelayanan rawat inap	Ketidaklengkapan pengkajian awal pasien rawat inap lebih dari 1x24 jam setelah pasien masuk (Medis)	0%	0%	0%
3	Prosedur pelayanan bedah	Kelengkapan persetujuan tindakan pembedahan	100%	77.85%	-22.15%
4	Manajemen pelayanan rawat jalan	Kepatuhan Waktu Kedatangan DPJP Rawat Jalan Sesuai Jadwal Praktik	100%	52.66%	-47.34%
5	Pelayanan Instalasi Kebidanan dan Kandungan	Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada bayi baru lahir	0%	34.24%	-34.24%
6	Pelayanan HD	Prosentase Perawat Pemberi Pelayanan HD di Instalasi HD	100%	93.40%	-6.60%

		Bersertifikat Perawat Mahir Dialysis			
7	Manajemen risiko pelayanan di ICU	Angka Mortalitas Pelayanan Intensif	≤ 20%	20.20%	-0.20%
8	Pelayanan Instalasi Laboratorium dan BDRS	Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium pasien rawat jalan.	100%	83.36%	-16.64%
9	Pelayanan radiologi dan pencitraan diagnostik	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Instalasi Radiodiagnostik Imaging dan Radiologi Intervensional	≥80%	86.69%	6.69%
10	Ketersediaan, isi dan penggunaan catatan medik	Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medik 1X24 Jam Setelah Selesai Pelayanan Rawat Inap	0%	14.31%	-14.31%
11	Pencegahan dan Control Infeksi, Surveilans dan Pelaporan	Phlebitis	<5‰	1.78‰	3.22‰
12	Pelayanan Gizi	Perhitungan Sisa Makanan	≤ 20%	19.67%	0.33%
13	Pengadaan dan Pemeliharaan rutin peralatan kesehatan	Angka Kegagalan Suplai Listrik Pengganti/ Cadangan	0%	0%	0%
14	Keselamatan Kerja, Terciptanya Keamanan	Gangguan Keamanan, Keselamatan dan Kenyamanan	0%	0.13%	-0.13%
15	Manajemen Penggunaan Sumber Daya	Angka Hasil Cuci Tidak Sesuai Standar Linen Bersih	≤2%	0.64%	1.36%
16	Pelayanan CSSD	Ketidaksesuaian Kelengkapan St Intrumen yang distreilisasi	0%	0.13%	-0.13%
17	Administrasi dan manajemen	Waktu Tunggu Tagihan Pembayaran Pasien Rawat Inap	80%	86.64%	6.64%
18	PPRA	Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik	0%	27.33%	-27.33%
19	Pelayanan Fisioterapi	Kejadian luka bakar akibat pemakaian modalitas fisioterapi yang menghasilkan efek thermal	0%	0%	0%
20	Pelayanan Medis Terkait Farmasi	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi ≤ 30 Menit di Depo Farmasi Rawat Jalan	90%	94.76%	4.76%

B. KESIMPULAN

1. Hasil capaian indikator mutu sesuai standar

- 1.1. Indikator Nasional Mutu
 - 1) Kepatuhan Kebersihan Tangan¹
 - 2) Kepatuhan Identifikasi Pasien³
 - 3) Penundaan Operasi Elektif⁶
 - 4) Kepatuhan Jam Visite Dokter⁷
 - 5) Pelaporan Hasil Kritis⁸

- 6) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional⁹
- 7) Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway¹⁰
- 8) Kecepatan Respon Terhadap Komplain¹²
- 9) Kepuasan Pasien Dan Keluarga¹³ (laporan semester)
- 1.2. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien
 - 1) Kepatuhan Pengecekan Ganda Obat *High Alert* Di Rawat Inap⁸
 - 2) Kepatuhan Petugas Dalam Penerapan Bundle Hais Phlebitis¹⁰
- 1.3. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)

-
- 1.4. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-U)
 - 1) Ketidaklengkapan pengkajian awal pasien rawat inap lebih dari 1x24 jam setelah pasien masuk.(Medis)²
 - 2) Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Instalasi Radiodiagnostik Imaging dan Radiologi Intervensional⁹
 - 3) Phlebitis¹¹
 - 4) Perhitungan Sisa Makanan¹²
 - 5) Angka Kegagalan Suplai Listrik Pengganti/ Cadangan¹³
 - 6) Angka Hasil Cuci Tidak Sesuai Standar Linen Bersih¹⁵
 - 7) Waktu Tunggu Tagihan Pembayaran Pasien Rawat Inap¹⁷
 - 8) Kejadian luka bakar akibat pemakaian modalitas fisioterapi yang menghasilkan efek thermal¹⁹
 - 9) Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi ≤ 30 Menit di Depo Farmasi Rawat Jalan²⁰

2. Hasil capaian indikator mutu belum sesuai standar

- 2.1. Indikator Nasional Mutu
 - 1) Kepatuhan Penggunaan APD²
 - 2) Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi <30 menit⁴
 - 3) Waktu Tunggu Rawat Jalan⁵
 - 4) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap¹¹
- 2.2. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien
 - 1) Kepatuhan Identifikasi Pasien pada Proses Distribusi Makan Pasien Rawat Inap⁶
 - 2) Kepatuhan Verifikasi Dengan Pengisian TBK 1 X 24 Jam Oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (Dpjp) Pada E-Rekam Medis (E-Rm)⁷
 - 3) Dilakukannya *Site Marking* Operasi⁹
 - 4) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh Pada Pasien Instalasi Rawat Jalan¹¹
- 2.3. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)
 - 1) Prosentasi Pasien On HD *readmisi* < 1 bulan¹
 - 2) Ketersediaan Set Instrumen Steril Tindakan Bedah²
 - 3) Waktu Tunggu Pasien IGD Masuk Ruangan Rawat Inap ≤ 6 Jam³
 - 4) Kekosongan Obat Di Instalasi Farmasi⁴
 - 5) Kesesuaian Rasio Antara Pembimbing Klinik dengan Peserta Didik⁵
- 2.4. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-U)
 - 1) Angka Kelengkapan Asesmen Awal Gawat Darurat di IGD¹
 - 2) Kelengkapan persetujuan tindakan pembedahan³
 - 3) Kepatuhan Waktu Kedatangan DPJP Rawat Jalan Sesuai Jadwal Praktik⁴
 - 4) Kejadian tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini pada bayi baru lahir⁵

- 5) Prosentase Perawat Pemberi Pelayanan HD di Instalasi HD Bersertifikat Perawat Mahir Dialysis ⁶
- 6) Angka Mortalitas Pelayanan Intensif ⁷
- 7) Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium pasien rawat jalan ⁸
- 8) Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medik 1X24 Jam Setelah Selesai Pelayanan Rawat Inap ¹⁰
- 9) Gangguan Keamanan, Keselamatan dan Kenyamanan ¹⁴
- 10) Ketidaksesuaian Kelengkapan Set Intrumen yang distreilisasi¹⁶
- 11) Perbaikan Pola Sensitifitas Antibiotik Multiresisten Dalam Pola Kepekaan Antibiotik ¹⁸

Wonogiri, 13 April 2026

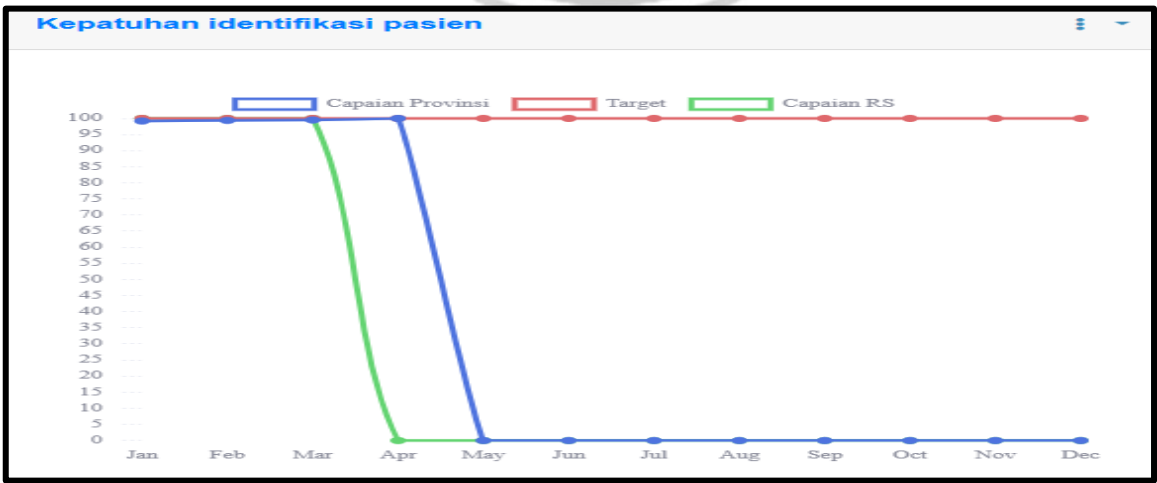
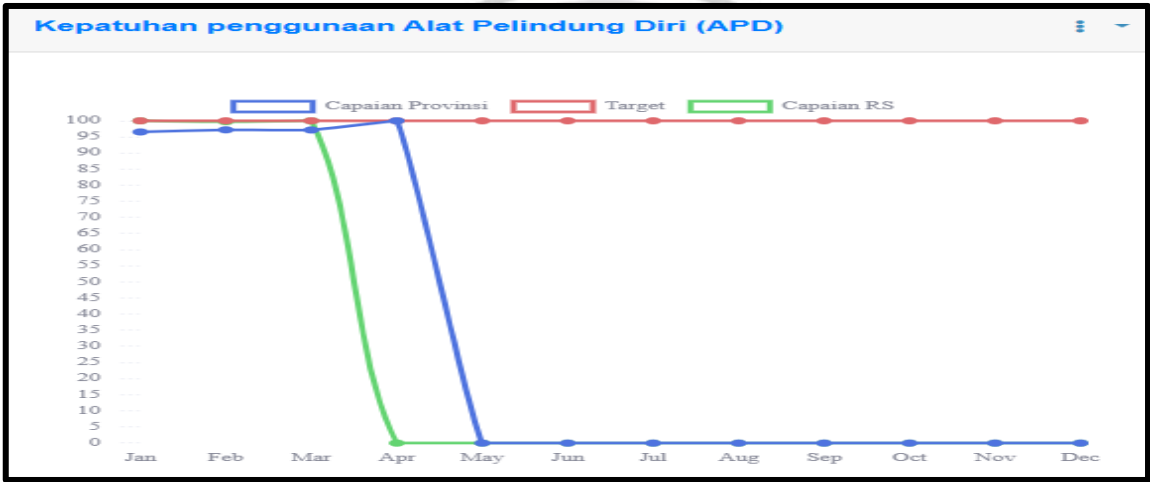
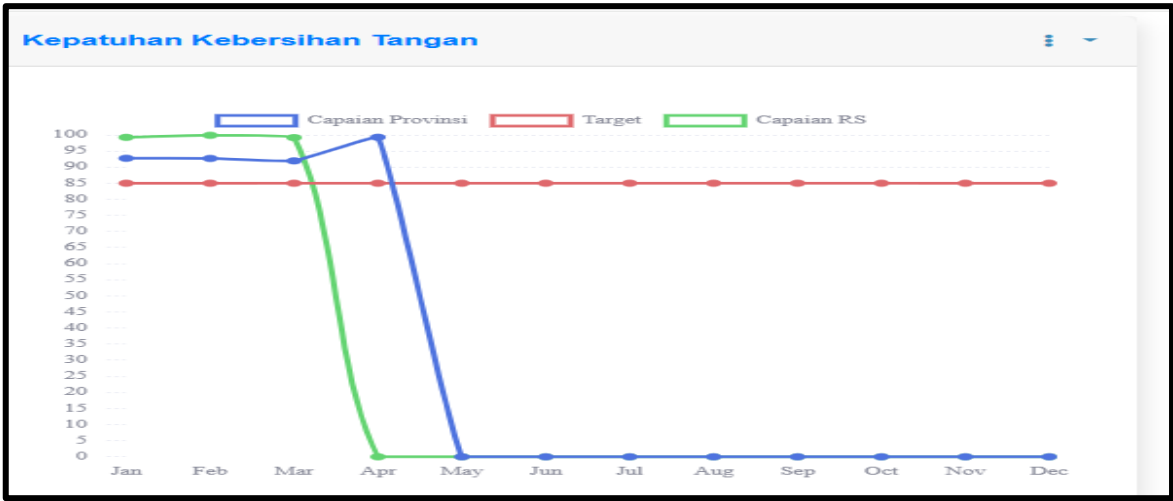
KETUA KOMITE MUTU RUMAH SAKIT
RSUD dr. SOEDIRAN MANGUN SUMARSO,

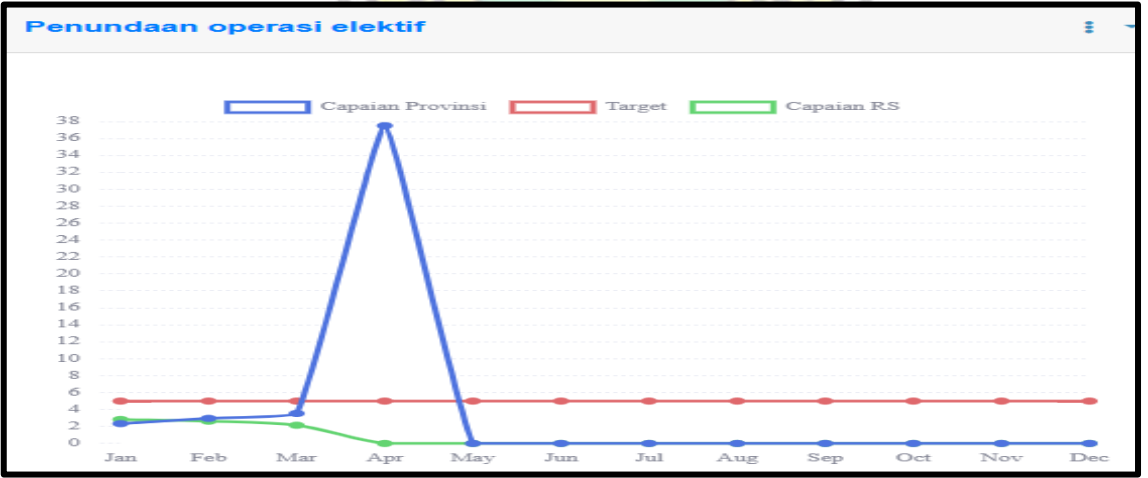
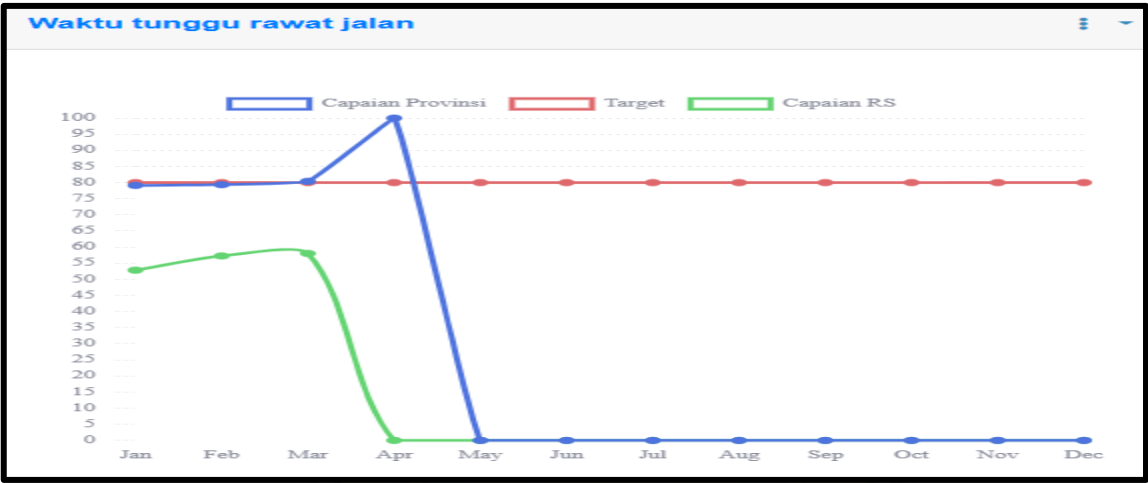
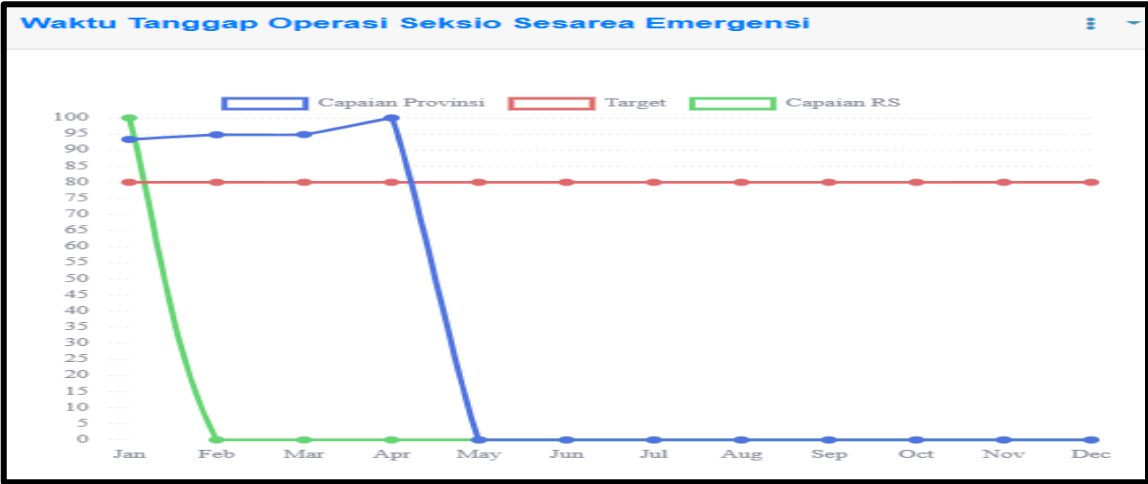


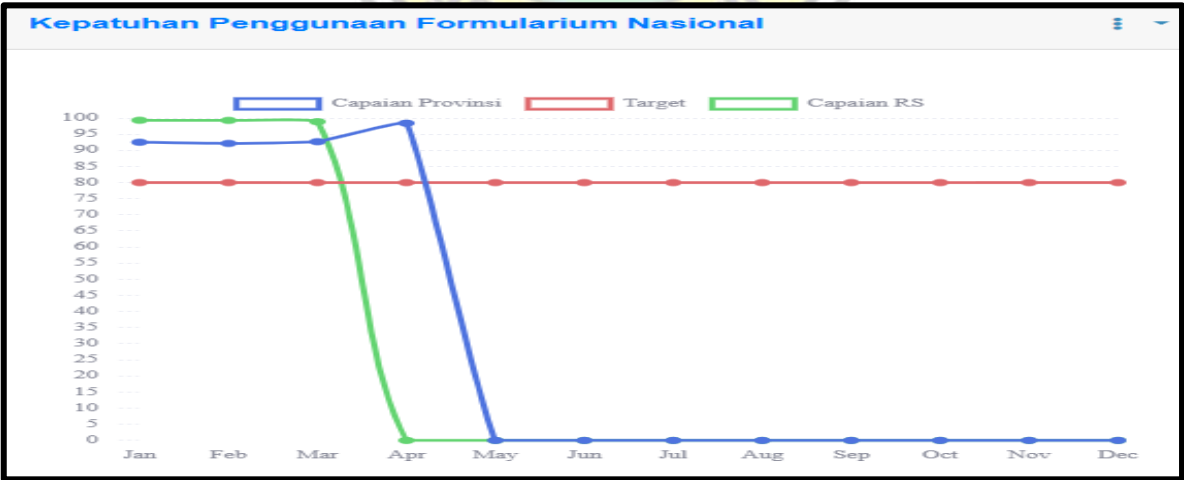
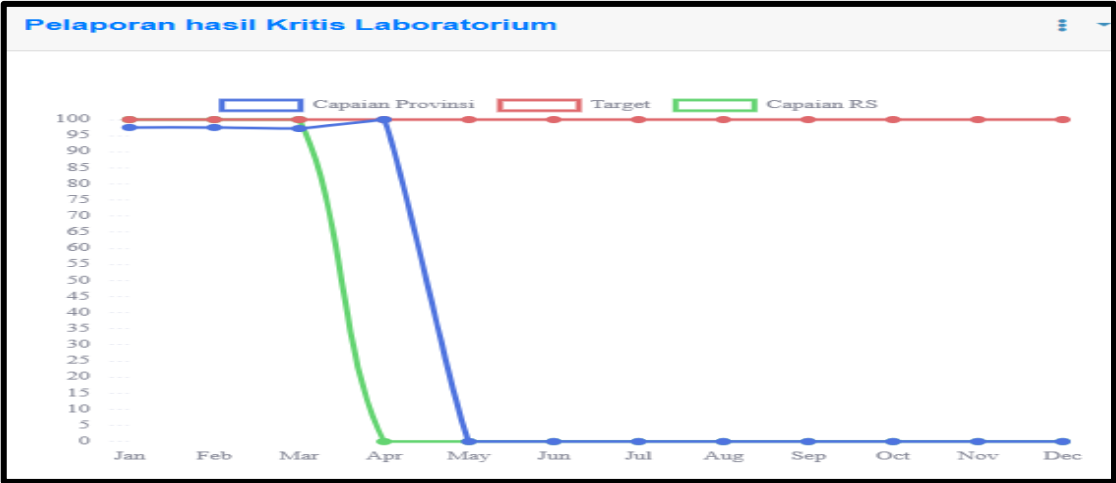
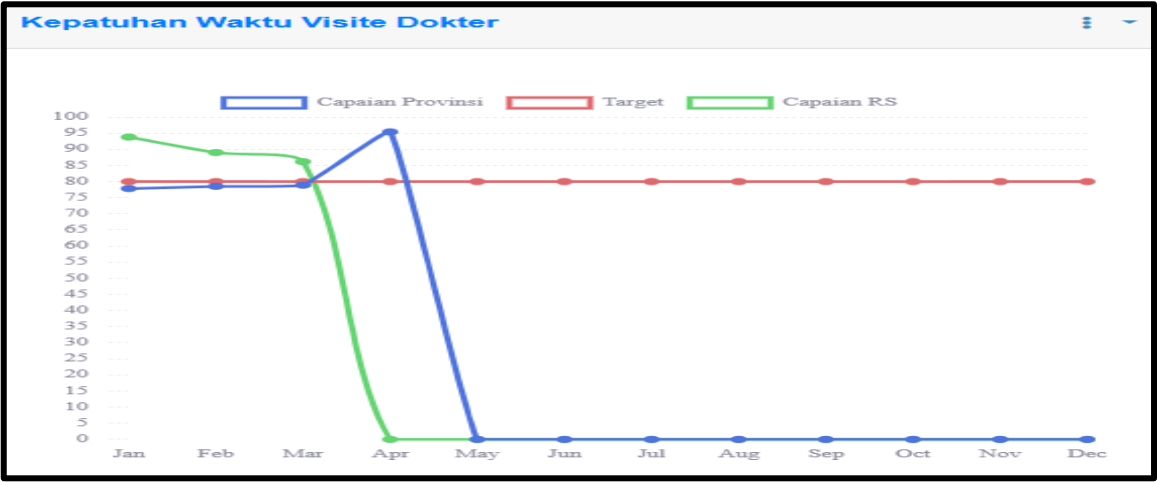
dr. MURSIT PUJI WALUYO
Pembina Utama Muda (IV/c)
NIP.197704172005011010

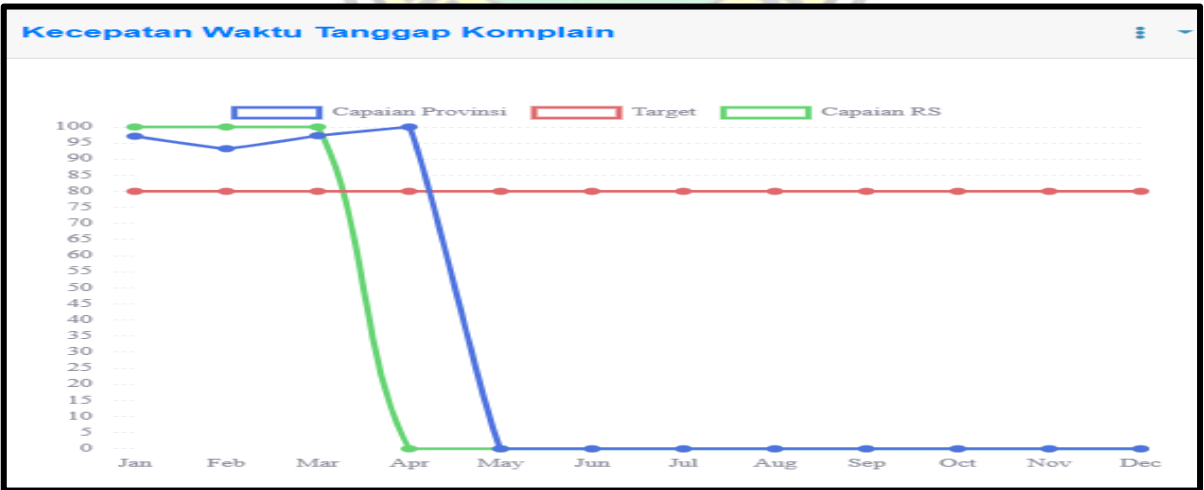
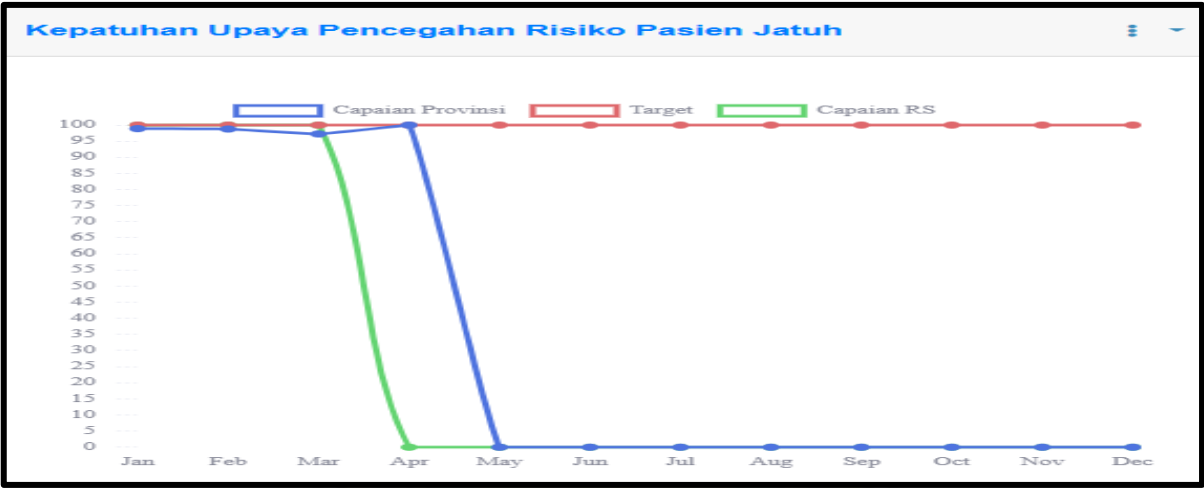
LAMPIRAN

Benchmark









**Sumber data dari Aplikasi Simar Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*