PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN SINTANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN SINTANG

LAPORAN HASIL PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU

RUMAH SAKIT ADE MUHAMMAD

DJOEN SINTANG

TRIWULAN 1

BULAN JANUARI - MARET 2026

SINTANG, APRIL 2026

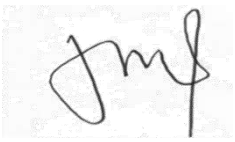
KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena dengan rahmatNya Laporan Hasil Pemantauan Indikator Mutu Rumah Sakit Umum Daerah Ade Muhammad Djoen Sintang, Periode Analisis Triwulan 1 (Januari - Maret) tahun 2026 ini dapat terselesaikan. Laporan ini berisi penjelasan tentang Target/ Standar, Capaian dan Interpretasi beserta siklus PDSA nya sesuai dengan Indikator Mutu yang telah ditetapkan di Rumah Sakit Umum Daerah Ade Muhammad Djoen Sintang yang sekaligus merupakan pedoman bagi pengukuran dan evaluasi mutu dalam rangka pelaksanaan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Indikator mutu dimaksud akan selalu dimonitor, dianalisa, dievaluasi serta dikembangkan agar menjangkau dimensi mutu yang semakin luas dalam rangka memberikan pelayanan yang makin berkualitas serta aman kepada masyarakat sebagai bentuk tanggung jawab terhadap tugas yang dipercayakan oleh pemerintah dan masyarakat.

Kami menyadari laporan ini masih belum sempurna, oleh karena itu saran dan kritik yang membangun sangat kami harapkan, sehingga akan lebih sempurna di masa mendatang. Semoga pelaksanaan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan sesuai dengan harapan kita bersama.

Sintang, April 2026
Komite Mutu



dr. Helly Habiballoh Luqmansyah, Sp.S

DAFTAR ISI

Halaman judul i
Kata Pengantar ii
Daftar isi iii

BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan 1

BAB II KEGIATAN PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT BULAN JANUARI – MARET 2026
A. Kegiatan Pokok 3
B. Indikator Mutu 3
1. 13 Indikator Mutu Nasional 3
2. 8 Indikator Mutu Prioritas dan 6 Indikator SKP..... 4
3. Indikator Mutu Unit 5

BAB III HASIL KEGIATAN
A. Hasil Pemantauan Indikator Mutu
1. 13 Indikator Mutu Nasional 6
1) Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah dan 5 momen 6
2) Kepatuhan Penggunaan APD 7
3) Kepatuhan Identifikasi Pasien; penggunaan gelang pasien 8
4) Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi < 30 menit 8
5) Waktu tunggu rawat jalan < 60 menit 9
6) Penundaan Operasi Elektif 10
7) Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis antara jam 06.00wib s/d jam 14.00 wib 11
8) Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium 12
9) Kepatuhan Penggunaan FORNAS 12
10) Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway 13
11) Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh di rawat inap 13
12) Kecepatan respon terhadap complain 14
13) Kepuasan Pasien dan Keluarga 15

2. Indicator Mutu prioritas
1) Klinis Prioritas
Kejadian Infeksi Luka Infus (ILI) / phlebitis 16
2) Strategi Rumah sakit
a. Kematian pasien ≤ 24 jam di Unit IGD 17
b. Waktu tanggap pelayanan dokter IGD 18
c. Keterlambatan waktu tindakan hemodialisa 19

3) Perbaikan Sistem
a. Keterlambatan hasil foto rawat jalan (radiologi) 20
b. Rata-rata waktu tunggu rawat jalan 20
4) Manajemen Resiko
Angka Kejadian kecelakaan kerja 21
5) Penelitian Klinis dan pendidikan
Kepuasan Mahasiswa Kedokteran Terhadap Bimbingan Clinical Instruktur (CI) 22
6) SKP 1 Ketepatan Identifikasi Pasien
Kepatuhan penggunaan gelang pasien 22
7) SKP 2 Peningkatan Komunikasi Efektif
Kepatuhan DPJP membubuhkan tanda tangan pada stempel TBK saat setelah memberikan perintah/ instruksi lisan atau melalui telepon dan saat menerima laporan hasil kritis pemeriksaan penunjang pasien secara verbal melalui telepon 22
8) SKP 3 Keamanan obatan yg perlu kewaspadaan tinggi
Kepatuhan pemberian label obat *high alert* oleh farmasi.... 23
9) SKP 4 Ketepatan sisi, pasien dan prosedur pembedahan
Kepatuhan pelaksanaan prosedur *site marking* sebelum tindakan operasi 23
10) SKP 5 Pencegahan infeksi nasocomial
Presentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah dan 5 momen 24
11) SKP 6 Mengurangi resiko pasien jatuh
Insiden pasien jatuh selama perawatan di rawat inap 24

3. Indicator Mutu Unit 25
1) Unit Tranfusi Darah
Kejadian reaksi Transfusi 25
2) Instalasi Intensif Care Unit (ICU)
Rata-rata pasien yang kembali ke Instalasi Perawatan Intensive dengan kasus yang sama < 72 jam 25
3) Instalasi Gizi
Kesalahan diit pasien 26
4) Instalasi Penggelolaan Limbah Dan Sanitasi
Baku mutu limbah cair 27
5) Unit Rekam Medis
Ketepatan pengembalian berkas rekam medis lengkap 24 jam setelah pasien keluar perawatan / pulang 28
6) POKJA PROGNAS
Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan HIV / AIDS di Rumah Sakit 29
7) Instalasi Pemeliharaan Sarana Dan Prasarana Rumah Sakit
Keterlambatan Waktu Menangani Kerusakan Alat 30

8) Instalasi Loundry
Linen Hilang 31
9) Unit Pelayanan Ambulan
Keterlambatan Pelayanan Ambulan di Rumah Sakit 31
10) Manajemen/ Bidang Keuangan
Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien ranap < 2 jam setelah pasien keluar perawatan 32
11) Instalasi Pemulasaran jenasah
Waktu Tanggap pelayanan Pemulasaran jenazah < 2 jam. 33
12) Unit Komite PPI
- Infeksi daerah operasi / IDO 33
- Infeksi saluran kencing / ISK 34
- Infeksi Ventilator Associated Pneumonia / VAP 35
13) Instalasi Central Sterile Supply Departement (CSSD)
Kesalahan pada proses packing dan labeling alat steril ... 35

B. Validasi Data Indikator Mutu 36
C. Hasil Laporan Insiden Keselamatan Pasien 36

BAB IV PEMBAHASAN
A. Pencapaian Indikator Mutu 37
B. *Benchmark* Data Hasil Pemantauan Indikator Mutu 41
C. Rekomendasi Dan Tindak Lanjut 41

BAB V PENUTUP 44

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit Umum Daerah Ade Muhammad Djoen Sintang telah melaksanakan survey akreditasi sesuai standar akreditasi dalam rangka menilai pelaksanaan pelayanan yang sesuai dengan standard dan akan kembali melaksanakan penilaian akreditasi pada tahun 2026 dengan tetap melakukan pemantauan indicator mutu Rumah Sakit sesuai arahan dari KEMENKES. Hal ini dilakukan semata-mata sebagai bentuk komitmen rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang terbaik dengan berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien. Untuk mecapai tujuan tesebut diatas maka rumah sakit melaksanakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh seluruh unit kerja, hal ini dilaksanakan untuk mengarahkan kebijakan yang berorientasi pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Evaluasi terhadap upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan salah satunya dengan melalui monitoring pencapaian indicator mutu sesuai dengan standar akreditasi yang meliputi 13 indikator mutu wajib nasional, indicator mutu area klinik, indicator mutu area manajemen dan indicator mutu sasaran keselamatan pasien

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

   Diketahuinya mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Ade Muhammad Djoen Sintang.

2. Tujuan Khusus:

   a. Terpantaunya peningkatan mutu di Rumah Sakit Umum Daerah Ade Muhammad Djoen Sintang melalui pemantauan indicator kunci yang ditetapkan oleh rumah sakit periode tahun 2024

b. Menilai pencapaian hasil program patient safety dengan pemantauan insiden keselamatan pasien
c. Terdapat hasil (progres) pencapaian indikator mutu dari bulan ke bulan.
d. Teridentifikasinya faktor pendukung kegiatan monitoring indikator mutu
e. Teridentifikasinya faktor penghambat pelaksanaan monitoring indikator mutu.
f. Teridentifikasinya rencana tindak lanjut atas pelaksanaan monitoring indikator mutu per bulan
g. Didapatkannya rekomendasi dari *governing body* (dewan pengawas) mengenai program mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Ade Muhammad Djoen Sintang.

BAB II

KEGIATAN PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT

BULAN JANUARI S/D MARET 2026

A. Kegiatan Pokok

Kegiatan monitoring indikator mutu pada Tw 1 (Januari - Maret) tahun 2026 mencakup rekapitulasi hasil pencapaian indikator mutu, pelaksanaan validasi data mutu dan *Benchmark* dengan rumah sakit lain. Adapun indikator mutu yang dipantau adalah sebagai berikut:

B. Indikator Mutu

1. 13 Indikator Mutu Nasional

No	Indikator	Judul Indikator	Target	PJ
1	Kepatuhan Cuci Tangan	Presentase kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah dan 5 momen	≥ 85%	Komite PPI
2	Kepatuhan Penggunaan APD	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	Komite PPI
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	Kepatuhan penggunaan gelang pasien di ranap	100%	Kepala Inst Ranap
4	Emergency Respon Time	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi < 30 menit	≥ 80%	Pokja Prognas (Tim PONEK)
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	Waktu tunggu rawat jalan < 60 menit	≥ 80%	Kepala Inst RaJal
6	Penundaan Operasi Elektif	Penundaan Operasi Elektif	≤ 5%	Kepala Inst Kamar bedah
7	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis antara jam 06.00wib s/d jam 14.00 wib	≥ 80%	Kepala Inst Ranap
8	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium	100%	Kepala Inst Laboratorium
9	Kepatuhan Penggunaan FORNAS	Kepatuhan Penggunaan FORNAS	≥ 80%	Kepala Inst Farmasi
10	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	≥ 80%	Komite Medik
11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh	Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap

12	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	≥ 80%	HUMAS/Tim Pengaduan
13	Kepuasan Pasien dan Keluarga	Kepuasan Pasien dan Keluarga	≥ 76,61%	PKRS

2. Indikator Mutu Prioritas

No	IMUT PRIORITAS	JUDUL INDIKATOR	TARGET	PJ
1	Klinis Prioritas	Kepatuhan CP pasien stroke	80%	Komite medik
2	Strategi Rumah Sakit	Pasien dengan stroke ischemic diresepkan antitrombotik pada saat pulang	80%	Kepala Inst rawat inap
3	Perbaikan sistem	Pasien stroke ischemic dan hemorragic yang telah dikaji untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi	80%	Kepala Inst rawat inap
4	Manajemen Resiko	Menurunkan angka kecelakaan kerja	0%	K3RS
5	Penelitian Klinis dan pendidikan	Pegawai RSUD yang mendapat pelatihan > 20 jam	80%	DIKLAT

6 Indikator Mutu Sasaran Keselamatan Pasien

No	Indikator SKP	Judul Indikator	TARGET	PJ
1	Ketepatan identifikasi pasien	Kepatuhan identifikasi pasien ; penggunaan gelang pasien	100%	Kepala Inst Ranap
2	Peningkatan Komunikasi Efektif	Kepatuhan DPJP memberikan konfirmasi pada RME/KHANZA saat setelah memberikan perintah / instruksi lisan atau melalui telepon dan saat menerima laporan hasil kritis pemeriksaan penunjang pasien secara verbal melalui telepon	100%	Kepala Inst rawat inap
3	Keamanan obat-obatan yg perlu kewaspadaan tinggi	Kepatuhan pemberian label obat *high alert* oleh farmasi	100%	Kepala Inst Farmasi
4	Ketepatan sisi, pasien dan prosedur pembedahan	Kepatuhan pelaksanaan prosedur *site marking* sebelum tindakan operasi	100%	Kepala Inst Kamar bedah
5	Pencegahan infeksi nosokomial	Presentase kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah dan 5 momen	≥ 85%	Komite PPI
6	Mengurangi resiko pasien jatuh	Insiden pasien jatuh selama perawatan di rawat inap	0%	Kepala Inst Ranap

3. Indikator Mutu Unit

NO	PJ/ UNIT	INDIKATOR MUTU UNIT	TARGET
1	Ka Inst Rajal	Rata-rata waktu tunggu rawat jalan	< 60 mt
2	Ka Inst Gawat Darurat	1. Kematian pasien ≤ 24 jam di IGD	≤ 2‰
		2. Waktu tanggap pelayanan dokter IGD	100%
3	Ka Inst HD	Keterlambatan Waktu Tindakan HD	0%
4	KaIns Radiologi	Keterlambatan hasil foto rawat jalan	< 3%
5	Kepala UTDRS	Kejadian reaksi tranfusi	0%
6	Kepala Instalasi ICU	Rata-rata pasien yang kembali ke Instalasi Perawatan Intensive dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%
7	Ka Inst Gizi	Ketepatan diit pasien	100%
8	Ka Inst Sanitasi	Baku Mutu Limbah Cair	100%
9	Kepala Unit Rekam Medis	Ketepatan pengembalian berkas RM lengkap 24 jam setelah pasien keluar perawatan	100%
10	Pokja Prognas	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan HIV / AIDS di RS	≥ 75%
11	Kepala Inst IPSRS	Keterlambatan waktu menangani kerusakan alat > 15 menit	≤ 20%
12	KaInstLoundry	Linen Hilang	0%
13	Kepala Unit Pely Ambulan	Keterlambatan Pelayanan ambulans di RS < 15 menit	≤ 3%
14	Manajemen (bidang keuangan)	Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien ranap < 2 jam setelah pasien keluar perawatan	≥ 80%
15	Ka Inst KM	Waktu Tanggap pelayanan Pemulasaran jenazah < 2 jam	≥ 80%
16	Komite PPI	1. Infeksi VAP (Ventilator Associated Pneumonia)	≤ 5,8‰
		2. Infeksi Luka Infus (ILI) / phlebitis	≤ 4‰
		3. Infeksi saluran kencing – ISK	≤ 3,5‰
		4. Infeksi daerah operasi – IDO	≤ 2%
17	Ka Inst CSSD	Kesalahan pada proses packing dan labeling alat steril	0%

BAB III

HASIL KEGIATAN

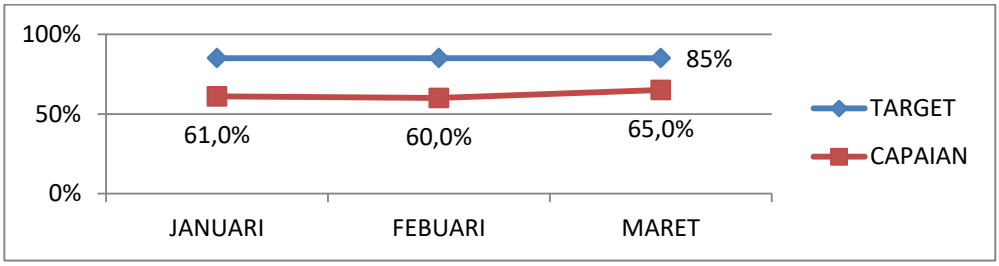
A. HASIL PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU

1. Indikator Mutu Nasional

1) Kepatuhan kebersihan tangan (KOMITE PPI)

Judul Indikator : Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah dan 5 momen

Grafik Kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah dan 5 momen



Interpretasi :

Target tercapai, rata-rata capaian TW 1 adalah 62,0%,

Rekomendasi dari Komite PPI:

- Melengkapi fasilitas kebersihan tangan di tiap ruangan
- Membuat poster dan banner kebersihan tangan
- Pelatihan PPI dan *inhouse training* tentang *hand hygiene* kepada petugas secara berkala, terutama pegawai baru.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan, Koordinasi dengan komite PPI.

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

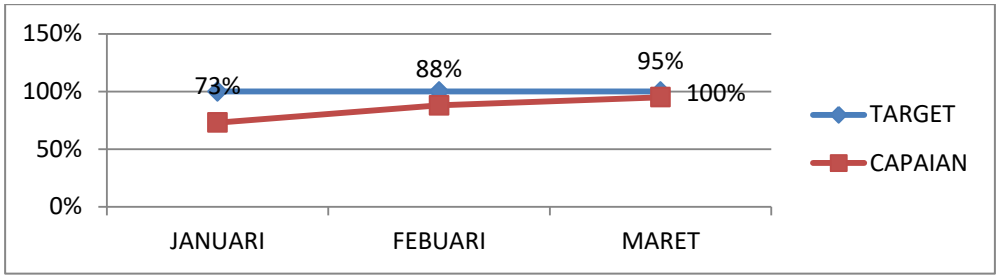
Action:

- Melanjutkan pemantauan dan kegiatan sesuai SPO
- Mengusulkan agar manajemen Rumah Sakit melengkapi/ memenuhi rekomendasi dari Komite PPI.

2) Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (KOMITE PPI)

Judul Indikator : Kepatuhan Penggunaan APD

Grafik kepatuhan penggunaan APD



Interpretasi :

Target belum tercapai, rata-rata capaian TW 1 adalah 85,0%.

Hal ini disebabkan beberapa hal, diantaranya :

- Belum memahami tentang konsep yang benar tentang penggunaan APD sesuai indikasi

Rekomendasi dari Komite PPI:

- Melakukan edukasi secara terus menerus tentang penggunaan Alat Pelindung Diri sesuai indikasi
- Usulan Inhouse Training PPI dasar secara berkala kepada semua karyawan Rumah sakit, terutama karyawan baru.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan
- Koordinasi dengan komite PPI.

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

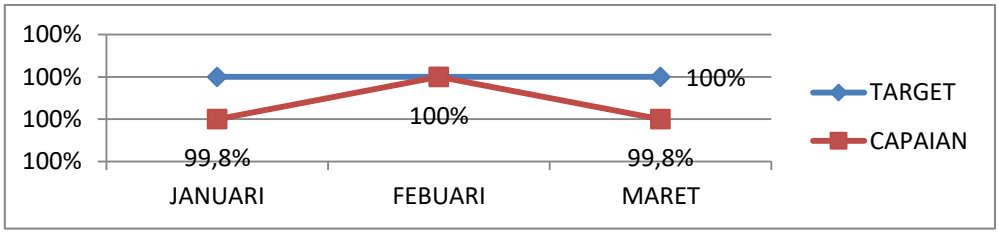
Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO
- Mengusulkan agar manajemen Rumah Sakit melengkapi/ memenuhi rekomendasi dari Komite PPI.

3) Kepatuhan identifikasi pasien (Inst. RANAP)

Judul Indikator : Kepatuhan penggunaan gelang pasien di rawat inap

Grafik Kepatuhan Identifikasi Pasien di ruang rawat inap (kepatuhan penggunaan gelang pasien)



Interpretasi :

Target tercapai, rata- rata capaian TW 1 adalah 99,96 (100%).

PDSA

Plan :

- Meningkatkan kepatuhan identifikasi pasien sesuai SPO.

Do :

- Meningkatkan supervise dan monev kepatuhan SPO.

Study:

- Proses identifikasi sesuai SPO dapat memperkecil kemungkinan kesalahan identifikasi pasien.

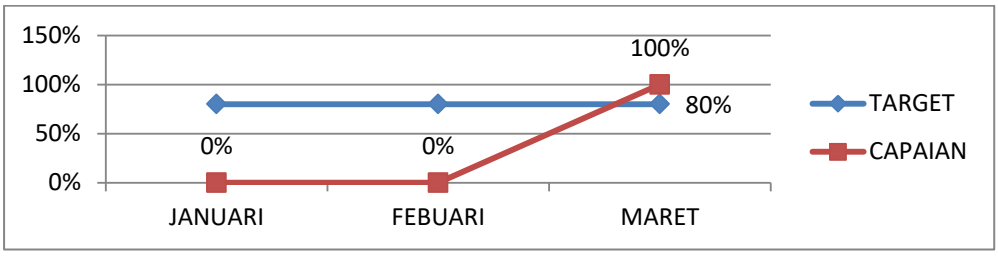
Action :

- Melaksanakan kegiatan sesuai SPO identifikasi pasien.

4) Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi (POKJA PROGNAS)

Judul Indikator : Waktu tanggap operasi SC emergensi < 30 menit

Grafik Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesarea < 30 menit



Interpretasi :

Target belum tercapai, rata-rata capaian TW 1 adalah 33,3%. Beberapa factor penyebab, diantaranya:

- Menghubungi Tim OK/ IBS dan menunggu Tim OK/IBS datang (khusus sore dan malam hari).
- Menunggu antrian SC, karena pada saat SC operator masih mengerjakan pasien SC sebelumnya, sehingga pasien SC cito selanjutnya harus menunggu.

Adapun rekomendasi untuk penyelesaian masalah dari POKJA PROGNAS adalah sebagai berikut :

- Melakukan kolaborasi antara dokter obgyn, dokter anaestesi, IGD, kamar bersalin dan laboratorium.
- Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga dalam hal antrian tindakan SC.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study :

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf

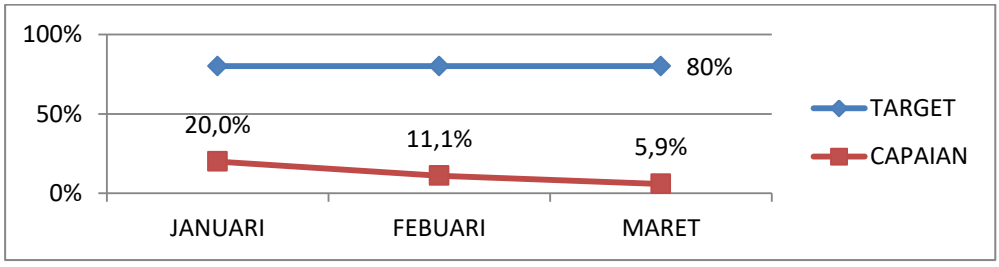
Action :

- Melaksanakan rekomendasi dari POKJA PROGNAS
- Mengusulkan diadakan rapat koordinasi pada semua yang terkait yang dipimpin oleh manajemen RS.

5) Waktu tunggu rawat jalan

Judul Indikator : Waktu tunggu rawat jalan < 60 menit

Grafik Waktu Tunggu Rawat Jalan < 60 menit



Interpretasi :

Target belum tercapai, rata-rata capaian TW 1 adalah 12,3%.

PDSA

Plan :

- Sosialisasi revisi SP dan SPO rawat jalan

Do :

- Melanjutkan pemantauan

Study:

- Perlu ketegasan pimpinan terkait jam kedatangan dokter spesialis di Poliklinik rawat jalan

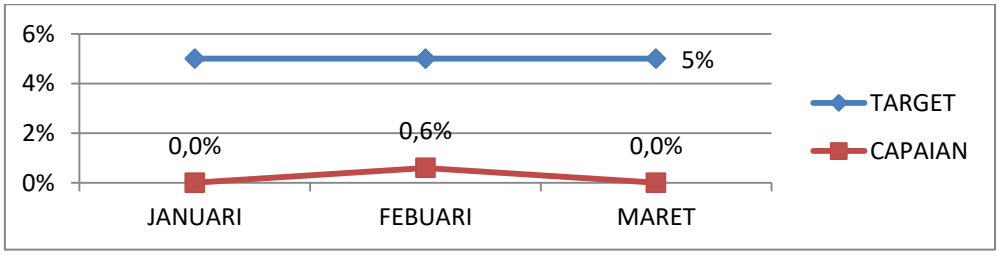
Action:

- Sosialisasi Revisi SP dan SPO rawat jalan kepada DPJP

6) Penundaan Operasi elektif

Judul Indikator : Penundaan Operasi Elektif

Grafik Penundaan Operasi Elektif



Interpretasi :

Target tercapai. Perlu dipertahankan dan dilakukan follow up.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Pelaksanaan operasi elektif sesuai jadwal menunjukan keefektifan dan pelaksanaan kegiatan tepat waktu.

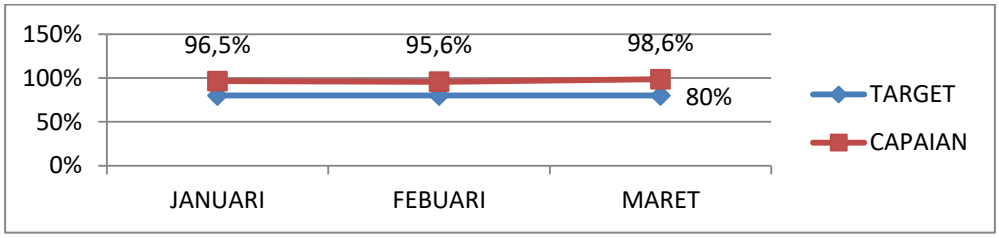
Action:

- Melanjutkan pemantauan dan meningkatkan mutu pelayanan

7) Kepatuhan Jam Visite Dokter

Judul Indikator : Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis antara jam 06.00wib s/d jam 14.00 wib

Grafik Kepatuhan Jam Visite dokter spesialis antara jam 06.00 s/d 14.00 wib



Interpretasi :

Target tercapai. Rata- rata capaian 96,9%. Perlu dipertahankan dan dilakukan follow up.

PDSA

Plan :

- Melanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Kepatuhan jam visite untuk memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien.

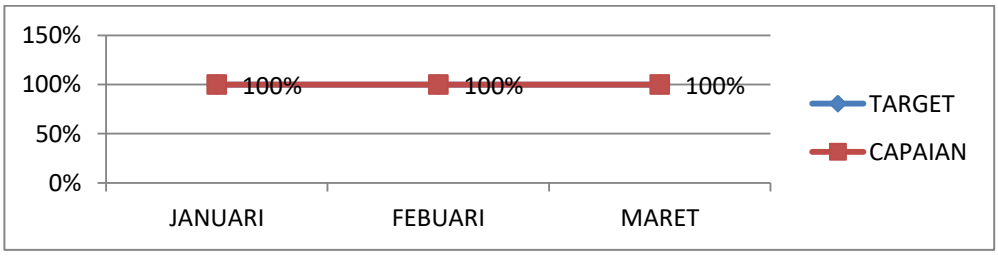
Action :

- Melanjutkan pemantauan mutu.
- Bidang pelayanan melalui kepala ruangan dan case manager tetap mengingatkan dokter spesialis untuk mempertahankan kepatuhan jam visite.

8) Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium

Judul indicator : Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium

Grafik waktu lapor hasil kritis laboratorium



Interpretasi :

Target tercapai, Perlu dipertahankan dan dilakukan follow up.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf

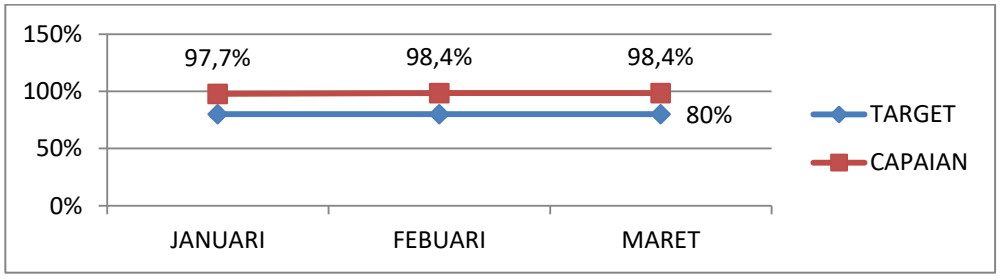
Action:

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO

9) Kepatuhan Penggunaan FORNAS

Judul Indikator : Kepatuhan Penggunaan FORNAS

Grafik kepatuhan Penggunaan FORNAS



Interpretasi :

Target tercapai, rata-rata capaian TW 1 adalah 98,2%. Perlu dipertahankan dan dilakukan follow up.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf

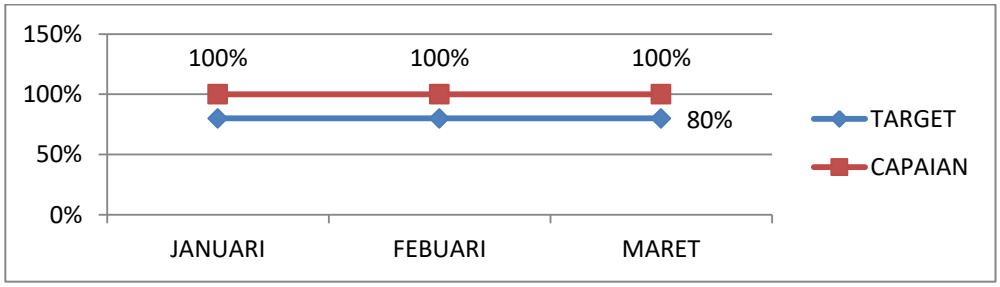
Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO

10) Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Judul Indikator : Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

Grafik Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway



Interpretasi :

Target tercapai, Perlu dipertahankan dan dilakukan follow up.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

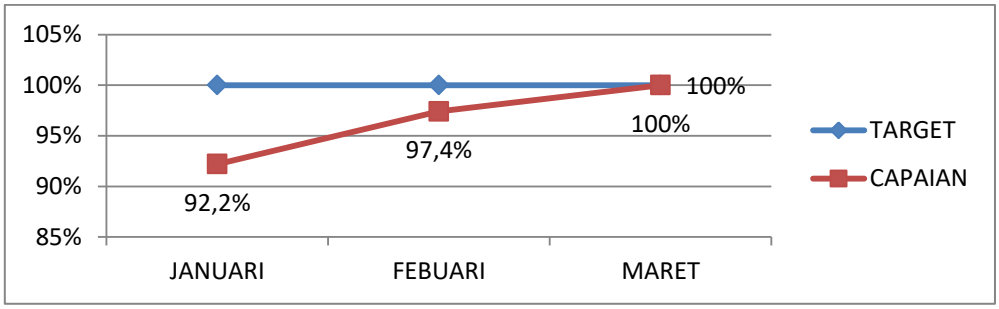
Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO.
- Mengingatkan semua PPA untuk mengisi form CP yang telah disiapkan

11) Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh

Judul Indikator : Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh di rawat inap

Grafik kepatuhan upaya mencegah risiko cedera akibat jatuh



Interpretasi :

Target belum tercapai. Rata-rata capaian TW 1 adalah 96,5%.

Tidak tercapai disebabkan karena beberapa hal diantaranya:

- Masih ada pasien beresiko tinggi jatuh tidak dilakukan skrining awal, dari IGD maupun dari rawat jalan
- Pasien beresiko tinggi jatuh tidak dipasang pin kuning
- Tempat tidur pasien ada yang rusak rem pengaman
- Gantungan kuning resiko jatuh tidak dipasang

PDSA

Plan :

- Meningkatkan kepatuhan upaya mencegah resiko cedera akibat jatuh dengan melaksanakan sesuai SPO.

Do :

- Meningkatkan supervise dan monitoring kepatuhan terhadap SPO oleh kepala ruangan dan case manager.

Study:

- Mensosialisasi ulang tentang kepatuhan terhadap SPO

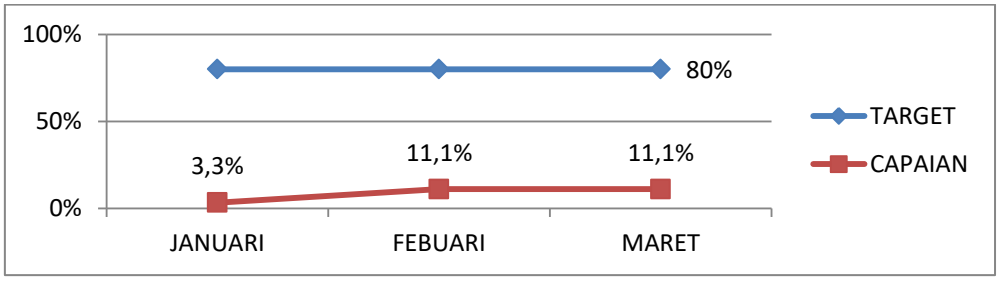
Action :

- Melaksanakan kegiatan sesuai SPO yang telah disusun
- Mengusulkan pada bagian pengadaan, Pin Kuning dan gantungan penanda resiko jatuh agar stok selalu tersedia.
- Melakukan koordinasi dengan IPSRS terkait perbaikan rem pengaman tempat tidur yang rusak

12) Kecepatan Respon Terhadap Komplain

Judul Indikator : Kecepatan respon terhadap complain

Grafik kecepatan Respon Terhadap Komplain



Interpretasi :

Target belum tercapai. Rata-rata capaian : 8,5%

Komplain terbanyak yang belum selesai ditindak lanjuti adalah tentang ketersediaan obat di depo farmasi RS.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

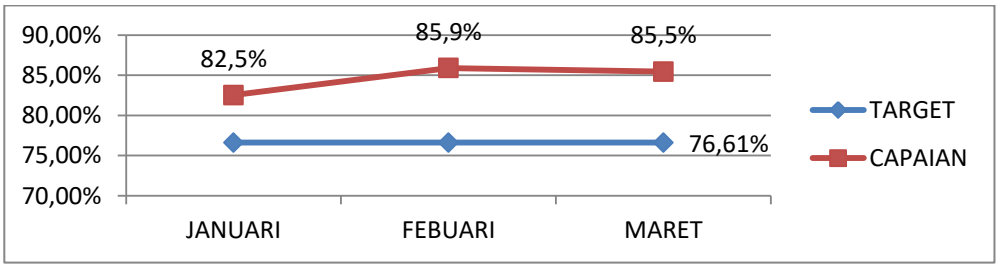
Action:

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO

13) Kepuasan Pasien dan Keluarga

Judul Indikator : Kepuasan Pasien dan Keluarga

Grafik Kepuasan Pasien dan Keluarga



Nilai rata-rata kepuasan pasien peruangan adalah berikut ini

RUANGAN PERAWATAN	JANUARI	FEBUARI	MARET	RATA-RATA
CENDANA 1	0	63,83	83,25	73,54
CENDANA 2	63,83	71,23	77,7	70,92
CENDANA 3	0	0	94,35	94,35
TEBELIAN	92,5	86,33	81,31	86,71
MERANTI	0	85,1	77,7	81,4
PERINATOLOGI	77,7	83,25	83,25	81,4
DAMAR	77,7	81,17	0	79,44
NIFAS	99,9	91,02	84,64	91,85
VK	84,36	90,65	0	87,51
ICU	0	77,7	0	77,7
RAWAT JALAN	87,26	87,73	90,39	88,46
PICU/NICU	80,18	91,02	98,51	89,9
RATA-RATA	**82,53**	**85,97**	**85,45**	**84,65**

Interpretasi :

Target 76,61% tercapai, rata-rata capaian TW 1 adalah 84,65%.

Berdasarkan kuisioner kepuasan pasien, dari 9 unsur penilaian dan diketahui bahwa :

- Angka tertinggi dari unsur pelayanan pengaduan.
- Angka kepuasan terendah dari unsur prosedur pelayanan, kecepatan pelayanan dan kualitas sarana dan prasarana.

PDSA

Plan :

- Meningkatkan angka kepuasan pasien

Do :

- Mengkoordinasikan dengan bagian terkait

Study :

- Mensosialisai ulang hasil capaian

Action :

- Mengingatkan kembali kepada semua ruangan / unit untuk melakukan survey kepuasan masyarakat ini sesuai dengan jumlah sampel yang telah ditentukan.
- Mengusulkan pada direktur untuk membuat surat edaran agar semua petugas di rumah sakit dapat meningkatkan kualitas pelayanan yang sesuai dengan SOP dan dapat lebih ramah baik kepada pasien maupun keluarga pasien.

REKAP KRITIK DAN SARAN

Bulan	Ruangan	Komentar, Kritik Dan Saran
Januari	Cendana 2	• Trimakasih untuk semua layanan yang sudah diberikan • Tolong untuk CS RSUD di ruangan cendana 2 supaya bekerja lebihprofesional, jangan bekerja asal2 saja. Nebyapu dan mengepel tidak bersih
	Damar	• Sudah cukup baik, kami puas, semoga kedepan lebih baik lagi • WC nya perlu dirambah lagi • Tingkatkan kebersihan ruangan dan toilet, mohon diperhatikan kebersihannya • Tingkatkan keramahan beberapa petugas

	Kamar Bersalin	• Sangat puas dengan pelayanan di RS ini • Tingkatkan pelayanannya • Pelayanannya baik, bidannya ramah • Semoga bisa jauh lebih baik lagi dari segi pelayanan dan lain-lain • Sebaiknya WC dan air juga selalu diperhatikan semaksimal mungkin biar pasien dan keluarga selalu aman dan nyaman saat tinggal di ruangan
	Meranti	• Sangat baik • Ditingkatkan lagi pelayanannya • Lumayan bersihlah dibandingkan RS yang dulu • Pelayanannya ditambah dengan senyum dong biar tambah manis • Saran supaya di meranti terutama AC harus diperbaiki dan ruangan terasa panas
	Nifas	• Sangat memuaskan • Untuk pelayanan sudah sangat memuaskan
	Perinato	Lebih ditingkatkan lagi pelayanannya
	Tebelian	• Teruslah melayani masyarakat yang membutuhkan, terimakasih • All good • Tingkatkan lagi yang sudah baik
	Rawat jalan	• Mohon alat rontgen diperbaiki agar pasien tidak perlu jauh2 untuk melakukan rontgen • Pelayanannya ramah, good • Semoga kedepannya lebih baik lagi • “Kritik : Palang gerbang depan, operator tidak ada etitut… • “Saran : Kalo emang gak boleh dilewati ditutup gerbang y.. ini jelas2 buka gerbang y sekali kita lewat lalu ditutup y.. sampe jatuh kami dibuat y.. • Pertahankan pelayanan yang tepat waktu • Lanjutkan pelayanan. Yang kurang diperbaiki, yang bagus dilanjutkan • Pelayanan sangat baik. Dokter dan perawatnya ramah
Febuari	Cendana 2	• Dokter jarang keruangan • Saran : Jika pemulangan pasien dimohonkan dokter yang menjelaskan, karna banyak pasien dari pedalaman • Pelayanan memuaskan dapat terus dipertahankan dan ditingkan • Semoga kedepannya bisa lebih ditingkan pelayanannya dan sarana dan prasarana
	Cendana 1	Saya perhatikan dokter spesialis pada penyakit tertentu kewalahan, cenderung asal cepat seperti tergesa-gesa dan terkadang kunjungan hanya dititipkan ke asistennya padahal belum kompeten, pelayanan perawat sangat baik

		namun terkendala dan terhambat oleh respon dokter spesialis yang sangat lambat. Sehingga pengobatan dan perawatan tidak tepat sasaran, pasien jadi terlalu lama di RS dan penggunaan RS jadi tidak efisien… Namun secara garis besardiantara semua RS negeri yang pernah saya kunjungi di Indonesia… Ini RS terbaik.
	Tebelian	• Semoga selalu menjadi perawat yang ramah terhadap pasien. terimaksih • Lebih tingkatkan lagi pelayananya semoga semangkin sukses untuk kesejahteraan masyarakat • Untuk kenyamanan pasien kurang diperhatikan dalam istirahat malam dan lain-lain • Saran : ditingkatkan kontrol pasien supaya lebih aman dan nyaman • Pertahankan pelayanan yang baik ini • Kami sangat senang dengan oelayanan ini • Pelayanan sesungguhnya sudah sangat baik dan nyaman • Tingkatkan layanan dan fasilitas kesehatan agar semakin berkembang
	Meranti	• Cukup puas • Tetap semangat dalam melakukan tugas dan tanggung jawab yang ada, terimakasih pelayanan yang diberikan kepada kami, kami sangat puas • Saya yang jauh2 ini tidak sia2.. puas dengan pelayanan perawat dan dokter di RSUD Ade M Djoen… Puji Tuhan saya tidak jera dating kesini lagi, terimaksih untuk segala tenaga medis yg sudah mengurus mama saya dengan hati nurani. Tuhan lancarkan segala rejeki dan salam sehat selalu
	Damar	• Terimakasih melayani dengan baik • Teruslah melayani masyarakat yang membutuhkan, terimakasih • Tingkatkan lagi yang sudah baik
	Kamar bersalin	• Pertahankan pelayanan yang baik ini • Suka dengan pelayanan ibu bidan sangat baik dan ramah • Pelayanan dan pemeriksaan sangat baik
	Nifas	Tetap semangat. Pasang tirai. Perbaiki dispenser
	Perina	Cukup bagus, trimakasih atas layanan anda
	PICU/NICU	• Terimakasih banyak atas layananuntuk anak saya selama dirawat di RS • Terimakasih atas layanannya. Terimaksih kepada dokter dan perawat yang jaga • Terimaksih untuk dokter, tenada medis dan keluarga besar RS Ade M djoen. Sudah memberikan pelayanan yang luar biasa kepada anak saya. Sehat selalu untuk kita

		semua. Aamiin ya rabbal 'alamiin • Harusnya ada ruang tunggu keluarga • Tidak ada kritik dan saran. Hanya ada ucapan terimakasih atas pelayanan yang diberikan selama dirawat disini
	ICU	Semuanya cukup baik
	Rawat jalan	• Ditingkatkan lagi kecepatan dalam pelayanannya • Menurut saya cross ventilation di areal RS ini perlu krn lebih menyehatkan, maka dari itu dibanyakan lagi • Perawat poli bedah umum sudah memberikan pelayanan yang baik, ramah dan keterangan yang disampaikan kepasien sudah jelas… terimakasih atas pelayanan yang baik • Semoga alatnya lebih canggih, terimakasih kinerjanya yang sangat baik • Pelayanan baik. Sehat selalu… • Tidak ada saran, semuanya bagus • Tetap semangat. Jaga kekompakan… senyum dalam ibadah • Pertahankan pelayanan yang ramah dan baik • Terimakasih karena dilayani dengan sangat baik • Sebagai pasien BPJS saya cukup terbantu walaupun kadang obat tidak ada di apotik dan saya harus beli diluar dengan jaminan di kleam. Kalo memgenai sarana dan prasarana mungkin lebih ditingkatkan lagi krn mengingat RS ini RS rujukan yang memerlukan banyak alat2 dan alat2 tersebut haruslah memadai dan baru, bukan barang-barang bekas. • Dimohonkan untuk mementingkan pelayanan "nyawa" terlbih dahulu. • Untuk saat ini saya puas dengan pelayanan di RS. Semoga kedepanna lebih baik lagi demi kebaikan bersama dan kesehatan masyarakat semua. Terimasih. Tuhan memberkati
Maret	Cendana 3	Semua sudah sesuai OSP. terimaksih
	Cendana 2	• Cuma bisa mengucapkan terimakasih untuk perawat Cendana 2 • Tetap santai walau hidup kena bantai
	Cendana 1	Kami sangat puas dengan pelayanan rumah sakit
	Tebelian	• Ruangan kurang dingin perawat nya kurang kecepatan melayani pasien • Mon maaf nih yah sebelum nya, Untuk pengambilan obat di apotik lumayan lelet, mohon agak di percepat supaya obot nya bisa di kasih ke pasien tepat waktu. • Sangat puas dgn layanan nya • Pelayanannya baik dan petugasnya sopan dan

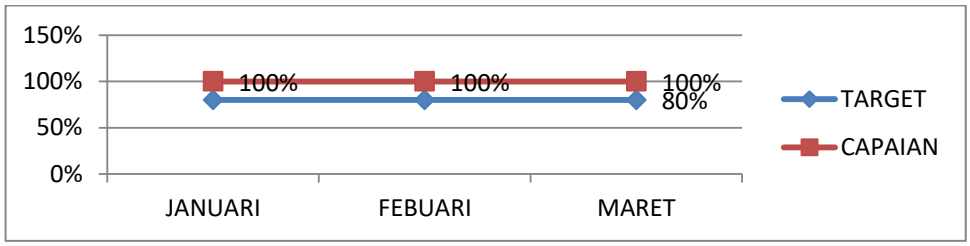
		ramah,memuaskan • Lebih optimalkan lagi pelayanan di IGD agar lebih cepat dan tepat, supaya pasien tidak dibuat menunggu terlalu lama. • Dipertahankan yang sudah baik • Baik semua sesuai prosedur pelayanan. Sangat puas
	Meranti	• Untuk toilet nya kotor dan airnya mengalir kecil, petugas kebersihannya menyapu dan ngepel kurang bersih seperti di kolong ranjang tidak di bersihkan. • Semoga baik semoga kedepannya lebih baik
	Nifas	• Toilet Tersumbat di Ruang IGD, tidak diperbaiki, jadi sumber penyakit, Direktur RSUD tau tidak ya? !!! • Sudah lengkap, terimakasih
	Perinat	Baik
	PICU/NICU	saya sangat puas layanan diRS M joen pelayananya sesuai dan memuaskan.. untuk kedepannya minta dibuatkan ruang tunggu untuk keluarga pasien.
	Rawat jalan	Sangat baik. Semoga lebih baik kedepan nya

2. Indikator Mutu Prioritas (Penyakit Stroke)

1) Klinis prioritas

Judul Indikator : Kepatuhan CP pasien Stroke

Grafik kepatuhan terhadap clinical pathway pasien stroke



Interpretasi :

Target tercapai, Perlu dipertahankan dan dilakukan follow up.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO.
- Mengingatkan semua PPA untuk mengisi form CP yang telah disiapkan

2) Strategi Rumah Sakit

Judul Indikator : Pasien dengan stroke ischemic diresepkan antitrombotik pada saat pulang (BELUM DAPAT DIANALISA)

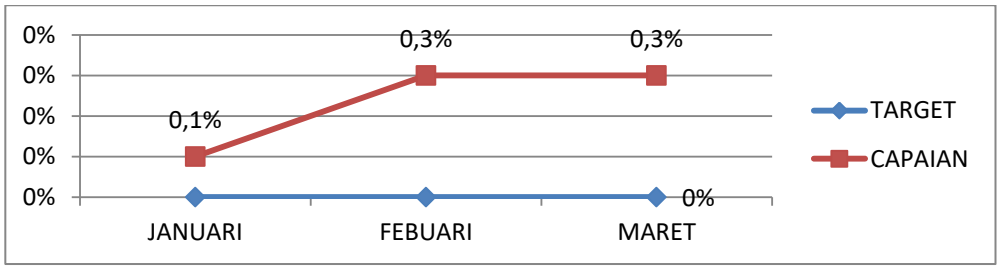
3) Perbaikan system

Judul Indikator : Pasien stroke ischemic dan hemorragic yang telah dikaji untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi (BELUM DAPAT DIANALISA)

4) Manajemen Resiko

Judul Indikator : Angka Kejadian kecelakaan kerja

Grafik Angka Kejadian kecelakaan kerja



Interpretasi :

Target tidak tercapai, Insiden tersering adalah tertusuk jarum. Sudah dilakukan penanganan, tindak lanjut dan RCA oleh Komite K3RS.

PDSA

Plan :

- Arahkan petugas yang terpajan untuk melakukan prosedur insiden (P3K)
- Rencanakan investigasi K3 dan pembuatan RCA bersama dengan Kepala ruangan
- Berkoordinasi dengan Diklit untuk jadwal sosilisasi cara kerja aman

Do :

- Mengarahkan petugas untuk melakukan prosedur insiden (P3K) dan skrining penyakit

Study:

- Sudah di tindak lanjuti dan di lakukan RCA oleh K3RS.
- Sosilisasi SPO kecelakaan kerja, SPO P3K pada kecelakaan kerja
- Sosialisasi cara kerja aman

Action:

- Melanjutkan pemantauan
- Pengecekan lokasi kejadian
- Melaksanakan rapat pembahasan insiden bersama kepala ruangan
- Mensosialisasikan cara kerja aman dan rekeping serta prosedur kecelakaan kerja.

5) Penelitian Klinis dan pendidikan

Judul: Karyawan yang mendapat pelatihan lebih dari 20 jam setahun
Pada periode triwulan 1 tahun 2026 ini belum dapat dilakukan analisa karena belum ada laporan yang masuk dari bagian Diklat.

6) SKP 1 Ketepatan identifikasi pasien

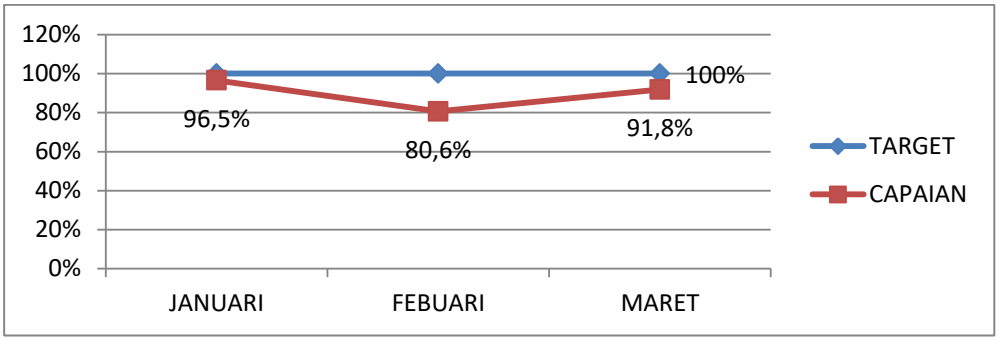
Judul Indikator : Kepatuhan penggunaan gelang pasien di rawat inap (SUDAH DIBAHAS DI INDIKATOR MUTU NASIONAL)

7) SKP 2 Peningkatan Komunikasi Efektif

Judul Indikator : Kepatuhan DPJP memberikan konfirmasi pada RME/ KHANZA setelah memberikan perintah/ instruksi lisan atau melalui telepon dan setelah menerima laporan hasil kritis pemeriksaan penunjang pasien secara verbal melalui telepon

Grafik Kepatuhan DPJP membubuhkan konfirmasi pada RME/ KHANZA setelah memberikan perintah / instruksi lisan atau melalui

telepon dan setelah menerima laporan hasil kritis pemeriksaan penunjang pasien secara verbal melalui telepon



Interpretasi :

Target belum tercapai. Rata-rata capaian TW 1 adalah 89,6%. Beberapa DPJP tidak membubuhkan konfirmasi pada RME/KHANZA

PDSA

Plan :

- Koordinasi dengan Komite Medik

Do :

- Perawat/ Bidan dapat lebih aktif untuk mengingatkan DPJP agar mengisi konfirmasi TBK pada RME/ KHANZA

Study :

- Konfirmasi sangat penting, untuk memperkecil terjadi kesalahan pada saat komunikasi.

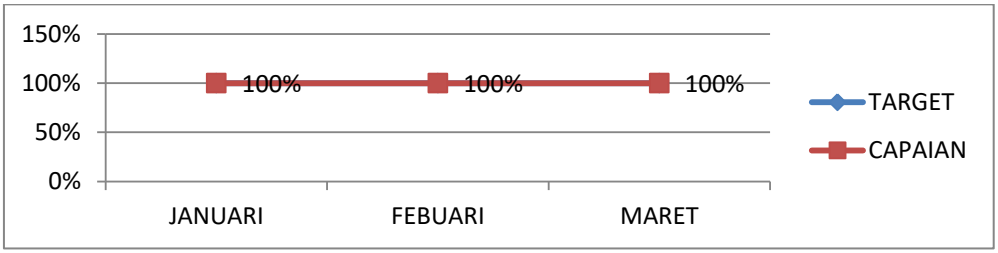
Action :

- Melanjutkan pemantauan dan meningkatkan mutu pelayanan.

8) SKP 3 Keamanan obat-obatan yg perlu kewaspadaan tinggi

Judul Indikator : Kepatuhan pelabelan obat High Alert

Grafik Kepatuhan pemberian label obat *high alert* oleh farmasi



Interpretasi :

Target tercapai, semua obat high alert sudah di label sesuai dengan standar. Perlu dipertahankan dan dilakukan follow up.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study :

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf.

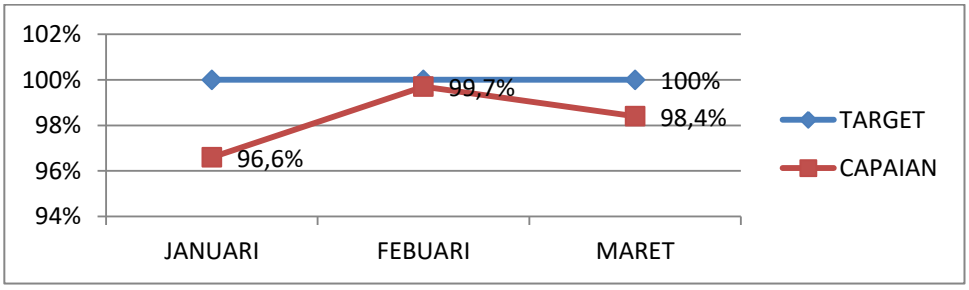
Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO

9) SKP 4 Ketepatan sisi, pasien dan prosedur pembedahan

Kepatuhan pelaksanaan prosedur *site marking* sebelum tindakan operasi

Grafik Kepatuhan prosedur *site marking* sebelum tindakan operasi



Interpretasi :

Target tidak tercapai. Rata-rata capaian 98,2%. Ada beberapa pasien operasi tidak dilakukan penandaan/ *site marking* sesuai standar.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf.

Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO.
- Mengingatkan DPJP/ Dokter Operator untuk melakukan penandaan lokasi operasi

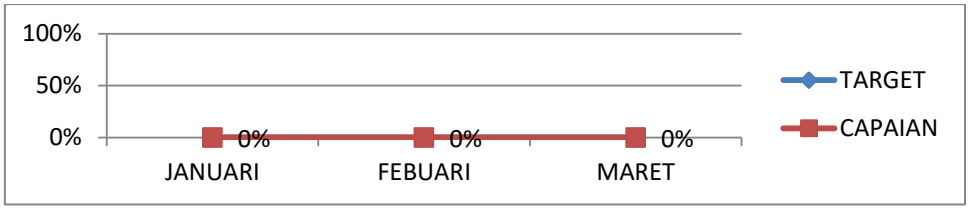
10) SKP 5 Pencegahan infeksi nasocomial

Judul Indikator : Kepatuhan cuci tangan (SUDAH DIBAHAS DI INDIKATOR MUTU NASIONAL)

11) SKP 6 Mengurangi resiko pasien jatuh

Judul : Insiden pasien jatuh selama perawatan di rawat inap

Grafik kejadian pasien jatuh selama perawatan di rawat inap



Interpretasi :

Target tercapai. Tidak ada terjadi insiden pasien jatuh selama perawatan di rawat inap pada periode TW 1 tahun 2026.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Kesesuaian dengan laporan insiden keselamatan pasien.

Action:

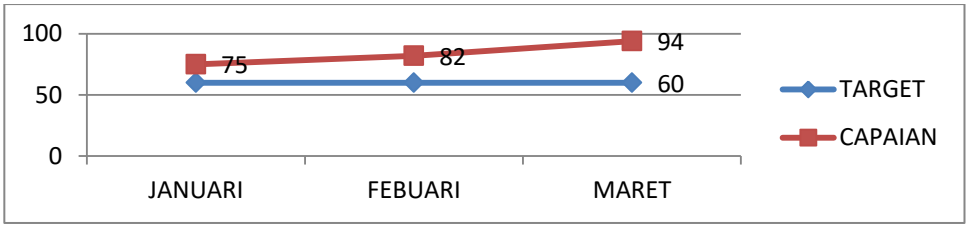
- Melanjutkan pemantauan dan meningkatkan mutu pelayanan.

3. Indikator Mutu Unit

1) Instalasi Rawat Jalan

Judul Indikator : Rata-rata waktu tunggu rawat jalan

Grafik Rata-rata waktu tunggu rawat jalan



Interpretasi :

Target 60 menit belum tercapai, rata- rata capaian 84 menit.

Rekomendasi : perlu ketegasan pimpinan Tentang jam datang dokter spesialis ke klinik/ Poli Rawat jalan.

PDSA

Plan :

- Usulan sosilisasi hasil revisi SPO rawat jalan

Do :

- Melakukan sosialisasi revisi SPO rawat jalan

Study:

- Mensosialisasikan SPO yang telah disusun

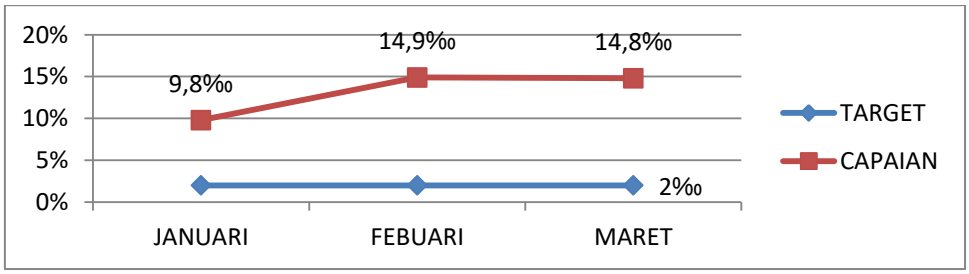
Action :

- Melakukan sosialisasi revisi SPO rawat jalan

2) Instalasi Gawat Darurat

a. Judul Indikator : Kematian pasien ≤ 24 jam di Unit IGD

Grafik Kematian pasien ≤ 24 jam di Unit IGD



Interpretasi :

Target belum tercapai. Rata-rata capaian TW 1 adalah 13,2‰, masih diatas target ≤ 2‰

PENYEBAB:

- Tempat tidur ICU RSUD masih kurang

- Pasien rencana rujuk masih tertahan di IGD, terkendala prosedur, biaya, budaya dan lain-lain.
- Pasien tiba di IGD dalam keadaan kritis, terkendala keadaan alam, infrastruktur transportasi, budaya, dan lain-lain.

REKOMENDASI :

- Perlu dilakukan koordinasi dengan semua pihak terkait
- Sudah dilaksanakan pelatihan BTCLS bagi petugas IGD
- Penambahan jumlah tempat tidur ICU

PDSA

Plan :

- Berkoordinasi dengan semua pihak terkait

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

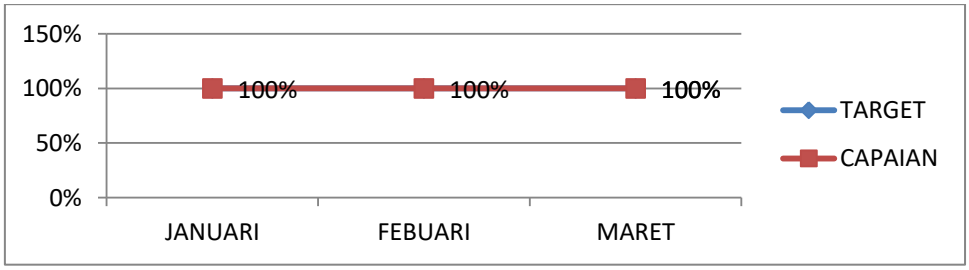
- Kematian pasien ≤ 24 jam di IGD menjadi salah satu indikator baik tidaknya mutu pelayanan di IGD

Action :

- Melanjutkan koordinasi

b. Judul Indikator : Waktu tanggap pelayanan dokter IGD

Grafik Waktu tanggap pelayanan gawat darurat < 5 menit



Interpretasi :

Target tidak tercapai. Rata-rata capaian : 97%.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study :

- Waktu tanggap pelayanan dibarengi dengan mutu pelayanan yang optimal

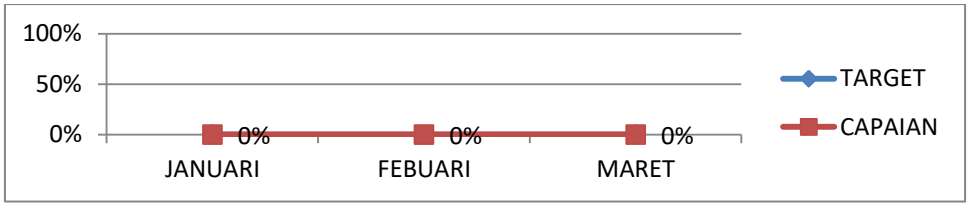
Action :

- Meningkatkan ketepatan waktu dan mutu pelayanan oelh dokter IGD

3) Instalasi Hemodialisa

Judul indicator : Keterlambatan waktu tindakan hemodialisa

Grafik Keterlambatan waktu tindakan hemodialisa



Interpretasi :

Target tercapai. Tidak ada pasien terlambat dilakukan HD.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan dan kegiatan sesuai SPO

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study :

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf

Action :

- Melakukan koordinasi dengan IPSRS dan Bidang Penunjang.

4) Instalasi Radiologi

Judul indicator : Keterlambatan hasil foto rawat jalan (radiologi)

Grafik Keterlambatan hasil foto rawat jalan

Interpretasi :

Target tercapai, Rata-rata capaian TW 1 adalah 0,3%. Perlu terus dipantau dan dilakukan follow up.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Pengadaan PACS (+)

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

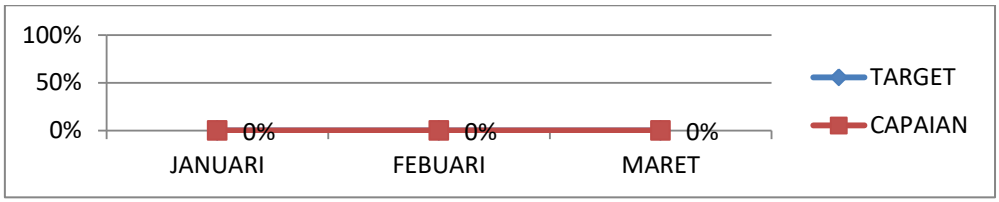
Action:

- Memaksimalkan penggunaan PACS

5) Unit Tranfusi Darah Rumah Sakit (UTDRS)

Judul indicator : Kejadian reaksi Transfusi

Grafik Kejadian reaksi Transfusi



Interpretasi :

Target tercapai. Tidak ada kejadian reaksi tranfusi yang berhubungan dengan kesalahan produk darah. Perlu dipertahankan dan dilakukan follow up.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

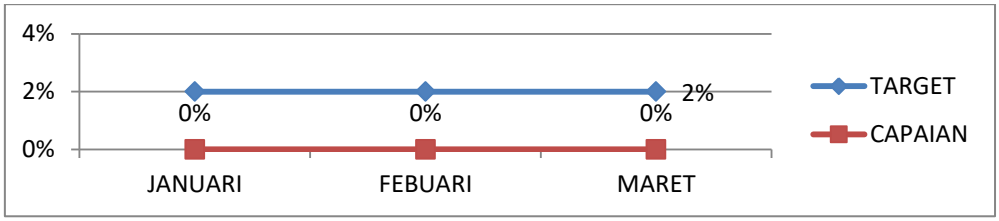
Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO.

6) Instalasi *Intensive Care Unit* (ICU)

Judul Indikator : Pasien yang kembali ke Instalasi Perawatan Intensive dengan kasus yang sama < 72 jam

Grafik Pasien yang kembali ke ICU dengan kasus yang sama < 72 jam



Interpretasi :

Target tercapai. Tidak ada pasien yang kembali ke ICU < 72 jam dengan kasus sama setelah keluar dari ICU..

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meingkatkan mutu pelayanan

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

Action :

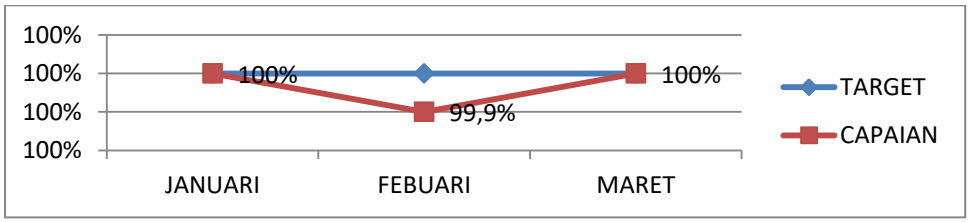
- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO.

7) Instalasi Gizi

Indikator : Ketepatan diit pasien

Judul indicator : Ketepatan Diit Pasien

Grafik Ketepatan Diit Pasien



Interpretasi :

Target tercapai, Rata-rata capaian 99,9 % (100%). Pada bulan febuari terdapat 1 (satu) kejadian kesalahan pada diit pasien.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan.

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan.

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf.

Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO.

8) Instalasi Pengelolaan Limbah Dan Sanitasi

Judul indicator : Baku Mutu Limbah Cair

Pada TW 1 ini, Rumah sakit tidak melakukan penilaian baku mutu limbah cair. Dilaksanakan minimal 2 kali dalam 1 tahun

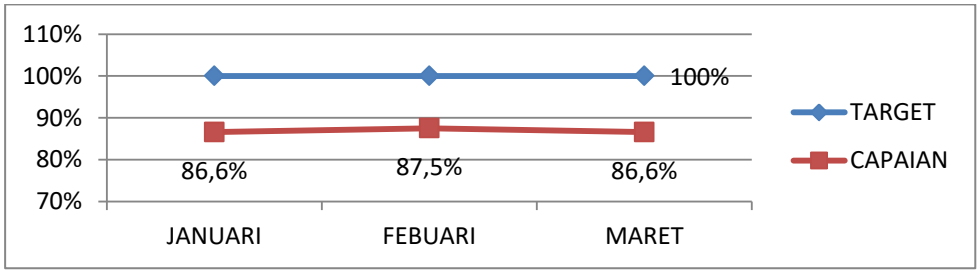
9) Unit Rekam Medis

Judul indicator : Ketepatan pengembalian berkas rekam medis lengkap 24 jam setelah pasien keluar perawatan / pulang.

Tabel rata-rata capaian berdasarkan profesi tenaga sebagai berikut:

PROFESI TEN KES	JANUARI	FEBUARI	MARET	RATA-RATA
DOKTER	86,62	87,52	86,6	86,9
PENDAFTARAN	99,84	99,83	99,75	99,8
PERAWAT	89,78	91,49	91,16	90,8
BIDAN	85,6	93,36	85,04	88
GIZI	97,5	97,4	98,28	97,7

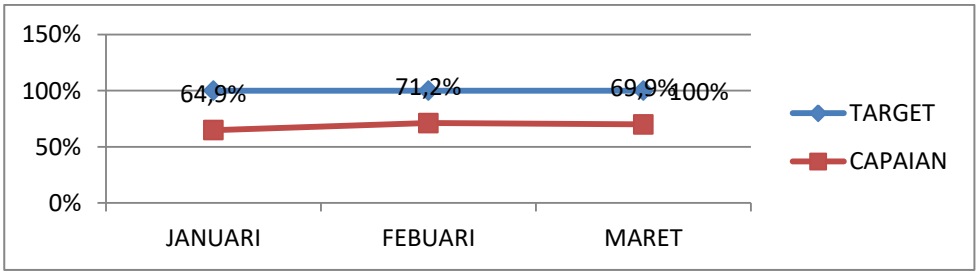
Grafik Ketepatan pengembalian berkas rekam medis lengkap 24 jam setelah pasien keluar perawatan / pulang (Catatan Dokter)



Nilai rata-rata Kelengkapan pengembalian berkas RM lengkap 24 jam setelah pasien keluar perawatan PER-DOKTER

NO	NAMA DPJP	JANUARI			FEBUARI			MARET		
		D	N	%	D	N	%	D	N	%
1	dr. Samperiono Sp.B	8	7	87,50	3	2	66,67	0	0	0
2	dr. Henry Arifin Sp.OG	14	14	100	16	15	93,75	54	54	100
3	drg. Budi Dharma Sp.BM	4	4	100	0	0	0	1	1	100
4	dr. Helly Habibaloh L, Sp.S	15	13	86,67	23	22	95,65	21	21	100
5	dr. Robertus Susanto Sp.M	22	22	100	28	28	100	22	22	100
6	dr. Probo Suseno Sp.PD	2	2	100	16	12	75	18	14	77,78
7	dr. Hisar Hutauruk	12	12	100	3	3	100	16	16	100
8	dr. Viator	1	0	0	16	14	87,50	3	3	100
9	dr. Utami	2	2	100	2	0	0	0	0	0
10	dr. Izwin Ramadona Sp.OG	35	0	0	20	0	0	18	2	11,11
11	dr. Poncoroso Sp.OG	15	15	100	20	20	100	14	14	100
12	dr. Handriyani Sp.P	23	23	100	19	18	94,74	11	11	100
13	dr. Santi Supriyani Sp.OG	20	16	80,00	17	17	100	20	20	100
14	dr. Syarifah Prita Sp.A	43	41	95,35	46	44	95,65	30	27	90,0
15	dr. Sandra Harisandi Sp.B	12	12	100	11	11	100	7	7	100
16	dr. Andhari	1	1	100	2	2	100	1	0	0
17	dr. Restu Wulandari	9	8	88,98	6	4	66,67	2	1	50,0
18	dr. Hamam Faisal	5	5	100	6	5	83,33	6	5	83,33
19	dr. Astharie Zulkarnain	3	2	66,67	0	0	0	0	0	0
20	dr. Anthony Sp.OT	0	0	0	7	5	71,43	0	0	0
21	dr. Wili Dirda Adventio	0	0	0	0	0	0	10	0	0
22	dr. Stefani Rumapea	1	1	100	0	0	0	3	0	0
23	dr. Jonson Sihombing Sp.A	33	27	81,82	16	14	87,50	49	46	93,88
24	dr. Agung A Putra Sp.PD	39	37	94,87	33	32	96,97	26	26	100
25	dr. Milton Kaspo Sagoya	1	1	100	1	0	0	1	0	0
26	dr. Kristianto Adi P. Sp.JP	11	11	100	16	15	93,75	8	8	100
27	dr. Imanuel MS. SpPD	91	86	94,51	47	45	95,74	61	61	100
28	dr. Anita Paradibaputri	0	0	0	0	0	0	6	0	0
29	dr. Selly Silvianti	5	2	40,00	4	1	25	1	0	0
30	dr. Riyda Leovany	1	0	0	1	1	100	12	7	58,33
31	dr. Deo Gratias Efrem	0	0	0	1	0	0	2	0	0
32	dr. Andi Abraham Sp.B	0	0	0	0	0	0	18	17	94,44
	RAWAT GABUNG	806	705	87,47	774	680	87,86	782	676	86,45
	TOTAL	1241	1075	86,62	1154	1010	87,52	1224	1060	86,60

Grafik Ketepatan pengembalian berkas rekam medis lengkap 24 jam setelah pasien keluar perawatan / pulang (per ruangan perawatan)



Tabel rata-rata capaian berkas rekam medis lengkap 24 jam setelah pasien keluar perawatan berdasarkan ruangan sebagai berikut:

RUANGAN PERAWATAN	JANUARI	FEBUARI	MARET	RATA-RATA
CENDANA 1	76,14	71,58	73,27	73,7
CENDANA 2	51,47	65,8	65,07	60,78
CENDANA 3	85,71	88,57	84,71	86,33
TEBELIAN	68,27	79,17	85,14	77,5
MERANTI	48,31	53,72	64,1	55,38
PERINATOLOGI	46,15	66,67	57,78	56,87
DAMAR	73,72	82,14	76,13	77,33
NIFAS	77,42	77,36	81,25	78,68
VK	14,89	36,73	43,14	31,59
BERINGIN	0	0	100	33,33
NICU,PICU	33,33	14,29	14,29	20,64
RITN/ TEMBESUK	53,33	66,67	58,14	59,38
IGD	71,17	71,9	63,19	68,75
RATA-RATA	**64,87**	**71,23**	**69,85**	**68,65**

Interpretasi :

Target 100% belum tercapai, TREN NAIK. Belum semua PPA mengisi RM dikarenakan keterbatasan jumlah tenaga/ petugas.

PDSA

Plan :

- Meningkatkan persentase pengembalian berkas rekam medis lengkap 24 jam setelah pasien keluar perawatan

Do :

- Meningkatkan koordinasi dengan komite medis

Study:

- Mensosialisasi ulang SPO pengisian berkas rekam medis

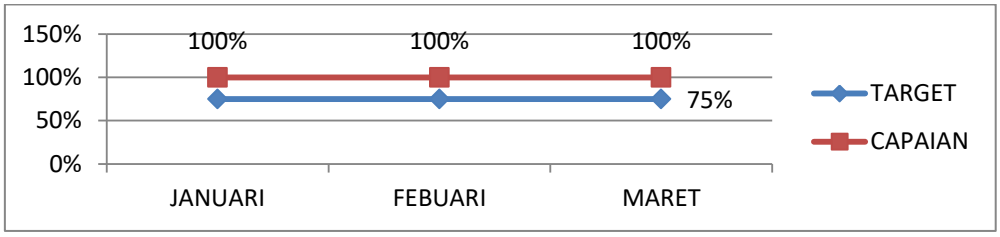
Action:

- Meningkatkan supervise dan monitoring kepatuhan SPO pengisian berkas rekam medis

10) PROGRAM NASIONAL (PROGNAS)

Judul Indikator : Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan HIV / AIDS di Rumah Sakit

Grafik Terlaksananya pencatatan dan pelaporan HIV/AIDS di RS



Interpretasi :

Target tercapai. Semua pasien HIV sudah dilakukan pencatatan dan pelaporan.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan kegiatan pencatatan dan pelaporan.

Do :

- Melanjutkan pemantauan

Study :

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

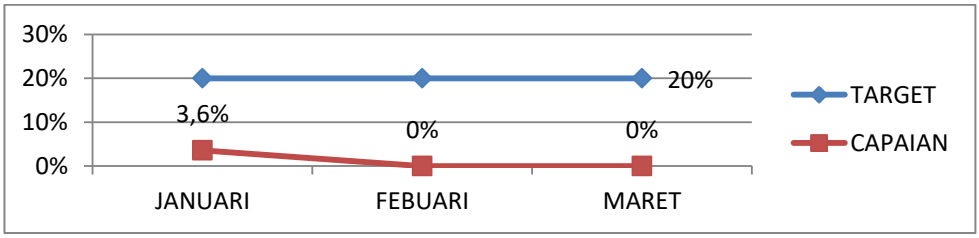
Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO.

11) Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit/ IPSRS

Judul Indikator : Keterlambatan waktu menangani kerusakan alat

Grafik keterlambatan waktu menangani kerusakan alat



Interpretasi :

Target tercapai. Perlu dipertahankan dan dilakukan follow up.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

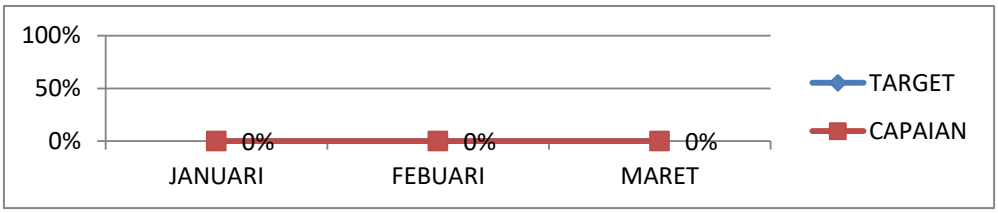
Action:

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO

12) Laundry

Judul indicator : Linen Hilang

Grafik Linen Hilang



Interpretasi :

Target tercapai. Tidak ada kejadian linen hilang, walaupun ada beberapa yang dilaporkan rusak.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan kegiatan pencatatan dan pelaporan

Do :

- Melanjutkan pemantauan

Study :

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

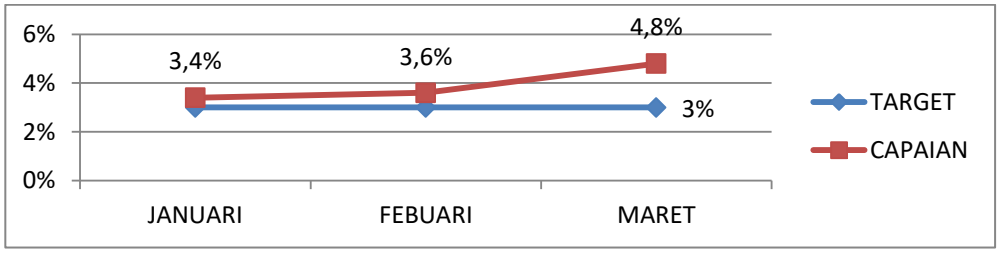
Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO.

13) Unit Pelayanan Ambulance

Judul indicator : Keterlambatan Pelayanan Ambulans di RS

Grafik Keterlambatan Pelayanan ambulans di RS (>15 menit)



Interpretasi :

Target tidak tercapai, rata-rata capaian TW 1 adalah 3,9%.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Sudah ada tambahan armada ambulan

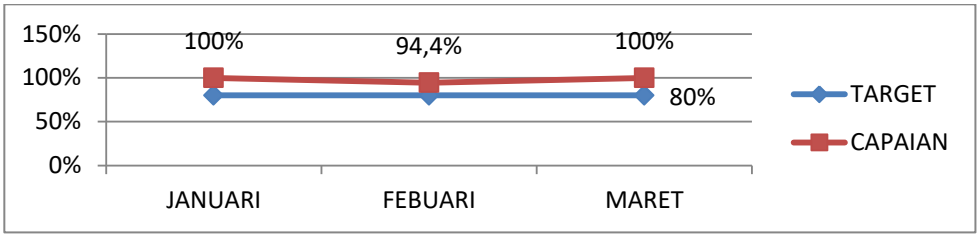
Action:

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO

14) Manajemen / bidang keuangan

Judul Indikator : Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien ranap < 2 jam setelah pasien keluar perawatan

Grafik Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien ranap < 2 jam setelah pasien keluar perawatan



Interpretasi :

Target tercapai, rata-rata capaian TW 1 adalah 98,0%.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan pencatatan dan pelaporan

Do :

- Melanjutkan pemantauan

Study :

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

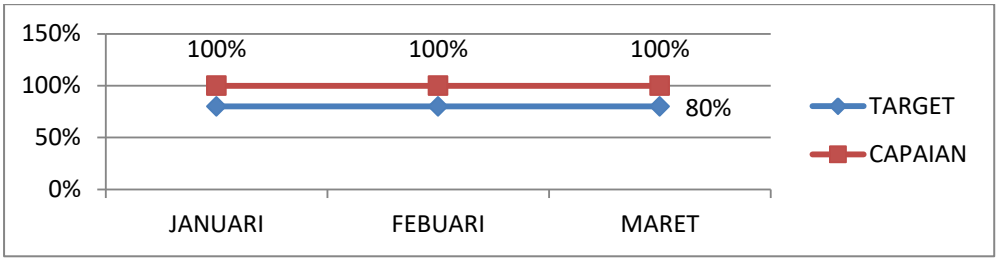
Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO.

15) Instalasi pemulasaran jenasah

Judul Indikator : Waktu Tanggap pelayanan Pemulasaran jenazah < 2 jam

Grafik waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah < 2 jam



Interpretasi :

Target tercapai, Perlu dipertahankan dan dilakukan follow up.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

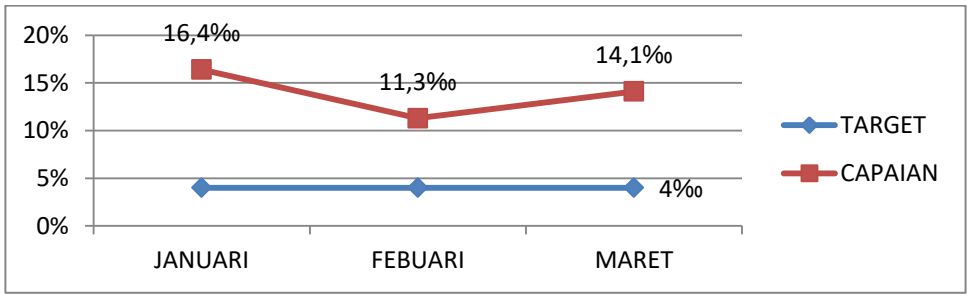
Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO

16) KOMITE PPI

c. Kejadian Infeksi Luka Infus (ILI) / phlebitis

Grafik Kejadian Infeksi Luka Infus / ILI / Phlebitis (‰)



Interpretasi :

Target belum tercapai, rata-rata capaian 13,9‰, masih diatas target ≤ 4‰. Dari hasil laporan pemantauan IPCN melalui komite PPI, hal ini disebabkan beberapa hal, yaitu:

- Pemasangan infus melebihi 72 jam

- Perawatan infus tidak sesuai SPO

Rekomendasi dari Komite PPI adalah sebagai berikut :

- Audit SPO pemasangan & perawatan infus secara berkala
- Pengajuan usulan penggunaan *transparan dressing* untuk memudahkan monitoring

PDSA

Plan :

- Lakukan audit SPO pemasangan infus.
- Koordinasi dengan komite PPI, komite medic, komite keperawatan, komite penunjang dan case manager.

Do :

- Melanjutkan pemantauan dan meningkatkan mutu pelayanan

Study :

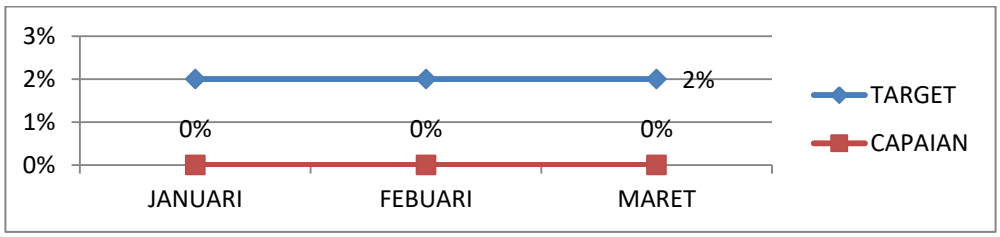
- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

Action:

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO

d. Infeksi Daerah Operasi / IDO

Grafik Kejadian Infeksi Daerah Operasi IDO



Interpretasi :

Target tercapai. Tidak ada kejadian infeksi daerah operasi (IDO).

PDSA

Plan :

- Koordinasi dengan komite PPI.

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study :

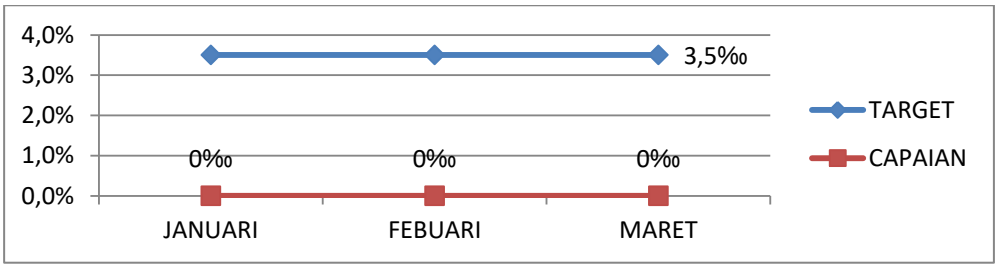
- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO

e. Infeksi Saluran Kemih / ISK

Grafik Kejadian Infeksi Saluran Kemih / ISK (‰)



Interpretasi :

Target tercapai, Tidak ada kejadian infeksi daerah operasi (IDO).

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan,Koordinasi dengan komite PPI.

Do :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO

Study :

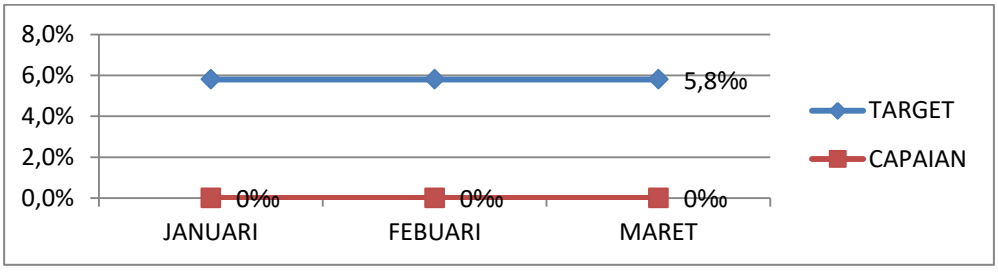
- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

Action :

- Melanjutkan melakukan *audit bundless* ISK oleh IPCN

f. Infeksi Ventilator Associated Pneumonia / VAP

Grafik Kejadian Infeksi VAP (Ventilator Associated Pneumonia)



Interpretasi :

Target tercapai. Tidak ada kejadian infeksi VAP.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan
- Koordinasi dengan komite PPI.

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study :

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

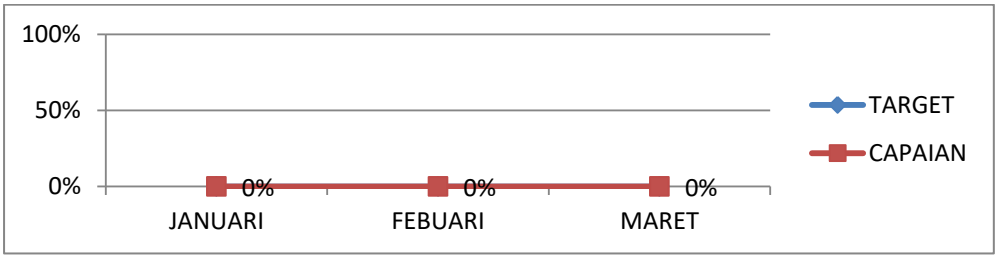
Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO
- Rekomendasi :
  - Audit bundles VAP secara berkala
  - Terus lakukan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan bndles VAP

17) Central Sterile Supply Departement (CSSD)

Judul Indikator : Kesalahan pada proses packing dan labeling alat steril

Grafik Kesalahan pada proses packing dan labeling alat steril



Interpretasi :

Target tercapai, tidak ada kejadian kesalahan pada proses packing dan labeling alat steril. Perlu dipertahankan dan dilakukan follow up.

PDSA

Plan :

- Lanjutkan pemantauan

Do :

- Meningkatkan mutu pelayanan

Study:

- Sosialisasikan hasil capaian kepada staf,

Action :

- Melanjutkan kegiatan sesuai SPO

B. VALIDASI DATA INDIKATOR MUTU

Secara keseluruhan indicator mutu yang telah di lakukan validasi sebanyak 18 indikator mutu area klinis. Hasil validasi dan indicator mutu tersebut mencapai lebih dari 90% di nyatakan valid sehingga data dapat di publikasikan dan siap di informasikan ke dalam website Rumah Sakit Ade Muhammad Djoen Sintang. Website RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang : www.rsudsintang.com

C. HASIL LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Pada TW 1 tidak terdapat kejadian IKP yang dilaporkan kepada Komite PMKP melalui Sub Komite Keselamatan pasien.

PDSA

Plan :

- Pelaporan IKP dengan menggunakan Form Laporan IKP baku dari KKPRS
- Meningkatkan peran serta dan kesadaran staf untuk melaporkan IKP di unit kerjanya.

Do :

- Cetak formulir baku IKP dan distribusikan ke unit kerja

Study :

- Sosialisasi pengisian form IKP
- Sosialisasi SPO terkait IKP

Action :

- Berkoordinasi dengan unit kerja

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pencapaian Indikator Mutu

Dari 42 indikator mutu yang dipantau secara kuantitatif dengan rata-rata pencapaian dan interpretasi hasil pada akhir periode pelaporan sebagai berikut :

1. 13 Indikator Mutu Nasional

No	Indikator	Judul Indikator	PJ	Target	Rata-rata capaian	Interpetasi
1	Kepatuhan Cuci Tangan	Presentase kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah dan 5 momen	Komite PPI	≥ 85%	62,0%	Belum tercapai
2	Kepatuhan Penggunaan APD	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD	Komite PPI	100%	85%	Belum tercapai
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	Kepatuhan penggunaan gelang pasien di ranap	Kepala Inst Ranap	100%	99,9 (100%)	Tercapai
4	Emergency Respon Time	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergens < 30 menit	Pokja Prognas (Tim PONEK)	≥ 80%	33,3%	Belum tercapai
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	Waktu tunggu rawat jalan < 60 menit	Kepala Inst RaJal	≥ 80%	12,3%	Belum tercapai
6	Penundaan Operasi Elektif	Penundaan Operasi Elektif	Kepala Inst Kamar bedah	≤ 5%	0,2%	Tercapai
7	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis antara jam 06.00wib s/d jam 14.00 wib	Kepala Inst Ranap	≥ 80%	96,9%	Tercapai
8	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium	Kepala Inst Laboratorium	100%	100%	Tercapai
9	Kepatuhan Penggunaan FORNAS	Kepatuhan Penggunaan FORNAS	Kepala Inst Farmasi	≥ 80%	98,2%	Tercapai
10	Kepatuhan Terhadap CP	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	Komite Medik	≥ 80%	100%	Tercapai
11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Jatuh	Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh	Kepala Instalasi Rawat Inap	100%	96,5%	Belum tercapai

12	Kecepatan Respon Thdp Komplain	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	HUMAS/Tim Pengaduan	≥ 80%	8,5%	Belum tercapai
13	Kepuasan Psn dan Keluarga	Kepuasan Pasien dan Keluarga	PKRS	≥ 76,61%	85,4%	Tercapai

2. Indikator Mutu Prioritas

No	Imut Prioritas	Judul Indikator	PJ	Target	Rata-rata capaian	Interpetasi
1	Klinis Prioritas	Kepatuhan CP pasien stroke	Komite medik	80%	100%	Tercapai
2	Strategi Rumah Sakit	Pasien dengan stroke ischemic diresepkan antitrombotik pada saat pulang	Kepala Inst rawat inap	80%	-	Belum dapat di analisa
3	Perbaikan sistem	Pasien stroke ischemic dan hemorragic yang telah dikaji untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi	Kepala Inst rawat inap	80%	-	Belum dapat di analisa
4	Manajemen Resiko	Menurunkan angka kecelakaan kerja	K3RS	0%	0,2	Belum tercapai
5	Penelitian Klinis dan pendidikan	Pegawai RSUD yang mendapat pelatihan > 20 jam	DIKLAT	80%	-	Belum dapat di analisa

Indikator Mutu Sasaran Keselamatan Pasien

No	Indikator SKP	Judul Indikator	PJ	Target	Rata-rata capaian	Interpetasi
1	Ketepatan identifikasi pasien	Kepatuhan identifikasi pasien ; penggunaan gelang pasien	Kepala Inst Ranap	100%	100%	Belum tercapai
2	Peningkatan Komunikasi Efektif	Kepatuhan DPJP membubuhkan tanda tangan pada stempel TBK saat setelah memberikan perintah / instruksi lisan atau melalui telepon dan saat menerima laporan hasilkritis pemeriksaan penunjangpasien scara verbal melalui telepon	Kepala Inst rawat inap	100%	89,6%	Belum tercapai
3	Keamanan obat yg perlu kewaspadaan tinggi	Kepatuhan pemberian label obat *high alert* oleh farmasi	Kepala Inst Farmasi	100%	100%	Tercapai

4	Ketepatan sisi, pasien dan prosedur pembedahan	Kepatuhan pelaksanaan prosedur *site marking* sebelum tindakan operasi	Kepala Inst Kamar bedah	100%	98,2%	Belum tercapai
5	Pencegahan infeksi nosokomial	Presentase kepatuhan petugas dalam melakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah & 5 momen	Komite PPI	≥ 85%	62,0%	Tercapai
6	Mengurangi resiko pasien jatuh	Insiden pasien jatuh selama perawatan di rawat inap	Kepala Inst Ranap	0%	0	Tercapai

1. Indikator Mutu Unit

NO	PJ/ UNIT	Indikator mutu unit	Judul indicator	Target	Rata-rata capaian	Interpetasi
1	Ka Inst Rajal	Rata-rata waktu tunggu rawat jalan	idem	< 60 mt	84 menit	Belum tercapai
2	Ka Inst Gawat Darurat	1. Kematian pasien ≤ 24 jam di IGD	idem	≤ 2‰	13,2‰	Belum tercapai
		2. Waktu tanggap pelayanan dokter IGD	idem	100%	100%	Tercapai
3	Ka Inst HD	Ketepatan waktu pelayanan HD	Keterlambatan Waktu Tindakan HD	0%	0%	Tercapai
4	Ka Inst Radiologi	Ketepatan waktu pelayanan radiologi	Keterlambatan hasil foto rawat jalan	< 3%	-	Belum dapat di analisa
5	Kepala UTDRS	Kejadian reaksi tranfusi	idem	0%	0%	Tercapai
6	Kepala Instalasi ICU	Rata-rata pasien yang kembali ke Instalasi Perawatan Intensive dengan kasus yang sama < 72 jam	idem	≤ 3%	0%	Tercapai
7	Ka Inst Gizi	Ketepatan diit pasien	idem	100%	100%	Tercapai
8	Ka Inst Sanitas	Baku Mutu Limbah Cair	idem	100%	-	Belum tercapai
9	Kepala Unit Rekam Medis	Ketepatanpengembalian berkas RM lengkap 24 jam setelah pasien keluar perawatan (CATATAN DOKTER)	idem	100%	86,9%	Belum tercapai
		Ketepatanpengembalian berkas RM lengkap 24 jam setelah pasien keluar perawatan (PERUANGAN PERAWATAN)	idem	100%	68,7%	

10	Pokja Prognas	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan HIV / AIDS di RS	idem	≥ 75%	100%	Tercapai
11	Kepala Inst IPSRS	Waktu tanggap menangani kerusakan alat > 15 menit	Keterlambatan waktu menangani kerusakan alat > 15 mnt	≤ 20%	1,2%	Tercapai
12	Ka Inst Loundry	Linen Hilang	idem	0%	0%	Tercapai
13	Kepala Unit Pely Ambulan	Waktu tanggap Pelayanan ambulans di RS < 15 menit	Keterlambatan Pelayanan ambulans di RS < 15 menit	≤ 3%	3,9%	Belum tercapai
14	Manajemen (bidang keuangan)	Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien ranap < 2 jam setelah pasien keluar perawatan	idem	≥ 80%	98%	Tercapai
15	Ka Inst KM	Waktu Tanggap pely Pemulasaran jenazah < 2 jam	idem	≥ 80%	100%	Tercapai
16	Komite PPI	1. Infeksi luka infus – ILI (phlebitis)	Idem	≤ 4	13,9‰	Belum tercapai
		2. Infeksi daerah operasi – IDO	Idem	≤ 2%	0%	Tercapai
		3. Infeksi saluran kencing – ISK	Idem	≤ 3,5‰	0‰	Tercapai
		4. Infeksi VAP (Ventilator Associated Pneumonia)	Idem	≤ 5,8‰	0‰	Tercapai
17	Ka Inst CSSD	Ketepatan pada proses packing dan labeling alat steril	Kesalahan pada proses packing dan labeling alat steril	0%	0%	Tercapai

Data survey Triwulan 1 (Januari - Maret 2026)

a. Dari 13 indikator mutu wajib nasional yang dipantau terdapat :
   1. Data mutu yang sudah mencapai target : 7 indikator
   2. Data mutu yang belum mencapai target : 6 indikator

b. Dari 11 indikator mutu prioritas yang dipantau terdapat :
   1. Data mutu yang sudah mencapai target : 4 indikator
   2. Data mutu yang belum mencapai target : 4 indikator
   3. Data mutu yang tidak dapat diinterpretasi : 3 indikator

c. Dari 21 indikator mutu tiap unit yang dipantau terdapat :
   1. Data mutu yang sudah mencapai target : 14 indikator
   2. Data mutu yang belum mencapai target : 6 indikator
   3. Data mutu yang tidak dapat diinterpretasi : 3 indikator

B. *Benchmark* Data hasil Pemantauan Indikator Mutu

Benchmark dilakukan dengan tujuan membantu rumah sakit dalam memahami perubahan dan penyebab perubahan yang tidak di inginkan serta membantu menfokuskan upaya perbaikan. Upaya membandingkan data dilakukan dengan membandingkan data dengan rumah sakit sejenis, dengan standar-standar, serta dengan praktik-praktik yang yang menurut literature digolongkan sebagai *best practice*. Rumah sakit umum daerah Ade Muhammad Djoen Sintang melakukan *benchmark* dengan cara :

1. Membandingkan dengan RS Tk IV Kartika Husada Pontianak
2. Dan dengan standar pelayanan (SP) rumah sakit Departemen Kesehatan RI.

Catatan :

Hasil perbandingan akan disusun setelah data perbandingan didapat.

C. Rekomendasi Dan Tindak Lanjut

Rekomendasi dan rencana tindak lanjut berdasarkan hasil rapat pemaparan/ sosialisasi pencapaian mutu rumah sakit yang akan dilaksanakan pada hari Rabu, tanggal 7 Mei 2025 adalah sebagai berikut :

NO	JUDUL INDIKATOR	PERUBAHAN PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU DAN RENCANA TINDAKLANJUT	SASARAN / UNIT	EVALUASI	PERKEMBANGAN TINDAK LANJUT YANG TELAH DIREKOMEN-DASIKAN	BATAS WAKTU PENYELE-SAIAN	PJ
1	Kepatuhan penggunaan APD	Melaksanakan rekomedasi dari Komite PPI	Semua unit	Belum terlaksana	Sedang dalam proses	Juni 2025	Komite PPI

2	Kepatuhan Identifikasi Pasien (gelang pasien)	Sosialisasi SPO identifikasi pasien	Semua unit perawatan	Belum terlaksana	Sedang dalam proses	Juni 2025	Ka. Instal rawat inap
3	Keterlambatn Operasi Sectio Caesarea ≥ 30 menit	- Melakukan rapat/kolaborasi dan kesepakatan bersama antar semua pihak terkait - Menegaskan DO data kepada PIC	Dokter obgyn Dokter anestesi IBS Ponek VK	Belum terlaksana	Sedang dalam proses	Juni 2025	Kabid Pelayanan
4	Waktu Tunggu Rawat Jalan < 60 menit	Sosialisasi SP/ SPO rawat jalan yang telah di revisi kepada semua dokter spesialis	Ka. Instal Rawat Jalan	Sosialisasi SP dan SPO belum terlaksana dengan maksimal	Sedang dalam proses	Juni 2025	Kabid Pelayanan
5	Rata- rata waktu tunggu rawat jalan						
6	Keterlambatan hasil foto rawat jalan	Memaksimalkan penggunaan PACS	Ka. Instal Radiologi	Sedang dilaksanakan	Sedang dalam proses	Juni 2025	Ka. Instal Radiologi
7	Kejadian kecelakaan kerja	Melaksanakan rekomendasi dari K3RS	Semua Uni terksit	Sedang dilaksanakan	Sedang dalam proses	Juni 2025	K3RS
8	Kepatuhan upaya mencegah risiko cedera akibat jatuh	- Tersedianya PIN resiko jatuh dan tanda segitiga kuning resiko jatuh - Tingkatkan kepatuhan SPO - Perbaiki berdrell dan roda tempat tidur yang rusak	Semua ruang perawatan termasuk ICU & IGD	Form resiko jatuh sudah tersedia	Sedang dilaksanakan	Juni 2025	Kabid Penunjang
9	Kejadian Infeksi luka infus (ILI) / phlebitis	Melaksanakan rekomedasi dari Komite PPI	Semua unit	Belum terlaksana	Sedang dalam proses	Juni 2025	Komite PPI

10	Kematian pasien ≤ 24 jam di IGD	- Usulan pelatihan penanganan pasien kritis pada semua Petugas di IGD (Dokter, bidan, perawat) - Usulan tempat tidur ICU ditambah - Tingkatkan upaya rujukan	Ka. Instal Gawat darurat	Belum terlaksana	Sedang dalam proses	Juni 2025	Kabid Pelayanan
11	Kepuasan Mahasiswa Kedokteran Terhadap Bimbingan CI	Nota Dinas/ Surat Perintah kpd bagian DIKLAT untuk memantau mutu unitnya	DIKLAT	Belum terlaksana	Sedang dalam proses	Juni 2025	Bagian kesekretariatan
12	Komunikasi efektif	- Sosialisasi ulang SPO - Perawat/bidan selalu mengingatkan DPJP utk mengkonfirmasi di RME/KHANZA	Semua unit perawatan	Belum terlaksana	Sedang dalam proses	Juni 2025	Ka. Instal rawat inap
13	Ketepatan pngembalian berkas rekam medis lengkap 24 jam setelah pasien keluar perawatan	- Sosialisasi hasil capaian kepada semua unit - Melakukan pendekatan melalui Komite Medik, Komite keperawatan dan Komite penunjang lainnya - Menyarankan semua PPA mengisi di berkas RME/KHANZA	Semua Unit	Belum terlaksana	Sedang dalam proses	Juni 2025	Rekam medis dan Kabid Penunjang

BAB V

PENUTUP

Kegiatan pemantauan indikator mutu dan validasi data mutu yang sesuai standar telah dilaksanakan, secara umum kegiatan ini telah berjalan dengan baik meskipun ada beberapa kekurangan. Upaya perbaikan akan dilakukan sesuai rekomandasi dan rencana tindak lanjut yang diberikan saat sosialisasi/ pemaparan hasil pemantauan indicator mutu. Diharapkan dengan adanya aksi tindak lanjut dari instalasi/ unit kerja terkait upaya perbaikan dapat berjalan dengan maksimal.

Meskipun demikian terdapat sejumlah perbaikan terhadap kertas kerja, alat ukur indicator dan kalimat indicator sehingga diharapkan data yang diperoleh bisa lebih valid. Selain itu juga ketiadaan sumber data pada beberapa indicator mutu yang dipantau dapat di hindari.

Demikian laporan pencapaian indicator mutu periode pemantauan triwulan 1 (Januari - Maret) tahun 2026. Semoga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Terimakasih.

Sintang, April 2026

Sekretaris Komite PMKP	Ketua Komite PMKP
Nunce Sribanun S.Keb.,Bd	dr. Helly Habiballoh Luqmansyah, Sp.S
Nip: 19773003 200502 2003	Nip: 19810126 200804 1003

Mengetahui :

PLT.DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
ADE MUHAMMAD DJOEN SINTANG

dr. SAMUEL KOMO MENTIKA, SP.B
NIP. 19680602 200012 1004