



PEMERINTAH KABUPATEN SAMBAS
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PEMANGKAT

Jalan Abdul Kadir Kasim No. 20, Kode Pos : 79455, Tlp. & Fax. (0562) 241203,
E-Mail : rsud.pmk@gmail.com, Laman Rsudpemangkat.sambas.go.id

LAPORAN PROGRAM PENINGKATAN MUTU,
KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO
TRIWULAN III TAHUN 2025



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PEMANGKAT
TAHUN 2025

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan YME atas segala limpahan rahmat dan ridho-Nya sehingga Komite Mutu RSUD Pemangkat dapat menyelesaikan Laporan Program Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien Dan Manajemen Risiko Triwulan III Tahun 2025

Komite Mutu beserta segenap Unit Kerja menyadari masih banyak kekurangan dan keterbatasan dalam penyusunan Laporan ini dan diharapkan adanya saran dan kritik yang sifatnya membangun untuk perbaikan yang lebih baik

Pemangkat, 08 Oktober 2025

Komite Mutu

DAFTAR ISI

Pengantar.	.....	i
Daftar Isi	.....	ii
BAB I PENDAHULUAN		
A. Latar Belakang	.....	1
B. Tujuan	.....	1
C. Ruang Lingkup / Sasaran	.....	1
BAB II LAPORAN		
A. Waktu dan Tempat	.....	2
B. Pelaksana Kegiatan	.....	2
C. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan	.....	2
D. Hasil Pelaksanaan kegiatan	.....	4
E. Evaluasi Kegiatan	.....	58
BAB III PENUTUP		
1. Kesimpulan	.....	59
2. Saran	.....	59

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Dalam melaksanakan program PMKP Komite Mutu melaporkan hasil pelaksanaan program Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien (PMKP) kepada Direktur setiap 3 (tiga) bulan. Kemudian Direktur akan meneruskan laporan tersebut kepada Dewan Pengawas.

Laporan tersebut mencakup: hasil pengukuran data meliputi: pencapaian semua indikator mutu, analisis, validasi dan perbaikan yang telah dilakukan, laporan semua insiden keselamatan pasien meliputi jumlah, jenis (kejadian sentinel, KTD, KNC, KTC, KPCS), tipe insiden dan tipe harm, tindak lanjut yang dilakukan, dan hasil pelaksanaan program manajemen risiko berupa pemantauan penanganan risiko yang telah dilaksanakan.

B. TUJUAN

Laporan Pelaksanaan program PMKP kepada Direktur bertujuan agar:

- a. Direktur dapat memutuskan dukungan yang diperlukan untuk program secara menyeluruh di rumah sakit; misalnya pengadaan pelatihan yang berhubungan dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
- b. Membantu Direktur menetapkan prioritas pengukuran data dan prioritas perbaikan untuk periode selanjutnya berdasarkan pengukuran data;
- c. Direktur dapat menentukan perbaikan berdasarkan perbandingan dengan rumah sakit setara atau data berbasis bukti lainnya, baik nasional dan internasional.

C. RUANG LINGKUP / SASARAN

Ruang lingkup pelaksanaan program PMKP adalah semua unit kerja di dalam RSUD Pemangkat.

BAB II

LAPORAN

A. WAKTU DAN TEMPAT

Waktu pelaksanaan program PMKP adalah satu tahun, dan untuk triwulan III tahun 2025 (Juli s.d. September), dilaporkan kepada Direktur pada tanggal 9 Oktober 2025.

Tempat pelaksanaan program PMKP adalah di setiap unit kerja di dalam RSUD Pemangkat.

B. PELAKSANA KEGIATAN

Program PMKP dilaksanakan oleh Komite Mutu Bersama dengan setiap unit kerja di dalam RSUD Pemangkat, dengan Komite Mutu sebagai penanggung jawab program PMKP di Tingkat RS dan Kepala Unit sebagai penanggung jawab program PMKP di Tingkat Unit masing-masing.

Pelaporan pelaksanaan Program PMKP dilakukan oleh Komite Mutu.

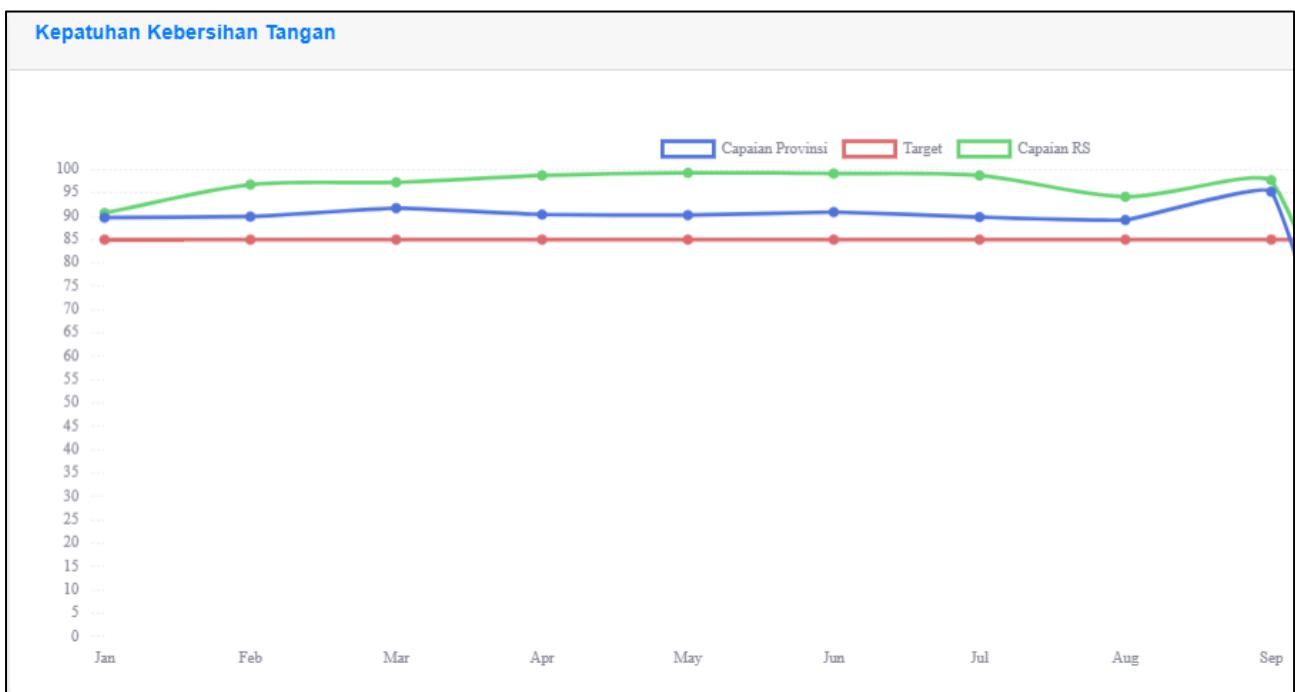
C. JADWAL PELAKSANAAN PROGRAM PMKP TRIWULAN III TAHUN 2025

No.	Kegiatan	BULAN													Keterangan
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	
1	Pengiriman data indikator beserta analisisnya kepada Komite Mutu														Maksimal tanggal 2 bulan berikutnya
2.	Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien														Insidental (sesuai waktu kejadian)
3.	Pelaporan Hasil Pemantauan Risiko														Setiap 6 bulan (terakhir Januari s.d. Juni 2025)

4.	Pelaporan program PMKP kepada Direktur													sudah
														belum

D. HASIL PELAKSANAAN KEGIATAN

1. PENGUMPULAN DATA DAN ANALISIS INDIKATOR MUTU NASIONAL (INM)



Analisa:

Capaian bulan September (97,73%) jauh di atas standar minimum 85% dan Batas Kontrol Bawah (LCL) 88,94%. Kinerja secara umum sangat baik Capaian sama dengan nilai Median (97,73%). Ini menunjukkan bahwa kinerja bulan September telah kembali stabil dan berada pada tingkat rata-rata kinerja tertinggi sepanjang tahun (Januari-September). Ini menunjukkan peningkatan signifikan dari bulan sebelumnya, Agustus (94,16%), menandakan upaya perbaikan dari penurunan di bulan Agustus berhasil.

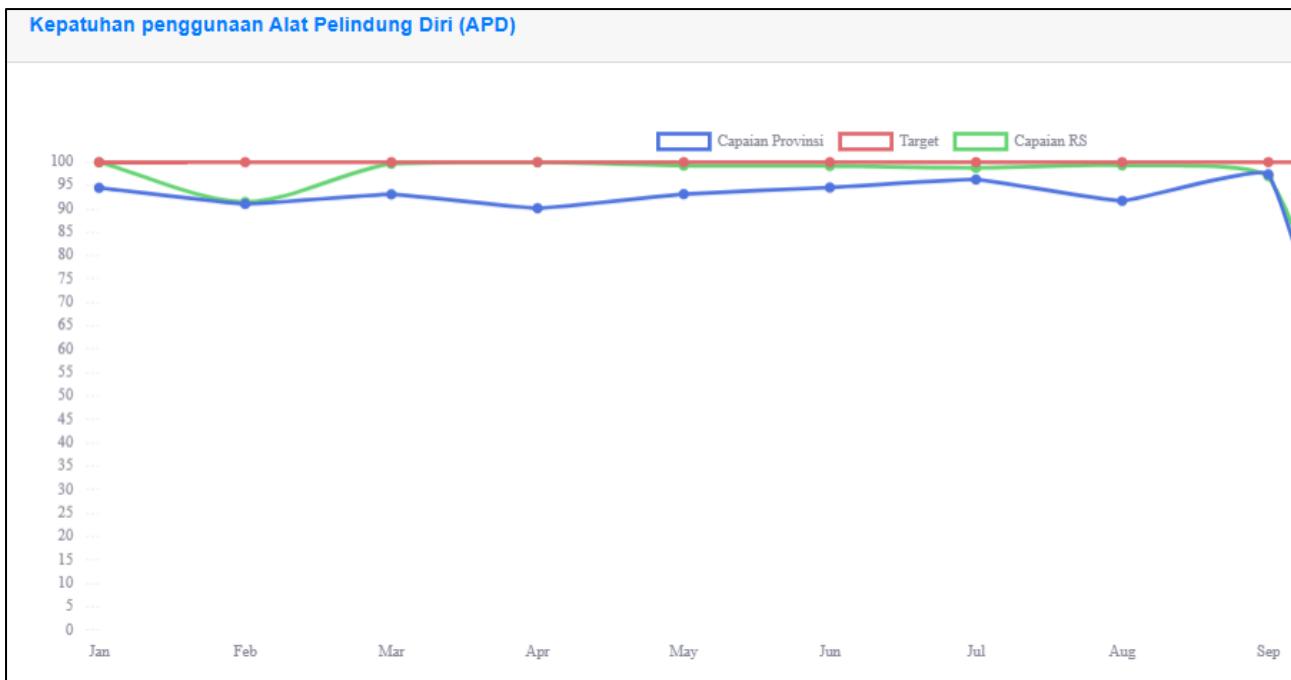
Rencana Tindak Lanjut:

Kepatuhan kebersihan tangan dipertahankan diatas nilai median 97,73% sebagai standar kinerja minimum untuk bulan-bulan berikutnya dengan :

- Melanjutkan audit kepatuhan dengan fokus pada pemberian feedback positif kepada staf yang patuh. Melakukan spot check mendadak di area-area berisiko tinggi (critical care).
- Melakukan inovasi dalam pelatihan, seperti simulasi atau penggunaan media interaktif
- Mengidentifikasi unit/shift yang memiliki capaian konsisten dan mendokumentasikan serta mensosialisasikan metode mereka kepada unit lain. Untuk menguatkan perilaku positif

dan mempertahankan engagement staf serta peningkatkan capaian kepatuhan kebersihan tangan melampaui 97,73% dan mendekati Batas Kontrol Atas (UCL) pada bulan Oktober.

d. Promosikan Budaya Hand Hygiene: Ciptakan budaya hand hygiene yang kuat di fasilitas Kesehatan, di mana semua orang merasa bertanggung jawab untuk menjaga kebersihan tangan.



Analisa:

Tingkat kepatuhan penggunaan APD pada bulan September 97% berada di bawah standar target 100%. Ini menunjukkan bahwa terdapat momen atau situasi di bulan September di mana APD tidak digunakan sesuai ketentuan.

Meskipun di bawah standar, capaian 97% masih berada di atas Batas Kontrol Bawah (LCL) 90,63%, yang menunjukkan kinerja masih dalam batas yang dapat diterima. Capaian 97% berada di bawah nilai Median (99,26%), yang berarti kinerja bulan September lebih rendah daripada rata-rata kinerja sepanjang tahun (Januari-September).

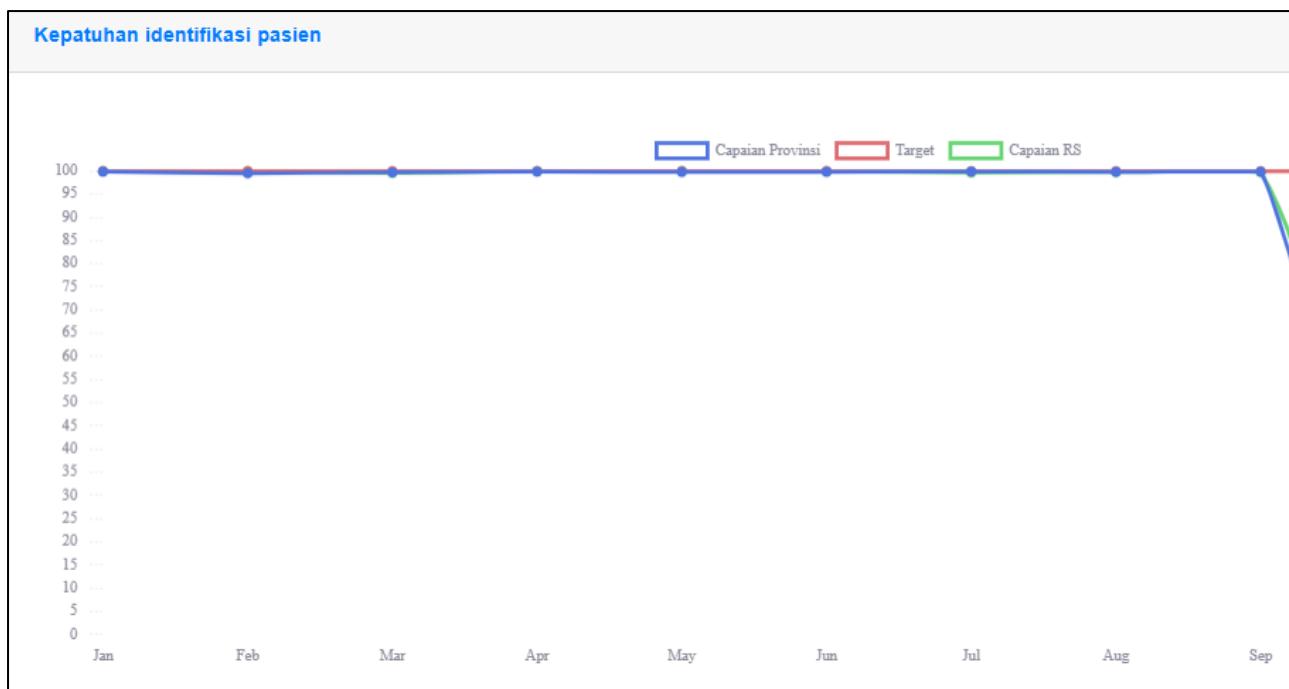
Terjadi penurunan signifikan dari bulan Agustus (99,3%) ke bulan September (97%). Ini merupakan penurunan kinerja terendah sejak Februari 2025.

Rencana Tindak Lanjut:

Kepatuhan penggunaan APD ditingkatkan mencapai 100% dengan:

- Melakukan refreshment training singkat dan tepat sasaran di unit kerja mengenai kapan dan bagaimana APD harus digunakan, terutama pada prosedur yang sering terjadi pelanggaran.
- Memastikan semua jenis APD (masker, goggle, sarung tangan, gaun) tersedia dan diletakkan di lokasi yang mudah dijangkau dan segera dipakai sebelum tindakan.
- Intensifikasi Audit Observasi Langsung:
 - Meningkatkan frekuensi pengawasan, terutama di jam-jam atau area yang dicurigai sebagai penyebab penurunan.

- Menegaskan kembali pentingnya penggunaan APD,
- Menghilangkan hambatan logistik
- Memperbaiki perilaku petugas secara real-time.

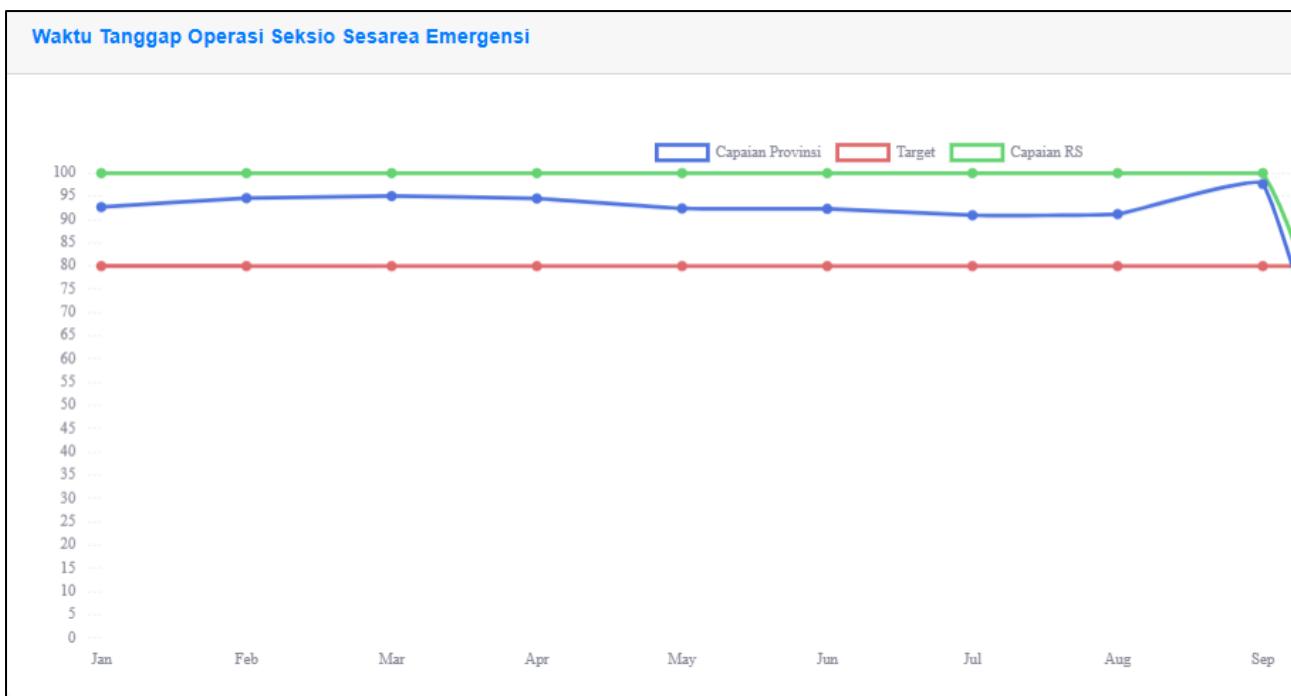


Analisa:

Capaian kepatuhan identifikasi pasien di ruang rawat inap pada bulan September 2025 mengalami penurunan sebesar 0,02% dari bulan sebelumnya, dan belum mencapai target yang ditentukan yakni 100%. Hal ini dikarenakan terdapat pasien yang dirawat di ruangan tidak memakai gelang pasien, sehingga petugas mengalami kendala dalam melakukan identifikasi sebelum melakukan Tindakan.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mengingatkan kembali kepada seluruh staff rawat inap untuk segera melakukan pemasangan gelang identitas pada pasien baru
- Segera mengganti gelang identitas dengan yang baru apabila gelang yang lama hilang/rusak.
- Selalu melakukan sosialisasi ulang kepada semua staf yang bertugas di ruangan tentang kepatuhan identifikasi pasien
- Mengevaluasi semua tindakan / kegiatan yang berhubungan dengan kepatuhan identifikasi pasien.

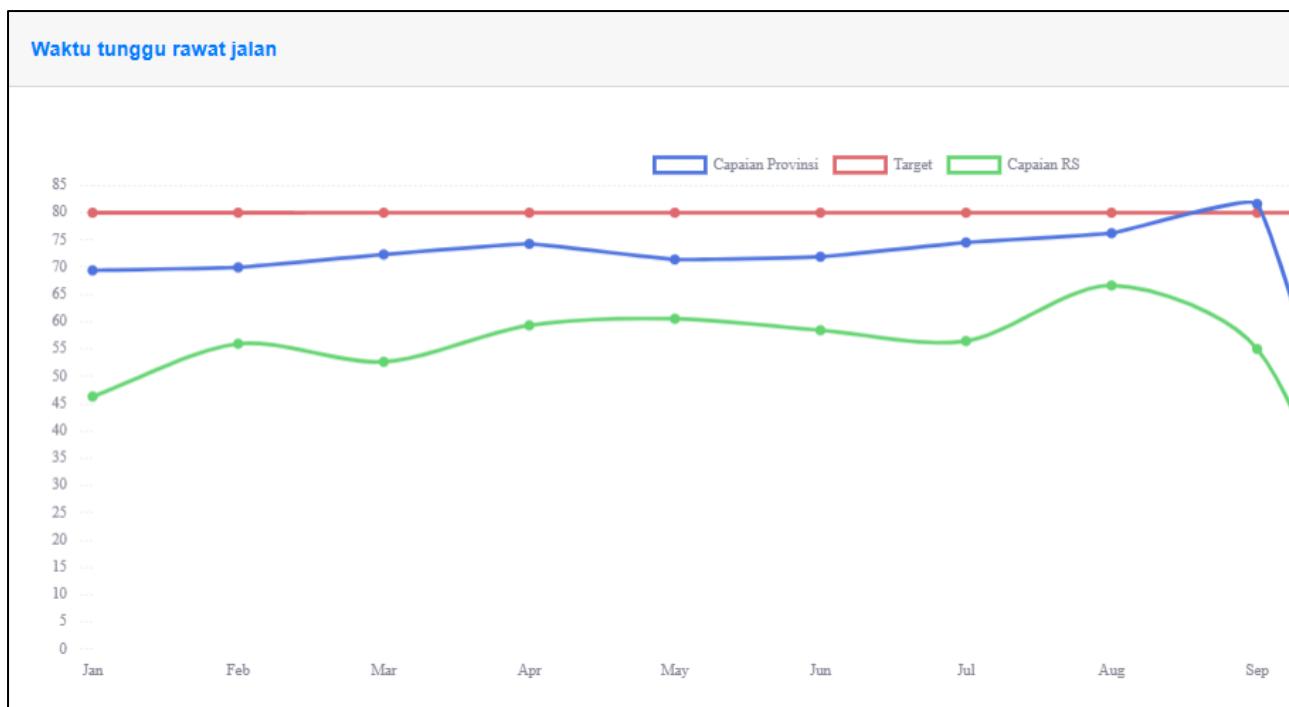


Analisa:

Capaian SC Emergency kategori 1 triwulan III tahun 2025 sudah mencapai standar, yakni 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Tetap melakukan semua tindakan sesuai SOP yang ada dan mempertahankan capaian yang sudah ada
2. Mempertahankan capaian SC Emergency kategori 1 dengan mempersiapkan pasien SC emergency kurang dari 30 menit di ruangan UGD Maternal.



Analisa:

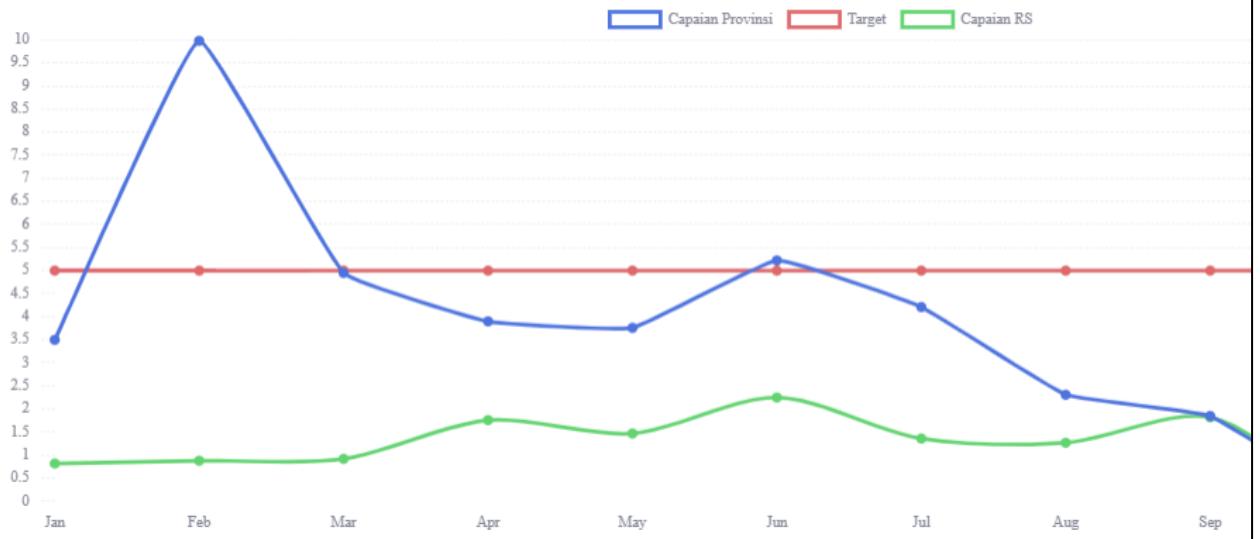
Analisa faktor penyebab terjadinya hal tersebut dikarenakan beberapa hal berikut:

1. Dokter poliklinik bukan dokter khusus untuk pelayanan rawat jalan, dokter juga melayani pasien rawat inap sehingga dokter membagi waktu dengan kegiatan visite di bangsal perawatan.
2. Dokter poliklinik melakukan operasi emergency (khususnya poliklinik kebidanan dan penyakit kandungan/ Obgyn).

Rencana Tindak Lanjut:

Penjadwalan dokter khusus pada pelayanan poliklinik.(dokter yang bertugas di poliklinik pada hari itu tidak merangkap bertugas di ruang operasi) oleh Bidang Pelayanan Medis.

Penundaan operasi elektif

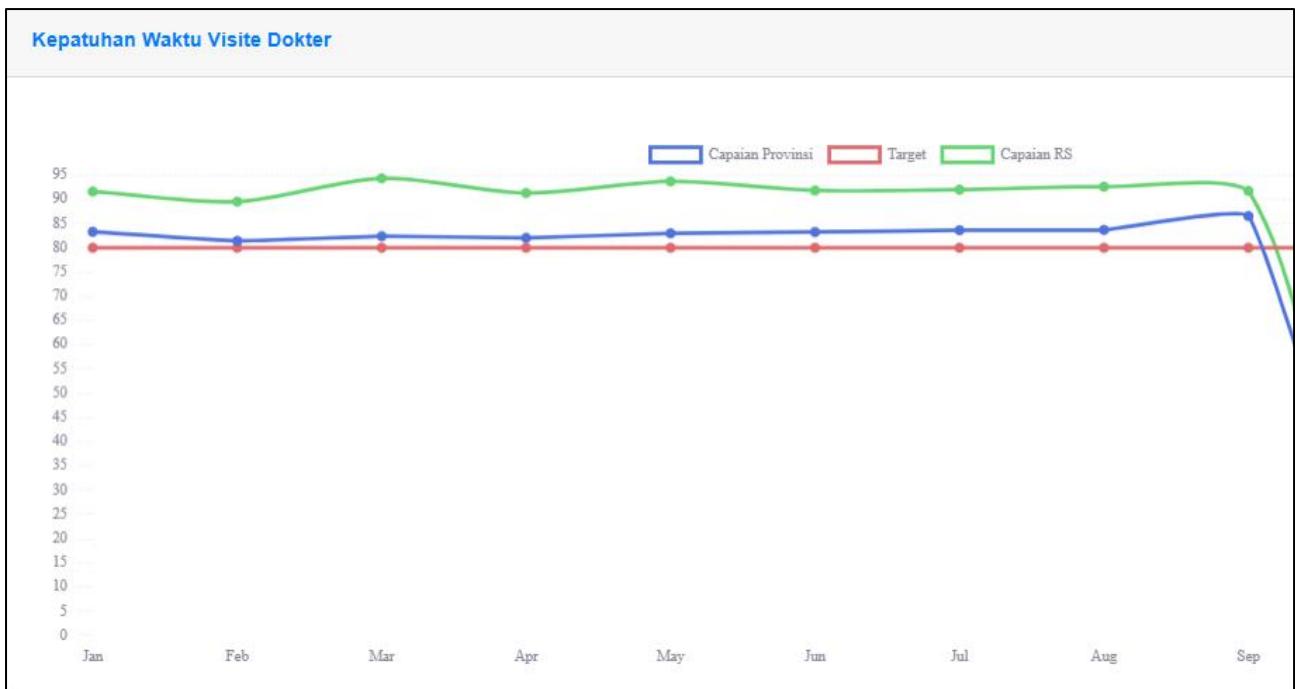


Analisa:

Sampai dengan akhir triwulan III tahun 2025, indikator penundaan operasi elektif masih di bawah standar.

Rencana Tindak Lanjut:

Koordinasi Kepala IBS dengan DPJP / Operator yang bersangkutan.

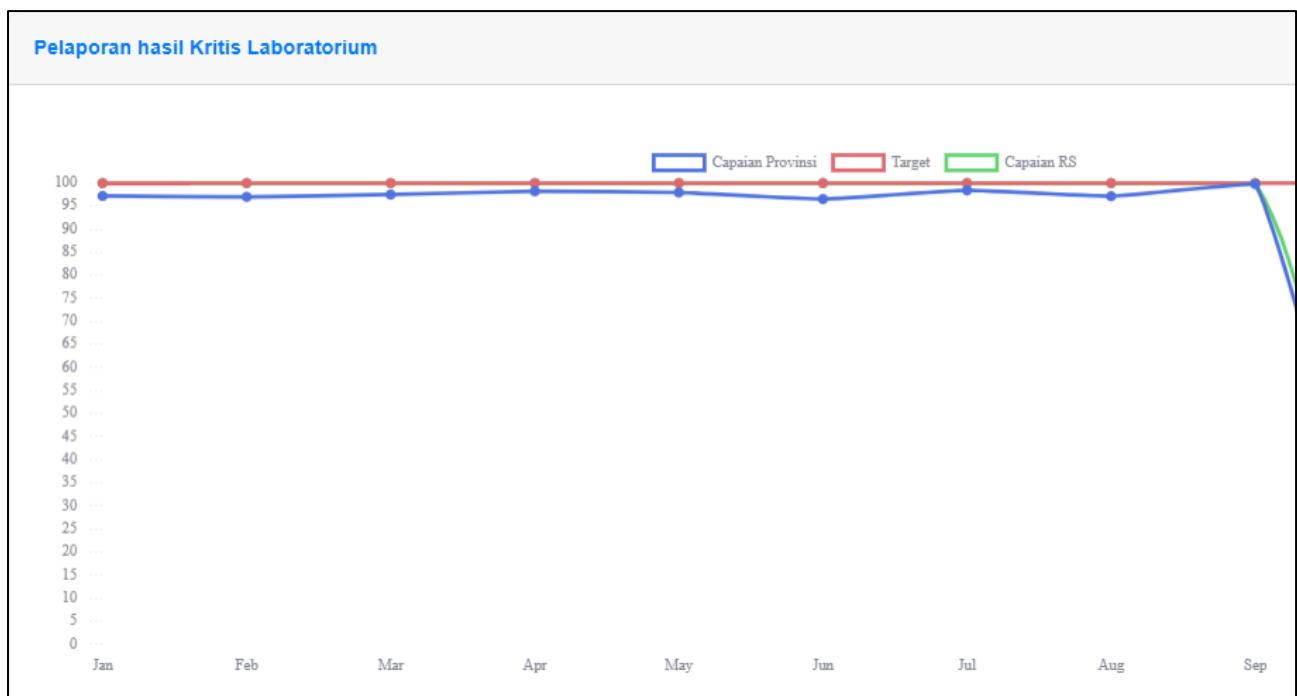


Analisa:

Kepatuhan waktu visite dokter pada 06.00 s/d 14.00 pada triwulan III sudah dipertahankan mencapai target yang ditetapkan yaitu $\geq 80\%$.

Rencana Tindak Lanjut:

Menghubungi DPJP yang belum visite pada pk. 12.00 untuk segera melakukan visite.



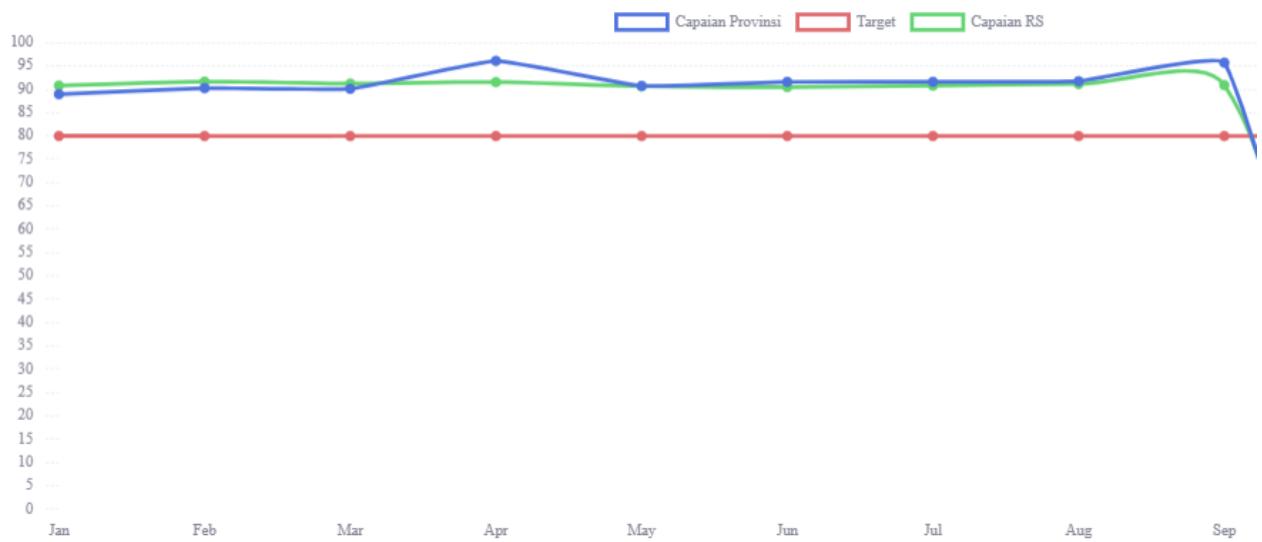
Analisa:

Sampai dengan akhir triwulan III tahun 2025, indikator penundaan operasi elektif berhasil dipertahankan sesuai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

Pembinaan dan pengarahan kepada seluruh staf laboratorium untuk selalu memperhatikan waktu pelaporan hasil kritis dan tepat dalam pencatatan di LIS (Laboratory Information System)

Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

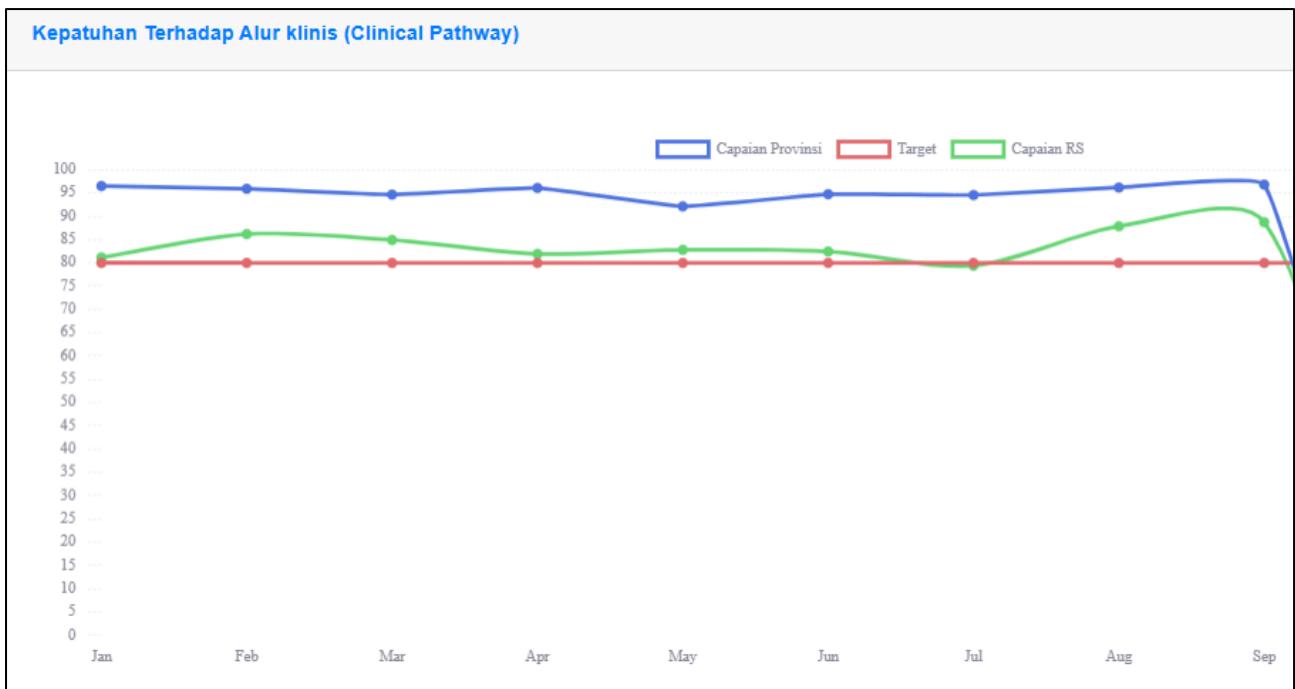


Analisa:

Sampai dengan akhir triwulan III tahun 2025, indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional berhasil dipertahankan sesuai standar, dikarenakan pengadaan obat yang sesuai Formularium Nasional sudah optimal.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan pengadaan obat sesuai formularium nasional.

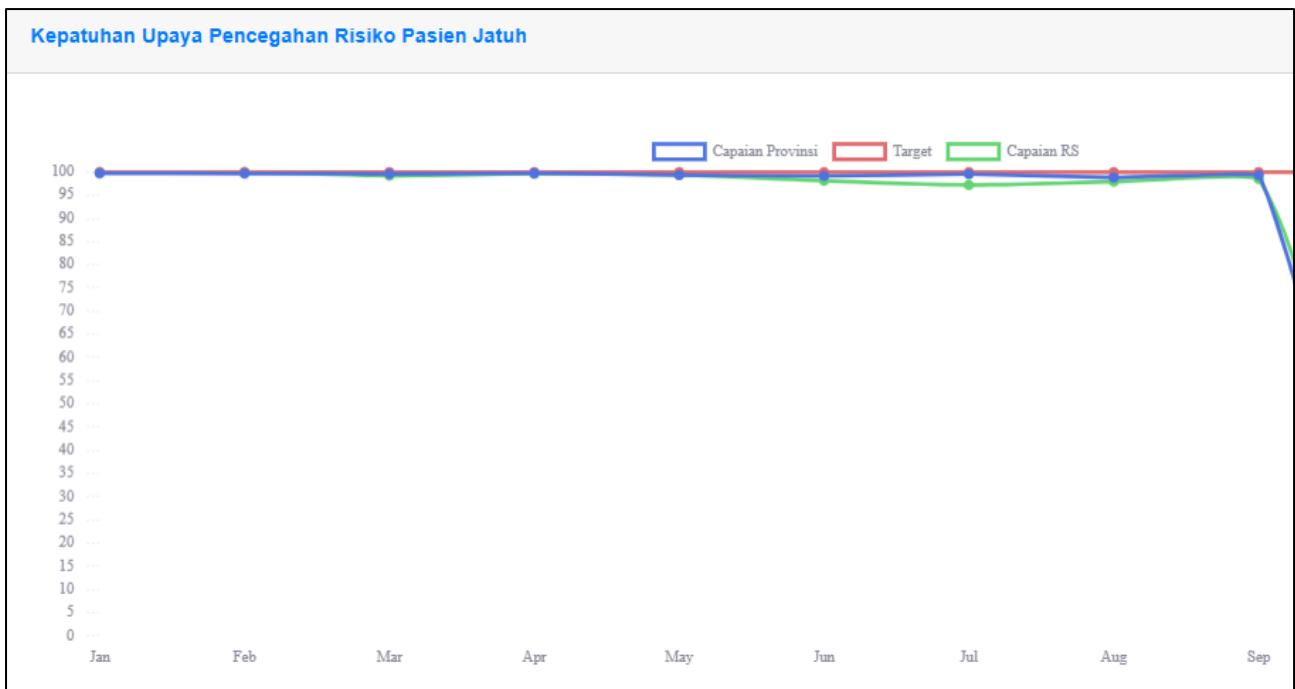


Analisa:

Sampai dengan akhir triwulan III tahun 2025, indikator Kepatuhan terhadap Alur Klinis berhasil dipertahankan sesuai standar,

Rencana Tindak Lanjut:

Mempresentasikan hasil evaluasi terhadap clinical pathway di rapat Komite Mutu yang dihadiri komite-komite, sehingga semua PPA mengetahui poin-poin apa yang belum dipatuhi (misalnya pemeriksaan penunjang diagnostic, terapi, asuhan keperawatan, dll)

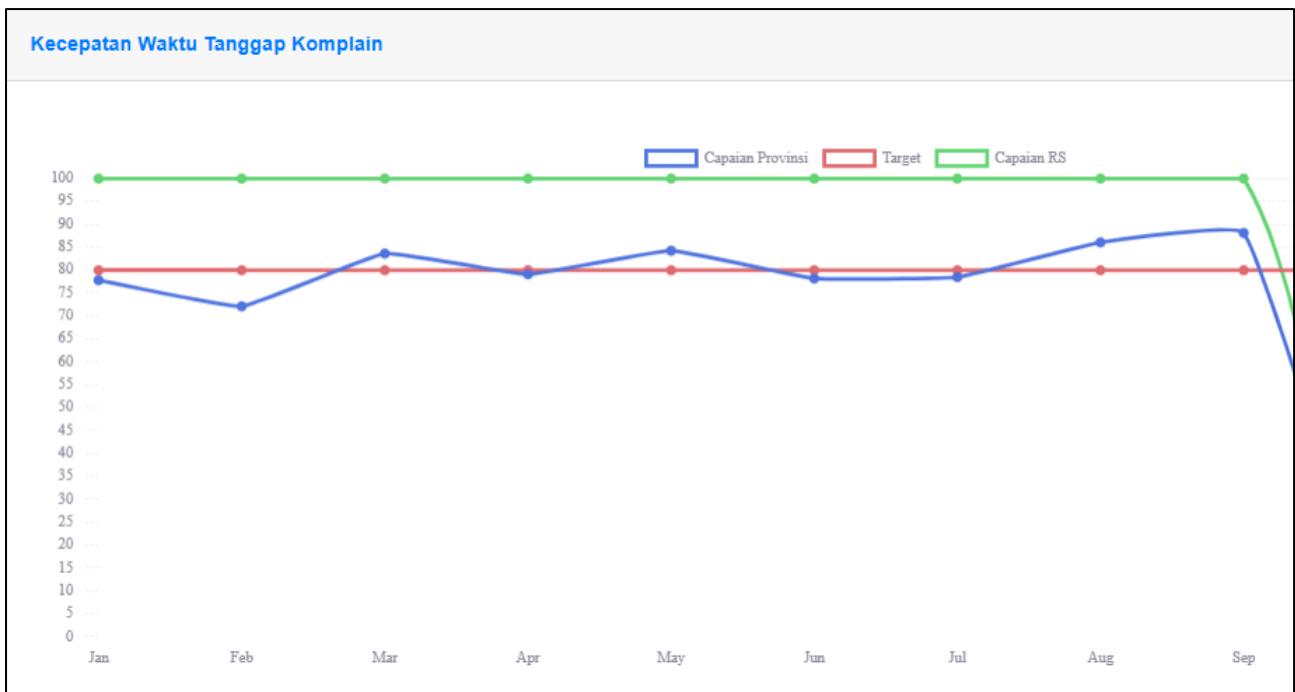


Analisa:

Capaian yang di dapat pada bulan September 2025 belum mencapai target yang di tetapkan yaitu 100%. Hal ini dikarenakan terdapat beberapa pasien yang tidak dilakukan assasment awal maupun assasment ulang risiko jatuh.

Rencana Tindak Lanjut:

- Sosialisasi kepada semua staf tentang kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh.
- Mengevaluasi semua tindakan atau kegiatan yang berhubungan dengan kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh.



Analisa:

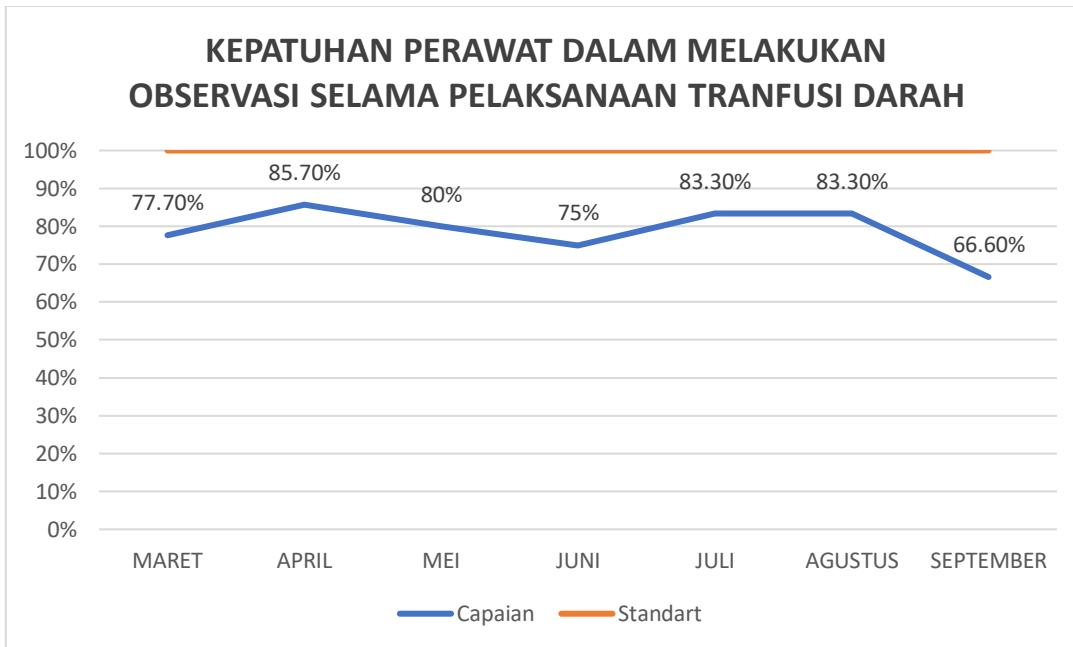
Untuk bulan September 2025 terdapat 2 kasus komplain. Semua komplain yang termasuk grading merah sudah di tangani dalam waktu kurang dari 1 x 24 jam.

Rencana Tindak Lanjut:

Unit Pengaduan melakukan monitoring dan evaluasi berkala ke tiap unit untuk segera melaporkan komplain sehingga dapat di tindak lanjuti dengan tepat dan cepat .

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT RUANG VIP/VVIP

JUDUL : Kepatuhan Perawat Dalam Melakukan Observasi Selama Pelaksanaan Tranfusi Darah



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Hasil capaian periode bulan September tahun 2025 belum mencapai target.

Capaian yang di dapat pada bulan September tahun 2025 sebesar 66,6% dan belum mencapai target yang di tetapkan yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

Berkoordinasi dengan dr.Nurul.Sp.Pk tanggal 27 agustus 2025 terkait tidak tersedianya form monitoring transfusi darah secara lengkap (yang tersedia di kanzza hanya reaksi transfusi)

Dilaporkan oleh:

Penanggung Jawab Pengumpul Data

(Saparudin)

Mengetahui

Kepala Unit/Ruang/Instalasi

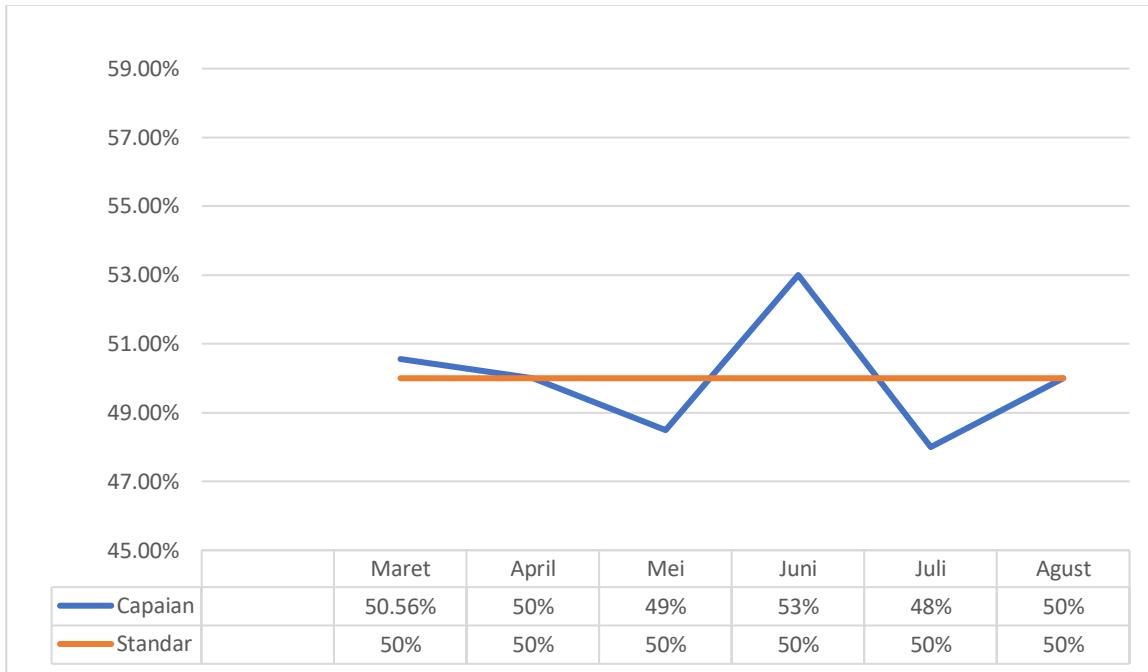
(Dahlini)

FEEDBACK DARI KOMITE MUTU:

1. Harap perhatikan definisi operasional dari indikator mutu tersebut, yang diukur adalah kepatuhan, bukan kelengkapan form.
2. Lakukan analisis penyebab kepatuhan masih di bawah standar, dan susun rencana tindak lanjut yang sesuai dengan penyebab.

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT RUANG PERINATOLOGI

JUDUL : Kejadian tidak dilakukan IMD pada bayi baru lahir SC



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Persentase Kejadian Tidak dilakukan IMD pada Bayi Baru Lahir secara SC di bulan Maret 2025 50,56%, pada bulan April mengalami penurunan sebesar (**0,56%**), bulan April ke bulan Mei 2025 mengalami penurunan sebesar (**1,5 %**), pada bulan Juni mengalami peningkatan sebesar (**4 %**), pada bulan Juli 2025, kejadian tidak dilakukan IMD mengalami penurunan sebesar (**5%**), pada bulan Agustus tidak dilakukan IMD mengalami peningkatan (**2 %**).

Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat perlahan sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu 0,50% pada Kejadian tidak dilakukan IMD pada bayi baru lahir SC.

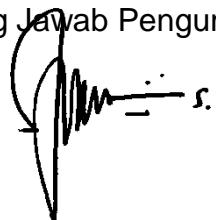
Rencana Tindak Lanjut:

Kejadian tidak dilakukan IMD pada bayi baru lahir SC dari bulan Maret-Juli 2025 mengalami penurunan secara perlahan. Dan berupaya akan selalu melakukan IMD pada

bayi baru lahir dengan Operasi Sectio Caesar dengan kriteria bayi baru lahir yang tidak memiliki masalah.

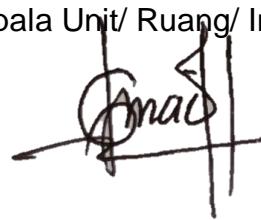
Dilaporkan oleh:

Penanggung Jawab Pengumpul Data



Mengetahui

Kepala Unit/ Ruang/ Instalasi



Nurhardila, S.Kep, Ners

(2017.10.03.01.113)

Gina Dwi Kharyani, Amd. Kep

(198904052022032007)

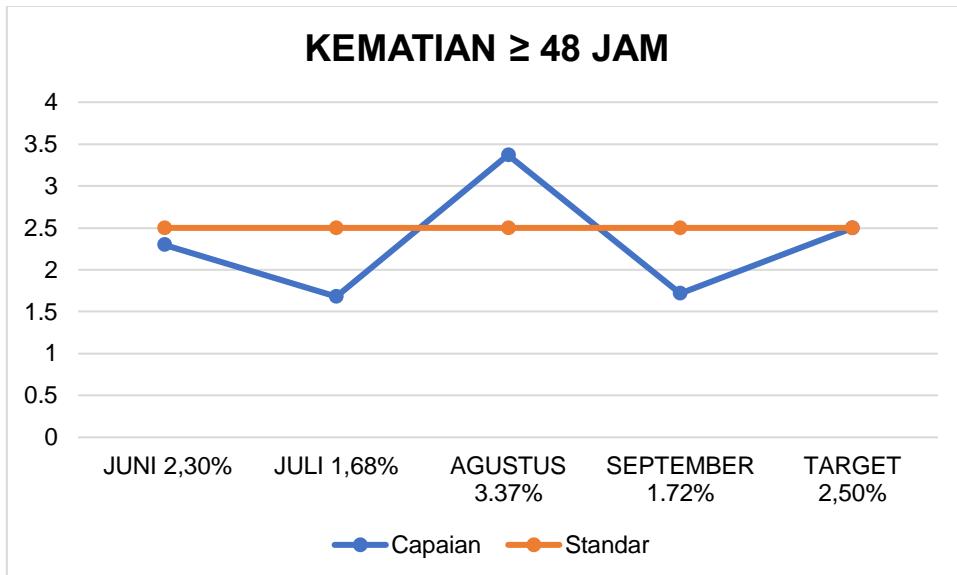
FEEDBACK DARI KOMITE MUTU:

1. RTL yang disusun berupa rekomendasi yang lemah (akan selalu...)
2. Lakukan analisis penyebab masih di bawah standar, dan susun rencana tindak lanjut yang sesuai dengan penyebab.
3. Pahami dengan baik kriteria eksklusi (bayi baru lahir dengan gawat napas)

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT RUANG PENYAKIT DALAM 2

JUDUL

: Angka Kematian Pasien ≥ 48 Jam



Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Terjadi penurunan persentase dari bulan Agustus ke bulan September sebesar 1,65 % perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada bulan September sebesar 1.72 % , mengalami penurunan dari bulan sebelumnya.

Rencana Tindak Lanjut:

Memastikan tenaga medis memantau tanda-tanda vital dan gejala pasien secara teratur dan melakukan intervensi yang tepat jika terjadi perubahan kondisi serta melakukan evaluasi secara teratur terhadap proses perawatan dan hasil pasien.

Pengumpul Data PD II

Winda Aprilianti, A.Md.Kep

NIP:199804232025042005

Mengetahui,

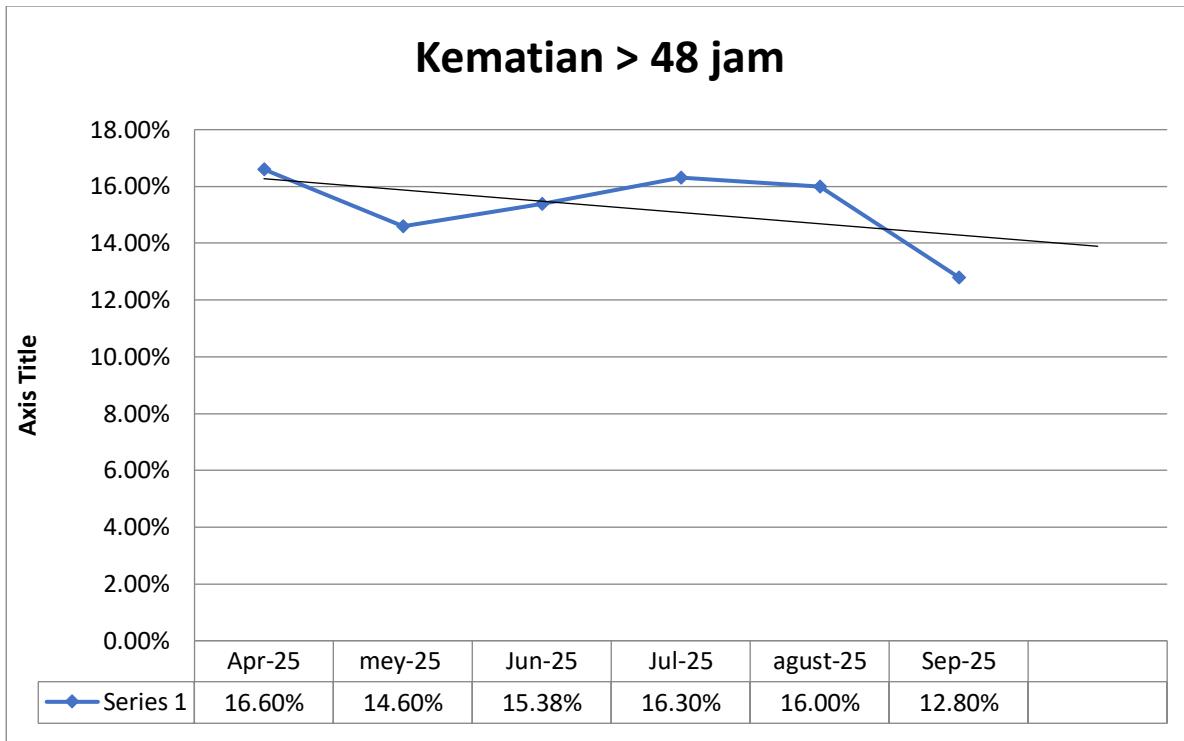
Kepala Ruang PD II

Rifki Alfikri,A.Md.Kep

NIP:199101182020121007

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT RUANG ICU

JUDUL :Kematian pasien > 48 jam



ANALISA :

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Terjadi tren penurunan sampai dengan akhir triwulan III.

Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada bulan September sebesar 12,8% mengalami penurunan dari bulan sebelumnya. Tapi belum mencapai target yang di tentukan yaitu 2,50%. Adapun penyebab penurunan persentase dikarekan kondisi pasien saat masuk icu sudah membaik dan stabil serta berhasil di tangani di ruang icu.

Rencana Tindak Lanjut:

Berkolaborasi dengan tim icu dan dokter penanggung jawab pasien serta dokter Anastesiologi dalam meningkatkan keterampilan staf/petugas icu. Dan memberikan penanganan serta pertolongan yang maksimal terhadap pesien.

Dilaporkan oleh
Penanggung Jawab Pengumpul Data

R.M.H.

Mengetahui
Kepala Ruangan ICU

Rahmawati,A.md.Kep

Dewi Destiana Harahap, A.Md.Kep

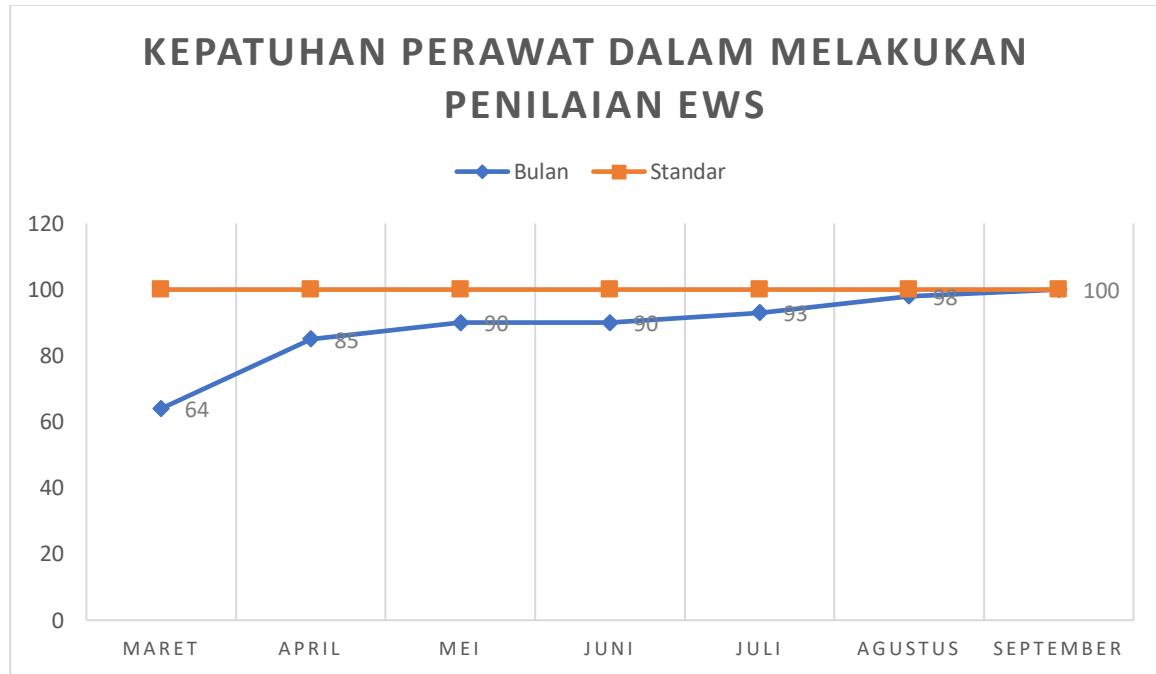
FEEDBACK DARI KOMITE MUTU TERHADAP RUANGAN PENYAKIT DALAM II DAN
ICU:

1. Rencana tindak lanjut belum memenuhi kriteria SMART (Spesific, Measurable, Achievable, Related, Time-bound).
2. Lakukan analisis terhadap diagnosis apa saja yang memiliki angka kematian tinggi.
3. Implementasikan clinical pathway yang sudah ditetapkan, dan usulkan clinical pathway yang angka kematianya tinggi.

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT RUANG PD 1

JUDUL

: KEPATUHAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN PENILAIAN EWS



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu :

Persentase dari bulan Agustus ke Bulan September naik menjadi sebesar 100%.

Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada bulan Agustus 98 % dan terdapat peningkatan di bulan September 100 % target yang ditetapkan yaitu 100 %.

Rencana Tindak Lanjut

Mengusahakan untuk konsistenkan kepatuhan pengisian EWS dengan membuat selalu **mengaudit** daftar ceklist pengisian EWS di berkas pasien dan langsung menghubungi perawat yang tidak mengisi EWS dan memastikan perawat tersebut mengisi EWS Kembali diwaktu dinas perawat tersebut di hari berikutnya. (waktu shift berikutnya)

Dilaporkan oleh
Penanggung Jawab Pengumpul Data



(Irfan Ramadhan, A.Md. Kep)

Mengetahui
Kepala Unit Penyakit Dalam 1



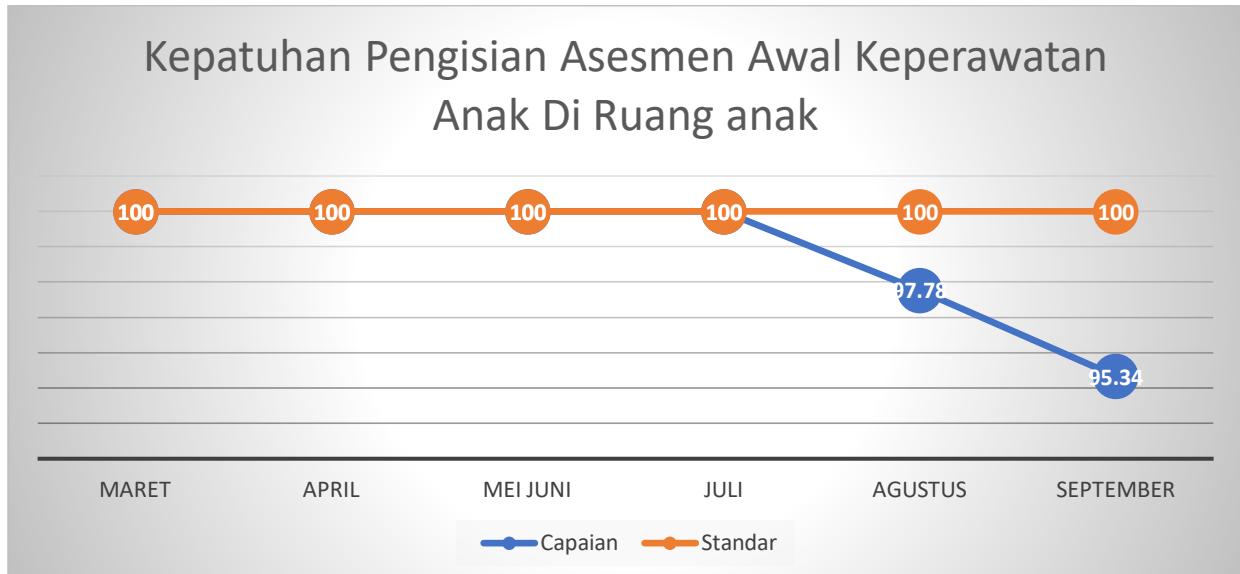
(Ery Sandi, S. Kep., Ners)

FEEDBACK DARI KOMITE MUTU:

RTL yang disusun belum menyebutkan siapa yang bertugas mengaudit ceklis dan memastikan perawat tersebut mengisi EWS kembali di waktu dinas perawat tersebut di hari berikutnya.

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT RUANG PERAWATAN ANAK

JUDUL : Kepatuhan pengisian assesmen awal keperawatan anak di ruang anak



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu :

Terjadi penurunan capaian 95,34 % pada bulan september 2025 dari hasil capaian bulan sebelumnya bulan agustus yaitu 97,78 % .

Perbandingan dengan standar :

Capaian yang didapat pada bulan september 2025 sebesar 95,34 % dan belum mencapai target yang di tetapkan yaitu 100%

Rencana Tindak Lanjut:

1. Meningkatkan kembali kepatuhan pengisian assesment awal keperawatan dengan menempatkan notepad di dekat komputer sebagai pengingat dan menuliskan di laporan setiap assesment pasien baru yang ditelah dibuat sehingga bisa dicek setiap shift saat aplusan. Pemantauan dengan cara ini akan dievaluasi dalam waktu satu bulan kedepan.

Mengetahui
Kepala Ruangan Anak

Indah Budiarti, S.Kep., Ners.
NIP. 19910114 201502 2 002

Pengumpul Data

Intan Pertiwi, S.Tr.Kep.
NRTK. 2022.09.03.01.219

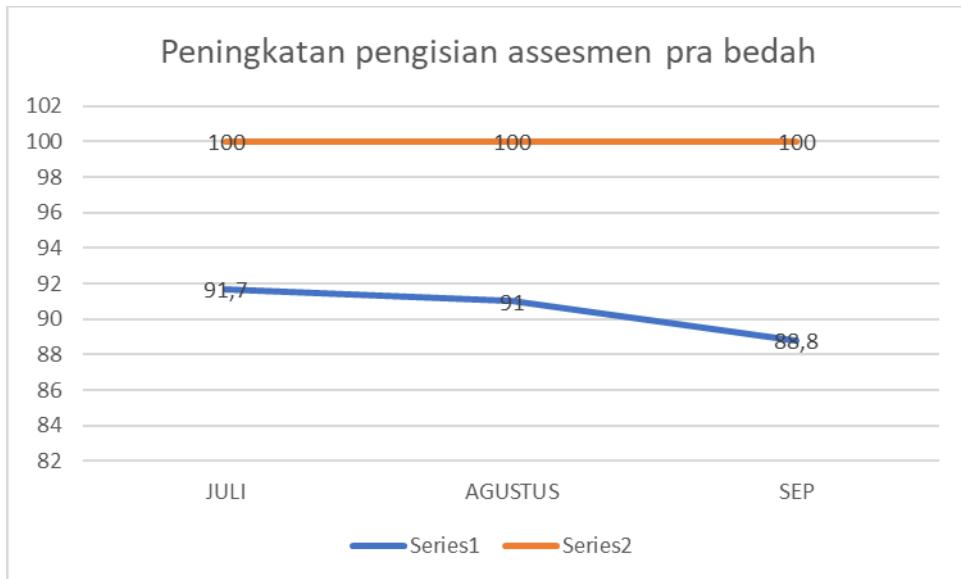
FEEDBACK DARI KOMITE MUTU KEPADA RUANG ANAK:

RTL sudah spesifik.

Untuk selanjutnya, RTL harus diimplementasikan secara konsisten.

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT RUANG BEDAH

JUDUL : Kelengkapan Pengisian Asesmen Pra- Bedah



Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Capaian yang didapat pada bulan 91,7, bulan agustus 91 dan September 2025 88,8% dengan target 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

Meningkatkan capaian indikator kinerja dari 88,8% menjadi minimal **95% di bulan Oktober 2025**, melalui:

- Peningkatan kedisiplinan pelaksanaan SOP.
- Penguatan monitoring & evaluasi mingguan.
- Edukasi staf tentang standar pelayanan.

Capaian kinerja diukur tiap bulan (Oktober, November, Desember).

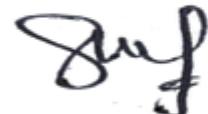
Target capaian:

- Oktober $\geq 92\%$
- November $\geq 94\%$
- Desember $\geq 95\%$

Optimalisasi sumber daya tanpa penambahan beban signifikan; pembagian tugas jelas antar staf.,

Penguatan edukasi staf tentang SOP & standar mutu (minimal 1 kali per bulan).

Dilaporkan oleh:
Penanggung Jawab Pengumpul Data



(SUSILAWATI)

Mengetahui
Kepala Unit/ Ruang/ Instalasi



Ahda Suhanda, S.kep.Ns

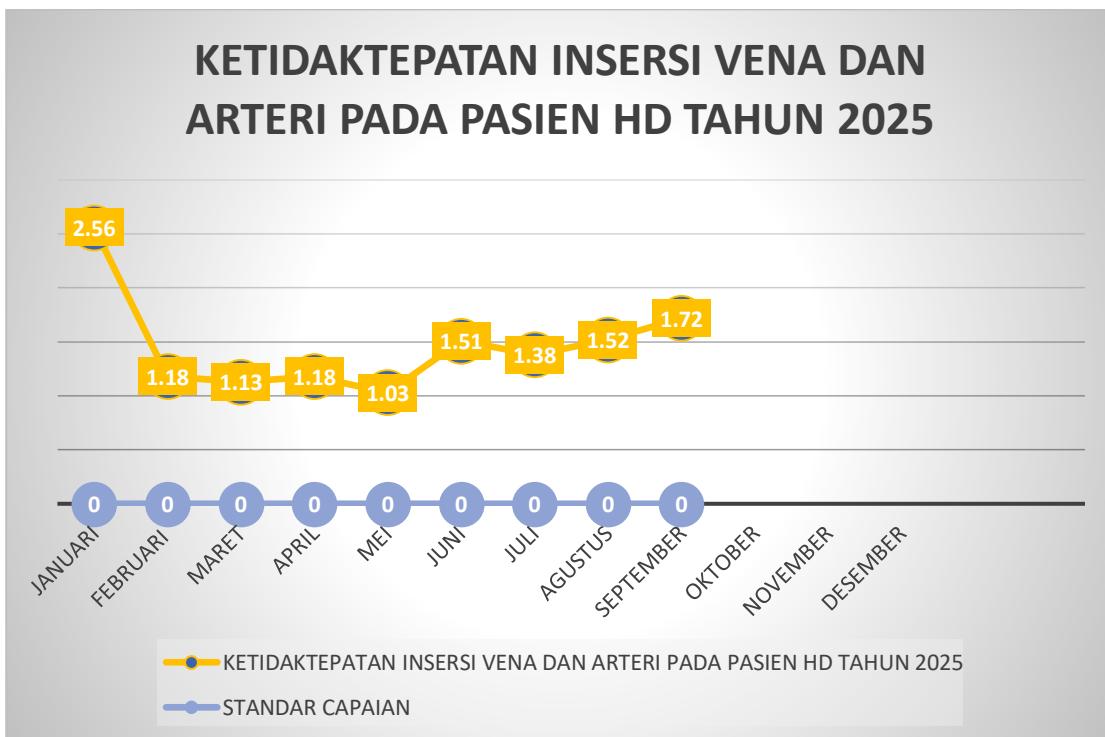
FEEDBACK DARI KOMITE MUTU KEPADA RUANG ANAK:

RTL sudah spesifik, namun masih berupa rekomendasi yang lemah, harap diganti dengan rekomendasi yang kuat.

Untuk selanjutnya, RTL harus diimplementasikan secara konsisten.

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT HEMODIALISA

JUDUL: KETIDAKTEPATAN INSERSI VENA DAN ARTERI PADA PASIEN HD



Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Adanya peningkatan kembali ketidaktepatan insersi vena dan arteri pada tri wulan ke 3 ini khususnya pada bulan September 2025

Perbandingan dengan standar:

Capaian mulai meningkat dibulan September ini dikarenakan mulai meningkatnya pasien kasus baru cimino dan pasien sudah belum patuh dalam latihan pematangan cimino.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Konsultasi dengan DPJP unit HD untuk operasi cimino pasien kasus baru
2. Selalu memotivasi pasien utk pemenuhan nutrisi yang baik
3. Selalu mengedukasi dan memotivasi pasien untuk latihan pematangan cimino dan cara perawatan cimino yang sudah matang.
4. Konsultasi dengan konsulan dokter KGH untuk alternatif pemasangan CDL tunel dan atau pemasangan cimino dengan dokter BTKV.

Dilaporkan oleh:
Penanggung Jawab Pengumpul Data

Ns. Reza Fuad Zuama, S.Tr.Kep
NRTK. 2023.03.03.01.230

Mengetahui
Kepala Unit Dialisis

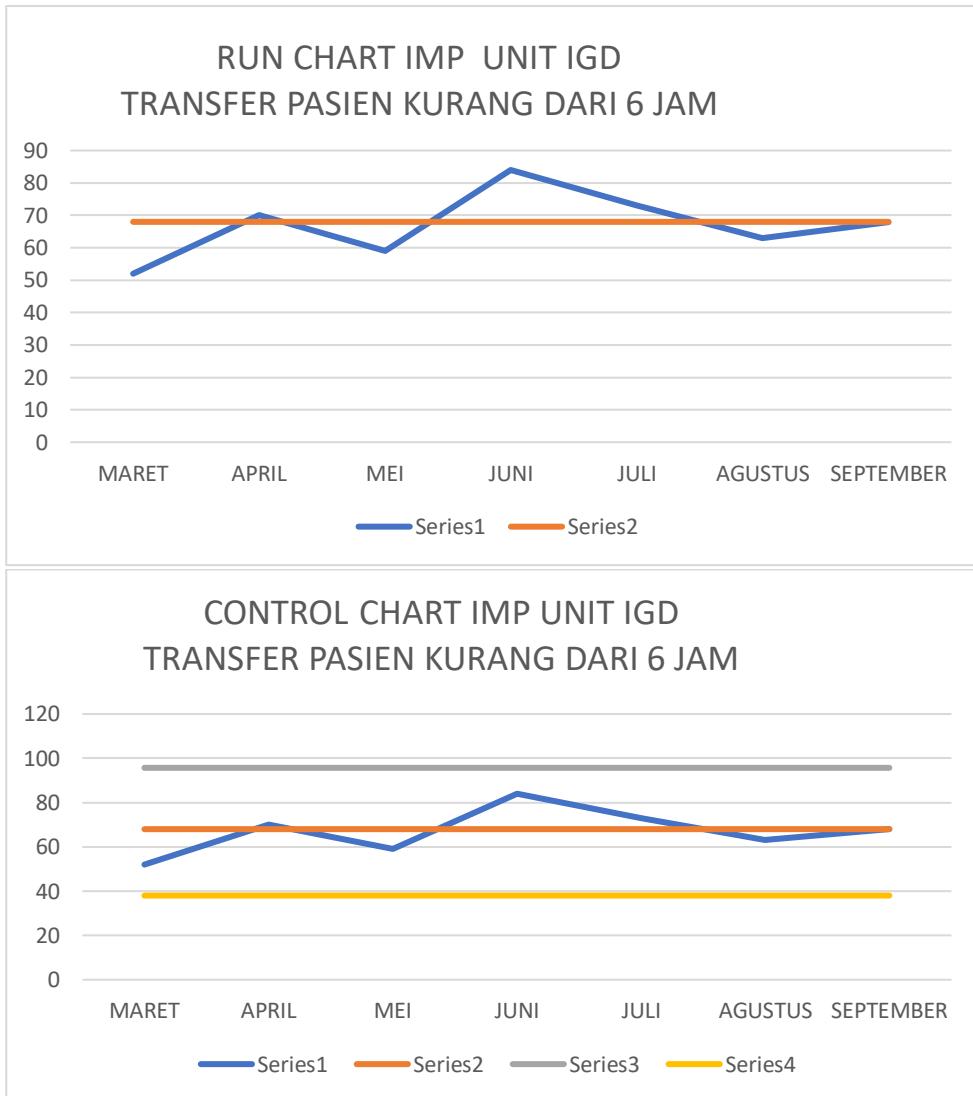
Ns. SRI SEPTIKAWATI, S.Kep
NIP. 19840930 200902 2 010

FEEDBACK DARI KOMITE MUTU KEPADA RUANG ANAK:

RTL sudah spesifik.
Untuk selanjutnya, RTL harus diimplementasikan secara konsisten.

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT GAWAT DARURAT

JUDUL : TRANSFER PASIEN < 6 JAM



ANALISA :

Perbandingan dengan standar

Terjadi peningkatan persentase dari bulan Agustus ke bulan September yaitu sebesar 68 % namun masih belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 80 %

Rencana Tindak Lanjut:

Pemeriksaan penunjang ugd di kerjakan lebih cepat di banding pasien poli seperti pemeriksaan lab

Berkoordinasi dengan bidang terkait penambahan tempat tidur

Dilaporkan oleh

Penanggung Jawab Pengumpul Data

Nur Asmiati,Amd.Kep

Mengetahui

Kepala Ruangan IGD

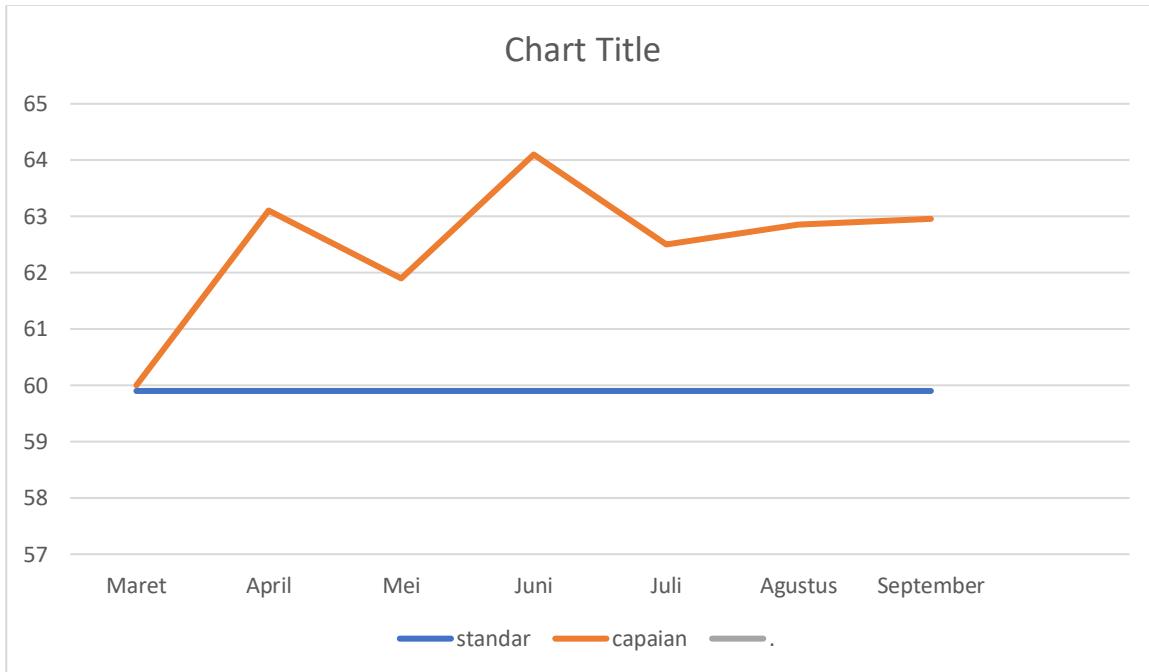
Ns Apriyani,Str. Kep

FEEDBACK DARI KOMITE MUTU:

Buatlah daftar pemeriksaan penunjang apa saja yang memenuhi kriteria pemeriksaan gawat darurat (sesuai dengan clinical pathway yang sudah ditetapkan), sehingga terhindar dari meminta pemeriksaan penunjang yang sifatnya tidak gawat darurat (yang pada akhirnya akan memperpanjang waktu transfer).

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT RUANG KEBIDANAN

JUDUL : IMD PADA BAYI BARU LAHIR



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Presentase Indikator bayi yang dilakukan IMD pada bayi baru lahir di bulan Maret yaitu 60%, bulan April mengalami kenaikan yaitu 63,1 %, bulan Mei terjadi penurunan yaitu 61,9, bulan Juni terjadi kenaikan yaitu 64,1 % , bulan Juli terjadi kenaikan yaitu 65,38 %, bulan Agustus terjadi penurunan yaitu 62,85, dan bulan September terjadi kenaikan yaitu 62,96%.

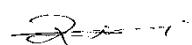
Perbandingan dengan standar:

Capaian yang dicapai sudah mencapai standar yaitu $> 59,9 \%$.

Rencana Tindak Lanjut:

Mengingatkan Kembali kepada seluruh Bidan untuk melakukan IMD Sesuai dengan kriteria bayi untuk dilakukan IMD

Dilaporkan oleh:
Penanggung Jawab Pengumpul Data



(Rianti Riamilta, A.Md.Keb)

Mengetahui
Kepala Unit/ Ruang/ Instalasi



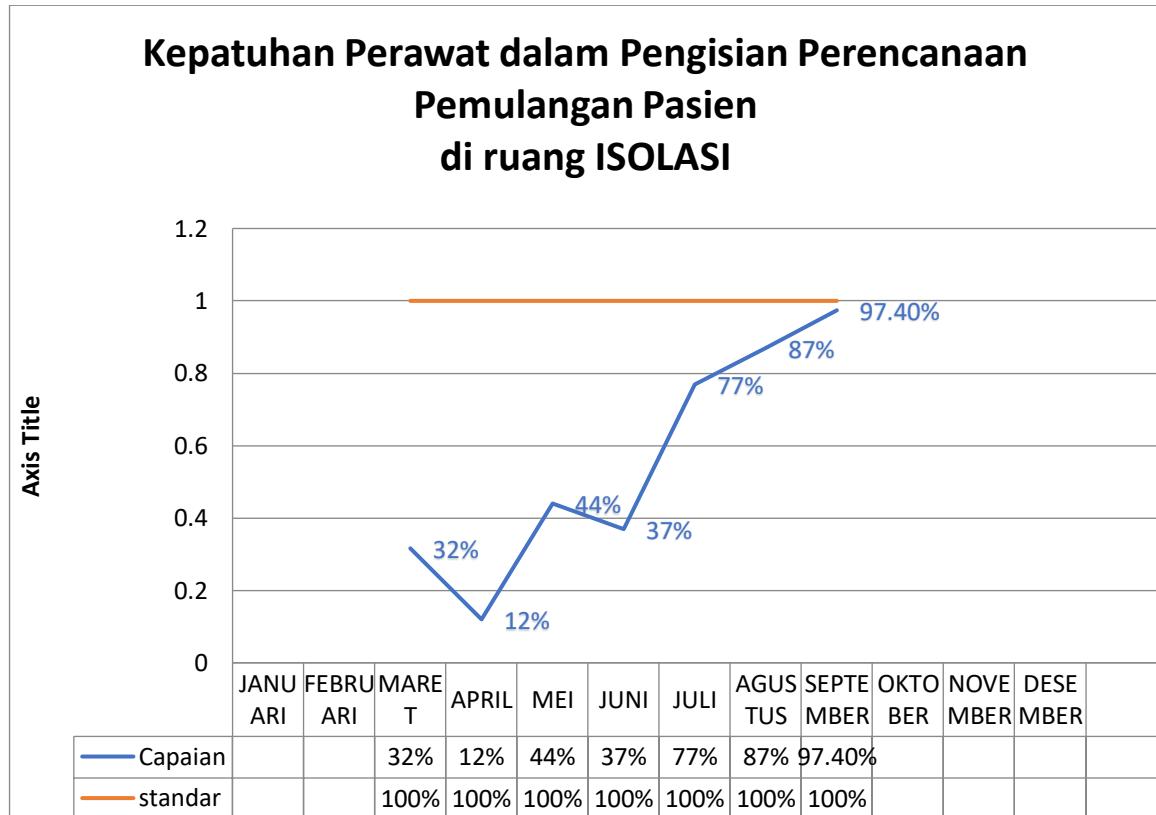
(Nizar Septiyanti Arimbi, A.Md.Keb)

FEEDBACK DARI KOMITE MUTU:

1. RTL yang disusun berpotensi lemah (mengingatkan...), gantilah dengan rekomendasi yang kuat, misalnya standarisasi proses IMD.
2. Capaian sudah berhasil dipertahankan selama 9 bulan di atas standar, karena itu persiapkanlah indikator mutu prioritas yang baru.

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT RUANG ISOLASI

JUDUL : Kepatuhan Perawat dalam Pengisian Perencanaan Pemulangan Pasien di ruang ISOLASI



Analisa

Capaian Kepatuhan Perawat dalam Pengisian Perencanaan Pemulangan Pasien di bulan September menunjukkan peningkatan yang signifikan, dari 87% pada bulan Agustus menjadi 97,4% di bulan September. Peningkatan ini mendekati target yang ditetapkan sebesar 100%, yang menandakan bahwa implementasi perencanaan pemulangan pasien semakin efektif dan berjalan sesuai harapan. Ini menunjukkan bahwa implementasi perencanaan pemulangan pasien sudah berjalan cukup optimal dan sesuai dengan yang diharapkan.

Rencana Tindak Lanjut.

Untuk mencapai target 100% dalam capaian penerapan perencanaan pemulangan beberapa hal yang dapat dilakukan untuk tindak lanjut yaitu:

1. Akhir tahun 2025, IMP unit isolasi, terkait perencanaan pulang pasien harus mencapai target 100%
2. Untuk mencapai target yang di harapkan yaitu 100%, saya sebagian IMP pemangkat, melakukan pemantauan harian kepada teman teman staf isolasi untuk mengecek ulang perencanaan pulang.
3. Melakukan monitoring mingguan kepada staf isolasi untuk melihat pengisian perencanaan pemulangan pasien
4. Melakukan monitoring dan mengevaluasi, setiap awal bulan saat rapat.
5. Peningkatan koordinasi tim untuk meningkatkan capaian IMP mencapai target 100%

Implementasi Tindak Lanjut

Untuk memastikan capaian ini terus meningkat dan target dapat dicapai secara maksimal, maka implementasi tindak lanjut yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

1. **Monitoring Berkala:** Melakukan evaluasi mingguan terhadap pelaksanaan perencanaan pemulangan.
2. **Penguatan Sosialisasi:** Memberikan edukasi lanjutan kepada seluruh tenaga kesehatan mengenai pentingnya perencanaan pemulangan pasien, termasuk prosedur dan dokumentasinya agar tujuan IMP unit isolasi akhir tahun 2025 mencapai target 100%

Mengetahui

Kepala Ruangan Isolasi/

Pengumpul Data



Ns. Febbi Wulan Sari,S.Kep

Risma Amalia Safitri, S.Kep.,Ners



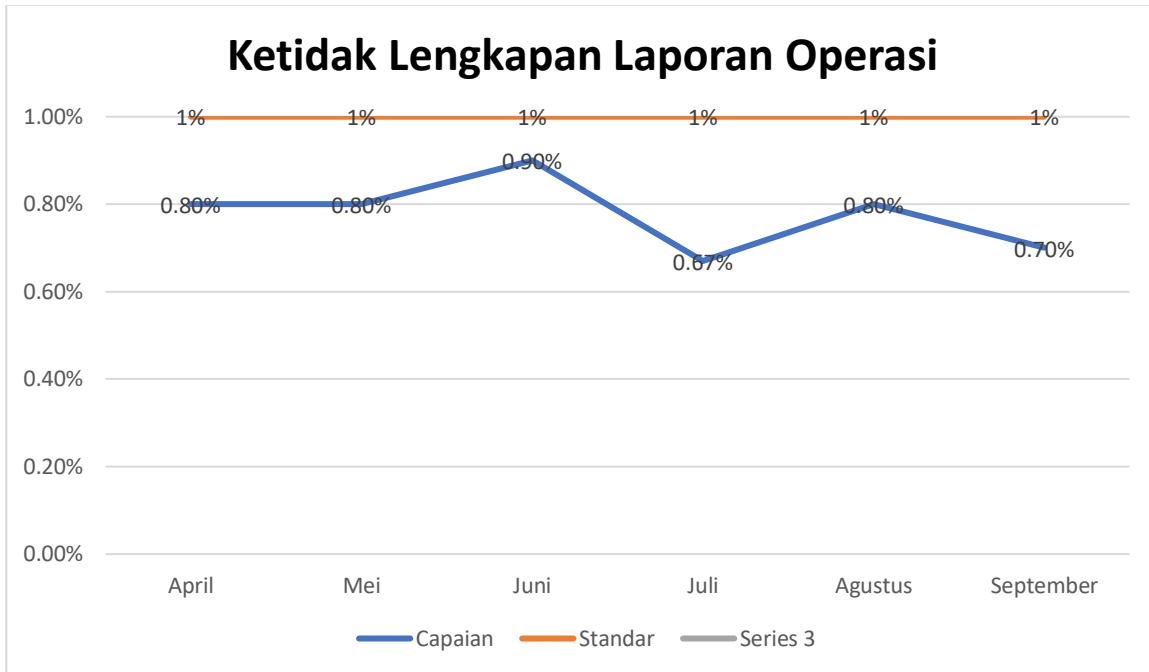
FEEDBACK DARI KOMITE MUTU:

Buatlah RTL yang lebih spesifik dengan menyebutkan tempat, penyelenggara, penanggungjawab kegiatan secara terperinci.

Pilihlah RTL yang merupakan rekomendasi yang kuat (edukasi/ training merupakan rekomendasi yang bersifat lemah).

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS INSTALASI BEDAH SENTRAL

JUDUL: Ketidak Lengkapan Laporan Operasi



Analisa

- Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Pada bulan April 2025 terdapat 2 pasien yang laporan operasinya tidak lengkap dari 227 pasien, pada bulan Mei terdapat 2 pasien yang laporan operasinya tidak lengkap dari 273 pasien, pada bulan Juni 2025 terdapat 2 pasien yang laporan operasi yang tidak lengkap dari 222 pasien, pada bulan Juli terdapat 2 pasien yang laporan operasinya tidak lengkap dari 295 pasien, pada bulan agustus terdapat 2 pasien yang laporan operasinya tidak lengkap dari 236 pasien, sedangkan pada bulan September 2025 terdapat 2 pasien yang laporan operasi yang tidak lengkap dari 275 pasien. Namun persentase tersebut masih dalam nilai ambang / standar yaitu tidak lebih dari 1 %.

Rencana Tindak Lanjut.

- Diharapkan petugas IBS untuk lebih mengingatkan operator agar melengkapi laporan operasi setelah pasien keluar dari kamar operasi.

Implementasi Tindak Lanjut

Rapat rutin IBS membahas mengenai pengecekan Kembali dokumen laporan operasi sebelum pasien keluar dari kamar operasi.

Dilaporkan oleh :
Penanggung Jawab Pengumpul Data

(Malpijan,A.Md.Kep)

Mengetahui
Kepala Instalasi

(Suanda, A.Md.Kep)

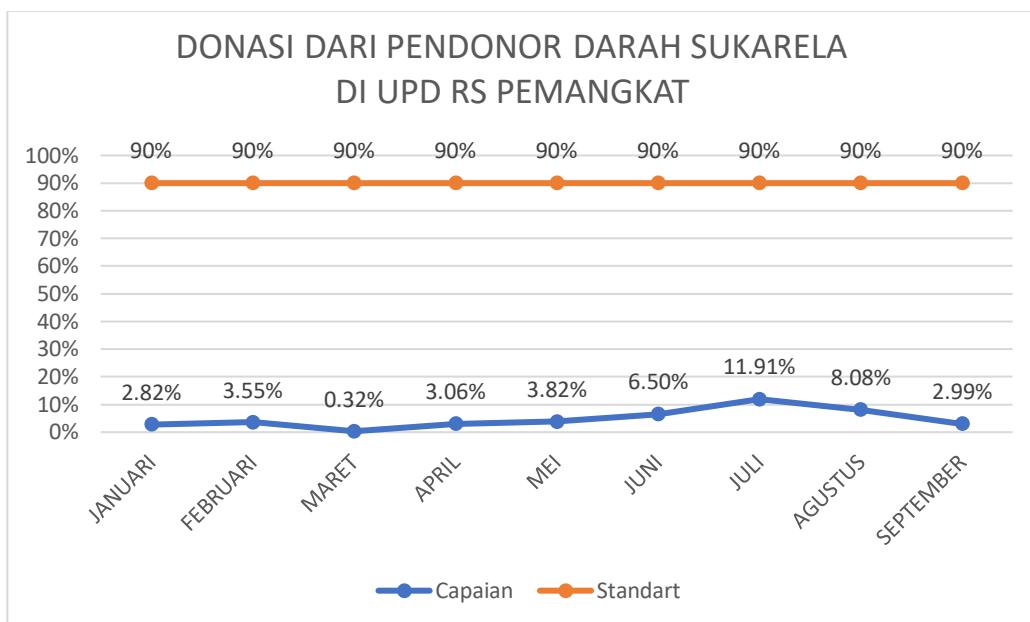
FEEDBACK DARI KOMITE MUTU:

1. RTL yang disusun berpotensi lemah (Diharapkan petugas IBS untuk lebih mengingatkan ...), gantilah dengan rekomendasi yang kuat.
2. Capaian sudah berhasil dipertahankan selama lebih dari 1 tahun di atas standar, karena itu persiapkanlah indikator mutu prioritas yang baru.

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT PELAYANAN DARAH RS

JUDUL

: DONASI DARI PENDONOR DARAH SUKARELA



ANALISA:

Capaian Donasi Pendonor Darah Sukarela yang didapat pada bulan September 2025 mengalami penurunan, dari 8,08% bulan Agustus menjadi 2,99% di bulan September. Dari hasil yang didapat pada bulan September masih sangat jauh mencapai target standar yang ditetapkan sebesar ≥90%.

Rencana Tindak Lanjut :

Untuk mencapai target standar ≥90% dapat dilakukan tindak lanjut yaitu:

1. Diharapkan sering melakukan mobile unit ke kantor-kantor terdekat dan di lingkungan masyarakat umum.
2. Menghubungi kembali pendonor sukarela yang sudah bisa melakukan donor ulang.
3. Memberi reward atau hadiah kepada pendonor yang rutin mendonorkan darah di UPD RS Pemangkat.

Dilaporkan oleh:
Penanggung Jawab Pengumpul Data

Mengetahui
Kepala Unit/ Ruang/ Instalasi

(GUSNANI, AMd.AK)

(HAIRIN, S.Tr.TLM)

FEEDBACK DARI KOMITE MUTU

Buatlah RTL yang lebih spesifik dengan menyebutkan :

1. Tempat, penyelenggara, penanggungjawab kegiatan secara terperinci untuk kegiatan mobile unit.
2. Jenis reward yang diberikan.

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT REKAM MEDIS

JUDUL : ANGKA KEJADIAN REKAM MEDIS GANDA



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Dari diagram batang diatas diketahui bahwa angka kejadian rekam medis ganda pada bulan september 2025 di unit rekam medis adalah 0,0001 %. Pada bulan september 2025 ditemukan 1 kejadian rekam medis ganda dari total registrasi loket rawat jalan 6.891 pasien dan registrasi loket rawat inap 1.499 pasien.

Perbandingan dengan standar:

Standar indikator mutu ini adalah 0% kejadian, pada bulan september ditemukan adanya 1 kejadian atau 0,0001% .

Rencana Tindak Lanjut:

Menurunkan angka kejadian rekam medis ganda pada bulan layanan Oktober dan selanjutnya, berkolaborasi bersama tim IT dengan cara membuat fitur tambahan pada SIMRS Khanza untuk menu pendaftaran dengan mengunci keyword dari nomor NIK.

Dilaporkan oleh: Mengetahui
Penanggung Jawab Pengumpul Data Kepala Unit/ Ruang/ Instalasi



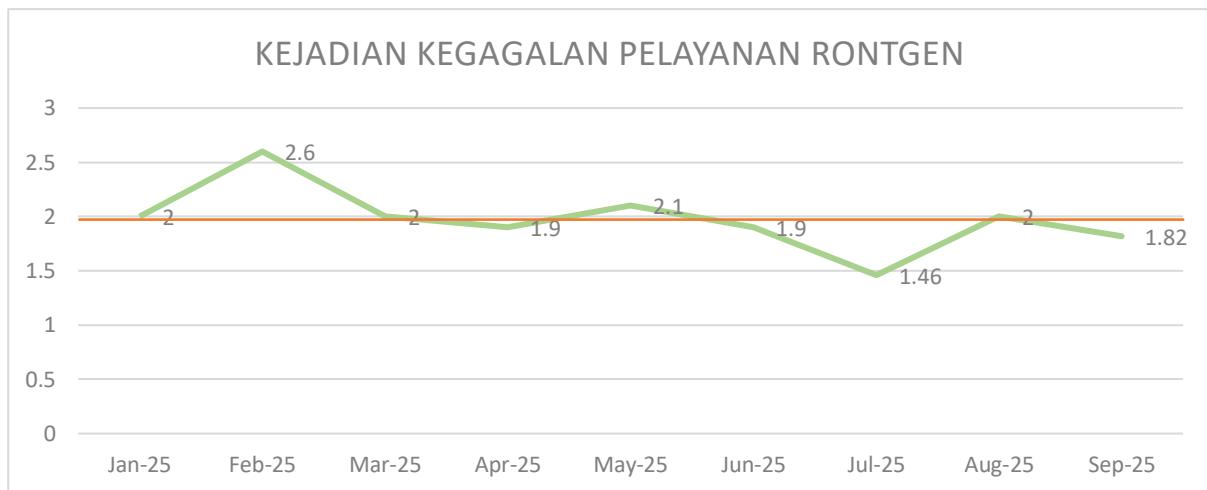
(Tatik Puji Lestari, A.Md.Kes) (Tatik Puji Lestari, A.Md.Kes)

FEEDBACK DARI KOMITE MUTU

RTL yang disusun sudah merupakan rekomendasi yang kuat.

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT RADIOLOGI

JUDUL : Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen



ANALISA:

- Angka Kegagalan pelayanan rontgen bulan Juli 2025 1,46 %, Agustus 2025 2,0 % dan September 2025 1,82 %.
- Pada bulan Juli sudah mencapai standar, pada bulan Mei terjadi kenaikan angka kegagalan rontgen sebanyak 0,54 % menjadi 2,0 % (masih dalam batas standar), kemudian pada bulan September terjadi penurunan angka kegagalan rontgen sebanyak 0,18 % yaitu menjadi 1,82%
- Faktor terbanyak yang menyebabkan terjadinya kegagalan rontgen di bulan Juli - September 2025 adalah kesalahan positioning yaitu gambaran objek yang di periksa terpotong sehingga kriteria radiograf tidak terpenuhi.
- Kejadian kegagalan pelayanan rontgen paling banyak terjadi pada jenis pemeriksaan Thorax.
- Terjadi penurunan pada faktor penyebab kesalahan faktor eksposi dari Agustus 2025 ke September 2025
- Terjadi penurunan signifikan pada faktor penyebab kesalahan positioning objek, yaitu pada Agustus 2025 sebanyak 13 foto menjadi 5 foto di September 2025
- Terjadi tren peningkatan pada faktor penyebab pergerakan pasien yang menyebabkan gambaran rontgen menjadi kabur.
- Kembali terjadi peningkatan yang signifikan pada faktor penyebab adanya benda asing dari bulan Agustus 2025 sebanyak 5 foto menjadi 12 foto di bulan September.

Rencana tindak lanjut:

- Melakukan **evaluasi** bersama seluruh petugas radiologi pada rapat bulanan unit Radiologi.
- Melakukan komitmen Bersama seluruh petugas radiologi untuk melakukan perbaikan pada faktor penyebab terbanyak dan di terapkan pada bulan selanjutnya.
- Untuk menekan angka kegagalan karena factor benda asing, petugas PPR melakukan pembinaan kepada petugas radiografer untuk menerapkan SPO terbaru yaitu melakukan double check pada area objek yang diperiksa untuk memastikan tidak adanya benda logam yang dapat menimbulkan gambaran artefak pada radiograf, pembinaan di agendakan pada rapat rutin radiologi di bulan Oktober 2025.
- Melanjutkan pencatatan dan analisis reject setiap bulan.

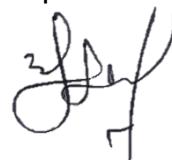
Dilaporkan Oleh :

Penanggung Jawab Pengumpul Data



Abdul Yasir A.Md. Rad

Kepala Ruang Radiologi



Halimurrosyid A.Md.Rad

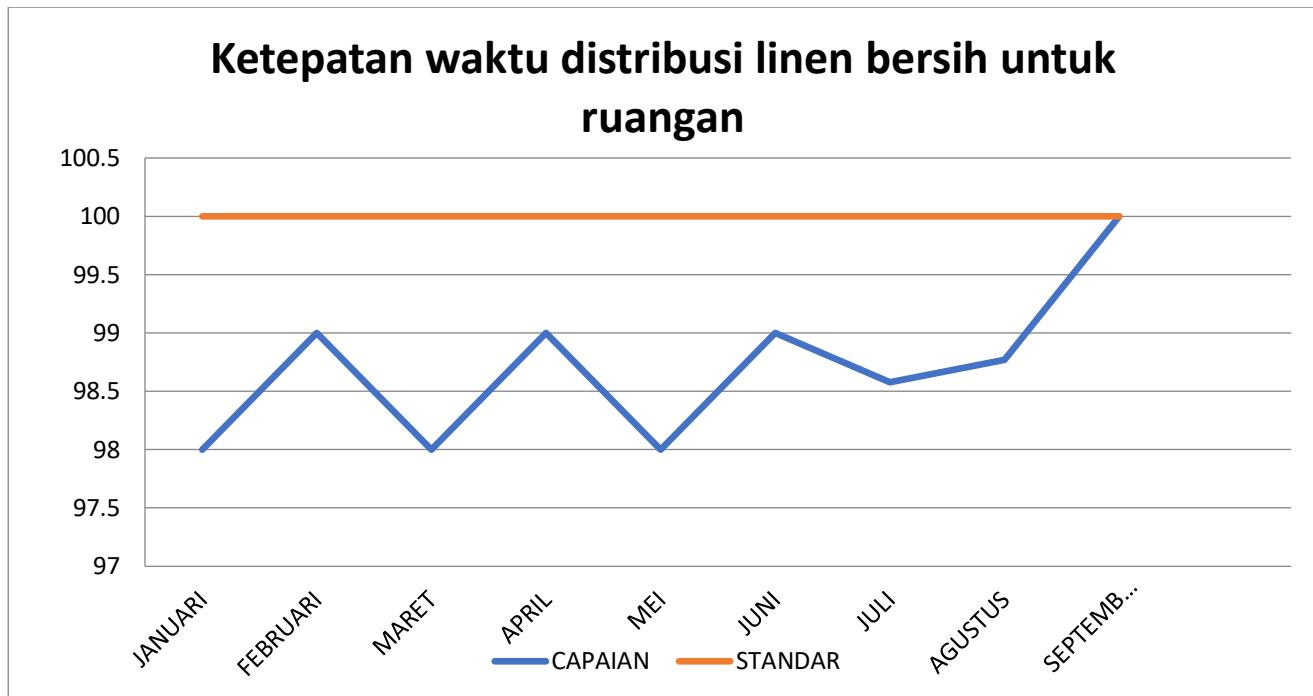
FEEDBACK DARI KOMITE MUTU:

RTL yang disusun berpotensi lemah, gantilah dengan rekomendasi yang kuat, misalnya standarisasi proses pelayanan rontgen thorax (yang paling banyak mengalami kegagalan).

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT LAUNDRY

JUDUL

: Ketepatan waktu distribusi linen bersih untuk ruangan



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu kewaktu; Bulan agustus tidak ada kenaikan (98,77%) Bulan September ada kenaikan (100%) hasil capaian sudah memenuhi standar yang ditetapkan yaitu 100 %. Jadi ketepatan waktu pendistribusian linen bersih tercapai.

Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada Bulan agustus (98,77%) Bulan September mencapai (100%)

Perbandingan dengan standar :

Sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100 %.

Rencana Tindak Lanjut:

Pertahankan pengantaran linen bersih keruangan agar tepat waktu.

Dilaporkan oleh
Penanggung Jawab Pengumpul Data



MESSI
NRTK : 2022.07.06.02.071

Mengetahui
Kepala Unit Laundry



RITA HESTIASARI,S.A.P
NIP. 19790618 200701 2 019

FEEDBACK DARI KOMITE MUTU:

RTL yang disusun berpotensi lemah, gantilah dengan rekomendasi yang kuat, misalnya standarisasi proses pengantaran linen.

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT LABORATORIUM

JUDUL: TIDAK ADANYA KEJADIAN TERTUKAR SPESIMEN PEMERIKSAAN LABORATORIUM



Analisa

- Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Pada bulan September 2025 terjadi kestabilan capaian dari bulan sebelumnya. Pada bulan September 2025 tidak ada kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium dan sudah mencapai standar yang ditetapkan yaitu 100%.

- Perbandingan dengan standar:

Capaian yang dicapai pada bulan September sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut.

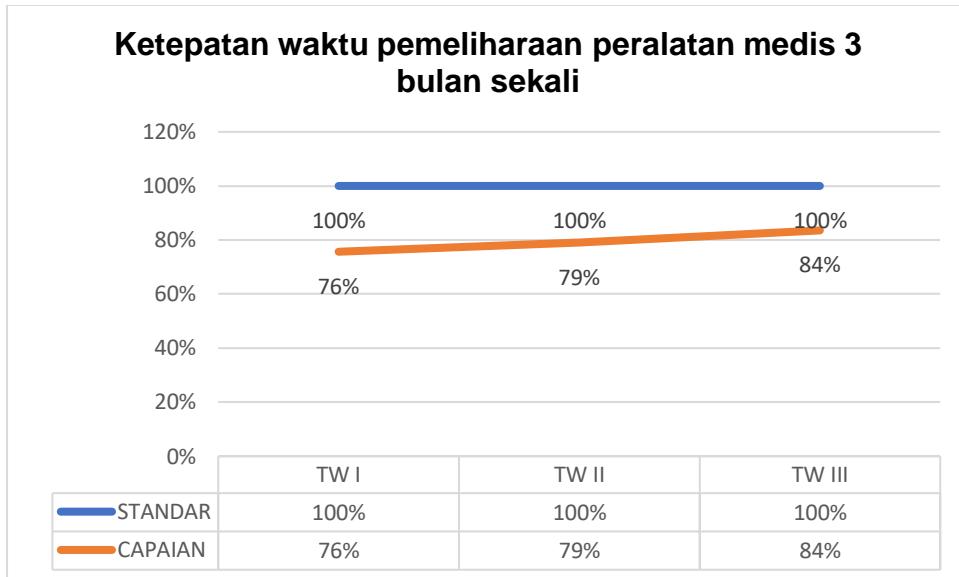
- Selalu mengoptimalkan kinerja staff laboratorium agar selalu melakukan identifikasi pasien secara tepat dan benar sesuai SOP dan teliti dalam pelaksanaan pengelolaan spesimen laboratorium.
- Selalu menyesuaikan identitas pasien pada blanko permintaan atau permintaan pemeriksaan laboratorium di Khanza dengan identitas yang ada pada spesimen laboratorium.

FEEDBACK DARI KOMITE MUTU:

1. RTL yang disusun berpotensi lemah (Selalu mengoptimalkan kinerja staff), gantilah dengan rekomendasi yang kuat.
2. Capaian sudah berhasil dipertahankan selama lebih dari 1 tahun di atas standar, karena itu persiapkanlah indikator mutu prioritas yang baru.

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS INSTALASI PEMELIHARAAN FASILITAS RS

JUDUL : KETEPATAN WAKTU PEMELIHARAAN PERALATAN MEDIS 3 BULAN SEKALI



Analisa

Terjadi kenaikan capaian dari triwulan sebelumnya walaupun hasil capaian belum mencapai standar yang ditetapkan yaitu 100%, ini disebabkan oleh perpindahan alat antar ruangan yang tidak tercatat menyebabkan sulitnya melakukan pemeliharaan dan jumlah SDM yang tidak sesuai dengan beban kerja yang diemban mengakibatkan keterlambatan dalam pemeliharaan peralatan medis, selanjutnya ada beberapa peralatan medis yang belum dapat dilakukan pemeliharaan dikarenakan peralatan medis yang masih berada dalam proses perbaikan, pemeliharaan akan dilakukan setelah peralatan diperbaiki.

Rencana Tindak Lanjut

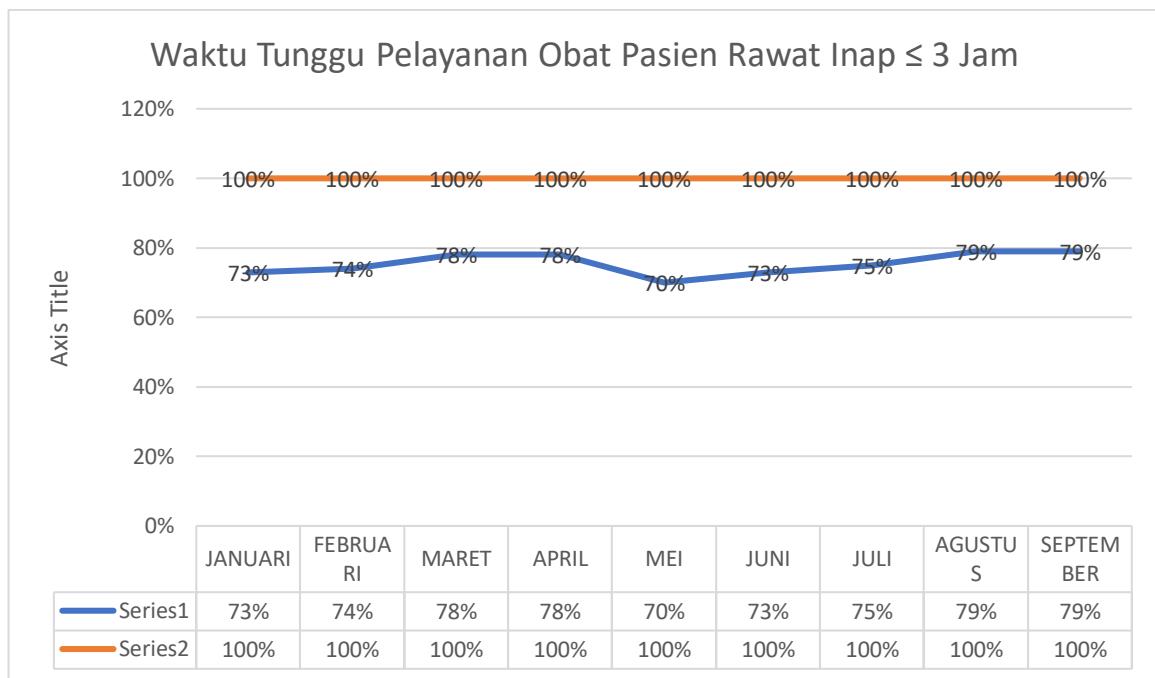
Melakukan sosialisasi kepada ruangan agar mencatat dan melaporkan perpindahan alat antar ruangan sehingga memudahkan pendataan alat yang akan digunakan dalam melakukan pemeliharaan

FEEDBACK DARI KOMITE MUTU:

RTL yang disusun berpotensi lemah (Selalu mengoptimalkan kinerja staff), gantilah dengan rekomendasi yang kuat.

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS INSTALASI FARMASI

JUDUL : WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT PASIEN RAWAT INAP ≤ 3 JAM



Analisa

- Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Dari bulan Januari 2025 sampai dengan September 2025 dapat dilihat capaian IMP belum mencapai standar. Akan tetapi capaian IMP setiap bulan meningkat. Terjadi peningkatan capaian pada bulan Juni 2025 secara signifikan, meskipun masih dibawah standar yang ditetapkan yaitu 100%, ini disebabkan oleh SDM yang melakukan pelayanan Obat pasien rawat inap jumlahnya belum memadai.

- Perbandingan dengan standar:

Capaian yang dicapai pada bulan September 2025 sebesar 79%, terjadi peningkatan dari bulan sebelumnya dan masih belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%

Rencana Tindak Lanjut.

- Pengajuan penambahan SDM khususnya Tenaga Teknis Kefarmasian

Implementasi Tindak Lanjut

Membuat surat permohonan pengajuan Penambahan SDM

Dilaporkan oleh:
Penanggung Jawab Pengumpul Data



(Apt. Yustika, S.Farm)
NRTK. 2023.01.03.02.225

Mengetahui
Kepala Unit/ Ruang/ Instalasi



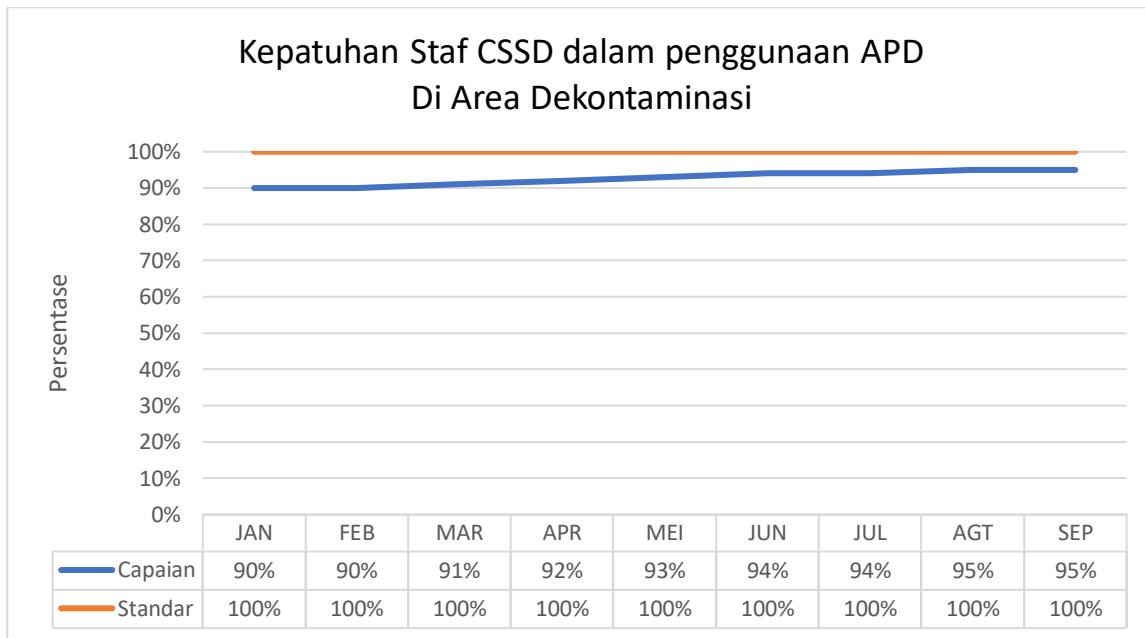
(Dwi Sosiyawati, S.Si, M.Si, Apt)
NIP3K. 19780610 20222 1 002

FEEDBACK DARI KOMITE MUTU:

1. RTL yang dibuat sudah cukup bagus karena berupa fasilitasi, tingkatkan lagi dengan rekomendasi yang bersifat eliminasi.

DATA INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT CSSD

JUDUL : KEPATUHAN STAF CSSD DALAM PENGGUNAAN APD DI AREA DEKONTAMINASI



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Tidak ada kenaikan capaian dari bulan Januari ke bulan Februari dan mengalami kenaikan 1 % dari bulan Februari ke bulan Maret. Dan bulan Maret ke bulan April ada kenaikan 1 % ke bulan Mei naik 1 % ke bulan Juni 1 % ke Juli, bulan Agustus ke bulan September tidak ada kenaikan .walaupun tidak ada kenaikan hasil capaian belum mencapai standard yang tetapkan yaitu 100 %.

Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada bulan Agustus sebesar 1 % mengalami kenaikan dari bulan sebelumnya tetapi masih belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 100 %.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Mengingatkan staf untuk memakai APD saat berada di area Dekontaminasi.
2. Mengingatkan staf akan penting memakai APD lengkap untuk keselamatan

Dilaporkan Oleh :
Penanggung Jawab Pengumpul Data



Riswani

Mengetahui
Kepala Instalasi CSSD



Gusnadi, A.Md.Kep
Nip.197406061995021001

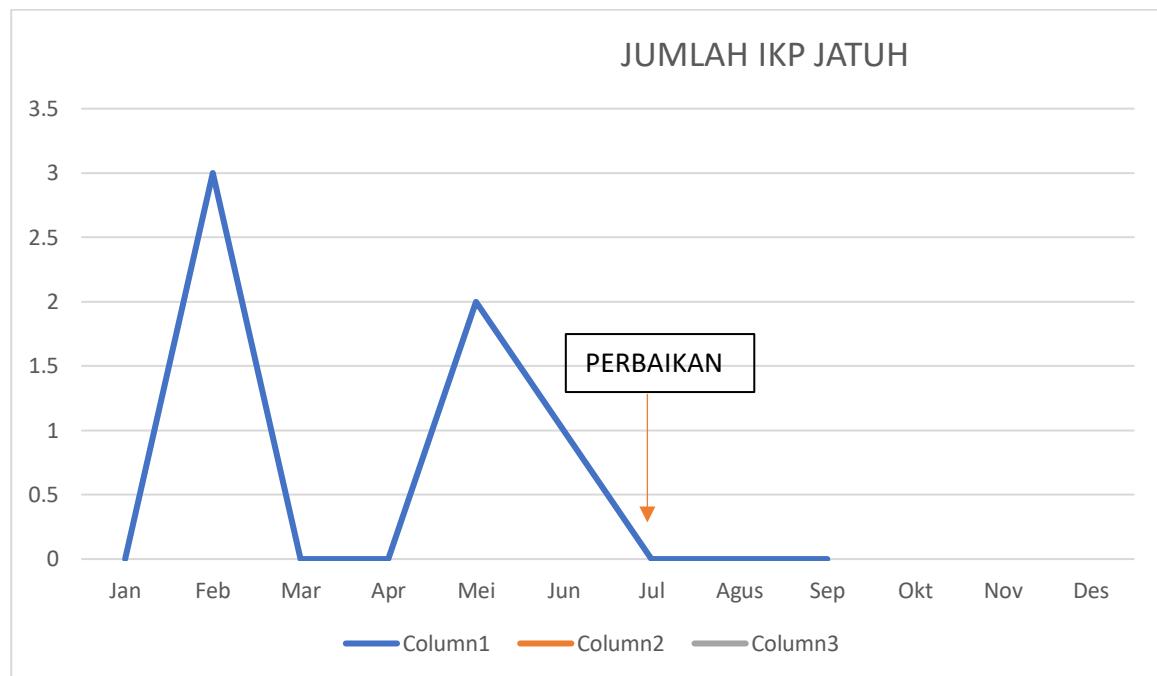
FEEDBACK DARI KOMITE MUTU

Pilihlah RTL yang merupakan rekomendasi yang kuat (**mengingatkan** merupakan rekomendasi yang bersifat lemah).

2. PELAPORAN DAN ANALISIS INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Sepanjang triwulan III tahun 2025, tidak ada IKP yang dilaporkan (IKP Nihil).

Secara khusus, tidak ada IKP Pasien jatuh sepanjang triwulan III tahun 2025.



Sejak dilaksanakan usaha perbaikan yang berupa penggantian tempat tidur yang rusak dan pelatihan, maka IKP Jatuh berhasil ditekan menjadi nihil sepanjang triwulan III.

Untuk detail usaha perbaikan yang telah dilakukan, dapat dibaca pada **Laporan Pencegahan Insiden Keselamatan Pasien: Kejadian Pasien Jatuh Dengan Menggunakan Metode Plan Do Check Action (PDCA)**, yang diterbitkan Komite Mutu pada bulan Agustus yang lalu.

3. PELAPORAN KEGIATAN MANAJEMEN RISIKO

Sesuai Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor Hk.02.02/D/47104/2024 Tentang Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit, Komite Mutu membuat pemantauan terhadap rencana penanganan dan melaporkan kepada direktur representatif dan pemilik/dewan pengawas setiap 6 (enam) bulan, oleh karena itu, laporan semester II tahun 2025 akan dilaporkan pada bulan Januari 2026.

E. EVALUASI KEGIATAN

Pelaksanaan pengumpulan indikator mutu telah berjalan dengan tertib setiap bulannya, namun rencana tindak lanjut yang dihasilkan masih belum spesifik (belum memenuhi kriteria Specific, Measurable, Achievable, Related, Time-bound).

Pelaporan IKP nihil tidak bisa menunjukkan bahwa budaya pelaporan bertumbuh.

Sedangkan usulan perbaikan terhadap risiko masih banyak yang belum terealisasi.

BAB III

PENUTUP

1. KESIMPULAN

Pelaksanaan Program PMKP sampai dengan triwulan III sudah berjalan baik, namun ada beberapa hal yang perlu mendapat perhatian:

- a. Sebagian besar Rencana Tindak Lanjut yang dibuat Unit-unit belum memenuhi kriteria RTL yang baik, sehingga sulit diimplementasikan untuk meningkatkan mutu.
- b. Sebagian besar usulan perbaikan terhadap risiko belum terealisasi, sehingga berpotensi timbulnya IKP maupun kecelakaan kerja.

2. SARAN

- a. Kepala Unit Bersama staf harus berdiskusi agar menghasilkan Rencana Tindak Lanjut yang memenuhi kriteria SMART (Specific, Measurable, Achievable, Related, Time-bound) dan merupakan rekomendasi yang kuat.
- b. Pelaporan IKP secara online untuk mempermudah pelaporan IKP dan menjamin prinsip *no blaming*.
- c. Bidang- bidang terkait risiko yang ada di unit-unit di bawahnya harus segera merealisasikan usulan perbaikan agar IKP dan kecelakaan kerja dapat dicegah.

LEMBAR PENGESAHAN

**DEWAN PENGAWAS BLUD
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PEMANGKAT**

**MENGETAHUI DAN MENYETUJUI
LAPORAN PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
TRIWULAN III TAHUN 2025
DI RSUD PEMANGKAT**

Sambas, 13 Oktober 2025



**Ketua Dewan Pengawas
RSUD Pemangkat**

SAMEKTO HADI SUSENO, S.E, M.E
NIP. 197109271999031007