



PEMERINTAH KABUPATEN SAMBAS
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PEMANGKAT
Jalan A. Kadir Kasim No. 09 Telp & Fax (0562) 241203 E-mail :rsu.pmk@gmail.com
PEMANGKAT - KALIMANTAN BARAT

Kode Pos 79455

LAPORAN PROGRAM PENINGKATAN MUTU KESELAMATAN
PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO
TRIWULAN I TAHUN 2026



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PEMANGKAT
TAHUN 2026

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 I Tahun 2026

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, 06 April 2026

Komite Mutu

DAFTAR ISI

Pengantar.	.....	i
Daftar Isi	.....	1
BAB I PENDAHULUAN		
A. Latar Belakang	.....	2
B. Tujuan	.....	2
C. Ruang Lingkup / Sasaran	.....	2
BAB II LAPORAN		
A. Waktu dan Tempat	.....	3
B. Pelaksana Kegiatan	.....	3
C. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan	.....	3
D. Hasil Pelaksanaan kegiatan	.....	4
E. Evaluasi Kegiatan	.....	28
BAB III PENUTUP		
1. Kesimpulan	.....	29
2. Saran	.....	29

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 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 I tahun 2026 (Januari s.d. Maret), dilaporkan kepada Direktur pada tanggal 21 April 2026.

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 I TAHUN 2026

No.	Kegiatan	Bulan												Keterangan	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
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	
4.	Pelaporan program PMKP kepada Direktur														sudah
															belum

D. HASIL PELAKSANAAN KEGIATAN

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

a. Kepatuhan Kebersihan Tangan ($\geq 85\%$)



Analisis:

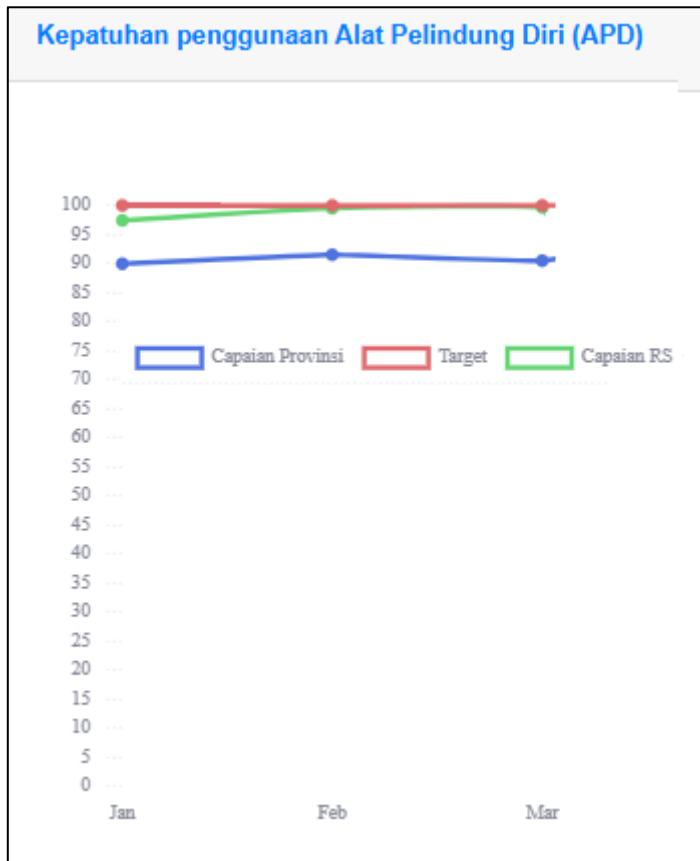
Mayoritas tenaga kesehatan telah melakukan hand hygiene dengan benar, capaian RS di atas capaian provinsi.

Rencana Tindak Lanjut:

Intervensi Spesifik: Lakukan intervensi yang ditargetkan pada kelompok perawat untuk mencari tahu penyebab ketidakpatuhan dan memberikan solusi yang efektif.

- Edukasi Berkelanjutan: Terus lakukan edukasi dan pelatihan tentang pentingnya hand hygiene dan teknik yang benar.
- Audit Berkala: Lakukan audit secara berkala untuk memantau kepatuhan hand hygiene dan mengidentifikasi area yang perlu perbaikan.
- Promosikan Budaya Hand Hygiene: Ciptakan budaya hand hygiene yang kuat di fasilitas kesehatan, di mana semua orang merasa bertanggung jawab untuk menjaga kebersihan tangan.

b. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (100%)



Analisis:

Secara umum, audit kepatuhan penggunaan APD di RSUD Pemangkat pada Triwulan I tahun 2026 menunjukkan hasil yang baik, terutama dalam penggunaan masker. Namun, ada beberapa area yang perlu ditingkatkan, seperti penggunaan Google/Kacamata Khusus dan Headcap/Topi.

Rencana Tindak Lanjut:

Tingkatkan Kesadaran: Edukasi tentang pentingnya penggunaan APD secara lengkap, termasuk Google/Kacamata Khusus dan Headcap/Topi, perlu ditingkatkan.

- Ketersediaan APD: Pastikan ketersediaan APD yang cukup di semua unit, terutama Google/Kacamata Khusus dan Headcap/Topi.
- Evaluasi Lebih Lanjut: Lakukan evaluasi lebih lanjut untuk memahami mengapa penggunaan Google/Kacamata Khusus dan Headcap/Topi rendah, dan cari solusi yang efektif.

c. Kepatuhan Identifikasi Pasien



Analisis:

Capaian berhasil dipertahankan sesuai standar.

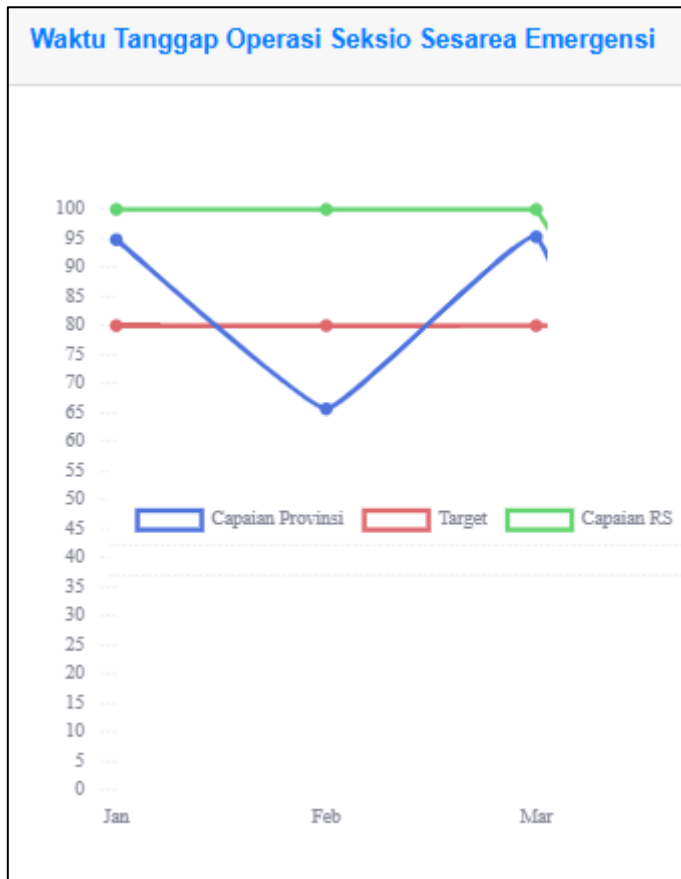
Pasien yang dirawat di ruang perawatan semuanya sudah memakai gelang identitas pasien dan perawat selalu melakukan identifikasi terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan.

Rencana Tindak Lanjut:

Sosialisasi ulang kepada semua staf yang bertugas di ruangan tentang kepatuhan identifikasi pasien

- Mengevaluasi semua tindakan / kegiatan yang berhubungan dengan kepatuhan identifikasi pasien.

d. Waktu Tanggap Operasi Sesarea Emergensi



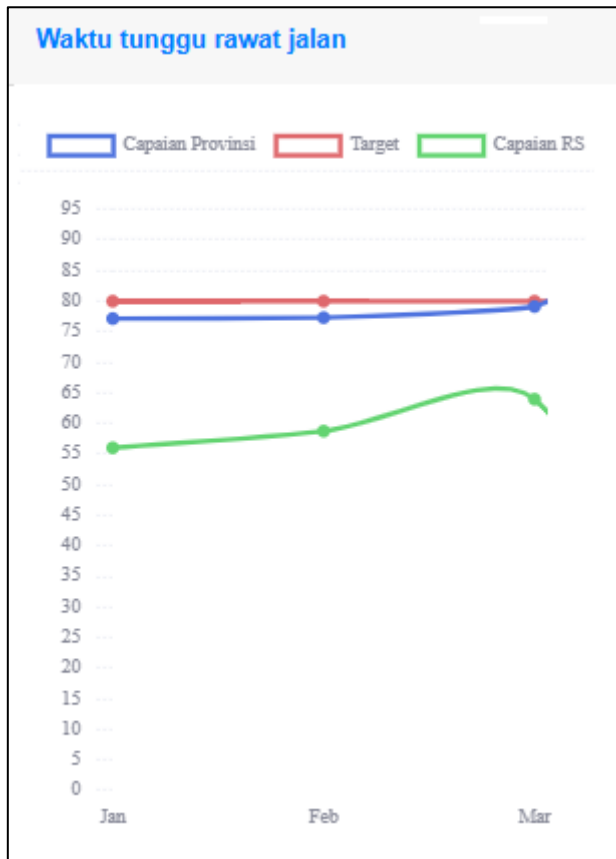
Analisis:

Capaian SC Emergency kategori 1 berhasil dipertahankan sesuai standar, melebihi capaian provinsi.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan komunikasi efektif antara dokter spesialis obgyn dengan staf jaga UGD Maternal, sehingga dapat mempersiapkan pasien SC emergency kurang dari 30 menit di ruangan.

e. Waktu Tunggu Rawat Jalan



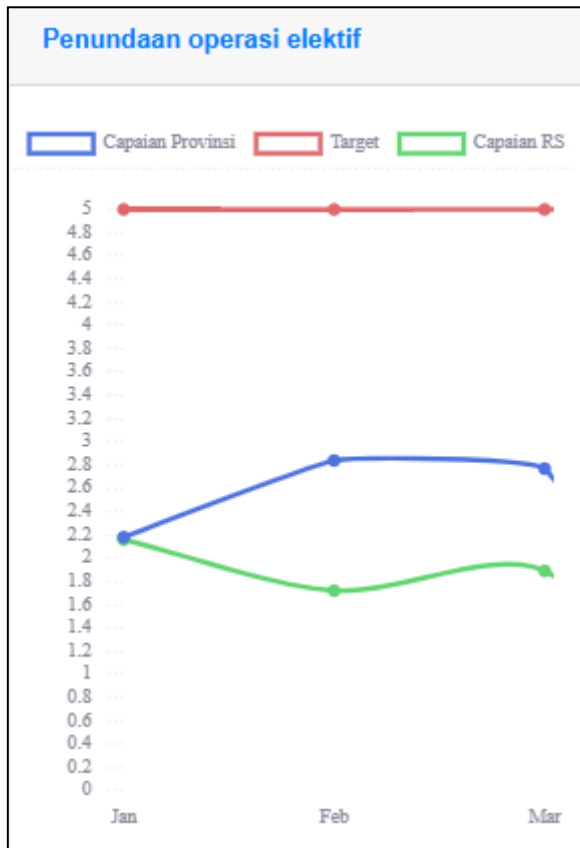
Analisis:

Capaian belum mencapai standar disebabkan penumpukan antrean di loket, walaupun sudah mendaftar secara online

Rencana Tindak Lanjut:

Pengadaan Anjungan Pasien Mandiri pada triwulan II.

f. Penundaan Operasi Elektif



Analisis:

Capaian belum mencapai target.

Rencana Tindak Lanjut:

Aktivasi ruang operasi di IGD untuk operasi emergensi, sehingga tidak mengganggu jadwal operasi elektif.

g. Kepatuhan Waktu Visite Dokter



Analisis:

Capaian sudah melebihi target yang ditetapkan yaitu 80%.

Rencana Tindak Lanjut:

Melakukan sosialisasi kepada DPJP untuk selalu tepat waktu melakukan visite.

h. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



Analisis:

Capaian berhasil dipertahankan sesuai standar.

Rencana Tindak Lanjut:

Pembinaan dan pengarahan kepada seluruh perawat untuk selalu memperhatikan waktu pelaporan hasil kritis kepada DPJP.

i. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Analisis:

Capaian sudah melebihi standar ($\geq 80\%$), hal ini di karenakan pengadaan obat yang sesuai Formularium Nasional sudah optimal.

Rencana Tindak Lanjut:

Pemesanan obat yang sesuai Formularium Nasional bila ada stok yang mendekati habis.

j. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis



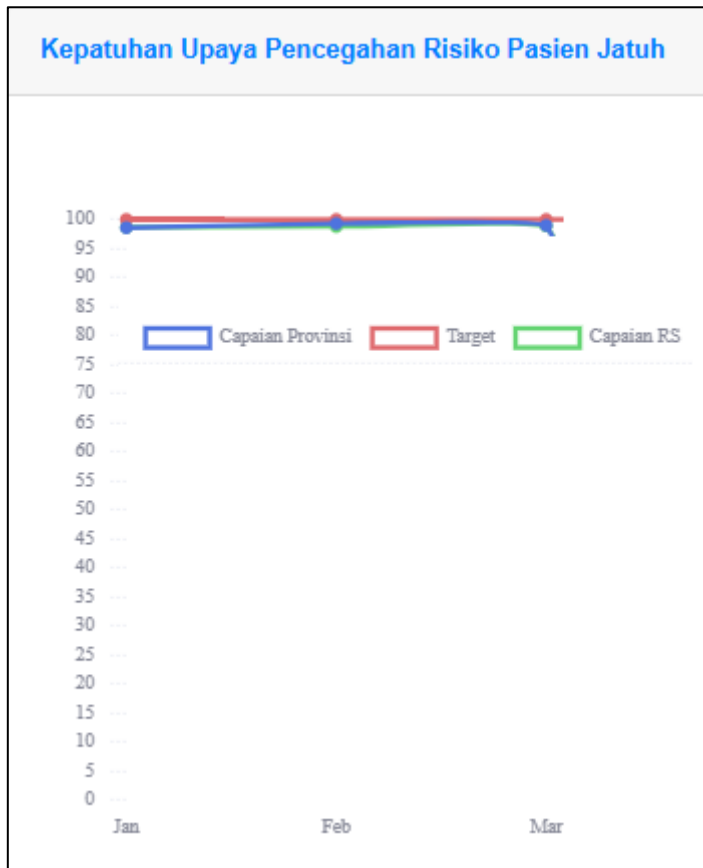
Analisis:

Capaian sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu $\geq 80\%$.

Rencana Tindak Lanjut:

Mengingat kembali kepada seluruh PPA untuk mematuhi clinical pathway.

k. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh



Analisis:

Capaian sudah dipertahankan mencapai target, namun adanya IKP Jatuh pada bulan Maret membuktikan bahwa Upaya yang dilakukan belum maksimal..

Rencana Tindak Lanjut:

Semua kepala ruangan mengawasi apakah skoring risiko jatuh sudah sesuai dengan usia pasien dan apakah implementasi pencegahan risiko sudah sesuai dengan skoring risiko jatuh.

I. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain



Analisa:

Capaian sudah melebihi target yang ditetapkan.

Rencana Tindak Lanjut:

Menyiagakan saluran komunikasi (lewat whatsapp) Manajer Pelayanan Pasien yang menjadi petugas untuk menanggapi komplain selama 24 jam/hari.

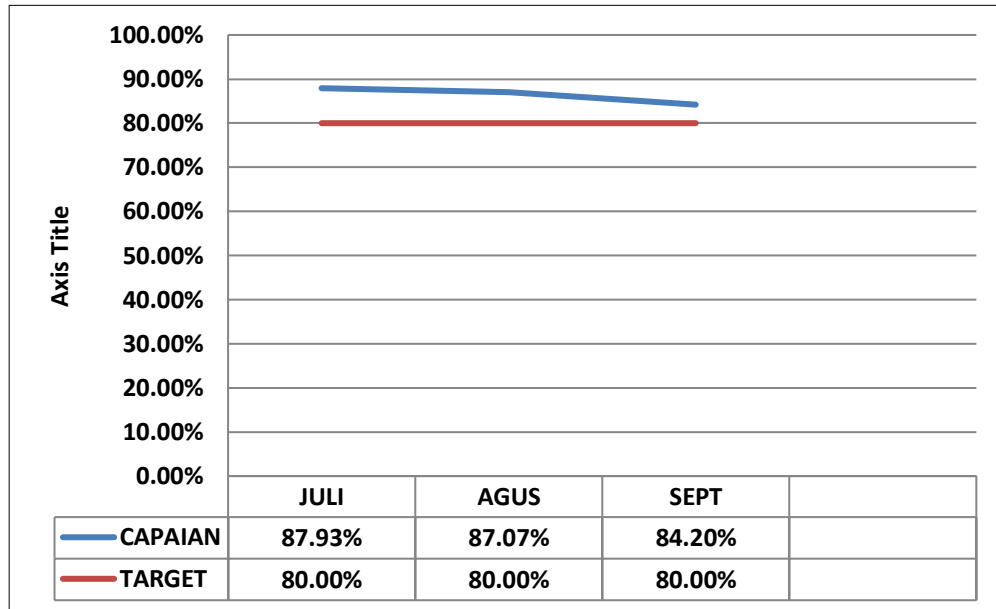
Nomor WA MPP dipasang di tempat-tempat yang mudah dilihat oleh pasien dan keluarganya.

m. Kepuasan pasien

INM Kepuasan pasien untuk triwulan I tidak ada data, karena sesuai Permenkes no. 30 tahun 2022, survei kepuasan pasien yang diunggah (di-upload) ke <https://mutufasyankes.kemkes.go.id/simar> adalah hasil survei yang dilakukan pada bulan Juni dan Desember.

2. PENGUMPULAN DATA DAN ANALISIS INDIKATOR MUTU PRIORITAS PERBAIKAN RS

JUDUL : WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Ada penurunan persentase bulan September dibandingkan bulan Juli. Hal ini mungkin disebabkan karena DPJP dipoliklinik ada yang datang terlambat di poli karena harus memberikan pelayanan/visit di bangsal perawatan.

Aplikasi antrian online sedang dalam proses update ulang sehingga terjadi penumpukan antrian pasien manual, dimana pasien datang langsung ambil antrian di mesin antrian poli rawat jalan

Perbandingan dengan standar:

Waktu tunggu rawat jalan bulan September 84,20% sudah mencapai standard yaitu >80%.

Rencana Tindak Lanjut:

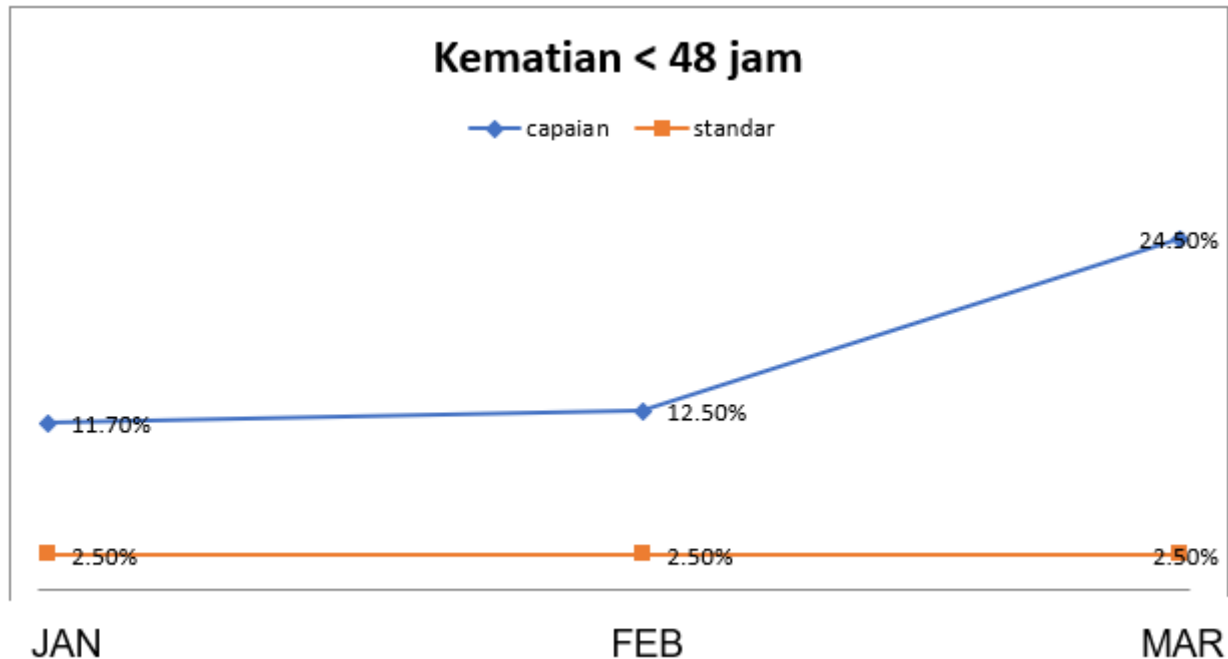
Peningkatan Pemantauan dan evaluasi rutin pelayanan poli rawat jalan

3. PENGUMPULAN DATA DAN ANALISIS INDIKATOR MUTU UNIT

a. BIDANG KEPERAWATAN

RUANG/ UNIT : RUANG ICU

JUDUL : KEMATIAN PASIEN < 48 JAM



ANALISA :

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Terjadi kenaikan persentase dari bulan Februari 2026 ke bulan Maret 2026 yaitu sebesar 12 %

Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada bulan Maret sebesar 24,5% mengalami kenaikan dari bulan sebelumnya. Dan belum mencapai target yang di tentukan yaitu 2,50%.

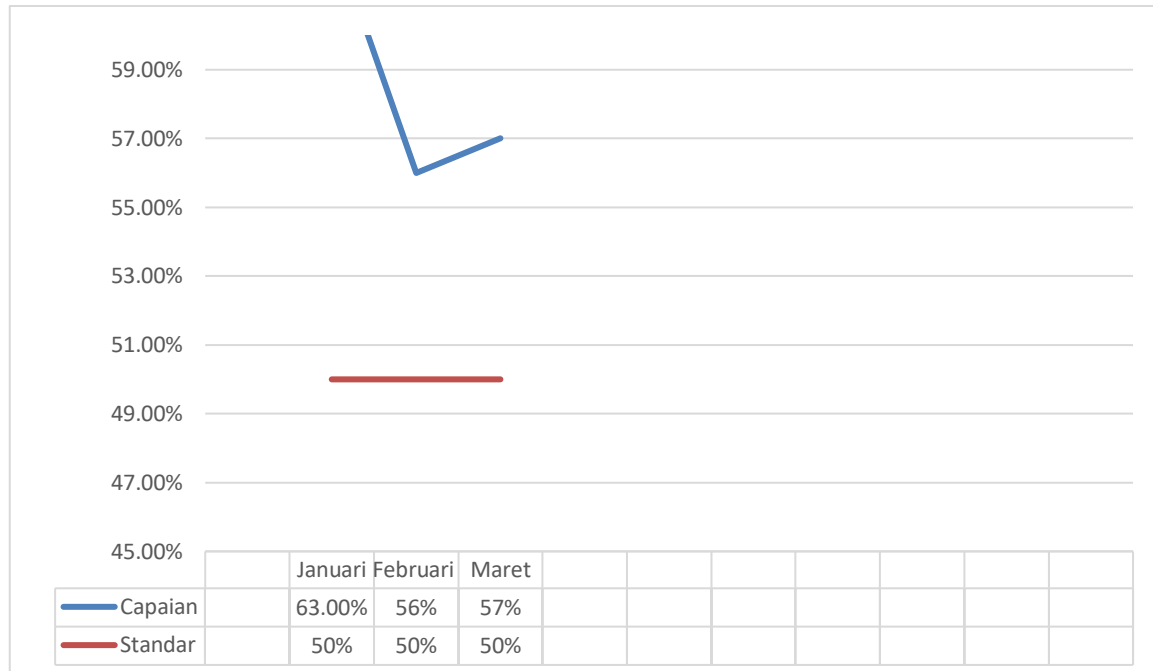
Rencana Tindak Lanjut:

Audit medik terhadap kasus kematian di ICU, sehingga dapat diketahui apakah sudah sesuai dengan PPK/CP, dan apakah terjadi penyimpangan dalam tatalaksana, sehingga dapat dilakukan perbaikan/ antisipasi pada diagnosis yang sama berikutnya.

Penanggungjawab Pengumpul Data

Rahmawati

RUANG/ UNIT : PERINATOLOGI
 JUDUL : Kejadian tidak dilakukan IMD pada bayi baru lahir SC
 TAHUN : 2026



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Terlihat tren penurunan dari bulan Januari 2026 ke bulan Februari namun meningkat lagi pada bulan Maret.

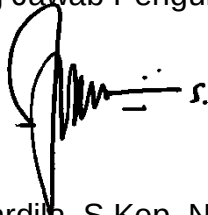
Perbandingan dengan standar:

Secara umum, capaian kejadian tidak dilakukan IMD pada bayi baru lahir secara SC menunjukkan perbaikan dan secara bertahap mendekati target yang telah ditetapkan, yaitu 50%.

Rencana Tindak Lanjut:

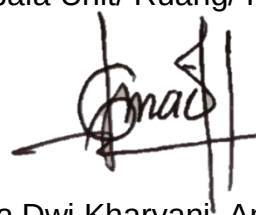
- Koordinasi lintas tim (dokter obgyn, anastesi, perawat OK dan perinatologi)
- Sosialisasi & pelatihan ulang pelaksanaan IMD khusus pada SC
- Membuat alur kerja/panduan pelaksanaan IMD pasca SC
- Audit harian/monitoring pelaksanaan IMD pada SC

Dilaporkan oleh:
Penanggung Jawab Pengumpul Data



Nurhardila, S.Kep, Ners
(2017.10.03.01.113)

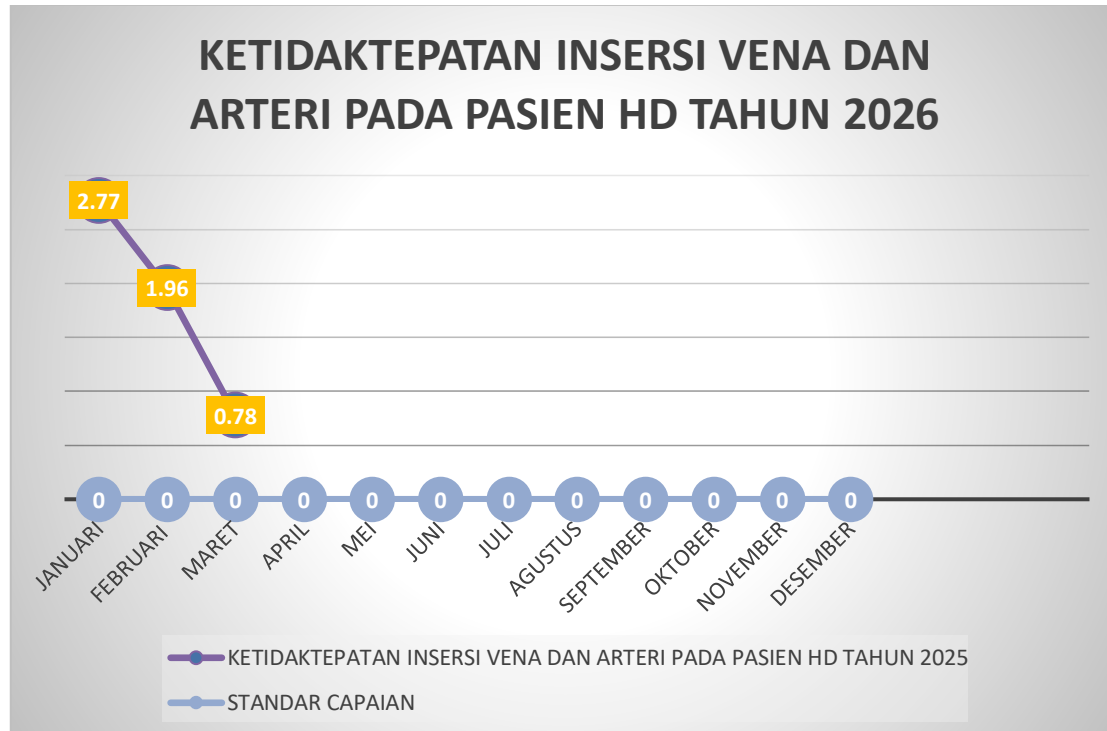
Mengetahui
Kepala Unit/ Ruang/ Instalasi



Gina Dwi Kharyani, Amd. Kep
(198904052022032007)

RUANG/ UNIT : HEMODIALISA

JUDUL : KETIDAKTEPATAN INSERSI VENA DAN ARTERI PADA PASIEN HD



Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Adanya penurunan kembali ketidaktepatan insersi vena dan arteri pada tri wulan ke 1 ini khususnya pada bulan Maret 2026

Perbandingan dengan standar:

Angka ketidaktepatan insersi mulai menurun dibulan Maret ini dikarenakan mulai menurunnya pasien kasus baru cimino dan pasien sudah mulai 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 meng edukasi 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

RUANG/ UNIT : RUANG PERAWATAN ANAK

JUDUL : Kepatuhan pengisian assesmen awal keperawatan anak di ruang anak



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu :

Terjadi penurunan capaian 95,45% pada bulan maret 2026 dari hasil capaian bulan sebelumnya bulan Februari 2026 yaitu 96,22% .

Perbandingan dengan standar :

Capaian yang didapat pada bulan Maret 2026 sebesar 95,45% dan belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%

Rencana Tindak Lanjut:

5. Meningkatkan kembali kepatuhan pengisian asesment awal keperawatan dengan menempatkan notepad di dekat komputer sebagai pengingat dan menuliskan di laporan setiap asesment pasien baru yang ditelaah dibuat sehingga bisa dicek setiap shift saat apusan. Pemantauan dengan cara ini akan di evaluasi dalam waktu satu bulan kedepan.

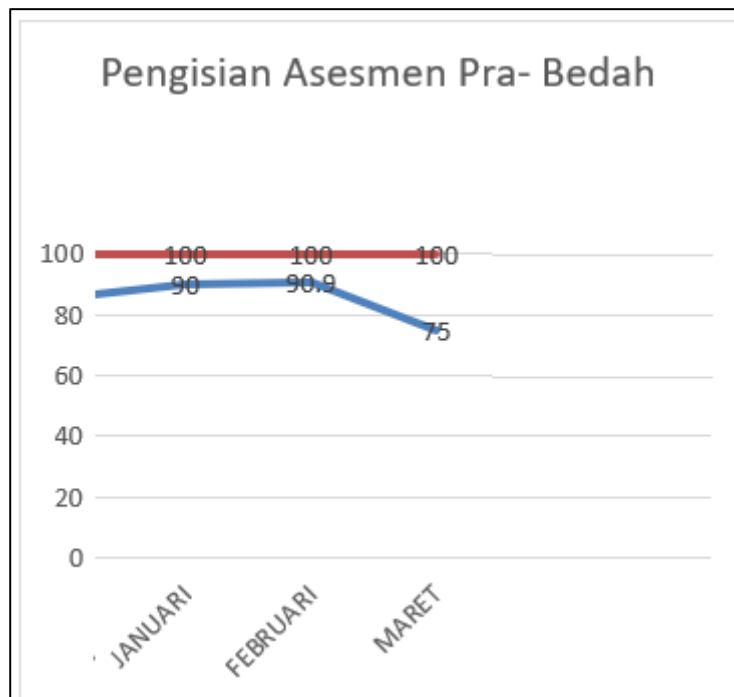
Mengetahui
Kepala Ruangan Anak

Dian Vertikasari, A.Md.Kep
NIP. 198702042022212002

Pengumpul Data

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

RUANG/ UNIT : Zaal Bedah
RUANG/ UNIT : Bedah
JUDUL : Kelengkapan Pengisian Asesmen Pra- Bedah

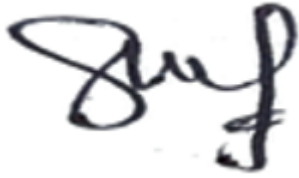


Perbandingan internal dari waktu ke waktu:
Capaian menurun pada bulan maret dan belum mencapai target 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Melakukan evaluasi penyebab penurunan capaian dan memperkuat pelaksanaan kegiatan untuk mencapai target 100%. Fokus pada peningkatan konsistensi dan ketepatan waktu pelaksanaan kegiatan.
2. Meningkatkan capaian dari 75 % pada maret menjadi **≥90% pada bulan berikutnya**, dan mencapai **100% dalam dua bulan**. Keberhasilan diukur melalui laporan bulanan dan hasil monitoring. Target dapat dicapai dengan meningkatkan pengawasan, memastikan ketersediaan sumber daya, serta memperkuat koordinasi antar tim pelaksana. arget dapat dicapai dengan meningkatkan pengawasan, memastikan ketersediaan sumber daya, serta memperkuat koordinasi antar tim pelaksana.
3. Rencana perbaikan dijalankan mulai Januari **2026**, dengan evaluasi hasil pada **akhir April 2026**. Target capaian 100% diharapkan tercapai paling lambat **akhir April 2026**.

Pengumpul Data,



Susilawati, A.Md. Kep.

Kepala Ruang Bedah

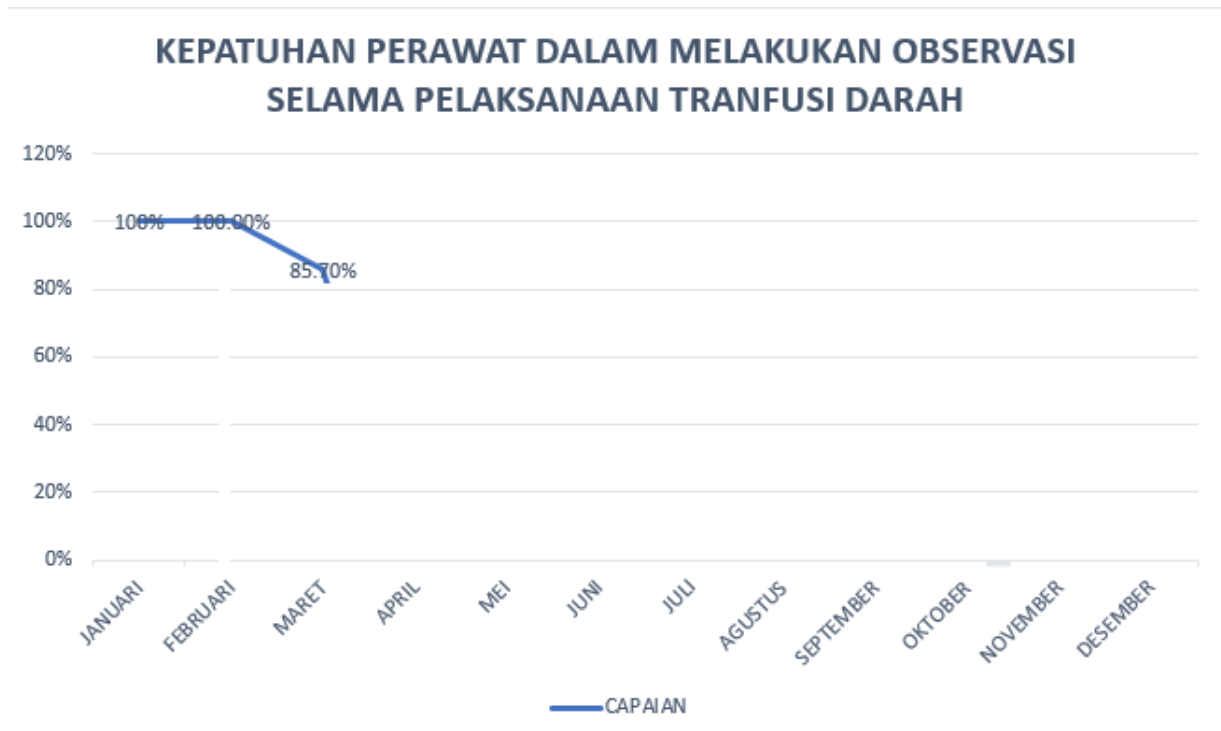


Rifki Alfikri, A.Md.Kep.

Nip : 199101182020121007

RUANG/ UNIT : VIP

JUDUL : Kepatuhan Perawat Dalam Melakukan Observasi Selama Pelaksanaan Tranfusi Darah



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

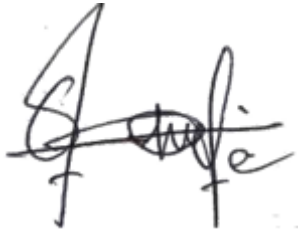
Hasil capaian periode bulan Februari sampai dengan bulan Maret tahun 2026 belum mencapai target.

Capaian yang di dapat pada bulan Maret tahun 2026 sebesar 85,7% dan belum mencapai target yang di tetapkan yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

Diperlukan pendekatan komprehensif yang melibatkan pelatihan berkelanjutan, penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ketat, dan sistem pengawasan serta dokumentasi yang efektif.

Dilaporkan oleh :
Penanggung Jawab Pengumpul Data

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Saparudin', with a horizontal line crossing through the middle of the letters.

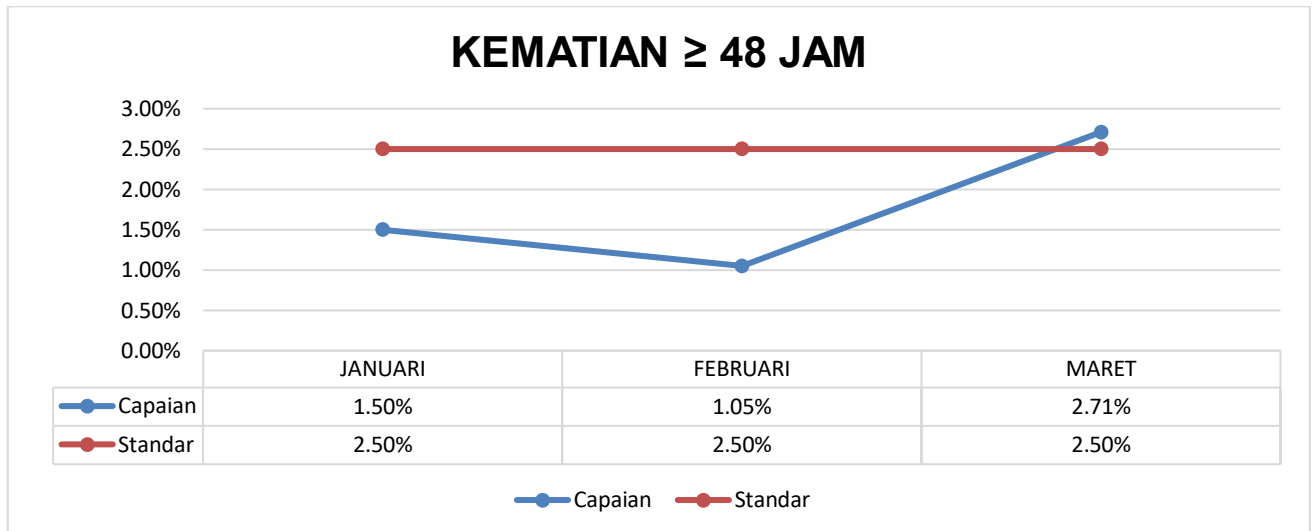
(Saparudin)

Mengetahui
Kepala Ruangan

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Dahlini', with a horizontal line crossing through the middle of the letters.

(Dahlini)

RUANG/ UNIT : PD 2
 JUDUL : Angka Kematian Pasien $\geq$ 48 Jam
 Bulan : Maret 2026



Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Terjadi kenaikan persentase dari bulan Februari ke bulan Maret sebesar 1,66% perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada bulan Maret sebesar 2,71% , mengalami kenaikan dari bulan sebelumnya.

Rencana Tindak Lanjut:

Audit medis/klinis untuk kasus kematian lebih dari 48 jam, sehingga dapat diketahui apakah ada penyimpangan terhadap PPK/CP dan dapat dilakukan perbaikan terhadap penyimpangan yang ditemukan.

Pengumpul Data PD II

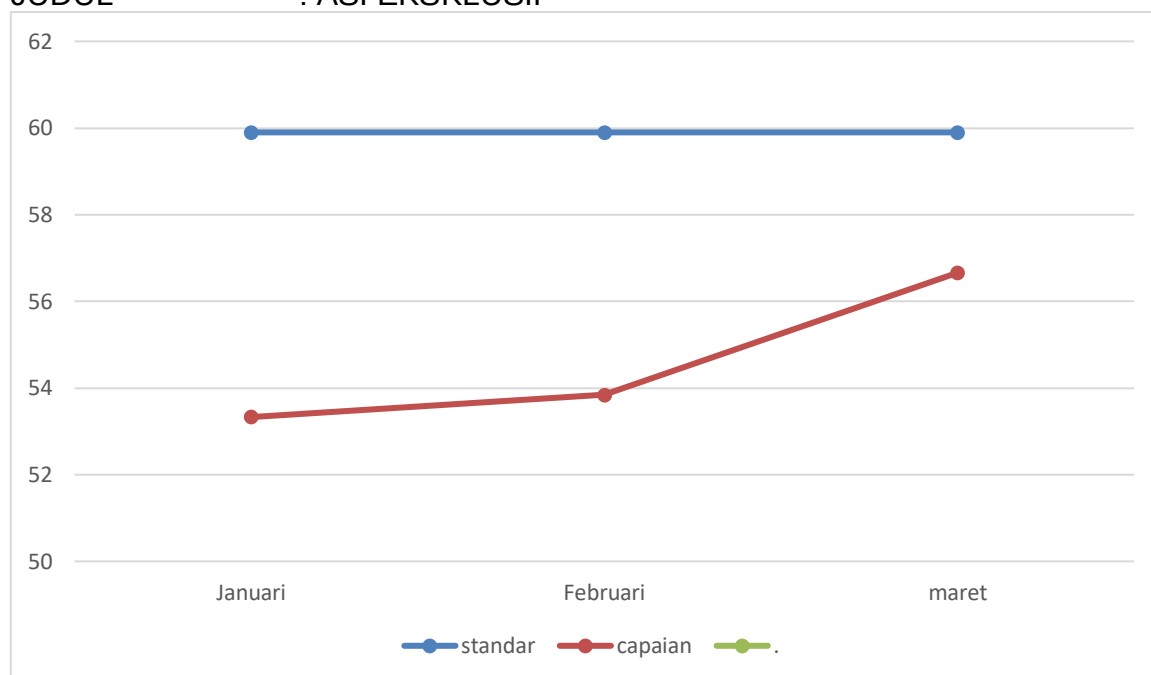
Winda Aprilianti, A.Md.Kep
 NIP:199804232025042005

Mengetahui,
 Kepala Ruang PD II

Seruni Dewi Hermanto, A.Md.Kep
 NIP:199111032014032001

UNIT RUANG KEBIDANAN

RUANG/ UNIT : KEBIDANAN
JUDUL : ASI EKSKLUSIF



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Presentase Indikator bayi yang dilakukan ASI Eksklusif pada bayi baru lahir di bulan JANUARI yaitu 53.33%, bulan Februari mengalami kenaikan yaitu 53.84%, bulan Maret mengalami kenaikan yaitu 56.66%.

Perbandingan dengan standar:

Capaian yang dicapai belum 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

Mengetahui

Kepala Unit/ Ruang/ Instalasi

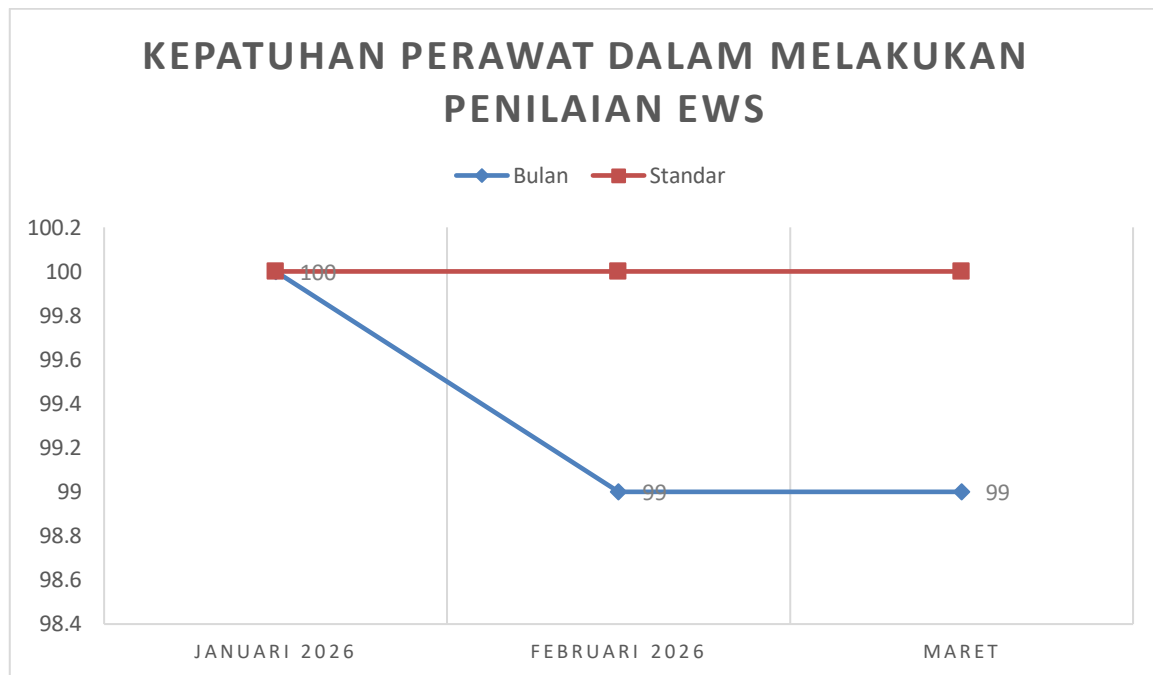
(Rianti Riamilta, A.Md.Keb)

A handwritten signature in black ink, featuring a stylized 'N' and 'A' with a long horizontal stroke extending to the right.

(Nizar Septiyanti Arimbi, A.Md.Keb)

RUANG/ UNIT : PD1

JUDUL : KEPATUHAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN
PENILAIAN EWS



ANALISA:

Pada bulan Februari dan Maret terjadi sedikit penurunan capaian menjadi 99%, meskipun secara umum masih dalam kategori sangat baik.

Faktor-faktor yang mempengaruhi penurunan ini antara lain beban kerja yang tinggi, pergantian shift, kurangnya ketelitian dalam dokumentasi, serta kemungkinan adanya perawat baru yang masih dalam tahap adaptasi terhadap sistem EWS.

Rencana Tindak Lanjut

S – Specific (Spesifik)

Meningkatkan kepatuhan perawat dalam melakukan dan mendokumentasikan penilaian EWS agar konsisten mencapai 100%.

M – Measurable (Terukur)

Target kepatuhan EWS mencapai **100% setiap bulan** selama 3 bulan berturut-turut (April– Juni 2026).

A – Achievable (Dapat Dicapai)

Langkah yang dilakukan:

- Melakukan **refreshing sosialisasi EWS** pada seluruh perawat ruangan.

- Supervisi kepala ruangan minimal **1 kali/minggu**.
- Audit dokumentasi EWS setiap akhir bulan.
- Pemberian reminder checklist EWS di setiap nurse station.

R – Relevant (Relevan)

Peningkatan kepatuhan EWS penting untuk:

- Deteksi dini perburukan kondisi pasien.
- Meningkatkan keselamatan pasien.
- Mendukung indikator mutu pelayanan rumah sakit.

T – Time Bound (Berbatas Waktu)

- Sosialisasi ulang: Minggu ke-2 April 2026.
- Supervisi rutin: Mulai April 2026 (berjalan setiap minggu).
- Evaluasi capaian: Setiap akhir bulan.
- Review hasil 3 bulan: Akhir Juni 2026.

Dilaporkan oleh
Penanggung Jawab Pengumpul Data



(Irfan Ramadhan, A.Md. Kep)

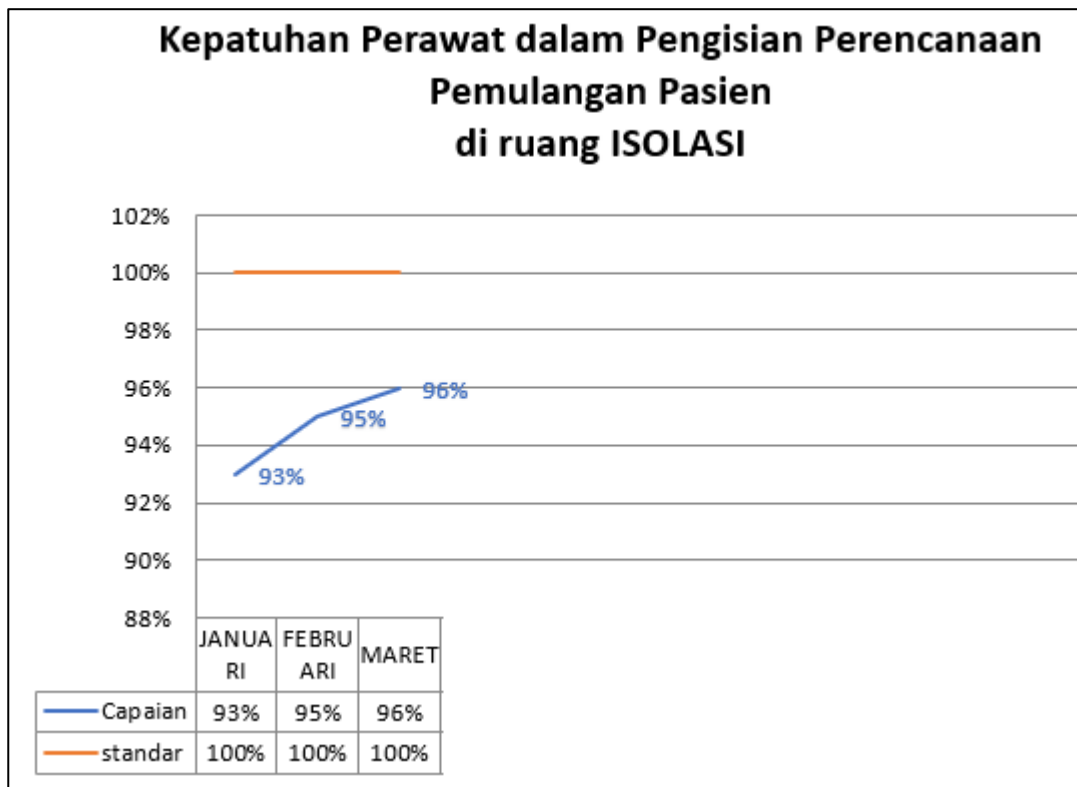
Mengetahui
Kepala Unit Penyakit Dalam 1



(Ery Sandi, S. Kep., Ners)

UNIT : ISOLASI

JUDUL : Kepatuhan Perawat dalam Pengisian Perencanaan Pemulangan Pasien di Ruang Isolasi



- Analisa

Capaian belum mencapai target namun mendekati target yang telah ditetapkan yaitu 100%, hal ini juga menandakan bahwa implementasi perencanaan pemulangan pasien harus tetap semakin ditingkatkan agar berjalan sesuai dengan harapan serta implementasi perencanaan pemulangan pasien lebih optimal.

Rencana Tindak Lanjut.

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

1. Dimulai dari tahun 2026 hingga akhir tahun 2026, IMP unit isolasi, terkait perencanaan pulang pasien harus mencapai target 100%

2. Untuk mencapai target yang di harapkan yaitu 100%, saya sebagai 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. Perlunya vitur notifikasi pada Si MANTEP atau KHANZA sebagai pengingat perencanaan pemulangan pasien

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:

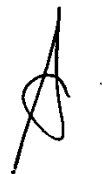
- 1. Monitoring Berkala:** Melakukan evaluasi mingguan terhadap pelaksanaan perencanaan pemulangan.
- 2. Kolaborasi dengan tim IT :** Menyampaikan pembuatan vitur notifikasi pada Si MANTEP atau KHANZA sebagai pengingat perencanaan pemulangan pasien

Pengumpul Data I/ II



Ns. Febbi Wulan Sari, S.Kep
Perawat Pelaksana

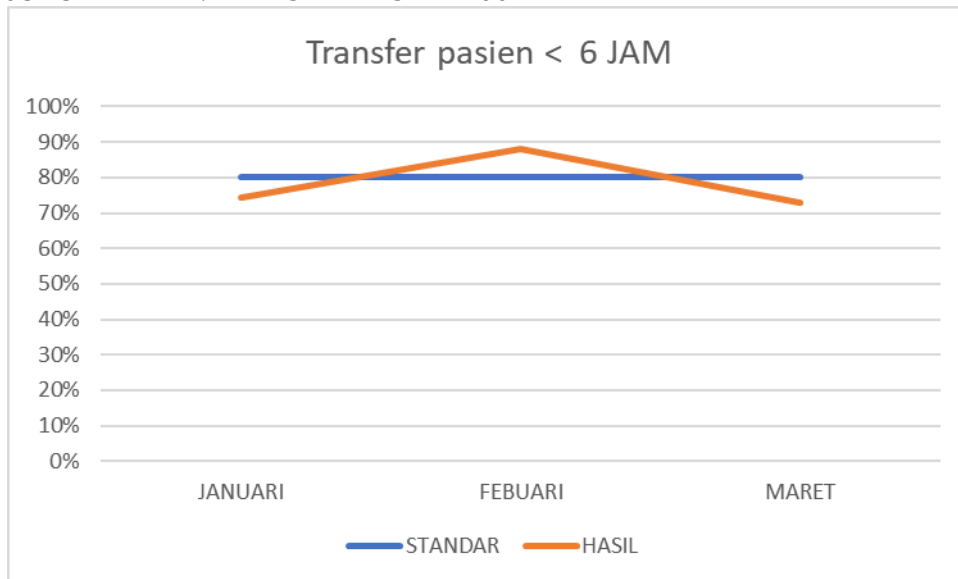
Mengetahui,
Kepala Ruangan/ Unit



Risma Amalia Safitri, S.Kep., Ners
Perawat

RUANG/ UNIT : IGD

JUDUL : TRANSFER PASIEN < 6 JAM



ANALISA :

Perbandingan dengan standar

Terjadi penurunan persentase dari bulan Febuari ke bulan Maret 2026 sebesar 73 % belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 80 %

Rencana Tindak Lanjut:

Mendata dokter spesialis yang lama memberikan jawaban konsul sehingga proses transfer menjadi lama

Pemeriksaan penunjang UGD di kerjakan lebih cepat di banding pasien poli seperti pemeriksaan LAB, RO

Dilaporkan oleh
Penanggung Jawab Pengumpul Data

Nur Asmiati,Amd.Kep

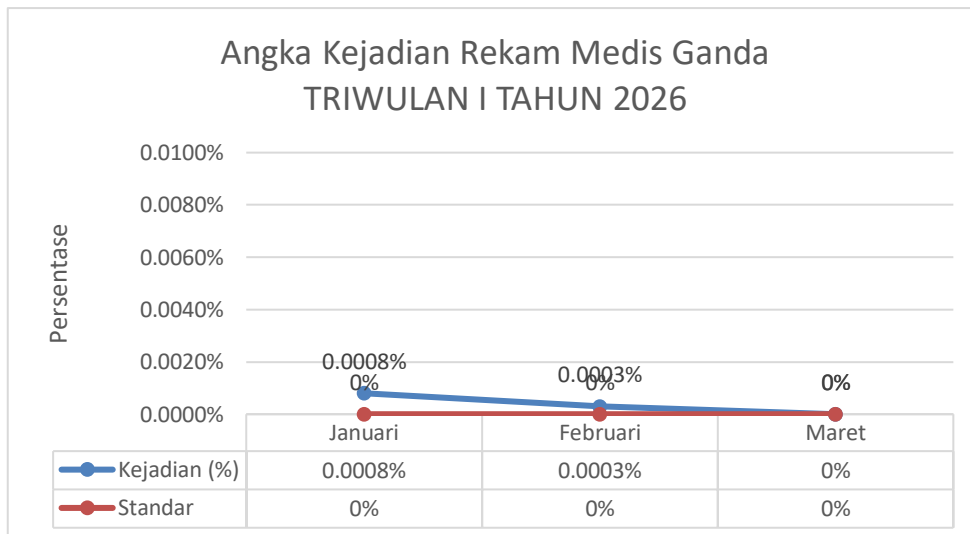
Mengetahui
Kepala Ruangan IGD

Ns Apriyani,Str.kep

BIDANG PENUNJANG

RUANG/ UNIT : UNIT REKAM MEDIS

JUDUL : ANGKA KEJADIAN REKAM MEDIS GANDA



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

angka kejadian rekam medis ganda menunjukkan tren penurunan. Pada bulan Maret 2026 di unit rekam medis adalah 0% atau tidak ditemukan kejadian rekam medis ganda dari total registrasi loket rawat jalan 5.953 pasien dan registrasi loket rawat inap 1.549 pasien.

Perbandingan dengan standar:

Pada bulan Maret sudah sesuai standar karena tidak ditemukan adanya kejadian (0%).

Rencana Tindak Lanjut:

Berkolaborasi bersama tim IT dengan cara membuat fitur tambahan pada SIMRS Khanza untuk menu pendaftaran dengan mengunci keyword dari nomor NIK (kriteria eksklusi pasien bayi baru lahir).

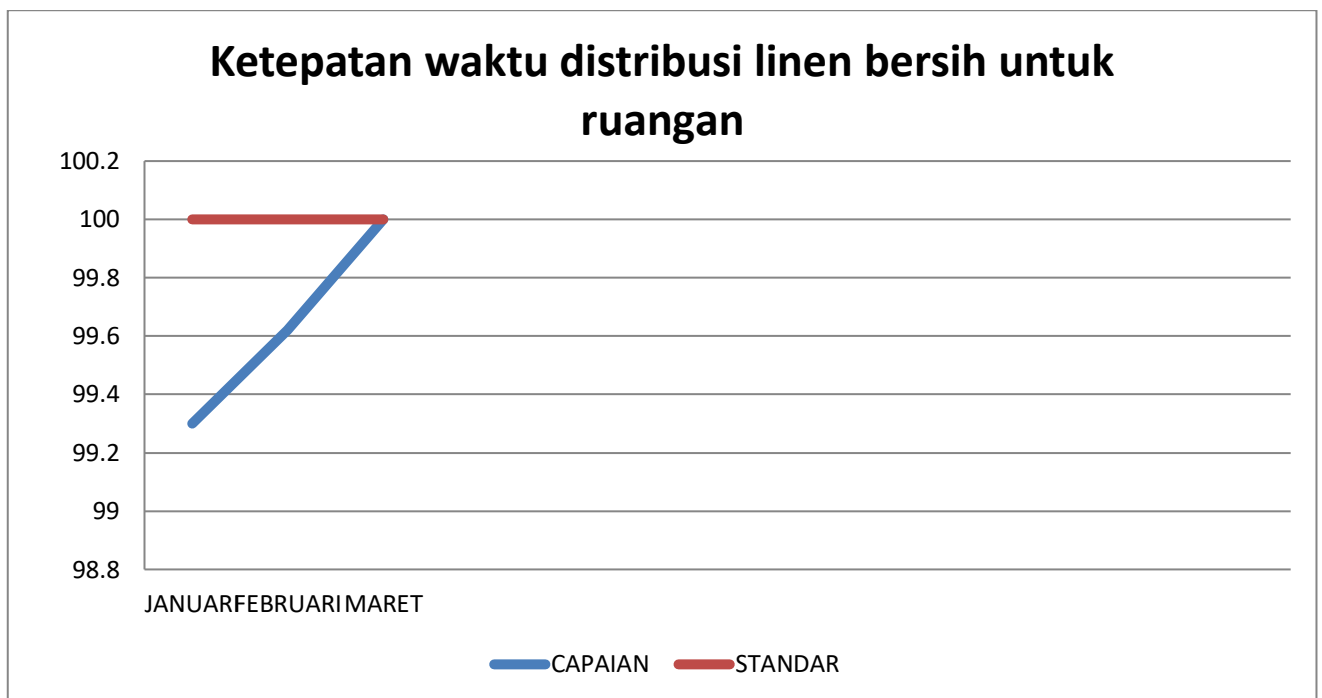
Mengetahui

Kepala Unit/ Ruang/ Instalasi

(Tatik Puji Lestari, A.Md.Kes)

RUANG/ UNIT ; LAUNDRY

JUDUL : Ketepatan waktu distribusi linen bersih untuk ruangan



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu;

Hasil capaian menunjukkan tren peningkatan.

Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada Bulan januari (99,30%) Bulan februari ada kenaikan sedikit (99,62%) Bulan maret mencapai (100%)

Perbandingan dengan standar :

Sudah mencapai target yang di tetapkan yaitu 100%

RencanaTindakLanjut:

Pertahankan pengantaran linen bersih keruangan agar tepat waktu.

Dilaporkan oleh

Penanggung Jawab Pengumpul Data

MESSI

NRTK : 2022.07.06.02.071

Mengetahui

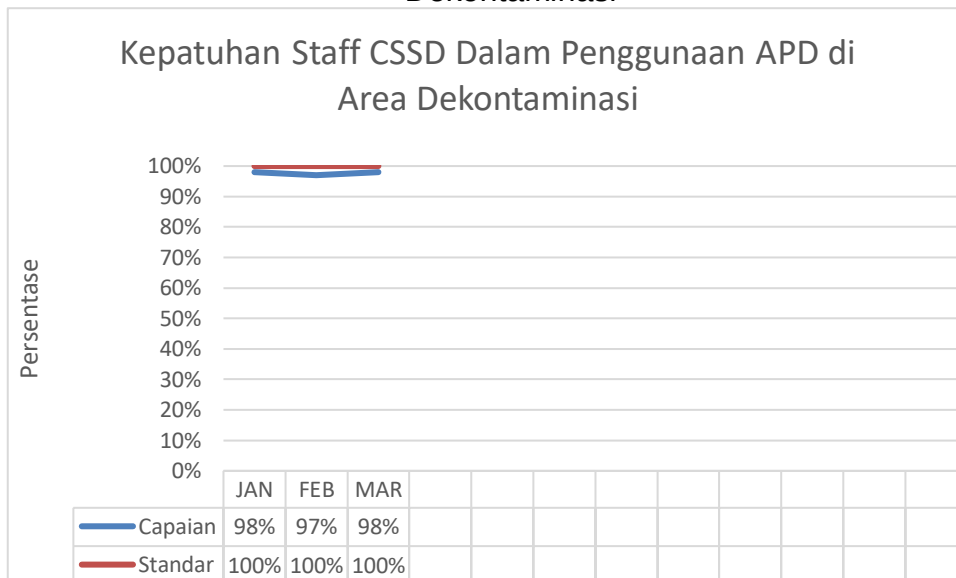
Kepala Unit Laundry

RITA HESTIASARI,S.A.P

NIP. 19790618 200701 2 019

RUANG/ UNIT ; CSSD

JUDUL :Kepatuhan staf CSSD dalam penggunaan APD di area Dekontaminasi



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu: ada kenaikan capaian dari bulan Februari ke bulan Maret dan mengalami kenaikan 1 %

Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada bulan Maret naik 1 % dari bulan sebelumnya, masih belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 100 %.

RencanaTindakLanjut:

1. Mengadakan rapat di ruangan pentingnya memakai APD untuk safety petugas.
2. Pengajuan APD untuk memenuhi kekurangan jumlah APD.
3. Pamflet sudah terpasang di ruang dekontaminasi untuk selalu memakai APD

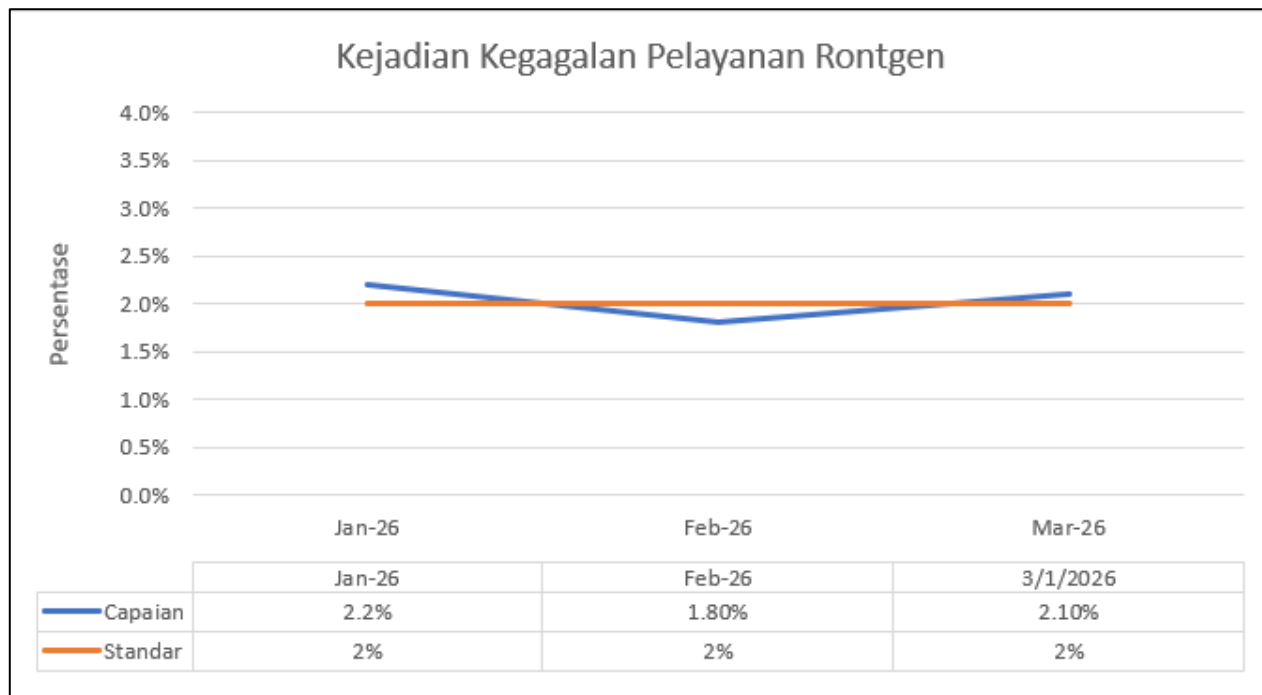
Mengetahui
Kepala Instalasi CSSD

Gusnadi, A.Md.Kep

Nip.197406061995021001

RUANG/UNIT : RADIOLOGI

JUDUL : Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen



ANALISA:

- Kejadian kegagalan pelayanan rontgen paling banyak terjadi pada jenis pemeriksaan Thorax.
- Terjadinya peningkatan kejadian kegagalan rontgen yang disebabkan faktor adanya benda asing.
- Hal yang menyebabkan tidak tercapainya IMP Februari 2026 adalah terjadinya kegagalan alat yaitu pada baterai alat DR yang sering error sehingga foto yang di ekspose tidak terekam dan harus dilakukan foto ulang.

Rencana tindak lanjut:

- Meningkatkan kepatuhan petugas radiografer dalam menjalankan SPO persiapan rontgen dengan cara mencatat nama petugas dan memberikan teguran langsung.
- Melakukan follow up usulan pengadaan baterai baru sesuai rekomendasi teknisi terkait.
- Melanjutkan pencatatan dan analisis reject setiap bulan.

Dilaporkan Oleh :

Penanggung Jawab
Pengumpul Data



Abdul Yasir A.Md. Rad

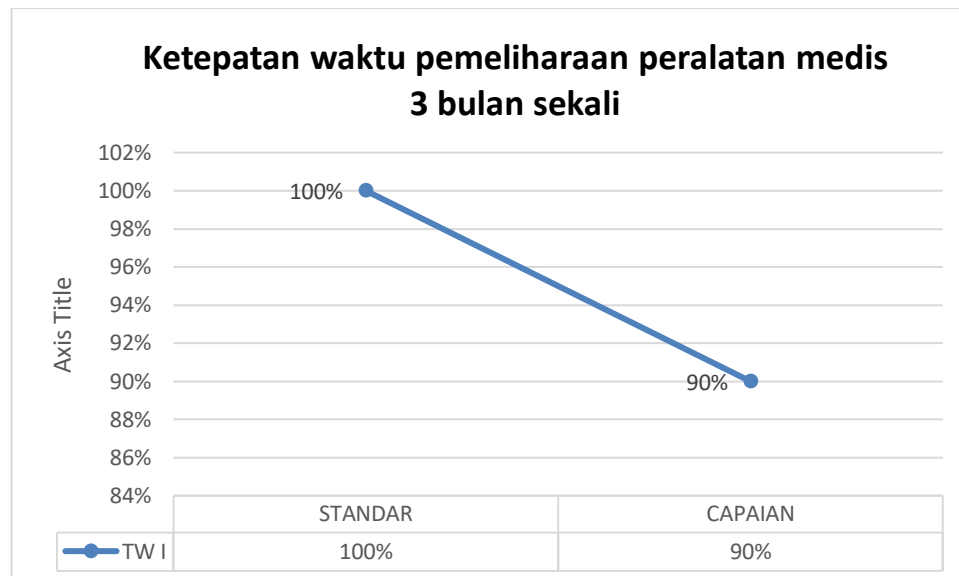
Kepala Ruang Radiologi



Halimurrosyid A.Md.Rad

UNIT : IPFRS

JUDUL: KETEPATAN WAKTU PEMELIHARAAN ALAT MEDIS 3 BULAN SEKALI



Analisa

Hasil capaian belum mencapai standar yang ditetapkan yaitu 100%, ini disebabkan oleh perpindahan alat antar ruangan yang tidak tercatat menyebabkan sulitnya melakukan pemeliharaan, 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

Dilaporkan oleh,
Penanggung Jawab Pengumpul Data

Muhammad Fikri Atthorig, A.Md.T.

Mengetahui
Kepala Unit/ Ruang/ Instalasi

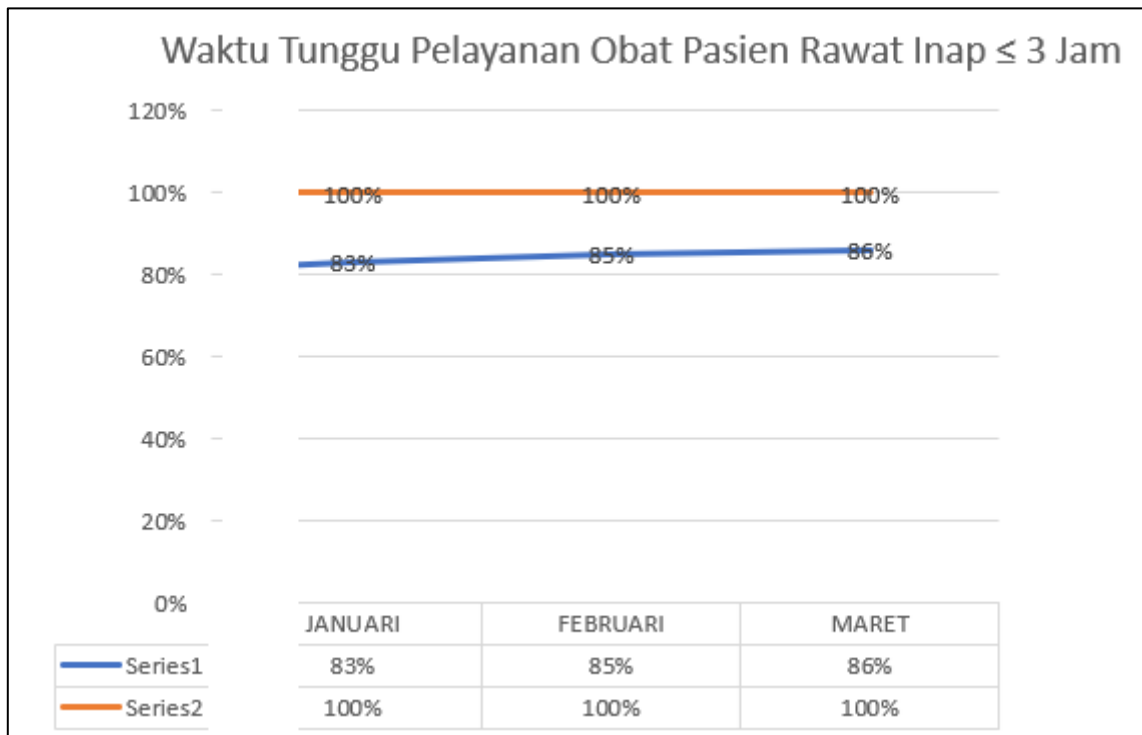
Aulia Husna Rahmawati, A.Md

NIP. 19981014 202504 1 003

NIP. 19960205 201902 2 006

INSTALASI : FARMASI

JUDUL : Waktu Tunggu Pelayanan Obat Pasien Rawat Inap ≤ 3 Jam



Analisa

Capaian IMP menunjukkan tren peningkatan. Terjadi peningkatan capaian pada bulan Januari 2026 secara signifikan, meskipun masih dibawah standar yang ditetapkan yaitu 100%, ini disebabkan oleh SDM yang melakukan pelayanan Obat pasien rawat inap jumlahnya belum memadai.

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

3.LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Sepanjang triwulan I, terjadi 5 insiden, yang didominasi insiden pasien jatuh (3 insiden). Insiden lainnya adalah kesalahan input hasil laboratorium golongan darah dan kesalahan pemberian gelang identitas.

Menurut bulan kejadiannya, 1 insiden terjadi pada bulan Januari , 2 insiden pada bulan Februari dan 2 insiden pada bulan Maret.

Kronologi dan tindak lanjut per insiden:

1. Tanggal kejadian : 15 Januari 2026

Jenis Insiden : KTD

Kronologi:

Pasien bernama Tn. S sedang mandi di wc, beberapa menit kemudian pasien tiba tiba terjatuh dan pada saat terjatuh wc terkunci dan pasien mengalami cedera dibahu sebelah kiri

Tindak lanjut:

Perawat jaga mengkonsulkan kondisi pasien kepada dokter jaga ruangan Untuk dilakukan pertolongan pertama, dan selanjutnya dokter jaga konsul kepada dokter spesialis ortopedi. Dokter ortopedi menginstruksikan pasang splint.

2. Waktu kejadian : 3 Februari 2026

Jenis Insiden : KNC

Kronologi:

Petugas laboratorium mengambil sampel pasien By. Ny. E pada jam sampling. Sesampai di laboratorium, petugas lab langsung mengerjakan pemeriksaan golongan darah pasien By. Ny. E. Hasil pemeriksaan golongan darah pasien adalah A Positif (+) dan ditulis dikertas cacatan sampling A Positif (+). Tetapi pada saat pengetikan hasil petugas melakukan kesalahan pengetikan. Hasil pemeriksaan diketik B Positif (+). Pada tanggal 5 Februari 2026, petugas perinatologi memberikan sampel darah dan blanko permintaan transfusi pasien tersebut ke UPD. Setelah dilakukan pemeriksaan ternyata golongan darah berbeda dengan golongan darah di blanko permintaan transfusi. Petugas UPD

mengkkonfirmasi ke petugas laboratorium, ternyata petugas laboratorium salah melakukan pengetikan hasil.

Tindak lanjut:

Konfirmasi ulang ketidakcocokan darah ke unit laboratorium dan pengambilan darah ulang untuk dicek golongan darah ulang, dan dijelaskan ke orang tua pasien.

3. Tanggal kejadian : 5 Februari 2026

Jenis Insiden : KTD

Kronologi:

Pasien bernama An. R, jatuh dari tempat tidur pada pukul 02.00, kemudian orang tuanya melapor bahwa infus anaknya bengkak dan sebelumnya jatuh dari tempat tidur.

Tindak lanjut:

Perawat jaga melapor kepada DPJP spesialis anak via telepon, instruksi langsung untuk dilakukan rontgen, dan konsul spesialis Ortopedi, dan dilihat hasil rontgen tidak ditemukan patah tulang, Dipasang ulang infus pada tangan yang tidak bengkak.

4. Waktu kejadian : 1 Maret 2026

Jenis Insiden : KNC

Kronologi:

Bayi Ny.S lahir spontan dari ugd maternal, dimasukkan ke ruang perinatologi karena nafas cepat, terpasang O2 CPAP Perawat perinatology melihat gelang yg terpasang pada bayi bukan nama bayi tersebut. ternyata nama di gelang bayi adalah nama pasien lain

Tindak lanjut:

Mengkonfirmasi langsung ke ugd maternal sebagai yg memasang gelang Dan konfirmasi ke TPPRI sebagai yg membuat gelang. Kemudian, TPPRI membuat gelang baru atas nama bayi ny S.

5. Waktu kejadian : 25 Maret 2026

Jenis Insiden : KTD

Kronologi:

Pasien poli PD 1 a.n. Ny. N. Sekitar pukul 12.30, saat ditinggalkan anaknya mengantre ambil obat, pasien hanya ditunggu suaminya. Lalu pasien bangun dari posisi berbaring di atas brankar, ke posisi duduk, dan banyak bergerak saat duduk sehingga jatuh terduduk dari brankar, walaupun brankar terpasang pengaman.

Tindak lanjut:

1. Perawatan luka.
2. Edukasi kpd pasien & kel : selama berada di atas brankar, harus dijaga agar tetap berbaring, dan bila ingin bangun, misal ke toilet, wajib dibantu min.2 orang (1 di antaranya petugas poli/skrining).
3. Berhubung. IKP Jatuh sdh terjadi beberapa kali, Perlu dibentuk satgas IKP Jatuh, sebagai tim gerak cepat untuk menginvestigasi dan merespons tiap ada IKP jatuh; yg beranggotakan Anggotanya: bid. PMDI, subkomite KP, Komite Keperawatan.

4. HASIL PEMANTAUAN RISIKO

Periode : Juli - Desember 2025

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
1.	Tabung oksigen tidak mempunyai rantai pengaman	Perinatologi	Memasang rantai pengaman tabung oksigen	—	Tabung oksigen belum mempunyai rantai pengaman	Memasang rantai pengaman tabung oksigen	22 April 2025	—
		Kebidanan	Memasang rantai pengaman tabung oksigen	Menggunakan oksigen central	—	—	22 April 2025	29 Des 2025
		Perawatan PD 1	Memasang rantai pengaman tabung oksigen	Menggunakan oksigen central	—	—	22 April 2025	24 Nov 2025
		Perawatan PD 2	Memasang rantai pengaman tabung oksigen (r.HCU dan r.Meranti)	Memasang rantai pengaman tabung oksigen	—	—	22 April 2025	13 Okt 2025
		ICU	Memasang rantai pengaman tabung oksigen ventilator	—	Tabung oksigen ventilator belum mempunyai rantai pengaman	Memasang rantai pengaman tabung oksigen ventilator	3 April 2025	—

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
		Perawatan Anak	Memasang rantai pengaman tabung oksigen	—	Tabung oksigen belum mempunyai rantai pengaman	Memasang rantai pengaman tabung oksigen	3 April 2025	
		Unit Dialisis	Memasang rantai pengaman tabung oksigen	—	Tabung oksigen belum mempunyai rantai pengaman	Memasang rantai pengaman tabung oksigen	22 April 2025	—
2.	Pagar pengaman tempat tidur rusak/ tidak ada	Kebidanan	Tempat tidur tidak mempunyai pagar pengaman	Tempat tidur yang tidak mempunyai pagar pengaman tidak digunakan lagi	—	—	3 April 2025	13 Juni 2025
3.	WC pasien tidak mempunyai handrail	Perawatan PD 1	Memasang pegangan pengaman (handrail) di WC pasien	Memasang handrail di WC pasien	—	—	3 April 2025	16 Sep 2025
4.	Lantai keramik lepas/ tidak rata	Radiologi	Mengganti keramik lantai yang lepas	—	Keramik lantai yang lepas belum diganti	Mengganti keramik lantai yang lepas	19 April 2025	—
		Rekam Medik	Mengganti keramik lantai yang tidak rata	—	Keramik lantai yang tidak rata belum diganti	Mengganti keramik lantai yang tidak rata	19 April 2025	—

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
5.	Lantai basah dan licin	CSSD	Memperbaiki mesin air yang rusak	Memperbaiki mesin air yang rusak	—	—	2 April 2025	20 Mei 2025
6.	Risiko kegagalan tindakan	Rehab Medik	Menambah penerangan pada kamar 1,3,4,6,dan 8	Menambah penerangan pada kamar 1,3,4,6,dan 8	—	—	4 April 2025	22 Agt 2025
7.	Ketidaknyamanan pasien saat di dorong	Hemodialisa	Mengganti roda tempat tidur	Mengganti roda tempat tidur	Masih ada 1 tempat tidur yang rodanya belum diganti	Mengganti roda tempat tidur	2 April 2025	7 Mei 2025
8.	Pencahaya an dan sirkulasi udara kurang baik	Perawatan Bedah	Penambahan ventilasi/ jendela kaca	—	Ruangan kelas 3 gelap dan pengap	Penambahan ventilasi/ jendela kaca	21 Maret 2025	—
9.	Risiko bayi tertukar	Perinatologi	Melakukan cross check ulang identitas bayi setiap akan dikembalikan pada ibunya	Melakukan cross check ulang identitas bayi setiap akan dikembalikan pada ibunya	—	Selalu melakukan cross check ulang identitas bayi setiap akan dikembalikan pada ibunya	22 April 2025	22 April 2025

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
10.	Bak penampungan air tidak tertutup sempurna	VIP	Pipa air yang di atas bak penampungan di pindahkan ke samping dan di dalam lantai	—	Pipa air yang di atas bak penampungan air belum dipindahkan ke samping dan di dalam lantai	Pipa air yang di atas bak penampungan di pindahkan ke samping dan di dalam lantai	6 April 2025	—
11.	Risiko tertusuk jarum/ benda tajam	CSSD	Petugas menggunakan APD sarung tangan saat proses pencucian alat instrumen	Petugas menggunakan APD sarung tangan saat proses pencucian alat instrumen	—	—	22 April 2025	22 April 2025
		Laboratorium	Petugas menggunakan APD sarung tangan saat pengambilan sampel darah	Petugas menggunakan APD sarung tangan saat pengambilan sampel darah	—	—	18 April 2025	18 April 2025
12.	Bel pasien tidak berfungsi	IGD	Mengaktifkan bel pasien ke nurs station	—	Bel pasien ke nurs station belum di aktifkan	Mengaktifkan bel pasien ke nurs station	29 Maret 2025	—
13.	Oksigen sentral belum aktif	Isolasi	Mengaktifkan oksigen sentral	Menggunakan oksigen tabung	Oksigen sentral belum aktif	Mengaktifkan oksigen sentral	14 Maret 2025	14 Maret 2025

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
14.	Tangan terjepit	CSSD	Mengganti jendela dengan model dibuka/ digeser ke samping	—	Jendela serah terima alat/ linen dibuka dengan didorong ke atas	Mengganti jendela dengan model dibuka/ digeser ke samping	22 April 2025	—
15.	APD kelistrikan tidak lengkap	IPFRS	Melengkapi APD untuk pekerjaan kelistrikan	—	APD pekerjaan kelistrikan tidak lengkap	Melengkapi APD untuk pekerjaan kelistrikan	26 Maret 2025	—
16.	Nyeri pinggang (LBP)	Instalasi Bedah Sentral	Petugas menggunakan korset saat operasi	Petugas menggunakan korset saat operasi	—	—	24 April 2025	24 April 2025
17.	Tertular penyakit TB Paru	Isolasi	Penggunaan APD yang tepat saat kontak dengan pasien dan melakukan 5 momen cuci tangan	Petugas selalu menggunakan APD yang tepat saat kontak dengan pasien dan melakukan 5 momen cuci tangan	—	—	14 April 2025	14 April 2025
		Laboratorium	Penggunaan APD yang tepat saat kontak dengan pasien dan melakukan 5 momen cuci tangan	Petugas selalu menggunakan APD yang tepat saat kontak dengan pasien dan melakukan 5 momen cuci tangan	—	—	18 April 2025	18 April 2025

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
		ICU	Penggunaan APD yang tepat saat kontak dengan pasien dan melakukan 5 momen cuci tangan	Petugas selalu menggunakan APD yang tepat saat kontak dengan pasien dan melakukan 5 momen cuci tangan	–	–	3 April 2025	3 April 2025
18.	Gangguan pendengaran	Laundry	Penggunaan APD telinga (ear muff/ ear plug) pada petugas selama proses pemerasan	–	Petugas masih terpapar suara bising saat proses pemerasan	Pengadaan APD telinga (ear muff/ ear plug) pada petugas untuk saat proses pemerasan	22 April 2025	–
			Memasang peredam bising pada mesin pemerasan	–	Petugas masih terpapar suara bising saat proses pemerasan	Memasang peredam bising pada mesin pemerasan	22 April 2025	–
19.	Lantai basah dan licin	Selasar depan gedung poliklinik)	Memasang kanopi	–	Teras depan gedung poliklinik selau basah dan licin bila hujan	Memasang kanopi	22 April 2025	–
20.	Terpapar B3	Laundry	Petugas menggunakan APD lengkap saat proses mencuci	Petugas menggunakan APD lengkap saat proses mencuci	–	–	22 April 2025	22 April 2025

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
		UPDRS	Petugas menggunakan APD lengkap saat membuang limbah B3 dari alat HISCL	Petugas menggunakan APD lengkap saat membuang limbah B3 dari alat HISCL	–	–	18 April 2025	18 April 2025
21.	Risiko kehilangan	Instalasi Gizi	Pemasangan CCTV diruang bahan makanan kering	Pemasangan CCTV diruang bahan makanan kering	–	–	14 April 2025	16 Mei 2025
22.	Tempat tidur tidak sesuai	Kebidanan (VK)	Mengganti tempat tidur yang sesuai	Mengganti tempat tidur yang sesuai	–	–	27 Maret 2025	12 Sept 2025
23.	Risiko pasien jatuh di WC	Perawatan PD 2	Memasang seat ring dan penutup closet	–	Closet duduk pasien tidak memiliki ring seat dan penutup closet	Memasang seat ring dan penutup closet	3 April 2025	–
24.	Tempat penyimpanan B3 belum standar	Instalasi Farmasi	Membuat ruangan B3 yang sesuai standar	–	Ruangan B3 belum sesuai standar	Membuat ruangan B3 yang sesuai standar	26 Maret 2025	–

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
25.	Kerusakan pada bahan makanan kering	Instalasi Gizi (r.bahan makanan kering)	- Memperbaiki/ mengganti AC - Melapisi dinding bagian luar dengan cat pelapis anti bocor	- Memperbaiki AC - Melapisi dinding bagian luar dengan cat pelapis anti bocor	—	—	26 Maret 2025	26 April 2025
26.	Overheat pada dispenser	Perawatan PD2	Mengganti dispenser dengan yang baru	Mengganti dispenser dengan yang baru	—	—	21 Maret 2025	11 Sept 2025
27.	Plafon terbuka	Kebidanan (VK)	Plafon terbuka	Menutup/ memperbaiki plafon	—	—	26 Maret 2025	4 Sep 2025
28.	Kerusakan alat	CSSD	Pada proses mensterilkan alat, setelah penggunaan 3 siklus, mesin di istirahatkan 30 menit. Baru digunakan kembali	Pada proses mensterilkan alat, setelah penggunaan 3 siklus, mesin di istirahatkan 30 menit. Baru digunakan kembali	—	—	22 April 2025	22 April 2025
29.	Atap/ plafon rusak/ bocor	Manajemen (r.Umpar)	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	—	Apabila hujan air menetes dari plafon membasahi dinding dan lantai	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	26 Maret 2025	—

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
		Manajemen (r.arsip keuangan)	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	—	—	26 Maret 2025	18 April 2025
		Perawatan PD 2	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	—	—	21 Maret 2025	12 April 2025
		Kebidanan	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	Sudah pindah ke bangunan baru	—	—	3 April 2025	29 Des 2025
		Unit Dialisis	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	—	Apabila hujan air menetes dari plafon membasahi lantai	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	3 Mei 2025	—
		Instalasi Gizi	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	—	Apabila hujan air menetes dari plafon membasahi lantai	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	3 April 2025	—

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
		Perinatologi	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	—	Apabila hujan air menetes dari plafon membasahi lantai	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	3 April 2025	—
		Instalasi Farmasi (depo rajal)	Memperbaiki/ mengganti plafon yang rusak/ bocor	—	Plafon berlubang	Memperbaiki/ mengganti plafon yang rusak/ bocor	3 April 2025	—
		VIP	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	—	Apabila hujan air menetes dari plafon membasahi lantai	Memperbaiki/ mengganti atap/ plafon yang rusak/ bocor	3 April 2025	—
30.	Lantai curam dan licin	VIP	Memasang tanda bahaya “AWAS LANTAI CURAM DAN LICIN”	Memasang tanda bahaya “AWAS LANTAI CURAM DAN LICIN”	—	—	2 April 2025	15 Sep 2025
31.	Gagang pintu rusak, pembatasan pengunjung kurang maksimal	Isolasi	Mengganti/ perbaikan pada gagang pintu	Mengunci pintu dengan rantai dan gembok	—	Mengganti/ perbaikan pada gagang pintu	21 Maret 2025	12 April 2025

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
32.	Terpapar Radiasi	Radiologi	Petugas menggunakan APD apron/ shield Pb dan menggunakan TLD saat bekerja	Petugas menggunakan APD apron/ shield Pb dan menggunakan TLD saat bekerja	–	–	19 April 2025	19 April 2025

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-bond).

Pelaksanaan pelaporan IKP sudah menunjukkan peningkatan dari triwulan sebelumnya, yang menunjukkan budaya pelaporan bertumbuh.

Sedangkan usulan perbaikan terhadap risiko masih banyak yang belum terealisasi.

BAB III

PENUTUP

1. KESIMPULAN

Beberapa hal yang perlu mendapat perhatian pada Pelaksanaan Program PMKP triwulan I:

- a. Sebagian besar Rencana Tindak Lanjut yang dibuat Unit-unit belum menysasar pada akar masalah.
- 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 mencari akar masalah yang menyebabkan target indikator mutu belum tercapai, misalnya dengan memakai diagram Ishikawa sebagai alat analisis.
- b. Bidang- bidang terkait risiko yang ada di unit-unit di bawahnya harus segera merealisasikan usulan perbaikan agar IKP dan kecelakaan kerja dapat dicegah.

TELAH MENERIMA LAPORAN
PADA TANGGAL 21 APRIL 2026
DIREKTUR RSUD PEMANGKAT



dr. YANA SUMARTANA, M.A.P

PEMBINA Tk I/IVb

NIP.197205262005021002