



PEMERINTAH KABUPATEN SAMBAS
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PEMANGKAT

Jalan A. Kadir Kasim No. 20 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 IV/ TAHUNAN
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 IV/ Tahunan 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, Januari 2025

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 IV tahun 2025 (Oktober s.d. Desember), dilaporkan kepada Direktur pada tanggal 6 Januari 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.

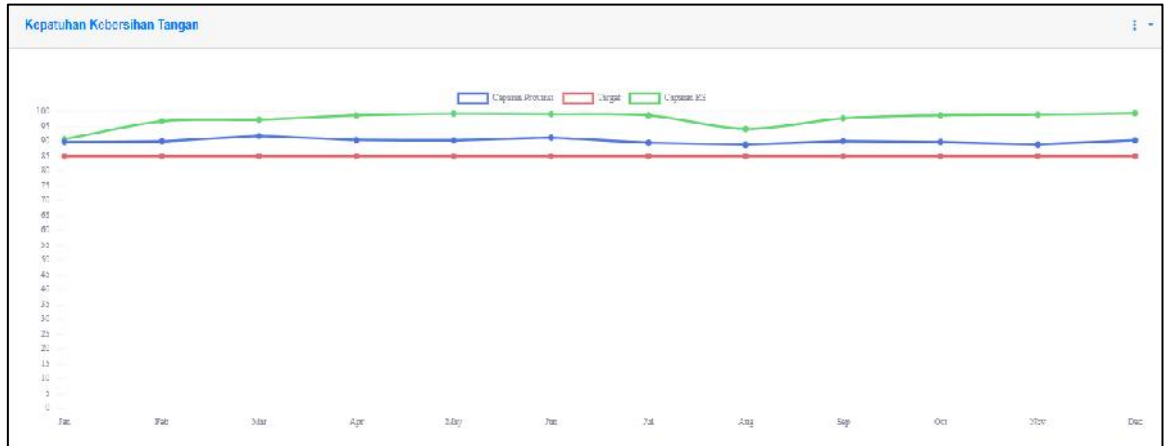
C. JADWAL PELAKSANAAN PROGRAM PMKP TAHUN 2025

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 Juli s.d. Des 2025)
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:

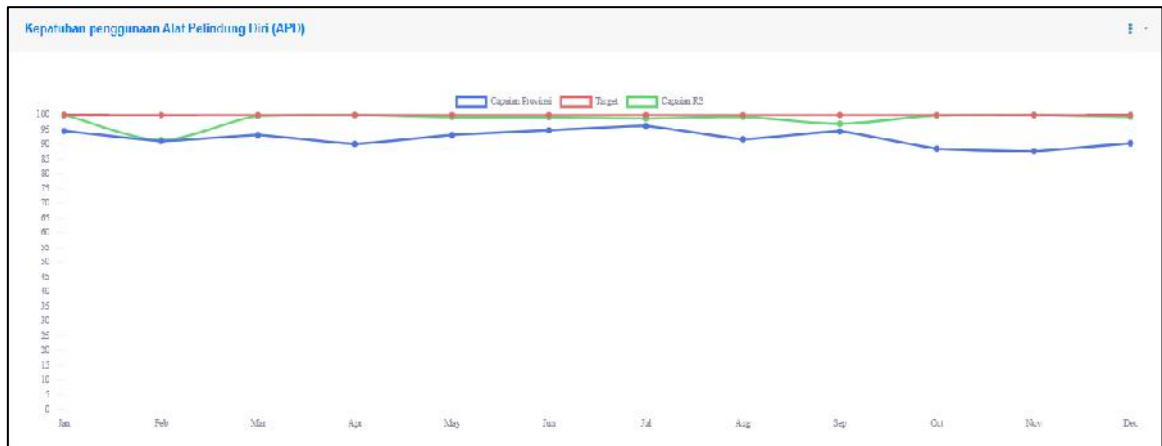
Sepanjang tahun 2025 (Januari - Desember), tingkat kepatuhan kebersihan tangan konsisten berada di atas standar yang ditetapkan (85%). Terdapat tren peningkatan yang cukup signifikan dari awal tahun (90,70%) hingga mencapai puncaknya pada bulan Mei (99,30%). Terjadi penurunan yang cukup tajam pada bulan Agustus (94,16%) dibandingkan bulan sebelumnya (Juli: 98,73%). Namun, setelah itu angka kembali naik secara stabil hingga mencapai titik tertinggi tahunan di bulan Desember (99,40%). Pada kuartal terakhir (Oktober - Desember), angka kepatuhan sangat stabil dan mendekati sempurna ($>98,7\%$).

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian yang sudah sangat tinggi (di atas 99%), melalui :

1. Melakukan edukasi ulang (re-sosialisasi) 5 Moment Kebersihan Tangan, terutama bagi staf baru atau unit dengan risiko infeksi tinggi.
2. Memastikan ketersediaan supply kebersihan tangan (masker, handrub, sabun) tetap terjaga 100% di setiap titik layanan.
3. Melanjutkan observasi kepatuhan secara real-time menggunakan aplikasi atau lembar observasi digital untuk akurasi data.

b. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (100%)



Analisis:

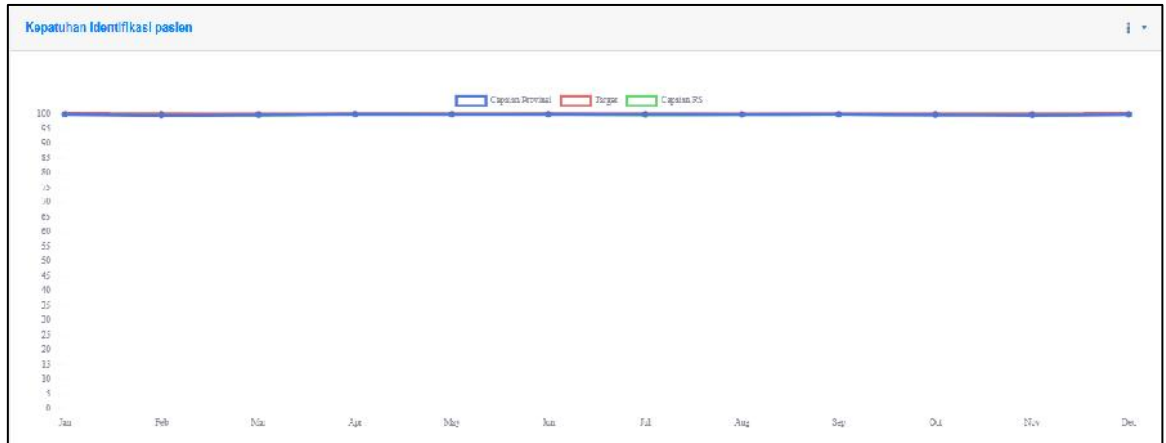
Secara umum, kepatuhan cenderung sangat tinggi, namun belum konsisten mencapai target 100% di setiap bulannya. Variasi di bawah 100% menunjukkan adanya inkonsistensi atau kelalaian kecil dalam penggunaan/dokumentasi APD. Capaian pada bulan Maret, Mei, Juni, Juli, Agustus, dan Oktober sangat mendekati target (98,78% hingga 99,66%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar waktu, kepatuhan sudah sangat baik, tetapi masih ada sedikit celah yang menyebabkan gagal mencapai 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

Kepatuhan penggunaan APD ditingkatkan mencapai 100% dengan:

- Melakukan refreshment/pelatihan singkat secara berkala (misal: safety briefing harian/mingguan) mengenai pentingnya kepatuhan APD 100%.
- Memastikan semua jenis APD (masker, goggle, sarung tangan, gaun) tersedia dan diletakkan di lokasi yang mudah dijangkau dan segera dipakai sebelum tindakan.
- Meningkatkan frekuensi monitoring langsung dan memberikan umpan balik langsung.

c. Kepatuhan Identifikasi Pasien



Analisis:

Capaian kepatuhan identifikasi pasien di ruang rawat inap pada triwulan IV 2025 tidak mengalami peningkatan yang berarti dari triwulan sebelumnya, sehingga masih belum mencapai target yang ditentukan yakni 100%. Beberapa petugas tidak melakukan identifikasi 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



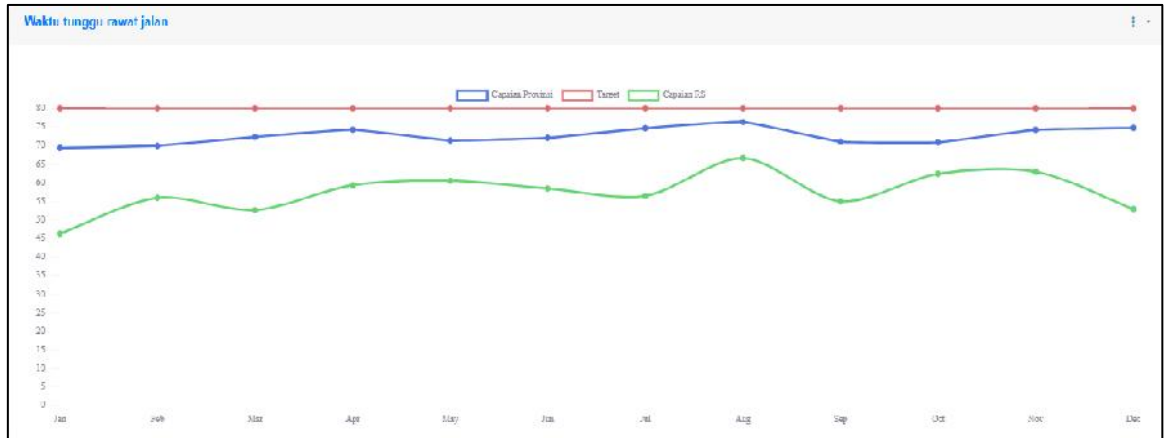
Analisis:

Capaian SC Emergency kategori 1 berhasil dipertahankan sesuai standar.

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:

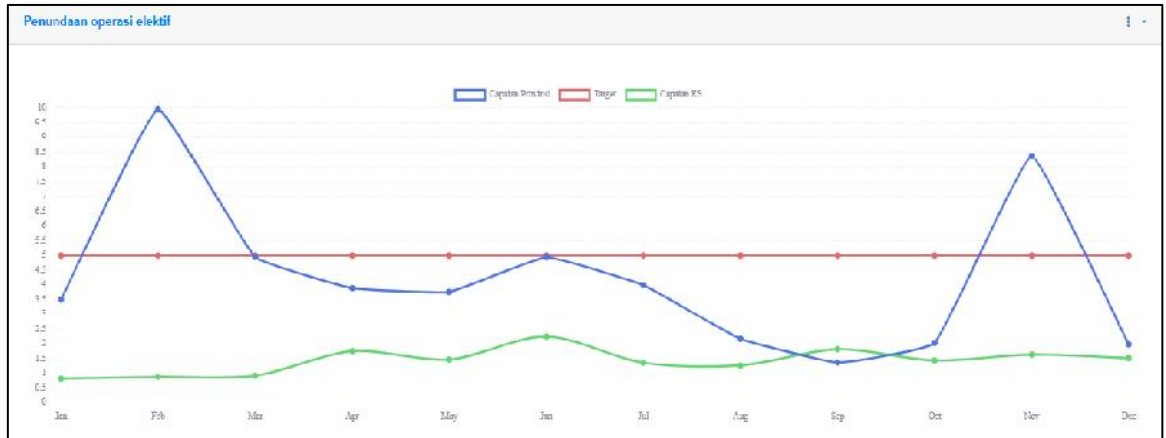
Capaian waktu tunggu rawat jalan pada bulan Desember 2025 yaitu 52,98%, dan masih jauh dari target yang diharapkan yakni $\geq 80\%$. Analisa faktor penyebab terjadinya hal tersebut dikarenakan beberapa hal berikut:

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 kandungan)
3. Pada beberapa poliklinik, perawat jaga tidak tetap ada pergantian setiap 2 minggu sekali sehingga miskomunikasi beresiko terjadi terkait pelayanan poliklinik terutama pengisian pada SIMRS

Rencana Tindak Lanjut:

1. Pengusulan dokter khusus pada pelayanan poliklinik sehingga pelayanan poliklinik lebih maksimal.
2. Pengusulan perawat khusus pada poliklinik sehingga komunikasi lebih maksimal.

f. Penundaan Operasi Elektif

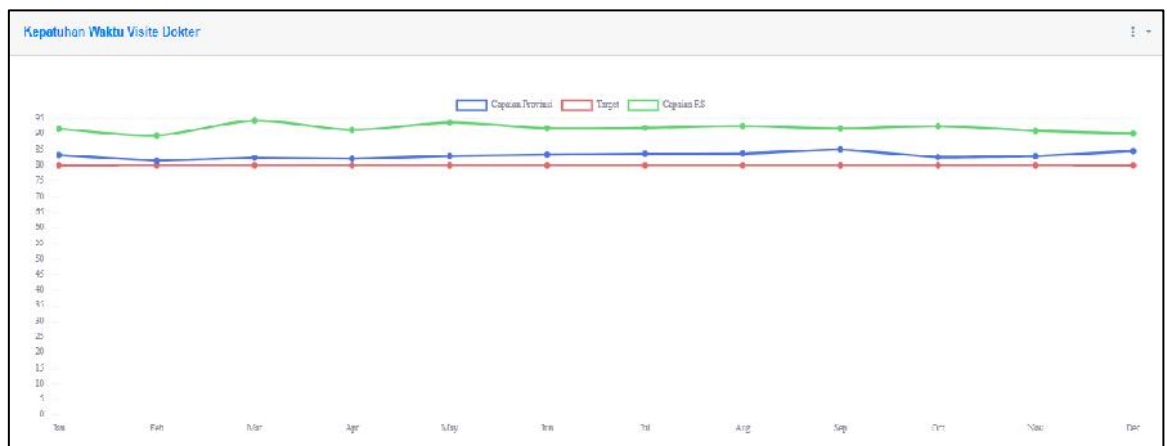
**Analisis:**

Khususnya pada bulan Desember terdapat 6 pasien yang tertunda dari 396 pasien, yakni 1,52%. Dan persentase tersebut masih dalam nilai ambang / standar yaitu < 5 %.

Rencana Tindak Lanjut:

Kepala IBS harus berkoordinasi dengan DPJP / Operator yang bersangkutan untuk membahas hal tersebut agar kejadian tersebut dapat lebih diminimalkan.

g. Kepatuhan Waktu Visite Dokter



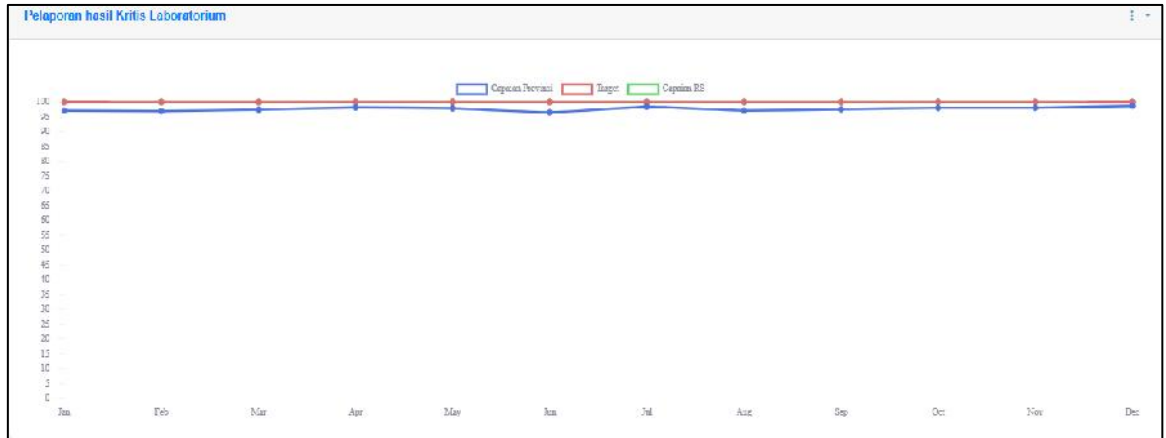
Analisis:

Kepatuhan waktu visite dokter pada 06.00 s/d 14.00 pada triwulan IV 2025 sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu $\geq 80\%$.

Rencana Tindak Lanjut:

Melakukan sosialisasi kepada DPJP untuk selalu tepat waktu melakukan visite.

h. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium



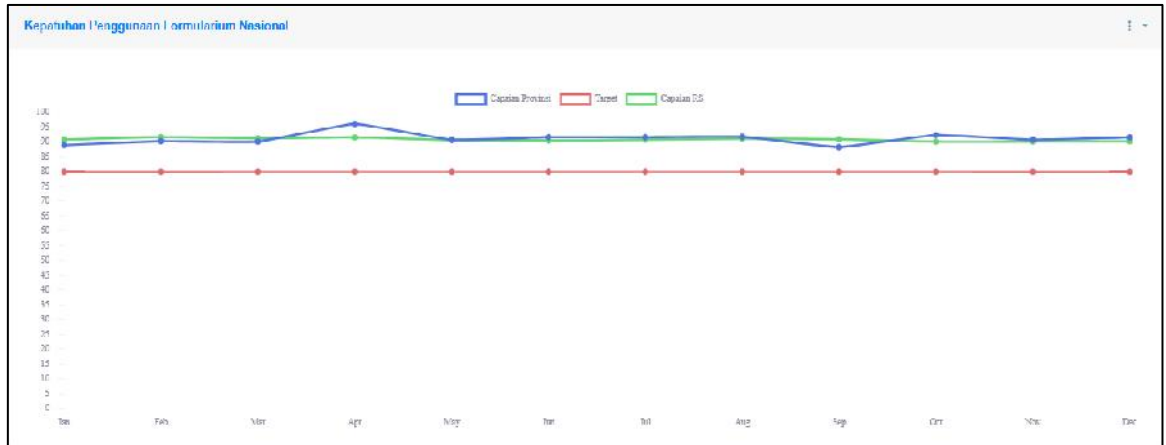
Analisis:

Sampai bulan Desember 2025, sudah mencapai target 100%. Dari 353 hasil lab kritis, seluruhnya dilaporkan ≤ 30 menit..

Rencana Tindak Lanjut:

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

i. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



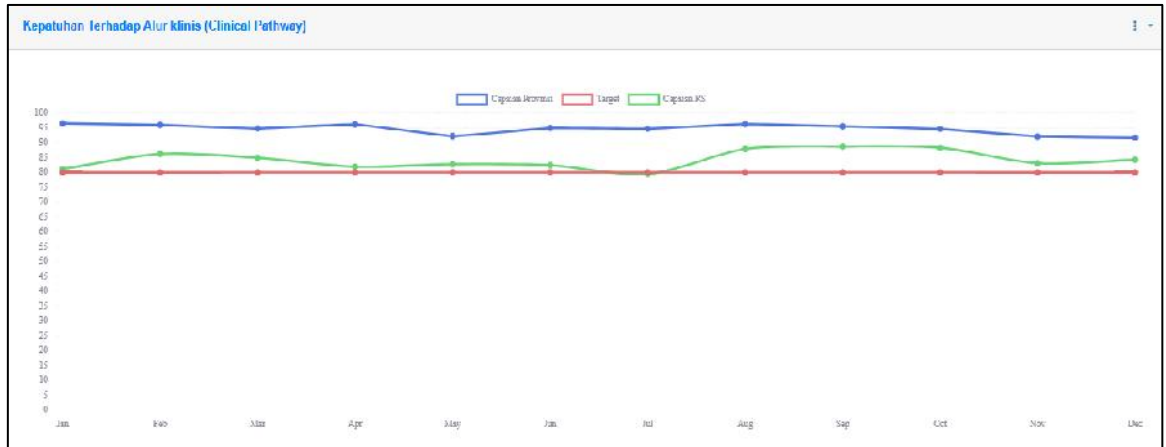
Analisis:

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

Rencana Tindak Lanjut:

Mengoptimalkan pengadaan obat yang sesuai Formularium Nasional.

j. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis

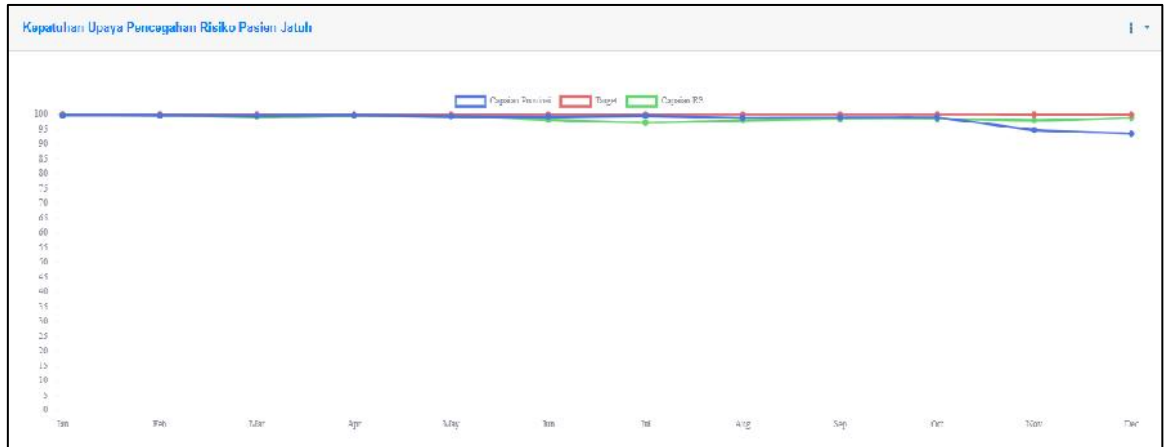
**Analisis:**

Dibandingkan dengan triwulan sebelumnya, capaian sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu $\geq 80\%$.

Rencana Tindak Lanjut:

Mengingatkan kembali kepada seluruh kepada PPA untuk mematuhi clinical pathway.

k. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh



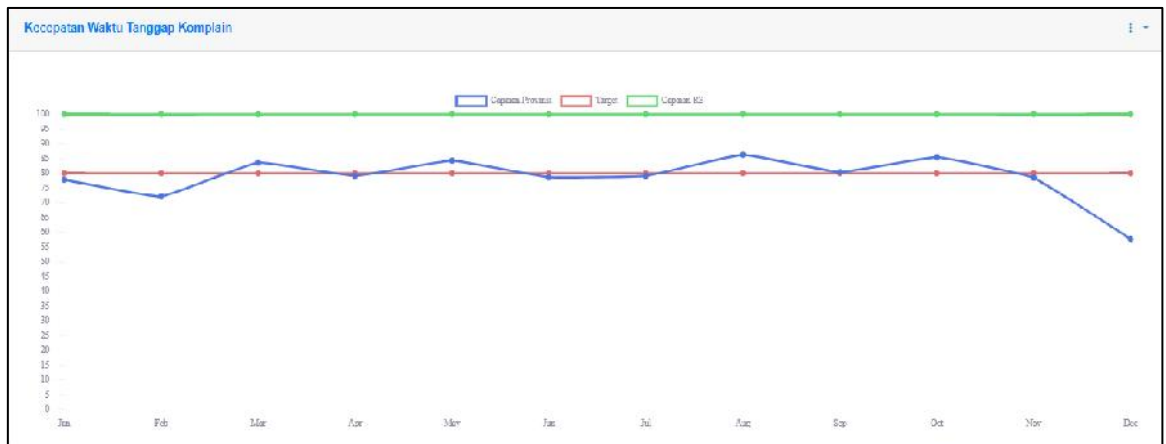
Analisis:

Capaian yang di dapat pada bulan Desember 2025 belum mencapai target yang di tetapkan yaitu 100%. Hal ini dikarenakan terdapat bebarapa 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, obat-obatan yang meningkatkan risiko jatuh
Mengevaluasi semua tindakan atau kegiatan yang berhubungan dengan kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh.

I. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain



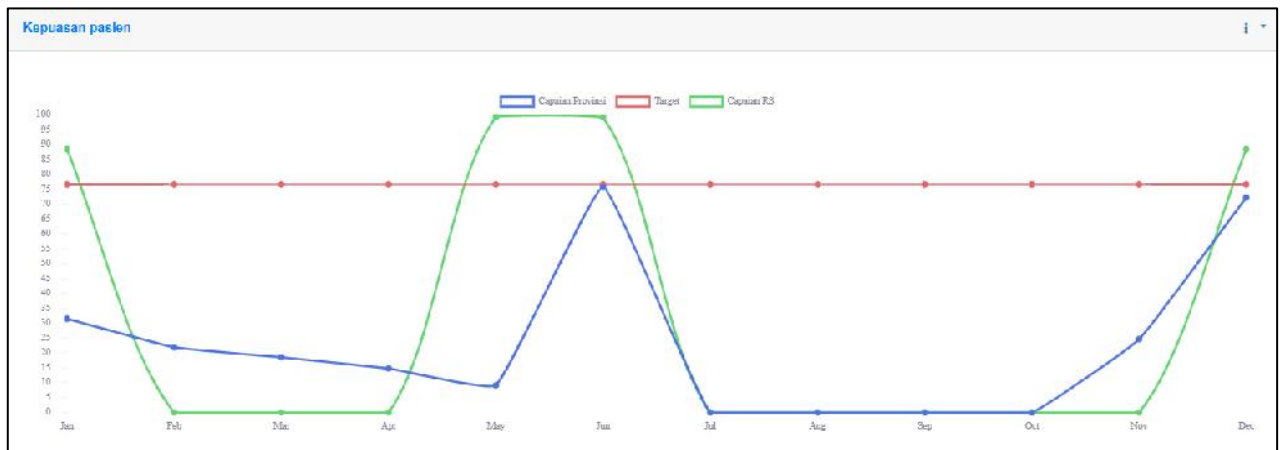
Analisa:

Kecepatan waktu tanggap komplain untuk bulan Desember 2025 terdapat 5 kasus komplain. Semua tanggap komplain yang ada baik di rawat jalan maupun di rawat inap sudah di tangani dalam waktu kurang dari 1x24 jam.

Rencana Tindak Lanjut:

Melakukan monitoring dan evaluasi berkala ke tiap unit untuk rutin melaporkan komplain sehingga dapat di tindak lanjuti dengan tepat dan sudah terbentuk unit pengaduan sebagai tempat pengaduan sehingga dapat segera ditindak lanjuti dengan tepat.

m. Kepuasan pasien



Analisa:

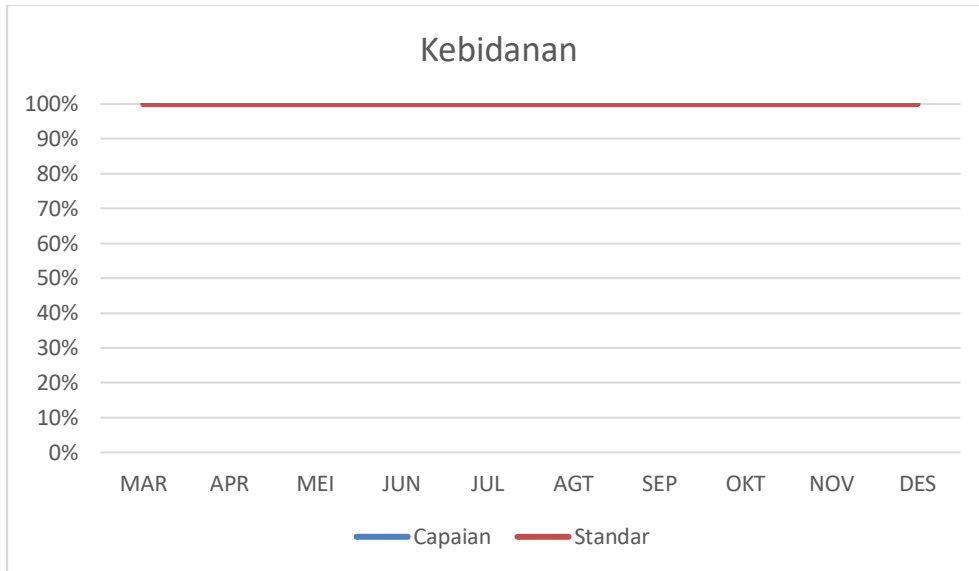
Capaian kepuasan pasien diruang rawat inap dan rawat jalan bulan Juli sampai Desember 2025 sudah mencapai target (>76,61%), dan termasuk dalam kategori Baik.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Prosedur Pelayanan Sosialisasi terkait SOP pelayanan diruang rawat inap dan rawat jalan
2. Kecepatan Pelayanan Koordinasi dengan bidang pelayanan rawat jalan terkait waktu tunggu rawat jalan
3. Kewajaran Biaya Layanan Sosialisasi tarif layanan berdasarkan Perbub No.30 tahun 2022 tentang Tarif Badan Layanan Umum Daerah.
4. Koordinasi dengan bidang penunjang terkait sarana dan prasarana

2. PENGUMPULAN DATA DAN ANALISIS INDIKATOR MUTU PRIORITAS PERBAIKAN RS

Kebidanan



ANALISA:

Dari bulan Maret hingga Desember 2026 capaian pengisian assessment ulang risiko jatuh di ruang Kebidanan selalu stabil di 100%

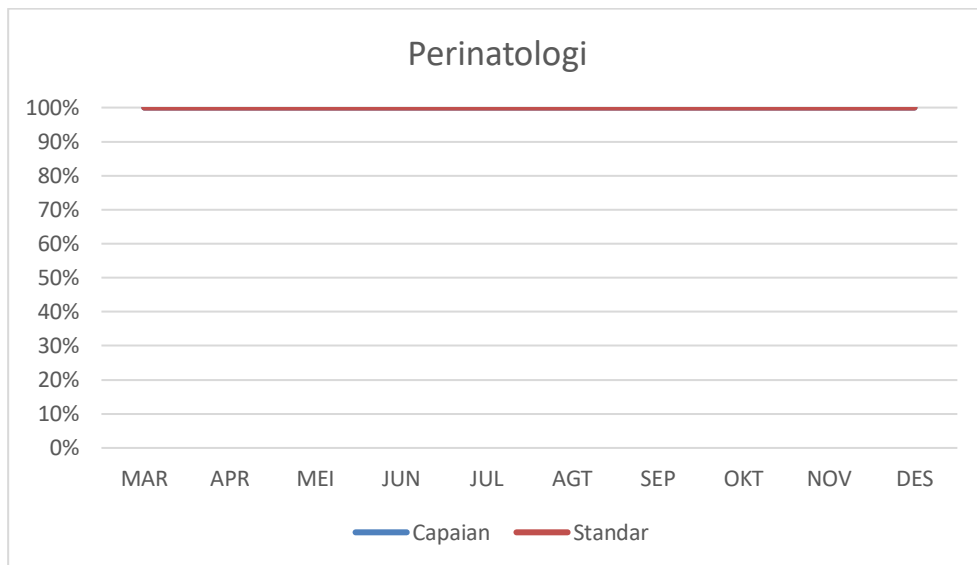
Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada bulan Maret hingga Desember 2026 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian yang ada

Perinatologi



ANALISA:

Dari bulan Maret hingga Desember 2026 capaian pengisian assessment ulang risiko jatuh diruang Perinatologi selalu stabil di 100%

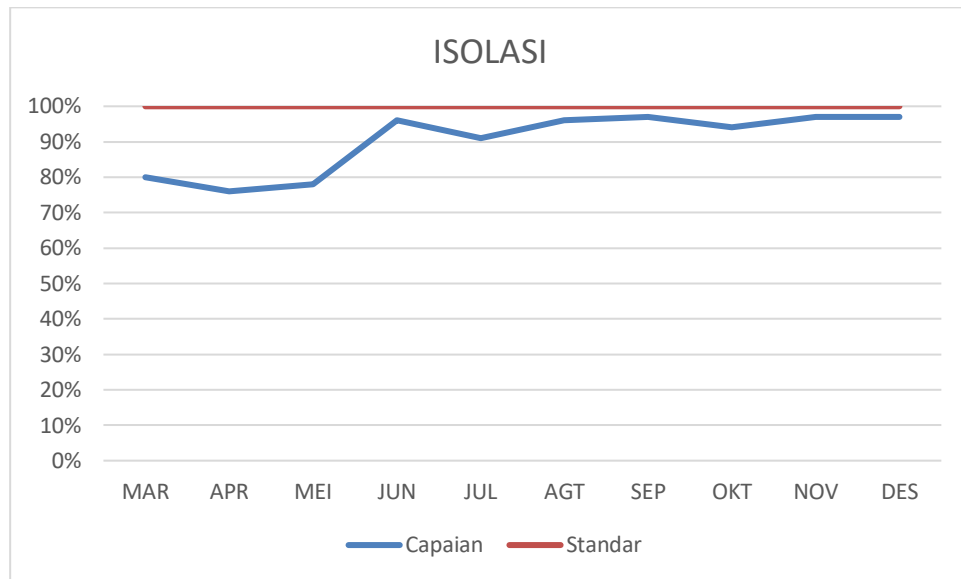
Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada bulan Maret hingga Desember 2026 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian yang ada

Isolasi



ANALISA:

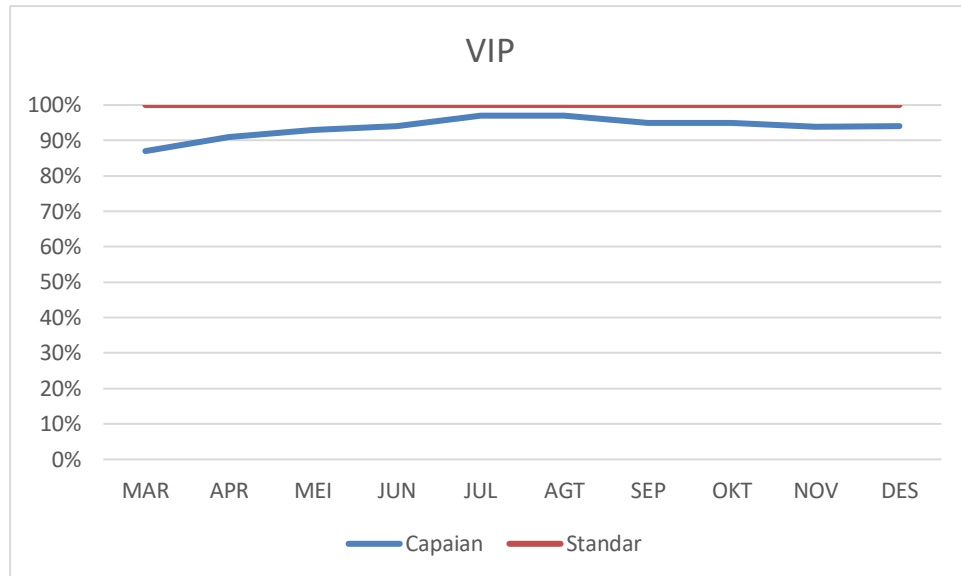
Dari bulan Maret hingga Desember 2026 capaian pengisian assessment ulang risiko jatuh diruang Isolasi selalu mengalami peningkatan. Capaian terendah di bulan Maret yakni 80%, namun di bulan Desember naik menjadi 97%.

Perbandingan dengan standar:

Meskipun selalu mengalami peningkatan, namun capaian yang didapat dari bulan Maret hingga Desember 2026 belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Selalu melakukan sosialisasi kepada semua staf tentang kepatuhan pengisian assessment ulang resiko jatuh
2. Mengevaluasi semua tindakan atau kegiatan yang berhubungan dengan kepatuhan kepatuhan pengisian assessment ulang resiko jatuh

VIP**ANALISA:**

Dari bulan Maret hingga Agustus 2026 capaian pengisian assessment ulang risiko jatuh diruang VIP selalu mengalami peningkatan hingga 97%. Namun dari bulan September hingga Desember mengalami penurunan hingga 94%.

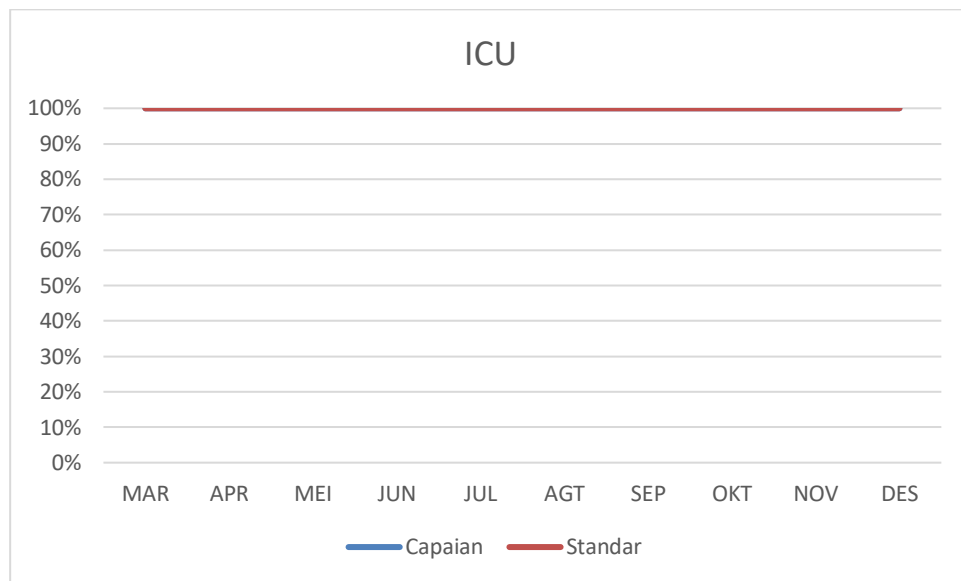
Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat dari bulan Maret hingga Desember 2026 belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Selalu melakukan sosialisasi kepada semua staf tentang kepatuhan pengisian assessment ulang resiko jatuh
2. Mengevaluasi semua tindakan atau kegiatan yang berhubungan dengan kepatuhan kepatuhan pengisian assessment ulang resiko jatuh

Intensive Care Unit



ANALISA:

Dari bulan Maret hingga Desember 2026 capaian pengisian assessment ulang risiko jatuh di ruang ICU selalu stabil di 100%

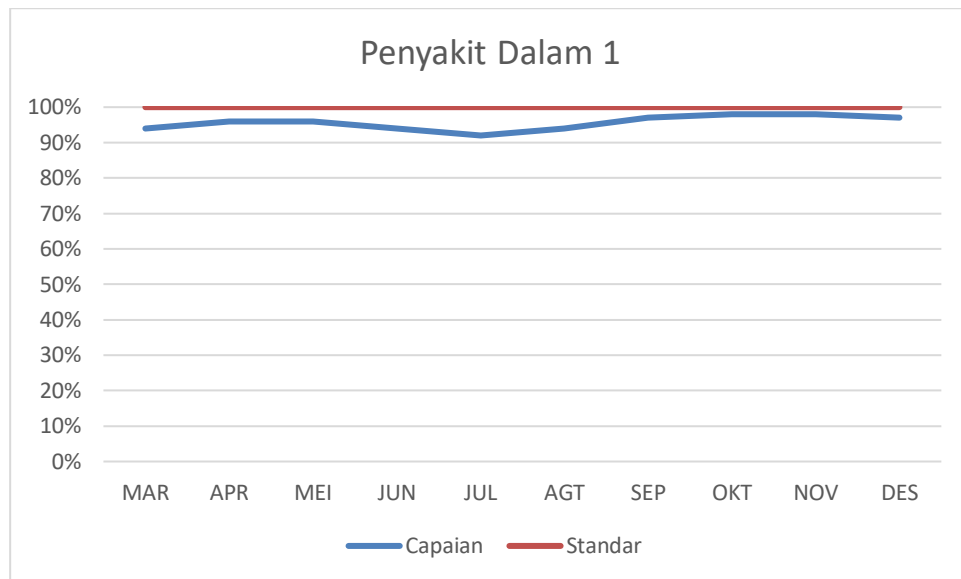
Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada bulan Maret hingga Desember 2026 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian yang ada

Penyakit Dalam 1



ANALISA:

Dari bulan Maret hingga November 2026 capaian pengisian assessment ulang risiko jatuh diruang Penyakit Dalam 1 selalu mengalami peningkatan hingga 98%. Namun pada bulan Desember mengalami penurunan 1%.

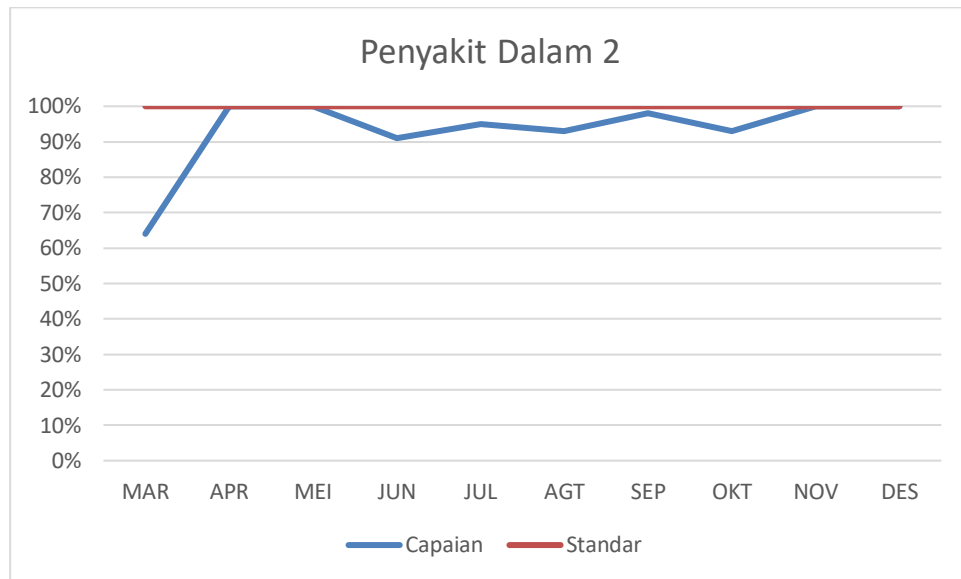
Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat dari bulan Maret hingga Desember 2026 belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Selalu melakukan sosialisasi kepada semua staf tentang kepatuhan pengisian assessment ulang resiko jatuh
2. Mengevaluasi semua tindakan atau kegiatan yang berhubungan dengan kepatuhan kepatuhan pengisian assessment ulang resiko jatuh

Penyakit Dalam 2



ANALISA:

Dari bulan Maret hingga Mei 2026 capaian pengisian assessment ulang risiko jatuh diruang Penyakit Dalam 2 mengalami peningkatan hingga 100%. Dari bulan Juni hingga Oktober mengalami ketidak stabilan capaian. Namun di bulan November hingga Desember mengalami peningkatan kembali hingga 100%.

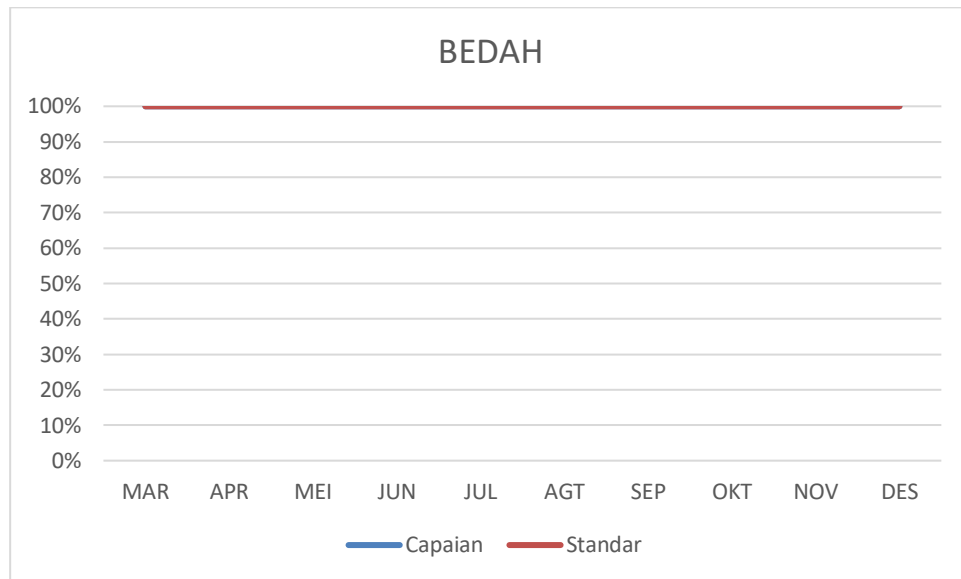
Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat dari bulan Maret hingga Oktober mengalami ketidak satbilan, namun bulan November dan Desember sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Selalu melakukan sosialisasi kepada semua staf tentang kepatuhan pengisian assessment ulang resiko jatuh
2. Mengevaluasi semua tindakan atau kegiatan yang berhubungan dengan kepatuhan kepatuhan pengisian assessment ulang resiko jatuh

Bedah



ANALISA:

Dari bulan Maret hingga Desember 2026 capaian pengisian assessment ulang risiko jatuh di ruang Bedah selalu stabil di 100%

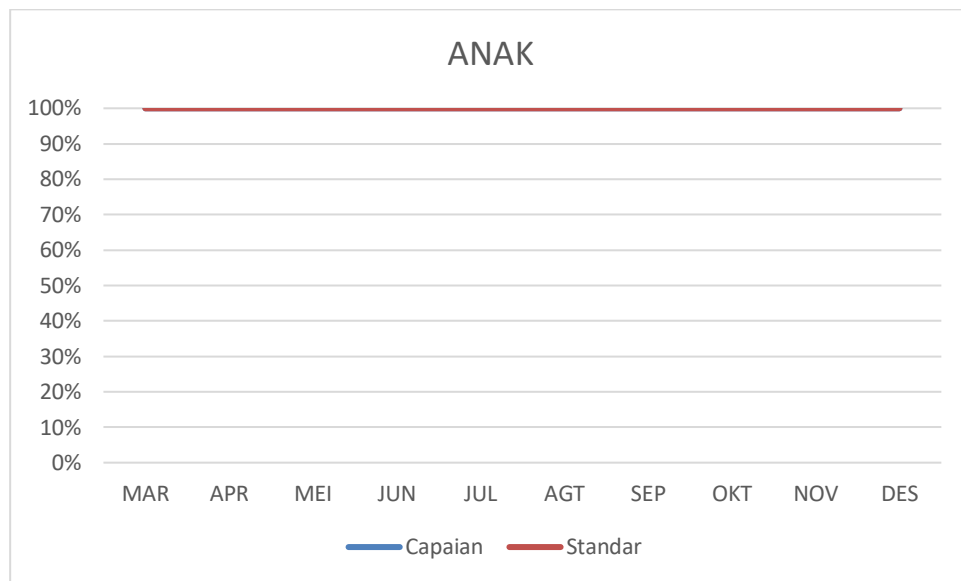
Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada bulan Maret hingga Desember 2026 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian yang ada

Anak



ANALISA:

Dari bulan Maret hingga Desember 2026 capaian pengisian assessment ulang risiko jatuh di ruang Anak selalu stabil di 100%

Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada bulan Maret hingga Desember 2026 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%.

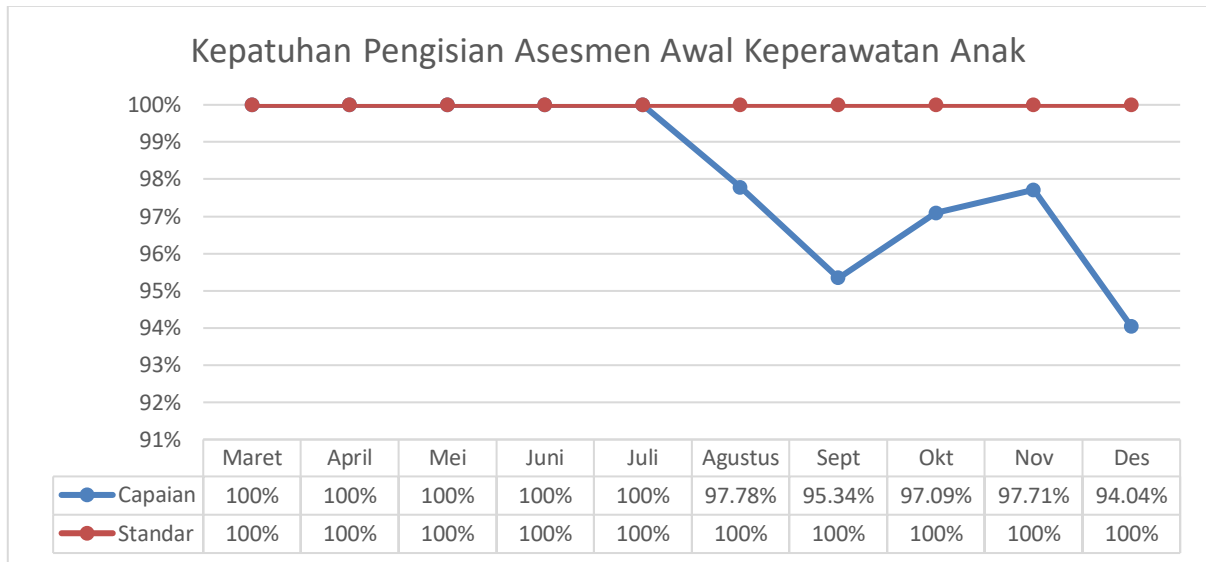
Rencana Tindak Lanjut:

Mempertahankan capaian yang ada

3. PENGUMPULAN DATA DAN ANALISIS INDIKATOR MUTU UNIT

RUANG/ UNIT : RUANG ANAK

JUDUL : Kepatuhan Pengisian Asesment Awal Keperawatan Anak



Perbandingan internal dari waktu ke waktu :

Terjadi penurunan capaian 94,04% pada bulan Desember 2025 dari hasil capaian bulan sebelumnya bulan November yaitu 97.71 % .

Perbandingan dengan standar :

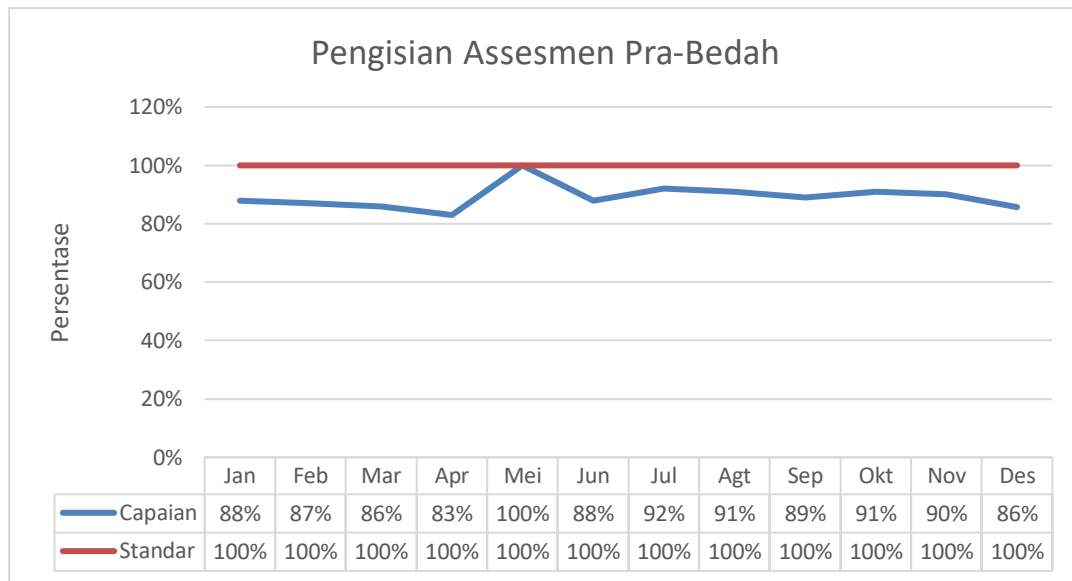
Capaian yang didapat pada bulan Desember 2025 sebesar 94,04% dan belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%

Rencana Tindak Lanjut:

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

RUANG/ UNIT : RUANG BEDAH

JUDUL : Pengisian Assesment Pra-Bedah



Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

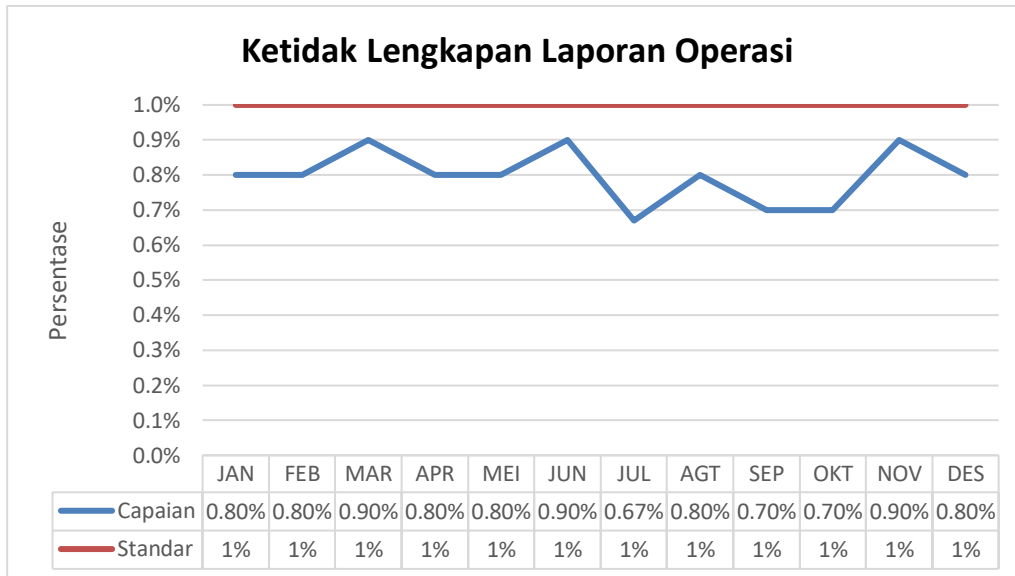
Capaian yang didapat pada bulan Juli 92 %, bulan agustus 91 % dan September 89 % dan Oktober 91 % dan November 90% dan Desember 85,7 % dengan target 100%.

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 85,7% pada Desember menjadi **≥95% 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. Target dapat dicapai dengan meningkatkan pengawasan, memastikan ketersediaan sumber daya, serta memperkuat koordinasi antar tim pelaksana.
3. Rencana perbaikan dijalankan mulai Desember **2025**, dengan evaluasi hasil pada **akhir Desember 2025**. Target capaian 100% diharapkan tercapai paling lambat **akhir Desember 2025**.

RUANG/ UNIT : INSTALASI BEDAH SENTRAL

JUDUL : Ketidak Lengkapan Laporan Operasi



Analisa

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

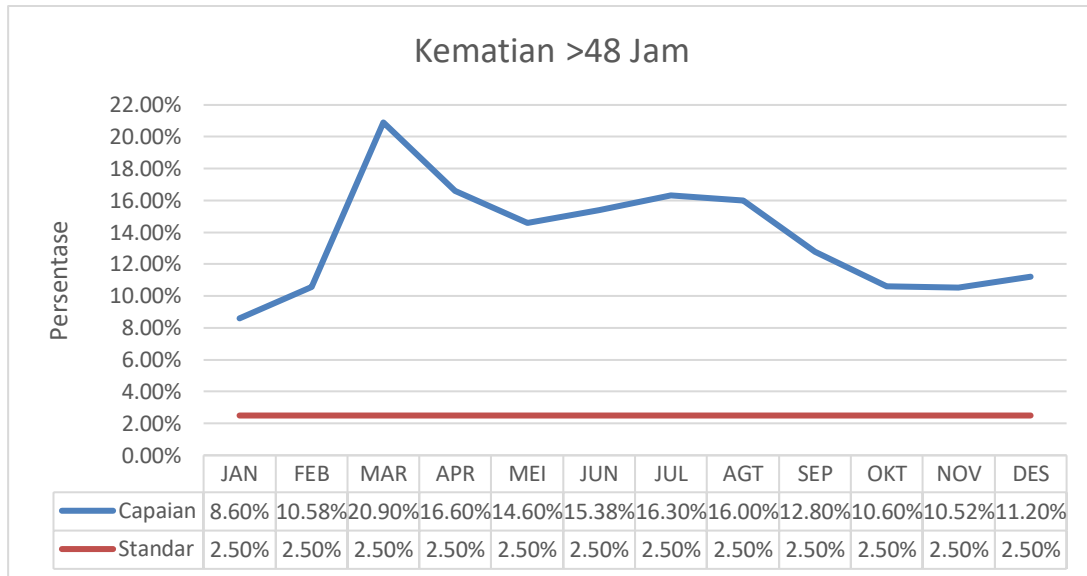
Pada bulan Juli terdapat 2 pasien yang laporan operasinya tidak lengkap dari 295 pasien, pada bulan agustus terdapat 2 pasien yang laporan operasinya tidak lengkap dari 236 pasien, pada bulan September 2025 terdapat 2 pasien yang laporan operasi yang tidak lengkap dari 275 pasien, pada bulan oktober terdapat 2 pasien yang laporan operasinya tidak lengkap dari 277 pasien, pada bulan November terdapat 3 pasien yang laporan operasi yang tidak lengkap dari 304 pasien, sedangkan pada bulan Desember terdapat 3 pasien yang laporan operasi yang tidak lengkap dari 369 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.

RUANG/ UNIT : INTENSIVE CARE UNIT

JUDUL : Kematian >48 Jam



ANALISA :

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Terjadi kenaikan persentase dari bulan November ke bulan Desember yaitu sebesar 0,7%

Perbandingan dengan standar:

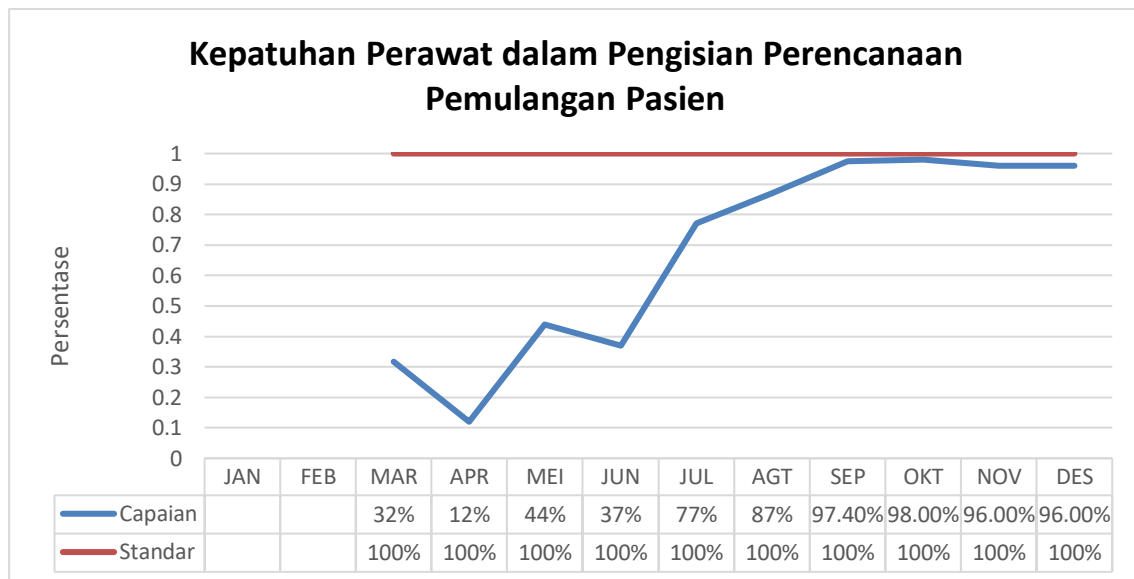
Capaian yang didapat pada bulan Desember sebesar 11,2% mengalami kenaikan dari bulan sebelumnya. Dan belum mencapai target yang di tentukan yaitu 2,50%. Adapun penyebab kenaikan persentase dikarenakan kondisi pasien saat datang ke icu sudah terminal dan alat medis yang kurang, sehingga pasien tidak tertangani dengan maksimal.

Rencana Tindak Lanjut:

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

RUANG/ UNIT : RUANG ISOLASI

JUDUL : Kepatuhan Perawat Dalam Pengisian Perencanaan Pemulangan Pasien



Analisa

Capaian penerapan Perencanaan Pemulangan Pasien di bulan Desember menunjukkan tidak adanya penurunan dengan nilai tetap yaitu 96%, nilai ini sama dengan bulan sebelumnya yaitu di bulan November 96%. Capaian ini tetap sudah 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 kanza sebagai pengingat perencanaan pemulangan pasien

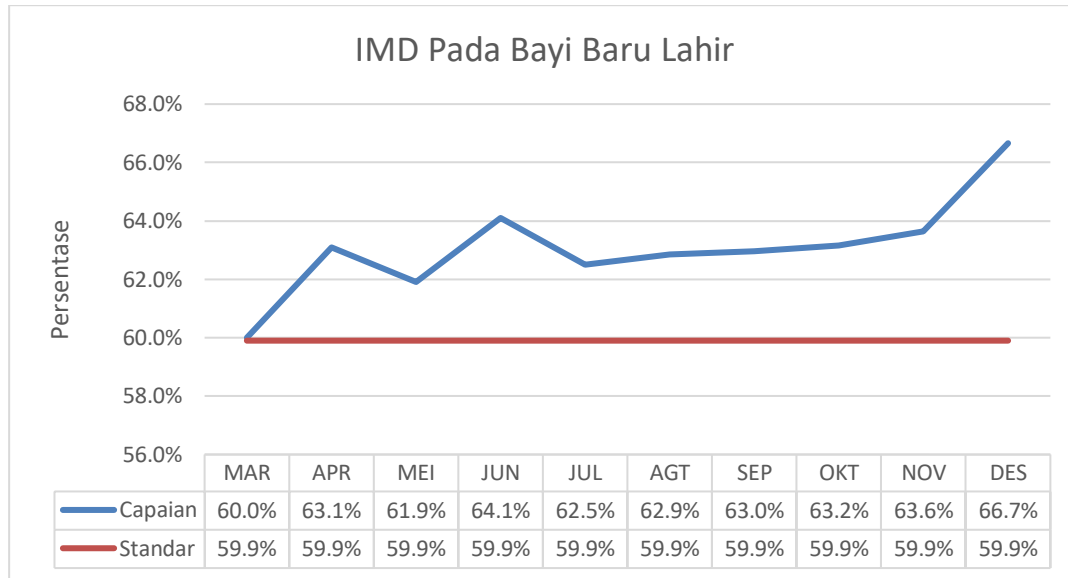
Implementasi Tindak Lanjut

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

RUANG/ 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, bulan September terjadi kenaikan yaitu 62,96%., bulan Oktober terjadi kenaikan yaitu 63,15 % , bulan November terjadi kenaikan yaitu 63,15 %, dan bulan Desember terjadi kenaikan 66,66 %

Perbandingan dengan standar:

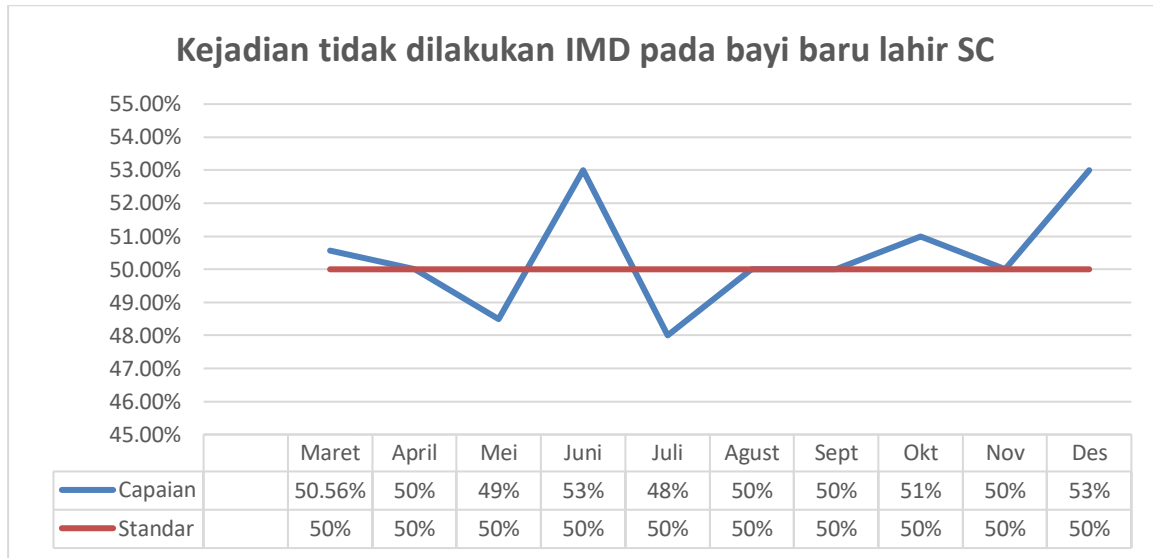
Capaian yang dicapai sudah mencapai standar yaitu > 59,9 %.

Rencana Tindak Lanjut:

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

RUANG/ 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 dengan persalinan SC pada bulan Maret 2025 sebesar 50,56%. Pada bulan April terjadi penurunan sebesar 0,56%, dan kembali menurun pada bulan Mei sebesar 1,5%. Pada bulan Juni terjadi peningkatan sebesar 4%. Selanjutnya pada bulan Juli 2025 terjadi penurunan sebesar 5%, namun pada bulan Agustus kembali mengalami peningkatan sebesar 2%. Pada bulan Oktober terjadi peningkatan sebesar 1%, sedangkan pada bulan November kembali mengalami penurunan sebesar 1%, pada bulan Desember terjadi peningkatan sebanyak 3% tidak dilakukan IMD dikarenakan banyaknya pasien SC pada bulan tersebut.

Perbandingan dengan standar:

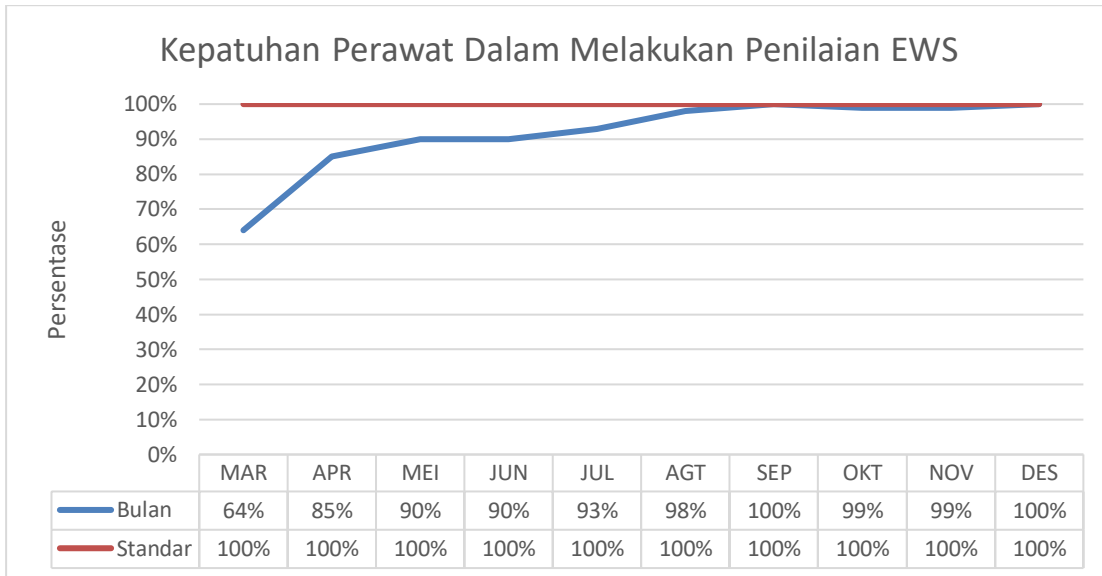
Secara umum, capaian kejadian tidak dilakukan IMD pada bayi baru lahir secara SC menunjukkan perbaikan dan secara bertahap mendekati target yang telah ditetapkan, yaitu 0,50%.

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

RUANG/ UNIT : RUANG PENYAKIT DALAM 1

JUDUL : Kepatuhan Perawat Dalam Melakukan Penilaian EWS



ANALISA:

Berdasarkan hasil pemantauan kepatuhan perawat dalam melakukan penilaian EWS di Ruang PD 1 selama periode **Maret sampai dengan Desember**, terlihat adanya **tren peningkatan yang sangat signifikan dan konsisten**.

- Pada bulan Maret, tingkat kepatuhan masih berada pada **64%**, menunjukkan bahwa pelaksanaan penilaian EWS belum optimal dan masih memerlukan penguatan, baik dari sisi pemahaman, kedisiplinan, maupun pengawasan. Namun, pada bulan April terjadi peningkatan yang cukup tajam menjadi **85%**, yang menandakan mulai adanya perbaikan dalam kepatuhan perawat terhadap pelaksanaan EWS.
- Peningkatan berlanjut pada bulan Mei dan Juni dengan capaian **90%**, menunjukkan bahwa sebagian besar perawat telah menjalankan penilaian EWS sesuai standar. Pada bulan Juli, kepatuhan kembali meningkat menjadi **93%**, mencerminkan konsistensi pelaksanaan dan meningkatnya kesadaran perawat terhadap pentingnya EWS dalam deteksi dini kondisi kegawatdaruratan pasien.
- Capaian kepatuhan semakin optimal pada bulan Agustus sebesar **98%**, kemudian mencapai **100%** pada bulan September, yang menandakan seluruh perawat telah melaksanakan penilaian EWS secara penuh. Meskipun terjadi sedikit penurunan pada bulan Oktober dan November masing-masing menjadi **99%**, capaian tersebut masih berada pada kategori sangat baik. Pada bulan Desember, kepatuhan Kembali 100%.

KESIMPULAN :

Secara keseluruhan, kepatuhan perawat dalam melakukan penilaian EWS di Ruang PD 1 menunjukkan tren peningkatan yang sangat baik dan berkelanjutan, dari kategori cukup pada awal pemantauan menjadi sangat baik dan optimal pada akhir tahun. Hal ini menunjukkan efektivitas upaya pembinaan, sosialisasi, monitoring, serta komitmen perawat dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

Rencana Tindak Lanjut

1. Penguatan Monitoring dan Supervisi

- Specific: Melaksanakan monitoring kepatuhan pengisian EWS melalui audit rekam medis pasien rawat inap.
- Measurable: Audit dilakukan minimal 10 rekam medis/bulan dengan target kepatuhan $\geq 100\%$.
- Achievable: Dilakukan oleh Penanggung Jawab Ruangan dan Tim Mutu.
- Relevant: Monitoring memastikan EWS diisi tepat waktu dan sesuai standar sebagai upaya keselamatan pasien.
- Time-bound: Dilaksanakan setiap bulan mulai Januari–Desember tahun berjalan.

2. Refreshing Pengetahuan EWS

- Specific: Melaksanakan kegiatan refresh/sosialisasi ulang tentang penilaian dan interpretasi EWS.
- Measurable: Minimal 1 kali/semester dengan kehadiran perawat $\geq 95\%$.
- Achievable: Dilaksanakan melalui briefing pagi atau in-house training singkat.
- Relevant: Menjaga pemahaman perawat terhadap standar EWS dan respon klinisnya.
- Time-bound: Dilaksanakan pada Semester I dan Semester II.

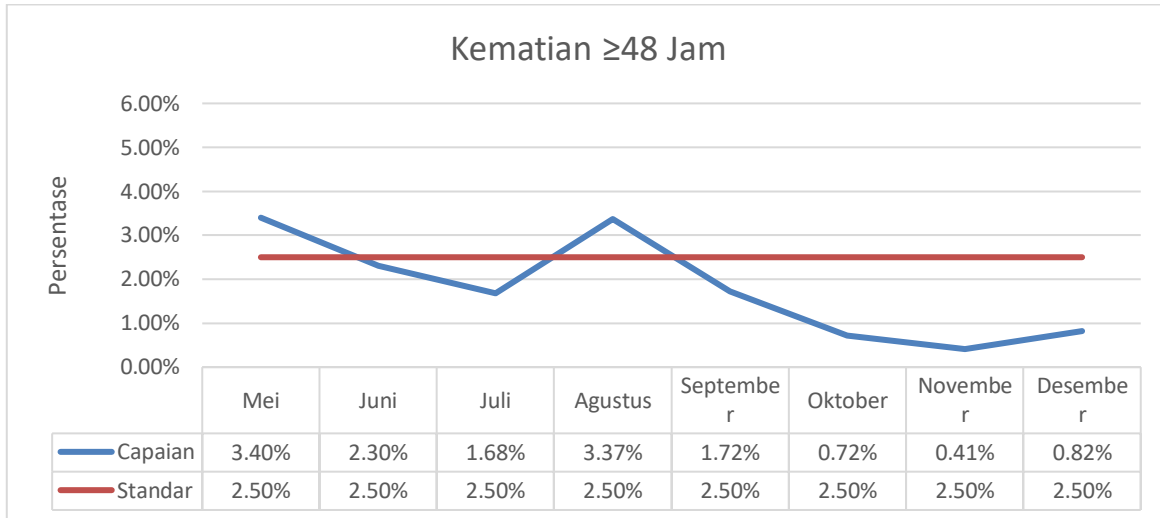
3. Optimalisasi Kepatuhan Shift

- Specific: Mengingat kewajiban pengisian EWS pada setiap pergantian shift melalui checklist serah terima.
- Measurable: Checklist serah terima terisi lengkap 100%.
- Achievable: Dilakukan oleh ketua tim/perawat penanggung jawab shift.
- Relevant: Menjamin kontinuitas pemantauan kondisi pasien.

Time-bound: Diterapkan setiap hari mulai bulan berjalan.

RUANG/ UNIT : RUANG PENYAKIT DALAM 2

JUDUL : Kematian ≥ 48 Jam



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Terjadi kenaikan persentase dari bulan November ke bulan Desember sebesar 0,41%

Perbandingan dengan standar:

Capaian yang didapat pada bulan Desember sebesar 0,82% ,mengalami kenaikan dari bulan sebelumnya.

Rencana Tindak Lanjut:

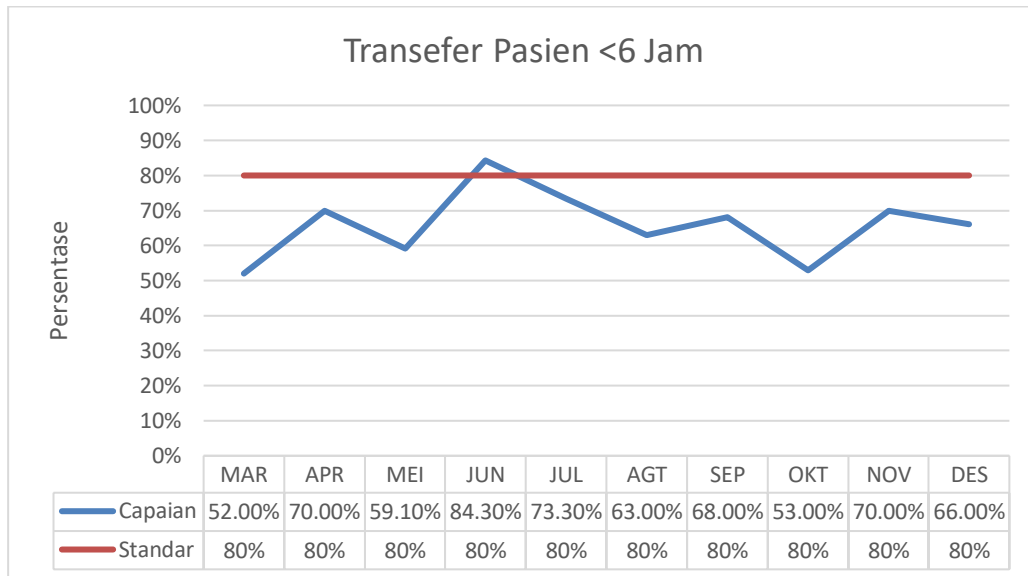
Memastikan tenaga medis memantau tanda-tanda vital dan gejala pasien secara teratur dan melakukan intervensi yang tepat jika terjadi perubahan kondisi serta melakukan evaluasi secara teratur terhadap proses perawatan dan hasil pasien.

Jumlah pasien bulan Desember sebanyak 243 pasien.

Pasien meninggal lebih dari 48 jam sebanyak 2 pasien.

RUANG/ UNIT : UNIT GAWAT DARURAT

JUDUL : Transfer Pasien <6 Jam



ANALISA :

Perbandingan dengan standar

Terjadi penurunan persentase dari bulan November ke bulan Desember sebesar 66 % belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 80 %

Rencana Tindak Lanjut:

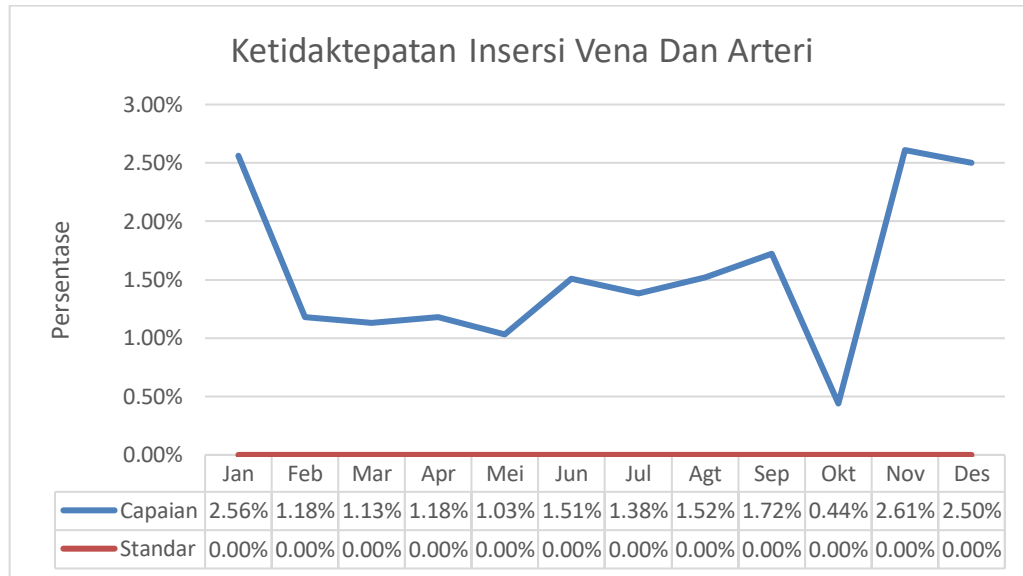
Di harapkan respon cepat dari konsulen sehingga dapat di transfer segera ke ruangan rawat, setelah mendapatkan therapy dari dokter jaga ugd

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

Ketersediaan ruangan/ tempat tidur yang terbatas.

RUANG/ UNIT : UNIT DIALISIS

JUDUL : Ketidaktepatan Inseri Vena Dan Arteri



Analisa:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Adanya penurunan kembali ketidaktepatan inseri vena dan arteri pada triwulan ke 3 ini khususnya pada bulan Desember 2025

Perbandingan dengan standar:

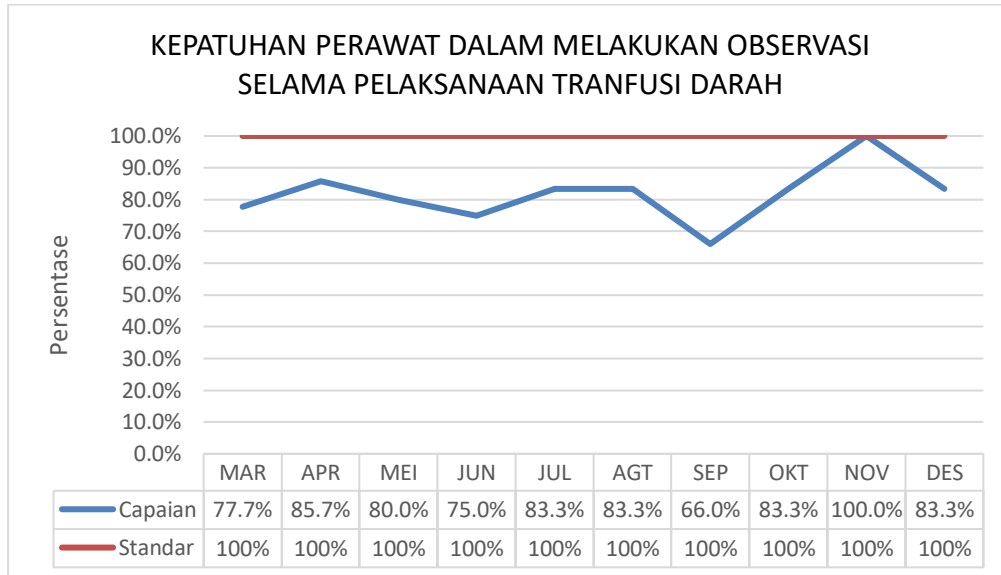
Capaian mulai menurun dibulan Desember ini dikarenakan mulai menurunnya pasien kasus baru cimino dan pasien sudah mulai patuh dalam latihan pematangan cimino.

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

RUANG/ UNIT : VIP

JUDUL : Kepatuhan Perawat Dalam Melakukan Observasi Selama Pelaksanaan Tranfusi Darah



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

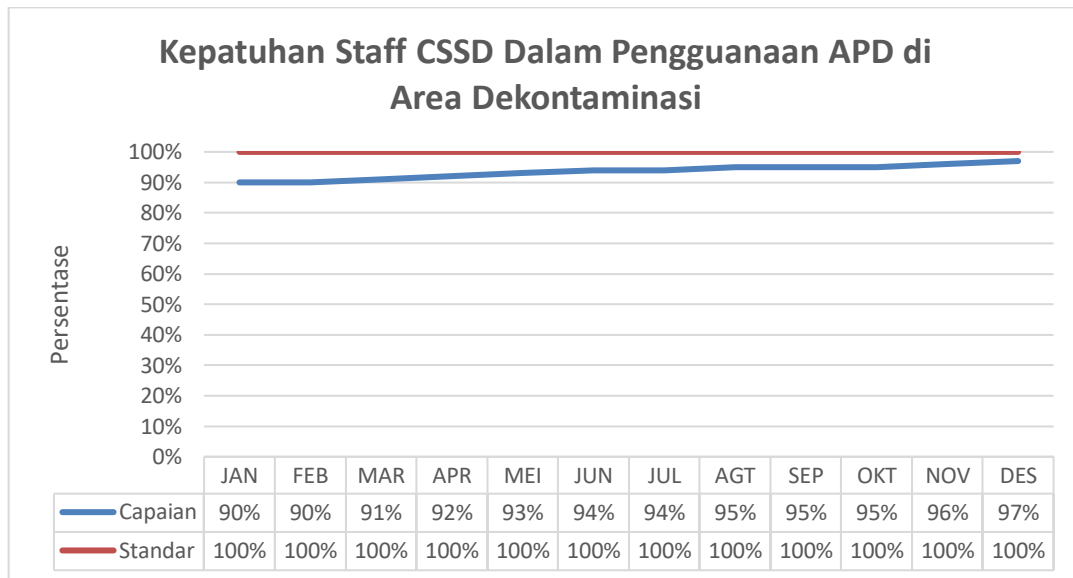
Hasil capaian periode bulan Desember 2025 mengalami penurunan sebesar 16,7% menjadi sebesar 83,3%, dan belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%

Rencana Tindak Lanjut:

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

RUANG/ UNIT : CSSD

JUDUL : Kepatuhan Staff 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, ke bulan Oktober tidak ada kenaikan, ke bulan November naik 1 %, dan ke bulan Desember naik 1 %.

Perbandingan dengan standar:

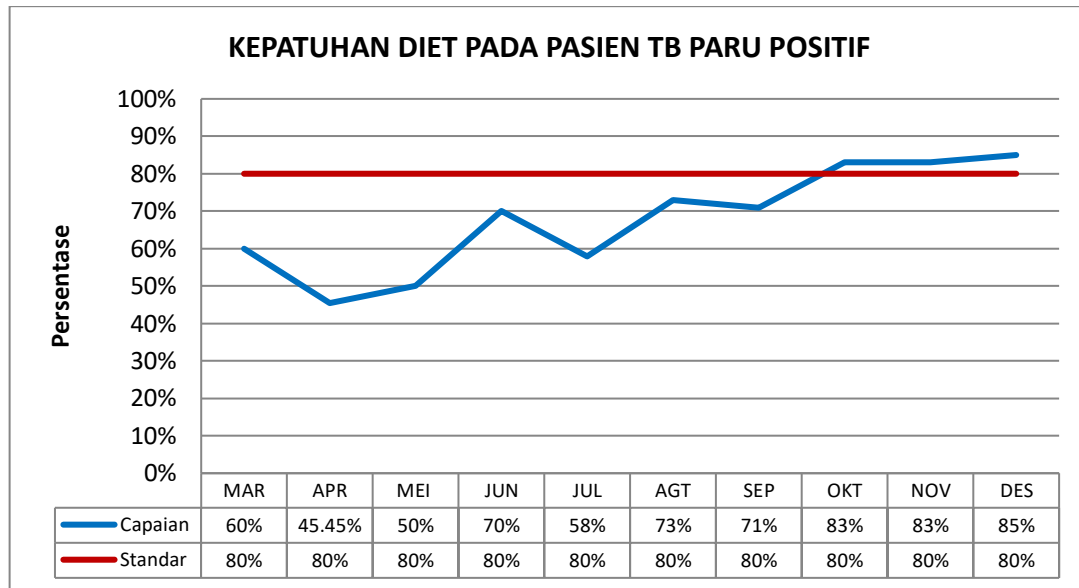
Capaian yang didapat pada bulan November naik 1 % dari bulan sebelumnya, masih belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 100 %.

Rencana Tindak Lanjut:

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

RUANG/ UNIT : INSTALASI GIZI

JUDUL : Kepatuhan Diet Pada Pasien TB Paru Positif



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu :

- Di bulan Maret capaian kepatuhan diet pasien TB Paru sebesar 60% memasuki bulan April mengalami penurunan sedangkan Mei dan Juni mengalami kenaikan sekitar 5 % - 20 %, sedangkan di bulan Juli mengalami penurunan sekitar 12 %, dan di bulan Agustus mengalami kenaikan hingga 15 % dari bulan Juli, sedangkan di bulan September menurun sekitar 2% dari target(80%) pada bulan Oktober mengalami kenaikan 14% dari bulan September, sedangkan di bulan November tidak mengalami perubahan/ masih sama yaitu 83%, pada bulan Desember mengalami kenaikan sebesar 2% menjadi 85%, akan tetapi kepatuhan diet yang dilakukan pasien Tb paru di ruang isolasi sudah mencapai target yang diharapkan yaitu 80% pada bulan Oktober, November dan Desember

Perbandingan dengan standar :

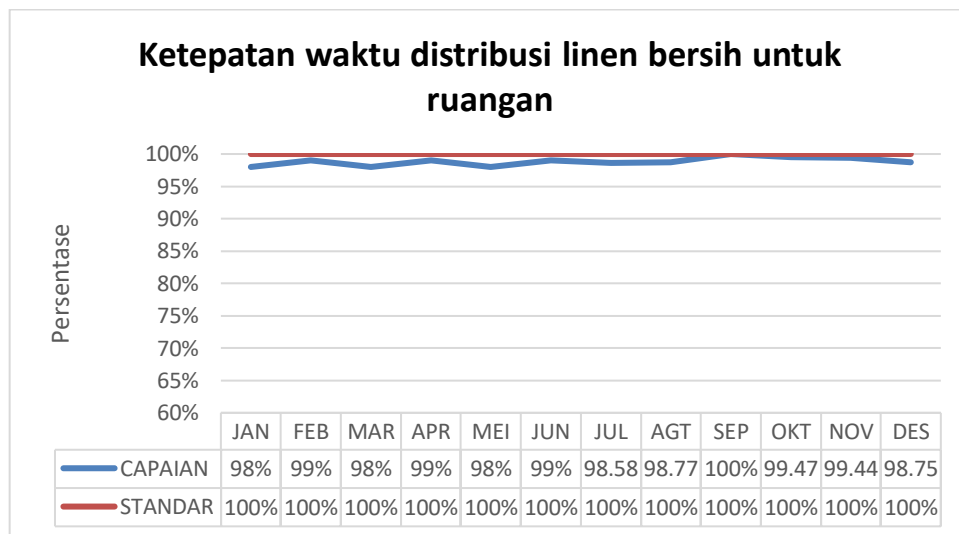
- Capaian yang didapat pada bulan Maret 60% dan di bulan April 45.45% dan di bulan Mei 50% dan di bulan Juni 70% dan di bulan Juli 58%, dan di bulan Agustus 73% dan di bulan September 71% dan di bulan Oktober 83% dan di bulan November 83% dan bulan Desember 85%, dari 3 bulan terakhir sudah mengalami peningkatan tercapai target yang ditetapkan yaitu 80 %.

Rencana Tindak Lanjut :

- Selalu mengoptimalkan kinerja staff gizi agar selalu dan melakukan intervensi pasien Tb Paru yang di isolasi secara benar dan tepat, serta memingkatkan staf tenaga gizi dalam memberikan edukasi tentang kepatuhan dalam diet makanan kepada pasien maupun keluarga.

RUANG/ UNIT : LAUNDRY

JUDUL : Ketepatan Waktu Distribusi Linen Bersih Untuk Ruangan



ANALISA:

Perbandingan internal dari waktu ke waktu;

Bulan oktober mengalami penurunan (99,47%) Bulan November tidak ada kenaikan (99,44%) Bulan desember mengalami penurunan (98,75%) walaupun hasil capaian belum mencapai standar yang di tetapkan yaitu 100%. Ruang hemodialisa mengantar linen kotor pada jam 13.45 wib, di karenakan proses waktu pencucian linen kotor sampai pendistribusian linen bersih di unit laundry membutuhkan waktu hampir 2 jam. Naka ketepatan waktu pendistribusian linen bersih tidak tercapai. Berhubung pelayanan di ruang hemodialisa pada hari rabu dan sabtu jam pelayanan buka dari jam 07.00 wib s/d jam 13.00 wib.

Perbandingan dengan standar:

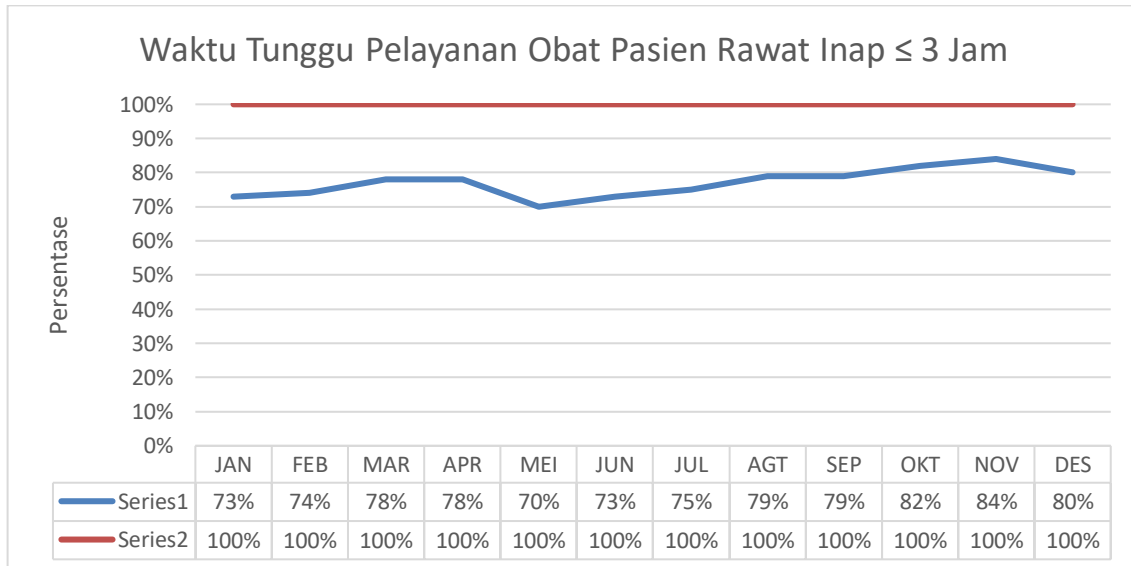
Capaian yang didapat pada Bulan oktober mengalami penurunan (99,47%) Bulan November (99,44%) dan di bulan desember mengalami penurunan 1% (98,75%)

Perbandingan dengan standar :

Masih belum mencapai target yang ditetapkan yaitu 100 %

RUANG/ UNIT : FARMASI

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



Analisa

- Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

Dari bulan Januari 2025 sampai dengan Desember 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 Desember 2025 sebesar 80%, terjadi penurunan 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

RUANG/ UNIT : LABORATORIUM

JUDUL : Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium



Analisa

- Perbandingan internal dari waktu ke waktu:

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

- Perbandingan dengan standar:

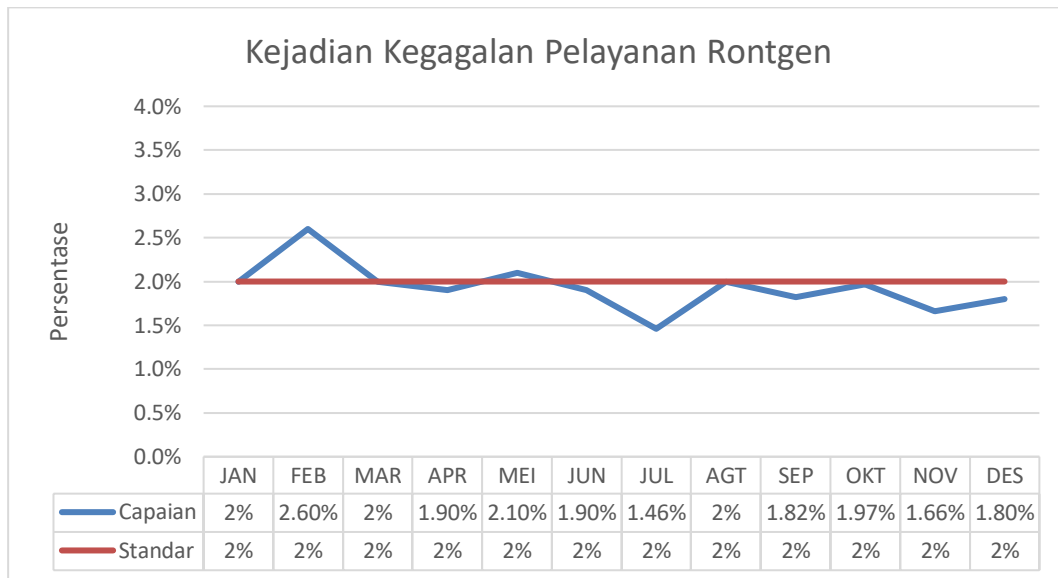
Capaian yang dicapai pada bulan Desember sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%.

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.

RUANG/ UNIT : RADIOLOGI

JUDUL : Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen



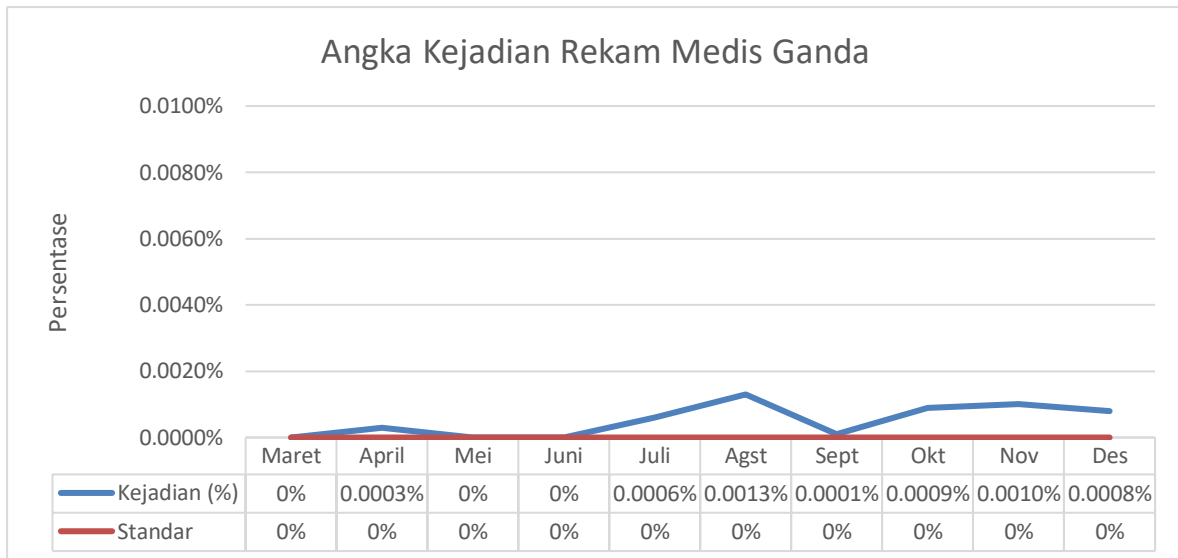
ANALISA:

- Faktor terbanyak yang menyebabkan terjadinya kegagalan rontgen di bulan Desember 2025 adalah adanya artefak/benda asing sehingga menutupi atau mengganggu radiograf sebanyak 15 foto.
- Kejadian kegagalan pelayanan rontgen paling banyak terjadi pada jenis pemeriksaan Thorax.
- Hal yang menyebabkan terjadinya kegagalan rontgen pada faktor di atas adalah kurang disiplinnya petugas radiografer dalam menerapkan SPO double check benda asing.

Rencana tindak lanjut:

- Untuk menekan angka kegagalan karena faktor benda asing, petugas PPR menerapkan ceklis pelaksanaan double check untuk setiap pemeriksaan thorax Wanita untuk menekan angka kegagalan rontgen yang disebabkan adanya benda logam yang dapat menimbulkan gambaran artefak pada radiograf.
- Melanjutkan pencatatan dan analisis reject setiap bulan.

RUANG/ UNIT : REKAM MEDIK
 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 Desember 2025 di unit rekam medis adalah 0,0008 %. Pada bulan Desember 2025 ditemukan 6 kejadian rekam medis ganda dari total registrasi loket rawat jalan 6.017 pasien dan registrasi loket rawat inap 1.828 pasien.

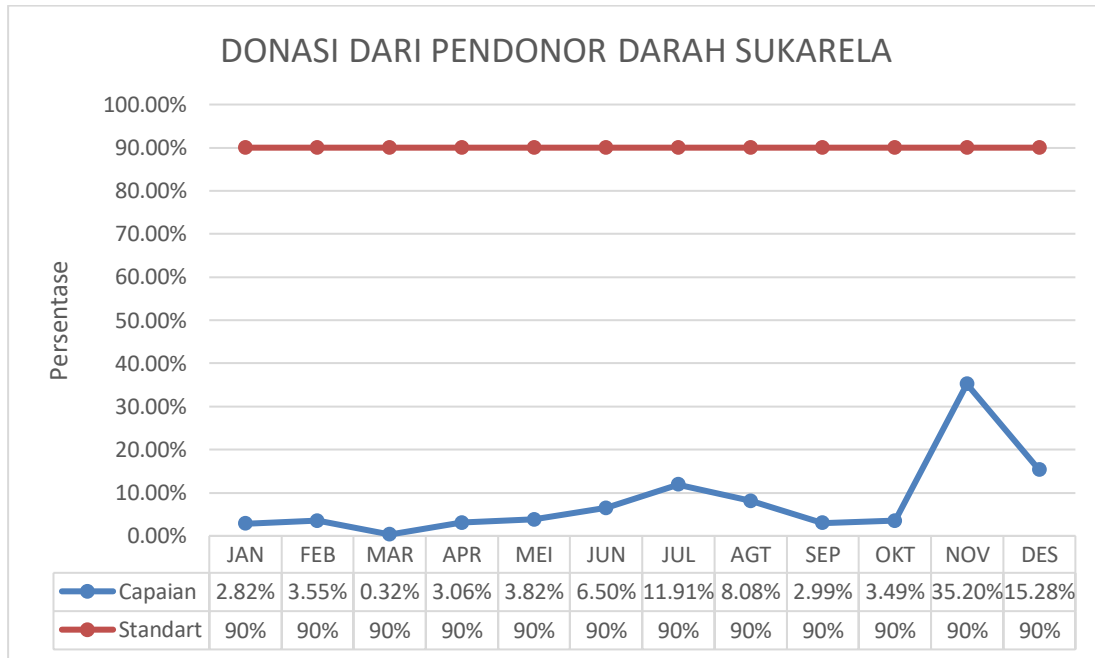
Perbandingan dengan standar:

Standar indikator mutu ini adalah 0% kejadian, pada bulan Desember ditemukan adanya 6 kejadian atau 0,0008% .

Rencana Tindak Lanjut:

Berkolaborasi bersama tim IT dengan cara membuat fitur tambahan pada SIMRS Khanza untuk menu pendaftaran dengan mengunci keyword dari nomor NIK.

RUANG/ UNIT : UNIT PENGELOLA DARAH RUMAH SAKIT
 JUDUL : Donasi Dari Pendonor Darah Sukarela



ANALISA:

Capaian Donasi Dari Pendonor Darah Sukarela yang didapat pada bulan Desember 2025 mengalami penurunan, dari 35,20% di bulan November menjadi 15,28% di bulan Desember. Dari hasil yang didapat pada bulan Desember masih sangat jauh mencapai target standar yang ditetapkan sebesar $\geq 90\%$. Penurunan di bulan Desember mencapai 19,92%.

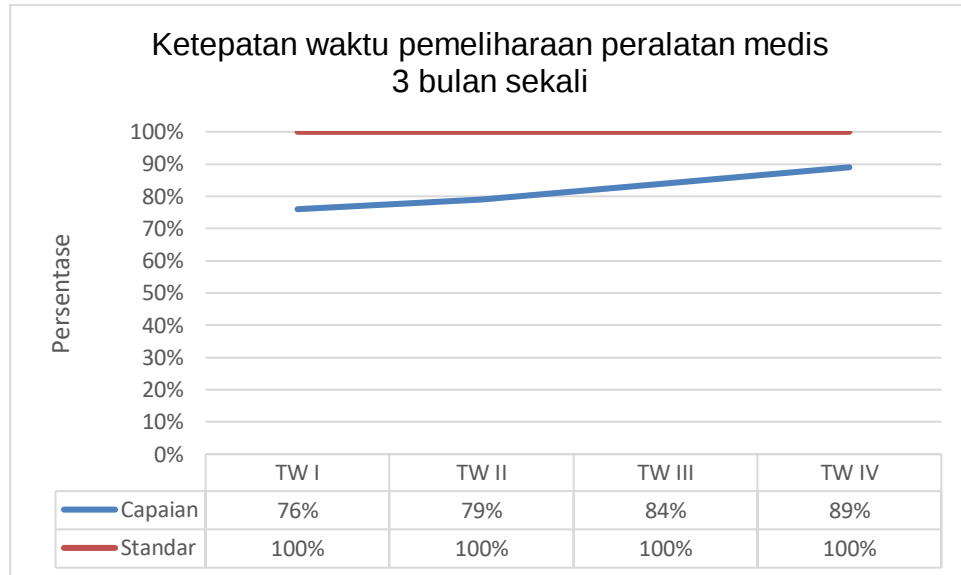
Rencana Tindak Lanjut :

Untuk mencapai target standar $\geq 90\%$ 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.

RUANG/ UNIT : IPFRS

JUDUL : Ketepatan Waktu Pemeliharaan Peralatan Medis 3 Bulan Sekali



ANALISA :

Perbandingan internal dari waktu ke waktu :

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 peralatan medis, selanjutnya ada beberapa peralatan medis yang belum dapat dilakukan pemeliharaan dikarenakan peralatan medis yang masih berada dalam proses perbaikan dan pemeliharaan akan dilakukan setelah peralatan diperbaiki.

Perbandingan dengan standar :

Capaian yang dicapai belum mencapai standar yang ditetapkan

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

4. PELAPORAN DAN ANALISIS INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

I. Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Jenis Insiden:

BULAN	INSIDEN				
	KPC	KNC	KTC	KTD	SENTINEL
OKT- 2025	0	0	0	0	0
NOV-2025	0	0	0	0	0
DES-2025	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0

Dalam Triwulan IV tahun 2025 tidak didapatkan insiden keselamatan pasien.

Mempertahankan angka **Insiden Keselamatan Pasien (IKP) jatuh nihil** adalah tantangan berkelanjutan yang memerlukan integrasi antara manajemen klinis dan efisiensi operasional. Berdasarkan analisis manajemen risiko rumah sakit, berikut adalah uraian kendala yang sering dihadapi serta langkah tindak lanjut strategisnya:

1. Kendala dalam Mempertahankan IKP Jatuh Nihil

Upaya mencapai *zero harm* sering kali terbentur pada faktor manusia, sistem, dan lingkungan:

- **Faktor SDM dan Beban Kerja:** Rasio perawat dan pasien yang tidak ideal menghambat pengawasan *bed-side* secara intensif. Kelelahan kerja dapat menyebabkan penurunan akurasi dalam melakukan asesmen risiko jatuh berkala.
- **Kesenjangan Kompetensi:** Adanya variasi pemahaman antar staf mengenai penggunaan skala risiko jatuh (seperti *Morse* atau *Humpty Dumpty*) mengakibatkan intervensi yang diberikan tidak seragam.
- **Kondisi Fasilitas dan Lingkungan:** Keausan fasilitas seperti rem tempat tidur yang tidak pakem, pencahayaan yang kurang memadai, atau lantai yang licin akibat pembersihan yang tidak terjadwal dengan baik.

- **Kepatuhan Pasien dan Keluarga:** Kurangnya edukasi atau pemahaman keluarga pasien untuk tidak meninggalkan pasien risiko tinggi sendirian, meskipun sudah diberikan tanda *fall risk* (stiker kuning).
- **Hambatan Sistem Informasi:** Pencatatan dan pelaporan yang belum *real-time* menyulitkan Komite Mutu untuk melakukan audit cepat terhadap faktor penyebab insiden.

2. Tindak Lanjut Strategis (Plan of Action)

Untuk mengatasi kendala di atas dan mempertahankan angka nihil, rumah sakit perlu melakukan langkah-langkah berikut:

A. Optimalisasi Manajemen SDM & Edukasi

- **Redistribusi Beban Kerja:** Melakukan analisis beban kerja untuk memastikan perawat memiliki waktu cukup untuk observasi langsung pada pasien risiko tinggi.
- **Pelatihan Berkelanjutan:** Menyelenggarakan *refreshment training* mengenai Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 6, khususnya akurasi asesmen risiko dan intervensi cepat.
- **Edukasi Multibahasa:** Menyediakan media edukasi (brosur/video) bagi keluarga pasien yang mudah dipahami untuk meningkatkan partisipasi mereka dalam menjaga pasien.

B. Rekayasa Lingkungan dan Fasilitas (Efisiensi Sumber Daya)

- **Audit Fasilitas Berkala:** Melakukan inspeksi rutin terhadap sarana prasarana, seperti penggantian karet kaki kruk yang aus atau perbaikan *handrail* di kamar mandi.
- **Penerapan Teknologi Hemat Guna:** Menggunakan sensor gerak atau alarm tempat tidur pada bangsal dengan risiko tinggi untuk mempercepat respon perawat sebelum pasien sempat turun dari tempat tidur.

C. Penguatan Sistem dan Budaya Keselamatan

- **Penerapan Budaya Tanpa Menyalahkan (*Just Culture*):** Mendorong staf untuk melaporkan *Near Miss* (Kejadian Nyaris Cedera) secara jujur agar dapat dilakukan perbaikan sistem sebelum cedera benar-benar terjadi.
- **Integrasi Data Digital:** Menggunakan SIMRS untuk memantau indikator mutu secara *real-time*, sehingga jika ada tren peningkatan risiko, langkah mitigasi dapat segera diambil.
- **Audit Klinis Terpadu:** Menghitung *real cost* dari setiap potensi insiden untuk memberikan pemahaman kepada manajemen bahwa investasi pada pencegahan jauh lebih efisien daripada menanggung biaya dampak cedera.

5.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	—
5.	Lantai basah dan licin	CSSD	Memperbaiki mesin air yang rusak	Memperbaiki mesin air yang rusak	—	—	2 April 2025	20 Mei 2025

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
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
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	—

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
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
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	—

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
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
		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	—

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
			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
		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

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
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	—
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

No	Risiko Prioritas	Ruangan/ Unit	Penanganan			Usulan Perbaikan	Waktu Pemantauan	
			Rencana	Realisasi	Yang Belum Tertangani		Rencana	Realisasi
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	—
		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. VALUASI KEGIATAN

Pelaksanaan pengumpulan indikator mutu telah berjalan dengan tertib sampai dengan triwulan IV, namun masih ada beberapa indikator mutu yang belum mencapai target, bahkan sebagian masih jauh dari target. rencana tindak lanjut yang dihasilkan masih belum spesifik (belum memenuhi kriteria Specific, Measurable, Achievable, Related, Time-bond).

Tidak adanya pelaporan IKP pada triwulan IV dapat mengundang pertanyaan, apakah memang tidak terjadi kasus, atau budaya melapor masih kurang, sehingga memunculkan fenomena gunung es.

Sedangkan usulan perbaikan terhadap risiko masih banyak yang belum terealisasi.

BAB III

PENUTUP

1. KESIMPULAN

Pelaksanaan Program PMKP sampai dengan triwulan IV 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 harus berkoordinasi dengan bidang terkait untuk mencari Rencana Tindak Lanjut yang berpotensi kuat untuk mencapai target indikator mutu,
- 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 6 JANUARI 2026
DIREKTUR RSUD PEMANGKAT

dr. YANA SUMARTANA, M.A.P

PEMBINA Tk I/IVb

NIP.197205262005021002