

LAPORAN
PENINGKATAN MUTU
DAN KESELAMATAN PASIEN

TRIWULAN II
(APRIL- MEI-JUNI)



KOMITE PMKP
RSUD PANDAN ARANG KABUPATEN BOYOLALI
TAHUN 2026

DAFTAR ISI

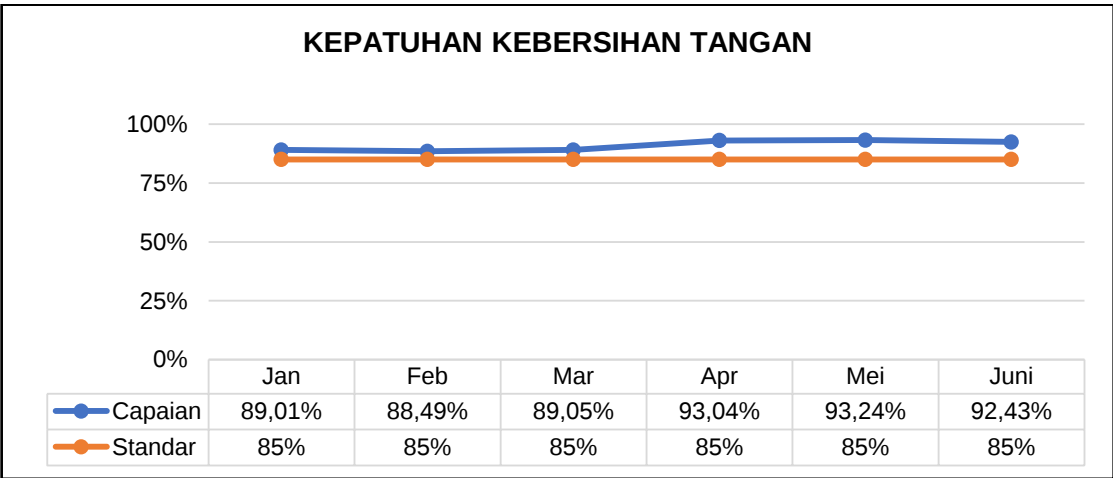
I. HASIL PEMANTAUAN INDIKATOR NASIONAL MUTU	
1. KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN	2
2. KEPATUHAN PENGGUNAAN APD	4
3. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN	5
4. WAKTU TANGGAP SC EMERGENSI	6
5. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN	6
6. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF	7
7. KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER	7
8. PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM	8
9. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUN NASIONAL	8
10.KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY	9
11.KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH	9
12.KECEPATAN WAKTU TANGGAP TERHADAP KOMPLAIN	10
13.KEPUASAN PASIEN	11
II. HASIL PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT	
1. INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN	13
2. INDIKATOR PELAYANAN KLINIS PRIORITAS	20
3. INDIKATOR STRATEGIS RS	27
4. INDIKATOR PERBAIKAN SISTEM	29
5. INDIKATOR MANAJEMEN RESIKO	30
III. HASIL PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU UNIT DAN PRIORITAS UNIT	
1. IGD	32
2. RAWAT JALAN	34
RAWAT JALAN KEMOTERAPI (RUANG SAMBILOTO).....	37
3. RAWAT INAP	40
RAWAT INAP KEMOTERAPI (RUANG KANWA)	42
4. IBS (BEDAH)	44
IBS (ANESTESI)	47
5. ICU	48
ICVCU	50
6. PONEK	52
7. VK	54
8. ADAS MANIS	56
9. PERINATOLOGI	58
10. PICU NICU	61
11. INSTALASI RADIOLOGI	64
12. INSTALASI LABORATORIUM	66
13. INSTALASI FARMASI	68
14. INSTALASI HEMODIALISA	73
15. INSTALASI GIZI	75
16. INSTALASI REKAM MEDIS	77

17. INSTALASI REHABILITASI MEDIK	79
18. GERIATRI.....	80
19. INSTALASI CSSD LOUNDRY	82
20. IPSRS	83
21. UNIT KEAMANAN	85
22. UNIT GARASI	87
23. INSTALASI PEMULASARAAN JENAZAH	88
24. PPI	89
25. K3	96
26. TB Dots	98
27. HCT	101
28. PPRA	102
29. BIDANG PELAYANAN	105
30. BIDANG PENUNJANG PELAYANAN	107
31. BAGIAN UMUM	108
32. BAGIAN KEUANGAN	109
33. IT.....	111
34. BAGIAN SDM, DIKLAT & LITBANG	111
 IV. LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN	
1. LAPORAN IKP JANUARI – JUNI 2026	112
 V. LAPORAN HASIL MONITORING MANAJEMEN RESIKO	125
 VI. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	129

**HASIL PEMANTAUAN
INDIKATOR NASIONAL MUTU**

1. KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	89,01%	≥85%
2	Februari	88,49%	≥85%
3	Maret	89,05%	≥85%
4	April	93,04%	≥85%
5	Mei	93,24%	≥85%
6	Juni	92,43%	≥85%



Keterangan :

1. Berdasarkan standar dari WHO Angka kepatuhan kebersihan tangan dalam kurun waktu 3 bulan terakhir di RSUD Pandan Arang sudah sesuai standar yaitu diatas 85%
2. Capaian tertinggi kepatuhan kebersihan tangan terjadi pada bulan Mei yaitu sebesar 93,2%
3. Sedangkan angka kepatuhan kebersihan tangan menurun dibulan Juni menjadi 92,4% namun tetap 7,4% melebihi target yang sudah ditetapkan oleh WHO
4. Secara umum kepatuhan kebersihan tangan berdasarkan profesi selama TRI WULAN II tahun 2026 menunjukkan hasil yang baik
5. Selama Triwulan II Tahun 2026, kepatuhan *Hand Hygiene* berdasarkan 5 Momen WHO menunjukkan hasil yang baik pada Momen 2, 3, 4, dan 5, yang seluruhnya memenuhi target rumah sakit. Namun, Momen 1 masih menjadi area yang memerlukan perhatian karena kepatuhannya belum konsisten mencapai target pada bulan Mei dan Juni.

Upaya perbaikan Program Kebersihan Tangan :

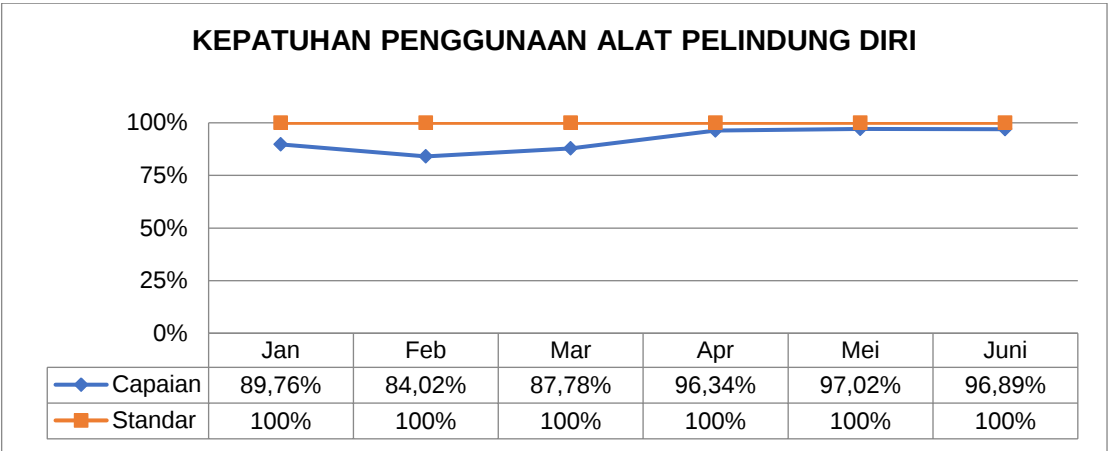
Mempertahankan angka kepatuhan kebersihan tangan diatas ≥85%, meningkatkan kepatuhan cuci tangan momen 1 ≥ 85%, Seluruh profesi angka kepatuhan cuci tangan ≥ 85%

Plan	1. Lakukan <i>refreshment</i> mengenai 5 Momen <i>Hand Hygiene</i> WHO kepada seluruh tenaga kesehatan. 2. Lakukan <i>coaching</i> khusus kepada profesi dengan kepatuhan terendah.
------	---

	- Libatkan IPCLN, Kepala Ruang dan Koordinator dalam memaksimalkan kegiatan kepatuhan kebersihan tangan pada semua staf/petugas - Edukasi kepada mahasiswa praktik, peserta magang dan karyawan baru tentang kebersihan tangan - Berikan feedback hasil audit setiap bulan kepada kepala ruangan. - Pasang media edukasi pada area pelayanan. - Lakukan kampanye <i>Hand Hygiene</i> pada <i>briefing</i> pagi dan kegiatan PPI.
Do	- Melakukan refreshment mengenai 5 Momen <i>Hand Hygiene</i> WHO kepada seluruh tenaga kesehatan. - Melakukan <i>coaching</i> khusus kepada profesi dengan kepatuhan terendah. - Melibatkan IPCLN, Kepala Ruang dan Koordinator dalam memaksimalkan kegiatan kepatuhan kebersihan tangan pada semua staf/petugas - Memberikan edukasi kepada mahasiswa praktik, peserta magang dan karyawan baru tentang kebersihan tangan - Memberikan <i>feedback</i> hasil audit setiap bulan kepada kepala ruangan. - Melibatkan IPCLN dalam memaksimalkan kepatuhan kepada petugas terkait kepatuhan kebersihan tangan - Melakukan Edukasi kepada mahasiswa praktek, peserta magang dan karyawan baru tentang pentingnya kebersihan tangan.
Study	Nilai kepatuhan kebersihan tangan TW II rata-rata kepatuhan sebesar 92,9% sudah melampaui target indikator 85%, menunjukkan bahwa implementasi program <i>Hand Hygiene</i> di rumah sakit telah berjalan dengan baik
Action	- Menjadikan Momen 1 sebagai fokus utama program peningkatan kepatuhan <i>Hand Hygiene</i> pada Triwulan III. - Meningkatkan frekuensi audit observasi pada unit dengan kepatuhan rendah. - Memberikan <i>feedback</i> individu maupun unit segera setelah audit selesai. - Mengoptimalkan peran IPC <i>Link Nurse</i> dan kepala ruangan dalam supervisi kepatuhan. - Melaksanakan orientasi ulang <i>Hand Hygiene</i> bagi mahasiswa, tenaga baru, dan tenaga kontrak. - Memastikan ketersediaan handrub di seluruh titik pelayanan melalui monitoring logistik secara berkala. - Memberikan penghargaan (reward) kepada unit dan profesi dengan kepatuhan terbaik sebagai bentuk motivasi. - Melakukan monitoring ulang pada Triwulan III untuk mengevaluasi efektivitas tindakan perbaikan dan memastikan kepatuhan tetap berada di atas target rumah sakit.

2. KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI

No.	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	89,76%	100%
2	Februari	84,02%	100%
3	Maret	87,78%	100%
4	April	96,34%	100%
5	Mei	97,02%	100%
6	Juni	96,89%	100%



Keterangan :
Angka kepatuhan pemakaian APD di triwulan II mengalami penurunan dari 97,02% menjadi 96,89% dari standar INM yaitu 100%. Secara umum perilaku Kepatuhan penggunaan APD pada triwulan II tahun 2026 kategori baik dan hampir mencapai dari standar INM yaitu 100%.

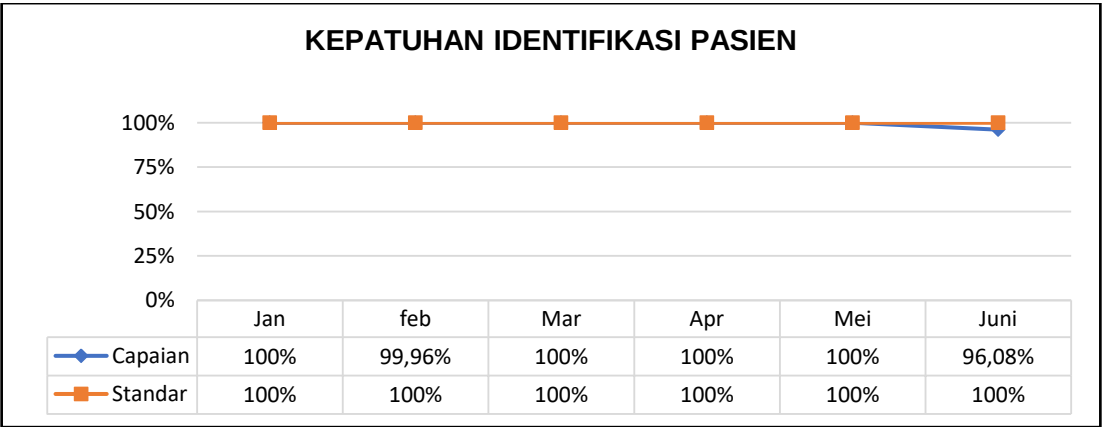
Upaya Perbaikan peningkatan kepatuhan pemakaian APD :

Plan	1. Melakukan sosialisasi ulang mengenai indikasi penggunaan APD sesuai kewaspadaan standar dan transmisi 2. Mengingatkan petugas melalui <i>briefing</i> harian (<i>morning briefing</i>). 3. Memastikan ketersediaan APD di seluruh unit pelayanan. 4. Memasang media edukasi/poster penggunaan APD pada area strategis. 5. Meningkatkan supervisi oleh IPCN, IPCLN, kepala ruangan, dan kepala instalasi.
Do	1. Melaksanakan edukasi kepada seluruh tenaga kesehatan mengenai penggunaan APD sesuai jenis tindakan. 2. Melakukan inspeksi dan monitoring penggunaan APD selama pelayanan. 3. Memastikan stok <i>Face Shield/Google</i> dan <i>Gown/Apron</i> tersedia dan mudah dijangkau. 4. Memberikan umpan balik langsung kepada petugas yang belum patuh saat dilakukan observasi.
Study	Melakukan audit kepatuhan APD setiap bulan menggunakan lembar observasi PPI. Membandingkan hasil kepatuhan sebelum dan sesudah intervensi, khususnya pada <i>Face Shield/Goggle</i> dan <i>Gown/Apron</i> . Mengevaluasi penyebab

	ketidakpatuhan, seperti kurangnya pemahaman, keterbatasan APD, kebiasaan kerja, atau rendahnya pengawasan. Menilai efektivitas edukasi dan supervisi yang telah dilakukan
Action	Apabila kepatuhan meningkat hingga $\geq 95\%$, kegiatan edukasi, supervisi, dan audit dipertahankan sebagai program rutin. Jika target belum tercapai, dilakukan analisis akar masalah bersama unit terkait, penyusunan rencana perbaikan yang lebih spesifik, peningkatan frekuensi supervisi, pemberian <i>coaching</i> kepada petugas yang belum patuh, serta monitoring mingguan pada unit dengan kepatuhan terendah.

3. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN

No.	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	99,96%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	96,08%	100%

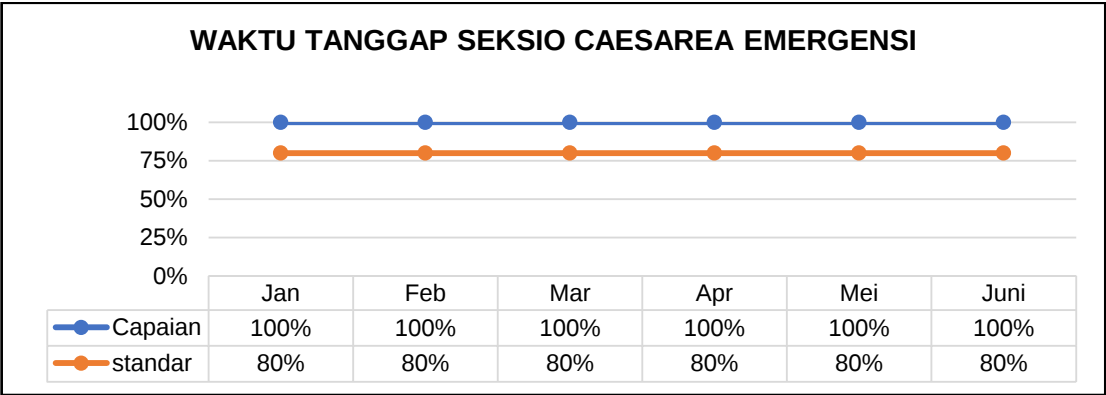


Keterangan :
Rata-rata kepatuhan identifikasi pasien di triwulan kedua tahun 2026 mendekati standar INM 100%. Angka kepatuhan terendah terjadi pada bulan Juni yaitu sebesar 96,08%.

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Meningkatkan capaian identifikasi pasien menjadi 100%	- Sosialisasi ke unit terkait tentang identifikasi pasien - Pemantauan ke unit terkait pelaksanaan identifikasi pasien - Koordinasi dengan petugas IGD dan TPPRI terkait pentingnya kepatuhan identifikasi pasien	Angka kepatuhan identifikasi pasien pada bulan Juni 96,08%	Tingkatkan kemampuan unit dalam identifikasi pasien sampai dengan target 100% tercapai

4. WAKTU TANGGAP SEKSIO CAESAREA EMERGENSI

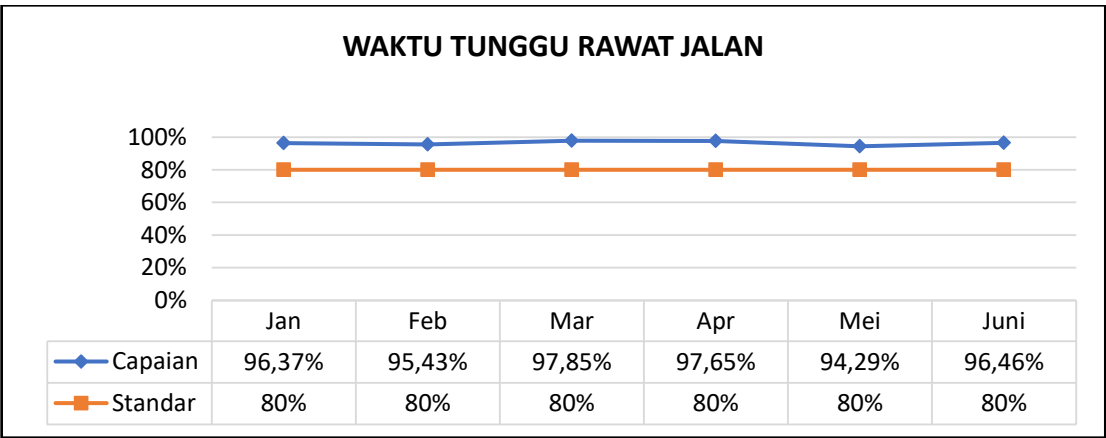
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	≥80%
2	Februari	100%	≥80%
3	Maret	100%	≥80%
4	April	100%	≥80%
5	Mei	100%	≥80%
6	Juni	100%	≥80%



Keterangan :
Rata-rata waktu tanggap SC emergensi di triwulan kedua tahun 2026 sudah sesuai standard INM.

5. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

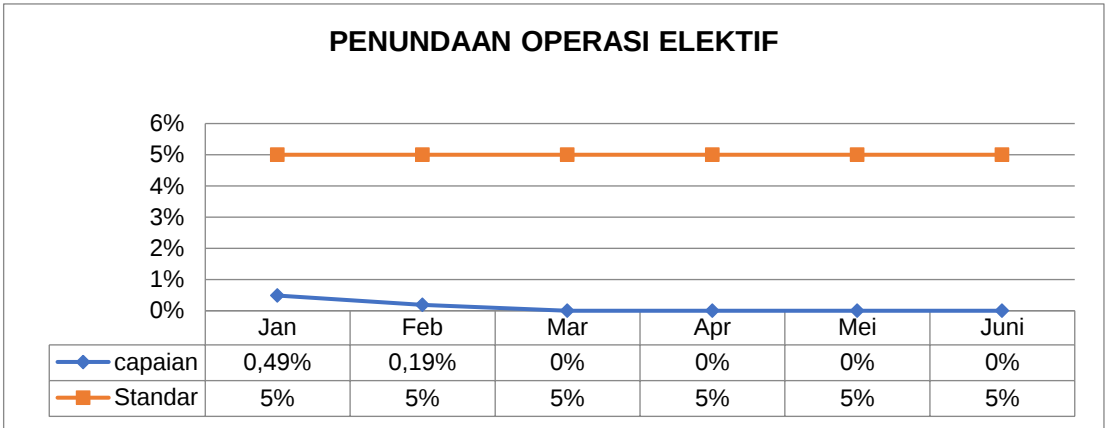
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	96,37%	≥80%
2	Februari	95,43%	≥80%
3	Maret	97,85%	≥80%
4	April	97,65%	≥80%
5	Mei	94,29%	≥80%
6	Juni	96,46%	≥80%



Keterangan :
Rata-rata Waktu tunggu rawat jalan di triwulan kedua tahun 2026 sudah menunjukkan tren kenaikan dan sudah sesuai dengan standar. Angka waktu tunggu rawat jalan terendah terjadi pada bulan Mei yaitu sebesar 94,29%, tetapi di bulan Juni mengalami kenaikan 2,17% menjadi 96,45%

6. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

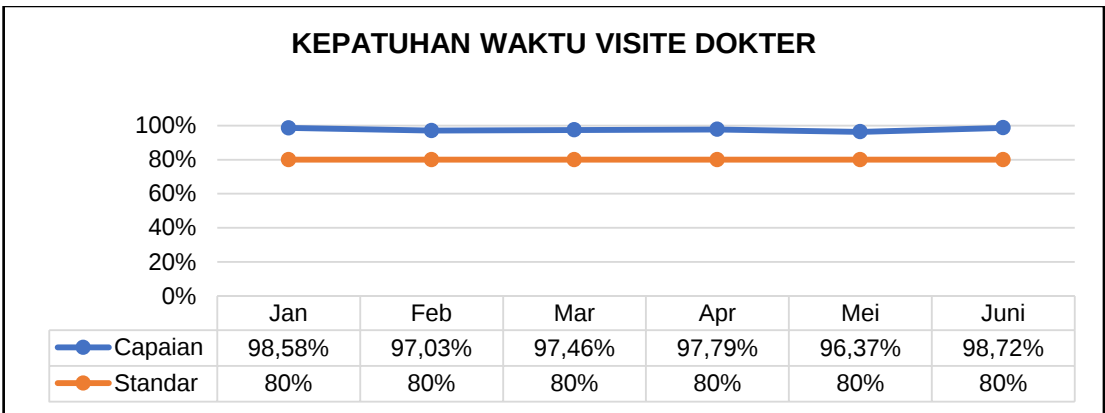
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0,49%	<5%
2	Februari	0,19%	<5%
3	Maret	0	<5%
4	April	0%	<5%
5	Mei	0%	<5%
6	Juni	0%	<5%



Keterangan :
Rata-rata Penundaan operasi elektif di triwulan kedua tahun 2026 masih sesuai standard INM.

7. KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER

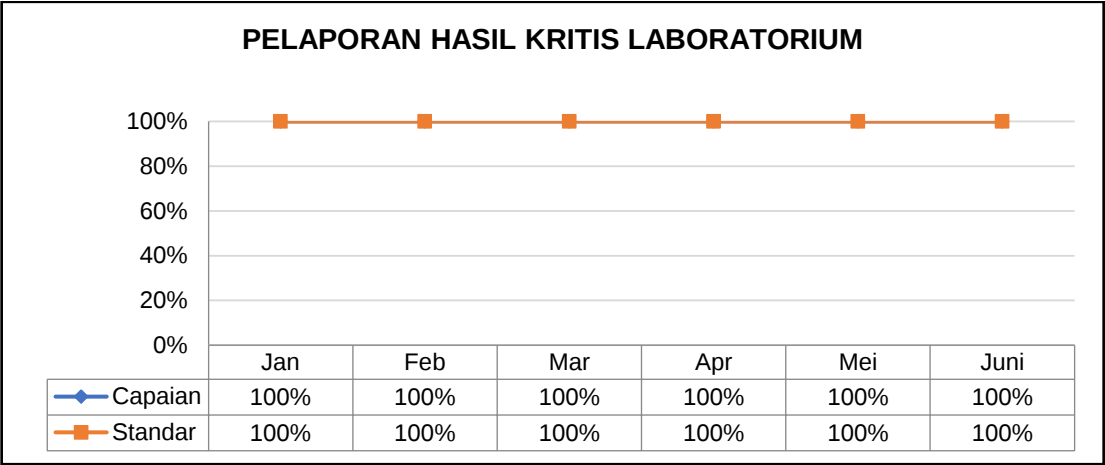
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	98,58%	≥80%
2	Februari	97,03%	≥80%
3	Maret	97,46%	≥80%
4	April	97,79%	≥80%
5	Mei	96,37%	≥80%
6	Juni	98,72%	≥80%



Keterangan :
Rata-rata Kepatuhan waktu visite dokter di triwulan kedua tahun 2026 menunjukkan tren naik. Angka kepatuhan waktu visite dokter terendah terjadi pada bulan Mei yaitu sebesar 96,37%, tetapi di bulan Juni mengalami kenaikan 2,35% menjadi 98,72%

8. PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM

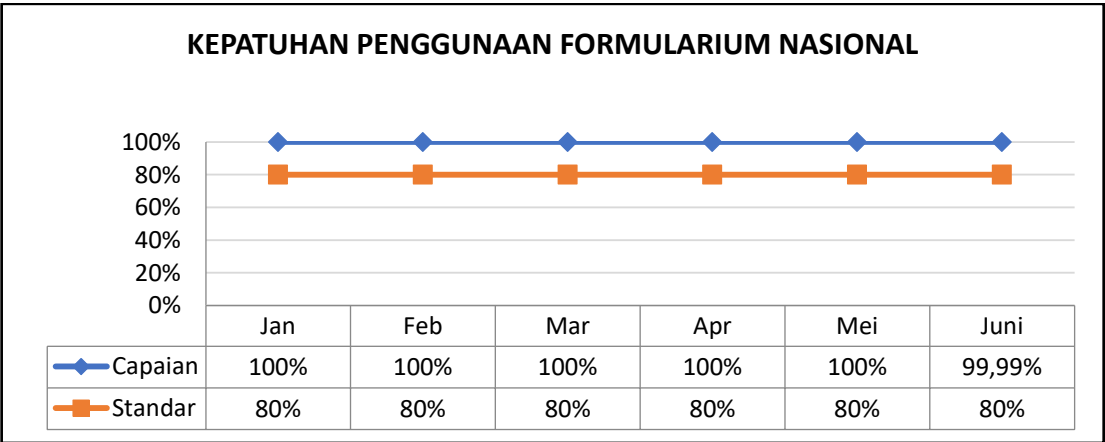
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan :
Rata-rata Pelaporan hasil kritis laboratorium di triwulan kedua tahun 2026 sudah sesuai standard INM.

9. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

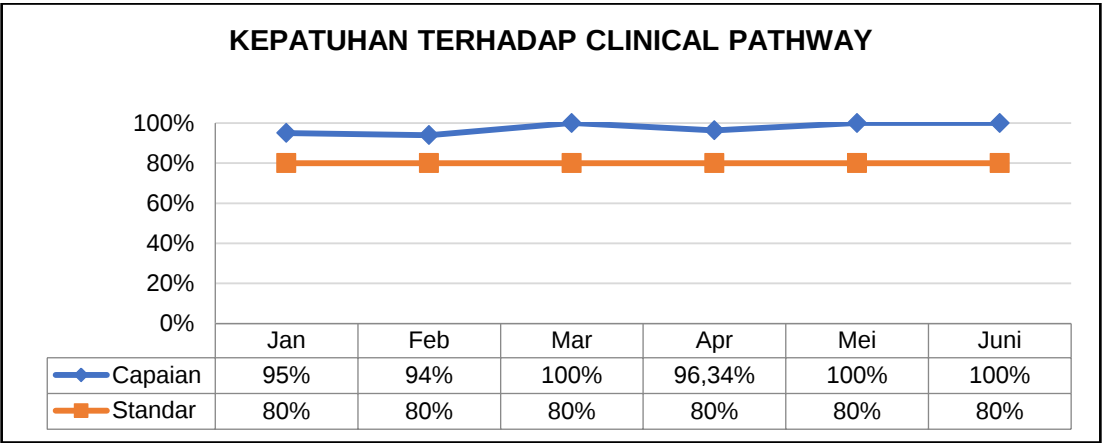
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	≥80%
2	Februari	100%	≥80%
3	Maret	100%	≥80%
4	April	100%	≥80%
5	Mei	100%	≥80%
6	Juni	99,998%	≥80%



Keterangan :
Rata-rata kepatuhan penggunaan formularium nasional di triwulan kedua tahun 2026 sudah sesuai standard INM

10. KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY

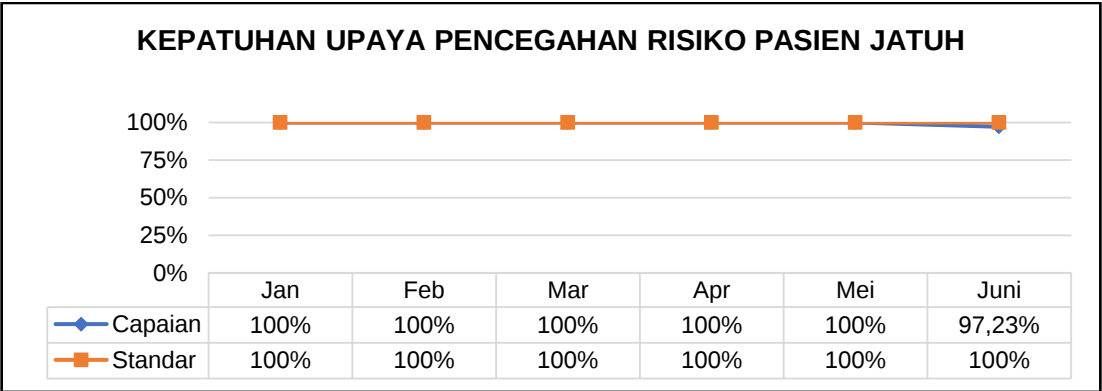
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	95%	≥80%
2	Februari	94%	≥80%
3	Maret	100%	≥80%
4	April	96,34%	≥80%
5	Mei	100%	≥80%
6	Juni	100%	≥80%



Keterangan :
Rata-rata kepatuhan terhadap CP di triwulan kedua tahun 2026 sudah sesuai standard INM

11. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH

No.	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	97,23%	100%

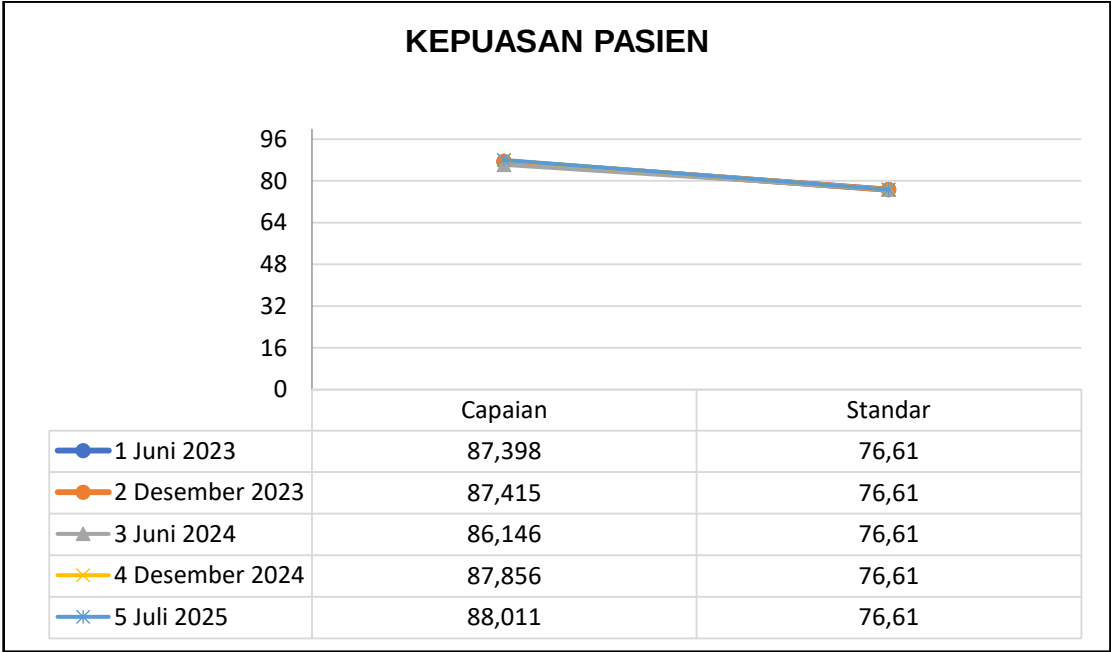


Keterangan :
Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh pada bulan Juni belum sesuai standar

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan target capaian sesuai standar	Sosialisasi ulang pemahaman terkait resiko jatuh Monitoring pelaksanaan 3 upaya pencegahan risiko akibat pasien jatuh yang meliputi : 1. Pelaksanaan assessment awal risiko jatuh 2. Pelaksanaan assessment ulang risiko jatuh 3. Melakukan edukasi dan intervensi pencegahan risiko jatuh	Capaian pada bulan Juni adalah 97,23%	Mengupayakan capaian bulan Juli sesuai standar

13. KEPUASAN PASIEN

No.	Bulan	Capaian	Standar
1	Juni 2023	87,398	$\geq 76,61$
2	Desember 2023	87,415	$\geq 76,61$
3	Juni 2024	87,814	$\geq 76,61$
4	Desember 2024	87,856	$\geq 76,61$
5	Juli 2025	88,011	$\geq 76,61$



Keterangan :

- Penilaian Survey Kepuasan pasien terakhir pada bulan Juli 2025 dengan jumlah sampel 250 responden, dengan hasil 88,011 sudah sesuai standard dan mengalami kenaikan dibanding tahun sebelumnya.
- Penilaian Survey Kepuasan pada pasien pada tahun 2026 dilakukan 1 kali dengan hasil pada akhir tahun 2026.

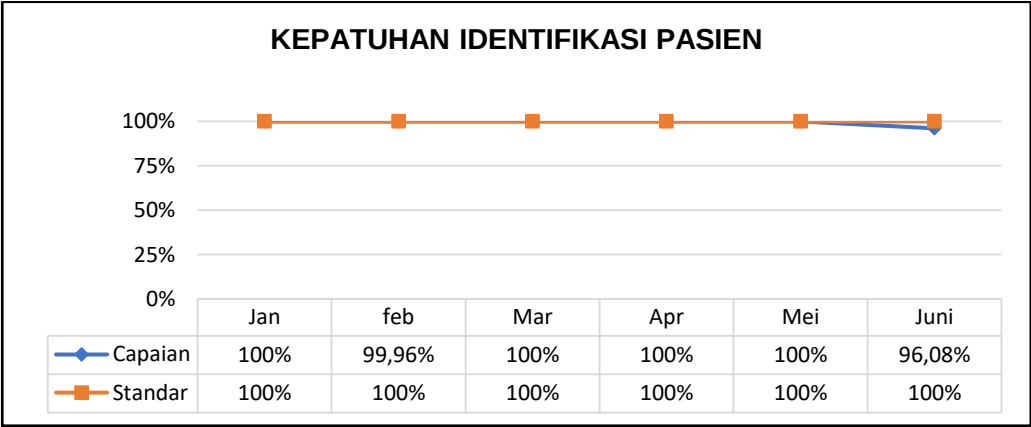
**HASIL PEMANTAUAN
INDIKATOR MUTU PRIORITAS
RUMAH SAKIT**

INDIKATOR MUTU
SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

1. MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR

- Angka kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien (INM)

No.	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	99,96%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	96,08%	100%



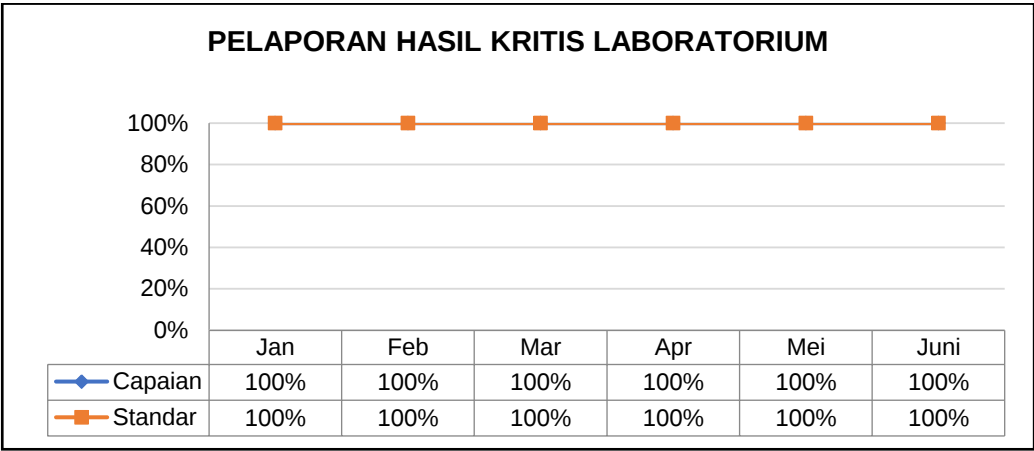
Keterangan :
Rata-rata kepatuhan identifikasi pasien di triwulan kedua tahun 2026 sesuai standard INM 100%. Angka kepatuhan terendah terjadi pada bulan Juni yaitu sebesar 96,08%.

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Meningkatkan capaian identifikasi pasien menjadi 100%	• Sosialisasi ke unit terkait tentang identifikasi pasien • Pemantauan ke unit terkait pelaksanaan identifikasi pasien • Koordinasi dengan petugas IGD dan TPPRI terkait pentingnya kepatuhan identifikasi pasien	Angka kepatuhan identifikasi pasien pada bulan Juni 96,08%	Tingkatkan kemampuan unit dalam identifikasi pasien sampai dengan target 100% tercapai

2. MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF

- Angka Keterlambatan Pelaporan Hasil Nilai Kritis Pemeriksaan Laboratorium (INM)

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

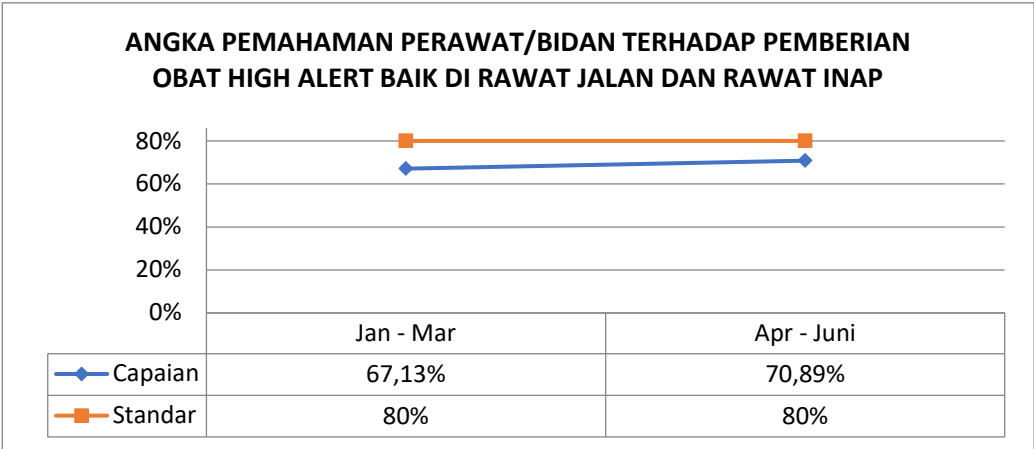


Keterangan :
Rata-rata Pelaporan hasil kritis laboratorium di triwulan kedua tahun 2026 sudah sesuai standard INM.

3. MENINGKATNYA KEAMANAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI (*HIGH ALERT MEDICATION*)

- a. Angka pemahaman perawat/bidan terhadap pemberian obat *high alert* di rawat inap dan rawat jalan

No.	Bulan	Jumlah nilai pemahaman perawat	Jumlah perawat yang disurvei	Angka Pemahaman	Standar
1	Januari - Maret	13.695	204	67,13%	80%
2	April - Juni	20.700	292	70,89%	80%



Keterangan :

Angka Pemahaman Perawat / Bidan terhadap pemberian obat high alert belum sesuai standar. Dari 20 pertanyaan ada 4 pertanyaan yang paling banyak salah dalam menjawab:

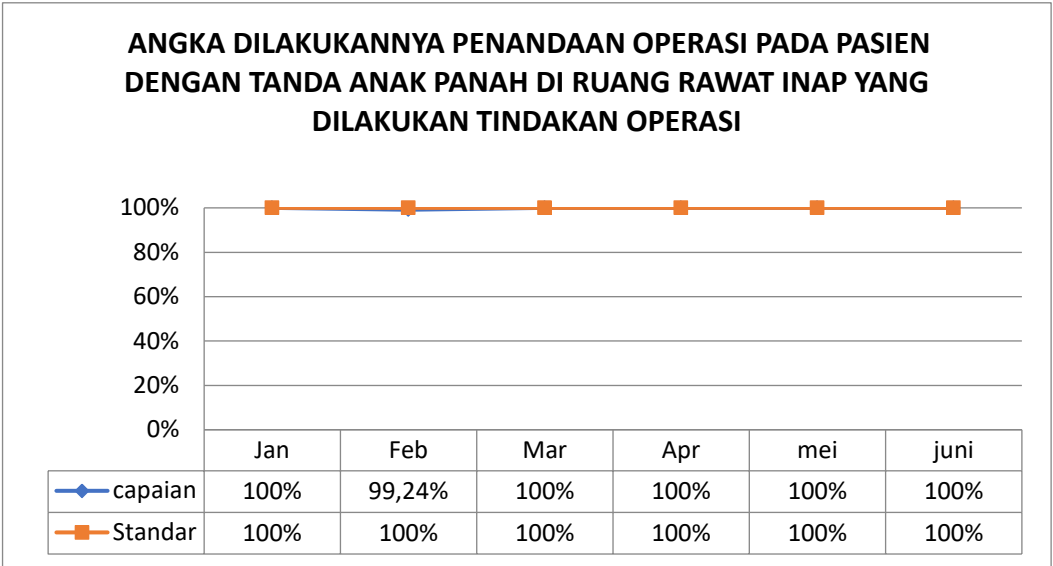
1. Tahapan penyiapan obat LASA
2. Contoh obat rupa mirip
3. Contoh golongan high alert
4. Cara pencegahan kesalahan obat LASA

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupaya kan capaian target angka pemahaman perawat/ bidan terhadap pemberian obat high alert adalah ≥80%	Sosialisasi ulang terkait High Alert Medicine ke semua bangsal/ Ruang	Capaian Target sampai dengan bulan September 2026 mencapai 80%	Sosialisasi kepada Karu, Koordinator serta melakukan pemberitahuan ulang bahwa panduan high alert ada di Intranet dan bisa di akses sewaktu waktu

4. TERLAKASANANYA PROSES TEPAT-LOKASI, TEPAT-PROSEDUR, TEPAT-PASIEN YANG MENJALANI TINDAKAN DAN PROSEDUR

- Angka dilakukannya penandaan operasi dengan tanda anak panah di ruang rawat inap yang dilakukan tindakan operasi

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	99,24%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

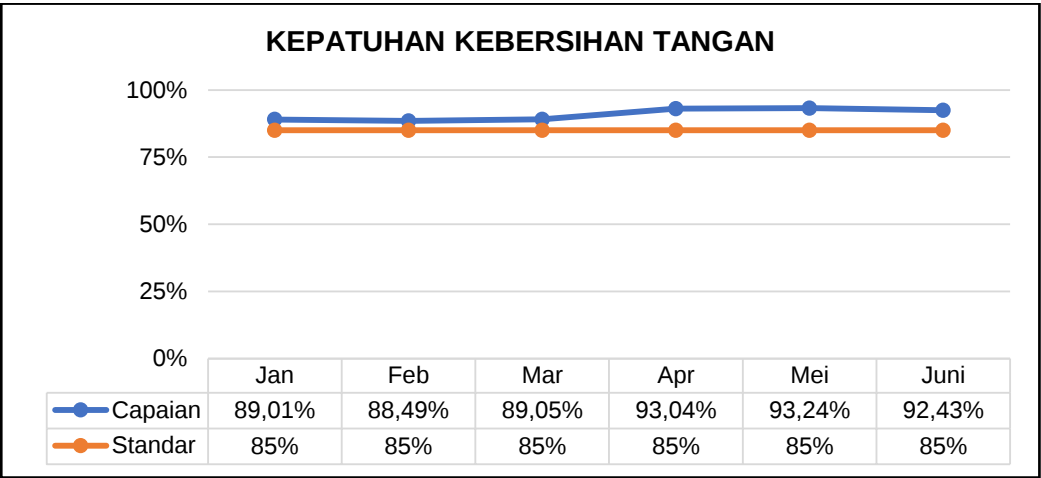


Keterangan : Capaian sudah sesuai dengan standar

5. DIKURANGINYA RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN

- Survei kepatuhan cuci tangan dengan metode 6 langkah di *five moment* di ruang rawat inap (INM)

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	89,01%	≥85%
2	Februari	88,49%	≥85%
3	Maret	89,05%	≥85%
4	April	93,04%	≥85%
5	Mei	93,24%	≥85%
6	Juni	92,43%	≥85%



- Keterangan :
- 1. Berdasarkan standar dari WHO Angka kepatuhan kebersihan tangan dalam kurun waktu 3 bulan terakhir di RSUD Pandan Arang sudah sesuai standar yaitu diatas 85%
 - 2. Capaian tertinggi kepatuhan kebersihan tangan terjadi pada bulan Mei yaitu sebesar 93,2%

3. Sedangkan angka kepatuhan kebersihan tangan menurun dibulan Juni menjadi 92,4% namun tetap 7,4% melebihi target yang sudah ditetapkan oleh WHO
4. Secara umum kepatuhan kebersihan tangan berdasarkan profesi selama Tri Wulan II tahun 2026 menunjukkan hasil yang baik
5. Selama Triwulan II Tahun 2026, kepatuhan Hand Hygiene berdasarkan 5 Momen WHO menunjukkan hasil yang baik pada Momen 2, 3, 4, dan 5, yang seluruhnya memenuhi target rumah sakit. Namun, Momen 1 masih menjadi area yang memerlukan perhatian karena kepatuhannya belum konsisten mencapai target pada bulan Mei dan Juni.

Upaya perbaikan Program Kebersihan Tangan :
Mempertahankan angka kepatuhan kebersihan tangan diatas ≥85%,
meningkatkan kepatuhan cuci tangan momen 1 ≥ 85%, Seluruh profesi
angka kepatuhan cuci tangan ≥ 85%

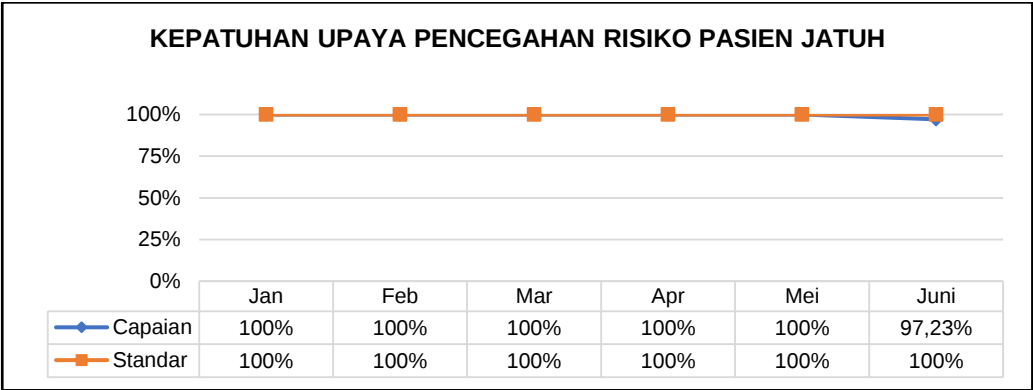
Plan	1. Lakukan <i>refreshment</i> mengenai 5 Momen Hand Hygiene WHO kepada seluruh tenaga kesehatan. 2. Lakukan coaching khusus kepada profesi dengan kepatuhan terendah. 3. Libatkan IPCLN, Kepala Ruang dan Koordinator dalam memaksimalkan kegiatan kepatuhan kebersihan tangan pada semua staf/petugas 4. Edukasi kepada mahasiswa praktik, peserta magang dan karyawan baru tentang kebersihan tangan 5. Berikan <i>feedback</i> hasil audit setiap bulan kepada kepala ruangan. 6. Pasang media edukasi pada area pelayanan. 7. Lakukan kampanye Hand Hygiene pada briefing pagi dan kegiatan PPI.
Do	1. Melakukan <i>refreshment</i> mengenai 5 Momen <i>Hand Hygiene</i> WHO kepada seluruh tenaga kesehatan. 2. Melakukan coaching khusus kepada profesi dengan kepatuhan terendah. 3. Melibatkan IPCLN, Kepala Ruang dan Koordinator dalam memaksimalkan kegiatan kepatuhan kebersihan tangan pada semua staf/petugas 4. Memberikan edukasi kepada mahasiswa praktik, peserta magang dan karyawan baru tentang kebersihan tangan 5. Memberikan <i>feedback</i> hasil audit setiap bulan kepada kepala ruangan. 6. Melibatkan IPCLN dalam memaksimalkan kepatuhan kepada petugas terkait kepatuhan kebersihan tangan 7. Melakukan Edukasi kepada mahasiswa praktek, peserta magang dan karyawan baru tentang pentingnya kebersihan tangan.

Study	Nilai kepatuhan kebersihan tangan TW II rata-rata kepatuhan sebesar 92,9% sudah melampaui target indikator 85%, menunjukkan bahwa implementasi program <i>Hand Hygiene</i> di rumah sakit telah berjalan dengan baik
Action	1. Menjadikan Moment 1 sebagai fokus utama program peningkatan kepatuhan <i>Hand Hygiene</i> pada Triwulan III. 2. Meningkatkan frekuensi audit observasi pada unit dengan kepatuhan rendah. 3. Memberikan <i>feedback</i> individu maupun unit segera setelah audit selesai. 4. Mengoptimalkan peran IPC <i>Link Nurse</i> dan kepala ruangan dalam supervisi kepatuhan. 5. Melaksanakan orientasi ulang <i>Hand Hygiene</i> bagi mahasiswa, tenaga baru, dan tenaga kontrak. 6. Memastikan ketersediaan handrub di seluruh titik pelayanan melalui monitoring logistik secara berkala. 7. Memberikan penghargaan (reward) kepada unit dan profesi dengan kepatuhan terbaik sebagai bentuk motivasi. 8. Melakukan monitoring ulang pada Triwulan III untuk mengevaluasi efektivitas tindakan perbaikan dan memastikan kepatuhan tetap berada di atas target rumah sakit.

6. MENGURANGI RISIKO CEDERA KARENA PASIEN JATUH

- Angka dilakukannya Assesment risiko jatuh pada semua pasien (INM)

No.	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	97,23%	100%



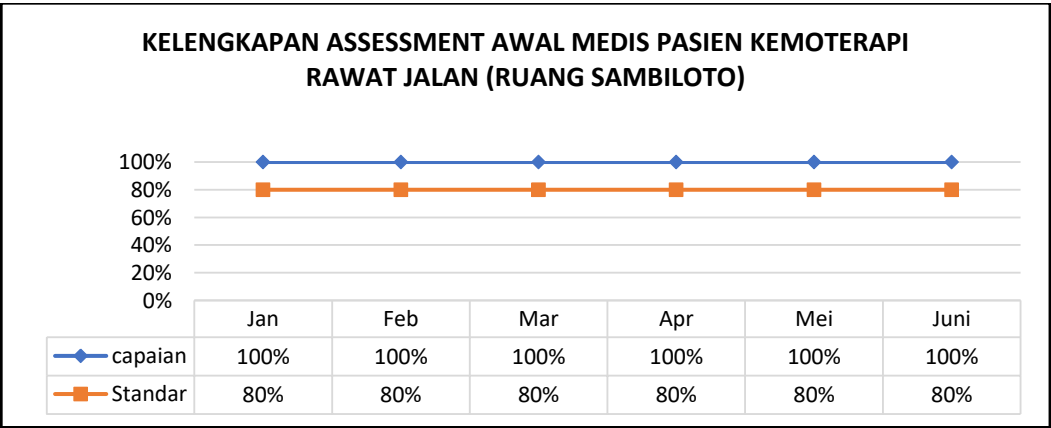
Keterangan :
Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh dibulan Juni belum tercapai sesuai standard

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan target capaian sesuai standar	Sosialisasi pemahaman resiko jatuh pada pasien Monitoring pelaksanaan 3 upaya pencegahan resiko akibat pasien jatuh yang meliputi: 1. Pelaksanaan assessment awal resiko jatuh 2. Pelaksanaan assessment ulang resiko jatuh 3. Melakukan edukasi dan intervensi pencegahan resiko jatuh	Capaian bulan Juni masih belum sesuai dengan standar	Mengupayakan capaian bulan Juli sesuai dengan standar

INDIKATOR PELAYANAN KLINIS PRIORITAS

1. Kelengkapan *assessment* awal medis pasien kemoterapi rawat jalan (sambiloto)

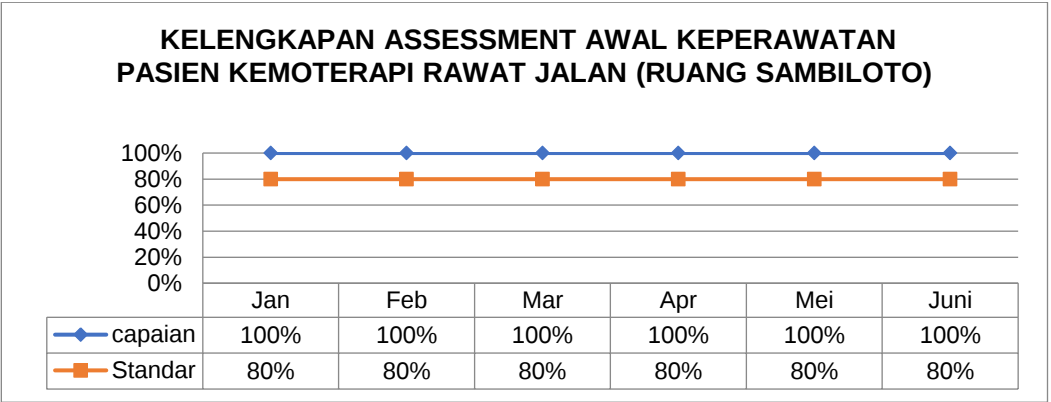
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	80%
2	Februari	100%	80%
3	Maret	100%	80%
4	April	100%	80%
5	Mei	100%	80%
6	Juni	100%	80%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standar

2. Kelengkapan *assessment* awal keperawatan pasien kemoterapi rawat jalan (sambiloto)

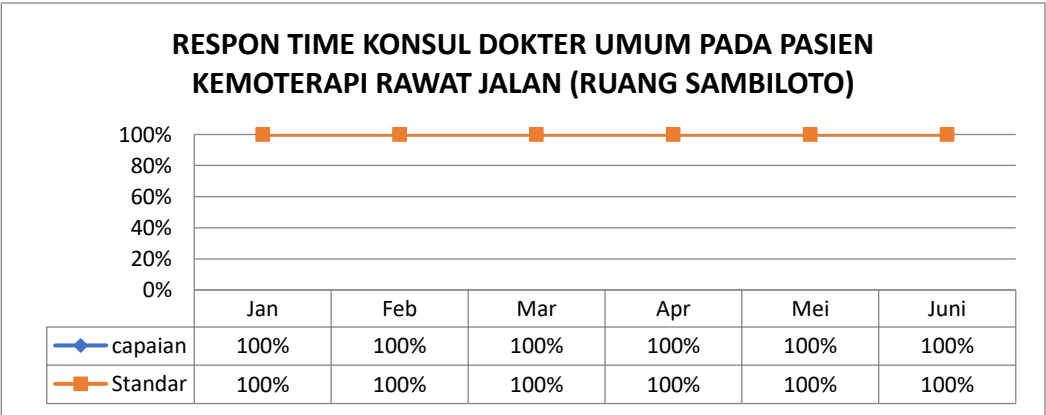
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	80%
2	Februari	100%	80%
3	Maret	100%	80%
4	April	100%	80%
5	Mei	100%	80%
6	Juni	100%	80%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standar

3. *Respon time* konsul dokter umum pada pasien kemoterapi rawat jalan (sambiloto)

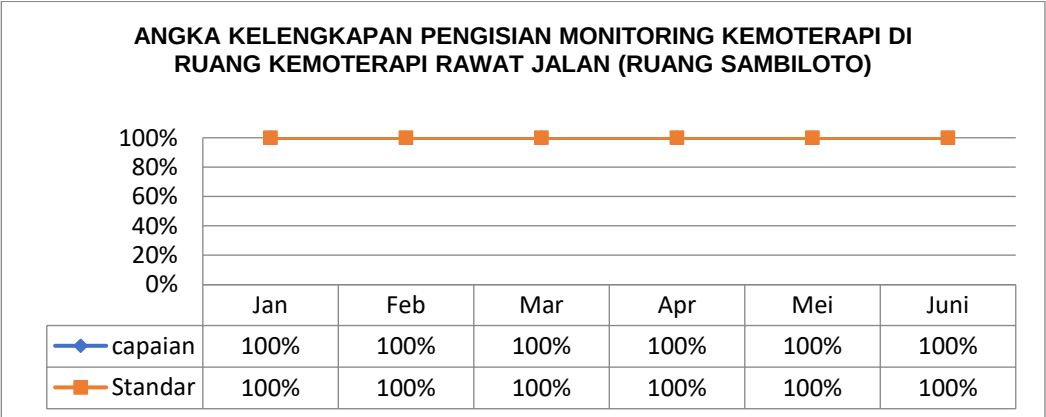
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standar

4. Angka kelengkapan pengisian monitoring kemoterapi di Ruang Kemoterapi rawat jalan (sambiloto)

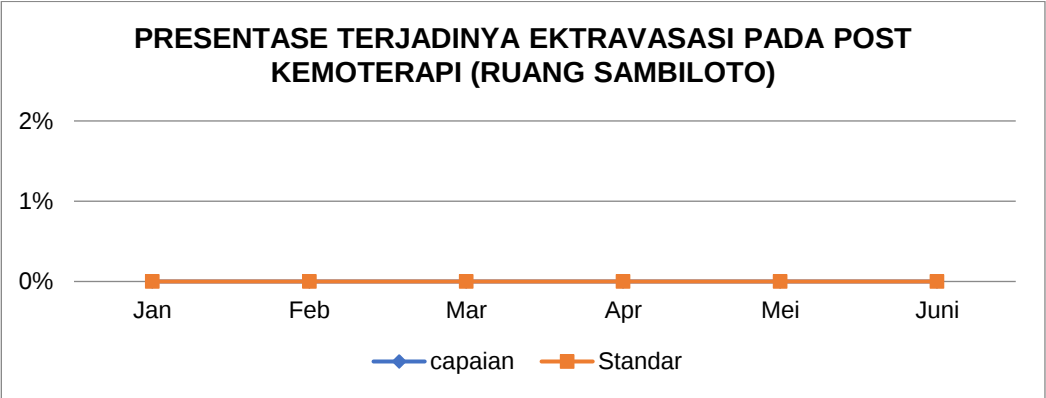
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standar

5. Presentase terjadinya ektravasasi pada post kemoterapi (Sambiloto)

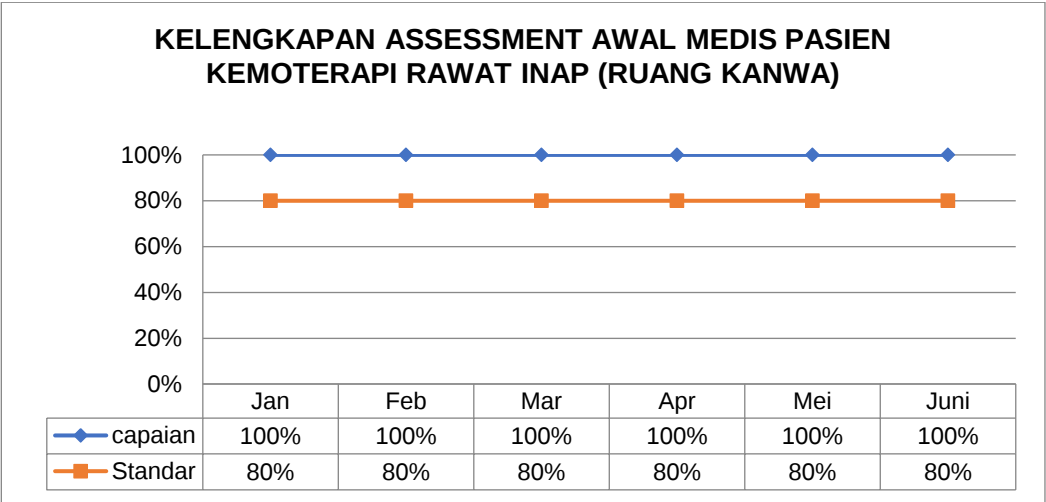
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	0%
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0%	0%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standar

6. Kelengkapan assessment awal medis pasien kemoterapi rawat inap (kanwa)

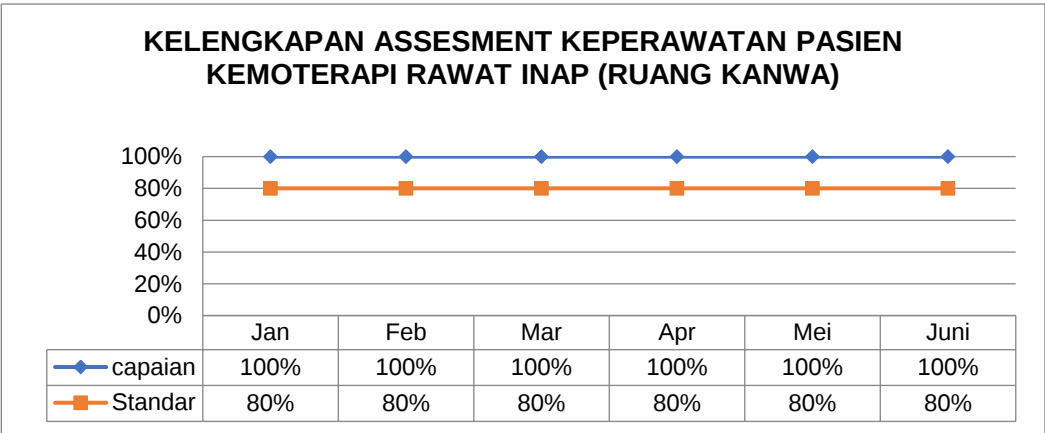
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	80%
2	Februari	100%	80%
3	Maret	100%	80%
4	April	100%	80%
5	Mei	100%	80%
6	Juni	100%	80%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standard

7. Kelengkapan assesment awal keperawatan pasien kemoterapi rawat inap (kanwa)

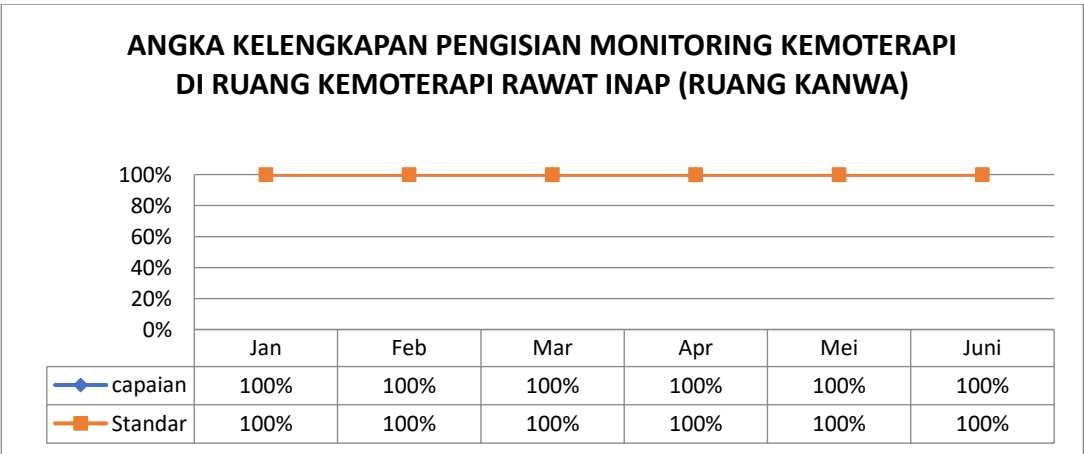
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	80%
2	Februari	100%	80%
3	Maret	100%	80%
4	April	100%	80%
5	Mei	100%	80%
6	Juni	100%	80%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standard

8. Angka kelengkapan pengisian monitoring kemoterapi di Ruang Kemoterapi rawat inap (Kanwa)

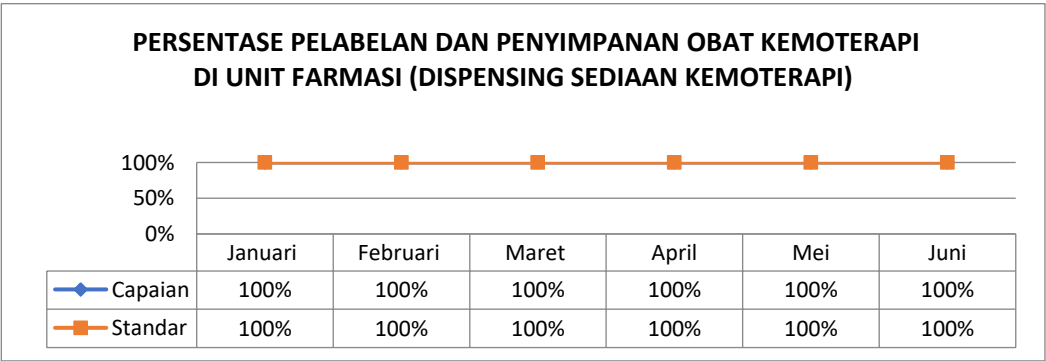
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standard

9. Persentase Pelabelan dan penyimpanan obat kemoterapi di Unit Farmasi (Dispensing Sediaan Kemoterapi)

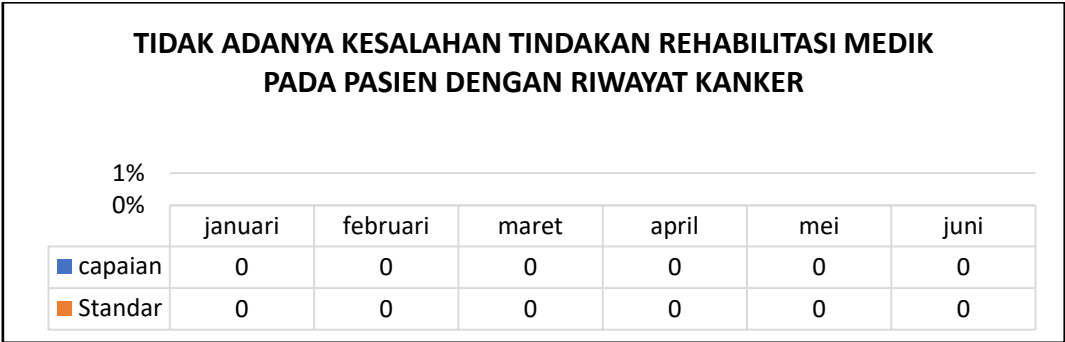
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan :
Penilaian Persentase pelabelan dan penyimpanan obat kemoterapi di Unit Dispensing Sediaan Kemoterapi dengan hasil 100% sudah sesuai standard yang ditetapkan 100%

10. Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik pada pasien dengan riwayat kanker (Rehabilitasi Medik)

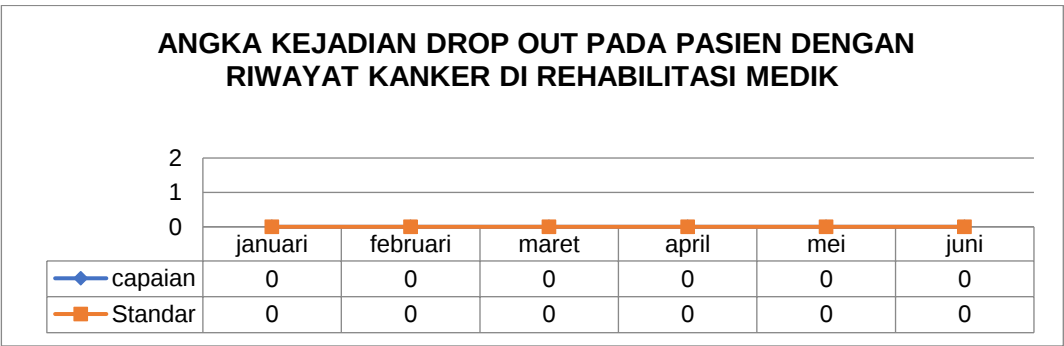
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	0%
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0%	0%



Keterangan : capaian sesuai standar

11. Angka kejadian drop out pada pasien dengan riwayat kanker di rehabilitasi medik (Rehabilitasi Medik)

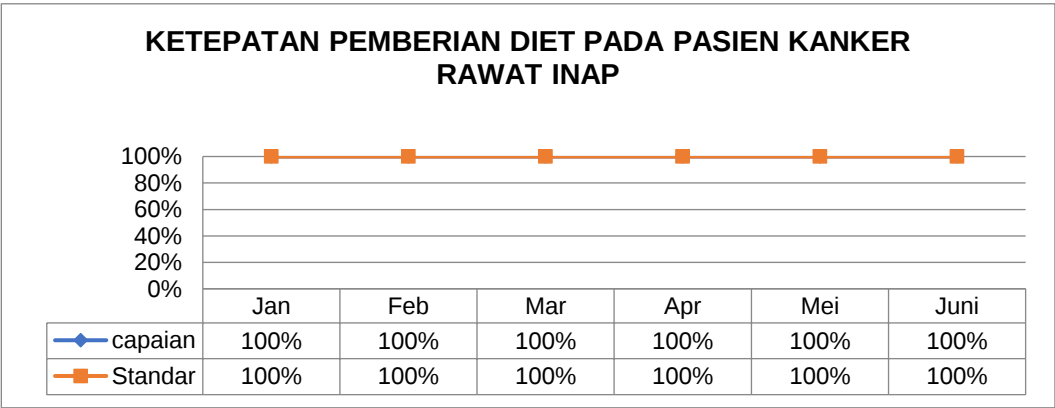
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0	0
2	Februari	0	0
3	Maret	0	0
4	April	0	0
5	Mei	0	0
6	Juni	0	0



Keterangan : capaian sesuai standar

12. Ketepatan diet yang diberikan pada pasien kanker rawat inap (Gizi)

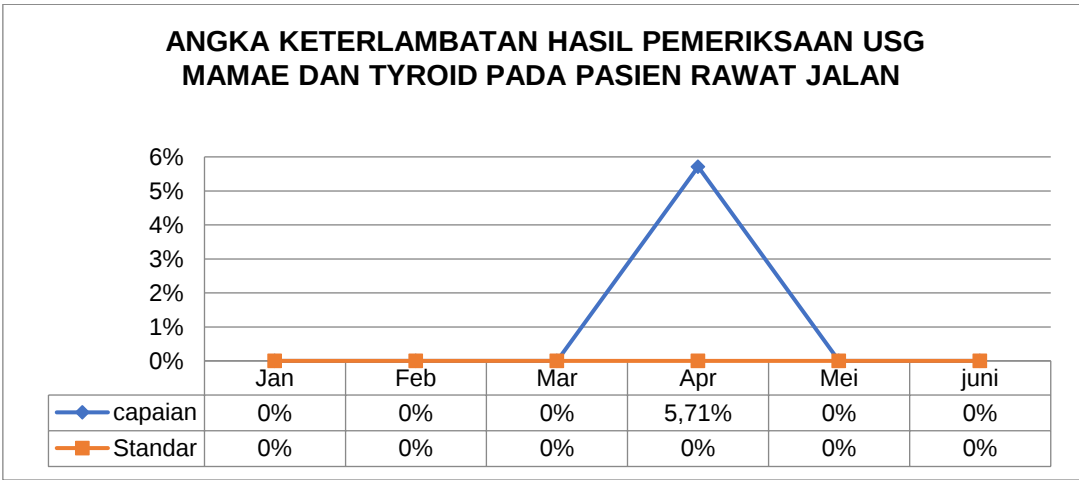
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai standar

13. Angka keterlambatan hasil pemeriksaan USG Mammoe dan Tyroid pada pasien rawat jalan (Radiologi)

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	0%
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	5,71%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0%	0%



Keterangan :
Capaian sudah sesuai standar, namun di bulan april yang belum sesuai standar

Identifikasi Masalah :
- Terdapat 2 hasil USG yang terlambat selesai

Analisa Masalah :
- Keterlambatan terjadi karena dokter radiolog masih adaptasi terhadap alat USG baru, sehingga radiolog membutuhkan waktu lebih lama dalam menyelesaikan ekspertise

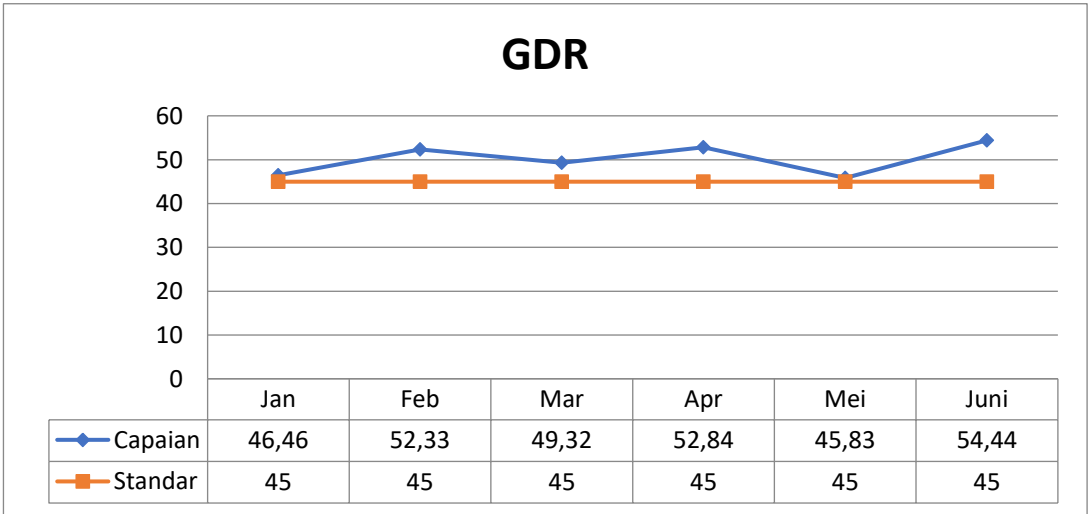
Rencana Tindak lanjut :

Plan	Meningkatkan kecepatan pemeriksaan dan pemberian ekspertise
Do	Melakukan monitoring waktu penyelesaian hasil
Study	Setelah dilakukan evaluasi, penyebab keterlambatan telah diidentifikasi. Monitoring akan dilanjutkan pada periode berikutnya untuk melihat efektivitas perbaikan
Action	Melanjutkan monitoring indicator, melakukan evaluasi berkala selama masa adaptasi, dan memastikan seluruh hasil USG mammae dan thyroid selesai sesuai standart waktu pelayanan

INDIKATOR STRAGEGI RUMAH SAKIT

1. GDR (Gross Death Rate)

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	46,46 ⁰ / ₀₀	45 ⁰ / ₀₀
2	Februari	52,33 ⁰ / ₀₀	45 ⁰ / ₀₀
3	Maret	49,32 ⁰ / ₀₀	45 ⁰ / ₀₀
4	April	52,84 ⁰ / ₀₀	45 ⁰ / ₀₀
5	Mei	45,83 ⁰ / ₀₀	45 ⁰ / ₀₀
6	Juni	54,44 ⁰ / ₀₀	45 ⁰ / ₀₀
	Rata Rata	50,20 ⁰ / ₀₀	45 ⁰ / ₀₀

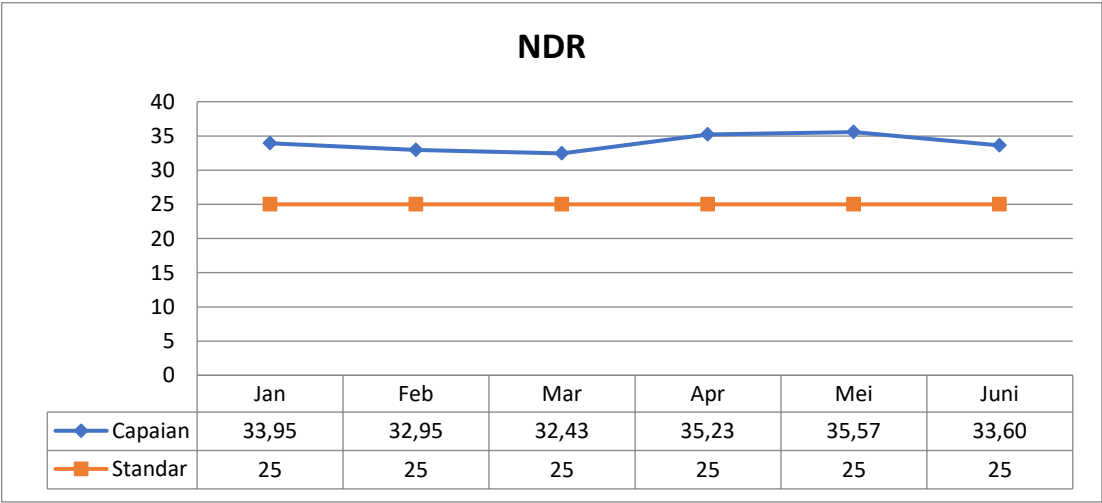


Keterangan :
Rata-rata GDR pada triwulan kedua tahun 2026 adalah 51,03⁰/₀₀ dimana sudah melebihi dari standar 45 ⁰/₀₀

Plan	Mengupayakan tercapainya target GDR menjadi 45 ⁰ / ₀₀ dalam waktu 6 bulan
Do	Upaya telah dilakukan untuk menurunkan angka tersebut antara lain dengan - Dari luar RS dengan memperkuat jejaring rujukan, mempermudah rujukan ke rumah sakit dengan menggunakan grup jejaring, sosialisasi tanda kegawatan dari dokter spesialis ke puskesmas - Di dalam RS dengan melakukan audit kematian pasien
Study	Upaya telah dilakukan tetapi capaian target di bulan Juni 2026 masih tinggi dibandingkan Mei 2026 dengan capaian belum mencapai standar
Action	Lebih perkuat jejaring pelayanan

2. NDR (Net Death Rate)

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	33,95 ⁰ / ₀₀	25 ⁰ / ₀₀
2	Februari	32,95 ⁰ / ₀₀	25 ⁰ / ₀₀
3	Maret	32,43 ⁰ / ₀₀	25 ⁰ / ₀₀
4	April	35,23 ⁰ / ₀₀	25 ⁰ / ₀₀
5	Mei	35,57 ⁰ / ₀₀	25 ⁰ / ₀₀
6	Juni	33,60 ⁰ / ₀₀	25 ⁰ / ₀₀
	Rata rata	33,95 ⁰ / ₀₀	25 ⁰ / ₀₀



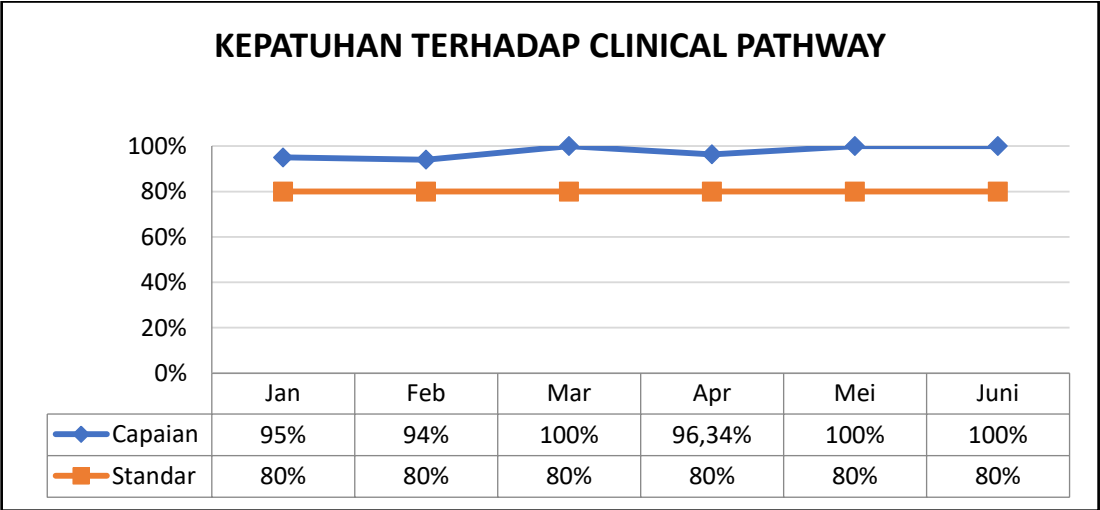
Keterangan :
Rata-rata NDR pada triwulan kedua tahun 2026 adalah 34,8⁰/₀₀ dimana sudah melebihi dari standar 25 ⁰/₀₀

Plan	Mengupayakan capaian target NDR adalah 25 ⁰ / ₀₀
Do	Peningkatan mutu pelayanan medis - Memperkuat pelayanan medis di IGD, dengan Rapat Rutin dokter IGD setiap bulan membahas permasalahan dokter IGD, memperkuat anamnesis dan pemeriksaan fisik di IGD - Memperkuat lagi EWS kepada perawat di rawat inap - Melakukan Case conference untuk kasus pasien Intensif - Penguatan standar pelayanan dan kepatuhan terhadap prosedur klinis, - Melakukan audit kematian - Pengajuan pelatihan dokter IGD
Study	Capaian target NDR di Bulan Juni 2026 adalah 33,60 ⁰ / ₀₀
Action	Upaya meningkat pembuatan PPK pelayanan medis di KSM

INDIKATOR PERBAIKAN SISTEM

1. Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway*

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	95%	≥80%
2	Februari	94%	≥80%
3	Maret	100%	≥80%
4	April	96,34%	≥80%
5	Mei	100%	≥80%
6	Juni	100%	≥80%

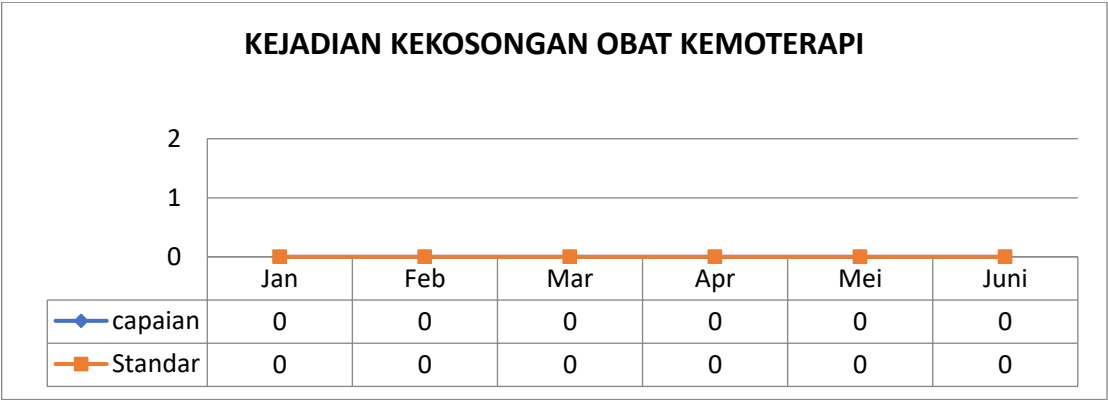


Keterangan :
Rata-rata kepatuhan terhadap CP di triwulan kedua tahun 2026 sudah sesuai standard INM

INDIKATOR MANAJEMEN RESIKO

1. Kejadian Kekosongan obat kemoterapi

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0	0
2	Februari	0	0
3	Maret	0	0
4	April	0	0
5	Mei	0	0
6	Juni	0	0



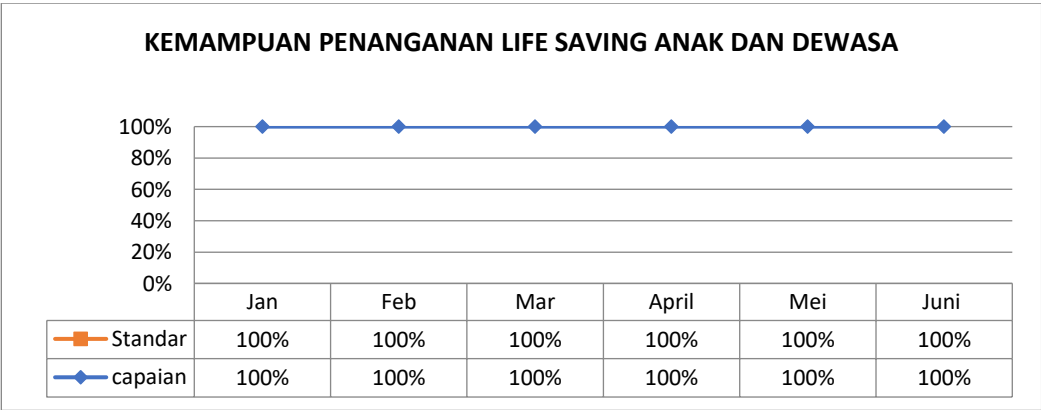
Keterangan : capaian sesuai standar

**HASIL PEMANTAUAN
INDIKATOR MUTU UNIT DAN
PRIORITAS UNIT**

1. IGD

a. Kemampuan penanganan *life saving* anak dan dewasa

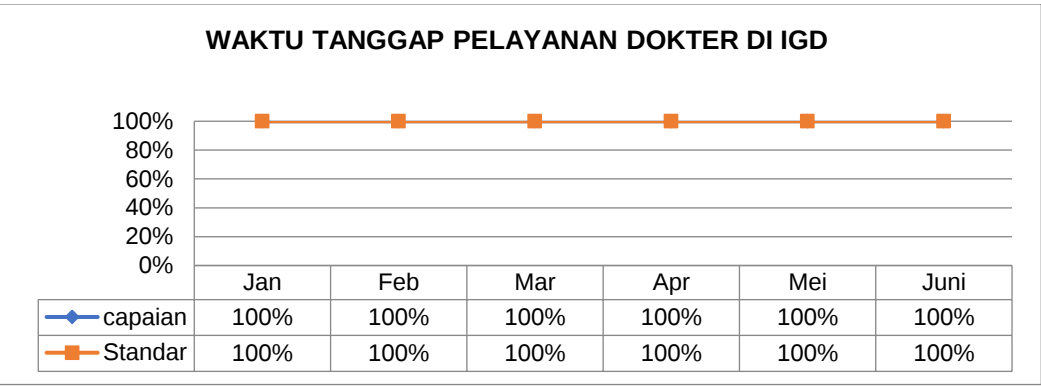
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

b. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di IGD

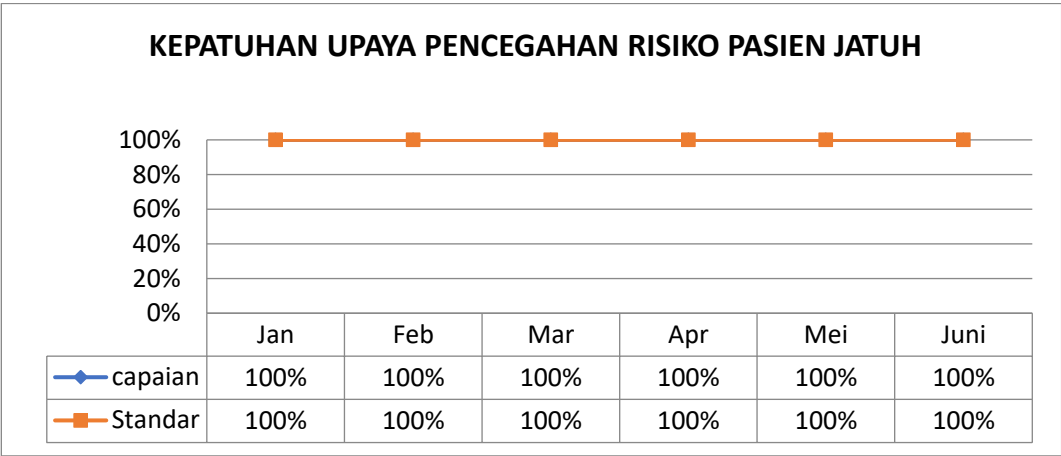
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

c. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

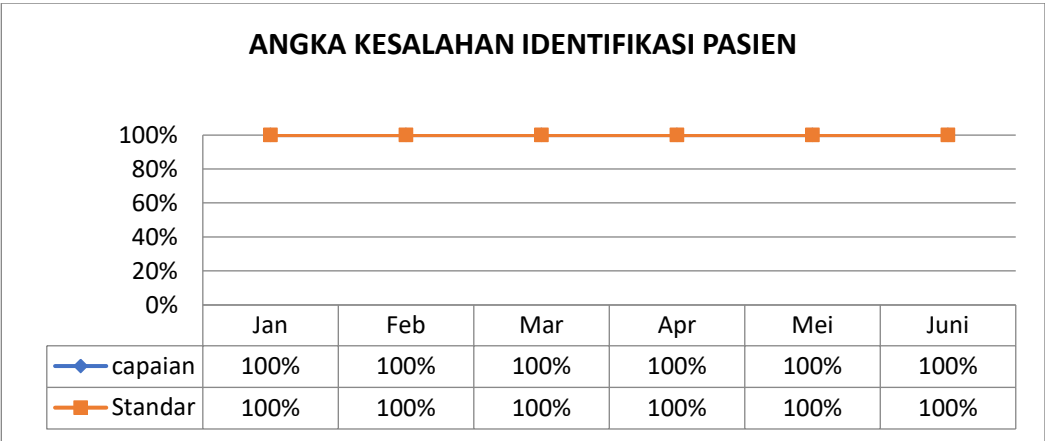
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

d. Kepatuhan identifikasi pasien

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

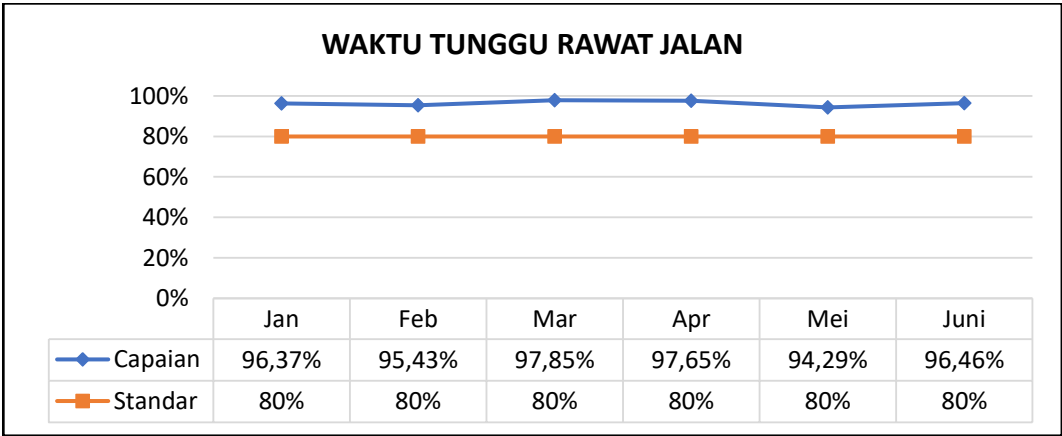


Keterangan : capaian sesuai dengan standar

2. RAWAT JALAN

a. Angka waktu tunggu rawat jalan (INM)

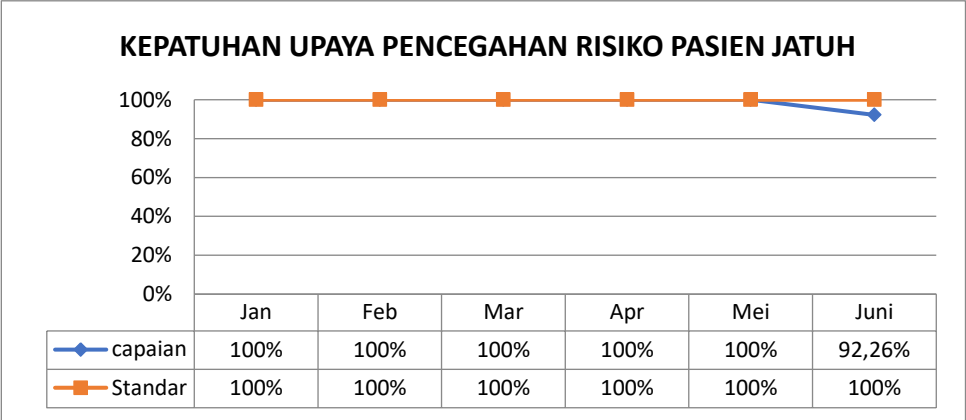
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	96,37%	≥80%
2	Februari	95,43%	≥80%
3	Maret	97,85%	≥80%
4	April	97,65%	≥80%
5	Mei	94,29%	≥80%
6	Juni	96,46%	≥80%



Keterangan :
Rata-rata Waktu tunggu rawat jalan di triwulan kedua tahun 2026 sudah menunjukkan tren kenaikan dan sudah sesuai dengan standar. Angka waktu tunggu rawat jalan terendah terjadi pada bulan Mei yaitu sebesar 94,29%, tetapi di bulan Juni mengalami kenaikan 2,17% menjadi 96,45%

b. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	92,26%	100%



Keterangan :

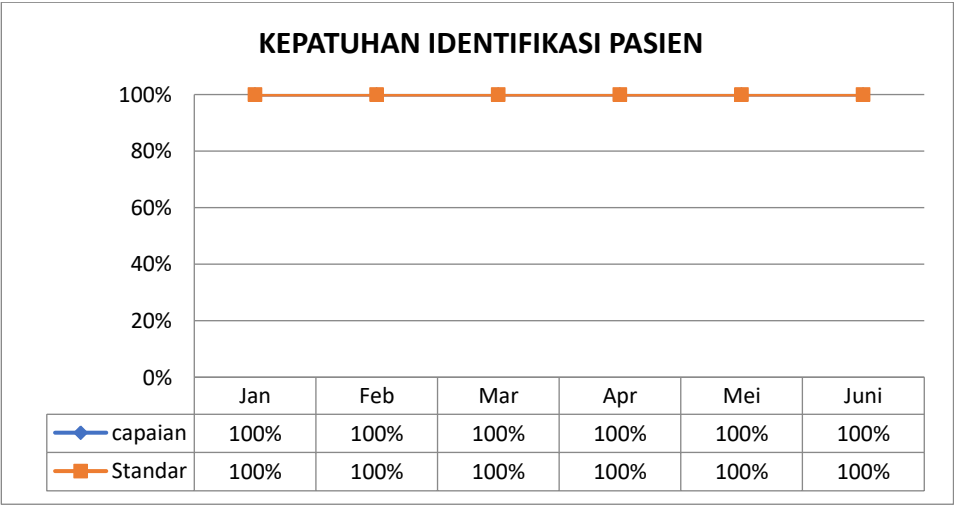
Capaian belum sesuai standar di bulan juni dikarenakan banyaknya Banyaknya pasien yang periksa menggunakan alat bantu, banyaknya pasien yang periksa berusia 70th atau lebih

- Identifikasi masalah :
- Karena banyaknya pasien yang menggunakan alat bantu dan usia 70th atau sehingga perawat kadang lalai
 - Resiko jatuh pada pasien kemungkinan terjadi akibat kurangnya pengawasan dari pengantar pasien

Plan	Mengupayakan capaian target > 100%
Do	Perawat memastikan pasien tersebut termasuk pasien dengan resiko jatuh di mulai dari bagian screening dilakukan assasement pasien resiko jatuh secara detail dengan diberi tanda kalung “FAST TRACK” , di bagian pelayanan poliklinik dilakukan assasement ulang dan edukasi resiko jatuh
Study	Capaian pada bulan Juni yaitu 92,26%
Action	a. Saat pengkajian pasien diusahakan setelah selesai pengkajian berkas pasien diberi tanda FAST TRACK” b. Di dahulukan saat periksa dengan dokter c. Di dahulukan ketika pemeriksaan laborat/radiologi d. Didahulukan ketika pengambilan obat

c. Kepatuhan Identifikasi Pasien

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

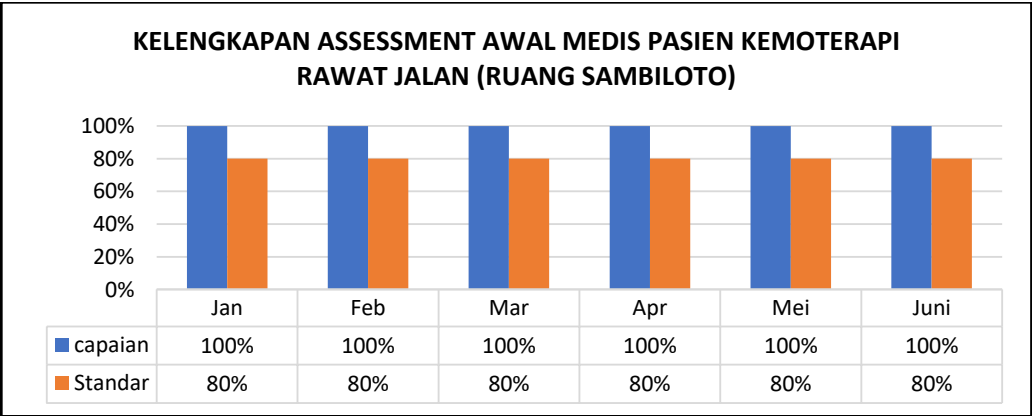


Keterangan : capaian sesuai dengan standar

RAWAT JALAN KEMOTERAPI (RUANG SAMBILOTO)

a. Kelengkapan assessment awal medis pasien kemoterapi rawat jalan (sambiloto)

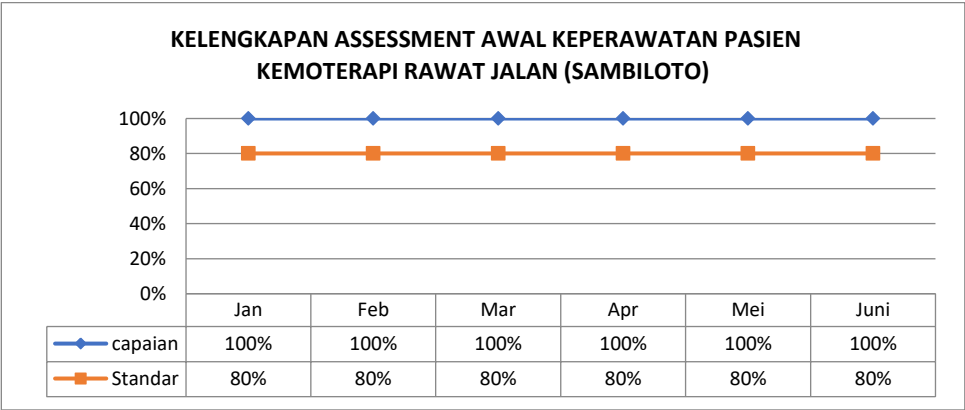
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	80%
2	Februari	100%	80%
3	Maret	100%	80%
4	April	100%	80%
5	Mei	100%	80%
6	Juni	100%	80%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standar

b. Kelengkapan assessment awal keperawatan pasien kemoterapi rawat jalan (sambiloto)

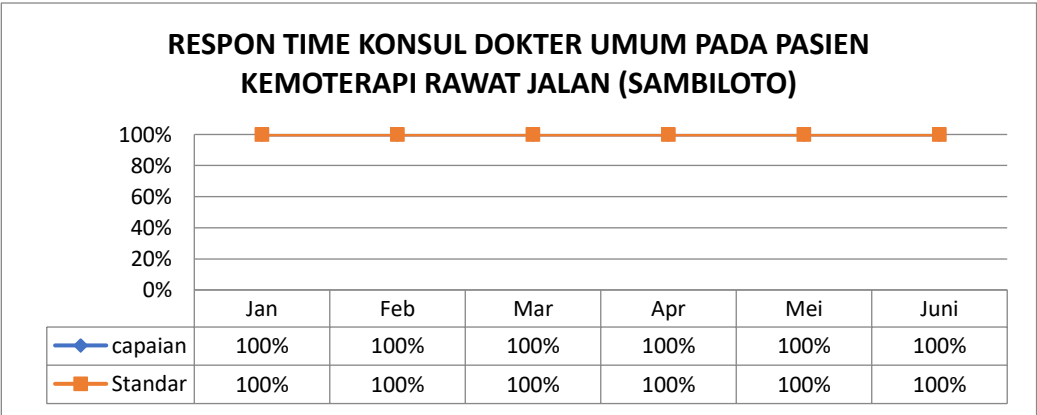
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	80%
2	Februari	100%	80%
3	Maret	100%	80%
4	April	100%	80%
5	Mei	100%	80%
6	Juni	100%	80%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standar

c. *Respon time* konsul dokter umum pada pasien kemoterapi rawat jalan (sambiloto)

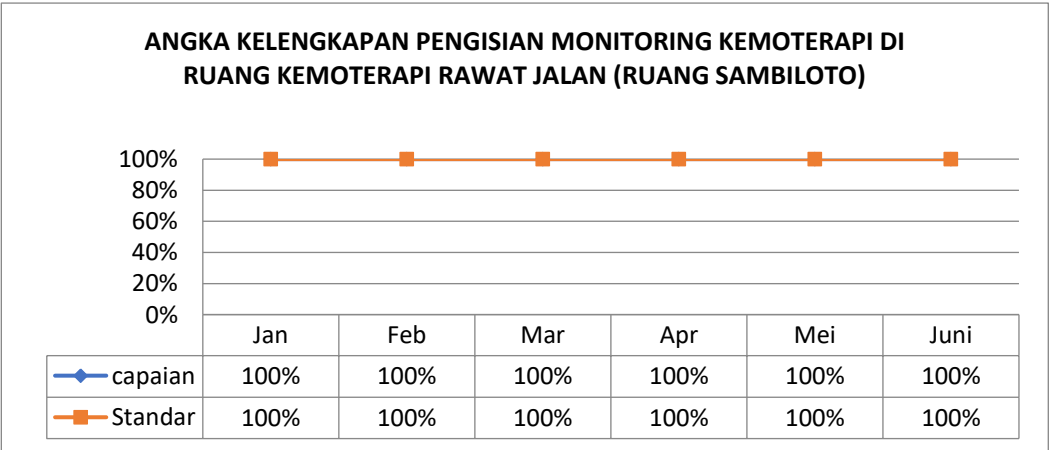
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standar

d. Angka kelengkapan pengisian monitoring kemoterapi di Ruang Kemoterapi rawat jalan (sambiloto)

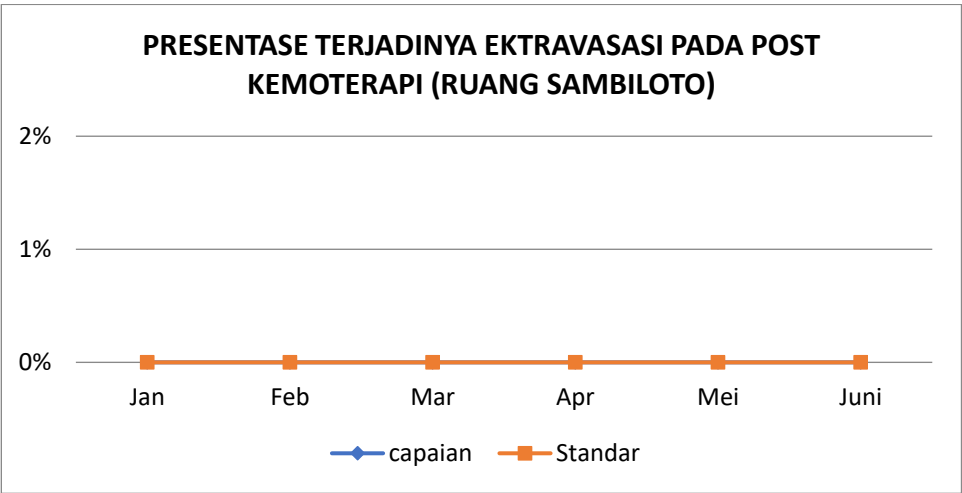
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standard

e. **Presentase terjadinya ektravasasi pada post kemoterapi (Sambiloto)**

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	0%
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0%	0%



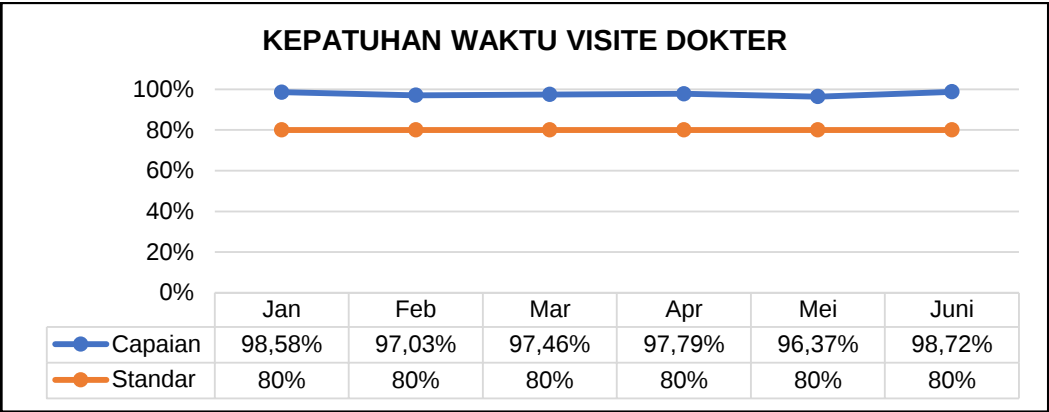
Keterangan : Capaian sudah sesuai standar

3. RAWAT INAP

Akar Wangi, Brotowali, Binahong, Daun Sirih, Mpu Kanwa, Mpu Panuluh, Mpu Tantular, Merbabu 4, Dadap Serep

a. Kepatuhan Waktu Visite Dokter (INM)

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	98,58%	≥80%
2	Februari	97,03%	≥80%
3	Maret	97,46%	≥80%
4	April	97,79%	≥80%
5	Mei	96,37%	≥80%
6	Juni	98,72%	≥80%

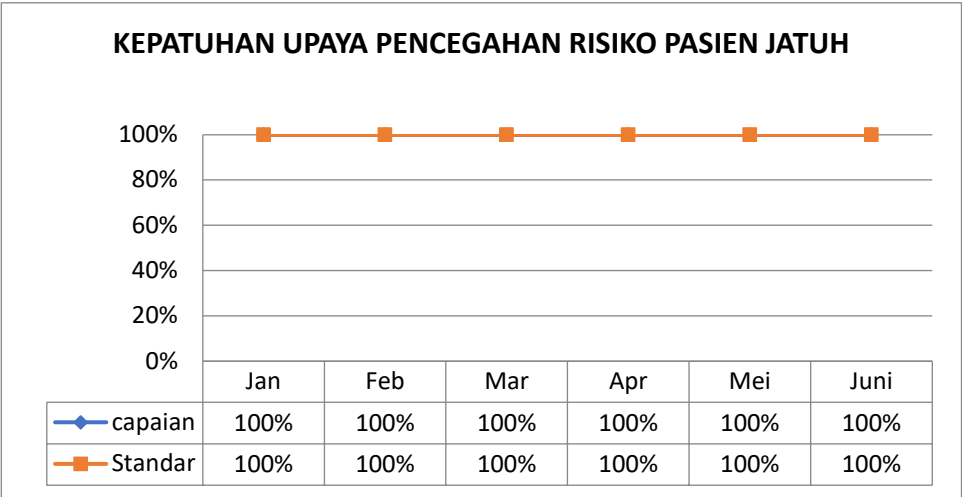


Keterangan :

Rata-rata Kepatuhan waktu visite dokter di triwulan kedua tahun 2026 menunjukkan tren naik. Angka kepatuhan waktu visite dokter terendah terjadi pada bulan Mei yaitu sebesar 96,37%, tetapi di bulan Juni mengalami kenaikan 2,35% menjadi 98,72%

b. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

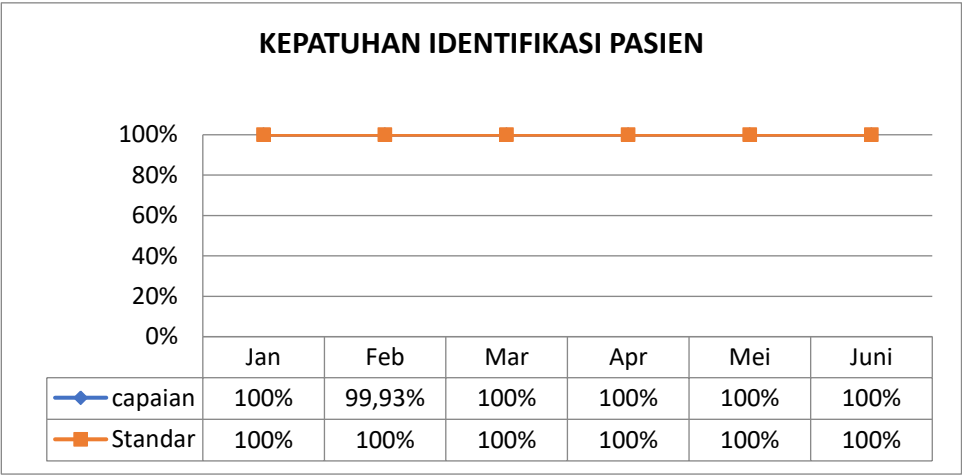
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standar

c. Kepatuhan Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dengan Benar

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	99,93%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

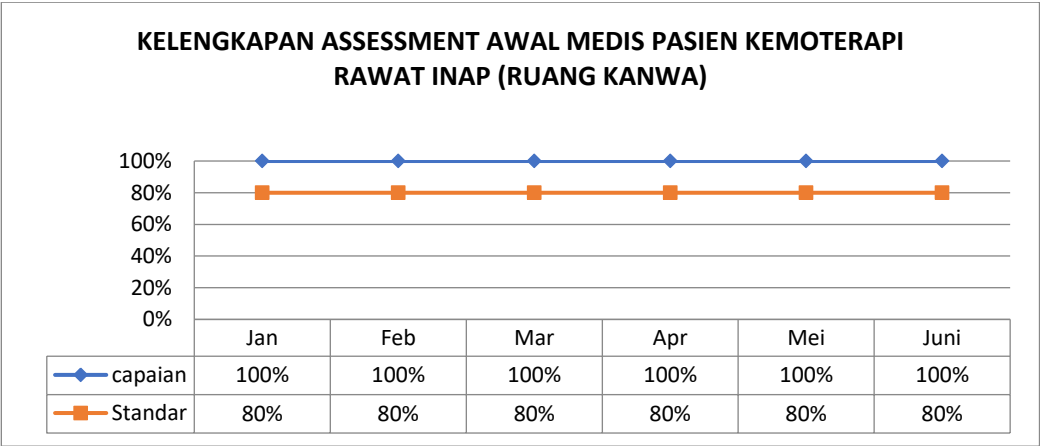


Keterangan : Capaian sudah sesuai standar

RAWAT INAP KEMOTERAPI (RUANG KANWA)

a. Kelengkapan assessment awal medis pasien kemoterapi rawat inap (kanwa)

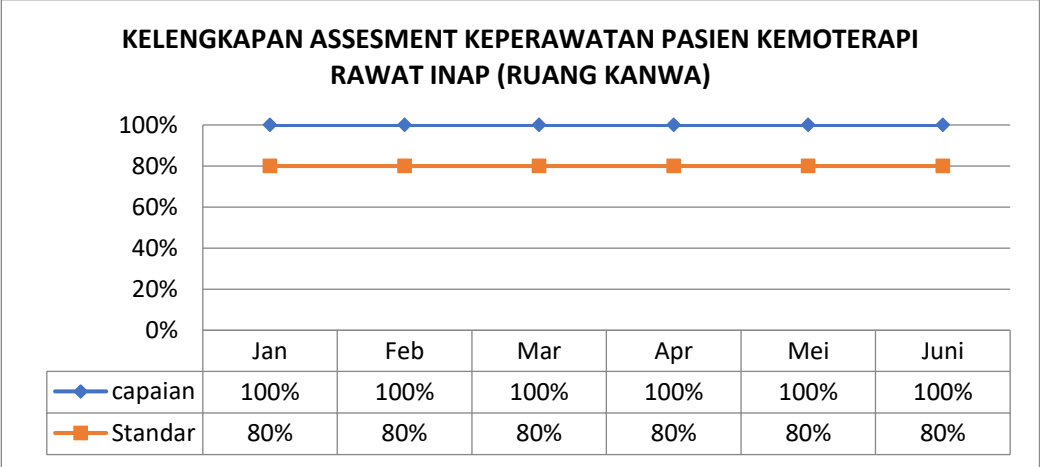
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	80%
2	Februari	100%	80%
3	Maret	100%	80%
4	April	100%	80%
5	Mei	100%	80%
6	Juni	100%	80%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standard

b. Kelengkapan assessment awal keperawatan pasien kemoterapi rawat inap (kanwa)

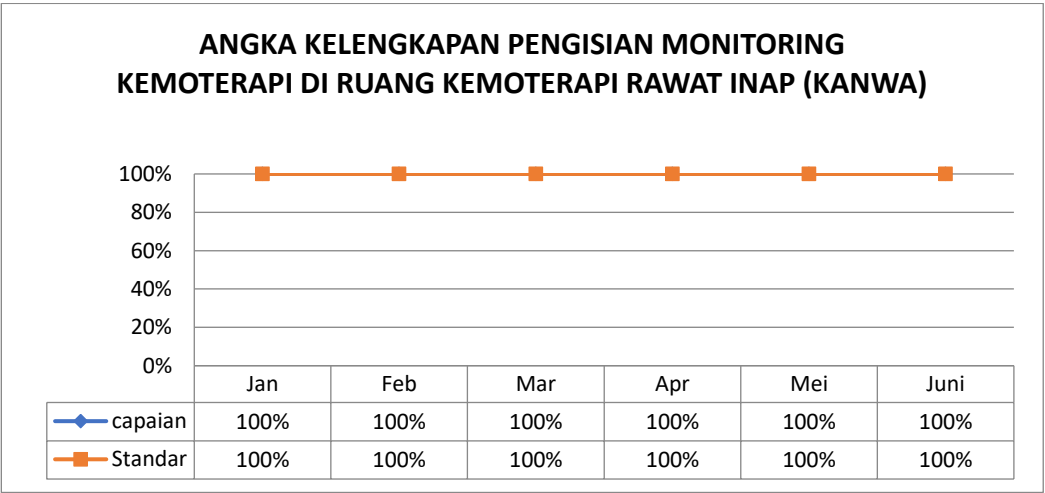
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	80%
2	Februari	100%	80%
3	Maret	100%	80%
4	April	100%	80%
5	Mei	100%	80%
6	Juni	100%	80%



Keterangan : Capaian sudah sesuai standard

c. Angka kelengkapan pengisian monitoring kemoterapi di Ruang Kemoterapi rawat inap (Kanwa)

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



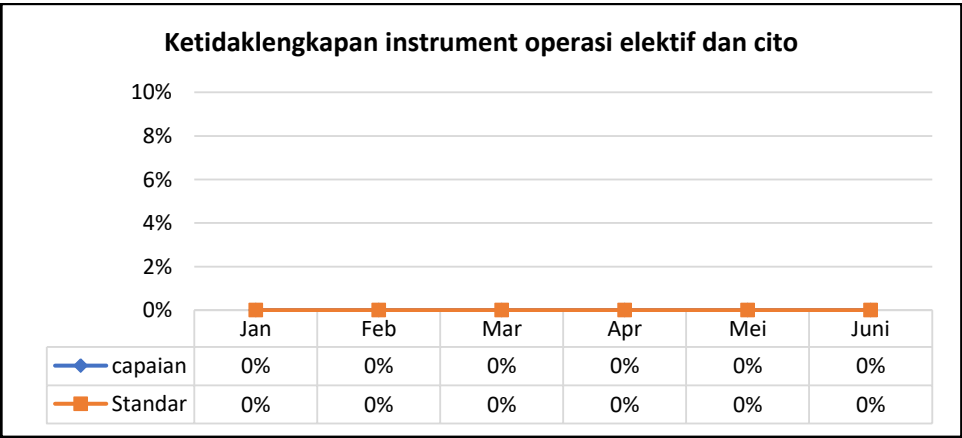
Keterangan : Capaian sudah sesuai standard

4. IBS

IBS (BEDAH)

a. Ketidaklengkapan instrument operasi elektif dan cito

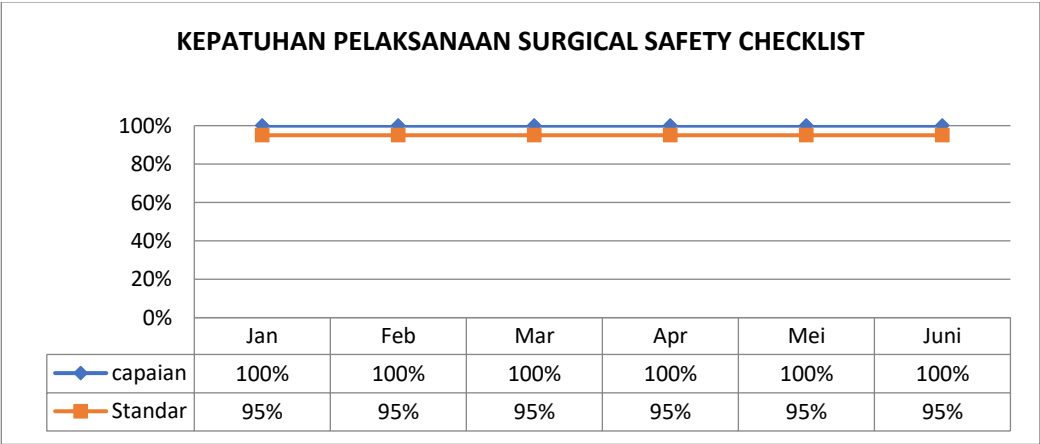
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	<5%
2	Februari	0%	<5%
3	Maret	0%	<5%
4	April	0%	<5%
5	Mei	0%	<5%
6	Juni	0%	<5%



Keterangan : capaian sudah sesuai dengan standar

b. Kepatuhan pelaksanaan *surgical safety checklist*

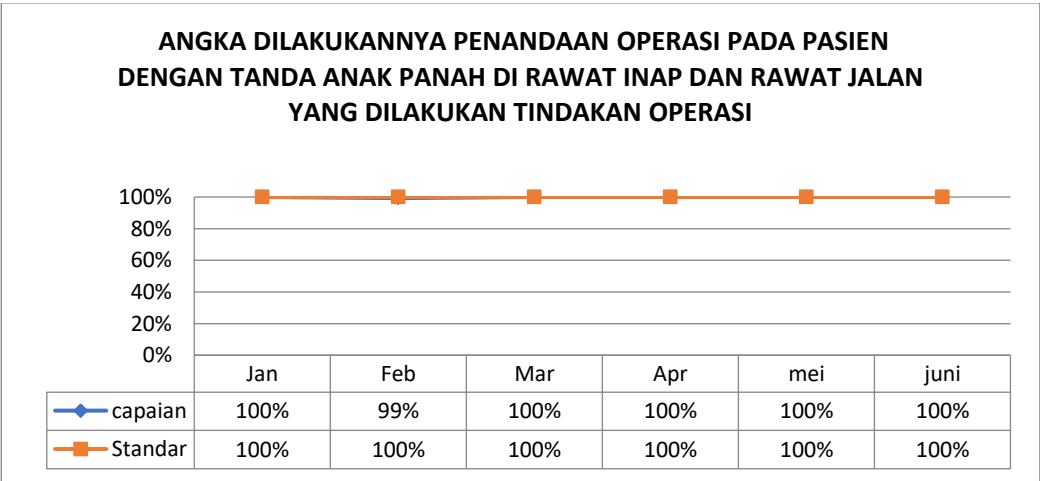
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	>95%
2	Februari	100%	>95%
3	Maret	100%	>95%
4	April	100%	>95%
5	Mei	100%	>95%
6	Juni	100%	>95%



Ket : capaian sudah sesuai standar

- c. Angka dilakukannya penandaan operasi pada pasien dengan tanda anak panah di rawat inap dan rawat jalan yang dilakukan tindakan operasi

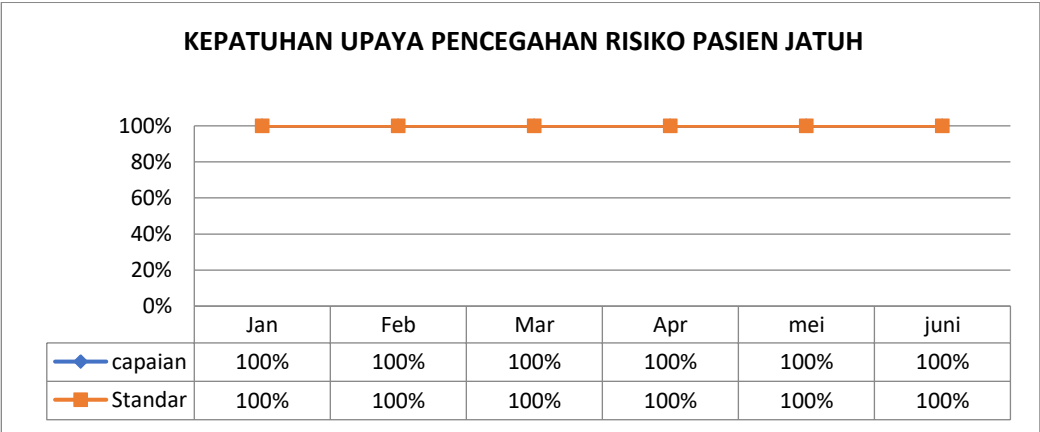
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	99,24%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Ket : Capaian pada triwulan 2 sudah sesuai standar

- d. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

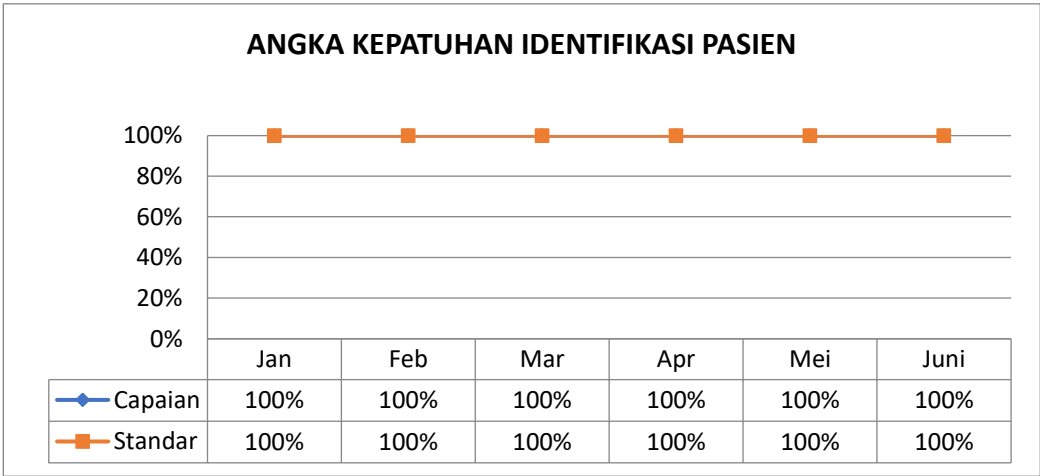
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Ket : Capaian sudah sesuai standar

e. Kepatuhan identifikasi pasien

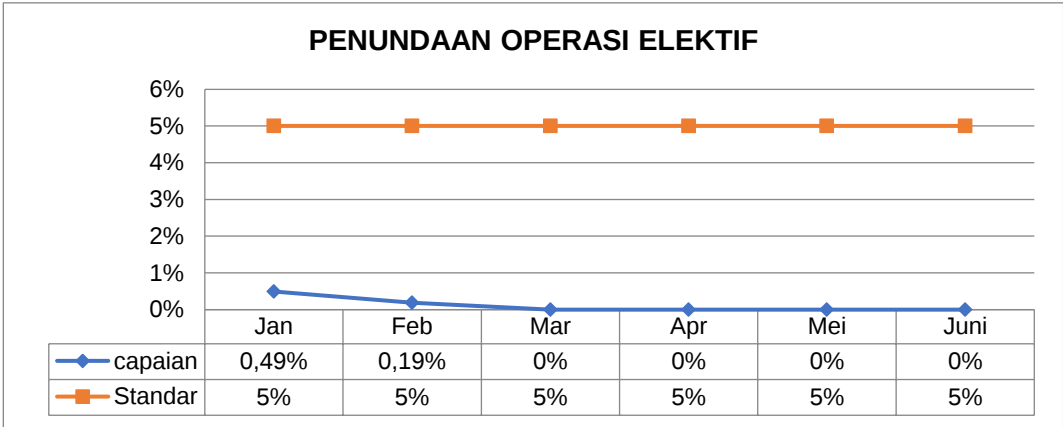
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Ket : Capaian sudah sesuai standar

f. Penundaan Operasi Elektif (INM)

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0,49%	<5%
2	Februari	0,19%	<5%
3	Maret	0	<5%
4	April	0%	<5%
5	Mei	0%	<5%
6	Juni	0%	<5%

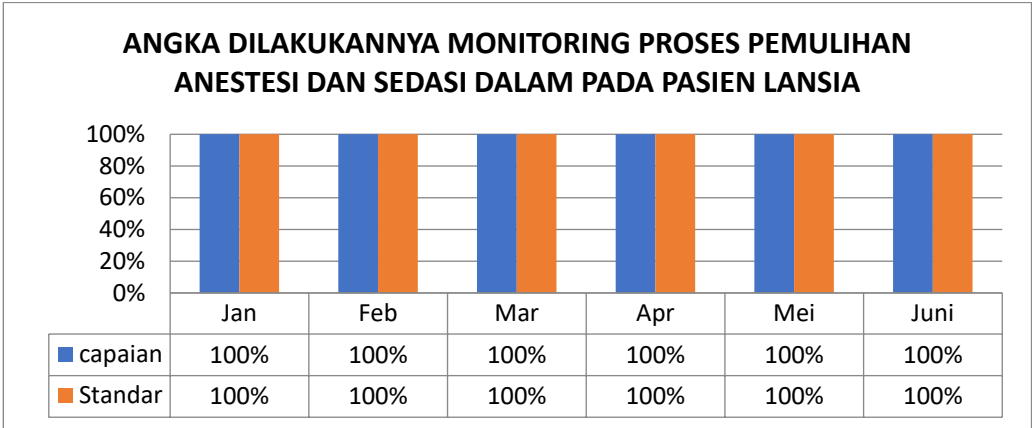


Keterangan :
Rata-rata Penundaan operasi elektif di triwulan kedua tahun 2026 masih sesuai standard INM.

IBS (ANESTESI)

- a. Angka dilakukannya monitoring proses pemulihan anestesi dan sedasi dalam pada pasien lansia

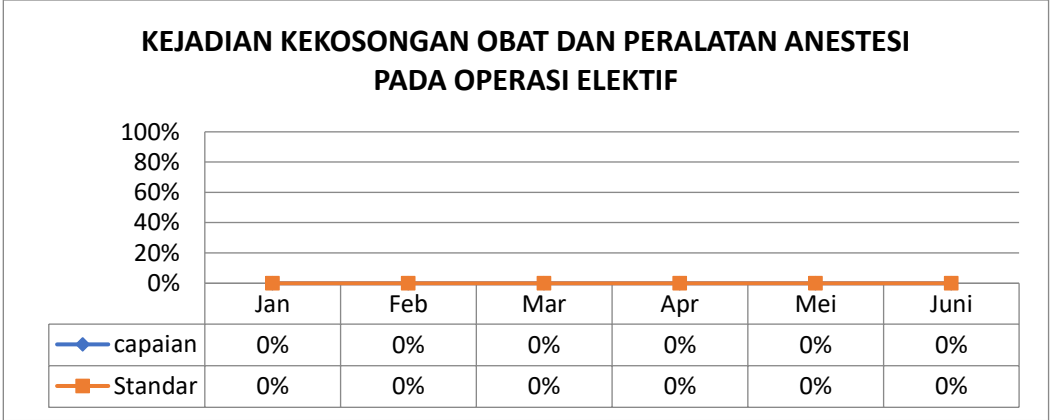
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

- b. Kejadian Kekosongan obat dan peralatan anestesi pada operasi elektif

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	0%
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0%	0%

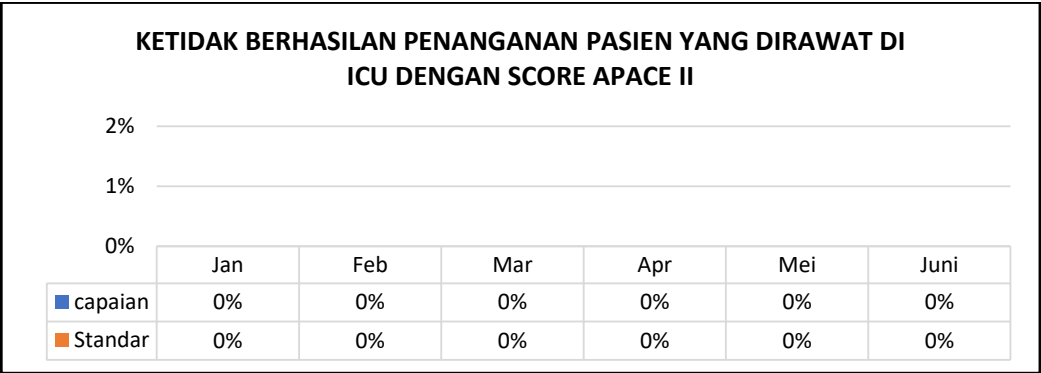


Keterangan : capaian sesuai dengan standar

5. INSTALASI RAWAT INTENSIF (ICU)

- a. Ketidakberhasilan penanganan pasien yang dirawat di ICU dengan SCORE APACE II

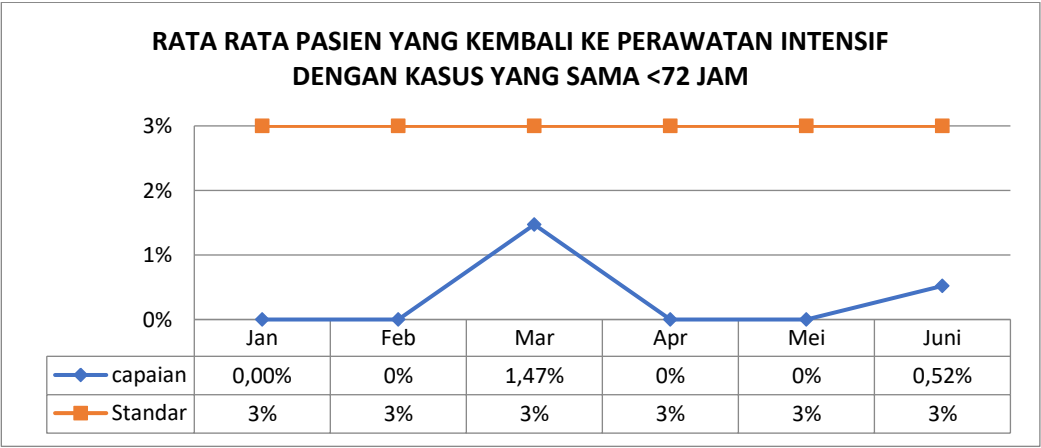
No.	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	0%
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0%	0%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

- b. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama dalam waktu kurang 72 jam

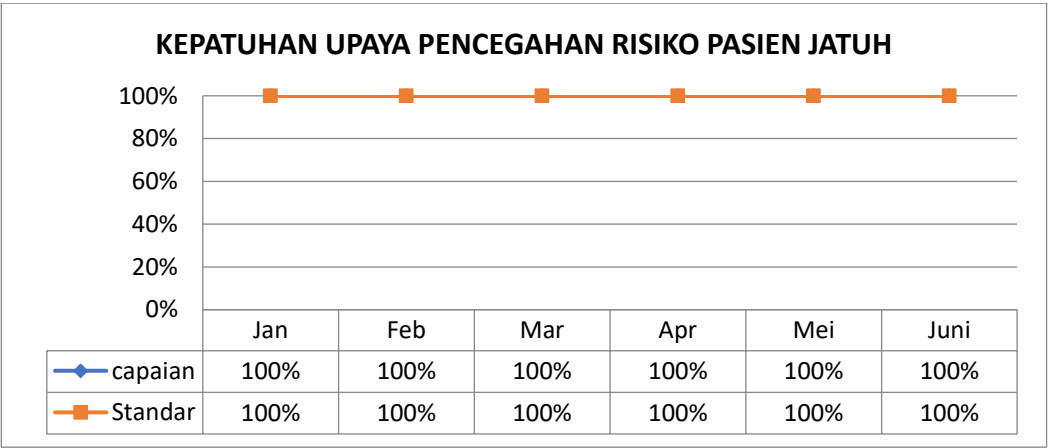
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	3%
2	Februari	0%	3%
3	Maret	1,47%	3%
4	April	0%	3%
5	Mei	0%	3%
6	Juni	0,52%	3%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

c. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

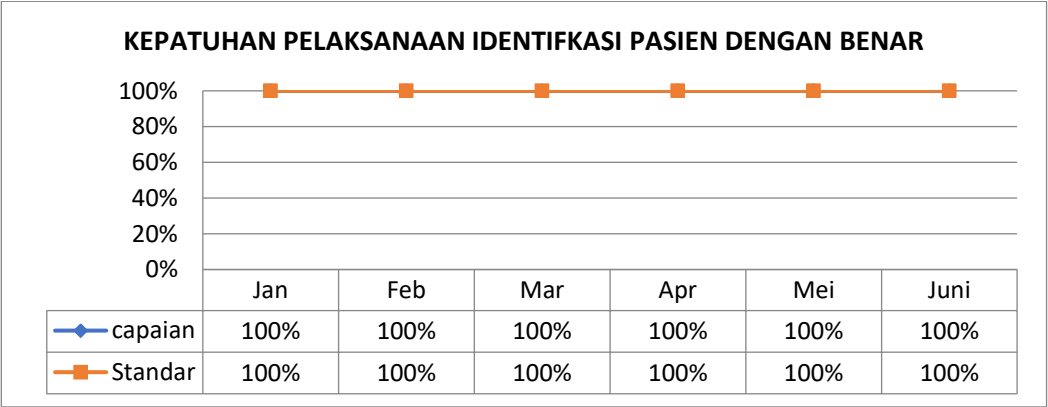
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

d. Kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien dengan benar

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

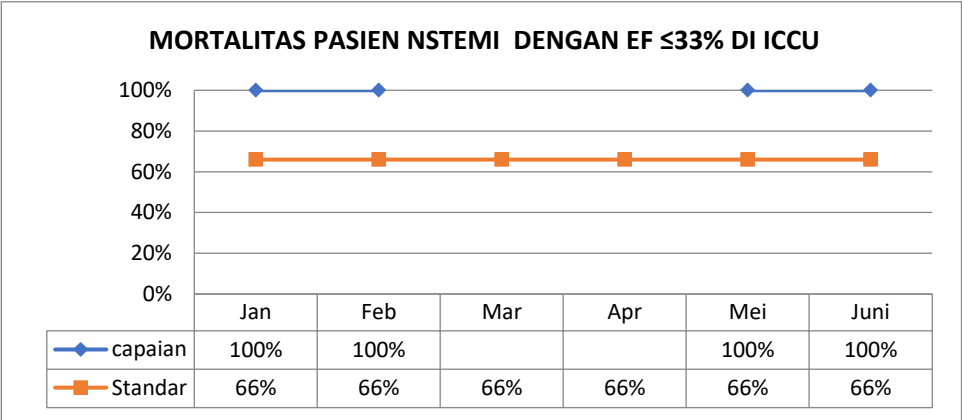


Keterangan : capaian sesuai dengan standar

ICVCU

a. Mortalitas pasien NSTEMI dengan EF ≤33% di ICCU

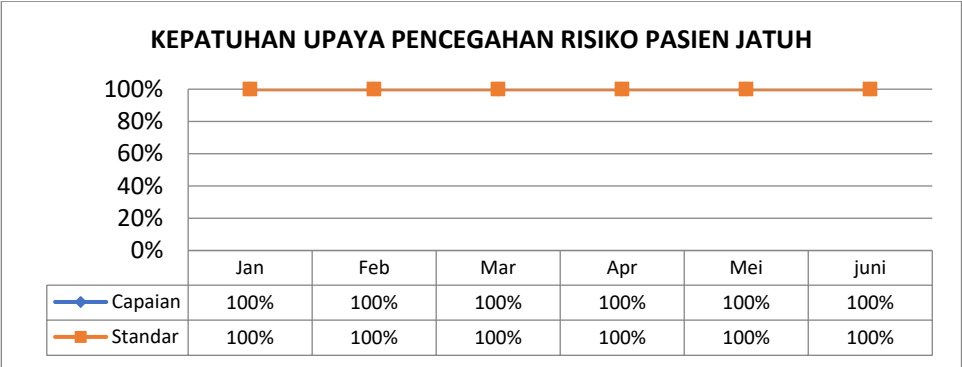
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	66%
2	Februari	100%	66%
3	Maret	0%	66%
4	April	0%	66%
5	Mei	100%	66%
6	Juni	100%	66%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar, untuk bulan Maret dan April tidak ada pasien

b. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

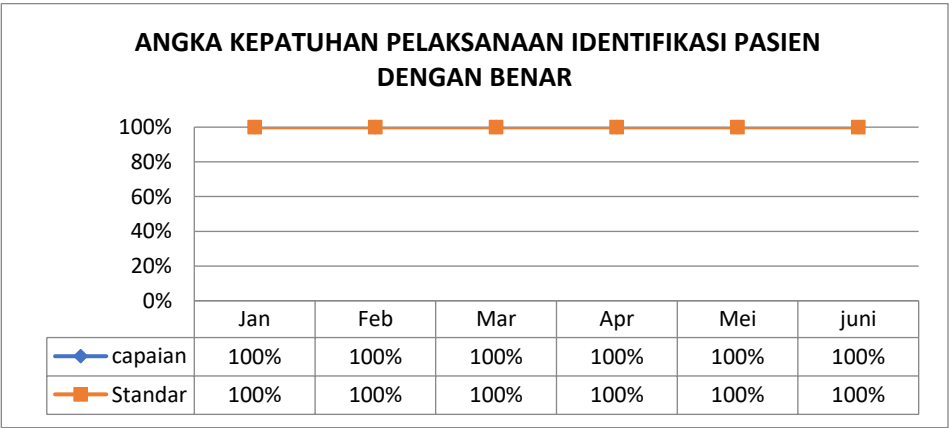
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

c. Angka kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien dengan benar

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

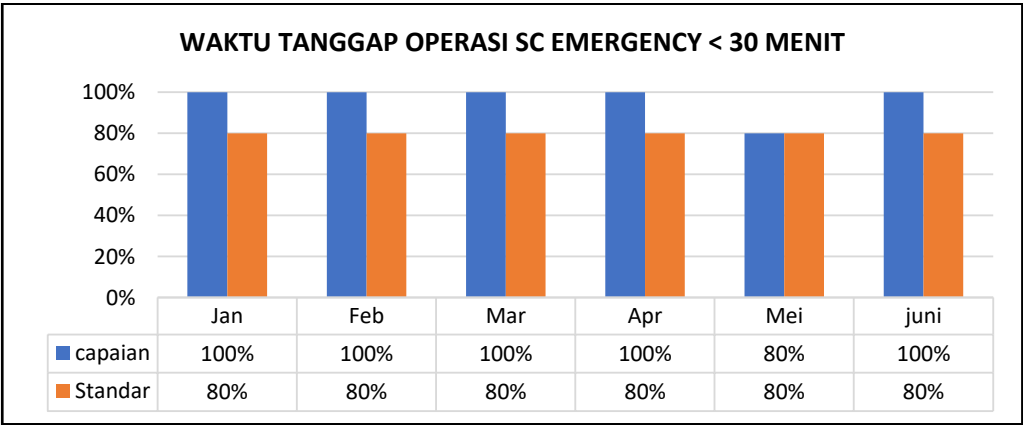


Keterangan : capaian sesuai dengan standar

6. PONEK

a. Waktu tanggap operasi SC emergency < 30 menit

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	≥80%
2	Februari	100%	≥80%
3	Maret	100%	≥80%
4	April	100%	≥80%
5	Mei	100%	≥80%
6	Juni	100%	≥80%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

b. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

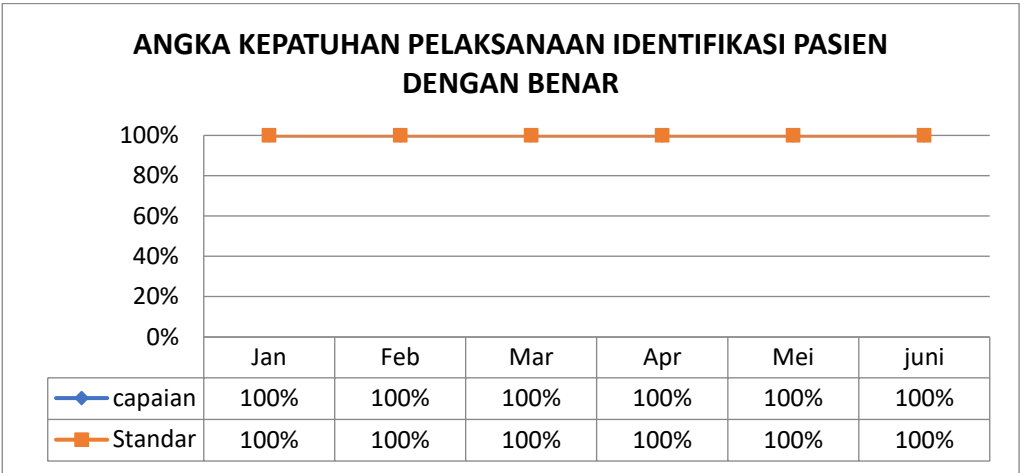
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

c. Angka kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien dengan benar

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

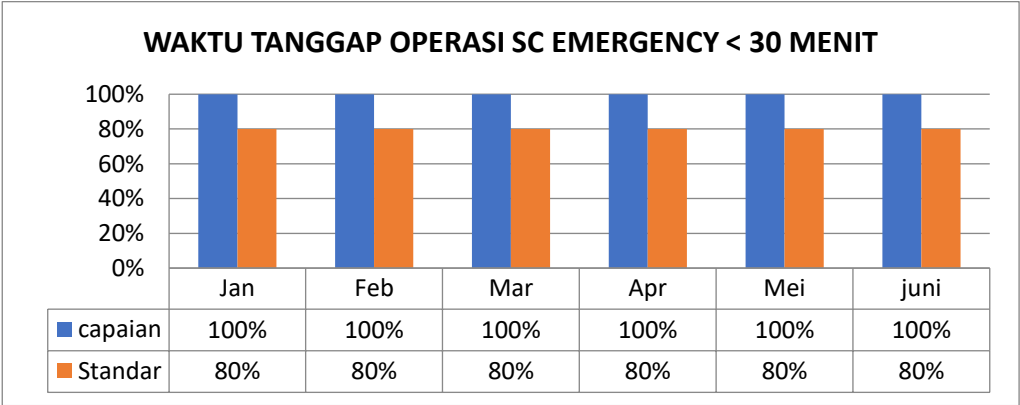


Keterangan : capaian sesuai dengan standar

7. KAMAR BERSALIN (VK)

a. Waktu tanggap operasi SC emergency < 30 menit

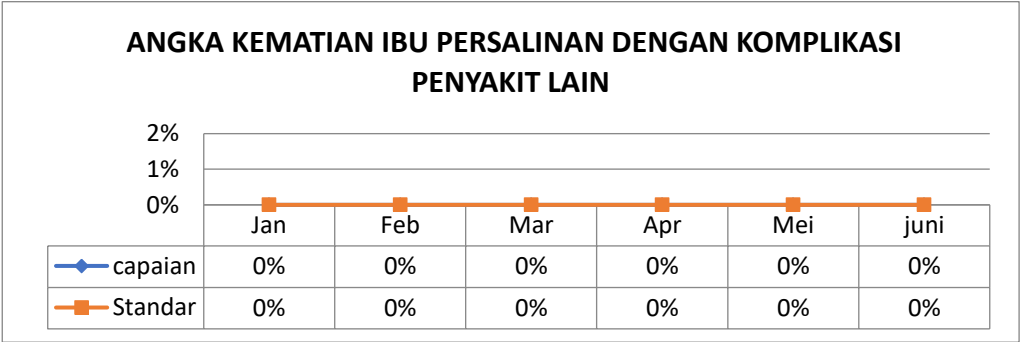
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	≥80%
2	Februari	100%	≥80%
3	Maret	100%	≥80%
4	April	100%	≥80%
5	Mei	100%	≥80%
6	Juni	100%	≥80%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

b. Angka kematian ibu persalinan karena Pre Eklamsia / Eklamsia

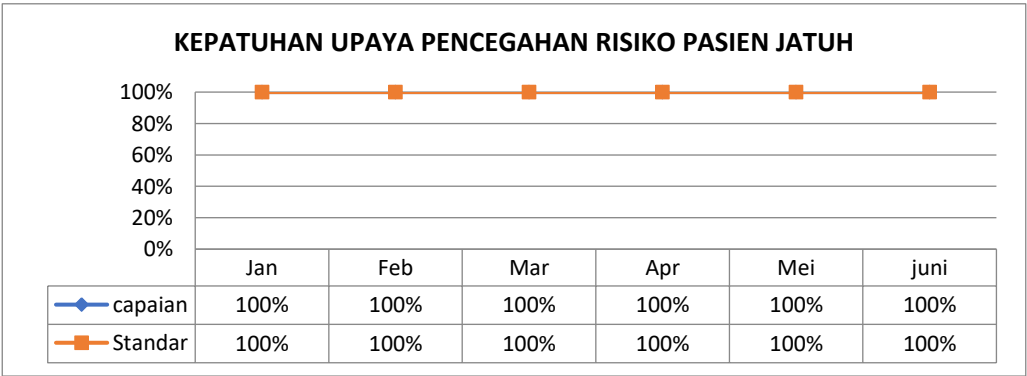
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	0%
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0%	0%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

c. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

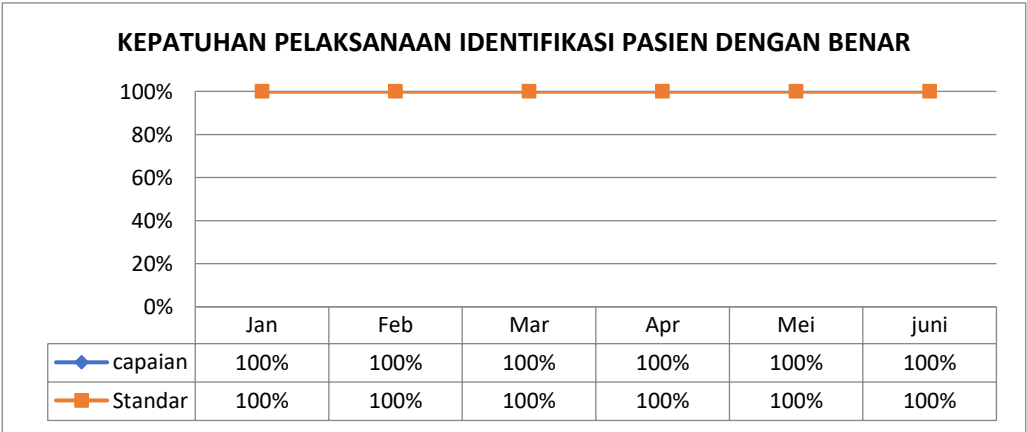
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

d. Angka kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien dengan benar

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

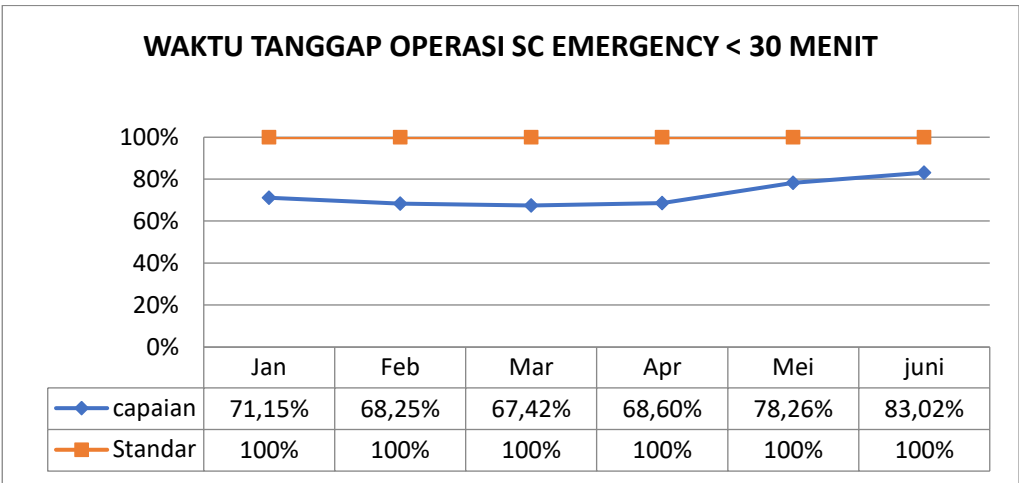


Keterangan : capaian sesuai dengan standar

8. ADAS MANIS

a. Angka keberhasilan edukasi KB MKJP kepada pasien post partum

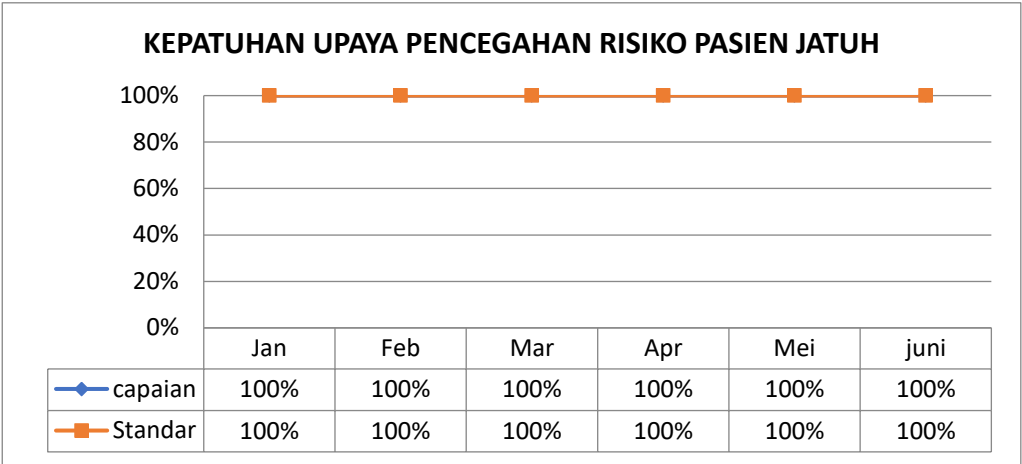
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	71,15%	100%
2	Februari	68,25%	100%
3	Maret	67,42%	100%
4	April	68,60%	100%
5	Mei	78,26%	100%
6	Juni	83,02%	100%



Plan	Mencapai angka keberhasilan edukasi KB MKJP kepada pasien post partum 100%
Do	- Edukasi kepada pasien dan memastikan dapat terpasang sebelum pulang - Melakukan pemasangan pada segera setelah tindakan persalinan
Study	Capaian angka keberhasilan edukasi KB MKJP kepada pasien post partum pada bulan Juli mencapai 100%
Action	Melakukan edukasi mulai dari pasien datang, dilakukan edukasi ulang saat akan tindakan dan segera setelah tindakan selesai

b. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

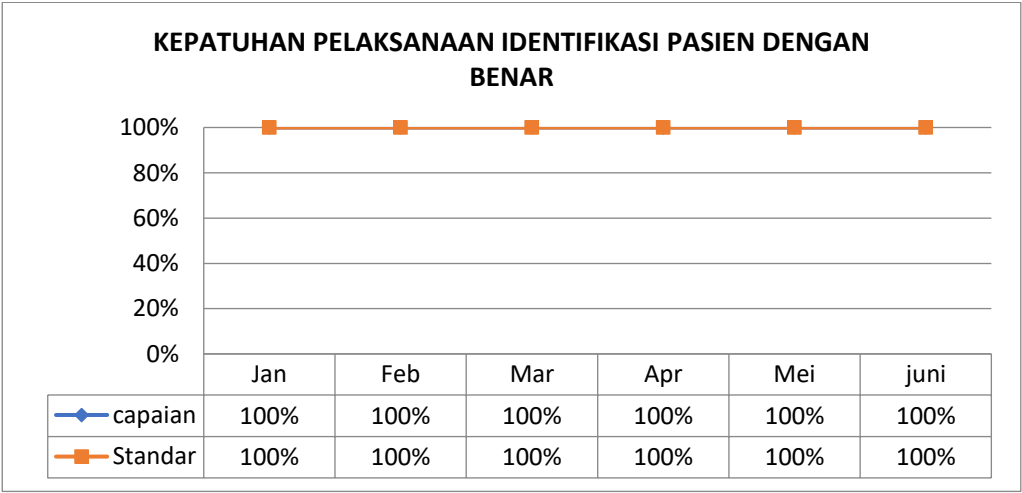
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

c. Angka kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien dengan benar

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

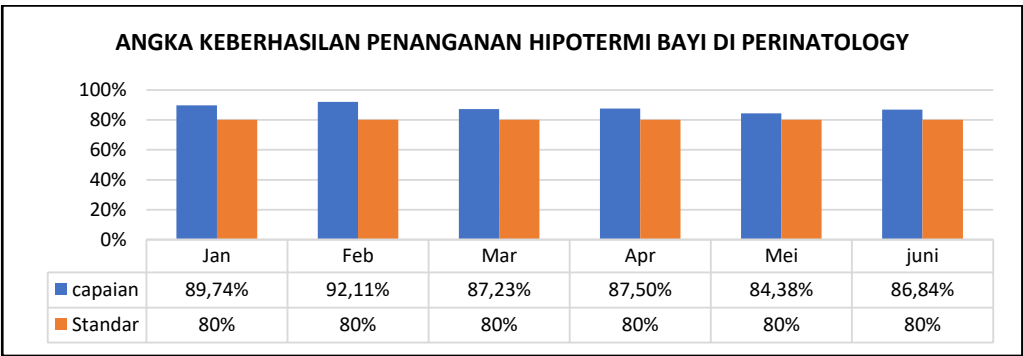


Keterangan : capaian sesuai dengan standar

9. PERINATOLOGI

a. Angka keberhasilan penanganan hipotermi bayi di perinatologi

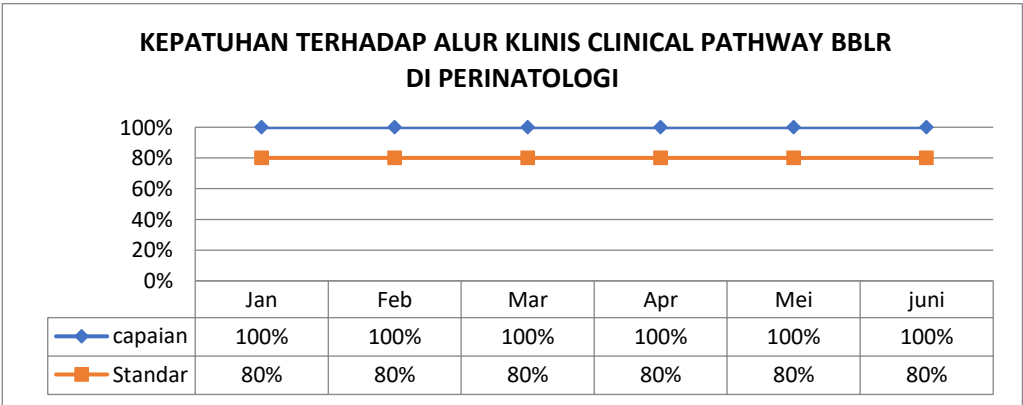
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	89,74%	≥80%
2	Februari	92,11%	≥80%
3	Maret	87,23%	≥80%
4	April	87,50%	≥80%
5	Mei	84,38%	≥80%
6	Juni	86,84%	≥80%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

b. Kepatuhan terhadap alur klinis Clinical Pathway BBLR di perinatologi

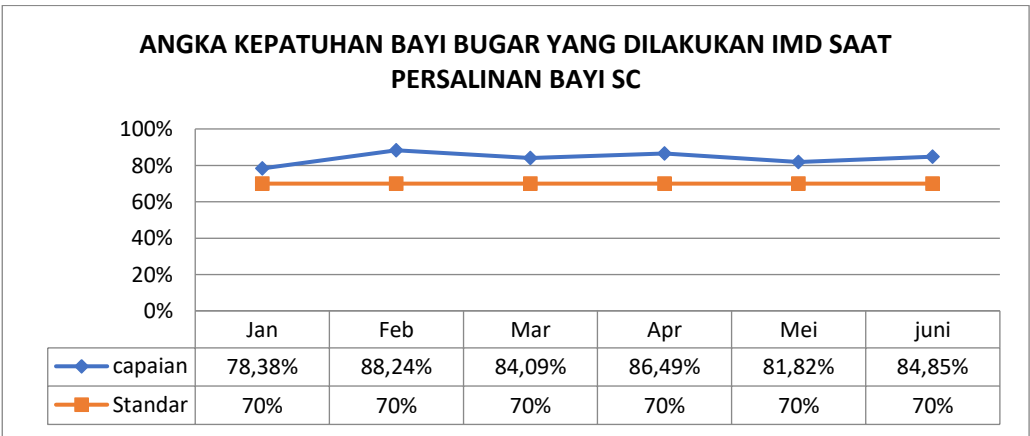
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	≥80%
2	Februari	100%	≥80%
3	Maret	100%	≥80%
4	April	100%	≥80%
5	Mei	100%	≥80%
6	Juni	100%	≥80%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

- c. Angka kepatuhan bayi bugar yang dilakukan IMD saat persalinan bayi SC

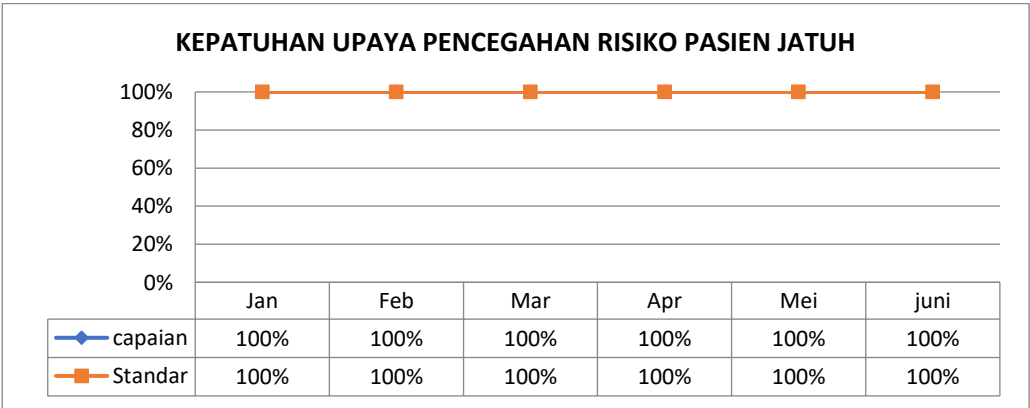
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	78,38%	70%
2	Februari	88,24%	70%
3	Maret	84,09%	70%
4	April	86,49%	70%
5	Mei	81,82%	70%
6	Juni	84,85%	70%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

- d. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh di perinatologi

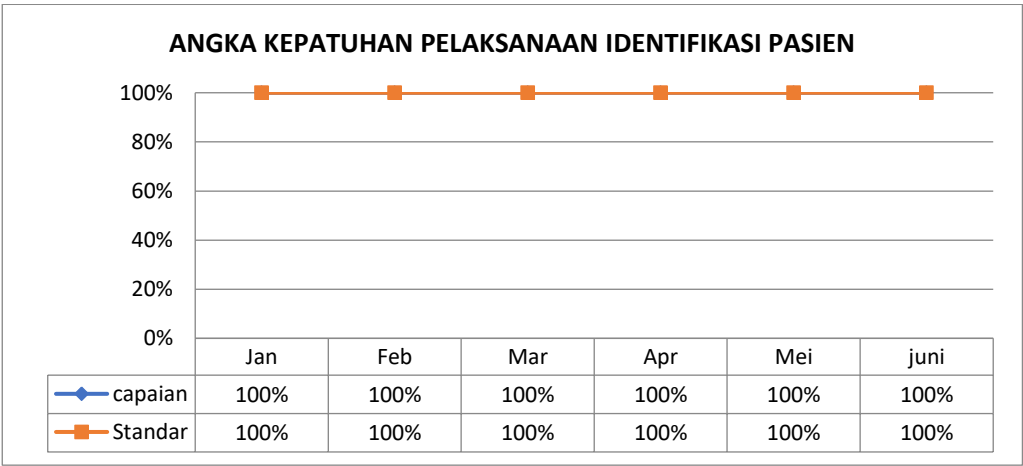
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

e. Angka kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien dengan benar

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	≥80%
6	Juni	100%	≥80%

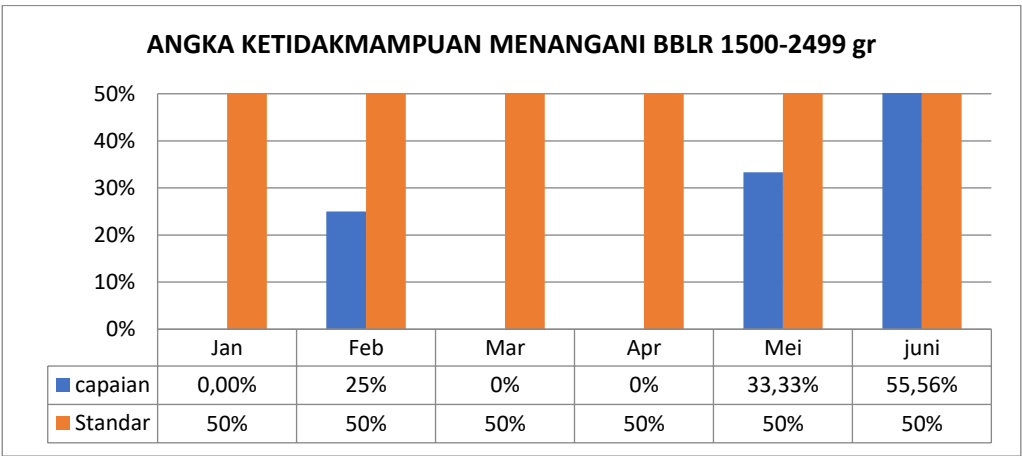


Keterangan : capaian sesuai dengan standar

10. PICU NICU

a. Angka ketidakmampuan menangani BBLR 1500-2499 gr

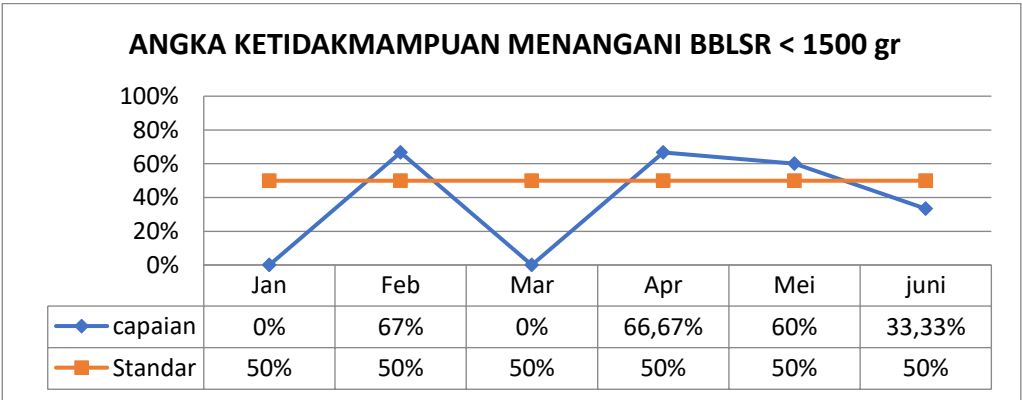
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	<50%
2	Februari	25%	<50%
3	Maret	0%	<50%
4	April	0%	<50%
5	Mei	33,33%	<50%
6	Juni	55,56%	<50%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

b. Angka ketidakmampuan menangani BBLSR < 1500 gr

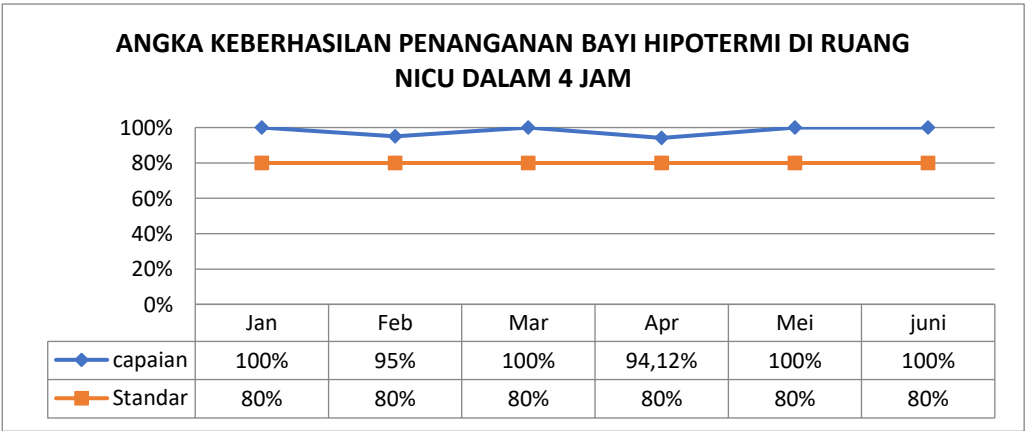
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	<50%
2	Februari	66,67%	<50%
3	Maret	0%	<50%
4	April	66,67%	<50%
5	Mei	60%	<50%
6	Juni	33,33%	<50%



Keterangan : capaian sudah sesuai standar

- c. Angka keberhasilan penanganan bayi hipotermi di ruang NICU dalam 4 jam

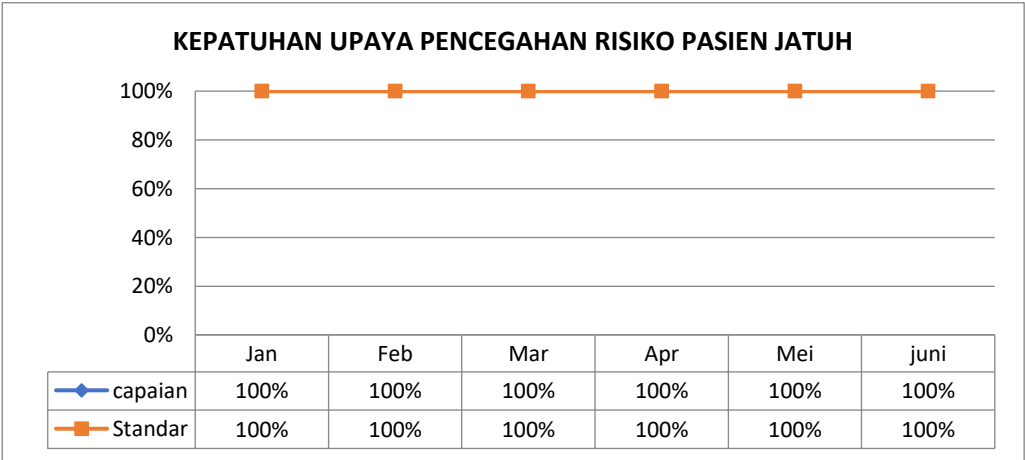
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	≥80%
2	Februari	95%	≥80%
3	Maret	100%	≥80%
4	April	94,12%	≥80%
5	Mei	100%	≥80%
6	Juni	100%	≥80%



Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

- d. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

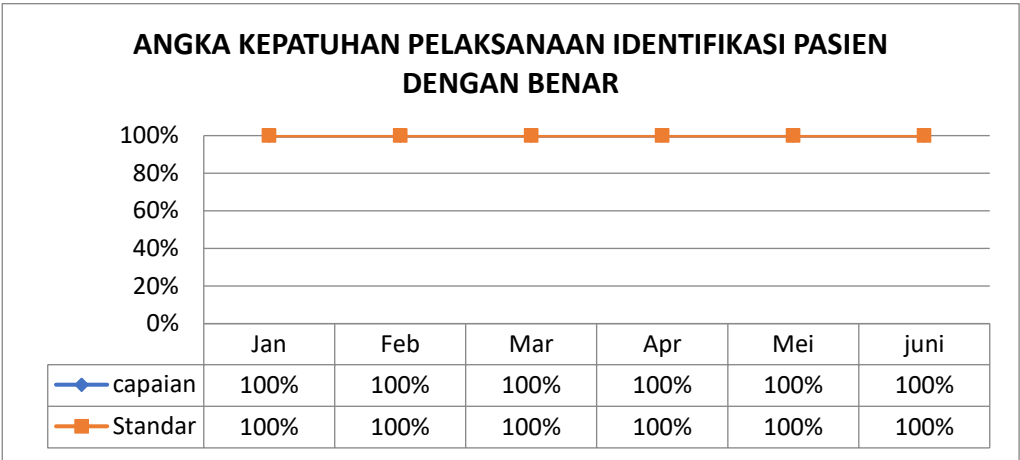
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai dengan standar

e. Angka kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien dengan benar

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

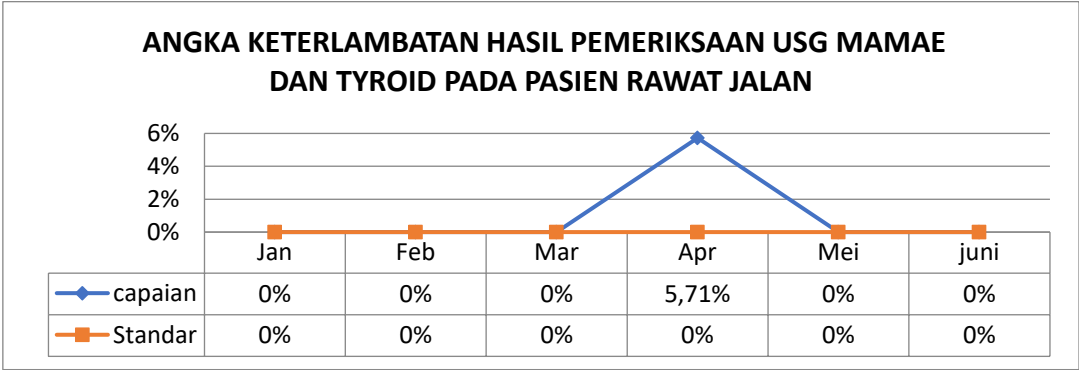


Keterangan : capaian sesuai dengan standar

11. INSTALASI RADIOLOGI

a. Angka keterlambatan hasil pemeriksaan USG Mammae dan Tyroid pada pasien rawat jalan

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	0%
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	5,71%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0%	0%



Keterangan :

Capaian sudah sesuai standar, namun di bulan april yang belum sesuai standar

Identifikasi Masalah :

- Terdapat 2 hasil USG yang terlambat selesai

Analisa Masalah :

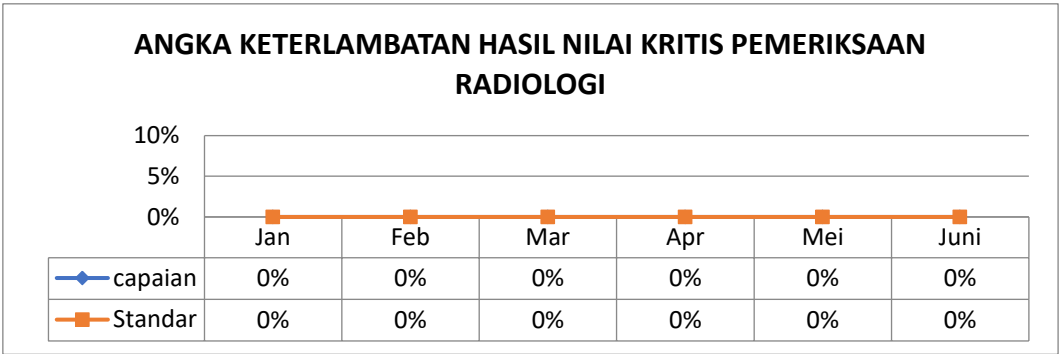
- Keterlambatan terjadi karena dokter radiolog masih adaptasi terhadap alat USG baru, sehingga radiolog membutuhkan waktu lebih lama dalam menyelesaikan ekspertise

Rencana Tindak lanjut :

Plan	Meningkatkan kecepatan pemeriksaan dan pemberian ekspertise
Do	Melakukan monitoring waktu penyelesaian hasil
Study	Setelah dilakukan evaluasi, penyebab keterlambatan telah diidentifikasi. Monitoring akan dilanjutkan pada periode berikutnya untuk melihat efektivitas perbaikan
Action	Melanjutkan monitoring indicator, melakukan evaluasi berkala selama masa adaptasi, dan memastikan seluruh hasil USG mammae dan thyroid selesai sesuai standart waktu pelayanan

b. Angka keterlambatan hasil nilai kritis pemeriksaan radiologi

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	0%
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0%	0%

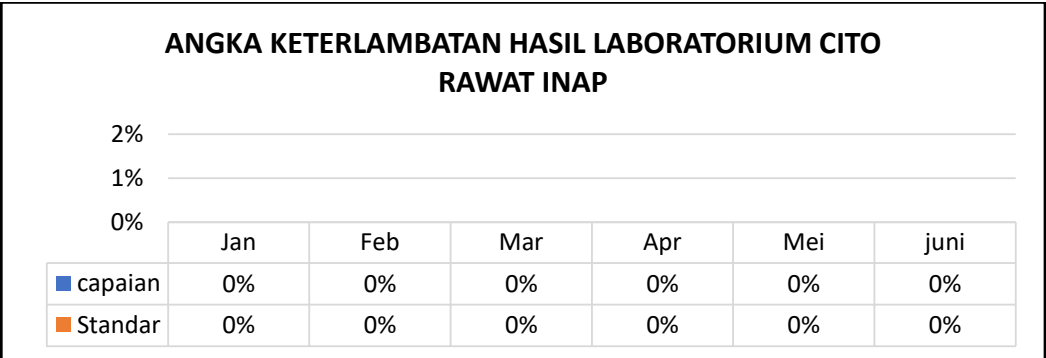


Keterangan : hasil tidak ada keterlambatan

12. INSTALASI LABORATORIUM

a. Angka keterlambatan hasil laboratorium cito rawat inap

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0	0
2	Februari	0	0
3	Maret	0	0
4	April	0	0
5	Mei	0	0
6	Juni	0	0



Keterangan : capaian sesuai standar

b. Angka keterlambatan pelaporan hasil kritis pemeriksaan laboratorium

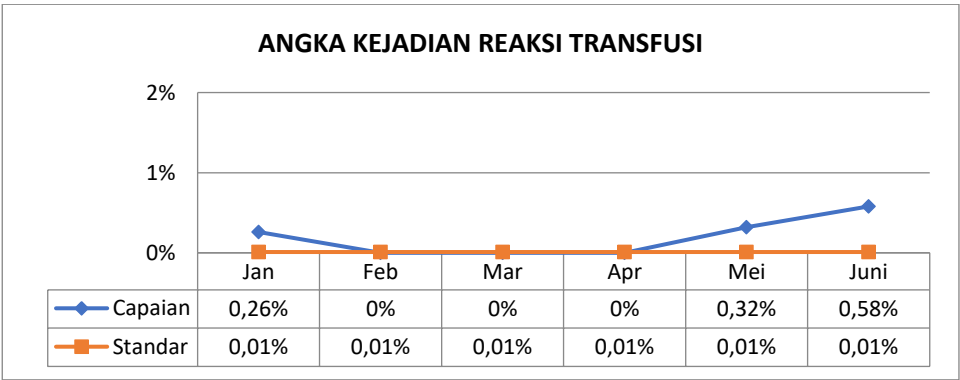
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan :
Rata-rata Pelaporan hasil kritis laboratorium di triwulan kedua tahun 2026 sudah sesuai standard INM.

c. Angka kejadian reaksi transfusi

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0,26%	0,01%
2	Februari	0%	0,01%
3	Maret	0%	0,01%
4	April	0%	0,01%
5	Mei	0,32%	0,01%
6	Juni	0,58%	0,01%



Keterangan : Capaian belum sesuai standar

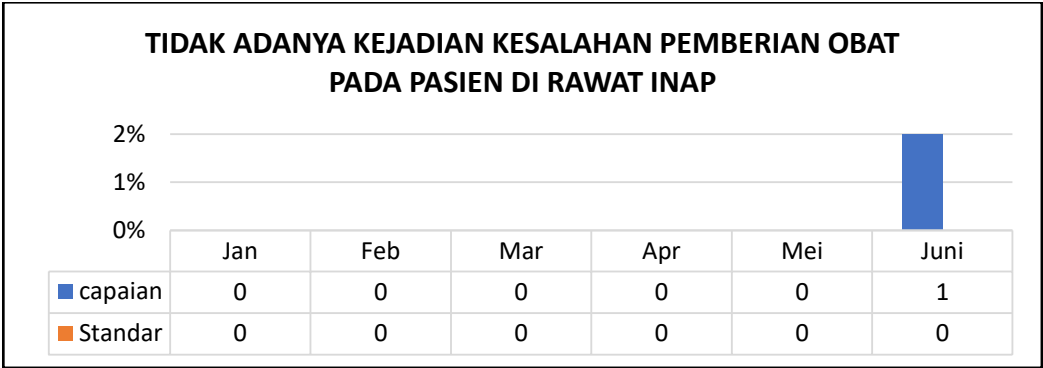
Analisa masalah : Terjadi reaksi transfuse menggigil

Plan	Do	Study	Action
- Ditemukan reaksi tranfusi menggigil - Penyebab dari tubuh pasien sendiri - Seluruh prosedur telah dikerjakan sesuai SOP	- Pasien diberi paracetamol oleh petugas ruang - Tranfusi dihentikan - Sosialisasi ulang SOP tranfusi	Kejadian reaksi tranfusi sebelumnya 0,32 % Semua reaksi tranfusi telah dilaporkan	Mempertahankan kepatuhan SOP

13. INSTALASI FARMASI

- a. Tidak adanya Kejadian Kesalahan Pemberian obat pada pasien di Rawat Inap

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0	0
2	Februari	0	0
3	Maret	0	0
4	April	0	0
5	Mei	0	0
6	Juni	1	0



Keterangan :

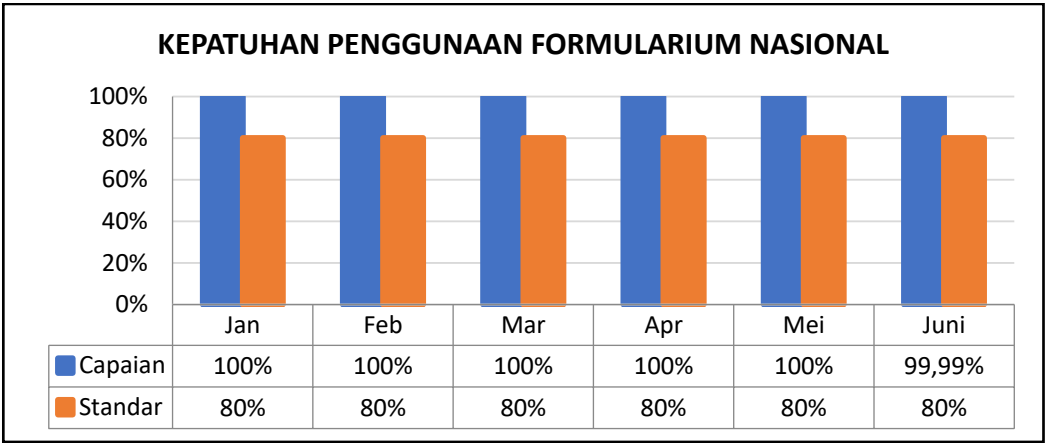
Terjadi kejadian nyaris cedera (KNC) Ceftriaxon inj diberikan furosemid inj, di deteksi saat perawat akan memberikan obat

Analisa Masalah : Resep & lembar delegasi tidak sama (beda pasien), sehingga mengakibatkan salah dalam penyiapan obat oleh petugas farmasi yang mengambilkan obat. Pada saat pengemasan tidak dilakukan kroscek antara lembar delegasi dengan resep, dan etiket. Petugas ambil obat dan pengemasan adalah orang yang sama (shift sore, petugas terbatas)

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian target 0 kejadian	1. Petugas pengkajian resep wajib kroscek sebelum menyatukan resep dengan lembar delegasi 2. Petugas ambil obat dan petugas pengemasan wajib berbeda orang 3. Wajib dilakukan double check saat pengemasan (kroscek antara resep, lembar delegasi, dan etiket)	Capaian target bulan Des 0 kejadian	1. Menegur petugas yang bersang kutan 2. Meminta petugas melakukan kroscek disemua tahapan pekerjaan

b. Kepatuhan penggunaan formularium nasional (INM)

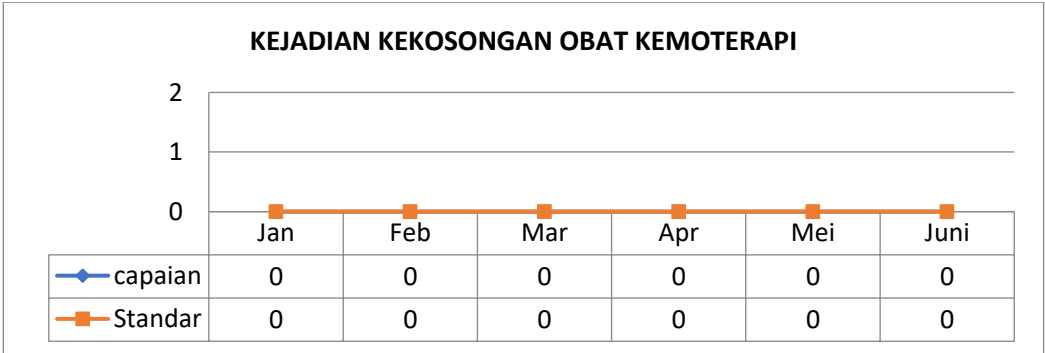
No	Bulan	Num	Denum	Capaian	Standar
1	Januari	149161	149161	100%	≥80%
2	Februari	142213	142218	100%	≥80%
3	Maret	134886	134889	100%	≥80%
4	April	137789	137794	100%	≥80%
5	Mei	132417	132422	100%	≥80%
6	Juni	136593	136596	99,998%	≥80%



Keterangan :
Rata-rata kepatuhan penggunaan formularium nasional di triwulan kedua tahun 2026 sudah sesuai standard INM

c. Kejadian Kekosongan obat kemoterapi

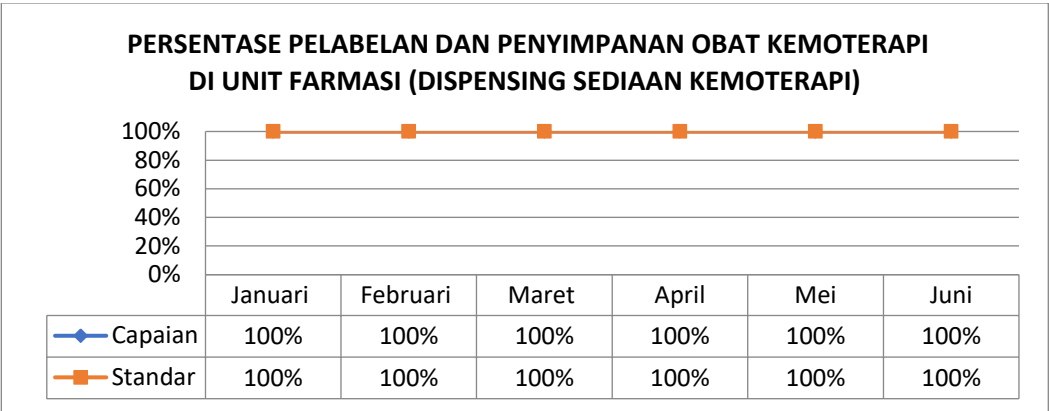
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0	0
2	Februari	0	0
3	Maret	0	0
4	April	0	0
5	Mei	0	0
6	Juni	0	0



Keterangan : capaian sesuai standar

d. *Persentase Pelabelan dan penyimpanan obat kemoterapi di Unit Farmasi*
(Dispensing Sediaan Kemoterapi)

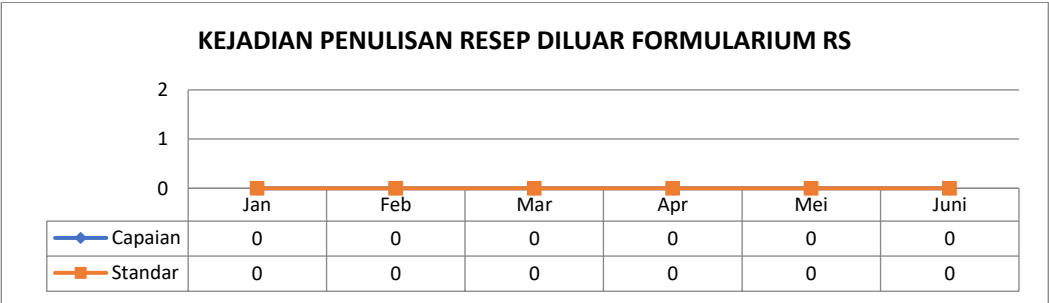
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan :
Penilaian Persentase pelabelan dan penyimpanan obat kemoterapi di Unit Dispensing Sediaan Kemoterapi dengan hasil 100% sudah sesuai standard yang ditetapkan 100%

e. *Kejadian penulisan resep diluar formularium RS*

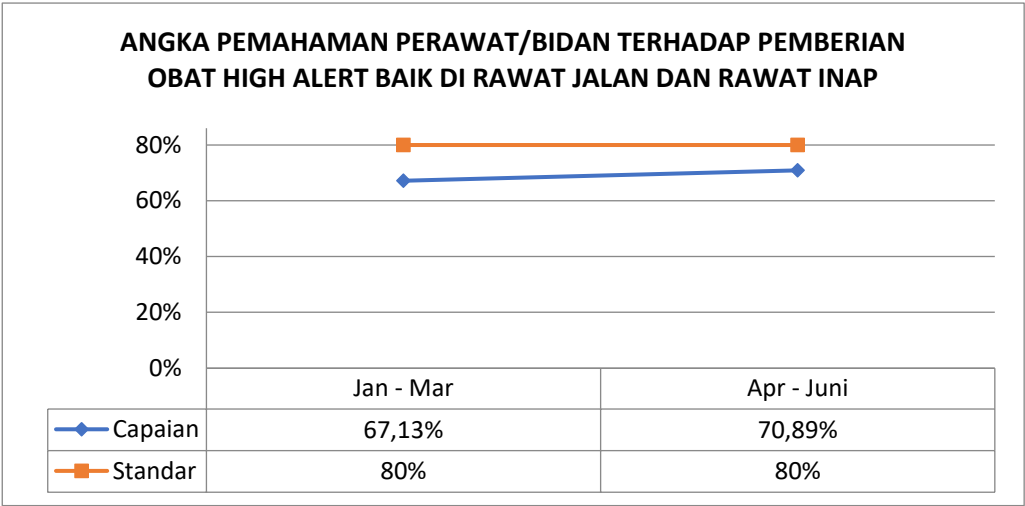
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0	0
2	Februari	0	0
3	Maret	0	0
4	April	0	0
5	Mei	0	0
6	Juni	0	0



Keterangan : capaian sesuai standar

- f. Angka pemahaman perawat/bidan terhadap pemberian obat high alert baik di rawat jalan dan rawat inap

No.	Bulan	Jumlah nilai pemahaman perawat	Jumlah perawat yang disurvey	Angka Pemahaman	Standar
1	Januari - Maret	13.695	204	67,13%	80%
2	April - Juni	20.700	292	70,89%	80%



Keterangan :

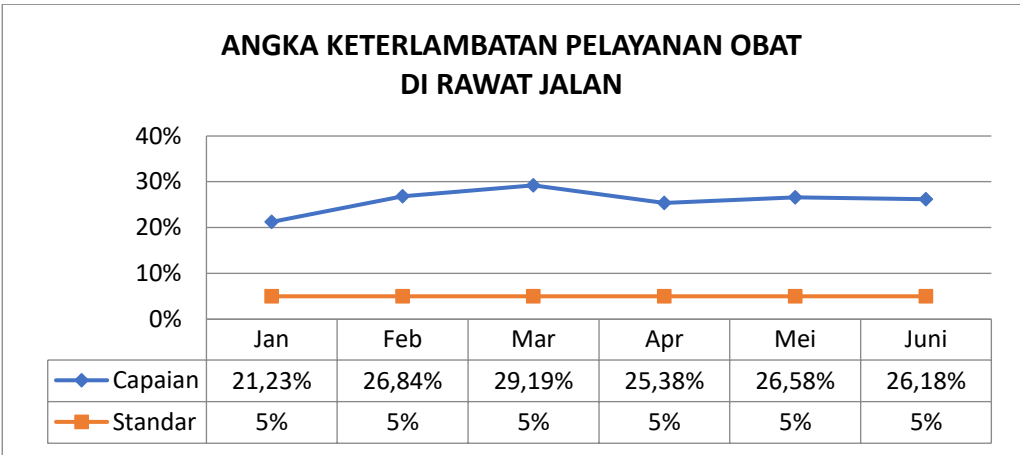
Angka Pemahaman Perawat / Bidan terhadap pemberian obat high alert belum sesuai standar, Dari 20 pertanyaan ada 4 pertanyaan yang paling banyak salah dalam menjawab:

1. Tahapan penyiapan obat LASA
2. Contoh obat rupa mirip
3. Contoh golongan high alert
4. Cara pencegahan kesalahan obat LASA

Ide terpilih (Plan)	Tahap Implementasi (Do)	Study (S)	Action (A)
Mengupayakan capaian target angka pemahaman perawat/ bidan terhadap pemberian obat high alert adalah $\geq 80\%$	Sosialisasi ulang terkait High Alert Medicine ke semua bangsal/ Ruang	Capaian Target sampai dengan bulan September 2026 mencapai 80%	Sosialisasi kepada Karu, Koordinator serta melakukan pemberitahuan ulang bahwa panduan high alert ada di Intranet dan bisa di akses sewaktu waktu

g. Angka keterlambatan pelayanan obat di rawat jalan

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	21,23%	< 5 %
2	Februari	26,84%	< 5 %
3	Maret	29,19%	< 5 %
4	April	25,38%	< 5 %
5	Mei	26,58%	< 5 %
6	Juni	26,18%	< 5 %



Keterangan : Tidak tercapainya target pelayanan obat

Analisa masalah :

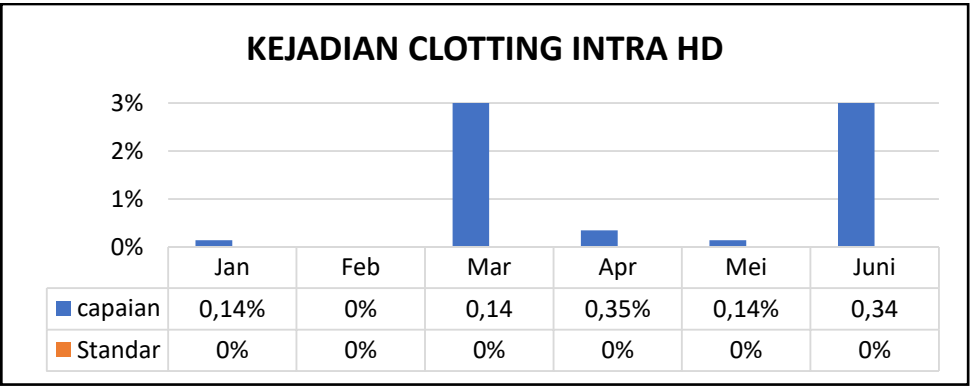
1. Beberapa obat kosong (HCT, Clobazam, Sandepril, Haloperidol) sehingga memerlukan waktu lebih lama untuk konsul dokter & edukasi pasien.
2. Aplikasi inventory sering error, hampir setiap hari. Bahkan 1 hari bisa error lebih dari 1x
3. Aplikasi apotek online (BPJS) yang digunakan untuk menelusur riwayat penggunaan obat beberapa kali error

Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target <5%	Membuat laporan obat kosong ke bidang penunjang pelayanan Lapor ke IT setiap kali kejadian	Capaian target sampai bulan Desember 2026 adalah <5%	1. Koordinasi bidang pelayanan 2. Koordinasi dengan IT

14. INSTALASI HEMODIALISA

a. Kejadian clotting intra HD

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0,14%	0%
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0,14%	0%
4	April	0,35%	0%
5	Mei	0,14%	0%
6	Juni	0,34	0%



Keterangan : Capaian belum sesuai standar

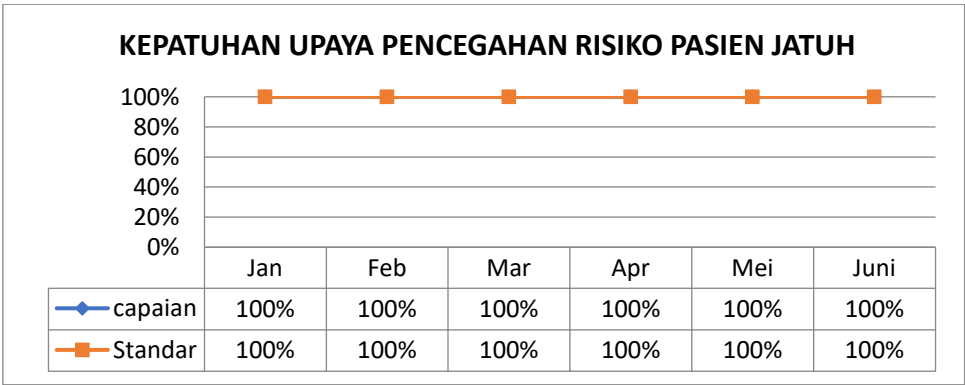
Analisa Masalah :

- 1. Pasien dengan free heparin, program wash NACL 100 cc/jam
- 2. Pasien dengan BB>50 KG dosis heparin 5000 iu

Plan	Do	Study	Action
1. Pasien dengan free heparin washing dengan NACL yang semula tiap 60 menit diganti dengan washing NACL 100 cc/30 menit 2. Menambah dosis heparin sirkulasi untuk pasien dengan BB > 50 kg	Menerapkan ide terpilih dalam pelayanan	Mengusaha kan capaian target 0%	Mempertahankan capaian target 0%

b. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

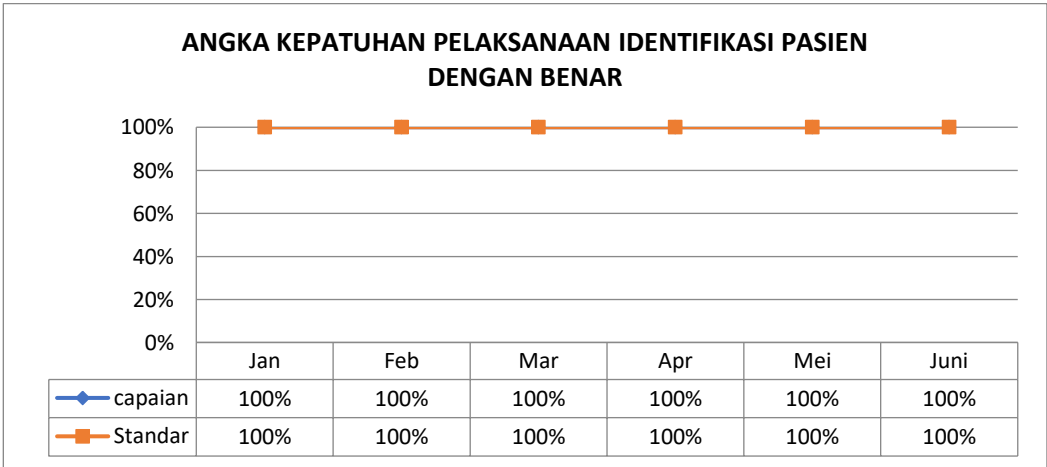
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai standar

c. Angka kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien dengan benar

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

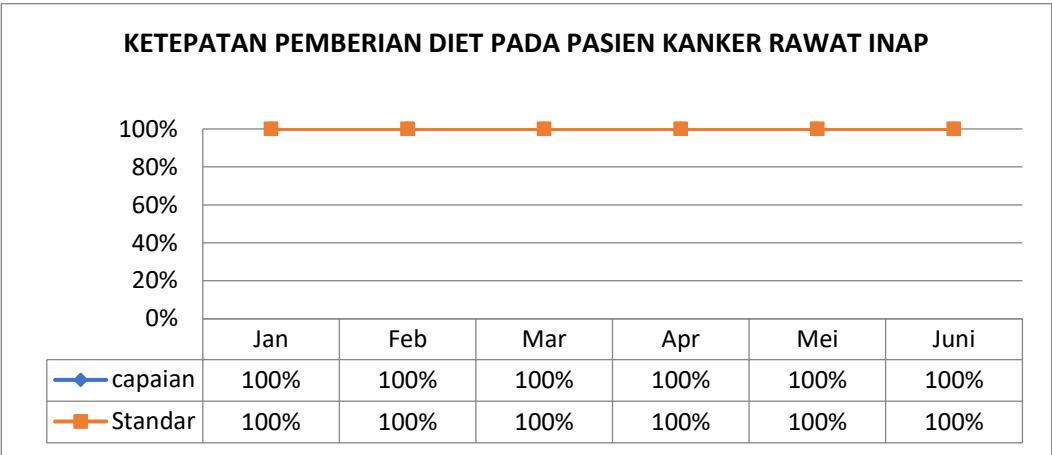


Keterangan : capaian sesuai standar

15. INSTALASI GIZI

a. Ketepatan pemberian diet pada pasien kanker rawat inap

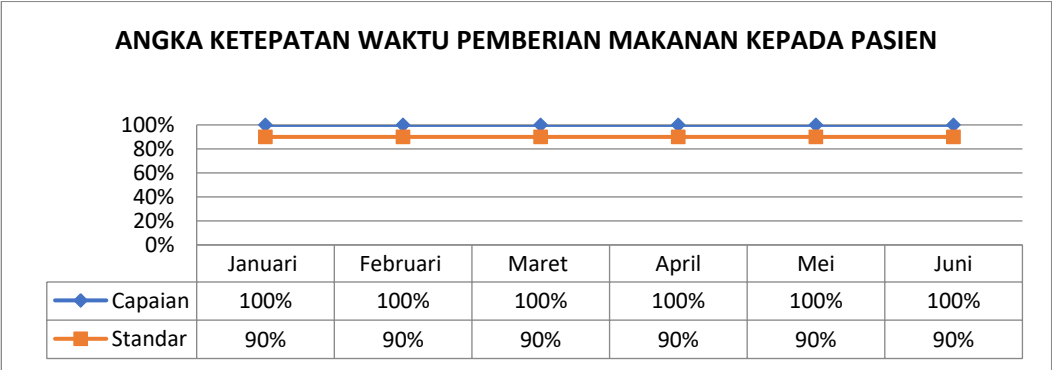
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai standar

b. Angka Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

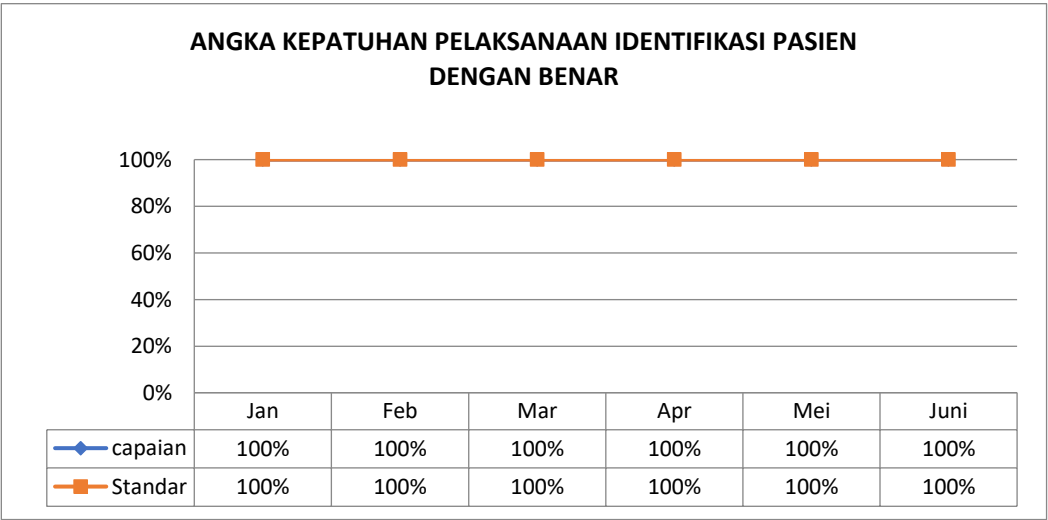
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	>90%
2	Februari	100%	>90%
3	Maret	100%	>90%
4	April	100%	>90%
5	Mei	100%	>90%
6	Juni	100%	>90%



Keterangan : capaian sesuai standar

c. Angka kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien dengan benar

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

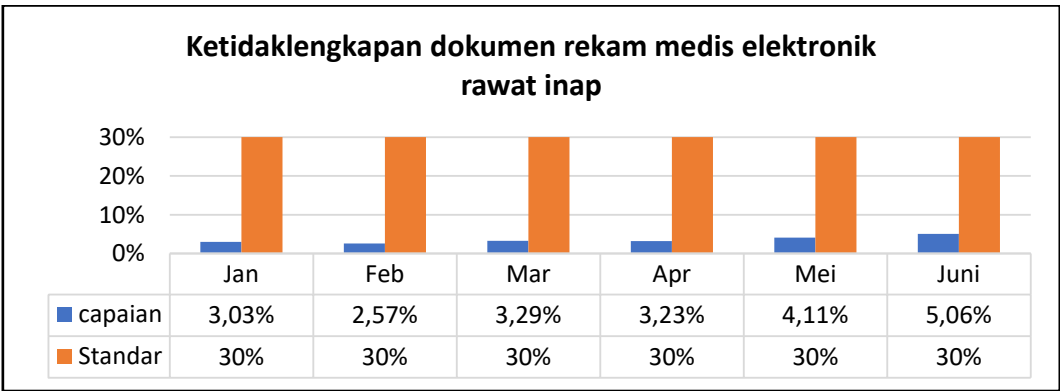


Keterangan : capaian sesuai standar

16. INSTALASI REKAM MEDIS

a. Ketidaklengkapan dokumen rekam medis elektronik rawat inap

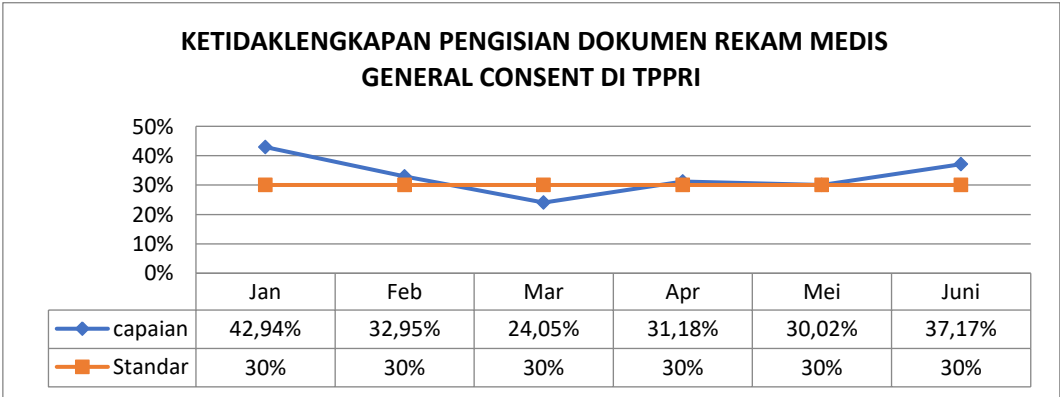
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	3,03%	≤30 %
2	Februari	2,57%	≤30 %
3	Maret	3,29%	≤30 %
4	April	3,23%	≤30 %
5	Mei	4,11%	≤30 %
6	Juni	5,06%	≤30 %



Keterangan : capaian sesuai standar

b. Ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis *general consent* di TPPRI

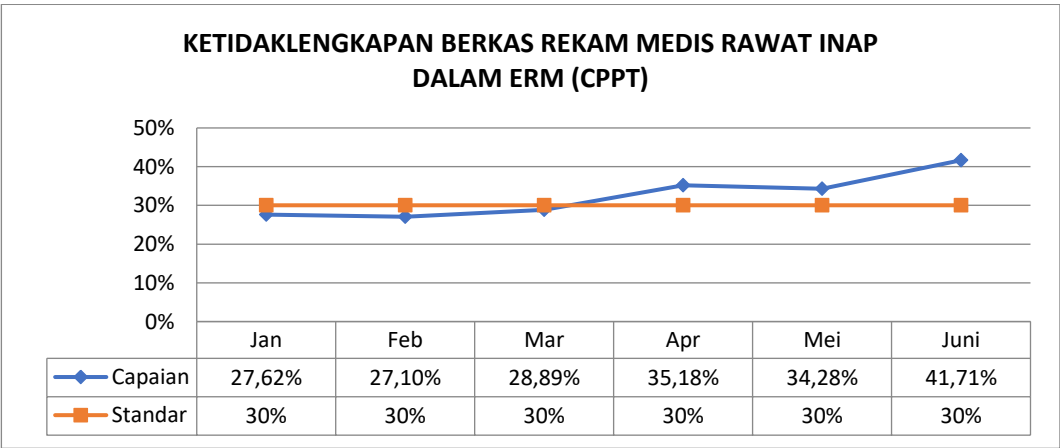
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	42,94%	≤30 %
2	Februari	32,95%	≤30 %
3	Maret	24,05%	≤30 %
4	April	31,18%	≤30 %
5	Mei	30,02%	≤30 %
6	Juni	37,17%	≤30 %



Keterangan : Capaian sesuai dengan standar

c. Ketidaklengkapan berkas rekam medis rawat inap dalam ERM - CPPT

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	27,62%	≤30 %
2	Februari	27,10%	≤30 %
3	Maret	28,89%	≤30 %
4	April	35,18%	≤30 %
5	Mei	34,28%	≤30 %
6	Juni	41,71%	≤30 %



Keterangan :

Pada bulan April-Juni 2026 capaian belum sesuai standar

Identifikasi Masalah : Tingginya angka ketidaklengkapan pengisian CPPT

Analisa Masalah :

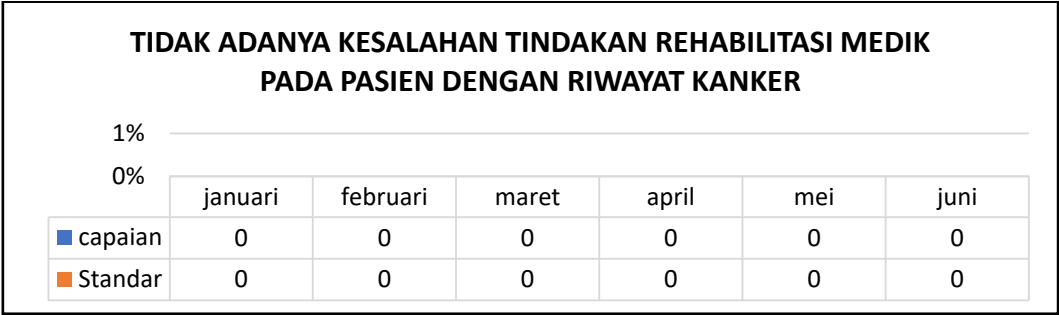
- DPJP lupa klik tombol verifikasi di CPPT
- Belum ada sistem peringatan (alert) otomatis ketika dokumen rekam medis elektronik belum terverifikasi oleh DPJP

Plan	Membuat sistem peringatan (pop-up alert) pada akun DPJP jika ada dokumen rekam medis yang belum terverifikasi
Do	Tim IT/ Vendor mengaktifkan sistem pop-up alert disistem RME
Study	Dilakukan monitoring angka ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis elektronik bulan Juli 2026
Action	• Koordinasi dengan IT/ Vendor utk menambahkan sistem pop-up alert • Koordinasi dengan kepala ruang rawat inap agar mengingatkan DPJP untuk verifikasi di CPPT

17. INSTALASI REHABILITASI MEDIK

- a. Tidak adanya kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik pada pasien dengan riwayat kanker

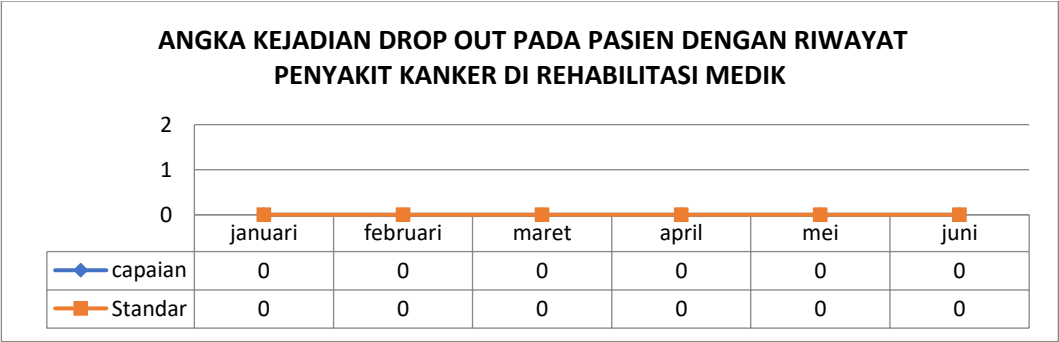
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	0%
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0%	0%



Keterangan : capaian sesuai standar

- b. Angka kejadian drop out pada pasien dengan riwayat penyakit Kanker di Rehabilitasi Medik

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0	0
2	Februari	0	0
3	Maret	0	0
4	April	0	0
5	Mei	0	0
6	Juni	0	0

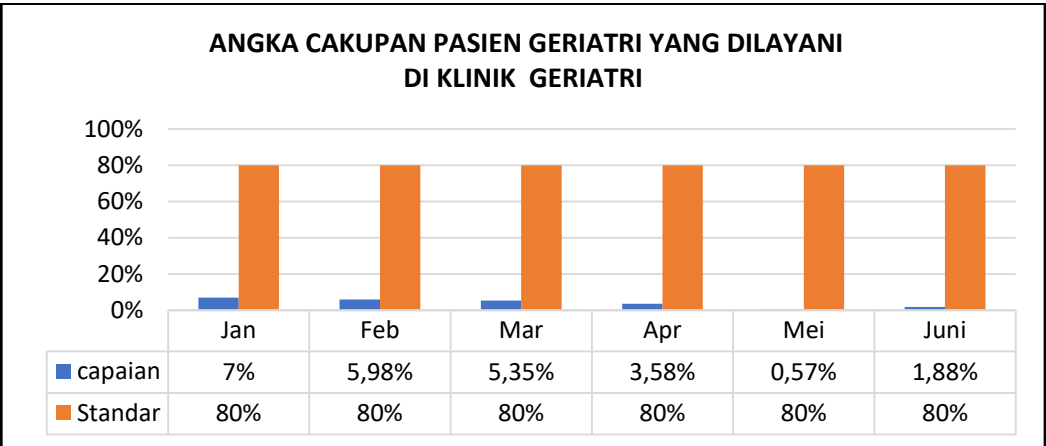


Keterangan : capaian sesuai standar

18. GERIATRI

a. Angka cakupan pasien geriatri yang dilayani di Klinik geriatri

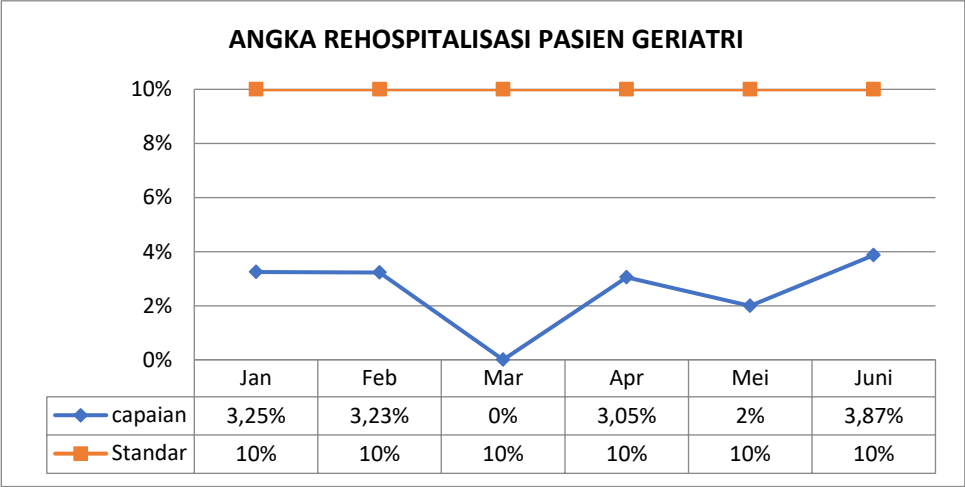
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	7%	80%
2	Februari	5,98%	80%
3	Maret	5,35%	80%
4	April	3,58%	80%
5	Mei	0,57%	80%
6	Juni	1,88%	80%



Plan	Mencapai angka cakupan pasien geriatri yang dilayani di Klinik geriatric 80%
Do	Koordinasi kebijakan kepada instalasi rekam medis terkait dengan pasien geriatri yang berkunjung di poliklinik rawat jalan, terkait penarikan data pasien geriatri, jika akan dilakukan penarikan semua pasien geriatri, system masih manual, sehingga kita hanya penarikan pada satu Klinik Penyakit Dalam
Study	Capaian di bulan Juni 2026 dapat mencapai 1,88%
Action	Melakukan Upaya agar tarikan data dapat dilakukan untuk semua pasien geriatric yang memenuhi kriteria

b. Angka rehospitalisasi pasien geriatri

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	3,24%	<10%
2	Februari	3,23%	<10%
3	Maret	0%	<10%
4	April	3,05%	<10%
5	Mei	2%	<10%
6	Juni	3,87%	<10%

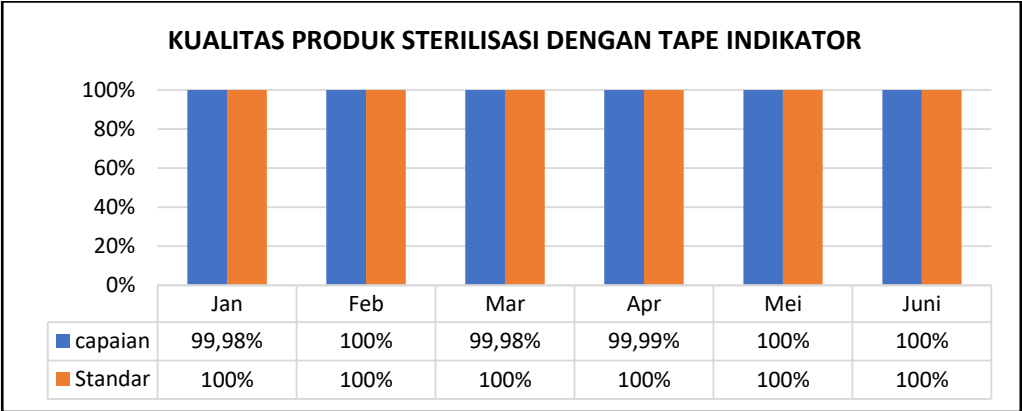


Keterangan : capaian sesuai standar

19. INSTALASI CSSD LOUNDRY

a. Kualitas produk sterilisasi dengan tape indikator

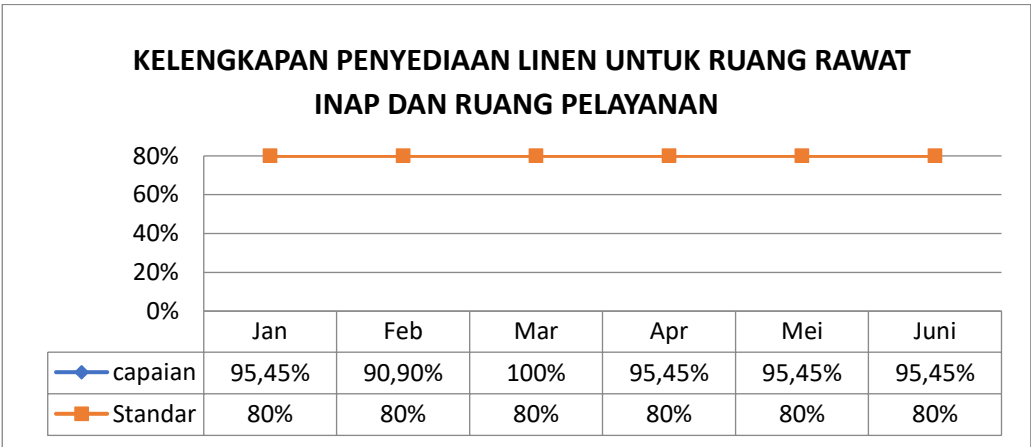
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	99,98%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	99,98%	100%
4	April	99,99%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai standar

b. Kelengkapan penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	95,45%	>80%
2	Februari	90,90%	>80%
3	Maret	100%	>80%
4	April	95,45%	>80%
5	Mei	95,45%	>80%
6	Juni	95,45%	>80%

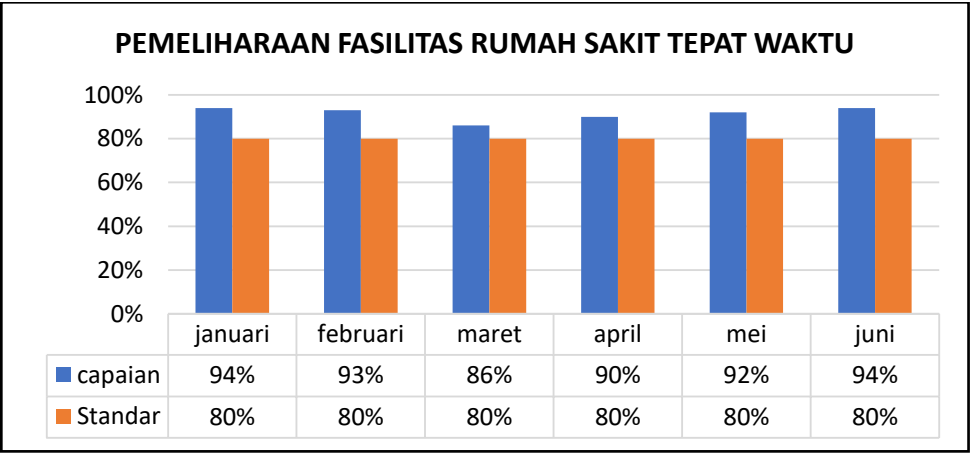


Keterangan : capaian sesuai standar

20. IPSRS

a. Pemeliharaan fasilitas rumah sakit tepat waktu

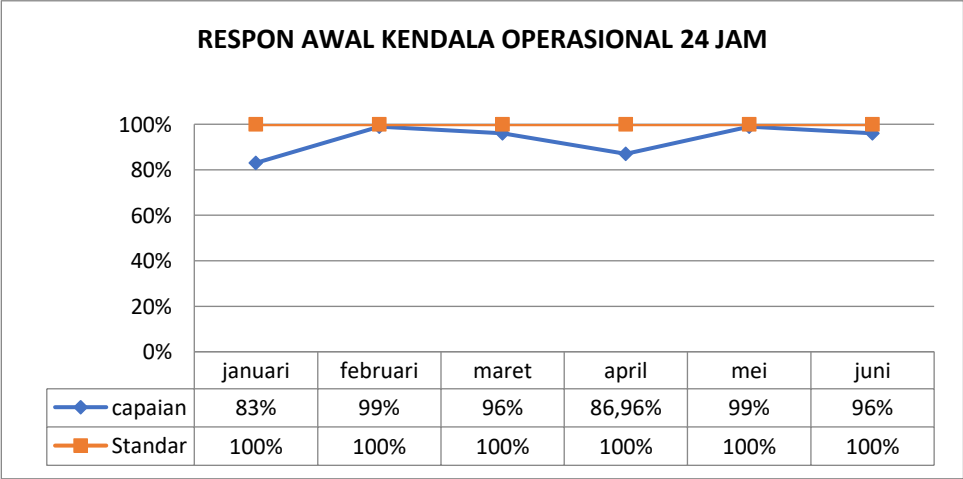
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	94%	≥ 80%
2	Februari	93%	≥ 80%
3	Maret	86%	≥ 80%
4	April	90%	≥ 80%
5	Mei	92%	≥ 80%
6	Juni	94%	≥ 80%



Keterangan : capaian sesuai standar

b. Respon awal kendala operasional 24 jam

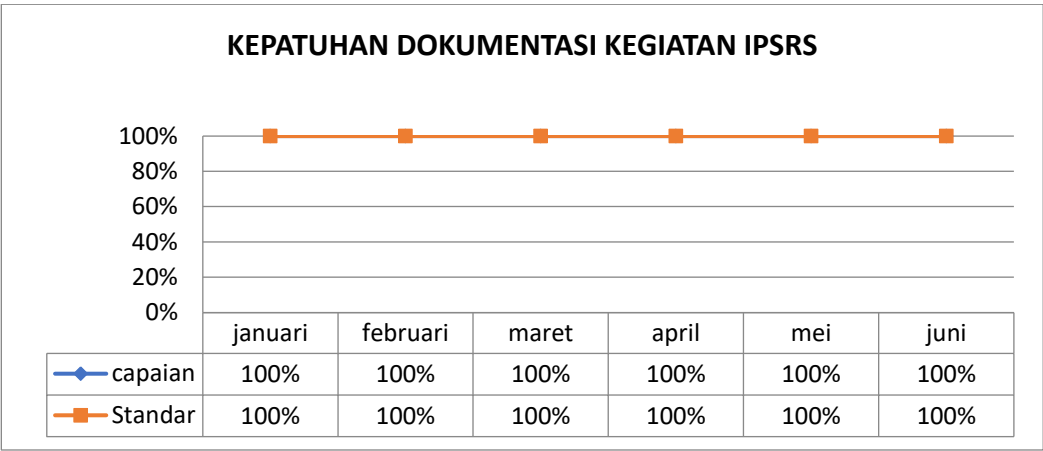
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	83%	≥ 80%
2	Februari	99%	≥ 80%
3	Maret	96%	≥ 80%
4	April	86,96%	≥ 80%
5	Mei	99%	≥ 80%
6	Juni	96%	≥ 80%



Keterangan : capaian sesuai standar

c. Kepatuhan dokumentasi kegiatan IPSRS

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	≥ 95%
2	Februari	100%	≥ 95%
3	Maret	100%	≥ 95%
4	April	100%	≥ 95%
5	Mei	100%	≥ 95%
6	Juni	100%	≥ 95%

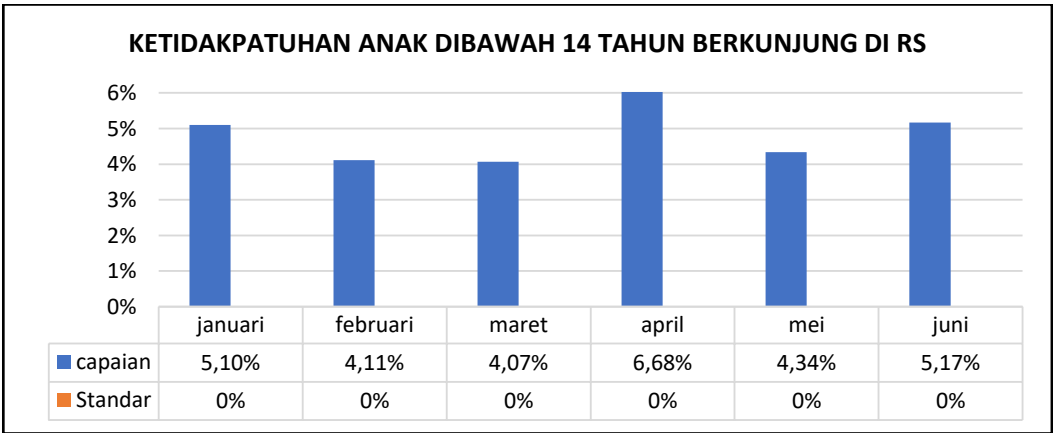


Keterangan : capaian sesuai standar

21. UNIT KEAMANAN

a. Ketidakpatuhan anak dibawah 14 tahun berkunjung di RS

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	5,10%	0%
2	Februari	4,11%	0%
3	Maret	8,07%	0%
4	April	6,68%	0%
5	Mei	4,34%	0%
6	Juni	5,17%	0%



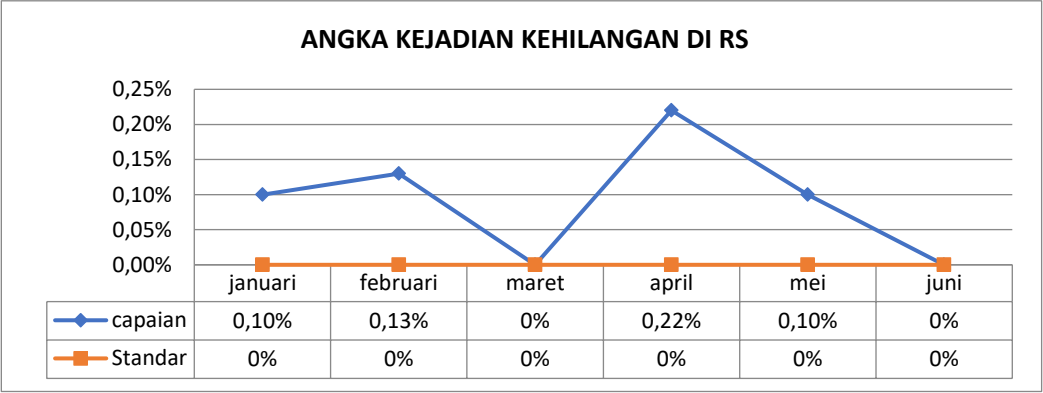
Keterangan :

Analisa masalah : pengunjung masuk rs melalui pintu lain

Plan	Sosialisasi kebijakan kunjungan kepada pasien dan keluarga saat pendaftaran dan admisi
Do	Melakukan sosialisasi kepada seluruh petugas rumah sakit mengenai kebijakan larangan kunjungan anak usia <14 tahun
Study	Mengusahakan capaian target 0%
Action	Meningkatkan kepatuhan pelaksanaan SOP keamanan, edukasi pasien dan keluarga, serta monitoring rutin oleh petugas keamanan dan kepala ruangan.

b. Angka kejadian kehilangan di RSUD Pandan Arang

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0,10%	0%
2	Februari	0,13%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0,22%	0%
5	Mei	0,10%	0%
6	Juni	0%	0%

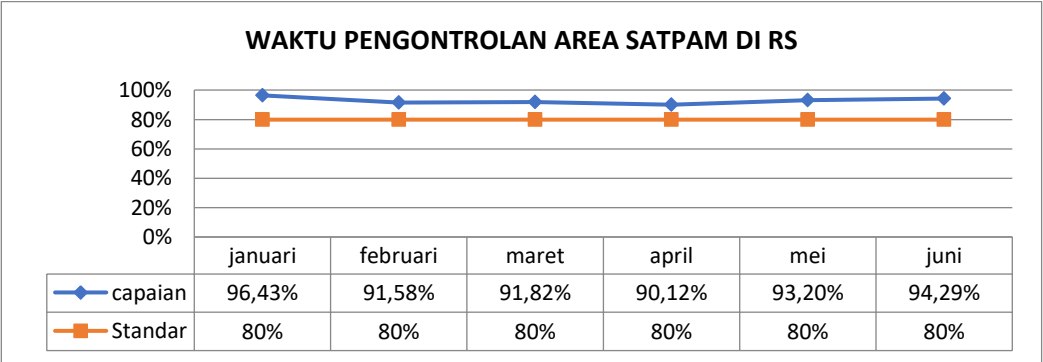


Keterangan :
capaian yang belum sesuai standar adalah di bulan april dan mei
Analisa masalah : pasien dan keluarga kurang memahami tanggung jawab penyimpanan barang berharga, belum optimalnya edukasi saat admisi, pengawasan ruangan belum maksimal, dan barang berharga masih dibawa ke ruang perawatan

Plan	Meningkatkan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang penyimpanan barang berharga
Do	Melakukan edukasi kepada pasien keluarga saat masuk ruang perawatan, memasang himbauan di ruang perawatan, serta meningkatkan pengawasan oleh petugas keamanan dan petugas ruangan
Study	Monitoring dilakukan selama 1 bulan. Masih ditemukan kejadian kehilangan barang pasien sehingga target 0% belum tercapai
Action	Memperkuat edukasi kepada pasien dan keluarga, meningkatkan pengawasan area perawatan, melakukan evaluasi berkala terhadap kejadian kehilangan, serta memastikan petugas menjalankan SPO konsisten.

c. Waktu pengontrolan area satpam di rumah sakit

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	96,43%	80%
2	Februari	91,58%	80%
3	Maret	91,82%	80%
4	April	90,12%	80%
5	Mei	93,20%	80%
6	Juni	94,29%	80%

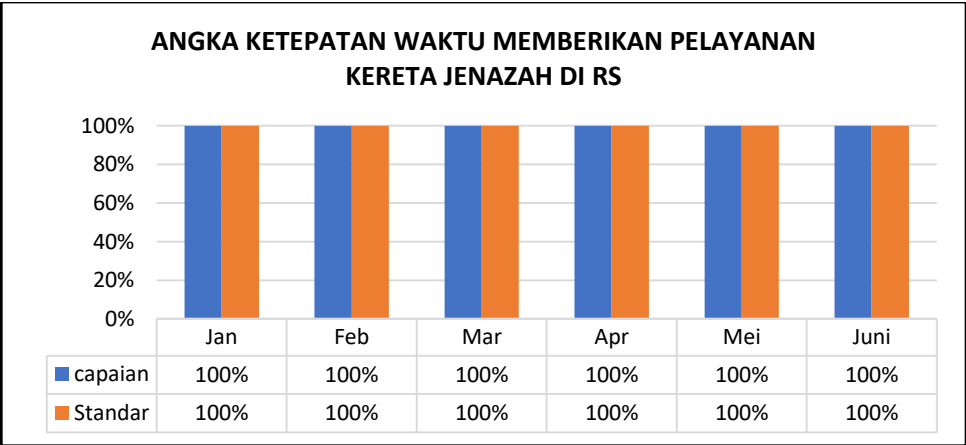


Keterangan : capaian sesuai standar

22. UNIT GARASI

a. Angka ketepatan waktu memberikan pelayanan kereta jenazah di RS

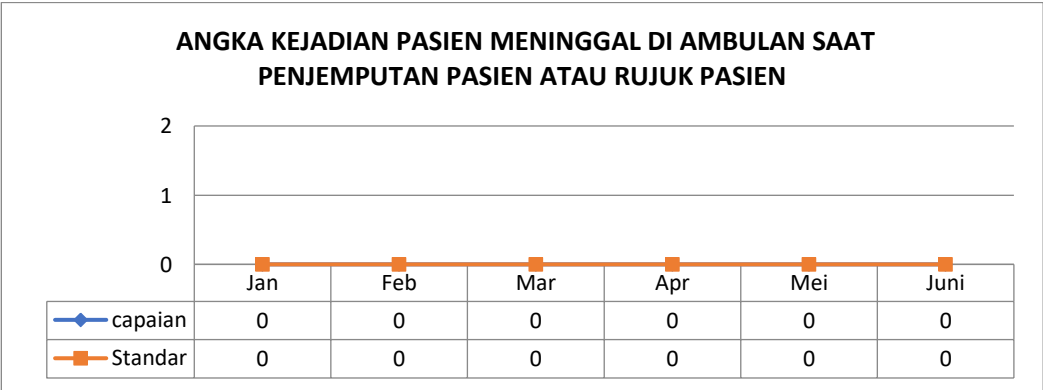
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai standar

b. Angka kejadian pasien meninggal di ambulan saat penjemputan pasien atau rujuk pasien

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0	0
2	Februari	0	0
3	Maret	0	0
4	April	0	0
5	Mei	0	0
6	Juni	0	0

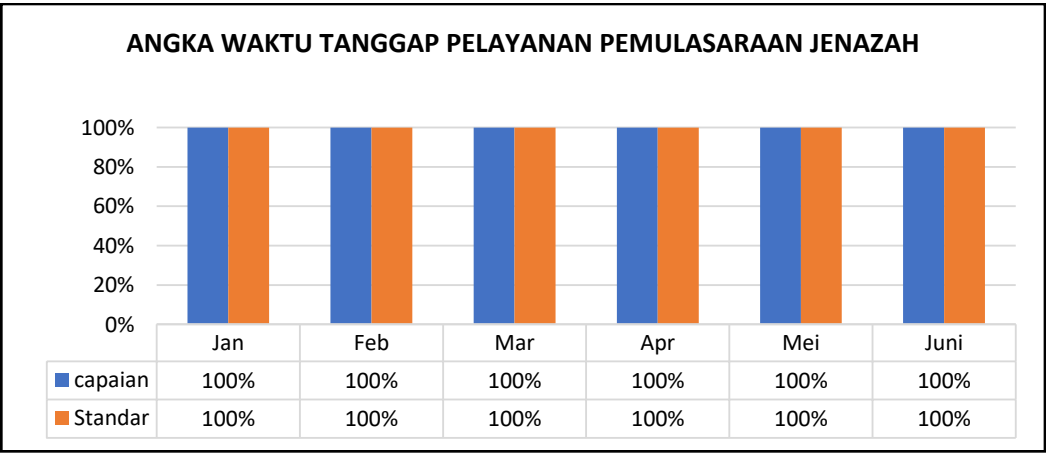


Keterangan : capaian sesuai standar

23. INSTALASI PEMULASARAAN JENAZAH

a. Angka Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai standar

24. PPI

a. IDO

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	< 2%
2	Februari	0,45%	< 2%
3	Maret	0,67%	< 2%
4	April	0%	< 2%
5	Mei	0%	< 2%
6	Juni	0%	< 2%

b. SEPSIS

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	< 1%
2	Februari	0%	< 1%
3	Maret	0%	< 1%
4	April	0%	< 1%
5	Mei	0%	< 1%
6	Juni	0%	< 1%

c. ILI

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0‰	< 1‰
2	Februari	0‰	< 1‰
3	Maret	0‰	< 1‰
4	April	0,01 ‰	< 1‰
5	Mei	0‰	< 1‰
6	Juni	0‰	< 1‰

d. IADP

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0‰	<3,5‰
2	Februari	0‰	<3,5‰
3	Maret	0‰	<3,5‰
4	April	0‰	<3,5‰
5	Mei	0‰	<3,5‰
6	Juni	0‰	<3,5‰

e. ISK

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	<4,7‰
2	Februari	0%	<4,7‰
3	Maret	0%	<4,7‰
4	April	0%	<4,7‰
5	Mei	0%	<4,7‰
6	Juni	0%	<4,7‰

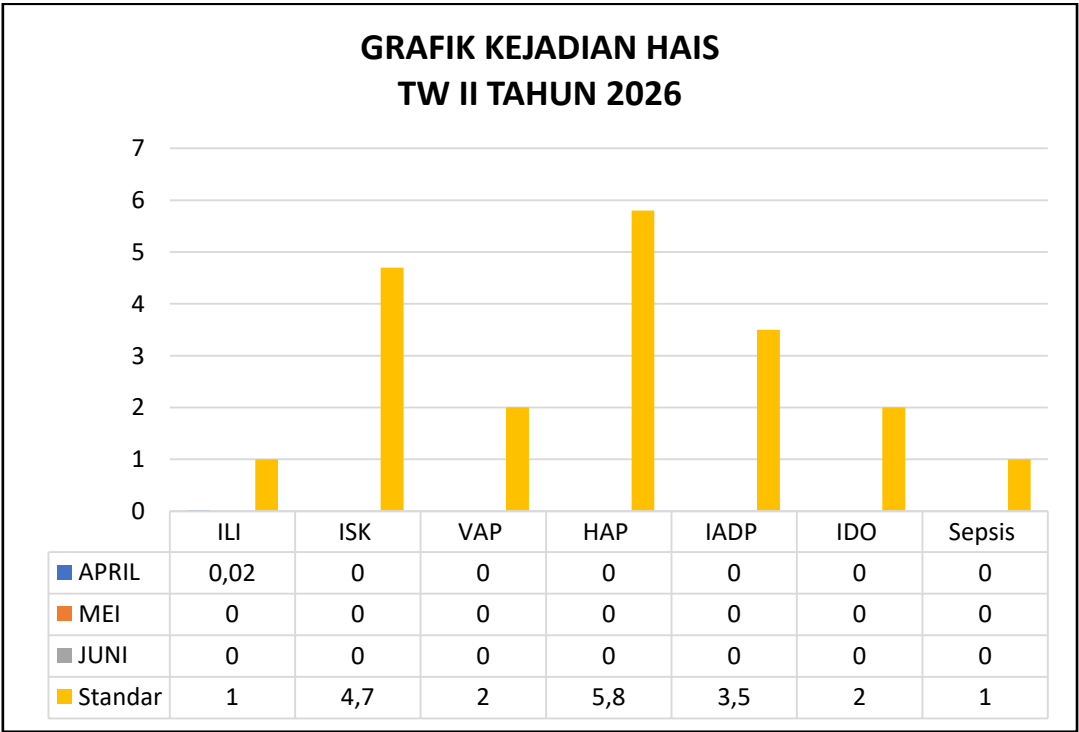
f. VAP

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0‰	<5,8‰
2	Februari	0‰	<5,8‰
3	Maret	0‰	<5,8‰
4	April	0‰	<5,8‰
5	Mei	0‰	<5,8‰
6	Juni	0‰	<5,8‰

g. HAP

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0‰	<1,0‰
2	Februari	0‰	<1,0‰
3	Maret	0‰	<1,0‰
4	April	0‰	<1,0‰
5	Mei	0‰	<1,0‰
6	Juni	0‰	<1,0‰

Keterangan
Hasil ILI, ISK, VAP, HAP, IADP, IDO, Sepsis di triwulan 2 sebagai berikut:



Interprestasi Data :

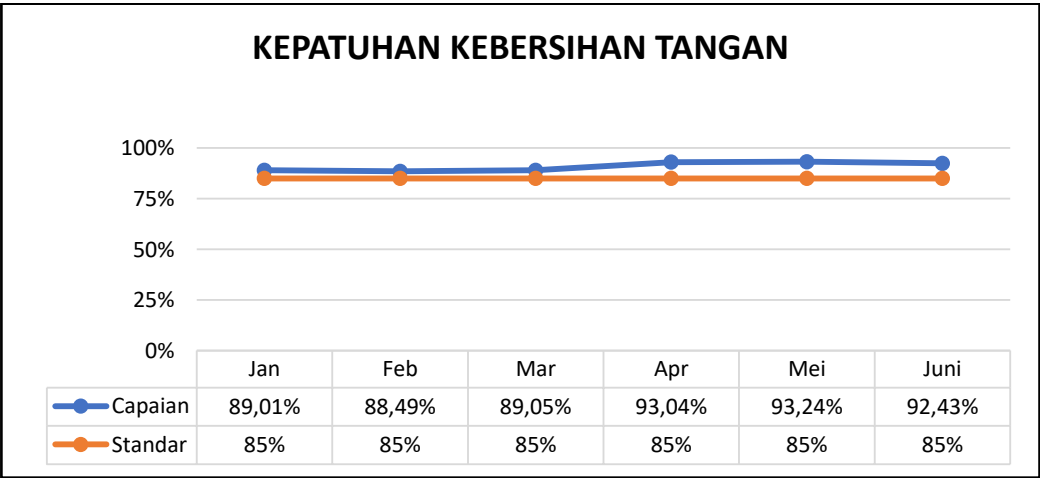
1. Berdasarkan hasil surveilans Healthcare Associated Infections (HAIs) selama Triwulan II Tahun 2026 yang meliputi ILI, ISK, VAP, HAP, IADP, IDO, dan Sepsis, diperoleh hasil bahwa hanya terdapat 1 kejadian HAIs, yaitu pada bulan April dengan angka 0,02‰ (permil). Sementara itu, pada bulan Mei dan Juni tidak ditemukan kejadian HAIs (0‰).

2. Angka kejadian HAIs sebesar 0,02‰ tersebut masih berada jauh di bawah standar indikator rumah sakit, yaitu $\leq 1\%$. Hal ini menunjukkan bahwa program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) di RS telah berjalan dengan baik dan efektif dalam menekan kejadian infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan.
3. Meskipun demikian, adanya satu kasus HAIs pada bulan April tetap perlu menjadi perhatian sebagai bahan evaluasi untuk mengidentifikasi faktor risiko dan akar penyebab kejadian, sehingga kejadian serupa dapat dicegah di masa mendatang. Upaya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien harus tetap dilakukan secara berkesinambungan agar angka HAIs tetap berada di bawah standar yang telah ditetapkan.

Plan	Mempertahankan angka HAIs tetap $\leq 1\%$ serta menurunkan kejadian hingga zero HAIs yang dapat dicegah 1. Melakukan investigasi kasus (Root Cause Analysis/RCA) terhadap kejadian HAIs. 2. Memperkuat implementasi bundle pencegahan HAIs (CAUTI, VAP, CLABSI/IADP, SSI/IDO, HAP). 3. Meningkatkan kepatuhan hand hygiene, penggunaan APD, dan teknik aseptik. 4. Melakukan monitoring kepatuhan prosedur invasif di seluruh unit berisiko tinggi.
Do	1. Melaksanakan investigasi terhadap kasus HAIs yang terjadi 2. Memberikan edukasi dan refresh training kepada tenaga kesehatan mengenai bundle pencegahan HAIs. 3. Melakukan supervisi kepatuhan hand hygiene, APD, dan teknik aseptik. 4. Memastikan kepatuhan terhadap SOP pemasangan dan perawatan alat invasif. 5. Melaksanakan surveilans HAIs secara rutin setiap bulan.
Study	Membandingkan angka HAIs sebelum dan sesudah intervensi. Mengevaluasi hasil audit kepatuhan bundle pencegahan infeksi, hand hygiene, penggunaan APD, serta kepatuhan terhadap SOP tindakan invasif. Menilai efektivitas tindakan perbaikan dan memastikan tidak terjadi peningkatan angka HAIs pada bulan berikutnya.
Action	Apabila angka HAIs tetap $\leq 1\%$ atau mencapai zero HAIs, maka program dipertahankan dan menjadi kegiatan rutin. Apabila ditemukan kejadian baru, dilakukan RCA lebih mendalam, penyusunan tindakan korektif spesifik pada unit terkait, peningkatan frekuensi supervisi, serta monitoring berkala hingga penyebab dapat dikendalikan.

h. Kepatuhan kebersihan tangan

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	89,01%	≥85%
2	Februari	88,49%	≥85%
3	Maret	89,05%	≥85%
4	April	93,04%	≥85%
5	Mei	93,24%	≥85%
6	Juni	92,43%	≥85%



Keterangan :

1. Berdasarkan standar dari WHO Angka kepatuhan kebersihan tangan dalam kurun waktu 3 bulan terakhir di RSUD Pandan Arang sudah sesuai standar yaitu diatas 85%
2. Capaian tertinggi kepatuhan kebersihan tangan terjadi pada bulan Mei yaitu sebesar 93,2%
3. Sedangkan angka kepatuhan kebersihan tangan menurun dibulan Juni menjadi 92,4% namun tetap 7,4% melebihi target yang sudah ditetapkan oleh WHO
4. Secara umum kepatuhan kebersihan tangan berdasarkan profesi selama TRI WULAN II tahun 2026 menunjukkan hasil yang baik
5. Selama Triwulan II Tahun 2026, kepatuhan Hand Hygiene berdasarkan 5 Momen WHO menunjukkan hasil yang baik pada Momen 2, 3, 4, dan 5, yang seluruhnya memenuhi target rumah sakit. Namun, Momen 1 masih menjadi area yang memerlukan perhatian karena kepatuhannya belum konsisten mencapai target pada bulan Mei dan Juni.

Upaya perbaikan Program Kebersihan Tangan :

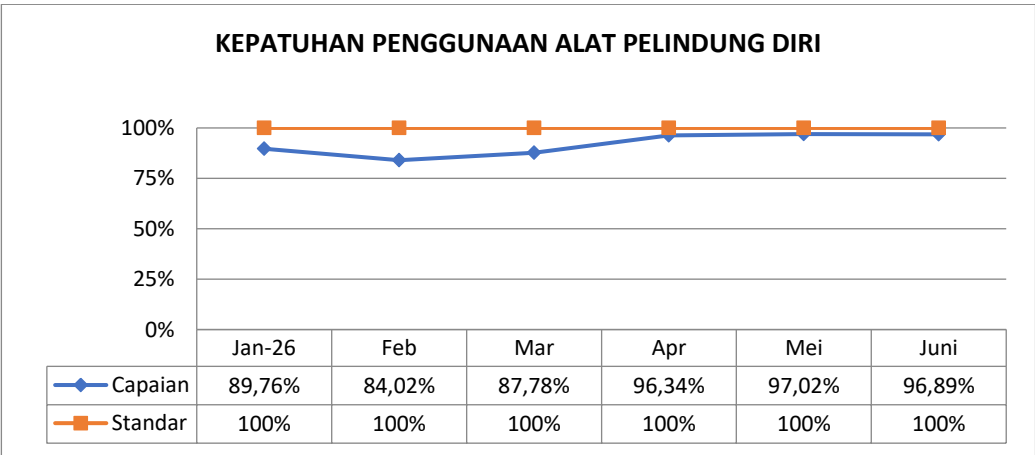
Mempertahankan angka kepatuhan kebersihan tangan diatas ≥85%, meningkatkan kepatuhan cuci tangan momen 1 ≥ 85%, Seluruh profesi angka kepatuhan cuci tangan ≥ 85%

Plan	1. Lakukan refreshment mengenai 5 Momen Hand Hygiene WHO kepada seluruh tenaga kesehatan. 2. Lakukan coaching khusus kepada profesi dengan kepatuhan terendah.
------	--

	- Libatkan IPCLN, Kepala Ruang dan Koordinator dalam memaksimalkan kegiatan kepatuhan kebersihan tangan pada semua staf/petugas - Edukasi kepada mahasiswa praktik, peserta magang dan karyawan baru tentang kebersihan tangan - Berikan feedback hasil audit setiap bulan kepada kepala ruangan. - Pasang media edukasi pada area pelayanan. - Lakukan kampanye Hand Hygiene pada briefing pagi dan kegiatan PPI.
Do	- Melakukan refreshment mengenai 5 Momen <i>Hand Hygiene</i> WHO kepada seluruh tenaga kesehatan. - Melakukan coaching khusus kepada profesi dengan kepatuhan terendah. - Melibatkan IPCLN, Kepala Ruang dan Koordinator dalam memaksimalkan kegiatan kepatuhan kebersihan tangan pada semua staf/petugas - Memberikan edukasi kepada mahasiswa praktik, peserta magang dan karyawan baru tentang kebersihan tangan - Memberikan <i>feedback</i> hasil audit setiap bulan kepada kepala ruangan. - Melibatkan IPCLN dalam memaksimalkan kepatuhan kepada petugas terkait kepatuhan kebersihan tangan - Melakukan Edukasi kepada mahasiswa praktek, peserta magang dan karyawan baru tentang pentingnya kebersihan tangan.
Study	Nilai kepatuhan kebersihan tangan TW II rata-rata kepatuhan sebesar 92,9% sudah melampaui target indikator 85%, menunjukkan bahwa implementasi program <i>Hand Hygiene</i> di rumah sakit telah berjalan dengan baik
Action	- Menjadikan Momen 1 sebagai fokus utama program peningkatan kepatuhan <i>Hand Hygiene</i> pada Triwulan III. - Meningkatkan frekuensi audit observasi pada unit dengan kepatuhan rendah. - Memberikan <i>feedback</i> individu maupun unit segera setelah audit selesai. - Mengoptimalkan peran IPC <i>Link Nurse</i> dan kepala ruangan dalam supervisi kepatuhan. - Melaksanakan orientasi ulang <i>Hand Hygiene</i> bagi mahasiswa, tenaga baru, dan tenaga kontrak. - Memastikan ketersediaan handrub di seluruh titik pelayanan melalui monitoring logistik secara berkala. - Memberikan penghargaan (reward) kepada unit dan profesi dengan kepatuhan terbaik sebagai bentuk motivasi. - Melakukan monitoring ulang pada Triwulan III untuk mengevaluasi efektivitas tindakan perbaikan dan memastikan kepatuhan tetap berada di atas target rumah sakit.

i. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (PPI)

No.	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	89,76%	100%
2	Februari	84,02%	100%
3	Maret	87,78%	100%
4	April	96,34%	100%
5	Mei	97,02%	100%
6	Juni	96,89%	100%



Keterangan :
Angka kepatuhan pemakaian APD di triwulan II mengalami penurunan dari 97,02% menjadi 96,89% dari standar INM yaitu 100%. Secara umum perilaku Kepatuhan penggunaan APD pada triwulan II tahun 2026 kategori baik dan hampir mencapai dari standar INM yaitu 100%.

Upaya Perbaikan peningkatan kepatuhan pemakaian APD :

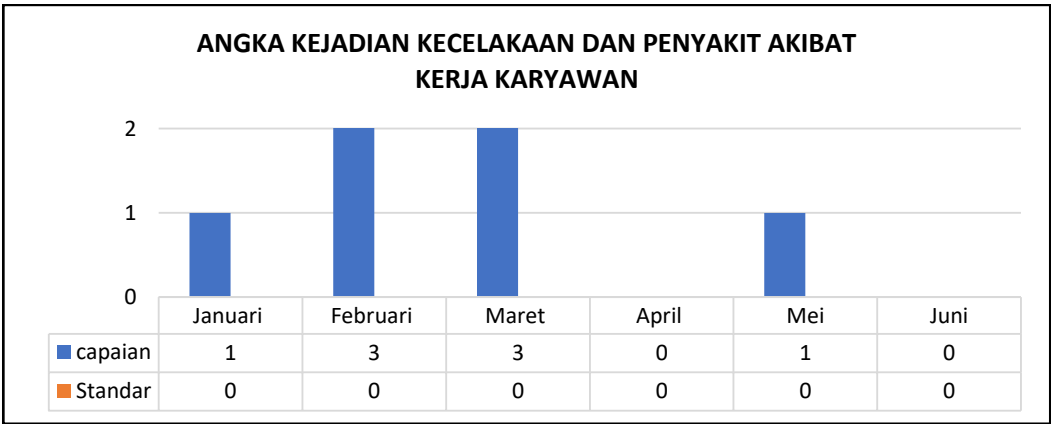
Plan	1. Melakukan sosialisasi ulang mengenai indikasi penggunaan APD sesuai kewaspadaan standar dan transmisi 2. Mengingatkan petugas melalui briefing harian (<i>morning briefing</i>). 3. Memastikan ketersediaan APD di seluruh unit pelayanan. 4. Memasang media edukasi/poster penggunaan APD pada area strategis. 5. Meningkatkan supervisi oleh IPCN, IPCLN, kepala ruangan, dan kepala instalasi.
Do	1. Melaksanakan edukasi kepada seluruh tenaga kesehatan mengenai penggunaan APD sesuai jenis tindakan. 2. Melakukan inspeksi dan monitoring penggunaan APD selama pelayanan. 3. Memastikan stok <i>Face Shield/Google</i> dan Gown/Apron tersedia dan mudah dijangkau. 4. Memberikan umpan balik langsung kepada petugas yang belum patuh saat dilakukan observasi.

Study	Melakukan audit kepatuhan APD setiap bulan menggunakan lembar observasi PPI. Membandingkan hasil kepatuhan sebelum dan sesudah intervensi, khususnya pada Face Shield/Goggle dan Gown/Apron. Mengevaluasi penyebab ketidakpatuhan, seperti kurangnya pemahaman, keterbatasan APD, kebiasaan kerja, atau rendahnya pengawasan. Menilai efektivitas edukasi dan supervisi yang telah dilakukan
Action	Apabila kepatuhan meningkat hingga $\geq 95\%$, kegiatan edukasi, supervisi, dan audit dipertahankan sebagai program rutin. Jika target belum tercapai, dilakukan analisis akar masalah bersama unit terkait, penyusunan rencana perbaikan yang lebih spesifik, peningkatan frekuensi supervisi, pemberian coaching kepada petugas yang belum patuh, serta monitoring mingguan pada unit dengan kepatuhan terendah.

25. K3

a. Angka kejadian kecelakaan dan penyakit akibat kerja karyawan RSPA

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	1	0
2	Februari	3	0
3	Maret	3	0
4	April	0	0
5	Mei	1	0
6	Juni	0	0

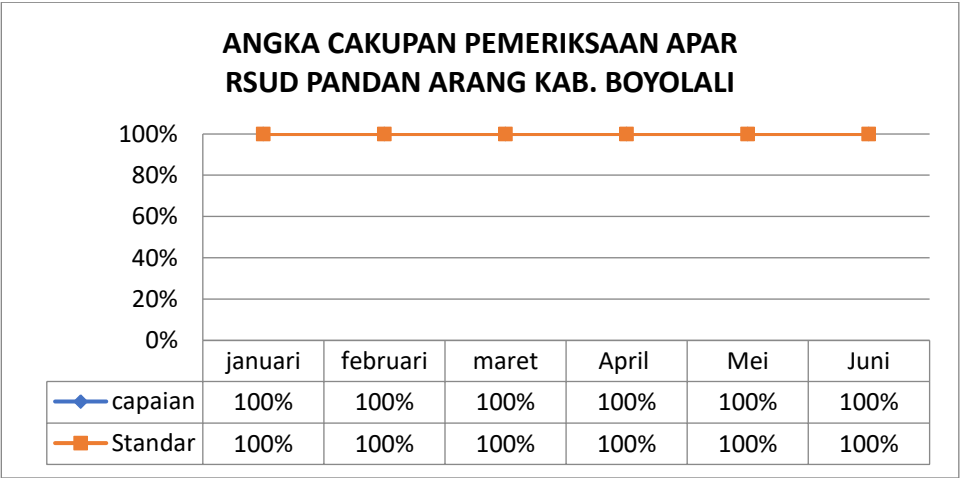


Keterangan Analisa PDSA Triwulan II (April – Juni) :

Plan	Melakukan upaya pencegahan dengan koordinasi pengurangan potensial Bahaya penyebab Kecelakaan Kerja/ Penyakit Akibat Kerja
Do	• Melakukan investigasi dan pelaporan seluruh kejadian kecelakaan kerja. • Pemasangan media edukasi K3 di area kerja berisiko. • Koordinasi dengan kepala unit terkait tindak lanjut kejadian kecelakaan kerja.
Study	Mengusahakan capaian target imut 0 kejadian
Action	Melakukan monitoring lingkungan tempat kerja Edukasi Area berisiko Edukasi Pengendalian Risiko

b. Angka Cakupan Pemeriksaan APAR RSUD Pandan Arang Kab. Boyolali

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%



Keterangan : capaian sesuai standar

26. TB Dots

a. Angka cakupan penemuan TB RO

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	-	>90%
2	Februari	-	>90%
3	Maret	-	>90%
4	April	100%	>90%
5	Mei	-	>90%
6	Juni	100%	>90%

Catatan : Pada triwulan II , Penemuan pasien TB RO pada bulan April dan Juni sudah sesuai standar, sedangkan bulan Mei tidak ada pasien dengan TB RO

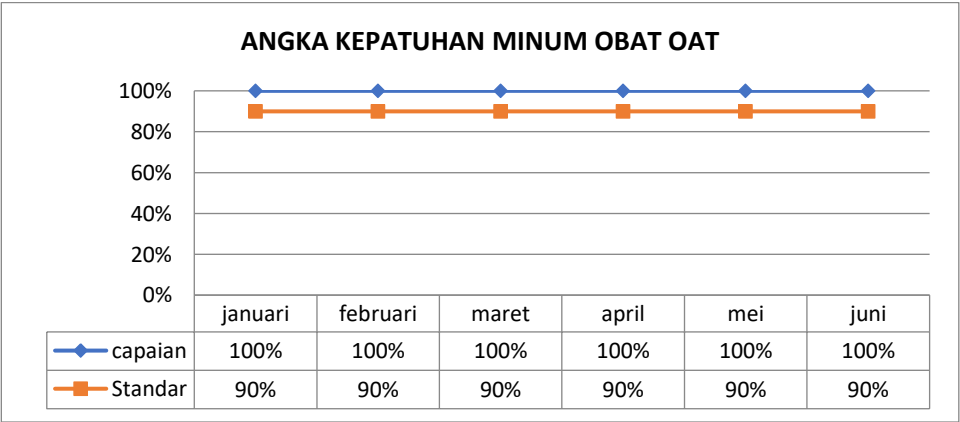
b. Angka cakupan pengobatan TB RO

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	-	>90%
2	Februari	-	>90%
3	Maret	-	>90%
4	April	-	>90%
5	Mei	-	>90%
6	Juni	-	>90%

Catatan : tidak ada pasien

c. Angka kepatuhan minum obat OAT

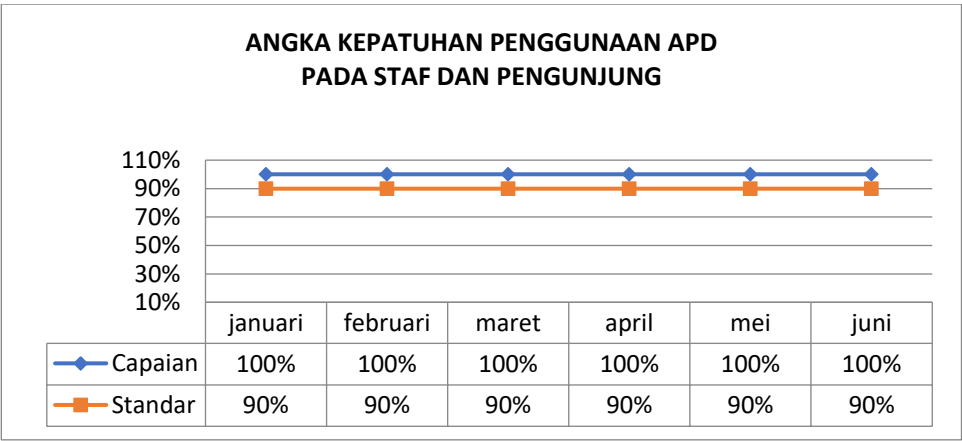
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	>90%
2	Februari	100%	>90%
3	Maret	100%	>90%
4	April	100%	>90%
5	Mei	100%	>90%
6	Juni	100%	>90%



Keterangan : capaian sesuai standar

d. Angka Kepatuhan penggunaan APD pada staf dan pengunjung

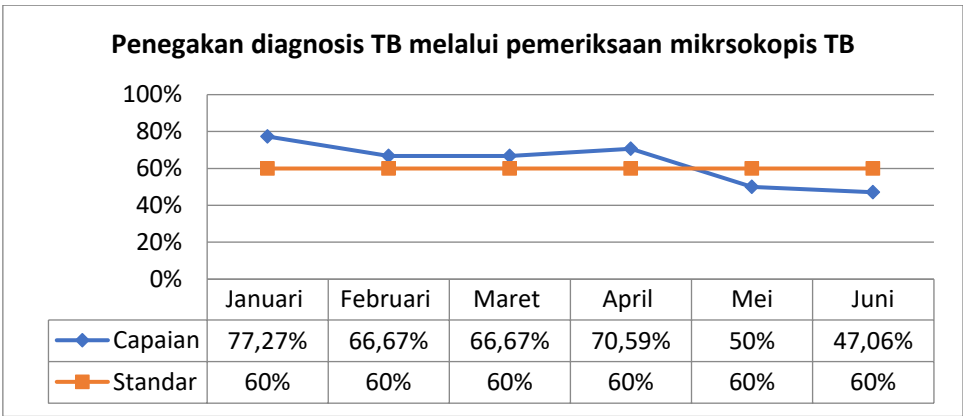
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	>90%
2	Februari	100%	>90%
3	Maret	100%	>90%
4	April	100%	>90%
5	Mei	100%	>90%
6	Juni	100%	>90%



Keterangan : capaian sesuai standar

e. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	77,27%	60%
2	Februari	66,67%	60%
3	Maret	66,67%	60%
4	April	70,59%	60%
5	Mei	50%	60%
6	Juni	47,06%	60%



Keterangan :

Capaian dibulan Mei dan Juni belum sesuai standar,

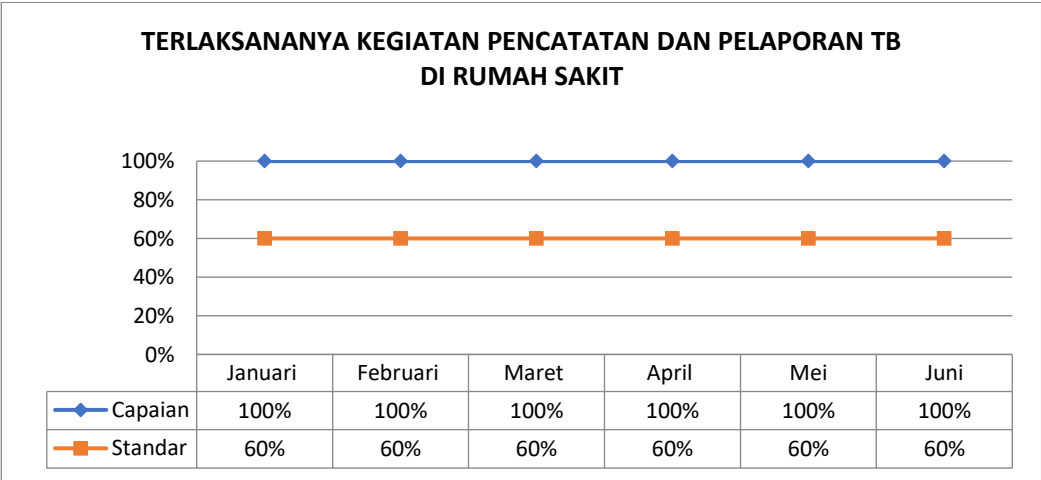
Identifikasi Masalah : Penegakan TBC melalui pemeriksaan mikroskopis belum bisa maksimal dilakukan

Analisa Masalah : pada bulan Mei- Juni, pasien terdiagnosis secara bakteriologis dan klinis.

Plan	Mengupayakan capaian target > 60%
Do	Dilakukan pendalaman skrening dan mengupayakan kualitas dahak yang porulen
Study	Belum tercapai capaian imut sebanyak 60% dari total pasien yang terdiagnosis TB
Action	Mengupayakan kualitas dahak yang porulen Semua pasien TB dilakukan pemeriksaan secara bakteriologis (paru dan ekstraparu)

f. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	60%
2	Februari	100%	60%
3	Maret	100%	60%
4	April	100%	60%
5	Mei	100%	60%
6	Juni	100%	60%



Keterangan : capaian sesuai standar

27. HCT

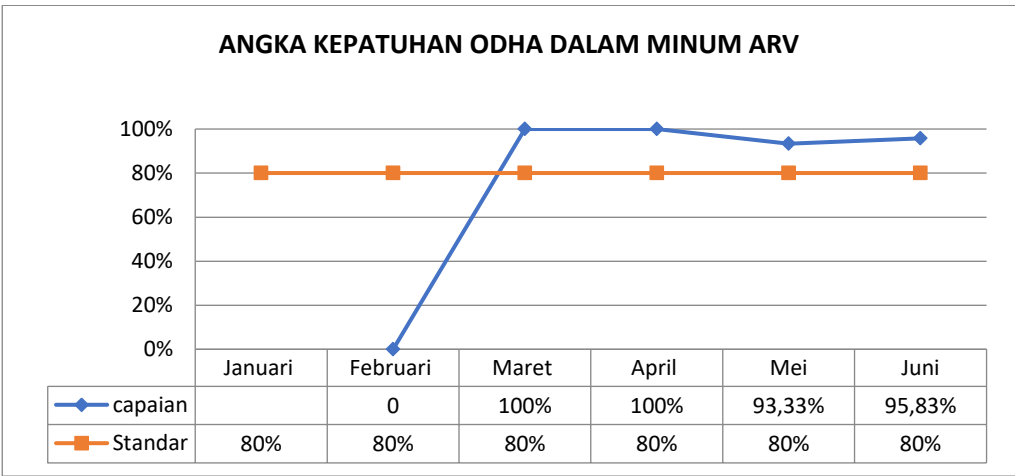
a. Angka keberhasilan pencegahan bayi positif HIV dan ibu HIV positif

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	-	0%
2	Februari	-	0%
3	Maret	-	0%
4	April	-	0%
5	Mei	-	0%
6	Juni	-	0%

Ket : tidak ada pasien

b. Angka Viral Load HIV Tersupresi

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	-	95%
2	Februari	-	95%
3	Maret	100%	95%
4	April	100%	95%
5	Mei	93,33%	95%
6	Juni	95,83%	95%

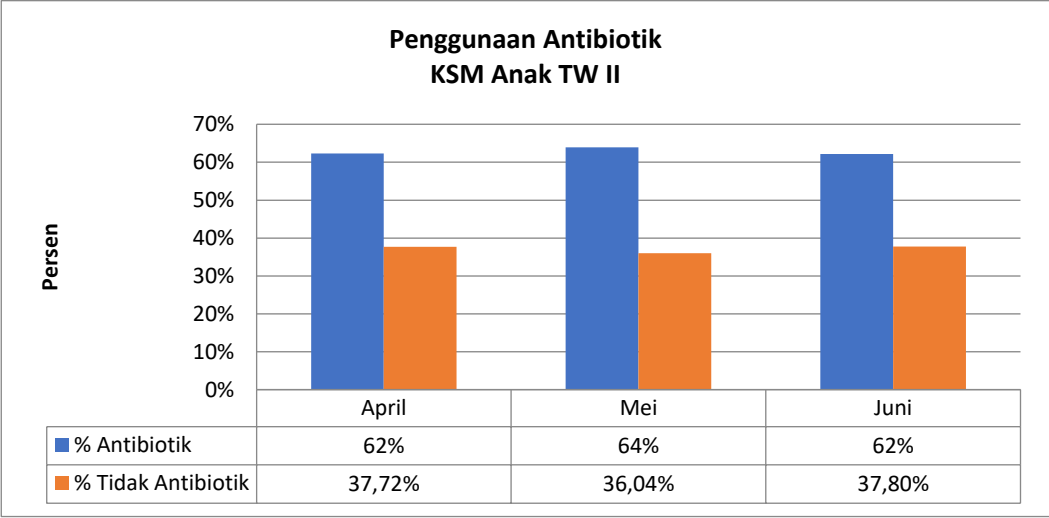


Ket :

Penghitungan Angka Viral Load HIV Tersupresi bulan Januari – Februari belum dilakukan karena reagen belum tersedia. Penghitungan dimulai bulan Maret s/d Juni dengan hasil capaian sudah sesuai standard.

28. PPRA

1. Penggunaan Antibiotika KSM Anak



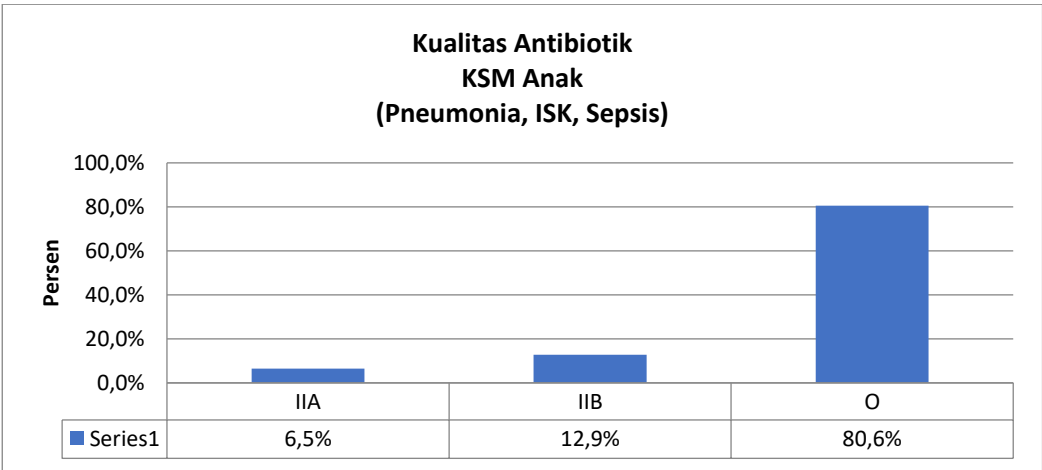
Keterangan:

Grafik menunjukkan bahwa persentase pasien yang mendapatkan antibiotik di KSM Anak Triwulan II relatif stabil, yaitu sebesar 62% pada bulan April, meningkat menjadi 64% pada bulan Mei, kemudian kembali menjadi 62% pada bulan Juni. Sebaliknya, persentase pasien yang tidak mendapatkan antibiotik sebesar 37,72% pada bulan April, menurun menjadi 36,04% pada bulan Mei, dan kembali meningkat menjadi 37,80% pada bulan Juni. Secara keseluruhan, penggunaan antibiotik masih mendominasi selama Triwulan II, dengan proporsi sekitar 62–64% dari seluruh pasien, sedangkan pasien tanpa terapi antibiotik berkisar 36–38%.

Evaluasi: Persentase penggunaan antibiotik pada KSM Anak selama Triwulan II relatif stabil tanpa peningkatan yang bermakna, menunjukkan pola penggunaan antibiotik yang konsisten sesuai dengan kebutuhan klinis pasien.

Rencana Tindak Lanjut: Mempertahankan penggunaan antibiotik secara rasional melalui monitoring berkala, evaluasi kesesuaian terapi berdasarkan PPAB, serta penguatan kegiatan audit dan umpan balik penggunaan antibiotik kepada tenaga medis.

2. Perbaikan Kualitas Penggunaan Antibiotika Ruang Rawat Inap KSM Anak

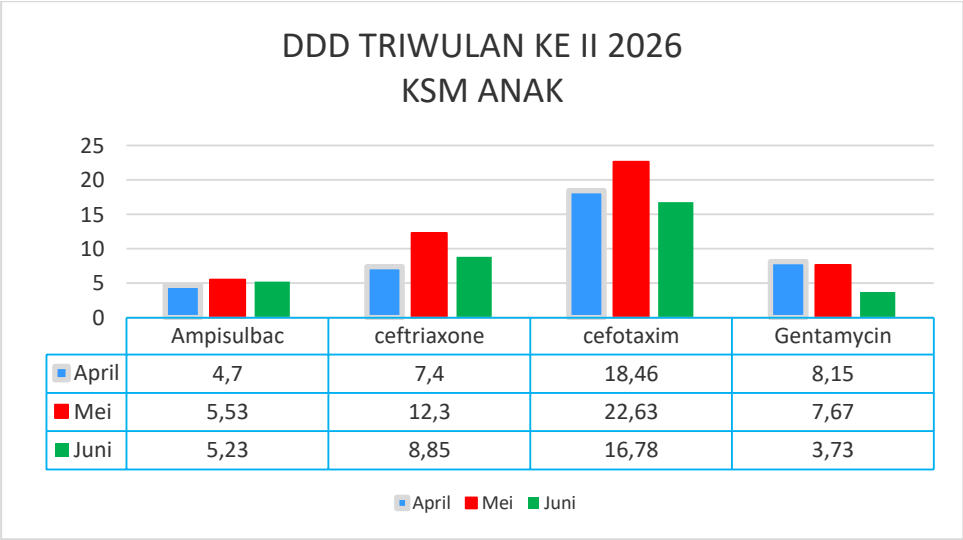


Keterangan : Berdasarkan hasil evaluasi kualitas penggunaan antibiotik di KSM Anak pada kasus Pneumonia, ISK, dan Sepsis, diperoleh kategori IIA sebesar 6,5%, IIB sebesar 12,9%, dan kategori O sebesar 80,6%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar penggunaan antibiotik telah termasuk dalam kategori O (rasional), sedangkan masih terdapat 6,5% penggunaan antibiotik yang memerlukan perbaikan terkait ketepatan dosis (kategori IIA) dan 12,9% yang memerlukan perbaikan terkait interval atau frekuensi pemberian antibiotik (kategori IIB).

Evaluasi : Persentase penggunaan antibiotik yang telah rasional (kategori O) mencapai 80,6%, menunjukkan bahwa sebagian besar terapi antibiotik telah sesuai dengan prinsip penggunaan antibiotik yang bijak. Namun, masih ditemukan 19,4% penggunaan antibiotik yang belum optimal, terutama terkait ketepatan dosis dan interval pemberian, sehingga masih diperlukan upaya peningkatan kepatuhan terhadap pedoman penggunaan antibiotik.

Rencana Tindak Lanjut : Melakukan audit dan umpan balik penggunaan antibiotik secara berkala, meningkatkan sosialisasi dan kepatuhan terhadap Panduan Penggunaan Antibiotik (PPAB), melakukan pembahasan kasus dengan hasil Gyssens kategori IIA dan IIB bersama dokter penanggung jawab pasien, serta melaksanakan monitoring dan **evaluasi berkelanjutan untuk meningkatkan proporsi penggunaan antibiotik kategori O.**

3. Perbaikan Kuantitas Penggunaan Antibiotika Diruang Rawat Inap KSM Anak



Keterangan :

Grafik menunjukkan nilai DDD penggunaan antibiotik di KSM Anak Triwulan II tahun 2026. Antibiotik yang paling banyak digunakan adalah Cefotaxime (tertinggi di Mei: 22,63), Ceftriaxone (tertinggi di Mei: 12,3), Ampicillin-sulbactam (tertinggi di bulan Mei: 5,53), dan terakhir gentamycin (tertinggi di April: 8,15. Data ini mencerminkan kecenderungan dominasi penggunaan antibiotik β -laktam di KSM Anak selama triwulan II tersebut.

Evaluasi :

Penggunaan antibiotik pada KSM Anak Triwulan II masih didominasi oleh antibiotik golongan sefalosporin, terutama cefotaksim dan ceftriaxone. Meskipun penggunaan antibiotik kemungkinan dipengaruhi oleh jumlah dan karakteristik kasus infeksi yang ditangani, tingginya nilai DDD pada cefotaksim perlu dilakukan evaluasi lebih lanjut untuk memastikan kesesuaian dengan indikasi klinis, hasil kultur, serta prinsip penggunaan antibiotik yang rasional sesuai Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA).

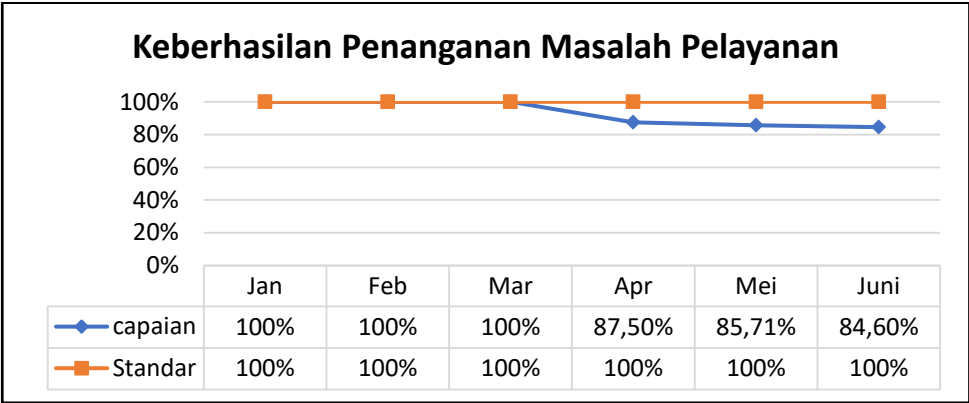
Rencana Tindak Lanjut :

Tetap melakukan pemantauan penggunaan antibiotik secara berkala melalui analisis *Defined Daily Dose* (DDD) sebagai bagian dari pelaksanaan Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA), disertai evaluasi kepatuhan terhadap Panduan Penggunaan Antibiotik (PPAB), pemberian umpan balik kepada tenaga medis, serta optimalisasi penggunaan hasil kultur dan uji sensitivitas untuk mendukung penggunaan antibiotik yang rasional.

29. BIDANG PELAYANAN

a. Keberhasilan Penanganan Masalah Pelayanan

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	87,50%	100%
5	Mei	85,71%	100%
6	Juni	84,60%	100%



Keterangan :

Capaian pada bulan April-Juni belum sesuai standar

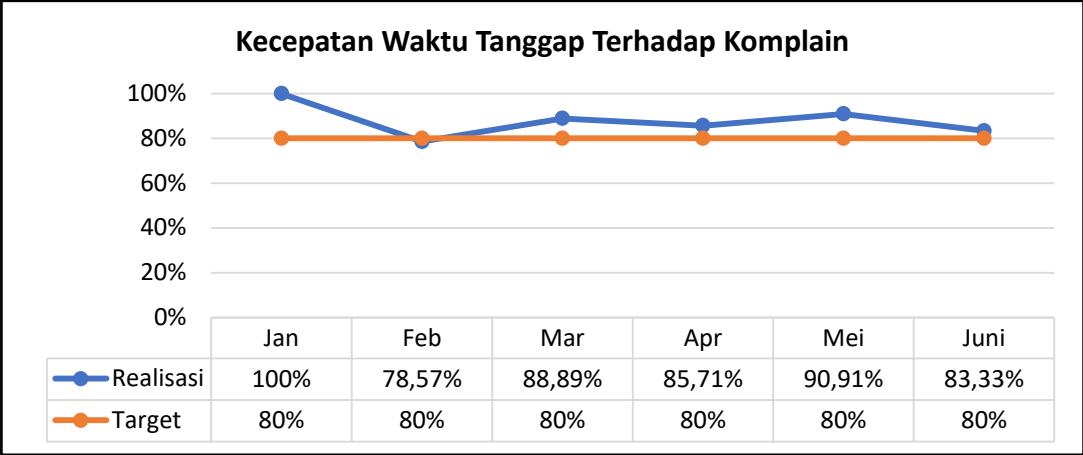
Analisa Masalah :

Adanya kendala pada pengambilan rujukan pada system antrol

Plan	Mengupayakan capaian indicator bulan berikutnya memenuhi standar
Do	Meningkatkan koordinasi dengan bidang terkait (vendor)
Study	Capaian pada triwulan berikutnya sesuai standar
Action	Melakukan rapat koordinasi dan evaluasi bidang pelayanan

b. Kecepatan Waktu Tanggap Terhadap Komplain (Bid. Pelayanan)

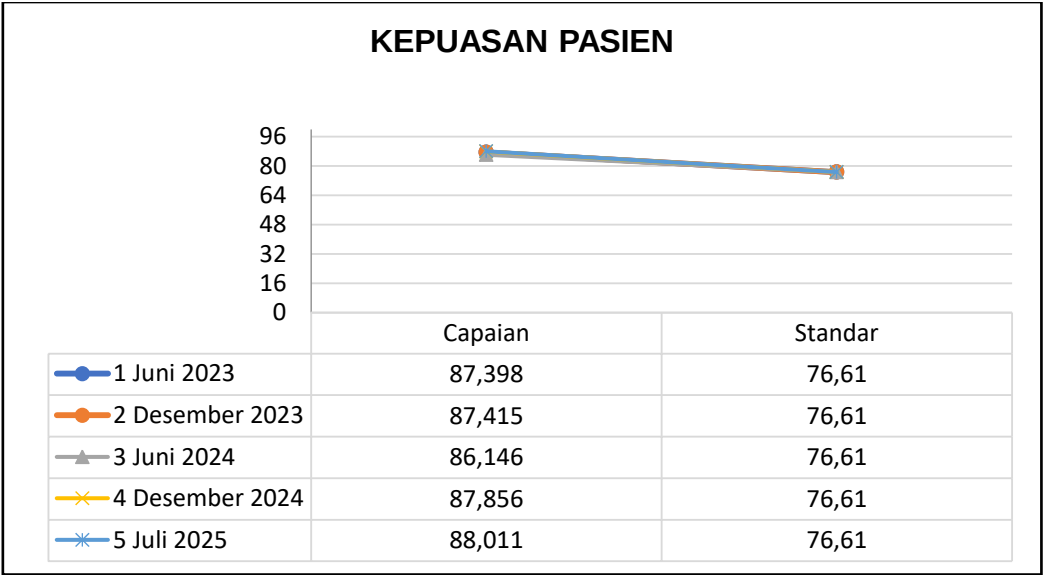
No.	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	≥80%
2	Februari	78,57%	≥80%
3	Maret	88,89%	≥80%
4	April	85,71%	≥80%
5	Mei	90,91%	≥80%
6	Juni	83,33%	≥80%



Keterangan :
Rata-rata kecepatan waktu tanggap terhadap komplain di triwulan kedua tahun 2026 sudah sesuai standard INM.

c. Kepuasan pasien

No.	Bulan	Capaian	Standar
1	Juni 2023	87,398	≥76,61
2	Desember 2023	87,415	≥76,61
3	Juni 2024	87,814	≥76,61
4	Desember 2024	87,856	≥76,61
5	Juli 2025	88,011	≥76,61

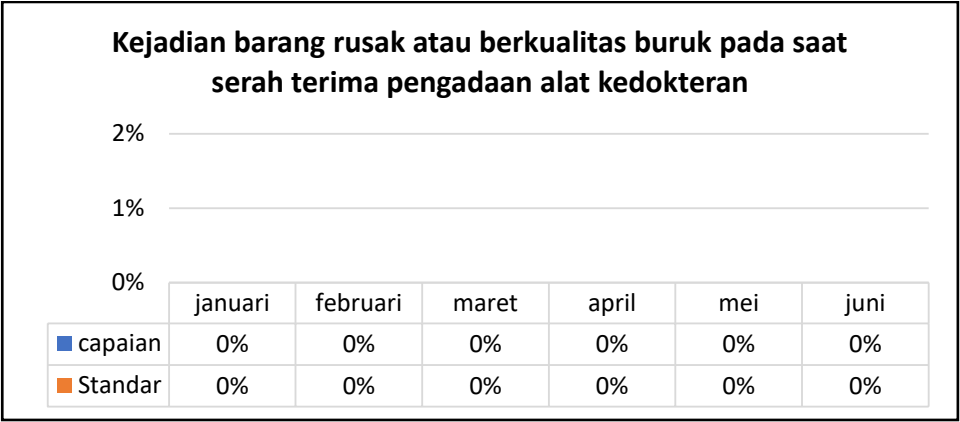


- Keterangan :
- Penilaian Survey Kepuasan pasien terakhir pada bulan Juli 2025 dengan jumlah sampel 250 respoden, dengan hasil 88,011 sudah sesuai standard dan mengalami kenaikan dibanding tahun sebelumnya.
 - Penilaian Survey Kepuasan pada pasien pada tahun 2026 dilakukan 1 kali dengan hasil pada akhir tahun.

30. BIDANG PENUNJANG PELAYANAN

- a. Kejadian barang rusak atau berkualitas buruk pada saat serah terima pengadaan alat kedokteran

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	0%
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0%	0%

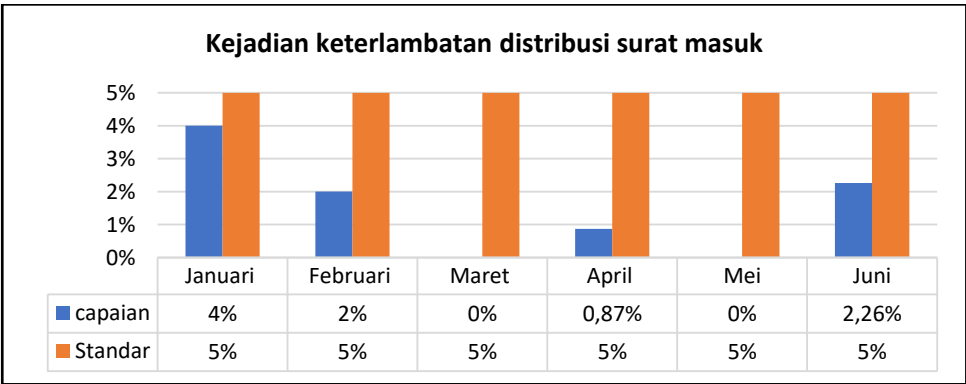


Keterangan : capaian sesuai standar

31. BAGIAN UMUM

a. Kejadian keterlambatan distribusi surat masuk

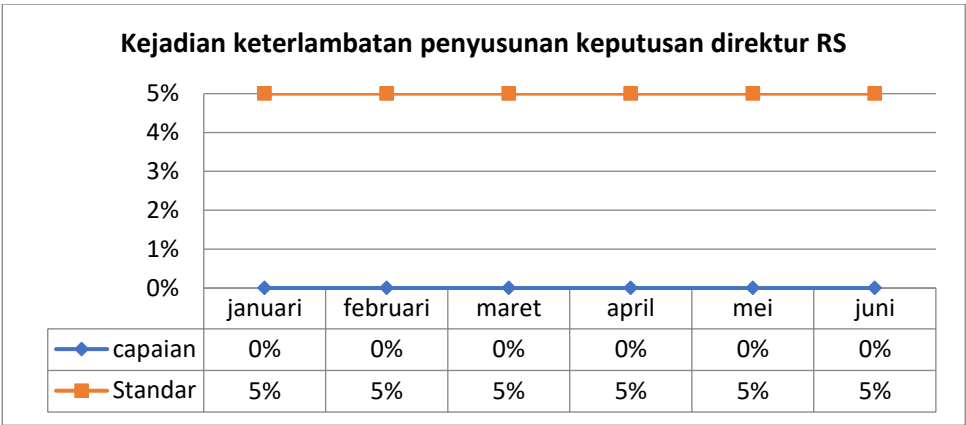
No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	4%	5%
2	Februari	2%	5%
3	Maret	0%	5%
4	April	0,87%	5%
5	Mei	0%	5%
6	Juni	2,26%	5%



Keterangan : capaian sesuai standar

b. Kejadian keterlambatan penyusunan keputusan direktur RS

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0	≤ 5 %
2	Februari	0	≤ 5 %
3	Maret	0	≤ 5 %
4	April	0	≤ 5 %
5	Mei	0	≤ 5 %
6	Juni	0	≤ 5 %

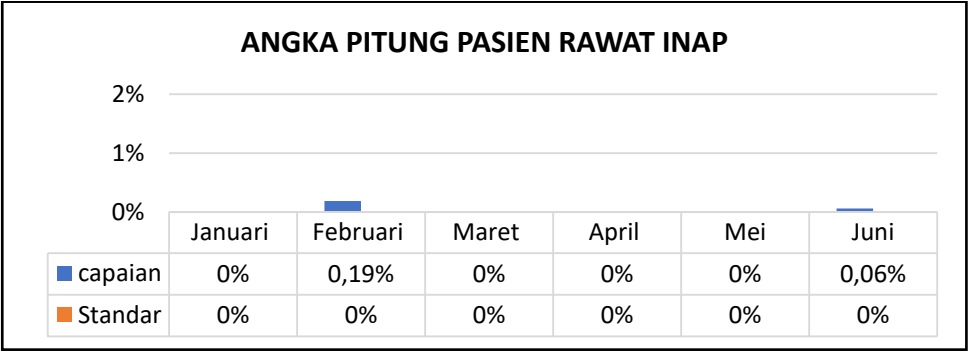


Keterangan : capaian sesuai standar

32. BAGIAN KEUANGAN

a. Angka piutang pasien rawat inap

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0%	0%
2	Februari	0,19%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0%	0%
5	Mei	0%	0%
6	Juni	0,06%	0%

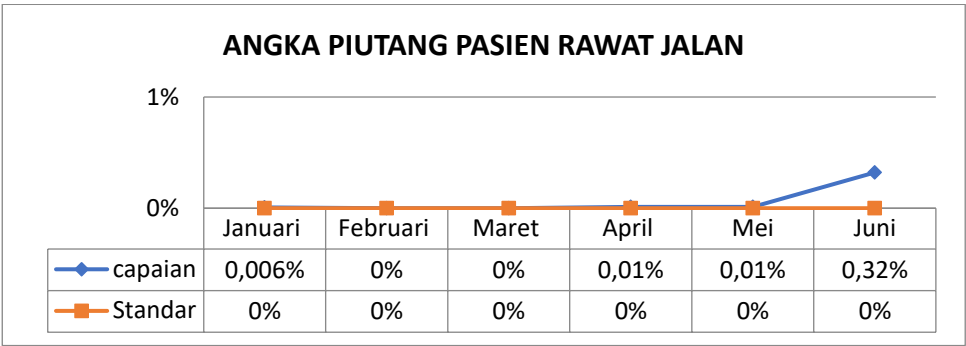


Keterangan : capaian pada triwulan II, angka piutang pasien rawat inap yang belum tercapai di bulan juni

Plan	Mengupayakan agar capaian indicator mutu di bulan selanjutnya terus mengalami penurunan bahkan bisa memenuhi standar
Do	- Meningkatkan koordinasi di bagian keuangan - Melakukan edukasi dan informasi ke pasien terkait dengan pembayaran serta nominal yang harus di bayarkan. - Melakukan evaluasi secara rutin secara rutin terhadap area kerja yang bersangkutan terkait piutang pasien rawat jalan .
Study	Capaian target pada bulan ini mengalami penurunan. Terus mengupayakan agar memenuhi standar nilai pada indikator mutu sampai dengan standar nilai yang telah di tentukan.
Action	Melakukan koordinasi dengan bagian keuangan yang bersangkutan dengan angka piutang rawat jalan, dilakukannya edukuasi dan penagihan melalui telepon. Serta datang langsung ke alamat pasien yang bersangkutan. Dan Mengupayakan agar capaian indikator mutu tercapai sesuai standart yaitu 0%

b. Angka piutang pasien rawat jalan

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	0,006%	0%
2	Februari	0%	0%
3	Maret	0%	0%
4	April	0,01%	0%
5	Mei	0,01%	0%
6	Juni	0,32%	0%



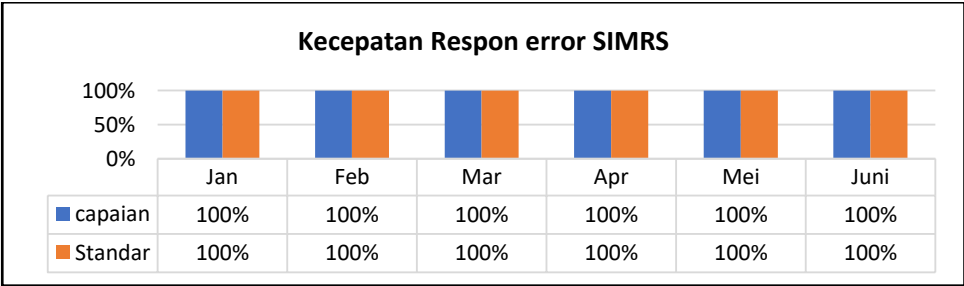
Keterangan : capaian pada triwulan II, angka piutang pasien rawat inap yang belum tercapai sesuai standar

Plan	Mengupayakan agar capaian indikator mutu di bulan selanjutnya terus mengalami penurunan bahkan bisa memenuhi standar atau 0%
Do	- Meningkatkan koordinasi di bagian keuangan - Melakukan edukasi dan informasi ke pasien terkait dengan pembayaran serta nominal yang harus di bayarkan. - Melakukan evaluasi secara rutin secara rutin terhadap area kerja yang bersangkutan terkait piutang pasien rawat jalan .
Study	Capaian target pada bulan ini mengalami penurunan. Terus mengupayakan agar memenuhi standar nilai pada indikator mutu sampai dengan standar nilai yang telah di tentukan.
Action	Melakukan koordinasi dengan bagian keuangan yang bersangkutan dengan angka piutang rawat jalan, dilakukannya edukuasi dan penagihan melalui telepon. Serta datang langsung ke alamat pasien yang bersangkutan. Dan Mengupayakan agar capaian indikator mutu tercapai sesuai standart yaitu 0%

33. IT

a. Kecepatan Respon error SIMRS

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	100%	100%
2	Februari	100%	100%
3	Maret	100%	100%
4	April	100%	100%
5	Mei	100%	100%
6	Juni	100%	100%

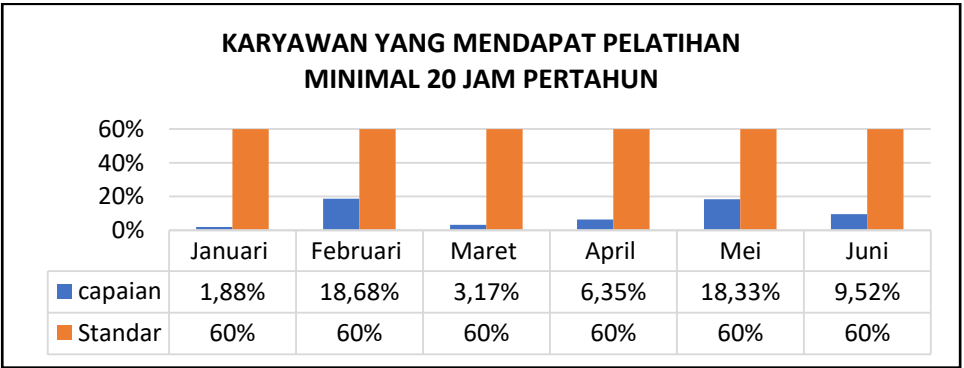


Keterangan : capaian sesuai standar

34. BAGIAN SDM, DIKLAT & LITBANG

a. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

No	Bulan	Capaian	Standar
1	Januari	1,88%	>60%
2	Februari	18,68%	>60%
3	Maret	3,17%	>60%
4	April	6,35%	>60%
5	Mei	18,33%	>60%
6	Juni	9,52%	>60%



Keterangan : Capaian belum sesuai standar

Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian indicator karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun mencapai 60%	- Mengupayakan anggaran yang sesuai dengan target pelatihan karyawan. - Perencanaan yang detail terkait dengan rencana pelatihan untuk tahun 2026 dan segera melaksanakan sesuai dengan rencana pelatihan - Evaluasi rutin setiap bulan	Capaian sudah mengalami peningkatan tapi masih belum sesuai standar, perlu adanya peninjauan kembali terkait dengan perhitungan pelatihan karyawan	Mengupayakan tercapainya karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun sesuai target >60%

LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN
JANUARI s/d JUNI 2026

NO	JENIS PELAPORAN	BULAN					
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN
a.	Semua reaksi transfusi yang sudah dikonfirmasi,	1	-	-	-	1	2
b.	Semua kejadian serius akibat reaksi obat (<i>adverse drug reaction</i>) yang serius sesuai yang ditetapkan oleh rumah sakit	-	-	-	-	-	-
c.	Semua kesalahan pengobatan (<i>medication error</i>) yang signifikan sesuai yang ditetapkan oleh rumah sakit	-	-	-	-	-	-
d.	Semua perbedaan besar antara diagnosis pra- dan diagnosis pascaoperasi; misalnya diagnosis praoperasi adalah obstruksi saluran pencernaan dan diagnosis pascaoperasi adalah ruptur <i>aneurisme aorta abdominalis</i> (AAA)	-	-	-	-	-	-
e.	Kejadian tidak diharapkan atau pola kejadian tidak diharapkan selama sedasi prosedural tanpa memandang cara pemberian	-	-	-	-	-	-
f.	Kejadian tidak diharapkan atau pola kejadian tidak diharapkan selama anestesi tanpa memandang cara pemberian	1	-	-	-	-	-
g.	Kejadian tidak diharapkan yang berkaitan dengan identifikasi pasien	-	-	-	-	-	2
h.	Kejadian-kejadian lain, misalnya infeksi yang berkaitan dengan perawatan kesehatan atau wabah penyakit menular.	1	2	1	1	-	3

LAPORAN INDISEN KESELAMATAN PASIEN

JANUARI

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	ANALISA	REKOMENDASI	RTL	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
1	A.n Nur Sholeh Post Op Laparascopy hernia terdapat episema sub cutis	KTD	3	1	3		Kemungkinan keracunan gas CO2	Cek instalasi O2 dan CO2 setiap sebelum tindakan	- Maintenance alat /Instalasi O2 dan CO2 bagian IPSRS (kondisi regulator bagaimana) - Evaluasi kecepatan pelaksanaan tindakan pembedahan (pelaksanaan time out)	Terselesaikan 26/1/2026	PJ. IBS PJ. ICU PJ. IPSRS
2	A.n Yanti Widyastuti Kateter urine tidak bisa dilepas	KTD	1	2	2		Kegagalan balon pengunci kateter di dalam kandung kemih untuk mengempis	Konsul ke bagian Urologi	- Koordinasi ke dr. Nico kontrol Urologi (untuk pelepasan kateter) - Kontrol tanggal 4/2/2026	Terselesaikan 4/2/2026	PJ. Mpu Tantular Koordinasi dengan poli Urologi
3	Reaksi Tranfusi Darah pada Ny. S W	KTD	1	4	4		Daya tahan tubuh pasien	Injeksi diphenhydramine	- Pantau pelaksanaan kepatuhan SOP tranfusi darah	Terselesaikan	PJ. Akar Wangi PJ. Laboratorium

FEBRUARI

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	ANALISA	REKOMENDASI	RTL	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
1	Tanggal Kejadian : 9/2/2026 A.n A Kesalahan order pemeriksaan penunjang radiologi (USG) advis USG Testis tapi ruangan mengorder USG Urologi dengan keterangan USG Testis) dan DPJP Radiologi tidak membaca di keterangan	KTC	1	3	3		- Belum adanya item USG Testis pada template pemeriksaan USG untuk pasien kelas 3 (Pemeriksaan USG Testis belum ada di perbub/ perda) - Keterangan klinis belum mudah terakses oleh radiolog di ERM - Kurangnya komunikasi yang efektif antara bangsal dan admin radiologi	- Jenis pemeriksaan USG (USG Testis) ditambahkan di item Perbub/ Perda untuk pasien kelas 3 - Keterangan klinis dapat terakses oleh radiolog dengan mudah - Komunikasi yang efektif antar ruangan dan admin radiologi	- Mengusulkan penambahan item USG Testis pada saat perubahan perbub/perda - Admin radiologi menuliskan keterangan klinis pada form pengantar bayar/billing pasien - Penjalin komunikasi yang efektif antara petugas ruangan dan admin radiologi saat ditemukan ada kendala saat order pemeriksaan	- Belum ada perubahan perbub/ perda - Sudah terselesaikan 9/2/2026 - Sudah terselesaikan 9/2/2026	- PJ. Radiologi - PJ. R.Binahong - PJ. Bagian Hukum

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	ANALISA	REKOMENDASI	RTL	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
2	Tanggal Kejadian : 9/2/2026 Ny. N Kesalahan Interpretasi hasil foto BNO dengan pasien lain karena nama yang sama dengan hasil yang berbeda	KTC	1	3	3		- Belum bridging antara SIMRS dengan PACS	- Melakukan bridging antara SIMRS dengan PACS Pengadaan PACS baru	- Koordinasi dengan IT untuk melakukan bridging SIMRS dengan PACS - Koordinasi dengan bidang penunjang medik untuk pengadaan PACS baru yang bisa bridging ke SiMRS	- Belum terselesaikan - Belum terselesaikan -	- PJ. Radiologi - PJ. Bidang Pelayanan Medis dan Penunjang Medis

MARET

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	ANALISA	REKOMENDASI	RTL	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
1	Tanggal Kejadian : 17/3/2026 A.n Sugeng Sumiyati Luka bakar akibat diatermi (SWD) pada tgl 17 Maret 2026	KTD	3	2	6		- Petugas kurang responsive dalam menanggapi keluhan pasien - Frekuensi penggunaan alat SWD yang berlebih (>15 pasien /hari) - Alat sering error (intensitas sering berubah) - Tidak ada alat bantu untuk memanggil petugas (bel/lonceng) - Alat SWD lebih dari 5 tahun	- Tingkatkan respon petugas terhadap keluhan pasien. - Pembatasan frekuensi pembatasan penggunaan alat. - Maintenance alat secara rutin / terjadwal - Pengadaan alat bantu panggil petugas (bel/lonceng) - Pengadaan alat baru	- Melakukan pembinaan kepada semua petugas fisioterapis untuk meningkatkan respon terhadap keluhan pasien (membuat komitmen bersama) - Koordinasi dengan DPJP untuk penjadwal pasien dengan tindakan SWD (membatasi frekuensi penggunaan alat) - Koordinasi dengan IPSRS untuk maintenance alat sesuai jadwal / bilamana diperlukan - Tingkatkan koordinasi antara petugas rehabilitasi medik dengan IPSRS - Pengajuan alat panggil bel/lonceng - Pengajuan alat SWD dan MWD	- Komitmen bersama telah dibuat pada tanggal 8/4/2026 yang diketahui oleh Kabid pelayanan medik dan pelayanan penunjang medik - Pengajuan alat tgl 20/5/2026 → belum terpenuhi	- PJ. Rehabilitasi Medik - PJ. IPSRS - PJ. Kabid Pelayanan Medik dan Pelayanan Penunjang medis

APRIL

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	ANALISA	REKOMEN DASI	RTL	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
1	Tanggal Kejadian : 9/4/2026 Ny. D pasien post ranap 4 hari dg DM, HT, UTI, saat kontrol di klinik tgl 6/4/2026 tangan kiri bekas infus merah, bengkak dan bernanah, badan terasa greges-greges (ILI), sudah mendapatkan sagestam cream, sansulin log G 1x 8 iu malam, dan tgl 9/4/2026 masuk ke IGD karena keluar nanah di bekas infus tersebut.	KTD	3	2	6		- Terjadinya infeksi luka infus post ranap - Kemungkinan budlle ILI tidak berjalan - Edukasi perawatan bekas infus kurang (Personal Hygiene kurang?) - Penyulit DM	- Laksanakan budlle HAIS (ILI) dengan berkoordinasi dengan petugas PPI - Lakukan edukasi perawatan infus pasca ranap terutama dengan pasien-pasien dengan DM - Siapkan Discharge Planning sesuai dengan kebutuhan pasien	- Melakukan monitoring dan evaluasi kepatuhan pelaksanaan budlle HAIS - Menyiapkan Discharge Planning sesuai dengan kebutuhan pasien, meliputi: personal hygiene, Diet, terapi, waktu kontrol dan perawatan luka bekas infus	- Sudah terselesaikan	- PJ. Kasi Keperawatan - PJ. Petugas PPI

MEI

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	ANALISA	REKOMENDASI	RTL	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
1	Tanggal Kejadian : 1/5/2026 Reaksi Tranfusi Darah pada Ny. S	KTD	1	4	8		Daya tahan tubuh pasien	Injeksi diphenhydramine	- Pantau pelaksanaan kepatuhan SOP tranfusi darah	Terselesaikan	PJ. Akar Wangi PJ. Laboratorium

JUNI

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	ANALISA	REKOMEN DASI	RTL	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
1	Tanggal Kejadian: 9/6/2026 Terjadi kesalahan pemasangan marker pada pasien Ny. DEW yang rencana akan program OP, petugas telah menyiapkan protocol PA namun dikarenakan pasien tidak bisa berdiri akhirnya dilakukan dengan protocol AP. Petugas lupa tidak mengubah posisi marker sehingga hasil gambar terbalik	KTC	1	1	1		- Petugas kurang teliti dalam melakukan prosedur pemerik saan photo thorak (human error)	- Patuhi prosedur pelaksanaan pemeriksaan sesuai dengan standar yang ada	- Mengingatkan petugas radiologi bekerja sesuai dengan standar (lebih teliti)	- Sudah terselesaikan	- PJ. Karu. Radiologi

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	ANALISA	REKOMENDASI	RTL	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
2	Tanggal Kejadian: 13/6/2026 Kesalahan Pemberian Obat Injeksi dari Farmasi. Pada saat perawat menyiapkan injeksi pada Tn. R (mendapatkan resep Inj. Furosemide etiket sudah sesuai tetapi dilayani Inj. Ceftriaxon oleh farmasi)	KTC	1	3	3		- Kurang patuhnya petugas dalam menjalankan SOP serah terima Obat, Alkes dan BMHP pasien rawat inap kepada perawat	- Laksanakan serah terima obat sesuai SOP - Laksanakan Prosedur pelayanan Obat, Alkes dan BMHP mulai dari analisa resep sampai verifikasi obat oleh apoteker sebelum obat didistribusikan ke bangsal	- Monitor dan Evaluasi pelaksanaan SOP Serah terima Obat, Alkes dan BMHP pasien rawat inap kepada perawat - Mengingatkan kepada apoteker prosedur pelayanan obat dijalankan dengan benar mulai dari analisa resep, pengambilan obat, packing obat dan verifikasi oleh orang yang berbeda.	- Sudah terselesaikan	- PJ. Ka. Instalasi Farmasi - Koordinator satelit farmasi Rawat Inap

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	ANALISA	REKOMENDASI	RTL	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
3	Tanggal Kejadian: 2/06/2026 Pasien Tn. AM Poli Orthopedi post ORIF Tibia Fibula (D) jatuh di kamar mandi saat akan BAK (mencari pispot tidak ada) tidak ada luka/cidera	KTC	1	2	2		- alat bantu BAK di kamar mandi poliklinik lt.1 jumlahnya terbatas	- Menambah Alat bantu BAK di kamar mandi Poliklinik	- Pengajuan penambahan alat bantu BAK (Pispot/urinal)	- Sudah terselesaikan	- PJ. Karu Poliklinik
4	Tanggal Kejadian: 20/06/2026 Jam 21.50 WIB Pasien Sdr. SAS dengan keluhan nyeri perut, mual muntah, badan gembreges dan riwayat depresi (kontrol rutin di RSJ Klaten). Pasien meninggalkan RS saat masih dalam rangkaian rawat inap.	KTD	1	2	2		- Pasien dengan gangguan jiwa (gaduh, gelisah) belum terfasilitasi sesuai standart, sehingga pengawasan kurang maksimal. - Kurangnya penjagaan petugas security - Banyaknya	- Perlu disiapkan ruang rawat inap untuk pasien gangguan jiwa sesuai standart - Perlu ditingkatkan koordinasi antara petugas bangsal dengan security	- Diusulkan untuk memiliki ruangan rawat inap khusus pasien gangguan jiwa sesuai standart. - Membuat jadwal keliling petugas security - Meningkatkan koordinasi petugas bangsal dan security (petugas security lebih responsive)	- Belum terpenuhi	- PJ. Bidang Pelayanan - PJ. Kasubag Tata Usaha Dan Rumah Tangga

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	ANALISA	REKOMEN DASI	RTL	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
							akses/pintu keluar masuk	- Perlu ditingkatkan kinerja security dalam menjaga keamanan (pengaturan jam keliling dan menjaga akses pintu)			
5	Tanggal Kejadian: 15/06/2026 Jam 15.30 WIB Miss komunikasi dari perawat ruang merbabu dengan perawat anestesi terkait obat analgetik post OP (perawat merbabu menerima operan (HO) sediaan obat dari IBS adalah levica, padahal sediaan obat tersebut adalah fentanyl).	KNC	1	2	2		- Hand over antar perawat kurang efektif secara lisan maupun dokumen - Tidak adanya pelabelan pada sediaan obat (oplosan obat)	- Tingkatkan komunikasi efektif saat hand over secara lisan maupun dokumen - Berikan pelabelan pada sediaan obat meliputi: nama pasien, nama obat, dosis dan BUD nya.	- Mengingat PPA untuk meningkatkan penerapan komunikasi efektif saat hand over - Mengingat PPA untuk memberikan identitas/ label pada sediaan obat meliputi: nama pasien, nama obat, dosis dan BUD nya.	- Sudah terselesaikan	- PJ. Kabid Pelayanan Keperawatan dan Pelayanan Kebidanan

NO	INSIDEN	TIPE INSIDEN	DAMPAK (D)	PROBABILITAS (P)	SKOR	RISK GRADING MATRIK	ANALISA	REKOMEN DASI	RTL	WAKTU PENYELESAIAN	PENANGGUNG JAWAB
6	Tanggal Kejadian: 6/6/2026 Reaksi Tranfusi Darah pada Tn. S	KTD	1	4	8		Daya tahan tubuh pasien	Injeksi diphenhydramine	Pantau pelaksanaan kepatuhan SOP tranfusi darah	Terselesaikan	PJ. Akar Wangi PJ. Laboratorium
7	Tanggal Kejadian: 19/6/2026 Reaksi Tranfusi Darah pada Tn. YS	KTD	1	4	8		Daya tahan tubuh pasien	Injeksi diphenhydramine	Pantau pelaksanaan kepatuhan SOP tranfusi darah	Terselesaikan	PJ. Mpu Kanwa PJ. Laboratorium



No.	Bulan	KTD	KTC	KNC	Grading	Tindak Lanjut
1	Januari	3	0	0	Biru & Hijau	Investigasi Sederhana
2	Februari	0	2	0	Biru	Investigasi Sederhana
3	Maret	1	0	0	Hijau	Investigasi Sederhana
4	April	1	0	0	Hijau	Investigasi Sederhana
5	Mei	1	0	0	Hijau	Investigasi Sederhana
6	Juni	3	3	1	Biru & Hijau	Investigasi Sederhana

LAPORAN HASIL MONITORING MANAJEMEN RESIKO

LAPORAN HASIL MONITORING MANAJEMEN RESIKO
JANUARI s/d JUNI 2026

No	Ruang	Hasil Telusur			
		Ada tidaknya program MR	Upaya Pengendalian	Hasil Resiko	Keterangan
1	Instalasi Laboratorium	sudah ada program manajemen resiko di unitnya	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	Tidak ada laporan kejadian	
2	Instalasi Rekam medik	sudah ada program manajemen resiko di unitnya,	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	Tidak ada laporan kejadian	
3	Rawat Jalan	sudah ada program manajemen resiko di unitnya	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	Ada kejadian Pasien jatuh di kamar mandi poliklinik karena mencari pispot tidak ada (pasien poli orthopedi)	Tidak ada cedera, penambahan alat bantu BAK sudah dilaksanakan
4	Instalasi CSSD - Laundry	sudah ada program manajemen resiko di unitnya,	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	Ada kejadian petugas tertusuk jarum	Sudah dilakukan investigasi dan penanganan
12	Farmasi	sudah ada program manajemen resiko di unitnya	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	Farmasi rawat jalan sering terjadi keterlambatan pemberian obat sehingga waktu tunggu menjadi lama ; Kesalahan Pemberian Obat Injeksi dari Farmasi	Farmasi sudah melakukan upaya komunikasi dengan IT, mengusulkan bridging aplikasi, meningkatkan kepatuhan SPO
13	Instalasi Rehab Medis	sudah ada program manajemen resiko di unitnya,	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	A.n Sugeng Sumiyati Luka bakar akibat diatermi (SWD)	Kejadian pada bulan Maret, dilaporkan pada bulan April saat jadwal fisioterapi)
15	Instalasi Radiologi	sudah ada program manajemen	mampu melakukan pengendalian	A.n A Kesalahan order pemeriksaan penunjang radiologi	Kejadian bulan februari, sudah dilakukan

No	Ruang	Hasil Telusur			
		Ada tidaknya program MR	Upaya Pengendalian	Hasil Resiko	Keterangan
		resiko di unitnya,	terhadap resiko unit	Ny. N Kesalahan Interpretasi hasil foto BNO dengan pasien lain karena nama sama dengan hasil yang berbeda	investigasi sederhana
16	Ruang Mpu Bharada	sudah ada program manajemen resiko di unitnya,	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	Ada laporan pasien meninggalkan RS saat masih dalam perawatan (pasien riwayat depresi)	Diusulkan untuk ruang rawat khusus pasien gangguan jiwa, peningkatan pengawasan pasien oleh petugas dan security
17	Ruang Akar Wangi	sudah ada program manajemen resiko di unitnya,	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	Ada laporan dari poliklinik, Ny. D pasien riw ranap 4 hari dg DM, HT, UTI, tangan kiri bekas infus merah, bengkak dan bernanah, badan terasa greges-greges (ILI). Ada reaksi transfusi darah (alergi)	Kejadian bulan april, saat pasien control di poli, ad keluhan tersebut. Resiko terselesaikan
18	Ruang Daun Sirih	sudah ada program manajemen resiko di unitnya,	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	Tidak ada laporan kejadian	
19	Ruang Mpu Kanwa	sudah ada program manajemen resiko di unitnya,	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	Tidak ada laporan kejadian	
20	Ruang Mpu Tantular	sudah ada program manajemen resiko di unitnya,	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	Tidak ada laporan kejadian	

No	Ruang	Hasil Telusur			
		Ada tidaknya program MR	Upaya Pengendalian	Hasil Resiko	Keterangan
21	Instalasi Dialisis	sudah ada program manajemen resiko di unitnya,	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	Tidak ada laporan kejadian	
22	Ruang ICU dan ICCU	sudah ada program manajemen resiko di unitnya,	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	ada kejadian A.n Nur Sholeh Post Op Laparascopy hernia terdapat episema sub cutis	Kejadian bulan januari, sudah dilakukan investigasi sederhana
23	Ruang VK, adas manis	sudah ada program manajemen resiko di unitnya,	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	Tidak ada laporan kejadian	
24	Ruang Perina, Dadap serep	sudah ada program manajemen resiko di unitnya,	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	Tidak ada laporan kejadian	
25	Instalasi Gizi	sudah ada program manajemen resiko di unitnya,	mampu melakukan pengendalian terhadap resiko unit	Tidak ada laporan kejadian	

Berdasarkan keseluruhan supervisi dapat disimpulkan bahwa :

1. Unit kerja pemilik resiko sebagian besar telah memahami dengan baik profil resiko yang harus monitor dalam unitnya, baik resiko kebijakan, resio kepatuhan, resiko legal,resiko fraud,resiko kemitraan, resiko reputasi dan resiko operasional .
2. Proses identifikasi dan Analisa resiko sudah berjalan dengan baik, beberapa kondisi yang ditemui dilapangan antara lain beberapa unit masih kurang memahami dalam menyuun resiko diunitnya. Sehingga perlu diberikan pemahaman ulang
3. Masih ada beberapa unit kerja yang belum memahami pentingnya manajemen resiko
4. Masih ada beberapa unit yang terkendala dalam pembuatan PDSA, karena perlu diskusi dan analisis lebih dalam secara internal unit atau perlu koordinasi antar unit

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

1. Pencapaian Indikator Selama Triwulan II Tahun 2026, pelaksanaan program PMKP secara umum berjalan baik dan sesuai target / dengan beberapa masih dalam proses perbaikan
2. Capaian Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS), serta Indikator Mutu Unit (IMU) menunjukkan tren peningkatan yang baik
3. Keselamatan Pasien: Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) telah berjalan dengan baik, di mana pelaporan nihil kejadian sentinel dan sudah sesuai prosedur investigasi yang ditetapkan
4. Manajemen Risiko : Laporan Pemantauan Monitoring Manajemen Risiko telah berjalan dengan baik
5. Kendala yang dihadapi selama triwulan ini antara lain :
 - Pelaporan instalasi/unit masih belum tepat waktu, tetapi upaya perbaikan telah dilakukan melalui koordinasi dan supervisi berkala dari PMKP

B. Rekomendasi

Untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien pada triwulan berikutnya, direkomendasikan hal-hal berikut :

1. Menindaklanjuti rencana perbaikan indikator mutu yang belum tercapai
2. Melakukan sosialisasi dan pemahaman terkait indikator SKP, Budaya keselamatan pasien, dan pelaporan IKP
3. Melakukan evaluasi sarana dan prasarana penunjang keselamatan pasien di instalasi/unit kerja guna menekan potensi risiko (manajemen risiko).
4. Meningkatkan kolaborasi dan komunikasi antar unit terkait agar kendala operasional dapat segera diatasi

Demikian laporan triwulan II tahun 2026 ini disusun sebagai bentuk evaluasi dan bahan pertimbangan bagi Direktur dalam mengambil kebijakan terkait peningkatan mutu dan keselamatan pasien di masa mendatang.

Boyolali, Juli 2026

Direktur RSUD Pandan Arang
Kabupaten Boyolali

Ketua Komite PMKP
RSUD Pandan Arang Kab. Boyolali

dr. Y. Slamet Nugroho, Sp.P, M.Kes
NIP. 19740129 200604 1 007

dr. Rio Kristian Nugroho, Sp.An
NIP. 19880522 202012 1 009