LAPORAN KOMITE MUTU

TAHUN 2025

(0561) 8126378 http://rsudrubini.com/ Jl. Dr. Rubini Desa Kuala Secapah

LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN KOMITE MUTU RSUD dr. RUBINI MEMPAWAH
TAHUN 2025

An. Bupati Mempawah Sekretaris Daerah	Plt. Direktur RSUD dr. Rubini Mempawah
Drs. Ismail, MM Pembina Utama Madya NIP. 19660508 199203 1 018	**dr. Riska Susanti** Pembina Tingkat I NIP. 19770127 200701 2 010

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI i

KATA PENGANTAR v

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang 1

B. Maksud dan Tujuan 1

C. Ruang Lingkup 2

BAB II STRATEGI PELAKSANAAN

A. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasarana 4

B. Hambatan-Hambatan Dalam Pelaksanaan Kegiatan 6

C. Upaya Tindak Lanjut 6

BAB III HASIL KERJA

A. Realisasi Program Mutu Rumah Sakit 8

1. Realisasi Program Peningkatan Mutu 8

2. Realisasi Program Keselamatan Pasien 10

3. Realisasi Program Manajemen Risiko 12

B. Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM) 14

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan (≥85%) 14

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (100%) 14

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien (100%) 15

4. Kepatuhan Tanggap SC Emergensi (≥80%) 15

5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≥80%) 16

6. Penundaan Operasi Elektif (≤5%) 16

7. Kepatuan Waktu Visite Dokter (≥80%) 17
8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium (100%) 18
9. Kepatuan Penggunaan Formularium Nasional (≥80%) 18
10. Kepatuan Terhadap Clinical Pathway (≥80%) 19
11. Kepatuan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh (100%) 19
12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain (≥80%) 20
13. Kepuasan Pasien (≥76,61%) 20
C. Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) 21
1. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien 21
2. Pelayanan Klinis Prioritas (Pelayanan TB) 25
3. Tujuan Strategi RS 26
4. Perbaikan Sistem (Pelayanan Rekam Medik Elektronik 26
5. Manajemen Risiko 27
D. Pencapaian Indikator Mutu Unit (Imp-Unit) 29
1. Pelayanan Gawat Darurat 29
2. Pelayanan Rawat Jalan 30
3. Pelayanan Bedah Sentral 30
4. Ruang Cempaka (Anak) 32
5. Pelayanan Perinatalogi 32
6. Pelayanan Kebidanan 32
7. Pelayanan Intensif 32
8. Pelayanan Unit Dialisis 35
9. Pelayanan Radiologi 36
10. Pelayanan Laboratorium Pathologi Klinik 36

11. Administrasi & Manajemen 38
12. Pelayanan Farmasi 38
13. Pelayanan Rekam Medis 39
14. Pelayanan Gizi 39
15. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit 39
16. Pelayanan Tranfusi Darah 41
17. Pelayanan Pengolah Limbah 42
18. Pelayanan Rehabilitasi Medik 42
19. Pelayanan Ambulance dan kereta Jenazah 43
20. Pelayanan Pemulasaran Jenazah 44
21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi 44
22. Pelayanan Loundry 45
23. Unit Rawat Inap 47
24. Laboratorium PA 47
25. Unit Humas dan Informasi 48
26. Unit CSSD 48
E. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) 49
1. Pelayanan Gawat Darurat 49
2. Pelayanan Rawat Jalan 52
3. Pelayanan Rawat Inap 57
4. Pelayanan Pasien Miskin 66
5. Pelayanan Bedah Sentral 66
6. Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi 71
7. Pelayanan Intensif 76

8. Pelayanan Radiologi 77
9. Pelayanan Laboratorium Pathologi Klinik 78
10. Administrasi dan Manajemen 79
11. Pelayanan Farmasi 83
12. Pelayanan Rekam Medik 85
13. Pelayanan Gizi 88
14. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit 91
15. Pelayanan Tranfusi Darah 93
16. Pelayanan Pengolahan Limbah/Sanitasi Rumah Sakit 94
17. Pelayanan Rehabilitasi Medik (Fisioterapi) 91
18. Pelayanan Ambulance dan Kereta Jenazah 98
19. Pelayanan Pemulazaran Jenazah 99
20. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi 99
21. Pelayanan Loundry 100
F. Pencapaian Kesehatan Pasien 101
G. Pencapaian Manajemen Risiko 103
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN
A. Kesimpulan 107
B. Saran 107
BAB V PENUTUP

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan YME karena atas berkah dan Rahmat-Nya sehingga dokumen Program Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) RSUD dr. Rubini Mempawah tahun 2026 ini dapat terselesaikan.

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit untuk digunakan sebagai acuan dalam perencanaan dan penyelenggaraan Tata Kelola Mutu Rumah Sakit dalam kurun waktu satu tahun.

Program Kerja PMKP merupakan dokumen yang memuat kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan PMKP Rumah Sakit dalam mendukung Peningkatan Mutu dan mempertahankan Standar Pelayanan Rumah Sakit.

Program Kerja Komite PMKP RSUD dr. Rubini diharapkan menjadi panduan dalam penyelenggaraan Tata Kelola Mutu Rumah Sakit. Masukan dan saran yang sifatnya konstruktif sangat diharapkan dari semua pihak untuk kesempurnaan agar lebih baik dimasa akan datang. Akhirnya kepada semua pihak yang telah membantu tersusunnya Program Kerja PMKP RSUD dr. Rubini ini diucapkan terima kasih.

Mempawah, 30 Maret 2026

Ketua Komite Mutu

dr. IMA DAMAYANTI, Sp.N.

NIP. 19890128 201502 2 002

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien maka rumah sakit perlu mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau keseluruh unit kerja rumah sakit. Untuk melaksanakan program tersebut tidaklah mudah karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara kepala bidang atau divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi, dan lainnya termasuk kepala unit/departemen/instalasi pelayanan.

Komite PMKP memfasilitasi pendekatan yang komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan.

Pembentukan PMKP adalah kewajiban rumah sakit untuk terus meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien agar sesuai standar, efektif, efisien, serta memenuhi hak pasien. Ini didorong oleh kebutuhan evaluasi, perbaikan berkelanjutan, manajemen risiko, dan untuk memastikan layanan kesehatan memberikan hasil optimal dengan melibatkan berbagai elemen rumah sakit (medis, keperawatan, manajemen) untuk mencapai kualitas paripurna dan kepuasan pasien, sesuai regulasi pemerintah seperti Permenkes No. 44 Tahun 2016.

B. Maksud Dan Tujuan

Adapun maksud dan tujuan dibentuknya komite mutu dirumah sakit adalah untuk menjadi motor penggerak dalam meningkatkan kualitas pelayanan, menjamin keselamatan pasien, mengelola risiko, serta memenuhi standar pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi, aman, dan efisien serta mempertahankan standar pelayanan sesuai dengan standar nasional dan internasional.

Sedangkan poin-poin penting yang melatar belakangi pembentukan komite mutu di rumah sakit adalah sebagai berikut :

1. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP)

   Memiliki tujuan utama dalam memastkan pasien mendapatkan pelayanan yang aman, efektif, efisien dan memuaskan serta meminimalkan cedera akibat kesalahan medis.
2. Kewajiban regulasi

   Rumah sakit diwajibkan menyelenggarakan tata kelola mutu yang baik dan mengukur indicator mutu sesuai standar yang ditetapkan pemerintah.
3. Evaluasi dan perbaikan berkelanjutan

   Diperlukan sisitem untuk mengukur, menganalisis, dan menindaklanjuti penyimpangan mutu secara terys menerus (Continuous Quality Improvement).
4. Manajemen risiko

   Mengelola risiko terkait pelayanan untuk mencegah insiden dan meningkatkan keamanan pasien.
5. Komitmen rumah sakit

   Pembentukan komite mutu adalah wujud komitmen manajemen untuk mencapai keunggulan dalam pelayanan kesehatan.
6. Keterlibatan multidisiplin

   Melibatkan tenaga medis, keperawatan, manajemen, dan bahkan pasien untuk memberikan perspektif komprehensif terhadap mutu layanan.

C. Ruang Lingkup.

Adapun ruang lingkup dari Komite Mutu meliputi pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi program peningkatan mutu serta keselamatan pasien (PMKP) dan manajemen risiko di rumah sakit, mencakup penetapan standar mutu (indikator mutu klinis dan manjerial), analisis data, identifikasi risiko, pengembangan kebijakan dan SOP, koordinasi lintas unit, hingga pelaporan dan persiapan akreditasi, dengan tujuan utama memastikan kualitas pelayanan dan keamanan pasien secara berkelanjutan.

1. Penyusunan Pedoman dan Standar : membuat pedoman, kebijakanm dan standar mutu pelayanan sesuai regulasi (SNARS,JCI)
2. Indikator Mutu : Menyusun, memantau, menganalisis, dan mengevaluasi indikator mutu klinis (misal : angka kematian ibu/bayi, ASI eksklusif) dan manajerial (misal : lama tunggu, kepuasan pasien)

3. Keselamatan Pasien : menangani insiden keselamatan pasien (pelaporan, investigasi, analisis) dan menerapkan manajemen risiko (FMEA, Profil risiko)
4. Monitoring dan Evaluasi : memantau penerapan program mutu di unit kerja, melakukan validasi data, dan membandingkan dengan standar
5. Koordinasi dan Komunikasi : berkoordinasi dengan komite lain, unit kerja, dan manajemen, serta melaporkan capaian mutu secara berkala.
6. Pelatihan : menyelenggarakan pelatihan terkait mutu dan keselamatan pasien.
7. Persiapan Akreditasi : mempersiapkan dan menyelenggarakan kegiatan akreditasi rumah sakit.

BAB II
STRATEGI PELAKSANAAN

A. Strategi Pencapaian Tujuan Dan Sasaran

Strategi pencapaian tujuan dan sasaran Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) rumah sakit pada tahun 2025 berfokus pada implementasi standar akreditasi terkini pemanfaatan system informasi manajemen, dan pencapaian indicator nasional mutu (INM).

Adapun strategi utama untuk mencapai tujuan PMKP tahun 2025 adalah :

1. Fokus pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

   Sasaran keselamatan pasien merupakan inti dari program PMKP. Strategi pencapaiannya meliputi :

   a. Ketepatan identifikasi pasien : memastikan penggunaan minimal dua dari tiga identitas (nama, tanggal lahir, nomor rekam medis) sebelum memberikan pelayanan atau pengobatan.
   b. Peningkatan komunikasi efektif : menerapkan metode komunikasi yang terstruktur, seperti SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation)* terutama saat serah terima pasien atau pelaporan kondisi kritis.
   c. Peningkatan keamanan obat "*High Alert*" : mengimplementasikan kebijakan pelabelan dan pengelolaan obat-obatan yang berisiko tinggi menyebabkan cedera serius pada pasien.
   d. Kepastian tepat lokasi, prosedur, dan pasien operasi : menerapkan proses verifikasi pra-operasi yang cermat dan penandaan lokasi operasi untuk mencegah kesalahan.
   e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan : meningkatkan kepatuhan petugas terhadap kebersihan tangan sesuai 5 momen kebersihan tangan.
   f. Pengurangan risiko pasien jatuh : melakukan asesmen risiko jatuh pada setiap pasien dan mengimplementasikan intervensi yang sesuai.

2. Implementasi Indikator Nasional Mutu (INM)

   Rumah sakit wajib mengkur dan melaporkan INM secara berkala. Strategi untuk mencapainya meliputi :

   a. Pengumpulan dan analisis data rutin : mengukur capaian INM (misalnya, kepatuhan kebersihan tangan, waktu tunggu rawat jalan, penundaan operasi elektif) dan melakukan analisis mendalam terhadap hasil yang belum memenuhi target.
   b. Validasi data : memastikan data indicator yang dikumpulkan valid dan akurat melalui proses validasi data internal.
   c. Perbaikan berkelanjutan : menggunakan hasil analisis data untuk merancang program perbaikan spesifik, seperti penguatan supervise dan edukasi untuk kepatuhan kebersihan tangan.

3. Pemanfaatan Teknologi dan Sistem

   Strategi ini mencakup :

   a. System manajemen Informasi rumah Sakit (SIMRS) berkualitas : menggunakan SIMRS yang mendukung pengumpulan data mutu secara sistematis dan pelaporan insiden keselamatan pasien secara elektronik.
   b. Pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) : menerapkan system pelaporan IKP yang mudah diakses dan mendorong budaya non-punitive (tidak menyalahkan) untuk pembelajaran dan perbaikan system.

4. Pelatihan dan Edukasi Staf

   a. Pelatihan berkala : menyelenggarakan pelatihan PMKP sesuai standar akreditasi terbaru (Starkes 2024/2025) untuk seluruh staf, termasuk manajemen risiko klinis dan audit mutu internal.
   b. Penguatan peran komite mutu dan keperawatan : memastikan komite mutu dan komite keperawatan berperan aktif dalam memimpin inisiatif peningkatan mutu dan patient safety

5. Penguatan Kebijakan dan Komitmen Manajemen

   a. Regulasi internal : menetapkan kebijakan dan standar prosedur operasional (SPO) yang jelas terkait semua aspek PMKP
   b. Komitmen puncak : memastikan adanya dukungan penuh dari manajemen puncak rumah sakit dalam penyediaan suber daya dan implementasi program PMKP. Dengan menerapkan strategi ini secara sistematis, rumah sakit dapat mencapai tujuan PMKP, meningkatkan

keselamatan pasien dan memenuhi standar akreditasi nasional pada tahun 2026.

B. Hambatan-Hambatan Dalam Pelaksanaan Kegiatan

Hambatan utama dalam pelaksanaan PMKP (peningkatan mutu dan keselamatan pasien) dirumah sakit meliputi :

1. Koordinasi yang lemah

   Komite mutu atau tim pelaksana seringkali mengalami kesulitasn dalam berkoordinasi antar anggota atau unit kerja
2. Monitoring dan evaluasi kurang efektif

   Proses pemantauan dan penilaian program mutu belum berjalan maksimal, sehingga sulit mengukur dampak perbaikan
3. Pelatihan tidak optimal

   Pendidikan dan pelatihan tentang program PMKP belum menjangkau seluruh staf secara efektif
4. Kesalahan dokumentasi

   Proses pengelolaan data yang masih manual, tidak terstruktur, rentan terjadi kesalahan (misfile), hilang, atau sulit ditelusuri yang berdampak pada validitas data mutu
5. Perbedaan antara implementasi dan dokumentasi

   Sering terjadi kesenjangan antara apa yang didokumentasikan dengan praktik sebenarnya dilapangan, menjadi penyebab utama kegagalan akreditasi
6. Keterbatasan SDM

   Jumlah dan kompetensi petugas yang menangani aspek-aspek Sub Komite dari PMKP terbatas.

C. Upaya Tindak Lanjut

1. *Plan (P)*
   - Mengoptimalkan program mutu sesuai dengan regulasi yang telah ditetapkan dan membuat regulasi baru yang belum tersedia sesuai dengan kegiatan PMKP.

- Mengoptimalkan kerjasama / koordinasi antara anggota komite dengan melakukan panjadwalan dan pembagian tugas agar seluruh anggota aktif dalam seluruh kegiatan mutu.
- Mengoptimalkan identifikasi manajemen risiko disetiap unit kerja dan segera melakukan pelaporan melalui aplikasi SIDISKO serta koordinasi kepada pemilik risiko.
- Melakukan sosialisasi terkait Pendidikan dan Pelatihan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

2. *Do (D)*
   - Mengimplementasikan aplikasi SIMADAMBO dengan lebih optimal
   - Melakukan koordinasi dengan sesame anggota komite dalam setiap kegiatan yang dilaksanakan agar terbentuk kerjasama yang optimal.
   - Melakukan pendampingan sosialisasi dan edukasi secara merata ke semua unit kerja
   - Melakukan RCA (*Root Cause analysis*) jika ada kejadian sentinel dan kejadian tidak diharapkan (KTD)
   - Melakukan FMEA (*Failure Mode Effect Analysis*) unutk manajemen risiko.
3. *Study (S)*

   Hasil pencapaian akan dianalisis dan dilaporkan per-triwulan.
4. *Activity (A)*

   Melakukan pengamatan kembali terhadap hasil capaian pada bulan berikutnya.

BAB III
HASIL KERJA

A. Realisasi Program Mutu Rumah Sakit

1. Realisasi program peningkatan mutu

Tabel 3.1
Realiasasi Program Kerja PMKP Tahun 2025

NO.	PROGRAM	REALISASI
1.	Penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan RS.	Telah disusun regulasi terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan RS di bulan Januari 2025
2.	Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur RS terkait perbaikan mutu tingkat RS.	Pemberian masukan dan pertimbangan dibuat dalam bentuk laporan setiap 3 bulan, Semester dan Tahunan.
3.	Pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja.	• Pemantauan penerapan mutu dilakukan melalui monev langsung ke unit kerja; • Monev Sub Komite Mutu ke unit kerja masih belum optimal dilaksanakan.
4.	Pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu /indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu.	• Monev prioritas perbaikan dilakukan setiap bulan; • Pengukuran mutu prioritas dan tindak lanjutnya dilaksanakan setiap bulan; • Dilakukan evaluasi perbaikan terhadap mutu /indikator mutu yang belum mencapai standar.
5.	Fasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja.	• Telah di aplikasikan Aplikasi SIMADAMBO dari tahun 2022, dan Aplikasi tersebut sangat membantu dalam proses pengumpulan data mutu. • Analisis capaian dilakukan pada indikator yang belum stabil capaiannya, indikator yang belum mencapai target, dan indikator yang sangat sulit tercapai. • Pelaporan data unit kerja sebagian sudah dilakukan tepat waktu antara tanggal 1 sampai dengan tanggal 5 setiap bulannya.

6.	Pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas RS dan indikator mutu nasional RS.	• Pengumpulan, analisis capaian, dan laporan beserta rekomendasi dari indikator mutu prioritas dan indikator mutu nasional dilakukan setiap bulan; • Pelaporan indikator mutu nasional di input ke Kemenkes RI.
7.	Koordinasi dan komunikasi dengan Komite Medis dan Komite lainnya, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf.	• Koordinasi dan komunikasi dilakukan pada seluruh unit kerja; • Koordinasi dengan komite-komite membahas tentang review, revisi dokumen, dan evaluasi PPK/CP; • Rapat koordinasi dilaksanakan setiap bulan; • *Feedback* unit kerja dilakukan paling lambat tanggal 20 setiap bulannya.
8.	Pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di RS.	• Dukungan RS berupa fasilitas, sarana prasarana, dan alat kesehatan sesuai standar; • Komite Mutu membangun aplikasi SIMADAMBO sebagai dukungan IT dan kemudahan dalam pelaporan.
9.	Pengkajian standar mutu pelayanan di RS terhadap pelayanan, pendidikan, dan pelatihan.	Pengkajian standar pelayanan, pendidikan, dan pelatihan dilakukan oleh seluruh Kepala unit kerja melalui rapat koordinasi;
10.	Penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.	Laporan dan rekomendasi dibuat setiap bulan kepada Direktur untuk mendapatkan *feedback* dan saran.

2. Realisasi program keselamatan pasien

Tabel 3.2
Realisasi Program Keselamatan Pasien pada Tahun 2025

No	Program Kerja	Target	Realisasi	Kendala
1.	Membentuk regulasi baru terkait Pelaporan IKP dari bentuk manual ke Elektronik	Tahun 2025	Terlaksana	Tidak ada kendala
2.	Pembentukan dan pengorganisasian Sub Komite KP	3 bulan sekali	Terlaksana 4 kali dalam setahun	Tidak ada kendala
3.	Pertemuan rutin koordinasi dan evaluasi kerja Sub Komite KP	1 tahun sekali	Terlaksana	Tidak ada kendala
4.	Penyusunan kebijakan, panduan dan SOP	1 tahun sekali	Terlaksana	Tidak ada kendala
5.	Penyusunan program Sub Komite KP	1 tahun sekali	Terlaksana	Tidak ada kendala
6.	Koordinasi dengan semua bagian penunjang Sub Komite KP	1 tahun sekali	Terlaksana	Tidak ada kendala
7.	Sosialisasi identifikasi pasien, komunikasi efektif, *High Alert medication*, tepat lokasi tepat prosedur tepat pasien operasi, *hand hygiene*, risiko jatuh	3 bulan sekali	Terlaksana	Tidak ada Kendala
8.	Monitoring pemakaian gelang identitas	Setiap bulan	Terlaksana	Tidak ada kendala
9.	Monitoring tenaga medis dalam menggunakan teknik komunikasi efektif	Setiap bulan	Terlaksana	Tidak ada kendala
10.	Monitoring obat *High Alert*	Setiap bulan	Terlaksana	Tidak ada kendala

11.	Pelaporan insiden obat *High Alert* yang tidak berlabel	Setiap bulan	Terlaksana	Tidak ada kendala
12.	Monitoring tepat lokasi, prosedur dan pasien operasi	Setiap bulan	Terlaksana	Tidak ada kendala
13.	Kampanye cuci tangan	Setiap bulan	Terlaksana	Tidak ada kendala
14.	Monitoring kepatuhan *Hand hygiene*	Setiap bulan	Terlaksana	Tidak ada kendala
15.	Monitoring insiden pasien jatuh pada dewasa dan pada anak – anak	Setiap bulan	Terlaksana	Tidak ada kendala
16.	Pelaporan insiden keselamatan pasien dan evaluasi kejadian insiden keselamatan pasien	Setiap bulan	Terlaksana	Tidak ada kendala
17.	Sosialisasi indikator mutu keselamatan pasien	1 tahun sekali	Terlaksana	Tidak ada kendala

3. Realisasi program manajemen risiko

Tabel 3.3
Realiasasi Program Kerja Manajemen Risiko Tahun 2025

No	Realisasi Program kerja Manajemen Risiko Tahun 2025	Realisasi	Target	Kendala
1	Penyusunan Risk Register/Daftar Risiko	Penyusunan Risk Register / Daftar risiko manajemen risiko mengacu pada ISO 31.000 : 2018 Pelaporan Manajemen Risiko di laporkan melalui Aplikasi SIDISKO	Selesai awal Januari 2026	Tidak ada kendala
2	Keselamatan dan keamanan rumah sakit	Pengecekan CCTV, CCTV yang aktif Gedung A 27 CCTV, 1 CCTV tidak aktif, Gedung B 22 CCTV monitornya mati, Gedung C 25 CCTV monitornya mati, Gedung D 34 CCTV ruangan monitoringnya tidak bisa dibuka dan Gedung E 33 CCTV,yang aktif 8 CCTV, 25 tidak aktif	Semua sudut ruangan harus dipasang CCTV	Gedung A 1 tidak aktif, Gedung B monitornya mati, Gedung C monitornya mati, Gedung D ruangan monitornya tidak bisa dibuka, Gedung E 25 tidak aktif
		Rumah Sakit menyediaan form General Consent / Persetujuan umum yang dibaca dan dipahami Pasien atau keluarga Pasien tentang barang, barang milik Pasien	Barang milik Pasien dan Keluarga Pasien aman	Semua sudut ruangan dipasang CCTV
3	Identifikasi Risiko Bahan dan Limbah Berbahaya	Rumah sakit telah melakukan identifikasi Risiko Bahan dan Limbah Berbahaya. Menyediaakan MSDS untuk Bahan Berbahaya dan Beracun	Seluruh ruangan harus mengientifikasi, Risiko Bahan dan Limbah Berbahaya	Tidak ada kendala
4	Identifikasi Risiko Bencana	Laporan HVA	Selesai awal tahun 2025	Tidak ada kendala
5	Kebakaran	Simulasi Kebakaran	sebagian Pegawai Rumah Sakit dr. Rubini sudah melakukan simulasi kebakaran	Komite Manajemen risiko dan KOMITE K3 RS belum merencanakan simulasi kebakaran
6	Peralatan Medis	Kalibrasi Peralatan Medis	Seluruh Peralatan Medis sudah dikalibrasi	Anggaran tidak mencukupi dilakukan kalibrasi untuk

				semua alat medis
7	Mensosialisasikan cara membuat daftar risiko ke seluruh ruangan	Sudah dilaksanakan sosialisasi ke seluruh ruangan tentang cara membuat daftar risiko	Seluruh ruangan harus sudah menyusun daftar risikonya masing-masing	Tidak ada kendala
8	Sosiaisasi Spill Kit (B3) dan cairan infeksius	Sudah dilaksanakan sosialisasi spill kit B3 Infeksius dan non infeksius telah dilaksanakan berjalan cukup baik	Seluruh Pegawai RuMAH Sakit dr. Rubini Mempawah	Tidak ada kendala
9	Laporan sosialisasi APAR	Kegiatan sosialisasi APAR dilaksanakan setiap apel Senin dan Kamis serta ketika ada pembinaan kepada karyawan yang baru dan Mahasiswa PKL di RSUD dr. Rubini Mempawah	Terlaksana	Tidak ada kendala
10	Pengecekan APAR	Pengecekan APAR setiap bulan (PRESURE, Segel, Selang, Klams dan Handle) membolak balikkan APAR supaya tidak membeku	Terlaksana	Tidak ada kendala
11	Pengisian APAR yang sudah kadaluarsa	APAR di isi setiap tahun	Terlaksana	Tidak ada kendala
12	Pemasangan jalur Evakuasi	Terdapat jalur evakuasi yang belum dipasang (Ruang IT, Cempaka, Selasar antara gedung B dan C,Instalasi Farmasi dan IGD belum ev dipasang jalur evakuasi	Terlaksana	Tidak ada kendala
13	Uji Fungsi	Alat medis yang baru sudah di uji fungsi	Terlaksana	Tidak ada kendala
14	Laporan kejadian sentinel, terkait peralatan medis	Laporan Lengkap	Terlaksana	Tidak ada kendala
15	Sistem Utilitas	Dilaksanakan uji coba pemadaman listrik sementara untuk mengetahui fungsi genset dan kebutuhan penggunaan solar	Terlaksana 1 kali selama tahun 2025	Tidak ada hambatan
16	Penyediaan air bersih alternatif untuk MCK	Dilaksanakan uji coba pemutusan aliran air PDAM sementara untuk mengetahui kebutuhan penggunaan air	Terlaksana 1 kali selama tahun 2025	Tidak ada hambatan
17	Kerusakan pompa air	Kerusakan mesin pompa air 7 kali selama tahun 2025	tidak terjadi kerusakan mesin air	Tidak ada hambatan
18	Saluran IPAL	Terjadi 96 kali IPAL mampet selama tahun 2025, namun segera dilakukan perbaikan pada saluran yang mampet, agar tidak terjadi hal yang tidak di inginkan.	Tidak ada kerusakan saluran IPAL	Tidak ada hambatan

B. Pencapaian Indikator Nasional Mutu (INM)

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan (≥85%)

Grafik 3.1
INM RS – Kepatuhan Kebersihan Tangan

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
CAPAIAN	98,85	98,62	100	98,65	97,88	99,35	100	98,74	99,04	97,82	100	100

Berdasarkan grafik indikator kepatuhan kebersihan tangan sudah mencapai target 85% dengan rata-rata 99%.

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (100%)

Grafik 3.2
INM RS – Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator kepatuhan penggunaan alat pelidung diri sudah mencapai target 100%.

3. **Kepatuhan Identifikasi Pasien (100%)**

Grafik 3.3
INM RS – Kepatuhan Identifikasi Pasien

Berdasarkan grafik indikator kepatuhan identifikasi pasien sudah mencapai target 100%.

4. **Waktu Tanggap SC Emergensi (≥80%)**

Grafik 3.4
INM RS – Waktu Tanggap SC Emergency

Berdasarkan grafik indikator waktu tanggap operasi seksio sesaria emergensi sudah mencapai target standar ≥80% dengan rata-rata 92,26% (Januari-Desember 2025).

5. **Waktu Tunggu Rawat Jalan (≥80%)**

Grafik 3.5
INM RS – Waktu Tanggap Rawat Jalan

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
CAPAIAN	91,03	88,07	88,76	86,01	86,55	91,32	89,12	98,96	98,65	86,76	95,52	98,51

Berdasarkan grafik indikator waktu tunggu rawat jalan sudah mencapai standar ≥80% dengan rata-rata 91,6% (Januari-Desember 2025).

6. **Penundaan Operasi Elektif (≤5%)**

Grafik 3.6
INM RS – Penundaan Operasi Elektif

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
CAPAIAN	4,79	4,79	4,2	5,16	5,7	5	6,25	4,27	5,26	4,03	6,29	8,89

Berdasarkan grafik indikator penundaan operasi elektif tidak mencapai target ≤5% dengan rata-rata 5,38% (Januari-Desember 2025).

Analisa :

Penyebab Masalah :

- Dari 3 kamar operasi yang ada, namun yang berfungsi hanya ada 2 kamar operasi
- Tingginya kasus emergency untuk Tindakan operasi

Plan (P) :

- Melakukan pelaporan ke manajemen terkait fasilitas yang belum lengkap disalah satu kamar operasi
- Melakukan penjadwalan ulang untuk kasus elektif yang tertunda

D0 (D) :

- Memasukkan ke daftar risiko
- Melakukan *briefing* setiap pagi untuk melihat jadwal operasi elektif dan segera melakukan penjadwalan ulang pada kasus elektif yang tertunda

Study (S) :

- Memantau data harian / mingguan apakah masih terdapat penundaan operasi elektif
- Hasil : penundaan operasi eletif masih terjadi, dikarenakan fasilitas yang belum lengkap disalah satu kamar operasi

Act (A) :

- Melakukan evaluasi monitoring setiap minggunya.
- Melakukan pelaporan berkelanjutan ke pihak manajemen terkait pemenuhan fasilitas kamar operasi yang belum lengkap.

7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter (≥80%)

Gafik 3.7
INM RS – Kepatuhan Waktu Visite Dokter

Berdasarkan garfik indikator kepatuhan waktu visite dokter sudah mencapai target ≥80% dengan rata-rata 99,76%.

8. **Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium (100%)**

Grafik 3.8
INM RS – Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Berdasarkan grafik indikator pelaporan hasil kritis laboratorium sudah mencapai target 100%.

9. **Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (≥80%)**

Grafik 3.9
INM RS – Kepatuhan Penggunaan formularium Nasional (>80%)

Berdasarkan grafik indikator kepatuhan penggunaan formularium nasional sudah mencapai target ≥80% dengan rata-rata 99,67% (Januari-Desember 2025).

10. Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway* (≥80%)

Grafik 3.10

INM RS – Keatuhan Terhadap Clinical Pathway

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
CAPAIAN	100	98,82	99,78	100	100	99,79	92,98	98,63	100	96,72	100	98,54

Berdasarkan grafik indikator kepatuhan terhadap alur klinis / *clinical pathway* (CP) sudah mencapai target ≥80% dengan rata-rata 98,77% (Januari – Desember 2025).

11. Kepatuhan Upaya Pecegahan Risiko Pasien Jatuh (100%)

Grafik 3.11

INM RS – Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh (100%)

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh sudah mencapai target 100% (Januari-Desember 2025).

12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain (≥80%)

Grafik 3.12

INM RS – Kecepatan Waktu Tanggap Komplain (≥80%)

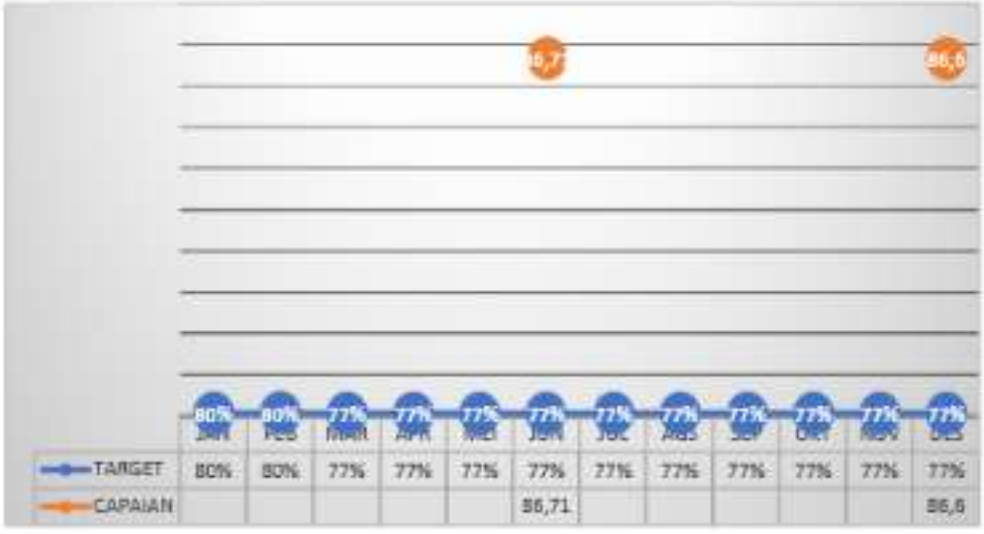
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
CAPAIAN	100	100	100	100	100	87,05	100	100	100	88,89	100	100

Berdasarka grafik indikator kecepatan waktu tanggap complain sudah mencapai target ≥80% dengan rata-rata 97,99% (Januari – Desember 2025).

13. Kepuasan Pasien (≥76,61%)

Grafik 3.13

INM – RS : Kepuasan Pasien (76,61%)



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	80%	80%	77%	77%	77%	77%	77%	77%	77%	77%	77%	77%
CAPAIAN						86,71						86,6

Berdasarkan grafik indikator kepuasan pasien sudah mencapai target ≥76,61% dengan rata-rata 83% (Januari-Desember 2025).

C. Pencapaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS)

1. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

a. Kepatuhan pemasangan gelang identifikasi pada pasien baru oleh petugas sesuai standar operasional

Grafik 3.14

IMP - RS : Kepatuhan Pemasangan Gelang Identifikasi pada Pasien Baru oleh Petugas sesuai dengan Standar

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator kepatuhan pemasangan gelang identifikasi pada pasien baru oleh petugas sesuai standar operasional sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari-Desember 2025).

b. Kepatuhan DPJP untuk memverifikasi stempel konfirmasi Tulbakon pada pelaporan kasus dengan Metode SBAR

Grafik 3.15

IMP – RS : kepatuhan DPJP untuk Memverifikasi Stempel Konfirmasi Tubalkon pada Pelaporan Kasus

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator kepatuha DPJP untuk memverikasi stempel konfirmasi Tulbakon pada pelaporan kasus dengan Metode SBAR sudah mencapai target 100%.

c. Kepatuhan verifikasi *Double Check* oleh petugas didaftar pengobatan sesuai prosedur

Grafik 3.16
IMP – RS : Kepatuhan Verifikasi Double Check oleh Petugas didaftar Pengobatan sesuai Prosedur

Berdasarkan grafik indikator kepatuhan petugas melakukan *double check* saat pemberian obat *high alert* sudah tercapai target 100% (Januari – Desember 2025).

d. Kepatuhan pelaksanaan Site Marking pada pasien yang akan dilakukan Tindakan operasi sesuai SPO.

Grafik 3.17

IMP – RS : Kepatuhan Pelaksanaan Site Marking pada Pasien yang akan dilakukan Tindakan Operasi sesuai SPO

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator kepatuhan dokter dalam pelaksanaan Site Marking pada pasien yang akan dilakukan Tindakan Operasi, sudah sesuai dengan target yang diharapkan yaitu 100%.

e. Kepatuhan petugas dalam melaksanakan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah dan 5 moment.

Grafik 3.18

IMP – RS : Kepatuhan Petugas dalam Melaksanakan Kebersihan Tangan dengan Metode 6 Langkah dan 5 Moment

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	98,85	98,62	100	98,65	97,88	99,35	100	98,74	99,04	97,82	100	100

Berdasarkan grafik indikator kepatuhan petugas dalam melaksanakan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah dan 5 moment belum mencapai target 100% (Januari – Desember 2025).

Analisa :

Penyebab Masalah :

- Standar capaian untuk IMP-RS pada Indikator kepatuhan petugas dalam melaksanakan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah 5 moment masih 99,3% (standar 100%), sedangkan untuk target nasional pada indikator tersebut sudah tercapai (≥85%).

Plan (P) :

- Merubah standar capaian sesuai dengan standar nasional (≥85%)
- Sosialisasi ulang 6 langkah dan 5 moment ke setiap unit kerja
- Audit harian / mingguan oleh komite PPI
- Memastikan ketersediaan handrub/ handwash di titik pelayanan

Do (D) :

- Melakukan perubahan standar IMP-RS untuk kepatuhan petugas dalam melaksanakan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah 5 moment disesuaikan dengan standar nasional.
- Melakukan sosialisasi ulang 6 langkah 5 moment
- Memastikan ketersediaan handrub/ handwash dan air mengalir
- Melakukan audit kepatuhan oleh petugas PPI

Study (S) :

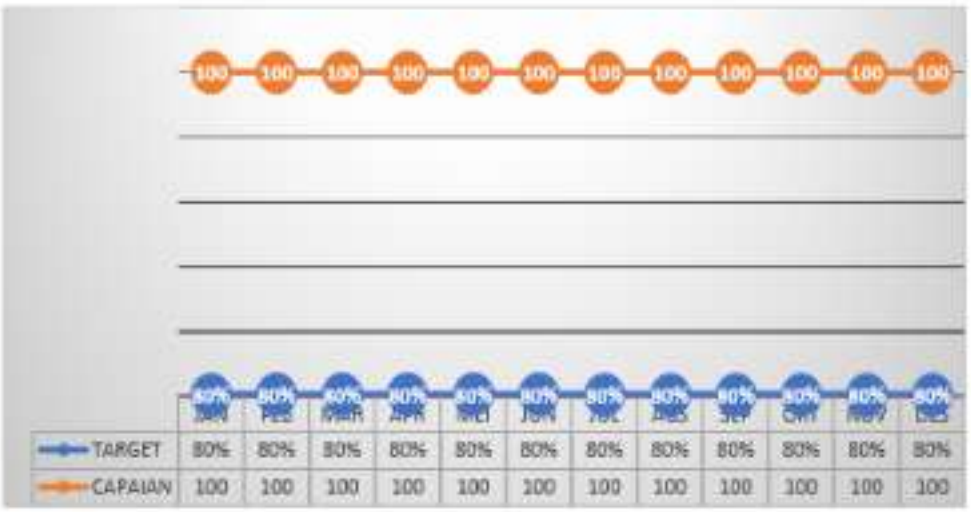
- Menganalisis hasil audit : kapan moment yang paling sering terlewat
- Membandingkan hasil audit dengan target
- Mengidentifikasi kendala

Act (A) :

- Penerapan SPO dan dipertahankan
- Perbaiki metode sosialisasi

f. **Kepatuhan pemasangan pagar pengaman dan stiker pada gelang pasien dengan risiko jatuh.**

Grafik 3.19
IMP – RS : Kepatuhan Pemasangan Pagar Pengaman dan Stiker pada Gelang Pasien dengan Risiko Jatuh

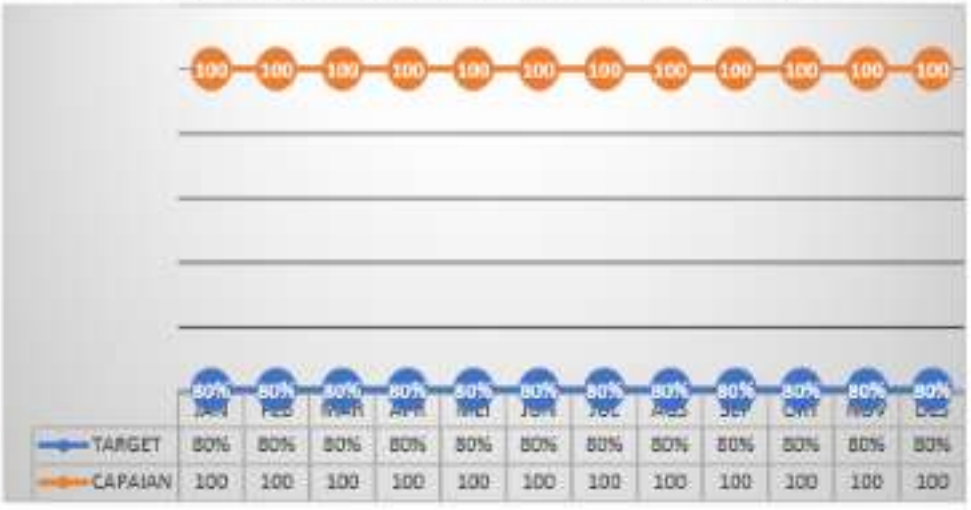


Berdasarkan grafik kepatuhan pemasangan pagar pengaman dan stiker pada gelang pasien dengan risiko jatuh sudah sesuai standar capaian Januari – Desember 2025 yaitu 100%.

2. **Pelayanan Klinis Prioritas (Pelayanan TB)**

Grafik 3.20

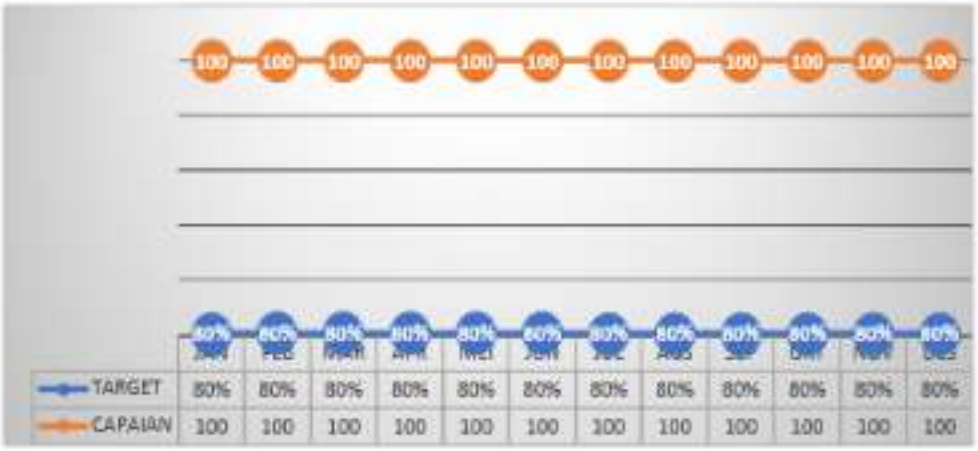
IMP – RS : Pelayanan Klinis Prioritas (Pelayanan TB)



Berdasarkan grafik indikator pelayanan klinis prioritas (pelayanan TB) sudah mencapai target 100% dari Januari – Desember 2025.

3. Tujuan Strategi RS (Pelayanan Penurunan Stunting dan Wasting)

Grafik 3.21
IMP – RS : Tujuan Strategi RS (Pelayanan Penurunan Stunting dan Wasting)



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator tujuan strategi RS dalam pelayanan stunting dan wasting yaitu rata-rata 100% dari bulan Januari – Desember 2025 dan ini sudah sesuai dengan standar.

4. Perbaikan Sistem (Pelayanan Rekam Medik Elektronik)

Grafik 3.22
IMP – RS : Perbaikan Sistem (Pelayanan Rekam Medik Elektronik)

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan data diatas untuk pelayanan Rekam Medik Elektronik sudah tercapai sesuai dengan standar yaitu 100%.

5. Manajemen Risiko

a. Pelaporan Risk Register semua Unit dalam Aplikasi SIDISKO

Grafik 3.23
IMP-RS : Pelaporan Risk Register semua Unit dalam Aplikasi SIDISKO

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Untuk Indikator pelayanan risk register semua unit dalam aplikasi SIDISKO sudah sesuai dengan target 100%.

b. Daftar Risiko yang Dilakukan Rencana Tindak Pengendalian

Grafik 3.24
IMP – RS : Daftar Risiko yang dilakukan Tindakan Pengendalian

	TW I	TW II	TW III	TW IV
TARGET	60	60	60	60
CAPAIAN	50	60,6	38,3	70,63

Berdasarkan grafik dengan Indikator Manajemen Risiko pada daftar risiko yang dilakukan rencana tindak pengendalian dengan target ≥60%, capaian tidak memenuhi target dengan rata-rata 70,63%.

Analisa :

- **Masalah :**

  Daftar risiko di Aplikais SIDISKO belum ditindaklanjuti >50% dengan capaian seharusnya ≥60%.

- ***Plan (P)*** **:**
  - Meninjau daftar risiko dan mengidentifikasi daftar risiko dengan status "belum ditindaklanjuti".
  - Menetapkan penanggung jawab (PIC) dan target waktu yang jelas untuk penyeselesaian.
- ***Do (D). :***
  - Melaksanakan Tindakan perbaikan yang telah disusun dalam skala kecil (misal disalah satu unit kerja terlebih dahulu) untuk meminimalkan dampak risiko baru yang mungkin timbul.
  - Mencatat seluruh proses pelaksanaan. Hambatan yang ditemui, dan data hasil
- ***Study (S) :***
  - Membandingkan data sebelum dan sesudah Tindakan perbaikan dilakukan
  - Menilai apakah Tindakan tersebut efektif dalam mengurangi atau menghilangkan risiko
  - Melihat apakah ada dampak samping yang timbul dari intervensi yang dilakukan
- ***Action (A) :***
  - Jika Tindakan yang sudah dilakukan kesalah satu unit efektif, maka dilanjutkan ke unit lainnya dengan metode yang sama.
  - Jika Tindakan belum berhasil, analisis ulang penyebabnya dan ubah rencana.
  - Lakukan monitoring terus menerus untuk memastikan Tindakan perbaikan konsiisten dijalankan.
  - Memantau keaktifan dari PIC pada aplikasi SIDISKO untuk daftar risiko yang sudah dilakukan tindaklanjut untuk dibuat analisis residualnya.

D. Pencapaian Indikator Mutu Unit (Imp-Unit)

1. Pelayanan Gawat Darurat : Kematian pasien <24 jam di Unit Gawat Darurat

Grafik 3.24

IMP – Unit : Pelayanan Gawat Darurat ; Kematian Pasien <24 Jam di Unit Gawat Darurat

Berdasarkan grafik Indikator kematian pasien kurang dari 24 jam di Unit Gawat Darurat (UGD) masih belum sesuai dengan target ≤2/1000 dengan rata-rata Januari – Desember 2025 sebesar 3/1000.

Analisa :

- **Penyebab Masalah :**
  - Kondisi pasien yang masuk ke IGD sudah dalam kondisi kritis
  - Berdasarkan penilaian triage dalam level 1, yaitu memerlukan Tindakan resusitasi.
  - Masih terdapatnya tenaga perawat dan dokter yang belum terlatih sistem.
  - Sistem pelayanan pre-hospital yang perlu ditingkatkan.
  - RSUD dr. Rubini menjadi satu-satunya RS rujukan di Kabupaten Mempawah.
- ***Plan (P)*** :
  - Peningkatan kompetensi dan keterampilan petugas dalam kasus kegawatdaruratn dengan membuat Rencana Pelatihan BTCLS untuk Perawat/Bidan dan ATCLS untuk Dokter

- Menginformasikan kepada Dinkes tentang *pre-hospital care* di FKTP untuk ditingkatkan.

- ***Do (D)*** :
  - Pelatihan BTCLS untuk Perawat/Bidan dan ATCLS untuk Dokter
  - Sosialisasi tentang Pre-Hospital Care di FKTP.
- ***Study (S)*** :
  - Monitoring dan Evaluasi petugas pelayanan yang telah melakukan pelatihan
  - Monitoring dan Evaluasi alur petugas yang melakukan rujukan dari FKTP.
- ***Activity (A)*** :
  - Melakukan pelatihan BTCLS untuk Perawat/Bidan dan ATCLS untuk Dokter.
  - Sosialisasi tentang pentingnya proses rujukan sesuai alur rujukan dari FKTP ke RS.

2. Pelayanan Rawat Jalan : Waktu tunggu di rawat jalan

Grafik 3.25

IMP – Unit : Pelayanan Rawat Jalan ; Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Berdasarkan grafik Indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan sudah sesuai dengan standar yaitu kurang dari atau sama dengan 60 menit, dan rata-rata 48,05 menit.

3. **Pelayanan Bedah Sentral : Waktu tunggu operasi elektif**

Grafik 3.26

IMP – Unit : Pelayanan Bedah sentral ; Waktu Tunggu Operasi Elektif

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
CAPAIAN	1	1	1	3	3	2	3	2	3	2	3	3

Berdasarkan grafik Indikator Waktu Tunggu Operasi Elektif tidak sesuai dengan standar kurang dari atau sama dengan 2 hari (Januari – Desember 2025), dengan rata-rata capaian operasi elektif 3 hari.

Analisa :

- **Masalah** :
  - Salah satu Fasilitas kamar operasi kurang lengkap
  - Tingginya angka kasus emergency
- ***Plan (P)*** :
  - Membuat rencana pengaturan ulang jadwal operasi
  - Melakukan pelaporan ke manajemen terkait fasilitas yang belum lengkap
  - Peningkatan efisiensi penggunaan kamar operasi
- ***Do (D)*** :
  - Menerapkan jadwal pengaturan ulang pasien dengan operasi elektif
  - Mengatur alur pasien pra-operasi
- ***Study (S)*** :
  - Menganalisa data apakah penundaan operasi elektif berkurang dari standar ≤2 hari

- ***Act (A)*** :
  - Aktif melakukan monitoring jadwal operasi elektif sehingga jika terjadi penundaan segera melakukan penjadwalan ulang ke unit terkait

4. Ruang Cempaka (Anak) : Kemampuan penatalaksanaan gizi buruk

Grafik 3.27
IMP – Unit : Ruang Cempaka ; Kemampuan Penatalaksanaan Gizi Buruk

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
CAPAIAN	83	75	87,5	100	87,5	80	85,7	85,7	85	85,7	80	75

Berdasarkan indikator kemampuan penatalaksanaan gizi buruk sudah sesuai dengan target lebih dari atau sama dengan 80% yaitu rata-rata 84,17%.

5. **Pelayanan Perinatalogi : Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram**

Grafik 3.28

IMP – Unit : Pelayanan Perinatalogi ; Kemampuan Menangani BBLR 1500-2500 gram

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan indikator kemampuan menangani BBLR 1500 -2500 gram sudah sesuai dengan standar 100%.

6. **Pelayanan Kebidanan : Pertolongan persalinan dengan section caesaria**

Grafik 3.29

IMP – Unit : Pelayanan Kebidanan ; Pertolongan Persalinan dengan Sectio Caesaria

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
CAPAIAN	27	70	75	67	60	68	93,4	71,8	72,2	72,5	63	68,75

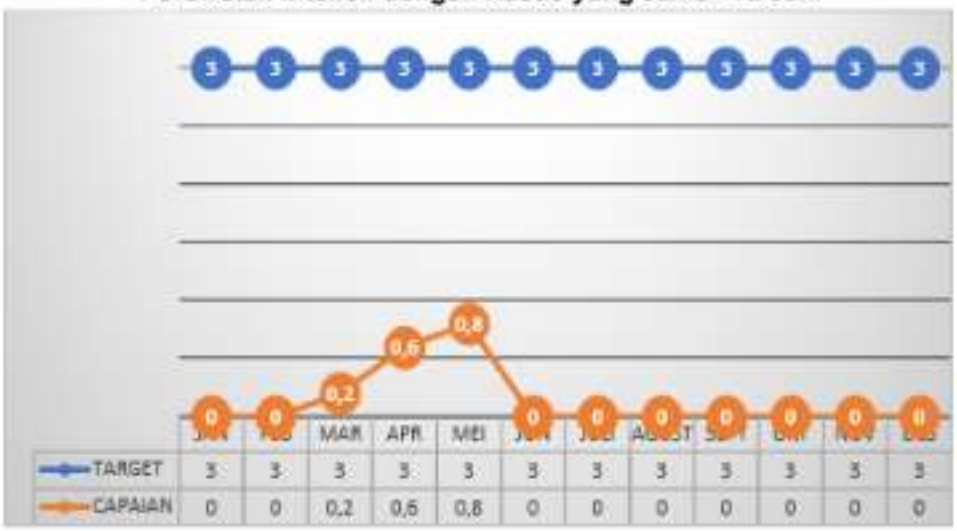
Berdasarkan indikator pertolongan persalinan dengan Sectio Caesaria (SC) masih belum tercapai sesuai dengan standar ≤25% dengan rata-rata 67,27%.

Analisa :

- **Penyebab masalah** :
  - Sebagai rumah sakit satu-satunya rujukan
  - RSUD dr. Rubini Mempawah merupakan satu-satunya Rumah Sakit pelayanan rujukan di Kabupaten Mempawah untuk pasien kebidanan dan kandungan.
  - Rujukan dari fasilitas Kesehatan tingkat I yang sudah dalam kondisi risiko tinggi atau darurat.
- ***Plan (P)*** :
  - Membuat SPO seleksi rujukan (kapan harus dirujuk agar tidak merujuk dalam kondisi darurat)
  - Melakukan audit bersama (RS dan Klinik/ Puskesmas) terhadap rujukan SC
  - Menerepkan clinical pathway (CP) untuk partus pervaginam pada risiko rendah .
- ***Do (D)*** :
  - Sosialisasikan SPO seleksi rujukan (kapan harus dirujuk agar tidak terlambat).
  - Terapkan CP untuk ibu hamil risiko rendah yang masuk ke IGD
  - Audit rujukan dilakukan setiap minggu, focus pada alasan rujukan SC
- ***Study (S)*** :
  - Setelah 1 bulan, lakukan Analisa data angka SC pada kelompok risiko rendah sudah turun 5%
  - Audit Bersama efektif meningkatkan kesadaran faskes primer akan pentingnya rujukan dini.
- ***Acti (A)*** :
  - Melanjutkan CP jika efektif dalam menurunkan angka SC pada risiko rendah

7. **Pelayanan Intensif: Rata-rata Pasien yang kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang sama <72 Jam**

Grafik 3.30
IMP – Unit : Pelayanan Intensif ; Rata-rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang sama <72 Jam



Berdasarkan indikator rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama <72 jam sudah sesuai dengan standar <3%.

8. **Pelayanan Unit Dialisis :**

   a. **Jumlah pasien yang dapat terlayani sesuai adekuasi dialysis**

Grafik 3.31
IMP – Unit : Jumlah Pasien yang dapat terlayani sesuai Adekuasi Dialysis

Berdasarkan indikator jumlah pasien yang dapat terlayani sesuai adekuasi dialysis sejak bulan Januari – Desember 2025 rata-rata 91,195% dan ini sudah sesuai dengan standar yaitu ≥65%.

b. Jumlah kejadian drop out pasien terhadap pelayanan HD yang direncanakan

Grafik 3.32

IMP – Unit : Jumlah kejadian drop out pasien terhadap pelayanan HD yang direncanakan

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
CAPAIAN	4	7,14	7,14	0	16,135	14,81	10,34	5,56	5,56	7,15	4,65	4,65

Berdasarkan grafik jumlah kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan HD yang direncanakan sesuai dengan target <65% yaitu 7,26%.

9. Pelayanan Radiologi :

- **Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax**

Grafik 3.33

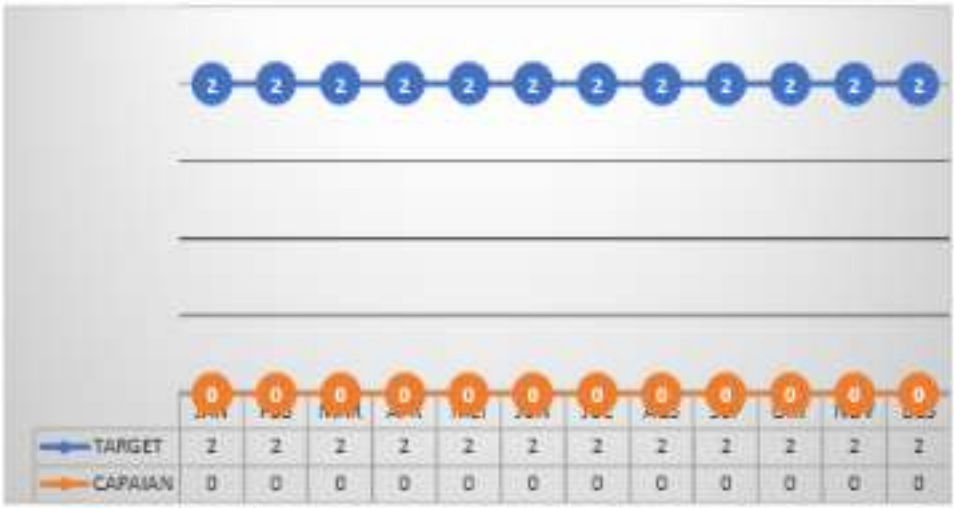
IMP – Unit : Pelayanan Radiologi ; Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
CAPAIAN	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Berdasarkan indikator waktu tunggu hasil pelayanan foto *thorax* sudah sesuai dengan standar yaitu kurang dari atau sama dengan 60 menit dengan rata-rata 10 menit.

- **Kejadian kegagalan pelayanan rontgen**

Grafik 3.34
IMP – Unit : Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
CAPAIAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Berdasarkan indikator kejadian kegagalan pelayanan rontgen sudah sesuai dengan standar yaitu kurang dari atau sama dengan 2%.

10. **Pelayanan Laboratorium Pathologi Klinik : Tidak adanya kejadian kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium**

Grafik 3.35
IMP – Unit : Pelayanan Laboratorium Pathologi Klinik ; Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan Indikator Mutu Unit pada pelayanan laboratorium pathologis klinik dengan tidak adanya kejadian kesalahan penyerahan hasil

pemeriksaan laboratorium sudah sesuai dengan standar 100% (Januari – Desember 2025).

11. Administrasi & Manajemen : Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Grafik 3.36
IMP – Unit : Administrasi & Manajemen ; Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
CAPAIAN	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65

Berdasarkan indikator karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun sudah sesuai dengan standar yaitu lebih dari atau sama dengan 60%, dengan rata-rata 65%.

12. Pelayanan Farmasi : Penulisan resep sesuai formularium

Grafik 3.37
IMP – Unit : Pelayanan Farmasi ; Penulisan Resep sesuai formularium

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan indikator penulisan resep sesuai formularium sudah sesuai dengan standar rata-rata 100% (Januari – Desember 2025).

13. **Pelayanan Rekam Medis : Kelengkapan pengisian rekam medik 2x24 jam setelah selesai pelayanan**

Grafik 3.38
IMP – Unit : Pelayanan Rekam Medis ; Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 2x24 Jam setelah selesai Pelayanan

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan indikator kelengkapan pengisian rekam medik 2x24 jam setelah pelayanan sudah sesuai dengan standar 100%.

14. **Pelayanan Gizi : Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien**

Grafik 3.39
IMP – Unit : Sisa Makanan yang tidak termakan oleh Pasien

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
CAPAIAN	16	14	20	14	12	12	10	0	0	0	0	0

Berdasarkan indikator sisa makanan tidak termakan oleh pasien sudah sesuai dengan indikator yaitu kurang dari atau sama dengan 30%, dengan rata-rata 8%.

15. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit : Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan Berkala

Grafik 3.40

IMP – Unit : Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit ; Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan Berkala

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	81	83	82	88	87	83	86	88	90	88	92	92

Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu pemeliharaan alat Kesehatan berkala belum sesuai dengan standar 100%.

Analisa:

- **Penyebab Masalah** :
  - Kurangnya sumber daya manusia (SDM) teknisi IPSRS (jumlah teknisi tidak sebanding dengan jumlah alat.
- ***Plan (P)*** :
  - Meningkatkan capaian pemeliharaan dengan sumber daya yang ada.
  - Membuat skala prioritas pemeliharaan alat (alat kritis/ IGD/ OK didahulukan) dan Menyusun jadwal pemeliharaan harian yang realistis.
  - Melibatkan kepala IPSRS untuk memetakan ulang kompetensi teknisi
- ***DO (D)*** :
  - Melaksanakan jadwal pemeliharaan berdasarkan skala prioritas selama 1 bulan
  - Mendokumentasikan kegiatan pemelharaan (terjadwal atau tertunda) dalam logbook
  - Melibatkan petugas diruangan dalam proses pemeliharaan medis.

- ***Study (S)*** :
  - Menganalisa data, apakah alat kritis selesai tepat waktu?
  - Mengukur berapa persen peningkatan ketepatan waktu?
  - Melakukan evaluasi apakah teknisi masih kewalahan setelah dilakukan penjadwalan dan dibuat logbook?
- ***Activity (A)*** :
  - Jika berhasil maka lanjutkan skala prioritas
  - Jika belum berhasil maka dilakukan penambahan teknisi atau dilakukan lembur.

16. Pelayanan Tranfusi Darah : Kejadian reaksi tranfusi

Grafik 3.41

IMP – Unit : Pelayanan Tranfusi Darah ; Kejadian Reaksi Tranfusi

Berdasarkan grafik kejadian reaksi tranfusi sudah sesuai dengan standar yaitu kurang dari atau sama dengan 0,01%, dengan rata-rata 0% yang artinya tidak ada kejadian reaksi alergi pada tranfusi darah.

17. **Pelayanan Pengolah Limbah/ Sanitasi Rumah Sakit : Angka PH**

Grafik 3.42

IMP – Unit : Pelayanan Pengolah Limbah/Sanitasi Rumah Sakit ; Angka PH

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
PH	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
PH2	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
Capaian	7,7	7	6,7	7,4	7,2	7,6	7,1	6,1	7,1	6,5	7,1	7,6	7,09

Berdasarkan grafik indikator angka PH sanitasi rumah sakit sudah sesuai dengan standar yaitu 6-9 dengan rata-rata 7,09. Ini artinya PH sanitasi (air bersih, air limbah domestik, atau air minum) antara 6-9 menunjukkan bahwa kondisi air tersebut berada dalam rentang aman, layak, dan normal untuk higienis serta lingkungan.

18. **Pelayanan Rehabilitasi Medik (Fisioterapi, Terapi Okupasi, Terapi Bicara, Terapi Ortotik Prostetik)**

- **Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan**

Grafik 3.43

IMP – Unit : Pelayanan Rehabilitasi ; Kejadian Drop Out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
CAPAIAN	28,9	26,6	27,4	29,8	20,2	24,2	24,8	29,8	26,6	29,8	23,4	23,4

Berdasarkan grafik kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan sudah tercapai sesuai dengan standar yaitu kurang dari atau sama dengan 50%, dengan rata-rata 26%.

19. Pelayanan Ambulance dan Kereta Jenazah : Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di RS

Grafik 3.41

IMP – Unit : Pelayanan Ambulance dan Kereta Jenazah : Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah di RS

Berdasarkan grafik kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di RS sudah sesuai dengan standar yaitu kurang dari atau sama dengan 30 menit, dengan rata-rata 10 menit.

20. **Pelayanan Pemulasaran Jenazah : Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah**

Grafik 3.42
IMP – Unit : Pelayanan Pemulasaran Jenazah : Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
CAPAIAN	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Berdasarkan grafik waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah sudah sesuai dengan standar kurang dari atau sama dengan 120 menit, dengan rata-rata 20 menit.

21. **Pencegahan dan Pengendalian Infeksi : Tersedianya anggota Tim PPI RS yang terlatih**

Grafik 3.43
IMP – Unit : Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ; Tersedianya Anggota Tim PPI RS yang Terlatih

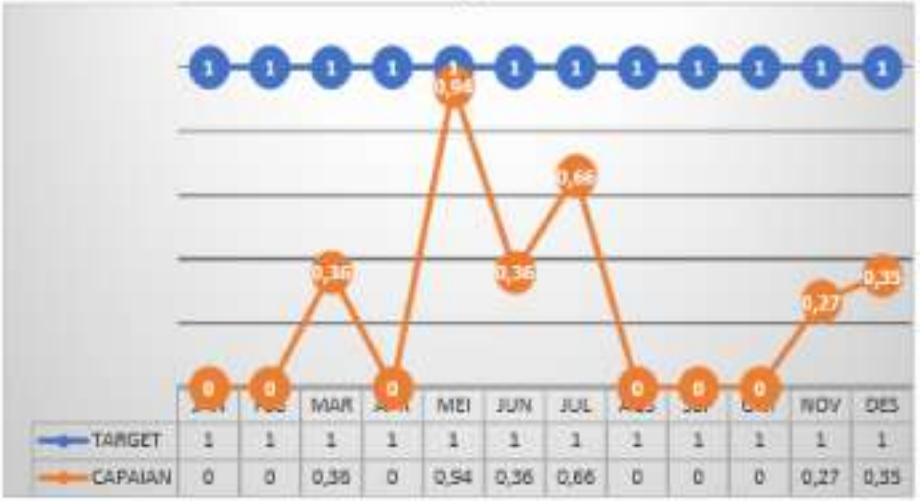
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
CAPAIAN	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81

Berdasarkan grafik tersedianya anggota Tim PPI RS yang terlatih sudah sesuai dengan standar yaitu lebih dari atau sama dengan 75%, dengan rata-rata 81%.

- **Kejadian infeksi pasca operasi**

Grafik 3.44

IMP – Unit : Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ; Kejadian Infeksi Pasca Operasi



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CAPAIAN	0	0	0,36	0	0,54	0,36	0,66	0	0	0	0,27	0,35

Berdasarkan grafik indikator kejadian infeksi pasca operasi sudah sesuai dengan standar yaitu kurang dari atau sama dengan 1% dengan rata-rata 0,2%.

22. Pelayanan Laundry : Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Grafik 3.45

IMP – Unit : Pelayanan Laundry ; Tidak adanya kejadian linen yang hilang

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	99,3	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik tidak adanya kejadian linen yang hilang belum sesuai dengan standar yaitu kurang dari atau sama dengan 100%, dengan rata-rata 99%.

Masalah :

- Terjadi linen hilang pada bulan April 2025 sebanyak 12 helai.
- Tingginya jumlah pasien yang masuk dibulan April dibandingkan bulan sebelumnya

Plan (P) :

- Melakukan revisi standar operasional prosedur (SOP) serah terima linen kotor/ bersih dan formulir *control of linen* harian.
- Menyusun jadwal *stock opname* bulanan

Do (D) :

- Petugas wajib mencatat jumlah linen disetiap unit/ ruangan saat distribusi dan penerimaan secara ketat.
- Memastikan linen kotor dipisahkan dengan benar dan tidak ada linen yang tertinggal diruangan atau terbawa ke tempat sampah.
- Sosialisasi ulang staf laudry dan perawat ruangan terkait prosedur pencatatan.

Study (S) :

- Melakukan inventarisasi fisik bulanan untuk membandingkan jumlah linen dilapangan dengan data buku/ system.
- Melakukan Analisa data persentasi capaiana (Jumlah linen yang ada / Total alokasi X 100%)
- Mengidentifikasi jenis dan jumlah linen yang hilang serta mencari tahu di titik mana kehilangan terjadi.

Act (A) :

- Perbaikan permanen : Jika terjadi kehilangan, perbaiki SOP, tingkatkan pengawasan, atau perketat serah terima
- Tindakan korektif : Melakukan re-stocking linen yang hilang dan memberikan edkasi ulang kepada staf terkait jika ditemukan kelalaian.
- Standarisasi : Menetapkan metode terbaru hasil perbaikan sebagai standar baru untuk tahun 2026.

23. Unit Rawat Inap : Kejadian pulang paksa

Grafik 3.46

IMP – Unit : Unit Rawat Inap ; Kejadian Pulang Paksa

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
CAPAIAN	5,44	3,37	2,82	2,48	3,62	3,25	2,92	3,16	2,38	2,68	2,65	2,65

Berdasarkan grafik kejadian pulang paksa pada umumnya sudah sesuai dengan standar kurang dari atau sama dengan 5%, kecuali pada bulan Januari yang terjadi kenaikan dengan nilai 5,44%. Sedangkan untuk rata-rata kejadian pulang paksa yaitu 3,12%.

24. Laboratorium PA : Pelaporan hasil laboratorium pathologi anatomi histologi

Grafik 3.47

IMP – Unit : Laboratorium PA ; Pelaporan Hasil Laboratorium Pathologi Anatomi Histologi

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator Pelaporan hasil laboratorium pathologi anatomi histologi yaitu 100%.

25. **Unit Humas dan Informasi : Waktu tunggu pembuatan & penerbitan dokumen akta kelahiran dan kartu keluarga**

Grafik 3.48
IMP – Unit : Unit Humas dan Informasi ; Waktu Tunggu Pembuatan & Penerbitan Dokumen Akta Kelahiran dan Kartu Keluarga

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik waktu tunggu pembuatan dan penerbitan dokumen akta dan kartu keluarga (≤72 Jam) sudah sesuai dengan target yaitu 100%.

26. **Unit CSSD : Kegagalan Uji Bowie Dick pada mesin Sterilisasi Autoclave**

Grafik 3.49
IMP – Unit : Unit CSSD ; Kegagalan Uji Bowie Dick pada Mesin Sterilisasi Autoclave

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CAPAIAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Berdasarkan grafik kegagalan Uji Bowie Dick pada mesin sterilisasi *autoclave* sudah sesuai dengan standar yaitu 0%, yang artinya tidak pernah terjadi kegagalan pada uji *bowie dick*.

E. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman dan Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) BAB I ayat 6 menyatakan bahwa : Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.

Adapun standar yang digunakan sebagai acuan pelaporan dari RSUD dr. Rubini Mempawah ditahun 2025 adalah Peraturan Bupati Mempawah (PERBUP) Nomor 018 TAHUN 2023 tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. Rubini Mempawah tahun 2023 – 2024.

1. Pelayanan Gawat Darurat

- **Kemampuan menangani life saving di unit gawat darurat**

Grafik 3.50
SPM : Pelayanan Gawat Darurat ; Kemampuan Menangani Life Saving di Unit Gawat Darurat

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kemampuan menangani life saving di unit gawat darurat berdasarkan grafik sudah sesuai dengan target yaitu 100%.

- **Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS yang masih berlaku**

Grafik 3.51
SPM : Pelayanan Gawat Darurat ; Pemberi Pelayanan Gawat Darurat yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS yang masih berlaku

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	90	76	76	76	76	76	76	100	100	100	97	100

Berdasarkan grafik pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat BLS/PPGD/GE:S/ALS yang masih berlaku sudah sesuai dengan target 100%.

- **Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat (5 menit)**

Grafik 3.52
SPM : Pelayanan IGD; Waktu Tangga[Pelayanan Dokter di Unit Gawat Darurat

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-rata
TARGET	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
CAPAIAN	1,5	1,5	2,7	2	1,8	2	1,6	1,7	1,5	1,4	1,5	1,5	1,73

Berdasarkan grafik waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat sudah sesuai dengan standar yaitu kurang dari atau sama dengan 5 menit dengan rata-rata 1,7 menit.

- **Kematian pasien <24jam di unit gawat darurat**

Grafik 3.53

SPM : Pelayanan IGD; Kematian Pasien <24 Jam di Unit Gawat Darurat

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-rata
TARGET	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
CAPAIAN	2	3	3	3	6	4	2	4	2	2	3	3	3

Indikator kematian pasien <24 jam di Unit Gawat Darurat dengan target kurang dari atau sama dengan 2/1000 pasien blm tercapai. Untuk indikator tersebut masih di angka 3/1000.

Analisa :

- **Penyebab Masalah** :
  - Kondisi pasien yang masuk ke IGD sudah dalam kondisi kritis.
  - Berdasarkan penilaian triage dalam level 1 yaitu memerlukan Tindakan resusitasi.
  - Masih terdapatnya tenaga perawat dan dokter yang belum terlatih sistem
  - Sistem pelayanan pre-hospital yang perlu ditingkatkan
  - RSUD dr. Rubini masih menjadi satu-satunya RS rujukan di Kabupaten Mempawah.
- ***Plan (P)*** :
  - Melakukan sosialisasi ke fasilitas Kesehatan tingkat dasar untuk lebih aktif dalam penanganan awal pra rujukan ke fasilitas lanjutan

- Melakukan konfirmasi ulang ke rumah sakit yang dituju untuk mencegah keterlambatan proses rujukan.

- ***Do (D)*** :
  - Sosialisasi tentang pre-hospital care di FKTP
  - Menerapkan waktu respon kepada dokter jaga terutama untuk kasus triase merah.
- ***Study (S)*** :
  - Menganalisa data kematian <24 jam setelah 1 bulan, apakah ada penurunan atau tidak
  - Monitoring dan evaluasi pelayanan yang telah melakukan pelatihan dan alur petugas yang melakukan rujukan dari FKTP
  - Mengevaluasi waktu respon dokter terhadap pasien gawat darurat (target <5 menit)
- ***Activity (A)*** :
  - Jika sosialisasi ke FKTP berhasil dan terjadi perubahan maka dilakukan secara berkelanjutan
  - Jika belum berhasil, maka cari penyebab utama lainnya (misal : perlu pelatihan tambahan atau perbaikan sarana)

2. Pelayanan Rawat Jalan

- **Pemberi pelayanan di klinik spesialis**

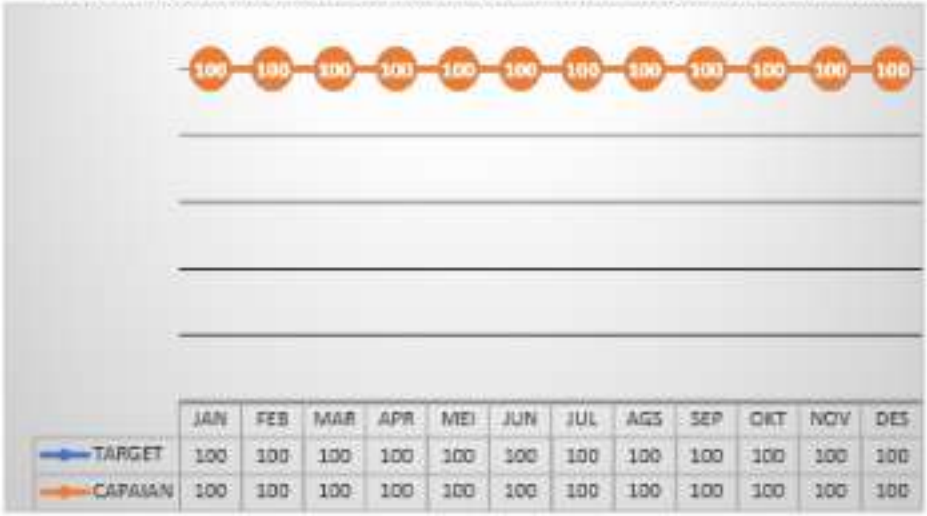
Grafik 3.54
SPM : Pelayanan Rawat Jalan di klinik spesialis

Berdasarkan grafik dan kesesuaian dilapangan untuk indikator pemberi pelayanan di klinik spesialis sudah sesuai dengan standar 100%.

- **Ketersediaan pelayanan rawat jalan**

Grafik 3.55

SPM : Pelayanan Rawat Jalan; Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan



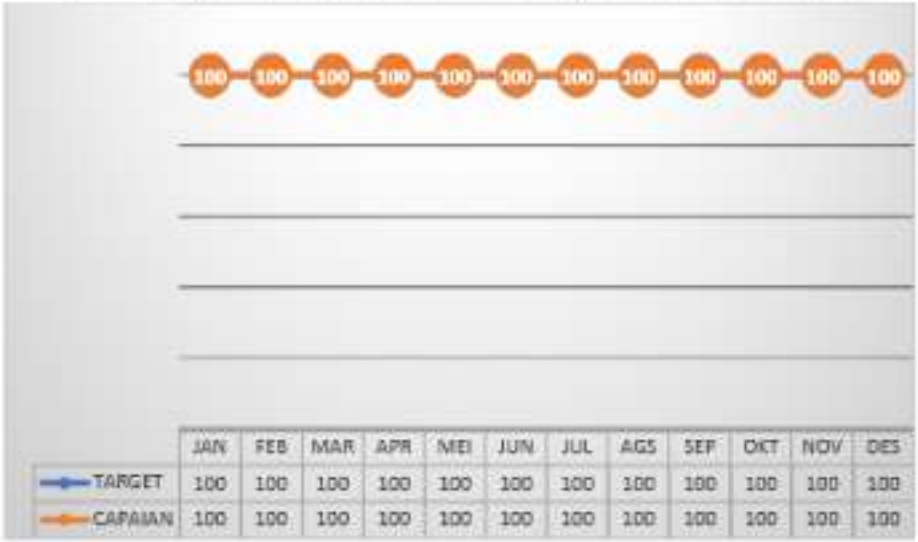
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Indikator ketersediaan pelayanan rawat jalan sudah sesuai dengan target 100%.

- **Buka pelayanan sesuai ketentuan**

Grafik 3.56

SPM : Pelayanan Rawat Jalan ; Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik untuk buka jam pelayanan sudah sesuai dengan target 100% yaitu di jam 08.00 – 14.00 Wib.

- **Waktu tunggu dirawat jalan**

Grafik 3.57

SPM : Pelayanan Rawat Jalan ; Waktu Tunggu dirawat Jalan

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
CAPAIAN	55	52,8	53	51,6	52	51,3	54,8	58,9	59,4	52	57,3	57,3	54,6

Indikator waktu tunggu rawat jalan sudah sesuai dengan target yaitu kurang dari atau sama dengan 60 menit.

- **Pasien rawat jalan Tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS**

Grafik 3.58

SPM : Pelayanan Rawat Jalan ; Pasien rawat jalan Tuberkulosis yang ditangani dengan Strategi DOTS

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan indikator pasien rawat jalan yang ditanganni dengan strategi DOTS sudah sesuai dengan target yaitu 100%.

- **Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis**

Grafik 3.59
SPM : Pelayanan Rawat Jalan;Penegakkan diagnosis Tuberkulosis melalui Pemeriksaan Mikroskopis

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Indikator penegakkan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis sudah sesuai target lebih dari atau sama dengan 60%, dengan rata-rata 100%.

- **Pelayanan Kesehatan orang dengan resiko terinfeksi HIV/AIDS**

Grafik 3.60
SPM : Pelayanan Rawat Jalan;Pelayanan Kesehatan Orang dengan Resiko Terinfeksi HIV/AIDS

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator pelayanan Kesehatan orang dengan resiko terinfeksi HIV/AIDS sudah sesuai dengan target 100%.

- **Pelayanan Balita Stunting dan Wasting yang dilayani di RS**

Grafik 3.61
SPM : Pelayanan Rawat Jalan;Pelayanan Balita Stunting dan Wasting yang dilayani di RS

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Indikator SPM pada intervensi stunting dan wasting yang dilayani di RS ini sudah sesuai dengan target yaitu 100%.

- **Pelayanan pasien geriatri**

Grafik 3.62
SPM : Pelayanan Rawat Jalan ; Pelayanan Pasien Geriatri

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator pelayanan pasien geriatrik sudah sesuai dengan target 100%.

3. **Pelayanan Rawat Inap**

- **Jam Visite Dokter Spesialis**

Grafik 3.63
SPM : Pelayanan Rawat Inap;Jam Visite Dokter Spesialis

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan garfik indikator Jam Visite Dokter Spesialis sudah sesuai dengan target 100%.

- **Persentase Pasien yang Memperoleh informasi Pre Operatif**

Grafik 3.64
SPM : Pelayanan Rawat Inap ; Persentase Pasien yang Memperoleh Informasi Pre - Operatif

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Indikator Persentase Pasien yang Memperoleh informasi Pre Operatif pada grafik diatas sudah sesuai dengan target 100%.

- **Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian**

Grafik 3.65
SPM : Pelayanan Rawat Inap ; Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan / Kematian

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian sudah sesuai dengan target 100%.

- **Kematian pasien rawat inap lebih dari 48 jam**

Grafik 3.66
SPM : Pelayanan Rawat Inap ; Kematian Pasien Rawat Inap Lebih Dari 48 Jam

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	
CAPAIAN	0,71	2,5	1,35	1,24	3,06	2,77	3,07	2,42	3,18	1,67	2,16	2,16	2,19

Berdasarkan grafik indikator kematian pasien lebih dari 48 jam belum sesuai dengan target yaitu kurang dari atau sama dengan 0,25%, sedangkan capaian yang didapat rata-rata 2,19%.

Analisa :

- **Penyebab masalah** :
  - Pasien yang masuk kerumah sakit sudah dalam kondisi kritis,
  - Proses rujukan pada kasus kegawatdaruratan ke faskes yang lebih tinggi memerlukan waktu yang lebih lama.
  - Ruangan ICU yang penuh.
- ***Plan (P)*** :
  - Penerapan monitoring ketat pada pasien dengan GCS <15 atau komorbiditas tinggi
  - Edukasi staf mengenai *Early Warning Score (EWS)* untuk deteksi dini perburukan
  - Peningkatan komunikasi efektif (SBAR) antara perawat dan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP).
- ***Do (D)*** :
  - Melakukan uji coba pada satu ruang rawat inap untuk pelaksanaan sesuai *plan*.
  - Mewajibkan pengecekan
  - Pelaksanaan asuhan pasien sesuai SOP
- ***Study (S)*** :
  - Monitoring dan evaluasi proses rujukan kasus kegawatdaruratan yang berasal dari FKTP ke RS.
- ***Activity (A)*** :
  - Supervisi oleh kepala instalasi dengan lebih berkualitas.
  - Asuhan pasien sesuai dengan SOP

- **Kejadian pulang paksa**

Grafik 3.67

SPM : Pelayanan Rawat Inap ; Kejadian Pulang Paksa

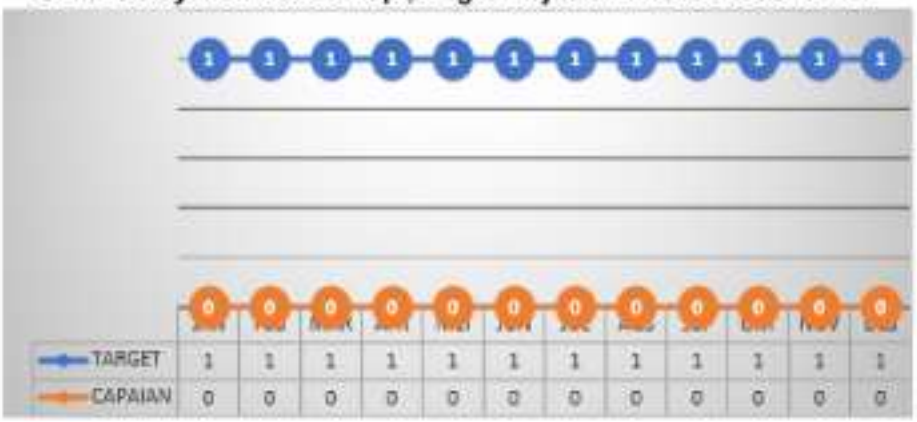
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
CAPAIAN	5,44	3,37	2,82	2,48	3,62	3,25	2,92	3,16	2,38	2,68	2,65	2,65	3,12

Berdasarkan grafik kejadian pulang paksa pada umumnya sudah sesuai dengan standar kurang dari atau sama dengan 5%, kecuali pada bulan Januari yang terjadi kenaikan dengan nilai 5,44%. Sedangkan untuk rata-rata kejadian pulang paksa yaitu 3,12%.

- **Angka Kejadian Infeksi Nosokomial**

Grafik 3.68

SPM : Pelayanan Rawat Inap ; Angka Kejadian Infeksi Nosokomial



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CAPAIAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Indikator angka kejadian infeksi nosokomial sudah sesuai dengan standar yaitu kurang dari atau sama dengan 1%.

- **Persentase pasien rawat inap yang di rujuk**

Grafik 3.69

SPM : Pelayanan Rawat Inap; Persentase Pasien Rawat Inap yang dirujuk

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
CAPAIAN	2,54	0,98	0,9	1,46	1,11	1,81	0,92	1,16	1,59	0,56	0,69	0,69	1,2

Berdasarkan grafik indikator persentase pasien yang dirujuk sudah sesuai dengan target kurang dari atau sama dengan 5%, dengan rata-rata 1,2%.

- **Pemberi Pelayanan Rawat Inap**

Grafik 3.70

SPM : Pelayanan Rawat Inap;Pemberi Pelayanan Rawat Inap

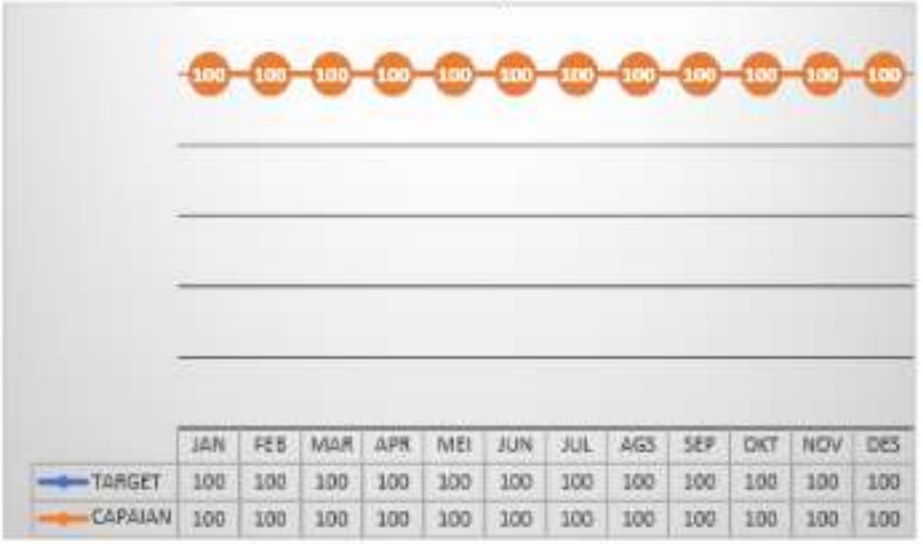
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Indikator pemberi pelayanan rawat inap sudah sesuai dengan target 100%.

- **Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap**

Grafik 3.71

SPM : Pelayanan Rawat Inap ; Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap



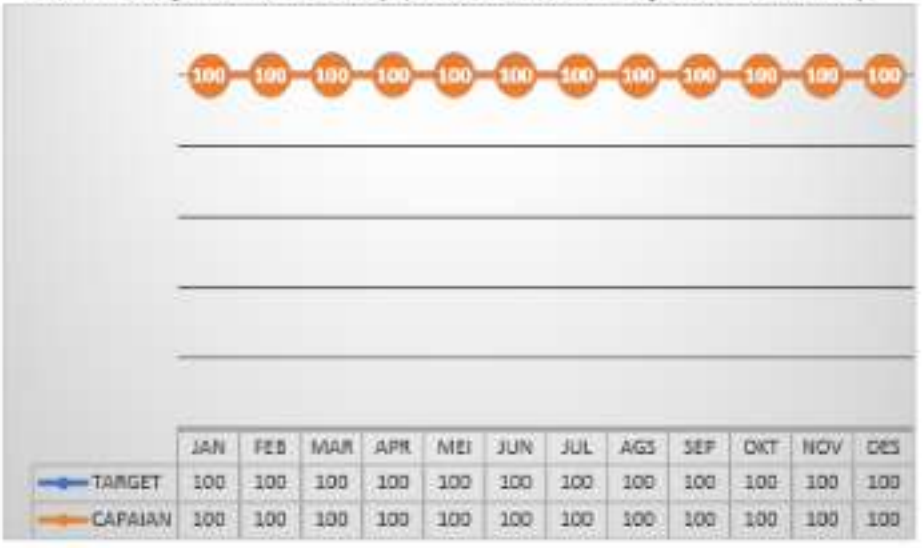
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Indikator dokter penanggung jawab pasien rawat inap sudah sesuai dengan target 100%.

- **Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap**

Grafik 3.72

SPM : Pelayanan Rawat Inap ; Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator ketersediaan pelayanan rawat inap sudah sesuai dengan target 100%.

- **Kejadian Infeksi Pasca Operasi**

Grafik 3.73

SPM : Pelayanan Rawat Inap ; Kejadian Infeksi Pasca Operasi

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
CAPAIAN	0	0,93	1,13	1,13	1,59	1,87	1,81	0,88	1,41	0	1,81	1,81	1,2

Berdasarkan grafik indikator kejadian infeksi pasca operasi sudah sesuai dengan target kurang dari 2%, dengan rata-rata 1,2%.

- **BOR (Bed Occupancy Rate) (≥60%)**

Grafik 3.74

SPM : Pelayanan Rawat Inap ; BOR (Bed Occupancy Rate)

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
CAPAIAN	77,7	83,8	74,7	75,6	79,4	74,8	78,8	74,6	85,9	85	101,9	91,8	82

Berdasarkan indikator Bed Occupacy Rate (BOR) sudah sesuai dengan target lebih dari atau sama dengan 60%, dengan rata-rata 82%.

- **ALOS (Average Length of Stay)**

Grafik 3.75

SPM : Pelayanan Rawat Inap ; ALOS (Average Length of Stay)

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
CAPAIAN	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Indikator Average Length Of Stay (ALOS) sudah sesuai dengan target kurang dari atau sama dengan 5 hari yaitu rata-rata 4 hari.

- **BTO (Bed Turn Over)**

Grafik 3.76

SPM : Pelayanan Rawat Inap ; BTO (Bed Turn Over)

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	
CAPAIAN	6	6	6	5	6	6	7	6	7	7	8	8	78

Indikator *Bed Turn Over* (BTO) belum tercapai dengan standar 40-50 x/ tahun. Untuk BTO RSUD dr. Rubini Mempawah 78x ditahun 2025

Analisa :

- **Penyebab Masalah** :
  - Angka BTO >50 kali/tahun, menunjukkan tingginya perputaran pasien dikarenakan antrean masuk rawat inap terlalu cepat, atau manajemen bed yang tidak terpusat.
- ***Plan (P)*** :
  - Mengatur ulang alur pasien keluar (discharge planning) agar tidak bersamaan
  - Mempercepat proses *cleaning service bed*
  - Memperbaiki koordinasi dengan unit gawat darurat
- ***Do (D)*** :
  - Uji coba perubahan dalam skala kecil dengan menerapkan *discharge planning* yang lebih terstruktur disalah satu bangsal rawat inap selama 2 minggu. Dimana pasien sudah diedukasi pulang 1 hari sebelumnya untuk mempercepat pengosongan tempat tidur.
- ***Study (S)*** :
  - Analisa data hasil uji coba : Apakah BTO menurun ke angka ideal?
  - Apakah perawat merasa beban kerjanya berkurang? Apakah pasien tetap aman?
- ***Act (A)*** :
  - Jika berhasil, terapkan diseluruh bangsal.
  - Jika kurang berhasil, perbaiki rencana discharge planning tidak hanya di pagi hari tapi juga di siang/ sore hari.

4. **Pelayanan Pasien Miskin**

- **Jumlah Pasien Miskin yang Dirawat**

Grafik 3.77

SPM : Pelayanan Pasien Miskin ; Jumlah Pasien Miskin yang Dirawat

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan Indikator Jumlah Pasien Miskin yang dirawat sudah sesuai dengan target 100%.

5. **Pelayanan Bedah Sentral**

- **Jumlah rata - rata waktu tunggu operasi elektif**

Grafik 3.78

SPM : Pelayanan Bedah Sentral ; Jumlah Rata-Rata Waktu Tunggu Operasi elektif

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
CAPAIAN	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Indikator Jumlah rata - rata waktu tunggu operasi elektif sudah sesuai dengan standar ≤2 hari dengan rata-rata 3 hari.

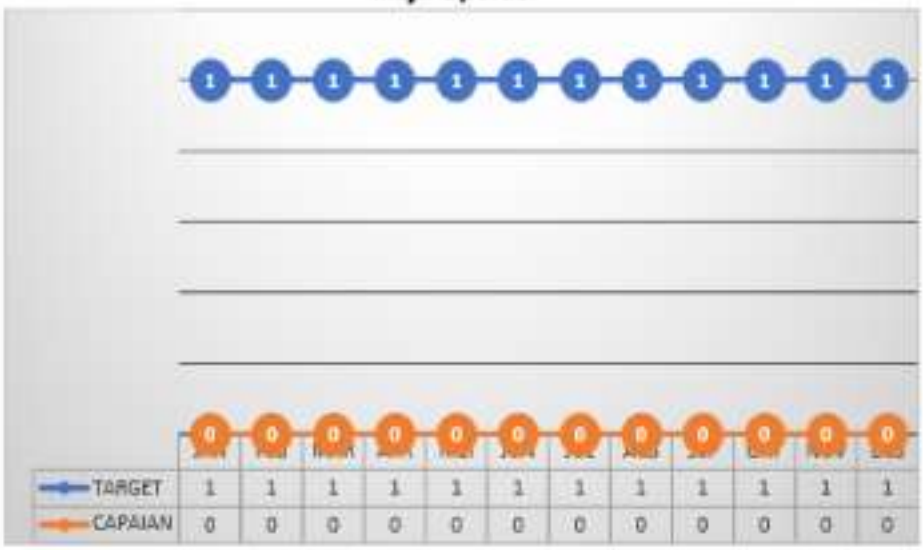
Analisa Masalah :

- Kamar operasi hanya 2 yang berfungsi untuk Tindakan operasi dari 3 kamar operasi yang ada.
- Tingginya kasus *emergency* untuk Tindakan operasi

- ***Plan (P)*** **:**
  - Melakukan pelaporan ke manajemen terkait fasilitas yang belum lengkap disalah satu kamar operasi
  - Melakukan penjadwalan ulang untuk kasus elektif yang tertunda
- ***Do (D)*** **:**
  - Memasukkan kedaftar risiko
  - Melaukan briefing setiap pagi untuk melihat jadwal operasi elektif dan segera melakukan penjadwalan ulang pada kasus elektif yang tertunda
- ***Study (S)*** **:**
  - Memantau data harian / mingguan apakah masih terdapat penundaan operasi elektif
  - Hasil : penundaan operasi elektif masih terjadi, dikarenakan fasilitas yang belum lengkap disalah satu kamar operasi.
- ***Act (A)*** **:**
  - Melakukan evaluasi monitoring setiap minggunya
  - Melakukan pelaporan berkelanjutan ke pihak manajemen terkait pemenuhan fasilitas kamar operasi yang belum lengkap.

- **Jumlah Pasien yang meninggal di meja operasi**

Grafik 3.79
SPM : Pelayanan Bedah Sentral ; Jumlah Pasien yang Meninggal di Meja Operasi



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CAPAIAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Berdasarkan Indikator Jumlah Pasien yang meninggal di meja operasi sesuai dengan target 0%, yang artinya tidak ada kejadian kematian di meja operasi.

- **Tidak adanya kejadian operasi salah sisi**

Grafik 3.80
SPM : Pelayanan Bedah Sentral ; Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator Tidak adanya kejadian operasi salah sisi sudah sesuai dengan standar yaitu 100%.

- **Tidak adanya kejadian operasi salah orang**

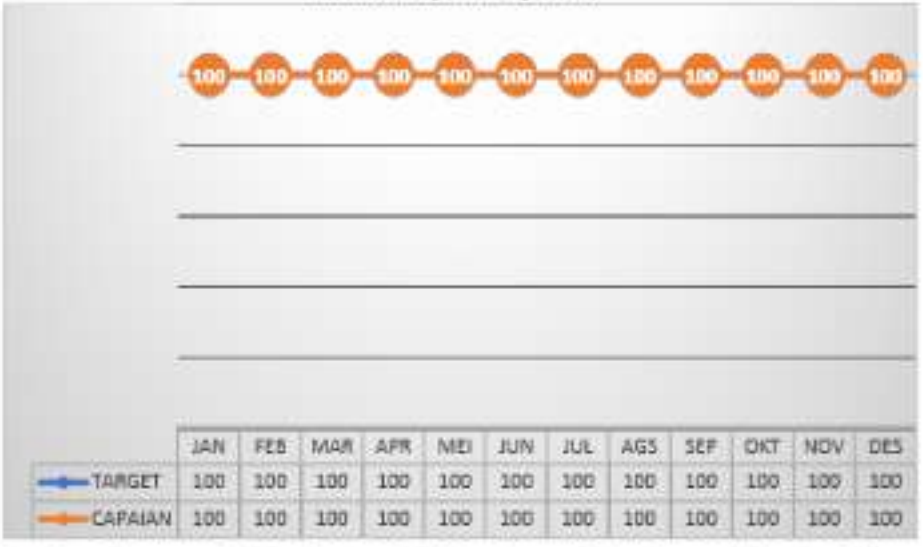
Grafik 3.81
SPM : Pelayanan Bedah Sentral ; Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Orang

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator tidak adanya kejadian operasi salah orang sudah sesuai dengan target yaitu 100%.

- **Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi**

Grafik 3.82
SPM :Pelayanan Bedah Sentral ; Tidak adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi sudah sesuai dengan target 100%.

- **Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi**

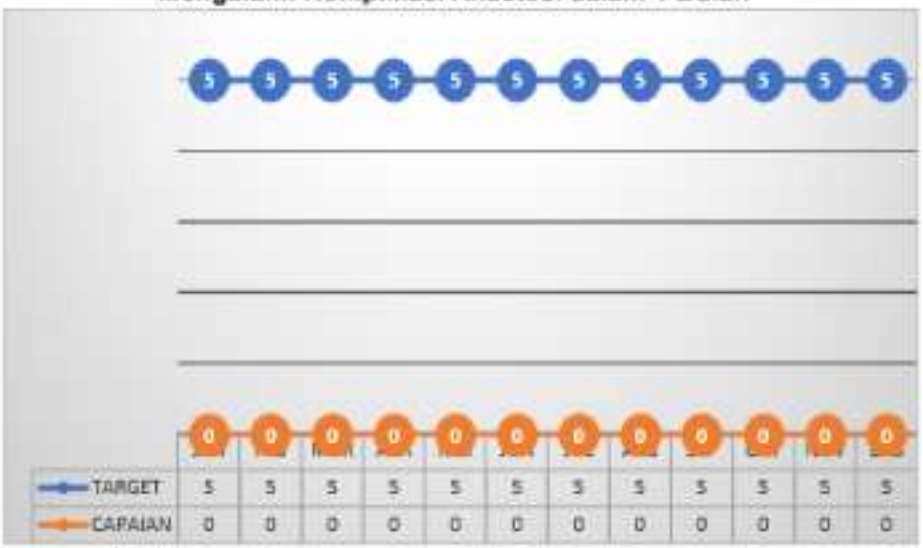
Grafik 3.83
SPM : Pelayanan Bedah Sentral; Tidak adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Indikator tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi sudah sesuai dengan target 100%.

- **Jumlah Kumulatif pasien yang mengalami Komplikasi Anestesi dalam 1 bulan**

Grafik 3.84
SPM : Pelayanan Bedah Sentral ; Jumlah Kumulatif Pasien yang Mengalami Komplikasi Anastesi dalam 1 Bulan



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
CAPAIAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

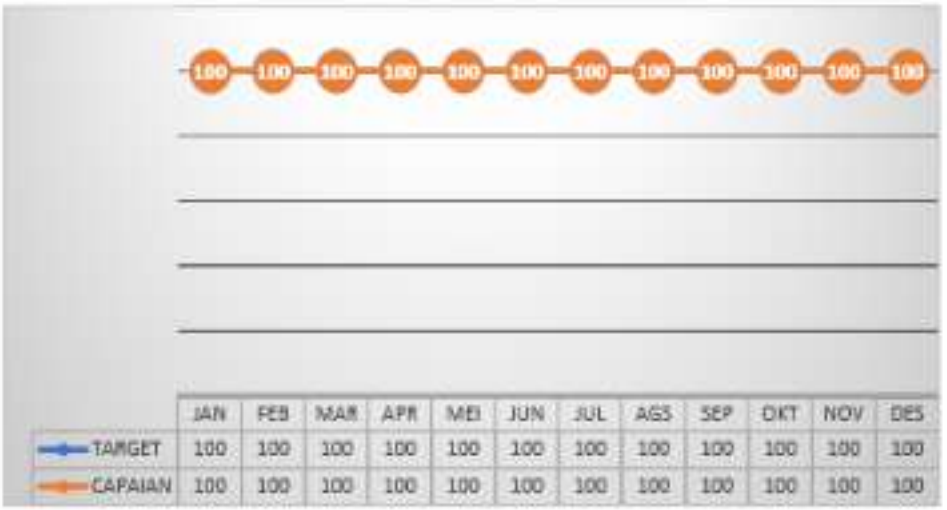
Berdasarkan grafik indikator Jumlah Kumulatif pasien yang mengalami Komplikasi Anestesi dalam 1 bulan sudah sesuai dengan target ≤5%

yaitu dengan rata-rata 0%, yang artinya tidak ada pasien yang mengalami komplikasi anastesi di RSUD dr. Rubini Mempawah.

6. Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi

- **Pemberi Pelayanan Persalinan Normal**

Grafik 3.85
SPM : Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi; Pemberi Pelayanan Persalinan Normal



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator Pemberi Pelayanan Persalinan Normal di RSUD dr. Rubini Mempawah sudah sesuai dengan target 100%.

- **Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit**

Grafik 3.86
SPM : Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi ; Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit sudah sesuai dengan target 100%.

- **Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi**

Grafik 3.87
SPM : Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi ; Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Indikator Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi sudah sesuai dengan target 100%.

- **Jumlah persalinan dengan Sectio Caesaria dalam 1 bulan**

Grafik 3.88
SPM : Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi ; Jumlah Persalinan dengan SC dalam 1 bulan

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	
CAPAIAN	27	70	74,8	66,7	59,6	67,7	93,4	71,8	72,2	72,3	63	63	66,8

Berdasarkan grafik indikator jumlah persalinan dengan Sectio Caesaria dalam 1 bulan belum sesuai dengan target yaitu melebihi 25%, dengan rata-rata 66,8%.

Analisa Masalah :

- Sebagai rumah sakit rujukan satu-satunya di Kabupaten Mempawah dan sekelilingnya.
- Kasus rujukan dari fasilitas Kesehatan tingkat I yang sudah dalam kondisi risiko tinggi atau darurat.

Plan (P) **:**

- Membuat SPO seleksi rujukan (kapan harus dirujuk agar tidak merujuk dalam kondisi darurat)
- Melakukan audit bersama (RS dan PKM/Klinik) terhadap rujukan SC.
- Menerapkan *clinical pathway* (CP) untuk partus pervaginam pada risiko rendah.

Do (D) **:**

- Sosialisasikan SPO seleksi rujukan (kapan harus dirujuk agar tidak terlambat dan sudah dalam kondisi darurat)
- Terapkan CP untuk ibu hamil risiko rendah yang masuk ke IGD
- Audit rujukan dilakukan setiap minggu, focus pada alasan rujukan SC

Study (S) **:**

- Setelah 1 bulan, laukan Analisa data angka SC pada kelompok risiko rendah sudah turun 5%.
- Audit Bersama efektif meningkatkan kesadaran faskes primer akan pentingnya rujukan dini.

Act (A) **:**

- Melanjutkan CP karena efektif dalam menurunkan angka SC pada risiko rendah

- **Jumlah Konseling Layanan KB Mantap**

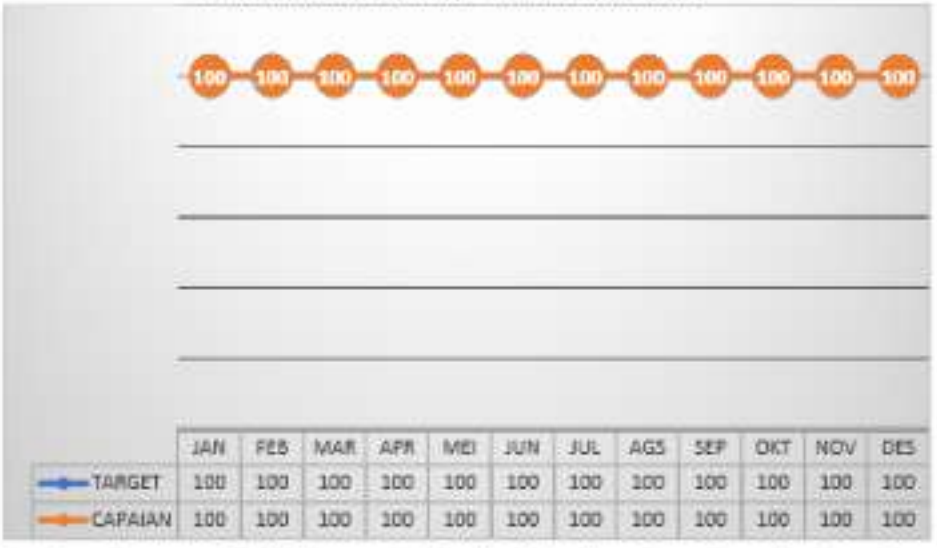
Grafik 3.89
SPM : Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi ; Jumlah Konseling Layanan KB Mantap

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator Jumlah Konseling Layanan KB Mantap sudah sesuai dengan target 100%.

- **Tidak Ada Kejadian Kematian Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas**

Grafik 3.90
SPM : Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi ; Tidak ada Kejadian Kematian Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator tidak ada kejadian kematian Ibu hamil, bersalin dan nifas sudah sesuai dengan target 100%.

- **Kemampuan Menangani BBLR 1500g - 2500g yang Berhasil di tangani dalam 1 bulan**

Grafik 3.91

SPM : Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi; Kemampuan Menangani BBLR 1500g – 2500g yag berhasil ditangani dalam 1 bulan

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Pada indikator Kemampuan Menangani BBLR 1500g - 2500g yang berhasil di tangani dalam 1 bulan sudah sesuai dengan target di bulan yaitu 100%. Artinya tidak ada bayi BBLR yang meninggal atau dirujuk.

- **Pelayanan Skrining Hipotiroid Kongenital Pada Bayi Baru Lahir**

Grafik 3.92

SPM : Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi; Pelayanan skrining Hipotiroid Kongenital pada Bayi Baru Lahir

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator Pelayanan Skrining Hipotiroid Kongenital Pada Bayi Baru Lahir sudah sesuai dengan target, yaitu 100%.

7. **Pelayanan Intensif**

- **Pemberi Pelayanan Unit Intensif**

Grafik 3.93

SPM : Pelayanan Intensif ; Pemberi Pelayanan Unit Intensif

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator Pemberi Pelayanan Unit Intensif sudah sesuai dengan target 100%.

- **Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan**

Grafik 3.94

SPM : Pelayanan Intensif;Jumlah Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang sama <72 Jam dalam 1 bulan

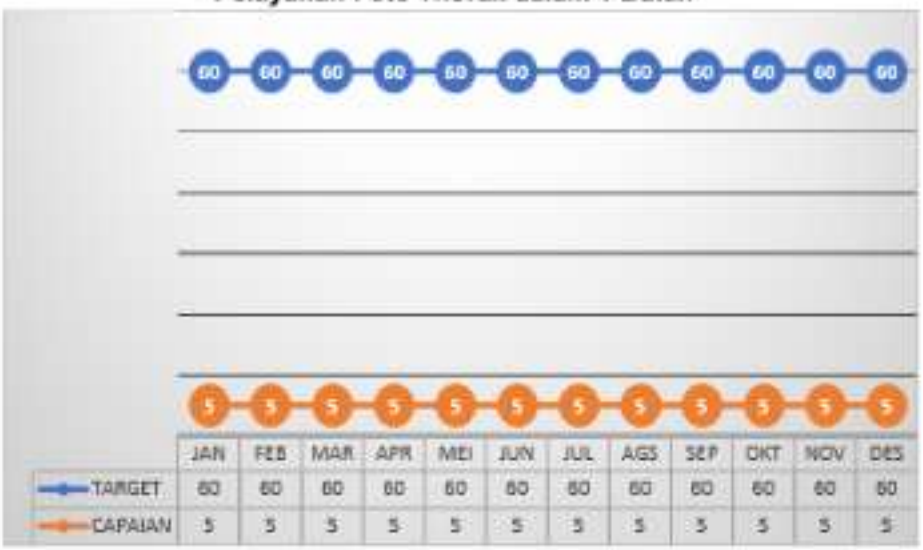
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
CAPAIAN	0	0	0,2	0,6	0,8	0,8	0	0	0	0	0	0	0,2

Indikator Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama ≤ 72 jam dalam 1 bulan sudah sesuai dengan target ≤3 %. Dengan rata-rata 0,2%.

8. Pelayanan Radiologi

- **Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto Thorax dalam 1 bulan**

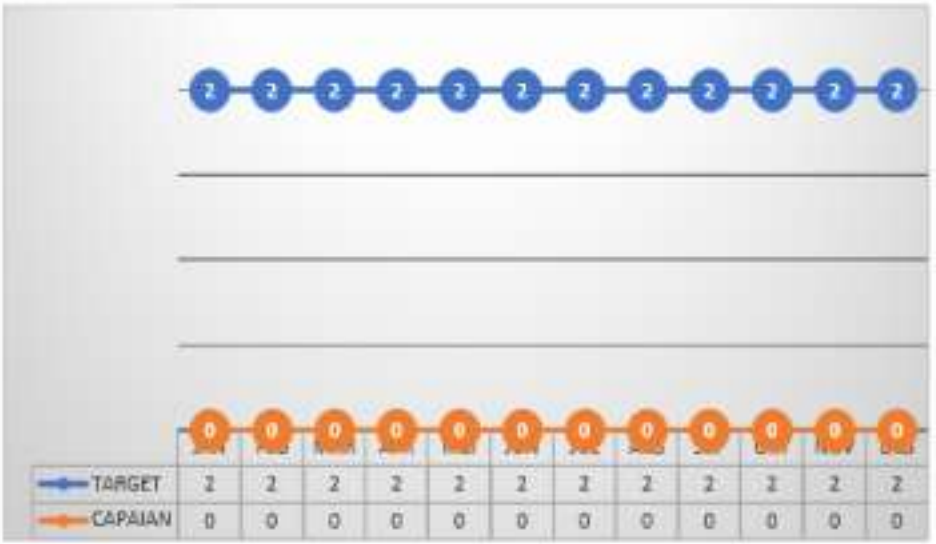
Grafik 3.95
SPM : Pelayanan Radiologi; Jumlah Kumulatif Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax dalam 1 Bulan



Berdasarkan grafik indikator Jumlah Kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto Thorax dalam 1 bulan <60 menit atau dengan rata-rata 5 menit.

- **Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan**

Grafik 3.96
SPM : Pelayanan Radiologi ; Jumlah Foto Rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 Bulan



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
CAPAIAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Indikator Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan sudah sesuai dengan target ≤2% dengan rata-rata 0%.

9. Pelayanan Laboratorium Pathologi Klinik

- **Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium**

Grafik 3.97
SPM : Pelayanan Laboratorium Pathologi Klinik; Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
CAPAIAN	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Grafik indikator Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium sudah sesuai dengan target ≤120 menit dengan rata-rata 5 menit.

- **Tidak adanya kejadian kesalahan Penyerahan hasil pemeriksaan Laboratorium**

Grafik 3.98
SPM:Pelayanan Laboratorium Pathologi Klinik; Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaaan Laboratorium

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Grafik indikator Tidak adanya kejadian kesalahan Penyerahan hasil pemeriksaan Laboratorium sudah sesuai dengan target 100%.

10. Administrasi dan Manajemen

- **Hasil keputusan yang ditindak lanjuti dalam 1 bulan**

Grafik 3.99
SPM : Administrasi dan Manajemen; Hasil Keputusan yang ditindaklanjuti dalam 1 bulan

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator hasil keputusan yang ditindak lanjuti dalam 1 bulan sudah sesuai dengan target capaian 100%.

- **Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam 1 tahun**

Grafik 3.100
SPM :Administraasi dan Manajemen ; Laporan akuntabilitas Kinerja yang Lengkap dan dilakukan Minimal 3 bulan dalam 1 tahun

Indikator laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam 1 tahun sudah sesuai dengan target 100%.

- **Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 tahun**

Grafik 3.101
SPM : Administrasi dan Manajemen ; Jumlah Pegawai yang diusulkan Tepat Waktu sesuai Periode Kenaikan Pangkat dalam 1 tahun

Grafik Indikator jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 tahun sudah sesuai dengan target 100%.

- **Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam 1 tahun**

Grafik 3.102
SPM : Administrasi dan Manajemen; Jumlah Pegawai yang Mendapatkan SK Kenaikan Gaji Berkala Tepat Waktu dalam 1 Tahun

Indikator Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam 1 tahun sudah sesuai dengan target 100%.

- **Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun**

Grafik 3.103
SPM : Administrasi dan Manajemen ; Jumlah Karyawan yang Mendapat Pelatihan minimal 20 Jam pertahun

Berdasarkan grafik indikator Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun sudah sesuai dengan target lebih dari atau sama dengan 60%, dengan rata-rata 65%.

- **Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan**

Grafik 3.104
SPM : Administrasi dan Manajemen: Jumlah Pendapatan Fungsional dalam 1 bulan

Indikator Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan sudah sesuai dengan target 100%.

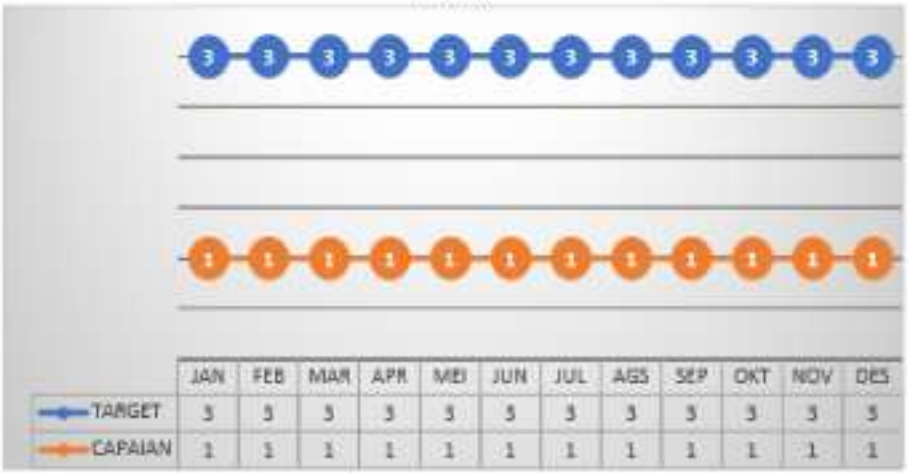
- **Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan**

Grafik 3.105
SPM : Administrasi dan Manajemen;Jumlah Laporan Keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan

Berdasarkan grafik Indikator Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya ditahun 2024 sudah sesuai dengan target 100%.

- **Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan (Dalam satuan jam)**

Grafik 3.106
SPM : Administrasi dan Manajemen:Ketepatan Waktu Pemberian Informasi Informasi Tagihan Pasien Rawat Inap yang diamati dalam 1 bulan.



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
CAPAIAN	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Berdasarkan grafik indikator Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan rata-rata 1 jam dan ini sudah sesuai dengan target ≤3 Jam.

11. Pelayanan Farmasi

- **Waktu tunggu pelayanan obat jadi**

Grafik 3.107
SPM : Pelayanan Farmasi; Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
CAPAIAN	32	37	27	35	27	23	23	30	27	26	26	28	28,4

Indikator waktu tunggu pelayanan obat jadi sudah sesuai dengan target ≤30 menit, dengan rata-rata 28,4 menit. Akan tetapi pada semester I bulan Januari, Februari, dan April 2025, waktu tunggu pelayanan obat jadi ≥30 menit hal ini dikarenakan tingginya resep yang masuk

- **Waktu tunggu pelayanan obat racikan**

Grafik 3.108
SPM : Pelayanan Farmasi ; Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
CAPAIAN	58,8	51	55,8	61,1	52,3	48,4	44,1	52,8	45	43,6	42,1	49	50,3

Berdasarkan grafik waktu tunggu pelayanan obat racikan sudah sesuai dengan target <60 menit, dengan rata-rata 50,3 menit.

- **Tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian obat**

Grafik 3.109
SPM : Pelayanan Farmasi; Tidak adanya Kejadian Kesalahan dalam Pemberian Obat

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Indikator SPM; Tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian obat sudah sesuai dengan target 100%, yang artinya tidak ada kejadian kesalahan dalam pemberian obat kepada pasien/keluarga.

- **Penulisan resep sesuai formularium**

Grafik 3.110
SPM : Pelayanan Farmasi; Penulisan Resep sesuai Formularium

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	99	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan indikator Penulisan resep sesuai formularium sudah sesuai dengan target 100%.

12. Pelayanan Rekam Medik

- **Pengisian rekam medik 48 jam setelah selesai pelayanan**

Grafik 3.111
SPM : Pelayanan Rekam Medik; Pengisian Rekam Medik 72 Jam setelah selesai Pelayanan

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Pada SPM Pelayanan Rekam Medik dengan indikator Pengisian rekam medik 72 jam setelah selesai pelayanan sudah sesuai dengan target 100%.

- **Pasien yang mendapat tindakan yang di survei dan mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik**

Grafik 3.112
SPM : Pelayanan Rekam Medik; Pasien yang mendapat Tindakan yang disurvei dan Mendapat Informasi Lengkap sebelum Memberikan Persetujuan Tindakan Medik

Berdasarkan grafik indikator pasien yang mendapat tindakan yang di survei dan mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik sudah sesuai dengan target 100%.

- **Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan**

Grafik 3.113
SPM : Pelayanan Rekam Medik; Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
CAPAIAN	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Berdasarkan Grafik indikator waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan sudah sesuai dengan target ≤10 menit, yaitu rata-rata <10menit. Penyediaan dokumen dapat dilaksanakan tepat waktu dikarenakan RSUD dr. Rubini Mempawah telah menggunakan SIMRS / e-RM.

- **Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap**

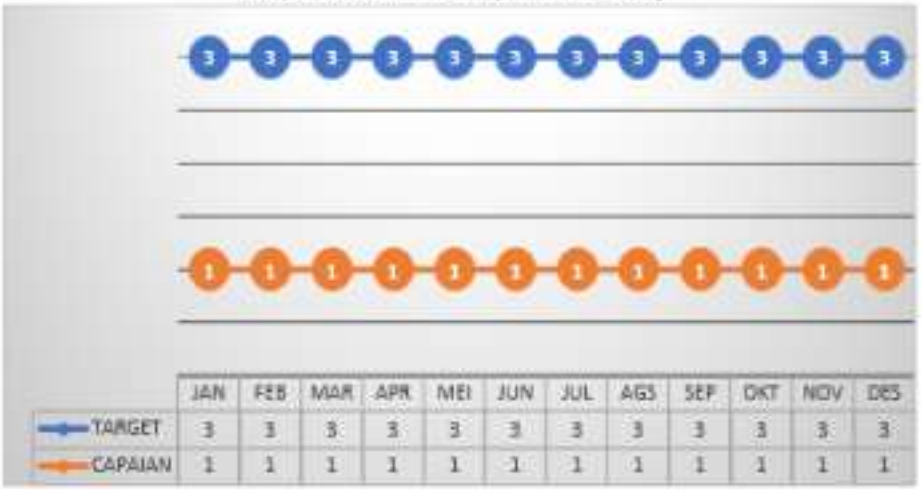
Grafik 3.114
SPM : Pelayanan Rekam Medik; Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Inap

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Indikator Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap sudah sesuai dengan target 100%.

- **Jumlah TOI di setiap bangsal rawat Inap dalam 1 Bulan (Dalam satuan hari)**

Grafik 3.115
SPM : Pelayanan Rekam Medik; Jumlah TOI di setiap Bangsal Rawat Inap dalam 1 Bulan (dalam 3 hari)



Berdasarkan indikator Jumlah *Turn Over Internal (TOI)* disetiap bangsal rawat inap dalam 1 bulan sudah sesuai dengan target yaitu ≤3 hari, dengan rata-rata 1 hari.

13. Pelayanan Gizi

- **Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien**

Grafik 3.116
SPM : Pelayanan Gizi; Ketepatan Waktu Pemberian Makanan kepada Pasien

Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien sudah sesuai dengan target 100%.

- **Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien**

Grafik 3.117

SPM : Pelayanan Gizi; Sisa Makanan yang tidak Termakan oleh Pasien

Indikator Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien sudah sesuai dengan target <30% dengan rata-rata 8%, dan pada bulan Agustus – Desember 2025 seluruh makanan yang disajikan habis termakan oleh pasien.

- **Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet**

Grafik 3.118

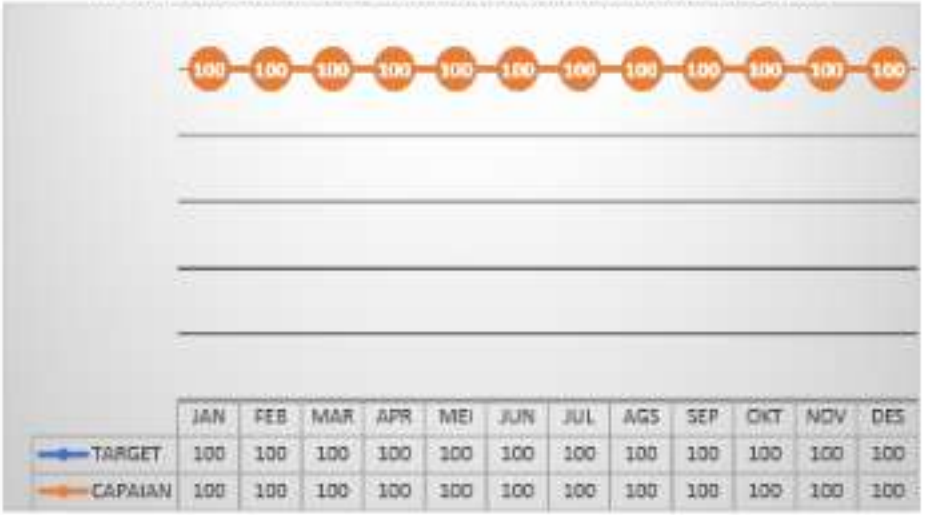
SPM : Pelayanan Gizi; Tidak adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet

Indikator tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet sudah sesuai dengan standar 100%.

- **Jumlah Permintaan Makan Dilayani**

Grafik 3.119

SPM : Pelayanan Gizi; Jumlah Permintaan Makan Dilayani



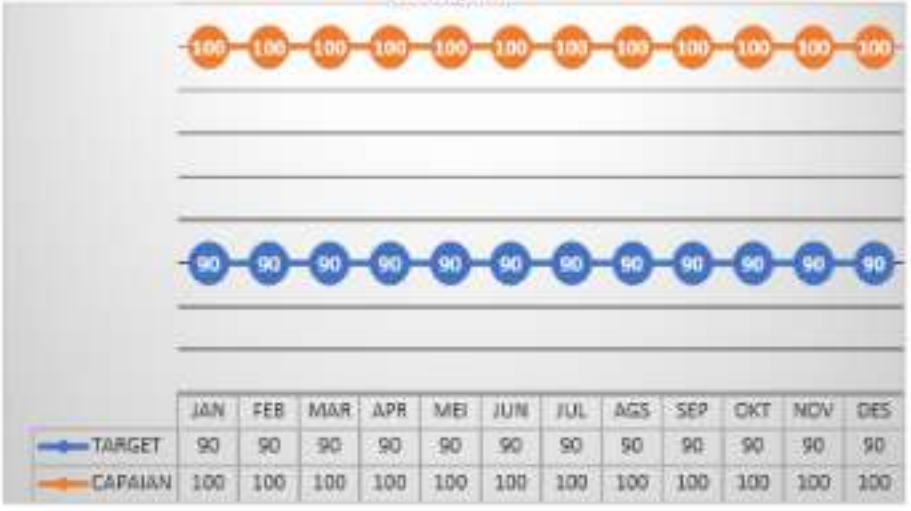
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan grafik indikator Jumlah Permintaan Makan Dilayani sudah sesuai dengan standar 100%.

- **Jumlah Konsultasi Gizi Rawat Inap yang terlayani**

Grafik 3.120

SPM : Pelayanan Gizi; Jumlah Konsultasi Gizi Rawat Inap yang Terlayani



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Target capaian untuk indikator jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani sudah sesuai dengan target 100%.

14. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

- **Kecepatan waktu Menanggapi Kerusakan Alat**

Grafik 3.121
SPM : Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Indikator kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat sudah sesuai dengan target ≥80%, dan rata-rata 100%.

- **Ketepatan waktu pemeliharaan alat**

Grafik 3.122
SPM : Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
CAPAIAN	81	83	82	88	87	83	86	88	90	88	92	92	86,6

Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu pemeliharaan alat belum sesuai dengan target 100%, dengan rata-rata 86,6%.

Analisa :

- **Penyebab Masalah :**

  Capaian indikator ketepatan waktu pemeliharan alat medis tidak tercapai (<100%), karena kurangnya sumber daya manusia (SDM) teknisi IPSRS (jumlah teknisi tidak sebanding dengan jumlah alat).

- ***Plan (P)*** :
  - Meningkatkan capaian pemeliharaan dengan sumber daya yang ada
  - Membuat skala prioritas pemeliharaan alat (alat kritis/ IGD/OK didahulukan) dan Menyusun jadwal pemeliharaan harian yang realistis.
  - Melibatkan kepala IPSRS untuk memetaan ulang kompetensi teknisi.
- ***DO (D)*** :
  - Melaksanakan jadwal pemeliharaan berdasarkan skala prioritas selama 1 bulan.
  - Mendokumentasikan kegiatan pemeliharaan (terjadwal atau tertunda) dalam logbook.
  - Melibatkan petugas diruangan dalam proses pemeliharaan alat medis.
- ***Study (S)*** :
  - Menganalisa data, apakah alat kritis selesai tepat waktu?
  - Mengukur berapa persen peningkatan ketapatan waktu?
  - Melaukan evaluasi apakah teknisi masih kewalahan setelah dilakukan penjadwalan dan dibuat logbook?
- ***Activity (A)*** :
  - Jika berhasil maka lanjutkan skala prioritas.
  - Jika belum berhasil maka dilakukan penambahan teknisi atau dilakukan lembur.

- **Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi**

Grafik 3.123
SPM : Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; Peralatan Laboratorium dan Alat Ukur yang digunakan dalam Pelayanan Terkalibrasi Tepat Waktu sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	70	78	82	84	86	88	88	88	90	94	96	100

Berdasarkan grafik indikator pelaksanaan kalibrasi alat-alat kesehatan masih dari bulan Januari – November 2025 belum sesuai dengan standar 100%, akan tetapi pada bulan Desember 2025 sudah 100%.

15. Pelayanan Tranfusi Darah

- **Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse**

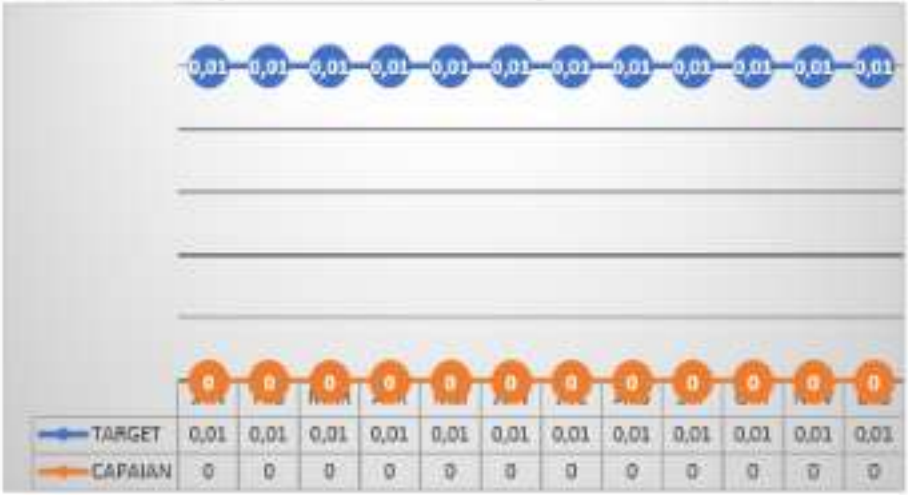
Grafik 3.124
SPM : Pelayanan Tranfusi Darah; Pemenuhan Kebutuhan Darah bagi setiap Pelayanan Tranfuse

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Indikator pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi sudah sesuai dengan target 100%.

- **Kejadian reaksi transfusi**

Grafik 3.125
SPM : Pelayanan Tranfusi Darah; Kejadian Reaksi Tranfuse



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
CAPAIAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Indikator kejadian reaksi transfusi, berdasarkan grafik sudah sesuai dengan target 0,01%, dengan capaian 0% yang artinya tidak ada kejadian reaksi tranfusi / alergi ditahun 2025.

16. Pelayanan Pengolahan Limbah/ Sanitasi Rumah Sakit

- **Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan**

Grafik 3.126
SPM : Pelayanan Pengolahan Limbah/ Sanitasi Rumah Sakit; Pengolahan Limbah Padat Berbahaya sesuai dengan Aturan

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Berdasarkan indikator Pengolahan Limbah Padat Berbahaya sesuai aturan sudah sesuai dengan target 100%.

- **Angka BOD dalam satuan mg/L (Isi hanya dengan angka dan desimal, contoh: 1,25)**

Grafik 3.127
SPM : Pelayanan Pengolahan Limbah/ Sanitasi Rumah Sakit; Angka BOD dalam satuan mg/L (isi hanya dengan angka dan desimal)

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
CAPAIAN	16,9	26,2	17,1	28	4,7	18,2	29,3	26,9	20,2	5,76	20,2	18,2	19,31

Berdasarkan grafik angka BOD sudah sesuai dengan standar ≤30mg/l, dengan rata-rata 19,31 mg/L.

- **Angka COD dalam satuan mg/L (Isi hanya dengan angka dan desimal, contoh: 1,25)**

Grafik 3.128
SPM : Pelayanan Pengolahan Limbah/ Sanitasi Rumah Sakit; Angka COD dalam satuan mg/L

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	
CAPAIAN	56,2	121	56,9	93,2	15,7	60,6	97,6	89,5	67,2	19,2	67,2	60,6	67,08

Berdasarkan grafik indikator Angka COD dalam satuan mg/L sudah sesuai dengan target ≤80 mg/L, dengan rata-rata 67,08 mg/L, walaupun pada bulan februari terjadi kenaikan anga BOD menjadi 121 mg/L.

- **Angka TSS dalam satuan mg/L (Isi hanya dengan angka dan desimal, contoh: 1,25)**

Grafik 3.129
SPM : Pelayanan Pengolahan Limbah/ Sanitasi Rumah Sakit; Angka TSS dalam satuan mg/L

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
CAPAIAN	22	28	23	27	26	22	6	14	22	19	22	22	21,08

Indikator angka TSS dalam satuan mg/L sudah sesuai dengan target ≤30 mg/L dengan rata-rata 21,08 mg/L.

- **Angka PH**

Grafik 3.130
SPM : Pelayanan Pengolahan Limbah/ Sanitasi Rumah Sakit; Angka PH

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
PH	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
PH2	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
Capaian	7,7	7	6,7	7,4	7,2	7,6	7,1	6,1	7,1	6,5	7,1	7,6	7,09

Berdasarkan grafik indikator angka PH sanitasi rumah sakit sudah sesuai dengan standar yaitu 6-9 dengan rata-rata 7,09. Ini artinya PH sanitasi (air bersih, air limbah domestic, atau air minum) antara 6-9 menunjukkan bahwa kondisi air tersebut berada dalam rentang aman, layak, dan normal untuk higienis serta lingkungan.

17. Pelayanan Rehabilitasi Medik (Fisioterapi)

- **Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan rehabilitasi yang direncanakan**

Grafik 3.131

SPM : Pelayanan Rehabilitasi Medik (Fisioterapi); Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
CAPAIAN	28,9	26,6	27,4	29,8	20,2	24,2	24,8	29,8	26,6	29,8	23,4	23,4	26

Berdasarkan data diatas, kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan sudah sesuai dengan standar, walau masih ada kejadian drop out dengan rata-rata 26% dari target capaian ≤50%.

- **Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik**

Grafik 3.132
SPM : Pelayanan Rehabilitasi Medik; Tidak adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Pada pelayanan rehabilitasi medik untuk indikator tidak adanya kejadian kesalahan Tindakan rehabilitasi medik sudah sesuai dengan target yaitu 100%.

18. Pelayanan Ambulance dan Kereta Jenazah

- **Waktu mulai permintaan ambulance di ajukan pasien/keluarga di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/ mobil jenazah**

Grafik 3.133
SPM : Pelayanan Ambulance dan Kereta Jenazah; Waktu mulai Permintaan Ambulance diajukan Pasien/ Keluarga di Rumah Sakit sampai tersedianya Ambulance/ Mobil Jenazah

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
CAPAIAN	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Indikator waktu mulai permintaan ambulance di ajukan pasien/keluarga di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/mobil jenazah sudah sesuai dengan target ≤30 menit dan rata-rata 10 menit.

19. Pelayanan Pemulasaran Jenazah

- **Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah**

Grafik 3.134
SPM : Pelayanan Pemulasaran Jenazah; Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES	Rata-Rata
TARGET	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	
CAPAIAN	100	100	80	120	95	80	50	60	80	100	60	60	82

Berdasarkan indikator waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah sudah sesuai dengan target ≤120 menit, dengan rata-rata 82 menit.

20. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

- **Tersedianya Anggota Tim PPI RS yang Terlatih**

Grafik 3.135
SPM : Pencegahan dan Pengendalian Infeksi; Tersedianya Anggota Tim PPI RS yang Terlatih

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
CAPAIAN	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81

Indikator tersedianya anggota Tim PPI RS Yang Terlatih sudah sesuai dengan target ≥75%. Dan rata-rata capaian dengan indikator tersebut adalah 81% (Januari – Desember 2025).

- **Ketersediaan Alat Pelindung diri (APD)**

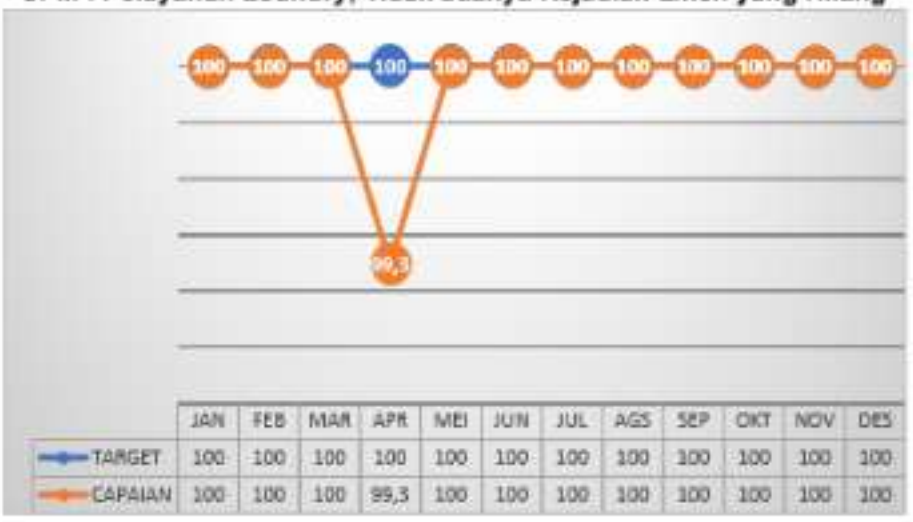
Grafik 3.136
SPM : Pencegahan dan Pengendalian Infeksi; Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)

Untuk indikator Ketersediaan Alat Pelindung diri (APD) berdasarkan grafik sudah sesuai dengan target 100%.

21. Pelayanan Loundry

- **Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang**

Grafik 3.137
SPM : Pelayanan Loundry; Tidak adanya Kejadian Linen yang Hilang



Berdasarkan indikator tidak adanya kejadian linen yang hilang belum sesuai dengan target 100%, rata-rata capaian di 99,9%. Hal ini terjadi karena tingginya angka pasien yang masuk pada bulan April dengan

jarak waktu yang dekat sehingga terjadi kesalahan dalam proses distribusi linen dan proses pendataannya.

- **Ketepatan Waktu Penyediaan linen untuk Rawat Inap**

Grafik 3.138
SPM : Pelayanan Loundry;Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Rawat Inap

	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
TARGET	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAPAIAN	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

- Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap sudah sesuai dengan target 100%.

F. Pencapaian Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan tidak diharapkan, yang dapat mengakibatkan atau berpotensi menjadi cedera. Insiden keselamatan pasien meliputi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event*, Kejadian Nyaris Cedera(KNC) atau N*ear Miss*, Kejadian Tidak Cedera {KTC}, Kondisi Potensial Ccedera {KPC} dan KejadianSentinel {KS} atau *Sentinel Event*).

Adapun alur pelaporan insiden keselamatan pasien sebagai berikut :

1. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/KTC/KPC) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah / ditangani) untuk mengurangi dampak / akibat yang tidak diharapkan.
2. Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja / shift kepada Atasan langsung. (Paling lambat 2 x 24 jam); jangan menunda laporan

3. Setelah selesai mengisi laporan, segera serahkan kepada atasan langsung pelapor. (Atasan langsung disepakati sesuai keputusan Manajemen : Supervisor / Kepala Bagian / Instalasi/ Departemen / Unit).
4. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan *grading* risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
5. Hasil *grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :

   Grade biru : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.

   Grade hijau : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal minggu

   Grade kuning : Investigasi komprehensif/Analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari

   Grade merah: Investigasi komprehensif/Analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP diRS, waktu maksimal 45 hari
6. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS.
7. Tim KP di RS akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan Insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan *Regrading*.
8. Untuk *grade* Kuning / Merah, Tim KP di RS akan melakukan Analisis akar masalah / *Root Cause Analysis (RCA)*.
9. Setelah melakukan RCA, Tim KP di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta "Pembelajaran" berupa : Petunjuk / "*Safety Alert*" untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
10. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi.
11. Rekomendasi untuk "Perbaikan dan Pembelajaran" diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di Rumah Sakit.
12. Unit Kerja membuat analisa dan trend kejadian di satuan kerjanya masing – masing
13. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS.

Laporan hasil Insiden Keselamatan Pasien (IKP) tahun 2025 RSUD dr. Rubini Mempawah adalah sebagai berikut :

Tabel 3.4
Laporan Hasil Insiden Keselamatan Pasien (IKP) tahun 2025 RSUD dr. Rubini Mempawah

NO	Bulan	INSIDEN					TOTAL
		KPC	KNC	KTC	KTD	SENTINEL	
1	Januari	0	2	0	0	0	2
2	Februari	0	1	0	2	0	3
3	Maret	0	3	0	0	0	3
4	April	0	1	0	0	0	1
5	Mei	1	2	0	0	0	3
6	Juni	0	1	0	0	0	1
7	Juli	0	3	0	0	0	3
8	Agustus	0	1	0	0	0	1
9	September	0	1	1	0	0	2
10	Oktober	0	1	0	0	0	1
11	November	1	4	0	0	0	5
12	Desember	1	2	0	1	0	4
	Total	3	22	1	3	0	29

G. Pencapaian Manajemen Risiko (MANRISK)

Manajemen risiko rumah sakit adalah pendekatana proaktif dan terintegrasi untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi dan memitigasi risiko baik klinis (keselamatan pasien, infeksi) maupun non-klinis (operasional, finansial, reputasi) guna melindungi pasien, staf, dan asset rumah sakit. Proses ini krusial untuk meningkatkan mutu layanan, mencegah cedera, dan mematuhi regulasi.

Komponen penting manajemen risiko rumah sakit adalah :

1. Identifikasi risiko : mengenali risiko melalui pelaporan insiden, survey, atau audit.
2. Analisis dan evaluasi : menilai kemungkinan dan dampak risiko, seringkali menggunakan metode FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) untuk risiko tinggi.
3. Mitigasi risiko : menerapkan Langkah pencegahan dan perbaikan.

4. Pemantauan dan pelaporan : monitoring berkesinambungan terhadap risiko. Untuk RSUD dr. Rubini Mempawah dalam proses risk register sudah menggunakan aplikasi SIDISKO yang sesuai dengan standar ISO 31.000/2018.

   Adapun hasil risk register baik yang sudah dilakukan tindak lanjut maupun yang belum ditindaklanjuti, yang didapatkan dari aplikasi SIDISKO selama tahun 2025 adalah sebagai berikut :

Tabel 3.5
Daftar Risiko berdasarkan Grading di Aplikasi SIDISKO
RSUD dr. Rubini Tahun 2025

NO	RUANGAN	GRADING									
		Bln	Sdh	Bln	Sdh	Bln	Sdh	Bln	Sdh	Bln	Sdh
1	ICU			√							
2	Cempaka	√	√	√			√			√	
3	IGD		√	√	√			√			
4	Perinatalogi		√		√		√	√	√		
5	Ponek				√	√	√	√	√		
6	Asoka		√								
7	Poli Jantung							√		√	
8	Poli Paru							√		√	
9	Mawar				√				√		
10	Laboratorium		√					√			
11	Unit HD					√			√		
12	Anggrek				√				√		
13	Komite Mutu						√		√		
14	Gizi				√	√		√			
15	OK					√		√			

16	Case Mix			√	√					
17	Pengendalian							√		
18	Farmasi	√	√	√	√	√				
19	PPI	√	√					√		√
20	Melati					√		√		
21	Instalasi Kesling				√	√				
22	Bid. Pelayanan		√		√	√	√			

Berdasarkan data di aplikasi SIDISKO didapatkan jumlah risiko yang terdaftar hingga Desember 2025 sebanyak 126. Untuk risk register yang sudah ditindaklanjuti ditahun 2025 sebanyak 89 risiko (70,63%), sedangkan yang belum ditindaklanjuti sebanyak 37 risiko (29,36%). Untuk daftar risiko yang belum ditindaklanjuti umumnya berhubungan dengan sarana dan prasarana, sehingga memerlukan waktu yang lebih Panjang karena berhubungan dengan keuangan.

BAB IV
KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan laporan insiden keselamatan pasien yang dikumpulkan oleh tim keselamatan pasien pada bulan Januari – Desember 2025, ditemukan beberapa insiden berupa 29 kasus insiden keselamatan pasien, yaitu 3 kasus KPC, 22 kasus KNC, 1 Kasus KTC, 3 Kasus KTD dan tidak ada kasus sentinel. Untuk kasus KTD yang terjadi di RSUD dr. Rubini Mempawah sudah dilakukan RCA oleh Tim IKP dan sudah dilakukan pelaporan ke Kemenkes RI.

Hasil pelaksanaan program dari masing – masing sub komite yang ada di Komite Mutu RSUD dr. Rubini Mempawah, semua dapat terlaksana dengan cukup baik walaupun tidak semua dapat berjalan dengan lancar dan tercapai targetnya.

Adapun Indikator yang belum tercapai targetnya adalah sebagai berikut:

1. Indikator Nasional Mutu (INM)
   - Penundaan operasi elektif dari target capaian <5% menjadi 5,38%.
2. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMPU)
   - Pelayanan gawat darurat : Kematian pasien <24 jam dengan target ≤2/1000 menjadi 3/1000.
   - Pelayanan bedah sentral : Waktu tunggu operasi elektif dengan target ≤2 hari menjadi 3 hari.
   - Pelayanan kebidanan : Pertolongan persalinan dengan SC (≤25%) menjadi 66,8%
   - Pelayanan pemeliharaan sarana RS : Ketepatan waktu pemeliharaan alat kesehatan secara berkala (100%) menjadi 86,6%.
   - Pelayanan Loundry : Tidak adanya kejadian linen yang hilang (100%) menjadi 99,9%.
3. Standar Pelayanan Minimal (SPM)
   - Pelayanan gawat darurat :
     - Kematian pasien <24 jam di unit gawat darurat (≤2/1000) menjadi 3/1000.
   - Pelayanan rawat inap :
     - Kematian pasien rawat inap >48 jam (≤0,25%) menjadi 2,19%.

- *Bed Turn Over (BTO)* dari target 40-50 kali/tahun, rata-ratanya menjadi 78 kali/tahun ditahun 2025.

- Pelayanan persalinan dan perinatalogi : Pertolongan persalinana melalui SC (<25%) menjadi 66,8%.
- Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit :
  - Ketepatan waktu pemeliharaan alat dengan target 100% menjadi 86,6%.

Untuk Indikator Mutu Prioritas RS (IMP-RS) sudah tercapai target 100%, sedangkan untuk Indikator yang targetnya belum tercapai, akan ditindaklanjuti di tahun berikutnya yaitu 2026.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka sarannya adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan kerjasama tim mutu lebih baik lagi untuk monitoring dan evaluasi diunit – unit kerja.
2. Melakukan sosialisasi program kerja Komite Mutu dan Indikator-indikator mutu dimasing-masing unit kerja
3. Melakukan sosialisasi kepada petugas mengenai budaya keselamatan pasien dan alur pelaporan insiden keselamatan pasien dengan metode yang baru yaitu berbentuk elektronik.
4. Melakukan sosialisasi dan monitoring evaluasi kepada petugas terkait manajemen risiko rumah sakit dan pelaporan risk register unit kerja yang ada di rumah sakit ke aplikasi SIDISKO.

BAB V
PENUTUP

Dari hasil pelaksanaan program dari masing – masing sub komite yang ada di Komite Mutu RSUD dr. Rubini Mempawah, semua dapat terlaksana dengan baik walaupun tidak semua dapat berjalan sesuai dengan jadwal dari masing – masing sub komite. Selain itu, untuk kegiatan yang belum tercapai sesuai program kerja ditahun sebelumnya, maka dapat ditindak lanjuti ditahun 2026.

Pelaksanaan kegiatan dan pengawasan tetap harus dilakukan agar program kerja PMKP dapat dicapai sesuai target. Diharapkan peran serta Manajemen Rumah Sakit didalam penyediaan anggaran untuk peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit yang lebih baik lagi.

Mempawah, 1 April 2026

Ketua Komite Mutu

dr. IMA DAMAYANTI, Sp.N.
NIP. 19890128 201502 200 2