

LAPORAN
CAPAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL
TRIWULAN I TAHUN 2026



PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT BUDI AGUNG
TAHUN 2026

BAB I

HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL

TRIWULAN I TAHUN 2026

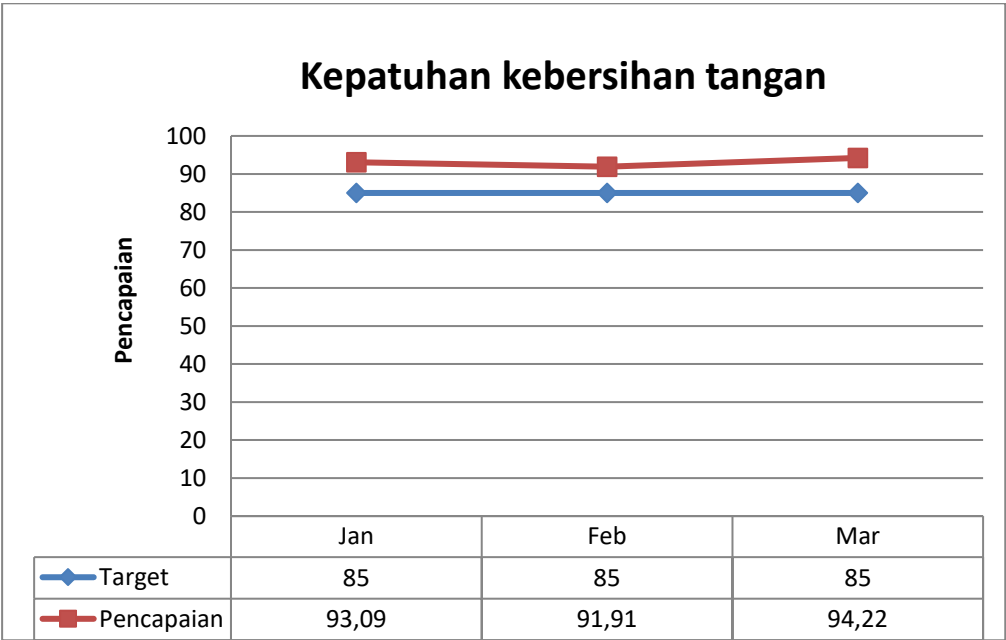
Indikator Mutu Nasional (INM)

No	Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	Target	Pencapaian			Rata-rata
			Jan	Feb	Mar	
1	Kepatuhan kebersihan tangan	85 %	93.09	91.91	94.22	93.1
2	Kepatuhan penggunaan APD	100 %	94.45	97.56	97.76	96.6
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100 %	99.92	99.91	99.92	99.9
4	Waktu tanggap operasi Seksio sesarea emergensi	80 %	100	100	100	100
5	Waktu tunggu rawat jalan	80 %	98.86	98.81	98.81	98.8
6	Penundaan operasi elektif	5 %	1.05	0.65	0.356	0.8
7	Kepatuhan waktu visite dokter	80 %	54.05	58.15	63.06	58.4
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100 %	100	100	100	100
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	80 %	54.05	53.01	52.68	53.2
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	80 %	97.81	97.02	99.40	97.1
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100 %	100	100	100	100
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	80 %	100	100	100	100
13	Kepuasan pasien	76.61	Dilakukan 6 bulan sekali			

BAB II
ANALISA HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL
TRIWULAN I 2026

Indikator Mutu Nasional (INM)

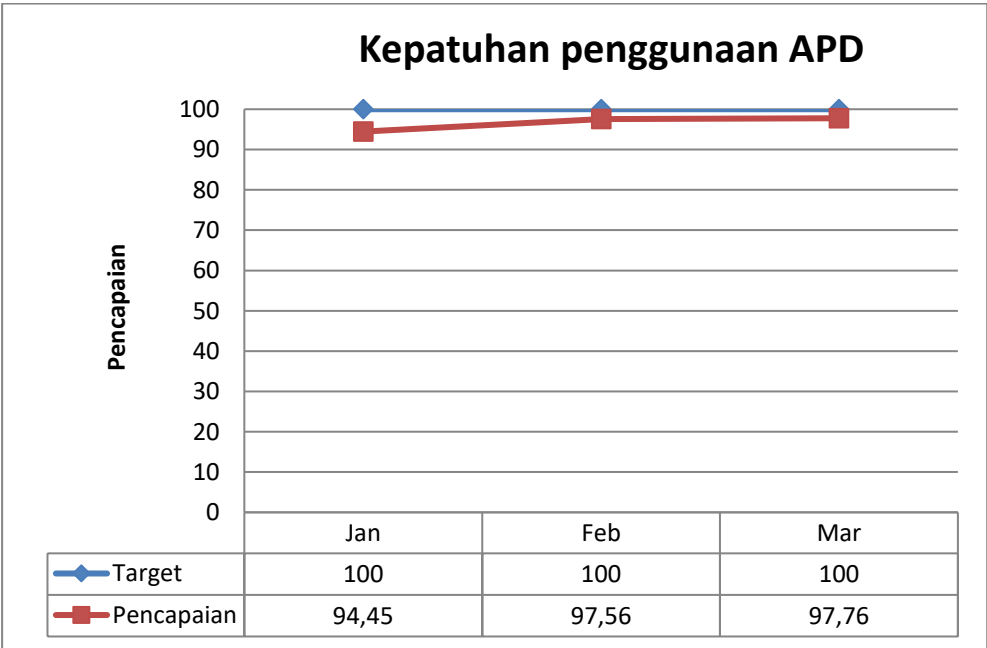
1. Kepatuhan kebersihan tangan



Analisa : Diperoleh rata-rata pencapaian 93.07 %. Hasil tersebut telah mencapai target yang telah ditentukan. Untuk mempertahankan capaian dibutuhkanannya komitmen bersama baik tenaga medis, keperawatan, nakes lain untuk tetap melakukan hand hygiene dengan tepat.

Rekomendasi dan tindak lanjut : Supervisi secara berkala agar pencapaian tersebut dapat dipertahankan.

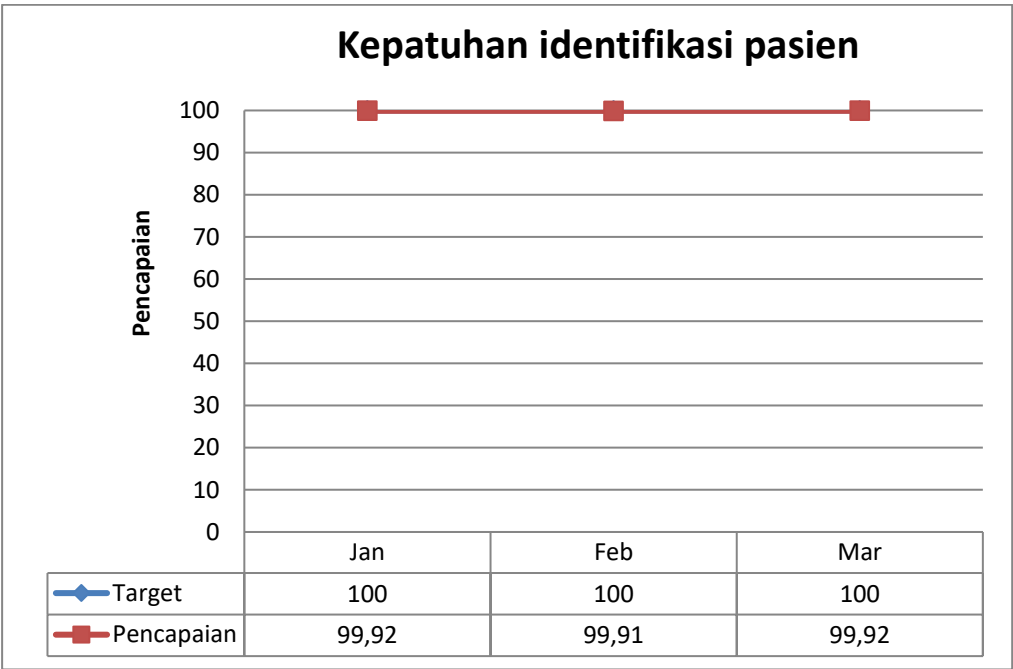
2. Kepatuhan penggunaan APD



Analisa : Diperoleh rata-rata pencapaian 96.59 %. Hasil tersebut belum memenuhi target yang ditentukan, diperlukan kesadaran setiap individu di semua unit dalam penggunaan APD. Ketidaksesuaian ini terjadi pada beberapa kegiatan pelayanan seperti : tidak memakai sarung tangan pada saat melakukan infus atau tindakan injeksi, penggunaan masker yang salah pada ruangan isolasi, stok handscoon steril panjang dan handscoon rumah tangga terbatas.

Rekomendasi dan tindak lanjut : Pengadaan alat APD yang terbatas/ kosong seperti handscoon steril panjang dan handscoon rumah tangga. Supervisi berkala di semua unit oleh kepala instalasi dan komite keperawatan terkait penggunaan APD pada staf.

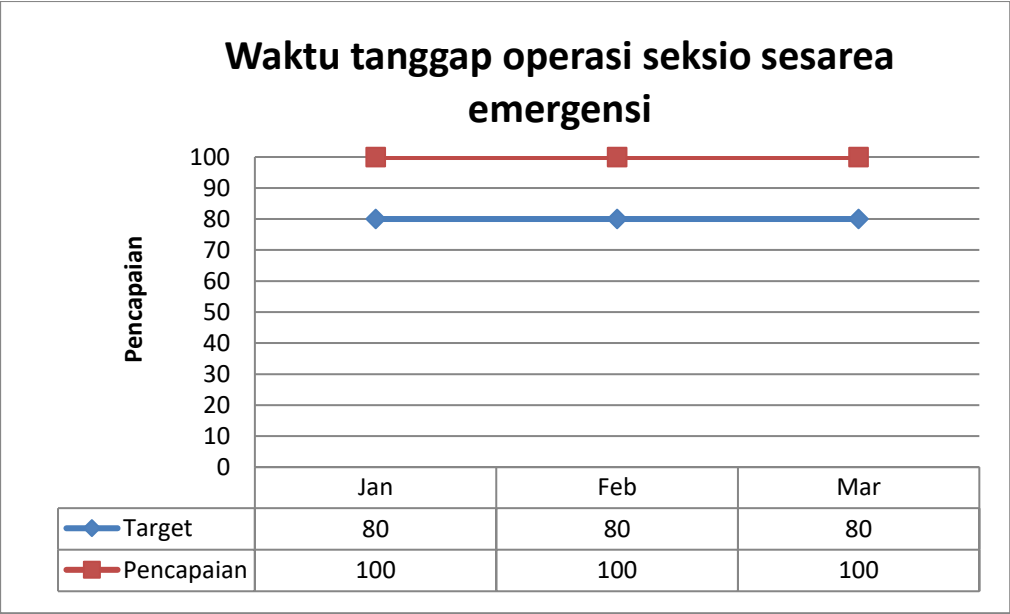
3. Kepatuhan identifikasi pasien



Analisa : Diperoleh rata-rata pencapaian 99.91 %. Hasil tersebut belum memenuhi target, diperlukan kerjasama semua unit agar bisa tercapai target yang telah ditentukan. Unit yang masih dibawah target adalah Instalasi IGD. Pada instalasi IGD penyerahan obat pada pasien ada yang masih menggunakan nama dan Alamat (1 dari 4 item).

Rekomendasi dan tindak lanjut :
Supervisi berkala dari masing-masing kepala unit/intalasi serta komite mutu, pembinaan pada petugas yang belum patuh dalam melakukan identifikasi pasien.

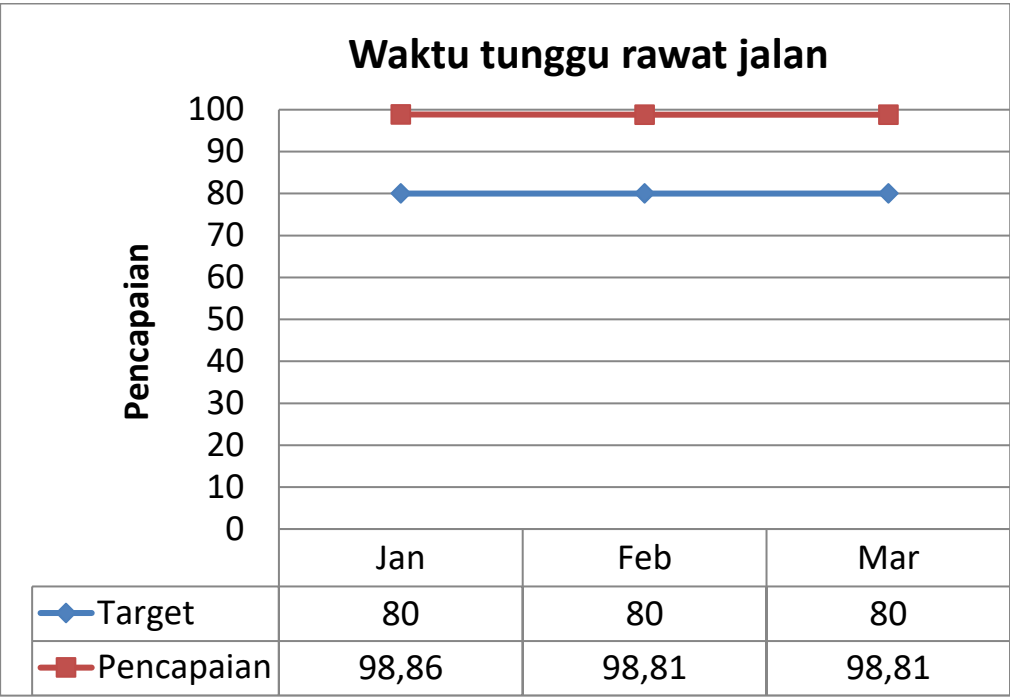
4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi



Analisa : Diperoleh rata-rata capaian 100%. Hasil telah memenuhi target yang telah ditetapkan, Hal tersebut menunjukkan adanya konsistensi pencapaian dan tetap melakukan identifikasi kemungkinan penyebab tidak memenuhi target agar tidak terjadi serta edukasi staf tentang data-data penilaian yang termasuk kategori emergensi.

Rekomendasi dan tindak lanjut : Tetap memantau pelaporan waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi, dan tetap dipertahankan.

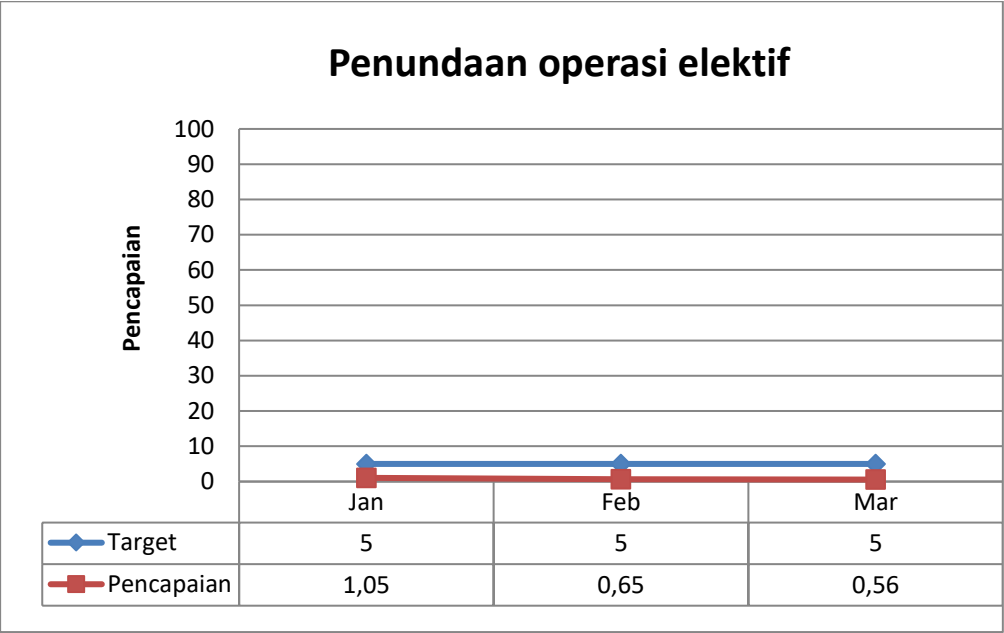
5. Waktu tunggu rawat jalan



Analisa : Diperoleh rata-rata pencapaian 98.82 %. Hasil tersebut sudah mencapai target yang telah ditentukan.

Rekomendasi dan tindak lanjut : Tetap mempertahankan capaian yang ada saat ini. Agar dapat mencapai target yang telah ditentukan setiap bulannya.

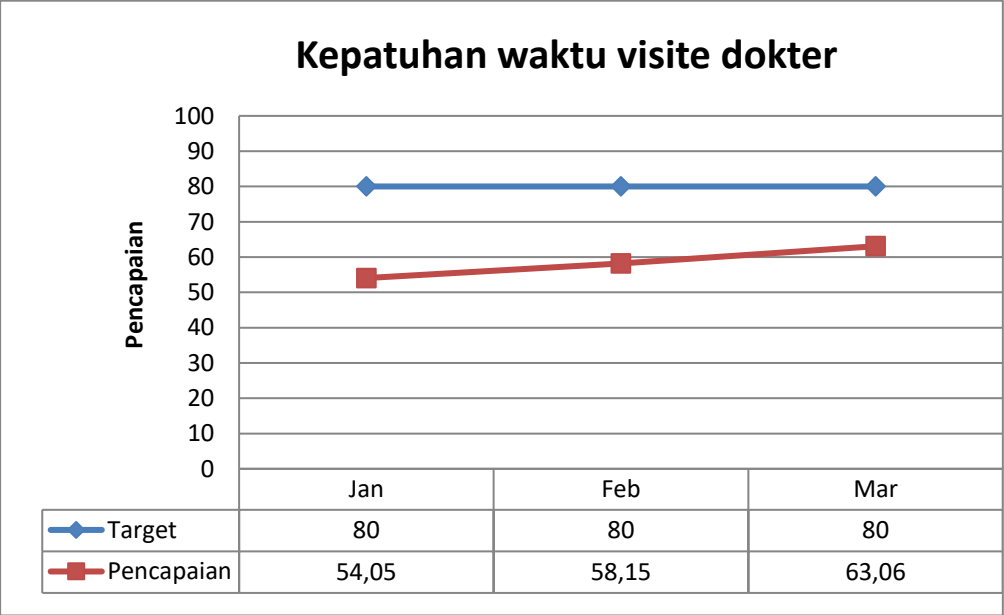
6. Penundaan operasi elektif



Analisa : Diperoleh rata-rata pencapaian 0.75 %. Hasil capaian ini mencapai target yang ditentukan. Penundaan operasi elektif disebabkan karena perbaikan keadaan umum, tranfusi darah, dan penundaan karena DPJP sedang operasi cito.

Rekomendasi dan tindak lanjut : Tetap mengikuti prosedur pengelolaan pasien operasi elektif dan tetap meningkatkan kepatuhan pelaporan.

7. Kepatuhan waktu visite dokter



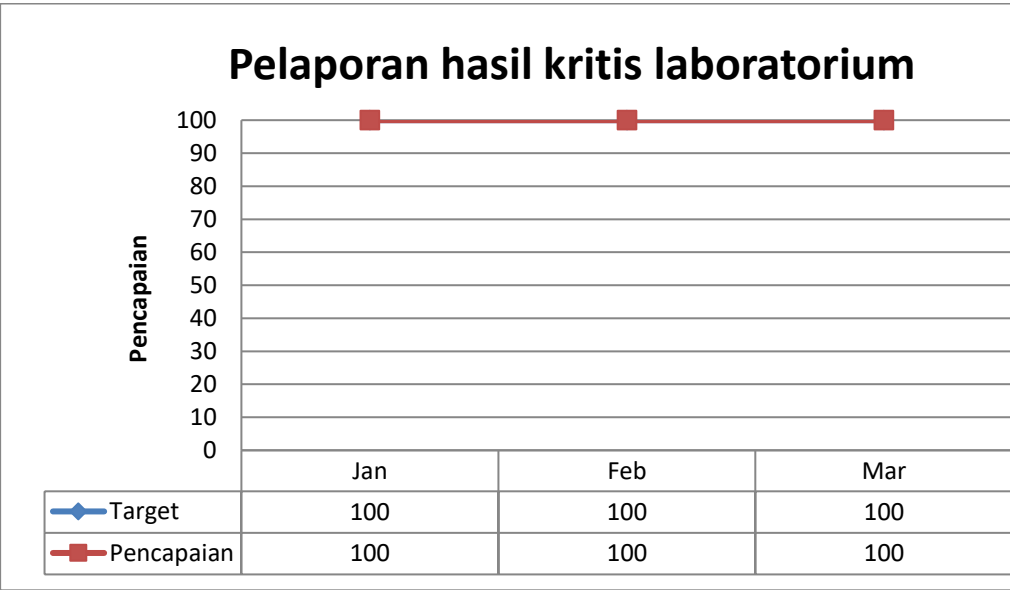
Analisa : Diperoleh rata-rata pencapaian 58.42 %. Hasil tersebut belum sesuai target yang ditetapkan. Hal tersebut dikarenakan :

1. Ada beberapa dokter yang memiliki jadwal praktik di atas jam 14.00, sehingga jam visite di atas jam 14.00.
2. Keterlambatan kehadiran praktik DPJP, sehingga jadwal visite

menjadi mundur

Rekomendasi dan tindak lanjut : Evaluasi jadwal praktik dokter yang sudah purna tugas ASN untuk menambah jadwal praktik pagi hari, serta evaluasi kehadiran DPJP dengan membuat absensi DPJP.

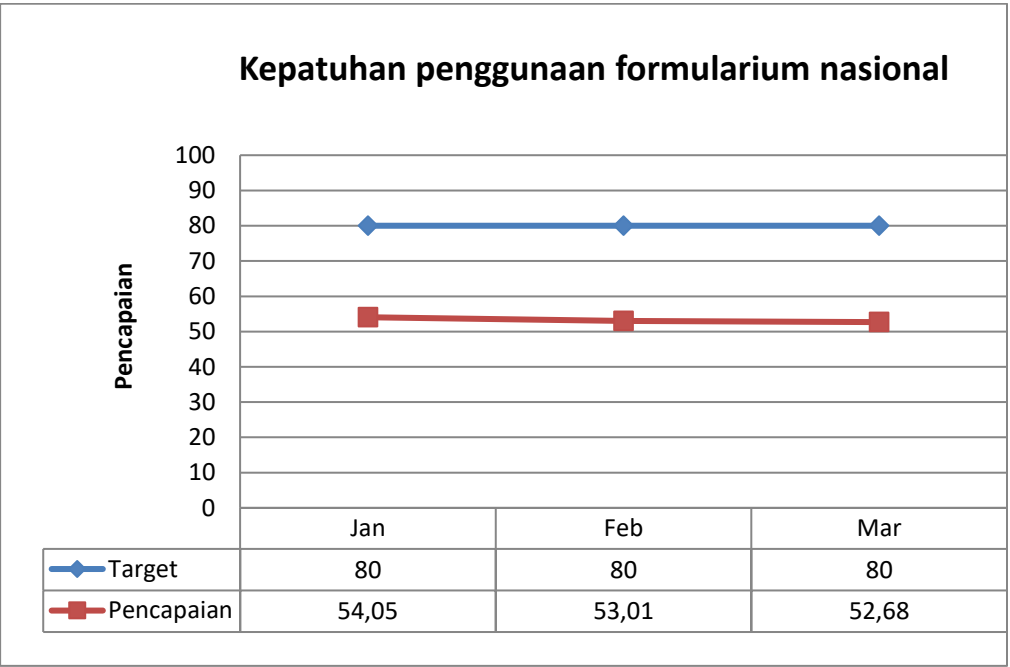
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium



Analisa : Diperoleh rata-rata capaian 100%. Hasil ini telah memenuhi target yang telah ditetapkan, Hal tersebut menunjukkan adanya konsistensi pencapaian.

Rekomendasi dan tindak lanjut : Tetap melakukan prosedur sesuai dengan SPO, dan tetap dilakukan monitoring berkala sehingga konsistensi kepatuhan tetap memenuhi target.

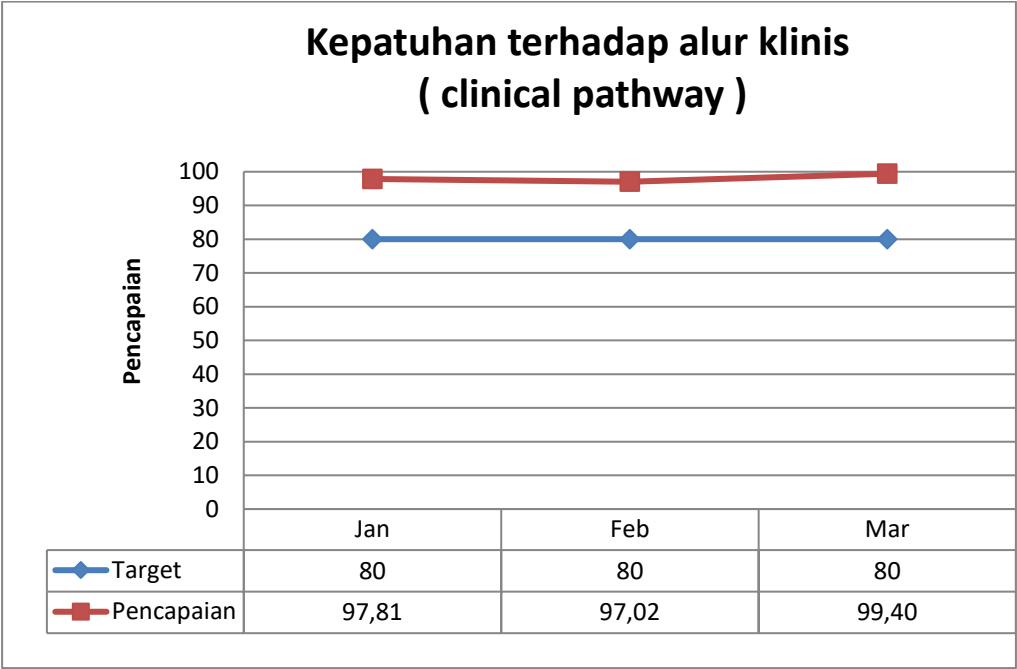
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional



Analisa : Diperoleh rata-rata pencapaian 53.25 %. Hasil tersebut belum mencapai target yang telah ditentukan. Masih banyak didapatkan resep obat di luar formularium nasional seperti vitamin yang terformulasikan dalam syrup maupun tablet multivitamin, obat flu bermerk, obat neuroprotector. Saat ini belum ada daftar obat di luar formularium nasional tetapi dibutuhkan pasien yang disetujui oleh direktur dan komite medis.

Rekomendasi dan tindak lanjut : Lakukan penetapan daftar obat di luar formularium nasional tetapi dibutuhkan pasien yang disetujui oleh direktur dan komite medis melalui pembahasan Bersama.

10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)



Analisa : Diperoleh rata-rata kepatuhan terhadap alur clinical pathway triwulan I tahun 2026 mencapai 98.09 %. Hasil ini memenuhi target yang ditentukan.

Rekomendasi dan tindak lanjut : Menyampaikan hasil evaluasi clinical pathway dalam pertemuan komite medis untuk pengurangan variasi dan meningkatkan efisiensi. Lakukan audit secara berkala untuk mempertahankan perbaikan.

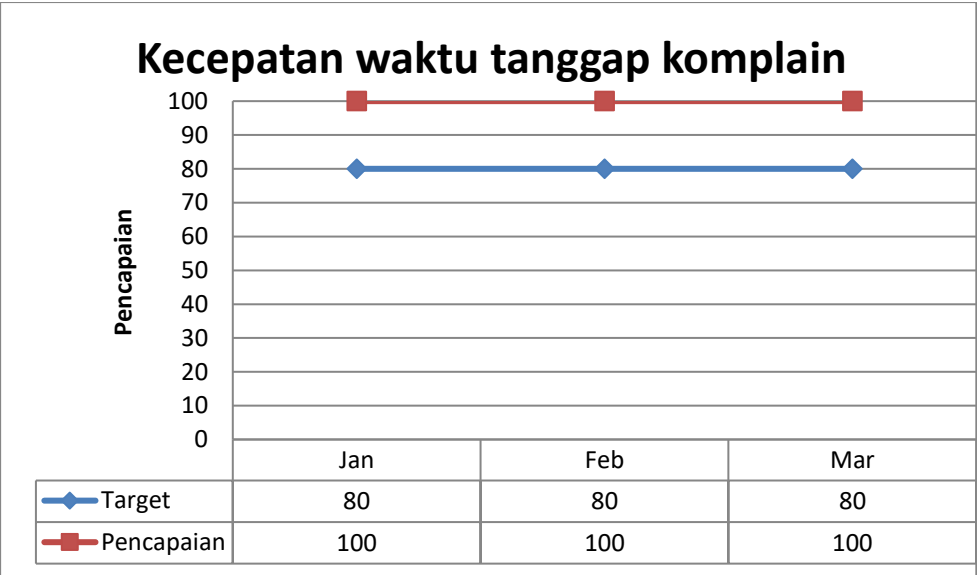
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh



Analisa : Diperoleh rata- rata pencapaian 100 %. Hasil tersebut telah memenuhi target yang ditetapkan.

Rekomendasi dan tindak lanjut : Mempertahankan capaian yang telah didapatkan dan tetap memperhatikan upaya pencegahan resiko jatuh agar tidak ada kejadian pasien jatuh.

12. Kecepatan waktu tanggap komplain



Analisa : Diperoleh hasil 100 % pada triwulan I, yang menunjukkan bahwa hasil telah memenuhi target dan konsisten.

Rekomendasi dan tindak lanjut : Tetap mempertahankan capaian yang ada.

13. Kepuasan pasien

Analisa : Pada triwulan I 2026 belum dilakukan perhitungan hasil kepuasan pasien karena pengukuran dilakukan setiap 6 bulan sekali.

Rekomendasi dan tindak lanjut : Memberikan pelayanan maksimal agar pasien merasa puas dan nyaman.

BAB III

PENUTUP

Demikian Laporan capaian indikator mutu nasional triwulan I yang kami buat. Harapan kami laporan ini dapat dimanfaatkan sebagai informasi bagi unit dan manajemen untuk dapat menindak lanjuti agar peningkatan mutu pelayanan RS Budi Agung Juwana dapat terwujud sesuai yang kita harapkan.

Mengetahui,
Direktur RS Budi Agung



dr. Joko Subiyono, MM
NIK. 20221401029

Juwana, 14 April 2026
Ketua Komite Mutu

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Aulia Mufidah", is written over the text.

dr. Aulia Mufidah
NIK. 20201401023