

LAPORAN
CAPAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL
TRIWULAN II TAHUN 2026



PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT BUDI AGUNG
TAHUN 2026

BAB I
HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU
TRIWULAN II TAHUN 2026

Indikator Mutu Nasional (INM)

No	Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit	Target	Pencapaian			Rata-rata
			April	Mei	Juni	
1	Kepatuhan kebersihan tangan	85 %	94.06	95.82	95.11	95
2	Kepatuhan penggunaan APD	100 %	96.97	96.98	93.51	95.82
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100 %	99.82	99.74	99.91	99.82
4	Waktu tanggap operasi Seksio sesarea emergensi	80 %	100	100	100	100
5	Waktu tunggu rawat jalan	80 %	98.74	98.73	98.74	98.74
6	Penundaan operasi elektif	5 %	0.91	0.48	0	0.46
7	Kepatuhan waktu visite dokter	80 %	72.69	71	69.57	71.09
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100 %	100	100	100	100
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	80 %	53.99	53.8	55.1	54.30
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	80 %	99.38	99.46	100	99.61
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100 %	99.73	99.73	100	99.82
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	80 %	100	100	100	100
13	Kepuasan pasien	76.61	97.6			

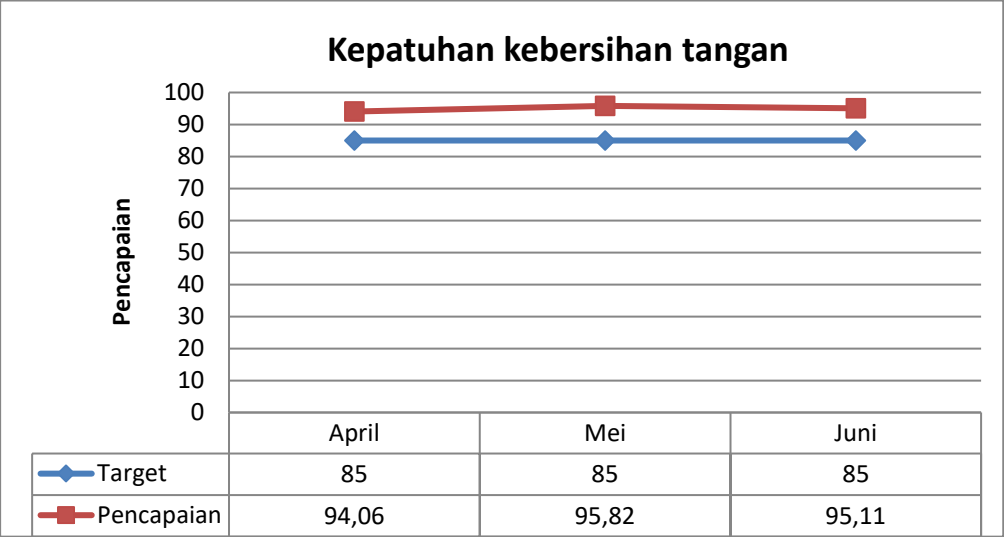
BAB II

ANALISA HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL

TRIWULAN II 2026

Indikator Mutu Nasional (INM)

1. Kepatuhan kebersihan tangan

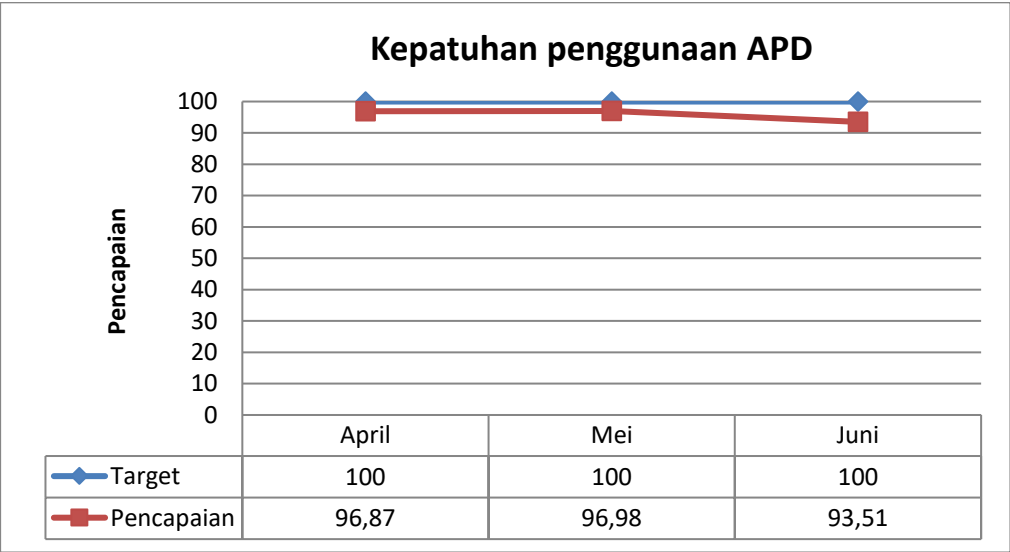


Analisa : Diperoleh rata-rata pencapaian 95 %. Hasil tersebut telah mencapai target yang telah ditentukan. Untuk mempertahankan capaian dibutuhkanannya komitmen bersama baik tenaga medis, keperawatan, nakes lain untuk tetap melakukan hand hygiene dengan tepat.

Rekomendasi dan tindak lanjut :

- 1. Mempertahankan kinerja yang sudah baik ini dengan terus melakukan audit internal secara berkala oleh Tim PPI/IPC.
- 2. Melakukan pemantauan tren bulanan untuk mengantisipasi terjadinya penurunan kepatuhan (*fatigue effect*) pada bulan-bulan berikutnya.

2. Kepatuhan penggunaan APD

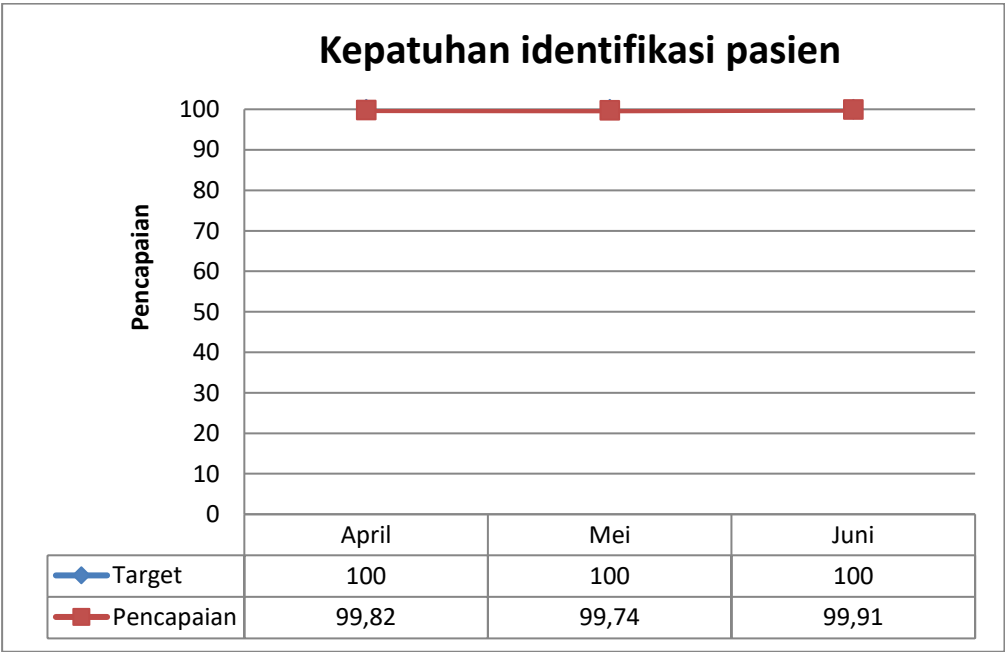


Analisa : Diperoleh rata-rata pencapaian 95.79 %. Hasil tersebut belum memenuhi target yang ditentukan, diperlukan kesadaran setiap individu di semua unit dalam penggunaan APD. Ketidaksesuaian ini terjadi pada beberapa kegiatan pelayanan seperti : tidak memakai sarung tangan pada saat melakukan infus atau tindakan injeksi, penggunaan masker yang salah pada ruangan isolasi, stok handscoon steril dan handscoon rumah tangga terbatas.

Rekomendasi dan tindak lanjut :

- 1. 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.
- 2. Membudayakan saling mengingatkan antar rekan kerja jika ada yang lupa atau keliru memakai APD.
- 3. Memastikan APD selalu tersedia di setiap titik kerja

3. Kepatuhan identifikasi pasien



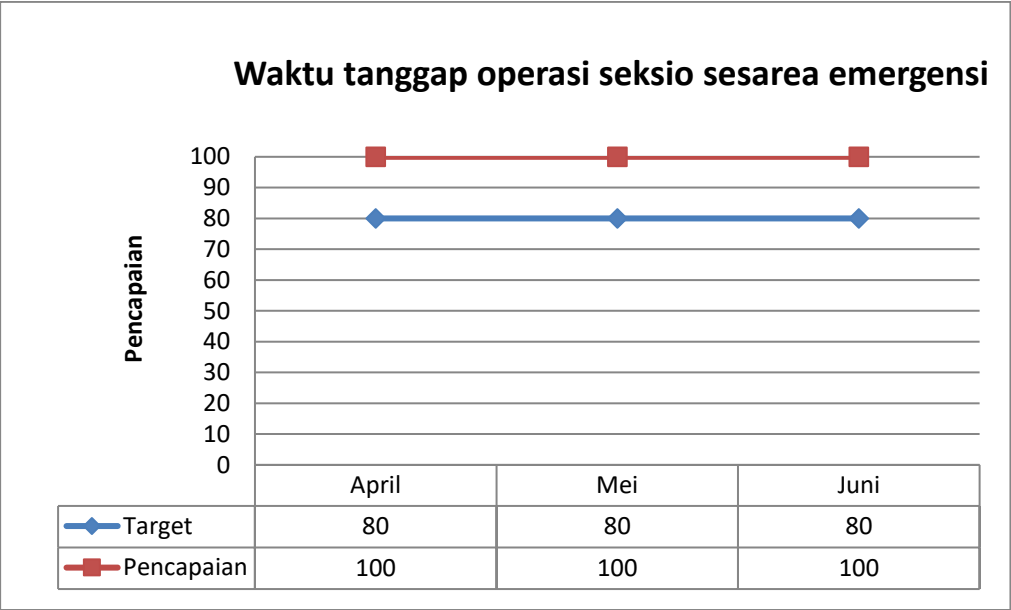
Analisa : Diperoleh rata-rata pencapaian 99.82 %. Hasil tersebut belum memenuhi target, diperlukan kerjasama semua unit agar bisa tercapai target yang telah ditentukan. Unit yang masih dibawah target adalah Instalasi IGD. Pada instalasi IGD penyerahan obat pada pasien ada yang masih menggunakan nama dan Alamat (1 dari 4 item).

Rekomendasi dan tindak lanjut :

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

2. Melanjutkan sosialisasi kepatuhan gelang identitas kepada pasien dan keluarga sebagai mitra keselamatan.

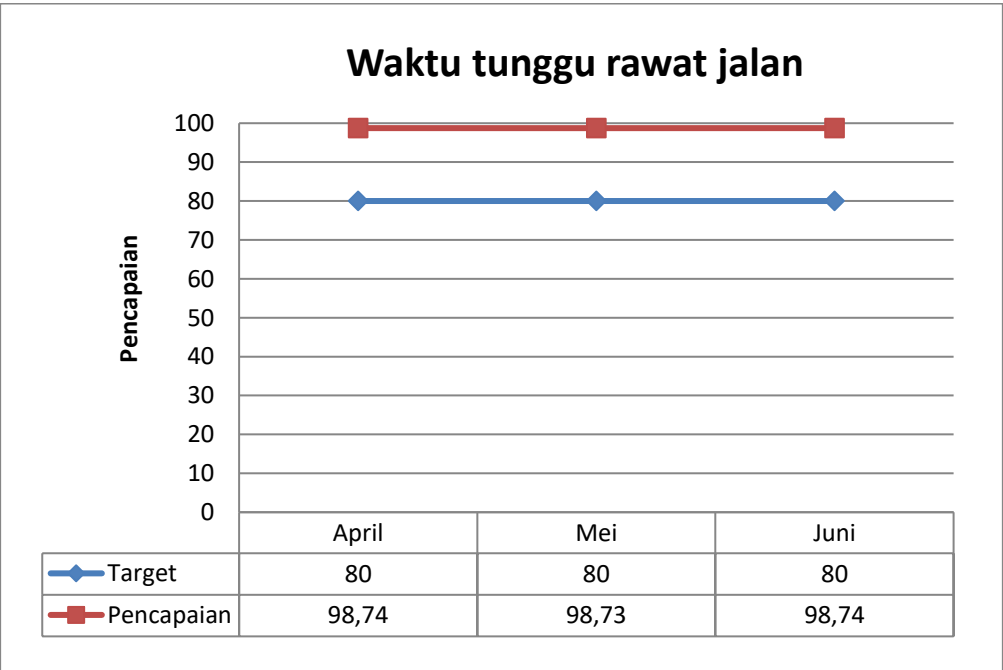
4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi



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 respons cepat meski dalam kondisi kamar operasi penuh.

5. Waktu tunggu rawat jalan

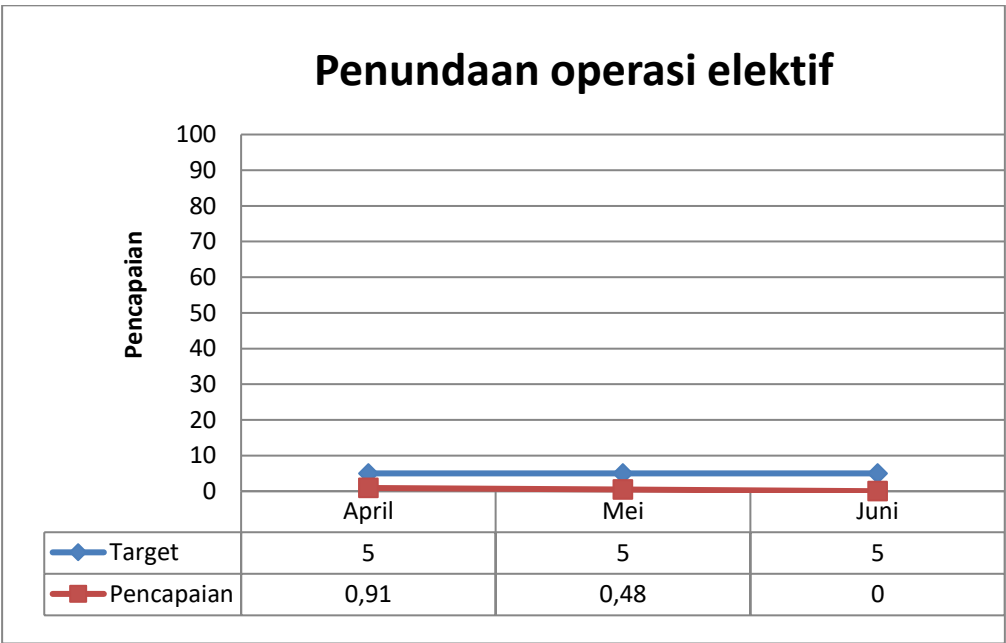


Analisa : Diperoleh rata-rata pencapaian 98.73 %. Hasil tersebut sudah mencapai target yang telah ditentukan dan menunjukkan komitmen yang sangat baik dari tim dalam memberikan pelayanan yang cepat dan efisien kepada pasien.

Rekomendasi dan tindak lanjut :

- 1. Tetap mempertahankan capaian yang ada saat ini. Agar dapat mencapai target yang telah ditentukan setiap bulannya.
- 2. Memastikan sistem yang baik ini tetap berjalan siapapun petugasnya (mencegah penurunan performa saat ada rotasi pegawai).

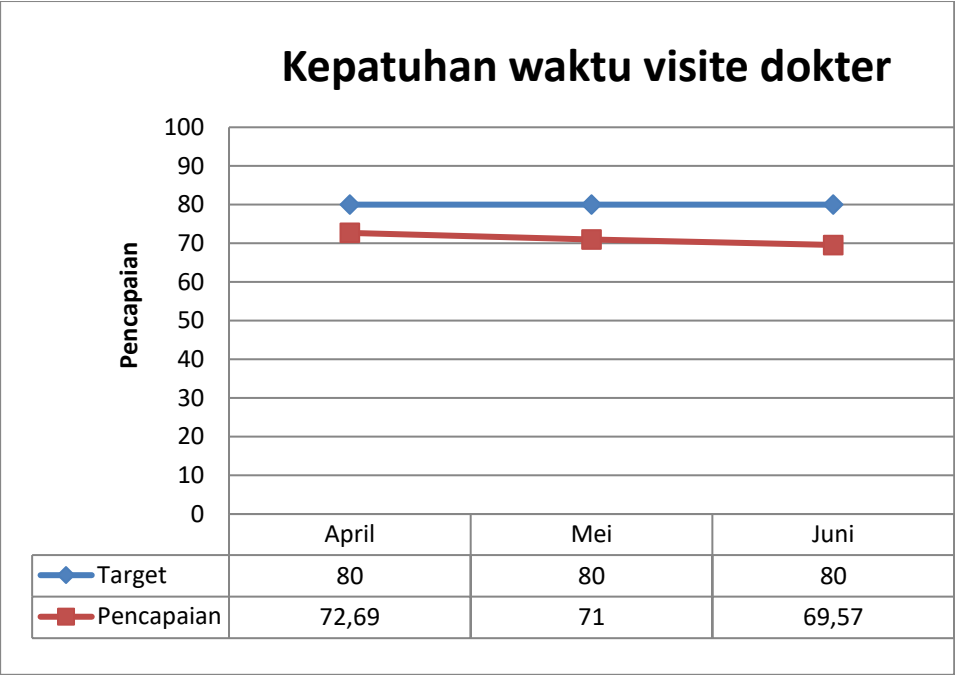
6. Penundaan operasi elektif



Analisa : Diperoleh rata-rata pencapaian 0.46 %. Hasil capaian ini mencapai target yang ditentukan. Penundaan operasi elektif disebabkan karena penundaan karena DPJP sedang operasi cito.

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

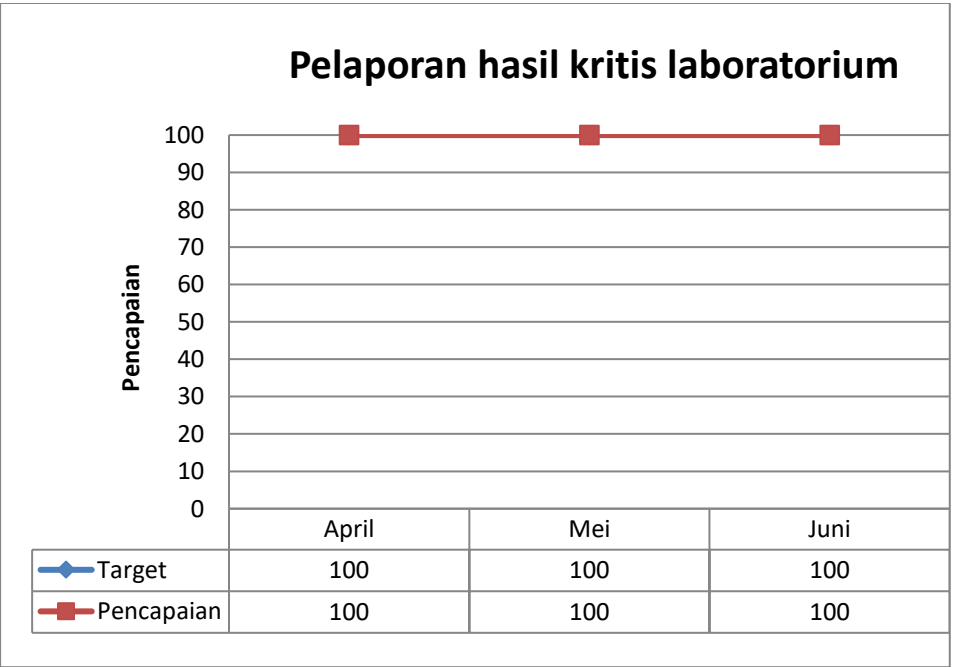
7. Kepatuhan waktu visite dokter



Analisa : Diperoleh rata-rata pencapaian 71.09 %. Hasil tersebut belum mencapai target yang ditetapkan namun sudah menunjukkan peningkatan dibandingkan triwulan I yang sebesar 58.4 %. Hal tersebut dikarenakan ada dokter spesialis purna tugas ASN di RS lain, jam praktek menjadi pagi sehingga visit dilakukan di jam pagi hari. Ada pula praktik beberapa DPJP dalam sehari memiliki jadwal 2x (pagi dan sore). Sehingga DPJP melakukan visit sebanyak 2x, pagi hari untuk pasien masuk di pagi/siang, dan malam hari pada pasien baru yang masuk di jam sore (langsung divisit tidak menunggu besoknya)

Rekomendasi dan tindak lanjut : Menyampaikan laporan capaian kepatuhan ini kepada masing-masing Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) secara personal sebagai bahan evaluasi.

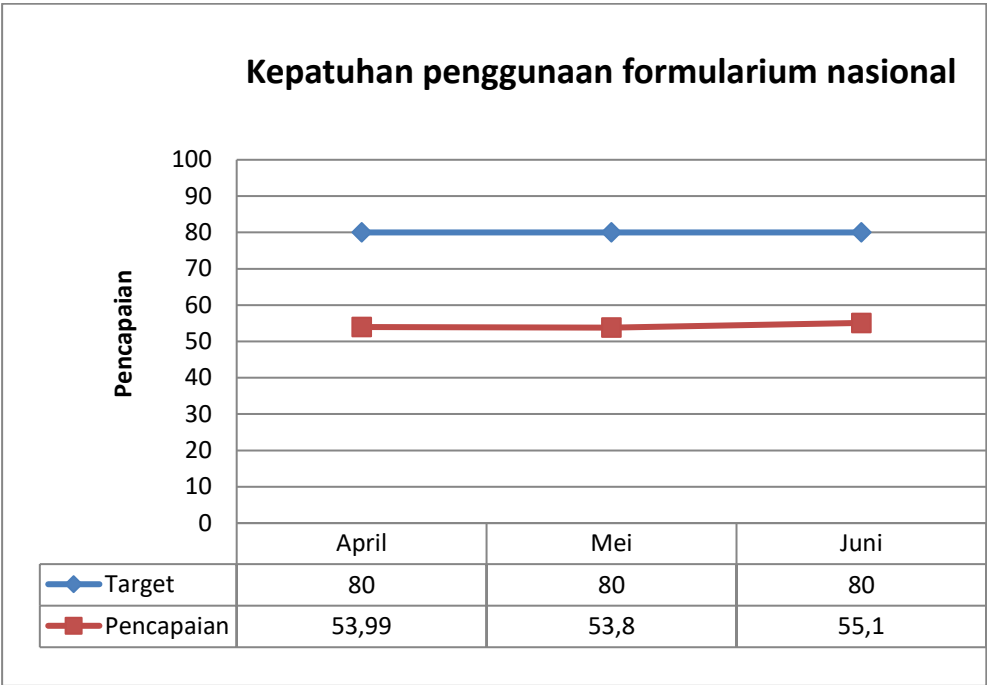
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium



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.

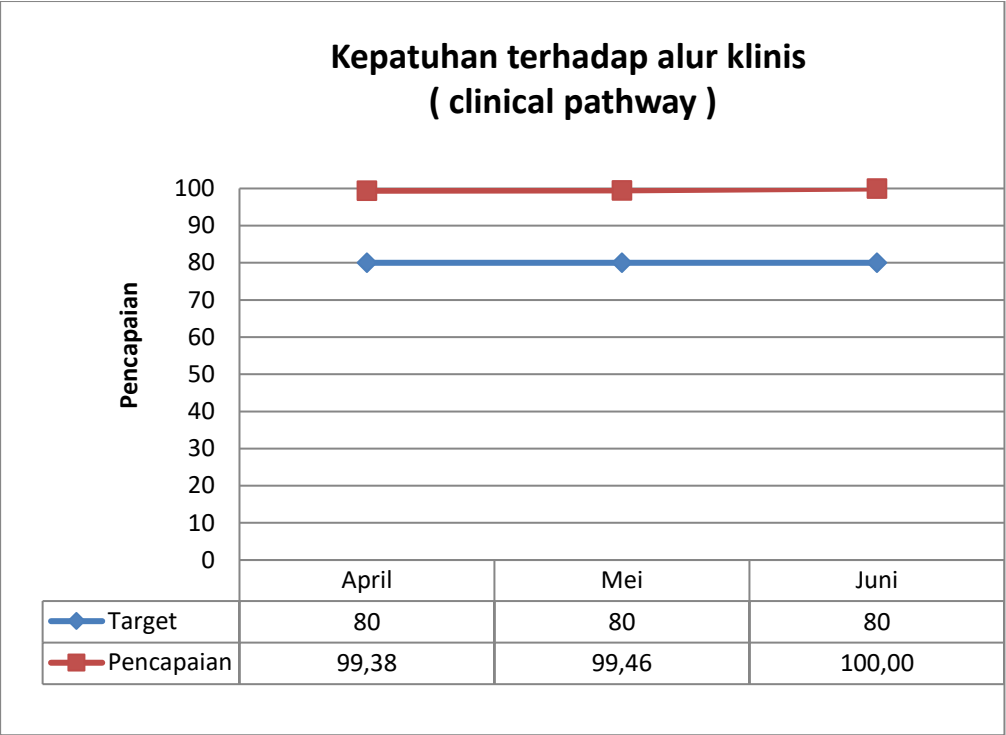
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional



Analisa : Diperoleh rata-rata pencapaian 54.30 %. Hasil tersebut belum mencapai target yang telah ditentukan. Masih banyak didapatkan resep obat di luar formularium nasional seperti vitamin yang terformulasikan dalam sirup 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 II tahun 2026 mencapai 99.61 %. Hasil ini memenuhi target yang ditentukan dan mengalami peningkatan dibandingkan triwulan I yaitu sebesar 98.09 %.

Rekomendasi dan tindak lanjut : Mempertahankan konsistensi kepatuhan dengan melakukan audit klinis rutin secara berkala dan menyampaikan hasil evaluasi CP dalam pertemuan komite medis untuk pengurangan variasi dan meningkatkan efisiensi.

11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

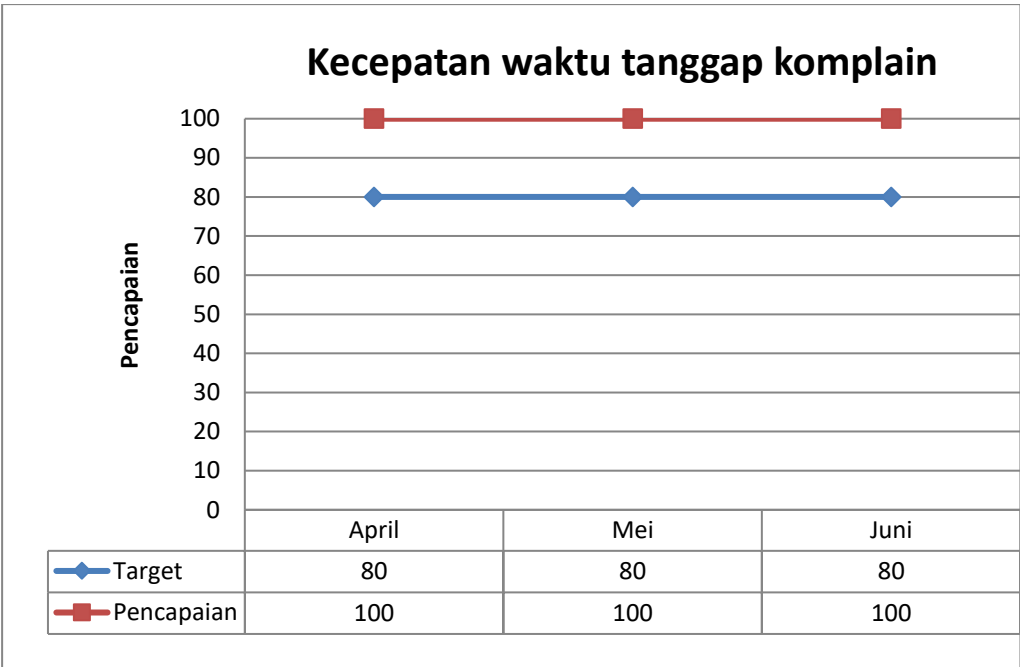


Analisa : Diperoleh rata- rata pencapaian 99.82 %. Hasil tersebut belum memenuhi target yang telah ditentukan dan mengalami penurunan dibandingkan triwulan I yang sudah mencapai 100 %. Hal tersebut dikarenakan ada 1 kasus pasien jatuh di rawat inap.

Rekomendasi dan tindak lanjut :

- 1. Meningkatkan monitor upaya pencegahan resiko jatuh agar tidak ada kejadian pasien jatuh.
- 2. Melakukan asesmen ulang saat terjadi perubahan kondisi pasien.

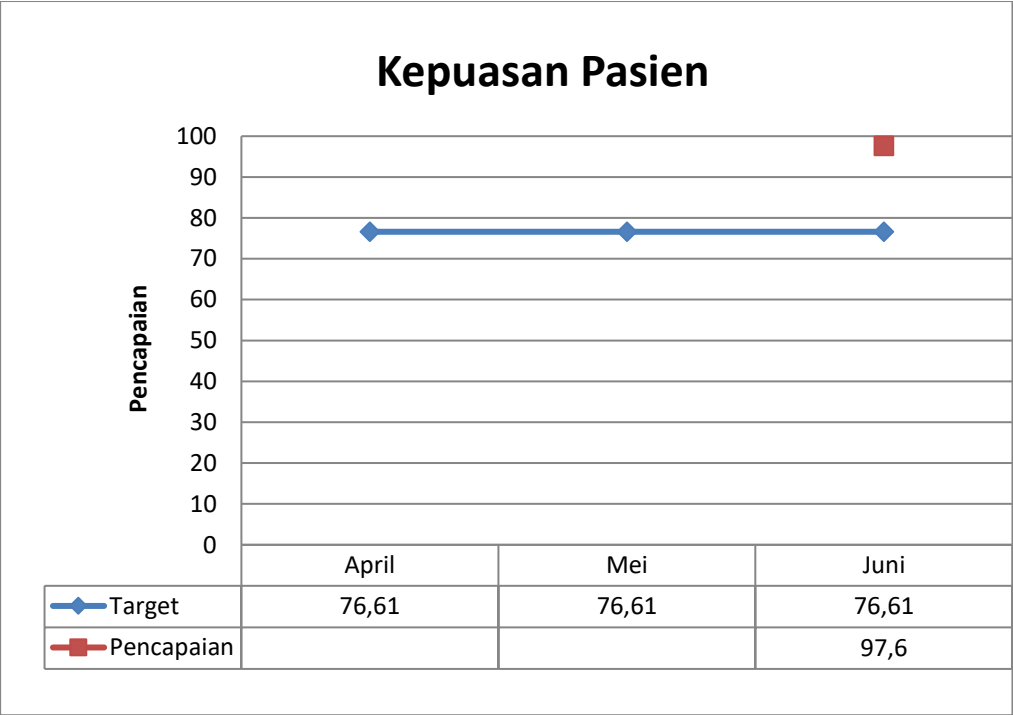
12. Kecepatan waktu tanggap komplain



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

Rekomendasi dan tindak lanjut : Tetap mempertahankan capaian yang ada atau mengusulkan kenaikan target indikator mutu menjadi 90% atau 95% pada periode anggaran/evaluasi berikutnya.

13. Kepuasan pasien



Analisa : Pada periode ini di dapatkan hasil 97.6. Hal tersebut sudah memenuhi target yang telah ditentukan.

Rekomendasi dan tindak lanjut : Tetap mempertahankan capain yang ada, memberikan pelayanan maksimal agar pasien merasa puas dan nyaman dan menjaga konsistensi mutu pelayanan agar tetap stabil.

BAB III

PENUTUP

Demikian Laporan capaian indikator mutu triwulan II 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 Juli 2026
Ketua Komite Mutu

dr. Aulia Mufidah
NIK. 20201401023