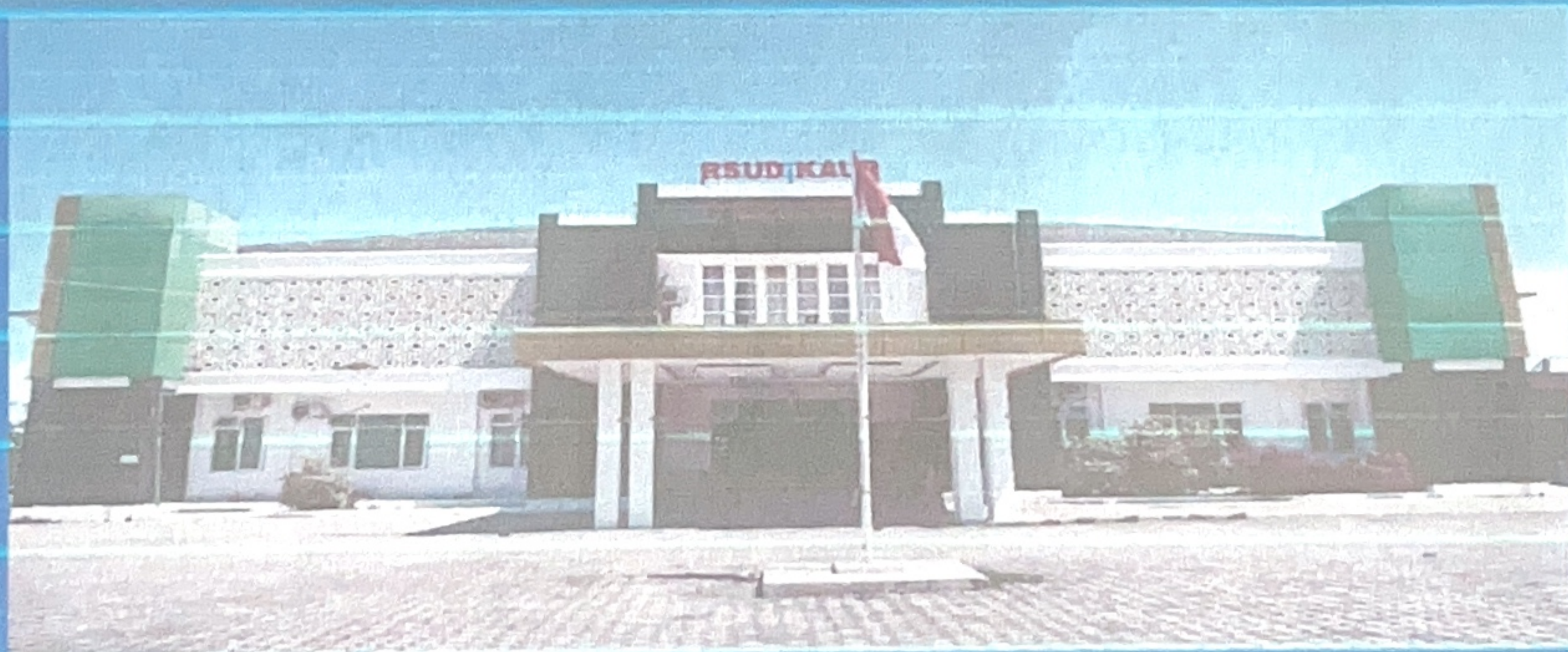




**LAPORAN PELAKSANAAN PROGRAM
PENINGKATAN MUTU & KESELAMATAN PASIEN
SEMESTER II TAHUN 2025
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN
KAUR**

2025



**Sumatera Desa Cahaya Batin Kecamatan Semidang Gumay
Kab. Kaur 38561**

Telp (0739) 2010033, 2010032

Email : rsudkaur.cbtn@gmail.com

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sesuai dengan Undang - undang No 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus berlandaskan pada etika dan moral. Dengan demikian rumah sakit dihadapkan pada kebutuhan peningkatan pelayanan publik dan prinsip keselamatan pasien pada pelayanan kesehatan di Indonesia sehingga rumah sakit dituntut untuk bersikap lebih profesional, menjaga mutu pelayanan dan terbuka terhadap pelayanan masyarakat.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Mutu Rumah Sakit, bahwa setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan tata kelola mutu untuk meningkatkan mutu Rumah Sakit dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit.

Komite Mutu yang merupakan unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu, keselamatan pasien, manajemen risiko serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang diterapkan pada semua unit kerja/pelayanan RSUD Kaur setiap tahun.

Laporan pelaksanaan program kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien Semester II Tahun 2025 ini dibuat untuk mengevaluasi pelaksanaan program yang telah disusun sesuai dengan program kerja komite mutu tahun 2025.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Diketuinya penerapan program kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSUD Kaur pada semester II tahun 2025.

2. Tujuan Khusus

- a. Dievaluasinya peningkatan mutu RSUD Kaur melalui pemantauan indikator mutu yang telah ditetapkan.
- b. Dievaluasinya program keselamatan pasien dengan pemantauan Insiden Keselamatan Pasien Rumah sakit (IKP - RS).
- c. Didapatkannya rekomendasi dari Direktur Rumah Sakit dan Dewan Pengawas mengenai pelaksanaan program mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien di RSUD Kaur

BAB II
PELAKSANAAN PENGUKURAN INDIKATOR

A. PELAKSANANAAN PENGUKURAN INDIKATOR MUTU

Pelaksanaan pengukuran Indikator dimulai dari pengumpulan data indikator mutu yaitu

1. Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM)

Pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) yaitu indikator mutu nasional yang wajib dilakukan pengukuran dan digunakan sebagai informasi mutu secara nasional.

Indikator Nasional Mutu (INM) terdiri dari 13 Indikator.

No	Indikator	Target
1	Kepatuhan kebersihan tangan	> 85%
2	Kepatuhan penggunaan APD	100%
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	a 80%
5	Waktu tunggu rawat jalan	* 80%
6	penundaan operasi elektif	< 5%
7	Kepatuhan waktu visite dokter	> 80%
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	80%
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	80%
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	> 80%
13	Kepuasan Pasien	< 76.61

2.Laporan Indikator Nasional Mutu (INM) RSUD Kaur Semester II Tahun 2025

No	Indikator	Target	Capain						Analisis Capaian	Rencana Tindak Lanjut
			Juli	Agustus	Sep.	Okt.	Nov.	Des.		
1	Kepatuhan kebersihan tangan	* 85%	85,3%	85,8%	87%	89,82	89,01 %	95%	Target capaian indikator mutu kepatuhan cuci tangan sebesar 85% telah di capai	Akan tetap dilakukan sosialisasi kepada petugas tentang penting kepatuhan kebersihan tangan
2	Kepatuhan penggunaan APD	100%	89%	89,3%	88,6%	90%	91%	96 %	Penggunaan APD di RSUD Kaur telah diterapkan oleh petugas Rumah Sakit, Meskipun masih ada sebagian petugas yang lalai dengan tidak menggunakan APD sehingga kepatuhan penggunaan APD belum mencapai target.	Sosialisasi tentang penerapan APD di rumah sakit karena pentingnya penerapan APD bagi petugas Kesehatan dan pasien tentang bahaya Penularan penyakit secara NOSOKOMIAL sehingga perlu untuk menggunakan APD, juga untuk keselamatan diri.
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	99,2%	100%	100%	99,8%	100%	100%	Secara keseluruhan petugas telah mematuhi SOP dalam identifikasi pasien	Mempertahankan dan meningkatkan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO
4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	* 80%	100%	100%	100%	100 %	100 %	100 %	Telah mencapai target	Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SPO yang ditetapkan rumah sakit
5	Waktu tunggu rawat jalan	80%	85%	85,3%	88,4%	90,83	89,66	92	Indikator mencapai target	Tetap Menerapkan disiplin dan efisiensi sistem kerja yg ada dari Pendaftaran sampai pelayanan pasien sehingga kepuasan terhadap pelayanan meningkat

No	Indikator	Target	Capain						Analisis Capaian	Rencana Tindak Lanjut
			Juli	Agustus	Sep.	Okt.	Nov.	Des.		
6	penundaan operasi elektif	<5%	0	0	0	0	0	0	Ketepatan dan kecepatan penanganan, mengindikasikan keefektifan dan efisiensi waktu tunggu operasi. Indikator mutu penundaan operasi elektif pada grafik diatas menunjukkan kasus penundaan operasi elektif sudah sesuai standar	Pertahankan Indikator Mutu
7	Kepatuhan waktu visite dokter	> 80%	90,1%	91%	90,9%	90,9%	92,38	94	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis bertujuan untuk mendapatkan gambaran kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu memberikan pelayanan medis kepada pasien yang menjadi tanggungjawabnya, dengan standar capaian adalah 80%, di RS	Melakukan sosialisasi tentang ketentuan jam visite kepada para DPJP Edaran jam visite ke setiap KSM

No	Indikator	Target	Capaian Bulan						Analisis Capaian	Rencana Tindak Lanjut
			Juli	Agustus	Sep.	Okt.	Nov.	Des.		
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100	100	100	100	100	100	Telah mencapai target	Mempertahankan pencapaian
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	80%	90%	91%	91,9%	91,94	89,35	100	Telah mencapai target	Mempertahankan pencapaian
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	80%	81%	88%	89%	89,42	87,25	88,57	Telah mencapai target	Mempertahankan pencapaian
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	92,1%	93,5%	94%	92,86	92,86	100	Telah mencapai target	Mempertahankan pencapaian
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	> 80%	100	100	100	100	100	100	Telah mencapai target	Mempertahankan pencapaian
13	Kepuasan Pasien	>76.61	85,2	85,7	85	85	85,3	85,2	Kepuasan pasien merupakan hasil penilaian dari pasien terhadap pelayanan kesehatan dengan membandingkan apa yang diharapkan sesuai dengan kenyataan pelayanan yang diterimanya yang sesuai dengan apa yang telah direncanakan, capaian kepuasan pasien di rumah sakit kaur sudah baik.	Untuk dilakukan survei secara rutin

C. PELAKSANAAN KESELAMATAN PASIEN

Insiden keselamatan pasien pada Semester II Tahun 2025 adalah nihil yang dilaporkan dalam waktu maksimal 2 x 24 jam. Proses pelaporan tersebut merupakan bagian dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien RSUD Kaur .

Laporan IKP dari seluruh unit di RSUD Kaur selama Semester II Tahun 2025 telah dilakukan analisa melalui analisa matriks grading risiko, hal ini dilakukan sebagai metode analisa kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probailitasnya. Hasil dari analisa matriks grading risiko akan menghasilkan level/band risiko dan tindakan sesuai dengan tingkat dan band risiko. Setiap pelaporan IKP telah ditindaklanjuti oleh Komite Mutu melalui Sub Komite Keselamatan pasien dan dilaporkan ke Direktur RSUD Kaur . Adapun data IKP Semester II Tahun 2025 dapat dilihat sesuai dengan tabel dan grafik sebagai berikut:

Laporan Insiden Keselamatan Pasien Semester II Tahun 2025

No	Tgi Insiden	Grading	Band/ Level	Insiden	Jenis Insiden	Tindak lanjut sesuai rekomendasi	Status
	NIHIL						

Jumlah IKP sesuai Jenis Insiden Semester II Tahun 2025

Bulan	Sentinel	KTD	KNC	KTC	JUMLAH
Januari	0	0	0	0	0
februari	0	0	0	0	0
maret	0	0	0	0	0
April	0	0	0	0	0
Mei	0	0	0	0	0
Juni	0	0	0	0	0
Jumlah	0	0	0	0	0

BAB III

PENUTUP

Demikian telah disusun laporan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Semester II Tahun 2025 oleh Komite Mutu RSUD Kaur. Diharapkan dengan laporan ini, dapat digunakan sebagai perbaikan dan peningkatan pelayanan di RSUD Kaur.

Dibuat Oleh Komite Mutu RSUD Kaur

An. Ketua Komite Mutu

Sekretaris Komite Mutu



Endah Cahyani Mentari, SKM

NIP. 199301192022032010

1. KEPATUHAN DALAM PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN

No	Indikator	Target	Capain						Analisis Capaian	Rencana Tindak Lanjut
			Juli	Agustus	Sep.	Okt.	Nov.	Des.		
1	Kepatuhan kebersihan tangan	* 85%	85,3%	85,8%	87%	89,82	89,01 %	95%	Target capaian indikator mutu kepatuhan cuci tangan sebesar 85% telah di capai	Akan tetap dilakukan sosialisasi kepada petugas tentang penting kepatuhan kebersihan tangan
2	Kepatuhan penggunaan APD	100 %	89%	89,3%	88,6%	90%	91%	96 %	Penggunaan APD di RSUD Kaur telah diterapkan oleh petugas Rumah Sakit, Meskipun masih ada sebagian petugas yang lalai dengan tidak menggunakan APD sehingga kepatuhan penggunaan APD belum mencapai target.	Sosialisasi tentang penerapan APD di rumah sakit karena pentingnya penerapan APD bagi petugas Kesehatan dan pasien tentang bahaya Penularan penyakit secara NOSOKOMIAL sehingga perlu untuk menggunakan APD, juga untuk keselamatan diri.
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100 %	99,2%	100%	100%	99,8%	100%	100%	Secara keseluruhan petugas telah mematuhi SOP dalam identifikasi pasien	Mempertahankan dan meningkatkan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO
4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	* 80%	100%	100%	100%	100 %	100 %	100 %	Telah mencapai target	Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SPO yang ditetapkan rumah sakit
5	Waktu tunggu rawat jalan	80%	85%	85,3%	88,4%	90,83	89,66	92	Indikator mencapai target	Tetap Menerapkan disiplin dan efisiensi sistem kerja yg ada dari Pendaftaran sampai pelayanan pasien sehingga kepuasan terhadap pelayanan meningkat
6	penundaan operasi elektif	<5%	0	0	0	0	0	0	Ketepatan dan kecepatan penanganan, mengindikasikan keefektifan dan efisiensi waktu tunggu operasi. Indikator mutu penundaan operasi elektif pada grafik diatas menunjukkan kasus penundaan operasi elektif sudah sesuai standar dibawah 5 %.	Pertahankan Indikator Mutu
7	Kepatuhan waktu visite dokter	> 80%	90,1%	91%	90,9%	90,9%	92,38	94	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis bertujuan untuk mendapatkan gambaran kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu memberikan pelayanan medis kepada pasien yang menjadi tanggungjawabnya, dengan standar capaian adalah 80%, di RS	Melakukan sosialisasi tentang ketentuan jam visite kepada para DPJP Edaran jam visite ke setiap KSM

8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100	100	100	100	100	100	Telah mencapai target	Mempertahankan pencapaian
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	80%	90%	91%	91,9%	91,94	89,35	100	Telah mencapai target	Mempertahankan pencapaian
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	80%	81%	88%	89%	89,42	87,25	88,57	Telah mencapai target	Mempertahankan pencapaian
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100 %	92,1%	93,5%	94%	92,86	92,86	100	Telah mencapai target	Mempertahankan pencapaian
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	> 80%	100	100	100	100	100	100	Telah mencapai target	Mempertahankan pencapaian
13	Kepuasan Pasien	>76.61	85,2	85,7	85	85	85,3	85,2	Kepuasan pasien merupakan hasil penilaian dari pasien terhadap pelayanan kesehatan dengan membandingkan apa yang diharapkan sesuai dengan kenyataan pelayanan yang diterimanya yang sesuai dengan apa yang telah direncanakan, capaian kepuasan pasien di	Untuk dilakukan survei secara rutin

Direktur RSUD Kaur,



dr. AHMAD MUFTI HERDIAWANSYAH
NIP. 19820305 201101 1 005