

**LAPORAN PENINGKATAN MUTU DAN
KESELAMATAN PASIEN SERTA MANAJEMEN RESIKO
2025**



Disiapkan Oleh

Komite Mutu

Ns. Suharsono,S.Kep

**KOMITE MUTU
RUMAH SAKIT JIWA ATMA HUSADA MAHAKAM
TA 2023-2025**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya Laporan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Tahun 2025 ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik.

Laporan ini disusun oleh Komite Mutu Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam sebagai bentuk pertanggungjawaban, evaluasi, serta dokumentasi atas pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien selama tahun 2025. Penyusunan laporan ini bertujuan untuk menggambarkan capaian indikator mutu, analisis permasalahan, tindak lanjut perbaikan, serta upaya berkelanjutan dalam menciptakan pelayanan kesehatan jiwa yang bermutu, aman, dan berfokus pada pasien.

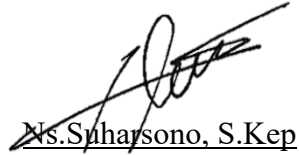
Pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan proses yang berkesinambungan dan membutuhkan komitmen serta kolaborasi dari seluruh unsur rumah sakit, baik manajemen, tenaga kesehatan, maupun unit pendukung. Oleh karena itu, kami menyampaikan apresiasi dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi, berpartisipasi aktif, serta memberikan dukungan dalam pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien sepanjang tahun 2025.

Kami menyadari bahwa laporan ini masih memiliki keterbatasan dan memerlukan penyempurnaan di masa mendatang. Oleh sebab itu, saran dan masukan yang konstruktif sangat kami harapkan sebagai bagian dari upaya perbaikan berkelanjutan (continuous improvement) dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan jiwa.

Akhir kata, semoga laporan ini dapat menjadi bahan evaluasi, pembelajaran, serta acuan dalam pengambilan keputusan strategis guna meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam pada masa yang akan datang.

Samarinda, Januari 2026

Ketua Komite Mutu,



Ns. Suharsono, S.Kep

NIP. 198611072011011001

LEMBAR PENGESAHAN

**KOMITE MUTU RUMAH SAKIT Jiwa ATMA HUSADA MAHAKAM
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
LAPORAN MUTU 2025**

TELAH DI TELAAH OLEH MANAJEMEN :

1. Direktur

dr. Indah Puspitasari, MARS
NIP 196705301998032003



2. Wakil Direktur Pelayanan

dr. Fauziah Andriyani, MARS
NIP 197502102009032006



3. Wakil Direktur Umum dan Keuangan

Ns. Rahmawati, S.Kep., M.M
NIP 197607291999032005



4. Wakil Direktur Penunjang Dan Pendidikan, Pelatihan Dan Penelitian

Bero Utomo, S.Pd., S.Kep.
NIP 197504151999031005



DAFTAR ISI

KEBIJAKAN DIREKTUR

KATA PENGANTAR

BAB I	PENDAHULUAN.....	2
BAB II	KEGIATAN PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU.....	2
BAB III	HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU.....	3
BAB IV	ANALISA HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU.....	4
BAB V	HASIL VALIDASI DATA.....	5
BAB VI	LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN.....	6
BAB VII	KESIMPULAN SARAN DAN TINDAK LANJUT.....	7
BAB VIII	PENUTUP.....	8

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit (RS) adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam yang selanjutnya disebut RSJD AHM melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa intra mural dan ekstra mural serta melakukan pembinaan dan integrasi ke puskesmas dan Rumah Sakit Umum di Provinsi Kalimantan Timur dengan cara mengirim psikiater ke puskesmas dan Rumah Sakit Umum secara berkala.

Komite mutu rumah sakit yang selanjutnya disebut komite mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit. setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan tata kelola mutu. tata kelola mutu dilakukan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.

Penyelenggaraan tata telola mutu dilakukan oleh Komite Mutu. Tujuan penyelenggaraan tata kelola mutu adalah peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RSJD Atma Husada Mahakam secara menyeluruh melalui perbaikan mutu berkesinambungan.

Dalam rangka mencapai tujuan, ditetapkan 5 (lima) sasaran sebagai berikut:

1. Terlaksananya pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
2. Terlaksananya pemilihan, pengumpulan, analisis dan validasi data indikator mutu;
3. Terlaksananya pelaporan dan analisis Insiden Keselamatan Pasien (IKP);
4. Terlaksananya pencapaian dan mempertahankan perbaikan;
5. Terlaksananya manajemen risiko RS.

Penyelenggaraan tata kelola mutu selanjutnya akan dievaluasi dan dilaporkan secara berkala oleh Komite Mutu kepada Direktur Utama dan dilaporkan kepada Dewan Pengawas Rumah Sakit. Laporan berkala yang disusun terdiri atas Laporan Semester dan Laporan Tahunan dimana keduanya merupakan laporan pelaksanaan

tugas dan fungsi yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja Komite Mutu Rumah Sakit dalam kurun waktu satu semester maupun satu tahun.

Laporan berkala ini merupakan bentuk pertanggungjawaban kinerja Komite Mutu rumah sakit yang dapat menjadi media informasi, umpan balik (*feedback*), dan menjadi bahan evaluasi terhadap penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit. Laporan ini dimaksudkan untuk mengetahui dan menilai sejauh mana pencapaian kinerja dan progres program yang terlaksana di setiap periodenya dengan mengacu pada Program Mutu rumah sakit tahun 2025.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan pelayanan kesehatan melalui upaya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam secara efektif dan efisien agar tercapai derajat kesehatan yang optimal dan meningkatkan kepuasan pelanggan.

2. Khusus

Tercapainya peningkatan mutu pelayanan dan terjaminnya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam melalui:

- a. Monitoring dan evaluasi peningkatan mutu Rumah Sakit Indikator Nasional Mutu, Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit & Indikator Mutu Prioritas Unit.
- b. Monitoring dan evaluasi program keselamatan pasien melalui Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit (IKP- RS)
- c. Monitoring dan evaluasi program manajemen risiko baik risiko klinis maupun non klinis.
- d. Terciptanya budaya mutu dalam memberikan pelayanan di rumah sakit.
- e. Terciptanya budaya keselamatan pasien di seluruh pelayanan rumah sakit.
- f. Optimalisasi tenaga, sarana, dan prasarana untuk pengembangan pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman melalui monitoring kinerja individu dan kinerja unit kerja.

BAB II
KEGIATAN PEMANTAUAN INDIKATOR
MUTU RUMAH SAKIT

A. Kegiatan Pokok

Strategi pencapaian tujuan dan sasaran merupakan penjabaran operasional kebijakan dan program sebagai upaya pencapaian target (sasaran kerja) Komite Mutu RSJD Atma Husada Mahakam. Pengukuran kinerja dilakukan untuk membandingkan kinerja yang dicapai dengan standar, rencana atau target menggunakan indikator yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan dan kegagalan dari sasaran dengan alat ukur berupa indikator-indikator.

1. INDIKATOR NASIONAL MUTU

- a. Kepatuhan Kebersihan Tangan
- b. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
- c. Kepatuhan Identifikasi Pasien
- d. Waktu Tunggu Rawat Jalan
- e. Kepatuhan Waktu Visite Dokter
- f. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
- g. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
- h. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)
- i. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
- j. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
- k. Kepuasan Pasien

2. INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT

- a. Identifikasi Pasien
- b. Komunikasi Efektif (TULBAKON)
- c. Keamanan Obat
- d. Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
- e. Risiko Pasien Jatuh
- f. Kelengkapan Asesmen Medis rawat Inap
- g. Kepayuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)
- h. Kelengkapan Asesmen Medis Rawat jalan dan Napza
- i. Tidak Ada Kejadian Pasien yang Cidera karena Fiksasi

- j. Mengurangi Angka Kejadian Pasien Jatuh
- k. Kepatuhan Kebersihan Tangan Peserta Didik
- l. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Peserta Didik
- m. Kepatuhan Identifikasi Pasien Peserta Didik

3. INDIKATOR MUTU PRIORITAS UNIT

- a. Waktu Tunggu Rawat jalan
- b. Kelengkapan Asesmen Medis Rawat Jalan
- c. Tidak Ada Pasien Yang Difiksasi >24 jam
- d. Khusus Untuk RS Jiwa Pasien Dapat Ditenangkan Dalam waktu ≤ 48 Jam
- e. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien
- f. SPM Baku Air Limbah : pH, BOD₅, COD, TSS, Amonia (NH₃-N)*, Fospat Total (PO₄)*, TDS, Sisa Klor (Cl₂), Total Coliform, A Coli
- g. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racik
- h. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap
- i. Waktu Tanggap kerusakan Alat Kurang dari 15 Menit
- j. Laporan Hasil Kritis Laboratorium
- k. Kelengkapan Asesmen
- l. Kelengkapan *Informed Consent*
- m. Kelengkapan Pengisian Dokumen Rekam Medis Setelah 24 Jam
- n. Tidak Adanya Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medis
- o. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan *Foto Thorax*
- p. Kelengkapan Lembar Serah Terima Pasien
- q. Pencapaian paket kegiatan Rehabilitasi Psikososial

B. Kegiatan Yang Dilakukan

Strategi pencapaian tujuan dan sasaran merupakan penjabaran operasional kebijakan dan program sebagai upaya pencapaian target (sasaran kerja) Komite Mutu RSJD Atma Husada Mahakam. Pengukuran kinerja dilakukan untuk membandingkan antara hasil capaian dengan standar yang telah ditetapkan.

Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi mengenai kondisi yang dicapai saat ini, kendala dan permasalahan, upaya yang sudah dilakukan, dan rencana tindak lanjut dalam rangka pencapaian program di masa yang akan datang. Adapun hasil pengukuran kinerja tahun 2025 adalah sebagai berikut:

1. Melakukan pemantauan indikator mutu secara berkesinambungan.
2. Melakukan Validasi data pemantauan indikator mutu klinis.
3. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator mutu.
4. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu oleh masing-masing unit.
5. Melakukan perbandingan data dengan RS lain/benchmarking.
6. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu.

C. Jadwal Kegiatan

1. Melakukan pelaporan hasil pemantauan indikator mutu oleh masing-masing bagian/
2. unit dilakukan setiap bulan, menyusun program perbaikan mutu dengan teknik PDCA
3. oleh Penanggungjawab Pengumpul Data indikator mutu rumah sakit dilaporkan pada saat rapat triwulan.
4. Melakukan pemantauan indikator mutu serta validasi data yang dilaksanakan berkesinambungan.
5. Melakukan tabulasi terhadap data hasil pemantauan indikator mutu (dilaksanakan setiap bulan)

6. Melakukan penyampaian hasil pemantauan indikator mutu dan validasi data mutu setiap tiga bulan.
7. Menyusun laporan hasil pemantauan indikator mutu dan keselamatan pasien rumah sakit setiap tiga bulan.

D. Pencatatan dan Pelaporan

1. Pencatatan dilakukan oleh petugas pengumpul data, kemudian dilakukan rekapitulasi, dan analisa oleh Penanggungjawab PMKP / PIC.
2. Hasil analisis tersebut kemudian dilaporkan dan di serahkan kepada validator mutu rumah sakit untuk dilakukan analisa lebih lanjut dan kemudian dilaporkan kepada Ketua Sub Komite Mutu Rumah Sakit.
3. Data hasil pemantauan ditulis pada Form Pemantauan Indikator Mutu dan dikumpulkan ke Ketua Komite Mutu dengan dilengkapi laporan tindak lanjut program dengan tehnikPDSA untuk indikator yang belum sesuai dengan standart yang ditetapkan
4. Setiap ditemukan suatu permasalahan disetiap instalasi kerja dan ditembuskan Sub Komite Peningkatan Mutu setiap bulan selambat - lambatnya pada Tanggal 5 bulan berikutnya.
5. Hasil pengolahan dan analisa data dituangkan dalam laporan tertulis kemudian akan dilaporkan kepada Direktur setiap 3 bulan sekali . Kemudian dilaporkan kepada kemenkes
6. Hasil dari laporan mutu akan dilaporkan kepada dewan pengawas rumah sakit untuk mendapat rekomendasi dan rencana tindak lanjut dari apa yang sudah dilaporkan.

BAB III

HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU

A. Indikator Nasional Mutu (INM)

No	Nama indikator	Target capaian	Triwulan I			Triwulan II			Triwulan III			Triwulan IV			Rata-Rata
			Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Ags	Sept	Okt	Nov	Des	
1	Kepatuhan kebersihan tangan	≥ 85%	85	86	88	88	88	91	90	90	91	89.50	91.18	90.10	89
2	Kepatuhan penggunaan APD	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	99	Tidak ada di RSJ												
5	Waktu tunggu rawat jalan	86	99	99	100	99	100	100	90	90	91	100	99.58	100	100
6	Penundaan operasi elektif	< 5%	Tidak ada di RSJ												
7	Kepatuhan waktu visite dokter	≥ 80%	91	87	89	86	91	86	85	88	85	89.48	87.98	91.92	88
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥ 80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>clinical pathway</i>)	≥ 80%	86	67	66	95	93	84	89	96	89	94.92	86.44	90.74	90
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	> 80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
13	Kepuasan pasien	≥ 76,61	90	90	90	90	90	90	92	92	92	91.63	91.65	91.65	90

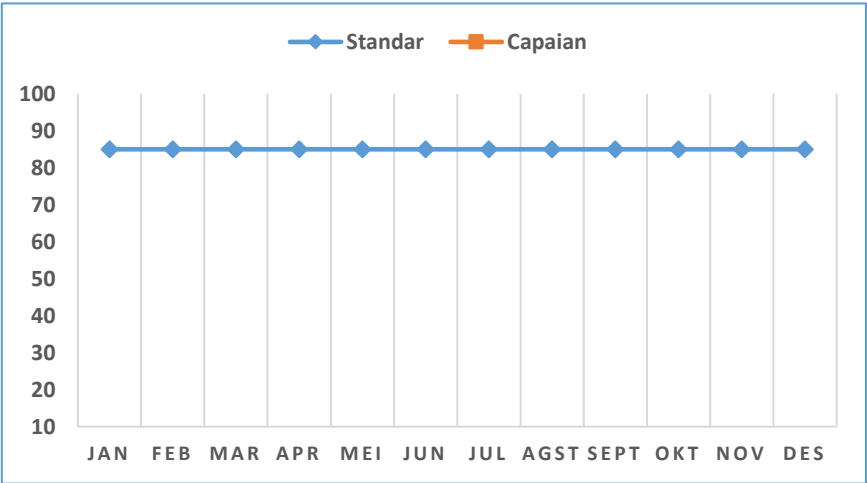
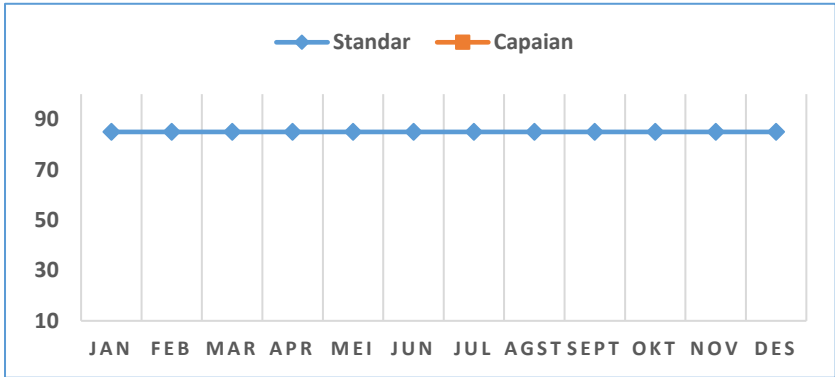
B. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS)

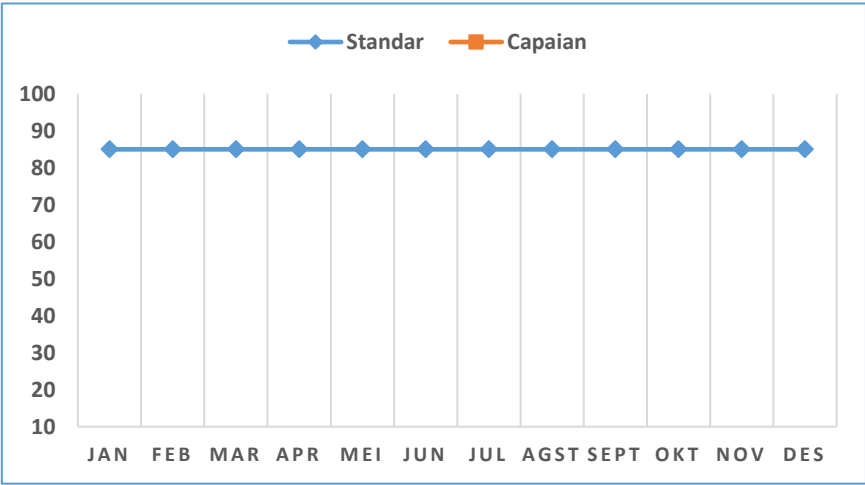
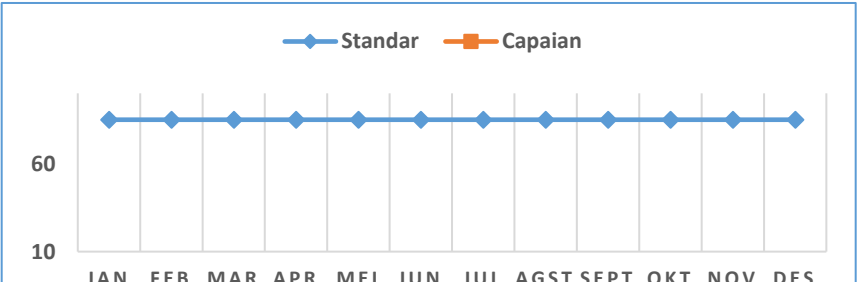
No.	Indikator	Standar	Triwulan I			Triwulan II			Triwulan III			Triwulan IV			Rata-rata
			Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Ags	Sept	Okt	Nov	Des	
1	Tidak adanya pasien yang cidera karena fiksasi	100%	100	100	100	100	100	100	100	99.32	100	100	100	100	100
2	Komunkasi Efektif (Tulbakon)	100%	100	100	100	97	100	99	99.55	98.80	98.49	96.83	99.72	99.36	98.67
3	Resiko Pasien Jatuh	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
4	Keamanan obat	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
5	Kelengkapan Assesmen medis rawat inap	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	99.56	100	100	100	100
6	Resiko Infeksi terkait pelayanan kesehatan	≥ 85%	86	88	89	93	90	90	89.77	89.11	89.59	88.36	90.34	85.91	91
7	Mengurangi Angka Kejadian Pasien Jatuh	≥ 80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
8	Kepatuhan Identifikasi Pasien Peserta Didik	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	100
9	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Peserta Didik	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	100
10	Kepatuhan Kebersihan Tangan Peserta Didik	≥ 85%	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	100

C. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMPU)

[illegible]

[illegible]

Plan			-												
Do			-												
Study			-												
Action			-												
3	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Trend															
Analisa			Kepatuhan identifikasi pasien berjalan secara optimal dan berkelanjutan, terus dipertahankan												
Plan			-												
Do			-												
Study			-												
Action			-												
5	Waktu tunggu rawat jalan	86	99	99	100	99	100	100	90	90	91	100	99.58	100	100
Grafik															

Analisa			Pelaporan hasil kritis laboratorium optimal dan berkelanjutan, capaian di pertahankan												
Plan			-												
Do			-												
Study			-												
Action			-												
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥ 80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Trend															
Analisa			Kepatuhan penggunaan formularium nasional optimal dan berkelanjutan, capaian di pertahankan												
Plan			-												
Do			-												
Study			-												
Action			-												
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥ 80%	86	67	66	95	93	84	89	96	89	94.92	86.44	90.74	90
Trend															

Analisa			Pada triwulan I (Januri, februari, Maret) terdapat penurunan capaian indikator mutu,																																																			
Plan			Mengoptimalkan peran Kepala Ruangan, Kepala Instalasi, dan Komite terkait mensosialisasikan - kewajiban dan peran PPA. - Melaksanakan sosialisasi ulang tentang pengisian <i>clinical pathway</i>. - Memberikan pendampingan langsung kepada PPA dalam pelaksanaan pengisian <i>clinical pathway</i>.																																																			
Do			Optimalisasi peran kepala ruangan dan kepala instalasi dan komite untuk mensosialisasikan peran PPA Untuk mengisi clinical pathway																																																			
Study			- Melakukan evaluasi kepatuhan pengisian <i>clinical pathway</i> oleh PPA setelah sosialisasi. - Membandingkan capaian indikator mutu sebelum dan sesudah intervensi. - Mengidentifikasi hambatan yang masih ditemukan selama implementasi.																																																			
Action			- Menetapkan penguatan monitoring rutin oleh Kepala Ruangan dan Kepala Instalasi. - Menyusun tindak lanjut berupa pembinaan atau edukasi berkelanjutan bagi PPA yang belum patuh.																																																			
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100																																						
Trend			Standar Capaian <table><caption>Data for Trend Graph</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Standar</th><th>Capaian</th></tr></thead><tbody><tr><td>JAN</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>FEB</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>MAR</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>APR</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>MEI</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>JUN</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>JUL</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>AGST</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>SEPT</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>OKT</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>NOV</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>DES</td><td>80</td><td>80</td></tr></tbody></table>													Bulan	Standar	Capaian	JAN	80	80	FEB	80	80	MAR	80	80	APR	80	80	MEI	80	80	JUN	80	80	JUL	80	80	AGST	80	80	SEPT	80	80	OKT	80	80	NOV	80	80	DES	80	80
Bulan	Standar	Capaian																																																				
JAN	80	80																																																				
FEB	80	80																																																				
MAR	80	80																																																				
APR	80	80																																																				
MEI	80	80																																																				
JUN	80	80																																																				
JUL	80	80																																																				
AGST	80	80																																																				
SEPT	80	80																																																				
OKT	80	80																																																				
NOV	80	80																																																				
DES	80	80																																																				
Analisa			Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh optimal dan berkesinambungan,, capaian dipertahankan																																																			
Plan			-																																																			
Do			-																																																			
Study			-																																																			
Action			-																																																			
			-																																																			

12	Kecepatan waktu tanggap komplain	> 80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100																																							
Analisa			Standar Capaian <table><caption>Data for Kecepatan waktu tanggap komplain Chart</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Standar</th><th>Capaian</th></tr></thead><tbody><tr><td>JAN</td><td>85</td><td>100</td></tr><tr><td>FEB</td><td>85</td><td>100</td></tr><tr><td>MAR</td><td>85</td><td>100</td></tr><tr><td>APR</td><td>85</td><td>100</td></tr><tr><td>MEI</td><td>85</td><td>100</td></tr><tr><td>JUN</td><td>85</td><td>100</td></tr><tr><td>JUL</td><td>85</td><td>100</td></tr><tr><td>AGST</td><td>85</td><td>100</td></tr><tr><td>SEPT</td><td>85</td><td>100</td></tr><tr><td>OKT</td><td>85</td><td>100</td></tr><tr><td>NOV</td><td>85</td><td>100</td></tr><tr><td>DES</td><td>85</td><td>100</td></tr></tbody></table>													Bulan	Standar	Capaian	JAN	85	100	FEB	85	100	MAR	85	100	APR	85	100	MEI	85	100	JUN	85	100	JUL	85	100	AGST	85	100	SEPT	85	100	OKT	85	100	NOV	85	100	DES	85	100
Bulan	Standar	Capaian																																																				
JAN	85	100																																																				
FEB	85	100																																																				
MAR	85	100																																																				
APR	85	100																																																				
MEI	85	100																																																				
JUN	85	100																																																				
JUL	85	100																																																				
AGST	85	100																																																				
SEPT	85	100																																																				
OKT	85	100																																																				
NOV	85	100																																																				
DES	85	100																																																				
Plan			Kecepatan waktu tanggap komplain optimal sesuai standar, capaian dipertahankan																																																			
Do			-																																																			
Study			-																																																			
Action			-																																																			

BAB V

HASIL VALIDASI DATA

A. DATA INDIKATOR MUTU YANG DIVALIDASI

1. Perencanaan
 - a. Menentukan jadwal waktu validasi data
 - b. Menentukan indikator mutu yang dilakukan validasi data
 - c. Menentukan jumlah sampel yang diambil sama dengan data pertama
2. Pelaksanaan
 - a. Proses validasi data dilakukan oleh tim validasi data untuk memastikan bahwa informasi yang didapat adalah informasi atau data yang sah
 - b. Untuk validasi data indikator yang dilakukan secara observasional data dilakukan validasi dalam waktu yang sama dengan pengumpul data
 - c. Perhitungan jumlah sampel yang dilakukan adalah 10 % dari total populasi
 - d. Validator adalah orang yang sudah dilatih terkait proses pengumpulan data indikator

B. HASIL KEGIATAN

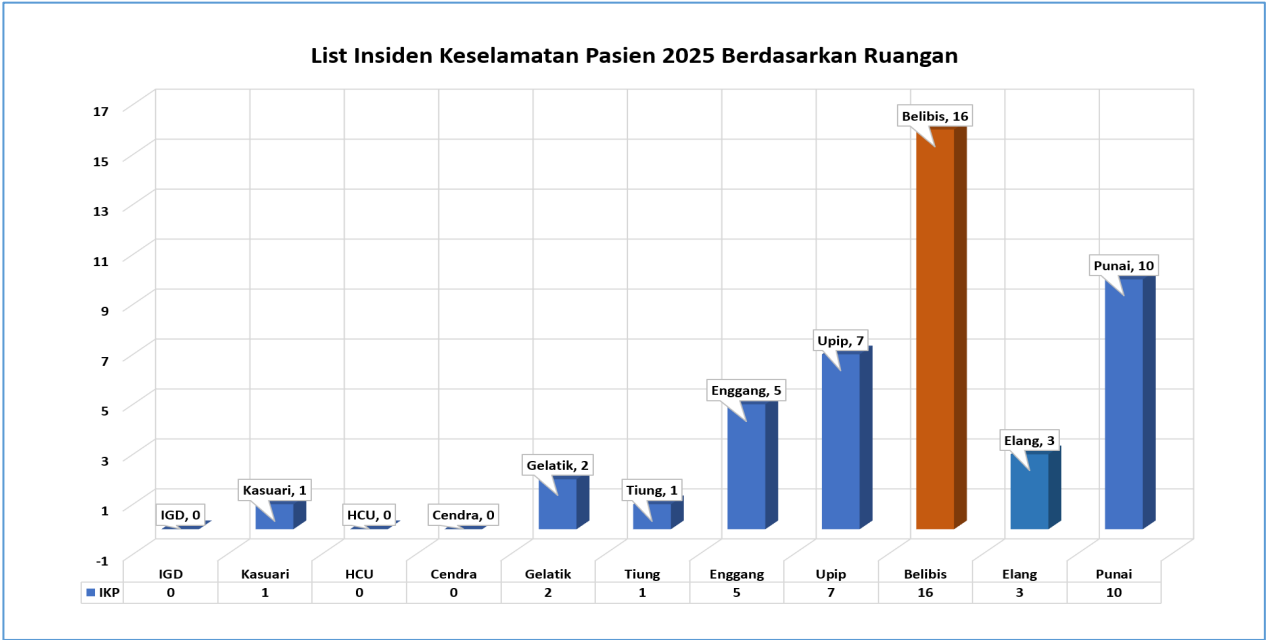
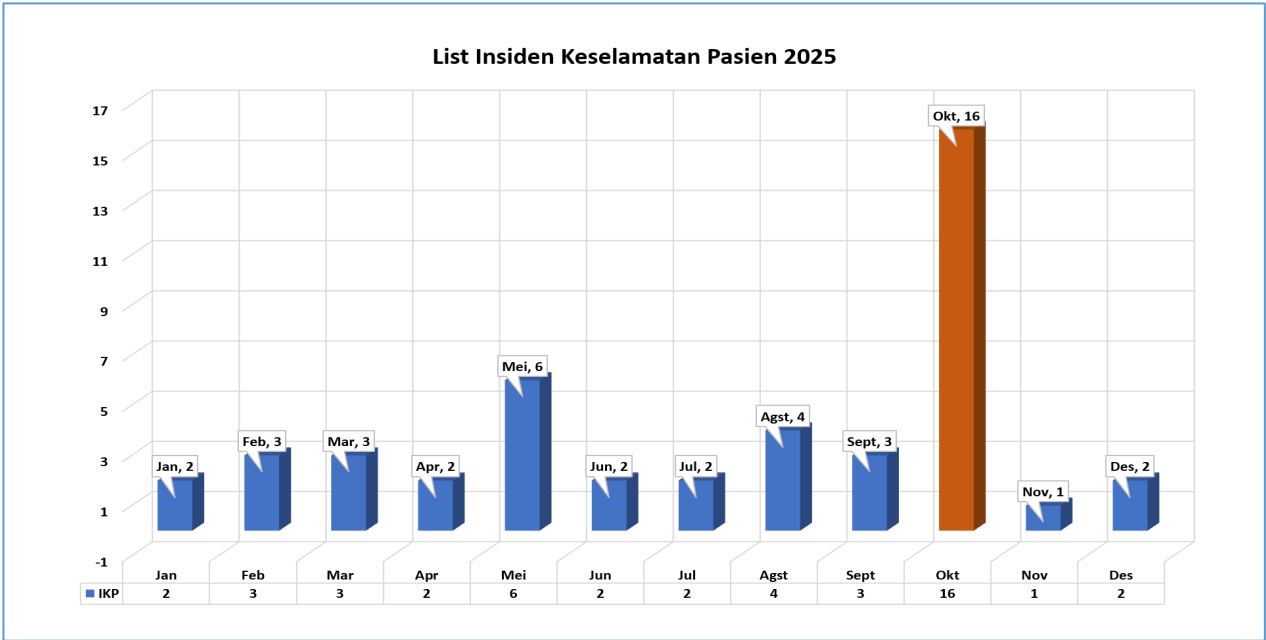
Validasi oleh Komite Mutu RS. Atma Husada Mahakam dilakukan sebelum data dipublikasikan baik dari media Web maupun Papan Dashboard dan benchmark data indikator dengan RS lain, meliputi : Indikator Nasional Mutu dan Indikator Mutu Prioritas Rumah sakit, hasilnya keseluruhan indikator nasional mutu dengan hasil valid.

BAB V

INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

A. Hasil Laporan Insiden Keselamatan Pasien

Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional (SP2KPN) merupakan bagian dari Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) adalah pusat pelaporan insiden keselamatan pasien yang dilaporkan setiap bulan sekali ke KNKP melalui pelaporan *e-report* IKP. <https://mutufasyankes.kemkes.go.id>



	KTC	KNC	KTD	SENTINEL
IGD				
Kasuari	1			
Cendra				
HCU				
Gelatik			2	
Tiung		1		
Enggang	2	1	2	
Upip	1	3		3
Belibis	5		11	
Elang			3	
Punai	4	1	5	

BAB VI

MANAJEMEN RESIKO

A. Penyusunan Risk Register

Penyusunan Risk Register Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Tahun 2025 merupakan langkah strategis dalam upaya penerapan manajemen risiko yang terstruktur, sistematis, dan berkelanjutan guna mendukung peningkatan mutu pelayanan serta keselamatan pasien, pengunjung, dan tenaga kesehatan. Dokumen ini disusun sebagai bentuk komitmen rumah sakit dalam mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, dan mengendalikan berbagai potensi risiko baik klinis maupun non-klinis yang dapat memengaruhi pencapaian sasaran strategis organisasi. Dengan adanya risk register yang komprehensif, diharapkan seluruh unit kerja mampu mengelola risiko secara proaktif sehingga tercipta pelayanan kesehatan jiwa yang aman, bermutu, dan sesuai dengan standar serta regulasi yang berlaku

FAKTOR KONTRIBUTOR	KOMPONE N	SUB KOMPONEN	REKOMENDASI	TINDAKAN	PIC	KETERANGAN
Faktor Individu	Faktor Kognitif	1.Persepsi / Pemahaman	1. Sosialisasi SPO mengenai SNM	1. Monev SPO ke Instalasi IGD dan Rawat Inap per semester	1. Tim Audit Klinis & CP	1. Selesai
		2. Pengetahuan / Pemecahan Masalah	2. Sosialisasi skrining SNM	2. Morning Report/ Rapat Kordinasi bersama seluruh tim antar PPA dan manajerial	2. Manajemen	2. Belum Dilakukan
Faktor Staf	Faktor Komunikasi dengan keluarga pasien		Membuat SPO Waktu Berkunjung Keluarga Pasien	1. IHT Safeword bagi staf 2. Membuat SPO Waktu Berkunjung keluarga pasien	1. Diklat & Tim Safewarrd 2. Manajemen	1. Selesai 2. Dalam Proses Pembuatan
Faktor Staf	Faktor Komunikasi	1. Kegagalan menganalisis/ Pemecahan Masalah	1. Refresh mengenai Kasus Gadar Psikiatri 2. Refresh mengenai SPO Restrain dan EWS 3. Perlu dilakukan asesmen ulang saat pasien pindah ke ruang perawatan	1. Pelatihan / IHT Gadar Psikiatri rutin dilakukan setiap tahun 2. Pelatihan BTCLS bagi setiap perawat di ruang IGD dan intensif 3. Setiap Pasien Masuk ranap dilakukan Kembali Assesmen ulang	1. Diklat 2. Diklat 3. Karu & Staff	1. Sudah dilakukan 2. Sudah dilakukan 3. Sudah Dilakukan
Faktor Manajermen	Aturan / Kebijakan / prosedur yang sesuai		1. Perlunya pertimbangan penempatan staf yang sesuai kompetensi di setiap ruang intensif.	Pelatihan dan ujian kompetensi bagi perawat (Rotasi Pegawai Sesuai Kompetensi)	Manajemen (Bidang Pelayanan)	Dalam proses mapping kompetensi pegawai

BAB IV

PENUTUP

A. Indikator Mutu

Terdapat 1 indikator nasional mutu yang tidak optimal pada triwulan pertama yaitu Kepatuhan Pengisian Clinical Pathway, telah dilakukan pdsa untuk tindak lanjut perbaikan indikator mutu.

B. Keselamatan Pasien

Terdapat 3 kejadian sentinel yang terjadi sepanjang tahun 2025, telah dilakukan tindakan pencegahan dan RCA terhadap insiden keselamatan pasien yang terjadi

C. Manajemen Resiko

Pasien berkelahi dan pasien jatuh masih menjadi potensial resiko tertinggi di rumah sakit jiwa.

Puji syukur kehadiran Allah SWT. Komite Mutu Rumah Sakit telah selesai menyusun laporan kegiatan mutu meliputi pelaporan indikator mutu dan pelaporan insiden keselamatan pasien meskipun masih banyak kekurangan dan ketidaklengkapan laporan ini, tetapi kami akan berusaha untuk melakukan perbaikan baik sumber data maupun analisa data.

Dengan tersusunnya laporan indikator mutu ini diharapkan dapat dijadikan evaluasi dan perbaikan mutu pelayanan berkelanjutan.

Untuk selanjutnya akan dipahami bahwa mutu adalah tanggung jawab yang harus dilakukan oleh masing-masing petugas dimana mereka bertugas. Sehingga terciptalah suatu budaya mencatat dan melapor suatu kejadian adalah bentuk dari kepedulian dalam rangka memperbaiki dan meningkatkan mutu Rumah Sakit Nahdlatul Ulama Babat.