LAPORAN MUTU
TRIWULAN III
2026

INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)

NO	NAMA INDIKATOR	TARGET CAPAIAN	TRIWULAN I			TRIWULAN III			TRIWULAN IIII			Rata-Rata
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGST	SEPT	
1	Kepatuhan kebersihan tangan **(PPI)**	≥ 85%	89.11	89.05	88.12	88	88	88	89	90	88	88.76
2	Kepatuhan penggunaan APD **(PPI)**	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
3	Kepatuhan identifikasi pasien **(PELAYANAN)**	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	≥ 80%	Tidak ada di RSJ									
5	Waktu tunggu rawat jalan **(POLI RAJAL)**	≥ 80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
6	Penundaan operasi elektif	< 5%	Tidak ada di RSJ									
7	Kepatuhan waktu visite dokter **(PELAYANAN)**	≥ 80%	89.26	90.50	92.66	96	97	96	98	97	96	90.81
8	Pelaporan hasil krisis laboratorium **(LAB)**	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional **(FARMASI)**	≥ 80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
10	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) **(PELAYANAN)**	≥ 80%	**68.32**	**76.41**	**100**	**98**	**99**	**100**	100	99	99	81.58
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh **(PELAYANAN)**	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
12	Kecepatan waktu tanggap complain **(UMUM)**	> 80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
13	Kepuasan pasien **(UMUM)**	≥ 76,61	91.65	91,65	91.65	91.65	91.65	91.65	91.65	91.65	91.65	91.60

Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS)

NO	INDIKATOR	STD	TRIWULAN I			TRIWULAN III			TRIWULAN IIII			RATA-RATA
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGST	SEPT	
1	Kepatuhan penggunaan 3 identitas pasien	80%	89.07	96.34	93.37	96.19	96.68	97.73	97.79	97.21	97.84	92.93
2	Kepatuhan pelaksanaan verifikasi TULBAKON dalam waktu 24 jam	80%	**91**	**96.84**	**95.19**	**96.71**	**100**	**99.75**	**100**	**94.35**	**94.35**	94.34
3	Kepatuhan pelabelan obat high alert	80%	90.91	95.45	95.45	95.45	97.73	97.73	100	100	100	93.94
4	Kepatuhan pengisian formulir ECT	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
5	Terlaksananya Monitoring dan Evaluasi/Audit Kebersihan Tangan Oleh IPCN	80%	84.21	88.89	87.10	90	90	90	89.66	88.89	90	86.73
6	Persentase pengurangan risiko jatuh pada pasien geriatri	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7	Kepatuhan pengisian formulir identifikasi dan observasi risiko pasien	80%	90.98	100	99.89	100	100	100	99.59	98.77	100	96.96
8	Kepatuhan kontrol rawat jalan pasien paska rawat inap	80%	100	94.12	100	85.11	100	98.63	100	98.15	95	98.04
9	Kepatuhan pengisian formulir asesmen pasien risiko SNM	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
10	Kepatuhan pemasangan tanda risiko jatuh pada pasien jiwa berisiko tinggi	80%	100	94.56	88.61	97.60	100	100	100	100	100	94.39
11	Persentase Penelitian Komplementer kepada pasien jiwa di Rumah Sakit	80%	100	100	100	50	0	100	100	100	100	100

Indikator Mutu Prioritas Unit (IMPU)

NO	INDIKATOR	STD	TRIWULAN I			TRIWULAN II			TRIWULAN III			Rata-Rata
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGST	SEPT	
1	Ketepatan waktu pelaksanaan Triase di IGD **(IGD)**	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2	Tingkat keberhasilan pelayanan dalam meminimalkan penggunaan restrain pada pasien jiwa **(UPIP)**	80%	**64.42**	**31.82**	**48.60**	**81.89**	85.35	84.62	84.77	83.28	100	48.28
3	Kepatuhan pelaksanaan visite dokter spesialis non-psikiatri pada pasien psikiatri komorbid **(CENDRA)**	80%	100	100	100	100	100	100	**0**	100	100	100
4	Kepatuhan pelaksanaan pembersihan dan sterilisasi ruangan sesuai jadual **(KASUARI)**	80%	100	100	100	**0**	**0**	100	**0**	100	100	100
5	Angka kelengkapan pengisian Flowsheet Observasi Pasien ICU **(ICU)**	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
6	Persentase pasien geriatri yang tidak mengalami kejadian jatuh **(GELATIK)**	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7	Kepatuhan pengisian EWS pada pasien Psikiatri Komorbid sesuai kriteria **(TIUNG)**	80%	100	100	100	100	100	100	90.48	92.68	96	100
8	Pencegahan kejadian perilaku kekerasan atau agitasi pada pasien selama perawatan **(ELANG, PUNAI)**	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
9	Tingkat kepatuhan petugas dalam penerapan restrain pada pasien psikiatri sesuai SPO **(BELIBIS)**	80%	100	100	100	100	100	100	100	**0**	100	100
10	Tingkat kesesuaian praktik dokter dengan jadual pelayanan poli rawat jalan **(RAJAL)**	80%	100	83.33	83.67	98.41	100	100	100	100	100	89

Indikator Mutu Prioritas Unit (IMPU)

NO	INDIKATOR	STD	TRIWULAN I			TRIWULAN II			TRIWULAN III			Rata-Rata
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGST	SEPT	
11	Tingkat kepatuhan pengisian rekam medis rawat jalan oleh tenaga kesehatan **(RAJAL)**	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
12	Kelengkapan pengisian rekam medis yg berkunjung di klinik gigi dan mulut **(RAJAL)**	80%	100	**37.50**	**66.67**	100	100	100	100	100	83.74	68.06
13	Persentase rehabilitan yang menunjukkan peningkatan fungsi personal setelah mengikuti program rehabilitasi Psikososial **(REHAB PSIKOS)**	80%	82.14	85.19	100	82.14	100	90.32	86.36	83.33	95.12	89.11
14	Pelaksanaan Program Terapi Rehabilitasi sesuai rencana **(PERGAM NAPZA)**	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
15	Respon Time Waktu nyala genset saat listrik PLN padam **(IPSRS)**	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
16	Angka penerimaan obat dengan masa kadaluarsa < 2 tahun **(FARMASI)**	80%	93.18	87.50	92.16	86.25	96.97	90.48	89.71	84.78	90.43	90.95
17	Kepatuhan pengisian Rekam Medik pasien pulang setelah 2 x 24 jam **(REKAM MEDIK)**	80%	99.30	92.02	99.39	98.37	99.53	99.60	99.45	83.74	96.97	96.90
18	Persentase hasil uji limbah cair memenuhi baku mutu **(KESLING)**	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
19	Kepatuhan Terhadap Higiene dan Sanitasi Penjamah Makanan **(GIZI)**	80%	84.81	95.98	95.30	93.15	92.93	98.19	95.70	96.88	96.88	92.03
20	Persentase hasil uji Quality Control (QC) dalam batas acceptable **(LAB)**	80%	80.66	84.82	84.82	82.33	92.83	93.43	99.54	91.33	86.92	55.16

Indikator Mutu Prioritas Unit (IMPU)

NO	INDIKATOR	STD	TRIWULAN I			TRIWULAN II			TRIWULAN III			Rata-Rata
			JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGST	SEPT	
21	Persentase keberhasilan pemeriksaan radiologi yang dilakukan tanpa perlu pengulangan **(RADIOLOGI)**	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
22	Presentase hari kerja tanpa kejadian luka atau cedera pada petugas CSSD **(CSSD)**	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
23	Tingkat kepatuhan penggunaan APD oleh petugas laundry **(LAUNDRY)**	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
24	Ketersediaan APD di tempat berisiko **(K3)**	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
25	Kecepatan respons tim IT terhadap laporan gangguan jaringan dan kerusakan peralatan SIMRS di ruang pelayanan ***(SIMRS)***	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
26	Keterlaksanaan kegiatan penyuluhan & pendidikan kesehatan jiwa pada pasien poli jiwa **(KESWA)**	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
27	Persentase Kepatuhan Pasien Rawat Jalan Menjalani Program Rehabilitasi Medik Tidak Ada Drop Out **(REHAB MEDIK)**	80%	98.48	100	100	100	100	100	100	100	100	99.49

INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP)

NO	NAMA RUANGAN	TRIWULAN I			TRIWULAN III			TRIWULAN III			JUMLAH
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGS	SEPT	
1	IGD										0
2	UPIP	1	1			2	1		1	2	8
3	ICU						1		1		2
4	Cendrawasih										0
5	Kasuari										0
6	Gelatik										0
7	Enggang	2								1	3
8	Tiung								2		2
9	Pergam						1	2			3
10	Belibis	2	2					2			6
11	Elang	1				1		2			4
12	Punai		1		1	4		1			7
13	Farmasi						1				1

INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP)

NO	INSIDEN	TRIWULAN I			TRIWULAN II			TRIWULAN III			JUMLAH
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGS	SEPT	
1	KTD	3	3			4		1	1	1	13
2	KTC	3	1		1	3	1	3	2		14
3	KNC						2	4	1	1	8
4	KPC						1			1	2
5	SENTINEL										0

INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP)

NO	INSIDEN	TRIWULAN I			TRIWULAN II			TRIWULAN III			JUMLAH
		JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JULI	AGS	SEPT	
1	Pasien Jatuh	1	1		1	3		1			7
2	Pasien Berkelahi	2	2			3	1	2	2		12
3	Pasien Melarikan Diri	3	1			1	2	1		1	9
4	Salah Obat						1	4	2	1	8
5	Membawa Sajam									1	1

Manajemen Resiko (Risk Register / Daftar Resiko) 2026

DAFTAR DAN PROFIL RESIKO AREA KLINIS

No.	KATEGORI RISIKO	PERNYATAAN RISIKO	AKAR MASALAH (PENYEBAB UTAMA RESIKO)	KEMUNGKINAN	DAMPAK	BOBOT	SCORING	RANGKING
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Pasien Jatuh	Karena kondisi pasien yang gelisah, menyebabkan pasien bolak balik ke kamar mandi, lantai yang basah menjadi licin dan tidak tersedianya keset karet/anti slip di kamar mandi sehingga menyebabkan pasien terpeleset	- Pengawasan pasien gelisah belum optimal - Tidak tersedia keset anti-slip	5	4	1.15	23	1
2.	Pasien Melarikan Diri	Karena kondisi pasien dengan kecanduan zat, pasien baru pertama kali di rawat inap, atau keluarga lambat menjemput saat pemulangan pasien sehingga menyebabkan keinginan pasien melarikan diri	- Keterbatasan SDM - keamanan gedung belum optimal - Safewards belum optimal	4	4	1.16	19	2
3.	Cedera akibat perilaku agresif pasien	Karena kondisi pasien gangguan psikiatri sehingga menyebabkan agitasi, kehilangan kemampuan menilai realitas atau mengendalikan emosi sehingga menyebabkan perilaku agresif yang membahayakan diri sendiri, orang lain	- Implementasi Safewards belum optimal - Belum tersedia petugas keamanan di area	4	4	1.16	19	3

Manajemen Resiko (Risk Register / Daftar Resiko) 2026

DAFTAR DAN PROFIL RESIKO AREA NON KLINIS

No.	KATEGORI RISIKO	PERNYATAAN RISIKO	AKAR MASALAH (PENYEBAB UTAMA RESIKO)	KEMUNGKINAN	DAMPAK	BOBOT	SCORING	RANGKING
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Server SIMRS mengalami gangguan (down) sehingga layanan tidak dapat diakses	Gangguan (down) pada server SIMRS mengakibatkan keterlambatan pencatatan, dokumentasi, dan proses pelayanan pasien tidak berjalan secara optimal/ pencatatan pelayanan tidak dapat dilakukan	- Kerusakan hardware server - Gangguan listrik - Gangguan jaringan LAN/Fiber Optik	3	5	1.47	22	1
2.	Risiko Server SIMRS Terkena Serangan Virus/Malware/Ransomware	Karena Server SIMRS terkena serangan virus/malware/ransomware sehingga mengakibatkan terganggunya operasional sistem, kerusakan atau kehilangan data, serta terhambatnya pelayanan rumah sakit	- Pengguna membuka email phishing atau lampiran berbahaya - Mengunduh aplikasi dari sumber yang tidak terpercaya - Antivirus tidak	3	5	1.47	22	2

TINDAK LANJUT PRA AKREDITASI MUTU

- Mohon kepada seluruh kepala ruangan, kepala instalasi dan kepala unit untuk melakukan sosialiasi terkait indicator mutu di ruangan masing masing dan capaian nya dalam setahun.
- Mohon kepada seluruh kepala ruangan dan PIC satu bahasa dalam memberikan tanggapan atas capaian indicator mutu di unit masing masing baik penyebab maupun perbaikan
- Mohon kepada PIC memahami cara perhitungan indicator mutu yang ada di unit masing masing
- Agar tidak terjadi bias data maka data indicator mutu sebelum tgl 2 sudah selesai karna akan di input oleh validator
- Mohon membuat publikasi data capaian mutu di ruangan

TINDAK LANJUT PRA AKREDITASI IKP

- Mohon kepada seluruh kepala ruangan, kepala instalasi dan kepala unit untuk melakukan sosialiasi terkait insiden keselamatan pasien di ruangan masing masing yang terjadi dalam setahun.
- Mohon kepala ruangan memahami alur pelaporan IKP dan tindak lanjut di unit masing masing
- Mohon membuat publikasi data insiden keselamatan pasien di ruangan

TINDAK LANJUT PRA AKREDITASI IKP

- Mohon kepada seluruh kepala ruangan, kepala instalasi dan kepala unit untuk melakukan sosialiasi terkait risk register di ruangan
- Mohon kepada kepala ruangan membuat dan menyimpan profil resiko dan pemantauan resiko diruangan
- Mohon membuat publikasi data risk register di ruangan


1:05 PM | 19,9KB/d
10%
PERAWAT PENANGGUNG JAWAB ASUHAN
PPJA
FORMAT CPPT UNTUK ERM
Form Tukar Dinas - Ganti Absensi
Tukar dinas dan ganti absensi finger print
Kisi Kisi Akreditasi
STR SIP RKK BELIBIS
Perawat
LAPORAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUANG BELIBIS
REKAP LAPORAN MUTU RUANG BELIBIS
SPO RAWAT INAP
LAPORAN SAFEWARD RUANG BELIBIS
Dibuat dengan Taplink.at


1:05 PM | 35,0KB/d
10%
angbelibis.taplink.site
LAPORAN TIM 1
Katim Muliana
LAPORAN TIM 2
Katim Titik Fatmawati
LAPORAN TIM 3
Katim Muhammad Noor
Obat Pasien Belibis
ALOKASI PASIEN
Pembagian Pasien Tim 1 dan 2
PERAWAT PENANGGUNG JAWAB ASUHAN
PPJA
FORMAT CPPT UNTUK ERM
Form Tukar Dinas - Ganti Absensi
Tukar dinas dan ganti absensi finger print
Kisi Kisi Akreditasi