

LAPORAN EVALUASI MUTU UNIT TRIWULAN II TAHUN 2026

**Jl. Tamalanrea Raya (Poros BTP) Blok 10M
No. 9-10 No. Telp 082293330007**

Email : rsiapermatahati0910@gmail.com

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Pada era globalisasi dan persaingan bisnis yang semakin ketat, mutu menjadi faktor kunci yang menentukan keberhasilan suatu organisasi, termasuk rumah sakit (RS). Untuk memastikan bahwa semua proses dan hasil yang dihasilkan oleh organisasi memenuhi standar yang telah ditetapkan dan mengalami peningkatan yang berkelanjutan, tim Mutu dibentuk. Selama Triwulan II Tahun 2026, tim Mutu telah melaksanakan berbagai aktivitas untuk mendukung pencapaian tujuan tersebut. Laporan ini memberikan gambaran menyeluruh mengenai kinerja Tim selama periode tersebut, termasuk evaluasi terhadap pencapaian target, identifikasi kendala yang dihadapi, serta rekomendasi untuk perbaikan di masa mendatang. Diharapkan laporan ini dapat memberikan informasi yang komprehensif kepada manajemen dan seluruh stakeholder mengenai upaya Tim Mutu dalam menjaga dan meningkatkan mutu RS. Selain itu, laporan ini berfungsi sebagai alat ukur untuk mengevaluasi efektivitas strategi dan kebijakan yang telah diterapkan serta sebagai dasar untuk pengambilan keputusan dalam perencanaan kegiatan mutu di semester berikutnya.

Tim Mutu RS terdiri dari berbagai profesional kesehatan dan manajemen rumah sakit. Tim ini bertanggung jawab untuk mengumpulkan, menganalisis, dan melaporkan data mutu dengan metode yang sistematis dan terstruktur. Selama periode ini, Rsia Permata Hati menghadapi berbagai tantangan dan peluang. Jumlah pasien yang dilayani meningkat seiring dengan pengembangan layanan

baru dan perluasan fasilitas, dan inovasi. Selain itu, beberapa perubahan kebijakan operasional dilakukan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan. Perkembangan teknologi medis dan perubahan regulasi kesehatan juga mempengaruhi operasional rumah sakit, menuntut adaptasi cepat dan penerapan praktik terbaik. Seiring dengan perubahan dinamis dalam lingkungan bisnis RS, Tim Mutu juga telah mengadopsi pendekatan-pendekatan baru yang lebih adaptif dan inovatif. Beberapa inisiatif yang telah dijalankan selama Triwulan II Tahun 2026 meliputi:

1. Implementasi Sistem Manajemen Mutu (SMM) yang Terintegrasi:
Penerapan SMM yang terintegrasi untuk memastikan bahwa seluruh unit kerja menerapkan standar mutu yang konsisten dan terukur.
2. Pelatihan dan Pengembangan Kapasitas: Program pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan kompetensi dan kesadaran karyawan terhadap pentingnya mutu dalam setiap aspek pekerjaan mereka.
3. Audit Internal dan Eksternal: Pelaksanaan audit secara rutin untuk mengevaluasi kepatuhan terhadap prosedur dan standar yang telah ditetapkan, serta untuk mengidentifikasi area-area yang memerlukan perbaikan.
4. Peningkatan Proses: Inisiatif untuk terus menyempurnakan proses bisnis RS, guna mengurangi variabilitas dan meningkatkan efisiensi operasional.
5. *Feedback* dan Kepuasan Pelanggan: Pengumpulan dan analisis data *feedback* dari pelanggan untuk memastikan bahwa produk dan layanan yang diberikan sesuai dengan harapan dan kebutuhan mereka.
6. Kolaborasi Antar Unit: Penguatan kerja sama antar departemen untuk memastikan bahwa setiap aspek dari proses mutu saling mendukung dan

berkontribusi pada pencapaian standar yang ditetapkan.

7. Penelitian: Inisiatif untuk mengeksplorasi dan mengadopsi teknologi serta praktik terbaru yang dapat memperbaiki proses dan hasil akhir produk atau layanan.

1.2 DASAR HUKUM

Dasar hukum penyelenggaraan tata kelola mutu RSIA Permata Hati adalah sebagai berikut:

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Bab V tentang Kementerian Negara Pasal 17 ayat (3) Setiap Menteri Membidangi Urusan Tertentu Dalam Pemerintahan.
2. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 166, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4916
3. Undang-Undang Nomor 17 Semester I Tahun 2024 tentang Kesehatan.
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072.
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607.
6. Peraturan Pemerintah Nomor 60 tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah.
7. Peraturan Pemerintah Nomor 50 tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen K3. Peraturan
8. Presiden Nomor 35 tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran

Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59.

9. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 159 Tahun 2015).
10. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 17 Semester I Tahun 2024 Tentang Penetapan Berakhirnya Status Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Di Indonesia.
11. Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 53 Tahun 2022 Tentang Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 Pada Masa Transisi Menuju Endemi.
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21).
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit.
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Tim Mutu Rumah Sakit.
17. Surat Edaran Dirjen Yankes Nomor HK.02.02/I/4254/2021 tanggal: 30 November Semester I Tahun 2024, Tentang Penggunaan Laporan IKP Puskesmas, RS, Laboratorium dan Unit Transfusi Darah, per tanggal 1 Januari 2022, diharapkan seluruh Fasyankes (Rumah sakit, Puskesmas, Laboratorium kesehatan dan Unit

transfusi Darah).

18. Rapid Hospital Readiness Checklist dari WHO tentang Kesiapan Rumah Sakit pada Masa Pandemi Covid-19.
19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Semester I Tahun 2024 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.
20. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308).
21. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2019 Tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
22. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
23. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.
24. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2015 Tentang Program Pengendalian Resistensi Antimikroba di Rumah Sakit.
25. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.
26. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
27. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/4394/2020 Tentang

Registrasi dan Perizinan Tenaga Kesehatan pada Masa Pandemi Covid-19.

28. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/133/2022 Tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Bidang Pelayanan Kesehatan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

1.3 MAKSUD DAN TUJUAN LAPORAN

Laporan Tim Mutu Rumah Sakit (RS) Triwulan II Tahun 2026 ini disusun sebagai bagian dari komitmen Rsia Permata Hati dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara berkesinambungan. Pelayanan kesehatan yang bermutu di RS diukur berdasarkan tujuh dimensi mutu yaitu aman, adil, berorientasi pasien, tepat waktu, efektif, dan efisien. Dimensi-dimensi ini ditetapkan untuk memastikan bahwa setiap aspek pelayanan dapat dinilai secara komprehensif dan terukur. Maksud dan tujuan laporan ini adalah untuk mengevaluasi kinerja mutu pelayanan kesehatan selama periode April hingga Juni 2026, serta memberikan rekomendasi perbaikan berdasarkan analisis data yang akurat dan terpercaya sebagai berikut:

1. Mengevaluasi Kinerja Mutu: Untuk memberikan penilaian menyeluruh mengenai kinerja Tim Mutu selama periode Triwulan II Tahun 2026. Evaluasi ini mencakup pencapaian target mutu, efektivitas strategi yang diterapkan, serta pengukuran keberhasilan dalam implementasi sistem manajemen mutu.
2. Mengidentifikasi Kendala dan Masalah: Untuk mengidentifikasi dan menganalisis kendala atau masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan kegiatan mutu. Identifikasi ini bertujuan untuk menemukan solusi yang tepat guna mengatasi hambatan dan meningkatkan efektivitas sistem

mutu.

3. Memberikan Rekomendasi Perbaikan: Untuk menyusun rekomendasi perbaikan berdasarkan hasil evaluasi dan analisis. Rekomendasi ini diharapkan dapat membantu organisasi dalam merumuskan strategi dan tindakan yang diperlukan untuk peningkatan mutu di masa mendatang.
4. Menyediakan Informasi kepada Stakeholder: Untuk menyajikan informasi yang transparan dan komprehensif kepada manajemen dan seluruh stakeholder mengenai upaya, pencapaian, dan tantangan yang dihadapi oleh Tim Mutu. Informasi ini penting untuk menjaga keterlibatan dan dukungan stakeholder terhadap upaya perbaikan mutu.
5. Menilai Implementasi dan Kepatuhan: Untuk menilai sejauh mana implementasi sistem manajemen mutu dan kepatuhan terhadap standar serta kebijakan mutu yang telah ditetapkan. Penilaian ini juga meliputi audit internal dan eksternal yang dilakukan selama periode laporan.
6. Menyusun Strategi untuk Perbaikan Berkelanjutan: Untuk memberikan dasar dalam penyusunan strategi perbaikan berkelanjutan yang akan diterapkan di Triwulan berikutnya. Laporan ini bertujuan untuk membantu perencanaan dan pengembangan kebijakan mutu yang lebih efektif dan adaptif terhadap perubahan lingkungan bisnis.
7. Mengukur Dampak Inisiatif Mutu: Untuk mengevaluasi dampak dari inisiatif dan proyek-proyek mutu yang telah dilaksanakan. Penilaian ini bertujuan untuk memastikan bahwa inisiatif tersebut memberikan manfaat yang signifikan dan berkontribusi positif terhadap pencapaian tujuan mutu organisasi.

Tim Mutu RSIA Permata Hati adalah pelayanan bagi individu dan populasi yang dapat meningkatkan keluaran (outcome) kesehatan yang optimal, diberikan sesuai dengan standar pelayanan, perkembangan ilmu pengetahuan terkini serta memperhatikan hak dan keterlibatan pasien dan masyarakat. Dimensi mutu yang harus dilaksanakan ada 7 (tujuh), yaitu:

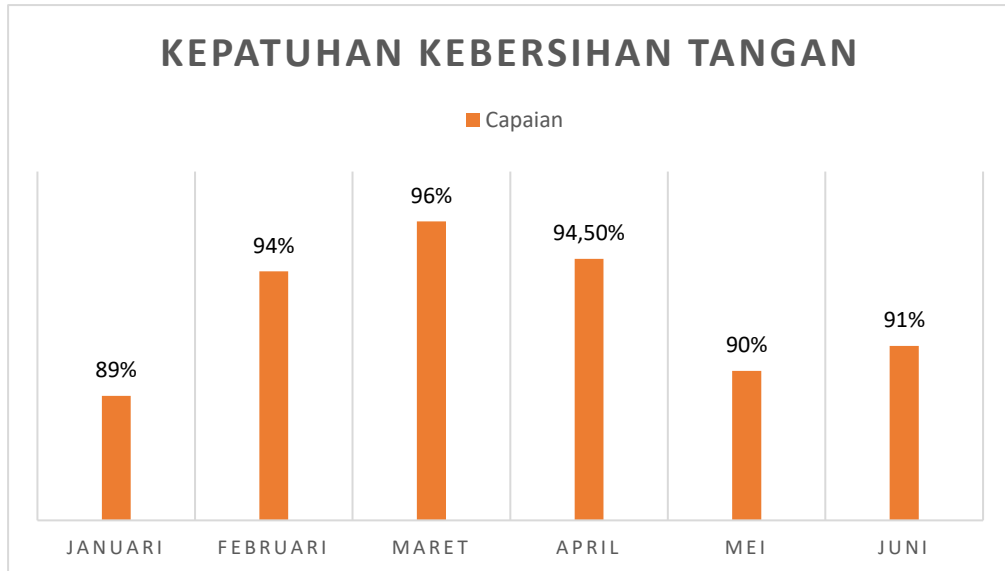
1. Aman: meminimalisasi terjadinya kerugian (harm), cedera dan kesalahan medis yang bisa dicegah kepada mereka yang menerima pelayanan.
2. Adil: menyediakan pelayanan yang seragam tanpa membedakan jenis kelamin, suku, etnik, tempat tinggal, agama, sosial ekonomi.
3. Berorientasi pasien: menyediakan pelayanan yang sesuai dengan preferensi, kebutuhan, dan nilai-nilai individu.
4. Integrasi: menyediakan pelayanan yang terkoordinasi lintas fasyankes dan pemberi pelayanan, serta menyediakan yankes untuk seluruh siklus kehidupan.
5. Tepat waktu: mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan.
6. Efektif: menyediakan pelayanan kesehatan yang berbasis bukti kepada masyarakat.
7. Efisien: optimalkan sumber daya yang ada, tanpa pemborosan bahan

BAB II

LAPORAN DAN EVALUASI INDIKATOR MUTU

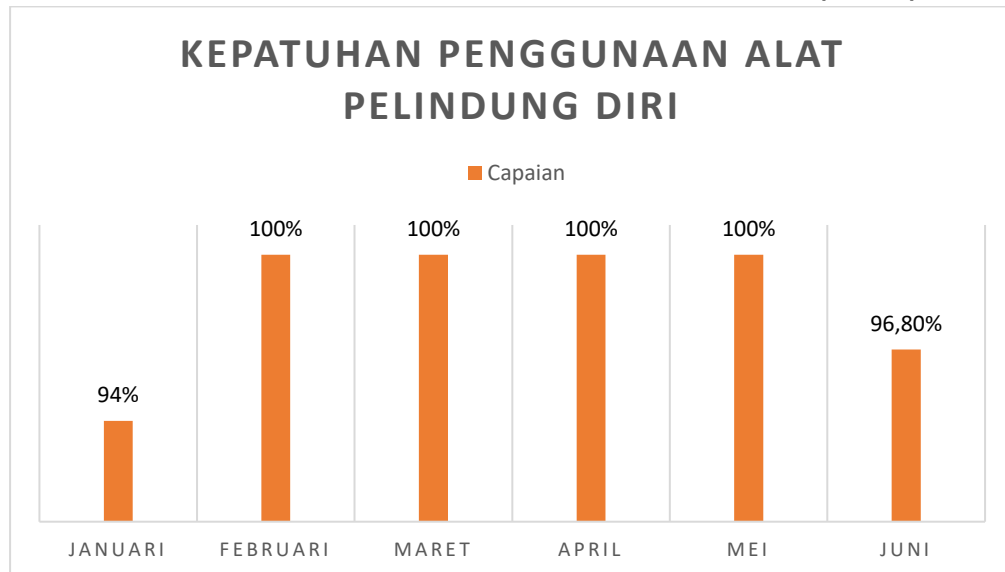
A. INDIKATOR MUTU NASIONAL

1. KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN ($\geq 85\%$)



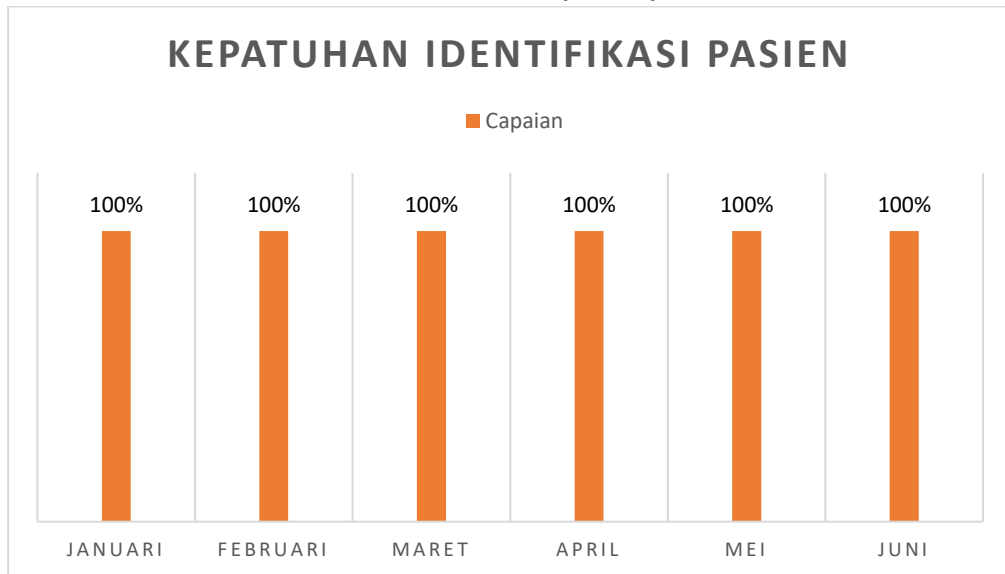
Analisis	Data di atas menunjukkan angka kepatuhan cuci tangan Tri Wulan II 2026 yaitu 91,8 %. hal tersebut menunjukkan bahwa angka tersebut berada di atas angka standar yaitu 85 %
Rencana Tindak Lanjut	1. Pemantauan stabilitas kepatuhan cuci tangan 2. Edukasi dan monitoring rutin setiap hari di tiap unit 3. Melakukan pemantauan fasilitas cuci tangan 4. Menetapkan Duta Cuci tangan bulanan

2. KEPATUHAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (100%)



Analisis	Data di atas menunjukkan Pada Triwulan II (April – Juni 2026) angka Kepatuhan penggunaan APD (Alat pelindung Diri) yaitu 100 % pada Bulan Aprili, 100% pada bulan Mei dan 96.8 % pada bulan Juni dengan totalangka rata-rata 96.9%. hal tersebut menunjukkan bahwa angka tersebut masih berada dibawah angka standar yaitu 100%
Rencana Tindak Lanjut	1. Pemantauan stabilitas kepatuhan penggunaan APD di setiap unit 2. Melakukan pemantauan fasilitas dan ketersediaan APD tiap unit

3. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN (100%)



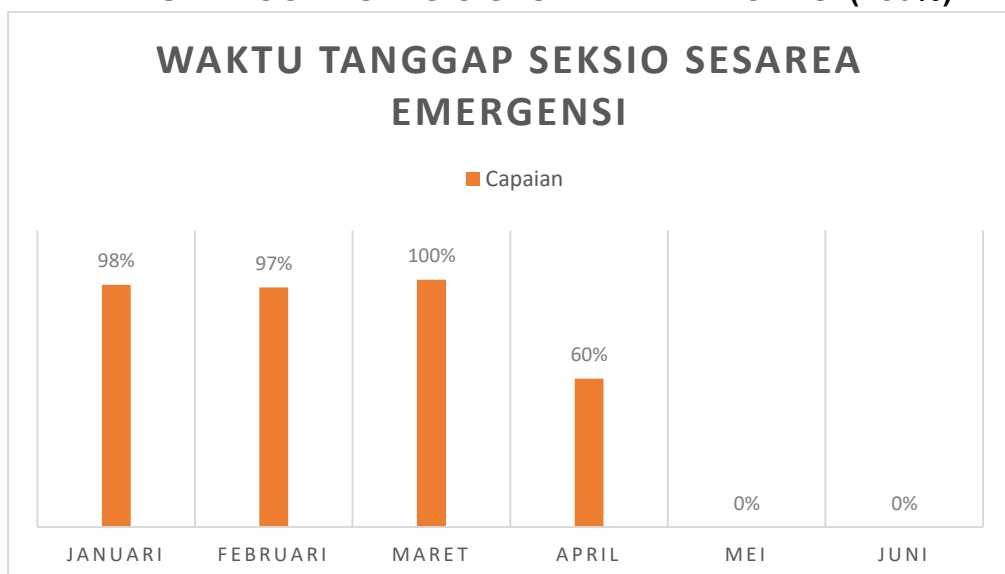
Analisis

Kepatuhan identifikasi pasien tiap bulannya terlaksana dengan baik sehingga mencapai target capaian. Hal ini perlu dipertahankan untuk mencegah terjadinya kesalahan yang menyebabkan insiden keselamatan pasien.

Rencana Tindak Lanjut

Mempertahankan target capaian

4. WAKTU TANGGAP SEKSIO SESAREA EMERGENSI (>80%)

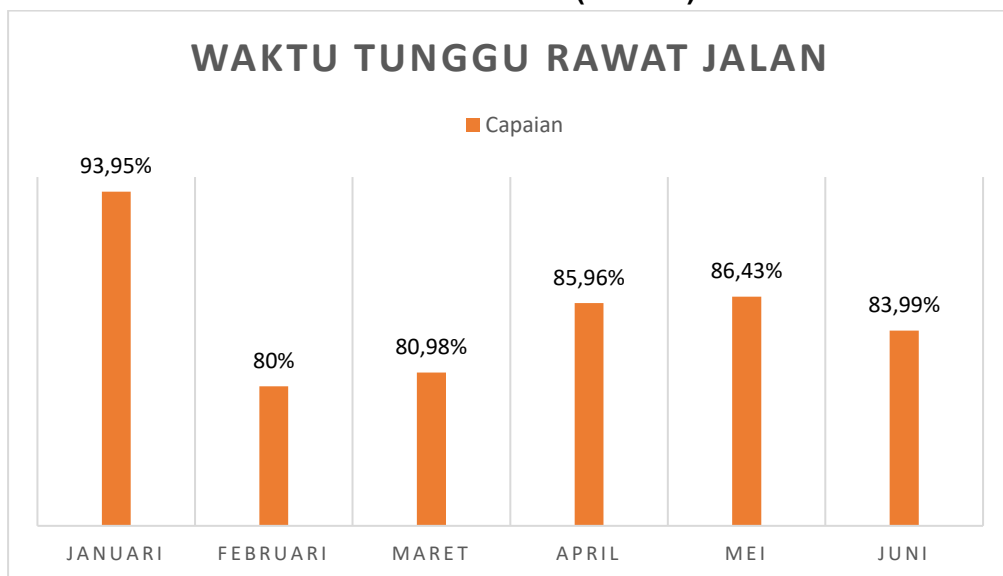


Analisis

Berdasarkan data diatas , menunjukan bahwa waktu tanggap seksio sesarea emergensi yaitu Pada bulan April capaian sebesar 60% (3

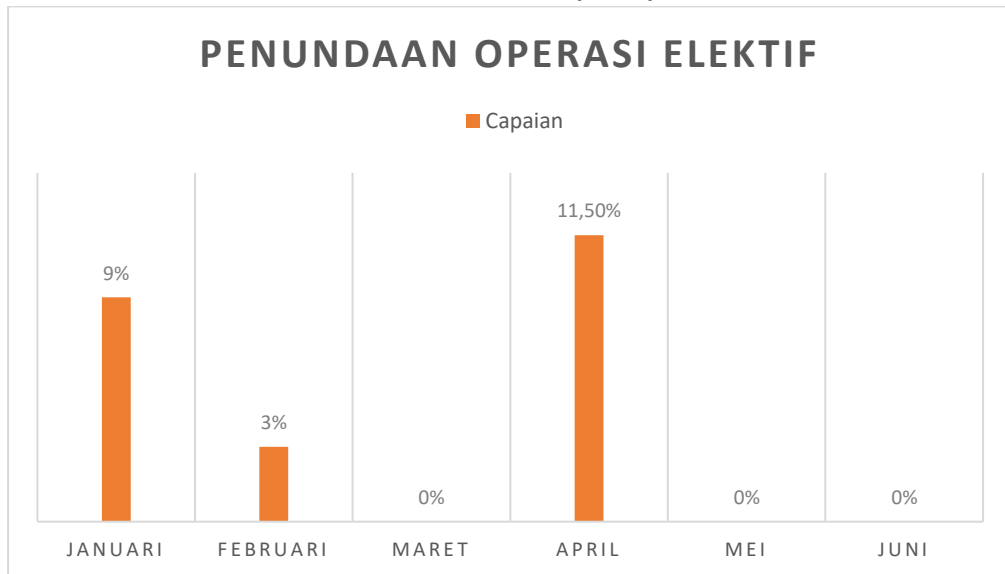
	dari 5 kasus), sedangkan pada bulan Mei dan Juni tidak terdapat kasus yang memenuhi waktu tanggap ≤ 30 menit sehingga capaian masing-masing 0%. Hal ini menunjukkan adanya penurunan kinerja pelayanan dibandingkan bulan sebelumnya.
Rencana Tindak Lanjut	• Meningkatkan koordinasi antara dokter obstetri, dokter anestesi, perawat kamar operasi, serta unit pendukung. • Melakukan evaluasi setiap kasus yang tidak mencapai target untuk mengetahui hambatan dan menetapkan tindakan perbaikan.

5. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN ($\geq 80\%$)



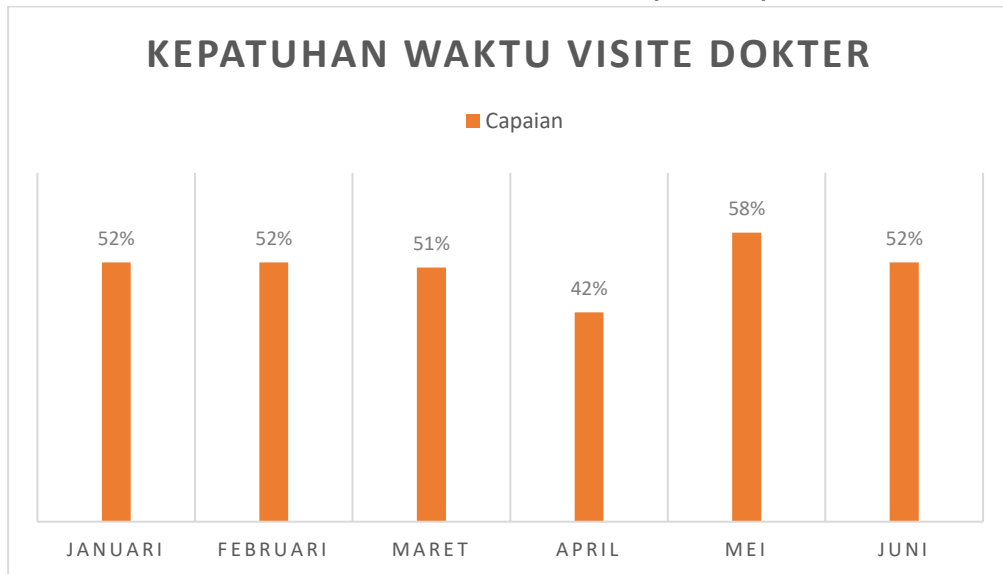
Analisis	capaian pada triwulan II di bulan April Mei dan Juni mencapai target, Dokter datang tepat waktu
Rencana Tindak Lanjut	Mempertahankan capaian

6. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF (<5%)< /TH>



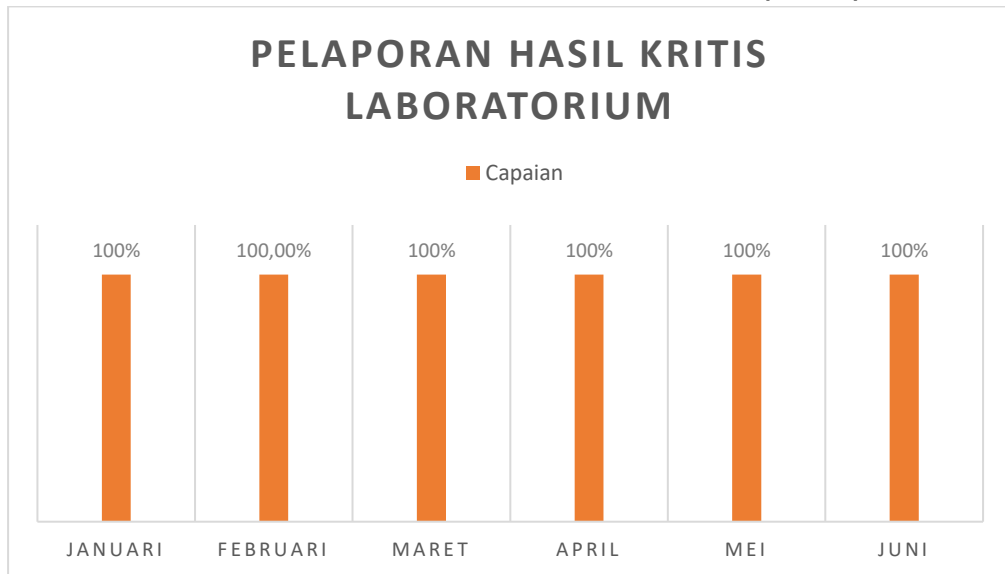
Analisis	Berdasarkan data di atas indikator mutu Penundaan Operasi Elektif Lebih dari 1 Jam pada periode April–Juni adalah 3,3% (3 dari 91 kasus). Hasil tersebut memenuhi target rumah sakit ($\leq 5\%$). Meskipun pada bulan April masih terjadi penundaan, perbaikan yang dilakukan berhasil menurunkan angka penundaan menjadi 0% pada bulan Mei dan Juni, sehingga mutu pelayanan operasi elektif semakin baik.
Rencana Tindak Lanjut	• Mempertahankan koordinasi yang baik antara dokter operator, dokter anestesi, perawat kamar operasi, dan unit pendukung. • Melakukan konfirmasi jadwal operasi kepada seluruh tim sehari sebelum tindakan. • Memastikan kesiapan pasien, dokumen, alat, dan bahan sebelum pasien masuk kamar operasi.

7. KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER ($\geq 80\%$)



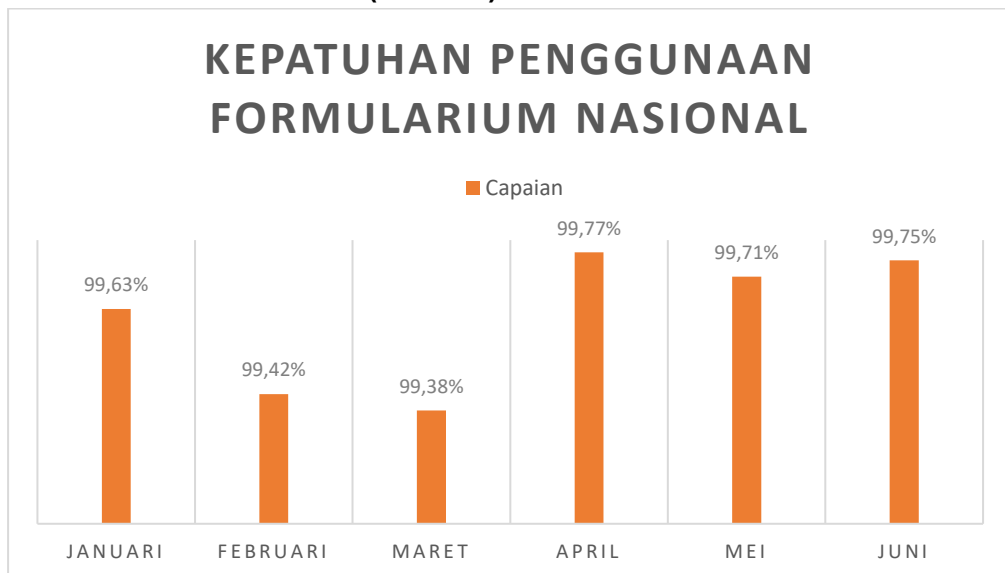
Analisis	Berdasarkan hasil monitoring kepatuhan visite dokter pada periode April sampai dengan Juni, capaian kepatuhan belum memenuhi standar yaitu sebesar 80%. Persentase kepatuhan pada bulan April sebesar 42%, meningkat pada bulan Mei menjadi 58%, kemudian kembali menurun pada bulan Juni menjadi 52%.kemungkinan disebabkan oleh adanya benturan jadwal antara jadwal poli dan visite, dan ada beberapa DPJP yang tidak purna waktu sehingga jadwal visite disesuaikan dengan jadwal poli dokter.
Rencana Tindak Lanjut	- Melakukan sosialisasi kembali mengenai kebijakan dan standar kepatuhan visite dokter kepada seluruh DPJP - Melakukan monitoring dan evaluasi kepatuhan visite dokter secara rutin setiap bulan serta menyampaikan hasilnya kepada Komite Medik dan Direksi.

8. PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM (100%)



Analisis	Berdasarkan data diatas, maka dapat disimpulkan bahwa Pelaporan Nilai kritis mencapai target capaian
Rencana Tindak Lanjut	Pertahankan capaian

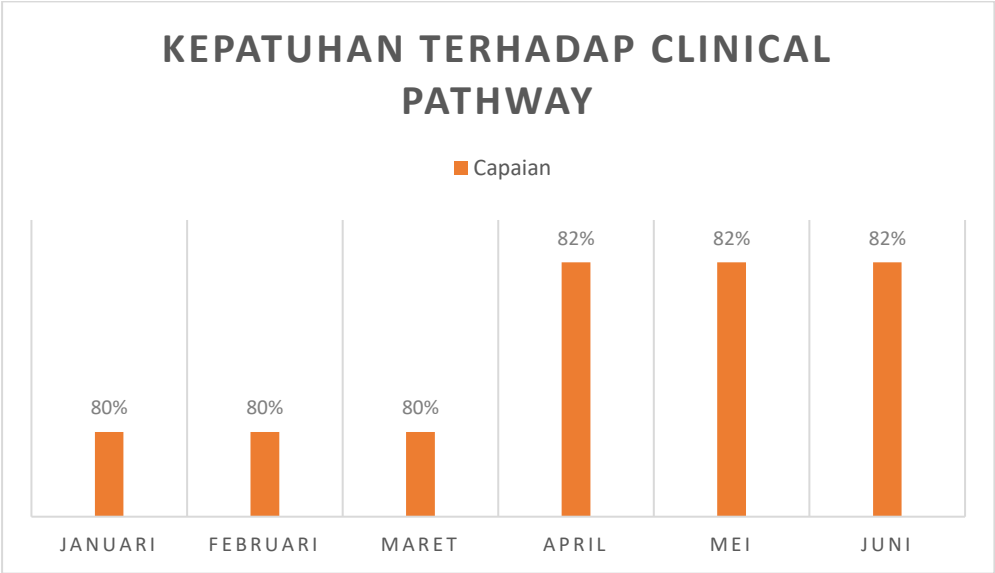
9. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL/ FORMULARIUM RS (>= 80%)



Analisis	Berdasarkan Grafik diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kepatuhan penggunaan formularium nasional rata-rata 99,74% dan sudah mencapai target
-----------------	--

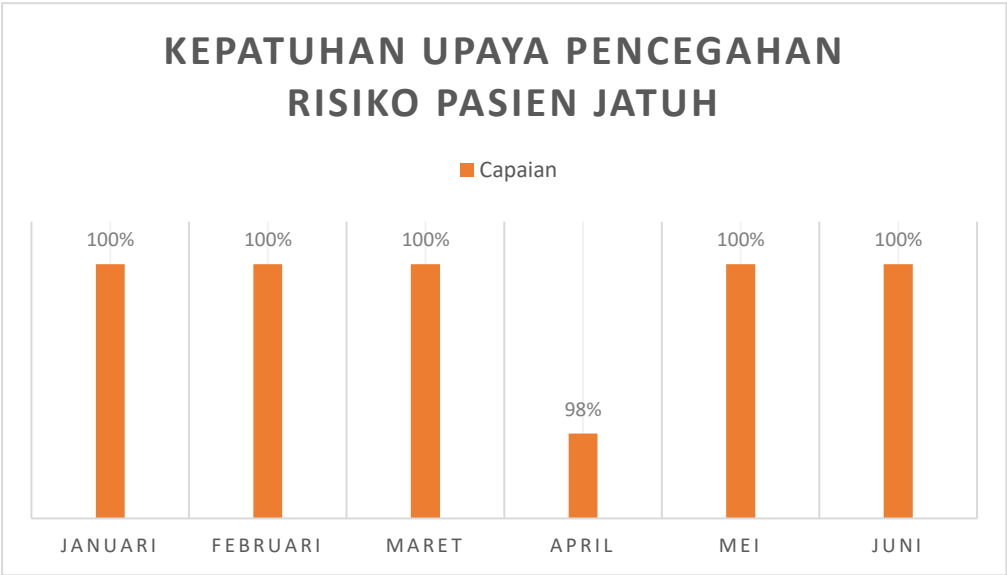
Rencana Tindak Lanjut	Pertahankan capaian
------------------------------	---------------------

10.KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY (>=80%)



Analisis	semua PPA patuh terhadap pengaplikasian CP
Rencana Tindak Lanjut	Pertahankan capaian

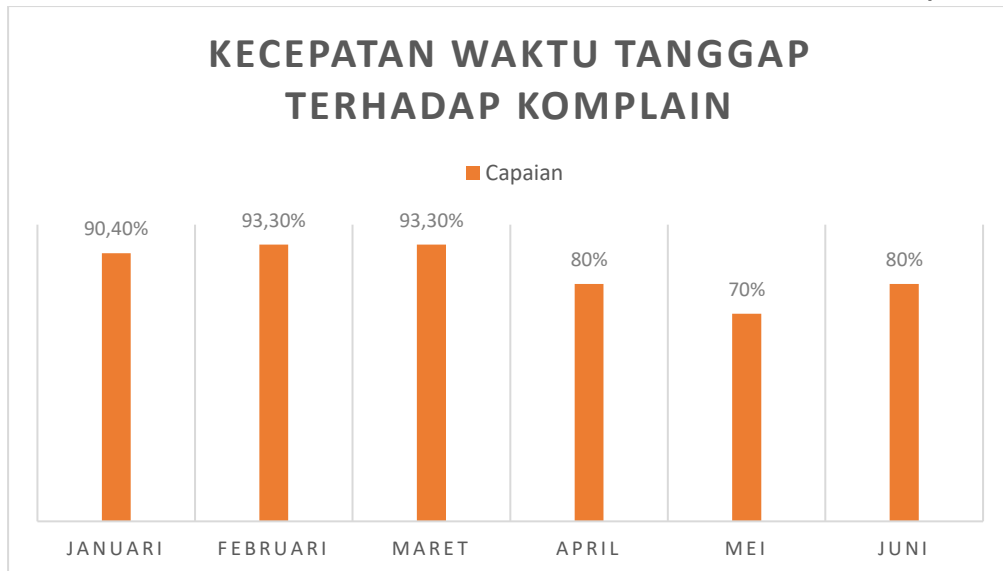
11.KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH (100%)



Analisis	Berdasarkan hasil monitoring, kepatuhan pengisian form risiko jatuh pada periode April
-----------------	--

	sampai dengan Juni, sudah mencapai standar yang ditetapkan.
Rencana Tindak Lanjut	Pertahankan capaian

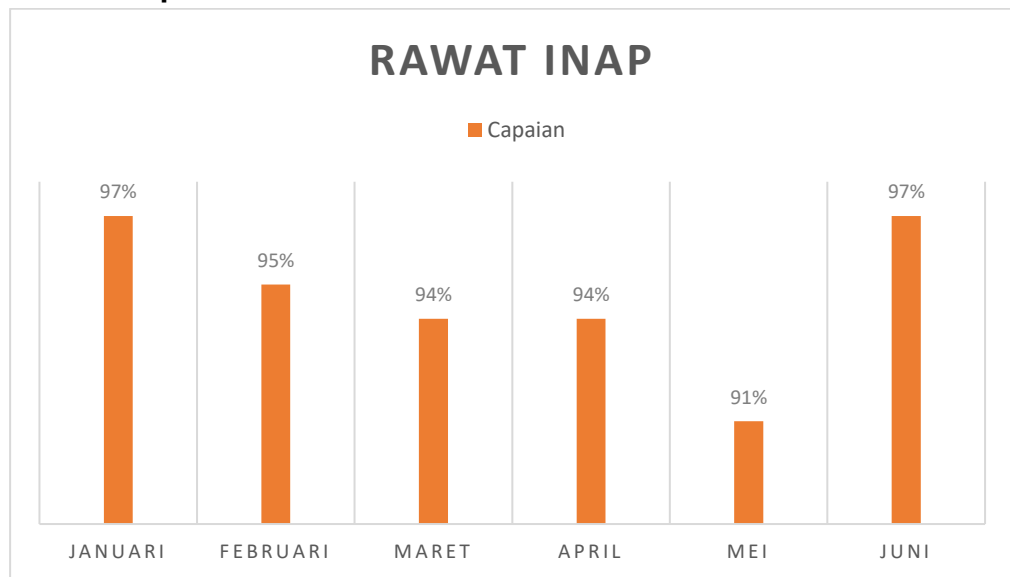
12.KECEPATAN WAKTU TANGGAP TERHADAP KOMPLAIN (>=80%)



Analisis	Berdasarkan grafik diatas, maka dapat disimpulkan bahwa rata-rata kecepatan respon terhadap komplain pada Triwulan 2 mencapai 76,6%.
Rencana Tindak Lanjut	1. Monitoring tindakan perbaikan yang diperlukan untuk menyelesaikan masalah dan mencegahnya terulang. 2. Memberikan akses kepada petugas yang ditunjuk untuk memantau dan merespons Google Review setiap hari.

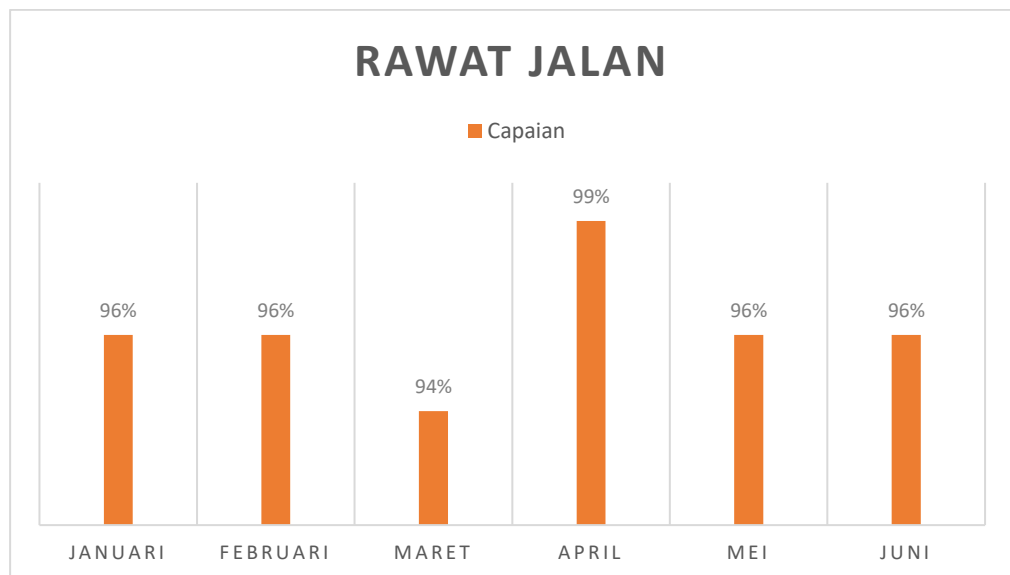
13.KEPUASAN PASIEN(>76.61%)

a. Rawat Inap



Analisis	Kepuasan pasien rawat inap di triwulan 2 mencapai target
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan evaluasi terkait komplain yang berkaitan dengan kepuasa pasien.

b. Rawat Jalan

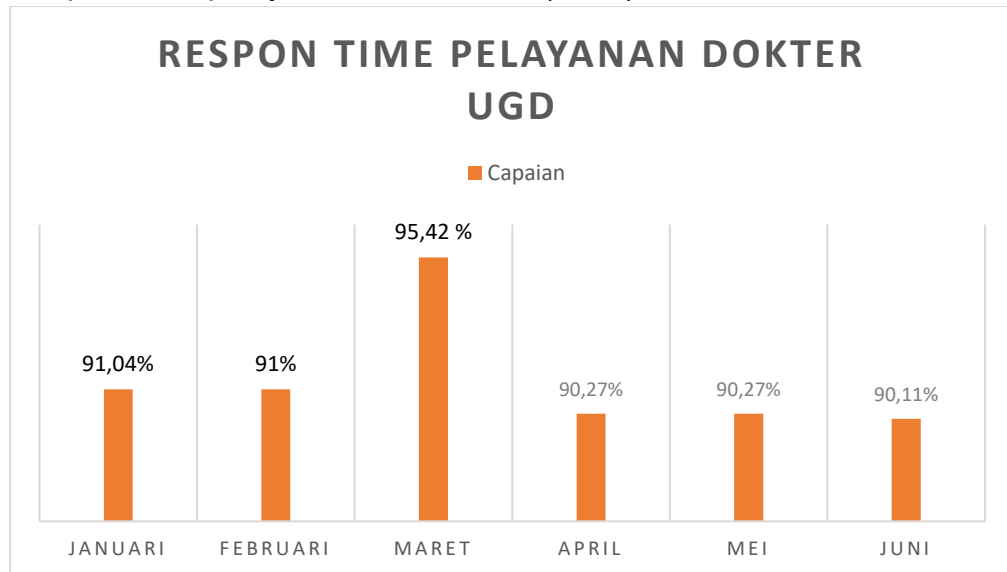


Analisis	Kepuasan pasien mencapai target
Rencana Tindak Lanjut	Meskipun target tercapai, evaluasi dan perbaikan berkelanjutan tetap penting agar mutu layanan terus meningkat.

B. INDIKATOR MUTU UNIT

1. UNIT UGD

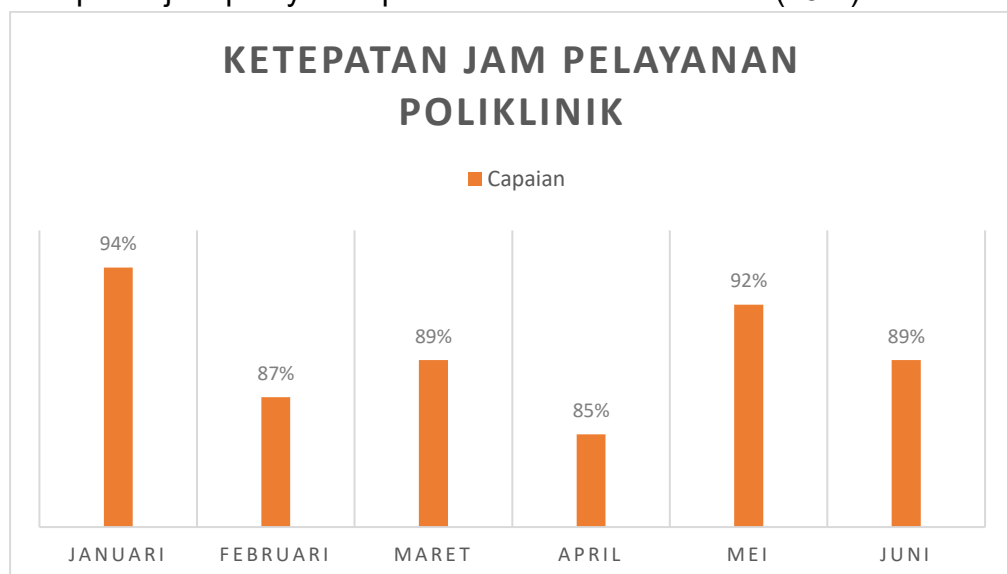
Respon Time pelayanan dokter UGD (90%)



Analisis	Respon time pelayanan Dokter UGD terlaksana dengan baik sehingga mencapai target capaian. Hal ini perlu di pertahankan untuk keselamatan dan kepuasan pasien.
Rencana Tindak Lanjut	Mempertahankan target capaian

2. UNIT RAWAT JALAN

Ketepatan jam pelayanan poliklinik sesuai Hfis dokter (75%)

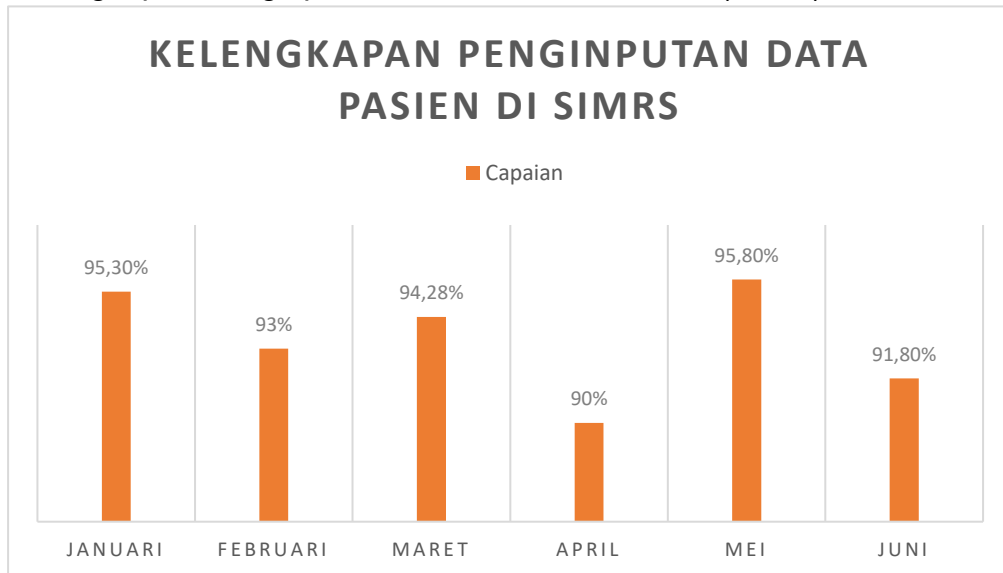


Analisis	capaian pada triwulan II di bulan April Mei dan Juni mencapai target, Dokter datang tepat waktu sesuai Hafis .
-----------------	--

Rencana Tindak Lanjut	Pertahankan capaian
------------------------------	---------------------

3. UNIT FRONT OFFICE

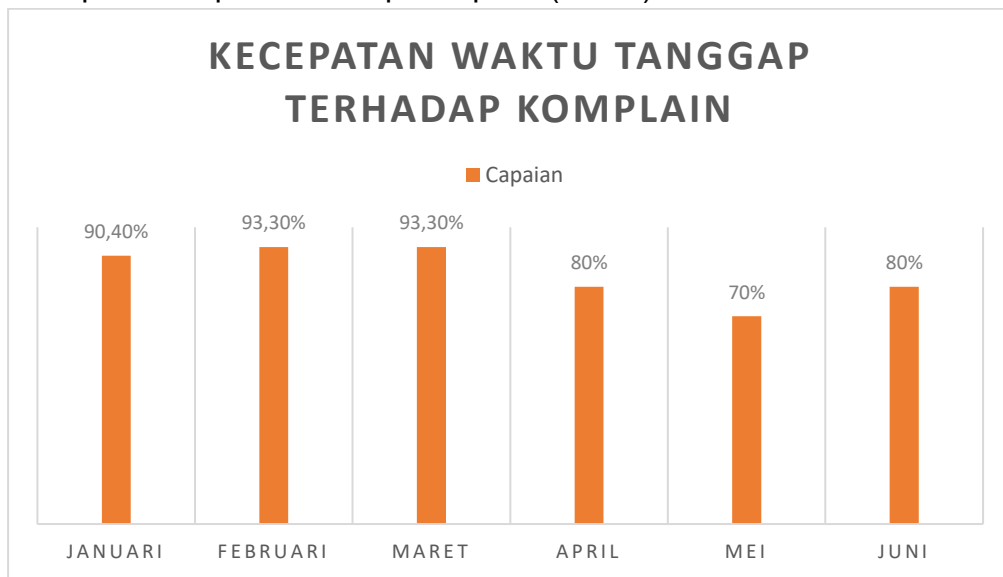
Kelengkapan Penginputan Data Pasien di SIMRS (100%)



Analisis	Berdasarkan grafik diatas, maka dapat disimpulkan bahwa sistem sudah berjalan baik pada triwulan 2, namun masih terdapat celah ketidaklengkapan yang berpotensi menimbulkan risiko administratif, sehingga belum mencapai target.
Rencana Tindak Lanjut	Diperlukan penguatan pada aspek kepatuhan pengisian, serta monitoring rutin untuk mencapai target 100%

4. UNIT PIPP

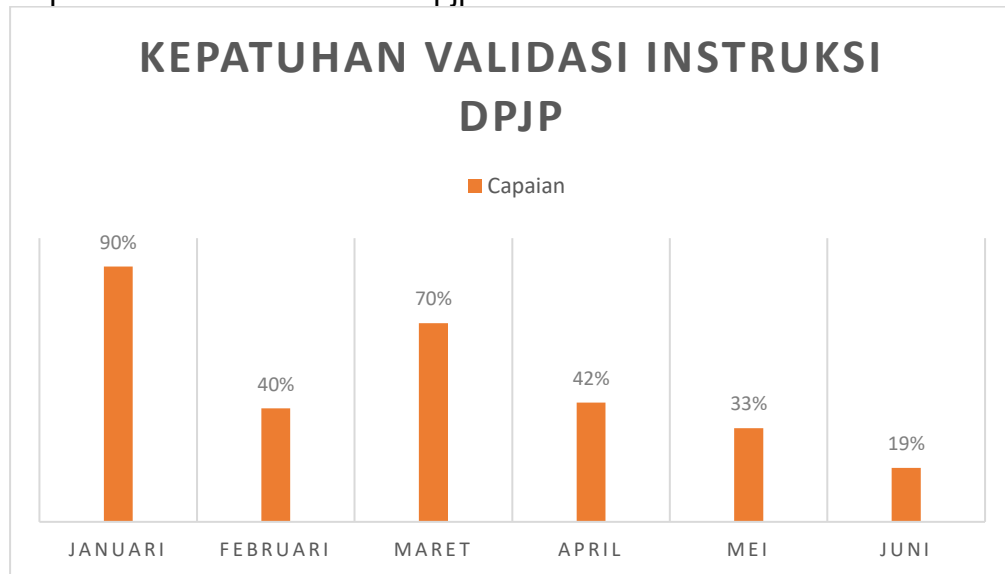
Kecepatan respon terhadap komplain (>75%)



Analisis	Berdasarkan grafik diatas, maka dapat disimpulkan bahwa rata-rata kecepatan respon terhadap komplain pada Triwulan 2 mencapai 76,6%.
Rencana Tindak Lanjut	1. Monitoring tindakan perbaikan yang diperlukan untuk menyelesaikan masalah dan mencegahnya terulang. 2. Memberikan akses kepada petugas yang ditunjuk untuk memantau dan merespons Google Review setiap hari.

5. UNIT RAWAT INAP

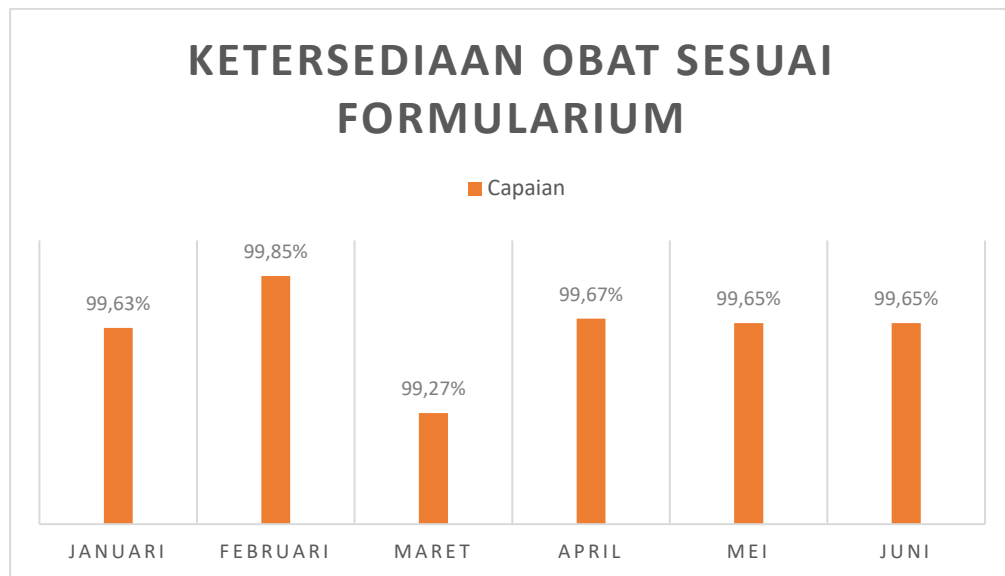
Kepatuhan validasi instruksi dpjp



Analisis	Berdasarkan hasil monitoring kepatuhan validasi instruksi DPJP periode April sampai dengan Juni, capaian kepatuhan belum memenuhi standar yang ditetapkan rumah sakit yaitu 80% . Pada bulan April kepatuhan sebesar 42% , kemudian menurun menjadi 33% pada bulan Mei dan kembali menurun menjadi 19% pada bulan Juni.
Rencana Tindak Lanjut	1. Re-edukasi DPJP terkait kewajiban validasi instruksi sesuai SOP. 2. Menyampaikan hasil monitoring kepatuhan validasi instruksi kepada Komite Medik dan Direksi setiap bulan sebagai bahan evaluasi.

6. UNIT FARMASI

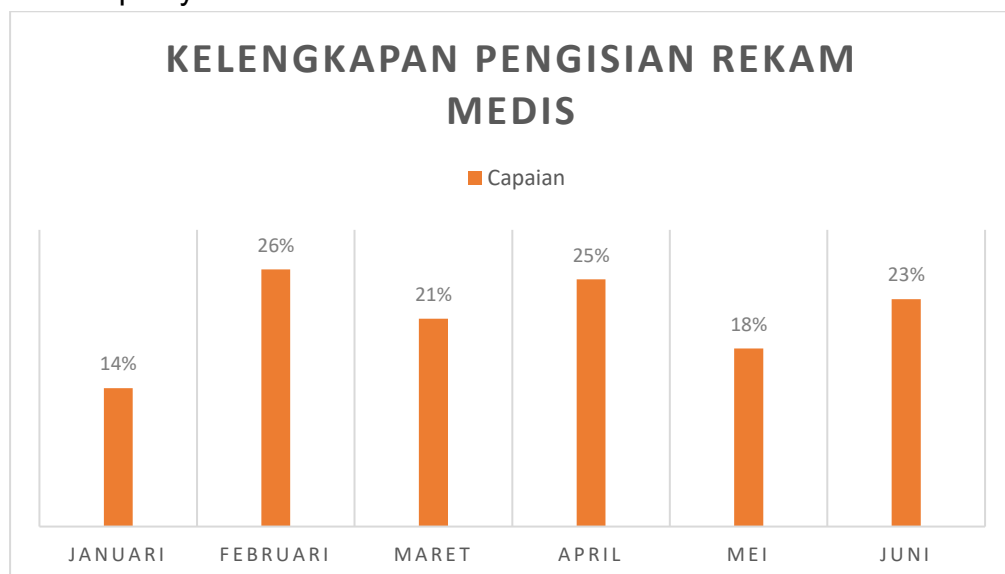
Ketersediaan obat sesuai formularium (95%)



Analisis	Berdasarkan Grafik diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kepatuhan pengisian kartu stok rata-rata 99,66% dan sudah mencapai target
Rencana Tindak Lanjut	Pertahankan capaian

7. REKAM MEDIS

Kelengkapan pengisian Rekam medis pasien Rawat Inap <24 jam setelah selesai pelayanan

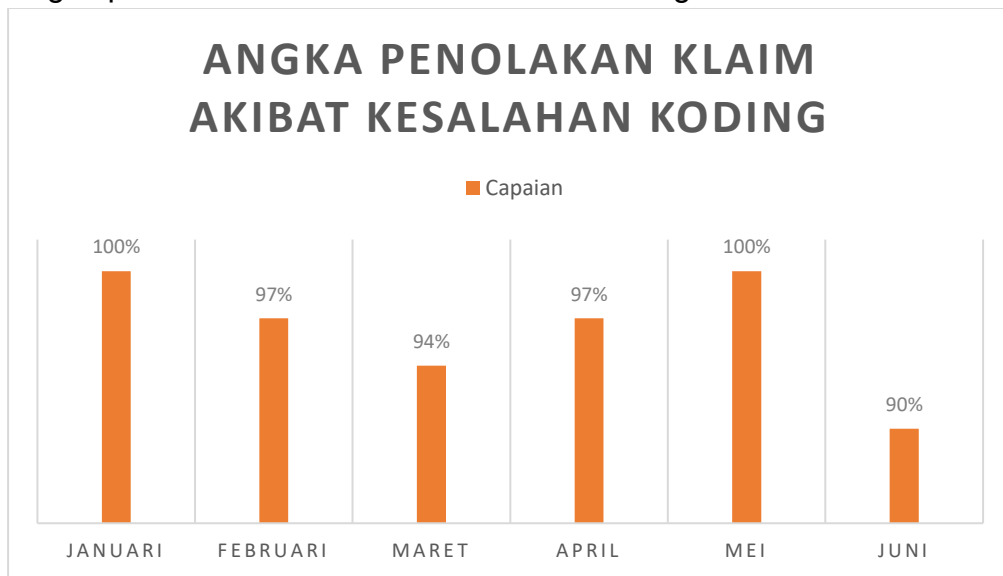


Analisis	Kelengkapan pengisian rekam medis rawat inap < 24 jam setelah selesai pelayanan ,belum tecapai dengan baik disebabkan beberapa
-----------------	--

	DPJP paruh waktu sehingga terkendala tidak melengkapi rekam medis hingga 24 jam setelah selesai pelayanan.
Rencana Tindak Lanjut	- Laporan Raport untuk DPJP setiap bulan untuk hasil analisis - Konfirmasi by personal chat untuk DPJP disetiap tanggal tertentu

8. UNIT CASEMIX

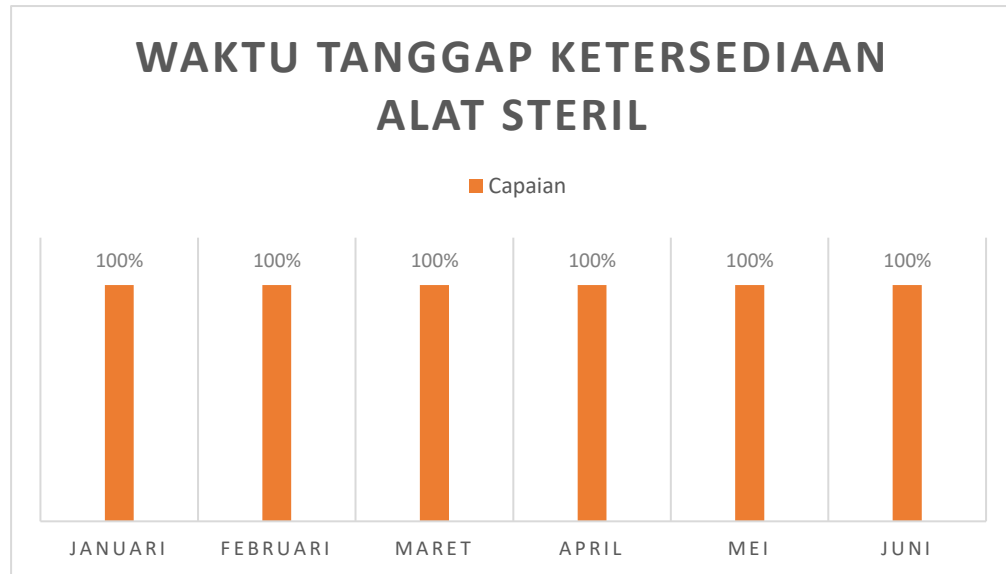
Angka penolakan klaim akibat kesalahan koding



Analisis	Dari grafik bulan Februari hingga Maret sudah mencapai target, tetapi dibulan berikutnya menurun secara bertahap dan penurunan konsistensi yang mungkin dipengaruhi beberapa faktor.
Rencana Tindak Lanjut	Melakukan evaluasi penyebab penurunan sejak bulan April

9. UNIT CSSD

Ketepatan Waktu Putar (Turn Around Time/TAT) Proses Sterilisasi CSSD



Analisis

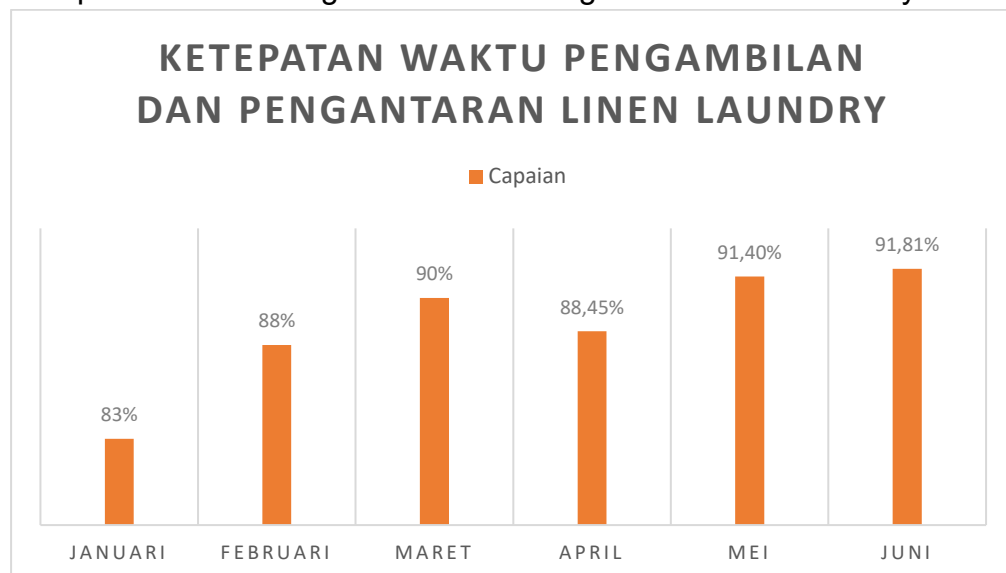
Berdasarkan Grafik diatas, maka dapat disimpulkan bahwa ketepatan waktu dalam sterilisasi alat dalam waktu 60 menit sudah mencapai target 100 %.

Rencana Tindak Lanjut

Pertahankan capaian

10. UNIT LAUNDRY

Ketepatan Waktu Pengambilan dan Pengantaran Linen Laundry



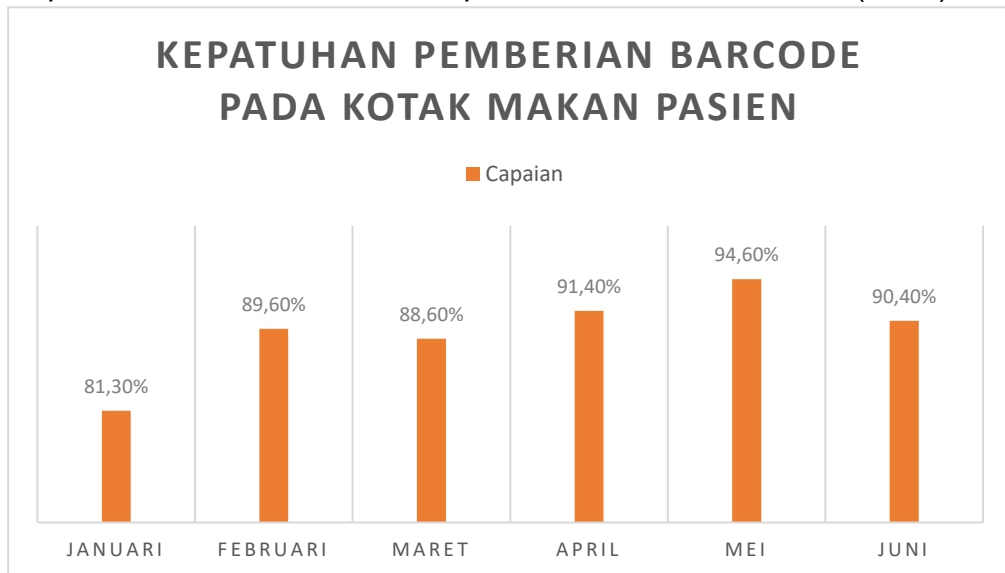
Analisis

Berdasarkan Grafik diatas, maka dapat disimpulkan bahwa Ketepatan Waktu Pengambilan dan Pengantaran Linen Laundry belum mencapai target $\geq 95\%$. Pada bulan mei dan juni sudah ada peningkatan karena sudah

	ada penambahan linen untuk kamar operasi dan spreng untuk rawat inap
Rencana Tindak Lanjut	Meningkatkan komunikasi antar unit terkait yang membutuhkan linen .

11. UNIT GIZI

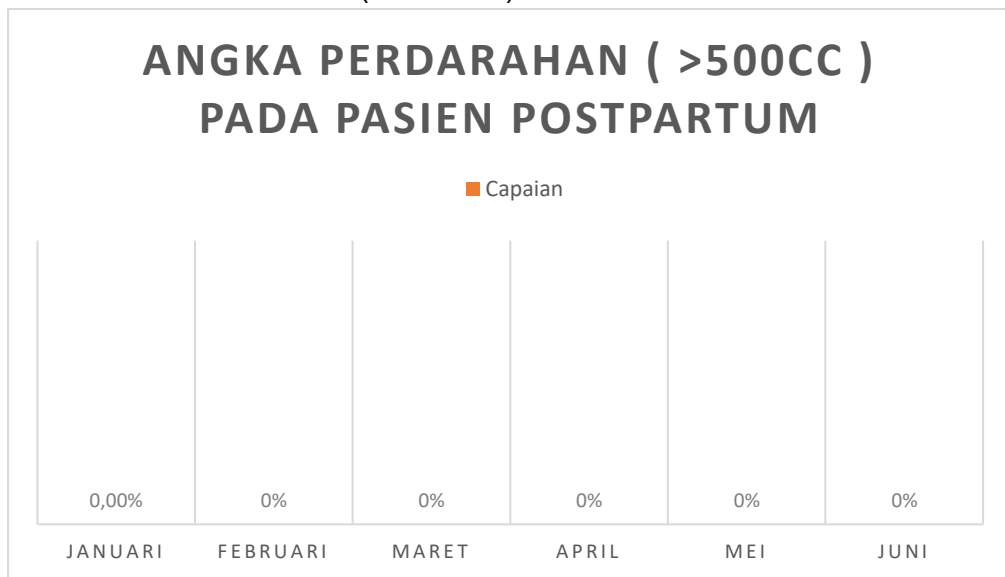
Kepatuhan Pemberian Barcode pada Kotak Makan Pasien (90 %)



Analisis	Berdasarkan dengan hasil data diatas selama 3 bulan ini dapat disimpulkan bahwa kepatuhan pemberian barcode pada kotak makan pasien belum mencapai target yaitu 89,8%. Alasannya karena petugas gizi pada saat itu libur tanggal merah.
Rencana Tindak Lanjut	Penambahan petugas atau bisa mengajar ibu dapur untuk menyiapkan barcode di kotak makan pasien.

12. UNIT KAMAR BERSALIN

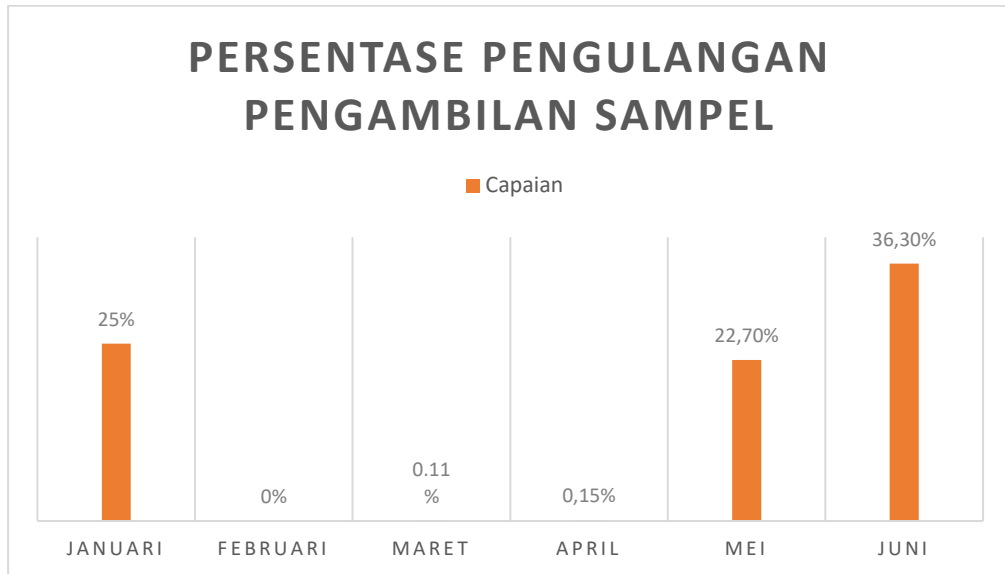
ANGKA PERDARAHAN (>500CC) PADA PASIEN POSTPARTUM



Analisis	Kepatuhan pemantauan Jumlah perdarahan pada pasien postpartum yang dapat mengakibatkan angka kematian pada ibu pada masa persalinan pada setiap persalinan di kamar Bersalin setiap hari/waktu selama periode April – Juni 2026 terlaksana dengan baik (0% Kematian).
Rencana Tindak Lanjut	Hal ini perlu mendapat perhatian lebih dan kerjasama sesama antara tim medis dan pasien, keluarga pasien agar bisa mencegah terjadinya kesalahan yang menyebabkan proses persalinan hingga kelahiran bayi berjalan tidak sebagai mana mestinya.

13. UNIT LABORATORIUM

Persentase Pengulangan Pengambilan Sampel



Analisis

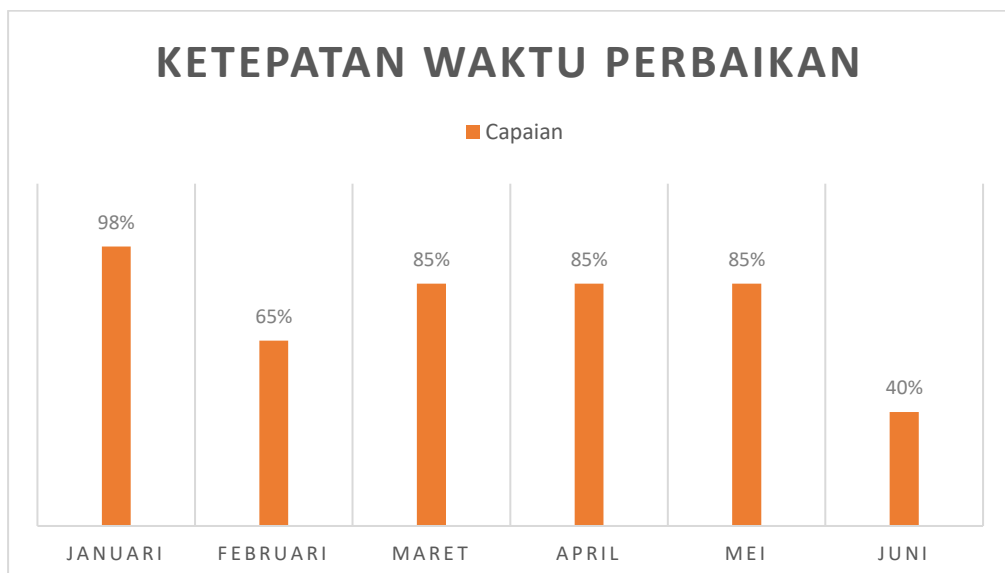
Berdasarkan data diatas, maka dapat disimpulkan bahwa Presentase pengulangan pengambilan sampel dari bulan April-Juni mencapai rata-rata 20% dan sudah mencapai target

Rencana Tindak Lanjut

Pertahankan capaian

14. UNIT IPSRS

Kepatuhan Perbaikan Sarana Prasarana



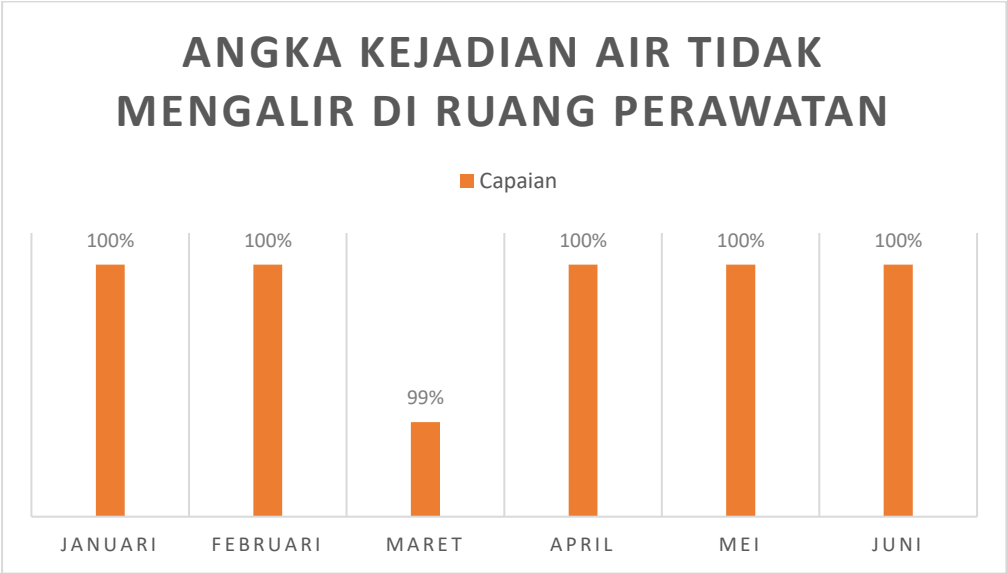
Analisis

Berdasarkan hasil pemantauan indikator mutu kepatuhan pelaksanaan pemeliharaan preventif sarana

	dan prasarana di Unit IPSRS RSIA Permata Hati Makassar, capaian rata-rata Triwulan II Tahun 2026 sebesar 88,97%, sedangkan target yang ditetapkan adalah 95%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan pemeliharaan preventif belum sepenuhnya memenuhi target yang telah ditetapkan. Belum tercapainya target dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain adanya perubahan jadwal pelayanan, keterbatasan waktu pelaksanaan pemeliharaan, prioritas penanganan kerusakan yang bersifat mendesak (corrective maintenance), serta keterbatasan sumber daya petugas IPSRS. Kondisi tersebut menyebabkan sebagian kegiatan pemeliharaan preventif belum dapat dilaksanakan sesuai jadwal.
Rencana Tindak Lanjut	• Menyusun kembali jadwal pemeliharaan preventif agar lebih efektif dan tidak mengganggu pelayanan rumah sakit. • Melakukan monitoring dan evaluasi rutin terhadap pelaksanaan jadwal pemeliharaan preventif setiap bulan. • Meningkatkan koordinasi antara IPSRS dengan seluruh unit pelayanan agar jadwal pemeliharaan dapat dilaksanakan sesuai rencana. • Memastikan ketersediaan suku cadang, peralatan kerja, dan bahan pendukung pemeliharaan sehingga tidak terjadi penundaan pekerjaan. • Melakukan pencatatan dan pelaporan seluruh kegiatan pemeliharaan secara lengkap sebagai bahan evaluasi dan peningkatan mutu. • Melaksanakan evaluasi indikator mutu secara berkala (bulanan dan triwulan) sebagai dasar penyusunan program perbaikan berkelanjutan untuk meningkatkan capaian indikator hingga mencapai

	target yang telah ditetapkan.
--	-------------------------------

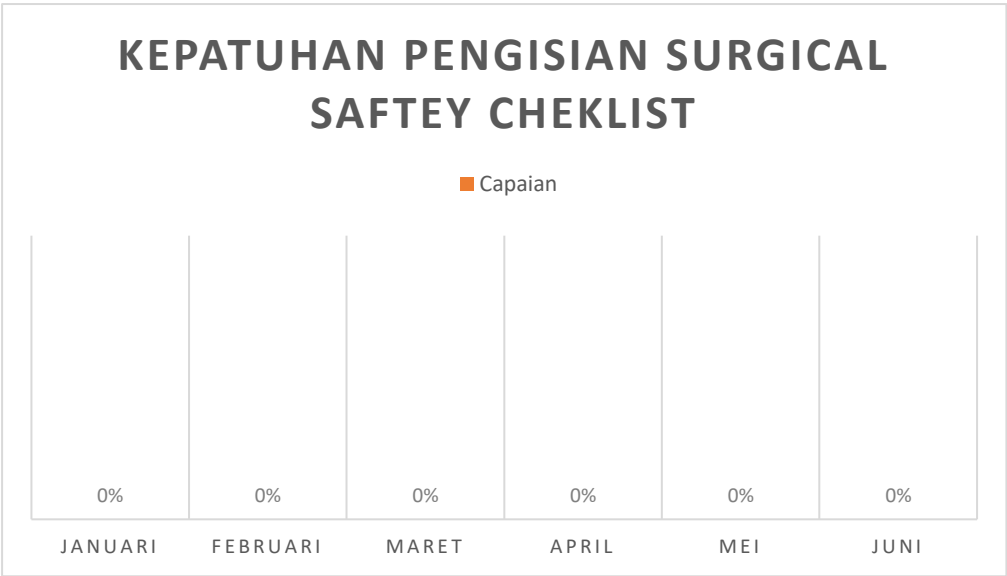
Angka Kejadian Air Tidak Mengalir Di Ruang Perawatan



Analisis	Berdasarkan hasil pemantauan indikator mutu air Triwulan II Tahun 2026 di RSIA Permata Hati Makassar, pemeriksaan kualitas air telah dilaksanakan sesuai jadwal. Hasil pemantauan menunjukkan bahwa kualitas air tetap memenuhi standar yang ditetapkan dan perlu dipertahankan melalui pemantauan secara berkala.
Rencana Tindak Lanjut	• Melaksanakan pemeriksaan kualitas air secara rutin sesuai jadwal. • Melakukan monitoring dan evaluasi hasil pemeriksaan secara berkala. • Memastikan kualitas air selalu memenuhi standar yang berlaku. • Melakukan tindakan perbaikan apabila ditemukan hasil pemeriksaan yang tidak memenuhi standar. • Mendokumentasikan seluruh hasil pemeriksaan sebagai bahan evaluasi dan peningkatan mutu. • Melakukan evaluasi indikator mutu secara berkala untuk mempertahankan dan meningkatkan capaian.

15. UNIT KAMAR OPERASI

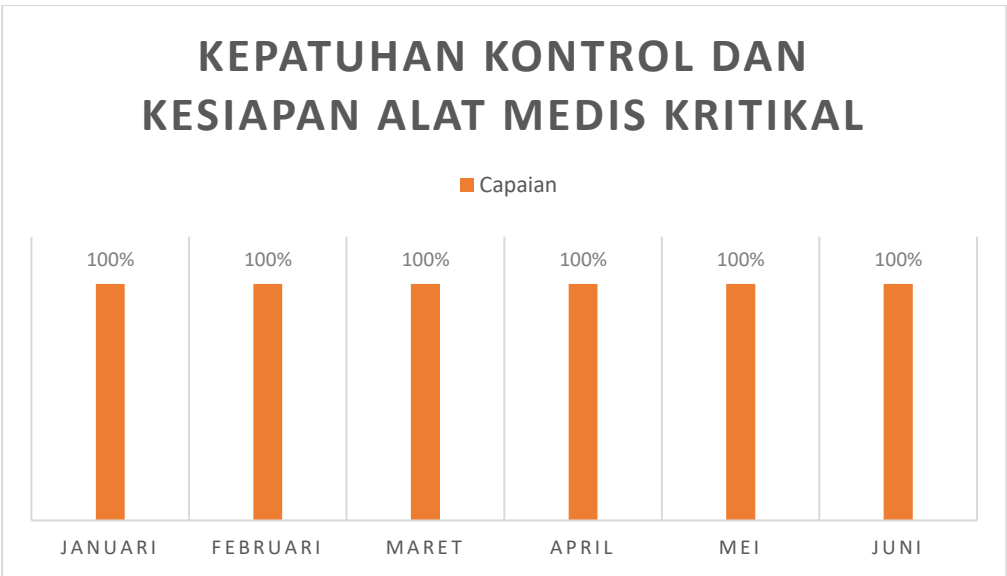
Kepatuhan Pengisian Surgical Saftey checklist



Analisis	Berdasarkan data di atas menunjukan bahwa Kepatuhan Pengisian Surgical Saftey checklist dari bulan April - Juni yaitu sebanyak 0 pasien dan sudah mencapai target 100%
Rencana Tindak Lanjut	Mempertahankan kepatuhan pengisian Surgical Safety Checklist sebesar 100%.

16. UNIT ICU

Kepatuhan Kontrol Dan Kesiapan Alat Medis Kritikal

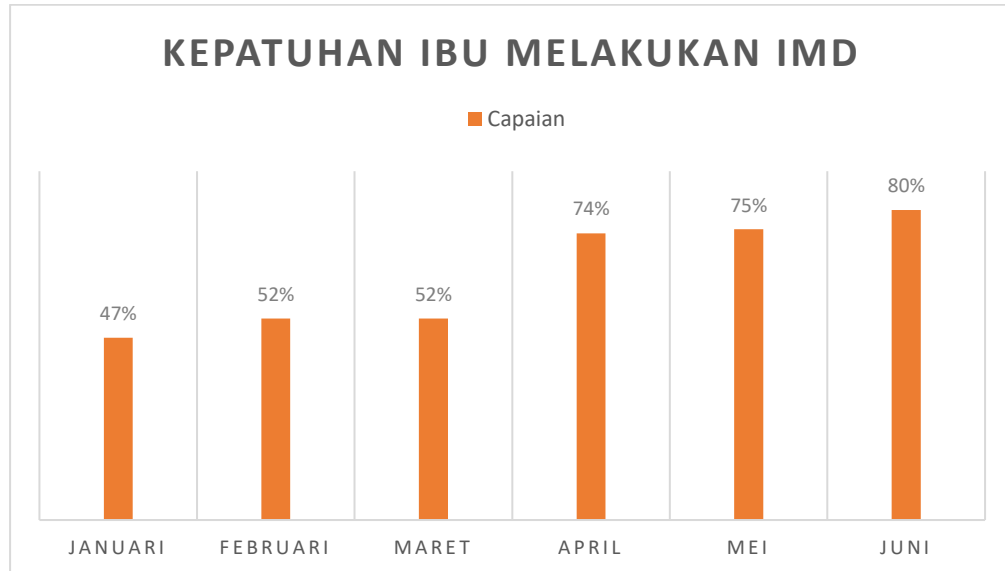


Analisis	Kepatuhan control alat medis terlaksana dengan baik, tidak ada alat yang rusak semua berfungsi dengan baik
----------	--

Rencana Tindak Lanjut	Hal ini perlu dipertahankan dan makin dikelola dengan baik agar mencegah terjadinya kesalahan identifikasi pasien operasi
------------------------------	---

17. UNIT PERINATOLOGI

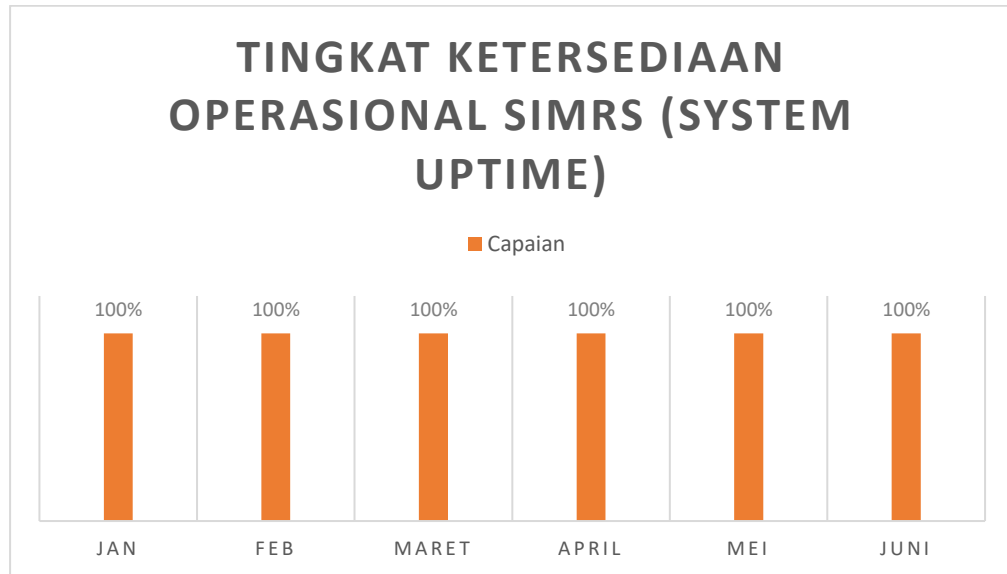
Kepatuhan Ibu Melakukan IMD (Inisiasi Menyusui Dini)



Analisis	Berdasarkan grafik diatas Kepatuhan Ibu melakukan IMD belum mencapai dan melebihi target, karena jika petugas kamar operasi masih tiga orang , belum ada yang mengawasi IMD.
Rencana Tindak Lanjut	Jika operasi lebih dari satu petugas OK harus lebih dari tiga orang

18. UNIT IT

Tingkat Ketersediaan Operasional SIMRS (System Uptime)



Analisis

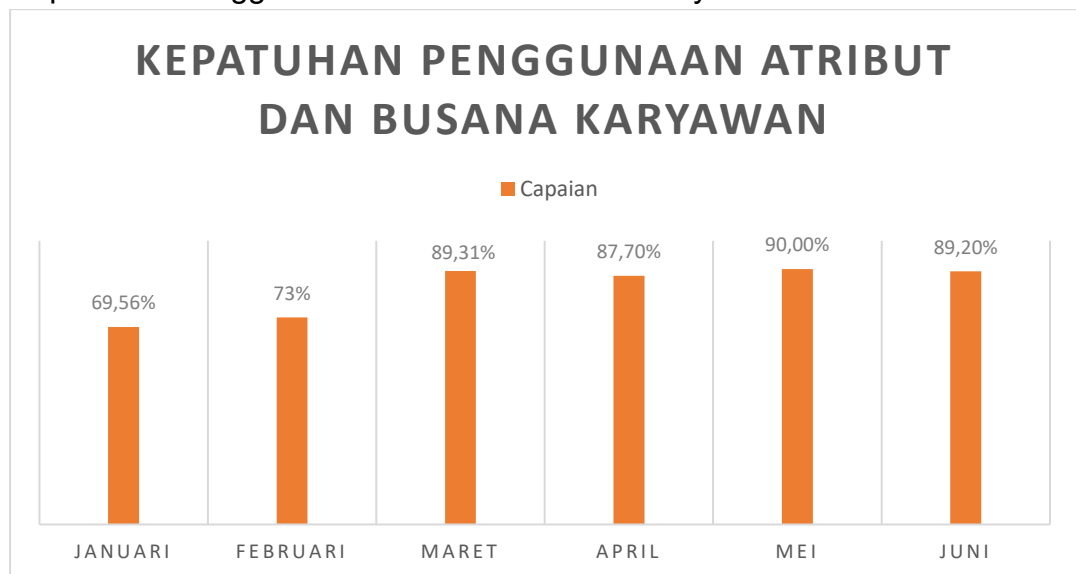
**Tingkat ketersediaan Operasional SIMRS
Tercapai 100%**

**Rencana Tindak
Lanjut**

Pertahankan Capaian

19. UNIT SDM

Kepatuhan Penggunaan Atribut dan Busana Karyawan



Analisis

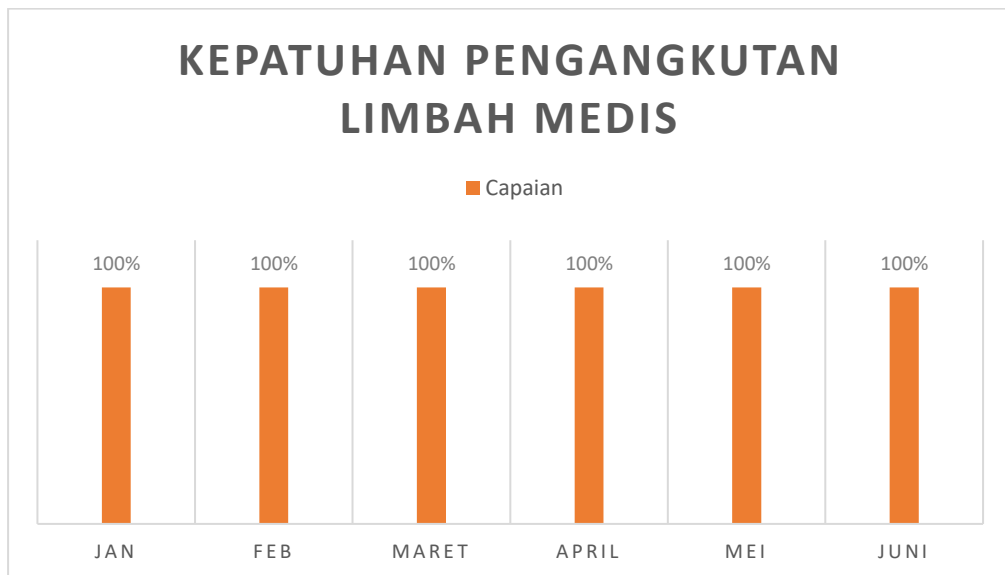
Berdasarkan hasil pemantauan indikator mutu kepatuhan penggunaan atribut dan busana karyawan di RSIA Permata Hati, Rata – Rata Triwulan 1 diperoleh capaian sebesar 88.96 %, sedangkan target yang ditetapkan 95 %.

	Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan karyawan masih belum memenuhi standar yang ditetapkan. Selisih capaian sebesar 6 % dari target mengindikasikan bahwa masih terdapat karyawan yang belum konsisten menggunakan atribut dan busana kerja sesuai ketentuan rumah sakit.
Rencana Tindak Lanjut	1. Sosialisasi Ulang Kebijakan Melakukan sosialisasi ulang tentang SOP penggunaan atribut dan busana karyawan kepada seluruh unit kerja dan menyampaikan standar atribut yang wajib digunakan sesuai ketentuan rumah sakit 2. Penguatan Pengawasan Unit SDM melakukan monitoring rutin terhadap kepatuhan atribut karyawan dan menggunakan checklist kepatuhan atribut sebagai alat kontrol. 3. Pemberian Teguran dan Sanksi Bertahap Memberikan teguran lisan bagi karyawan yang tidak patuh. Jika berulang, diberikan teguran tertulis sesuai peraturan rumah sakit. 4. Penyediaan dan Kelengkapan Atribut Memastikan seluruh karyawan telah menerima atribut dan busana kerja yang sesuai. 5. Edukasi dan Penguatan Budaya Disiplin Mengaitkan penggunaan atribut sebagai bagian dari budaya keselamatan pasien dan pelayanan prima. Memberikan edukasi bahwa atribut mencerminkan identitas, tanggung jawab, dan profesionalisme

	6. Evaluasi Berkala Melakukan evaluasi indikator secara berkala (bulanan/triwulan).
--	---

20. UNIT K3

Kepatuhan Pengangkutan Limbah Medis



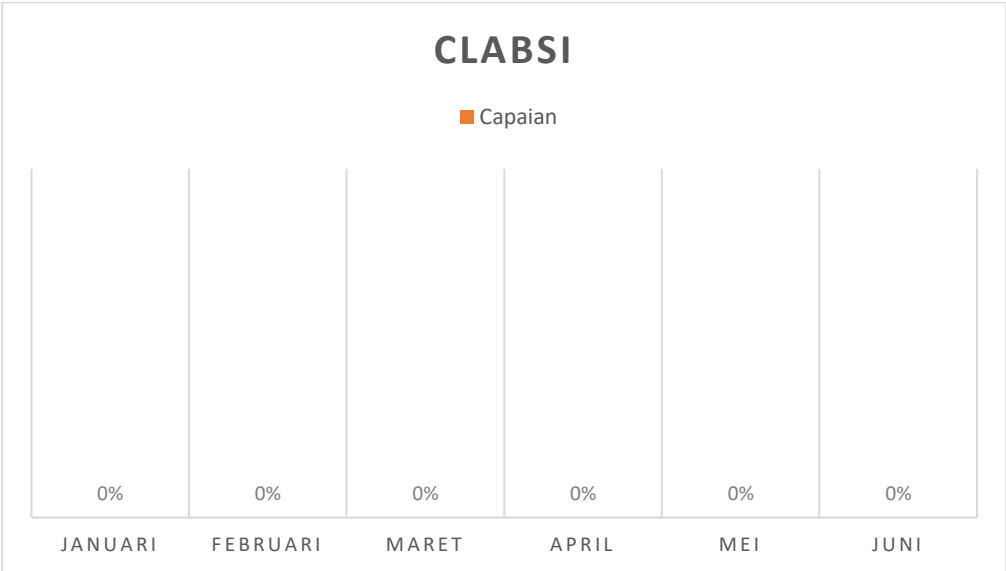
Analisis	Berdasarkan dengan hasil data diatas selama 3 bulan ini dapat disimpulkan bahwa Kepatuhan Pengangkutan Limbah Medis mencapai target yaitu 100%.
Rencana Tindak Lanjut	1. Memantau selalu jadwal pengangkutan limbah padat medis. 2. Menjalin komunikasi yang baik kepada mitra terutama kepada sopir transporter yang mengambil sampah limbah padat medis. 3. Tidak melakukan pengangkutan di hari libur Bersama akan tetapi tetap memantau selalu jumlah timbulan sampah limbah medis agar tidak terjadi penumpukan sampah medis. 4. Jika hari raya idul fitri maka dilakukan

	pengankutan sehari sebelum libur.
--	-----------------------------------

21. UNIT PPI

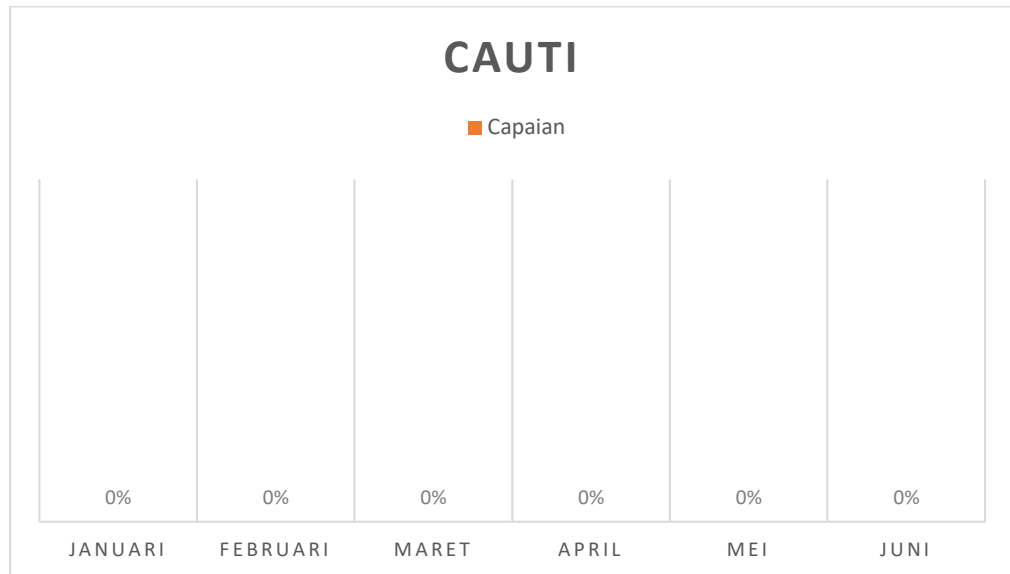
Surveillance PPI

a. CLABSI (1,5%)



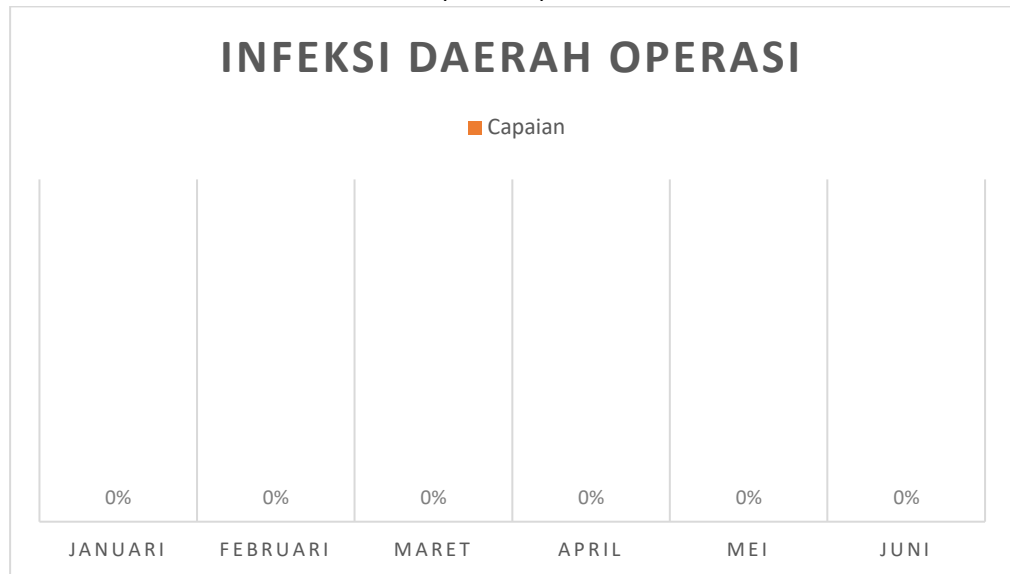
Analisis	Angka kejadian Clabsi akibat pemasangan pemasangan vena sentral adalah nihil karena belum ada pasien yang dilakukan Tindakan tersebut.
Rencana Tindak Lanjut	Edukasi dan pemantauan standar septik dan aseptik dalam Tindakan pemasangan invasive dalam tubuh pasien termasuk pemasangan infus dll.

b. CAUTI



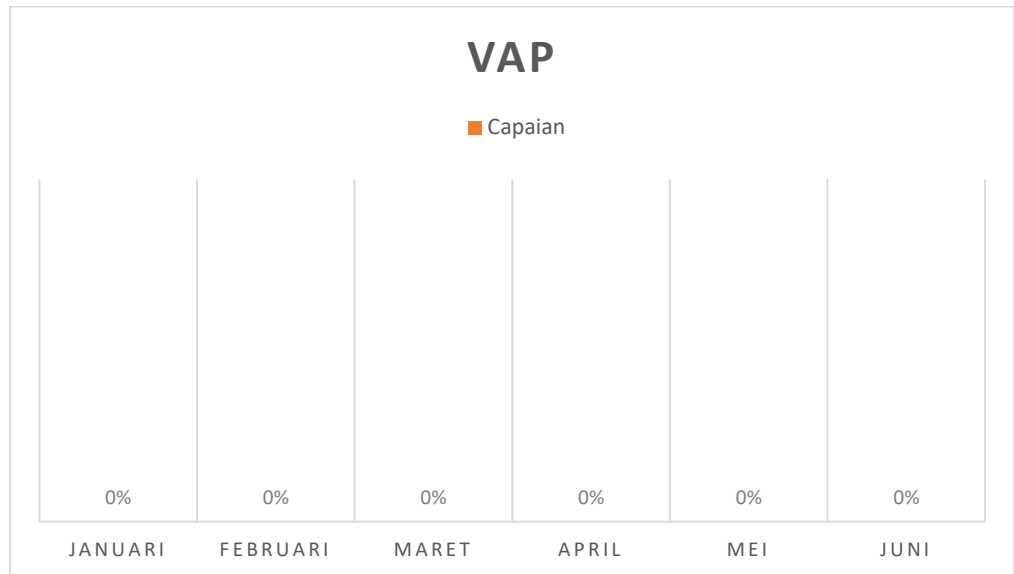
Analisis	Pada Triwulan II (April-Juni 2026) Angka kejadian CAUTI adalah nihil karena pasien yang dilakukan Tindakan Pemasangan kateter urine hanyalah pasien Post Operasi SC yang mana jumlah hari pemasangan kateter tersebut sekitar 1 sampai 2 hari saja selama dalam perawatan.
Rencana Tindak Lanjut	1. Edukasi dan pemantauan standar septik dan aseptik dalam Tindakan pemasangan invasive dalam tubuh pasien termasuk pemasangan kateter kepada pasien. 2. Sosialisasi ulang bundle pemasangan kateter urin 3. Audit hand hygiene dan pemberian umpan balik 4. Melakukan evaluasi harian kebutuhan kateter dan melepas kateter jika tidak ada indikasi

c. INFEKSI DAERAH OPERASI (18,9%)



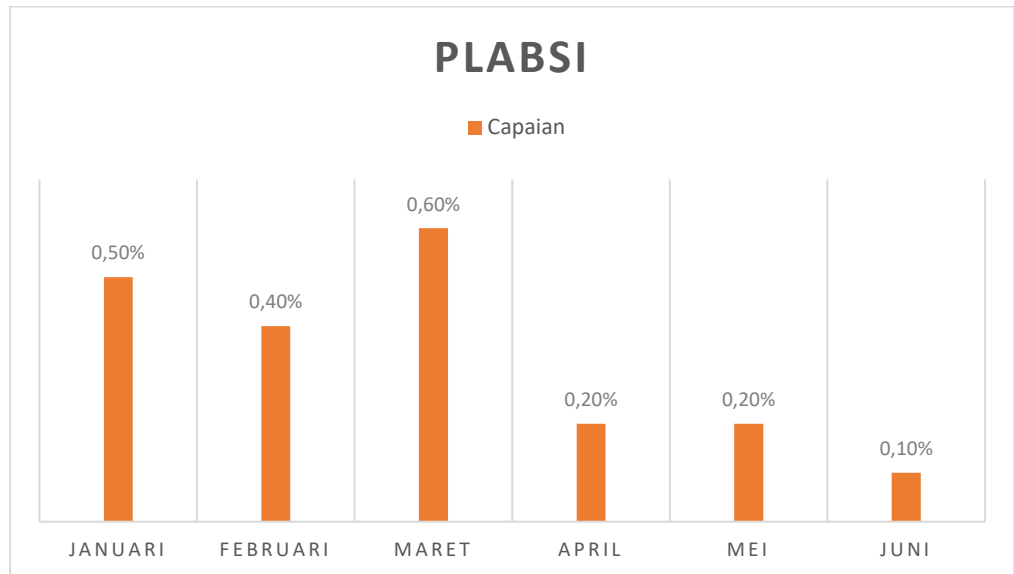
Analisis	Angka kejadian infeksi daerah operasi pasien tindakan operasi seccio cesarea (SC) pada Tri Wulan II adalah 0 %.. data tersebut menunjukkan tidak terdapat pasien yang mengalami infeksi dari total 142 pasien Tindakan. operasi
Rencana Tindak Lanjut	1. Edukasi dan pemantauan standar septik dan aseptik dalam Tindakan perawatan luka operasi (GV) 2. Tetap pertahankan kebersihan tangan petugas dalam Tindakan operasi dan rawat luka 3. Edukais pasien agar tertib dalam control luka secara berkala sesuai jadwal yang etlah ditetapkan 4. Edukasi pasien personal hygiene selama di rumah paska Tindakan operasi dan minum obat teratur agar proses pemulihan dan luka oeasi cepat sembuh dan pasien pulih Kembali.

d. VAP



Analisis	Pada Triwulan I (April-Juni 2026) Angka kejadian VAP akibat pemasangan pemasangan Ventilator adalah nihil karena belum ada pasien yang didapati terjadi infeksi akibat ventilator tersebut
Rencana Tindak Lanjut	1. Edukasi dan pemantauan standar septic dan aseptic dalam Tindakan pemasangan invasive pemasangan ventilator dalam tubuh pasien. 2. Sosialisasi dan implementasi ulang Ventilator Bundle 3. Audit hand hygiene dan pemberian umpan balik 4. Memastikan elevasi kepala tempat tidur 30–45° (bila tidak ada kontraindikasi)

e. PLABSI

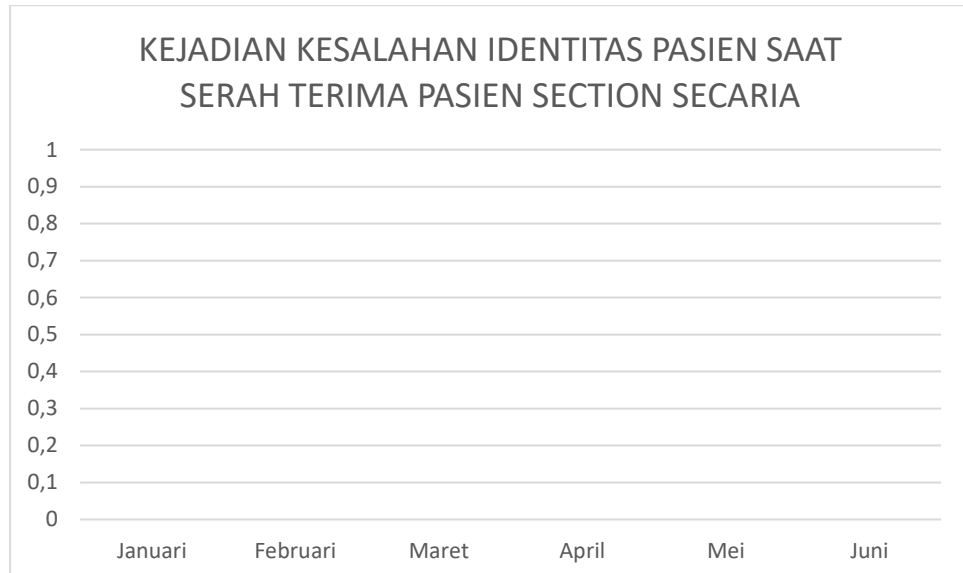


Analisis	Pada Triwulan I (April-Juni) Angka kejadian Plabsi (Plebitis) akibat pemasangan pemasangan infus Adalah 0,16 % angka tersebut masih di bawah angka standar yaitu dari angka 1,5%.
Rencana Tindak Lanjut	1. Edukasi dan pemantauan standar septik dan aseptik dalam Tindakan pemasangan infus kepada pasien 2. In House Training pencegahan PLABSI 3. Audit teknik scrub the hub sebelum akses infus 4. Melakukan asesmen harian kebutuhan akses intravena

C. INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMP-RS)

1. SASARAN KESELAMATAN PASIEN

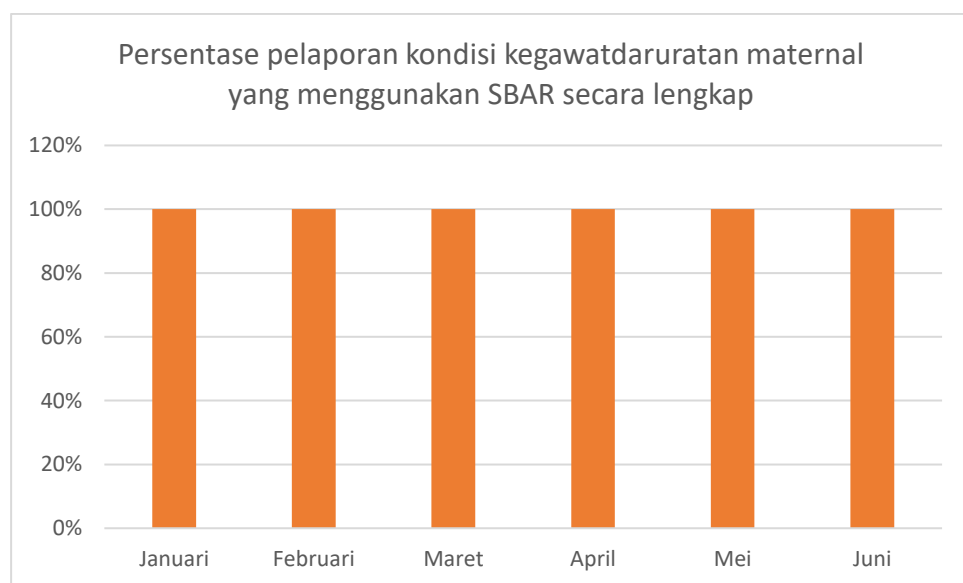
Kejadian kesalahan identitas pasien saat serah terima pasien section secaria



Analisis	Berdasarkan hasil pemantauan periode Januari–Juni, tidak ditemukan kejadian kesalahan identitas pasien pada saat serah terima pasien Sectio Caesarea. Dengan demikian, indikator mencapai 100% sesuai target (0 kejadian) selama enam bulan berturut-turut. Hasil ini menunjukkan bahwa proses identifikasi pasien telah dilaksanakan sesuai dengan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP 1), yaitu menggunakan minimal dua identitas pasien (misalnya nama lengkap dan tanggal lahir atau nomor rekam medis), serta dilakukan verifikasi pada setiap proses serah terima pasien.
Rencana Tindak Lanjut	Untuk mempertahankan capaian tersebut, rumah sakit akan: 1. Mempertahankan audit kepatuhan identifikasi pasien setiap bulan. 2. Melaksanakan refreshment mengenai Sasaran Keselamatan Pasien (SKP 1) secara berkala.

	3. Memastikan seluruh pasien menggunakan gelang identitas yang benar selama masa perawatan. 4. Melakukan supervisi rutin terhadap proses handover pasien di seluruh unit pelayanan. 5. Menjadikan kepatuhan identifikasi pasien sebagai indikator evaluasi mutu unit pelayanan. Melakukan evaluasi berkala dalam rapat PMKP dan Komite Keselamatan Pasien untuk memastikan capaian tetap Zero Incident.
--	---

Persentase pelaporan kondisi kegawatdaruratan maternal yang menggunakan SBAR secara lengkap

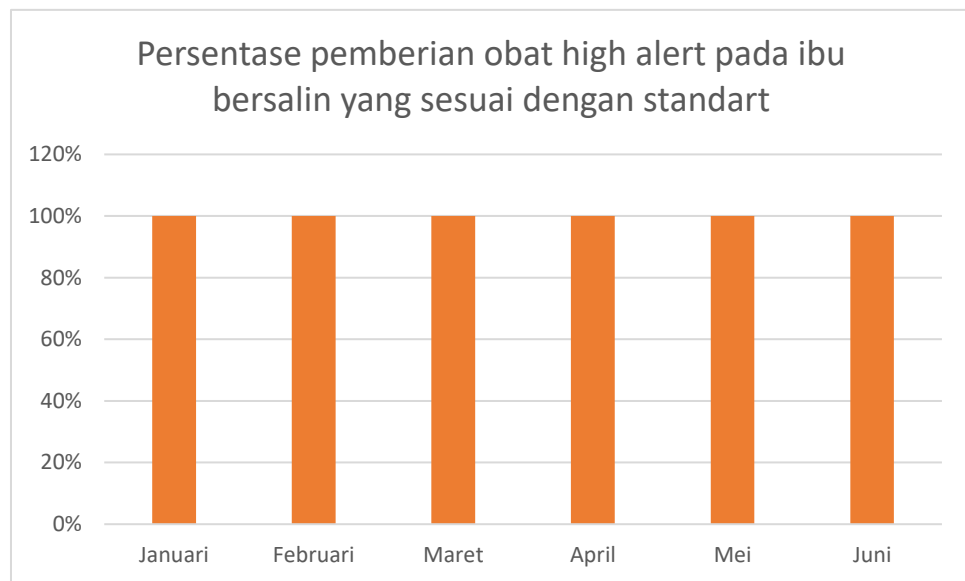


Analisis	Berdasarkan hasil monitoring periode Januari–Juni, kepatuhan pelaporan kondisi kegawatdaruratan maternal menggunakan metode SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) menunjukkan capaian 100% pada setiap bulan. Hal ini menandakan bahwa seluruh proses komunikasi pada kasus kegawatdaruratan maternal telah menggunakan format SBAR secara lengkap sesuai standar rumah sakit.
-----------------	--

	Pencapaian yang konsisten selama enam bulan berturut-turut menunjukkan bahwa budaya komunikasi efektif antar tenaga kesehatan telah terbentuk dengan baik. Implementasi SBAR mendukung penyampaian informasi yang jelas, sistematis, dan tepat waktu sehingga dapat mempercepat pengambilan keputusan klinis, mengurangi risiko miskomunikasi, serta meningkatkan keselamatan pasien. Keberhasilan capaian ini didukung oleh beberapa faktor, antara lain: • Sosialisasi dan pelatihan SBAR yang telah dilaksanakan secara rutin. • Kepatuhan tenaga kesehatan terhadap SOP komunikasi efektif. • Monitoring dan audit dokumentasi oleh Tim PMKP dan kepala ruangan. • Komitmen seluruh tenaga kesehatan dalam menerapkan budaya keselamatan pasien. Meskipun target telah tercapai secara optimal, kegiatan monitoring tetap perlu dilakukan untuk mempertahankan konsistensi dan mengantisipasi penurunan kepatuhan di masa mendatang.
Rencana Tindak Lanjut	1. Mempertahankan audit kepatuhan penggunaan SBAR setiap bulan. 2. Melaksanakan refreshment komunikasi efektif (SBAR) secara berkala. 3. Menjadikan kepatuhan SBAR sebagai salah satu indikator evaluasi unit pelayanan. 4. Memberikan orientasi kepada seluruh pegawai baru mengenai penerapan SBAR. 5. Melakukan monitoring berkelanjutan dalam rapat PMKP dan Komite Keselamatan Pasien.

	Memberikan apresiasi kepada unit yang mampu mempertahankan kepatuhan 100% sebagai bagian dari budaya mutu dan keselamatan pasien.
--	---

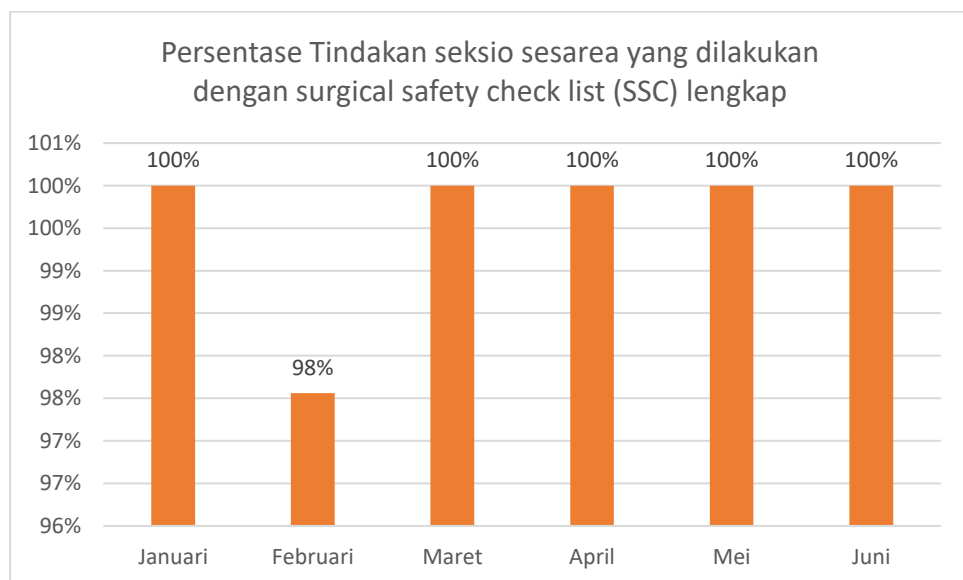
Persentase pemberian obat high alert pada ibu bersalin yang sesuai dengan standart



Analisis	Selama periode Januari–Juni, indikator Persentase pemberian obat high alert pada ibu bersalin yang sesuai dengan standar mencapai 100% secara konsisten. Capaian ini menunjukkan bahwa proses pengelolaan dan pemberian obat high alert di kamar bersalin telah dilaksanakan sesuai dengan standar operasional prosedur, mulai dari verifikasi resep, identifikasi pasien, pelaksanaan <i>double check</i>, hingga dokumentasi pemberian obat. Keberhasilan ini mencerminkan komitmen tenaga kesehatan dalam menjaga keselamatan pasien, khususnya pada penggunaan obat-obatan yang memiliki risiko tinggi. Meskipun target telah tercapai, kegiatan monitoring, audit kepatuhan, dan edukasi berkala tetap perlu dipertahankan sebagai upaya menjaga
-----------------	--

	keberlangsungan mutu pelayanan dan mencegah terjadinya medication error di masa mendatang.
Rencana Tindak Lanjut	Mempertahankan implementasi SOP pemberian obat high alert melalui monitoring rutin, refresh training bagi tenaga kesehatan minimal setiap enam bulan, orientasi bagi pegawai baru, serta audit kepatuhan secara berkala. Apabila ditemukan ketidaksesuaian pada periode berikutnya, dilakukan analisis akar masalah (RCA) dan penyusunan tindakan perbaikan sesuai hasil evaluasi.

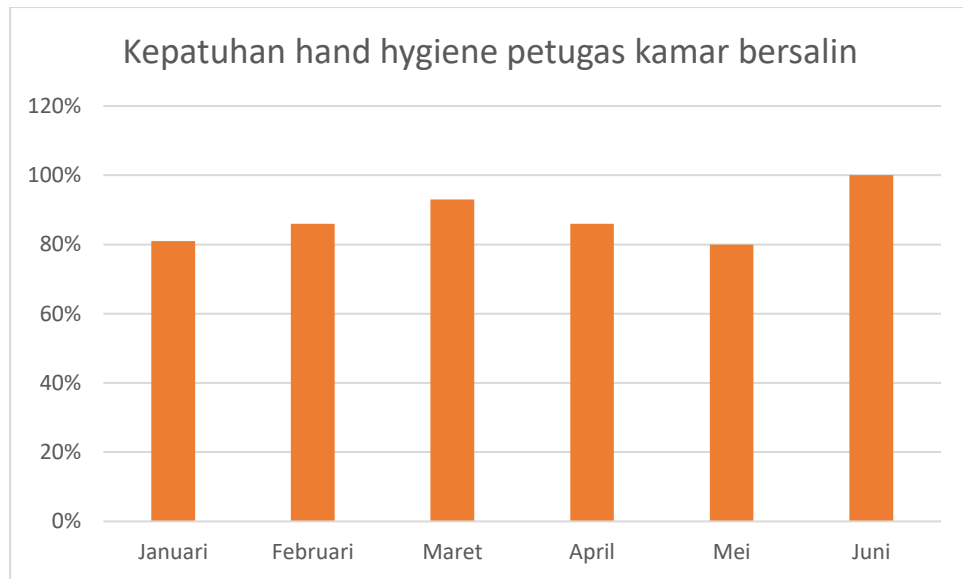
Persentase Tindakan seksio sesarea yang dilakukan dengan surgical safety check list (SSC) lengkap



Analisis	Hasil pemantauan indikator menunjukkan bahwa kepatuhan penggunaan Surgical Safety Checklist (SSC) pada tindakan seksio sesarea selama periode Januari–Juni 2026 secara umum berada pada kategori sangat baik, dengan capaian 100% pada lima dari enam bulan pengamatan. Penurunan sebesar 2% pada bulan Februari disebabkan oleh adanya satu tindakan operasi yang dokumentasi SSC belum terisi secara lengkap, meskipun seluruh tahapan keselamatan pasien telah
-----------------	---

	dilaksanakan. Ketidaksesuaian tersebut lebih disebabkan oleh kelalaian dalam pendokumentasian dibandingkan kegagalan pelaksanaan prosedur. Setelah dilakukan evaluasi oleh Tim Mutu bersama Kepala Kamar Operasi dan penanggung jawab pelayanan bedah, dilakukan penguatan kepatuhan melalui briefing sebelum operasi, pengingat kepada tim bedah mengenai kelengkapan SSC, serta verifikasi kelengkapan dokumen sebelum pasien keluar dari kamar operasi. Hasilnya, mulai bulan Maret hingga Juni capaian indikator kembali mencapai 100%, yang menunjukkan bahwa tindakan perbaikan telah efektif dalam meningkatkan kepatuhan terhadap pelaksanaan dan dokumentasi SSC.
Rencana Tindak Lanjut	Mempertahankan briefing keselamatan sebelum operasi, melakukan audit dokumentasi SSC secara rutin, memberikan umpan balik kepada tim operasi setiap bulan, memasukkan kepatuhan SSC sebagai indikator evaluasi kinerja kamar operasi, serta melakukan pembinaan individual apabila ditemukan ketidaksesuaian agar capaian 100% dapat dipertahankan secara berkelanjutan.

Kepatuhan hand hygiene petugas kamar bersalin



Analisis

Berdasarkan hasil pemantauan Januari–Juni, kepatuhan hand hygiene petugas kamar bersalin menunjukkan tren yang fluktuatif namun cenderung meningkat. Capaian terendah terjadi pada Januari dan Mei (80%), sedangkan capaian tertinggi diperoleh pada Juni (100%).

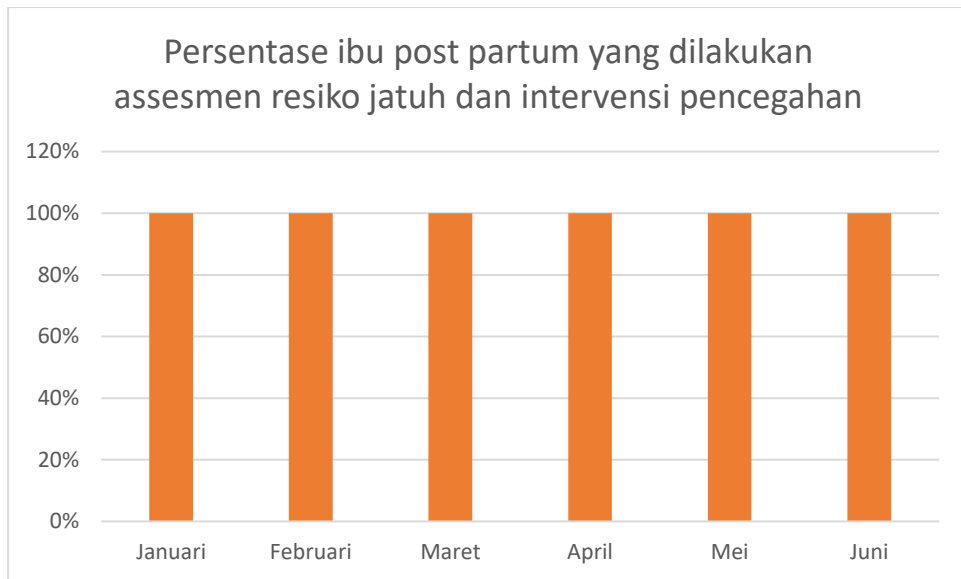
Dari enam periode pengukuran, empat bulan telah mencapai target (Februari, Maret, April, dan Juni), sedangkan dua bulan lainnya masih berada di bawah standar. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) telah berjalan dengan baik, namun konsistensi kepatuhan masih perlu ditingkatkan.

Faktor yang diduga memengaruhi belum optimalnya kepatuhan antara lain:

- Kepatuhan terhadap 5 Moments Hand Hygiene belum konsisten.
- Beban kerja yang tinggi pada jam pelayanan sibuk.
- Kebiasaan petugas yang belum terbentuk secara konsisten.

	• Monitoring dan umpan balik belum dilakukan secara rutin. • Pengingat (reminder) dan supervisi masih perlu ditingkatkan. Secara keseluruhan, tren peningkatan hingga mencapai 100% pada bulan Juni menunjukkan bahwa intervensi yang dilakukan mulai memberikan hasil yang positif dan perlu dipertahankan.
Rencana Tindak Lanjut	1. Mempertahankan audit kepatuhan hand hygiene setiap bulan oleh Tim PPI. 2. Memberikan umpan balik hasil audit kepada masing-masing unit dan individu. 3. Melaksanakan refreshment hand hygiene minimal setiap enam bulan. 4. Menjamin ketersediaan sarana hand hygiene setiap saat. 5. Memberikan penghargaan kepada unit dengan kepatuhan terbaik sebagai bentuk motivasi. 6. Melakukan evaluasi indikator secara rutin dalam rapat PPI dan PMKP sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu berkelanjutan.

Persentase ibu post partum yang dilakukan assesmen resiko jatuh dan intervensi pencegahan

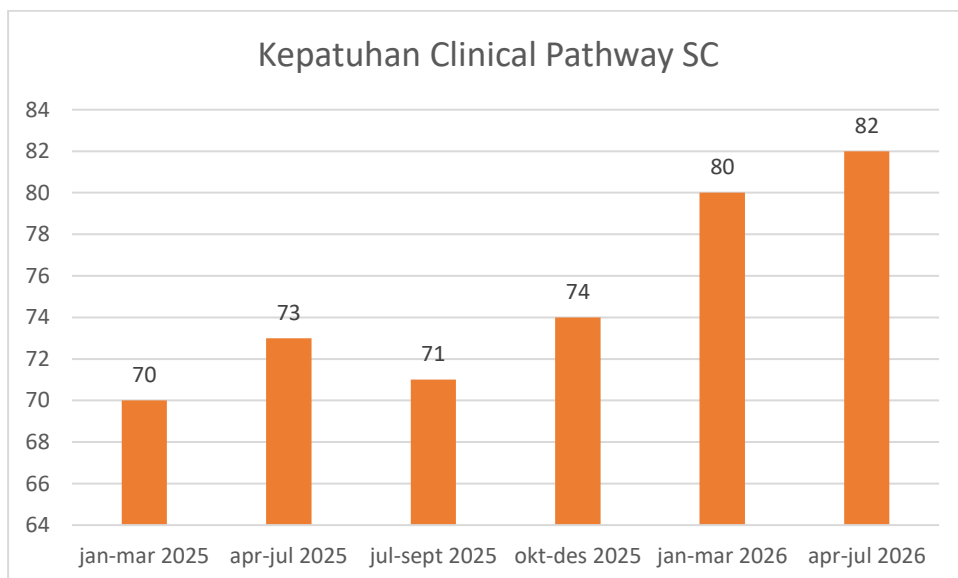


Analisis	Berdasarkan hasil monitoring periode Januari–Juni 2026, capaian indikator menunjukkan nilai 100% pada setiap bulan. Hasil tersebut mengindikasikan bahwa seluruh ibu post partum telah mendapatkan asesmen risiko jatuh sesuai prosedur serta intervensi pencegahan yang disesuaikan dengan tingkat risiko yang ditemukan. Kepatuhan ini mencerminkan bahwa tenaga kesehatan telah melaksanakan proses asesmen sejak pasien memasuki ruang perawatan, mendokumentasikan hasil asesmen secara lengkap, serta memberikan intervensi pencegahan sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO). Keberhasilan mempertahankan capaian 100% selama enam bulan berturut-turut menunjukkan bahwa implementasi program pencegahan risiko jatuh di ruang nifas telah berjalan secara konsisten. Hal tersebut didukung oleh kepatuhan petugas terhadap penggunaan instrumen asesmen risiko jatuh, edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai upaya pencegahan jatuh, serta monitoring rutin yang dilakukan oleh kepala ruangan dan Tim Mutu. Kondisi ini berkontribusi terhadap peningkatan keselamatan pasien dan meminimalkan risiko terjadinya kejadian pasien jatuh selama masa perawatan.
-----------------	---

	Meskipun target telah tercapai secara optimal, kegiatan monitoring, audit dokumentasi, supervisi, dan penguatan budaya keselamatan pasien tetap perlu dilaksanakan secara berkelanjutan agar kepatuhan dapat dipertahankan dan risiko kejadian jatuh tetap berada pada tingkat serendah mungkin.
Rencana Tindak Lanjut	Mempertahankan capaian melalui audit kepatuhan secara berkala, supervisi oleh kepala ruangan, refresh training mengenai pencegahan risiko jatuh minimal setiap enam bulan, orientasi bagi pegawai baru, serta pemberian umpan balik hasil monitoring kepada seluruh staf. Apabila pada periode berikutnya ditemukan ketidaksesuaian atau insiden pasien jatuh, akan dilakukan analisis akar masalah (Root Cause Analysis/RCA) dan penyusunan rencana perbaikan untuk mencegah kejadian berulang.

2. PELAYANAN KLINIS

Angka kepatuhan CP Sectio Caesaria



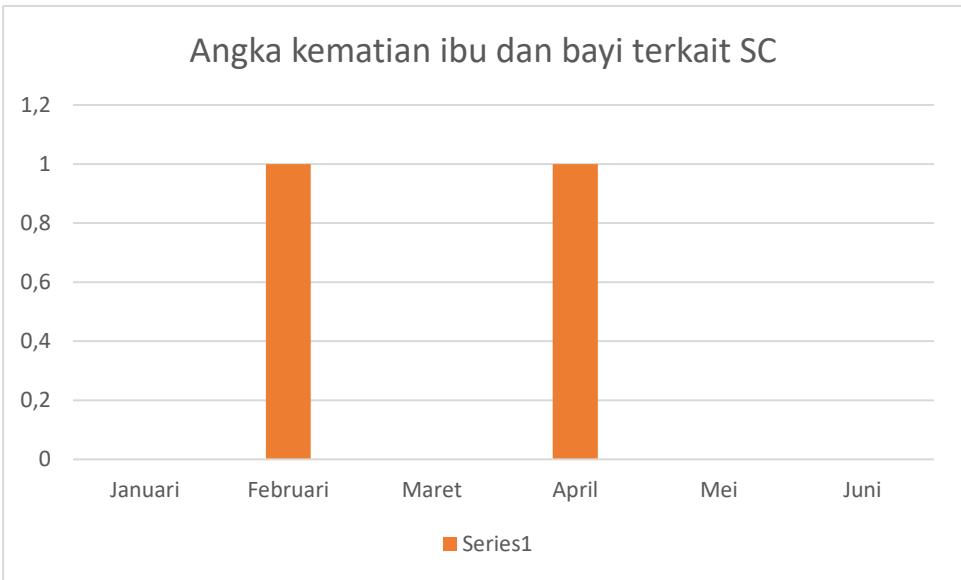
Analisis	Berdasarkan hasil monitoring periode Januari–Juni 2026, capaian indikator menunjukkan nilai 100% pada
-----------------	---

	setiap bulan. Hasil tersebut mengindikasikan bahwa seluruh ibu post partum telah mendapatkan asesmen risiko jatuh sesuai prosedur serta intervensi pencegahan yang disesuaikan dengan tingkat risiko yang ditemukan. Kepatuhan ini mencerminkan bahwa tenaga kesehatan telah melaksanakan proses asesmen sejak pasien memasuki ruang perawatan, mendokumentasikan hasil asesmen secara lengkap, serta memberikan intervensi pencegahan sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO). Keberhasilan mempertahankan capaian 100% selama enam bulan berturut-turut menunjukkan bahwa implementasi program pencegahan risiko jatuh di ruang nifas telah berjalan secara konsisten. Hal tersebut didukung oleh kepatuhan petugas terhadap penggunaan instrumen asesmen risiko jatuh, edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai upaya pencegahan jatuh, serta monitoring rutin yang dilakukan oleh kepala ruangan dan Tim Mutu. Kondisi ini berkontribusi terhadap peningkatan keselamatan pasien dan meminimalkan risiko terjadinya kejadian pasien jatuh selama masa perawatan. Meskipun target telah tercapai secara optimal, kegiatan monitoring, audit dokumentasi, supervisi, dan penguatan budaya keselamatan pasien tetap perlu dilaksanakan secara berkelanjutan agar kepatuhan dapat dipertahankan dan risiko kejadian jatuh tetap berada pada tingkat serendah mungkin.
Rencana Tindak Lanjut	Mempertahankan capaian melalui audit kepatuhan secara berkala, supervisi oleh kepala ruangan, refresh training mengenai pencegahan risiko jatuh minimal setiap enam bulan, orientasi bagi pegawai baru, serta pemberian umpan balik hasil monitoring kepada seluruh staf. Apabila pada periode berikutnya ditemukan ketidaksesuaian atau insiden pasien jatuh, akan dilakukan analisis akar masalah

	(Root Cause Analysis/RCA) dan penyusunan rencana perbaikan untuk mencegah kejadian berulang.
--	--

3. TUJUAN STRATEGIS RS

Angka kematian ibu dan bayi terkait SC

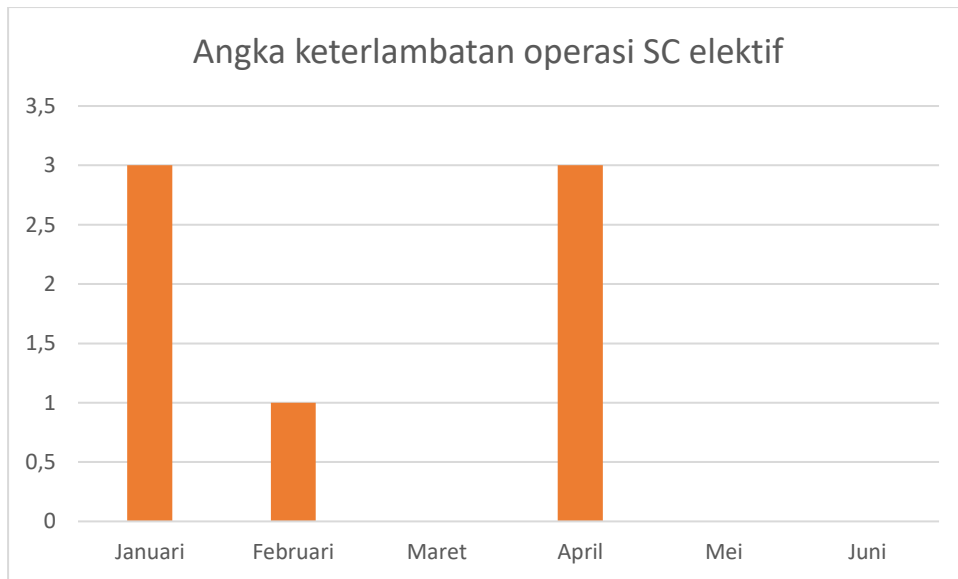


Analisis	Berdasarkan hasil pemantauan Januari–Juni, terdapat 2 kejadian kematian ibu dan/atau bayi yang berkaitan dengan tindakan Sectio Caesarea, yaitu pada bulan Februari dan April. Pada bulan lainnya tidak ditemukan kejadian kematian sehingga target tercapai. Munculnya dua kasus menunjukkan bahwa indikator belum memenuhi target Zero Mortality. Setiap kejadian kematian harus dipandang sebagai kejadian sentinel yang memerlukan investigasi menyeluruh melalui audit maternal perinatal dan telaah kasus oleh tim multidisiplin. Beberapa faktor yang perlu dievaluasi antara lain: • Keterlambatan pengambilan keputusan tindakan SC. • Kondisi klinis ibu atau bayi yang sudah berat saat masuk rumah sakit.
-----------------	---

	• Kegawatan obstetri yang berkembang cepat (misalnya perdarahan postpartum, preeklamsia berat/eklamsia, ruptur uteri, emboli air ketuban, atau sepsis). • Keterlambatan proses rujukan. • Kesiapan tim operasi, anestesi, ICU/NICU, dan ketersediaan darah. • Kepatuhan terhadap Clinical Pathway, Early Warning System (EWS), serta SOP penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal. Walaupun sebagian besar bulan tidak terdapat kejadian kematian, rumah sakit tetap perlu melakukan evaluasi berkelanjutan untuk mencegah terulangnya kasus serupa.
Rencana Tindak Lanjut	Rumah sakit akan melakukan: 1. Audit Maternal Perinatal dan RCA pada setiap kasus kematian maksimal 7 hari setelah kejadian. 2. Implementasi rekomendasi hasil audit secara menyeluruh. 3. Monitoring kepatuhan terhadap Clinical Pathway SC dan bundle keselamatan pasien obstetri. 4. Simulasi kegawatdaruratan obstetri dan neonatal minimal setiap triwulan. 5. Penguatan sistem rujukan, komunikasi efektif (SBAR), dan respons cepat tim multidisiplin. 6. Evaluasi indikator setiap bulan pada rapat PMKP, Komite Medik, dan Komite Keselamatan Pasien.

4. PERBAIKAN SYSTEM

Angka keterlambatan operasi SC elektif



Analisis

Berdasarkan hasil pemantauan periode Januari–Juni, terdapat 7 kasus keterlambatan operasi SC elektif, dengan jumlah tertinggi terjadi pada Januari dan April masing-masing sebanyak 3 kasus, sedangkan Februari terdapat 1 kasus. Pada bulan Maret, Mei, dan Juni tidak ditemukan keterlambatan sehingga target berhasil dicapai.

Secara umum terlihat adanya perbaikan pada triwulan kedua, di mana setelah terjadi peningkatan kasus pada bulan April, rumah sakit mampu menurunkan angka keterlambatan hingga 0 kasus selama dua bulan berturut-turut (Mei dan Juni). Hal ini menunjukkan bahwa upaya perbaikan mulai memberikan hasil yang positif.

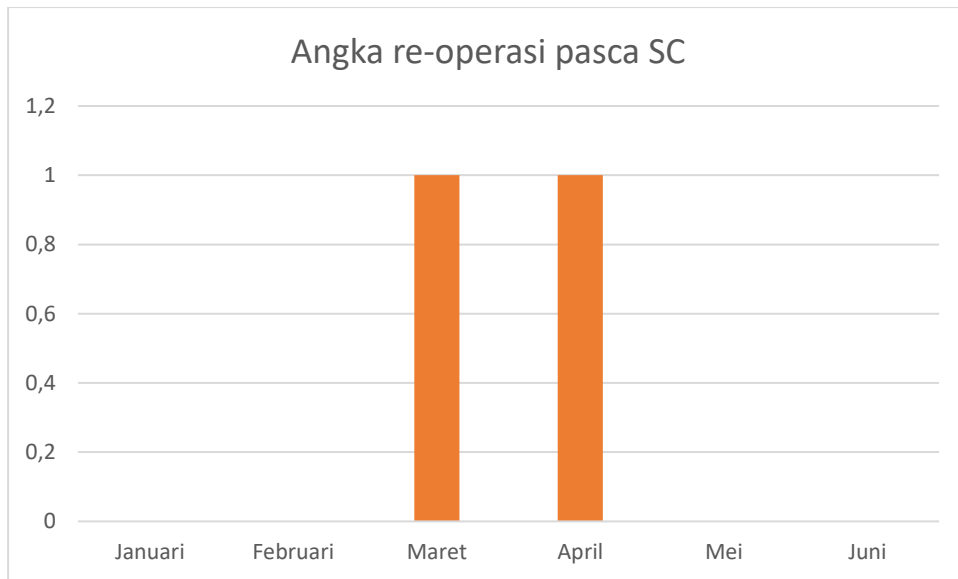
Berdasarkan evaluasi awal, keterlambatan operasi SC elektif kemungkinan dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

- Keterlambatan kedatangan DPJP atau dokter anestesi.
- Jadwal operasi yang berubah atau terjadi penumpukan kasus.
- Persiapan pasien (administrasi, pemeriksaan penunjang, informed consent) belum selesai tepat waktu.

	• Kesiapan kamar operasi, alat, atau tenaga kesehatan belum optimal. • Koordinasi antarunit (rawat inap, kamar operasi, laboratorium, farmasi, dan anestesi) belum berjalan secara efektif. Keterlambatan operasi dapat berdampak pada penurunan kepuasan pasien, meningkatnya waktu tunggu pelayanan, gangguan efisiensi penggunaan kamar operasi, serta berpotensi meningkatkan risiko komplikasi apabila tindakan tidak dilakukan sesuai jadwal.
Rencana Tindak Lanjut	1. Mempertahankan briefing dan koordinasi harian tim kamar operasi. 2. Menerapkan checklist kesiapan operasi sebagai persyaratan sebelum tindakan dilakukan. 3. Melakukan evaluasi terhadap setiap kasus keterlambatan melalui audit pelayanan. 4. Memantau ketepatan waktu kedatangan DPJP, dokter anestesi, dan kesiapan kamar operasi. 5. Melakukan evaluasi jadwal operasi secara berkala agar tidak terjadi penumpukan kasus. 6. Melaporkan hasil indikator setiap bulan dalam rapat PMKP dan Komite Medik sebagai dasar peningkatan mutu pelayanan.

5. MANAJEMEN RESIKO

Angka re-operasi pasca SC



Analisis

Berdasarkan hasil pemantauan Januari–Juni, terdapat 2 kasus re-operasi pasca Sectio Caesarea, yaitu masing-masing 1 kasus pada bulan Maret dan 1 kasus pada bulan April. Pada bulan Januari, Februari, Mei, dan Juni tidak ditemukan kasus re-operasi sehingga target tercapai.

Terjadinya re-operasi menunjukkan bahwa indikator belum memenuhi target 0 kasus. Setiap kejadian re-operasi merupakan indikator mutu klinis yang harus dianalisis karena dapat mencerminkan adanya komplikasi pascaoperasi atau proses pelayanan yang perlu diperbaiki.

Hasil evaluasi terhadap kasus re-operasi perlu difokuskan pada kemungkinan penyebab, antara lain:

- Perdarahan pasca operasi (Postpartum Hemorrhage).
- Hematoma atau perdarahan intraabdomen.
- Gangguan hemostasis saat tindakan operasi.
- Infeksi luka operasi atau infeksi intraabdomen.
- Komplikasi akibat kondisi klinis pasien (misalnya plasenta akreta, gangguan pembekuan darah, atau komorbid berat).

	• Kepatuhan terhadap Surgical Safety Checklist, SOP tindakan operasi, dan Clinical Pathway SC. Walaupun hanya terjadi pada dua bulan, setiap kasus tetap harus dilakukan telaah melalui audit klinis agar penyebab dasar dapat diketahui dan tindakan pencegahan dapat diterapkan.
Rencana Tindak Lanjut	1. Melaksanakan audit klinis dan RCA pada seluruh kasus re-operasi maksimal 7 hari setelah kejadian. 2. Menindaklanjuti seluruh rekomendasi hasil audit kepada unit terkait. 3. Meningkatkan kepatuhan terhadap Surgical Safety Checklist dan Clinical Pathway SC. 4. Melakukan monitoring intensif 24–48 jam pertama pasca SC untuk deteksi dini komplikasi. 5. Melaksanakan pelatihan berkala mengenai teknik operasi, pengendalian perdarahan, dan keselamatan pasien. 6. Melakukan evaluasi indikator setiap bulan dalam rapat PMKP dan Komite Medik untuk memastikan tidak terjadi re-operasi berulang

BAB 3

PENUTUP

Demikian hasil laporan rekap data capaian indikator mutu Triwulan II RSIA Permata Hati Makassar tahun 2026 disusun, untuk dapat dijadikan bahan evaluasi dan pertimbangan bagi pimpinan dalam menentukan kebijakan lebih lanjut pada bulan berikutnya.

Makassar, JULI 2026

Mengetahui,

Ketua Tim Mutu dan
Keselamatan Pasien RSIA
Permata Hati



dr. Nurmila, Sp.PD., M.Kes