



LAPORAN PUBLIKASI

SEMESTER I TAHUN 2025



Lokasi

📍 Jl. Mojopahit
No. 667 Sidoarjo-61215

Kontak

Telp. (031) 8961649 Fax. (031) 8943237

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur atas rahmat Allah SWT, Laporan Publikasi Capaian Indikator Nasional Mutu RSUD Sidoarjo Tahun 2024 telah dapat diselesaikan. Laporan ini merupakan publikasi capaian Indikator Mutu RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo yang dilakukan oleh Komite Mutu di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo.

Laporan Publikasi Capaian Indikator Nasional Mutu RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo Tahun 2024 ini diharapkan dapat menjadi acuan *benchmarking* data ke eksternal rumah sakit. Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu terlaksananya seluruh program PMKP hingga tersusunnya laporan ini. Semoga RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo senantiasa memberikan pelayanan bermutu tinggi kepada pasien dan menempatkan keselamatan pasien sebagai prioritas.

Sidoarjo 2024

Ketua Komite Mutu RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo

dr. Akhmad Fariz Nurdiansyah, Sp.PD

NIK. 071281. 1018. 1

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 TUJUAN	2
BAB II	3
HASIL PENGUKURAN INDIKATOR MUTU NASIONAL RUMAH SAKIT	3
BAB III PENUTUP	12

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Mutu pelayanan kesehatan merupakan salah satu komponen utama dalam menentukan keberhasilan pelayanan rumah sakit. Untuk memastikan kualitas pelayanan yang optimal, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah menetapkan **Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit (INMRS)** sebagai standar nasional dalam menilai kinerja rumah sakit. Indikator ini mencakup berbagai aspek penting, seperti keselamatan pasien, efektivitas layanan, efisiensi, dan kepuasan pasien.

Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan, RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo berkomitmen untuk secara konsisten memenuhi dan melaporkan capaian INMRS. Hal ini tidak hanya bertujuan untuk memenuhi standar regulasi tetapi juga untuk mendorong peningkatan mutu pelayanan yang berkelanjutan. Dengan mengacu pada indikator ini, rumah sakit dapat mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dalam pelayanannya serta merumuskan langkah-langkah perbaikan yang lebih terarah.

Laporan ini disusun dan dipublikasikan sebagai wujud transparansi dan akuntabilitas RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo. Selain itu, laporan ini juga dimaksudkan sebagai bahan *benchmarking* (tolak ukur) yang dapat digunakan untuk membandingkan kinerja RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo dengan rumah sakit lain yang setipe, baik dalam skala regional maupun nasional. Proses benchmarking ini diharapkan dapat mendorong terjadinya pertukaran informasi, inovasi, dan praktik terbaik antar rumah sakit demi tercapainya mutu pelayanan yang lebih baik secara kolektif.

Dengan mempublikasikan laporan ini di website resmi rumah sakit, kami berharap dapat memberikan manfaat bagi pemangku kepentingan di bidang kesehatan, termasuk pemerintah, tenaga kesehatan, dan masyarakat. Melalui transparansi dan komparasi yang berbasis data, RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo berupaya untuk menjadi bagian dari upaya peningkatan mutu layanan kesehatan di Indonesia.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Menyediakan informasi yang transparan dan akurat terkait realisasi Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit (INMRS) di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo sebagai dasar untuk meningkatkan mutu pelayanan, mendukung akuntabilitas publik, dan memfasilitasi proses benchmarking dengan rumah sakit lain yang setipe.

2. Tujuan Khusus

a. Mengukur dan Mengevaluasi Kinerja Rumah Sakit:

Mengidentifikasi pencapaian RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo terhadap Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit untuk mengetahui kekuatan dan area yang memerlukan perbaikan.

b. Mendukung Proses Benchmarking:

Menyediakan data dan informasi yang dapat digunakan sebagai tolak ukur untuk membandingkan kinerja RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo dengan rumah sakit lain yang setipe, baik dalam lingkup regional maupun nasional.

c. Meningkatkan Akuntabilitas dan Transparansi:

Memberikan informasi yang terbuka kepada masyarakat, tenaga kesehatan, dan pemangku kepentingan lainnya terkait kualitas pelayanan di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo

d. Mendorong Peningkatan Mutu yang Berkelanjutan:

Memanfaatkan hasil analisis realisasi indikator mutu untuk merumuskan strategi peningkatan mutu pelayanan yang lebih terarah dan efektif.

e. Memfasilitasi Pengambilan Keputusan Berbasis Data:

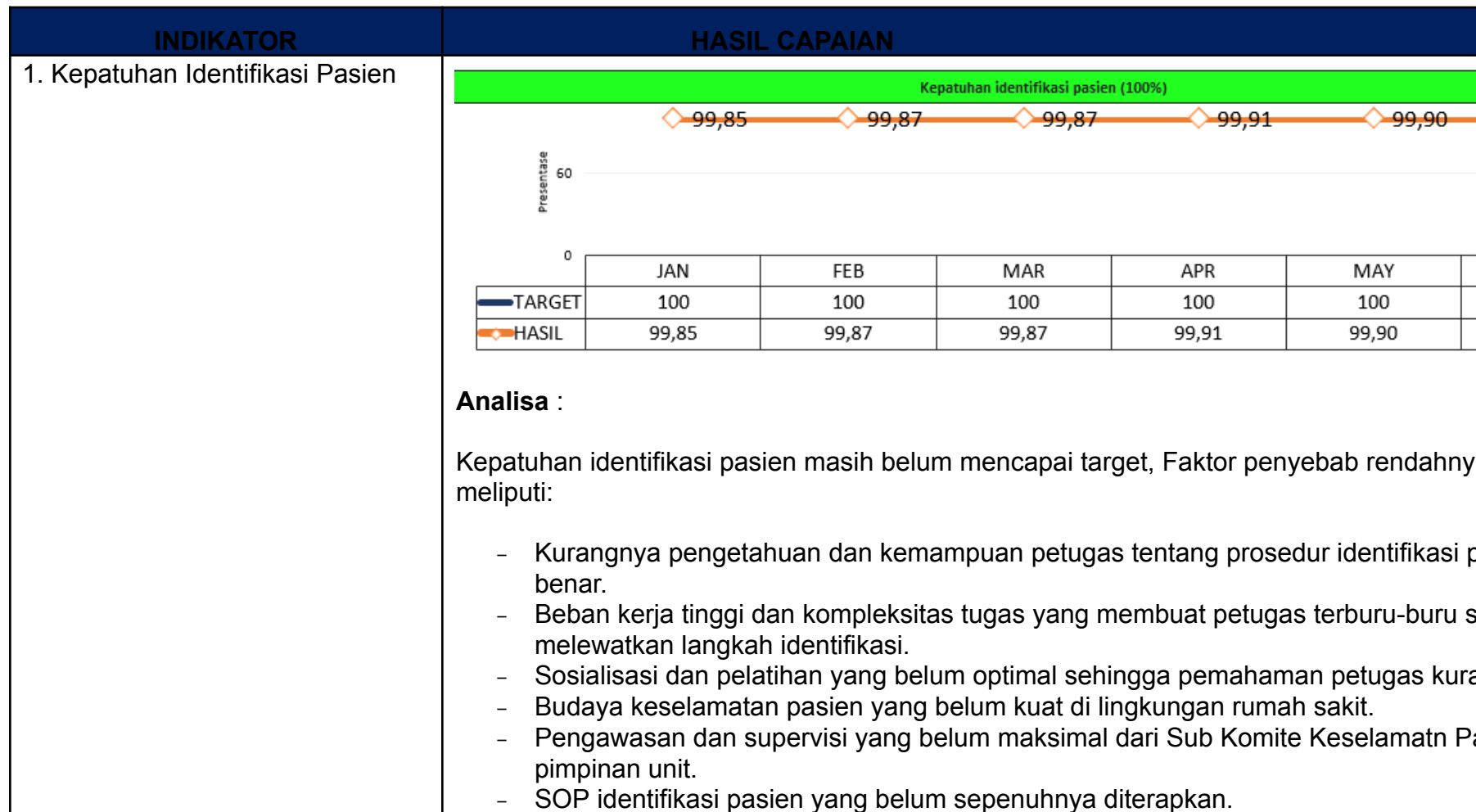
Menyediakan data yang valid dan terkini sebagai dasar untuk pengambilan keputusan strategis di tingkat manajemen rumah sakit.

f. Mendukung Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Nasional:

Berkontribusi dalam menciptakan ekosistem pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dengan berpartisipasi aktif dalam pelaporan dan evaluasi indikator mutu.

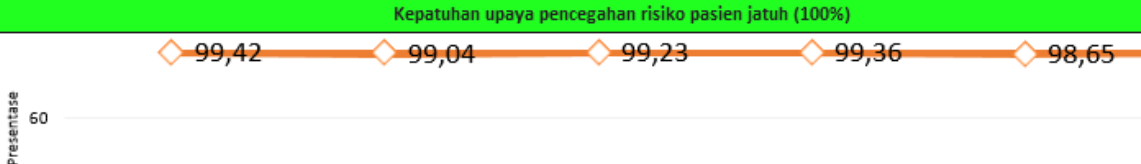
BAB II

HASIL PENGUKURAN INDIKATOR MUTU NASIONAL RUMAH SAKIT



INDIKATOR	HASIL CAPAIAN
	- Kurangnya edukasi kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya identifikasi p penggunaan gelang identitas Akibat rendahnya kepatuhan ini berisiko terjadinya kesalahan medis seperti salah pasien tindakan, dan insiden keselamatan pasien yang merugikan pasien dan rumah sakit Tindak lanjut 1. Peningkatan Pengetahuan dan Pelatihan - o Melaksanakan pelatihan rutin dan sosialisasi intensif tentang prosedur iden pasien sesuai standar nasional dan SOP rumah sakit. - o Melibatkan seluruh tenaga kesehatan, termasuk dokter, perawat, petugas p dan laboratorium. 2. Penguatan Supervisi dan Pengawasan - o Meningkatkan peran Sub Komite Keselamatan Pasien dan kepala unit dala melakukan supervisi kepatuhan identifikasi pasien secara berkala. - o Memberikan feedback dan evaluasi hasil supervisi kepada petugas secara 3. Perbaikan SOP dan Prosedur Identifikasi - o Menyusun dan memperbarui SOP identifikasi pasien yang jelas, mudah dip wajib diterapkan di seluruh unit pelayanan. - o Menerapkan minimal dua bentuk identifikasi pasien (nama lengkap, tangga rekam medis, gelang identitas) di semua layanan rumah sakit. 4. Penguatan Budaya Keselamatan Pasien - o Menggalakkan budaya keselamatan pasien melalui kampanye internal, per reward dan punishment bagi petugas yang mematuhi atau melanggar pros - o Membudayakan identifikasi pasien sebagai bagian rutin dalam pelayanan k 5. Edukasi Pasien dan Keluarga - o Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya iden dan penggunaan gelang identitas saat registrasi dan perawatan. - o Melibatkan pasien sebagai bagian aktif dalam proses identifikasi untuk me risiko kesalahan.

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN
	6. Pemanfaatan Teknologi Menggunakan sistem elektronik dan barcode pada gelang identitas untuk m dan memastikan akurasi identifikasi pasien. Integrasi sistem identifikasi dengan rekam medis elektronik untuk monitoring pelaporan. 7. Monitoring dan Pelaporan Melakukan audit kepatuhan identifikasi pasien secara rutin dan membuat la menjadi bahan evaluasi manajemen. Menindaklanjuti insiden akibat kesalahan identifikasi dengan root cause an perbaikan sistem
2. Kepatuhan waktu visite dokter	Kepatuhan waktu visite dokter (≥80%) Presentase 60 0 JANFEBMARAPRMAY TARGET8080808080 HASIL96,8095,4095,3994,4095,41 Analisa : Pada Triwulan I Tahun 2025, indikator kepatuhan waktu visite dokter di Notopuro Sidoarjo berhasil mencapai target yang telah ditetapkan. Standar capaian untu adalah 80%, dan berdasarkan data capaian sebelumnya, realisasi kepatuhan jam spesialis bahkan dapat melampaui standar. Capaian ini menunjukkan adanya kepedulian dan disiplin dokter dalam memberikan pelayanan medis tepat waktu kepada inap. Keberhasilan ini tidak terlepas dari sistem penjadwalan yang terkoordinasi dengan rawat inap, rawat jalan, dan kegiatan operatif, serta komitmen dalam pelaksanaan klin Hal ini juga merefleksikan budaya kerja yang semakin baik di lingkungan rumah sakit,

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN																		
	monitoring, evaluasi, dan sosialisasi yang rutin kepada seluruh dokter penanggung (DPJP) Tindak lanjut yang telah ilakukan 1. Mempertahankan sistem koordinasi antara unit rawat inap, rawat jalan, dan DPJP memastikan visite berjalan sesuai jadwal. 2. Melanjutkan metode penjadwalan dokter yang sudah disesuaikan dengan prioritas klinik dan operatif. 3. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan clinical pathway secara rutin untuk konsistensi kepatuhan. 4. Mengintensifkan sosialisasi mengenai ketentuan jam visite kepada seluruh DPJP menyebarkan edaran di setiap Kelompok Staf Medis (KSM). 5. Melaksanakan supervisi jam visite dokter spesialis oleh komite medik untuk memastikan kepatuhan tetap terjaga																		
3. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh (100%) <table><thead><tr><th></th><th>JAN</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>APR</th><th>MAY</th></tr></thead><tbody><tr><td>TARGET</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>HASIL</td><td>99,42</td><td>99,04</td><td>99,23</td><td>99,36</td><td>98,65</td></tr></tbody></table> Analisa : Berdasarkan grafik didapatkan hasil capaian belum mencapai target. Hal ini disebabkan setelah melakukan assesmen ulang risiko jatuh, staf tidak melakukan dokumentasi terkait pencegahan risiko jatuh kepada Pasien dan keluarga di lembar edukasi dan juga supervisi terhadap kepatuhan staf dalam upaya pencehagahan risiko jatuh.		JAN	FEB	MAR	APR	MAY	TARGET	100	100	100	100	100	HASIL	99,42	99,04	99,23	99,36	98,65
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY														
TARGET	100	100	100	100	100														
HASIL	99,42	99,04	99,23	99,36	98,65														

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN																		
	Tindak lanjut dari hasil capaian yaitu : 1. Mengaktifkan peran case manager untuk melakukan monitoring dan evaluasi serta diseminasi tentang SPO, monev secara rutin dan berkala 2. Melaporkan hasil capaian kepada seluruh staf setiap tiga bulan sekali. Serta melaksanakan pembelajaran untuk mengambil nilai dari kesalahan yang terjadi sehingga dapat terjadinya kesalahan berulang. 3. Monitoring kepatuhan pelaksanaan skrining pasien resiko jatuh di semua unit perawat oleh case manager secara berkelanjutan 4. Peningkatan kesadaran perawat terhadap pentingnya mendokumentasikan skor penilaian resiko jatuh 5. Peningkatan koordinasi unit kerja dengan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit untuk pengecekan sarana dan fasilitas di unit yang berindikasi risiko jatuh. 6. Edukasi kepada petugas dan keluarga pasien di setiap unit kerja tentang pencegahan resiko jatuh 7. Edukasi petugas kepada keluarga pasien untuk meningkatkan pemahaman dan kesadaran keluarga untuk berperan serta dalam pencegahan cedera pada pasien																		
4. Waktu tanggap seksio sesarea emergensi	Waktu tanggap seksio sesarea emergensi (>80%) <table><thead><tr><th></th><th>JAN</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>APR</th><th>MAY</th></tr></thead><tbody><tr><td>TARGET</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>HASIL</td><td>87,50</td><td>80,00</td><td>83,33</td><td>72,73</td><td>83,33</td></tr></tbody></table> Analisa : Berdasarkan grafik tersebut , Hasil capaian waktu tanggap seksio sesarea emergensi belum mencapai target. Hal ini dikarenakan : - Tidak tersedianya petugas operasi yang standby 24 jam, terutama pada malam hari dan luar jam kerja.		JAN	FEB	MAR	APR	MAY	TARGET	80	80	80	80	80	HASIL	87,50	80,00	83,33	72,73	83,33
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY														
TARGET	80	80	80	80	80														
HASIL	87,50	80,00	83,33	72,73	83,33														

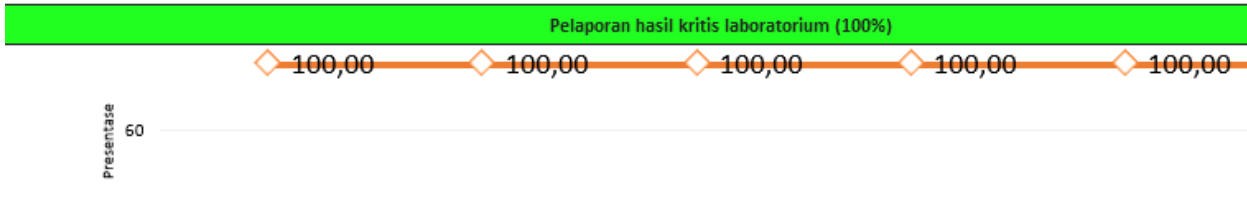
INDIKATOR	HASIL CAPAIAN
	- Keterlambatan pengambilan keputusan oleh dokter spesialis obstetri dan (SpOG), terutama saat shift malam. - Keterbatasan fasilitas kamar operasi emergensi yang penuh atau tidak siap. - Keterlambatan persiapan medis seperti crossmatch darah, obat-obatan, dan anastesi - Proses persetujuan informed consent dari keluarga yang memakan waktu lama. - Faktor akses pasien, terutama yang tinggal jauh dari rumah sakit sehingga kon berat saat datang. Dampak : - Meningkatkan risiko komplikasi maternal seperti perdarahan, infeksi, dan dem operasi. - Meningkatkan risiko neonatal seperti skor APGAR rendah, kebutuhan p tambahan, dan kematian bayi. - Menurunkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara keseluruhan. Tindak lanjut : 1. Penataan Jadwal Petugas Operasi - o Membuat jadwal petugas operasi cito/on-call 24 jam, dengan prioritas petu berdomisili dekat rumah sakit agar respons lebih cepat. 2. Peningkatan Proses Keputusan dan Komunikasi - o Sosialisasi dan pelatihan percepatan pengambilan keputusan SC emergen dokter SpOG, terutama di shift malam. - o Penguatan komunikasi antar tim medis dan staf ruang operasi untuk memp persiapan tindakan. 3. Optimalisasi Fasilitas dan Logistik - o Menyediakan kamar operasi khusus emergensi yang selalu siap pakai. - o Menjamin ketersediaan darah, obat-obatan, dan alat anastesi secara stok 4. Penyederhanaan Proses Informed Consent

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN																		
	- o Edukasi keluarga pasien tentang pentingnya persetujuan cepat dan proses consent. - o Menyiapkan formulir dan prosedur yang mudah dipahami dan cepat diproses. 5. Pengembangan Alur Pelayanan SC Emergensi - o Membuat dan mengimplementasikan alur standar pelayanan SC emergensi dan terintegrasi. - o Melakukan simulasi dan evaluasi rutin alur tersebut untuk memastikan efektifitas. 6. Monitoring dan Evaluasi Berkala - o Melakukan audit waktu tanggap SC emergensi secara rutin setiap bulan. - o Membuat laporan capaian dan kendala yang dijadikan bahan perbaikan berkelanjutan.																		
5. Waktu tunggu rawat jalan	Waktu tunggu rawat jalan (80%) <table><tr><th></th><th>JAN</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>APR</th><th>MAY</th></tr><tr><td>TARGET</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>HASIL</td><td>77,97</td><td>76,52</td><td>79,92</td><td>80,50</td><td>79,71</td></tr></table> Analisa : Pada Triwulan I Tahun 2025, indikator waktu tunggu rawat jalan di RSUD R.T. Noto menunjukkan tren yang meningkat. Pada bulan Januari dan Februari, realisasi waktu tunggu rawat jalan belum mencapai target yang telah ditetapkan, yang mengindikasikan adanya kendala dalam proses pelayanan pasien rawat jalan, seperti antrian yang panjang, keterbatasan sumber daya, atau sistem penjadwalan yang belum optimal. Namun, pada bulan Maret terjadi perbaikan, sehingga realisasi waktu tunggu berhasil mencapai target. Peningkatan ini menunjukkan upaya perbaikan yang efektif, seperti penataan ulang jadwal dokter, optimalisasi proses pelayanan, atau peningkatan koordinasi antar departemen.		JAN	FEB	MAR	APR	MAY	TARGET	80	80	80	80	80	HASIL	77,97	76,52	79,92	80,50	79,71
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY														
TARGET	80	80	80	80	80														
HASIL	77,97	76,52	79,92	80,50	79,71														

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN
	dan peningkatan koordinasi antar unit yang berdampak positif pada percepatan pelayanan. Hal ini menjadi indikasi bahwa langkah-langkah perbaikan yang diterapkan mulai menunjukkan hasil yang nyata dalam mengurangi waktu tunggu pasien rawat jalan. Tindak lanjut yang telah dilakukan untuk mencapai target: 1. Optimalisasi Sistem Online dan Integrasi Layanan ○ Tingkatkan keandalan dan kemudahan penggunaan sistem pendaftaran online, termasuk fitur verifikasi dokumen secara digital. ○ Integrasikan sistem online dengan sistem rekam medis elektronik dan apoteker untuk mempercepat proses pelayanan. 2. Peningkatan Pelayanan Administrasi ○ Percepat proses verifikasi berkas dengan menambah petugas khusus untuk administrasi pasien BPJS dan rujukan. ○ Sosialisasi intensif kepada pasien tentang pentingnya menggunakan sistem online untuk membawa dokumen lengkap sebelum datang. 3. Manajemen Antrian dan Jadwal Dokter ○ Atur jadwal dokter agar tepat waktu dan sesuai dengan jumlah pasien yang datang. ○ Gunakan sistem antrian elektronik yang terintegrasi dengan pendaftaran online untuk mengurangi waktu tunggu fisik. 4. Pelatihan dan Monitoring ○ Berikan pelatihan rutin kepada petugas frontliner dan medis agar proses pelayanan berjalan efisien. ○ Lakukan monitoring dan evaluasi waktu tunggu secara berkala untuk mengidentifikasi hambatan dan melakukan perbaikan cepat. 5. Peningkatan Kesadaran Pasien ○ Edukasi pasien melalui media sosial, brosur, dan pengumuman di rumah sakit tentang manfaat dan cara menggunakan pendaftaran online. ○ Berikan layanan bantuan pendaftaran online di rumah sakit bagi pasien yang mengalami kesulitan menggunakan sistem digital.

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN															
6. Penundaan Operasi Elektif	Penundaan operasi elektif (<5%) Presentase 0 JAN FEB MAR APR MAY TARGET HASIL 5 4,23 5 2,23 5 1,42 5 0,95 5 2,08 <table><tr><td>JAN</td><td>FEB</td><td>MAR</td><td>APR</td><td>MAY</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4,23</td><td>2,23</td><td>1,42</td><td>0,95</td><td>2,08</td></tr></table> Analisa: - Berdasarkan data capaian indikator penundaan operasi elektif di RSUD R.T. Noto pada Triwulan I Tahun 2025, realisasi penundaan operasi elektif telah mencapai ditetapkan, yaitu sekitar 0,73%. Hal ini menunjukkan peningkatan kecepatan pelaksanaan operasi dan efektivitas manajemen jadwal operasi elektif di rumah sakit tersebut. Demikian, masih terdapat beberapa penyebab penundaan yang bersifat medis dan seperti kondisi kesehatan pasien yang belum stabil (misalnya laboratorium belum tinggi), persetujuan dokter spesialis yang belum lengkap, serta kesiapan umum belum memungkinkan untuk operasi. Faktor-faktor ini menjadi tantangan yang harus agar penundaan dapat diminimalisir lebih lanjut - Penundaan operasi elektif yang sudah mencapai target (misal $\leq 5\%$) menunjukkan rumah sakit telah berhasil mengelola berbagai faktor penyebab penundaan dengan baik. - Faktor utama penundaan operasi elektif biasanya berasal dari aspek logistik dan (seperti ketersediaan ruang operasi, jadwal, dan administrasi pasien) serta faktor (misalnya kondisi kesehatan yang harus stabil sebelum operasi).	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	5	5	5	5	5	4,23	2,23	1,42	0,95	2,08
JAN	FEB	MAR	APR	MAY												
5	5	5	5	5												
4,23	2,23	1,42	0,95	2,08												

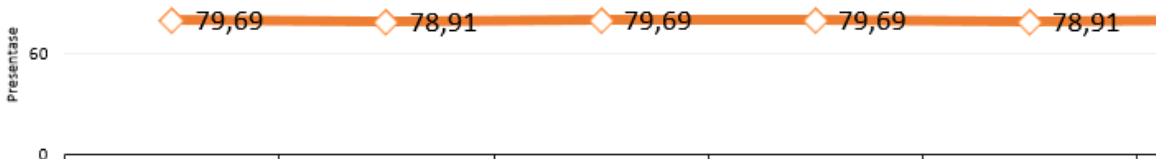
INDIKATOR	HASIL CAPAIAN
	• Pencapaian target ini mengindikasikan bahwa koordinasi antar unit terkait (bedah, administrasi, dan logistik) sudah berjalan efektif. • Namun, tetap perlu diwaspadai faktor-faktor yang berpotensi menyebabkan penundaan perubahan kondisi medis pasien secara mendadak atau kendala teknis yang sewaktu-waktu. Tindak lanjut yang telah dilakukan untuk mencapai target: 1. Pemeliharaan dan Penguatan Sistem Penjadwalan ◦ Pertahankan sistem penjadwalan operasi yang terintegrasi dan fleksibel untuk mengantisipasi perubahan mendadak. ◦ Lakukan evaluasi rutin jadwal operasi dan kapasitas ruang operasi untuk memastikan optimal. 2. Peningkatan Kesiapan Pasien ◦ Pastikan proses pre-operasi berjalan lancar, termasuk pemeriksaan medis, edukasi, dan edukasi pasien agar siap secara fisik dan administrasi. ◦ Tingkatkan komunikasi dengan pasien terkait persiapan dan kepatuhan untuk operasi. 3. Optimalisasi Manajemen Logistik dan Sumber Daya ◦ Jaga ketersediaan ruang operasi, alat, dan tenaga medis yang memadai. ◦ Koordinasi yang baik antara unit bedah, anestesi, dan ruang operasi untuk menghindari tumpang tindih jadwal. 4. Monitoring dan Evaluasi Berkelanjutan ◦ Lakukan audit dan pelaporan berkala terkait penundaan operasi elektif untuk memastikan target tetap tercapai. ◦ Gunakan data evaluasi untuk mengidentifikasi potensi masalah dan melakukan perbaikan proaktif. 5. Pelatihan dan Pengembangan SDM ◦ Berikan pelatihan kepada tim medis dan administrasi terkait manajemen operasi elektif dan penanganan kendala secara cepat.

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN																		
	○ Tingkatkan kesadaran dan komitmen seluruh staf dalam menjaga mutu operasi.																		
7. Pelaporan hasil kritis laboratorium	Pelaporan hasil kritis laboratorium (100%) <table data-bbox="882 617 2100 735"><tr><th></th><th>JAN</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>APR</th><th>MAY</th></tr><tr><td>TARGET</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>HASIL</td><td>100,00</td><td>100,00</td><td>100,00</td><td>100,00</td><td>100,00</td></tr></table> Analisa : Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium dilaksanakan dengan tujuan tergambarnya u Sakit dalam menjaga keselamatan pasien dengan prosedur SBAR dalam proses instruks via telepon ditandatangani oleh pemberi instruksi dalam waktu 1 x24 jam di Rawat komunikasi yang dilakukan antar PPA tentang pelaporan hasil tes kritis laboratorium k jaga ruangan yang terdokumentasi di catatan laboratorium dan RM CPPT, serta diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter patologi klinik sampai hasilnya diterima oleh mengirim (lisan atau tulisan) standar harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam v dari 30 menit baik secara lisan maupun tulisan Berdasarkan grafik hasil capaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium tahun 2024 tel standar. Seluruh hasil tes kritis laboratorium telah dilaporkan. Hal ini disebabkan karena bantu laporan yang sudah diseragamkan dengan unit pelayanan. - Pelaporan hasil kritis laboratorium yang sudah mencapai target menunjukkan b pelaporan berjalan cepat dan tepat sesuai standar waktu yang ditetapkan sehingga mendukung pengambilan keputusan klinis yang cepat oleh dokter jawab pasien (DPJP)		JAN	FEB	MAR	APR	MAY	TARGET	100	100	100	100	100	HASIL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY														
TARGET	100	100	100	100	100														
HASIL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00														

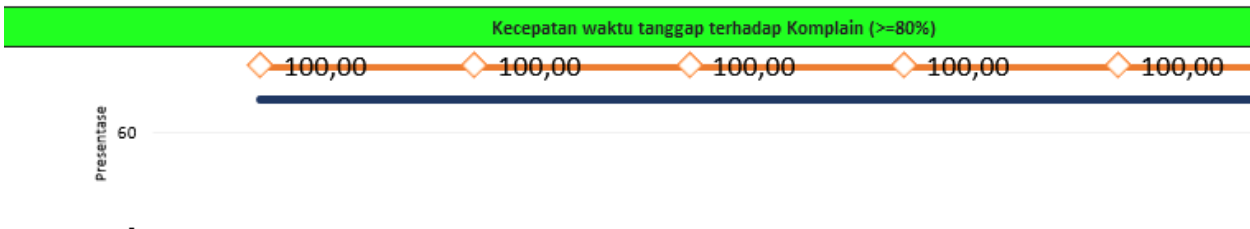
INDIKATOR	HASIL CAPAIAN
	- Kecepatan pelaporan ini menurunkan risiko keterlambatan tindakan medis membahayakan pasien, sehingga meningkatkan keselamatan pasien dan mu rumah sakit - Namun, meskipun target waktu tercapai, masih ada kendala seperti sistem sebagian besar masih manual (telepon atau antar langsung), yang berpotensi hambatan komunikasi saat gangguan teknis atau kekurangan petugas - Beberapa petugas laboratorium dan perawat juga perlu peningkatan pem konsistensi dalam pelaporan dan dokumentasi hasil kritis agar tidak terjadi ke kelalaian - Pelaporan yang sudah baik ini harus terus dipertahankan dan ditingka menerapkan sistem digitalisasi pelaporan (misal LIS) untuk mempercepat dan m komunikasi antar instalasi dan DPJP Tindak lanjut 1. Digitalisasi Sistem Pelaporan - o Implementasi sistem aplikasi elektronik (Laboratory Information System) terintegrasi untuk pelaporan nilai kritis secara real-time dan otomatis ke petugas terkait. - o Mengurangi ketergantungan pada pelaporan manual yang rentan komunikasi. 2. Pelatihan dan Sosialisasi - o Meningkatkan pelatihan dan edukasi bagi petugas laboratorium dan pera pentingnya pelaporan nilai kritis, prosedur pelaporan, dan dokumentasi yan - o Sosialisasi ulang tentang keselamatan pasien dan komunikasi efektif antar 3. Monitoring dan Evaluasi Berkala - o Melakukan audit rutin terhadap waktu pelaporan nilai kritis dan kepatuha pelaporan. - o Mengidentifikasi hambatan dan melakukan perbaikan berkelanjutan berda evaluasi. 4. Peningkatan Kolaborasi Tim

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN																		
	- Memperkuat koordinasi antara laboratorium, perawat, dan dokter agar pe tindak lanjut hasil kritis berjalan lancar dan cepat. - Menetapkan SOP yang jelas dan terupdate untuk pelaporan nilai kritis. 5. Pembaruan Peralatan dan Infrastruktur - Memastikan peralatan laboratorium selalu dalam kondisi optimal pemeriksaan akurat dan cepat tersedia. - Menyediakan sarana komunikasi yang memadai di setiap instalasi untuk pelaporan cepat.																		
8. Kepatuhan penggunaan formularium nasional	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional/Formularium RS (100%) <table><thead><tr><th></th><th>JAN</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>APR</th><th>MAY</th></tr></thead><tbody><tr><td>TARGET</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>HASIL</td><td>100,00</td><td>100,00</td><td>100,00</td><td>100,00</td><td>100,00</td></tr></tbody></table> Analisa : - Kepatuhan penggunaan formularium nasional yang mencapai target menunjukkan bahwa tenaga kesehatan telah mengikuti pedoman peresepan obat sesuai s ditetapkan, sehingga mendukung pengendalian mutu dan biaya pelayanan farmi sakit - Tingkat kepatuhan yang baik meningkatkan ketersediaan obat yang sesuai, penggunaan obat non-formularium yang dapat menimbulkan biaya tambahan dan yang tidak optimal - Faktor yang mendukung kepatuhan antara lain pengetahuan, sikap, motivasi ketersediaan informasi dan sosialisasi tentang formularium nasional		JAN	FEB	MAR	APR	MAY	TARGET	100	100	100	100	100	HASIL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY														
TARGET	100	100	100	100	100														
HASIL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00														

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN
	- Meskipun sudah mencapai target, perlu diwaspadai adanya variasi kepatuhan antar poli, misalnya kepatuhan yang lebih rendah di UGD atau poli tertentu, yang bisa terus diperbaiki - Kepatuhan yang konsisten juga berkontribusi pada penilaian akreditasi rumah sakit dan layanan terapi pasien Tindak lanjut 1. Pemeliharaan dan Penguatan Sosialisasi - o Lanjutkan sosialisasi dan edukasi rutin kepada dokter dan tenaga kesehatan tentang pentingnya kepatuhan formularium nasional. - o Update informasi formularium secara berkala dan pastikan mudah diakses oleh seluruh staf medis. 2. Monitoring dan Evaluasi Berkala - o Lakukan audit kepatuhan persepsian secara rutin di seluruh unit, terutama di unit dengan kepatuhan yang masih rendah. - o Gunakan data audit untuk memberikan feedback dan perbaikan berkelanjutan. 3. Peningkatan Ketersediaan Obat Formularium - o Pastikan ketersediaan obat dalam formularium nasional selalu terpenuhi agar tidak terdorong meresepkan obat non-formularium. - o Koordinasi dengan instalasi farmasi untuk pengelolaan stok yang optimal. 4. Penguatan Sistem Informasi - o Integrasikan formularium nasional ke dalam sistem rekam medis elektronik untuk resep digital untuk memudahkan kepatuhan dan pengawasan. - o Gunakan sistem peringatan otomatis jika ada resep obat di luar formularium. 5. Pendampingan dan Pelatihan Khusus - o Berikan pelatihan tambahan bagi dokter di unit yang tingkat kepatuhannya masih rendah. - o Kembangkan program motivasi dan penghargaan untuk meningkatkan kepatuhan.

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN																		
9. Kepatuhan terhadap clinical pathway	Kepatuhan terhadap clinical pathway (>=80%) <table><tr><th></th><th>JAN</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>APR</th><th>MAY</th></tr><tr><td>TARGET</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>HASIL</td><td>79,69</td><td>78,91</td><td>79,69</td><td>79,69</td><td>78,91</td></tr></table> Analisa : Berdasarkan grafik didapatkan rata-rata hasil capaian belum memenuhi target (79,43%) - Kepatuhan terhadap clinical pathway yang sudah mencapai target menunjang pelaksanaan standar prosedur pelayanan pasien berjalan efektif dan konsisten di - Pelaksanaan clinical pathway yang baik berkontribusi pada peningkatan mutu pengendalian biaya, serta pemendekan lama rawat inap (length of stay) pasien - Kepatuhan tinggi terutama terlihat pada aspek konsultasi dan komunikasi tim merupakan kunci keberhasilan implementasi clinical pathway - Namun, meskipun target tercapai, beberapa aspek seperti konseling psikososial pasien dan keluarga kadang masih perlu perhatian lebih agar pelayanan lebih holistik - Kepatuhan yang baik juga memperkuat akuntabilitas dan koordinasi antar tim mendukung keselamatan pasien secara menyeluruh Tindak lanjut dari hasil capaian yaitu : Pemeliharaan dan Penguatan Implementasi - Pertahankan pelatihan rutin dan sosialisasi clinical pathway kepada seluruh tenaga kesehatan agar kepatuhan tetap tinggi dan konsisten		JAN	FEB	MAR	APR	MAY	TARGET	80	80	80	80	80	HASIL	79,69	78,91	79,69	79,69	78,91
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY														
TARGET	80	80	80	80	80														
HASIL	79,69	78,91	79,69	79,69	78,91														

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN
	- Perbarui clinical pathway sesuai perkembangan ilmu dan regulasi terbaru agar relevan. 2. Evaluasi Berkala dan Monitoring - Lakukan evaluasi rutin (misal setiap 3-4 bulan) oleh komite mutu dan profesi untuk kepatuhan dan efektivitas clinical pathway di semua unit pelayanan - Gunakan data evaluasi untuk mengidentifikasi area yang perlu perbaikan, seperti peningkatan edukasi pasien dan keluarga. 3. Penguatan Konseling Psikososial - Fokus pada peningkatan aspek konseling psikososial dan edukasi pasien, yang menjadi poin kepatuhan terendah, dengan pelatihan khusus dan monitoring kepatuhan 4. Peningkatan Koordinasi Tim Multidisiplin - Perkuat komunikasi dan koordinasi antar dokter, perawat, farmasi, dan tenaga kesehatan lain dalam pelaksanaan clinical pathway untuk memastikan pelayanan terpadu dan menyeluruh 5. Penggunaan Teknologi Informasi - Integrasikan clinical pathway ke dalam sistem rekam medis elektronik untuk memudahkan pemantauan kepatuhan dan dokumentasi pelayanan pasien 6. Pelibatan Pasien dan Keluarga - Tingkatkan partisipasi pasien dan keluarga dalam proses perawatan melalui edukasi yang jelas dan komunikasi yang efektif agar clinical pathway dapat dijalankan secara optimal

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN																		
10. Kecepatan waktu tanggap terhadap Komplain	Kecepatan waktu tanggap terhadap Komplain ($\geq 80\%$) <table><thead><tr><th></th><th>JAN</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>APR</th><th>MAY</th></tr></thead><tbody><tr><td>TARGET</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td><td>80</td></tr><tr><td>HASIL</td><td>100,00</td><td>100,00</td><td>100,00</td><td>100,00</td><td>100,00</td></tr></tbody></table> Analisa : - Kecepatan respon terhadap komplain di tribulan I tahun 2025 rata-rata sebesar target. Pencapaian target kecepatan waktu tanggap komplain ($>80\%$, baik menunjukkan bahwa rumah sakit telah memiliki sistem respons yang cepat dalam menanggapi keluhan pasien, keluarga, atau pengunjung. - Penanganan komplain yang cepat mencerminkan koordinasi yang baik antar unit, dari penerimaan keluhan, identifikasi tingkat risiko (grading), analisis masalah, dan pelaksanaan tindak lanjut. - Kecepatan tanggap ini membantu mencegah eskalasi masalah, meningkatkan kepuasan pasien, dan menjaga citra rumah sakit. - Namun, pencapaian target ini harus didukung dengan kualitas tindak lanjut yang baik, komplain tidak hanya cepat ditanggapi, tetapi juga diselesaikan dengan baik. - Perlu diwaspadai potensi kejenuhan staf jika volume komplain meningkat, sehingga perlu adanya mekanisme pengelolaan beban kerja dan dukungan sistem yang memadai. Tindak lanjut yang telah dilakukan: 1. Pemeliharaan Sistem Penanganan Komplain - Pertahankan prosedur standar operasional (SOP) penanganan komplain yang sudah berjalan baik, termasuk grading risiko dan batas waktu tanggap sesuai kategori.		JAN	FEB	MAR	APR	MAY	TARGET	80	80	80	80	80	HASIL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY														
TARGET	80	80	80	80	80														
HASIL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00														

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN
	○ Pastikan seluruh staf memahami dan konsisten menjalankan SOP tersebut 2. Peningkatan Kualitas Tindak Lanjut ○ Fokus pada penyelesaian komplain secara tuntas dan evaluasi efektivitas yang diberikan. ○ Dokumentasikan tindak lanjut dan hasilnya untuk monitoring dan audit mutu 3. Pelatihan dan Pengembangan SDM ○ Berikan pelatihan komunikasi efektif dan manajemen konflik kepada petugas menangani komplain agar respons tidak hanya cepat tapi juga empatik dan 4. Monitoring dan Evaluasi Berkala ○ Lakukan audit rutin terhadap proses penanganan komplain, termasuk waktu dan kepuasan pengadu setelah tindak lanjut. ○ Gunakan data evaluasi untuk perbaikan berkelanjutan. 5. Penggunaan Teknologi Pendukung ○ Implementasikan sistem informasi manajemen komplain yang terintegrasi untuk memudahkan pencatatan, pelacakan, dan pelaporan komplain secara real 6. Pengelolaan Beban Kerja ○ Pastikan distribusi tugas penanganan komplain merata dan ada dukungan agar tidak terjadi kelelahan petugas. ○ Pertimbangkan pembentukan tim khusus atau koordinator komplain jika vo 7. Sosialisasi dan Edukasi Pasien ○ Tingkatkan sosialisasi kepada pasien dan keluarga tentang mekanisme penanganan agar mereka merasa didengar dan percaya pada sistem penanganan rumah
11. Kepatuhan kebersihan tangan	

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN																		
	Kepatuhan kebersihan tangan (>=85%) <table><thead><tr><th></th><th>JAN</th><th>FEB</th><th>MAR</th><th>APR</th><th>MAY</th></tr></thead><tbody><tr><td>TARGET</td><td>85</td><td>85</td><td>85</td><td>85</td><td>85</td></tr><tr><td>HASIL</td><td>95,91</td><td>82,76</td><td>83,17</td><td>95,91</td><td>82,76</td></tr></tbody></table>		JAN	FEB	MAR	APR	MAY	TARGET	85	85	85	85	85	HASIL	95,91	82,76	83,17	95,91	82,76
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY														
TARGET	85	85	85	85	85														
HASIL	95,91	82,76	83,17	95,91	82,76														
	Analisa : Kepatuhan kebersihan tangan belum mencapai target biasanya disebabkan oleh beberapa faktor utama, antara lain: ○ Kurangnya pengetahuan dan kesadaran petugas kesehatan mengenai penting kebersihan tangan dan prosedur cuci tangan yang benar (6 langkah dan 5 momen). ○ Sikap petugas yang kurang konsisten dalam menerapkan kebersihan tangan, meskipun sudah ada pelatihan. ○ Beban kerja yang tinggi dan waktu yang terbatas sehingga petugas sering melanggar prosedur cuci tangan. ○ Kurangnya supervisi dan monitoring rutin dari tim pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) atau Komite PPI. ○ Ketersediaan fasilitas yang belum optimal, seperti handrub yang kosong, wastafel yang tidak berfungsi baik, atau lokasi fasilitas yang kurang strategis. ○ Budaya keselamatan pasien yang belum sepenuhnya tertanam sehingga kepatuhan kebersihan tangan belum menjadi kebiasaan wajib. Tindak lanjut :																		

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN
	1. Peningkatan Pelatihan dan Edukasi ○ Melaksanakan pelatihan rutin dan sosialisasi tentang teknik cuci tangan ya pentingnya hand hygiene dalam mencegah infeksi nosokomial. ○ Menggunakan metode interaktif seperti roadshow, simulasi, dan pengingat (poster/banner) di setiap unit kerja. 2. Supervisi dan Monitoring Rutin ○ Melakukan supervisi berkala oleh tim IPCN/Komite PPI dan kepala ruangan memastikan pelaksanaan kebersihan tangan sesuai standar. ○ Menggunakan checklist surveilans dan audit kepatuhan secara berkala, se setiap tiga bulan. 3. Peningkatan Fasilitas dan Sarana ○ Menyediakan handrub yang selalu terisi dan mudah dijangkau di seluruh u ○ Memperbaiki dan merawat wastafel agar selalu dalam kondisi baik dan ber ○ Menempatkan alat cuci tangan di lokasi strategis dan mudah diakses. 4. Penguatan Budaya Keselamatan Pasien ○ Menggalakkan budaya cuci tangan sebagai bagian dari rutinitas pelayanan melalui kampanye internal dan pemberian reward & punishment. ○ Melibatkan seluruh staf dalam komitmen menjaga kebersihan tangan demi pasien. 5. Pemanfaatan Teknologi dan Peningkat Visual ○ Memasang poster, stiker, dan pengingat visual lainnya di area pelayanan s pengingat pentingnya kebersihan tangan. ○ Memanfaatkan teknologi seperti video edukasi dan aplikasi monitoring kep 6. Evaluasi dan Feedback ○ Melakukan evaluasi capaian kepatuhan secara berkala dan memberikan fe kepada setiap unit kerja. ○ Menindaklanjuti temuan audit dengan tindakan perbaikan yang spesifik dan

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN																		
12. Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri	Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (100%) <table><tr><td></td><td>JAN</td><td>FEB</td><td>MAR</td><td>APR</td><td>MAY</td></tr><tr><td>TARGET</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>HASIL</td><td>83,21</td><td>98,08</td><td>93,80</td><td>83,21</td><td>98,08</td></tr></table> Analisa : Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) yang belum menunjukkan adanya kendala dalam penerapan protokol keselamatan kerja, yang disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, sikap yang kurang mendukung, ketersediaan APD yang memadai, serta pengawasan yang belum optimal. Faktor-faktor seperti beban kerja yang berat, pemahaman risiko, dan kebijakan manajemen juga berkontribusi terhadap rendahnya kepatuhan. Hal ini berpotensi meningkatkan risiko kecelakaan kerja dan penularan penyakit di lingkungan kerja, sehingga perlu segera ditindaklanjuti secara sistematis Tindak lanjut 1) Pengetahuan: Melakukan pelatihan dan edukasi ulang secara berkala mengenai penggunaan APD dan cara penggunaan yang benar untuk meningkatkan pemahaman petugas 2) Sikap: Melakukan kampanye internal dan motivasi agar petugas memiliki kesadaran dan komitmen tinggi dalam menggunakan APD sesuai standar 3) Ketersediaan APD: Memastikan ketersediaan APD yang lengkap dan sesuai standar di setiap unit kerja agar tidak menjadi kendala dalam pemakaian 4) Pengawasan: Meningkatkan pengawasan dan monitoring oleh atasan langsung secara rutin untuk memastikan kepatuhan penggunaan APD serta memberikan sanksi atau reward berdasarkan hasil pengawasan		JAN	FEB	MAR	APR	MAY	TARGET	100	100	100	100	100	HASIL	83,21	98,08	93,80	83,21	98,08
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY														
TARGET	100	100	100	100	100														
HASIL	83,21	98,08	93,80	83,21	98,08														

INDIKATOR	HASIL CAPAIAN
	5) Kebijakan Manajemen: Meninjau dan memperbaiki kebijakan terkait penggunaan lebih tegas dan mendukung pelaksanaan di lapangan 6) Beban Kerja: Mengatur ulang jadwal kerja dan pembagian tugas agar beban kerja menghambat penggunaan APD secara konsisten
13. Kepuasan Pasien	SURVEI KEPUASAN MASYARAKAT RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo Periode survei : 01 Januari 2025 - 30 Juni 2025 Sangat Baik Responden  95.9

BAB III

PENUTUP

Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan di semua unit. Laporan ini disusun dan dipublikasikan sebagai wujud transparansi dan akuntabilitas RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo. Selain itu, laporan ini juga dimaksudkan sebagai bahan *benchmarking* (tolak ukur) yang dapat digunakan untuk membandingkan kinerja RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo dengan rumah sakit lain yang setipe, baik dalam skala regional maupun nasional.

Pencapaian yang baik dalam beberapa indikator mutu dan masih terdapat beberapa indikator mutu yang belum mencapai target, masih perlu dilakukan evaluasi secara berkala dan pengembangan strategi untuk meningkatkan pencapaian indikator mutu yang belum mencapai target.