RSUD BLAMBANGAN
KABUPATEN BANYUWANGI

PUBLIKASI MONITORING EVALUASI INDIKATOR NASIONAL MUTU KESELAMATAN PASIEN SEMESTER II TAHUN 2026



2026

Jalan Letkol Istiqlah No. 49 Telepon (0333) 421118 – Fax: (0333) 421072
e-mail : rsudblambangan.bwi@gmail.com Website : rsudblambangan.banyuwangikab.go.id

KATA PENGANTAR

Segala puji kami panjatkan kehadirat Allah SWT karena Monitoring dan Evaluasi Indikator Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Triwulan 2 tahun 2026 RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi ini dapat diselesaikan. Laporan ini disusun sebagai hasil rekapitulasi data yang terdapat di RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi dalam memberikan pelayanan yang aman dan bermutu pada pasien.

Pada kesempatan ini kami ucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang terlibat dalam penyusunan laporan ini, sehingga dapat melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien tentang budaya pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi

Akhirnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan laporan ini, kami sampaikan terima kasih dan penghargaan yang tinggi. Semoga amal kebaikan diterima oleh Allah SWT.

Banyuwangi, 13 Juli 2026
Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
RSUD BLAMBANGAN BANYUWANGI,



dr. Dian Eka Lestari
NIP. 19780608 201412 2 001

DAFTAR ISI

INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM) 1
1. Kepatuhan kebersihan tangan :..... 2
2. Kepatuhan penggunaan APD :..... 5
3. Kepatuhan identifikasi pasien..... 7
4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi 9
5. Waktu tunggu rawat jalan..... 11
6. Penundaan operasi elektif..... 13
7. Kepatuhan waktu visite dokter..... 15
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium 17
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional..... 19
10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)..... 21
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh..... 23
12. Monitoring dan evaluasi hasil perbaikan Kecepatan waktu tanggap komplain..... 25
13. Kepuasan pasien..... 27

INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)

No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian semester 1 tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%	79.5%	88% (Semester 2 tahun 2025	90% (Semester 1 tahun 2026	Tercapai (Pelaksanaan tiap semester)
2	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	81% (Semester 1 tahun 2025)	94% (Semester 2 th 2025)	93% (Semester 1 th 2026)	Belum Tercapai (Pelaksanaan tiap semester
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	Tercapai
4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea	100%	100%	100%	100%	Tercapai
5	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%	87,17 %	88,21%	85,45%	Tercapai
6	Penundaan operasi elektif	<5%	0%	0%	0,36%	Tercapai
7	Kepatuhan waktu visite dokter	≥80%	96,14%	93,04%	95,49%	Tercapai
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	100%	100%	Tercapai
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥80%	96,76%	93,05%	91,97	Tercapai
10	Kepatuhan terhadap clinical pathway	≥80%	86% (semester 2 Tahun 2025)	89%	92%	Tercapai (Pelaksanaan tiap semester
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%	100%	100%	Tercapai
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	80%	100%	100%	100%	Tercapai

No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian semester 1 tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
13	Kepuasan pasien	≥76,61%	96,03	99,74	91,60	Tercapai / Sangat Memuaskan (Pelaksanaan tiap semester

1. **Kepatuhan kebersihan tangan :**

Tabel 1. Capaian Hasil Monitoring dan Evaluasi Program Kebersihan Tangan Semester 1 2025

Indikator	Standar	Semester 1 2025						Rerata
		Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	
Fasilitas kebersihan tangan	≥60%	75	67	83	88	88	88	81%
Kepatuhan kebersihan tangan Surgical	75%	89	92	90	86	87	73	86%
Kepatuhan kebersihan tangan berdasarkan momen	60%	68	74	84	80	80	85	78%

Sumber: Hasil Monev Semester 1 Tahun 2025

Indikator	Standar	Semester 2 2025						Rerata
		Juli	Agust	Sept	Okt	Nov	Des	
Fasilitas kebersihan tangan	>85%	88	92	88	92	94	88	90%
Kepatuhan kebersihan tangan Surgical		92	90	89	84	87	92	89%
Kepatuhan kebersihan tangan berdasarkan momen		88	94	84	80	80	85	88%

Sumber: Hasil Monev Semester 2 Tahun 2025

Tabel 3. Capaian Kepatuhan Kebersihan Tangan berdasarkan Momen pada Tahun 2026

Momen	Indikasi	Sem 1 (%)	Sem 2 (%)
1	Sebelum Kontak dengan Pasien	88	
2	Sebelum Melakukan Tindakan Aseptik	90	
3	Setelah Terkena Cairan Tubuh Pasien	90	
4	Setelah Kontak dengan Pasien	90	
5	Setelah Menyentuh Lingkungan Sekitar Pasien	92	
Angka kepatuhan		90	

Sumber: Hasil Monev Kepatuhan Kebersihan Tangan berdasarkan Momen tahun 2026

No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian semester 1 tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 85%	79.5%	88% (Semester 2 tahun 2025	90% (Semester 1 tahun 2026	Tercapai (Pelaksanaan tiap semester)

Analisa Data :

Hasil pengukuran Indikator Nasional Mutu Kepatuhan Kebersihan Tangan menunjukkan adanya tren peningkatan dari 79,5% pada Semester I Tahun 2025 menjadi 88% pada Semester II Tahun 2025, kemudian meningkat kembali menjadi 90% pada Semester I Tahun 2026.

Pada Semester I Tahun 2025, capaian belum memenuhi Standar Nasional (≥85%), yang dapat dipengaruhi oleh belum optimalnya kepatuhan petugas dalam menerapkan 5 Momen Kebersihan Tangan (Five Moments for Hand Hygiene), kurangnya kepatuhan observasi, maupun faktor ketersediaan sarana kebersihan tangan di beberapa area pelayanan. Setelah dilakukan berbagai upaya perbaikan, capaian meningkat pada Semester II Tahun 2025 hingga 88% dan kembali meningkat menjadi 90% pada Semester I Tahun 2026, sehingga telah memenuhi Standar Nasional.

Peningkatan tersebut menunjukkan bahwa program peningkatan kepatuhan kebersihan tangan berjalan dengan baik. Keberhasilan ini didukung oleh kegiatan sosialisasi, edukasi kepada seluruh tenaga kesehatan, peningkatan kepatuhan terhadap Standar Prosedur

Operasional (SPO), ketersediaan fasilitas hand hygiene (handrub dan wastafel), audit kepatuhan secara berkala, serta pemberian umpan balik kepada unit pelayanan. Karena pengukuran indikator ini dilaksanakan setiap semester, monitoring dan evaluasi perlu terus dilakukan untuk mempertahankan bahkan meningkatkan kepatuhan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) serta peningkatan keselamatan pasien.

Rekomendasi :

Tahapan	Uraian
Plan	1. Meningkatkan kepatuhan tenaga kesehatan dalam menerapkan 5 Momen Kebersihan Tangan sesuai pedoman WHO. 2. Memastikan ketersediaan sarana kebersihan tangan (handrub, wastafel, sabun, dan tisu) di seluruh area pelayanan. 3. Menyusun jadwal audit kepatuhan kebersihan tangan setiap semester. 4. Melaksanakan sosialisasi dan penyegaran (refreshment) mengenai kebersihan tangan kepada seluruh tenaga kesehatan.
Do	1. Melaksanakan kebersihan tangan sesuai 5 Momen WHO sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. 2. Melakukan observasi kepatuhan kebersihan tangan secara berkala oleh tim PPI. 3. Memberikan edukasi kepada petugas baru mengenai kebersihan tangan sesuai SPO. 4. Mendokumentasikan hasil observasi dan memberikan umpan balik kepada masing-masing unit pelayanan.
Study	1. Menganalisis hasil audit kepatuhan kebersihan tangan setiap semester. 2. Membandingkan capaian indikator dengan Standar Nasional (≥85%). 3. Mengidentifikasi faktor penyebab ketidakpatuhan pada unit dengan capaian rendah. 4. Mengevaluasi efektivitas sosialisasi, audit, dan ketersediaan sarana dalam meningkatkan kepatuhan.
Act	1. Mempertahankan capaian kepatuhan yang telah memenuhi standar nasional. 2. Memberikan pembinaan dan edukasi kepada unit dengan kepatuhan yang masih rendah. 3. Melakukan perbaikan terhadap kendala yang ditemukan, seperti ketersediaan sarana atau kepatuhan petugas.

Tahapan	Uraian
	4. Melanjutkan monitoring, audit, dan evaluasi secara berkala untuk meningkatkan kepatuhan kebersihan tangan dan menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan (HAIs).dengan kepatuhan terbaik, dan evaluasi berkala dalam rapat PMKP serta PPI.

2. Kepatuhan penggunaan APD :

Indikator	Standar	Smt 1 th 2025	Smt 2 th 2025
Ketersediaan APD	100%	94%	94%
Penggunaan APD	100%	81%	94%

Sumber : Hasil Monev kepatuhan Penggunaan APD Komite PPI

Indikator	Standar	Bulan						Rerata
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	
Ketersediaan APD	100%	95	95	95	92	92	100	95
Penggunaan APD		90	92	90	96	94	95	93

Sumber: Hasil Monev Kepatuhan Penggunaan APD Semester 1 tahun 2026

No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian Triwulan 4 Tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
2	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	81% (Semester 1 tahun 2025)	94% (Semester 2 th 2025)	93% (Semester 1 th 2026)	Belum Tercapai (Pelaksanaan tiap semester

Analisa Data :

Hasil pengukuran Indikator Nasional Mutu Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) menunjukkan adanya peningkatan dari 81% pada Semester I Tahun 2025 menjadi 94% pada Semester II Tahun 2025. Namun, pada Semester I Tahun 2026 capaian sedikit menurun menjadi 93%. Meskipun terjadi peningkatan dibandingkan Semester I Tahun 2025, capaian tersebut belum memenuhi Standar Nasional sebesar 100%, sehingga indikator masih dinyatakan belum tercapai.

Belum tercapainya target dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain ketidakpatuhan sebagian petugas dalam menggunakan APD sesuai jenis tindakan dan tingkat risiko, penggunaan APD yang belum

lengkap, kebiasaan kerja yang belum konsisten, tingginya beban pelayanan, serta kurangnya pengawasan secara langsung pada saat pelayanan berlangsung. Selain itu, pemahaman mengenai penggunaan APD yang tepat sesuai kewaspadaan standar maupun kewaspadaan transmisi masih perlu terus diperkuat.

Meskipun demikian, tren peningkatan dibandingkan Semester I Tahun 2025 menunjukkan bahwa berbagai upaya perbaikan yang telah dilakukan mulai memberikan hasil positif. Oleh karena itu, diperlukan penguatan budaya keselamatan kerja, edukasi berkelanjutan, audit kepatuhan, serta supervisi yang konsisten agar target kepatuhan 100% dapat tercapai.

Rekomendasi :

Tahapan	Uraian
Plan	1. Meningkatkan kepatuhan penggunaan APD sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO) dan tingkat risiko pelayanan. 2. Memastikan ketersediaan APD yang sesuai jenis dan ukuran di seluruh unit pelayanan. 3. Melaksanakan sosialisasi dan pelatihan penggunaan APD secara berkala kepada seluruh tenaga kesehatan. 4. Menyusun jadwal audit kepatuhan penggunaan APD setiap semester serta supervisi rutin oleh Tim PPI dan kepala unit.
Do	1. Menggunakan APD secara lengkap dan benar sesuai jenis tindakan dan risiko paparan. 2. Melaksanakan observasi kepatuhan penggunaan APD oleh Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). 3. Memberikan edukasi dan pembinaan kepada petugas yang belum patuh terhadap penggunaan APD. 4. Mendokumentasikan hasil observasi dan memberikan umpan balik kepada masing-masing unit pelayanan.
Study	1. Menganalisis hasil audit kepatuhan penggunaan APD setiap semester. 2. Membandingkan capaian indikator dengan Standar Nasional (100%). 3. Mengidentifikasi penyebab utama ketidakpatuhan, seperti faktor perilaku, beban kerja, atau ketersediaan APD. 4. Mengevaluasi efektivitas pelatihan, supervisi, dan monitoring dalam meningkatkan kepatuhan penggunaan APD.
Act	1. Menindaklanjuti hasil audit dengan pembinaan kepada unit atau petugas yang tingkat kepatuhannya masih rendah.

Tahapan	Uraian
	2. Memastikan ketersediaan APD tetap terjaga sesuai kebutuhan pelayanan. 3. Meningkatkan frekuensi monitoring dan supervisi pada unit dengan kepatuhan rendah. 4. Melaksanakan evaluasi dan audit secara berkesinambungan sebagai upaya mencapai target kepatuhan penggunaan APD sebesar 100%.

3. Kepatuhan identifikasi pasien



No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian Triwulan 4 Tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	Tercapai

Analisa data :

Hasil pengukuran indikator kepatuhan identifikasi pasien menunjukkan capaian 100%. Pada Triwulan IV tahun 2025 – Triwulan II tahun 2026. Capaian tersebut telah memenuhi standar nasional sebesar 100%, sehingga indikator dinyatakan tercapai sescara konsisten.

Keberhasilan ini menunjukkan bahwa petugas telah melaksanakan proses identifikasi pasien sesuai standar, yaitu menggunakan minumal 2 identitas pasien sebelum pemberian pelayanan, tindakan, pemberian obat, pengambilan spesimen, maupun tindakan diagnostik lainnya. Konsistensi

capaian juga mencerminkan efektivitas impelemnetasi budaya keselamatan pasien, kepatuhan terhadap SPO fungsi monitoring dan evaluasi yang berjalan dengan baik.

Meskipun target telah teracapai, upaya peningkatan mutu tetap perlu dilakukan untuk mempertahankan capaian tersebut dan mencegah terjadinya kesalahan identifikasi pasien yang berpotensi menimbulkan insiden keselamatan pasien.

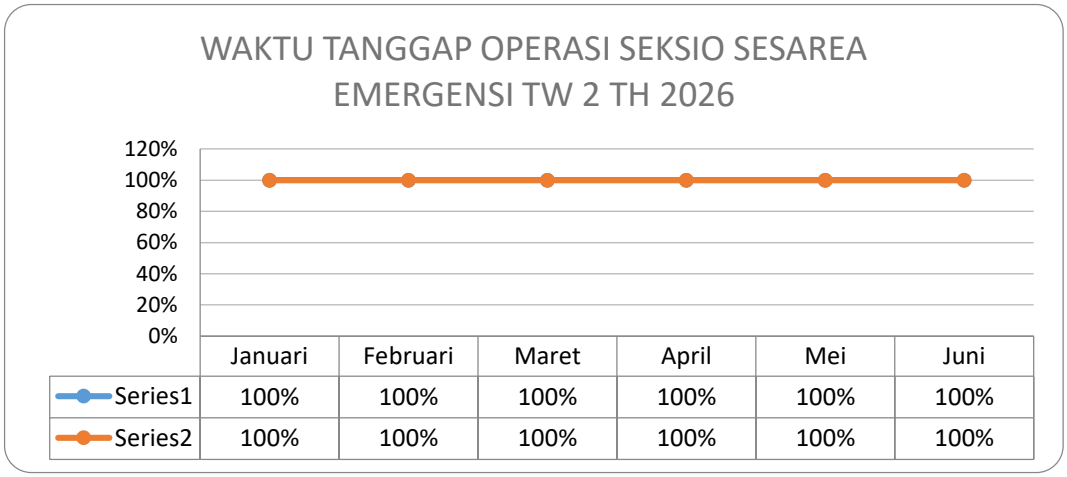
Capaian kepatuhan identifikasi pasien selama triwulan IV tahun 2025 hingga triwulan II tahun 2026 stabil pada angka 100% dan telah memenuhi standar nasional. Fokus perbaikan diarahkan pada upaya mempertahankan capaian melalui penguatan kepatuhan terhadap SPO, monitoring berkala, audit internal, edukasi petugas, serta penguatan budaya keselamatan pasien agar kualitas pelayanan tetap optimal.

Rekomendasi :

Tahapan	Uraian
Plan	1. Mempertahankan implementasi SPO Identifikasi Pasien di seluruh unit pelayanan. 2. Melaksanakan sosialisasi dan refreshment mengenai identifikasi pasien kepada seluruh tenaga kesehatan secara berkala. 3. Memastikan seluruh pasien menggunakan gelang identitas sesuai ketentuan (rawat inap) dan dilakukan verifikasi dua identitas sebelum pelayanan. 4. Menyusun jadwal monitoring dan audit kepatuhan identifikasi pasien setiap bulan.
Do	1. Melaksanakan identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas sebelum setiap tindakan. 2. Melakukan edukasi kepada petugas baru mengenai prosedur identifikasi pasien. 3. Melaksanakan audit observasi kepatuhan identifikasi pasien sesuai jadwal. 4. Memberikan umpan balik kepada unit pelayanan terhadap hasil monitoring.
Study	1. Menganalisis hasil audit kepatuhan identifikasi pasien setiap bulan. 2. Membandingkan capaian indikator dengan Standar Nasional (100%). 3. Mengidentifikasi potensi ketidaksesuaian atau risiko yang dapat menyebabkan kesalahan identifikasi. 4. Mengevaluasi efektivitas pelaksanaan SPO berdasarkan hasil monitoring dan audit.

Tahapan	Uraian
Act	1. Mempertahankan praktik yang telah berjalan baik melalui monitoring rutin. 2. Memberikan pembinaan kepada unit apabila ditemukan ketidaksesuaian pada hasil audit. 3. Melakukan perbaikan terhadap kendala yang ditemukan selama proses identifikasi pasien. 4. Melanjutkan program audit dan evaluasi berkala sebagai upaya mempertahankan capaian indikator 100%.

4. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi



No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian Triwulan 4 Tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
4	Waktu tanggap operasi seksio sesarea	100%	100%	100%	100%	Tercapai

Analisa data :

Hasil pengukuran indikator nasional mutu waktu tanggap operasi seksio sesarea menunjukkan capaian 100% pada triwulan IV tahun 2025 hingga triwulan II tahun 2026. Capaian tersebut telah memenuhi standar nasional sebesar 100%, sehingga indikator dinyatakan tercapai secara konsisten. Hasil ini menunjukkan bahwa seluruh pasien yang memerlukan tindakan operasi seksio sesarea emergensi telah mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar waktu tanggap yang ditetapkan. Keberhasilan tersebut mencerminkan koordinasi yang baik antara instalasi gawat darurat,

instalasi bedah sentral, dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter anestesi, perawat, bidan, serta unit penunjang lainnya dalam memberikan pelayanan yang cepat, tepat dan aman.

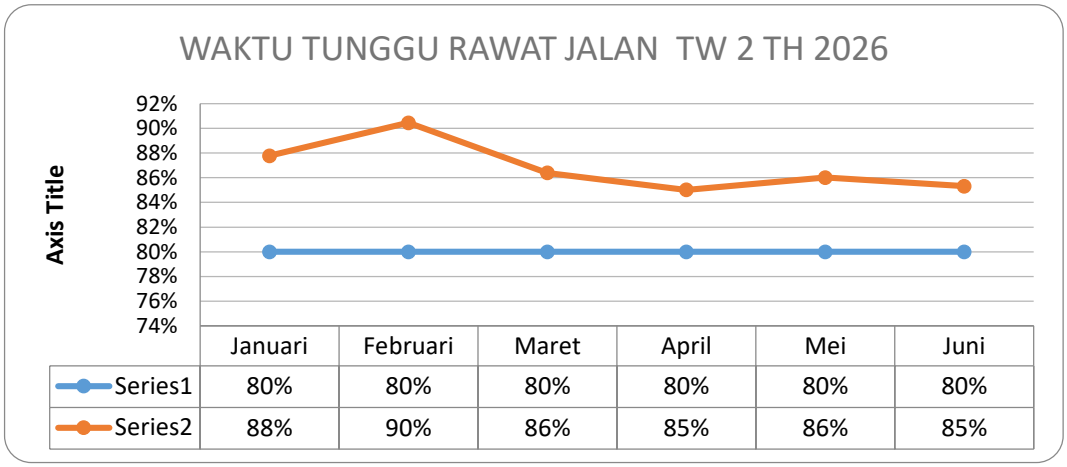
Capaian yang konsisten juga menunjukkan bahwa sistem pelayanan, komunikasi antar profesi, kesiapan sumber daya manusia, ketersediaan sarana prasarana, serta penerapan standar prosedur operasional (SPO) telah berjalan secara efektif. Meskipun target telah tercapai, evaluasi, dan monitoring tetap perlu dilakukan secara berkesinambungan untuk mempertahankan mutu pelayanan dan mencegah keterlambatan tindakan operasi pada kasus kegawatdaruratan obstetri.

Rekomendasi :

Tahapan	Uraian
Plan	1. Mempertahankan pelaksanaan SPO waktu tanggap operasi seksio sesarea sesuai standar nasional 2. Memastikan kesiapan tim operasi selama 24 jam 3. Melaksanakan koordinasi dan stimulasi penanganan kegawatdaruratan obstetri secara berkala 4. Menyusun jadwal monitoring dan evaluasi waktu tanggap operasi setiap bulan
Do	1. Mengoptimalkan komunikasi efektif antar profesi menggunakan metode SBAR selama proses rujukan dan persipan rujukan dan persiapan operasi 2. Memastikan kesiapan ruang operasi, peralatan, obat-obatan, serta darah apabila diperlukan 3. Melaksanakan audit kepatuhan terhadap waktu tanggap operasi secara rutin
Study	1. Menganalisis hasil monitoring waktu tanggap operasi seksio sesarea setiap bulan 2. Membandingkan capaian indikaotr dengan standar nasional 3. Mengidentifikasi faktor yang berpotensi menyebabkan keterlambatan tindakan operasi 4. Mengevaluasi efektivitas koordinasi tim, kesiapan sarana, dan pelaksanaan SPO
Act	1. Mempertahankan praktik baik (best practice) pada seluruh unit pelayanan 2. Melakukan pembinaan segera apabila ditemukan ketidaksesuaian pada hasil audit berikutnya 3. Menjadikan hasil audit sebagai bagian dari evaluasi kinerja unit dan budaya keselamatan pasien

Tahapan	Uraian
	4. Melanjutkan monitoring rutin, supervisi, dan pemberian apresiasi kepada unit yang mampu mempertahankan kepatuhan 100%.

5. Waktu tunggu rawat jalan



No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian Triwulan 4 Tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
5	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%	87,17 %	88,21%	85,45%	Tercapai

Analisa data :

Hasil pengukuran indikator nasional mutu waktu tunggu rawat jalan menunjukkan bahwa capaian pada triwulan IV tahun 2025 sebesar 87,17%, meningkat menjadi 88,21% pada triwulan I tahun 2026, kemudian mengalami sedikit penurunan menjadi 85,45%, pada triwulan II tahun. Meskipun terjadi penurunan sebesar 2,76% dibandingkan triwulan sebelumnya, seluruh capaian masih berada di atas standar nasional (≥80%) sehingga indikator tetap dinyatakan tercapai.

Pencapaian ini menunjukkan bahwa pelayanan rawat jalan telah berjalan dengan baik dalam memenuhi target waktu tunggu pasien. Penurunan pada TW II dapat dipengaruhi oleh meningkatnya jumlah kunjungan pasien, adanya antrean pada poli tertentu, keterlambatan kedatangan dokter karena pelayanan di unit lain (misalnya visite rawat inap atau tindakan operasi), maupun waktu yang diperlukan untuk proses administrasi dan verifikasi pasien.

Penerapan Electronic Medical Record (E-RM) telah membantu mempercepat proses dokumentasi pelayanan dan akses data pasien

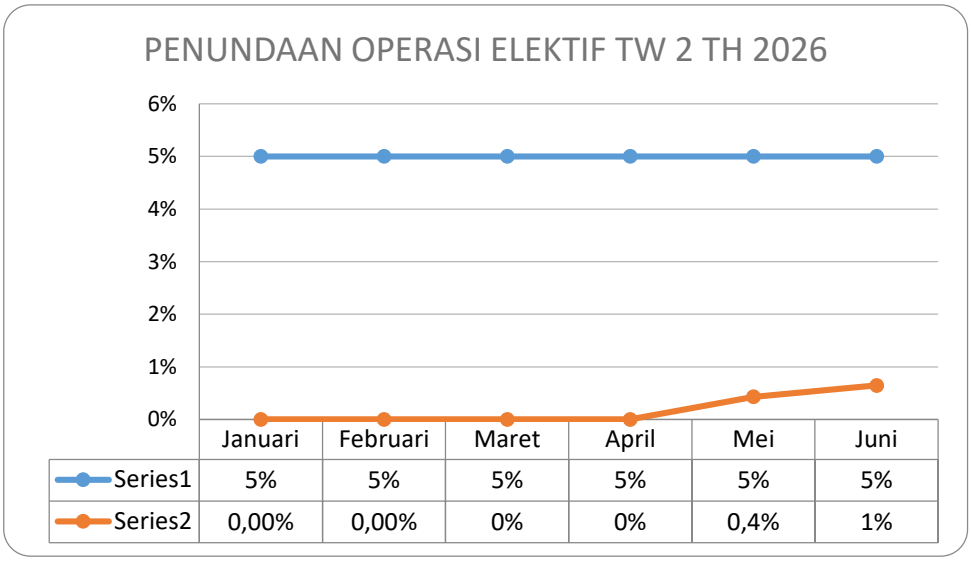
sehingga mengurangi waktu administrasi di poli. Selain itu, pemanfaatan aplikasi Mobile JKN memberikan kemudahan bagi peserta JKN dalam melakukan pendaftaran online, mengambil nomor antrean, serta melakukan check-in secara mandiri sebelum mendapatkan pelayanan. Kedua inovasi tersebut berkontribusi dalam menjaga capaian indikator tetap berada di atas standar nasional. Meskipun target telah tercapai, evaluasi terhadap alur pelayanan tetap diperlukan agar waktu tunggu dapat terus ditingkatkan dan kepuasan pasien semakin meningkat.

Rekomendasi :

Tahapan	Uraian
Plan	1. Mengoptimalkan pemanfaatan Electronic Medical Record (E-RM) untuk mempercepat proses registrasi, dokumentasi, dan pelayanan pasien. 2. Meningkatkan sosialisasi penggunaan Mobile JKN agar lebih banyak pasien memanfaatkan pendaftaran online dan antrean elektronik. 3. Melakukan evaluasi jadwal praktik dokter serta distribusi pasien pada poli dengan kunjungan tinggi. 4. Melaksanakan monitoring waktu tunggu rawat jalan secara rutin setiap bulan.
Do	1. Melaksanakan pelayanan sesuai alur yang telah terintegrasi dengan E-RM. 2. Mengarahkan pasien untuk menggunakan Mobile JKN dalam proses pendaftaran dan check-in. 3.] Melakukan monitoring waktu tunggu pada setiap poli dan mendokumentasikan hasilnya. 4. Mengoptimalkan koordinasi antara petugas pendaftaran, perawat, dan dokter untuk mengurangi antrean pelayanan.
Study	1. Menganalisis hasil capaian waktu tunggu rawat jalan setiap bulan dan setiap triwulan. 2. Membandingkan hasil capaian dengan Standar Nasional (≥80%). 3. Mengidentifikasi penyebab keterlambatan pelayanan pada poli yang memiliki waktu tunggu lebih lama. 4. Mengevaluasi efektivitas implementasi E-RM dan penggunaan Mobile JKN dalam mempercepat pelayanan.
Act	1. Mempertahankan implementasi E-RM dan terus mengembangkan pemanfaatannya untuk meningkatkan efisiensi pelayanan. 2. Meningkatkan edukasi kepada pasien mengenai penggunaan Mobile JKN sebagai media pendaftaran online.

Tahapan	Uraian
	3. Melakukan penyesuaian jadwal pelayanan atau redistribusi sumber daya pada poli dengan beban kunjungan tinggi. 4. Melanjutkan monitoring dan evaluasi berkala sebagai upaya mempertahankan bahkan meningkatkan capaian indikator waktu tunggu rawat jalan

6. Penundaan operasi elektif



No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian Triwulan 4 Tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
6	Penundaan operasi elektif	<5%	0%	0%	0,36%	Tercapai

Analisa data :

Hasil pengukuran menunjukkan capaian sebesar 0% pada triwulan IV tahun 2025 dan triwulan I tahun 2026, kemudian meningkat menjadi 0,36% pada triwulan II tahun 2026. Meskipun terjadi sedikit peningkatan angka penundaan, capaian tersebut masih jauh di bawah standar nasional (< 5%) sehingga indikator tetap dinyatakan tercapai.

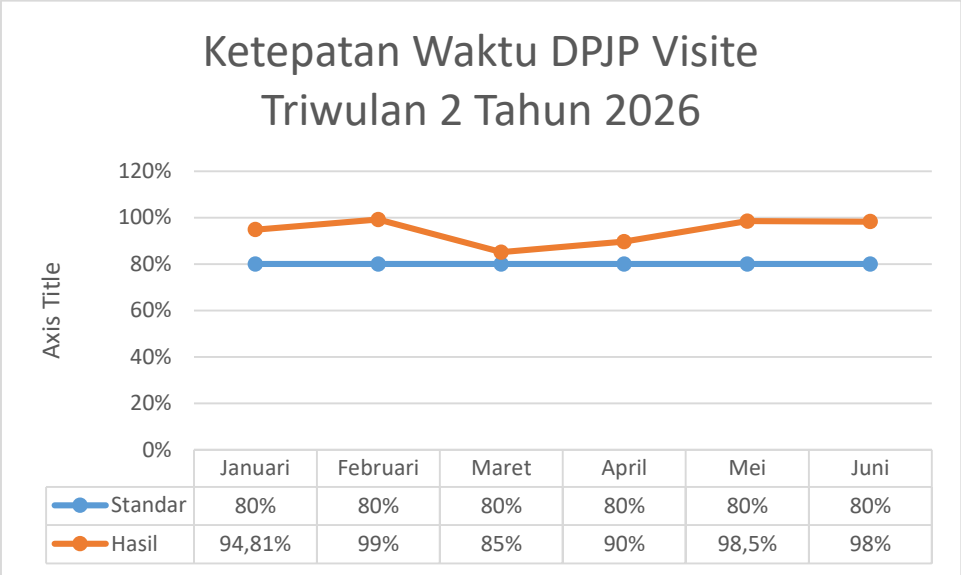
Peningkatan kecil triwulan II mengindikasikan adanya beberapa kasus operasi elektif yang mengalami penundaan. Faktor penyebab dapat meliputi perubahan kondisi klinis pasien yang memerlukan stabilisasi sebelum operasi, hasil pemeriksaan penunjang yang belum lengkap,

ketidaksiapan pasien dan keluarga, penyesuaian jadwal dokter operator, maupun kendala teknis seperti kesiapan ruang operasi atau peralatan. Namun jumlah kasus tersebut sangat kecil sehingga tidak mempengaruhi pencapaian standar secara keseluruhan.

Rekomendasi :

Tahapan	Uraian
Plan	1. Memastikan seluruh persayaratan oeprasi elektif (administrasi, persetujuan tindakan, pemeriksaan penunjang, dan kesiapan pasien) telah lengkap sebelum jadwal operasi 2. Meningkatkan koordinasi antara dokter operator, dokter anestesi, instalasi bedah sentral, ruang perawawtan, laboratorium, radiologi dan unit penunjang lainnya 3. Menyusun checklist pra operasi untuk meminimalkan penyebab penundaan 4. Melaksanakan monitoring dan evaluasi penundaan operasi elektif setiap bulan
Do	1. Melakukan verifikasi kelengkapan persiapan pasien sebelum hari pelaksanaan operasi 2. Melaksanakan briefing tim operasi sebelum pelayanan di mulai 3. Mengoptimalkan komunikasi antar unut apabila terdapat perubahan jadwal atau kondisi pasien 4. Mendokumentasikan setiap kejadian penundaan beserta penyebabnya
Study	1. Menganalisa jumlah dan penyebab penundaan operasi elektif setiap bulan 2. Membandingkan capaian indikator dengan standar nasional (<5%) 3. Mengidentifikasi faktor dominan penyebab penundaan untuk menentukan prioritas perbaikan 4. Mengevaluasi efektivitas pelaksanaan checklist pra operasi dan koordinasi antar unit.
Act	1. mempertahankan sistem persiapan operasi yang telah berjalan baik 2. melakukan tindak lanjut terhadap penyebab penundaan yang dapat dicegah melalui perbaikan proses pelayanan 3. memberikan umpan balik kepada unit terkait berdasarkan hasil evaluasi dan audit 4. melanjutkan monitoring, audit, dan evaluasi berkala untuk mempertahankan angka penundaan operasi tetap di bawah standar nasional

7. Kepatuhan waktu visite dokter



No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian Triwulan 4 Tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
7	Kepatuhan waktu visite dokter	≥80%	96,14%	93,04%	95,49%	Tercapai

Analisa data :

Hasil pengukuran indikator kepatuhan waktu visite dokter menunjukkan capaian 96,14% pada triwulan IV tahun 2025, kemudian mengalami penurunan menjadi 93,04% pada triwulan I tahun 2026, dan kembali meningkat menjadi 95,49% pada triwulan II tahun 2026. Seluruh capaian tersebut masih berada di atas standar nasional (≥ 80%). Sehingga indikator dinyatakan tercapai, penurunan di pengarhui oleh beberapa faktor, antara lain :

1. Pelayanan instalasi rawat jalan yang memanjang akibat tingginya jumlah pasien sehingga jadwal visite di ruang rawat inap mengalami keterlambatan
2. DPJP harus menangani operasi cito yang bersifat prioritas sehingga jadwal visite mengalami penyesuaian

3. Operasi elektif yang berlangsung lebih lama dari perkiraan sehingga mempengaruhi waktu pelaksanaan visite
4. DPJP berhalangan hadir, misalnya karena sakit atau alasan kedinasan lainnya sehingga visite dilakukan oleh dokter pengganti atau mengalami penyesuaian waktu.

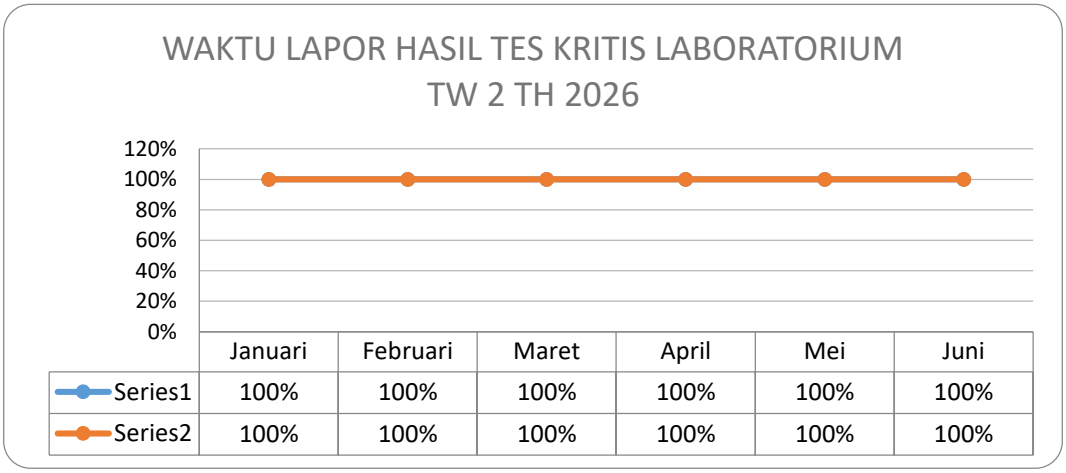
Meskipun terdapat beberapa kendala, tersebut, koordinasi antar unit dan komitmen DPJP dalam melaksanakan visite tetap mampu menjaga capaian indikator di atas standar nasional. Evaluasi secara berkala tetap diperlukan untuk meminimalkan keterlambatan visite dan meningkatkan kontinuitas pelayanan kepada pasien rawat inap

Rekomendasi :

Tahapan	Uraian
Plan	1. Meningkatkan koordinasi antara DPJP, kepala ruang, dan unit terkait apabila terdapat perubahan jadwal pelayanan. 2. Menyusun mekanisme dokter pengganti apabila DPJP berhalangan hadir karena sakit atau tugas lain. 3. Melakukan monitoring kepatuhan waktu visite dokter secara rutin setiap bulan.
Do	1. Melaksanakan visite sesuai jadwal yang telah ditetapkan. 2. Melakukan komunikasi aktif kepada ruang perawatan apabila terjadi keterlambatan akibat pelayanan rawat jalan atau tindakan operasi. 3. Mengoptimalkan pengaturan jadwal operasi elektif agar tidak mengganggu pelaksanaan visite. 4. Mendokumentasikan setiap keterlambatan beserta penyebabnya sebagai bahan evaluasi.
Study	1. Menganalisis hasil capaian kepatuhan waktu visite dokter setiap bulan. 2. Membandingkan capaian indikator dengan Standar Nasional (≥80%). 3. Mengidentifikasi penyebab keterlambatan yang paling sering terjadi, seperti tingginya beban pelayanan rawat jalan, operasi cito, operasi elektif, dan ketidakhadiran DPJP. 4. Mengevaluasi efektivitas koordinasi dan pengaturan jadwal pelayanan dokter.
Act	1. Mempertahankan praktik pelayanan yang telah menghasilkan capaian di atas standar nasional. 2. Menyempurnakan pengaturan jadwal pelayanan dokter untuk mengurangi keterlambatan visite. 3. Mengoptimalkan sistem dokter pengganti apabila DPJP berhalangan hadir.

	4. Melaksanakan monitoring, audit, dan evaluasi berkala serta memberikan umpan balik kepada masing-masing SMF/DPJP sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan.

8. Pelaporan hasil kritis laboratorium



No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian Triwulan 4 Tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%	100%	100%	Tercapai

Analisa data :

Hasil pengukuran Indikator Nasional Mutu Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium menunjukkan capaian 100% pada Triwulan IV Tahun 2025, Triwulan I Tahun 2026, dan Triwulan II Tahun 2026. Seluruh capaian telah memenuhi Standar Nasional sebesar 100%, sehingga indikator dinyatakan tercapai secara konsisten.

Capaian tersebut menunjukkan bahwa seluruh hasil pemeriksaan laboratorium yang termasuk kategori hasil kritis (critical value) telah dilaporkan kepada dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) atau tenaga kesehatan yang berwenang sesuai dengan batas waktu yang ditetapkan dalam Standar Prosedur Operasional (SPO). Keberhasilan ini mencerminkan efektivitas sistem komunikasi hasil kritis, koordinasi yang baik antara Instalasi Laboratorium dan unit pelayanan, serta kepatuhan petugas dalam melakukan dokumentasi dan pelaporan.

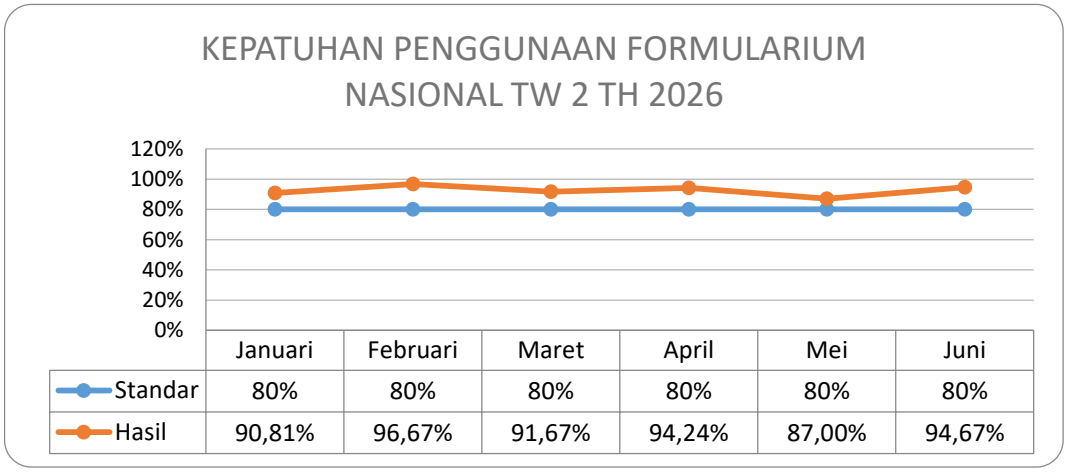
Penerapan komunikasi efektif, termasuk penggunaan metode read back pada saat penyampaian hasil kritis, turut mendukung ketepatan informasi dan meminimalkan risiko kesalahan komunikasi. Selain itu, monitoring dan evaluasi rutin terhadap proses pelaporan hasil kritis menjadi faktor penting dalam mempertahankan mutu pelayanan laboratorium dan mendukung keselamatan pasien. Meskipun target telah tercapai, upaya peningkatan mutu tetap perlu dilakukan secara berkesinambungan untuk mempertahankan kepatuhan dan mengantisipasi potensi hambatan dalam proses pelaporan.

Rekomendasi :

Tahapan	Uraian
Plan	1. Mempertahankan pelaksanaan SPO pelaporan hasil kritis laboratorium sesuai standar yang berlaku. 2. Memastikan seluruh petugas laboratorium memahami daftar nilai kritis, alur pelaporan, dan batas waktu penyampaian hasil kritis. 3. Meningkatkan koordinasi antara Instalasi Laboratorium, DPJP, perawat, dan unit pelayanan terkait. 4. Menyusun jadwal monitoring dan audit kepatuhan pelaporan hasil kritis setiap bulan.
Do	1. Melaporkan seluruh hasil kritis kepada DPJP atau tenaga kesehatan yang berwenang sesuai batas waktu yang ditetapkan. 2. Melaksanakan komunikasi efektif menggunakan metode read back untuk memastikan ketepatan informasi yang disampaikan. 3. Mendokumentasikan waktu pelaporan, penerima informasi, dan hasil konfirmasi pada formulir atau sistem informasi rumah sakit. 4. Melaksanakan audit internal terhadap kepatuhan pelaporan hasil kritis secara berkala.
Study	1. Menganalisis hasil monitoring kepatuhan pelaporan hasil kritis laboratorium setiap bulan. 2. Membandingkan capaian indikator dengan Standar Nasional (100%). 3. Mengidentifikasi kendala yang berpotensi menghambat ketepatan waktu pelaporan, seperti kendala komunikasi atau sistem informasi. 4. Mengevaluasi efektivitas penerapan komunikasi efektif dan dokumentasi pelaporan hasil kritis.
Act	1. Mempertahankan sistem pelaporan hasil kritis yang telah berjalan dengan baik.

	2. Memberikan umpan balik kepada petugas laboratorium dan unit pelayanan berdasarkan hasil audit. 3. Melakukan perbaikan segera apabila ditemukan ketidaksesuaian dalam proses pelaporan atau dokumentasi. 4. Melanjutkan monitoring, audit, dan evaluasi berkala untuk mempertahankan capaian indikator sebesar 100% serta mendukung keselamatan pasien.

9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional



No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian Triwulan 4 Tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥80%	96,76%	93,05%	91,97	Tercapai

Analisa data :

Hasil pengukuran Indikator Nasional Mutu Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional menunjukkan capaian sebesar 96,76% pada Triwulan IV Tahun 2025, kemudian menurun menjadi 93,05% pada Triwulan I Tahun 2026 dan 91,97% pada Triwulan II Tahun 2026. Meskipun terjadi tren penurunan, seluruh capaian masih berada di atas Standar Nasional (≥80%), sehingga indikator tetap dinyatakan tercapai.

Penurunan capaian dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain masih adanya peresepan obat di luar Formularium Nasional berdasarkan

pertimbangan klinis tertentu, adanya keterbatasan atau kekosongan stok obat formularium, kebutuhan terapi khusus yang belum tercantum dalam Formularium Nasional, serta variasi kepatuhan dokter dalam penulisan resep sesuai ketentuan. Selain itu, perubahan kebijakan atau pembaruan Formularium Nasional juga memerlukan penyesuaian oleh tenaga medis.

Meskipun demikian, tingginya capaian menunjukkan bahwa sebagian besar peresepan obat telah mengacu pada Formularium Nasional. Hal ini mencerminkan komitmen rumah sakit dalam mendukung penggunaan obat yang rasional, meningkatkan efisiensi pembiayaan pelayanan kesehatan, serta menjamin mutu dan keselamatan pasien. Monitoring dan evaluasi secara berkala tetap diperlukan untuk mempertahankan bahkan meningkatkan kepatuhan penggunaan Formularium Nasional.

Rekomendasi :

Tahapan	Uraian
Plan	1. Meningkatkan sosialisasi mengenai FORNAS kepada seluru tenaga medis dan tenaga kefarmasian 2. Memastikan ketersediaan obat sesuai FORNAS melalui kooridnasi dengan instalasi farmasi 3. Melakukan monev kepatuhan penggunaan FORNAS secara rutin setiap bulan 4. Mengidentifikasi penyebab peresepan obat di luar FORNAS sebagai dasar perbaikan
Do	1. Melaksanakan peresepan obat sesuai FORNAS dan indikasi klinis 2. Memberikan edukasi kepada dokter mengenai pemberuan FORNAS dan penggunaan obat rasional 3. Melalukan review resep secara berkala oleh instalasi farmasi 4. Mendokumentasikan setiap penggunaan obat di luar FORNAS beserta alasan klinisnya
Study	1. Menganalisis hasil capaian kepatuhan penggunaan FORNAS setiap bulan 2. Mengidentifikasi faktor penyebab ketidapatuhan, seperti kekosongan stok, indikasi khusus, atau ketidaksesuaian peresepan 3. Mengevaluasi efektivitas sosialisi, monitoring, dan review resep dalam meningkatkan kepatuhan
Act	1. Mempertahankan praktik peresepan yang telah sesuai dengan FORNAS 2. Melakukan tindak lanjut terhadap hasil audit melalui umpan balik kepada dokter dan unit pelayanan

Tahapan	Uraian
	3. Meningkatkan koordinasi antara instalasi farmasi, komite medik untuk mengatasi kendala penggunaan FORNAS 4. Melanjutkan monev berkala guna mempertahankan capaian di atas tandar nasional dan meningkatkan penggunaan obat secara rasional

10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)

No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian Triwulan 4 Tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
10	Kepatuhan terhadap clinical pathway	≥80%	86% (semester 2 Tahun 2025)	89%	92%	Tercapai (Pelaksanaan tiap semester

Analisa data :

Hasil pengukuran menunjukkan capaian sebesar 86% pada semester II tahun 2025, meningkat menjadi 89% pada pengukuran triwulan I tahun 2026, dan kembali meningkat menjadi 92% pada triwulan II tahun 2026. Seluruh capaian tersebut telah melampui standar nasional (≥ 80%) sehingga indikator dinyatakan tercapai.

Peningkatan capaian dari periode ke periode menunjukkan semakin baiknya kepatuhan tenaga kesehatan dalam menerapkan Clinical Pathway sebagai pedoman tata laksana pasien sesuai diagnosis dan kondisi klinis. Hal ini mencerminkan meningkatnya pemahaman tenaga kesehatan terhadap pentingnya pelayanan yang terstandar, berbasis bukti (evidence-based practice), serta koordinasi multidisiplin dalam proses asuhan pasien.

Keberhasilan tersebut didukung oleh kegiatan sosialisasi, monitoring, evaluasi rekam medis, serta audit kepatuhan terhadap Clinical Pathway yang dilakukan secara berkala. Selain itu, keterlibatan Komite Medis, Komite Mutu, dan unit pelayanan dalam melakukan pembinaan serta evaluasi turut berkontribusi terhadap peningkatan kepatuhan. Karena pengukuran indikator ini dilaksanakan setiap semester, evaluasi hasil dilakukan secara periodik untuk memastikan implementasi Clinical Pathway tetap konsisten dan terus mengalami peningkatan.

Rekomendasi :

Tahapan	Uraian
Plan	1. Melakukan sosialisasi dan pembaruan clinical pathway sesuai perkembangan pedoman praktik klinis dan kebutuhan rumah sakit 2. Meningkatkan pemahaman tenaga kesehatan mengenai pentingnya kepatuhan terhadap clinical pathway 3. Menyusun jadwal audit kepatuhan clinical pathway setiap semester 4. Melakukan koordinasi antara komite medis, KMKP dan unit pelayanan dalam evaluasi implementasi clinical pathway
Do	1. Melaksanakan pelayanan pasien sesuai clinical pathway yang telah ditetapkan 2. Melakukan pendampingan kepada tenaga kesehatan dalam penerapan clinical pathway
Study	1. Mengevaluasi hasil audit kepatuhan setiap semester dan membandingkannya dengan periode sebelumnya. 2. Menganalisis penyebab deviasi (clinical variance) serta kelengkapan dokumentasi Clinical Pathway. 3. Menilai efektivitas sosialisasi, audit, dan implementasi E-Rekam Medis terhadap peningkatan kepatuhan. 4. Membahas hasil evaluasi dalam rapat Komite Medik, Komite Mutu, dan PMKP sebagai dasar peningkatan mutu pelayanan klinis.
Act	1. Mempertahankan implementasi Clinical Pathway yang telah berjalan dengan baik. 2. Memberikan umpan balik kepada unit pelayanan dan dokter penanggung jawab berdasarkan hasil audit. 3. Melakukan revisi atau penyempurnaan Clinical Pathway apabila terdapat perubahan pedoman atau kebutuhan pelayanan. 4. Melanjutkan monitoring, audit, dan evaluasi setiap semester untuk meningkatkan kepatuhan serta mutu pelayanan klinis.

11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh



No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian Triwulan 4 Tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%	100%	100%	Tercapai

Analisa data :

Hasil pengukuran Indikator Nasional Mutu Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh menunjukkan capaian 100% pada Triwulan IV Tahun 2025, Triwulan I Tahun 2026, dan Triwulan II Tahun 2026. Seluruh capaian telah memenuhi Standar Nasional sebesar 100%, sehingga indikator dinyatakan tercapai secara konsisten.

Capaian tersebut menunjukkan bahwa seluruh pasien yang memiliki risiko jatuh telah memperoleh upaya pencegahan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO), mulai dari pelaksanaan skrining risiko jatuh, pemasangan penanda risiko jatuh, pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga, hingga implementasi intervensi pencegahan sesuai tingkat risiko

pasien. Keberhasilan ini mencerminkan tingginya kepatuhan tenaga kesehatan dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien, khususnya pencegahan kejadian pasien jatuh selama menjalani perawatan.

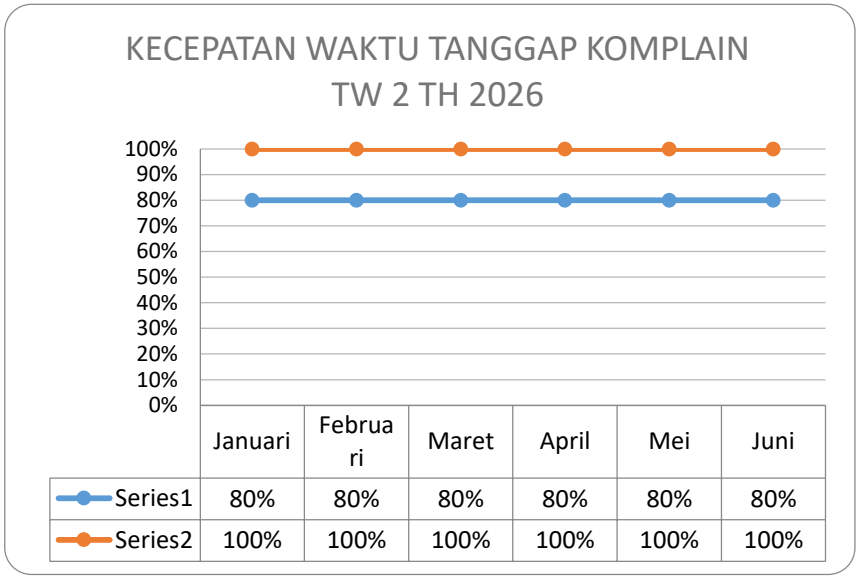
Keberhasilan mempertahankan capaian 100% juga didukung oleh monitoring rutin, supervisi kepala ruangan, audit kepatuhan dokumentasi, serta koordinasi yang baik antarprofesi dalam melaksanakan tindakan pencegahan risiko jatuh. Meskipun target telah tercapai, upaya pemeliharaan mutu tetap perlu dilakukan agar kepatuhan tetap optimal dan kejadian pasien jatuh dapat dicegah secara berkelanjutan.

Rekomendasi :

Tahapan	Uraian
Plan	1. Mempertahankan pelaksanaan SPO pencegahan risiko pasien jatuh di seluruh unit pelayanan. 2. Melaksanakan sosialisasi dan penyegaran (refreshment) mengenai asesmen dan pencegahan risiko jatuh kepada seluruh tenaga kesehatan. 3. Memastikan seluruh pasien dilakukan asesmen risiko jatuh sejak awal masuk dan dilakukan asesmen ulang sesuai kondisi klinis. 4. Menyusun jadwal monitoring dan audit kepatuhan pencegahan risiko pasien jatuh secara rutin setiap bulan.
Do	1. Melaksanakan asesmen risiko jatuh menggunakan instrumen yang berlaku sesuai kelompok usia pasien. 2. Memberikan intervensi pencegahan sesuai tingkat risiko, seperti pemasangan gelang atau penanda risiko jatuh, pengamanan tempat tidur, edukasi pasien dan keluarga, serta pendampingan pasien berisiko tinggi. 3. Mendokumentasikan seluruh hasil asesmen dan intervensi pada rekam medis. 4. Melaksanakan monitoring kepatuhan terhadap implementasi pencegahan risiko pasien jatuh di setiap unit pelayanan.
Study	1. Menganalisis hasil audit kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh setiap bulan. 2. Membandingkan capaian indikator dengan Standar Nasional (100%). 3. Mengidentifikasi potensi ketidaksesuaian atau hambatan dalam pelaksanaan asesmen maupun intervensi pencegahan. 4. Mengevaluasi efektivitas implementasi SPO, edukasi, dan monitoring dalam mempertahankan capaian indikator.

Act	1. Mempertahankan implementasi pencegahan risiko pasien jatuh yang telah berjalan dengan baik. 2. Memberikan umpan balik kepada unit pelayanan berdasarkan hasil audit dan monitoring. 3. Melakukan pembinaan dan tindak lanjut apabila ditemukan ketidaksesuaian dalam pelaksanaan asesmen atau intervensi. 4. Melanjutkan monitoring, audit, dan evaluasi berkala untuk mempertahankan capaian indikator 100% serta mendukung budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

12. Monitoring dan evaluasi hasil perbaikan Kecepatan waktu tanggap komplain



No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian Triwulan 4 Tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
12	Kecepatan waktu tanggap komplain	80%	100%	100%	100%	Tercapai

Analisa data :

Hasil pengukuran Indikator Nasional Mutu Kecepatan Waktu Tanggap Komplain menunjukkan capaian 100% pada Triwulan IV Tahun 2025, Triwulan I Tahun 2026, dan Triwulan II Tahun 2026. Seluruh capaian tersebut melampaui Standar Nasional (≥80%), sehingga indikator dinyatakan tercapai secara konsisten.

Capaian ini menunjukkan bahwa seluruh komplain yang disampaikan oleh pasien, keluarga, maupun pengunjung telah ditindaklanjuti sesuai dengan batas waktu yang ditetapkan oleh rumah sakit. Keberhasilan tersebut mencerminkan sistem pengelolaan pengaduan yang efektif, koordinasi yang baik antarunit pelayanan, serta komitmen seluruh petugas dalam memberikan respons yang cepat, tepat, dan berorientasi pada kepuasan pasien.

Selain kecepatan respons, proses penanganan komplain juga didukung oleh mekanisme pencatatan, investigasi, tindak lanjut, dan pemberian umpan balik kepada pelapor. Monitoring secara berkala oleh Komite Mutu dan unit terkait turut berperan dalam memastikan setiap komplain terselesaikan sesuai prosedur serta menjadi bahan evaluasi untuk perbaikan mutu pelayanan. Meskipun capaian telah mencapai 100%, upaya peningkatan mutu tetap perlu dilakukan untuk mempertahankan kecepatan respons, meningkatkan kualitas penyelesaian komplain, serta mencegah terulangnya permasalahan yang sama..

Rekomendasi :

Tahapan	Uraian
Plan	1. Mempertahankan pelaksanaan SPO penanganan komplain sesuai standar waktu yang telah ditetapkan. 2. Meningkatkan koordinasi antarunit dalam proses penerimaan, investigasi, dan penyelesaian komplain. 3. Melaksanakan sosialisasi kepada petugas mengenai komunikasi efektif dan pelayanan berfokus pada pasien (patient centered care). 4. Menyusun jadwal monitoring dan evaluasi kecepatan waktu tanggap komplain setiap bulan.
Do	1. Menerima dan menindaklanjuti setiap komplain sesuai alur penanganan yang berlaku. 2. Melakukan koordinasi dengan unit terkait untuk menyelesaikan komplain secara cepat dan tepat. 3. Memberikan informasi atau umpan balik kepada pelapor mengenai tindak lanjut komplain. 4. Mendokumentasikan seluruh proses penanganan komplain sebagai bahan evaluasi mutu pelayanan.
Study	1. Menganalisis hasil capaian kecepatan waktu tanggap komplain setiap bulan.

	2. Membandingkan capaian indikator dengan Standar Nasional (≥80%). 3. Mengidentifikasi jenis komplain yang paling sering terjadi beserta akar penyebabnya. 4. Mengevaluasi efektivitas proses penyelesaian komplain dan kepuasan terhadap tindak lanjut yang diberikan.
Act	1. Mempertahankan sistem penanganan komplain yang telah berjalan dengan baik. 2. Melakukan tindak lanjut terhadap hasil evaluasi untuk mencegah terulangnya komplain yang sama. 3. Memberikan umpan balik kepada unit pelayanan sebagai dasar peningkatan mutu pelayanan. 4. Melanjutkan monitoring, audit, dan evaluasi secara berkala untuk mempertahankan capaian indikator 100% serta meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga.

13. Kepuasan pasien

INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT (IKM)
RSUD BLAMBANGAN – BANYUWANGI
TRIBULAN IV– TAHUN 2025

NILAI IKM
96,03
A
SANGAT BAIK

NO	UNSUR PELAYANAN	NILAI RATA-RATA		MUTU	
1	PERSYARATAN PELAYANAN	3,88	96,94	A	SANGAT MEMUASKAN
2	PROSEDUR PELAYANAN	3,9	97,38	A	SANGAT MEMUASKAN
3	WAKTU PELAYANAN	3,77	94,21	A	SANGAT MEMUASKAN
4	BIAYA PELAYANAN	3,85	92,49	A	SANGAT MEMUASKAN
5	PRODUK PELAYANAN	3,86	96,38	A	SANGAT MEMUASKAN
6	KOMPETENSI PELAKSANA	3,88	97,06	A	SANGAT MEMUASKAN
7	PERILAKU PELAKSANA	3,87	96,66	A	SANGAT MEMUASKAN
8	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN, DAN MASUKAN	3,76	93,88	A	SANGAT MEMUASKAN
9	SARANA DAN PRASARANA	3,83	95,72	A	SANGAT MEMUASKAN
10	KEBERADAAN MAHASISWA	3,83	95,70	A	SANGAT MEMUASKAN

PELAKSANAAN PERIODE BULAN OKTOBER - DESEMBER 2025
Jumlah Responden : 200 Orang
Jenis Kelamin
Laki – Laki : 108 Orang | Perempuan : 92 Orang
Pendidikan
Tidak Sekolah/Tidak Tamat SD : 2 Orang | SD/Sederajat : 31 | SMP/Sederajat : 57
SMA/Sederajat : 94 | Diploma : 4 | Sarjana : 12
Tipe Pasien
Umum : 35 orang | BPJS : 155 orang | Asuransi : 10 orang

64



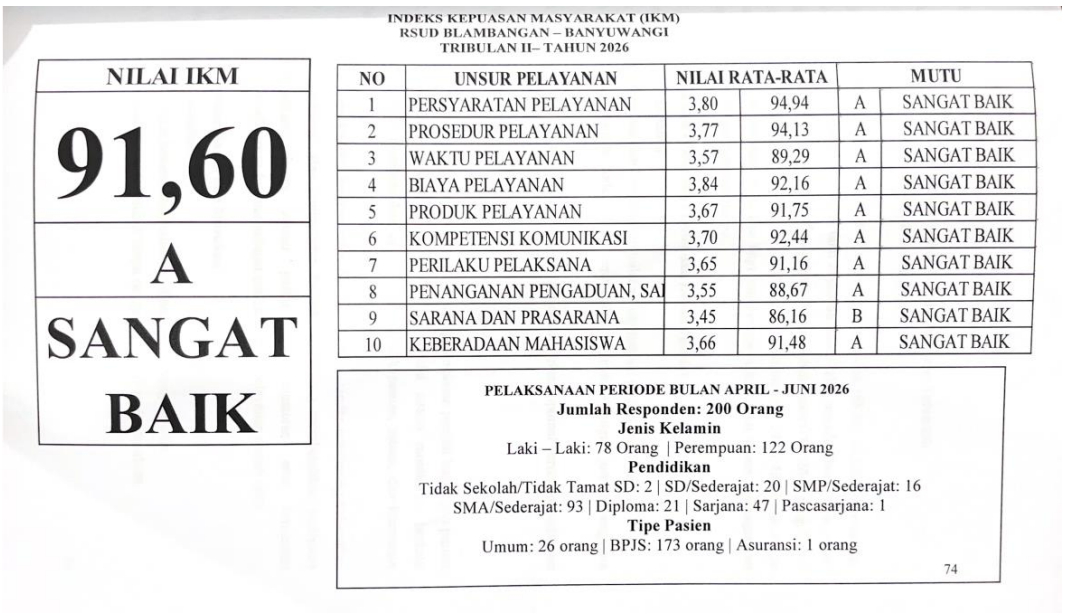
INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT (IKM)
RSUD BLAMBANGAN – BANYUWANGI
TRIBULAN I– TAHUN 2026

NILAI IKM
99,74
A
SANGAT BAIK

NO	UNSUR PELAYANAN	NILAI RATA-RATA		MUTU	
1	PERSYARATAN PELAYANAN	4,00	100,00	A	SANGAT BAIK
2	PROSEDUR PELAYANAN	3,99	99,75	A	SANGAT BAIK
3	WAKTU PELAYANAN	3,98	99,58	A	SANGAT BAIK
4	BIAYA PELAYANAN	3,99	95,82	A	SANGAT BAIK
5	PRODUK PELAYANAN	3,99	99,81	A	SANGAT BAIK
6	KOMPETENSI KOMUNIKASI	4,00	99,88	A	SANGAT BAIK
7	PERILAKU PELAKSANA	3,99	99,75	A	SANGAT BAIK
8	PENANGANAN PENGADUAN, SAI	3,99	99,79	A	SANGAT BAIK
9	SARANA DAN PRASARANA	3,96	99,00	A	SANGAT BAIK
10	KEBERADAAN MAHASISWA	4,00	100,00	A	SANGAT BAIK

PELAKSANAAN PERIODE BULAN JANUARI-MARET 2026

Jumlah Responden : 200 Orang
Jenis Kelamin
Laki – Laki : 120 Orang | Perempuan : 80 Orang
Pendidikan
Tidak Sekolah/Tidak Tamat SD : 9 Orang | SD/Sederajat : 4 | SMP/Sederajat : 22
SMA/Sederajat : 141 | Diploma : 17 | Sarjana : 7
Tipe Pasien
Umum : 10 orang | BPJS : 185 orang | Asuransi : 5 orang



INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT (IKM)
RSUD BLAMBANGAN – BANYUWANGI
TRIBULAN II– TAHUN 2026

NILAI IKM
91,60
A
SANGAT BAIK

NO	UNSUR PELAYANAN	NILAI RATA-RATA		MUTU	
1	PERSYARATAN PELAYANAN	3,80	94,94	A	SANGAT BAIK
2	PROSEDUR PELAYANAN	3,77	94,13	A	SANGAT BAIK
3	WAKTU PELAYANAN	3,57	89,29	A	SANGAT BAIK
4	BIAYA PELAYANAN	3,84	92,16	A	SANGAT BAIK
5	PRODUK PELAYANAN	3,67	91,75	A	SANGAT BAIK
6	KOMPETENSI KOMUNIKASI	3,70	92,44	A	SANGAT BAIK
7	PERILAKU PELAKSANA	3,65	91,16	A	SANGAT BAIK
8	PENANGANAN PENGADUAN, SAI	3,55	88,67	A	SANGAT BAIK
9	SARANA DAN PRASARANA	3,45	86,16	B	SANGAT BAIK
10	KEBERADAAN MAHASISWA	3,66	91,48	A	SANGAT BAIK

PELAKSANAAN PERIODE BULAN APRIL - JUNI 2026
Jumlah Responden: 200 Orang
Jenis Kelamin
Laki – Laki: 78 Orang | Perempuan: 122 Orang
Pendidikan
Tidak Sekolah/Tidak Tamat SD: 2 | SD/Sederajat: 20 | SMP/Sederajat: 16
SMA/Sederajat: 93 | Diploma: 21 | Sarjana: 47 | Pascasarjana: 1
Tipe Pasien
Umum: 26 orang | BPJS: 173 orang | Asuransi: 1 orang

74

No	Nama Indikator Nasional Mutu	Standar Nasional	Capaian Triwulan 4 Tahun 2025	Capaian Triwulan 1 Tahun 2026	Capaian Triwulan 2 Tahun 2026	Keterangan
13	Kepuasan pasien	≥76,61%	96,03	99,74	91,60	Tercapai / Sangat Memuaskan (Pelaksanaan tiap semester

Analisa data :

Hasil pengukuran Indikator Nasional Mutu Kepuasan Pasien menunjukkan capaian sebesar 96,03% pada Triwulan IV Tahun 2025, meningkat menjadi 99,74% pada Triwulan I Tahun 2026, kemudian menjadi 91,60% pada hasil pengukuran Semester I/Triwulan II Tahun 2026. Seluruh capaian tersebut melampaui Standar Nasional (≥76,61%), sehingga indikator dinyatakan tercapai dengan kategori Sangat Memuaskan.

Berdasarkan hasil Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Semester I Tahun 2026, nilai IKM sebesar 91,60 termasuk dalam Mutu Pelayanan A (Sangat Baik). Nilai tersebut menunjukkan bahwa secara umum masyarakat merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh RSUD Blambangan Banyuwangi.

Berdasarkan hasil survei, unsur pelayanan dengan nilai tertinggi adalah Kompetensi Pelaksana (92,44), Biaya Pelayanan (92,16), dan Produk Pelayanan (91,75). Sementara itu, unsur yang masih memiliki nilai relatif lebih rendah dibanding unsur lainnya adalah Sarana dan Prasarana (86,16), Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan (88,67), serta Waktu Pelayanan (89,29). Meskipun seluruh unsur masih berada dalam kategori Sangat Baik, aspek-aspek tersebut tetap menjadi prioritas peningkatan mutu pelayanan. Keberhasilan capaian ini didukung oleh peningkatan kualitas pelayanan, kompetensi petugas, penerapan pelayanan yang berorientasi pada pasien (patient centered care), pemanfaatan teknologi informasi, serta tindak lanjut terhadap masukan dan pengaduan masyarakat. Karena pengukuran kepuasan pasien dilakukan setiap semester, evaluasi hasil survei menjadi dasar dalam penyusunan program peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan.

Rekomendasi :

Tahapan	Uraian
Plan	1. Mempertahankan mutu pelayanan yang telah memperoleh kategori Sangat Baik.

	2. Menyusun rencana perbaikan pada unsur pelayanan yang memiliki nilai terendah, terutama sarana dan prasarana, waktu pelayanan, serta penanganan pengaduan. 3. Meningkatkan kompetensi petugas melalui pelatihan pelayanan prima (service excellence) dan komunikasi efektif. 4. Melaksanakan survei kepuasan pasien secara berkala setiap semester sebagai dasar evaluasi mutu pelayanan.
Do	1. Melaksanakan pelayanan sesuai standar pelayanan dan prinsip patient centered care. 2. Menindaklanjuti setiap keluhan, saran, dan masukan dari pasien maupun keluarga secara cepat dan tepat. 3. Melakukan perbaikan fasilitas pelayanan serta optimalisasi alur pelayanan untuk mengurangi waktu tunggu. 4. Memberikan edukasi kepada petugas mengenai budaya pelayanan prima dan kepuasan pelanggan.
Study	1. Menganalisis hasil survei kepuasan pasien setiap semester. 2. Membandingkan capaian indikator dengan Standar Nasional (≥76,61%). 3. Mengidentifikasi unsur pelayanan dengan nilai terendah sebagai prioritas perbaikan. 4. Mengevaluasi efektivitas program peningkatan mutu berdasarkan hasil survei dan umpan balik pasien.
Act	1. Mempertahankan unsur pelayanan yang telah memperoleh nilai tinggi melalui monitoring dan evaluasi rutin. 2. Menyusun rencana tindak lanjut terhadap unsur pelayanan yang masih memerlukan peningkatan, khususnya sarana dan prasarana, waktu pelayanan, serta penanganan pengaduan. 3. Memberikan umpan balik kepada unit pelayanan berdasarkan hasil survei kepuasan pasien. 4. Melaksanakan evaluasi dan survei kepuasan pasien secara berkesinambungan sebagai dasar peningkatan mutu pelayanan rumah sakit.