


# INDIKATOR NASIONAL MUTU
# RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WALED
# TAHUN 2025

RSUD WALED KABUPATEN CIREBON

Rabu, 28 Januari 2026

RSUD WALED
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN CIREBON

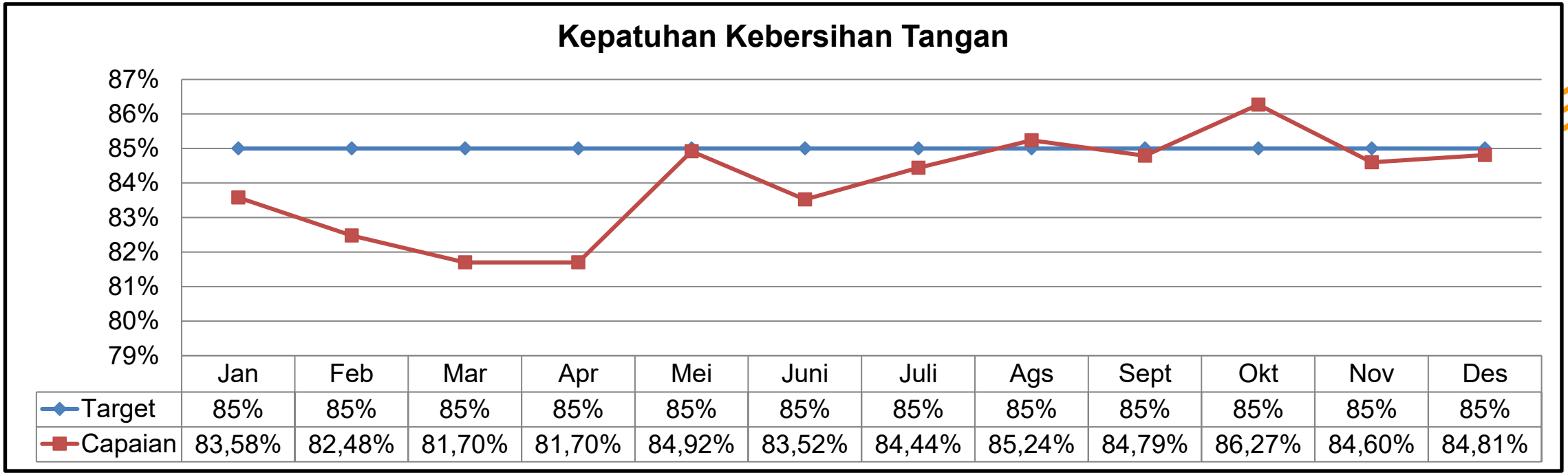
# INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)

1. Kepatuhan kebersihan tangan (≥ 85%)
2. Kepatuhan penggunaan APD (100%)
3. Kepatuhan identifikasi pasien (100%)
4. Waktu tanggap Operasi  Seksio sesarea emergensi (80%)
5. Waktu tunggu rawat jalan (80%)
6. Penundaan operasi elektif (< 5%)
7. Kepatuhan waktu visite Dokter (80%)
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium (100%)
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional (80%)
10. Kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway)* (80%)
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh (100%)
12. Kecepatan waktu tanggap komplain (80%)
13. Kepuasan pasien (76,61%)

RSUD WALED
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN CIREBON

# CAPAIAN
# INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)

# 1. KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN

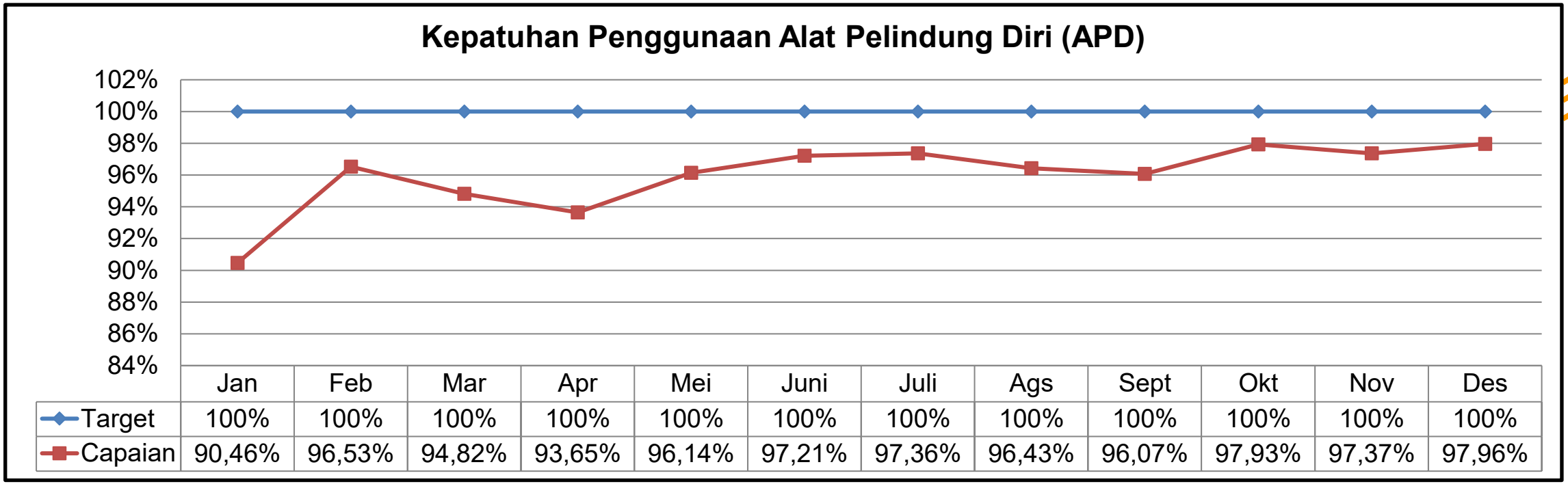



| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Ags | Sept | Okt | Nov | Des |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Target | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% | 85% |
| Capaian | 83,58% | 82,48% | 81,70% | 81,70% | 84,92% | 83,52% | 84,44% | 85,24% | 84,79% | 86,27% | 84,60% | 84,81% |

Analisa : Berdasarkan hasil observasi, didapatkan rata-rata hasil capaian indikator kepatuhan kebersihan tangan petugas sebesar 84,00% masih dibawah target capaian 85%, hal tersebut dikarenakan masih kurangnya kesadaran dan motivasi pegawai, dan belum ada sistem yang jelas terkait reward dan punishment

Tindak Lanjut : Terus melakukan sosialisasi ulang kepada pegawai untuk meningkatkan kepatuhan kebersihan tangan sesuai standar WHO

# 2. KEPATUHAN PENGGUNAAN APD

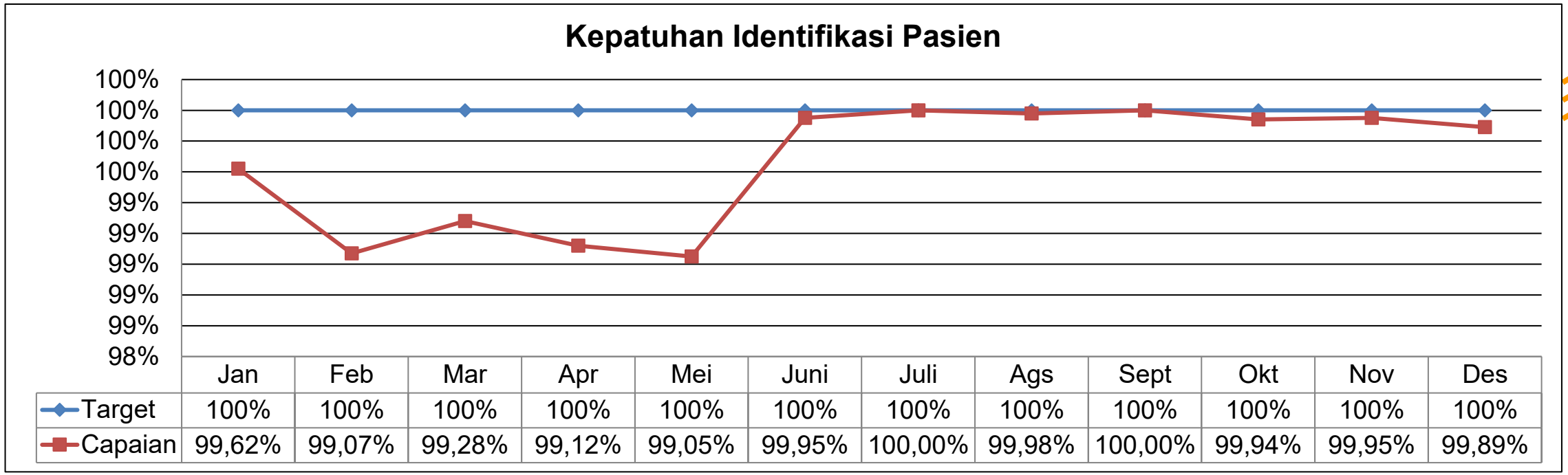



| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Ags | Sept | Okt | Nov | Des |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Target | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Capaian | 90,46% | 96,53% | 94,82% | 93,65% | 96,14% | 97,21% | 97,36% | 96,43% | 96,07% | 97,93% | 97,37% | 97,96% |

Analisa : Rata-rata hasil capaian indikator kepatuhan penggunaan APD masih dibawah target yaitu 95,99%, hal tersebut dikarenakan kurangnya pemahaman risiko akibat tidak menggunakan APD sesuai SPO

Tindak Lanjut : Terus melakukan sosialisasi ulang kepada pegawai untuk mengingatkan dan meningkatkan kepatuhan penggunaan APD

# 3. KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN

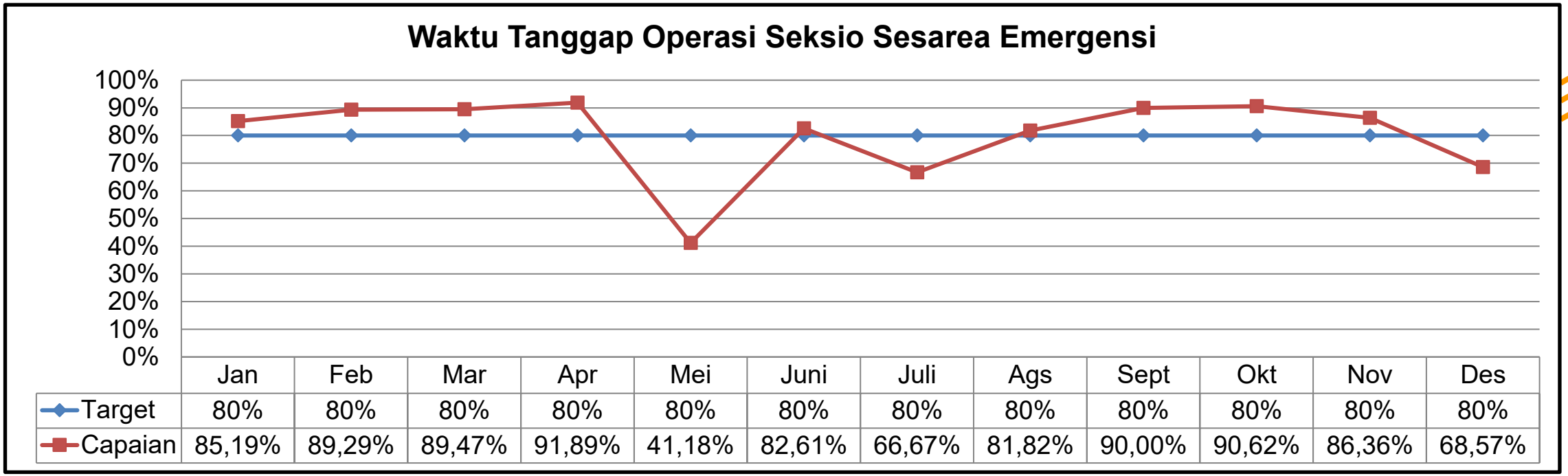



| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Ags | Sept | Okt | Nov | Des |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Target | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Capaian | 99,62% | 99,07% | 99,28% | 99,12% | 99,05% | 99,95% | 100,00% | 99,98% | 100,00% | 99,94% | 99,95% | 99,89% |

Analisa : Berdasarkan hasil observasi, capaian rata-rata kepatuhan identifikasi pasien belum mencapai target yaitu sekitar 99,65%, hal tersebut dikarenakan masih ada petugas yang tidak melakukan identifikasi pasien sesuai dengan SPO yaitu dengan menanyakan minimal 2 identitas

Tindak Lanjut : Terus sosialisasi ulang terkait SPO kepatuhan identifikasi pasien kepada pegawai untuk meningkatkan kepatuhan

# 4. WAKTU TANGGAP OPERASI SEKSIO SESAREA EMERGENSI

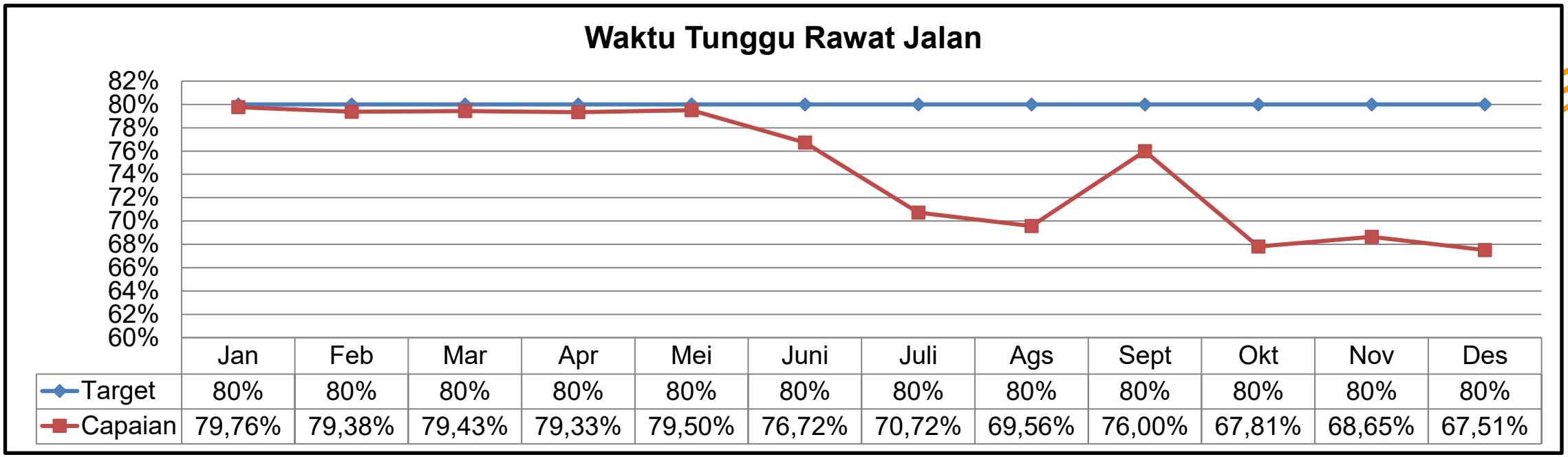



| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Ags | Sept | Okt | Nov | Des |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Target | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| Capaian | 85,19% | 89,29% | 89,47% | 91,89% | 41,18% | 82,61% | 66,67% | 81,82% | 90,00% | 90,62% | 86,36% | 68,57% |

Analisa : Dari data yang didapatkan, rata-rata waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi sudah mencapai target dengan nilai rata-rata sebesar 80,31%

Tindak Lanjut : Terus meningkatkan respon time pada pasien seksio sesarea emergensi sehingga dapat mempertahankan hasil yang sesuai standar

# 5. WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN

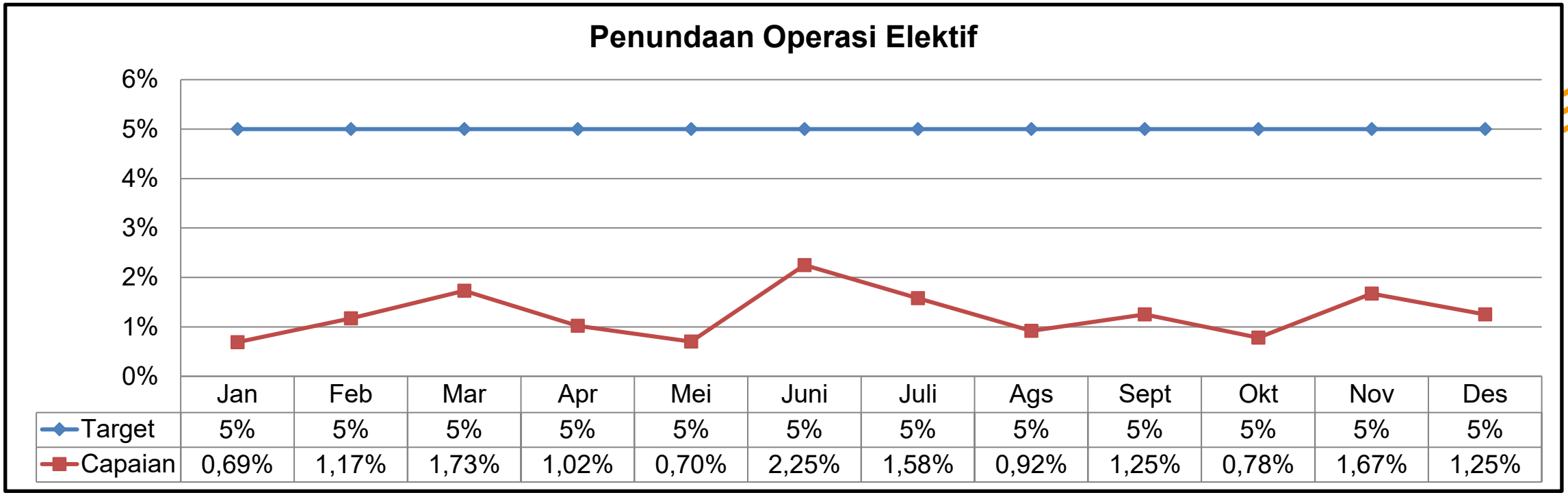



| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Ags | Sept | Okt | Nov | Des |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Target | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| Capaian | 79,76% | 79,38% | 79,43% | 79,33% | 79,50% | 76,72% | 70,72% | 69,56% | 76,00% | 67,81% | 68,65% | 67,51% |

Analisa : Rata-rata waktu tunggu rawat jalan masih belum mencapai target yaitu sebesar 74,53%, hal tersebut dikarenakan masih kurangnya sosialisasi kepada pasien terkait jadwal dokter yang sesuai HFIS, dan masih ada pasien yang belum memanfaatkan aplikasi pendaftaran online sehingga tidak mengetahui estimasi pelayanan, dengan demikian pasien yang datang pendaftarannya pagi padahal jadwal dokternya siang jadi memperpanjang waktu tunggu di rawat jalan.

Tindak Lanjut : Terus lakukan sosialisasi pada pasien maupun keluarga pasien mengenai pendaftaran antrean online dan jadwal dokter di poliklinik

# 6. PENUNDAAN OPERASI ELEKTIF

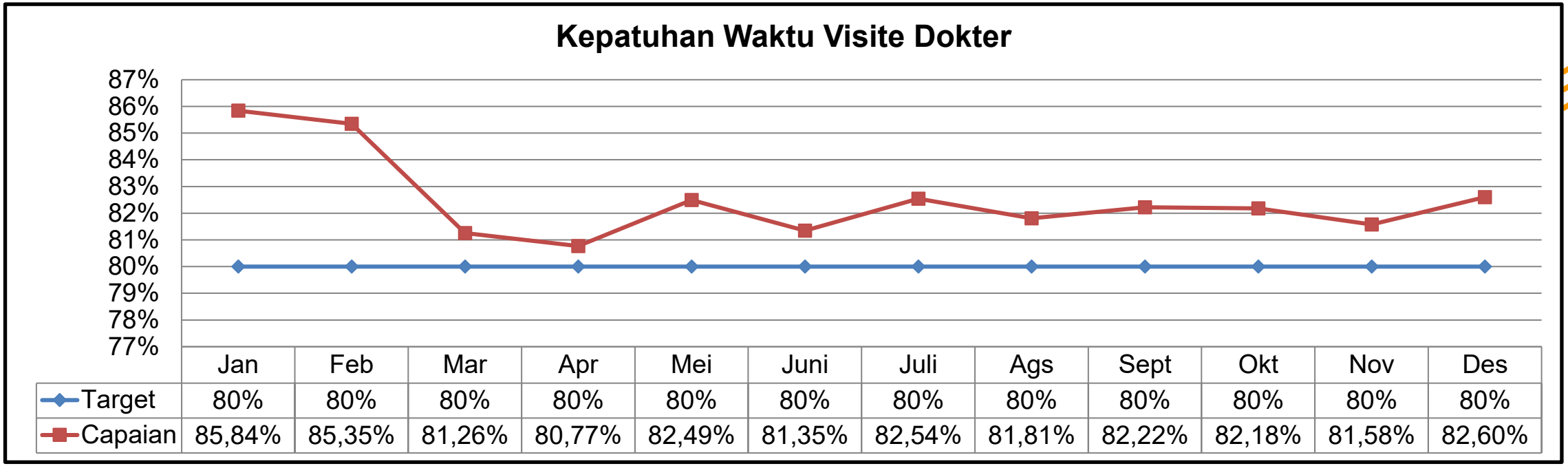



| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Ags | Sept | Okt | Nov | Des |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Target | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% | 5% |
| Capaian | 0,69% | 1,17% | 1,73% | 1,02% | 0,70% | 2,25% | 1,58% | 0,92% | 1,25% | 0,78% | 1,67% | 1,25% |

Analisa : Dari hasil yang didapatkan menunjukkan bahwa masih ada pasien yang ditunda operasinya dengan rata-rata capaian sebesar 1,25%, sehingga sudah mencapai target.

Tindak Lanjut : Tetap dipertahankan hasil yang sudah sesuai target capaian.

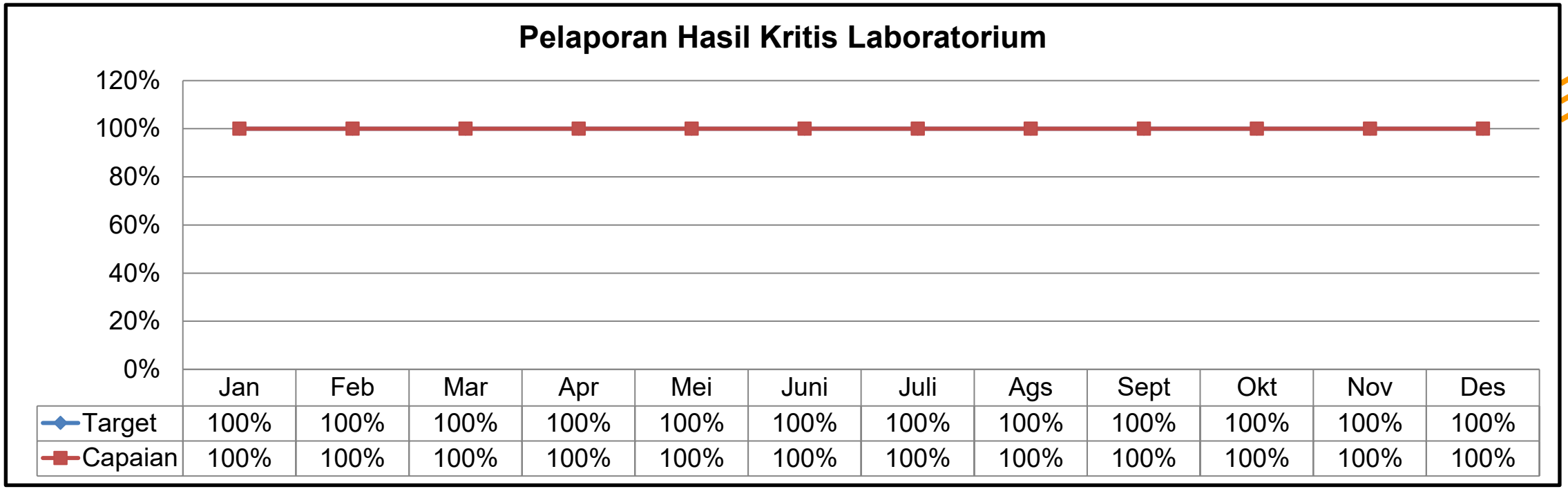
# 7. KEPATUHAN WAKTU VISITE DOKTER




| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Ags | Sept | Okt | Nov | Des |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Target | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| Capaian | 85,84% | 85,35% | 81,26% | 80,77% | 82,49% | 81,35% | 82,54% | 81,81% | 82,22% | 82,18% | 81,58% | 82,60% |

Analisa : Dari hasil observasi didapatkan hasil kepatuhan visite dokter spesialis sudah mencapai target dengan rata-rata capaian sebesar 82,50%. Hal tersebut dikarenakan dokter visit diatas pukul 14.00.
Tindak Lanjut : Tetap dipertahankan hasil yang sudah sesuai target capaian.

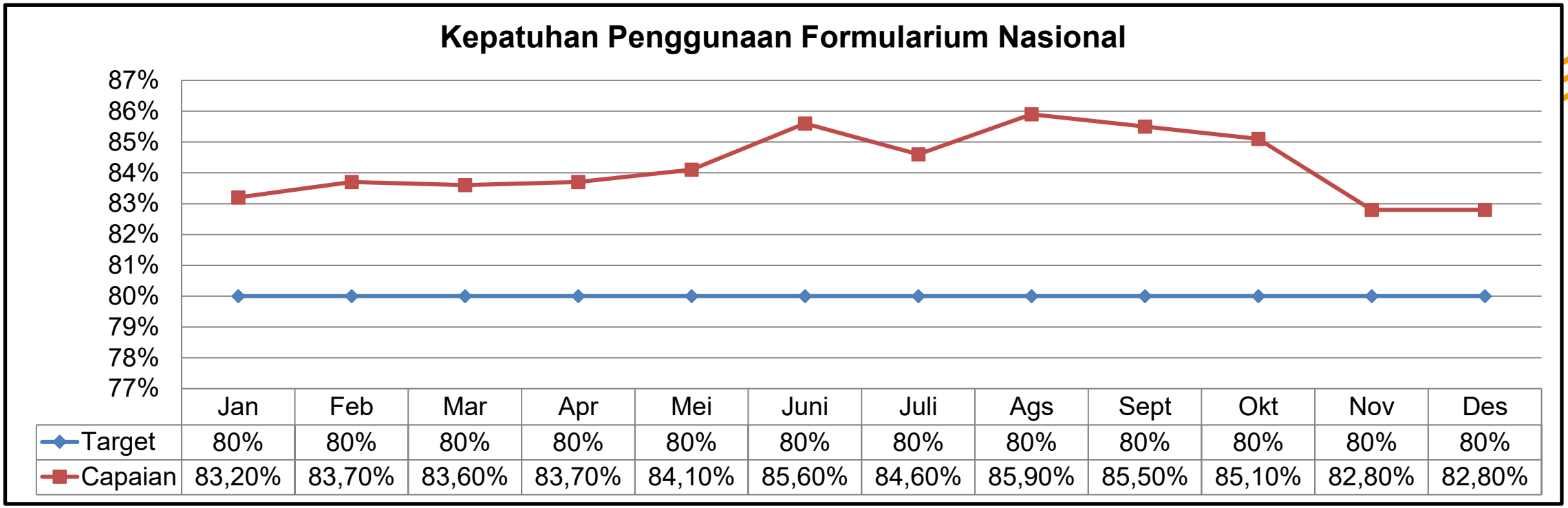
# 8. PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM




| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Ags | Sept | Okt | Nov | Des |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Target | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Capaian | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Analisa : Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium sudah terlaporkan dengan baik sehingga sudah mencapai target 100%
Tindak Lanjut : Tetap dipertahankan hasil yang sudah sesuai target capaian

# 9. KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL

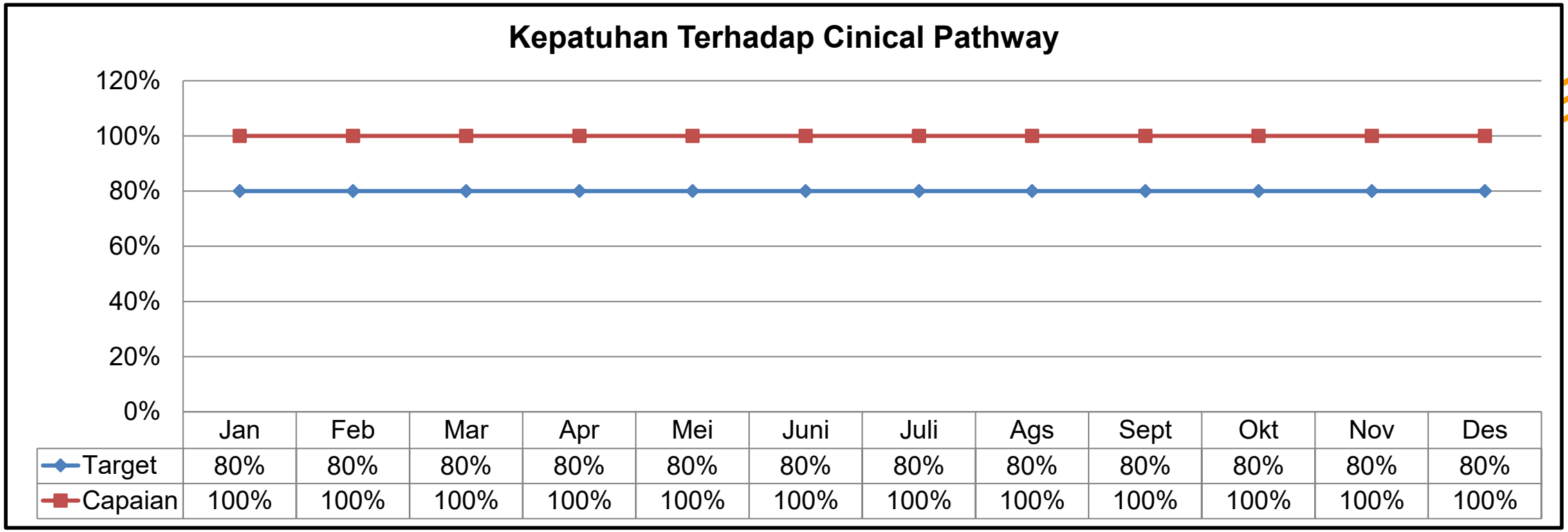



| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Ags | Sept | Okt | Nov | Des |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Target | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| Capaian | 83,20% | 83,70% | 83,60% | 83,70% | 84,10% | 85,60% | 84,60% | 85,90% | 85,50% | 85,10% | 82,80% | 82,80% |

Analisa : Dari jumlah recipe didapatkan rata-rata hasil kepatuhan penggunaan formularium nasional sebesar 84,22%, capaian tersebut mengalami penurunan dari Bulan Agustus hingga November, namun capaian tersebut masih sesuai target karena diatas 80%.

Tindak Lanjut : Tetap dipertahankan hasil yang sudah sesuai standar

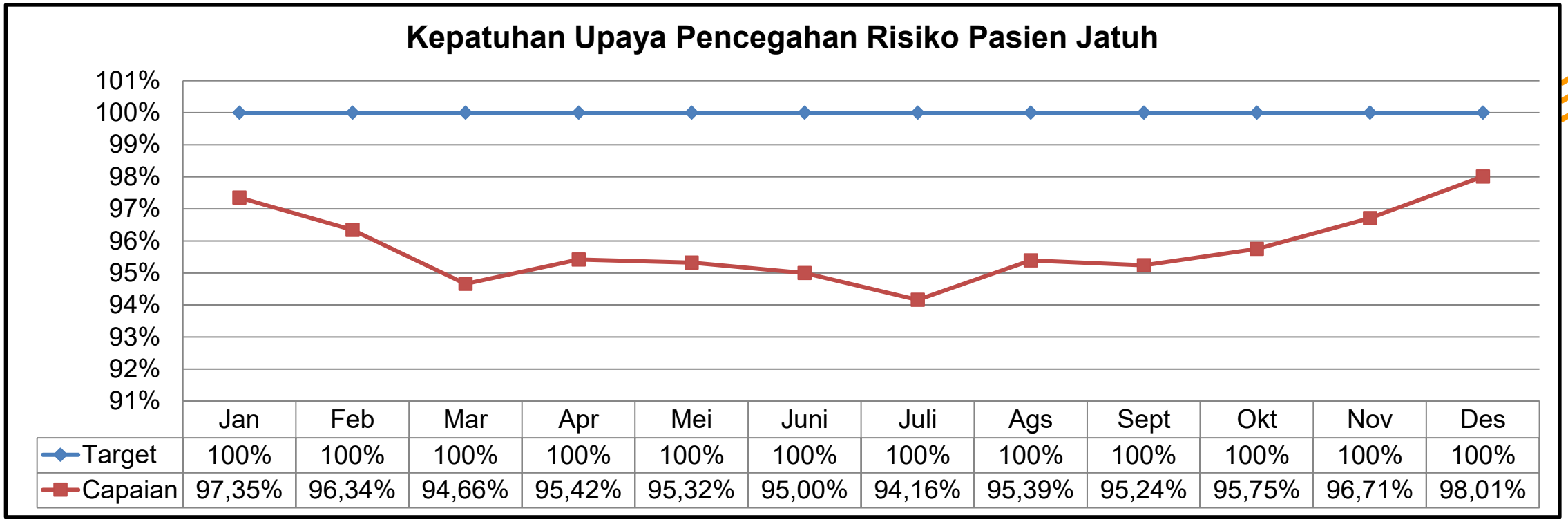
# 10. KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY




| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Ags | Sept | Okt | Nov | Des |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Target | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| Capaian | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Analisa : Dari sampel yang diobservasi, kepatuhan PPA terhadap clinical pathway sudah sesuai target 100%
Tindak Lanjut : Tetap dipertahankan hasil yang sudah sesuai standar

# 11. KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH

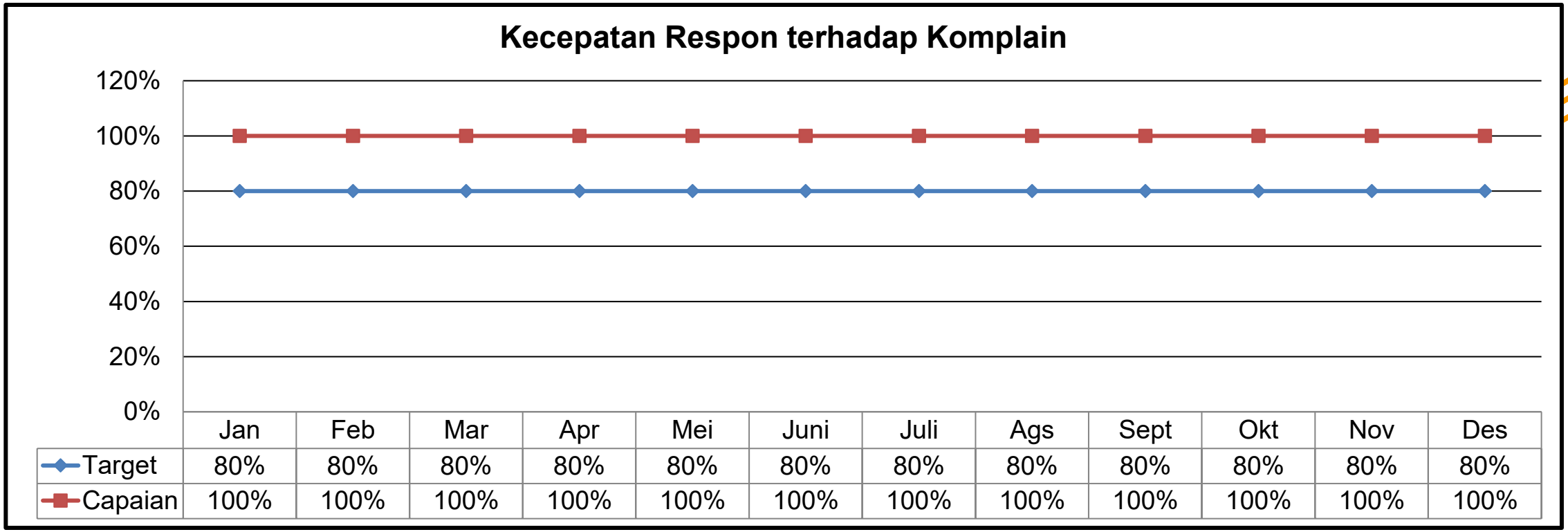



| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Ags | Sept | Okt | Nov | Des |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Target | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Capaian | 97,35% | 96,34% | 94,66% | 95,42% | 95,32% | 95,00% | 94,16% | 95,39% | 95,24% | 95,75% | 96,71% | 98,01% |

Analisa : Rata-rata hasil kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh masih belum mencapai 100% yaitu sebesar 95,78%, hal tersebut dikarenakan keterbatasan tenaga terlatih, baik dari aspek kompetensi maupun jumlah, yang mengakibatkan terjadinya penumpukan pasien di poliklinik, khususnya ketika banyak pasien datang pada waktu yang bersamaan sehingga skrining upaya pencegahan pasien risiko jatuh belum optimal.

Tindak Lanjut : Agar terus meningkatkan kepatuhan petugas terhadap SPO pencegahan risiko pasien jatuh dan mengusulkan tenaga terlatih.

# 12. KECEPATAN RESPON TERHADAP KOMPLAIN




| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Juni | Juli | Ags | Sept | Okt | Nov | Des |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Target | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% |
| Capaian | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Analisa : Semua komplain yang masuk sudah diatasi sesuai dengan grading dan selesai sesuai dengan waktunya.

Tindak Lanjut : Tetap dipertahankan hasil yang sudah sesuai standar

# 13. KEPUASAN PASIEN (PER SEMESTER)

Indeks Kepuasan Pasien Smt II 2025 = 83,28% (Kategori Baik)

Nilai Persepsi, Nilai Interval, Nilai Interval Konversi, Mutu Pelayanan dan Kinerja Unit Pelayanan

| NILAI PERSEPSI | NILAI INTERVAL (NI) | NILAI INTERVAL KONVERSI (NIK) | MUTU PELAYANAN (x) | KINERJA UNIT PELAYANAN (y) |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1,00 – 2,5996 | 25,00 – 64,99 | D | Tidak baik |
| 2 | 2,60 – 3,064 | 65,00 – 76,60 | C | Kurang baik |
| 3 | 3,0644 – 3,532 | 76,61 – 88,30 | B | Baik |
| 4 | 3,5324 – 4,00 | 88,31 – 100,00 | A | Sangat baik |

RSUD WALED
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN CIREBON

# REKOMENDASI KOMITE MUTU

1. CCTV rumah sakit diperbaiki dan dioptimalkan kembali, serta diawasi 24 jam oleh *security*.
2. Semua regulasi dan SOP di ruangan belum di *update*
3. Perlu adanya pelatihan refreshing untuk semua pegawai yaitu BHD, PMKP, PPI, MFK (APAR, Bencana)
4. SPK dan RKK masing-masing staf ditempatkan di unit kerja, boleh dalam bentuk *softcopy*
5. Untuk persiapan Akreditasi Tahun 2026 harus dibentuk SK Tim baru.
6. Bila SIM RS RSUD Waled belum beroperasi maksimal pada Instalasi Rawat Inap dan IGD sampai Desember 2025, Komite Mutu merekomendasikan RSUD Waled bekerjasama dengan SIMRS Khanza / SIMRS GOS Kemenkes (SIMRS ini direkomendasikan oleh KARS karena gratis) atau SIMRS Rumah Sakit lain di wilayah Cirebon,
7. SOTK di IGD di harapkan di update dengan yang baru
8. Gorden Tirai Pembatas di IGD antar pasien diganti yang baru
9. Untuk Bed Monitor di IGD masih belum difungsikan
10. Untuk Jadwal Jaga di IGD, dimohon lebih dirapihkan lagi supaya terlihat jelas
11. Untuk *Leaflet* yang ada di IGD, segera diperbaiki, supaya memudahkan pasien untuk mendapatkan informasi mengenai edukasi Kesehatan.
12. Pintu IGD masih belum di perbaiki, di harapakan segera melakukan perbaikan .
13. Mengajukan Pelatihan emergency untuk staf IGD
14. Sapa salam memperkenalkan diri ketika menangani pasien.
15. SOP IGD di refreshingkan kembali.
16. Optimalisasi penggunaan OK setelah direnovasi (dicat kembali).

RSUD WALED
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN CIREBON

# DOKUMENTASI RONDE MUTU
























RSUD WALED
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN CIREBON

TERAKREDITASI PARIPURNA
KARS

# Terimakasih