



PEMERINTAH KABUPATEN SIAK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN
PENDUDUK DAN KELUARGA BERENCANA
UPTD RSUD TENGGU RAFIAN



Jl. Raja Kecik No.1 Siak Sri Indrapura Kode Pos 28671 Telp. (0764) 20012
Website: www.rsud.siakkab.go.id

Siak Sri Indrapura, 16 Juli 2026

**PUBLIKASI INDIKATOR NASIONAL MUTU (INM)
UPTD RSUD TENGGU RAFIAN KABUPATEN SIAK**

Nomor: 400.6.3.4/SPNM RSUDTR/299.a

A. Pengertian

INM RS merupakan singkatan dari **Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit**.

Ini adalah tolak ukur standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) untuk menilai dan memantau kualitas, keselamatan, serta keamanan pelayanan di sebuah rumah sakit secara nasional.

Berikut adalah hal-hal utama terkait INM RS:

- **Tujuan Pengukuran:** Memastikan rumah sakit memberikan pelayanan yang aman dan terstandar, serta mendorong perbaikan mutu layanan secara terus-menerus.
- **Parameter Penilaian:** Berdasarkan standar akreditasi, terdapat beberapa indikator wajib yang harus diukur setiap bulannya.
- **Sistem Pelaporan:** Rumah sakit wajib melaporkan data pengukuran ini secara berkala melalui aplikasi resmi milik Kemenkes, yaitu SIMAR (Sistem Informasi Mutu Pelayanan Kesehatan).

B. Komitmen terhadap Mutu dan Keselamatan Pasien

RSUD Tengku Rafi'an senantiasa berkomitmen meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui pemantauan, pengukuran, evaluasi, dan tindak lanjut terhadap Indikator Nasional Mutu (INM) sebagaimana ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Publikasi ini merupakan bentuk transparansi rumah sakit kepada masyarakat mengenai pencapaian mutu pelayanan. Seluruh data yang ditampilkan telah melalui proses pengumpulan, verifikasi, analisis, dan validasi oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sesuai dengan prosedur yang berlaku.

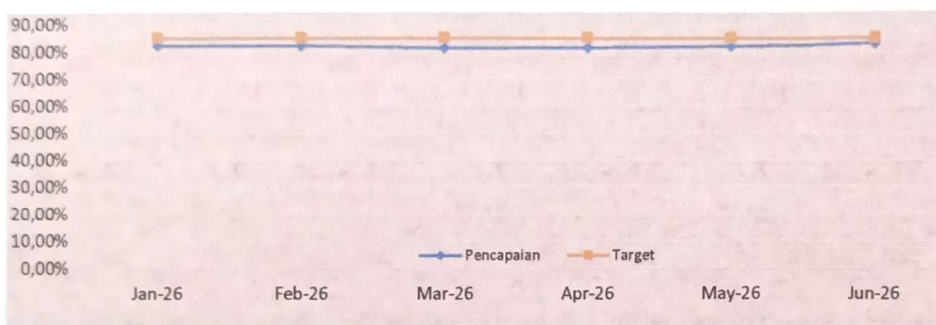
Hasil pengukuran indikator menjadi dasar dalam penyusunan program perbaikan berkelanjutan (Continuous Quality Improvement) sehingga pelayanan yang diberikan semakin aman, efektif, efisien, tepat waktu, berpusat pada pasien, dan berkeadilan.

Data yang ditampilkan merupakan hasil pengukuran rutin oleh Komite Mutu Rumah Sakit dan telah melalui proses validasi sesuai kebijakan serta periode pelaporan yang berlaku. Grafik ini hasil analisa semester 1 tahun 2026.

C. Indikator Nasional Mutu

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan					
	Jan-26	Feb-26	Mar-26	Apr-26	May-26	Jun-26
Pencapaian	82,29%	82,19%	81,42%	81,59%	82,11%	83,11%
Target	85%	85%	85%	85%	85%	85%



Analisis: Rata-rata kepatuhan kebersihan tangan petugas selama Januari–Juni 2026 masih berada di tingkat sedang (rata-rata 83%). Perlu dilakukan penguatan edukasi, monitoring berkala, dan umpan balik hasil audit.

2. Kepatuhan Penggunaan APD (Alat Pelindung Diri)

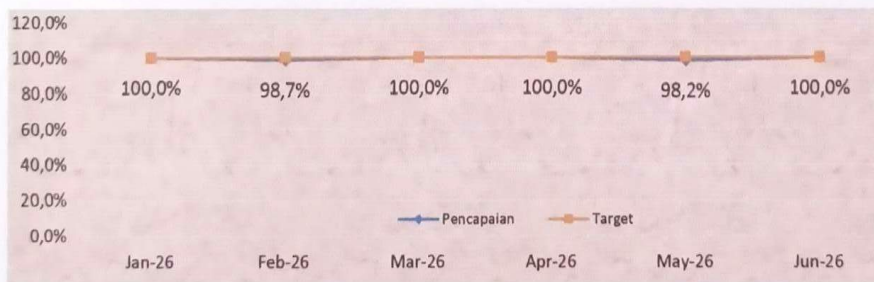
Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)					
	Jan-26	Feb-26	Mar-26	Apr-26	May-26	Jun-26
Pencapaian	92,40%	90,60%	92,16%	91,91%	92,40%	92,40%
Target	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Analisis: Capaian kepatuhan penggunaan APD menunjukkan tren peningkatan, Adapun rata-rata kepatuhan penggunaan APD selama Semester I tahun 2026 adalah 91,98% secara umum masih belum mencapai target 100%. Ketidak sesuaian penggunaan APD masih ditemukan pada beberapa pelayanan. Diperlukan sosialisasi ulang mengenai penggunaan APD sesuai indikasi serta peningkatan supervisi di unit kerja.

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien					
	Jan-26	Feb-26	Mar-26	Apr-26	May-26	Jun-26
Pencapaian	100%	98,65%	100%	100%	98,22%	100%
Target	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Analisis: Kepatuhan identifikasi pasien selama Sermester I Tahun 2026 telah mencapai target dengan capaian mendekati bahkan mencapai 100% pada sebagian besar bulan. Hal ini menunjukkan pelaksanaan identifikasi pasien telah berjalan dengan baik dan perlu dipertahankan melalui monitoring kepatuhan identifikasi pasien sudah sesuai target yang ditetapkan yakni 100%.

4. Kepatuhan Waktu Visite Dokter

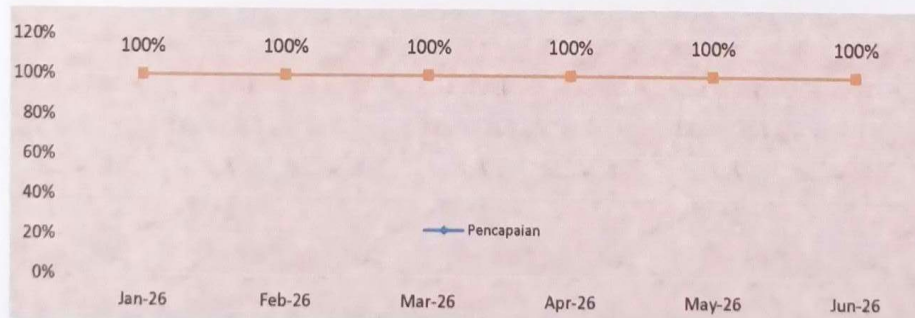
Judul Indikator	Kepatuhan Waktu Visite Dokter					
	Jan-26	Feb-26	Mar-26	Apr-26	May-26	Jun-26
Pencapaian	82,00%	94,00%	81,48%	90,91%	84,38%	89,48%
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%



Analisis: Kepatuhan waktu visite dokter secara umum telah memenuhi target yang ditetapkan meskipun terjadi fluktuasi setiap bulan. Pelaksanaan visite masih berada dalam rentang waktu yang ditetapkan rumah sakit sehingga mutu pelayanan tetap terjaga.

5. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Judul Indikator	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium					
	Jan-26	Feb-26	Mar-26	Apr-26	May-26	Jun-26
Pencapaian	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Target	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Analisis: Pelaporan hasil kritis laboratorium selama Januari–Juni 2026 mencapai target 100%. Seluruh hasil laboratorium dengan nilai kritis telah

dilaporkan kepada DPJP sesuai ketentuan dan waktu yang ditetapkan. Capaian ini perlu dipertahankan melalui monitoring berkelanjutan.

6. Penundaan Operasi Elektif

Judul Indikator	Penundaan Operasi Elektif					
	Jan-26	Feb-26	Mar-26	Apr-26	May-26	Jun-26
Pencapaian	1,72%	1,68%	1,72%	2,40%	0%	0%
Target	5%	5%	5%	5%	5%	5%



Analisis: Persentase penundaan operasi elektif selama Semester I Tahun 2026 masih berada di bawah batas maksimal (<5%), sehingga indikator telah memenuhi target. Meskipun demikian, tetap diperlukan koordinasi antarunit untuk meminimalkan penundaan yang dapat memengaruhi pelayanan pasien.

7. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

Judul Indikator	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi					
	Jan-26	Feb-26	Mar-26	Apr-26	May-26	Jun-26
Pencapaian	100,0 %	100,0 %	100,0%	100,0 %	94,9%	81,3%
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%



Analisis:

Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi secara umum telah memenuhi target yang ditetapkan (>80%). Walaupun pada bulan Juni terjadi penurunan capaian, secara keseluruhan indikator masih sesuai standar sehingga perlu dipertahankan melalui koordinasi yang baik antar tim obstetri, anestesi, dan kamar operasi.

8. Kepatuhan Terhadap *Clinical Pathway* (Alur Klinis)

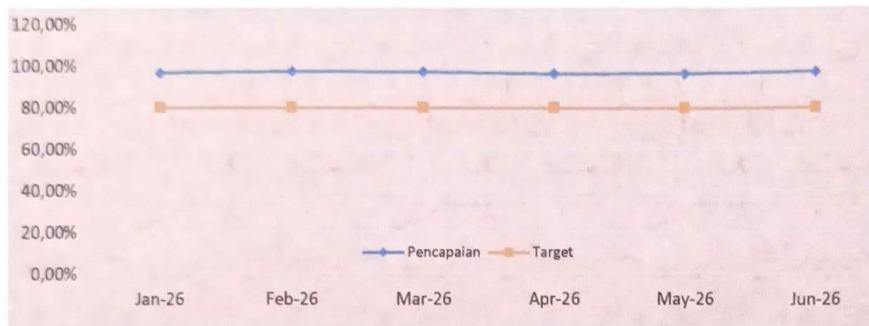
Judul Indikator	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>					
	Jan-26	Feb-26	Mar-26	Apr-26	May-26	Jun-26
Pencapaian	85,60%	82,00%	84,00%	81,87%	83,33%	82,96%
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%



Analisis: Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* selama Semester I Tahun 2026 telah berada di atas target. Hal ini menunjukkan tenaga profesional pemberi asuhan telah melaksanakan pelayanan sesuai alur klinis yang telah ditetapkan. Monitoring dan evaluasi tetap perlu dilakukan untuk menjaga konsistensi penerapan.

9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional					
	Jan-26	Feb-26	Mar-26	Apr-26	May-26	Jun-26
Pencapaian	96,75%	97,48%	97,31%	96,44%	96,51%	97,19%
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%



Analisis: Penggunaan Formularium Nasional menunjukkan capaian yang konsisten di atas target. Hal ini menggambarkan kepatuhan DPJP dalam meresepkan obat sesuai Formularium Nasional dan Formularium Rumah Sakit sehingga mendukung penggunaan obat yang rasional.

10. Waktu Tunggu Rawat Jalan

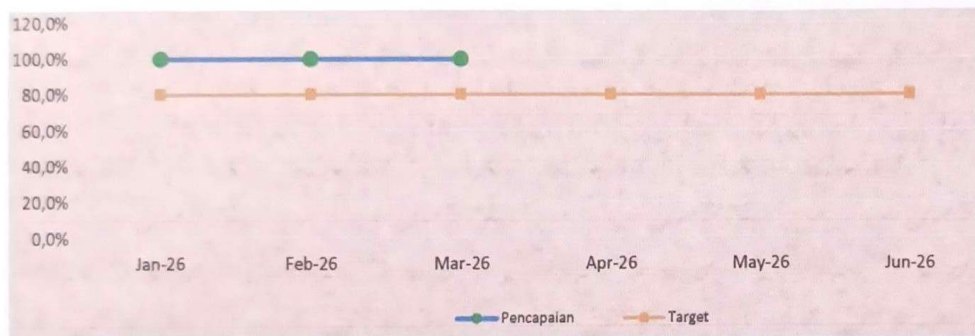
Judul Indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan					
	Jan-26	Feb-26	Mar-26	Apr-26	May-26	Jun-26
Pencapaian	59,30%	68,68%	62,70%	65,64%	60,79%	60,81%
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%



Analisis: Capaian waktu tunggu pelayanan rawat jalan masih berada di bawah target yang ditetapkan. Kondisi ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain keterbatasan SDM, tingginya jumlah kunjungan pasien, keterlambatan kedatangan dokter, serta proses pelayanan dan rekam medis yang belum optimal. Diperlukan upaya perbaikan melalui optimalisasi alur pelayanan, pengaturan jadwal praktik, dan peningkatan koordinasi antar unit.

11. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

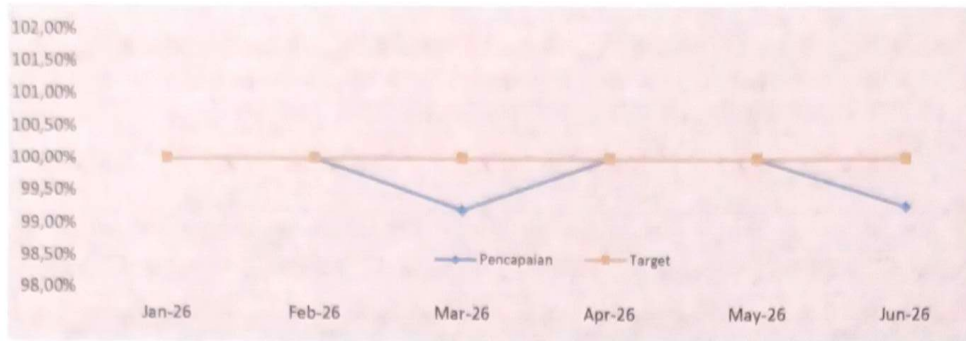
Judul Indikator	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain					
	Jan-26	Feb-26	Mar-26	Apr-26	May-26	Jun-26
Pencapaian	100,0%	100,0%	100,0%	0%	0%	0%
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%



Analisis: Kecepatan waktu tanggap komplain disesuaikan dengan grading dari komplainnya mulai dari 1x24 jam sampai dengan maksimal 7 hari penyelesaian, semua komplain sudah ditanggapi sesuai standar waktu yang sudah ditetapkan sesuai penggradingan.

12. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Judul Indikator	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh					
	Jan-26	Feb-26	Mar-26	Apr-26	May-26	Jun-26
Pencapaian	100%	100%	99,21%	100%	100%	100%
Target	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Analisis:

Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:

- Asesment awal risiko jatuh
- Assesment ulang risiko jatuh
- Intervensi pencegahan risiko jatuh

Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh selama Semester I Tahun 2026 menunjukkan hasil sangat baik dengan rata-rata 99,87%. Meskipun pada bulan Maret terjadi sedikit penurunan menjadi 99,21%, secara keseluruhan capaian tetap mendekati target 100%. Monitoring dan edukasi kepada petugas perlu terus dipertahankan agar kepatuhan mencapai target secara konsisten

13. Kepuasan Pasien

Judul Indikator	Kepuasan Pasien					
	Jan-26	Feb-26	Mar-26	Apr-26	May-26	Jun-26
Pencapaian	81,13%	81,13%	81,13%	81,13%	81,13%	83,27%
Target	76,61%	76,61%	76,61%	76,61%	76,61%	76,61%



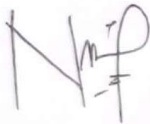
Analisis: Kepuasan pasien selama Semester I Tahun 2026 menunjukkan hasil baik dengan rata-rata 81,49%, berada di atas target 76,61%. Capaian relatif stabil pada Januari-Mei sebesar 81,13% dan meningkat pada Juni menjadi 83,27%. Kondisi ini menunjukkan mutu pelayanan telah memenuhi target dan perlu terus dipertahankan serta ditingkatkan melalui perbaikan pelayanan secara berkesinambungan.

Melalui pemantauan Indikator Nasional Mutu periode Semester 1 Tahun 2026 menunjukkan sebagian besar indikator telah mencapai standar yang ditetapkan.

Terhadap indikator yang belum memenuhi target, RSUD Tengku Rafi'an akan melaksanakan tindak lanjut dan pemantauan secara berkelanjutan sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Disusun oleh,

KOMITE PMKP



Bdn. Nopia Nur Afni, S.Tr, Keb
NIP. 199211202024212029

Mengetahui,

Plt. DIREKTUR UPTD RSUD TENGGU RAFI'AN



dr. Enny Hariyati
Pembina Tk.I (IV/b)
NIP. 197610252003122003