



**MAKALAH INOVASI PEGAWAI TELADAN
PERIODE JANUARI-JUNI
TAHUN 2026**

SIBAR SQUAD

(SIBAR *Safe and Quality Award*)

“Program Penghargaan untuk Unit Terbaik dalam Mewujudkan Budaya Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD SIDOARJO BARAT”

Oleh :

EVA FAHMADIYAH, S.T

NIPPPK 19511162025212005

PENATA LAYANAN OPERASIONAL

LEMBAR PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : EVA FAHMADIYAH, S.T

NIP/NIK : 199511162025212005

Jabatan : Penata Layanan Operasional

Unit Kerja : Perencanaan dan pelaporan

Menyatakan bahwa makalah ini merupakan karya saya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali yang ada dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila di kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam makalah ini atau klaim dari pihak lain maka saya siap menanggung segala risiko/sanksi yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sidoarjo, 5 Agustus 2026

Yang membuat pernyataan

(Eva Fahmadiyah, S.T)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas berkat rahmat dan karunia -Nya sehingga penyusun mampu menyelaesaikan Makalah Inovasi pegawai teladan periode Januari-Juni 2026 dengan judul inovasi “**SIBAR SQUAD (SIBAR Safe and Quality Award)**” dengan baik dan tepat waktu.

Peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien merupakan salah satu prioritas utama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan strategi yang tidak hanya berorientasi pada pemenuhan standar, tetapi juga mampu mendorong keterlibatan aktif seluruh unit kerja melalui budaya kompetisi yang sehat, kolaboratif, dan berkesinambungan.

SIBAR SQUAD (SIBAR Safe and Quality Award) hadir sebagai sebuah inovasi berupa program penghargaan bagi unit kerja yang menunjukkan kinerja terbaik dalam penerapan indikator mutu, keselamatan pasien, kepatuhan terhadap standar pelayanan, serta implementasi upaya perbaikan mutu secara berkelanjutan. Melalui program ini diharapkan tumbuh motivasi, rasa memiliki, dan semangat berprestasi di setiap unit kerja sehingga budaya mutu dan keselamatan pasien menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari aktivitas pelayanan sehari-hari.

Penulis menyadari dalam penyusunan Makalah ini masih jauh dari kata sempurna, maka kritik dan saran sangat penulis harapkan demi perbaikan kedepannya. Semoga makalah ini dapat memberikan manfaat dan menjadi inspirasi bagi upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keselamatan pasien serta kepuasan masyarakat. Semoga Makalah Inovasi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Sidoarjo, 5 Agustus 2026

EVA FAHMADIYAH, S.T

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan dan Manfaat	3
1.3 Ruang Lingkup	4
BAB II PROFIL KINERJA ORGANISASI	5
2.1 Visi, Misi, Motto, dan Nilai Dasar RSUD Sidoarjo Barat.....	5
2.2 Gambaran Umum RSUD Sidoarjo Barat.....	5
2.3 Gambaran Umum Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.....	6
2.4 Struktur Organisasi RSUD Sidoarjo Barat	7
2.5 Struktur Organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien	9
2.6 Fasilitas Pelayanan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien	9
BAB III ANALISIS DAN STRATEGI PENYELESAIAN MASALAH.....	11
3.1 Identifikasi Masalah	11
3.2 Terobosan/Inovasi.....	12
3.3 Sumber Daya	14
BAB IV PELAKSANAAN AKSI PERUBAHAN (INOVASI).....	16
4.1 Capaian dan Perbaikan Kinerja Organisasi	16
4.2 Monitoring dan Evaluasi Aksi Perubahan.....	16
4.3 Keberlanjutan Aksi Perubahan.....	17
BAB V PENUTUP.....	18
5.1 Kesimpulan	18
5.2 Rekomendasi	18
LAMPIRAN.....	20

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) merupakan salah satu pilar utama dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit yang bertujuan untuk menjamin pelayanan kesehatan yang aman, efektif, efisien, berpusat pada pasien, dan berkesinambungan. Dalam penyelenggaraannya, tata kelola mutu di RSUD Sidoarjo Barat dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan yang telah ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kebutuhan, ketersediaan sumber daya, dan beban kerja Rumah Sakit.

Komite Mutu bertugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan, monitoring dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, serta manajemen risiko di Rumah Sakit. Dalam pelaksanaan tugasnya, Komite memiliki fungsi antara lain penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit. Implementasi PMKP dilakukan melalui pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS), Indikator Mutu Prioritas Unit dan Insiden Keselamatan Pasien, hasil pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan. Pengukuran indikator tersebut tidak hanya menjadi tolok ukur pencapaian kinerja pelayanan, tetapi juga sebagai dasar dalam penyusunan program perbaikan mutu secara berkelanjutan (*Continuous Quality Improvement*).

Berdasarkan hasil Monitoring dan Evaluasi PMKP Triwulan II Tahun 2026 di RSUD Sidoarjo Barat, masih ditemukan beberapa indikator mutu yang belum mencapai target. Dari 13 Indikator Nasional Mutu (INM) yang diukur, terdapat **3** indikator (23,08%) yang belum mencapai target. Pada Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS), dari 11 indikator yang diukur terdapat 4 indikator (36,36%) yang belum mencapai target. Sementara itu, pada Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit), dari 15 indikator yang diukur masih terdapat 9 indikator (60%) yang belum memenuhi target yang telah ditetapkan. Data tersebut menunjukkan bahwa masih diperlukan upaya yang lebih sistematis untuk meningkatkan kinerja mutu di seluruh unit pelayanan.

Belum tercapainya target pada indikator-indikator tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain kepatuhan petugas terhadap standar operasional

prosedur (SOP) yang belum optimal, variasi dalam pelaksanaan proses pelayanan, kelengkapan dokumentasi yang masih belum konsisten, koordinasi antarunit yang perlu ditingkatkan, serta belum optimalnya pemanfaatan sumber daya yang tersedia. Selain itu, hasil monitoring juga menunjukkan bahwa proses analisis dan tindak lanjut terhadap capaian indikator belum dilaksanakan secara optimal oleh seluruh unit sehingga perbaikan yang dilakukan belum memberikan dampak yang signifikan terhadap peningkatan kinerja indikator.

Permasalahan lain yang menjadi perhatian adalah masih rendahnya pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) oleh unit kerja. Sebagian besar unit belum secara aktif dan rutin melaporkan insiden keselamatan pasien, baik *Kejadian Nyaris Cedera (KNC)*, *Kejadian Tidak Cedera (KTC)*, *Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)*, maupun *Kondisi Potensial Cedera (KPC)*. Kondisi ini menyebabkan data insiden yang dihimpun oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien belum menggambarkan kondisi yang sebenarnya, sehingga proses pembelajaran organisasi (*organizational learning*) dan penyusunan strategi pencegahan insiden belum dapat dilakukan secara optimal.

Berdasarkan berbagai permasalahan tersebut, diperlukan suatu strategi yang tidak hanya berfokus pada pengawasan dan evaluasi, tetapi juga mampu meningkatkan motivasi, partisipasi, dan keterlibatan aktif seluruh unit kerja dalam penerapan budaya mutu dan keselamatan pasien. Salah satu pendekatan yang mendorong perubahan perilaku organisasi adalah penerapan sistem *Recognition and Reward*, yaitu pemberian penghargaan kepada unit kerja yang menunjukkan kinerja terbaik sebagai bentuk apresiasi sekaligus motivasi untuk mempertahankan dan meningkatkan prestasi.

Sebagai implementasi strategi tersebut, dikembangkanlah sebuah inovasi yang berjudul SIBAR SQUAD (*SIBAR Safe and Quality Award*), yaitu program penghargaan bagi unit kerja terbaik dalam mewujudkan budaya mutu dan keselamatan pasien. Program ini tidak hanya memberikan apresiasi atas pencapaian indikator mutu, tetapi juga mendorong peningkatan kepatuhan terhadap pelaporan mutu, penguatan budaya keselamatan pasien, penerapan manajemen risiko, serta pengembangan storyboard. Inovasi ini diharapkan dapat memberikan dampak nyata terhadap peningkatan kualitas pelayanan, keselamatan pasien, dan kinerja organisasi secara menyeluruh di RSUD Sidoarjo Barat.

1.2 Tujuan dan Manfaat

Tujuan penyusunan makalah inovasi ini adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan motivasi dan partisipasi seluruh unit dalam implementasi Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP).
2. Meningkatkan ketercapaian Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS), dan Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit).
3. Meningkatkan ketepatan waktu dan kualitas pelaporan indikator mutu.
4. Mendorong penerapan budaya keselamatan pasien dan manajemen risiko secara konsisten.
5. Membangun budaya kompetisi yang sehat sebagai sarana pembelajaran dan peningkatan kinerja organisasi.

Adapun manfaat yang diharapkan dari penyusunan dan penerapan inovasi SIBAR SQUAD (*SIBAR Safe and Quality Award*) adalah sebagai berikut ;

1. Manfaat bagi Rumah Sakit
 - a. Meningkatkan capaian indikator mutu rumah sakit.
 - b. Meningkatkan kepatuhan terhadap pelaporan mutu secara tepat waktu.
 - c. Memperkuat implementasi budaya mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko.
 - d. Mendukung pemenuhan standar akreditasi rumah sakit.
 - e. Meningkatkan kualitas pelayanan serta kepuasan pasien.
2. Manfaat bagi Unit Kerja
 - a. Meningkatkan motivasi dan semangat dalam mencapai target indikator mutu.
 - b. Menumbuhkan budaya kerja yang kompetitif, kolaboratif, dan inovatif.
 - c. Menjadi media apresiasi atas kinerja unit.
 - d. Mendorong setiap unit melakukan evaluasi dan perbaikan secara berkelanjutan.
3. Manfaat bagi Pegawai
 - a. Meningkatkan kesadaran terhadap pentingnya mutu dan keselamatan pasien.
 - b. Menumbuhkan rasa memiliki terhadap pencapaian organisasi.
 - c. Memberikan pengakuan atas kontribusi dalam peningkatan mutu pelayanan.

4. Manfaat bagi Pasien

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diterima.
- b. Meningkatkan keselamatan pasien melalui penerapan standar pelayanan yang lebih baik.
- c. Meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan RSUD Sidoarjo Barat.

1.3 Ruang Lingkup

Ruang lingkup inovasi SIBAR SQUAD (*SIBAR Safe and Quality Award*) meliputi seluruh unit pelayanan, penunjang, dan administrasi di lingkungan RSUD Sidoarjo Barat yang terlibat dalam implementasi Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP).

Program ini mencakup proses perencanaan, sosialisasi program, pelaksanaan/pengumpulan data mutu, monitoring dan evaluasi, serta pemberian penghargaan kepada unit kerja terbaik. Periode penilaian dilakukan mulai bulan Juli hingga Desember 2026. Penilaian dilakukan terhadap empat kategori, yaitu Indikator Mutu Terbaik, Keselamatan Pasien Terbaik, Manajemen Risiko Terbaik, dan Storyboard Terbaik, dengan mempertimbangkan ketercapaian indikator, kepatuhan dan kelengkapan pelaporan mutu, implementasi budaya keselamatan pasien, pengelolaan risiko, serta keberlanjutan upaya perbaikan mutu.

BAB II

PROFIL KINERJA ORGANISASI

2.1 Visi, Misi, Motto, dan Nilai Dasar RSUD Sidoarjo Barat

2.1.1 Visi

“Menjadi Rumah Sakit Pilihan Masyarakat Yang Terakreditasi Dalam Pelayanan”

2.1.2 Misi

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan prima di wilayah Sidoarjo Barat.
- b. Menyelenggarakan pendidikan dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
- c. Menyelenggarakan kegiatan penelitian dan pengembangan dalam meningkatkan kualitas pelayanan.
- d. Membangun kemitraan dengan lintas sektor untuk memperluas jejaring pelayanan

2.1.3 Motto

“Kesehatan dan Kepuasan Anda Adalah Prioritas Kami”

2.1.4 Nilai Dasar

Nilai Dasar RSUD Sidoarjo Barat adalah “ BERAKHLAK ” :

- a. Berorientasi Pelayanan
- b. Akuntabel
- c. Kompeten
- d. Harmonis
- e. Loyal
- f. Adaptif
- g. Kolaboratif

2.2 Gambaran Umum RSUD Sidoarjo Barat

RSUD Sidoarjo Barat merupakan rumah sakit milik pemerintah dengan klasifikasi Tipe C Non Pendidikan dengan luas tanah 41.051 m² dan luas bangunan 19.219 m² yang berlokasi di Jalan Bibis Bunder Tambak Kemerakan, Kecamatan Krian, Kabupaten Sidoarjo. Proses pembangunan RSUD Sidoarjo Barat dimulai pada tahun 2021 dan diresmikan oleh Bupati Sidoarjo pada tanggal 7 Maret 2022. Pembangunan RSUD Sidoarjo Barat merupakan wujud

peningkatkan pelayanan dan pemerataan fasilitas serta sarana dan prasarana kesehatan yang bermutu, terjangkau serta memudahkan akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya di wilayah barat Kabupaten Sidoarjo dan sekitarnya.

Pada tanggal 31 Maret 2022 telah terbit Surat Izin Operasional RSUD Sidoarjo Barat dengan nomor : 440/01/RS/438.5.1.16/2022. Dengan berlakunya Surat Ijin Operasional, maka pelayanan kesehatan dibuka secara bertahap, dimulai dengan pelayanan rawat jalan pada 01 April 2022 bersamaan saat acara *Soft Launching*, pembukaan layanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) 24 jam pada tanggal 17 Mei 2022, serta dimulainya pelayanan rawat inap dan penunjang medis lainnya pada 13 Juni 2022. Sedangkan kegiatan *Grand Launching* RSUD Sidoarjo Barat dilaksanakan pada 24 Agustus 2022 menandakan beroperasinya rumah sakit secara penuh dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

RSUD Sidoarjo Barat terus melakukan pengembangan layanan kesehatan berkualitas mencakup layanan spesialis yang lengkap, layanan laboratorium, fasilitas radiologi, layanan kesehatan umum, layanan diagnostik dan darurat. Rumah sakit menghadirkan teknologi canggih dan modern, dokter-dokter ahli, tim perawat dan operator yang handal dengan dukungan manajemen yang professional.

2.3 Gambaran Umum Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan komite yang dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit sebagai unsur organisasi yang bertanggung jawab dalam mengoordinasikan penyelenggaraan program peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien secara terintegrasi, sistematis, dan berkesinambungan. Keberadaan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menjadi salah satu pilar penting dalam mewujudkan tata kelola rumah sakit yang baik (*good hospital governance*) dan tata kelola klinis (*good clinical governance*) melalui penerapan budaya mutu dan budaya keselamatan pasien di seluruh unit pelayanan maupun unit penunjang.

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mempunyai peran strategis dalam merencanakan, mengoordinasikan, memantau, mengevaluasi, dan melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Program tersebut meliputi pengelolaan indikator mutu rumah sakit, indikator mutu

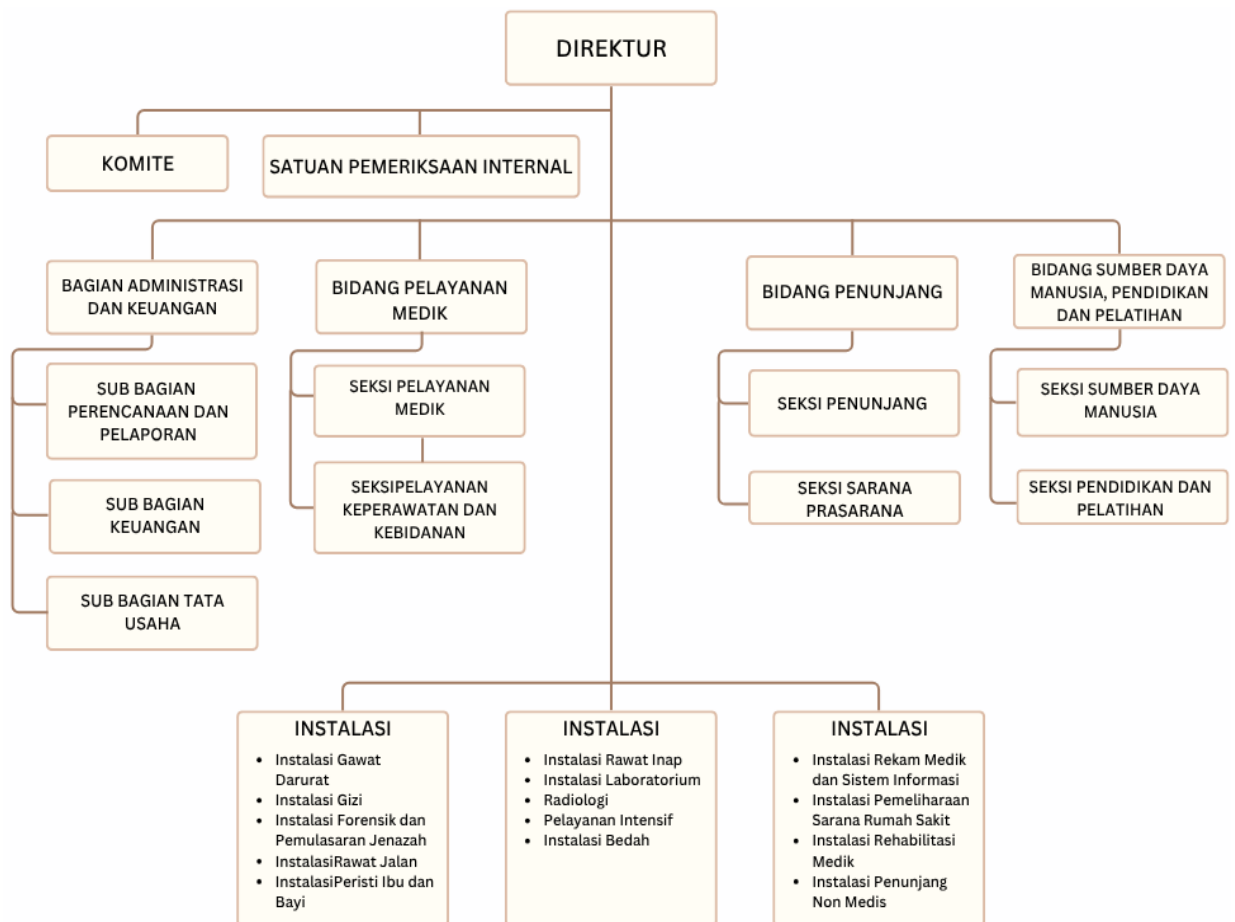
prioritas nasional, indikator mutu prioritas rumah sakit, indikator mutu unit, validasi data indikator, pelaksanaan audit mutu internal, monitoring implementasi Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), pelaporan dan pembelajaran insiden keselamatan pasien, analisis akar masalah (*Root Cause Analysis*), *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA), manajemen risiko, serta penyusunan rekomendasi perbaikan sebagai bagian dari siklus peningkatan mutu berkelanjutan (*Continuous Quality Improvement*).

Selain berfokus pada peningkatan mutu, juga berperan dalam membangun budaya keselamatan pasien melalui sosialisasi, edukasi, pendampingan, dan monitoring implementasi enam Sasaran Keselamatan Pasien di seluruh unit pelayanan. Komite mendorong terciptanya budaya pelaporan insiden yang bersifat tidak menyalahkan (*no blame culture*), sehingga setiap insiden keselamatan pasien dapat dijadikan sebagai pembelajaran untuk mencegah terulangnya kejadian serupa dan meningkatkan keamanan pelayanan.

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan tanggungjawab semua komponen di rumah sakit. Pelaksanaan tugas Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dilakukan secara kolaboratif dengan direksi, komite medis, komite keperawatan, komite tenaga kesehatan lainnya, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), seluruh instalasi, serta unit penunjang. Sinergi tersebut menjadi faktor penting dalam memastikan bahwa setiap proses pelayanan memenuhi standar mutu, peraturan perundang-undangan, serta ketentuan akreditasi rumah sakit.

2.4 Struktur Organisasi RSUD Sidoarjo Barat

Dalam rangka menjalankan tugas dan fungsi RSUD Sidoarjo Barat Kabupaten Sidoarjo maka disusun struktur organisasi. RSUD Sidoarjo Barat Kabupaten Sidoarjo dipimpin oleh Direktur yang dibantu oleh bagian, bidang teknis, komite dan instalasi lainnya. Adapun susunan organisasi RSUD Sidoarjo Barat Kabupaten Sidoarjo ialah sebagai berikut :



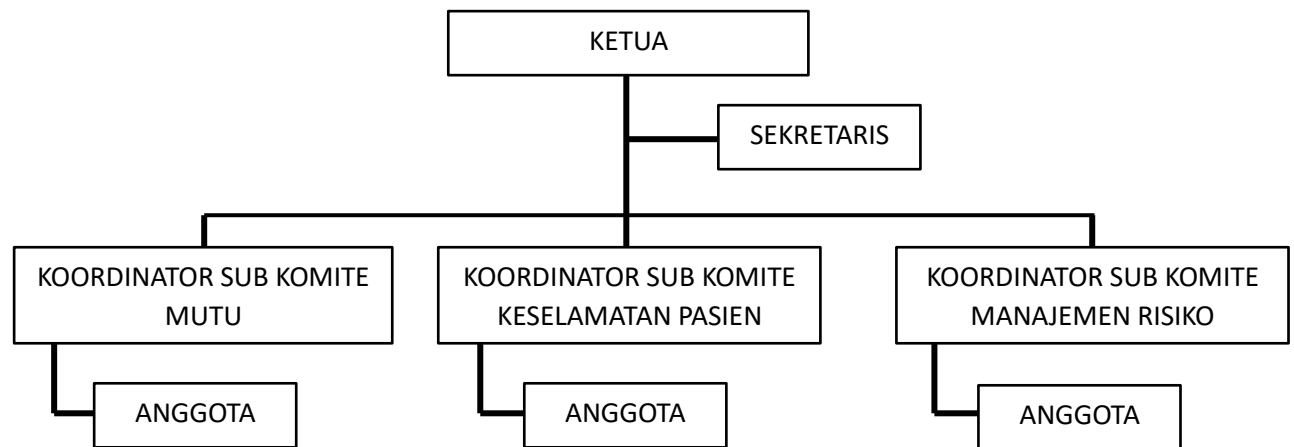
Gambar 2. 1 Struktur Organisasi RSUD Sidoarjo Barat

Susunan Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo Barat terdiri dari:

1. Unsur Pimpinan: Direktur;
2. Bagian Administrasi dan Keuangan, terdiri dari :
 - a. Sub Bagian Perencanaan dan Pelaporan;
 - b. Sub Bagian Keuangan;
 - c. Sub Bagian Tata Usaha;
3. Bidang Pelayanan Medik, terdiri dari:
 - a. Seksi pelayanan Medik;
 - b. Seksi Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan;
4. Bidang Penunjang, terdiri dari:
 - a. Seksi Penunjang;
 - b. Seksi Sarana Prasarana;
5. Bidang Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Pelatihan, terdiri dari:
 - a. Seksi Sumber Daya Manusia;
 - b. Seksi Pendidikan dan Pelatihan;

6. Satuan Pemeriksaan Internal;
7. Komite;
8. Instalasi.

2.5 Struktur Organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien



Gambar 2. 2 Struktur Organisasi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

2.6 Fasilitas Pelayanan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

Komite Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan unit yang bertanggung jawab dalam mengoordinasikan penyelenggaraan program peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Untuk mendukung pelaksanaan tugas dan fungsinya, didukung oleh berbagai fasilitas layanan yang menunjang proses perencanaan, pelaksanaan, monitoring, evaluasi, serta pelaporan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Fasilitas layanan yang disediakan meliputi ruang kerja yang digunakan sebagai pusat koordinasi penyelenggaraan program mutu dan keselamatan pasien, penyimpanan dokumen mutu, pelaksanaan rapat koordinasi, kegiatan validasi data indikator mutu, analisis capaian indikator, serta pembahasan hasil monitoring dan evaluasi. Ruang tersebut juga dimanfaatkan sebagai tempat konsultasi bagi unit pelayanan dalam penyusunan profil indikator, penyusunan rencana tindak lanjut, dan pendampingan implementasi program peningkatan mutu.

Dalam mendukung pengelolaan data mutu, komite memanfaatkan perangkat komputer, jaringan internet, serta aplikasi atau sistem informasi rumah sakit dengan sebutan SIM Mutu (Sistem Informasi Manajemen Mutu). Aplikasi tersebut digunakan untuk pengumpulan dan pelaporan data indikator mutu.

Pengelolaan dan rekapitulasi data dilakukan secara berkala untuk menghasilkan data yang akurat sebagai dasar penyusunan laporan monitoring dan evaluasi PMKP triwulanan.

Selain itu, komite menyediakan layanan pendampingan kepada setiap unit pelayanan dalam penyusunan indikator mutu unit, pelaksanaan validasi data menggunakan *Measurement Collection Accuracy* (MCA), analisis akar masalah (*Root Cause Analysis*), *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA), penyusunan rencana tindak lanjut, evaluasi efektivitas program perbaikan dan supervisi ke unit layanan. Pendampingan dilakukan secara berkesinambungan agar setiap unit mampu melaksanakan pengelolaan mutu sesuai standar yang berlaku.

BAB III

ANALISIS DAN STRATEGI PENYELESAIAN MASALAH

3.1 Identifikasi Masalah

Berdasarkan hasil Monitoring dan Evaluasi PMKP Triwulan II Tahun 2026 di RSUD Sidoarjo Barat menunjukkan bahwa implementasi budaya mutu dan keselamatan pasien masih menghadapi berbagai permasalahan yang memerlukan upaya perbaikan. Dari 13 Indikator Nasional Mutu (INM) yang diukur, sebanyak 3 indikator (23,08%) belum mencapai target. Pada Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS), terdapat 4 dari 11 indikator (36,36%) yang belum mencapai target, sedangkan pada Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit), sebanyak 9 dari 15 indikator (60%) belum memenuhi target. Tingginya jumlah indikator yang belum tercapai menunjukkan bahwa implementasi peningkatan mutu di beberapa unit masih belum optimal dan memerlukan penguatan melalui pendekatan yang lebih efektif.

Hasil monitoring juga menunjukkan bahwa ketepatan waktu penyampaian laporan mutu dari unit kerja belum berjalan secara konsisten. Keterlambatan penyampaian laporan berdampak pada proses validasi data, analisis capaian indikator, penyusunan rencana tindak lanjut, serta pengambilan keputusan oleh manajemen. Kondisi tersebut menyebabkan siklus perbaikan mutu (*Continuous Quality Improvement*) belum dapat berjalan secara optimal.

Permasalahan lainnya adalah belum optimalnya pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Sebagian unit kerja belum secara aktif dan rutin melaporkan kejadian maupun *near miss*. Padahal, pelaporan insiden merupakan salah satu komponen penting dalam membangun budaya keselamatan pasien karena menjadi dasar pembelajaran organisasi untuk mencegah kejadian serupa di masa mendatang. Hasil Survei Budaya Keselamatan Pasien juga menunjukkan bahwa persepsi sebagian petugas terhadap budaya keselamatan masih belum optimal. Sebagian petugas masih memiliki kekhawatiran bahwa pelaporan insiden akan berdampak pada penilaian individu, sehingga pelaporan belum dipandang sebagai sarana pembelajaran dan perbaikan sistem.

Selain faktor tersebut, hasil evaluasi juga menunjukkan bahwa motivasi dan keterlibatan unit kerja dalam pelaksanaan program PMKP belum merata. Sebagian unit telah menunjukkan kinerja yang baik, namun belum terdapat

mekanisme apresiasi yang terstruktur untuk memberikan pengakuan terhadap unit yang berhasil mencapai target maupun menghasilkan inovasi dalam peningkatan mutu. Akibatnya, semangat berkompetisi secara positif dan berbagi praktik baik (*best practice*) antarunit belum berkembang secara optimal.

Berdasarkan identifikasi permasalahan tersebut, dapat dirumuskan beberapa masalah utama yang menjadi dasar pengembangan inovasi SIBAR SQUAD (*SIBAR Safe and Quality Award*), yaitu:

1. Masih terdapat indikator mutu yang belum mencapai target.
2. Ketepatan waktu pelaporan indikator mutu oleh unit kerja belum optimal.
3. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien masih rendah sehingga proses pembelajaran dari insiden belum berjalan maksimal.
4. Belum terdapat sistem penghargaan (*recognition and reward*) yang terstruktur sebagai bentuk apresiasi dan motivasi bagi unit kerja yang berhasil menerapkan budaya mutu dan keselamatan pasien.

Dengan demikian, berdasarkan rumusan masalah tersebut inovasi SIBAR SQUAD (*SIBAR Safe and Quality Award*) dikembangkan sebagai strategi untuk mendorong motivasi, partisipasi, dan komitmen seluruh unit kerja melalui pendekatan yang bersifat apresiatif, kompetitif, dan berkelanjutan dalam membangun budaya mutu dan keselamatan pasien yang berkelanjutan di RSUD Sidoarjo Barat.

3.2 Terobosan/Inovasi

SIBAR SQUAD (*SIBAR Safe and Quality Award*) merupakan inovasi berupa program penghargaan (*awarding*) yang diselenggarakan oleh RSUD Sidoarjo Barat sebagai bentuk apresiasi terhadap unit kerja yang menunjukkan komitmen, inovasi, dan kinerja terbaik dalam penerapan budaya mutu dan keselamatan pasien. Program ini dilaksanakan dengan pendekatan yang lebih apresiatif melalui kompetisi yang sehat antarunit kerja. Dengan adanya penghargaan, setiap unit didorong untuk tidak hanya memenuhi target, tetapi juga melakukan perbaikan secara berkelanjutan (*Continuous Quality Improvement*), berbagi praktik baik (*best practice*), dan membangun budaya keselamatan pasien sebagai bagian dari budaya organisasi.

A. Mekanisme Penilaian

Program SIBAR SQUAD dilaksanakan selama 6 (enam) bulan, yaitu mulai Juli sampai dengan Desember 2026. Selama periode tersebut, seluruh unit pelayanan, penunjang, dan administrasi menjadi peserta penilaian. Penilaian dilakukan secara berkelanjutan berdasarkan hasil monitoring rutin oleh Tim PMKP dengan menggunakan data objektif yang berasal dari laporan indikator mutu, pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, dokumen manajemen risiko, hasil supervisi, serta observasi lapangan.

Seluruh hasil penilaian direkap setiap bulan dan diakumulasi sebagai nilai akhir pada akhir periode penilaian. Unit dengan nilai tertinggi pada masing-masing kategori akan ditetapkan sebagai pemenang SIBAR SQUAD (*SIBAR Safe and Quality Award*). Pengumuman pemenang dan pemberian penghargaan dilaksanakan pada bulan Februari-Maret 2027 sebagai bentuk apresiasi terhadap unit kerja yang telah menunjukkan komitmen terbaik dalam penerapan budaya mutu dan keselamatan pasien.

B. Kategori Penilaian

Penilaian SIBAR SQUAD dibagi menjadi 4 (empat) kategori, yaitu :

1. Kategori Indikator Mutu Terbaik, komponen penilaian meliputi :
 - Ketepatan waktu pengumpulan data indikator mutu.
 - Kesesuaian metode pengumpulan data dengan profil indikator.
 - Kelengkapan dokumen pendukung indikator mutu.
 - Ketepatan analisis terhadap capaian indikator.
 - Pelaksanaan tindak lanjut perbaikan atas indikator yang belum mencapai target.
 - Adanya progres atau peningkatan capaian indikator selama periode penilaian.
2. Kategori Keselamatan Pasien Terbaik, komponen penilaian meliputi :
 - Kepatuhan dalam pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP).
 - Ketepatan waktu pelaporan insiden.
 - Kelengkapan investigasi dan analisis insiden sesuai ketentuan.
 - Pelaksanaan tindak lanjut dan pembelajaran dari insiden yang terjadi.
 - Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) di unit kerja.

3. Kategori Manajemen Risiko Terbaik, komponen penilaian meliputi :
 - Kelengkapan identifikasi risiko unit.
 - Kesesuaian analisis tingkat risiko.
 - Penyusunan dan implementasi Rencana Tindak Pengendalian (RTP).
 - Monitoring dan evaluasi efektivitas pengendalian risiko.
 - Pembaruan (*updating*) dokumen manajemen risiko secara berkala.
4. Kategori Storyboard Terbaik, komponen penilaian meliputi :
 - Kelengkapan dan kesesuaian isi storyboard dengan kegiatan peningkatan mutu yang dilaksanakan.
 - Pembaruan (*updating*) informasi storyboard secara berkala.
 - Kreativitas penyajian serta kemudahan dipahami oleh pembaca.

C. Tahapan Pelaksanaan Program

Pelaksanaan SIBAR SQUAD dilakukan melalui tahapan berikut :

1. Persiapan
2. Sosialisasi
3. Pelaksanaan Penilaian
4. Evaluasi dan Rekapitulasi Penilaian
5. Pengumuman Pemenang/*Awarding*

3.3 Sumber Daya

Keberhasilan pelaksanaan inovasi SIBAR SQUAD (SIBAR *Safe and Quality Award*) sangat bergantung pada kolaborasi dan komitmen seluruh unsur organisasi di RSUD Sidoarjo Barat. Program ini tidak hanya menjadi tanggung jawab Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, tetapi melibatkan pimpinan rumah sakit, seluruh unit kerja, serta tim pendukung lainnya dalam satu sistem yang terintegrasi. Keterlibatan lintas profesi tersebut diharapkan mampu membangun budaya mutu dan keselamatan pasien secara menyeluruh di lingkungan rumah sakit. Adapun sumber daya manusia yang terlibat dalam pelaksanaan inovasi ini meliputi :

No.	SDM yang Terlibat	Peran dan Tanggung Jawab
1	Direktur	Sebagai penanggung jawab program, menetapkan kebijakan, memberikan arahan strategis, serta menyerahkan penghargaan kepada unit kerja terbaik
2	Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)	Sebagai koordinator program, menyusun pedoman, instrumen penilaian, melakukan sosialisasi, monitoring, evaluasi, verifikasi data, rekapitulasi nilai, serta menyusun laporan hasil pelaksanaan SIBAR SQUAD.
3	Tim Penilai (Juri)	Melakukan penilaian secara objektif berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan pada masing-masing kategori, melakukan verifikasi lapangan apabila diperlukan, serta memberikan rekomendasi penetapan pemenang.
4	Kepala Bidang/Kepala Bagian	Melakukan pembinaan kepada unit kerja di bawah koordinasinya, memantau pelaksanaan program, serta memastikan tindak lanjut hasil evaluasi.
5	Kepala Instalasi/Kepala Ruangan/Koordinator Unit	Mengoordinasikan pelaksanaan program di unit masing-masing, memastikan pemenuhan kriteria penilaian, memonitor pencapaian indikator mutu, serta mendorong pelaksanaan perbaikan berkelanjutan.
6	Penanggung Jawab Indikator Mutu Unit	Mengumpulkan data indikator mutu, melakukan analisis capaian, menyusun tindak lanjut perbaikan, dan menyampaikan laporan secara tepat waktu.
7	Penanggung Jawab Keselamatan Pasien Unit	Mengoordinasikan pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien, mendorong pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, serta melakukan pembelajaran terhadap insiden yang terjadi.
8	Penanggung Jawab Manajemen Risiko Unit	Melaksanakan identifikasi, analisis, pengendalian, monitoring, dan evaluasi risiko di unit kerja sesuai dengan kebijakan rumah sakit.
9	Seluruh Pegawai RSUD Sidoarjo Barat	Berpartisipasi aktif dalam penerapan budaya mutu dan keselamatan pasien, melaksanakan standar pelayanan sesuai prosedur, serta mendukung keberhasilan inovasi melalui keterlibatan dalam setiap kegiatan peningkatan mutu.

BAB IV

PELAKSANAAN AKSI PERUBAHAN (INOVASI)

4.1 Capaian dan Perbaikan Kinerja Organisasi

Melalui inovasi SIBAR SQUAD diharapkan mampu meningkatkan motivasi dan keterlibatan seluruh unit dalam pelaksanaan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP). Penilaian yang dilakukan secara berkelanjutan selama enam bulan menjadi sarana evaluasi sekaligus pemacu bagi setiap unit untuk melakukan perbaikan secara konsisten.

Adapun perbaikan kinerja organisasi yang diharapkan melalui implementasi SIBAR SQUAD meliputi :

- Meningkatnya ketercapaian Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS), dan Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit).
- Meningkatnya ketepatan waktu, kelengkapan, dan kualitas pelaporan indikator mutu,
- Meningkatnya pelaporan dan pembelajaran Insiden Keselamatan Pasien sebagai bagian dari penguatan budaya keselamatan pasien.
- Terbentuknya budaya kompetisi yang sehat, kolaboratif, dan berorientasi pada perbaikan berkelanjutan.

4.2 Monitoring dan Evaluasi Aksi Perubahan

Monitoring dilakukan setiap bulan melalui penelaahan laporan indikator mutu, pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), dokumen manajemen risiko, serta verifikasi storyboard masing-masing unit. Selain itu, Tim Penilai juga melakukan observasi dan klarifikasi apabila ditemukan ketidaksesuaian antara dokumen yang dilaporkan dengan implementasi di lapangan.

Evaluasi dilakukan pada akhir periode penilaian dengan mengakumulasi seluruh hasil monitoring berdasarkan kriteria pada empat kategori penilaian, yaitu Indikator Mutu Terbaik, Keselamatan Pasien Terbaik, Manajemen Risiko Terbaik, dan Storyboard Terbaik. Hasil evaluasi digunakan untuk menentukan unit kerja terbaik sekaligus mengidentifikasi area yang masih memerlukan perbaikan.

Pelaksanaan monitoring dan evaluasi difokuskan pada beberapa indikator keberhasilan, yaitu:

- Ketercapaian target Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS), dan Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit).
- Ketepatan waktu, kelengkapan, dan kualitas pelaporan indikator mutu.
- Peningkatan pelaporan dan tindak lanjut Insiden Keselamatan Pasien.
- Konsistensi penerapan manajemen risiko di unit kerja.
- Kelengkapan, kesesuaian, dan pembaruan (*updating*) storyboard peningkatan mutu.

4.3 Keberlanjutan Aksi Perubahan

Agar inovasi SIBAR SQUAD dapat berjalan secara berkelanjutan dan memberikan dampak jangka panjang bagi organisasi, maka diperlukan upaya-upaya sebagai berikut :

1. Menetapkan SIBAR SQUAD sebagai agenda tahunan dalam program kerja Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP).
2. Menyusun dan menetapkan pedoman serta instrumen penilaian sebagai standar pelaksanaan program agar proses penilaian berjalan objektif, transparan, dan konsisten.
3. Mengintegrasikan hasil penilaian SIBAR SQUAD ke dalam kegiatan monitoring dan evaluasi mutu serta sebagai bahan evaluasi kinerja unit kerja.
4. Melaksanakan monitoring dan pembinaan secara berkala kepada seluruh unit untuk memastikan tindak lanjut terhadap hasil evaluasi dan rekomendasi perbaikan.
5. Melakukan evaluasi dan penyempurnaan program setiap tahun.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil identifikasi permasalahan, masih terdapat ketidaktercapaian beberapa Indikator Nasional Mutu (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS), dan Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit), serta belum optimalnya pelaporan indikator mutu, pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, dan implementasi manajemen risiko di RSUD Sidoarjo Barat. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa penguatan budaya mutu dan keselamatan pasien masih perlu terus ditingkatkan.

Sebagai upaya menjawab permasalahan tersebut, dikembangkan inovasi SIBAR SQUAD (*SIBAR Safe and Quality Award*), yaitu program penghargaan bagi unit kerja terbaik yang menerapkan budaya mutu dan keselamatan pasien melalui empat kategori penilaian, yaitu Indikator Mutu Terbaik, Keselamatan Pasien Terbaik, Manajemen Risiko Terbaik, dan Storyboard Terbaik. Program ini mengadopsi pendekatan Recognition and Reward untuk meningkatkan motivasi, partisipasi, dan komitmen seluruh unit kerja dalam melaksanakan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP).

Melalui pelaksanaan SIBAR SQUAD secara berkelanjutan, diharapkan tercipta budaya kompetisi yang sehat, meningkatnya capaian indikator mutu, meningkatnya kepatuhan pelaporan mutu dan Insiden Keselamatan Pasien, optimalnya implementasi manajemen risiko, serta berkembangnya inovasi di setiap unit kerja. Pada akhirnya, inovasi ini diharapkan dapat mendukung terwujudnya pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan berorientasi pada keselamatan pasien di RSUD Sidoarjo Barat.

5.2 Rekomendasi

Berdasarkan hasil implementasi inovasi SIBAR SQUAD, terdapat beberapa rekomendasi strategis untuk memastikan efektivitas, pengembangan, dan keberlanjutan aksi perubahan ke depan, yaitu sebagai berikut :

1. Menetapkan SIBAR SQUAD sebagai program tahunan RSUD Sidoarjo Barat melalui Surat Keputusan Direktur.

2. Menyusun pedoman dan instrumen penilaian yang baku, objektif, transparan, dan terukur untuk seluruh kategori penilaian, sehingga proses penilaian dapat dipertanggungjawabkan.
3. Mengintegrasikan hasil penilaian SIBAR SQUAD ke dalam kegiatan monitoring dan evaluasi Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sebagai salah satu bahan evaluasi kinerja unit kerja.
4. Melibatkan pimpinan rumah sakit secara aktif dalam pelaksanaan program, mulai dari sosialisasi, monitoring, hingga pemberian penghargaan, sehingga dapat meningkatkan komitmen seluruh unit kerja.
5. Memberikan penghargaan yang bernilai apresiasi, seperti trofi bergilir, piagam penghargaan, publikasi pada media internal rumah sakit, serta bentuk penghargaan lain sesuai kebijakan rumah sakit untuk meningkatkan motivasi unit kerja.
6. Melakukan evaluasi program setiap akhir periode pelaksanaan untuk menilai efektivitas SIBAR SQUAD, menyempurnakan kriteria penilaian, dan menyesuaikan program dengan kebutuhan organisasi serta perkembangan standar mutu rumah sakit.

LAMPIRAN

A. Rekapitulasi Hasil Capaian Indikator Mutu Triwulan II Berdasarkan Laporan Monitoring dan Evaluasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

1. Capaian Indikator Nasional Mutu

No	Indikator	Target	Pencapaian			Rata Rata	Ket
			Apr	Mei	Jun		
1	Kepatuhan Kebersihan Tangan	85%	87.50%	87.50%	86.50%	87.17%	Tercapai
2	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	99.17%	99.17%	98.33%	98,89%	Tidak Tercapai
3	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
4	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	80%	100%	100%	0%	100%	Tercapai
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan	80%	75.78%	80.47%	82.03%	79,43%	Tidak Tercapai
6	Penundaan Operasi Elektif	< 5%	0%	0%	0%	0%	Tercapai
7	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	80%	98.13%	98.17%	98.18%	98,16%	Tercapai
8	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	89.71%	94.74%	93.94%	92,86%	Tidak Tercapai
9	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	80%	96.67%	95.81%	96.08%	96,19%	Tercapai
10	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	80%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
12	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	80%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
13	Kepuasan Pasien	76.61	285				98,87%

2. Capaian Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit

No	Indikator	Target	Pencapaian			Rata Rata	Ket
			Apr	Mei	Jun		
A. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien							
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
2	Kepatuhan Pelaksanaan Komunikasi saat Serah Terima Antar Unit Perawatan	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
3	Kepatuhan Pelaksanaan Pelabelan obat High Alert	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
4	Kepatuhan Pelaksanaan Penandaan Lokasi Operasi	100%	82,86%	84,3%	85,06%	84,22%	Tidak Tercapai
5	Kepatuhan Kebersihan Tangan	85%	87.50%	87.50%	86.50%	87.17%	Tercapai
6	Kepatuhan Skrining Pasien Risiko Jatuh di Rawat Jalan	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
B. Indikator Pelayanan Klinis Prioritas							
1	Ketepatan Pemberian Trombolitik pada Pasien STEMI	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
C. Indikator Tujuan Strategis Rumah Sakit							
1	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	80%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
D. Indikator terkait Perbaikan Sistem							
1	Waktu Tunggu Rawat Jalan	80%	75,78%	80,47%	82,03%	79,43%	Tidak Tercapai
E. Indikator terkait Manajemen Risiko							
1	Angka kejadian <i>Needle Stick Injury</i>	0	0	1	1	2	Tidak Tercapai
F. Indikator Penelitian Klinis dan Program Pendidikan Kesehatan							
1	Ketepatan Waktu Pengumpulan Nilai oleh Pembimbing Klinik / CI	100%	66,67%	100%	100%	90,48%	Tidak Tercapai

3. Capaian Indikator Mutu Prioritas Unit

No	Instalasi	Indikator	Target	Pencapaian			Rata Rata	Ket
				Apr	Mei	Jun		
1	IGD	Kepatuhan Pelaksanaan Komunikasi Saat Serah Terima Pasien antar Dokter	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
2	Rawat Jalan	Kelengkapan Pengisian Lembar Edukasi Pasien Terintegrasi di Instalasi Rawat Jalan	100%	75.78%	78.1%	79.69%	77,86%	Tidak Tercapai
3	Rawat Inap	Kelengkapan dan ketepatan pengisian asesmen awal keperawatan di instalasi rawat inap	100%	98.44%	100.0%	94.53%	97,53%	Tidak Tercapai
4	Bedah	Kelengkapan Pengisian Asesmen Keperawatan Pra-Operasi	100%	94%	94.96%	95.20%	94,69%	Tidak Tercapai
5	Peristri Ibu dan Bayi	Kepatuhan Petugas melakukan skrining Bayi Asfiksia menggunakan lembar pengenalan faktor resiko saat pra persalinan	80%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
6	Intensif	Kepatuhan Pengisian Kreteria Masuk Keluar IPI (Instalasi Pelayanan Intensif)	100%	96%	100%	100%	99,09%	Tidak Tercapai
7	Farmasi	Waktu Tunggu Obat Non Racikan	80%	45.05%	55.1%	44.50%	47,56%	Tidak Tercapai
8	Gizi	Ketepatan Pemberian Diet kepada Pasien Rawat Inap	95%	92.80%	97.60%	95.20%	95,20%	Tercapai
9	Laboratorium	Ketepatan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	99.86%	100%	100%	99,96%	Tidak Tercapai
10	Radiologi	Waktu tunggu hasil foto thorax	100%	79.88%	71.3%	77.38%	76,19%	Tidak Tercapai
11	Forensik dan Pemulasaran Jenazah	Kepatuhan Pelaksanaan edukasi kepada wali jenazah pasien menular	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
12	Rekam Medis dan SI	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah pelayanan	100%	68.92%	67.07%	65.34%	67,40%	Tidak Tercapai
13	IPSRS	Ketepatan Waktu Pemeliharaan AC	100%	74.55%	74.55%	74.55%	74.55%	Tidak Tercapai

No	Instalasi	Indikator	Target	Pencapaian			Rata Rata	Ket
				Apr	Mei	Jun		
14	Penunjang Non Medis	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai
15	Instalasi Rehabilitasi Medik	Respond Time Konsultasi Pasien Dokter Spesialis di Rawat Inap dalam Waktu ≤ 24 jam	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai

B. Kegiatan Sosialisasi SIBAR SQUAD

Sosialisasi inovasi SIBAR SQUAD telah dilaksanakan bersamaan dengan kegiatan Monitoring dan Evaluasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Triwulan II Tahun 2026 pada tanggal 30 Juli 2026.



