

LAPORAN
PROGRAM KOMITE MUTU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA TANGERANG
PERIODE JANUARI - DESEMBER 2023



KOMITE MUTU
RSUD KOTA TANGERANG

Jl. Pulau Putri Raya Perumahan Modernland
Kelurahan Kelapa Indah Kecamatan Tangerang
Telp 021 29720201

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....2

I. PENDAHULUAN.....3

 A. Latar Belakang3

 B. Maksud dan Tujuan4

 C. Ruang Lingkup5

II. KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN5

 A. Pengukuran Indikator Nasional Mutu5

 B. Pengukuran Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit6

 C. Pengukuran Indikator Mutu Prioritas Instalasi/Bagian7

III. HASIL YANG DICAPAI9

 A. Pengukuran Indikator Nasional Mutu9

 B. Pengukuran Indikator Mutu Prioritas RS22

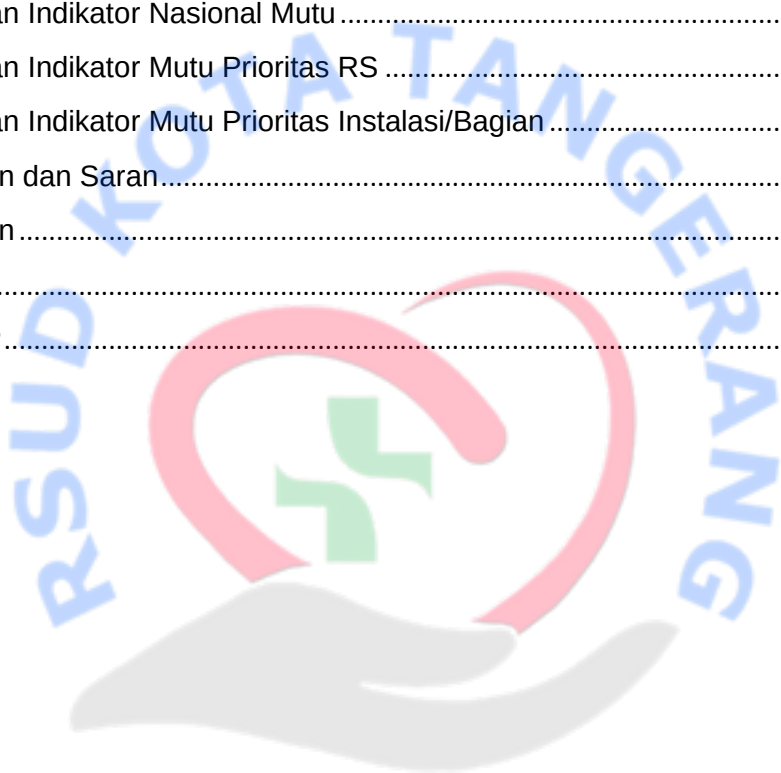
 C. Pengukuran Indikator Mutu Prioritas Instalasi/Bagian32

IV. Kesimpulan dan Saran.....85

 A. Kesimpulan85

 B. Saran88

V. PENUTUP.....89





PEMERINTAH KOTA TANGERANG
DINAS KESEHATAN
**UPT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KOTA TANGERANG**

Jl. Pulau Putri Raya Perumahan Modernland, Kelurahan Kelapa Indah
Kecamatan Tangerang Telp: 021 2972 0201, 021 2972 0202



LAPORAN INDIKATOR MUTU

RSUD KOTA TANGERANG

PERIODE JANUARI – DESEMBER 2023

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sebenarnya bukanlah hal yang baru. Pada tahun (1820 –1910) Florence Nightingale seorang perawat menekankan pada aspek-aspek keperawatan pada peningkatan mutu pelayanan. Salah satunya ajarannya yang terkenal sampai sekarang adalah “*do not harm to the patient*”, Rumah Sakit jangan sampai merugikan atau mencelakakan pasien.

Rumah sakit sebagai insitusi pelayanan kesehatan dimana pasien dan keluarganya menerima pelayanan dari berbagai profesi setiap hari. Mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko berakar pada pekerjaan sehari-hari setiap profesional, baik dokter, perawat, staf kesehatan dan staf lainnya. Dalam perencanaan dan pendekatan menyeluruh terhadap peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko Rumah Sakit Umum Daerah Kota Tangerang mengupayakan secara terus-menerus mengurangi risiko terhadap pasien dan staf. Risiko semacam itu dapat muncul dalam proses klinis maupun lingkungan fisik rumah sakit.

Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Rumah Sakit ikut bertanggung jawab dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat dengan meningkatkan mutu pelayanan yang menjadi prioritas utama di pelayanan Rumah Sakit.

RSUD Kota Tangerang berkomitmen menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi yang berorientasi keselamatan pasien dan salah satunya caranya melalui implementasi standar akreditasi nasional. Dalam Standar Akreditasi Nasional Kemenkes (STARKES) dipersyaratkan agar rumah sakit melakukan pengukuran, monitoring, dan evaluasi indikator mutu prioritas RS (IMP RS), indikator mutu prioritas unit (IMP Unit), dan indikator mutu nasional (INM). Selanjutnya, melakukan penyusunan *clinical practice guideline* (PPK) dan *clinical pathway* (CP). RSUD Kota Tangerang juga melakukan penerapan sasaran keselamatan pasien, monitoring pelaporan insiden dan melakukan pengkajian proaktif meningkatkan keselamatan pasien, oleh karena itu dalam program komite mutu RSUD Kota Tangerang difokuskan pada area-area tersebut.

Sesuai dengan misi RSUD Kota Tangerang untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau, dan terpercaya maka RSUD Kota Tangerang melakukan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Direktur RSUD Kota Tangerang bersama Komite Mutu melakukan pengukuran target capaian indikator mutu melalui staf pengumpul data, melakukan validasi data melalui validator, dan melakukan analisis data melalui penanggungjawab mutu instalasi.

Dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien maka RSUD Kota Tangerang mengikuti program Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yaitu menerapkan Pedoman Sasaran Keselamatan Pasien sebagai ukuran kinerja pelayanan RSUD Kota Tangerang. Sub Komite Keselamatan Pasien Menyusun laporan terintegrasi bersama Sub Komite Mutu dan Sub Komite Manajemen Risiko dalam pengukuran target capaian indikator mutu melalui staf pengumpul data, melakukan validasi data melalui validator, dan melakukan analisis data melalui penanggungjawab mutu instalasi serta melakukan analisa terhadap insiden yang telah dilaporkan oleh instalasi/bagian terkait keselamatan pasien yang ada di RSUD Kota Tangerang.

Sistem pelaporan insiden merupakan kewajiban yang harus dilakukan di setiap rumah sakit, hal ini sesuai dengan kebijakan yang dikeluarkan dalam bentuk Permenkes nomor 1691 tahun 2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit, insiden yang terjadi selain dilaporkan oleh setiap pegawai yang menjumpai atau melihat suatu kejadian, juga biasa dilakukan oleh satuan kerja terkait. Melalui insiden yang dilaporkan maka dilakukan tindak lanjut untuk mencari solusi agar di kemudian hari dapat mencegah cedera atau meminimalkan timbulnya risiko yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan di RSUD Kota Tangerang sudah dilakukan namun dalam pelaksanaannya masih ditemukan kendala, sehingga dibutuhkan evaluasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkelanjutan. Evaluasi program dilakukan agar dapat diketahui adanya kendala dalam pelaksanaannya sehingga dapat diambil langkah tindak lanjut dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan.

B. Maksud dan Tujuan

- A. Tergambarnya peningkatan mutu pelayanan dan penerapan keselamatan pasien berdasarkan Indikator Nasional Mutu RS, Indikator Mutu Prioritas RS, Indikator Mutu Prioritas Unit RSUD Kota Tangerang.
- B. Sebagai upaya untuk meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan.
- C. Mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK/Algoritme/Protokol melalui penerapan *Clinical Pathway* (CP).
- D. Tergambarnya dampak perbaikan primer dan sekunder dari penerapan CP Prioritas RS.
- E. Tergambarnya tren laporan indikator mutu terkait keselamatan pasien yang diintegrasikan dengan kejadian insiden terkait penerapan keselamatan pasien di RSUD Kota Tangerang.

- F. Tersedianya data dan informasi, serta analisis insiden untuk kepentingan upaya perbaikan
- G. Teridentifikasinya jenis insiden yang sering terjadi
- H. Tersedianya daftar risiko prioritas RS dan pemantauannya
- I. Terlaksananya upaya perbaikan mutu layanan yang berfokus pada keselamatan pasien.
- J. Tersedianya evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen
- K. Tergambarnya budaya keselamatan pasien di RSUD Kota Tangerang melalui survey kepada pegawai RSUD Kota Tangerang
- L. Terlaksananya pelatihan untuk semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- M. Sebagai media untuk mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup dan objek dalam Laporan Program Komite Mutu ini fokus pada sasaran program Komite Mutu yaitu petugas medis, petugas non medis serta seluruh lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Tangerang.

Pengukuran Indikator Mutu Nasional dilakukan oleh Komite PPI, Rawat Inap, Maternal neonatal, Rawat Jalan, Bedah, Rawat Inap, Laboratorium, Farmasi, Sub Komite Mutu Komite Medis, Humas, dan Bidang PRC Litbang.

Pengukuran Indikator Mutu Prioritas RS dilakukan oleh Maternal Neonatal, Rawat Inap, Intensif, Bedah, Komite PPI, dan Sub Komite Manajemen Risiko

Pengukuran Indikator Mutu Prioritas Instalasi dilakukan oleh Radiologi, Gawat Darurat, Rawat Inap, Intensif, Rawat Jalan, Sanitasi, Farmasi, Laboratorium, Rekam Medis, Pemulasaran Jenazah, Gizi, Bedah, Maternal Neonatal, Pemeliharaan Prasarana dan Sarana, Rehabilitasi Medis, dan Hemodialisis.

Clinical pathway prioritas Rumah Sakit yang dilakukan pengukuran sebagai evaluasi untuk dampak primer dan sekunder adalah Ketuban Pecah Dini, Perdarahan Post Partum, Abortus, Ikterus Neonatus, dan Hipoglikemia.

Sasaran Keselamatan Pasien yang dipantau sebagai laporan audit internal penerapan sasaran keselamatan pasien.

II. KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN

A. Pengukuran Indikator Nasional Mutu

Kegiatan pemantauan Indikator Mutu Nasional Rumah Sakit di RSUD Kota Tangerang dimulai bulan Januari 2023 hingga Desember 2023. Adapun indikator yang dipantau adalah sebagai berikut :

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan
2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri
3. Kepatuhan Identifikasi Pasien
4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

5. Waktu Tunggu Rawat Jalan
6. Penundaan Operasi Elektif
7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter
8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
10. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)
11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
13. Kepuasan Pasien

B. Pengukuran Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit

Kegiatan pemantauan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit di RSUD Kota Tangerang dimulai bulan Januari 2023 – Desember 2023. Adapun Indikator yang dipantau adalah sebagai berikut :

1. Ketepatan Gelang Identitas
2. Kepatuhan Petugas Melakukan Konfirmasi Ulang Saat Pelaporan Lisan/Telepon (SBAR/TBAK)
3. Kepatuhan Petugas Melakukan Double Check Saat Pemberian Obat High Alert
4. Kepatuhan Dokter Operator Dalam Melakukan Site Marking Sebelum Operasi
5. Kepatuhan Petugas Melakukan Cuci Tangan Sesuai Prosedur 6 Langkah Dan 5 Momen
6. Kepatuhan Petugas Melakukan Pengkajian Ulang Risiko Jatuh Post Operasi/Perubahan Kondisi
7. Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Inisiasi Menyusu Dini pada Bayi
8. Waktu Tanggap Respon Rujukan Ponek
9. Kelengkapan Pengisian Pengkajian Awal Medis oleh Dokter
10. Ketepatan Waktu Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

C. Pengukuran Indikator Mutu Prioritas Instalasi/Bagian

Kegiatan pemantauan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit di RSUD Kota Tangerang dimulai bulan Januari 2023 – Desember 2023. Adapun Indikator yang dipantau adalah sebagai berikut :

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto ≤ 3 Jam
2. Kesalahan Cetak Film Pada Pemeriksaan Radiologi
3. Waktu Tunggu Pasien Instalasi Gawat Darurat Pindah Rawat Inap ≤ 6 Jam
4. *Emergency Response Time* (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat) ≤ 5 Menit
5. Kelengkapan Pengisian Pengkajian Keperawatan di SIMRS
6. Kelengkapan Asesmen Medis Dalam Waktu 24 Jam Setelah Pasien Masuk Rawat Inap
7. Kejadian Reaksi Transfusi
8. Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Pengisian Tabel *SOFA Score*
9. Pasien Yang Kembali Ke Instalasi Pelayanan Intensif (ICU) Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam
10. Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Pengisian *Downe's Score* Pada Neonatus
11. Jam Buka Pelayanan Dokter Spesialis
12. Keberadaan Tikus Sebagai Binatang Pembawa Penyakit
13. Linen Hilang
14. Kebersihan Toilet Pengunjung Di Area Rumah Sakit
15. Ketepatan Waktu Penerimaan Obat Non Racikan
16. Kepatuhan Penggunaan Formularium RS Non Provider BPJS
17. Ketepatan Pemberian Obat (5 Benar)
18. Ketepatan Waktu Penerimaan Obat Racikan
19. *Turn Around Time* Hematologi Rutin Cito < 30 Menit
20. Kerusakan Sampel Darah
21. Kelengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Inap Pasien COVID-19
22. Ketidaklengkapan *Informed Consent*
23. Ketidaklengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Jalan
24. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah ≤ 2 Jam

25. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
26. Sisa Makan Siang Pasien Non Diit
27. Kesalahan Diit Pasien
28. Ketepatan Waktu Pengantaran Makanan Katering
29. Bayi Baru Lahir Yang Tidak Mendapatkan ASI Eksklusif Selama Rawat Inap
30. Ketepatan Dokter Operator Dalam Pengisian Formulir Asesmen Pra Bedah
31. Kegagalan Uji *Bowie Dick*
32. Kepatuhan Visite Dokter Spesialis Pada Hari Kerja
33. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan
34. Keterlambatan Waktu Menangani Kerusakan Alat Kesehatan
35. Keterlambatan *Response Time* Genset
36. Kejadian *Drop Out* Pasien Anak Tumbuh Kembang Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medis Yang Direncanakan
37. Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medis
38. Adekuasi Dialisis Dengan Indikator Kt/V
39. Keterlambatan Waktu Tindakan Hemodialisa
40. Infeksi Daerah Operasi
41. Plebitis
42. Infeksi Aliran Darah Primer
43. Infeksi Saluran Kemih
44. Pneumonia Akibat Pemakaian Ventilator
45. Kejadian Dekubitus Selama Masa Perawatan
46. Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan
47. Keterlambatan Waktu Penanganan Kerusakan *Hardware*/Jaringan
48. Keterlambatan Pelayanan Ambulans Di Rumah Sakit
49. Kasus Kehilangan/Pencurian Di Area Rumah Sakit
50. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) Prioritas RS

III. HASIL YANG DICAPAI

A. Pengukuran Indikator Nasional Mutu

Hasil kegiatan pemantauan Indikator Mutu Nasional Rumah Sakit di RSUD Kota Tangerang bulan Januari 2023 hingga Desember 2023 adalah sebagai berikut :

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan																													
Numerator	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan																													
Denominator	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi																													
Target	85%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	86,03%	86,18%	86,91%																										
		April	Mei	Juni																										
		86,91%	87,06%	85,44%																										
		Juli	Agustus	September																										
		85%	85,3%	85,8%																										
		Oktober	November	Desember																										
		85,94%	86,09%	86,72%																										
Grafik	Capaian Kepatuhan Kebersihan Tangan <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>86,03</td></tr><tr><td>Februari</td><td>86,18</td></tr><tr><td>Maret</td><td>86,91</td></tr><tr><td>April</td><td>86,91</td></tr><tr><td>Mei</td><td>87,06</td></tr><tr><td>Juni</td><td>85,44</td></tr><tr><td>Juli</td><td>85,00</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>85,30</td></tr><tr><td>September</td><td>85,80</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>85,94</td></tr><tr><td>November</td><td>86,09</td></tr><tr><td>Desember</td><td>86,72</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	86,03	Februari	86,18	Maret	86,91	April	86,91	Mei	87,06	Juni	85,44	Juli	85,00	Agustus	85,30	September	85,80	Oktober	85,94	November	86,09	Desember	86,72
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	86,03																													
Februari	86,18																													
Maret	86,91																													
April	86,91																													
Mei	87,06																													
Juni	85,44																													
Juli	85,00																													
Agustus	85,30																													
September	85,80																													
Oktober	85,94																													
November	86,09																													
Desember	86,72																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan kebersihan tangan sudah mencapai target 85% dengan rata-rata 86,11% (Januari – Desember 2023).																													
Rekomendasi	Melakukan resosialisasi program PPI Melakukan pengajuan fasilitas promosi kebersihan tangan																													

	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala.
--	--

2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri

Indikator	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri																																										
Numerator	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi																																										
Denominator	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi																																										
Target	100%																																										
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																																							
	2023	100%	100%	100%																																							
		April	Mei	Juni																																							
		100%	100%	100%																																							
		Juli	Agustus	September																																							
		93,8%	98%	99%																																							
		Oktober	November	Desember																																							
		99,22%	100%	100%																																							
Grafik	Capaian Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri <table><caption>Data for Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th><th>Goal (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>93,8</td><td>100</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>98</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>99</td><td>100</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td><td>100</td></tr></tbody></table>				Bulan	Capaian (%)	Goal (%)	Januari	100	100	Februari	100	100	Maret	100	100	April	100	100	Mei	100	100	Juni	100	100	Juli	93,8	100	Agustus	98	100	September	99	100	Oktober	100	100	November	100	100	Desember	100	100
Bulan	Capaian (%)	Goal (%)																																									
Januari	100	100																																									
Februari	100	100																																									
Maret	100	100																																									
April	100	100																																									
Mei	100	100																																									
Juni	100	100																																									
Juli	93,8	100																																									
Agustus	98	100																																									
September	99	100																																									
Oktober	100	100																																									
November	100	100																																									
Desember	100	100																																									
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan penggunaan alat pelindung diri belum mencapai target 100% dengan rata-rata 99,16% (Januari – Desember 2023).																																										
Rekomendasi	Melakukan resosialisasi Program PPI Melakukan pengajuan APD sesuai standar Melakukan koordinasi dengan bagian CSSD dalam pengajuan ruang pencucian sesuai standar Melakukan monitoring dan evaluasi berkala																																										

3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien																													
Numerator	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi																													
Denominator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi																													
Target	100%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	98,4 %	98,4%	97,66%																										
		April	Mei	Juni																										
		97,6%	97,6%	98,44%																										
		Juli	Agustus	September																										
		98,4%	98,4%	98,4%																										
		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	Capaian Kepatuhan Identifikasi Pasien <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>98,4</td></tr><tr><td>Februari</td><td>98,4</td></tr><tr><td>Maret</td><td>97,66</td></tr><tr><td>April</td><td>97,6</td></tr><tr><td>Mei</td><td>97,6</td></tr><tr><td>Juni</td><td>98,44</td></tr><tr><td>Juli</td><td>98,4</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>98,4</td></tr><tr><td>September</td><td>98,4</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	98,4	Februari	98,4	Maret	97,66	April	97,6	Mei	97,6	Juni	98,44	Juli	98,4	Agustus	98,4	September	98,4	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	98,4																													
Februari	98,4																													
Maret	97,66																													
April	97,6																													
Mei	97,6																													
Juni	98,44																													
Juli	98,4																													
Agustus	98,4																													
September	98,4																													
Oktober	100																													
November	100																													
Desember	100																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan identifikasi pasien belum mencapai target 100% dengan rata-rata 98,60% (Januari – Desember 2023). Penyebab tidak tercapai karena : 1. Petugas tidak melakukan identifikasi pasien sesuai SPO (menggunakan pertanyaan tertutup), 2. Lupa untuk melakukan identifikasi pasien secara benar,																													

	3. Masih ditemukan beberapa gelang identitas dengan tulisan pudar/menghilang,
Rekomendasi	1. Melaksanakan bimbingan teknik identifikasi pasien secara benar dengan Clinical Instructor dan Komite Keperawatan 2. Melakukan koordinasi dengan bagian umum untuk menyediakan gelang identitas yang tidak mudah pudar 3. Meningkatkan kembali monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan identifikasi pasien.

4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi

Indikator	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi																													
Numerator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori 1 (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi ≤ 30 menit																													
Denominator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori 1																													
Target	80%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	100%	100%	100%																										
		April	Mei	Juni																										
		N/A	N/A	N/A																										
		Juli	Agustus	September																										
		N/A	100%	N/A																										
		Oktober	November	Desember																										
		N/A	100%	N/A																										
Grafik	Capaian Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td></tr><tr><td>April</td><td>0</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>0</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	100	Maret	100	April	0	Mei	0	Juni	0	Juli	0	Agustus	100	September	0	Oktober	0	November	100	Desember	0
	Bulan	Capaian (%)																												
Januari	100																													
Februari	100																													
Maret	100																													
April	0																													
Mei	0																													
Juni	0																													
Juli	0																													
Agustus	100																													
September	0																													
Oktober	0																													
November	100																													
Desember	0																													

Analisa	Berdasarkan grafik indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi sudah mencapai target standar 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2023).
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala tiap.

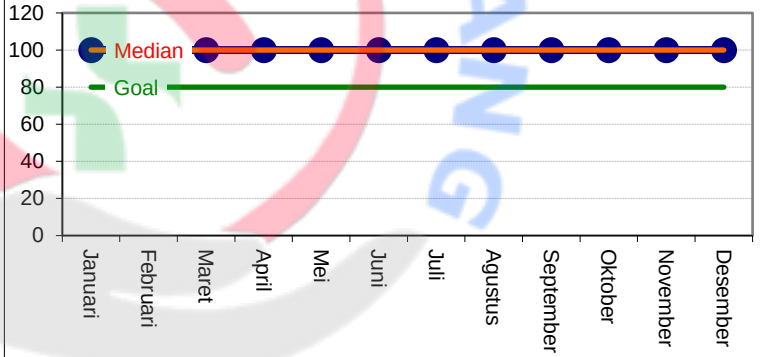
5. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Indikator	Waktu Tunggu Rawat Jalan																																										
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit																																										
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi																																										
Target	80%																																										
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																																							
	2023	82%	84%	60%																																							
		April	Mei	Juni																																							
		87%	80,7%	85%																																							
		Juli	Agustus	September																																							
		97%	86%	83%																																							
		Oktober	November	Desember																																							
		88,46%	93,85%	96,15%																																							
Grafik	Capaian Waktu Tunggu Rawat Jalan <table><caption>Data for Waktu Tunggu Rawat Jalan Chart</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th><th>Goal (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>82%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>84%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>60%</td><td>80%</td></tr><tr><td>April</td><td>87%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>80,7%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>85%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>97%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>86%</td><td>80%</td></tr><tr><td>September</td><td>83%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>88,46%</td><td>80%</td></tr><tr><td>November</td><td>93,85%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>96,15%</td><td>80%</td></tr></tbody></table>				Bulan	Capaian (%)	Goal (%)	Januari	82%	80%	Februari	84%	80%	Maret	60%	80%	April	87%	80%	Mei	80,7%	80%	Juni	85%	80%	Juli	97%	80%	Agustus	86%	80%	September	83%	80%	Oktober	88,46%	80%	November	93,85%	80%	Desember	96,15%	80%
Bulan	Capaian (%)	Goal (%)																																									
Januari	82%	80%																																									
Februari	84%	80%																																									
Maret	60%	80%																																									
April	87%	80%																																									
Mei	80,7%	80%																																									
Juni	85%	80%																																									
Juli	97%	80%																																									
Agustus	86%	80%																																									
September	83%	80%																																									
Oktober	88,46%	80%																																									
November	93,85%	80%																																									
Desember	96,15%	80%																																									
Analisa	Berdasarkan grafik indikator waktu tunggu rawat jalan belum mencapai standar 80% dengan rata-rata 85,26% (Januari – Desember 2023).																																										
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi secara berkala																																										

6. Penundaan Operasi Elektif

Indikator	Penundaan Operasi Elektif																													
Numerator	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam																													
Denominator	Jumlah pasien operasi elektif																													
Target	5%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	5,66%	6,12%	1,32%																										
		April	Mei	Juni																										
		3,3%	1,9%	3,55%																										
		Juli	Agustus	September																										
		4,29%	2,34%	4,82%																										
		Oktober	November	Desember																										
		1,88%	3,14%	4,52%																										
Grafik	Capaian Penundaan Operasi Elektif <table><tr><th>Bulan</th><th>Penundaan (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>5,66%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>6,12%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>1,32%</td></tr><tr><td>April</td><td>3,3%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>1,9%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>3,55%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>4,29%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>2,34%</td></tr><tr><td>September</td><td>4,82%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>1,88%</td></tr><tr><td>November</td><td>3,14%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>4,52%</td></tr></table>				Bulan	Penundaan (%)	Januari	5,66%	Februari	6,12%	Maret	1,32%	April	3,3%	Mei	1,9%	Juni	3,55%	Juli	4,29%	Agustus	2,34%	September	4,82%	Oktober	1,88%	November	3,14%	Desember	4,52%
Bulan	Penundaan (%)																													
Januari	5,66%																													
Februari	6,12%																													
Maret	1,32%																													
April	3,3%																													
Mei	1,9%																													
Juni	3,55%																													
Juli	4,29%																													
Agustus	2,34%																													
September	4,82%																													
Oktober	1,88%																													
November	3,14%																													
Desember	4,52%																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator penundaan operasi elektif sudah mencapai target dibawah 5% dengan rata-rata 3,57% (Januari – Desember 2023).																													
Rekomendasi	Melakukan optimalisasi monitoring dan evaluasi.																													

7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter

Indikator	Kepatuhan Waktu Visite Dokter																																										
Numerator	Jumlah pasien yang di-visit dokter pada pukul 06.00 - 14.00																																										
Denominator	Jumlah pasien yang diobservasi																																										
Target	80%																																										
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																																							
	2023	100%	100%	100%																																							
		April	Mei	Juni																																							
		100%	100%	100%																																							
		Juli	Agustus	September																																							
		100%	100%	100%																																							
		Oktober	November	Desember																																							
		100%	100%	100%																																							
Grafik	Capaian Kepatuhan Waktu Visite Dokter <table><caption>Data for Kepatuhan Waktu Visite Dokter Chart</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Median (%)</th><th>Goal (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>100</td><td>80</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td><td>80</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td><td>80</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td><td>80</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td><td>80</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td><td>80</td></tr><tr><td>Juli</td><td>100</td><td>80</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td><td>80</td></tr><tr><td>September</td><td>100</td><td>80</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td><td>80</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td><td>80</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td><td>80</td></tr></tbody></table>				Bulan	Median (%)	Goal (%)	Januari	100	80	Februari	100	80	Maret	100	80	April	100	80	Mei	100	80	Juni	100	80	Juli	100	80	Agustus	100	80	September	100	80	Oktober	100	80	November	100	80	Desember	100	80
Bulan	Median (%)	Goal (%)																																									
Januari	100	80																																									
Februari	100	80																																									
Maret	100	80																																									
April	100	80																																									
Mei	100	80																																									
Juni	100	80																																									
Juli	100	80																																									
Agustus	100	80																																									
September	100	80																																									
Oktober	100	80																																									
November	100	80																																									
Desember	100	80																																									
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan waktu visite dokter sudah mencapai target 80% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2023).																																										
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala.																																										

8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Indikator	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
Numerator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit
Denominator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi

Target	100%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	100%	100%	96%																										
		April	Mei	Juni																										
		100%	100%	100%																										
		Juli	Agustus	September																										
		100%	100%	100%																										
		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	Capaian Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>96</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>100</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>100</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	100	Maret	96	April	100	Mei	100	Juni	100	Juli	100	Agustus	100	September	100	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	100																													
Februari	100																													
Maret	96																													
April	100																													
Mei	100																													
Juni	100																													
Juli	100																													
Agustus	100																													
September	100																													
Oktober	100																													
November	100																													
Desember	100																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator pelaporan hasil kritis laboratorium belum mencapai target 100% dengan rata-rata 99,67% (Januari –Desember 2023). Penyebab tidak tercapai karena pelaporan nilai kritis rawat jalan melalui <i>Whatsapp Group</i> sehingga tidak langsung diterima laporannya.																													
Rekomendasi	1. Sosialisasi SPO pelaporan nilai kritis 2. Mengingatkan kembali kepada Kepala Ruangan Rawat Jalan untuk memantau pelaporan hasil nilai kritis rawat jalan di <i>Whatsapp Group</i>. 3. Melakukan monitoring dan evaluasi berkala tiap bulan.																													

9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional																													
Numerator	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional																													
Denominator	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi																													
Target	80%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	100%	100%	100%																										
		April	Mei	Juni																										
		100%	100%	100%																										
		Juli	Agustus	September																										
		100%	100%	100%																										
		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	Capaian Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>100</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>100</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	100	Maret	100	April	100	Mei	100	Juni	100	Juli	100	Agustus	100	September	100	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	100																													
Februari	100																													
Maret	100																													
April	100																													
Mei	100																													
Juni	100																													
Juli	100																													
Agustus	100																													
September	100																													
Oktober	100																													
November	100																													
Desember	100																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan penggunaan formularium nasional sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2023).																													
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala tiap bulan.																													

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

Indikator	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)																													
Numerator	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>																													
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi																													
Target	80%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	N/A	50%	N/A																										
		April	Mei	Juni																										
		100%	100%	N/A																										
		Juli	Agustus	September																										
		N/A	100%	50%																										
		Oktober	November	Desember																										
		60%	50%	66,67%																										
Grafik	Capaian Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway) <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>0</td></tr><tr><td>Februari</td><td>40</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>50</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>60</td></tr><tr><td>November</td><td>50</td></tr><tr><td>Desember</td><td>66,67</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	0	Februari	40	Maret	0	April	100	Mei	100	Juni	0	Juli	0	Agustus	100	September	50	Oktober	60	November	50	Desember	66,67
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	0																													
Februari	40																													
Maret	0																													
April	100																													
Mei	100																													
Juni	0																													
Juli	0																													
Agustus	100																													
September	50																													
Oktober	60																													
November	50																													
Desember	66,67																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan terhadap alur klinis / clinical pathway belum mencapai target 80% dengan rata-rata 72,08% (Januari – Desember 2023).																													
Rekomendasi	Melakukan koordinasi dengan seluruh PPA untuk melaksanakan Clinical Pathway secara optimal, merencanakan rapat evaluasi berkala Tim Clinical Pathway untuk membuat rencana kerja dan revisi PPK dan form CP yang sudah ada namun membutuhkan penyesuaian, dan melakukan monitoring dan evaluasi berkala tiap bulan.																													

11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Indikator	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh																																										
Numerator	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh																																										
Denumerator	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi																																										
Target	100%																																										
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																																							
	2023	100%	100%	100%																																							
		April	Mei	Juni																																							
		100%	100%	100%																																							
		Juli	Agustus	September																																							
		100%	100%	100%																																							
		Oktober	November	Desember																																							
		100%	100%	100%																																							
Grafik	Capaian Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh <table><tr><th>Month</th><th>Goal (%)</th><th>Actual (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>				Month	Goal (%)	Actual (%)	Januari	100	100	Februari	100	100	Maret	100	100	April	100	100	Mei	100	100	Juni	100	100	Juli	100	100	Agustus	100	100	September	100	100	Oktober	100	100	November	100	100	Desember	100	100
Month	Goal (%)	Actual (%)																																									
Januari	100	100																																									
Februari	100	100																																									
Maret	100	100																																									
April	100	100																																									
Mei	100	100																																									
Juni	100	100																																									
Juli	100	100																																									
Agustus	100	100																																									
September	100	100																																									
Oktober	100	100																																									
November	100	100																																									
Desember	100	100																																									
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2023).																																										
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala.																																										

12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Indikator	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain																													
Numerator	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan <i>grading</i>																													
Denominator	Jumlah komplain yang disurvei																													
Target	80%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	100%	100%	100%																										
		April	Mei	Juni																										
		100%	100%	100%																										
		Juli	Agustus	September																										
		100%	100%	100%																										
		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	Capaian Kecepatan Waktu Tanggap Komplain <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>100</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>100</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	100	Maret	100	April	100	Mei	100	Juni	100	Juli	100	Agustus	100	September	100	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	100																													
Februari	100																													
Maret	100																													
April	100																													
Mei	100																													
Juni	100																													
Juli	100																													
Agustus	100																													
September	100																													
Oktober	100																													
November	100																													
Desember	100																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kecepatan waktu tanggap komplain sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2023).																													
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala.																													

13. Kepuasan Pasien

Indikator	Kepuasan pasien																													
Numerator	Total nilai persepsi seluruh responden																													
Denominator	Total unsur yang terisi dari seluruh responden																													
Target	80%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	85,84%	86,47%	84,74%																										
		April	Mei	Juni																										
		85,82%	86,02%	86,28%																										
		Juli	Agustus	September																										
		86,70%	86,85%	88,72%																										
		Oktober	November	Desember																										
		88,02%	91,15%	90,17%																										
Grafik	Capaian Kepuasan pasien <table><tr><th>Bulan</th><th>Nilai</th></tr><tr><td>Januari</td><td>85,84%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>84,74%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>86,28%</td></tr><tr><td>April</td><td>85,82%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>86,02%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>86,70%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>86,85%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>88,72%</td></tr><tr><td>September</td><td>88,02%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>91,15%</td></tr><tr><td>November</td><td>90,17%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>90,17%</td></tr></table>				Bulan	Nilai	Januari	85,84%	Februari	84,74%	Maret	86,28%	April	85,82%	Mei	86,02%	Juni	86,70%	Juli	86,85%	Agustus	88,72%	September	88,02%	Oktober	91,15%	November	90,17%	Desember	90,17%
Bulan	Nilai																													
Januari	85,84%																													
Februari	84,74%																													
Maret	86,28%																													
April	85,82%																													
Mei	86,02%																													
Juni	86,70%																													
Juli	86,85%																													
Agustus	88,72%																													
September	88,02%																													
Oktober	91,15%																													
November	90,17%																													
Desember	90,17%																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepuasan pasien sudah mencapai target 80% dengan rata-rata 87,23% (Januari – Desember 2023).																													
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala tiap bulan.																													

B. Pengukuran Indikator Mutu Prioritas RS

1. Ketepatan Gelang Identitas

Indikator	Ketepatan Gelang Identitas																													
Numerator	Jumlah gelang identitas pasien maternal neonatal yang digunakan secara tepat (pasien)																													
Denominator	Jumlah pasien maternal neonatal dalam satu bulan (pasien)																													
Target	100%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	100%	100%	100%																										
		April	Mei	Juni																										
		100%	100%	100%																										
		Juli	Agustus	September																										
		100%	100%	100%																										
		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	Capaian Ketepatan Gelang Identitas <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>100</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>100</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	100	Maret	100	April	100	Mei	100	Juni	100	Juli	100	Agustus	100	September	100	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	100																													
Februari	100																													
Maret	100																													
April	100																													
Mei	100																													
Juni	100																													
Juli	100																													
Agustus	100																													
September	100																													
Oktober	100																													
November	100																													
Desember	100																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan gelang identitas sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2023).																													
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala terhadap target capaian tiap bulan.																													

2. Kepatuhan Petugas Melakukan Konfirmasi Ulang Saat Pelaporan Lisan/Telepon (SBAR/TBAK)

Indikator	Kepatuhan Petugas Melakukan Konfirmasi Ulang Saat Pelaporan Lisan/Telepon (SBAR/TBAK)			
Numerator	Jumlah petugas yang melakukan konfirmasi ulang saat pelaporan lisan/telepon (SBAR/TBAK)			
Denominator	Jumlah semua petugas yang melakukan pelaporan lisan/telepon (SBAR/TBAK)			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	92,1%	80,4%	90,6%
		April	Mei	Juni
		94,5%	90,6%	94,5%
		Juli	Agustus	September
		96,8%	98,4%	97,6%
		Oktober	November	Desember
		96%	100%	100%
Grafik	Capaian Kepatuhan Petugas Melakukan Konfirmasi Ulang Saat Pelaporan Lisan/Telepon (SBAR/TBAK)			
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan petugas melakukan konfirmasi ulang saat pelaporan lisan/telepon (SBAR/TBAK) belum mencapai target 100% dengan rata-rata 94,29% (Januari - Desember			

	2023). Namun capaian pada bulan November dan Desember sudah mencapai target 100% Penyebab tidak tercapai karena 1. Petugas lupa untuk melakukan konfirmasi ulang saat pelaporan lisan/telepon 2. DPJP belum patuh dalam melakukan verifikasi TBAK pada SIMRS 3. Saat pelaporan lisan/telepon belum menggunakan komponen SBAR secara lengkap
Rekomendasi	1. Melaksanakan Continuing Professional Development SPO Komunikasi efektif 2. Melakukan koordinasi dengan bagian IT dalam penanganan masalah SIMRS 3. Koordinasi dengan KSM Umum untuk sosialisasi dokter umum dalam melakukan penulisan konfirmasi ulang di CPPT 4. Koordinasi dengan Bidang Yanmed untuk mengingatkan kembali kepada DPJP untuk melakukan verifikasi TBAK pada SIMRS 5. Meningkatkan monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan konfirmasi ulang saat pelaporan lisan/telepon (SBAR/TBAK)

3. Kepatuhan Petugas Melakukan **Double Check** Saat Pemberian Obat **High Alert**

Indikator	Kepatuhan Petugas Melakukan <i>Double Check</i> Saat Pemberian Obat <i>High Alert</i>			
Numerator	Jumlah petugas yang melakukan <i>double check</i> saat pemberian obat <i>high alert</i>			
Denominator	Jumlah semua petugas yang memberikan obat <i>high alert</i>			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September

		100%	100%	100%																										
		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	Capaian Kepatuhan Petugas Melakukan Double Check Saat Pemberian Obat High Alert <table><caption>Data for Kepatuhan Petugas Melakukan Double Check Saat Pemberian Obat High Alert</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>100</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>100</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></tbody></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	100	Maret	100	April	100	Mei	100	Juni	100	Juli	100	Agustus	100	September	100	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	100																													
Februari	100																													
Maret	100																													
April	100																													
Mei	100																													
Juni	100																													
Juli	100																													
Agustus	100																													
September	100																													
Oktober	100																													
November	100																													
Desember	100																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan petugas melakukan <i>double check</i> saat pemberian obat <i>high alert</i> sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari - Desember 2023).																													
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala.																													

4. Kepatuhan **Dokter Operator** Dalam Melakukan *Site Marking* Sebelum Operasi

Indikator	Kepatuhan Dokter Operator Dalam Melakukan <i>Site Marking</i> Sebelum Operasi			
Numerator	Jumlah dokter operator yang melakukan <i>site marking</i> sebelum operasi pada semua kasus operasi yang harus dilakukan penandaan lokasi operasi			
Denominator	Jumlah semua kasus operasi yang harus dilakukan penandaan lokasi operasi			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	100%	92%	89%
		April	Mei	Juni
		95%	92%	95%
		Juli	Agustus	September

		95%	97%	97%																										
		Oktober	November	Desember																										
		97%	97%	97%																										
Grafik	Capaian Kepatuhan Dokter Operator Dalam Melakukan Site Marking Sebelum Operasi <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>92</td></tr><tr><td>Maret</td><td>89</td></tr><tr><td>April</td><td>95</td></tr><tr><td>Mei</td><td>92</td></tr><tr><td>Juni</td><td>95</td></tr><tr><td>Juli</td><td>95</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>97</td></tr><tr><td>September</td><td>97</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>97</td></tr><tr><td>November</td><td>97</td></tr><tr><td>Desember</td><td>97</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	92	Maret	89	April	95	Mei	92	Juni	95	Juli	95	Agustus	97	September	97	Oktober	97	November	97	Desember	97
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	100																													
Februari	92																													
Maret	89																													
April	95																													
Mei	92																													
Juni	95																													
Juli	95																													
Agustus	97																													
September	97																													
Oktober	97																													
November	97																													
Desember	97																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan dokter operator dalam melakukan <i>site marking</i> sebelum operasi belum mencapai target 100% dengan rata-rata 95,25% (Januari - Desember 2023).																													
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala capaian target setiap bulan.																													

5. Kepatuhan Petugas Melakukan Cuci Tangan Sesuai Prosedur 6 Langkah Dan 5 Momen

Indikator	Kepatuhan Petugas Melakukan Cuci Tangan Sesuai Prosedur 6 Langkah Dan 5 Momen			
Numerator	Total kebersihan tangan yang dilakukan (catatan)			
Denominator	Peluang kebersihan tangan (catatan)			
Target	85%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	86,03%	86,18%	86,91%
		April	Mei	Juni
		86,91%	87,06%	85,44%
		Juli	Agustus	September
		85%	85,3%	85,8%
		Oktober	November	Desember
		85,94%	86,09%	86,72%

Grafik	Capaian Kepatuhan Kebersihan Tangan <table border="1"><thead><tr><th>Bulan</th><th>Kepatuhan (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>86,1</td></tr><tr><td>Februari</td><td>86,1</td></tr><tr><td>Maret</td><td>87,0</td></tr><tr><td>April</td><td>87,0</td></tr><tr><td>Mei</td><td>87,2</td></tr><tr><td>Juni</td><td>85,5</td></tr><tr><td>Juli</td><td>85,0</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>85,5</td></tr><tr><td>September</td><td>86,0</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>86,0</td></tr><tr><td>November</td><td>86,5</td></tr><tr><td>Desember</td><td>87,0</td></tr></tbody></table>	Bulan	Kepatuhan (%)	Januari	86,1	Februari	86,1	Maret	87,0	April	87,0	Mei	87,2	Juni	85,5	Juli	85,0	Agustus	85,5	September	86,0	Oktober	86,0	November	86,5	Desember	87,0
Bulan	Kepatuhan (%)																										
Januari	86,1																										
Februari	86,1																										
Maret	87,0																										
April	87,0																										
Mei	87,2																										
Juni	85,5																										
Juli	85,0																										
Agustus	85,5																										
September	86,0																										
Oktober	86,0																										
November	86,5																										
Desember	87,0																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan kebersihan tangan sudah mencapai target 85% dengan rata-rata 86,11% (Januari – Desember 2023).																										
Rekomendasi	Melakukan resosialisasi program PPI Melakukan pengajuan fasilitas promosi kebersihan tangan Melakukan monitoring dan evaluasi berkala.																										

6. Kepatuhan Petugas Melakukan Pengkajian Ulang Risiko Jatuh Post Operasi/Perubahan Kondisi

Indikator	Kepatuhan Petugas Melakukan Pengkajian Ulang Risiko Jatuh Post Operasi/Perubahan Kondisi			
Numerator	Jumlah petugas yang melakukan pengkajian ulang risiko jatuh pada pasien post operasi/perubahan kondisi			
Denominator	Jumlah semua pasien post operasi/perubahan kondisi			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	74,1%	73,7%	77,3%
		April	Mei	Juni
		68,8%	76%	74%
		Juli	Agustus	September
		65,7%	78%	80,5%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%

Grafik	Capaian Kepatuhan Petugas Melakukan Pengkajian Ulang Risiko Jatuh Post Operasi/Perubahan Kondisi <table border="1"><thead><tr><th>Bulan</th><th>Kepatuhan (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>75</td></tr><tr><td>Februari</td><td>75</td></tr><tr><td>Maret</td><td>80</td></tr><tr><td>April</td><td>70</td></tr><tr><td>Mei</td><td>78</td></tr><tr><td>Juni</td><td>75</td></tr><tr><td>Juli</td><td>65</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>80</td></tr><tr><td>September</td><td>82</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></tbody></table>	Bulan	Kepatuhan (%)	Januari	75	Februari	75	Maret	80	April	70	Mei	78	Juni	75	Juli	65	Agustus	80	September	82	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Kepatuhan (%)																										
Januari	75																										
Februari	75																										
Maret	80																										
April	70																										
Mei	78																										
Juni	75																										
Juli	65																										
Agustus	80																										
September	82																										
Oktober	100																										
November	100																										
Desember	100																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan petugas melakukan pengkajian ulang risiko jatuh post operasi/perubahan kondisi belum mencapai target 100% dengan rata-rata 80,67% (Januari – Desember 2023). Penyebab tidak tercapai karena sebagian petugas belum tersosialisasi tentang pengkajian ulang risiko jatuh pada pasien post operasi/perubahan kondisi.																										
Rekomendasi	Sosialisasi ke petugas terkait pengkajian ulang risiko jatuh pada pasien post operasi/perubahan kondisi dan meningkatkan kedisiplinan petugas melalui pemberitahuan rutin setiap shift mengenai pengkajian ulang risiko jatuh pada pasien post operasi/perubahan kondisi.																										

7. Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Inisiasi Menyusu Dini pada Bayi

Indikator	Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Inisiasi Menyusu Dini pada Bayi			
Numerator	Jumlah petugas yang melakukan IMD pada bayi sehat			
Denominator	Jumlah bayi baru lahir sehat di rumah sakit			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	54,5%	53,8%	33,3%
		April	Mei	Juni
		75%	61%	80%
		Juli	Agustus	September

		47%	51,3%	50%																										
		Oktober	November	Desember																										
		56%	61,5%	61,5%																										
Grafik	Capaian Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Inisiasi Menyusu Dini pada Bayi <table><caption>Data for Grafik Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Inisiasi Menyusu Dini pada Bayi</caption><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>56%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>32%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>35%</td></tr><tr><td>April</td><td>75%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>60%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>80%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>45%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>50%</td></tr><tr><td>September</td><td>45%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>55%</td></tr><tr><td>November</td><td>60%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>60%</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	56%	Februari	32%	Maret	35%	April	75%	Mei	60%	Juni	80%	Juli	45%	Agustus	50%	September	45%	Oktober	55%	November	60%	Desember	60%
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	56%																													
Februari	32%																													
Maret	35%																													
April	75%																													
Mei	60%																													
Juni	80%																													
Juli	45%																													
Agustus	50%																													
September	45%																													
Oktober	55%																													
November	60%																													
Desember	60%																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan petugas dalam melakukan Inisiasi Menyusu Dini pada Bayi belum mencapai target 100% dengan rata-rata 57,07% (Januari - Desember 2023). Penyebab tidak tercapai karena bayi baru lahir secara Seksio Sesarea tidak dilakukan IMD karena risiko hipotermia di dalam ruang operasi.																													
Rekomendasi	Rapat koordinasi Tim PONEK untuk sosialisasi pemindahan lokasi resusitasi bayi baru lahir secara seksio sesarea dari ruang operasi ke ruang pemulihan.																													

8. Waktu Tanggap Respon Rujukan PONEK

Indikator	Waktu Tanggap Respon Rujukan Ponek			
Numerator	Jumlah rujukan PONEK yang memiliki respon waktu tanggap ≤ 10 menit (kasus)			
Denominator	Jumlah rujukan PONEK (kasus)			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	59,2%	100%	69%
		April	Mei	Juni
		72,7%	84,2%	75%
		Juli	Agustus	September
		66%	76%	95%
		Oktober	November	Desember

		71%	88%	81%																										
Grafik	Capaian Waktu Tanggap Respon Rujukan Ponek <table><tr><th>Bulan</th><th>Januari</th><th>Februari</th><th>Maret</th><th>April</th><th>Mei</th><th>Juni</th><th>Juli</th><th>Agustus</th><th>September</th><th>Oktober</th><th>November</th><th>Desember</th></tr><tr><td>Waktu Tanggap (menit)</td><td>60</td><td>100</td><td>70</td><td>75</td><td>85</td><td>75</td><td>65</td><td>75</td><td>95</td><td>70</td><td>88</td><td>82</td></tr></table>				Bulan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Waktu Tanggap (menit)	60	100	70	75	85	75	65	75	95	70	88	82
Bulan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember																		
Waktu Tanggap (menit)	60	100	70	75	85	75	65	75	95	70	88	82																		
Analisa	Berdasarkan grafik indikator waktu tanggap rujukan PONEK belum mencapai target 100% dengan rata-rata 78,09% (Januari - Desember 2023). Penyebab tidak tercapai karena belum semua petugas terkait yang tahu tentang respon rujukan PONEK ≤ 10 menit dan beberapa petugas ada yang belum mengerti tentang pentingnya waktu tanggap respon rujukan PONEK ≤ 10 menit, PIC/Dokter PONEK terlambat dalam merespon rujukan karena sibuk menangani pasien lain.																													
Rekomendasi	Sosialisasi secara lisan waktu tanggap respon rujukan PONEK kepada petugas terkait mulai dari penerima rujukan yaitu PIC rujukan, Bidan PONEK, Dokter Umum PONEK, DPJP																													

9. Kelengkapan Pengisian Pengkajian Awal Medis oleh Dokter

Indikator	Kelengkapan Pengisian Pengkajian Awal Medis oleh Dokter			
Numerator	Jumlah pengkajian awal medis terisi lengkap oleh dokter			
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di rawat inap			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%

		Juli	Agustus	September																										
		98%	100%	100%																										
		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	Capaian Kelengkapan Pengisian Pengkajian Awal Medis oleh Dokter <table><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>98</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>100</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></tbody></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	100	Maret	100	April	100	Mei	100	Juni	100	Juli	98	Agustus	100	September	100	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	100																													
Februari	100																													
Maret	100																													
April	100																													
Mei	100																													
Juni	100																													
Juli	98																													
Agustus	100																													
September	100																													
Oktober	100																													
November	100																													
Desember	100																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kelengkapan pengisian pengkajian awal medis oleh dokter belum mencapai target 100% dengan rata-rata 99,8% (Januari - Desember 2023).																													
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala capaian																													

10. Ketepatan Waktu Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Indikator	Ketepatan Waktu Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien			
Numerator	Jumlah insiden keselamatan pasien dilaporkan paling lambat 2x24 jam			
Denominator	Jumlah insiden keselamatan pasien			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%

		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	Capaian Ketepatan Waktu Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>100</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>100</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	100	Maret	100	April	100	Mei	100	Juni	100	Juli	100	Agustus	100	September	100	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	100																													
Februari	100																													
Maret	100																													
April	100																													
Mei	100																													
Juni	100																													
Juli	100																													
Agustus	100																													
September	100																													
Oktober	100																													
November	100																													
Desember	100																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu pelaporan Insiden Keselamatan Pasien sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari - Desember 2023).																													
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala																													

C. Pengukuran Indikator Mutu Prioritas Instalasi/Bagian

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto ≤ 3 Jam

Indikator	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto ≤3 Jam			
Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan hasil pelayanan thorax foto ≤3 jam			
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	85,15%	85,9%	83,59%
		April	Mei	Juni
		70,31%	67,18%	77,34%
		Juli	Agustus	September
		84,37%	85,31%	84,37%
		Oktober	November	Desember
		91,1%	92,18%	89%

Grafik	Capaian Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto ≤ 3 Jam <table border="1"> <caption>Median Data from Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Median (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>85</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>85</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>85</td></tr> <tr><td>April</td><td>70</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>65</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>75</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>85</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>85</td></tr> <tr><td>September</td><td>85</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>90</td></tr> <tr><td>November</td><td>90</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>85</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Median (%)	Januari	85	Februari	85	Maret	85	April	70	Mei	65	Juni	75	Juli	85	Agustus	85	September	85	Oktober	90	November	90	Desember	85
Bulan	Median (%)																										
Januari	85																										
Februari	85																										
Maret	85																										
April	70																										
Mei	65																										
Juni	75																										
Juli	85																										
Agustus	85																										
September	85																										
Oktober	90																										
November	90																										
Desember	85																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto ≤ 3 jam belum mencapai target 100% dengan rata-rata 82,98% (Januari – Desember 2023). Penyebab tidak tercapai : 1. Jarak antara ruang baca radiologi dengan <i>connecting door</i> jauh 2. Realisasi <i>connecting door</i> belum terwujud 3. Kendala PACS																										
Rekomendasi	1. Follow-up PACS ke tim IT, vendor alat, IPSRS, dan manajemen, 2. Monitoring evaluasi berkelanjutan.																										

2. Kesalahan Cetak Film Pada Pemeriksaan Radiologi

Indikator	Kesalahan Cetak Film Pada Pemeriksaan Radiologi			
Numerator	Jumlah kesalahan cetak film pemeriksaan radiologi perbulan			
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi dalam bulan tersebut			
Target	0%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	0,08%	0%	0,07%
		April	Mei	Juni
		0,04%	0,06%	0,09%
		Juli	Agustus	September
		0,15%	0%	0%
		Oktober	November	Desember

		0%	0%	0,7%																										
Grafik	Capaian Kesalahan Cetak Film Pada Pemeriksaan Radiologi <table><caption>Data for Grafik: Kesalahan Cetak Film Pada Pemeriksaan Radiologi</caption><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>0,1</td></tr><tr><td>Februari</td><td>0,05</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0,05</td></tr><tr><td>April</td><td>0,05</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0,05</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0,1</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0,15</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>0,05</td></tr><tr><td>September</td><td>0,05</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0,05</td></tr><tr><td>November</td><td>0,05</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0,7</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	0,1	Februari	0,05	Maret	0,05	April	0,05	Mei	0,05	Juni	0,1	Juli	0,15	Agustus	0,05	September	0,05	Oktober	0,05	November	0,05	Desember	0,7
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	0,1																													
Februari	0,05																													
Maret	0,05																													
April	0,05																													
Mei	0,05																													
Juni	0,1																													
Juli	0,15																													
Agustus	0,05																													
September	0,05																													
Oktober	0,05																													
November	0,05																													
Desember	0,7																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kesalahan cetak film pada pemeriksaan radiologi belum mencapai target 0% dengan rata-rata 0,09% (Januari - Desember 2023). Penyebab tidak tercapai : 1. Kesalahan pemberian marker 2. Kesalahan pemberian identitas pasien 3. Kesalahan identifikasi pasien karena gelang belum terpasang																													
Rekomendasi	1. Sosialisasi SKP identifikasi pasien 2. Melakukan follow-up instalasi aplikasi PACS																													

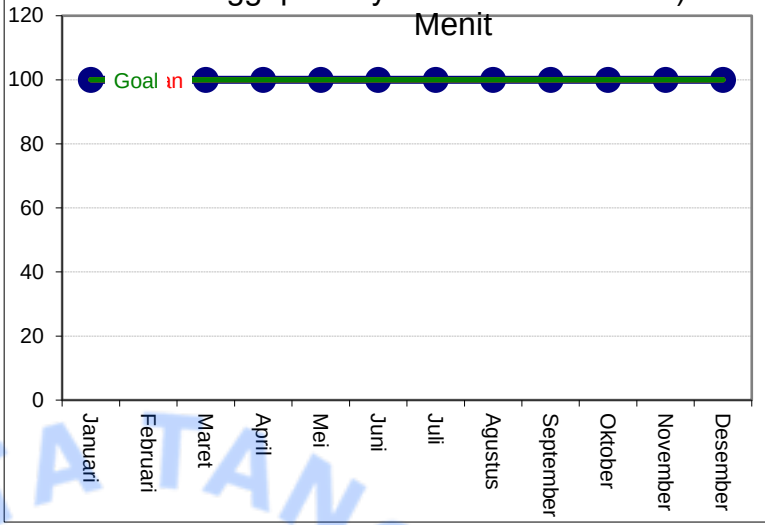
3. Waktu Tunggu Pasien Instalasi Gawat Darurat Pindah Rawat Inap ≤ 6 Jam

Indikator	Waktu Tunggu Pasien Instalasi Gawat Darurat Pindah Rawat Inap ≤6 Jam			
Numerator	Jumlah pasien IGD yang masuk rawat inap dengan waktu tunggu ≤ 6 jam dalam periode tertentu			
Denominator	Jumlah seluruh pasien IGD yang masuk rawat inap dalam periode yang sama			
Target	80%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	96,09%	95,31%	94,53%
		April	Mei	Juni
		96,09%	90,63%	93,75%
		Juli	Agustus	September
		95,31%	92,97%	88,28%

		Oktober	November	Desember																																							
		89,84%	97,66%	89,84%																																							
Grafik	Capaian Waktu Tunggu Pasien Instalasi Gawat Darurat Pindah Rawat Inap ≤6 Jam <table><tr><th>Bulan</th><th>Median (%)</th><th>Goal (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>95</td><td>80</td></tr><tr><td>Februari</td><td>95</td><td>80</td></tr><tr><td>Maret</td><td>95</td><td>80</td></tr><tr><td>April</td><td>98</td><td>80</td></tr><tr><td>Mei</td><td>90</td><td>80</td></tr><tr><td>Juni</td><td>95</td><td>80</td></tr><tr><td>Juli</td><td>95</td><td>80</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>92</td><td>80</td></tr><tr><td>September</td><td>88</td><td>80</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>90</td><td>80</td></tr><tr><td>November</td><td>98</td><td>80</td></tr><tr><td>Desember</td><td>90</td><td>80</td></tr></table>				Bulan	Median (%)	Goal (%)	Januari	95	80	Februari	95	80	Maret	95	80	April	98	80	Mei	90	80	Juni	95	80	Juli	95	80	Agustus	92	80	September	88	80	Oktober	90	80	November	98	80	Desember	90	80
Bulan	Median (%)	Goal (%)																																									
Januari	95	80																																									
Februari	95	80																																									
Maret	95	80																																									
April	98	80																																									
Mei	90	80																																									
Juni	95	80																																									
Juli	95	80																																									
Agustus	92	80																																									
September	88	80																																									
Oktober	90	80																																									
November	98	80																																									
Desember	90	80																																									
Analisa	Berdasarkan grafik indikator waktu tunggu pasien Instalasi Gawat Darurat pindah rawat inap ≤ 6 Jam sudah mencapai target 80% dengan rata-rata 93,35% (Januari – Desember 2023).																																										
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																																										

4. Emergency Response Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat) ≤ 5 Menit

Indikator	Emergency Response Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat) ≤5 Menit			
Numerator	Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratannya dalam waktu ≤5 menit			
Denominator	Jumlah seluruh pasien pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit tersebut			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	100%	100 %	100 %
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September

		100%	100%	100%																										
		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	Capaian Emergency Response Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat) ≤5 Menit <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>100</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>100</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	100	Maret	100	April	100	Mei	100	Juni	100	Juli	100	Agustus	100	September	100	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	100																													
Februari	100																													
Maret	100																													
April	100																													
Mei	100																													
Juni	100																													
Juli	100																													
Agustus	100																													
September	100																													
Oktober	100																													
November	100																													
Desember	100																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator <i>emergency response time</i> (waktu tanggap pelayanan gawat darurat) ≤5 menit sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2023).																													
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																													

5. Kelengkapan Pengisian Pengkajian Keperawatan di SIMRS

Indikator	Kelengkapan Pengisian Pengkajian Keperawatan di SIMRS			
Numerator	Jumlah pasien baru di unit pelayanan rawat inap yang mendapat proses pengkajian keperawatan			
Denominator	Jumlah total pasien baru di unit pelayanan rawat inap			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	89%	89%	87,5%
		April	Mei	Juni
		86,7%	85,9%	94,5%
		Juli	Agustus	September
		90,6%	88,2%	89,8%
		Oktober	November	Desember

		97,6%	99,2%	100%																										
Grafik	Capaian Kelengkapan Pengisian Pengkajian Keperawatan di SIMRS <table><tr><th>Bulan</th><th>Persentase</th></tr><tr><td>Januari</td><td>89</td></tr><tr><td>Februari</td><td>88</td></tr><tr><td>Maret</td><td>87</td></tr><tr><td>April</td><td>86</td></tr><tr><td>Mei</td><td>85</td></tr><tr><td>Juni</td><td>94</td></tr><tr><td>Juli</td><td>90</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>88</td></tr><tr><td>September</td><td>89</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>97</td></tr><tr><td>November</td><td>99</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></table>				Bulan	Persentase	Januari	89	Februari	88	Maret	87	April	86	Mei	85	Juni	94	Juli	90	Agustus	88	September	89	Oktober	97	November	99	Desember	100
Bulan	Persentase																													
Januari	89																													
Februari	88																													
Maret	87																													
April	86																													
Mei	85																													
Juni	94																													
Juli	90																													
Agustus	88																													
September	89																													
Oktober	97																													
November	99																													
Desember	100																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kelengkapan pengisian pengkajian keperawatan di SIMRS belum mencapai target 100% dengan rata-rata 91,5% (Januari – Desember 2023). Penyebab tidak tercapai : 1. Perawat belum patuh dalam pengisian pengkajian keperawatan di SIMRS secara lengkap 2. Beban kerja tinggi, sehingga pengisian tidak maksimal 3. SIMRS kadang error 4. Kontrol terhadap pelaksanaan pengisian pengkajian keperawatan belum berjalan secara optimal.																													
Rekomendasi	1. Koordinasi dengan bagian IT untuk menangani masalah sistem di SIMRS 2. Melakukan CPD (<i>Continuing Professional Development</i>) pengisian pengkajian keperawatan SIMRS yang lengkap, 3. Koordinasi dengan Kasie Keperawatan untuk kedisiplinan SDM 4. Koordinasi dengan Komite Keperawatan untuk sosialisasi cara pengisian pengkajian keperawatan yang lengkap, dan 5. Meningkatkan monitoring evaluasi berkelanjutan.																													

6. Kelengkapan Asesmen Medis Dalam Waktu 24 Jam Setelah Pasien Masuk Rawat Inap

Indikator	Kelengkapan Asesmen Medis Dalam Waktu 24 Jam Setelah Pasien Masuk Rawat Inap																													
Numerator	Jumlah asesmen lengkap yang dilakukan oleh tenaga medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap dalam waktu 1 bulan																													
Denominator	Jumlah total pasien yang masuk rawat inap dalam waktu 24 jam, dalam waktu 1 bulan																													
Target	100%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	96%	96,87%	92,9%																										
		April	Mei	Juni																										
		83,5%	94,5%	97,6%																										
		Juli	Agustus	September																										
		92,1%	98,4%	93,7%																										
		Oktober	November	Desember																										
		94,5%	99,2%	100%																										
Grafik	Capaian Kelengkapan Asesmen Medis Dalam Waktu 24 Jam Setelah Pasien Masuk Rawat Inap <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>96</td></tr><tr><td>Februari</td><td>96,87</td></tr><tr><td>Maret</td><td>92,9</td></tr><tr><td>April</td><td>83,5</td></tr><tr><td>Mei</td><td>94,5</td></tr><tr><td>Juni</td><td>97,6</td></tr><tr><td>Juli</td><td>92,1</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>98,4</td></tr><tr><td>September</td><td>93,7</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>94,5</td></tr><tr><td>November</td><td>99,2</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	96	Februari	96,87	Maret	92,9	April	83,5	Mei	94,5	Juni	97,6	Juli	92,1	Agustus	98,4	September	93,7	Oktober	94,5	November	99,2	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	96																													
Februari	96,87																													
Maret	92,9																													
April	83,5																													
Mei	94,5																													
Juni	97,6																													
Juli	92,1																													
Agustus	98,4																													
September	93,7																													
Oktober	94,5																													
November	99,2																													
Desember	100																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap belum mencapai target 100% dengan rata-rata 94,93% (Januari - Desember 2023). Penyebab tidak tercapai : 1. Petugas medis belum patuh pengisian asesmen medis secara lengkap																													

	2. Beban kerja tinggi sehingga pengisian tidak maksimal 3. SIMRS kadang <i>error</i> 4. Kontrol pelaksanaan pengisian asesmen medis belum berjalan optimal
Rekomendasi	1. Melakukan CPD (<i>Continuing Professional Development</i>) pengisian pengkajian keperawatan SIMRS yang lengkap, 2. Melakukan koordinasi dengan bagian IT untuk menangani masalah sistem di SIMRS 3. Koordinasi dengan Kasie Yanmedkep untuk kedisiplinan SDM, 4. Koordinasi dengan KSM Umum untuk sosialisasi cara pengisian asesmen medis yang lengkap, dan 5. Meningkatkan monitoring evaluasi berkelanjutan.

7. Kejadian Reaksi Transfusi

Indikator	Kejadian Reaksi Transfusi			
Numerator	Jumlah kasus reaksi transfusi darah per hari			
Denominator	Jumlah total kasus pemasangan transfusi darah (kantong darah) di hari tersebut			
Target	0%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%

Grafik	Capaian Kejadian Reaksi Transfusi <table border="1"><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>0</td></tr><tr><td>Februari</td><td>0</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0</td></tr><tr><td>April</td><td>0</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>0</td></tr><tr><td>September</td><td>0</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0</td></tr><tr><td>November</td><td>0</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0</td></tr></tbody></table>	Bulan	Capaian	Januari	0	Februari	0	Maret	0	April	0	Mei	0	Juni	0	Juli	0	Agustus	0	September	0	Oktober	0	November	0	Desember	0
Bulan	Capaian																										
Januari	0																										
Februari	0																										
Maret	0																										
April	0																										
Mei	0																										
Juni	0																										
Juli	0																										
Agustus	0																										
September	0																										
Oktober	0																										
November	0																										
Desember	0																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kejadian reaksi transfusi sudah mencapai target 0% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2023).																										
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																										

8. Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Pengisian Tabel SOFA Score

Indikator	Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Pengisian Tabel SOFA Score			
Numerator	Jumlah pengisian SOFA Score			
Denominator	Jumlah pasien masuk ruang intensif			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		75%	87%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%

Grafik	Capaian Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Pengisian Tabel SOFA Score <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th><th>Target (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td><td>100</td></tr></table>	Bulan	Capaian (%)	Target (%)	Januari	100	100	Februari	100	100	Maret	100	100	April	100	100	Mei	100	100	Juni	100	100	Juli	100	100	Agustus	100	100	September	100	100	Oktober	100	100	November	100	100	Desember	100	100
Bulan	Capaian (%)	Target (%)																																						
Januari	100	100																																						
Februari	100	100																																						
Maret	100	100																																						
April	100	100																																						
Mei	100	100																																						
Juni	100	100																																						
Juli	100	100																																						
Agustus	100	100																																						
September	100	100																																						
Oktober	100	100																																						
November	100	100																																						
Desember	100	100																																						
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan petugas dalam melakukan pengisian tabel SOFA score sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari - Desember 2023).																																							
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala																																							

9. Pasien Yang Kembali Ke Instalasi Pelayanan Intensif (ICU) Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam

Indikator	Pasien Yang Kembali Ke Instalasi Pelayanan Intensif (ICU) Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam			
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke Instalasi Pelayanan Intensif dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam pada per bulan			
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di Instalasi Pelayanan Intensif dalam bulan tersebut			
Target	<2%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	0%	0,94%	0,88%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%

		Oktober	November	Desember																										
		0%	0%	0%																										
Grafik	Capaian Pasien Yang Kembali Ke Instalasi Pelayanan Intensif (ICU) Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam <table><caption>Data for Grafik</caption><tr><th>Bulan</th><th>Capaian</th></tr><tr><td>Januari</td><td>0</td></tr><tr><td>Februari</td><td>1.0</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0.9</td></tr><tr><td>April</td><td>0</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>0</td></tr><tr><td>September</td><td>0</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0</td></tr><tr><td>November</td><td>0</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0</td></tr></table>				Bulan	Capaian	Januari	0	Februari	1.0	Maret	0.9	April	0	Mei	0	Juni	0	Juli	0	Agustus	0	September	0	Oktober	0	November	0	Desember	0
Bulan	Capaian																													
Januari	0																													
Februari	1.0																													
Maret	0.9																													
April	0																													
Mei	0																													
Juni	0																													
Juli	0																													
Agustus	0																													
September	0																													
Oktober	0																													
November	0																													
Desember	0																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator pasien yang kembali ke Instalasi Pelayanan Intensif (ICU) dengan kasus yang sama < 72 jam sudah mencapai target <2% dengan rata-rata 0,15% (Januari - Desember 2023).																													
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala																													

10. Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Pengisian Downe’s Score Pada Neonatus

Indikator	Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Pengisian Downe’s Score Pada Neonatus			
Numerator	Jumlah pasien neonatus yang terisi nilai Downe’s Score pada flowchart di ruang intensif (NICU)			
Denominator	Jumlah seluruh pasien neonatus yang dirawat di ruang intensif (NICU)			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember

		100%	100%	100%																										
Grafik	Capaian Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Pengisian Downe's Score Pada Neonatus <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>100</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>100</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	100	Maret	100	April	100	Mei	100	Juni	100	Juli	100	Agustus	100	September	100	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	100																													
Februari	100																													
Maret	100																													
April	100																													
Mei	100																													
Juni	100																													
Juli	100																													
Agustus	100																													
September	100																													
Oktober	100																													
November	100																													
Desember	100																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan petugas dalam melakukan pengisian <i>Downe's Score</i> pada neonatus sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2023).																													
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																													

11. Jam Buka Pelayanan Dokter Spesialis

Indikator	Jam Buka Pelayanan Dokter Spesialis			
Numerator	Jumlah mulai buka pelayanan dokter spesialis di rawat jalan yang buka sesuai ketentuan dalam waktu 1 bulan (hari efektif kerja)			
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialis dalam 1 bulan (hari efektif kerja)			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	55%	63%	55%
		April	Mei	Juni
		40%	63%	79%
		Juli	Agustus	September
		92%	98%	91%
		Oktober	November	Desember
		94%	94%	92%

Grafik	Capaian Jam Buka Pelayanan Dokter Spesialis <table border="1"><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (Jam)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>55</td></tr><tr><td>Februari</td><td>65</td></tr><tr><td>Maret</td><td>55</td></tr><tr><td>April</td><td>40</td></tr><tr><td>Mei</td><td>65</td></tr><tr><td>Juni</td><td>80</td></tr><tr><td>Juli</td><td>90</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>90</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>95</td></tr><tr><td>November</td><td>95</td></tr><tr><td>Desember</td><td>90</td></tr></tbody></table>	Bulan	Capaian (Jam)	Januari	55	Februari	65	Maret	55	April	40	Mei	65	Juni	80	Juli	90	Agustus	100	September	90	Oktober	95	November	95	Desember	90
Bulan	Capaian (Jam)																										
Januari	55																										
Februari	65																										
Maret	55																										
April	40																										
Mei	65																										
Juni	80																										
Juli	90																										
Agustus	100																										
September	90																										
Oktober	95																										
November	95																										
Desember	90																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator jam buka pelayanan dokter spesialis belum mencapai target 100% dengan rata-rata 76,33% (Januari – Desember 2023). Penyebab tidak tercapai : 1. Ada beberapa spesialis yang visite terlebih dahulu 2. Ada beberapa spesialis yang operasi terlebih dahulu 3. SPO jam buka pelayanan belum dilaksanakan secara disiplin 4. Adanya kendala teknis penggunaan SIMRS (seperti loading, error)																										
Rekomendasi	1. Sosialisasi dan resosialisasi jam buka pelayanan 2. Koordinasi dengan Yanmed terkait jam buka pelayanan 3. Koordinasi dengan Pendaftaran terkait lokasi untuk pasien baru 4. Koordinasi dengan Penunjang terkait kursi tunggu pasien dan pengeras suara 5. Monitoring dan evaluasi berkala																										

12.Keberadaan Tikus Sebagai Binatang Pembawa Penyakit

Indikator	Keberadaan Tikus Sebagai Binatang Pembawa Penyakit
Numerator	Jumlah tikus yang tertangkap oleh perangkap
Denominator	Jumlah perangkap

Target	0%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	N/A	0%	0%																										
		April	Mei	Juni																										
		1,23%	1,23%	0%																										
		Juli	Agustus	September																										
		1,2%	0%	0%																										
		Oktober	November	Desember																										
		1,1%	1,1%	0%																										
Grafik	Capaian Kebersihan Toilet Pengunjung Di Area Rumah Sakit <table><caption>Data for Kebersihan Toilet Pengunjung Di Area Rumah Sakit</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>50</td></tr><tr><td>Februari</td><td>30</td></tr><tr><td>Maret</td><td>50</td></tr><tr><td>April</td><td>60</td></tr><tr><td>Mei</td><td>50</td></tr><tr><td>Juni</td><td>60</td></tr><tr><td>Juli</td><td>70</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>50</td></tr><tr><td>September</td><td>60</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>40</td></tr><tr><td>November</td><td>40</td></tr><tr><td>Desember</td><td>40</td></tr></tbody></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	50	Februari	30	Maret	50	April	60	Mei	50	Juni	60	Juli	70	Agustus	50	September	60	Oktober	40	November	40	Desember	40
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	50																													
Februari	30																													
Maret	50																													
April	60																													
Mei	50																													
Juni	60																													
Juli	70																													
Agustus	50																													
September	60																													
Oktober	40																													
November	40																													
Desember	40																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator keberadaan tikus sebagai binatang pembawa penyakit belum mencapai target 0% dengan rata-rata 0,48% (Januari - Desember 2023). Penyebab yaitu masih terdapat beberapa akses jalur masuk tikus, ada beberapa perangkat seperti janitor terkadang tertutup oleh barang-barang																													
Rekomendasi	1. Koordinasi IPSRS untuk penutupan jalur masuk seperti kondisi plafon/langit-langit yang berlubang, 2. Koordinasi dengan ruangan untuk menutup jendela/pintu masuk ruangan, 3. Melakukan QC rutin dengan pihak ketiga agar pengawasan dapat terus terealisasi secara baik dan tercatat 4. Koordinasi dengan bidang/unit terkait untuk melakukan perbaikan sistem ketataudaraan di																													

	area ruangan RS agar dapat berjalan secara mekanis
	5. Meningkatkan monitoring evaluasi berkelanjutan.

13.Linen Hilang

Indikator	Linen Hilang																													
Numerator	Jumlah linen yang hilang perbulan																													
Denominator	Jumlah seluruh linen dalam bulan tersebut																													
Target	0%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	0,9%	0,99%	0,9%																										
		April	Mei	Juni																										
		1,26%	0,1%	0,15%																										
		Juli	Agustus	September																										
		0,40%	1,3%	0,48%																										
		Oktober	November	Desember																										
		0,04%	0%	0,19%																										
Grafik	Capaian Kegagalan Uji Bowie Dick <table><tr><th>Bulan</th><th>Persentase Kegagalan</th></tr><tr><td>Januari</td><td>0,9%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>0,99%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0,9%</td></tr><tr><td>April</td><td>1,26%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0,1%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0,15%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0,40%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>1,3%</td></tr><tr><td>September</td><td>0,48%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0,04%</td></tr><tr><td>November</td><td>0%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0,19%</td></tr></table>				Bulan	Persentase Kegagalan	Januari	0,9%	Februari	0,99%	Maret	0,9%	April	1,26%	Mei	0,1%	Juni	0,15%	Juli	0,40%	Agustus	1,3%	September	0,48%	Oktober	0,04%	November	0%	Desember	0,19%
Bulan	Persentase Kegagalan																													
Januari	0,9%																													
Februari	0,99%																													
Maret	0,9%																													
April	1,26%																													
Mei	0,1%																													
Juni	0,15%																													
Juli	0,40%																													
Agustus	1,3%																													
September	0,48%																													
Oktober	0,04%																													
November	0%																													
Desember	0,19%																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator linen hilang belum mencapai target 0% dengan rata-rata 0,55% (Januari - Desember 2023). Penyebab tidak tercapai karena adanya <i>rewash</i> linen di pihak ketiga.																													

Rekomendasi	1. Koordinasi dengan unit terkait untuk meningkatkan pencatatan linen kotor dari ruangan 2. Koordinasi dengan bidang untuk evaluasi kinerja pihak ketigas 3. Monitoring dan evaluasi stok opname bulanan.
-------------	---

14.Kebersihan Toilet Pengunjung Di Area Rumah Sakit

Indikator	Kebersihan Toilet Pengunjung Di Area Rumah Sakit																													
Numerator	Kebersihan toilet pengunjung sesuai kriteria dalam 1 bulan																													
Denumerator	Jumlah toilet pengunjung yang diobservasi dalam bulan tersebut																													
Target	100%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	50%	30%	50%																										
		April	Mei	Juni																										
		60%	50%	60%																										
		Juli	Agustus	September																										
		70%	50%	60%																										
		Oktober	November	Desember																										
		40%	40%	40%																										
Grafik	Capaian Kebersihan Toilet Pengunjung Di Area Rumah Sakit <table><caption>Kebersihan Toilet Pengunjung Di Area Rumah Sakit - Capaian</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>50%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>30%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>50%</td></tr><tr><td>April</td><td>60%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>50%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>60%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>70%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>50%</td></tr><tr><td>September</td><td>60%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>40%</td></tr><tr><td>November</td><td>40%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>40%</td></tr></tbody></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	50%	Februari	30%	Maret	50%	April	60%	Mei	50%	Juni	60%	Juli	70%	Agustus	50%	September	60%	Oktober	40%	November	40%	Desember	40%
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	50%																													
Februari	30%																													
Maret	50%																													
April	60%																													
Mei	50%																													
Juni	60%																													
Juli	70%																													
Agustus	50%																													
September	60%																													
Oktober	40%																													
November	40%																													
Desember	40%																													

Analisa	Berdasarkan grafik indikator kebersihan toilet pengunjung di area Rumah Sakit belum mencapai target 100% dengan rata-rata 50% (Januari – Desember 2023). Penyebab tidak tercapai pada semester 2 : 1. Kurangnya kesadaran dari pengunjung dalam menjaga sarana dan prasarana toilet dan kebersihan, 2. Kurang cepat tanggapnya perbaikan fasilitas sanitair 3. Kurangnya monitoring terhadap kinerja CS
Rekomendasi	1. Koordinasi dengan IPSRS untuk perbaikan fasilitas sanitair yang rusak 2. Koordinasi dengan Leader/SPV CS untuk meningkatkan kinerja pembersihan toilet pengunjung 3. Koordinasi dengan bidang untuk penyedotan septictank berkala 4. Monitoring dan Evaluasi berkala kinerja CS

15.Ketepatan Waktu Penerimaan Obat Non Racikan

Indikator	Ketepatan Waktu Penerimaan Obat Non Racikan			
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat non racikan yang disampling pada jam sibuk dalam satu bulan			
Denominator	Jumlah resep yang disampling dalam 1 bulan tersebut			
Target	≤ 30 menit			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	21,7 menit	23,3 menit	21,3 menit
		April	Mei	Juni
		18,3 menit	18,54 menit	16,8 menit
		Juli	Agustus	September
		14,55 menit	26,91 menit	29,54 menit

		Oktober	November	Desember																										
		27,53 menit	28,74 menit	26,03 menit																										
Grafik	Capaian Ketepatan Waktu Penerimaan Obat Non Racikan <table><caption>Data for Ketepatan Waktu Penerimaan Obat Non Racikan</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Waktu (menit)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>22</td></tr><tr><td>Februari</td><td>24</td></tr><tr><td>Maret</td><td>21</td></tr><tr><td>April</td><td>18</td></tr><tr><td>Mei</td><td>19</td></tr><tr><td>Juni</td><td>17</td></tr><tr><td>Juli</td><td>14</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>27</td></tr><tr><td>September</td><td>30</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>28</td></tr><tr><td>November</td><td>29</td></tr><tr><td>Desember</td><td>26</td></tr></tbody></table>				Bulan	Waktu (menit)	Januari	22	Februari	24	Maret	21	April	18	Mei	19	Juni	17	Juli	14	Agustus	27	September	30	Oktober	28	November	29	Desember	26
Bulan	Waktu (menit)																													
Januari	22																													
Februari	24																													
Maret	21																													
April	18																													
Mei	19																													
Juni	17																													
Juli	14																													
Agustus	27																													
September	30																													
Oktober	28																													
November	29																													
Desember	26																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu penerimaan obat non racikan sudah mencapai target ≤ 30 menit dengan rata-rata 22,77 menit (Januari – Desember 2023).																													
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																													

16.Kepatuhan Penggunaan Formularium RS Non Provider BPJS

Indikator	Kepatuhan Penggunaan Formularium RS Non Provider BPJS			
Numerator	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang sesuai dengan Formularium RS			
Denominator	Jumlah R/ <i>recipe</i> dalam lembar resep yang diobservasi			
Target	80%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%

		Oktober	November	Desember																																							
		100%	100%	100%																																							
Grafik	Capaian Kepatuhan Penggunaan Formularium RS Non Provider BPJS <table><tr><th>Bulan</th><th>Median</th><th>Goal</th></tr><tr><td>Januari</td><td>100%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100%</td><td>80%</td></tr><tr><td>April</td><td>100%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>100%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100%</td><td>80%</td></tr><tr><td>September</td><td>100%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100%</td><td>80%</td></tr><tr><td>November</td><td>100%</td><td>80%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100%</td><td>80%</td></tr></table>				Bulan	Median	Goal	Januari	100%	80%	Februari	100%	80%	Maret	100%	80%	April	100%	80%	Mei	100%	80%	Juni	100%	80%	Juli	100%	80%	Agustus	100%	80%	September	100%	80%	Oktober	100%	80%	November	100%	80%	Desember	100%	80%
Bulan	Median	Goal																																									
Januari	100%	80%																																									
Februari	100%	80%																																									
Maret	100%	80%																																									
April	100%	80%																																									
Mei	100%	80%																																									
Juni	100%	80%																																									
Juli	100%	80%																																									
Agustus	100%	80%																																									
September	100%	80%																																									
Oktober	100%	80%																																									
November	100%	80%																																									
Desember	100%	80%																																									
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan penggunaan formularium RS non provider BPJS sudah mencapai target 80% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2023).																																										
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																																										

17.Ketepatan Pemberian Obat (5 Benar)

Indikator	Ketepatan Pemberian Obat (5 Benar)			
Numerator	Jumlah seluruh resep instalasi farmasi yang diberikan secara 5 benar			
Denominator	Jumlah seluruh resep instalasi farmasi			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%

Grafik	Capaian Ketepatan Pemberian Obat (5 Benar) <table border="1"> <caption>Data for Ketepatan Pemberian Obat (5 Benar)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>100</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>100</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>100</td></tr> <tr><td>April</td><td>100</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>100</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>100</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>100</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr> <tr><td>September</td><td>100</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr> <tr><td>November</td><td>100</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	100	Maret	100	April	100	Mei	100	Juni	100	Juli	100	Agustus	100	September	100	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																										
Januari	100																										
Februari	100																										
Maret	100																										
April	100																										
Mei	100																										
Juni	100																										
Juli	100																										
Agustus	100																										
September	100																										
Oktober	100																										
November	100																										
Desember	100																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan pemberian obat (5 benar) sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2023).																										
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala.																										

18.Ketepatan Waktu Penerimaan Obat Racikan

Indikator	Ketepatan Waktu Penerimaan Obat Racikan			
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan yang disampling pada jam sibuk dalam satu bulan			
Denominator	Jumlah resep yang disampling dalam 1 bulan tersebut			
Target	≤60 menit			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	28,3 menit	36,1 menit	36,88 menit
		April	Mei	Juni
		42,6 menit	41,63 menit	37,52 menit
		Juli	Agustus	September
		40,88 menit	50,34 menit	49,97 menit
		Oktober	November	Desember
		45,84 menit	50,54 menit	45,89 menit

Grafik	Capaian Ketepatan Waktu Penerimaan Obat Racikan <table border="1"> <caption>Data for Ketepatan Waktu Penerimaan Obat Racikan (2023)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (Menit)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>28</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>36</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>37</td></tr> <tr><td>April</td><td>43</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>42</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>37</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>40</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>50</td></tr> <tr><td>September</td><td>50</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>45</td></tr> <tr><td>November</td><td>50</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>45</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (Menit)	Januari	28	Februari	36	Maret	37	April	43	Mei	42	Juni	37	Juli	40	Agustus	50	September	50	Oktober	45	November	50	Desember	45
Bulan	Capaian (Menit)																										
Januari	28																										
Februari	36																										
Maret	37																										
April	43																										
Mei	42																										
Juni	37																										
Juli	40																										
Agustus	50																										
September	50																										
Oktober	45																										
November	50																										
Desember	45																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu penerimaan obat racikan sudah mencapai target ≤ 60 menit dengan rata-rata 42,20 menit (Januari - Desember 2023).																										
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																										

19. Turn Around Time Hematologi Rutin Cito < 30 Menit

Indikator	Turn Around Time Hematologi Rutin Cito < 30 Menit			
Numerator	Jumlah Pemeriksaan Hematologi Rutin (CITO) < 30 menit			
Denominator	Jumlah Total Pemeriksaan Hematologi Rutin (CITO)			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%

Grafik	Capaian Turn Around Time Hematologi Rutin Cito < 30 Menit <table border="1"><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>100</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>100</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></tbody></table>	Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	100	Maret	100	April	100	Mei	100	Juni	100	Juli	100	Agustus	100	September	100	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																										
Januari	100																										
Februari	100																										
Maret	100																										
April	100																										
Mei	100																										
Juni	100																										
Juli	100																										
Agustus	100																										
September	100																										
Oktober	100																										
November	100																										
Desember	100																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator <i>turn around time</i> hematologi rutin cito < 30 menit sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2023).																										
Rekomendasi	Meningkatkan monitoring dan evaluasi.																										

20.Kerusakan Sampel Darah

Indikator	Kerusakan Sampel Darah			
Numerator	Jumlah kerusakan sampel darah per bulan			
Denominator	Jumlah sampel darah pada bulan tersebut			
Target	0,5%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	2,55%	1,9%	3,05%
		April	Mei	Juni
		2,7%	1,3%	3,02%
		Juli	Agustus	September
		1,4%	1,9%	1,1%
		Oktober	November	Desember
		2,1%	2,4%	1,3%

Grafik	Capaian Kerusakan Sampel Darah <table border="1"><caption>Data for Kerusakan Sampel Darah</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Kerusakan</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>2.5</td></tr><tr><td>Februari</td><td>1.8</td></tr><tr><td>Maret</td><td>3.1</td></tr><tr><td>April</td><td>2.7</td></tr><tr><td>Mei</td><td>1.3</td></tr><tr><td>Juni</td><td>3.1</td></tr><tr><td>Juli</td><td>1.4</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>1.9</td></tr><tr><td>September</td><td>1.1</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>2.1</td></tr><tr><td>November</td><td>2.4</td></tr><tr><td>Desember</td><td>1.3</td></tr></tbody></table>	Bulan	Kerusakan	Januari	2.5	Februari	1.8	Maret	3.1	April	2.7	Mei	1.3	Juni	3.1	Juli	1.4	Agustus	1.9	September	1.1	Oktober	2.1	November	2.4	Desember	1.3
Bulan	Kerusakan																										
Januari	2.5																										
Februari	1.8																										
Maret	3.1																										
April	2.7																										
Mei	1.3																										
Juni	3.1																										
Juli	1.4																										
Agustus	1.9																										
September	1.1																										
Oktober	2.1																										
November	2.4																										
Desember	1.3																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kerusakan sampel darah belum mencapai target 0,5% dengan rata-rata 2,06% (Januari - Desember 2023). Penyebab tidak tercapai karena pengambilan sampel darah oleh perawat rawat inap/bidan dan ATLM. Telah dilakukan evaluasi rata-rata kerusakan sampel terjadi pada jam shift malam. Beberapa kondisi pasien mempengaruhi Tindakan flebotomi.																										
Rekomendasi	Pelaksanaan Sosialisasi Flebotomi dan Pelatihan (In House Training) Phlebotomi untuk ATLM, perawat ruangan dan bidan pada tanggal 20 Juni 2023.																										

21.Kelengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Inap Pasien COVID-19

Indikator	Kelengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Inap Pasien COVID-19			
Numerator	Jumlah sample item yang disurvei pada resume medis rawat inap yang berisi lengkap setelah selesai pelayanan rawat inap dalam satu bulan			
Denominator	Jumlah seluruh sample item yang disurvei pada resume medis rawat inap yang berisi lengkap dan tidak lengkap setelah selesai pelayanan rawat inap dalam satu bulan			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	80,95%	87,5%	90,48%
		April	Mei	Juni
		90,16%	77,78%	100%
		Juli	Agustus	September

		N/A	N/A	N/A																										
		Oktober	November	Desember																										
		N/A	N/A	72,73%																										
Grafik	Capaian Kelengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Inap Pasien COVID-19 <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>82</td></tr><tr><td>Februari</td><td>88</td></tr><tr><td>Maret</td><td>90</td></tr><tr><td>April</td><td>90</td></tr><tr><td>Mei</td><td>80</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>0</td></tr><tr><td>September</td><td>0</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0</td></tr><tr><td>November</td><td>0</td></tr><tr><td>Desember</td><td>73</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	82	Februari	88	Maret	90	April	90	Mei	80	Juni	100	Juli	0	Agustus	0	September	0	Oktober	0	November	0	Desember	73
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	82																													
Februari	88																													
Maret	90																													
April	90																													
Mei	80																													
Juni	100																													
Juli	0																													
Agustus	0																													
September	0																													
Oktober	0																													
November	0																													
Desember	73																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kelengkapan pengisian resume medis rawat inap pasien COVID-19 belum mencapai target 100% dengan rata-rata 80,27% (Januari - Desember 2023). Penyebab tidak tercapai : Terdapat beberapa item resume medis yang tidak terisi yaitu ringkasan riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, dan followup Bulan Juli, Agustus, September, Oktober, November tidak terdapat kasus COVID19																													
Rekomendasi	Memberikan informasi pentingnya mengisi resume medis																													

22.Ketidaklengkapan Informed Consent

Indikator	Ketidaklengkapan <i>Informed Consent</i>			
Numerator	<i>Informed Consent</i> yang tidak lengkap per bulan			
Denominator	Jumlah tindakan kedokteran dari seluruh pasien dalam bulan tersebut			
Target	1%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	53%	14%	56%

		April	Mei	Juni																										
		33%	69%	53%																										
		Juli	Agustus	September																										
		63%	59%	64%																										
		Oktober	November	Desember																										
		66%	48%	47%																										
Grafik	Capaian Ketidaklengkapan Informed Consent <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>53%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>14%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>55%</td></tr><tr><td>April</td><td>33%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>69%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>53%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>63%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>59%</td></tr><tr><td>September</td><td>64%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>66%</td></tr><tr><td>November</td><td>48%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>47%</td></tr></table> Median: 52,08% Goal: 1%				Bulan	Capaian (%)	Januari	53%	Februari	14%	Maret	55%	April	33%	Mei	69%	Juni	53%	Juli	63%	Agustus	59%	September	64%	Oktober	66%	November	48%	Desember	47%
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	53%																													
Februari	14%																													
Maret	55%																													
April	33%																													
Mei	69%																													
Juni	53%																													
Juli	63%																													
Agustus	59%																													
September	64%																													
Oktober	66%																													
November	48%																													
Desember	47%																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketidaklengkapan <i>Informed Consent</i> belum mencapai target 1% dengan rata-rata 52,08% (Januari - Desember 2023). Penyebab tidak tercapai : Tulisan tidak terbaca																													
Rekomendasi	Meningkatkan kualitas manajemen waktu agar informed consent dapat terisi dengan jelas dan lengkap dengan tulisan yang bisa terbaca																													

23.Ketidaklengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Jalan

Indikator	Ketidaklengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Jalan			
Numerator	Jumlah resume rawat jalan yang tidak terisi dengan lengkap per bulan			
Denominator	Jumlah kunjungan yang membutuhkan resume rawat jalan dalam bulan tersebut			
Target	1%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret

	2023	91%	88%	95%																										
		April	Mei	Juni																										
		96%	97%	96%																										
		Juli	Agustus	September																										
		93%	86%	88%																										
		Oktober	November	Desember																										
		88%	68%	38%																										
Grafik	Capaian Ketidaklengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Jalan <table><caption>Data for Ketidaklengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Jalan</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Persentase</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>91%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>96%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>97%</td></tr><tr><td>April</td><td>96%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>93%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>88%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>88%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>68%</td></tr><tr><td>September</td><td>38%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>88%</td></tr><tr><td>November</td><td>88%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>38%</td></tr></tbody></table>				Bulan	Persentase	Januari	91%	Februari	96%	Maret	97%	April	96%	Mei	93%	Juni	88%	Juli	88%	Agustus	68%	September	38%	Oktober	88%	November	88%	Desember	38%
Bulan	Persentase																													
Januari	91%																													
Februari	96%																													
Maret	97%																													
April	96%																													
Mei	93%																													
Juni	88%																													
Juli	88%																													
Agustus	68%																													
September	38%																													
Oktober	88%																													
November	88%																													
Desember	38%																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketidaklengkapan pengisian resume medis rawat jalan belum mencapai target 1% dengan rata-rata 85,33% (Januari - Desember 2023). Penyebab tidak tercapai : Terdapat item yang tidak terisi yaitu pemeriksaan penunjang																													
Rekomendasi	Melakukan edukasi kepada DPJP terkait pengisian resume rawat jalan																													

24. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah ≤ 2 Jam

Indikator	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah ≤ 2 Jam
Numerator	Jumlah jenazah dengan waktu tanggap pelayanan ≤ 2 jam dalam satu bulan
Denominator	Total jenazah dalam satu bulan
Target	100%

Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2023	100%	100%	100%																										
		April	Mei	Juni																										
		100%	100%	100%																										
		Juli	Agustus	September																										
		100%	100%	100%																										
		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	Capaian Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah ≤ 2 Jam <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>100</td></tr><tr><td>Maret</td><td>100</td></tr><tr><td>April</td><td>100</td></tr><tr><td>Mei</td><td>100</td></tr><tr><td>Juni</td><td>100</td></tr><tr><td>Juli</td><td>100</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>100</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr><tr><td>November</td><td>100</td></tr><tr><td>Desember</td><td>100</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	100	Maret	100	April	100	Mei	100	Juni	100	Juli	100	Agustus	100	September	100	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	100																													
Februari	100																													
Maret	100																													
April	100																													
Mei	100																													
Juni	100																													
Juli	100																													
Agustus	100																													
September	100																													
Oktober	100																													
November	100																													
Desember	100																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah ≤ 2 jam sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2023).																													
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala.																													

25.Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Indikator	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien			
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan			
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei dalam satu bulan			
Target	90%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	93,75%	90,63%	97,66%

		April	Mei	Juni																										
		92,97%	96,88%	93,75%																										
		Juli	Agustus	September																										
		96,09%	92,19%	90,63%																										
		Oktober	November	Desember																										
		62,5%	91,41%	93,75%																										
Grafik	Capaian Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien <table><caption>Data for Ketepatan Waktu Pemberian Makanan</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>92,97</td></tr><tr><td>Februari</td><td>96,88</td></tr><tr><td>Maret</td><td>93,75</td></tr><tr><td>April</td><td>96,09</td></tr><tr><td>Mei</td><td>92,19</td></tr><tr><td>Juni</td><td>90,63</td></tr><tr><td>Juli</td><td>96,09</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>92,19</td></tr><tr><td>September</td><td>90,63</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>62,5</td></tr><tr><td>November</td><td>91,41</td></tr><tr><td>Desember</td><td>93,75</td></tr></tbody></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	92,97	Februari	96,88	Maret	93,75	April	96,09	Mei	92,19	Juni	90,63	Juli	96,09	Agustus	92,19	September	90,63	Oktober	62,5	November	91,41	Desember	93,75
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	92,97																													
Februari	96,88																													
Maret	93,75																													
April	96,09																													
Mei	92,19																													
Juni	90,63																													
Juli	96,09																													
Agustus	92,19																													
September	90,63																													
Oktober	62,5																													
November	91,41																													
Desember	93,75																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien sudah mencapai target 90% dengan rata-rata 91,01% (Januari - Desember 2023).																													
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																													

26.Sisa Makan Siang Pasien Non Diit

Indikator	Sisa Makan Siang Pasien Non Diit			
Numerator	Jumlah pasien non diit yang tidak menghabiskan makan siangnya $\geq \frac{1}{2}$ porsi per bulan			
Denominator	Jumlah pasien non diit rawat inap yang makan siang dalam bulan tersebut			
Target	≤5%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	4,69 %	2,34%	1,56%
		April	Mei	Juni
		1,56%	4,69%	4,69%

		Juli	Agustus	September																										
		5,47%	3,13%	3,91%																										
		Oktober	November	Desember																										
		3,13%	2,34%	3,91%																										
Grafik	Capaian Sisa Makan Siang Pasien Non Diit <table><caption>Data for Sisa Makan Siang Pasien Non Diit</caption><tr><th>Bulan</th><th>Persentase</th></tr><tr><td>Januari</td><td>4,7%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>2,3%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>1,5%</td></tr><tr><td>April</td><td>1,5%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>4,7%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>4,7%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>5,5%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>3,1%</td></tr><tr><td>September</td><td>3,9%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>3,1%</td></tr><tr><td>November</td><td>2,3%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>3,9%</td></tr></table>				Bulan	Persentase	Januari	4,7%	Februari	2,3%	Maret	1,5%	April	1,5%	Mei	4,7%	Juni	4,7%	Juli	5,5%	Agustus	3,1%	September	3,9%	Oktober	3,1%	November	2,3%	Desember	3,9%
Bulan	Persentase																													
Januari	4,7%																													
Februari	2,3%																													
Maret	1,5%																													
April	1,5%																													
Mei	4,7%																													
Juni	4,7%																													
Juli	5,5%																													
Agustus	3,1%																													
September	3,9%																													
Oktober	3,1%																													
November	2,3%																													
Desember	3,9%																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator sisa makan siang pasien non diit sudah mencapai target $\leq 5\%$ dengan rata-rata 3,45% (Januari – Desember 2023).																													
Rekomendasi	1. Meningkatkan cita rasa makanan pasien, 2. Memotivasi pasien agar asupan makan ditingkatkan, 3. Monitoring dan evaluasi berkala																													

27.Kesalahan Diit Pasien

Indikator	Kesalahan Diit Pasien			
Numerator	Jumlah kejadian kesalahan jenis diit makanan pasien per bulan			
Denominator	Jumlah porsi makanan diit dalam bulan tersebut			
Target	0%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember

		0%	0%	0%																										
Grafik	Capaian Kesalahan Diit Pasien <table><caption>Data for Grafik: Kesalahan Diit Pasien</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>0</td></tr><tr><td>Februari</td><td>0</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0</td></tr><tr><td>April</td><td>0</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>0</td></tr><tr><td>September</td><td>0</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0</td></tr><tr><td>November</td><td>0</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0</td></tr></tbody></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	0	Februari	0	Maret	0	April	0	Mei	0	Juni	0	Juli	0	Agustus	0	September	0	Oktober	0	November	0	Desember	0
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	0																													
Februari	0																													
Maret	0																													
April	0																													
Mei	0																													
Juni	0																													
Juli	0																													
Agustus	0																													
September	0																													
Oktober	0																													
November	0																													
Desember	0																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kesalahan diit pasien sudah mencapai target 0% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2023).																													
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																													

28. Ketepatan Waktu Pengantaran Makanan Katering

Indikator	Ketepatan Waktu Pengantaran Makanan Katering Pegawai			
Numerator	Jumlah kasus pengantaran makanan yang sesuai kesepakatan			
Denominator	Jumlah pengantaran makanan dalam satu bulan			
Target	≥90%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	45,16 %	75%	72,04%
		April	Mei	Juni
		50%	72,04%	96,67%
		Juli	Agustus	September
		93,55%	95,70%	84,44%
		Oktober	November	Desember
		96,77%	86,67%	87,10%

Grafik	Capaian Ketepatan Waktu Pengantaran Makanan Katering Pegawai <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th><th>Goal (%)</th><th>Rata-rata (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>45</td><td>90</td><td>79.59</td></tr><tr><td>Februari</td><td>75</td><td>90</td><td>79.59</td></tr><tr><td>Maret</td><td>72</td><td>90</td><td>79.59</td></tr><tr><td>April</td><td>50</td><td>90</td><td>79.59</td></tr><tr><td>Mei</td><td>72</td><td>90</td><td>79.59</td></tr><tr><td>Juni</td><td>95</td><td>90</td><td>79.59</td></tr><tr><td>Juli</td><td>92</td><td>90</td><td>79.59</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>95</td><td>90</td><td>79.59</td></tr><tr><td>September</td><td>85</td><td>90</td><td>79.59</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>95</td><td>90</td><td>79.59</td></tr><tr><td>November</td><td>88</td><td>90</td><td>79.59</td></tr><tr><td>Desember</td><td>88</td><td>90</td><td>79.59</td></tr></table>	Bulan	Capaian (%)	Goal (%)	Rata-rata (%)	Januari	45	90	79.59	Februari	75	90	79.59	Maret	72	90	79.59	April	50	90	79.59	Mei	72	90	79.59	Juni	95	90	79.59	Juli	92	90	79.59	Agustus	95	90	79.59	September	85	90	79.59	Oktober	95	90	79.59	November	88	90	79.59	Desember	88	90	79.59
Bulan	Capaian (%)	Goal (%)	Rata-rata (%)																																																		
Januari	45	90	79.59																																																		
Februari	75	90	79.59																																																		
Maret	72	90	79.59																																																		
April	50	90	79.59																																																		
Mei	72	90	79.59																																																		
Juni	95	90	79.59																																																		
Juli	92	90	79.59																																																		
Agustus	95	90	79.59																																																		
September	85	90	79.59																																																		
Oktober	95	90	79.59																																																		
November	88	90	79.59																																																		
Desember	88	90	79.59																																																		
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu pengantaran makanan katering pegawai belum mencapai target $\geq 90\%$ dengan rata-rata 79,59% (Januari – Desember 2023). Penyebab tidak tercapai karena supplier datang terlalu cepat / terlambat dari waktu yang ditentukan.																																																				
Rekomendasi	- Membuat laporan evaluasi kedatangan katering kepada kasubbag umum - Mengingatkan kembali kepada katering untuk datang tepat waktu - Monitoring dan evaluasi berkala.																																																				

29. Bayi Baru Lahir Yang Tidak Mendapatkan ASI Eksklusif Selama Rawat Inap

Indikator	Bayi Baru Lahir Yang Tidak Mendapatkan ASI Eksklusif Selama Rawat Inap			
Numerator	Jumlah bayi baru lahir yang tidak mendapat ASI eksklusif selama masa rawat inap dalam satu bulan			
Denominator	Jumlah seluruh bayi baru lahir dalam bulan tersebut			
Target	0%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	15,4%	15,4%	0%
		April	Mei	Juni
		69%	8%	20%
		Juli	Agustus	September
		33,3%	52,6%	26,6%

		Oktober	November	Desember																										
		44%	22%	22,2%																										
Grafik	Capaian Bayi Baru Lahir Yang Tidak Mendapatkan ASI Eksklusif Selama Rawat Inap <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>15</td></tr><tr><td>Februari</td><td>15</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0</td></tr><tr><td>April</td><td>70</td></tr><tr><td>Mei</td><td>8</td></tr><tr><td>Juni</td><td>20</td></tr><tr><td>Juli</td><td>33</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>53</td></tr><tr><td>September</td><td>26</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>44</td></tr><tr><td>November</td><td>22</td></tr><tr><td>Desember</td><td>22</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	15	Februari	15	Maret	0	April	70	Mei	8	Juni	20	Juli	33	Agustus	53	September	26	Oktober	44	November	22	Desember	22
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	15																													
Februari	15																													
Maret	0																													
April	70																													
Mei	8																													
Juni	20																													
Juli	33																													
Agustus	53																													
September	26																													
Oktober	44																													
November	22																													
Desember	22																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator bayi baru lahir yang tidak mendapatkan ASI eksklusif selama rawat inap belum mencapai target 0% dengan rata-rata 27,37% (Januari - Desember 2023). Penyebab tidak tercapai : 1. Ibu bayi masih perawatan di ICU 2. Kurangnya motivasi ibu bayi 3. Rumah ibu bayi jauh																													
Rekomendasi	Motivasi tentang pentingnya ASI Eksklusif ke setiap ibu pasien yang bayinya dirawat di RSUD Kota Tangerang																													

30.Ketepatan Dokter Operator Dalam Pengisian Formulir Asesmen Pra Bedah

Indikator	Ketepatan Dokter Operator Dalam Pengisian Formulir Asesmen Pra Bedah			
Numerator	Jumlah pengisian formulir asesmen pra bedah yang lengkap			
Denominator	Jumlah seluruh formulir asesmen pra bedah			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	100%	94%	83%

		April	Mei	Juni																										
		95%	95%	95%																										
		Juli	Agustus	September																										
		97%	95%	95%																										
		Oktober	November	Desember																										
		97%	95%	97%																										
Grafik	Capaian Ketepatan Dokter Operator Dalam Pengisian Formulir Asesmen Pra Bedah <table><caption>Data for Ketepatan Dokter Operator Dalam Pengisian Formulir Asesmen Pra Bedah</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Ketepatan (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>100</td></tr><tr><td>Februari</td><td>82</td></tr><tr><td>Maret</td><td>94</td></tr><tr><td>April</td><td>95</td></tr><tr><td>Mei</td><td>95</td></tr><tr><td>Juni</td><td>95</td></tr><tr><td>Juli</td><td>96</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>95</td></tr><tr><td>September</td><td>96</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>97</td></tr><tr><td>November</td><td>95</td></tr><tr><td>Desember</td><td>97</td></tr></tbody></table>				Bulan	Ketepatan (%)	Januari	100	Februari	82	Maret	94	April	95	Mei	95	Juni	95	Juli	96	Agustus	95	September	96	Oktober	97	November	95	Desember	97
Bulan	Ketepatan (%)																													
Januari	100																													
Februari	82																													
Maret	94																													
April	95																													
Mei	95																													
Juni	95																													
Juli	96																													
Agustus	95																													
September	96																													
Oktober	97																													
November	95																													
Desember	97																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan dokter operator dalam pengisian formulir asesmen pra bedah belum mencapai target 100% dengan rata-rata 94,83% (Januari – Desember 2023). Penyebab tidak tercapai yaitu DPJP Operator terburu-buru sehingga tidak mengisi dengan lengkap																													
Rekomendasi	Sosialisasi SPO pengisian asesmen pra bedah kepada DPJP, serta monitoring dan evaluasi berkala setiap																													

31.Kegagalan Uji Bowie Dick

Indikator	Kegagalan Uji <i>Bowie Dick</i>			
Numerator	Angka kegagalan uji Bowie Dick pada mesin sterilisasi <i>autoclave</i> per bulan			
Denominator	Jumlah seluruh hasil uji Bowie Dick pada mesin sterilisasi <i>autoclave</i> pada bulan tersebut			
Target	1%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni

		0%	0%	0%																										
		Juli	Agustus	September																										
		0%	0%	0%																										
		Oktober	November	Desember																										
		0%	0%	0%																										
Grafik	Capaian Kegagalan Uji Bowie Dick <table><caption>Data for Kegagalan Uji Bowie Dick</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Kegagalan (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>0%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>0%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0%</td></tr><tr><td>April</td><td>0%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>0%</td></tr><tr><td>September</td><td>0%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0%</td></tr><tr><td>November</td><td>0%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0%</td></tr></tbody></table>				Bulan	Kegagalan (%)	Januari	0%	Februari	0%	Maret	0%	April	0%	Mei	0%	Juni	0%	Juli	0%	Agustus	0%	September	0%	Oktober	0%	November	0%	Desember	0%
Bulan	Kegagalan (%)																													
Januari	0%																													
Februari	0%																													
Maret	0%																													
April	0%																													
Mei	0%																													
Juni	0%																													
Juli	0%																													
Agustus	0%																													
September	0%																													
Oktober	0%																													
November	0%																													
Desember	0%																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kegagalan uji <i>Bowie Dick</i> sudah mencapai target 1% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2023).																													
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																													

32.Kepatuhan Visite Dokter Spesialis Pada Hari Kerja

Indikator	Kepatuhan Visite Dokter Spesialis Pada Hari Kerja			
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis pada hari kerja sebelum jam 14.00			
Denominator	Jumlah visite dokter spesialis yang harus visite pada hari kerja			
Target	80%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	68,7%	76,6%	82,8%
		April	Mei	Juni
		71,8%	65,6%	50%
		Juli	Agustus	September
		53%	48,4%	59,3%

		Oktober	November	Desember																										
		65,6%	70,3%	68,3%																										
Grafik	Capaian Kepatuhan Visite Dokter Spesialis Pada Hari Kerja <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>68</td></tr><tr><td>Februari</td><td>75</td></tr><tr><td>Maret</td><td>82</td></tr><tr><td>April</td><td>72</td></tr><tr><td>Mei</td><td>65</td></tr><tr><td>Juni</td><td>50</td></tr><tr><td>Juli</td><td>53</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>48</td></tr><tr><td>September</td><td>58</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>65</td></tr><tr><td>November</td><td>70</td></tr><tr><td>Desember</td><td>68</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	68	Februari	75	Maret	82	April	72	Mei	65	Juni	50	Juli	53	Agustus	48	September	58	Oktober	65	November	70	Desember	68
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	68																													
Februari	75																													
Maret	82																													
April	72																													
Mei	65																													
Juni	50																													
Juli	53																													
Agustus	48																													
September	58																													
Oktober	65																													
November	70																													
Desember	68																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan visite dokter spesialis pada hari kerja belum mencapai target 80% dengan rata-rata 65% (Januari - Desember 2023). Penyebab tidak tercapai karena ada DPJP yang berhalangan visite pada hari kerja.																													
Rekomendasi	- Koordinasi dengan manajemen perihal DPJP yang berhalangan visite - Monitoring dan evaluasi berkala.																													

33.Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan

Indikator	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan			
Numerator	Jumlah alat kesehatan yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu			
Denominator	Jumlah seluruh alat kesehatan yang seharusnya dilakukan pemeliharaan			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%

		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%
Grafik	Capaian Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan			
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu pemeliharaan alat kesehatan sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2023).			
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.			

34.Keterlambatan Waktu Menangani Kerusakan Alat Kesehatan

Indikator	Keterlambatan Waktu Menangani Kerusakan Alat Kesehatan			
Numerator	Jumlah keterlambatan waktu menangani kerusakan alat perbulan			
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam bulan tersebut			
Target	1%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%

		Oktober	November	Desember																										
		0%	0%	0%																										
Grafik	Capaian Keterlambatan Waktu Menangani Kerusakan Alat Kesehatan <table><caption>Data for Keterlambatan Waktu Menangani Kerusakan Alat Kesehatan</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Februari</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0.0</td></tr><tr><td>April</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>0.0</td></tr><tr><td>September</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0.0</td></tr><tr><td>November</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0.0</td></tr></tbody></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	0.0	Februari	0.0	Maret	0.0	April	0.0	Mei	0.0	Juni	0.0	Juli	0.0	Agustus	0.0	September	0.0	Oktober	0.0	November	0.0	Desember	0.0
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	0.0																													
Februari	0.0																													
Maret	0.0																													
April	0.0																													
Mei	0.0																													
Juni	0.0																													
Juli	0.0																													
Agustus	0.0																													
September	0.0																													
Oktober	0.0																													
November	0.0																													
Desember	0.0																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator keterlambatan waktu menangani kerusakan alat kesehatan sudah mencapai target 1% dengan rata-rata 0% (Januari – Desember 2023).																													
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																													

35.Keterlambatan *Response Time* Genset

Indikator	Keterlambatan <i>Response Time</i> Genset			
Numerator	Jumlah kejadian genset menyala dalam waktu > 10 detik pada saat listrik padam perbulan			
Denominator	Jumlah seluruh kejadian pemadaman listrik dalam bulan tersebut			
Target	0%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	N/A	N/A	N/A
		April	Mei	Juni
		N/A	N/A	N/A
		Juli	Agustus	September
		N/A	N/A	N/A
		Oktober	November	Desember
		N/A	N/A	N/A

Grafik	Capaian Keterlambatan Response Time Genset
Analisa	Berdasarkan grafik indikator keterlambatan <i>response time genset</i> sudah mencapai target 0% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2023).
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.

36. Kejadian *Drop Out* Pasien Anak Tumbuh Kembang Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medis Yang Direncanakan

Indikator	Kejadian <i>Drop Out</i> Pasien Anak Tumbuh Kembang Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medis Yang Direncanakan			
Numerator	Jumlah seluruh pasien anak tumbuh kembang yang drop out			
Denominator	Jumlah seluruh pasien anak tumbuh kembang yang diprogram rehabilitasi medik dalam tiga bulan			
Target	≤25%			
Hasil	Tahun	Maret	Juni	September
	2023	25%	23%	22%
		Desember		
		22%		

Grafik	Capaian Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik <table><tr><th>Triwulan</th><th>Goal (%)</th><th>Median (%)</th></tr><tr><td>Triwulan 1</td><td>23</td><td>100</td></tr><tr><td>Triwulan 2</td><td>23</td><td>100</td></tr><tr><td>Triwulan 3</td><td>23</td><td>100</td></tr><tr><td>Triwulan 4</td><td>23</td><td>100</td></tr></table>	Triwulan	Goal (%)	Median (%)	Triwulan 1	23	100	Triwulan 2	23	100	Triwulan 3	23	100	Triwulan 4	23	100
Triwulan	Goal (%)	Median (%)														
Triwulan 1	23	100														
Triwulan 2	23	100														
Triwulan 3	23	100														
Triwulan 4	23	100														
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kejadian <i>drop out</i> pasien anak tumbuh kembang terhadap pelayanan rehabilitasi medis yang direncanakan sudah mencapai target $\leq 25\%$ dengan rata-rata 23% (Januari – Desember 2023).															
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi secara berkala untuk mempertahankan capaian															

37. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medis

Indikator	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik			
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan rehabilitasi medik yang benar			
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat tindakan rehabilitasi medik dalam bulan tersebut			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%

Grafik	Capaian Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik <table border="1"> <caption>Data for Grafik: Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>100</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>100</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>100</td></tr> <tr><td>April</td><td>100</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>100</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>100</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>100</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr> <tr><td>September</td><td>100</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>100</td></tr> <tr><td>November</td><td>100</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Januari	100	Februari	100	Maret	100	April	100	Mei	100	Juni	100	Juli	100	Agustus	100	September	100	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Capaian (%)																										
Januari	100																										
Februari	100																										
Maret	100																										
April	100																										
Mei	100																										
Juni	100																										
Juli	100																										
Agustus	100																										
September	100																										
Oktober	100																										
November	100																										
Desember	100																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik sudah mencapai target 100% (Januari – Desember 2023).																										
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala tiap bulan,																										

38.Adekuasi Dialisis Dengan Indikator Kt/V

Indikator	Adekuasi Dialisis Dengan Indikator Kt/V			
Numerator	Jumlah pasien dengan Kt/V >= 1.8			
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan hemodialisis			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	72,2%	77,7%	77,7%
		April	Mei	Juni
		77,7%	77,7%	77,7%
		Juli	Agustus	September
		77,7%	77,7%	77,7%
		Oktober	November	Desember

		77,7%	77,7%	77,7%																										
Grafik	Capaian Adekuasi Dialisis Dengan Indikator Kt/V <table><tr><th>Bulan</th><th>Kt/V</th></tr><tr><td>Januari</td><td>77,2</td></tr><tr><td>Februari</td><td>77,2</td></tr><tr><td>Maret</td><td>77,2</td></tr><tr><td>April</td><td>77,2</td></tr><tr><td>Mei</td><td>77,2</td></tr><tr><td>Juni</td><td>77,2</td></tr><tr><td>Juli</td><td>77,2</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>77,2</td></tr><tr><td>September</td><td>77,2</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>77,2</td></tr><tr><td>November</td><td>77,2</td></tr><tr><td>Desember</td><td>77,2</td></tr></table>				Bulan	Kt/V	Januari	77,2	Februari	77,2	Maret	77,2	April	77,2	Mei	77,2	Juni	77,2	Juli	77,2	Agustus	77,2	September	77,2	Oktober	77,2	November	77,2	Desember	77,2
Bulan	Kt/V																													
Januari	77,2																													
Februari	77,2																													
Maret	77,2																													
April	77,2																													
Mei	77,2																													
Juni	77,2																													
Juli	77,2																													
Agustus	77,2																													
September	77,2																													
Oktober	77,2																													
November	77,2																													
Desember	77,2																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator adekuasi dialisis dengan indikator Kt/V belum mencapai target 100% dengan rata-rata 77,2% (Januari - Desember 2023). Penyebab tidak tercapai yaitu ukuran dialiser tidak sesuai BB pasien, aliran akses tidak lancar																													
Rekomendasi	Penggantian dialiser sesuai dengan berat badan pasien, perbaiki kelancaran/kepatenan akses, serta monitoring dan evaluasi berkala.																													

39.Keterlambatan Waktu Tindakan Hemodialisa

Indikator	Keterlambatan Waktu Tindakan Hemodialisa			
Numerator	Jumlah keterlambatan waktu tindakan hemodialisa perbulan			
Denominator	Jumlah seluruh pasien hemodialisa dalam bulan tersebut			
Target	1%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	2,3%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember

		0%	0%	0%																										
Grafik	Capaian Keterlambatan Waktu Tindakan Hemodialisa <table><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr><tr><td>Januari</td><td>2.3</td></tr><tr><td>Februari</td><td>0.19</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0.19</td></tr><tr><td>April</td><td>0.19</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0.19</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0.19</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0.19</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>0.19</td></tr><tr><td>September</td><td>0.19</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0.19</td></tr><tr><td>November</td><td>0.19</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0.19</td></tr></table>				Bulan	Capaian (%)	Januari	2.3	Februari	0.19	Maret	0.19	April	0.19	Mei	0.19	Juni	0.19	Juli	0.19	Agustus	0.19	September	0.19	Oktober	0.19	November	0.19	Desember	0.19
Bulan	Capaian (%)																													
Januari	2.3																													
Februari	0.19																													
Maret	0.19																													
April	0.19																													
Mei	0.19																													
Juni	0.19																													
Juli	0.19																													
Agustus	0.19																													
September	0.19																													
Oktober	0.19																													
November	0.19																													
Desember	0.19																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator keterlambatan waktu tindakan hemodialisa sudah mencapai target 1% dengan rata-rata 0,19% (Januari - Desember 2023). Penyebab tidak tercapai karena pada sistem BPJS pusat error.																													
Rekomendasi	Koordinasi dan komunikasi terkait sistem BPJS pusat yang error. Melakukan monitoring dan evaluasi berkala.																													

40.Infeksi Daerah Operasi

Indikator	Infeksi Daerah Operasi			
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan			
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi di rumah sakit dalam bulan tersebut			
Target	2%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0,8%	0%

Grafik	Capaian Infeksi Daerah Operasi <table border="1"><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (Median)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>0,006%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>0,006%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0,006%</td></tr><tr><td>April</td><td>0,006%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0,006%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0,006%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0,006%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>0,006%</td></tr><tr><td>September</td><td>0,006%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0,006%</td></tr><tr><td>November</td><td>~0,8%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0,006%</td></tr></tbody></table>	Bulan	Capaian (Median)	Januari	0,006%	Februari	0,006%	Maret	0,006%	April	0,006%	Mei	0,006%	Juni	0,006%	Juli	0,006%	Agustus	0,006%	September	0,006%	Oktober	0,006%	November	~0,8%	Desember	0,006%
Bulan	Capaian (Median)																										
Januari	0,006%																										
Februari	0,006%																										
Maret	0,006%																										
April	0,006%																										
Mei	0,006%																										
Juni	0,006%																										
Juli	0,006%																										
Agustus	0,006%																										
September	0,006%																										
Oktober	0,006%																										
November	~0,8%																										
Desember	0,006%																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator infeksi daerah operasi sudah mencapai target dibawah 2% dengan rata-rata 0,006% (Januari – Desember 2023).																										
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala untuk mempertahankan capaian																										

41. Plebitis

Indikator	Plebitis			
Numerator	Jumlah kasus infeksi luka infus per bulan			
Denominator	Jumlah hari pemasangan infus dalam bulan tersebut			
Target	20‰			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	2,28‰	0‰	0‰
		April	Mei	Juni
		3‰	0‰	3,2‰
		Juli	Agustus	September
		2‰	3‰	1‰
		Oktober	November	Desember
		1,9‰	1,8‰	1,9‰

Grafik	Capaian Plebitis <table border="1"> <caption>Plebitis Performance Data (Estimated)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>2.5</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>0.5</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>0.2</td></tr> <tr><td>April</td><td>3.2</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>0.1</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>3.5</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>2.2</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>3.2</td></tr> <tr><td>September</td><td>1.2</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>2.2</td></tr> <tr><td>November</td><td>2.0</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>2.2</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Capaian (%)	Januari	2.5	Februari	0.5	Maret	0.2	April	3.2	Mei	0.1	Juni	3.5	Juli	2.2	Agustus	3.2	September	1.2	Oktober	2.2	November	2.0	Desember	2.2
Bulan	Capaian (%)																										
Januari	2.5																										
Februari	0.5																										
Maret	0.2																										
April	3.2																										
Mei	0.1																										
Juni	3.5																										
Juli	2.2																										
Agustus	3.2																										
September	1.2																										
Oktober	2.2																										
November	2.0																										
Desember	2.2																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator plebitis sudah mencapai target dibawah 20‰ dengan rata-rata 1,7‰ (Januari – Desember 2023).																										
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala untuk mempertahankan capaian																										

42.Infeksi Aliran Darah Primer

Indikator	Infeksi Aliran Darah Primer			
Numerator	Jumlah kasus infeksi aliran darah primer karena pemasangan intravaskular kateter perbulan			
Denominator	Jumlah hari pemasangan intravaskular kateter dalam bulan tersebut			
Target	10‰			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	0‰	0‰	0‰
		April	Mei	Juni
		0‰	0‰	0‰
		Juli	Agustus	September
		0‰	0‰	0‰
		Oktober	November	Desember
		0‰	0‰	0‰

Grafik	Capaian Infeksi Aliran Darah Primer <table border="1"><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>0</td></tr><tr><td>Februari</td><td>0</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0</td></tr><tr><td>April</td><td>0</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>0</td></tr><tr><td>September</td><td>0</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0</td></tr><tr><td>November</td><td>0</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0</td></tr></tbody></table>	Bulan	Capaian (%)	Januari	0	Februari	0	Maret	0	April	0	Mei	0	Juni	0	Juli	0	Agustus	0	September	0	Oktober	0	November	0	Desember	0
Bulan	Capaian (%)																										
Januari	0																										
Februari	0																										
Maret	0																										
April	0																										
Mei	0																										
Juni	0																										
Juli	0																										
Agustus	0																										
September	0																										
Oktober	0																										
November	0																										
Desember	0																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator infeksi aliran darah primer sudah mencapai target dibawah 10% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2023).																										
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala untuk mempertahankan capaian																										

43.Infeksi Saluran Kemih

Indikator	Infeksi Saluran Kemih			
Numerator	Jumlah kasus infeksi karena pemasangan kateter per bulan			
Denominator	Jumlah hari pemasangan kateter dalam bulan tersebut			
Target	10%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		1%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%

Grafik	Capaian Infeksi Saluran Kemih <table border="1"><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>0.08</td></tr><tr><td>Februari</td><td>0.08</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0.08</td></tr><tr><td>April</td><td>0.08</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0.08</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0.08</td></tr><tr><td>Juli</td><td>1.2</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>0.08</td></tr><tr><td>September</td><td>0.08</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0.08</td></tr><tr><td>November</td><td>0.08</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0.08</td></tr></tbody></table>	Bulan	Capaian (%)	Januari	0.08	Februari	0.08	Maret	0.08	April	0.08	Mei	0.08	Juni	0.08	Juli	1.2	Agustus	0.08	September	0.08	Oktober	0.08	November	0.08	Desember	0.08
Bulan	Capaian (%)																										
Januari	0.08																										
Februari	0.08																										
Maret	0.08																										
April	0.08																										
Mei	0.08																										
Juni	0.08																										
Juli	1.2																										
Agustus	0.08																										
September	0.08																										
Oktober	0.08																										
November	0.08																										
Desember	0.08																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator infeksi saluran kemih sudah mencapai target dibawah 10‰ dengan rata-rata 0,08‰ (Januari - Desember 2023).																										
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala untuk mempertahankan capaian.																										

44. **Pneumonia Akibat Pemakaian Ventilator**

Indikator	Pneumonia Akibat Pemakaian Ventilator			
Numerator	Jumlah VAP atau pneumonia yang terjadi akibat pemasangan ventilator per bulan			
Denominator	Jumlah hari pemakaian Endotracheal Tube (ETT) pada bulan tersebut			
Target	20‰			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	0‰	0‰	0‰
		April	Mei	Juni
		0‰	0‰	0‰
		Juli	Agustus	September
		0‰	0‰	0‰
		Oktober	November	Desember
		0‰	0‰	0‰

Grafik	Capaian Pneumonia Akibat Pemakaian Ventilator <table><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>0%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>0%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0%</td></tr><tr><td>April</td><td>0%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>0%</td></tr><tr><td>September</td><td>0%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0%</td></tr><tr><td>November</td><td>0%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0%</td></tr></tbody></table>	Bulan	Capaian (%)	Januari	0%	Februari	0%	Maret	0%	April	0%	Mei	0%	Juni	0%	Juli	0%	Agustus	0%	September	0%	Oktober	0%	November	0%	Desember	0%
Bulan	Capaian (%)																										
Januari	0%																										
Februari	0%																										
Maret	0%																										
April	0%																										
Mei	0%																										
Juni	0%																										
Juli	0%																										
Agustus	0%																										
September	0%																										
Oktober	0%																										
November	0%																										
Desember	0%																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator pneumonia akibat pemakaian ventilator sudah mencapai target dibawah 20% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2023).																										
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala untuk mempertahankan capaian																										

45.Kejadian Dekubitus Selama Masa Perawatan

Indikator	Kejadian Dekubitus Selama Masa Perawatan			
Numerator	Jumlah kasus luka dekubitus per bulan			
Denominator	Jumlah pasien tirah baring pada bulan tersebut			
Target	0%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		4%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	3,5%

Grafik	Capaian Kejadian Dekubitus Selama Masa Perawatan <table border="1"> <caption>Data for Kejadian Dekubitus Selama Masa Perawatan</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Kejadian Dekubitus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>0</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>0</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>0</td></tr> <tr><td>April</td><td>0</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>0</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>0</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>4</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>0</td></tr> <tr><td>September</td><td>0</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>0</td></tr> <tr><td>November</td><td>0</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>3.5</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Kejadian Dekubitus	Januari	0	Februari	0	Maret	0	April	0	Mei	0	Juni	0	Juli	4	Agustus	0	September	0	Oktober	0	November	0	Desember	3.5
Bulan	Kejadian Dekubitus																										
Januari	0																										
Februari	0																										
Maret	0																										
April	0																										
Mei	0																										
Juni	0																										
Juli	4																										
Agustus	0																										
September	0																										
Oktober	0																										
November	0																										
Desember	3.5																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kejadian dekubitus selama masa perawatan belum mencapai target 0% dengan rata-rata 0,62% (Januari - Desember 2023).																										
Rekomendasi	Melakukan koordinasi dengan manajemen dan komite mutu dengan melakukan rapat evaluasi terkait penerapan bundles dekubitus. Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala.																										

46.Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan

Indikator	Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan			
Numerator	Jumlah ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan perbulan			
Denominator	Jumlah seluruh tagihan atas pelayanan rumah sakit yang terkirim dalm bulan tersebut			
Target	1%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%

Grafik	Capaian Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien <table border="1"><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>95</td></tr><tr><td>Februari</td><td>95</td></tr><tr><td>Maret</td><td>98</td></tr><tr><td>April</td><td>95</td></tr><tr><td>Mei</td><td>98</td></tr><tr><td>Juni</td><td>95</td></tr><tr><td>Juli</td><td>98</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>95</td></tr><tr><td>September</td><td>95</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>60</td></tr><tr><td>November</td><td>95</td></tr><tr><td>Desember</td><td>95</td></tr></tbody></table>	Bulan	Capaian (%)	Januari	95	Februari	95	Maret	98	April	95	Mei	98	Juni	95	Juli	98	Agustus	95	September	95	Oktober	60	November	95	Desember	95
Bulan	Capaian (%)																										
Januari	95																										
Februari	95																										
Maret	98																										
April	95																										
Mei	98																										
Juni	95																										
Juli	98																										
Agustus	95																										
September	95																										
Oktober	60																										
November	95																										
Desember	95																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan sudah mencapai target dibawah 1% dengan rata-rata 0% (Januari – Desember 2023).																										
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																										

47.Keterlambatan Waktu **Penanganan** Kerusakan Hardware/Jaringan

Indikator	Keterlambatan Waktu Penanganan Kerusakan Hardware/Jaringan			
Numerator	Jumlah keterlambatan respon time petugas EDP dalam menanggapi laporan kerusakan hardware / jaringan pada bulan tersebut			
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan hardware / jaringan pada bulan tersebut			
Target	0%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%

Grafik	Capaian Keterlambatan Waktu Penanganan Kerusakan Hardware/Jaringan <table border="1"><thead><tr><th>Bulan</th><th>Capaian</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>0%</td></tr><tr><td>Februari</td><td>0%</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0%</td></tr><tr><td>April</td><td>0%</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0%</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0%</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0%</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>0%</td></tr><tr><td>September</td><td>0%</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0%</td></tr><tr><td>November</td><td>0%</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0%</td></tr></tbody></table>	Bulan	Capaian	Januari	0%	Februari	0%	Maret	0%	April	0%	Mei	0%	Juni	0%	Juli	0%	Agustus	0%	September	0%	Oktober	0%	November	0%	Desember	0%
Bulan	Capaian																										
Januari	0%																										
Februari	0%																										
Maret	0%																										
April	0%																										
Mei	0%																										
Juni	0%																										
Juli	0%																										
Agustus	0%																										
September	0%																										
Oktober	0%																										
November	0%																										
Desember	0%																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator keterlambatan waktu penanganan kerusakan <i>hardware/jaringan</i> sudah mencapai target 0% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2023).																										
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																										

48.Keterlambatan Pelayanan Ambulans Di Rumah Sakit

Indikator	Keterlambatan Pelayanan Ambulans Di Rumah Sakit			
Numerator	Jumlah keterlambatan pelayanan ambulans perbulan			
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans dalam bulan tersebut			
Target	3%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%

Grafik	Capaian Keterlambatan Pelayanan Ambulans Di Rumah Sakit <table><tr><th>Month</th><th>Goal</th><th>Median</th></tr><tr><td>Januari</td><td>3.0</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Februari</td><td>3.0</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Maret</td><td>3.0</td><td>0.0</td></tr><tr><td>April</td><td>3.0</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Mei</td><td>3.0</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Juni</td><td>3.0</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Juli</td><td>3.0</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>3.0</td><td>0.0</td></tr><tr><td>September</td><td>3.0</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>3.0</td><td>0.0</td></tr><tr><td>November</td><td>3.0</td><td>0.0</td></tr><tr><td>Desember</td><td>3.0</td><td>0.0</td></tr></table>	Month	Goal	Median	Januari	3.0	0.0	Februari	3.0	0.0	Maret	3.0	0.0	April	3.0	0.0	Mei	3.0	0.0	Juni	3.0	0.0	Juli	3.0	0.0	Agustus	3.0	0.0	September	3.0	0.0	Oktober	3.0	0.0	November	3.0	0.0	Desember	3.0	0.0
Month	Goal	Median																																						
Januari	3.0	0.0																																						
Februari	3.0	0.0																																						
Maret	3.0	0.0																																						
April	3.0	0.0																																						
Mei	3.0	0.0																																						
Juni	3.0	0.0																																						
Juli	3.0	0.0																																						
Agustus	3.0	0.0																																						
September	3.0	0.0																																						
Oktober	3.0	0.0																																						
November	3.0	0.0																																						
Desember	3.0	0.0																																						
Analisa	Berdasarkan grafik indikator keterlambatan pelayanan ambulans di Rumah Sakit sudah mencapai dibawah target 3% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2023).																																							
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																																							

49.Kasus Kehilangan/Pencurian Di Area Rumah Sakit

Indikator	Kasus Kehilangan/Pencurian Di Area Rumah Sakit				
Numerator	Jumlah Kasus kehilangan / pencurian yang dilaporkan dalam 1 bulan				
Denominator	1				
Target	0				
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret	
	2023	1	2	0	
		April	Mei	Juni	
		0	0	0	
		Juli	Agustus	September	
		0	0	0	
		Oktober	November	Desember	
		0	0	0	

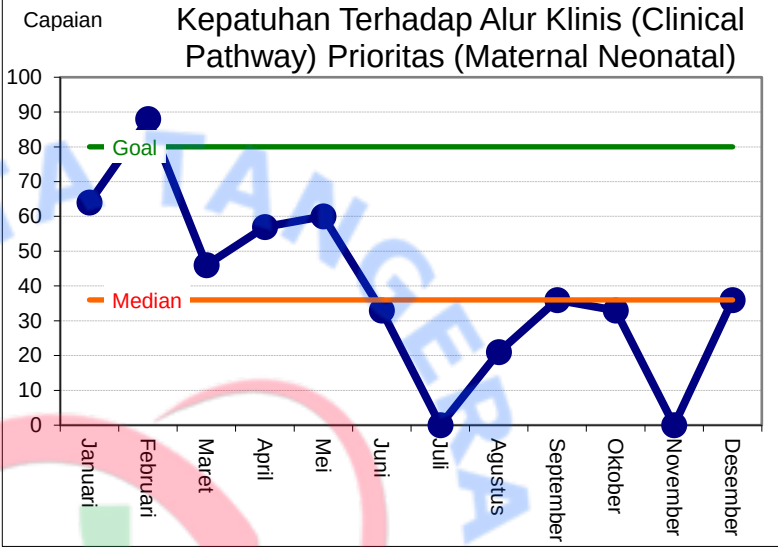
Grafik	Capaian Kasus Kehilangan/Pencurian Di Area Rumah Sakit <table border="1"><thead><tr><th>Bulan</th><th>Kasus</th></tr></thead><tbody><tr><td>Januari</td><td>1</td></tr><tr><td>Februari</td><td>2</td></tr><tr><td>Maret</td><td>0</td></tr><tr><td>April</td><td>0</td></tr><tr><td>Mei</td><td>0</td></tr><tr><td>Juni</td><td>0</td></tr><tr><td>Juli</td><td>0</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>0</td></tr><tr><td>September</td><td>0</td></tr><tr><td>Oktober</td><td>0</td></tr><tr><td>November</td><td>0</td></tr><tr><td>Desember</td><td>0</td></tr></tbody></table>	Bulan	Kasus	Januari	1	Februari	2	Maret	0	April	0	Mei	0	Juni	0	Juli	0	Agustus	0	September	0	Oktober	0	November	0	Desember	0
Bulan	Kasus																										
Januari	1																										
Februari	2																										
Maret	0																										
April	0																										
Mei	0																										
Juni	0																										
Juli	0																										
Agustus	0																										
September	0																										
Oktober	0																										
November	0																										
Desember	0																										
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kasus kehilangan/pencurian di area Rumah Sakit belum mencapai target 0 dengan rata-rata 0,25 kasus (Januari - Desember 2023). Jenis kasus 15 Januari 2023 : Kehilangan HP di lantai 6 6 Februari 2023 : Kehilangan Tas di dalam mobil di parkir 17 Februari 2023 : Kehilangan Tas di poli geriatric																										
Rekomendasi	Koordinasikan kasus kehilangan dengan pihak berwajib Pencegahan melalui penempatan petugas keamanan Memberikan himbauan kepada pengunjung rumah sakit agar dapat menjaga barang bawaan Melakukan monitong menggunakan CCTV Monitoring dan evaluasi secara berkala																										

50. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) Prioritas RS

Indikator	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>) Prioritas (Maternal Neonatal)
Numerator	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi
Target	80%

Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2023	64%	88%	46%
		April	Mei	Juni
		57%	60%	33%
		Juli	Agustus	September
		0%	21%	36%
		Oktober	November	Desember
		33%	0%	36%

Grafik



Analisa

Berdasarkan grafik indikator kepatuhan terhadap alur klinis / *clinical pathway* prioritas **belum** mencapai **target 80%** dengan rata-rata **39,5%** (Januari – Desember 2023).

Penyebab tidak tercapai karena :

- a. Hasil USG pasien yang dilakukan. tidak terdokumentasi dengan baik di CPPT.
- b. Visite dan monitoring DPJP tidak optimal dan tidak terdokumentasi di CPPT
- c. LOS pasien melebihi yang ditentukan

Rekomendasi

- a. Tetap melakukan monitoring evaluasi berkala agar CP berjalan optimal
- b. Melakukan komunikasi feedback capaian perbulan secara kontinu kepada karu dan DPJP terkait untuk

	meningkatkan kepatuhan pemeriksaan USG, monitoring dan pendokumentasian di CPPT c. Menyarankan untuk Studi banding Ke RS lain dengan capaian CP yang baik untuk meningkatkan kompetensi Tim CP
--	--

IV. Kesimpulan dan Saran

A. Kesimpulan UMUM

- Upaya peningkatan mutu yang dilakukan RSUD Kota Tangerang saat ini sudah mendapatkan dukungan yang maksimal oleh Direktur dan seluruh staf Rumah Sakit. Akan tetapi masih butuh koordinasi dan tata kelola yang baik dalam sistematika kerjanya.
- Kedisiplinan dalam pelaporan mutu juga harus ditingkatkan melalui peran serta seluruh anggota Komite Mutu dan Penanggung Jawab Mutu Instalasi tentang upaya peningkatan mutu.

SUB KOMITE MUTU

- Indikator Nasional Mutu yang **sudah** mencapai target antara lain :
 - Kepatuhan Kebersihan Tangan
 - Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
 - Penundaan Operasi Elektif
 - Kepatuhan Waktu Visite Dokter
 - Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
 - Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
 - Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
 - Kepuasan pasien
- Indikator Nasional Mutu yang **belum** mencapai target antara lain :
 - Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri
 - Kepatuhan Identifikasi Pasien
 - Waktu Tunggu Rawat Jalan
 - Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

- Kepatuhan Terhadap Alur Klinis
3. Indikator Mutu Prioritas RS yang **sudah** mencapai target antara lain :
- Ketepatan Gelang Identitas
 - Kepatuhan Petugas Melakukan *Double Check* Saat Pemberian Obat *High Alert*
 - Kepatuhan Petugas Melakukan Cuci Tangan Sesuai Prosedur 6 Langkah Dan 5 Momen
 - Ketepatan Waktu Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
4. Indikator Mutu Prioritas RS yang **belum** mencapai target antara lain :
- Kepatuhan Petugas Melakukan Konfirmasi Ulang Saat Pelaporan Lisan/Telepon (SBAR/TBAK)
 - Kepatuhan Dokter Operator Dalam Melakukan *Site Marking* Sebelum Operasi
 - Kepatuhan Petugas Melakukan Pengkajian Ulang Risiko Jatuh Post Operasi/Perubahan Kondisi
 - Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Inisiasi Menyusu Dini pada Bayi
 - Waktu Tanggap Respon Rujukan Ponek
 - Kelengkapan Pengisian Pengkajian Awal Medis Oleh Dokter
5. Indikator Mutu Prioritas Instalasi/Bagian yang **sudah** mencapai target antara lain :
- Waktu Tunggu Pasien Instalasi Gawat Darurat Pindah Rawat Inap ≤ 6 Jam
 - *Emergency Response Time* (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat) ≤ 5 Menit
 - Kejadian Reaksi Transfusi
 - Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Pengisian Tabel *SOFA Score*
 - Pasien Yang Kembali Ke Instalasi Pelayanan Intensif (ICU) Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam
 - Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Pengisian *Downe's Score* Pada Neonatus
 - Ketepatan Waktu Penerimaan Obat Non Racikan
 - Kepatuhan Penggunaan Formularium RS Non Provider BPJS
 - Ketepatan Pemberian Obat (5 Benar)
 - Ketepatan Waktu Penerimaan Obat Racikan

- *Turn Around Time* Hematologi Rutin Cito < 30 Menit
- Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah ≤ 2 Jam
- Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
- Sisa Makan Siang Pasien Non Diit
- Kesalahan Diit Pasien
- Kegagalan Uji *Bowie Dick*
- Kejadian *Drop Out* Pasien Anak Tumbuh Kembang Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medis Yang Direncanakan
- Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik
- Keterlambatan Waktu Tindakan Hemodialisa
- Infeksi Daerah Operasi
- Plebitis
- Infeksi Aliran Darah Primer
- Infeksi Saluran Kemih
- Pneumonia Akibat Pemakaian Ventilator
- Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan
- Keterlambatan Pelayanan Ambulans Di Rumah Sakit
- Keterlambatan Waktu Penanganan Kerusakan *Hardware*/Jaringan
- Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan
- Keterlambatan Waktu Menangani Kerusakan Alat Kesehatan
- Keterlambatan *Response Time* Genset

6. Indikator Mutu Prioritas Instalasi/Bagian yang **belum** mencapai target antara lain :

- Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto ≤ 3 Jam
- Kesalahan Cetak Film Pada Pemeriksaan Radiologi
- Kelengkapan Pengisian Pengkajian Keperawatan di SIMRS
- Kelengkapan Asesmen Medis Dalam Waktu 24 Jam Setelah Pasien Masuk Rawat Inap
- Jam Buka Pelayanan Dokter Spesialis
- Keberadaan Tikus Sebagai Binatang Pembawa Penyakit
- Linen Hilang
- Kebersihan Toilet Pengunjung Di Area Rumah Sakit
- Kerusakan Sampel Darah
- Kelengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Inap Pasien COVID-19
- Ketidaklengkapan *Informed Consent*
- Ketidaklengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Jalan
- Ketepatan Waktu Pengantaran Makanan Katering Pegawai

- Bayi Baru Lahir Yang Tidak Mendapatkan ASI Eksklusif Selama Rawat Inap
- Ketepatan Dokter Operator Dalam Pengisian Formulir Asesmen Pra Bedah
- Kepatuhan Visite Dokter Spesialis Pada Hari Kerja
- Adekuasi Dialisis Dengan Indikator Kt/V
- Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) Prioritas (Maternal Neonatal)
- Kasus Kehilangan/Pencurian Di Area Rumah Sakit
- Kejadian Dekubitus Selama Masa Perawatan

B. Saran

1. Memaksimalkan pertemuan rutin Komite Mutu sebagai upaya sosialisasi dan monitoring evaluasi seluruh program peningkatan mutu kepada kepala instalasi sebagai penanggung jawab mutu instalasi.
2. Melakukan peningkatan pemahaman instalasi kerja terkait mutu, sasaran keselamatan pasien, dan manajemen risiko melalui *in house training* secara bertahap.
3. Melakukan penataan dan pendistribusian ulang seluruh dokumen Komite Mutu.
4. Mengoptimalkan upaya validasi data mutu sehingga data mutu dapat ditampilkan dan dipertanggungjawabkan.
5. Melakukan peninjauan kembali terhadap profil indikator untuk mendapat hasil penilaian mutu yang tidak bias dan berkualitas.
6. Perlu dilakukan monitoring dan evaluasi berkala untuk mempertahankan hasil indikator yang sudah sesuai target.
7. Perlu dilakukan tindak lanjut berupa PDSA terhadap hasil indikator yang belum sesuai target
8. Memaksimalkan pertemuan rutin Komite Mutu sebagai upaya sosialisasi seluruh program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada kepala instalasi dan kepala ruangan sebagai penanggung jawab mutu dan keselamatan pasien tingkat instalasi.
9. Meningkatkan budaya pelaporan insiden terkait keselamatan pasien sehingga dapat diketahui dan dilaksanakan tindak lanjut yang sesuai terkait upaya meningkatkan keselamatan pasien.

10. Meningkatkan koordinasi melalui peran serta seluruh anggota Komite Mutu bersama Direktur Rumah Sakit dan seluruh staf rumah sakit terkait upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
11. Upaya menanamkan kepatuhan petugas dalam melaporkan insiden tepat waktu dengan memberi edukasi terus menerus tentang budaya keselamatan pasien.
12. Melakukan resosialisasi Standar Pelayanan Operasional (SPO) sesuai insiden terkait agar insiden tidak terulang kembali.
13. Koordinasi data CP dengan Instalasi RM dan Bagian IT
14. Patuhi *Timeline* CP
15. Menambah staf untuk mengurus CP
16. Koordinasi dengan KSM, Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Tenaga Kesehatan Lain, dan Bidang Yanmedkep serta Bidang Yanjang.

V. PENUTUP

Dengan selesainya laporan Program Komite Mutu Periode Januari – Desember Tahun 2023 Rumah Sakit Umum Daerah Kota Tangerang, kami mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu kami dalam memberi informasi untuk menyusun laporan ini. Kami sadar bahwa laporan ini masih kurang dari sempurna karena itu kami mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak serta bimbingan yang lebih membangun lagi untuk kami. Kami mohon maaf apabila ada kesalahan dan berharap dapat berproses lebih baik kedepannya.

Dibuat di Tangerang

Pada tanggal 5 Maret 2024

Ketua Komite Mutu



(dr. Taufik Rakhman Taher, SpU)
NRP 50.002.09.14