

LAPORAN
INDIKATOR MUTU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA TANGERANG
PERIODE JANUARI - DESEMBER 2024

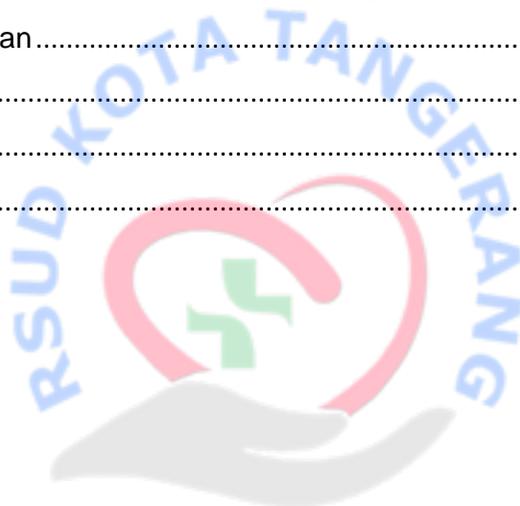


KOMITE MUTU
RSUD KOTA TANGERANG

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

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	2
I. PENDAHULUAN.....	3
A. Latar Belakang.....	3
B. Maksud dan Tujuan.....	4
C. Ruang Lingkup.....	5
II. KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN.....	6
A. Pengukuran Indikator Nasional Mutu.....	6
B. Pengukuran Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit.....	6
C. Pengukuran Indikator Mutu Prioritas Instalasi/Bagian.....	7
III. HASIL YANG DICAPAI.....	9
A. Pengukuran Indikator Nasional Mutu.....	9
B. Pengukuran Indikator Mutu Prioritas RS.....	22
C. Pengukuran Indikator Mutu Prioritas Instalasi/Bagian.....	32
IV. Kesimpulan dan Saran.....	85
A. Kesimpulan.....	85
B. Saran.....	88
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

PERIODE JANUARI – DESEMBER 2024

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 di laporkan oleh setiap pegawai yang menjumpai atau melihat suatu kejadian, juga biasa dilakukan oleh satuan kerja terkait. Melalui insiden yang terlapor 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 2024 hingga Desember 2024. 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 2024 – Desember 2024. 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 2024 – Desember 2024. 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 2024 hingga Desember 2024 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
	2024	86,88%	87,03%	87,03%
		April	Mei	Juni
		87,19%	87,19%	87,03%
		Juli	Agustus	September
		87,19%	87,5%	87,34%
		Oktober	November	Desember
		86,09%	86,25%	86,56%
Grafik				
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan kebersihan tangan sudah mencapai target 85% dengan rata-rata 86,94% (Januari – Desember 2024).			
Rekomendasi	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																										
	2024	100%	100%	100%																										
		April	Mei	Juni																										
		100%	100%	100%																										
		Juli	Agustus	September																										
		100%	100%	100%																										
		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Kepatuhan (%)</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	Kepatuhan (%)	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	Kepatuhan (%)																													
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 alat pelindung diri sudah mencapai standar 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2024).																													
Rekomendasi	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																										
	2024	100 %	100 %	100 %																										
		April	Mei	Juni																										
		100 %	100 %	100 %																										
		Juli	Agustus	September																										
		100 %	100 %	100 %																										
		Oktober	November	Desember																										
		100 %	100 %	100 %																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Patient Identification Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Kepatuhan</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	Persentase Kepatuhan	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	Persentase Kepatuhan																													
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 identifikasi pasien sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2024).																													
Rekomendasi	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																										
	2024	N/A	100%	100%																										
		April	Mei	Juni																										
		N/A	N/A	N/A																										
		Juli	Agustus	September																										
		N/A	N/A	N/A																										
		Oktober	November	Desember																										
		0%	N/A	N/A																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Grafik</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>0%</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>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	Persentase	Januari	0%	Februari	100%	Maret	100%	April	0%	Mei	0%	Juni	0%	Juli	0%	Agustus	0%	September	0%	Oktober	0%	November	0%	Desember	0%
Bulan	Persentase																													
Januari	0%																													
Februari	100%																													
Maret	100%																													
April	0%																													
Mei	0%																													
Juni	0%																													
Juli	0%																													
Agustus	0%																													
September	0%																													
Oktober	0%																													
November	0%																													
Desember	0%																													
Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi belum mencapai standar 100% dengan rata-rata 66,6% (Januari – Desember 2024).</p> <p>Pada bulan Oktober terdapat satu SC Kategori 1 tidak mencapai target karena terdapat antrian penggunaan kamar operasi sehingga tertunda 1,5jam</p>																													
Rekomendasi	Koordinasi dengan bidang terkait yaitu yanmed untuk penggunaan kamar operasi yang mengutamakan SC kategori 1, mengusulkan kamar operasi khusus maternal, melakukan monitoring dan evaluasi berkala.																													

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
	2024	94,62%	94,62%	93,08%
		April	Mei	Juni
		94,62%	86,92%	85,38%
		Juli	Agustus	September
		92,31%	88,46%	93,08%
		Oktober	November	Desember
		88,46%	90%	90%
Grafik				
Analisa	Berdasarkan grafik indikator waktu tunggu rawat jalan sudah mencapai standar 80% dengan rata-rata 90,96% (Januari – Desember 2024).			
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
	2024	4,55%	6,59%	4,67%
		April	Mei	Juni
		14,21%	7,31%	6,91%
		Juli	Agustus	September
		2,14%	2,59%	2,26%
		Oktober	November	Desember
		2,52%	0,43%	1,31%
Grafik				
Analisa	Berdasarkan grafik indikator penundaan operasi elektif sudah mencapai target dibawah 5% dengan rata-rata 4,62% (Januari – Desember 2024).			
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																																							
	2024	100%	100%	100%																																							
		April	Mei	Juni																																							
		100%	100%	100%																																							
		Juli	Agustus	September																																							
		100%	100%	100%																																							
		Oktober	November	Desember																																							
		100%	100%	100%																																							
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Compliance Percentage Graph</caption> <thead> <tr> <th>Month</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>				Month	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
Month	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 2024).																																										
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																										
	2024	100%	99,79%	100%																										
		April	Mei	Juni																										
		100%	100%	100%																										
		Juli	Agustus	September																										
		100%	100%	100%																										
		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Grafik</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>99,79%</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	Persentase	Januari	100%	Februari	99,79%	Maret	100%	April	100%	Mei	100%	Juni	100%	Juli	100%	Agustus	100%	September	100%	Oktober	100%	November	100%	Desember	100%
Bulan	Persentase																													
Januari	100%																													
Februari	99,79%																													
Maret	100%																													
April	100%																													
Mei	100%																													
Juni	100%																													
Juli	100%																													
Agustus	100%																													
September	100%																													
Oktober	100%																													
November	100%																													
Desember	100%																													
Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator pelaporan hasil kritis laboratorium belum mencapai standar 100% dengan rata-rata 99,98% (Januari –Desember 2024).</p> <p>Pada Bulan Februari tidak tercapai karena pada saat pelaporan nilai kritis pasien rawat jalan kepada DPJP melalui telepon tidak ada respon.</p>																													
Rekomendasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SPO pelaporan nilai kritis 2. 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																																							
	2024	100%	100%	100%																																							
		April	Mei	Juni																																							
		100%	100%	100%																																							
		Juli	Agustus	September																																							
		100%	100%	100%																																							
		Oktober	November	Desember																																							
		100%	100%	100%																																							
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Compliance with National Formularium (2024)</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 penggunaan formularium nasional sudah mencapai standar 80% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2024).																																										
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																										
	2024	100%	0%	100%																										
		April	Mei	Juni																										
		33,33%	33,33%	100%																										
		Juli	Agustus	September																										
		75%	71,43%	82,35%																										
		Oktober	November	Desember																										
		66,67%	83,33%	80%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Clinical Pathway Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Kepatuhan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>0%</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>100%</td></tr> <tr><td>April</td><td>33,33%</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>33,33%</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>75%</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>71,43%</td></tr> <tr><td>September</td><td>82,35%</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>66,67%</td></tr> <tr><td>November</td><td>83,33%</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>80%</td></tr> </tbody> </table>				Bulan	Persentase Kepatuhan	Januari	100%	Februari	0%	Maret	100%	April	33,33%	Mei	33,33%	Juni	100%	Juli	75%	Agustus	71,43%	September	82,35%	Oktober	66,67%	November	83,33%	Desember	80%
Bulan	Persentase Kepatuhan																													
Januari	100%																													
Februari	0%																													
Maret	100%																													
April	33,33%																													
Mei	33,33%																													
Juni	100%																													
Juli	75%																													
Agustus	71,43%																													
September	82,35%																													
Oktober	66,67%																													
November	83,33%																													
Desember	80%																													
Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator kepatuhan terhadap alur klinis / clinical pathway belum mencapai target 80% dengan rata-rata 61,11% (Januari – Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai yaitu terapi tidak sesuai CP, LOS melebihi waktu ditentukan, pemeriksaan laboratorium tidak sesuai form CP, adaptasi perubahan form kertas menjadi elektronik membutuhkan adaptasi.</p>																													
Rekomendasi	<p>Melakukan koordinasi dengan seluruh PPA untuk melaksanakan Clinical Pathway secara optimal, sosialisasi ulang SPO CP dan alur klinis, rapat evaluasi berkala Tim Clinical Pathway, dan melakukan monitoring dan evaluasi berkala tiap bulan.</p>																													

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

Denominator	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2024	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%
Grafik	<p>The graph displays a horizontal line at the 100% mark on the y-axis, representing the goal. The x-axis lists the months from January to December. Data points for each month are plotted at the 100% level, indicating that the target was consistently met throughout the year.</p>			
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2024).			
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
	2024	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni

		100%	100%	100%																																							
		Juli	Agustus	September																																							
		100%	100%	100%																																							
		Oktober	November	Desember																																							
		100%	100%	100%																																							
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Grafik</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 kecepatan waktu tanggap komplain sudah mencapai standar 80% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2024).																																										
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
	2024	93,05%	88,08%	90,01%
		April	Mei	Juni

		88,63%	91,83%	91,11%																										
		Juli	Agustus	September																										
		91,96%	93,21%	90,31%																										
		Oktober	November	Desember																										
		89,61%	91,85%	88,87%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Patient Satisfaction Indicator Graph (2024)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Nilai (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>93,21</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>88,63</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>90,31</td></tr> <tr><td>April</td><td>89,61</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>91,96</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>91,85</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>91,83</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>93,21</td></tr> <tr><td>September</td><td>90,31</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>89,61</td></tr> <tr><td>November</td><td>91,85</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>88,87</td></tr> </tbody> </table>				Bulan	Nilai (%)	Januari	93,21	Februari	88,63	Maret	90,31	April	89,61	Mei	91,96	Juni	91,85	Juli	91,83	Agustus	93,21	September	90,31	Oktober	89,61	November	91,85	Desember	88,87
Bulan	Nilai (%)																													
Januari	93,21																													
Februari	88,63																													
Maret	90,31																													
April	89,61																													
Mei	91,96																													
Juni	91,85																													
Juli	91,83																													
Agustus	93,21																													
September	90,31																													
Oktober	89,61																													
November	91,85																													
Desember	88,87																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepuasan pasien sudah mencapai standar 80% dengan rata-rata 90,71% (Januari – Desember 2024).																													
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala tiap bulan.																													

B. Pengukuran Indikator Mutu Prioritas RS

1. Ketepatan Gelang Identitas

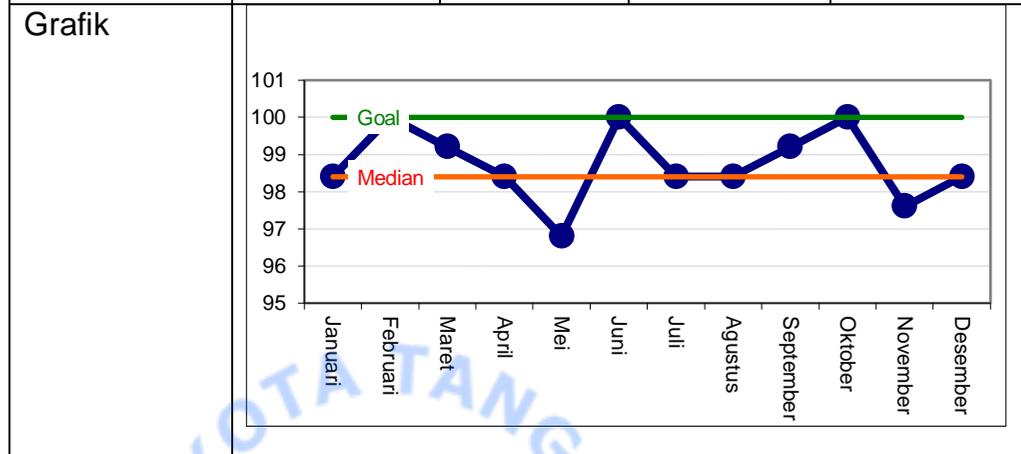
Indikator	Ketepatan Gelang Identitas
Numerator	Jumlah gelang identitas pasien maternal neonatal yang digunakan secara tepat (pasien)
Denominator	Jumlah pasien maternal neonatal dalam satu bulan (pasien)
Target	100%

Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2024	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%
Grafik				
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan gelang identitas sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2024).			
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

	2024	98,4%	100%	99,2%
		April	Mei	Juni
		98,4%	96,8%	100%
		Juli	Agustus	September
		98,4%	98,4%	99,2%
		Oktober	November	Desember
		100%	97,6%	98,4%



Analisa

Berdasarkan grafik indikator kepatuhan petugas melakukan konfirmasi ulang saat pelaporan lisan/telepon (SBAR/TBAK) **belum** mencapai **target 100%** dengan rata-rata **98,77%** (Januari - Desember 2024).

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. Koordinasi dengan KSM Umum untuk sosialisasi dokter umum dalam melakukan penulisan konfirmasi ulang di CPPT
3. Koordinasi dengan Bidang Yanmed untuk mengingatkan kembali kepada DPJP untuk melakukan verifikasi TBAK pada SIMRS
4. Melakukan monitoring dan evaluasi

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																										
	2024	100%	100%	100%																										
		April	Mei	Juni																										
		100%	100%	100%																										
		Juli	Agustus	September																										
		100%	100%	100%																										
		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Kepatuhan</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	Persentase Kepatuhan	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	Persentase Kepatuhan																													
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 2024).																													
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																										
	2024	97%	97%	97%																										
		April	Mei	Juni																										
		100%	100%	100%																										
		Juli	Agustus	September																										
		100%	100%	100%																										
		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Site Marking Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Kepatuhan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>97%</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>97%</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>97%</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	Persentase Kepatuhan	Januari	97%	Februari	97%	Maret	97%	April	100%	Mei	100%	Juni	100%	Juli	100%	Agustus	100%	September	100%	Oktober	100%	November	100%	Desember	100%
Bulan	Persentase Kepatuhan																													
Januari	97%																													
Februari	97%																													
Maret	97%																													
April	100%																													
Mei	100%																													
Juni	100%																													
Juli	100%																													
Agustus	100%																													
September	100%																													
Oktober	100%																													
November	100%																													
Desember	100%																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan dokter operator dalam melakukan <i>site marking</i> sebelum operasi belum mencapai target 100% dengan rata-rata 99,25% (Januari - Desember 2024).																													
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
	2024	86,88%	87,03%	87,03%
		April	Mei	Juni
		87,19%	87,19%	87,03%
		Juli	Agustus	September
		87,19%	87,5%	87,34%
		Oktober	November	Desember
		86,09%	86,25%	86,56%
Grafik				
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan kebersihan tangan sudah mencapai target 85% dengan rata-rata 86,94% (Januari – Desember 2024).			
Rekomendasi	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

	2024	100%	100%	100%																										
		April	Mei	Juni																										
		100%	100%	100%																										
		Juli	Agustus	September																										
		100%	100%	100%																										
		Oktober	November	Desember																										
		100%	100%	100%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Compliance Graph (2024)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Kepatuhan</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	Persentase Kepatuhan	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	Persentase Kepatuhan																													
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 pengkajian ulang risiko jatuh post operasi/perubahan kondisi sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2024).																													
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																													

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
	2024	85%	57,8%	71%
		April	Mei	Juni

		78%	77,2%	50%
		Juli	Agustus	September
		70,5%	72,7%	75%
		Oktober	November	Desember
		81,4%	83,3%	79,1%
Grafik				
Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator kepatuhan petugas dalam melakukan Inisiasi Menyusu Dini pada Bayi belum mencapai target 100% dengan rata-rata 73,41% (Januari - Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai karena bayi baru lahir secara Seksio Sesarea tidak dilakukan IMD karena risiko hipotermia di dalam ruang operasi.</p>			
Rekomendasi	<p>Koordinasi Tim PONEK untuk sosialisasi pemindahan lokasi resusitasi bayi baru lahir secara seksio sesarea dari ruang operasi ke ruang pemulihan.</p>			

8. Waktu Tanggap Respon Rujukan PONEK

Indikator	Waktu Tanggap Respon Rujukan Ponek			
Numerator	Jumlah rujukan PONEK yang memiliki respon waktu tanggap \leq 10 menit (kasus)			
Denominator	Jumlah rujukan PONEK (kasus)			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2024	59,2%	79%	86%
		April	Mei	Juni
		89%	84%	90%
		Juli	Agustus	September

		88%	92,3%	87,5%																										
		Oktober	November	Desember																										
		78,6%	87,5%	90,5%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for PONEK Response Time Indicator Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>58%</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>84%</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>84%</td></tr> <tr><td>April</td><td>88%</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>82%</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>88%</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>88%</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>92%</td></tr> <tr><td>September</td><td>88%</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>78%</td></tr> <tr><td>November</td><td>88%</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>90%</td></tr> </tbody> </table>				Bulan	Persentase	Januari	58%	Februari	84%	Maret	84%	April	88%	Mei	82%	Juni	88%	Juli	88%	Agustus	92%	September	88%	Oktober	78%	November	88%	Desember	90%
Bulan	Persentase																													
Januari	58%																													
Februari	84%																													
Maret	84%																													
April	88%																													
Mei	82%																													
Juni	88%																													
Juli	88%																													
Agustus	92%																													
September	88%																													
Oktober	78%																													
November	88%																													
Desember	90%																													
Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator waktu tanggap rujukan PONEK belum mencapai target 100% dengan rata-rata 84,3% (Januari - Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai karena PIC terlambat dan tidak standby dalam merespon rujukan akibat penanganan pasien emergensi.</p>																													
Rekomendasi	<p>Pengajuan nomer SPGDT khusus rujukan Maternal Neonatal yang akan dioperatori oleh petugas PONEK.</p>																													

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
	2024	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September

		98%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%
Grafik				
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kelengkapan pengisian pengkajian awal medis oleh dokter belum mencapai target 100% dengan rata-rata 99,83% (Januari - Desember 2024).			
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
	2024	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember

		100%	100%	100%
Grafik				
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu pelaporan Insiden Keselamatan Pasien sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari - Desember 2024).			
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala			

C. Pengukuran Indikator Mutu Prioritas Instalasi/Bagian

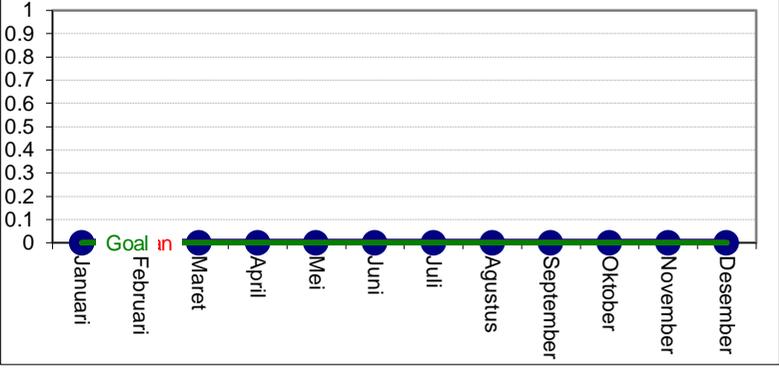
1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto ≤ 3 Jam

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
	2024	92,96%	93%	94%
		April	Mei	Juni
		95%	93%	87,5%
		Juli	Agustus	September
		93,70%	94,53%	93,75%
		Oktober	November	Desember
		94,53%	94,53%	90,62%

<p>Grafik</p>	
<p>Analisa</p>	<p>Berdasarkan grafik indikator waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto ≤ 3 jam belum mencapai target 100% dengan rata-rata 93,09% (Januari – Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kendala teknis PACS
<p>Rekomendasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasikan kendala PACS ke tim IT, vendor alat, IPSRS, dan 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
	2024	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%

Grafik	
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kesalahan cetak film pada pemeriksaan radiologi sudah mencapai target 0% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2024).
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkelanjutan

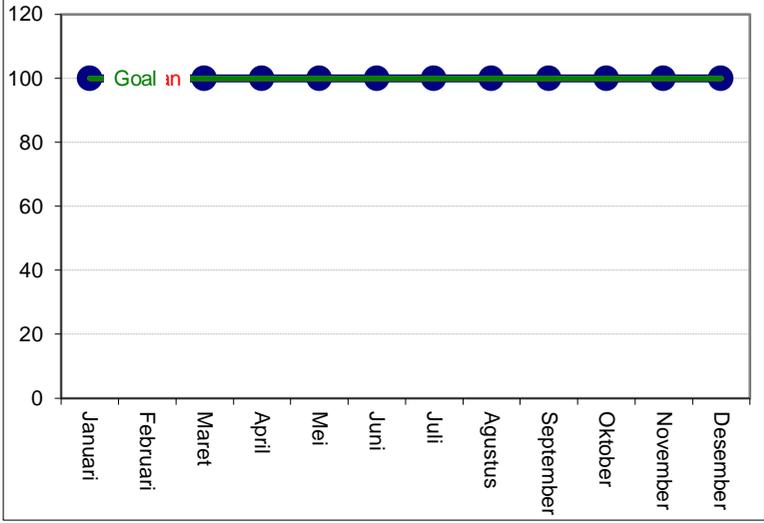
3. Waktu Tunggu Pasien Instalasi Gawat Darurat Pindah Rawat Inap ≤ 6 Jam

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
	2024	94,53%	76,56%	82,03%
		April	Mei	Juni
		86,72%	78,91%	92,19%
		Juli	Agustus	September
		90,63%	89,06%	94,53%
		Oktober	November	Desember
		92,19%	89,06%	82,81%

Grafik	
Analisa	Berdasarkan grafik indikator waktu tunggu pasien Instalasi Gawat Darurat pindah rawat inap ≤ 6 Jam telah mencapai target 80% dengan rata-rata 87,43% (Januari – Desember 2024).
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.

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

Indikator	<i>Emergency Response Time</i> (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
	2024	100%	100 %	100 %
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%

Grafik	 <p>The graph displays the performance of the emergency response time indicator (emergency response time ≤ 5 minutes) from January to December 2024. The y-axis represents the percentage of compliance, ranging from 0 to 120. A horizontal green line at 100% indicates the target. All data points, represented by blue circles, are consistently at 100% throughout the year.</p>
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 2024).
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
	2024	98,4%	98,4%	100%
		April	Mei	Juni
		96,8%	94,5%	96%
		Juli	Agustus	September
		95,3%	96%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%

<p>Grafik</p>	<table border="1"> <caption>Data for Grafik</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>98.5</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>99.5</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>100</td></tr> <tr><td>April</td><td>96.8</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>94.5</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>96</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>95.2</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>96</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	Persentase	Januari	98.5	Februari	99.5	Maret	100	April	96.8	Mei	94.5	Juni	96	Juli	95.2	Agustus	96	September	100	Oktober	100	November	100	Desember	100
Bulan	Persentase																										
Januari	98.5																										
Februari	99.5																										
Maret	100																										
April	96.8																										
Mei	94.5																										
Juni	96																										
Juli	95.2																										
Agustus	96																										
September	100																										
Oktober	100																										
November	100																										
Desember	100																										
<p>Analisa</p>	<p>Berdasarkan grafik indikator kelengkapan pengisian pengkajian keperawatan di SIMRS belum mencapai target 100% dengan rata-rata 97,95% (Januari – Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat belum patuh dalam pengisian pengkajian keperawatan di SIMRS secara lengkap 2. Kendala teknis SIMRS 																										
<p>Rekomendasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dengan bagian IT untuk menangani masalah teknis 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, 5. Koordinasi dengan Clinical Instructor untuk monitoring kelengkapan pengisian Pengkajian Keperawatan, 6. Meningkatkan monitoring evaluasi berkelanjutan. 																										

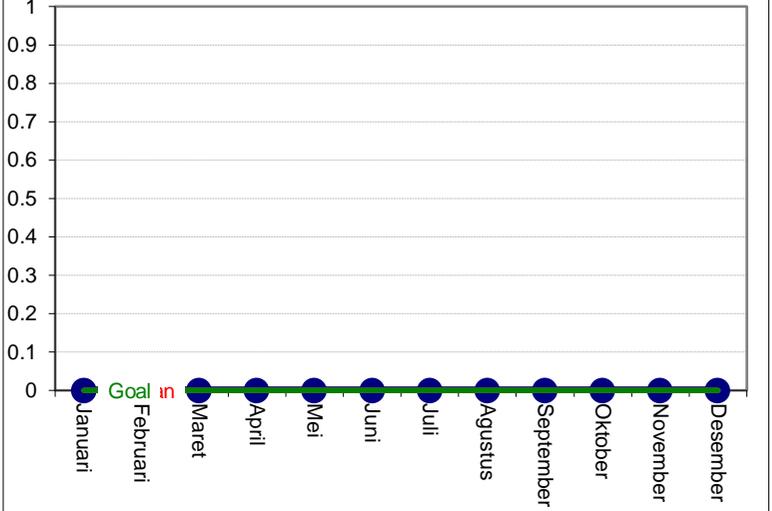
6. Kelengkapan Asesmen Medis Dalam Waktu 24 Jam Setelah Pasien Masuk Rawat Inap

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																										
	2024	100%	95%	99%																										
		April	Mei	Juni																										
		83,5%	94,5%	97,6%																										
		Juli	Agustus	September																										
		95,3%	96%	93,7%																										
		Oktober	November	Desember																										
		98,4%	95,3%	99,2%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Grafik</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>95%</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>99%</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>95,3%</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>96%</td></tr> <tr><td>September</td><td>93,7%</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>98,4%</td></tr> <tr><td>November</td><td>95,3%</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>99,2%</td></tr> </tbody> </table>				Bulan	Persentase	Januari	100%	Februari	95%	Maret	99%	April	83,5%	Mei	94,5%	Juni	97,6%	Juli	95,3%	Agustus	96%	September	93,7%	Oktober	98,4%	November	95,3%	Desember	99,2%
Bulan	Persentase																													
Januari	100%																													
Februari	95%																													
Maret	99%																													
April	83,5%																													
Mei	94,5%																													
Juni	97,6%																													
Juli	95,3%																													
Agustus	96%																													
September	93,7%																													
Oktober	98,4%																													
November	95,3%																													
Desember	99,2%																													
Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap belum mencapai target 100% dengan rata-rata 95,62% (Januari - Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai :</p>																													

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas medis belum patuh pengisian asesmen medis secara lengkap 2. Kendala teknis SIMRS
Rekomendasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan CPD (<i>Continuing Professional Development</i>) pengisian asesmen medis SIMRS yang lengkap, 2. Melakukan koordinasi dengan bagian IT untuk menangani masalah teknis di SIMRS 3. Koordinasi dengan Kasie Yanmedkep untuk kedisiplinan SDM, 4. Koordinasi dengan Clinical Instructor untuk monitoring kelengkapan asesmen medis, 5. Meningkatkan monitoring evaluasi berkelanjutan.

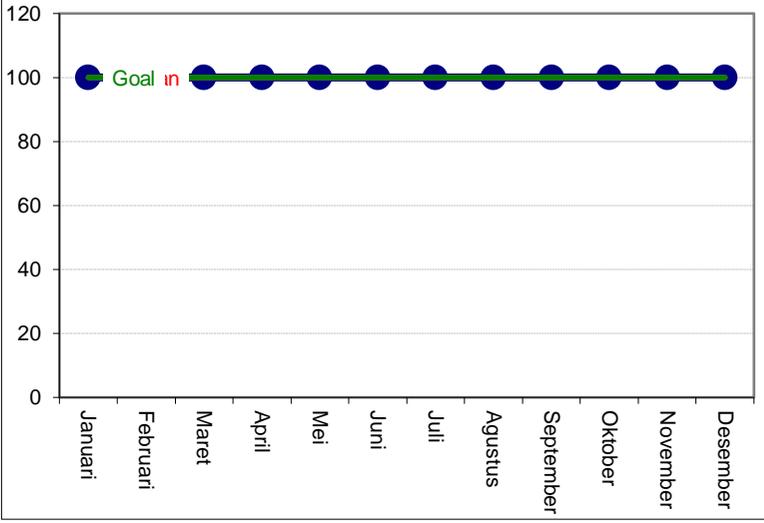
7. Kejadian Reaksi Transfusi

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
	2024	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%

Grafik	
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kejadian reaksi transfusi sudah mencapai target 0% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2024).
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.

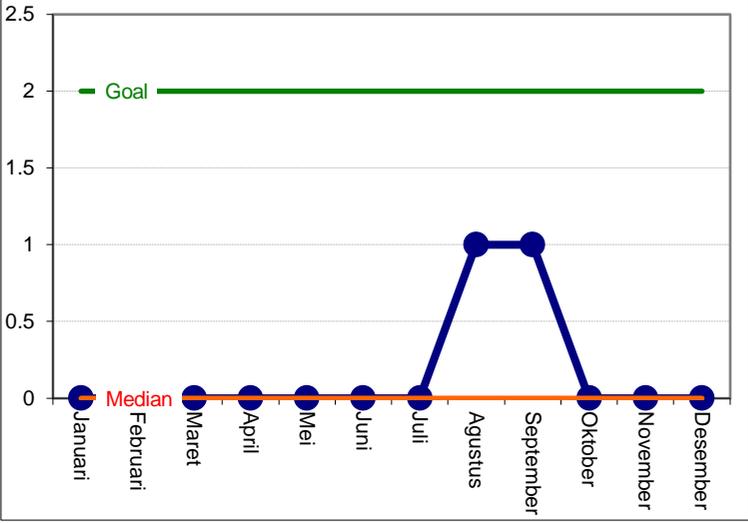
8. Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Pengisian Tabel SOFA Score

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
	2024	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%

Grafik	 <p>The graph displays a constant performance of 100% compliance with the SOFA score target from January to December 2024. The y-axis represents the percentage of compliance, ranging from 0 to 120. The x-axis lists the months from Januari to Desember. A green line with blue circular markers is plotted at the 100% level. A red vertical line at the beginning of the chart is labeled 'Goal in'.</p>
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan petugas dalam melakukan pengisian tabel <i>SOFA score</i> sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari - Desember 2024).
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala

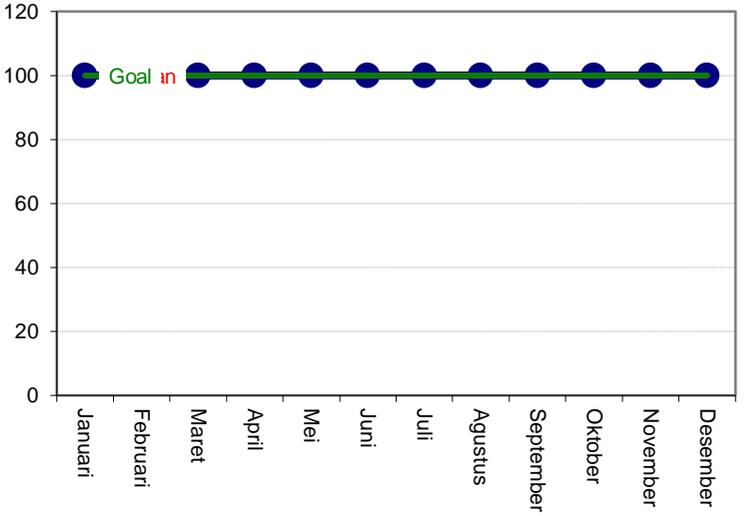
9. Pasien Yang Kembali Ke Instalasi Pelayanan Intensif (ICU) Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam

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
	2024	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	1%	1%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%

Grafik	 <p>The graph displays the percentage of patients returning to the ICU within 72 hours. The y-axis represents the percentage, ranging from 0 to 2.5. The x-axis lists the months from January to December. A green horizontal line at 2.0 indicates the target. A blue line with circular markers shows the actual data points: 0 for Jan, Feb, Mar, Apr, Mei, Juni, Juli, Okt, Nov, and Des; 1.0 for Agustus and September. A red horizontal line at 0.16 indicates the median. The data shows that the target was not met in any month, with the highest performance in August and September.</p>
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 0,16% (Januari - Desember 2024).
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

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

Indikator	Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Pengisian <i>Downe's Score</i> Pada Neonatus			
Numerator	Jumlah pasien neonatus yang terisi nilai <i>Downe's Score</i> pada flowchart di ruang intensif (NICU)			
Denominator	Jumlah seluruh pasien neonatus yang dirawat di ruang intensif (NICU)			
Target	100%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2024	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%

Grafik	
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 2024).
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
	2024	89%	85%	75%
		April	Mei	Juni
		76%	86%	90%
		Juli	Agustus	September
		91%	91%	92%
		Oktober	November	Desember
		81%	92%	88%

Grafik	
Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator jam buka pelayanan dokter spesialis belum mencapai target 100% dengan rata-rata 86,33% (Januari – Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada beberapa spesialis yang visite terlebih dahulu 2. Ada beberapa spesialis yang operasi terlebih dahulu 3. Adanya kendala teknis penggunaan SIMRS (seperti loading, error) 4. Pasien mendaftar dan tidak standby di poliklinik tujuan, seperti pulang atau ke kantor terlebih dahulu
Rekomendasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi dan resosialisasi jam buka pelayanan 2. Koordinasi dengan Yanmed, Penunjang, Pendaftaran dan IT 3. 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
	2024	3%	5%	8%
		April	Mei	Juni
		8%	3%	3%

		Juli	Agustus	September																										
		3%	0%	0%																										
		Oktober	November	Desember																										
		5%	5%	3%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Rodent Presence Percentage (2024)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>3%</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>5%</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>8%</td></tr> <tr><td>April</td><td>8%</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>3%</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>3%</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>3%</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>0%</td></tr> <tr><td>September</td><td>0%</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>5%</td></tr> <tr><td>November</td><td>5%</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>3%</td></tr> </tbody> </table>				Bulan	Persentase	Januari	3%	Februari	5%	Maret	8%	April	8%	Mei	3%	Juni	3%	Juli	3%	Agustus	0%	September	0%	Oktober	5%	November	5%	Desember	3%
Bulan	Persentase																													
Januari	3%																													
Februari	5%																													
Maret	8%																													
April	8%																													
Mei	3%																													
Juni	3%																													
Juli	3%																													
Agustus	0%																													
September	0%																													
Oktober	5%																													
November	5%																													
Desember	3%																													
Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator keberadaan tikus sebagai binatang pembawa penyakit belum mencapai target 0% dengan rata-rata 3,83% (Januari - Desember 2024).</p> <p>Penyebab yaitu masih terdapat beberapa akses jalur masuk tikus seperti plafon /langit-langit terbuka atau jendela posisi terbuka</p>																													
Rekomendasi	<ol style="list-style-type: none"> 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. Koordinasi dengan bidang/unit terkait untuk melakukan perbaikan sistem ketataudaraan di area ruangan RS agar dapat berjalan secara mekanis 4. 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																										
	2024	0,3%	0%	0%																										
		April	Mei	Juni																										
		0,1%	0,1%	1,1%																										
		Juli	Agustus	September																										
		0,04%	0,04%	0,1%																										
		Oktober	November	Desember																										
		0%	0%	0%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Linen Loss Graph (2024)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Linen Hilang</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>0,3%</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>0%</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>0%</td></tr> <tr><td>April</td><td>0,1%</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>0,1%</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>1,1%</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>0,04%</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>0,04%</td></tr> <tr><td>September</td><td>0,1%</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	Persentase Linen Hilang	Januari	0,3%	Februari	0%	Maret	0%	April	0,1%	Mei	0,1%	Juni	1,1%	Juli	0,04%	Agustus	0,04%	September	0,1%	Oktober	0%	November	0%	Desember	0%
Bulan	Persentase Linen Hilang																													
Januari	0,3%																													
Februari	0%																													
Maret	0%																													
April	0,1%																													
Mei	0,1%																													
Juni	1,1%																													
Juli	0,04%																													
Agustus	0,04%																													
September	0,1%																													
Oktober	0%																													
November	0%																													
Desember	0%																													
Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator linen hilang belum mencapai target 0% dengan rata-rata 0,14% (Januari - Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai karena adanya <i>rewash</i> linen di pihak ketiga.</p>																													
Rekomendasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dengan unit terkait untuk meningkatkan pencatatan linen kotor dari ruangan 2. Koordinasi dengan bidang untuk evaluasi kinerja pihak ketiga 3. Mempersiapkan operasional mesin cuci linen rumah sakit 4. 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																													
Denominator	Jumlah toilet pengunjung yang diobservasi dalam bulan tersebut																													
Target	100%																													
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret																										
	2024	30%	40%	40%																										
		April	Mei	Juni																										
		30%	30%	30%																										
		Juli	Agustus	September																										
		40%	40%	40%																										
		Oktober	November	Desember																										
		60%	70%	60%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Toilet Cleanliness Graph (2024)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Kebersihan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>30%</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>40%</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>40%</td></tr> <tr><td>April</td><td>30%</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>30%</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>30%</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>40%</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>40%</td></tr> <tr><td>September</td><td>40%</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>60%</td></tr> <tr><td>November</td><td>70%</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>60%</td></tr> </tbody> </table>				Bulan	Persentase Kebersihan	Januari	30%	Februari	40%	Maret	40%	April	30%	Mei	30%	Juni	30%	Juli	40%	Agustus	40%	September	40%	Oktober	60%	November	70%	Desember	60%
Bulan	Persentase Kebersihan																													
Januari	30%																													
Februari	40%																													
Maret	40%																													
April	30%																													
Mei	30%																													
Juni	30%																													
Juli	40%																													
Agustus	40%																													
September	40%																													
Oktober	60%																													
November	70%																													
Desember	60%																													
Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator kebersihan toilet pengunjung di area Rumah Sakit belum mencapai target 100% dengan rata-rata 42,5% (Januari – Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurangnya kesadaran dari pengunjung dalam menjaga sarana dan prasarana toilet dan kebersihan, 2. Kerusakan fasilitas sanitair seperti handle jet shower, saluran pembuangan mampet, dan kemiringan lantai yang kurang 																													
Rekomendasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi dengan IPSRS untuk perbaikan fasilitas sanitair yang rusak secara bertahap 																													

	<p>2. Koordinasi dengan Leader/SPV CS untuk meningkatkan kinerja pembersihan toilet pengunjung</p> <p>3. Koordinasi dengan bidang untuk penyedotan septictank berkala</p> <p>4. Monitoring dan Evaluasi berkala kinerja CS</p>
--	--

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																										
	2024	16,8 menit	38,87 menit	27,38 menit																										
		April	Mei	Juni																										
		24,45 menit	22,97 menit	19,95 menit																										
		Juli	Agustus	September																										
		17,16 menit	17 menit	17,63 menit																										
		Oktober	November	Desember																										
		21,5 menit	22,1 menit	22,34 menit																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Waiting Time Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Waktu Tunggu (menit)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>16,8</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>38,87</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>27,38</td></tr> <tr><td>April</td><td>24,45</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>22,97</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>19,95</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>17,16</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>17</td></tr> <tr><td>September</td><td>17,63</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>21,5</td></tr> <tr><td>November</td><td>22,1</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>22,34</td></tr> </tbody> </table>				Bulan	Waktu Tunggu (menit)	Januari	16,8	Februari	38,87	Maret	27,38	April	24,45	Mei	22,97	Juni	19,95	Juli	17,16	Agustus	17	September	17,63	Oktober	21,5	November	22,1	Desember	22,34
Bulan	Waktu Tunggu (menit)																													
Januari	16,8																													
Februari	38,87																													
Maret	27,38																													
April	24,45																													
Mei	22,97																													
Juni	19,95																													
Juli	17,16																													
Agustus	17																													
September	17,63																													
Oktober	21,5																													
November	22,1																													
Desember	22,34																													

Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu penerimaan obat non racikan sudah mencapai target ≤ 30 menit dengan rata-rata 22,34 menit (Januari – Desember 2024).
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																																							
	2024	100%	100%	100%																																							
		April	Mei	Juni																																							
		100%	100%	100%																																							
		Juli	Agustus	September																																							
		100%	100%	100%																																							
		Oktober	November	Desember																																							
		100%	100%	100%																																							
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Month</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>				Month	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
Month	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 2024).
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																										
	2024	100%	100%	100%																										
		April	Mei	Juni																										
		100%	100%	100%																										
		Juli	Agustus	September																										
		100%	100%	100%																										
		Oktober	November	Desember																										
		99,2%	100%	100%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Ketepatan Pemberian Obat (5 Benar) Grafik</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</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>99,2%</td></tr> <tr><td>November</td><td>100%</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>				Bulan	Persentase	Januari	100%	Februari	100%	Maret	100%	April	100%	Mei	100%	Juni	100%	Juli	100%	Agustus	100%	September	100%	Oktober	99,2%	November	100%	Desember	100%
Bulan	Persentase																													
Januari	100%																													
Februari	100%																													
Maret	100%																													
April	100%																													
Mei	100%																													
Juni	100%																													
Juli	100%																													
Agustus	100%																													
September	100%																													
Oktober	99,2%																													
November	100%																													
Desember	100%																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan pemberian obat (5 benar) belum mencapai target 100% dengan rata-rata 99,9% (Januari – Desember 2024).																													
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																										
	2024	37,52 menit	64,53 menit	51,90 menit																										
		April	Mei	Juni																										
		51,13 menit	44,21 menit	42,08 menit																										
		Juli	Agustus	September																										
		34,86 menit	36,7 menit	40,78 menit																										
		Oktober	November	Desember																										
		40,7 menit	43,65 menit	47,02 menit																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Grafik: Ketepatan Waktu Penerimaan Obat Racikan (Januari - Desember 2024)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Waktu Tunggu (menit)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>37,52</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>64,53</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>51,90</td></tr> <tr><td>April</td><td>51,13</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>44,21</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>42,08</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>34,86</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>36,7</td></tr> <tr><td>September</td><td>40,78</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>40,7</td></tr> <tr><td>November</td><td>43,65</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>47,02</td></tr> </tbody> </table>				Bulan	Waktu Tunggu (menit)	Januari	37,52	Februari	64,53	Maret	51,90	April	51,13	Mei	44,21	Juni	42,08	Juli	34,86	Agustus	36,7	September	40,78	Oktober	40,7	November	43,65	Desember	47,02
Bulan	Waktu Tunggu (menit)																													
Januari	37,52																													
Februari	64,53																													
Maret	51,90																													
April	51,13																													
Mei	44,21																													
Juni	42,08																													
Juli	34,86																													
Agustus	36,7																													
September	40,78																													
Oktober	40,7																													
November	43,65																													
Desember	47,02																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu penerimaan obat racikan sudah mencapai target ≤60 menit dengan rata-rata 44,59 menit (Januari - Desember 2024).																													
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
	2024	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%
Grafik				
Analisa	Berdasarkan grafik indikator <i>turn around time</i> hematologi rutin cito < 30 menit sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2024).			
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
	2024	1,64%	1,66%	2,1%

		April	Mei	Juni																										
		3,2%	1,2%	0,5%																										
		Juli	Agustus	September																										
		2,4%	1,8%	2,5%																										
		Oktober	November	Desember																										
		1,1%	3%	2,1%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Blood Sample Damage Indicator Graph (2024)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>1,6%</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>1,6%</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>2,1%</td></tr> <tr><td>April</td><td>3,2%</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>1,2%</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>0,5%</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>2,4%</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>1,8%</td></tr> <tr><td>September</td><td>2,5%</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>1,1%</td></tr> <tr><td>November</td><td>3,0%</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>2,1%</td></tr> </tbody> </table>				Bulan	Persentase	Januari	1,6%	Februari	1,6%	Maret	2,1%	April	3,2%	Mei	1,2%	Juni	0,5%	Juli	2,4%	Agustus	1,8%	September	2,5%	Oktober	1,1%	November	3,0%	Desember	2,1%
Bulan	Persentase																													
Januari	1,6%																													
Februari	1,6%																													
Maret	2,1%																													
April	3,2%																													
Mei	1,2%																													
Juni	0,5%																													
Juli	2,4%																													
Agustus	1,8%																													
September	2,5%																													
Oktober	1,1%																													
November	3,0%																													
Desember	2,1%																													
Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator kerusakan sampel darah belum mencapai target 0,5% dengan rata-rata 1,93% (Januari - Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai karena pengambilan sampel darah oleh perawat rawat inap/bedah dan ATLM. Telah dilakukan evaluasi rata-rata kerusakan sampel terjadi pada jam shift malam. Beberapa kondisi pasien mempengaruhi Tindakan flebotomi.</p>																													
Rekomendasi	<p>Sosialisasi Flebotomi dan Pelatihan (In House Training) Phlebotomi untuk ATLM, perawat ruangan dan bedah</p>																													

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																										
	2024	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	<table border="1"> <caption>Data for Grafik</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</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	Persentase	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	Persentase																													
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 kelengkapan pengisian resume medis rawat inap pasien COVID-19 tidak terdapat kasus pada Januari - Desember 2024.																													
Rekomendasi	Melakukan pengajuan untuk penghapusan indikator mutu.																													

22. Ketidaklengkapan Informed Consent

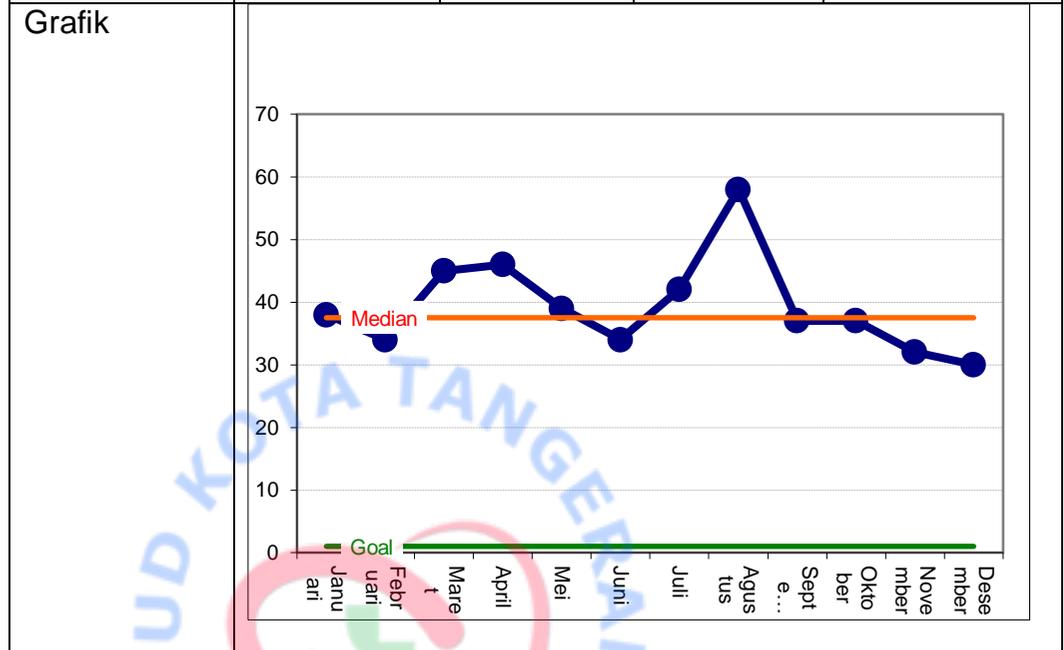
Indikator	Ketidaklengkapan <i>Informed Consent</i>			
Numerator	<i>Informed Consent</i> yang tidak lengkap per bulan			
Denominator	Jumlah tindakan kedokteran dari seluruh pasien dalam bulan tersebut			
Target	1%			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2024	25%	44%	38%

		April	Mei	Juni																										
		39%	41%	31%																										
		Juli	Agustus	September																										
		22%	20%	22%																										
		Oktober	November	Desember																										
		25%	22%	30%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Informed Consent Completion Line Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>25%</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>44%</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>38%</td></tr> <tr><td>April</td><td>39%</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>41%</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>31%</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>22%</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>20%</td></tr> <tr><td>September</td><td>22%</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>25%</td></tr> <tr><td>November</td><td>22%</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>30%</td></tr> </tbody> </table>				Bulan	Persentase	Januari	25%	Februari	44%	Maret	38%	April	39%	Mei	41%	Juni	31%	Juli	22%	Agustus	20%	September	22%	Oktober	25%	November	22%	Desember	30%
Bulan	Persentase																													
Januari	25%																													
Februari	44%																													
Maret	38%																													
April	39%																													
Mei	41%																													
Juni	31%																													
Juli	22%																													
Agustus	20%																													
September	22%																													
Oktober	25%																													
November	22%																													
Desember	30%																													
Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator ketidaklengkapan <i>Informed Consent</i> belum mencapai target 1% dengan rata-rata 29,91% (Januari - Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai :</p> <p>Tulisan tidak terbaca</p>																													
Rekomendasi	<p>Meningkatkan kualitas manajemen waktu agar informed consent dapat terisi dengan jelas dan lengkap dengan tulisan yang bisa terbaca</p>																													

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

	2024	38%	34%	45%
		April	Mei	Juni
		46%	39%	34%
		Juli	Agustus	September
		42%	58%	37%
		Oktober	November	Desember
		37%	32%	30%



Analisa Berdasarkan grafik indikator ketidaklengkapan pengisian resume medis rawat jalan **belum** mencapai **target 1%** dengan rata-rata 39,33% (Januari - Desember 2024).
 Penyebab tidak tercapai :
 Item terbanyak 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
	2024	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%
Grafik	<p>The graph displays a horizontal line at the 100% mark on the y-axis, representing the goal. Data points for each month from January to December 2024 are plotted at the 100% level, indicating that the target was consistently met throughout the year.</p>			
Analisa	Berdasarkan grafik indikator waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah ≤ 2 jam sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2024).			
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
	2024	98,44%	26,56%	48,44%

		April	Mei	Juni
		86,72%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		95,31%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	97,66%
Grafik				
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien tidak mencapai target 90% dengan rata-rata 87,76% (Januari - Desember 2024).			
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.			

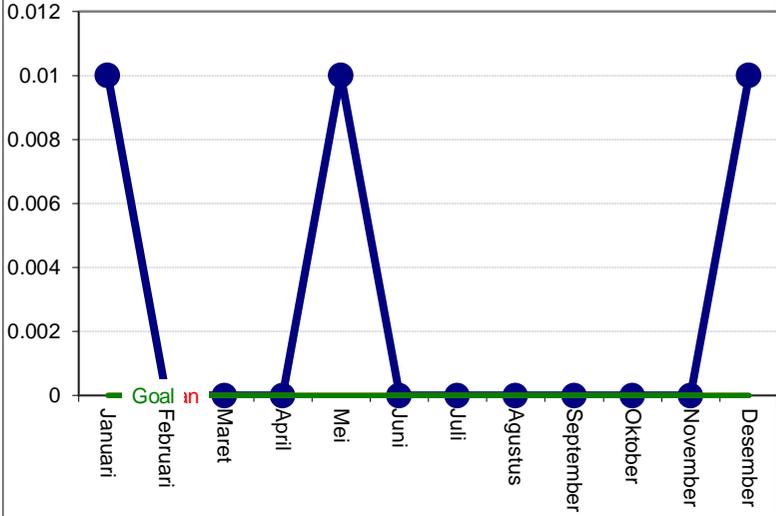
26. Sisa Makan Siang Pasien Non Diit

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	$\leq 5\%$			
Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2024	4,69%	3,13%	4,69%
		April	Mei	Juni
		3,91%	3,13%	3,13%
		Juli	Agustus	September

		3,91%	3,13%	3,91%
		Oktober	November	Desember
		4,69%	3,13%	3,13%
Grafik				
Analisa	Berdasarkan grafik indikator sisa makan siang pasien non diit sudah mencapai target $\leq 5\%$ dengan rata-rata 3,71% (Januari – Desember 2024).			
Rekomendasi	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
	2024	0,01%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0,01%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0,01%

<p>Grafik</p>	
<p>Analisa</p>	<p>Berdasarkan grafik indikator kesalahan diit pasien tidak mencapai target 0% dengan rata-rata 0,0025% (Januari - Desember 2024).</p>
<p>Rekomendasi</p>	<p>Monitoring dan evaluasi berkala.</p>

28. Ketepatan Waktu Pengantaran Makanan Katering

<p>Indikator</p>	<p>Ketepatan Waktu Pengantaran Makanan Katering Pegawai</p>			
<p>Numerator</p>	<p>Jumlah kasus pengantaran makanan yang sesuai kesepakatan</p>			
<p>Denominator</p>	<p>Jumlah pengantaran makanan dalam satu bulan</p>			
<p>Target</p>	<p>≥90%</p>			
<p>Hasil</p>	<p>Tahun</p>	<p>Januari</p>	<p>Februari</p>	<p>Maret</p>
	<p>2024</p>	<p>98,39%</p>	<p>82,76%</p>	<p>77,42%</p>
		<p>April</p>	<p>Mei</p>	<p>Juni</p>
		<p>58,33%</p>	<p>25,81%</p>	<p>35%</p>
		<p>Juli</p>	<p>Agustus</p>	<p>September</p>
		<p>N/A</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>
		<p>Oktober</p>	<p>November</p>	<p>Desember</p>
		<p>N/A</p>	<p>N/A</p>	<p>N/A</p>

<p>Grafik</p>	<table border="1"> <caption>Data for On-time Food Delivery Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Ketepatan Waktu</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>78%</td></tr> <tr><td>April</td><td>58%</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>25%</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>35%</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	Persentase Ketepatan Waktu	Januari	100%	Februari	82%	Maret	78%	April	58%	Mei	25%	Juni	35%	Juli	0%	Agustus	0%	September	0%	Oktober	0%	November	0%	Desember	0%
Bulan	Persentase Ketepatan Waktu																										
Januari	100%																										
Februari	82%																										
Maret	78%																										
April	58%																										
Mei	25%																										
Juni	35%																										
Juli	0%																										
Agustus	0%																										
September	0%																										
Oktober	0%																										
November	0%																										
Desember	0%																										
<p>Analisa</p>	<p>Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu pengantaran makanan catering pegawai tidak mencapai target $\geq 90\%$ dengan rata-rata 31,47% (Januari – Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai karena supplier datang terlalu cepat / terlambat dari waktu yang ditentukan. Semester dua sudah tidak ada catering pegawai.</p>																										
<p>Rekomendasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat laporan evaluasi kedatangan catering kepada kasubbag umum 2. Mengingatkan kembali kepada catering untuk datang tepat waktu 3. 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
	2024	4,08%	7,14%	13,1%
		April	Mei	Juni
		9,5%	22,38%	11,1%
		Juli	Agustus	September

		5,7%	10%	6,5%																										
		Oktober	November	Desember																										
		20,6%	16%	3,6%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Grafik</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>4</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>7</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>13</td></tr> <tr><td>April</td><td>9</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>22</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>11</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>6</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>10</td></tr> <tr><td>September</td><td>6</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>21</td></tr> <tr><td>November</td><td>16</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>				Bulan	Persentase	Januari	4	Februari	7	Maret	13	April	9	Mei	22	Juni	11	Juli	6	Agustus	10	September	6	Oktober	21	November	16	Desember	4
Bulan	Persentase																													
Januari	4																													
Februari	7																													
Maret	13																													
April	9																													
Mei	22																													
Juni	11																													
Juli	6																													
Agustus	10																													
September	6																													
Oktober	21																													
November	16																													
Desember	4																													
Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator bayi baru lahir yang tidak mendapatkan ASI eksklusif selama rawat inap belum mencapai target 0% dengan rata-rata 10,80% (Januari - Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu bayi perawatan di ICU 2. Ibu dengan kontraindikasi pemberian ASI 																													
Rekomendasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi petugas Maternal Neonatal dengan ICU agar memfasilitasi ibu untuk mendapatkan konseling laktasi. 2. Koordinasi Maternal Neonatal dengan Komite Mutu untuk peninjauan kembali profil indikator mutu terkait poin eksklusi ibu dengan kontraindikasi pemberian ASI Eksklusif. 																													

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
	2024	98%	97%	97%
		April	Mei	Juni
		97%	97%	98%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%

Grafik																										
<table border="1"> <caption>Data for Doctor Punctuality Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>98%</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>97%</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>97%</td></tr> <tr><td>April</td><td>97%</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>97%</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>98%</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	Persentase	Januari	98%	Februari	97%	Maret	97%	April	97%	Mei	97%	Juni	98%	Juli	100%	Agustus	100%	September	100%	Oktober	100%	November	100%	Desember	100%
Bulan	Persentase																									
Januari	98%																									
Februari	97%																									
Maret	97%																									
April	97%																									
Mei	97%																									
Juni	98%																									
Juli	100%																									
Agustus	100%																									
September	100%																									
Oktober	100%																									
November	100%																									
Desember	100%																									

Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator ketepatan dokter operator dalam pengisian formulir asesmen pra bedah belum mencapai target 100% dengan rata-rata 98,66% (Januari – Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai pada semester 1 yaitu DPJP Operator tidak mengisi dengan lengkap</p>
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 <i>Bowie Dick</i> pada mesin sterilisasi <i>autoclave</i> per bulan
Denominator	Jumlah seluruh hasil uji <i>Bowie Dick</i> pada mesin sterilisasi <i>autoclave</i> pada bulan tersebut
Target	1%

Hasil	Tahun	Januari	Februari	Maret
	2024	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%
Grafik				
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kegagalan uji <i>Bowie Dick</i> sudah mencapai target 1% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2024).			
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
	2024	81,3%	87,5%	96,8%

		April	Mei	Juni																										
		93,7%	79,68%	82,81%																										
		Juli	Agustus	September																										
		92%	79,68%	84,37%																										
		Oktober	November	Desember																										
		90,62%	81,25%	81,25%																										
Grafik	<table border="1"> <caption>Data for Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Kepatuhan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>80%</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>90%</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>98%</td></tr> <tr><td>April</td><td>95%</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>78%</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>80%</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>92%</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>78%</td></tr> <tr><td>September</td><td>85%</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>90%</td></tr> <tr><td>November</td><td>80%</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>80%</td></tr> </tbody> </table>				Bulan	Persentase Kepatuhan	Januari	80%	Februari	90%	Maret	98%	April	95%	Mei	78%	Juni	80%	Juli	92%	Agustus	78%	September	85%	Oktober	90%	November	80%	Desember	80%
Bulan	Persentase Kepatuhan																													
Januari	80%																													
Februari	90%																													
Maret	98%																													
April	95%																													
Mei	78%																													
Juni	80%																													
Juli	92%																													
Agustus	78%																													
September	85%																													
Oktober	90%																													
November	80%																													
Desember	80%																													
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kepatuhan visite dokter spesialis pada hari kerja sudah mencapai target 80% dengan rata-rata 85,83% (Januari - Desember 2024).																													
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.																													

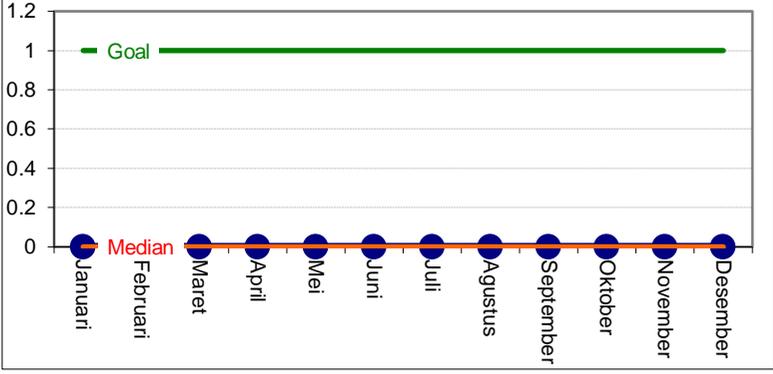
33. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan

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
	2024	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September

		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%
Grafik				
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketepatan waktu pemeliharaan alat kesehatan sudah mencapai target 100% dengan rata-rata 100% (Januari – Desember 2024).			
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.			

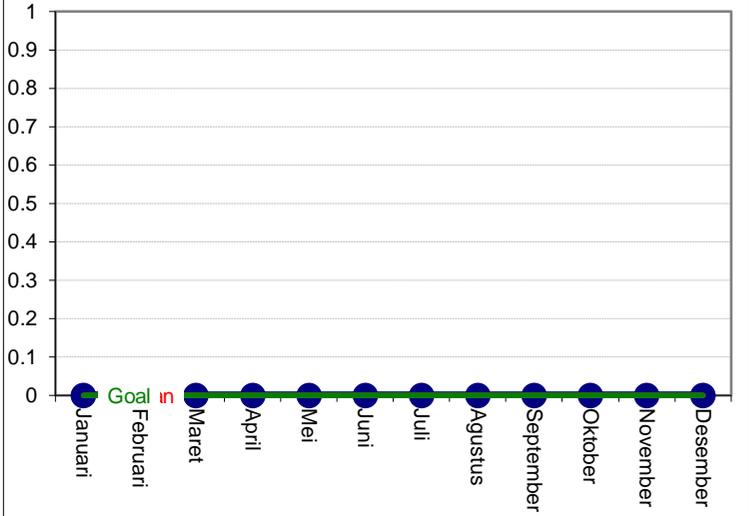
Keterlambatan Waktu Menangani Kerusakan Alat Kesehatan

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
	2024	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%

Grafik	
Analisa	Berdasarkan grafik indikator keterlambatan waktu menangani kerusakan alat kesehatan sudah mencapai target 1% dengan rata-rata 0% (Januari – Desember 2024).
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.

34. 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
	2024	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	
Analisa	Berdasarkan grafik indikator keterlambatan <i>response time</i> gensest sudah mencapai target 0% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2024).
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.

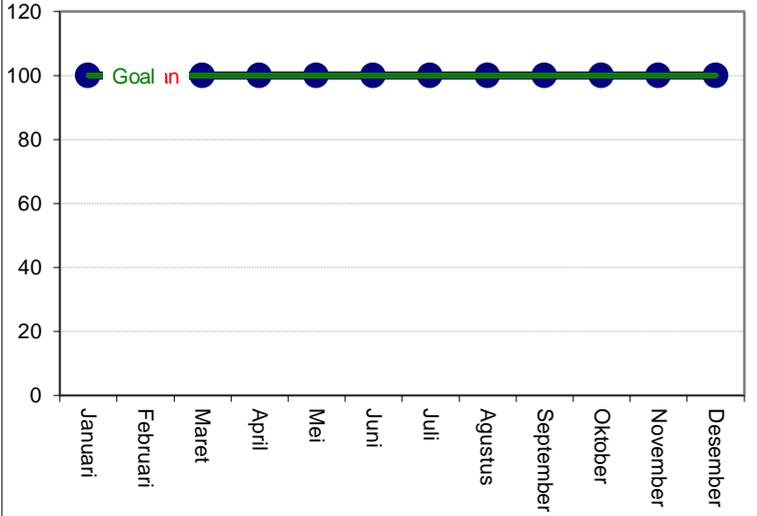
35. Kejadian *Drop Out* Pasien Anak Tumbuh Kembang Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medis Yang Direncanakan

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
	2024	25%	23%	22%
		Desember		
		25%		

Grafik	
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 23,75% (Januari – Desember 2024).
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi secara berkala untuk mempertahankan capaian

36. 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
	2024	100%	100%	100%
		April	Mei	Juni
		100%	100%	100%
		Juli	Agustus	September
		100%	100%	100%
		Oktober	November	Desember
		100%	100%	100%

<p>Grafik</p>	 <p>The graph displays a horizontal line at the 100% mark on the y-axis, representing the goal. The x-axis lists the months from January to December. All data points are plotted exactly on the 100% line, indicating that the target was consistently met throughout the year.</p>
<p>Analisa</p>	<p>Berdasarkan grafik indikator tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik sudah mencapai target 100% (Januari – Desember 2024).</p>
<p>Rekomendasi</p>	<p>Monitoring dan evaluasi berkala tiap bulan</p>

37. Adekuasi Dialisis Dengan Indikator Kt/V

<p>Indikator</p>	<p>Adekuasi Dialisis Dengan Indikator Kt/V</p>			
<p>Numerator</p>	<p>Jumlah pasien dengan Kt/V ≥ 1.8</p>			
<p>Denominator</p>	<p>Jumlah pasien yang dilakukan tindakan hemodialisis</p>			
<p>Target</p>	<p>100%</p>			
<p>Hasil</p>	<p>Tahun</p>	<p>Januari</p>	<p>Februari</p>	<p>Maret</p>
	<p>2024</p>	<p>77,7%</p>	<p>77,7%</p>	<p>72,2%</p>
		<p>April</p>	<p>Mei</p>	<p>Juni</p>
		<p>72,2%</p>	<p>72,2%</p>	<p>72,2%</p>
		<p>Juli</p>	<p>Agustus</p>	<p>September</p>
		<p>72,2%</p>	<p>72,2%</p>	<p>70,5%</p>
		<p>Oktober</p>	<p>November</p>	<p>Desember</p>

		73,6%	74%	74%
Grafik				
Analisa	<p>Berdasarkan grafik indikator adekuasi dialisis dengan indikator Kt/V belum mencapai target 100% dengan rata-rata 73,3% (Januari - Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai yaitu ukuran dialiser tidak sesuai BB pasien, aliran akses tidak lancar</p>			
Rekomendasi	<p>Mengajukan penggantian dialiser sesuai dengan berat badan pasien, perbaiki kelancaran/kepatenan akses, serta monitoring dan evaluasi berkala.</p>			

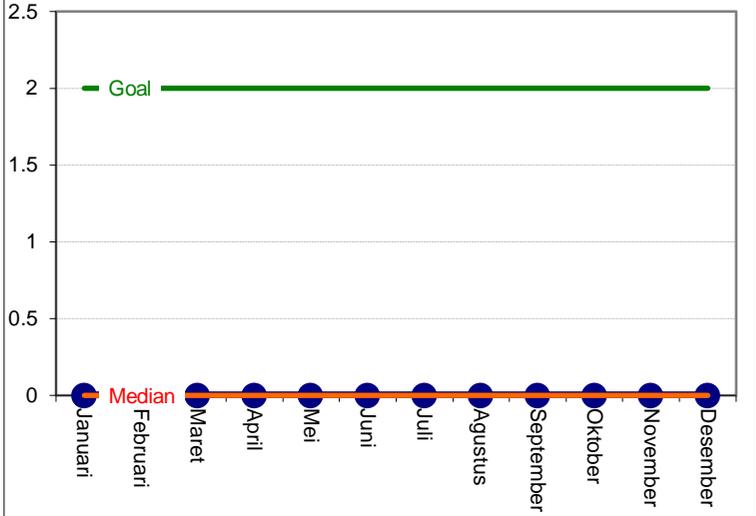
38. Keterlambatan Waktu Tindakan Hemodialisa

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
	2024	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember

	0%	0%	0%
Grafik			
Analisa	Berdasarkan grafik indikator keterlambatan waktu tindakan hemodialisa sudah mencapai target 1% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2024).		
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.		

39. 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
	2024	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%

Grafik	
Analisa	Berdasarkan grafik indikator infeksi daerah operasi sudah mencapai target 2% dengan rata-rata 0% (Januari – Desember 2024).
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi berkala untuk mempertahankan capaian

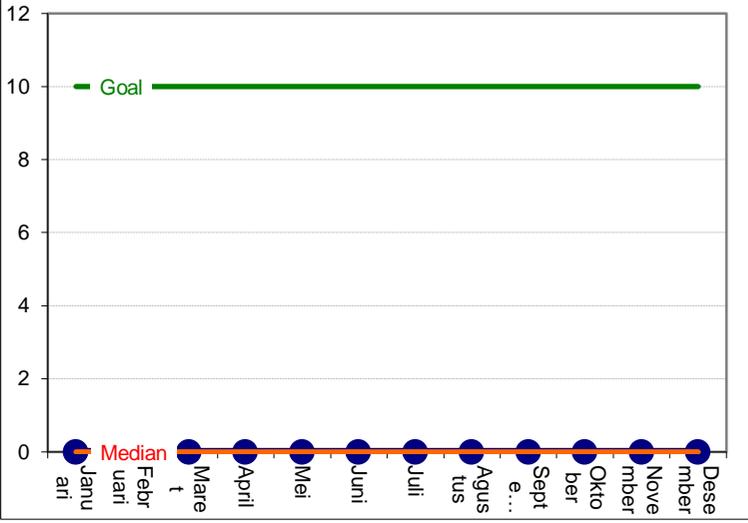
40. Plebitis

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
	2024	1,95‰	1,02‰	0,62‰
		April	Mei	Juni
		1,05‰	1,34‰	3,15‰
		Juli	Agustus	September
		4,22‰	1,64‰	3,39‰
		Oktober	November	Desember
		2,66‰	0‰	5,81‰

<p>Grafik</p>	
<p>Analisa</p>	<p>Berdasarkan grafik indikator plebitis sudah mencapai target 20‰ dengan rata-rata 2,23‰ (Januari – Desember 2024).</p>
<p>Rekomendasi</p>	<p>Melakukan monitoring dan evaluasi berkala untuk mempertahankan capaian</p>

41. 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
	2024	0‰	0‰	0‰
		April	Mei	Juni
		0‰	0‰	0‰
		Juli	Agustus	September
		0‰	0‰	0‰
		Oktober	November	Desember
		0‰	0‰	0‰

<p>Grafik</p>	
<p>Analisa</p>	<p>Berdasarkan grafik indikator infeksi aliran darah primer sudah mencapai target 10‰ dengan rata-rata 0‰ (Januari - Desember 2024).</p>
<p>Rekomendasi</p>	<p>Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala untuk mempertahankan capaian</p>

42. 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
	2024	0‰	0‰	0‰
		April	Mei	Juni
		0‰	0‰	0‰
		Juli	Agustus	September
		0‰	0‰	0‰
		Oktober	November	Desember
		0‰	0‰	0‰

<p>Grafik</p>	
<p>Analisa</p>	<p>Berdasarkan grafik indikator infeksi saluran kemih sudah mencapai target 10% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2024).</p>
<p>Rekomendasi</p>	<p>Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala untuk mempertahankan capaian.</p>

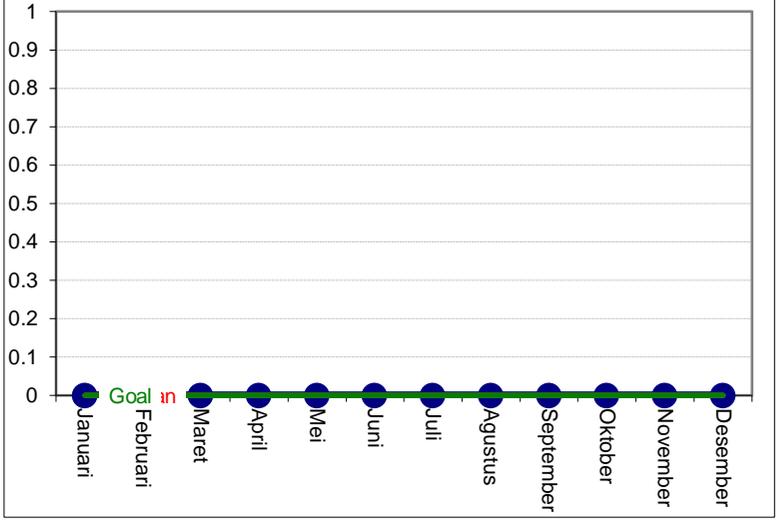
43. Pneumonia Akibat Pemakaian Ventilator

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
	2024	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%

<p>Grafik</p>	
<p>Analisa</p>	<p>Berdasarkan grafik indikator pneumonia akibat pemakaian ventilator sudah mencapai target 20% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2024).</p>
<p>Rekomendasi</p>	<p>Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala untuk mempertahankan capaian</p>

44. 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
	2024	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	3,5%

Grafik	
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kejadian dekubitus selama masa perawatan sudah mencapai target 0% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2024).
Rekomendasi	Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala untuk mempertahankan capaian

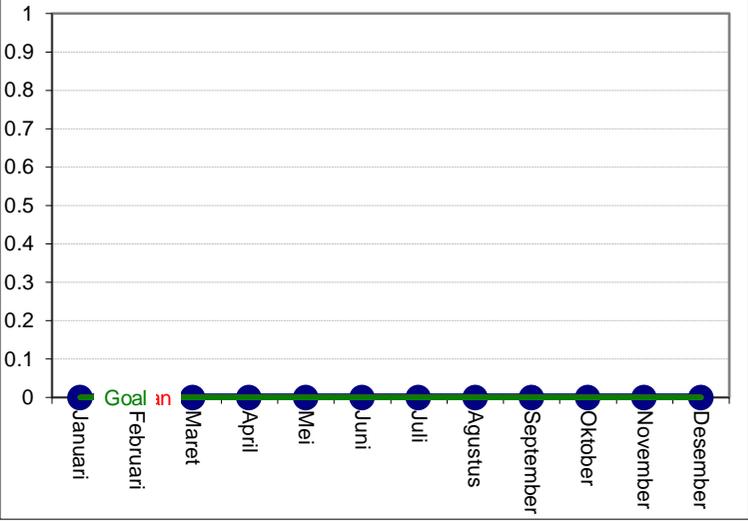
45. Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan

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
	2024	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%

Grafik	
Analisa	Berdasarkan grafik indikator ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan sudah mencapai target 1% dengan rata-rata 0% (Januari – Desember 2024).
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.

46. 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
	2024	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%

Grafik	
Analisa	Berdasarkan grafik indikator keterlambatan waktu penanganan kerusakan <i>hardware</i> /jaringan sudah mencapai target 0% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2024).
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi berkala.

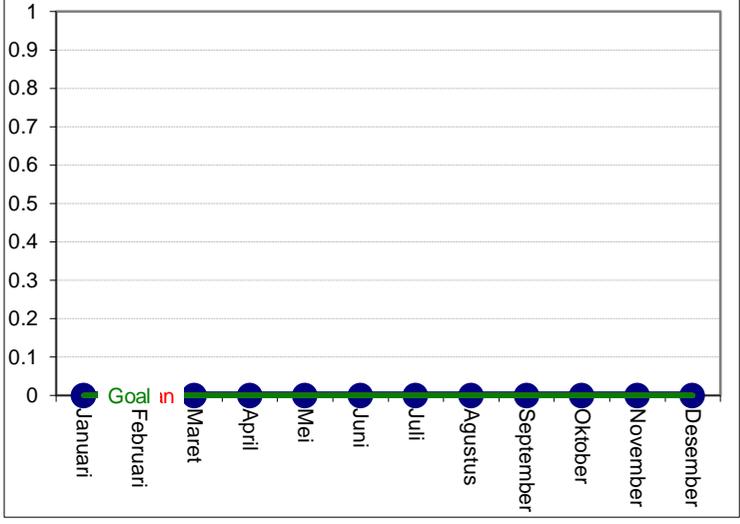
47. Keterlambatan Pelayanan Ambulans Di Rumah Sakit

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
	2024	0%	0%	0%
		April	Mei	Juni
		0%	0%	0%
		Juli	Agustus	September
		0%	0%	0%
		Oktober	November	Desember
		0%	0%	0%

<p>Grafik</p>	
<p>Analisa</p>	<p>Berdasarkan grafik indikator keterlambatan pelayanan ambulans di Rumah Sakit sudah mencapai target 3% dengan rata-rata 0% (Januari - Desember 2024).</p>
<p>Rekomendasi</p>	<p>Monitoring dan evaluasi berkala.</p>

48. Kasus Kehilangan/Pencurian Di Area Rumah Sakit

<p>Indikator</p>	<p>Kasus Kehilangan/Pencurian Di Area Rumah Sakit</p>			
<p>Numerator</p>	<p>Jumlah Kasus kehilangan / pencurian yang dilaporkan dalam 1 bulan</p>			
<p>Denominator</p>	<p>1</p>			
<p>Target</p>	<p>0</p>			
<p>Hasil</p>	<p>Tahun</p>	<p>Januari</p>	<p>Februari</p>	<p>Maret</p>
	<p>2024</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
		<p>April</p>	<p>Mei</p>	<p>Juni</p>
		<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
		<p>Juli</p>	<p>Agustus</p>	<p>September</p>
		<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
		<p>Oktober</p>	<p>November</p>	<p>Desember</p>
		<p>0</p>	<p>0</p>	<p>0</p>

Grafik	
Analisa	Berdasarkan grafik indikator kasus kehilangan/pencurian di area Rumah Sakit sudah mencapai target 0 dengan rata-rata 0 kasus (Januari - Desember 2024).
Rekomendasi	Monitoring dan evaluasi secara berkala

49. 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
	2024	40%	80%	25%
		April	Mei	Juni
		60%	88%	100%
		Juli	Agustus	Septembe r
		78%	78%	12,5%
		Oktober	November	Desember
		28,6%	72,7%	80%

<p>Grafik</p>	<p>presentase kepatuhan Kepatuhan CP Maternal Neonatal bulan Januari 2024 - Desember 2024</p> <table border="1"> <caption>Data for Kepatuhan CP Maternal Neonatal (2024)</caption> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Persentase Kepatuhan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Januari</td><td>40</td></tr> <tr><td>Februari</td><td>80</td></tr> <tr><td>Maret</td><td>25</td></tr> <tr><td>April</td><td>60</td></tr> <tr><td>Mei</td><td>85</td></tr> <tr><td>Juni</td><td>100</td></tr> <tr><td>Juli</td><td>75</td></tr> <tr><td>Agustus</td><td>75</td></tr> <tr><td>September</td><td>10</td></tr> <tr><td>Oktober</td><td>30</td></tr> <tr><td>November</td><td>70</td></tr> <tr><td>Desember</td><td>80</td></tr> </tbody> </table>	Bulan	Persentase Kepatuhan	Januari	40	Februari	80	Maret	25	April	60	Mei	85	Juni	100	Juli	75	Agustus	75	September	10	Oktober	30	November	70	Desember	80
Bulan	Persentase Kepatuhan																										
Januari	40																										
Februari	80																										
Maret	25																										
April	60																										
Mei	85																										
Juni	100																										
Juli	75																										
Agustus	75																										
September	10																										
Oktober	30																										
November	70																										
Desember	80																										
<p>Analisa</p>	<p>Berdasarkan grafik indikator kepatuhan terhadap alur klinis / <i>clinical pathway</i> prioritas belum mencapai target 80% dengan rata-rata 61,90% (Januari – Desember 2024).</p> <p>Penyebab tidak tercapai karena :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien tidak dilakukan USG, tidak terdokumentasi dengan baik di CPPT. Terapi pulang tidak sesuai dengan CP Diagnosa wajib tidak terdokumentasi di CPPT 																										
<p>Rekomendasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> Tetap melakukan monitoring evaluasi berkala agar CP berjalan optimal Revisi form IGD Maternal untuk disatukan dengan form triase dan pengkajian dokter umum bersamaan dengan form kebidanan untuk meningkatkan kepatuhan assessment awal pasien Membuat alur pendaftaran untuk memudahkan pendaftaran bayi baru lahir di ruangan meranti Melakukan monitoring dan evaluasi berkala serta koordinasi dengan PPA untuk meningkatkan kepatuhan 																										

IV. Kesimpulan dan Saran

A. Kesimpulan UMUM

1. 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.
2. 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

1. Indikator Nasional Mutu yang **sudah** mencapai target antara lain :
 - Kepatuhan Kebersihan Tangan
 - Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri
 - Kepatuhan Identifikasi Pasien
 - Waktu Tunggu Rawat Jalan
 - Penundaan Operasi Elektif
 - Kepatuhan Waktu Visite Dokter
 - Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional
 - Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh
 - Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
 - Kepuasan pasien
2. Indikator Nasional Mutu yang **belum** mencapai target antara lain :
 - Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi
 - 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
 - Kepatuhan Petugas Melakukan Pengkajian Ulang Risiko Jatuh Post Operasi/Perubahan Kondisi

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 Dalam Melakukan Inisiasi Menyusu Dini pada Bayi
- Waktu Tanggap Respon Rujukan Ponak
- Kelengkapan Pengisian Pengkajian Awal Medis Oleh Dokter

5. Indikator Mutu Prioritas Instalasi/Bagian yang **sudah** mencapai target antara lain :

- Kesalahan Cetak Film Pada Pemeriksaan Radiologi
- 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 Waktu Penerimaan Obat Racikan
- *Turn Around Time* Hematologi Rutin Cito < 30 Menit
- Kelengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Inap Pasien COVID-19
- Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah ≤ 2 Jam
- Sisa Makan Siang Pasien Non Diit
- Kegagalan Uji *Bowie Dick*
- Kepatuhan Visite Dokter Spesialis Pada Hari Kerja
- Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan
- Keterlambatan Waktu Menangani Kerusakan Alat Kesehatan
- Keterlambatan *Response Time* Genset

- 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
- Kejadian Dekubitus Selama Masa Perawatan
- Ketidaklengkapan Dokumen Pendukung Penagihan
- Keterlambatan Waktu Penanganan Kerusakan *Hardware*/Jaringan
- Keterlambatan Pelayanan Ambulans Di Rumah Sakit
- Kasus Kehilangan/Pencurian Di Area Rumah Sakit

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

- Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto ≤ 3 Jam
- 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
- Ketepatan Pemberian Obat (5 Benar)
- Kerusakan Sampel Darah
- Ketidaklengkapan *Informed Consent*
- Ketidaklengkapan Pengisian Resume Medis Rawat Jalan
- Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
- Kesalahan Diit Pasien
- 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
- Adekuasi Dialisis Dengan Indikator Kt/V
- Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) Prioritas (Maternal Neonatal)

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 koordinasi melalui peran serta seluruh anggota Komite Mutu bersama Direktur Rumah Sakit dan seluruh staf rumah sakit terkait upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
10. Koordinasi dengan KSM, Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Tenaga Kesehatan Lain, dan Bidang Yanmedkep serta Bidang Yanjang.

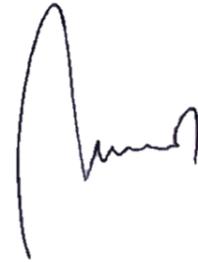
V. PENUTUP

Dengan selesainya laporan Program Komite Mutu Periode Januari – Desember Tahun 2024 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 19 Maret 2025

Ketua Komite Mutu



(dr. Taufik Rakhman Taher, SpU)
NIP. 198210052024211006

