

1. Indikator Nasional Mutu (INM)

a. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Numerator	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan														
Denominator	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi														
Target	$\geq 85\%$														
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>90%</td> <td>88%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table>	April	Mei	Juni	90%	88%	90%								
April	Mei	Juni													
90%	88%	90%													
Gravik	<table border="1"> <caption>Data for Hand Hygiene Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Standar (%)</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>April</td> <td>85%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>85%</td> <td>88%</td> </tr> <tr> <td>Juni</td> <td>85%</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table>			Month	Standar (%)	Capaian (%)	April	85%	90%	Mei	85%	88%	Juni	85%	90%
Month	Standar (%)	Capaian (%)													
April	85%	90%													
Mei	85%	88%													
Juni	85%	90%													
Plan	Mengetahui kepatuhan dalam kebersihan tangan tangan														
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan sarana prasarana cuci tangan 2. Melakukan surveilans oleh PPI 3. Sosialisasi SPO Cuci tangan 														
Study	<p>Target capaian indikator mutu kepatuhan cuci tangan sebesar 85 %. Berdasarkan grafik diatas kepatuhan cuci tangan sudah mencapai standar, Terdapat peningkatan kepatuhan cuci tangan sejak bulan januari namun belum mencapai standar dengan angka standar rata rata 89 %</p> <p>Masih adanya ketidakpatuhan cuci tangan di RSUD Asri disebabkan karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurangnya pemahaman dan kesadaran akan pentingnya cuci tangan • Kurangnya kepedulian individu 														

Action	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan pemahaman ,kepedulian dan kesadaran penting nya cuci tangan • Audit kepatuhan SPO cuci tangan • Mempertahan kan capaian
--------	--

b. Kepatuhan Penggunaan APD

Numerator	Jumlah Kepatuhan penggunaan APD												
Denominator	Jumlah total kepatuhan penggunaan APD yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi												
Target	≥ 85 %												
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>83 %</td> <td>80%</td> <td>95 %</td> </tr> </tbody> </table>	April	Mei	Juni	83 %	80%	95 %						
April	Mei	Juni											
83 %	80%	95 %											
Gravik	<table border="1"> <caption>Data for APD Usage Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Standar (%)</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>April</td> <td>85</td> <td>83</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>85</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>Juni</td> <td>85</td> <td>95</td> </tr> </tbody> </table>	Month	Standar (%)	Capaian (%)	April	85	83	Mei	85	80	Juni	85	95
Month	Standar (%)	Capaian (%)											
April	85	83											
Mei	85	80											
Juni	85	95											
Plan	Mengetahui kepatuhan dalam penggunaan APD												
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan Kebutuhan APD 2. Melakukan surveilens oleh PPI 3. Sosialisasi SPO penggunaan APD 												

Study	<p>Target capaian indikator mutu kepatuhan cuci tangan sebesar 85 %. Berdasarkan grafik diatas kepatuhan cuci tangan sudah mencapai standar, Terdapat peningkatan kepatuhan cuci tangan sejak bulan januari namun belum mencapai standar dengan angka standar rata rata 89 %</p> <p>Masih adanya ketidakpatuhan penggunaan APD di RSUD Asri disebabkan karena :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurangnya pemahaman dan kesadaran akan pentingnya penggunaan APD • Kurangnya kepedulian individu
Action	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan pemahaman ,kepedulian dan kesadaran pentingnya penggunaan APD • Audit kepatuhan penggunaan APD • Mempertahankan capaian

c. 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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>87 %</td> <td>88 %</td> <td>83 %</td> </tr> </tbody> </table>	April	Mei	Juni	87 %	88 %	83 %						
April	Mei	Juni											
87 %	88 %	83 %											
Gravik	<p>The graph displays two data series: 'Standar' (Standard) and 'Capaian' (Achievement). The Standard is constant at 100% across all months. The Achievement starts at 87% in April, rises slightly to 88% in May, and then drops to 83% in June.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Standar (%)</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>April</td> <td>100</td> <td>87</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>100</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>Juni</td> <td>100</td> <td>83</td> </tr> </tbody> </table>	Month	Standar (%)	Capaian (%)	April	100	87	Mei	100	88	Juni	100	83
Month	Standar (%)	Capaian (%)											
April	100	87											
Mei	100	88											
Juni	100	83											
Plan	Mengetahui jumlah kepatuhan PPA dalam melakukan identifikasi pasien												

Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan monitoring kepatuhan identifikasi 2. Memberi pemahaman kepada petugas pentingnya identifikasi pasien
Study	<p>Identifikasi pasien merupakan upaya Rumah Sakit menjamin keselamatan pasien. Identifikasi pasien dengan benar akan menghindari pasien terhadap resiko kesalahan prosedur tindakan. Berdasarkan grafik dapat dilihat bahwa kepatuhan identifikasi pasien pada triwulan ke 2 dengan nilai rata – rata sebesar 86%</p> <p>Masih adanya ketidak patuhan identifikasi pasien di RSUD Asri dikarenakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurangnya pemahaman petugas terhadap SPO Identifikasi pasien • Petugas belum terbiasa mengecek gelang pasien
Action	<ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO • Edukasi ulang terkait Identifikasi pasien secara benar

d. Waktu Tanggap Oprasi Seksio Sesarea Emergensi

Numerator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori 1 yang mendapatkan tindakan seksio sesarea ≤ 30 menit														
Denominator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori														
Target	$\geq 80\%$														
Hasil	April	Mei	Juni												
	20 %	20 %	14 %												
Gravik	<table border="1"> <caption>Data for Gravik Chart</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Standar (%)</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>April</td> <td>80</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>80</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Juni</td> <td>80</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table>			Month	Standar (%)	Capaian (%)	April	80	20	Mei	80	20	Juni	80	14
Month	Standar (%)	Capaian (%)													
April	80	20													
Mei	80	20													
Juni	80	14													
Analisa	<p>Indikator waktu tanggap oprasi sc emergensi ≤ 30 menit mengga mbarkan tingkat keselamatan oprasi yang berbanding lurus denga n waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan pertolongan medis yang tepat.</p> <p>Berdasarkan grafik dapat dilihat bahwa waktu tanggap oprasi SC emergensi pada triwulan ke 2 dengan nilai rata – rata sebesar sebesar 18 %</p> <p>Masih adanya ketidakpatuhan waktu tanggap oprasi SC di RSU A sri dikarenakan : Dpjp yang terlambat datang dikarnakan kurang cepatnya koordinasi oprasi oleh perawat jaga / bidan jaga</p>														
Tindak lanjut	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan kinerja staff ruang Oprasi dalam meningkat kan indikator waktu tanggap waktu tanggap sectio sesarea • Sosialisasi SPO Waktu tanggap oprasi sc emergensi 														

e. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Numerator	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tanggap ≤ 60 menit														
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi														
Target	$\geq 80\%$														
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>92 %</td> <td>88 %</td> <td>90 %</td> </tr> </tbody> </table>	April	Mei	Juni	92 %	88 %	90 %								
April	Mei	Juni													
92 %	88 %	90 %													
Gravik	<table border="1"> <caption>Data for Gravik Chart</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Standar (%)</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>April</td> <td>80</td> <td>92</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>80</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>Juni</td> <td>80</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>			Month	Standar (%)	Capaian (%)	April	80	92	Mei	80	88	Juni	80	90
Month	Standar (%)	Capaian (%)													
April	80	92													
Mei	80	88													
Juni	80	90													
Plan	Mengupayakan capaian target waktu tunggu rawat jalan ≤ 60 menit														
Do	1. Kolaborasi Ka.Unit rawat jalan dengan Ka.Unit rekam medis untuk meningkatkan kepatuhan SPO di unit masing masing agar pelayanan pasien														
Study	Waktu tunggu rawat jalan bertujuan untuk mengetahui waktu tunggu pelayanan pasien di rawat jalan dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran atau pada saat pasien mengkonfirmasi kehadiran sampai mendapat pelayanan dokter / dokter spesialis. Berdasarkan grafik diatas,hasil capaian pada Triwulan 2 dengan nilai rata rata sebesar 90%														
Action	<ul style="list-style-type: none"> • Mempertahankan capaian indikator waktu tunggu rawat jalan • Mempertahankan pelayanan rawat jalan sesuai dengan SPO 														

f. Penundaan Oprasi Elektif

Numerator	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam														
Denominator	Jumlah pasien operasi elektif														
Target	$\geq 5 \%$														
Hasil	April	Mei	Juni												
	1 %	1 %	1 %												
Gravik	<table border="1"> <caption>Data for Gravik Chart</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Standar (%)</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>April</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Juni</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>			Month	Standar (%)	Capaian (%)	April	5	1	Mei	5	1	Juni	5	1
Month	Standar (%)	Capaian (%)													
April	5	1													
Mei	5	1													
Juni	5	1													
Plan	Mengupayakan capaian target jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam														
Do	<ol style="list-style-type: none"> Koordinasi Ka.Unit Kamar Operasi dan DPJP tentang penjadwalan operasi agar tidak terjadi penundaan operasi Supervisi Ka.unit 														
Study	Ketepatan dan kecepatan penanganan mengindikasikan keefektifan dan efisiensi waktu tunggu operasi. Indikator mutu penundaan operasi elektif pada grafik diatas menunjukkan kasus penundaan operasi elektif sudah sesuai standar di bawah 5%														
Action	<ul style="list-style-type: none"> Mempertahankan hasil indikator mutu pada triwulan 2 Melakukan penjadwalan operasi terintegritas dengan sistem 														

g. Ketepatan Waktu *Visite* Dokter

Numerator	Jumlah pasien yang di <i>visite</i> dokter pada pukul 06,00 – 14,00														
Denominator	Jumlah pasien yang di observasi														
Target	≥ 80 %														
Hasil	April	Mei	Juni												
	79 %	70 %	73 %												
Gravik	<p>The line graph displays two data series: 'Standar' (blue line) and 'Capaian' (red line) across three months: April, Mei, and Juni. The y-axis represents percentages from 64% to 82% in 2% increments. The 'Standar' line is constant at 80%. The 'Capaian' line starts at 79% in April, drops to 70% in Mei, and rises to 73% in Juni.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Standar (%)</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>April</td> <td>80</td> <td>79</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>80</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>Juni</td> <td>80</td> <td>73</td> </tr> </tbody> </table>			Bulan	Standar (%)	Capaian (%)	April	80	79	Mei	80	70	Juni	80	73
Bulan	Standar (%)	Capaian (%)													
April	80	79													
Mei	80	70													
Juni	80	73													
Plan	Mengupayakan capaian target ≥ 80 %														
Do	Koordinasi kembali antara Ka. Unit dan DPJP untuk lebih meningkatkan jam <i>viste</i> pada pukul 06,00 – 14,00														
Study	Kepatuhan jam <i>visite</i> Dokter Spesilais bertujuan untuk mendapatkan gambaran kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu memberikan pelayanan medis kepada pasien yang menjadi tanggung jawab dengan standar capaian adalah 80 % nilai rata rata pada triwulan 2 sebesar 74%														
Action	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan sosialisasi bekerjasama dengan Bidang Pelayanan Medis dan Komite medik tentang kepatuhan jam <i>visite</i> kepada para DPJP • Supervisi jam <i>viste</i> Dokter Spesialis • Sosialisasi SPO Jam <i>visite</i> Dokter Spesialis 														

h. Pelaporan hasil Kritis Laboratorium

Numerator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit														
Denominator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi														
Target	100 %														
Hasil	April	Mei	Juni												
	79 %	79 %	88 %												
Gravik	<table border="1"> <caption>Data for Gravik Chart</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Standar (%)</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>April</td> <td>100</td> <td>79</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>100</td> <td>79</td> </tr> <tr> <td>Juni</td> <td>100</td> <td>88</td> </tr> </tbody> </table>			Month	Standar (%)	Capaian (%)	April	100	79	Mei	100	79	Juni	100	88
Month	Standar (%)	Capaian (%)													
April	100	79													
Mei	100	79													
Juni	100	88													
Plan	Mengetahui capaian hasil pelaporan hasil nilai kritis laboratorium tetap dibawah ≤ 30 menit														
Do	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan sosialisasi SPO Pelaporan nilai hasil kritis Menjalankan komunikasi efektif dengan benar Monitoring pelaksanaan oleh kepala instalasi laboratorium 														
Study	<p>Indikator mutu waktu lapor hasil kritis laboratorium memberikan gambaran kualitas terhadap lamanya waktu yang diperlukan petugas untuk melaporkan hasil kritis laboratorium kepada DPJP.</p> <p>Berdasarkan grafik diatas capaian indikator waktu lapor hasil kritis laboratorium cenderung dibawah rata – rata dengan nilai 82%</p>														
Action	<ul style="list-style-type: none"> Sosialisasi SPO Pelaporan hasil kritis Monitoring kepatuhan pelaporan hasil kritis Meningkatkan capaian indikator 														

i. Kepatuhan Penggunaan Formularium

Numerator	Jumlah R / recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional												
Denominator	Jumlah R / recipe dalam lembar resep yang di observasi												
Target	$\geq 80\%$												
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>79 %</td> <td>88 %</td> <td>91 %</td> </tr> </tbody> </table>	April	Mei	Juni	79 %	88 %	91 %						
April	Mei	Juni											
79 %	88 %	91 %											
Gravik	<table border="1"> <caption>Data for Compliance Graph</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Standar (%)</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>April</td> <td>80</td> <td>79</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>80</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>Juni</td> <td>80</td> <td>91</td> </tr> </tbody> </table>	Month	Standar (%)	Capaian (%)	April	80	79	Mei	80	88	Juni	80	91
Month	Standar (%)	Capaian (%)											
April	80	79											
Mei	80	88											
Juni	80	91											
Plan	Mengupayakan capaian target $\geq 80\%$												
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi lebih ditingkatkan antara Ka.Instalasi farmasi dan s tafnya 2. Supervisi oleh Ka. Instalasi farmasi 3. Sosiliasi keptuhan penggunaan formularium nasional lebih di tingkatkan 												
Study	<p>Indikator mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional mem berikan gambaran kepatuhan para dokter dalam meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan formularium nasional.</p> <p>Berdasarkan grafik di atas didapat hasil pencapaian dengan nilai rata rata 86 %</p>												

Action	<ul style="list-style-type: none"> • Mempertahan indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan obat sesuai SPO. • Menyarankan agar Instalasi Farmasi menjamin ketersediaan obat – obatan di dalam formularium RS • Melakukan sosialisasi terus menerus semua kebijakan dan prosedur yang berkaitan dengan formularium nasional yang sudah ada.
--------	--

j. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (*clinical pathway*)

Numerator	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>						
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang di observasi						
Target	$\geq 80\%$						
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>79 %</td> <td>72 %</td> <td>79 %</td> </tr> </tbody> </table>	April	Mei	Juni	79 %	72 %	79 %
April	Mei	Juni					
79 %	72 %	79 %					
Gravik	<p>The graph displays two data series: 'Standar' (blue line) and 'Capaian' (red line). The X-axis shows the months April, Mei, and Juni. The Y-axis represents percentages from 0% to 100%. The 'Standar' line is constant at 80%. The 'Capaian' line starts at 79% in April, drops to 72% in Mei, and rises to 79% in Juni.</p>						
Plan	Mengupayakan capaian target $\geq 80\%$						
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi antara komite medik dan DPJP untuk kelengkapan pengisian kepatuhan terhadap klinikal pathway 2. Audit klinis dan medis secara berkala 						

Study	<p>Kepatuhan terhadap Clinical pathway menggambarkan terselenggara standarisasi proses asuhan klinis, mengurangi resiko proses asuhan klinis, mengurangi adanya variasi asuhan klinis dan memberikan asuhan klinis yang tepat serta menghasilkan mutu pelayanan yang tinggi dengan menggunakan praktek klinik yang berbasis bukti</p> <p>Berdasarkan grafik diatas menunjukkan kepatuhan terhadap clinical pathway belum sesuai standar dengan nilai angka rata – rata di tr imulan 2 sebesar 77 %</p>
Action	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan pencapaian indikator dengan selalu melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan oleh RS • Koordinasi medis mengadakan rapat rutin terkait evaluasi <i>clinical pathway</i>

k. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh

Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang beresiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan resiko jatuh														
Denominator	Jumlah pasien rawat inap yang beresiko tinggi jatuh yang diobservasi														
Target	100 %														
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>88 %</td> <td>82 %</td> <td>80 %</td> </tr> </tbody> </table>	April	Mei	Juni	88 %	82 %	80 %								
April	Mei	Juni													
88 %	82 %	80 %													
Gravik	<table border="1"> <caption>Data for Gravik Chart</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Standar (%)</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>April</td> <td>100</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>100</td> <td>82</td> </tr> <tr> <td>Juni</td> <td>100</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>			Month	Standar (%)	Capaian (%)	April	100	88	Mei	100	82	Juni	100	80
Month	Standar (%)	Capaian (%)													
April	100	88													
Mei	100	82													
Juni	100	80													
Plan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pasien 2. Melakukan sosialisasi asesmen resiko jatuh 3. Supervisi oleh kepala unit 4. Screening asesmen awal dan asesmen ulang resiko jatuh 														
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan sosialisasi lembar monitoring resiko jatuh 2. Menyediakan penandaan risiko jatuh 3. Supervisi pelaksanaan sudah dilakukan belum optimal 4. Monitoring pelaksanaan sudah dilakukan 														
Study	<p>Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh dirawat inap merupakan indikator keselamatan pasien, kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh dinilai dari dilakukannya asesmen awal, asesmen ulang dan monitoring intervensi.</p> <p>Berdasarkan grafik diatas menunjukkan kepatuhan terhadap upaya pencegahan resiko jatuh belum sesuai standar dengan nilai angka rata – rata di trimulan 2 sebesar 83 %</p>														

Action	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan kesadaran perawat terhadap skrining pasien resiko jatuh • Peran kepala unit kerja / ruangan untuk memonitor pelaksanaan skiring pasien resiko jatuh • Tersedianya sarana dan prasarana yang mendukung upaya peningkatan upaya pencegahan resiko pasien jatuh.
--------	---

1. Ketepatan Waktu Tanggap Komplain

Numerator	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan <i>grading</i>														
Denominator	Jumlah komplain yang disurvei														
Target	≥ 80 %														
Hasil	<table border="1"> <thead> <tr> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>88 %</td> <td>82 %</td> <td>86 %</td> </tr> </tbody> </table>	April	Mei	Juni	88 %	82 %	86 %								
April	Mei	Juni													
88 %	82 %	86 %													
Gravik	<p>The graph displays two data series: 'Standar' (blue line) and 'Capaian' (red line) across three months: April, Mei, and Juni. The y-axis represents percentages from 76% to 90%. The 'Standar' line is constant at 80%. The 'Capaian' line starts at 88% in April, drops to 82% in Mei, and rises to 86% in Juni.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bulan</th> <th>Standar (%)</th> <th>Capaian (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>April</td> <td>80</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>80</td> <td>82</td> </tr> <tr> <td>Juni</td> <td>80</td> <td>86</td> </tr> </tbody> </table>			Bulan	Standar (%)	Capaian (%)	April	80	88	Mei	80	82	Juni	80	86
Bulan	Standar (%)	Capaian (%)													
April	80	88													
Mei	80	82													
Juni	80	86													
Plan	Mengupayakan capaian target ≥ 80 %														
Do	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan kecepatan respon terhadap komplain terus dipertahankan dan langsung ditindaklanjuti oleh humas 2. Monitoring dilaksanakan setiap bulan 														
Study	Berdasarkan grafik indikator kecepatan respon terhadap komplain diatas telah mencapai dengan nilai rata – rata 89%														

Action	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring penyediaan formulir complain di RS • Menindaklanjuti dengan segera komplain yang terjadi
--------	--

m. Kepuasan Pasien

Numerator	Total nilai persepsi seluruh responden														
Denominator	Total unsur yang terisi dari seluruh responden														
Target	$\geq 76.61\%$														
Hasil	April	Mei	Juni												
	78.2 %	77.81 %	80.1 %												
Gravik	<table border="1"> <caption>Data for Patient Satisfaction Graph</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Standar</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>April</td> <td>76.61%</td> <td>78.2%</td> </tr> <tr> <td>Mei</td> <td>76.61%</td> <td>77.81%</td> </tr> <tr> <td>Juni</td> <td>76.61%</td> <td>80.1%</td> </tr> </tbody> </table>			Month	Standar	Capaian	April	76.61%	78.2%	Mei	76.61%	77.81%	Juni	76.61%	80.1%
Month	Standar	Capaian													
April	76.61%	78.2%													
Mei	76.61%	77.81%													
Juni	76.61%	80.1%													
Plan	Mengupayakan capaian target $\geq 76.61\%$														
Do	Pemantauan kepuasan pasien akan tetap dilakukan setiap bulannya agar indikator mutu dapat dipertahankan dan dievaluasi setiap 3 bulan														
Study	Kepuasan adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil membandingkan pelayanan yang diberikan dengan harapan. Berdasarkan grafik diatas tampak kepuasan pasien sudah mencapai standar dengan rata rata 79 % Pada trimester 2														

Action	<ul style="list-style-type: none">• Mempertahankan capaian indikator dengan selalu melaksanakan pelayanan sesuai SPO• Meningkatkan kualitas pelayanan pada unsur penilaian kepuasan pasien dan keluarga
--------	--