

---

Jakarta, 27 Juni 2023

Nomor : 01 / MA/ RSDN/ VI / 2023

Perihal : Undangan Rapat Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 2023

Kepada Yth :

Direksi  
Para Manajer  
Komite Keperawatan  
Komite PPI  
Ka.Instalasi, Ka.Ruangan

Di Tempat

Dengan Hormat,

Bersama ini kami mengundang Bapak/Ibu untuk dapat hadir pada rapat PMKP yang akan dilaksanakan :

Hari / Tanggal : Jumat, 30 Juni 2023

Jam : 09.00 WIB - Selesai

Tempat : Ruang Rapat Basement RS Dharma Nugraha

Acara : 1. Sosialisasi pelayanan prioritas PMKP Tahun 2023  
2. Pemilihan Indikator Mutu Prioritas dan Indikator Mutu Unit tahun 2023

Demikianlah undangan ini kami sampaikan, di mohon kehadirannya. Atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Hormat Kami,  
Direktur,

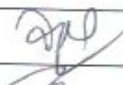



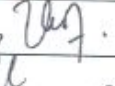

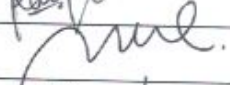
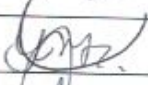
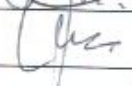



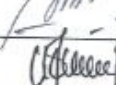
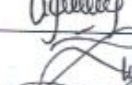



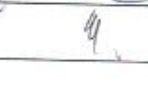

dr.Agung Darmanto, Sp.A

## DAFTAR HADIR

Hari / Tanggal : Jumat, 30 Juni 2023

Waktu : 13.00 ~ selesai

Acara : Program Prioritas RSDN 2023 & Indikator Mutu RS

No	Nama	Jabatan/ Bagian	Tanda Tangan
1	Dr. Arum Nurlatifah	Dokter Umum / IGD	
2	Dr. Anugeruh Ariestiany	Dokter Umum / IGD	
3	Dr. Yane P		
4	Sri Hasanah	LT III	
5	Hartati	UGD	
6	Kiki Lestari	UGD	
7	Bernard Gamaliel	Dokter Umum / IGD	
8	UPita	LT III	
9	Nastini	Poli Klinik	
10	Dr. Fahrulha Karmasih	Lag	
11	Widya Astuti	Lag	
12	Restia Jungsrum	Radiologi	
13	Mahdalena	LT III	
14	Devrita Maiza	LT III	
15	apt. Zamwansyah, S.Farm	Farmasi Lt. 5	
16	Bimo Yudiyanto	Poli Prop	
17	Renianna Smit	LT III	
18	Wuri Widayati	kel	
19	Susanah	CH	





RS DHARMA NUGRAHA  
TAHUN 2023

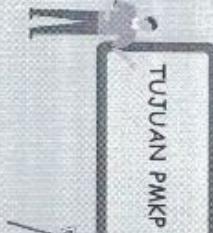
POKALSKI, M. 2003. *Journal of Great Lakes Research* 29:1-10.



TUJUAN PMKP

TUJUAN PMKP

**THE UNIVERSITY OF CHICAGO**



1  
2

*Metataphan purpuratus*  
Kerguelan ya di evolutasi

Menempatkan Panduan  
Praktis Klinis (P2K) dan  
clinical pathway (CP) di area

- 2 neuronal pathways
- 2nd effector, can either follow
- 2nd effector pathway

## 4 3

Metabolism programme only  
from that receptor unit  
a.k.a. [24]

## 4

Perubahan pengukuran  
unit pembayaran

## KHUSUS

Memberong pelaburan  
kegiatan pelaburan pabli

- *Pemerintah sendiri*
- *persamaan*
- *Keselamatan pasien*
- *Memberikan informasi*
- *terhadap pasien*

Menjelaskan bagaimana pelaksanaan dari sistem sesuai dengan standar pelaksanaan model dan bagaimana pelaksanaannya.

Technique: silver nitrate ring test; see 15. Ethanol  
hydrate catalyst; see 15.1. Polymerization: none.

**5** **Metabolic potential** (the ability of a system to transform energy and matter)

#### • Staffing and salaries

## 9

**Atsuhiko Aonuma**  
Tachikawa Kenji

## 7

Desclaux, J. 1997. *La France des années 1990*. Paris: La Découverte.

## 88

## 2

beginning PNTCP

Permeability (P<sub>app</sub>) is

## Indikator

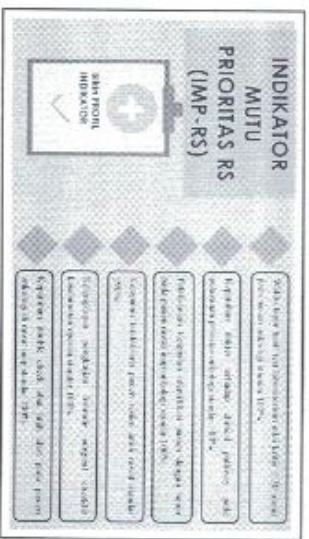
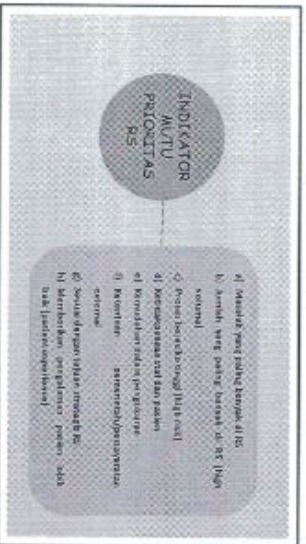
adalah...

RESEARCHER: KENNETH COOPER, DEPT. OF CHEMISTRY, UNIVERSITY OF TORONTO  
 ADDRESS: 80 St. George Street, Toronto, Ontario, Canada M5S 1A5  
 PHONE: (416) 978-2839  
 FAX: (416) 978-2839  
 E-MAIL: kcooper@chem.utoronto.ca  
 WWW: www.chem.utoronto.ca/~kcooper











## INSTALASI KAMAR OPERASI

1. Merencanakan instalasi kamar operasi 100%.
2. Menentukan lokasi kamar operasi 100%.
3. Menentukan luas kamar operasi 100%.
4. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
5. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
6. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
7. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
8. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.

## FARMASI

1. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
2. Menentukan lokasi kamar operasi 100%.
3. Menentukan luas kamar operasi 100%.
4. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
5. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
6. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
7. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.

## GIZI/ TATABOGA

1. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
2. Menentukan lokasi kamar operasi 100%.
3. Menentukan luas kamar operasi 100%.
4. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
5. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
6. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
7. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.

## INSTALASI KAMAR BERSALIN

1. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
2. Menentukan lokasi kamar operasi 100%.
3. Menentukan luas kamar operasi 100%.
4. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
5. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
6. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
7. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.

## RADIOLOGI

1. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
2. Menentukan lokasi kamar operasi 100%.
3. Menentukan luas kamar operasi 100%.
4. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
5. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
6. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
7. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.

## MARKETING

1. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
2. Menentukan lokasi kamar operasi 100%.
3. Menentukan luas kamar operasi 100%.
4. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
5. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
6. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
7. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.

## LABORATORIUM

1. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
2. Menentukan lokasi kamar operasi 100%.
3. Menentukan luas kamar operasi 100%.
4. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
5. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
6. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
7. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.

## FISIOTERAPI

1. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
2. Menentukan lokasi kamar operasi 100%.
3. Menentukan luas kamar operasi 100%.
4. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
5. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
6. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
7. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.

## HOUSEKEEPING (LAUNDRY & TATABOGA)

1. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
2. Menentukan lokasi kamar operasi 100%.
3. Menentukan luas kamar operasi 100%.
4. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
5. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
6. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.
7. Menentukan jumlah kamar operasi 100%.



No. MAJUS UNIT		PIC DATA UNIT	
1. UGD	20. HERTI	10. GUTRIANG	20. HERTI
2. KASIR	20. HERTI	11. KASIR	20. HERTI
3. KASIR	20. HERTI	12. KASIR	20. HERTI
4. KASIR	20. HERTI	13. KASIR	20. HERTI
5. KASIR	20. HERTI	14. KASIR	20. HERTI
6. KASIR	20. HERTI	15. KASIR	20. HERTI
7. KASIR	20. HERTI	16. KASIR	20. HERTI
8. KASIR	20. HERTI	17. KASIR	20. HERTI
9. KASIR	20. HERTI	18. KASIR	20. HERTI



No. MAJUS UNIT		PIC DATA UNIT	
1. UGD	20. HERTI	10. GUTRIANG	20. HERTI
2. KASIR	20. HERTI	11. KASIR	20. HERTI
3. KASIR	20. HERTI	12. KASIR	20. HERTI
4. KASIR	20. HERTI	13. KASIR	20. HERTI
5. KASIR	20. HERTI	14. KASIR	20. HERTI
6. KASIR	20. HERTI	15. KASIR	20. HERTI
7. KASIR	20. HERTI	16. KASIR	20. HERTI
8. KASIR	20. HERTI	17. KASIR	20. HERTI
9. KASIR	20. HERTI	18. KASIR	20. HERTI

No. MAJUS UNIT		PIC DATA UNIT	
1. UGD	20. HERTI	10. GUTRIANG	20. HERTI
2. KASIR	20. HERTI	11. KASIR	20. HERTI
3. KASIR	20. HERTI	12. KASIR	20. HERTI
4. KASIR	20. HERTI	13. KASIR	20. HERTI
5. KASIR	20. HERTI	14. KASIR	20. HERTI
6. KASIR	20. HERTI	15. KASIR	20. HERTI
7. KASIR	20. HERTI	16. KASIR	20. HERTI
8. KASIR	20. HERTI	17. KASIR	20. HERTI
9. KASIR	20. HERTI	18. KASIR	20. HERTI



No. MAJUS UNIT		PIC DATA UNIT	
1. UGD	20. HERTI	10. GUTRIANG	20. HERTI
2. KASIR	20. HERTI	11. KASIR	20. HERTI
3. KASIR	20. HERTI	12. KASIR	20. HERTI
4. KASIR	20. HERTI	13. KASIR	20. HERTI
5. KASIR	20. HERTI	14. KASIR	20. HERTI
6. KASIR	20. HERTI	15. KASIR	20. HERTI
7. KASIR	20. HERTI	16. KASIR	20. HERTI
8. KASIR	20. HERTI	17. KASIR	20. HERTI
9. KASIR	20. HERTI	18. KASIR	20. HERTI



## NOTULEN RAPAT

- Hari/Tanggal** : Jumat, 30 Juni 2023  
**Pukul** : 09.00 s/d selesai  
**Tempat** : Ruang Menur Lantai III  
**Pimpinan Rapat** : dr. Arum Nurlatifah  
**Peserta** : Terlampir  
**Agenda Rapat** :  
 1. Sosialisasi program PMKP dan pelayanan prioritas tahun 2023  
 2. Pemilihan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) tahun 2023  
 3. Pemilihan Indikator Mutu Unit Rumah Sakit tahun 2023

### Hasil Rapat

NO	PEMBAHASAN	ARAHAN/PUTUSAN	PIC
1.	<b>SOSIALISASI PROGRAM PMKP DAN PELAYANAN PRIORITAS TAHUN 2023</b>		
	PMKP adalah Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien. Tujuan Umum adalah mendorong pelaksanaan kegiatan pelayanan pasien yang memenuhi standar pelayanan dan memberikan kepuasan pada pasien. Tujuan Khusus adalah memastikan bahwa pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar pelayanan medis dan keperawatan, menjamin pemberian pelayanan sesuai dengan standar pelayanan medis, keselamatan pasien dan dilakukan secara terpadu sesuai kebutuhan pasien, serta mengupayakan peningkatan mutu pelayanan.	<b>TUJUAN UMUM</b> Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan RS secara berkelanjutan dan berkesinambungan melalui pengurangan risiko keselamatan pasien.  <b>TUJUAN KHUSUS</b> 1. Meningkatkan mutu pelayanan klinik melalui standarisasi asuhan klinis dan monitoring indikator. 2. Meningkatkan mutu pelayanan manajemen melalui monitoring indikator. 3. Meningkatkan keselamatan pasien melalui pelaporan insiden dan penerapan sasaran keselamatan pasien.	

<p>Kegiatan PMKP antara lain menetapkan prioritas kegiatan yang dievaluasi, menerapkan panduan praktik klinis (PPK) dan Clinical Pathway (CP) di area prioritas, melakukan pengukuran mutu, melakukan pengukuran mutu unit pelayanan, melakukan penilaian kerja, melakukan monitoring pelaksanaan PPI, melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien, program diklat, melakukan sosialisasi hasil kegiatan PMKP, manajemen risiko dan monitoring serta evaluasi kegiatan PMKP.</p>	<p>Ppk dan cp prioritas onkologi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>PPK dan CP Onkologi CA Mammae</li> <li>PPK dan CP Onkologi Tumor Mammae</li> <li>PPK dan CP Onkologi Mastitis Akut/Abses Mammae</li> <li>PPK dan CP Onkologi Struma Nodosa Non Toksik</li> <li>PPK dan CP Onkologi CA Nasopharing</li> </ol> <p>Ppk dan cp yang dibuat selain onkologi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hernia Inguinalis</li> <li>Appendisitis Akut</li> <li>Haemorrhoid</li> <li>Benign Prostat Hyperplasia (BPH)</li> <li>Fraktur Tibia Fibula</li> <li>Kejang Demam</li> <li>Demam Tifoid Anak</li> <li>Demam Berdarah Dengue Anak</li> <li>Diare Akut</li> <li>Asma Bronkiale</li> <li>Diabetes Melitus tipe II</li> <li>Hipertensi</li> <li>Demam Tifoid Dewasa</li> <li>Demam Berdarah Dengue Dewasa</li> <li>Dispepsia</li> <li>Chronic Congestive Heart Failure (CHF)</li> <li>Non ST Elevasi Miocard Infarc (NSTEMI)</li> </ol>	
---	---	--



		<ul style="list-style-type: none"><li>c) ST Elevasi Miodcard Infarc (STEMI)</li><li>d) Supraventricular Tachycardia (SVT)</li><li>e) Atrial Fibrillation (AF)</li><li>a) Sectio Caesaria (SC)</li><li>b) Partus Prematurus Iminens</li><li>c) Letak Sungsang</li><li>d) Abortus Inkomplit</li><li>e) Ketuban Pecah Dini (KPD)</li></ul>	
<p>Pemilihan pelayanan prioritas rumah sakit berdasarkan pada :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Misi rumah sakit dan tujuan strategis rumah sakit</li><li>2. Data permasalahan di rumah sakit</li><li>3. Sistem pelayanan klinis</li><li>4. Dampak perbaikan sistem ke seluruh unit di rumah sakit</li><li>5. Riset</li></ol>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ditetapkan pelayanan prioritas rumah sakit dimana nugraha adalah penyakit onkologi</li><li>- Indikator yang dipilih yaitu area klinis di pelayanan onkologi, pengukuran kepatuhan pelaksanaan PPK-CP yang mengurangi variasi pelayanan</li><li>- Pengukuran penggunaan sumber daya termasuk biaya yang digunakan dan untuk perbaikan di program prioritas rumah sakit</li><li>- Tetapkan indikator mutu rumah sakit di pelayanan onkologi</li></ul>	Manajer Mutu dan Akreditasi, Manajer Keperawatan, Manajer Pelayanan Medis	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Indikator mutu diatur dalam permenkes no. 30/2022 tentang indikator nasional mutu pelayanan kesehatan tempat praktik mandiri dokter dan dokter gigi, klinik, pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, laboratorium kesehatan, dan unit transfusi darah.</li><li>2. Indikator nasional mutu (INM) dilaporkan ke kementerian secara online.</li></ol> <p>Contoh indikator nasional mutu (INM) antara lain kepatuhan cuci tangan, kepatuhan penggunaan APD, kepatuhan identifikasi pasien, waktu tanggap operasi sc, waktu tunggu rawat jalan, penundaan waktu operasi elektif, waktu lapor hasil tes kritis laboratorium, kepatuhan penggunaan formas, kepatuhan terhadap</p>	<p>Imm</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. Kepatuhan cuci tangan standar <math>\geq 85\%</math></li><li>b. Kepatuhan penggunaan APD standar 100%</li><li>c. Kepatuhan identifikasi pasien standar 100%</li><li>d. Waktu tanggap operasi section caesaria emergensi <math>\leq 30</math> menit standar <math>\geq 80\%</math></li><li>e. Waktu tunggu rawat jalan <math>\leq 60</math> menit standar <math>\geq 80\%</math></li><li>f. Penundaan waktu operasi elektif <math>&gt; 60</math> menit standar <math>&lt; 5\%</math></li><li>g. Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium <math>\leq 30</math> menit standar 100%</li></ol>		

<p>CP, kepatuhan jam visit dokter, kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh, kecepatan waktu tanggap complain, kepuasan pasien dan keluarga.</p>	<p>h. Kepatuhan penggunaan formulirium nasional (FORNAS) standar <math>\geq 80\%</math>  i. Kepatuhan terhadap clinical pathway standar <math>\geq 80\%</math>  j. Kepatuhan jam visite dokter standar <math>\geq 80\%</math>  k. Kepatuhan Upaya pencegahan resiko pasien jatuh standar 100%  l. Kecepatan waktu tanggap complain standar <math>\geq 80\%</math>  m. Kepuasan pasien dan keluarga standar <math>\geq 76,61\%</math></p>	
<p>1. Indikator mutu prioritas rumah sakit (MP-RS), serta indikator mutu unit (contoh: UGD, RWI, RWJ, OK, ICU, dll).</p>	<p>Imp-rs dipilih berdasarkan kriteria:  a) Masalah yang paling banyak di RS  b) Jumlah yang paling banyak di RS (high volume)  c) Proses beresiko tinggi (high risk)  d) Ketidakpuasan staf dan pasien  e) Kemudahan dalam pengukuran  f) Ketentuan pemerintah/persyaratan external  g) Sesuai dengan tujuan strategis RS  h) Memberikan pengalaman pasien lebih baik (patient experience)  Imp-rs rsdn 2023:  a) Waktu lapor hasil test laboratorium nilai kritis <math>\leq 30</math> menit pada pasien onkologi standar 100%  b) Kepatuhan dokter terhadap clinical pathway pada pelayanan prioritas onkologi standar <math>&gt; 80\%</math></p>	



	<p>c) Pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien dengan benar pada pasien rawat inap onkologi standar 100%</p> <p>d) Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh rawat standar <math>\geq 90\%</math></p> <p>e) Kelengkapan pengkajian formulir surgical checklis keselamatan operasi standar 100%</p> <p>f) Kepatuhan double check obat high alert pada pasien onkologi di rawat inap standar 100%</p>	
	<p>IGD</p> <p>a) Penatalaksanaan prosedur dan tatalaksana pasien Onkologi UGD sesuai dengan hasil Triase standar 100%</p> <p>b) Kelengkapan Asesmen Awal Medis gawat darurat pasien onkologi dalam Waktu 24 Jam standar 100%</p> <p>c) Ketepatan identifikasi pasien IGD standar 100%</p> <p>d) Respon time pelayanan Dokter IGD <math>\leq 5</math> menit standar <math>&gt;90\%</math></p> <p>e) Kematian pasien <math>\leq 24</math> jam di Unit Gawat Darurat standar <math>\leq 2</math> per 1000</p> <p>f) Kepatuhan cuci tangan SDM UGD (dokter, perawat, bidan) standar <math>&gt; 85\%</math></p> <p>Rawat jalan</p> <p>a) Ketepatan identifikasi Pasien onkologi Rawat Jalan standar 100%</p> <p>b) Kelengkapan pendokumentasian catatan perkembangan terintegrasi</p>	

	<p>(CPPT) rawat jalan metode SOAP standar 100%</p> <p>c) Kepatuhan cuci tangan SDM Rawat Jalan standar &gt; 85%</p> <p>d) Waktu tunggu di rawat jalan <math>\leq</math> 60 menit standar &gt; 90%</p> <p>e) Keteepatan tatalaksana pasien resiko jatuh rawat jalan standar &gt; 90%</p> <p>f) Kepuasan pelanggan pada rawat jalan standar &gt; 85%</p> <p><b>Rawat inap</b></p> <p>a) Keteepatan identifikasi Pasien Onkologi Rawat Inap standar 100%</p> <p>b) Kelengkapan dan Kesesuaian Pengisian Formulir Asesmen Awal Rawat Inap Pada Pasien Onkologi standar &gt; 95%</p> <p>c) Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telepon (CABAK) standar &gt; 90%</p> <p>d) Keteepatan pemberian edukasi pada pasien onkologi pasca tindakan standar &gt; 90%</p> <p>e) Kepatuhan Waktu Visite Dokter spesialis Onkologi standar <math>\geq</math> 80%</p> <p>f) Kepatuhan Dokter Terhadap <i>Clinical Pathway</i> Pada Pelayanan Prioritas Onkologi standar &gt; 80%</p> <p>g) Kepatuhan cuci tangan SDM Rawat inap standar &gt; 85%</p> <p>h) Keteepatan tatalaksana pasien resiko jatuh standar &gt; 90%</p>	



	<p>ok</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Monitor tatalaksana penandaan operasi dilakukan standar 100%</li> <li>b) Kepatuhan cuci tangan SDM Kamar Operasi standar &gt; 85%</li> <li>c) Kepatuhan penggunaan APD Kamar Operasi standar 100%</li> <li>d) Monitoring dokumen pelaksanaan tindakan anestesi standar 100%</li> <li>e) Kelengkapan pengkajian formulir surgical checklis keselamatan operasi standar 100%</li> <li>f) Kepatuhan pengisian laporan operasi dan persetujuan Tindakan kedokteran dan anestesi standar 100%</li> <li>g) Kepatuhan melaksanakan asesmen pra sedasi dan pra anestesi standar 100%</li> <li>h) Respon time operator/anestesi operasi elektif <math>\geq 60</math> menit standar &lt; 5%</li> </ul> <p>Vk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ketepatan identifikasi bayi baru lahir standar 100%</li> <li>b) Kelengkapan pengkajian awal rawat inap kebidanan standar &gt; 90%</li> <li>c) Kepatuhan penggunaan APD Kamar Bersalin standar 100%</li> <li>d) Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telepon (CABAK) standar &gt; 90%</li> <li>e) Pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir dengan persyaratan bayi bugar standar 100%</li> </ul>	

	<p><b>Lab</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>f) Kepatuhan cuci tangan SDM Kamar Bersalin standar &gt; 85%</li> <li>g) Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesaria Emergensi <math>\leq 30</math> menit standar <math>\geq 80\%</math></li> </ul> <p><b>Pharmacy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional standar 80%</li> <li>b. Keterlambatan waktu penerimaan obat racikan &gt; 60 menit standar &lt; 3%</li> <li>c. Keterlambatan waktu penerimaan obat non racikan &gt; 20 menit standar &lt; 3%</li> <li>d. Kepatuhan double check high alert di rawat inap standar 100%</li> <li>e. Kepatuhan double check high alert pada pasien onkologi di rawat inap standar 100%</li> <li>f. Persentase kepatuhan pengelolaan obat narkotika standar 100%</li> <li>g. Kepatuhan pelabelan obat high alert standar 100%</li> </ul>	



	<p><b>Radiologi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pengulangan Foto Rontgen standar &lt;2%</li> <li>Ketidak Lengkapan Dalam Pengisian Formulir Permintaan Radiologi Standar 0%</li> <li>Respon Time Pelayanan Radiologi Cito Standar <math>\geq 75\%</math></li> <li>Respon Time Pelayanan Radiologi Reguler Standar 100%</li> <li>Waktu lapor hasil kritis radiologi Standar <math>\geq 75\%</math></li> </ol> <p><b>Fisioterapi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ketepatan Identifikasi Pasien standar 100%</li> <li>Pemberian edukasi pasien dan keluarga pasca Tindakan/operasi onkologi standar 100%</li> <li>Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Fisioterapi standar <math>\leq 50\%</math></li> </ol>	

		<p>b. Pemberian edukasi pasien dan keluarga pasca Tindakan/operasi onkologi standar 100%</p> <p>c. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Fisioterapi standar <math>\leq 50\%</math></p>	
--	--	---	--

Menyetujui,

**Direktur,**



drg. Purwanti Anningsih, MARS, Ph.D

Jakarta, 30 Juni 2023

**Notulen**



Zr. Leni Puspita



## Dokumentasi

