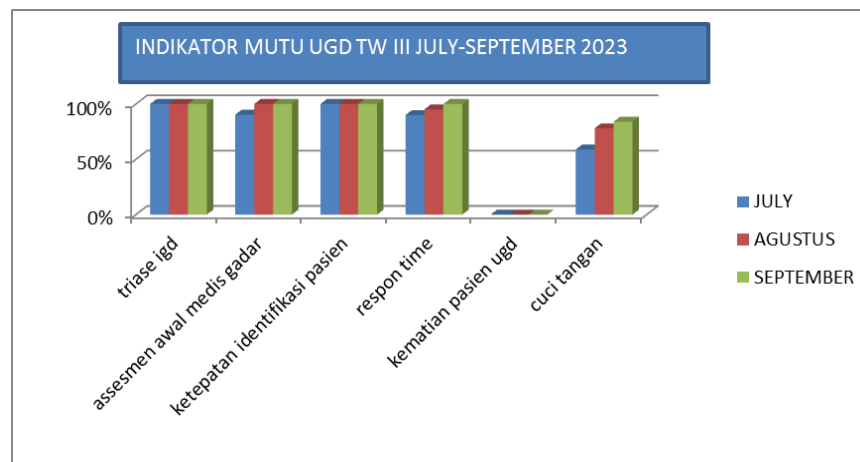


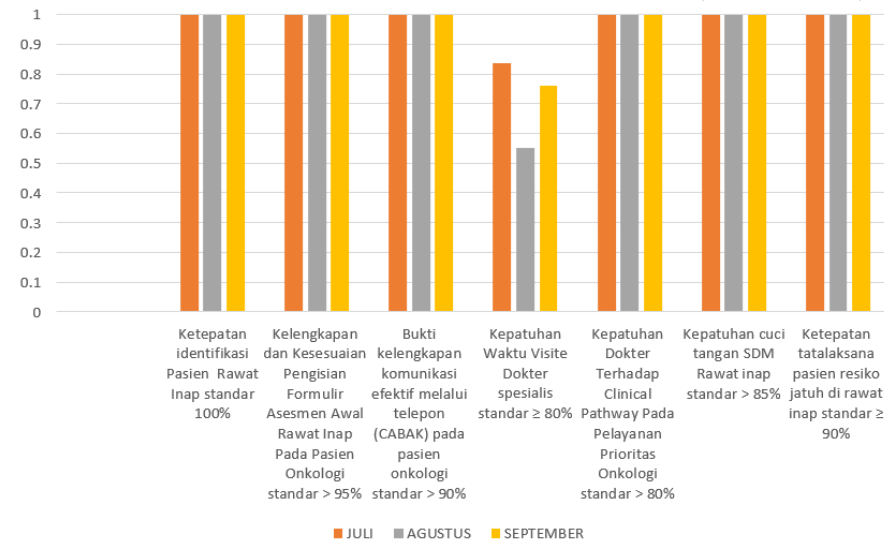
## Laporan Indikator Mutu Unit UGD

| LAPORAN TRIWULAN III 2023 |  |        |         |           |
|---------------------------|--|--------|---------|-----------|
| NO                        | VARIABEL   | JULI   | AGUSTUS | SEPTEMBER |
| 1                         | Penatalaksanaan prosedur dan tatalaksana pasien onkologi IGD sesuai dengan hasil Triase standar 100%       | 100%   | 100%    | 100%      |
| 2                         | Kelengkapan asesmen awal medis gawat darurat pasien UGD yang akan di rawat inap dalam 24 jam standar > 90% | 90.40% | 100%    | 100%      |
| 3                         | Ketepatan identifikasi pasien IGD dengan benar standar 100%  | 100%   | 100%    | 100%      |
| 4                         | Respon time pelayanan Dokter IGD ≤ 5 menit standar ≥ 90%   | 90%    | 95.20%  | 100%      |
| 5                         | Kematian pasien ≤ 24 jam di Unit Gawat Darurat standar ≤ 2 per 1000  | 0%     | 0%      | 0%        |
| 6                         | Kepatuhan cuci tangan SDM UGD (Dokter, Perawat, Bidan) standar > 85%                                       | 58,9%  | 78%     | 84%       |



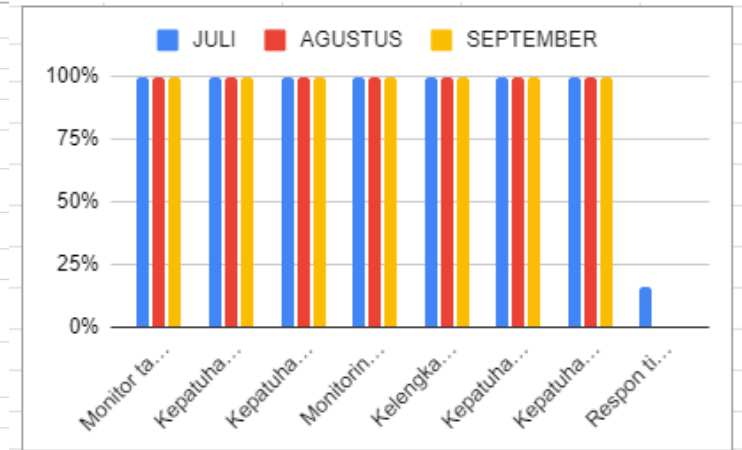
## Laporan Indikator Mutu Unit Rawat Inap

| LAPORAN TRIWULAN III 2023 |  |        |         |           |  |
|---------------------------|--|--------|---------|-----------|--|
| NO                        | VARIABEL   | JULI   | AGUSTUS | SEPTEMBER |  |
|                           |  |        |         |           |  |
| 1                         | Ketepatan identifikasi Pasien Rawat Inap standar 100%  | 100%   | 100%    | 100%      |  |
| 2                         | Kelengkapan dan Kesesuaian Pengisian Formulir Asesmen Awal Rawat Inap Pada Pasien Onkologi standar > 95% | 100%   | 100%    | 100%      |  |
| 3                         | Bukti kelengkapan komunikasi efektif melalui telepon (CABAK) pada pasien onkologi standar > 90%          | 100%   | 100%    | 100%      |  |
| 4                         | Kepatuhan Waktu Visite Dokter spesialis standar $\geq 80\%$  | 83.60% | 55.31%  | 76%       |  |
| 5                         | Kepatuhan Dokter Terhadap Clinical Pathway Pada Pelayanan Prioritas Onkologi standar > 80%               | 100%   | 100%    | 100%      |  |
| 6                         | Kepatuhan cuci tangan SDM Rawat inap standar > 85%   | 100%   | 100%    | 100%      |  |
| 7                         | Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh di rawat inap standar $\geq 90\%$                              | 100%   | 100%    | 100%      |  |



## Laporan Indikator Mutu Unit Ruang Operasi

| LAPORAN TRIWULAN III 2023 |   |      |         |           |
|---------------------------|---|------|---------|-----------|
| NO                        | VARIABEL  | JULI | AGUSTUS | SEPTEMBER |
| 1                         | Monitor tatalaksana penandaan operasi standar 100%  | 100% | 100%    | 100%      |
| 2                         | Kepatuhan cuci tangan SDM Kamar Operasi standar > 85%   | 100% | 100%    | 100%      |
| 3                         | Kepatuhan penggunaan APD Kamar Operasi standar 100%   | 100% | 100%    | 100%      |
| 4                         | Monitoring dokumen pelaksanaan tindakan anestesi standar 100%                                     | 100% | 100%    | 100%      |
| 5                         | Kelengkapan pengkajian formulir surgical checklis keselamatan operasi standar 100%                | 100% | 100%    | 100%      |
| 6                         | Kepatuhan pengisian laporan operasi dan persetujuan tindakan kedokteran dan anestesi standar 100% | 100% | 100%    | 100%      |
| 7                         | Kepatuhan melaksanakan asesmen pra sedasi dan pra anestesi standar 100%                           | 100% | 100%    | 100%      |
| 8                         | Respon time operator/anestesi operasi elektif $\geq 60$ menit standar $< 5\%$                     | 16%  | 0%      | 0%        |



Sekretaris Komite Mutu

dr. ARUM NURLATIFAH

Ketua Komite Mutu

dr. Henry Boyke SpB, FISQUA

