

**TABEL
13 INDIKATOR MUTU NASIONAL
TAHUN 2022**

No	INDIKATOR MUTU	GRAFIK HASIL CAPAIAN	ANALISA	TINDAK LANJUT	PENANGGUNG JAWAB																																							
A.	INDIKATOR MUTU NASIONAL																																											
1	Angka Kepatuhan hand hygiene	<p style="text-align: center;">Pelaporan angka Kepatuhan hand hygiene</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Januari</th> <th>Februari</th> <th>Maret</th> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Agustus</th> <th>September</th> <th>Oktober</th> <th>November</th> <th>Desember</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—◆— RATA-RATA</td> <td>83.00</td> <td>83.00</td> <td>83.00</td> <td>83.00</td> <td>83.00</td> <td>83.00</td> <td>83.00</td> <td>83.00</td> <td>83.00</td> <td>83.00</td> <td>83.00</td> <td>83.00</td> </tr> <tr> <td>—■— TARGET</td> <td>85.00</td> <td>85.00</td> <td>85.00</td> <td>85.00</td> <td>85.00</td> <td>85.00</td> <td>85.00</td> <td>85.00</td> <td>85.00</td> <td>85.00</td> <td>85.00</td> <td>85.00</td> </tr> </tbody> </table>		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	—◆— RATA-RATA	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	—■— TARGET	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	<p>Data didapatkan dari hasil survey yang dilakukan di unit pelayanan pasien dengan menggunakan analisa statistik sederhana sesuai rumus dalam profil indikator mutu.</p> <p>Data ini diperoleh dan dibandingkan dengan tren waktu ke waktu, pencapaian dari bulan ke bulan dengan standar, pencapaian tahun 2022 mendekati capaian 100% yang ditetapkan</p> <p>Data ini di bandingkan dengan standar dalam indikator mutu Nasional, dimana pencapaian mendekati standar yang ditetapkan</p>	<p>Plan: masih rendahnya kepatuhan pelaksanaan kebersihan tangan bagi staf RSUD CAM</p> <p>Do: melakukan <i>monitoring</i>, dan audit kepatuhan kebersihan tangan oleh Tim PPI</p> <p>Check: terlaksananya kegiatan <i>monitoring</i>, dan audit kepatuhan kebersihan tangan oleh Tim PPI</p> <p>Action: mencatat jumlah SDM yang tidak patuh dalam menggunakan kebersihan tangan serta melakukan reedukasi</p>	Ka. Unit KPPIRS
	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember																																
—◆— RATA-RATA	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00	83.00																																
—■— TARGET	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00	85.00																																

No	INDIKATOR MUTU	GRAFIK HASIL CAPAIAN	ANALISA	TINDAK LANJUT	PENANGGUNG JAWAB																																							
2	Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	<p style="text-align: center;">Kepatuhan petugas dalam menggunakan APD</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Januari</th> <th>Februari</th> <th>Maret</th> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Agustus</th> <th>September</th> <th>Oktober</th> <th>November</th> <th>Desember</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>— RATA-RATA</td> <td>98.00</td> <td>98.00</td> <td>98.00</td> <td>98.00</td> <td>98.00</td> <td>98.00</td> <td>98.00</td> <td>98.00</td> <td>98.00</td> <td>98.00</td> <td>98.00</td> <td>98.00</td> </tr> <tr> <td>— TARGET</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> </tr> </tbody> </table>		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	— RATA-RATA	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	— TARGET	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	<p>Data didapatkan dari hasil survey yang dilakukan di unit pelayanan pasien dengan menggunakan analisa statistik sederhana sesuai rumus dalam profil indikator mutu.</p> <p>Data ini diperoleh dan dibandingkan dengan tren waktu ke waktu , pencapaian dari bulan ke bulan dengan standar, pencapaian tahun 2022 mendekati capaian 100% yang ditetapkan</p> <p>Data ini di bandingkan dengan standar dalam indikator mutu Nasional, dimana pencapaian mendekati standar yang ditetapkan</p>	<p>Plan: masih rendahnya kepatuhan penggunaan APD bagi staf RSUDCAM</p> <p>Do: melakukan <i>monitoring</i>, dan audit kepatuhan APD oleh Tim PPI</p> <p>Check: terlaksananya kegiatan monitoring, dan audit kepatuhan APD oleh Tim PPI</p> <p>Action: mencatat jumlah SDM yang tidak patuh dalam menggunakan APD serta melakukan reedukasi</p>	PPI
	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember																																
— RATA-RATA	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00	98.00																																
— TARGET	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0																																
3	Kepatuhan identifikasi pasien	<p style="text-align: center;">Kepatuhan identifikasi pasien</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Januari</th> <th>Februari</th> <th>Maret</th> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Agustus</th> <th>September</th> <th>Oktober</th> <th>November</th> <th>Desember</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>— RATA-RATA</td> <td>86%</td> <td>86%</td> <td>86%</td> <td>86%</td> <td>86%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>— TARGET</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	— RATA-RATA	86%	86%	86%	86%	86%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	— TARGET	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<p>Data didapatkan dari hasil survey yang dilakukan di unit pelayanan pasien dengan menggunakan analisa statistik sederhana sesuai rumus dalam profil indikator mutu.</p> <p>Data ini diperoleh dan dibandingkan dengan tren waktu ke waktu, pencapaian dari bulan ke bulan dengan standar, pencapaian tahun 2022 telah mencapai 100% yang ditetapkan</p> <p>Data ini di bandingkan dengan standar dalam indikator mutu Nasional, dimana pencapaian sudah sesuai standar yang ditetapkan</p>	Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan identifikasi pada pasien	Ka. Instalasi Jalan Ka. instalasi rawat inap Ka. Inastalasi penunjang Kasir Kabid. Pelayanan
	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember																																
— RATA-RATA	86%	86%	86%	86%	86%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																
— TARGET	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																

No	INDIKATOR MUTU	GRAFIK HASIL CAPAIAN	ANALISA	TINDAK LANJUT	PENANGGUNG JAWAB																																							
4	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	<p style="text-align: center;">Waktu tanggap operasi sectio caesarea emergensi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Januari</th> <th>Februari</th> <th>Maret</th> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Agustus</th> <th>September</th> <th>Oktober</th> <th>November</th> <th>Desember</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>— RATA-RATA</td> <td>73%</td> <td>73%</td> <td>73%</td> <td>73%</td> <td>73%</td> <td>73%</td> <td>73%</td> <td>73%</td> <td>73%</td> <td>73%</td> <td>73%</td> <td>73%</td> </tr> <tr> <td>— TARGET</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table>		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	— RATA-RATA	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	— TARGET	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	<p>Data didapatkan dari hasil survey yang dilakukan di unit ponpek dan dilakukan analisa statistik sederhana sesuai rumus dalam profil indikator mutu.</p> <p>Data ini diperoleh dan dibandingkan dengan tren waktu ke waktu, pencapaian dari bulan ke bulan dengan standar, pencapaian tahun 2022 mendekati capaian 100% yang ditetapkan</p> <p>Data ini di bandingkan dengan standar dalam indikator mutu Nasional, dimana pencapaian mendekati standar yang ditetapkan</p>	<p>Plan: Masih rendahnya waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi yang dilakukan di RSUDCAM</p> <p>Do: melakukan <i>monitoring</i>, penyebab rendahnya waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi yang dilakukan di RSUDCAM</p> <p>Check: Terlaksananya kegiatan <i>monitoring</i>, dan audit kegiatan waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi yang dilakukan di RSUDCAM</p> <p>Action: mencatat jumlah operasi seksio sesarea emergensi yang dilakukan di RSUDCAM</p>	Ka. Instalasi Jalan Kabid. Pelayanan
	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember																																
— RATA-RATA	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%	73%																																
— TARGET	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%																																
5	Waktu tunggu rawat jalan	<p style="text-align: center;">POLI Rawat Jalan</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>JAN</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>APR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AUG</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DEC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>— Waktu penyediaan dokumen RM > 60 menit pelayanan rawat jalan</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>— Target</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table>		JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC	— Waktu penyediaan dokumen RM > 60 menit pelayanan rawat jalan	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	— Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	<p>Data didapatkan dari hasil survey yang dilakukan di instalasi rawat jalan dan dilakukan analisa statistik sederhana sesuai rumus dalam profil indikator mutu.</p> <p>Data ini diperoleh dan dibandingkan dengan tren waktu ke waktu, pencapaian dari bulan ke bulan dengan standar, pencapaian tahun 2022 telah mencapai 100% yang ditetapkan</p> <p>Data ini di bandingkan dengan standar dalam indikator mutu Nasional, dimana pencapaian sudah sesuai standar yang ditetapkan</p>	Melakukan <i>monitoring</i> dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan rawat jalan terhadap pemantauan waktu tunggu rawat jalan	Ka. Instalasi Jalan Kabid. Pelayanan
	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC																																
— Waktu penyediaan dokumen RM > 60 menit pelayanan rawat jalan	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%																																
— Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%																																

No	INDIKATOR MUTU	GRAFIK HASIL CAPAIAN	ANALISA	TINDAK LANJUT	PENANGGUNG JAWAB																																							
6	Penundaan operasi elektif	<p style="text-align: center;">Penundaan operasi elektif</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Januari</th> <th>Februari</th> <th>Maret</th> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Agustus</th> <th>September</th> <th>Oktober</th> <th>November</th> <th>Desember</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>— RATA-RATA</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> <td>1.00%</td> </tr> <tr> <td>— TARGET</td> <td>5.00%</td> <td>5.00%</td> <td>5.00%</td> <td>5.00%</td> <td>5.00%</td> <td>5.00%</td> <td>5.00%</td> <td>5.00%</td> <td>5.00%</td> <td>5.00%</td> <td>5.00%</td> <td>5.00%</td> </tr> </tbody> </table>		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	— RATA-RATA	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	— TARGET	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	<p>Data didapatkan dari hasil survey yang dilakukan di rawat inap bedah dan OK IBS dan dilakukan analisa statistik sederhana sesuai rumus dalam profil indikator mutu.</p> <p>Data ini diperoleh dan dibandingkan dengan tren waktu ke waktu, pencapaian dari bulan ke bulan dengan standar, pencapaian tahun 2022 telah mencapai 100% yang ditetapkan</p> <p>Data ini di bandingkan dengan standar dalam indikator mutu Nasional, dimana pencapaian sudah sesuai standar yang ditetapkan</p>	<p>Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan OK IBS terhadap pemantauan Penundaan operasi elektif</p>	Ka. Instalasi IBS
	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember																																
— RATA-RATA	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%	1.00%																																
— TARGET	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%	5.00%																																
7	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	<p style="text-align: center;">Kepatuhan jam visite dokter</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Januari</th> <th>Februari</th> <th>Maret</th> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Agustus</th> <th>September</th> <th>Oktober</th> <th>November</th> <th>Desember</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>— RATA-RATA</td> <td>81.43</td> <td>81.14</td> <td>82.57</td> <td>81.29</td> <td>75.71</td> <td>90.14</td> <td>90.00</td> <td>90.57</td> <td>92.86</td> <td>91.86</td> <td>91.43</td> <td>91.71</td> </tr> <tr> <td>— TARGET</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> <td>100.0</td> </tr> </tbody> </table>		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	— RATA-RATA	81.43	81.14	82.57	81.29	75.71	90.14	90.00	90.57	92.86	91.86	91.43	91.71	— TARGET	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	<p>Data didapatkan dari hasil survey yang dilakukan di unit pelayanan rawat inap dan dilakukan analisa statistik sederhana sesuai rumus dalam profil indikator mutu.</p> <p>Data ini diperoleh dan dibandingkan dengan tren waktu ke waktu, pencapaian dari bulan ke bulan dengan standar, pencapaian tahun 2022 mendekati capaian 100% yang ditetapkan</p> <p>Data ini di bandingkan dengan standar dalam indikator mutu Nasional, dimana pencapaian mendekati standar yang ditetapkan</p>	<p>Plan: Masih rendahnya Kepatuhan Waktu Visite Dokter di RSUDCAM</p> <p>Do: Melakukan monitoring, penyebab rendahnya Kepatuhan Waktu Visite Dokter di RSUDCAM</p> <p>Check: Terlaksananya kegiatan monitoring, dan audit kegiatan Visite Dokter di RSUDCAM</p> <p>Action: melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan Visite Dokter</p>	Ka. Ruangan
	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember																																
— RATA-RATA	81.43	81.14	82.57	81.29	75.71	90.14	90.00	90.57	92.86	91.86	91.43	91.71																																
— TARGET	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0																																

No	INDIKATOR MUTU	GRAFIK HASIL CAPAIAN	ANALISA	TINDAK LANJUT	PENANGGUNG JAWAB																																							
8	Pelaporan hasil Kritis Laboratorium	<p style="text-align: center;">Waktu lapor tes kritis laboratorium ≤ 30 menit</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Januari</th> <th>Februari</th> <th>Maret</th> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Agustus</th> <th>September</th> <th>Oktober</th> <th>November</th> <th>Desember</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—◆— RATA-RATA</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>—■— TARGET</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	—◆— RATA-RATA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—■— TARGET	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<p>Data didapatkan dari hasil survey yang dilakukan di rawat inap dan dilakukan analisa statistik sederhana sesuai rumus dalam profil indikator mutu.</p> <p>Data ini diperoleh dan dibandingkan dengan tren waktu ke waktu, pencapaian dari bulan ke bulan dengan standar, pencapaian tahun 2022 telah mencapai 100% yang ditetapkan</p> <p>Data ini di bandingkan dengan standar dalam indikator mutu Nasional, dimana pencapaian sudah sesuai standar yang ditetapkan</p>	<p>Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan laboratorium terhadap pemantauan Pelaporan hasil Kritis Laboratorium</p>	Ka. Instalasi Lab
	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember																																
—◆— RATA-RATA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																
—■— TARGET	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																
9	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	<p style="text-align: center;">FORNAS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Januari</th> <th>Februari</th> <th>Maret</th> <th>April</th> <th>Mei</th> <th>Juni</th> <th>Juli</th> <th>Agustus</th> <th>September</th> <th>Oktober</th> <th>November</th> <th>Desember</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—◆— RATA-RATA</td> <td>89%</td> <td>89%</td> <td>89%</td> <td>89%</td> <td>89%</td> <td>89%</td> <td>89%</td> <td>89%</td> <td>89%</td> <td>89%</td> <td>89%</td> <td>89%</td> </tr> <tr> <td>—■— TARGET</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table>		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	—◆— RATA-RATA	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	—■— TARGET	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	<p>Data didapatkan dari hasil survey yang dilakukan di unit pelayanan Farmasi serta DPJP dan dilakukan analisa statistik sederhana sesuai rumus dalam profil indikator mutu.</p> <p>Data ini diperoleh dan dibandingkan dengan tren waktu ke waktu, pencapaian dari bulan ke bulan dengan standar, pencapaian tahun 2022 mendekati capaian 100% yang ditetapkan</p> <p>Data ini di bandingkan dengan standar dalam indikator mutu Nasional, dimana pencapaian mendekati standar yang ditetapkan</p>	<p>Plan: Masih rendahnya Kepatuhan Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional di RSUD CAM</p> <p>Do: Melakukan monitoring, penyebab rendahnya Kepatuhan Waktu Visite Dokter di RSUD CAM</p> <p>Check: Terlaksananya kegiatan monitoring, dan audit Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional di RSUD CAM</p> <p>Action: melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan Penggunaan Formularium Nasional di RSUD CAM</p>	Farmasi Komdik Kabid. Pelayanan
	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember																																
—◆— RATA-RATA	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%	89%																																
—■— TARGET	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%																																

No	INDIKATOR MUTU	GRAFIK HASIL CAPAIAN	ANALISA	TINDAK LANJUT	PENANGGUNG JAWAB																																							
10	Kepatuhan Terhadap Alur klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	<p style="text-align: center;">Kepatuhan terhadap clinical pathway</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Januari</th> <th>Februari</th> <th> Maret</th> <th> April</th> <th> Mei</th> <th> Juni</th> <th> Juli</th> <th> Agustus</th> <th> September</th> <th> Oktober</th> <th> November</th> <th> Desember</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—◆— RATA-RATA</td> <td>97.00</td> <td>97.00</td> <td>97.00</td> <td>97.00</td> <td>97.00</td> <td>97.00</td> <td>97.00</td> <td>97.00</td> <td>97.00</td> <td>97.00</td> <td>97.00</td> <td>97.00</td> </tr> <tr> <td>—■— TARGET</td> <td>80.00</td> <td>80.00</td> <td>80.00</td> <td>80.00</td> <td>80.00</td> <td>80.00</td> <td>80.00</td> <td>80.00</td> <td>80.00</td> <td>80.00</td> <td>80.00</td> <td>80.00</td> </tr> </tbody> </table>		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	—◆— RATA-RATA	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	—■— TARGET	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	<p>Data didapatkan dari hasil survey yang dilakukan di unit pelayanan pasien dan dilakukan analisa statistik sederhana sesuai rumus dalam profil indikator mutu.</p> <p>Data ini diperoleh dan dibandingkan dengan tren waktu ke waktu , pencapaian dari bulan ke bulan dengan standar, pencapaian tahun 2022 mendekati capaian 100% yang ditetapkan</p> <p>Data ini di bandingkan dengan standar dalam indikator mutu Nasional, dimana pencapaian mendekati standar yang ditetapkan</p>	<p>Plan: Masih rendahnya Kepatuhan PPA Terhadap Alur klinis (<i>Clinical Pathway</i>) di RSUDCAM</p> <p>Do: Melakukan <i>monitoring</i>, penyebab rendahnya Kepatuhan PPA Terhadap Alur klinis (<i>Clinical Pathway</i>) di RSUDCAM</p> <p>Check: Terlaksananya kegiatan monitoring, dan audit Kepatuhan PPA Terhadap Alur klinis (<i>Clinical Pathway</i>) di RSUDCAM</p> <p>Action: melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan Alur klinis (<i>Clinical Pathway</i>) di RSUDCAM</p>	Kabid. Pelayanan
	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember																																
—◆— RATA-RATA	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00	97.00																																
—■— TARGET	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00	80.00																																
11	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	<p style="text-align: center;">Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Januari</th> <th>Februari</th> <th> Maret</th> <th> April</th> <th> Mei</th> <th> Juni</th> <th> Juli</th> <th> Agustus</th> <th> September</th> <th> Oktober</th> <th> November</th> <th> Desember</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—◆— RATA-RATA</td> <td>88%</td> <td>88%</td> <td>87%</td> <td>88%</td> <td>88%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>—■— TARGET</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	—◆— RATA-RATA	88%	88%	87%	88%	88%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—■— TARGET	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<p>Data didapatkan dari hasil survey yang dilakukan di rawat inap dan rawat jalan yang dilakukan analisa statistik sederhana sesuai rumus dalam profil indikator mutu.</p> <p>Data ini diperoleh dan dibandingkan dengan tren waktu ke waktu, pencapaian dari bulan ke bulan dengan standar, pencapaian tahun 2022 telah mencapai 100% yang ditetapkan</p> <p>Data ini di bandingkan dengan standar dalam indikator mutu Nasional, dimana pencapaian sudah sesuai standar yang ditetapkan</p>	Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan rawat inap dan rawat jalan terhadap pemantauan Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	Ka. Instalasi Jalan Ka. Instalasi rawat Inasp
	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember																																
—◆— RATA-RATA	88%	88%	87%	88%	88%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																
—■— TARGET	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																

No	INDIKATOR MUTU	GRAFIK HASIL CAPAIAN	ANALISA	TINDAK LANJUT	PENANGGUNG JAWAB																																							
12	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	<p style="text-align: center;">Kecepatan respon terhadap komplain</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Januari</th> <th>Februari</th> <th> Maret</th> <th> April</th> <th> Mei</th> <th> Juni</th> <th> Juli</th> <th> Agustus</th> <th> September</th> <th> Oktober</th> <th> November</th> <th> Desember</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—◆— RATA-RATA</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>—■— TARGET</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	—◆— RATA-RATA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—■— TARGET	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<p>Data didapatkan dari hasil survey yang dilakukan di rawat inap dan rawat jalan yang dilakukan analisa statistik sederhana sesuai rumus dalam profil indikator mutu.</p> <p>Data ini diperoleh dan dibandingkan dengan tren waktu ke waktu, pencapaian dari bulan ke bulan dengan standar, pencapaian tahun 2022 telah mencapai 100% yang ditetapkan</p> <p>Data ini di bandingkan dengan standar dalam indikator mutu Nasional, dimana pencapaian sudah sesuai standar yang ditetapkan</p>	<p>Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan rawat inap dan rawat jalan terhadap pemantauan Kecepatan Waktu Tanggap Komplain oleh MOD</p>	MOD
	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember																																
—◆— RATA-RATA	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																
—■— TARGET	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																
13	Kepuasan pasien dan keluarga	<p style="text-align: center;">Kepuasan pasien dan keluarga</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Januari</th> <th>Februari</th> <th> Maret</th> <th> April</th> <th> Mei</th> <th> Juni</th> <th> Juli</th> <th> Agustus</th> <th> September</th> <th> Oktober</th> <th> November</th> <th> Desember</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>—◆— RATA-RATA</td> <td>81.00</td> <td>81.00</td> <td>81.00</td> <td>81.00</td> <td>81.00</td> <td>81.00</td> <td>81.00</td> <td>81.00</td> <td>81.00</td> <td>81.00</td> <td>81.00</td> <td>81.00</td> </tr> <tr> <td>—■— TARGET</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>		Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember	—◆— RATA-RATA	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	—■— TARGET	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	<p>Data didapatkan dari hasil survey yang dilakukan di rawat inap dan rawat jalan yang dilakukan analisa statistik sederhana sesuai rumus dalam profil indikator mutu.</p> <p>Data ini diperoleh dan dibandingkan dengan tren waktu ke waktu, pencapaian dari bulan ke bulan dengan standar, pencapaian tahun 2022 mendekati capaian 100% yang ditetapkan</p> <p>Data ini di bandingkan dengan standar dalam indikator mutu Nasional, dimana pencapaian mendekati standar yang ditetapkan</p>	<p>Plan: Masih rendahnya Kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan pasien di RSUDCAM</p> <p>Do: Melakukan monitoring, penyebab rendahnya Kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan pasien di RSUDCAM</p> <p>Chek: Terlaksananya kegiatan monitoring, dan audit kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan pasien di RSUDCAM</p> <p>Action: melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan pasien di RSUDCAM</p>	Kabid. Pelayanan
	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November	Desember																																
—◆— RATA-RATA	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00	81.00																																
—■— TARGET	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%																																