

LAPORAN TRIWULAN II (APRI-JUNI) 2025
INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT

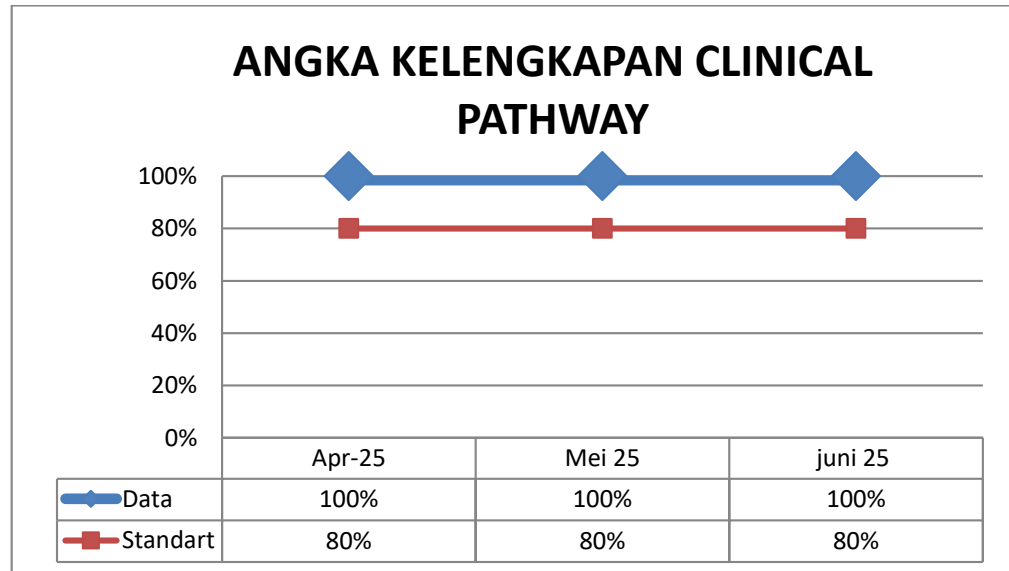


RS. BHINA BHAKTI HUSADA
Jl. Pemuda Km. 4 Rembang

1. LAPORAN INDIKATOR MUTU NASIONAL RUMAH SAKIT (APRI-JUNI)

a. NICU/PERINA

ANGKA KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY

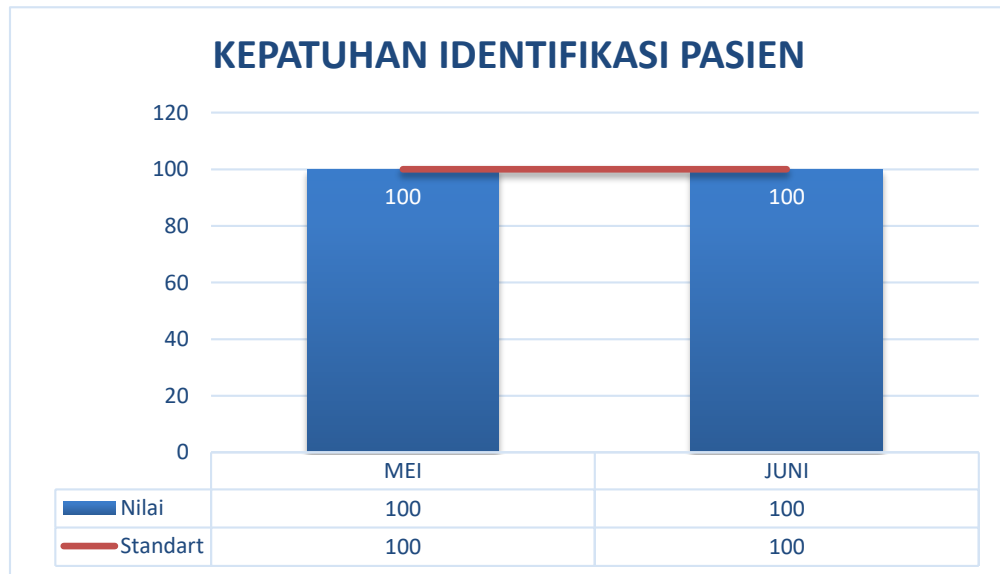


Analisa : Hasil pencapaian kepatuhan terhadap clinical pathway Asfiksia Neonatorum bulan April 100%, Mei 100% dan Juni 100% Dengan demikian kepatuhan terhadap clinical pathway Asfiksia Neonatorum sudah baik dan memenuhi standar yang ditentukan.

Rekomendasi : Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara

b. IGD

KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN



ANALISA :

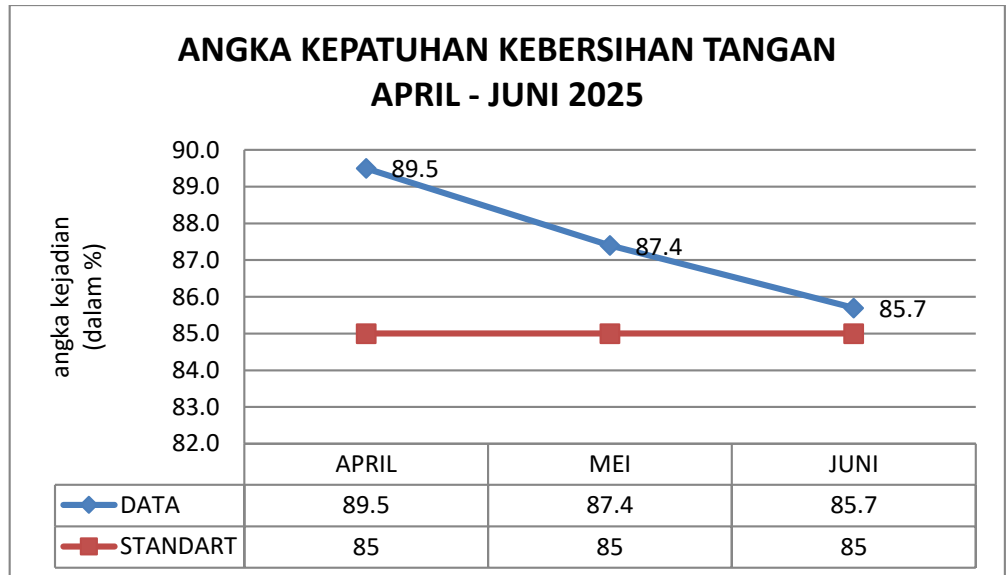
Berdasarkan grafik di atas menunjukkan bahwa Angka kepatuhan Petugas dalam mengidentifikasi pasien IGD bulan juni mencapai target 100% dan di bulan-bulan sebelumnya April juga sama 100% , Hal ini membuktikan bahwa capaian sudah sesuai dengan target yang sudah ditentukan yaitu 100%

REKOMENDASI :

- Setiap perubahan di informasikan ke seluruh ruangan, diuji coba dan dipantau keberhasilannya.
- Perubahan yang tidak berhasil dijadikan sebagai dasar untuk perbaikan selanjutnya
- Perubahan yang efektif dilanjutkan tetapi perubahan yang tidak efektif dihentikan
- Dalam pelaksanaan berkoordinasi dengan berbagai pihak yaitu bagian tim mutu RS, dan tim IKP.
- Melakukan monitoring dan evaluasi harian

c. PPI

a. ANGKA KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN

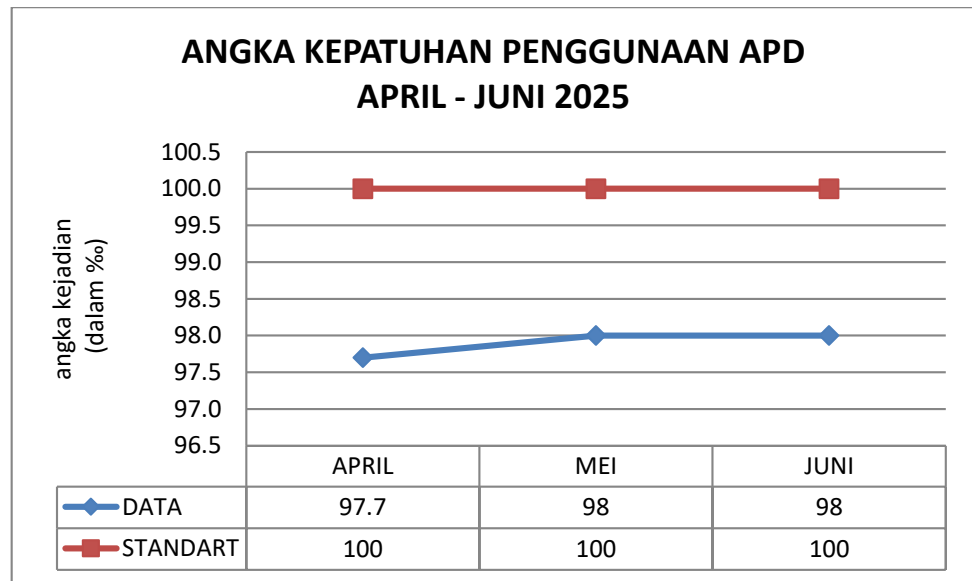


ANALISA :

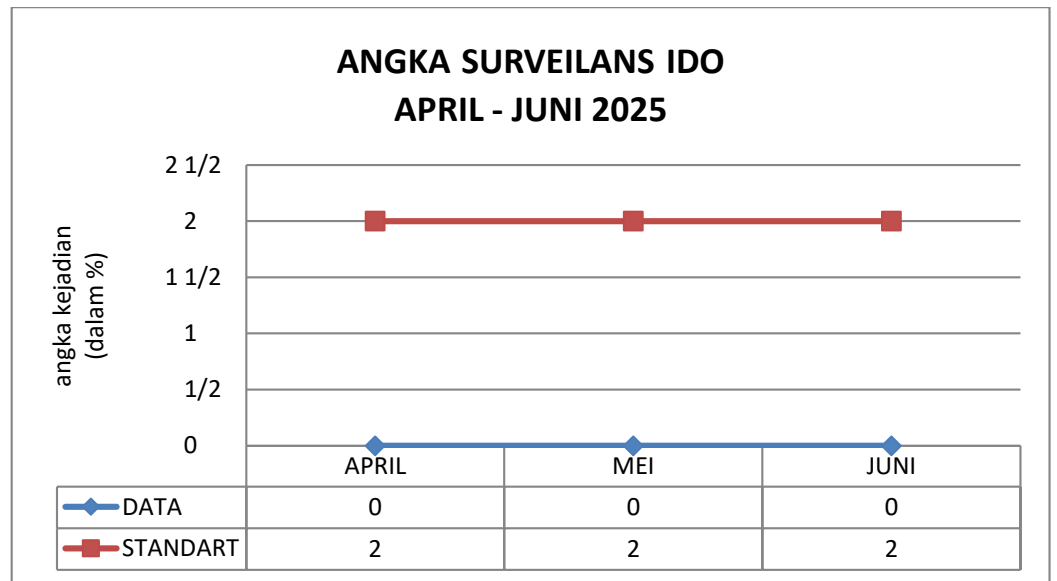
Berdasarkan grafik di atas menunjukkan bahwa kepatuhan kebersihan tangan periode April – Juni 2025 didapatkan semakin menurun pada bulan april 89,5%, bulan mei 87,4% dan bulan juni 85,7% tapi masih memenuhi standart dari komite PPI RS 85%, kemungkinan para pegawai kurang kesadaran pentingnya kepatuhan kebersihan tangan dan perlu merefresh kembali

Rekomendasi : Tetan lakukan monitoring dan evaluasi secara terus

b. ANGKA KEPATUHAN PENGGUNAAN APD



c. INSIDEN RATE INFEKSI DAERAH OPERASI (IDO)

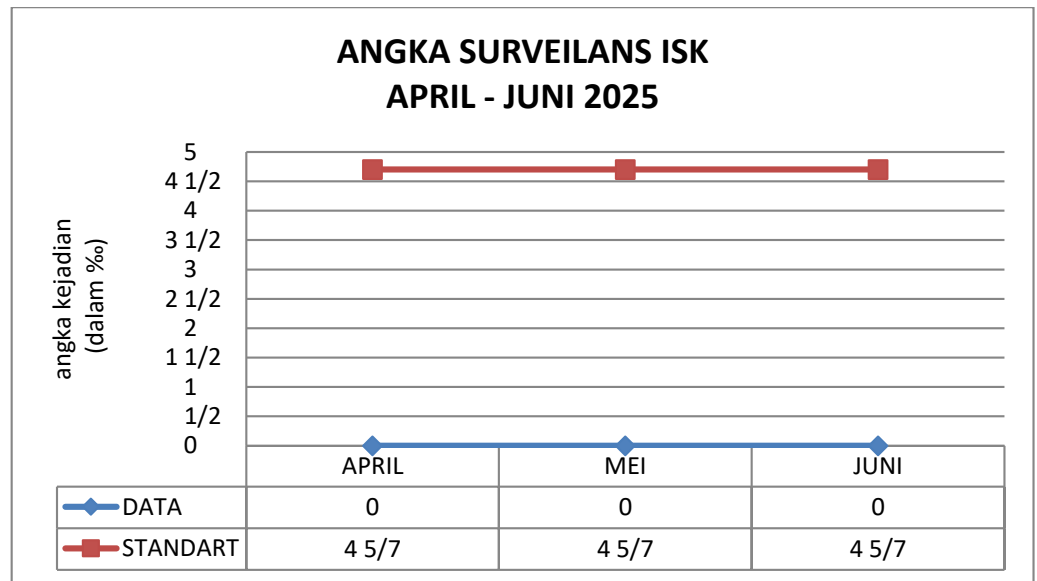


ANALISA :

Grafik di atas menunjukkan bahwa tidak ada kejadian IDO April – Juni 2025 pada bulan april 0 kejadian, bulan mei 0 kejadian dan bulan juni juga 0 kejadian dan masih memenuhi standard Kemenkes yaitu $\leq 2\%$.

Rekomendasi : Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus

d. INSIDEN RATE INFEKSI SALURAN KEMIH (ISK)

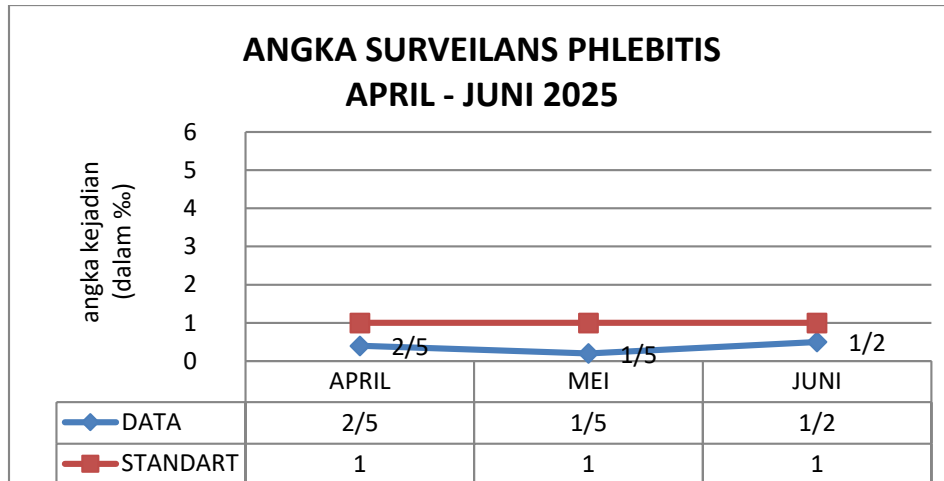


ANALISA :

Grafik di atas menunjukkan bahwa tidak ada kejadian IDO April – Juni 2025 pada bulan april 0 kejadian, bulan mei 0 kejadian dan bulan juni juga 0 kejadian dan masih memenuhi standard Kemenkes yaitu $\leq 2\%$.

Rekomendasi : Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus

e. INSIDEN RATE PHLEBITIS

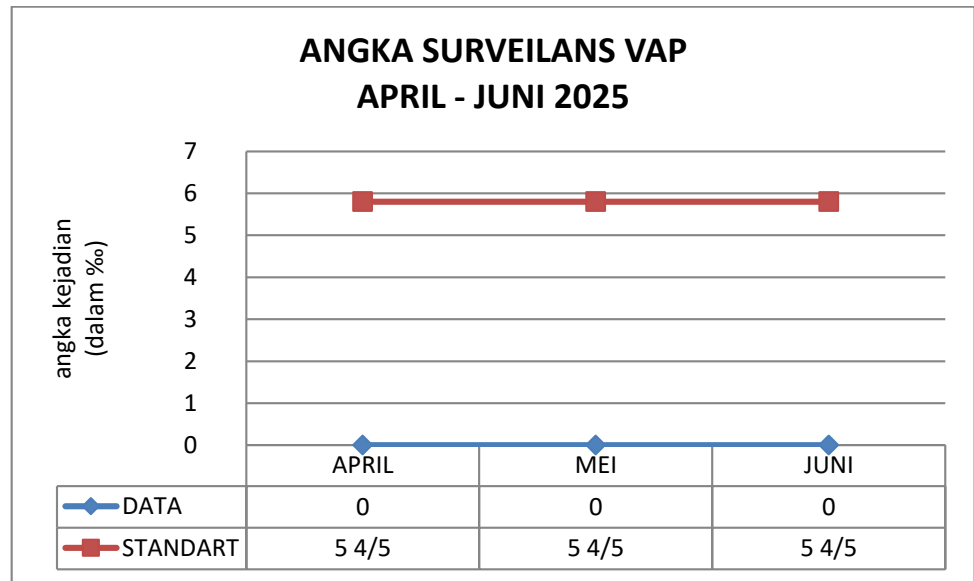


ANALISA :

Pemantauan Insiden Rate Phlebitis, pada bulan April 2025 terdapat 2 kasus phlebitis, pada bulan mei 2025 terdapat 1 kasus phlebitis dan pada bulan juni 2025 terdapat 2 kasus phlebitis. Untuk Insiden Rate phlebitis masih memenuhi standard Kemenkes yaitu $\leq 1\%$

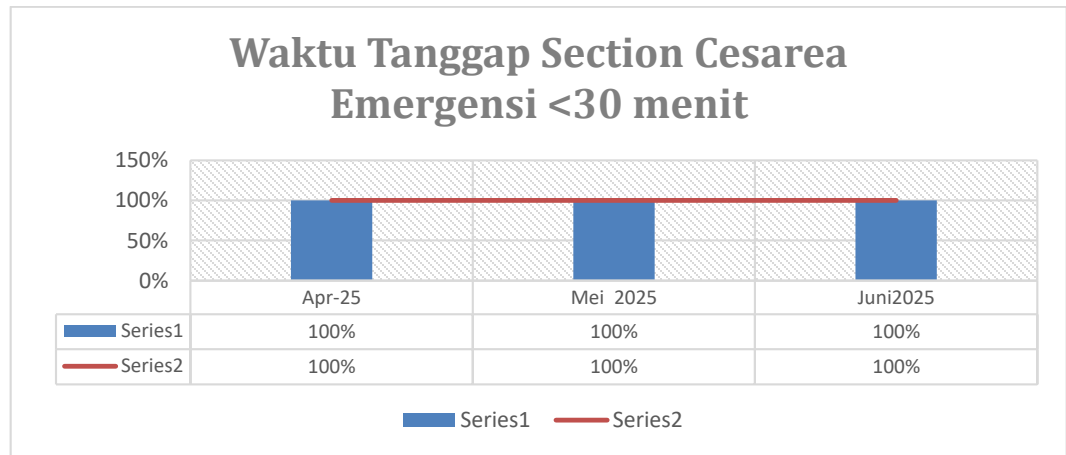
Rekomendasi : Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus

f. ANGKA SURVEILANS VAP



d. IBS

WAKTU TANGGAP SECTION CESAREA EMERGENSI <30 MENIT



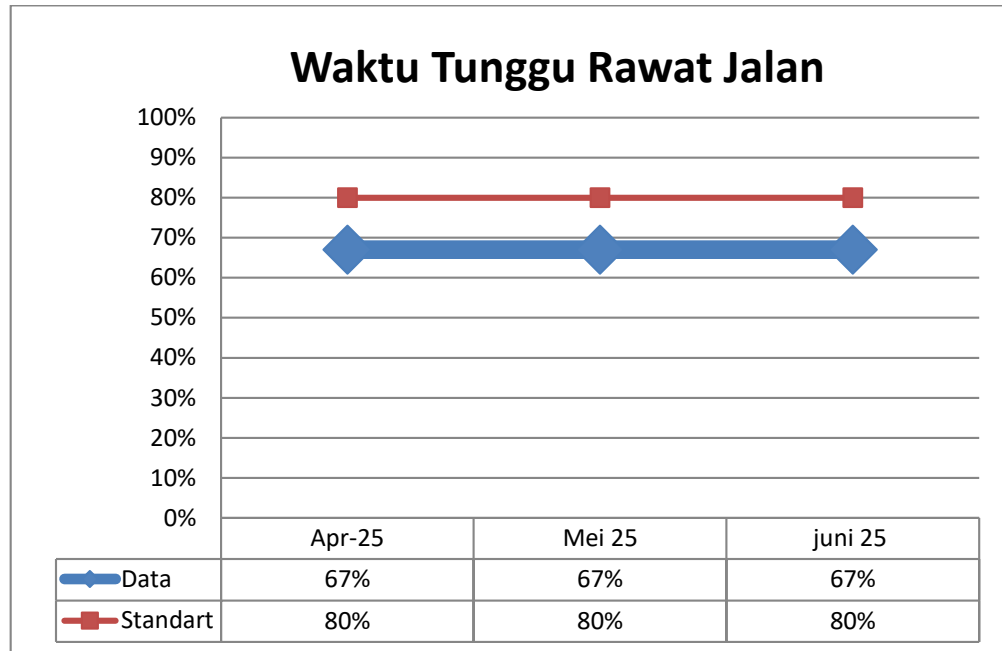
ANALISA :

Analisa : Hasil Waktu Tanggap Section Cesarea Emergensi <30 menit pasien bulan Juni 100 % dan Di bulan April 100 %, Mei 100 %.. Dengan demikian pencapaian Waktu Tanggap Section Cesarea Emergensi < 30 menit mencapai standart yang sudah ditentukan .

Rekomendasi : Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus

e. RAWAT JALAN

ANGKA WAKTU TUNGGU RAWAT JALAN <60 MENIT



f. ICU 1

ANGKA KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO PASIEN JATUH



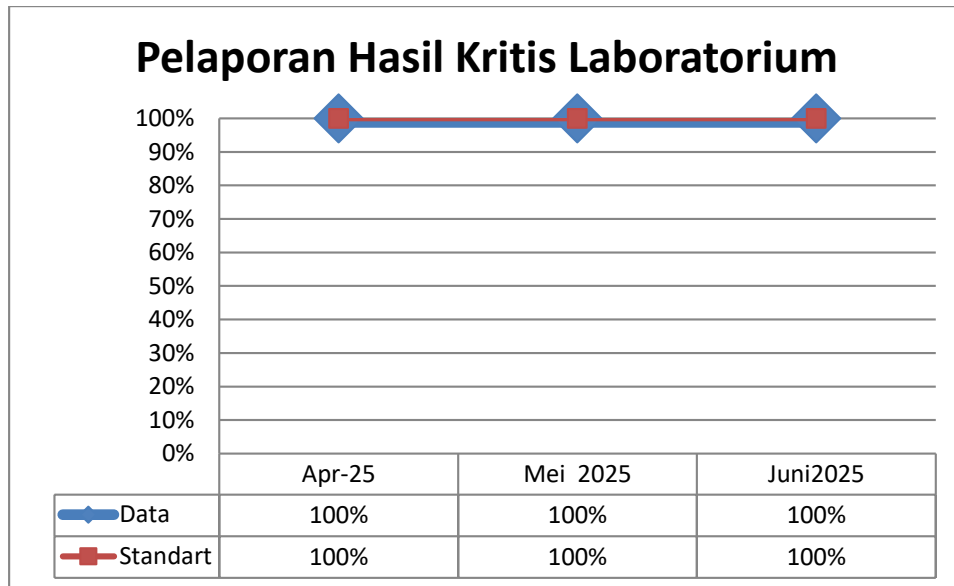
ANALISA :

Hasil pencapaian Angka Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh pada bulan April Mei dan Juni sudah tercapai 100%. Dengan demikian kepatuhan terhadap angka kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh di bulan Juni 2025 memenuhi standart dan perlu dipertahankan dibulan selanjutnya.

Rekomendasi: Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus

g. BIMA

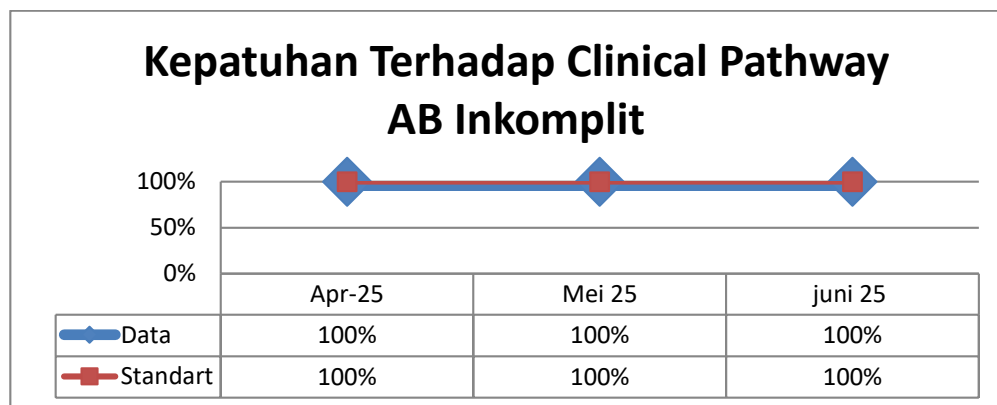
➤ PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM



Analisa: Hasil pencapaian pelaporan hasil kritis laboratorium Juni 2025 100% ,Dan pada bulan April 100 % , Mei 100 % dengan demikian kepatuhan terhadap pelaporan hasil kritis laboratorium sudah baik dan memenuhi standar yang ditentukan.

Rekomendasi: Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus.

➤ KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY



Analisa: Hasil pencapaian Kepatuhan terhadap Clinical pathway Abortus inkomplit Juni 2025 100% , Dan pada bulan April 100 % , Mei 100 % dengan demikian kepatuhan terhadap Clinical pathway Abortus inkomplit sudah baik dan memenuhi standar yang ditentukan.

Rekomendasi: Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus

h. ARJUNA

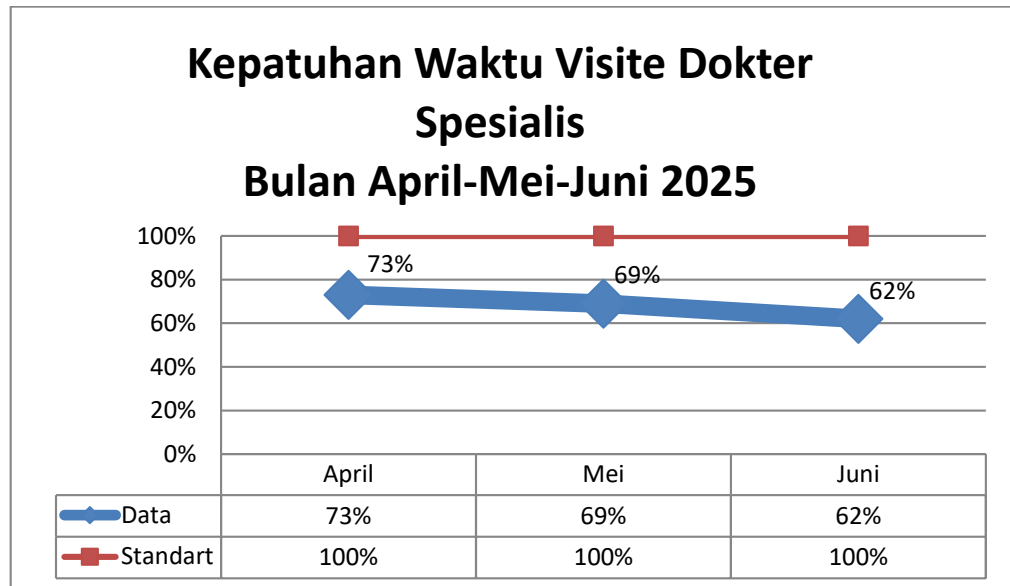
➤ WAKTU LAPOR HASIL TES KRITIS LABORATORIUM



Analisa: Hasil pencapaian kepatuhan terhadap pelaporan nilai kritis Laboratorium bulan April, Mei dan Juni 2025 adalah 100% . Dengan demikian kepatuhan terhadap pelaporan nilai kritis Laboratorium sudah memenuhi standar yang ditentukan RS.

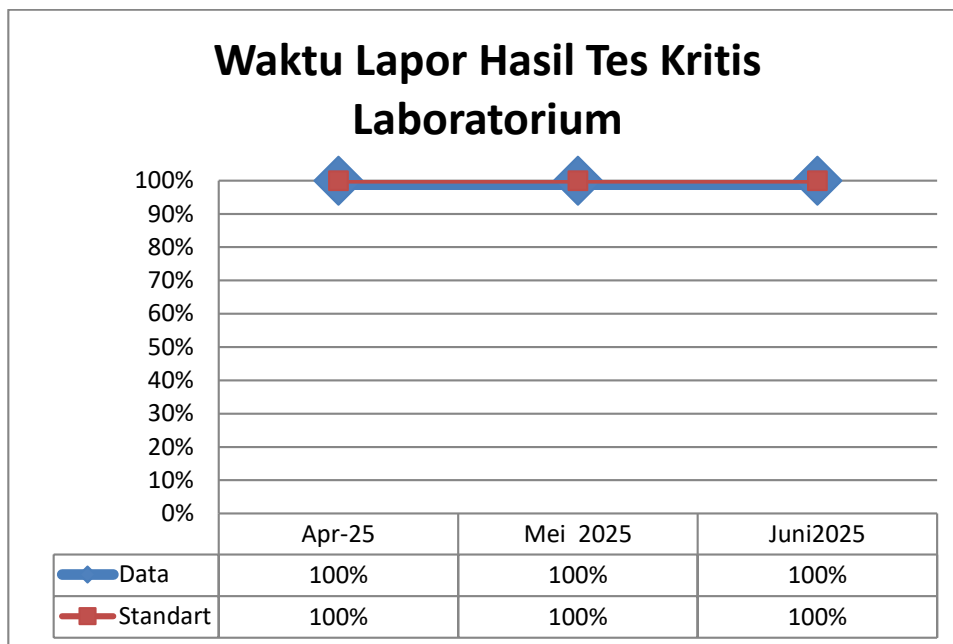
Rekomendasi: Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus.

➤ ANGKA KETEPATAN JAM VISIT DOKTER



i. NAKULA

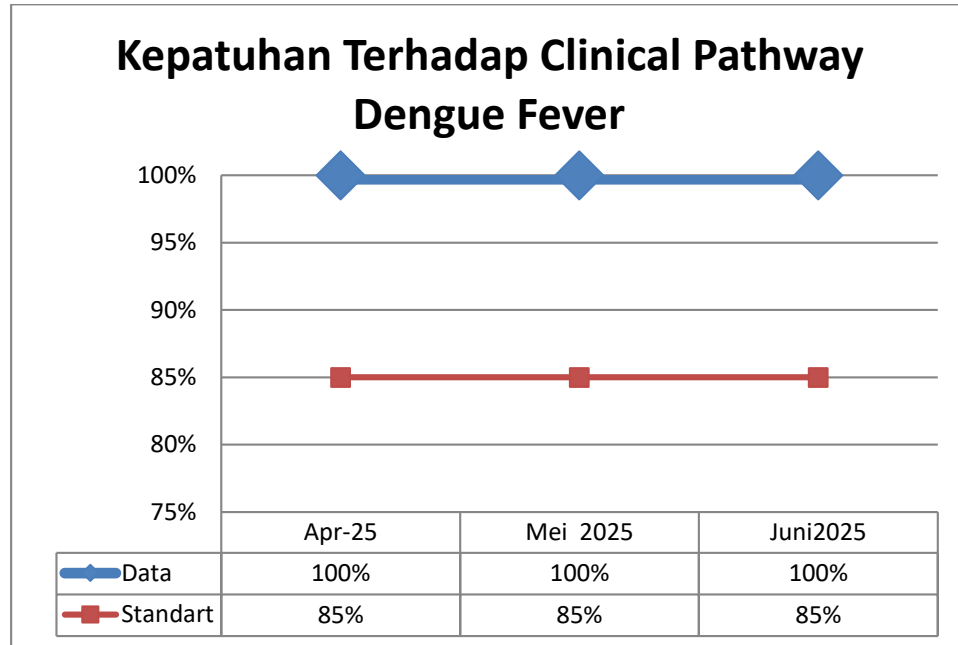
➤ WAKTU LAPOR HASIL TES KRITIS LABORATORIUM



Analisa: Hasil pencapaian kepatuhan terhadap pelaporan nilai kritis Laboratorium bulan April, Mei dan Juni 2025 adalah 100% . Dengan demikian kepatuhan terhadap pelaporan nilai kritis Laboratorium sudah memenuhi standar yang ditentukan RS.

Rekomendasi: Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus.

➤ KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY DENGUE FEVER

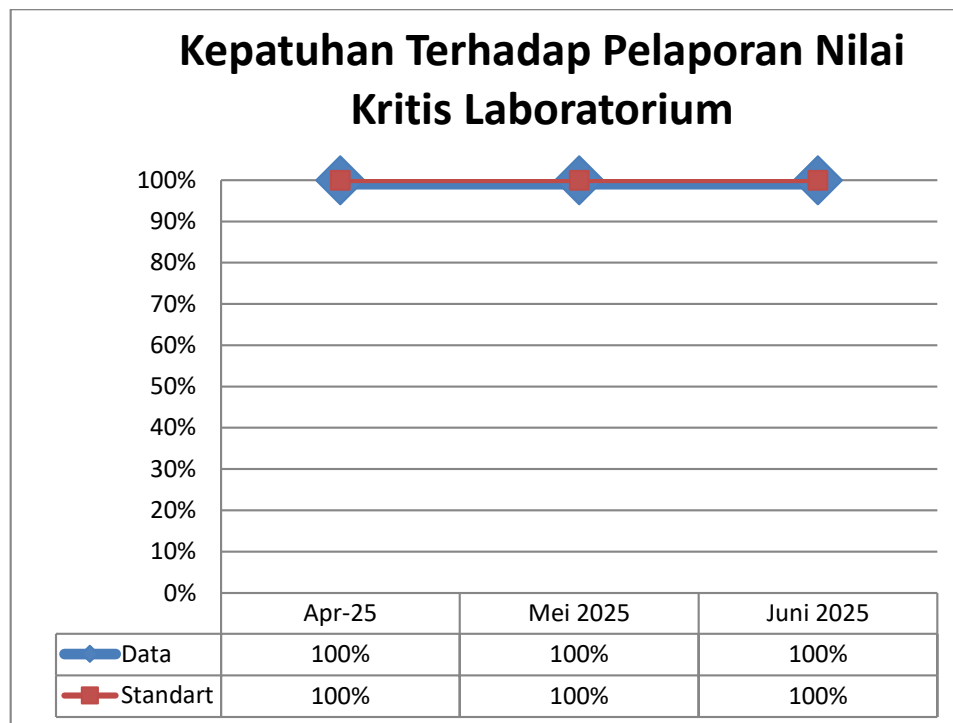


Analisa: Hasil pencapaian kepatuhan terhadap clinical pathway DHF bulan April, Mei, Juni 100%. Dengan demikian kepatuhan terhadap clinical pathway DHF sudah baik dan memenuhi standar yang ditentukan

Rekomendasi: Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus

j. ABIMANYU

KEPATUHAN TERHADAP PELAPORAN NILAI KRITIS LABORATORIUM

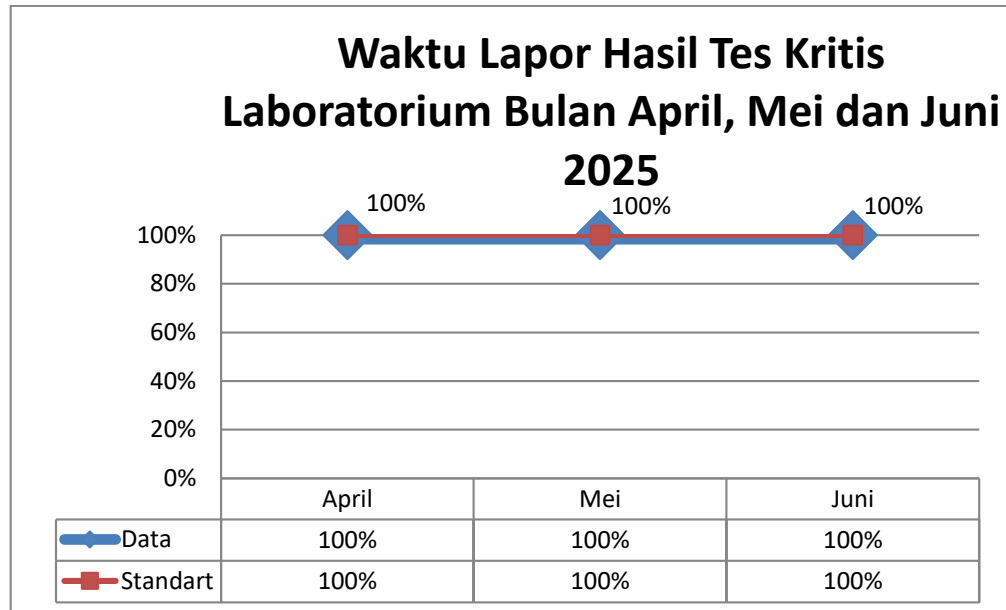


Analisa : Hasil pencapaian kepatuhan terhadap pelaporan nilai kritis Laboratorium bulan April, Mei dan Juni 2025 100% . Dengan demikian kepatuhan terhadap pelaporan nilai kritis Laboratorium sudah baik dan memenuhi standar yang ditentukan.

Rekomendasi : Tetap lakukan monitoring dan evaluasi

k. KRESNA

WAKTU LAPOR HASIL TES KRITIS LABORATORIUM



Analisa : Hasil pencapaian kepatuhan terhadap pelaporan nilai kritis Laboratorium bulan April, Mei dan Juni 2025 100% . Dengan demikian kepatuhan terhadap pelaporan nilai kritis Laboratorium sudah baik dan memenuhi standar yang ditentukan.

Rekomendasi : Tetap lakukan monitoring dan evaluasi

I. LABORAT

ANGKA KETEPATAN WAKTU PELAPORAN HASIL KRITIS LABORATORIUM

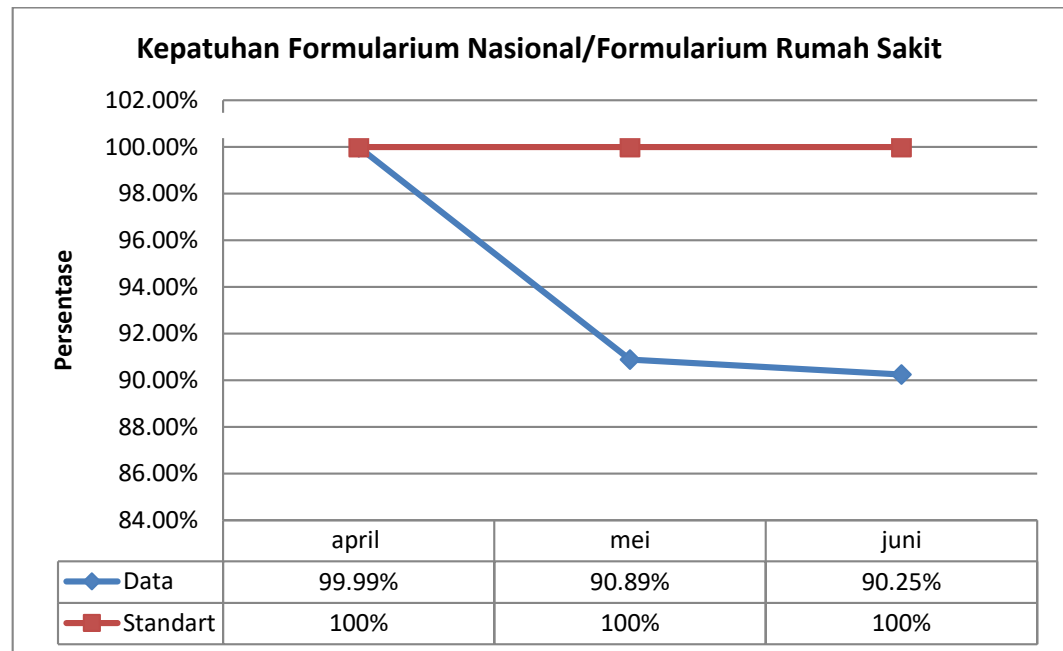


Analisa : Hasil pencapaian kepatuhan terhadap pelaporan nilai kritis Laboratorium bulan April, Mei dan Juni 2025 100% . Dengan demikian kepatuhan terhadap pelaporan nilai kritis Laboratorium sudah baik dan memenuhi standar yang ditentukan.

Rekomendasi : Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus.

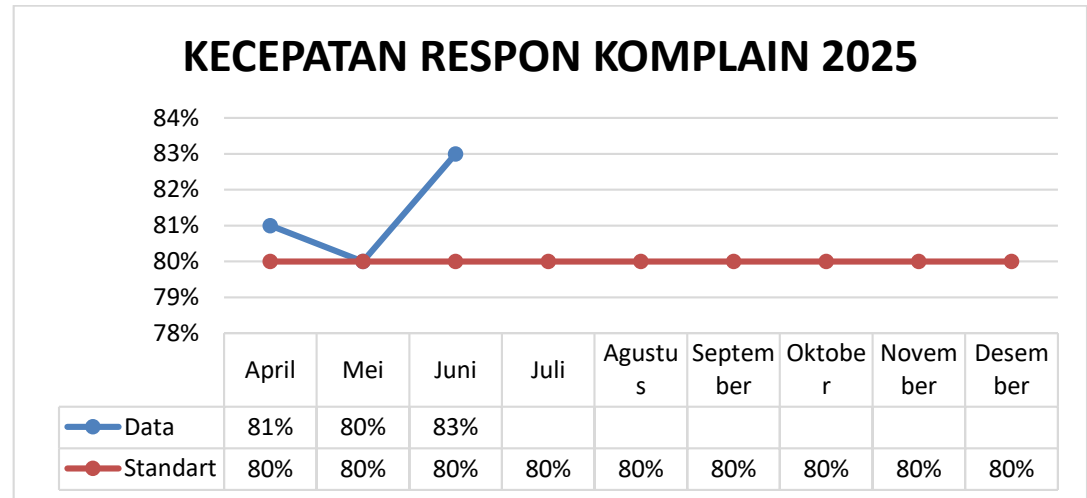
m. FARMASI

KEPATUHAN FORMULARIUM NASIONAL / FORMULARIUM RUMAH SAKIT



n. MARKETING

Kecepatan Respon Komplain Pasien



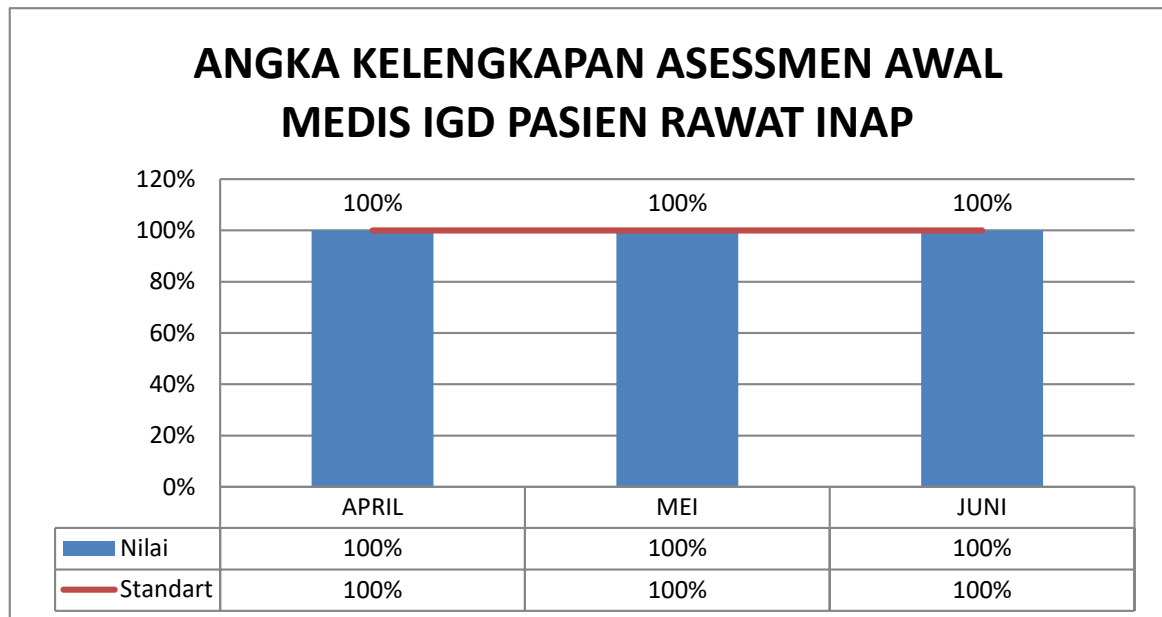
Analisa: Hasil pencapaian angka Kecepatan respon complain bulan Juni 2025 berada di Nilai 83% atau sudah berada diatas standart yang ditetapkan. Tingkat kepuasan dikatakan berhasil apabila berada diatas 80%. Maka harus ditingkatkan lagi.

Rekomendasi : Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus.

2. LAPORAN INDIKATOR MUTU UNIT RUMAH SAKIT (APRI-JUNI)

1) IGD

ANGKA KELENGKAPAN ASESSMEN AWAL MEDIS IGD



ANALISA :

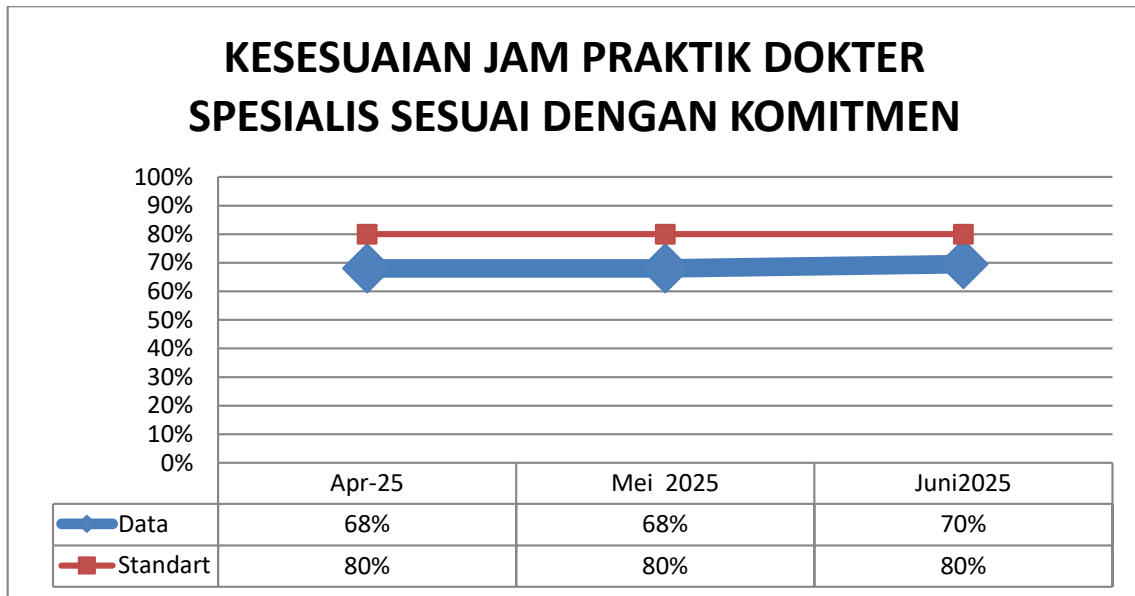
Berdasarkan grafik di atas menunjukkan bahwa Angka kelengkapan asesmen awal medis Pasien Ranap dari IGD pada bulan Juni sesuai dengan harapan yaitu 100% dan sesuai dengan target yang ditetapkan 100%, Begitupun di bulan sebelumnya Mei dan April sebanyak 100%

REKOMENDASI :

- Setiap perubahan di informasikan ke seluruh ruangan, diuji coba dan dipantau keberhasilannya.
- Perubahan yang tidak berhasil dijadikan sebagai dasar untuk perbaikan selanjutnya
- Dalam pelaksanaan berkoordinasi dengan berbagai pihak yaitu bagian tim mutu RS, dan tim IKP.
- Melakukan monitoring dan evaluasi harian
- Melakukan sosialisasi

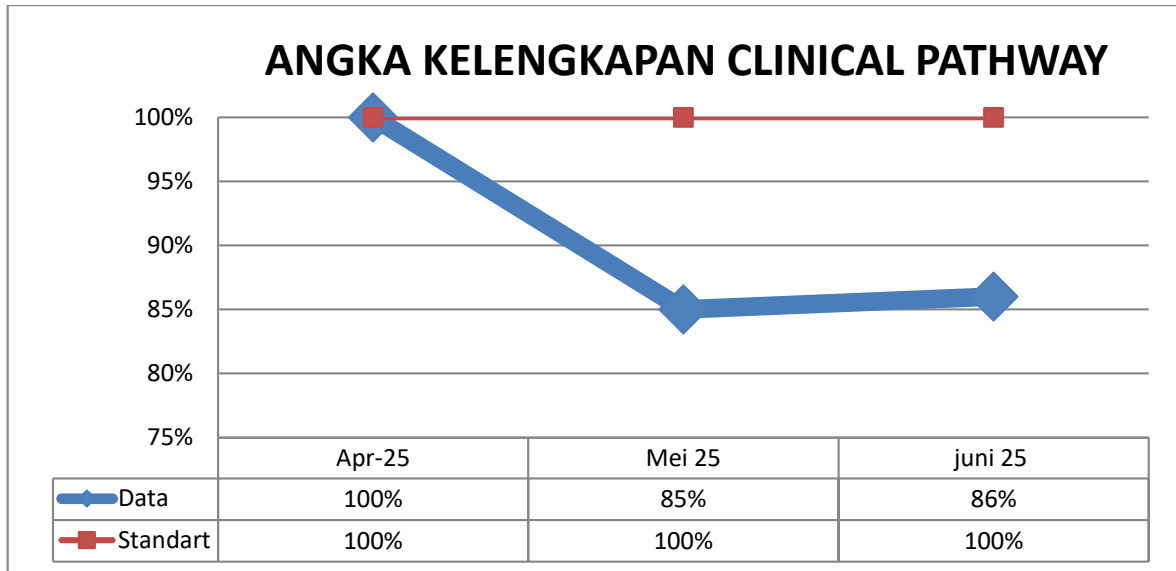
2) RAJAL & MCU

KESESUAIAN JAM PRAKTIK DOKTER SPESIALIS SESUAI DENGAN KOMITMEN



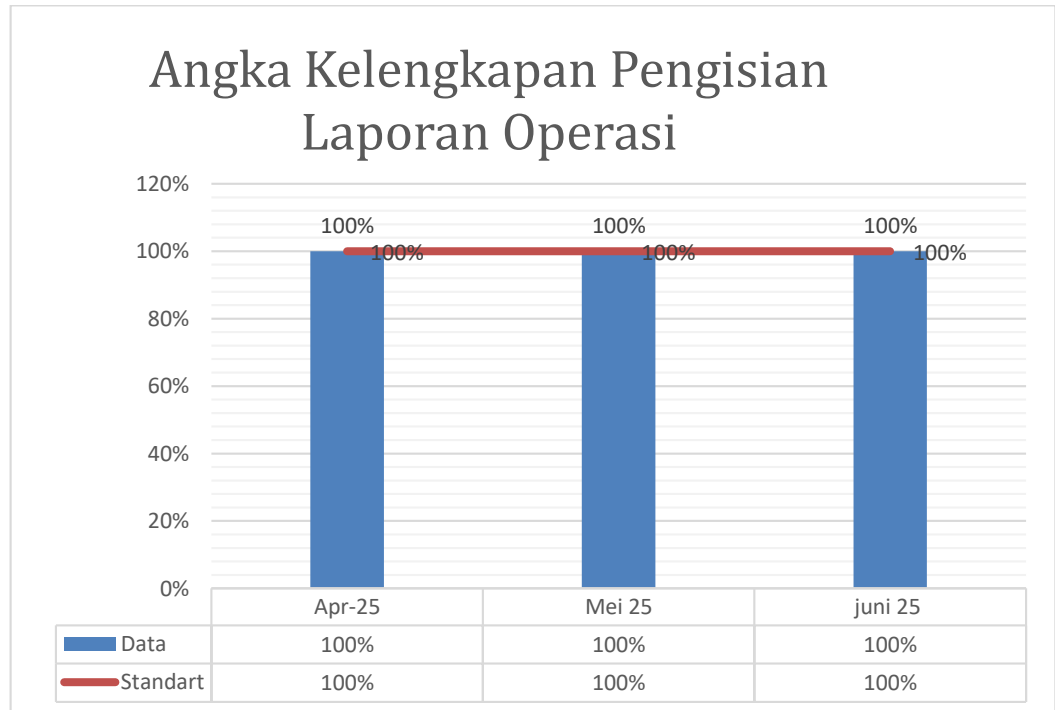
3) NICU & Perinatologi

ANGKA KELENGKAPAN PENGISIAN FLOWSHEET



4) IBS

ANGKA KELENGKAPAN PENGISIAN LAPORAN OPERASI



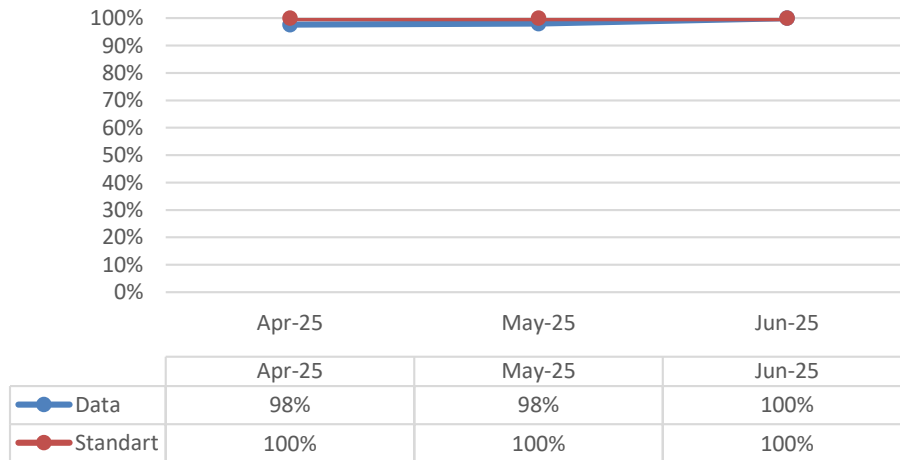
Analisa : Hasil pencapaian ketepatan identifikasi pasien bulan Juni 100 % dan Di bulan April 100 %, Mei 100 %. Dengan demikian pencapaian Angka Kelengkapan Pengisian Laporan Operasi mencapai standart yang sudah ditentukan .

Rekomendasi : Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus.

5) ICU 1

ANGKA KELENGKAPAN PENGISIAN FLOWSHEET

Angka Kelengkapan Pengisian FlowSheet Juni 2025

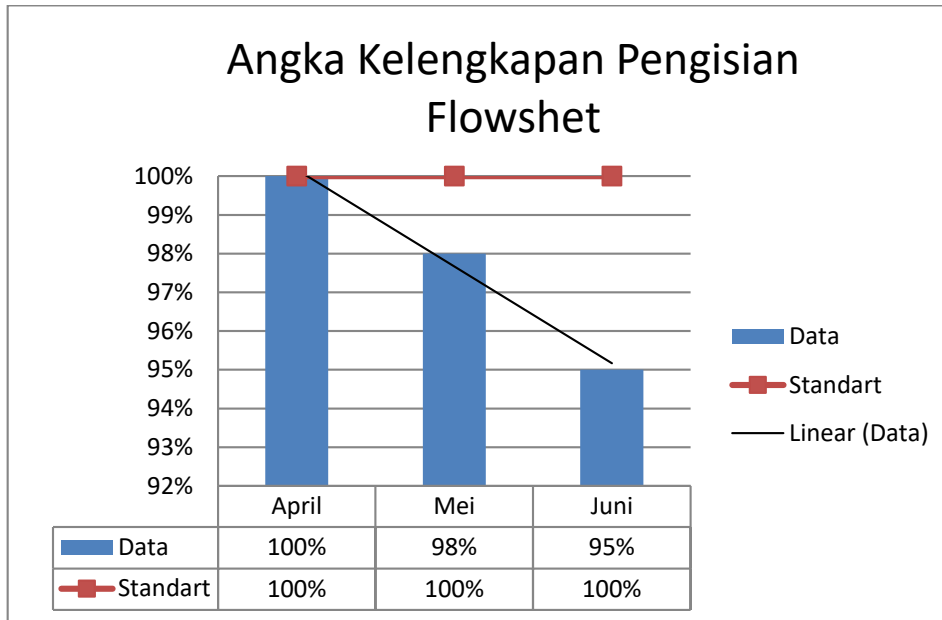


Analisa: Hasil pencapaian Angka Kelengkapan Pengisian Flowsheet bulan April 98% Bulan Mei 98% dan Bulan Juni tercapai 100%. Dengan demikian kepatuhan terhadap angka kelengkapan pengisian flowsheet di bulan Juni 2025 memenuhi standart dan perlu dipertahankan dibulan selanjutnya.

Rekomendasi: Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus

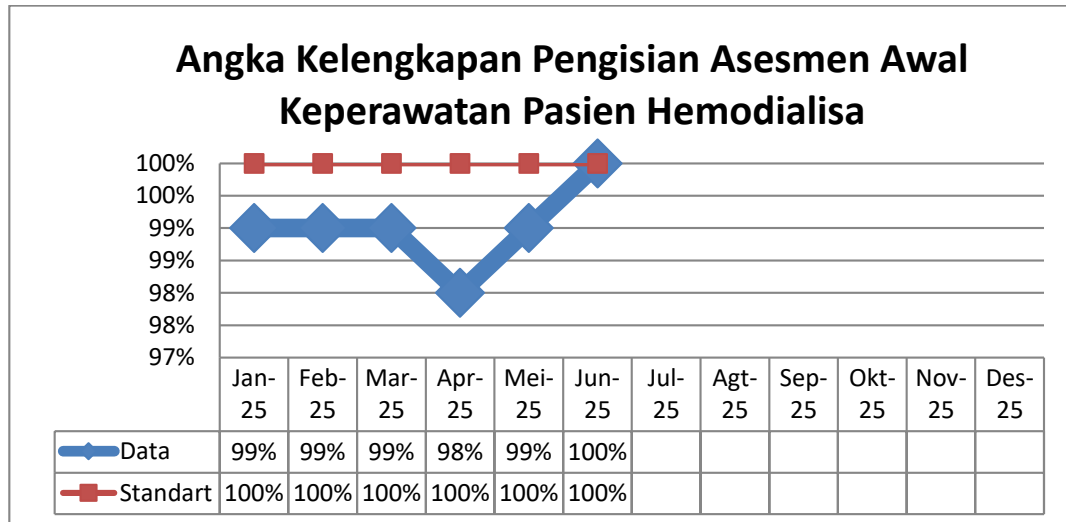
6) medis ICU 2

ANGKA KELENGKAPAN PENGISIAN FLOWSHEET



7) Hemodialisa

ANGKA KELENGKAPAN PENGISIAN ASESMEN AWAL KEPERAWATAN PASIEN HEMODIALISA

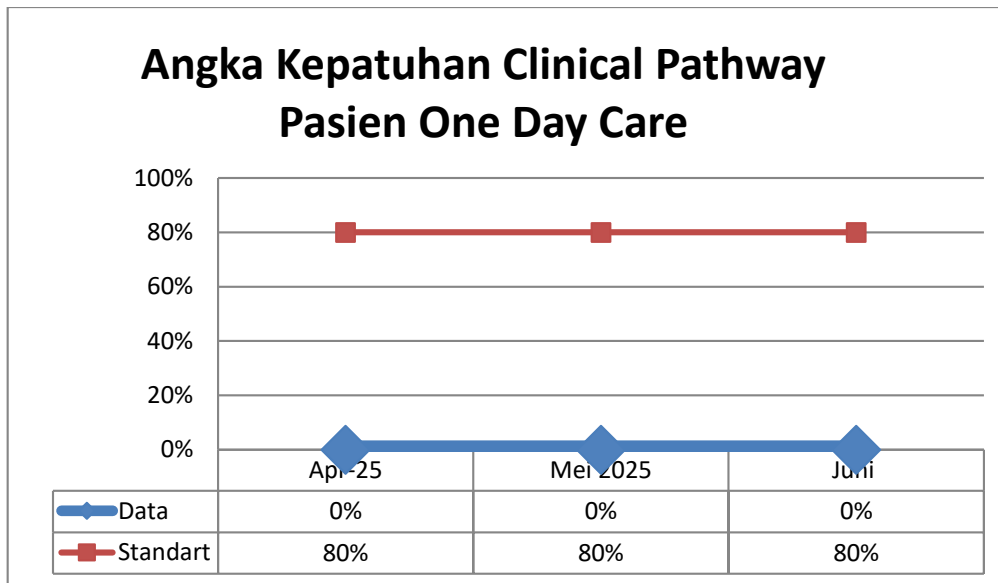


Analisa: Hasil pencapaian mutu Angka Kelengkapan Pengisian Asesmen Awal Keperawatan Pasien Hemodialisa pada Bulan Juni 2025 100%. Dengan demikian angka kelengkapan pengisian Asesmen awal keperawatan Pasien hemodialisa sudah baik dan memenuhi standar yang ditentukan.

Rekomendasi: Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus.

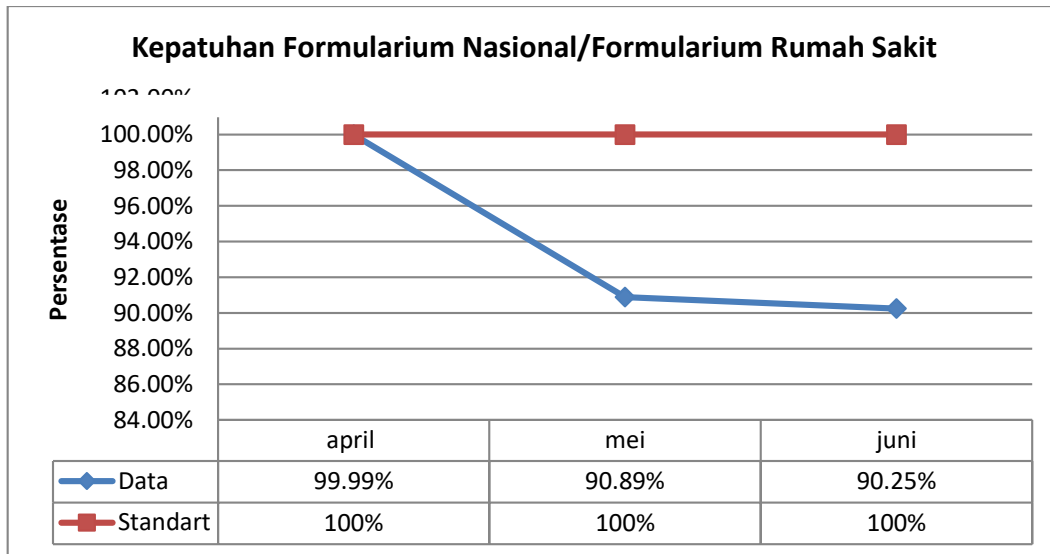
8) Casemanajer

ANGKA KEPATUHAN CLINICAL PATHWAY PASIEN ONE DAY CARE



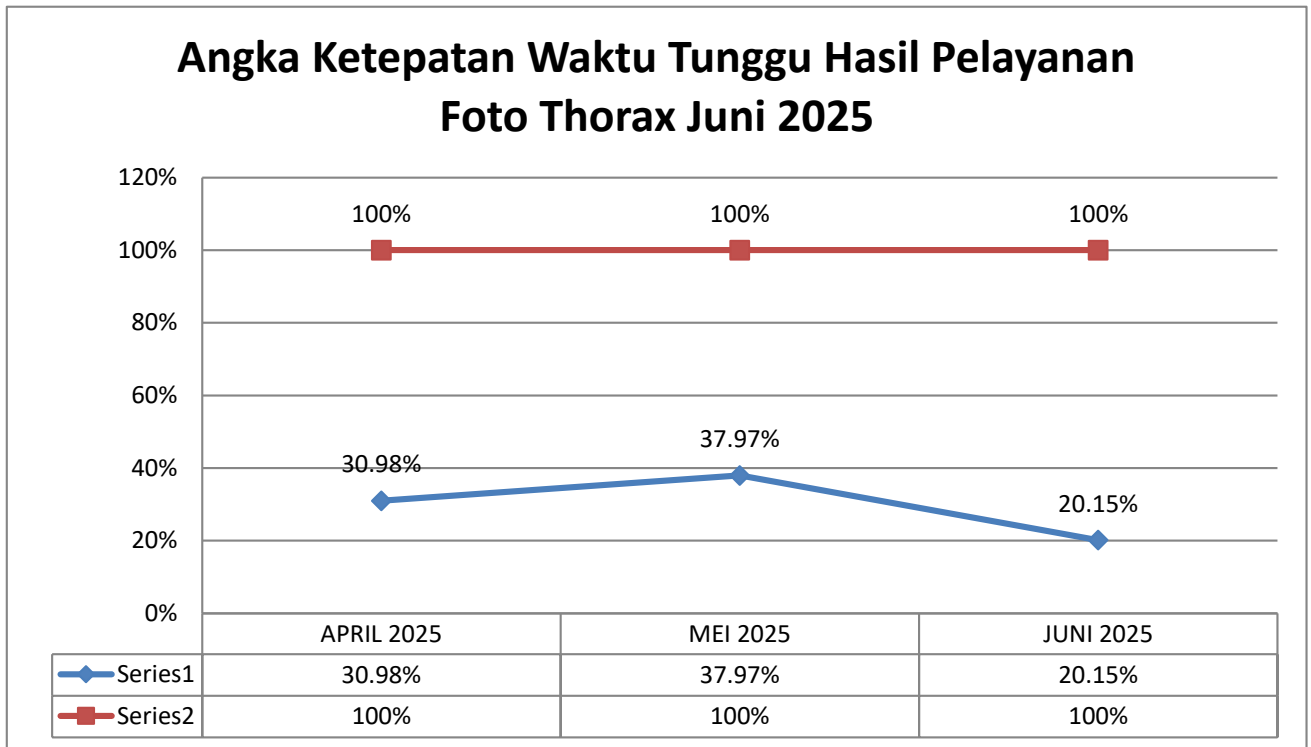
9) Farmasi

KEPATUHAN FORMULARIUM NASIONAL / FORMULARIUM RUMAH SAKIT



10) Radiologi

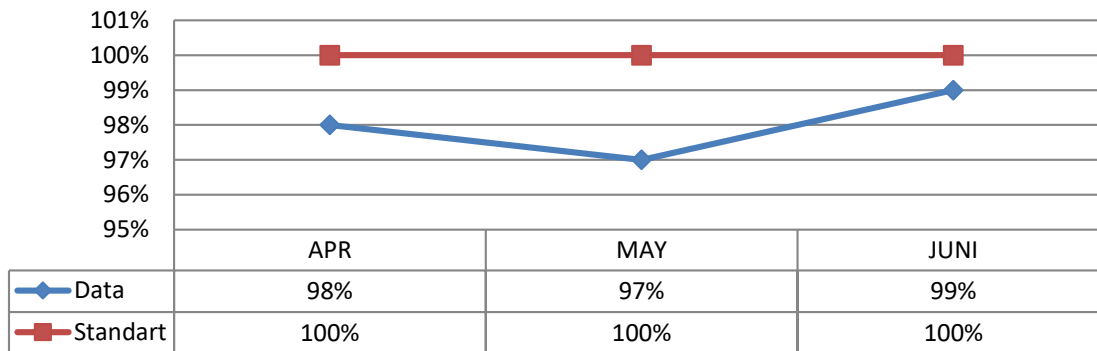
ANGKA KETEPATAN WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN FOTO THORAX



11) Laboratorium

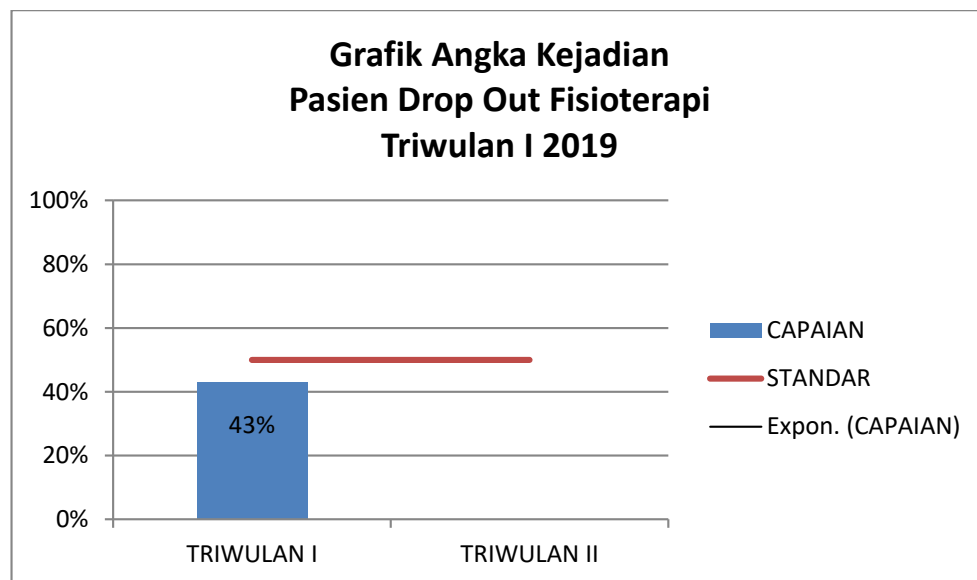
ANGKA KESESUAIAN PENGGUNAAN DARAH TRANSFUSI DENGAN PERMINTAAN

Angka Kesesuaian Penggunaan Darah Transfusi dengan Permintaan



12) Rehap Medis

ANGKA DROP OUT PASIEN REHABILITASI MEDIS



Analisa :

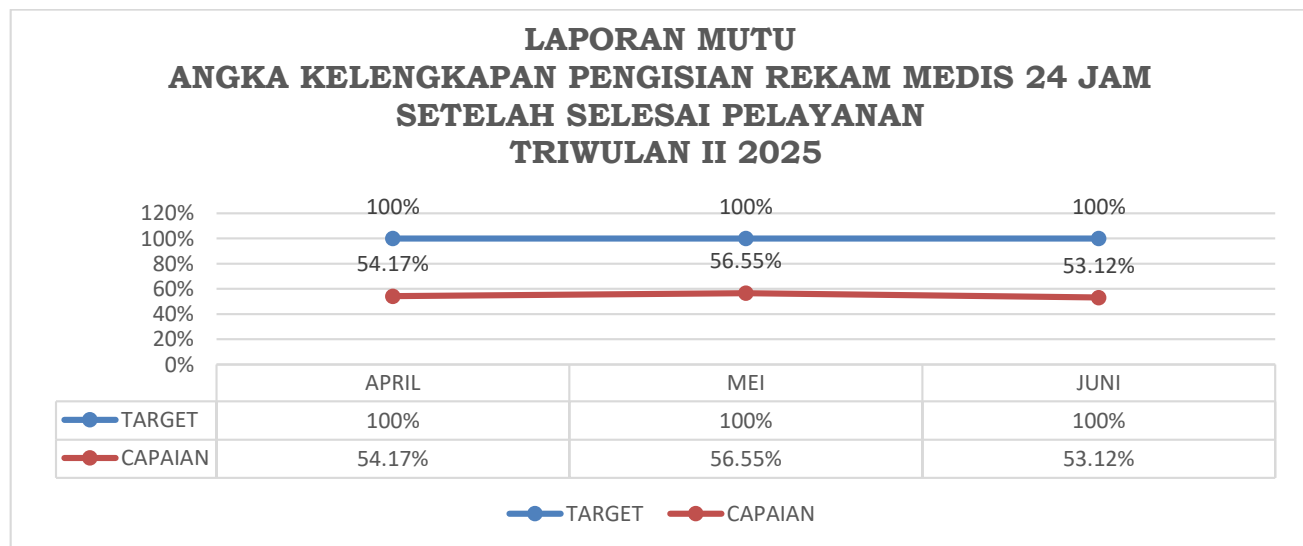
Pada pengukuran indikator mutu Angka Kejadian Pasien Drop Out Fisioterapi pada Pelayanan Fisioterapi di RS Bhina Bhakti Husada Rembang dengan standar 50% didapatkan hasil pada Bulan April 2019 sebesar 43% sehingga memenuhi standar 50%.

Rekomendasi :

Pemantauan dan pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga pasien terkait program Fisioterapi akan ditingkatkan sehingga indikator mutu Angka Pasien Drop Out Fisioterapi dapat berkurang.

13) Rekam Medis

ANGKA KELENGKAPAN PENGISIAN REKAM MEDIS 24 JAM SETELAH SELESAI PELAYANAN

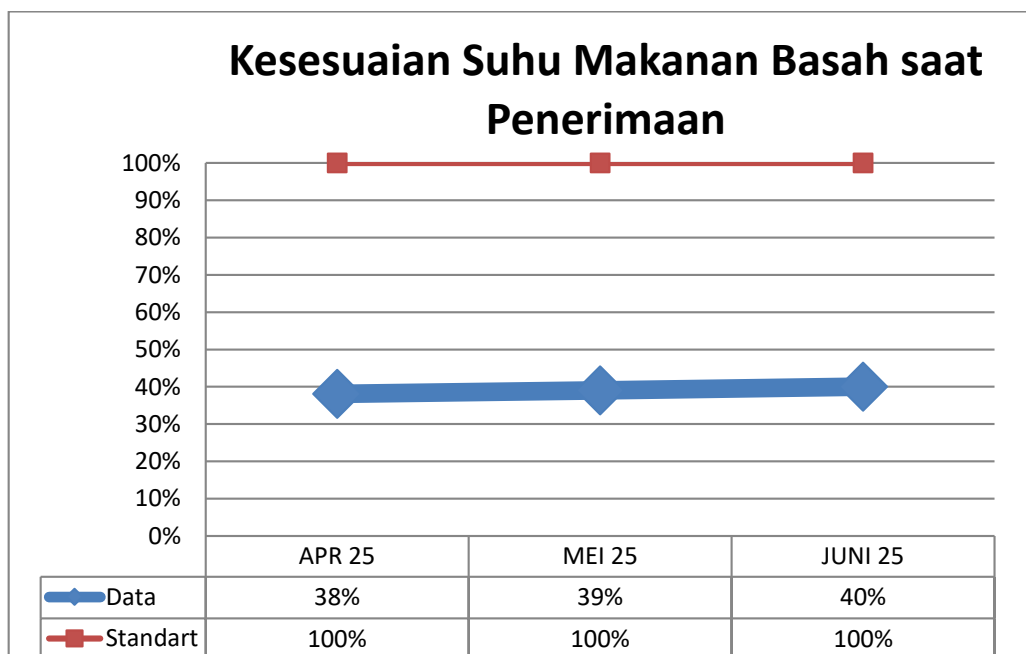


Plan	Do	Study	Action
Menetapkan rencana untuk memperbaiki area prioritas, yaitu angka kelengkapan pengisian rekam medis. Unit yang terkait adalah Bima, Perina, Arjuna,	Sesuai rencana, pelaksanaan peningkatan mutu dimulai dari mengukur mutu itu sendiri oleh unit terkait. Kemudian hasil pengukuran mutu tersebut diserahkan ke PMKP untuk	Berdasarkan hasil analisa data, RS memutuskan bahwa berdasarkan hasil pengukuran, hasil yang didapatkan masih	• Meningkatkan hasil capaian pada periode berikutnya. • Manajer medis berkoordinasi dengan

Abimanyu, Nakula, Kresna, ICU 1, ICU 2. Indikator kelengkapan adalah ketika rekam medis terisi lengkap 100%.	dilakukan penjumlahan. Dari pengukuran, didapatkan angka prioritas yaitu angka kelengkapan pengisian rekam medis. Kelengkapan pengisian rekam medis bulan : April : 54.17 % Mei : 56.55% Juni : 53.12 %	dibawah target dan perlu ditingkatkan agar mencapai standar.	DPJP untuk meningkatkan kelengkapan pengisian rekam medis sesuai wewenangny. Manajer keperawatan berkoordinasi dengan perawat unit rawat inap untuk meningkatkan kelengkapan pengisian rekam medis sesuai wewenangny.
--	---	--	--

14) Gizi

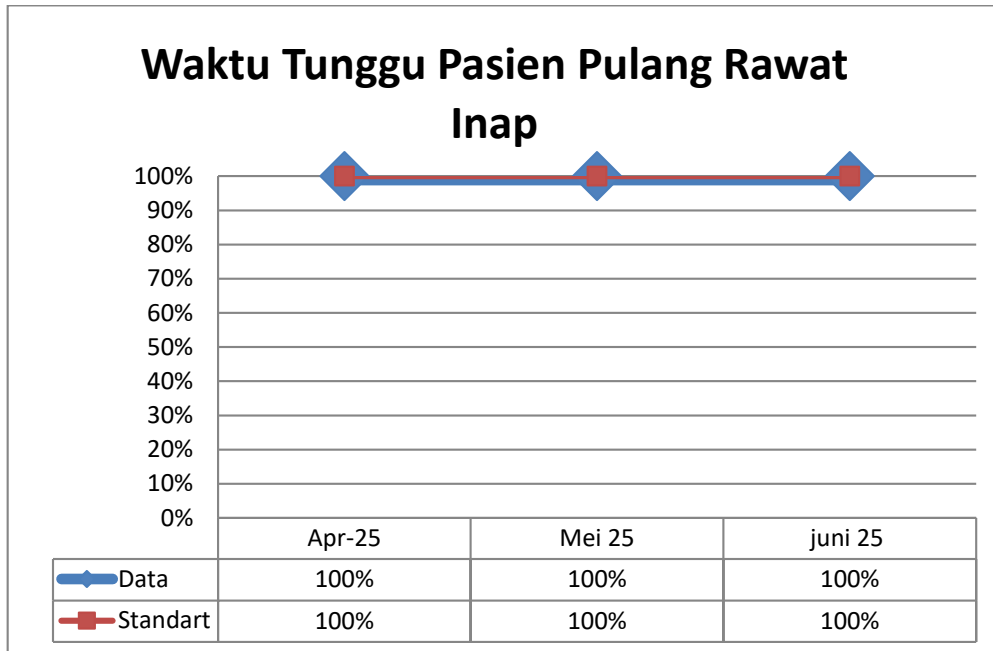
KESESUAIAN SUHU MAKANAN BASAH SAAT PENERIMAAN



Plan	Do	Study	Action
Menetapkan rencana untuk meningkatkan Angka kesesuaian suhu bahan makanan basah (hewani).	Sesuai rencana, pelaksanaan peningkatan mutu dimulai dari mengukur suhu bahan makanan basah pada saat penerimaan bahan makanan basah. Hasil pengukuran suhu tersebut dicatat pada lembar kesesuaian suhu. Kemudian dianalisis presentase kesesuaian suhu pengecekan selama 1 bulan. Dari pengukuran, didapatkan hasil sebagai berikut: 1. Bulan April Kesesuaian 38% 2. Bulan Mei Kesesuaian 39% 3. Bulan Juni Kesesuaian 40%	Berdasarkan pengumpulan data dan dilakukan analisis hasil yang didapatkan sudah mengalami perbaikan (presentase kesesuaian meningkat). Untuk bahan yang belum mencapai suhu standart karena supplier belum memenuhi syarat suhu bahan makanan yang sudah ditentukan.	• Meningkatkan hasil capaian pada periode berikutnya . • Melakukan koordinasi dengan supplier terkait kesesuaian suhu bahan makanan basah.

15) Ranap Bima

WAKTU TUNGGU PASIEN PULANG RAWAT INAP

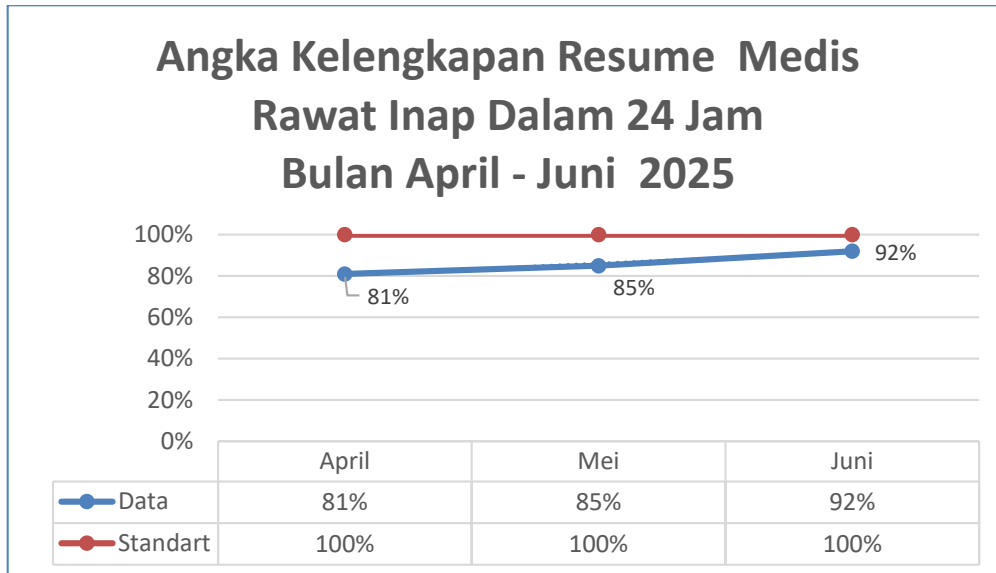


Analisa: Hasil pencapaian Waktu Tunggu pasien pulang rawat inap Juni 2025 100% , Dan di bulan April 100 % dan di bulan Mei 100 % .dengan pencapaian waktu tunggu pasien pulang rawat inap sudah baik dan memenuhi standar yang ditentukan.

Rekomendasi: Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus.

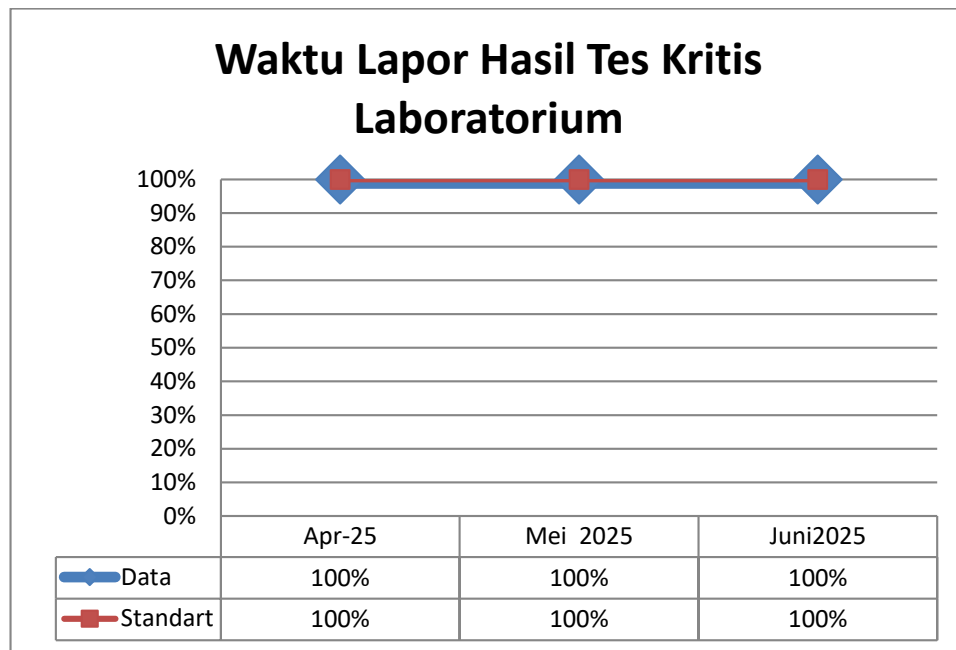
16) Ranap Arjuna

ANGKA KELENGKAPAN RESUM MEDIS RAWAT INAP DALAM 24 JAM



17) Nakula

WAKTU LAPOR HASIL TES KRITIS LABORATORIUM

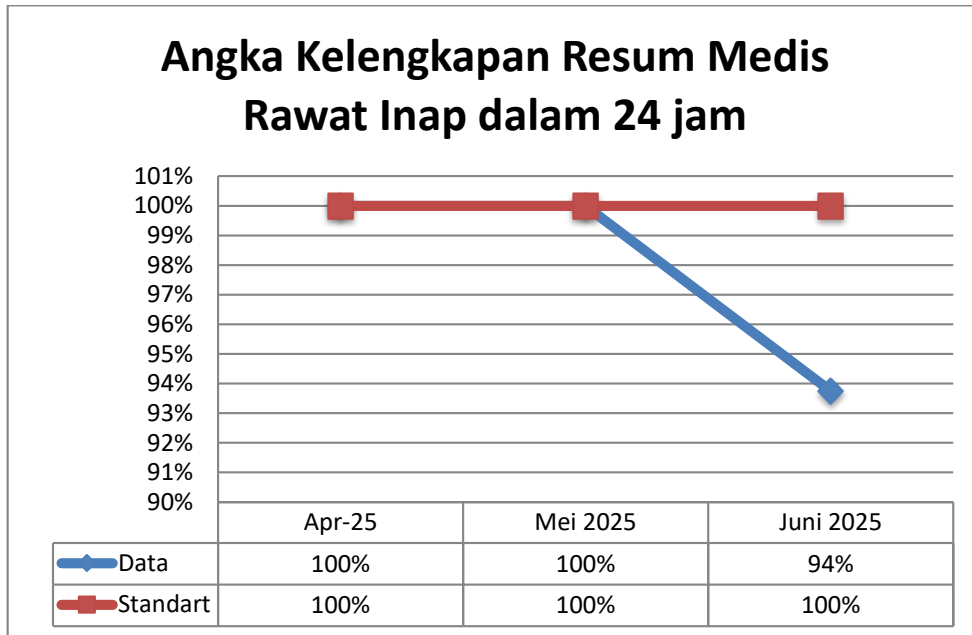


Analisa: Hasil pencapaian kepatuhan terhadap pelaporan nilai kritis Laboratorium bulan April, Mei, dan Juni 2025 adalah 100% . Dengan demikian kepatuhan terhadap pelaporan nilai kritis Laboratorium sudah baik dan memenuhi standar yang ditentukan.

Rekomendasi: Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus.

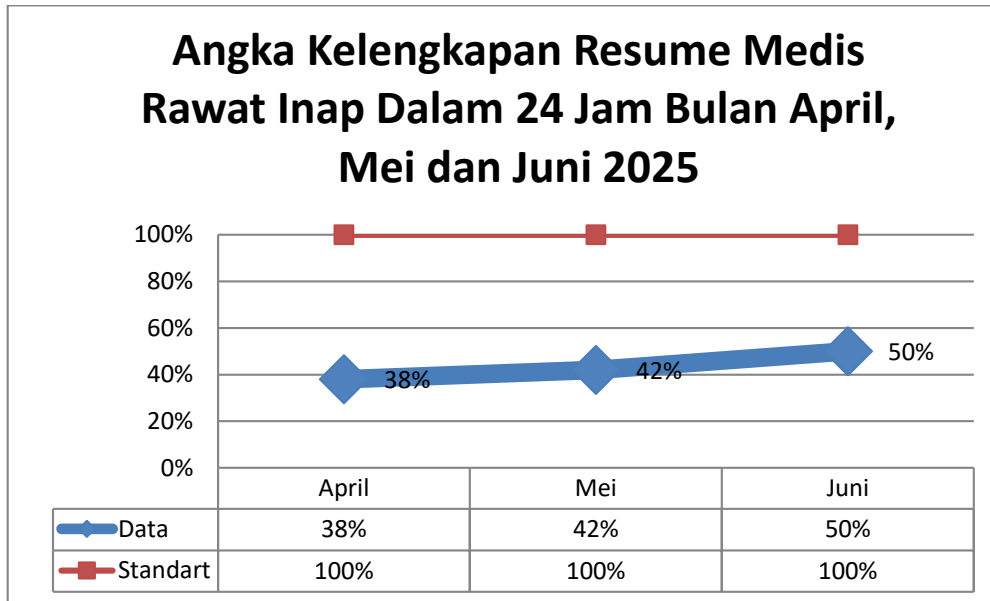
18) Abimanyu

ANGKA KELENGKAPAN RESUME MEDIS RAWAT INAP DALAM 24 JAM



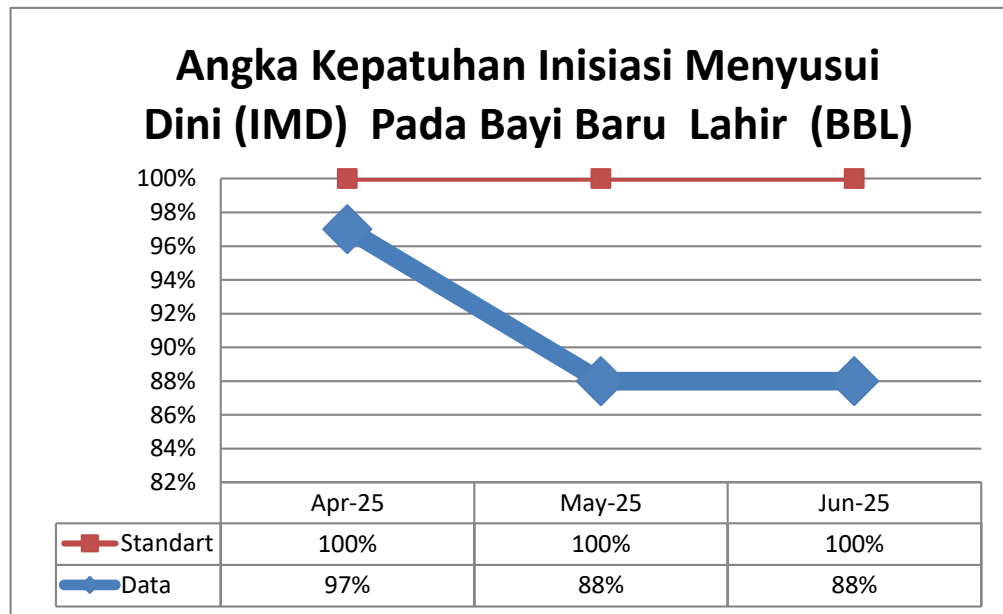
19) Kresna

ANGKA KELENGKAPAN RESUM MEDIS RAWAT INAP DALAM 24 JAM



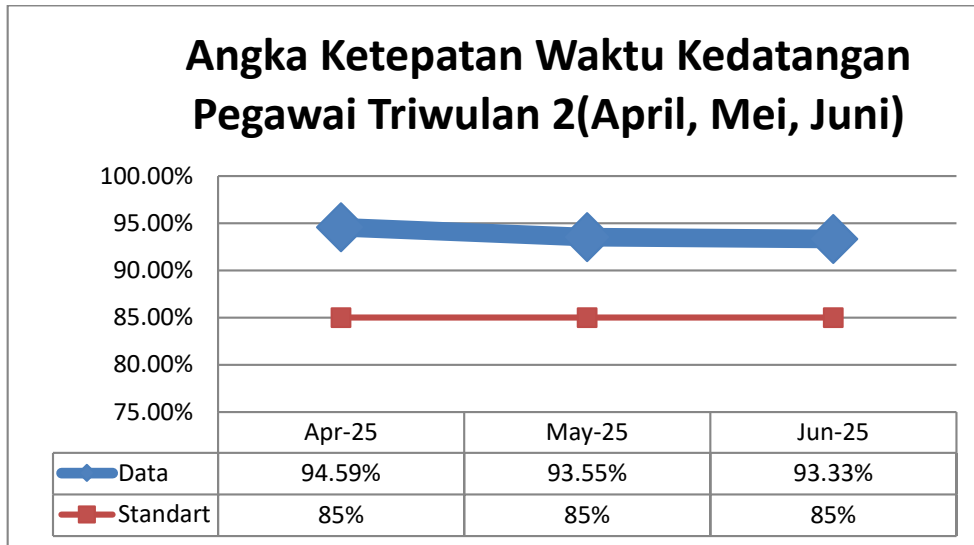
20) Kamar Bersalin

ANGKA KEPATUHAN MENYUSUI DINI (IMD) PADA BAYI BARU LAHIR



21) SDM

ANGKA KETEPATAN WAKTU KEDATANGAN PEGAWAI



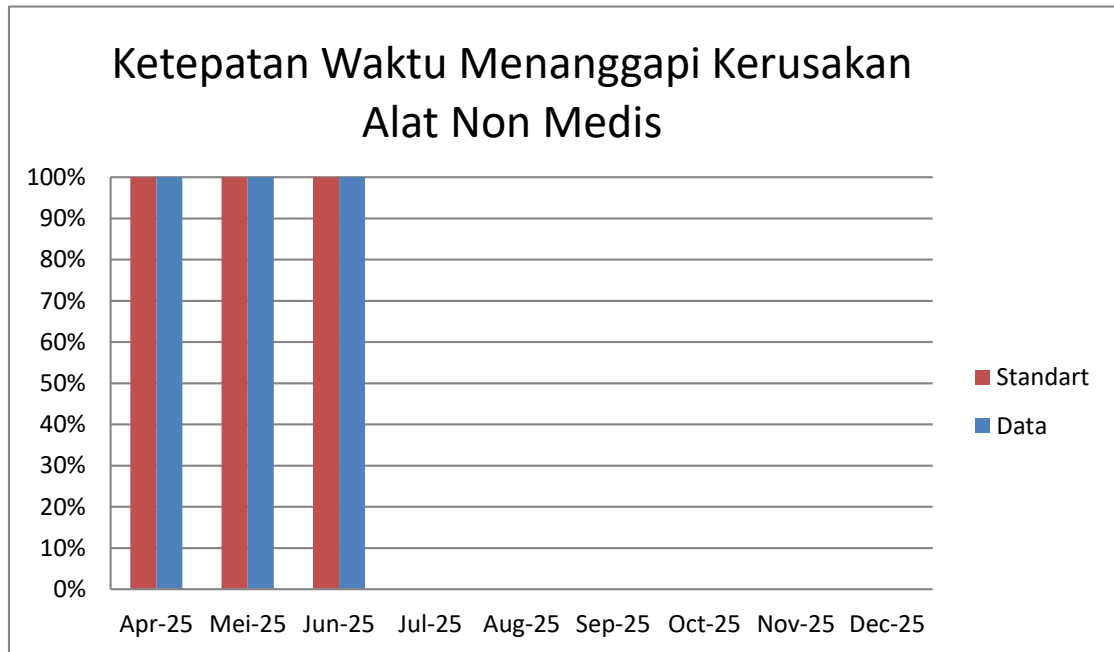
Analisa: Hasil pencapaian angka ketepatan waktu kedatangan pegawai pada bulan April 94,59%, bulan Mei 93,55% dan bulan Juni 93,33% pada triwulan 2 ini nilai sesuai standart. Dengan adanya potongan jasa pelayanan bagi pegawai yang terlambat sangat berpengaruh terhadap ketepatan waktu kedatangan pegawai.

Rekomendasi:

- SDM berkoordinasi dengan komite terkait bimbingan pegawai yang terlambat
- SDM secara rutin share data keterlambatan pegawai ke Koordinator untuk diteruskan ke staf
- Menginformasikan kepada pegawai untuk selalu melihat data absensi di SISDM, dan apabila ada kesalahan dalam penginputan jadwal untuk segera melaporkan ke koordinator unit untuk diperbaiki
- Pegawai melakukan cek absensi apabila ada absen yang keterangan tidak terekam bias dikonsultasikan ke SDM atau ke IT untuk dicari tahu penyebabnya
- SDM melakukan pemanggilan/bimbingan pegawai yang terlambat dengan jumlah yang banyak

22) IPSRS

KETEPATAN WAKTU MENANGGAPI KERUSAKAN ALAT NON MEDIS

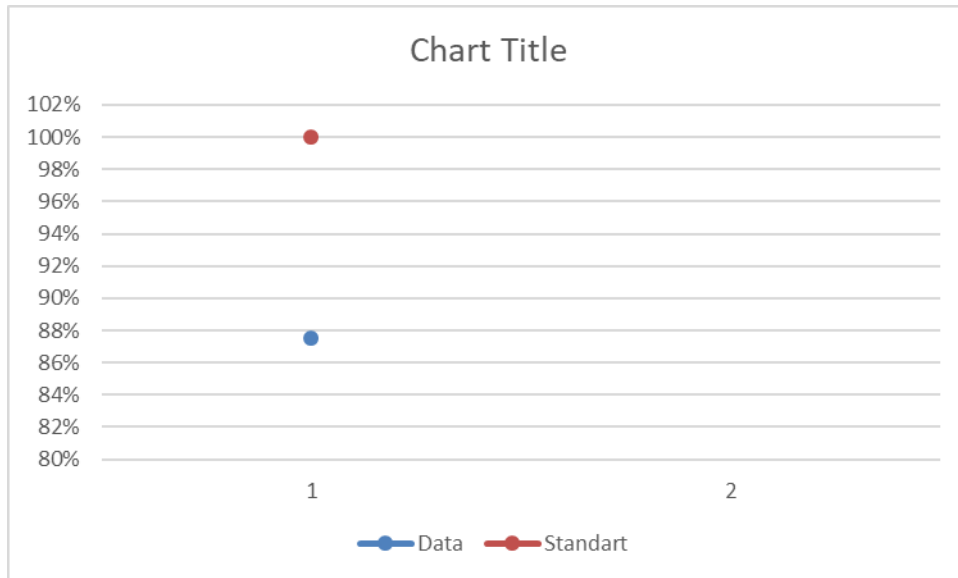


Analisa: Hasil pencapaian angka ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat non medis sudah mencapai standar, rerata pencapaian selama triwulan 2 mencapai 100%. Dengan demikian ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat non medis sudah maksimal dilakukan.

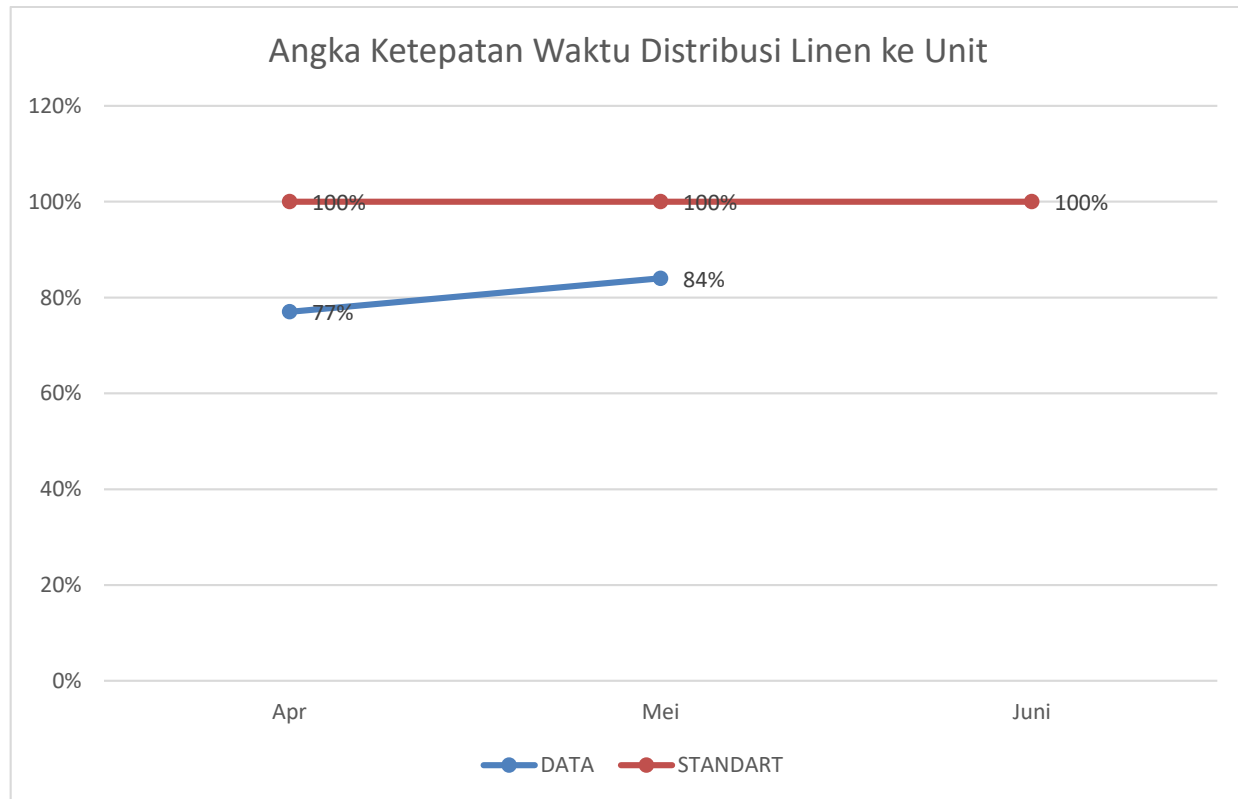
Rekomendasi: Tetap dilakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus.

23) Kerumahtanggaan

KESIAPAN AMBULANCE RUJUK KURANG DARI 30 MENIT

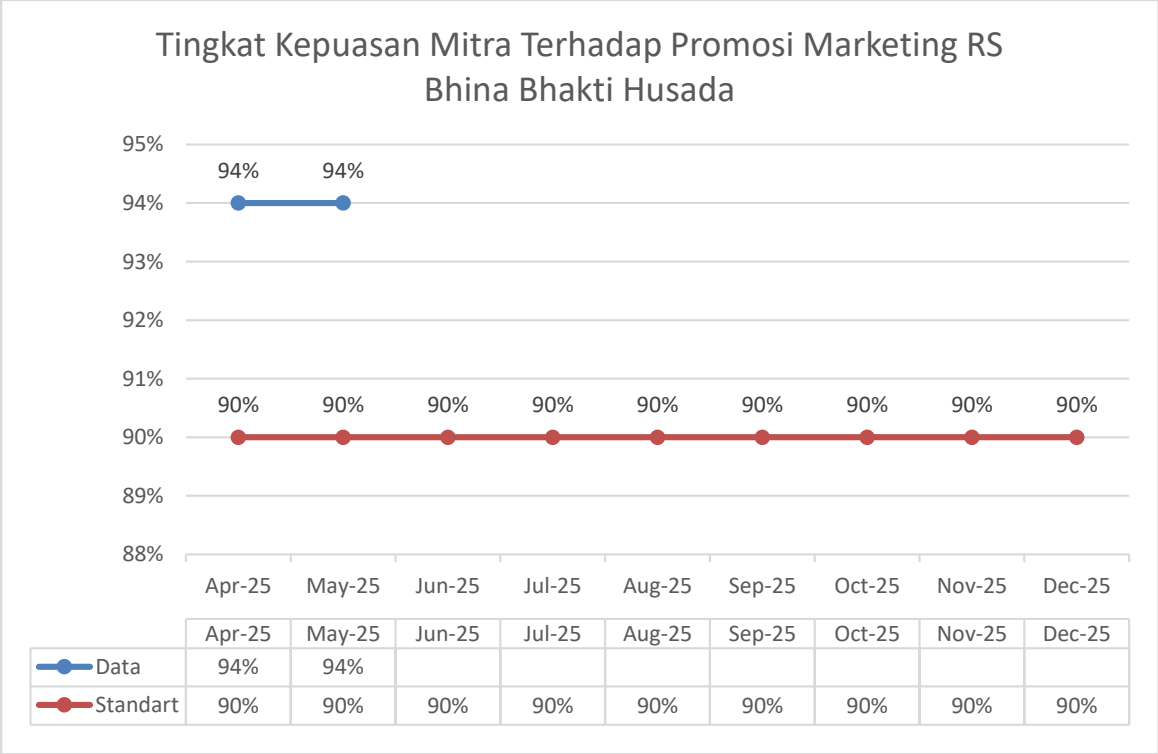


24) Tata Graha



25) Marketing

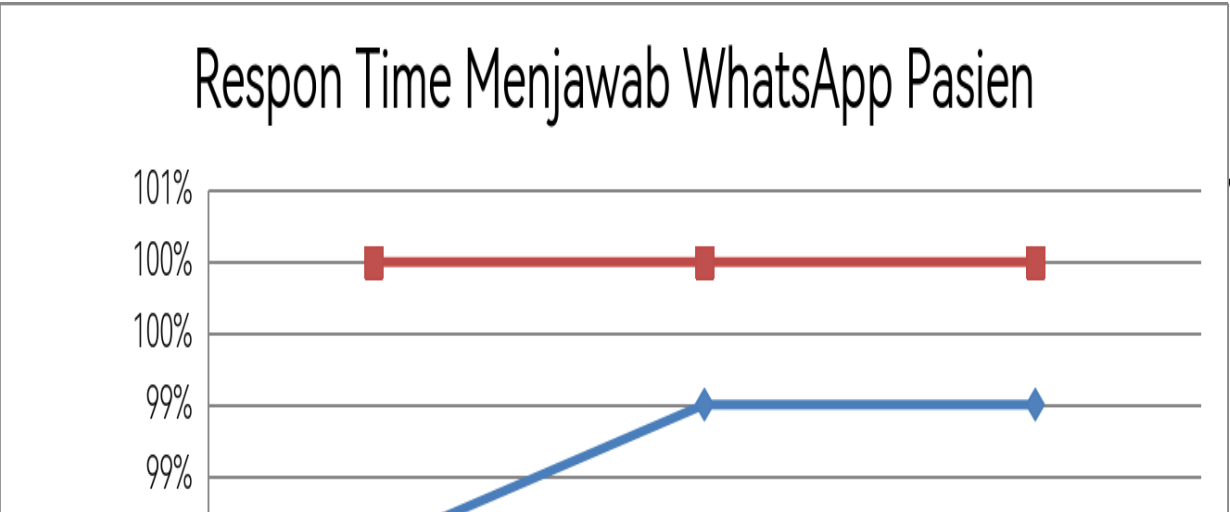
KEPUASAN MITRA TERHADAP PROMOSI MARKETING



Analisa: Hasil pencapaian angka Kepuasan Mitra Terhadap Promosi Marketing bulan Mei 2025 berada di Nilai 94% atau sudah berada diatas standart yang ditetapkan. Tingkat kepuasan dikatakan berhasil apabila berada diatas 90%.

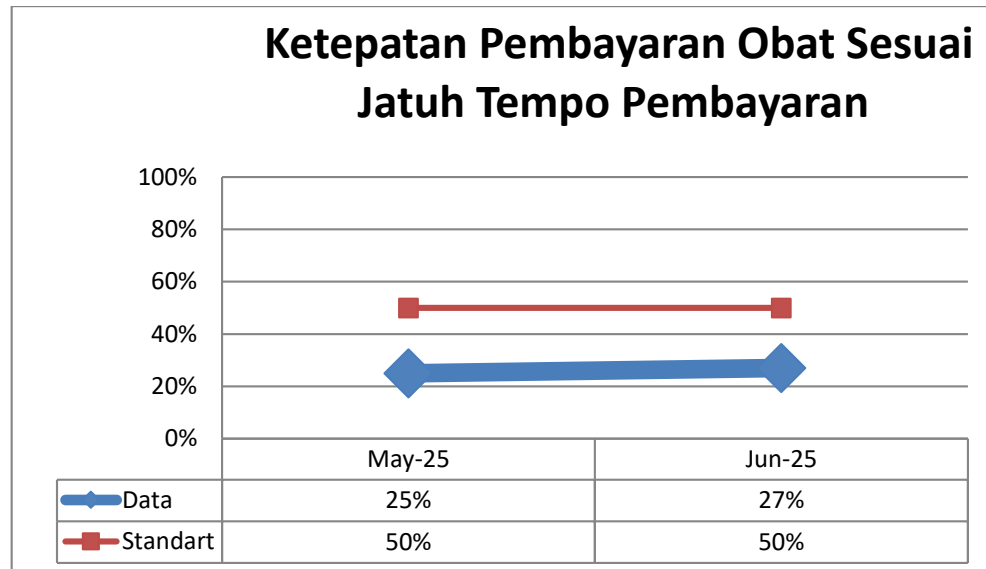
26) Kesekrtarian

RESPON TIME MENJAWAB WHATSAPP PASIEN



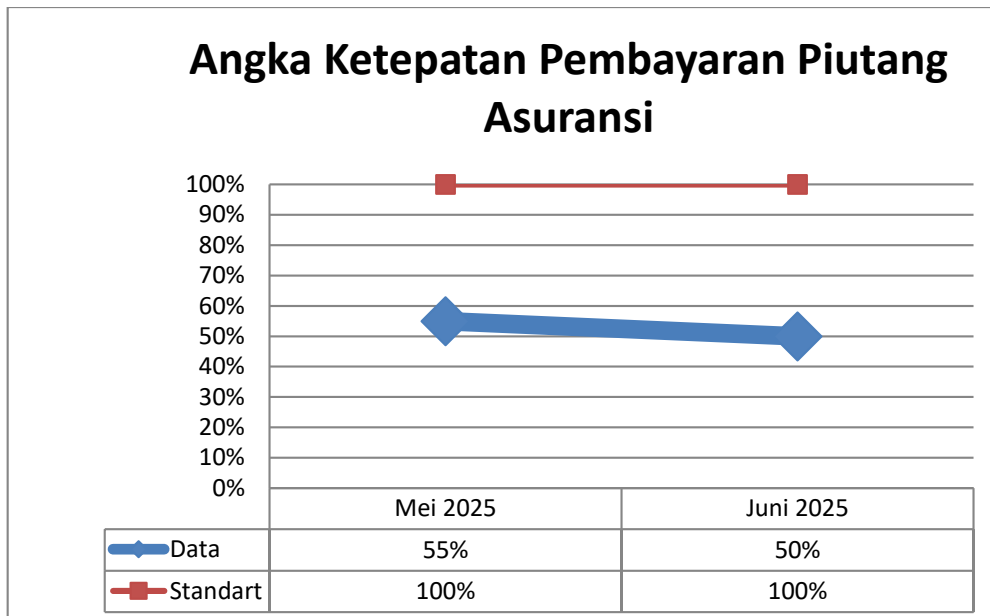
27) Keuangan

KETEPATAN PEMBAYARAN OBAT SESUAI JATUH TEMPO PEMBAYARAN



28) Accounting

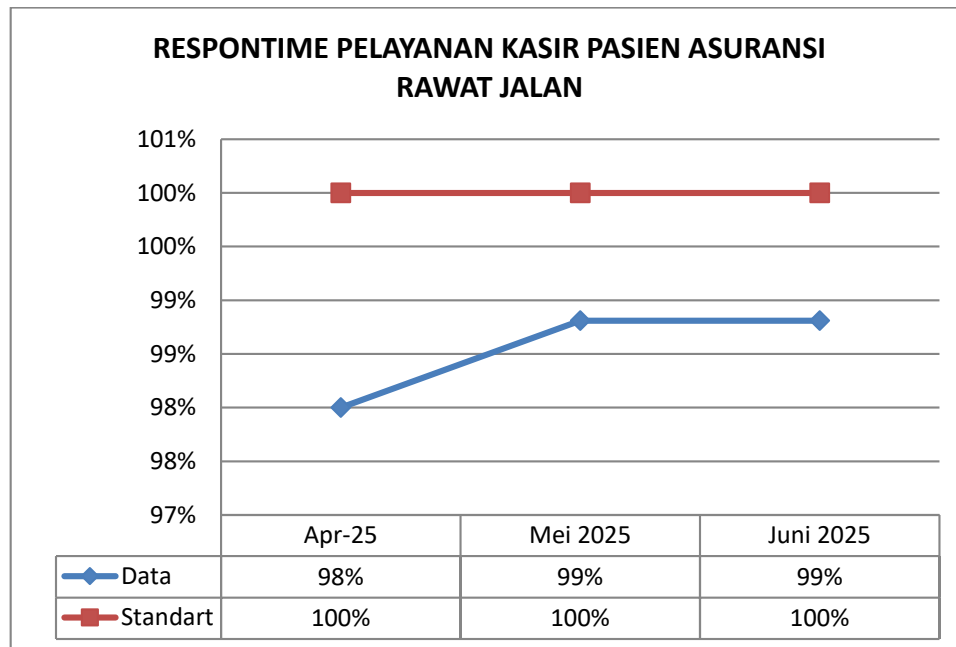
ANGKA KETEPATAN PEMBAYARAN PIUTANG ASURANSI



29) Kasir Billing

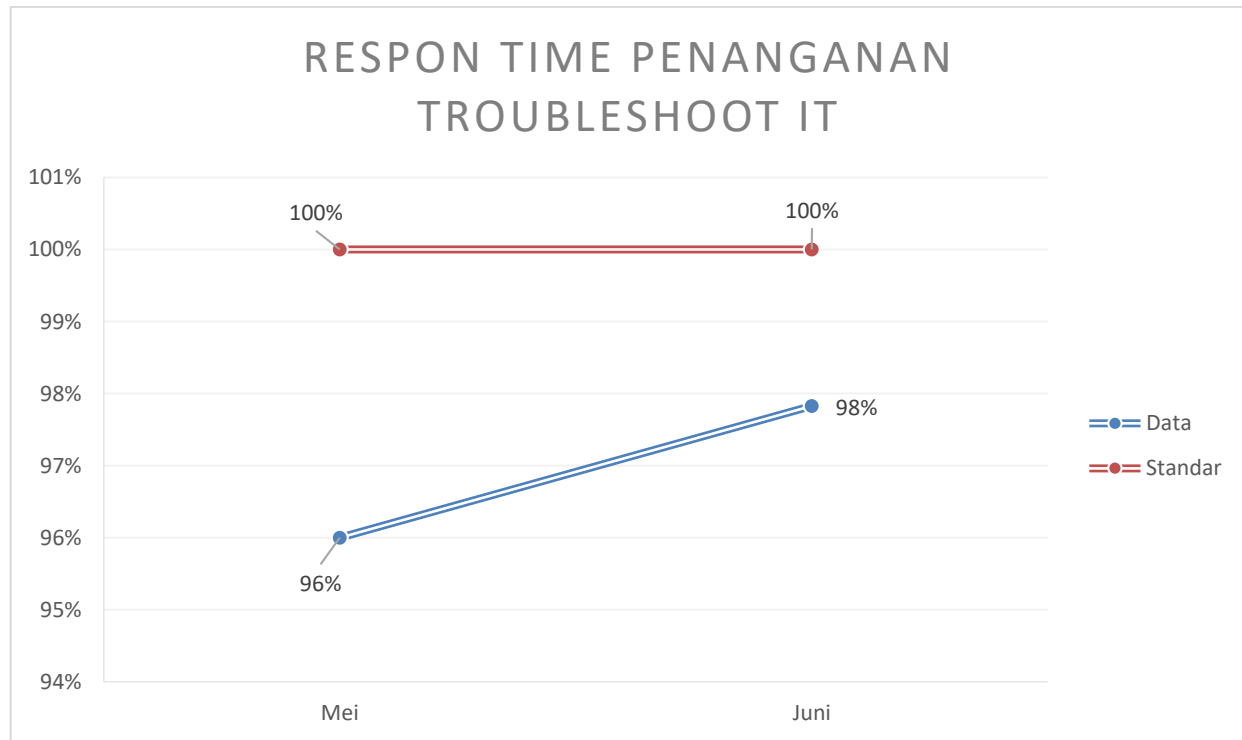
RESPONTIME PELAYANAN KASIR PASIEN ASURANSI RAWAT JALAN

[link spreadsheet mutu pelayanan kasir](#)



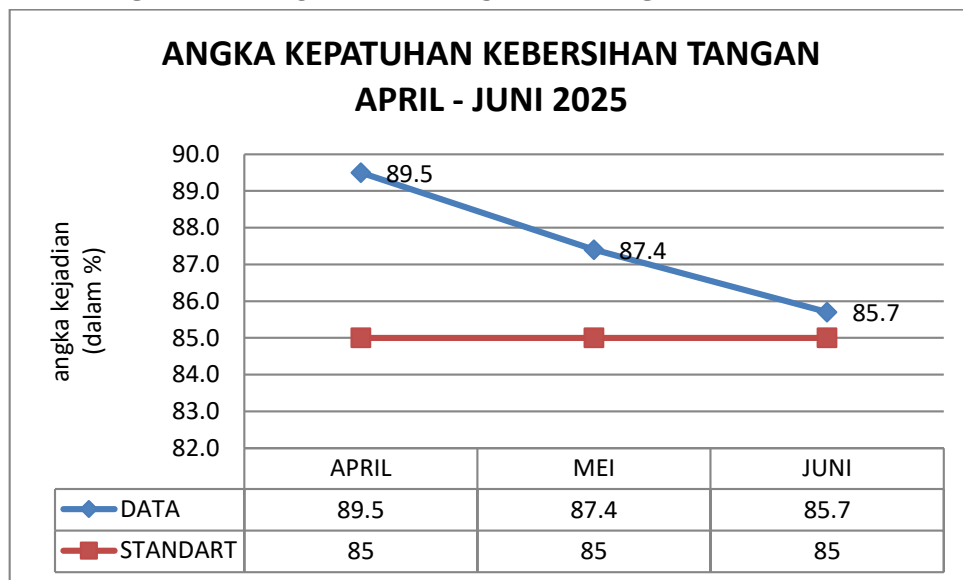
30) IT & Multimedia

RESPON TIME PENANGANAN TROUBLESHOOT IT



31) PPI

ANGKA KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN

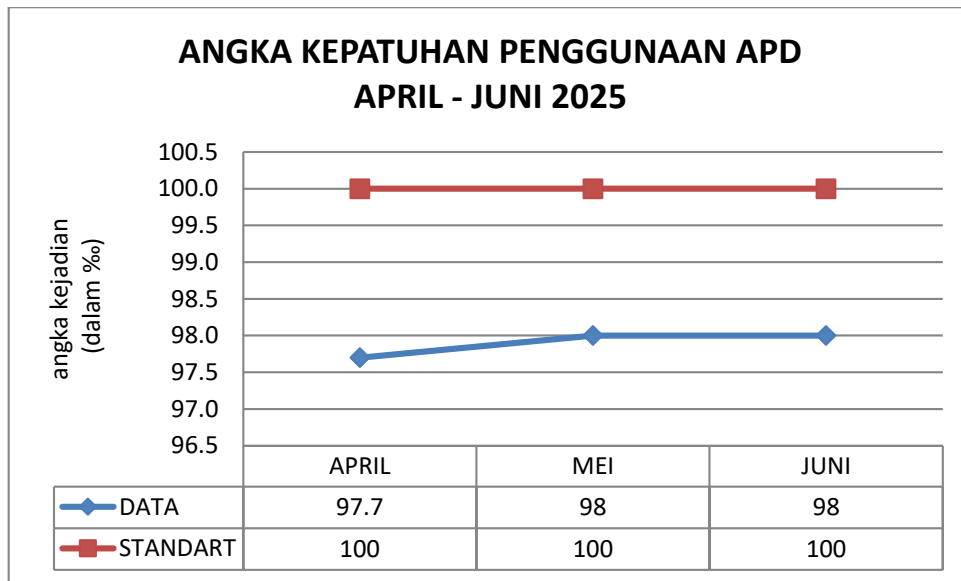


Grafik 1. Angka Kepatuhan Kebersihan Tangan
Periode April – Juni 2025

Analisa:

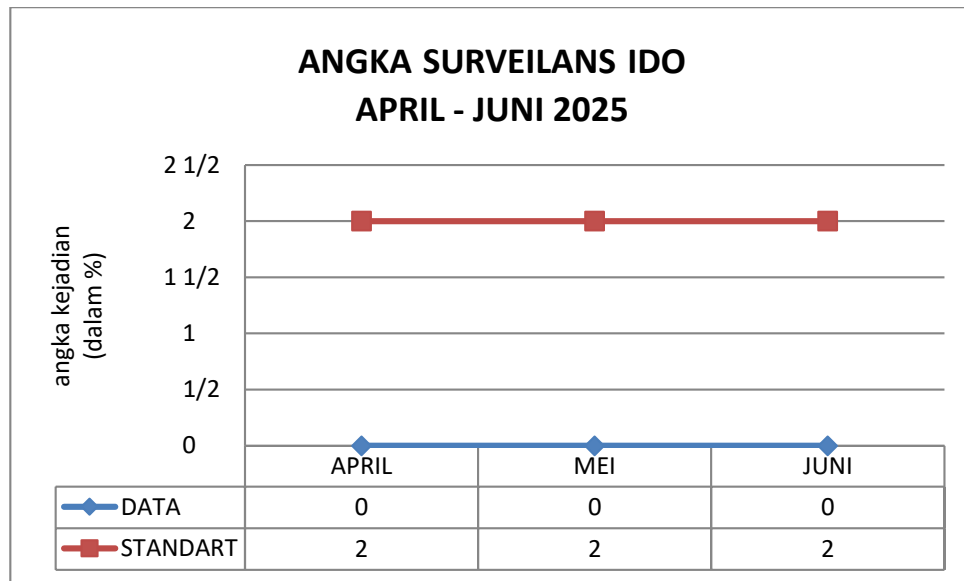
Berdasarkan grafik di atas menunjukkan bahwa kepatuhan kebersihan tangan periode April – Juni 2025 didapatkan semakin menurun pada bulan april 89,5%, bulan mei 87,4% dan bulan juni 85,7% tapi masih memenuhi standart dari komite PPI RS 85%, kemungkinan para pegawai kurang kesadaran pentingnya kepatuhan kebersihan tangan dan perlu mererefresh kembali

ANGKA KEPATUHAN PENGGUNAAN APD



Grafik 2. Angka Kepatuhan Penggunaan APD
Periode April – Juni 2025

INSIDEN RATE INFEKSI DAERAH OPERASI (IDO)



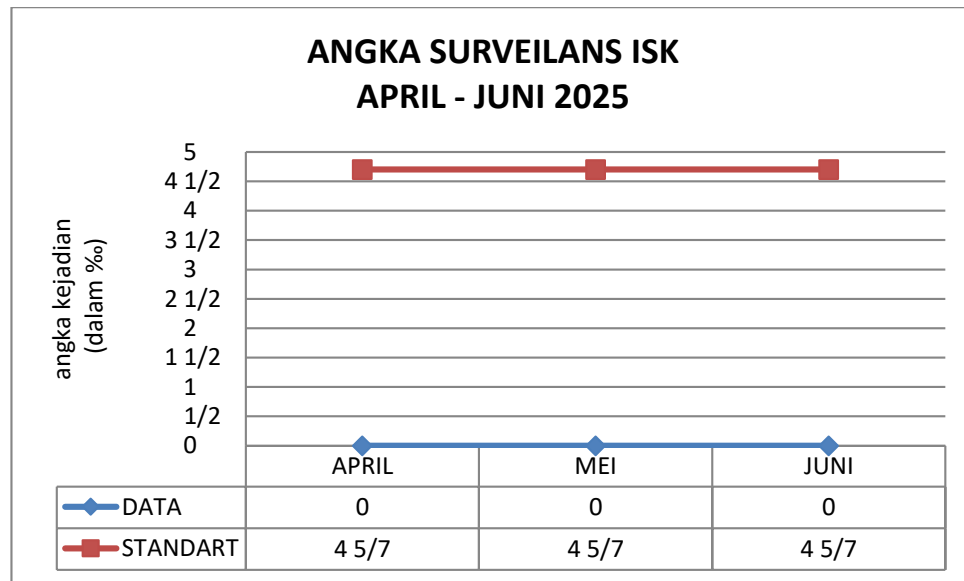
Grafik 3. Insiden Rate Infeksi Daerah Operasi (IDO)

April – Juni 2025

Analisa:

Grafik di atas menunjukkan bahwa tidak ada kejadian IDO April – Juni 2025 pada bulan april 0 kejadian, bulan mei 0 kejadian dan bulan juni juga 0 kejadian dan masih memenuhi standard Kemenkes yaitu $\leq 2\%$.

INSIDEN RATE INFEKSI SALURAN KEMIH (ISK)



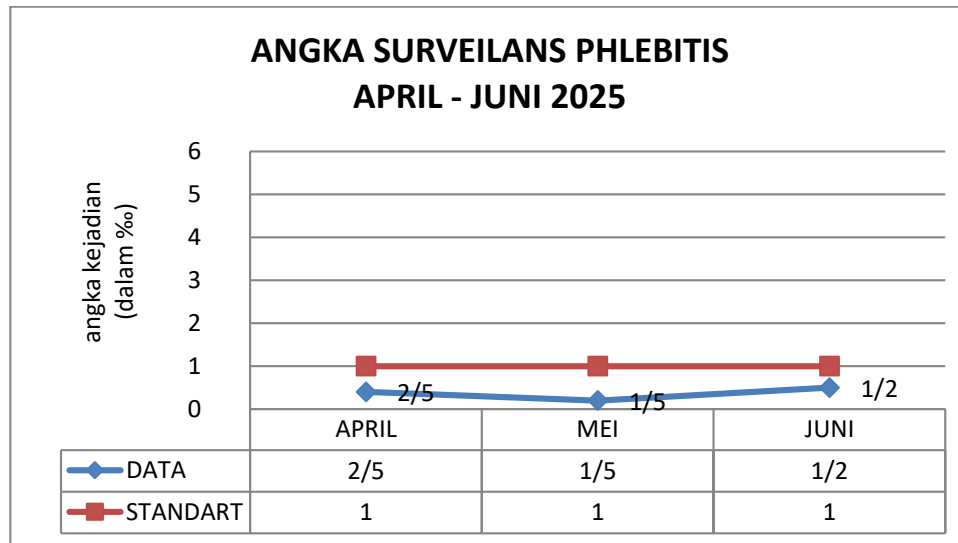
Grafik 4. Insiden Rate Infeksi Saluran Kemih (ISK)

April – Juni 2025

Analisa:

Grafik di atas menunjukkan bahwa tidak ada kejadian ISK April – Juni 2025 pada bulan april 0 kejadian, bulan mei 0 kejadian dan bulan juni juga 0 kejadian dan masih memenuhi standard Kemenkes yaitu <4,7%.

INSIDEN RATE PHLEBITIS



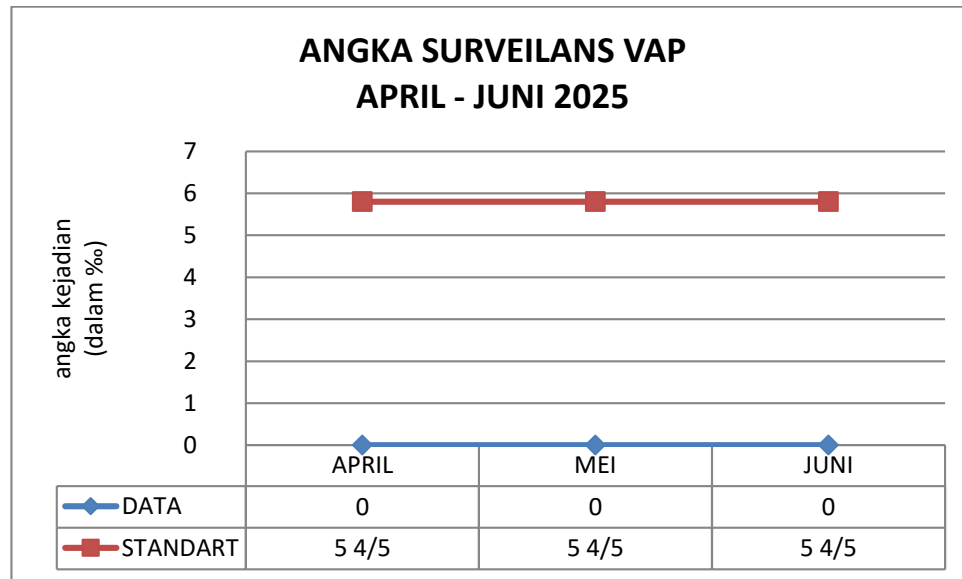
Grafik 5. Insiden Rate Infeksi Phlebitis

April – Juni 2025

Analisa:

Pemantauan Insiden Rate Phlebitis, pada bulan April 2025 terdapat 2 kasus phlebitis, pada bulan mei 2025 terdapat 1 kasus phlebitis dan pada bulan juni 2025 terdapat 2 kasus phlebitis. Untuk Insiden Rate phlebitis masih memenuhi standard Kemenkes yaitu $\leq 1\%$

ANGKA SURVEILANS VAP



Grafik 6. Angka Surveilans VAP

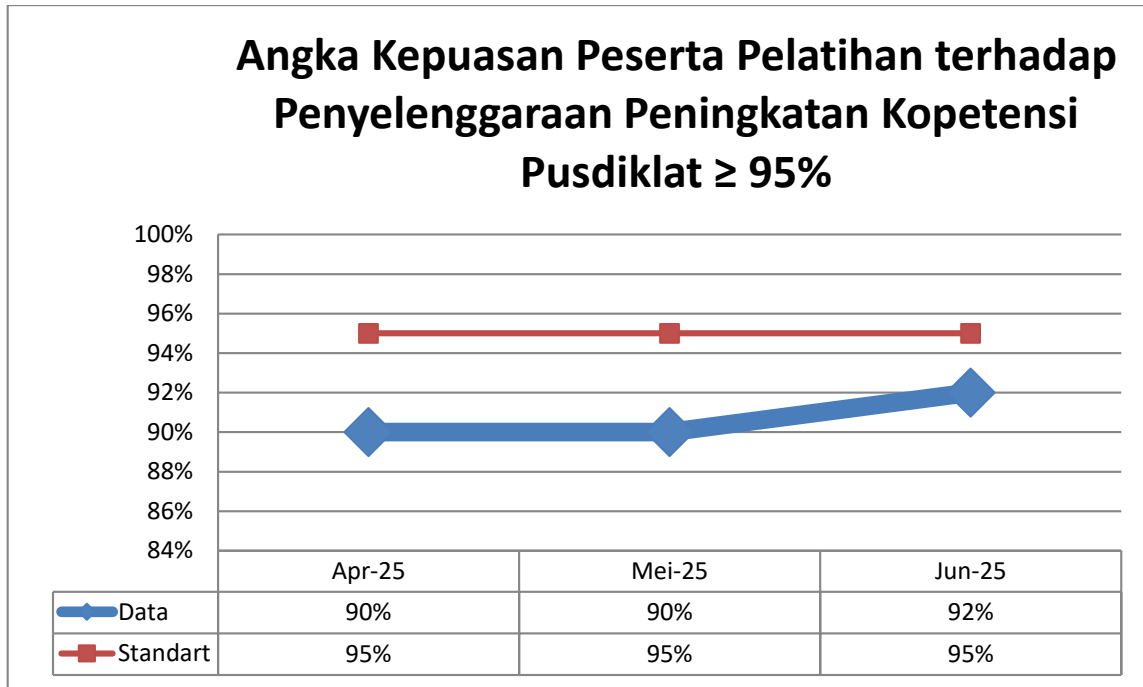
April – Juni 2025

Analisa:

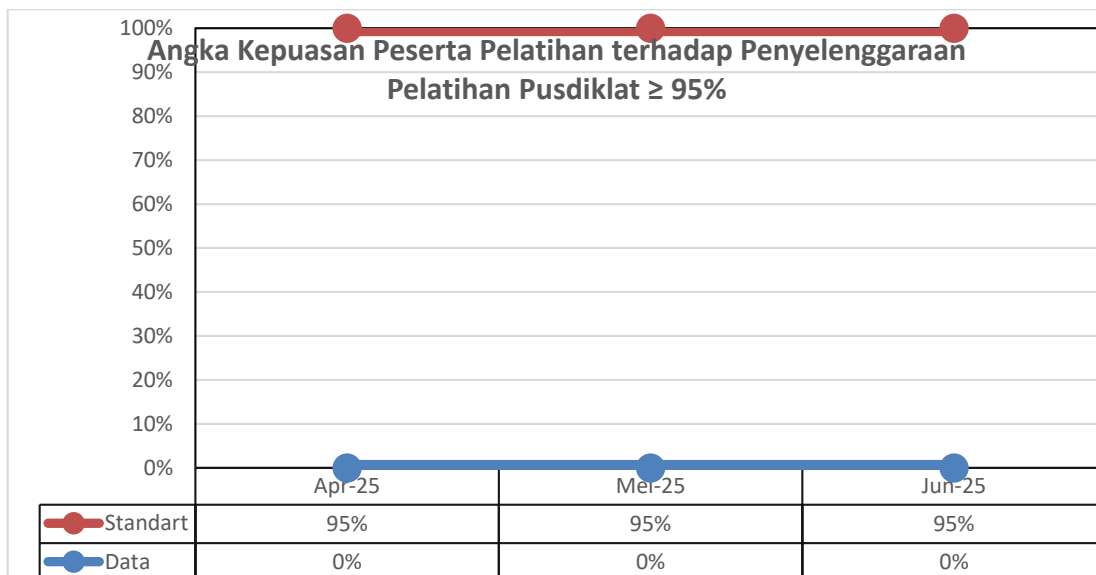
Grafik di atas menunjukkan bahwa angka surveilans VAP April – Juni 2025 adalah 0, pada bulan april 0 kejadian, mei 0 kejadian dan bulan juni juga 0 kejadian masih memenuhi standard Kemenkes yaitu $\leq 5,8‰$

32) Pusdiklat

ANGKA KEPUASAN PESERTA PELATIHAN TERHADAP
PENYELENGGARAAN PENINGKATAN KOPETENSI PUSDIKLAT $\geq 95\%$



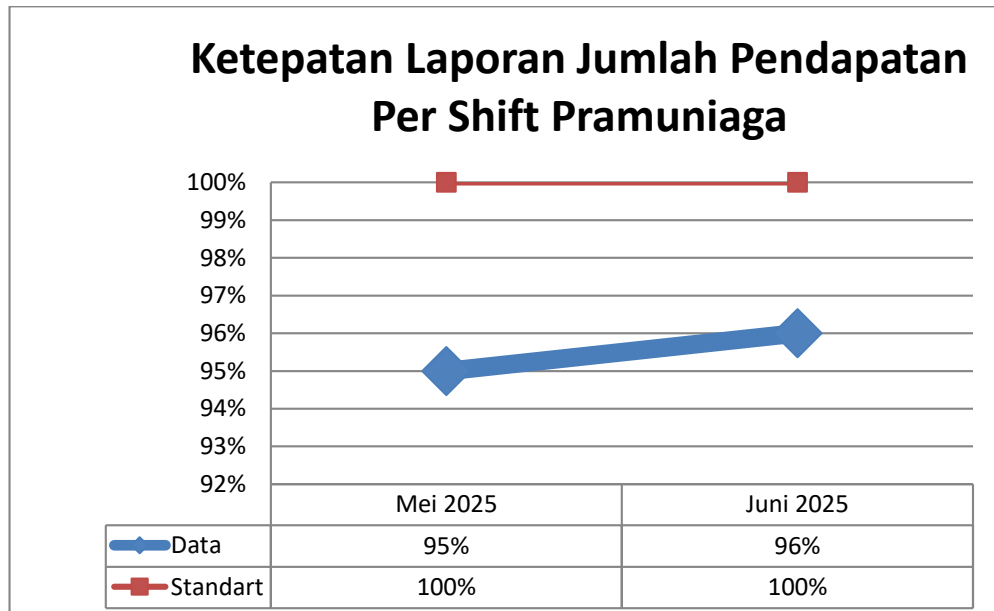
ANGKA KEPUASAN PESERTA PELATIHAN TERHADAP PENYELENGGARAAN
PELATIHAN PUSDIKLAT $\geq 95\%$



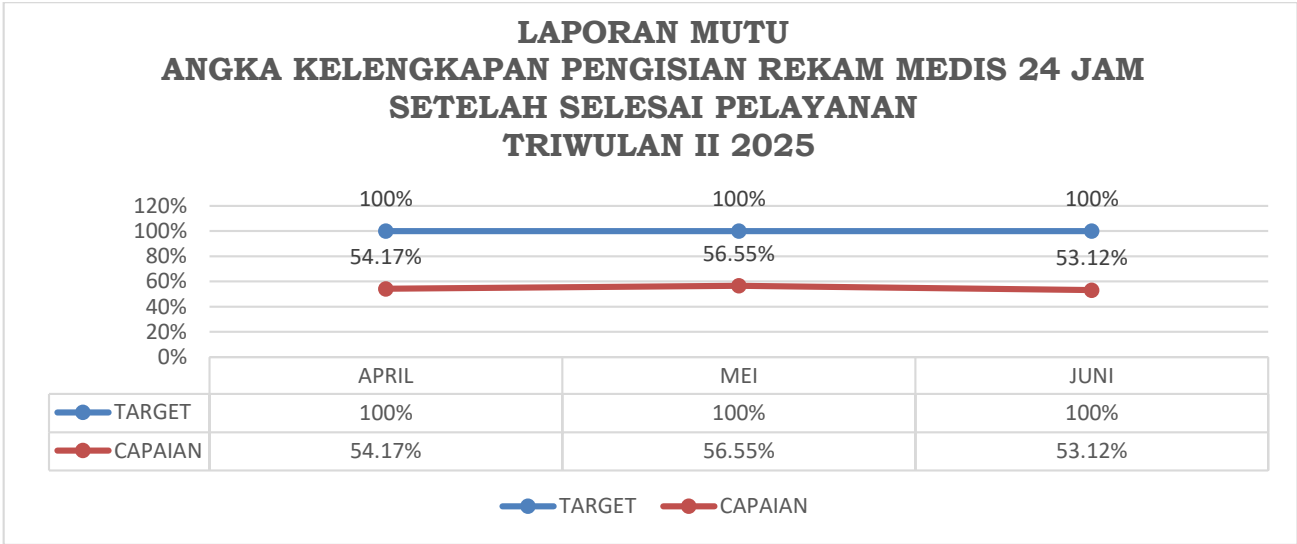
Analisa: Hasil pencapaian angka kepuasan peserta pelatihan terhadap penyelenggara pelatihan PUSDIKLAT adalah 0. Karena belum ada pelatihan yang di selenggarakan oleh Pusdiklat Rs Bhina Bhakti Husada di bulan Juni 2025

Rekomendasi: Menyelenggarakan Pelatihan di Pusdiklat Rs Bhina Bhakti Husada.

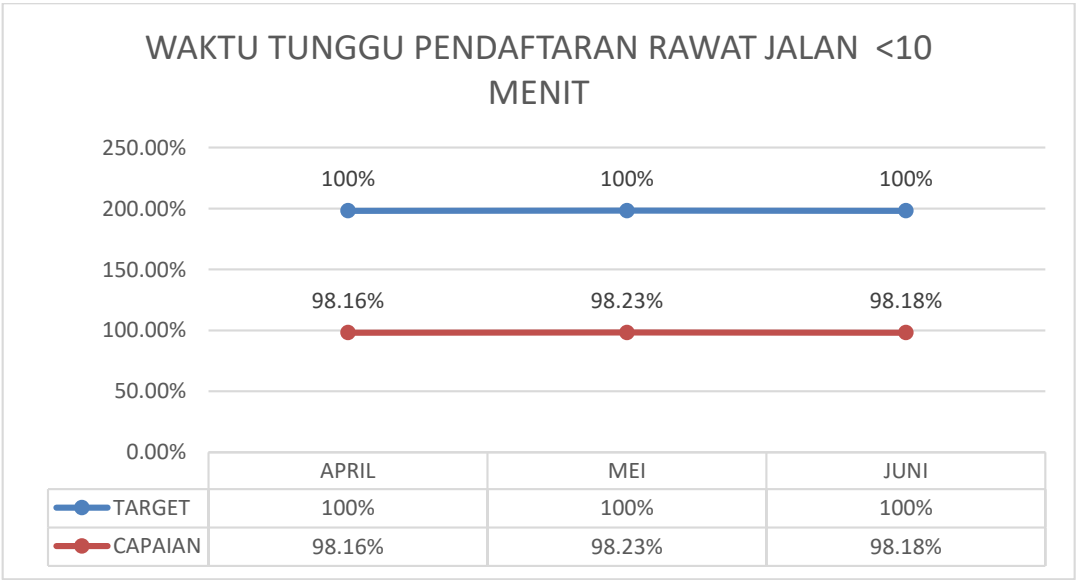
33) Bisnis



3. MUTU PRIORITAS RS PENDAFTARAN (REKAM MEDIS)
1) REKAM MEDIS

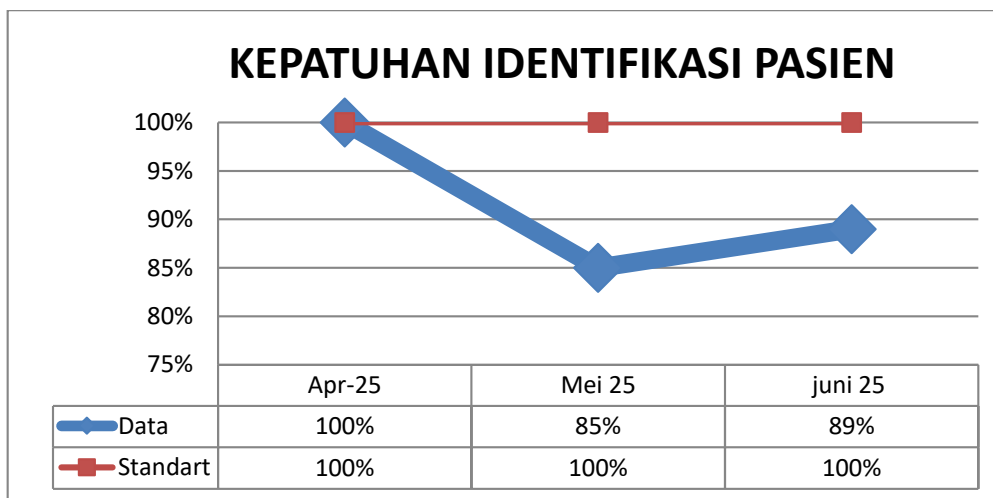


2. Waktu tunggu pendaftaran kurang dari 10 menit

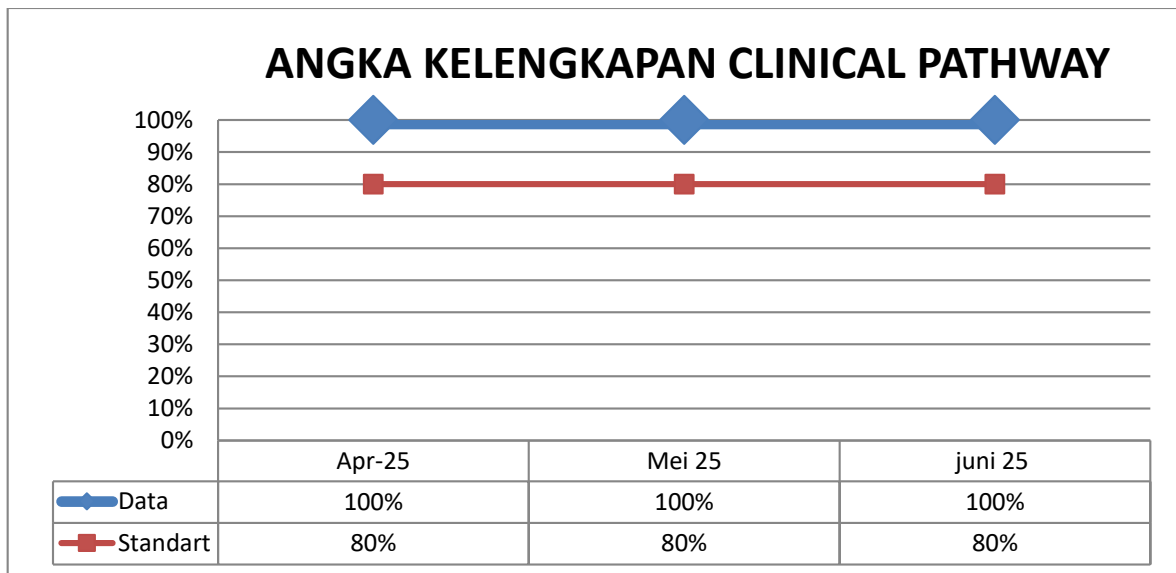


2) NICU

1. ANGKA KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN



2. ANGKA KEPATUHAN TERHADAP CLINICAL PATHWAY



Analisa : Hasil pencapaian kepatuhan terhadap clinical pathway Asfiksia Neonatorum bulan April 100%, Mei 100% dan Juni 100% Dengan demikian kepatuhan terhadap clinical pathway Asfiksia Neonatorum sudah baik dan memenuhi standar yang ditentukan.

Rekomendasi : Tetap lakukan monitoring dan evaluasi secara terus menerus

3. ANGKA KELENGKAPAN PENGISIAN FLOWSHEET

