

Sheet1

| No | Aksi     | Kode RS | Nama RS      | Alamat                           |
|----|----------|---------|--------------|----------------------------------|
| 1  | Terkirim | 3572021 | RS Katolik I | Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar |
| 2  | Terkirim | 3572021 | RS Katolik I | Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar |
| 3  | Terkirim | 3572021 | RS Katolik I | Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar |
| 4  | Terkirim | 3572021 | RS Katolik I | Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar |
| 5  | Terkirim | 3572021 | RS Katolik I | Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar |
| 6  | Terkirim | 3572021 | RS Katolik I | Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar |
| 7  | Terkirim | 3572021 | RS Katolik I | Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar |
| 8  | Terkirim | 3572021 | RS Katolik I | Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar |
| 9  | Terkirim | 3572021 | RS Katolik I | Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar |
| 10 | Terkirim | 3572021 | RS Katolik I | Jl. Jend. A. Yani 18 Kota Blitar |

Sheet1

| Kab / Kota  | Provinsi   | Kelas | Jenis | Penyelenggara     |
|-------------|------------|-------|-------|-------------------|
| Kota Blitar | JAWA TIMUR | C     | RSU   | Organisasi Sosial |
| Kota Blitar | JAWA TIMUR | C     | RSU   | Organisasi Sosial |
| Kota Blitar | JAWA TIMUR | C     | RSU   | Organisasi Sosial |
| Kota Blitar | JAWA TIMUR | C     | RSU   | Organisasi Sosial |
| Kota Blitar | JAWA TIMUR | C     | RSU   | Organisasi Sosial |
| Kota Blitar | JAWA TIMUR | C     | RSU   | Organisasi Sosial |
| Kota Blitar | JAWA TIMUR | C     | RSU   | Organisasi Sosial |
| Kota Blitar | JAWA TIMUR | C     | RSU   | Organisasi Sosial |
| Kota Blitar | JAWA TIMUR | C     | RSU   | Organisasi Sosial |
| Kota Blitar | JAWA TIMUR | C     | RSU   | Organisasi Sosial |

Sheet1

| Telepon     | Bulan     | Tahun | Kepatuhan Kebersihan Tangan ( $\geq 85\%$ ) |       |         |               |
|-------------|-----------|-------|---------------------------------------------|-------|---------|---------------|
|             |           |       | Num                                         | Denum | Capaian | Analisa       |
| 0342-801066 | Januari   | 2022  | 100                                         | 201   | 49.75   | Capaian mu    |
| 0342-801066 | Februari  | 2022  | 101                                         | 200   | 50.5    | Pencapaian    |
| 0342-801066 | Maret     | 2022  | 102                                         | 201   | 50.75   | Capaian mu    |
| 0342-801066 | April     | 2022  | 105                                         | 200   | 52.5    | Capaian mu    |
| 0342-801066 | Mei       | 2022  | 109                                         | 200   | 54.5    | Capaian mu    |
| 0342-801066 | Juni      | 2022  | 112                                         | 200   | 56      | Capaian mu    |
| 0342-801066 | Juli      | 2022  | 116                                         | 200   | 58      | Hasil audit k |
| 0342-801066 | Agustus   | 2022  | 120                                         | 200   | 60      | Moment me     |
| 0342-801066 | September | 2022  | 125                                         | 200   | 62.5    | Hasil audit k |
| 0342-801066 | Oktober   | 2022  | 126                                         | 200   | 63      | Hasil audit k |

| No)                                                                    | Kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (100%) | Rencana Tindak Lanjut | Kepatuhan ider |       |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|----------------|-------|
|                                                                        |                                                 |                       | Num            | Denum |
| itu kepatuhan kebersihan tangan dibawah standa sosialisasi dan penyega |                                                 |                       | 158            | 170   |
| angka kapatuhan kebersihan tangan masih sang                           | Melakukan edukasi kebe                          |                       | 160            | 170   |
| itu kepatuhan kebersihan tangan adalah 50.75%,                         | Melakukan edukasi kebe                          |                       | 161            | 170   |
| itu kepatuhan kebersihan tangan 52.5%, ada ken                         | Melakukan edukasi kebe                          |                       | 162            | 170   |
| itu kepatuhan kebersihan tangan masih rendah y;                        | Melakukan edukasi kebe                          |                       | 163            | 170   |
| itu kepatuhan kebersihan tangan 56% termasuk k                         | Memaksimalkan peran l                           |                       | 163            | 170   |
| cepatuhan dalam melakukan cuci tangan padahal                          | Melakukan edukasi kebe                          |                       | 163            | 170   |
| lakukan kebersihan tangan paling rendah pada p                         | Memaksimalkan peran l                           |                       | 166            | 170   |
| cepatuhan dalam melakukan cuci tangan padahal                          | Melakukan edukasi kebe                          |                       | 167            | 170   |
| cepatuhan dalam melakukan cuci tangan padahal                          | Melakukan edukasi kebe                          |                       | 167            | 170   |

ifikasi pasien (100%)

Waktu tanggap seksio sesarea emergensi (>80%

Capaian Analisa

Rencana Ti

- 93 Capaian mutu kepatuhan penggunaan APD baik, diatas stan Tingkatkan l
- 94 Kepatuhan penggunaan APD angka capaiannya baik Melakukan i
- 95 Kepatuhan penggunaan APD pada petugas termasuk kepatu melakukan e
- 95 Kepatuhan penggunaan APD pada petugas termasuk kepatu Melakukan e
- 96 Capaian mutu kepatuhan penggunaan APD pada petugas ter Melakukan i
- 96 Capaian mutu kepatuhan penggunaan APD pada petugas 95 Melakukan p
- 96 Kepatuhan penggunaan APD pada petugas dari 170 petugas Melakukan p
- 98 Kepatuhan penggunaan APD pada petugas termasuk kepatu Melakukan s
- 98 Kepatuhan penggunaan APD pada petugas dari 170 petugas Melakukan i
- 98 Kepatuhan penggunaan APD pada petugas dari 170 petugas Melakukan i

| 6)            | Waktu tunggu rawat jalan ( $\geq 80\%$ ) |       |         | Penundaan operasi elek                           |
|---------------|------------------------------------------|-------|---------|--------------------------------------------------|
| tidak Lanjut  | Num                                      | Denum | Capaian | Analisa                                          |
| lagi capaian  | 196                                      | 196   | 100     | Capaian mutu RS Katolik Budi Rahayu sudah me     |
| monitoring p  | 196                                      | 196   | 100     | Capaian mutu kepatuhan identifikasi pasien baik, |
| edukasi pent  | 196                                      | 196   | 100     | Kepatuhan identifikasi pasien adalah baik        |
| edukasi pent  | 196                                      | 196   | 100     | Capaian mutu kepatuhan identifikasi pasien baik, |
| monitoring p  | 196                                      | 196   | 100     | Capaian mutu kepatuhan identifikasi pasien adal  |
| pengecekan    | 196                                      | 196   | 100     | Capaian mutu kepatuhan identifikasi pasien 100%  |
| pengecekan    | 196                                      | 196   | 100     | Capaian mutu kepatuhan identifikasi pasien adal  |
| supervisi dar | 196                                      | 196   | 100     | Dalam melakukan tindakan dilakukan identifikasi  |
| monitoring p  | 196                                      | 196   | 100     | Capaian mutu kepatuhan identifikasi pasien adal  |
| monitoring p  | 196                                      | 196   | 100     | Capaian mutu kepatuhan identifikasi pasien adal  |

Sheet1

atif (<5%)

Kepatuhan waktu visite dokter (>=80%)

| Rencana Tindak Lanjut                   | Num | Denum | Capaian | Analisa                |
|-----------------------------------------|-----|-------|---------|------------------------|
| Memenuhi standar Melakukan upaya menin  | 0   | 1     | 0       | Capaian mutu waktu tan |
| , sesuai dengan Mempertahankan penca    | 0   | 1     | 0       | Pencapaian mutu waktu  |
| Pertahankan capaian ya                  | 0   | 0     | 0       | Tidak ada kejadian     |
| , sesuai standar Pertahankan capaian ya | 0   | 2     | 0       | Capaian mutu waktu tan |
| ah baik Pertahankan capaian ya          | 0   | 0     | 0       | Tidak ada kejadian     |
| %, hasilnya ε Pertahankan dan tetap c   | 0   | 0     | 0       | Tidak ada kejadian     |
| ah 100% arti Pertahankan capaian ya     | 1   | 2     | 50      | Capaian mutu waktu tan |
| pasien sesuai Melakukan supervisi dar   | 0   | 0     | 0       | Tidak ada kejadian     |
| ah 100% arti Pertahankan capaian ya     | 1   | 3     | 33.33   | Capaian mutu waktu tan |
| ah 100% arti Pertahankan capaian ya     | 0   | 0     | 0       | Tidak ada kejadian     |

Sheet1

Pelaporan hasil kritis laboratorium (100%)

Kepatuhan penggunaan F

|                                    | Rencana Tindak Lanjut   | Num | Denum | Capaian |
|------------------------------------|-------------------------|-----|-------|---------|
| ggap operasi seksio sesarea emerge | Melakukan upaya pening  | 408 | 446   | 91.48   |
| tanggap operasi seksio sesarea em  | Berkoordinasi dengan di | 506 | 526   | 96.2    |
|                                    |                         | 491 | 511   | 96.09   |
| ggap operasi seksio sesarea emerge | Berkoordinasi dengan di | 396 | 413   | 95.88   |
|                                    | Tidak ada kejadian      | 409 | 420   | 97.38   |
|                                    | Tidak ada kejadian      | 352 | 356   | 98.88   |
| ggap operasi SC emergensi adalah t | Melakukan koordinasi di | 440 | 451   | 97.56   |
|                                    | Tidak ada kejadian      | 510 | 531   | 96.05   |
| ggap operasi seksio sesarea emerge | Melakukan upaya pening  | 530 | 544   | 97.43   |
|                                    | Tidak ada kejadian      | 426 | 430   | 99.07   |

ormularium Nasional/For Kepatuhan terhadap clinical pathway ( $\geq 80\%$ )

Analisa

Rencana Tindak Lanjut

Pencapaian mutu waktu tunggu rawat jalan sudah memenuhi Pasien yang berobat rawat

Capaian mutu waktu tunggu rawat jalan adalah baik                      Pertahankan dan tingkatkan

Capaian mutu waktu tunggu rawat jalan 96.09% dari standar Pertahankan dan tingkatkan

Capaian mutu waktu tunggu rawat jalan 95.88% dari standar Pertahankan dan tingkatkan

Capaian mutu waktu tunggu rawat jalan adalah baik yaitu 97. Pertahankan capaian ini

Capaian waktu tunggu rawat jalan kurang dari 60 menit 98.8% Pertahankan dan tingkatkan

Capaian mutu waktu tunggu rawat jalan adalah 97.56% artinya Pertahankan dan tingkatkan

Pasien yang berobat rawat jalan di poliklinik akan mendapatkan Melakukan supervisi dan

Pencapaian mutu waktu tunggu rawat jalan sudah memenuhi Pasien yang berobat rawat

Pencapaian mutu waktu tunggu rawat jalan sudah memenuhi Pasien yang berobat rawat

Kepatuhan upaya pencega

| Num | Denum | Capaian  |
|-----|-------|----------|
| 1   | 12    | 01-08-33 |
| 1   | 14    | 01-07-14 |
| 2   | 12    | 16.67    |
| 2   | 19    | 01-10-53 |
| 0   | 14    | 0        |
| 0   | 11    | 0        |
| 1   | 13    | 01-07-69 |
| 0   | 18    | 0        |
| 0   | 18    | 0        |
| 0   | 18    | 0        |

han risiko pasien jatuh (100%)

#### Analisa

Pasien yang telah terjadwal untuk operasi akan dilakukan tindakan sesuai dengan jadwalnya

Terjadi penundaan operasi elektif 7.14 %, angka capaiannya tidak sesuai standar

Capaian mutu penundaan operasi elektif 16.67% jauh dari standar yang ditetapkan

Capaian penundaan operasi elektif 10.53% dari standar yang ditetapkan yaitu  $\pm 5\%$

Capaian mutu penundaan operasi elektif baik, yaitu 0% artinya tidak ada penundaan operasi

Angka capaian penundaan operasi elektif 0% artinya pasien dilakukan operasi sesuai jadwal

Capaian mutu penundaan operasi elektif adalah 7.69% artinya capaian yang kurang baik karena

Pasien dilakukan tindakan operasi sesuai dengan jadwal yang sudah ditetapkan

Pasien yang telah terjadwal untuk operasi akan dilakukan tindakan sesuai dengan jadwalnya

Pasien yang telah terjadwal untuk operasi akan dilakukan tindakan sesuai dengan jadwalnya

#### Rencana Tindak Lanjut

Melakukan upaya peningkatan penundaan operasi elektif berkoordinasi dengan dokter dan

Berkoordinasi dengan dokter dan tim operasi

Berkoordinasi dengan dokter dan tim operasi

Berkoordinasi dengan dokter dan tim operasi

Pertahankan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan dan tetap dilakukan monitoring

Berkoordinasi dengan TIM OK, DPJP

Melakukan supervisi dan monitoring rutin, berkoordinasi dengan kepala ruang untuk mengi

Melakukan upaya peningkatan penundaan operasi elektif berkoordinasi dengan dokter dan

Melakukan upaya peningkatan penundaan operasi elektif berkoordinasi dengan dokter dan

Kecepatan waktu tanggap

| Num | Denum | Capaian |
|-----|-------|---------|
| 187 | 319   | 58.62   |
| 147 | 251   | 58.57   |
| 199 | 357   | 55.74   |
| 211 | 321   | 65.73   |
| 138 | 254   | 54.33   |
| 177 | 318   | 55.66   |
| 158 | 322   | 49.07   |
| 228 | 368   | 61.96   |
| 235 | 428   | 54.91   |
| 175 | 304   | 57.57   |

terhadap Komplain ( $\geq 80\%$ )

#### Analisa

Semua pasien yang dirawat inap di RS Katolik Budi Rahayu setiap hari di visite dan dilakuk

Capaian mutu kepatuhan waktu visite dokter tidak sesuai dengan standar

Capaian angka kepatuhan waktu visite dokter 55.74% tidak sesuai dengan standar yang di

Capaian mutu kepatuhan waktu visite dokter 65.73%, ada kenaikan kepatuhan sebesar 9.9

Capaian mutu kepatuhan waktu visite dokter masih rendah yaitu 54.33% dari standar yang

Capaian mutu kepatuhan waktu visite dokter 55.66% masih di bawah standar yang ditetapkan

Capaian mutu kepatuhan waktu visite dokter adalah 49.07 % artinya kepatuhan yang kurang

capaian mutu kepatuhan waktu visie dokter masih belum sesuai standar, semua pasien ya

Capaian mutu kepatuhan waktu visite dokter adalah 54.91 % artinya kepatuhan yang kurang

Capaian mutu kepatuhan waktu visite dokter adalah 57.57% artinya kepatuhan yang kurang

## Rencana Tindak Lanjut

Melakukan upaya peningkatan mutu kepatuhan waktu visite dokter berkoordinasi dengan C

Berkoordinasi dengan DPJP

Berkoordinasi dengan DPJP

Memaksimalkan peran kepala dan wakil kepala ruang dalam berkoordinasi dengan DPJP

Berkoordinasi dengan DPJP, komite medis, kepala ruang untuk meningkatkan kepatuhan v

Melakukan koordinasi dengan komite medik dan DPJP

Melakukan koordinasi dengan komite medik dan DPJP

Berkoordinasi dengan komite medis dan kepala ruang

Berkoordinasi dengan DPJP, komite medis, kepala ruang untuk meningkatkan kepatuhan v

Berkoordinasi dengan DPJP, komite medis, kepala ruang untuk meningkatkan kepatuhan v

Kepuasan pasien(>76.61%

| Num | Denum | Capaian |
|-----|-------|---------|
| 12  | 12    | 100     |
| 7   | 7     | 100     |
| 7   | 7     | 100     |
| 10  | 10    | 100     |
| 26  | 26    | 100     |
| 38  | 38    | 100     |
| 25  | 25    | 100     |
| 19  | 19    | 100     |
| 26  | 26    | 100     |
| 13  | 13    | 100     |

6)

Analisa

Hasil kritis laboratorium segera mungkin dilaporkan ke DPJP

Capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium adalah baik, sesuai dengan standar

Capaian pelaporan hasil kritis laboratorium 100% sesuai dengan standar

Capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium baik

Capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium baik yaitu 100%

Capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium 100%, hasilnya baik

Capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium adalah 100% artinya capaian yang baik, s

Hasil kritis laboratorium sesegera mungkin dilaporkan ke DPJP

Capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium baik yaitu 100%

Capaian mutu pelaporan hasil kritis laboratorium baik yaitu 100%

Rencana Tindak Lanjut

Mempertahankan pencapaian, melakukan tindakan sesuai dengan SPO

Pertahankan capaian yang sudah baik

Pertahankan capaian yang sudah baik

Pertahankan capaian yang sudah baik

Pertahankan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan dan tetap dilakukan monitoring

Pertahankan capaian yang sudah baik, melakukan monitoring secara berkala

Melakukan monitoring secara rutin

Pertahankan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan capaian mutu yang sudah baik

| Num   | Denum | Capaian |
|-------|-------|---------|
| 12277 | 12547 | 97.85   |
| 9363  | 9562  | 97.92   |
| 10067 | 10327 | 97.48   |
| 8945  | 9050  | 98.84   |
| 12074 | 12251 | 98.56   |
| 10582 | 10801 | 97.97   |
| 9971  | 10211 | 97.65   |
| 11555 | 11795 | 97.97   |
| 15813 | 16177 | 97.75   |
| 14873 | 15173 | 98.02   |

## Analisa

Obat-obatan yang digunakan di RS Katolik Budi Rahayu sesuai dengan obat yang terdaftar

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional adalah baik diatas standar mu

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional 97.48%

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional 98.84%, capaian mutu baik

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional baik yaitu 98.56% patuh

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional 97.97% di atas standar yang d

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional adalah 97.65% artinya capaiar

Obat-obatan yang digunakan di rumah sakit sesuai dengan obat yang terdaftar dalam formi

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional baik yaitu 97.75% patuh

Capaian mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional baik yaitu 98.02% patuh

## Rencana Tindak Lanjut

Pertahankan pencapaian yang sudah baik

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu lebih baik lagi

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu lebih baik lagi

Pertahankan dan tingkatkan capaian yang baik

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan dan tingkatkan

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu yang sudah baik.

Melakukan monitoring secara rutin dan berkoordinasi dengan farmasi dan bidang pelayanan

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu yang sudah baik

| Num | Denum | Capaian |
|-----|-------|---------|
| 7   | 12    | 58.33   |
| 12  | 19    | 63.16   |
| 5   | 9     | 55.56   |
| 8   | 12    | 66.67   |
| 7   | 11    | 63.64   |
| 7   | 12    | 58.33   |
| 6   | 11    | 54.55   |
| 9   | 14    | 64.29   |
| 18  | 25    | 72      |
| 12  | 18    | 66.67   |

## Analisa

Kepatuhan terhadap alur klinis (CP ) masih jauh dari standar

Capaian kepatuhan terhadap alur klinis (CP) 63.16% dari standar yang ditetapkan yaitu 80%

Capaian mutu kepatuhan terhadap alur klinis (CP) adalah 55.56% tidak sesuai dengan standar

Capaian mutu kepatuhan terhadap alur klinis (CP) 66.67%, ada peningkatan kepatuhan sel

Capaian mutu kepatuhan terhadap alur klinis (CP) masih rendah yaitu 63.64% dari standar

Capaian mutu kepatuhan terhadap alur klinis (CP) masih rendah, dibawah standar, hasilnya

Kepatuhan terhadap alur klinis (CP) adalah 54.55% artinya capaian kurang bagus dibanding

Clinical Pathway merupakan standar minimal yang harus dipenuhi oleh dokter dalam memk

Capaian mutu kepatuhan terhadap alur klinis (CP) masih rendah, dibawah standar, hasilnya

Capaian mutu kepatuhan terhadap alur klinis (CP) masih rendah, dibawah standar, hasilnya

### Rencana Tindak Lanjut

Melakukan upaya peningkatan mutu kepatuhan terhadap alur klinis (CP) berkoordinasi den

Berkoordinasi dengan komite medis

Berkoordinasi dengan komite medis

Berkoordinasi dengan komite medis, dan memaksimalkan peran kepala dan wakil ruang da

Berkoordinasi dengan dokter dan komite medis untuk meningkatkan kepatuhan terhadap a

Melakukan koordinasi dengan komite medis dan DPJP

Melakukan koordinasi dengan komite medis dan DPJP, melakukan monitoring secara berk

Berkoordinasi dengan komite medis dan kepala ruang

Melakukan koordinasi dengan komite medis dan DPJP

Melakukan koordinasi dengan komite medis dan DPJP

| Num | Denum | Capaian |
|-----|-------|---------|
| 61  | 61    | 100     |
| 50  | 50    | 100     |
| 35  | 35    | 100     |
| 40  | 40    | 100     |
| 59  | 59    | 100     |
| 42  | 42    | 100     |
| 42  | 42    | 100     |
| 46  | 46    | 100     |
| 36  | 36    | 100     |
| 53  | 53    | 100     |

## Analisa

Pencapaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh sesuai dengan standar

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah baik, sesuai dengan

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh baik, sesuai dengan standar

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh baik yaitu 100%

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah 100%

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan pasien jatuh 100%, artinya capaiannya baik

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah 100%, artinya capaian

Pasien dengan risiko tinggi jatuh akan dilakukan asesmen pasien jatuh maupun intervensi

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah 100%, artinya capaian

Capaian mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah 100%, artinya capaian

Rencana Tindak Lanjut

Mempertahankan pencapaian, melakukan tindakan sesuai SPO

Pertahankan capaian yang sudah baik

Pertahankan pencapaian yang sudah baik

Pertahankan capaian yang baik

Melakukan monitoring terhadap kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh, pertahar

Pertahankan dan tetap dilakukan monitoring

Pertahankan capaian yang sudah baik, melakukan monitoring secara berkala

Melakukan monitoring rutin, berkoordinasi dengan kepala ruang

Pertahankan capaian yang sudah baik, melakukan monitoring secara berkala

Pertahankan capaian yang sudah baik, melakukan monitoring secara berkala

| Num | Denum | Capaian |
|-----|-------|---------|
| 0   | 0     | 0       |
| 0   | 0     | 0       |
| 4   | 4     | 100     |
| 1   | 1     | 100     |
| 0   | 0     | 0       |
| 1   | 1     | 100     |
| 2   | 2     | 100     |
| 0   | 0     | 0       |
| 0   | 0     | 0       |
| 1   | 1     | 100     |

## Analisa

Tidak ada kejadian komplain

Tidak ada kejadian komplain pasien

Capaian mutu kecepatan waktu tanggap komplain 100%, penanganan komplain selesai se:

Capaian kecepatan waktu tanggap komplain baik, yaitu 100%. penanganan komplain sele

Tidak ada kejadian

Capaian mutu kecepatan waktu tanggap komplain 100%, penanganan tepat waktu sesuai c

Capaian mutu kecepatan waktu tanggap komplain adalah 100%, artinya capaian yang baik

Tidak ada kejadian

Tidak ada kejadian

Capaian mutu kecepatan waktu tanggap komplain adalah 100%, artinya capaian yang baik

Rencana Tindak Lanjut

Tidak ada kejadian komplain

Tidak ada kejadian komplain pasien

Pertahankan pencapaian yang sudah baik

Pertahankan capaian yang baik

Tidak ada kejadian

Pertahankan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan capaian yang sudah baik, melakukan monitoring secara berkala

Tidak ada kejadian

Tidak ada kejadian

Pertahankan capaian yang sudah baik, melakukan monitoring secara berkala

Capaian

91.1

96.5

92.58

91.63

95.3

94.2

0

0

0

0

## Analisa

RS Katolik Budi Rahayu selalu berusaha memberikan pelayanan yang terbaik demi membe

Capaian mutu kepuasan pasien adalah 96.5% ada kenaikan 5.4% dari bulan sebelumnya.

Capaian mutu kepuasan pasien 92.58%, diatas standar yang ditetapkan

Capaian mutu kepuasan pasien 91.63%, ada penurunan kepuasan sebesar 0.95% dari bul

Capaian mutu kepuasan pasien adalah baik 95.3% dari standar yang ditetapkan â%¥76.61

Capaian mutu kepuasan pasien 94.20% termasuk baik

### Rencana Tindak Lanjut

Pertahankan dan tingkatkan pencapaian yang sudah baik

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu lebih baik lagi

Pertahankan dan tingkatkan pencapaian lebih baik lagi

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan dan tingkatkan capaian mutu yang sudah baik

Pertahankan dan tingkatkan hasil capaian yang sudah baik

