



HASIL CAPAIAN INDIKATOR NASIONAL MUTU RS MATA CICENDO TAHUN 2025



PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO

Jalan Cicendo No. 4 Bandung - 40117, Telepon (022)-4231280/81 Faksimile (022)-4201962

Website : rsmatacicendo.go.id



LAPORAN GRAFIK PENILAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Nama Indikator : Kepatuhan kebersihan tangan

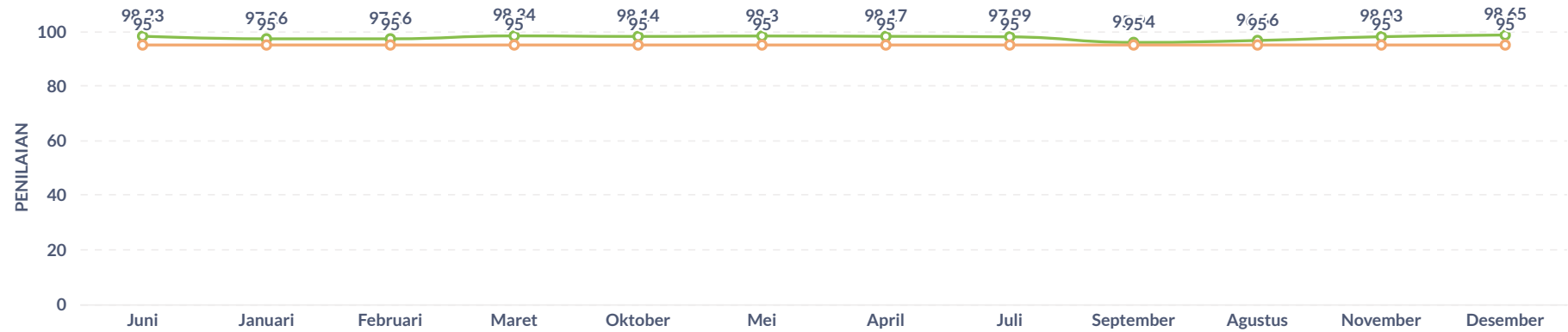
Definis Indikator : 1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcoholbased handrubs) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. 2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. 3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. 1). Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari: Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. 2). Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. 3). Sebelum melakukan prosedur aseptik yaitu kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, seperti: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain. 4). Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. 5). Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien yaitu melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, seperti: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alatalat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien. 6. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan. 7. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan 8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. 9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan. 10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan. 11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit). 12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi. 13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.

Penilaian Mutu - Bulan

[Export as PDF](#)

Penilaian Mutu Per Bulan

● PENILAIAN ● target



Powered by Metabase

No.	Periode	Nilai Numerator	Nilai Denominator	Penilaian	Analisa Unit	Rekomendasi
1	JANUARI -> 2025-01-01 s/d 2025-01-31	1138	1170	97.26495726495726	Perlu tindakan pengawasan berkala	Hasil capaian dipertahankan
2	FEBRUARI -> 2025-02-01 s/d 2025-02-28	1138	1170	97.26495726495726	lanjutkan monitroing kepatuhan HH	Hasil capaian dipertahankan
3	MARET -> 2025-03-01 s/d 2025-03-31	1182	1202	98.33610648918469	Pertahankan	Hasil capaian dipertahankan
4	APRIL -> 2025-04-01 s/d 2025-04-30	805	820	98.17073170731707	Kepatuhan kebersihan tangan sudah diatas target yang ditetapkan. namun masih sangat mungkin untuk terjadi kegagalan dalam melakukan kebersihan tangan yang sesuai. Perlu diperhatikan ketersediaan sarana pendukung Kebersihan tangan, audit rutin	Hasil capaian dipertahankan

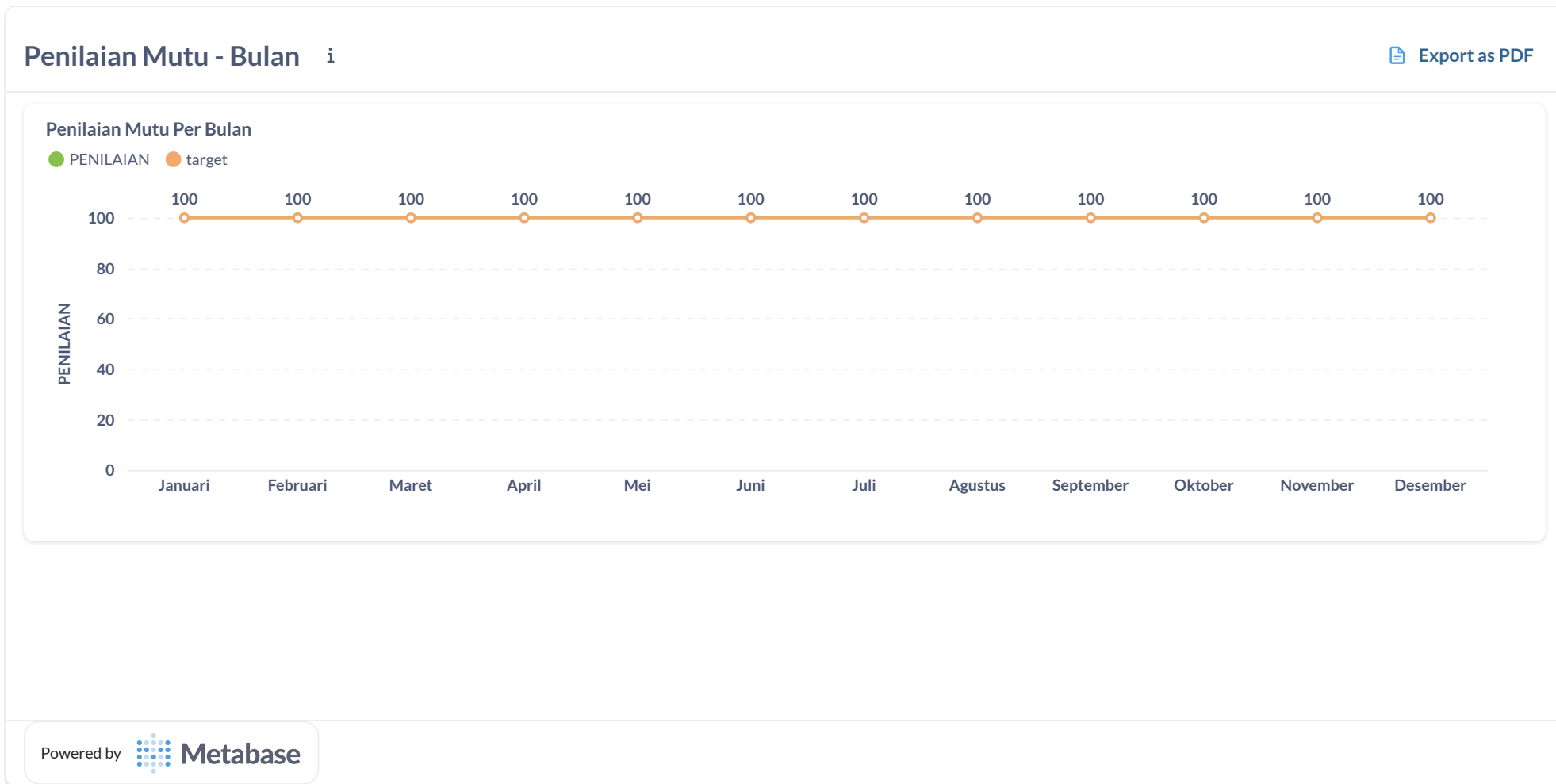
dan refreshing ttg kebersihan tangan

5	MEI -> 2025-05-01 s/d 2025-05-31	692	704	98.29545454545455	Capaian sudah diatas target; lanjutkan audit dan pastikan kesediaan fasiliat kebersihan tangan	Hasil capaian dipertahankan
6	JUNI -> 2025-06-01 s/d 2025-06-30	943	960	98.22916666666667	Kepatuhan cuci tangan sudah baik dan melampaui target. Tetap lanjutkan edukasi dan monitoring rutin, serta pastikan fasilitas penunjang selalu tersedia.	Hasil capaian dipertahankan
7	JULI -> 2025-07-01 s/d 2025-07-31	877	895	97.98882681564245	Sudah mencapai target. Tetap lakukan monitoring berkala, pastika ketersediaan sarana pendukung.	Hasil capaian dipertahankan
8	AGUSTUS -> 2025-08-01 s/d 2025-08-31	1070	1107	96.6576332429991	Tercapai	Hasil capaian dipertahankan
9	SEPTEMBER -> 2025-09-01 s/d 2025-09-30	1063	1108	95.93862815884476	Capaian telah mencapai target yang ditetapkan Pertahankan ketersediaan sarana & prasarana pendukung, Lakukan monitoring dan edukasi berkala	Hasil capaian dipertahankan
10	OKTOBER -> 2025-10-01 s/d 2025-10-31	895	912	98.1359649122807	Pertahankan. Pastikan ketersediaan sarana penunjang	Hasil capaian dipertahankan
11	NOVEMBER -> 2025-11-01 s/d 2025-11-30	1147	1170	98.03418803418803	Tercapai. Pertahankan capaian, lakukan audit berkala, berikan edukasi berkala dan pastikan ketersediaan sarana pendukung	Hasil capaian dipertahankan
12	DESEMBER -> 2025-12-01 s/d 2025-12-31	1021	1035	98.64734299516908	kepatuhan kebersihan tangan pada berbagai profesi tenaga kesehatan berada pada kategori sangat baik, dengan sebagian besar profesi telah melampaui target yang ditetapkan sebesar 95%. Capaian tertinggi ditunjukkan oleh profesi perawat dengan angka mencapai 99,69%, sementara capaian terendah terdapat pada petugas gizi sebesar 95,27%, yang masih memerlukan perhatian dan penguatan kepatuhan meskipun secara keseluruhan capaian rumah sakit telah melampaui target indikator mutu nasional.	Hasil capaian dipertahankan

LAPORAN GRAFIK PENILAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Nama Indikator : Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Definis Indikator : 1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit. 2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne). 3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi. 4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium. 5. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan. 6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan

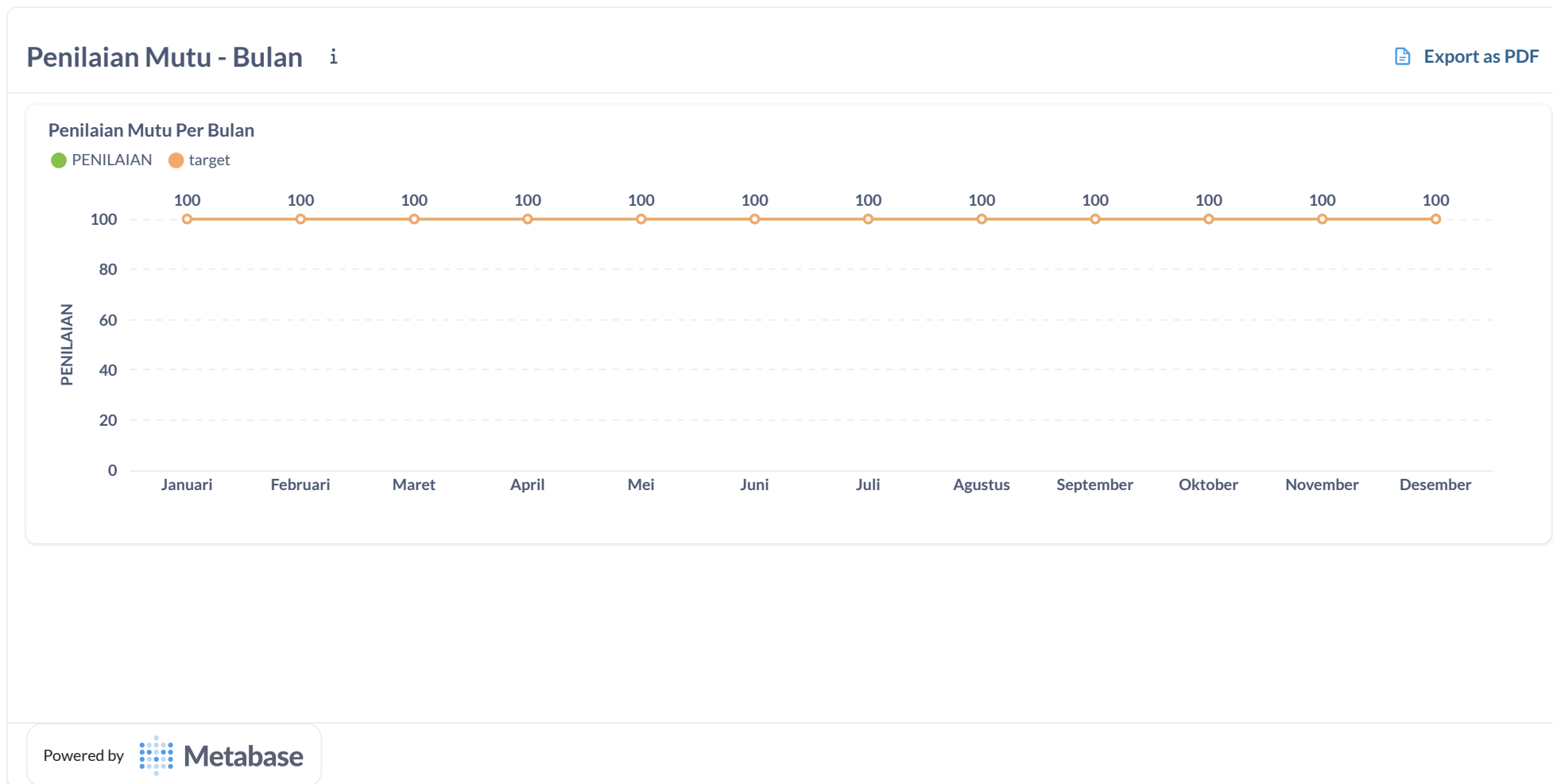


No.	Periode	Nilai Numerator	Nilai Denominator	Penilaian	Analisa Unit	Rekomendasi
1	JANUARI -> 2025-01-01 s/d 2025-01-31	135	135	100	Perlu penagwasan berkala agar tetap terjaga	Hasil capaian dipertahankan
2	FEBRUARI -> 2025-02-01 s/d 2025-02-28	140	140	100	Lanjutkan monitoring dan supervisi pemakaian APD	Hasil capaian dipertahankan
3	MARET -> 2025-03-01 s/d 2025-03-31	154	154	100	Sudah Baik	Hasil capaian dipertahankan
4	APRIL -> 2025-04-01 s/d 2025-04-30	120	120	100	Penggunaan APD sudah sesuai. Tetap pastikan ketersediaan APD dan tetap lakukan monitoring berkala.	Hasil capaian dipertahankan
5	MEI -> 2025-05-01 s/d 2025-05-31	135	135	100	Sudah mencapai target. Perhatikan ketersediaan APD, Lakukan audit rutin	Hasil capaian dipertahankan
6	JUNI -> 2025-06-01 s/d 2025-06-30	135	135	100	Kepatuhan sudah baik dan melampaui target. Tetap lanjutkan edukasi dan monitoring rutin, serta pastikan fasilitas penunjang selalu tersedia.	Hasil capaian dipertahankan
7	JULI -> 2025-07-01 s/d 2025-07-31	135	135	100	Sudah mencapai target. Pertahankan, lakukan monitoring berkala dan pastikan ketersediaan sarana penunjang.	Hasil capaian dipertahankan
8	AGUSTUS -> 2025-08-01 s/d 2025-08-31	135	135	100	Tercapai	Hasil capaian dipertahankan
9	SEPTEMBER -> 2025-09-01 s/d 2025-09-30	205	205	100	Capaian telah mencapai target yang ditetapkan Pertahankan ketersediaan sarana & prasarana pendukung, Lakukan monitoring dan edukasi berkala	Hasil capaian dipertahankan
10	OKTOBER -> 2025-10-01 s/d 2025-10-31	155	155	100	Pertahankan. Pastikan ketersediaan sarana penunjang	Hasil capaian dipertahankan
11	NOVEMBER -> 2025-11-01 s/d 2025-11-30	152	152	100	Tercapai. Selanjutnya Pertahankan capaian, lakukan audit berkala, berikan edukasi berkala dan pastikan ketersediaan sarana pendukung	Hasil capaian dipertahankan
12	DESEMBER -> 2025-12-01 s/d 2025-12-31	154	154	100	kepatuhan penggunaan APD di rumah sakit tersebut telah mencapai 100% pada Bulan Desember 2025. Hal ini berarti semua petugas kesehatan, termasuk dokter, perawat, ATLM, gizi, RO, dan PPDS, telah menggunakan APD dengan benar dan tepat sesuai dengan prosedur yang berlaku.	Hasil capaian dipertahankan

LAPORAN GRAFIK PENILAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Nama Indikator : Kepatuhan Identifikasi Pasien di PMN RS Mata Cicendo

Definis Indikator : Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 dari 3 identitas yang tercantum pada gelang sebelum memberikan pelayanan kepada pasien. Nama pasien, No rekam medik pasien dan tanggal lahir pasien. 13 instalasi layanan melaporkan ketepatan identifikasi yaitu Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Kamar Bedah, Instalasi Daycare, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Gizi, Instalasi Optik, Instalasi Farmasi, Instalasi Eksekutif (Paviliun), Instalasi Eksekutif (Lasik), Instalasi Penunjang Diagnostik, Penunjang Radiologi, Instalasi Laboratorium Terpadu



No.	Periode	Nilai Numerator	Nilai Denominator	Penilaian	Analisa Unit	Rekomendasi
1	JANUARI -> 2025-01-01 s/d 2025-01-31	4200	4200	100	Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 dari 3 identitas yang tercantum pada gelang sebelum memberikan pelayanan kepada pasien. Nama pasien, No rekam medik pasien dan tanggal lahir pasien	Hasil capaian dipertahankan
2	FEBRUARI -> 2025-02-01 s/d 2025-02-28	4585	4585	100	Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 dari 3 identitas yang tercantum pada gelang sebelum memberikan pelayanan kepada pasien. Nama pasien, No rekam medik pasien dan tanggal lahir pasien.	Hasil capaian dipertahankan
3	MARET -> 2025-03-01 s/d 2025-03-31	4390	4390	100	Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 dari 3 identitas yang tercantum pada gelang sebelum memberikan pelayanan kepada pasien. Nama pasien, No rekam medik pasien dan tanggal lahir pasien.	Hasil capaian dipertahankan
4	APRIL -> 2025-04-01 s/d 2025-04-30	3961	3961	100	Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 dari 3 identitas yang tercantum pada gelang sebelum memberikan pelayanan kepada pasien. Nama pasien, No rekam medik pasien dan tanggal lahir pasien.	Hasil capaian dipertahankan
5	MEI -> 2025-05-01 s/d 2025-05-31	4262	4262	100	1. Seluruh layanan di PMN RS Mata Cicendo melakukan identifikasi pasien sesuai prosedur standar menggunakan minimal 2 dari 3 identitas yang tercantum pada gelang sebelum memberikan pelayanan kepada pasien. 2.Hal ini mencerminkan budaya keselamatan pasien yang baik, serta komitmen tenaga kesehatan dalam mencegah kesalahan medis.	Hasil capaian dipertahankan
6	JUNI -> 2025-06-01 s/d 2025-06-30	4296	4296	100	1. Seluruh layanan di PMN RS Mata Cicendo melakukan identifikasi pasien sesuai prosedur standar menggunakan minimal 2 dari 3 identitas yang tercantum pada gelang sebelum memberikan pelayanan kepada pasien. 2.Hal ini mencerminkan budaya keselamatan pasien yang baik, serta komitmen tenaga kesehatan dalam mencegah kesalahan medis.	Hasil capaian dipertahankan
7	JULI -> 2025-07-01 s/d 2025-07-31	5454	5454	100	1. Seluruh layanan di PMN RS Mata Cicendo melakukan identifikasi pasien sesuai prosedur standar menggunakan minimal 2 dari 3 identitas yang tercantum pada gelang sebelum memberikan pelayanan kepada pasien. 2.Hal ini mencerminkan budaya keselamatan pasien yang baik, serta komitmen tenaga kesehatan dalam mencegah kesalahan medis.	Hasil capaian dipertahankan
8	AGUSTUS -> 2025-08-01 s/d 2025-08-31	4596	4596	100	1. Seluruh layanan di PMN RS Mata Cicendo melakukan identifikasi pasien sesuai prosedur standar menggunakan minimal 2 dari 3 identitas yang tercantum pada gelang sebelum memberikan pelayanan kepada pasien. 2.Hal ini mencerminkan budaya keselamatan pasien yang baik, serta komitmen tenaga kesehatan dalam mencegah kesalahan medis.	Hasil capaian dipertahankan
9	SEPTEMBER -> 2025-09-01 s/d 2025-09-30	4515	4515	100	1. Seluruh layanan di PMN RS Mata Cicendo melakukan identifikasi pasien sesuai prosedur standar menggunakan minimal 2 dari 3 identitas yang tercantum pada gelang sebelum memberikan pelayanan kepada pasien. 2.Hal ini mencerminkan budaya keselamatan pasien yang baik, serta komitmen tenaga kesehatan dalam mencegah kesalahan medis.	Hasil capaian dipertahankan
10	OKTOBER -> 2025-10-01 s/d 2025-10-31	5184	5184	100	1. Seluruh layanan di PMN RS Mata Cicendo melakukan identifikasi pasien sesuai prosedur standar menggunakan minimal 2 dari 3 identitas yang tercantum pada gelang sebelum memberikan pelayanan kepada pasien. 2.Hal ini mencerminkan budaya keselamatan pasien yang baik, serta komitmen tenaga kesehatan dalam mencegah kesalahan medis.	Hasil capaian dipertahankan
11	NOVEMBER -> 2025-11-01 s/d 2025-11-30	4857	4857	100	1. Seluruh layanan di PMN RS Mata Cicendo melakukan identifikasi pasien sesuai prosedur standar menggunakan minimal 2 dari 3 identitas yang tercantum pada gelang sebelum memberikan pelayanan kepada pasien. 2.Hal ini mencerminkan budaya keselamatan pasien yang baik, serta komitmen tenaga kesehatan dalam mencegah kesalahan medis.	Hasil Capaian Dipertahankan
12	DESEMBER -> 2025-12-01 s/d 2025-12-31	5159	5159	100	1. Seluruh layanan di PMN RS Mata Cicendo melakukan identifikasi pasien sesuai prosedur standar menggunakan minimal 2 dari 3 identitas yang tercantum pada gelang sebelum memberikan pelayanan kepada pasien. 2.Hal ini mencerminkan budaya keselamatan pasien yang baik, serta komitmen tenaga kesehatan dalam mencegah kesalahan medis.	Hasil capaian dipertahankan

LAPORAN GRAFIK PENILAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Nama Indikator : Waktu Tunggu Rawat Jalan (INM)

Definis Indikator : Waktu Pelayanan Rawat Jalan adalah waktu yang dibutuhkan unuk melayani pasien rawat jalan yang dihitung mulai dari pasien daftar sampai dengan diperiksa oleh dokter



No.	Periode	Nilai Numerator	Nilai Denominator	Penilaian	Analisa Unit	Rekomendasi
1	JANUARI -> 2025-01-01 s/d 2025-01-31	799	960	83.22916666666667	Hasil capaian pada bulan ini telah mencapai target	Hasil capaian dipertahankan
2	FEBRUARI -> 2025-02-01 s/d 2025-02-28	798	960	83.125	Dari data di atas pada bulan Februari 2025 Waktu Tunggu Rawat Jalan (INM) mencapai 83,13 % . capaian ini mengalami peningkatan 1,98 % dari bulan sebelumnya, nilai capaian mencapai target, dimana target yang telah di tetapkan adalah >= 80 %.	Hasil capaian dipertahankan
3	MARET -> 2025-03-01 s/d 2025-03-31	863	960	89.89583333333333	Nilai capaian waktu tunggu rawat jalan (INM) pada bulan Maret 2025 sebesar 89,9 sesuai target = 80	Hasil capaian dipertahankan
4	APRIL -> 2025-04-01 s/d 2025-04-30	777	948	81.96	Capaian Waktu tunggu rawat jalan (INM) bulan April 2025 dengan nilai 81.96 (target =80), mengalami penurunan dari bulan sebelumnya bulan Maret 2025 dengan capaian 89,90, Meskipun begitu dilakukan upaya perbaikan pelayanan yg lebih baik lagi.	Hasil capaian dipertahankan
5	MEI -> 2025-05-01 s/d 2025-05-31	848	960	88.33	Waktu tunggu rawat jalan (INM) pada bulan mei 2025 capaian nya sebesar 88,33 (sesuai target = 80)	Hasil capaian dipertahankan
6	JUNI -> 2025-06-01 s/d 2025-06-30	839	960	87.39	Nilai capaian waktu tunggu rawat jalan (INM) bulan Juni 2025 sebesar 87,39 , hasil sesuai target (= 80)	Hasil capaian dipertahankan
7	JULI -> 2025-07-01 s/d 2025-07-31	886	977	90.68	Waktu tunggu rawat jalan (INM) pada bulan juli 2025 dengan capaian 90,68 sesuai target (=80)	Hasil capaian dipertahankan
8	AGUSTUS -> 2025-08-01 s/d 2025-08-31	892	960	92.91	Waktu tunggu rawat jalan (INM) pd bulan agustus 2025 dengan nilai capaian 92.91, mengalami peningkatan senilai 2.23% dibanding bulan Juli 2025 dengan capaian 90.69%. Mencapai target yang telah ditetapkan dengan nilai = 80	Hasil capaian dipertahankan
9	SEPTEMBER -> 2025-09-01 s/d 2025-09-30	875	971	90.11328527291452	Capaian INM September 2025 sebesar 90,11 % sesuai target, dengan target = 80	Hasil capaian dipertahankan
10	OKTOBER -> 2025-10-01 s/d 2025-10-31	875	960	91.15	Capaian waktu tunggu rawat jalan (INM) bulan Oktober 2025 dengan capaian 91.15, mencapai target sama seperti bulan sebelumnya (target = 80)	Hasil capaian dipertahankan
11	NOVEMBER -> 2025-11-01 s/d 2025-11-30	869	960	90.52	Hasil capaian waktu tunggu rawat jalan (INM) bulan November 2025 dengan nilai 90.52, sesuai dengan target = 80	Hasil Capaian dipertahankan
12	DESEMBER -> 2025-12-01 s/d 2025-12-31	871	964	90.35	Waktu tunggu rawat jalan (INM) bulan Desember 2025 dengan capaian 90.35, sesuai target (= 80)	Hasil capaian dipertahankan

LAPORAN GRAFIK PENILAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Nama Indikator : Penundaan Operasi Elektif

Definis Indikator : Penundaan operasi elektif adalah perubahan jadwal operasi lebih dari 1 jam dari jadwal yang direncanakan. Operasi elektif adalah operasi atau tindakan pembedahan yang direncanakan



No.	Periode	Nilai Numerator	Nilai Denominator	Penilaian	Analisa Unit	Rekomendasi
1	JANUARI -> 2025-01-01 s/d 2025-01-31	16	974	1.642710472279261	target tercapai	Hasil capaian dipertahankan
2	FEBRUARI -> 2025-02-01 s/d 2025-02-28	20	1071	1.8674136321195145	target tercapai	Hasil capaian dipertahankan
3	MARET -> 2025-03-01 s/d 2025-03-31	21	921	2.2801302931596092	TARGER TERCAPAI	Hasil capaian dipertahankan
4	APRIL -> 2025-04-01 s/d 2025-04-30	19	779	2.4390243902439024	target tercapai	Hasil capaian dipertahankan
5	MEI -> 2025-05-01 s/d 2025-05-31	25	896	2.7901785714285716	target tercapai	Hasil capaian dipertahankan
6	JUNI -> 2025-06-01 s/d 2025-06-30	27	922	2.928416485900217	target tercapai	Hasil capaian dipertahankan
7	JULI -> 2025-07-01 s/d 2025-07-31	38	1283	2.9618082618862043	TARGET TERCAPAI	Hasil capaian dipertahankan
8	AGUSTUS -> 2025-08-01 s/d 2025-08-31	31	1050	2.9523809523809526	target tercapai	Hasil capaian dipertahankan
9	SEPTEMBER -> 2025-09-01 s/d 2025-09-30	30	1020	2.941176470588235	target tercapai	Hasil capaian dipertahankan
10	OKTOBER -> 2025-10-01 s/d 2025-10-31	35	1188	2.9461279461279464	target tercapai	Hasil capaian dipertahankan
11	NOVEMBER -> 2025-11-01 s/d 2025-11-30	38	1285	2.9571984435797662	target tercapai	Hasil capaian dipertahankan
12	DESEMBER -> 2025-12-01 s/d 2025-12-31	39	1313	2.9702970297029703	target tercapai	Hasil capaian dipertahankan

LAPORAN GRAFIK PENILAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Nama Indikator : Kepatuhan Waktu Visite Dokter Spesialis

Definis Indikator : Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan DPJP untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Dikatakan patuh apabila visite dokter dilakukan \leq pukul 10.00 WIB



No.	Periode	Nilai Numerator	Nilai Denominator	Penilaian	Analisa Unit	Rekomendasi
1	JANUARI -> 2025-01-01 s/d 2025-01-31	1725	1725	100	"Analisa : Indikator kepatuhan waktu visite dokter spesialis pada bulan Januari 2025 mendapatkan nilai capaian 100% artinya mencapai target. Dampak primer : Capaian bulan ini sama jika dibanding dengan sebelumnya. Tidak ada data visite dokter spesialis yang dilakukan di atas jam 10.00 WIB pada bulan ini. Dampak sekunder: Jika capaian indikator ini konsisten setiap bulannya maka akan berdampak pada kepuasan pasien di rawat inap. Selain meningkatnya kepuasan pasien rawat inap, dampak lainnya yang akan dirasakan jika kepatuhan waktu visite dokter spesialis dilakukan sebelum jam 10.00 antara lain; 1. Semakin cepat pasien divisite oleh dokter maka untuk pasien pre-operasi akan semakin cepat pula untuk dapat dilakukan tindakan operasi, karena biasanya pasien yang akan operasi tidak akan dinaikkan ke ruang operasi sebelum divisite dokter. 2. Sedangkan untuk pasien post operasi semakin cepat divisite dokter, maka semakin cepat pula proses pemulangan pasien, sehingga hal ini berdampak pula pada capaian indikator realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1. Rekomendasi : Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan"	Hasil capaian dipertahankan
2	FEBRUARI -> 2025-02-01 s/d 2025-02-28	1820	1821	99.945085118067	"Analisa : Indikator kepatuhan waktu visite dokter spesialis pada bulan Februari 2025 mendapatkan nilai capaian 99,9% artinya mencapai target. Dampak primer : Capaian bulan ini menurun jika dibanding dengan sebelumnya. Terdapat satu data visite dokter spesialis yang dilakukan di atas jam 10.00 WIB pada bulan ini. Dampak sekunder: Jika capaian indikator ini konsisten setiap bulannya maka akan berdampak pada kepuasan pasien di rawat inap. Selain meningkatnya kepuasan pasien rawat inap, dampak lainnya yang akan dirasakan jika kepatuhan waktu visite dokter spesialis dilakukan sebelum jam 10.00 antara lain; 1. Semakin cepat pasien divisite oleh dokter maka untuk pasien pre-operasi akan semakin cepat pula untuk dapat dilakukan tindakan operasi, karena biasanya pasien yang akan operasi tidak akan dinaikkan ke ruang operasi sebelum divisite dokter. 2. Sedangkan untuk pasien post operasi semakin cepat divisite dokter, maka semakin cepat pula proses pemulangan pasien, sehingga hal ini berdampak pula pada capaian indikator realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1. Rekomendasi : Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan"	Hasil capaian dipertahankan
3	MARET -> 2025-03-01 s/d 2025-03-31	1781	1782	99.9438832772166	Analisa :Indikator kepatuhan waktu visite dokter spesialis pada bulan Maret 2025 mendapatkan nilai capaian 99,9% artinya mencapai target.Dampak primer :Capaian bulan ini sama jika dibanding dengan sebelumnya. Terdapat satu data visite dokter spesialis yang dilakukan di atas jam 10.00 WIB pada bulan ini.Dampak sekunder:Jika capaian indikator ini konsisten setiap bulannya maka akan berdampak pada kepuasan pasien di rawat inap.Selain meningkatnya kepuasan pasien rawat inap, dampak lainnya yang akan dirasakan jika kepatuhan waktu visite dokter spesialis dilakukan sebelum jam 10.00 antara lain;1. Semakin cepat pasien divisite oleh dokter maka untuk pasien pre-operasi akan semakin cepat pula untuk dapat dilakukan tindakan operasi, karena biasanya pasien yang akan operasi tidak akan dinaikkan ke ruang operasi sebelum divisite dokter. 2. Sedangkan untuk pasien post operasi semakin cepat divisite dokter, maka semakin cepat pula proses pemulangan pasien, sehingga hal ini berdampak pula pada capaian indikator realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan	Hasil capaian dipertahankan
4	APRIL -> 2025- 04-01 s/d 2025- 04-30	1119	1125	99.46666666666667	Analisa :Indikator kepatuhan waktu visite dokter spesialis pada bulan April 2025 mendapatkan nilai capaian 99,5% artinya mencapai target.Dampak primer :Capaian bulan ini menurun jika dibanding dengan sebelumnya. Terdapat enam data visite dokter spesialis yang dilakukan di atas jam 10.00 WIB pada bulan ini.Dampak sekunder:Jika capaian indikator ini konsisten setiap bulannya maka akan berdampak pada kepuasan pasien di rawat inap.Selain meningkatnya kepuasan pasien rawat inap, dampak lainnya yang akan dirasakan jika kepatuhan waktu visite dokter spesialis dilakukan sebelum jam 10.00 antara lain;1. Semakin cepat pasien divisite oleh dokter maka untuk pasien pre-operasi akan semakin cepat pula untuk dapat dilakukan tindakan operasi, karena biasanya pasien yang akan operasi tidak akan dinaikkan ke ruang operasi sebelum divisite dokter. 2. Sedangkan untuk pasien post operasi semakin cepat divisite dokter, maka semakin cepat pula proses pemulangan pasien, sehingga hal ini berdampak pula pada capaian indikator realisasi pasien yang direncanakan	Hasil capaian dipertahankan

5	MEI -> 2025-05-01 s/d 2025-05-31	1563	1568	99.6811224489796	<p>pulang H-1.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan</p> <p>Analisa :Indikator kepatuhan waktu visite dokter spesialis pada bulan Mei 2025 mendapatkan nilai capaian 99,7% artinya mencapai target.Dampak primer :Capaian bulan ini meningkat jika dibanding dengan sebelumnya. Terdapat lima data visite dokter spesialis yang dilakukan di atas jam 10.00 WIB pada bulan ini.Dampak sekunder:Jika capaian indikator ini konsisten setiap bulannya maka akan berdampak pada kepuasan pasien di rawat inap.Selain meningkatnya kepuasan pasien rawat inap, dampak lainnya yang akan dirasakan jika kepatuhan waktu visite dokter spesialis dilakukan sebelum jam 10.00 antara lain;1. Semakin cepat pasien divisite oleh dokter maka untuk pasien pre-operasi akan semakin cepat pula untuk dapat dilakukan tindakan operasi, karena biasanya pasien yang akan operasi tidak akan dinaikkan ke ruang operasi sebelum divisite dokter. 2. Sedangkan untuk pasien post operasi semakin cepat divisite dokter, maka semakin cepat pula proses pemulangan pasien, sehingga hal ini berdampak pula pada capaian indikator realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan</p>	Hasil capaian dipertahankan
6	JUNI -> 2025-06-01 s/d 2025-06-30	1612	1614	99.87608426270135	<p>Analisa :Indikator kepatuhan waktu visite dokter spesialis pada bulan Juni 2025 mendapatkan nilai capaian 99,9% artinya mencapai target.Dampak primer :Capaian bulan ini meningkat jika dibanding dengan sebelumnya. Terdapat dua data visite dokter spesialis yang dilakukan di atas jam 10.00 WIB pada bulan ini.Dampak sekunder:Jika capaian indikator ini konsisten setiap bulannya maka akan berdampak pada kepuasan pasien di rawat inap.Selain meningkatnya kepuasan pasien rawat inap, dampak lainnya yang akan dirasakan jika kepatuhan waktu visite dokter spesialis dilakukan sebelum jam 10.00 antara lain;1. Semakin cepat pasien divisite oleh dokter maka untuk pasien pre-operasi akan semakin cepat pula untuk dapat dilakukan tindakan operasi, karena biasanya pasien yang akan operasi tidak akan dinaikkan ke ruang operasi sebelum divisite dokter. 2. Sedangkan untuk pasien post operasi semakin cepat divisite dokter, maka semakin cepat pula proses pemulangan pasien, sehingga hal ini berdampak pula pada capaian indikator realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan</p>	Hasil capaian dipertahankan
7	JULI -> 2025-07-01 s/d 2025-07-31	2084	2085	99.95203836930455	<p>Analisa :Indikator kepatuhan waktu visite dokter spesialis pada bulan Juli 2025 mendapatkan nilai capaian 99,9% artinya mencapai target.Dampak primer :Capaian bulan ini sama jika dibanding dengan sebelumnya. Terdapat satu data visite dokter spesialis yang dilakukan di atas jam 10.00 WIB pada bulan ini.Dampak sekunder:Jika capaian indikator ini konsisten setiap bulannya maka akan berdampak pada kepuasan pasien di rawat inap.Selain meningkatnya kepuasan pasien rawat inap, dampak lainnya yang akan dirasakan jika kepatuhan waktu visite dokter spesialis dilakukan sebelum jam 10.00 antara lain;1. Semakin cepat pasien divisite oleh dokter maka untuk pasien pre-operasi akan semakin cepat pula untuk dapat dilakukan tindakan operasi, karena biasanya pasien yang akan operasi tidak akan dinaikkan ke ruang operasi sebelum divisite dokter. 2. Sedangkan untuk pasien post operasi semakin cepat divisite dokter, maka semakin cepat pula proses pemulangan pasien, sehingga hal ini berdampak pula pada capaian indikator realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan</p>	Hasil capaian dipertahankan
8	AGUSTUS -> 2025-08-01 s/d 2025-08-31	1926	1928	99.89626556016597	<p>Analisa :Indikator kepatuhan waktu visite dokter spesialis pada bulan Agustus 2025 mendapatkan nilai capaian 99,9% artinya mencapai target.Dampak primer :Capaian bulan ini sama jika dibanding dengan sebelumnya. Terdapat dua data visite dokter spesialis yang dilakukan di atas jam 10.00 WIB pada bulan ini.Dampak sekunder:Jika capaian indikator ini konsisten setiap bulannya maka akan berdampak pada kepuasan pasien di rawat inap.Selain meningkatnya kepuasan pasien rawat inap, dampak lainnya yang akan dirasakan jika kepatuhan waktu visite dokter spesialis dilakukan sebelum jam 10.00 antara lain;1. Semakin cepat pasien divisite oleh dokter maka untuk pasien pre-operasi akan semakin cepat pula untuk dapat dilakukan tindakan operasi, karena biasanya pasien yang akan operasi tidak akan dinaikkan ke ruang operasi sebelum divisite dokter. 2. Sedangkan untuk pasien post operasi semakin cepat divisite dokter, maka semakin cepat pula proses pemulangan pasien, sehingga hal ini berdampak pula pada capaian indikator realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan</p>	Hasil capaian dipertahankan

9	SEPTEMBER -> 2025-09-01 s/d 2025-09-30	1398	1401	99.78586723768737	<p>Analisa :Indikator kepatuhan waktu visite dokter spesialis pada bulan September 2025 mendapatkan nilai capaian 99,8% artinya mencapai target.Dampak primer :Capaian bulan ini mengalami penurunan 0,1% jika dibanding dengan sebelumnya. Terdapat tiga data visite dokter spesialis yang dilakukan di atas jam 10.00 WIB pada bulan ini.Dampak sekunder:Jika capaian indikator ini konsisten setiap bulannya maka akan berdampak pada kepuasan pasien di rawat inap.Selain meningkatnya kepuasan pasien rawat inap, dampak lainnya yang akan dirasakan jika kepatuhan waktu visite dokter spesialis dilakukan sebelum jam 10.00 antara lain;1. Semakin cepat pasien divisite oleh dokter maka untuk pasien pre-operasi akan semakin cepat pula untuk dapat dilakukan tindakan operasi, karena biasanya pasien yang akan operasi tidak akan dinaikkan ke ruang operasi sebelum divisite dokter. 2. Sedangkan untuk pasien post operasi semakin cepat divisite dokter, maka semakin cepat pula proses pemulangan pasien, sehingga hal ini berdampak pula pada capaian indikator realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan</p>	Hasil capaian dipertahankan
10	OKTOBER -> 2025-10-01 s/d 2025-10-31	1544	1549	99.67721110393802	<p>Analisa :Indikator kepatuhan waktu visite dokter spesialis pada bulan Oktober 2025 mendapatkan nilai capaian 99,7% artinya mencapai target.Dampak primer :Capaian bulan ini mengalami penurunan 0,1% jika dibanding dengan sebelumnya. Terdapat lima data visite dokter spesialis yang dilakukan di atas jam 10.00 WIB pada bulan ini.Dampak sekunder:Jika capaian indikator ini konsisten setiap bulannya maka akan berdampak pada kepuasan pasien di rawat inap.Selain meningkatnya kepuasan pasien rawat inap, dampak lainnya yang akan dirasakan jika kepatuhan waktu visite dokter spesialis dilakukan sebelum jam 10.00 antara lain;1. Semakin cepat pasien divisite oleh dokter maka untuk pasien pre-operasi akan semakin cepat pula untuk dapat dilakukan tindakan operasi, karena biasanya pasien yang akan operasi tidak akan dinaikkan ke ruang operasi sebelum divisite dokter. 2. Sedangkan untuk pasien post operasi semakin cepat divisite dokter, maka semakin cepat pula proses pemulangan pasien, sehingga hal ini berdampak pula pada capaian indikator realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan</p>	Hasil capaian dipertahankan
11	NOVEMBER -> 2025-11-01 s/d 2025-11-30	1570	1572	99.87277353689568	<p>Analisa :Indikator kepatuhan waktu visite dokter spesialis pada bulan November 2025 mendapatkan nilai capaian 99,9% artinya mencapai target.Dampak primer :Capaian bulan ini mengalami peningkatan 0,2% jika dibanding dengan sebelumnya. Terdapat dua data visite dokter spesialis yang dilakukan di atas jam 10.00 WIB pada bulan ini.Dampak sekunder:Jika capaian indikator ini konsisten setiap bulannya maka akan berdampak pada kepuasan pasien di rawat inap.Selain meningkatnya kepuasan pasien rawat inap, dampak lainnya yang akan dirasakan jika kepatuhan waktu visite dokter spesialis dilakukan sebelum jam 10.00 antara lain;1. Semakin cepat pasien divisite oleh dokter maka untuk pasien pre-operasi akan semakin cepat pula untuk dapat dilakukan tindakan operasi, karena biasanya pasien yang akan operasi tidak akan dinaikkan ke ruang operasi sebelum divisite dokter. 2. Sedangkan untuk pasien post operasi semakin cepat divisite dokter, maka semakin cepat pula proses pemulangan pasien, sehingga hal ini berdampak pula pada capaian indikator realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan</p>	Hasil capaian dipertahankan
12	DESEMBER -> 2025-12-01 s/d 2025-12-31	2179	2179	100	<p>Analisa :Indikator kepatuhan waktu visite dokter spesialis pada bulan Desember 2025 mendapatkan nilai capaian 100% artinya mencapai target.Dampak primer :Capaian bulan ini mengalami peningkatan 0,1% jika dibanding dengan sebelumnya. Tidak ada data visite dokter spesialis yang dilakukan di atas jam 10.00 WIB pada bulan ini.Dampak sekunder:Jika capaian indikator ini konsisten setiap bulannya maka akan berdampak pada kepuasan pasien di rawat inap.Selain meningkatnya kepuasan pasien rawat inap, dampak lainnya yang akan dirasakan jika kepatuhan waktu visite dokter spesialis dilakukan sebelum jam 10.00 antara lain;1. Semakin cepat pasien divisite oleh dokter maka untuk pasien pre-operasi akan semakin cepat pula untuk dapat dilakukan tindakan operasi, karena biasanya pasien yang akan operasi tidak akan dinaikkan ke ruang operasi sebelum divisite dokter. 2. Sedangkan untuk pasien post operasi semakin cepat divisite dokter, maka semakin cepat pula proses pemulangan pasien, sehingga hal ini berdampak pula pada capaian indikator realisasi pasien yang direncanakan pulang H-1.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan</p>	Hasil capaian dipertahankan

LAPORAN GRAFIK PENILAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Nama Indikator : WAKTU PELAPORAN NILAI KRITIS LABORATORIUM

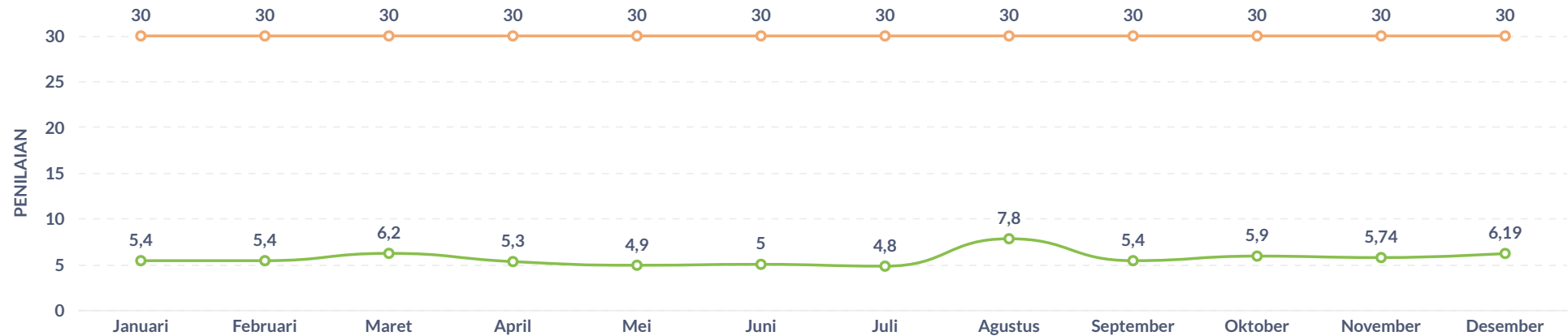
Definis Indikator : Waktu pelaporan nilai kritis laboratorium adalah waktu yang dihitung dari saat nilai kritis ditemukan sampai nilai kritis dilaporkan

Penilaian Mutu - Bulan

[Export as PDF](#)

Penilaian Mutu Per Bulan

● PENILAIAN ● target



Powered by Metabase

No.	Periode	Nilai Numerator	Nilai Denominator	Penilaian	Analisa Unit	Rekomendasi
1	JANUARI -> 2025-01-01 s/d 2025-01-31	118	22	5.4	Dampak Primer : Ketepatan Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium <30 menit tercapai 100% Dampak Sekunder : Proses Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium dapat berjalan dengan baik sesuai dengan target waktu yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
2	FEBRUARI -> 2025-02-01 s/d 2025-02-28	163	30	5.4	Dampak Primer : Ketepatan Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium <30 menit tercapai 100% Dampak Sekunder : Proses Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium dapat berjalan dengan baik sesuai dengan target waktu yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
3	MARET -> 2025-03-01 s/d 2025-03-31	204	33	6.2	Dampak Primer : Ketepatan Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium <30 menit tercapai 100% Dampak Sekunder : Proses Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium dapat berjalan dengan baik sesuai dengan target waktu yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
4	APRIL -> 2025-04-01 s/d 2025-04-30	149	28	5.3	Dampak Primer : Ketepatan Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium <30 menit tercapai 100% Dampak Sekunder : Proses Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium dapat berjalan dengan baik sesuai dengan target waktu yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
5	MEI -> 2025-05-01 s/d 2025-05-31	190	39	4.9	Dampak Primer : Ketepatan Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium <30 menit tercapai 100% Dampak Sekunder : Proses Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium dapat berjalan dengan baik sesuai dengan target waktu yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
6	JUNI -> 2025-06-01 s/d 2025-06-30	125	25	5	Dampak Primer : Ketepatan Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium <30 menit tercapai 100% Dampak Sekunder : Proses Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium dapat berjalan dengan baik sesuai dengan target waktu yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
7	JULI -> 2025-07-01 s/d 2025-07-31	155	32	4.8	Dampak Primer : Ketepatan Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium <30 menit tercapai 100% Dampak Sekunder : Proses Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium dapat berjalan dengan baik sesuai dengan target waktu yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
8	AGUSTUS -> 2025-08-01 s/d 2025-08-31	148	19	7.8	Dampak Primer : Ketepatan Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium <30 menit tercapai 100% Dampak Sekunder : Proses Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium dapat berjalan dengan baik sesuai dengan target waktu yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
9	SEPTEMBER -> 2025-09-01 s/d 2025-09-30	178	33	5.4	Dampak Primer : Ketepatan Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium <30 menit tercapai 100% Dampak Sekunder : Proses Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium dapat berjalan dengan baik sesuai dengan target waktu yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
10	OKTOBER -> 2025-10-01 s/d 2025-10-31	124	21	5.9	Dampak Primer : Ketepatan Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium <30 menit tercapai 100% Dampak Sekunder : Proses Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium dapat berjalan dengan baik sesuai dengan target waktu yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
11	NOVEMBER -> 2025-11-01 s/d 2025-11-30	218	38	5.74	Dampak Primer : Ketepatan Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium <30 menit tercapai 100% Dampak Sekunder : Proses Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium dapat berjalan dengan baik sesuai dengan target waktu yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
12	DESEMBER -> 2025-12-01 s/d 2025-12-31	167	27	6.19	Dampak Primer : Ketepatan Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium <30 menit tercapai 100% Dampak Sekunder : Proses Waktu Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium dapat berjalan dengan baik sesuai dengan target waktu yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan

LAPORAN GRAFIK PENILAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Nama Indikator : Kepatuhan Penulisan Resep sesuai Formularium Nasional (FORNAS)

Definis Indikator : Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) adalah kesesuaian penulisan resep oleh DPJP dengan Formularium Nasional untuk pasien JKN.

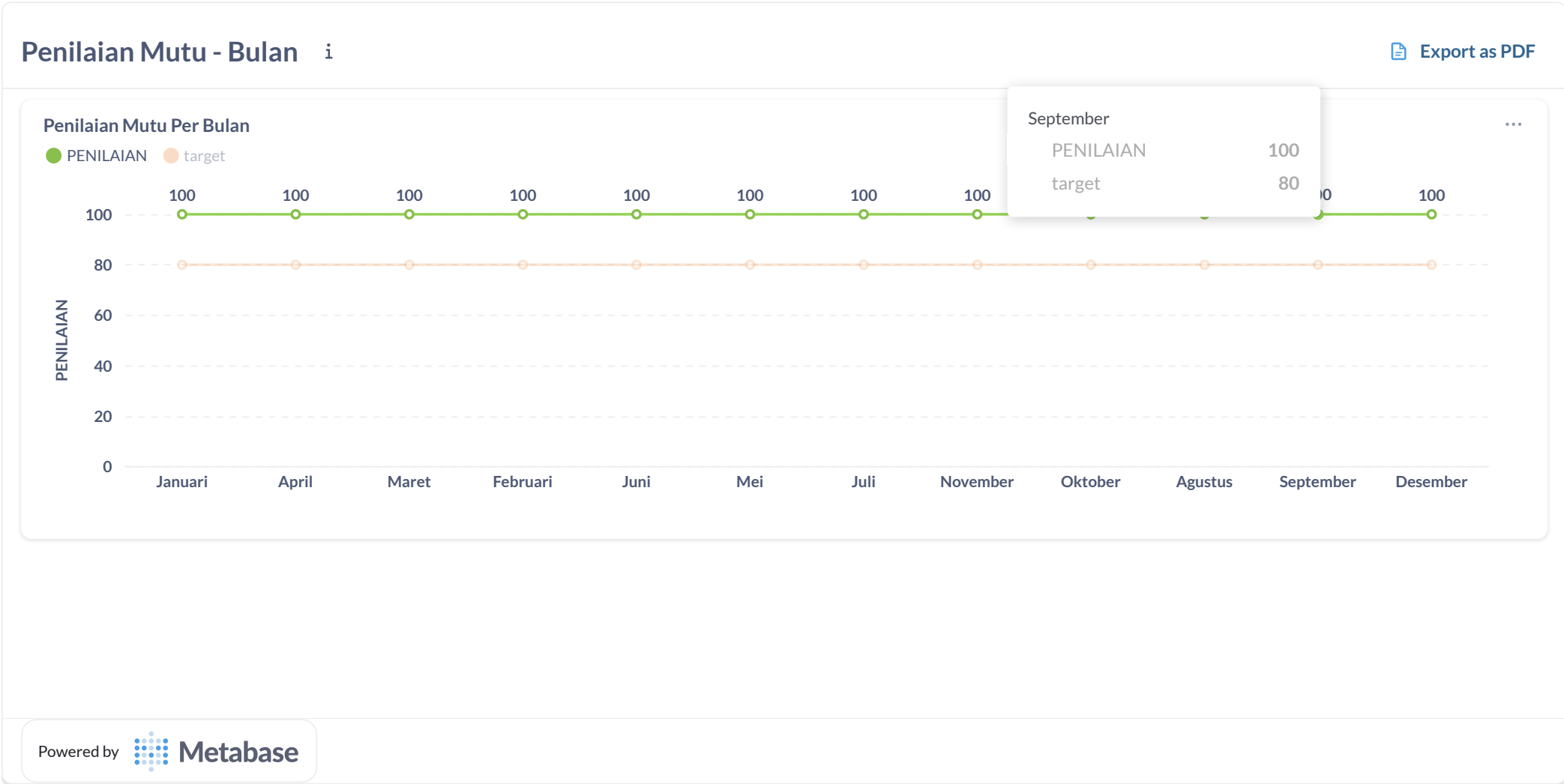


No.	Periode	Nilai Numerator	Nilai Denominator	Penilaian	Analisa Unit	Rekomendasi
1	JANUARI -> 2025-01-01 s/d 2025-01-31	26125	28192	92.66813280363225	penulisan resep dokter sesuai dengan formularium nasional pada bulan januari 2025 yaitu sebanyak 26.125 resep dari total keseluruhan resep dalam satu bulan yaitu 28.192 resep. Jika di presentasikan maka presentase penulisan resep dokter sesuai dengan formularium nasional pada bulan januari 2025 yaitu 92.66%. Nilai tersebut lebih rendah dari periode sebelumnya, tetapi masih sesuai dengan standar yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
2	FEBRUARI -> 2025-02-01 s/d 2025-02-28	34955	37646	92.85183020772459	Penulisan resep dokter sesuai dengan Formularium Nasional bulan Februari 2025 yaitu sebanyak 34.955 resep dari total keseluruhan resep dalam satu bulan yaitu 37.646 resep. Jika dipresentasikan maka presentase penulisan resep dokter sesuai dengan Formularium Nasional bulan Februari 2025 yaitu 92.85% Nilai tersebut lebih tinggi dari periode sebelumnya dan masih sesuai dengan standar yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
3	MARET -> 2025-03-01 s/d 2025-03-31	25.916	27.479	94.31202008806724	Penulisan resep dokter sesuai dengan Formularium Nasional pada bulan Maret 2025 yaitu sebanyak 25.916 resep dari total keseluruhan resep dalam satu bulan yaitu 27.479 resep. Jika dipresentasikan maka presentase penulisan resep dokter sesuai dengan Formularium Nasional bulan Maret 2025 yaitu 94.31%. Nilai tersebut lebih tinggi dari periode sebelumnya dan masih sesuai dengan standar yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
4	APRIL -> 2025-04-01 s/d 2025-04-30	23100	24429	94.55974456588481	Penulisan resep dokter sesuai dengan Formularium Nasional pada bulan April 2025 yaitu sebanyak 23.100 resep dari total keseluruhan resep dalam satu bulan yaitu 24.429 resep. Jika dipresentasikan maka presentase penulisan resep dokter sesuai dengan Formularium Nasional bulan April 2025 yaitu 94,55%. Nilai tersebut lebih tinggi dari periode sebelumnya dan masih sesuai dengan standar yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
5	MEI -> 2025-05-01 s/d 2025-05-31	26100	28424	91.82381086405854	Penulisan resep dokter sesuai dengan Formularium Nasional pada bulan April 2025 yaitu sebanyak 23.100 resep dari total keseluruhan resep dalam satu bulan yaitu 24.429 resep. Jika dipresentasikan maka presentase penulisan resep dokter sesuai dengan Formularium Nasional bulan Mei 2025 yaitu 91,82%. Nilai tersebut lebih rendah dari periode sebelumnya dan masih sesuai dengan standar yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
6	JUNI -> 2025-06-01 s/d 2025-06-30	25750	27858	92.43305334194845	Penulisan resep dokter sesuai dengan Formularium Nasional pada bulan Juni 2025 yaitu sebanyak 25.750 resep dari total keseluruhan resep dalam satu bulan yaitu 27.858 resep. Jika dipresentasikan maka presentase penulisan resep dokter sesuai dengan Formularium Nasional bulan Juni 2025 yaitu 92,43%. Nilai tersebut lebih tinggi dari periode sebelumnya dan masih sesuai dengan standar yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
7	JULI -> 2025-07-01 s/d 2025-07-31	32223	35493	90.78691572986223	Penulisan resep dokter sesuai dengan formularium nasional bulan Juli 2025 yaitu sebanyak 32.223 resep dari total keseluruhan resep dalam satu bulan yaitu 35.493 resep. Jika dipresentasikan maka presentase penulisan resep dokter sesuai dengan formularium nasional bulan Juli 2025 yaitu 90,78 % Nilai tersebut lebih tinggi dari periode sebelumnya dan masih sesuai dengan standar yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
8	AGUSTUS -> 2025-08-01 s/d 2025-08-31	28252	30656	92.15814196242171	Penulisan resep dokter sesuai dengan formularium nasional bulan Juli 2025 yaitu sebanyak 32.223 resep dari total keseluruhan resep dalam satu bulan yaitu 35.493 resep. Jika dipresentasikan maka presentase penulisan resep dokter sesuai dengan formularium nasional bulan Agustus 2025 yaitu 92,15 % Nilai tersebut lebih tinggi dari periode sebelumnya dan masih sesuai dengan standar yang ditentukan.	Hasil capaian dipertahankan
9	SEPTEMBER -> 2025-09-01 s/d 2025-09-30	31989	33412	95.74105111935832	Hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian dipertahankan
10	OKTOBER -> 2025-10-01 s/d 2025-10-31	33200	36403	91.2012746202236	Hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian dipertahankan
11	NOVEMBER -> 2025-11-01 s/d 2025-11-30	31200	33961	91.87008627543358	Hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian dipertahankan
12	DESEMBER -> 2025-12-01 s/d 2025-	32511	35311	92.07045963014359	Hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian dipertahankan

LAPORAN GRAFIK PENILAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Nama Indikator : Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)

Definis Indikator : suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit



No.	Periode	Nilai Numerator	Nilai Denominator	Penilaian	Analisa Unit	Rekomendasi
1	JANUARI -> 2025-01-01 s/d 2025-01-31	32	32	100	Hasil capaian pada bulan ini telah mencapai target, dimana alur klinis telah di patuhi.	Hasil capaian dipertahankan
2	FEBRUARI -> 2025-02-01 s/d 2025-02-28	36	36	100	Hasil capaian pada bulan ini telah mencapai target	Hasil capaian dipertahankan
3	MARET -> 2025-03-01 s/d 2025-03-31	32	32	100	Hasil capaian pada kepatuhan terhadap CP telah mencapai target pada bulan ini	Hasil capaian dipertahankan
4	APRIL -> 2025-04-01 s/d 2025-04-30	22	22	100	Hasil capaian pada bulan ini telah mencapai target	Hasil capaian dipertahankan
5	MEI -> 2025-05-01 s/d 2025-05-31	22	22	100	Hasil capaian pada bulan ini telah mencapai target, dimana PPA telah patuh pada alur klinis yang ditetapkan	Hasil capaian dipertahankan
6	JUNI -> 2025-06-01 s/d 2025-06-30	20	20	100	Hasil capaian pada bulan Juni 2025 indikator kepatuhan terhadap alur klinis telah mencapai target, dimana PPA telah mematuhi prosedur yang telah ditetapkan	Hasil capaian dipertahankan
7	JULI -> 2025-07-01 s/d 2025-07-31	53	53	100	Hasil capaian pada bulan ini telah mencapai target dimana PPA telah mematuhi alur klinis	Hasil capaian dipertahankan
8	AGUSTUS -> 2025-08-01 s/d 2025-08-31	35	35	100	Hasil capaian telah mencapai target pada bulan ini	Hasil capaian dipertahankan
9	SEPTEMBER -> 2025-09-01 s/d 2025-09-30	26	26	100	Hasil capaian telah mencapai target pada bulan ini	Hasil capaian dipertahankan
10	OKTOBER -> 2025-10-01 s/d 2025-10-31	43	43	100	Hasil capaian pada bulan oktober 2025 telah mencapai target . alur klinis sudah sesuai dengan apa yang telah ditentukan	Hasil capaian dipertahankan
11	NOVEMBER -> 2025-11-01 s/d 2025-11-30	26	26	100	Hasil capaian pada bulan ini telah mencapai target, PPA sudah patuh terhadap apa yang telah ditentukan	Hasil capaian dipertahankan
12	DESEMBER -> 2025-12-01 s/d 2025-12-31	47	47	100	Hasil capaian pada bulan desember telah mencapai target	Hasil capaian dipertahankan

LAPORAN GRAFIK PENILAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Nama Indikator : Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh

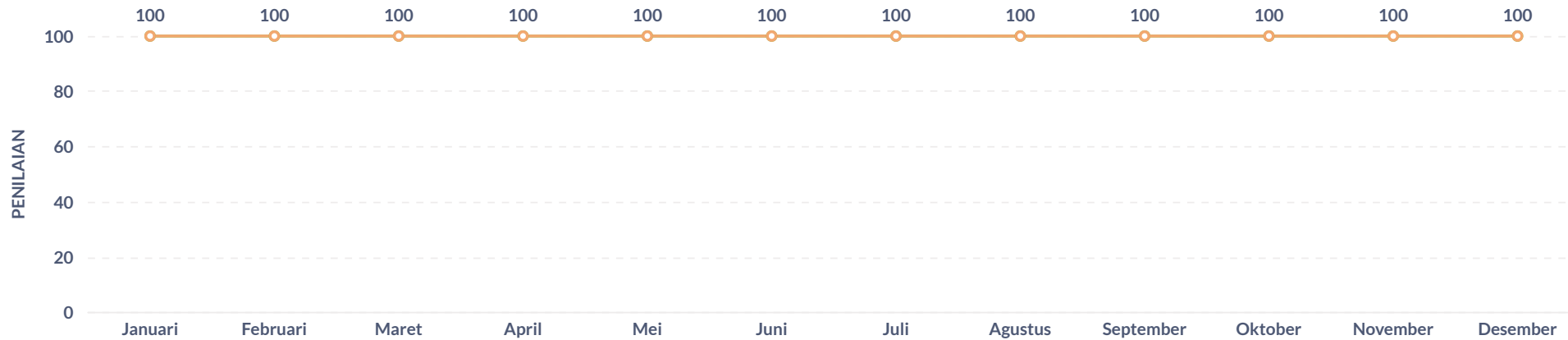
Definis Indikator : Upaya pencegahan resiko jatuh meliputi : 1.Assemen awal risiko jatuh rawat inap 2. Assemen ulang risiko jatuh 3. Intervensi pencegahan Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.

Penilaian Mutu - Bulan i

[Export as PDF](#)

Penilaian Mutu Per Bulan

● PENILAIAN ● target



Powered by Metabase

No.	Periode	Nilai Numerator	Nilai Denominator	Penilaian	Analisa Unit	Rekomendasi
1	JANUARI -> 2025-01-01 s/d 2025-01-31	276	276	100	"Analisa : Indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Januari mencapai target 100%, artinya semua pasien di ruang rawat inap yang berisiko jatuh tinggi telah dilakukan upaya pencegahan cedera akibat jatuh. Dampak primer : Capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Januari mencapai target 100% sama dengan bulan sebelumnya, artinya upaya pencegahan cedera akibat jatuh pada pasien di rawat inap dilakukan secara konsisten. Dampak sekunder : Tercapainya capaian ini secara konsisten setiap bulannya akan meningkatkan keselamatan pasien. Dengan dilakukannya upaya pencegahan cedera akibat jatuh oleh petugas, maka angka kejadian jatuh bisa ditekan. Adapun ketiga upaya pencegahan jatuh yang dilakukan yaitu, asesmen awal resiko jatuh, asesmen ulang resiko jatuh, dan intervensi resiko jatuh. Dampak lainnya yang akan dirasakan jika petugas patuh dalam melakukan upaya pencegahan jatuh pada pasien berisiko jatuh tinggi yaitu pasien dapat terhindar dari kerugian fisik akibat cedera karena jatuh. Rekomendasi : Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan"	Hasil capaian dipertahankan
2	FEBRUARI -> 2025-02-01 s/d 2025-02-28	308	308	100	Indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Februari mencapai target 100%, artinya semua pasien di ruang rawat inap yang berisiko jatuh tinggi telah dilakukan upaya pencegahan cedera akibat jatuh. Dampak primer : Capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Februari mencapai target 100% sama dengan bulan sebelumnya, artinya upaya pencegahan cedera akibat jatuh pada pasien di rawat inap dilakukan secara konsisten. Dampak sekunder : Tercapainya capaian ini secara konsisten setiap bulannya akan meningkatkan keselamatan pasien. Dengan dilakukannya upaya pencegahan cedera akibat jatuh oleh petugas, maka angka kejadian jatuh bisa ditekan. Adapun ketiga upaya pencegahan jatuh yang dilakukan yaitu, asesmen awal resiko jatuh, asesmen ulang resiko jatuh, dan intervensi resiko jatuh. Dampak lainnya yang akan dirasakan jika petugas patuh dalam melakukan upaya pencegahan jatuh pada pasien berisiko jatuh tinggi yaitu pasien dapat terhindar dari kerugian fisik akibat cedera karena jatuh. Rekomendasi : Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan	Hasil capaian dipertahankan
3	MARET -> 2025-03-01 s/d 2025-03-31	318	318	100	Analisa : Indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Maret mencapai target 100%, artinya semua pasien di ruang rawat inap yang berisiko jatuh tinggi telah dilakukan upaya pencegahan cedera akibat jatuh. Dampak primer : Capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Maret mencapai target 100% sama dengan bulan sebelumnya, artinya upaya pencegahan cedera akibat jatuh pada pasien di rawat inap dilakukan secara konsisten. Dampak sekunder : Tercapainya capaian ini secara konsisten setiap bulannya akan meningkatkan keselamatan pasien. Dengan dilakukannya upaya pencegahan cedera akibat jatuh oleh petugas, maka angka kejadian jatuh bisa ditekan. Adapun ketiga upaya pencegahan jatuh yang dilakukan yaitu, asesmen awal resiko jatuh, asesmen ulang resiko jatuh, dan intervensi resiko jatuh. Dampak lainnya yang akan dirasakan jika petugas patuh dalam melakukan upaya pencegahan jatuh pada pasien berisiko jatuh tinggi yaitu pasien dapat terhindar dari kerugian fisik akibat cedera karena jatuh. Rekomendasi : Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan	Hasil capaian dipertahankan
4	APRIL -> 2025- 04-01 s/d 2025- 04-30	220	220	100	Analisa : Indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan April mencapai target 100%, artinya semua pasien di ruang rawat inap yang berisiko jatuh tinggi telah dilakukan upaya pencegahan cedera akibat jatuh. Dampak primer : Capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan April mencapai target 100% sama dengan bulan sebelumnya, artinya upaya pencegahan cedera akibat jatuh pada pasien di rawat inap dilakukan secara konsisten. Dampak sekunder : Tercapainya capaian ini secara konsisten setiap bulannya akan meningkatkan keselamatan pasien. Dengan dilakukannya upaya pencegahan cedera akibat jatuh oleh petugas, maka angka kejadian jatuh bisa ditekan. Adapun ketiga upaya pencegahan jatuh yang dilakukan yaitu, asesmen awal resiko jatuh, asesmen ulang resiko jatuh, dan intervensi resiko jatuh. Dampak lainnya yang akan dirasakan jika petugas patuh dalam melakukan upaya pencegahan jatuh pada pasien berisiko jatuh tinggi yaitu pasien dapat terhindar dari kerugian fisik akibat cedera karena jatuh. Rekomendasi : Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan	Hasil capaian dipertahankan

5	MEI -> 2025-05-01 s/d 2025-05-31	258	258	100	<p>Analisa :Indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Mei mencapai target 100%, artinya semua pasien di ruang rawat inap yang berisiko jatuh tinggi telah dilakukan upaya pencegahan cedera akibat jatuh.Dampak primer :Capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Mei mencapai target 100% sama dengan bulan sebelumnya, artinya upaya pencegahan cedera akibat jatuh pada pasien di rawat inap dilakukan secara konsisten.Dampak sekunder :Tercapainya capaian ini secara konsisten setiap bulannya akan meningkatkan keselamatan pasien. Dengan dilakukannya upaya pencegahan cedera akibat jatuh oleh petugas, maka angka kejadian jatuh bisa ditekan. Adapun ketiga upaya pencegahan jatuh yang dilakukan yaitu, asesmen awal resiko jatuh, asesmen ulang resiko jatuh, dan intervensi resiko jatuh. Dampak lainnya yang akan dirasakan jika petugas patuh dalam melakukan upaya pencegahan jatuh pada pasien berisiko jatuh tinggi yaitu pasien dapat terhindar dari kerugian fisik akibat cedera karena jatuh.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan</p>	Hasil capaian dipertahankan
6	JUNI -> 2025-06-01 s/d 2025-06-30	289	289	100	<p>Analisa :Indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Juni mencapai target 100%, artinya semua pasien di ruang rawat inap yang berisiko jatuh tinggi telah dilakukan upaya pencegahan cedera akibat jatuh.Dampak primer :Capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Juni mencapai target 100% sama dengan bulan sebelumnya, artinya upaya pencegahan cedera akibat jatuh pada pasien di rawat inap dilakukan secara konsisten.Dampak sekunder :Tercapainya capaian ini secara konsisten setiap bulannya akan meningkatkan keselamatan pasien. Dengan dilakukannya upaya pencegahan cedera akibat jatuh oleh petugas, maka angka kejadian jatuh bisa ditekan. Adapun ketiga upaya pencegahan jatuh yang dilakukan yaitu, asesmen awal resiko jatuh, asesmen ulang resiko jatuh, dan intervensi resiko jatuh. Dampak lainnya yang akan dirasakan jika petugas patuh dalam melakukan upaya pencegahan jatuh pada pasien berisiko jatuh tinggi yaitu pasien dapat terhindar dari kerugian fisik akibat cedera karena jatuh.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan</p>	Hasil capaian dipertahankan
7	JULI -> 2025-07-01 s/d 2025-07-31	348	348	100	<p>Analisa :Indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Juli mencapai target 100%, artinya semua pasien di ruang rawat inap yang berisiko jatuh tinggi telah dilakukan upaya pencegahan cedera akibat jatuh.Dampak primer :Capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Juli mencapai target 100% sama dengan bulan sebelumnya, artinya upaya pencegahan cedera akibat jatuh pada pasien di rawat inap dilakukan secara konsisten.Dampak sekunder :Tercapainya capaian ini secara konsisten setiap bulannya akan meningkatkan keselamatan pasien. Dengan dilakukannya upaya pencegahan cedera akibat jatuh oleh petugas, maka angka kejadian jatuh bisa ditekan. Adapun ketiga upaya pencegahan jatuh yang dilakukan yaitu, asesmen awal resiko jatuh, asesmen ulang resiko jatuh, dan intervensi resiko jatuh. Dampak lainnya yang akan dirasakan jika petugas patuh dalam melakukan upaya pencegahan jatuh pada pasien berisiko jatuh tinggi yaitu pasien dapat terhindar dari kerugian fisik akibat cedera karena jatuh.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan</p>	Hasil capaian dipertahankan
8	AGUSTUS -> 2025-08-01 s/d 2025-08-31	328	328	100	<p>Analisa :Indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Agustus mencapai target 100%, artinya semua pasien di ruang rawat inap yang berisiko jatuh tinggi telah dilakukan upaya pencegahan cedera akibat jatuh.Dampak primer :Capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Agustus mencapai target 100% sama dengan bulan sebelumnya, artinya upaya pencegahan cedera akibat jatuh pada pasien di rawat inap dilakukan secara konsisten.Dampak sekunder :Tercapainya capaian ini secara konsisten setiap bulannya akan meningkatkan keselamatan pasien. Dengan dilakukannya upaya pencegahan cedera akibat jatuh oleh petugas, maka angka kejadian jatuh bisa ditekan. Adapun ketiga upaya pencegahan jatuh yang dilakukan yaitu, asesmen awal resiko jatuh, asesmen ulang resiko jatuh, dan intervensi resiko jatuh. Dampak lainnya yang akan dirasakan jika petugas patuh dalam melakukan upaya pencegahan jatuh pada pasien berisiko jatuh tinggi yaitu pasien dapat terhindar dari kerugian fisik akibat cedera karena jatuh.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan</p>	Hasil capaian dipertahankan
9	SEPTEMBER -> 2025-09-01 s/d 2025-09-30	318	318	100	<p>Analisa :Indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan September mencapai target 100%, artinya semua pasien di ruang rawat inap yang berisiko jatuh tinggi telah dilakukan upaya pencegahan cedera akibat jatuh.Dampak primer :Capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan September mencapai target 100% sama dengan bulan sebelumnya, artinya upaya pencegahan cedera akibat jatuh pada pasien di rawat inap dilakukan secara konsisten.Dampak sekunder :Tercapainya capaian ini secara konsisten setiap bulannya akan meningkatkan keselamatan pasien. Dengan dilakukannya upaya pencegahan cedera akibat jatuh oleh petugas, maka angka kejadian jatuh bisa ditekan. Adapun</p>	Hasil capaian dipertahankan

				ketiga upaya pencegahan jatuh yang dilakukan yaitu, asesmen awal resiko jatuh, asesmen ulang resiko jatuh, dan intervensi resiko jatuh. Dampak lainnya yang akan dirasakan jika petugas patuh dalam melakukan upaya pencegahan jatuh pada pasien beresiko jatuh tinggi yaitu pasien dapat terhindar dari kerugian fisik akibat cedera karena jatuh.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan	
	OKTOBER ->			Analisa :Indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Oktober mencapai target 100%, artinya semua pasien di ruang rawat inap yang beresiko jatuh tinggi telah dilakukan upaya pencegahan cedera akibat jatuh.Dampak primer :Capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Oktober mencapai target 100% sama dengan bulan sebelumnya, artinya upaya pencegahan cedera akibat jatuh pada pasien di rawat inap dilakukan secara konsisten.Dampak sekunder :Tercapainya capaian ini secara konsisten setiap bulannya akan meningkatkan keselamatan pasien. Dengan dilakukannya upaya pencegahan cedera akibat jatuh oleh petugas, maka angka kejadian jatuh bisa ditekan. Adapun ketiga upaya pencegahan jatuh yang dilakukan yaitu, asesmen awal resiko jatuh, asesmen ulang resiko jatuh, dan intervensi resiko jatuh. Dampak lainnya yang akan dirasakan jika petugas patuh dalam melakukan upaya pencegahan jatuh pada pasien beresiko jatuh tinggi yaitu pasien dapat terhindar dari kerugian fisik akibat cedera karena jatuh.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan	
10	2025-10-01 s/d 2025-10-31	331	331	100	Hasil capaian dipertahankan
	NOVEMBER ->			Analisa :Indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan November mencapai target 100%, artinya semua pasien di ruang rawat inap yang beresiko jatuh tinggi telah dilakukan upaya pencegahan cedera akibat jatuh.Dampak primer :Capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan November mencapai target 100% sama dengan bulan sebelumnya, artinya upaya pencegahan cedera akibat jatuh pada pasien di rawat inap dilakukan secara konsisten.Dampak sekunder :Tercapainya capaian ini secara konsisten setiap bulannya akan meningkatkan keselamatan pasien. Dengan dilakukannya upaya pencegahan cedera akibat jatuh oleh petugas, maka angka kejadian jatuh bisa ditekan. Adapun ketiga upaya pencegahan jatuh yang dilakukan yaitu, asesmen awal resiko jatuh, asesmen ulang resiko jatuh, dan intervensi resiko jatuh. Dampak lainnya yang akan dirasakan jika petugas patuh dalam melakukan upaya pencegahan jatuh pada pasien beresiko jatuh tinggi yaitu pasien dapat terhindar dari kerugian fisik akibat cedera karena jatuh.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan	
11	2025-11-01 s/d 2025-11-30	308	308	100	Hasil capaian dipertahankan
	DESEMBER ->			Analisa :Indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Desember mencapai target 100%, artinya semua pasien di ruang rawat inap yang beresiko jatuh tinggi telah dilakukan upaya pencegahan cedera akibat jatuh.Dampak primer :Capaian indikator kepatuhan upaya pencegahan resiko jatuh pada pasien di rawat inap pada bulan Desember mencapai target 100% sama dengan bulan sebelumnya, artinya upaya pencegahan cedera akibat jatuh pada pasien di rawat inap dilakukan secara konsisten.Dampak sekunder :Tercapainya capaian ini secara konsisten setiap bulannya akan meningkatkan keselamatan pasien. Dengan dilakukannya upaya pencegahan cedera akibat jatuh oleh petugas, maka angka kejadian jatuh bisa ditekan. Adapun ketiga upaya pencegahan jatuh yang dilakukan yaitu, asesmen awal resiko jatuh, asesmen ulang resiko jatuh, dan intervensi resiko jatuh. Dampak lainnya yang akan dirasakan jika petugas patuh dalam melakukan upaya pencegahan jatuh pada pasien beresiko jatuh tinggi yaitu pasien dapat terhindar dari kerugian fisik akibat cedera karena jatuh.Rekomendasi :Hasil capaian dipertahankan dan tetap melakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kualitas layanan	
12	2025-12-01 s/d 2025-12-31	335	335	100	Hasil capaian dipertahankan

LAPORAN GRAFIK PENILAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Nama Indikator : kecepatan respon komplain

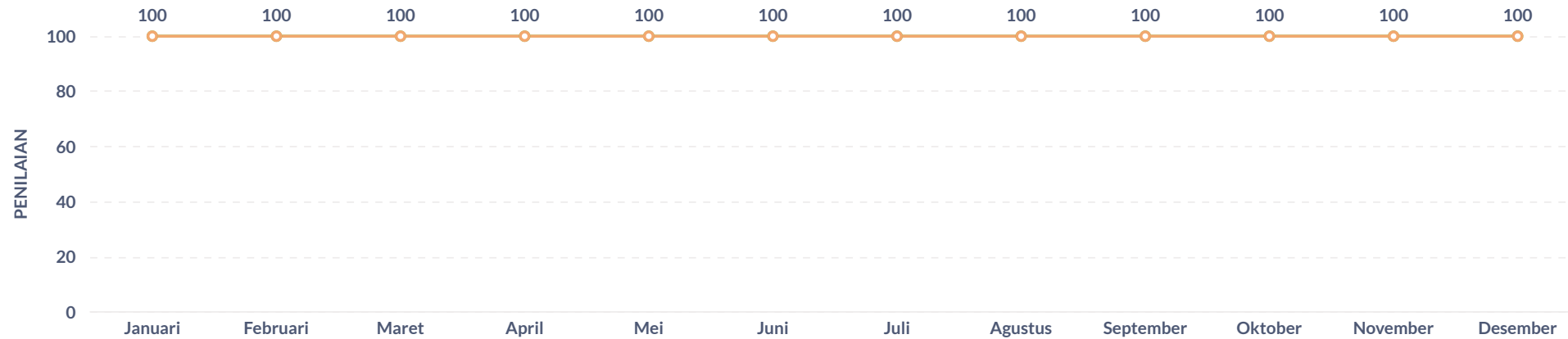
Definis Indikator : kecepatan respon komplain adalah kecepatan rumah sakit dalam menanggapi komplain, baik tertulis, lisan maupun melalui media (email, kotak saran dan media massa) yang sudah diidentifikasi tingkat resiko dan dampak resiko dengan penetapan grading, dampak berupa ekstrim (merah), tinggi (kuning) dan rendah (hijau)dibuktikan dengan data dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/ grading/ dampak resiko.

Penilaian Mutu - Bulan i

[Export as PDF](#)

Penilaian Mutu Per Bulan

● PENILAIAN ● target



Powered by Metabase

No.	Periode	Nilai Numerator	Nilai Denominator	Penilaian	Analisa Unit	Rekomendasi
1	JANUARI -> 2025-01-01 s/d 2025-01-31	9	9	100	Hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian dipertahankan
2	FEBRUARI -> 2025-02-01 s/d 2025-02-28	6	6	100	Hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian dipertahankan
3	MARET -> 2025-03-01 s/d 2025-03-31	5	5	100	Hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian dipertahankan
4	APRIL -> 2025-04-01 s/d 2025-04-30	8	8	100	Hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian dipertahankan
5	MEI -> 2025-05-01 s/d 2025-05-31	6	6	100	Hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian dipertahankan
6	JUNI -> 2025-06-01 s/d 2025-06-30	10	10	100	Hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian dipertahankan
7	JULI -> 2025-07-01 s/d 2025-07-31	11	11	100	Hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian dipertahankan
8	AGUSTUS -> 2025-08-01 s/d 2025-08-31	14	14	100	Hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian dipertahankan
9	SEPTEMBER -> 2025-09-01 s/d 2025-09-30	5	5	100	hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian dipertahankan
10	OKTOBER -> 2025-10-01 s/d 2025-10-31	5	5	100	hasil capaian dipertahankan	hasil capaian dipertahankan
11	NOVEMBER -> 2025-11-01 s/d 2025-11-30	5	5	100	Hasil capaian dipertahankan	hasil capaian dipertahankan
12	DESEMBER -> 2025-12-01 s/d 2025-12-31	10	10	100	Hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian dipertahankan

LAPORAN GRAFIK PENILAIAN INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Nama Indikator : Kepuasan pasien

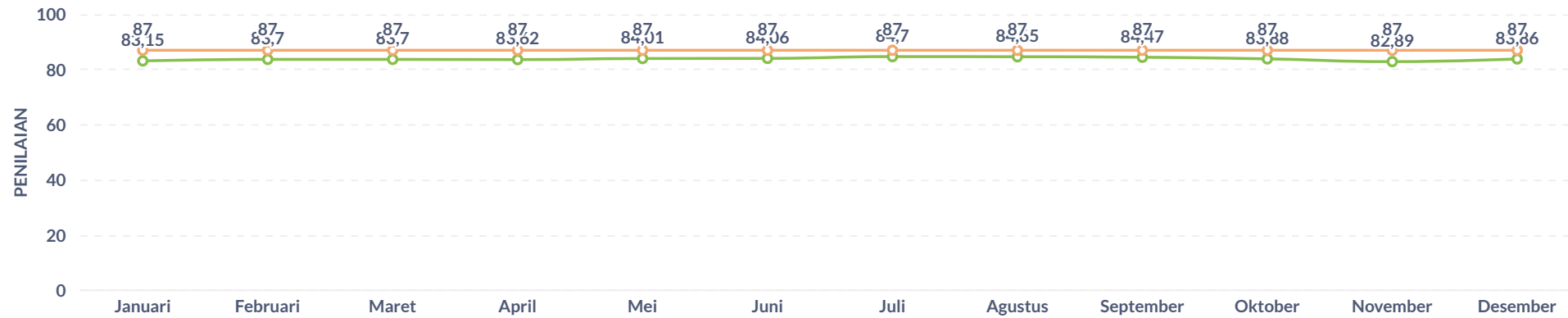
Definis Indikator : Kepuasan pelanggan yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kualitatif dan kuantitatif atas pendapat pelanggan dalam memperoleh pelayanan kesehatan di PMN RS Mata Cicendo.

Penilaian Mutu - Bulan i

[Export as PDF](#)

Penilaian Mutu Per Bulan

● PENILAIAN ● target



Powered by Metabase

No.	Periode	Nilai Numerator	Nilai Denominator	Penilaian	Analisa Unit	Rekomendasi
1	JANUARI -> 2025-01-01 s/d 2025-01-31	0	0	83.15	lebih ditingkatkan lagi pelayanan kepada pasien	Hasil capaian ditingkatkan
2	FEBRUARI -> 2025-02-01 s/d 2025-02-28	0	0	83.7	Hasil capaian dipertahankan	Hasil capaian ditingkatkan
3	MARET -> 2025-03-01 s/d 2025-03-31	0	0	83.7	hasil capaian lebih ditingkatkan lagi	Hasil capaian ditingkatkan
4	APRIL -> 2025-04-01 s/d 2025-04-30	0	0	83.62	hasil capaian lebih ditingkatkan lagi	Hasil capaian ditingkatkan
5	MEI -> 2025-05-01 s/d 2025-05-31	0	0	84.01	Hasil capaian lebih ditingkatkan lagi	Hasil capaian ditingkatkan
6	JUNI -> 2025-06-01 s/d 2025-06-30	0	0	84.06	Hasil capaian perlu ditingkatkan	Hasil capaian ditingkatkan
7	JULI -> 2025-07-01 s/d 2025-07-31	0	0	84.7	Hasil capaian harus ditingkatkan	Hasil capaian ditingkatkan
8	AGUSTUS -> 2025-08-01 s/d 2025-08-31	0	0	84.65	hasil capaian perlu ditingkatkan	Hasil capaian ditingkatkan
9	SEPTEMBER -> 2025-09-01 s/d 2025-09-30	0	0	84.47	hasil capaian perlu ditingkatkan	Hasil capaian ditingkatkan
10	OKTOBER -> 2025-10-01 s/d 2025-10-31	0	0	83.88	hasil capaian ditingkatkan	hasil capaian ditingkatkan
11	NOVEMBER -> 2025-11-01 s/d 2025-11-30	0	0	82.89	hasil capaian perlu ditingkatkan	hasil capaian ditingkatkan
12	DESEMBER -> 2025-12-01 s/d 2025-12-31	0	0	83.86	Hasil capaian harus ditingkatkan	Hasil capaian ditingkatkan dan analisa lebih dalam dengan menggunakan metode fishbone