

Rekapitulasi Hasil Capaian Indikator Mutu Wajib Nasional Tahun 2020

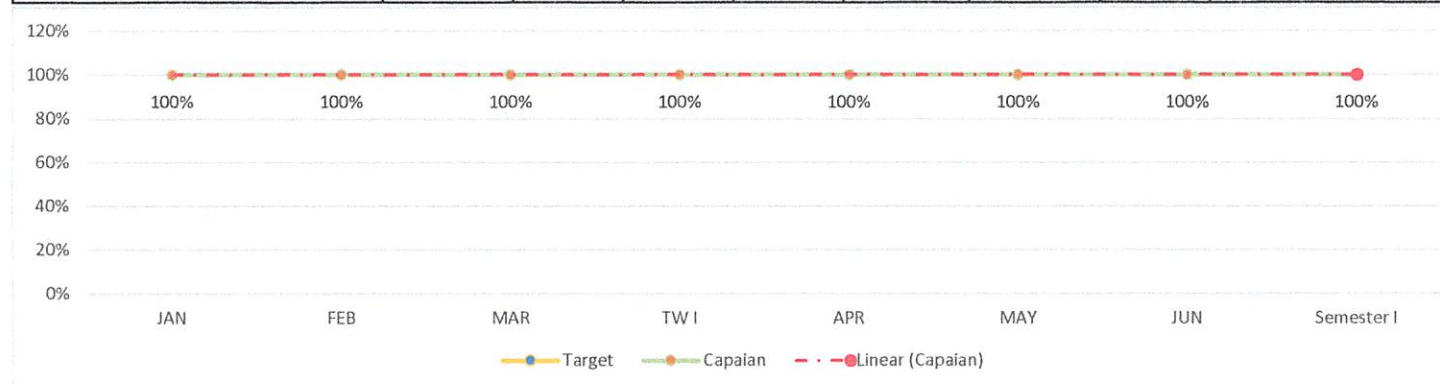
Nama Indikator	Definisi Operasional	Periode Pelaporan	Periode analisis	Target	Formulir	Numerator/Denominator	JAN	FEB	MAR	TW I	April	MEI	JUNI	SEM 1
Kepatuhan Identifikasi pasien	identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identitas yang tercantum pada gelang, label atau bentuk identitas lainnya	bulanan	3 bulan	100%	N	Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar	87	85	81		45	48	75	
					D	Jumlah proses pelayanan yang diobservasi	87	85	81		45	48	75	
							100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Emergency respon time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawatdarurat ≤ 5 menit)	Emergency respon time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawatdarurat ≤ 5 menit) adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dilakukan triage di IGD sampai mendapat pelayanan	bulanan	3 bulan	100%	N	Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratannya dalam waktu ≤ 5 menit						341	350	
					D	Jumlah seluruh pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit tersebut						75	78	
							100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
							4,36	4,43	4,13	4,31	4,48	4,55	4,49	
Waktu Tunggu Rawat Jalan	waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang diperlukan mulai pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai dilayani oleh dokter/dokter spesialis. Catatan : yang dimaksud kontak	bulanan	3 bulan	60 menit	N	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survey						24670	41050	
					D	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey						585	872	
							69,58	69,85	64,51	67,98	46,67	42,17	47,08	56,64
Penundaan Operasi Elektif	Penundaan operasi elektif adalah perubahan jadwal operasi yang direncanakan. Operasi Elektif adalah operasi atau tindakan yang dijadwalkan. Tindakan operasi elektif termasuk	bulanan	3 bulan	5% 2 ha	N	jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya berubah						0	0	
					D	Jumlah pasien operasi elektif						95	431	
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Kepatuhan jam Visite Dokter Spesialis	kepatuhan jam visite dokter spesialis sebagai DPJP adalah dokter spesialis adalah DPJP adalah kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi	bulanan	3 bulan	≥ 80%	N	Jumlah visite dokter spesialis sebelum jam 14:00 pada hari berjalan	1309	1262	895		176	198	652	
					D	jumlah visite dokter spesialis pada hari berjalan	1340	1279	924		177	198	652	
							97,69%	98,67%	96,86%	97,74%	99,44%	100,00%	100,00%	98,78%
Waktu Lapor Hasil Tes kritis Laboratorium	Waktu Lapor Hasil Tes kritis Laboratorium adalah waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca	bulanan	3 bulan	100%	N	Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit	116	133	19		5	17	75	
					D	jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis	16	17	6		1	2	6	
							100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
							7,25	7,82	3,17	6,08	5,00	8,50	12,50	
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium Nasional.	bulanan	3 bulan	≥80%	N	Jumlah R/ yang patuh dengan formularium nasional						3478	9795	
					D	Jumlah seluruh R/						3844	10683	
							92,67%	92,18%	90,51%	91,79%	91,87%	90%	92%	91,57%
Kepatuhan Penggunaan formularium RS Non Provider BPJS	Kepatuhan Penggunaan Formularium RS adalah kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium RS. Disebut patuh bila			80%	N	Jumlah R/ yang patuh dengan formularium RS						3844	10683	
					D	Jumlah seluruh R/						3844	10683	
							99,98%	99,95%	99,99%	99,97%	99,88%	100%	100%	99,97%

Kepatuhan Cuci tangan	Kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>) adalah segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran yang secara kasat mata terlihat dan pengangkatan mikroorganisme yang tinggal	bulanan	3 bulan	≥85%	N	Total kebersihan tangan yang dilakukan	1116	830	962		905	804	815	
					D	Peluang kebersihan tangan	1313	999	1066		1039	873	902	
							84,08%	83,67%	90,24%	85%	87,10%	92%	90,35%	87,92%
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap	Upaya pencegahan jatuh meliputi : Screening di rawat jalan/ IGD	bulanan	3 bulan	100%	N	Jumlah kasus yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan pasien jatuh	239	214	162		27	24	93	
					D	Jumlah kasus semua pasien yang berisiko jatuh	239	214	162		27	24	93	
							100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	Kepatuhan terhadap clinical pathway adalah kepatuhan para staf medis/ DPJP dalam menggunakan clinical pathway untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan	bulanan	3 bulan	80%	N	Jumlah kasus yang penanganannya patuh dengan kriteria 5 clinical pathways	77	54	26		6	6	24	
					D	Jumlah total kasus yang masuk dalam kriteria 5 clinical pathways yang ditetapkan	82	58	29		6	6	25	
							93,90%	93,10%	89,70%	92,23%	100%	100%	96%	95,45%
Kepuasan pasien dan keluarga	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang	3 bulan	6 bulan	80%	N	Hasil Penilaian IKM. Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)								
					D	Skala Maksimal Penilaian IKM. Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)								
										79,94%			82,37%	81,16%
Kecepatan respon Terhadap Komplain	Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah sakit dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko	bulanan	bulanan	>75%	N	Jumlah KKM, KKK dan KKH yang sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti								
					D	Jumlah seluruh KKM, KKK dan KKH								
							100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bandung, Juli 2020
Mengetahui, Ketua KMKP

Dr. Susi Heryati, SpM (K)
NIP.196102021988032002

NAMA INDIKATOR	: Kepatuhan Identifikasi pasien							
NUMERATOR	: Jumlah proses yang telah dilakukan identifikasi secara benar							
DENUMERATOR	: Jumlah proses pelayanan yang diobservasi							
FORMULA	: $\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$							
TARGET	: 100%							
INDIKATOR	JAN	FEB	MAR	TW I	APR	MAY	JUN	Semester I
Target	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Capaian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



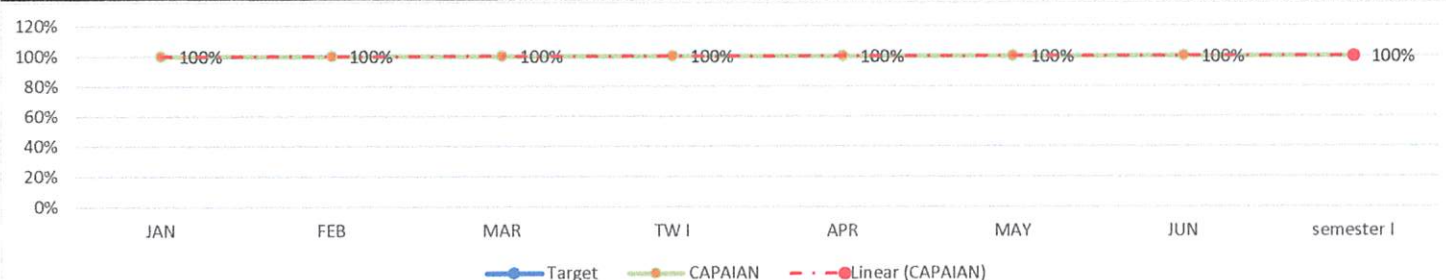
Analisa: Berdasarkan data dan grafik indikator kepatuhan identifikasi pasien pada Bulan Juni dan rata-rata hasil capaian selama 1 semester tahun 2020 adalah 100% artinya telah mencapai target yang ditetapkan, kegiatan identifikasi tersebut dilakukan pada proses pelayanan yang meliputi :

- Pemberian obat
- Pemberian darah/ produk darah
- Pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis
- Sebelum memberikan pengobatan
- Sebelum memberikan tindakan

telah sesuai dengan prosedur Nama lengkap pasien, Tanggal lahir, Nomor rekam medis yang telah ditetapkan.

Rekomendasi: Monitoring dan Evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan kepatuhan dalam identifikasi pasien, patuh dalam hal Pemberian obat, Pemberian darah/ produk darah, Pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis, Sebelum memberikan pengobatan, Sebelum memberikan tindakan sesuai dengan tepat nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis.

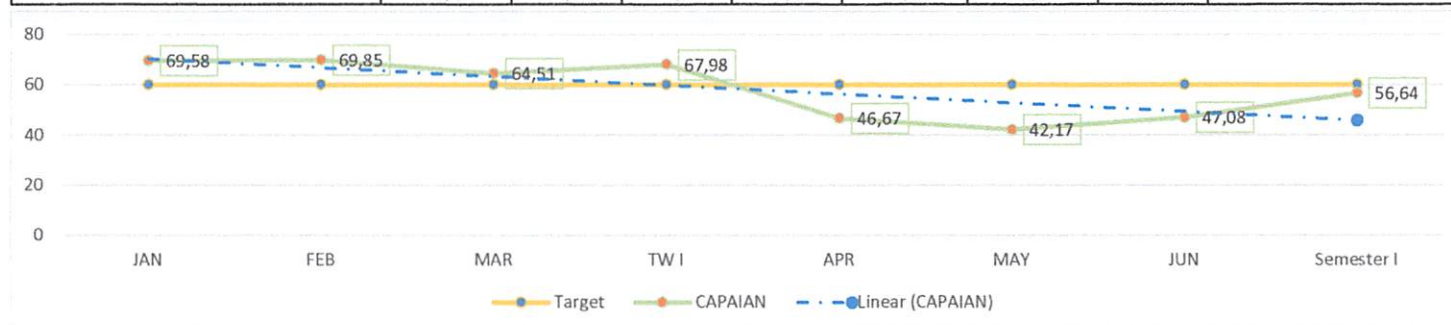
NAMA INDIKATOR	: Emergency respon time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat darurat ≤ 5 menit)							
NUMERATOR	: Jumlah pasien gawat, darurat, dan gawat darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratannya dalam waktu ≤ 5 menit							
DENUMERATOR	: Jumlah seluruh pasien gawat, darurat, dan gawat-darurat yang mendapatkan pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit tersebut							
FORMULA	: $\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$							
TARGET	: 100%							
INDIKATOR	JAN	FEB	MAR	TW I	APR	MAY	JUN	semester I
Target	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CAPAIAN	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Analisa: Berdasarkan data dan grafik indikator emergency respon time rate 2 (waktu tanggap pelayanan gawat darurat ≤ 5 menit) pada bulan Juni 2020 sebesar 100% dan untuk rata-rata hasil capaian selama 1 semester tahun 2020 memiliki hasil yang sama yaitu 100% sehingga dapat disimpulkan secara keseluruhan hasil capaian sudah mencapai target yang ditentukan. Hal ini menunjukkan bahwa waktu yang dibutuhkan mulai pasien dilakukan triage di IGD sampai mendapat pelayanan dokter sesuai dengan waktu tanggap gawat darurat ≤ 5 menit.

Rekomendasi: Monitoring dan Evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian dalam waktu tanggap pelayanan gawat darurat ≤ 5 menit.

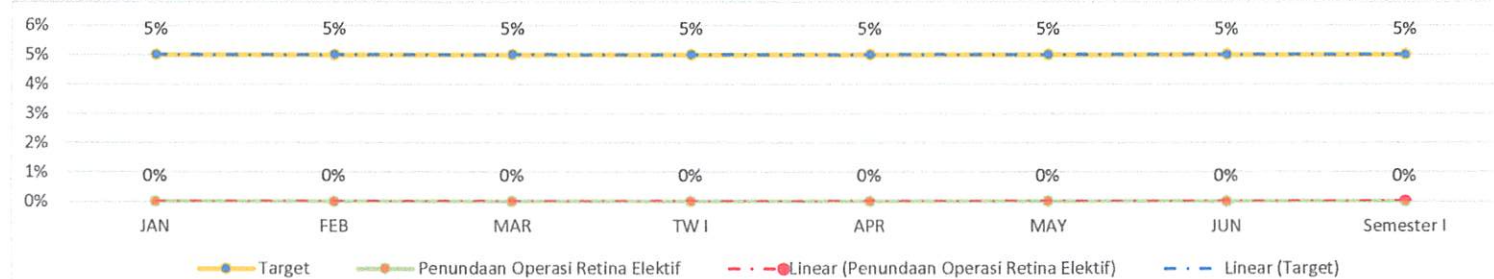
NAMA INDIKATOR	: Waktu Tunggu Rawat Jalan							
NUMERATOR	: Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survey							
DENUMERATOR	: Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey							
FORMULA	: $\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$							
TARGET	: ≤ 60 menit							
INDIKATOR	JAN	FEB	MAR	TW I	APR	MAY	JUN	Semester I
Target	60	60	60	60	60	60	60	60
CAPAIAN	69,58	69,85	64,51	67,98	46,67	42,17	47,08	56,64



Analisa: Berdasarkan data dan grafik pada indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan pada bulan Juni telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 47 menit 8 detik, dan mengalami penurunan sebanyak 5 menit 30 detik lebih lama dibandingkan hasil bulan sebelumnya. Hal ini menunjukkan bahwa waktu yang diperlukan mulai pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai dilayani oleh dokter/dokter spesialis telah sesuai dengan waktu tunggu yang ditentukan yakni ≤ 60 menit. Rata-rata hasil capaian selama 1 semester tahun 2020 adalah 57 menit 4 detik sehingga dapat disimpulkan bahwa hasil capaian pada Bulan April, Mei dan Juni telah mencapai target sedangkan untuk capaian Bulan Januari, Februari dan Maret belum memenuhi target.

Rekomendasi: Monitoring dan Evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian waktu tunggu rawat jalan.

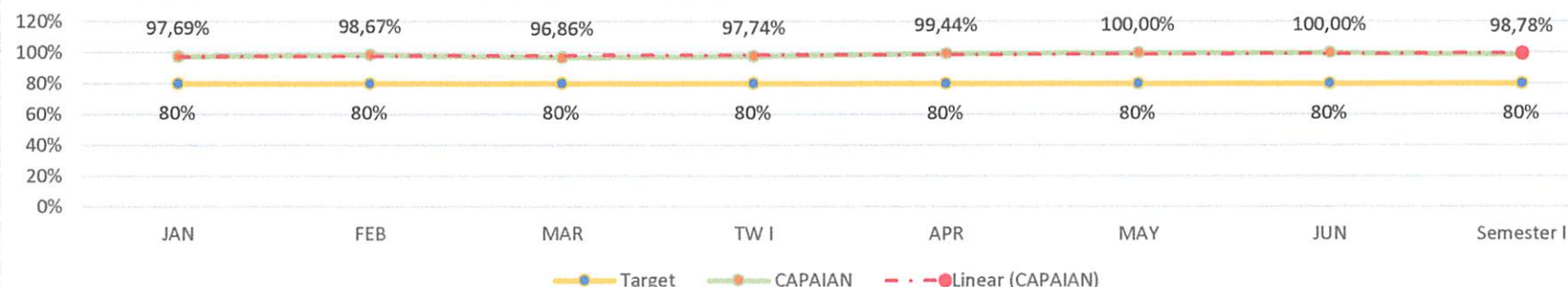
NAMA INDIKATOR	: Penundaan Operasi Elektif							
NUMERATOR	: Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya berubah							
DENUMERATOR	: Jumlah pasien operasi elektif							
FORMULA	: $\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$							
TARGET	: < 5% 2 hari							
INDIKATOR	JAN	FEB	MAR	TW I	APR	MAY	JUN	Semester I
Target	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Penundaan Operasi Retina Elektif	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%



Analisa: Berdasarkan data dan grafik indikator penundaan operasi retina elektif sampai dengan Bulan Juni 2020 adalah 0%, hasil ini telah mencapai target yang ditetapkan, dimana perubahan jadwal operasi yang direncanakan telah sesuai yaitu dengan waktu kurang dari 2 hari. Rata-rata hasil capaian selama 1 semester tahun 2020 adalah 0% sehingga dapat disimpulkan bahwa hasil capaian setiap bulannya sudah memenuhi target yang ditetapkan.

Rekomendasi: Monitoring dan Evaluasi tetap dilakukan sebagai upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian indikator penundaan operasi elektif

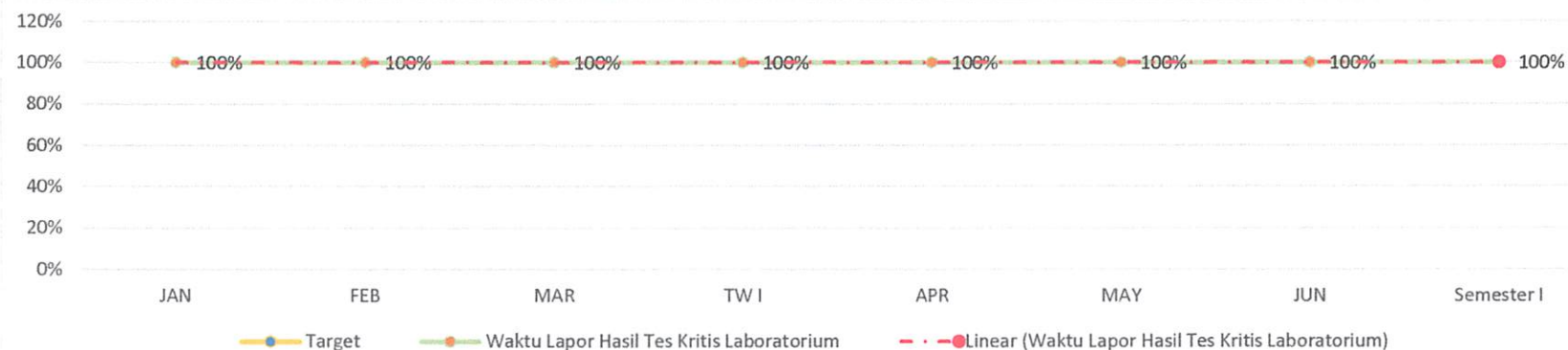
NAMA INDIKATOR	: Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis							
NUMERATOR	: Jumlah visite dokter spesialis sebelum jam 14:00 pada hari berjalan							
DENUMERATOR	: Jumlah visite dokter spesialis pada hari berjalan							
FORMULA	: $\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$							
TARGET	: $\geq 80\%$							
INDIKATOR	JAN	FEB	MAR	TW I	APR	MAY	JUN	Semester I
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
CAPAIAN	97,69%	98,67%	96,86%	97,74%	99,44%	100,00%	100,00%	98,78%



Analisa: Berdasarkan data dan grafik diatas pada indikator Kepatuhan jam Visite Dokter Spesialis pada bulan Juni adalah 100%. Hasil ini menunjukkan bahwa kunjungan dokter spesialis untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya setiap hari sebelum jam 14:00 termasuk hari libur telah dilakukan dengan baik. Rata-rata hasil capaian selama 1 semester tahun 2020 adalah sebesar 98.78% dengan capaian tertinggi pada Bulan Mei dan Juni adalah 100% sehingga dapat disimpulkan secara keseluruhan hasil capaian Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis setiap bulannya sudah mencapai target.

Rekomendasi: Monitoring dan evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan hasil capaian dan meningkatkan kepatuhan jam visite dokter spesialis.

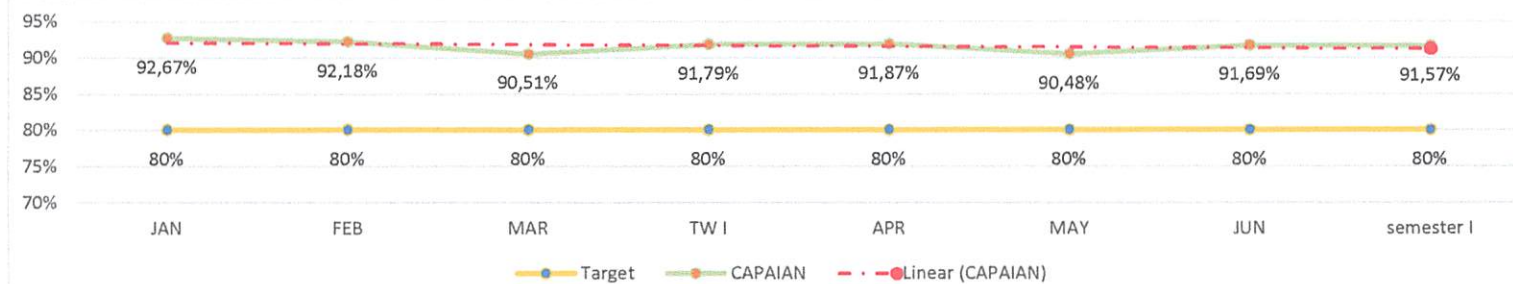
NAMA INDIKATOR	: Waktu Lapor Hasil Tes kritis Laboratorium							
NUMERATOR	: Jumlah pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan < 30 menit							
DENUMERATOR	: jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis							
FORMULA	: $\frac{\text{numerator}}{\text{Denumerator}} \times 100\%$							
TARGET	:100%							
INDIKATOR	JAN	FEB	MAR	TW I	APR	MAY	JUN	Semester I
Target	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Analisa: Berdasarkan data dan grafik indikator waktu lapor hasil tes kritis laboratorium sampai dengan bulan Juni 2020 yakni 100%, hasil ini telah mencapai target yang ditetapkan dan waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter/analisis laboratorium sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan) sudah sesuai standar yakni ≤ 30 menit. Rata-rata hasil capaian selama 1 semester tahun 2020 dengan hasil capaian setiap bulan adalah sama yaitu 100% sehingga dapat disimpulkan bahwa hasil capaian sudah memenuhi target.

Rekomendasi: Monitoring dan evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium.

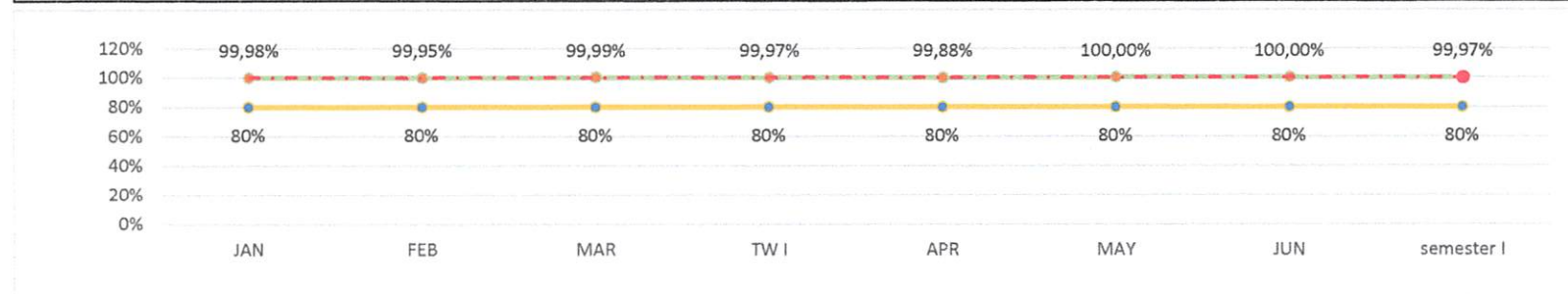
NAMA INDIKATOR	: Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional							
NUMERATOR	: Jumlah R/ yang patuh dengan formularium nasional							
DENUMERATOR	: Jumlah seluruh R/							
FORMULA	: $\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$							
TARGET	: $\geq 80\%$							
INDIKATOR	JAN	FEB	MAR	TW I	APR	MAY	JUN	semester I
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
CAPAIAN	92,67%	92,18%	90,51%	91,79%	91,87%	90,48%	91,69%	91,57%



Analisa: Berdasarkan data indikator kepatuhan penggunaan formularium nasional pada Bulan Juni mengalami peningkatan sebesar 1.21% dibandingkan bulan sebelumnya dan rata-rata hasil capaian selama 1 semester tahun 2020 adalah sebesar 91.57% sehingga dapat disimpulkan bahwa hasil capaian telah mencapai target yang ditetapkan. Hasil ini menunjukkan bahwa kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sudah sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium Nasional.

Rekomendasi: Monitoring dan evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian indikator kepatuhan penggunaan formularium nasional.

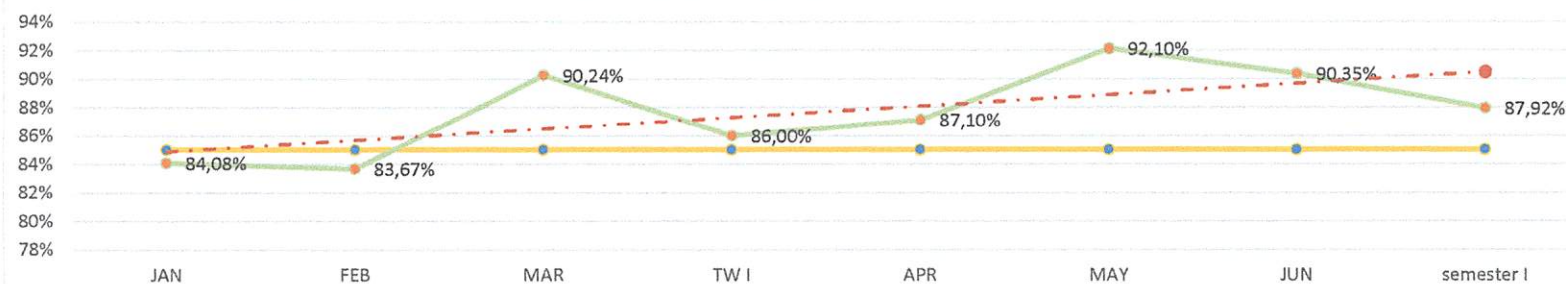
NAMA INDIKATOR	: Kepatuhan Penggunaan formularium RS Non Provider BPJS							
NUMERATOR	: Jumlah R/ yang patuh dengan formularium RS							
DENUMERATOR	: Jumlah seluruh R/							
FORMULA	: $\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$							
TARGET	: 80%							
INDIKATOR	JAN	FEB	MAR	TW I	APR	MAY	JUN	semester I
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Kepatuhan Penggunaan formularium RS Non Provider BPJS	99,98%	99,95%	99,99%	99,97%	99,88%	100,00%	100,00%	99,97%



Analisa: Berdasarkan data indikator Kepatuhan Penggunaan formularium RS Non Provider BPJS pada Bulan Juni adalah 100% dengan hasil capaian tertinggi pada Bulan Mei dan Juni yaitu 100% sedangkan hasil capaian terendah yaitu pada bulan Februari sebesar 99.95%. Rata-rata capaian selama 1 semester tahun 2020 sebesar 99.97% sehingga dapat disimpulkan hasil capaian sudah memenuhi target yang ditetapkan. Hasil ini menunjukkan bahwa kepatuhan para dokter meresepkan obat kepada pasien sudah sesuai dengan daftar obat-obatan Formularium RS.

Rekomendasi: Monitoring dan evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian pada indikator Kepatuhan Penggunaan formularium RS Non Provider BPJS.

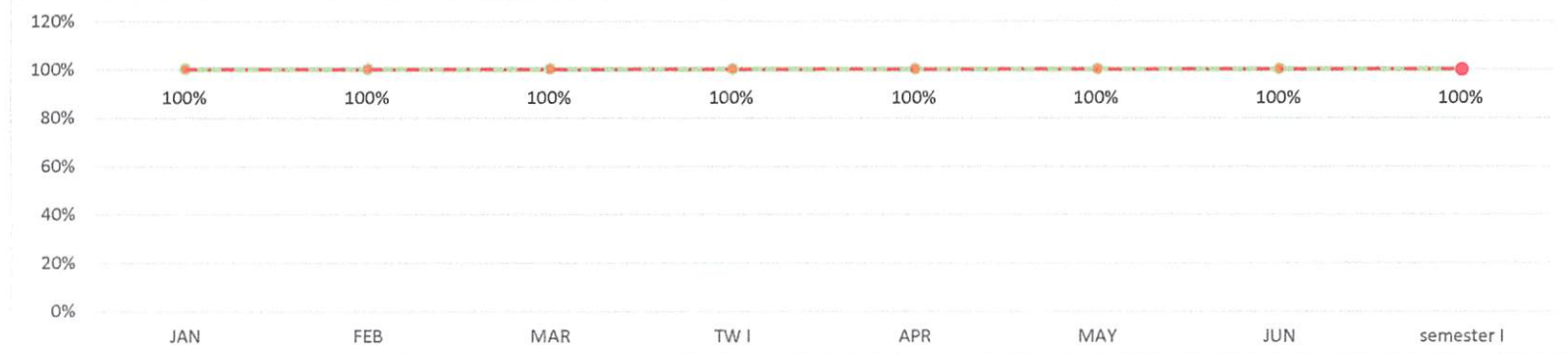
NAMA INDIKATOR	: Kepatuhan Cuci tangan							
NUMERATOR	: Total kebersihan tangan yang dilakukan							
DENUMERATOR	: Peluang kebersihan tangan							
FORMULA	: $\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$							
TARGET	: $\geq 85\%$							
INDIKATOR	JAN	FEB	MAR	TW I	APR	MAY	JUN	semester I
Target	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%	85%
Kepatuhan Cuci tangan	84,08%	83,67%	90,24%	86,00%	87,10%	92,10%	90,35%	87,92%



Analisa: Berdasarkan data dan grafik indikator kepatuhan cuci tangan pada Bulan Juni adalah 90.35% dan mengalami penurunan sebesar 1.74% dibandingkan dengan bulan sebelumnya. Meskipun terjadi penurunan sudah mencapai target yang ditetapkan. Hal ini menunjukkan bahwa segala usaha yang dilakukan untuk membersihkan kotoran yang secara kasat mata terlihat dan pengangkatan mikroorganisme yang tinggal sementara di tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir (*hand wash*) atau dengan cairan berbasis alkohol (*handrub*) dalam 6 langkah (WHO,2009) sudah patuh dilakukan. Rata-rata hasil capaian semester 1 tahun 2020 adalah 87.92% dengan capaian tertinggi pada Bulan Mei yaitu 92.10% sedangkan capaian terendah pada Bulan Februari sebesar 83.67% sehingga dapat disimpulkan bahwa hasil capaian Bulan Maret, April, dan Juni sudah mencapai target dan capaian Bulan Januari dan Februari belum memenuhi target yang ditetapkan.

Rekomendasi: Monitoring dan evaluasi tetap dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian indikator kepatuhan cuci tangan.

NAMA INDIKATOR	: Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap							
NUMERATOR	: Jumlah kasus yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan pasien jatuh							
DENUMERATOR	: Jumlah kasus semua pasien yang berisiko jatuh							
FORMULA	: $\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$							
TARGET	: 100%							
INDIKATOR	JAN	FEB	MAR	TW I	APR	MAY	JUN	semester I
Target	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Analisa: Berdasarkan data dan grafik indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap Bulan Juni 2020 sebesar 100%. Hal ini menunjukkan bahwa petugas berupaya melaksanakan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Rumah Sakit. Rata-rata hasil capaian semester 1 dan hasil capaian setiap bulan adalah sama yaitu 100%, sehingga sudah mencapai target yang ditetapkan.

Rekomendasi: Monitoring dan evaluasi tetap dilakukan sebagai upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian pada kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap.

NAMA INDIKATOR	: Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway							
NUMERATOR	: Jumlah kasus yang penanganannya patuh dengan kriteria 5 clinical pathways							
DENUMERATOR	: Jumlah total kasus yang masuk dalam kriteria 5 clinical pathways yang ditetapkan							
FORMULA	: $\frac{\text{numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$							
TARGET	: 80%							
INDIKATOR	JAN	FEB	MAR	TW I	APR	MAY	JUN	Semester I
Target	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	93,90%	93,10%	89,70%	92,23%	100,00%	100,00%	96,00%	95,45%



Analisa: Berdasarkan data dan grafik indikator kepatuhan terhadap clinical pathway pada Bulan Juni mengalami penurunan sebesar 4% dibandingkan dengan hasil bulan sebelumnya. hal tersebut menunjukkan bahwa kepatuhan para staf medis/ DPJP dalam menggunakan clinical pathway untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis. Rata-rata hasil capaian selama semester 1 tahun 2020 adalah 95.45% dengan hasil capaian tertinggi pada Bulan Mei dan Juni sebesar 100% sedangkan capaian terendah pada Bulan Maret sebesar 89.70% sehingga dapat disimpulkan secara keseluruhan bahwa hasil capaian semester 1 sudah mencapai target.

Rekomendasi: Monitoring dan evaluasi tetap dilakukan sebagai upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil capaian pada kepatuhan terhadap clinical pathway.