



HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU TRIWULAN I 2019

A. INDIKATOR MUTU

1. Indikator Area Klinik (Standar PMKP 3.1)

Area Indikator	UNIT	No	Judul Indikator Mutu	Standar	Capaian TW 1	Kriteria Hasil
Asesmen pasien	Rawat Inap	1	Angka Asesmen Pasien Rawat Inap oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) ≤ 24 Jam	100%	99%	Tidak Tercapai
Pelayanan Laboratorium	Laboratorium	2	Waktu tunggu interpretasi hasil laboratorium darah rutin (DR) cito	93%	97%	Tercapai
Prosedur bedah	Kamar Bedah	3	Kejadian kematian di meja operasi elektif	0%	0%	Tercapai
Penggunaan antibiotika dan obat lainnya	Farmasi	4	Penulisan resep sesuai dengan formularium rumah sakit	80%	98%	Tercapai
Kesalahan medikasi (<i>Medication error</i>) & KNC		5	Angka kesalahan (KNC, KTC, KTD, dan sentinel) penggunaan obat di luar obat <i>high alert</i>	0%	0,001%	Tidak Tercapai
Anestesi dan penggunaan sedasi	Kamar Bedah	6	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET pada operasi elektif	$\leq 6\%$	0%	Tercapai
Penggunaan darah dan produk darah	Laboratorium	7	Kejadian reaksi transfusi	$\leq 0,01\%$	0,03%	Tidak Tercapai
Ketersediaan, isi, dan penggunaan catatan medik	Rekam Medis	8	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah pelayanan pada pasien rawat inap	100%	90%	Tidak Tercapai
Pencegahan, pengendalian infeksi, <i>surveillance</i> dan pelaporan	KPPI	9	Angka kejadian IDO	$< 1,5\%$	0,06%	Tercapai
Riset klinis	Litbang	10	Angka penggunaan <i>inform concent</i> pada setiap pasien yang dilakukan penelitian di rumah sakit	100%	89%	Tidak Tercapai



2. Indikator JCI Library of Measures

Area Indikator	UNIT	No	Judul Indikator Mutu	Standar	Capaian	Kriteria Hasil
JCI Library of Measure (profil indikator mutu utama)	Unit Khusus, Rawat Inap	1	Angka Pemberian Aspirin saat Kedatangan sampai di rumah sakit pada pasien AMI	≥ 80%	100%	Tercapai
	Komite PPI	2	Angka ulcus decubitus pasien tirah baring stadium dua atau lebih selama perawatan di rumah sakit	< 5 ‰	1‰	Tercapai
	Darul Muqomah/ Stroke Center	3	Pasien stroke ischemic dan hemorrhagic yang telah dikaji untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi	85%	100%	Tercapai
	Kamar Bersalin	4	Wanita pada kehamilan pertama dengan satu bayi dan posisi normal melahirkan dengan proses persalinan cesarean section pada usia kehamilan 37-42 minggu	0%	0%	Tercapai

3. Indikator Area Manajemen (Standar PMKP 3.2)

Area Indikator	UNIT	NO	Judul Indikator Mutu	Standar	Capaian	Kriteria Hasil
Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien	Farmasi	1	Kelengkapan obat dan Alkes di <i>trolley emergency</i>	100%	100%	Tercapai
Pelaporan aktivitas yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan	TB DOTS	2	Pencatatan dan pelaporan kasus tuberculosis	80%	100%	Tercapai
	Mutu & KPRS	3	Angka pelaporan insiden <i>near miss</i> , <i>adverse event</i> dan <i>sentinel event</i> dengan formulir insiden lengkap dari unit perawatan dalam waktu ≤2x24 Jam	70%	100%	Tercapai
Manajemen resiko	Rawat inap	4	Angka kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	0,34%	Tidak Tercapai
Manajemen penggunaan sumber	Sarpras Medis	5	Angka pelaporan kalibrasi peralatan medis seluruh unit	75%		Pelaporan 1 tahun



daya			rumah sakit			sekali
	Sarpras Non Medis	6	Waktu tunggu kedatangan petugas perbaikan AC $\leq$ 30 menit	80%	96%	Tercapai
Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga	Humas	7	Kepuasan pasien dan keluarga rawat inap	80%	83%	Tercapai
	Gizi	8	Pengukuran sisa makanan	< 20%	19%	Tercapai
Demografi pasien dan diagnosis klinis	Rekam Medis	9	Adanya laporan 10 (sepuluh) besar kasus penyakit pada tiap-tiap bagian rumah sakit	100%	100%	Tercapai
Manajemen keuangan	Keuangan	10	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	80 % / < 2 jam	89%	Tercapai
Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf	KPPI	11	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	100%	98%	Tidak Tercapai

4. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) (Standar PMKP 3.3)

STANDAR	INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	Standar	Capaian	Kriteria Hasil
SKP I	Ketepatan gelang identitas pasien dengan benar	Pasien terpasang gelang identitas	100%	100%	Tercapai
SKP II	Meningkatkan komunikasi efektif	Penyampaian komunikasi lewat telepon dengan tehnik SBAR dan verifikasi perintah yang telah diberikan	90%	98%	Tercapai
SKP III	Keamanan obat yang perlu kewaspadaan tinggi	Angka kesalahan (KNC, KTC, KTD, Sentinel) penggunaan obat <i>high alert</i>	0%	0,002%	Tidak Tercapai
SKP IV	Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi	Pelaksanaan <i>sign in</i> , <i>time out</i> dan <i>sign out</i>	100%	100%	Tercapai
SKP V	Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan keseha	Angka kepatuhan kebersihan tangan pada paramedis	85%	94%	Tercapai

		Angka kepatuhan kebersihan tangan pada medis	85%	90%	Tercapai
		Angka kepatuhan kebersihan tangan pada mahasiswa	85%	92%	Tercapai
		Angka kepatuhan kebersihan tangan pada petugas lain	85%	85%	Tercapai
SKP VI	Pengurangan risiko pasien jatuh	Angka pasien jatuh di pelayanan rumah sakit	0%	0,01%	Tercapai

5. Indikator Mutu Unit

UNIT	NO	Judul Indikator Mutu	Standar	Capaian	Kriteria Hasil
IGD	1	Kelengkapan pengkajian awal pasien baru di IGD dalam 24 jam	100%	99%	Tidak Tercapai
	2	Respon time dokter terhadap pasien gawat darurat ≤ 5 menit	$\geq 90\%$	100%	Tercapai
	3	Kematian Pasien di IGD	$\leq 2,5\%$	0,24%	Tercapai
Laboratorium PK	4	Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium	$\geq 80\%$	90%	Tercapai
Laboratorium mikrobiologi	5	Kemampuan memeriksa mikroskopis tuberculosis paru	100%	100%	Tercapai
Hemodialisa	6	Kunjungan pasien hemodialisa sesuai jadwal	90%	90%	Tercapai
	7	Insiden ketidaktepatan insersi vena dan arteri pada pasien hemodialisa	$<10\%$	0%	Tercapai
	8	Terpasangnya akses vaskuler pasien saat hemodialisa	70%	66%	Tidak Tercapai
Radiologi	9	Kerusakan foto	$\leq 2\%$	0,04%	Tercapai
Farmasi	10	Penggunaan antibiotik lebih dari tiga terhadap pasien	0%	0%	Tercapai
Rawat Inap	11	Angka kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	$<5\%$	0,85%	Tercapai
Litbang	12	Jumlah Penelitian yang dipublikasikan	70%		Pelaporan 6 bulan sekali
KPPI	13	Angka kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada pasien yang dipasang kateter urine	$< 5 \%$	0,2%	Tercapai
	14	Angka kejadian Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) pada pasien yang dipasang cateter vena central	$< 5 \%$	0%	Tercapai
	15	Angka kejadian Infeksi Ventilator Associated Pneumonie (VAP) pada pasien yang dipasang ventilator mekanik	$< 5 \%$	0%	Tercapai



RSI SULTAN AGUNG
ISLAMIC TEACHING HOSPITAL
Rumah Sakit Sesuai Prinsip Syariah
SEMARANG - JAWA Tengah

	16	Angka kejadian pasien plebitis pada pemasangan infus	< 10 %	1,12%	Tercapai
Gizi	17	Ketepatan waktu distribusi makanan	90%	100%	Tercapai
SDI	18	Jumlah karyawan perawat dan penunjang medis yang mengikuti program pelatihan	≥ 75 %		Pelaporan 1 tahun sekali
	19	Kedisiplinan Karyawan	95%	97%	Tercapai
Rumah Tangga	20	Waktu Tanggap kerusakan Sarana Rumah Tangga	≥ 80%	82%	Tercapai
Sarpras non Medik	21	Ketepatan Waktu Maintenance AC	80%	93%	Tercapai
Sarpras Medik	22	Pemeliharaan alat medik (ketepatan waktu tunggu kedatangan teknis)	80%	92%	Tercapai
BPI	23	Perawatan Jenazah Sesuai <i>Universal Precaution</i>	100%	100%	Tercapai
TB DOTS	24	Pasien tuberkulosis yang mengetahui status HIV	≥85%	100%	Tercapai
	25	Proporsi pasien tuberkulosis yang mengalami penapisan diabetes mellitus	≥85%	100%	Tercapai
Mutu & KPRS	26	Ketepatan waktu pelaporan indikator mutu utama dan unit	60%	67%	Tercapai
Peristi/ Kamar Bayi	27	Pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru bagi BBLR < 2500 gram	95%	100%	Tercapai
Security	28	Tidak adanya kehilangan barang milik pasien, pengunjung pasien, karyawan, dan pengunjung lainnya yang hilang di RS	100%	95%	Tidak Tercapai
	29	Angka keberhasilan penyelenggaraan keamanan dan kegiatan untuk melindungi pasien ibu melahirkan, dan bayi yang di rawat pada setiap jam dalam waktu 24 jam	100%	100%	Tercapai
Driver	30	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di Rumah Sakit	80%	100%	Tercapai
	31	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance jenazah di Rumah Sakit	80%	100%	Tercapai
Laundry	32	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%	100%	Tercapai
	33	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	100%	Tercapai
Sanitasi	34	Pengelolaan Limbah Padat	100%	100%	Tercapai
	35	Baku Mutu Air Limbah cair	100%	100%	Tercapai
Akuntansi & Keuangan	36	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	≥ 90%	100%	Tercapai
Pemasaran	37	Kelengkapan asuransi	100%	100%	Tercapai
Kamar Bersalin	38	Angka kematian ibu melahirkan	0%	0%	Tercapai

	39	Angka kejadian pasien meninggal di ICU yang kurang dari 48 jam di rawat	$\leq 3 \%$	1%	Tercapai
	40	Angka kejadian cedera restrain pada pasien yang terpasang restrain	$\leq 3 \%$	0%	Tercapai
Rehabilitasi Medik	41	Kejadian droup out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	$< 10\%$		Pelaporan 3 bulan sekali
	42	Angka kecepatan menjawab konsul oleh Dokter Rehabilitasi Medik	90%	99%	Tercapai
Cardiac Center	43	Angka kejadian hematoma pada daerah puncture post angiografi	0%	0%	Tercapai
Hukum	44	Ketepatan perjanjian kontrak/ MOU	100%	100%	Tercapai
Pendidikan	45	Peserta didik baru non FK yang mengikuti orientasi	75%	100%	Tercapai
	46	Angka pelaksanaan presentasi akhir oleh peserta didik non FK	75%	100%	Tercapai
Kamar Bedah	47	Ketidaksesuaian diagnosa pre & post operasi	$< 5\%$	0,08%	Tercapai
	48	Penundaan operasi elektif	$< 5\%$	0,08%	Tercapai
SEC	49	Tidak adanya kejadian salah prosedur, lokasi dan pasien pada tindakan operasi di SEC	100%	100%	Tercapai
Farmasi	50	Angka kepatuhan pelabelan obat <i>high alert</i> di seluruh unit rumah sakit	100%	100%	Tercapai
CSSD	51	Kepastian mesin sterilisasi termonitor sesuai standar	80%	100%	Tercapai

6. INDIKATOR MUTU SYARIAH

a) Indikator Mutu Wajib Syariah

INDIKATOR MUTU WAJIB SYARIAH		Standar	Capaian	Kriteria Hasil
NO	Judul Indikator Mutu			
1.	Pendampingan Talqin Kepada Pasien Sakaratul Maut (<i>End of Life</i>)	100%	100%	Tercapai
2.	Mengingatkan waktu sholat	100%	100%	Tercapai
3.	Pemasangan DC sesuai gender	100%	100%	Tercapai

b) Indikator Mutu Standart Pelayanan Minimum Syariah

INDIKATOR MUTU SYARIAH		Standar	Capaian	Kriteria Hasil
NO	Judul Indikator Mutu			
1.	Pemasangan EKG sesuai Gender	100%	100%	Tercapai

2.	Hijab untuk pasien	80%	99.94%	Tercapai
3.	Penutup dada pada ibu menyusui	100%	100%	Tercapai
4.	Membaca Basmalah pada pemberian obat dan tindakan	100%	100%	Tercapai
5.	<i>Mandatory training</i> untuk fiqih pasien	100%	Dilaporkan setiap 6 bulan (TW II dan IV)	
6.	Adanya edukasi islami (Leaflet atau buku kerohanian)	100%	100%	Tercapai
7.	Pemakaian hijab di kamar operasi	100%	100%	Tercapai
8.	Penjadwalan operasi elektif tidak terbentur waktu sholat	80%	100%	Tercapai

c) Indikator Mutu Unit Syariah

INDIKATOR MUTU SYARIAH		Standar	Capaian	Kriteria Hasil
NO	Judul Indikator Mutu			
1.	Angka pelaksanaan budaya baca Al-Qur'an per unit	100%	98.67%	Tidak tercapai
2.	Angka kehadiran doa pagi karyawan	80%	80,48%	Tercapai
3.	Angka kehadiran tahsin karyawan	80%	83.51%	Tercapai
4.	Angka bimbingan psikospiritual unit BPI kepada pasien rawat inap	100%	100%	Tercapai

Semarang, 13 Mei 2019

Mengetahui

Ketua Komite Mutu & Keselamatan Pasien


 (dr. Ayu Sekar Melati)
