



HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU TRIWULAN II 2019

A. INDIKATOR MUTU

1. Indikator Mutu Wajib (Nasional)

UNIT	No	Judul Indikator Mutu	Standar	Capaian TW II	Kriteria Hasil
Rawat Inap	1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	Tercapai
IGD	2	Waktu Tanggap Pelayanan (Respon time dokter terhadap pasien gawat darurat $\leq$ 5 menit)	90%	100%	Tercapai
Kamar Bedah	3	Penundaan Operasi Elektif	$<5\%$	0%	Tercapai
Rawat Inap	4	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	80%	81%	Tercapai
Laboratorium PK	5	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium	$\geq 80\%$	91%	Tercapai
Farmasi	6	Penulisan Resep Sesuai dengan Formularium Rumah Sakit	80%	98%	Tercapai
Komite PPI	7	Kepatuhan Cuci Tangan	$\geq 85\%$	91%	Tercapai
Rawat Inap	8	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cidera Akibat Pasien Jatuh	100%	100%	Tercapai
Pelayanan Medik	9	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	80%	81%	Tercapai
Humas	10	Kepuasan Pasien dan Keluarga	80%	81%	Tercapai
Humas	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	$>75\%$	100%	Tercapai

2. Indikator Area Klinik (Standar PMKP 3.1)

Area Indikator	UNIT	No	Judul Indikator Mutu	Standar	Capaian TW I	Kriteria Hasil	Capaian TW II	Kriteria Hasil
Asesmen pasien	Rawat Inap	1	Angka Asesmen Pasien Rawat Inap oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) ≤ 24 Jam	100%	99%	Tidak Tercapai	99%	Tidak Tercapai
Pelayanan Laboratorium	Laboratorium	2	Waktu tunggu interpretasi hasil laboratorium darah rutin (DR) cito	93%	97%	Tercapai	97%	Tercapai
Prosedur bedah	Kamar Bedah	3	Kejadian kematian di meja operasi elektif	0%	0%	Tercapai	0%	Tercapai
Penggunaan antibiotika dan	Farmasi	4	Penulisan resep sesuai dengan formularium rumah sakit	80%	98%	Tercapai	98%	Tercapai



obat lainnya	SEMARANG - JAWA TENGAH							
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	0,002%	Tidak Tercapai
Anestesi dan penggunaan sedasi	Kamar Bedah	6	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET pada operasi elektif	≤ 6%	0%	Tercapai	0,07%	Tercapai
Penggunaan darah dan produk darah	Laboratorium	7	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0,03%	Tidak Tercapai	0,06%	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	94%	Tidak Tercapai
Pencegahan, pengendalian infeksi, <i>surveilance</i> dan pelaporan	KPPI	9	Angka kejadian IDO	< 1,5 %	0,06%	Tercapai	0,12%	Tercapai
Riset klinis	Litbang	10	Angka penggunaan <i>inform concent</i> pada setiap pasien yang dilakukan penelitian di rumah sakit	100%	89%	Tidak Tercapai	95%	Tidak Tercapai

3. Indikator JCI Library of Measures

Area Indikator	UNIT	No	Judul Indikator Mutu	Standar	Capaian TW I	Kriteria Hasil	Capaian TW II	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	100%	Tercapai
	Komite PPI	2	Angka ulcus decubitus pasien tirah baring stadium dua atau lebih selama perawatan di rumah sakit	< 5 ‰	1‰	Tercapai	1,6‰	Tercapai
	Darul Muqomah/ Stroke Center	3	Pasien stroke ischemic dan hemorrhagic yang telah dikaji untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi	85%	100%	Tercapai	99%	Tercapai
	Kamar Bersalin	4	Wanita pada kehamilan pertama dengan satu bayi dan posisi normal melahirkan dengan proses persalinan cesarean	0%	0%	Tercapai	0%	Tercapai



SEMARANG - JAWA TENGAH

section pada usia kehamilan 37-42 minggu

3. Indikator Area Manajemen (Standar PMKP 3.2)

Area Indikator	UNIT	NO	Judul Indikator Mutu	Standar	Capaian TW I	Kriteria Hasil	Capaian TW II	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	Sudah tidak dilakukan pengukuran	
Pelaporan aktivitas yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan	TB DOTS	2	Pencatatan dan pelaporan kasus tuberculosis	80%	100%	Tercapai	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 $\leq 2 \times 24$ Jam	70%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
Manajemen resiko	Rawat inap	4	Angka kematian pasien ≥ 48 jam	$\leq 0,24\%$	0,34%	Tidak Tercapai	0,32%	Tidak Tercapai
Manajemen penggunaan sumber daya	Sarpras Medis	5	Angka pelaporan kalibrasi peralatan medis seluruh unit rumah sakit	75%				Pelaporan 1 tahun sekali
	Sarpras Non Medis	6	Waktu tunggu kedatangan petugas perbaikan AC ≤ 30 menit	80%	96%	Tercapai	99%	Tercapai
Harapan & kepuasan pasien & keluarga	Humas	7	Kepuasan Pasien dan Keluarga	80%	80%	Tercapai	81%	Tercapai
	Gizi	8	Pengukuran sisa makanan	$< 20\%$	19%	Tercapai	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	Sudah tidak dilakukan pengukuran	
Manajemen keuangan	Keuangan	10	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	80 % / < 2 jam	89%	Tercapai	88%	Tercapai
Pencegahan & pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan	KPPI	11	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	100%	98%	Tidak Tercapai	100%	Tercapai



masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf	SEMARANG - JAWA TENGAH						
---	------------------------	--	--	--	--	--	--

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

SKP	INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	Standar	Capaian TW I	Kriteria Hasil	Capaian TW II	Kriteria Hasil
SKP I	Ketepatan identifikasi pasien	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
SKP II	Meningkatkan komunikasi efektif	Penyampaian komunikasi lewat telepon dengan tehnik SBAR dan verifikasi perintah yang telah diberikan	90%	98%	Tercapai	99%	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	0%	Tercapai
SKP IV	Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi	Pelaksanaan <i>sign in, time out</i> dan <i>sign out</i>	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
SKP V	Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	Angka kepatuhan kebersihan tangan pada paramedis	85%	94%	Tercapai	94%	Tercapai
		Angka kepatuhan kebersihan tangan pada medis	85%	90%	Tercapai	91%	Tercapai
		Angka kepatuhan kebersihan tangan pada mahasiswa	85%	92%	Tercapai	91%	Tercapai
		Angka kepatuhan kebersihan tangan pada petugas lain	85%	85%	Tercapai	87%	Tercapai
SKP VI	Pengurangan risiko pasien jatuh	Angka pasien jatuh di pelayanan rumah sakit	0%	0,01%	Tidak Tercapai	0%	Tercapai

5. Indikator Mutu Unit

UNIT	NO	Judul Indikator Mutu	Standar	Capaian TW I	Kriteria Hasil	Capaian TW II	Kriteria Hasil
IGD	1	Kelengkapan pengkajian awal pasien baru di IGD dalam 24 jam	100%	99%	Tidak Tercapai	99%	Tidak Tercapai
	2	Respon time dokter terhadap pasien gawat darurat ≤ 5 menit	$\geq 90\%$	100%	Tercapai	100%	Tercapai
	3	Kematian Pasien di IGD	$\leq 2,5\%$	0,24%	Tercapai	0,33%	Tercapai
Laboratorium PK	4	Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium	$\geq 80\%$	90%	Tercapai	90%	Tercapai



Laboratorium mikrobiologi	5	Kemampuan memeriksa mikroskopis tuberculosi paru	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
Hemodialisa	6	Kunjungan pasien hemodialisa sesuai jadwal	90%	90%	Tercapai	91%	Tercapai
	7	Insiden ketidaktepatan insersi vena dan arteri pada pasien hemodialisa	<10%	0%	Tercapai	0%	Tercapai
	8	Terpasangnya akses vaskuler pasien saat hemodialisa	70%	66%	Tidak Tercapai	73%	Tercapai
Radiologi	9	Kerusakan foto	≤ 2%	0,04%	Tercapai	0,04%	Tercapai
Farmasi	10	Angka pelabelan obat high alert di seluruh unit rumah sakit	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
Rawat Inap	11	Angka kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	<5%	0,85%	Tercapai	0,82%	Tercapai
Litbang	12	Jumlah Penelitian yang dipublikasikan	70%			100%	Tercapai
KPPI	13	Angka Kejadian CAUTI (Cateter Associated Urinary Tract Infection)	< 5 %	0,2%	Tercapai	0%	Tercapai
	14	Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)	< 5 %	0%	Tercapai	0%	Tercapai
	15	Angka Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	< 5 %	0%	Tercapai	0%	Tercapai
	16	Angka kejadian pasien plebitis pada pemasangan infus	< 10 %	0,15%	Tercapai	0,05%	Tercapai
Gizi	17	Ketepatan waktu distribusi makanan	90%	100%	Tercapai	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	96%	Tercapai
Rumah Tangga	20	Waktu Tanggap kerusakan Sarana Rumah Tangga	≥ 80%	82%	Tercapai	90%	Tercapai
Sarpras non Medik	21	Ketepatan Waktu Maintenance AC	80%	93%	Tercapai	100%	Tercapai
Sarpras Medik	22	Pemeliharaan alat medik (ketepatan waktu tunggu kedatangan teknis)	80%	92%	Tercapai	93%	Tercapai
BPI	23	Perawatan Jenazah Sesuai <i>Universal Precaution</i>	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
TB DOTS	24	Pasien tuberkulosis yang mengetahui status HIV	≥85%	100%	Tercapai	91%	Tercapai
	25	Proporsi pasien tuberkulosis yang mengalami penapisan diabetes mellitus	≥85%	100%	Tercapai	100%	Tercapai



Mutu & KPRS	26	Ketepatan waktu pelaporan indikator mutu utama dan unit	60%	67%	Tercapai	69%	Tercapai
Peristi/ Kamar Bayi	27	Pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru bagi BBLR < 2500 gram	95%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
Security	28	Tidak adanya kehilangan barang milik pasien, pengunjung pasien, karyawan, dan pengunjung lainnya yang hilang di RS	100%	95%	Tidak Tercapai	100%	Tercapai
	29	Angka keberhasilan penyelenggaraan keamanan & kegiatan untuk melindungi pasien ibu melahirkan, dan bayi yang di rawat pada setiap jam dalam waktu 24 jam	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
Driver	30	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di Rumah Sakit	80%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
	31	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance jenazah di Rumah Sakit	80%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
Laundry	32	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
	33	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
Sanitasi	34	Pengelolaan Limbah Padat	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
	35	Baku Mutu Air Limbah cair	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
Akuntansi & Keuangan	36	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	≥ 90%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
Pemasaran	37	Kelengkapan asuransi	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
Kamar Bersalin	38	Angka kematian ibu melahirkan	0%	0%	Tercapai	0%	Tercapai
ICU	39	Angka kejadian pasien meninggal di ICU yang kurang dari 48 jam di rawat	≤ 3 %	1%	Tercapai	2%	Tercapai
	40	Angka kejadian cedera restrain pada pasien yang terpasang restrain	≤ 3 %	0%	Tercapai	0%	Tercapai
Rehabilitasi Medik	41	Kejadian droup out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	<10%	1,28%	Tercapai	1,88%	Tercapai
	42	Angka kecepatan menjawab konsultasi oleh Dokter Rehabilitasi Medik	90%	99%	Tercapai	98%	Tercapai
Cardiac Center	43	Angka kejadian hematoma pada daerah puncture post angiografi	0%	0%	Tercapai	0%	Tercapai
Hukum	44	Ketepatan perjanjian kontrak/ MOU	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai



Pendidikan	45	Peserta didik baru non FK yang mengikuti orientasi	75%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
	46	Angka pelaksanaan presentasi akhir oleh peserta didik non FK	75%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
Kamar Bedah	47	Ketidaksesuaian diagnosa pre & post operasi	< 5%	0,08%	Tercapai	0%	Tercapai
	48	Penundaan operasi elektif	< 5%	0,08%	Tercapai	0%	Tercapai
SEC	49	Tidak adanya kejadian salah prosedur, lokasi dan pasien pada tindakan operasi di SEC	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
CSSD	50	Kepastian mesin sterilisasi termonitor sesuai standar	80%	100%	Tercapai	100%	Tercapai

6. Indikator Mutu Syariah

a) Indikator Mutu Wajib Syariah

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

b) Indikator Mutu Standart Pelayanan Minimum Syariah

INDIKATOR MUTU SYARIAH		Standar	Capaian TW I	Kriteria Hasil	Capaian TW II	Kriteria Hasil
NO	Judul Indikator Mutu					
1.	Pemasangan EKG sesuai Gender	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
2.	Hijab untuk pasien	80%	99.94%	Tercapai	99,98%	Tercapai
3.	Penutup dada pada ibu menyusui	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
4.	Membaca Basmalah pada pemberian obat dan tindakan	100%	100%	Tercapai	99,98%	Tidak Tercapai
5.	<i>Mandatory training</i> untuk fiqih pasien	100%	Dilaporkan setiap 6 bulan		100%	Tercapai
6.	Adanya edukasi islami (Leaflet atau buku kerohanian)	100%	100%	Tercapai	97,47%	Tidak Tercapai
7.	Pemakaian hijab di kamar operasi	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai
8.	Penjadwalan operasi elektif tidak terbentur waktu sholat	80%	100%	Tercapai	100%	Tercapai

c) Indikator Mutu Unit Syariah

INDIKATOR MUTU SYARIAH		Standar	Capaian TW I	Kriteria Hasil	Capaian TW II	Kriteria Hasil
NO	Judul Indikator Mutu					
1.	Angka pelaksanaan budaya baca Al-Qur'an per unit	100%	98.67%	Tidak tercapai	99,33%	Tidak tercapai



2.	Angka kehadiran doa pagi karyawan	80%	80,48%	Tercapai	85,81%	Tercapai
3.	Angka kehadiran tahsin karyawan	80%	83.51%	Tercapai	86,62%	Tercapai
4.	Angka bimbingan psikospiritual unit BPI kepada pasien rawat inap	100%	100%	Tercapai	97,47%	Tidak Tercapai

Semarang, 23 Juli 2019

Mengetahui

Ketua Komite Mutu & Keselamatan Pasien

(dr. Ayu Sekar Melati)