

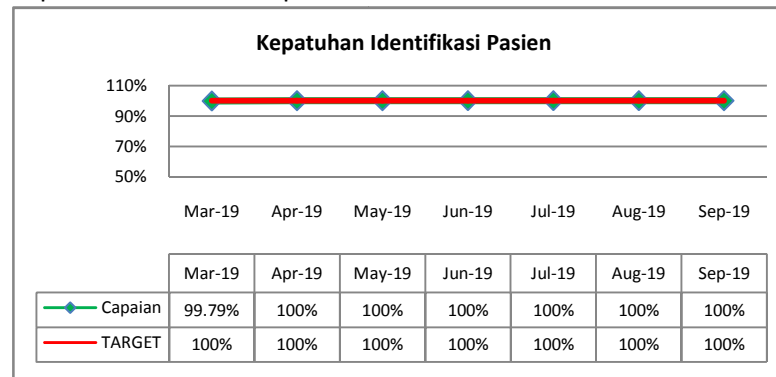


HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU TRIWULAN III 2019

A. INDIKATOR MUTU

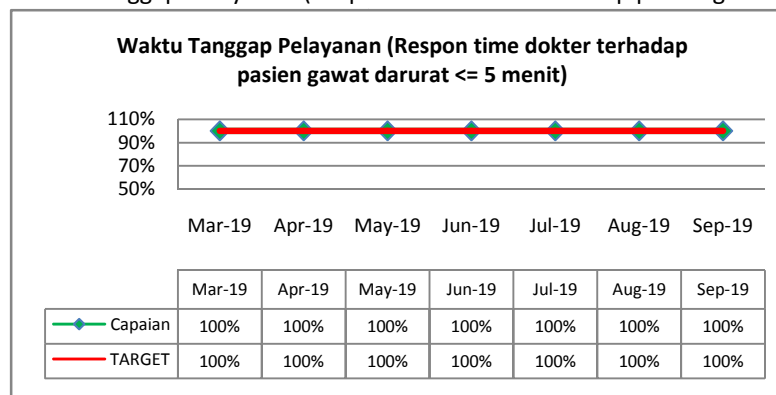
1. Indikator Mutu Wajib (Nasional)

a) Kepatuhan identifikasi pasien



Analisa : Capaian indikator mutu ketepatan identifikasi pasien, pada bulan triwulan III sudah mencapai target.

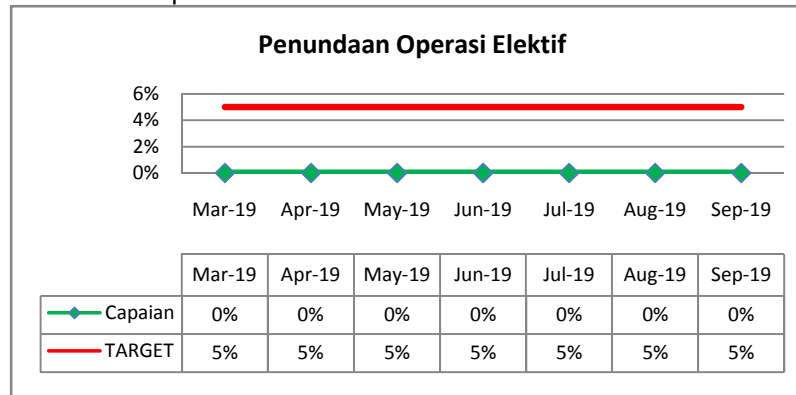
b) Waktu Tanggap Pelayanan (Respon time dokter terhadap pasien gawat darurat <= 5 menit)





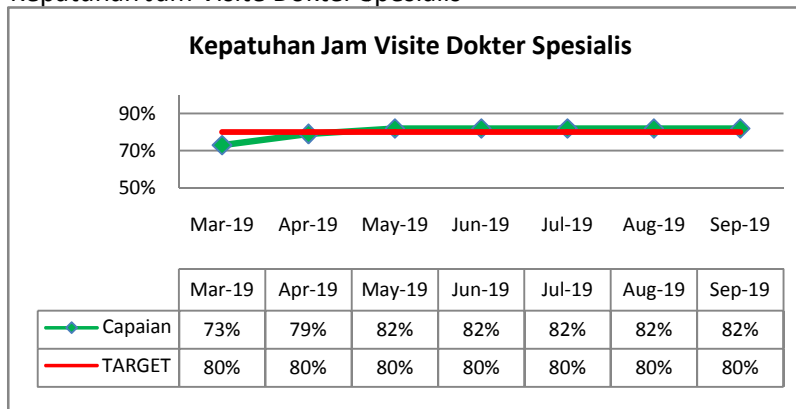
Analisa : Capaian Indikator mutu waktu tanggap pelayanan (respon time dokter terhadap pasien gawat darurat ≤ 5 menit), pada triwulan III sudah mencapai target.

c) Penundaan Operasi Elektif



Analisa : Capaian indikator mutu penundaan operasi elektif, pada triwulan III sudah mencapai target.

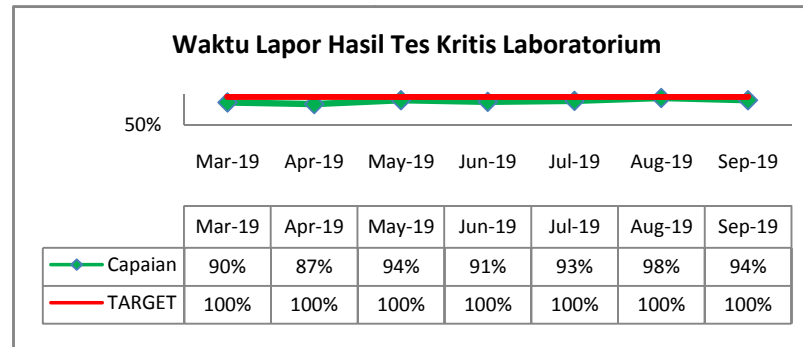
d) Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis





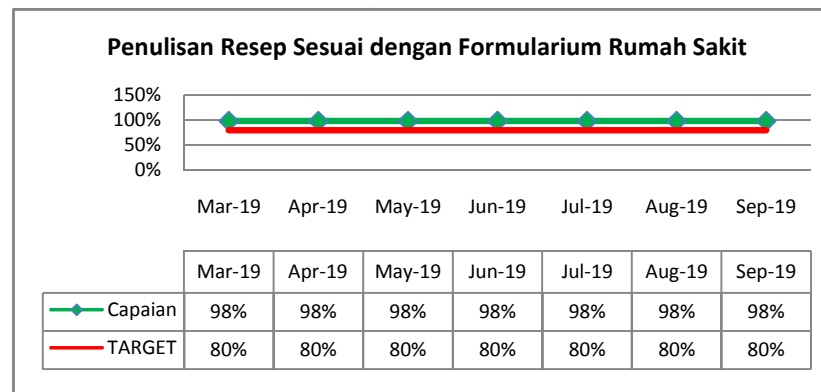
Analisa : Capaian indikator mutu kepatuhan jam visite dokter spesialis pada triwulan III sudah mencapai target dan mengalami peningkatan.

e) Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium



Analisa : Capaian indikator mutu waktu lapor hasil tes kritis laboratorium sejak bulan Maret sampai dengan September belum mencapai target. Perlu koordinasi dengan unit laboratorium PK untuk meningkatkan target capaian.

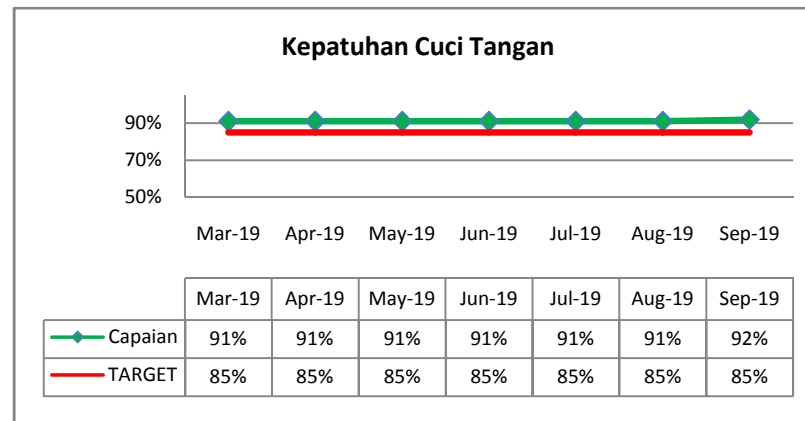
f) Penulisan resep sesuai dengan formularium rumah sakit





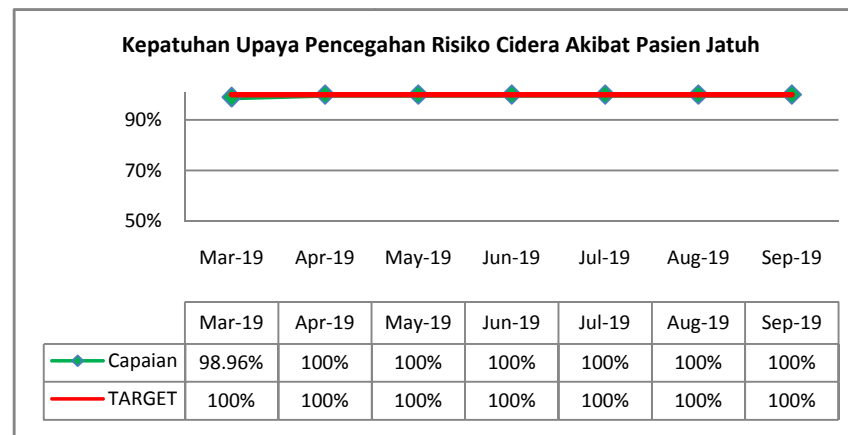
Analisa : Capaian indikator mutu penulisan resep sesuai dengan formularium rumah sakit pada triwulan III sudah mencapai target.

g) Kepatuhan cuci tangan



Analisa : Capaian indikator mutu kepatuhan cuci tangan pada triwulan III sudah mencapai target dan mengalami peningkatan.

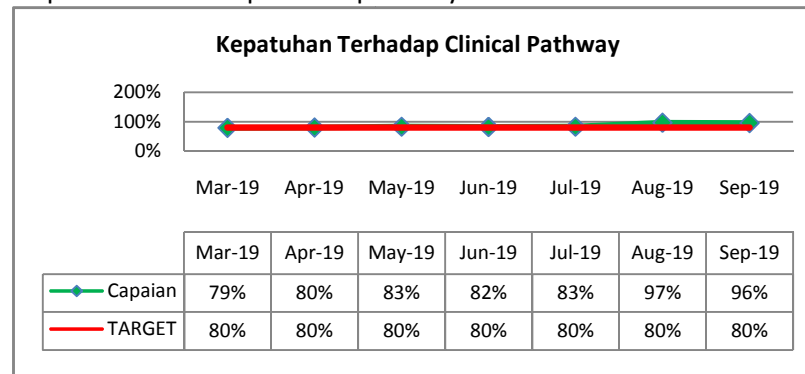
h) Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh





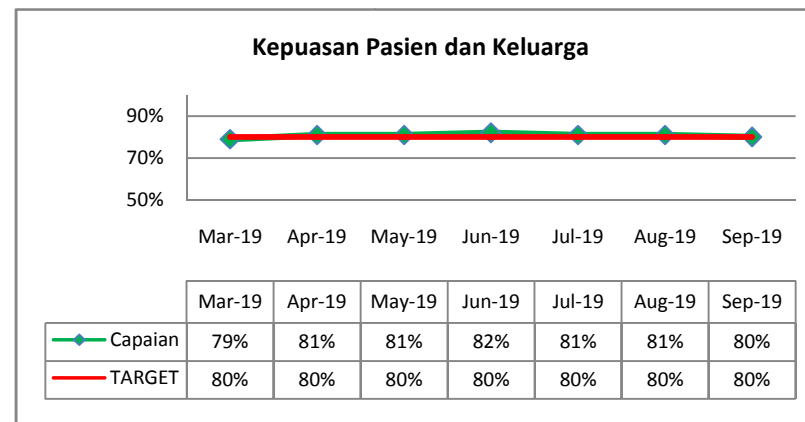
Analisa : Capaian indikator mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh, pada triwulan III sudah mencapai target.

i) Kepatuhan terhadap clinical pathway



Analisa : Capaian indikator mutu kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan III sudah mencapai target dan mengalami peningkatan.

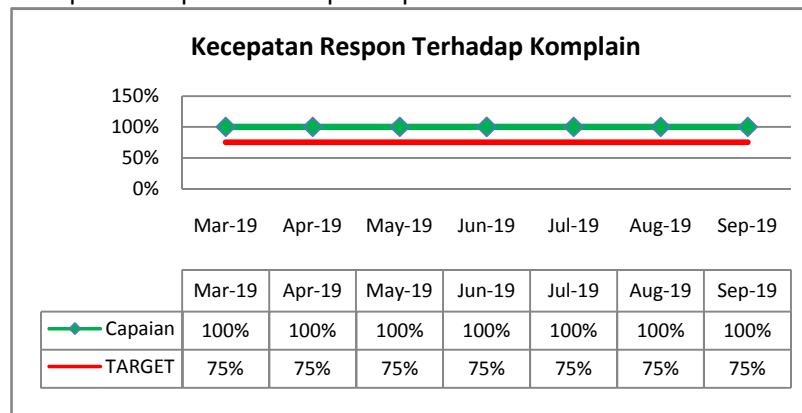
j) Kepuasan pasien dan keluarga





Analisa : Capaian indikator mutu kepuasan pasien dan keluarga pada triwulan III sudah mencapai target. Berdasarkan kuesioner yang disebar di area rawat jalan, unsur pelayanan yang masih kurang baik adalah kecepatan proses pendaftaran pasien dan kedisiplinan kehadiran dokter dalam pelayanan.

k) Kecepatan respon terhadap komplain



Analisa : Capaian indikator mutu kecepatan respon terhadap komplain pada triwulan III sudah mencapai target. Beberapa komplain sudah ditanggapi dan ditindaklanjuti.

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	Capaian TW III	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
Pelayanan Laboratorium	Laboratorium	1	Waktu tunggu interpretasi hasil laboratorium darah rutin (DR) cito	93%	97%	Tercapai	97%	Tercapai	99%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Prosedur bedah	Kamar Bedah	2	Kejadian kematian di meja operasi elektif	0%	0%	Tercapai	0%	Tercapai	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Penggunaan antibiotika &	Farmasi	3	Penulisan resep sesuai dengan formularium rumah	80%	98%	Tercapai	98%	Tercapai	98%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi



obat lainnya			sakit								
Kesalahan medikasi (<i>Medication error</i>) & KNC		4	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	0,001%	Tidak Tercapai	Obat yang rupa dan ucapan mirip disimpan pada tempat (lemari) yang terpisah
Anestesi dan penggunaan sedasi	Kamar Bedah	5	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET pada operasi elektif	≤ 6%	0%	Tercapai	0,07%	Tercapai	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Penggunaan darah dan produk darah	Laboratorium	6	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	0,03%	Tidak Tercapai	0,06%	Tidak Tercapai	0,03%	Tidak Tercapai	Evaluasi penanganan pada pasien reaksi tranfusi
Ketersediaan, isi, dan penggunaan catatan medik	Rekam Medis	7	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah pelayanan pada pasien rawat inap	100%	90%	Tidak Tercapai	94%	Tidak Tercapai	94%	Tidak Tercapai	Resosialisasi cara pengisian rekam medis
Pencegahan, pengendalian infeksi, <i>survey lance</i> dan pelaporan	KPPI	8	Angka kejadian IDO	< 1,5 %	0,06%	Tercapai	0,12%	Tercapai	0,03%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Riset klinis	Litbang	9	Angka penggunaan <i>inform concent</i> pada setiap pasien yang dilakukan penelitian di rumah sakit	100%	89%	Tidak Tercapai	95%	Tidak Tercapai	95%	Tidak Tercapai	Membuat form baru rekap <i>inform consent</i> dan melakukan validasi data yang dilaporkan sebe-lum disetujui manajer penelitian



3. Indikator JCI Library of Measures

Area Indikator	UNIT	No	Judul Indikator Mutu	Standar	Capaian TW I	Kriteria Hasil	Capaian TW II	Kriteria Hasil	Capaian TW III	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
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	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	Komite PPI	2	Angka ulcus decubitus pasien tirah baring stadium dua atau lebih selama perawatan di rumah sakit	< 5 ‰	1‰	Tercapai	1,6‰	Tercapai	2‰	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	Darul Muqomah/ Stroke Center	3	Pasien stroke ischemic dan hemorrhagic yang telah dikaji untuk mendapatkan pelayanan rehabilitasi	85%	100%	Tercapai	99%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	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	0%	Tercapai	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

4. 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	Capaian TW III	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
Pelaporan aktivitas yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan	TB DOTS	1	Pencatatan dan pelaporan kasus tuberculosis	80%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	Mutu & KPRS	2	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	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Manajemen penggunaan sumber daya	Sarpras Non Medis	3	Waktu tunggu kedatangan petugas perbaikan AC ≤ 30 menit	80%	96%	Tercapai	99%	Tercapai	98%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Harapan & kepuasan pasien & keluarga	Humas	4	Kepuasan Pasien dan Keluarga	80%	80%	Tercapai	81%	Tercapai	81%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	Gizi	5	Pengukuran sisa makanan	$< 20\%$	19%	Tercapai	19%	Tercapai	18%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Manajemen keuangan	Kuangan	6	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	80 % / < 2 jam	89%	Tercapai	88%	Tercapai	88%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Pencegahan & pengendalian dari kejadian	KPPI	7	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	100%	98%	Tidak Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

Jl. Raya Kaligawe Km. 4 Semarang 50112 Jawa Tengah, Indonesia

Telp. +62 24 658 0019 | Fax. +62 24 658 1928 | Hotline : +62 85 100 41 2424

email : rs@rsisultanagung.co.id | www.rsisultanagung.co.id



yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

SKP	INDIKATOR	JUDUL INDIKATOR	Standar	Capaian TW I	Kriteria Hasil	Capaian TW II	Kriteria Hasil	Capaian TW III	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
SKP I	Ketepatan identifikasi pasien	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
SKP II	Meningkatkan komunikasi komunikasi efektif	Penyampaian komunikasi lewat telepon dengan tehnik SBAR dan verifikasi perintah yang telah diberikan	90%	98%	Tercapai	99%	Tercapai	98%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
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	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
SKP IV	Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan	Pelaksanaan <i>sign in, time out</i> dan <i>sign out</i>	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi



	tepat pasien operasi									
SKP V	Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	Kepatuhan Kebersihan Tangan pada Petugas Klinis	85%	94%	Tercapai	94%	Tercapai	93%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
		Kepatuhan Kebersihan Tangan pada Petugas Non Klinis	85%	85%	Tercapai	87%	Tercapai	88%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
		Angka kepatuhan kebersihan tangan pada mahasiswa	85%	92%	Tercapai	91%	Tercapai	91%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
		Kepatuhan Kebersihan Tangan pada Pasien, Keluarga Pasien, dan Pengunjung	75%					81%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
SKP VI	Pengurangan risiko pasien jatuh	Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh pada pasien rawat inap	100%			100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

6. Indikator Mutu Unit

UNIT	NO	Judul Indikator Mutu	Standar	Capaian TW I	Kriteria Hasil	Capaian TW II	Kriteria Hasil	Capaian TW III	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
IGD	1	Kelengkapan pengkajian awal pasien baru di IGD dalam 24 jam	100%	99%	Tidak Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	2	Respon time dokter terhadap pasien gawat darurat ≤ 5 menit	≥ 90%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	3	Kematian Pasien di IGD	≤ 2,5%	0,24%	Tercapai	0,33%	Tercapai	0,56%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Laboratorium PK	4	Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium	≥ 80%	90%	Tercapai	90%	Tercapai	95%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Laboratorium	5	Kemampuan memeriksa	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring



mikrobiologi		mikroskopis tuberculosis paru								dan evaluasi
Hemodialisa	6	Kunjungan pasien hemodialisa sesuai jadwal	90%	90%	Tercapai	91%	Tercapai	91%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	7	Insiden ketidaktepatan insersi vena dan arteri pada pasien hemodialisa	<10%	0%	Tercapai	0%	Tercapai	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	8	Terpasangnya akses vaskuler pasien saat hemodialisa	70%	66%	Tidak Tercapai	73%	Tercapai	75%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Radiologi	9	Kerusakan foto	≤ 2%	0,77%	Tercapai	1,04%	Tercapai	0,94%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Farmasi	10	Angka pelabelan obat high alert di seluruh unit rumah sakit	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Rawat Inap	11	Angka kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh	<5%	0,85%	Tercapai	0,82%	Tercapai	0,69%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Litbang	12	Jumlah Penelitian yang dipublikasikan	70%			100%	Tercapai			Pelaporan 6 bulan sekali
KPPI	13	Angka Kejadian CAUTI (Cateter Associated Urinary Tract Infection)	< 5 ‰	0,2‰	Tercapai	0‰	Tercapai	0‰	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	14	Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)	< 5 ‰	0‰	Tercapai	0‰	Tercapai	0‰	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	15	Angka Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	< 5 ‰	0‰	Tercapai	0‰	Tercapai	0‰	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	16	Angka kejadian pasien plebitis pada pemasangan infus	< 10 ‰	0,15‰	Tercapai	0,05‰	Tercapai	0,2‰	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Gizi	17	Ketepatan waktu distribusi makanan	90%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

Jl. Raya Kaligawe Km. 4 Semarang 50112 Jawa Tengah, Indonesia

 Telp. +62 24 658 0019 | Fax. +62 24 658 1928 | Hotline : +62 85 100 41 2424
 email : rs@rsisultanagung.co.id | www.rsisultanagung.co.id



SDI	18	Kedisiplinan Karyawan	95%	97%	Tercapai	96%	Tercapai	96%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Rumah Tangga	19	Waktu Tanggap kerusakan Sarana Rumah Tangga	≥ 80%	82%	Tercapai	90%	Tercapai	88%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Sarpras non Medik	20	Ketepatan Waktu Maintenance AC	80%	93%	Tercapai	100%	Tercapai	96%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Sarpras Medik	21	Pemeliharaan alat medik (ketepatan waktu tunggu kedatangan teknis)	80%	92%	Tercapai	93%	Tercapai	85%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
BPI	22	Perawatan Jenazah Sesuai <i>Universal Precaution</i>	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
TB DOTS	23	Pasien tuberkulosis yang mengetahui status HIV	≥85%	100%	Tercapai	92%	Tercapai	92%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	24	Proporsi pasien tuberkulosis yang mengalami penapisan diabetes mellitus	≥85%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Mutu & KPRS	25	Ketepatan waktu pelaporan indikator mutu utama dan unit	60%	67%	Tercapai	69%	Tercapai	70%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Peristi/ Kamar Bayi	26	Pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru bagi BBLR < 2500 gram	95%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Security	27	Tidak adanya kehilangan barang milik pasien, pengunjung pasien, karyawan, dan pengunjung lainnya yang hilang di RS	100%	95%	Tidak Tercapai	100%	Tercapai	98%	Tidak Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	28	Angka keberhasilan penyelenggaraan keamanan & kegiatan untuk melindungi pasien ibu	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi



		melahirkan, & bayi yg dirawat pd setiap jam dalam waktu 24 jam								
Driver	29	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di Rumah Sakit	80%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	30	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance jenazah di Rumah Sakit	80%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Laundry	31	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	32	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Sanitasi	33	Pengelolaan Limbah Padat	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	34	Baku Mutu Air Limbah cair	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Akuntansi & Keuangan	35	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	≥ 90%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Kamar Bersalin	36	Angka kematian ibu melahirkan	0%	0%	Tercapai	0%	Tercapai	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
ICU	37	Angka kejadian pasien meninggal di ICU yang kurang dari 48 jam di rawat	≤ 3 %	1%	Tercapai	2%	Tercapai	2%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	38	Angka kejadian cedera restrain pada pasien yang terpasang restrain	≤ 3 %	0%	Tercapai	0%	Tercapai	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

Jl. Raya Kaligawe Km. 4 Semarang 50112 Jawa Tengah, Indonesia

 Telp. +62 24 658 0019 | Fax. +62 24 658 1928 | Hotline : +62 85 100 41 2424
 email : rs@rsisultanagung.co.id | www.rsisultanagung.co.id

Rehabilitasi Medik	39	Kejadian droup out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	<10%	1,28%	Tercapai	1,88%	Tercapai	1,5%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	40	Angka kecepatan menjawab konsul oleh Dokter Rehabilitasi Medik	90%	99%	Tercapai	98%	Tercapai	97%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Hukum	41	Ketepatan perjanjian kontrak/ MOU	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Pendidikan	42	Peserta didik baru non FK yang mengikuti orientasi	75%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	99%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	43	Angka pelaksanaan presentasi akhir oleh peserta didik non FK	75%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	98%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
Kamar Bedah	44	Ketidaksesuaian diagnosa pre & post operasi	< 5%	0,08%	Tercapai	0%	Tercapai	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
	45	Penundaan operasi elektif	< 5%	0,08%	Tercapai	0%	Tercapai	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
SEC	46	Tidak adanya kejadian salah prosedur, lokasi dan pasien pada tindakan operasi di SEC	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
CSSD	47	Kepastian mesin sterilisasi termonitor sesuai standar	80%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

7. Indikator Mutu Syariah

a) Indikator Mutu Wajib Syariah

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

b) Indikator Mutu Standart Pelayanan Minimum Syariah

INDIKATOR MUTU SYARIAH		Standar	Capaian TW I	Kriteria Hasil	Capaian TW II	Kriteria Hasil	Capaian TW III	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
NO	Judul Indikator Mutu								
1.	Pemasangan EKG sesuai Gender	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2.	Hijab untuk pasien	80%	99,94%	Tercapai	99,98%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3.	Penutup dada pada ibu menyusui	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
4.	Membaca Basmalah pada pemberian obat dan tindakan	80%	100%	Tercapai	99,98%	Tercapai	99,99%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
5.	<i>Mandatory training</i> untuk fiqih pasien	100%	Dilaporkan setiap 6 bulan		100%	Tercapai	Dilaporkan setiap 6 bulan		Lakukan monitoring dan evaluasi
6.	Adanya edukasi islami (Leaflet atau buku kerohanian)	80%	100%	Tercapai	97,47%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi



7.	Pemakaian hijab di kamar operasi	100%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
8.	Penjadwalan operasi elektif tidak terbentur waktu sholat	80%	100%	Tercapai	100%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

c) Indikator Mutu Unit Syariah

INDIKATOR MUTU SYARIAH		Standar	Capaian TW I	Kriteria Hasil	Capaian TW II	Kriteria Hasil	Capaian TW III	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
NO	Judul Indikator Mutu								
1.	Angka pelaksanaan budaya baca Al-Qur'an per unit	80%	98,67%	Tercapai	99,33%	Tercapai	94,67%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2.	Angka kehadiran doa pagi karyawan	80%	80,48%	Tercapai	85,81%	Tercapai	90,41%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3.	Angka kehadiran tahsin karyawan	80%	83,51%	Tercapai	86,62%	Tercapai	87,56%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
4.	Angka bimbingan psikospiritual unit BPI kepada pasien rawat inap	90%	100%	Tercapai	97,47%	Tercapai	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

Semarang, 20 November 2019

Mengetahui

Ketua Komite Mutu & Keselamatan Pasien

(dr. Ayu Sekar Melati)