

HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU TRIWULAN I 2020

A. Pemenuhan Indikator Mutu

1. Indikator Mutu Wajib Nasional

No	UNIT	Judul Indikator Mutu	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
				Januari	Februari	Maret			
1	Rawat Inap	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	IGD	Waktu Tanggap Pelayanan (Respon time dokter terhadap pasien gawat darurat ≤ 5 menit)	90%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3	Rawat Jalan	Waktu Tunggu Rawat Jalan	< 60 menit	87 menit	86 menit	86 menit	86 menit	Tidak Tercapai	Koordinasi dengan YanMed
4	Kamar Bedah	Penundaan Operasi Elektif	<5%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
5	Rawat Inap	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	80%	79,37%	81,55%	81,68%	80,87%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
6	Laboratorium PK	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium	100%	97%	98,31%	98,28%	97,86%	Tidak Tercapai	Lakukan pengkajian ulang
7	Farmasi	Penulisan Resep Sesuai dengan Formularium Rumah Sakit	80%	86,26%	86,29%	84,34%	85,63%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
8	Komite PPI	Kepatuhan Cuci Tangan	≥85%	90,74%	91,02%	93,31%	91,69%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
9	Rawat Inap	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cidera Akibat Pasien Jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	monitoring dan evaluasi
10	Pelayanan	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	80%	89,32%	87,85%	91,67%	89,61%	Tercapai	Lakukan monitoring dan



No	UNIT	Judul Indikator Mutu	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
				Januari	Februari	Maret			
	Medik								evaluasi
11	Humas	Kepuasan Pasien dan Keluarga	80%	83,25%	84%	83%	83,42%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
12	Humas	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	>75%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

2. Indikator Mutu Pelayanan Klinis Prioritas

a. Area Klinis

No	Area	UNIT	Judul Indikator Mutu	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
					Januari	Februari	Maret			
1	Asesmen pasien	IGD	Angka ketidaklengkapan asesmen awal medis gawat darurat pada pasien jantung di IGD	< 5 %	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2		Rawat Inap	Angka ketidaklengkapan asesmen awal medis umum pada pasien jantung di rawat inap	< 5 %	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3		ICU	Angka ketidaklengkapan asesmen awal medis umum pada pasien jantung di ICU	< 5 %	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
4	Pelayanan Laboratorium	Laboratorium PK	Angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan Troponin I untuk pasien jantung	< 5%	6,97%	4,65%	4%	5,21%	Tidak Tercapai	Lakukan pengkajian ulang
5		Laboratorium PK	Kejadian keterlambatan pemeriksaan Blood Gas Analysis (BGA) pada pasien jantung di ICU	0	2	1	1	4 kejadian	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
6	Prosedur bedah	Instalasi Kardiovaskuler Center	Kejadian keterlambatan pelaksanaan <i>Primary PCI / wire crossing time</i> pada Pasien Stemi Akut (>120 menit) di ruang cathlab	0	1	0	0	0	Tidak Tercapai	analisis dan buat upaya perbaikan
7	Penggunaan antibiotika dan obat lainnya	Instalasi Kardiovaskuler Center	Angka Tidak Diberikannya ACE inhibitor (ACEi) atau Angiotensin Receptor Blockers (ARB) dan atau Beta Blocker pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di	< 5%	2,59%	1,11%	0%	1,23%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

			Klinik Jantung							
8	Kesalahan Medikasi	Farmasi Rawat Jalan	Kejadian kesalahan penyiapan obat pada pasien jantung di farmasi rawat jalan MCEB	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
9	Ketersediaan, isi dan penggunaan RM pasien	Instalasi Cardiovaskuler Center	Angka keterlambatan penyusunan laporan pasca tindakan invasif pelayanan jantung	< 5%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

b. Area Manajemen

No	Area	UNIT	Judul Indikator Mutu	Standar	CAPAIAN			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
					Januari	Februari	Maret			
1	Manajemen penggunaan sumber daya	Radiologi	Kejadian Petugas Radiografer tidak melakukan Prosedur <i>Quality Control</i> pada Pesawat Angiografi (<i>Phillips seri Allura Expert</i>) di Ruang Cathlab	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2		Sarpras Medis	Kejadian tidak dilakukannya pengecekan berkala pada Pesawat Angiografi (<i>Phillips seri Allura Expert</i>) oleh petugas sarana prasarana medis	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

c. Area Sasaran Keselamatan Pasien

No	Area	UNIT	Judul Indikator Mutu	Standar	CAPAIAN			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
					Januari	Februari	Maret			
1	Sasaran Keselamatan Pasien I	Instalasi Cardiovaskuler Center	Kejadian tidak dilaksanakannya identifikasi pasien sebelum tindakan non invasif pasien jantung	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2		Rawat Inap	Kejadian tidak dilaksanakannya identifikasi pasien sebelum pemberian obat pada pasien jantung di rawat inap	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3	Sasaran Keselamatan Pasien II	Laboratorium PK	Kejadian tidak dilaporkannya hasil tes kritis pasien jantung di unit rawat inap	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
4	Sasaran Keselamatan Pasien III	Farmasi Rawat Inap	Kejadian tidak diberikan label pada obat jantung <i>high alert</i>	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
5	Sasaran Keselamatan Pasien IV	Instalasi Cardiovaskuler Center	Angka ketidakpatuhan surgical safety checklist pada tindakan invasif di ruang cathlab	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
6	Sasaran Keselamatan Pasien V	Instalasi Cardiovaskuler Center	Kejadian kekosongan bahan handrub di ruang cathlab	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
7	Sasaran Keselamatan Pasien VI	Rawat Inap	Kejadian Tidak Terpasangnya Kancing Kuning (Identifikasi Risiko Jatuh) Pasca Tindakan Invasif Pada Pasien Jantung	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

3. Indikator Mutu Unit Kerja

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
INSTALASI GAWAT DARURAT								
MUTU UNIT								
1	Angka Kelengkapan Asesmen Awal Medis Gawat Darurat Pasien Baru di Instalasi Gawat Darurat dalam Waktu < 24 Jam	100%	94,35%	96,06%	96,17%	95,53%	Tidak Tercapai	Lakukan pengkajian ulang
2	Angka Kematian Pasien di Instalasi Gawat Darurat	<2,5%	0,74%	0,55%	0,64%	0,64%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3	Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawatdarurat ≤ 5 menit)	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
INSTALASI INTENSIVE CARE UNIT (ICU)								
MUTU UNIT								
1	Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Alih Baring Setiap 4 Jam pada Pasien Bedrest	80%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
INSTALASI BEDAH SENTRAL								
MUTU UNIT								
1	Penundaan Operasi Elektif	< 5%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
INSTALASI REHABILITASI MEDIK								
MUTU UNIT								
1	Angka pasien drop out terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	<3%	Pengukuran 3 bulan sekali			2%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Angka kecepatan menjawab konsul oleh Dokter Rehabilitasi Medik	90%	97,14%	98,65%	96,97%	97,58%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
INSTALASI MEDICAL CHECK UP								
MUTU UNIT								
1	Angka ketepatan hasil MCU Dasar dan Sederhana diterima Pelanggan dalam Waktu ≤ 24 jam	80%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
INSTALASI SULTAN AGUNG EYE CENTER (SEC)								
MUTU UNIT								
1	Ketidaklengkapan Laporan Operasi	<1%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Waktu Tunggu Rawat Jalan	<60 menit	78 menit	67 menit	57 menit	67 menit	Tidak Tercapai	Koordinasi dengan YanMed
INSTALASI HEMODIALISA								
MUTU UNIT								
1	Angka ketidaklengkapan asesmen awal medis secara berkala pada pasien hemodialisis	< 10 %	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
INSTALASI JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH								
MUTU UNIT								
1	Waktu Tunggu Rawat Jalan	<60 menit	85 menit	80 menit	80 menit	82 menit	Tidak Tercapai	Koordinasi dengan YanMed
INSTALASI RAWAT JALAN								
MUTU UNIT								
1	Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik KIA)	<60menit	93 menit	85 menit	96 menit	91 menit	Tidak Tercapai	Koordinasi dengan YanMed
2	Waktu Tunggu Rawat Jalan (SEC)	<60menit	78 menit	67 menit	57 menit	67 menit	Tidak Tercapai	Koordinasi dengan YanMed
3	Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik Penyakit Dalam, Jiwa, Paru)	<60menit	95 menit	114 menit	112 menit	107 menit	Tidak Tercapai	Koordinasi dengan YanMed
4	Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik Kulit)	<60menit	49 menit	71 menit	71 menit	64 menit	Tidak Tercapai	Koordinasi dengan YanMed
5	Waktu Tunggu Rawat Jalan (Pain Center)	<60menit	79 menit	91 menit	94 menit	88 menit	Tidak Tercapai	Koordinasi dengan YanMed
6	Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik Saraf)	<60menit	94 menit	89 menit	96 menit	93 menit	Tidak Tercapai	Koordinasi dengan YanMed

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
7	Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik Bedah)	<60menit	94 menit	118 menit	119 menit	110 menit	Tidak Tercapai	Koordinasi dengan YanMed
8	Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik THT)	<60menit		85 menit	94 menit	90 menit	Tidak Tercapai	Koordinasi dengan YanMed
9	Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik Gigi)	<60menit	99 menit	111 menit	119 menit	110 menit	Tidak Tercapai	Koordinasi dengan YanMed
MUTU TB DOTS								
1	Pencatatan dan pelaporan kasus tuberculosi	80%	100%			100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Pasien tuberkulosis yang mengetahui status HIV	≥ 85%	92,31%	70,45%	71,43%	78%	Tidak Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3	Proporsi pasien tuberkulosis yang mengalami penapisan diabetes mellitus	≥ 85%	92,31%	81,4%	88,9%	88%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
INSTALASI RAWAT INAP								
FIRDAUS								
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
ADN								
1	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
NA'IM								
1	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
								evaluasi
MA'WA								
1	Angka Ketidaklengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Pemberian Kemoterapi	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
DARUSSALAM								
1	Angka Ketidaklengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Pemberian Kemoterapi	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
DARUL MUQOMAH								
1	Pasien Stroke Ischemic dan Hemorrhagic yang Telah Dikaji Untuk Mendapatkan Pelayanan Rehabilitasi	85%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
BAITUL MA'RUF								
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
BAITUS SYIFA								
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
BAITUL ATHFAL								
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
BAITUL IZZAH 1								
1	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
	Jatuh pada pasien Rawat Inap							monitoring dan evaluasi
BAITUL IZZAH 2								
1	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
BAITUN NISA 1								
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
BAITUN NISA 2								
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
BAITUS SALAM 1								
1	Angka Ketidاكلengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Pemberian Darah	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
BAITUS SALAM 2								
1	Angka Ketidاكلengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Pemberian Darah	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
INSTALASI PERISTI								
KAMAR BAYI								
MUTU UNIT								
1	Pelaksanaan Perawatan Metode Kanguru bagi BBLR	95%	100%	92,31%	100%	97,44%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Angka Kematian Bayi	0%	0%	0,43%	0,55%	0,33%	Tidak	Lakukan

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
							Tercapai	pengkajian ulang
KAMAR BERSALIN								
MUTU UNIT								
1	Angka Keterlambatan Operasi Sectio Caesarea (SC) Lebih dari 30 Menit	< 2%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Wanita pada Kehamilan Pertama dengan Satu Bayi dan Posisi Normal Melahirkan dengan Proses Persalinan Cesarean Section pada Usia Kehamilan 37-42 Minggu	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
INSTALASI LABORATORIUM								
PATOLOGI KLINIK								
MUTU UNIT								
1	Angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung	< 5%	6,97%	4,65%	4%	5,21%	Tidak Tercapai	Lakukan pengkajian ulang
BANK DARAH								
1	Angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit	< 20%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
MIKROBIOLOGI KLINIK								
1	Angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan kultur mikrobiologi	≤ 20%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
PATOLOGI ANATOMI								
1	Angka keterlambatan interpretasi hasil pemeriksaan histologi	≤ 20%	8,37%	6,77%	8,85%	8%	Tercapai	monitoring dan evaluasi
INSTALASI FARMASI								
MUTU UNIT								
1	Angka keterlambatan penyiapan obat pulang pasien rawat inap	< 10%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
2	Angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit	< 10%	1,67%	1,5%	1,48%	1,55%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
INSTALASI RADIOLOGI								
MUTU UNIT								
1	Waktu lapor hasil tes kritis radiologi	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Angka kerusakan foto	<2 %	0,4%	1%	1,1%	0,46%	Tercapai	Lakukan analisi dan upaya perbaikan
INSTALASI REKAM MEDIS								
1	Angka kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah pelayanan pada pasien rawat inap	100%	96,51%	97,25%	98,01%	97,26%	Tidak Tercapai	Resosialisasi cara pengisian rekam medis
INSTALASI GIZI								
1	Ketepatan waktu distribusi makanan	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN								
1	Angka Kelengkapan Formulir Informed Consent pada Setiap Subyek Penelitian Rumah Sakit	100%	100%	100%	-	100%	Tercapai	pertahankan capaian
PENDIDIKAN								
1	Angka pelaksanaan presentasi akhir oleh peserta didik non FK	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	pertahankan capaian
PENDIDIKAN PROFESI DOKTER								

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
1	Angka Kelengkapan Pengisian Buku Harian Pendidikan Klinik (Log Book Peserta Didik) FK UNISSULA	≥ 80 %	82,5%	83,3%	85%	83,3%	Tercapai	pertahankan capaian
INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA DAN PRA SARANA RUMAH SAKIT (IPSRS)								
1	Angka pelaporan kalibrasi peralatan medis seluruh unit rumah sakit	85%	Pengukuran 1 tahun sekali					
2	Waktu Tanggap Kerusakan Sarana Rumah Tangga	80%	85,42%	86,96%	95,06%	89,14%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3	Pemeliharaan Alat Medik (ketepatan waktu tunggu kedatangan teknis)	≥80%	95,38%	98,61%	98,25%	97,41%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
BAGIAN UMUM								
SANITASI								
MUTU UNIT								
1	Ketepatan Waktu Pelaporan Monitoring Pengelolaan Limbah B3 secara online	≥80%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
LAUNDRY								
1	Angka Rewash Linen	< 5 %	3,63%	3,04%	3,35%	3,34%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
HUKUM								
1	Ketepatan Waktu Penyelesaian Pembuatan Akad	≥75%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
SUMBER DAYA INSANI								
SEKRETARIAT DAN PENGEMBANGAN SDI								
MUTU UNIT								
1	Karyawan yang mengikuti program pelatihan	75%	Pengukuran 1 tahun sekali					
PERSONALIA								

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
1	Angka Kedisiplinan Karyawan	95%	93%	96%	98%	96%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
KEUANGAN DAN AKUNTANSI								
AKUNTANSI DAN MOBILISASI DANA								
1	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
PERBENDAHARAAN DAN PENGANGGARAN								
1	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	80%	95,57%	96,15%	92,6%	94,77%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
BIMBINGAN PELAYANAN ROHANI								
MUTU UNIT								
1	Perawatan Jenazah sesuai Universal Precaution	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
HUMAS DAN KEMITRAAN								
HUMAS								
1	Kepuasan Pasien dan keluarga	80%	83,25%	84%	83%	83,42%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	75%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
KEMITRAAN								
1	Ketepatan penyambungan telepon operator	80%	99,88%	99,89%	99,86%	99,88%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN								
1	Angka Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
KOMITE MEDIK								
2	Angka Ketepatan Waktu Pelaporan Kegiatan Komite Medik	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI								
1	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Kepatuhan Kebersihan Tangan pada Pasien, Keluarga Pasien, dan Pengunjung	75%	87,11%	87%	87%	87%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3	Kepatuhan Cuci tangan	85%	90,74%	91,02%	92,75%	91,5%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
4	Kejadian dekubitus selama masa perawatan	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

4. Indikator Mutu Kontrak

NO	unit	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
				Januari	Februari	Maret			
1	HEMODIALISA	Ketepatan Penyelesaian Kerusakan Mesin Hemodialisa	100%	100%	Ø	Ø	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	Ketepatan Waktu Maintenance Alat Hematologi	80%	Ø	100%	Ø	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	Angka Keterlambatan Pengambilan Sampel Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito	<5%	0%	0%	6,67%	22,23%	Tidak Tercapai	Lakukan pengkajian ulang
4		Angka Keterlambatan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito	<5%	0%	0%	0%	0%	Tidak Tercapai	Lakukan pengkajian ulang
5	IPSRS	Ketepatan Waktu Maintenance AC	80%	100%	90%	81%	90%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
6		Waktu tunggu kedatangan petugas perbaikan AC ≤ 30 menit	80%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
7		Kejadian Tidak Dilaksanakannya Maintenance Elevator Tepat Waktu	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
8	SANITASI	Ketepatan Waktu Pengangkutan Limbah B3 Infeksius	≥80%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

NO	unit	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
				Januari	Februari	Maret			
9		Kejadian Tidak Dilaksanakannya General Cleaning	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
10	SECURITY	Tidak adanya kehilangan barang milik pasien, pengunjung pasien, karyawan, dan pengunjung lainnya yang hilang di RS	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
11	PARKIR	Ketertiban Parkir Kendaraan Roda 4 dengan Posisi Menghadap Keluar di Area Parkir MCEB dan Gedung D	≥75%	99,16%	98,68%		99%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

5. Indikator Mutu Hasil Pengadaan

NO	unit	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
				Januari	Februari	Maret			
1	FARMASI	Kejadian kekosongan penyediaan obat fondaparinux (arixtra dan diviti) di Logistik farmasi	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	FARMASI	Kejadian Kekosongan Reagen di Logistik Farmasi	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3	FARMASI	Kejadian Kekosongan Film di Logistik Farmasi	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
4	SEC	Kejadian kerusakan slit lamp	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

6. Indikator Mutu Pendidikan

No	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
1	Kepatuhan Cuci Tangan Peserta Didik non FK.	85%	85%	86%	88%	86%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Kepatuhan Cuci Tangan Peserta Didik Fakultas Kedokteran.	85%	85%	87%	88%	87%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

7. Indikator Mutu Pelayanan

a. Indikator Mutu Pelayanan Rujukan

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
1	Angka Ketidaklengkapan Pemberian Informasi Proses Rujukan	<10%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

b. Indikator Mutu Pelayanan Anestesi dan Sedasi

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
1	Angka pelaksanaan asesmen pra sedasi dan pra anestesi	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Angka pelaksanaan monitoring status fisiologi selama sedasi dan anestesi	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3	Angka konversi tindakan anestesi lokal atau regional ke general anestesi	≤ 5%	0%	3,58%	3,94%	2,51%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
4	Angka monitoring proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi dalam	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

c. Indikator Mutu Pelayanan Bedah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
1	Angka pelaksanaan penandaan lokasi operasi (<i>site marking</i>)	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Kesalahan diagnosa pre dan post operasi	0%	0,12%	0%	0%	0,04%	Tidak Tercapai	Lakukan pengkajian ulang
3	Pelaksanaan <i>sign in</i> , <i>time out</i> dan <i>sign out</i>	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
4	Angka pelaksanaan asesmen pra bedah	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
								monitoring dan evaluasi

d. Indikator Mutu Pengisian Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ)

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
1	Angka Ketidaklengkapan Pengisian Formulir Profil Ringkas Medis Rawat Jalan	≤ 30 %	0%	11%	0%	4%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

e. Indikator Mutu Pelayanan Resiko Tinggi

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
1	Kejadian Kesalahan Penempatan Pasien dengan Penyakit Infeksi Menular	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Kejadian Kesalahan Penempatan Pasien dengan <i>immunocompromised and suppressed</i>	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3	Angka ketidaklengkapan asesmen awal medis secara berkala pada pasien hemodialisis	< 10%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
4	Angka Ketidaklengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Pemberian Kemoterapi	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
5	Angka Ketidaklengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent) Pemberian Darah	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

f. Indikator mutu pelayanan *obstetri neonatal emergensi komprehensif* (PONEK)

NO	Unit	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
				Januari	Februari	Maret			
1	Kamar Bayi	Angka Kematian Bayi	0%	0%	0,43%	0,55%	0,33%	Tidak Tercapai	Lakukan pengkajian ulang
2	Kamar	Angka Keterlambatan Operasi Sectio Caesarea	< 2%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan

NO	Unit	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
				Januari	Februari	Maret			
	Bersalin	(SC) Cito Lebih dari 30 Menit							monitoring dan evaluasi
3	Kamar Bersalin	Kejadian Tidak Dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir	≤ 15%	12,5%	15%	11,76%	13,09%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
4	Kamar Bersalin	Angka Kematian ibu	0%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
5	Bank Darah	Angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit	< 5%	0%	0%	0%	0%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

8. Indikator mutu surveilans infeksi (HAIs)

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
1	Angka Pneumonia Akibat Pemakaian Ventilator (<i>Ventilator Associated Pneumonia/ VAP</i>)	≤ 5,8 ‰	0‰	0‰	0‰	0‰	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Angka Infeksi Saluran Kemih (ISK)	≤ 4,7‰	0‰	0‰	0‰	0‰	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3	Angka Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)	≤ 3,5‰	0‰	0‰	0‰	0‰	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
4	Angka Infeksi Luka Infus (ILI)/ Plebitis	≤ 1‰	0‰	0‰	0‰	0‰	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
5	Angka Infeksi Daerah Operasi (IDO)	≤ 2%	0%	0,08%	0,11%	0,06%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

9. Indikator mutu pemantauan budaya keselamatan

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
1	Kejadian perilaku tidak layak (<i>inappropriate</i>) pada staf rumah sakit	0 kejadian	0 kejadian	0 kejadian	0 kejadian	0 kejadian	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Kejadian perilaku yang mengganggu (<i>disruptive</i>) pada staf rumah sakit	0 kejadian	0 kejadian	0 kejadian	1 kejadian	1 kejadian	Tidak Tercapai	Lakukan pengkajian ulang
3	Kejadian perilaku yang melecehkan (<i>harrasment</i>)	0 kejadian	0 kejadian	0 kejadian	0 kejadian	0 kejadian	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
4	Kejadian perilaku pelecehan seksual di rumah sakit	0 kejadian	0 kejadian	0 kejadian	0 kejadian	0 kejadian	Tercapai	monitoring dan evaluasi

10. Indikator Mutu Wajib Syariah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
1	Pendampingan Talqin Kepada Pasien Sakaratul Maut (<i>End of Life</i>)	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Mengingatkan Waktu Sholat	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3	Pemasangan DC sesuai gender	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

11. Indikator Mutu SPM Syariah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
1	Pemasangan EKG sesuai Gender	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
2	Hijab untuk pasien	80%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3	Penutup dada pada ibu menyusui	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
4	Membaca Basmalah pada pemberian obat dan tindakan	80%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
5	<i>Mandatory training</i> untuk fiqih pasien	100%	6 bulan sekali					
6	Adanya edukasi islami (Leaflet atau buku kerohanian)	90%	99,49%	99,81%	99,90%	99,73%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
7	Pemakaian hijab di kamar operasi	100%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
8	Penjadwalan operasi elektif tidak terbentur waktu sholat	80%	100%	100%	100%	100%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

12. Indikator Mutu Unit Syariah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	Standar	Capaian			Capaian TW I	Kriteria Hasil	Rencana Tindak Lanjut
			Januari	Februari	Maret			
1	Angka bimbingan psikospiritual unit BPI kepada pasien rawat inap	90%	99,49%	99,81%	99,90%	99,73%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
2	Angka pelaksanaan budaya baca Al-Qur'an per unit	80%	90%	86%	96%	90,67%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
3	Angka kehadiran doa pagi karyawan	80%	94,63%	93,87%	100%	96,17%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi
4	Angka kehadiran tahsin karyawan	80%	92,36%	93,87%	100%	95,41%	Tercapai	Lakukan monitoring dan evaluasi

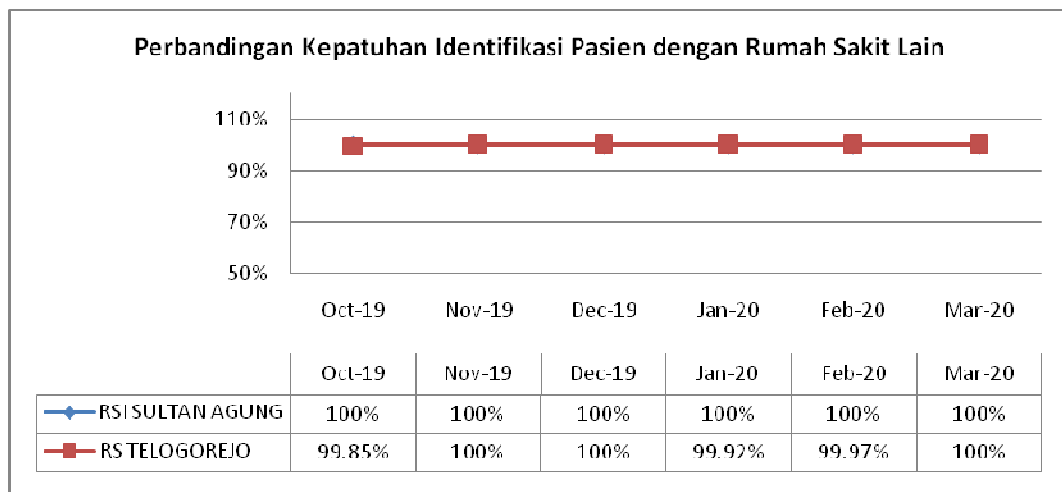
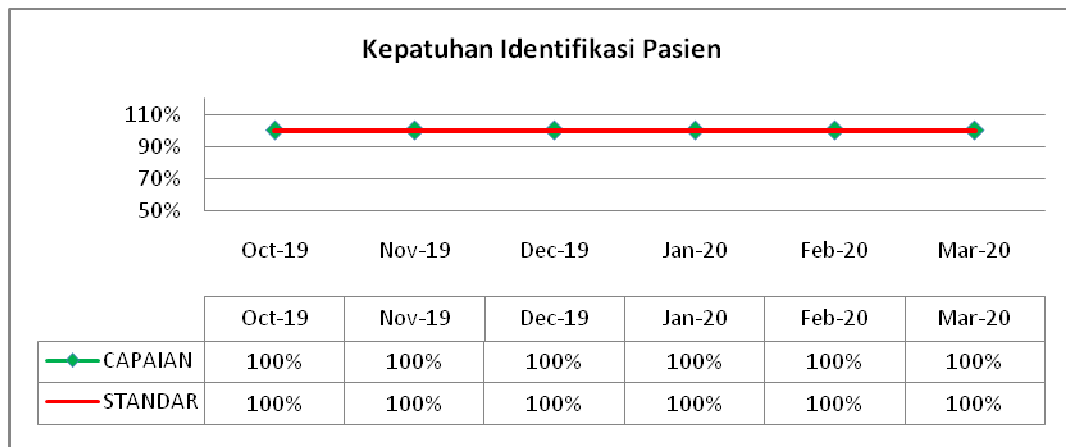
B. Analisis Data Indikator Mutu

Pada analisis data dilakukan perbandingan meliputi :

- Trend analysis
- Perbandingan dengan data eksternal atau rs lain (benchmark)
- Perbandingan dengan standar
- Perbandingan dengan praktik terbaik

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Indikator Mutu	STANDAR	Oct-19	Nov-19	Des-19	Jan-20	Feb-20	Mar-20
Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2020



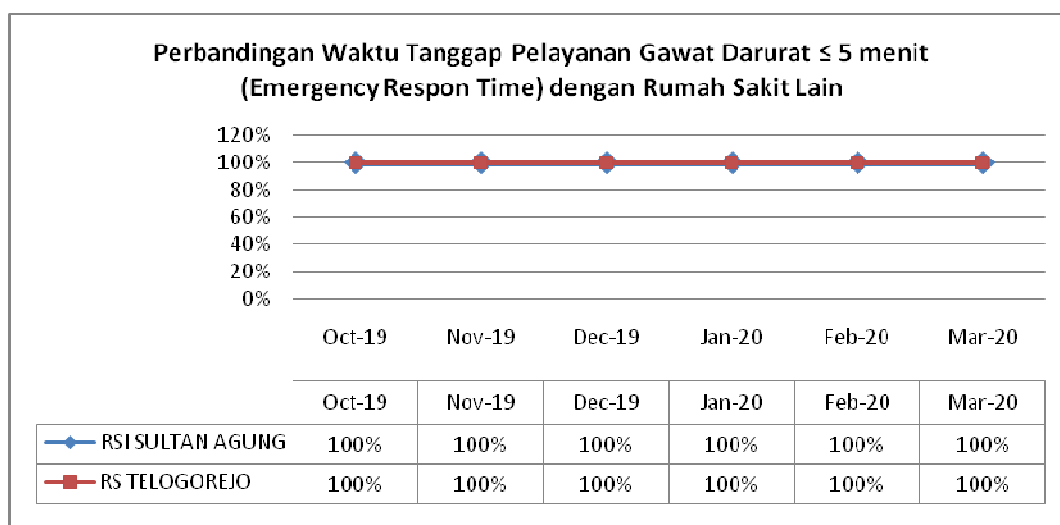
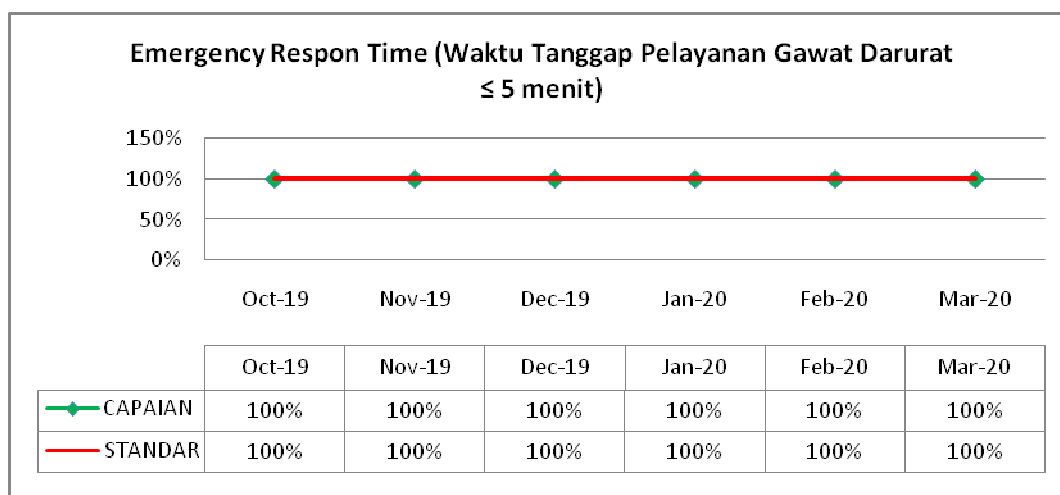
(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan identifikasi pasien Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Oktober 2019 sampai dengan Maret 2020 sudah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan rumah sakit lain, rata-rata capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian Rumah Sakit Telogorejo.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAKAD (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaiannya sama baiknya, yaitu 100%.

2. Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)

Indikator Mutu	STANDAR	Oct-19	Nov-19	Des-19	Jan-20	Feb-20	Mar-20
Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2020



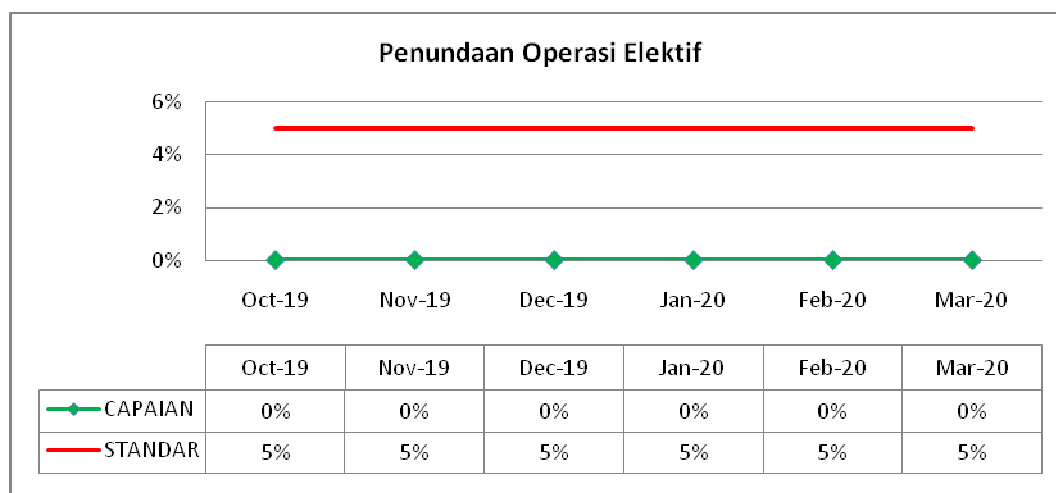
(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

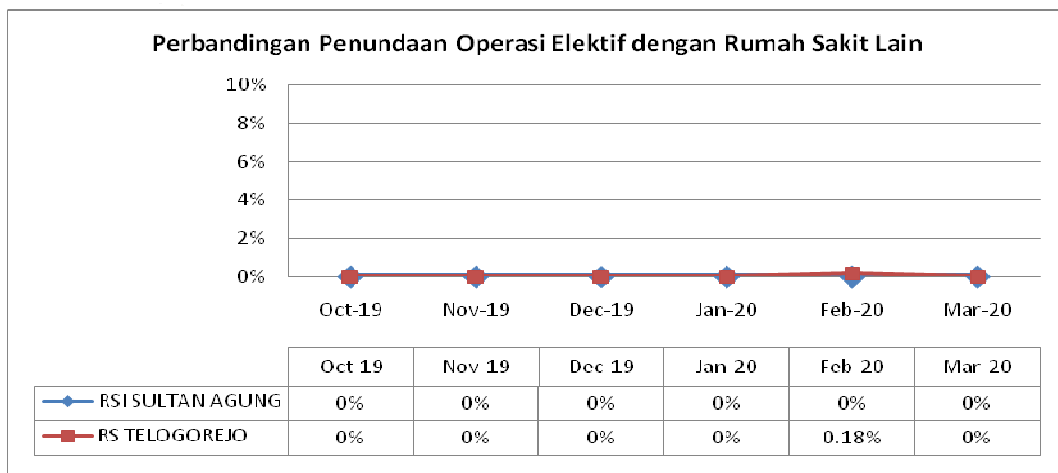
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit) Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Oktober 2019 sampai dengan Maret 2020 sudah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan rumah sakit lain, hasil capaiannya sama baiknya.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAKAD (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.

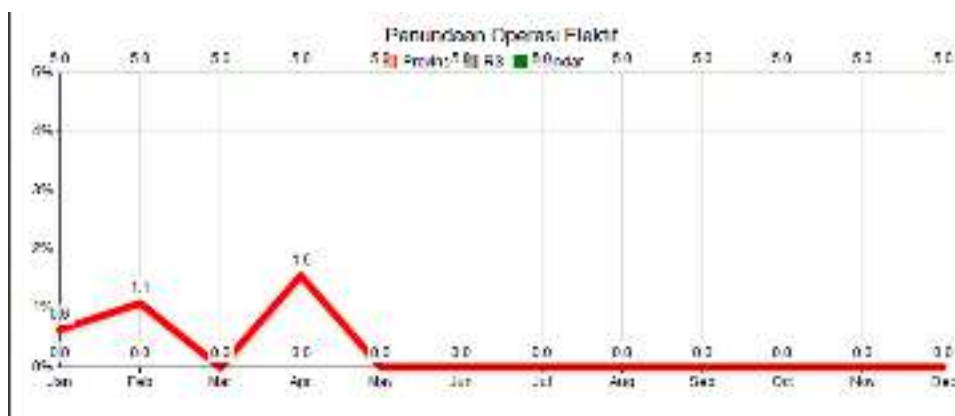
3. Penundaan Operasi Elektif

Indikator Mutu	STANDAR	Oct-19	Nov-19	Des-19	Jan-20	Feb-20	Mar-20
Penundaan Operasi Elektif	≤ 5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%





Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2020



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

Analisa :

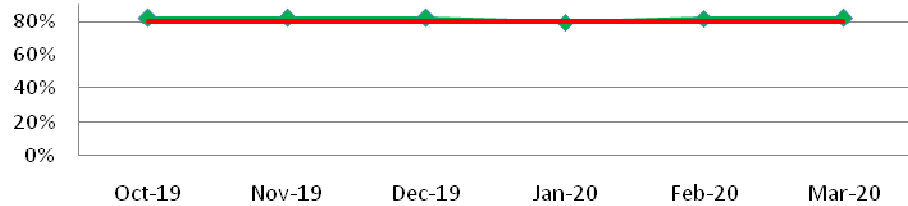
- Berdasarkan grafik di atas, capaian penundaan operasi elektif Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Oktober 2019 sampai dengan Maret 2020 sudah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan rumah sakit lain, hasil capaiannya sama baiknya.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMADAK (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.

4. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

Indikator Mutu	STANDAR	Oct-19	Nov-19	Des-19	Jan-20	Feb-20	Mar-20
Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	80 %	82%	82%	82%	79.37%	81.55%	81.68%

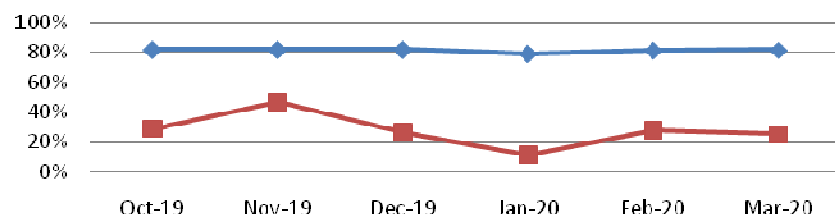


Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



	Oct-19	Nov-19	Dec-19	Jan-20	Feb-20	Mar-20
— CAPAIAN	82%	82%	82%	79.37%	81.55%	81.68%
— STANDAR	80%	80%	80%	80%	80%	80%

Perbandingan Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis dengan Rumah Sakit Lain



	Oct 19	Nov 19	Dec 19	Jan 20	Feb 20	Mar 20
— RSI SULTAN AGUNG	82%	82%	82%	79.37%	81.55%	81.68%
— RS TELOGOREJO	28.84%	46.90%	26.33%	11.07%	27.68%	25.03%

Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2020



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

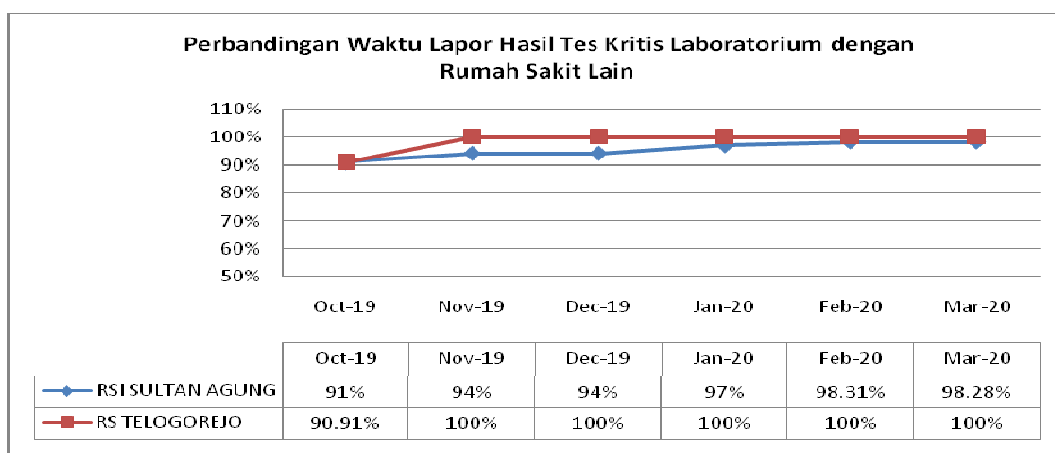
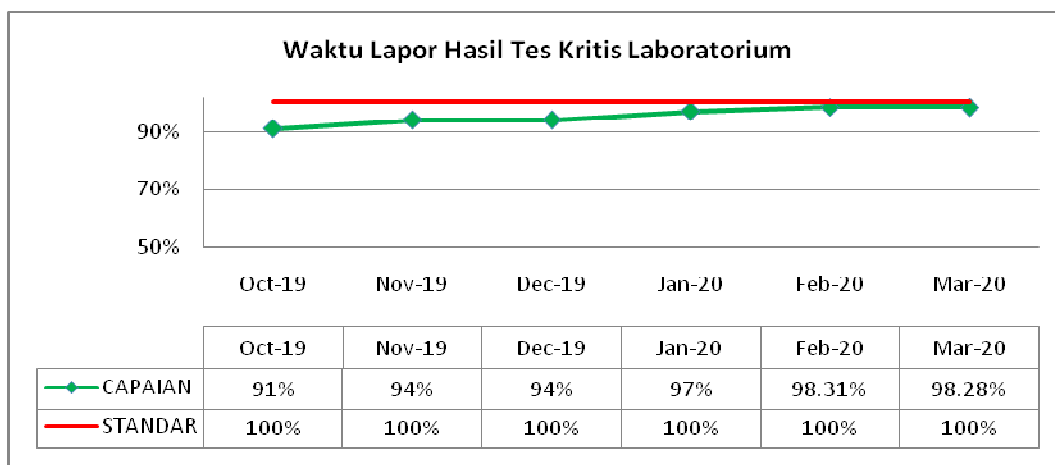
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan jam visite dokter spesialis Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Oktober 2019 sampai dengan Maret 2020 sudah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan rumah sakit lain, rata-rata capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian Rumah Sakit Telogorejo.

- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMADAK (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah lebih baik dibandingkan capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

5. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium

Indikator Mutu	STANDAR	Oct-19	Nov-19	Des-19	Jan-20	Feb-20	Mar-20
Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium	100 %	91%	94%	94%	97%	98.31%	98.28%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2020



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

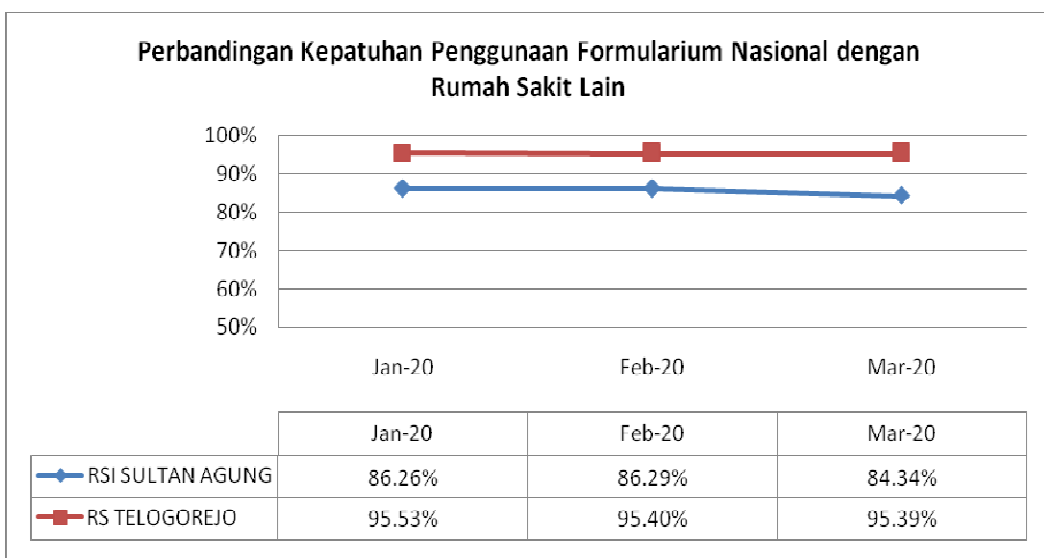
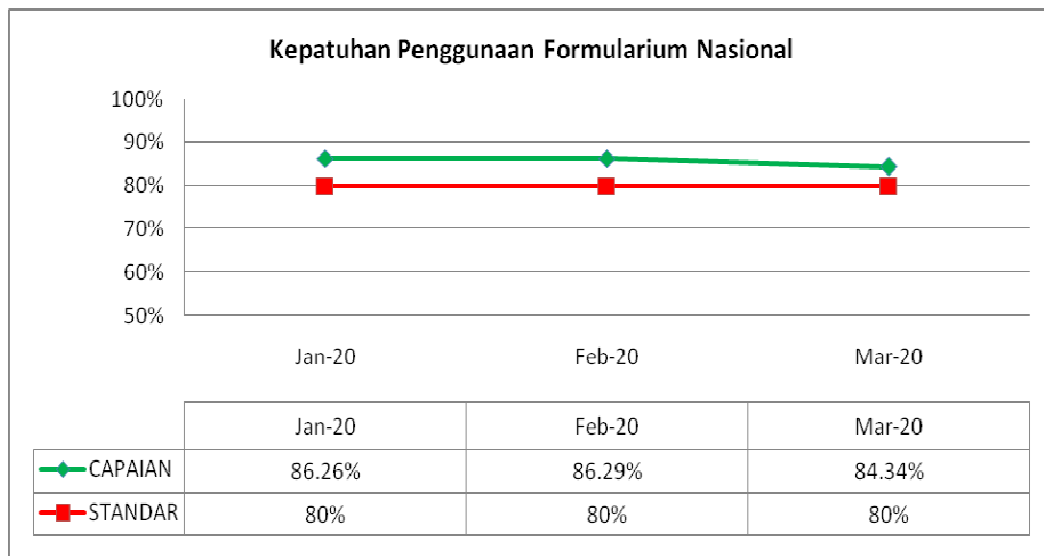


Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Oktober 2019 sampai dengan Maret 2020 belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan rumah sakit lain, rata-rata capaian Rumah Sakit Telogorejo lebih baik dibandingkan capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAKAD (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.

6. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Indikator Mutu	STANDAR	Jan-20	Feb-20	Mar-20
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	80 %	86.26%	86.29%	84.34%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2020

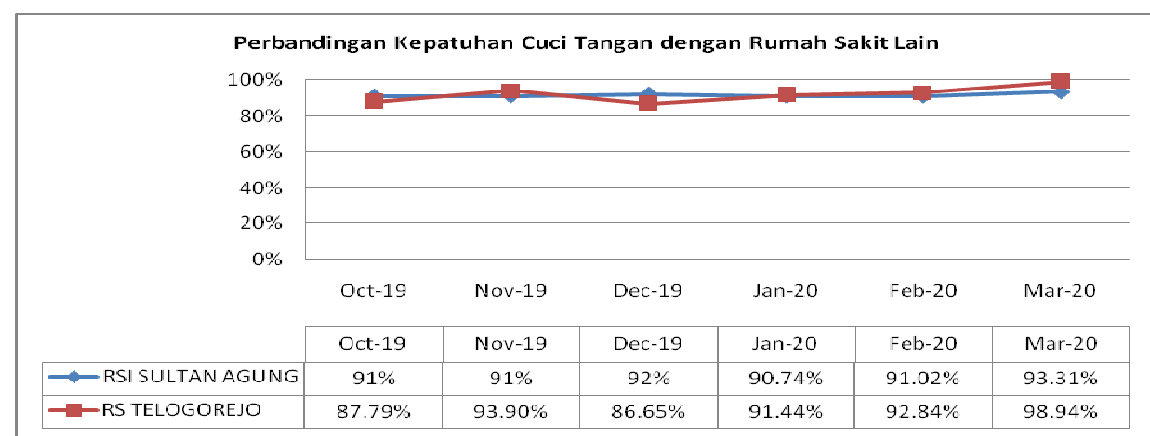
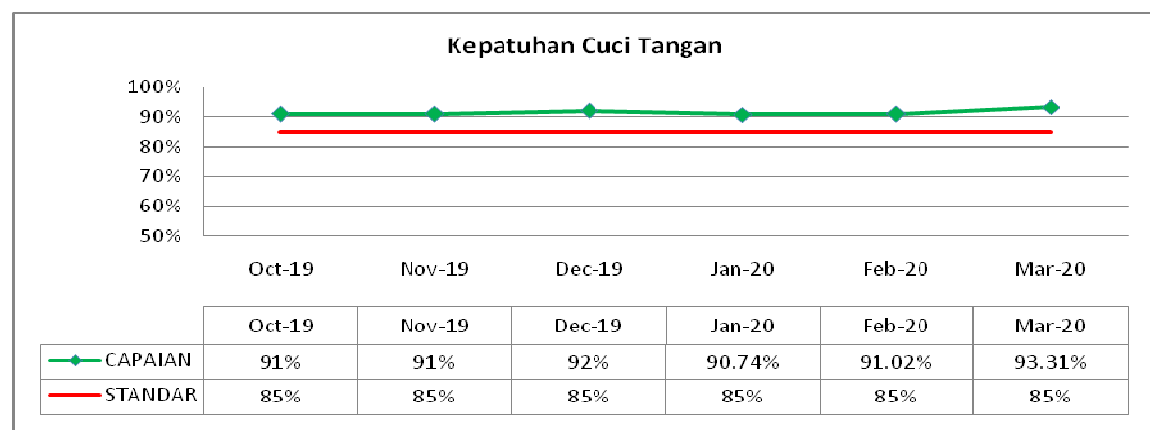


Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan penggunaan formulirium rumah sakit Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari - Maret 2020 sudah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan rumah sakit lain, rata-rata capaian Rumah Sakit Telogorejo lebih baik dibandingkan capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMADAK (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah lebih baik dibandingkan capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

7. Kepatuhan Cuci Tangan

Indikator Mutu	STANDAR	Oct-19	Nov-19	Des-19	Jan-20	Feb-20	Mar-20
Kepatuhan Cuci Tangan	85%	91%	91%	92%	90.74%	91.02%	93.31%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2020



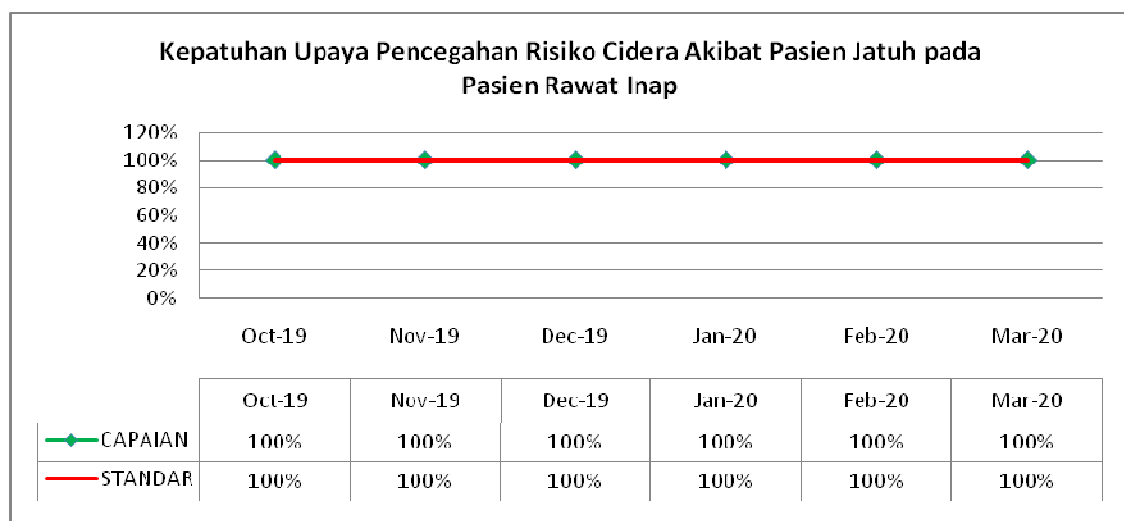
(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

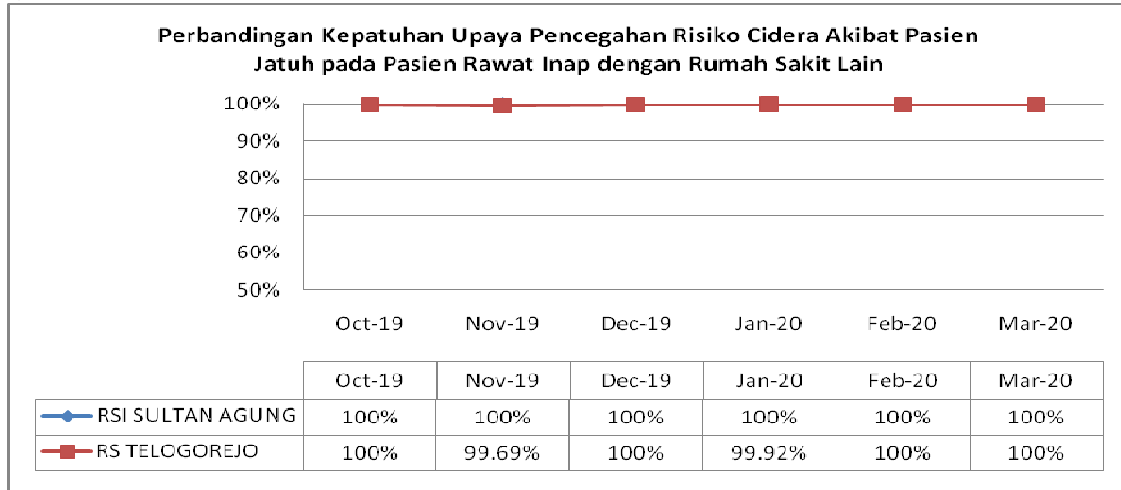
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan cuci tangan Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Oktober 2019 sampai dengan Maret 2020 sudah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan rumah sakit lain, rata-rata capaian Rumah Sakit Telogorejo lebih baik dibandingkan capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMADAK (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.

8. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cidera Akibat Pasien Jatuh

Indikator Mutu	STANDAR	Oct-19	Nov-19	Des-19	Jan-20	Feb-20	Mar-20
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cidera Akibat Pasien Jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%





Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2020



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

Analisa :

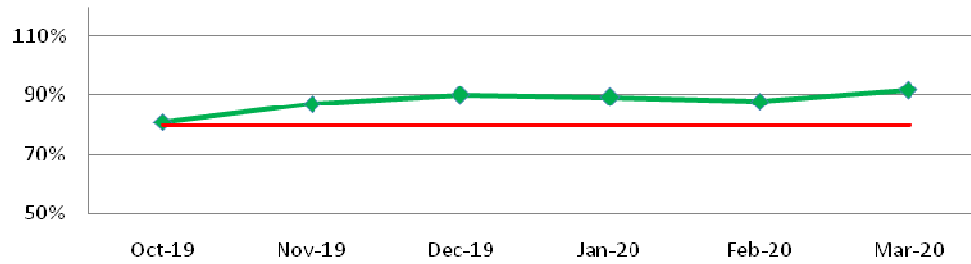
- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko cidera akibat pasien jatuh Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Oktober 2019 sampai dengan Maret 2020 sudah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan rumah sakit lain, rata-rata capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian Rumah Sakit Telogorejo.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAKAD (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.

9. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

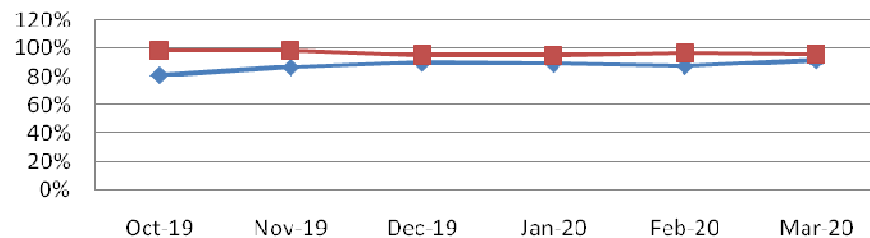
Indikator Mutu	STANDAR	Oct-19	Nov-19	Des-19	Jan-20	Feb-20	Mar-20
Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



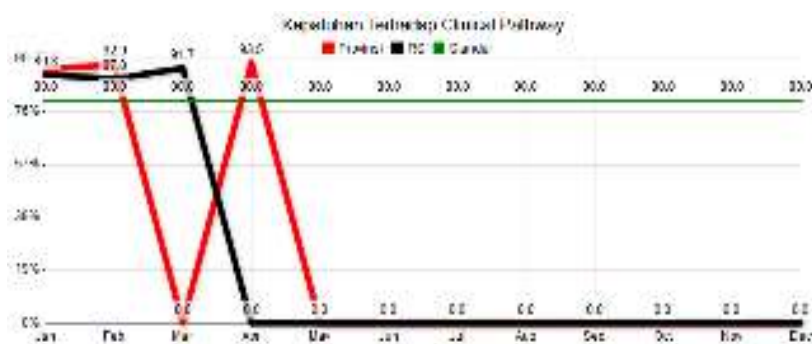
Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway



Perbandingan Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway dengan Rumah Sakit Lain



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2020



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

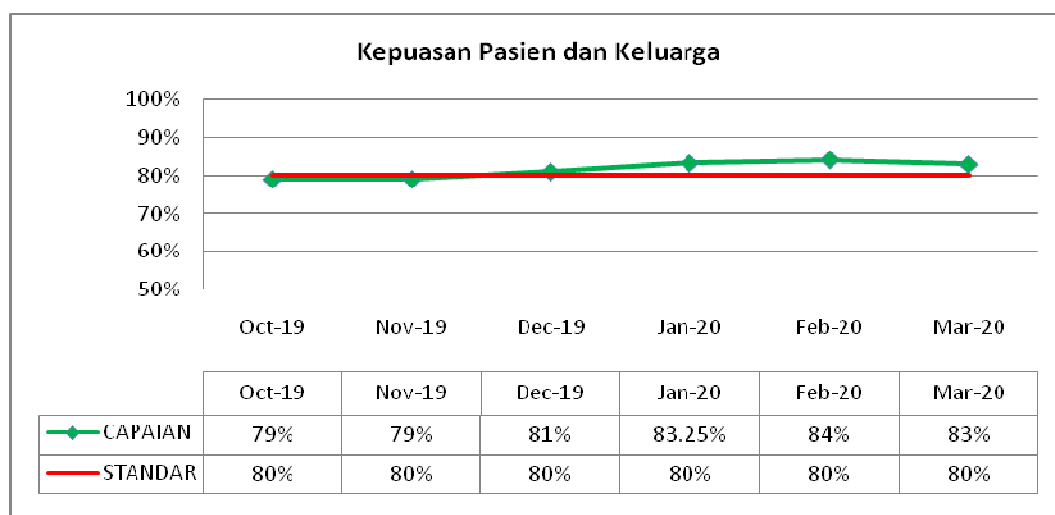
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan terhadap clinical pathway Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Oktober 2019 sampai dengan Maret 2020 sudah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan rumah sakit lain, rata-rata capaian Rumah Sakit Telogorejo lebih baik dibandingkan capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

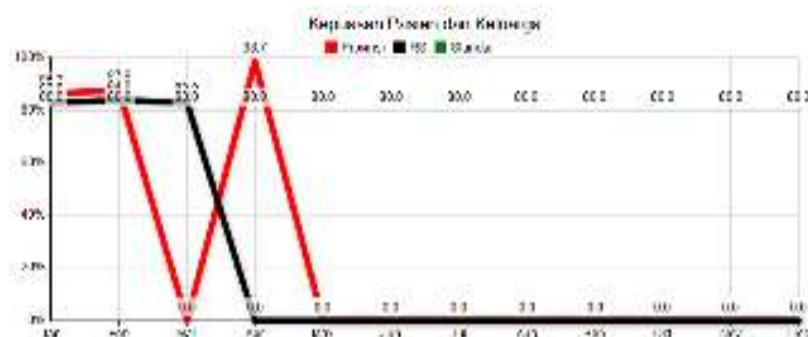
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMADAK (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.

10. Kepuasan Pasien dan Keluarga

Indikator Mutu	STANDAR	Oct-19	Nov-19	Des-19	Jan-20	Feb-20	Mar-20
Kepuasan Pasien dan Keluarga	80%	79%	79%	81%	83.25%	84%	83%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2020



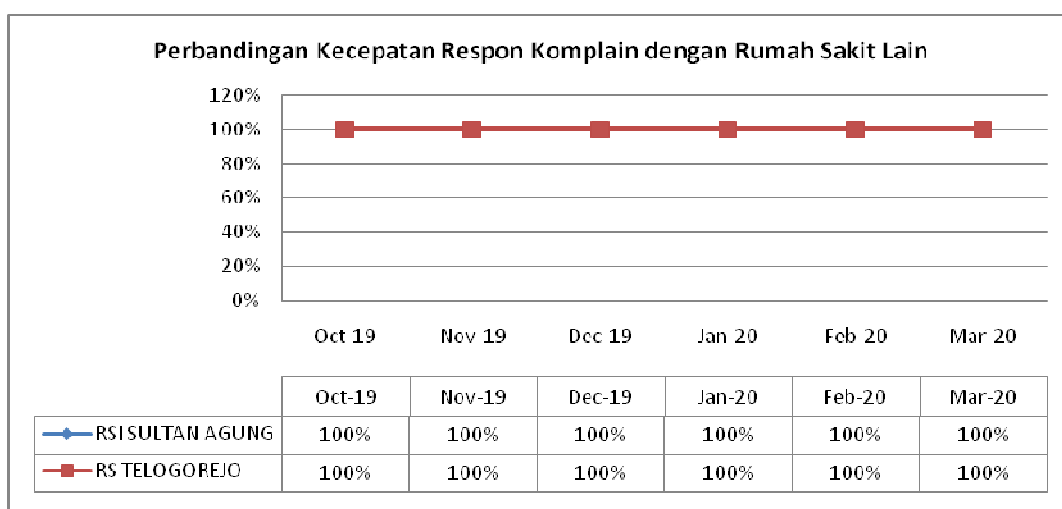
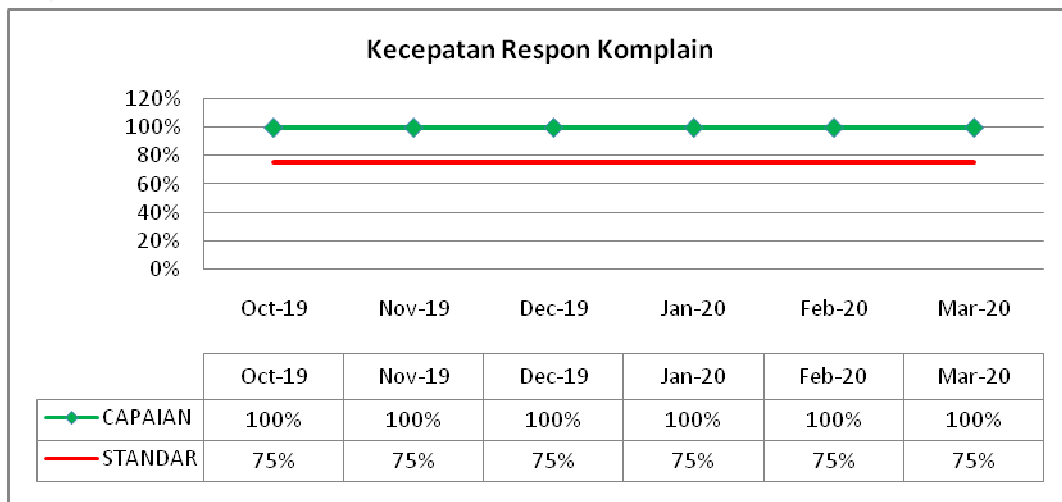
(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

Analisa :

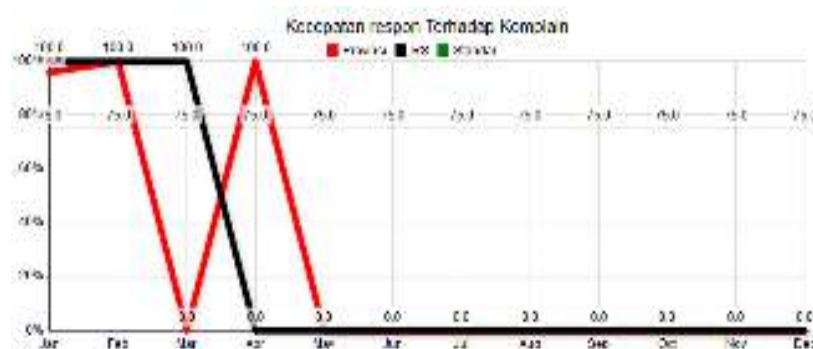
- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepuasan pasien dan keluarga Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Oktober 2019 sampai dengan Maret 2020 sudah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMADAK (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah lebih baik dibandingkan capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

11. Kecepatan Respon Komplain

Indikator Mutu	STANDAR	Oct-19	Nov-19	Des-19	Jan-20	Feb-20	Mar-20
Kecepatan Respon Komplain	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2020



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

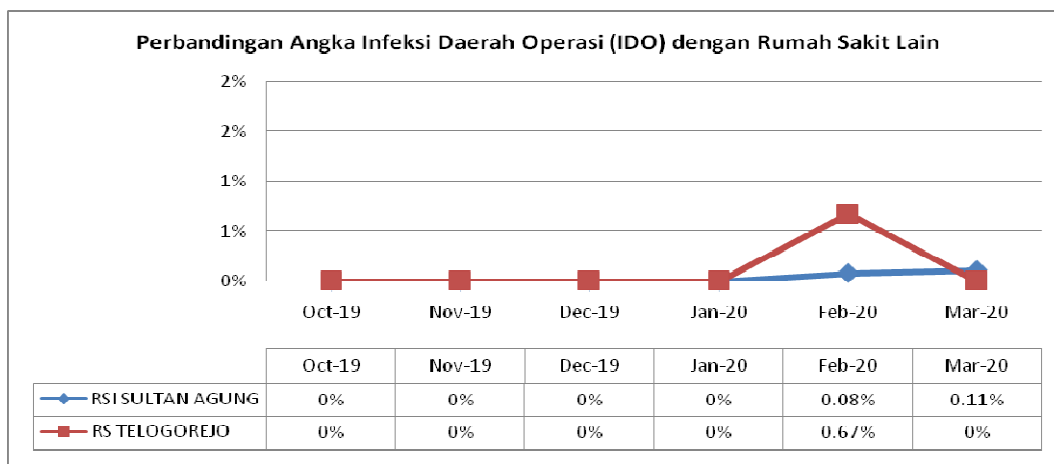
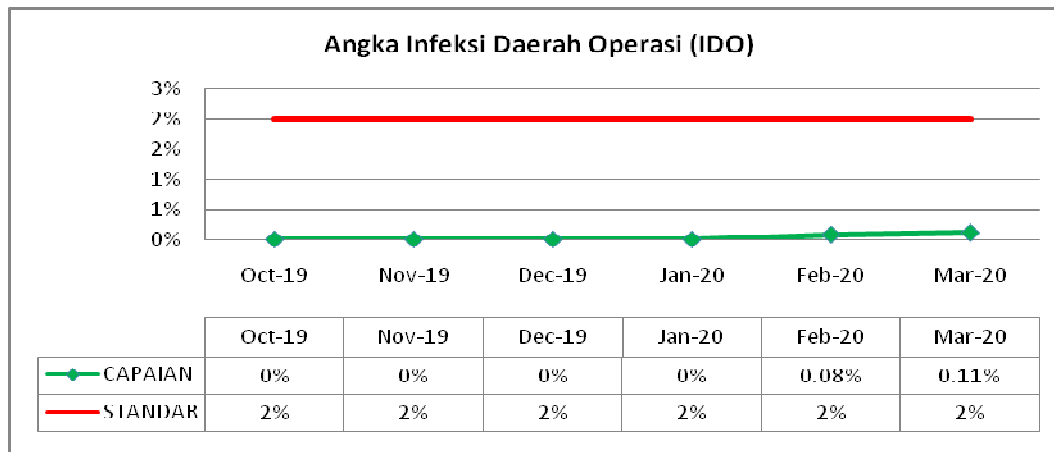
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kecepatan respon komplain Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Oktober 2019 sampai dengan Maret 2020 sudah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan rumah sakit lain, rata-rata capaian Rumah Sakit Telogorejo sama baiknya dibandingkan capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAK (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.

12. Angka Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Indikator Mutu	STANDAR	Oct-19	Nov-19	Des-19	Jan-20	Feb-20	Mar-20
Angka Infeksi Daerah Operasi (IDO)	≤ 2%	0%	0%	0%	0%	0.08%	0.11%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2020



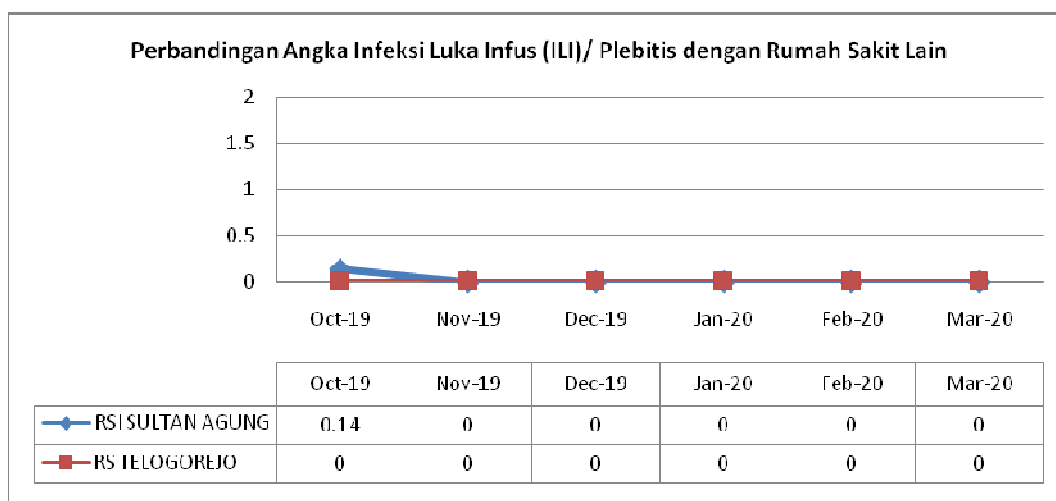
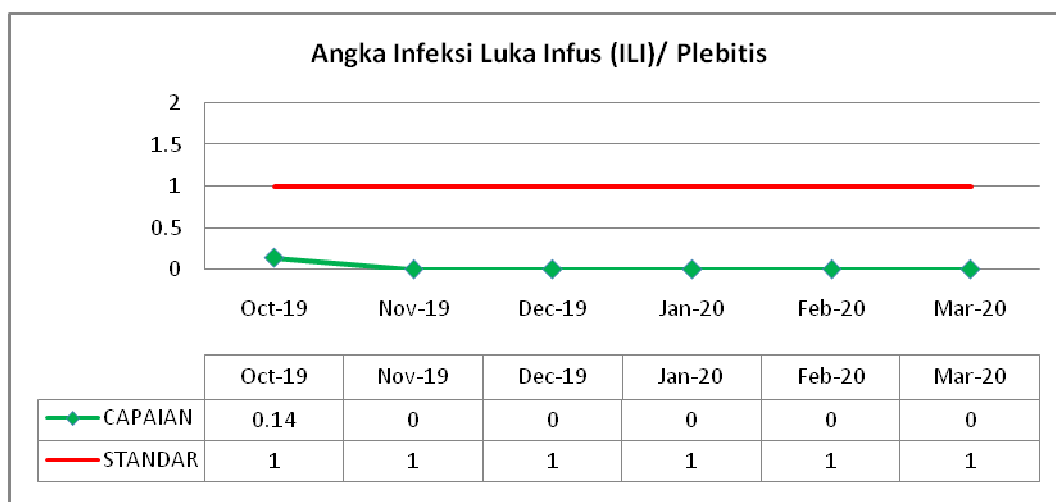
(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian angka infeksi daerah operasi (IDO) Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Oktober 2019 sampai dengan Maret 2020 sudah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan rumah sakit lain, rata-rata capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian Rumah Sakit Telogorejo.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMADAK (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.

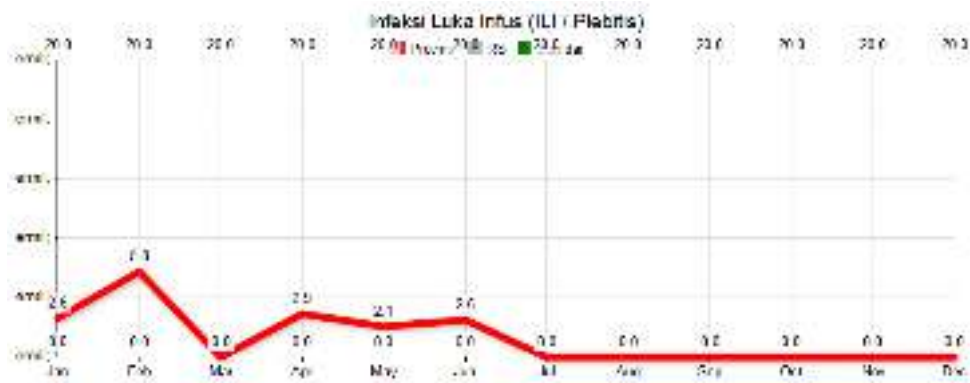
13. Angka Infeksi Luka Infus (ILI)/ Plebitis

Indikator Mutu	STANDAR	Oct-19	Nov-19	Des-19	Jan-20	Feb-20	Mar-20
Angka Infeksi Luka Infus (ILI)/ Plebitis	≤ 1‰	0.14‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰





Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2020



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian angka infeksi luka infus (ILI)/ Plebitis Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Oktober 2019 sampai dengan Maret 2020 sudah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan rumah sakit lain, rata-rata capaian Rumah Sakit Telogorejo lebih baik dibandingkan capaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAKAD (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.



BAB V EVALUASI

1. Seluruh skedul kegiatan dibulan Januari-Maret telah dilaksanakan.
2. Masih banyak unit yang belum mengumpulkan formulir rekapitulasi dan analisis dari capaian indikator mutu.

BAB VI REKOMENDASI

1. Melaksanakan kegiatan bulan April sesuai dengan skedul kegiatan pada program KMKP 2020.
2. Melaksanakan sosialisasi kembali mengenai pengumpulan formulir rekapitulasi dan analisis capaian indikator mutu.
3. Melengkapi dokumen hasil rencana tindak lanjut dengan berkomunikasi dengan unit kerja terkait.

Semarang, 9 April 2020
Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

dr. Ayu Sekar Melati