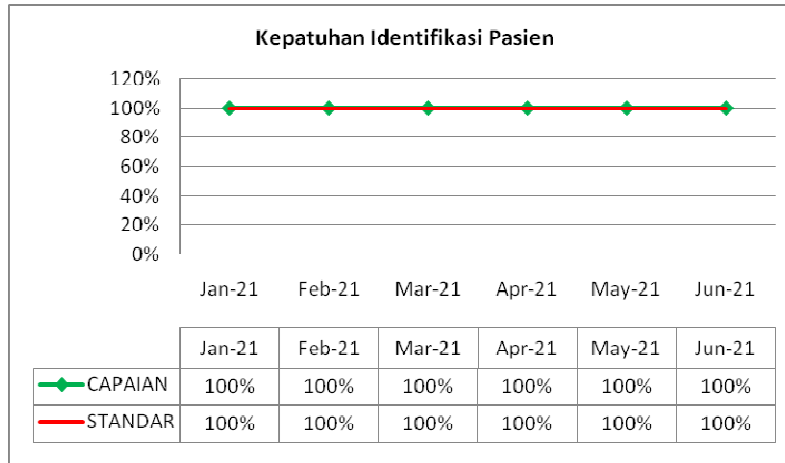


HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU TRIWULAN II 2021

A. Pemenuhan Indikator Mutu

1. Indikator Mutu Wajib Nasional

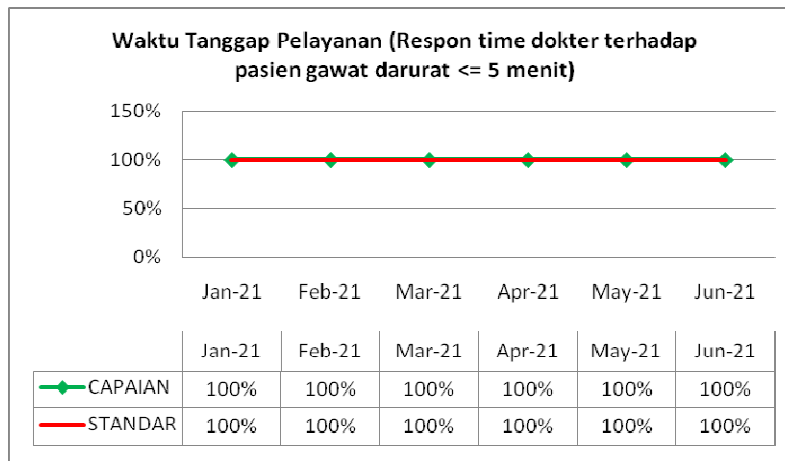
1) Kepatuhan identifikasi pasien



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketepatan identifikasi pasien, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

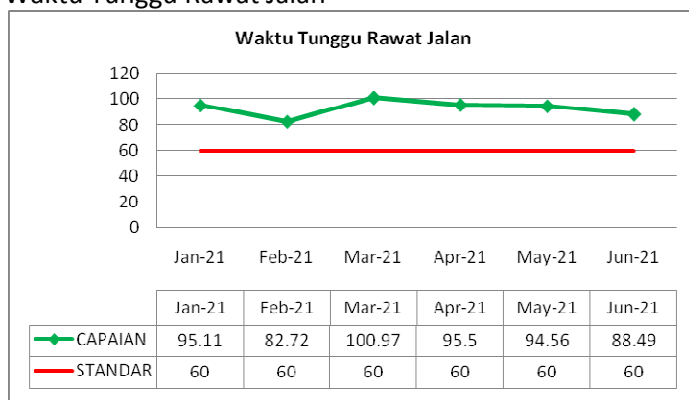
2) *Emergency Respon Time* (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu *Emergency Respon Time* (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit) pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

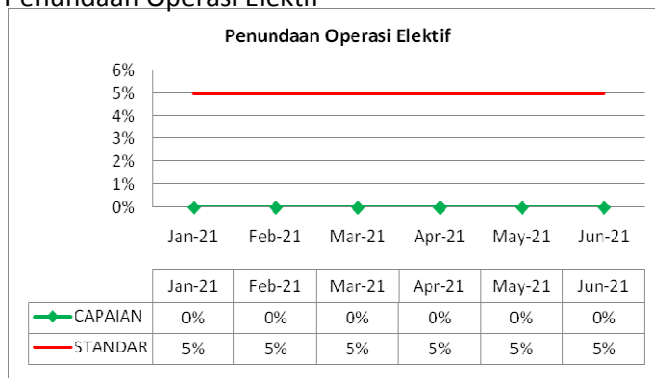
3) Waktu Tunggu Rawat Jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan, pada triwulan II adalah 93 menit, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

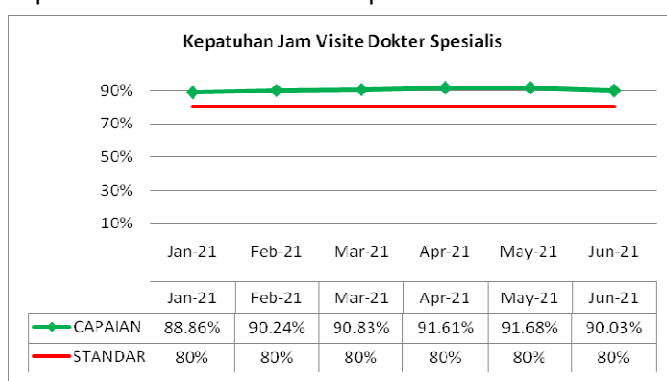
4) Penundaan Operasi Elektif



Analisa :

- Capaian indikator mutu penundaan operasi elektif, pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

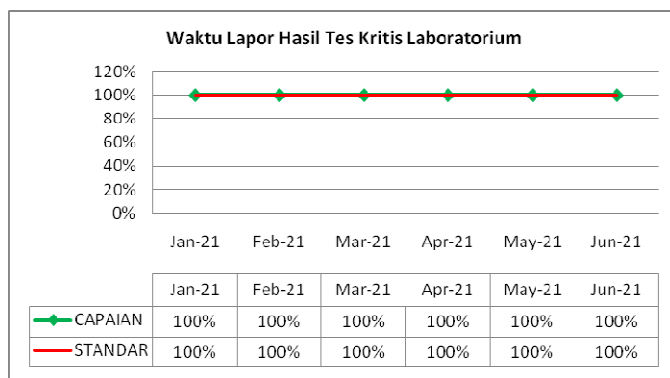
5) Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan jam visite dokter spesialis pada triwulan II adalah 91%, telah mencapai standar dan mengalami peningkatan.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

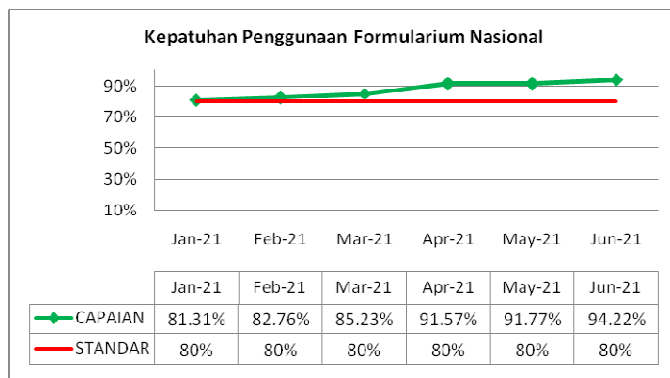
6) Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium



Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu lapor hasil tes kritis laboratorium pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

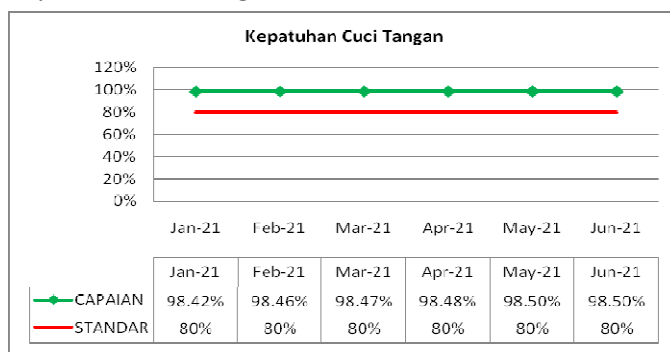
7) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional pada triwulan II adalah 93%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

8) Kepatuhan cuci tangan



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan cuci tangan pada triwulan II adalah 98%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

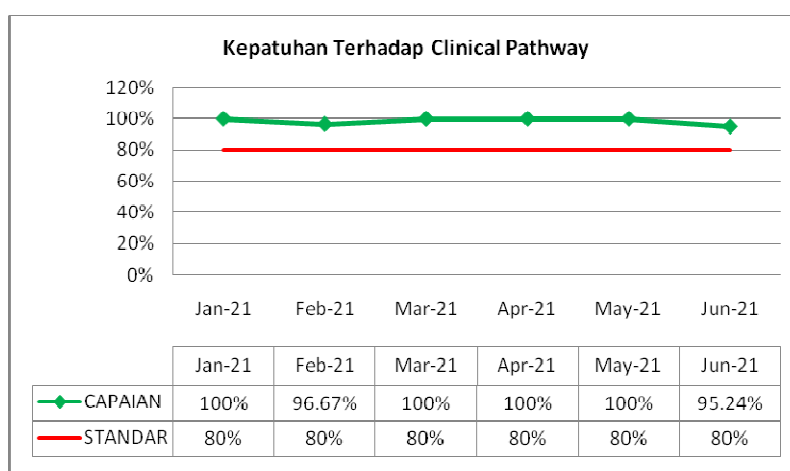
9) Kepatuhan upaya pencegahan risiko cidera akibat pasien jatuh



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan upaya pencegahan risiko cidera akibat pasien jatuh, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

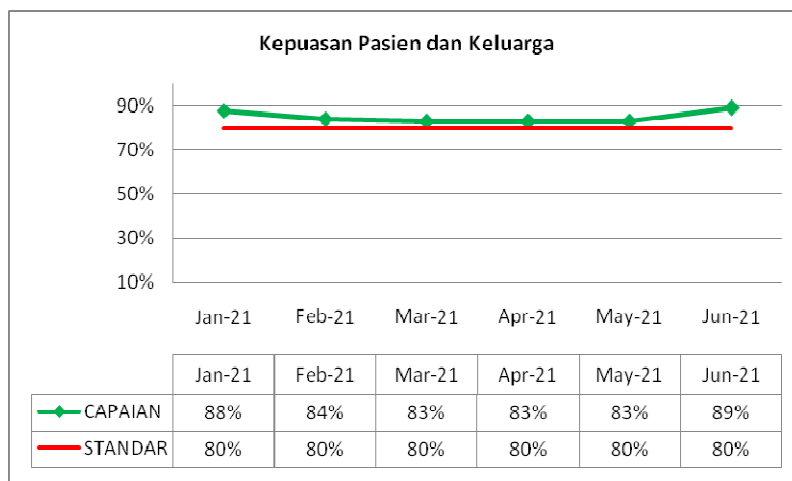
10) Kepatuhan terhadap clinical pathway



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan II adalah 98%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

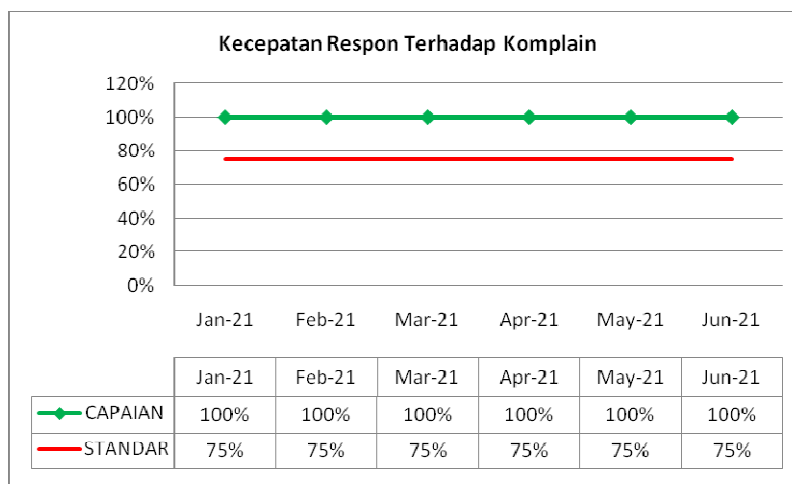
11) Kepuasan pasien dan keluarga



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepuasan pasien dan keluarga pada triwulan II adalah 85%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.
- Berdasarkan laporan unit Humas pada triwulan 1 tidak ada laporan tentang ketidakpuasan pelanggan terkait adanya peserta didik di RSISA.

12) Kecepatan respon terhadap komplain



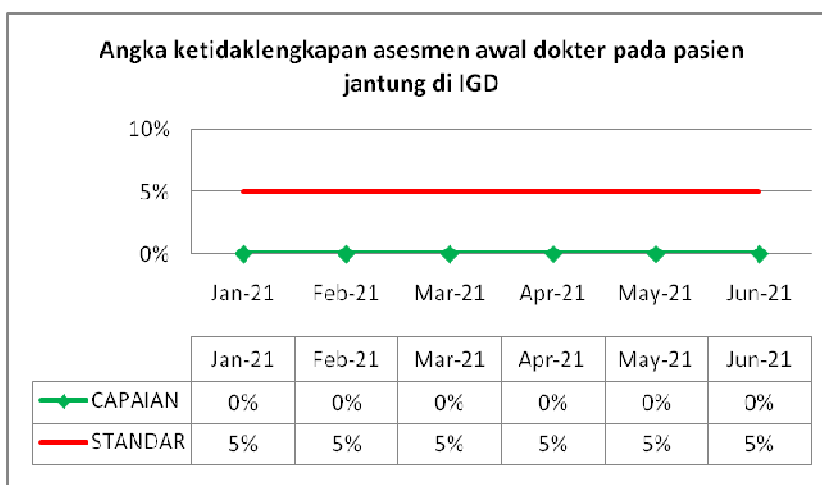
Analisa :

- Capaian indikator mutu kecepatan respon terhadap komplain pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

2. Indikator Mutu Pelayanan Klinis Prioritas

a. Area Klinis

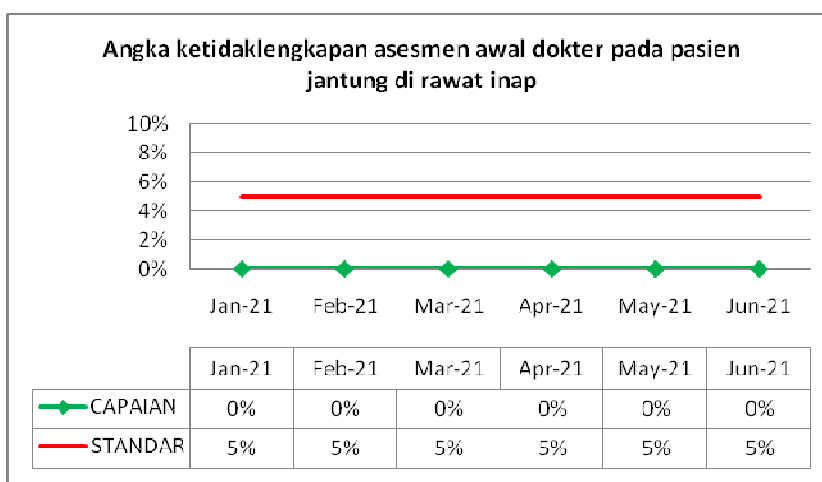
1) Angka ketidaklengkapan asesmen awal medis gawat darurat pada pasien jantung di IGD



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidaklengkapan asesmen awal medis gawat darurat pada pasien jantung di IGD, pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar < 5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

2) Angka ketidaklengkapan asesmen awal dokter pada pasien jantung di rawat inap

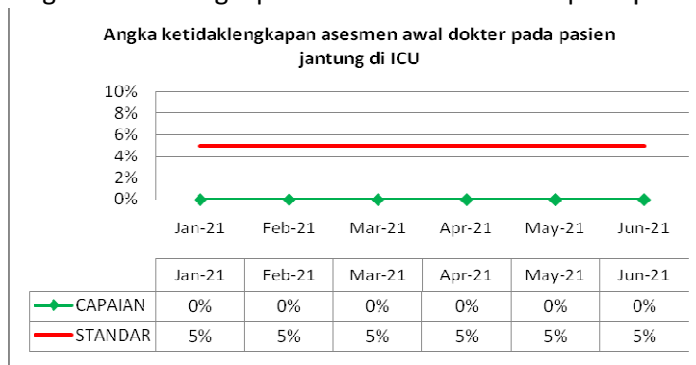


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidaklengkapan asesmen awal dokter pada pasien jantung di rawat inap, pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar < 5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



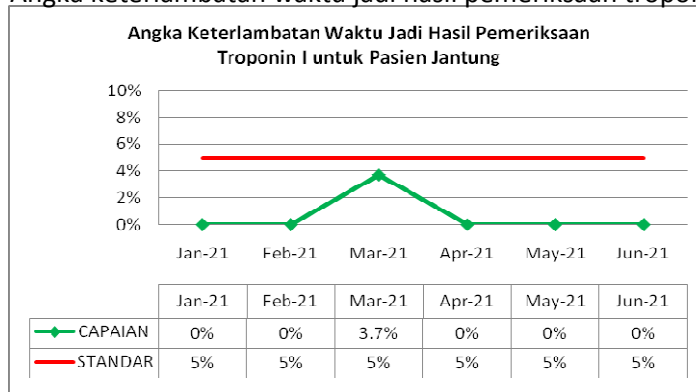
3) Angka ketidaklengkapan asesmen awal dokter pada pasien jantung di ICU



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidaklengkapan asesmen awal dokter pada pasien jantung di ICU, pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

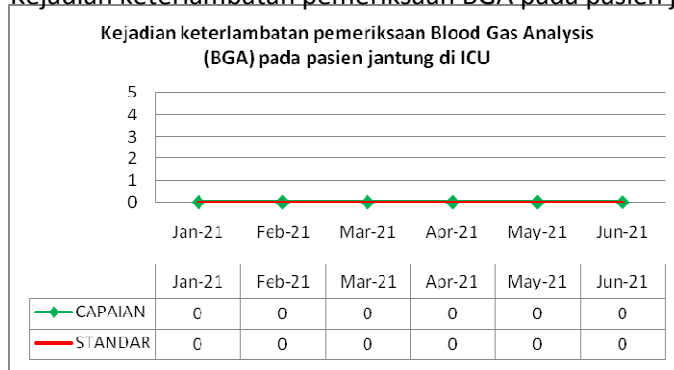
4) Angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung, pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

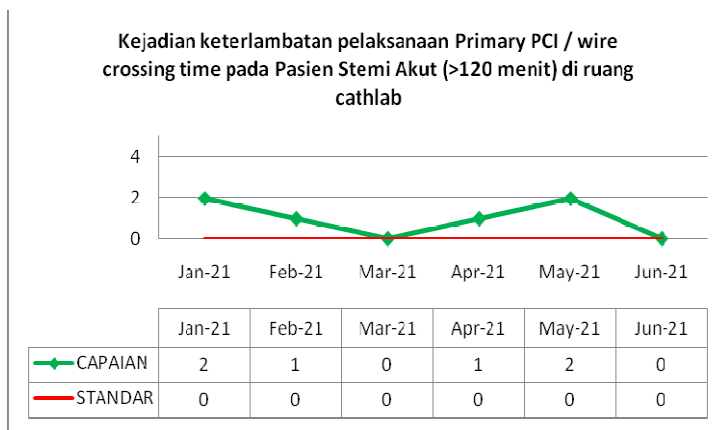
5) Kejadian keterlambatan pemeriksaan BGA pada pasien jantung di ICU



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian keterlambatan pemeriksaan BGA pada pasien jantung di ICU, pada triwulan II ada 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

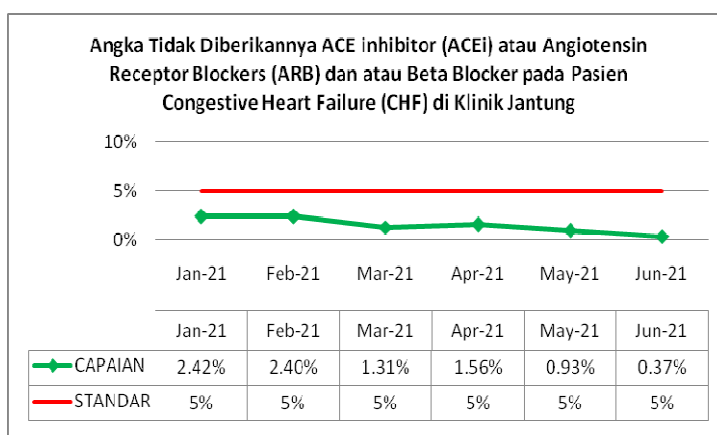
6) Kejadian keterlambatan pelaksanaan *Primary PCI / wire crossing time* pada Pasien Stemi Akut (>120 menit) di ruang cathlab



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian keterlambatan pelaksanaan *Primary PCI / wire crossing time* pada Pasien Stemi Akut (>120 menit) di ruang cathlab, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

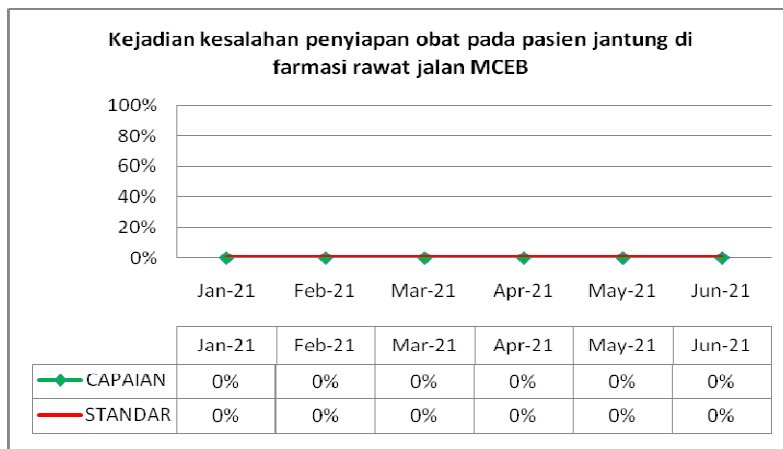
7) Angka Tidak Diberikannya ACE inhibitor (ACEi) atau Angiotensin Receptor Blockers (ARB) dan atau Beta Blocker pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di Klinik Jantung



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka tidak diberikannya ACE inhibitor (ACEi) atau Angiotensin Receptor Blockers (ARB) dan atau Beta Blocker pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di Klinik Jantung, pada triwulan II adalah 0.95 %, telah mencapai standar < 5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

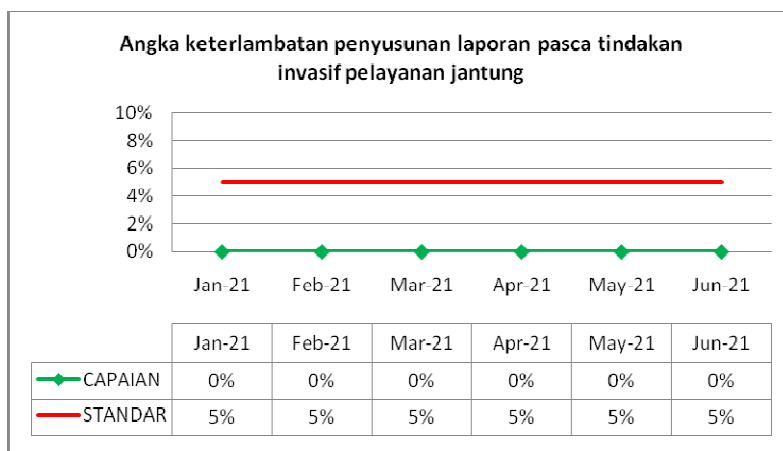
8) Kejadian kesalahan penyiapan obat pada pasien jantung di satelit farmasi rawat jalan MCEB



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian kesalahan penyiapan obat pada pasien jantung di satelit farmasi rawat jalan MCEB, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

9) Angka keterlambatan penyusunan laporan pasca tindakan invasif pelayanan jantung

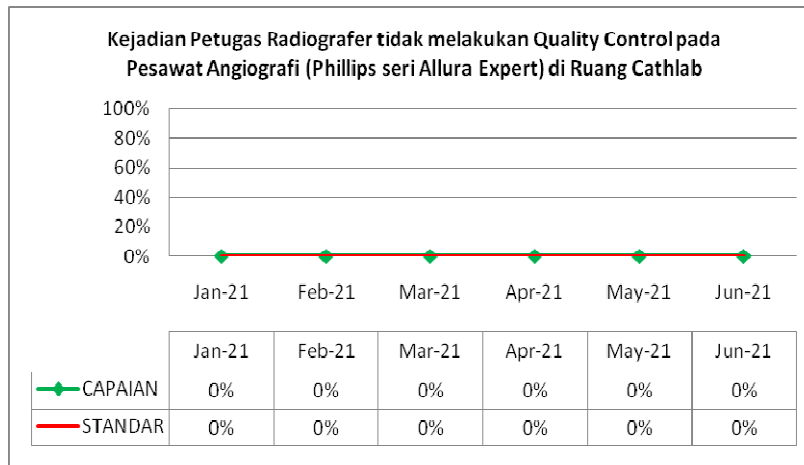


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyusunan laporan pasca tindakan invasif pelayanan jantung, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

b. Area Manajemen

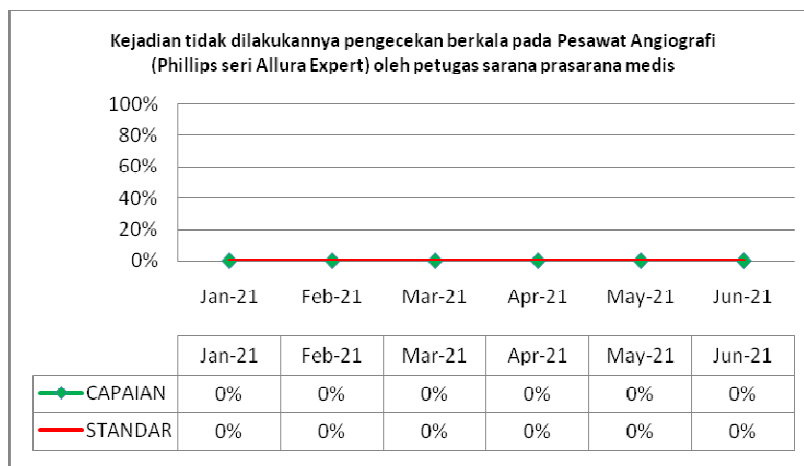
1) Kejadian Petugas Radiografer tidak melakukan *Quality Control* pada Pesawat Angiografi (*Phillips seri Allura Expert*) di Ruang Cathlab



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian petugas radiografer tidak melakukan *quality control* pada pesawat angiografi, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

2) Kejadian tidak dilakukannya pengecekan berkala pada pada Pesawat Angiografi (*Phillips seri Allura Expert*) oleh petugas sarana prasarana medis



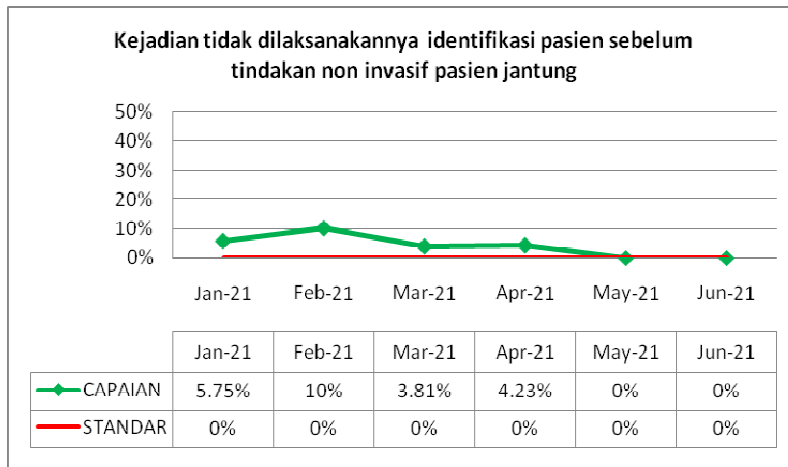
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak dilakukannya pengecekan berkala pada pada Pesawat C-Arm (*Phillips seri Allura Expert*) oleh petugas sarana prasarana medis, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



c. Area Sasaran Keselamatan Pasien

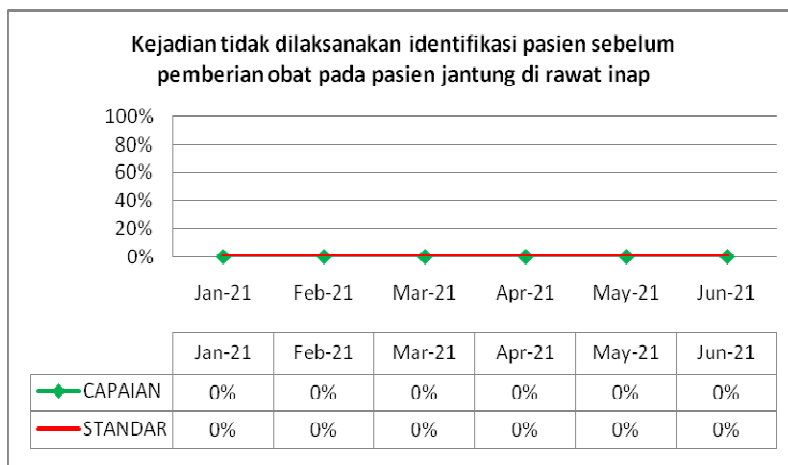
1) Kejadian tidak dilaksanakannya identifikasi pasien sebelum tindakan non invasif pasien jantung



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak dilaksanakannya identifikasi pasien sebelum tindakan non invasif pasien jantung, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

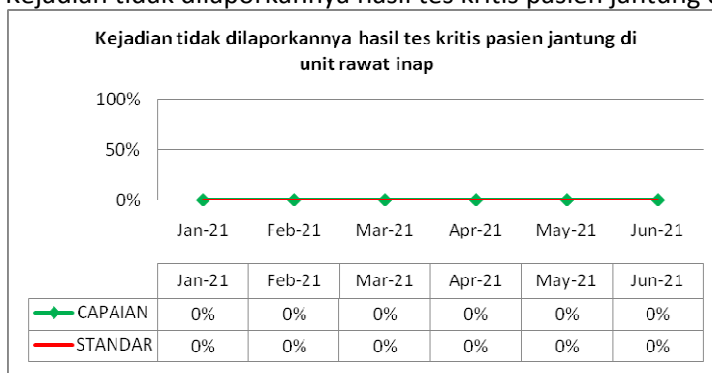
2) Kejadian tidak dilaksanakan identifikasi pasien sebelum pemberian obat pada pasien jantung di rawat inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak dilaksanakannya identifikasi pasien sebelum tindakan non invasif pasien jantung, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

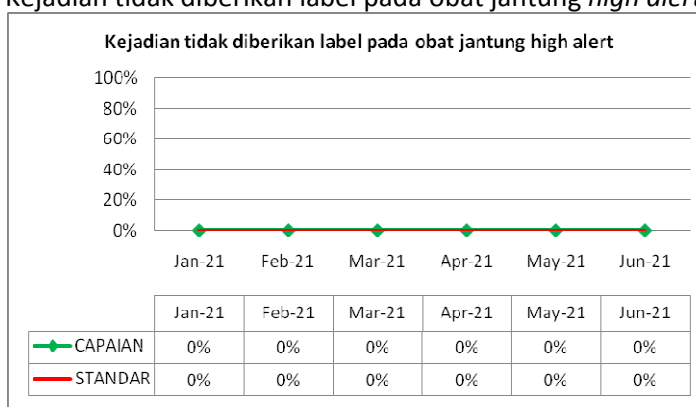
3) Kejadian tidak dilaporkannya hasil tes kritis pasien jantung di unit rawat inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak dilaporkannya hasil tes kritis pasien jantung di unit rawat inap, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

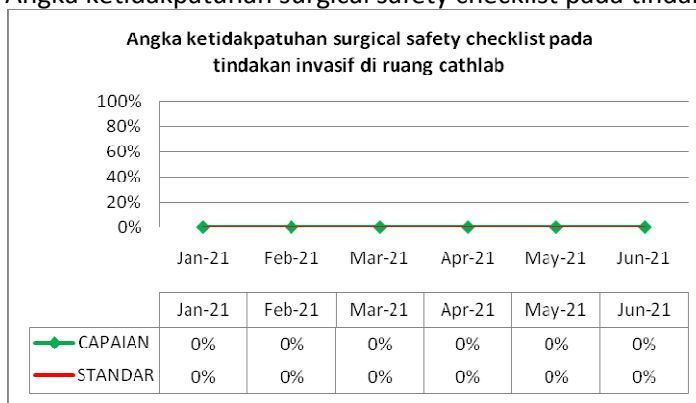
4) Kejadian tidak diberikan label pada obat jantung *high alert*



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak dilaporkannya hasil tes kritis pasien jantung di unit rawat inap, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

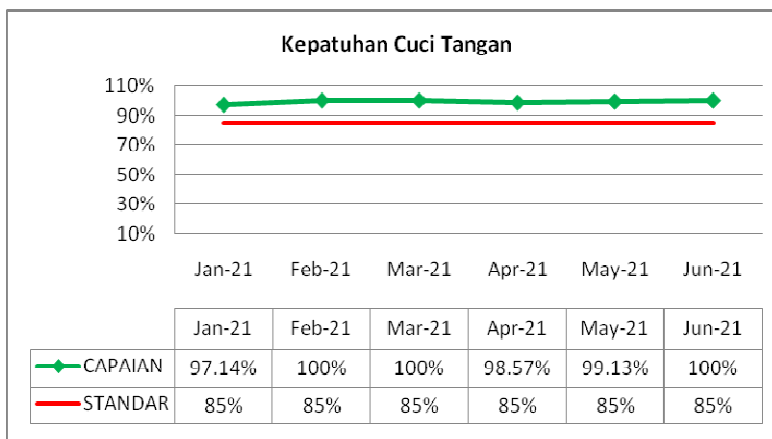
5) Angka ketidakpatuhan surgical safety checklist pada tindakan invasif di ruang cathlab



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidakpatuhan surgical safety checklist pada tindakan invasif di ruang cathlab, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

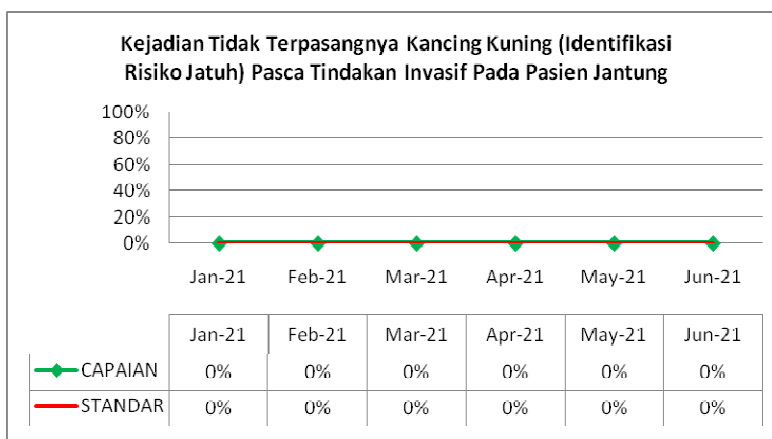
6) Kepatuhan Cuci Tangan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kepatuhan cuci tangan di poliklinik jantung, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

7) Kejadian Tidak Terpasangnya Kancing Kuning (Identifikasi Risiko Jatuh) Pasca Tindakan Invasif Pada Pasien Jantung



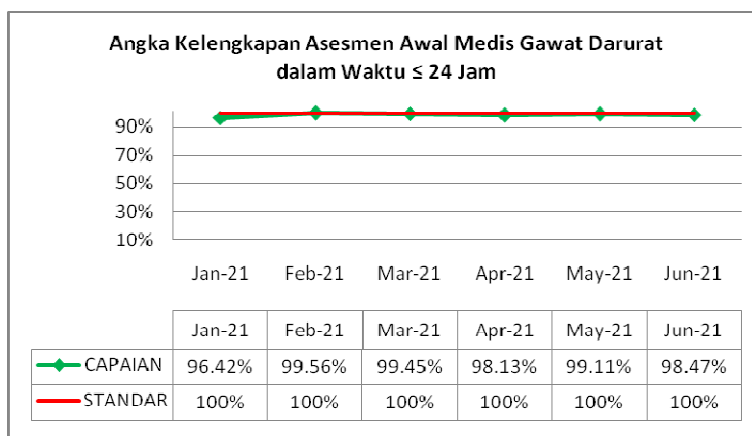
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka tidak terpasangnya kancing kuning (identifikasi risiko jatuh) pasca tindakan invasif pada pasien jantung, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

3. Indikator Mutu Unit Kerja dan Unit Pelayanan

1. Instalasi Gawat Darurat

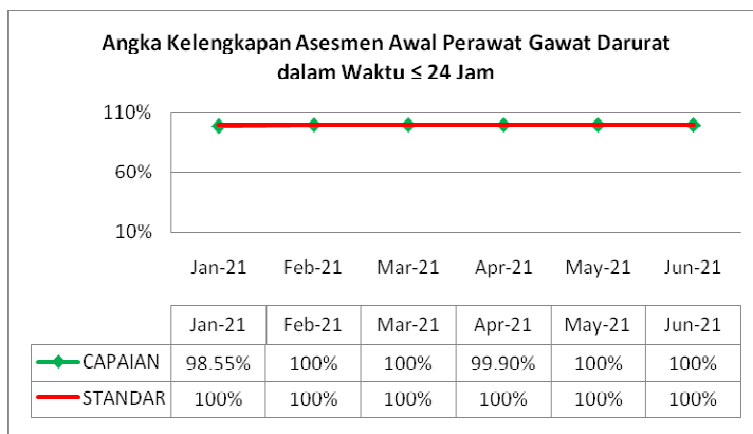
1) Angka Kelengkapan Asesmen Awal Medis Gawat Darurat dalam Waktu ≤ 24 Jam



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal medis gawat darurat dalam waktu ≤ 24 jam, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

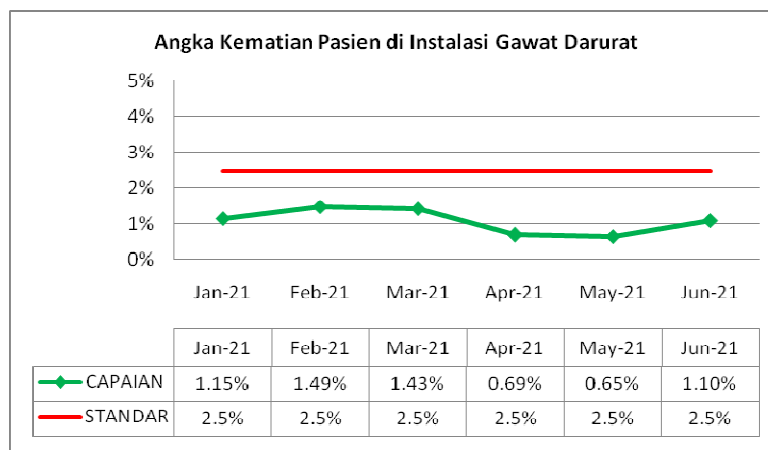
2) Angka Kelengkapan Asesmen Awal Perawat Gawat Darurat dalam Waktu ≤ 24 Jam



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal perawat gawat darurat dalam waktu ≤ 24 jam, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

3) Angka Kematian Pasien di Instalasi Gawat Darurat

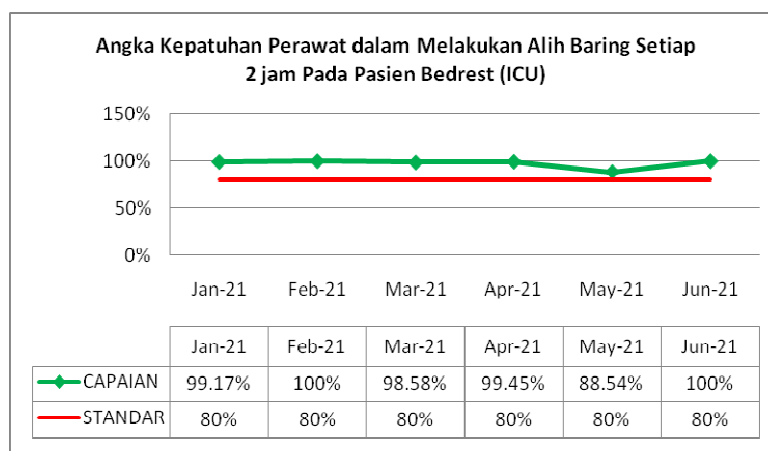


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kematian pasien di IGD pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

2. Instalasi Intensive Care Unit (ICU)

1) Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Alih Baring Setiap 2 Jam pada Pasien Bedrest

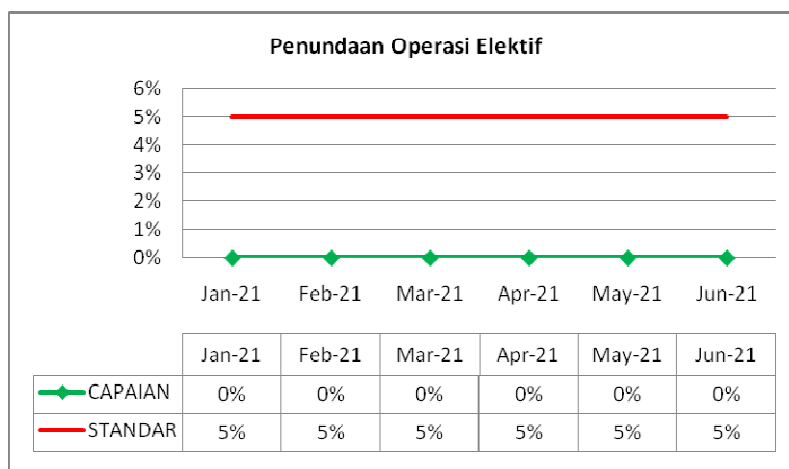


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan perawat dalam melakukan alih baring setiap 2 jam pada pasien bedrest, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasil capaian triwulan II mengalami penurunan dibandingkan triwulan sebelumnya.

3. Instalasi Bedah Sentral

1) Penundaan Operasi Elektif

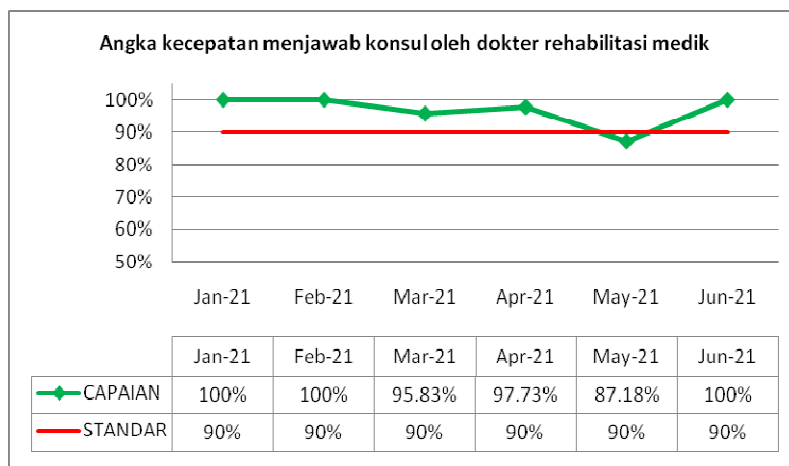


Analisa :

- Capaian indikator mutu penundaan operasi elektif, pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

4. Instalasi Rehabilitasi Medik

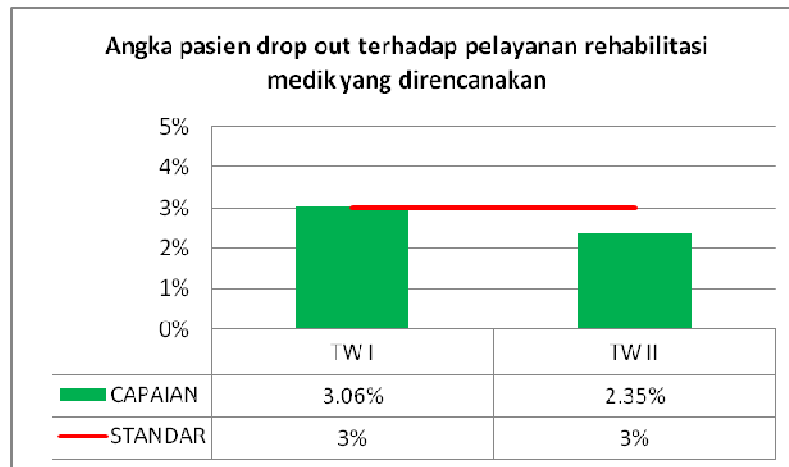
1) Angka Kecepatan Menjawab Konsul oleh Dokter Rehabilitasi Medik



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kecepatan menjawab konsul oleh dokter rehabilitasi medik, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

2) Angka Pasien Drop Out Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan

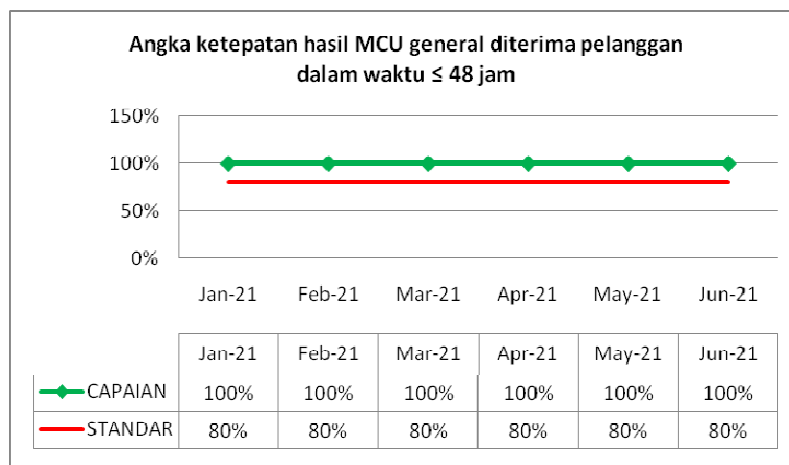


Analisa :

- Capaian indikator mutu pasien drop out terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

5. Instalasi Medical Check Up

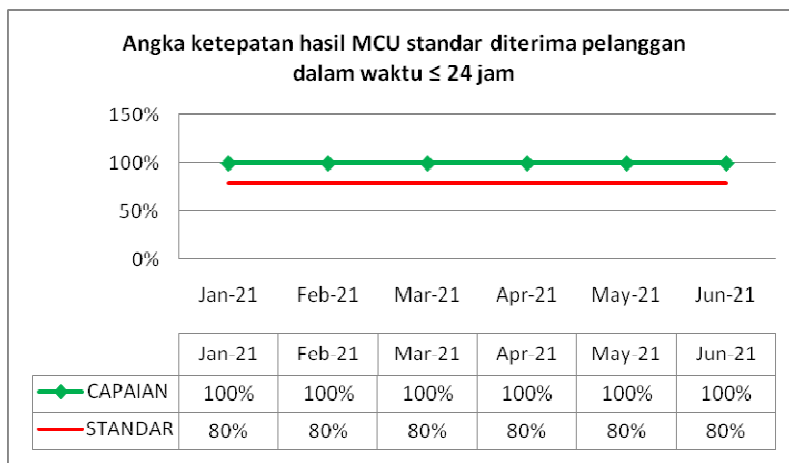
1) Angka Ketepatan Hasil MCU General Diterima Pelanggan dalam Waktu ≤ 48 Jam



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketepatan hasil MCU general diterima pelanggan dalam waktu ≤ 48 jam, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

2) Angka Ketepatan Hasil MCU Standar Diterima Pelanggan dalam Waktu ≤ 24 Jam

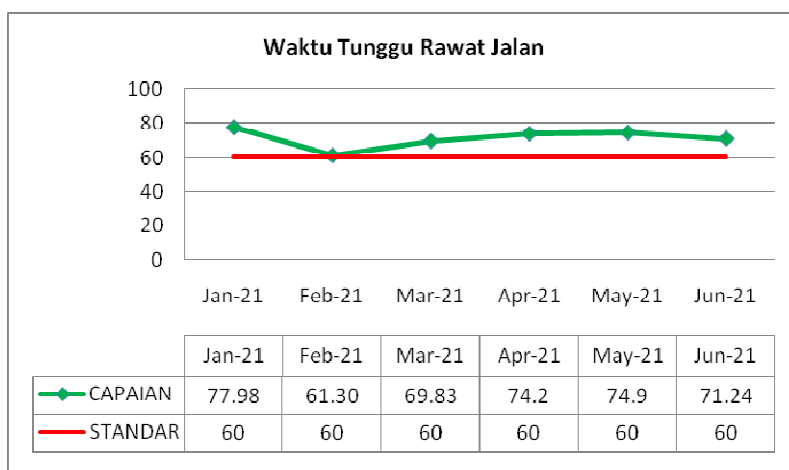


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketepatan hasil MCU standar diterima pelanggan dalam waktu ≤ 24 jam, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

6. Instalasi Sultan Agung Eye Center (SEC)

1) Waktu Tunggu Rawat Jalan

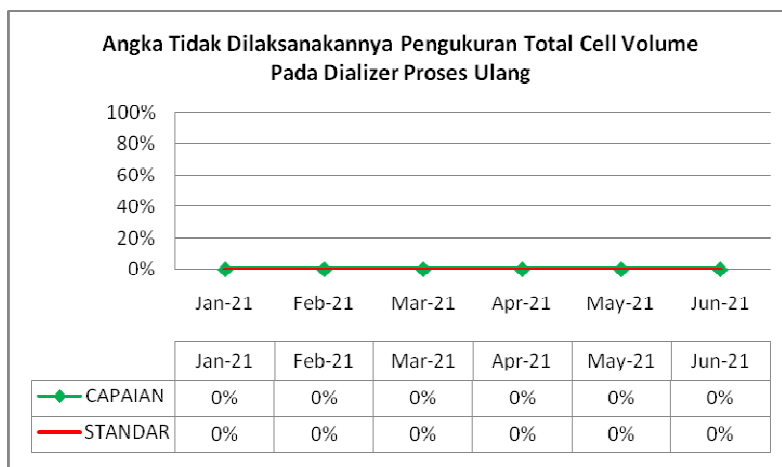


Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan, pada triwulan II adalah 73 menit, belum mencapai standar < 60 menit.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya mengalami penurunan.

7. Instalasi Hemodialisa

1) Angka Tidak Dilaksanakannya Pengukuran Total Cell Volume Pada Dializer Proses Ulang

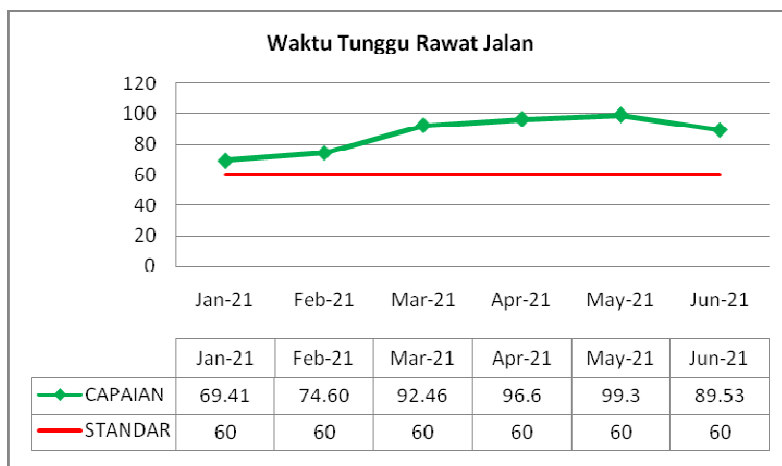


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka tidak dilaksanakannya pengukuran total cell volume pada dializer proses ulang, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

8. Instalasi Cardiovaskuler Center

1) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Cardiac Center)

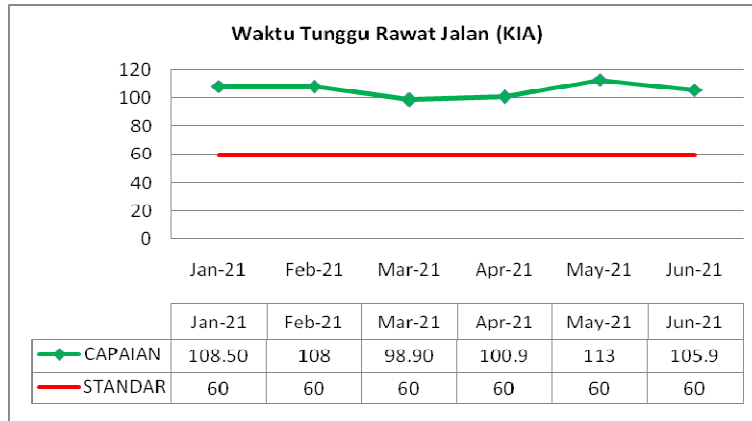


Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan di cardiac center, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya mengalami penurunan.

9. Instalasi Rawat Jalan

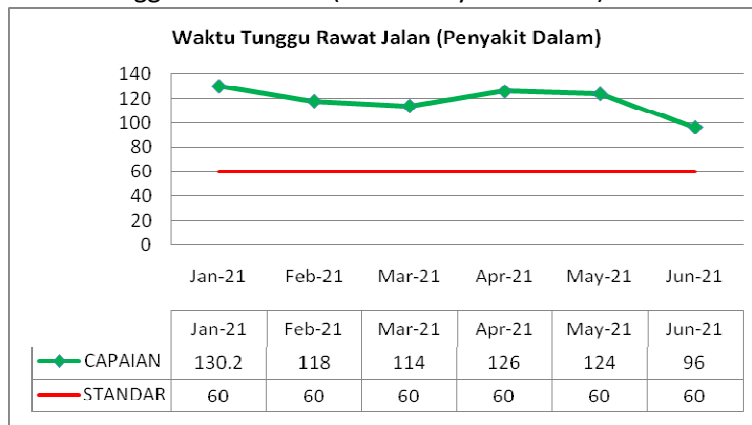
1) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik KIA)



Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan di Klinik Kesehatan Ibu dan Anak, pada triwulan II adalah 106 menit, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya mengalami penurunan.

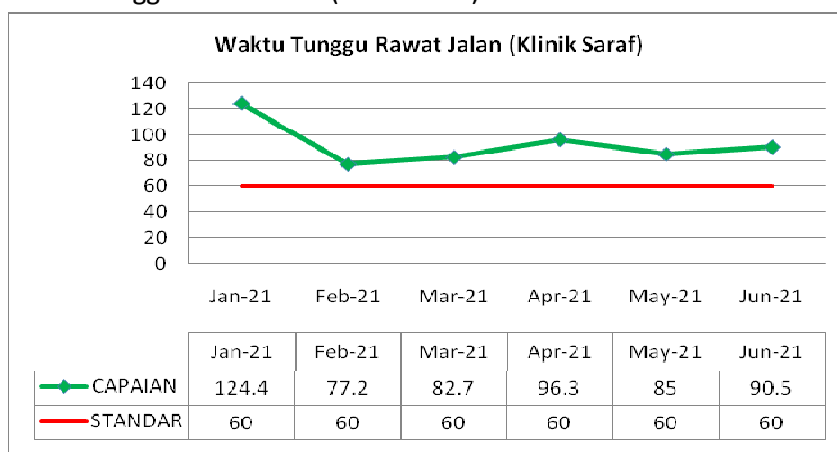
2) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik Penyakit Dalam)



Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan di Klinik Penyakit Dalam, pada triwulan II adalah 115 menit, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan, hasil capaian triwulan II lebih baik dengan triwulan I.

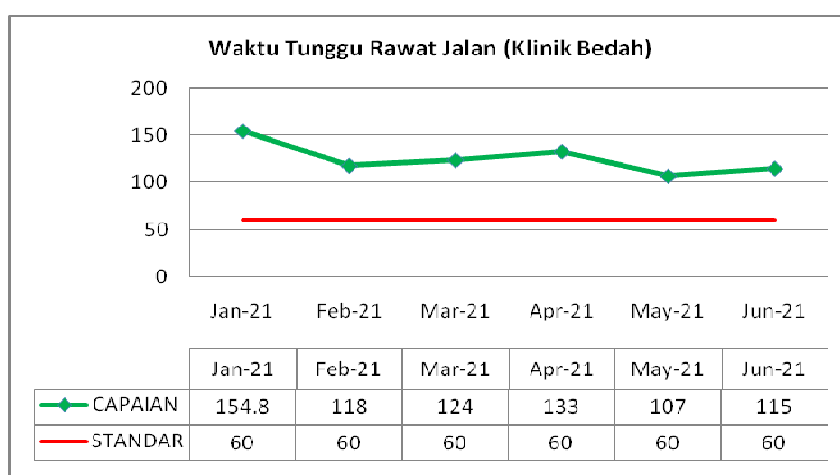
3) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik Saraf)



Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan di Klinik Saraf, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan, hasil capaian triwulan II lebih baik dengan triwulan I.

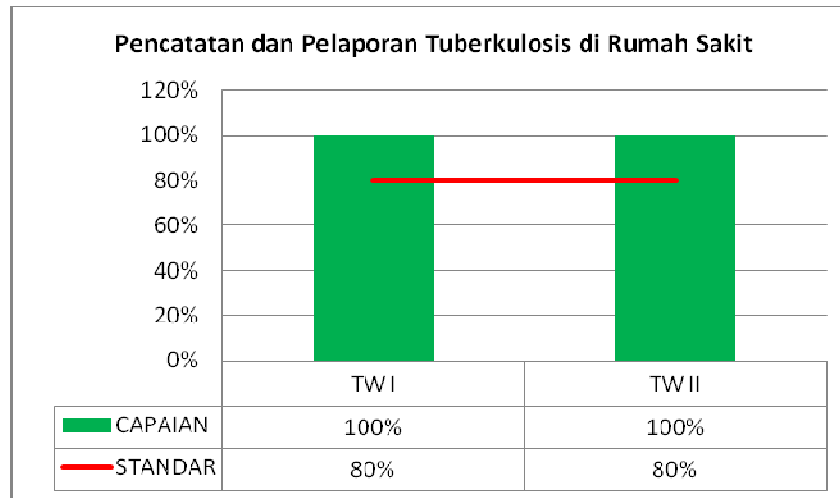
4) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik Bedah)



Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan di Klinik Bedah, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan, hasil capaian triwulan II lebih baik dengan triwulan I.

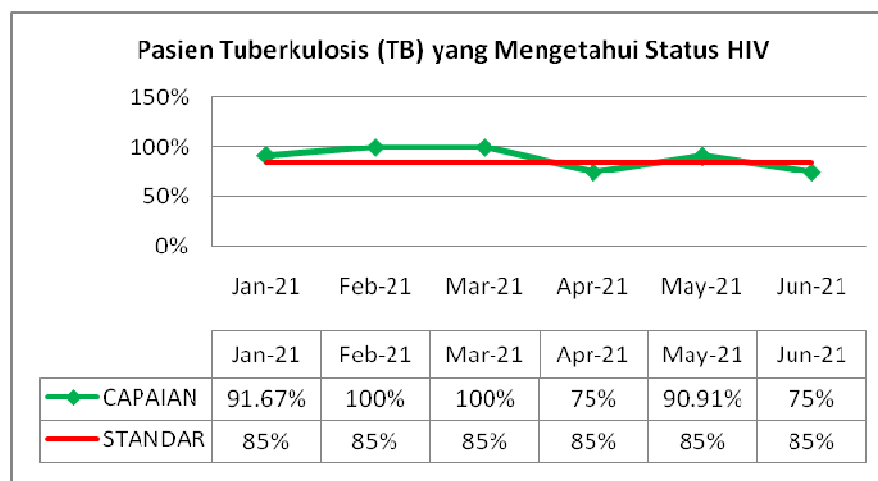
5) Pencatatan dan Pelaporan Kasus Tuberculosis



Analisa :

- Capaian indikator mutu pencatatan dan pelaporan kasus tuberculosis, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

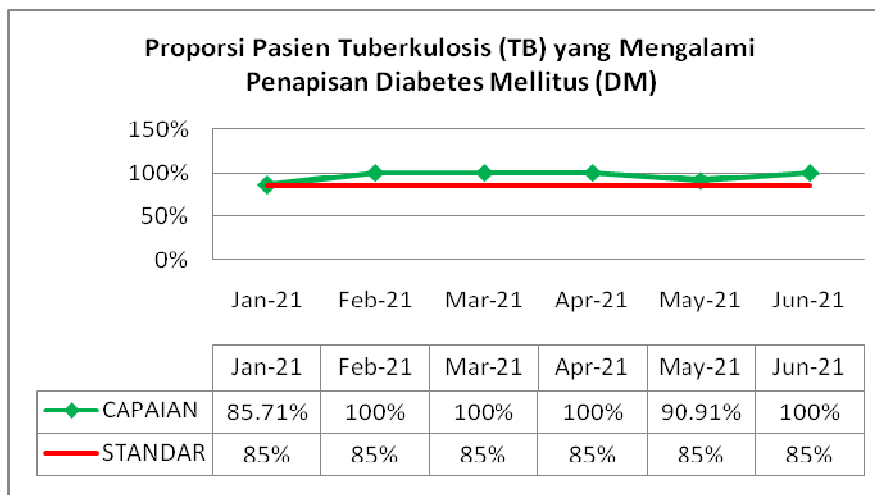
6) Pasien Tuberculosis yang Mengetahui Status HIV



Analisa :

- Capaian indikator mutu pasien tuberculosis yang mengetahui status HIV, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasil capaian triwulan II mengalami penurunan dibandingkan triwulan sebelumnya.

7) Proporsi Pasien Tuberkulosis yang Mengalami Penapisan Diabetes Melitus



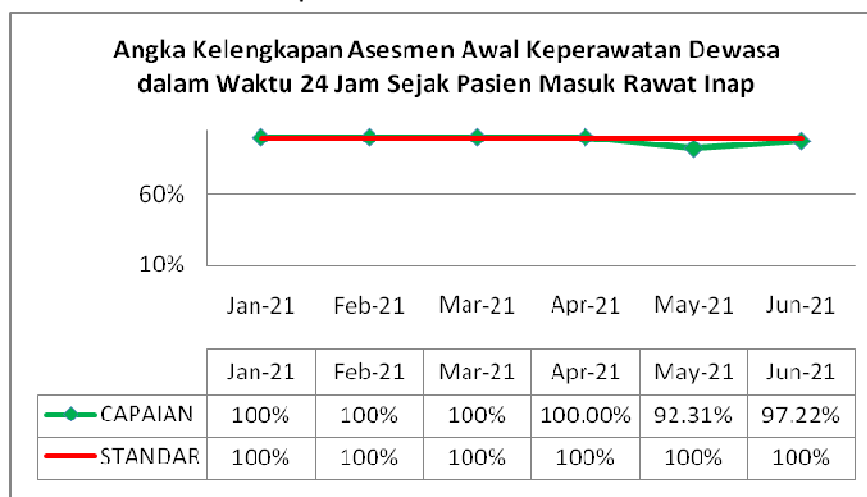
Analisa :

- Capaian indikator mutu pasien tuberkulosis yang mengalami penapisan diabetes melitus, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

10. Instalasi Rawat Inap

a) Firdaus

1) Angka Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Dewasa dalam Waktu 24 Jam Sejak Pasien Masuk Rawat Inap

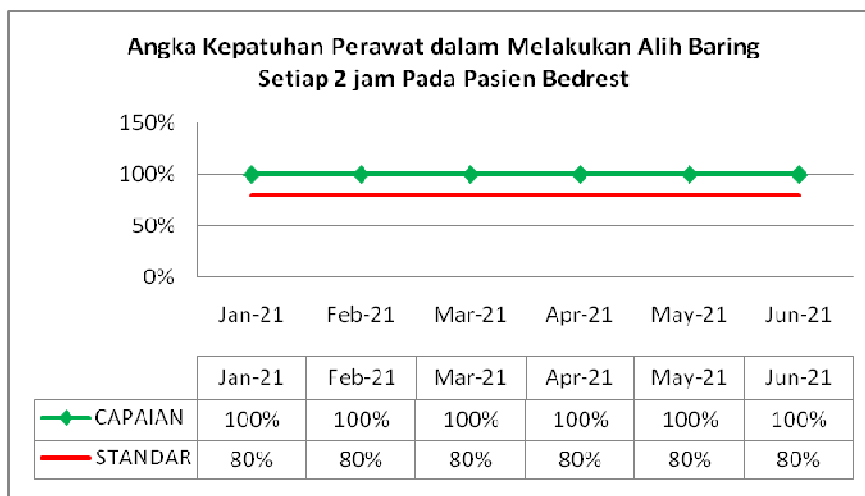


Analisa :

- Capaian indikator angka kelengkapan asesmen awal keperawatan dewasa dalam waktu 24 jam sejak pasien masuk rawat inap, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

b) Darul Muqomah

1) Angka Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Alih Baring Setiap 2 jam Pada Pasien Bedrest

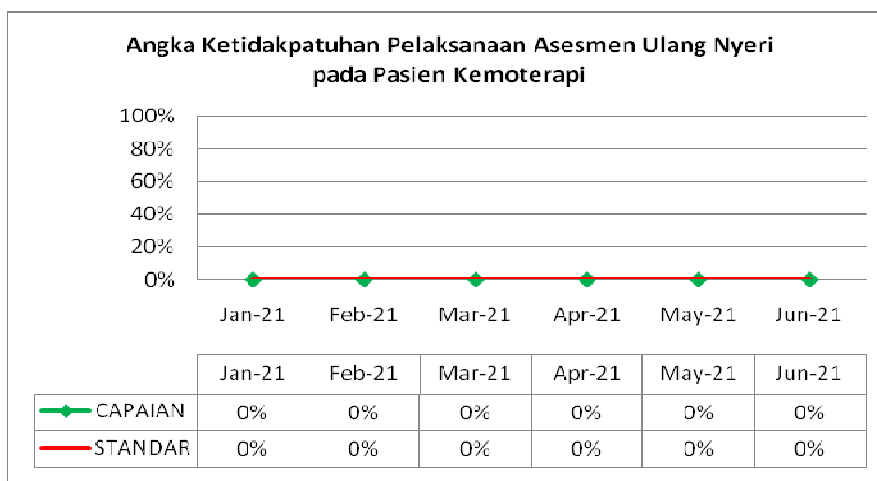


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan perawat dalam melakukan alih baring setiap 2 jam pada pasien bedrest, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

c) Ma'wa

1) Angka Ketidakpatuhan Pelaksanaan Asesmen Ulang Nyeri pada Pasien Kemoterapi

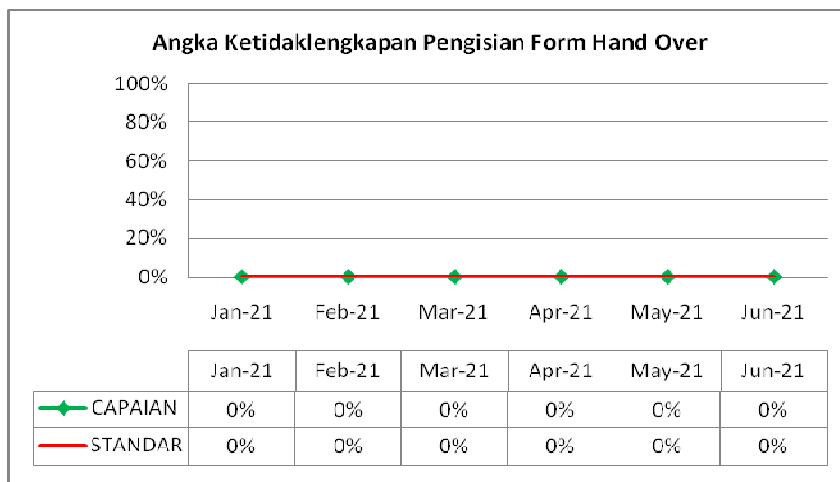


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketidakpatuhan pelaksanaan asesmen ulang nyeri pada pasien kemoterapi, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

d) Darussalam

1) Angka Ketidaklengkapan Pengisian Form Hand Over

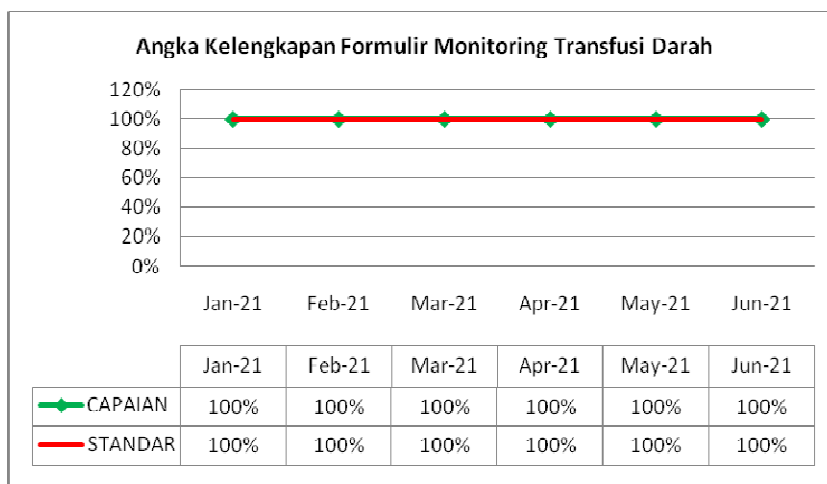


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketidaklengkapan pengisian form hand over, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

e) Baitus Salam 1

1) Angka Kelengkapan Formulir Monitoring Transfusi Darah

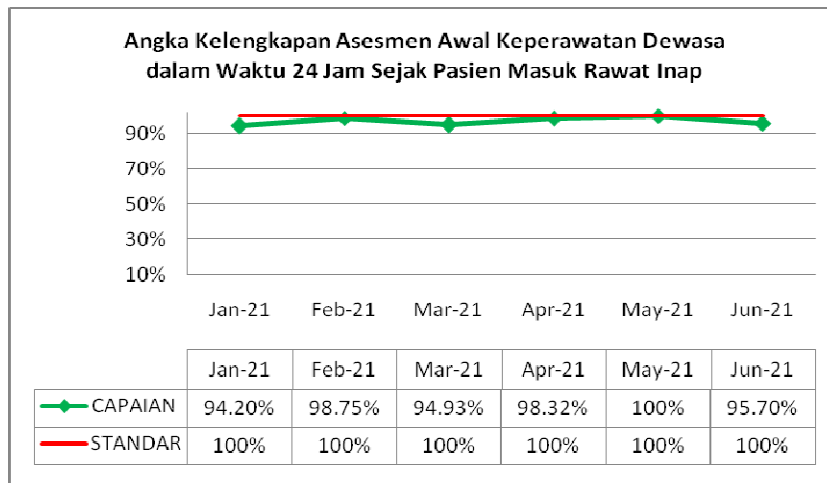


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kelengkapan formulir monitoring transfusi darah, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

f) Baitus Salam 2

1) Angka Kelengkapan Asesmen Awal Keperawatan Dewasa dalam Waktu 24 Jam Sejak Pasien Masuk Rawat Inap

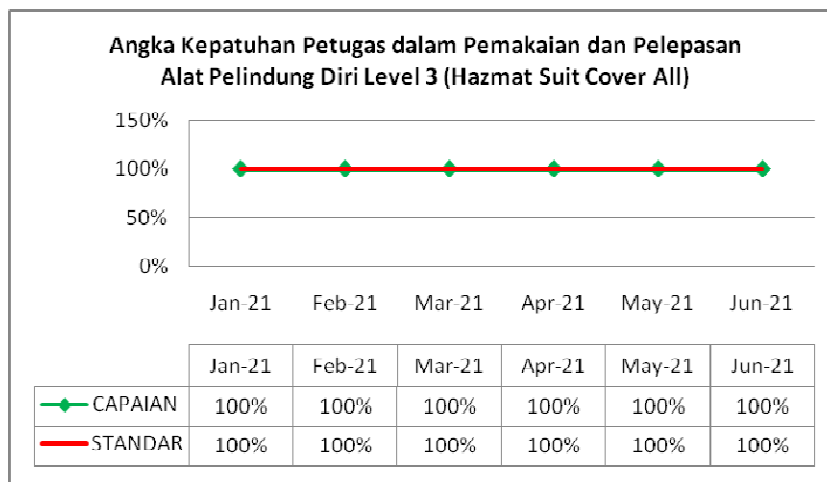


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal keperawatan dewasa dalam waktu 24 jam sejak pasien masuk rawat inap, pada triwulan II belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

g) Baitul Ma'ruf

1) Angka Kepatuhan Petugas dalam Pemakaian dan Pelepasan Alat Pelindung Diri Level 3 (Hazmat Suit Cover All)

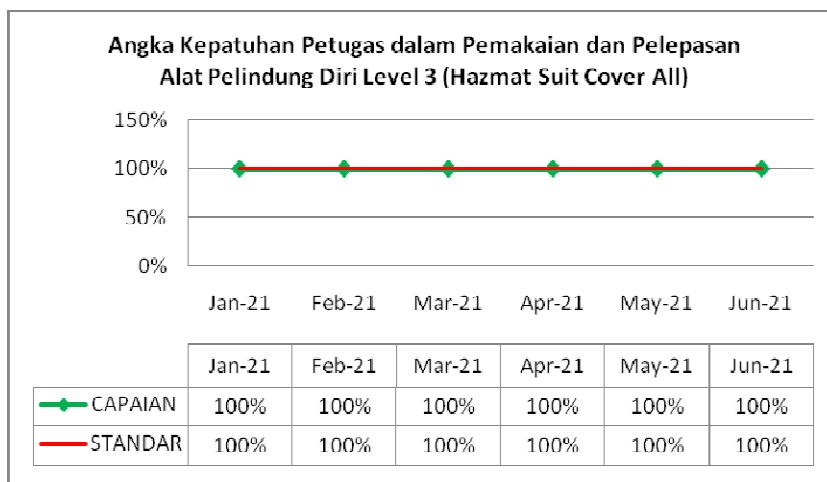


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan petugas dalam pemakaian dan pelepasan alat pelindung diri level 3 (hazmat suit cover all), pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

h) Baitus Syifa

1) Angka Kepatuhan Petugas dalam Pemakaian dan Pelepasan Alat Pelindung Diri Level 3 (Hazmat Suit Cover All)

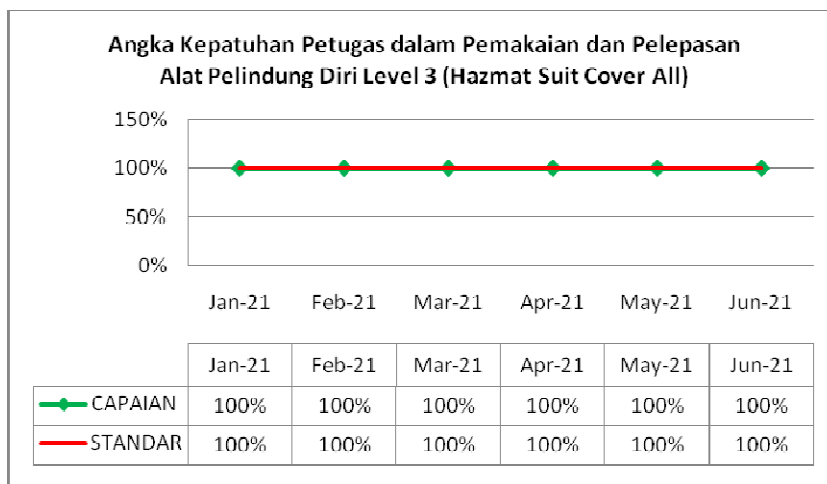


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan petugas dalam pemakaian dan pelepasan alat pelindung diri level 3 (hazmat suit cover all), pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

i) Baitul Athfal

2) Angka Kepatuhan Petugas dalam Pemakaian dan Pelepasan Alat Pelindung Diri Level 3 (Hazmat Suit Cover All)



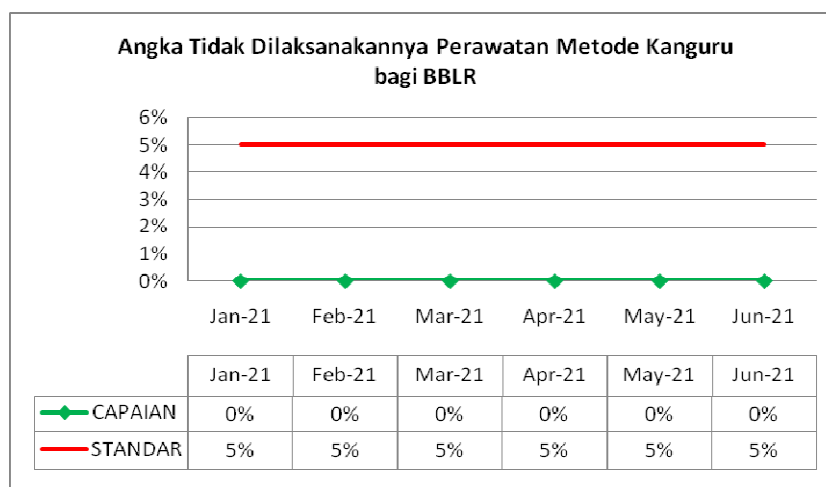
Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan petugas dalam pemakaian dan pelepasan alat pelindung diri level 3 (hazmat suit cover all), pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

11. Instalasi Peristi

a. Kamar Bayi

1) Angka Tidak Dilaksanakannya Perawatan Metode Kanguru bagi BBLR

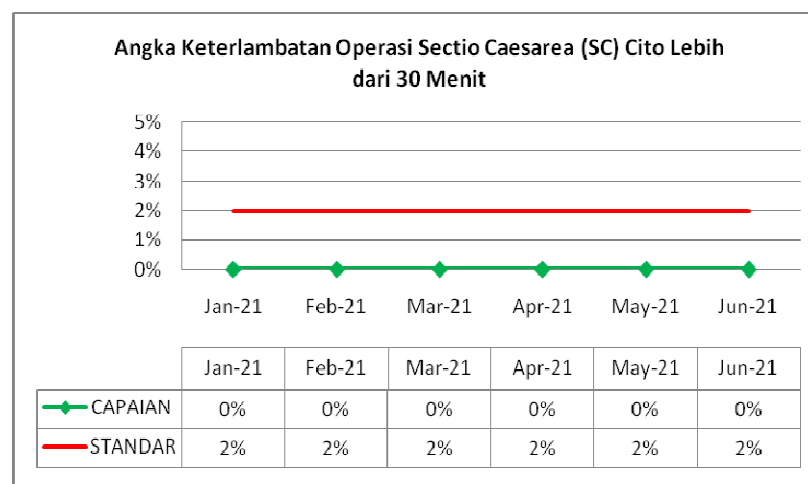


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka tidak dilaksanakannya perawatan metode kanguru bagi BBLR, pada triwulan II telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

b. Kamar Bersalin

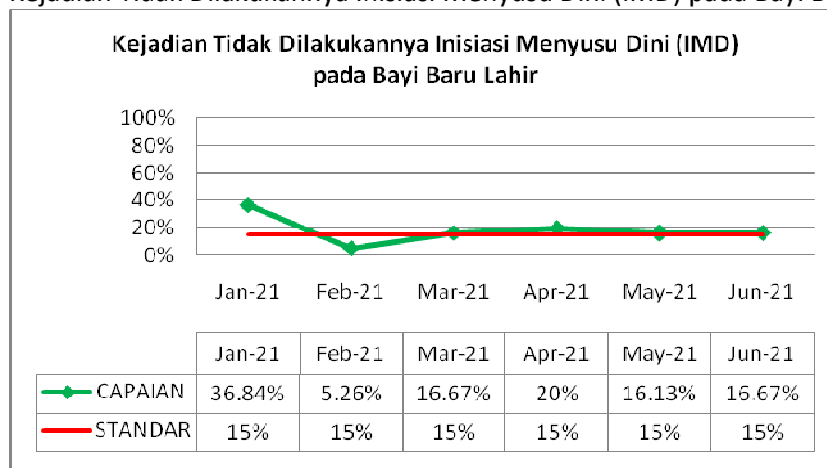
1) Angka Keterlambatan Operasi Sectio Caesarea (SC) Cito Lebih dari 30 Menit



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka keterlambatan operasi sectio caesarea (SC) cito lebih dari 30 menit, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

2) Kejadian Tidak Dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir

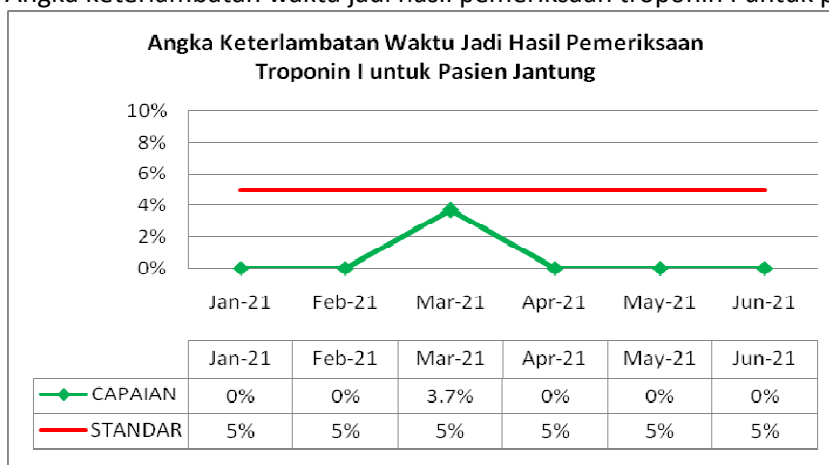


Analisa :

- Capaian indikator mutu kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusu dini (IMD) pada bayi baru lahir, pada triwulan II adalah 18%, belum mencapai standar < 15%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

I. Instalasi Laboratorium

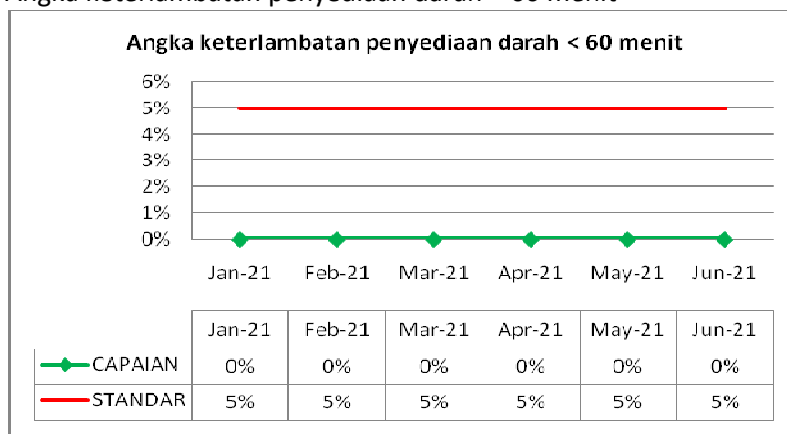
1) Angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung, pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar < 5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

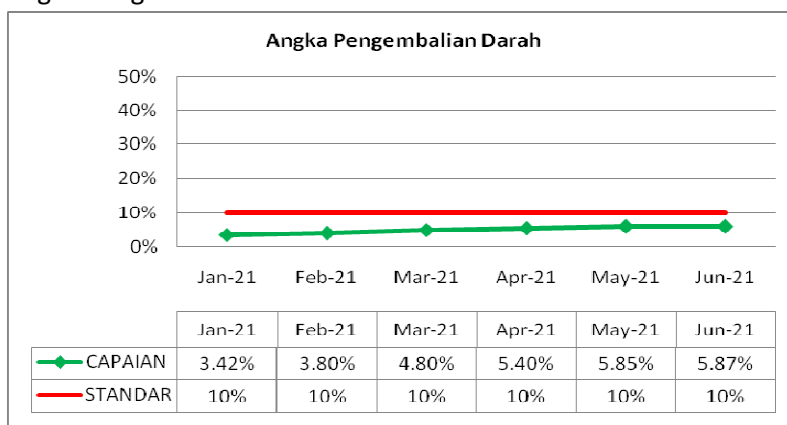
2) Angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit, pada triwulan II adalah 0%, sudah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

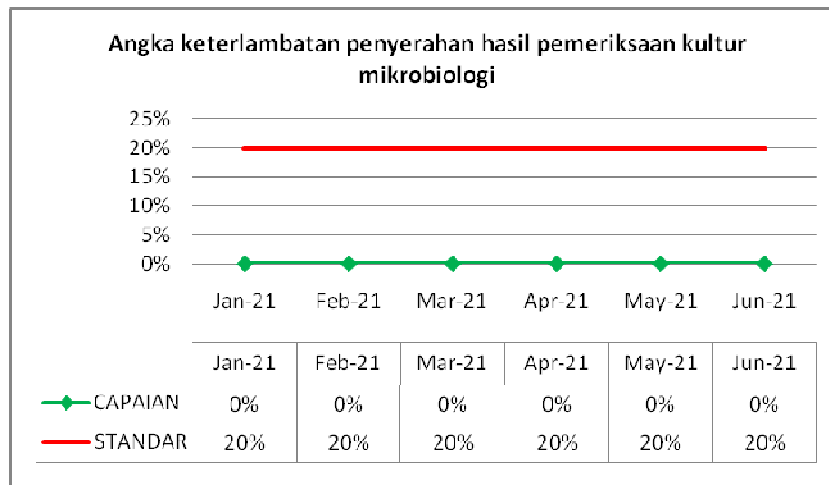
3) Angka Pengembalian Darah



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka pengembalian darah, pada triwulan II adalah 5%, belum mencapai standar < 10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

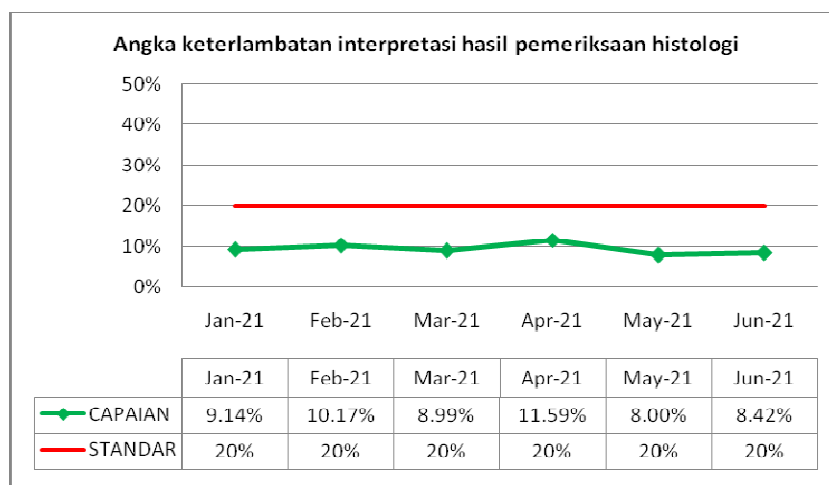
3) Angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan kultur mikrobiologi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan kultur mikrobiologi, pada triwulan II telah mencapai standar <20%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

4) Angka keterlambatan interpretasi hasil pemeriksaan histologi

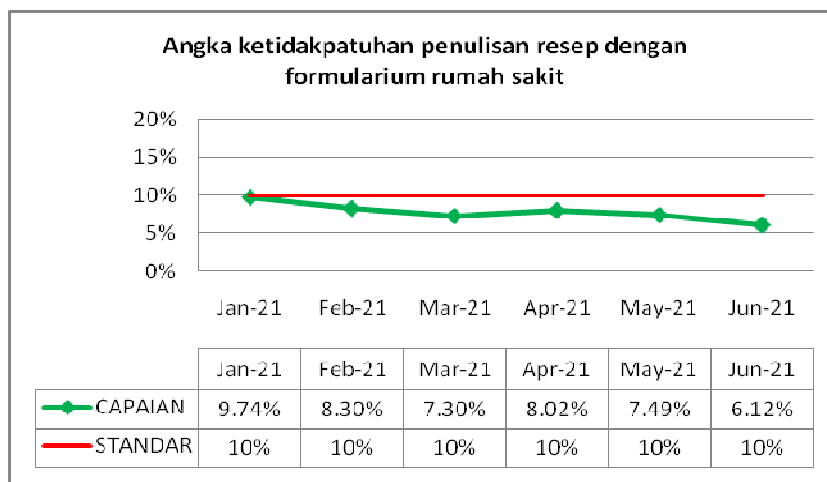


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan interpretasi hasil pemeriksaan histologi, pada triwulan II adalah 9.34%, telah mencapai standar <20%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

m. Instalasi Farmasi

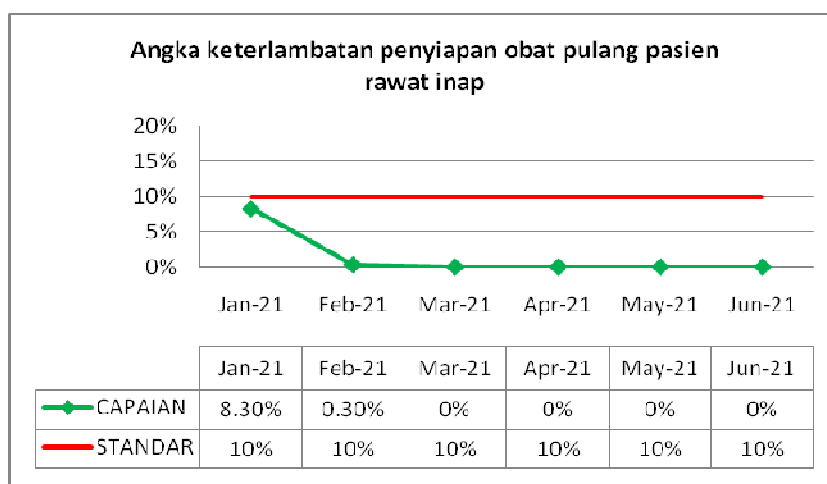
1) Angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit, pada triwulan II adalah 7%, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

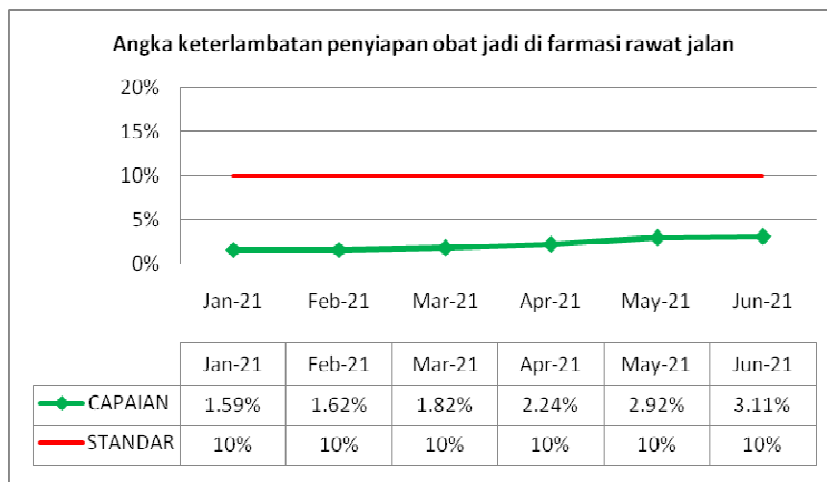
2) Angka keterlambatan penyiapan obat pulang pasien rawat inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit, pada triwulan II adalah 0 %, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

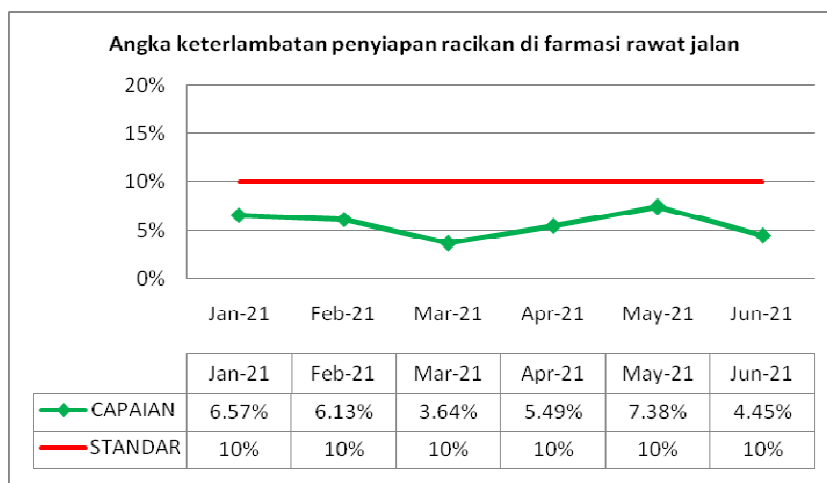
3) Angka keterlambatan penyiapan obat jadi di farmasi rawat jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyiapan obat jadi di farmasi rawat jalan, pada triwulan II adalah 2.76 %, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

4) Angka keterlambatan penyiapan obat racikan di farmasi rawat jalan

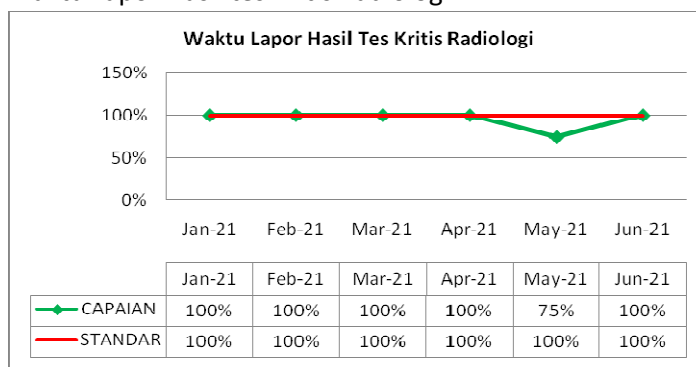


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyiapan obat racikan di farmasi rawat jalan pada triwulan II adalah 5.7 %, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

n. Instalasi Radiologi

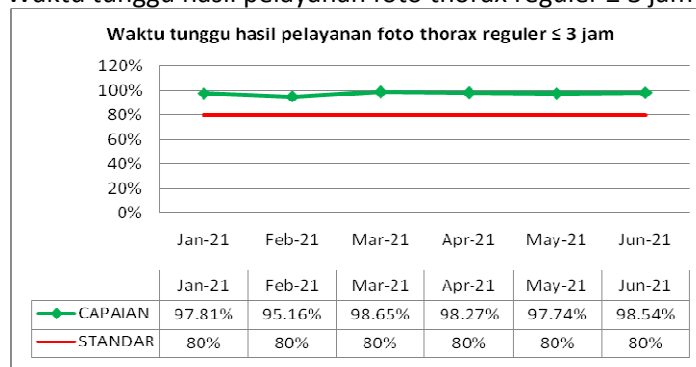
1) Waktu Lapor Hasil tes Kritis Radiologi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu lapor hasil tes kritis radiologi, pada triwulan II adalah 92%, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

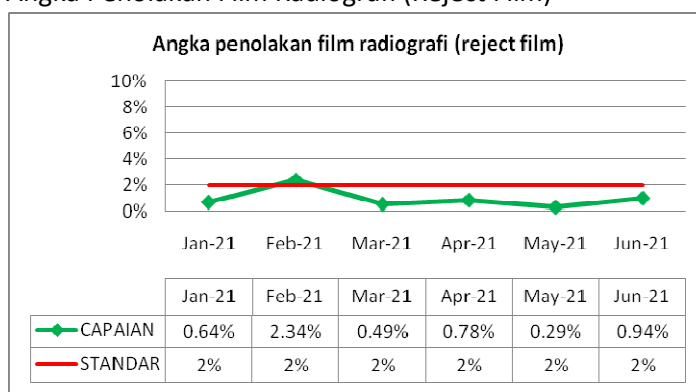
2) Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax reguler ≤ 3 jam



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax reguler ≤ 3 jam, pada triwulan II adalah 98%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

3) Angka Penolakan Film Radiografi (Reject Film)

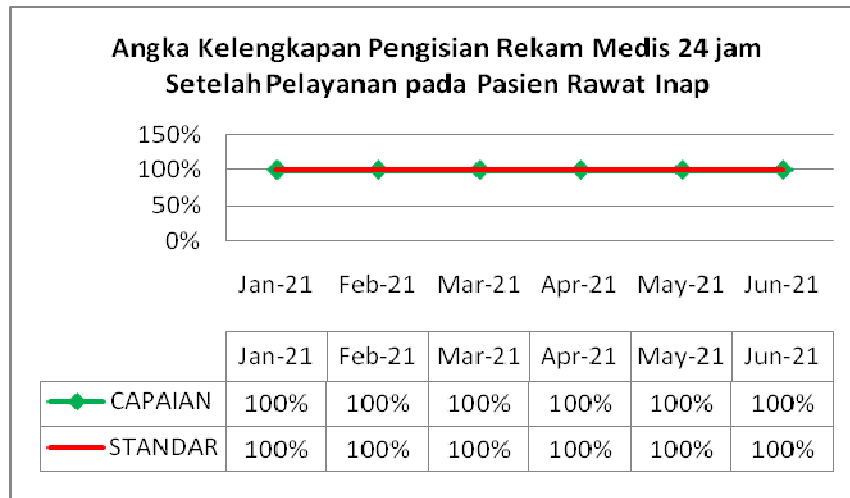


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka penolakan film radiografi (reject film), pada triwulan II adalah 0.67%, telah mencapai standar $<2\%$.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

o. Instalasi Rekam Medis

1) Angka Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 jam Setelah Pelayanan pada Pasien Rawat Inap

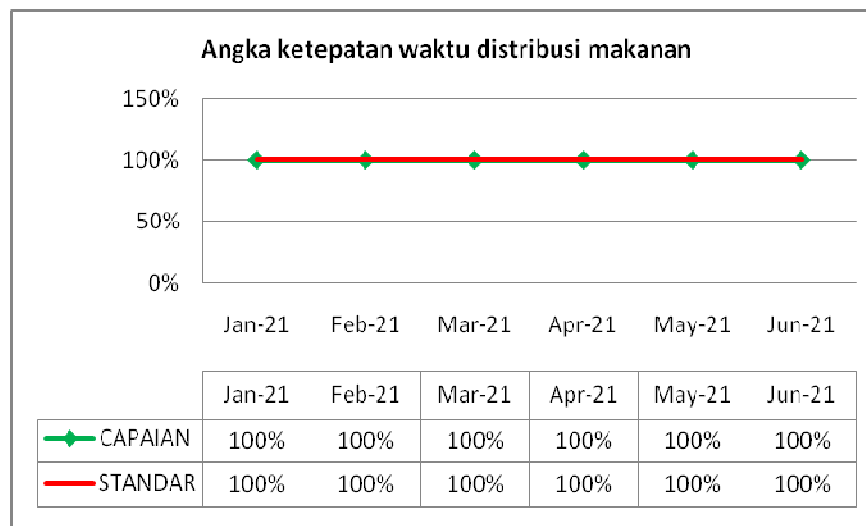


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah pelayanan pada pasien rawat inap, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

p. Instalasi Gizi

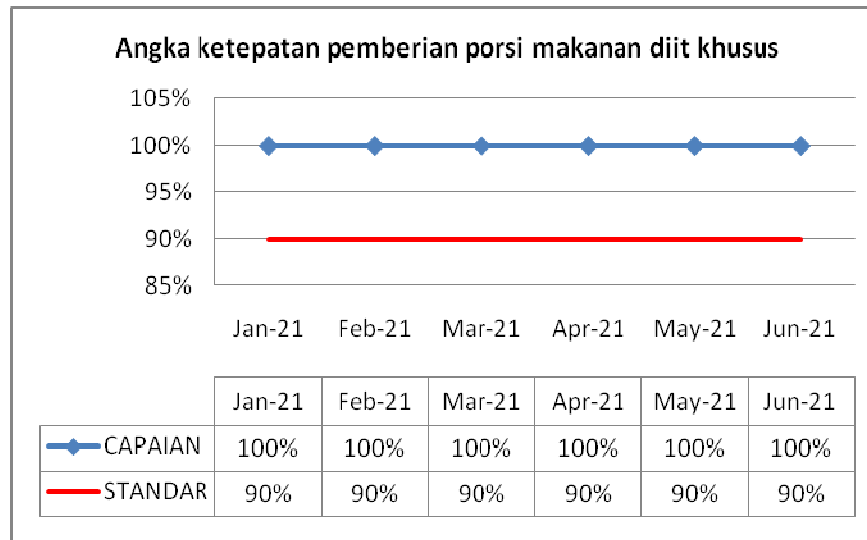
1) Ketepatan waktu distribusi makanan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketepatan waktu distribusi makanan, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

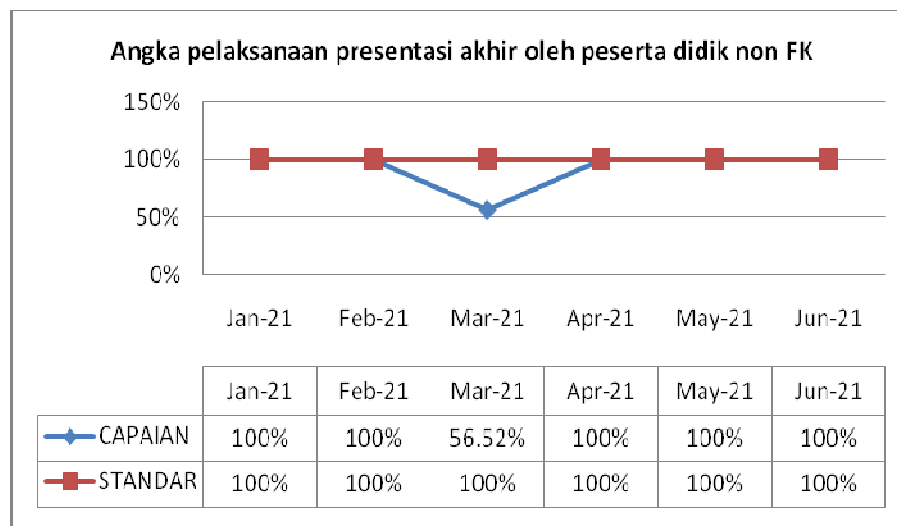
2) Angka Ketepatan Pemberian Porsi Makanan Diit Khusus



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketepatan pemberian porsi makanan diit khusus, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

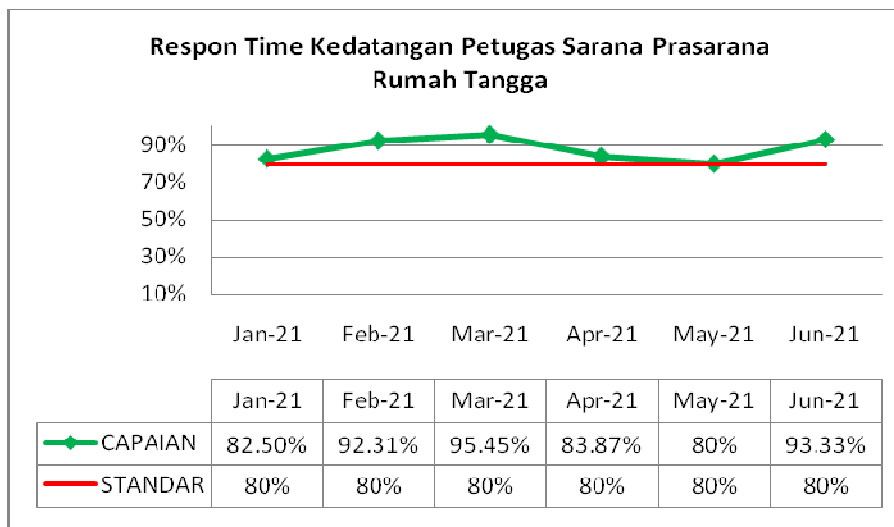
q. Bagian Pendidikan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka pelaksanaan presentasi akhir oleh peserta didik non FK, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

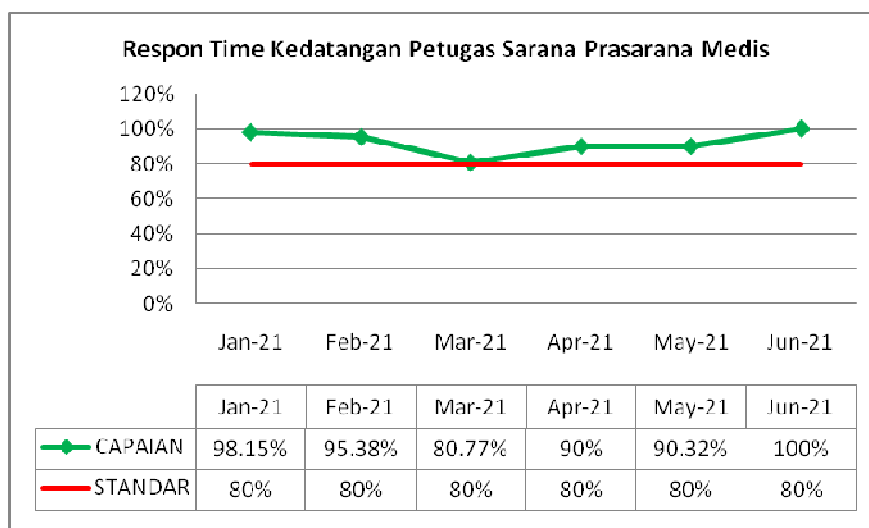
- r. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Pra Sarana Rumah Sakit (IPSRS)
 1) Respon Time Kedatangan Petugas Sarana Prasarana Rumah Tangga



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tanggap kerusakan sarana rumah tangga, pada triwulan II adalah 86%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

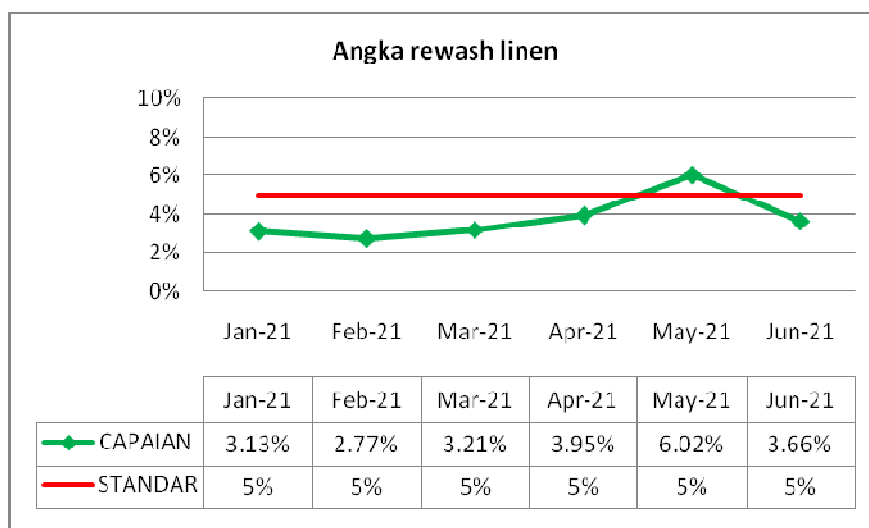
- 2) Respon Time Kedatangan Petugas Sarana Prasarana Medis



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu respon time kedatangan petugas sarana prasarana medis, pada triwulan II adalah 93%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

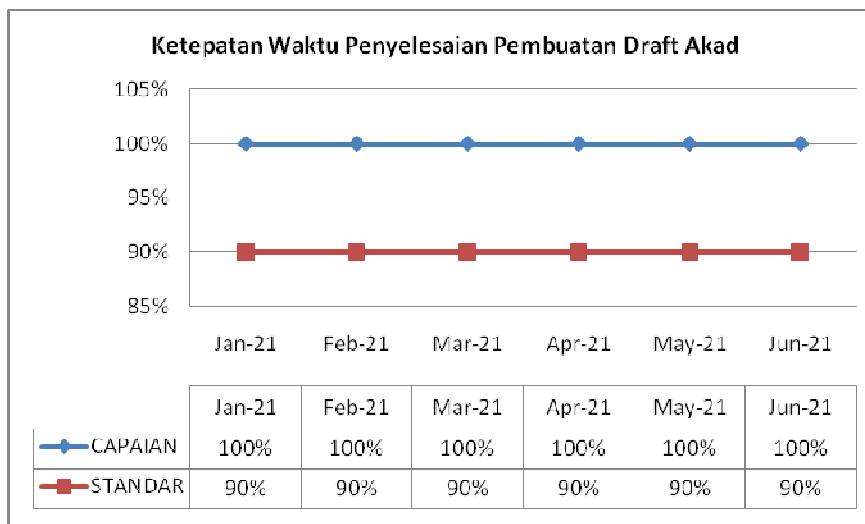
s. Bagian Umum
 1) Angka Rewash Linen



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka rewash linen, pada triwulan II adalah 4.54%, telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya mengalami penurunan.

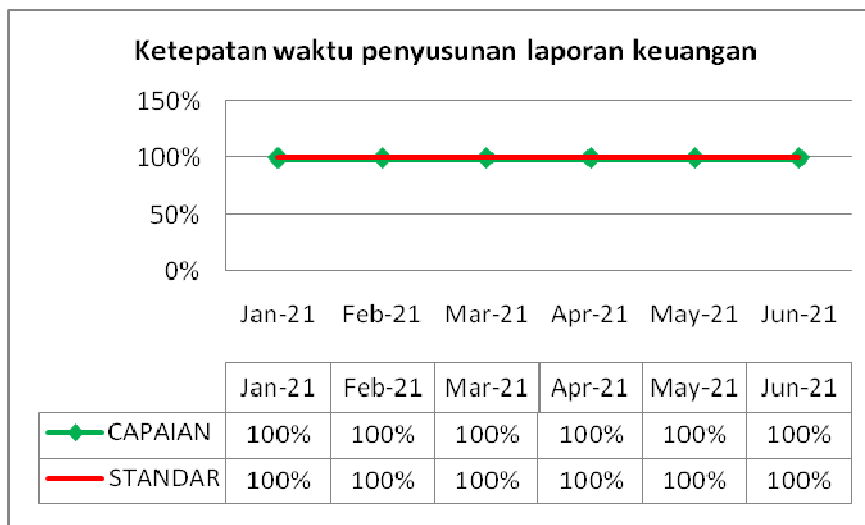
2) Ketepatan Waktu Penyelesaian Pembuatan Draft Akad



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketepatan waktu penyelesaian pembuatan draft akad, pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

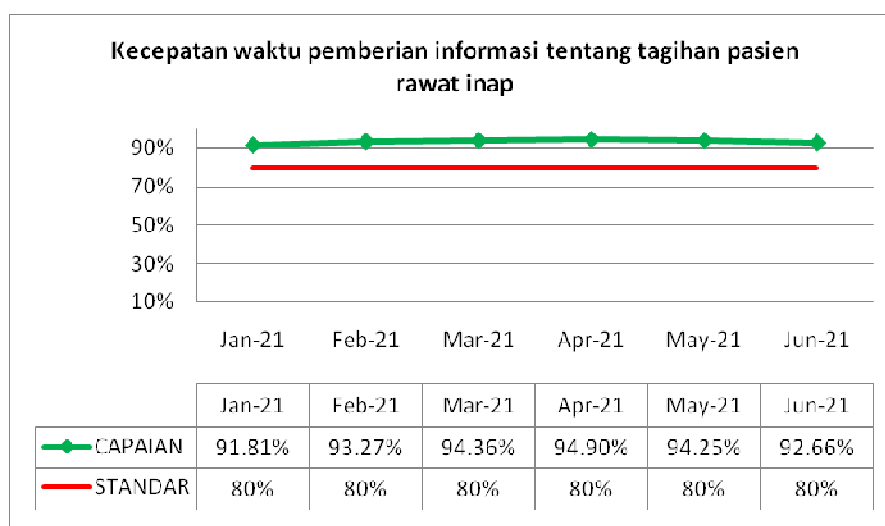
- t. Bagian Keuangan dan Akuntansi
 1) Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

- 2) Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

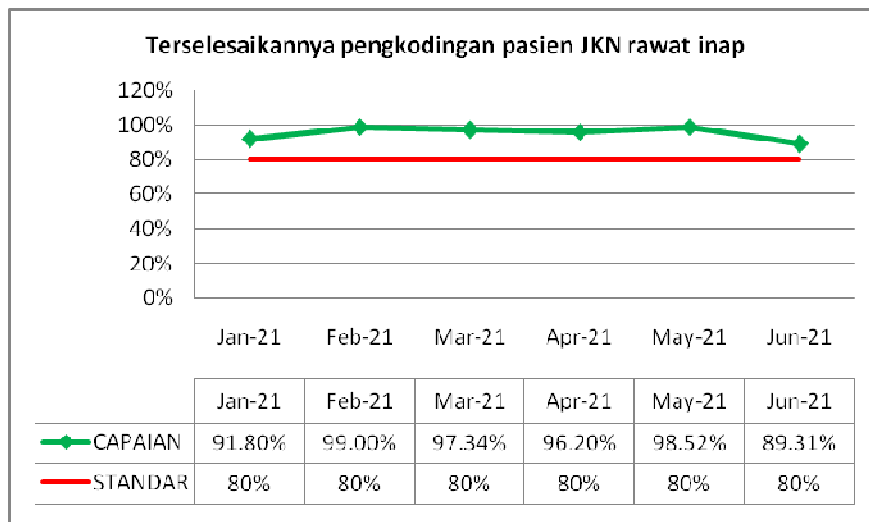


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap, pada triwulan II adalah 94%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

u. Bagian Casemix

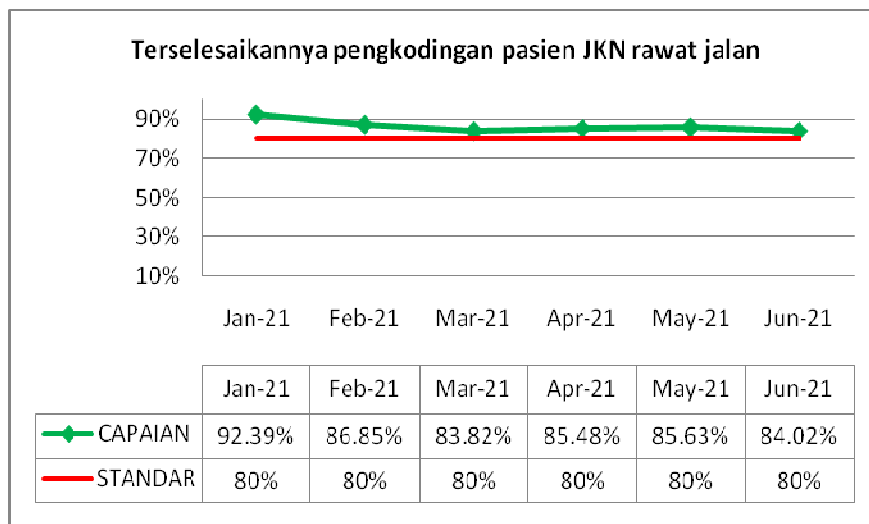
1) Terelesaikannya Pengkodingan Pasien JKN Rawat Inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu terselenggaranya pengkodingan pasien JKN rawat inap, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

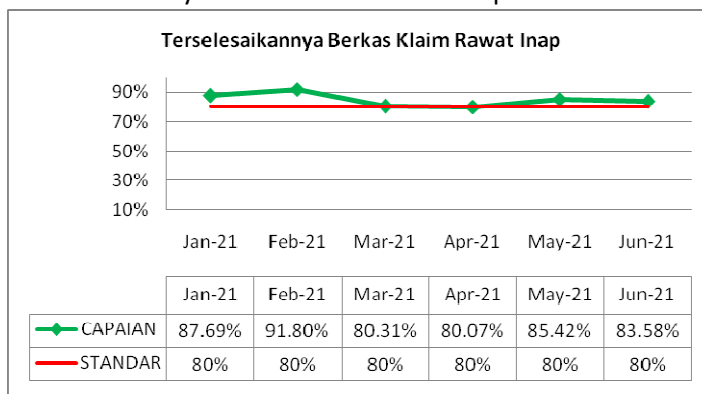
2) Terelesaikannya Pengkodingan Pasien JKN Rawat Jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu terselenggaranya pengkodingan pasien JKN rawat jalan, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

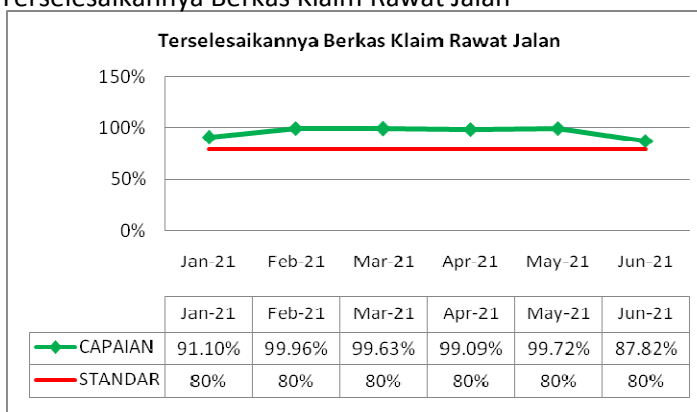
3) Terelesaikannya Berkas Klaim Rawat Inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

4) Terelesaikannya Berkas Klaim Rawat Jalan

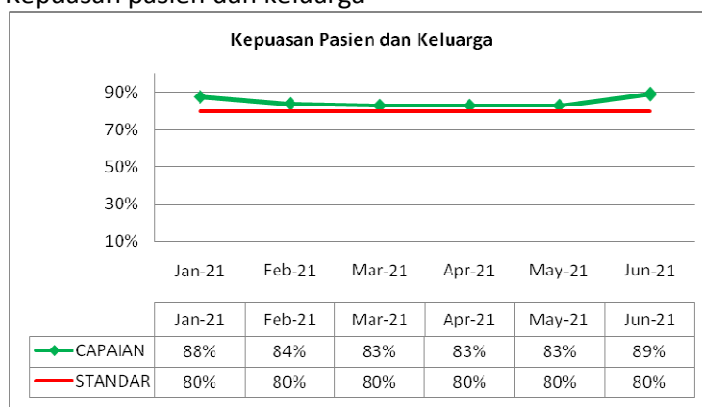


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

v. Bagian Humas dan Kemitraan

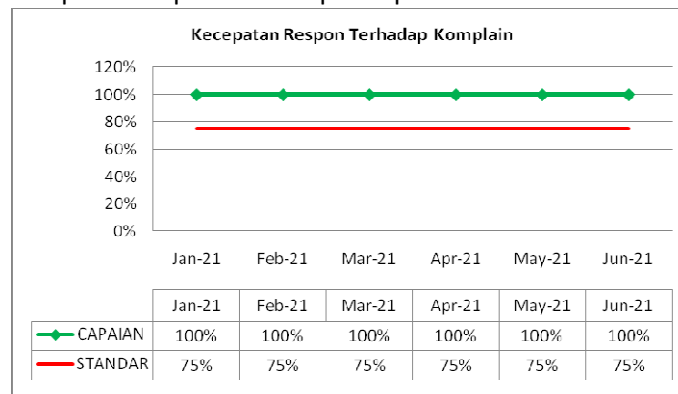
1) Kepuasan pasien dan keluarga



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepuasan pasien dan keluarga pada triwulan II adalah 85%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

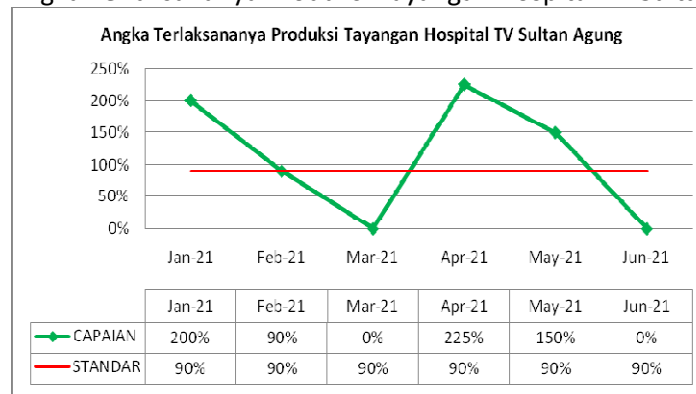
2) Kecepatan respon terhadap komplain



Analisa :

- Capaian indikator mutu kecepatan respon terhadap komplain pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

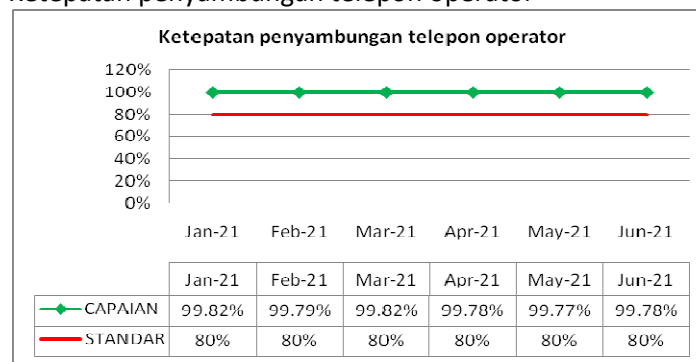
3) Angka Terlaksananya Produksi Tayangan Hospital TV Sultan Agung



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka terlaksananya produksi tayangan hospital TV Sultan Agung pada triwulan II adalah 125%, telah melebihi standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

4) Ketepatan penyambungan telepon operator

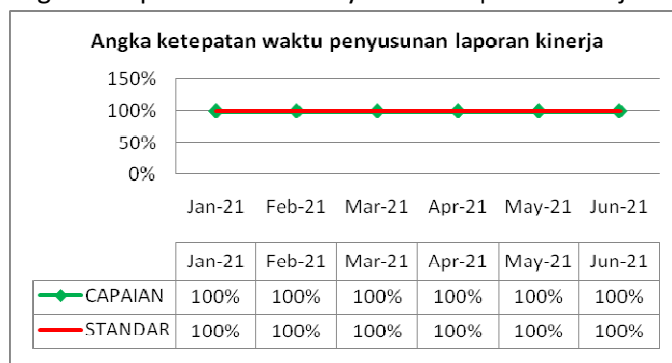


Analisa :

- Capaian indikator mutu ketepatan penyambungan telepon operator pada triwulan II adalah 99.78%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

w. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

1) Angka Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Kinerja

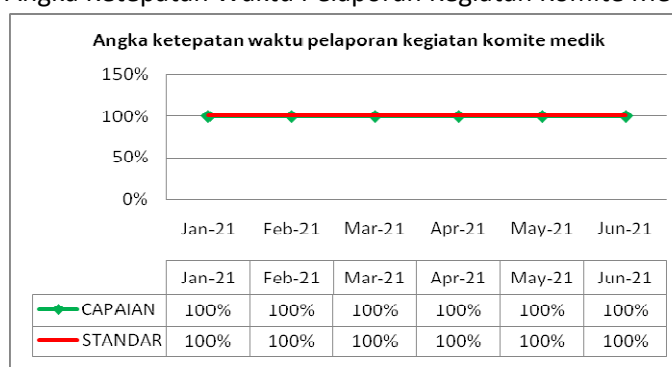


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketepatan waktu penyusunan laporan kinerja pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

x. Komite Medik

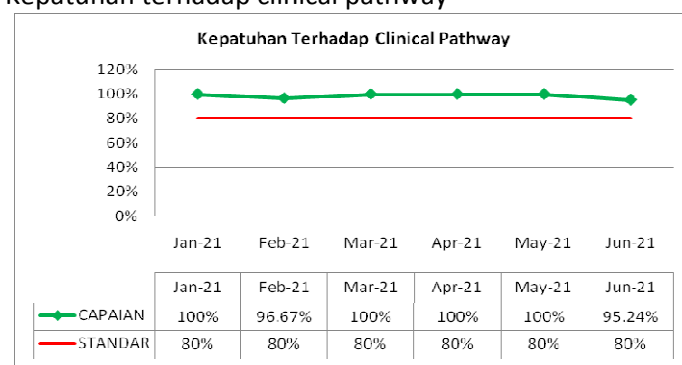
1) Angka Ketepatan Waktu Pelaporan Kegiatan Komite Medik



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketepatan waktu pelaporan kegiatan komite medik pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

2) Kepatuhan terhadap clinical pathway

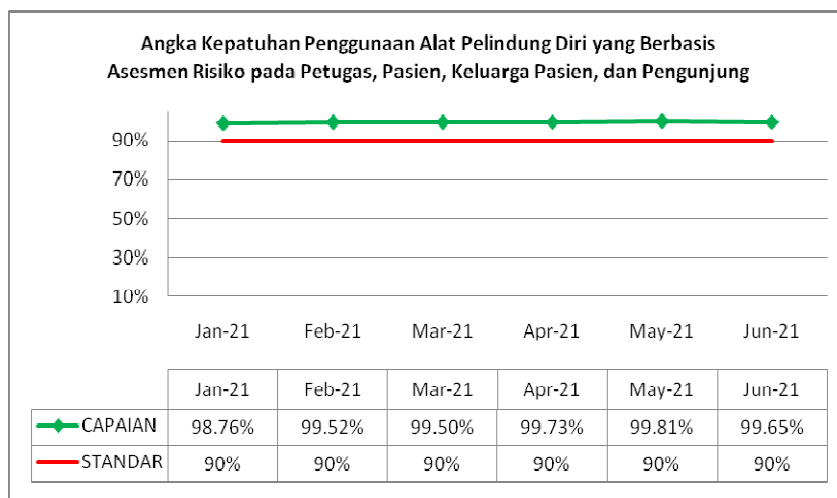


Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan II adalah 98%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

z. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

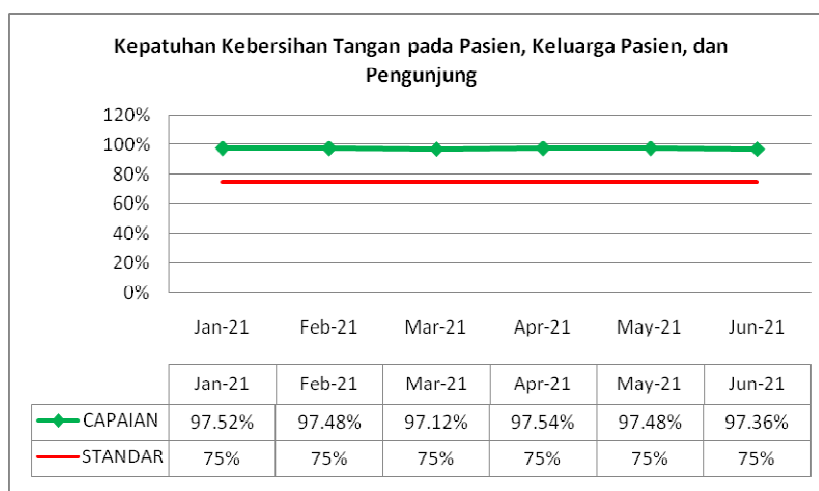
1) Angka Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri yang Berbasis Asesmen Risiko pada Petugas, Pasien, Keluarga Pasien, dan Pengunjung



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan penggunaan alat pelindung diri yang berbasis asesmen risiko pada petugas, pasien, keluarga pasien, dan pengunjung pada triwulan II adalah 99.73%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

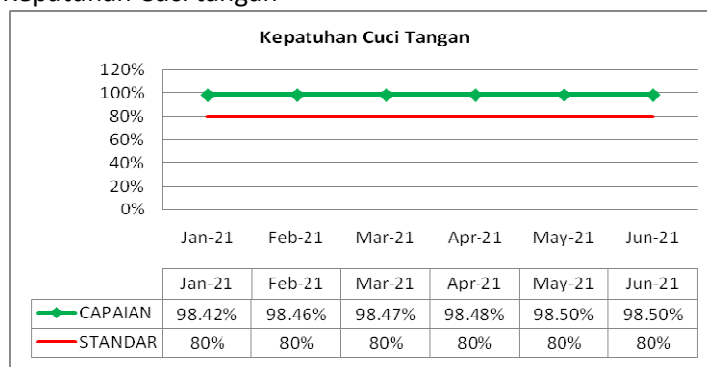
2) Kepatuhan Kebersihan Tangan pada Pasien, Keluarga Pasien, dan Pengunjung



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan kebersihan tangan pada pasien, keluarga pasien, dan pengunjung pada triwulan II adalah 97.46%, telah melebihi standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

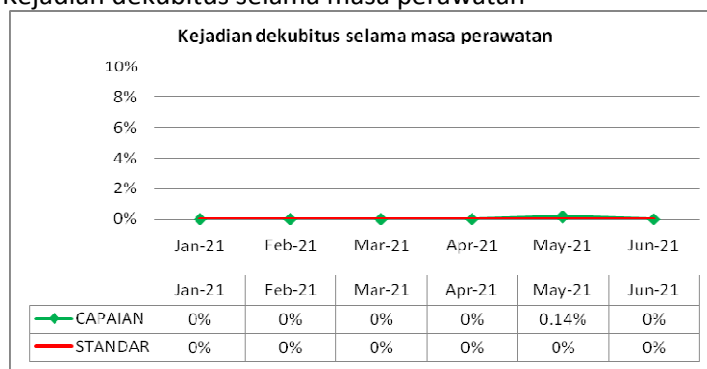
3) Kepatuhan Cuci tangan



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan cuci tangan pada triwulan II adalah 98%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

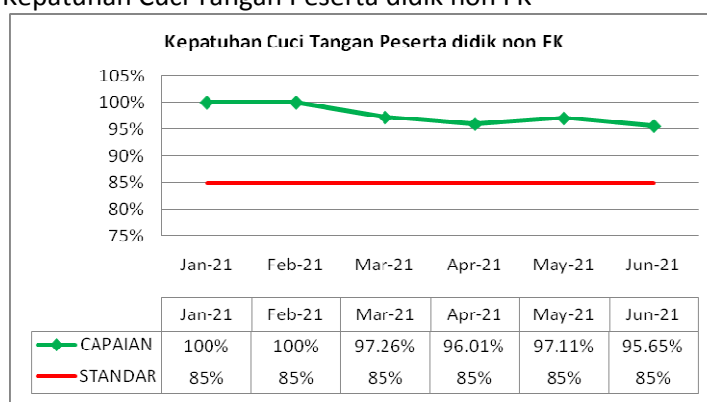
4) Kejadian dekubitus selama masa perawatan



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0.05%, belum mencapai standar. Pada bulan Mei ada 1 kejadian dekubitus.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

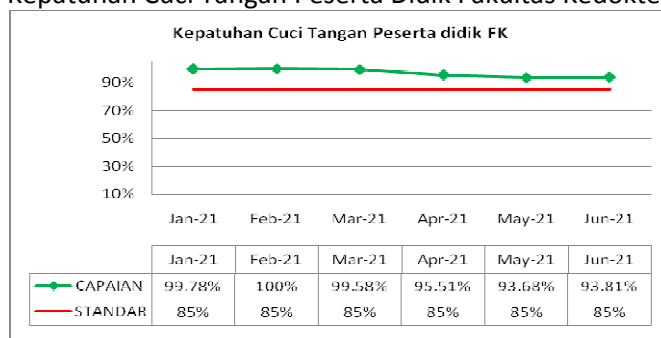
5) Kepatuhan Cuci Tangan Peserta didik non FK



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 96%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.
- Selama triwulan II tidak ada laporan insiden terkait kejadian HAIS akibat mahasiswa yang tidak patuh cuci tangan.

6) Kepatuhan Cuci Tangan Peserta Didik Fakultas Kedokteran

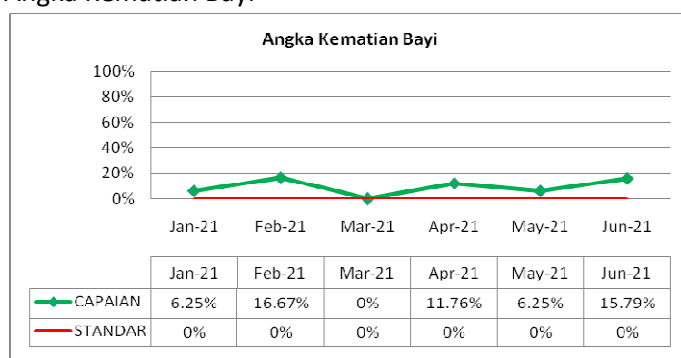


Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan cuci tangan peserta didik fakultas kedokteran pada triwulan II adalah 94%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.
- Selama triwulan II tidak ada laporan insiden terkait kejadian HAIS akibat mahasiswa yang tidak patuh cuci tangan.

4. Indikator Mutu Program Nasional

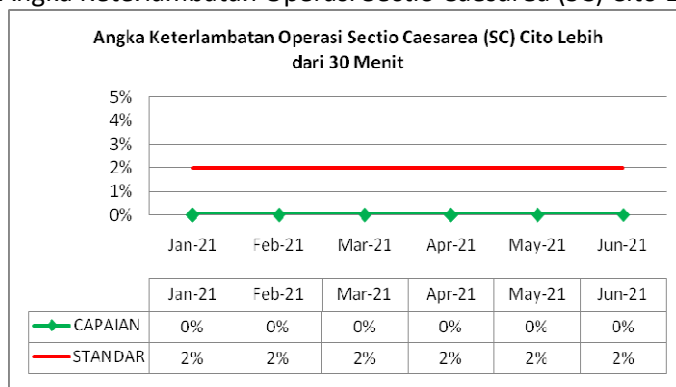
a. Angka Kematian Bayi



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kematian bayi, pada triwulan II belum mencapai standar. Pada bulan April ada 2 kematian bayi, Mei ada 1 kematian bayi, dan bulan Juni ada 3 kematian bayi.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

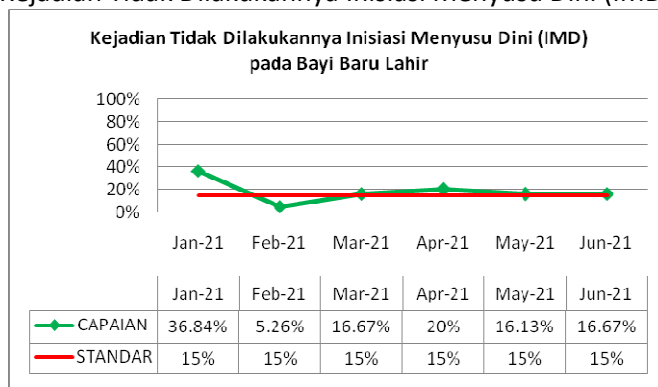
b. Angka Keterlambatan Operasi Sectio Caesarea (SC) Cito Lebih dari 30 Menit



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

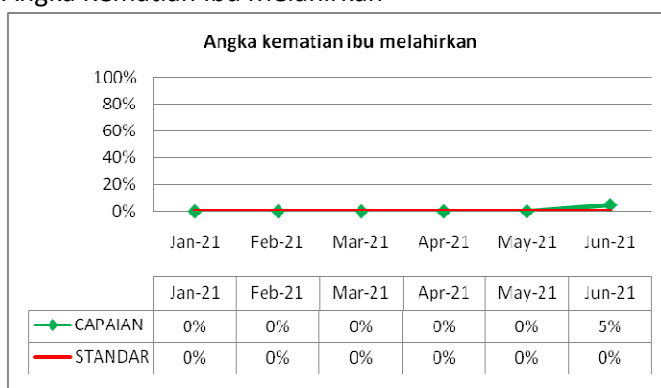
c. Kejadian Tidak Dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir



Analisa :

- Capaian indikator mutu kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusu dini (IMD) pada bayi baru lahir pada triwulan II adalah 18 %, belum mencapai standar < 15%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya lebih baik.

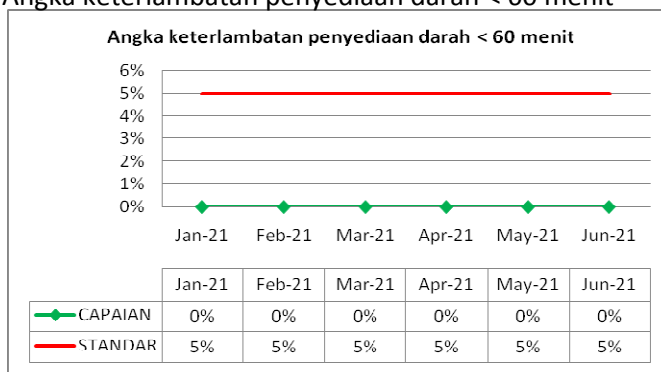
d. Angka Kematian Ibu Melahirkan



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II belum mencapai standar. Pada bulan Juni ada 1 kejadian kematian ibu melahirkan.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

e. Angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit



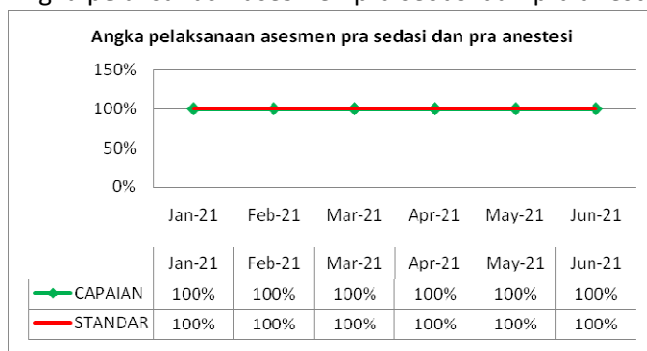
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

5. Indikator Mutu Pelayanan

a. Indikator mutu pelayanan anestesi dan sedasi

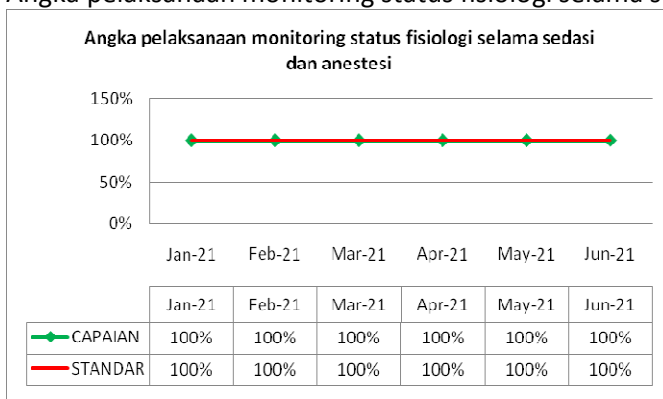
1) Angka pelaksanaan asesmen pra sedasi dan pra anestesi



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

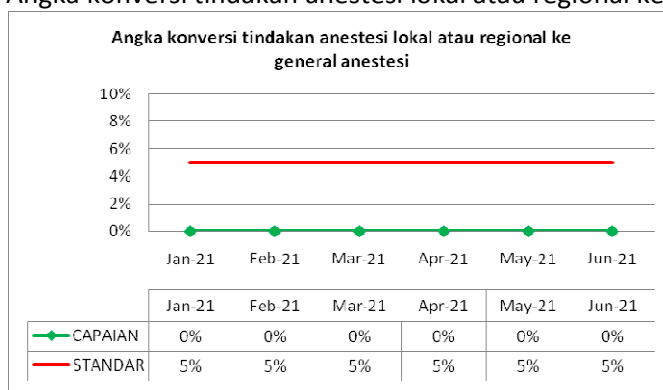
2) Angka pelaksanaan monitoring status fisiologi selama sedasi dan anestesi



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka pelaksanaan monitoring status fisiologi selama sedasi dan anestesi pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

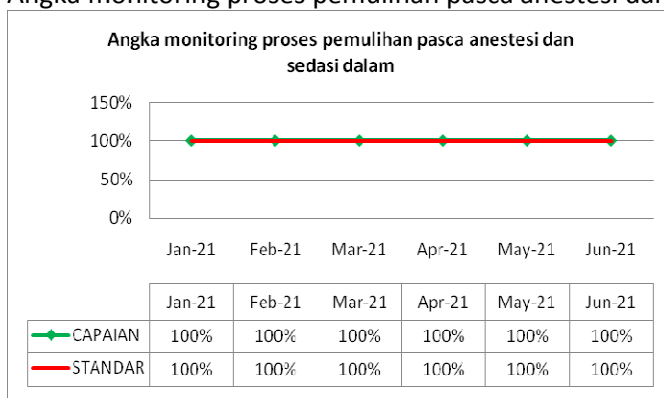
3) Angka konversi tindakan anestesi lokal atau regional ke general anestesi



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka konversi tindakan anestesi lokal atau regional ke general anestesi pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

4) Angka monitoring proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi dalam

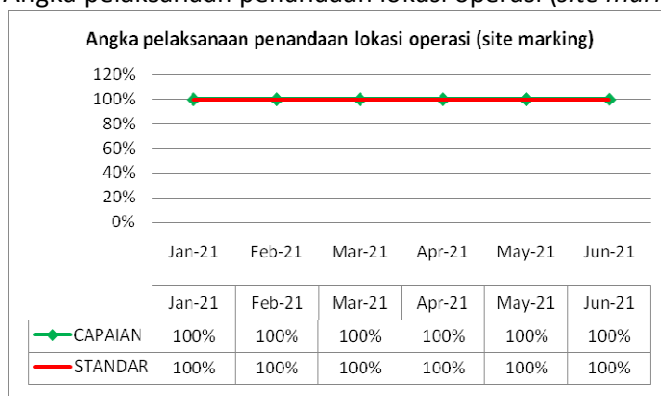


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

b. Indikator mutu pelayanan bedah

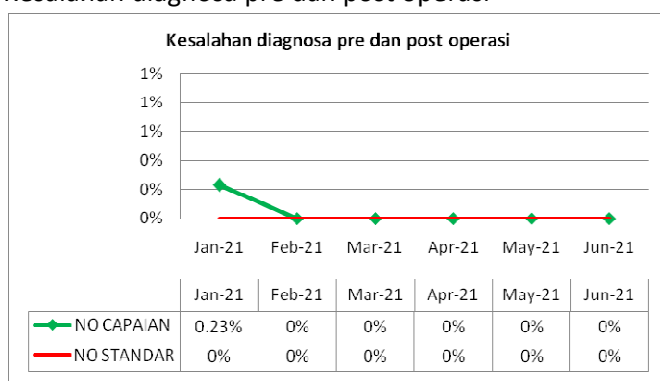
1) Angka pelaksanaan penandaan lokasi operasi (*site marking*)



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka pelaksanaan penandaan lokasi operasi (*site marking*) pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

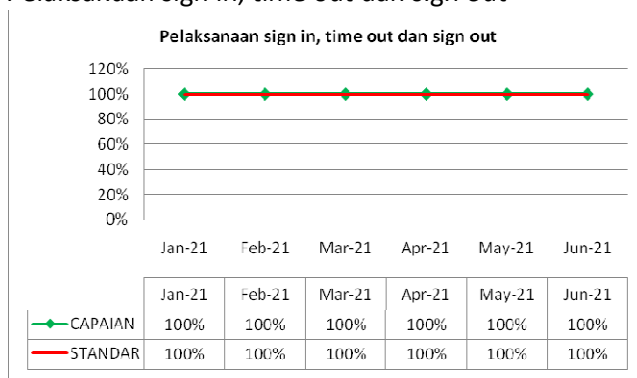
2) Kesalahan diagnosa pre dan post operasi



Analisa :

- Capaian indikator mutu kesalahan pre dan post operasi pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

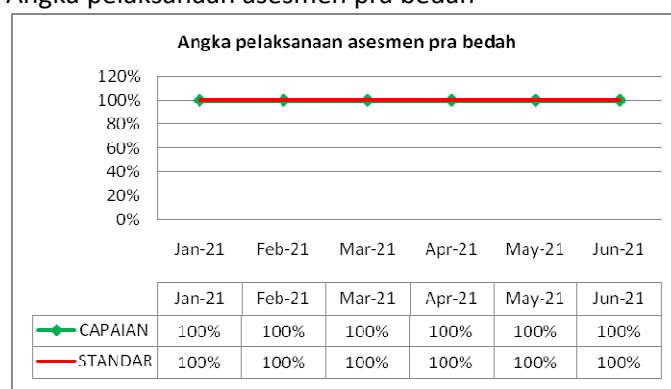
3) Pelaksanaan sign in, time out dan sign out



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

4) Angka pelaksanaan asesmen pra bedah

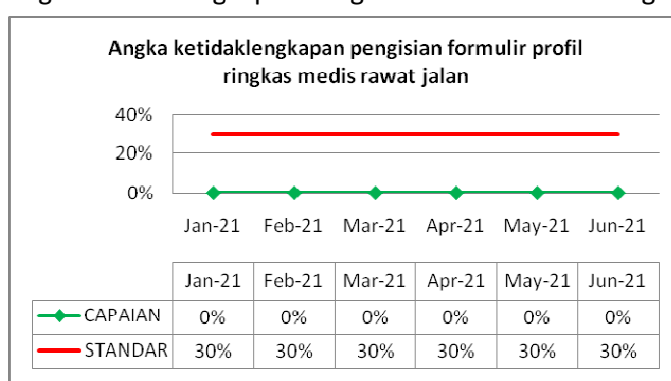


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka pelaksanaan asesmen pra bedah pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

c. Indikator mutu pengisian profil ringkas medis rawat jalan (PRMRJ)

1) Angka Ketidaklengkapan Pengisian Formulir Profil Ringkas Medis Rawat Jalan

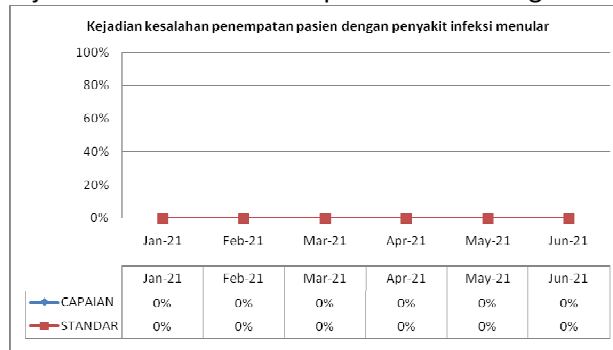


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketidaklengkapan pengisian formulir profil ringkas medis rawat jalan pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar < 30%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

d. Indikator mutu pelayanan risiko tinggi

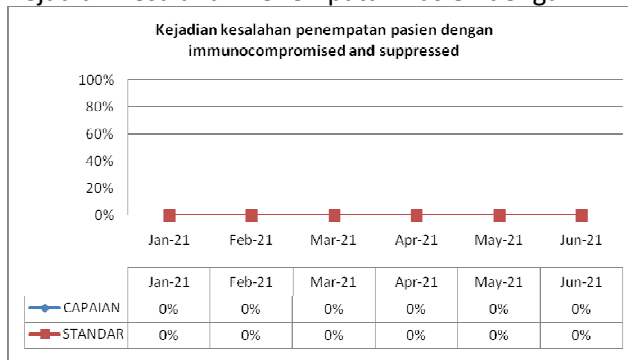
1) Kejadian Kesalahan Penempatan Pasien dengan Penyakit Infeksi Menular



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

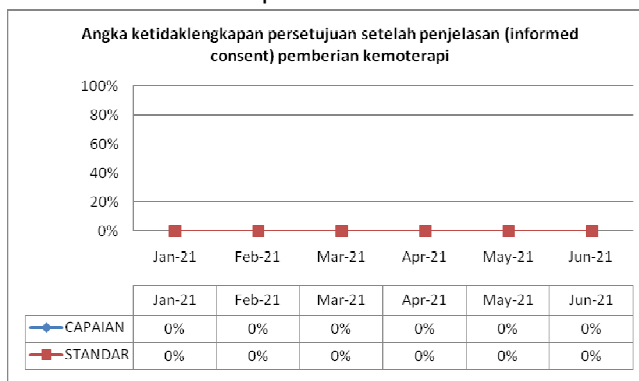
2) Kejadian Kesalahan Penempatan Pasien dengan immunocompromised and suppressed



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

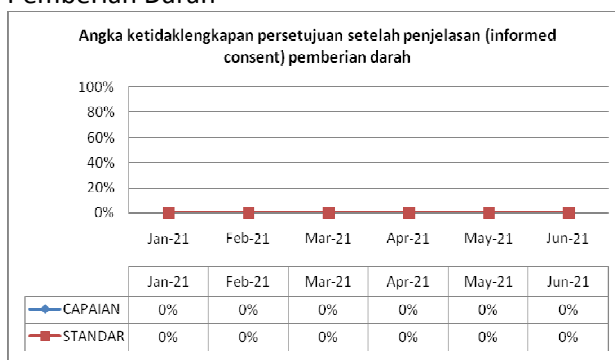
3) Angka Ketidaklengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) Pemberian Kemoterapi



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketidaklengkapan persetujuan setelah penjelasan (*informed consent*) pemberian kemoterapi pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

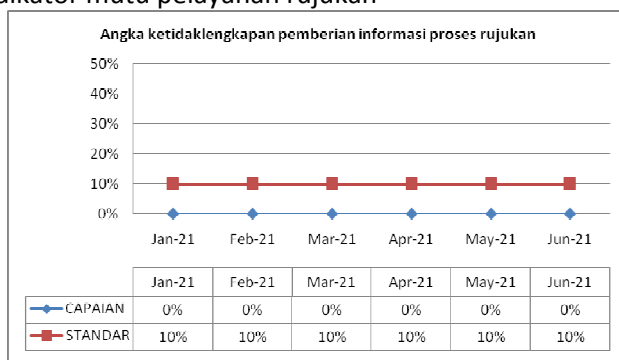
4) Angka Ketidaklengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) Pemberian Darah



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

e. Indikator mutu pelayanan rujukan

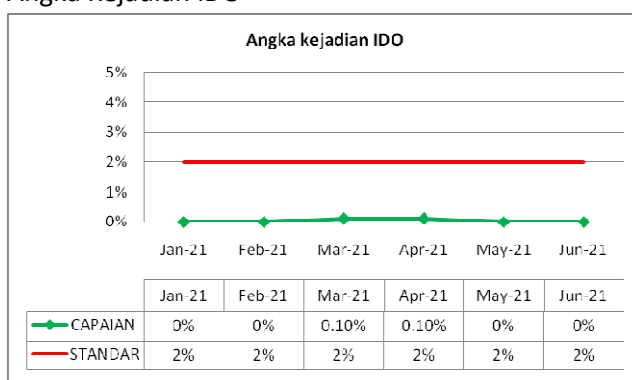


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka ketidaklengkapan pemberian informasi proses rujukan pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar < 10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

6. Indikator mutu surveilans infeksi (HAIs)

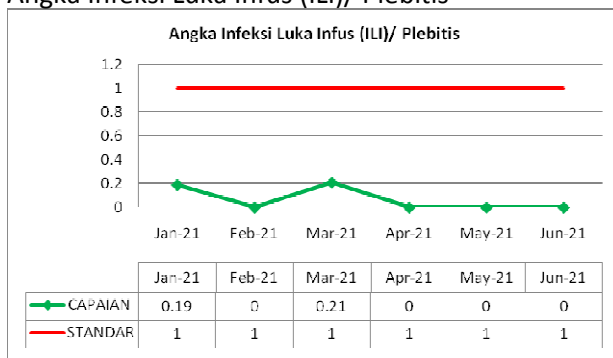
a. Angka Kejadian IDO



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kejadian IDO, pada triwulan II adalah 0.03%, telah mencapai standar < 2%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

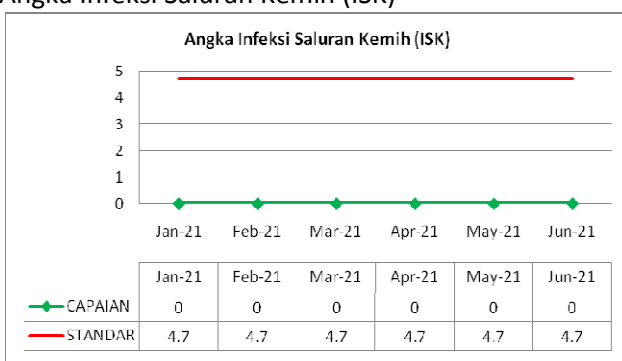
b. Angka Infeksi Luka Infus (ILI)/ Plebitis



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka infeksi luka infus (ILI), pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar <1%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

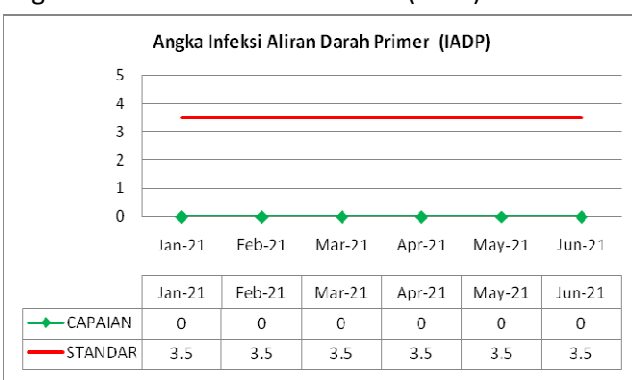
c. Angka Infeksi Saluran Kemih (ISK)



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka infeksi saluran kemih (ISK), pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar <4.7%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

d. Angka Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)

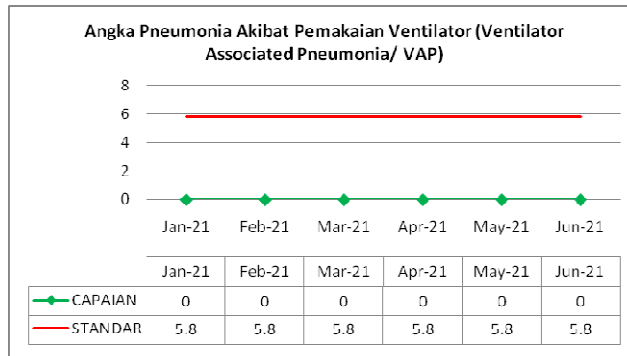


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka infeksi aliran darah primer (IADP), pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar <3.5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



e. Angka Pneumonia Akibat Pemakaian Ventilator (Ventilator Associated Pneumonia/ VAP)

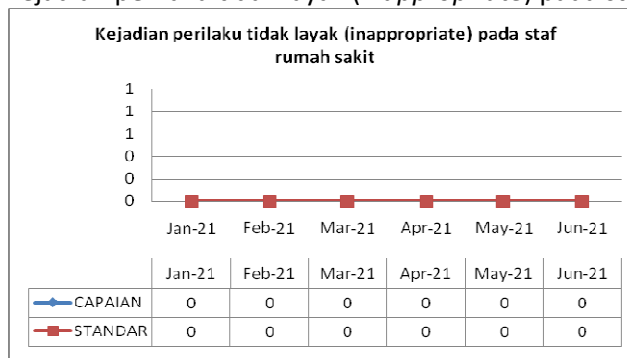


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka pneumonia akibat pemakaian ventilator (VAP), pada triwulan II adalah 0‰, telah mencapai standar <5.8‰.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

7. Indikator mutu pemantauan budaya keselamatan

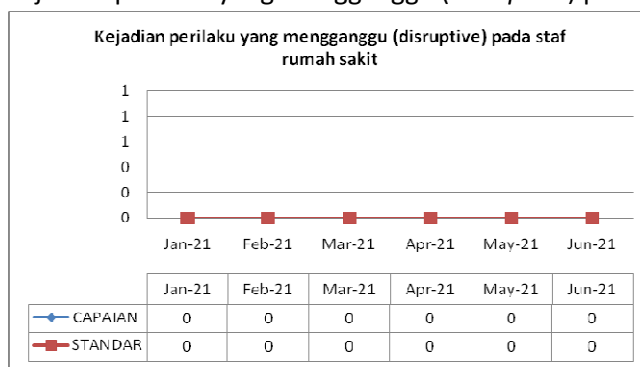
a. Kejadian perilaku tidak layak (*inappropriate*) pada staf rumah sakit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian perilaku tidak layak (*inappropriate*) pada staf rumah sakit, pada triwulan II adalah 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

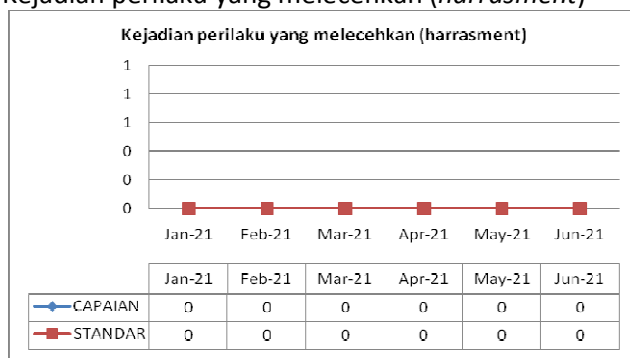
b. Kejadian perilaku yang mengganggu (*disruptive*) pada staf rumah sakit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian perilaku yang mengganggu (*disruptive*) pada staf rumah sakit, pada triwulan II adalah 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

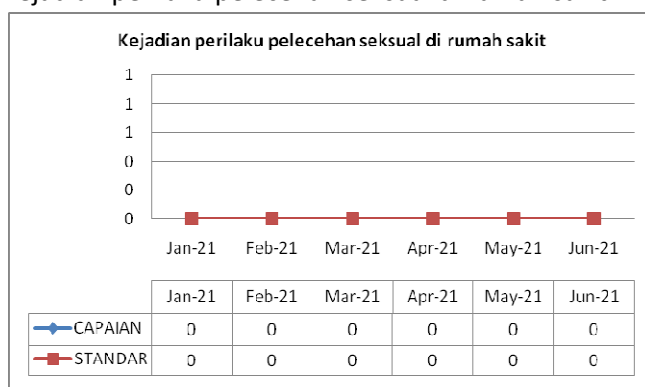
c. Kejadian perilaku yang melecehkan (*harrasment*)



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian perilaku yang melecehkan (*harrasment*), pada triwulan II adalah 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

d. Kejadian perilaku pelecehan seksual di rumah sakit

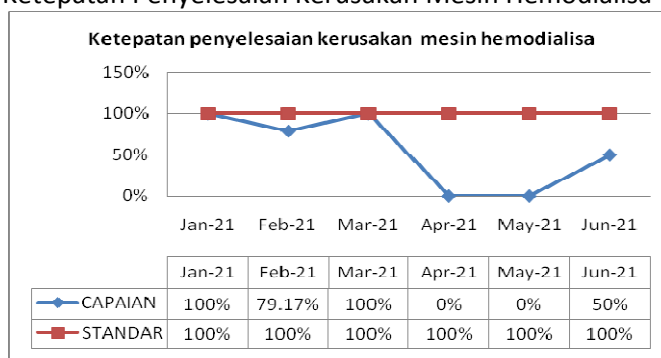


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian perilaku pelecehan seksual di rumah sakit, pada triwulan II adalah 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

8. Indikator mutu pelaksanaan kontrak

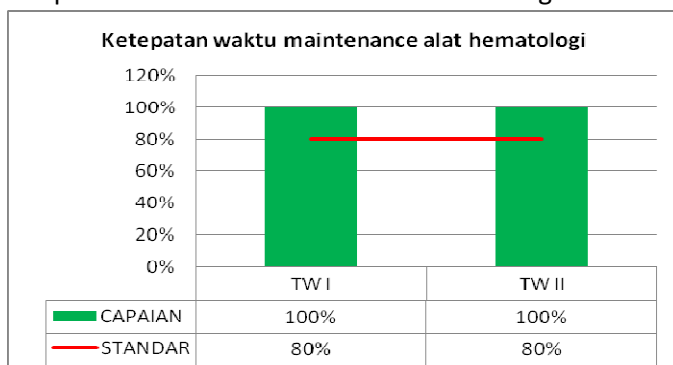
a. Ketepatan Penyelesaian Kerusakan Mesin Hemodialisa



Analisa :

- Capaian indikator mutu ketepatan penyelesaian kerusakan mesin hemodialisa pada triwulan II belum mencapai standar. Pada bulan April dan Mei tidak ada mesin hemodialisa yang rusak.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya menurun.

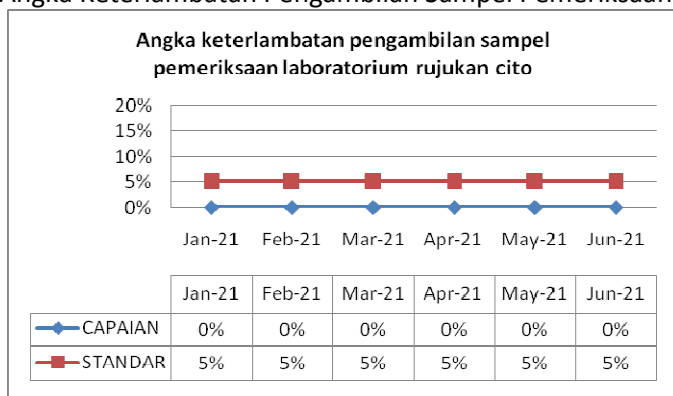
b. Ketepatan waktu maintenance alat hematologi



Analisa :

- Capaian indikator mutu ketepatan waktu maintenance alat hematologi pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

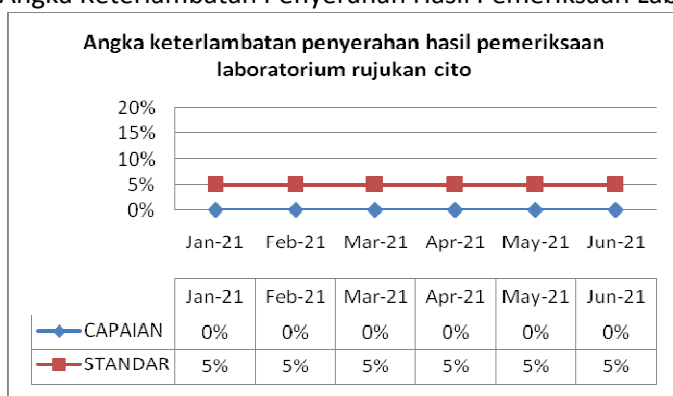
c. Angka Keterlambatan Pengambilan Sampel Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan pengambilan sampel pemeriksaan laboratorium rujukan cito, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

d. Angka Keterlambatan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito

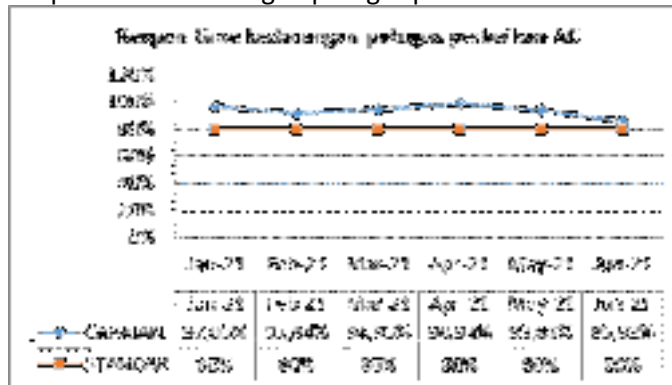


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium rujukan cito, pada triwulan II telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



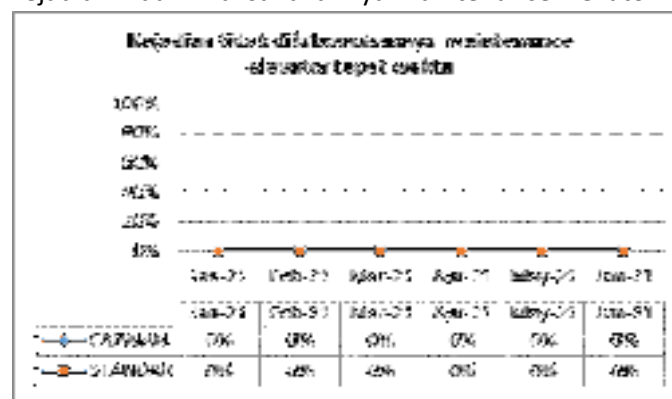
e. Respon time kedatangan petugas perbaikan AC



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 93%, telah melebihi standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

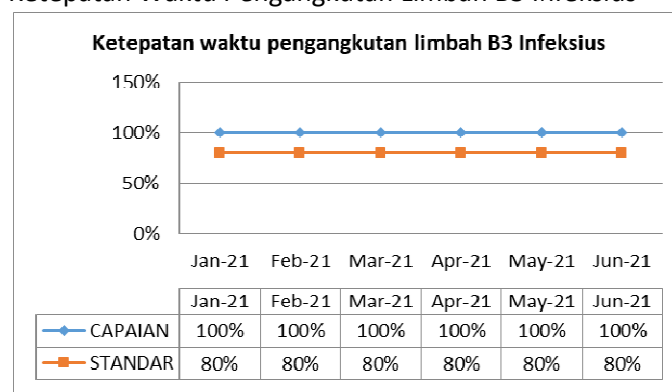
f. Kejadian Tidak Dilaksanakannya Maintenance Elevator Tepat Waktu



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

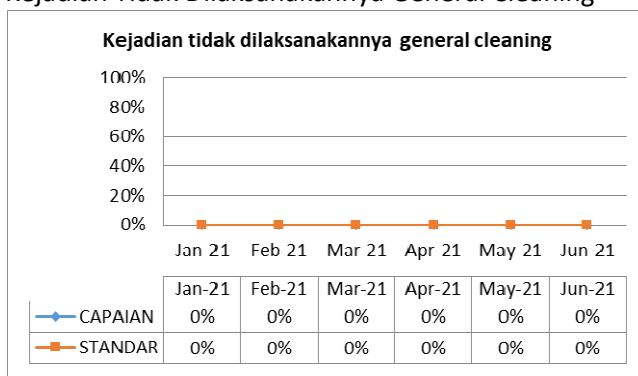
g. Ketepatan Waktu Pengangkutan Limbah B3 Infeksius



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketepatan waktu pengangkutan limbah B3 Infeksius pada triwulan II adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

h. Kejadian Tidak Dilaksanakannya General Cleaning



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

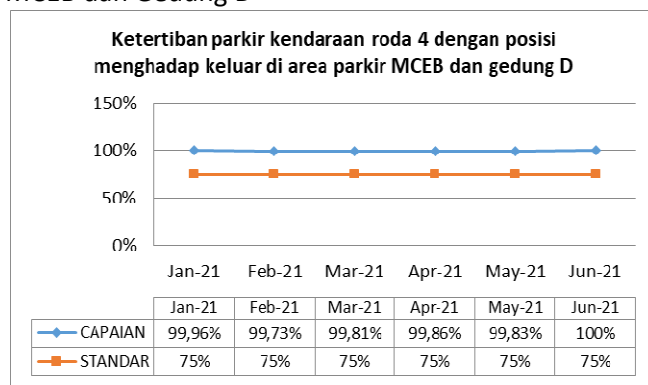
i. Kejadian Pencurian Barang di dalam Gedung Rumah Sakit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian pencurian barang di dalam gedung rumah sakit, pada triwulan II adalah 0 kejadian, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

j. Ketertiban Parkir Kendaraan Roda 4 dengan Posisi Menghadap Keluar di Area Parkir MCEB dan Gedung D



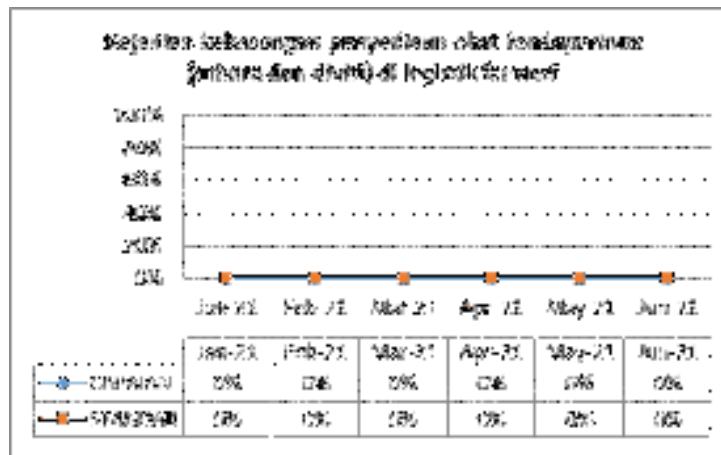
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketertiban parkir kendaraan roda 4 dengan posisi menghadap keluar di area parkir MCEB dan gedung D pada triwulan II adalah 99%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.



9. Indikator mutu hasil pengadaan

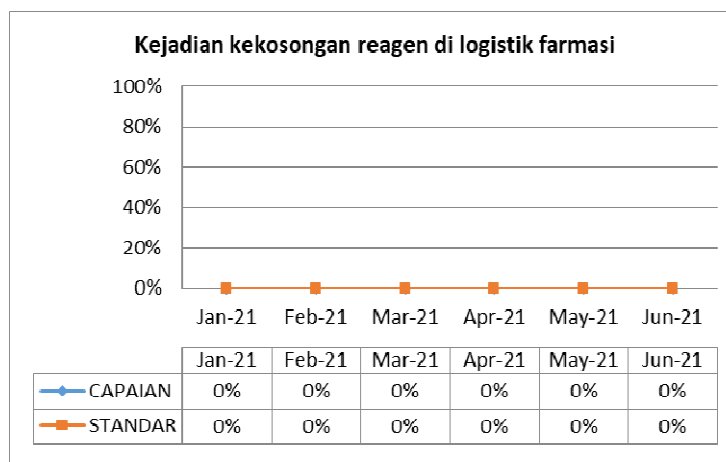
- a. Kejadian kekosongan penyediaan obat fondaparinux (arixtra dan diviti) di Logistik farmasi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian kekosongan penyediaan obat fondaparinux (arixtra dan diviti) di logistik farmasi pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

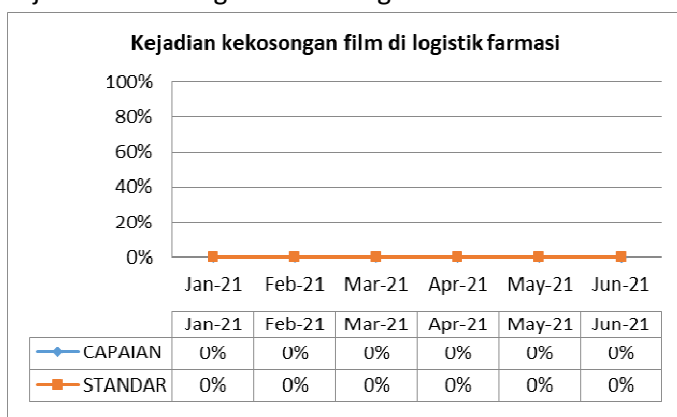
- b. Kejadian Kekosongan Reagen di Logistik Farmasi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian kekosongan reagen di logistik farmasi pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

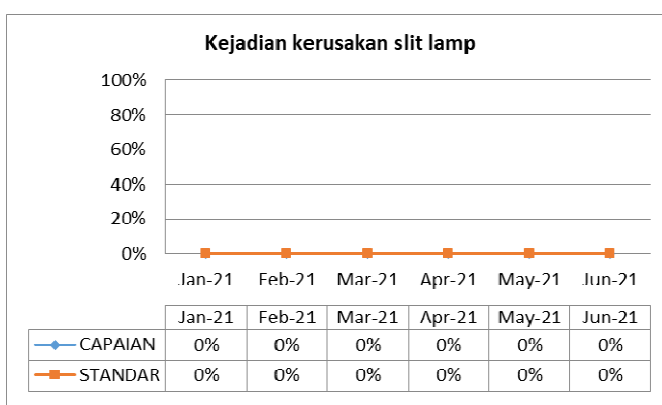
c. Kejadian Kekosongan Film di Logistik Farmasi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

d. Kejadian Kerusakan Slit Lamp



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian kerusakan slit lamp pada triwulan II adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.

10. Indikator mutu wajib syariah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	STANDAR	CAPAIAN					
			JAN	FEB	MARET	APRIL	MEI	JUNI
1	Pendampingan Talqin Kepada Pasien Sakaratul Maut (<i>End of Life</i>)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Mengingatikan Waktu Sholat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Pemasangan DC sesuai gender	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



11. Indikator standar pelayanan minimal (SPM) syariah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	STANDAR	CAPAIAN					
			JAN	FEB	MARET	APRIL	MEI	JUNI
1	Pemasangan EKG sesuai Gender	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Hijab untuk pasien	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Penutup dada pada ibu menyusui	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Membaca Basmalah pada pemberian obat dan tindakan	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	<i>Mandatory training</i> untuk fiqih pasien	100%	Pelaporan 3 bulan sekali			98.36%	100%	100%
6	Adanya edukasi islami (Leaflet atau buku kerohanian)	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Pemakaian hijab di kamar operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Penjadwalan operasi elektif tidak terbentur waktu sholat	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Angka dilaksanakannya akad ijarah pada pasien rawat inap	70%	98.68%	100%	100%	100%	100%	99.79%
10	Angka dilaksanakannya akad syariah dalam perjanjian kerjasama	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

12. Indikator mutu unit syariah

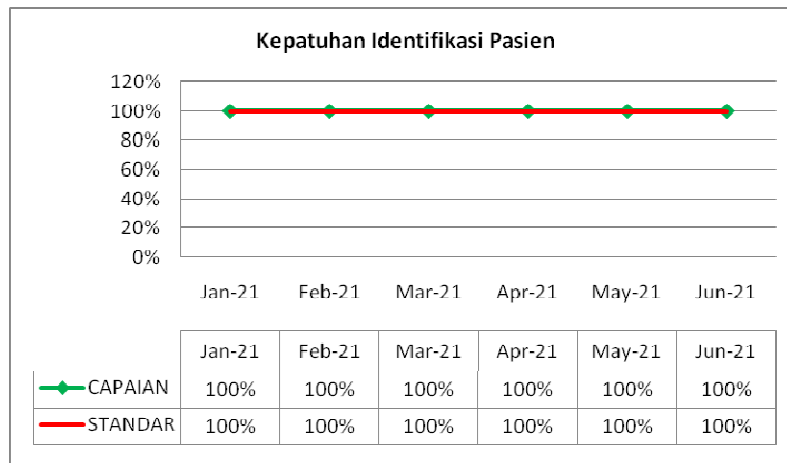
NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	STANDAR	CAPAIAN					
			JAN	FEB	MARET	APRIL	MEI	JUNI
1	Angka bimbingan psikospiritual unit BPI kepada pasien rawat inap	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Angka pelaksanaan budaya baca Al-Qur'an per unit	80%	87%	94%	92%	88%	86%	83.67%
3	Angka kehadiran kegiatan doa pagi karyawan	80%	89.37%	89.77%	95%	94.30%	89.57%	92.46%
4	Angka kehadiran tahsin Al-Qur'an karyawan	80%	74.74%	66.21%	95%	77.97%	77.97%	71.79%
5	Membaca Basmalah sebelum Pengambilan Sampel	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Membaca Basmalah sebelum Tindakan Kontras	80%	100%	100%	Tidak ada pengukuran			



B. BENCHMARK INDIKATOR MUTU

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Indikator Mutu	STANDAR	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

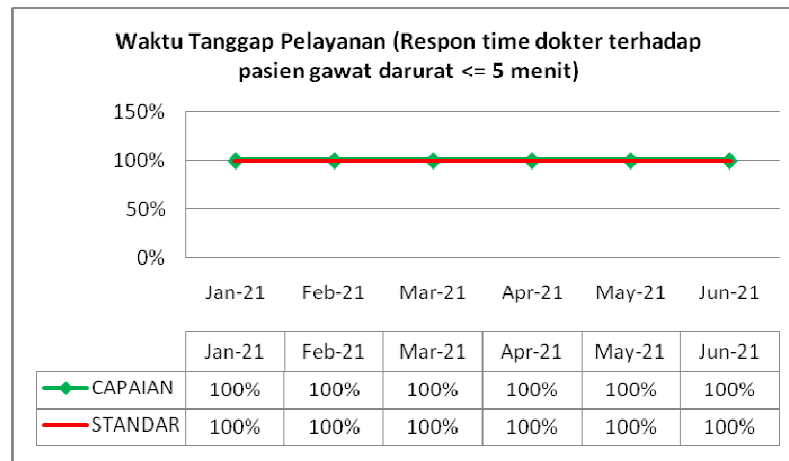
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan identifikasi pasien Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Juni 2021 telah mencapai standar.
- Perbandingan capaian triwulan I dengan triwulan II sama baiknya.
- 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	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

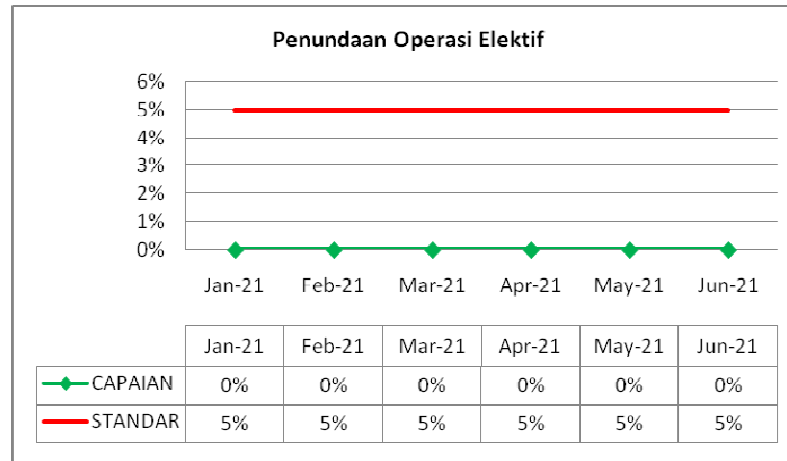
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit) Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Juni 2021 telah mencapai standar.
- Perbandingan capaian triwulan I dengan triwulan II 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 sama baiknya dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.

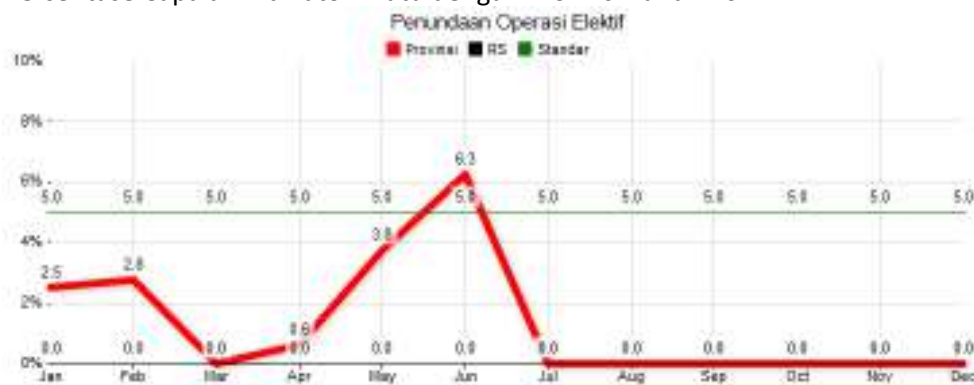


3. Penundaan Operasi Elektif

Indikator Mutu	STANDAR	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Penundaan Operasi Elektif	≤ 5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

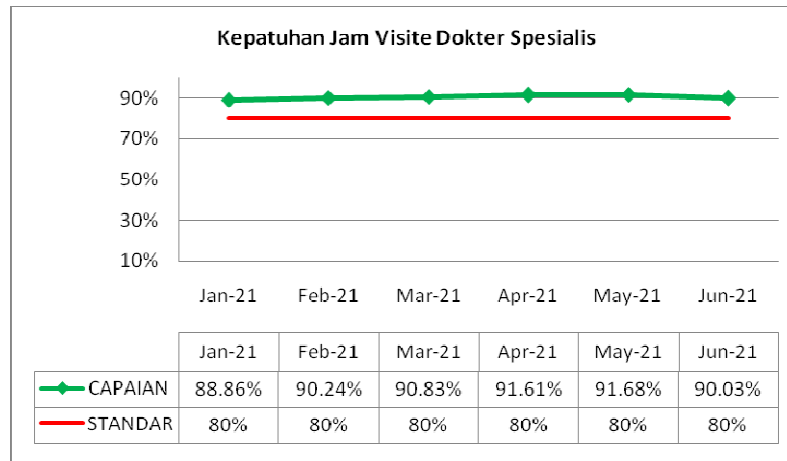
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian penundaan operasi elektif Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Juni 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan I dengan triwulan II 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.

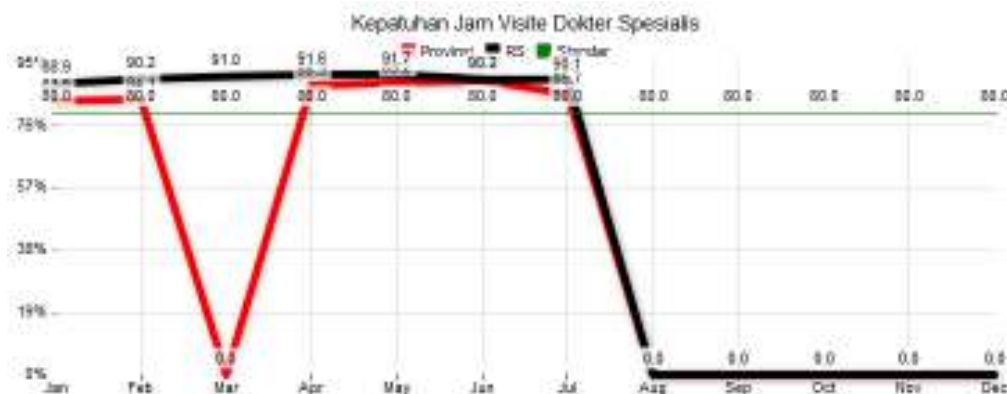


4. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

Indikator Mutu	STANDAR	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	80 %	88.86%	90.24%	90.83%	91.61%	91.68%	90.03%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

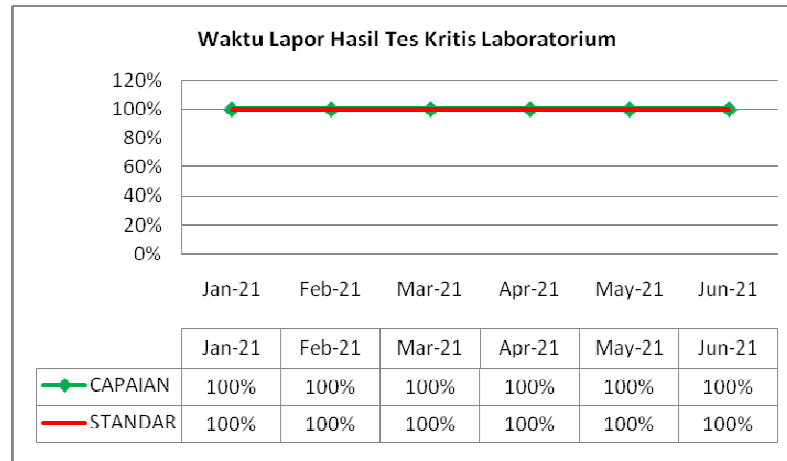
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan jam visite dokter spesialis Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Juni 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan II lebih baik daripada capaian dengan triwulan I.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAK (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.



5. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium

Indikator Mutu	STANDAR	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

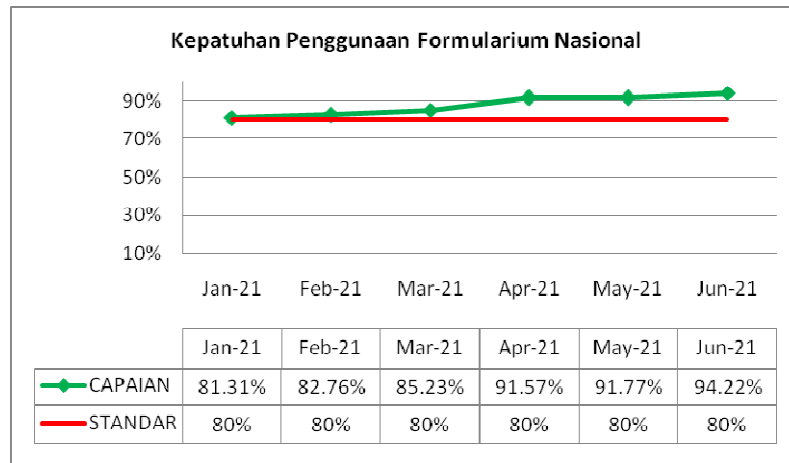
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Juni 2021 belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan I dengan triwulan II sama baiknya.
- 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.



6. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Indikator Mutu	STANDAR	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	80 %	81.31%	82.76%	85.23%	91.57%	91.77%	94.22%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

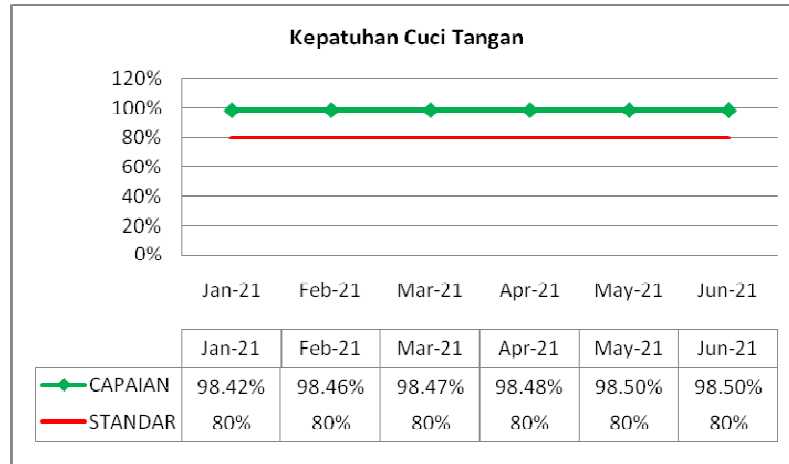
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan penggunaan formularium rumah sakit Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Juni 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan II lebih baik daripada capaian dengan triwulan I.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAKAD (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	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Kepatuhan Cuci Tangan	85%	98.42%	98.46%	98.47%	98.48%	98.50%	98.50%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



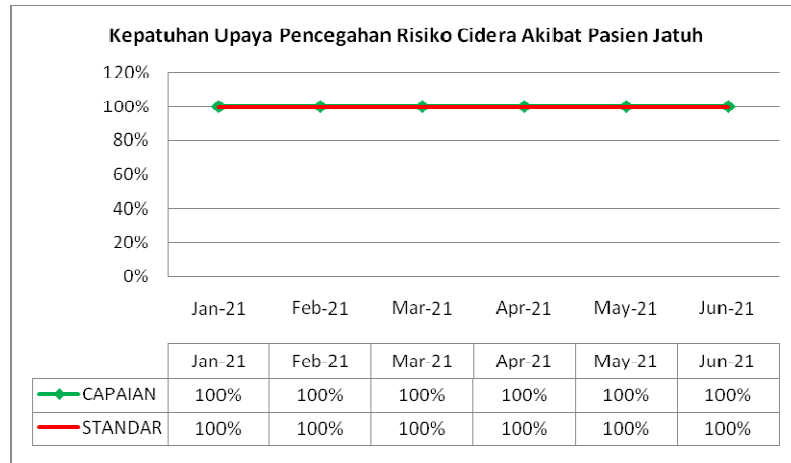
(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan cuci tangan Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Juni 2021 telah mencapai standar.
- Perbandingan capaian triwulan I dengan triwulan II sama baiknya.
- 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	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cidera Akibat Pasien Jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

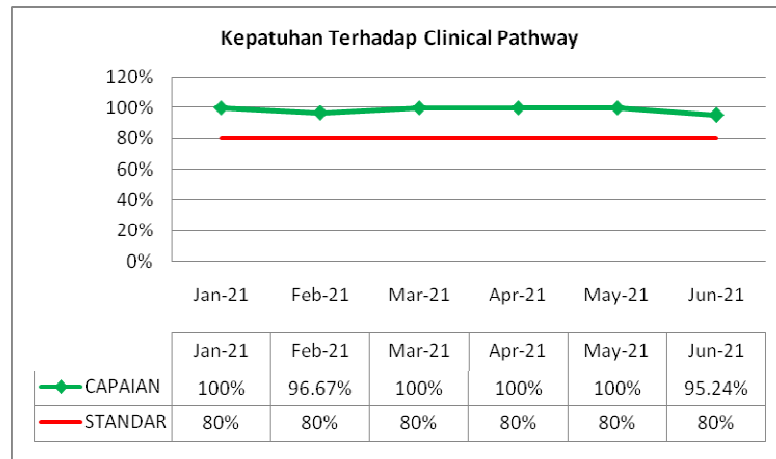
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko cidera akibat pasien jatuh Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Juni 2021 telah mencapai standar.
- Perbandingan capaian triwulan I dengan triwulan II sama baiknya.
- 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	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100%	100%	96.67%	100%	100%	100%	95.24%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

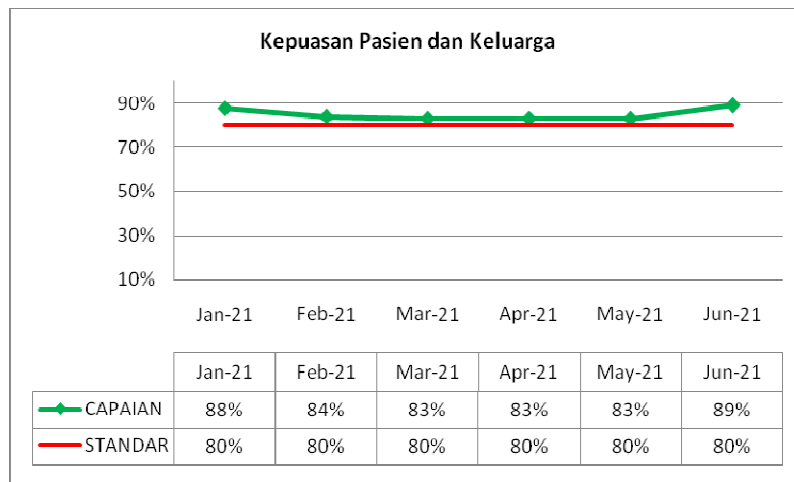
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan terhadap clinical pathway Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Juni 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan I lebih baik daripada capaian dengan triwulan II.
- 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.



10. Kepuasan Pasien dan Keluarga

Indikator Mutu	STANDAR	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Kepuasan Pasien dan Keluarga	80%	88%	84%	83%	83%	83%	89%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



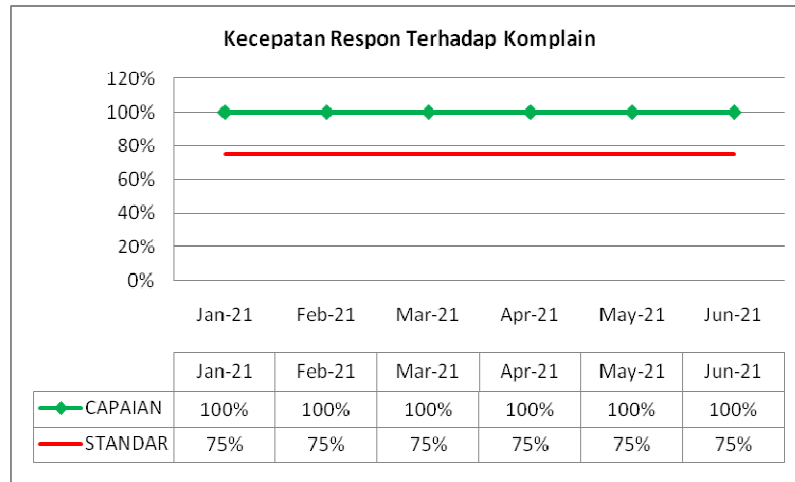
(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepuasan pasien dan keluarga Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Juni 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan II dengan triwulan I sama baiknya.
- 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	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni
Kecepatan Respon Komplain	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kecepatan respon komplain Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Juni 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan II dengan triwulan I sama baiknya.
- Bila dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAKAD (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.