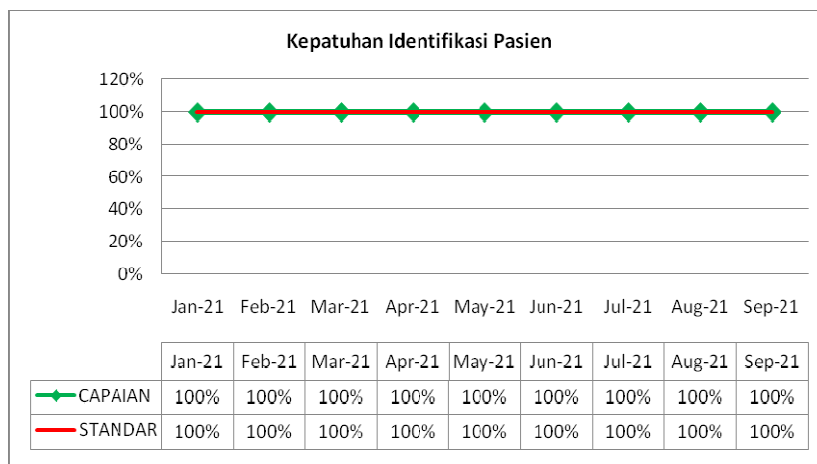


## HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU TRIWULAN III 2021

### A. Pemenuhan Indikator Mutu

#### 1. Indikator Mutu Wajib Nasional

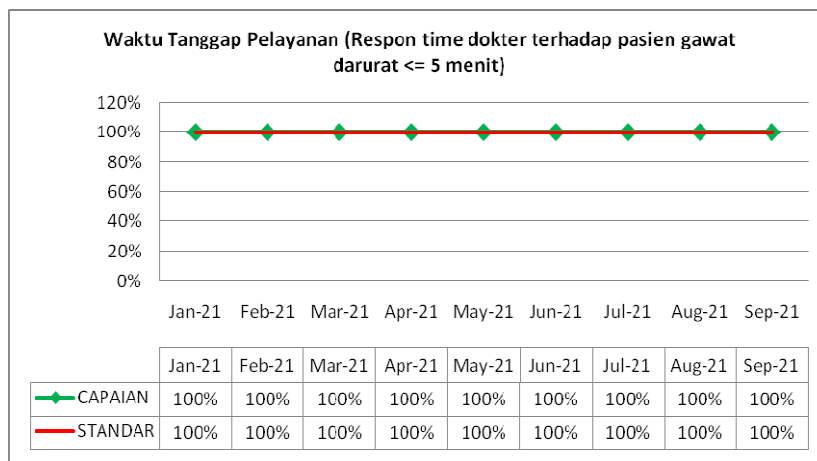
##### 1) Kepatuhan identifikasi pasien



Analisa :

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

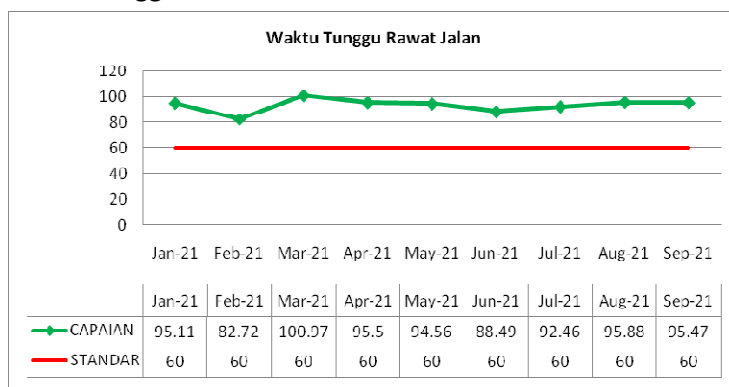
##### 2) *Emergency Respon Time* (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)



Analisa :

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

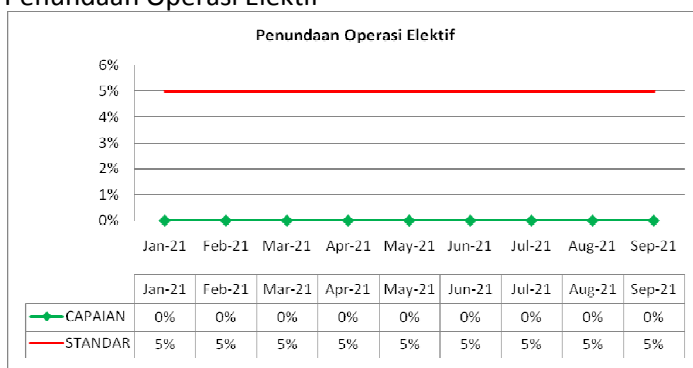
### 3) Waktu Tunggu Rawat Jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan, pada triwulan II adalah 94 menit, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.
- Tindak lanjut : koordinasi instalasi rawat jalan dengan bidang pelayanan medis dan bagian pendaftaran.

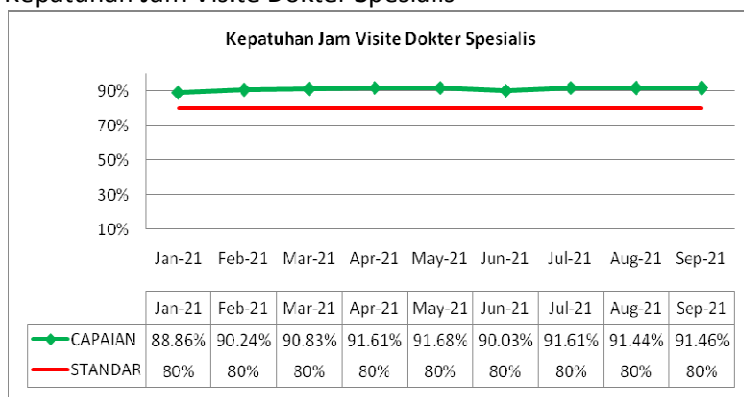
### 4) Penundaan Operasi Elektif



Analisa :

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

### 5) Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

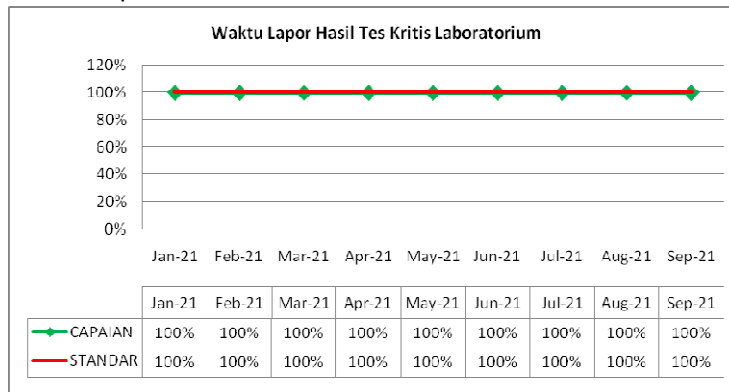


Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan jam visite dokter spesialis pada triwulan III adalah 91%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



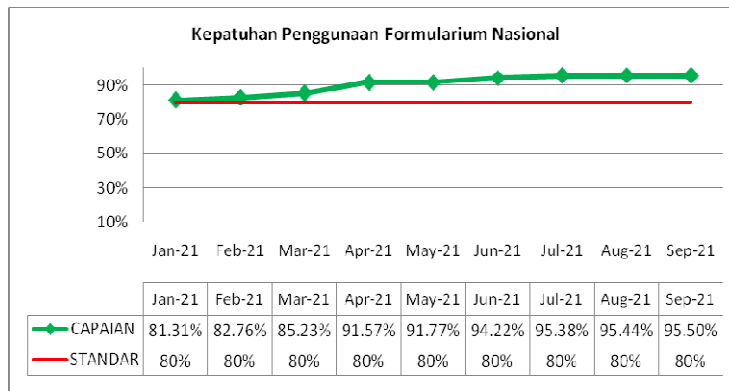
#### 6) Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium



Analisa :

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

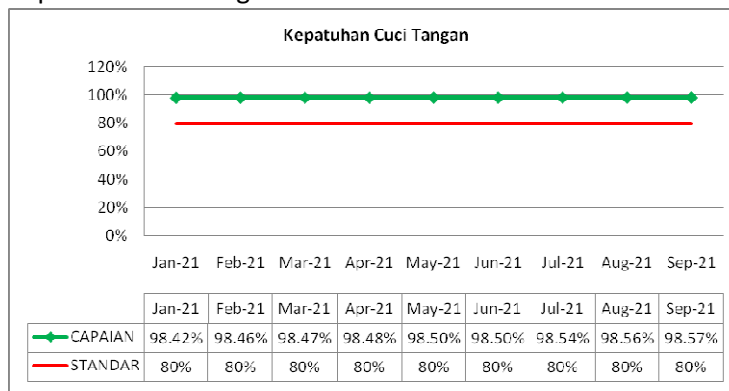
#### 7) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional pada triwulan III adalah 95%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

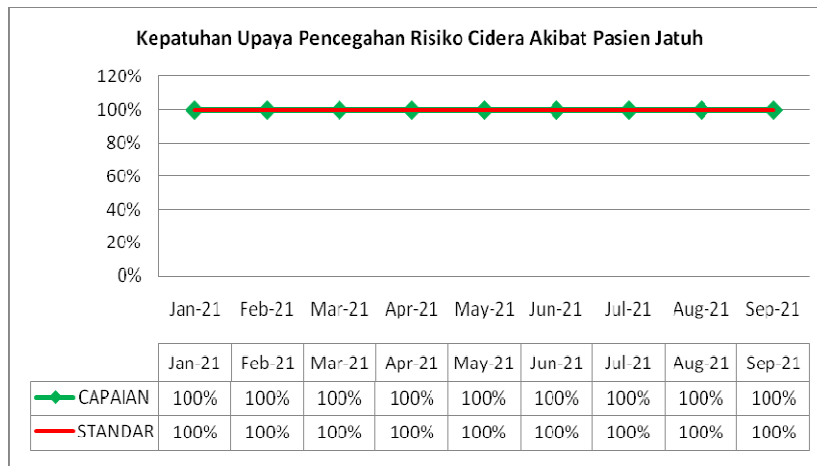
#### 8) Kepatuhan cuci tangan



Analisa :

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

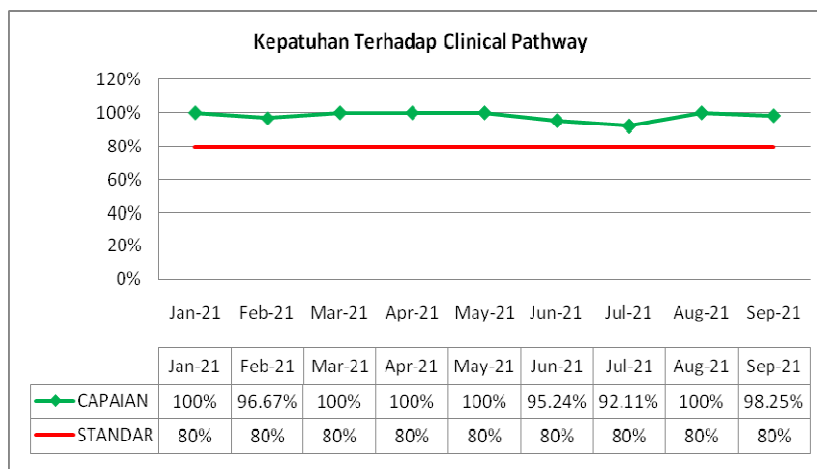
9) Kepatuhan upaya pencegahan risiko cidera akibat pasien jatuh



Analisa :

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

10) Kepatuhan terhadap clinical pathway



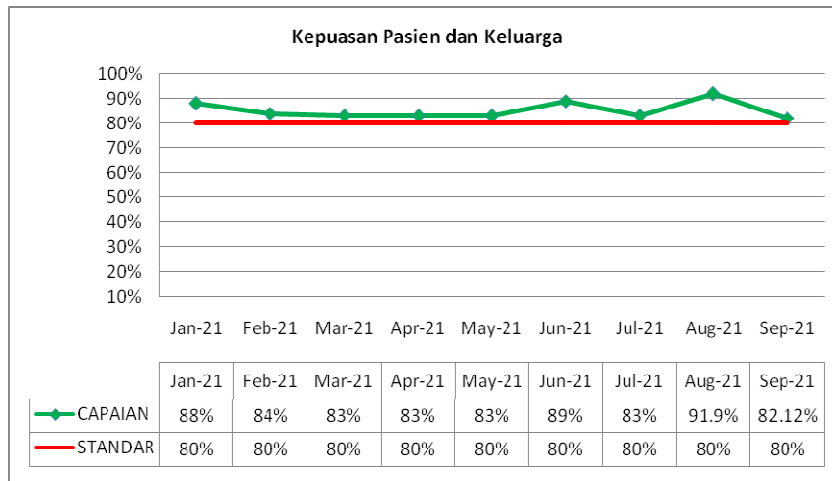
Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan III adalah 97%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.





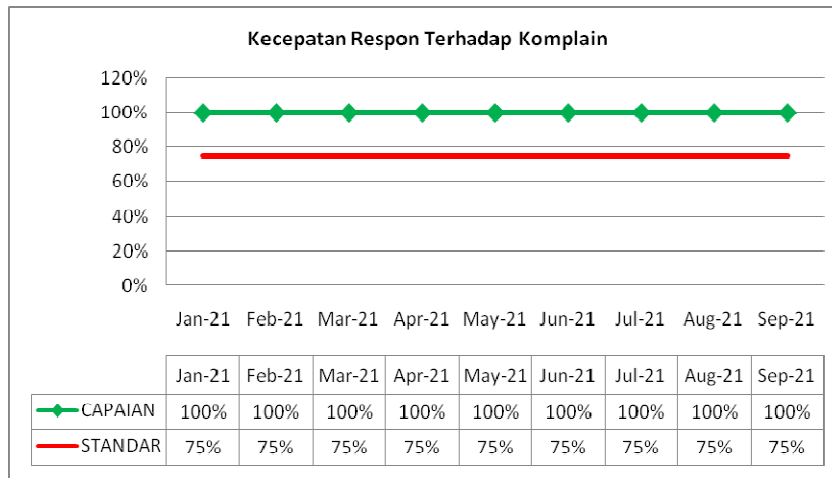
### 11) Kepuasan pasien dan keluarga



#### Analisa :

- Capaian indikator mutu kepuasan pasien dan keluarga pada triwulan III adalah 86%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.
- Berdasarkan laporan unit Humas pada triwulan III tidak ada laporan tentang ketidakpuasan pelanggan terkait adanya peserta didik di RSISA.

### 12) Kecepatan respon terhadap komplain



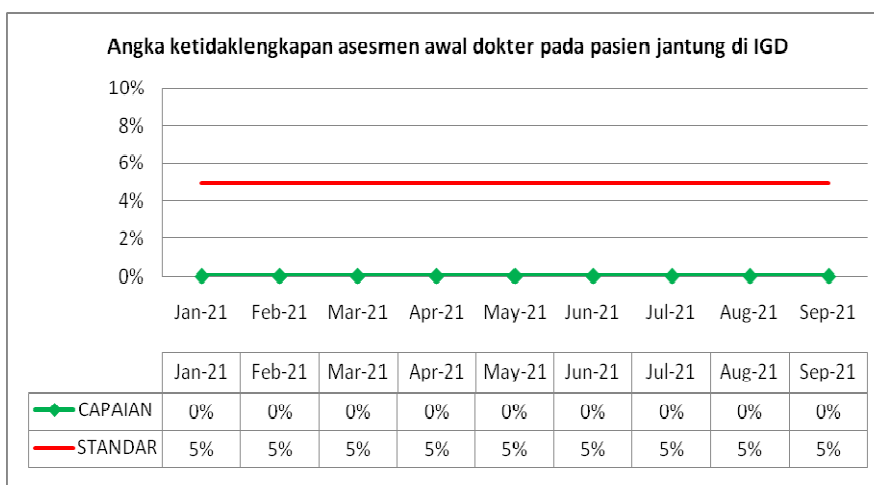
#### Analisa :

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

## 2. Indikator Mutu Pelayanan Klinis Prioritas

### a. Area Klinis

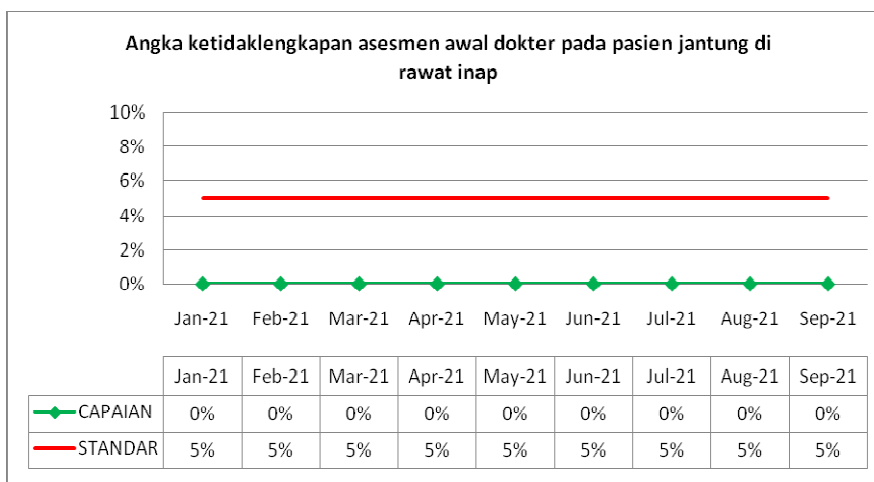
#### 1) Angka ketidaklengkapan asesmen awal medis gawat darurat pada pasien jantung di IGD



#### Analisa :

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

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

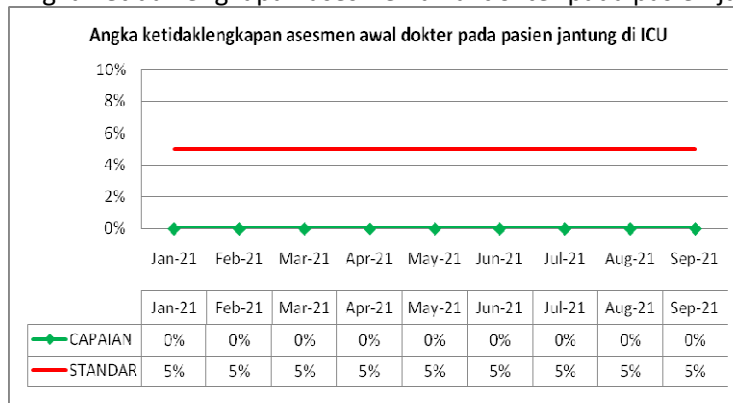


#### Analisa :

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



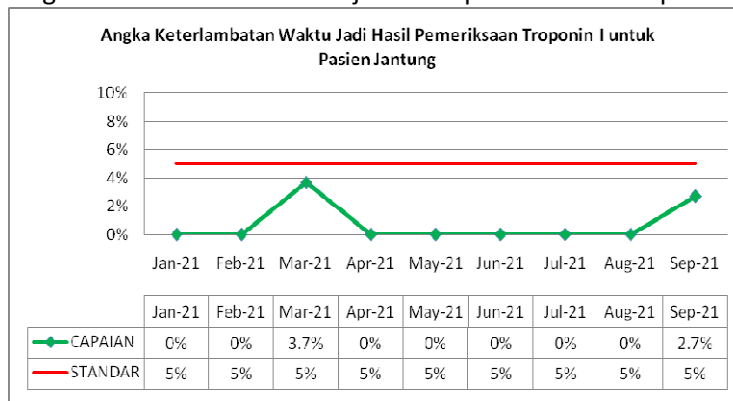
### 3) Angka ketidaklengkapan asesmen awal dokter pada pasien jantung di ICU



#### Analisa :

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

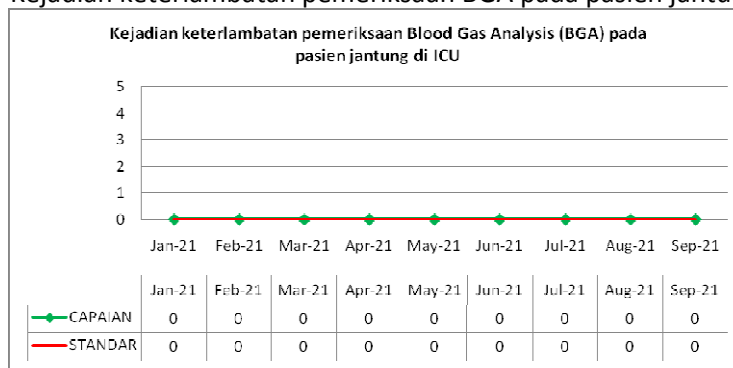
### 4) Angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung



#### Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung, pada triwulan III adalah 0.9%, telah mencapai standar <5%.

### 5) Kejadian keterlambatan pemeriksaan BGA pada pasien jantung di ICU

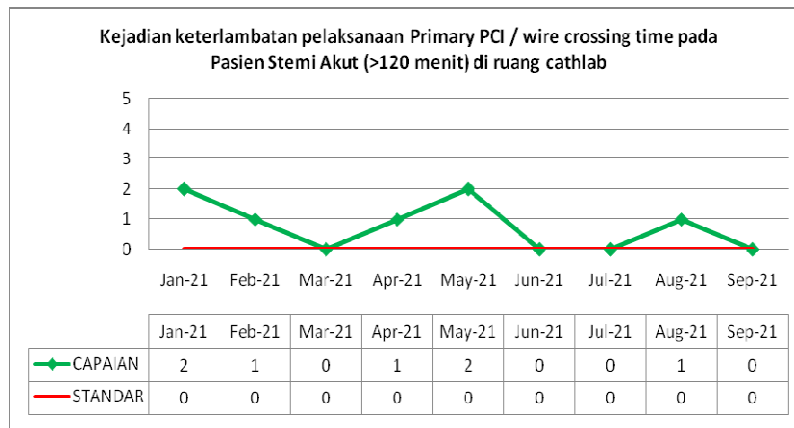


#### Analisa :

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



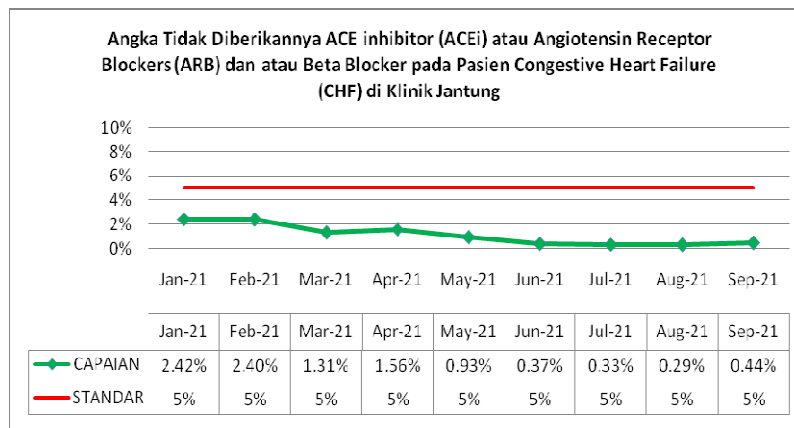
- 6) Kejadian keterlambatan pelaksanaan *Primary PCI / wire crossing time* pada Pasien Stemi Akut (>120 menit) di ruang cathlab



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian keterlambatan pelaksanaan *Primary PCI / wire crossing time* pada Pasien Stemi Akut (>120 menit) di ruang cathlab, pada triwulan III belum mencapai standar. Bulan Agustus ada yang lebih dari 120 menit.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

- 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

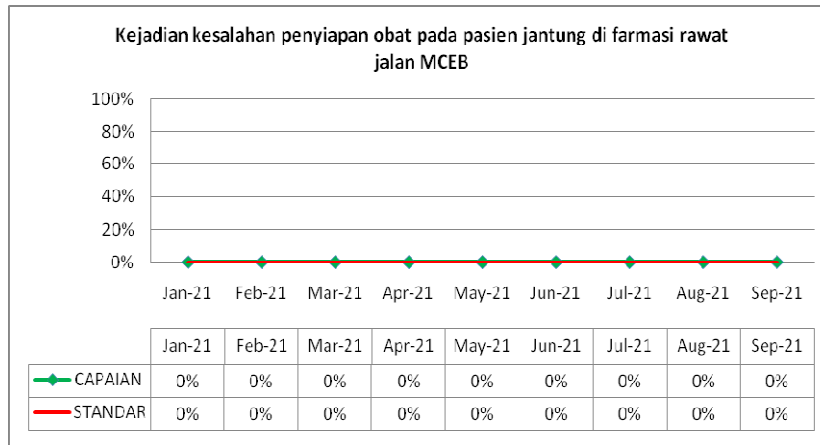


Analisa :

- 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 III adalah 0.35 %, telah mencapai standar < 5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.



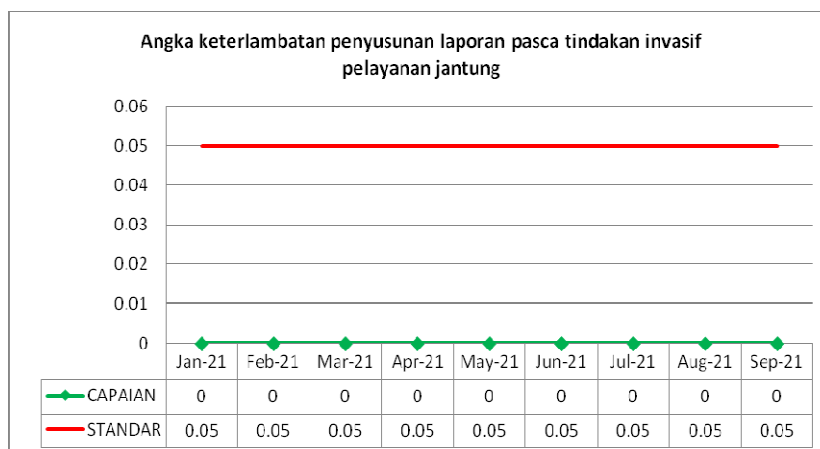
8) Kejadian kesalahan penyiapan obat pada pasien jantung di satelit farmasi rawat jalan MCEB



Analisa :

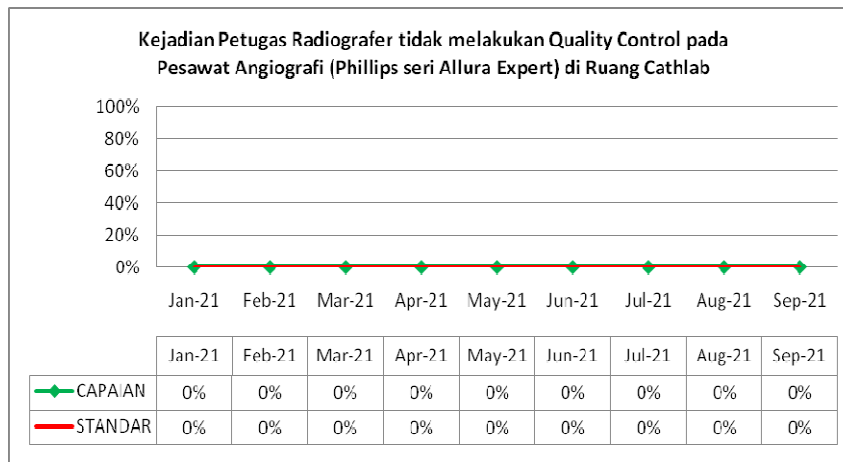
- Hasil capaian indikator mutu kejadian kesalahan penyiapan obat pada pasien jantung di satelit farmasi rawat jalan MCEB, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

9) Angka keterlambatan penyusunan laporan pasca tindakan invasif pelayanan jantung

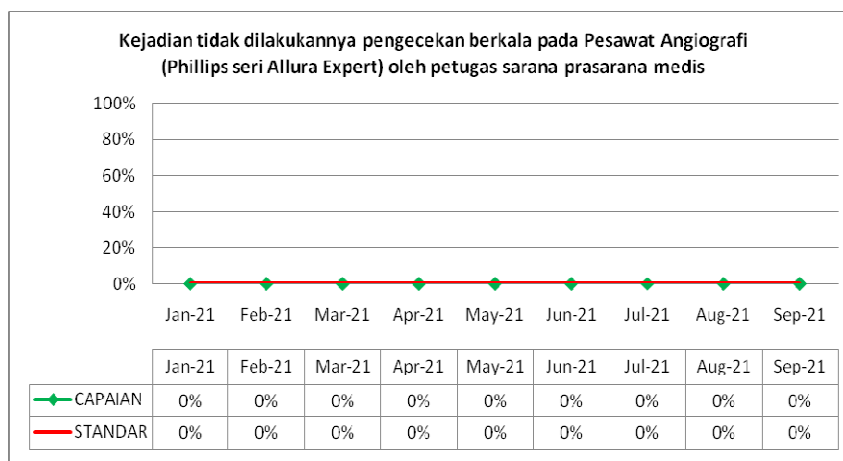


Analisa :

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

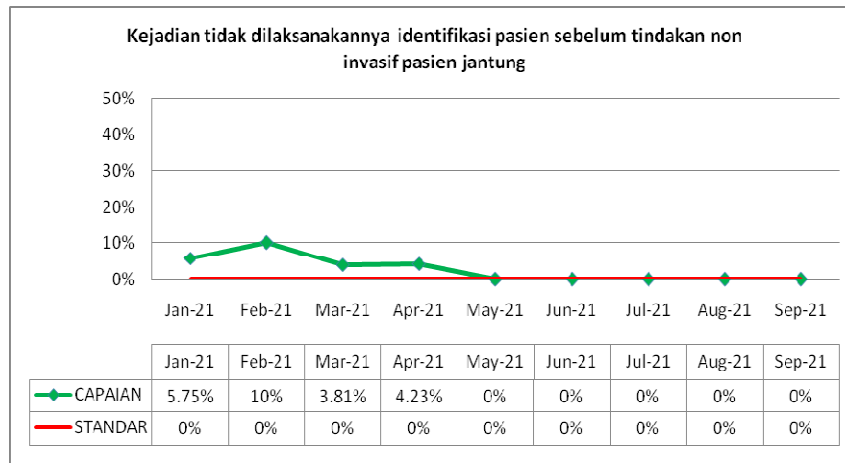
**2) Kejadian tidak dilakukannya pengecekan berkala pada pada Pesawat Angiografi (*Phillips seri Allura Expert*) oleh petugas sarana prasarana medis**

**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 III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



c. Area Sasaran Keselamatan Pasien

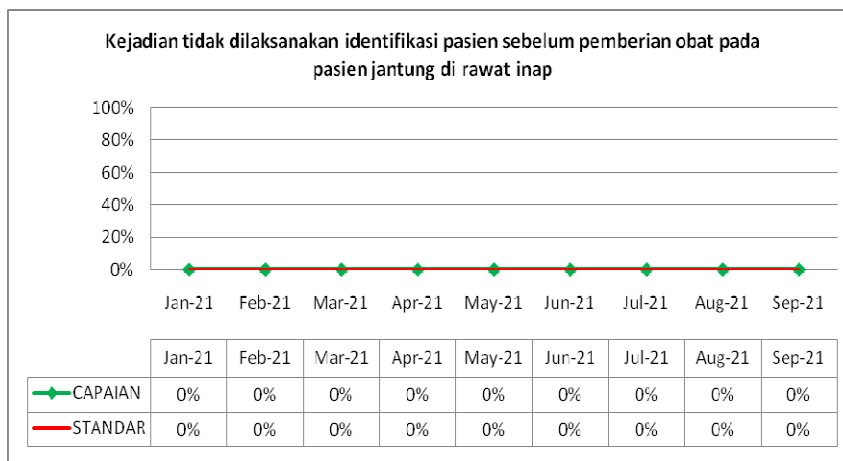
1) Kejadian tidak dilaksanakannya identifikasi pasien sebelum tindakan non invasif pasien jantung



Analisa :

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

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

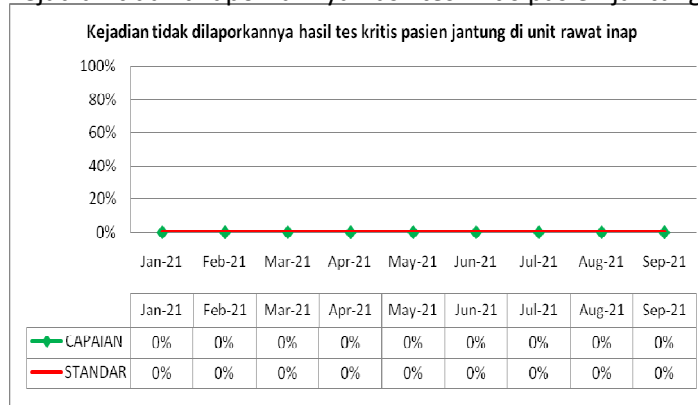


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak dilaksanakannya identifikasi pasien sebelum pemberian obat pada pasien jantung di rawat inap, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



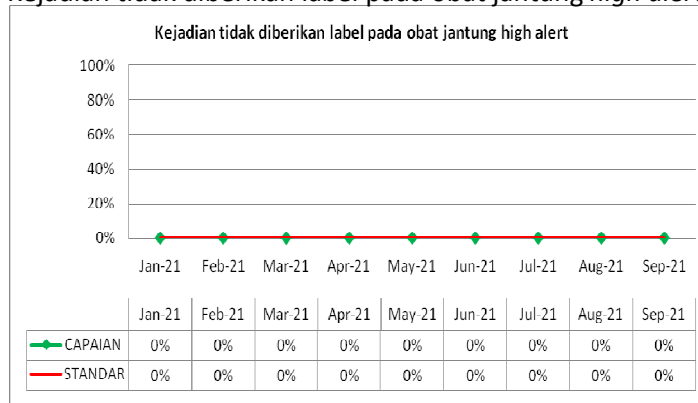
### 3) Kejadian tidak dilaporkannya hasil tes kritis pasien jantung di unit rawat inap



Analisa :

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

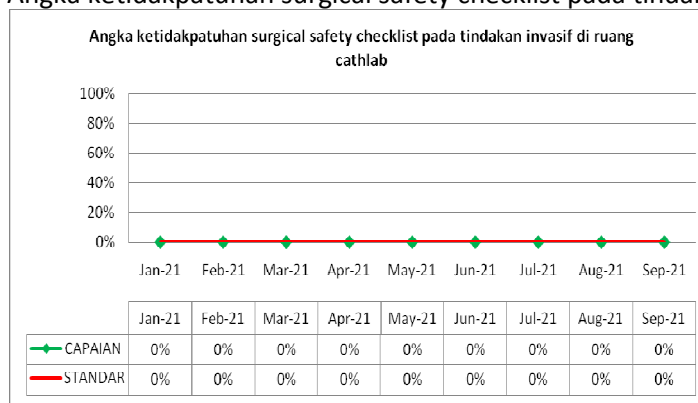
### 4) Kejadian tidak diberikan label pada obat jantung *high alert*



Analisa :

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

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

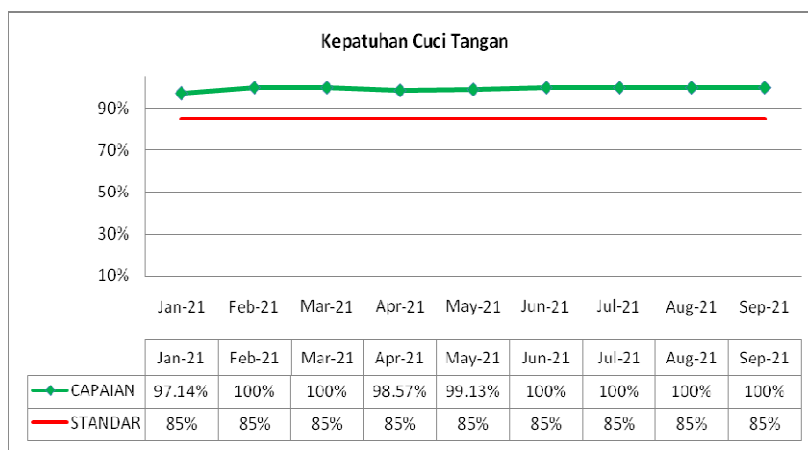


Analisa :

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



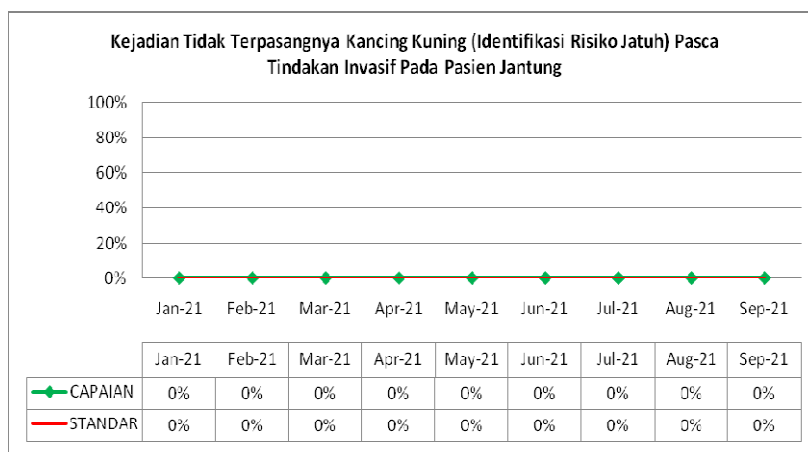
## 6) Kepatuhan Cuci Tangan



### Analisa :

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

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



### Analisa :

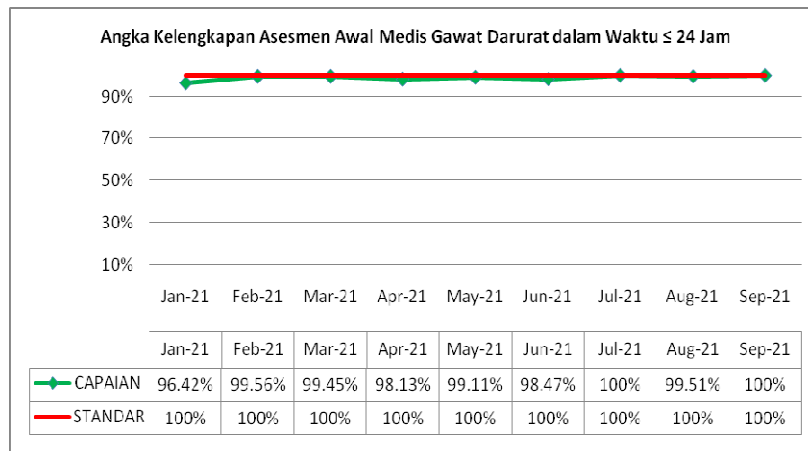
- Hasil capaian indikator mutu angka tidak terpasangnya kancing kuning (identifikasi risiko jatuh) pasca tindakan invasif pada pasien jantung, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



### 3. Indikator Mutu Unit Kerja dan Unit Pelayanan

#### 1. Instalasi Gawat Darurat

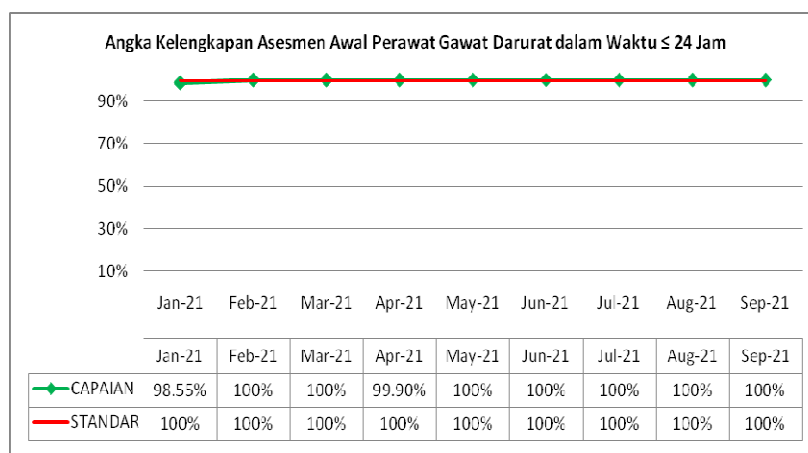
##### 1) Angka Kelengkapan Asesmen Awal Medis Gawat Darurat dalam Waktu $\leq 24$ Jam



#### Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal medis gawat darurat dalam waktu  $\leq 24$  jam, pada triwulan III belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.
- Upaya perbaikan dengan mengingatkan dokter untuk melengkapi asesmen awal medis.

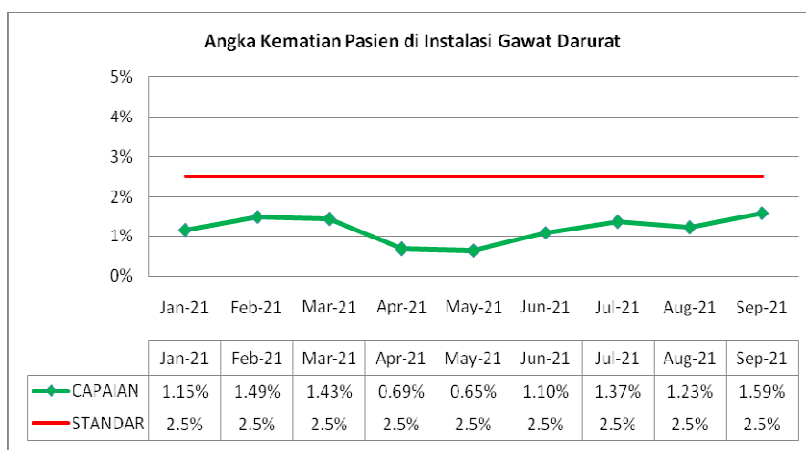
##### 2) Angka Kelengkapan Asesmen Awal Perawat Gawat Darurat dalam Waktu $\leq 24$ Jam



#### Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal perawat gawat darurat dalam waktu  $\leq 24$  jam, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

### 3) Angka Kematian Pasien di Instalasi Gawat Darurat

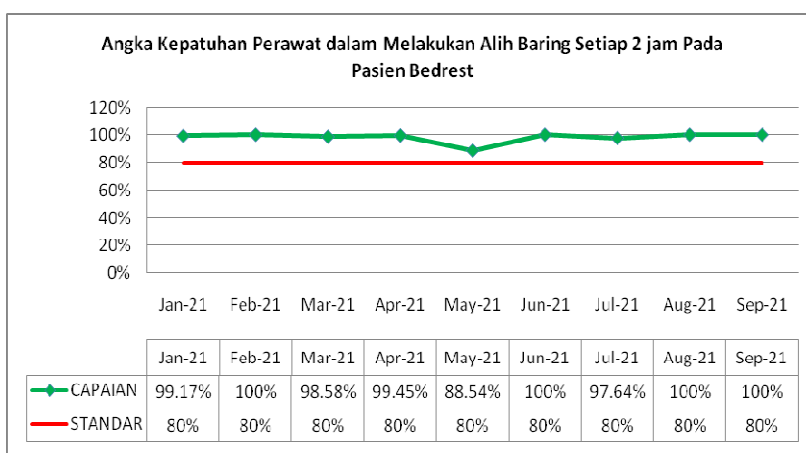


#### Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kematian pasien di IGD pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya

## 2. Instalasi Intensive Care Unit (ICU)

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



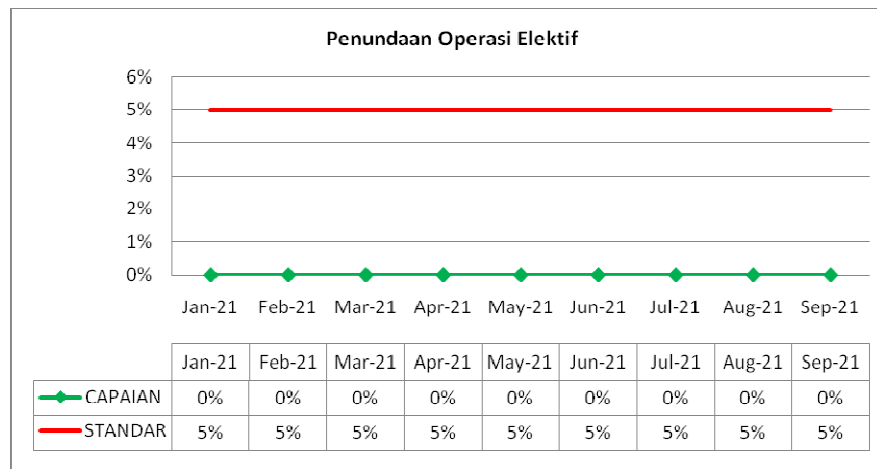
#### Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kepatuhan perawat dalam melakukan alih baring setiap 2 jam pada pasien bedrest, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.



### 3. Instalasi Bedah Sentral

#### 1) Penundaan Operasi Elektif

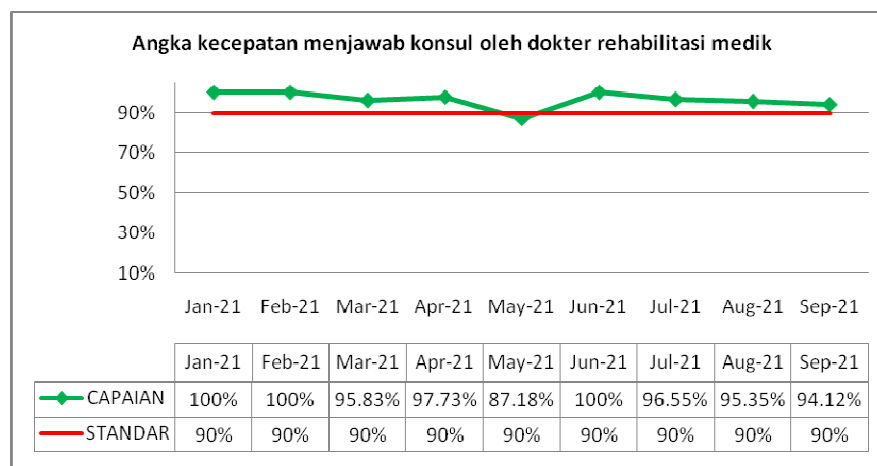


#### Analisa :

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

### 4. Instalasi Rehabilitasi Medik

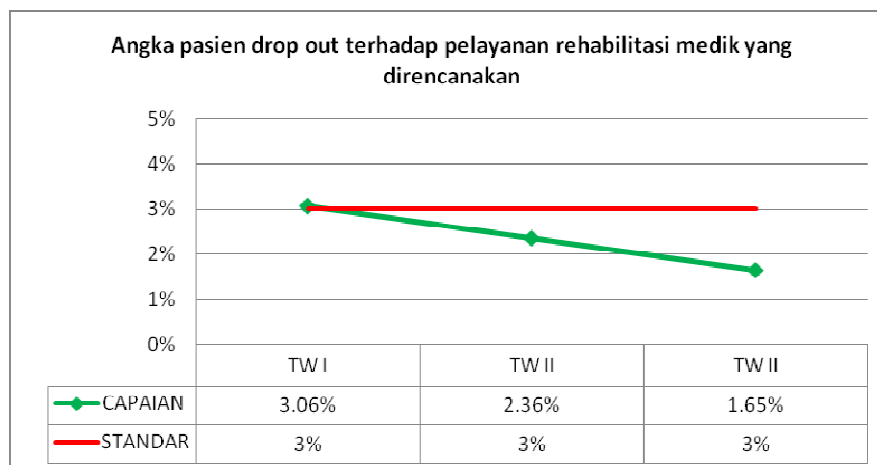
#### 1) Angka Kecepatan Menjawab Konsul oleh Dokter Rehabilitasi Medik



#### Analisa :

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

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

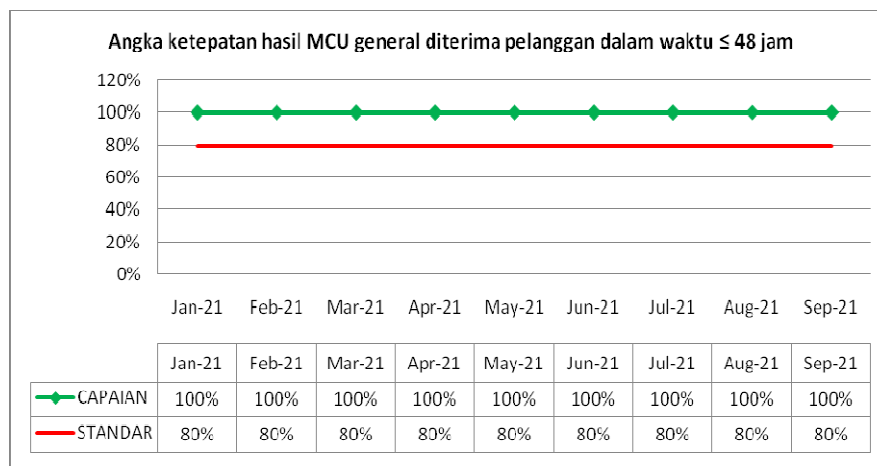


### Analisa :

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

## 5. Instalasi Medical Check Up

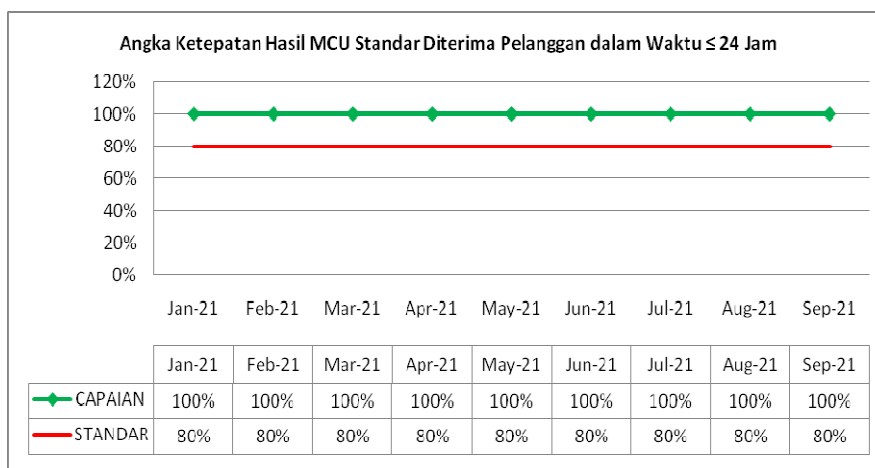
### 1) Angka Ketepatan Hasil MCU General Diterima Pelanggan dalam Waktu ≤ 48 Jam



### Analisa :

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

## 2) Angka Ketepatan Hasil MCU Standar Diterima Pelanggan dalam Waktu $\leq 24$ Jam

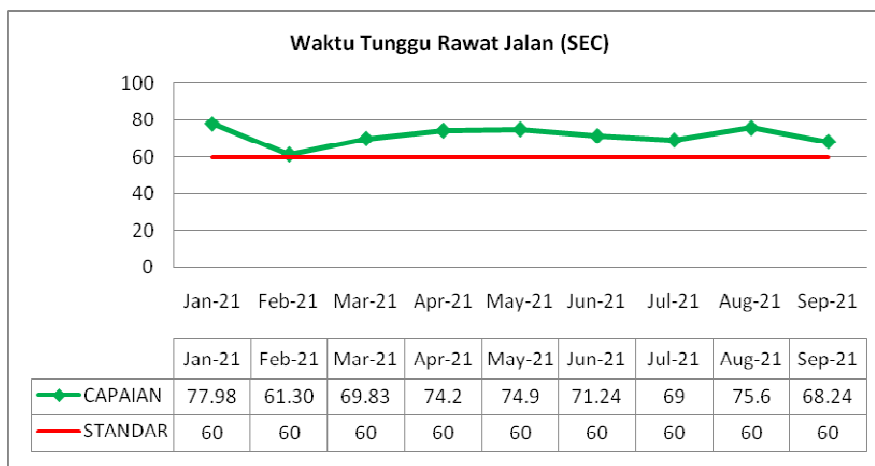


### Analisa :

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

## 6. Instalasi Sultan Agung Eye Center (SEC)

### 1) Waktu Tunggu Rawat Jalan

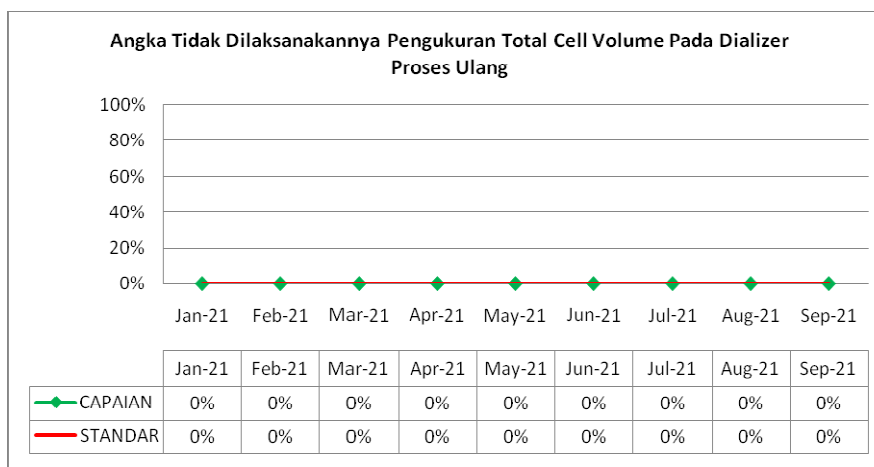


### Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan, pada triwulan III adalah 71 menit, belum mencapai standar  $< 60$  menit.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.
- Tindak lanjut : koordinasi instalasi rawat jalan dengan bidang pelayanan medis dan bagian pendaftaran.

## 7. Instalasi Hemodialisa

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

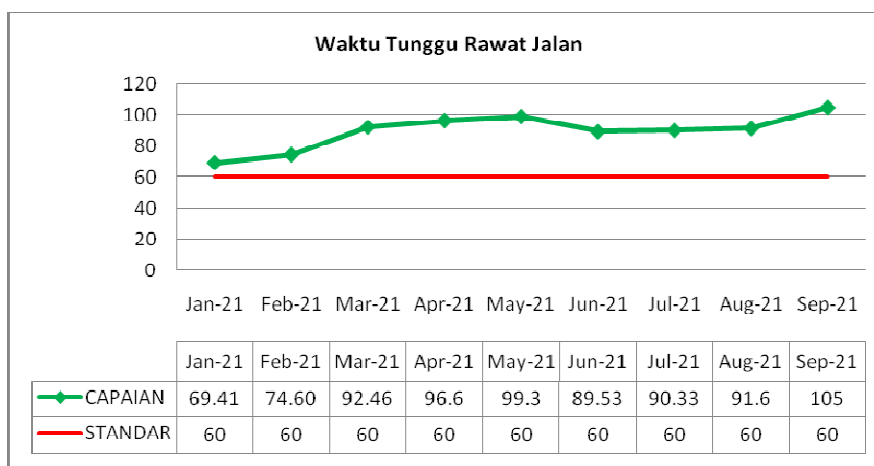


#### Analisa :

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

## 8. Instalasi Cardiovaskuler Center

### 1) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Cardiac Center)



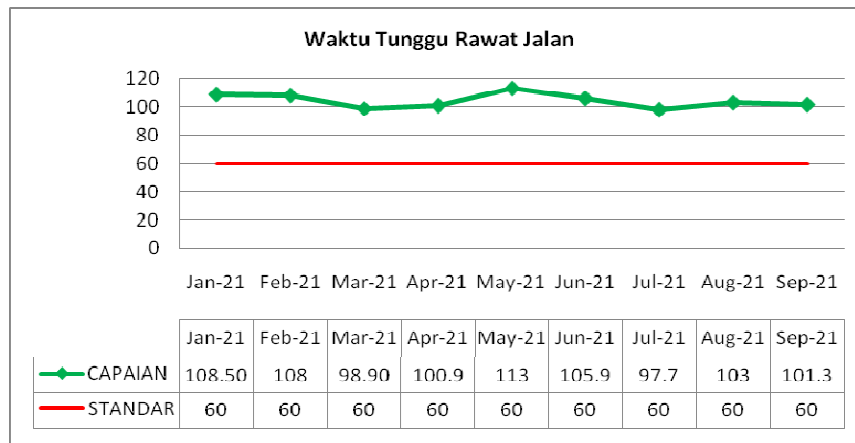
#### Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan di cardiac center, pada triwulan III belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.
- Tindak lanjut : koordinasi instalasi rawat jalan dengan bidang pelayanan medis dan bagian pendaftaran.



## 9. Instalasi Rawat Jalan

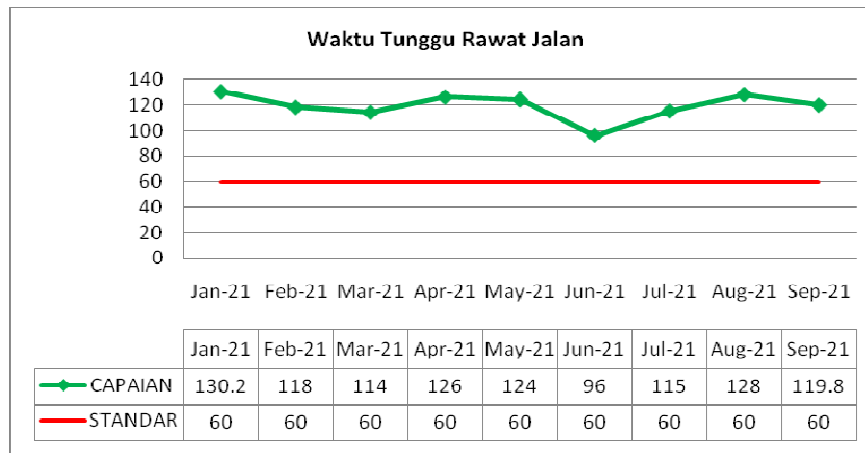
### 1) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik KIA)



#### Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan di Klinik Kesehatan Ibu dan Anak, pada triwulan III adalah 100 menit, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.
- Tindak lanjut : koordinasi instalasi rawat jalan dengan bidang pelayanan medis dan bagian pendaftaran.

### 2) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik Penyakit Dalam)

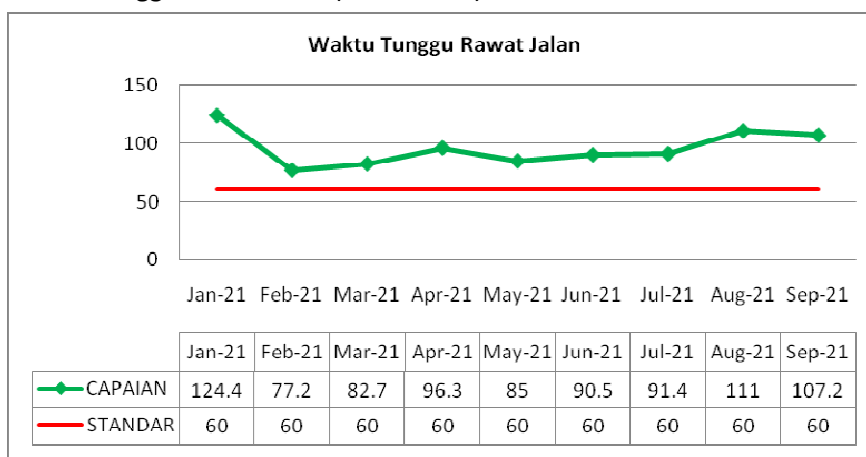


#### Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan di Klinik Penyakit Dalam, pada triwulan III adalah 120 menit, belum mencapai standar.
- Hasil capaian triwulan II lebih baik bila dibandingkan dengan triwulan III.
- Tindak lanjut : koordinasi instalasi rawat jalan dengan bidang pelayanan medis dan bagian pendaftaran.



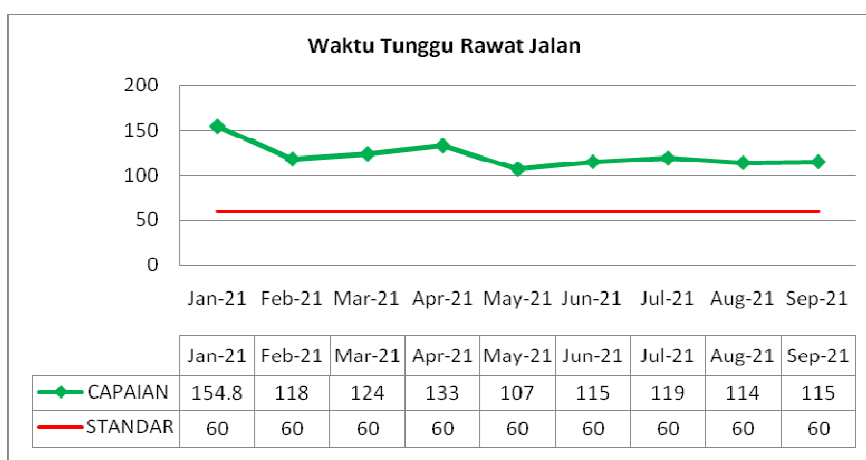
### 3) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik Saraf)



Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan di Klinik Saraf, pada triwulan III belum mencapai standar.
- Hasil capaian triwulan II lebih baik bila dibandingkan dengan triwulan III.
- Tindak lanjut : koordinasi instalasi rawat jalan dengan bidang pelayanan medis dan bagian pendaftaran.

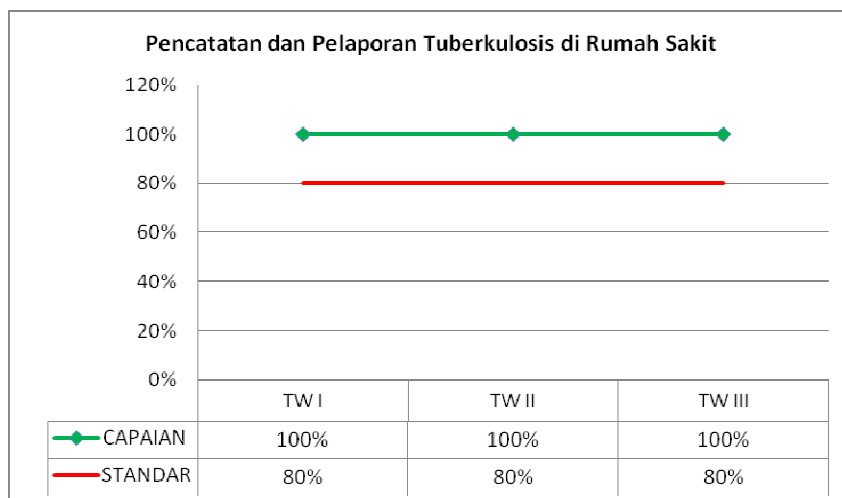
### 4) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik Bedah)



Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan di Klinik Bedah, pada triwulan III belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.
- Tindak lanjut : koordinasi instalasi rawat jalan dengan bidang pelayanan medis dan bagian pendaftaran.

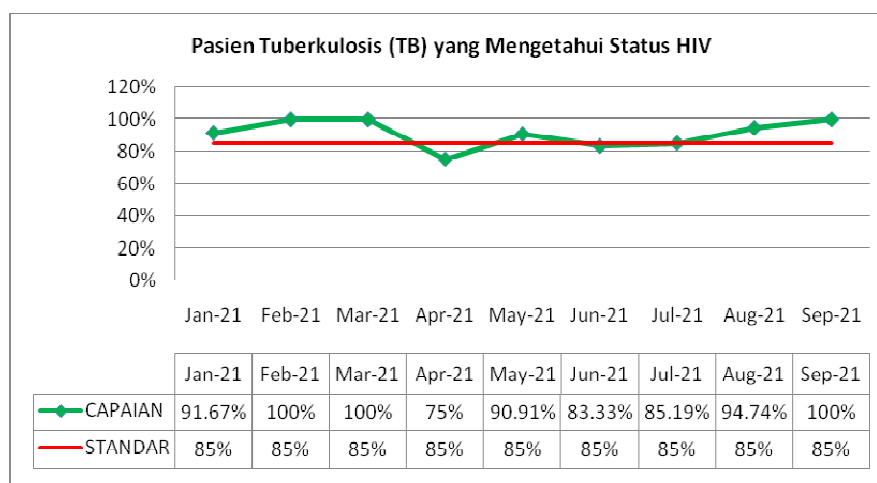
## 5) Pencatatan dan Pelaporan Kasus Tuberculosis



### Analisa :

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

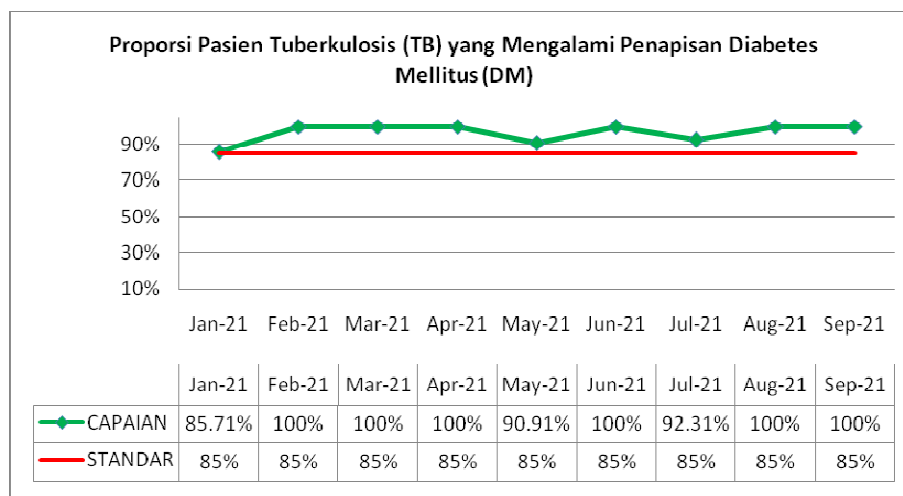
## 6) Pasien Tuberculosis yang Mengetahui Status HIV



### Analisa :

- Capaian indikator mutu pasien tuberculosis yang mengetahui status HIV, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

## 7) Proporsi Pasien Tuberkulosis yang Mengalami Penapisan Diabetes Melitus



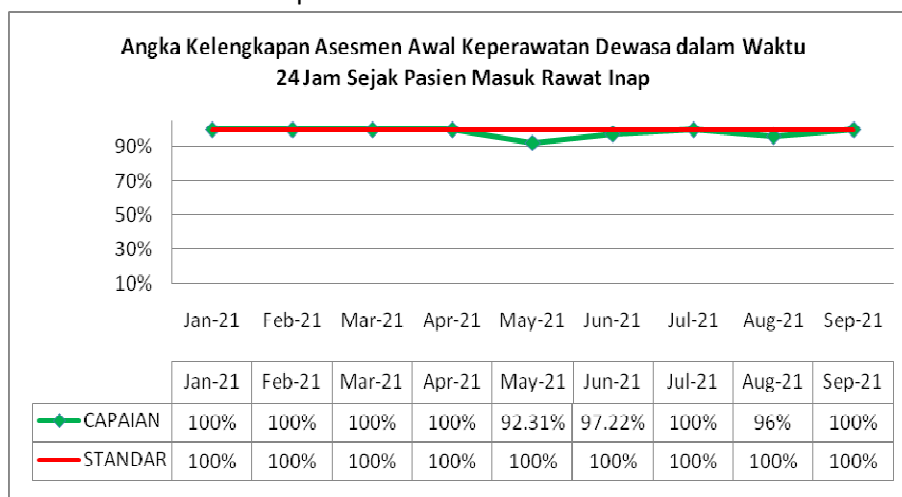
Analisa :

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

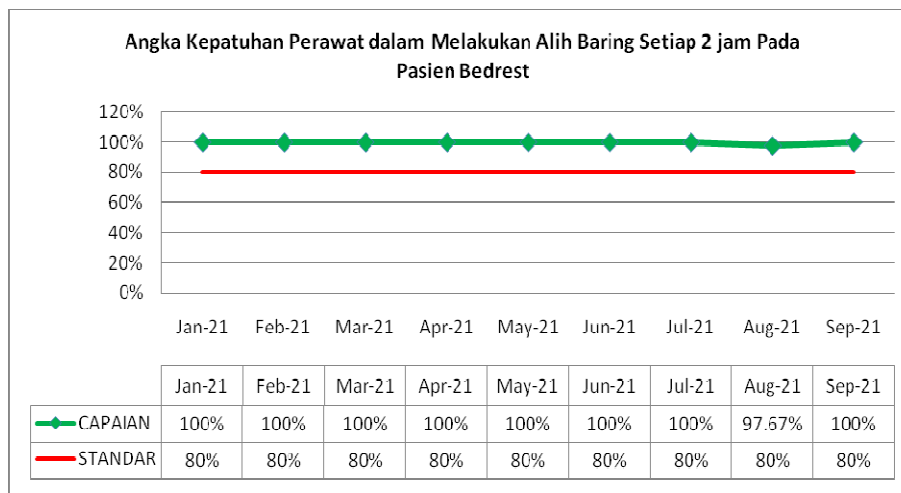


Analisa :

- Capaian indikator angka kelengkapan asesmen awal keperawatan dewasa dalam waktu 24 jam sejak pasien masuk rawat inap, pada triwulan III belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.
- Upaya perbaikan dengan mengingatkan perawat untuk melengkapi asesmen awal keperawatan dewasa dalam waktu 24 jam.

b) Darul Muqomah

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

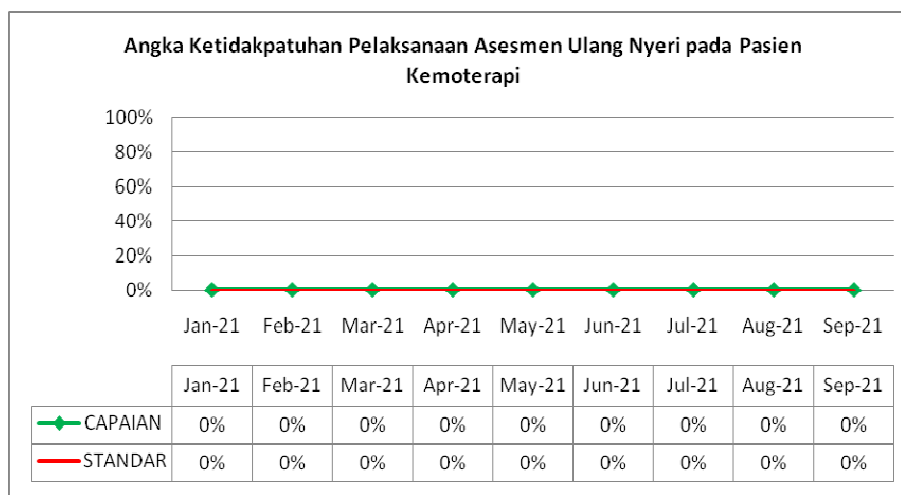


Analisa :

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

c) Ma'wa

1) Angka Ketidakpatuhan Pelaksanaan Asesmen Ulang Nyeri pada Pasien Kemoterapi

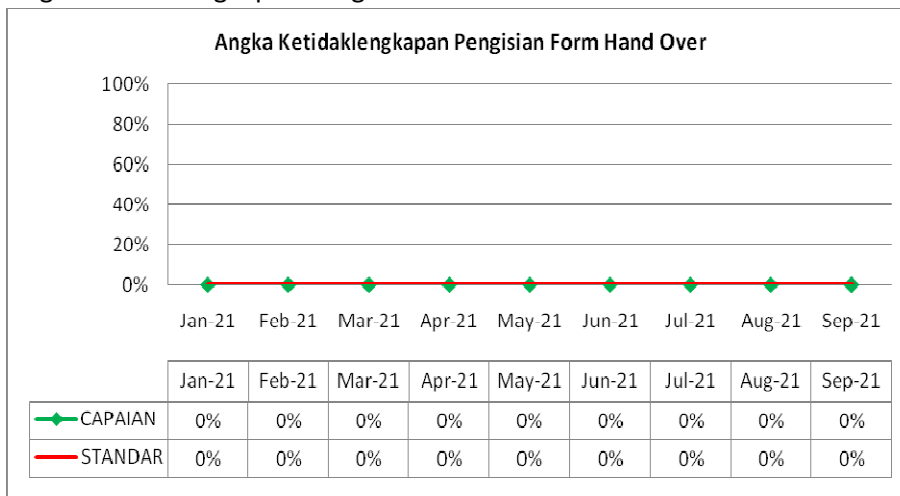


Analisa :

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

d) Darussalam

1) Angka Ketidaklengkapan Pengisian Form Hand Over

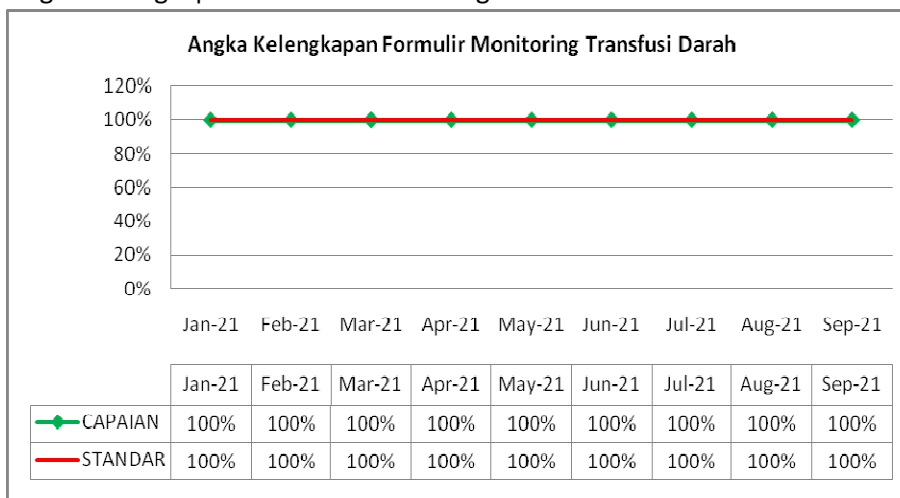


Analisa :

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

e) Baitus Salam 1

1) Angka Kelengkapan Formulir Monitoring Transfusi Darah

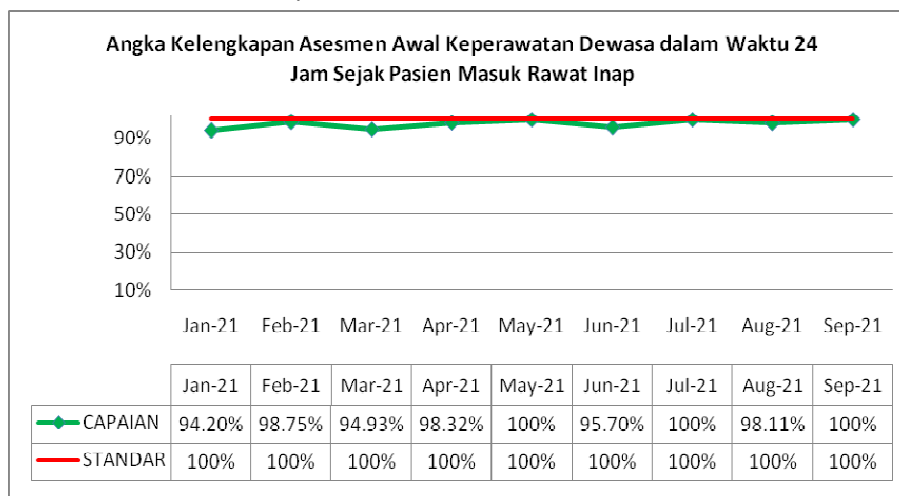


Analisa :

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

f) Baitus Salam 2

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

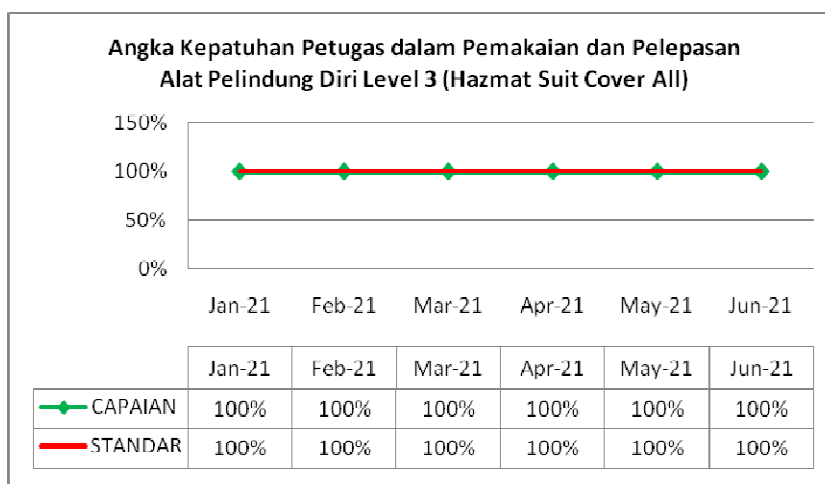


Analisa :

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

g) Baitul Athfal

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



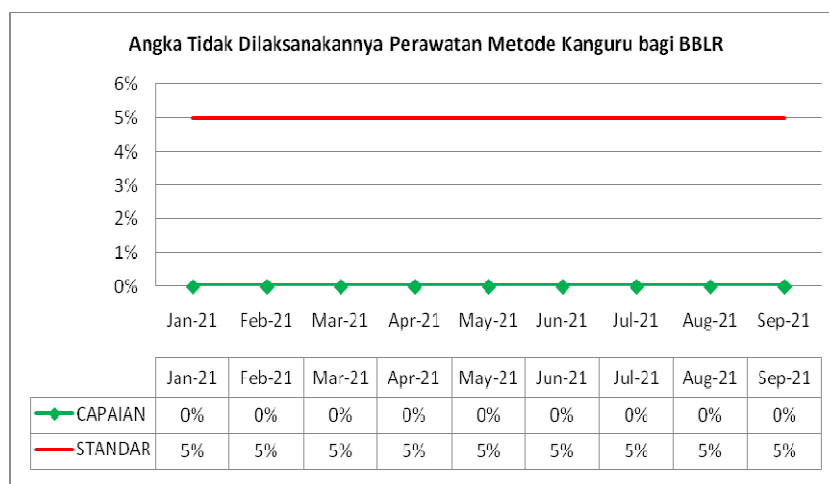
Analisa :

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

11. Instalasi Peristri

a. Kamar Bayi

1) Angka Tidak Dilaksanakannya Perawatan Metode Kanguru bagi BBLR

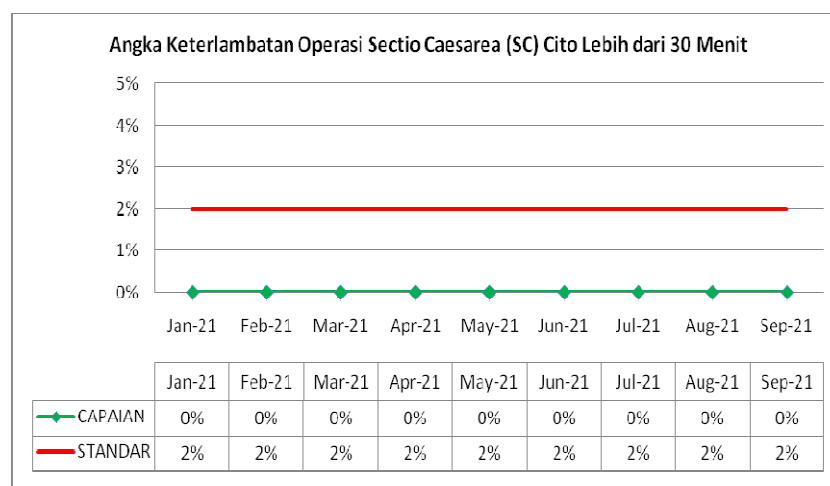


Analisa :

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

b. Kamar Bersalin

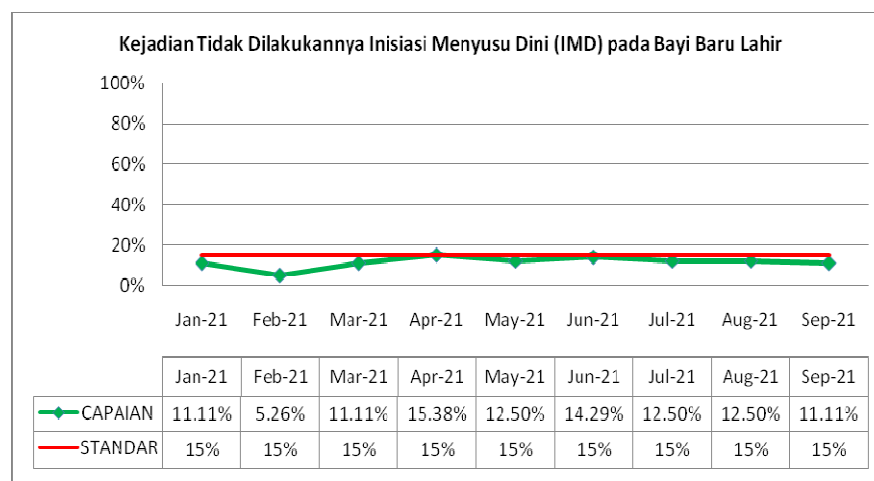
1) Angka Keterlambatan Operasi Sectio Caesarea (SC) Cito Lebih dari 30 Menit



Analisa :

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

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

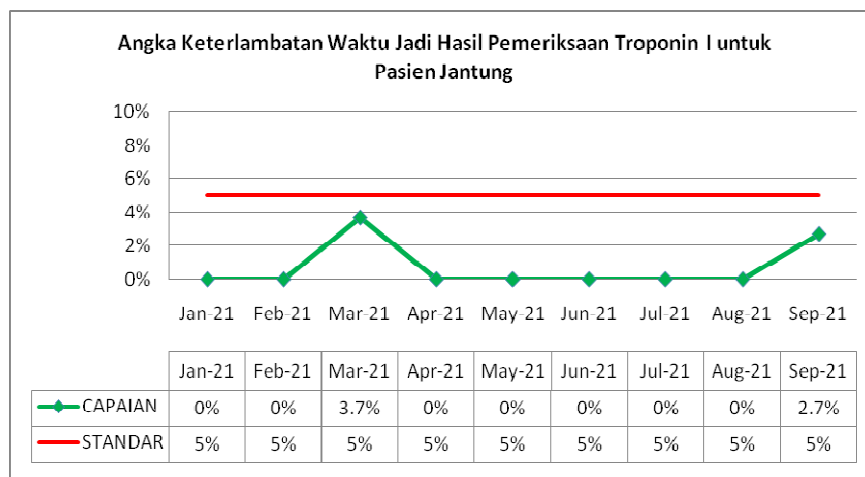


Analisa :

- Capaian indikator mutu kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir, pada triwulan III adalah 12%, telah mencapai standar < 15%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

## I. Instalasi Laboratorium

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

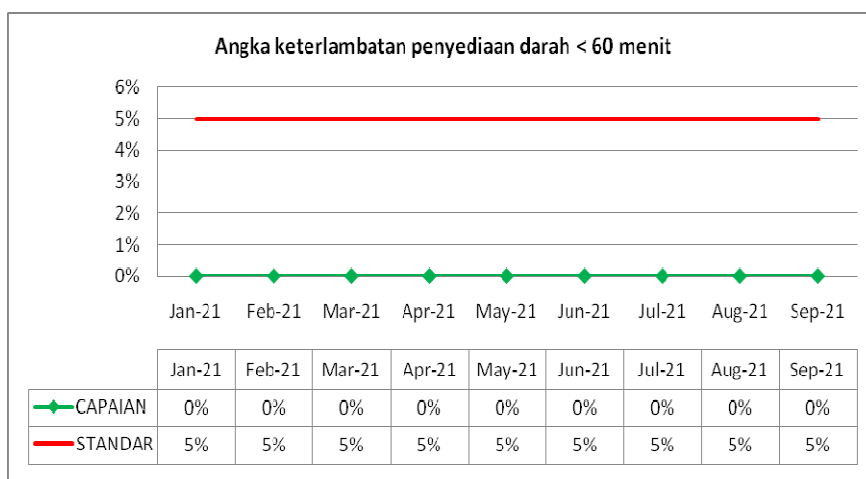


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung, pada triwulan III adalah 0.9%, telah mencapai standar < 5%.



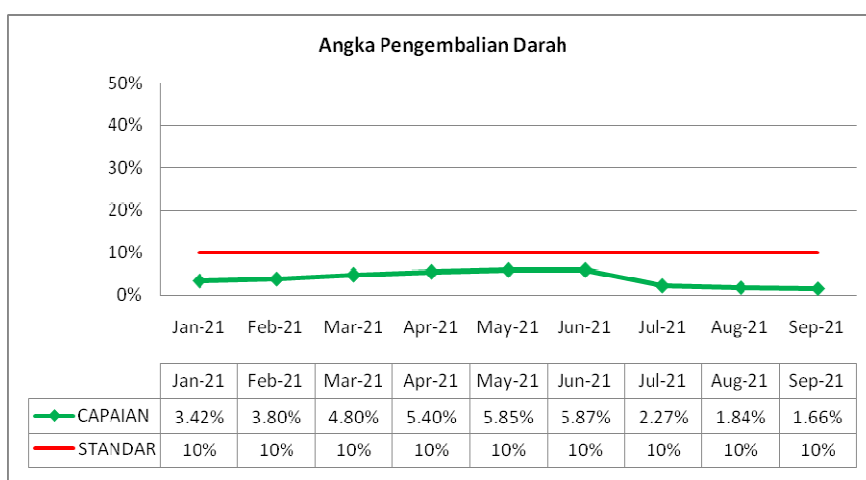
## 2) Angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit



### Analisa :

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

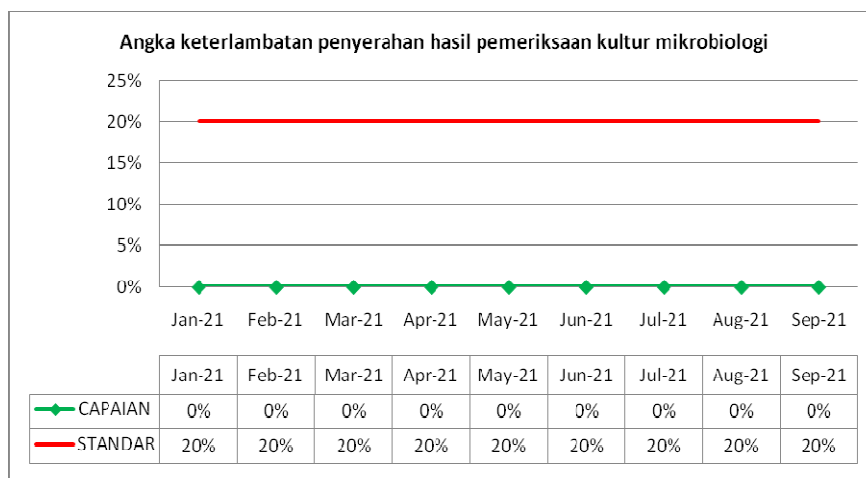
## 3) Angka Pengembalian Darah



### Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka pengembalian darah, pada triwulan III adalah 2%, telah mencapai standar < 10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik

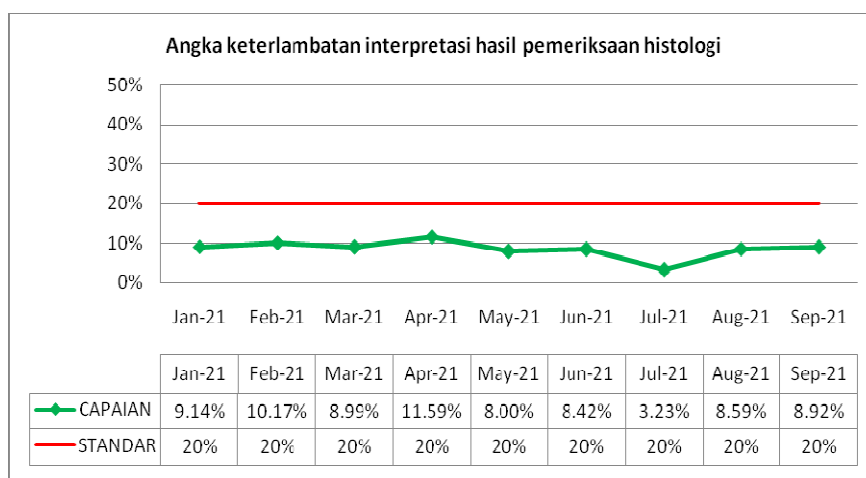
### 3) Angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan kultur mikrobiologi



#### Analisa :

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

### 4) Angka keterlambatan interpretasi hasil pemeriksaan histologi

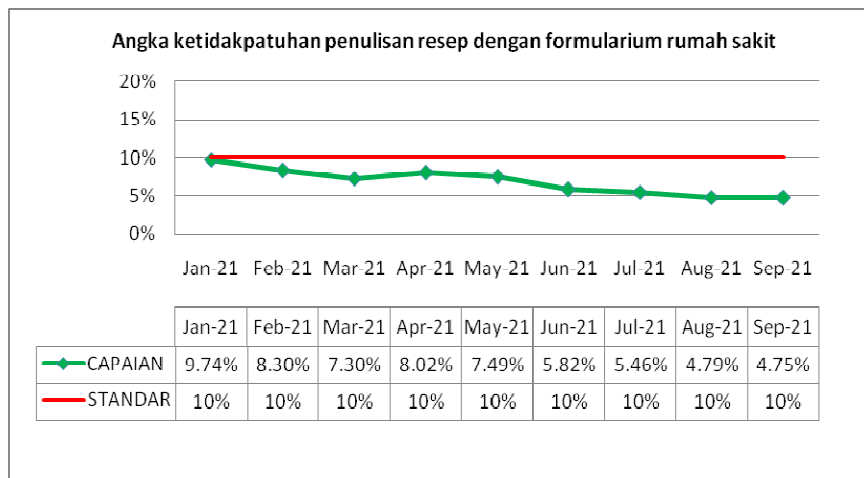


#### Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan interpretasi hasil pemeriksaan histologi, pada triwulan III adalah 6.9%, telah mencapai standar <20%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

m. Instalasi Farmasi

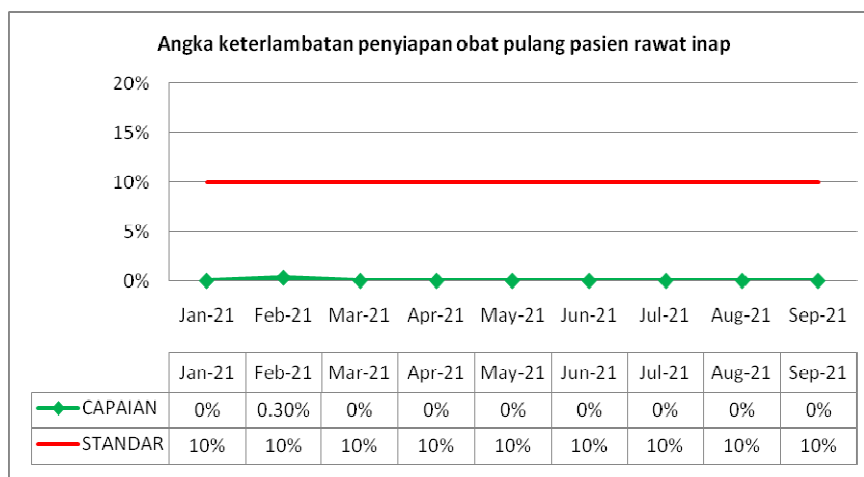
1) Angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit, pada triwulan III adalah 5%, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

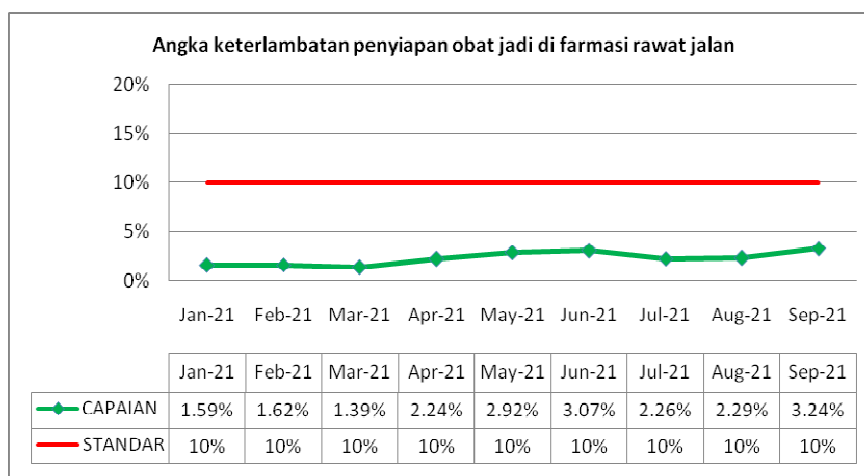
2) Angka keterlambatan penyiapan obat pulang pasien rawat inap



Analisa :

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

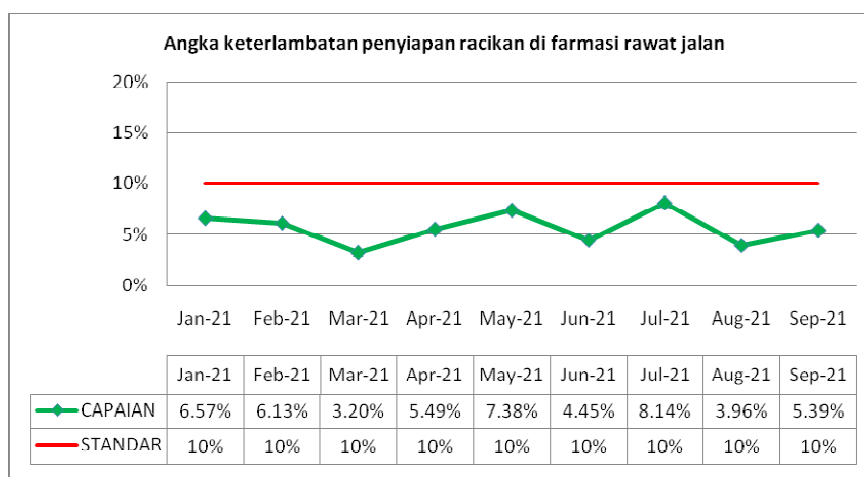
### 3) Angka keterlambatan penyiapan obat jadi di farmasi rawat jalan



#### Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyiapan obat jadi di farmasi rawat jalan, pada triwulan III adalah 2.6 %, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

### 4) Angka keterlambatan penyiapan obat racikan di farmasi rawat jalan

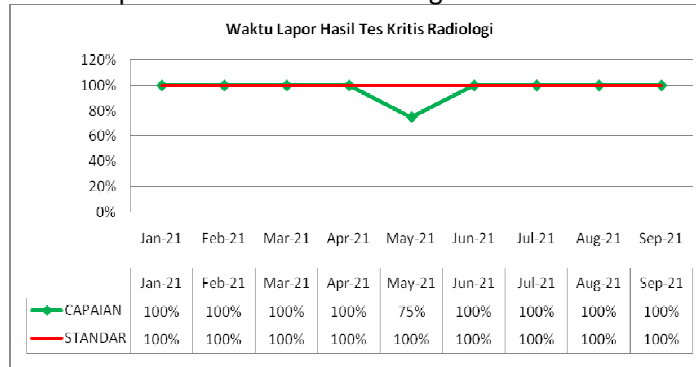


#### Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyiapan obat racikan di farmasi rawat jalan pada triwulan III adalah 5.8 %, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

n. Instalasi Radiologi

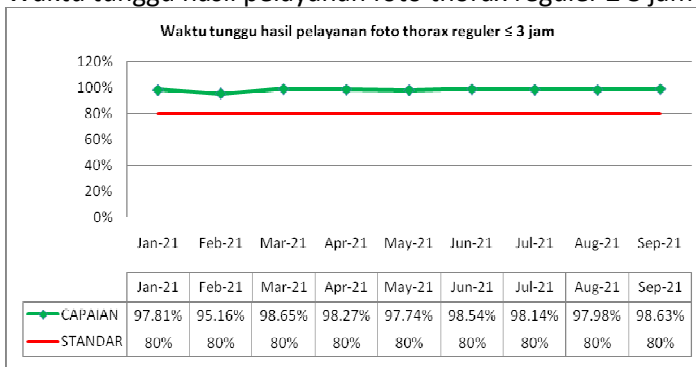
1) Waktu Lapor Hasil tes Kritis Radiologi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu lapor hasil tes kritis radiologi, pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

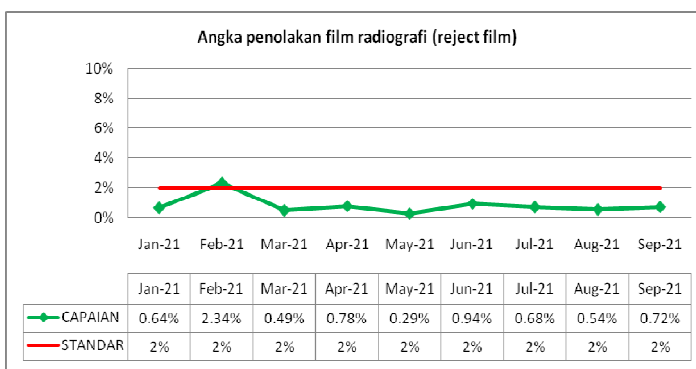
2) Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax reguler  $\leq 3$  jam



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax reguler  $\leq 3$  jam, pada triwulan III adalah 98%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

3) Angka Penolakan Film Radiografi (Reject Film)

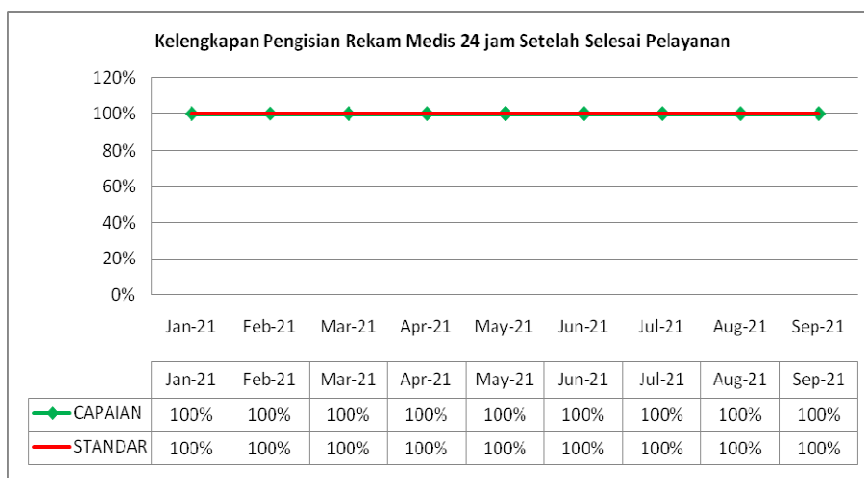


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka penolakan film radiografi (reject film), pada triwulan III adalah 0.65%, telah mencapai standar  $< 2\%$ .
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

o. Instalasi Rekam Medis

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

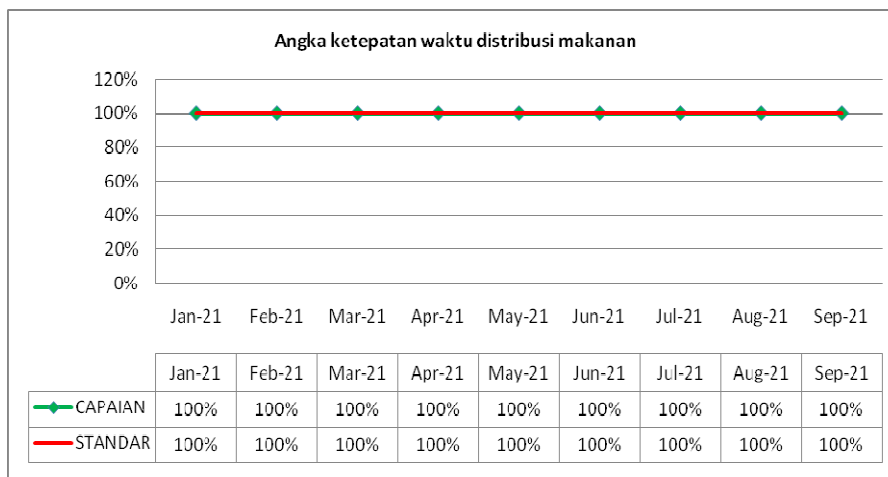


Analisa :

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

p. Instalasi Gizi

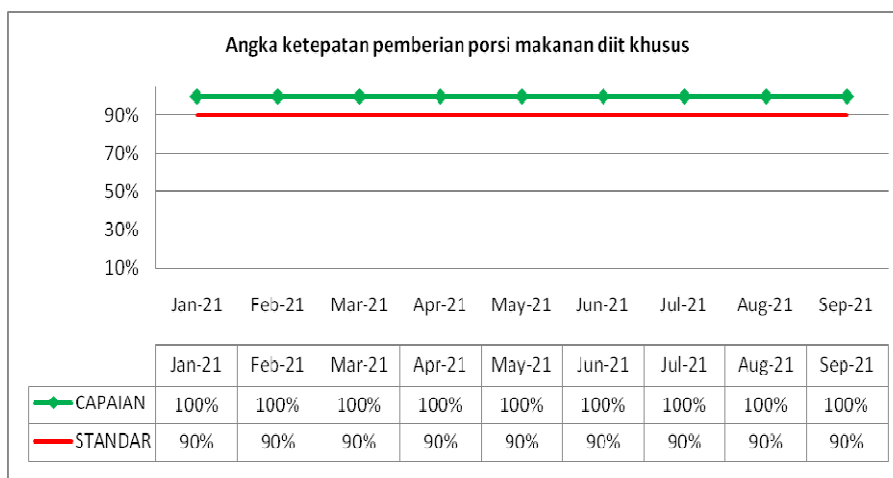
1) Ketepatan waktu distribusi makanan



Analisa :

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

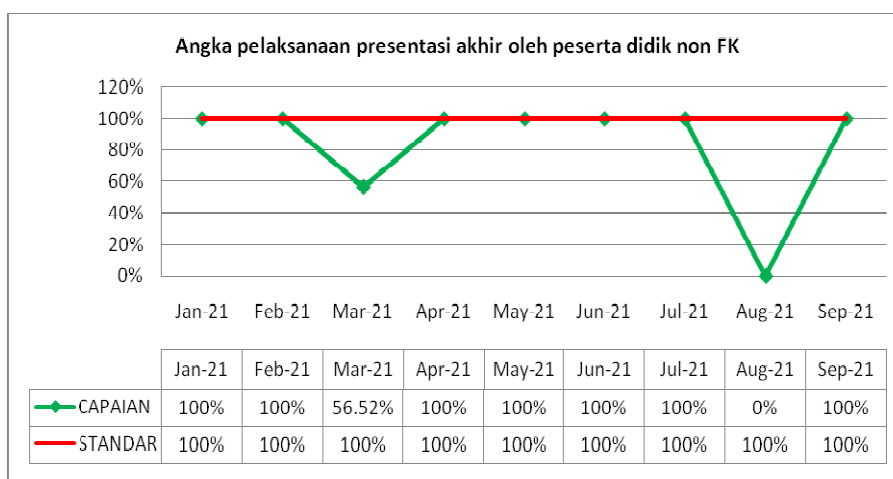
## 2) Angka Ketepatan Pemberian Porsi Makanan Diit Khusus



### Analisa :

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

## q. Bagian Pendidikan



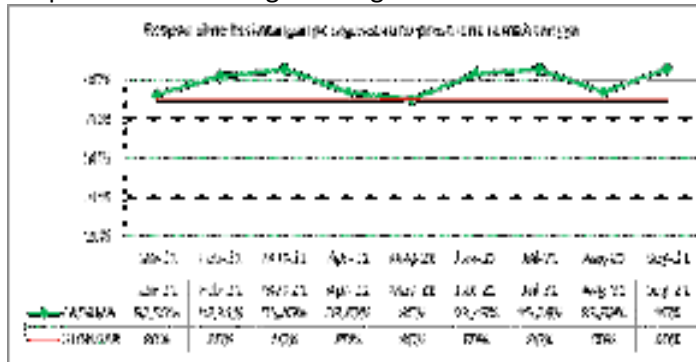
### Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka pelaksanaan presentasi akhir oleh peserta didik non FK, pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar. Pada bulan Agustus tidak ada peserta didik di RSISA.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



## r. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Pra Sarana Rumah Sakit (IPSRs)

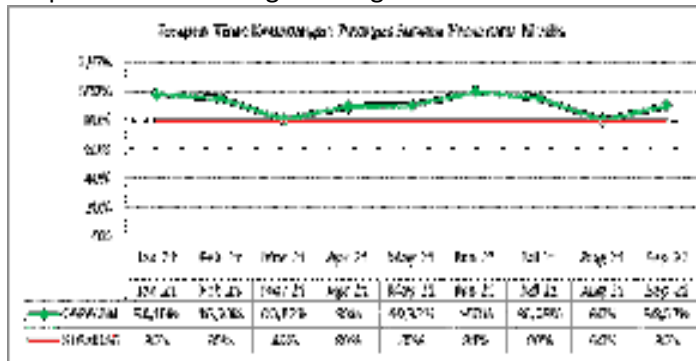
## 1) Respon Time Kedatangan Petugas Sarana Prasarana Rumah Tangga



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tanggap kerusakan sarana rumah tangga, pada triwulan III adalah 92%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

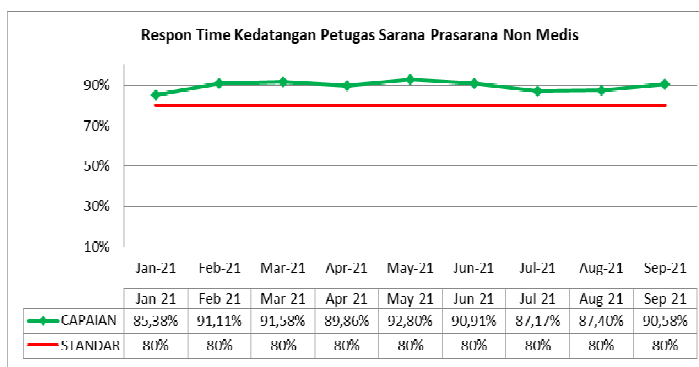
## 2) Respon Time Kedatangan Petugas Sarana Prasarana Medis



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu respon time kedatangan petugas sarana prasarana medis, pada triwulan III adalah 89%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

## 3) Respon Time Kedatangan Petugas Sarana Prasarana Non Medis

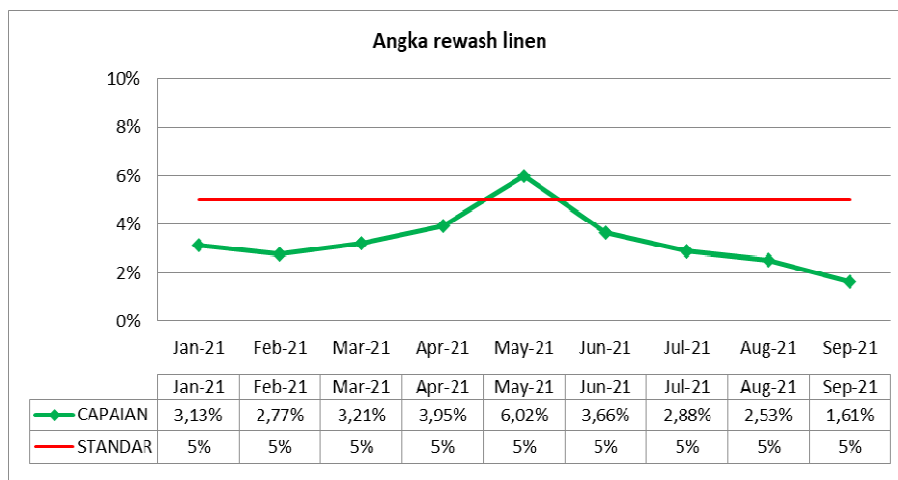


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu respon time kedatangan petugas sarana prasarana non medis, pada triwulan III adalah 88%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



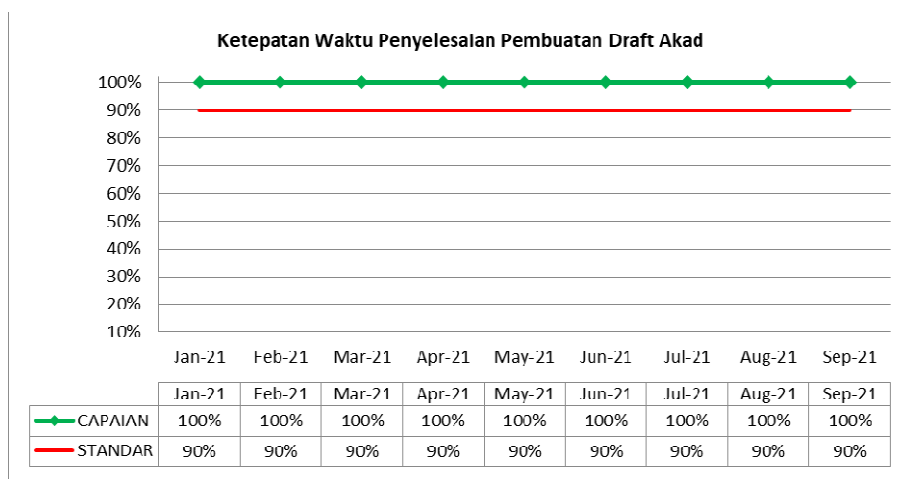
s. Bagian Umum  
 1) Angka Rewash Linen



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka rewash linen, pada triwulan III adalah 2.34%, telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

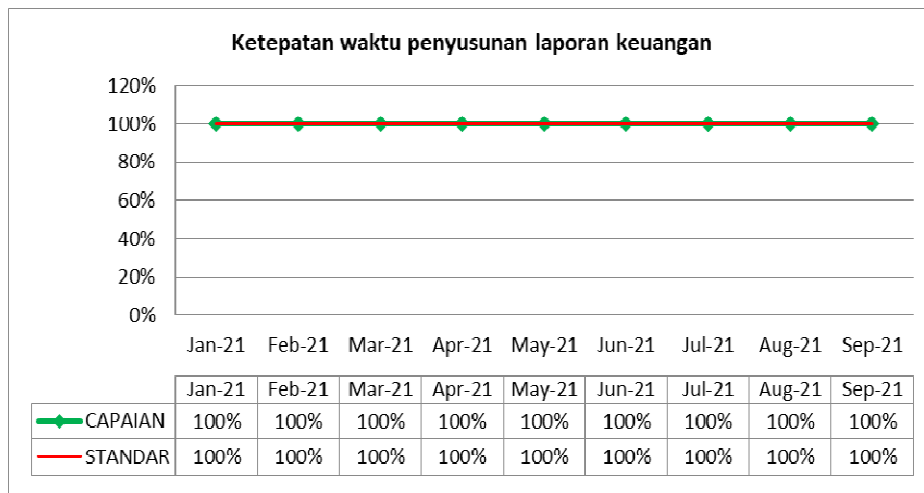
2) Ketepatan Waktu Penyelesaian Pembuatan Draft Akad



Analisa :

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

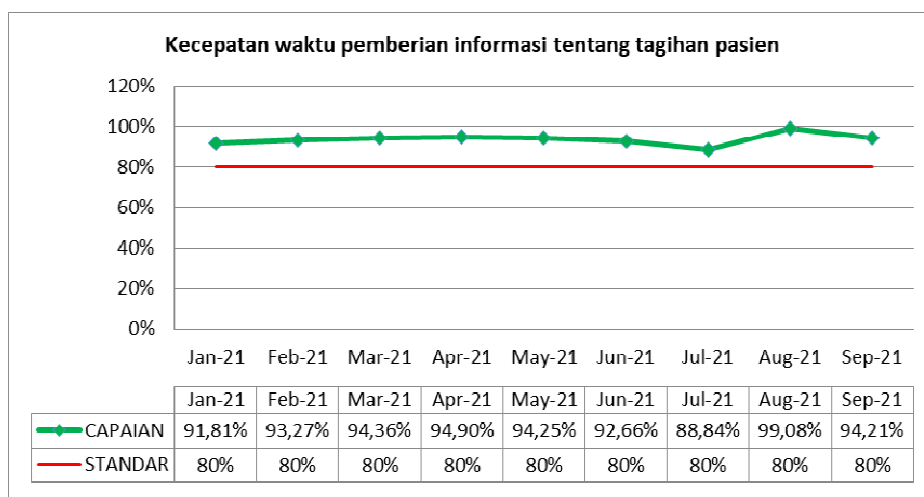
- t. Bagian Keuangan dan Akuntansi  
 1) Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan



Analisa :

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

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

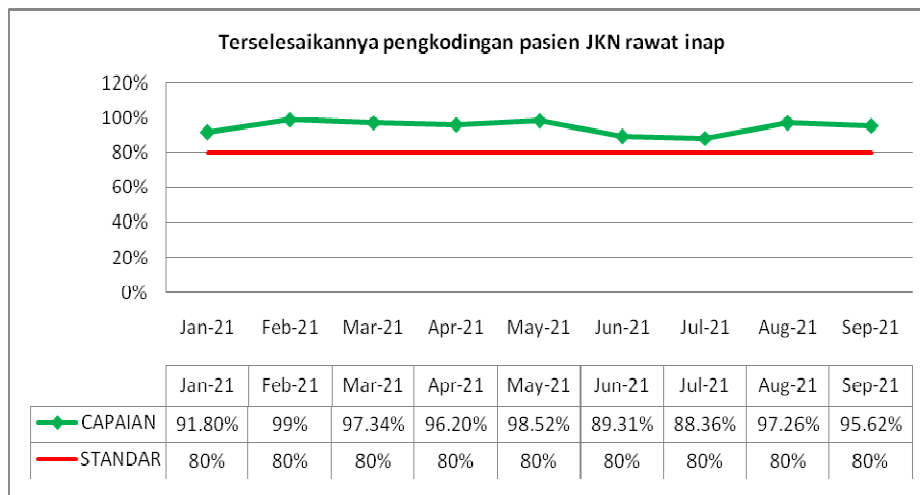


Analisa :

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

u. Bagian Casemix

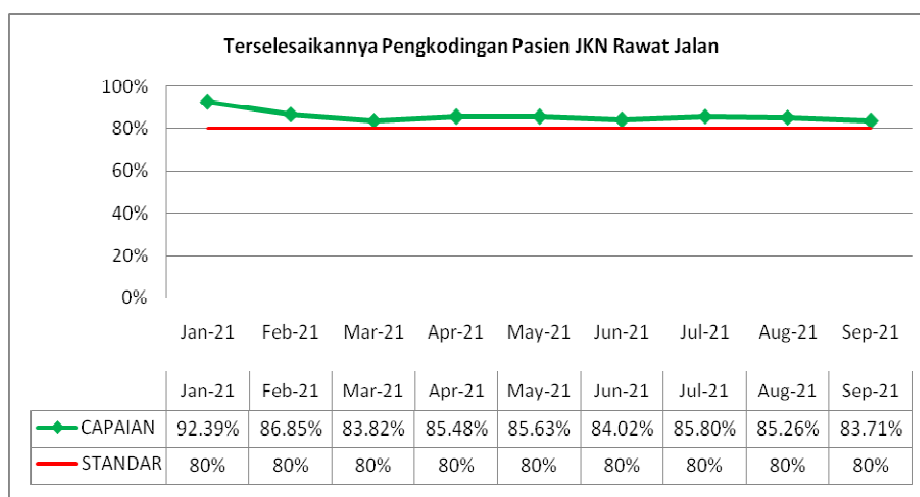
1) Terselaikannya Pengkodingan Pasien JKN Rawat Inap



Analisa :

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

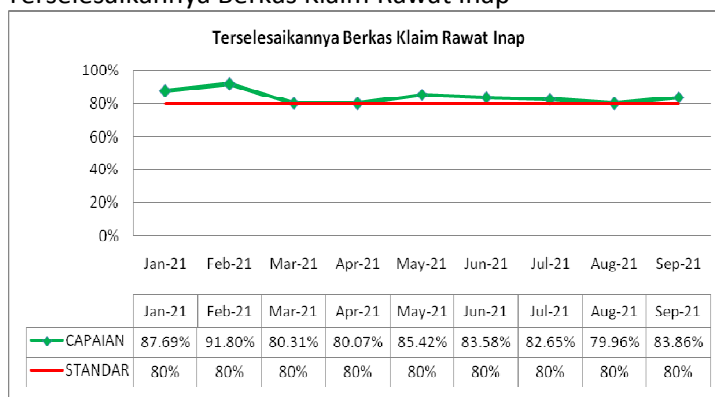
2) Terselaikannya Pengkodingan Pasien JKN Rawat Jalan



Analisa :

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

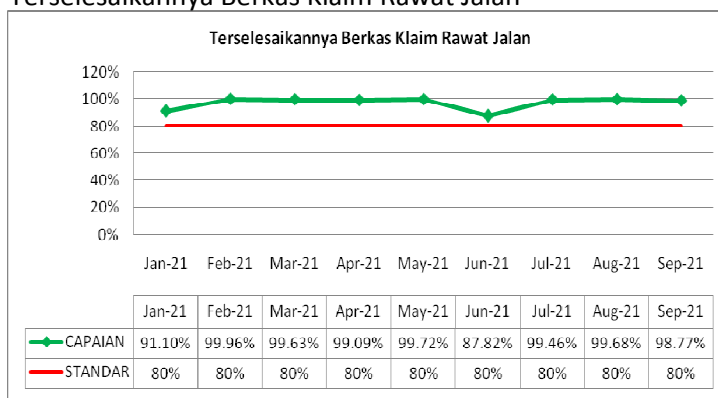
### 3) Terselesaikannya Berkas Klaim Rawat Inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu terselesaikannya berkas klaim rawat inap pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

### 4) Terselesaikannya Berkas Klaim Rawat Jalan

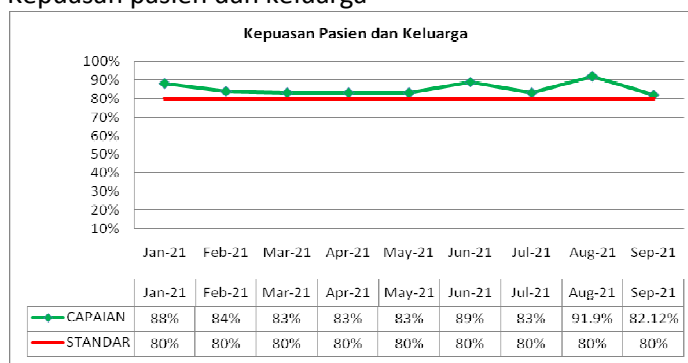


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

## v. Bagian Humas dan Kemitraan

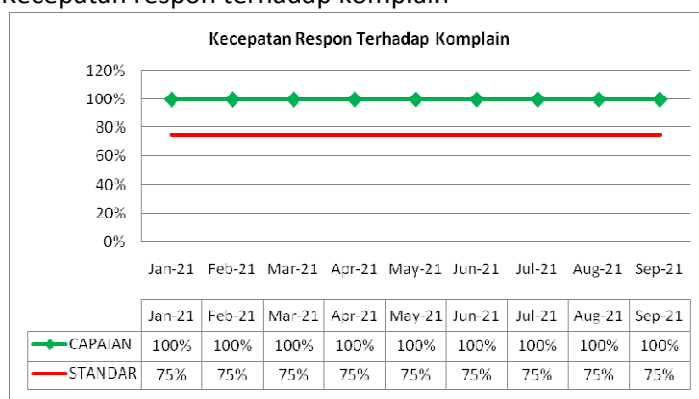
### 1) Kepuasan pasien dan keluarga



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepuasan pasien dan keluarga pada triwulan III adalah 86%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.
- Berdasarkan laporan unit Humas pada triwulan III tidak ada laporan tentang ketidakpuasan pelanggan terkait adanya peserta didik di RSISA.

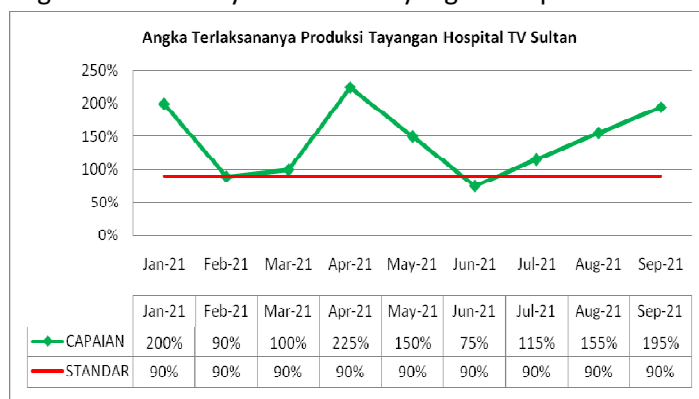
## 2) Kecepatan respon terhadap komplain



Analisa :

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

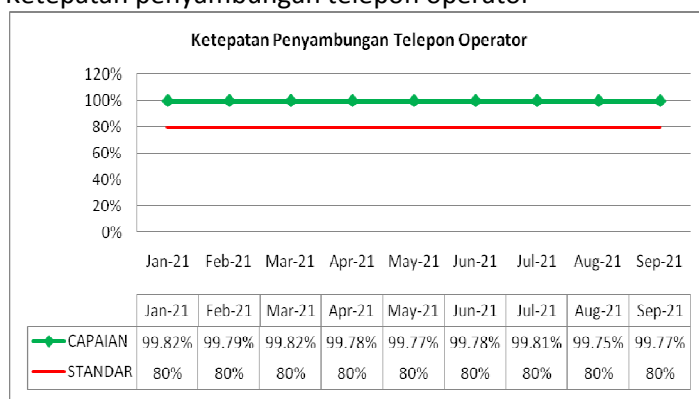
## 3) Angka Terlaksananya Produksi Tayangan Hospital TV Sultan Agung



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka terlaksananya produksi tayangan hospital TV Sultan Agung pada triwulan III adalah 155%, telah melebihi standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

## 4) Ketepatan penyambungan telepon operator



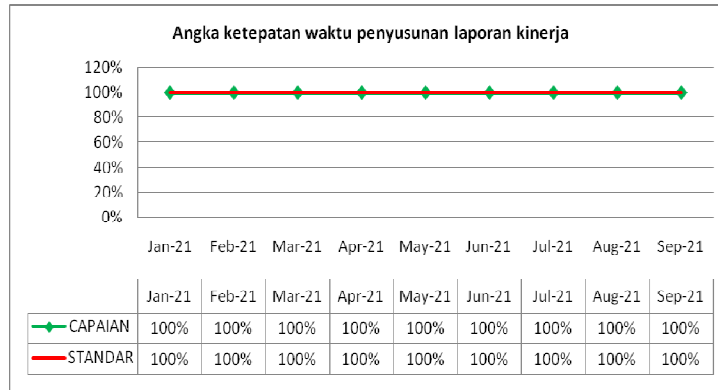
Analisa :

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



## w. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

## 1) Angka Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Kinerja

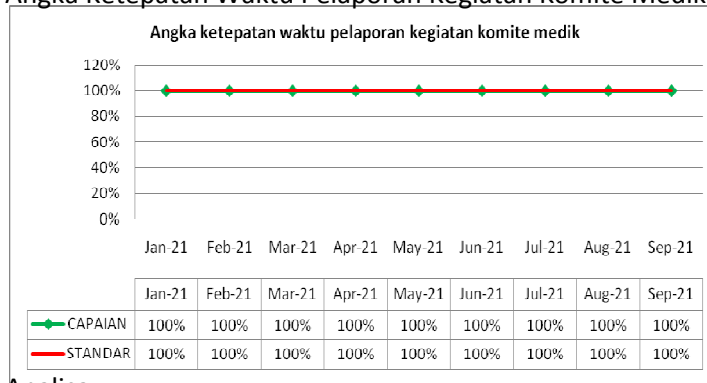


## Analisa :

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

## x. Komite Medik

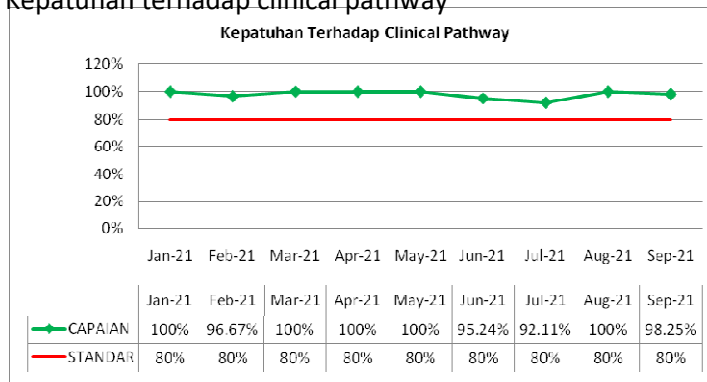
## 1) Angka Ketepatan Waktu Pelaporan Kegiatan Komite Medik



## Analisa :

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

## 2) Kepatuhan terhadap clinical pathway

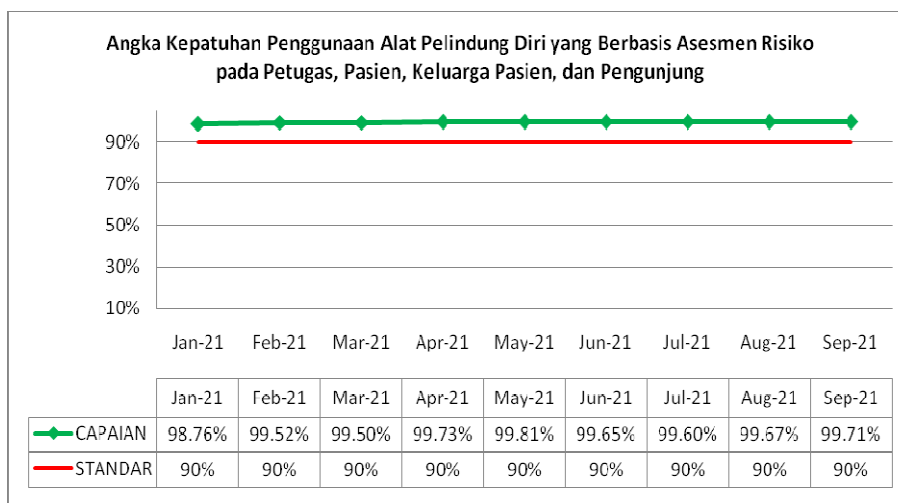


## Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan III adalah 97%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

z. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

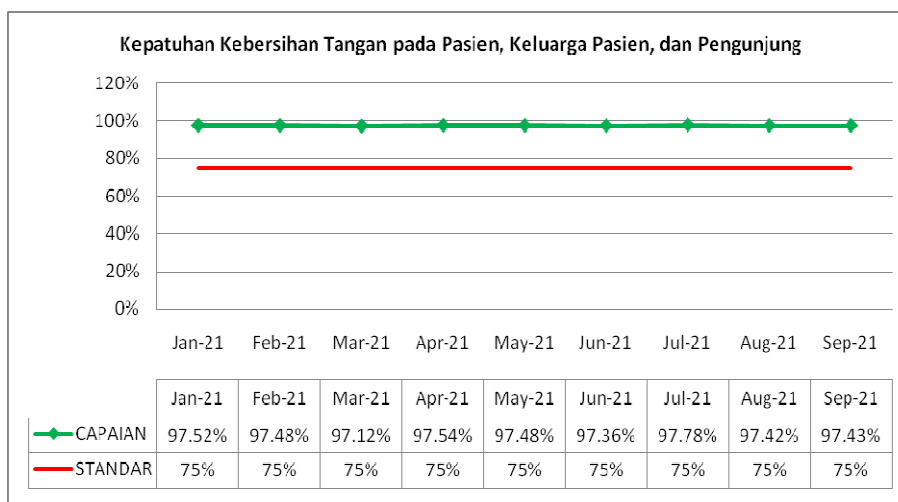
1) Angka Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri yang Berbasis Asesmen Risiko pada Petugas, Pasien, Keluarga Pasien, dan Pengunjung



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kepatuhan penggunaan alat pelindung diri yang berbasis asesmen risiko pada petugas, pasien, keluarga pasien, dan pengunjung pada triwulan III adalah 99%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

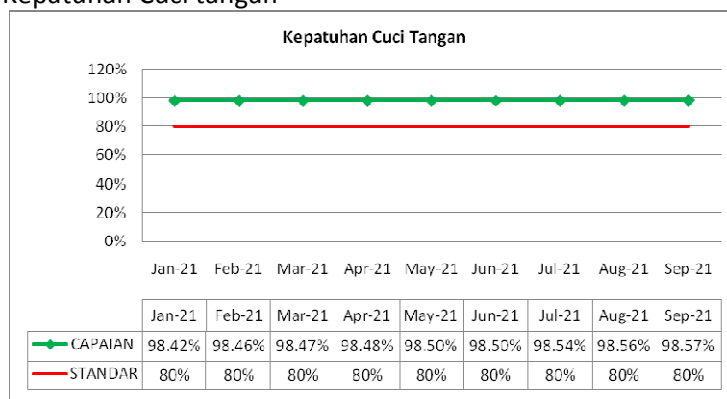
2) Kepatuhan Kebersihan Tangan pada Pasien, Keluarga Pasien, dan Pengunjung



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan kebersihan tangan pada pasien, keluarga pasien, dan pengunjung pada triwulan III adalah 97.54%, telah melebihi standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

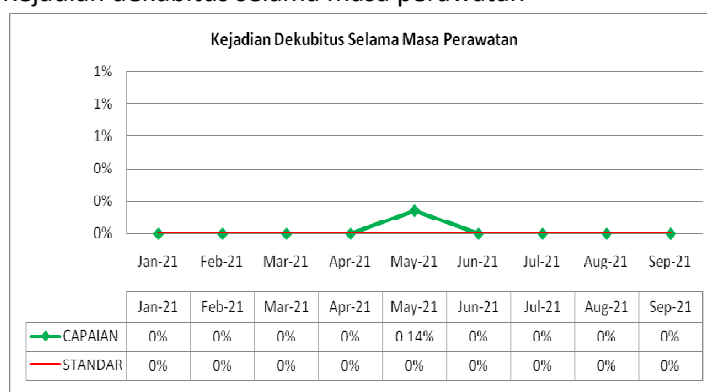
### 3) Kepatuhan Cuci tangan



Analisa :

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

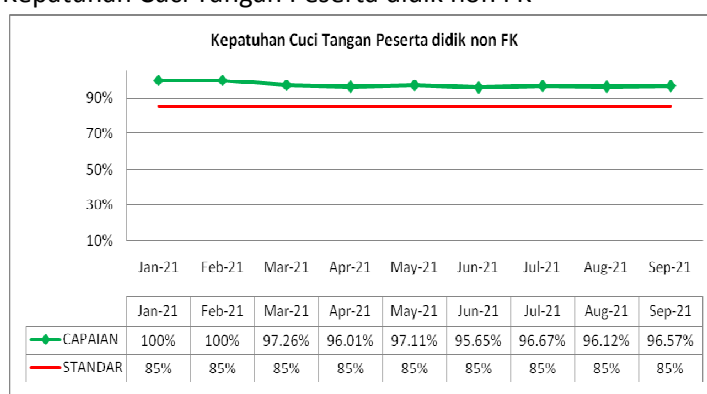
### 4) Kejadian dekubitus selama masa perawatan



Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 0%, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

### 5) Kepatuhan Cuci Tangan Peserta didik non FK

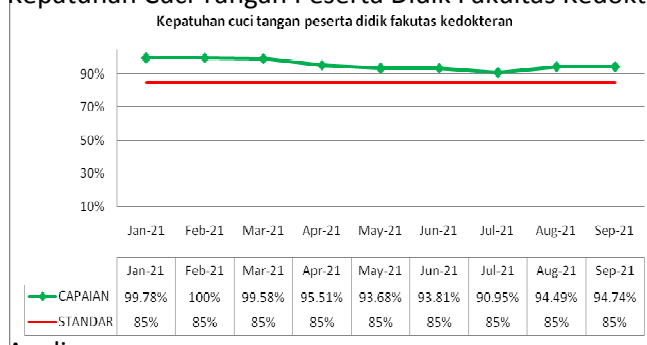


Analisa :

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



#### 6) Kepatuhan Cuci Tangan Peserta Didik Fakultas Kedokteran

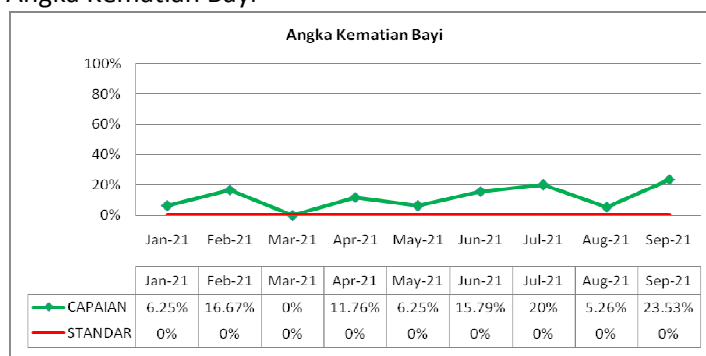


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 93%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.
- Selama triwulan II tidak ada laporan insiden terkait kejadian HAIS akibat mahasiswa yang tidak patuh cuci tangan.

#### 4. Indikator Mutu Program Nasional

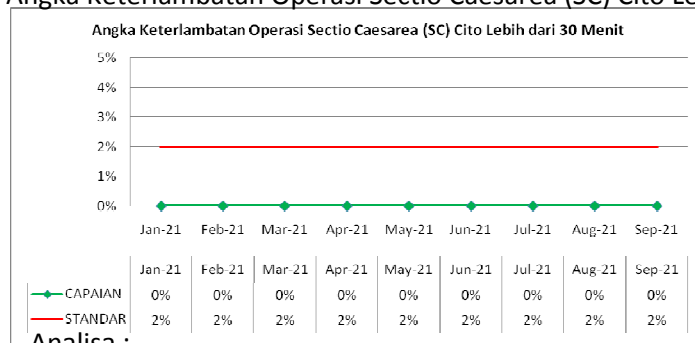
##### a. Angka Kematian Bayi



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kematian bayi, pada triwulan III belum mencapai standar. Pada bulan Juli ada 3 kematian bayi, Agustus ada 1 kematian bayi, dan bulan September ada 3 kematian bayi.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama.
- Tindak lanjut : pertemuan audit maternal perinatal oleh tim ponek dan komite mutu profesi. Rekomendasi upaya perbaikan : pembelajaran bagi staf, untuk tetap melaksanakan pemantauan terhadap hemodinamik, skrining disfungsi organ dan penanganan disfungsi, faskes perujuk bisa hubungi via WA bila sistrute tidak ada jawaban, serta sebelum pasien dirujuk upayakan pasien dalam keadaan stabil.

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

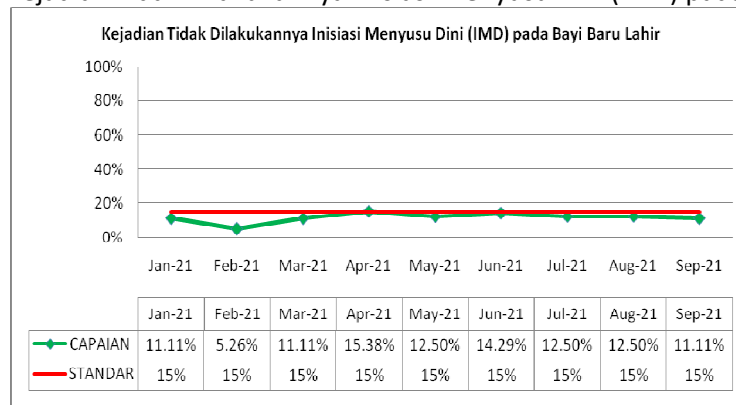


Analisa :

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



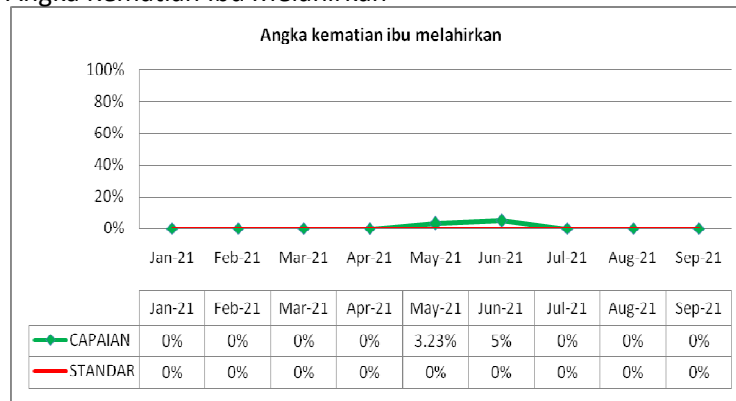
## c. Kejadian Tidak Dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir



## Analisa :

- Capaian indikator mutu kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusu dini (IMD) pada bayi baru lahir, pada triwulan III adalah 12%, telah mencapai standar < 15%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

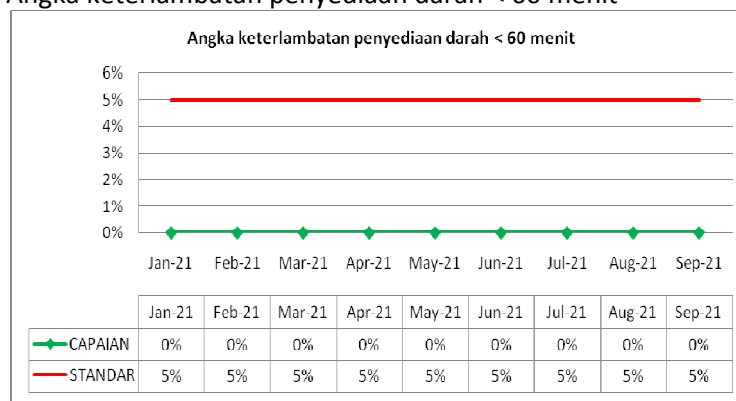
## d. Angka Kematian Ibu Melahirkan



## Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kematian ibu melahirkan, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.

## e. Angka keterlambatan penyediaan darah &lt; 60 menit



## Analisa :

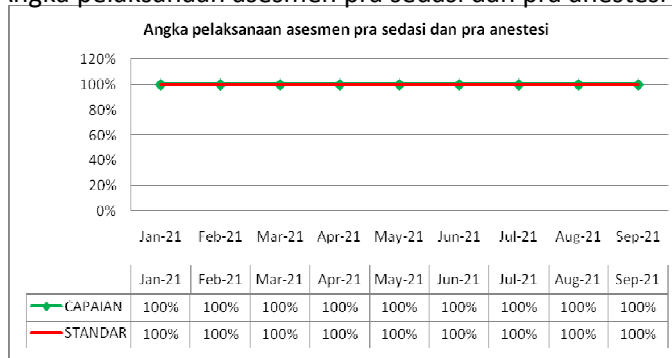
- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.



## 5. Indikator Mutu Pelayanan

### a. Indikator mutu pelayanan anestesi dan sedasi

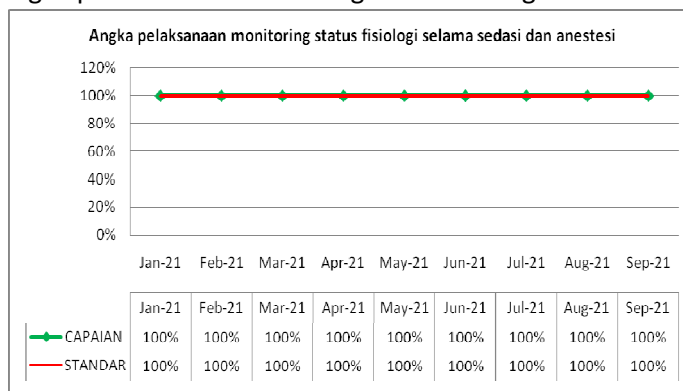
#### 1) Angka pelaksanaan asesmen pra sedasi dan pra anestesi



Analisa :

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

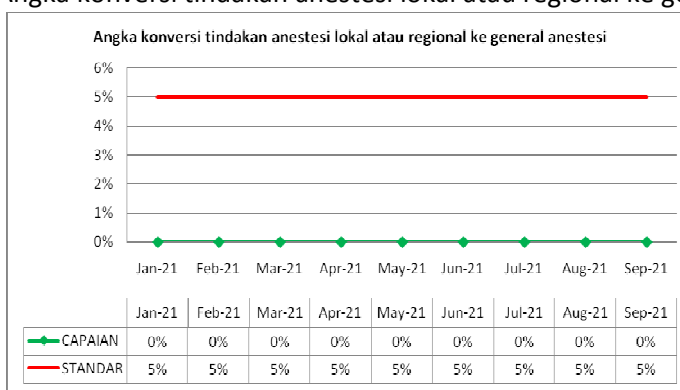
#### 2) Angka pelaksanaan monitoring status fisiologi selama sedasi dan anestesi



Analisa :

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

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

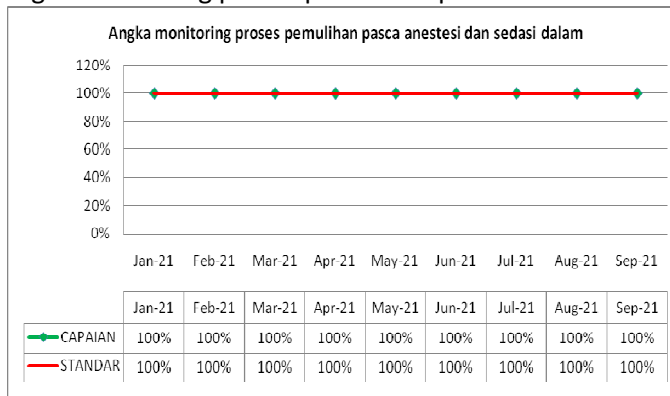


Analisa :

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



#### 4) Angka monitoring proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi dalam

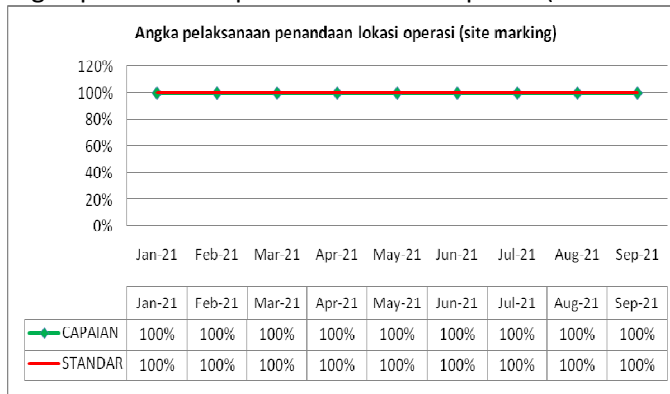


Analisa :

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

#### b. Indikator mutu pelayanan bedah

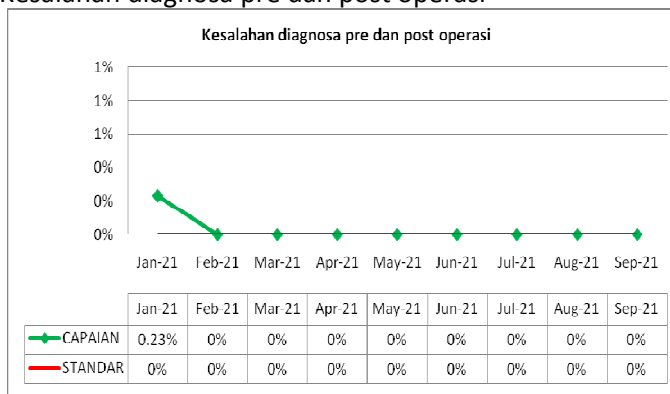
##### 1) Angka pelaksanaan penandaan lokasi operasi (*site marking*)



Analisa :

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

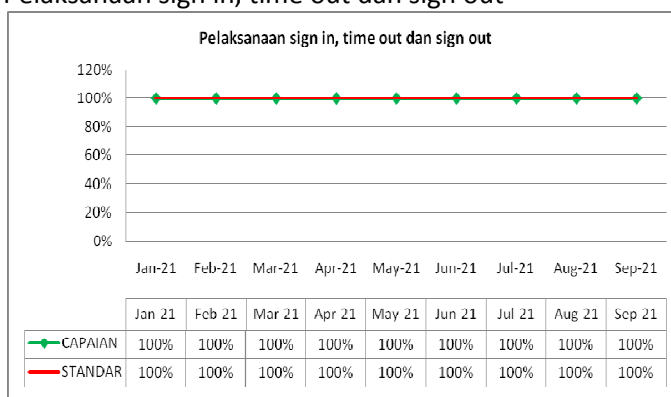
##### 2) Kesalahan diagnosa pre dan post operasi



Analisa :

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

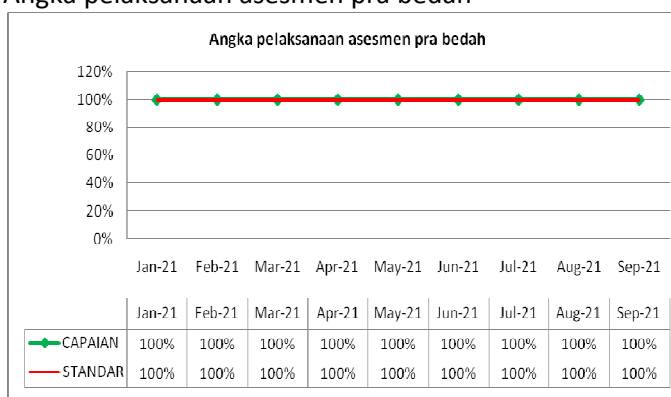
### 3) Pelaksanaan sign in, time out dan sign out



Analisa :

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

### 4) Angka pelaksanaan asesmen pra bedah

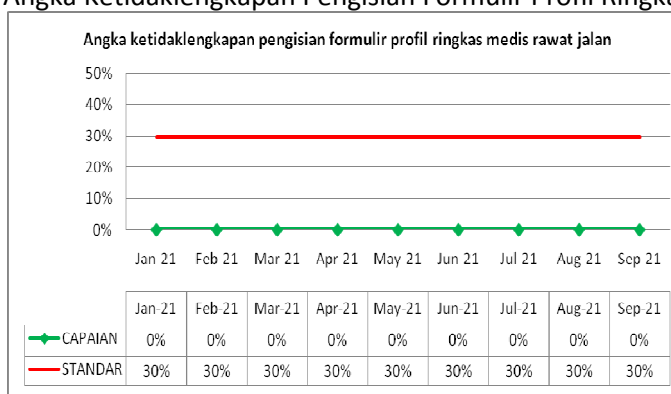


Analisa :

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

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

#### 1) Angka Ketidaklengkapan Pengisian Formulir Profil Ringkas Medis Rawat Jalan

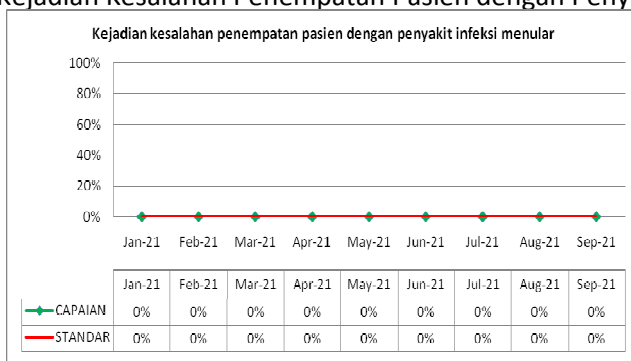


Analisa :

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

d. Indikator mutu pelayanan risiko tinggi

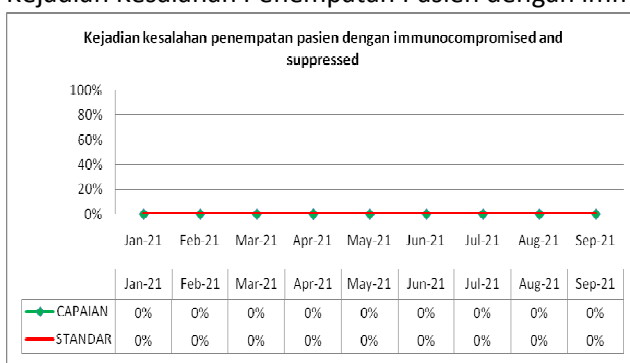
1) Kejadian Kesalahan Penempatan Pasien dengan Penyakit Infeksi Menular



Analisa :

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

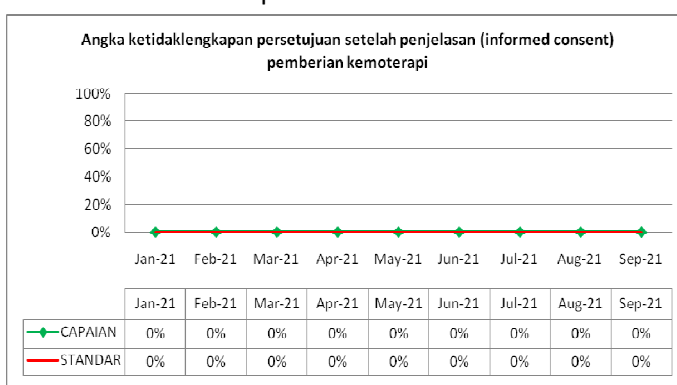
2) Kejadian Kesalahan Penempatan Pasien dengan immunocompromised and suppressed



Analisa :

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

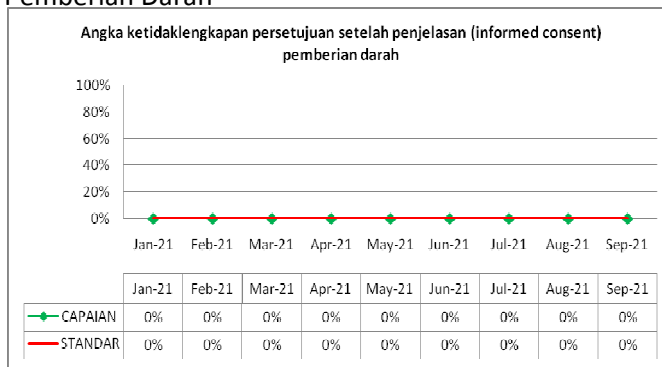
3) Angka Ketidاكلengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) Pemberian Kemoterapi



Analisa :

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

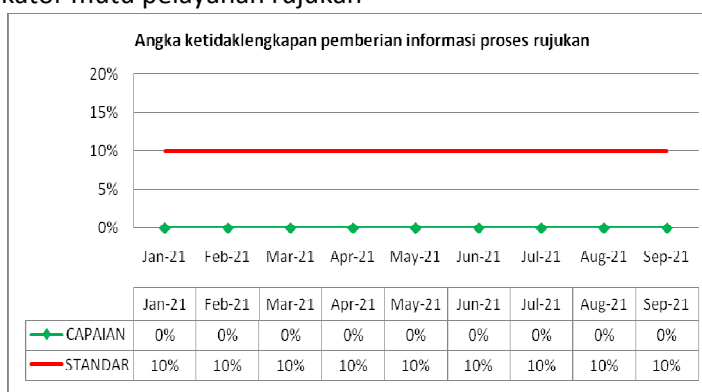
#### 4) Angka Ketidaklengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*) Pemberian Darah



Analisa :

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

#### e. Indikator mutu pelayanan rujukan

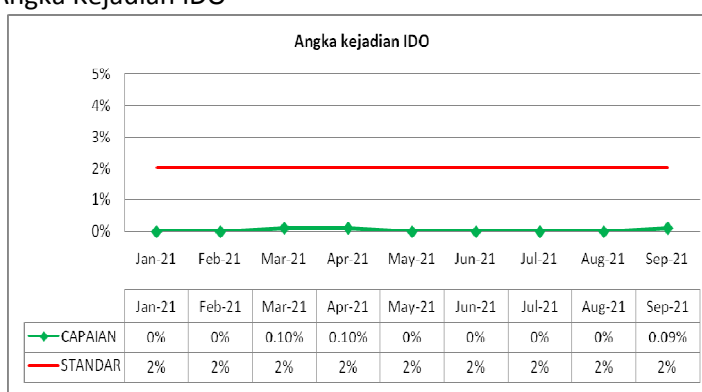


Analisa :

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

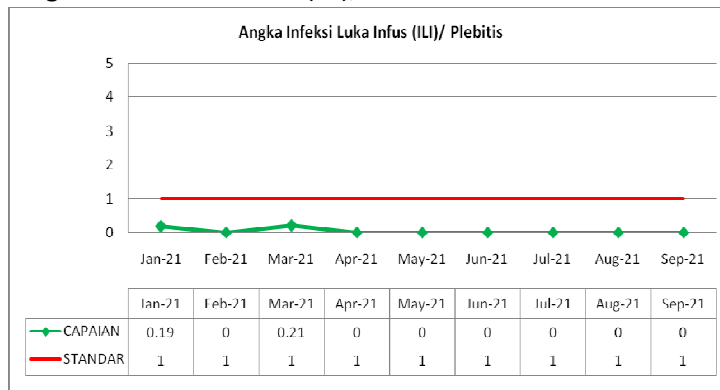
#### 6. Indikator mutu surveilans infeksi (HAIs)

##### a. Angka Kejadian IDO

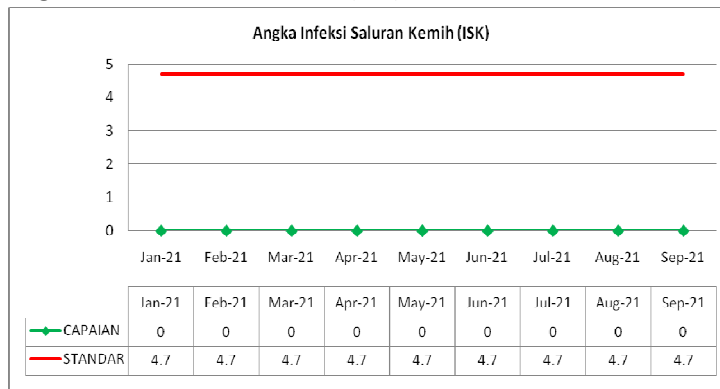


Analisa :

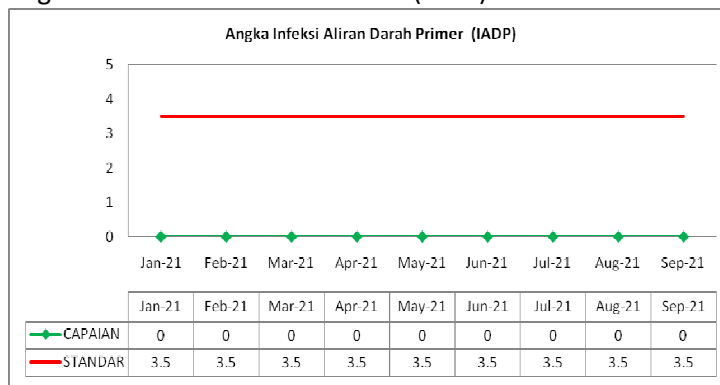
- Hasil capaian indikator mutu angka kejadian IDO, pada triwulan III adalah 0.03%, telah mencapai standar < 2%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.


**b. Angka Infeksi Luka Infus (ILI)/ Plebitis**

**Analisa :**

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

**c. Angka Infeksi Saluran Kemih (ISK)**

**Analisa :**

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

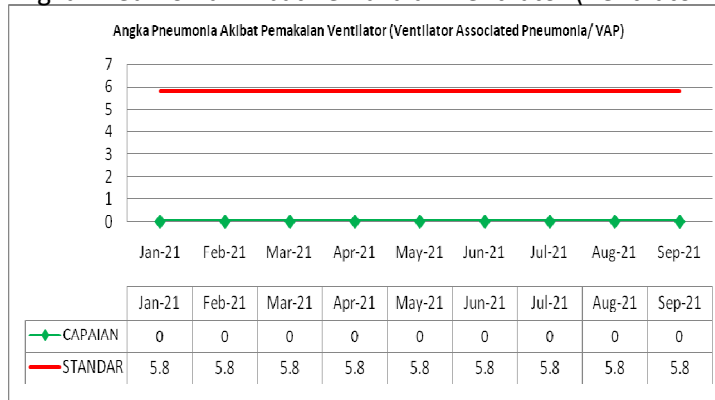
**d. Angka Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)**

**Analisa :**

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





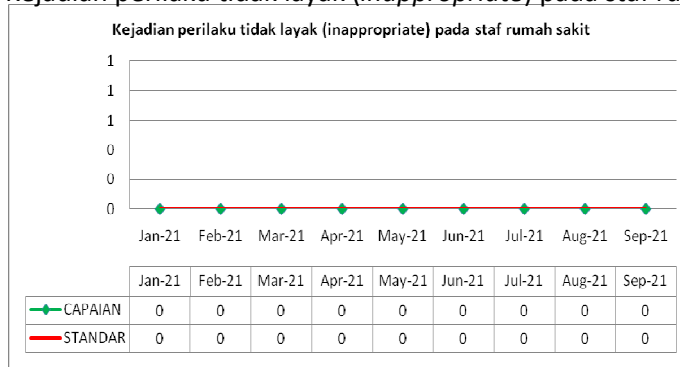
## e. Angka Pneumonia Akibat Pemakaian Ventilator (Ventilator Associated Pneumonia/ VAP)



Analisa :

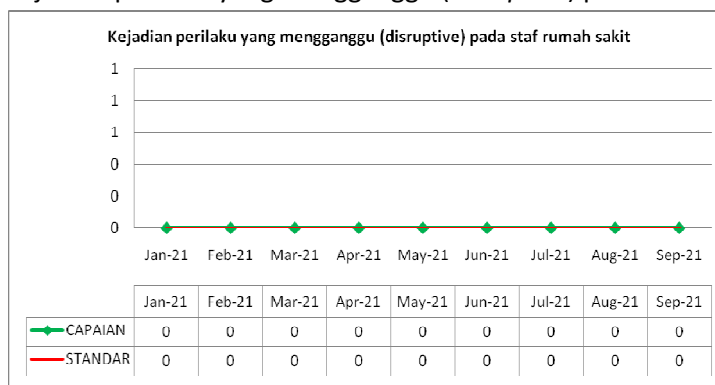
- Hasil capaian indikator mutu angka pneumonia akibat pemakaian ventilator (VAP), pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar <5.8%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

## 7. Indikator mutu pemantauan budaya keselamatan

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


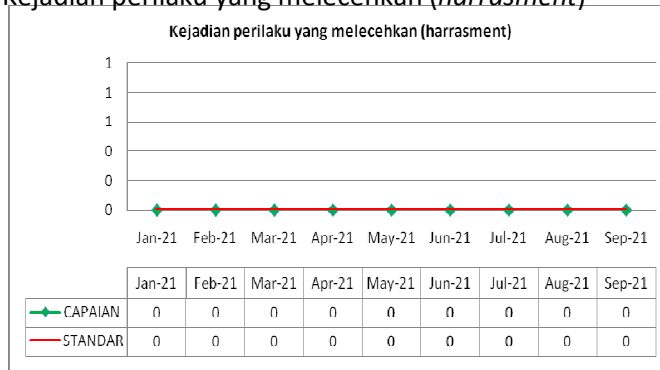
Analisa :

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

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


Analisa :

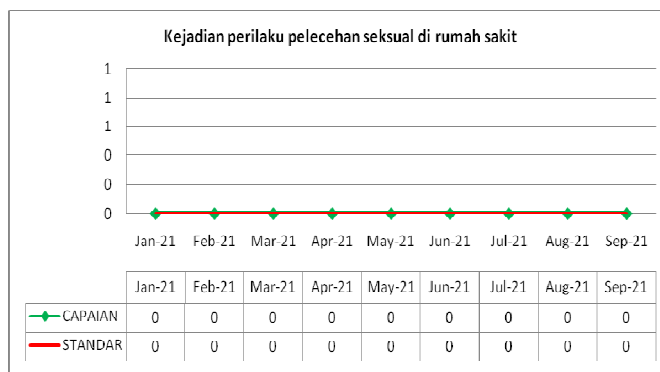
- Hasil capaian indikator mutu kejadian perilaku yang mengganggu (*disruptive*) pada staf rumah sakit, pada triwulan III adalah 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan I, hasilnya sama baiknya.


 c. Kejadian perilaku yang melecehkan (*harrasment*)


Analisa :

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

## d. Kejadian perilaku pelecehan seksual di rumah sakit

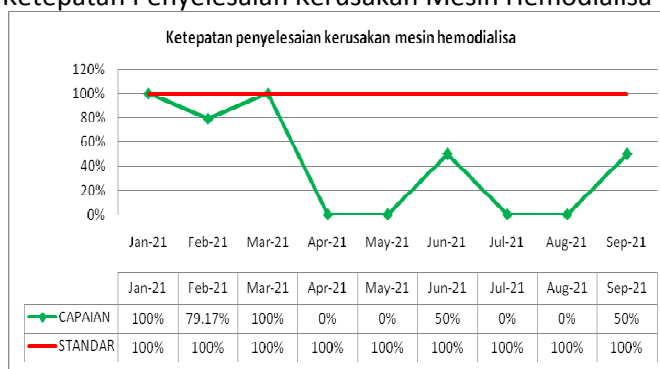


Analisa :

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

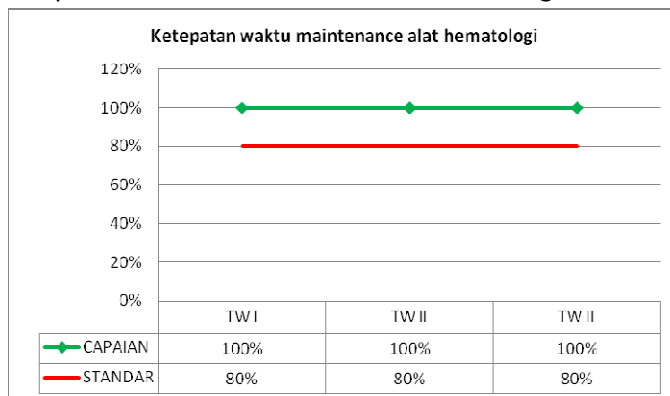
## 8. Indikator mutu pelaksanaan kontrak

## a. Ketepatan Penyelesaian Kerusakan Mesin Hemodialisa

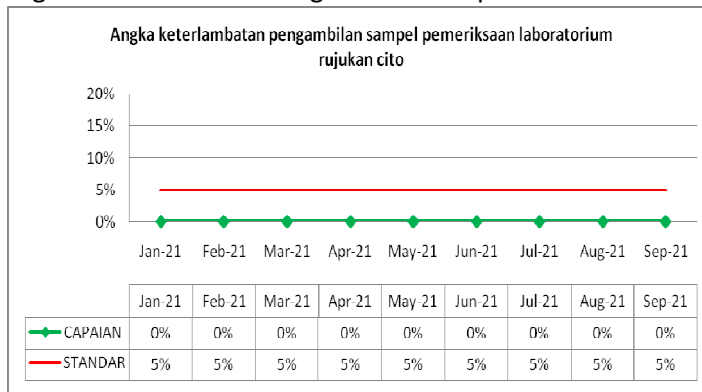


Analisa :

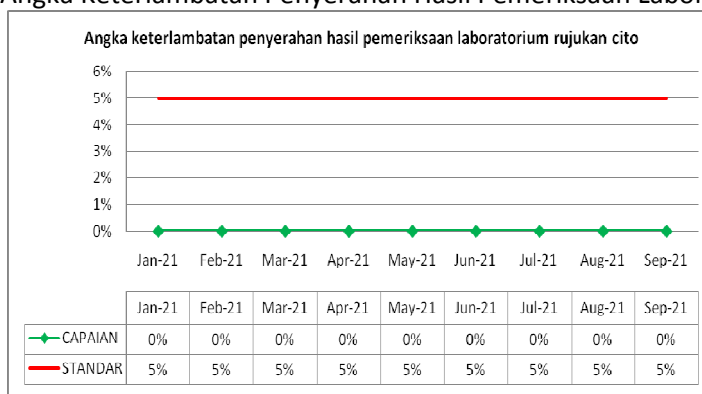
- Capaian indikator mutu ketepatan penyelesaian kerusakan mesin hemodialisa pada triwulan III belum mencapai standar. Pada bulan Juli dan Agustus tidak ada mesin hemodialisa yang rusak.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.


**b. Ketepatan waktu maintenance alat hematologi**

**Analisa :**

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

**c. Angka Keterlambatan Pengambilan Sampel Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito**

**Analisa :**

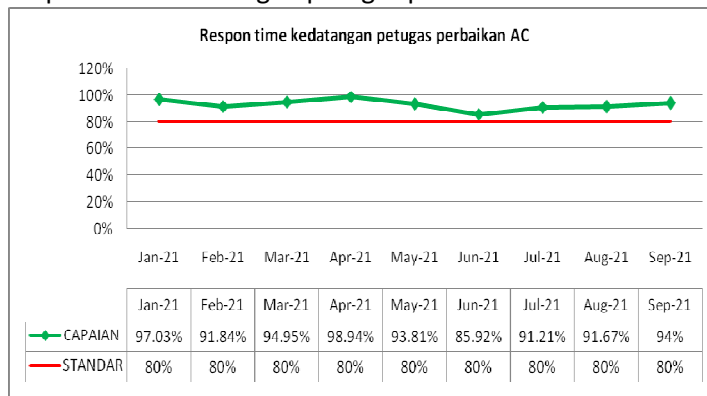
- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan pengambilan sampel pemeriksaan laboratorium rujukan cito, pada triwulan III telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya sama baiknya.

**d. Angka Keterlambatan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito**

**Analisa :**

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



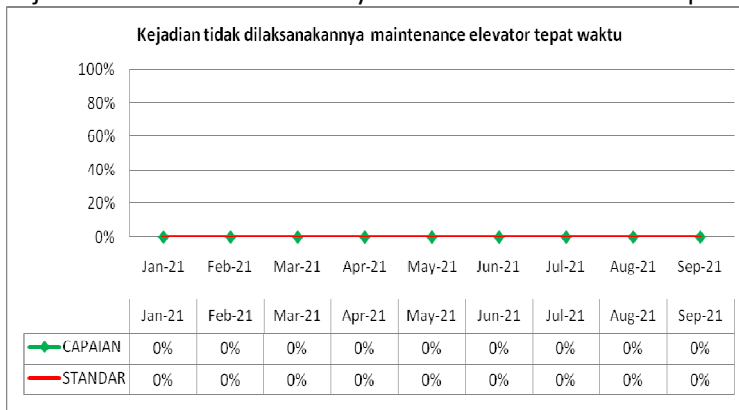
e. Respon time kedatangan petugas perbaikan AC



Analisa :

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

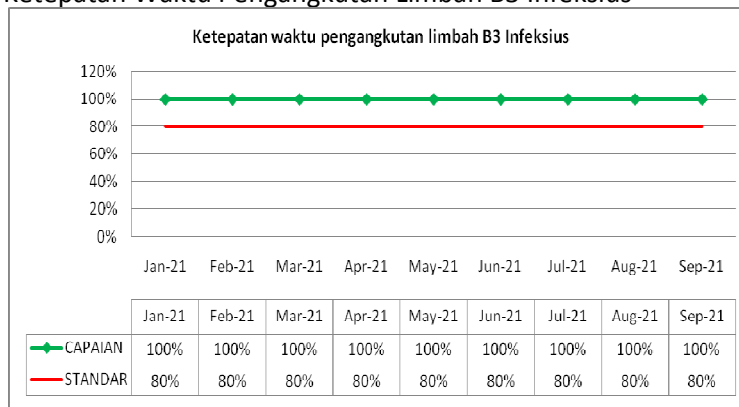
f. Kejadian Tidak Dilaksanakannya Maintenance Elevator Tepat Waktu



Analisa :

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

g. Ketepatan Waktu Pengangkutan Limbah B3 Infeksius



Analisa :

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



#### h. Kejadian Tidak Dilaksanakannya General Cleaning



Analisa :

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

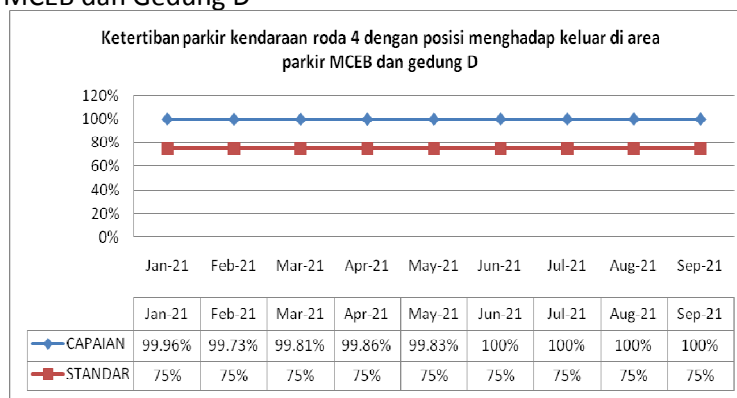
#### i. Kejadian Pencurian Barang di dalam Gedung Rumah Sakit



Analisa :

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

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



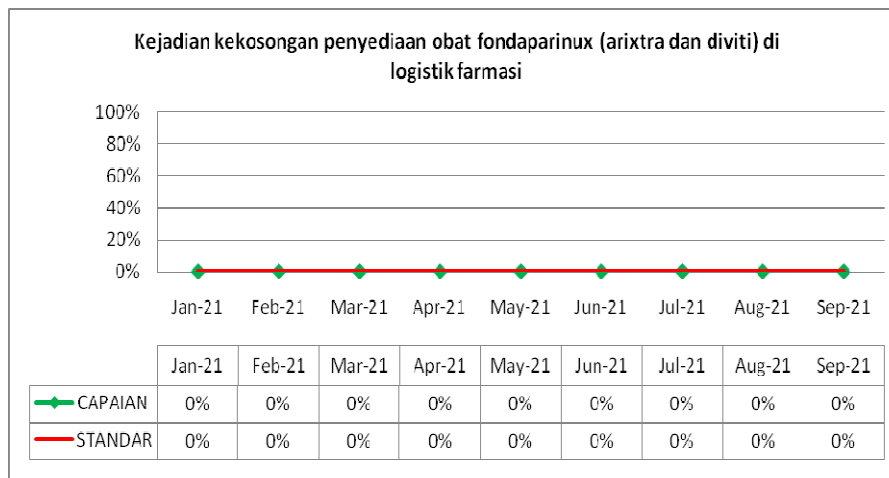
Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketertiban parkir kendaraan roda 4 dengan posisi menghadap keluar di area parkir MCEB dan gedung D pada triwulan III adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, hasilnya lebih baik.



## 9. Indikator mutu hasil pengadaan

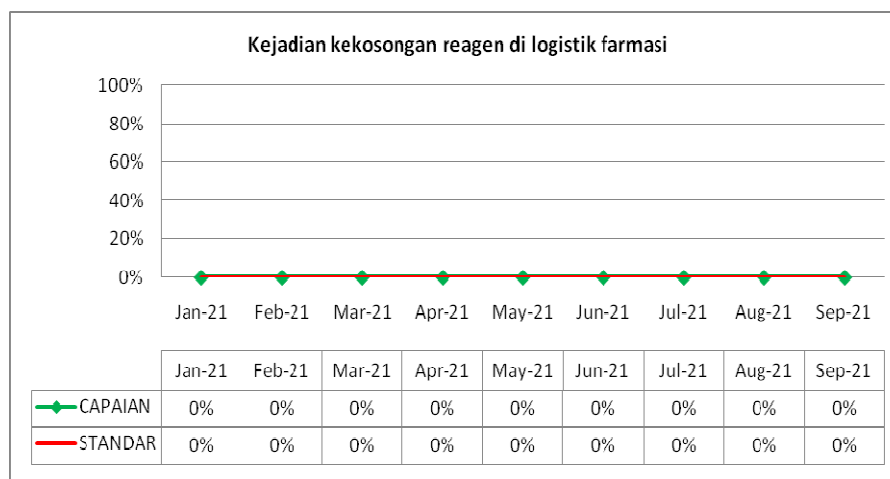
### a. Kejadian kekosongan penyediaan obat fondaparinux (arixtra dan diviti) di Logistik farmasi



#### Analisa :

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

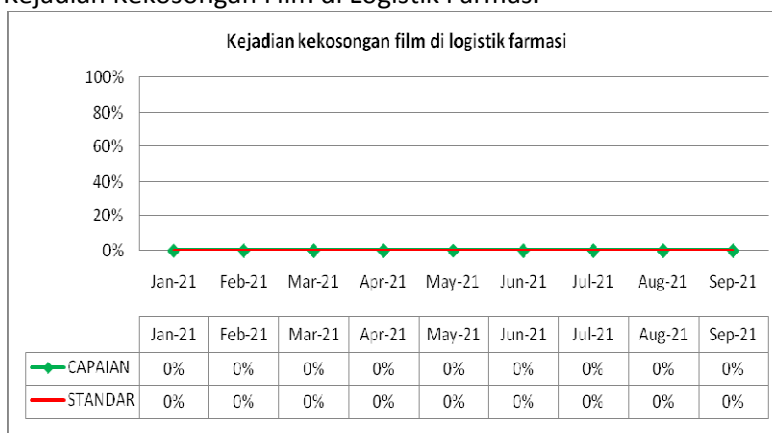
### b. Kejadian Kekosongan Reagen di Logistik Farmasi



#### Analisa :

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

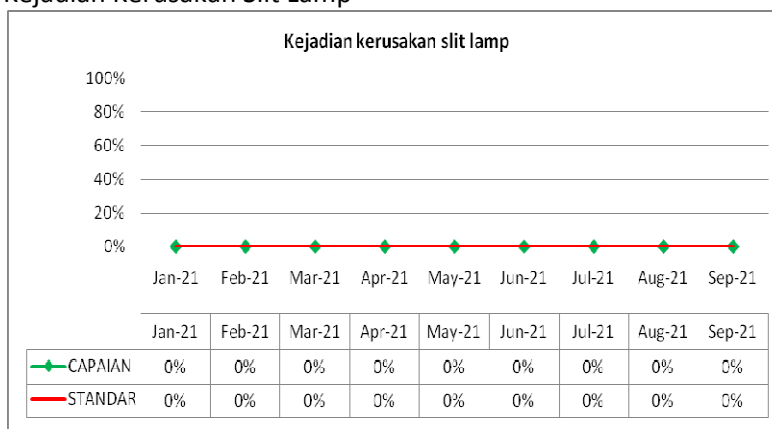
c. Kejadian Kekosongan Film di Logistik Farmasi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan III adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan II, 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 | JULI | AGUST | SEPT |
| 1  | Pendampingan Talqin Kepada Pasien Sakaratul Maut ( <i>End of Life</i> ) | 100%    | 100%    | 100% | 100%  | 100%  | 100% | 100% | 100% | 100%  | 100% |
| 2  | Mengingatikan Waktu Sholat                                              | 100%    | 100%    | 100% | 100%  | 100%  | 100% | 100% | 100% | 100%  | 100% |
| 3  | Pemasangan DC sesuai gender                                             | 100%    | 100%    | 100% | 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 | JULI | AGUST | SEPT |
| 1  | Pemasangan EKG sesuai Gender                         | 100%    | 100%                     | 100% | 100%  | 100%   | 100%                     | 100% | 100% | 100%  | 100% |
| 2  | Hijab untuk pasien                                   | 80%     | 100%                     | 100% | 100%  | 100%   | 100%                     | 100% | 100% | 100%  | 100% |
| 3  | Penutup dada pada ibu menyusui                       | 100%    | 100%                     | 100% | 100%  | 100%   | 100%                     | 100% | 100% | 100%  | 100% |
| 4  | Membaca Basmalah pada pemberian obat dan tindakan    | 80%     | 100%                     | 100% | 100%  | 100%   | 100%                     | 100% | 100% | 100%  | 100% |
| 5  | <i>Mandatory training</i> untuk fiqih pasien         | 100%    | Pelaporan 3 bulan sekali |      |       | 98.36% | Pelaporan 3 bulan sekali |      |      |       |      |
| 6  | Adanya edukasi islami (Leaflet atau buku kerohanian) | 90%     | 100%                     | 100% | 100%  | 100%   | 100%                     | 100% | 100% | 100%  | 100% |
| 7  | Pemakaian hijab di kamar operasi                     | 100%    | 100%                     | 100% | 100%  | 100%   | 100%                     | 100% | 100% | 100%  | 100% |



| NO | JUDUL INDIKATOR MUTU                                          | STANDAR | CAPAIAN |      |       |       |      |        |        |       |      |
|----|---------------------------------------------------------------|---------|---------|------|-------|-------|------|--------|--------|-------|------|
|    |                                                               |         | JAN     | FEB  | MARET | APRIL | MEI  | JUNI   | JULI   | AGUST | SEPT |
| 8  | Penjadwalan operasi elektif tidak terbentur waktu sholat      | 80%     | 100%    | 100% | 100%  | 100%  | 100% | 100%   | 100%   | 100%  | 100% |
| 9  | Angka dilaksanakannya akad ijarah pada pasien rawat inap      | 70%     | 98.68%  | 100% | 100%  | 100%  | 100% | 99.79% | 99.85% | 100%  | 100% |
| 10 | Angka dilaksanakannya akad syariah dalam perjanjian kerjasama | 80%     | 100%    | 100% | 100%  | 100%  | 100% | 100%   | 100%   | 100%  | 100% |

12. Indikator mutu unit syariah

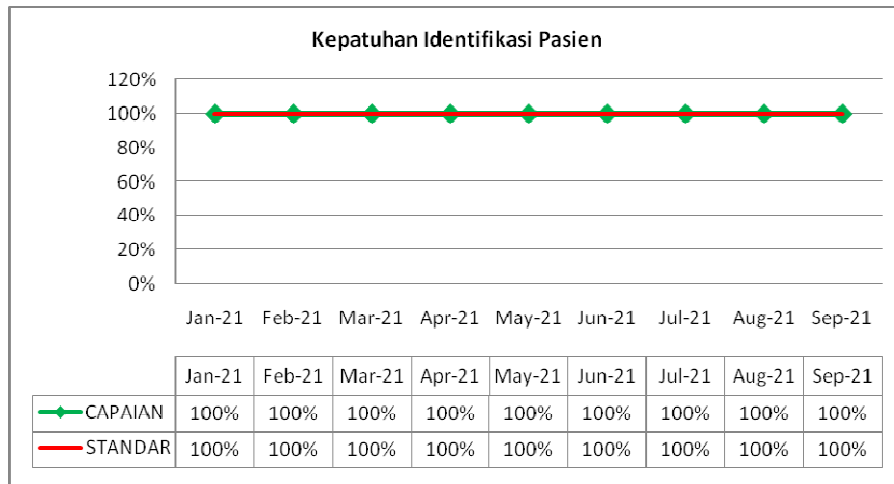
| NO | JUDUL INDIKATOR MUTU                                             | STANDAR | CAPAIAN |        |                      |        |        |        |        |        |        |
|----|------------------------------------------------------------------|---------|---------|--------|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|    |                                                                  |         | JAN     | FEB    | MARET                | APRIL  | MEI    | JUNI   | JULI   | AGUST  | SEPT   |
| 1  | Angka bimbingan psikospiritual unit BPI kepada pasien rawat inap | 90%     | 100%    | 100%   | 100%                 | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 2  | Angka pelaksanaan budaya baca Al-Qur'an per unit                 | 80%     | 87%     | 94%    | 92%                  | 88%    | 86%    | 83.67% | 87.76% | 92%    | 93.75% |
| 3  | Angka kehadiran kegiatan doa pagi karyawan                       | 80%     | 89.37%  | 89.77% | 95%                  | 94.30% | 89.57% | 92.46% | 97.05% | 96.12% | 96.14% |
| 4  | Angka kehadiran tahsin Al-Qur'an karyawan                        | 80%     | 74.74%  | 66.21% | 95%                  | 77.97% | 77.97% | 71.79% | 85.56% | 85.56% | 86.02% |
| 5  | Membaca Basmalah sebelum Pengambilan Sampel                      | 80%     | 100%    | 100%   | 100%                 | 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 | Juli | Agst | Sept |
|-------------------------------|---------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|
| Kepatuhan Identifikasi Pasien | 100%    | 100% | 100% | 100% | 100%  | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |



### Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

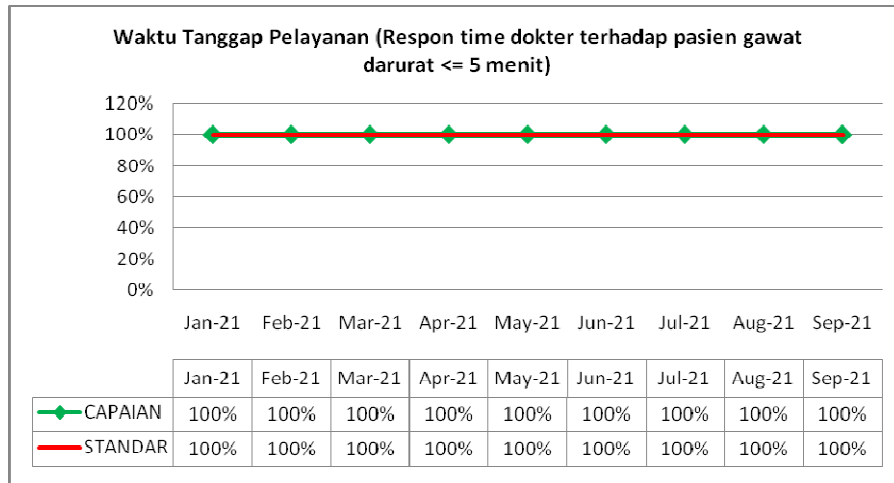
#### Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan identifikasi pasien Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan September 2021 telah mencapai standar.
- Perbandingan capaian triwulan II dengan triwulan III sama baiknya.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMADAK (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 | Juli | Agst | Sept |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|
| Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit) | 100%    | 100% | 100% | 100% | 100%  | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |



### Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

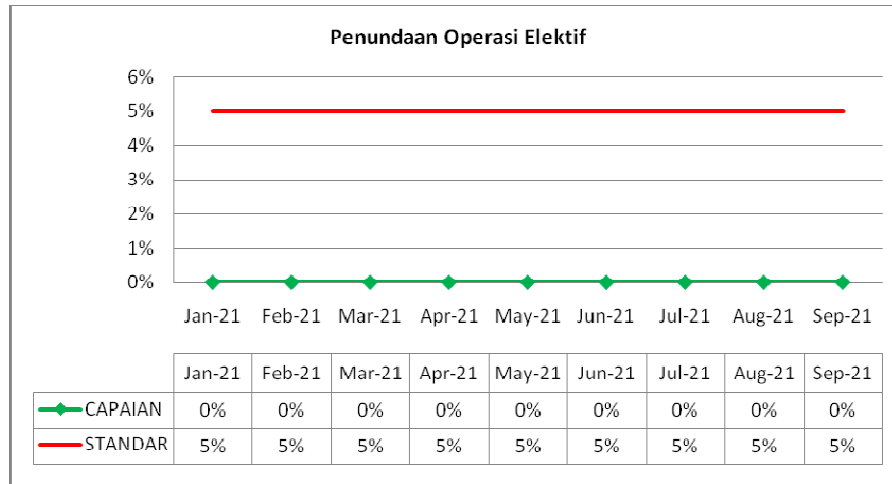
#### Analisa :

- 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 September 2021 telah mencapai standar.
- Perbandingan capaian triwulan II dengan triwulan III 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 sama baiknya dibandingkan capaian rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah.

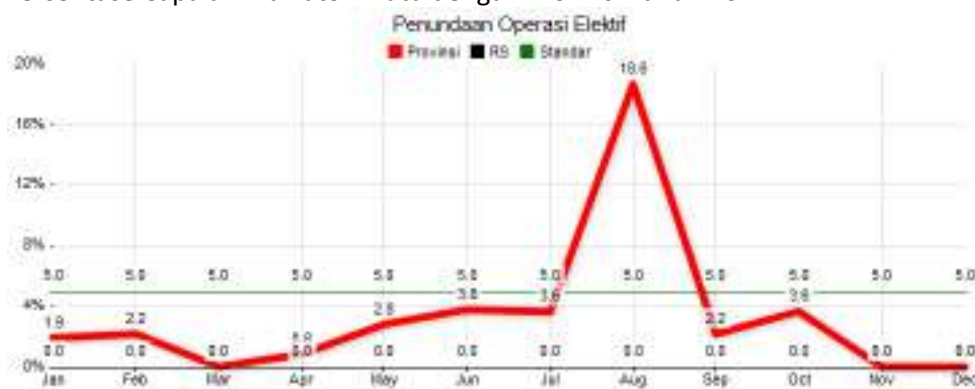


### 3. Penundaan Operasi Elektif

| Indikator Mutu            | STANDAR | Jan | Feb | Mar | April | Mei | Juni | Juli | Agst | Sept |
|---------------------------|---------|-----|-----|-----|-------|-----|------|------|------|------|
| Penundaan Operasi Elektif | ≤ 5 %   | 0%  | 0%  | 0%  | 0%    | 0%  | 0%   | 0%   | 0%   | 0%   |



#### Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

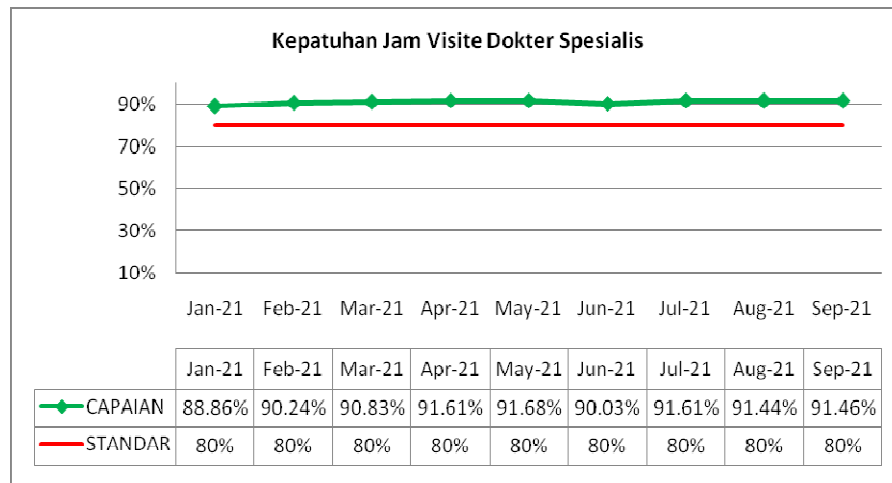
#### Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian penundaan operasi elektif Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan September 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan II dengan triwulan III 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   | Juli   | Agst   | Sept   |
|---------------------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis | 80 %    | 88.86% | 90.24% | 90.83% | 91.61% | 91.68% | 90.03% | 91.61% | 91.44% | 91.46% |



#### Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

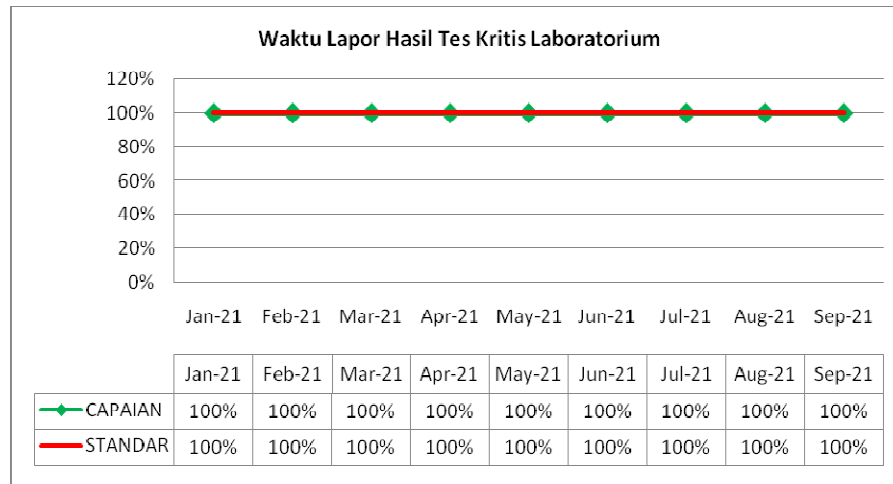
#### Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan jam visite dokter spesialis Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan September 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan III sama baiknya dengan triwulan II.
- 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.



### 5. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium

| Indikator Mutu                            | STANDAR | Jan  | Feb  | Mar  | April | Mei  | Juni | Juli | Agst | Sept |
|-------------------------------------------|---------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|
| Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium | 100%    | 100% | 100% | 100% | 100%  | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |



### Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

#### Analisa :

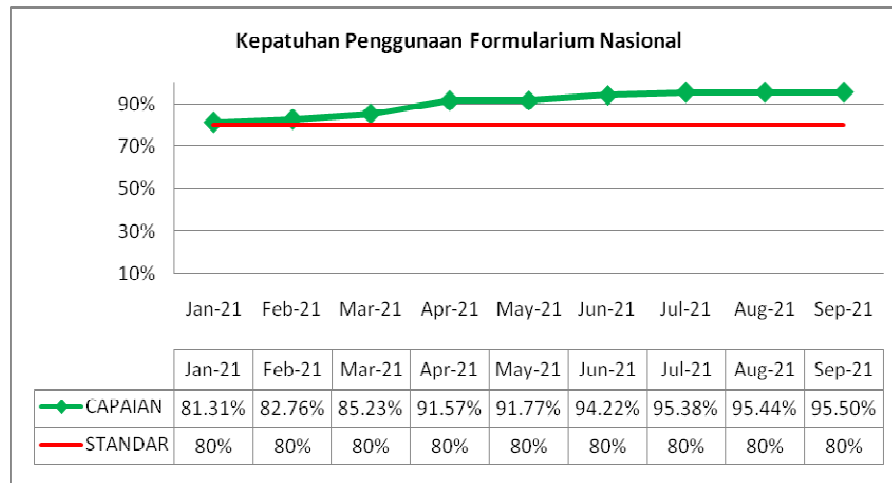
- Berdasarkan grafik di atas, capaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan September 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan II dengan triwulan III sama baiknya.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit 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   | Juli   | Agst   | Sept  |
|-------------------------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional | 80 %    | 81.31% | 82.76% | 85.23% | 91.57% | 91.77% | 94.22% | 95.38% | 95.44% | 95.5% |



## Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

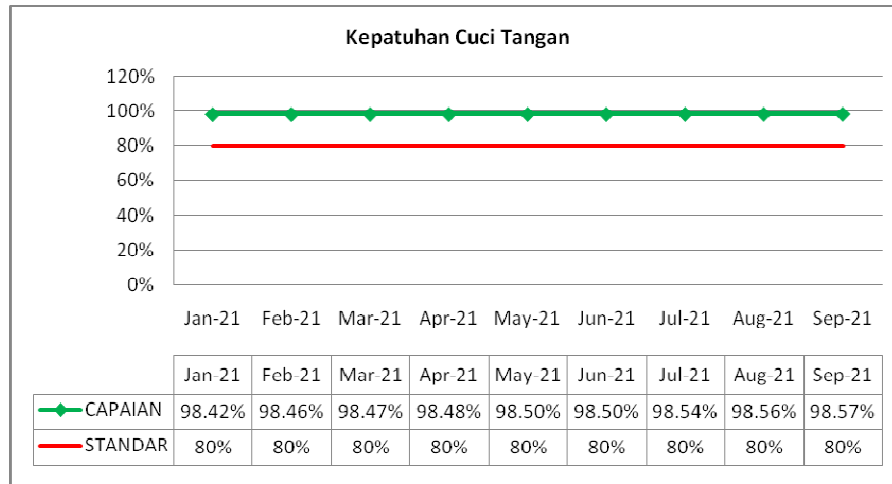
### Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan penggunaan formularium rumah sakit Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan September 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan III lebih baik daripada capaian dengan triwulan II.
- 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 | Jan    | Feb    | Mar    | April  | Mei    | Juni   | Juli   | Agst   | Sept   |
|-----------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Kepatuhan Cuci Tangan | 85%     | 98.42% | 98.46% | 98.47% | 98.48% | 98.50% | 98.50% | 98.54% | 98.56% | 98.57% |



### Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

#### Analisa :

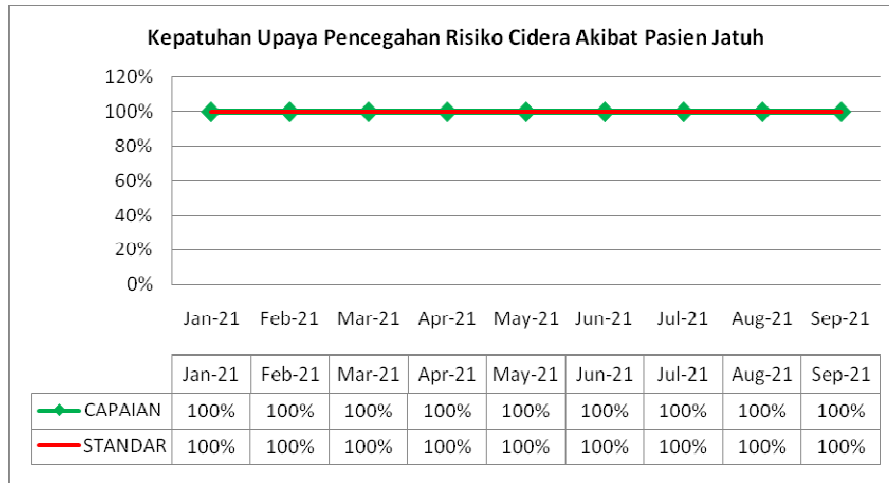
- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan cuci tangan Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan September 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan III lebih baik daripada capaian dengan triwulan II.
- Dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain 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 | Juli | Agst | Sept |
|--------------------------------------------------------------|---------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|
| Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cidera Akibat Pasien Jatuh | 100%    | 100% | 100% | 100% | 100%  | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |



### Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

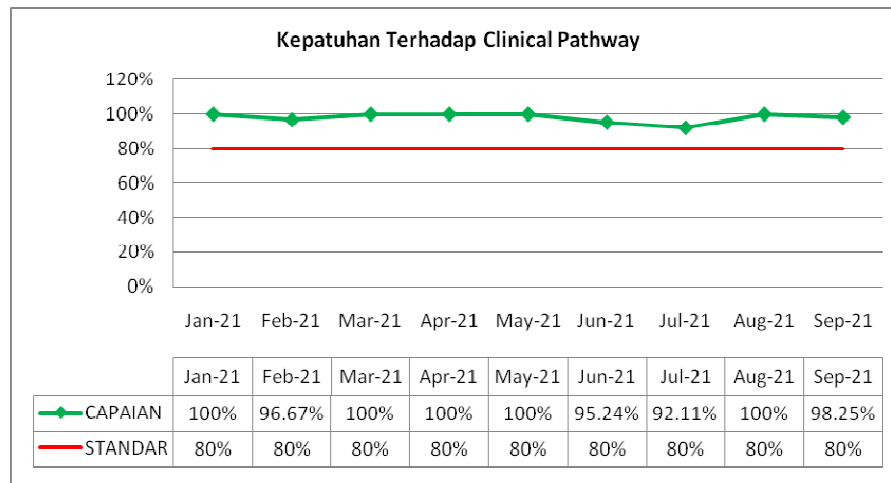
#### Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko cidera akibat pasien jatuh Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan September 2021 telah mencapai standar.
- Perbandingan capaian triwulan II dengan triwulan III 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.

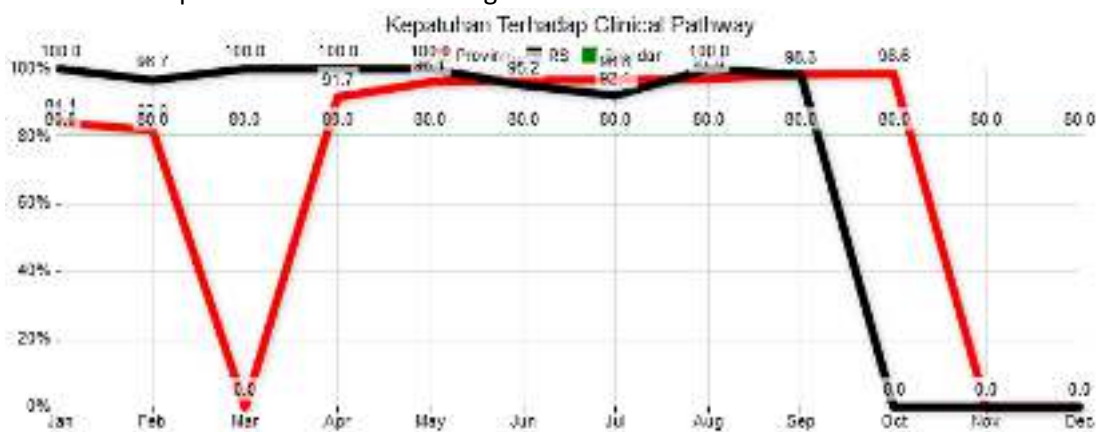


### 9. Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway

| Indikator Mutu                      | STANDAR | Jan  | Feb    | Mar  | April | Mei  | Juni   | Juli   | Agst | Sept   |
|-------------------------------------|---------|------|--------|------|-------|------|--------|--------|------|--------|
| Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway | 100%    | 100% | 96.67% | 100% | 100%  | 100% | 95.24% | 92.11% | 100% | 98.25% |



### Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

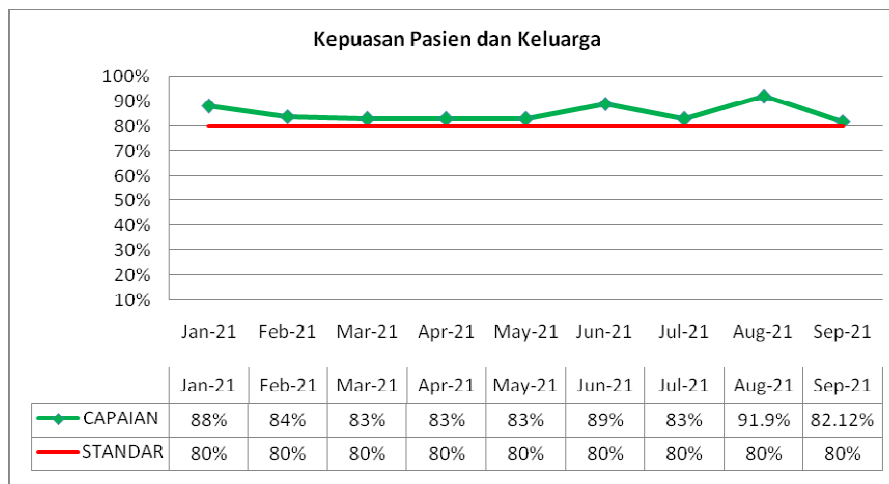
#### Analisa :

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



### 10. Kepuasan Pasien dan Keluarga

| Indikator Mutu               | STANDAR | Jan | Feb | Mar | April | Mei | Juni | Juli | Agst  | Sept   |
|------------------------------|---------|-----|-----|-----|-------|-----|------|------|-------|--------|
| Kepuasan Pasien dan Keluarga | 80%     | 88% | 84% | 83% | 83%   | 83% | 89%  | 83%  | 91.9% | 82.12% |



### Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

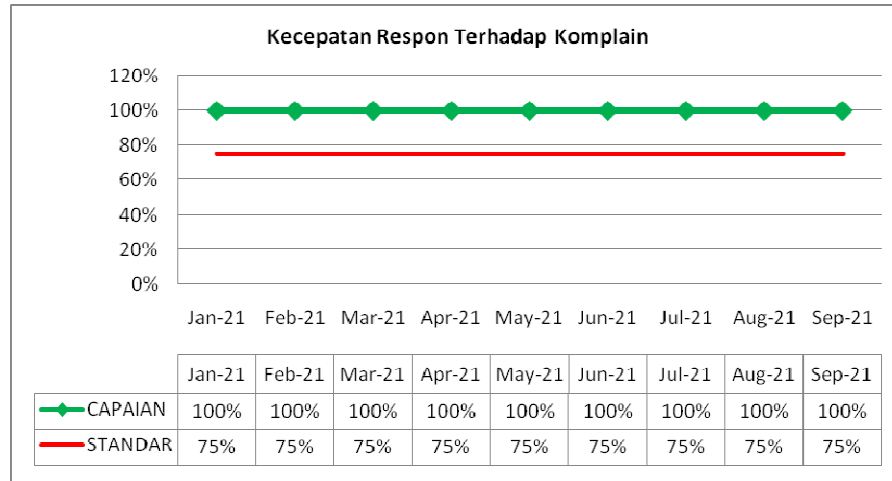
#### Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepuasan pasien dan keluarga Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan September 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan III dengan triwulan II 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.



### 11. Kecepatan Respon Komplain

| Indikator Mutu            | STANDAR | Jan  | Feb  | Mar  | April | Mei  | Juni | Juli | Agst | Sept |
|---------------------------|---------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|
| Kecepatan Respon Komplain | 75%     | 100% | 100% | 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 kecepatan respon komplain Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan September 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan III dengan triwulan II sama baiknya.
- Bila dibandingkan dengan pencapaian rumah sakit lain dari aplikasi SISMAK (data benchmark memilih rumah sakit dari Provinsi Jawa Tengah), maka pencapaian rumah sakit di Rumah Sakit Islam Sultan Agung lebih baik dibandingkan capaian Provinsi Jawa Tengah.