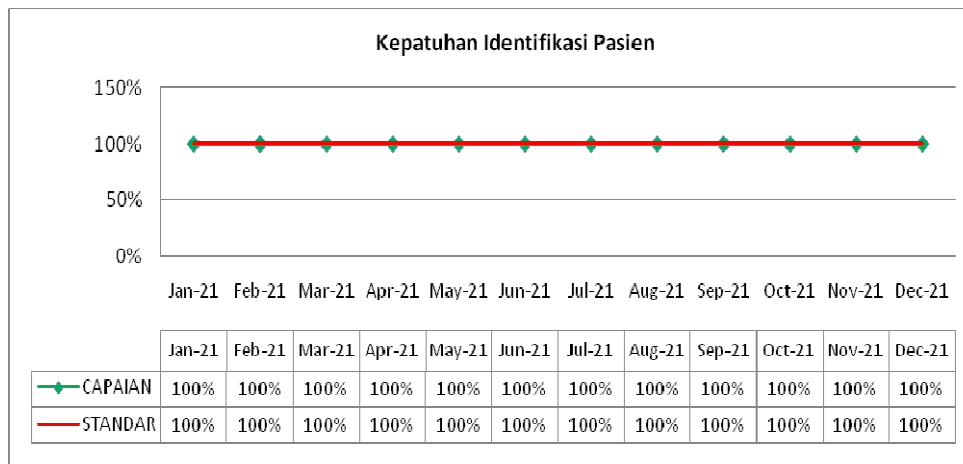


HASIL CAPAIAN INDIKATOR MUTU TW IV 2021

A. Pemenuhan Indikator Mutu

1. Indikator Mutu Wajib Nasional

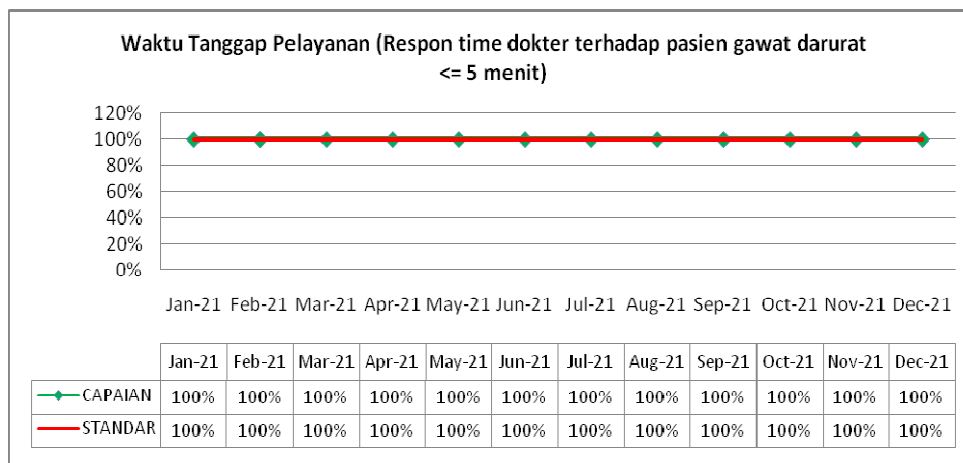
1) Kepatuhan identifikasi pasien



Analisa :

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

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

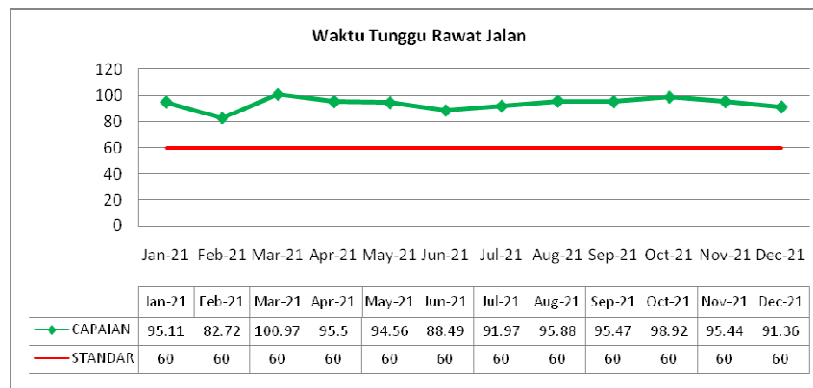


Analisa :

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



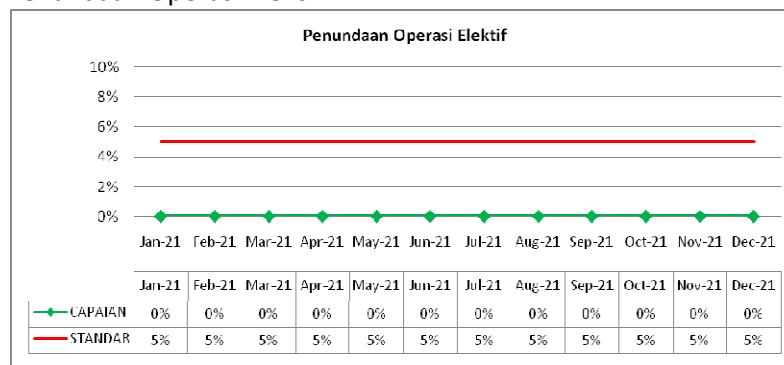
3) Waktu Tunggu Rawat Jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan, pada triwulan IV adalah 95 menit, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.
- Tindak lanjut : koordinasi instalasi rawat jalan dengan bidang pelayanan medis dan bagian pendaftaran.

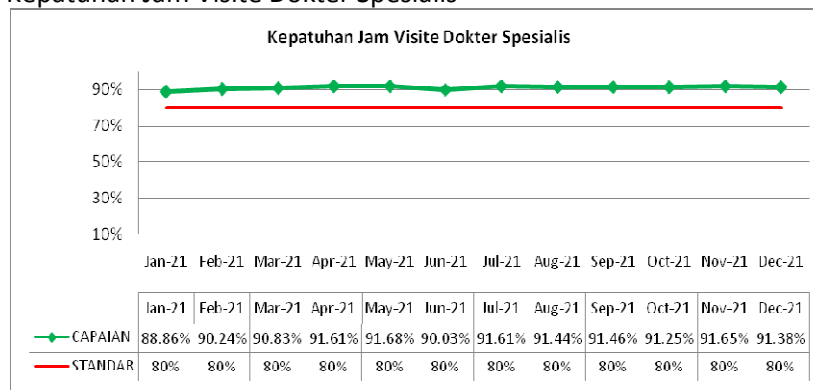
4) Penundaan Operasi Elektif



Analisa :

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

5) Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

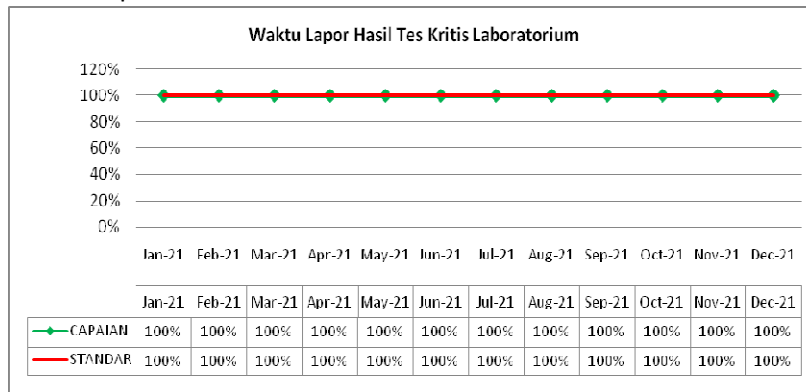


Analisa :

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



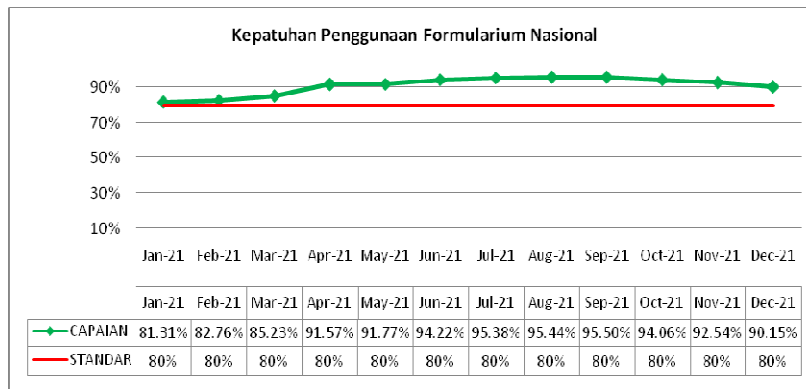
6) Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium



Analisa :

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

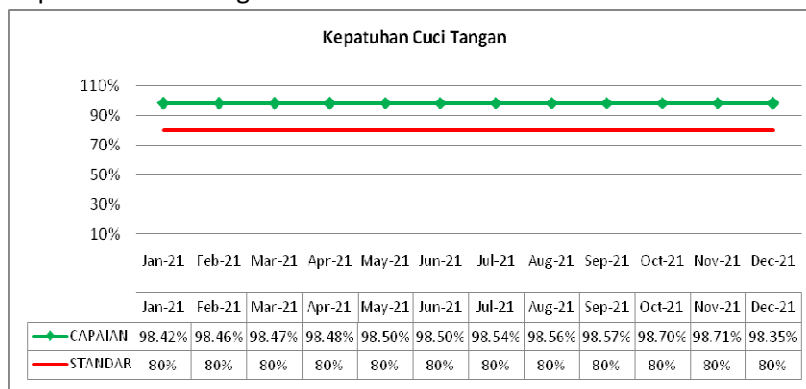
7) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan penggunaan formularium nasional pada triwulan IV adalah 92%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan II hasilnya lebih baik daripada capaian triwulan III.

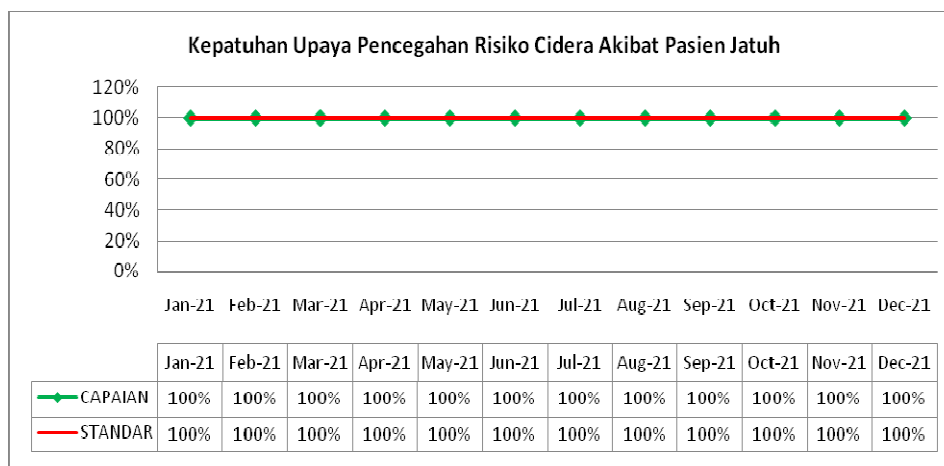
8) Kepatuhan cuci tangan



Analisa :

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

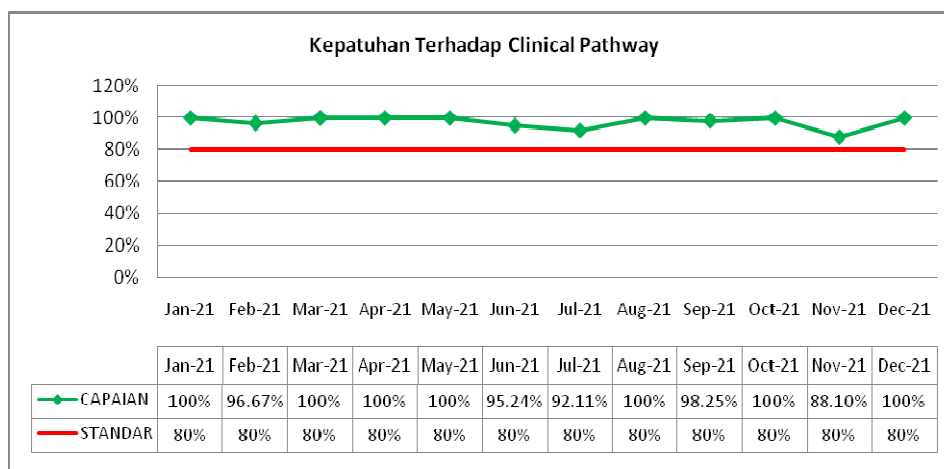
9) Kepatuhan upaya pencegahan risiko cidera akibat pasien jatuh



Analisa :

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

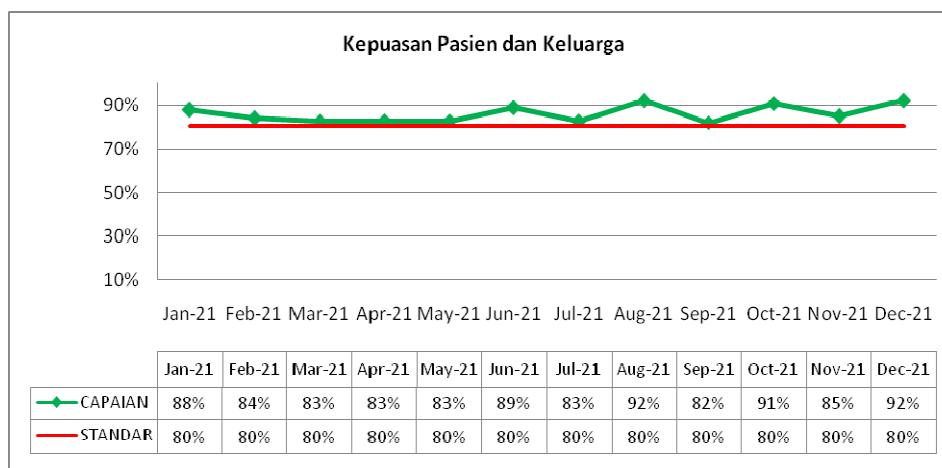
10) Kepatuhan terhadap clinical pathway



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan IV adalah 96%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

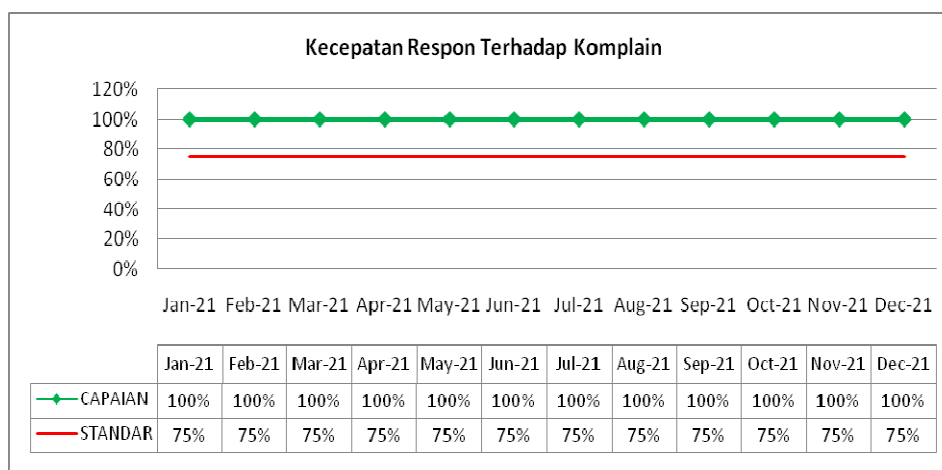
11) Kepuasan pasien dan keluarga



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepuasan pasien dan keluarga pada triwulan IV adalah 89%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.
- Berdasarkan laporan unit Humas pada triwulan IV tidak ada laporan tentang ketidakpuasan pelanggan terkait adanya peserta didik di RSISA.

12) Kecepatan respon terhadap komplain



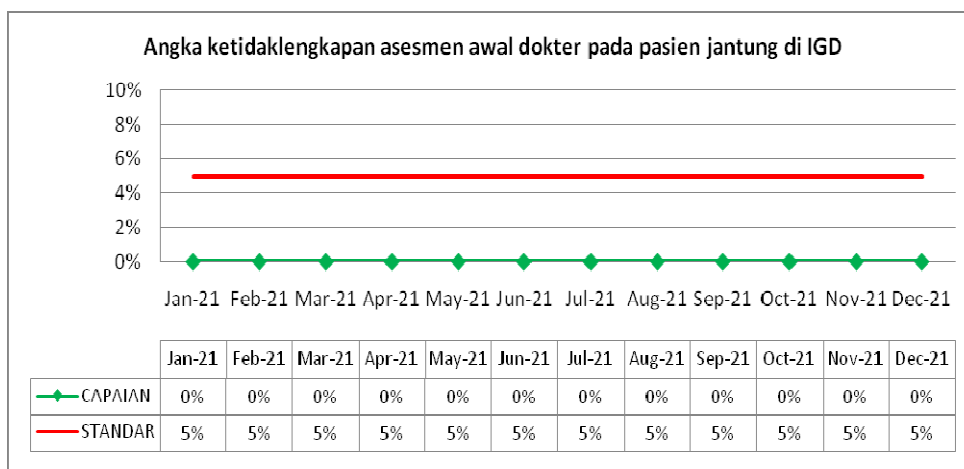
Analisa :

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

2. Indikator Mutu Pelayanan Klinis Prioritas

a. Area Klinis

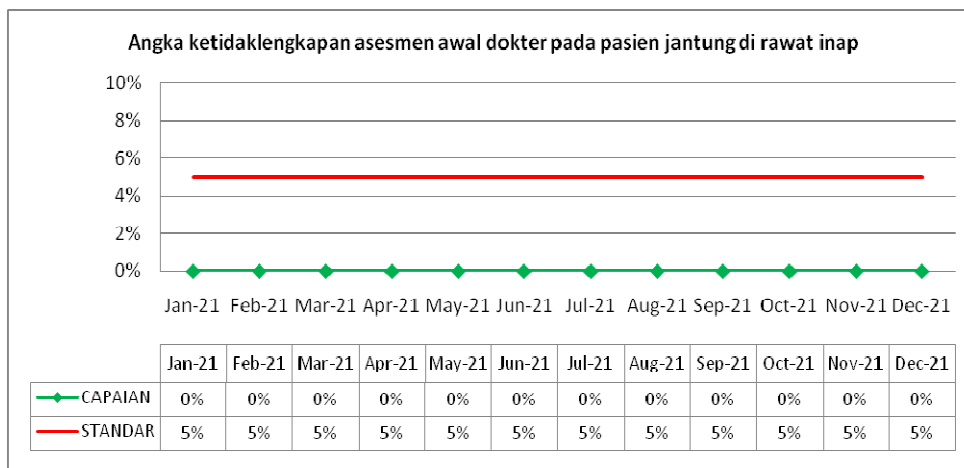
1) Angka ketidaklengkapan asesmen awal medis gawat darurat pada pasien jantung di IGD



Analisa :

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

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

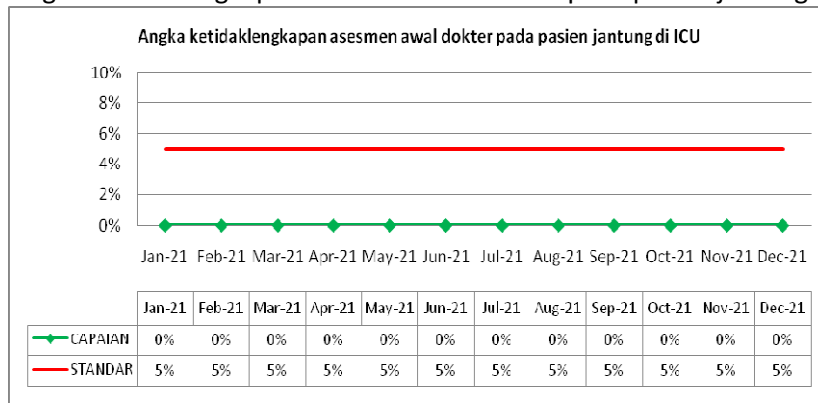


Analisa :

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



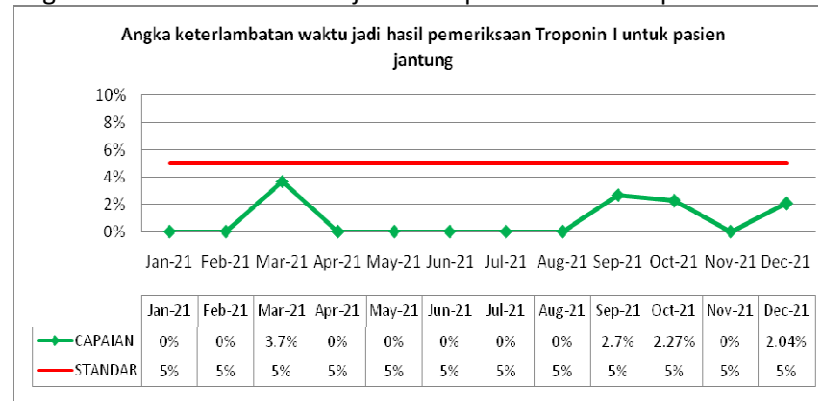
3) Angka ketidaklengkapan asesmen awal dokter pada pasien jantung di ICU



Analisa :

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

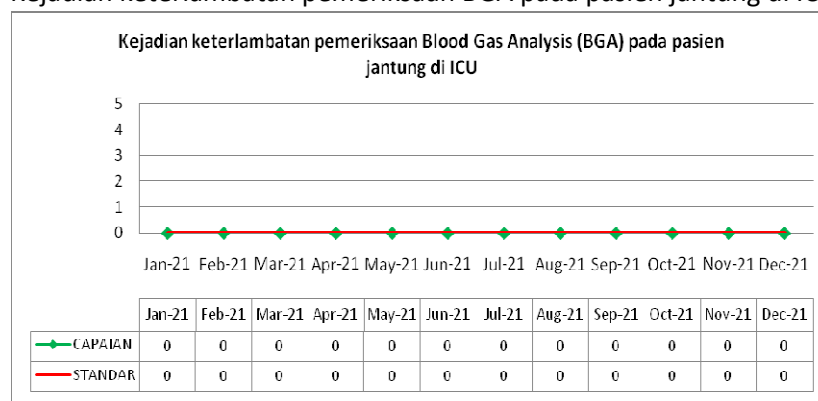
4) Angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung



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

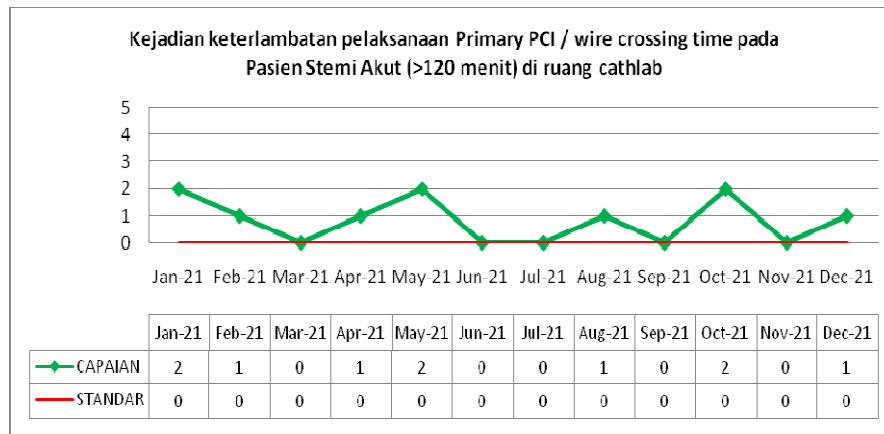


Analisa :

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



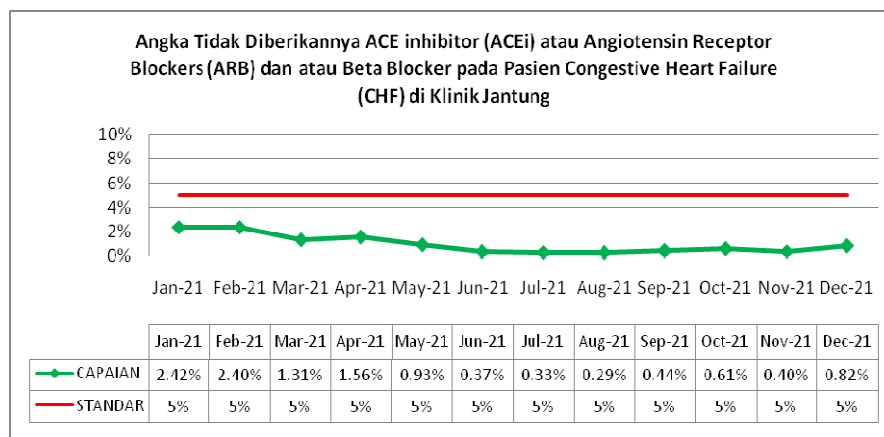
- 6) Kejadian keterlambatan pelaksanaan *Primary PCI / wire crossing time* pada Pasien Stemi Akut (>120 menit) di ruang cathlab



Analisa :

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

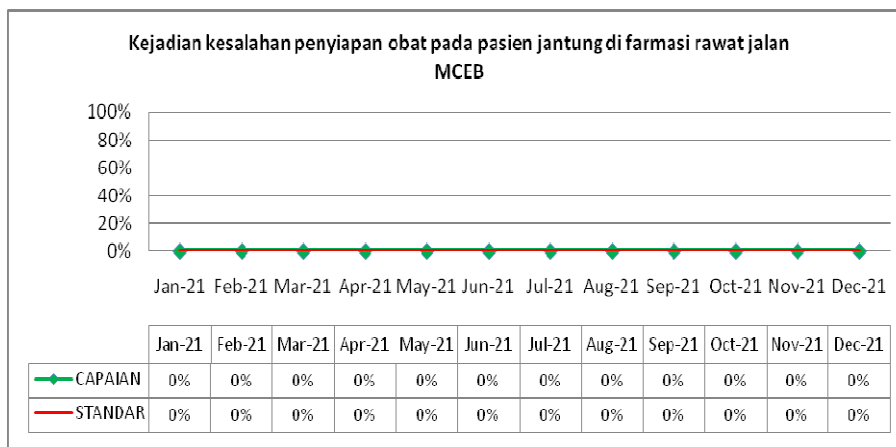
- 7) Angka Tidak Diberikannya ACE inhibitor (ACEi) atau Angiotensin Receptor Blockers (ARB) dan atau Beta Blocker pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di Klinik Jantung



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 IV adalah 0.6 %, telah mencapai standar < 5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.

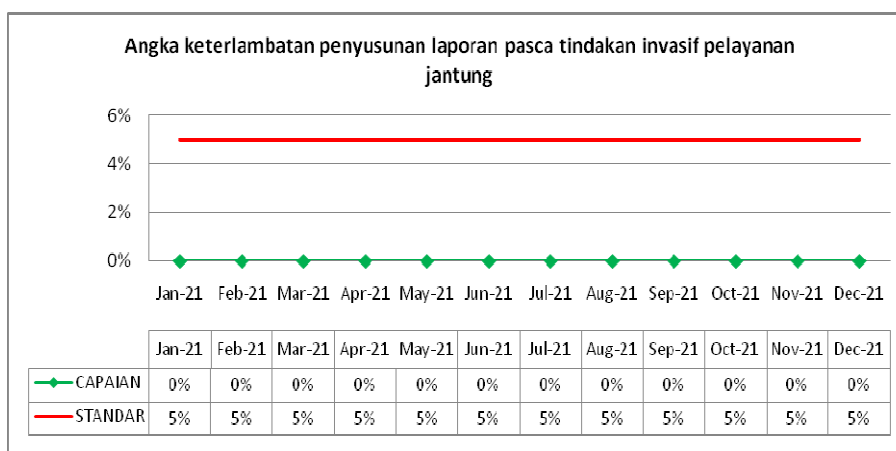
8) Kejadian kesalahan penyiapan obat pada pasien jantung di satelit farmasi rawat jalan MCEB



Analisa :

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

9) Angka keterlambatan penyusunan laporan pasca tindakan invasif pelayanan jantung



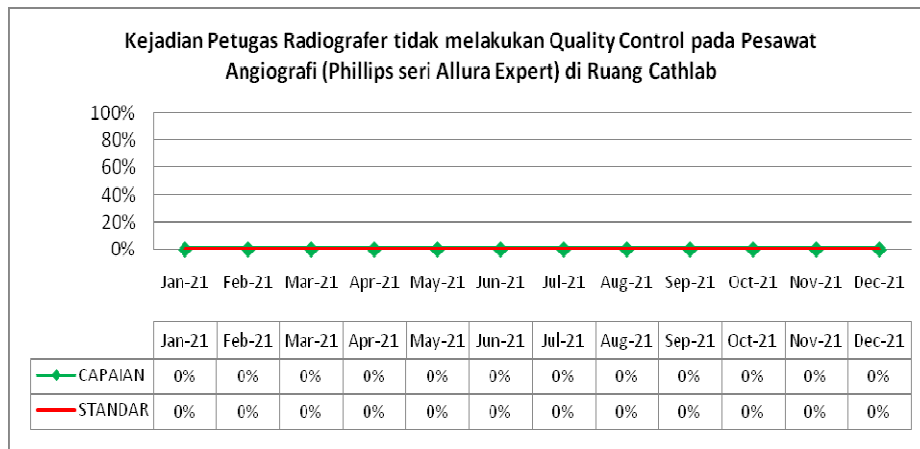
Analisa :

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



b. Area Manajemen

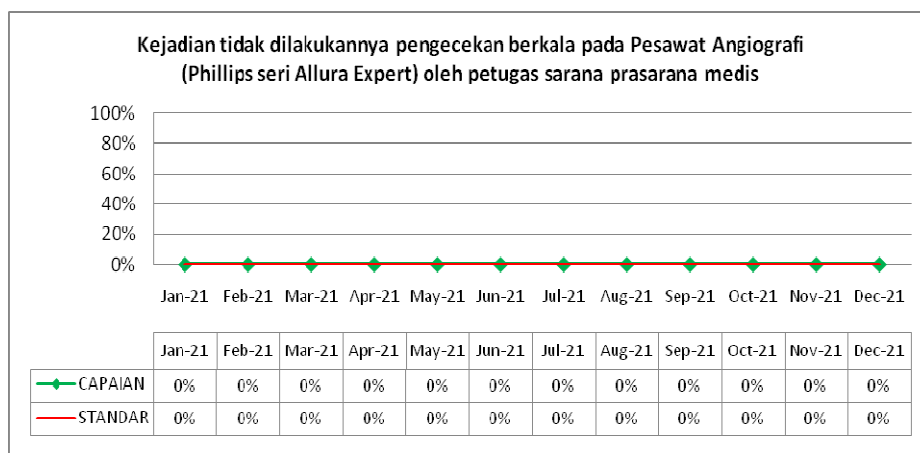
- 1) Kejadian Petugas Radiografer tidak melakukan *Quality Control* pada Pesawat Angiografi (*Phillips seri Allura Expert*) di Ruang Cathlab



Analisa :

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

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



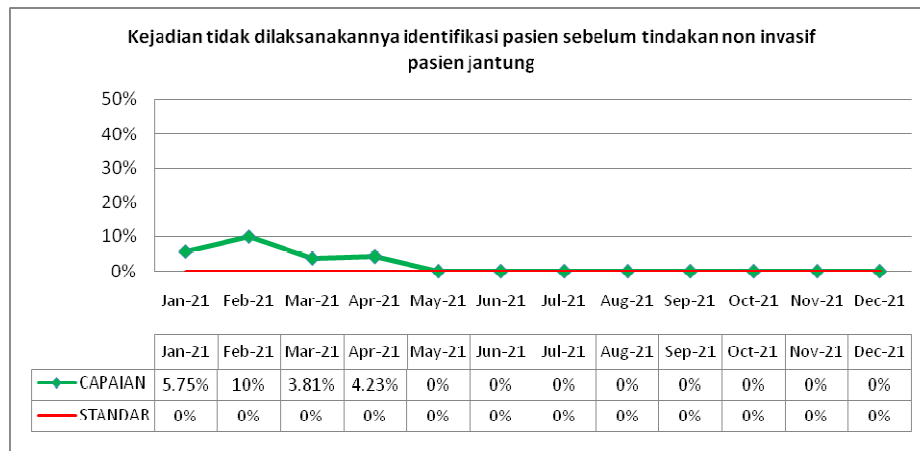
Analisa :

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



c. Area Sasaran Keselamatan Pasien

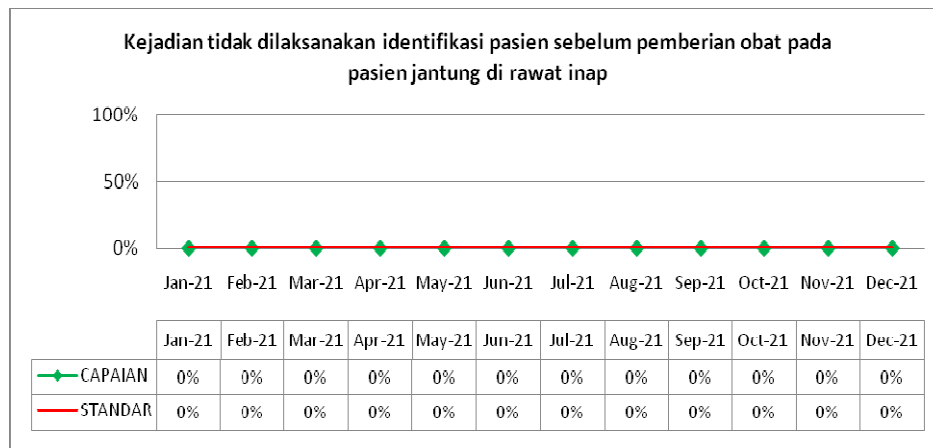
1) Kejadian tidak dilaksanakannya identifikasi pasien sebelum tindakan non invasif pasien jantung



Analisa :

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

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

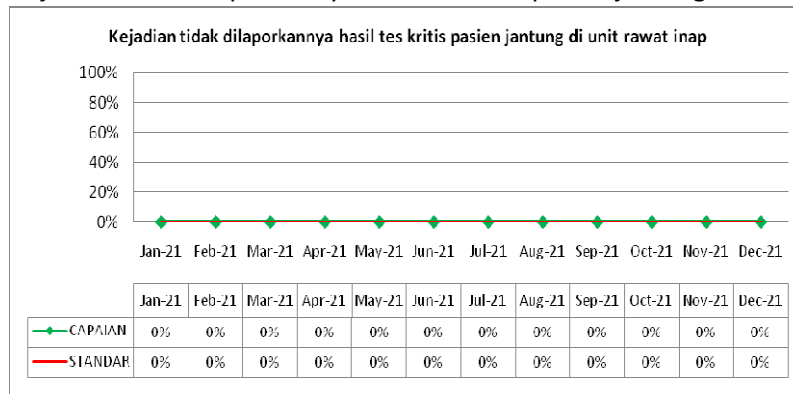


Analisa :

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



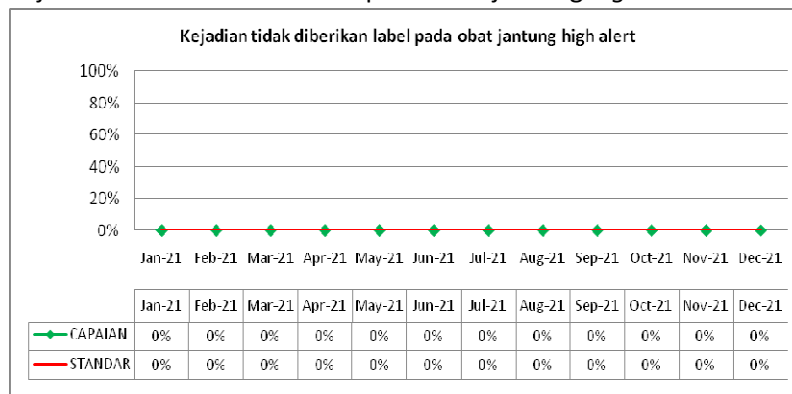
3) Kejadian tidak dilaporkannya hasil tes kritis pasien jantung di unit rawat inap



Analisa :

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

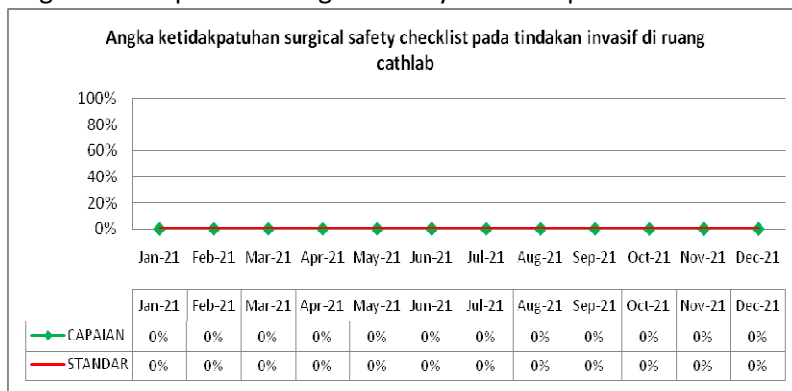
4) Kejadian tidak diberikan label pada obat jantung *high alert*



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kejadian tidak diberikan label pada obat jantung *high alert*, pada triwulan IV telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

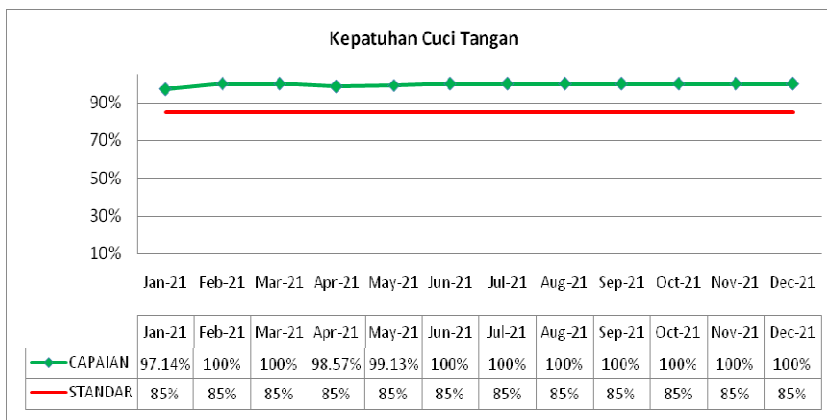
5) Angka ketidakpatuhan surgical safety checklist pada tindakan invasif di ruang cathlab



Analisa :

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

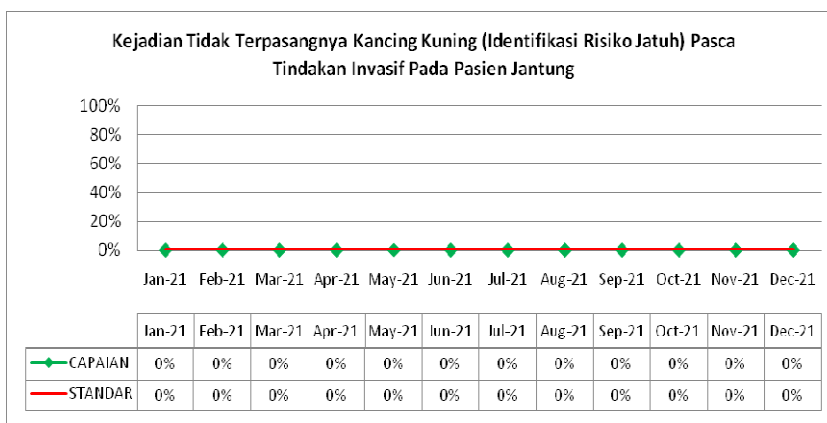
6) Kepatuhan Cuci Tangan



Analisa :

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

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



Analisa :

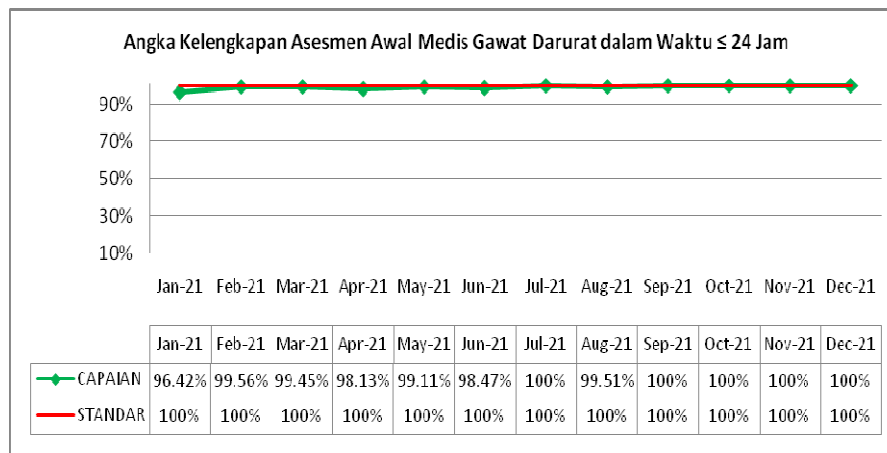
- Hasil capaian indikator mutu angka tidak terpasangnya kancing kuning (identifikasi risiko jatuh) pasca tindakan invasif pada pasien jantung, pada triwulan IV telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.



3. Indikator Mutu Unit Kerja dan Unit Pelayanan

1. Instalasi Gawat Darurat

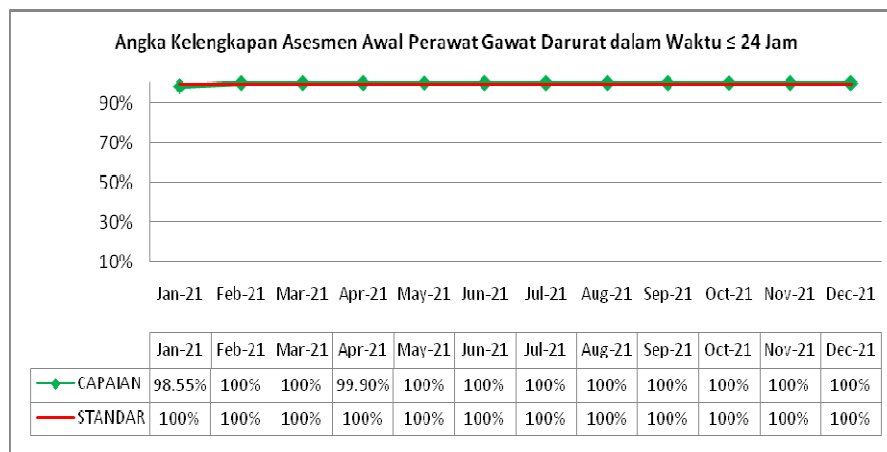
1) Angka Kelengkapan Asesmen Awal Medis Gawat Darurat dalam Waktu ≤ 24 Jam



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal medis gawat darurat dalam waktu ≤ 24 jam, pada triwulan IV telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.

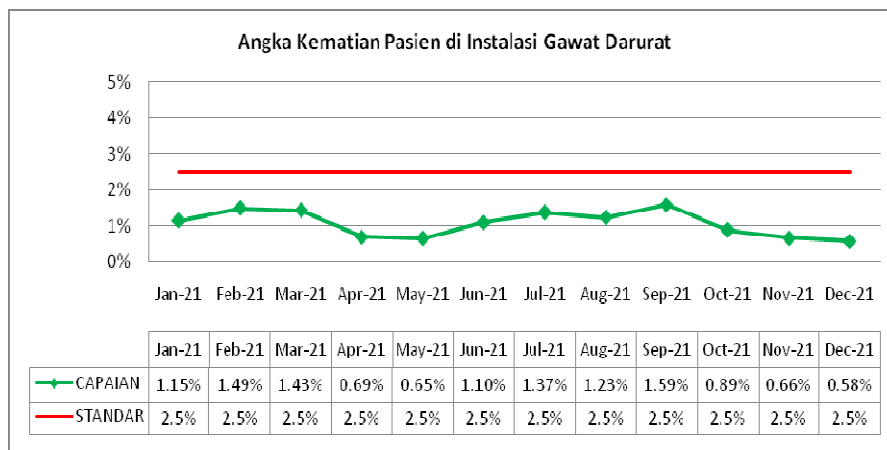
2) Angka Kelengkapan Asesmen Awal Perawat Gawat Darurat dalam Waktu ≤ 24 Jam



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal perawat gawat darurat dalam waktu ≤ 24 jam, pada triwulan IV telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

3) Angka Kematian Pasien di Instalasi Gawat Darurat

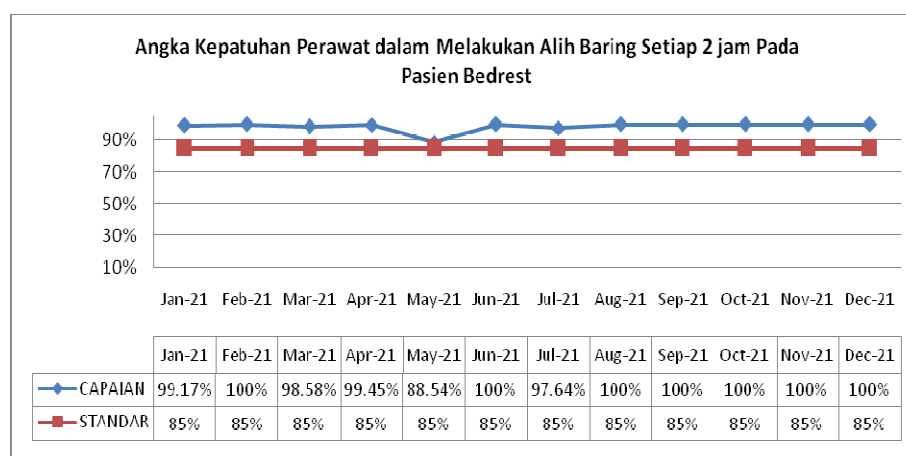


Analisa :

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

2. Instalasi Intensive Care Unit (ICU)

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

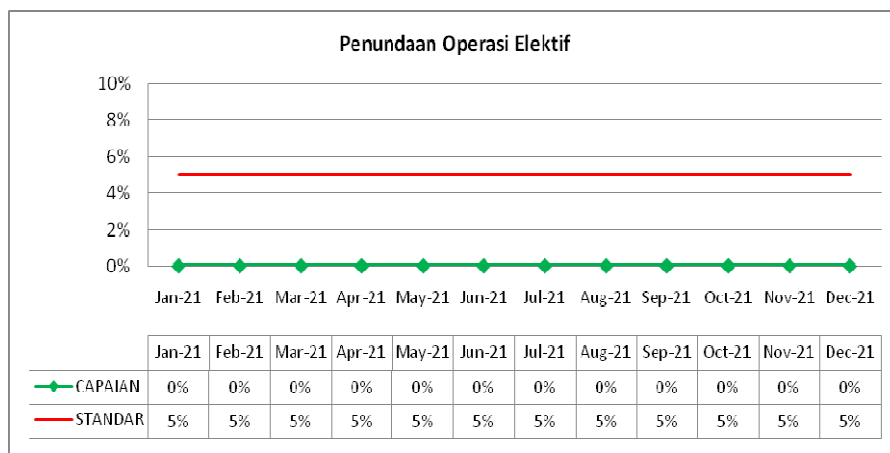


Analisa :

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

3. Instalasi Bedah Sentral

1) Penundaan Operasi Elektif

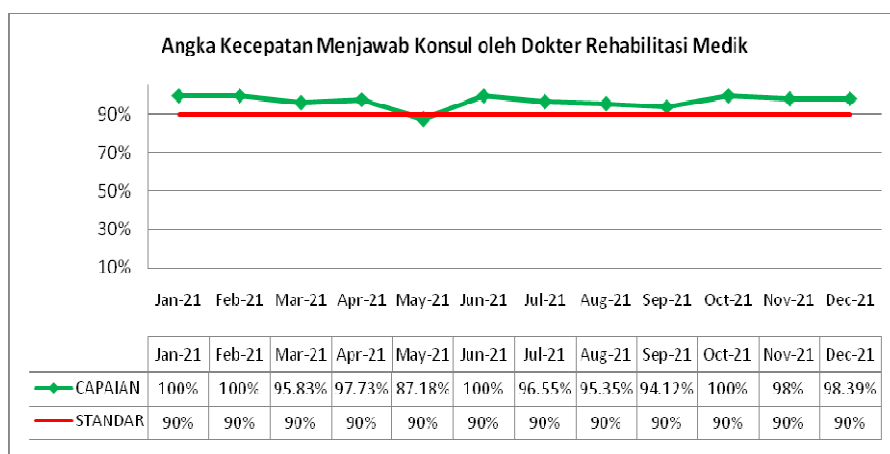


Analisa :

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

4. Instalasi Rehabilitasi Medik

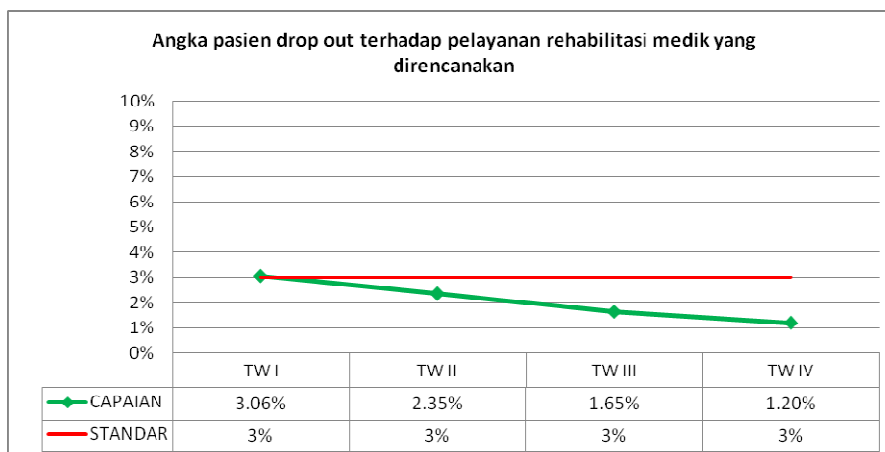
1) Angka Kecepatan Menjawab Konsul oleh Dokter Rehabilitasi Medik



Analisa :

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

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

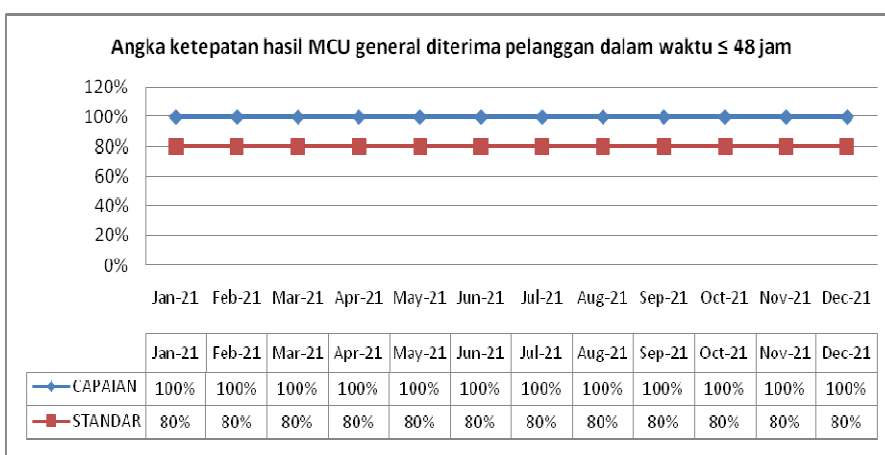


Analisa :

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

5. Instalasi Medical Check Up

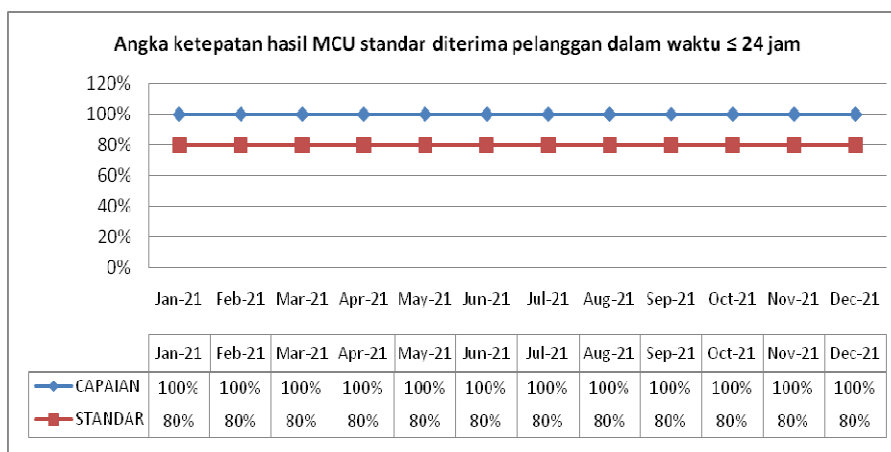
1) Angka Ketepatan Hasil MCU General Diterima Pelanggan dalam Waktu ≤ 48 Jam



Analisa :

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

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

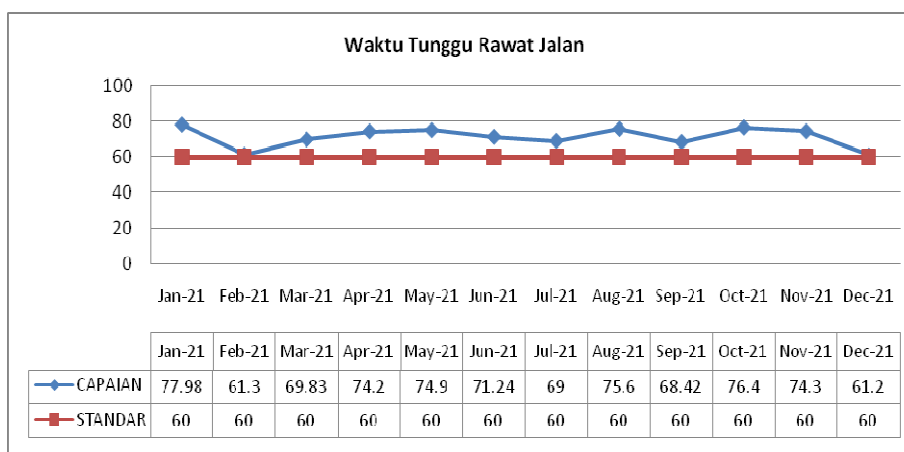


Analisa :

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

6. Instalasi Sultan Agung Eye Center (SEC)

1) Waktu Tunggu Rawat Jalan

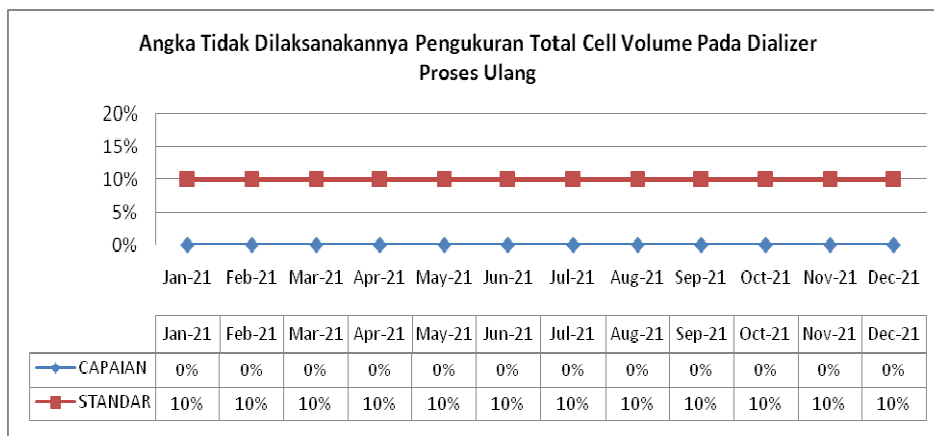


Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan, pada triwulan IV adalah 71 menit, belum mencapai standar < 60 menit.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama.
- 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

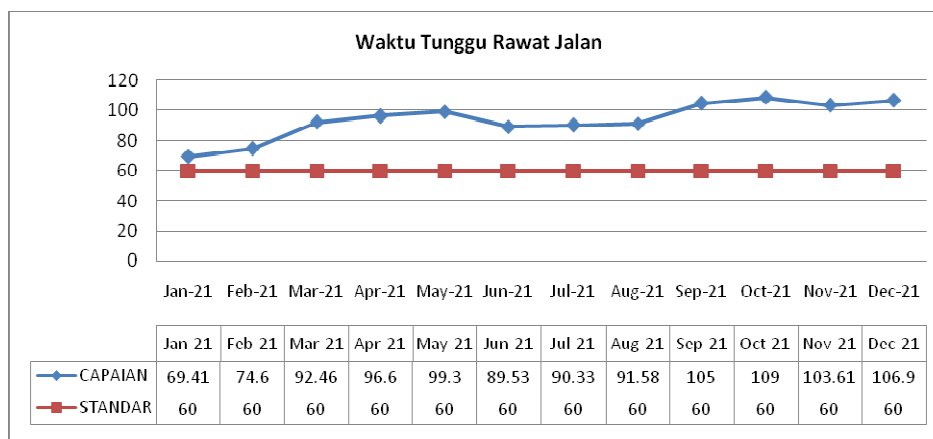


Analisa :

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

8. Instalasi Cardiovaskuler Center

1) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Cardiac Center)



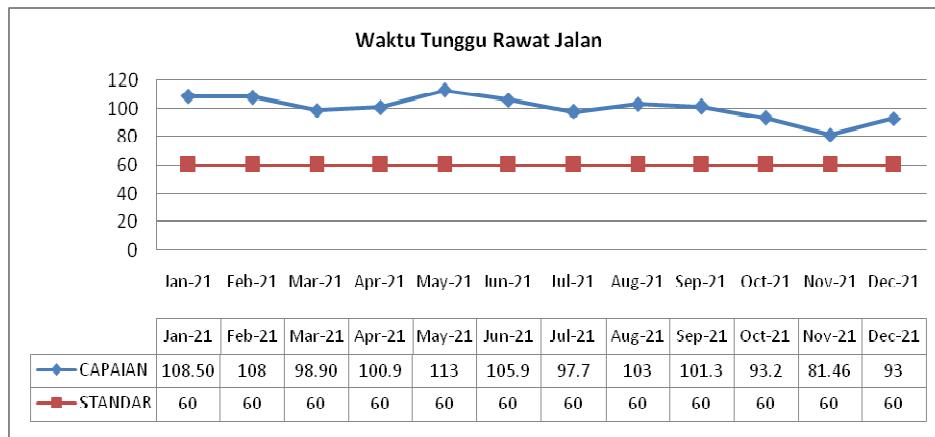
Analisa :

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



9. Instalasi Rawat Jalan

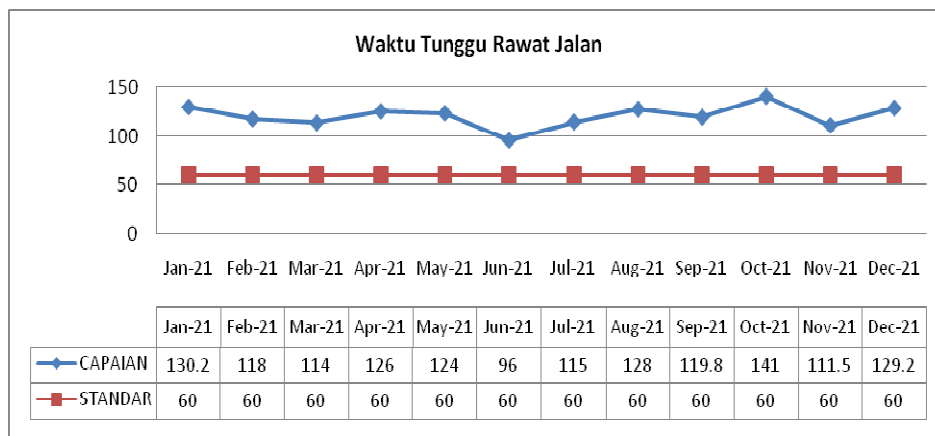
1) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik KIA)



Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan di Klinik Kesehatan Ibu dan Anak, pada triwulan IV adalah 90 menit, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.
- Tindak lanjut : koordinasi instalasi rawat jalan dengan bidang pelayanan medis dan bagian pendaftaran.

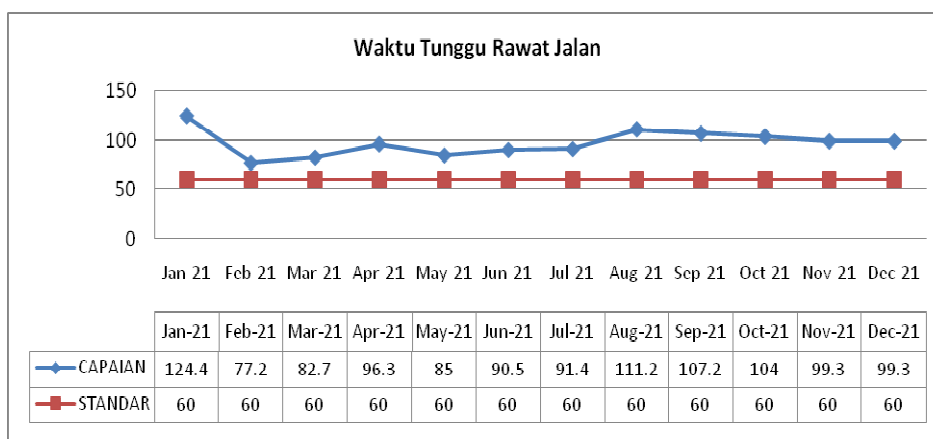
2) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik Penyakit Dalam)



Analisa :

- Capaian indikator mutu waktu tunggu rawat jalan di Klinik Penyakit Dalam, pada triwulan IV adalah 127 menit, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama.
- Tindak lanjut : koordinasi instalasi rawat jalan dengan bidang pelayanan medis dan bagian pendaftaran.

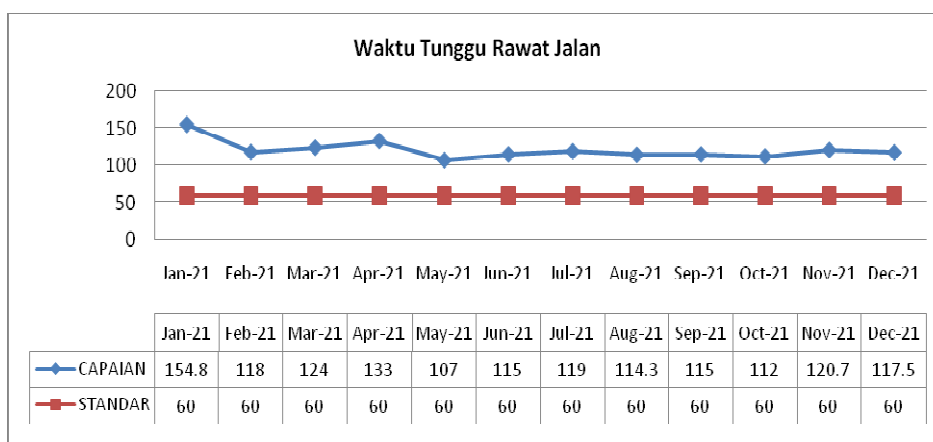
3) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik Saraf)



Analisa :

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

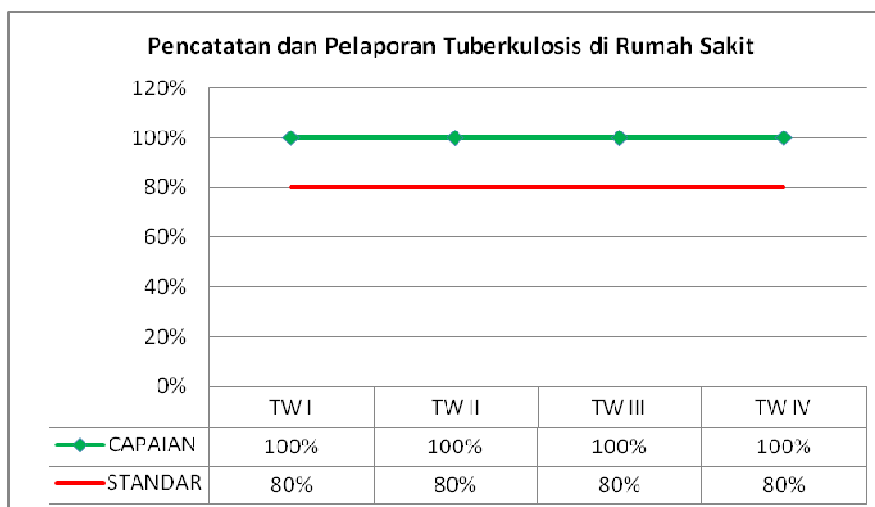
4) Waktu Tunggu Rawat Jalan (Klinik Bedah)



Analisa :

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

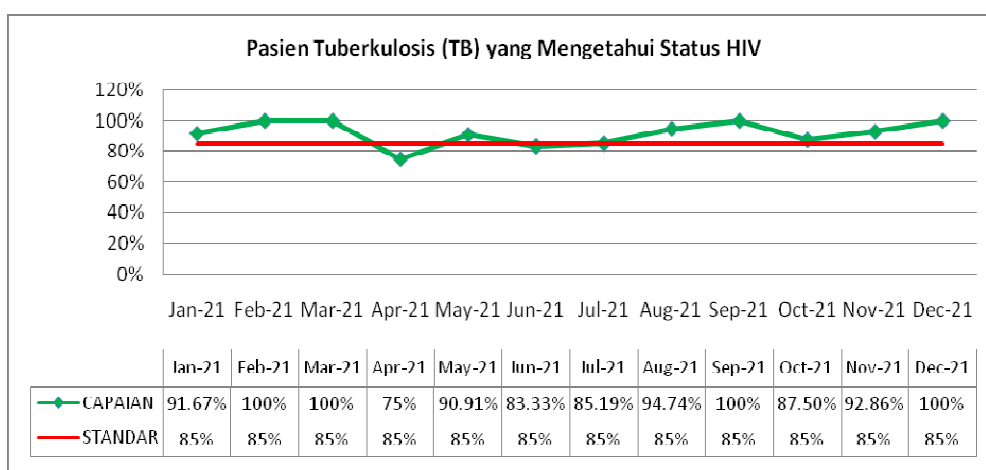
5) Pencatatan dan Pelaporan Kasus Tuberculosis



Analisa :

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

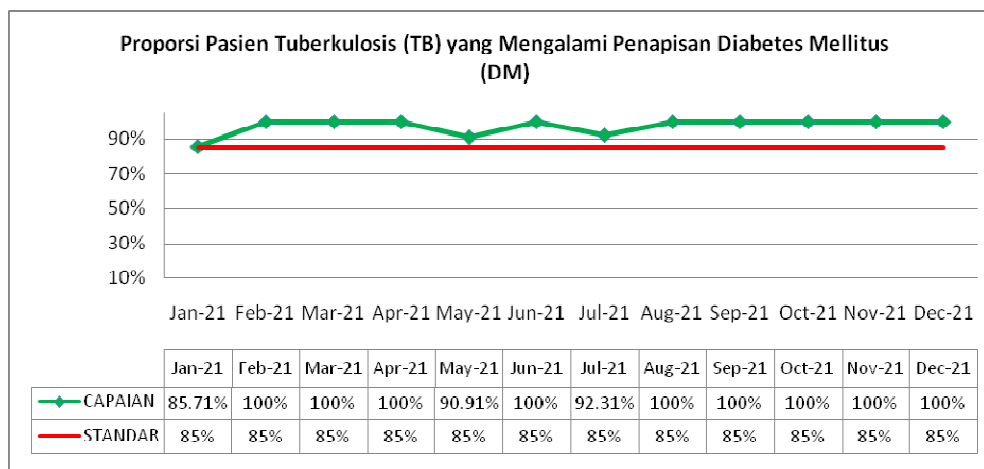
6) Pasien Tuberculosis yang Mengetahui Status HIV



Analisa :

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

7) Proporsi Pasien Tuberkulosis yang Mengalami Penapisan Diabetes Melitus



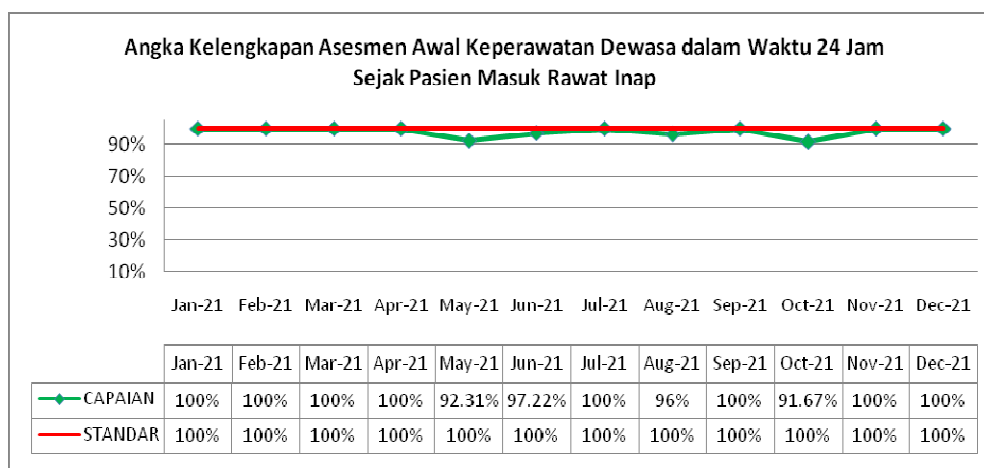
Analisa :

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

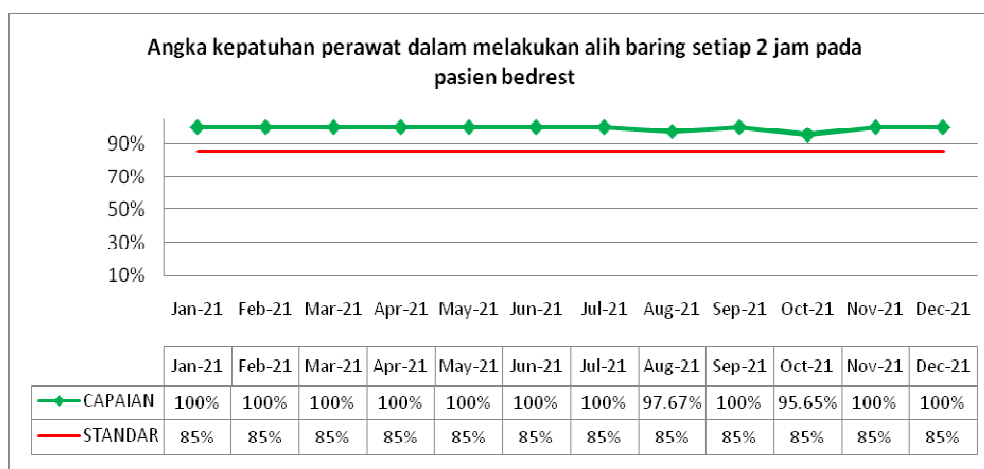


Analisa :

- Capaian indikator angka kelengkapan asesmen awal keperawatan dewasa dalam waktu 24 jam sejak pasien masuk rawat inap, pada triwulan IV belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama.
- 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

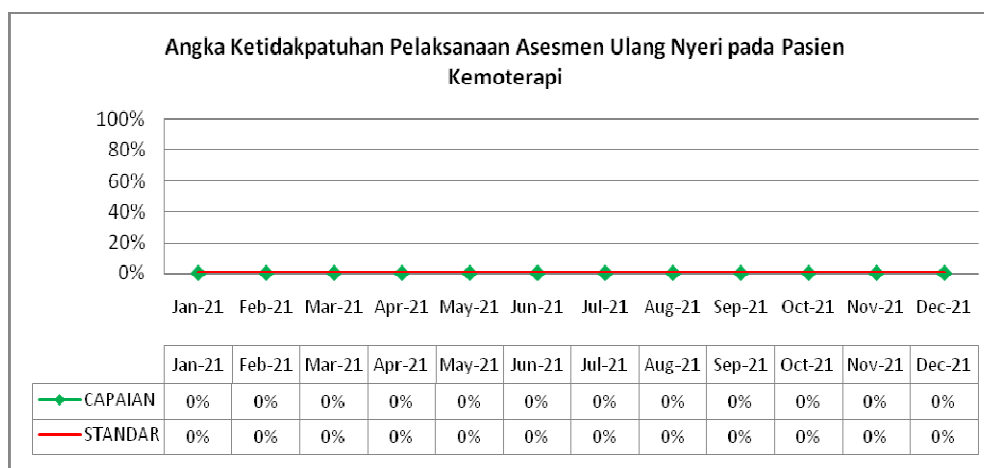


Analisa :

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

c) Ma'wa

1) Angka Ketidakpatuhan Pelaksanaan Asesmen Ulang Nyeri pada Pasien Kemoterapi

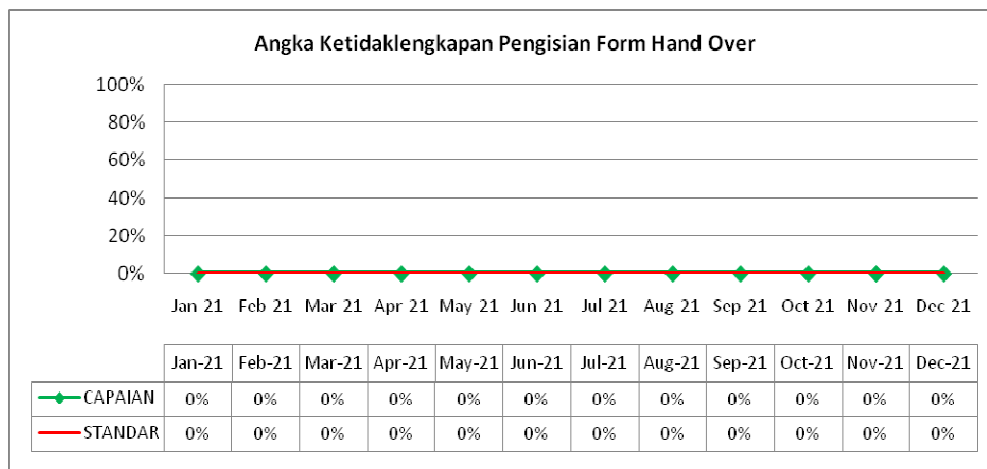


Analisa :

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

d) Darussalam

1) Angka Ketidaklengkapan Pengisian Form Hand Over

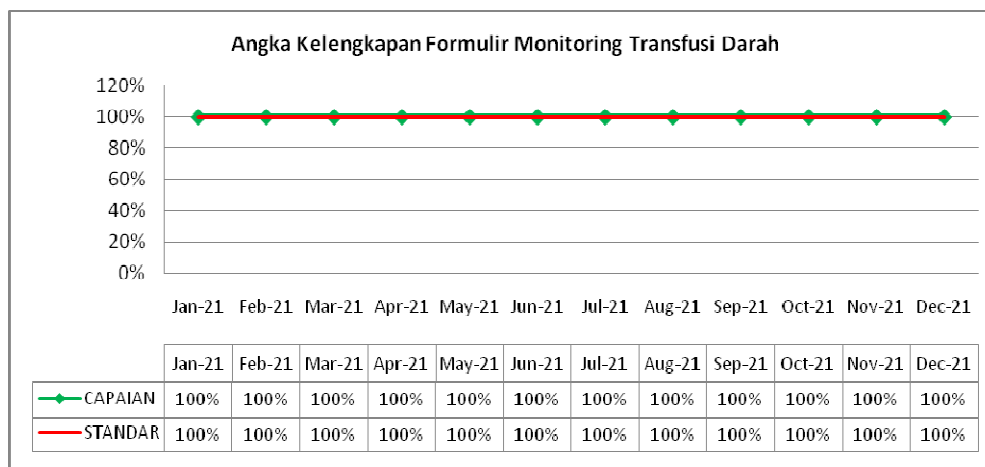


Analisa :

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

e) Baitus Salam 1

1) Angka Kelengkapan Formulir Monitoring Transfusi Darah

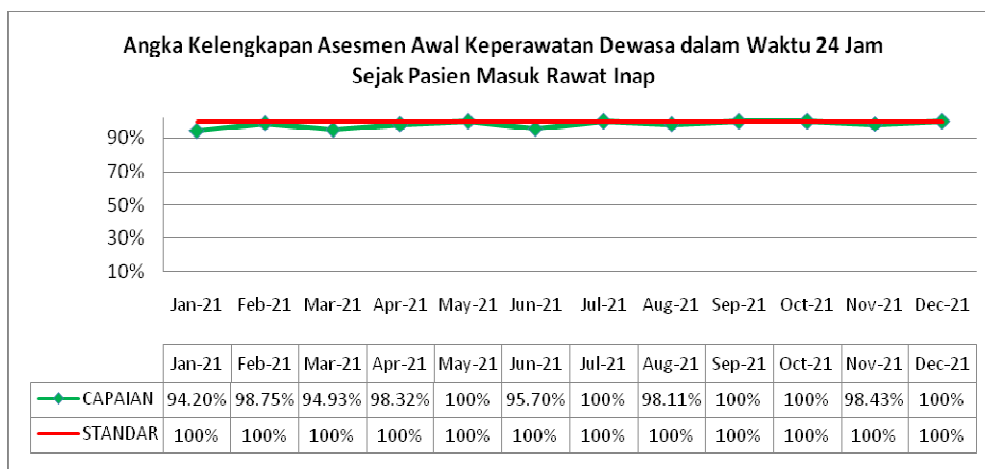


Analisa :

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

f) Baitus Salam 2

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

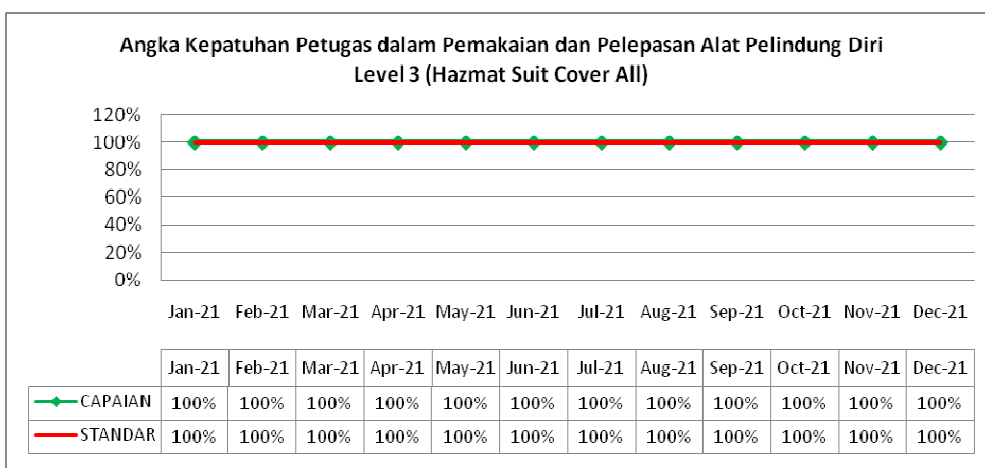


Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kelengkapan asesmen awal keperawatan dewasa dalam waktu 24 jam sejak pasien masuk rawat inap, pada triwulan IV belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, 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)



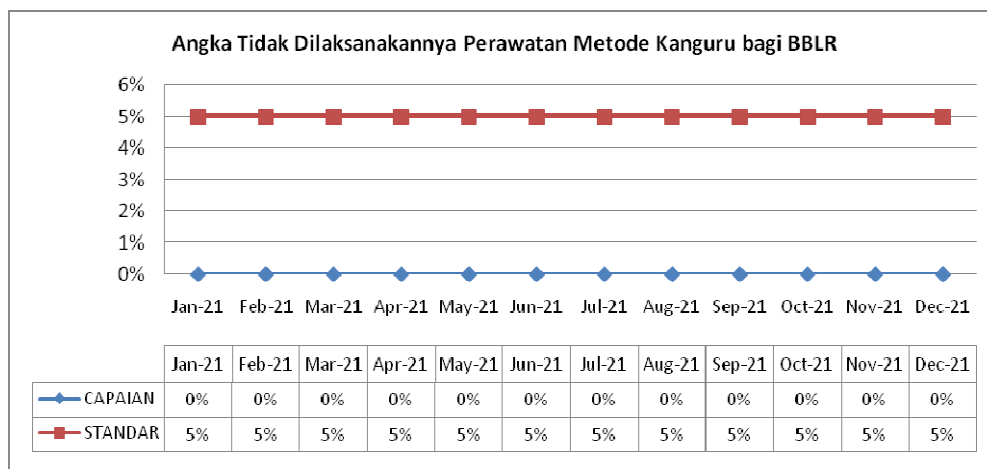
Analisa :

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

11. Instalasi Peristi

a. Kamar Bayi

1) Angka Tidak Dilaksanakannya Perawatan Metode Kanguru bagi BBLR

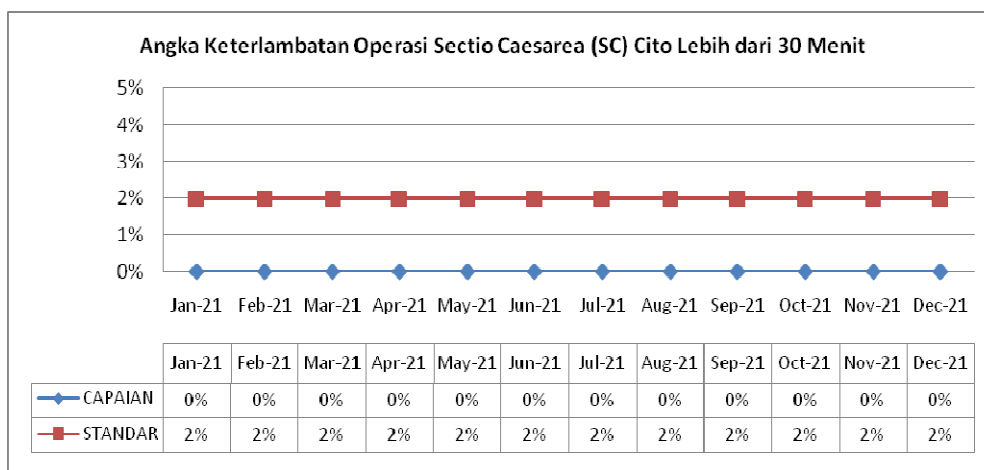


Analisa :

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

b. Kamar Bersalin

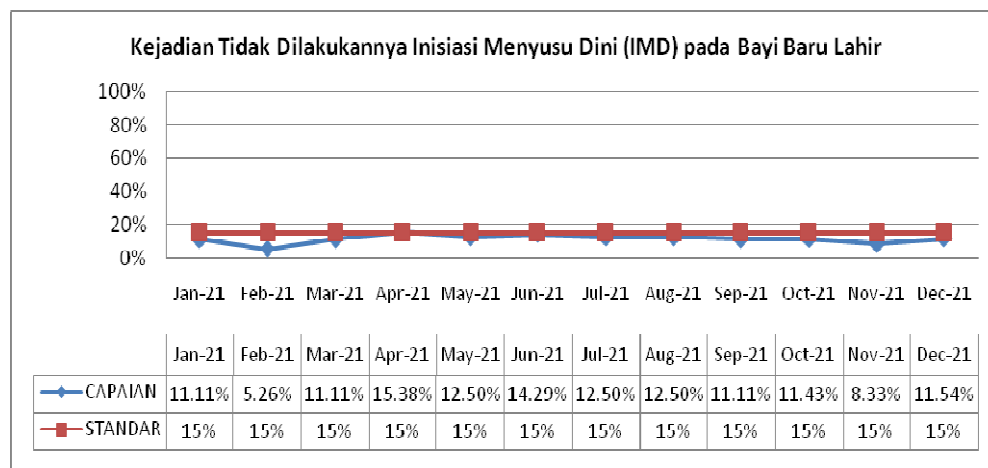
1) Angka Keterlambatan Operasi Sectio Caesarea (SC) Cito Lebih dari 30 Menit



Analisa :

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

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

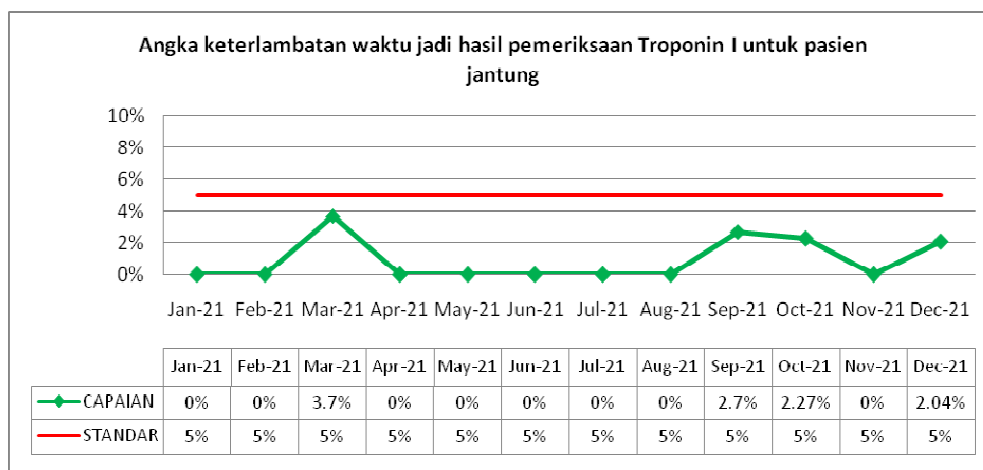


Analisa :

- Capaian indikator mutu kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir, pada triwulan IV adalah 10%, telah mencapai standar < 15%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.

I. Instalasi Laboratorium

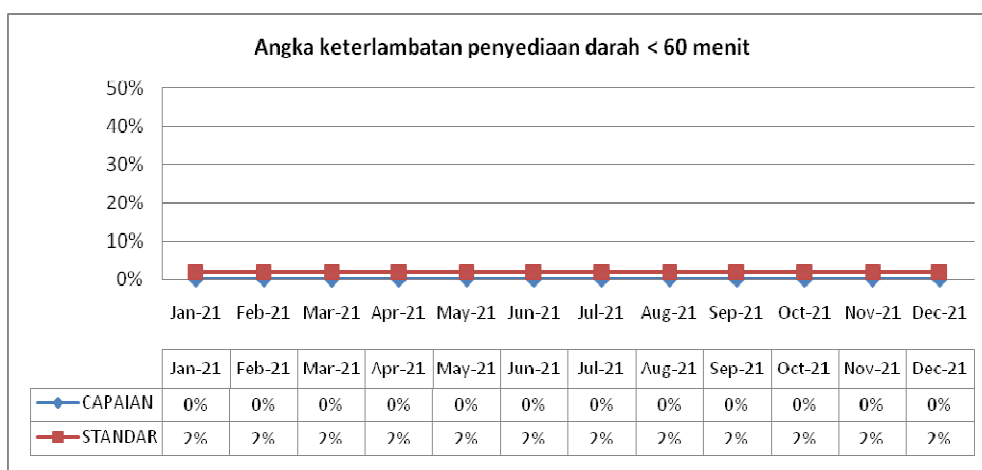
1) Angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan waktu jadi hasil pemeriksaan troponin I untuk pasien jantung, pada triwulan IV adalah 1.4%, telah mencapai standar < 5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama.

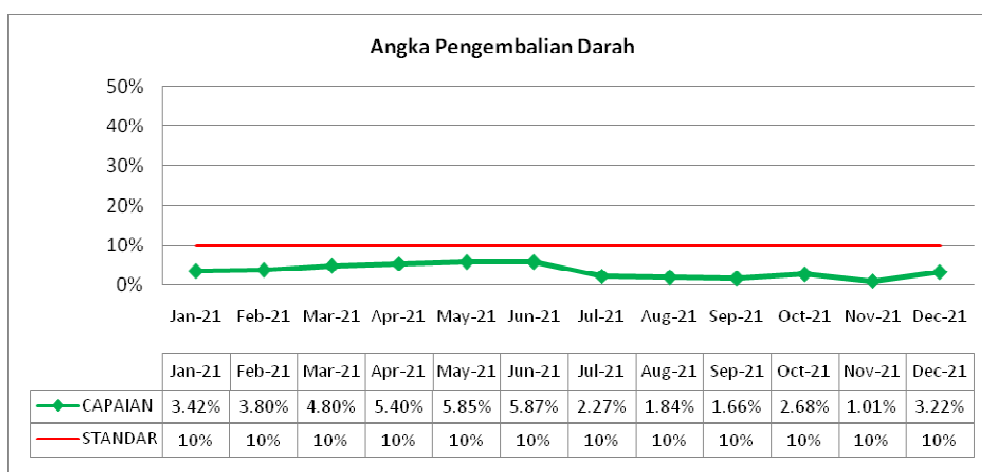
2) Angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit



Analisa :

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

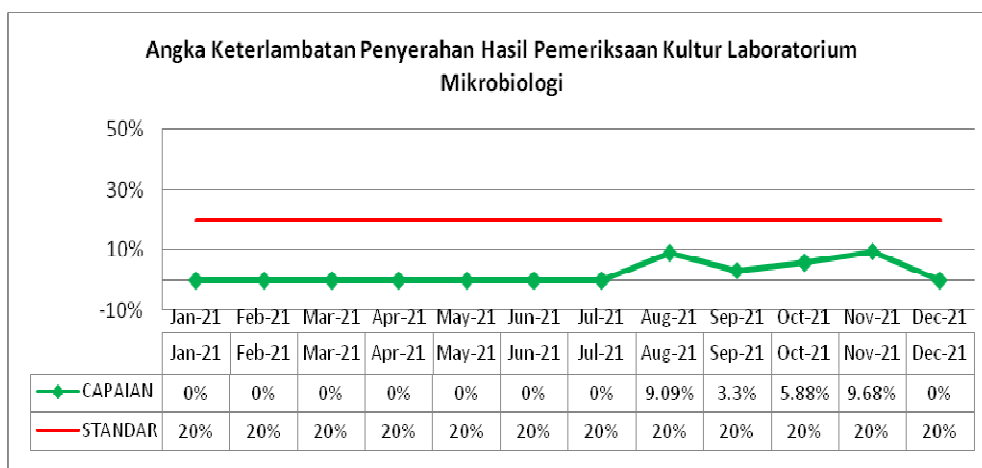
3) Angka Pengembalian Darah



Analisa :

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

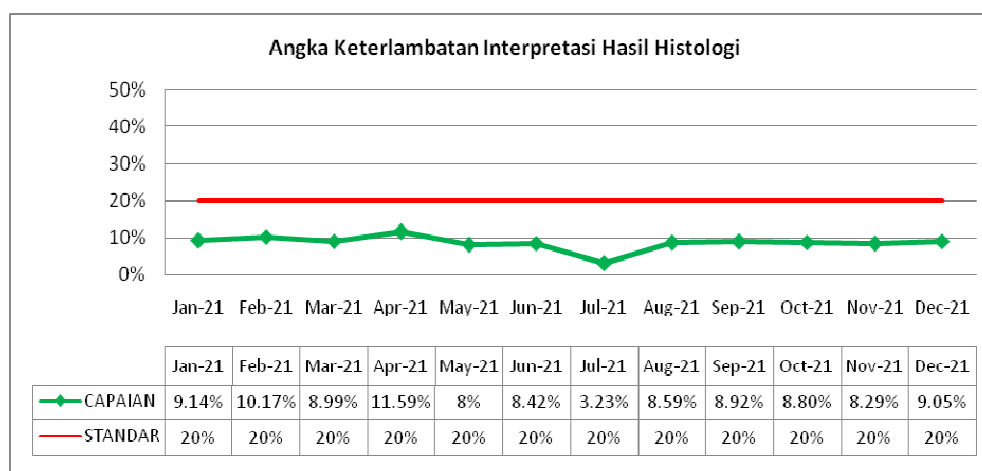
3) Angka keterlambatan penyerahan hasil pemeriksaan kultur mikrobiologi



Analisa :

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

4) Angka keterlambatan interpretasi hasil pemeriksaan histologi

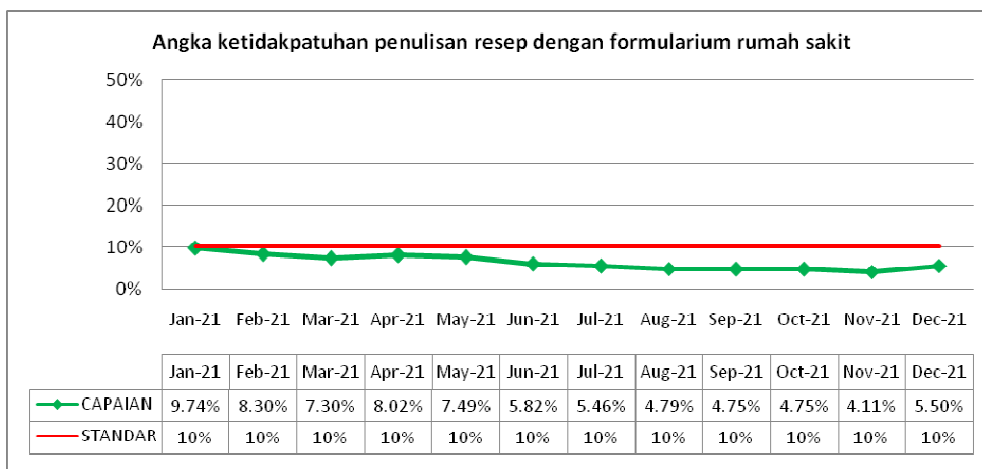


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan interpretasi hasil pemeriksaan histologi, pada triwulan IV adalah 9%, telah mencapai standar <20%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama.

m. Instalasi Farmasi

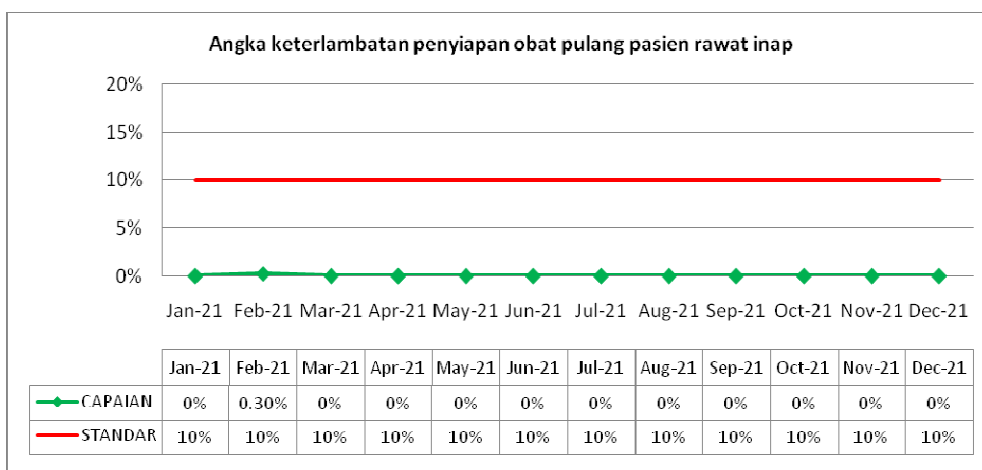
1) Angka ketidakpatuhan penulisan resep dengan formularium rumah sakit



Analisa :

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

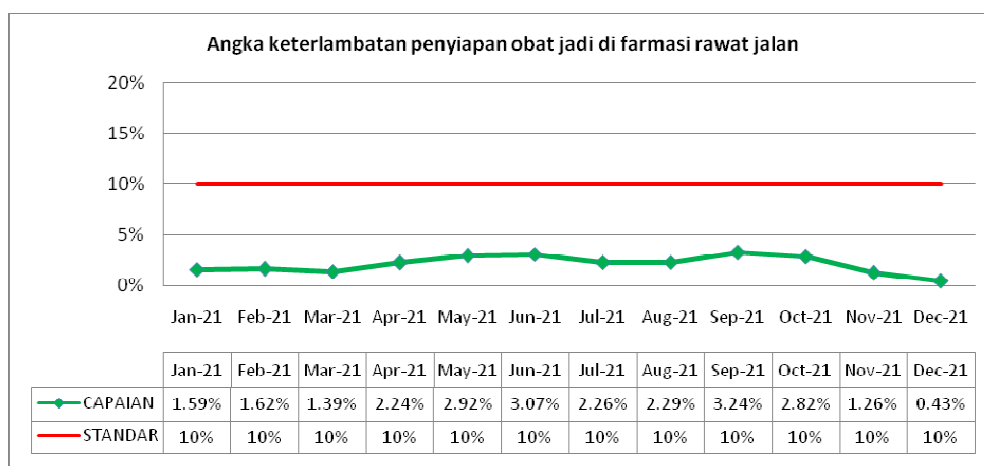
2) Angka keterlambatan penyiapan obat pulang pasien rawat inap



Analisa :

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

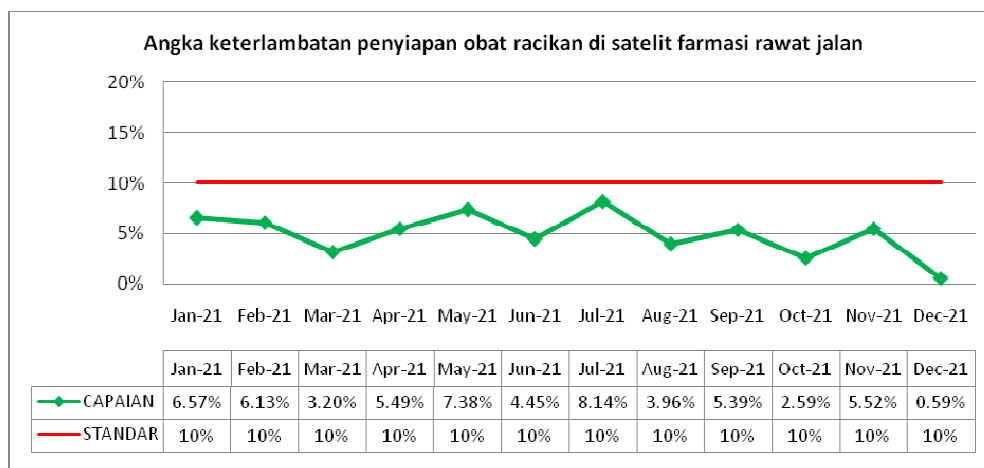
3) Angka keterlambatan penyiapan obat jadi di farmasi rawat jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyiapan obat jadi di farmasi rawat jalan, pada triwulan IV adalah 1.5 %, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

4) Angka keterlambatan penyiapan obat racikan di farmasi rawat jalan

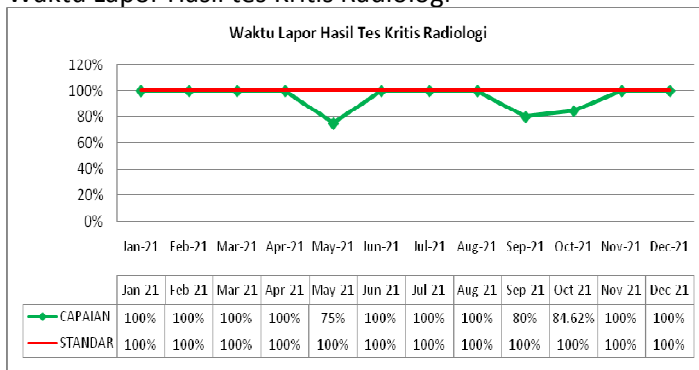


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyiapan obat racikan di farmasi rawat jalan pada triwulan IV adalah 2.9 %, telah mencapai standar <10%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

n. Instalasi Radiologi

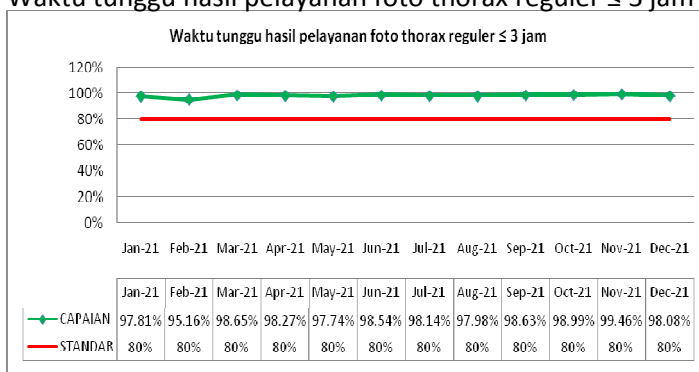
1) Waktu Lapor Hasil tes Kritis Radiologi



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu lapor hasil tes kritis radiologi, pada triwulan IV adalah 95%, belum mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.

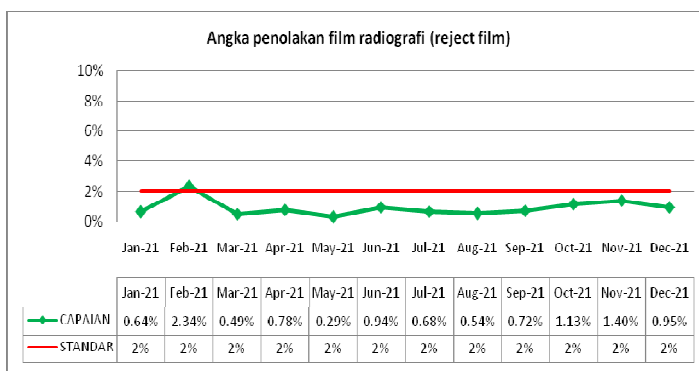
2) Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax reguler ≤ 3 jam



Analisa :

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

3) Angka Penolakan Film Radiografi (Reject Film)

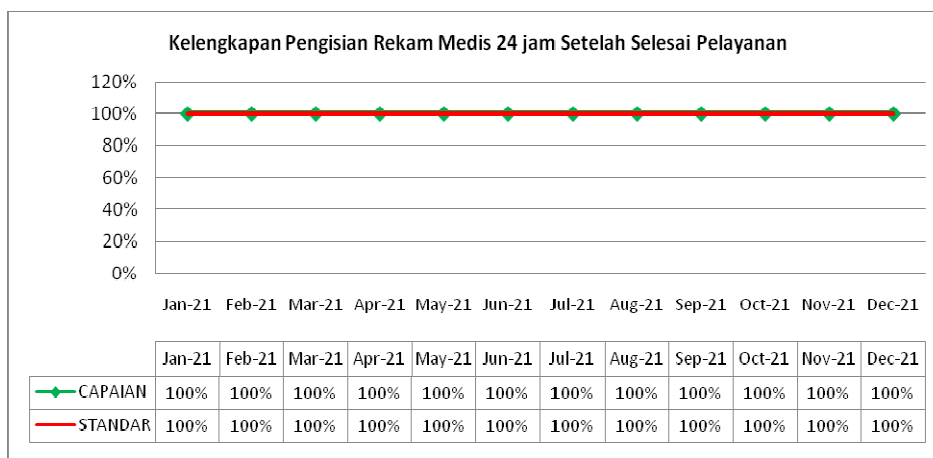


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka penolakan film radiografi (reject film), pada triwulan IV adalah 1.16%, telah mencapai standar $< 2\%$.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama.

o. Instalasi Rekam Medis

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

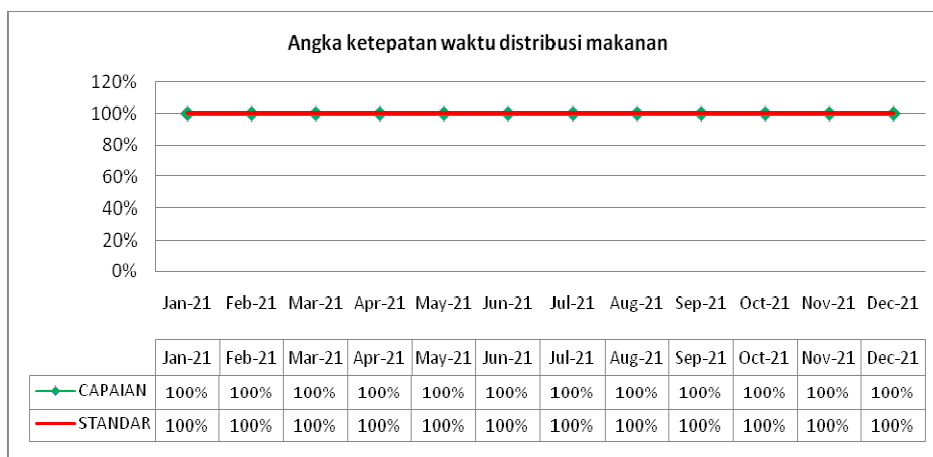


Analisa :

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

p. Instalasi Gizi

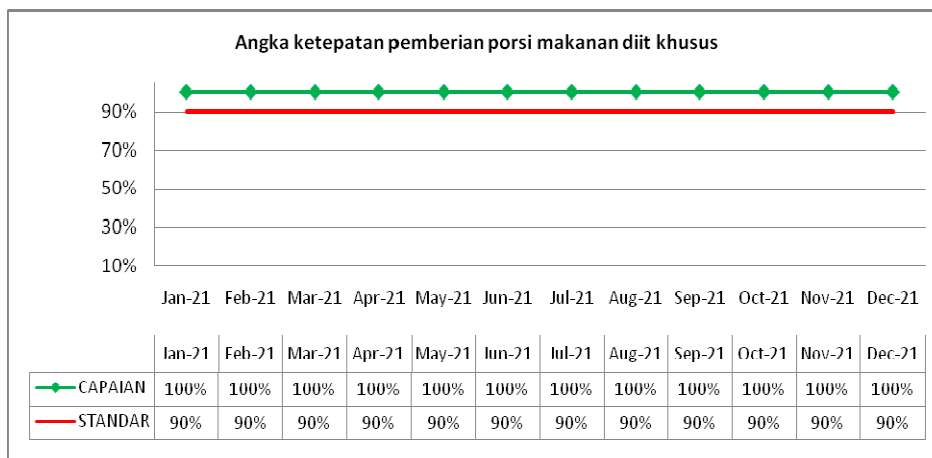
1) Ketepatan waktu distribusi makanan



Analisa :

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

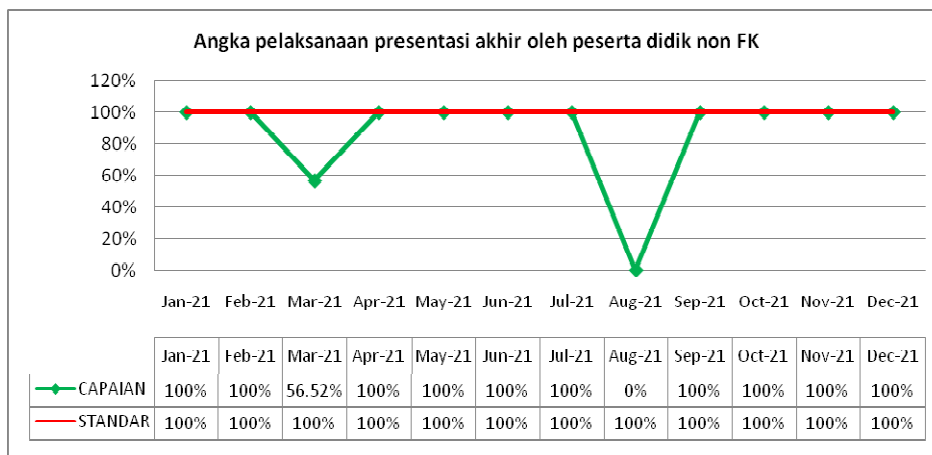
2) Angka Ketepatan Pemberian Porsi Makanan Diit Khusus



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.

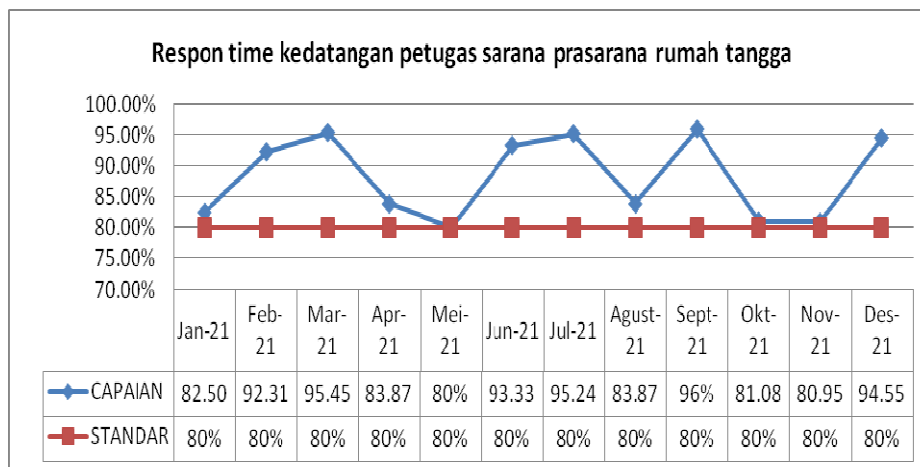
q. Bagian Pendidikan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka pelaksanaan presentasi akhir oleh peserta didik non FK, pada triwulan IV adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

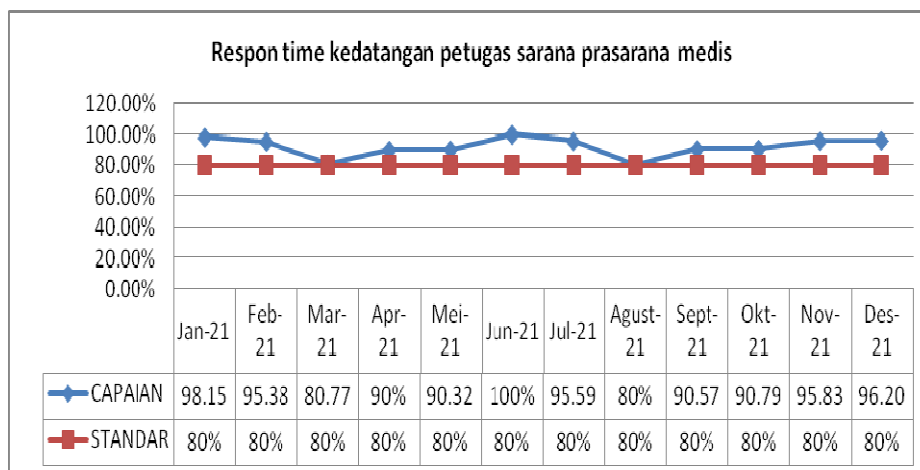
- r. Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Pra Sarana Rumah Sakit (IPSRS)
 1) Respon Time Kedatangan Petugas Sarana Prasarana Rumah Tangga



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu waktu tanggap kerusakan sarana rumah tangga, pada triwulan IV adalah 85.53%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya baik.

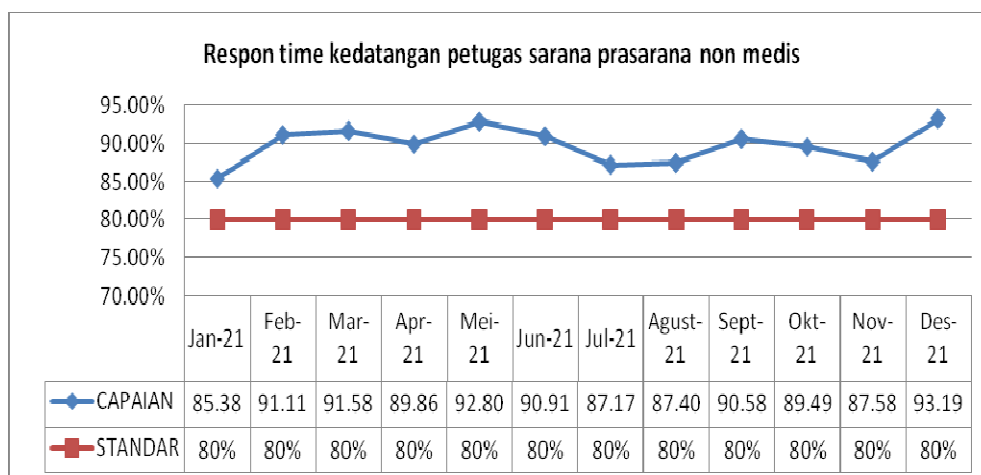
- 2) Respon Time Kedatangan Petugas Sarana Prasarana Medis



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu respon time kedatangan petugas sarana prasarana medis, pada triwulan IV adalah 94.27%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.

3) Respon Time Kedatangan Petugas Sarana Prasarana Non Medis

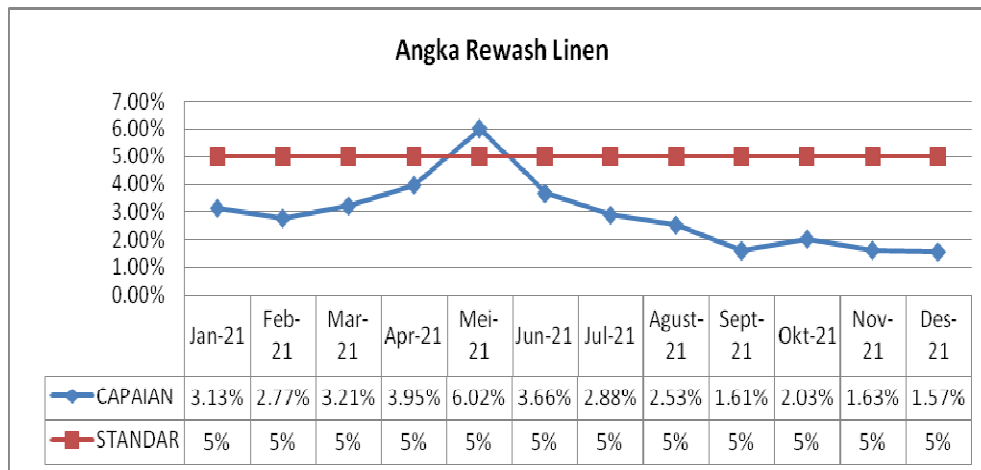


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu respon time kedatangan petugas sarana prasarana non medis, pada triwulan IV adalah 90.09%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.

s. Bagian Umum

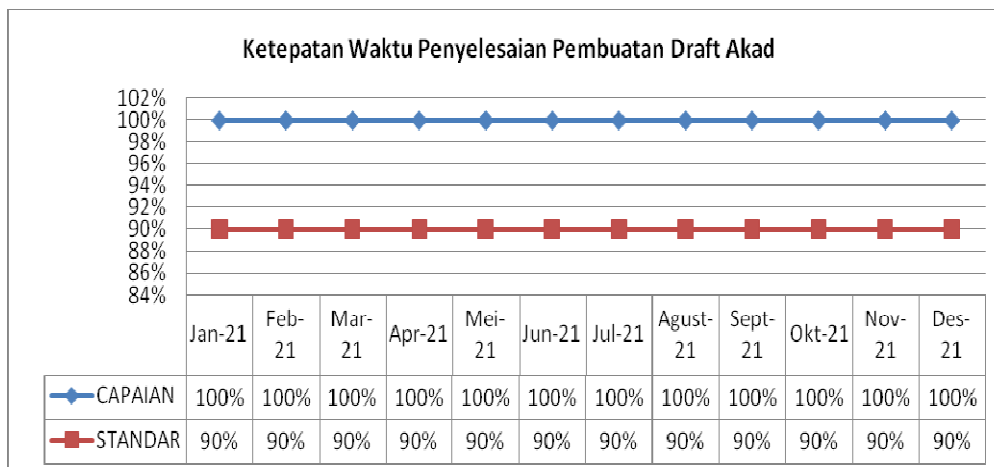
1) Angka Rewash Linen



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu angka rewash linen, pada triwulan IV adalah 1.74%, telah mencapai standar <5%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sedikit menurun.

2) Ketepatan Waktu Penyelesaian Pembuatan Draft Akad

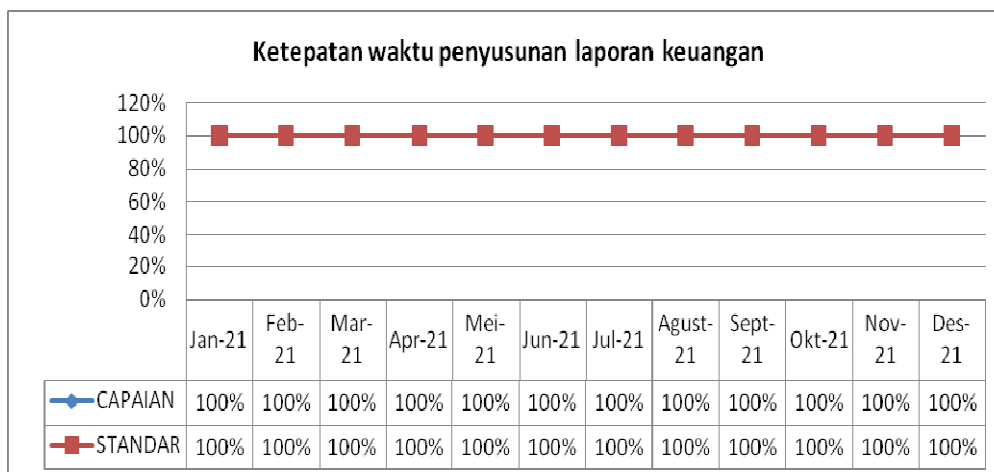


Analisa :

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

t. Bagian Keuangan dan Akuntansi

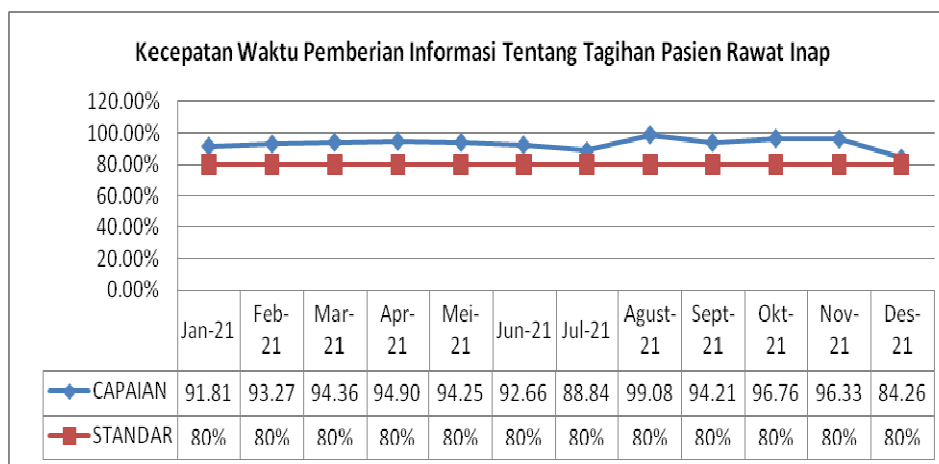
1) Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan, pada triwulan IV adalah 100%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

2) Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

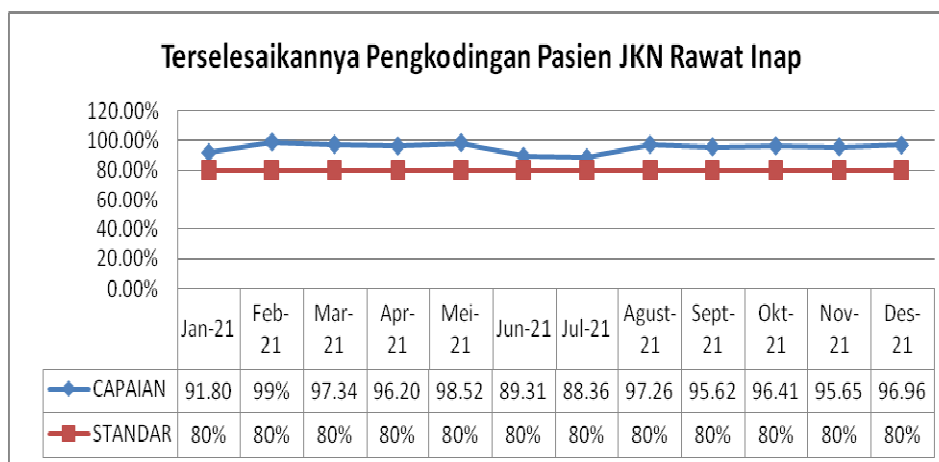


Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap, pada triwulan IV adalah 92.45%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

u. Bagian Casemix

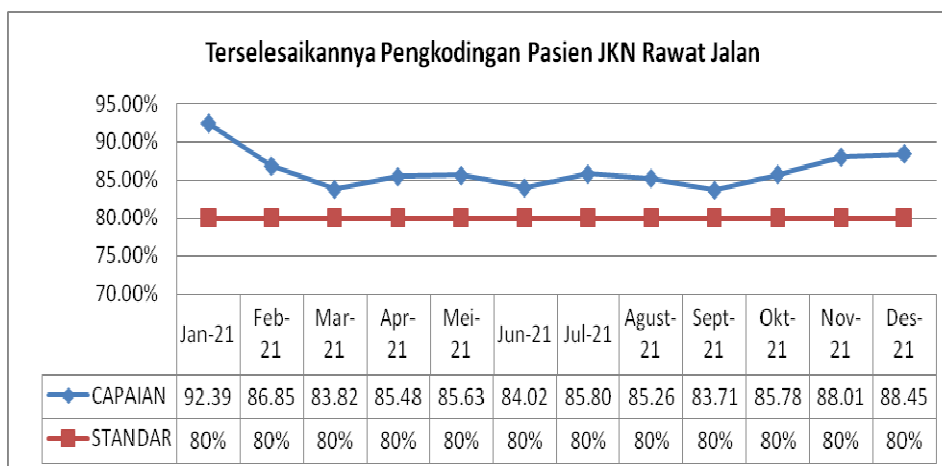
1) Terselenggaranya Pengkodingan Pasien JKN Rawat Inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu terselenggaranya pengkodingan pasien JKN rawat inap, pada triwulan IV adalah 96.34%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

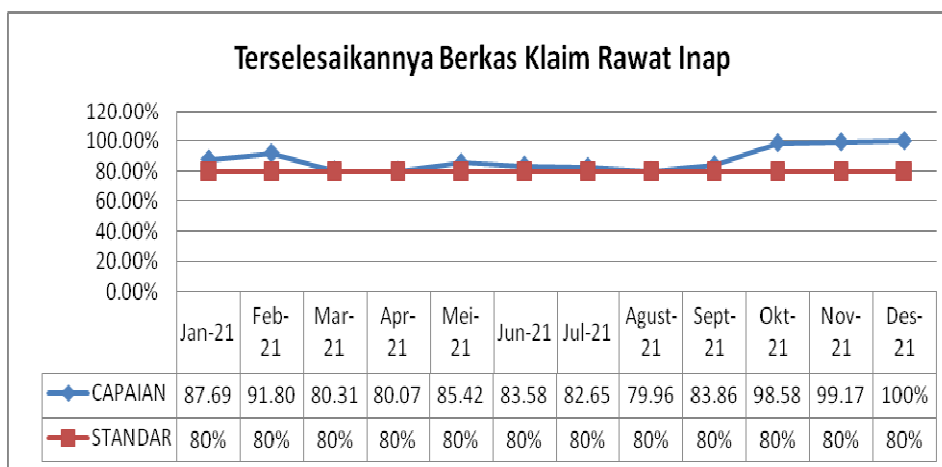
2) Terselaikannya Pengkodingan Pasien JKN Rawat Jalan



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu terselenggaranya pengkodingan pasien JKN rawat jalan, pada triwulan IV adalah 87.41%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

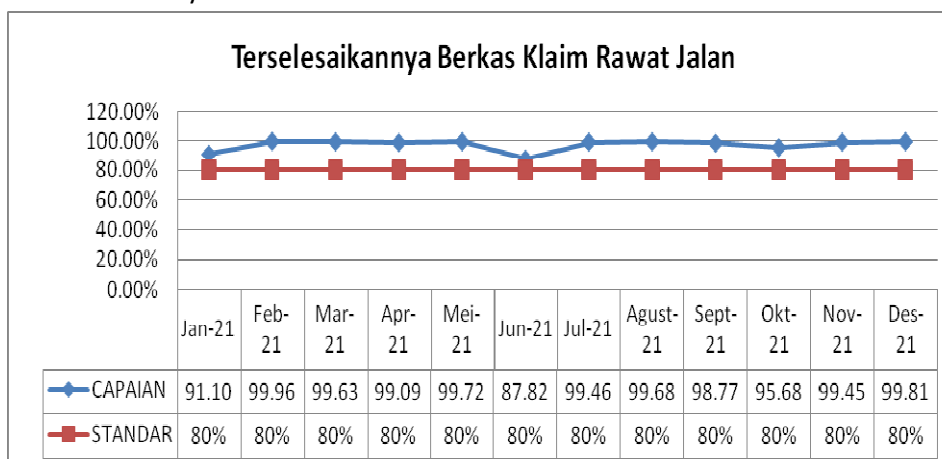
3) Terselaikannya Berkas Klaim Rawat Inap



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu terselaikannya berkas klaim rawat inap pada triwulan IV adalah 99.25%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.

4) terselesaikannya Berkas Klaim Rawat Jalan

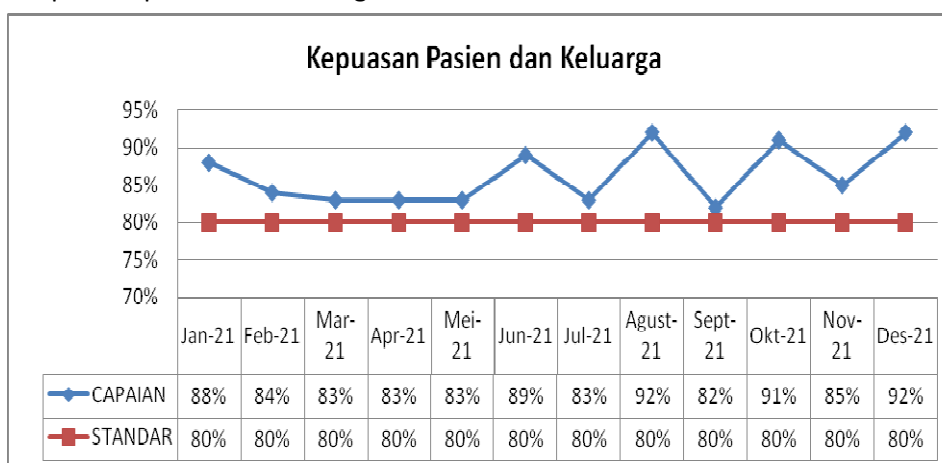


Analisa :

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

v. Bagian Humas dan Kemitraan

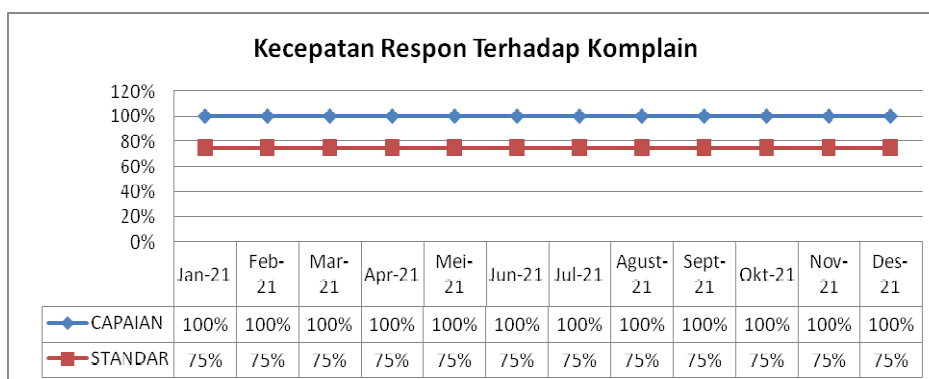
1) Kepuasan pasien dan keluarga



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepuasan pasien dan keluarga pada triwulan IV adalah 89.33%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.
- Berdasarkan laporan unit Humas pada triwulan III tidak ada laporan tentang ketidakpuasan pelanggan terkait adanya peserta didik di RSISA.

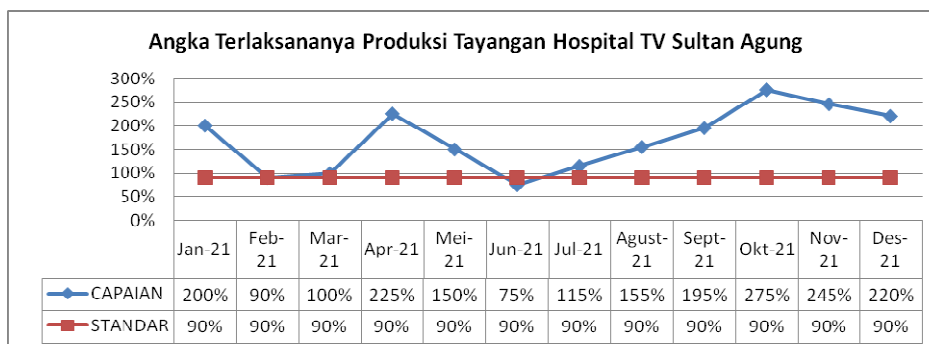
2) Kecepatan respon terhadap komplain



Analisa :

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

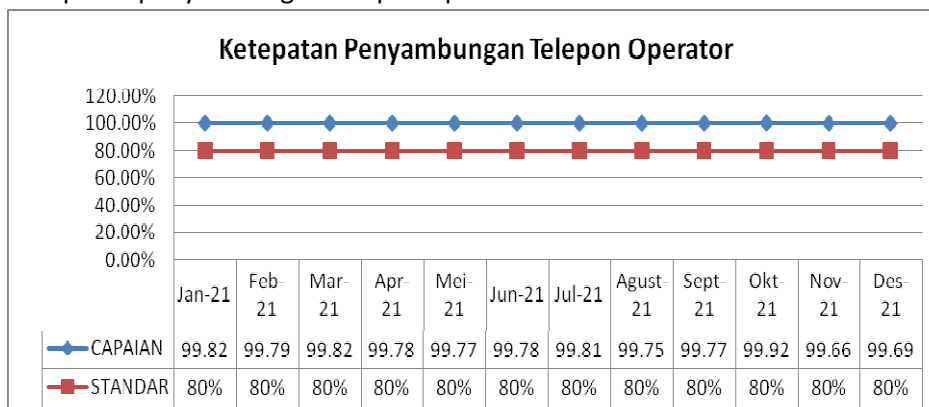
3) Angka Terlaksananya Produksi Tayangan Hospital TV Sultan Agung



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka terlaksananya produksi tayangan hospital TV Sultan Agung pada triwulan IV adalah 246%, telah melebihi standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.

4) Ketepatan penyambungan telepon operator



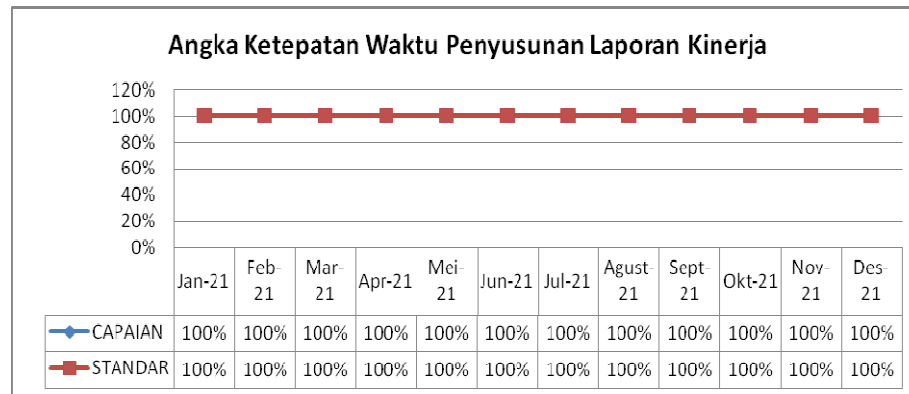
Analisa :

- Capaian indikator mutu ketepatan penyambungan telepon operator pada triwulan IV adalah 99.76%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.



w. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

1) Angka Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Kinerja

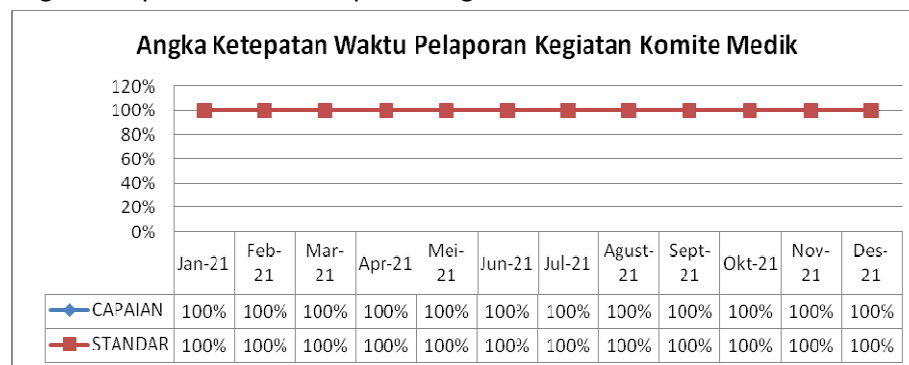


Analisa :

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

x. Komite Medik

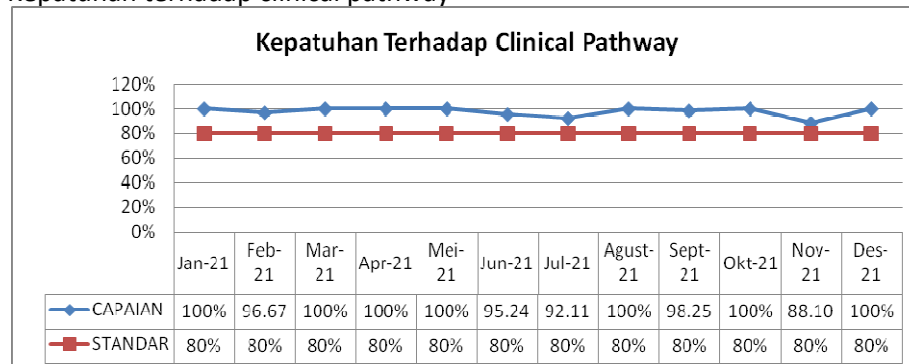
1) Angka Ketepatan Waktu Pelaporan Kegiatan Komite Medik



Analisa :

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

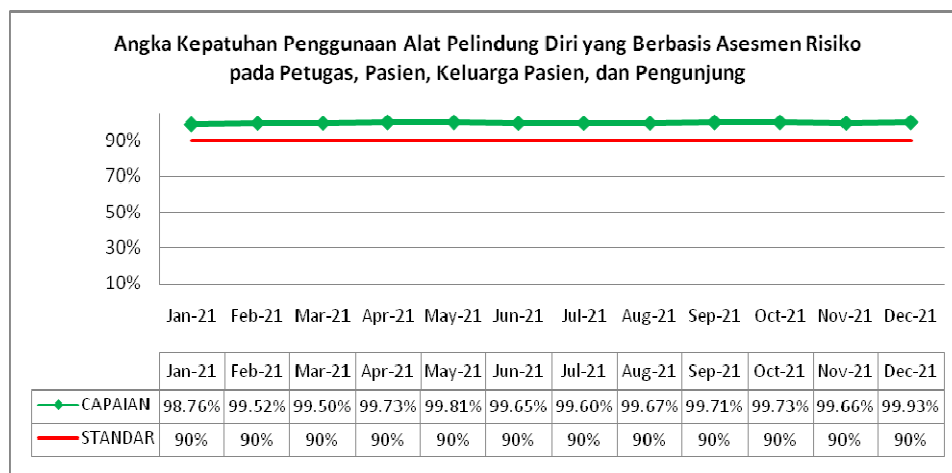
2) Kepatuhan terhadap clinical pathway



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan terhadap clinical pathway pada triwulan IV adalah 96.03%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

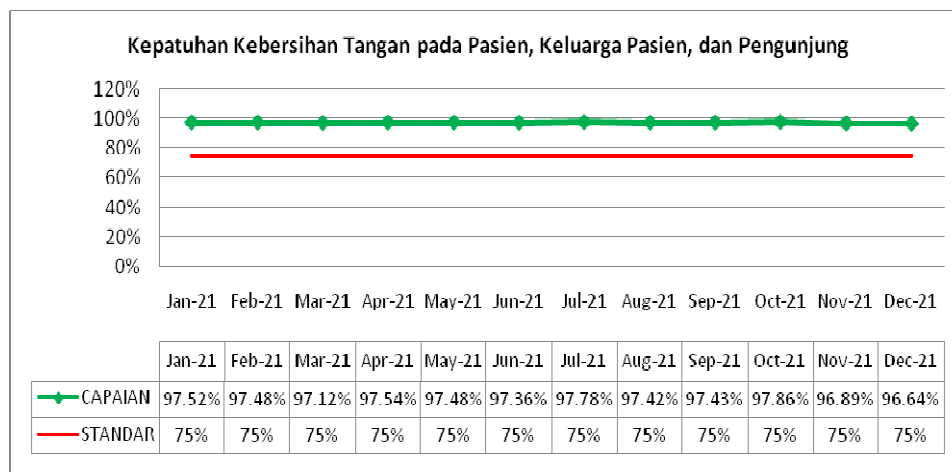
- y. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
- 1) Angka Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri yang Berbasis Asesmen Risiko pada Petugas, Pasien, Keluarga Pasien, dan Pengunjung



Analisa :

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

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

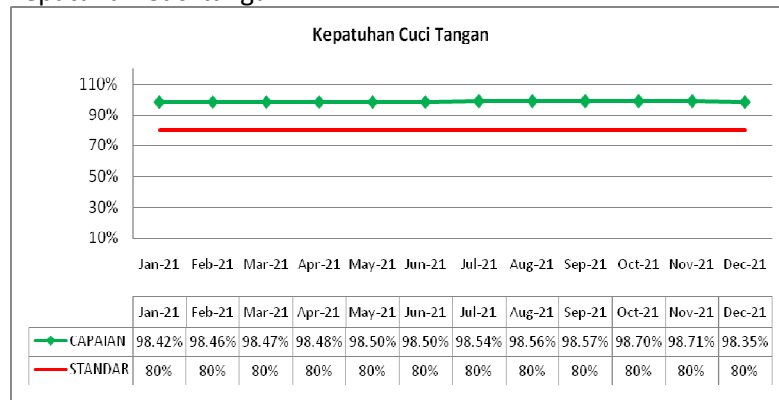


Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan kebersihan tangan pada pasien, keluarga pasien, dan pengunjung pada triwulan IV adalah 97%, telah melebihi standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama.



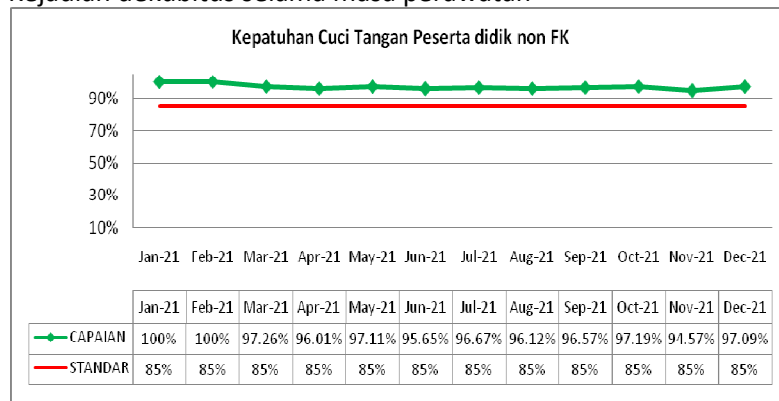
3) Kepatuhan Cuci tangan



Analisa :

- Capaian indikator mutu kepatuhan cuci tangan pada triwulan IV adalah 98.59%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.

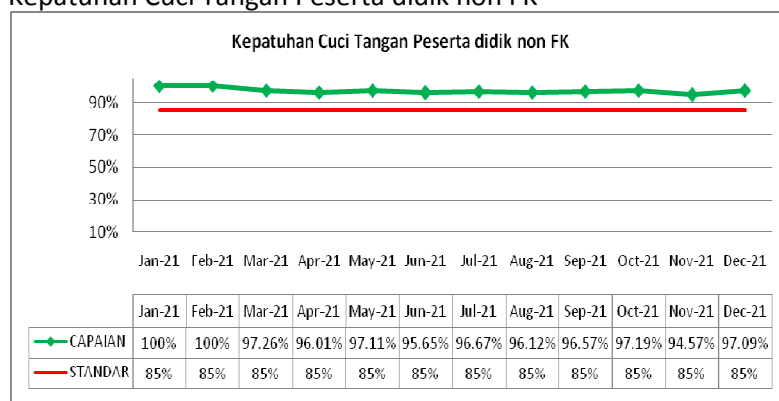
4) Kejadian dekubitus selama masa perawatan



Analisa :

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

5) Kepatuhan Cuci Tangan Peserta didik non FK

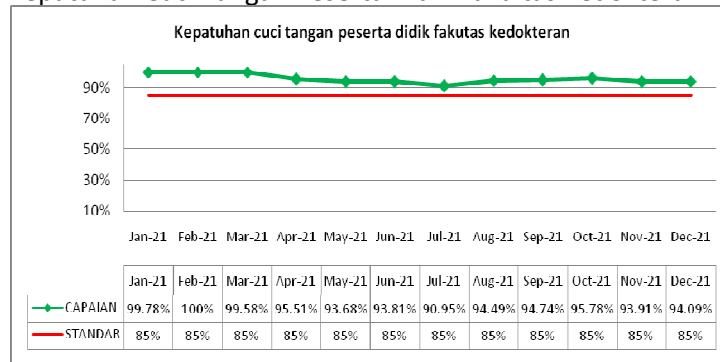


Analisa :

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



6) Kepatuhan Cuci Tangan Peserta Didik Fakultas Kedokteran

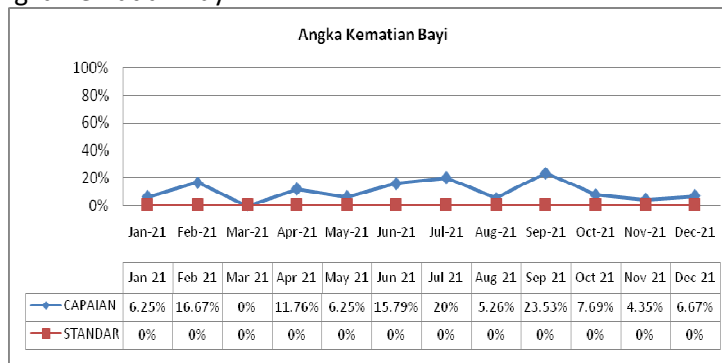


Analisa :

- Capaian indikator mutu pada triwulan IV adalah 95%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.
- Selama triwulan IV tidak ada laporan insiden terkait kejadian HAIS akibat mahasiswa yang tidak patuh cuci tangan.

4. Indikator Mutu Program Nasional

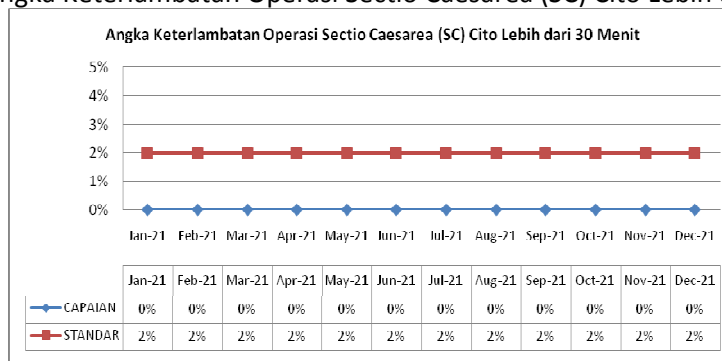
a. Angka Kematian Bayi



Analisa :

- Capaian indikator mutu angka kematian bayi, pada triwulan IV belum mencapai standar. Pada bulan Oktober ada 1 kematian bayi, November ada 1 kematian bayi, dan bulan Desember ada 1 kematian bayi.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.
- Tindak lanjut : pertemuan audit maternal perinatal oleh tim ponok dan komite mutu profesi. Rekomendasi upaya perbaikan : pembelajaran bagi staf, untuk tetap melaksanakan pemantauan terhadap hemodinamik.

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

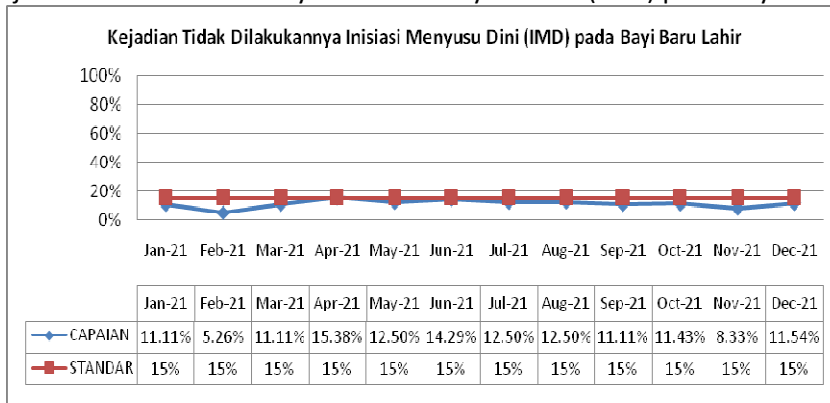


Analisa :

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



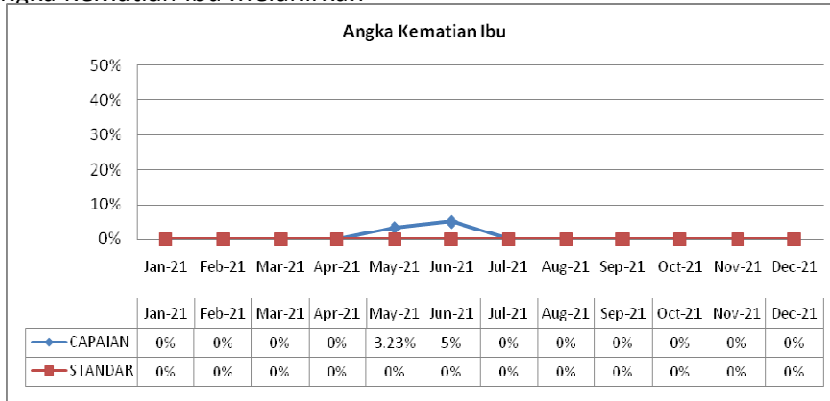
c. Kejadian Tidak Dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) pada Bayi Baru Lahir



Analisa :

- Capaian indikator mutu kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusu dini (IMD) pada bayi baru lahir, pada triwulan IV adalah 10.43%, telah mencapai standar < 15%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.

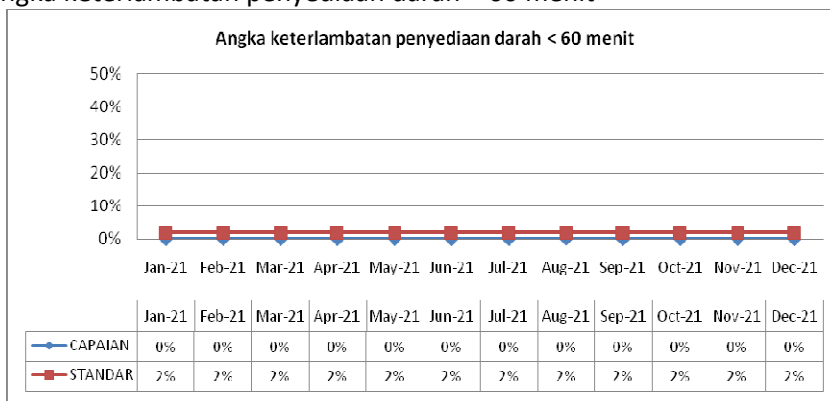
d. Angka Kematian Ibu Melahirkan



Analisa :

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

e. Angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit



Analisa :

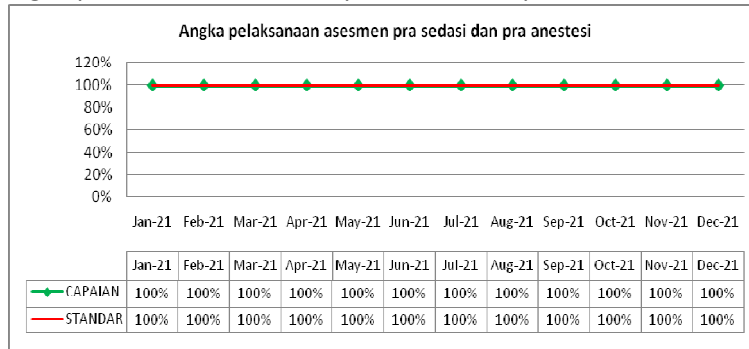
- Hasil capaian indikator mutu angka keterlambatan penyediaan darah < 60 menit, pada triwulan IV telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.



5. Indikator Mutu Pelayanan

a. Indikator mutu pelayanan anestesi dan sedasi

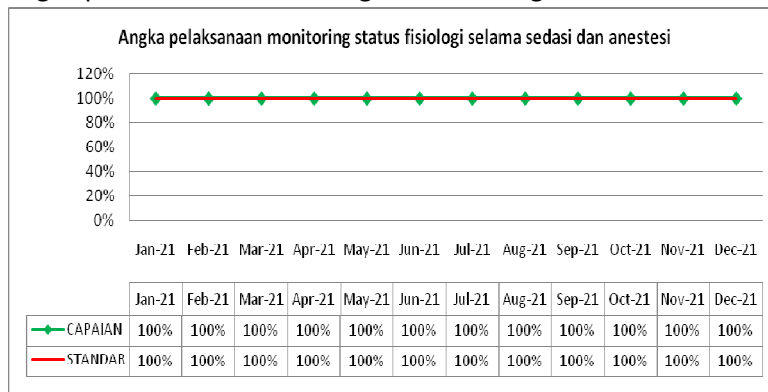
1) Angka pelaksanaan asesmen pra sedasi dan pra anestesi



Analisa :

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

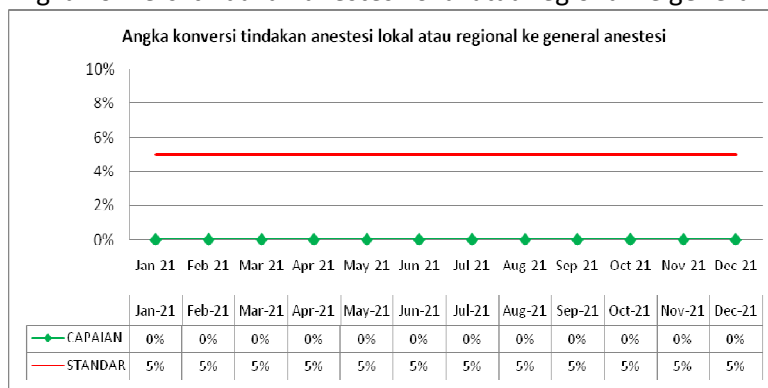
2) Angka pelaksanaan monitoring status fisiologi selama sedasi dan anestesi



Analisa :

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

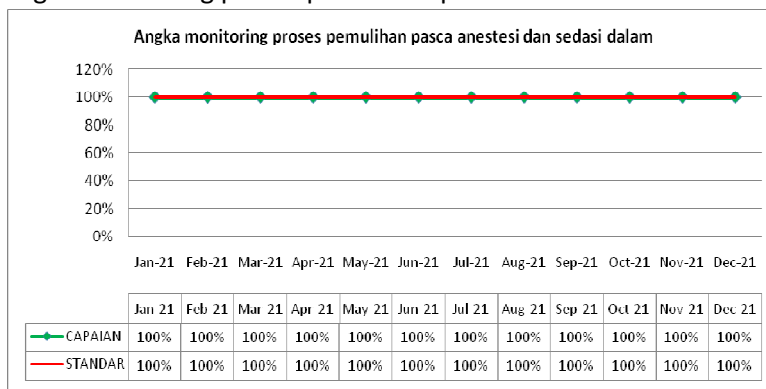
3) Angka konversi tindakan anestesi lokal atau regional ke general anestesi



Analisa :

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

4) Angka monitoring proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi dalam

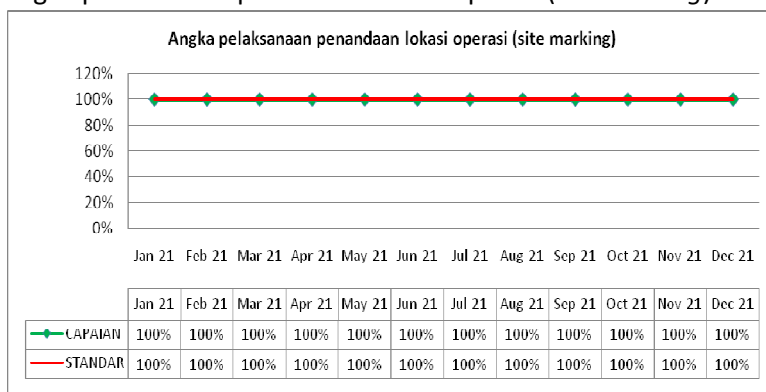


Analisa :

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

b. Indikator mutu pelayanan bedah

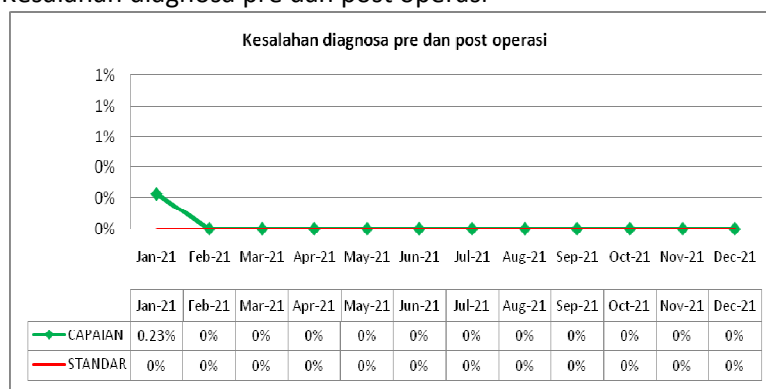
1) Angka pelaksanaan penandaan lokasi operasi (*site marking*)



Analisa :

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

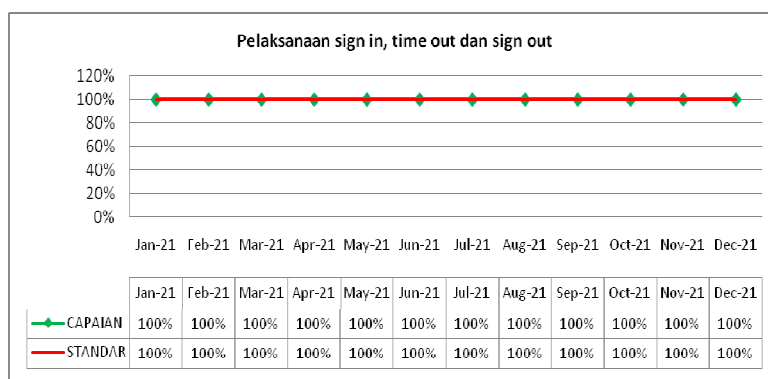
2) Kesalahan diagnosa pre dan post operasi



Analisa :

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

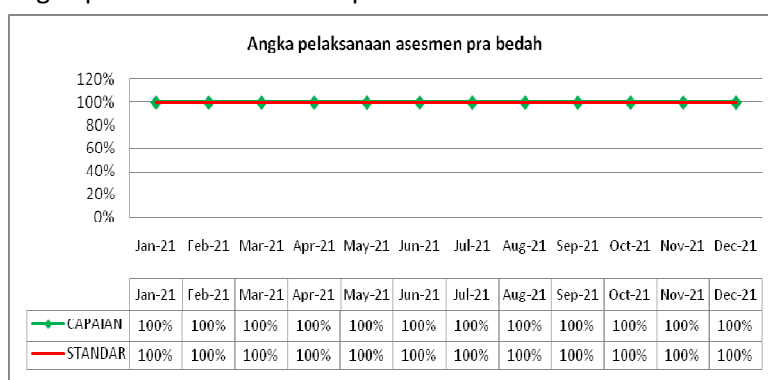
3) Pelaksanaan sign in, time out dan sign out



Analisa :

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

4) Angka pelaksanaan asesmen pra bedah

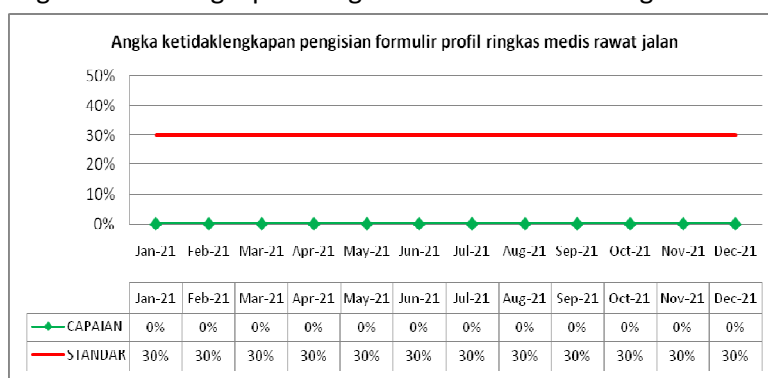


Analisa :

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

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

1) Angka Ketidaklengkapan Pengisian Formulir Profil Ringkas Medis Rawat Jalan



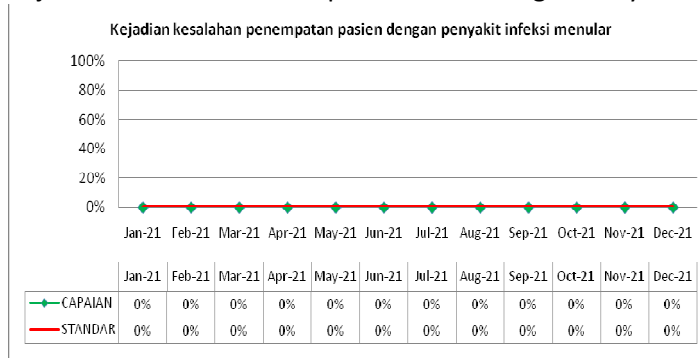
Analisa :

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



d. Indikator mutu pelayanan risiko tinggi

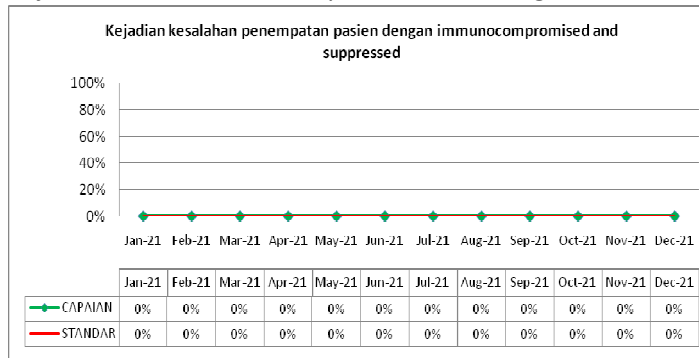
1) Kejadian Kesalahan Penempatan Pasien dengan Penyakit Infeksi Menular



Analisa :

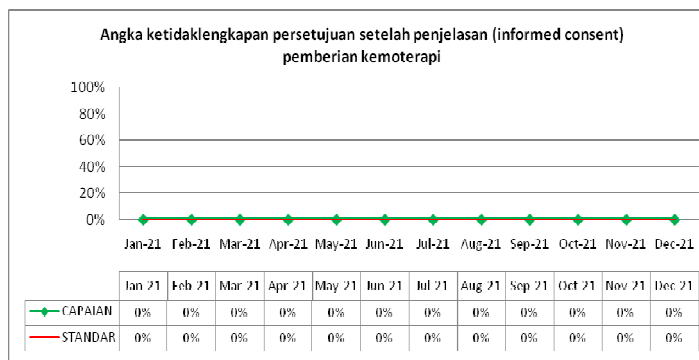
- Capaian indikator mutu pada triwulan IV adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

2) Kejadian Kesalahan Penempatan Pasien dengan immunocompromised and suppressed



Analisa :

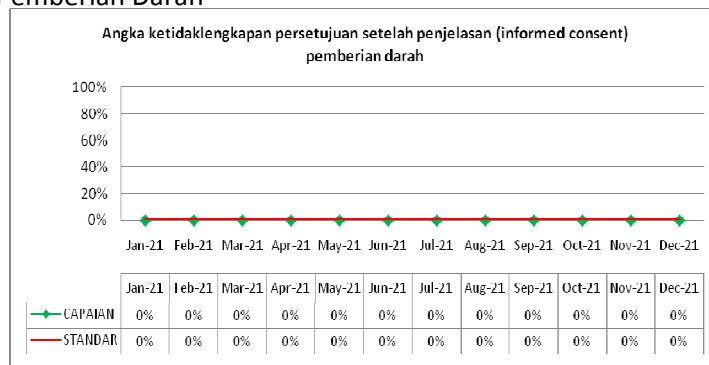
- Capaian indikator mutu pada triwulan IV adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

 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 IV adalah 0%, telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

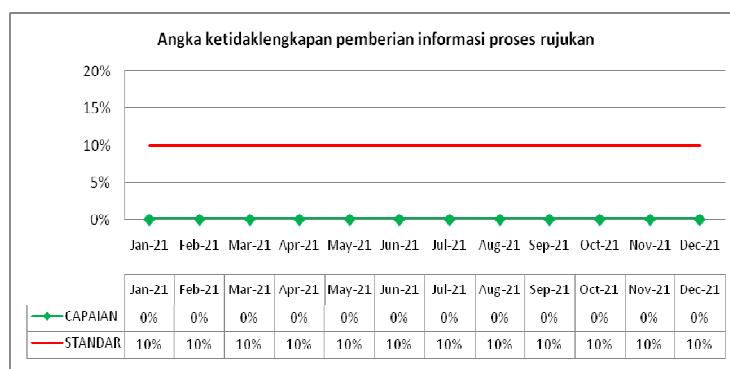
4) Angka Ketidaklengkapan Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)
 Pemberian Darah



Analisa :

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

e. Indikator mutu pelayanan rujukan

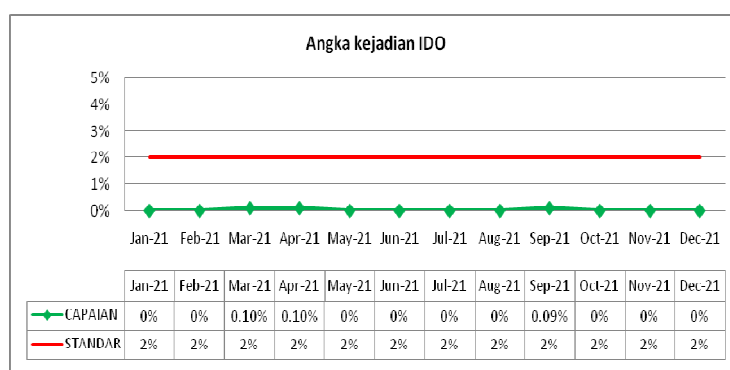


Analisa :

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

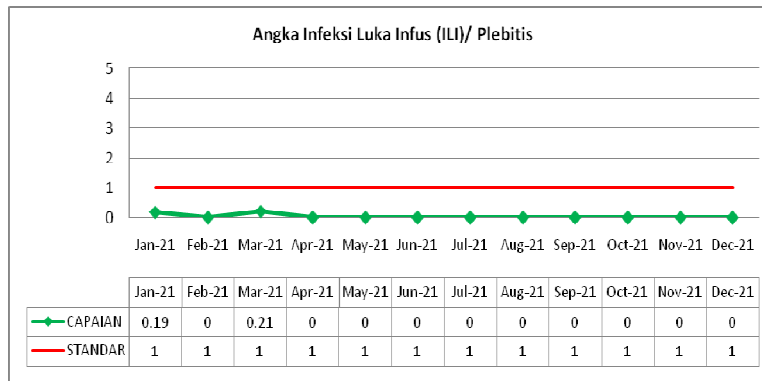
6. Indikator mutu surveilans infeksi (HAIs)

a. Angka Kejadian IDO

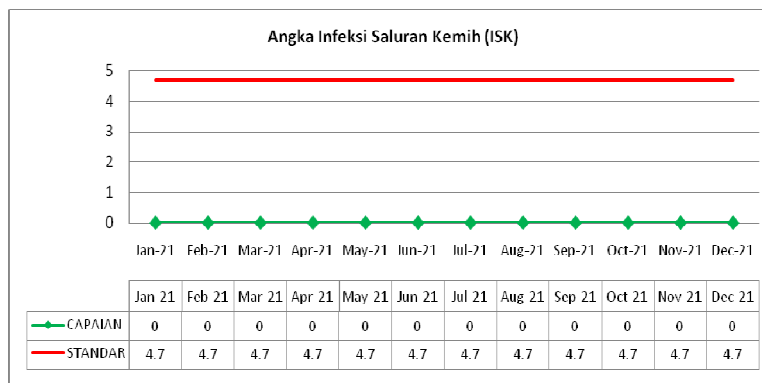


Analisa :

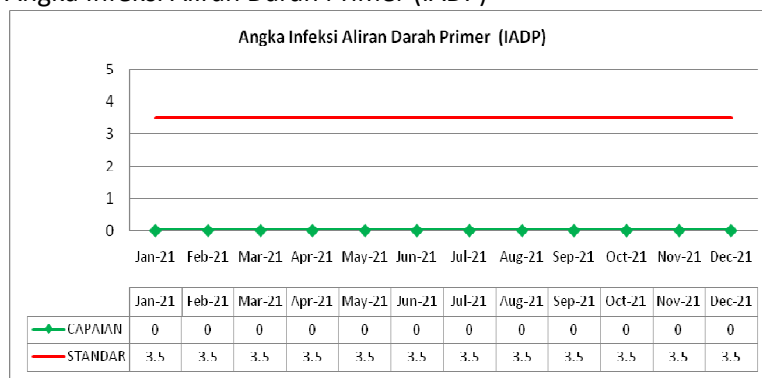
- Hasil capaian indikator mutu angka kejadian IDO, pada triwulan IV adalah 0%, telah mencapai standar < 2%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya lebih baik.


b. Angka Infeksi Luka Infus (ILI)/ Plebitis

Analisa :

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

c. Angka Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Analisa :

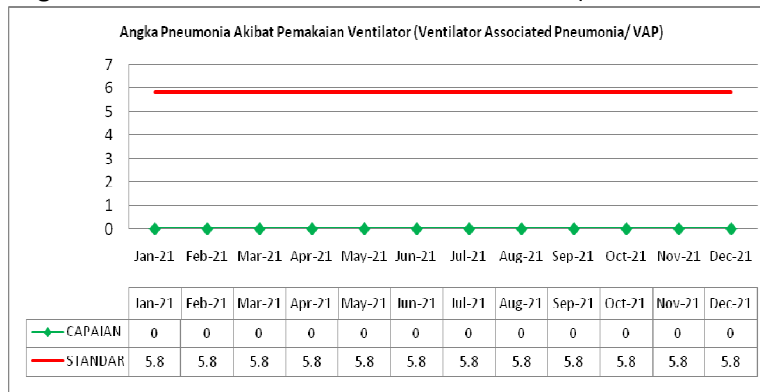
- Hasil capaian indikator mutu angka infeksi saluran kemih (ISK), pada triwulan IV adalah 0%, telah mencapai standar <4.7%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

d. Angka Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)

Analisa :

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



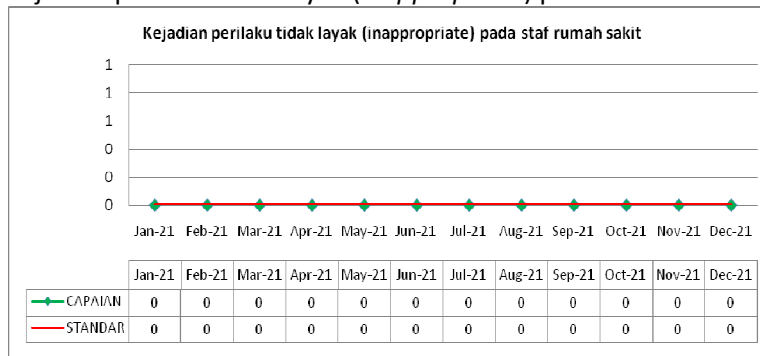
e. Angka Pneumonia Akibat Pemakaian Ventilator (Ventilator Associated Pneumonia/ VAP)



Analisa :

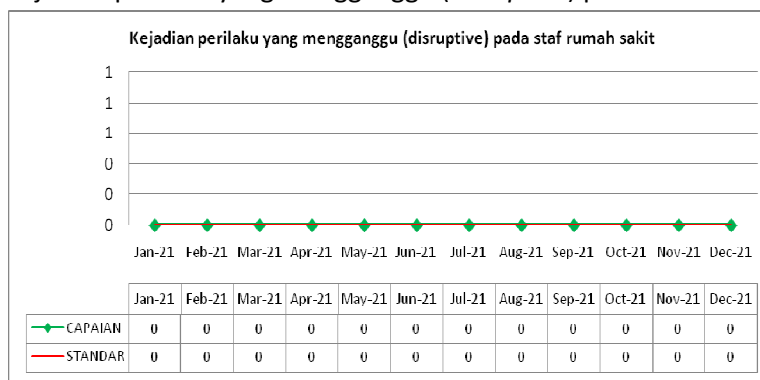
- Hasil capaian indikator mutu angka pneumonia akibat pemakaian ventilator (VAP), pada triwulan IV adalah 0%, telah mencapai standar <5.8%.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

7. Indikator mutu pemantauan budaya keselamatan

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


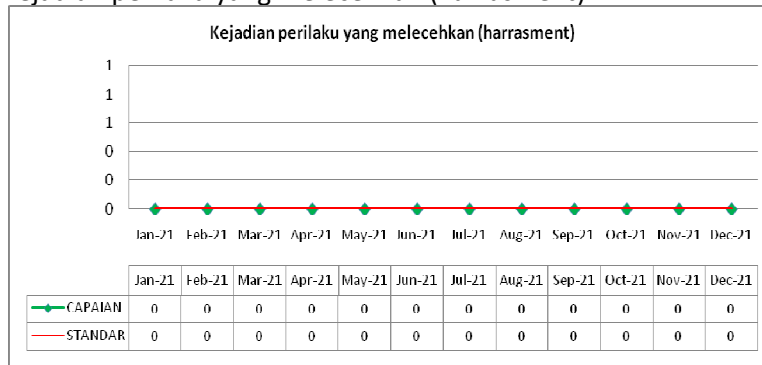
Analisa :

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

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


Analisa :

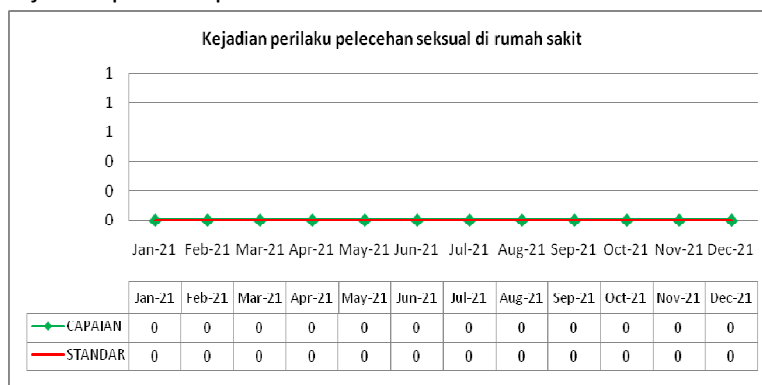
- Hasil capaian indikator mutu kejadian perilaku yang mengganggu (*disruptive*) pada staf rumah sakit, pada triwulan IV adalah 0 kejadian.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.


 c. Kejadian perilaku yang melecehkan (*harrasment*)


Analisa :

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

d. Kejadian perilaku pelecehan seksual di rumah sakit

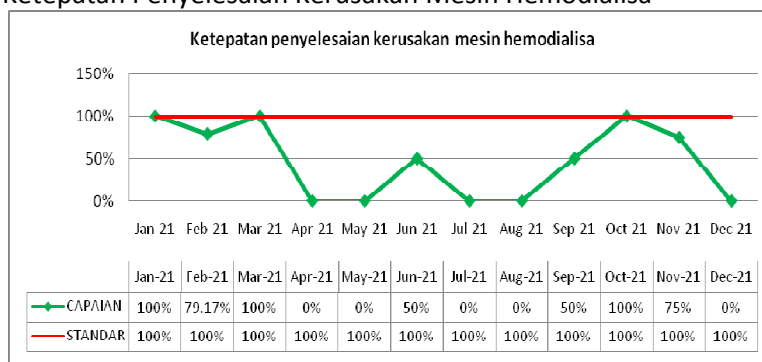


Analisa :

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

8. Indikator mutu pelaksanaan kontrak

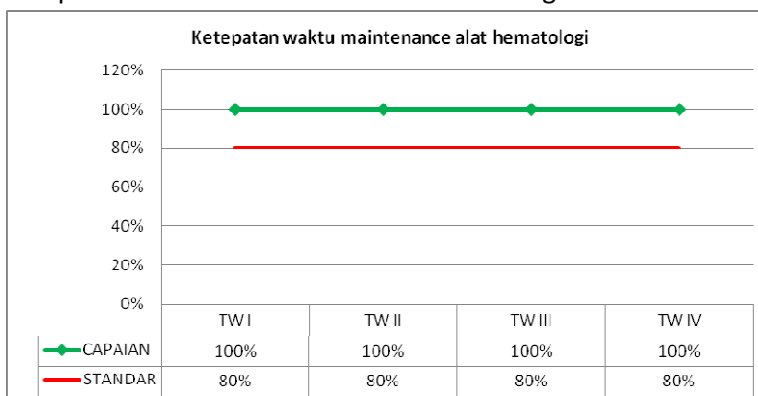
a. Ketepatan Penyelesaian Kerusakan Mesin Hemodialisa



Analisa :

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

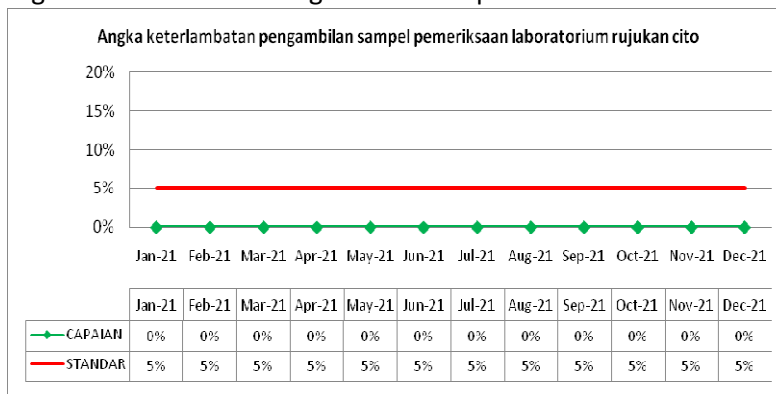
b. Ketepatan waktu maintenance alat hematologi



Analisa :

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

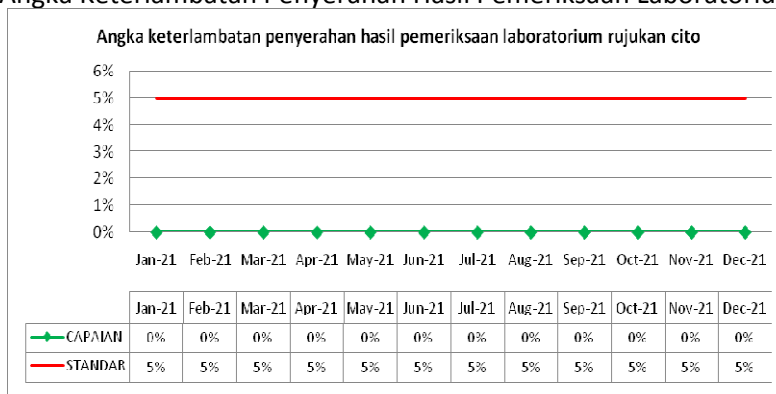
c. Angka Keterlambatan Pengambilan Sampel Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito



Analisa :

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

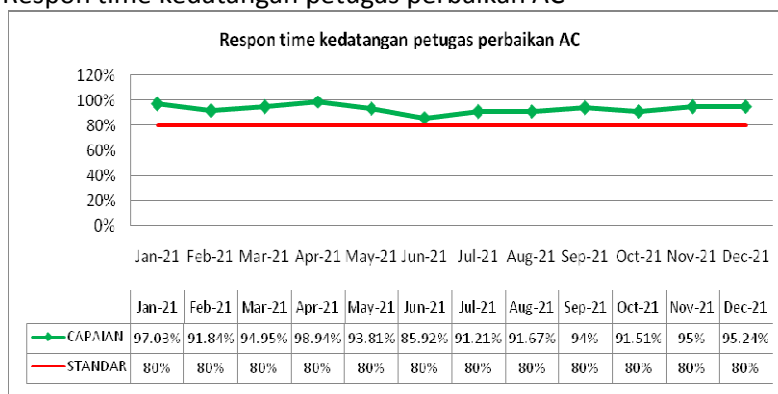
d. Angka Keterlambatan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium Rujukan Cito



Analisa :

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

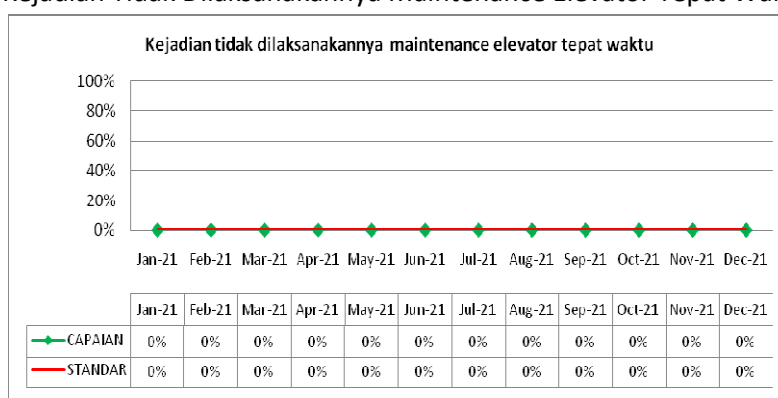
e. Respon time kedatangan petugas perbaikan AC



Analisa :

- Hasil capaian indikator mutu pada triwulan IV adalah 94%, telah melebihi standar.
- Bila dibandingkan dengan capaian triwulan III, hasilnya sama baiknya.

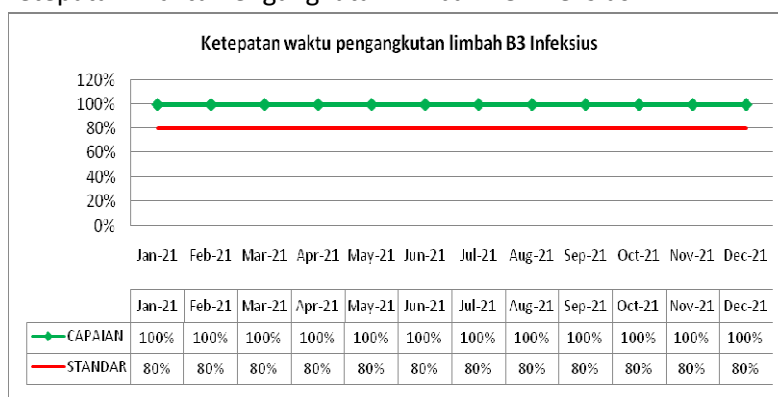
f. Kejadian Tidak Dilaksanakannya Maintenance Elevator Tepat Waktu



Analisa :

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

g. Ketepatan Waktu Pengangkutan Limbah B3 Infeksius

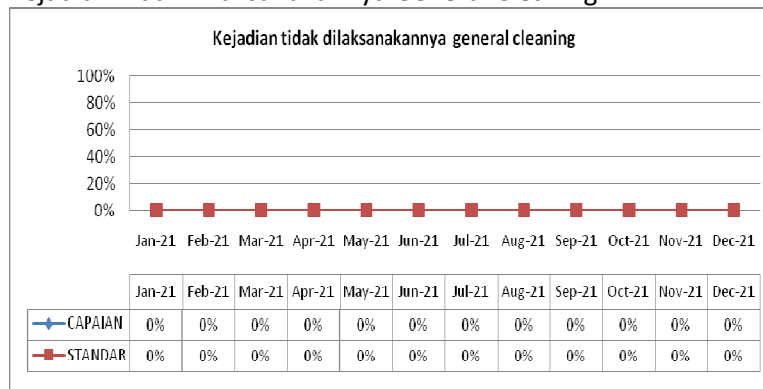


Analisa :

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



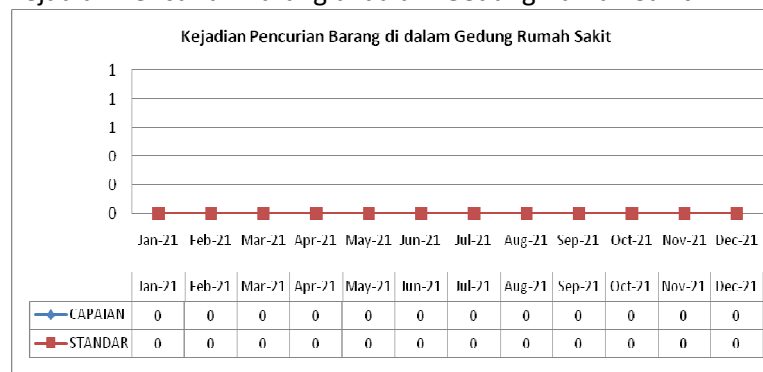
h. Kejadian Tidak Dilaksanakannya General Cleaning



Analisa :

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

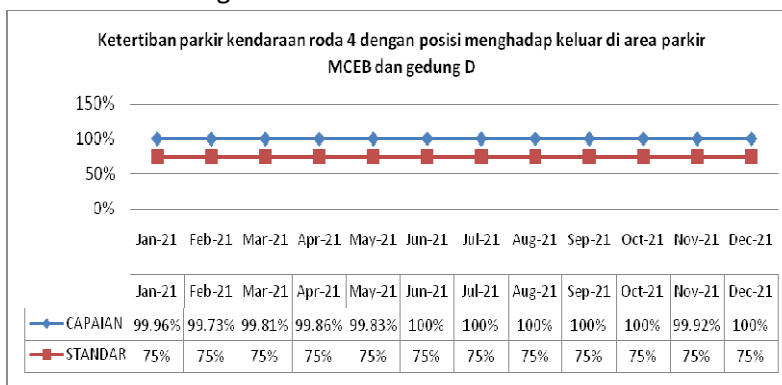
i. Kejadian Pencurian Barang di dalam Gedung Rumah Sakit



Analisa :

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

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



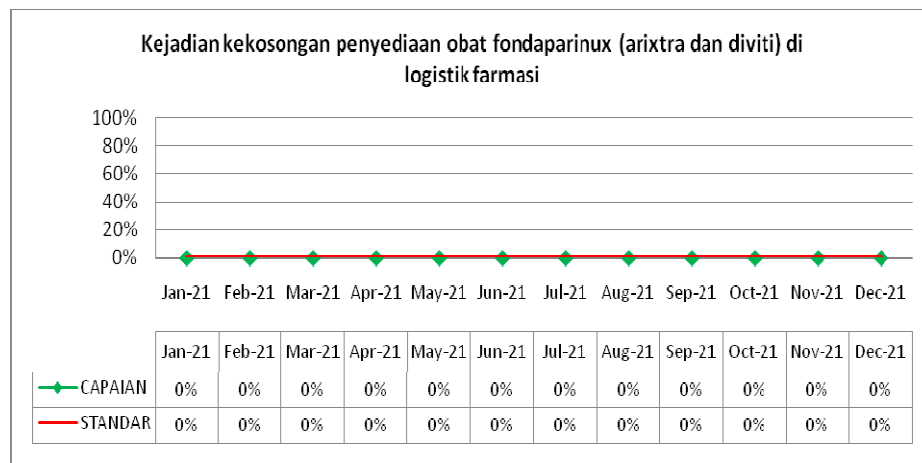
Analisa :

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



9. Indikator mutu hasil pengadaan

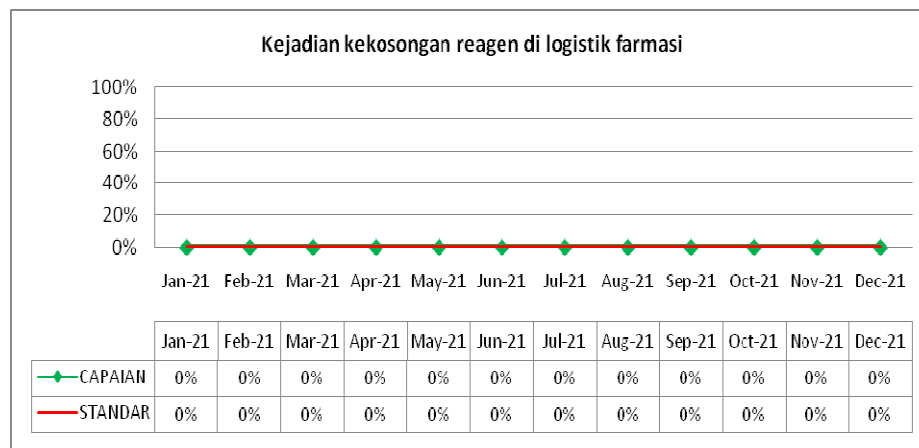
a. Kejadian kekosongan penyediaan obat fondaparinux (arixtra dan diviti) di Logistik farmasi



Analisa :

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

b. Kejadian Kekosongan Reagen di Logistik Farmasi

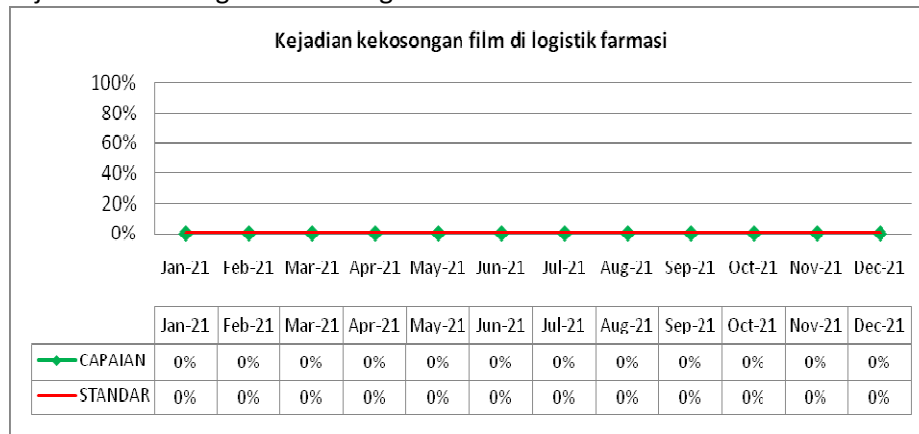


Analisa :

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



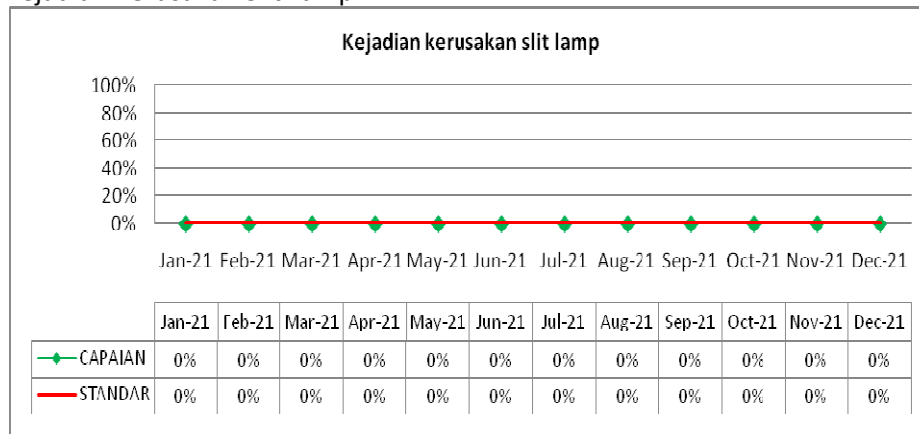
c. Kejadian Kekosongan Film di Logistik Farmasi



Analisa :

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

d. Kejadian Kerusakan Slit Lamp



Analisa :

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

10. Indikator mutu wajib syariah

NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	STANDAR	CAPAIAN											
			JAN	FEB	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
1	Pendampingan Talqin Kepada Pasien Sakaratul Maut (<i>End of Life</i>)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Mengingatn Waktu Sholat	100%	100%	100%	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%	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	OKT	NOV	DES
1	Pemasangan EKG sesuai Gender	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Hijab untuk pasien	80%	100%	100%	100%	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%	100%	100%	100%
4	Membaca Basmalah pada pemberian obat dan tindakan	80%	100%	100%	100%	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%	100%	100%	100%
7	Pemakaian hijab di kamar operasi	100%	100%	100%	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	OKT	NOV	DES
8	Penjadwalan operasi elektif tidak terbentur waktu sholat	80%	100%	100%	100%	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%	99.65%	100%	100%
10	Angka dilaksanakannya akad syariah dalam perjanjian kerjasama	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

12. Indikator mutu unit syariah

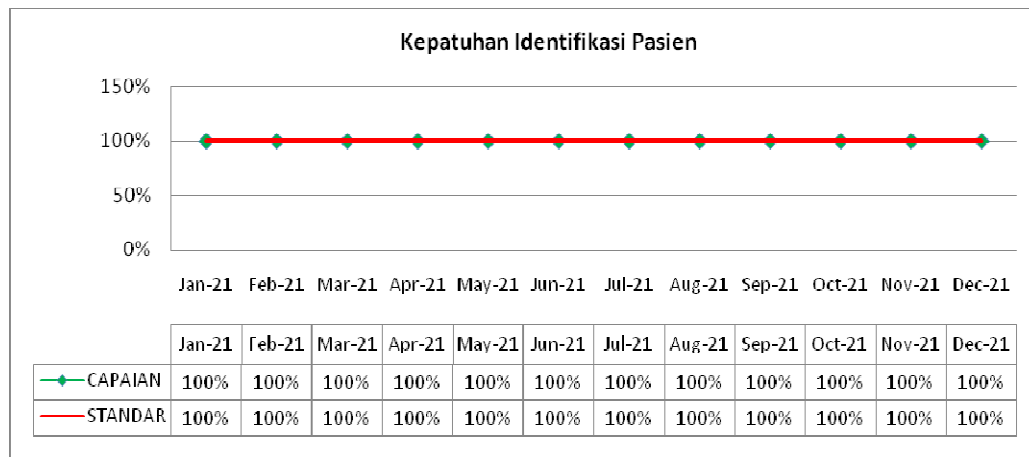
NO	JUDUL INDIKATOR MUTU	STANDAR	CAPAIAN											
			JAN	FEB	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOV	DES
1	Angka bimbingan psikospiritual unit BPI kepada pasien rawat inap	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Angka pelaksanaan budaya baca Al-Qur'an per unit	80%	87%	94%	92%	88%	86%	83.67%	87.76%	92%	93.75%	95.83%	95.92%	96%
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%	91.32%	85.82%	92.43%
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%	82.64%	85.54%	87.72%
5	Membaca Basmalah sebelum Pengambilan Sampel	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6	Membaca Basmalah sebelum Tindakan Kontras	80%	100%	100%	Tidak ada pengukuran							100%	100%	100%



BAB IV BENCHMARK INDIKATOR MUTU

1. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Indikator Mutu	STANDAR	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

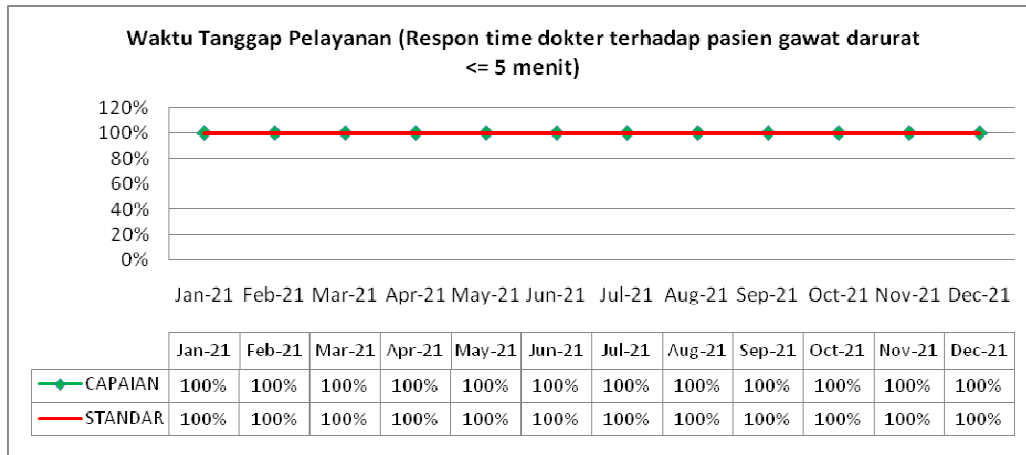
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan identifikasi pasien Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Desember 2021 telah mencapai standar.
- Perbandingan capaian triwulan III dengan triwulan IV 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	Okt	Nov	Des
Emergency Respon Time (Waktu Tanggap Pelayanan Gawat Darurat ≤ 5 menit)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

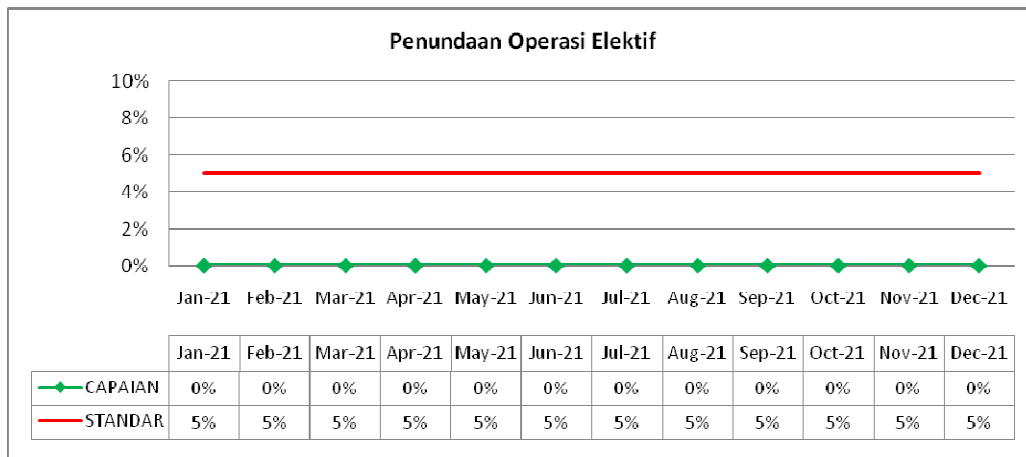
Analisa :

- 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 Desember 2021 telah mencapai standar.
- Perbandingan capaian triwulan III dengan triwulan IV 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	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Penundaan Operasi Elektif	≤ 5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

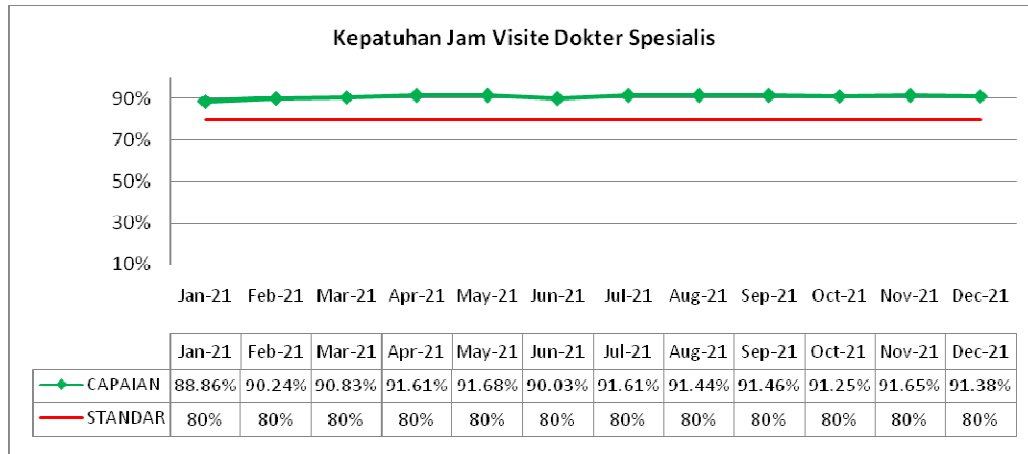
Analisa :

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

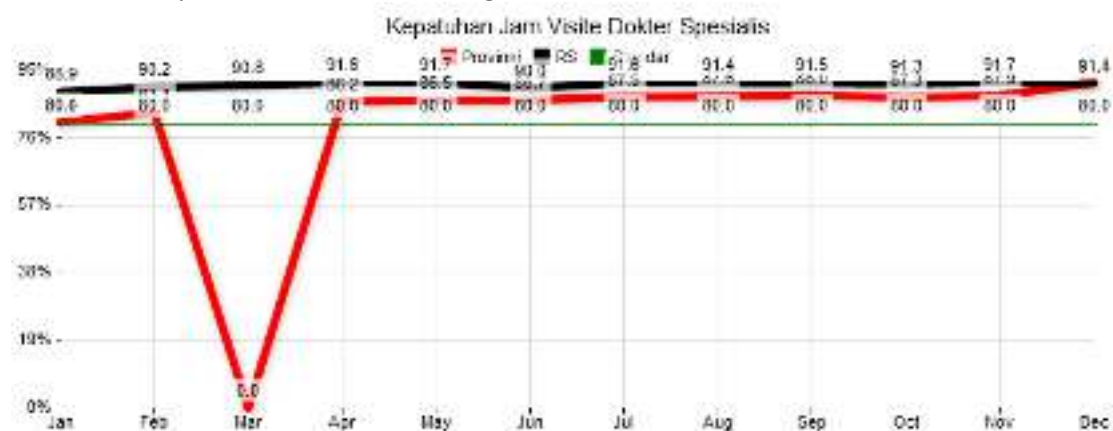


4. Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis

Indikator Mutu	STD	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	80 %	88.86%	90.24%	90.83%	91.61%	91.68%	90.03%	91.61%	91.44%	91.46%	91.25%	91.65%	91.38%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

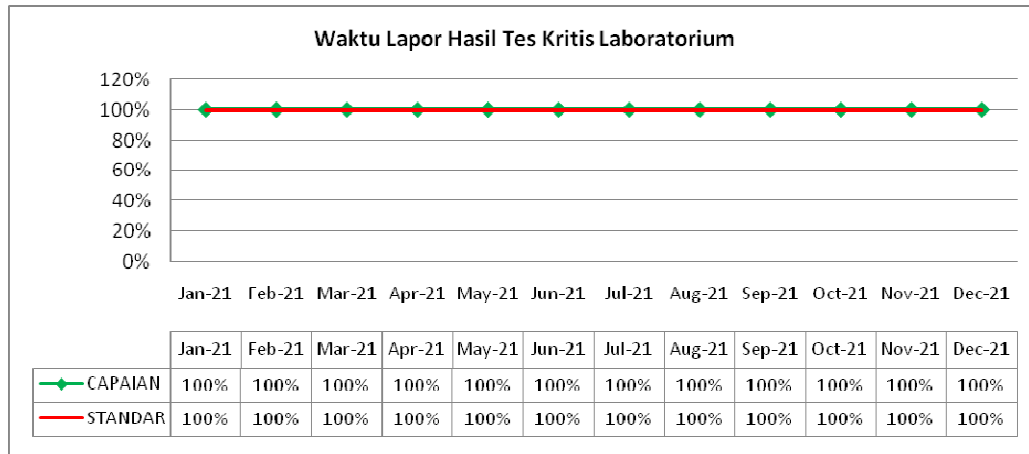
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan jam visite dokter spesialis Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Desember 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan IV sama baiknya dengan triwulan III.
- 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	Okt	Nov	Des
Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

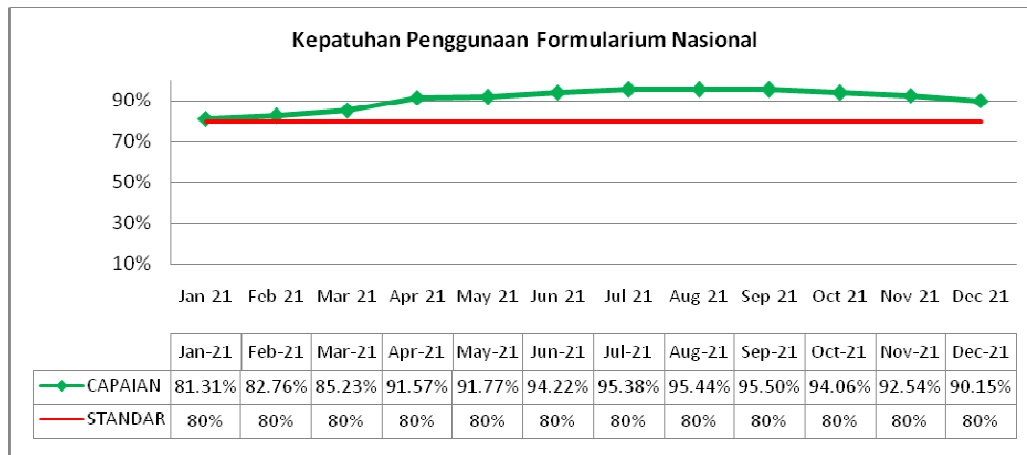
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian waktu lapor hasil tes kritis laboratorium Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Desember 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan IV 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	STD	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	80 %	81.31%	82.76%	85.23%	91.57%	91.77%	94.22%	95.38%	95.44%	95.5%	94.06%	92.54%	90.15%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

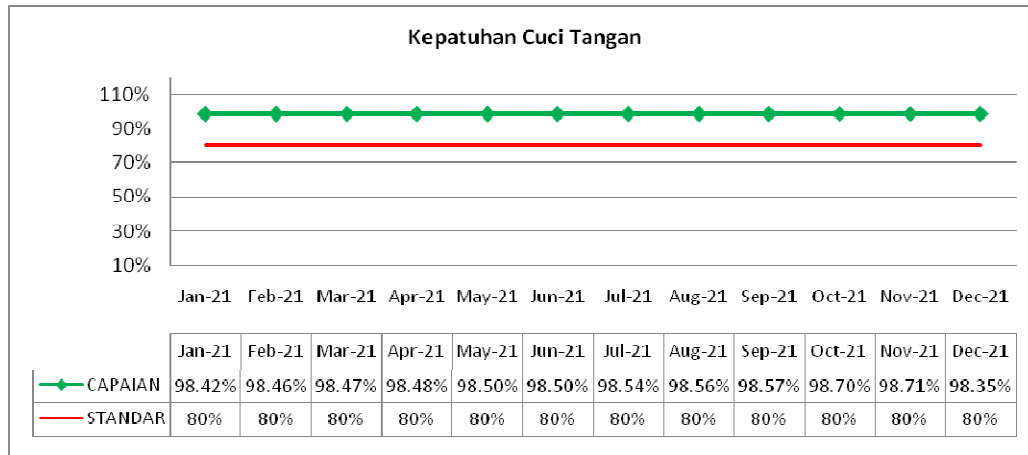
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan penggunaan formularium rumah sakit Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Desember 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan IV 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.



7. Kepatuhan Cuci Tangan

Indikator Mutu	STD	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Kepatuhan Cuci Tangan	85%	98.42%	98.46%	98.47%	98.48%	98.50%	98.50%	98.54%	98.56%	98.57%	98.7%	98.71%	98.35%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

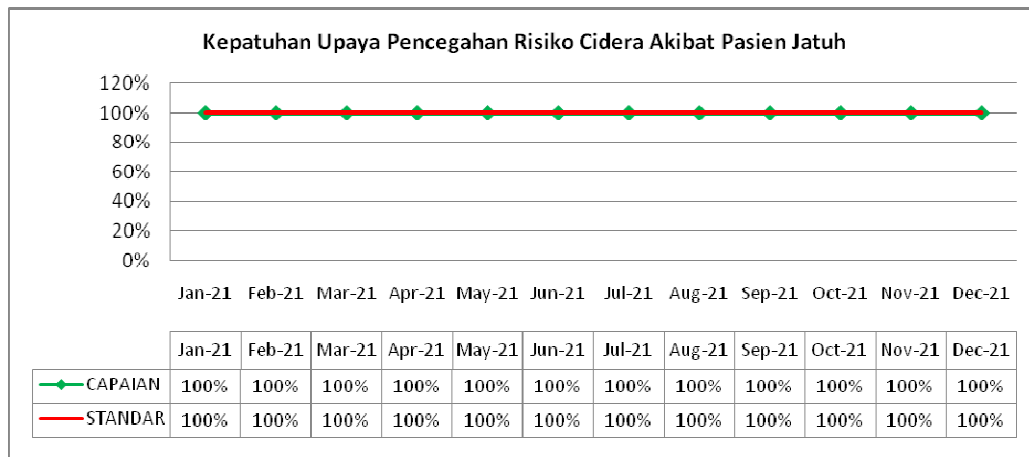
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan cuci tangan Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Desember 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan IV lebih baik daripada capaian dengan triwulan III.
- 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	Okt	Nov	Des
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cidera Akibat Pasien Jatuh	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

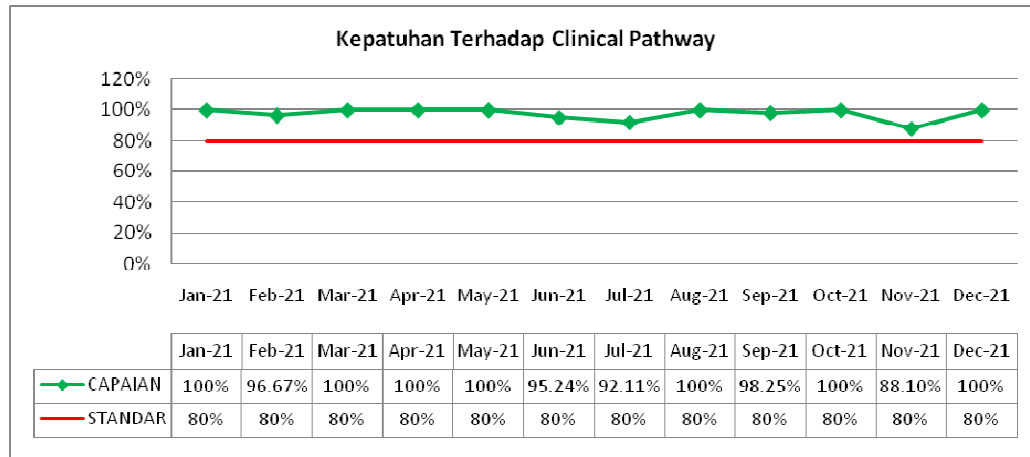
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko cidera akibat pasien jatuh Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Desember 2021 telah mencapai standar.
- Perbandingan capaian triwulan III dengan triwulan IV 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	STD	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100%	100%	96.67%	100%	100%	100%	95.24%	92.11%	100%	98.25%	100%	88.10%	100%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

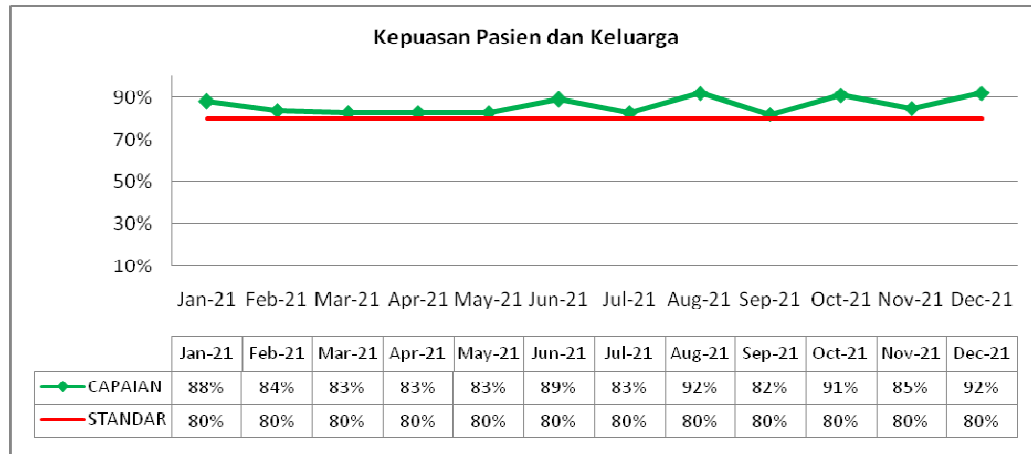
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepatuhan terhadap clinical pathway Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Desember 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan IV dengan triwulan III sama baiknya.
- 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	STD	Jan	Feb	Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agst	Sept	Okt	Nov	Des
Kepuasan Pasien dan Keluarga	80%	88%	84%	83%	83%	83%	89%	83%	91.9%	82.12%	91%	85%	92%



Persentase Capaian Indikator Mutu dengan Provinsi Tahun 2021



(Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah)

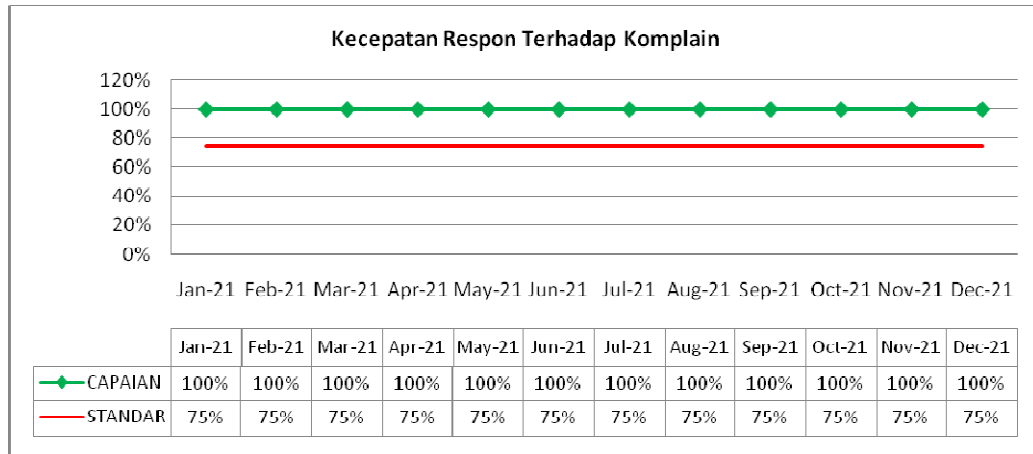
Analisa :

- Berdasarkan grafik di atas, capaian kepuasan pasien dan keluarga Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Desember 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian triwulan IV dengan triwulan III 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 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	Okt	Nov	Des
Kecepatan Respon Komplain	75%	100%	100%	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 kecepatan respon komplain Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada bulan Januari sampai dengan Desember 2021 telah mencapai standar.
- Bila dibandingkan, capaian IV dengan triwulan III 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.