

LAPORAN PEMANTAUAN
INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT
APRIL-JUNI TAHUN 2018
RUMAH SAKIT NASIONAL DIPONEGORO



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS DIPONEGORO

RUMAH SAKIT NASIONAL DIPONEGORO

Jalan Prof. H. Soedarto, S.H. Tembalang Semarang Kotak Pos 1269

I. PENDAHULUAN

Dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan, Rumah Sakit Nasional Diponegoro membuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Untuk mengetahui hasil pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien maka perlu dilakukan pemantauan indikator mutu dan dibuat laporan bulanan.

II. WAKTU PELAPORAN

Pelaporan pemantauan dilakukan tiap 3 bulan

III. HASIL PEMANTAUAN INDIKATOR MUTU

Sesuai dalam lampiran

IV. REKOMENDASI

Dari hasil pemantauan indikator mutu ada beberapa indikator yang belum mencapai target, oleh karena itu rekomendasi pada tiap unit yang belum mencapai target dengan sistem PDSA (Plan Do Study Action) :

V. PENUTUP

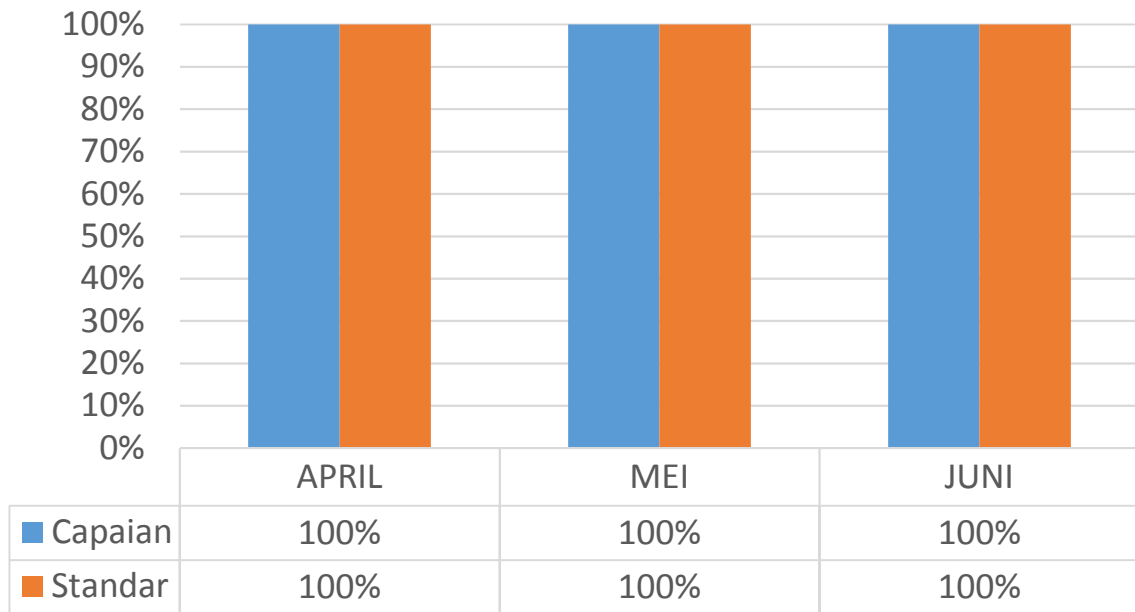
Demikian laporan pemantauan peningkatan mutu dan keselamatan pasien Bulan April-Juni tahun 2018. Pembinaan dan perbaikan di semua lini sangat diperlukan guna terciptanya kepuasan pelanggan yang diharapkan, untuk itu kerja sama dan bimbingan serta arahan sangat dibutuhkan bagi tim PMKP.

Semarang, 1 Juli 2018

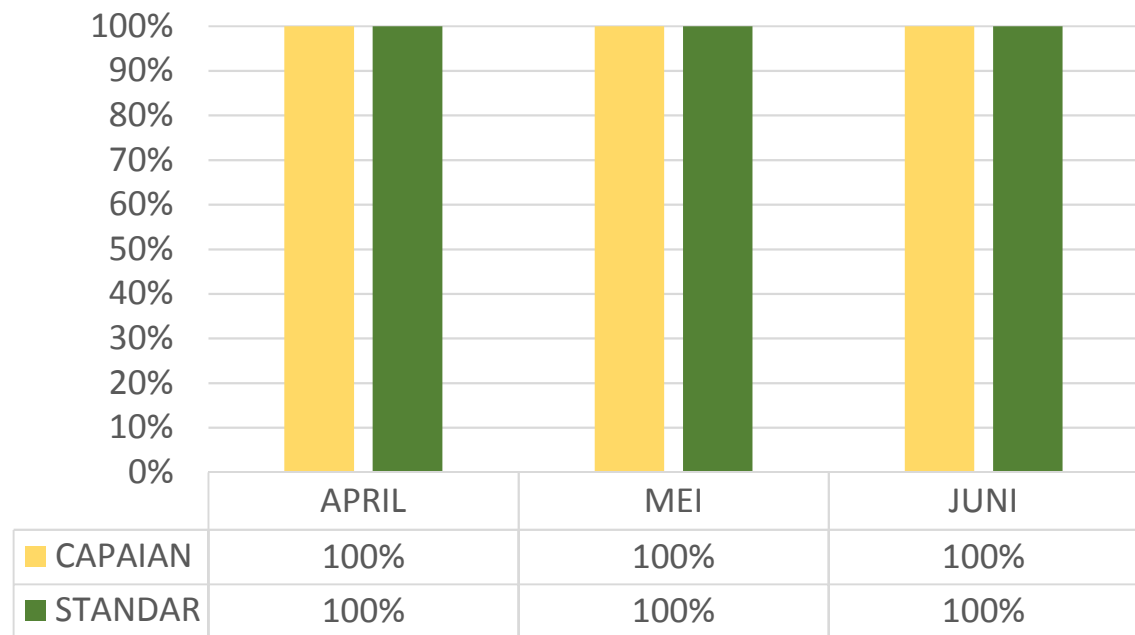
Ketua Tim PMKP

dr. Hendriani Selina, Sp. AK

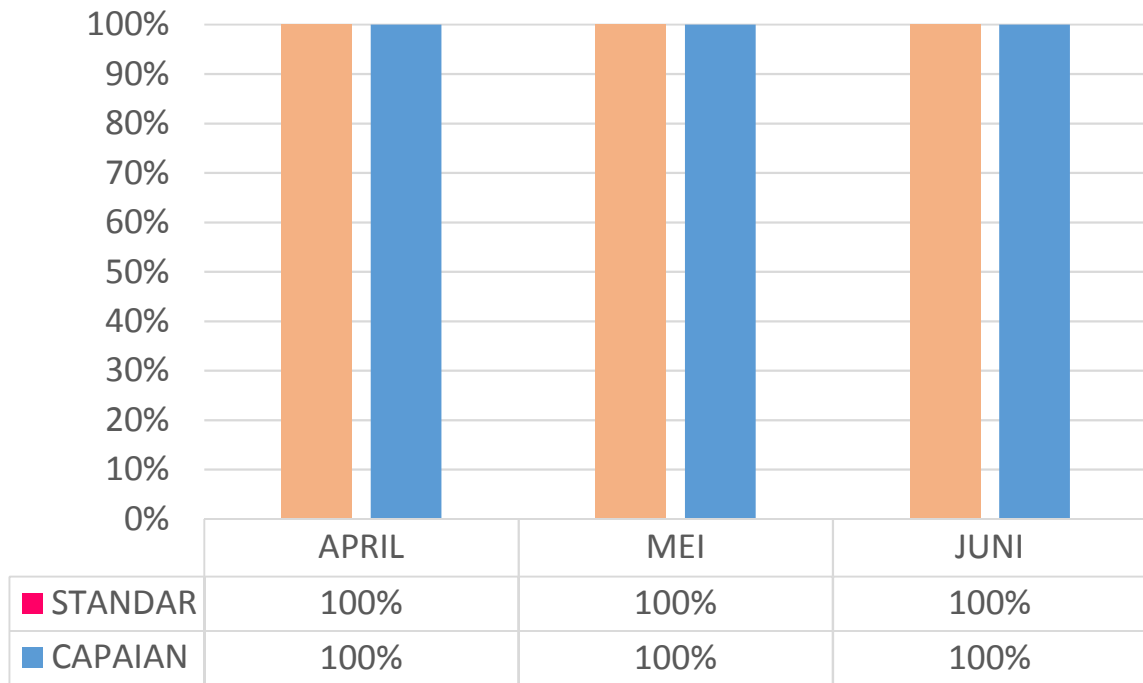
Persentase Kelengkapan Asesmen Medis Awal Pada Pasien Rawat Inap



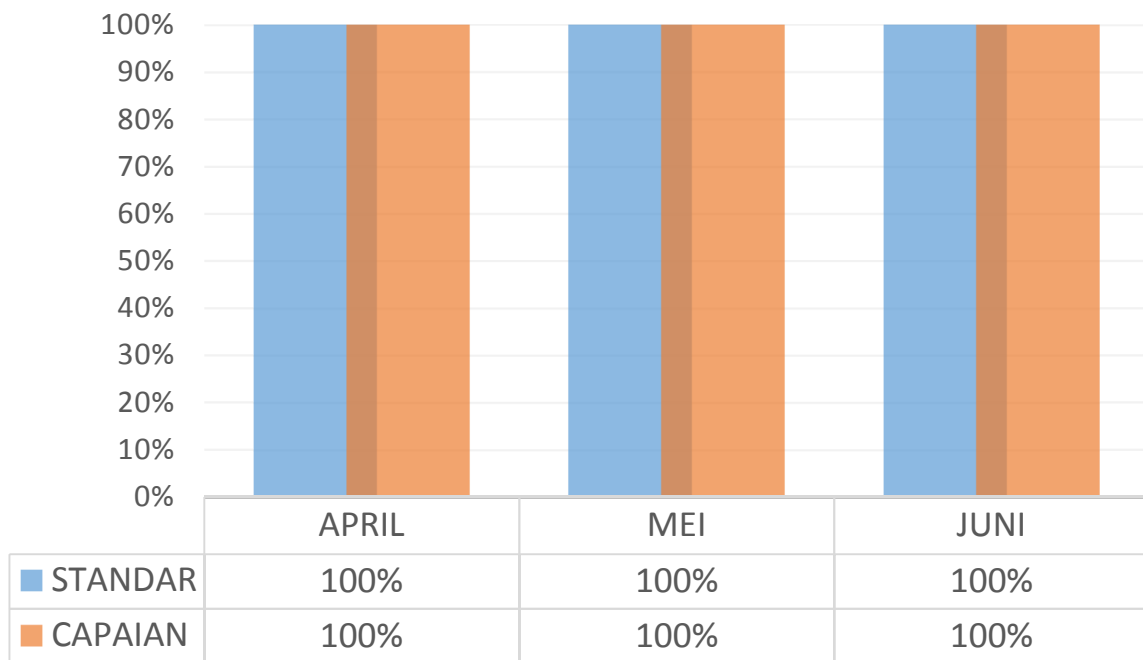
Persentase Waktu Tunggu Pemeriksaan Laboratorium Kimia Klinik ≤ 140 Menit



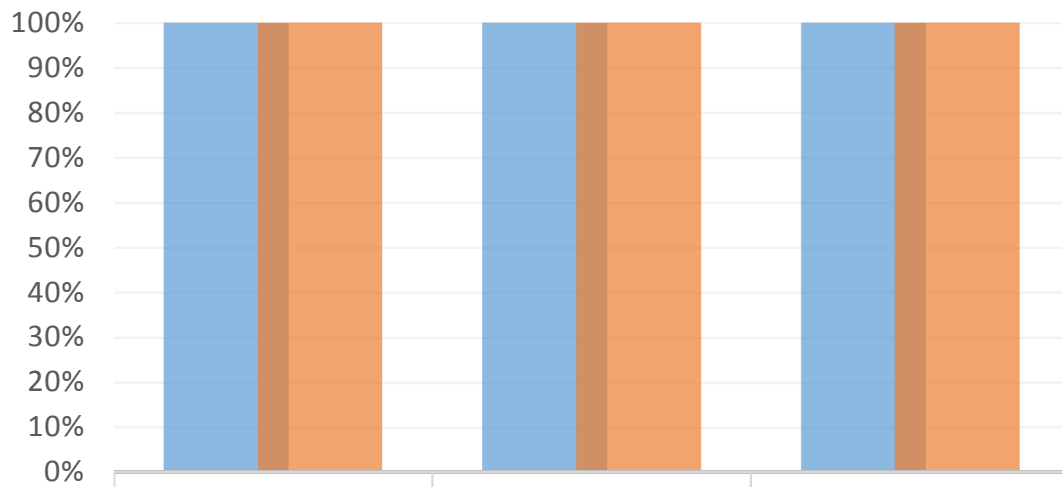
Persentase Waktu Tunggu Pemeriksaan Laboratorium Darah Rutin <140 Menit



Persentase Tidak Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Dilakukan Tindakan Operasi

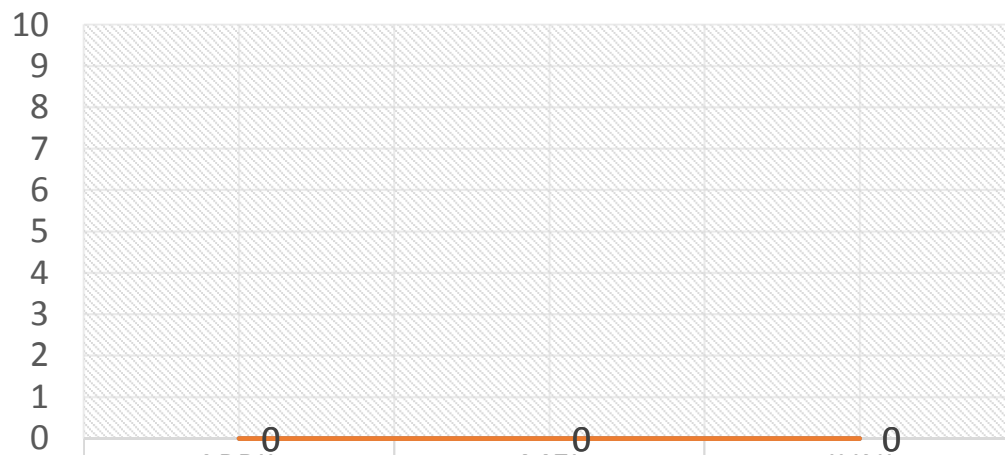


Persentase Penggunaan Antibiotik Profilaksis Tidak Menjadi Terapeutik pada Operasi Bersih



	APRIL	MEI	JUNI
STANDAR	100%	100%	100%
CAPAIAN	100%	100%	100%

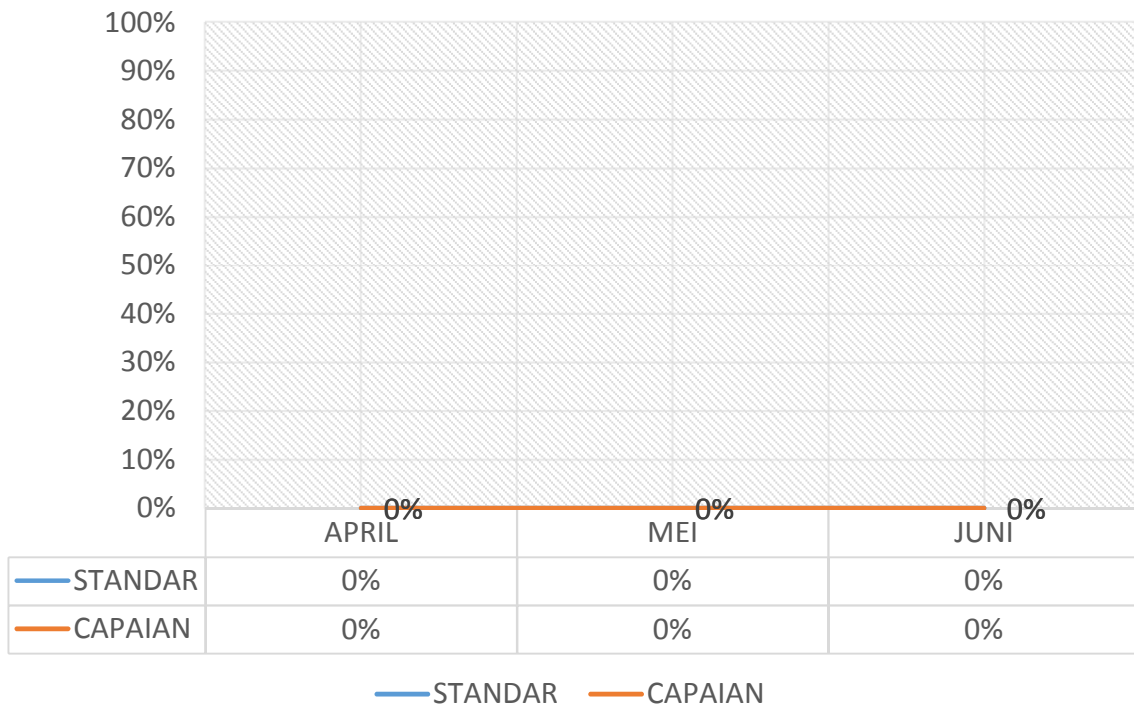
Kejadian Kesalahan Penyiapan Obat pada Pelayanan Farmasi RAJAL



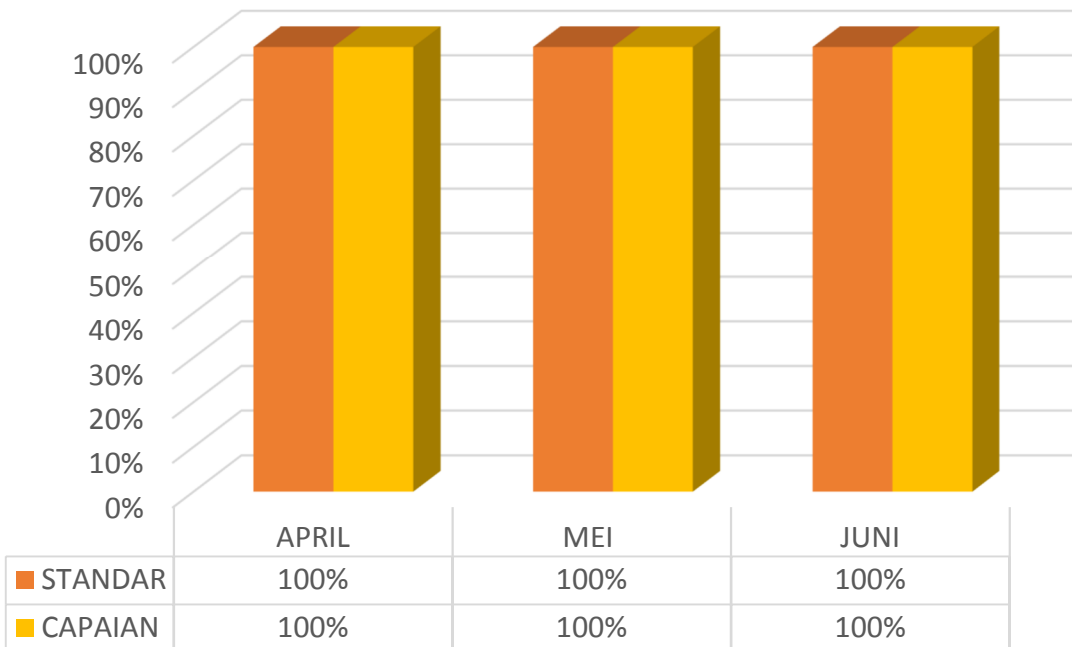
	APRIL	MEI	JUNI
CAPAIAN	0	0	0
STANDAR	0	0	0

— STANDAR — CAPAIAN

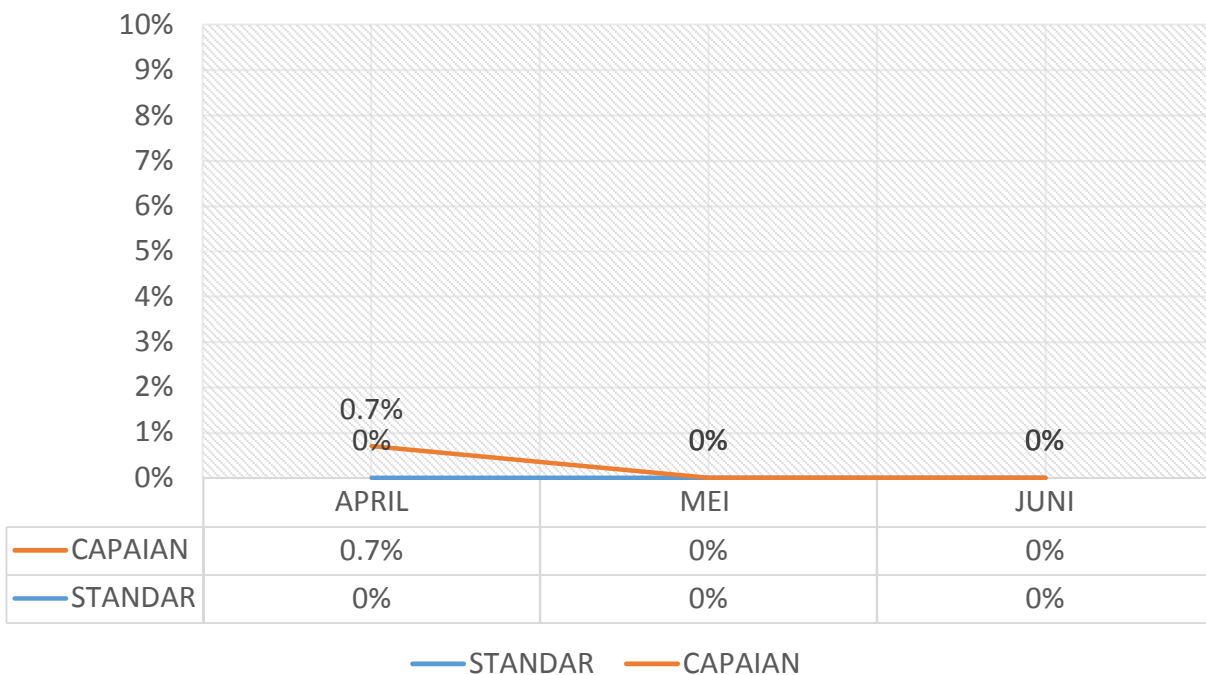
Angka Persentase Ketidaklengkapan Asesmen Pra Anestesi



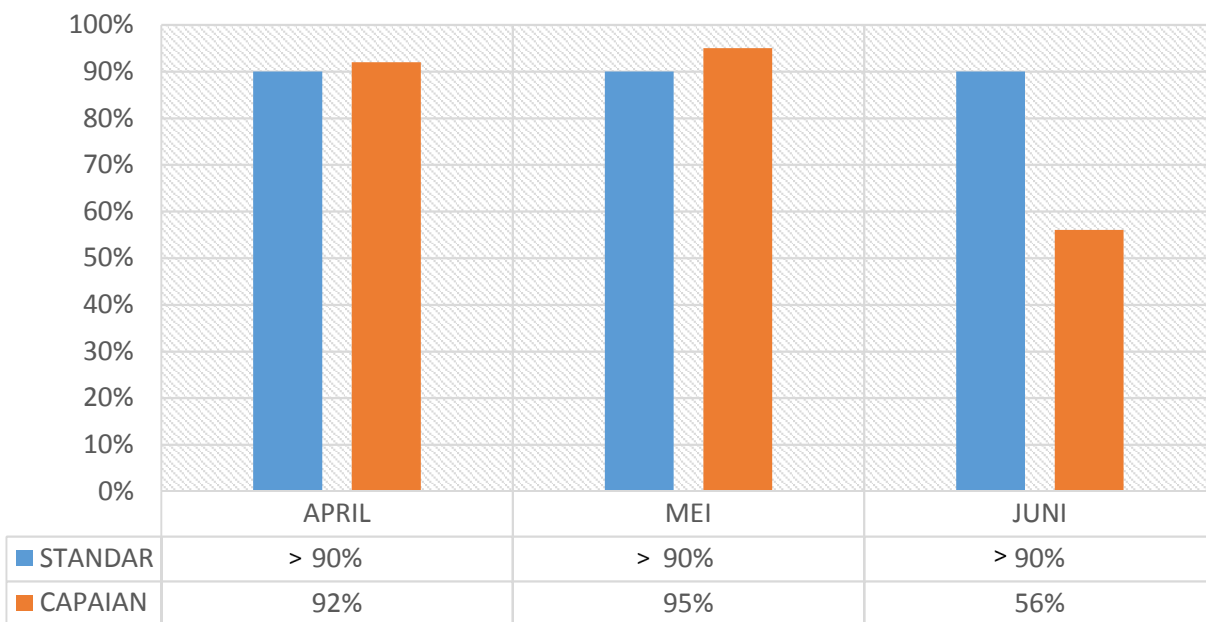
Persentase Ketersediaan Obat dan Alkes Emergency di Ruang ICU, IGD dan RANAP



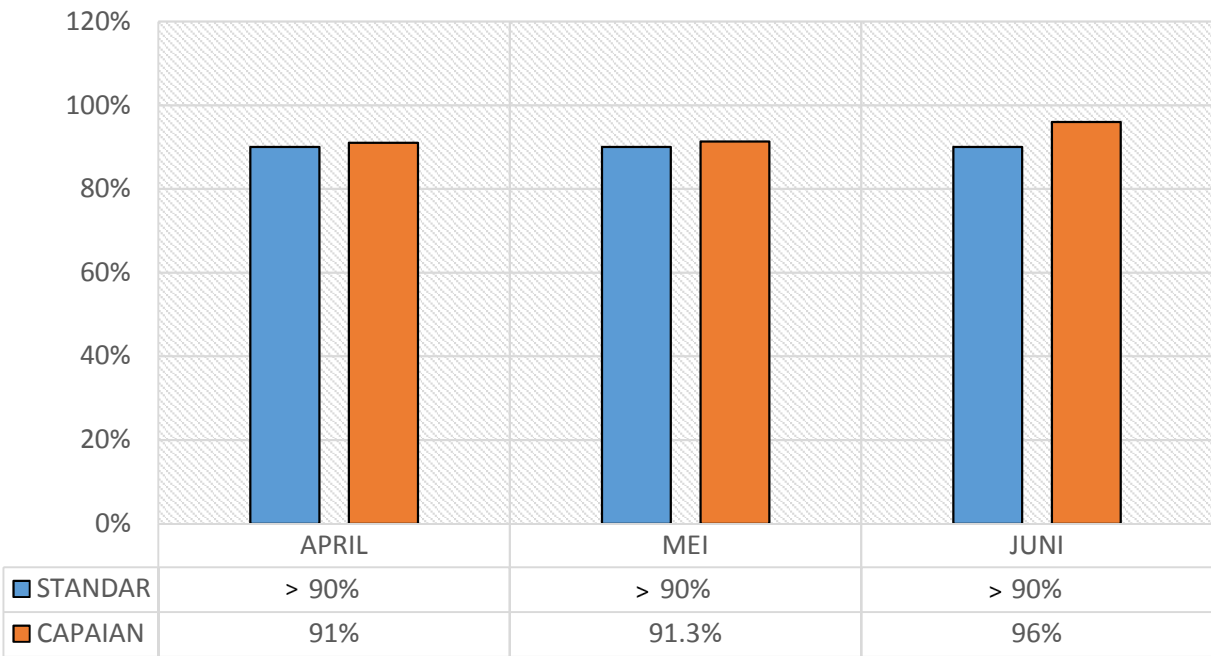
Angka Ketidaklengkapan Ringkasan Pulang



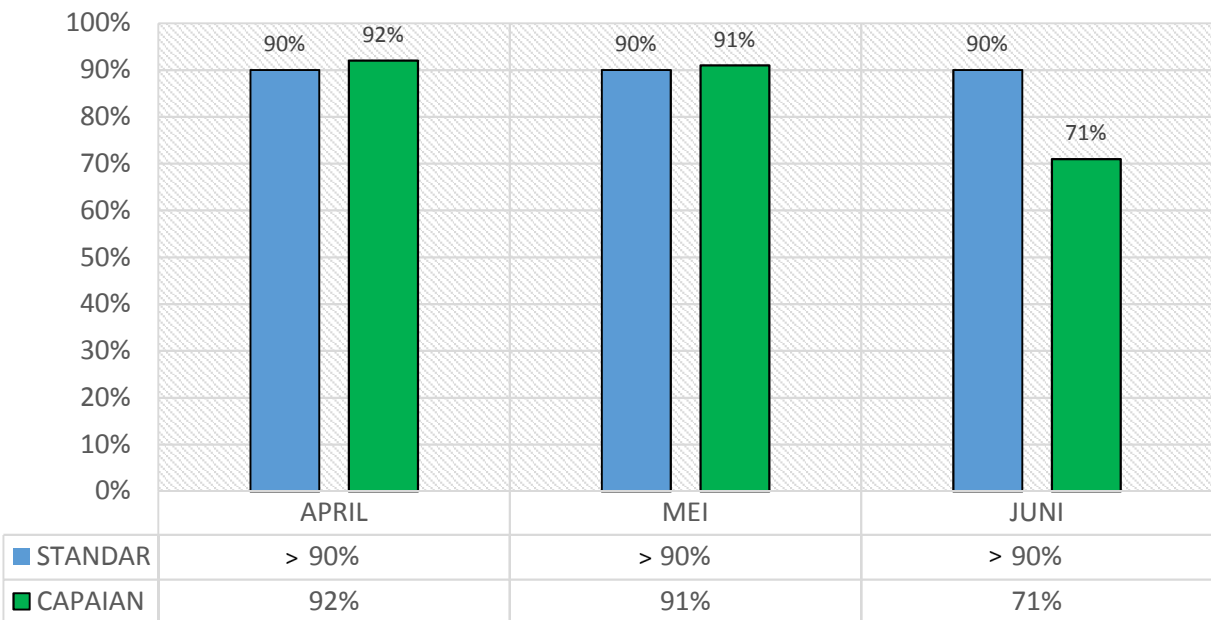
Presentase Kepuasan Pasien/Pelanggan Rumah Sakit Terhadap Layanan Dokter di Instalasi RAJAL



Persentase Kepuasan Pasien/Pelanggan Rumah Sakit Terhadap Layanan Dokter di instalasi RANAP



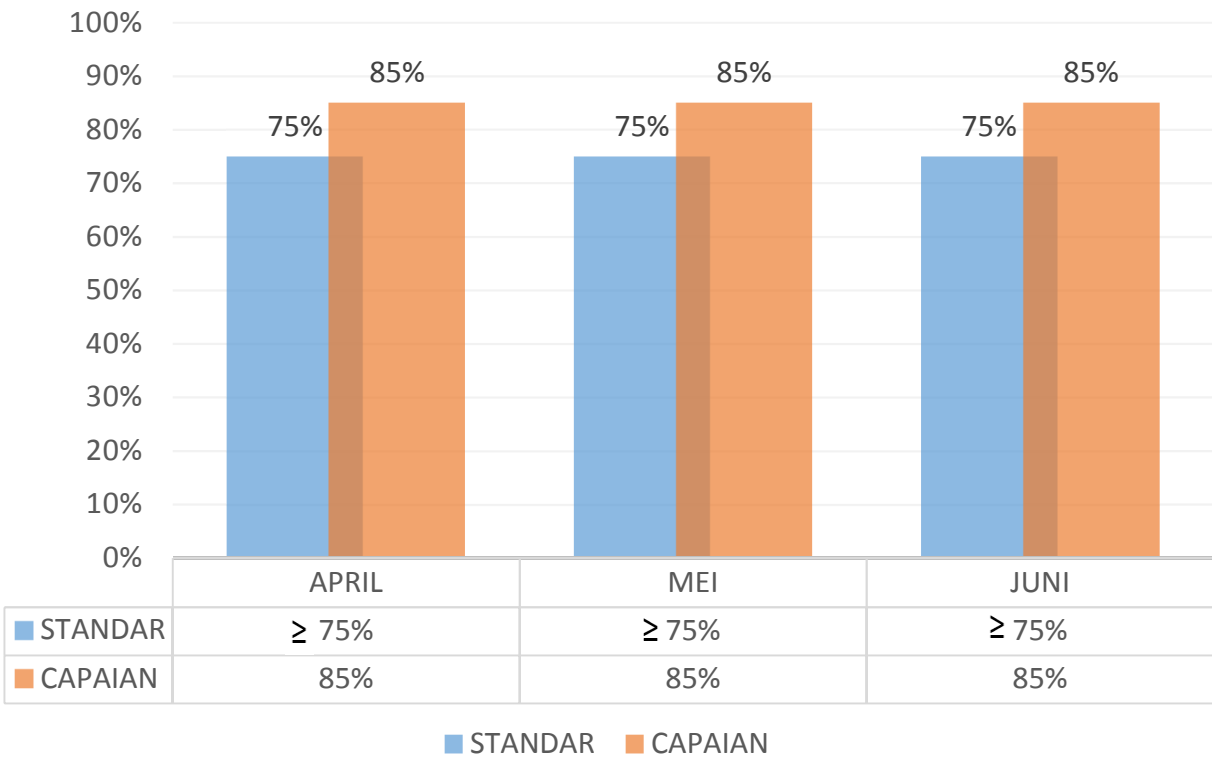
Presentase Kepuasan Pasien/Pelanggan Rumah Sakit Terhadap Layanan Perawat di Instalasi RAJAL



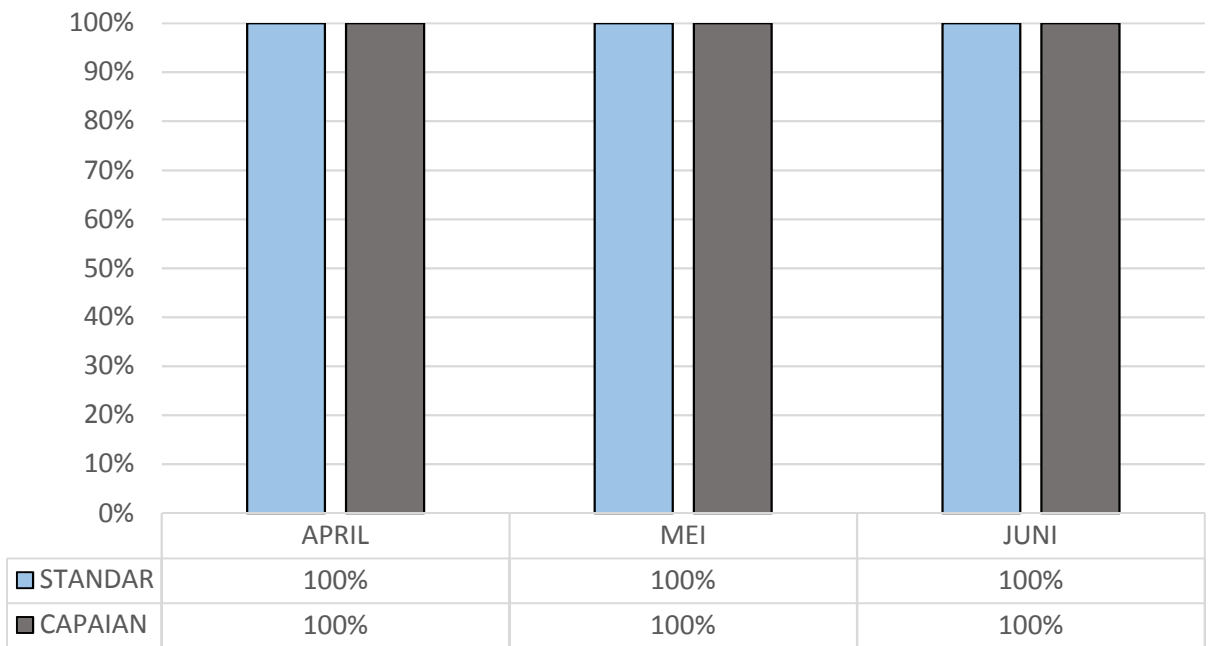
Presentase Kepuasan Pasien/Pelanggan Rumah Sakit Terhadap Layanan Perawat di Instalasi RANAP



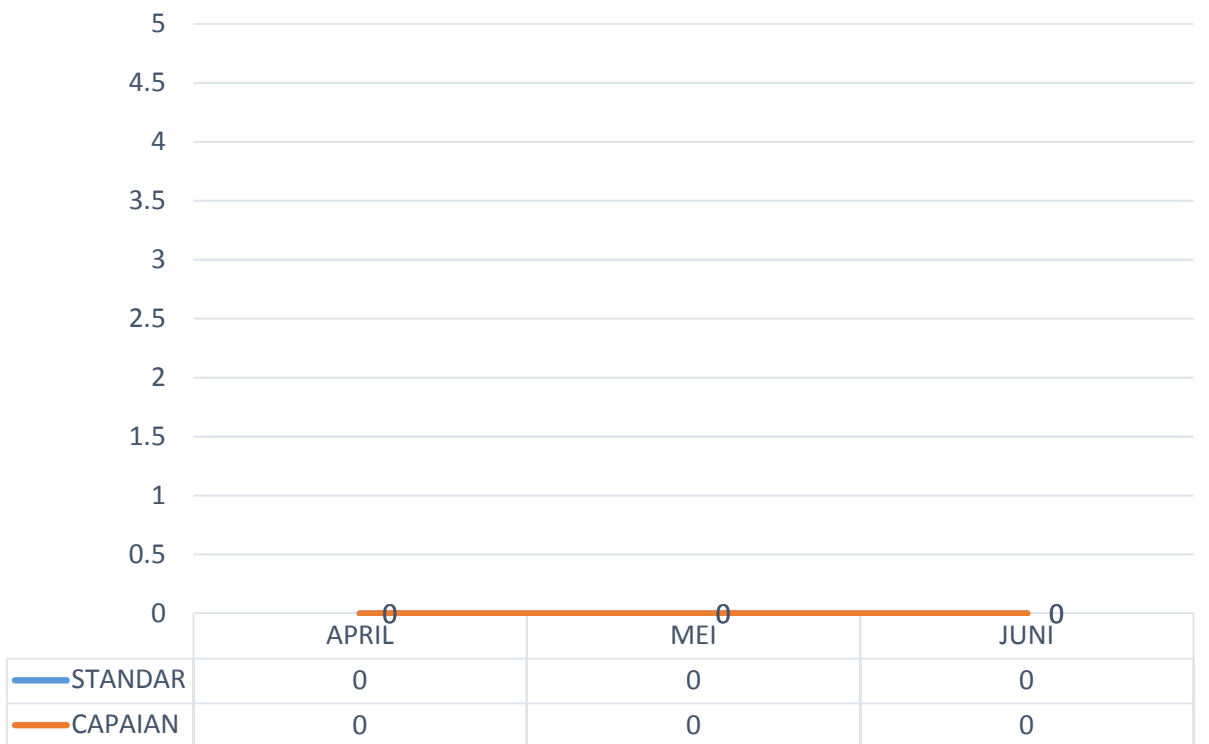
Persentase Kepuasan karyawan



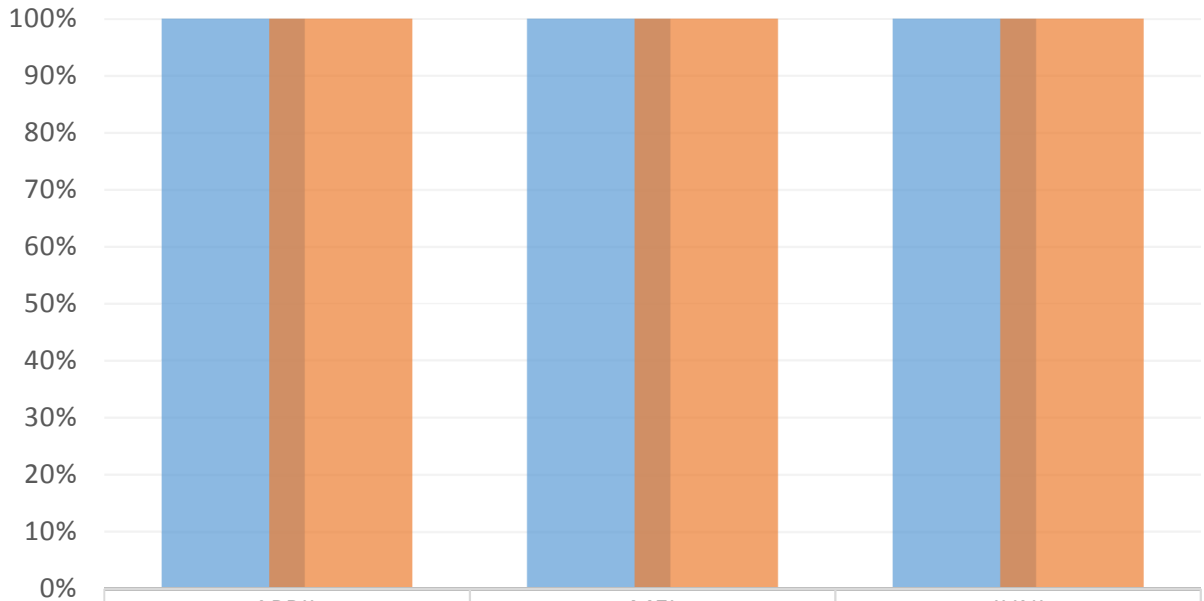
Persentase Tersedianya Hand Rub di Rawat Inap



Angka Kejadian Tidak Terpasangnya Gelang Identitas Pasien Rawat Inap



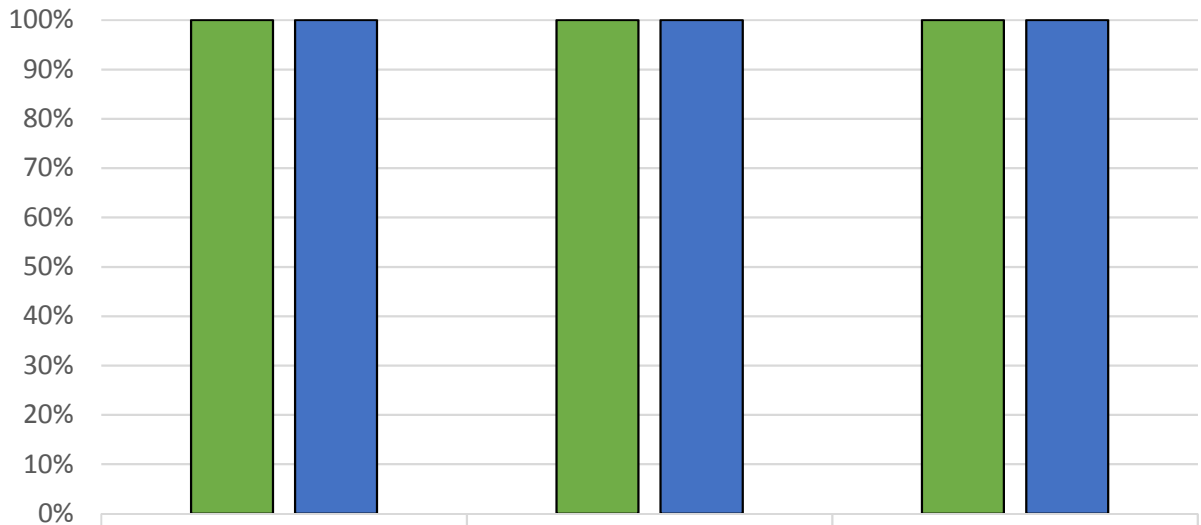
**Persentase dilaksanakannya konfirmasi pada The Read Back Proses
di IGD, RANAP, ICU, HCU, HD, RAJAL**



■ STANDAR
■ CAPAIAN

	APRIL	MEI	JUNI
STANDAR	100%	100%	100%
CAPAIAN	100%	100%	100%

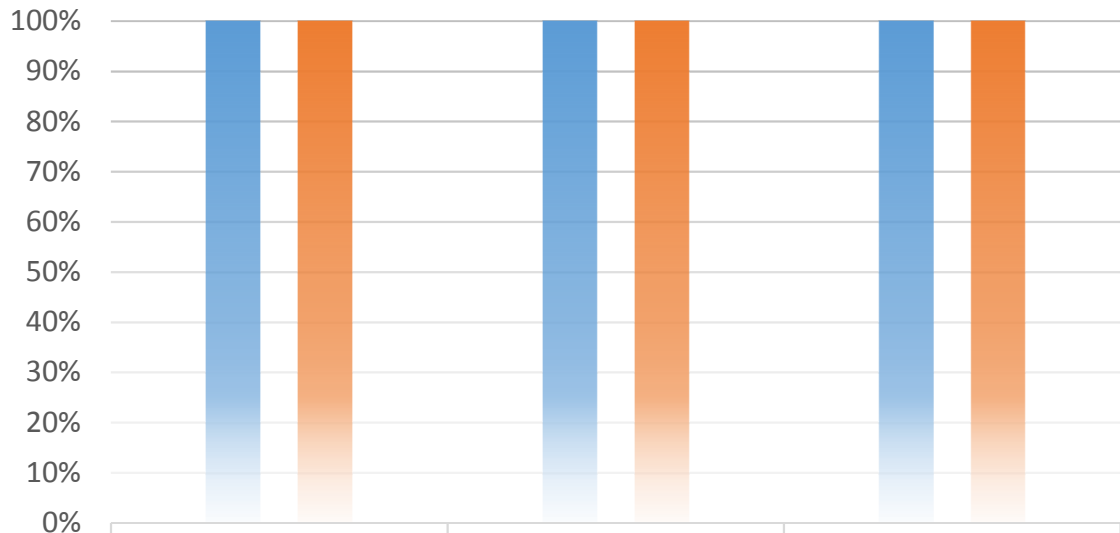
**Persentase dilaksanakannya konfirmasi pada The Read Back Proses
di IGD, RANAP, ICU, HCU, HD, RAJAL**



■ STANDAR
■ CAPAIAN

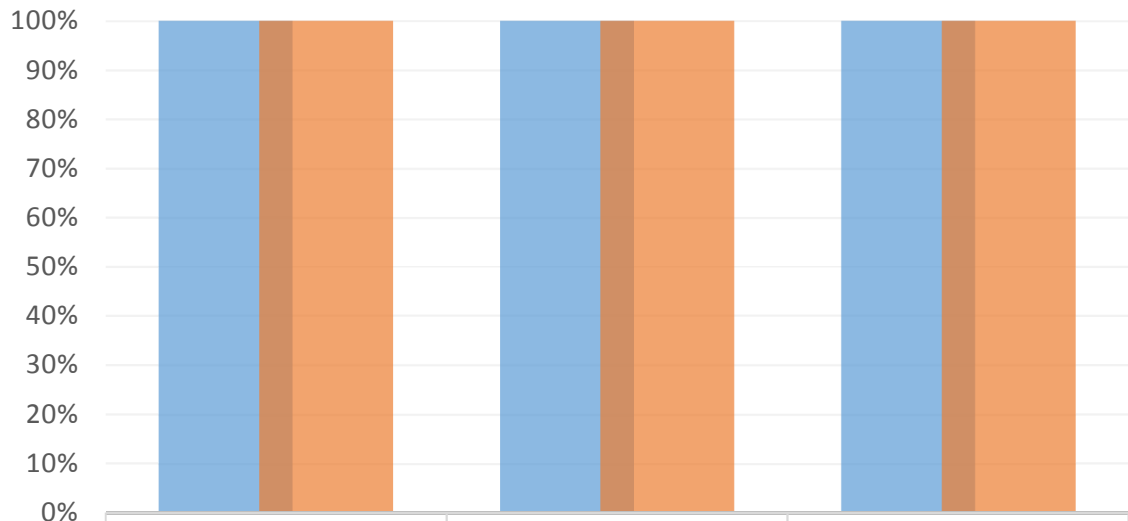
	APRIL	MEI	JUNI
STANDAR	100%	100%	100%
CAPAIAN	100%	100%	100%

PERSENTASE TERPASANGNYA LABEL PADA OBAT HIGH ALERT



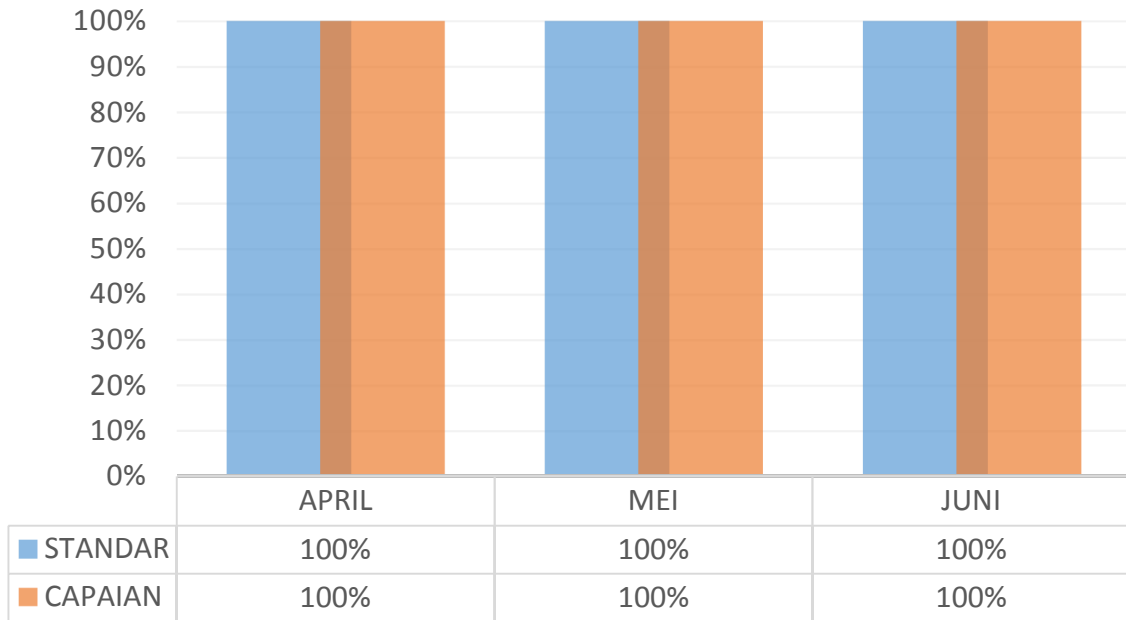
STANDAR	100%	100%	100%
CAPAIAN	100%	100%	100%

Dilaksanakannya Site Marking Pada Pasien Operasi Dengan Organ Dua Sisi

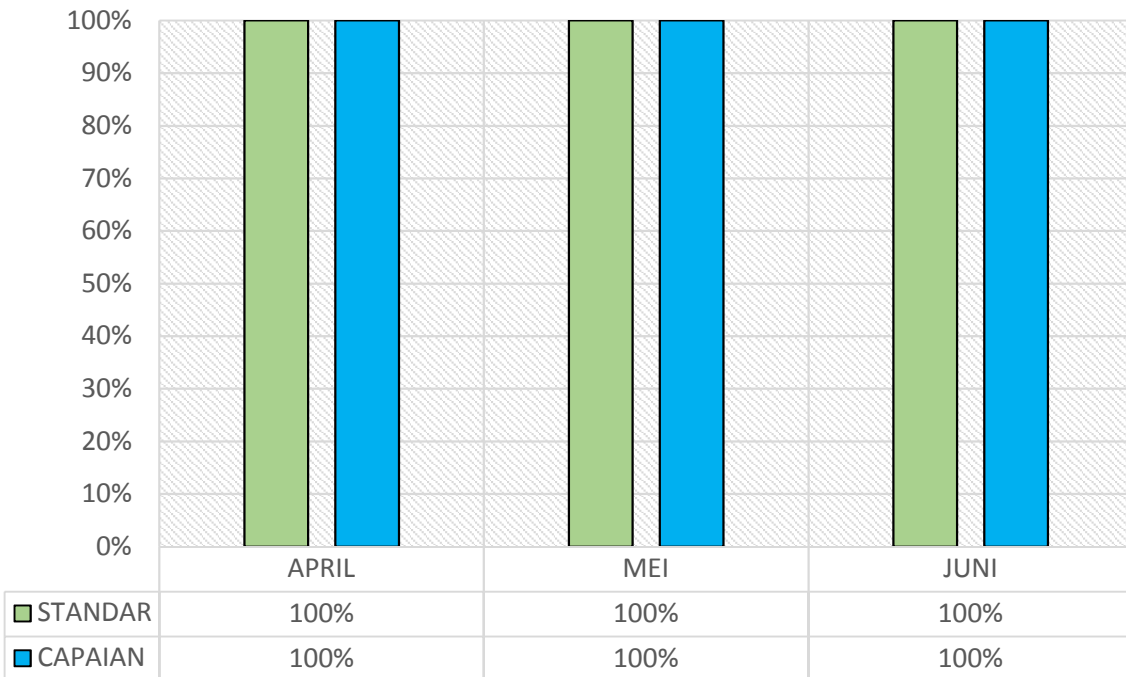


STANDAR	100%	100%	100%
CAPAIAN	100%	100%	100%

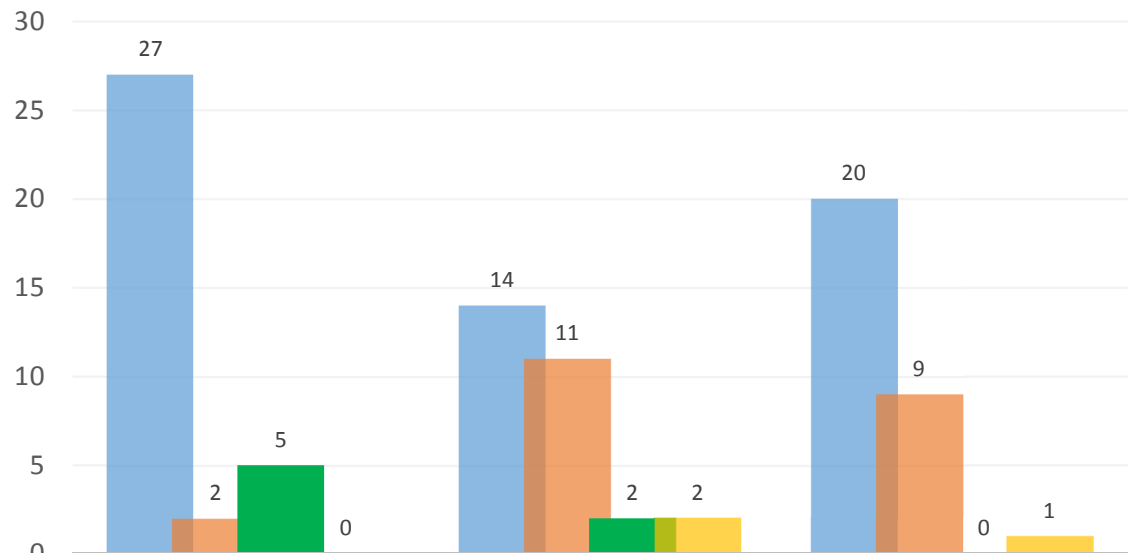
Persentase Pagar Sisi (Bed Rail) Selalu Terpasang Pada Pasien Risiko Jatuh Di RANAP



Persentase Pemberian aspirin pada pasien AMI dalam 24 jam

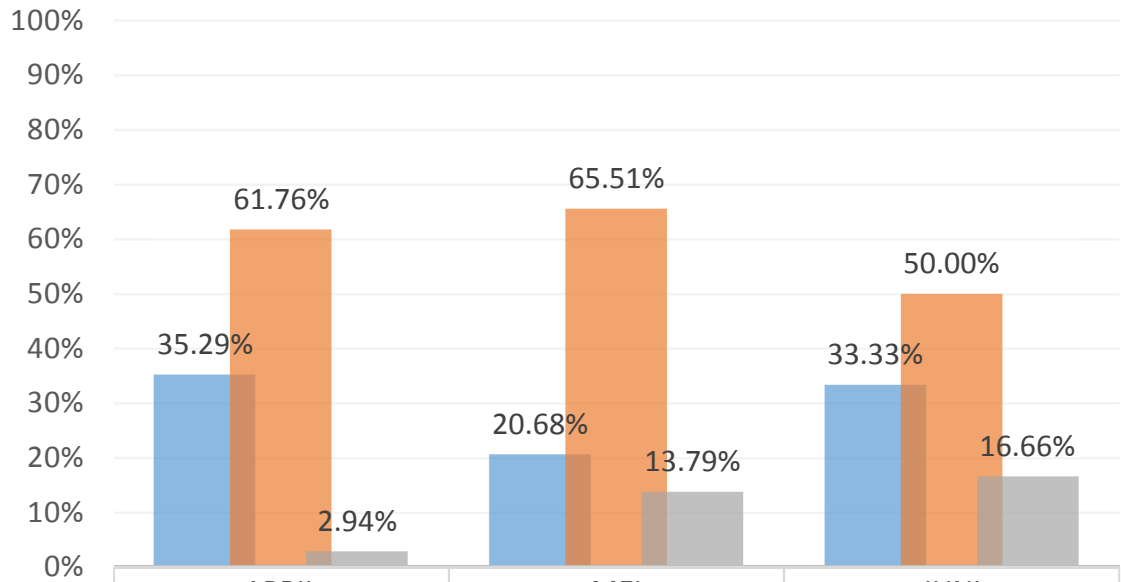


Angka Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini(IMD) Dan Rawat Gabung



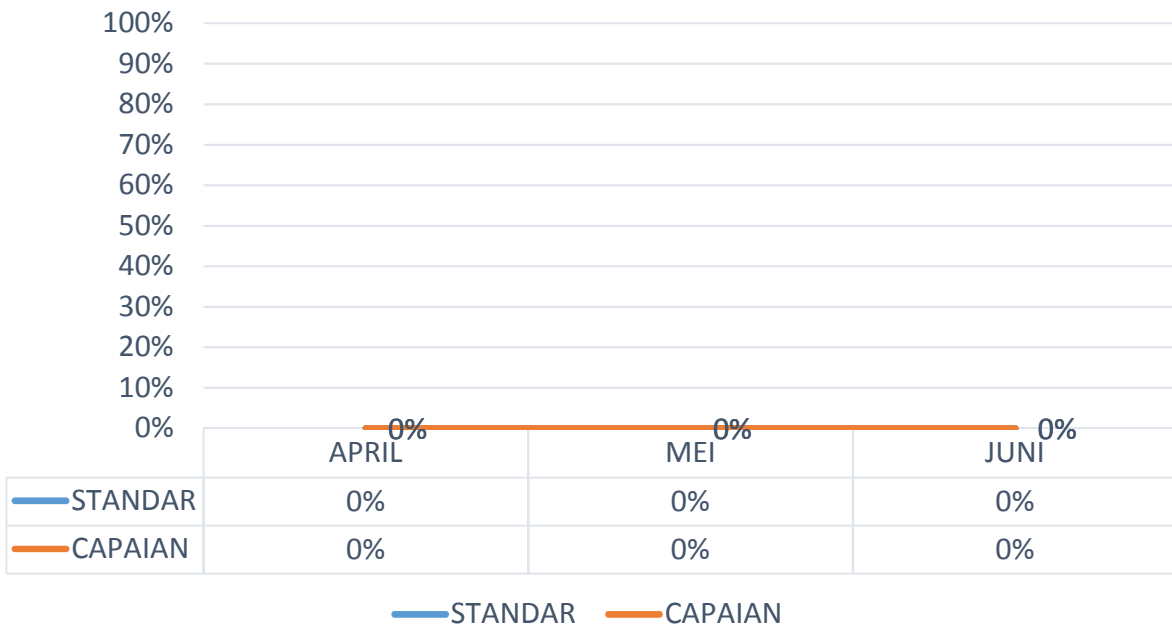
	APRIL	MEI	JUNI
N-IMD	27	14	20
SC-IMD	2	11	9
N-NON-IMD	5	2	0
SC-NON-IMD	0	2	1

Angka Melahirkan pervag/sc dengan kehamilan ≥ 37 - < 39 ,
melahirkan dengan kehamilan < 37 + ≥ 39 mg & nulli, single
babby ≥ 37 , SC

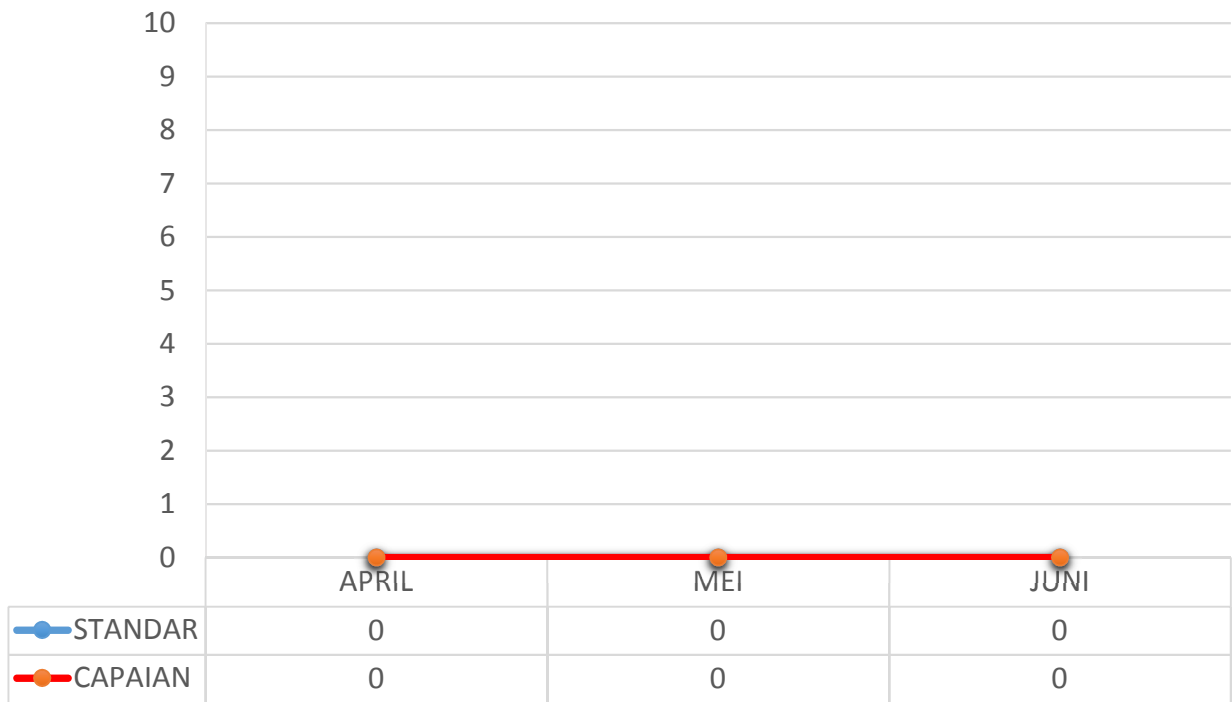


■ 37-38, N+SC	35.29%	20.68%	33.33%
■ <37+>=39, N+SC	61.76%	65.51%	50.00%
■ G1, >37, SC	2.94%	13.79%	16.66%

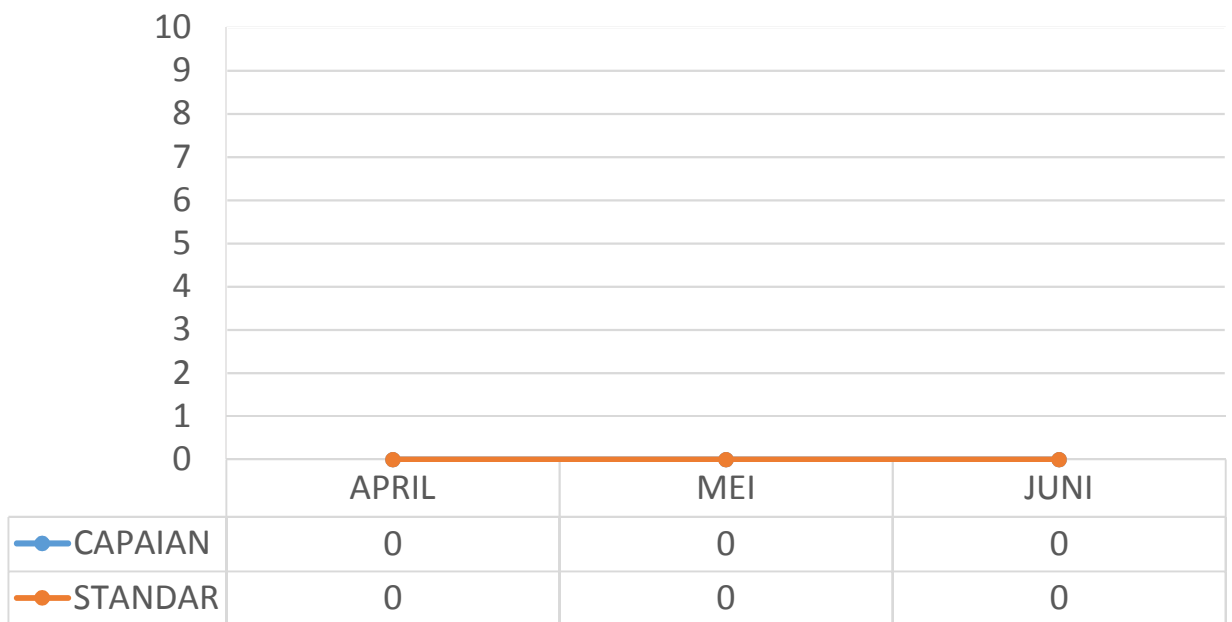
Persentase Kejadian Pasien Jatuh di RS di RANAP



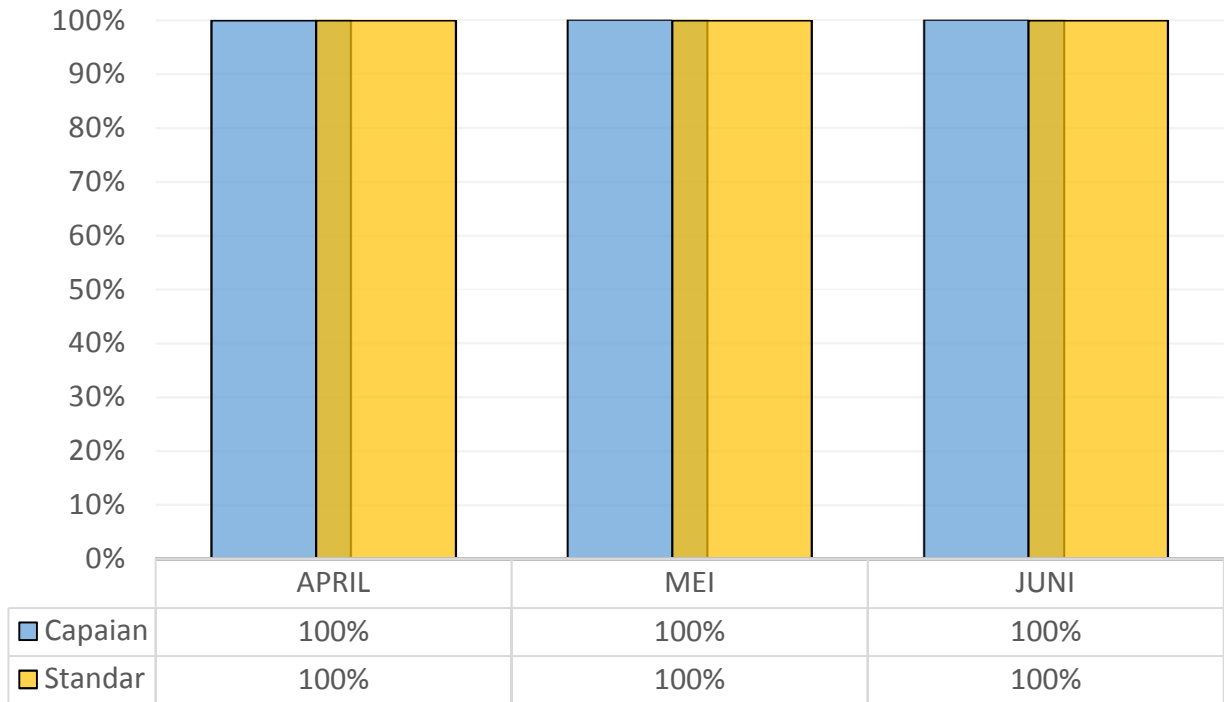
ANGKA KEMATIAN IBU HAMIL



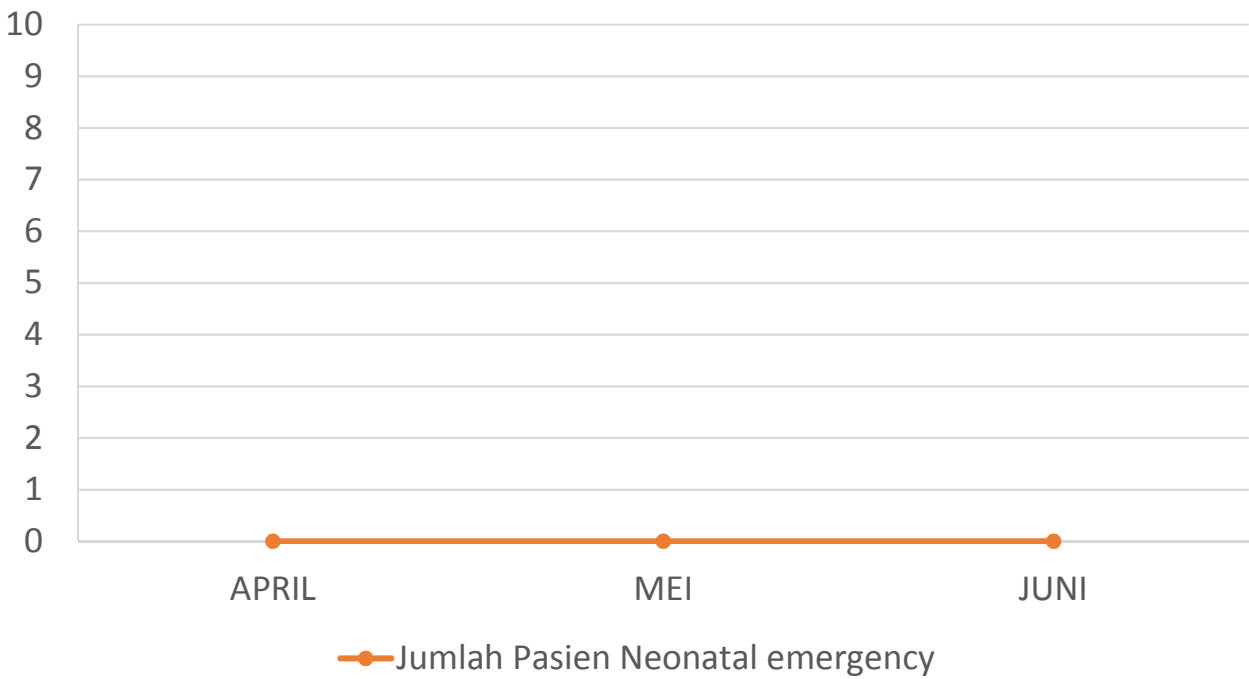
Angka Kematian Neonatal



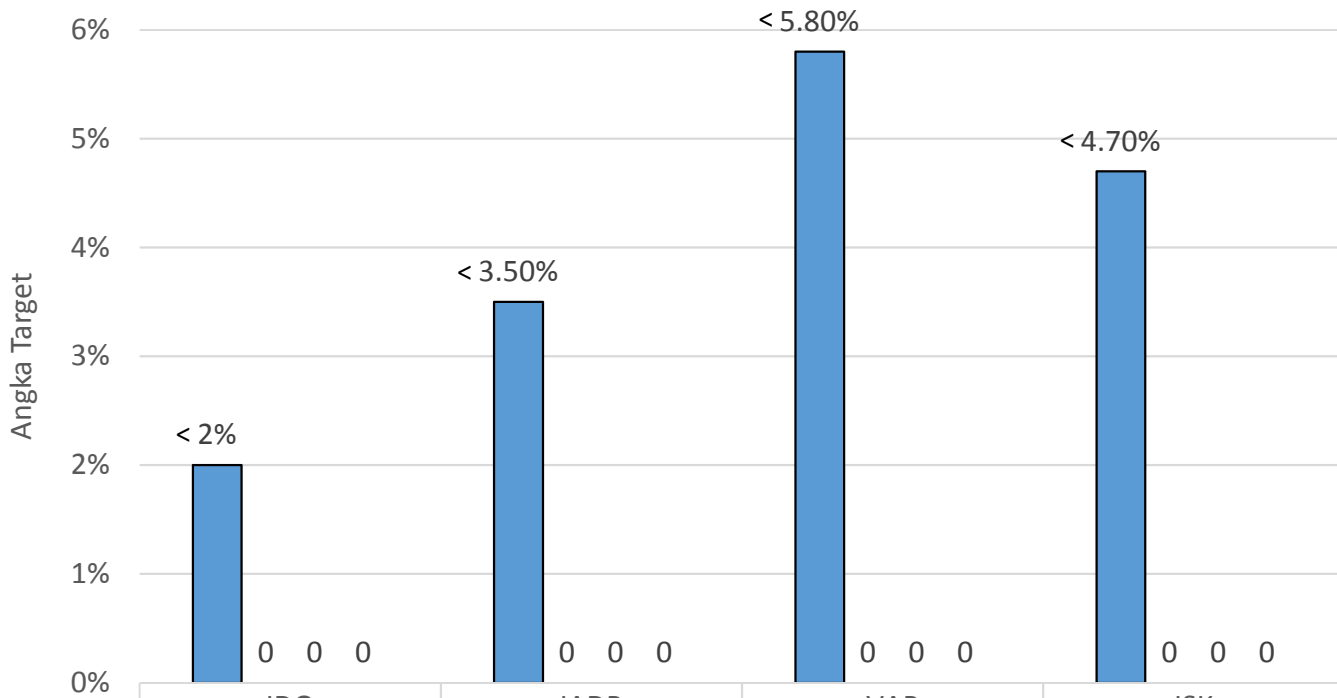
Respon Time Pasien Obstetri IGD



Respon Time Neonatal Emergency



Angka HAIs



	IDO	IADP	VAP	ISK
Target	< 2%	< 3.50%	< 5.80%	< 4.70%
April	0	0	0	0
Mei	0	0	0	0
Juni	0	0	0	0