

**LAPORAN PEMANTAUAN**  
**INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT**  
**JANUARI-MARET 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

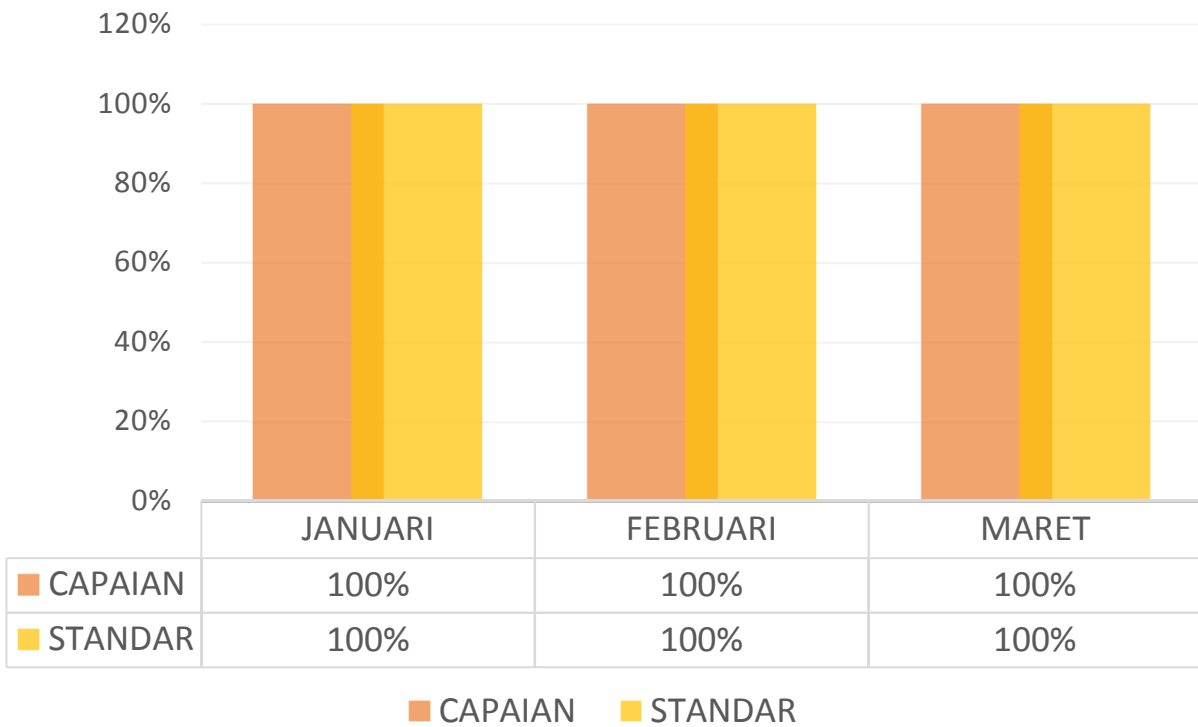
Demikian laporan pemantauan peningkatan mutu dan keselamatan pasien Bulan Januari-Maret tahun 2018. Pembinaan dan perbaikan di semua lini sangat diperlukan guna terciptanya kepuasan pelanggan yang diharapkan, untuk itu kerja sama dan bimbingan serta arahan sangat dibutuhkan bagi tim PMKP.

Semarang, 1 April 2018

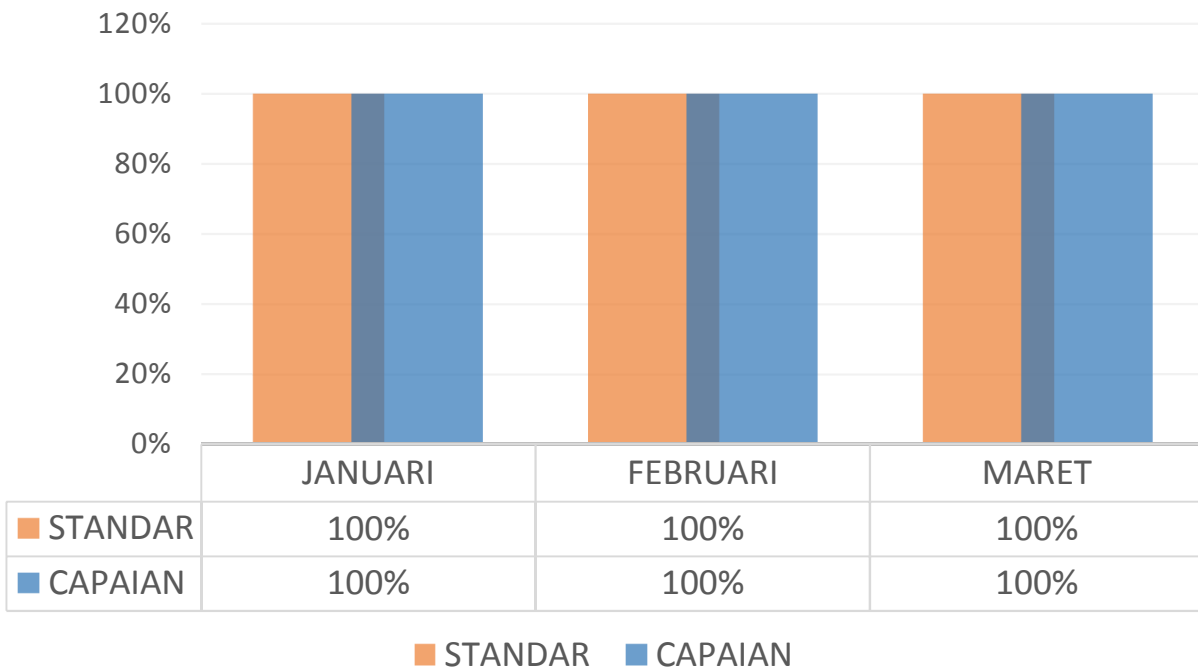
Ketua Tim PMKP

dr. Hendriani Selina, Sp. AK

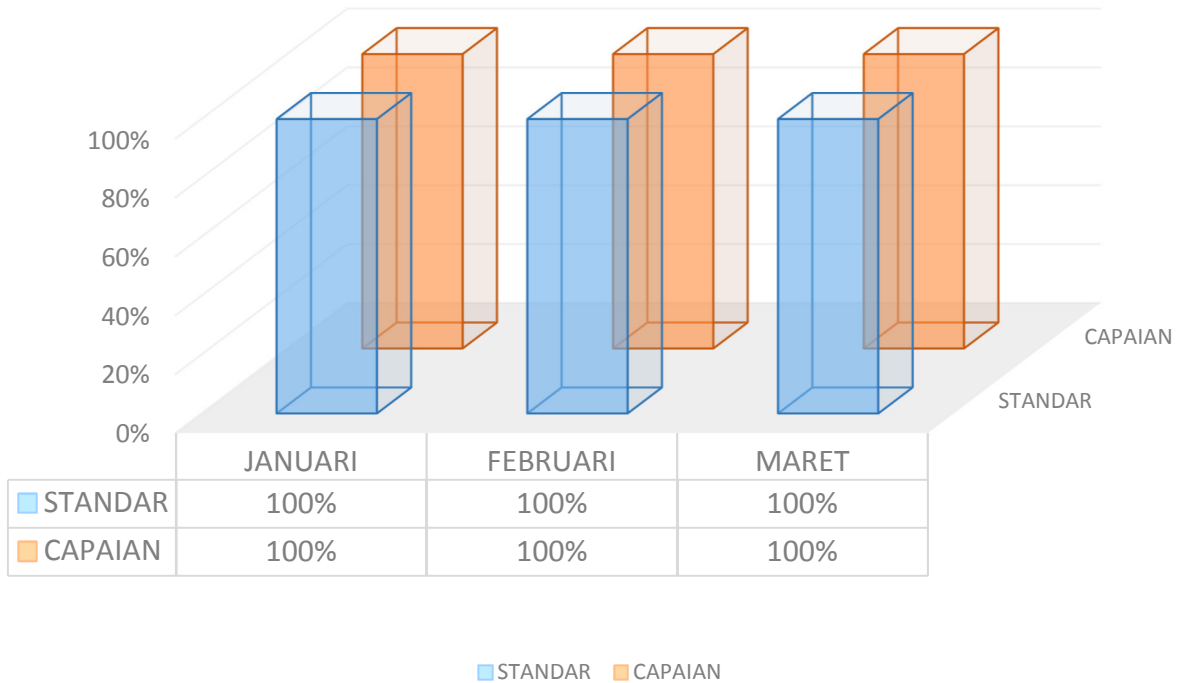
### Persentase Waktu Tunggu Pemeriksaan Laboratorium Kimia Klinik $\leq 140$ Menit



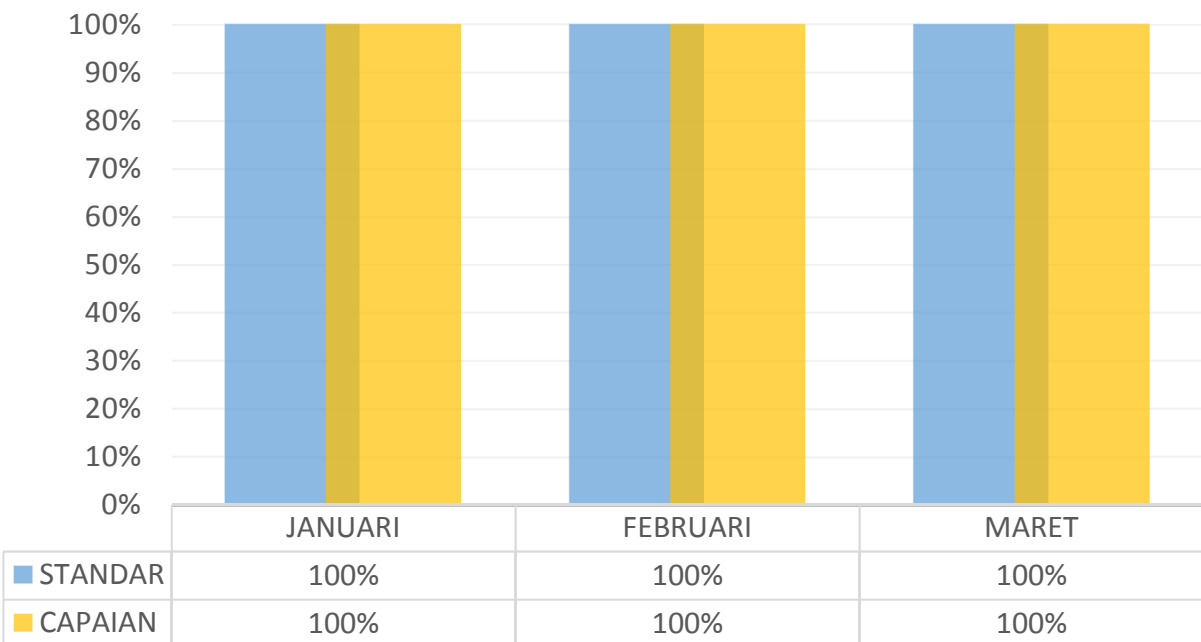
### Persentase Waktu Tunggu Pemeriksaan Laboratorium Darah Rutin $\leq 140$ Menit



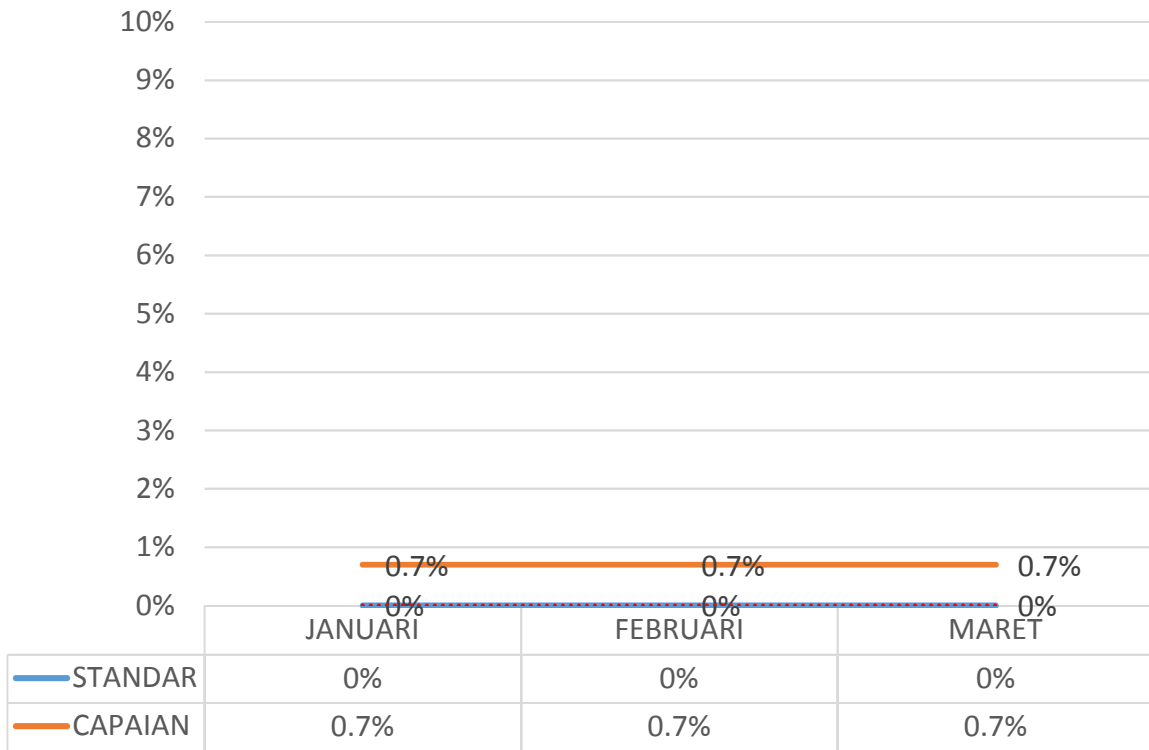
## Persentase Tidak Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Dilakukan Tindakan Operasi



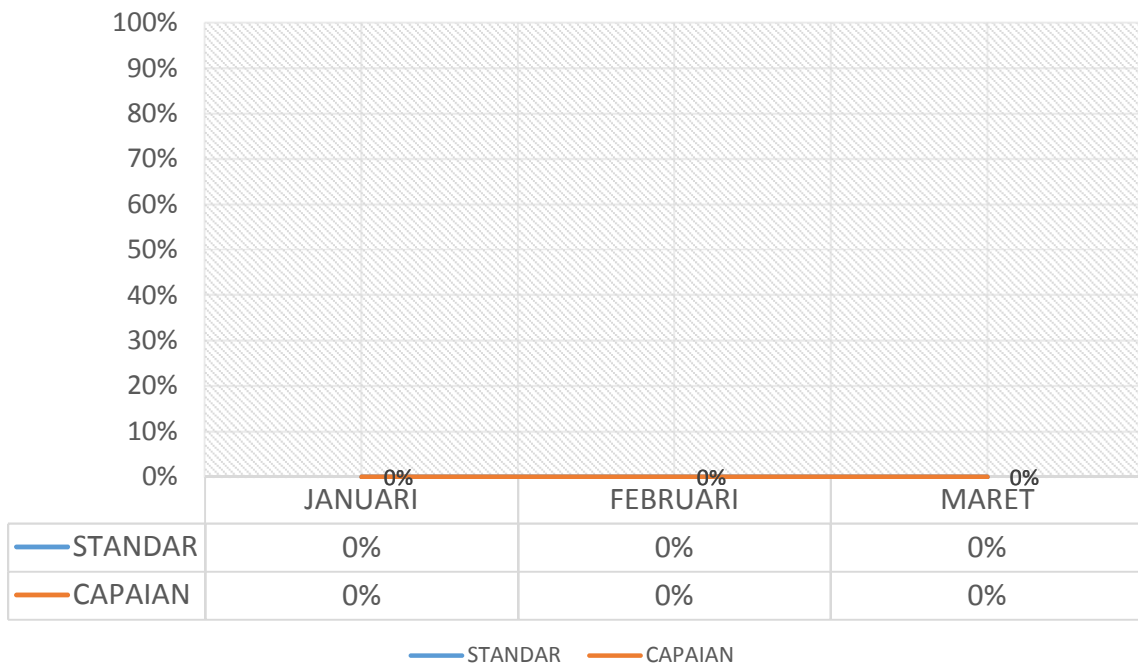
## Persentase Penggunaan Antibiotik Profilaksis Tidak Menjadi Terapetik Pada Operasi Bersih



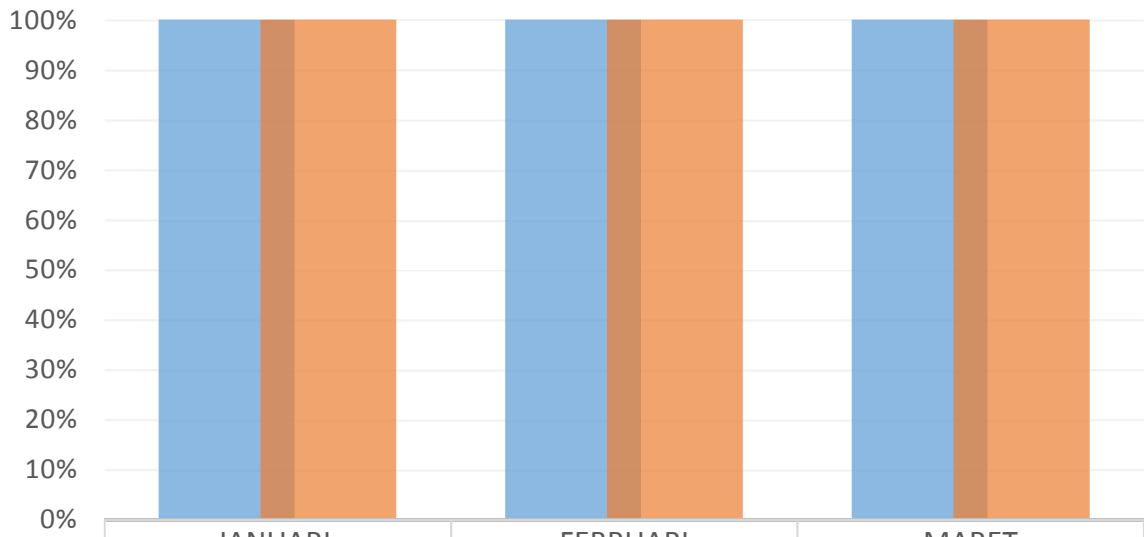
### Angka Ketidaklengkapan Ringkasan Pulang



### Angka Persentase Ketidaklengkapan Asesmen Pra Anestesi

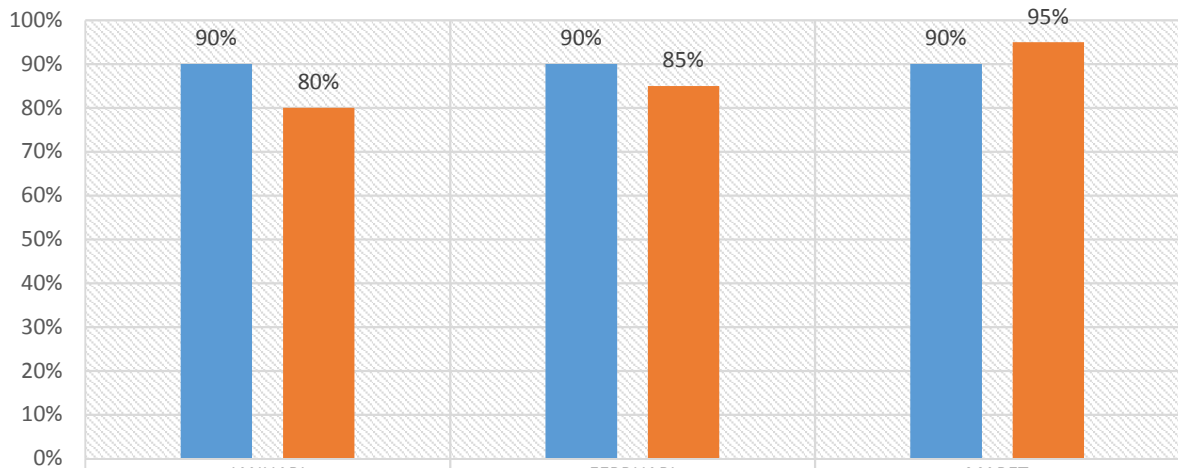


### Persentase Ketersediaan Obat Dan Alkes Emergency Di Ruang ICU, IGD Dan RANAP



	JANUARI	FEBRUARI	MARET
■ STANDAR	100%	100%	100%
■ CAPAIAN	100%	100%	100%

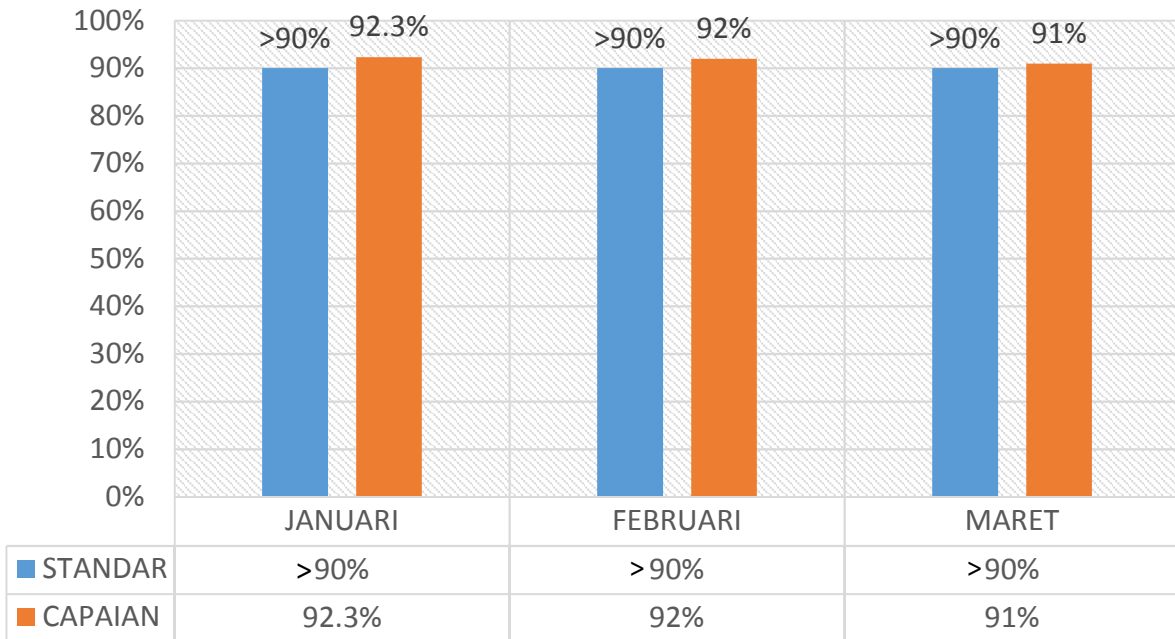
### Persentase Kepuasan pasien/pelanggan rumah sakit terhadap layanan Dokter di Instalasi Rawat Jalan



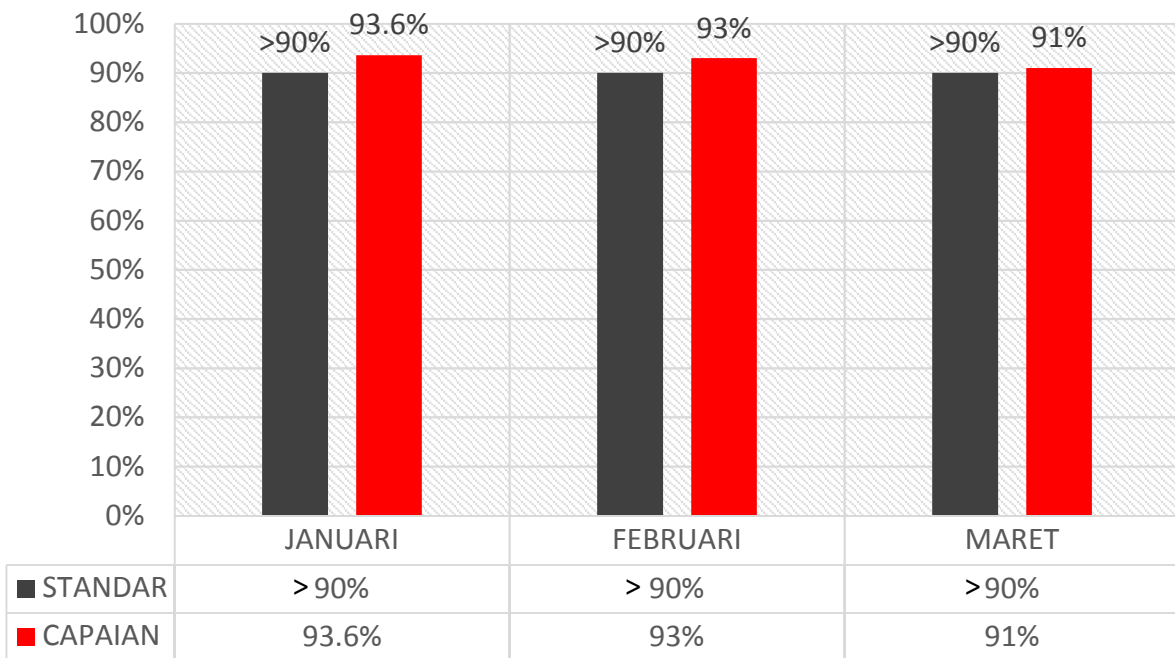
	JANUARI	FEBRUARI	MARET
■ STANDAR	> 90%	> 90%	> 90%
■ CAPAIAN	80%	85%	95%

■ STANDAR ■ CAPAIAN

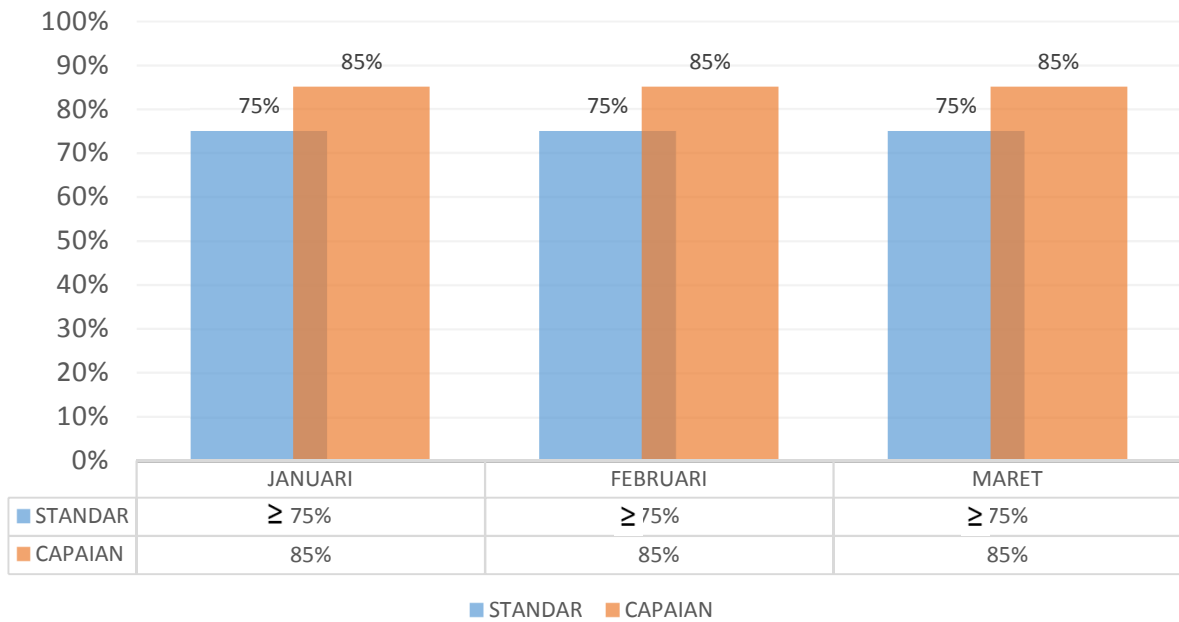
Persentase Kepuasan pasien/pelanggan rumah sakit terhadap layanan Dokter di Ruang Rawat Inap



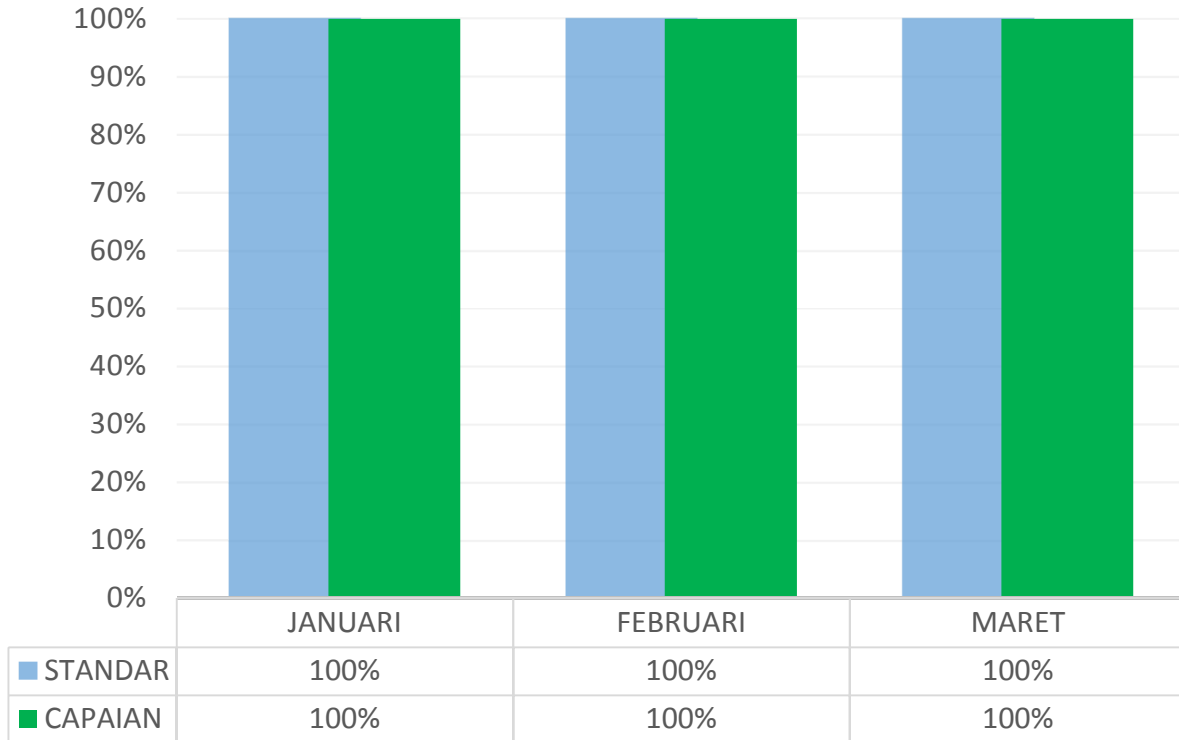
Persentase Kepuasan pasien/pelanggan rumah sakit terhadap layanan Perawat di Ruang Rawat Inap



### Persentase Kepuasan karyawan

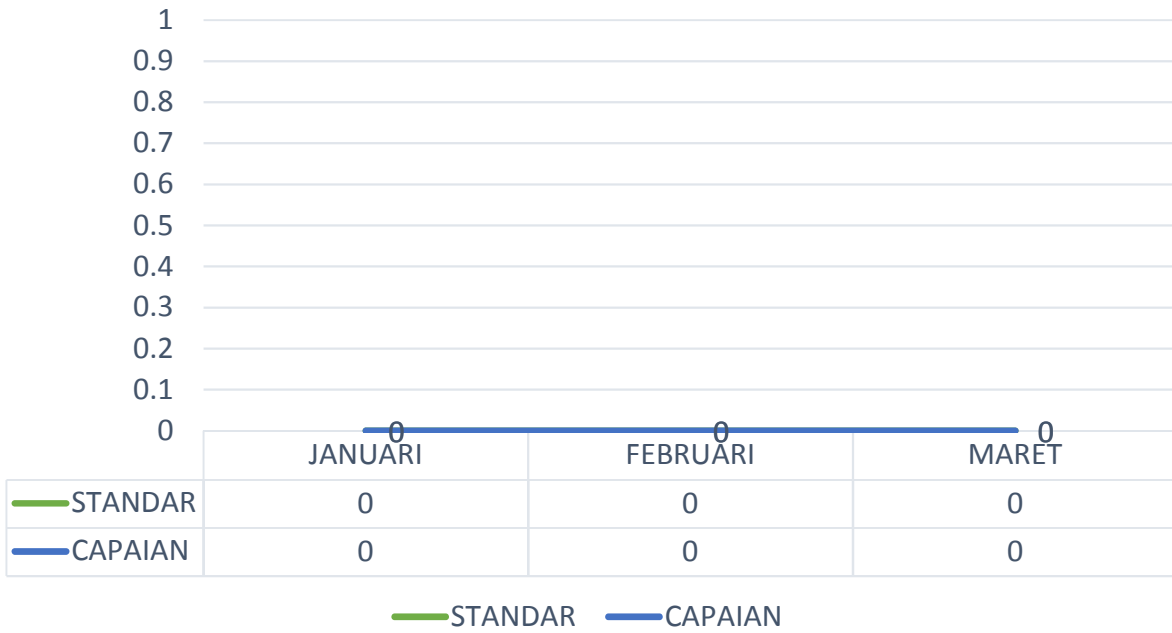


### Persentase Tersedianya Hand Rub di rawat inap

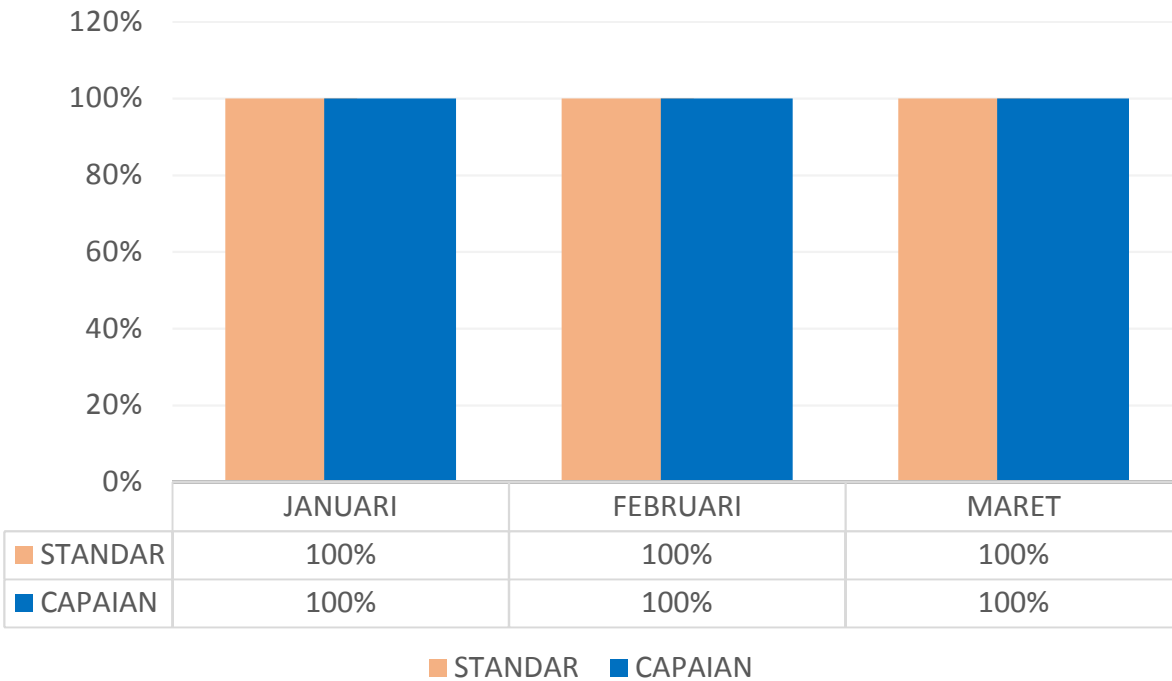




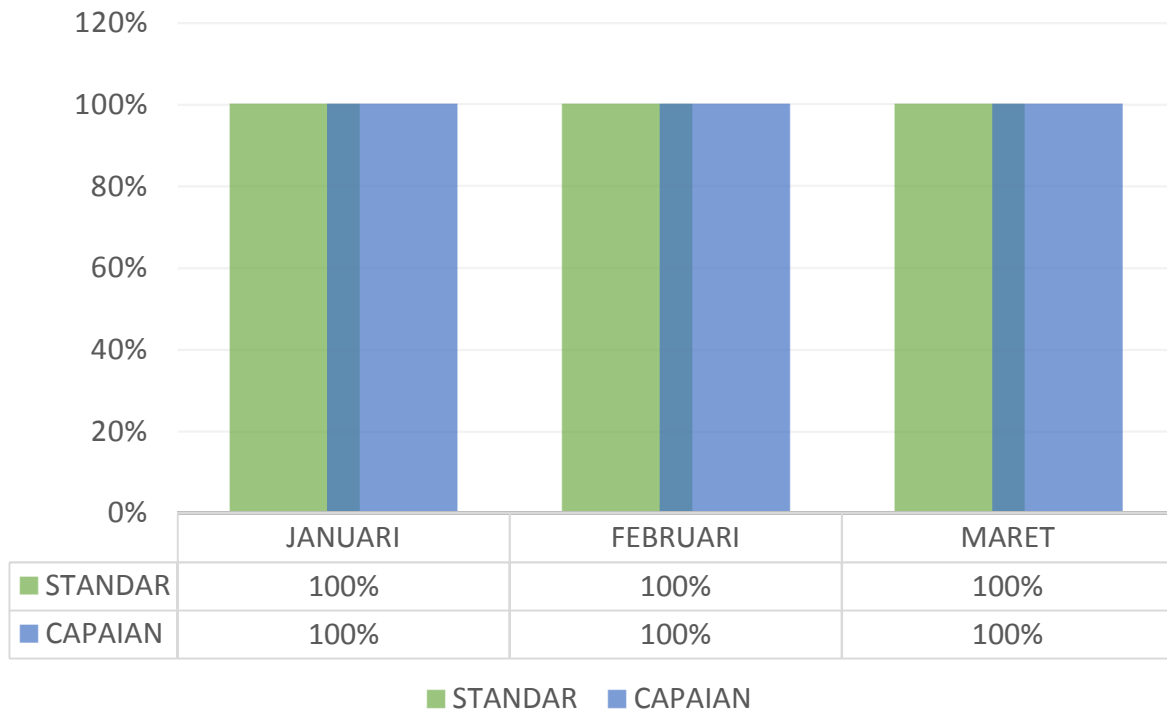
### Angka Kejadian tidak terpasangnya gelang identitas pasien rawat inap



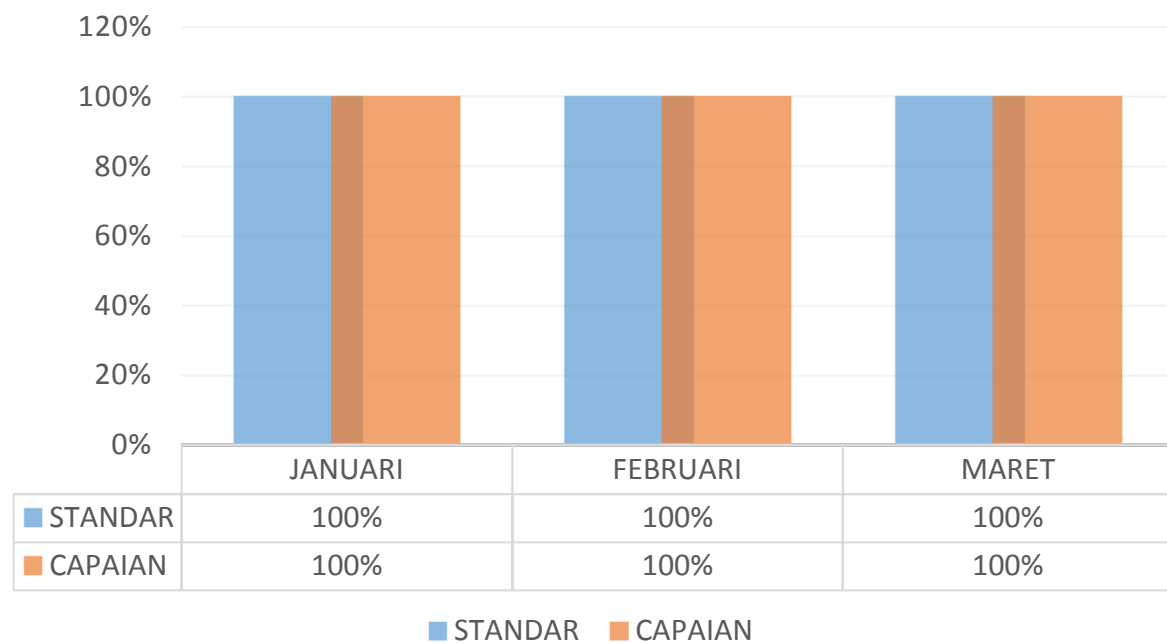
### Persentase dilaksanakannya konfirmasi pada The Read Back Proses di IGD, RANAP, ICU, HCU, HD, RAJAL



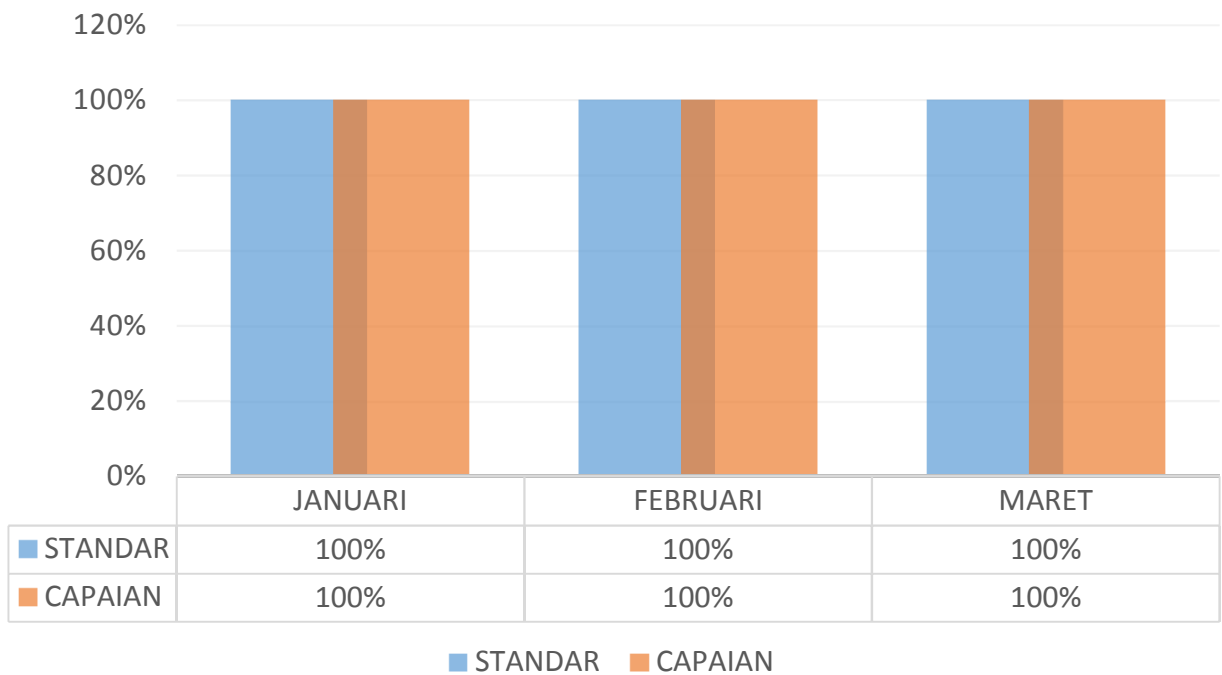
### Persentase Terpasangnya Label Pada Obat High Alert



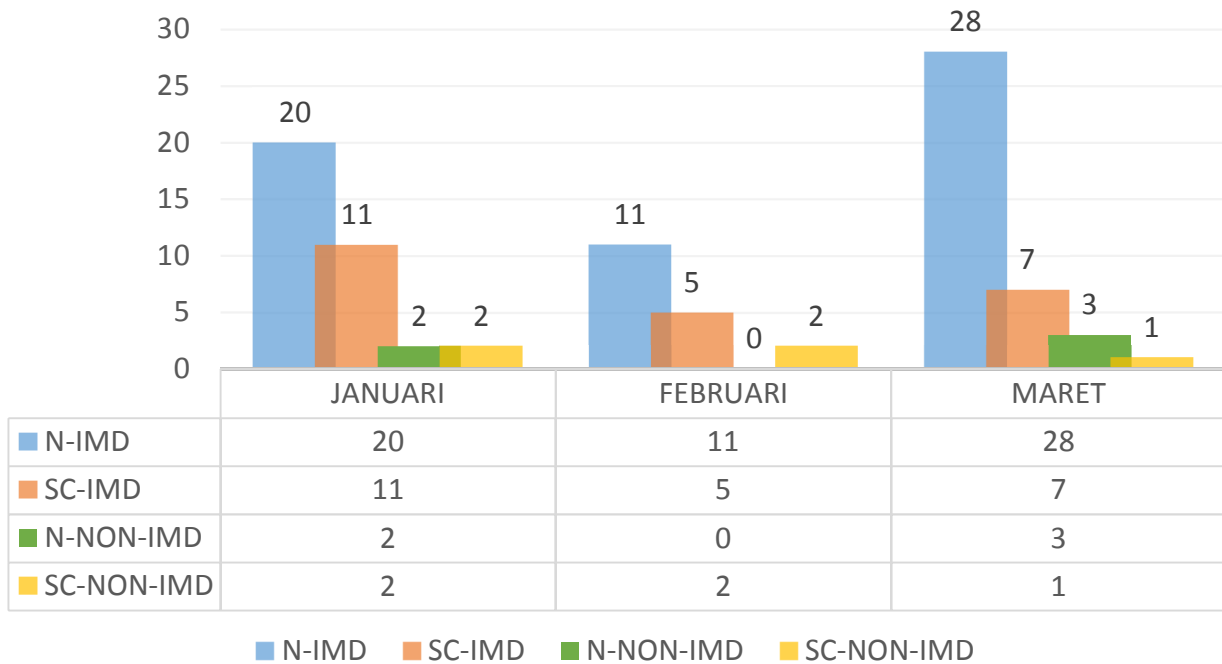
### Dilaksanakannya site marking pada pasien operasi dengan organ dua sisi



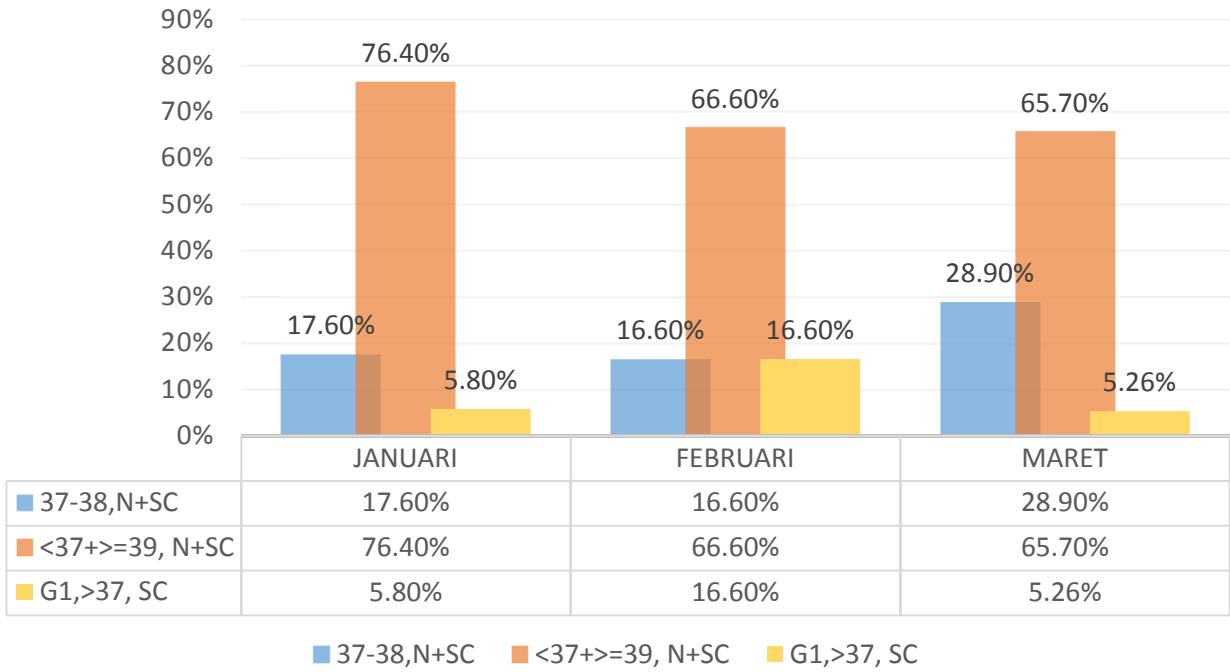
### Persentase Pemberian aspirin pada pasien AMI dalam 24 jam



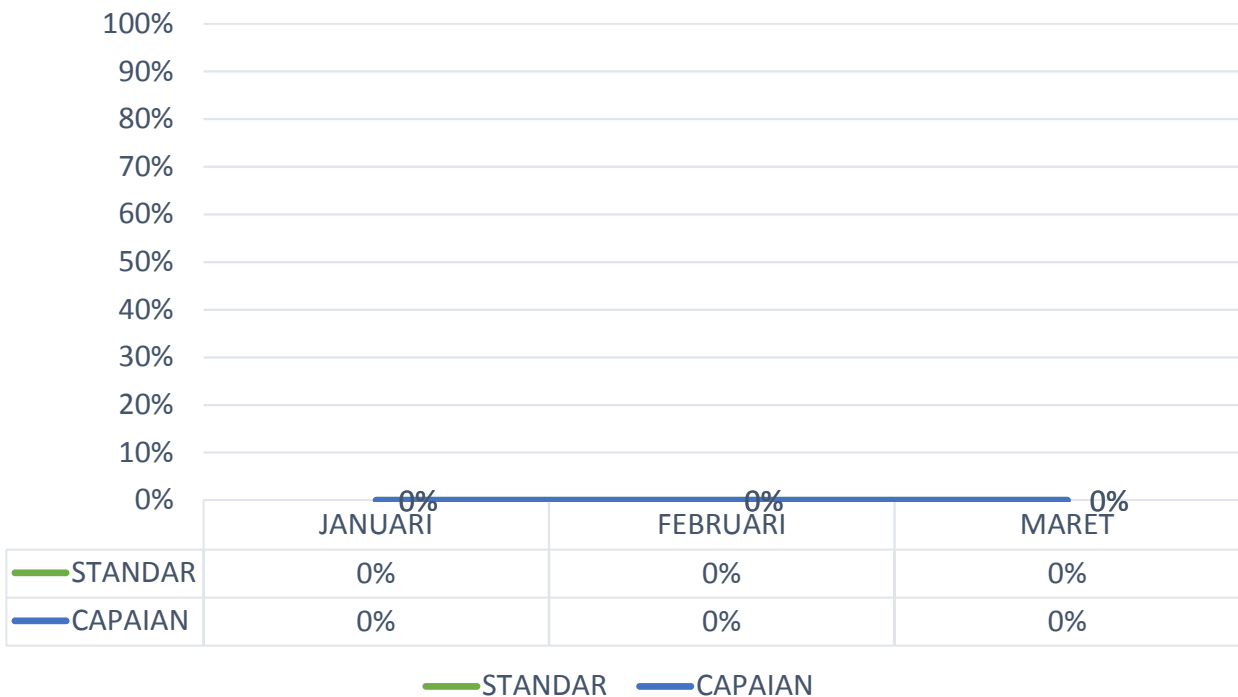
### Angka pelaksanaan inisiasi menyusui dini( IMD) dan rawat gabung



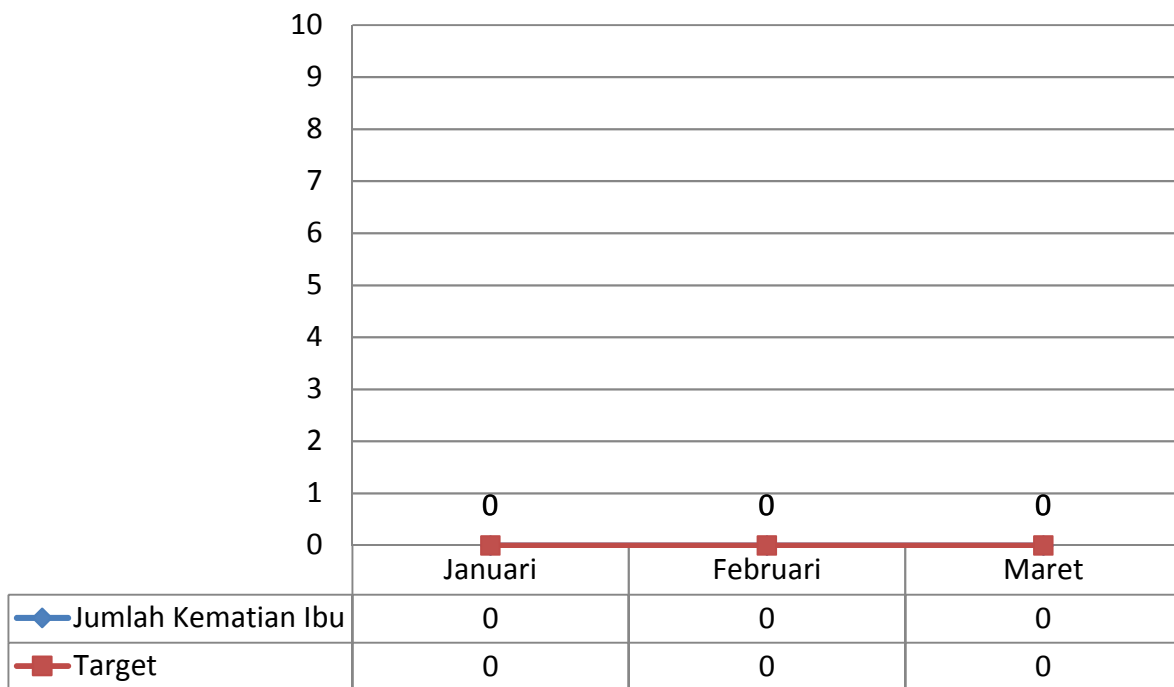
Angka Melahirkan Pervag/Sc Dengan Kehamilan  $\geq 37$ -  
 $< 39$ , Melahirkan Dengan Kehamilan  $< 37+ \geq 39$  Mg &  
 Nulli, Singgle Babby  $\geq 37$ , SC



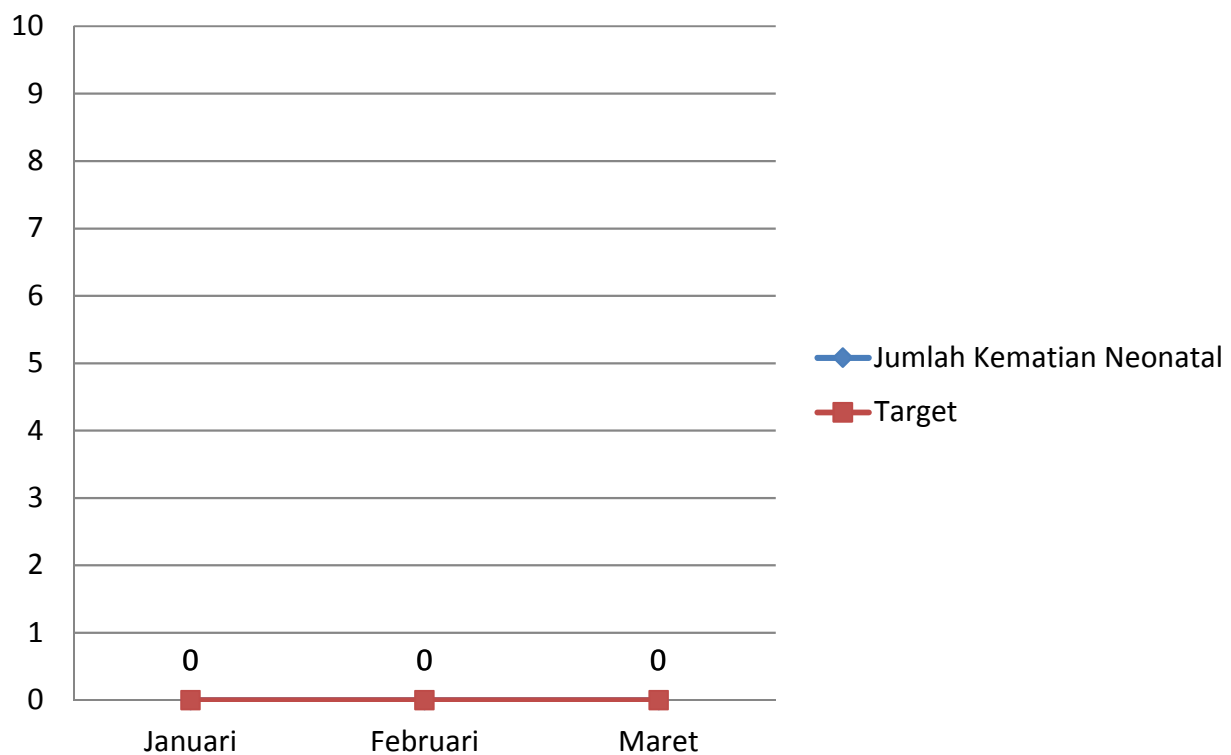
Persentase Kejadian Pasien Jatuh Di RS Di RANAP



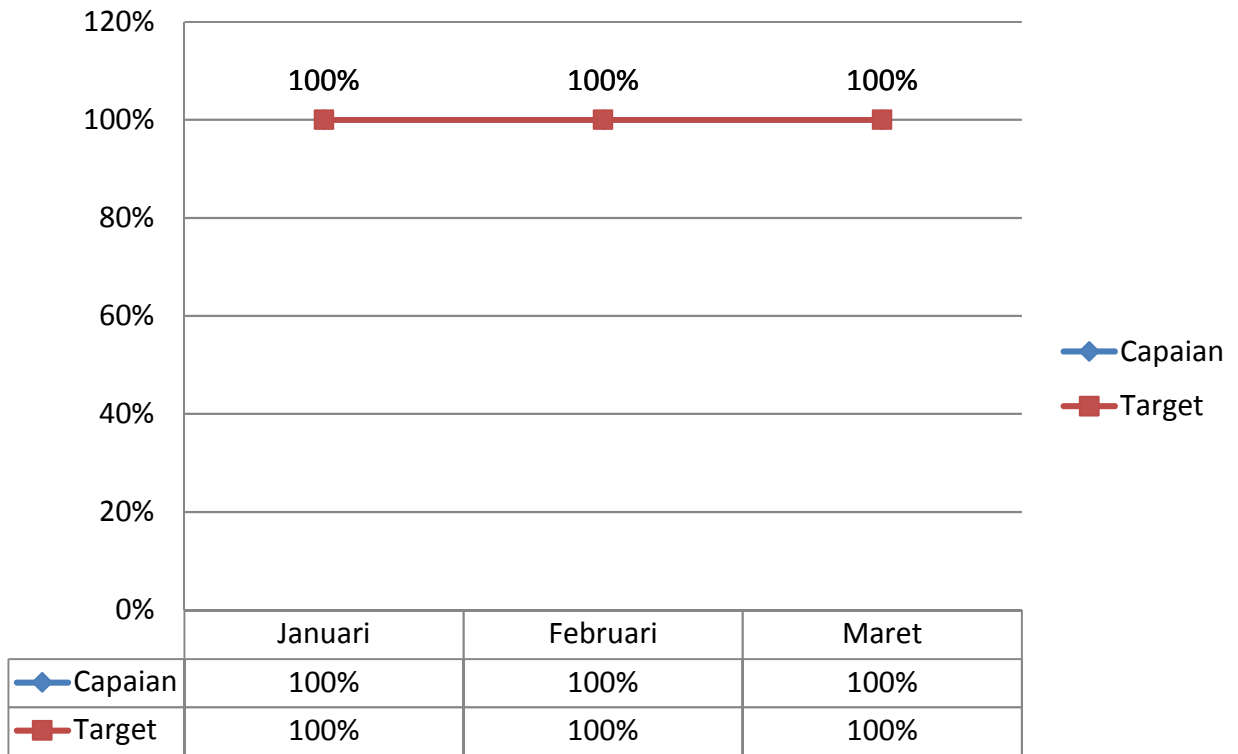
### Angka kematian ibu hamil



### Angka Kematian Neonatal



### RESPON TIME PASIEN OBSTETRI IGD



### Respon Time Neonatal Emergency

