

**LAPORAN PEMANTAUAN**  
**INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT**  
**JULI-SEPTEMBER TAHUN 2019**  
**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

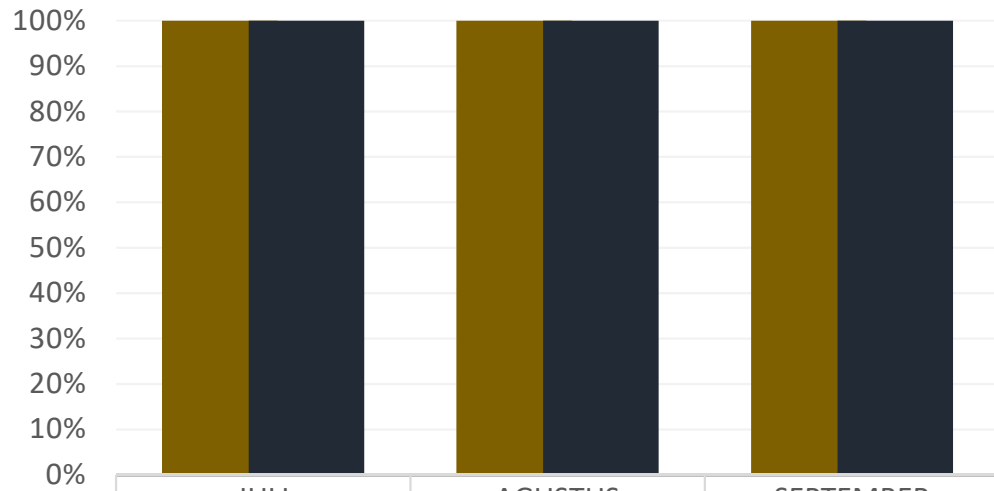
Demikian laporan pemantauan peningkatan mutu dan keselamatan pasien Bulan Juli-September tahun 2019. Pembinaan dan perbaikan di semua lini sangat diperlukan guna terciptanya kepuasan pelanggan yang diharapkan, untuk itu kerja sama dan bimbingan serta arahan sangat dibutuhkan bagi tim PMKP.

Semarang, 1 Oktober 2019

Ketua Tim PMKP

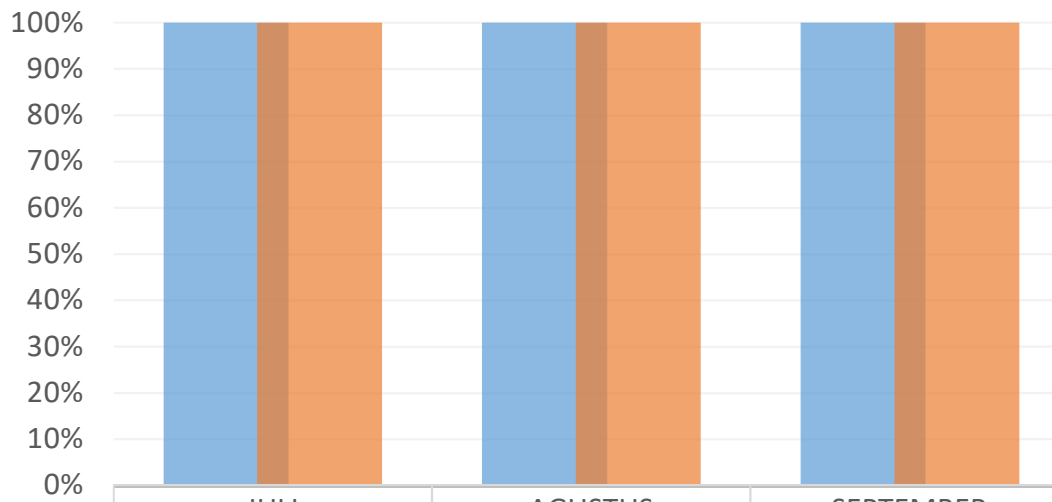
dr. Sigid Kirana L.B, Sp.KF

### Persentase Kelengkapan Asesmen Medis Awal Pada Pasien Rawat Inap



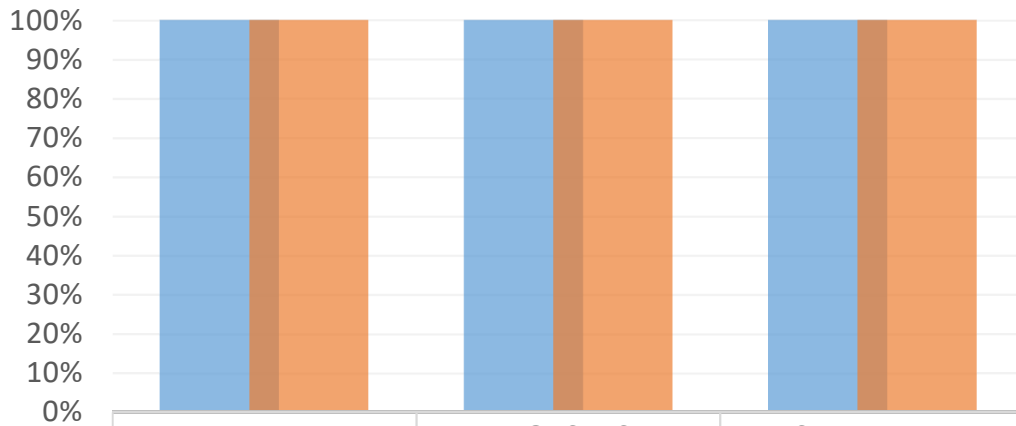
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
■ Capaian	100%	100%	100%
■ Kelengkapan	100%	100%	100%

### Persentase Waktu Tunggu Pemeriksaan Laboratorium BGA Cito >30 Menit



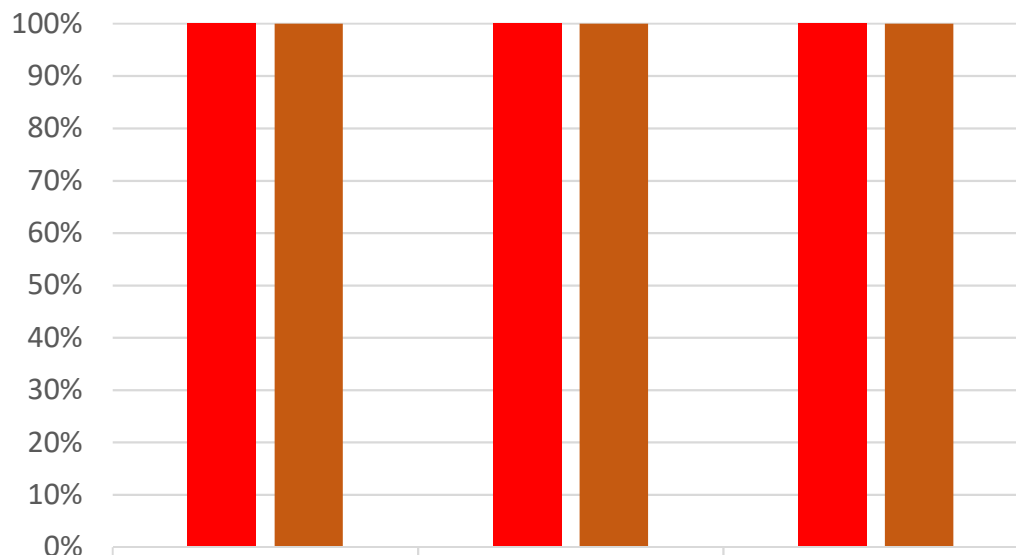
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
CAPAIAN	100%	100%	100%
STANDAR	100%	100%	100%

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



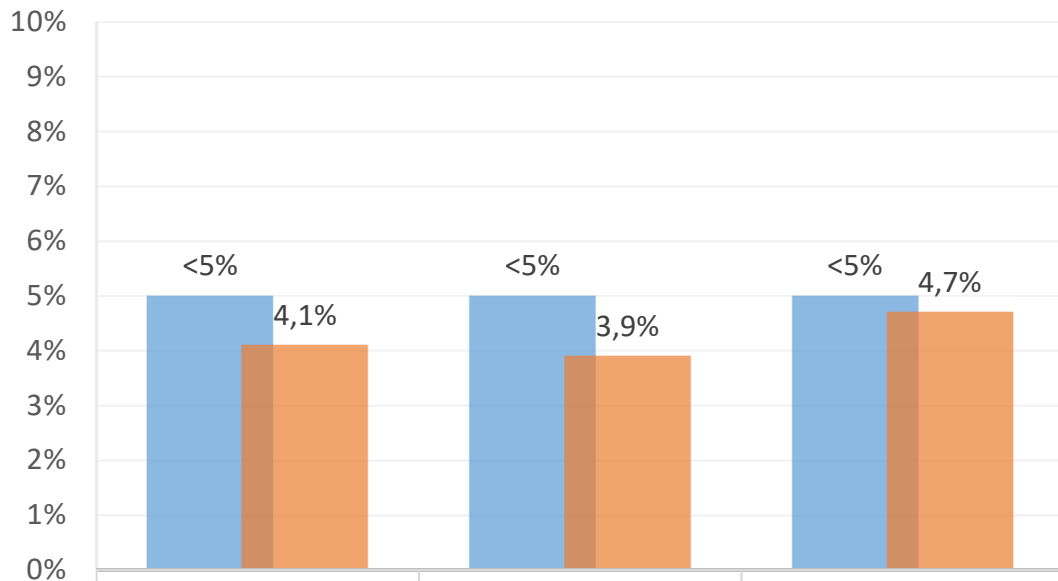
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
CAPAIAN	100%	100%	100%
STANDAR	100%	100%	100%

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



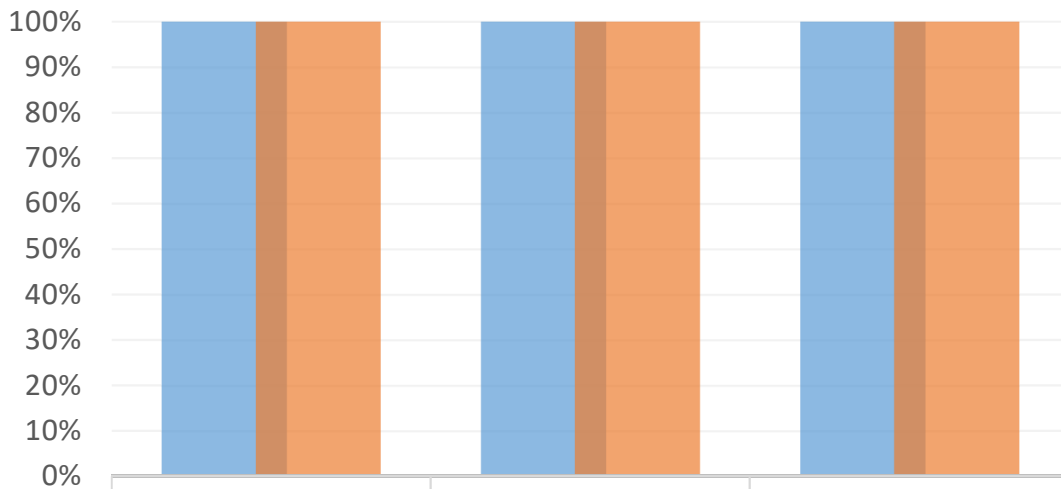
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	100%	100%	100%
CAPAIAN	100%	100%	100%

### Persentase Mengulanginya Pemeriksaan Radiologi



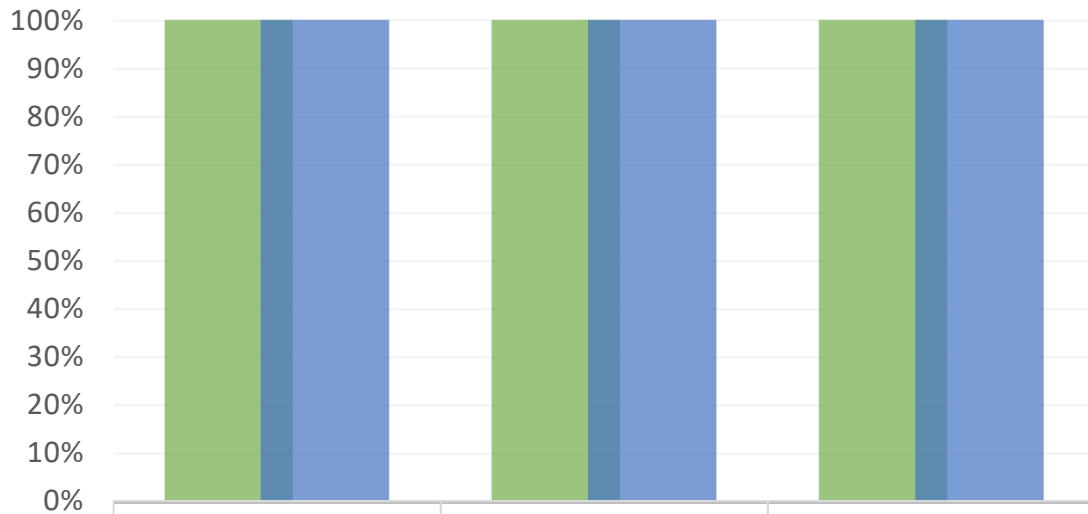
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	< 5%	< 5%	< 5%
CAPAIAN	4,1%	3,9%	4,7%

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



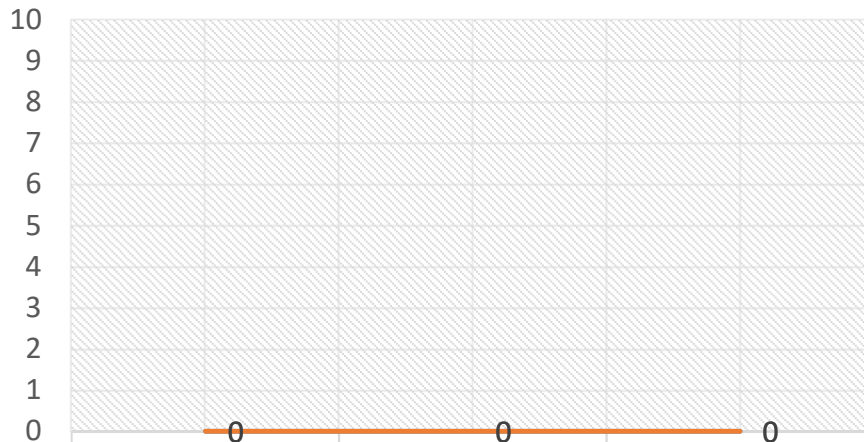
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	100%	100%	100%
CAPAIAN	100%	100%	100%

### Persentase Penggunaan Antibiotik Profilaksis Tidak Menjadi Terapeutik pada Operasi Bersih



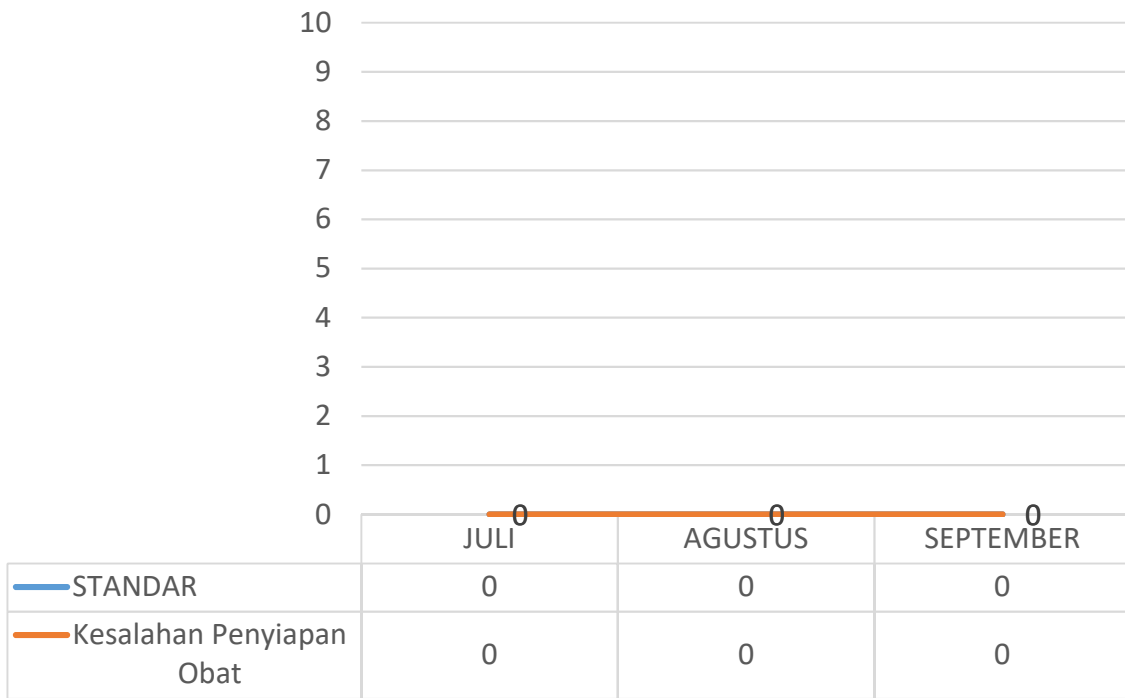
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	100%	100%	100%
CAPAIAN	100%	100%	100%

### Kejadian Kesalahan Penyiapan Obat pada Pelayanan Farmasi RAJAL

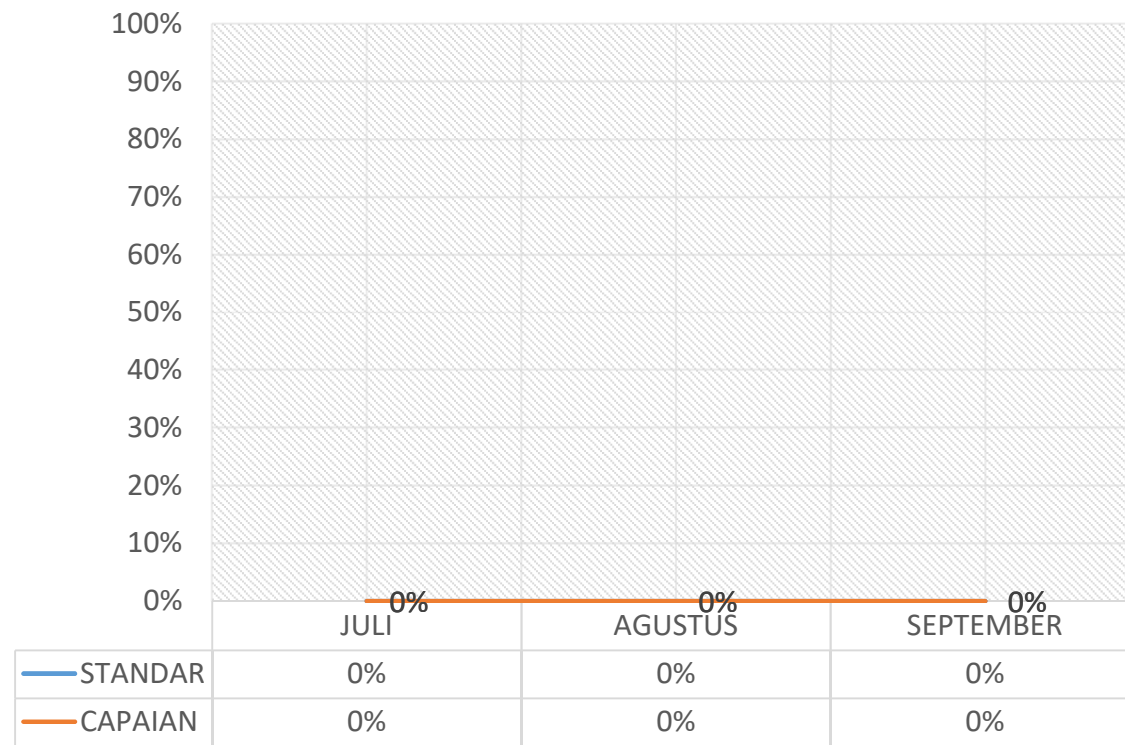


	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
— Kesalahan Penyiapan Obat RAJAL	0	0	0
— STANDAR	0	0	0

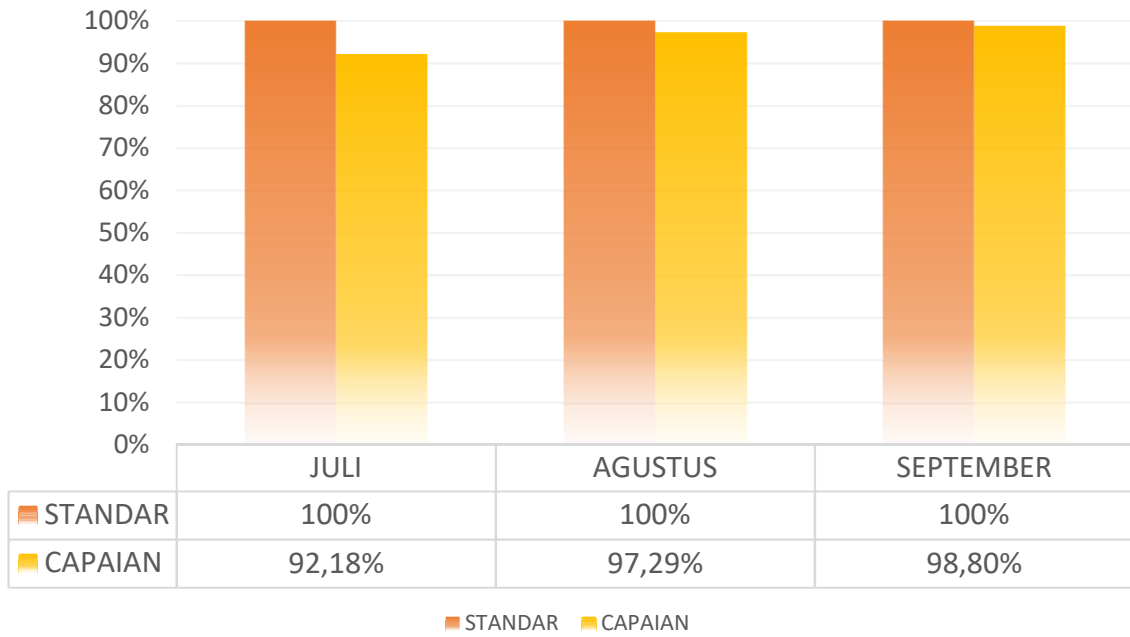
### Kejadian Kesalahan Penyiapan Obat Pada Pelayanan Farmasi RANAP (KNC)



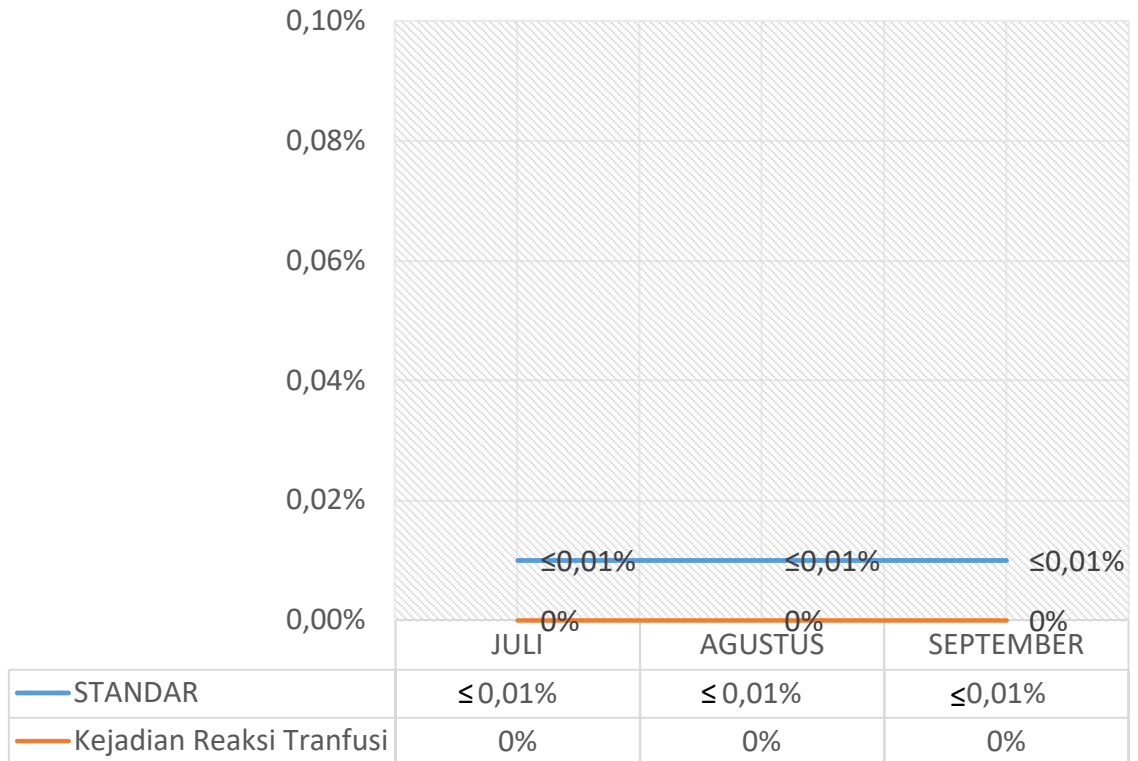
### Angka Persentase Ketidaklengkapan Asesmen pra Anestesi



### Angka Digunakannya Darah Yang Diminta

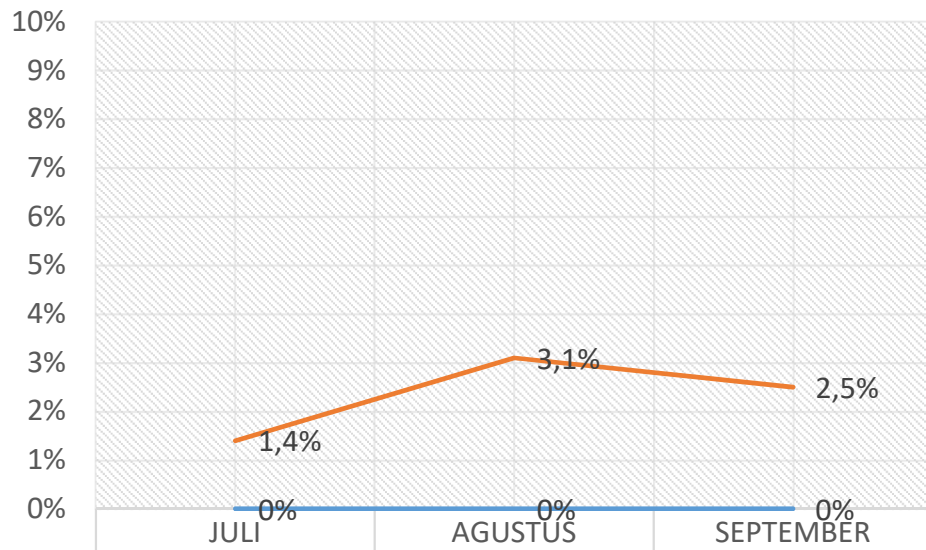


### Kejadian Reaksi Tranfusi Darah



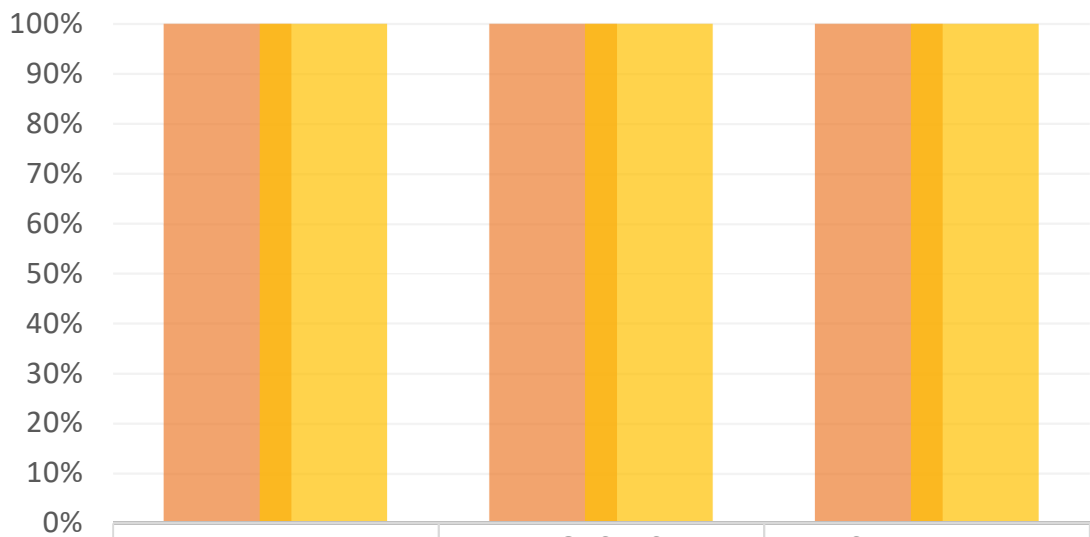


### Angka Kejadian Ketidaklengkapan Ringkasan Pulang



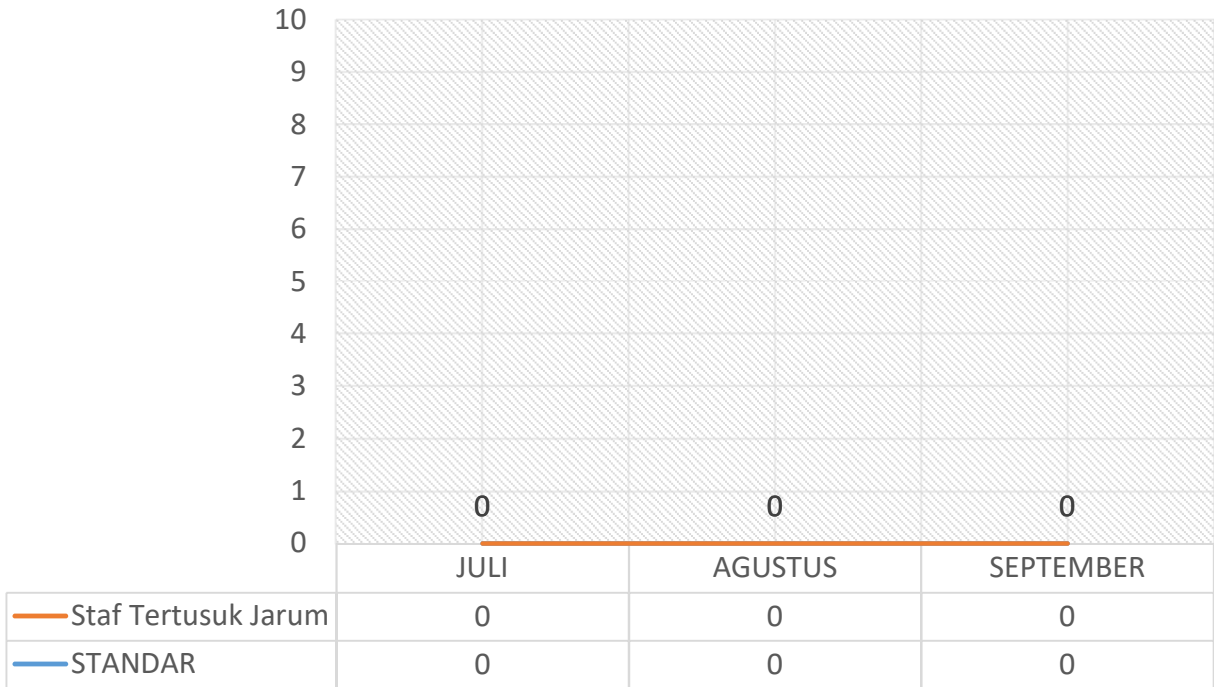
— STANDAR	0%	0%	0%
— Resume tdk lgkp	1,4%	3,1%	2,5%

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

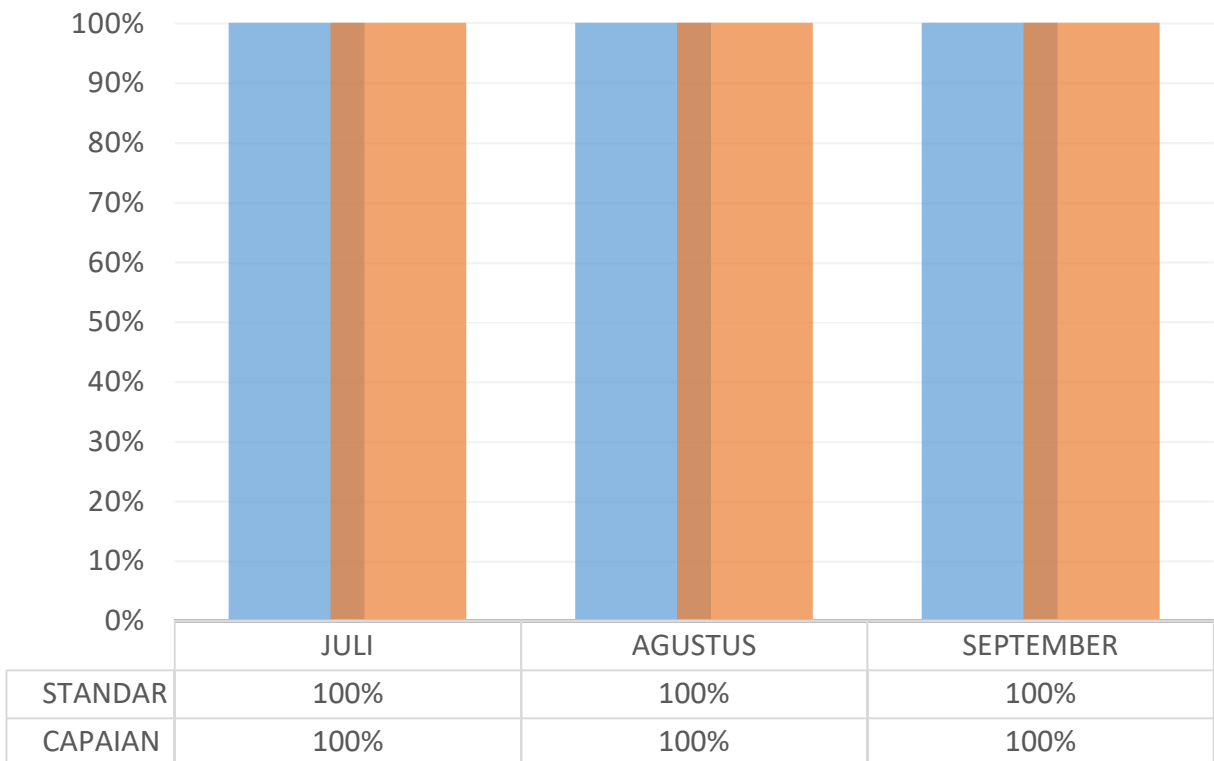


	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	100%	100%	100%
CAPAIAN	100%	100%	100%

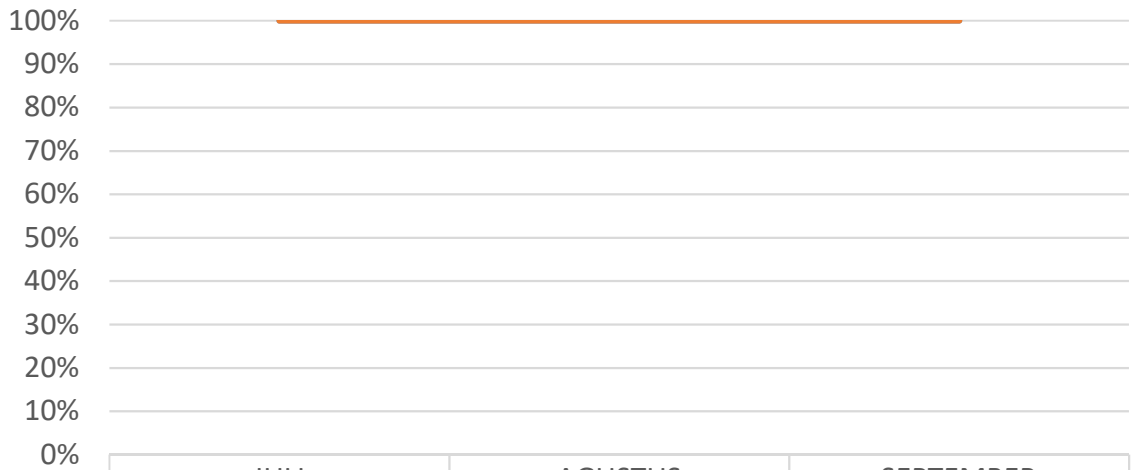
### Kejadian Staf Rumah Sakit Tertusuknya Benda Tajam



### Persentase Utilisasi Penggunaan Hemodialisa Perhari 4 orang

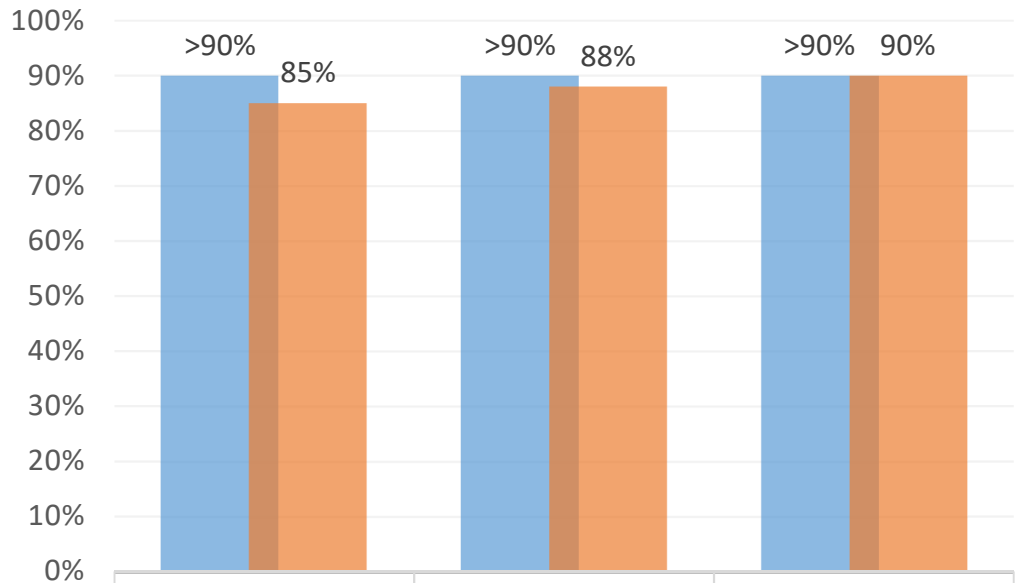


### Ketepatan Pelaporan Kasus DHF Ke dinas Kesehatan Kota Semarang



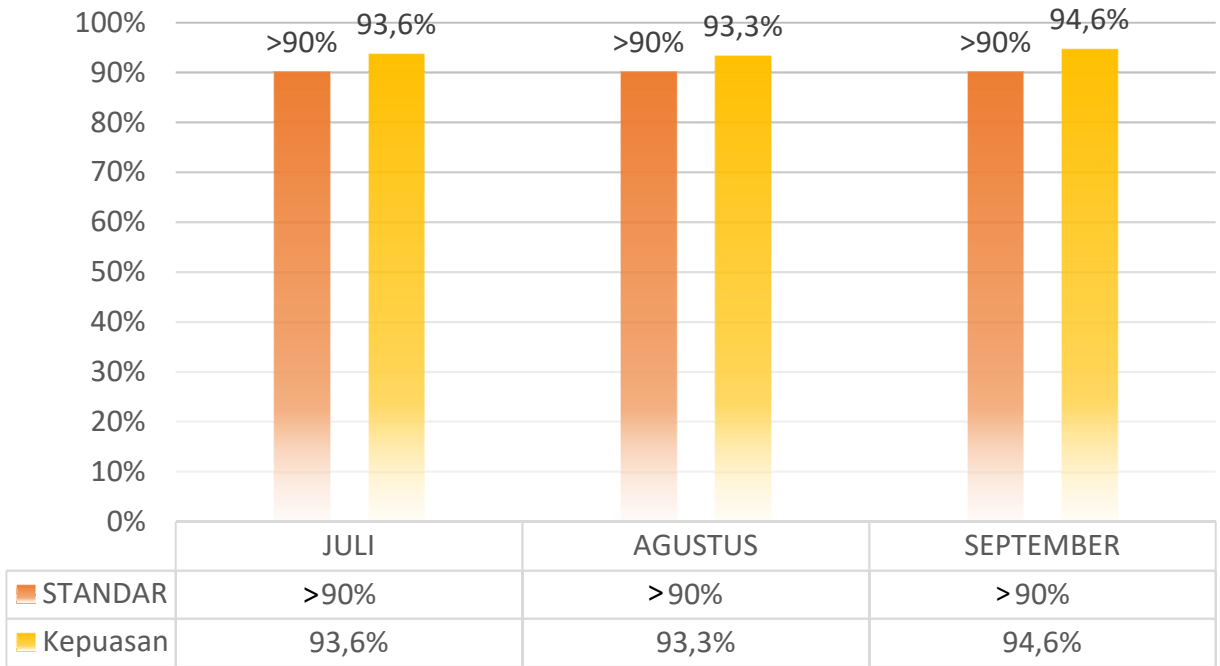
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
Standar	100%	100%	100%
Capaian	100%	100%	100%

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

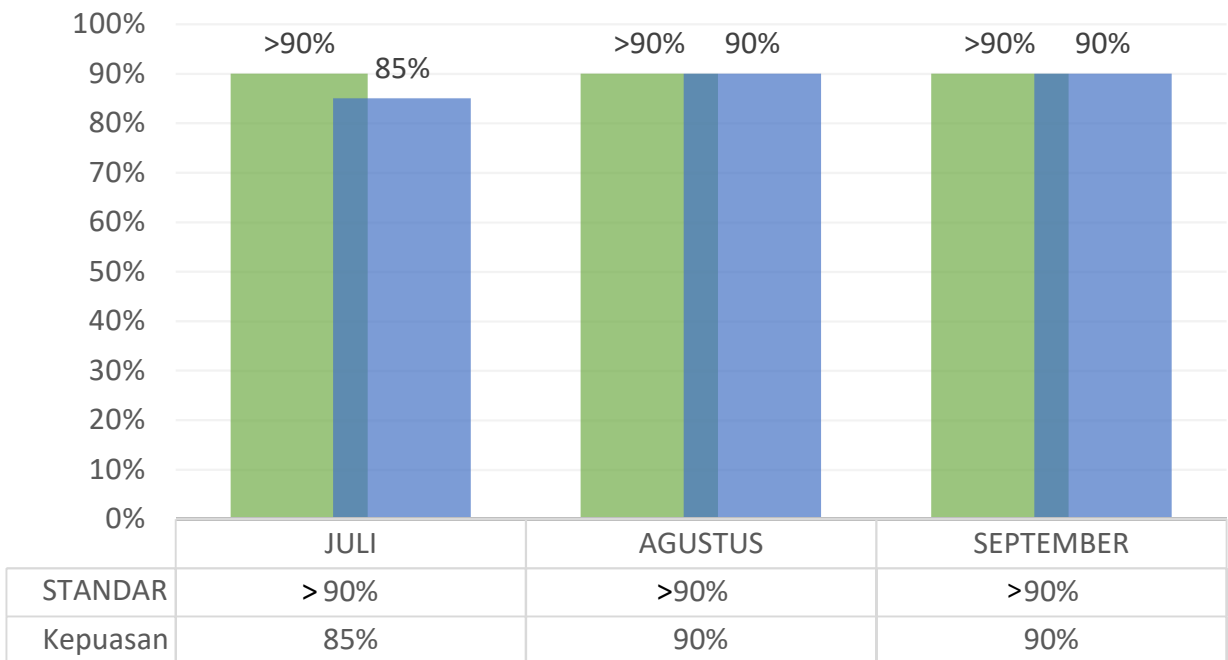


	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	> 90%	> 90%	> 90%
CAPAIAN KEPUASAN	85%	88%	90%

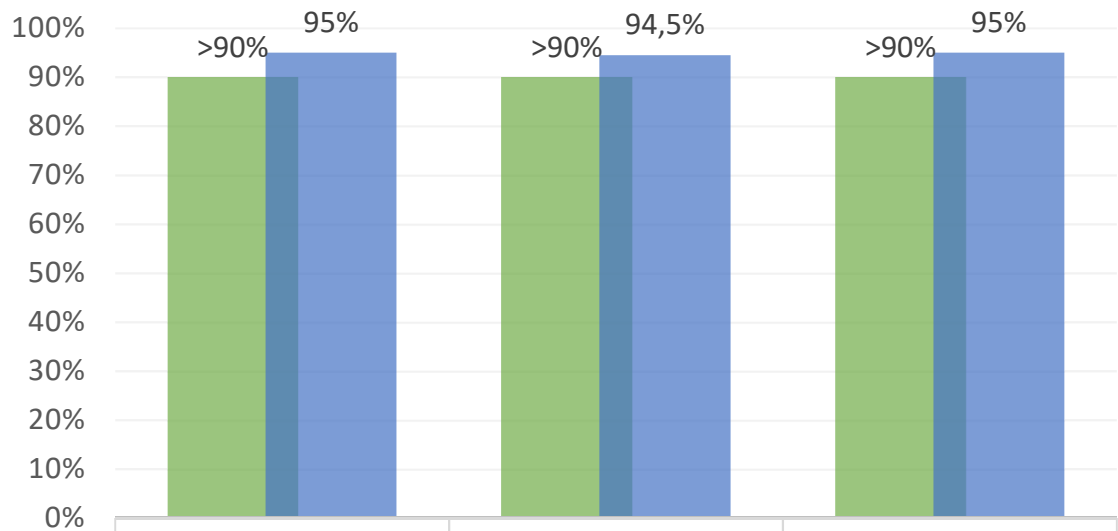
### PERSENTASE KEPUASAN PASIEN/PELANGGAN RUMAH SAKIT TERHADAP LAYANAN DOKTER DI RANAP



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

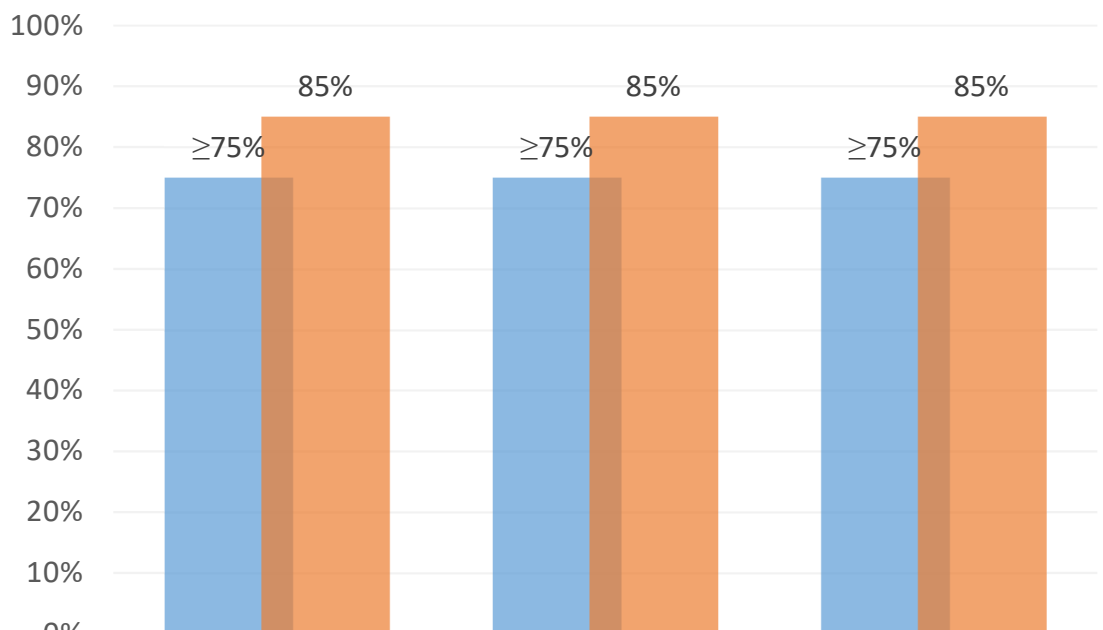


### Persentase Kepuasan Pasien/Pelanggan Rumah Sakit Terhadap Layanan Perawat di RANAP



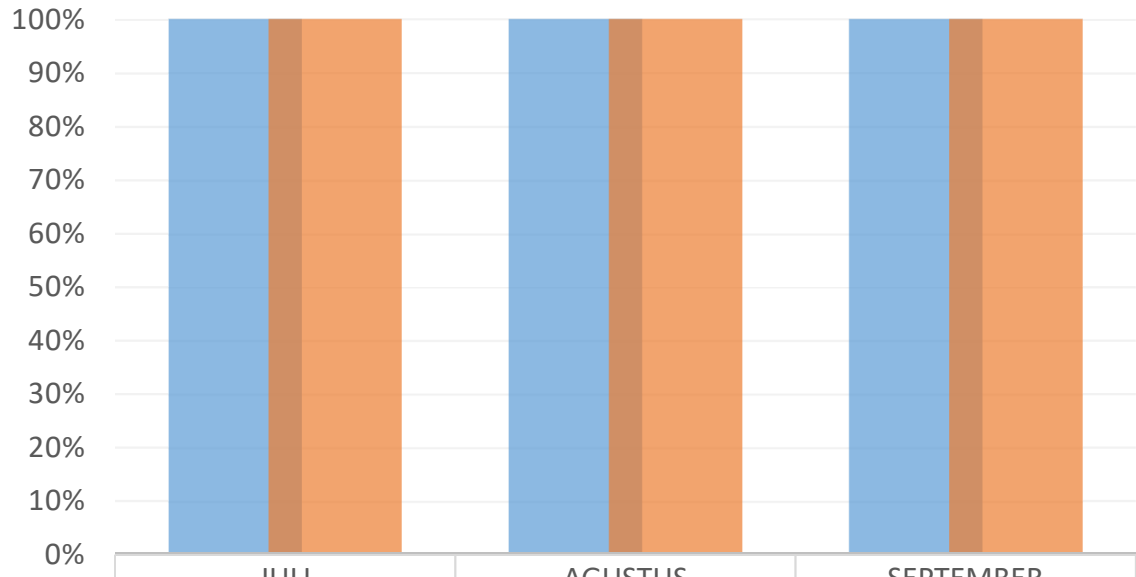
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	>90%	>90%	>90%
Kepuasan	95%	94,5%	95%

### Persentase Kepuasan karyawan



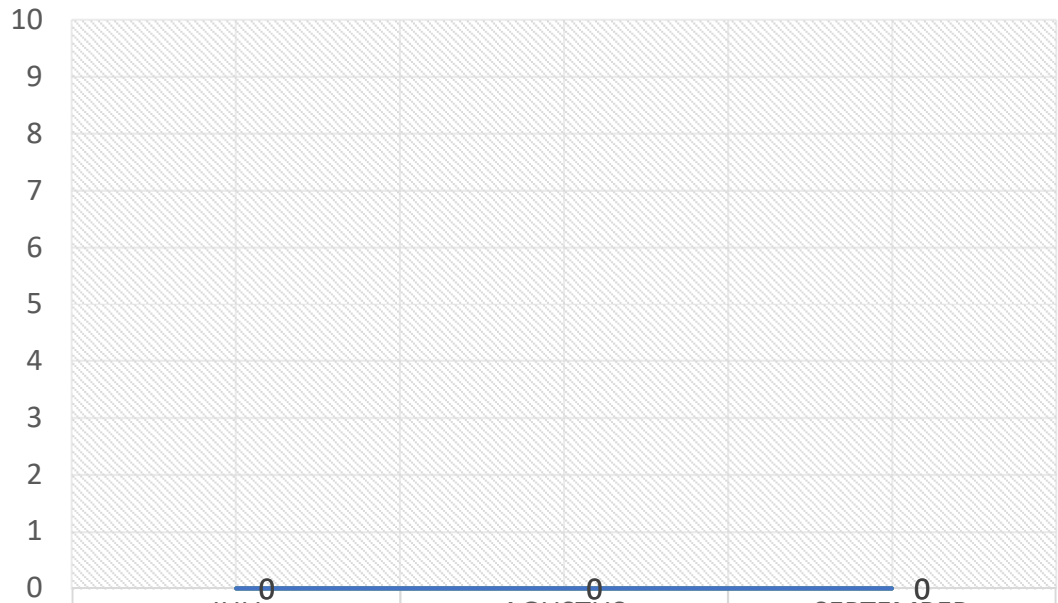
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	≥75%	≥75%	≥75%
KEPUASAN	85%	85%	85%

Persentase Tersedianya Hand Rub di Rawat Inap



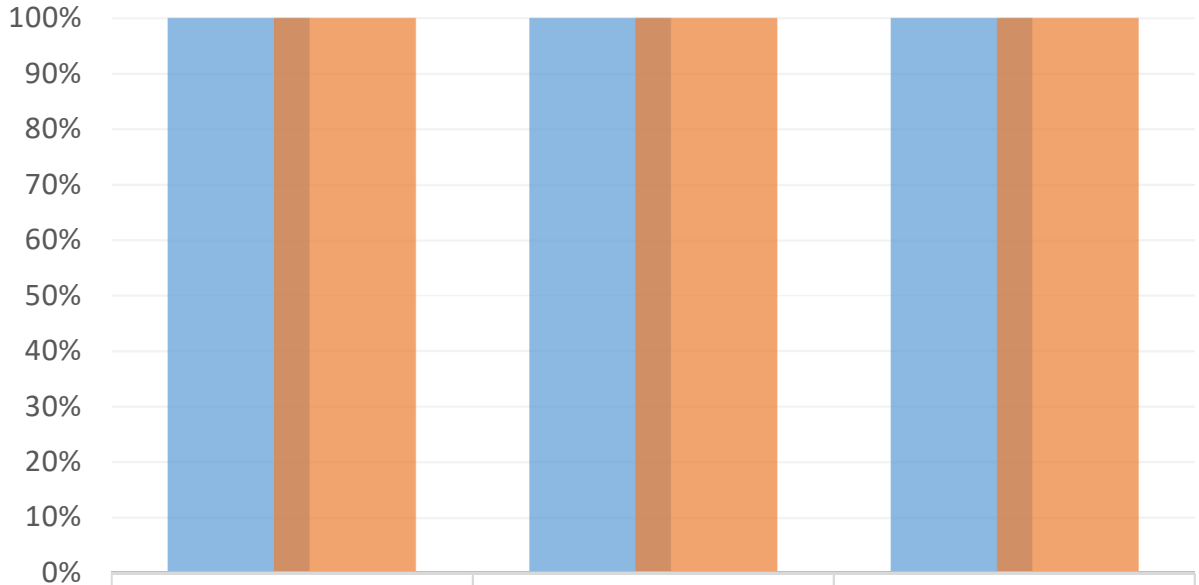
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	100%	100%	100%
Tersedia	100%	100%	100%

Angka Kejadian Tidak Terpasangnya Gelang Identitas Pasien Rawat Inap



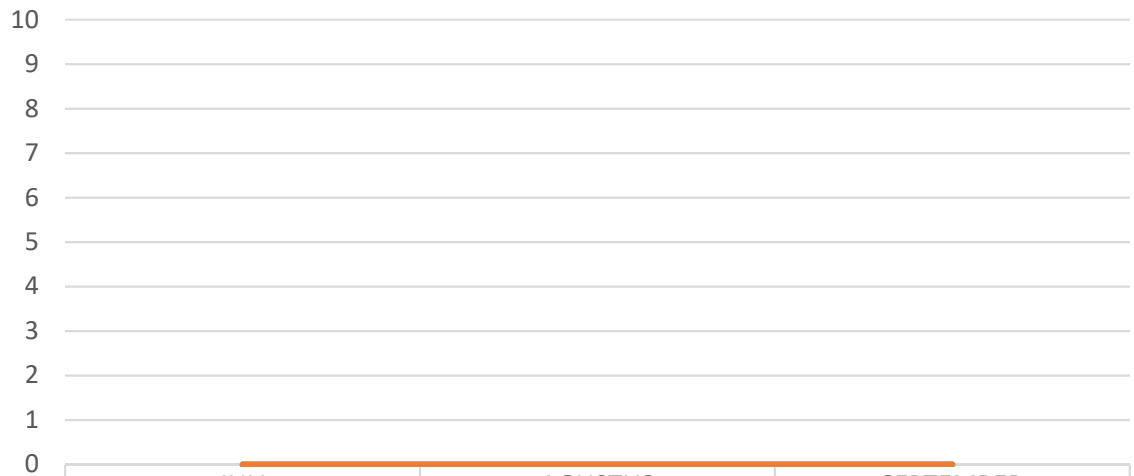
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
— STANDAR	0	0	0
— CAPAIAN	0	0	0

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



	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	100%	100%	100%
CAPAIAN	100%	100%	100%

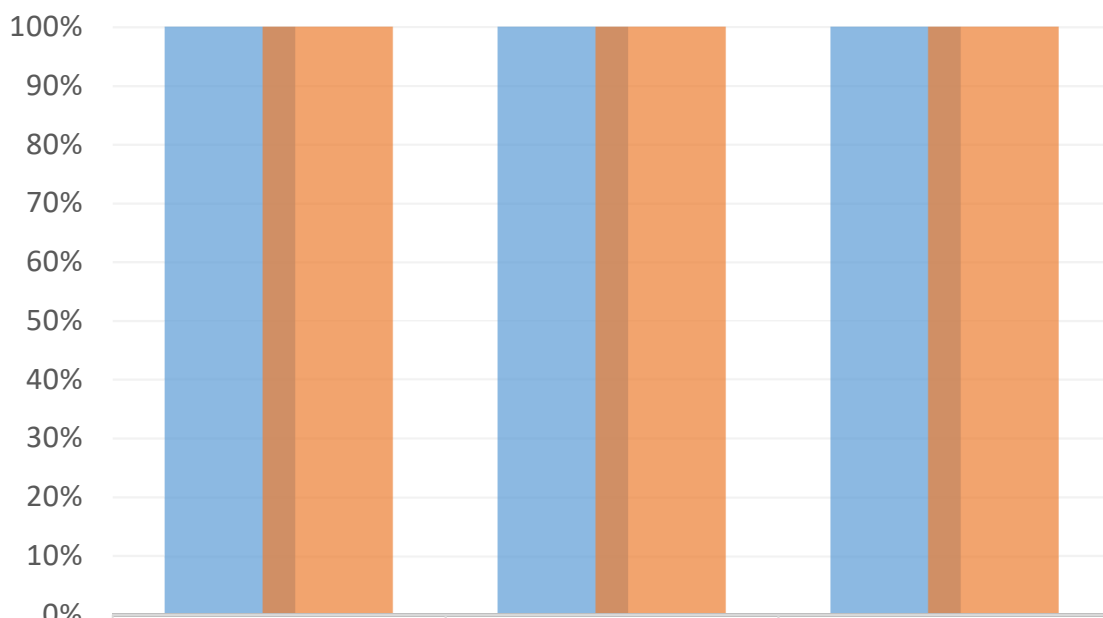
ANGKA KEJADIAN PLEBITIS



	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	0	0	0
CAPAIAN	0	0	0

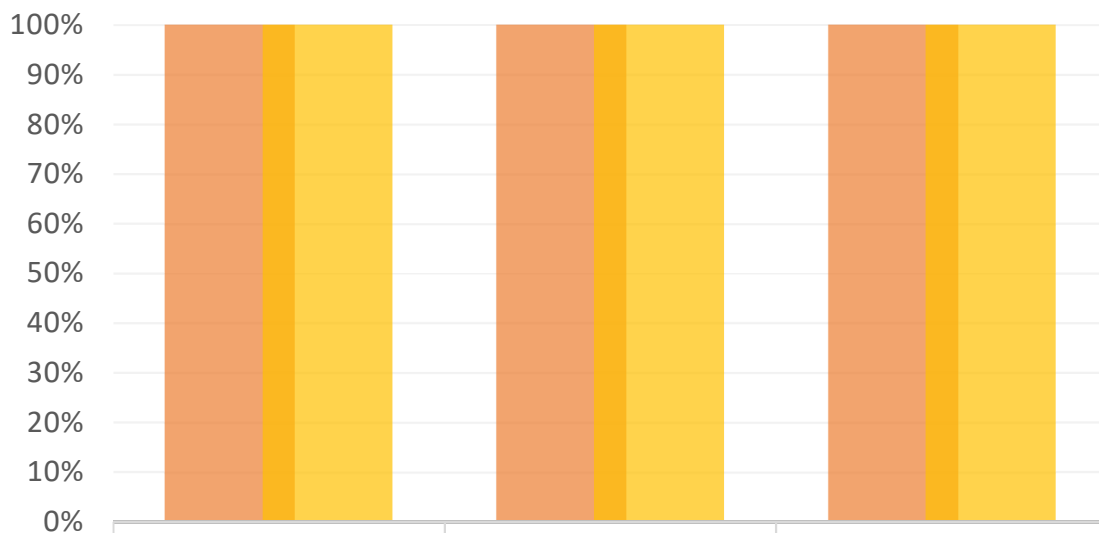
— STANDAR — CAPAIAN

### Persentase Terpasangnya Label Pada Obat High Alert



	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	100%	100%	100%
CAPAIAN	100%	100%	100%

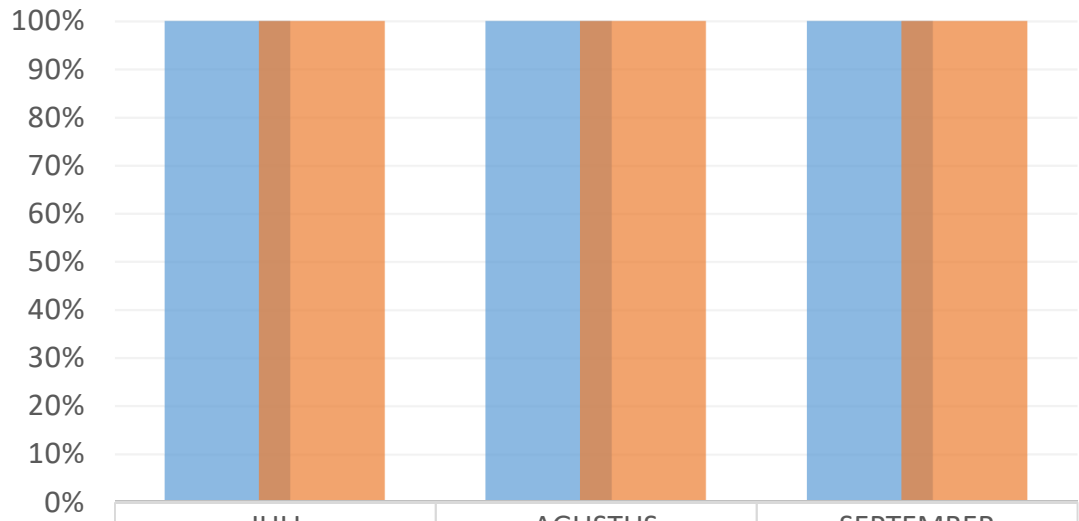
### Dilaksanakannya Site Marking Pada Pasien Operasi Dengan Organ Dua Sisi



	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	100%	100%	100%
CAPAIAN	100%	100%	100%

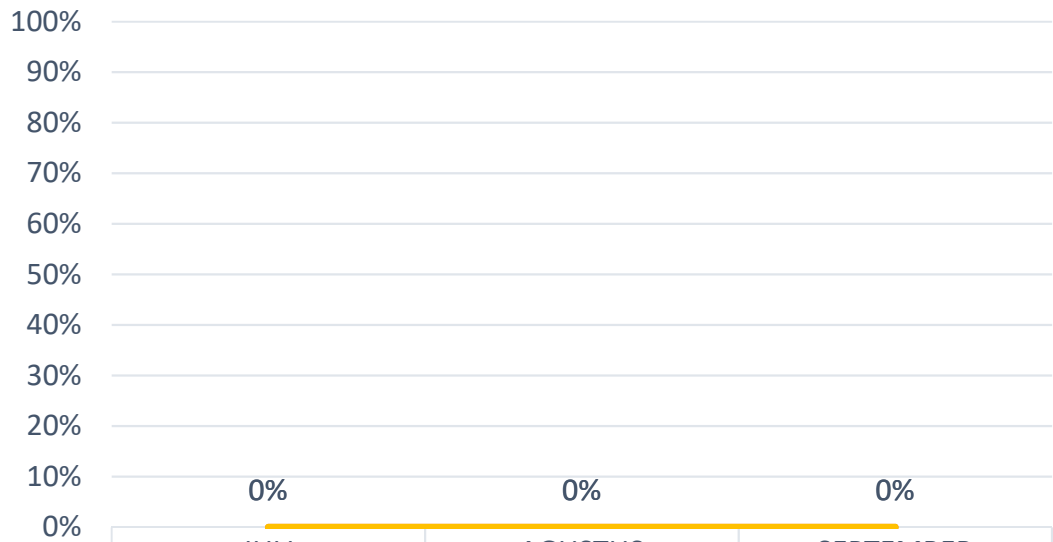


### Persentase Pagar Sisi (Bed Rail) Selalu Terpasang Pada Pasien Risiko Jatuh Di RANAP



	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	100%	100%	100%
CAPAIAN	100%	100%	100%

### Persentase Kejadian Pasien Jatuh di RS di RAJAL



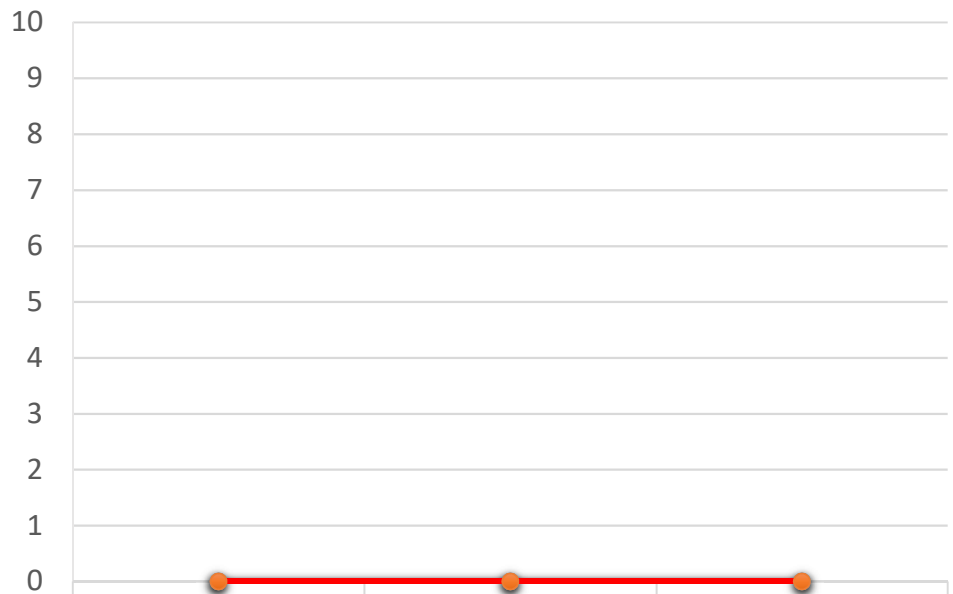
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	0%	0%	0%
PASIEN JATUH	0%	0%	0%

### Persentase Kejadian Pasien Jatuh Di Rs Di Ranap



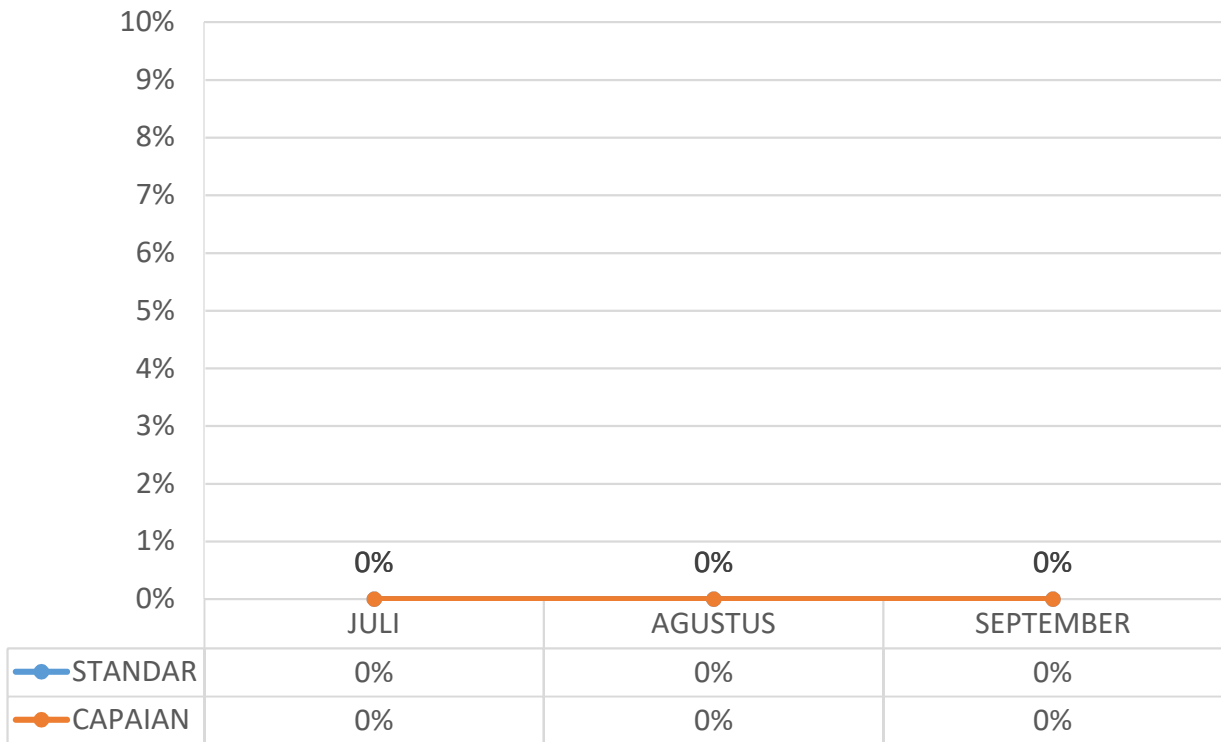
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	0%	0%	0%
PASIEN JATUH	0%	0%	0%

### ANGKA KEMATIAN IBU HAMIL

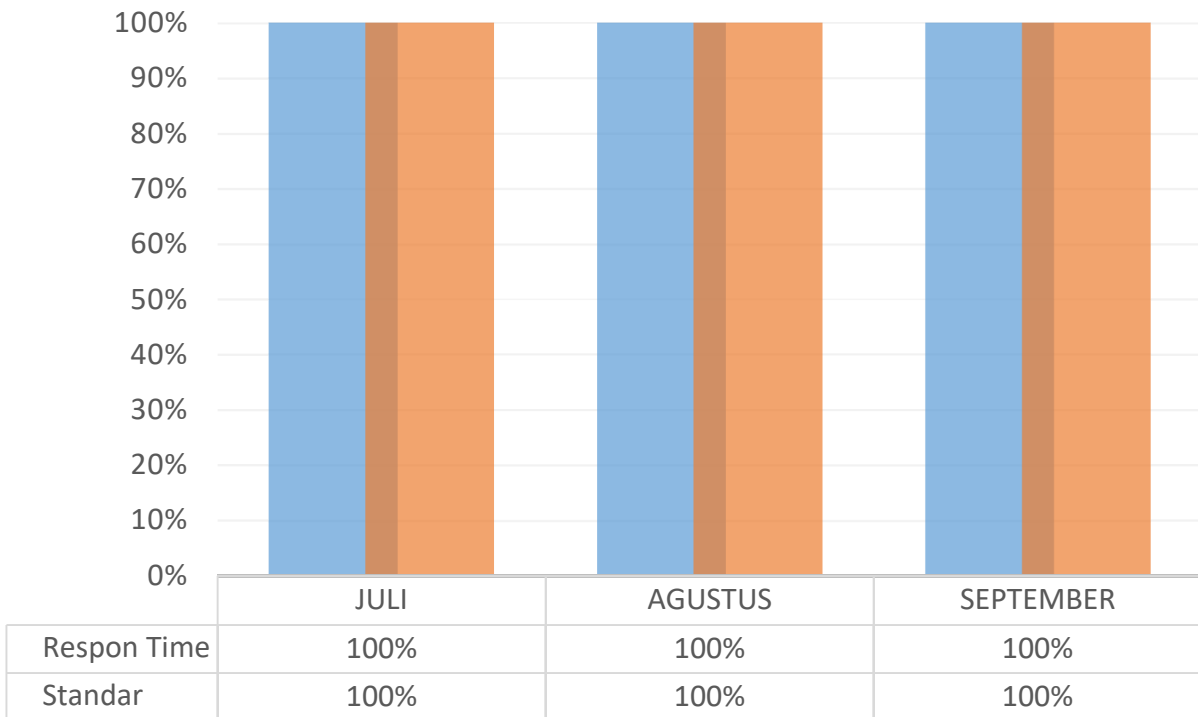


	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
STANDAR	0	0	0
Kematian Ibu Hamil	0	0	0

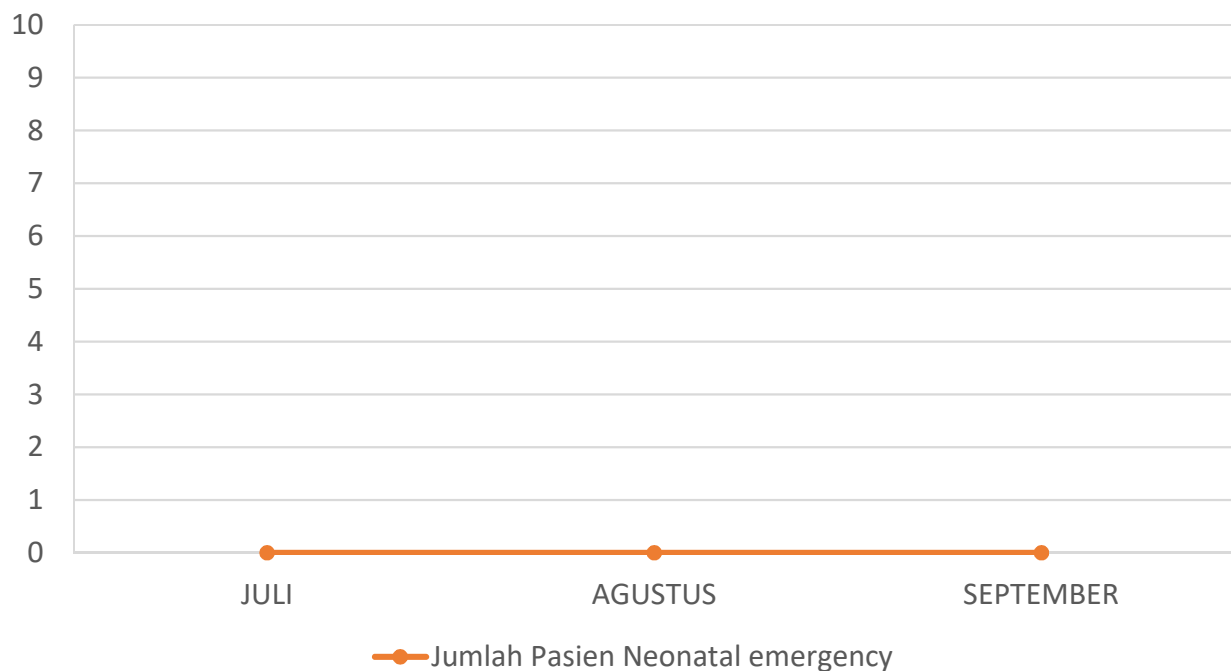
### Presentase Kematian Neonatal



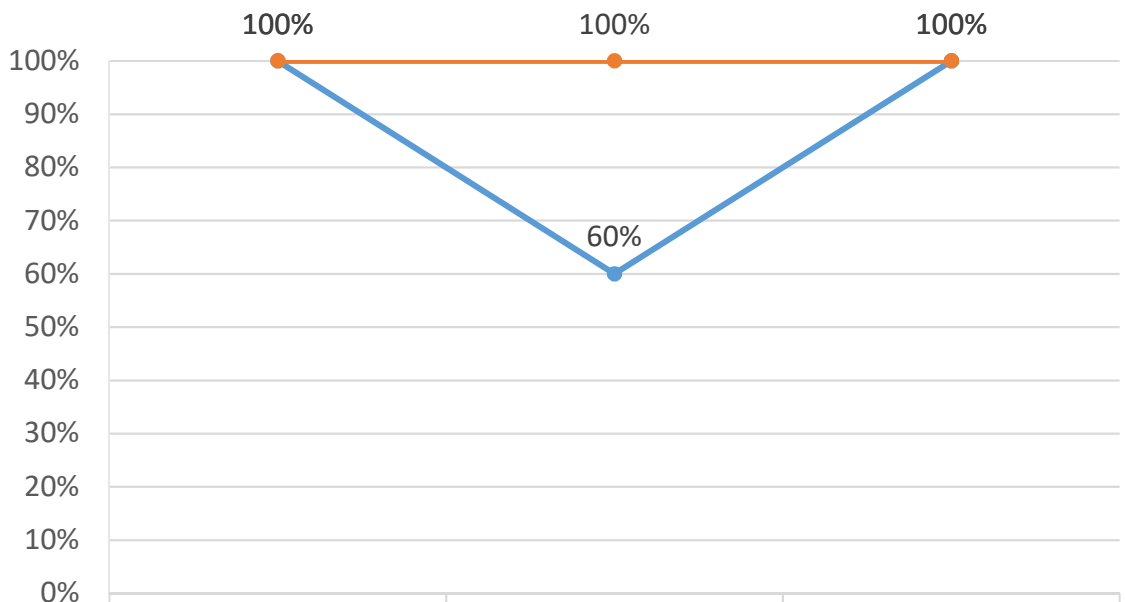
### Respon Time Ponek <10 Menit



### Respon Time Neonatal Emergency

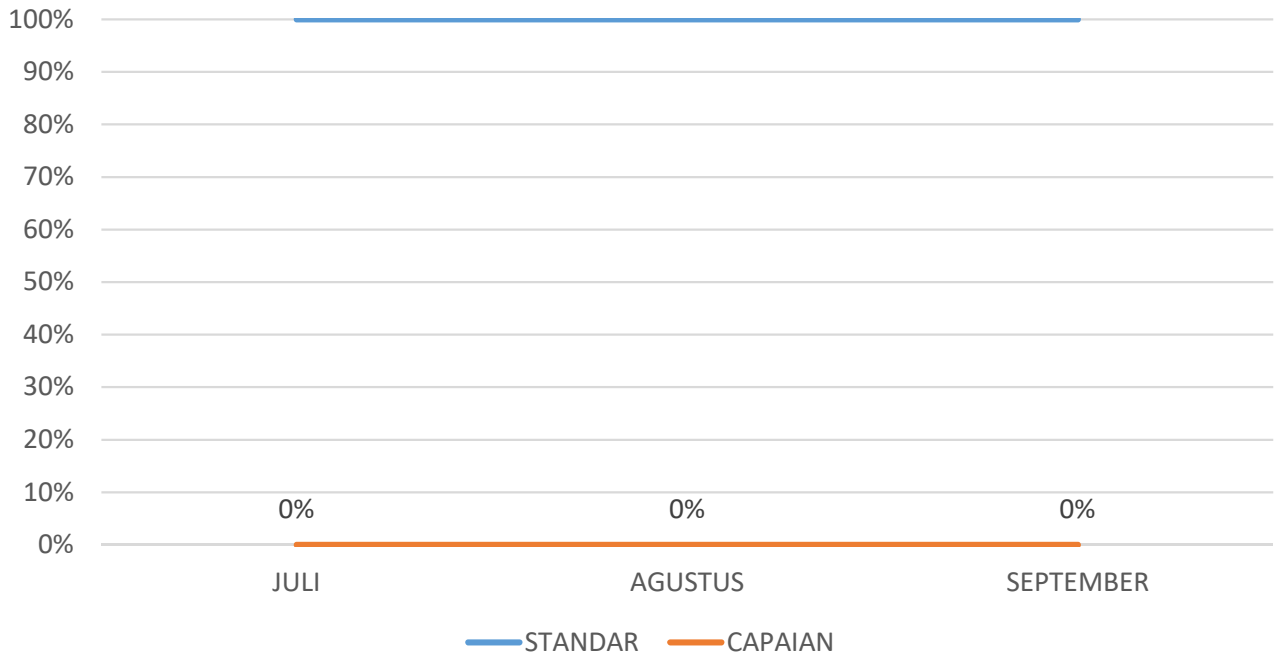


### Kesiapan Tindakan Operasi <30 Menit

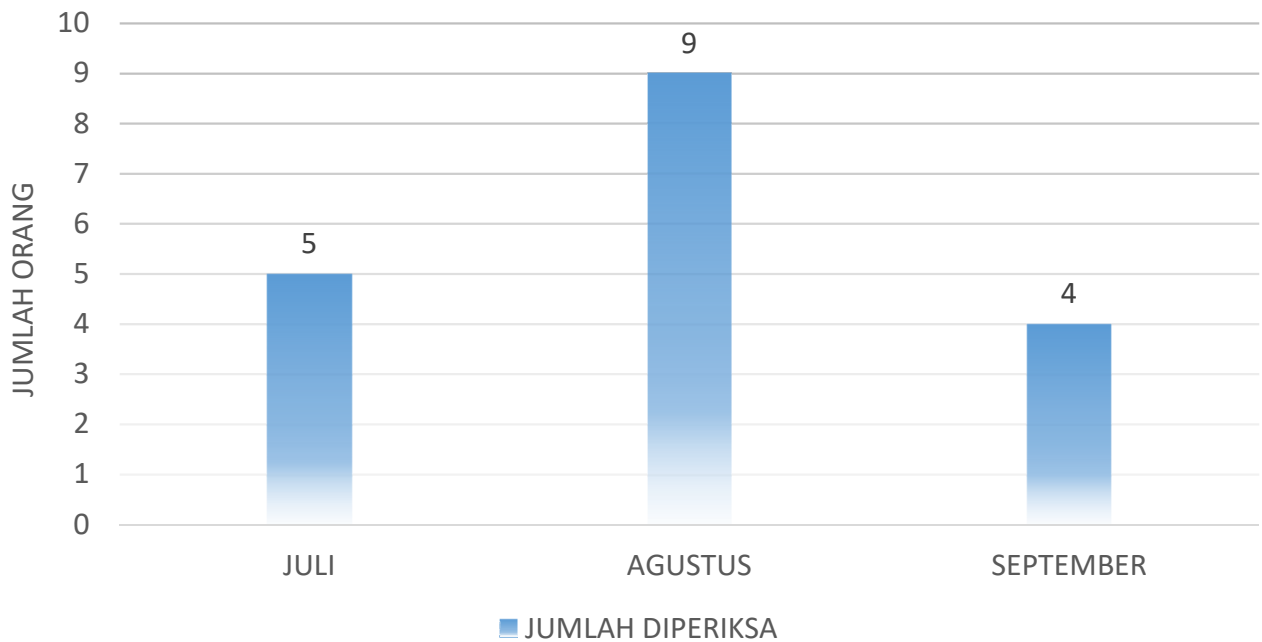


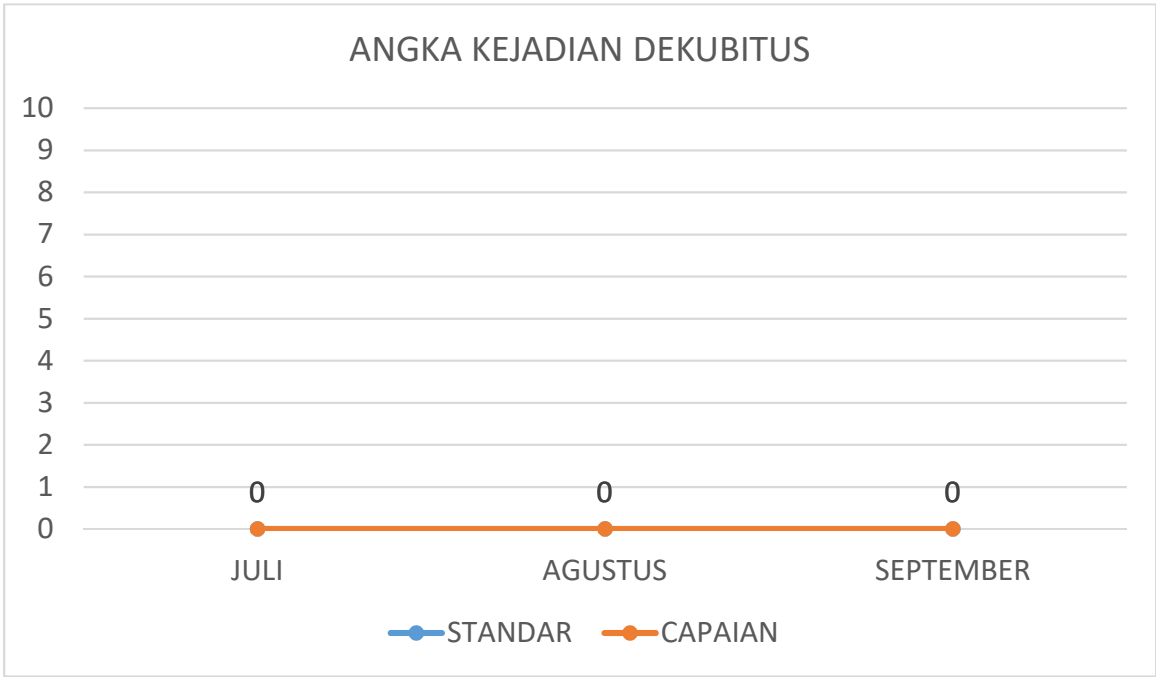
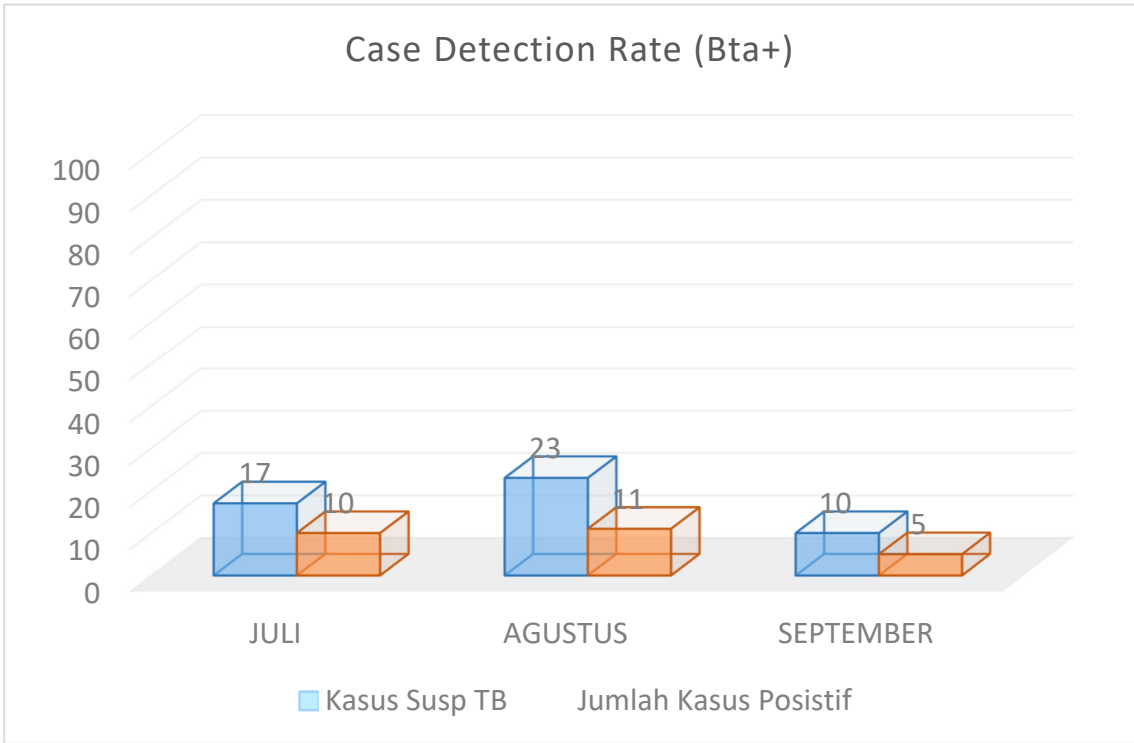
	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER
Capaian	100%	60%	100%
Standar	100%	100%	100%

### PRESENTASE KEMAMPUAN PENYEDIAAN DARAH <1 JAM

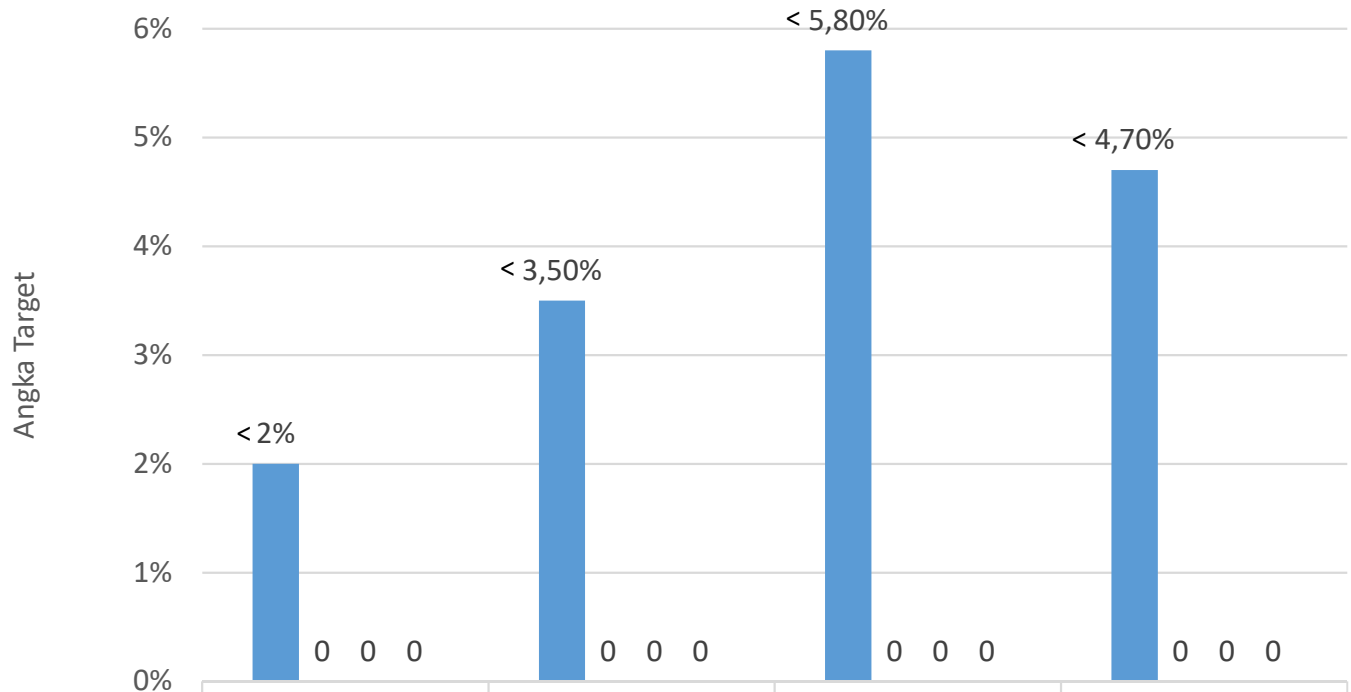


### JUMLAH PASIEN OLEH PITC DILAKUKAN PENGECEKAN HIV PADA PASIEN TB



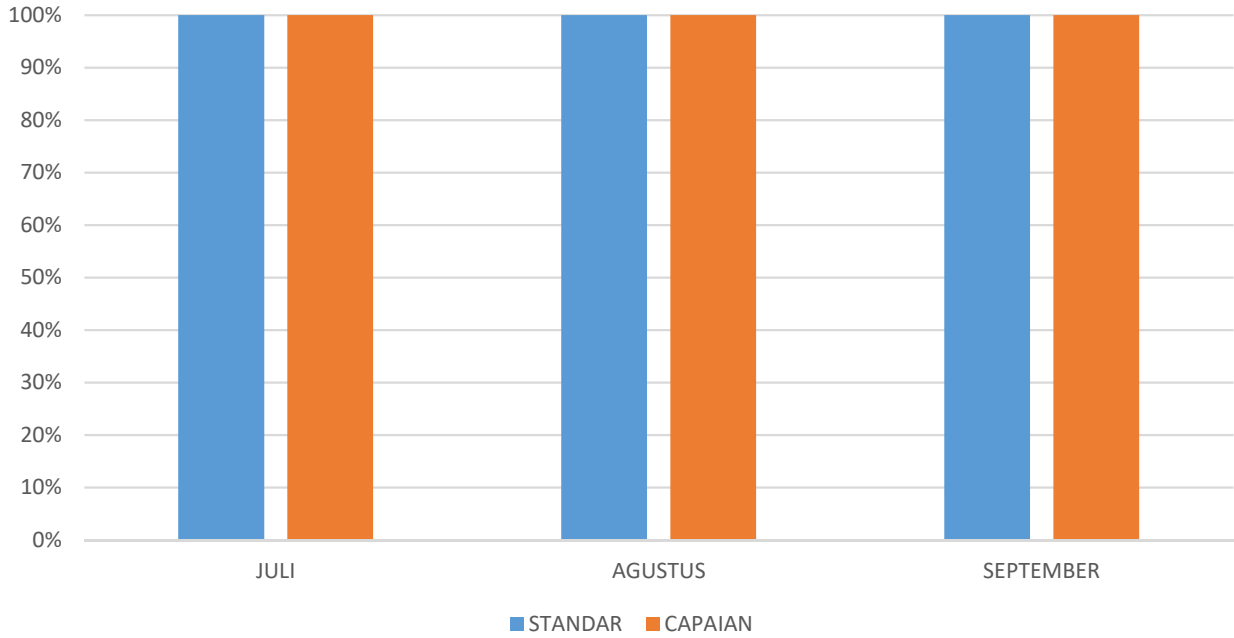


### Angka HAIs

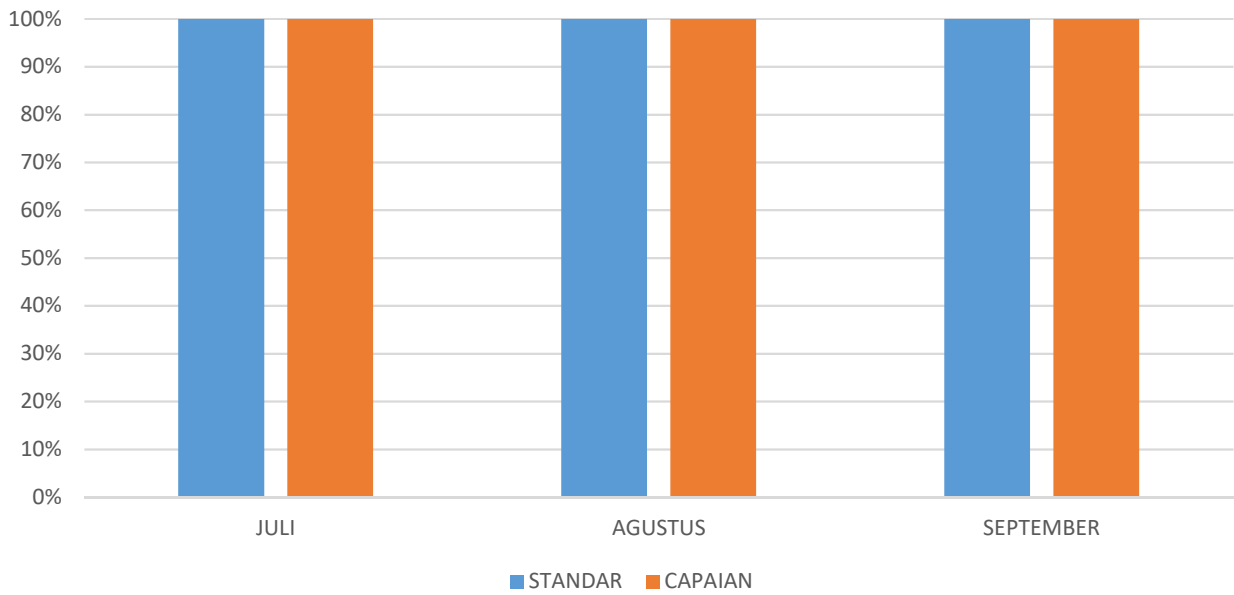


	IDO	IADP	VAP	ISK
■ Target	< 2%	< 3,50%	< 5,80%	< 4,70%
■ Juli	0	0	0	0
■ Agustus	0	0	0	0
■ September	0	0	0	0

### PRESENTASE PENELITIAN INTERPROFESIONAL DI RSND TELAH DILENGKAPI DENGAN ETICAL CLEARENCE & INFORMED CONCERN

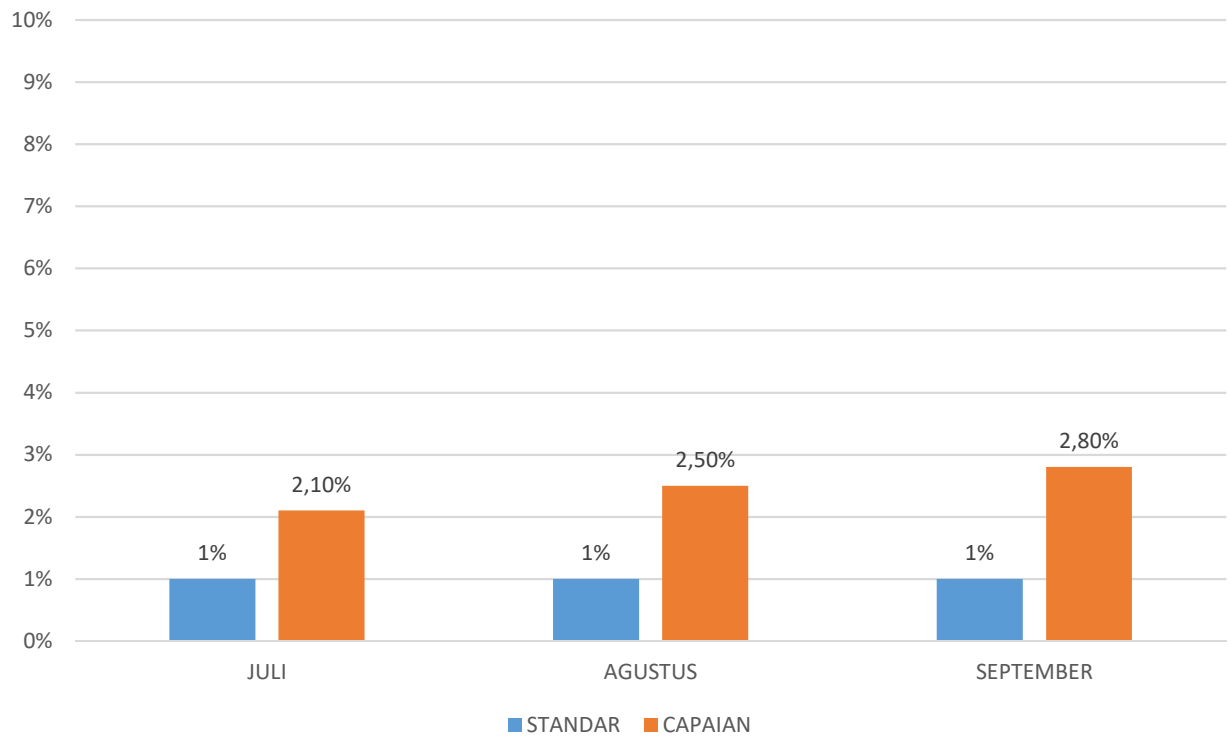


### PRESENTASE LAPORAN BULANAN 10 BESAR PENYAKIT RAWAT INAP DAN RAWAT JALAN

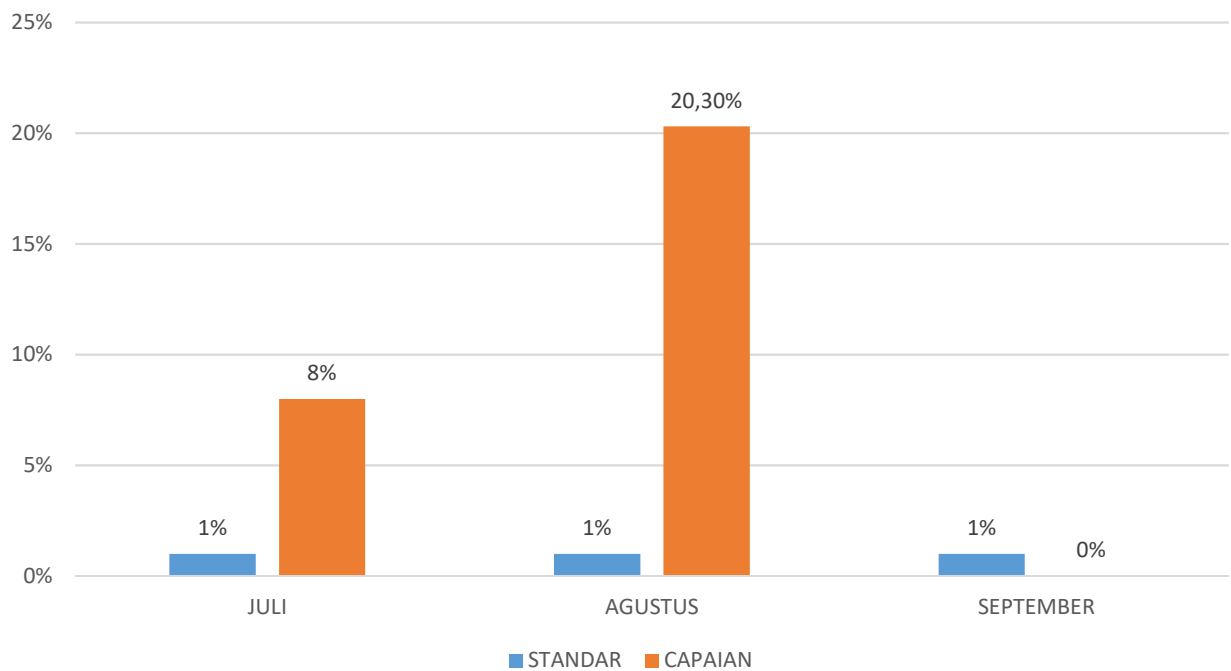




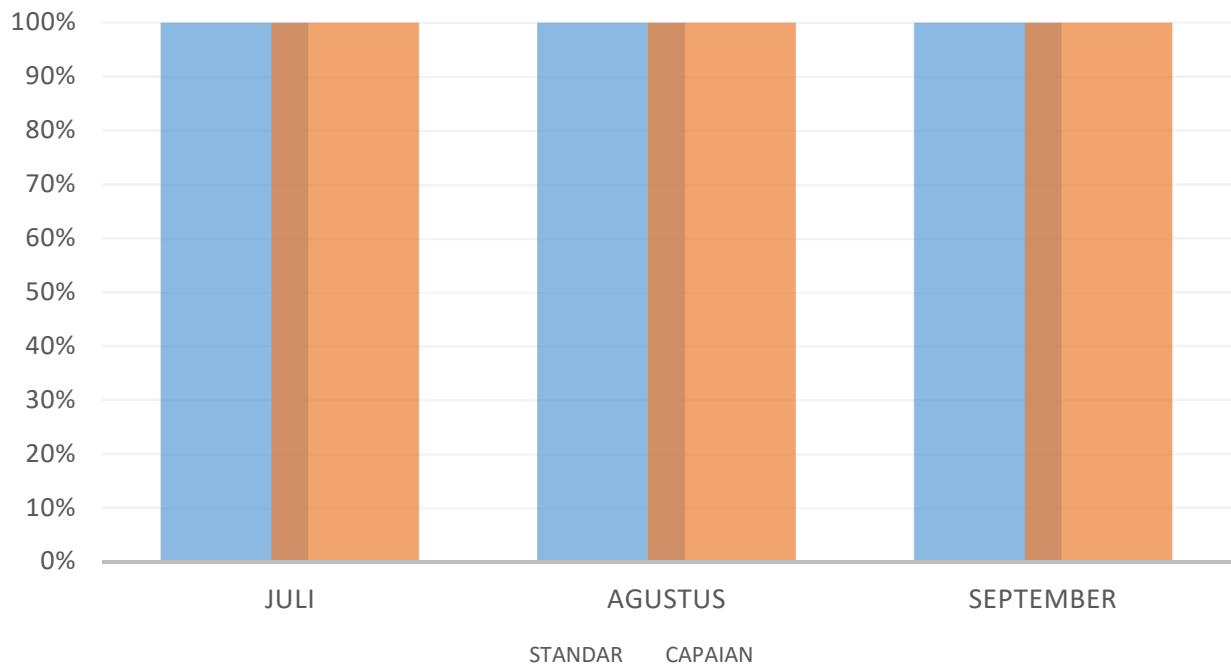
### PRESENTASE PENDING DAN DITOLAKNYA KLAIM BPJS RAJAL



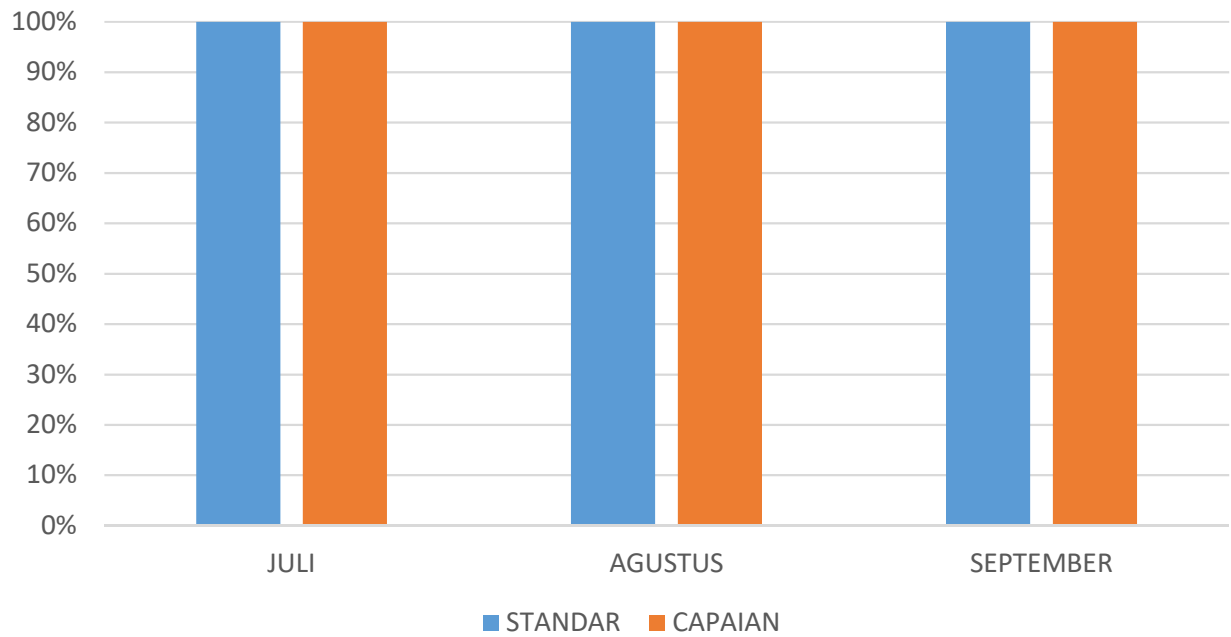
### PRESENTASE PENDING DAN DITOLAKNYA KLAIM BPJS RANAP



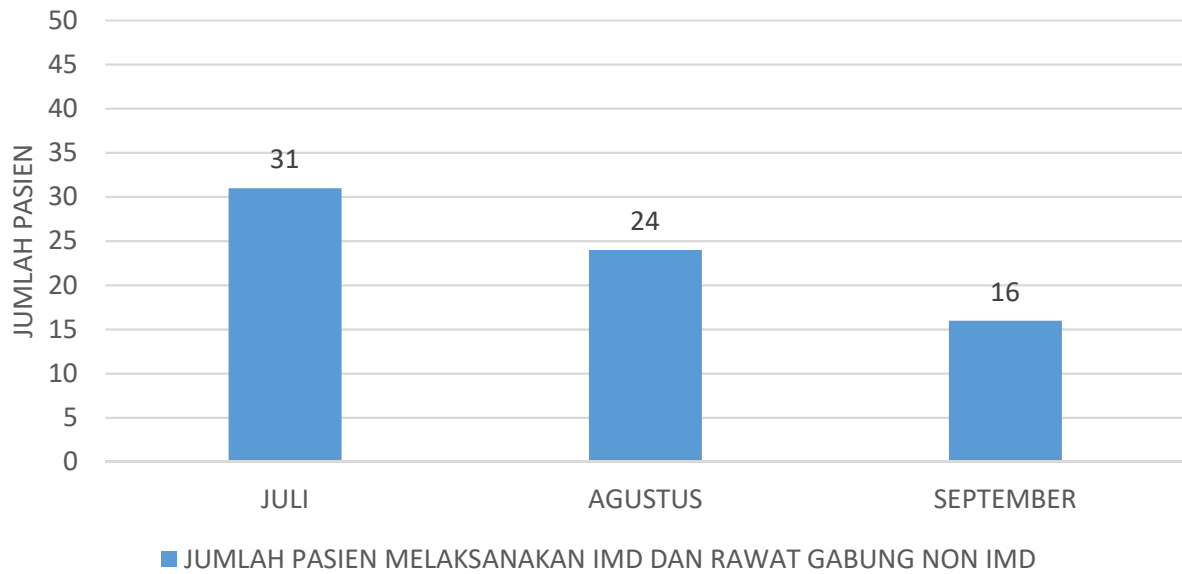
### PRESENTASE TERTERANYA TANGGAL KADALUARSA PADA ALAT STERIL



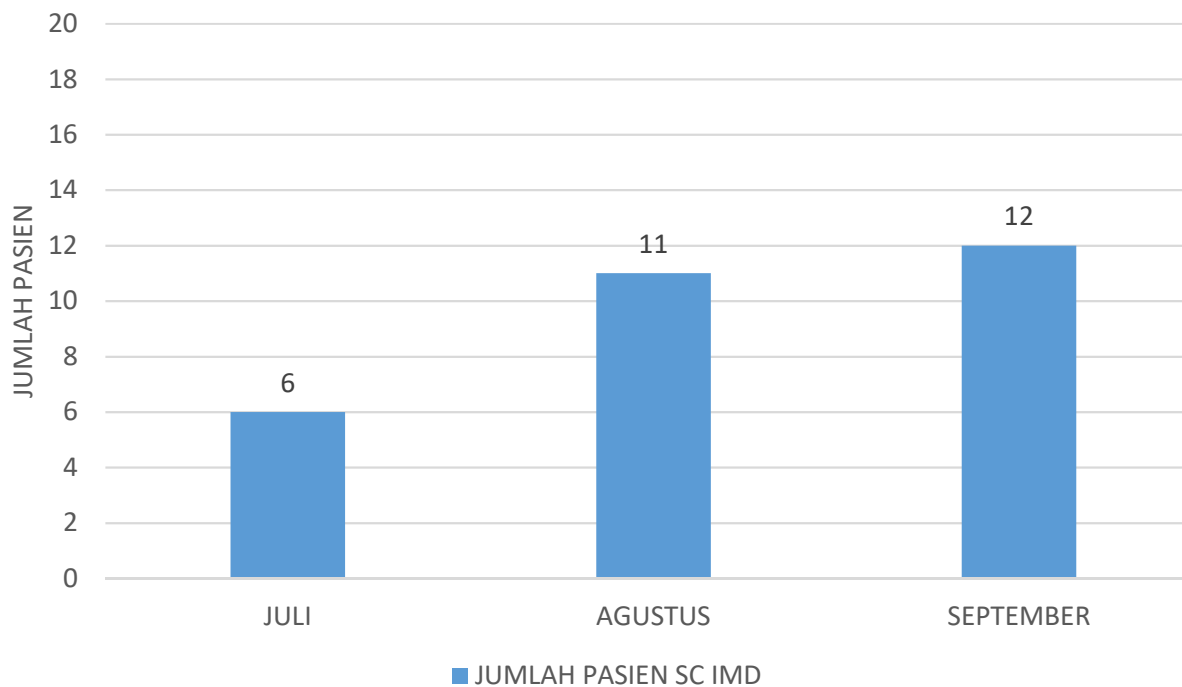
### PRESENTASE PEMBERIAN ASPIRIN PADA PASIEN AMI DALAM 24 JAM



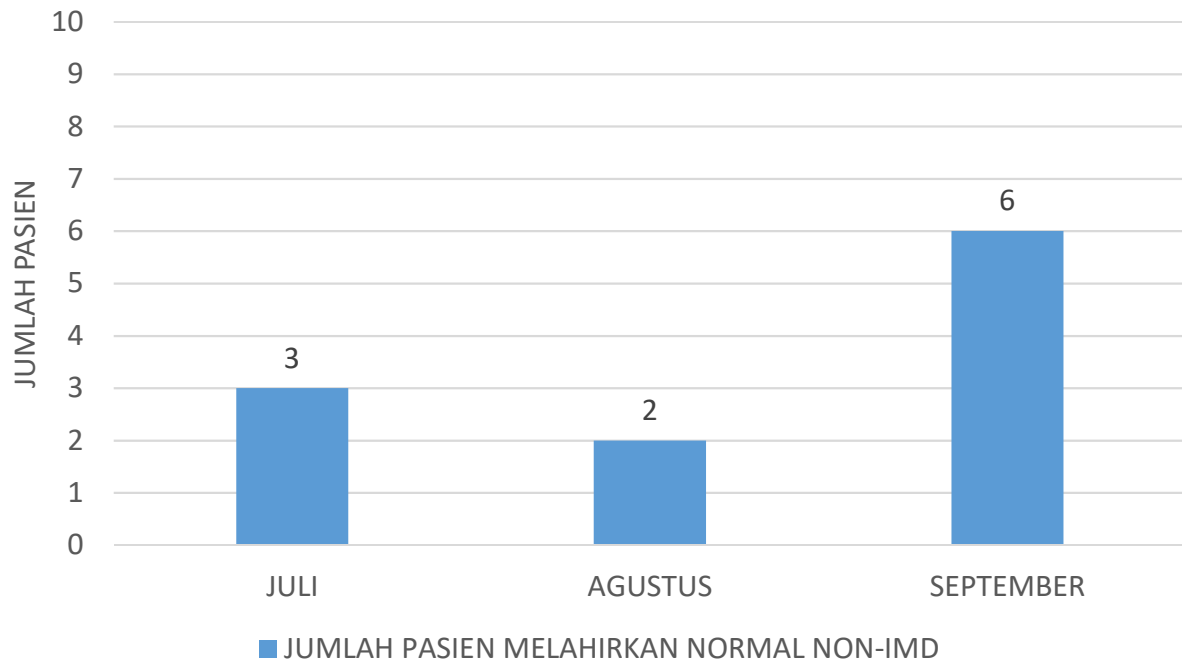
### JUMLAH PASIEN MELAKSANAKAN IMD DAN RAWAT GABUNG NON IMD



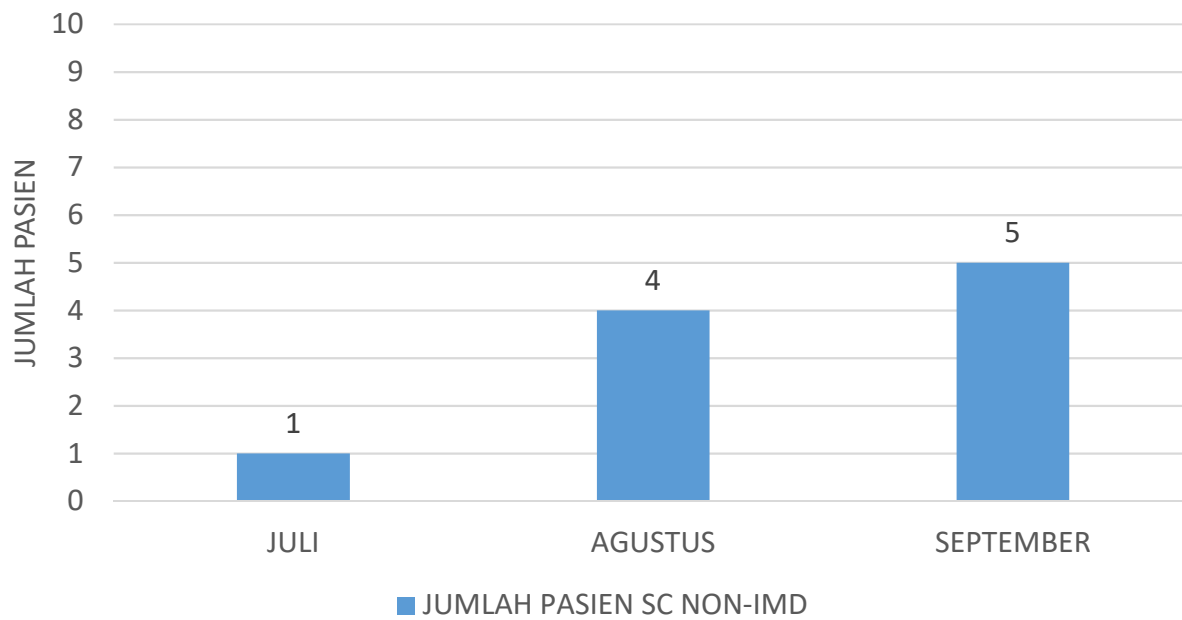
### JUMLAH PASIEN SC IMD



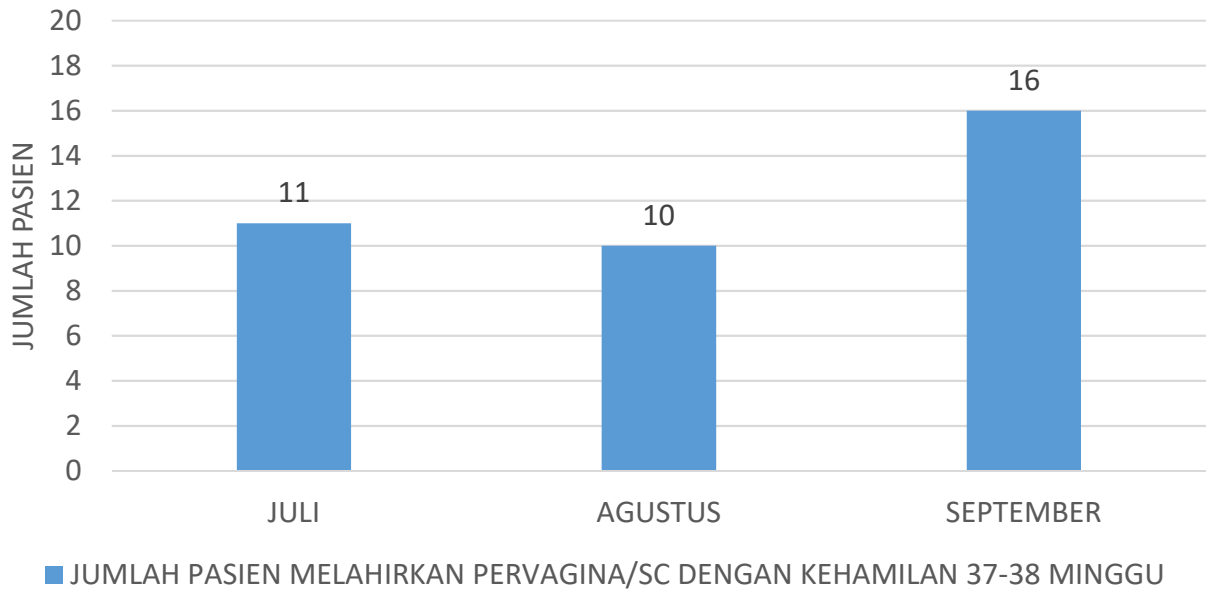
### JUMLAH PASIEN MELAHIRKAN NORMAL NON-IMD



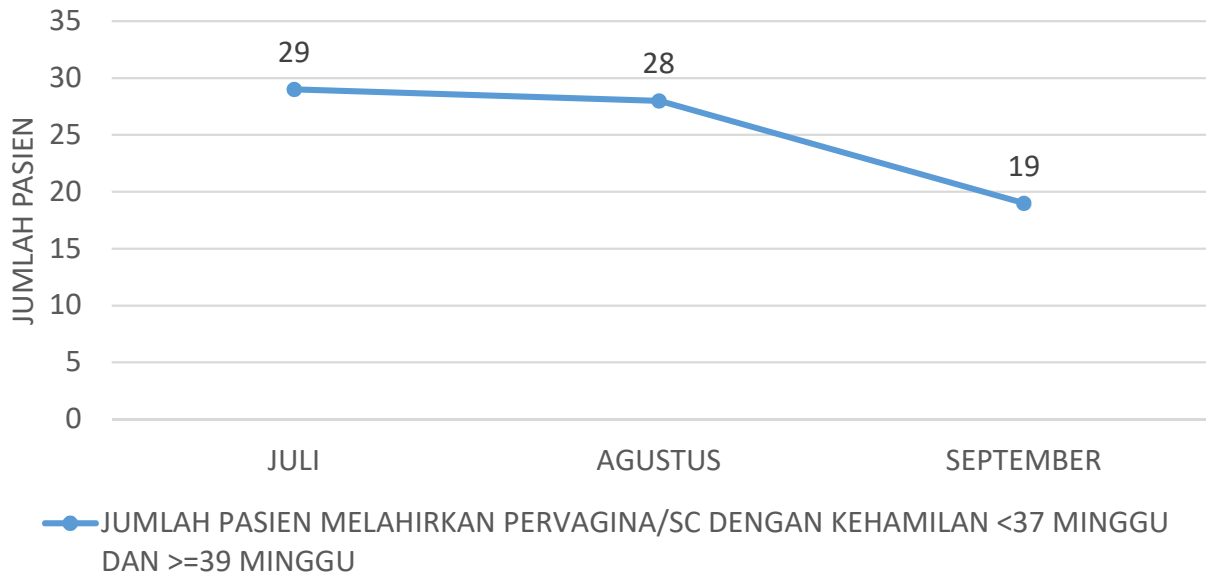
### JUMLAH PASIEN SC NON-IMD



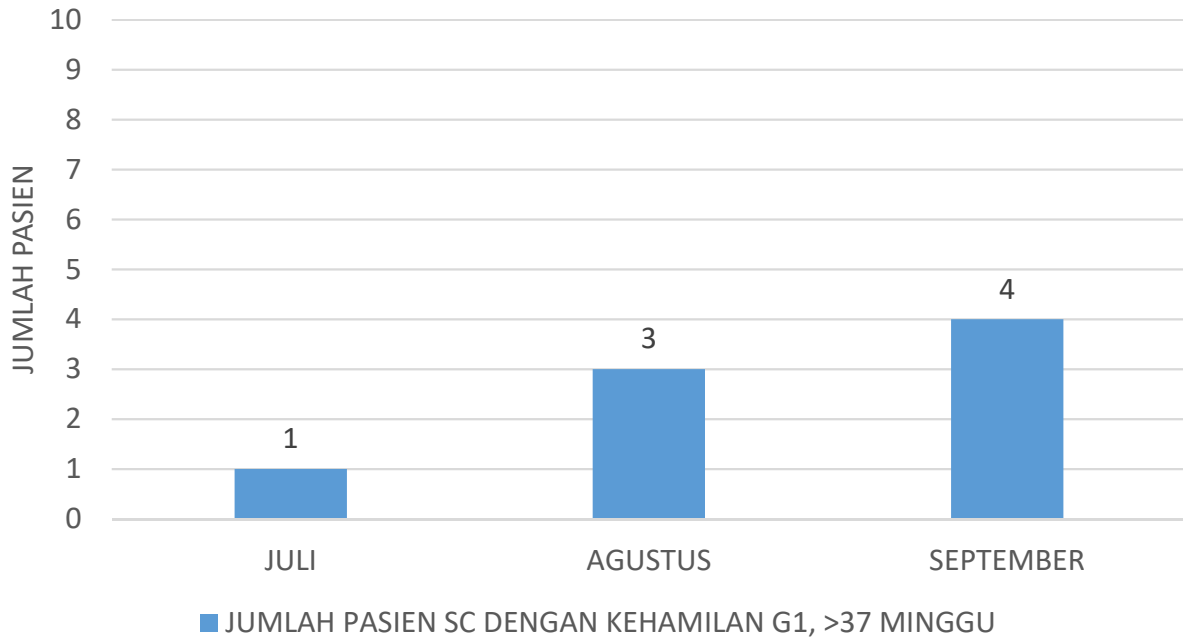
### JUMLAH PASIEN MELAHIRKAN PERVAGINA/SC DENGAN KEHAMILAN 37-38 MINGGU



### JUMLAH PASIEN MELAHIRKAN PERVAGINA/SC DENGAN KEHAMILAN <37 MINGGU DAN >=39 MINGGU



### JUMLAH PASIE SC DENGAN KEHAMILAN G1, >37 MINGGU



### JUMLAH PASIEN STROKE YANG DIPERIKSA UNTUK REHABILITASI MEDIK

