

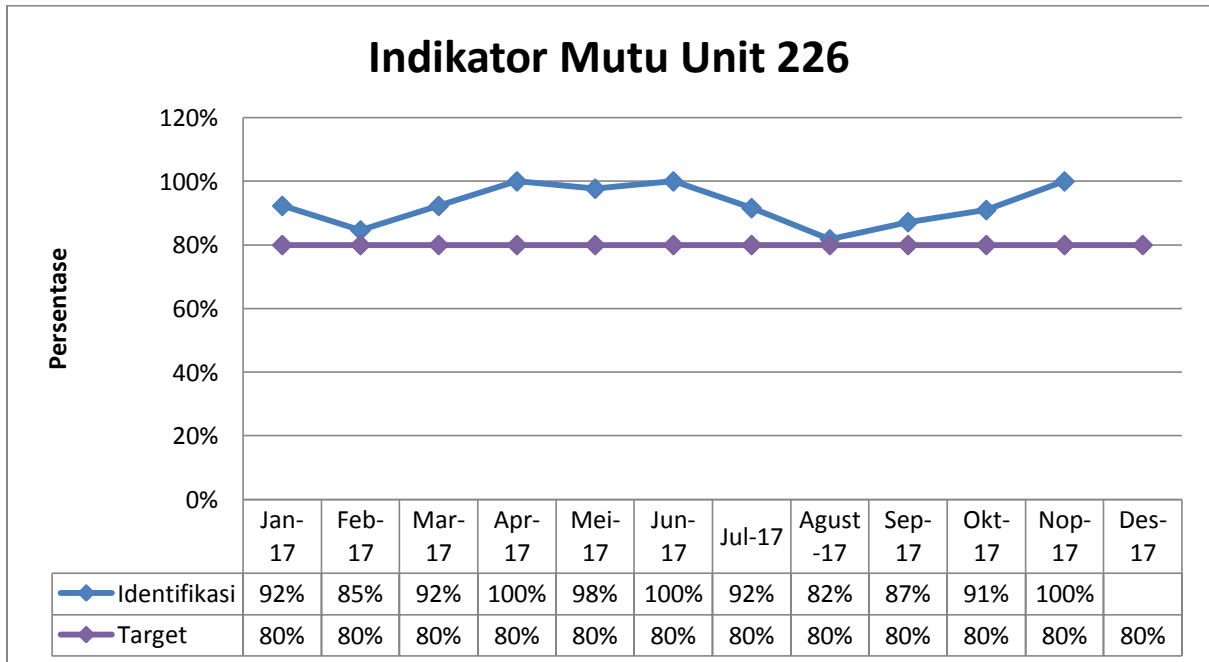
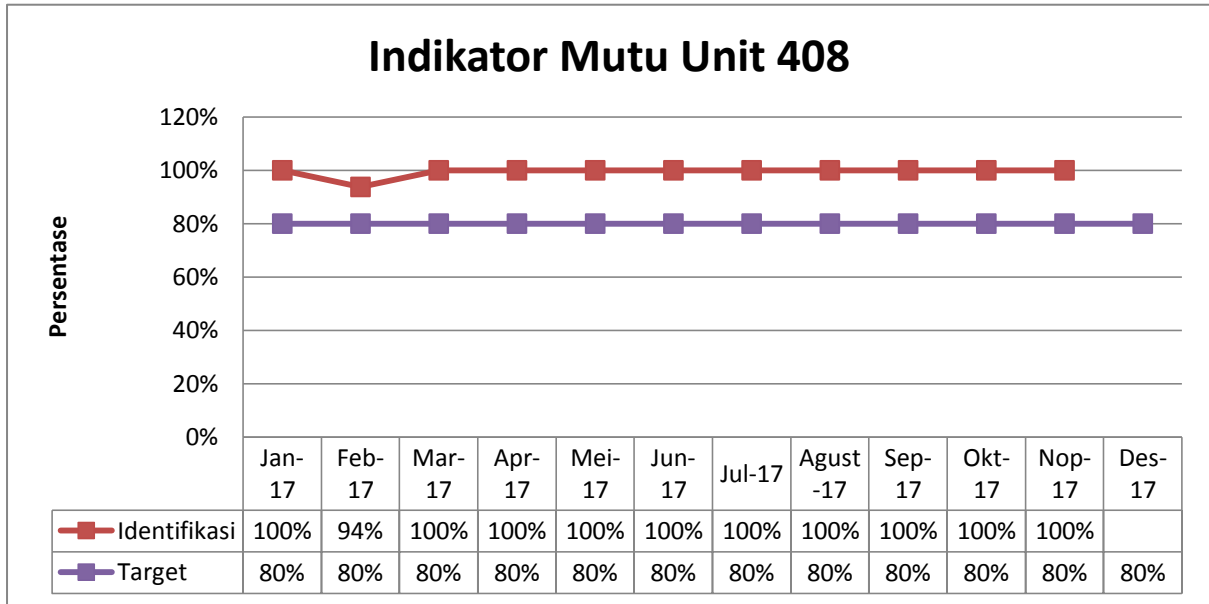
| UNIT | INDIKATOR |
|------------------------|---|
| Perawatan 408 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar 2. Kepatuhan Komunikasi Verbal yang Efektif 3. Angka Kepatuhan Cuci Tangan 4. Angka reaksi transfusi 5. Reaksi obat yang tidak diharapkan 6. Kejadian Kesalahan pengobatan |
| Perawatan 226 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar 2. Kepatuhan Komunikasi Verbal yang Efektif 3. Angka Kepatuhan Cuci Tangan 4. Angka reaksi transfusi 5. Reaksi obat yang tidak diharapkan 6. Kejadian Kesalahan pengobatan |
| Perawatan Anak | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar 2. Kepatuhan Komunikasi Verbal yang Efektif 3. Angka Kepatuhan Cuci Tangan 4. Angka reaksi transfusi 5. Reaksi obat yang tidak diharapkan 6. Kejadian Kesalahan pengobatan |
| Perawatan Obgyn | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar 2. Kepatuhan Komunikasi Verbal yang Efektif 3. Angka Kepatuhan Cuci Tangan 4. Angka reaksi transfusi 5. Reaksi obat yang tidak diharapkan 6. Kejadian Kesalahan pengobatan |
| Perinatologi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar 2. Kepatuhan Komunikasi Verbal yang Efektif 3. Angka Kepatuhan Cuci Tangan 4. Angka reaksi transfusi 5. Reaksi obat yang tidak diharapkan 6. Kejadian Kesalahan pengobatan |
| ICU | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar 2. Kepatuhan Komunikasi Verbal yang Efektif 3. Angka Kepatuhan Cuci Tangan 4. Angka reaksi transfusi 5. Reaksi obat yang tidak diharapkan 6. Kejadian Kesalahan pengobatan |
| VK | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar 2. Angka Kepatuhan Cuci Tangan 3. Angka reaksi transfusi 4. Reaksi obat yang tidak diharapkan 5. Kejadian Kesalahan pengobatan |
| IGD | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar |

| | |
|-----------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> 2. Angka Kepatuhan Cuci Tangan 3. Reaksi obat yang tidak diharapkan 4. Kejadian Kesalahan pengobatan |
| OK | <ul style="list-style-type: none"> 1. Angka Kepatuhan Melakukan time out dalam proses Pembedahan 2. Pemberian Ab profilaksis 60 menit sebelum operasi 3. KTD selama anestesi 4. Ketidakcocokan diagnosa pre dan post OP |
| Poliklinik | <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar 2. Angka Kepatuhan Cuci Tangan |
| Hemodialisa | <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar 2. Angka Kepatuhan Cuci Tangan 3. Angka reaksi transfusi 4. Reaksi obat yang tidak diharapkan 5. Kejadian Kesalahan pengobatan |
| Gizi | <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar 2. Angka Kepatuhan Cuci Tangan |
| Fisioterapi | <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar 2. Angka Kepatuhan Cuci Tangan |
| Laboratorium | <ul style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu Hasil pelayanan Lab Darah Rutin dan kimia 2. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar 3. Angka Kepatuhan Cuci Tangan |
| Apotik/Farmasi | <ul style="list-style-type: none"> 1. Angka Obat Yang Mencapai 6 bulan sebelum Kadaluarsa 2. Kepatuhan Penyimpanan Elektrolit 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar 4. Angka kepatuhan cuci tangan |
| Radiologi | <ul style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu hasil pelayanan radiologi rontgen thorak rutin 2. Pemanfaatan Alat MSCT 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar 4. Angka Kepatuhan Cuci Tangan |
| Medrec | <ul style="list-style-type: none"> 1. Kelengkapan Resume Pasien Pulang 2. Pencatatan dan Pelaporan Kegiatan Rumah Sakit |
| Kasir | Persentase Jenis Pembiayaan sectio caesar |
| Marketing | Kepuasan Pelanggan |
| Keuangan | Persentase sisa piutang Pasien Asuransi dan Jaminan Perusahaan |
| HRD | Angka Turn Over Karyawan |

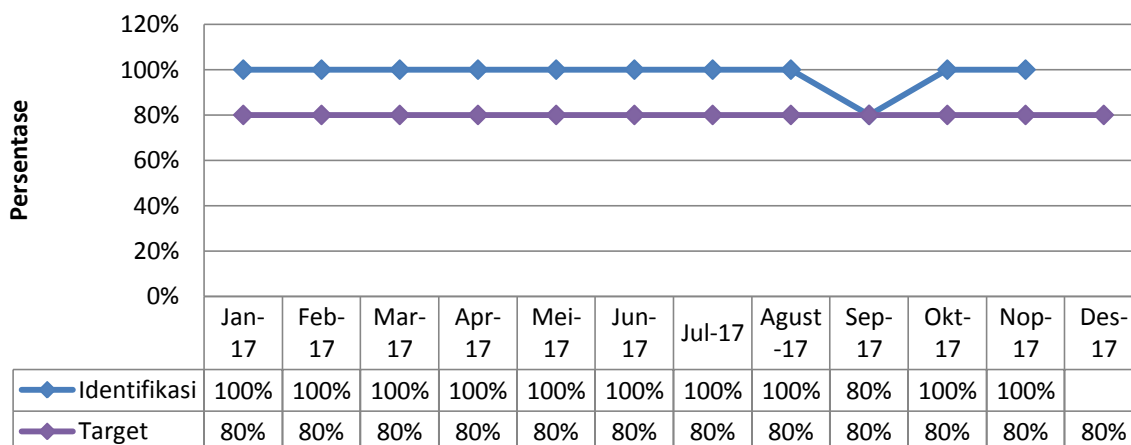
HASIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU BULAN NOVEMBER 2017

I. INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN

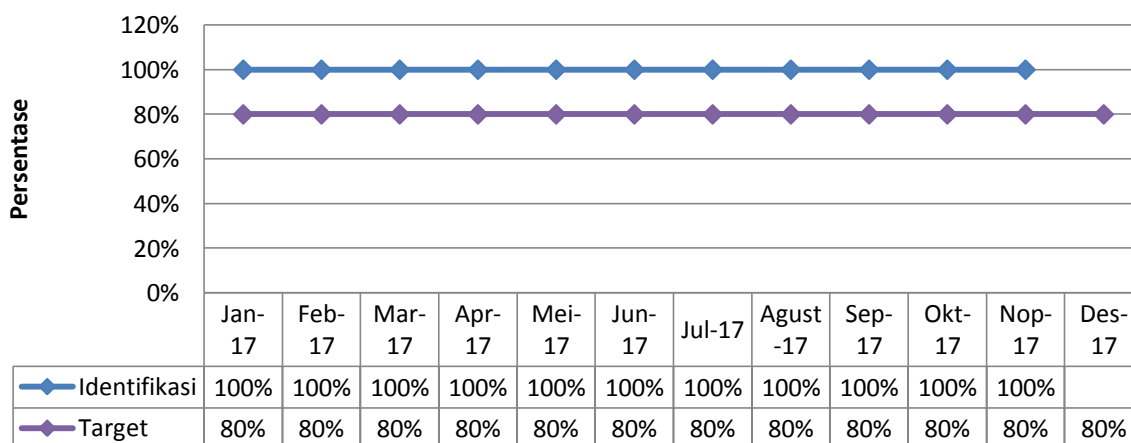
1. Kepatuhan Identifikasi Pasien Dengan Benar Sebelum Tindakan Medis



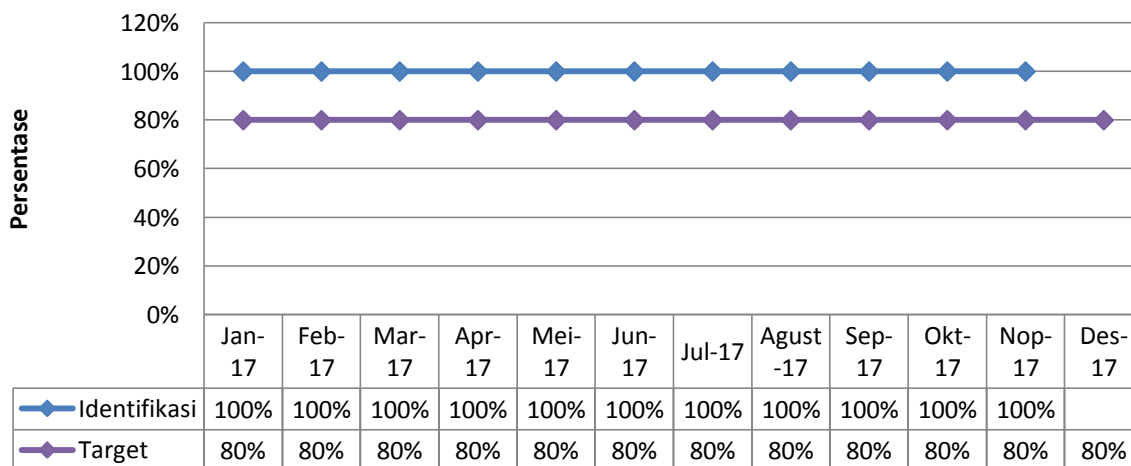
Indikator Mutu Unit Obgyn



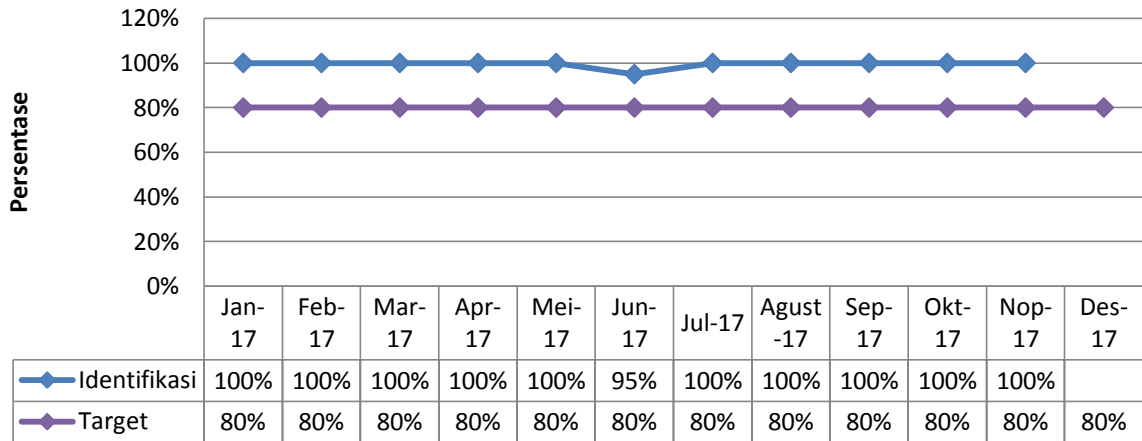
Indikator Mutu Unit Anak



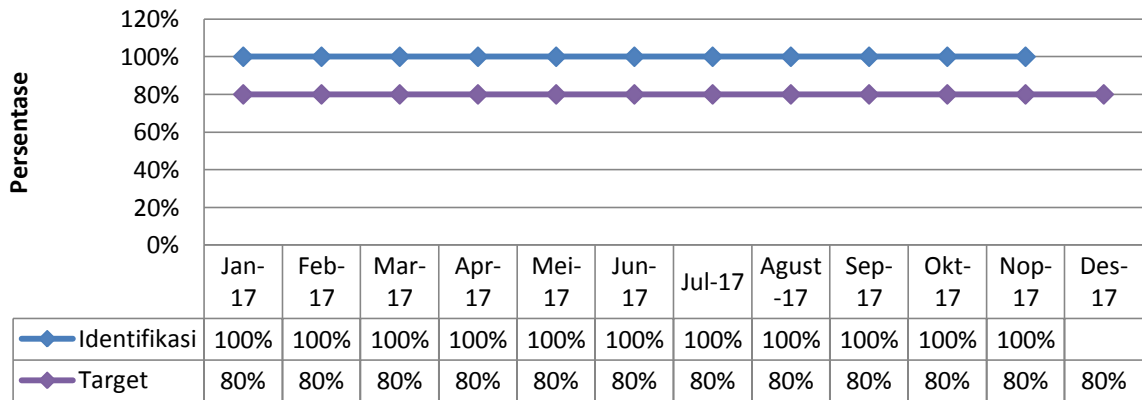
Indikator Mutu Unit Perinatologi



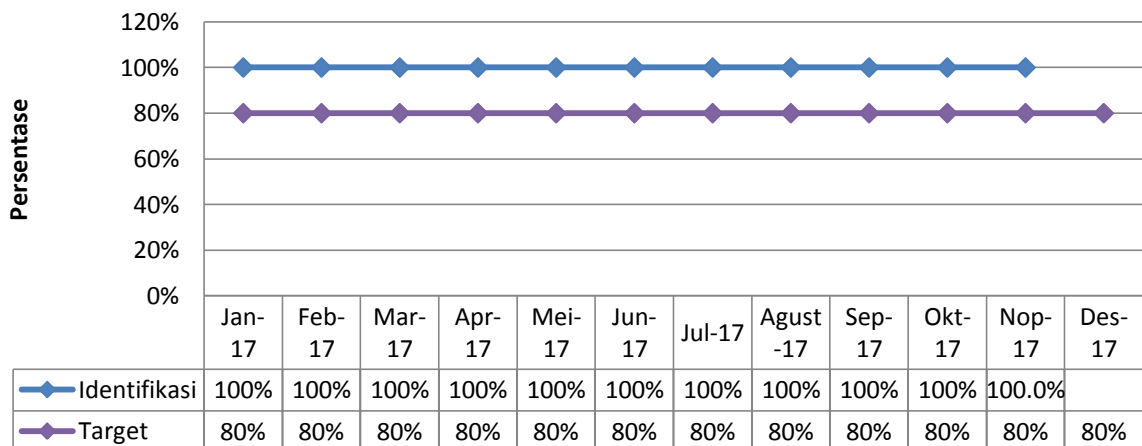
Indikator Mutu Unit Poliklinik



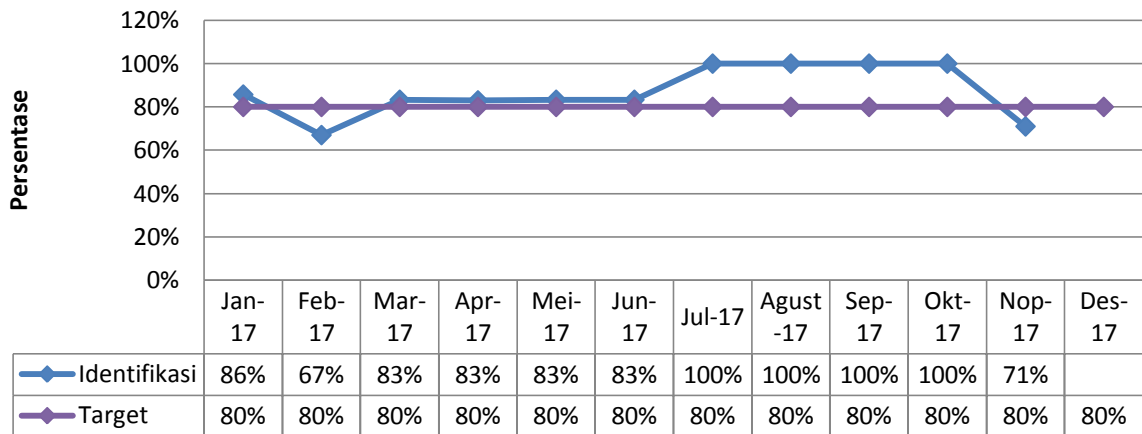
Indiakator Mutu Unit VK



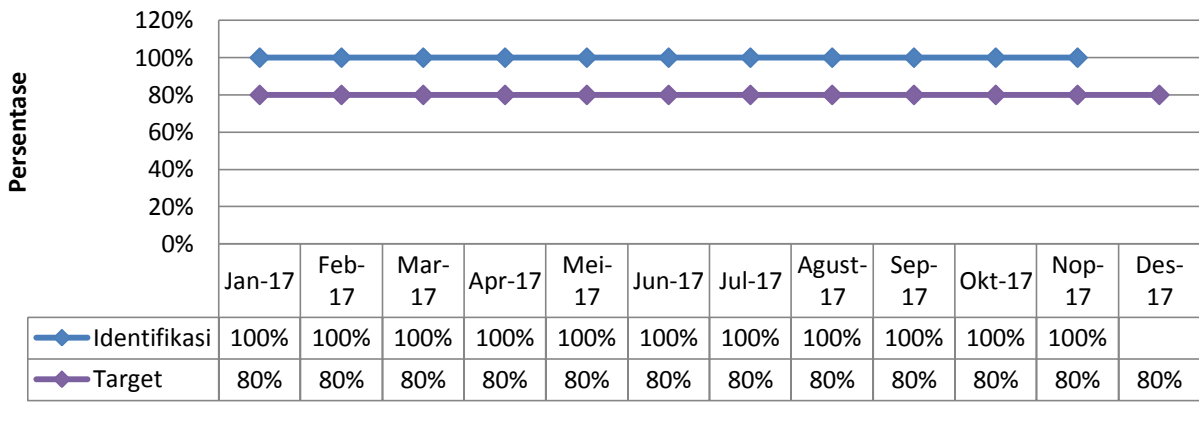
Indikator Mutu Unit IGD



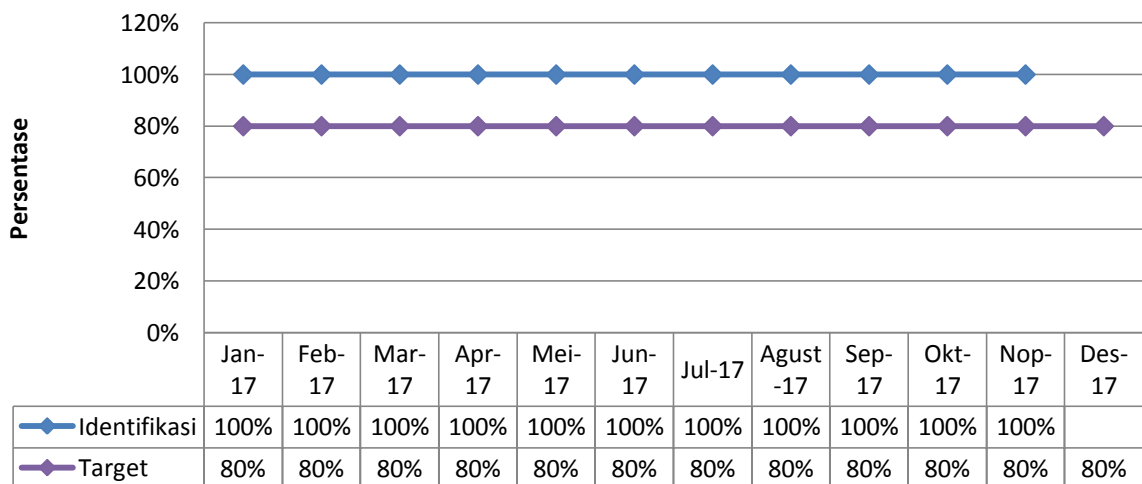
Indikator Mutu Unit ICU



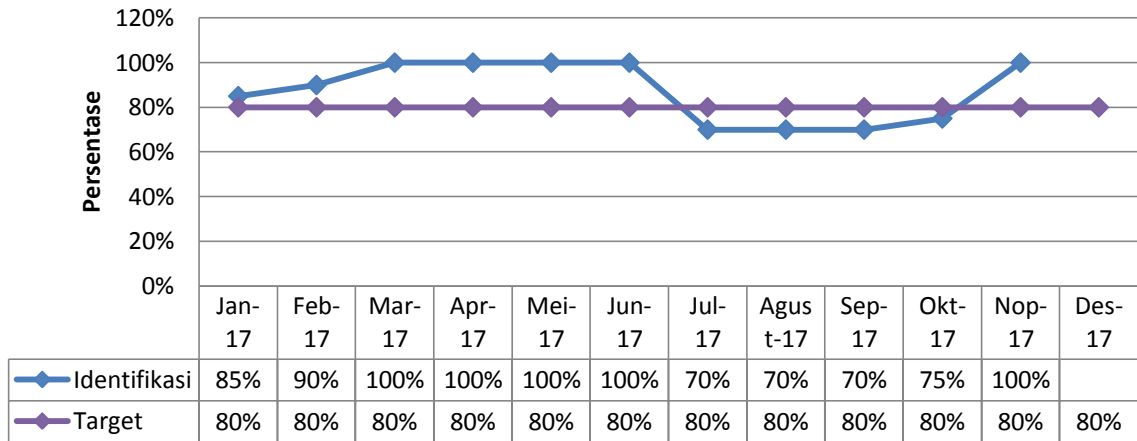
Indikator Mutu HD



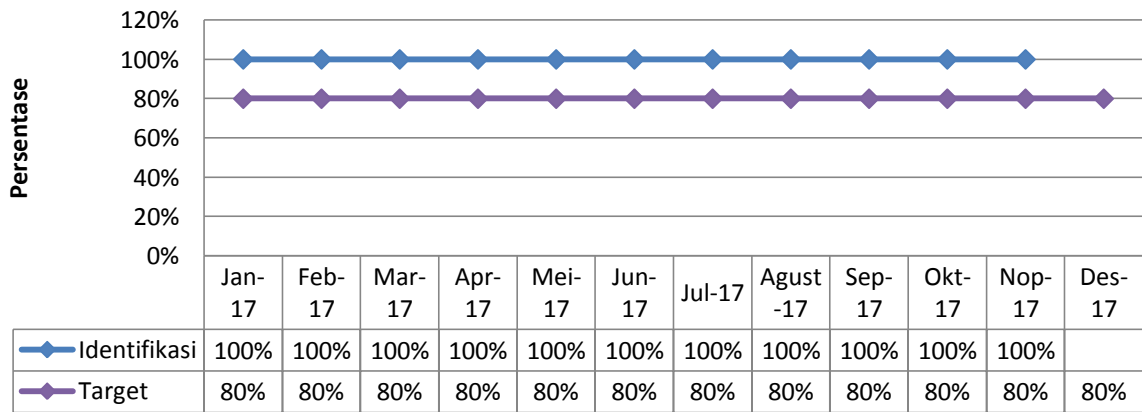
Indikator Mutu Unit Fisio



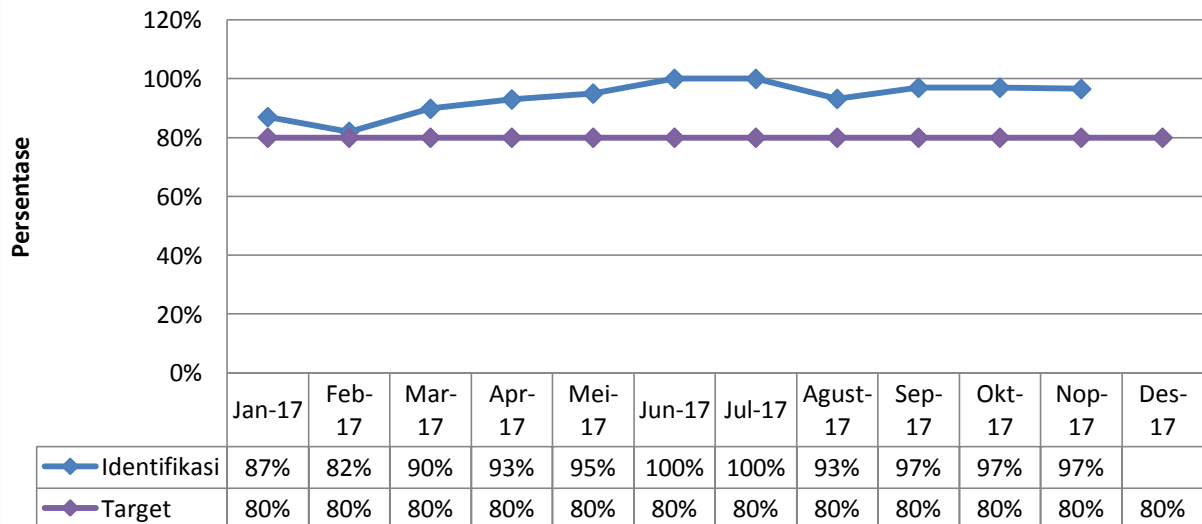
Indikator Mutu Unit Gizi



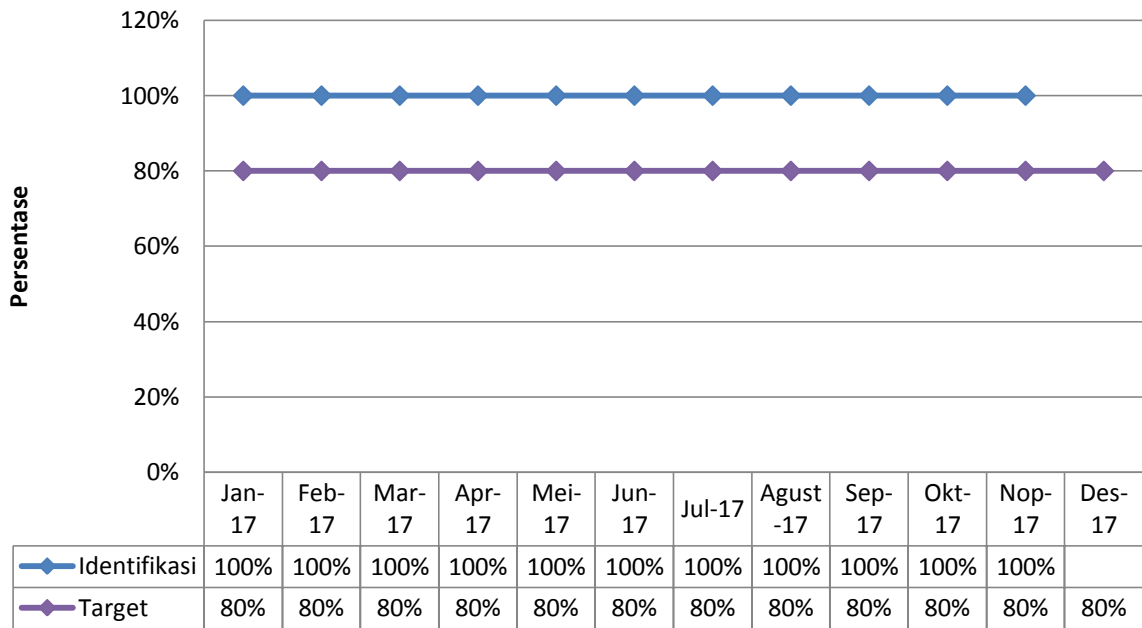
Grafik Rekap Unit Radiologi



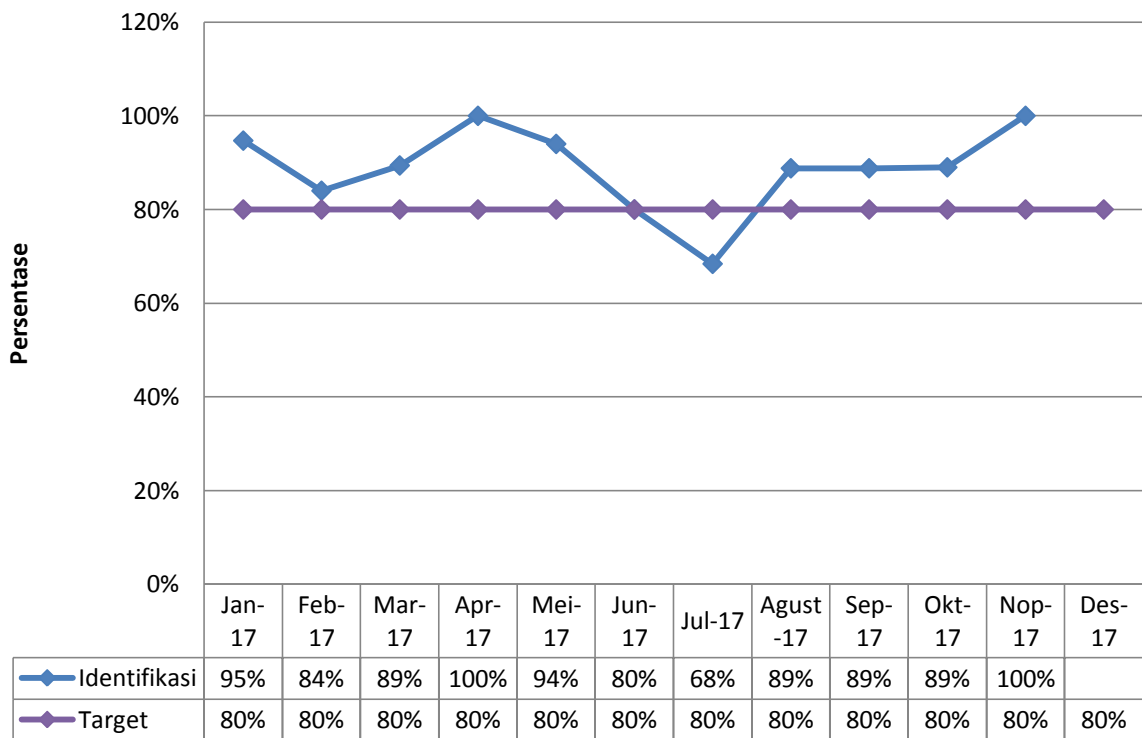
Indikator Mutu Unit Farmasi



Indikator Mutu Unit Lab

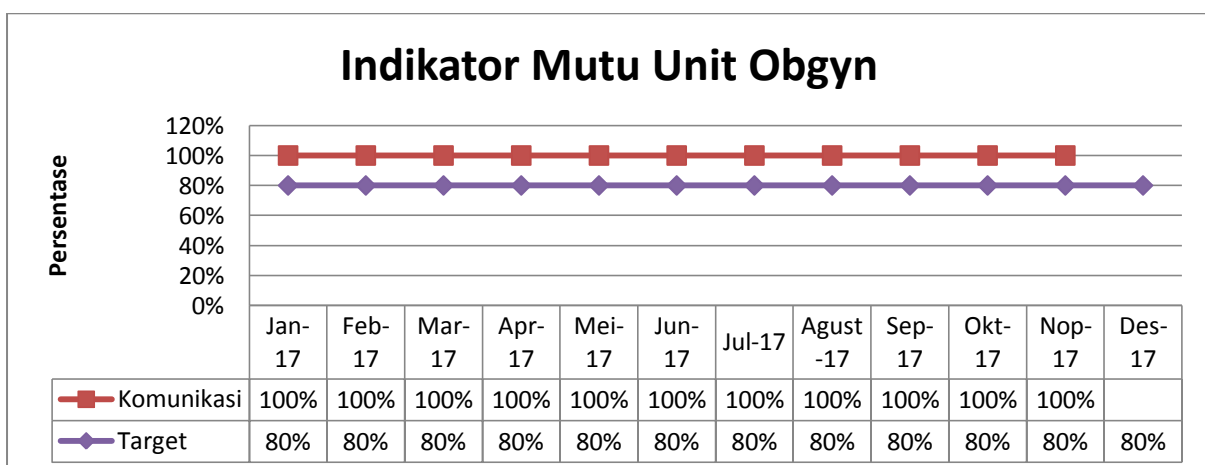
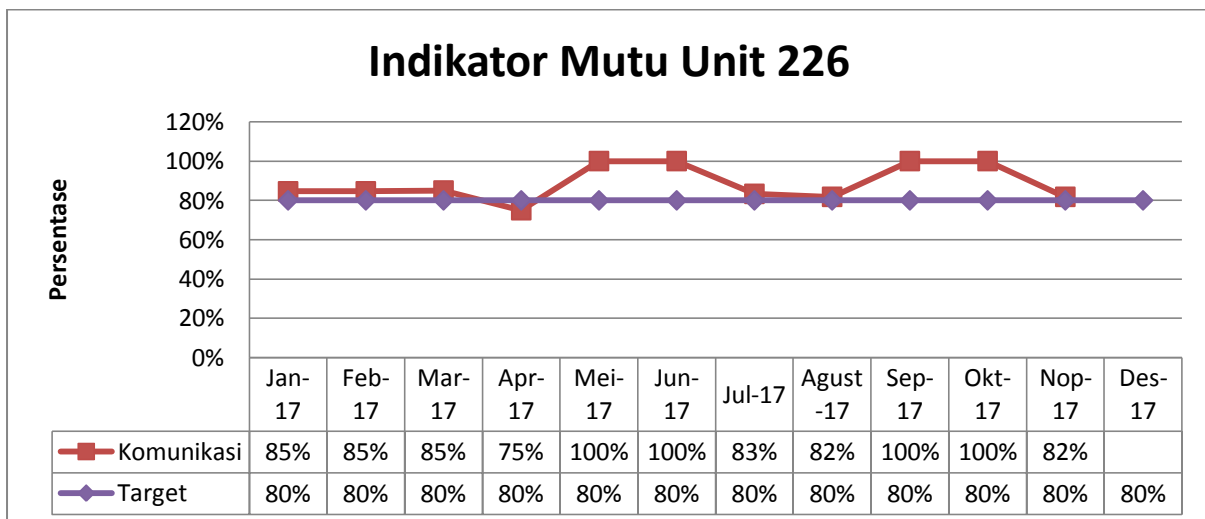
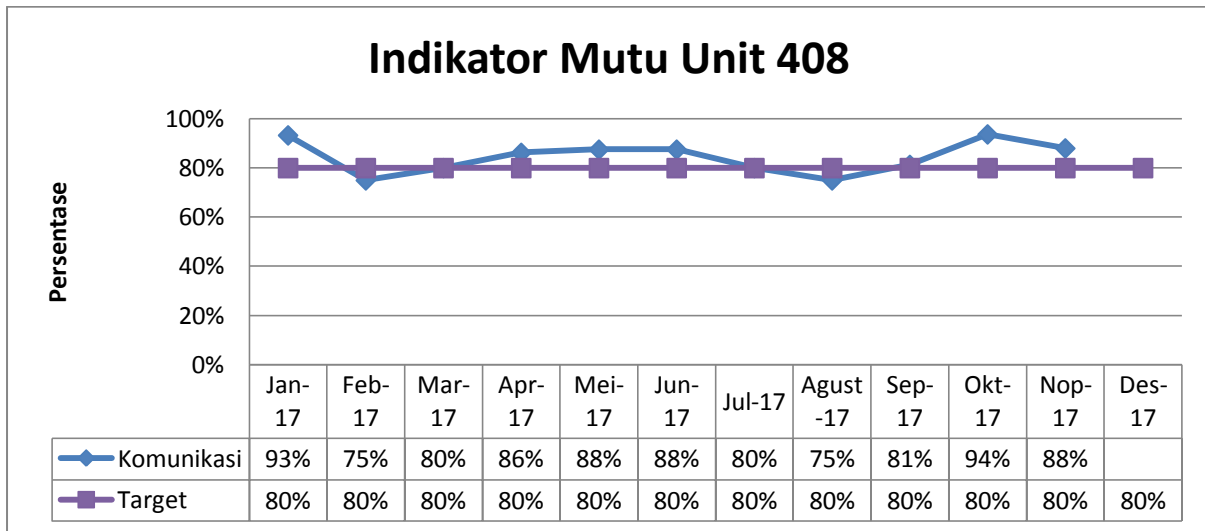


Indikator Mutu Unit BPJS

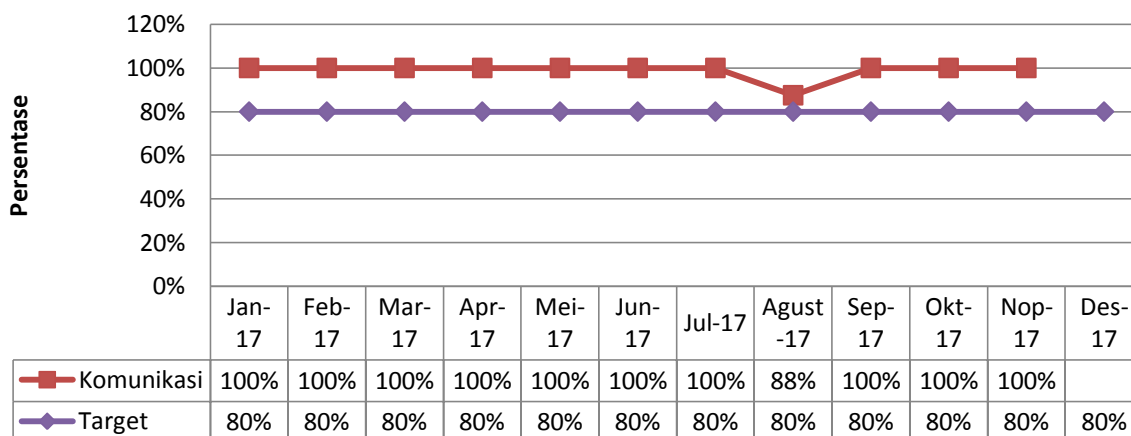


2. Komunikasi Verbal yang Efektif

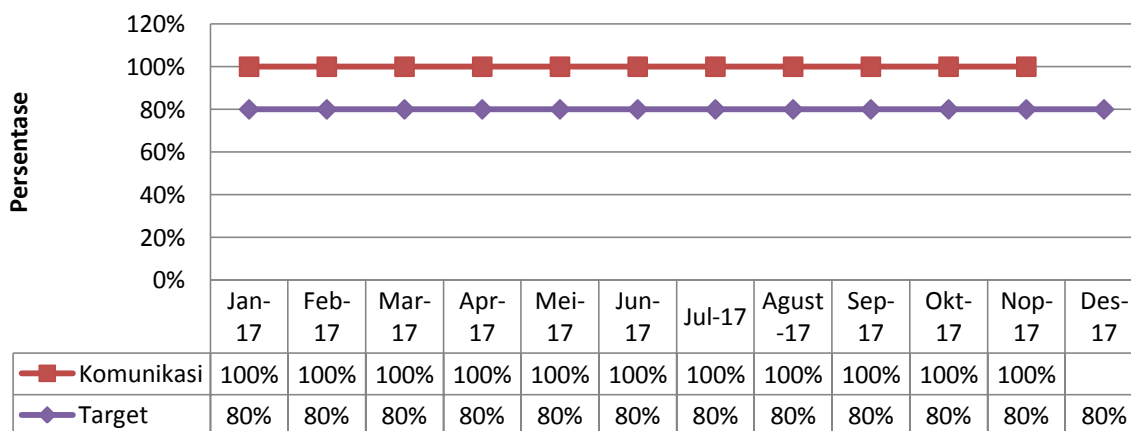
Ketepatan Melakukan TbaK saat memberi/Menerima instruksi verbal dan telepon



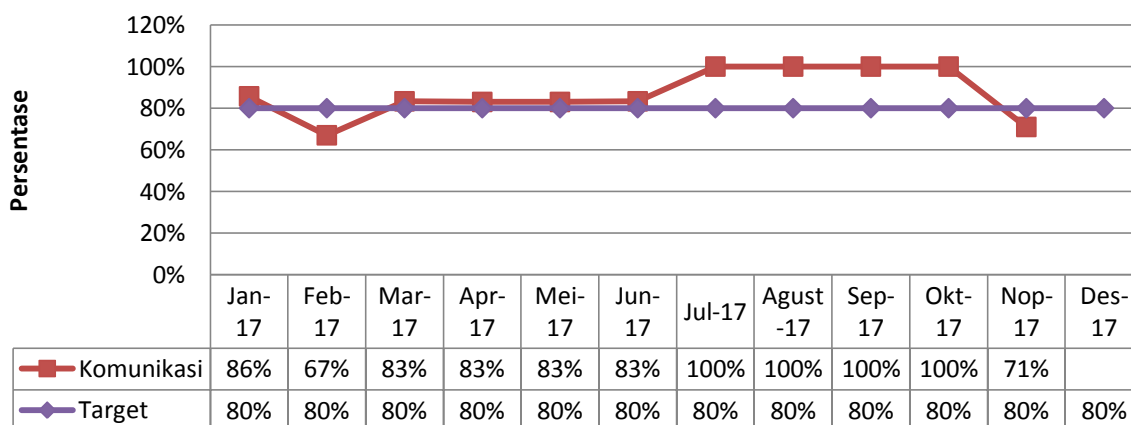
Indikator Mutu Unit Anak

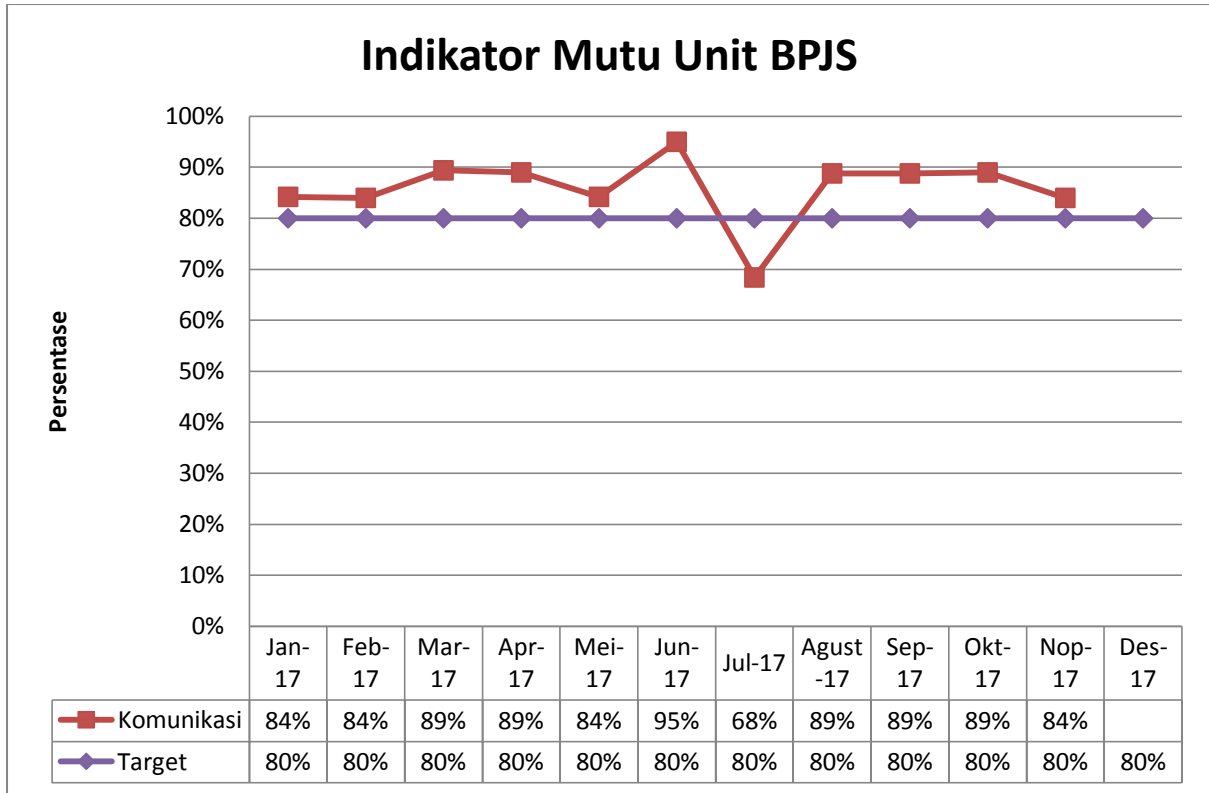


Indikator Mutu Unit Perinatologi

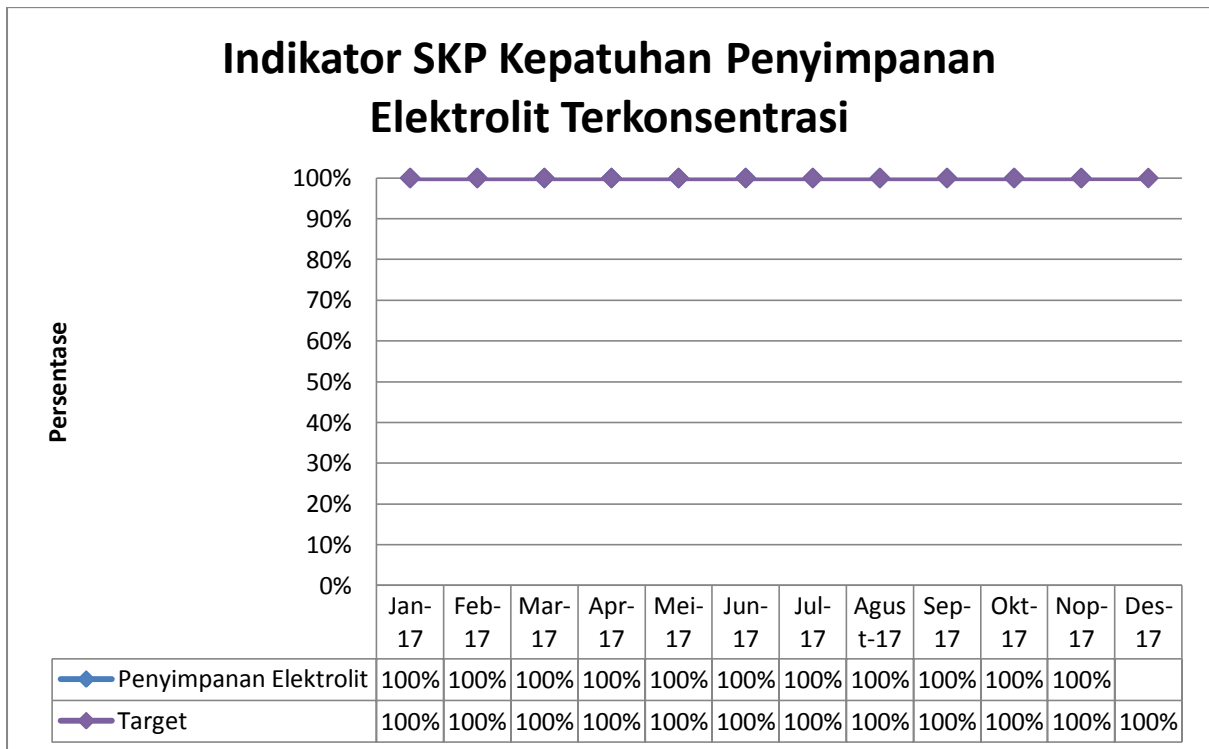


Indikator Mutu Unit ICU

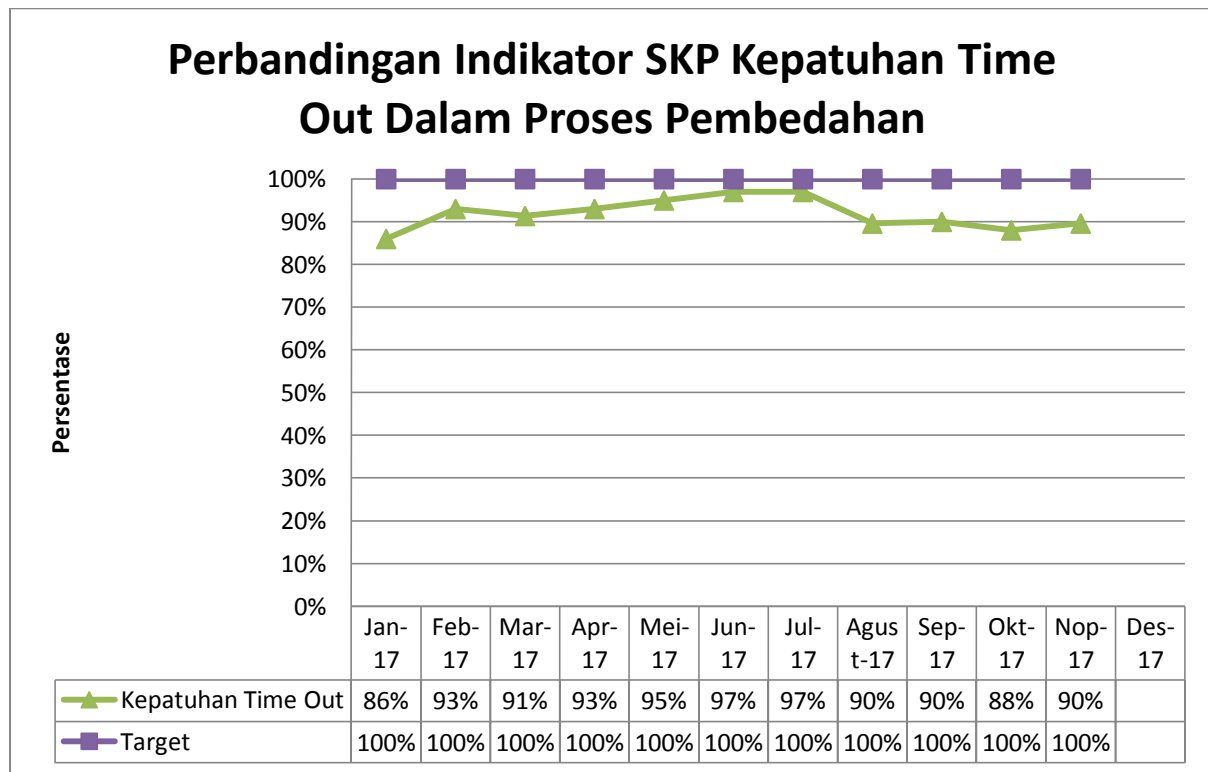




3. Kepatuhan Penyimpanan Elektrolit Terkonsentrasi



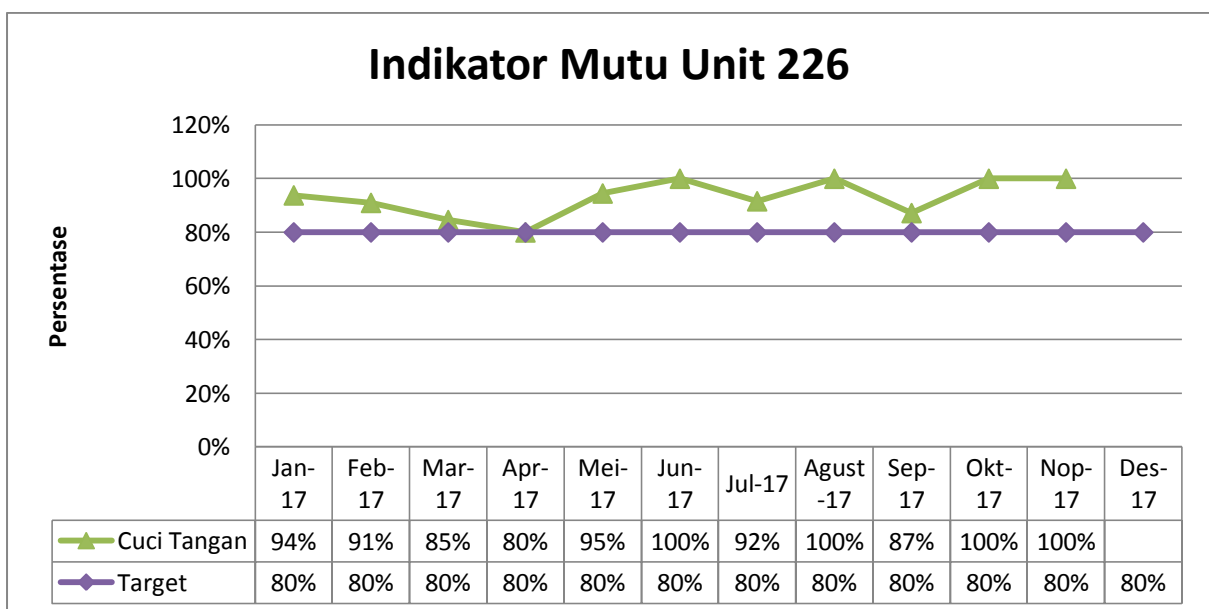
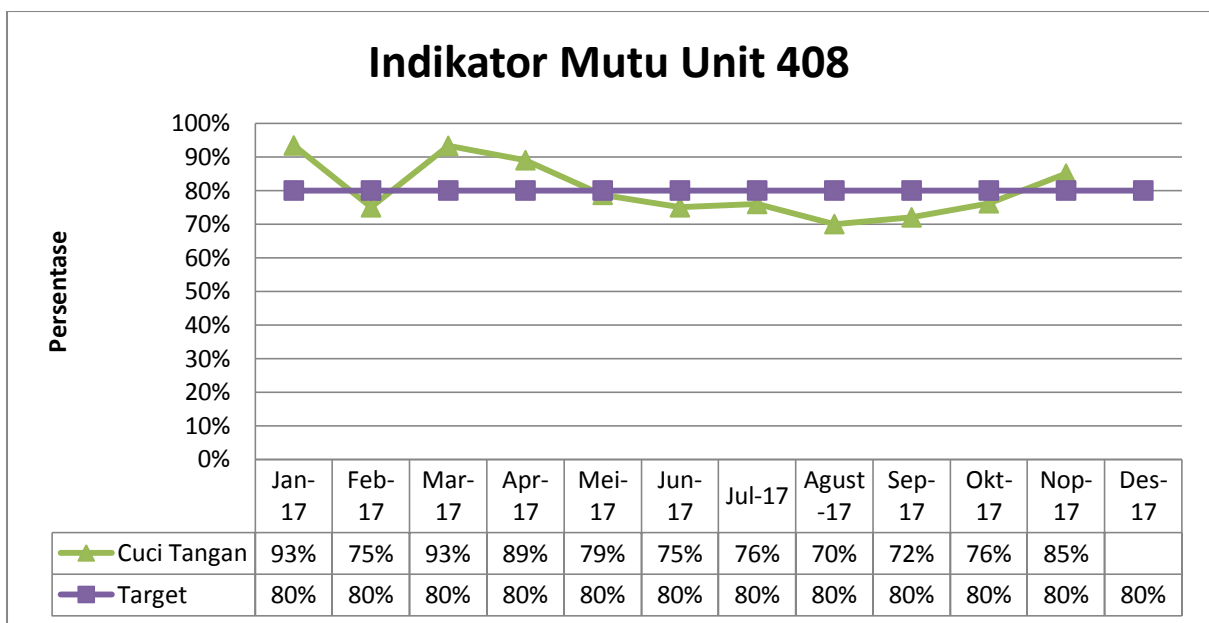
4. Kepatuhan Time Out Dalam Proses Pembedahan



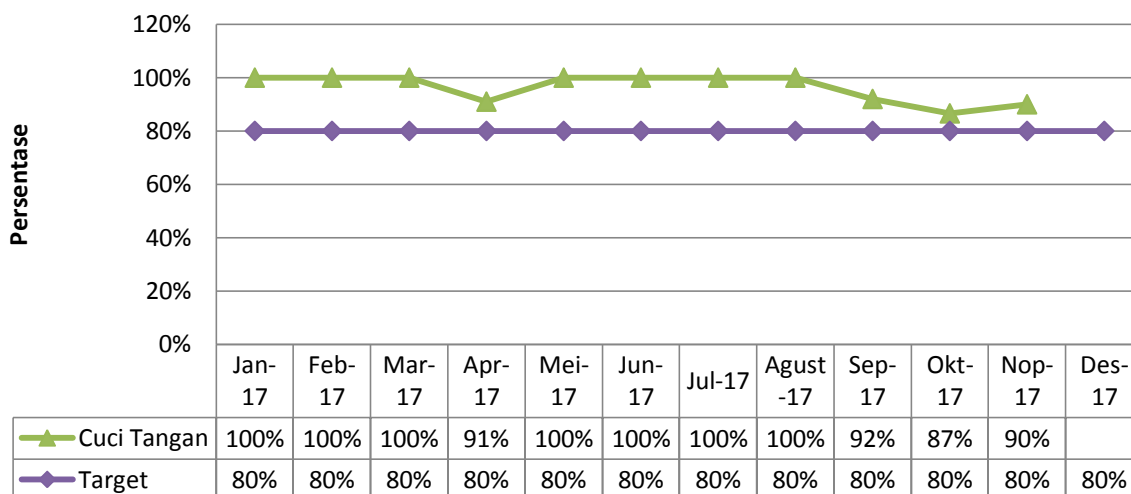
| Analisis Permasalahan | | | | | |
|--|---|--|---|------------------------|--|
| Belum mencapai target dikarenakan beberapa staf OK alpa dalam melakukan prosedur time out dengan benar | | | | | |
| Plan | Do | Study | Act | | |
| - Meningkatkan angka kepatuhan staf OK dalam melakukan prosedur time out dengan benar | - Penyediaan lembar time out - Dilaksanakan sosialisasi mengenai prosedur time out dengan benar oleh KA unit dan dokter penanggungjawab OK | - Unit belum mencapai target dikarenakan beberapa staf OK alpa dalam melakukan prosedur time out | Edukasi staf personal yang belum melakukan prosedur time out dengan benar. Peran aktif dari Ka unit dan PJ shift yang melakukan evaluasi setiap hari sebelum dimulai kegiatan | | |
| Rencana Tindak Lanjut | | | | | |
| Why | What | When | Who | Where | How |
| Angka kepatuhan time out dalam proses pembedahan | Kepatuhan melakukan prosedur timeout dengan benar | Diharapkan terjadi peningkatan pencapaian angka | Petugas OK baik dari perawat dan dokter | Unit OK RSU Zahirah | Melakukan edukasi dan sosialisasi dari Ka unit dan PJ setiap |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| pada bulan januari belum mencapai target | akan mencegah terjadinya salah pasien, salah prosedur dan salah lokasi dalam prosedur pembedahan | kepatuhan time out dalam prosedur pembedahan | | | shift di OK sebelum memulai kegiatan. Sosialisasi juga dapat dilakukan dalam rapat mingguan unit OK |
|--|---|--|--|--|--|

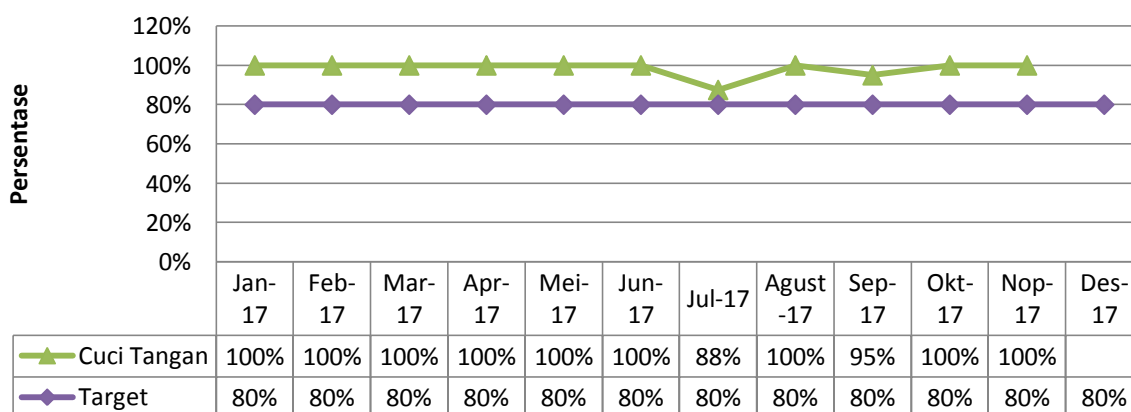
5. Kepatuhan Cuci Tangan



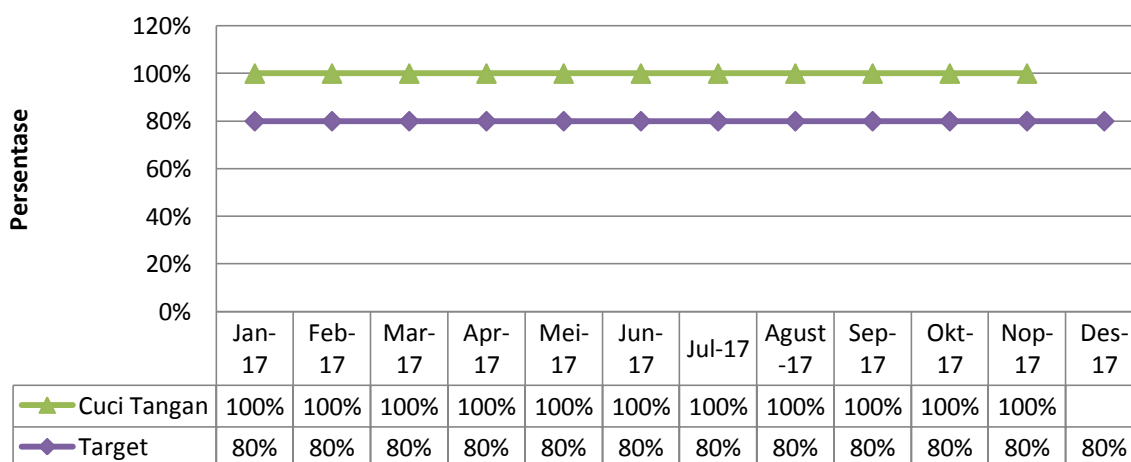
Indikator Mutu Unit Obgyn



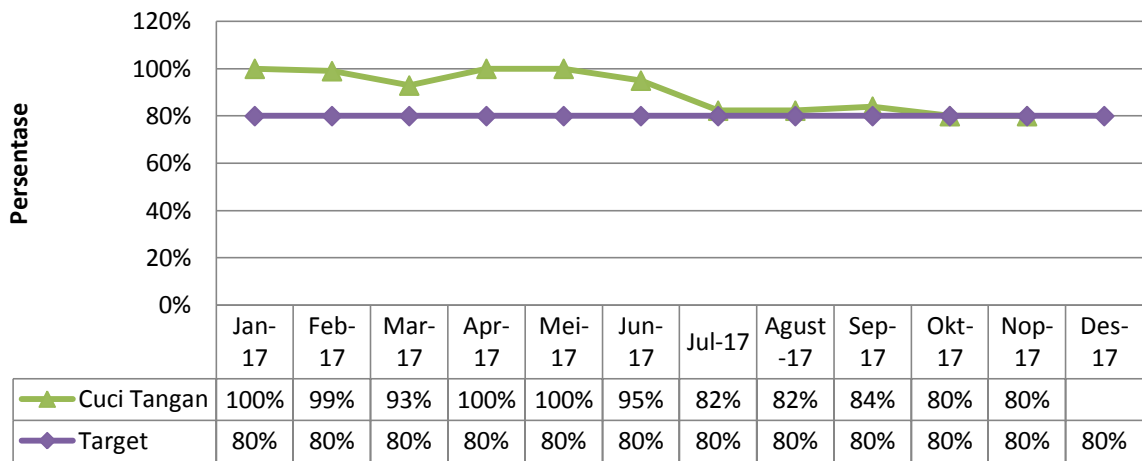
Indikator Mutu Unit Anak



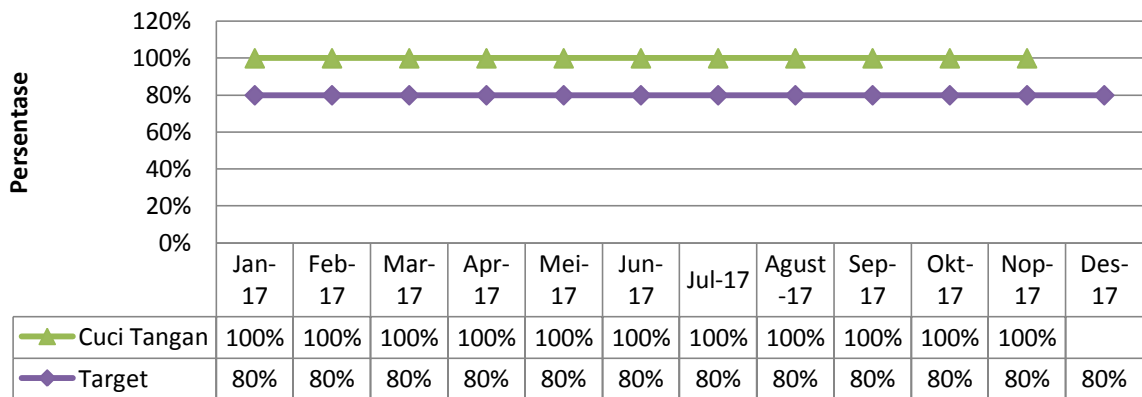
Indikator Mutu Unit Perinatologi



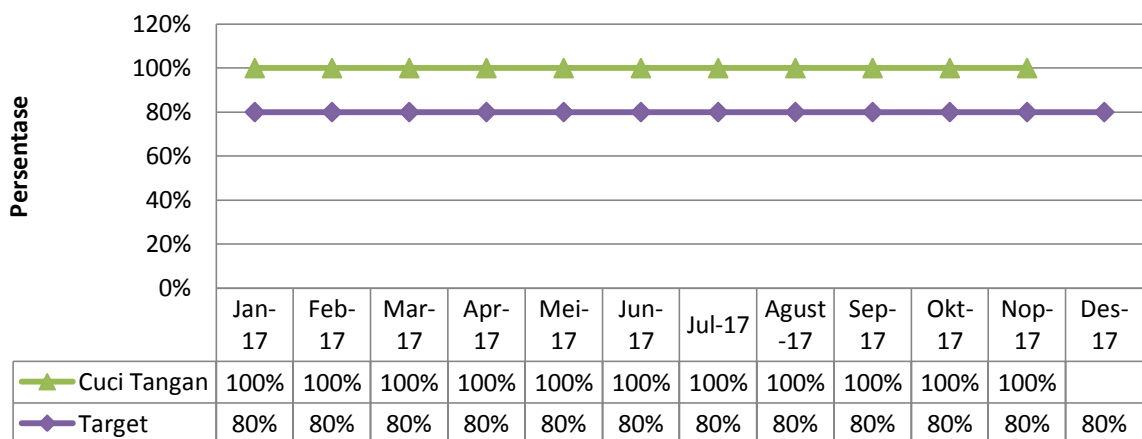
Indikator Mutu Unit Poliklinik



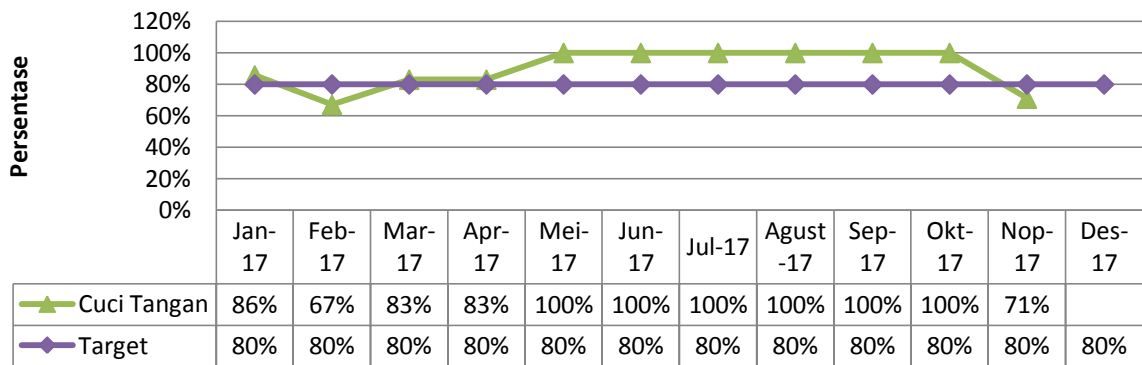
Indiakator Mutu Unit VK



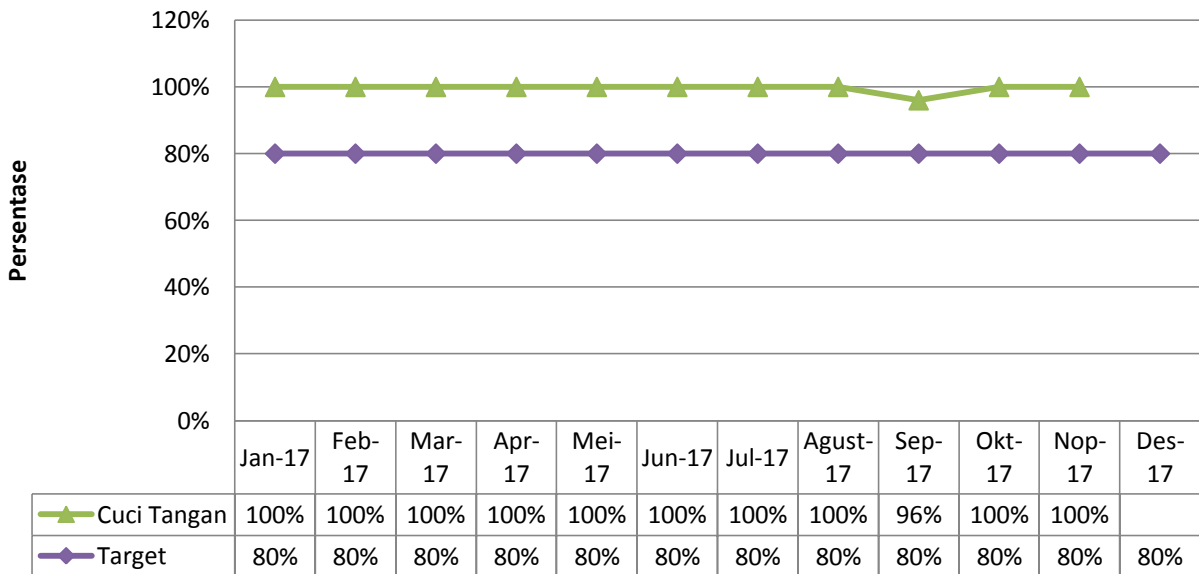
Indikator Mutu Unit IGD



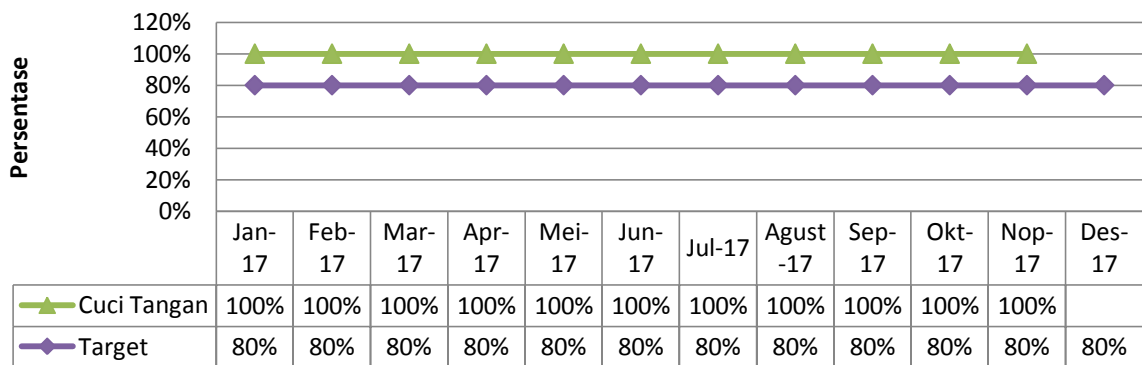
Indikator Mutu Unit ICU



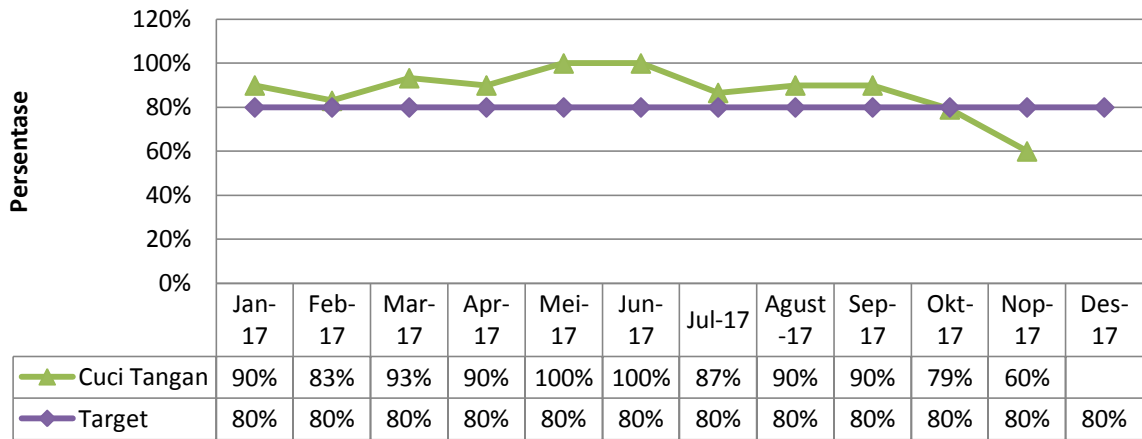
Indikator Mutu HD



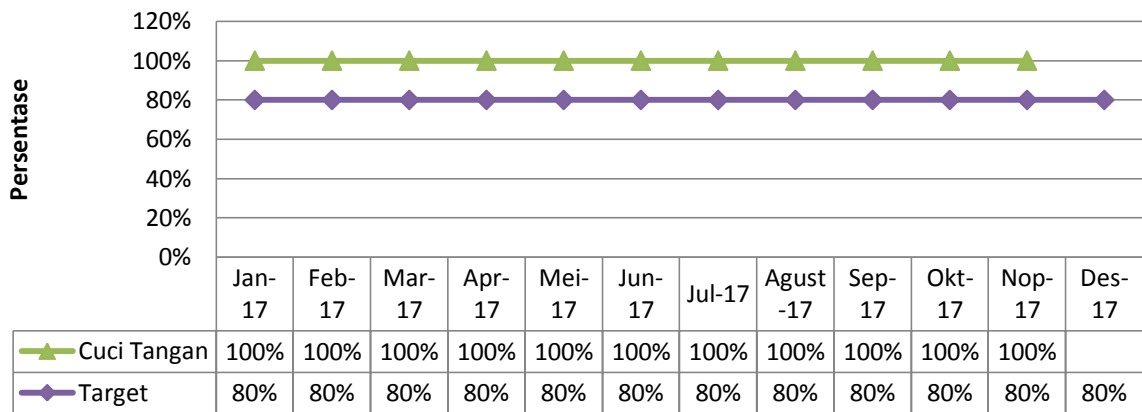
Indikator Mutu Unit Fisio



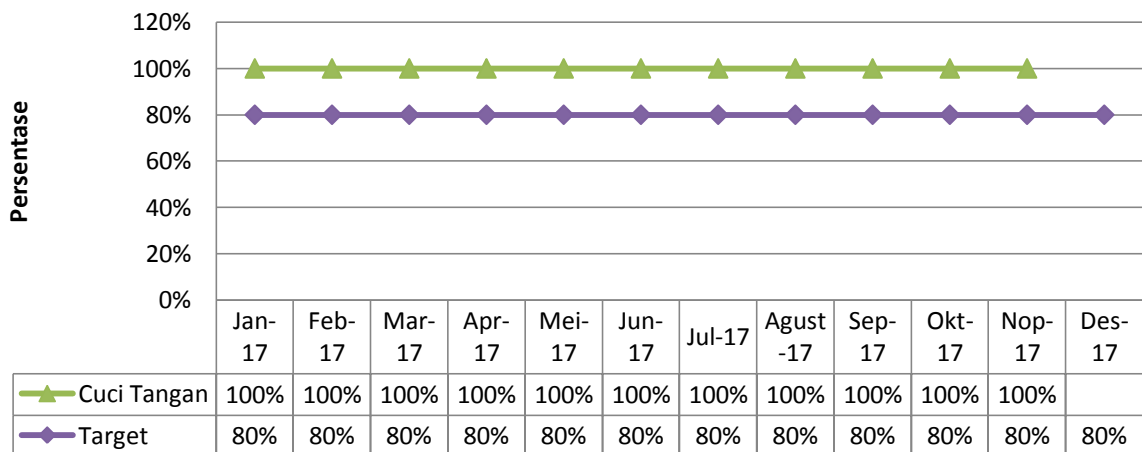
Indikator Mutu Unit Gizi

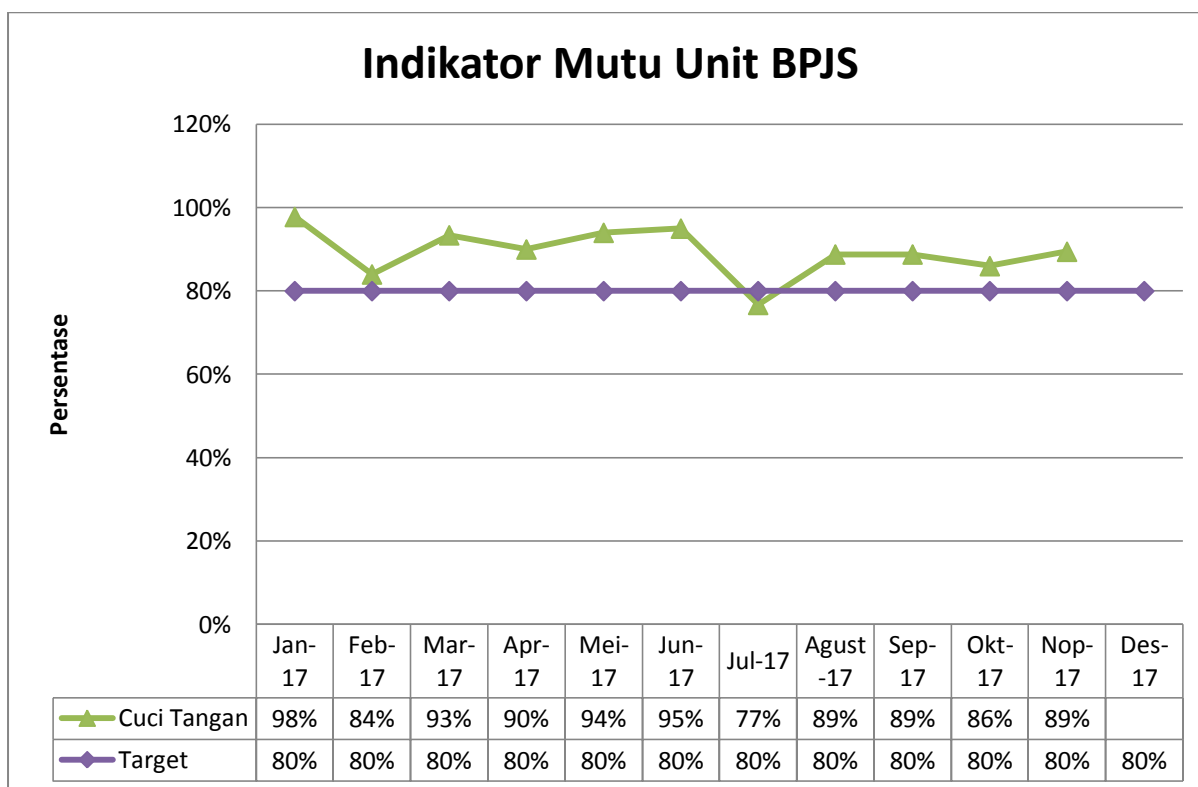


Grafik Rekap Unit Radiologi



Indikator Mutu Unit Lab



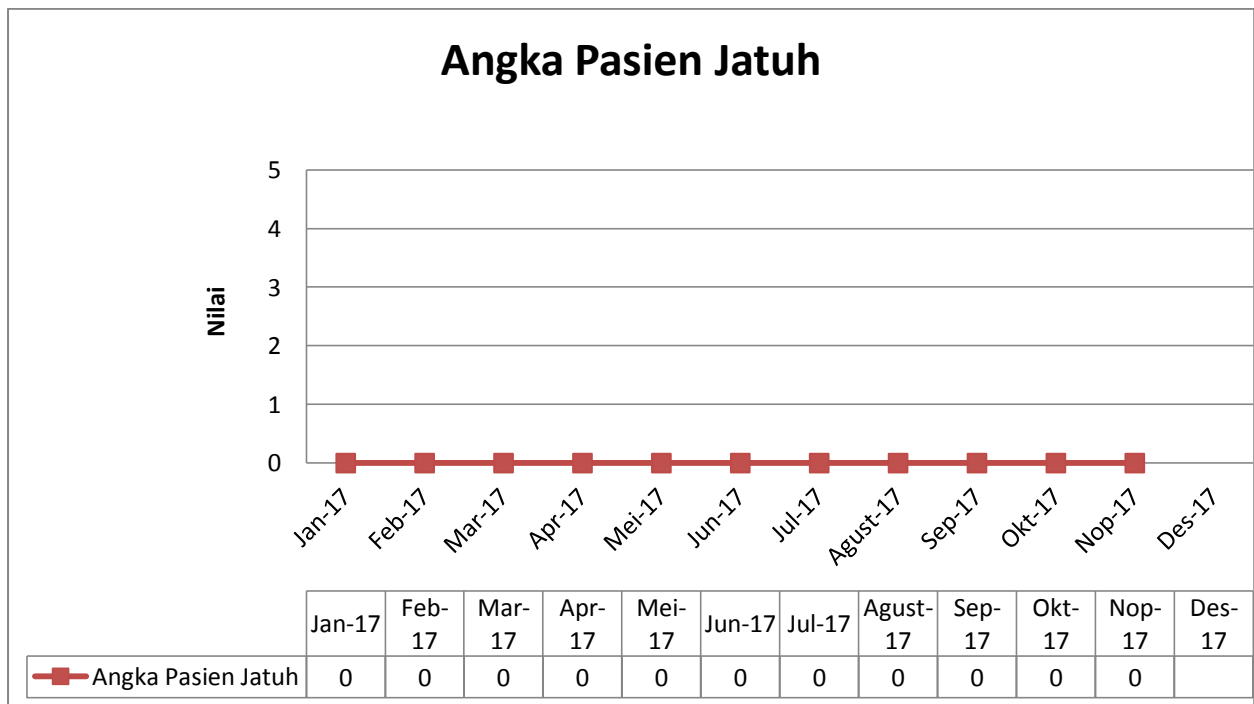


| Analisis Permasalahan | | | |
|--|---|--|---|
| Belum mencapai target di 2 unit, yaitu GIZI dan ICU dikarenakan terdapat petugas gizi dan perawat baru yang belum terbiasa dengan kepatuhan cuci tangan dengan benar | | | |
| Plan | Do | Study | Act |
| - Meningkatkan angka kepatuhan cuci tangan dengan benar | - Dilaksanakan sosialisasi dan edukasi mengenai kepatuhan cuci tangan | - Unit ICU dan GIZI belum mencapai target dikarenakan terdapat perawat baru yang belum terbiasa dengan prosedur cuci tangan dengan benar | - Edukasi staf personal yang belum melakukan prosedur kepatuhan cuci tangan dengan benar, terutama perawat baru. - Peran aktif dari Ka unit dan PJ shift yang melakukan evaluasi setiap hari sebelum dimulai kegiatan - Mengaktifkan kembali rapat mingguan unit sebagai sarana diskusi |

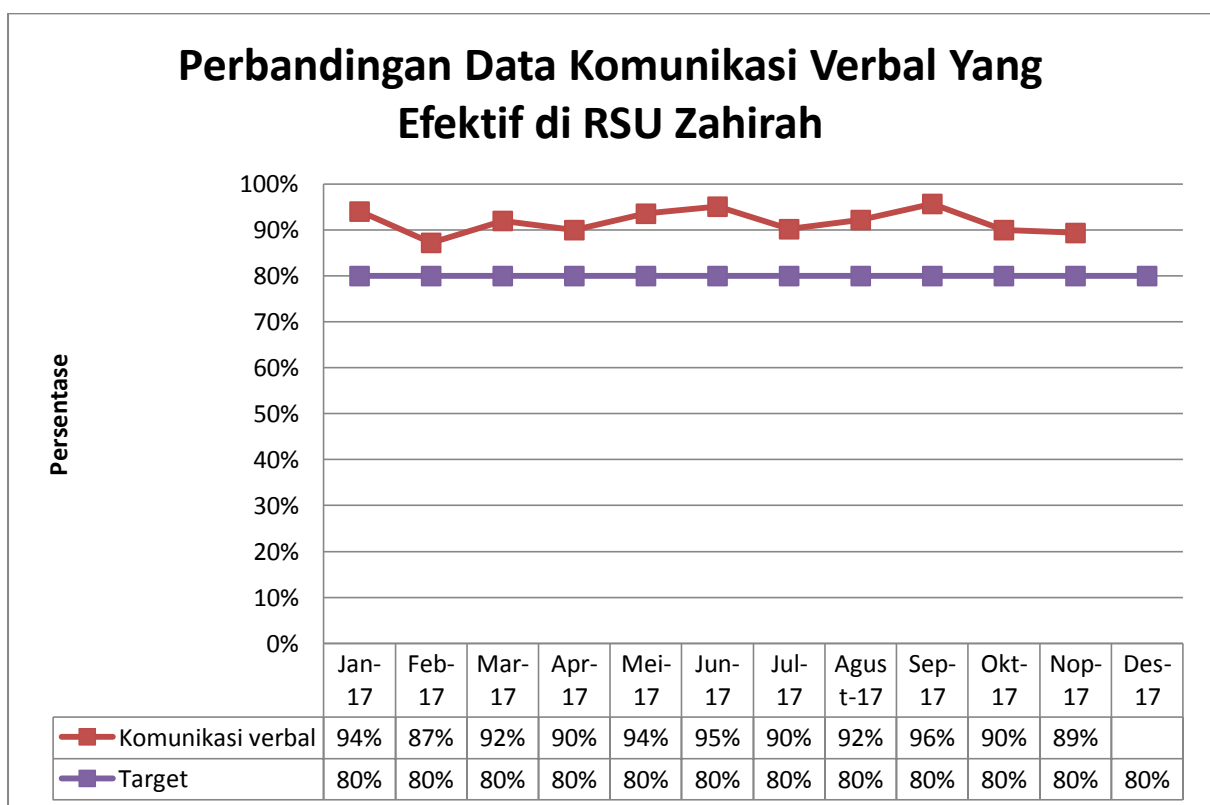
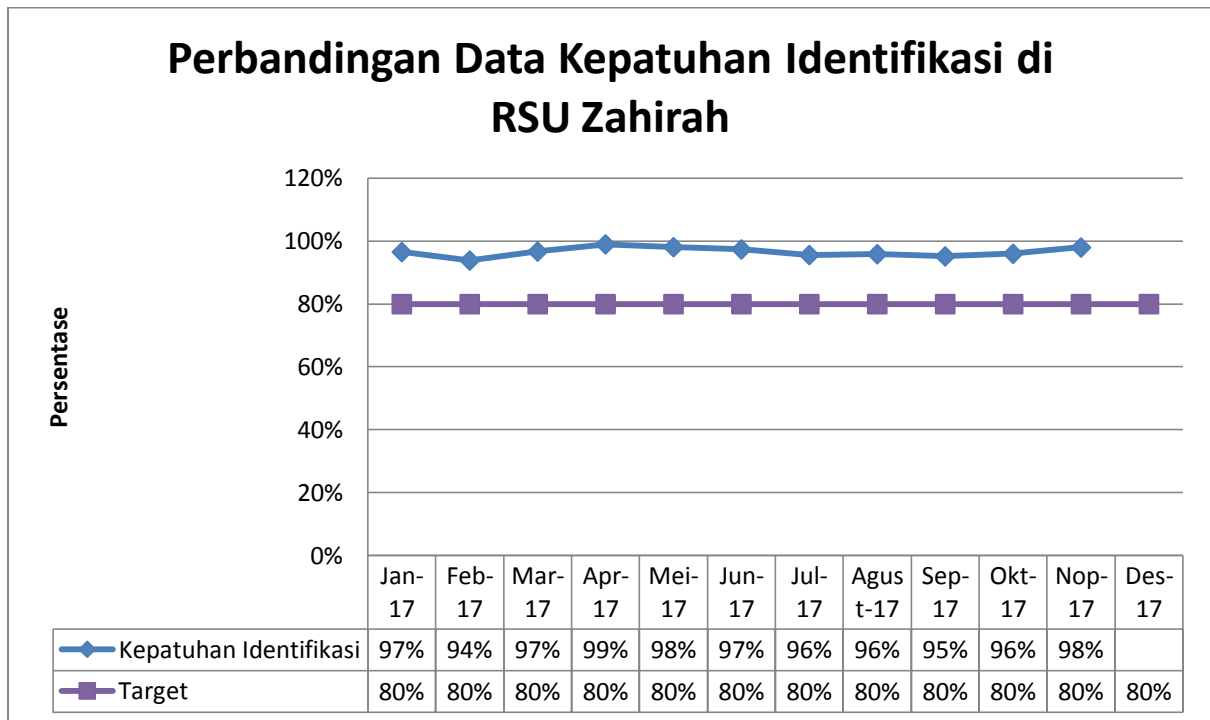
| Rencana Tindak Lanjut | | | | | |
|---|--|--|----------------------|--------------------|---|
| Why | What | When | Who | Where | How |
| Angka Kepatuhan cuci tangan dengan benar belum mencapai target di unit ICU dan GIZI | Kepatuhan cuci tangan dengan benar akan membantu mencegah dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan | Diharapkan terjadi peningkatan kepatuhan cuci tangan dengan benar di unit tersebut | Ka unit ICU dan GIZI | Unit ICU,Unit Gizi | Melakukan edukasi personal kepada perawat yang belum melakuka prosedur cuci tangan dengan benar Mengaktifkan pertemuan mingguan untuk membahas kembali tentang prosedur cuci tangan dengan benar |

6. Angka Pasien Jatuh

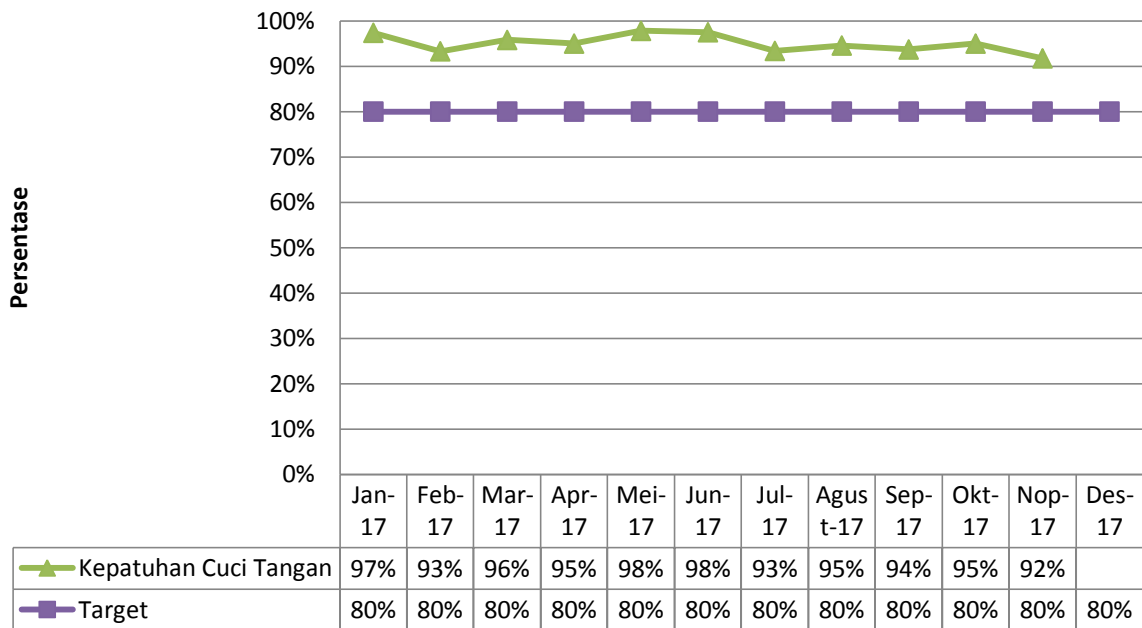
Tidak Ada Kejadian



Perbandingan Data Kepatuhan Identifikasi, Komunikasi Verbal Efektif, dan Kepatuhan Cuci Tangan RSU Zahirah



Perbandingan Data Kepatuhan Cuci Tangan di RSU Zahirah

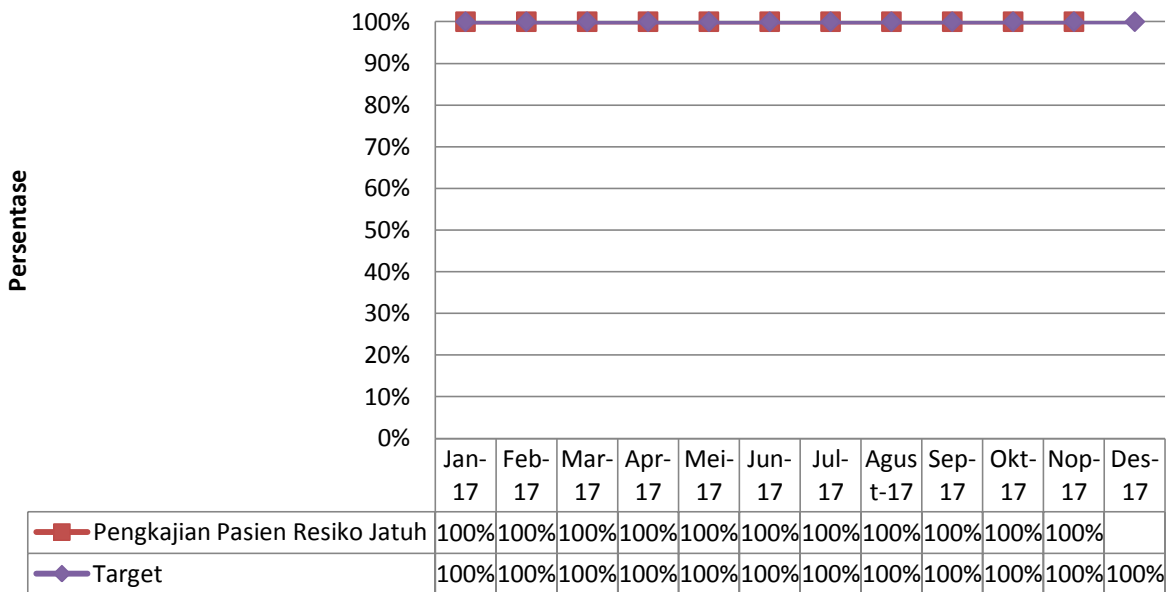


II. INDIKATOR MUTU KLINIS

1. Pengkajian Pasien Resiko Jatuh

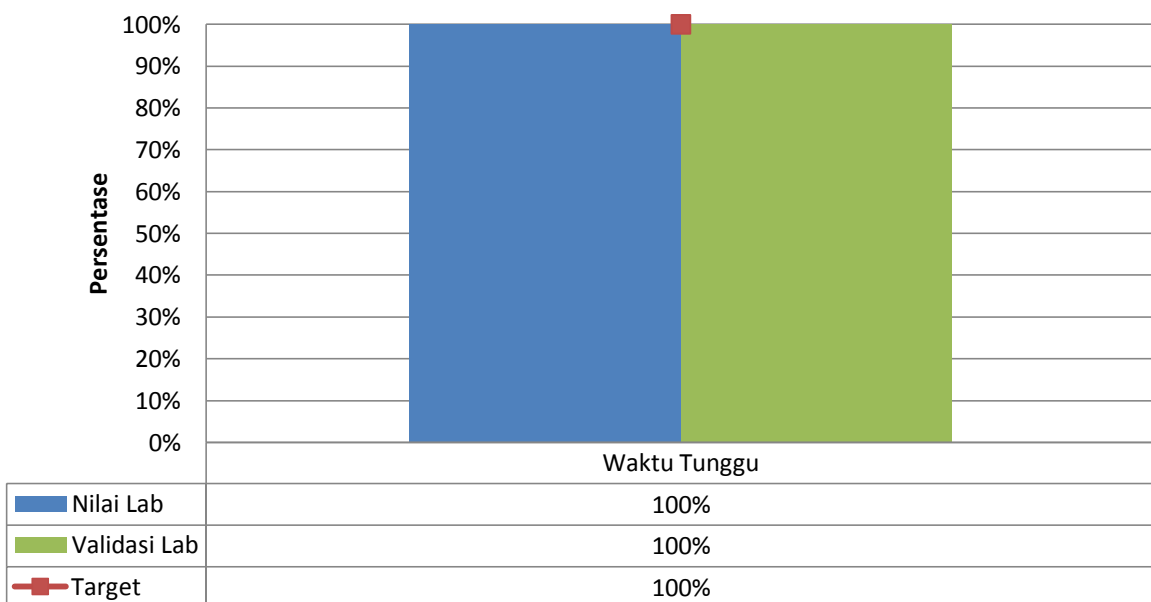


Rekap Data Indikator Pengkajian Pasien Resiko Jatuh

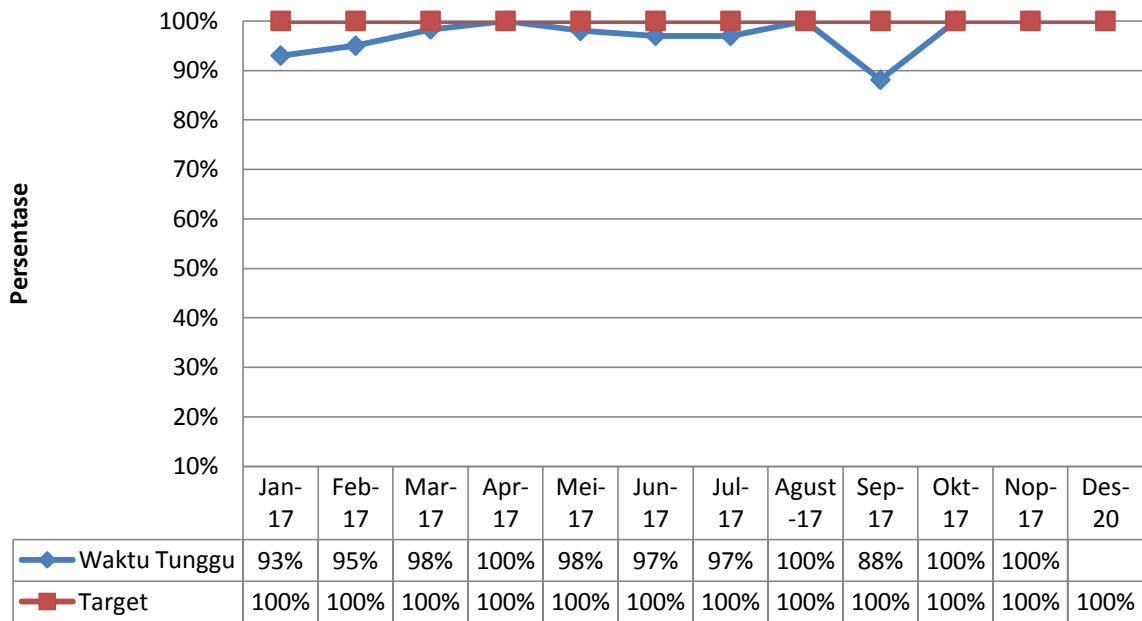


2. Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium Untuk Darah Rutin Dan Kimia Non Cito

Indikator Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium Bulan November 2017

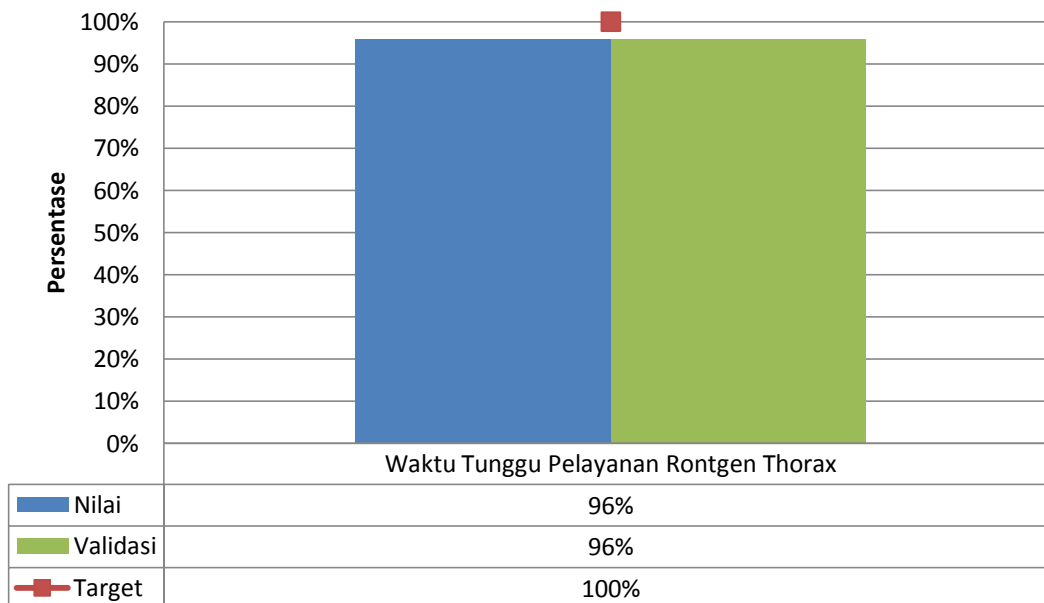


Perbandingan Indikator Mutu Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

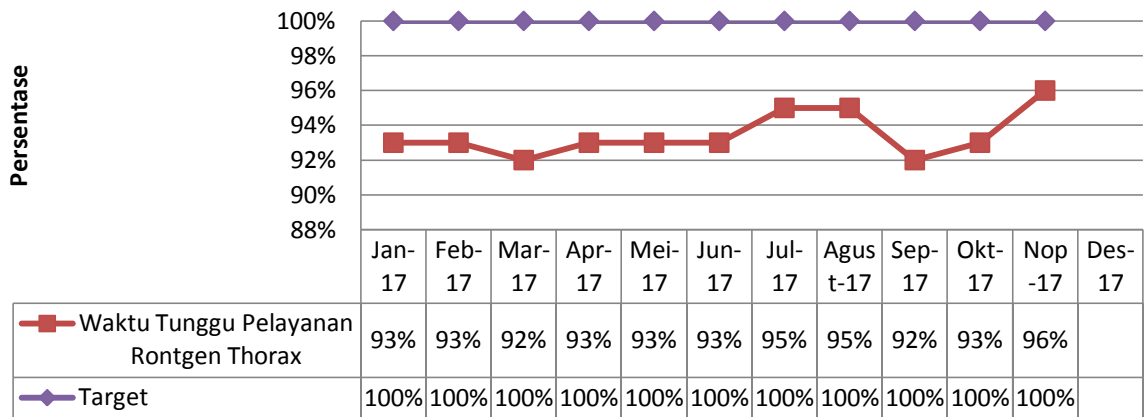


3. Waktu Tunggu Pelayanan Rontgen Thorax Rutin

Indikator Waktu Tunggu Pelayanan Rontgen Bulan November 2017



Perbandingan Indikator Waktu Tunggu Pelayanan Rontgen Thorax Rutin



Analisis Permasalahan

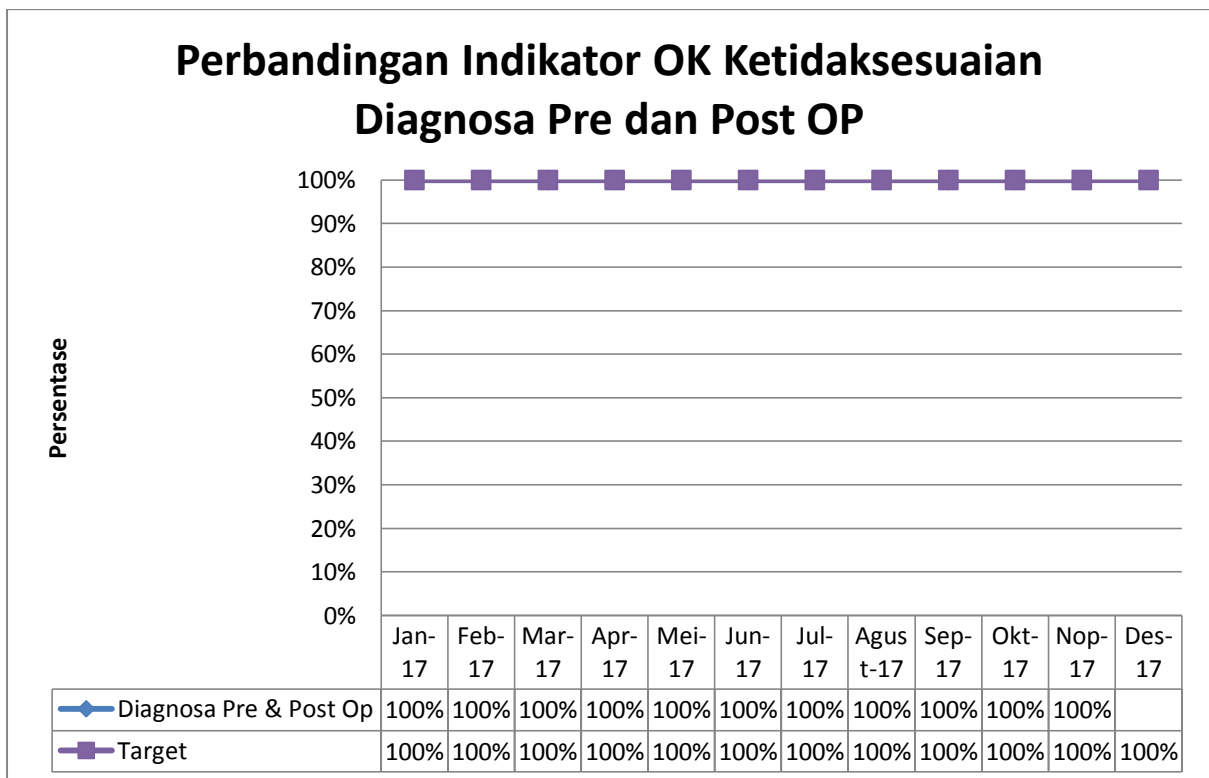
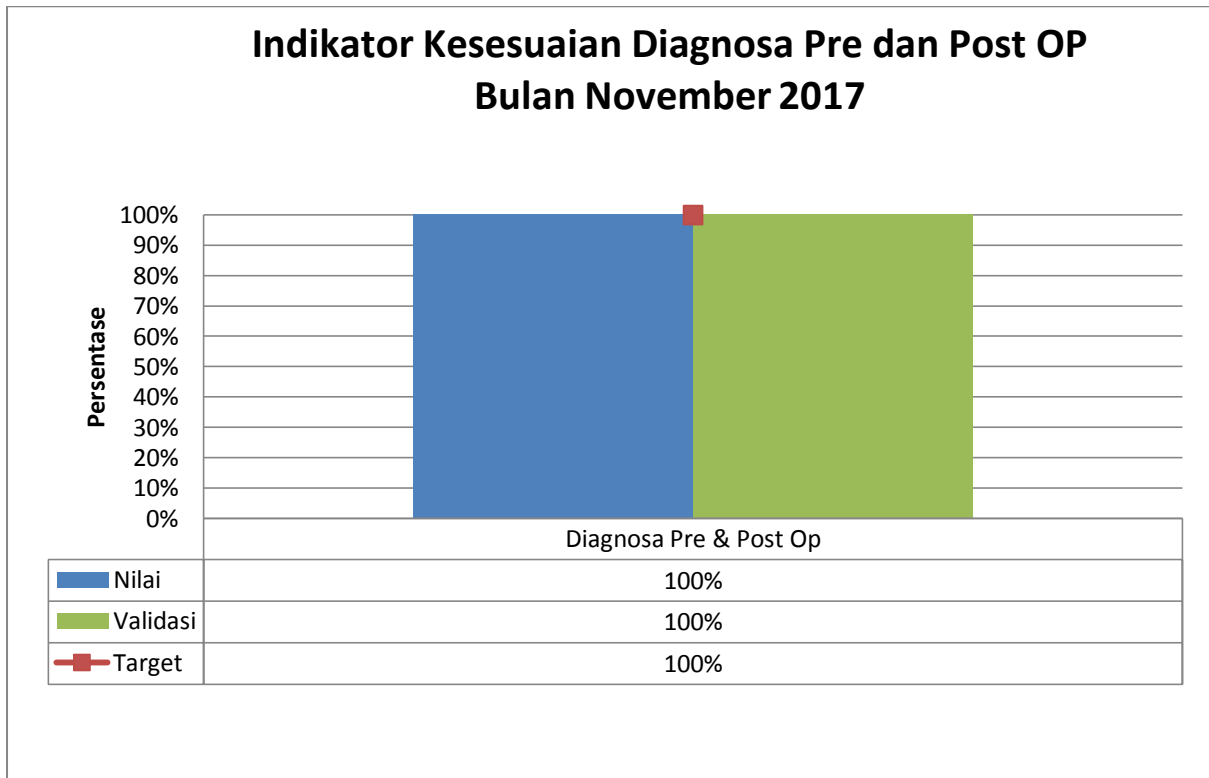
Belum mencapai target di bulan November karena masih belum terdapat dokter spesialis radiologi full timer

| Plan | Do | Study | Act |
|--|--|---|---|
| - Meningkatkan angka waktu tunggu pemeriksaan rontgen thorax rutin | - Mencari dokter spesialis rdiologi full timer | - Unit belum mencapai target dikarenakan belum adanya dokter radiologi yang menjadi dokter full timer | Mengajukan permintaan ke bidang pelayanan medis untuk mencari dokter radiologi yang bersedia full timer |

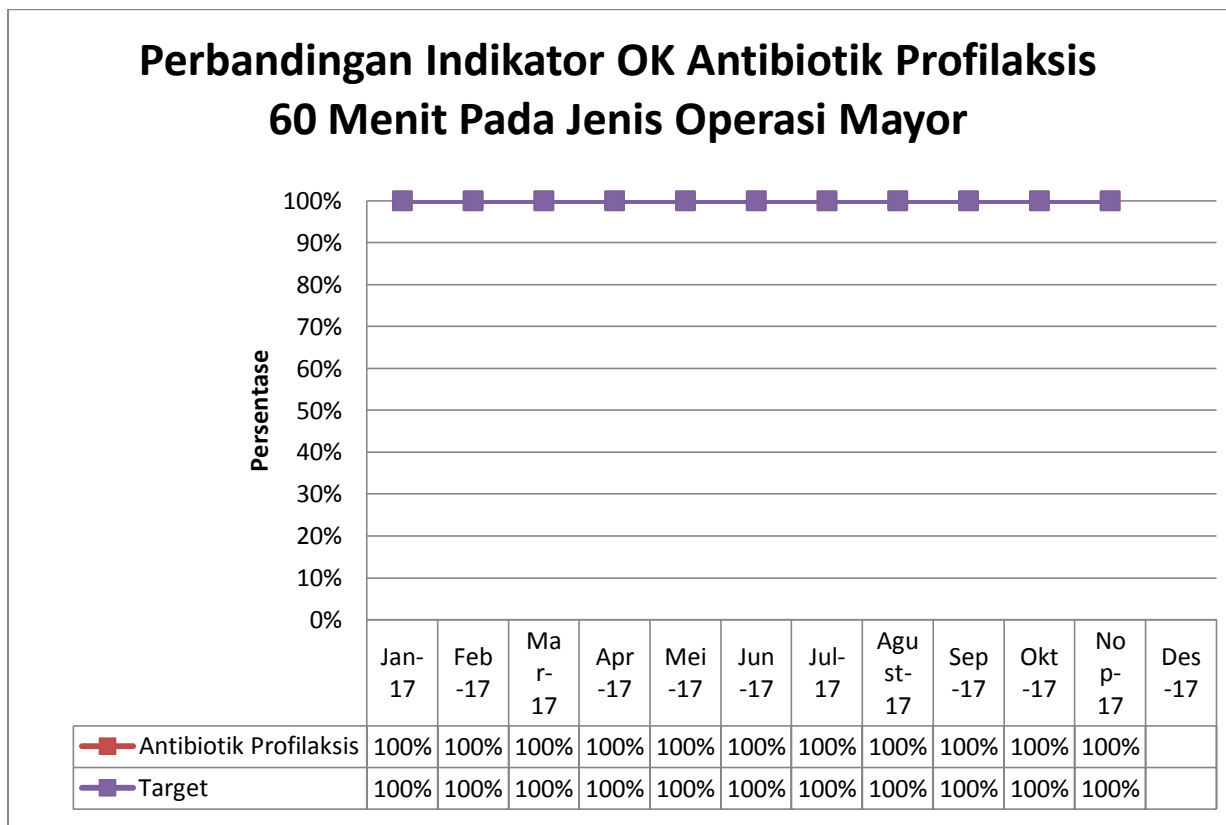
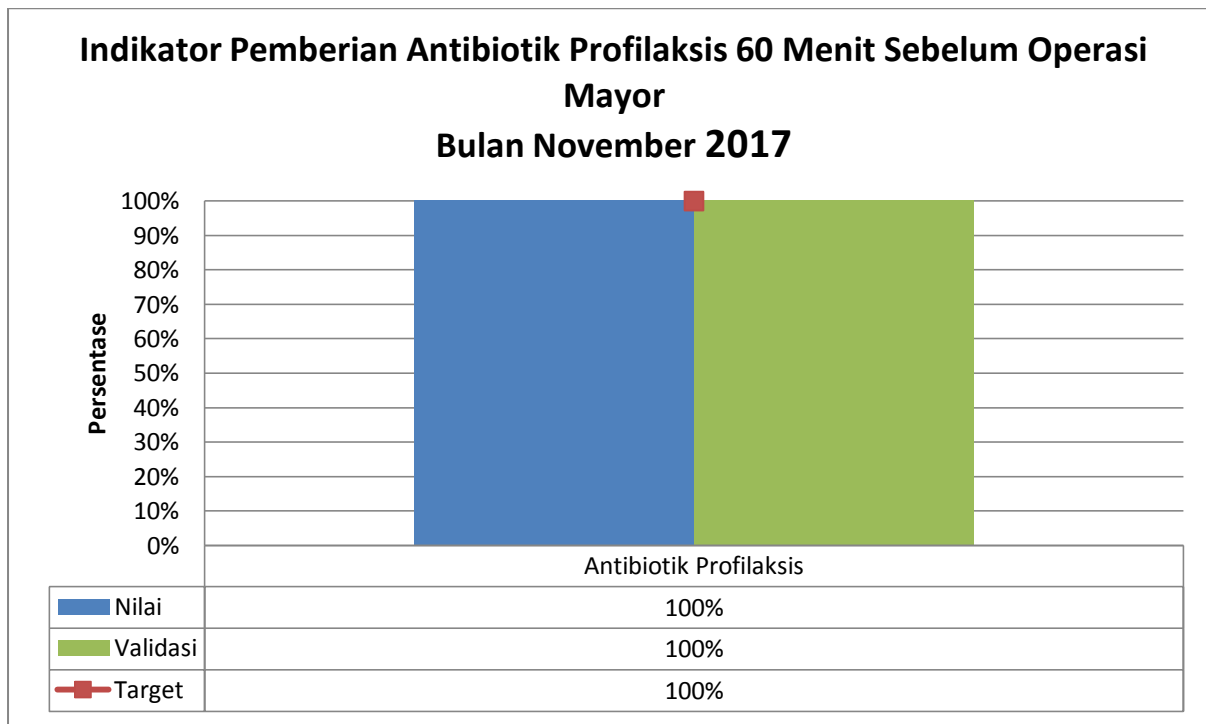
Rencana Tindak Lanjut

| Why | What | When | Who | Where | How |
|---|---|---|--|----------------------------|---|
| Angka waktu tunggu pemeriksaan rontgen thorax rutin belum mencapai target | Waktu tunggu pemeriksaan rontgen thorax rutin < 6 jam akan meningkatkan efektivitas pelayanan kepada pasien | Diharapkan terjadi peningkatan pencapaian angka waktu tunggu pemeriksaan rontgen thorax rutin | - Ka Radiologi Manager Pelayanan Medis | Unit Radiologi RSU Zahirah | Mencari dokter spesialis radiologi yang bersedia menjadi dokter full timer di RSU Zahirah |

4.Kesesuaian Diagnosa Pre dan Post OP

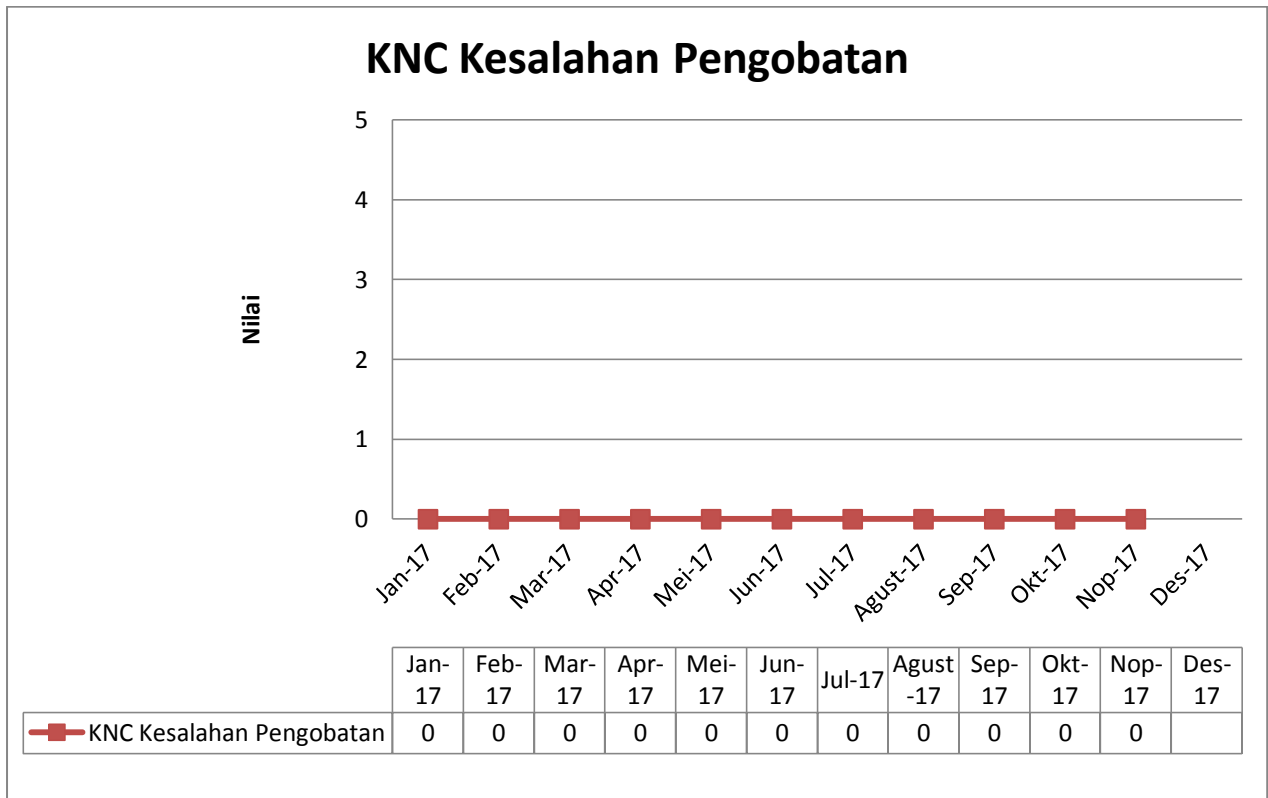


5. Pemberian Antibiotik Profilaksis 60 Menit Sebelum Operasi Mayor



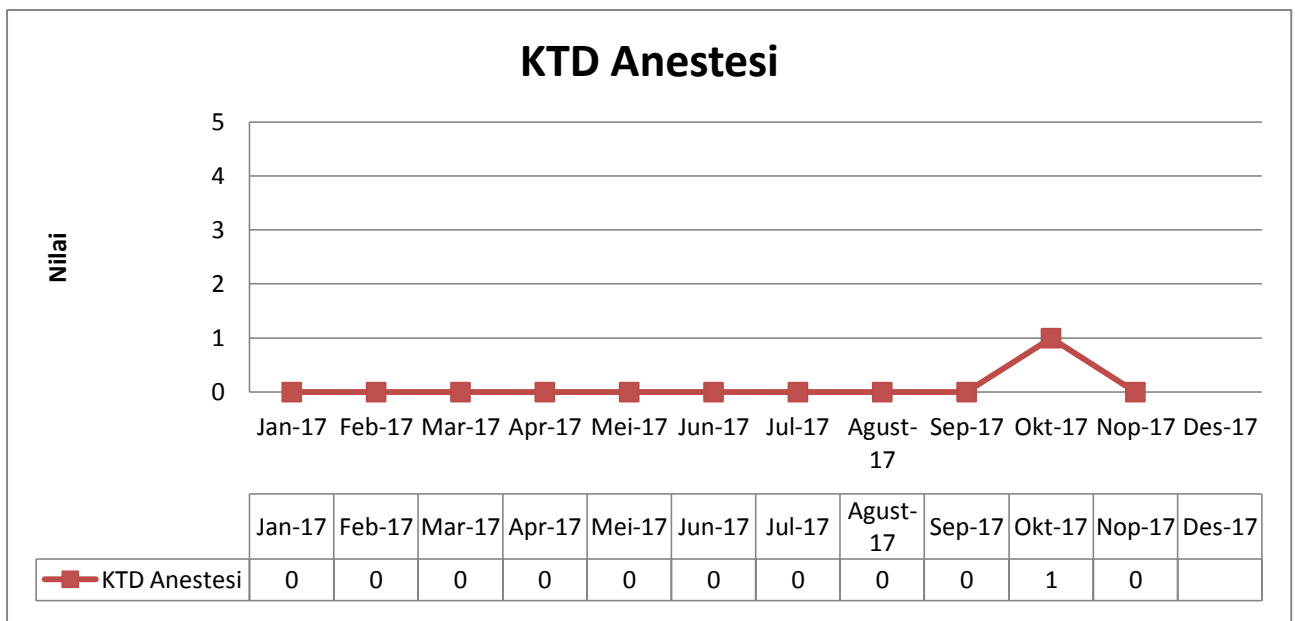
6. Kejadian kesalahan dan kejadian nyaris cedera yang terkait dengan kesalahan pengobatan

Tidak ada Kejadian



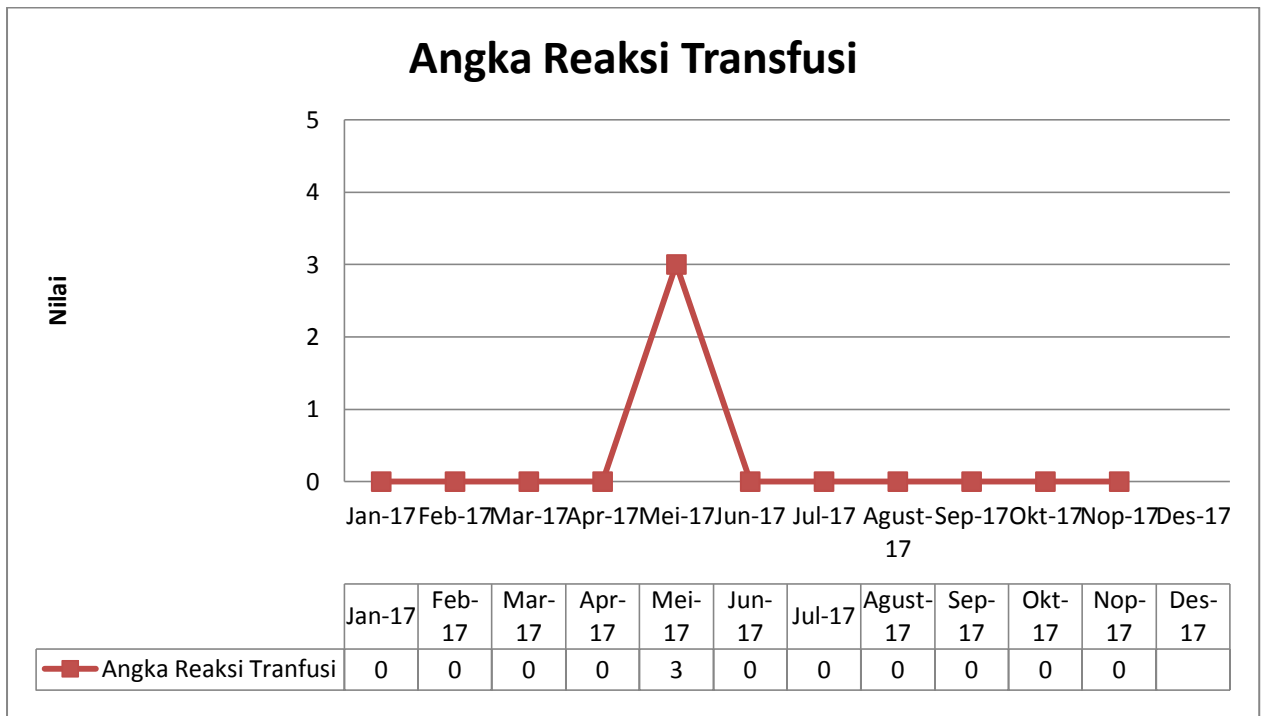
7. KTD selama anestesi

Tidak ada Kejadian

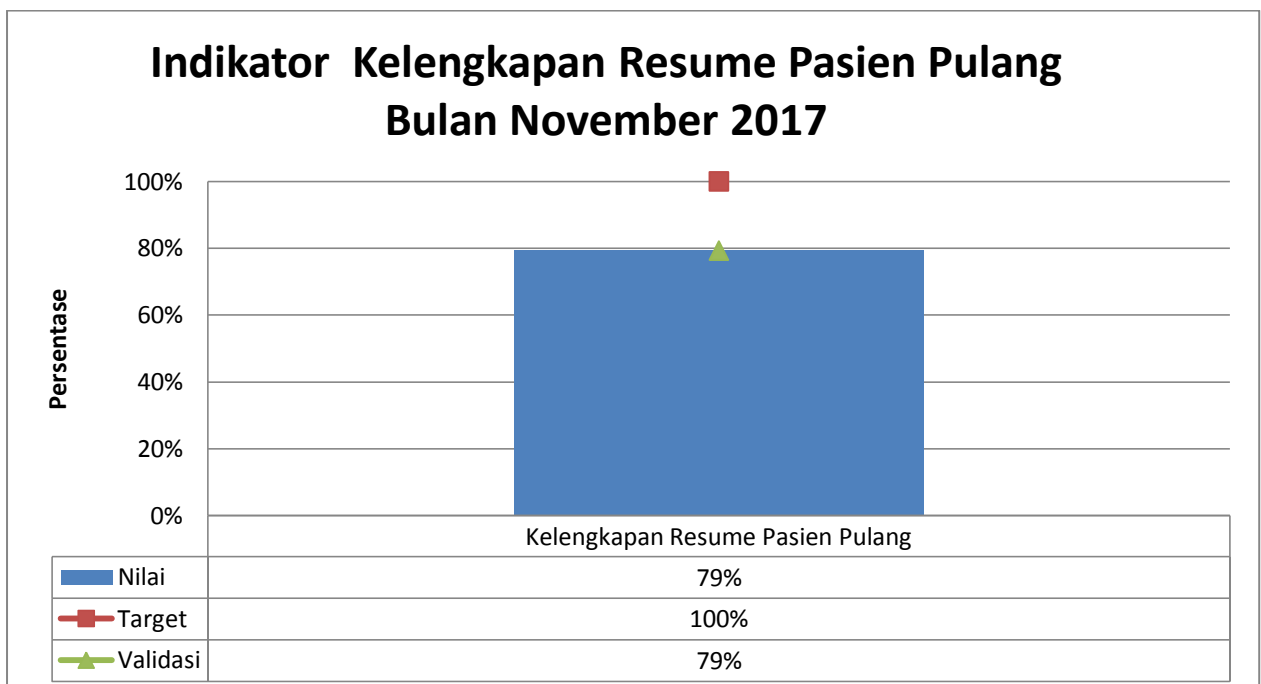


8. Angka Reaksi transfusi

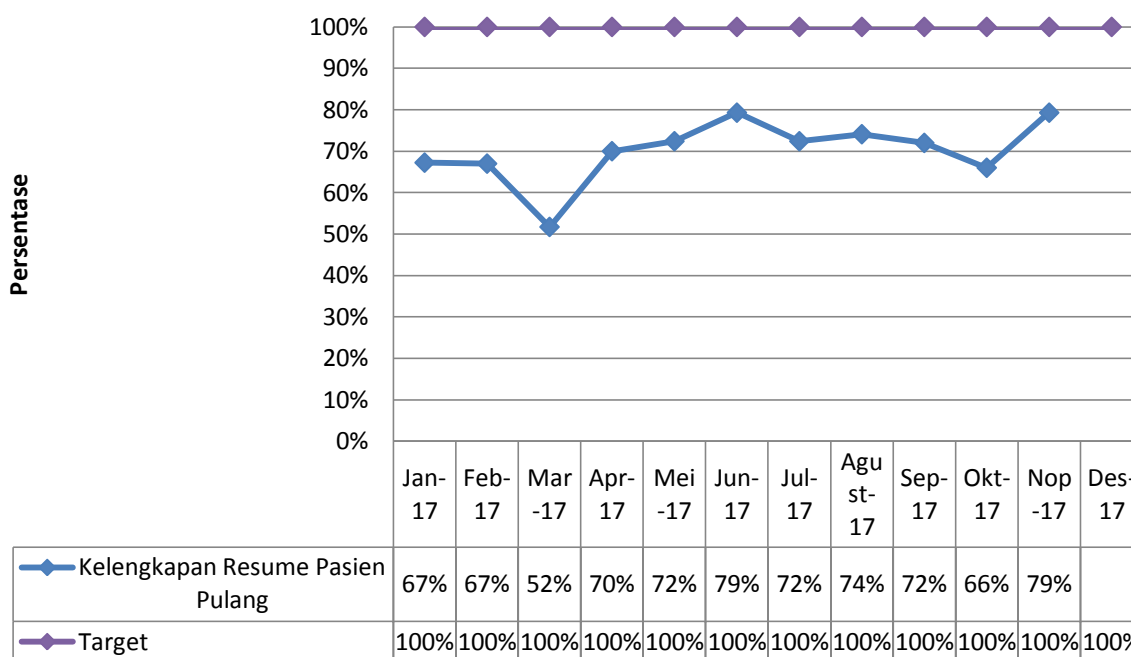
Tidak ada Kejadian



9. Kelengkapan Resume Pasien Pulang



Perbandingan Indikator Mutu Kelengkapan Resume Pasien Pulang



Analisis Permasalahan

Ada beberapa DPJP yang belum mengisi resume ketika pasien pulang, tetapi mengisi ketika berada di poliklinik saat praktek

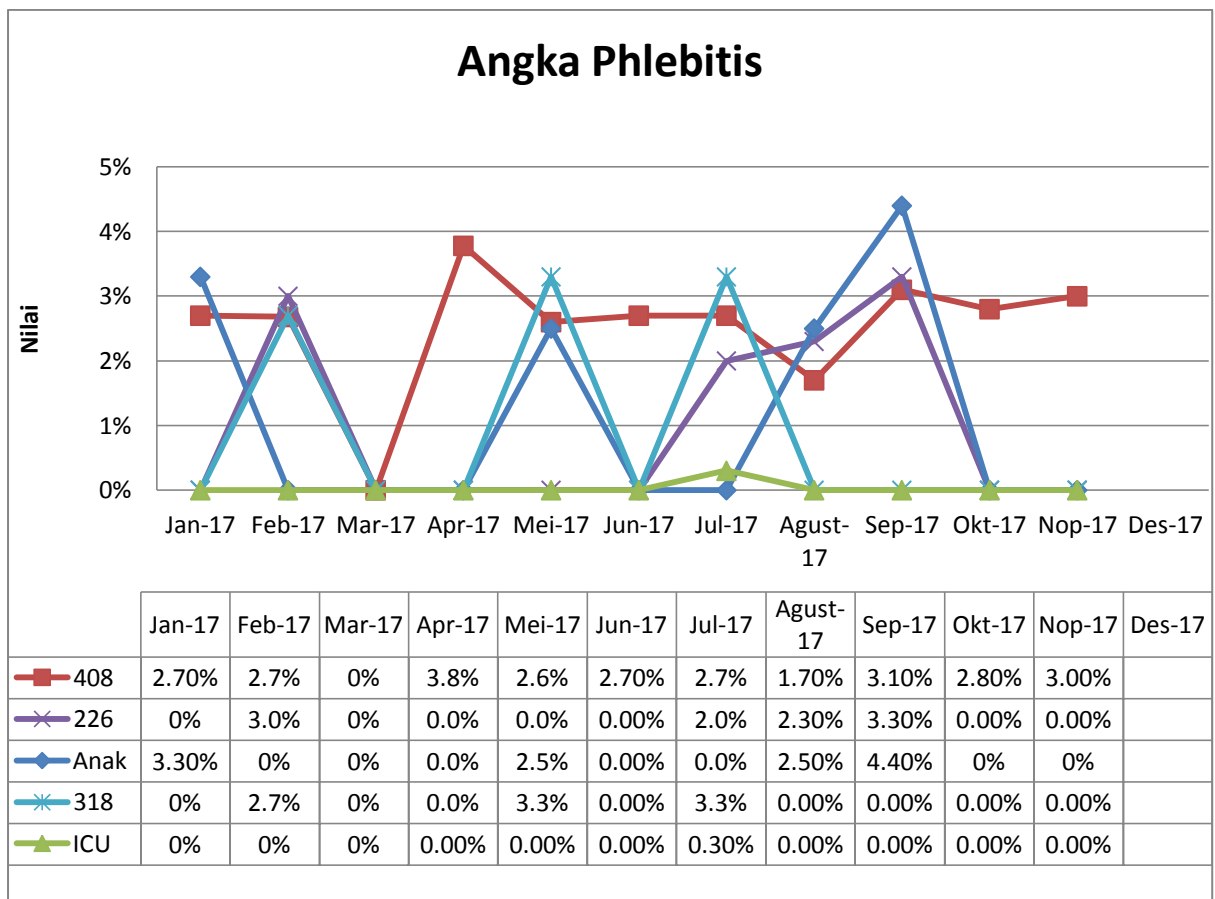
| Plan | Do | Study | Act |
|---|--|--|---|
| - Meningkatkan kelengkapan pengisian resume pasien pulang | - Sosialisasi dan edukasi kepada dokter dalam pengisian resume | - Kelengkapan resume pasien pulang belum mencapai target | - Direktur Menerbitkan surat pemberitahuan kepada setiap dokter perihal pengisian resume - Pengisian resume dapat dilakukan oleh dokter jaga ruangan bila diperlukan |

Rencana Tindak Lanjut

| Why | What | When | Who | Where | How |
|---------------------------|--|---|-------------------------|-----------------|--|
| Kelengkapan resume pasien | Kelengkapan resume pasien pulang harus | Diharapkan terjadi peningkatan pencapaian | Manajer Pelayanan Medis | Unit Rawat inap | Pemberitahuan ulang kepada dokter yang belum |

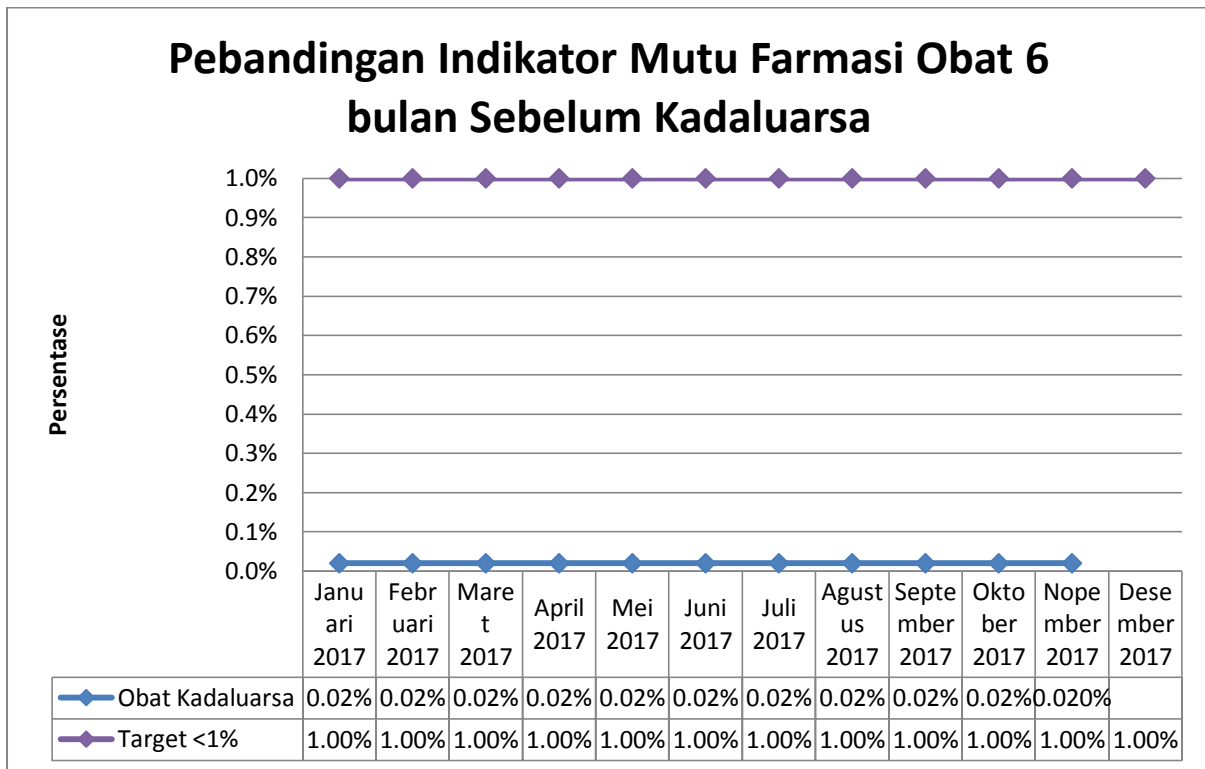
| | | | | | |
|------------------------------|---|--|--------------------|--|--|
| pulang belum mencapai target | diisi DPJP dalam 2x24 jam setelah pasien pulang | angka kelengkapan resume pasien pulang | Ka unit rawat inap | | melengkapi data resume pasien pulang Peran aktif dari Ka unit dan PJ shift untuk mengingatkan DPJP dalam mengisi resume |
|------------------------------|---|--|--------------------|--|--|

10. Angka Phlebitis

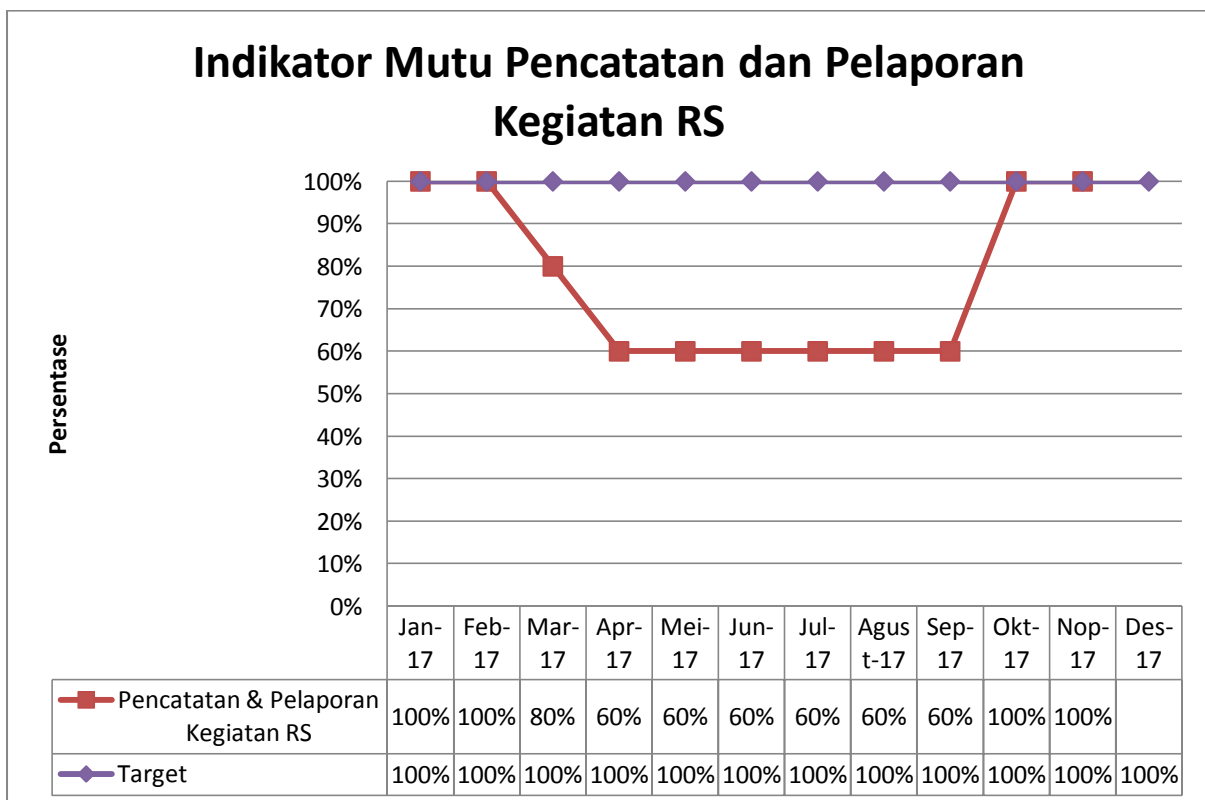


III. INDIKATOR MUTU MANAJERIAL

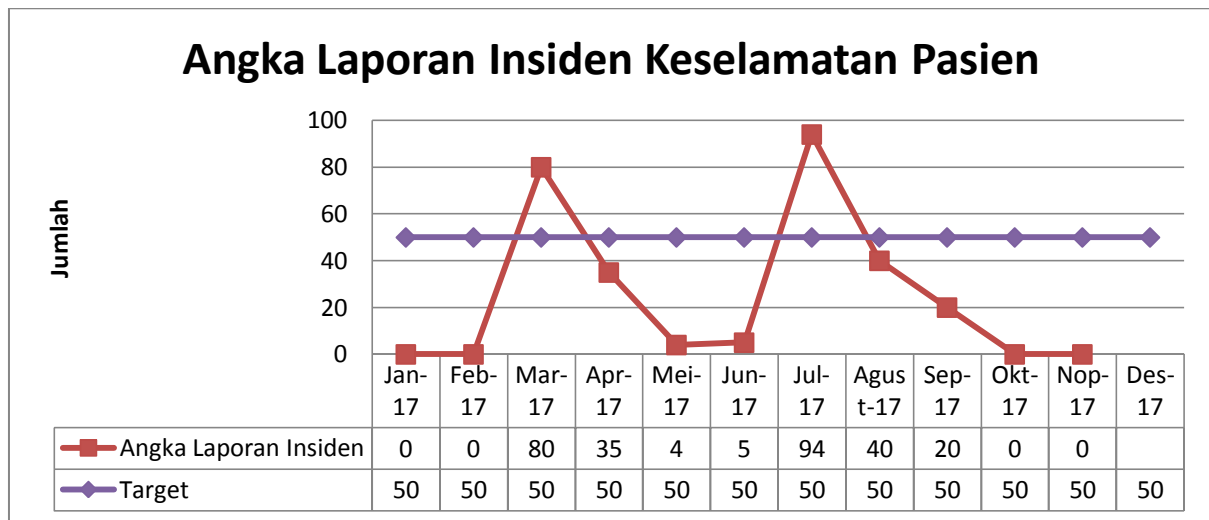
1. Obat 6 Bulan Sebelum Kadaluarsa



2. Pencatatan dan pelaporan Kegiatan RS

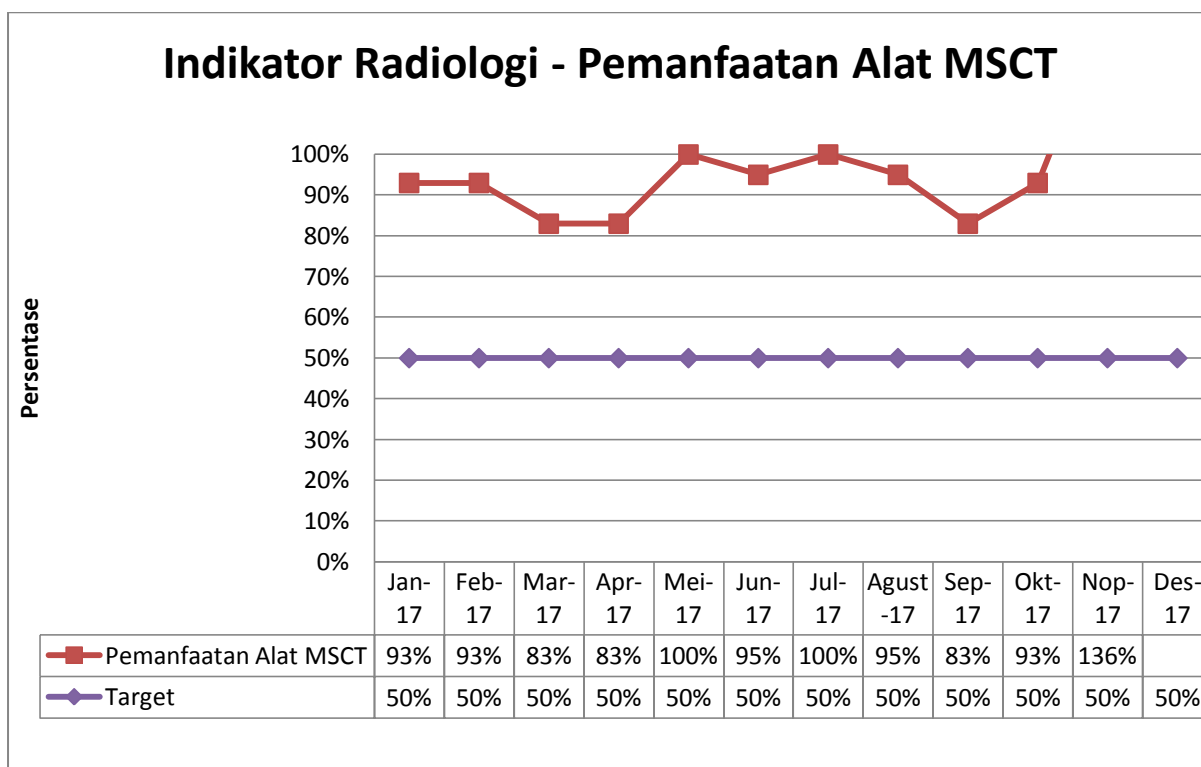


3. Angka laporan Insiden

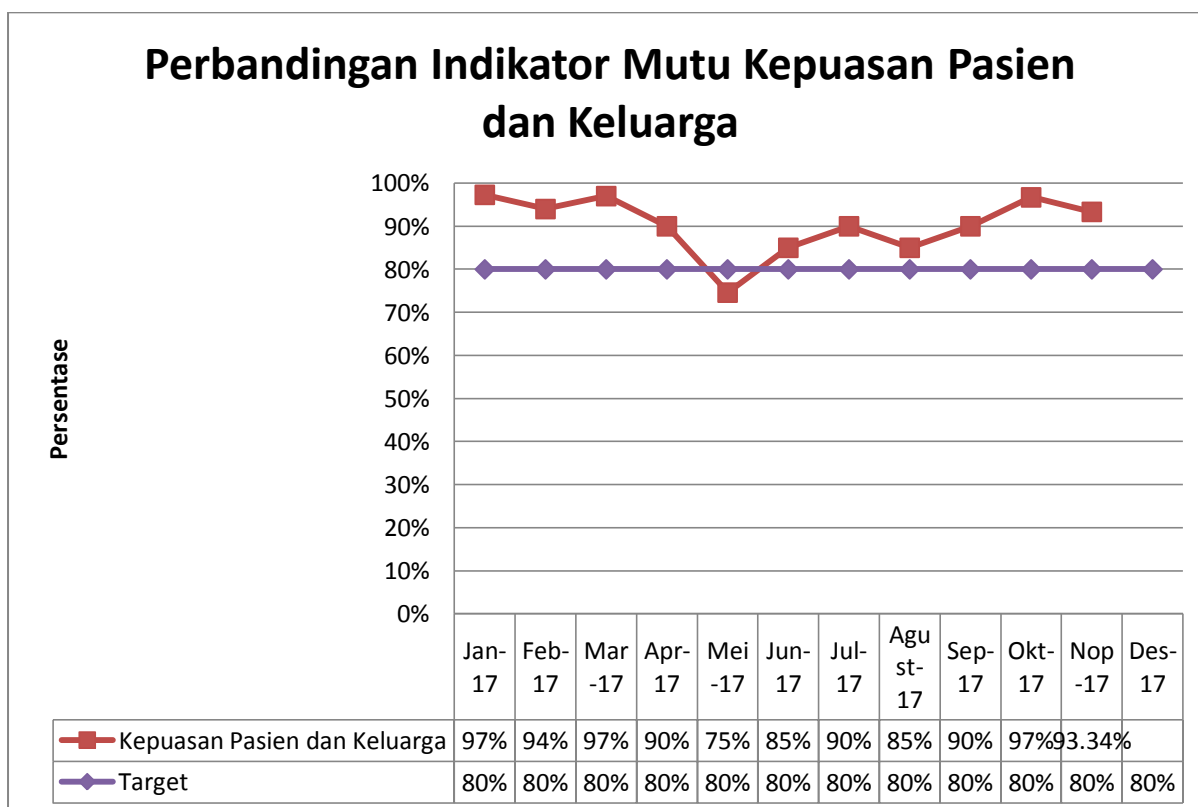


| Analisis Permasalahan | | | | | |
|--|--|---|--|---------------------------|--|
| Budaya melapor yang masih lemah | | | | | |
| Plan | Do | Study | Act | | |
| - Menumbuhkan budaya melapor di semua staf | - Sosialisasi dan edukasi seluruh staf tentang pentingnya budaya melapor di RS | - Laporan insiden yang masuk masih sedikit - Budaya melapor masih kurang | - Menyediakan buku di masing-masing unit untuk diisi setiap insiden yang ada di unitnya dan dikumpulkan 1x seminggu. | | |
| Rencana Tindak Lanjut | | | | | |
| Why | What | When | Who | Where | How |
| Angka laporan insiden yang masuk masih sedikit | Setiap staf diharapkan mengisi laporan insiden apa pun yang diketahui atau langsung mengalami insiden tersebut | Diharapkan terdapat budaya melapor yang bagus di semua staf | Semua staf di RSU Zahirah | Semua unit di RSU Zahirah | Membuat buku insiden yang harus diisi oleh masing-masing unit. Buku tersebut akan rutin dikumpulkan 1x seminggu. |

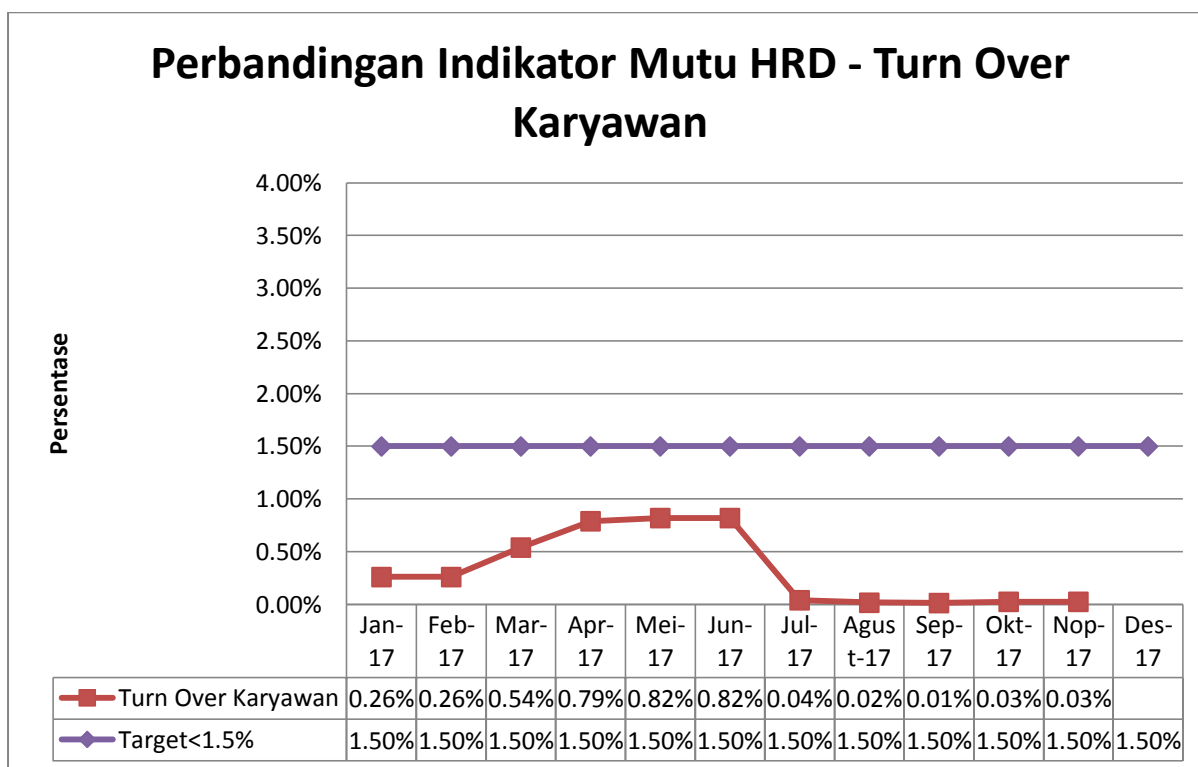
4. Pemanfaatan Alat MSCT



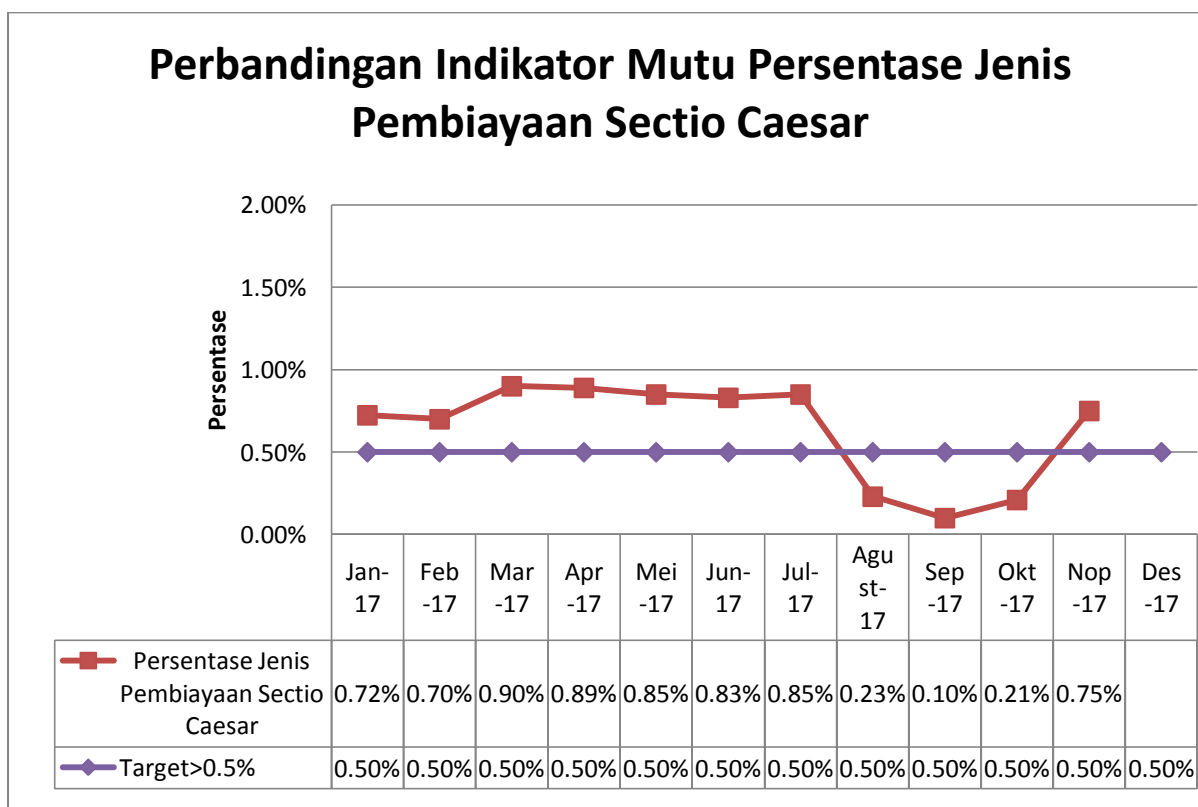
5. Kepuasan Pasien Dan Keluarga



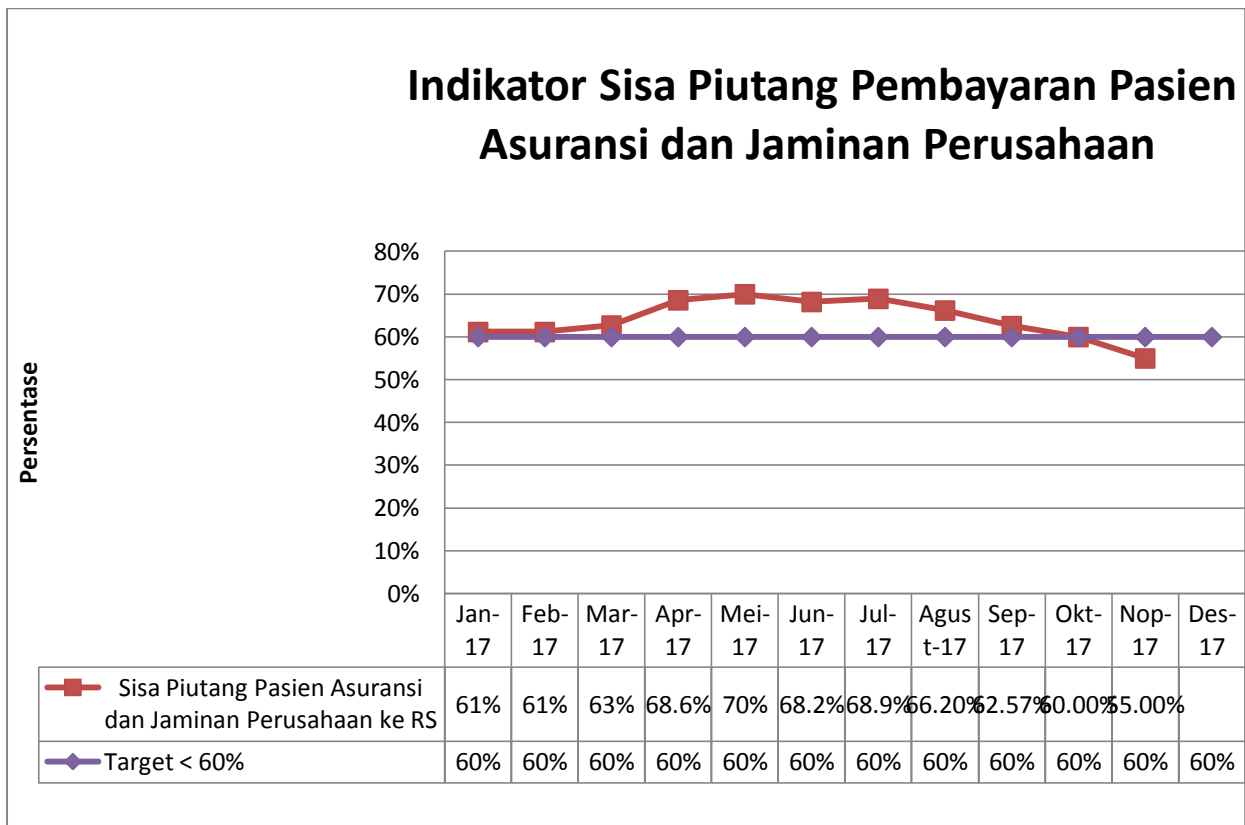
6. Angka Turn Over Karyawan



7. Persentase Jenis Pembiayaan Sectio Caesar

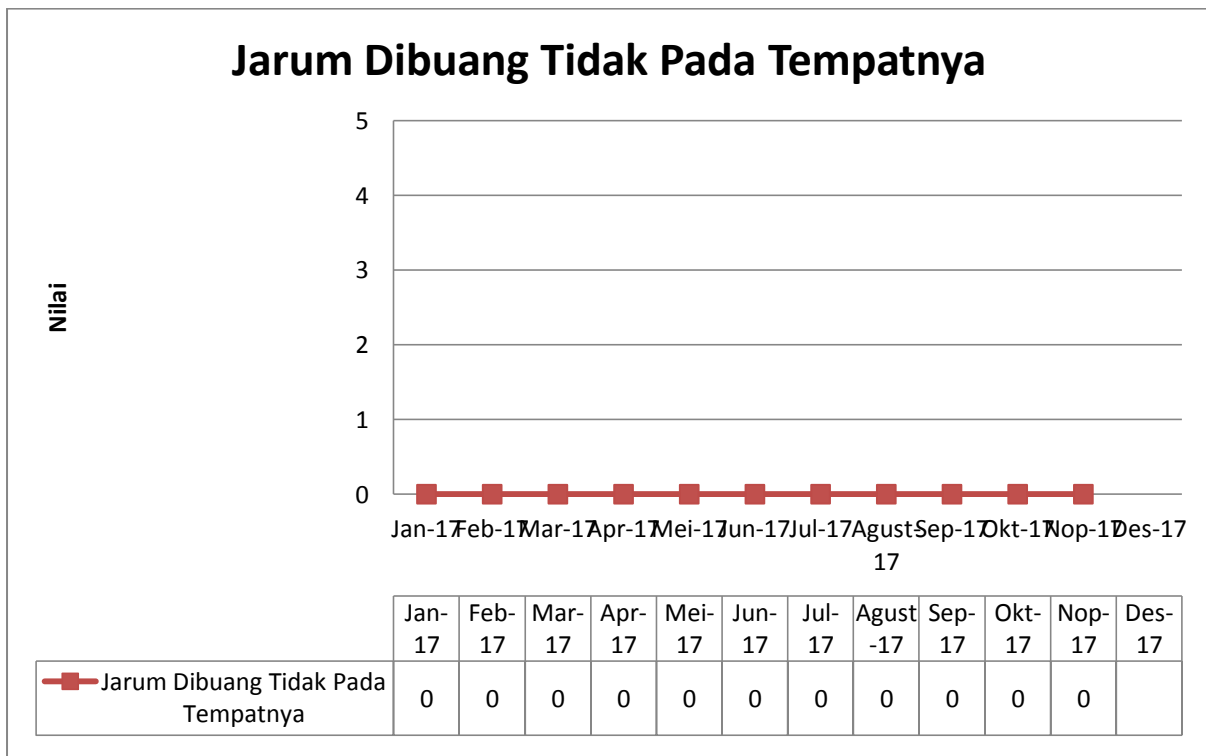


8. Sisa Piutang Pembayaran Pasien Asuransi Dan jaminan Perusahaan

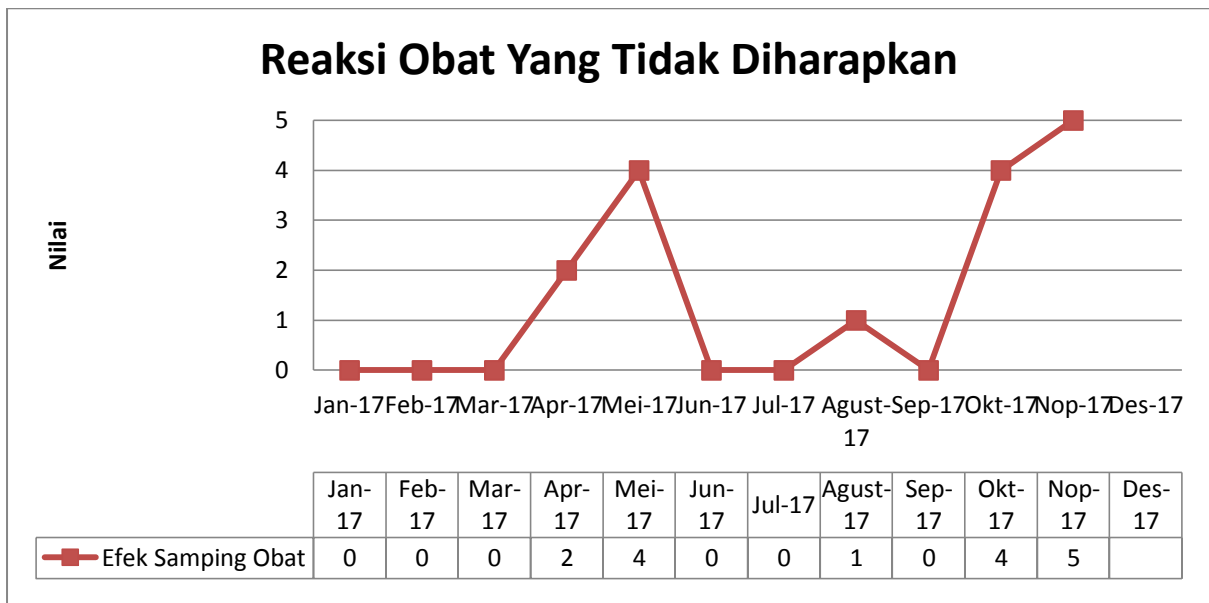


9. Jarum dibuang tidak pada tempatnya

Tidak ada Kejadian



IV. Reaksi obat yang tidak diharapkan



V. Ketidaksesuaian Diagnosa Pre dan Pot Operasi

Tidak Ada Kejadian

