

**LAPORAN ANALISA, MONITORING,  
EVALUASI, DAN TINDAK LANJUT  
34 INDIKATOR MUTU PRIORITAS**

**TRIWULAN I TAHUN 2015**

**RSJD Dr RM SOEDJARWADI PROVINSI JAWA TENGAH**

LAPORAN ANALISA, MONITORING, EVALUASI, DAN  
TINDAK LANJUT

34 INDIKATOR MUTU PRIORITAS

RSJD Dr RM SOEDJARWADI KLATEN

LEMBAR PENGESAHAN

**Mengetahui**

Ketua Dewan Pengawas

Drs. Sudaryanto, M.Si

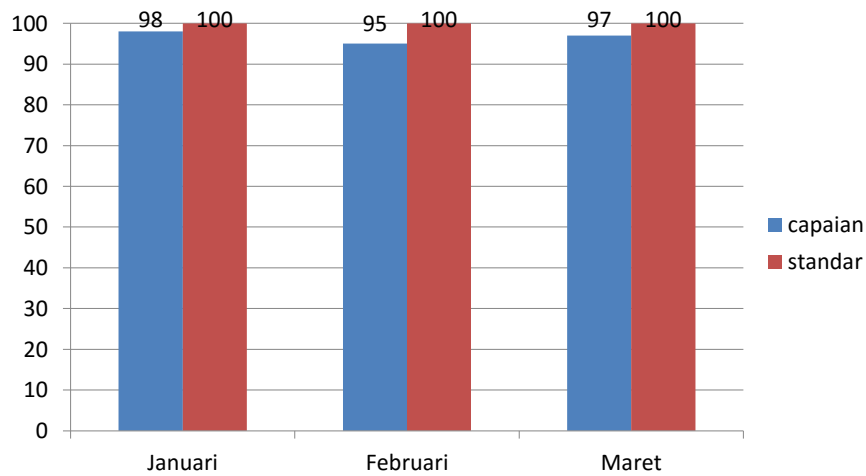
**Direktur**

RSJD Dr. RM. Soedjarwadi  
Provinsi Jawa Tengah

**dr. Tri Kuncoro, M.M.R**

Pembina Tk. I  
NIP. 196505261997031006

## IAK 1. Angka kelengkapan diagnosis awal medis rawat inap

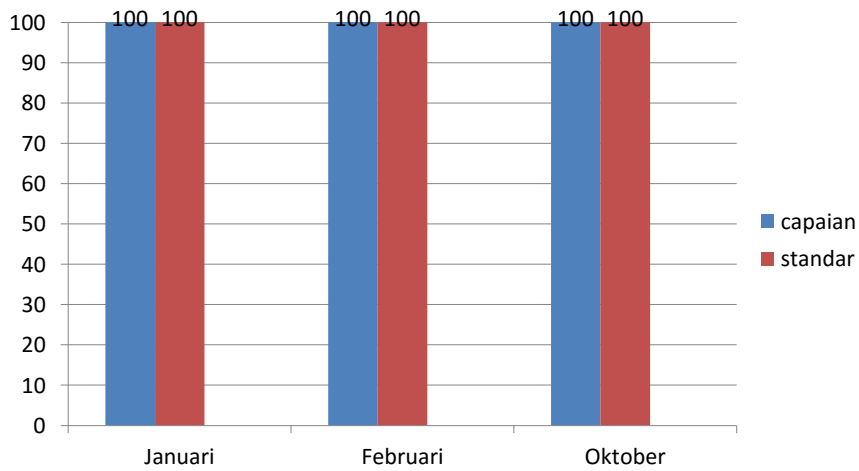


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target angka kelengkapan diagnosis awal medis 100%	Komite Medik dan Kepala Ruang menghimbau Dokter IGD dan DPJP melengkapi diagnosis awal medic	Capaian target belum sesuai standar 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi ruang rawat inap</li> <li>2. Himbauan oleh Komite Medik dalam rapat rutin</li> <li>3. Penyampaian hasil capaian oleh panitia mutu</li> </ol>

### Analisa data

Terjadi penurunan capaian target pada bulan februari dan maret. Hal ini terjadi dikarenakan belum lengkapnya pengisian diagnosis Axis 1-5 pada pasien jiwa.

## IAK.2 Respon time pelaporan hasil critical value

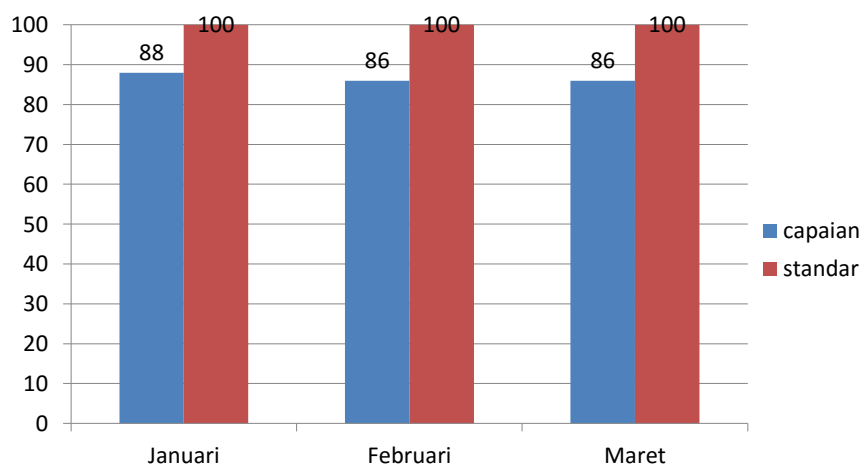


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target angka kelengkapan diagnosis awal medis 100%	Kepala Instalasi senantiasa mengingatkan supaya petugas laboratorium melaporkan Critical value dalam waktu kurang dari 30 menit	Capaian target dalam 3 bulan terakhir 100 %	Membuat Indikator baru

Analisa data

Capaian indikator sudah sesuai target standar 100 %

## IAK.2B. Tidak ada kesalahan input identitas dan hasil laboratorium

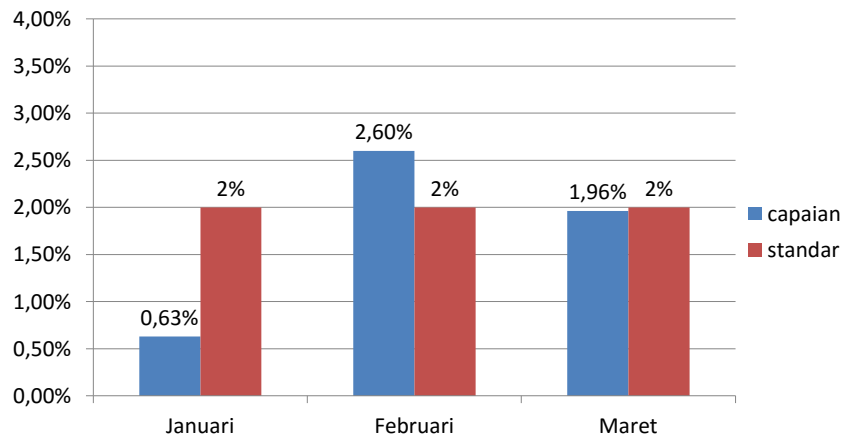


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apabila dalam satu shift petugas laboratorium lebih dari satu yang lain mengecek input data</li> <li>2. Petugas shift pagi senantiasa mengecek input data</li> </ol>	Dalama 3 bulan terakhir ada kenaikan capaian sampai bulan Nopember sebesar 89 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi oleh Ka. Inst. Laboratorium dan Panitia Mutu</li> <li>2. Usulan input SIM terintegrasi dengan rekam medis</li> </ol>

### Analisa data

Capaian indikator masih belum sesuai dengan standar, hal ini dikarenakan input data identitas hasil laboratorium masih dengan manual belum terintegrasi dengan SIM rekam medis.

## IAK.3 Angka Pengulangan Pemeriksaan Radiologi

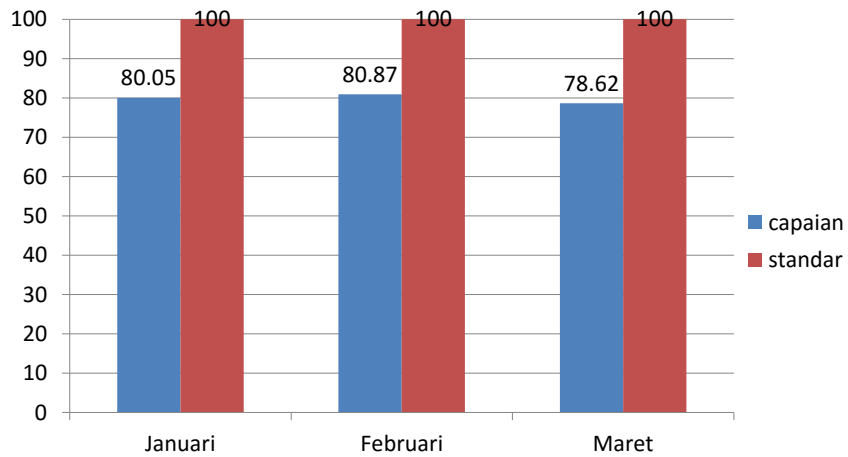


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan angka pengulangan pemeriksaan radiologi di bawah 2%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas Radiologi melakukan pemeriksaan radiologi sesuai SOP</li> <li>2. Supervisi Kepala Ruang terhadap kepatuhan SOP</li> <li>3. Mengupayakan stabilisasi aliran listrik dengan berkoordinasi dengan ISPRS</li> </ol>	Pada bulan Februari angka pengulangan pemeriksaan radiologi lebih dari 2% yaitu 2,6 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi oleh Ka. Inst. Radiologi dan Kepala Ruang</li> <li>2. Meningkatkan kepatuhan SOP pemeriksaan</li> <li>3. Mengupayakan stabilisasi aliran listrik dengan berkoordinasi dengan ISPRS</li> <li>4. Revisi SOP jika diperlukan</li> </ol>

### Analisa data

Pada bulan Februari angka kesalahan pengulangan 2,6 % hal ini dikarenakan tegangan listrik dari PLN yang tidak stabil. Serta adanya ketidakpatuhan petugas terhadap SOP.

## IAK.5.Tidak Adanya Penulisan Resep Dengan Polifarmasi

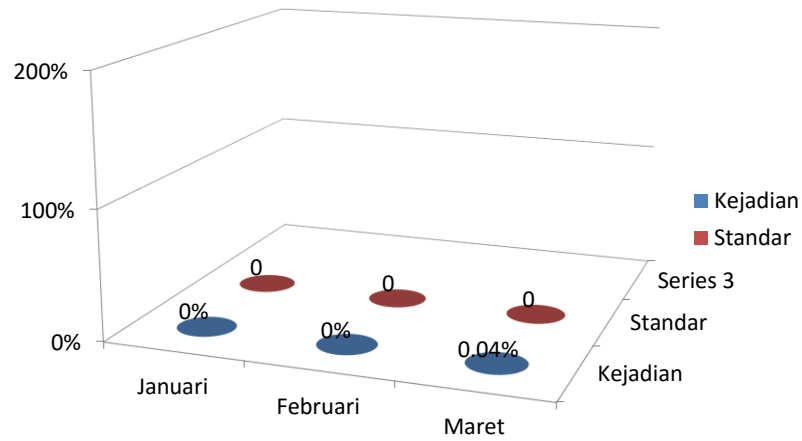


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Koordinasi antara Ka. Inst. Farmasi dengan Komite Medik</li> <li>Himbauan oleh Komite Medik di setiap pertemuan rutin</li> </ol>	Pada bulan januari sampai maret tidak adanya polifarmasi masih berkisar sekitar 80 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Koordinasi antara Ka. Inst. Farmasi dengan Komite Medik</li> <li>Himbauan oleh Komite Medik di setiap pertemuan rutin</li> </ol>

### Analisa Data

Pada triwulan 1 angka tidak adanya penulisan resep polifarmasi masih belum mencapai target 100 %, perlu adanya koordinasi antara bagian farmasi dengan Komite Medik. Perlu sosialisasi yang tentang kemungkinan side effect yang terjadi dengan adanya obat polifarmasi.

## IAK.6 Kesalahan Penyerahan Obat dari Farmasi ke rawat Inap



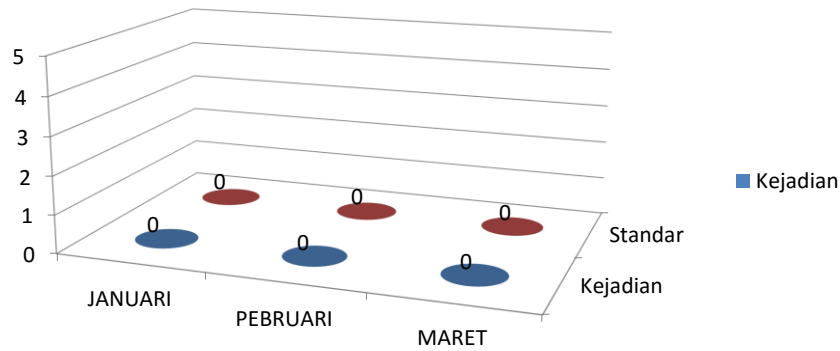
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan tidak terjadi kesalahan penyerahan obat	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pengecekan ulang sebelum menyerahkan obat</li> <li>Pemberian label pada obat-obat LASA dan High Alert</li> </ol>	Pada bulan Januari sampai Maret tidak ada kejadian kesalahan penyerahan obat	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pengecekan ulang sebelum menyerahkan obat</li> <li>Pemberian label pada obat-obat LASA dan High Alert</li> </ol>

### Analisa Data

Pada triwulan 1 tidak ada kesalahan penyerahan obat dari farmasi ke rawat inap. Hal ini perlu dipertahankan terus.



### IAK.7 Pemantauan Efek Samping Perpanjangan Apneu Pada Tindakan ECT Premedikasi

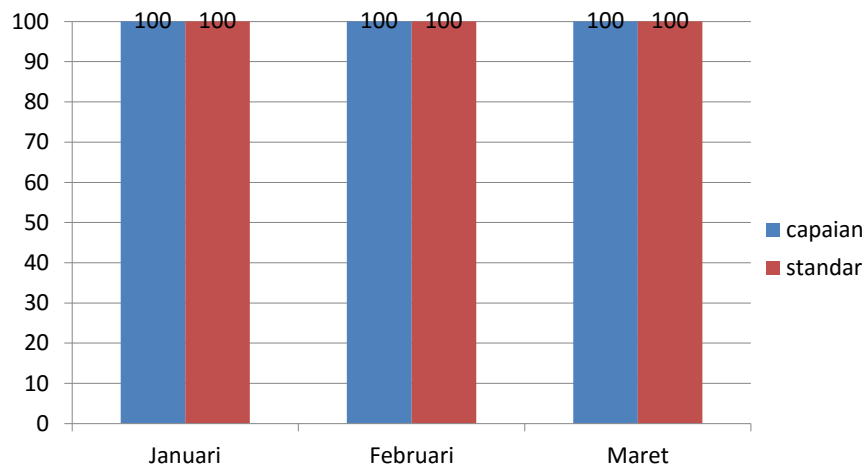


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan pemantauan efek samping perpanjangan apneu pada pasien ECT premedikasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dokter Anaestesi dan Penata Anaestesi senantiasa melakukan pengisian blanko monitoring pasien ECT Premedikasi</li> <li>Berhati-hati terhadap reaksi interaksi obat</li> </ol>	Pada bulan Agustus terjadi 1 pasien dengan perpanjangan apneu	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dokter Anaestesi dan Penata Anaestesi senantiasa melakukan pengisian blanko monitoring pasien ECT Premedikasi</li> <li>Berhati-hati terhadap reaksi interaksi obat</li> <li>Melakukan rujukan bila perlu</li> <li>Mengusulkan ruang ICU</li> </ol>

#### Analisa Data

Pada triwulan 1 tidak ada kejadian perpanjangan apneu pada pasien premedikasi anestesi

## IAK.9 Waktu Penyediaan Dokumen Rawat Jalan

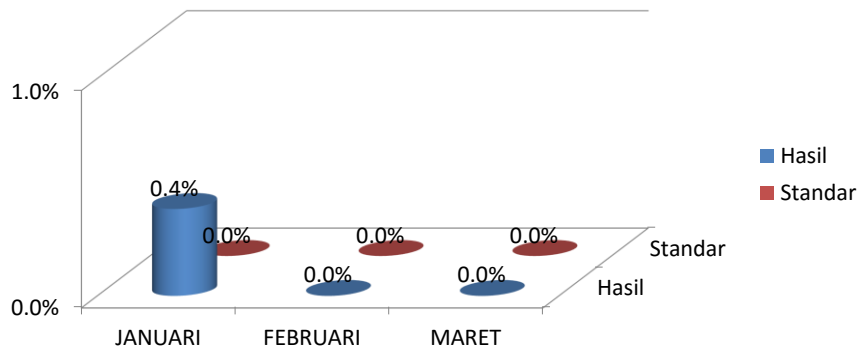


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penambahan tenaga</li> <li>2. Perbaikan ruangan</li> <li>3. Penambahan rak</li> <li>4. Revisi profil indikator</li> <li>5. Meningkatkan kedisiplinan pegawai</li> </ol>	Capaian target 100% dari bulan Agustus sampai Nopember	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan capaian</li> <li>2. Usulan indikator baru</li> </ol>

### Analisa Data

Waktu penyediaan dokumen rawat jalan pada triwulan 1 sudah 100% perlu dipertahankan dan dibuat indikator prioritas yang baru

## IAK. 10 ANGKA INFEKSI JARUM INFUS/PHLEBITIS

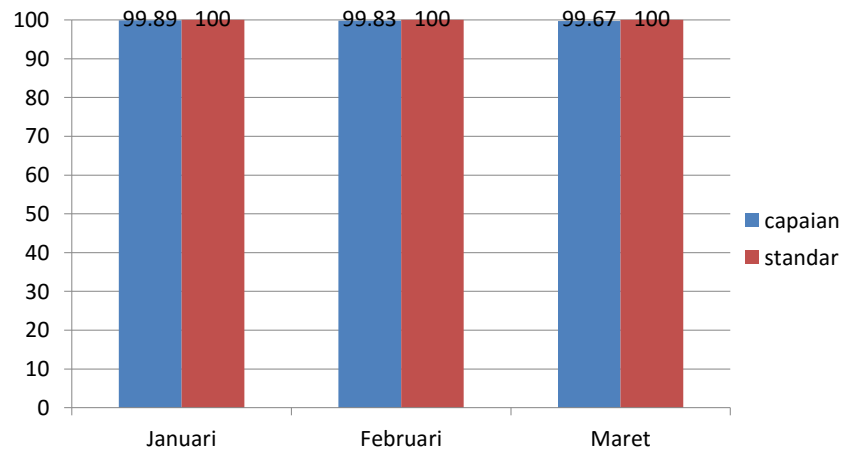


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan tidak ada kejadian plebitis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kepatuhan terhadap SOP memasang infus</li> <li>2. Kepatuhan cuci tangan</li> <li>3. Mengusulkan pengadaan iv cateter sesuai standar</li> <li>4. Pemberian tanggal dan jam pada dressing</li> <li>5. Penggantian infus tiap 3 hari</li> <li>6. Usulan memperbaiki penerangan di IGD</li> </ol>	Infeksi jarum infuse hanya terjadi pada bulan januari dengan angka 0,4 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kepatuhan terhadap SOP memasang infus</li> <li>2. Kepatuhan cuci tangan</li> <li>3. Mengusulkan pengadaan <i>iv cateter</i> sesuai standar</li> <li>4. Pemberian tanggal dan jam pada dressing</li> <li>5. Penggantian infus tiap 3 hari</li> <li>6. Usulan memperbaiki penerangan di IGD</li> </ol>

Analisa Data

Infeksi jarum infuse hanya terjadi pada bulan januari dengan angka 0,4 %

## IAM.1 Kesiediaan Obat di Instalasi Farmasi Sesuai Formularium

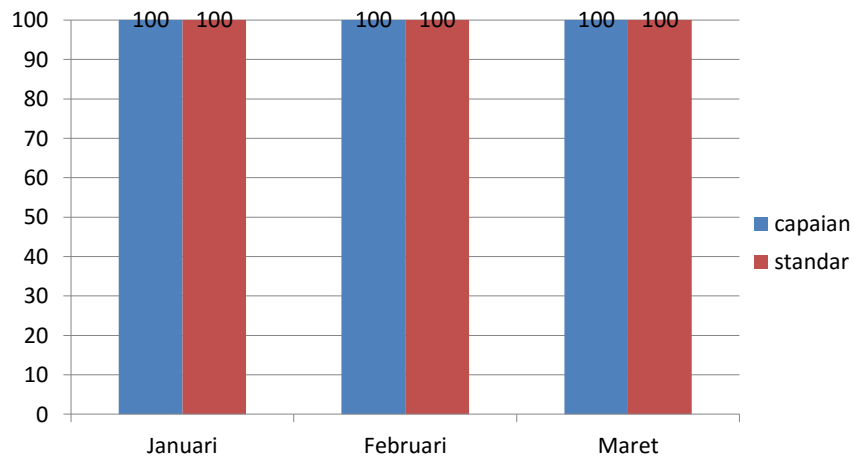


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memperbaiki Perencanaan pengadaan obat</li> <li>Membuat sistem / SOP untuk penanganan apabila obat habis</li> <li>Pengecekan stok obat.</li> <li>Pengusulan pengadaan obat segera apabila obat habis</li> </ol>	Capaian target triwulan 1 masih belum mencapai 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan capaian.</li> <li>Memperbaiki Perencanaan pengadaan obat</li> <li>Membuat sistem / SOP untuk penanganan apabila obat habis</li> <li>Pengecekan stok obat.</li> <li>Pengusulan pengadaan obat segera apabila obat habis</li> </ol>

### Analisa Data

Infeksi jarum infuse hanya terjadi pada bulan januari dengan angka 0,4 %

## IAM.2 Pemantauan Maintenance APAR

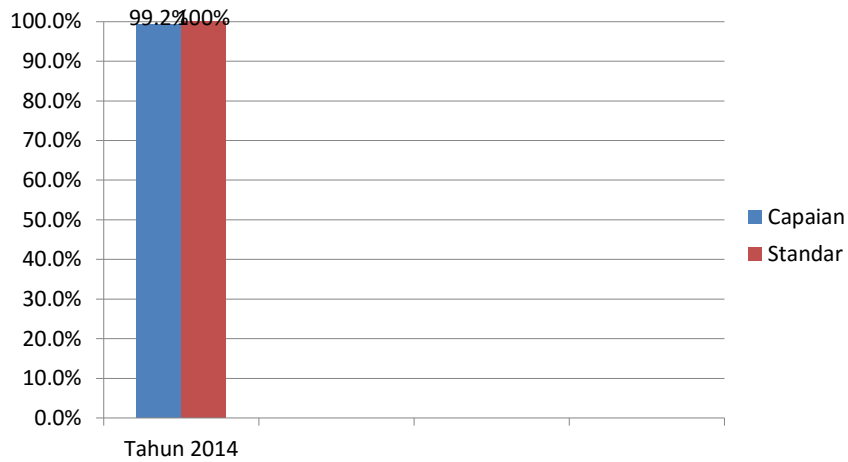


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pemantauan capaian target oleh Ka Ins Sanitasi dan K3</li> <li>Usulan penambahan tenaga.</li> </ol>	Capaian indikator sudah mencapai target 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan pencapaian target indikator.</li> <li>Mengusulkan indikator prioritas baru lainnya.</li> </ol>

### Analisa Data

Capaian indikator pemantauan maintenance APAR sudah 100 %

## IAM.3 Kalibrasi Alat medis

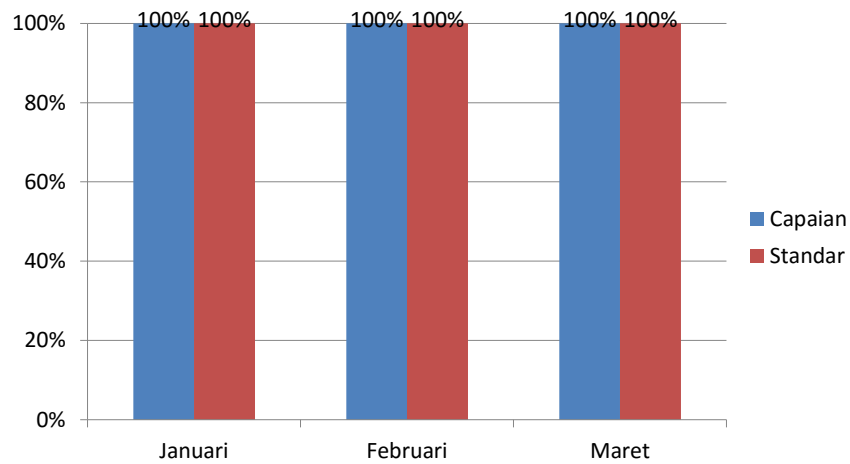


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Segera mengusulkan alat yang belum terkalibrasi.</li> <li>2. Pendataan ulang seluruh alat yang belum terkalibrasi</li> <li>3. Supervisi ruangan terhadap semua alat di ruangan masing – masing.</li> </ol>	Capaian target tahun ini 99 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Segera mengusulkan alat yang belum terkalibrasi.</li> <li>2. Pendataan ulang seluruh alat yang belum terkalibrasi</li> <li>3. Supervisi ruangan terhadap semua alat di ruangan masing – masing.</li> </ol>

### Analisa Data

Capaian indikator kalibrasi alat medis tahun 2014 mencapai 99 %

## IAM.4 Pelaksanaan Preventif Maintenance Alat Medis

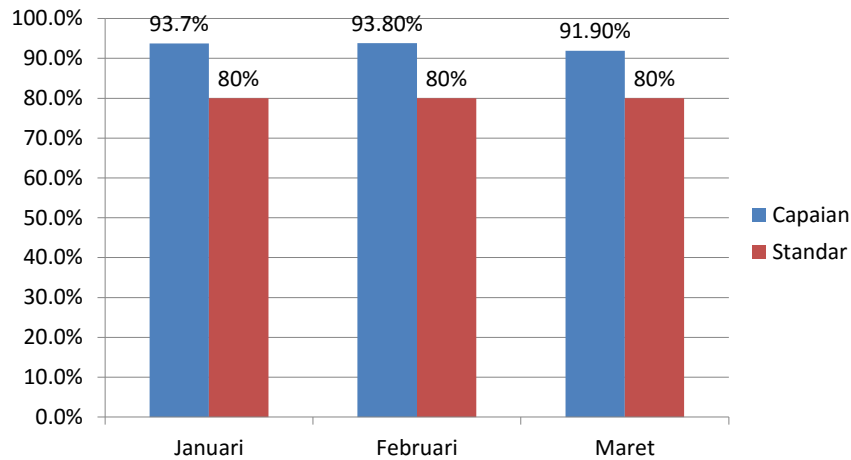


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendataan ulang seluruh peralatan di rumah sakit</li> <li>2. Bekerja sama dengan kepala unit untuk melaporkan alat yang belum di maintenance</li> </ol>	<p>Capaian indikator selama bulan Agustus, September, Oktober sudah mencapai target 100 %</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan capaian 100 %</li> <li>2. Mengusulkan indikator baru</li> </ol>

### Analisa Data

Capaian indikator triwulan 1 mencapai 100 %

## IAM.4.B Ketepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 80 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>2. Meningkatkan Koordinasi antar petugas IPSRS di lapangan</li> <li>3. Menginventarisir nomor contact teknisi supplier</li> <li>4. Meningkatkan kemampuan teknis petugas</li> </ol>	Capaian indikator bulan Januari dan february sudah mencapai 93,7%,	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>2. Meningkatkan Koordinasi antar petugas IPSRS di lapangan</li> <li>3. Menginventarisir nomor contact teknisi supplier</li> <li>4. Meningkatkan kemampuan teknis petugas</li> </ol>

### Analisa Data

Capaian indikator sudah mencapai target , target capaian perlu ditingkatkan dari 80 % menjadi 100%



## IAM.5 Indeks Kepuasan Masyarakat

- Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) RSJD Dr. RM. Soedjarwadi secara keseluruhan adalah **75,91**. Artinya nilai rata-rata dari 14 unsur penilaian masing-masing unit pelayanan masuk dalam kategori **B**, dengan mutu pelayanan juga **Baik**.

- PENGUKURAN INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT ( IKM )  
Berdasarkan 14 Unsur Penilaian Menurut Kriteria Keputusan MENPAN No: Kep/25/M.PAN/2/2004, meliputi :
  1. Prosedur Pelayanan
  2. Persyaratan Pelayanan
  3. Kejelasan Petugas Pelayanan
  4. Kedisiplinan Petugas Pelayanan
  5. Tanggungjawab Petugas Pelayanan
  6. Kemampuan Petugas Pelayanan
  7. Kecepatan Pelayanan
  8. Keadilan Mendapatkan Pelayanan
  9. Kesopanan & Keramahan Petugas
  10. Kewajaran Biaya Pelayanan
  11. Kepastian Biaya Pelayanan
  12. Kepastian Jadwal Pelayanan
  13. Kenyamanan Lingkungan
  14. Keamanan Pelayanan

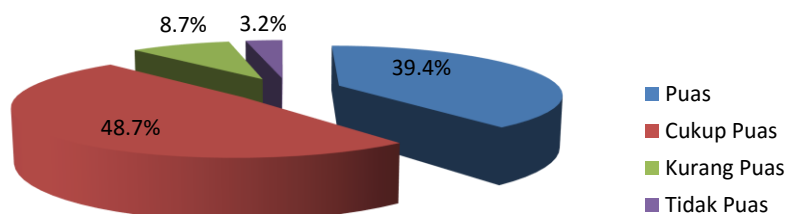
- Nilai Persepsi, Interval IKM, Interval Konversi Mutu Pelayanan dan Kinerja Unit Pelayanan

<b>Nilai Persepsi</b>	<b>Nilai Interval</b>	<b>Nilai Interval Konversi</b>	<b>Mutu Pelayanan</b>	<b>Kinerja Unit Pelayanan</b>
<b>1</b>	<b>1,00 - 1,75</b>	<b>25 - 43,75</b>	<b>D</b>	<b>Tidak Baik</b>
<b>2</b>	<b>1,76 - 2,50</b>	<b>43,76 - 62,50</b>	<b>C</b>	<b>Kurang Baik</b>
<b>3</b>	<b>2,51 - 3,25</b>	<b>62,51 - 81,25</b>	<b>B</b>	<b>Baik</b>
<b>4</b>	<b>3,26 - 4,00</b>	<b>81,26 - 100</b>	<b>A</b>	<b>Sangat Baik</b>

<b>Plan</b>	<b>Do</b>	<b>Study</b>	<b>Action</b>
Mengupayakan capaian SKOR IKM minimal 62,51 / BAIK	Meningkatkan kualitas pelayanan pada 14 unsur penilaian menurut kriteria MENPAN /IKM	Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) RSJD Dr. RM. Soedjarwadi secara keseluruhan adalah 75,91. Artinya nilai rata-rata dari 14 unsur penilaian masing-masing unit pelayanan masuk dalam kategori B, dengan mutu pelayanan juga Baik.	Mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan pada 14 unsur penilaian menurut kriteria MENPAN /IKM

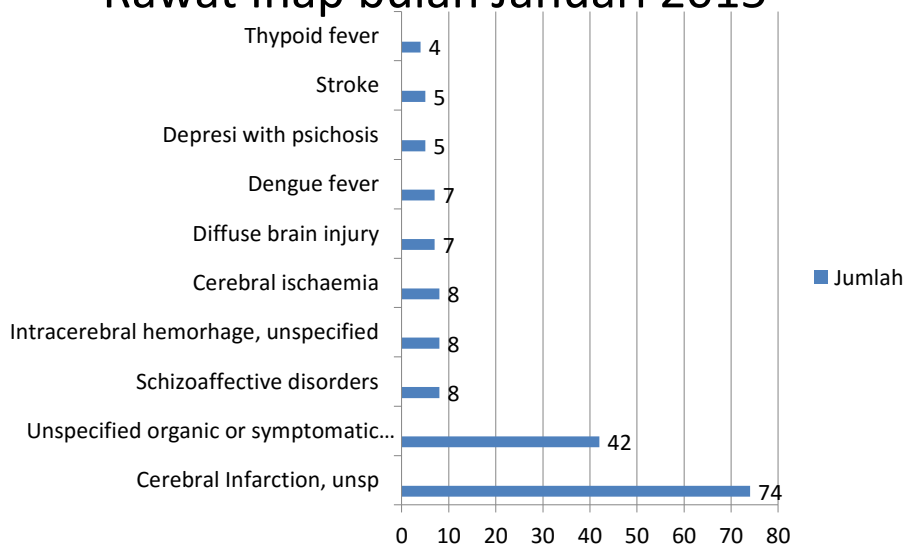
## IAM.6 Laporan Hasil Survey Kepuasan Karyawan Terhadap Organisasi

Capaian

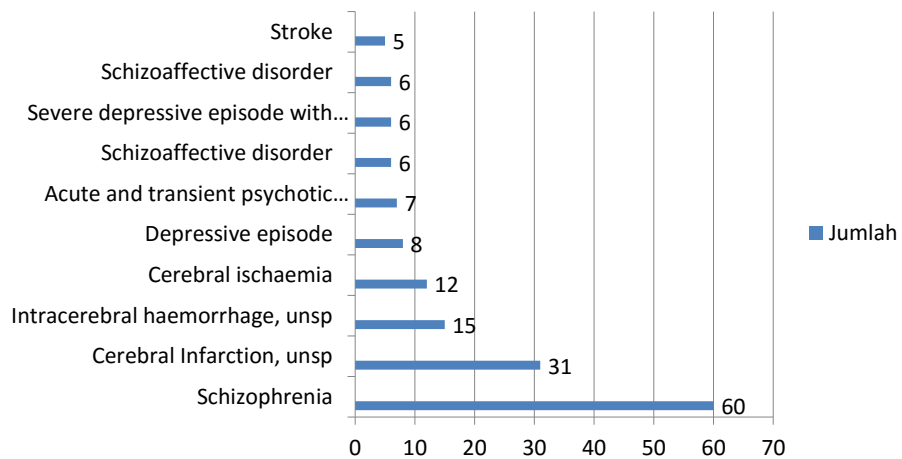


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan kategori CUKUP PUAS dan PUAS di atas 90%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kualitas kepemimpinan</li> <li>2. Meningkatkan kualitas hubungan antar unit</li> <li>3. Meningkatkan kesejahteraan pegawai</li> <li>4. memberikan kesempatan untuk meningkatkan kemampuan kerja melalui pelatihan dan pendidikan tambahan</li> </ol>	Tingkat kepuasan pegawai kategori CUKUP PUAS dan PUAS tahun 2014 mencapai 88,1%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan dan meningkatkan capaian</li> <li>2. Meningkatkan kualitas kepemimpinan</li> <li>3. Meningkatkan kualitas hubungan antar unit</li> <li>4. Meningkatkan kesejahteraan pegawai</li> <li>5. memberikan kesempatan untuk meningkatkan kemampuan kerja melalui pelatihan dan pendidikan tambahan</li> </ol>

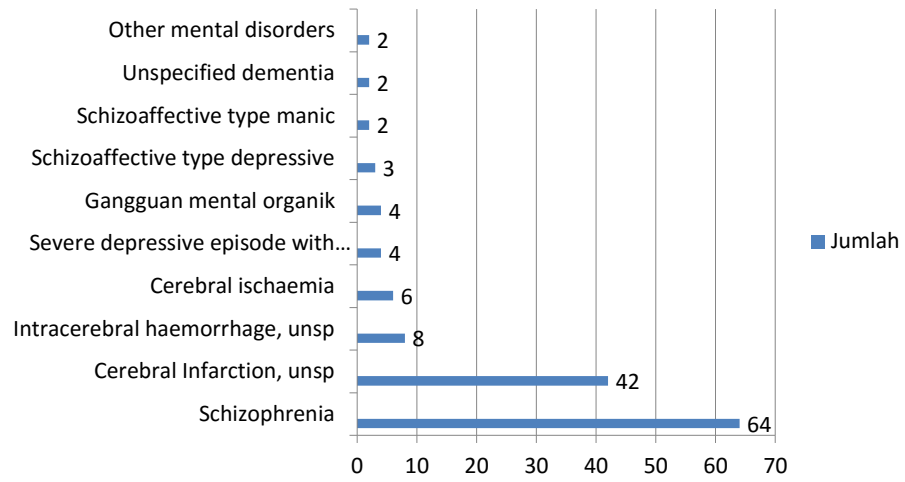
## Laporan 10 Besar Diagnosis Diagnosis Rawat Inap bulan Januari 2015



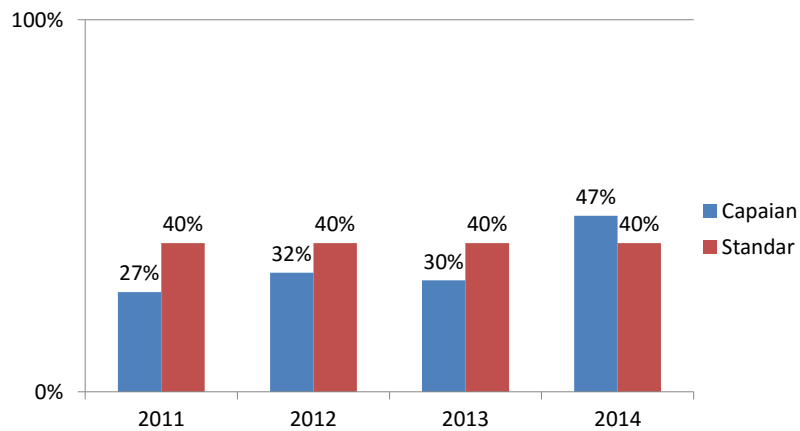
## Laporan 10 Besar Diagnosis Diagnosis Rawat Inap bulan Februari 2015



## Laporan 10 Besar Diagnosis Diagnosis Rawat Inap bulan Maret 2015



## IAM.8 Cost Recovery

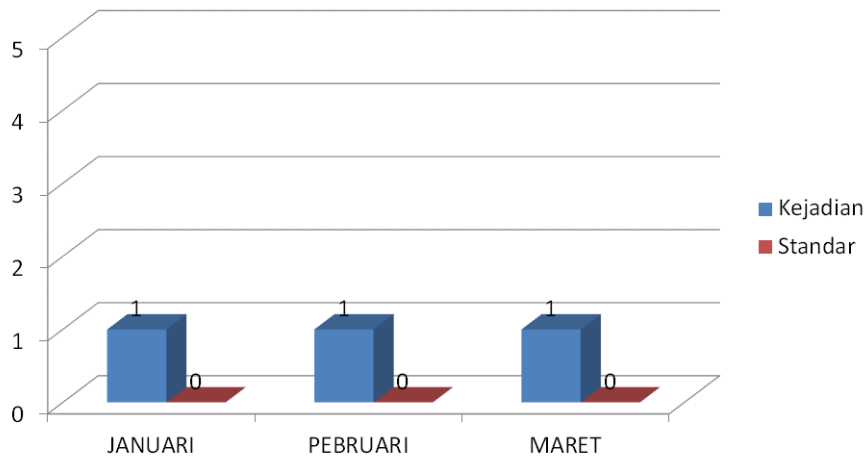


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target Cost recovery sebesar 40% sesuai standar Pergub	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kinerja pelayanan</li> <li>2. Meningkatkan kinerja pegawai</li> <li>3. Meningkatkan promosi rumah sakit</li> <li>4. Pelatihan service excelent</li> <li>5. Meningkatkan kompetensi pegawai</li> <li>6. Melengkapi jenis pelayanan</li> <li>7. Melengkapi sarana dan prasarana pendukung pelayanan</li> </ol>	Capaian target Cost recovery kumulatif sampai dengan tahun 2014 sebesar 81 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan capaian</li> <li>2. Meningkatkan standar capaian target menjadi 50%</li> </ol>

### Analisa data

Capaian target Cost recovery kumulatif sampai dengan tahun 2014 sebesar 81 %. Hal ini sudah jauh melampaui target 40 % sesuai Pergub. Untuk itu target cost recovery perlu dinaikan

## IAM.9 Angka Pasien Lari

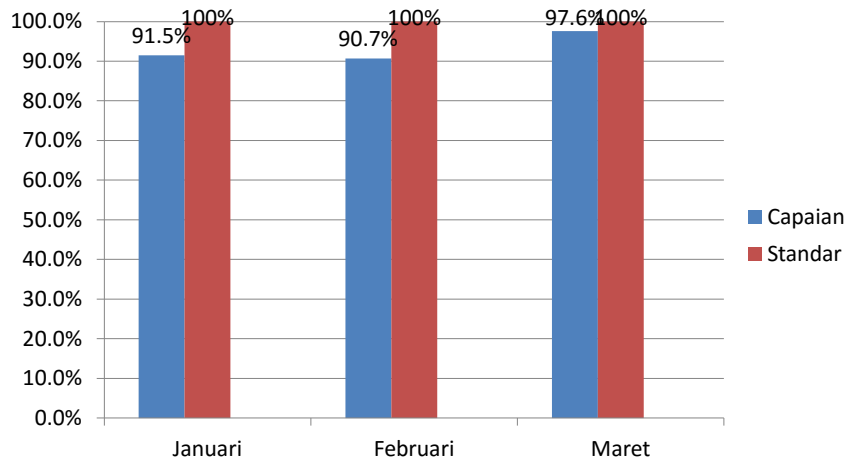


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan tidak ada kejadian pasien lari	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memperbaiki kinerja pengawasan dan asuhan keperawatan terhadap pasien oleh perawat</li> <li>Memperbaiki tata ruang bangsal</li> <li>Meminimalisir akses keluar lingkungan RS</li> </ol>	Selama triwulan 1 kasus pasien lari total ada 3 pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>Diadakan rapat koordinasi Direktur, Struktural, perencanaan, keperawatan, ISPRS dan satpam untuk membuat sistem pengendalian kejadian lari yang lebih baik</li> <li>Memperbaiki kinerja pengawasan dan asuhan keperawatan terhadap pasien oleh perawat</li> <li>Memperbaiki tata ruang bangsal</li> <li>Meminimalisir akses keluar lingkungan RS</li> </ol>

Analisa data

Selama triwulan 1 kasus pasien lari total ada 3 pasien.

### ISKP.1a.Kepatuhan Identifikasi Pasien dengan Nama dan Tanggal Lahir Sebelum Memberikan Obat



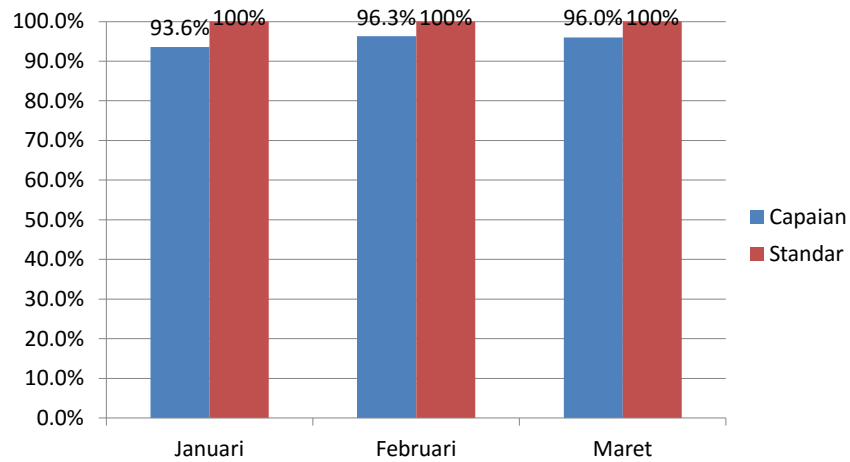
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO identifikasi pasien</li> <li>Supervisi kepala unit</li> <li>Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai</li> </ol>	Capaian target dalam 3 bulan terakhir mengalami peningkatan sampai dengan 97%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan standar capaian hingga 100%</li> <li>Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO identifikasi pasien</li> <li>Supervisi kepala unit</li> <li>Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai</li> </ol>

Analisa data

Capaian target dalam 3 bulan terakhir mengalami peningkatan sampai dengan 97%.



## ISKP.1b. Keluarga / Pasien Mengerti Maksud Pemasangan Gelang Identifikasi

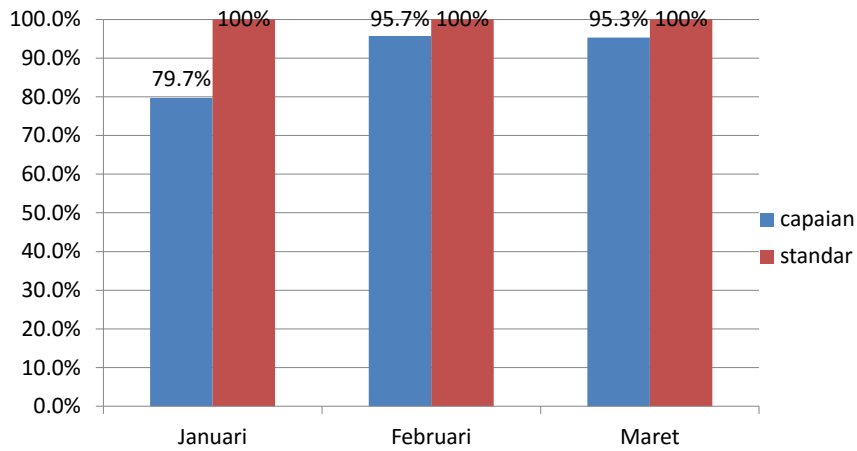


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO pemasangan gelang identifikasi</li> <li>2. Supervisi kepala unit</li> <li>3. Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai</li> </ol>	<p>Capaian target dalam 3 bulan terakhir mengalami peningkatan sampai dengan 96%</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100%</li> <li>2. Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO pemasangan gelang identifikasi</li> <li>3. Supervisi kepala unit</li> <li>4. Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai</li> </ol>

Analisa data

Capaian target dalam 3 bulan terakhir mengalami peningkatan sampai dengan 96%

## ISKP.2. Angka Verifikasi Oleh DPJP Setelah Komunikasi Melalui Telepon

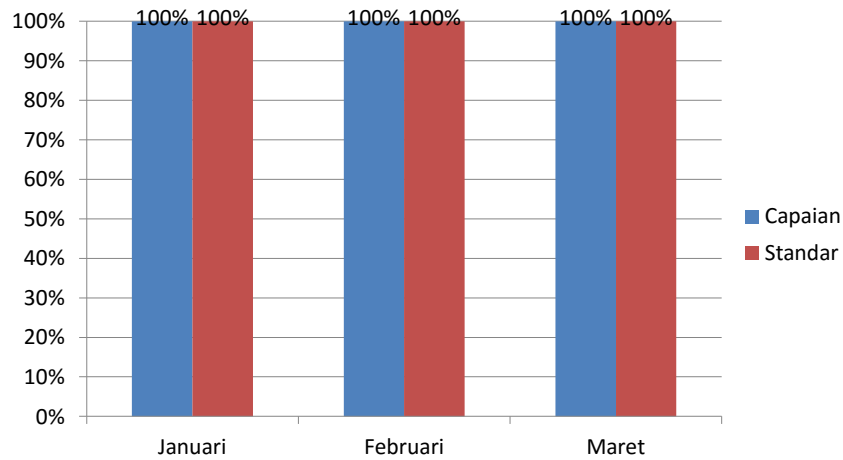


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi kepada DPJP tentang verifikasi Rekomendasi konsultasi</li> <li>Perawat ruangan mengingatkan DPJP untuk memverifikasi rekomendasi konsultasi</li> <li>Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai</li> </ol>	<p>Aada penigkatan Capaian target mulai bulan januari 79,7% bulan Februari 95,7 % maret mencapai 95 ,3%</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan standar capaian hingga 100%</li> <li>Sosialisasi kepada DPJP tentang verifikasi Rekomendasi konsultasi</li> <li>Perawat ruangan mengingatkan DPJP untuk memverifikasi rekomendasi konsultasi</li> <li>Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai</li> </ol>

Analisa data

Capaian target dalam 3 bulan terakhir mengalami peningkatan sampai dengan 95,3 %

### ISKP.3. Ketepatan Penyimpanan dan Pemberian Label pada Obat LASA

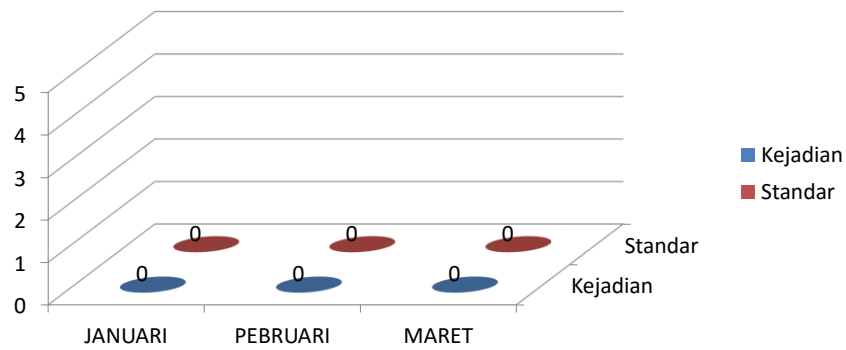


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi SOP penyimpanan dan pemberian Label pada obat LASA</li> <li>Supervisi oleh kepala Instalasi atau kepala ruang.</li> <li>Supervisi oleh PKRS.</li> <li>Ronde Keselamatan ke Ins. Farmasi</li> </ol>	Capaian target dalam triwulan 1 mencapai 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan dan standar capaian hingga 100%</li> <li>Sosialisasi ulang SOP penyimpanan dan pemberian Label pada obat LASA</li> <li>Supervisi oleh kepala Instalasi atau kepala ruang.</li> <li>Supervisi oleh PKRS.</li> <li>Ronde Keselamatan ke Ins. Farmasi</li> </ol>

Analisa data

Capaian target dalam 3 bulan terakhir 100 %

## ISKP.4. Tidak Adanya Kejadian Salah Pasien pada Tindakan ECT Pre Medikasi

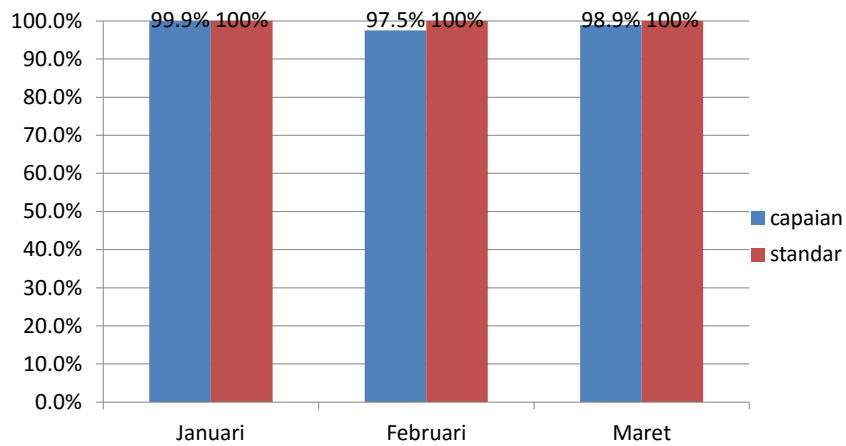


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	Kepatuhan terhadap SOP Identifikasi pasien.	Capaian target dalam triwulan 0	Mempertahankan capaian mengusulkan indikator mutu baru

Analisa data

Tidak ada kejadian salah pasien pada tindakan ECT Premedikasi pada triwulan 1

## ISKP.5 Angka Kepatuhan Cuci Tangan

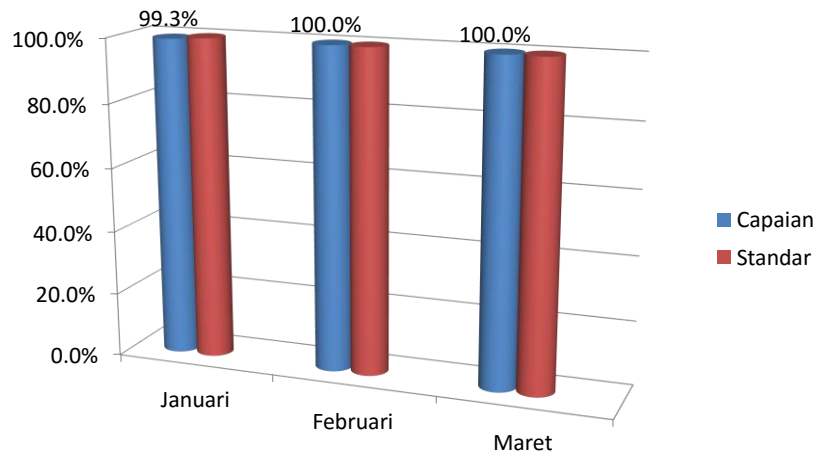


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi kepatuhan cuci tangan pada waktu apel, rapat, dan pertemuan lain.</li> <li>Supervisi oleh Kepala Unit</li> <li>Sosialisasi di ruangan oleh PPI</li> <li>Lomba cuci tangan</li> <li>Pemasangan banner kepatuhan cuci tangan</li> </ol>	Capaian target kepatuhan cuci tangan dalam triwulan 1 masih belum mencapai 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100%</li> <li>Mengintensifkan sosialisasi dan supervisi</li> <li>Telusur internal kepatuhan cuci tangan</li> </ol>

Analisa data

Capaian target kepatuhan cuci tangan dalam triwulan 1 masih belum mencapai 100 %

## ISKP.6 Kelengkapan Assesmen resiko jatuh setiap pasien rawat inap

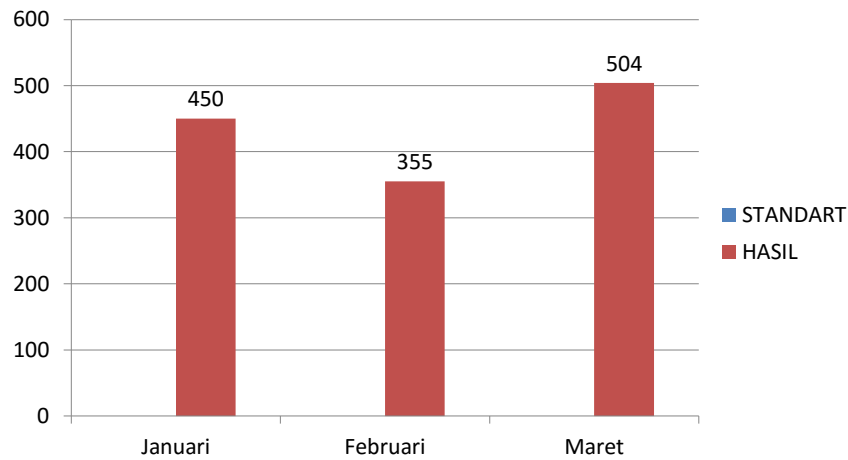


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengadakan / Memperbaiki blanko monitor assesment resiko jatuh</li> <li>Sosialisasi assesment resiko</li> <li>Supervisi oleh Kepala Unit</li> </ol>	Capaian target pada triwulan 1 mencapai 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan standar capaian hingga 100%</li> <li>Megusulkan indikator mutu baru</li> </ol>

### Analisa Data

Capaian target pada triwulan 1 mencapai 100 %

## IL.1. Lama Tindakan Restrain Pengikatan Dalam Jam Pasien Rawat Inap Gangguan Jiwa

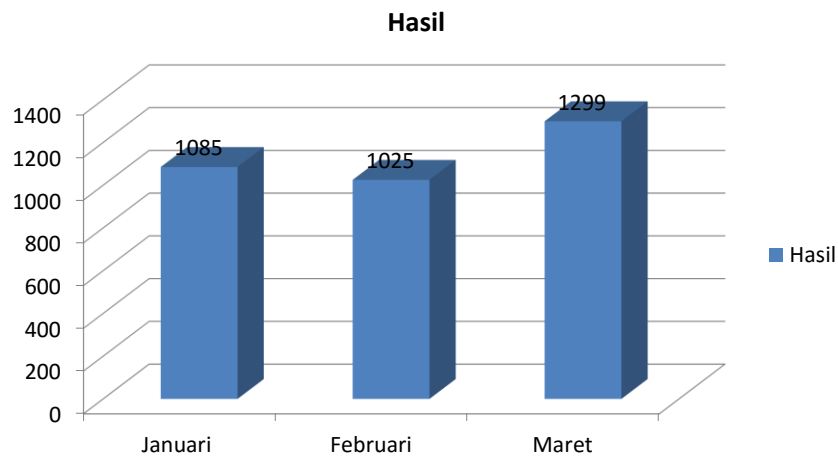


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan penurunan lama tindakan restrain pengikatan	Usulan dari SMF Jiwa menggunakan obat-obatan psikiatri generasi baru supaya PANS EC skornya bisa turun	Data masih fluktuatif 450 jam, 355 jam dan 504 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi penggunaan jenis obat oleh SMF Jiwa</li> <li>2. Evaluasi clinical pathway</li> </ol>

### Analisa Data

Lama Tindakan Restrain Pengikatan Dalam Jam Pasien Rawat Inap Gangguan Jiwa masih fluktuatif pada angka 450 jam, 355 jam dan 504 jam

## Lamanya Pasien Ggn Jiwa Dirawat Diruang Isolasi



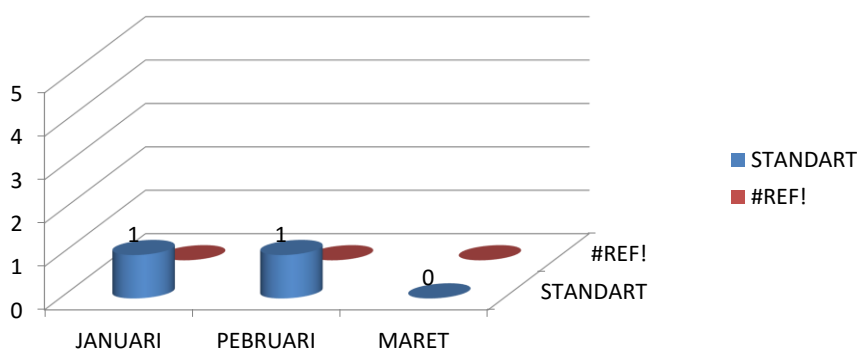
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan penurunan lama pasien jiwa dirawat di ruang isolasi	Usulan dari SMF Jiwa menggunakan obat-obatan psikiatri generasi baru supaya PANS EC skornya bisa turun	Ada kecenderungan peningkatan lama pasien jiwa dirawat di ruang isolasi dari 1085 jam, 1025 jam menjadi 1299 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi penggunaan jenis obat oleh SMF Jiwa</li> <li>2. Evaluasi clinical pathway kalau perlu</li> </ol>

### Analisa data

Ada kecenderungan peningkatan lama pasien jiwa dirawat di ruang isolasi dari 1085 jam, 1025 jam menjadi 1299 jam



## PASIEN JATUH DENGAN / TANPA CIDERA

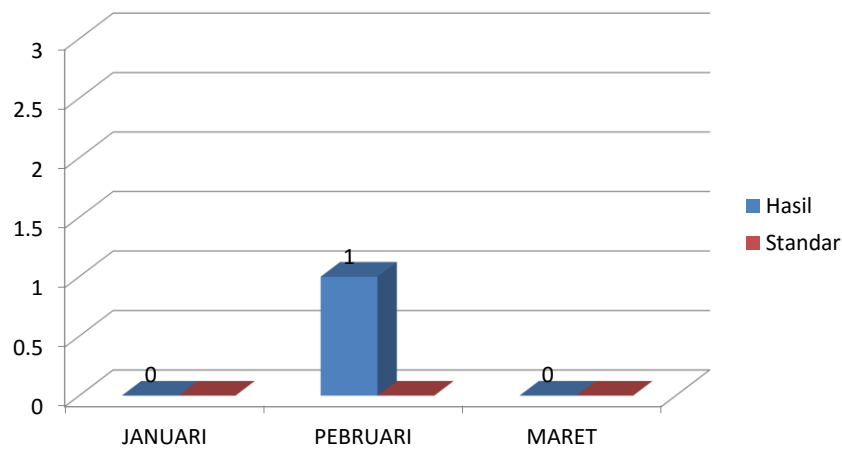


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan tidak ada insiden pasien jatuh	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat blanko monitoring assesment resiko jatuh</li> <li>2. Meningkatkan kepatuhan assesment resiko jatuh</li> <li>3. Supervisi oleh kepala unit</li> <li>4. Supervisi oleh PKRS</li> <li>5. Memberi handle pegangan tangan di bangsal Geriatri</li> <li>6. Menjaga lantai ruang perawatan selalu kering</li> </ol>	Angka pasien jatuh pada bulan januari ada 1 pada bulan february 1, maret tidak ada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menindaklanjuti hasil RCA setiap kejadian pasien jatuh</li> <li>2. Pada pasien jiwa diberikan baju resiko jatuh bagi yang mempunyai resiko jatuh tinggi.</li> </ol>

Analisa data

Ada kecenderungan penurunan angka pasien jatuh pada bulan januari ada 1 pada bulan february 1, maret tidak ada

## Pasien Jatuh Dgn Level Cidera $\geq 2$ (Minor)

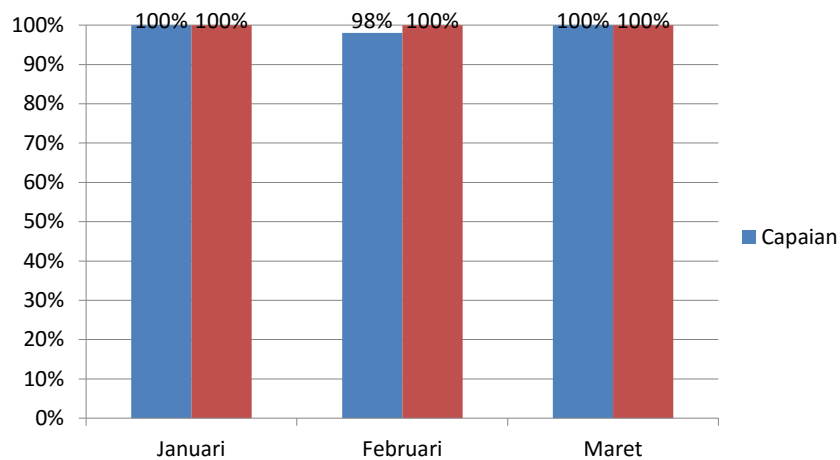


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan tidak ada insiden pasien jatuh	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat blanko monitoring assesment resiko jatuh</li> <li>2. Meningkatkan kepatuhan assesment resiko jatuh</li> <li>3. Supervisi oleh kepala unit</li> <li>4. Supervisi oleh PKRS</li> <li>5. Memberi handle pegangan tangan di bangsal Geriatri</li> <li>6. Menjaga lantai ruang perawatan selalu kering</li> </ol>	Angka pasien jatuh dengan cedera pada bulan januari tidak .ada pada bulan februari 1, maret tidak ada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menindaklanjuti hasil RCA setiap kejadian pasien jatuh</li> <li>2. Pada pasien jiwa diberikan baju resiko jatuh bagi yang mempunyai resiko jatuh tinggi.</li> </ol>

### Analisa data

Ada kecenderungan penurunan angka pasien jatuh pada bulan januari ada 1 pada bulan februari 1, maret tidak ada

## Angka Penggunaan Anti Trombotik pada Pasien Stroke Infark Setelah Dirawat (Pulang)

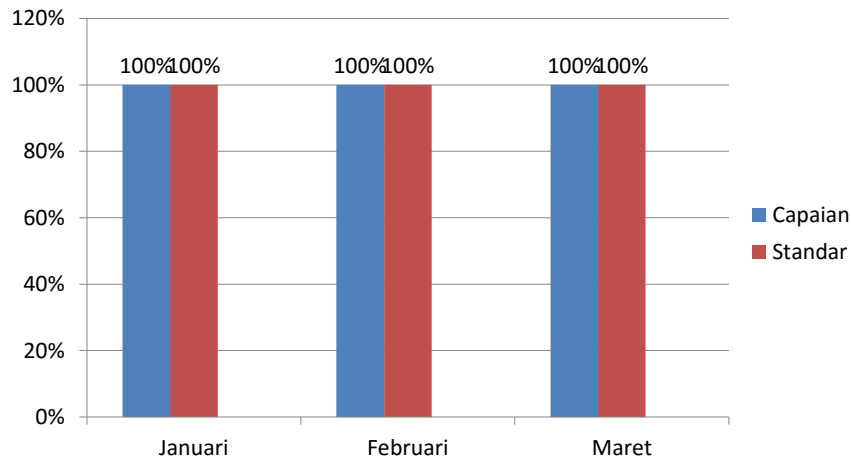


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi hasil audit clinical pathway pada rapat Komite Medik</li> <li>2. Meningkatkan kepatuhan DPJP terhadap clinical pathway</li> </ol>	Capaian sudah sesuai target 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi hasil audit clinical pathway pada rapat Komite Medik</li> <li>2. Meningkatkan kepatuhan DPJP terhadap clinical pathway</li> </ol>

Analisa data

Capaian indikator sudah mencapai target 100 %

## Angka Pemberian Edukasi pada Pasien Rawat Inap Stroke

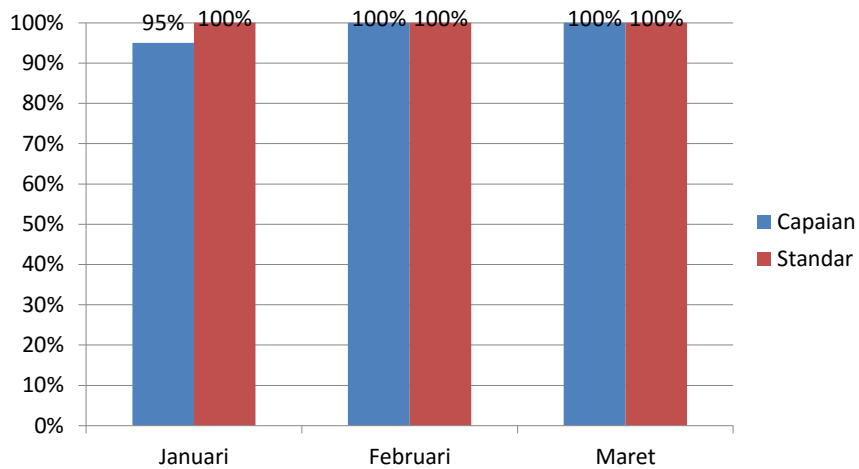


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Himbauan DPJP penyakit syaraf saat pertemuan rutin KOMDIK untuk melengkapi form edukasi</li> <li>Meningkatkan kepatuhan terhadap clinical pathway.</li> </ol>	Capaian target sampai bulan maret sudah 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan standar capaian hingga 100%</li> <li>Himbauan DPJP penyakit syaraf saat pertemuan rutin KOMDIK untuk melengkapi form edukasi.</li> <li>Meningkatkan kepatuhan terhadap clinical pathway.</li> <li>Audit kepatuhan CP disampaikan saat rapat KOMDIK.</li> </ol>

Analisa data

Capaian standar pemberian edukasi pasien stroke sudah 100 %

## Angka Rehabilitasi Medik Pada Pasien Rawat Inap Stroke



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Himbauan hasil audit clinical pathway kepada DPJP penyakit syaraf saat pertemuan rutin KOMDIK</li> <li>Meningkatkan kepatuhan terhadap clinical pathway.</li> </ol>	Capaian target sudah tercapai 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100%</li> <li>Meningkatkan kepatuhan terhadap clinical pathway.</li> <li>Audit kepatuhan CP disampaikan saat rapat KOMDIK.</li> </ol>

Analisa data

Capaian target untuk pemberian rehabilitasi medic pada pasien stroke sudah 100 %