

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

TRIWULAN II 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

TRIWULAN II TAHUN 2015

LEMBAR PENGESAHAN

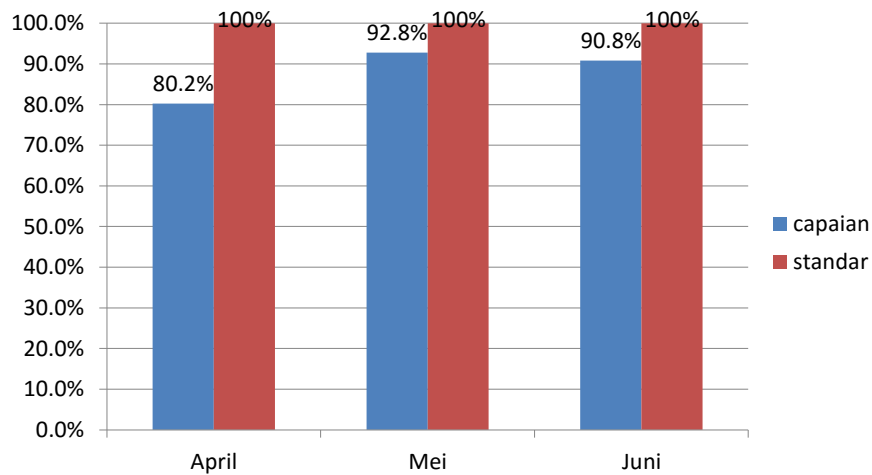
Mengetahui
Ketua Dewan Pengawas

Drs. Sudaryanto, M.Si

Direktur
RSJD Dr. RM. Soedjarwadi
Provinsi Jawa Tengah

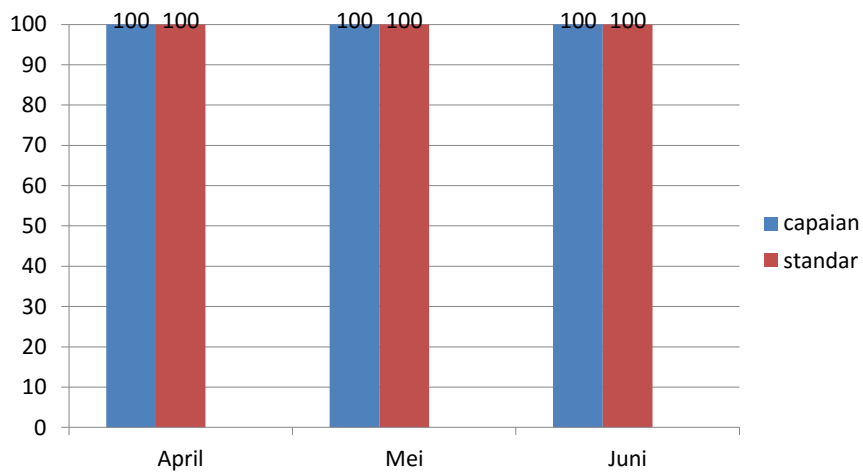
dr. Tri Kuncoro, M.M.R
Pembina Tk. I
NIP. 196505261997031006

Angka kelengkapan diagnosis awal medis rawat inap



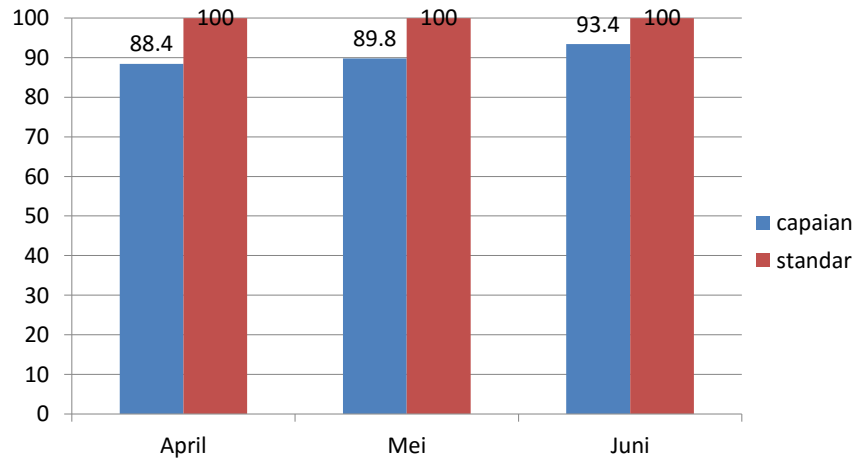
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target angka kelengkapan diagnosis awal medis 100%	Komite Medik dan Kepala Ruang menghimbau Dokter IGD dan DPJP melengkapi diagnosis awal medic	Capaian target cenderung meningkat sampai bulan juni 91 %	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi ruang rawat inap 2. Himbauan oleh Komite Medik dalam rapat rutin 3. Penyampaian hasil capaian oleh panitia mutu

Respon time pelaporan hasil critical value



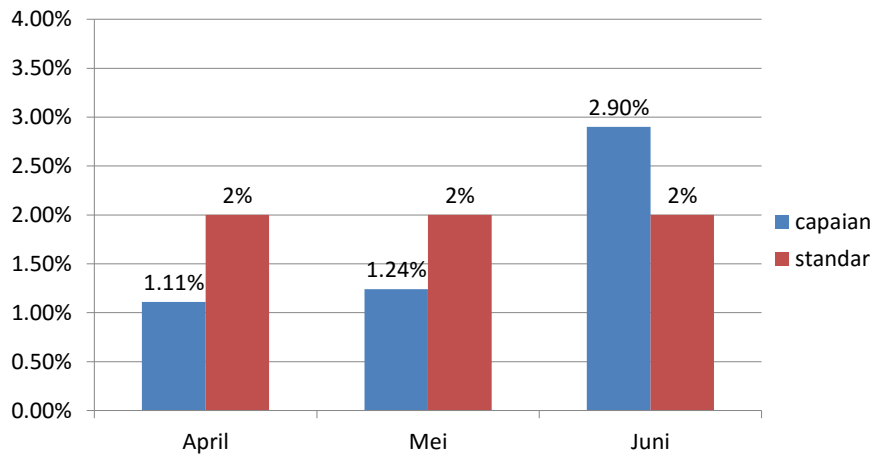
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target angka kelengkapan diagnosis awal medis 100%	Kepala Instalasi senantiasa mengingatkan supaya petugas laboratorium melaporkan Critical value dalam waktu kurang dari 30 menit	Capaian target dalam 3 bulan terakhir 100 %	Membuat Indikator baru

Tidak ada kesalahan input identitas dan hasil laboratorium



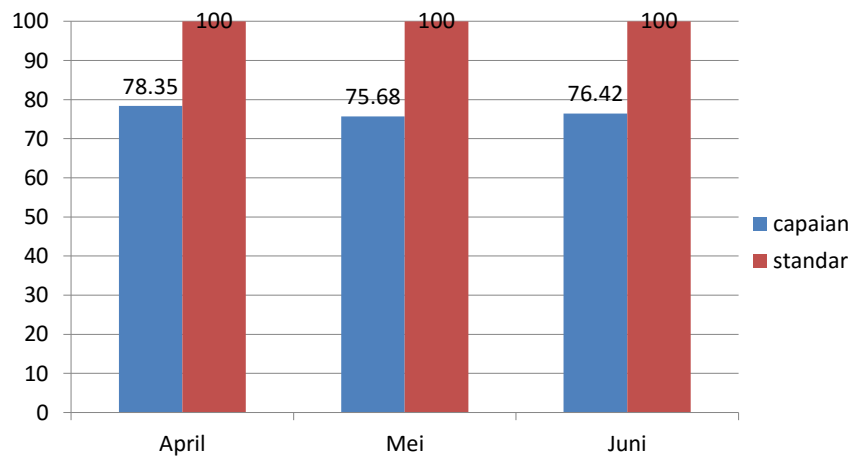
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apabila dalam satu shift petugas laboratorium lebih dari satu yang lain mengecek input data 2. Petugas shift pagi senantiasa mengecek input data 	Dalama 3 bulan terakhir ada kenaikan capaian sampai bulan juni 93 %	Supervisi oleh Ka. Inst. Laboratorium dan Panitia Mutu

Angka Pengulangan Pemeriksaan Radiologi



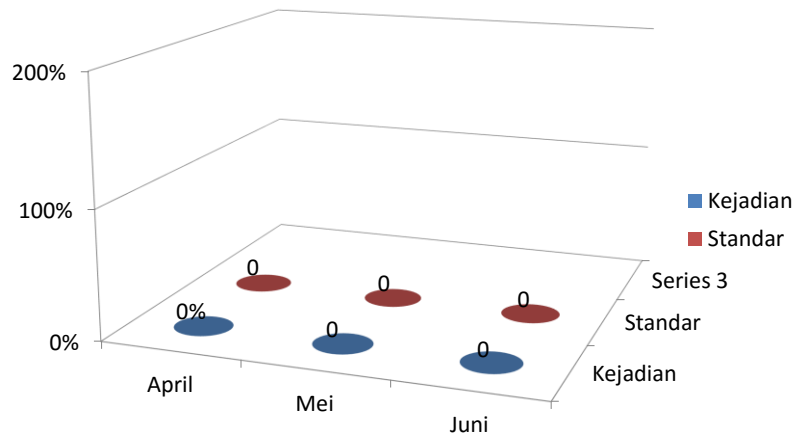
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan angka pengulangan pemeriksaan radiologi di bawah 2%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Radiologi melakukan pemeriksaan radiologi sesuai SOP 2. Supervisi Kepala Ruang terhadap kepatuhan SOP 3. Mengupayakan stabilisasi aliran listrik dengan berkoordinasi dengan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

Tidak Adanya Penulisan Resep Dengan Polifarmasi



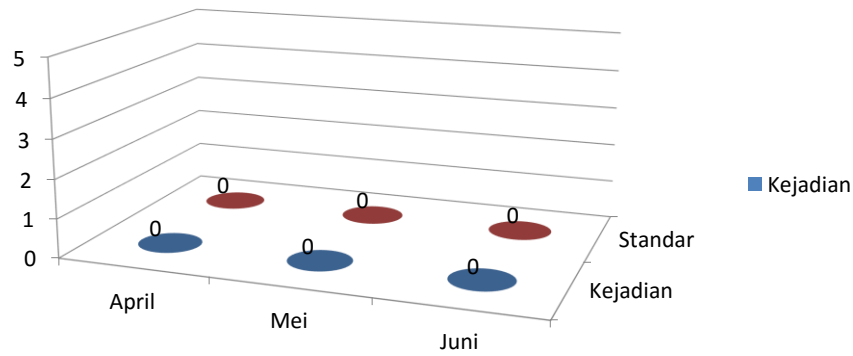
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> Koordinasi antara Ka. Inst. Farmasi dengan Komite Medik Himbauan oleh Komite Medik di setiap pertemuan rutin 	Capaian target masih belum sesuai yang diharapkan dikisaran 78 – 76 %	<ol style="list-style-type: none"> Koordinasi antara Ka. Inst. Farmasi dengan Komite Medik Himbauan oleh Komite Medik di setiap pertemuan rutin

Kesalahan Penyerahan Obat dari Farmasi ke rawat Inap



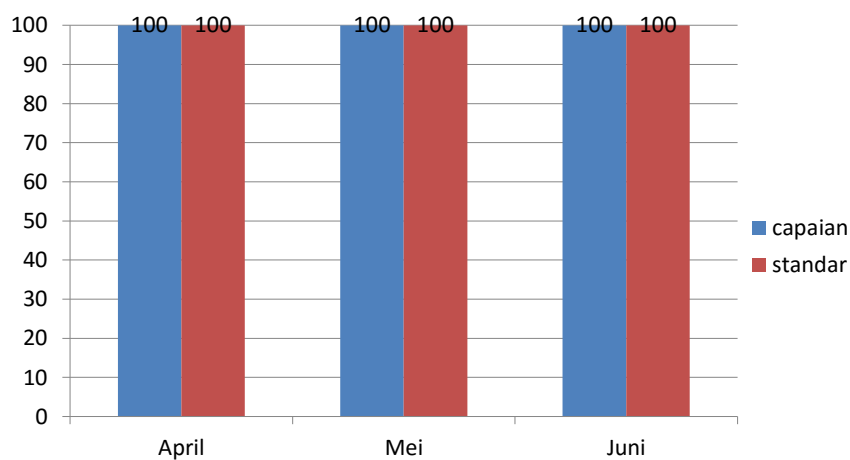
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan tidak terjadi kesalahan penyerahan obat	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan pengecekan ulang sebelum menyerahkan obat Pemberian label pada obat-obat LASA dan High Alert 	Triwulan 2 tidak ada kesalahan penyerahan obat	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan pengecekan ulang sebelum menyerahkan obat Pemberian label pada obat-obat LASA dan High Alert

Pemantauan Efek Samping Perpanjangan Apneu Pada Tindakan ECT Premedikasi



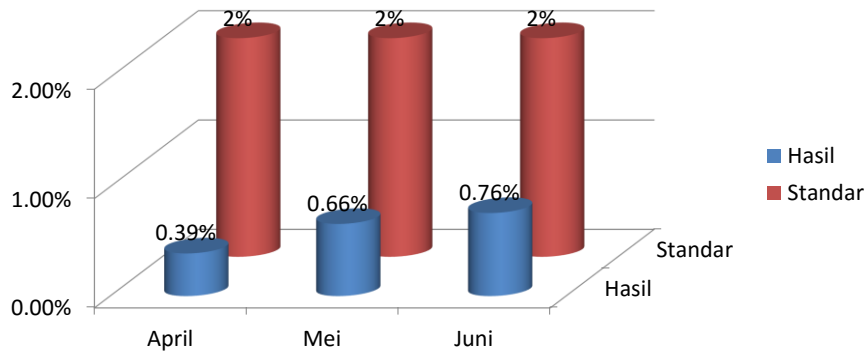
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan pemantauan efek samping perpanjangan apneu pada pasien ECT premedikasi	<ol style="list-style-type: none"> Dokter Anaestesi dan Penata Anaestesi senantiasa melakukan pengisian blanko monitoring pasien ECT Premedikasi Berhati-hati terhadap reaksi interaksi obat 	Tidak ada kejadian perpanjangan apneu selama triwulan ke 2	<ol style="list-style-type: none"> Dokter Anaestesi dan Penata Anaestesi senantiasa melakukan pengisian blanko monitoring pasien ECT Premedikasi Berhati-hati terhadap reaksi interaksi obat Melakukan rujukan bila perlu Mengusulkan ruang ICU

Waktu Penyediaan Dokumen Rawat Jalan



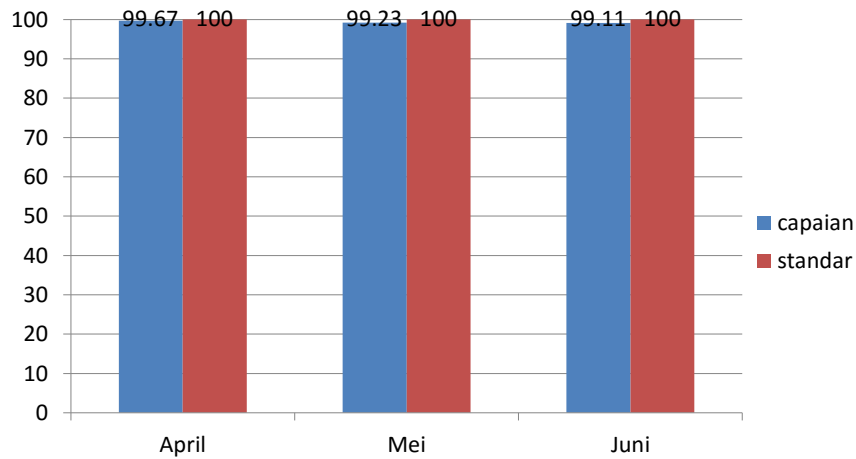
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100 %	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penambahan tenaga 2. Perbaikan ruangan 3. Penambahan rak 4. Revisi profil indikator 5. Meningkatkan kedisiplinan pegawai 	Capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan capaian 2. Usulan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

ANGKA INFEKSI JARUM INFUS/PHLEBITIS



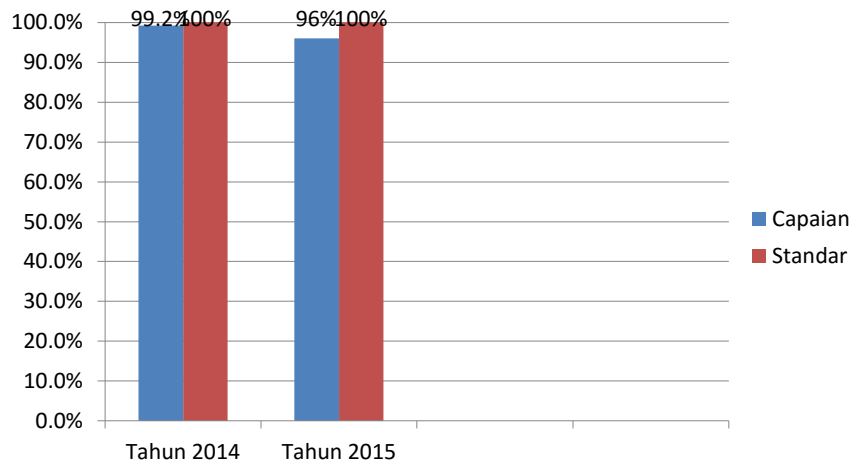
Plan	Do	Study	Action
<p>Mengupayakan tidak ada kejadian plebitis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kepatuhan terhadap SOP memasang infus 2. Kepatuhan cuci tangan 3. Mengusulkan pengadaan iv cateter sesuai standar 4. Pemberian tanggal dan jam pada dressing 5. Penggantian infus tiap 3 hari 6. Usulan memperbaiki penerangan di IGD 	<p>Masih sesuai standar</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kepatuhan terhadap SOP memasang infus 2. Kepatuhan cuci tangan 3. Mengusulkan pengadaan <i>iv cateter</i> sesuai standar 4. Pemberian tanggal dan jam pada dressing 5. Penggantian infus tiap 3 hari 6. Usulan memperbaiki penerangan di IGD

Kesediaan Obat di Instalasi Farmasi Sesuai Formularium



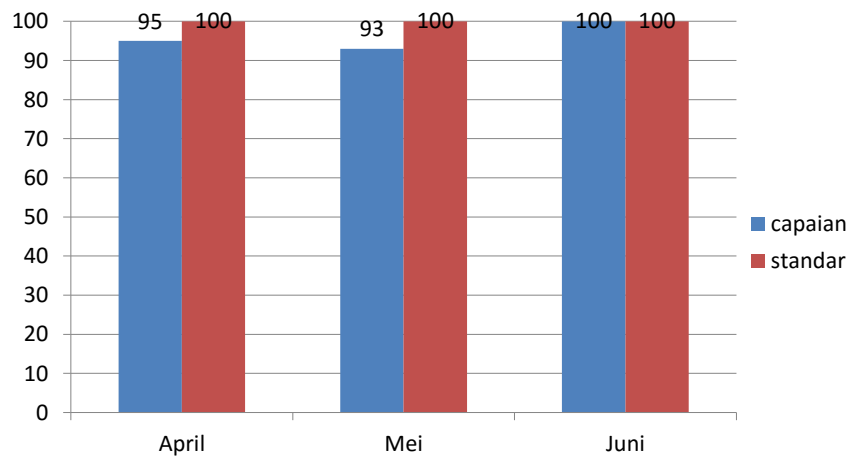
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperbaiki Perencanaan pengadaan obat 2. Membuat sistem / SOP untuk penanganan apabila obat habis 3. Pengecekan stok obat. 4. Pengusulan pengadaan obat segera apabila obat habis 	Capaian target 3 bulan terakhir 100 %	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan capaian. 2. Memperbaiki Perencanaan pengadaan obat 3. Membuat sistem / SOP untuk penanganan apabila obat habis 4. Pengecekan stok obat. 5. Pengusulan pengadaan obat segera apabila obat habis

Kalibrasi Alat medis



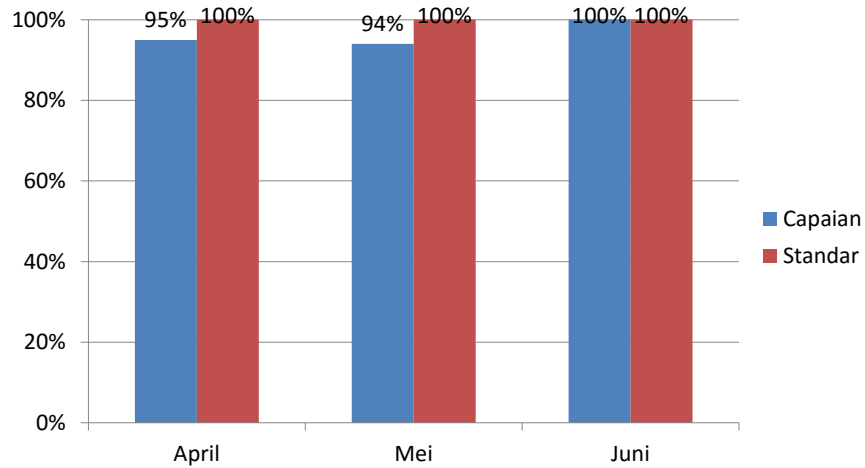
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera mengusulkan alat yang belum terkalibrasi. 2. Pendataan ulang seluruh alat yang belum terkalibrasi 3. Supervisi ruangan terhadap semua alat di ruangan masing – masing. 	<p>Capaian target tahun ini 92 %</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segera mengusulkan alat yang belum terkalibrasi. 2. Pendataan ulang seluruh alat yang belum terkalibrasi 3. Supervisi ruangan terhadap semua alat di ruangan masing – masing.

Pemantauan Maintenance APAR



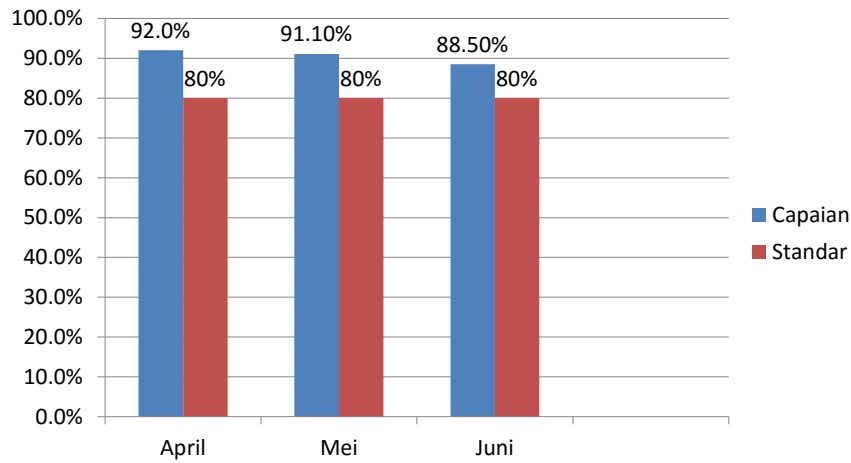
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 90%	<ol style="list-style-type: none"> Pemantauan capaian target oleh Ka Ins Sanitasi dan K3 Usulan penambahan tenaga. 	Capaian indikator ada kenaikan di bulan juni 100 %	<ol style="list-style-type: none"> Pemantauan capaian target oleh Ka Ins Sanitasi dan K3 Usulan penambahan tenaga.

Pelaksanaan Preventif Maintenance Alat Medis



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

Ketepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi 2. Meningkatkan Koordinasi antar petugas IPSRS di lapangan 3. Menginventarisir nomor contact teknisi supplier 4. Meningkatkan kemampuan teknis petugas 	Capaian indikator bulan Oktober sudah mencapai 96,3%, perlu peningkatan capaian menjadi 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi 2. Meningkatkan Koordinasi antar petugas IPSRS di lapangan 3. Menginventarisir nomor contact teknisi supplier 4. Meningkatkan kemampuan teknis petugas

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

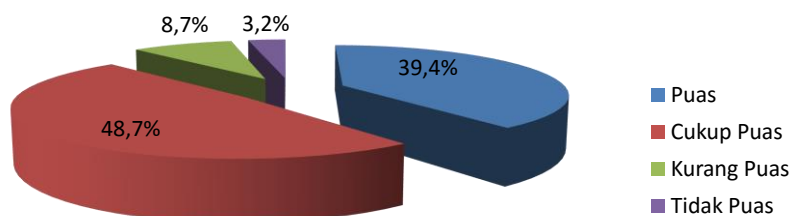
- **Nilai Persepsi, Interval IKM, Interval Konversi Mutu Pelayanan dan Kinerja Unit Pelayanan**

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

Plan	Do	Study	Action
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

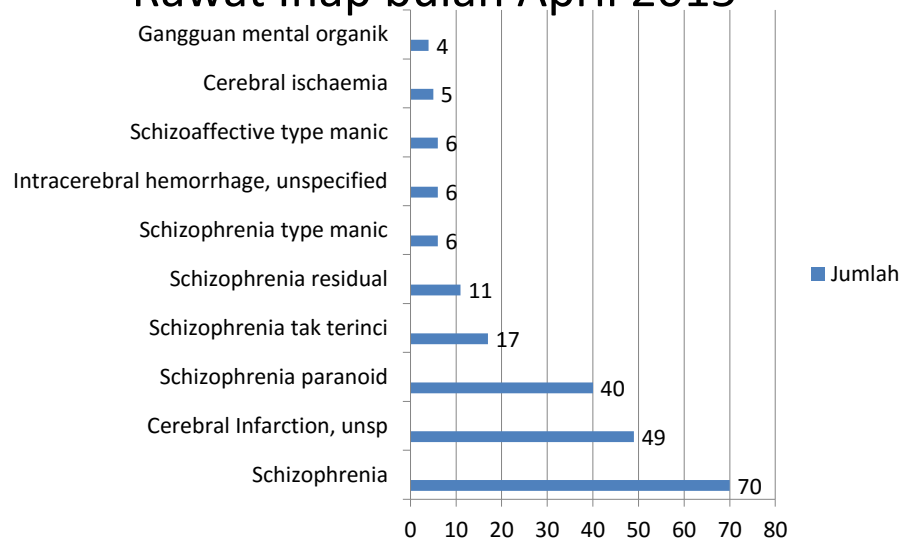
Laporan Hasil Survey Kepuasan Karyawan Terhadap Organisasi

Capaian

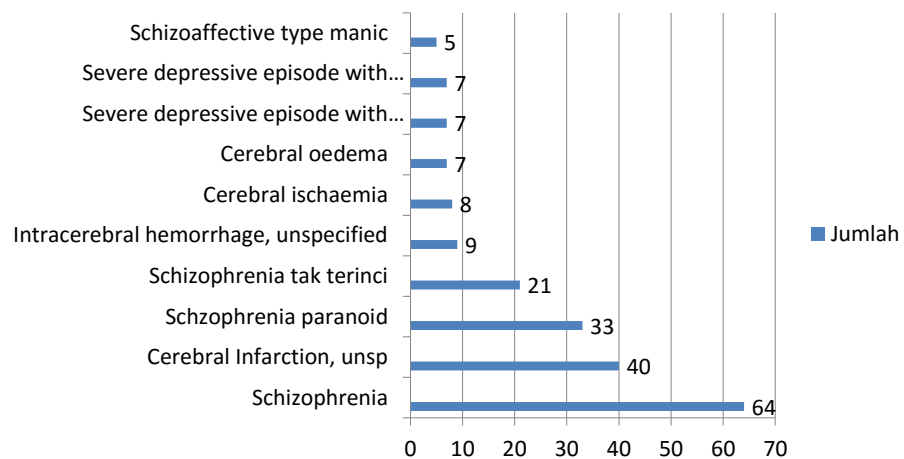


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan kategori CUKUP PUAS dan PUAS di atas 90%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kualitas kepemimpinan 2. Meningkatkan kualitas hubungan antar unit 3. Meningkatkan kesejahteraan pegawai 4. memberikan kesempatan untuk meningkatkan kemampuan kerja melalui pelatihan dan pendidikan tambahan 	Tingkat kepuasan pegawai kategori CUKUP PUAS dan PUAS tahun 2015 mencapai 88,1%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan dan meningkatkan capaian 2. Meningkatkan kualitas kepemimpinan 3. Meningkatkan kualitas hubungan antar unit 4. Meningkatkan kesejahteraan pegawai 5. memberikan kesempatan untuk meningkatkan kemampuan kerja melalui pelatihan dan pendidikan tambahan

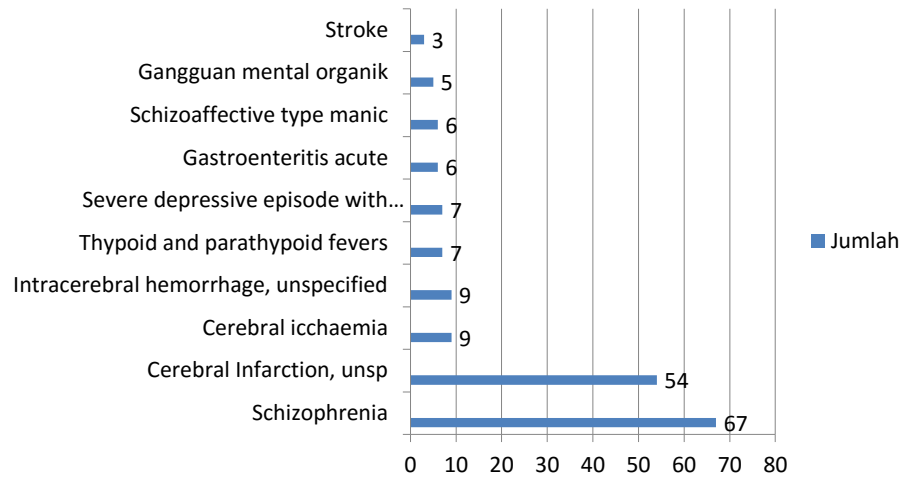
Laporan 10 Besar Diagnosis Diagnosis Rawat Inap bulan April 2015



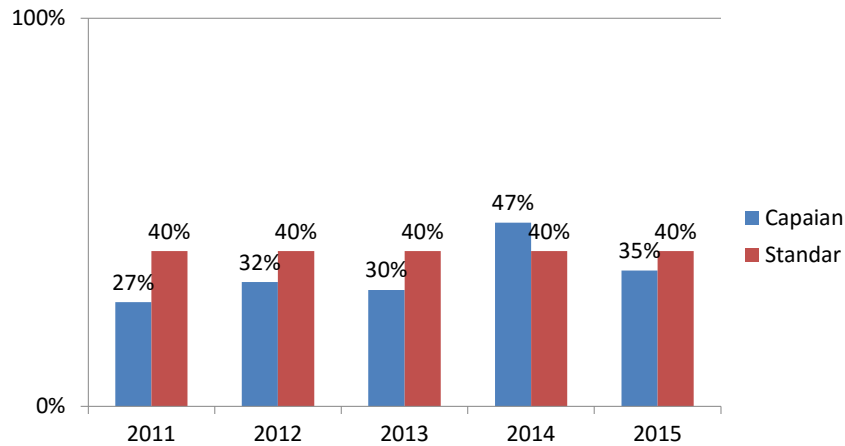
Laporan 10 Besar Diagnosis Diagnosis Rawat Inap bulan Mei 2015



Laporan 10 Besar Diagnosis Diagnosis Rawat Inap bulan Juni 2015

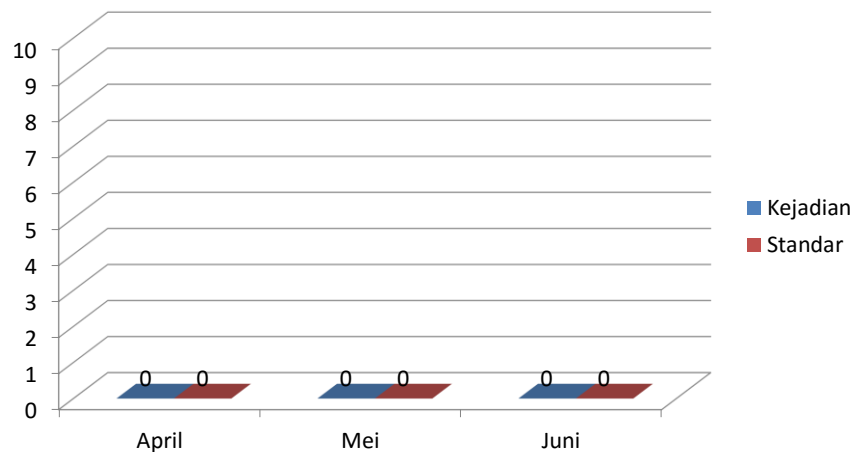


Cost Recovery (Manajemen keuangan)



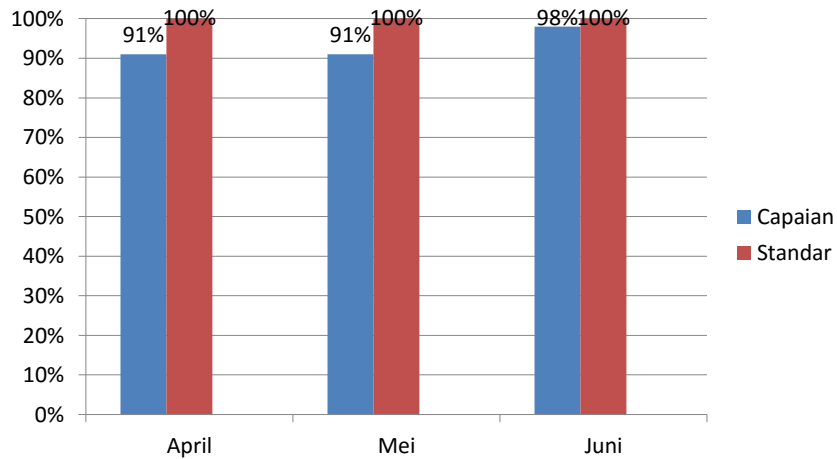
Plan	Do	Study	Action
<p>Mengupayakan capaian target Cost recovery sebesar 40% sesuai standar Pergub</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kinerja pelayanan 2. Meningkatkan kinerja pegawai 3. Meningkatkan promosi rumah sakit 4. Pelatihan service excelent 5. Meningkatkan kompetensi pegawai 6. Melengkapi jenis pelayanan 7. Melengkapi sarana dan prasarana pendukung pelayanan 	<p>Capaian target Cost recovery ada kenaikan 47% di tahun 2014 tahun 2015 mengalami penurunan menjadi 35 %</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan capaian 2. Meningkatkan standar capaian target menjadi 50%

ANGKA PASIEN LARI



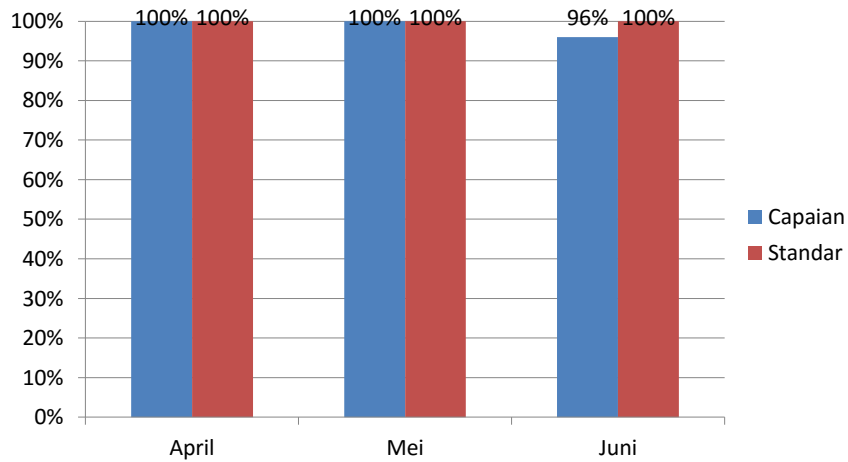
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan angka kejadian pasien lari 0%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperbaiki kinerja pengawasan terhadap pasien oleh perawat 2. Memperbaiki tata ruang bangsal 3. Pemasangan gerendel di jendela bagian luar pada bangsal baru (helikonia) 4. Meminimalisir akses keluar lingkungan RS 	Selama triwulan ke 2 tidak ada kejadian pasien lari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diadakan rapat koordinasi Direktur, Struktural, perencanaan, keperawatan, ISPRS dan satpam untuk membuat sistem pengendalian kejadian lari yang lebih baik 2. Memperbaiki kinerja pengawasan terhadap pasien oleh perawat 3. Memperbaiki tata ruang bangsal 4. Pemasangan gerendel di jendela bagian luar pada bangsal baru (helikonia) 5. Meminimalisir akses keluar lingkungan RS

Kepatuhan Identifikasi Pasien dengan Nama dan Tanggal Lahir Sebelum Memberikan Obat



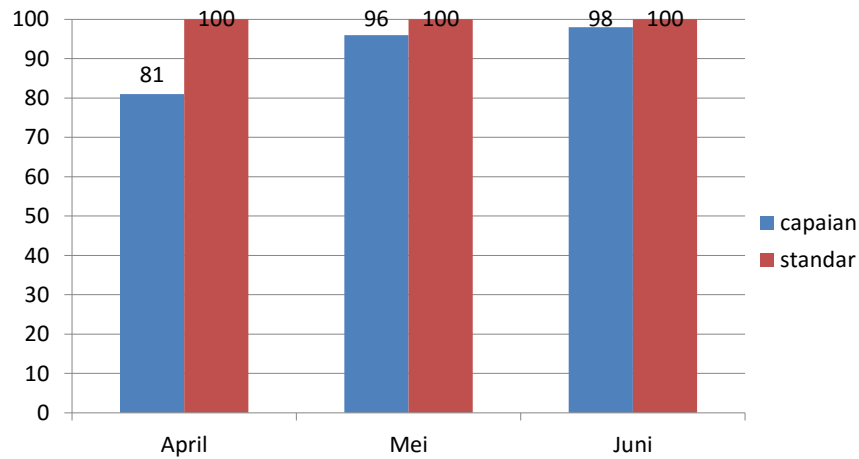
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO identifikasi pasien 2. Supervisi kepala unit 3. Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai 	Capaian target dalam 3 bulan terakhir mengalami peningkatan sampai dengan 98%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100% 2. Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO identifikasi pasien 3. Supervisi kepala unit 4. Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai

Keluarga / Pasien Mengerti Maksud Pemasangan Gelang Identifikasi



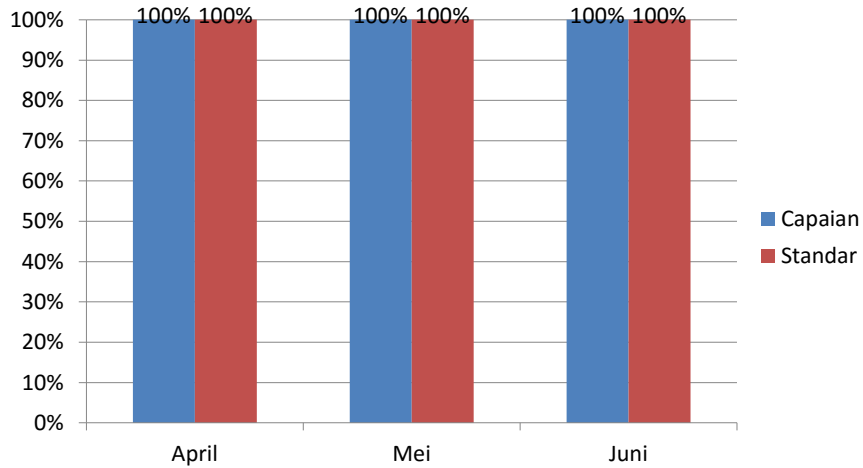
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO pemasangan gelang identifikasi 2. Supervisi kepala unit 3. Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai 	<p>Capaian target dalam 3 bulan terakhir mengalami penurunan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

Angka Verifikasi Oleh DPJP Setelah Komunikasi Melalui Telepon



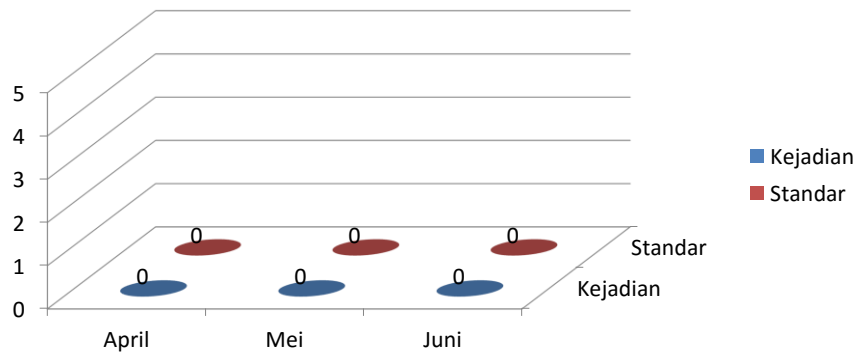
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> Sosialisasi kepada DPJP tentang verifikasi Rekomendasi konsultasi Perawat ruangan mengingatkan DPJP untuk memverifikasi rekomendasi konsultasi Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai 	Capaian target mengalami kenaikan sampai dengan 98 % di bulan juni	<ol style="list-style-type: none"> Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100% Sosialisasi kepada DPJP tentang verifikasi Rekomendasi konsultasi Perawat ruangan mengingatkan DPJP untuk memverifikasi rekomendasi konsultasi Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai

Ketepatan Penyimpanan dan Pemberian Label pada Obat LASA



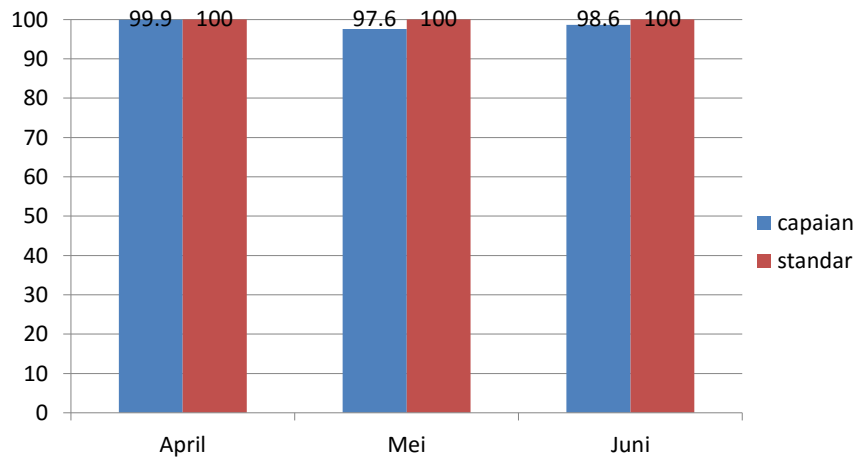
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi SOP penyimpanan dan pemberian Label pada obat LASA 2. Supervisi oleh kepala Instalasi atau kepala ruang. 3. Supervisi oleh PKRS. 4. Ronde Keselamatan ke Ins. Farmasi 	Capaian target 100 %	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100% 2. Sosialisasi ulang SOP penyimpanan dan pemberian Label pada obat LASA 3. Supervisi oleh kepala Instalasi atau kepala ruang. 4. Supervisi oleh PKRS. 5. Ronde Keselamatan ke Ins. Farmasi

Tidak Adanya Kejadian Salah Pasien pada Tindakan ECT Pre Medikasi



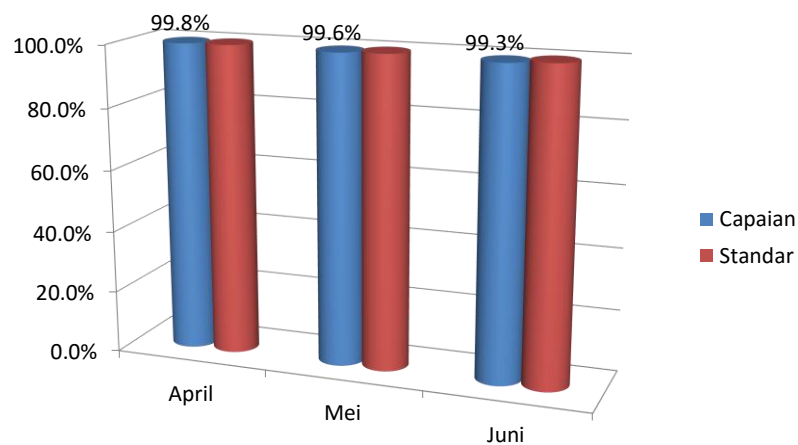
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	Kepatuhan terhadap SOP Identifikasi pasien.	Selama triwulan 2 tidak ada kejadian salah pasien	Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100%

Angka Kepatuhan Cuci Tangan



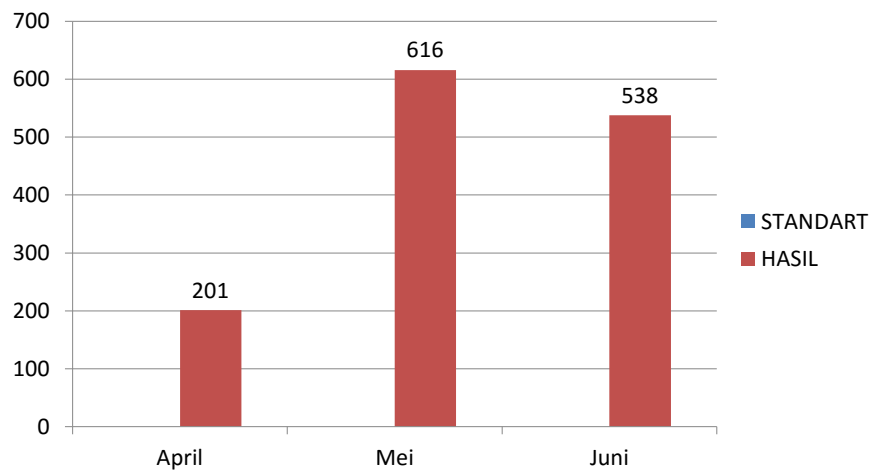
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi kepatuhan cuci tangan pada waktu apel, rapat, dan pertemuan lain. 2. Supervisi oleh Kepala Unit 3. Sosialisasi di ruangan oleh PPI 4. Lomba cuci tangan 5. Pemasangan banner kepatuhan cuci tangan 	<p>Capaian target kepatuhan cuci tangan dalam bulan Nopember mencapai 92%</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100% 2. Mengintensifkan sosialisasi dan supervisi 3. Telusur internal kepatuhan cuci tangan

Kelengkapan Assesmen resiko jatuh setiap pasien rawat inap



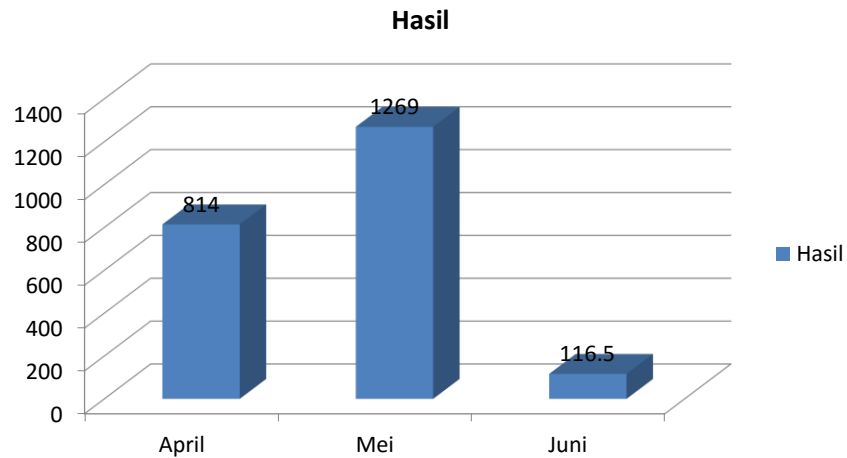
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengadakan / Memperbaiki blanko monitor assesment resiko jatuh 2. Sosialisasi assesment resiko 3. Supervisi oleh Kepala Unit 	Capaian target sampai dengan bulan Nopember mencapai 90%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100% 2. Mengintensifkan sosialisasi dan supervisi oleh kepala unit

Lama Tindakan Restrain Pengikatan Dalam Jam Pasien Rawat Inap Gangguan Jiwa



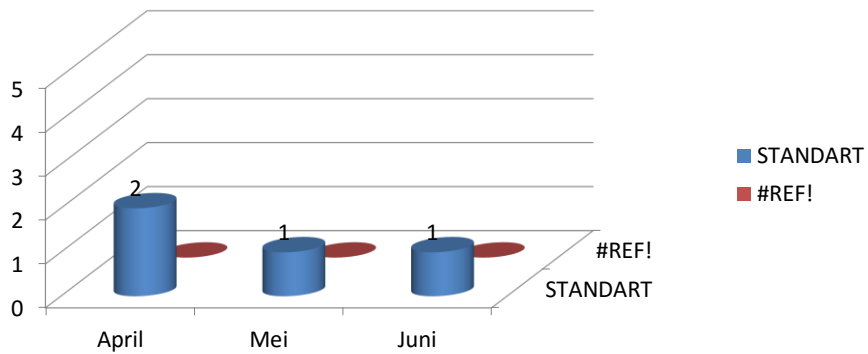
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan penurunan lama tindakan restrain pengikatan	Usulan dari SMF Jiwa menggunakan obat-obatan psikiatri generasi baru	Ada kecenderungan kenaikan lama restrain pengikatan di bulan mei dan juni 616 jam dan 538 jam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penggunaan jenis obat oleh SMF Jiwa 2. Evaluasi clinical pathway

Lamanya Pasien Ggn Jiwa Dirawat Diruang Isolasi



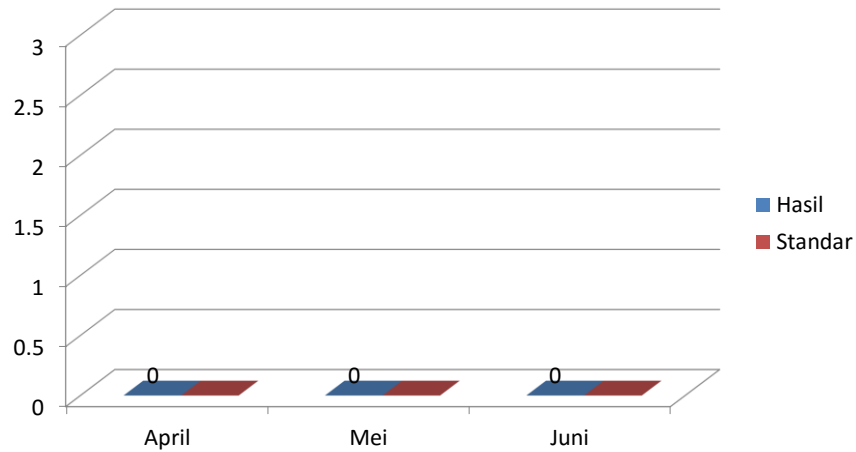
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan penurunan lama pasien jiwa dirawat di ruang isolasi	Usulan dari SMF Jiwa menggunakan obat-obatan psikiatri generasi baru	Ada kecenderungan penurunan lama pasien jiwa dirawat di ruang isolasi dari angka tertinggi di bulan mei 1268 jam menjadi 116 jam di bulan juni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penggunaan jenis obat oleh SMF Jiwa 2. Evaluasi clinical pathway kalau perlu

PASIEN JATUH DENGAN / TANPA CIDERA



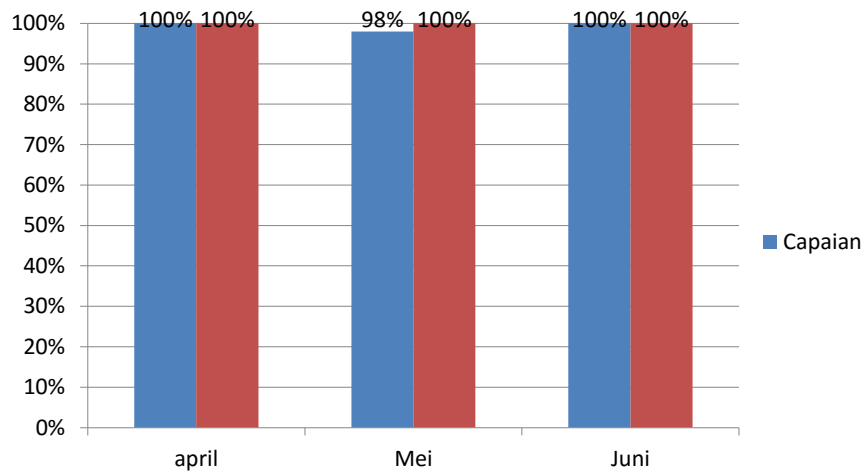
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan tidak ada insiden pasien jatuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat blanko monitoring assesment resiko jatuh 2. Meningkatkan kepatuhan assesment resiko jatuh 3. Supervisi oleh kepala unit 4. Supervisi oleh PKRS 5. Memberi handle pegangan tangan di bangsal Geriatri 6. Menjaga lantai ruang perawatan selalu kering 	Triwulan ke 2 total ada 4 pasien jatuh	Menindaklanjuti hasil RCA setiap kejadian pasien jatuh

Pasien Jatuh Dgn Level Cidera ≥ 2 (Minor)



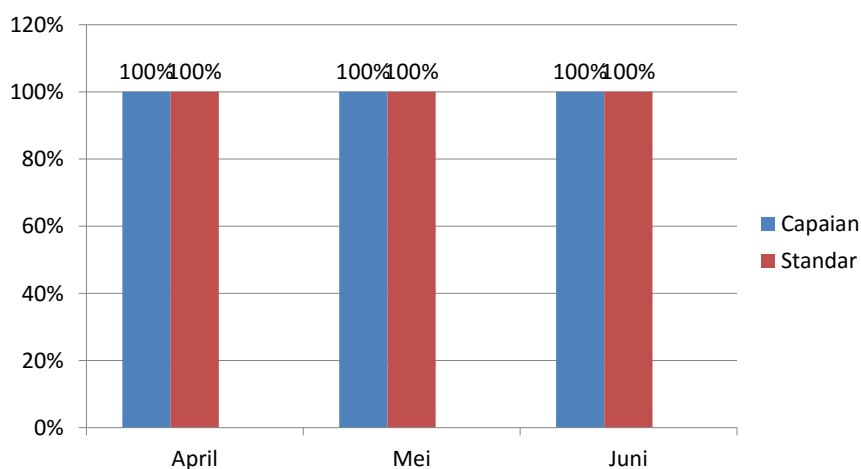
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan tidak ada insiden pasien jatuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat blanko monitoring assesment resiko jatuh 2. Meningkatkan kepatuhan assesment resiko jatuh 3. Supervisi oleh kepala unit 4. Supervisi oleh PKRS 5. Memberi handle pegangan tangan di bangsal Geriatri 6. Menjaga lantai ruang perawatan selalu kering 	Pasien jatuh yang cedera level ≥ 2 tidak ada	Menindaklanjuti hasil RCA setiap kejadian pasien jatuh

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



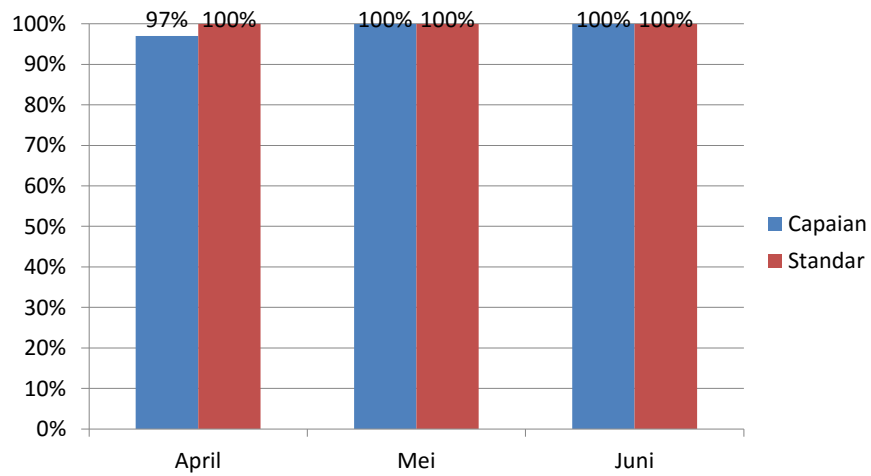
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> Sosialisasi hasil audit clinical pathway pada rapat Komite Medik Meningkatkan kepatuhan DPJP terhadap clinical pathway 	Capaian target dalam bulan juni naik menjadi 100 %	<ol style="list-style-type: none"> Sosialisasi hasil audit clinical pathway pada rapat Komite Medik Meningkatkan kepatuhan DPJP terhadap clinical pathway

Angka Pemberian Edukasi pada Pasien Rawat Inap Stroke



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> Himbauan DPJP penyakit syaraf saat pertemuan rutin KOMDIK untuk melengkapi form edukasi Meningkatkan kepatuhan terhadap clinical pathway. 	Capaian target dalam triwulan ke 2 sudah 100 %	<ol style="list-style-type: none"> Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100% Himbauan DPJP penyakit syaraf saat pertemuan rutin KOMDIK untuk melengkapi form edukasi. Meningkatkan kepatuhan terhadap clinical pathway. Audit kepatuhan CP disampaikan saat rapat KOMDIK.

Angka Rehabilitasi Medik Pada Pasien Rawat Inap Stroke



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> Himbauan hasil audit clinical pathway kepada DPJP penyakit syaraf saat pertemuan rutin KOMDIK Meningkatkan kepatuhan terhadap clinical pathway. 	Capaian target dalam triwulan ke 2 sudah mencapai 100 %	<ol style="list-style-type: none"> Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100% Meningkatkan kepatuhan terhadap clinical pathway. Audit kepatuhan CP disampaikan saat rapat KOMDIK.