

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

**TRIWULAN III 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

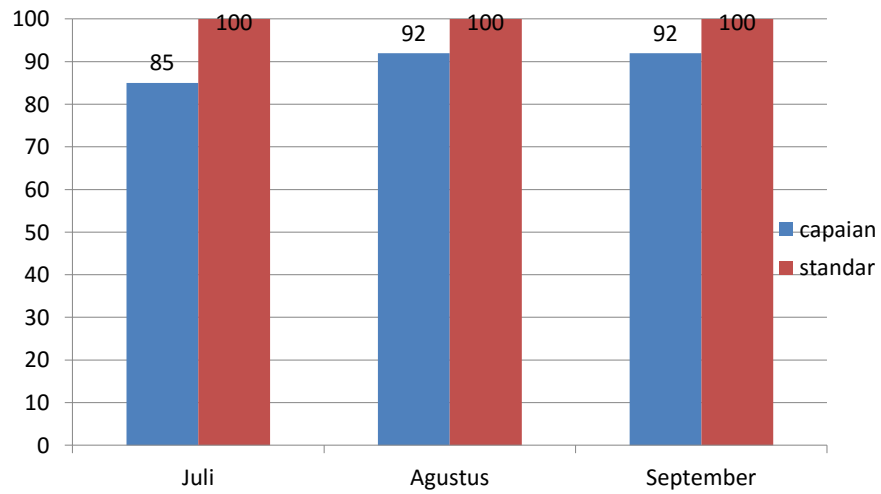
**Mengetahui**  
Ketua Dewan Pengawas

Drs. Sudaryanto, M.Si

**Direktur**  
RSJD Dr. RM. Soedjarwadi  
Provinsi Jawa Tengah

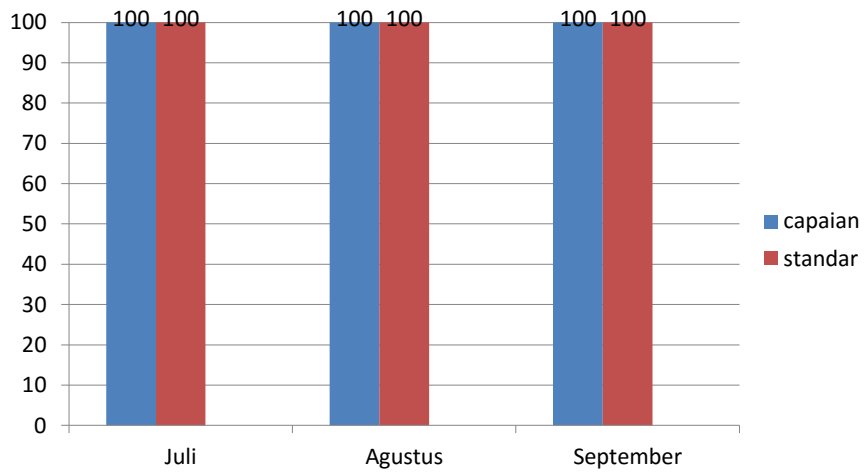
**dr. Tri Kuncoro, M.M.R**  
Pembina Tk. I  
NIP. 196505261997031006

## Angka kelengkapan diagnosis awal medis rawat inap



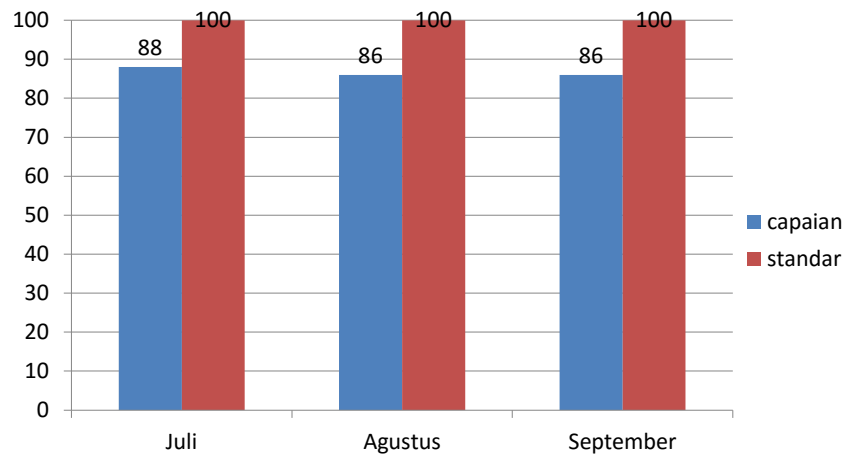
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target angka kelengkapan diagnosis awal medis 100%	Komite Medik dan Kepala Ruang menghibau Dokter IGD dan DPJP melengkapi diagnosis awal medic	Capaian target bulan Nopember 82 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi ruang rawat inap</li> <li>2. Himbauan oleh Komite Medik dalam rapat rutin</li> <li>3. Penyampaian hasil capaian oleh panitia mutu</li> </ol>

## Respon time pelaporan hasil critical value



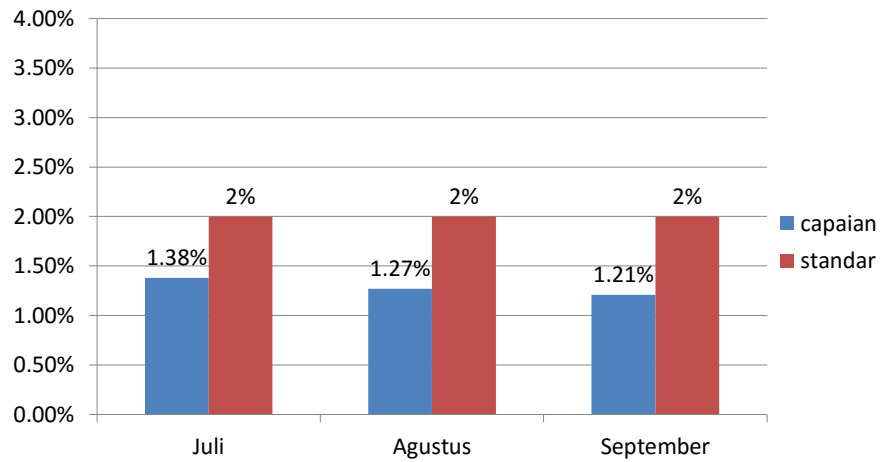
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target angka kelengkapan diagnosis awal medis 100%	Kepala Instalasi senantiasa mengingatkan supaya petugas laboratorium melaporkan Critical value dalam waktu kurang dari 30 menit	Capaian target dalam 3 bulan terakhir 100 %	Membuat Indikator baru

## Tidak ada kesalahan input identitas dan hasil laboratorium



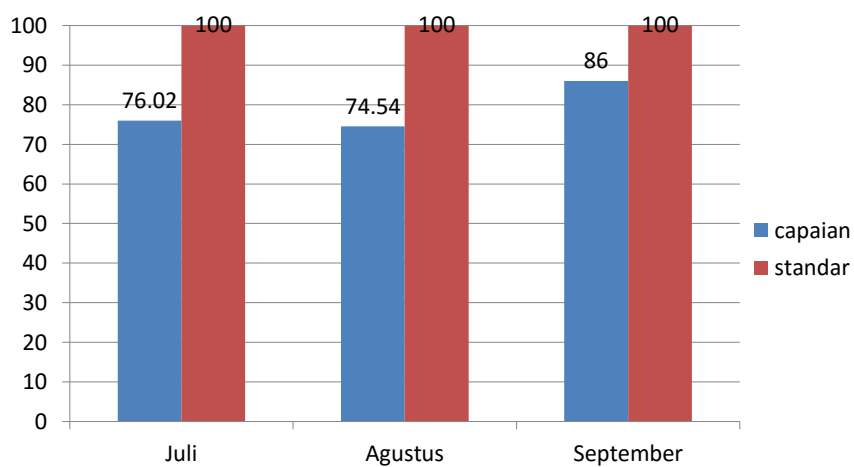
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apabila dalam satu shift petugas laboratorium lebih dari satu yang lain mengecek input data</li> <li>2. Petugas shift pagi senantiasa mengecek input data</li> </ol>	Dalama 3 bulan terakhir ada kenaikan capaian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

## Angka Pengulangan Pemeriksaan Radiologi



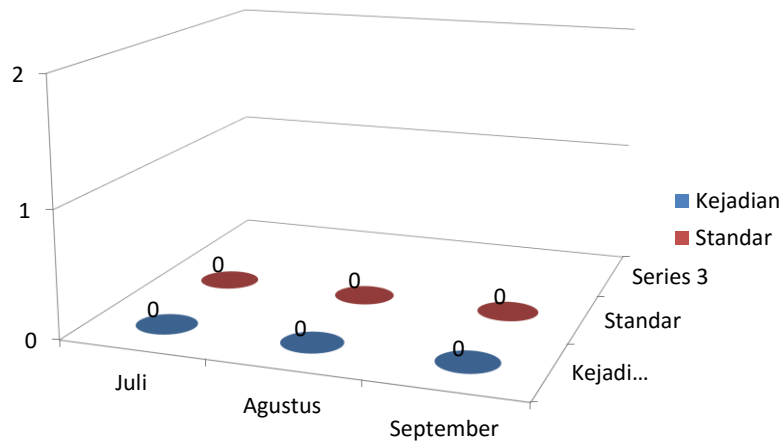
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan angka pengulangan pemeriksaan radiologi di bawah 2%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas Radiologi melakukan pemeriksaan radiologi sesuai SOP</li> <li>2. Supervisi Kepala Ruang terhadap kepatuhan SOP</li> <li>3. Mengupayakan stabilisasi aliran listrik dengan berkoordinasi dengan ISPRS</li> </ol>	Pada bulan Juni, Agustus, Oktober angka pengulangan pemeriksaan radiologi lebih dari 2%	<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>

## 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 Juli sampai Oktober terjadi kenaikan capaian sampai dengan 99 %	<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>

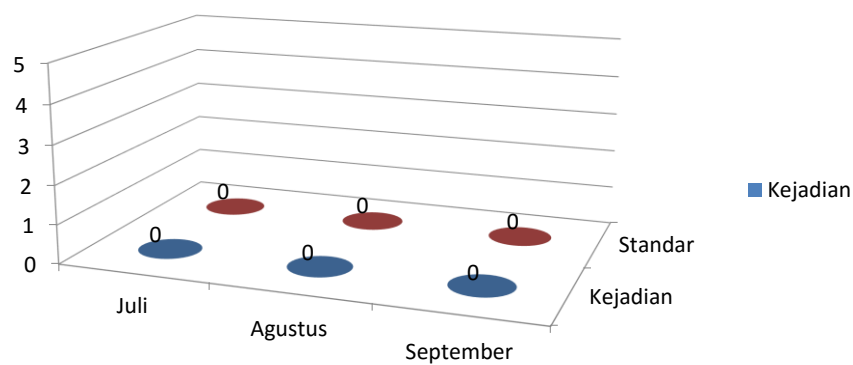
## Kesalahan Penyerahan Obat dari Farmasi ke rawat Inap



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 Juli sampai Oktober 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>

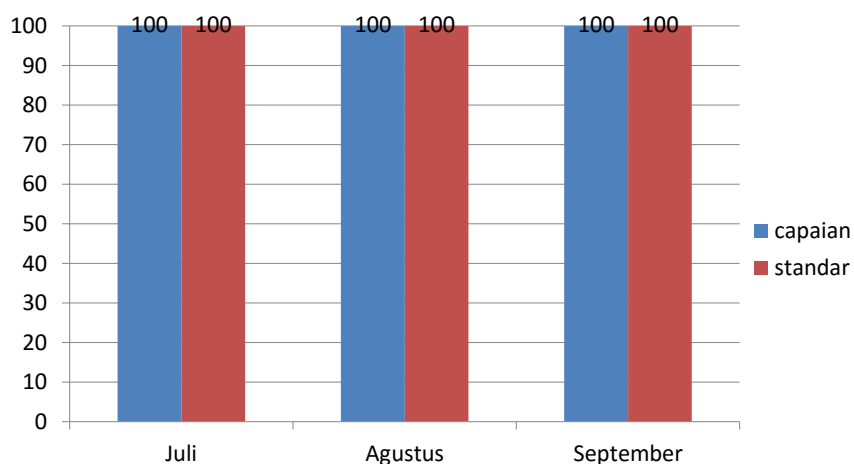


## Pemantauan Efek Samping Perpanjangan Apneu Pada Tindakan ECT Premedikasi



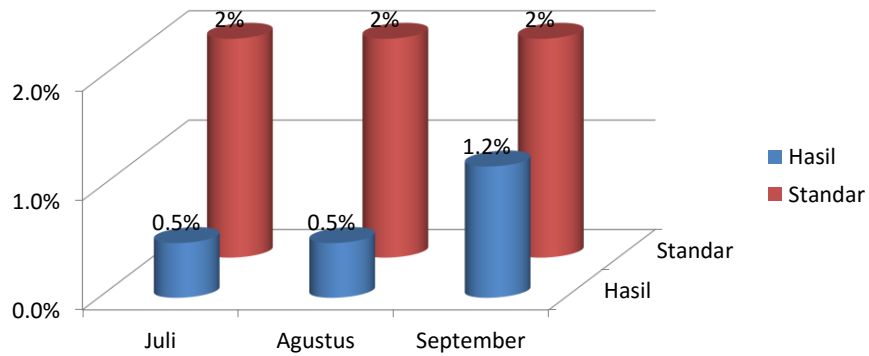
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan pemantauan efek samping perpanjangan apneu pada pasien ECT premedikasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dokter Anaestesi dan Penata Anaestesi senantiasa melakukan pengisian blanko monitoring pasien ECT Premedikasi</li> <li>Berhati-hati terhadap reaksi interaksi 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>

## Waktu Penyediaan Dokumen Rawat Jalan



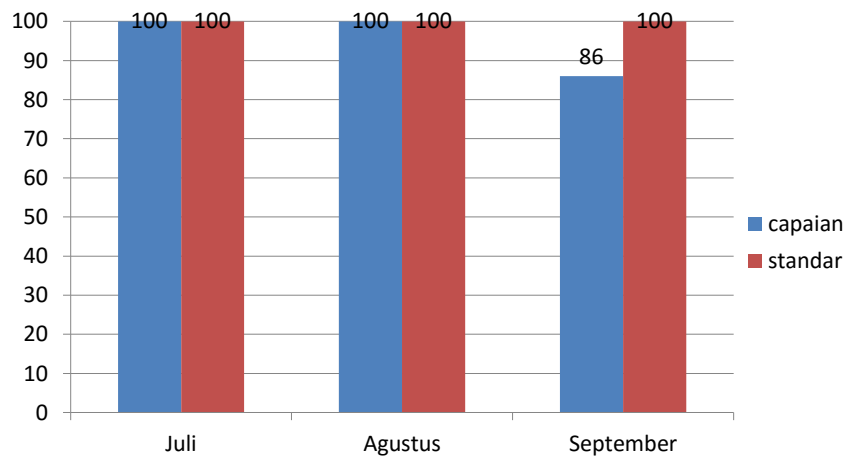
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penambahan tenaga</li> <li>2. Perbaikan ruangan</li> <li>3. Penambahan rak</li> <li>4. Revisi profil indikator</li> <li>5. Meningkatkan kedisiplinan pegawai</li> </ol>	Capaian target 100% dari bulan Agustus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

## ANGKA INFEKSI JARUM INFUS/PHLEBITIS



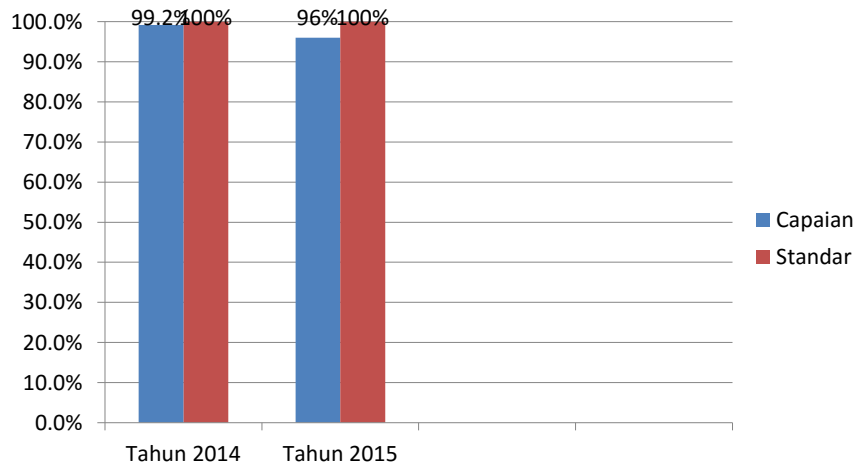
Plan	Do	Study	Action
<p><b>Mengupayakan tidak ada kejadian plebitis</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kepatuhan terhadap SOP memasang infus</li> <li>2. Kepatuhan cuci tangan</li> <li>3. Mengusulkan pengadaan iv cateter sesuai standar</li> <li>4. Pemberian tanggal dan jam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

## Kesediaan Obat di Instalasi Farmasi Sesuai Formularium



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

## Kalibrasi Alat medis

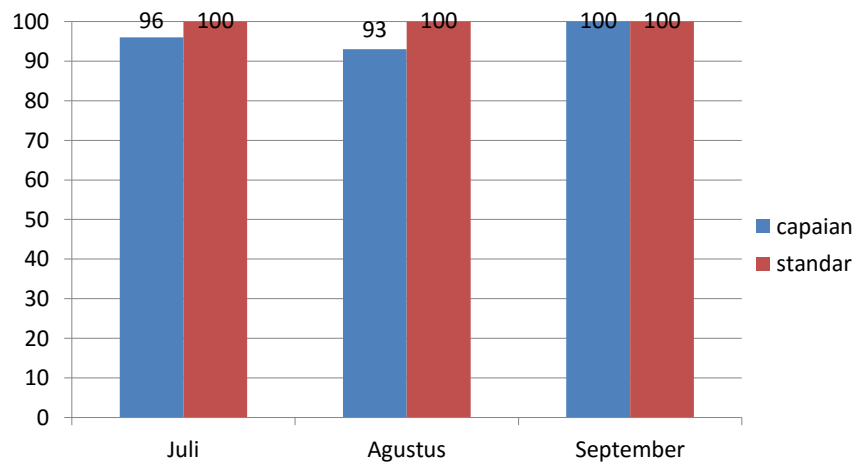


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Unit ikut mendata alat yang belum terkalibrasi.</li> <li>Pendataan ulang seluruh alat yang belum terkalibrasi</li> <li>Supervisi ruangan terhadap semua alat di ruangan masing – masing.</li> </ol>	Capaian target tahun ini 96 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Segera mengusulkan alat yang belum terkalibrasi.</li> <li>Pendataan ulang seluruh alat yang belum terkalibrasi</li> <li>Supervisi ruangan terhadap semua alat di ruangan masing – masing.</li> </ol>

### Analisa data

Beberapa alat laboratorium tidak bisa dikalibrasi karena merupakan alat pengadaan lama, masa pemeliharaanya sudah habis, sehingga dengan distributornya / penyedianya sudah kehilangan kontak.

## Pemantauan Maintenance APAR

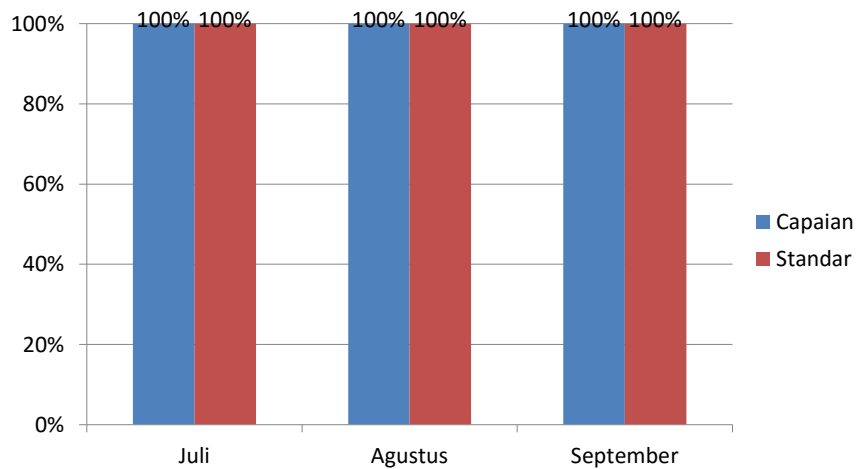


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 90%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemantauan capaian target oleh Ka Ins Sanitasi dan K3</li> <li>2. Usulan penambahan tenaga.</li> </ol>	Capaian indikator cukup ada peningkatan sehingga di bulan september mencapai 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemantauan capaian target oleh Ka Ins Sanitasi dan K3</li> <li>2. Usulan penambahan tenaga.</li> </ol>

### Analisa Data

Setelah dilakukan validasi penyesuaian jumlah APAR yang diperiksa dengan data penempatan APAR diruangan serta kondisi APAR saat diperiksa maka pada bulan desember ketepatan waktu pemeliharaan APAR bisa mencapai 100 %

## Pelaksanaan Preventif Maintenance Alat Medis

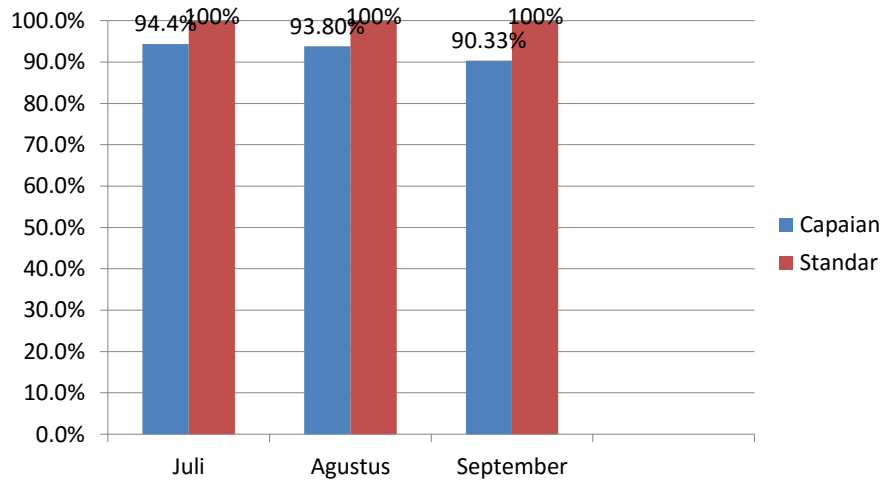


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendataan ulang seluruh peralatan di rumah sakit</li> <li>2. Bekerja sama dengan kepala unit untuk melaporkan alat yang belum di maintenance</li> </ol>	Capaian indikator selama bulan juli, Agustus, September,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

### Analisa Data

Setelah dilakukan Pendataan ulang seluruh peralatan di rumah sakit dan bekerja sama dengan kepala unit untuk melaporkan alat yang belum di maintenance bisa mencapai 100 %

## Ketepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<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 target bulan juli s/d September memenuhi target lebih dari 80 % meskipun cukup fluktuatif	<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>



## 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

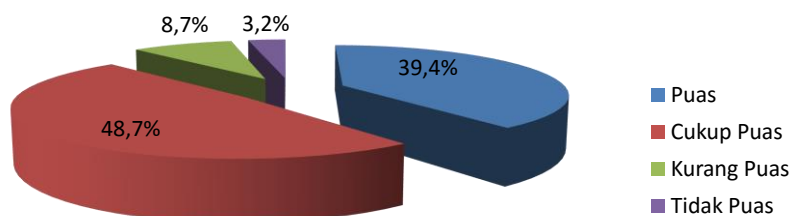
- **Nilai Persepsi, Interval IKM, Interval Konversi Mutu Pelayanan dan Kinerja Unit Pelayanan**

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

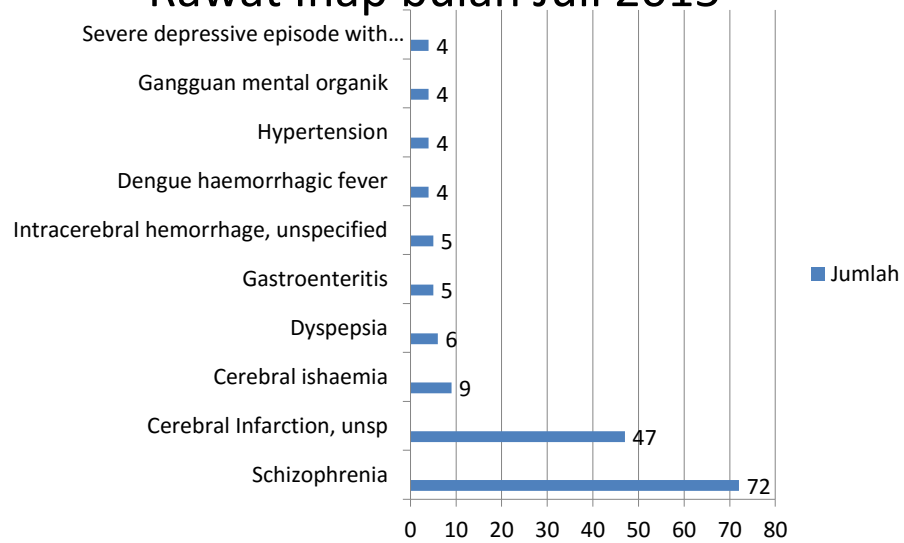
# Laporan Hasil Survey Kepuasan Karyawan Terhadap Organisasi

Capaian

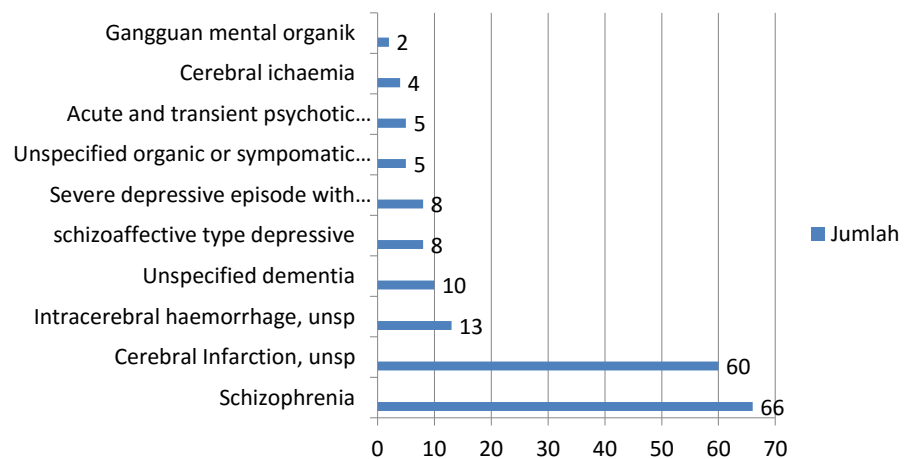


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan kategori CUKUP PUAS dan PUAS di atas 90%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kualitas kepemimpinan</li> <li>2. Meningkatkan kualitas hubungan antar unit</li> <li>3. Meningkatkan kesejahteraan pegawai</li> <li>4. memberikan kesempatan untuk meningkatkan 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>

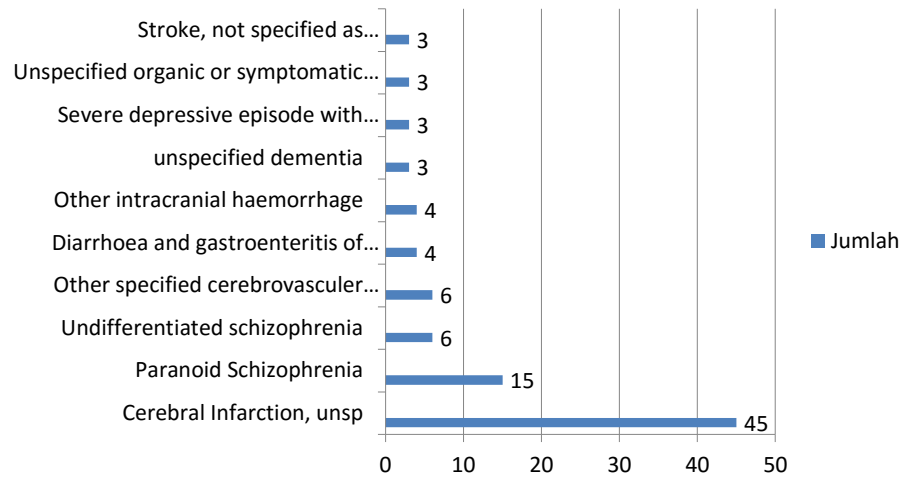
## Laporan 10 Besar Diagnosis Diagnosis Rawat Inap bulan Juli 2015



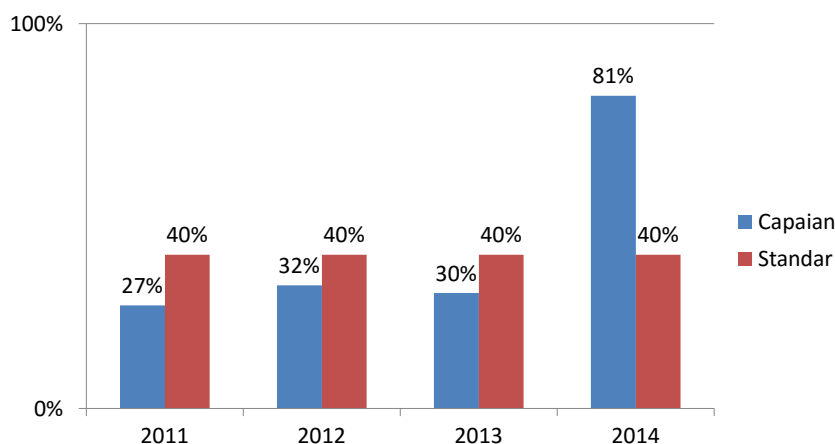
## Laporan 10 Besar Diagnosis Diagnosis Rawat Inap bulan Agustus 2015



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

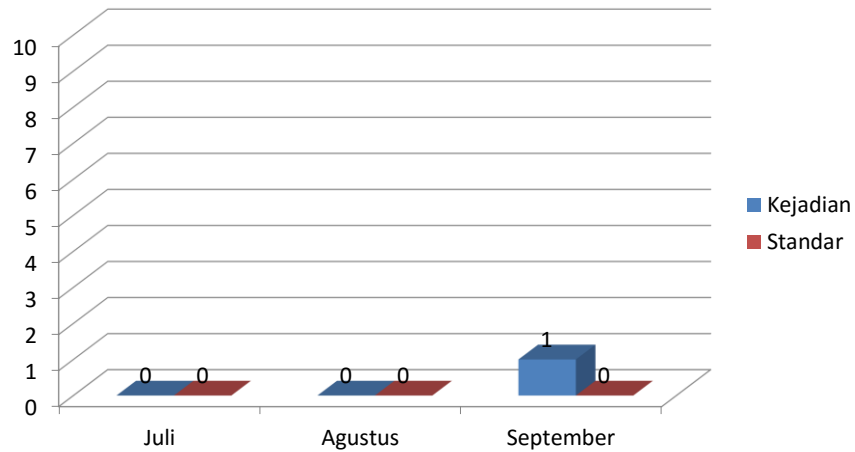


## Cost Recovery (Manajemen keuangan)



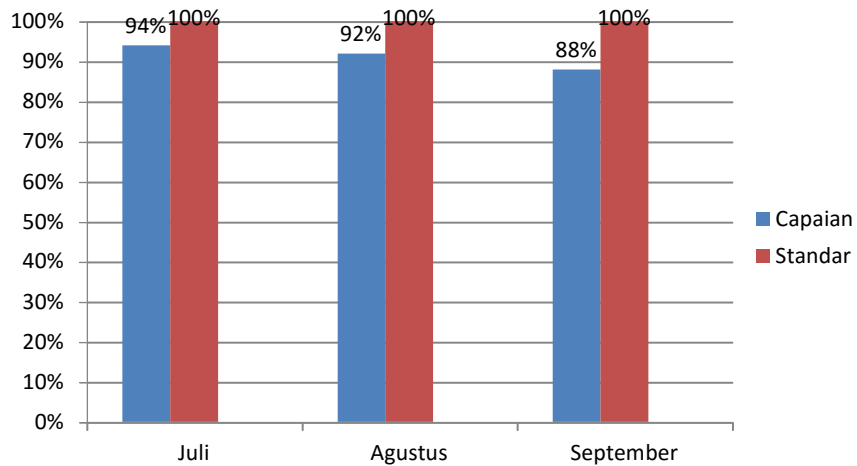
Plan	Do	Study	Action
<p><b>Mengupayakan capaian target Cost recovery sebesar 40% sesuai standar Pergub</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kinerja pelayanan</li> <li>2. Meningkatkan kinerja pegawai</li> <li>3. Meningkatkan promosi rumah sakit</li> <li>4. Pelatihan service excelent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

## ANGKA PASIEN LARI



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan angka kejadian pasien lari 0%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memperbaiki kinerja pengawasan terhadap pasien oleh perawat</li> <li>Memperbaiki tata ruang bangsal</li> <li>Meminimalisir akses keluar lingkungan RS</li> </ol>	Selama tahun 2014 ada 8 kejadian pasien lari	<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 terhadap pasien oleh perawat</li> <li>Memperbaiki tata ruang bangsal</li> <li>Meminimalisir akses keluar lingkungan RS</li> </ol>

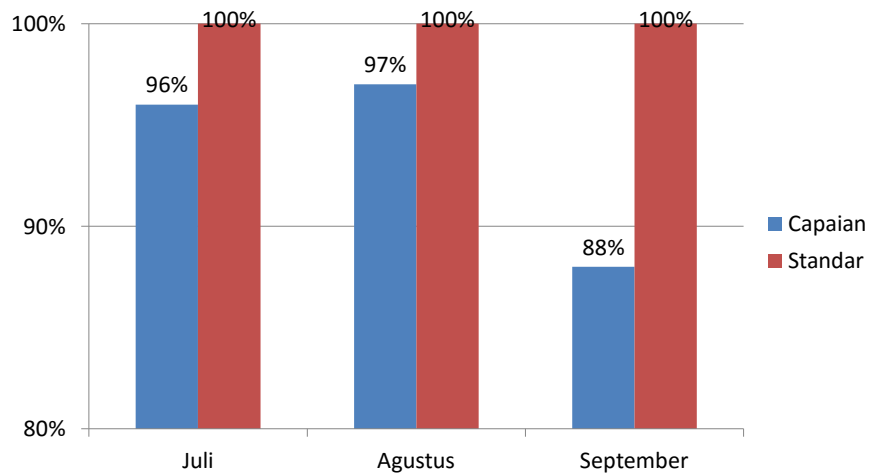
## Kepatuhan Identifikasi Pasien dengan Nama dan Tanggal Lahir Sebelum Memberikan Obat



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 penurunan sampai dengan 88% di bulan september	<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>

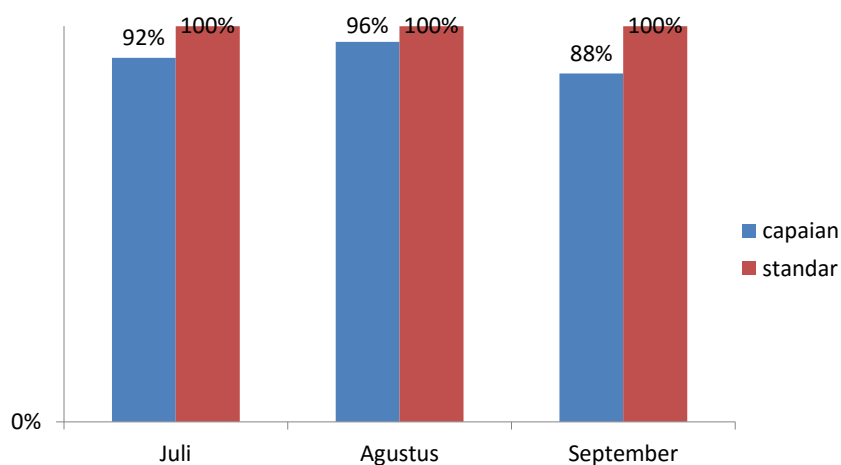


## Keluarga / Pasien Mengerti Maksud Pemasangan Gelang Identifikasi



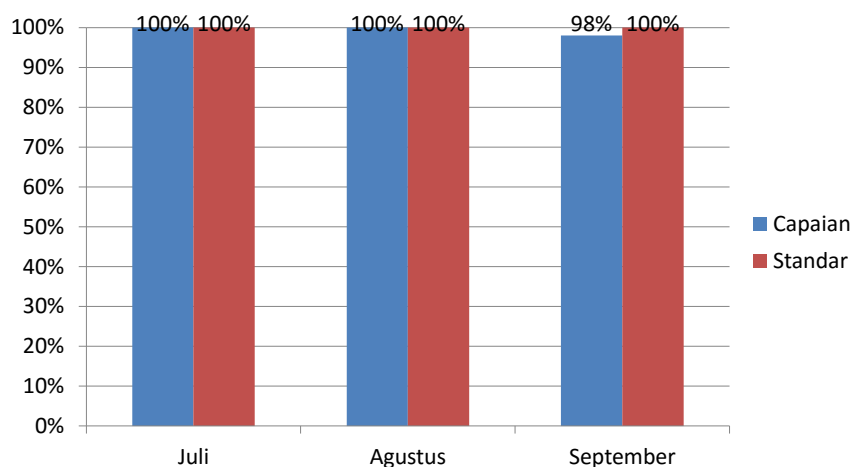
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO pemasangan gelang identifikasi</li> <li>2. Supervisi kepala unit</li> <li>3. Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai</li> </ol>	<p>Capaian target dalam 3 bulan terakhir mengalami penurunan sampai dengan 88%</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>

## Angka Verifikasi Oleh DPJP Setelah Komunikasi Melalui Telepon



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi kepada DPJP tentang verifikasi Rekomendasi konsultasi</li> <li>2. Perawat ruangan mengingatkan DPJP untuk memverifikasi rekomendasi konsultasi</li> <li>3. Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai</li> </ol>	Capaian target dalam bulan September mencapai 88 %, ada penurunan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100%</li> <li>2. Sosialisasi kepada DPJP tentang verifikasi Rekomendasi konsultasi</li> <li>3. Perawat ruangan mengingatkan DPJP untuk memverifikasi rekomendasi konsultasi</li> <li>4. Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai</li> </ol>

## Ketepatan Penyimpanan dan Pemberian Label pada Obat LASA

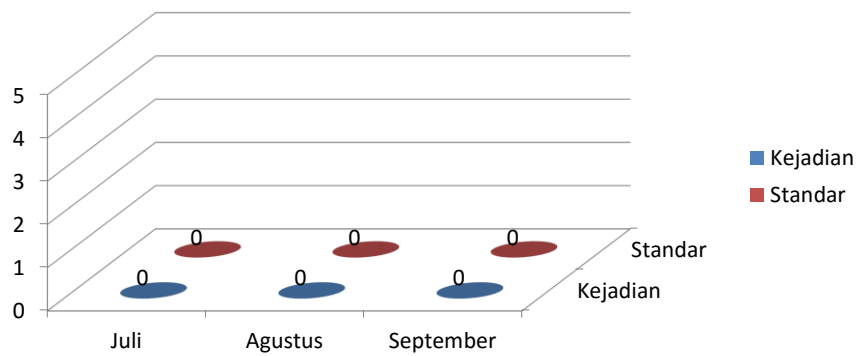


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi SOP penyimpanan dan pemberian Label pada obat LASA</li> <li>2. Supervisi oleh kepala Instalasi atau kepala ruang.</li> <li>3. Supervisi oleh PKRS.</li> <li>4. Ronde Keselamatan ke Ins. Farmasi</li> </ol>	Capaian target dalam bulan September mencapai 98 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100%</li> <li>2. Sosialisasi ulang SOP penyimpanan dan pemberian Label pada obat LASA</li> <li>3. Supervisi oleh kepala Instalasi atau kepala ruang.</li> <li>4. Supervisi oleh PKRS.</li> <li>5. Ronde Keselamatan ke Ins. Farmasi</li> </ol>

### Analisa Data

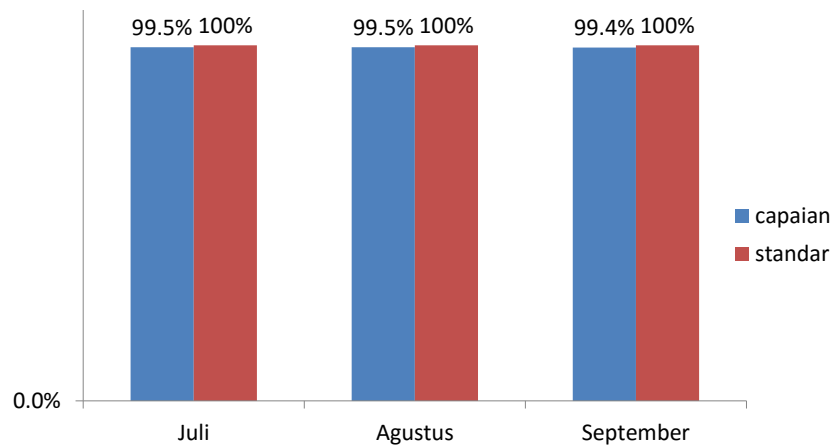
Pada bulan September 2015 terdapat 2 jenis obat yang masuk criteria obat LASA yang belum diberi label obat.

## Tidak Adanya Kejadian Salah Pasien pada Tindakan ECT Pre Medikasi



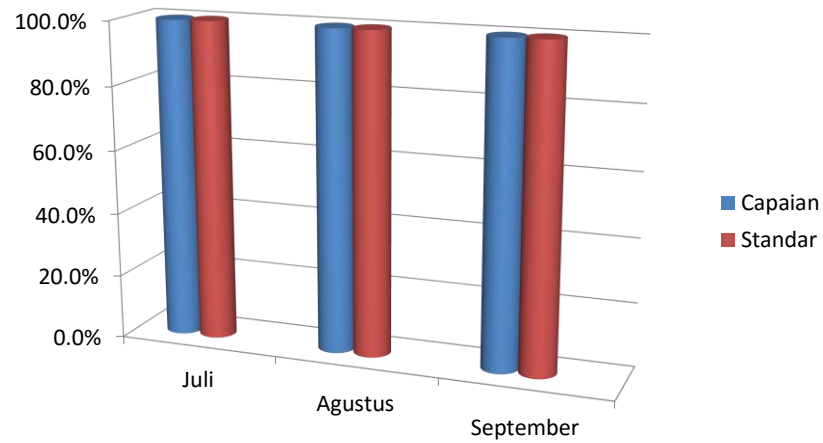
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian tidak ada kejadian salah pasien	Kepatuhan terhadap SOP Identifikasi pasien.	Tidak kejadian salah pasien pada triwulan terakhir	Mempertahankan tidak adanya kejadian salah pasien pada tindakan ECT Pre Medikasi pasien

## Angka Kepatuhan Cuci Tangan



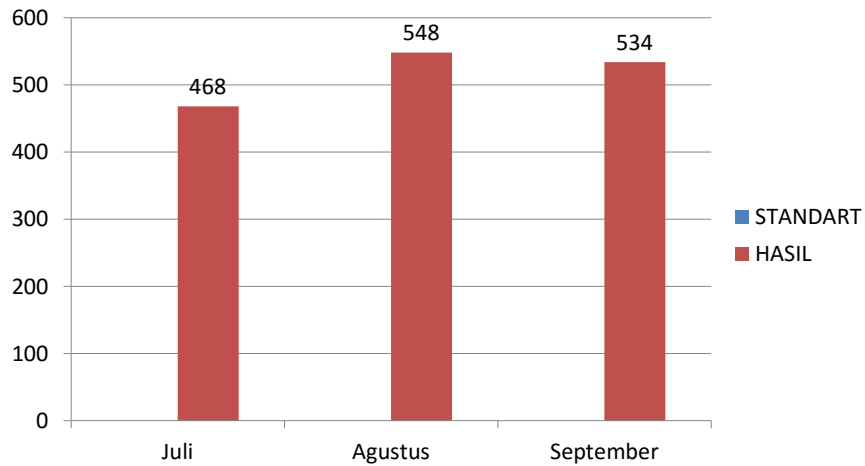
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi kepatuhan cuci tangan pada waktu apel, rapat, dan pertemuan lain.</li> <li>Supervisi oleh Kepala Unit</li> <li>Sosialisasi di ruangan oleh PPI</li> <li>Lomba cuci tangan</li> <li>Pemasangan banner kepatuhan cuci tangan</li> </ol>	Capaian target kepatuhan cuci tangan pada triwulan 3 men capai 99 %	<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>

## Kelengkapan Assesmen resiko jatuh setiap pasien rawat inap



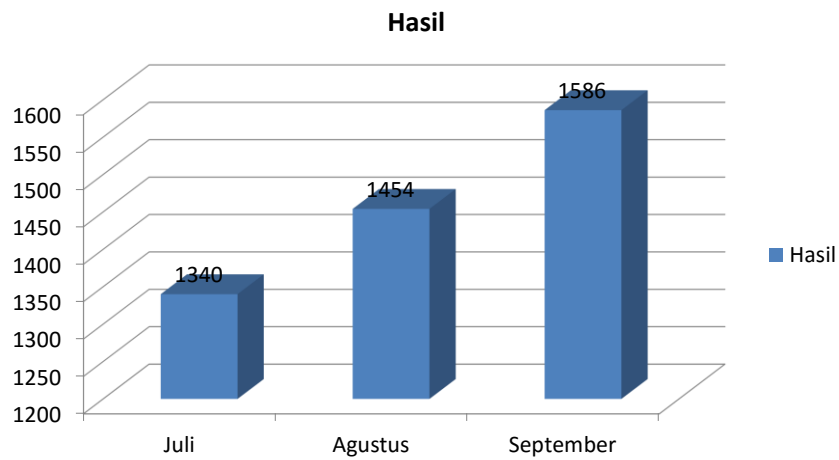
Plan	Do	Study	Action
<b>Mengupayakan capaian target 100%</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengadakan / Memperbaiki blanko monitor assesment resiko jatuh</li> <li>2. Sosialisasi assesment resiko</li> <li>3. Supervisi oleh Kepala Unit</li> </ol>	<b>Capaian target sampai dengan bulan September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

## 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 penurunan lama restrain pengikatan dari angka tertinggi 548 jam menjadi 322 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi penggunaan jenis obat oleh SMF Jiwa</li> <li>2. Evaluasi clinical pathway</li> </ol>

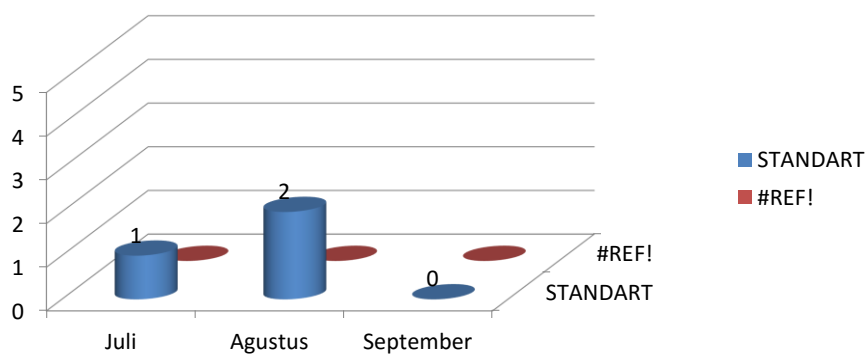
## Lamanya Pasien Ggn Jiwa Dirawat Diruang Isolasi



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 juli 1586 jam menjadi 372 jam di bulan Oktober	<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>

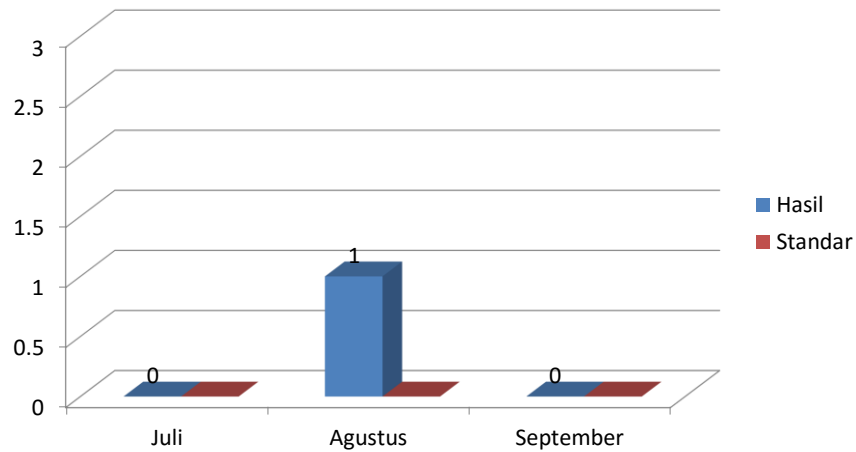


## PASIEN JATUH DENGAN / TANPA CIDERA



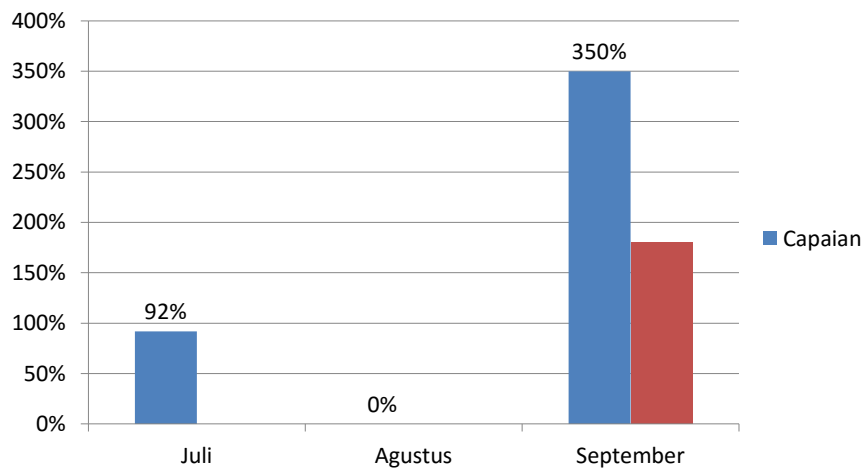
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan tidak ada insiden pasien jatuh	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat blanko monitoring assesment resiko jatuh</li> <li>2. Meningkatkan kepatuhan assesment resiko jatuh</li> <li>3. Supervisi oleh kepala unit</li> <li>4. Supervisi oleh PKRS</li> <li>5. Memberi handle pegangan tangan di bangsal Geriatri</li> <li>6. Menjaga lantai ruang perawatan selalu kering</li> </ol>	Selama tahun 2014 ada 16 kejadian pasien jatuh dengan atau tanpa cedera	Menindaklanjuti hasil RCA setiap kejadian pasien jatuh

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



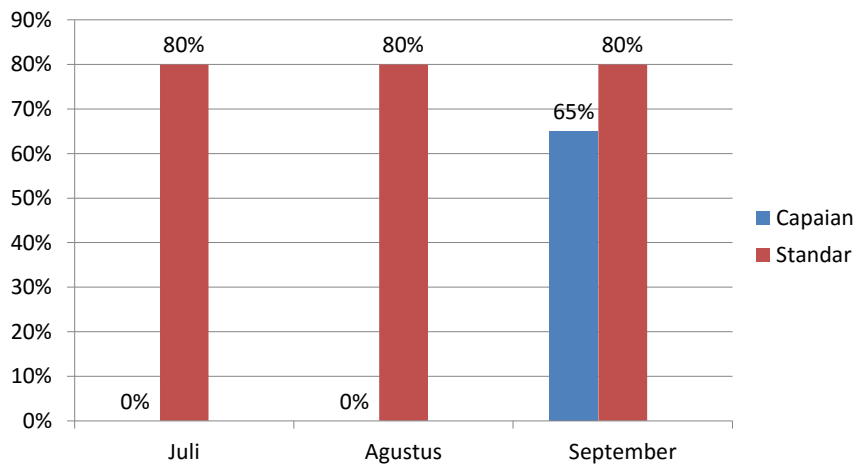
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan tidak ada insiden pasien jatuh	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat blanko monitoring assesment resiko jatuh</li> <li>2. Meningkatkan kepatuhan assesment resiko jatuh</li> <li>3. Supervisi oleh kepala unit</li> <li>4. Supervisi oleh PKRS</li> <li>5. Memberi handle pegangan tangan di bangsal Geriatri</li> <li>6. Menjaga lantai ruang perawatan selalu kering</li> </ol>	Selama tahun 2014 ada 16 kejadian pasien jatuh dengan atau tanpa cedera	Menindaklanjuti hasil RCA setiap kejadian pasien jatuh

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



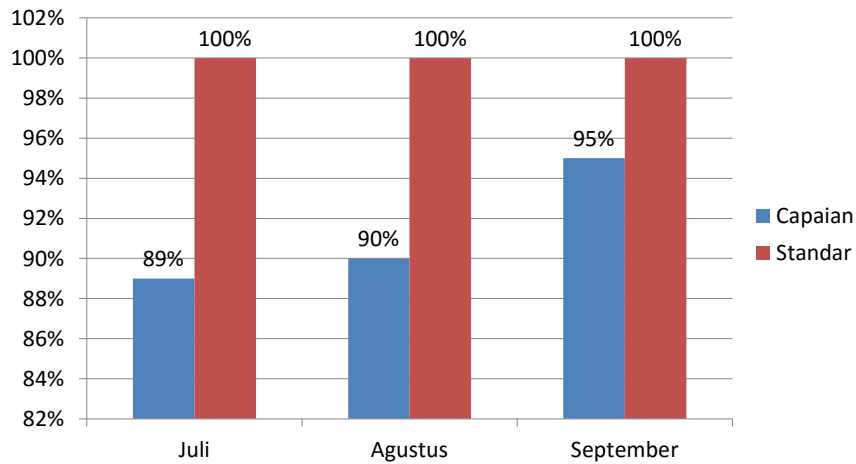
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi hasil audit clinical pathway pada rapat Komite Medik</li> <li>Meningkatkan kepatuhan DPJP terhadap clinical pathway</li> </ol>	Capaian target dalam bulan Oktober mencapai 98%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi hasil audit clinical pathway pada rapat Komite Medik</li> <li>Meningkatkan kepatuhan DPJP terhadap clinical pathway</li> </ol>

## 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 dalam bulan Nopember mencapai 95%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan dan meningkatkan 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>

## 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 dalam bulan Nopember mencapai 95%	<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>

