

DATA INDIKATOR MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN DI RSUD BAHTERAMAS JANUARI - JUNI TAHUN 2019

No	Judul Indikator	Formula (Numerator/Denominator)*100%	Data														
1	Kelengkapan Asesmen Medis Pasien Bedah Dalam 24 Jam Pada Pasien Rawat Inap (IAK 1)	Jumlah lembar asesmen medis pasien bedah yang terisi lengkap dalam waktu 24 jam pertama dalam 1 bulan dibagi jumlah seluruh lembar asesmen dalam 1 bulan x 100%	<p style="text-align: center;">IAK 1 KELENGKAPAN ASESMEN MEDIS PASIEN BEDAH DALAM 24 JAM PADA PASIEN RAWAT INAP</p> <table border="1"> <tr> <td>—◆— Realisasi (%)</td> <td>75,3</td> <td>76,1</td> <td>77,3</td> <td>76,8</td> <td>78,2</td> <td>78,7</td> </tr> <tr> <td>— Target (%)</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </table>	—◆— Realisasi (%)	75,3	76,1	77,3	76,8	78,2	78,7	— Target (%)	100	100	100	100	100	100
—◆— Realisasi (%)	75,3	76,1	77,3	76,8	78,2	78,7											
— Target (%)	100	100	100	100	100	100											

ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Kelengkapan Asesmen Medis Pasien Bedah Dalam 24 Jam Pada Pasien Rawat Inap	1. Memantau pelaksanaan Kelengkapan Asesmen Medis Pasien Bedah Dalam 24 Jam Pada Pasien Rawat Inap 2. Kepala ruangan menghimbau dokter DPJP melengkapani Asesmen Medis Pasien Bedah Dalam 24 Jam Pada Pasien Rawat Inap	Capaian Kelengkapan Asesmen Medis Pasien Bedah Dalam 24 Jam Pada Pasien Rawat Inap masih bervariasi cenderung menurun pada semester pertama tahun 2019 ini, dan belum mencapai target 100%	1. Supervisi ruang rawat inap 2. Adanya laporan keterlambatan pengumpulan rekam medik paling lambat 24 jam setelah pasien pulang,

2	Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium 30 Menit (IAK 2)	Jumlah Pelaporan Nilai Kritis Laboratorium 30 Menit dalam 1 bulan x 100%	<p style="text-align: center;">IAK 2 PELAPORAN NILAI KRITIS LABORATORIUM 30 MENIT</p> <table border="1"> <tr> <td>—◆— Realisasi (%)</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>91,67</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>— Target (%)</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>80</td> </tr> </table>	—◆— Realisasi (%)	100	100	91,67	100	100	100	— Target (%)	80	80	80	80	80	80
—◆— Realisasi (%)	100	100	91,67	100	100	100											
— Target (%)	80	80	80	80	80	80											

ANALISA

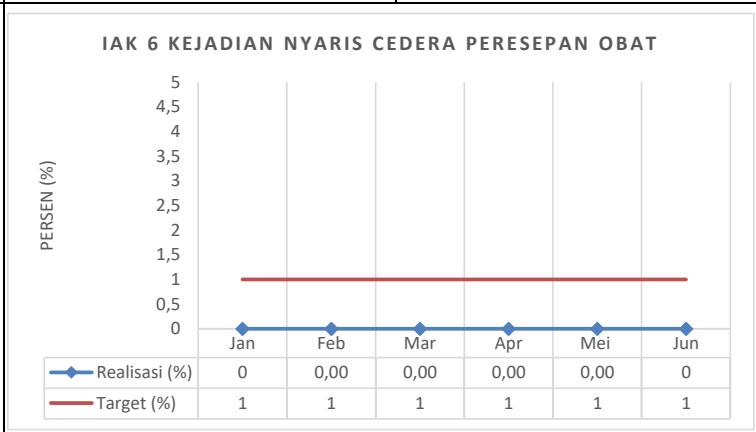
PLAN	DO	STUDY	ACTION
Mengupayakan waktu lapor hasil nilai kritis laboratorium kurang dari 30 menit mencapai 100 %	Memantau pelaksanaan pelaporan dan pencatatan hasil nilai kritis	1. Setiap keluar hasil nilai kritis di laboratorium dicatat oleh petugas, dilaporkan kepada dokter jaga, diberikan stempel nilai kritis, di catat dan dilaporkan sesuai dengan SPO 2. Masih ada petugas Laboratorium yang belum memahami tentang sistem pelaporan nilai kritis, dan pencatatannya.	1. Dilakukan sosialisasi ulang terhadap seluruh petugas laboratorium tentang nilai kritis 2. Dilakukan peningkatan supervisi oleh kepala ruangan/ kepala Instalasi laboratorium terhadap petugas tentang pelaporan nilai kritis

99,7	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun
◆ Realisasi (%)	99,83	100	100	100	100	100
— Target (%)	100	100	100	100	100	100

ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Kepatuhan penggunaan FORNAS 100 %	1. Ada SPO penulisan resep. 2. Ada daftar formularium RS 3. Memantau pelaksanaan kepatuhan DPJP menggunakan daftar formularium	Semua resep yang masuk ke bagian farmasi RSUD Bahteramas dilakukan telah resep termasuk didalamnya penggunaan resep yang diluar Fornas, proses ini kemudian dilakukan pencataan dan pelaporannya. Capaian 100 % bahwa sejak Februari semua obat yang diresepkan sudah sesuai formularium.	1. Tetap dilakukan pemantauan / supervisi oleh Ka Ru dan Ka Inst Farmasi di Unit Farmasi. 2. Koordinasi dengan DPJP untuk menggunakan obat yang tersedia sesuai daftar formularium

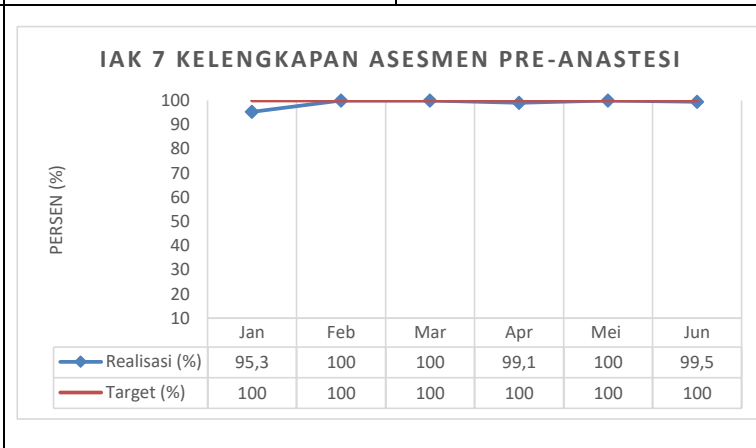
6	Kejadian Nyaris Cedera Peresepan Obat (IAK 6)	Jumlah kejadian nyaris cedera peresepan obat pasien pada pasien inap dalam 1 bulan dibagi jumlah semua pasien rawat inap yang mendapat obat dalam 1 bulan x 100%
---	---	---



ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Tercapainya pelaporan KNC Peresepan obat 100%	Memantau KNC peresepan obat pada semua pelayanan rawat inap maupun rawat jalan	Format maupun SPO pelaporan diberikan pada semua bagian pada instalasi rawat inap maupun rawat jalan	1. Tetap dilakukan pemantauan supervisi oleh Ka Ru dan Ka Inst Farmasi di Unit Farmasi. 2. Koordinasi dengan kepala instalasi rawat jalan, kepala instalasi rawat inap dan kepala instalasi farmasi untuk tidak takut melaporkan jika ada KNC

7	Kelengkapan Asesmen Pre Anestesi (IAK 7)	Jumlah ketidak lengkapan assesment pre anestesi oleh dokter ahli anestesi dalam oleh dokter ahli anestesi dalam 1 bulan x 100%
---	--	--



ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Kelengkapan laporan anestesi capaian target 100%	Memantau pelaksanaan Ketidaklengkapan laporan anestesi	Semua pasien yang akan dilakukan tindakan operasi maka dokter anestesi telah mengisi laporan anestesi dengan lengkap.	1. Koordinasi dan konfirmasi antara petugas rawat inap ,DPJP dan kepala IKOS 2. Tetap dilakukan pemantauan / supervisi oleh Ka Ru dan Ka Inst IBS

8	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 1 X 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan (IAK 8)	Jumlah Rekam Medik Yang Terisi Lengkap dibagi Jumlah Rekam Medik Keseluruhan dalam 1 bulan x 100%	<p style="text-align: center;">IAK 9 KELENGKAPAN PENGISIAN REKAM MEDIK 1 X 24 JAM SETELAH SELESAI PELAYANAN</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Triwulan I</th> <th>Triwulan II</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Realisasi (%)</td> <td>81,27</td> <td>84,33</td> </tr> <tr> <td>Target (%)</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>		Triwulan I	Triwulan II	Realisasi (%)	81,27	84,33	Target (%)	100	100
	Triwulan I	Triwulan II										
Realisasi (%)	81,27	84,33										
Target (%)	100	100										

ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Meningkatkan capaian target penegembalian rekam medis lengkap dalam waktu 24 jam mencapai 100%	Memantau jadwal pengembalian rekam medis lengkap dalam waktu 24 jam	1. Walaupun belum mencapai target yang diinginkan, capaian pembgembalian rekam medik 24 jam setelah pasien pulang menunjukkan adanya peningkatan kepatuhan . 2. Setiap pasien yang dinyatakan sudah bisa pulang oleh DPJP, status pasien harus kembali ke rekam medis dengan lengkap paling lambat dalam waktu 24 jam 3. Status rekam medis yang diantar sering tidak lengkap karena DPJP sering belum lengkap mengisi	1. Meningkatkan supervisi oleh Ka Instalasi dan Ka Ruangun untuk 2. mengingatkan DPJP, PPA dan PPA lainnya untuk melengkapi rekam medis sebelum pasien pulang.

9	Angka Kejadian Pasien Decubitus (IAK 9)	Jumlah pasien rawat inap yang mengalami decubitus dalam 1 bulan dibagi jumlah seluruh pasien tirah baring di ruang rawat inap dalam 1 bulan x 100%	<p style="text-align: center;">IAK 10 ANGKA KEJADIAN PASIEN DECUBITUS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mar</th> <th>Apr</th> <th>Mei</th> <th>Jun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Realisasi (%)</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,4</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Target (%)</td> <td>1,5</td> <td>1,5</td> <td>1,5</td> <td>1,5</td> <td>1,5</td> <td>1,5</td> </tr> </tbody> </table>		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Realisasi (%)	0	0	0	0,4	0	0	Target (%)	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun																		
Realisasi (%)	0	0	0	0,4	0	0																		
Target (%)	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5																		

ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Mengupayakan tercapainya angka decubitus 1,5 %	1. Meningkatkan kepatuhan terhadap SOP 2. Memantau Kepatuhan cuci tangan 3. Menyediakan sarana dan faslitas yg sesuai	Walaupun masih ada kejadian decubitus, tetapi masih dibawah standar yang di tetapkan (dibawah dari 1,5 %)	1. Supervisi kepala ruangan 2. Re edukasi petugas ttg perawatan tirah baring untuk Meningkatkan kemampuan layanan memberikan perawatan tirah baring

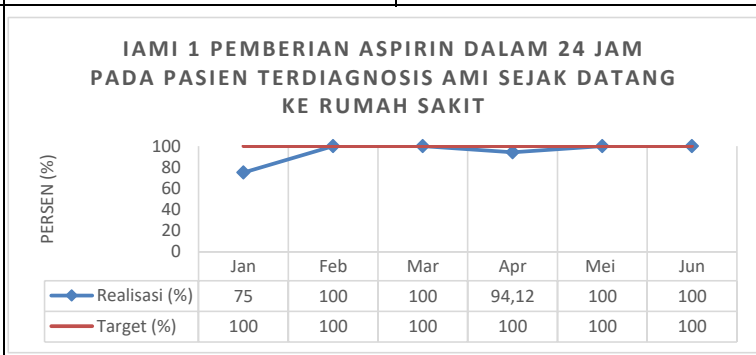
10	Penelitian Dengan Ethical Clearance (IAK 10)	Jumlah penelitian klinis yang telah mendapatkan Ethical Clearence dalam 1 bulan dibagi semua penelitian klinis di rumah sakit dalam 1 bulan x 100%	<p style="text-align: center;">IAK 11 PENELITIAN DENGAN ETHICAL CLEARENCE</p>
----	--	--	--

	0	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun
◆ Realisasi (%)		100	100,00	100	100	100	100
— Target (%)		100	100	100	100	100	100

ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Penelitian klinis yang telah mendapatkan Ethical Clearance 100%	Meningkatkan kepatuhan terhadap SPO Ethical Clearance	1. Semua penelitian ethical clearance sudah mendapat persetujuan dari tim. 2. Memberikan batas waktu pengurusan Ethical clearance	1. Sosialisasi SPO pada lembaga pendidikan 2. Merubah indikator

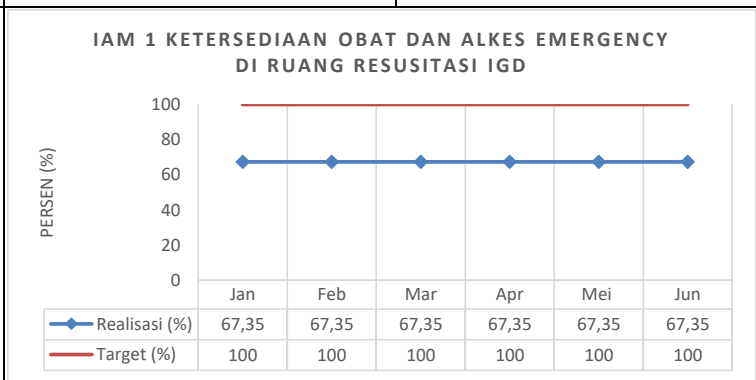
11	Pemberian Aspirin Dalam 24 Jam Pada Pasien Terdiagnostik AMI Seja Datang Ke Rumah Sakit (IAM 1)	Jumlah Pasien Terdiagnosis AMI Dengan Pemberian Aspirin Dalam 24 Jam Sejak Datang Ke Rumah Sakit Dalam 1 Bulan x 100%
----	---	---



ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
jumlah Pasien Terdiagnosis AMI Dengan Pemberian Aspirin Dalam 24 Jam Sejak Datang Ke Rumah Sakit Dalam 1 Bulan x 100%	1. Memantau pemberian aspirin 24 jam setelah masuk dg AMI 2. Koordinasikan antara dokter penerima pasien dan dokter DPJP pemberian aspirin sesuai ketentuan yang berlaku di rumah sakit	1. Masih ada pasien yg belum terdiagnosa AMI 24 jam setelah masuk 2. walaupun masih terdapat pasien yg belum diberikan aspirin, tetapi semua pasien terdiagnosa AMI sudah diberikan aspirin sebelum 24 jam	1. komunikasi efektif antara dokter yang menerima pasien dan dokter jantung 2. Menyampaikan hasil evaluasi ke unit terkait

12	Ketersediaan Obat & Alkes Emergency di Ruang Resusitasi IGD (IAM 1)	Jumlah obat dan alat emergency yang tersedia di instalasi gawat darurat dalam 1 bulan dibagi jumlah obat dan alat emergency sesuai standar di instalasi gawat darurat dalam 1 bulan x 100%
----	---	---



ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Ketersediaan Obat & Alkes Emergency di Ruang Resusitasi IGD 100 %	1. Memantau ketersediaan obat dan alkes emergency sesuai standar 2. Melakukan dievaluasi dan dilaporkan persemester	1. Belum mencapai target sesuai standar yang berlaku. 2. Pengadaan dan pemantauan secara rutin dilakukan oleh Instasi Farmasi	Terus melakukan pemantauan secara berkala baik proses perencanaan , pengadaan dan ketersediaan

13	Ketepatan Waktu Laporan Kegiatan dari Unit Kerja (IAM 2)	Jumlah Ketepatan Waktu Laporan Kegiatan dari Unit Kerja
----	--	---

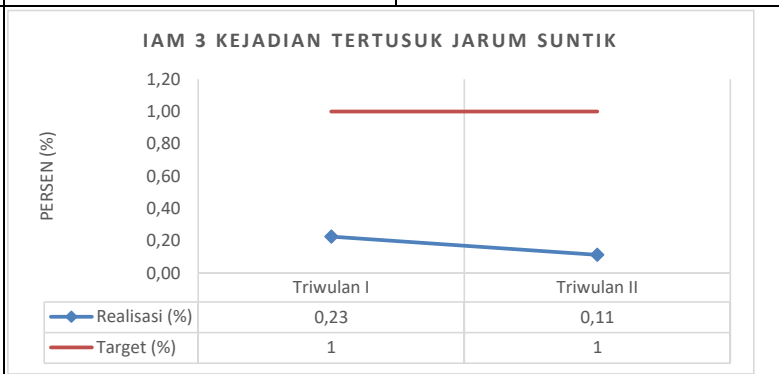


	0	
	Triwulan I	Triwulan II
—◆— Realisasi (%)	100	100
— Target (%)	100	100

ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Mengupayakan Ketepatan Waktu Laporan Kegiatan dari Unit Kerja	1. Pengumpulan dan pengiriman laporan dilakukan di bagian Rekam Medik melalui sensus harian, mingguan dan bulanan 2. Laporan diinput melalui aplikasi SIRS	Ketepatan waktu laporan sudah sesuai target karena pelaporan sudah dilakukan secara online lewat aplikasi SIRS	1. Mempertahankan capaian dan tetap melakukan monitoring pengumpulan dan pelaporan data ke ruangan/ unit terkait 2. Merencanakan indikator baru pengganti, karena telah mencapai standar yang ditetapkan.

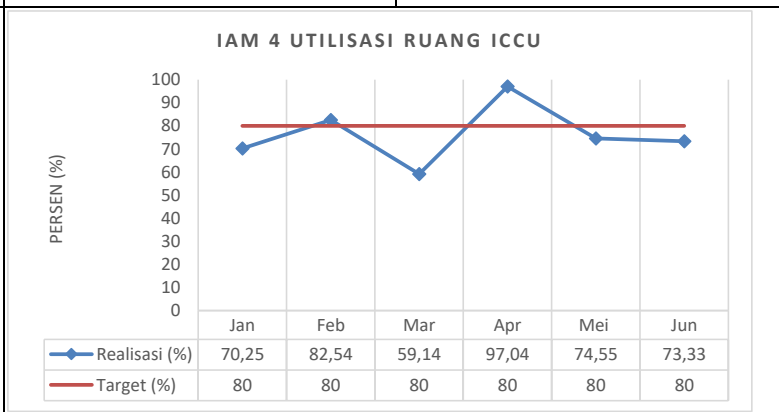
14	Kejadian Tertusuk Jarum (IAM 3)	Jumlah Kejadian Tertusuk Jarum
----	---------------------------------	--------------------------------



ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Menurunkan angka kejadian petugas yang tertusuk jarum	1. Diklat tata cara penyuntikan yang aman 2. Monitoring kepatuhan penggunaan APD 3. Monitoring pelaksanaan SPO cara penyuntikan yang aman 4. Mengingatkan kembali pentingnya pemakaian APD	1. Petugas sudah melakukan tata cara penyuntikan yang aman sesuai SPO 2. Masih ada kejadian petugas tertusuk jarum, walapun masih dibawah angka standar yang telah ditetapkan.	Pertahankan capaian dan tetap melakukan monitoring oleh kepala ruangan/ unit, dan pelaporan kepada tim K3RS

15	Utilisasi Ruang ICCU (IAM 4)	Jumlah hari penggunaan ruangan ICCU selama 1 bulan di bagi jumlah hari dalam 1 bulan x 100%
----	------------------------------	--



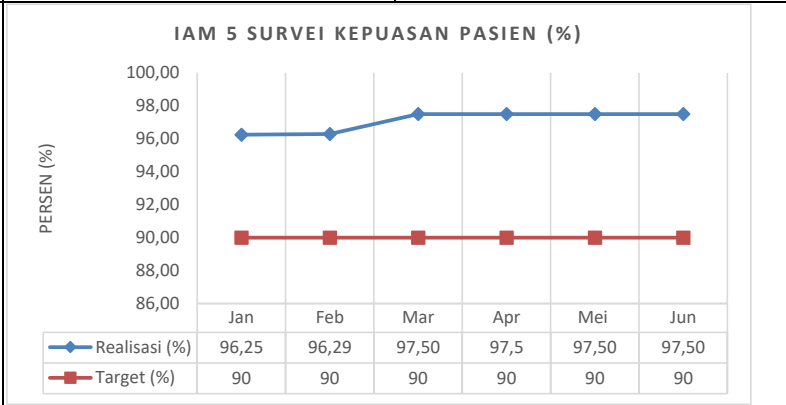
ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Tercapainya Peningkatan Utilitas Ruang ICCU	1. Membuat usulan penambah jumlah tempat tidur pada ruangan ICCU, mengingat kecenderungan bertambahnya jumlah pasien rawat inap jantung 2. Membuat usulan Menambah fasilitas perawatan jantung	Terjadinya peningkatan dan penurunan BOR pada ruangan ICCU	1. Melakukan evaluasi secara rutin dan berkesinambungan demi terciptanya pelayanan ruang ICCU yang optimal 2. Menyediakan kotak saran bagi pasien rawat inap di ruangan ICCU

3. Memantau dan monitoring pelayanan jantung di unit ini

16 Survei Kepuasan Pasien Menggunakan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) (IAM 5)

Prosentase tingkat kepuasan pasien terhadap petugas (dokter, perawat, petugas lain dan fasilitas)

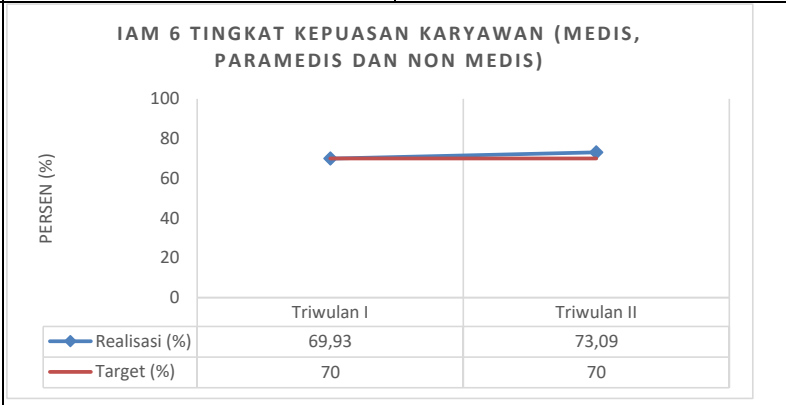


ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Meningkatkan Kepuasan Pasien Dalam Survei Menggunakan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	<ol style="list-style-type: none"> Membagikan kuisiner survei kepada pasien atau keluarga pasien Melakukan pemantauan pelaksanaan survey di tiap unit pelayanan Mengumpulkan kuisiner oleh petugas pengumpul data Mengolah dan menganalisis data yang telah dikumpulkan 	<ol style="list-style-type: none"> Indeks kepuasan masyarakat belum mencapai standar tetapi sudah menunjukan adanya peningkatan secara bertahap Masih adanya pasien atau keluarga pasien yang enggan mengisi kuisiner survei kepuasan masyarakat 	<ol style="list-style-type: none"> Memaksimalkan pengumpulan kuisiner survey dari semua ruangan/ unit pelayanan oleh petugas pengumpul data Melakukan pertemuan rutin antara ruangan/ unit dengan pimpinan untuk membahas hasil telaah survey lebih detail sehingga dapat ditingkatkan dan dilakukan perbaikan tiap bulannya

17 Tingkat Kepuasan Karyawan (Medis, Paramedis dan Non Medis) (IAM 6)

Jumlah Tingkat Kepuasan Karyawan (Medis, Paramedis dan Non Medis) melalui survei

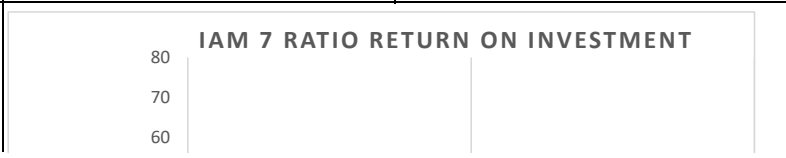


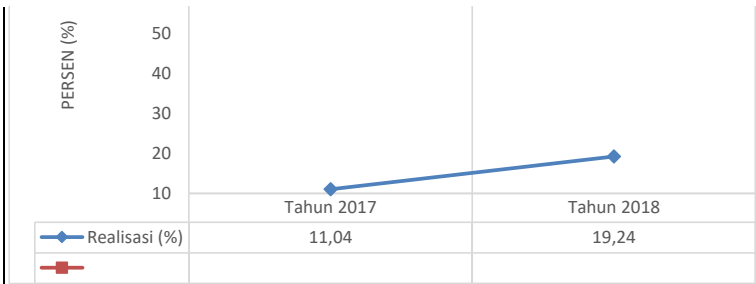
ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Meningkatkan Kepuasan Karyawan (Medis, Paramedis dan Non Medis)	<ol style="list-style-type: none"> Membagikan kuisiner survey Kepuasan Karyawan Melakukan pemantauan pelaksanaan survey di tiap unit pelayanan Mengumpulkan kuisiner oleh petugas pengumpul data Mengolah data kuisiner yang telah dikumpulkan 	<ol style="list-style-type: none"> Tingkat kepuasan kariawan hampir mencapai standar dan sudah mulai menunjukan peningkatan secara bertahap Masih ada petugas yang enggan mengisi kuisiner survey kepuasan karyawan 	<ol style="list-style-type: none"> Memaksimalkan pengumpulan kuisiner survey dari semua ruangan/ unit pelayana oleh petugas pengumpul data Melakukan pertemuan rutin antara ruangan/ unit dengan pimpinan untuk membahas hasil telaah survey lebih detail sehingga dapat ditingkatkan dan dilakukan perbaikan tiap bulannya

18 Ratio Return on Investment (ROI) (IAM 7)

Jumlah Persentase Ratio Return on Investment (ROI) 1 tahun



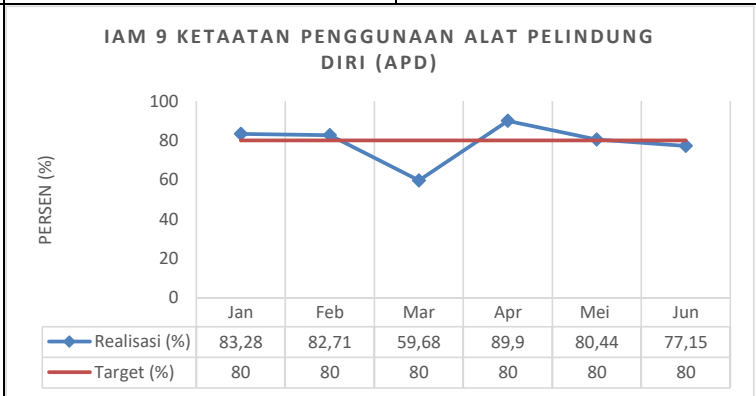


ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Meningkatkan Ratio Return on Investment (ROI), agar pendapatan lebih besar daripada pengeluaran	1. Mengumpulkan dan merekap data Return on Investment atau ROI adalah ukuran atau besaran yang digunakan untuk mengevaluasi efisiensi investasi dibandingkan dengan biaya dan modal awal yang dikeluarkan.	1. Ratio Return on Investment (ROI) sudah melewati standar yang diharapkan, dimana tingkat pengembalian investasi menunjukkan kenaikan keuntungan (mencapai 19,4 %).	1. Mempertahankan capaian , meningkatkan nilai ROI dengan berbagai upaya inovasi dan pengembangan layanan baru, sehingga dapat diketahui ukuran profitabilitas bisnis dengan jelas sehingga segala kegiatan operasional dapat dievaluasi tingkat pengembalian investasinya. 2. melakukan peninjauan peluang untuk melakukan investasi lainnya

19 Ketaatan Penggunaan Alat Pelindung Diri (IAM 9)

Jumlah Ketaatan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

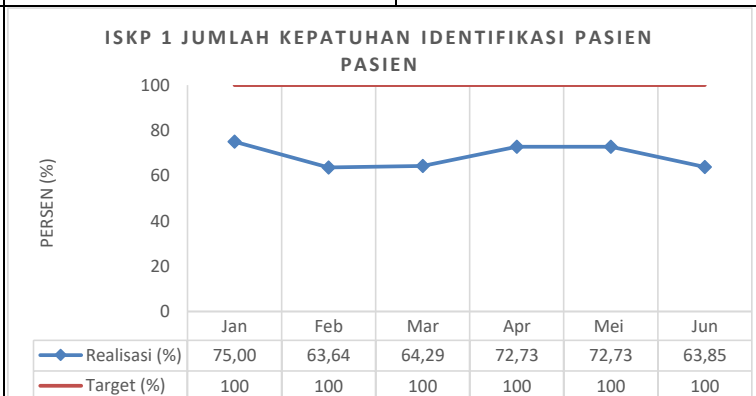


ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Meningkatkan kepatuhan petugas dalam menggunakan APD di ruangan	1. Meningkatkan pengawasan penggunaan APD pada petugas yang cenderung kurang disiplin oleh IPCN 2. Monitoring dan pengawasan dari Kepala ruangan/ unit dalam pemakaian APD 3. Mengingatkan kembali pentingnya pemakain APD	1. Petugas di ruangan sudah mulai disiplin dalam penggunaan APD 2. Masih ada sebagian kecil petugas yang kurang disiplin dalam penggunaan APD	1. Sosialisasi ulang tentang pentingnya penggunaan APD 2. Memberikan sanksi administratif kepada petugas yang masih tidak disiplin dalam menggunakan APD

20 Kepatuhan Identifikasi Pasien (ISKP 1)

Jumlah Kepatuhan Identifikasi Pasien



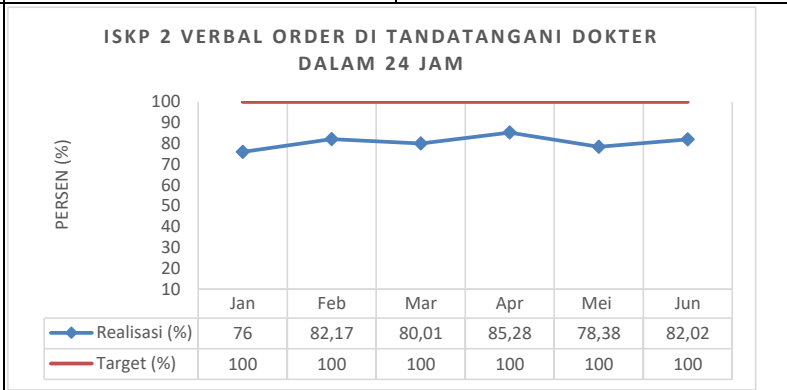
ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
------	----	-------	--------

Kepatuhan melakukan identifikasi menggunakan 3 cara 100%	1. Monitoring kepatuhan melakukan identifikasi sebelum melakukan tindakan maupun pemberian obat	Masih terdapat petugas yang belum melakukan identifikasi pada saat melakukan tindakan / pemberian obat. Data hasil monitoring menunjukkan belum tercapainya target yang diinginkan	1. Pelatihan keselamatan pasien 2. Sosialisasi ulang SPO
	2. Melakukan ronde keselamatan pasien		

21 Verbal Order di Tandatangani Dokter Dalam 24 Jam (ISKP 2)

Jumlah Verbal Order di Tandatangani Dokter Dalam 24 Jam

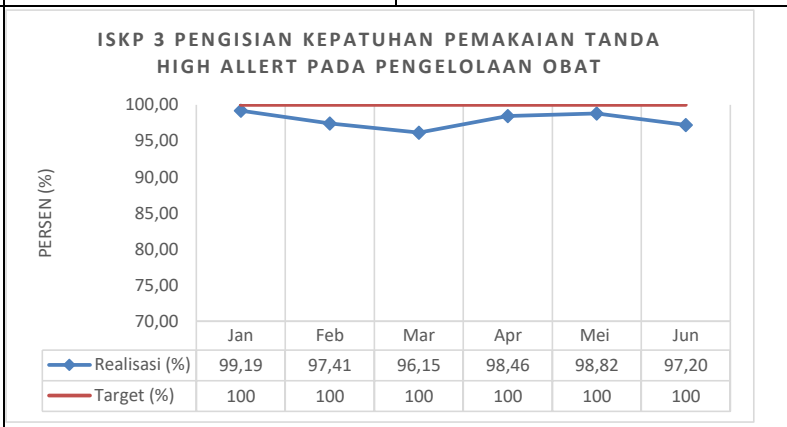


ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Tercapainya verbal order ditandatangani dokter kurang dari 24 jam	1. Melakukan monitoring 2. Petugas terkait mengingatkan dokter yang bersangkutan untuk membaca ulang dan menandatangani verbal order	1. Masih ada dokter yang menandatangani verbal order lebih dari 24 jam, sehingga capaian belum mencapai target yang diinginkan. 2. Beberapa staf kurang memahami pentingnya prosedur dengan prinsip READBACK dari petugas kepada DPJP dan ditandatangani dalam waktu 24 jam	1. Pelatihan keselamatan pasien untuk tenaga medis 2. Sosialisasi ulang SPO 3. Membuat laporan evaluasi kepatuhan dokter terhadap verbal order kurang dari 24 jam

22 Kepatuhan Pemakaian Tanda High Allert pada Pengelolaan Obat (ISKP 3)

Jumlah semua obat golongan High Alert yang ditempel tanda High Alert dalam 1 bulan **dibagi** jumlah seluruh obat High Alert dalam 1 bulan x 100%

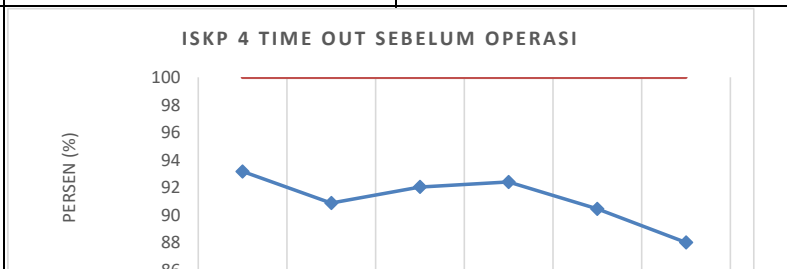


ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Semua obat golongan High Alert di ruang ICU dan ICCU telah ditempel tanda High Alert mencapai 100%	1. Ketersediaan stiker high alert 2. Melakukan ronde keselamatan pasien 3. Monitoring obat high alert yang ada di ruang Icu dan ICCU	Masih terdapat obat high alert di ruangan ICU dan ICCU tanpa stiker, karena itu capaiannya masih bervariasi dan belum mencapai target yang telah disepakatati .	1. Sosialisasi ulang SPO 2. Monitoring keberadaan obat high alert 3. Evaluasi hasil monitoring dan penyampaian pada kepala instalasi farmasi

23 Time Out Sebelum Operasi (ISKP 4)

Jumlah pasien yang dilakukan time out in diruang operasi dalam 1 bulan **dibagi** jumlah semua pasien yang akan dilakuka operasi yang dalam 1 bulan x 100%

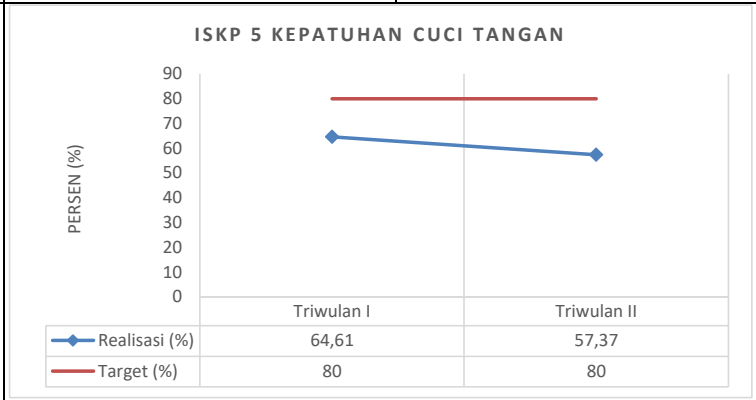


	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun
Realisasi (%)	93,17	90,89	92,05	92,41	90,46	88,02
Target (%)	100	100	100	100	100	100

ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Tercapainya jumlah pasien operasi yang dilakukan time out 100%	<ol style="list-style-type: none"> Ronde keselamatan pasien Monitoring dan evaluasi rekam medik pasien dan laporan 	Masih ada petugas yang belum menyadari pentingnya melakukan time out untuk keselamatan pasien, karena itu capaian nya masih dibawah target yang diinginkan	<ol style="list-style-type: none"> Pelatihan keselamatan pasien Sosialisasi ulang SPO Menyampaikan hasil evaluasi dan monitoring pada kepala IKOS

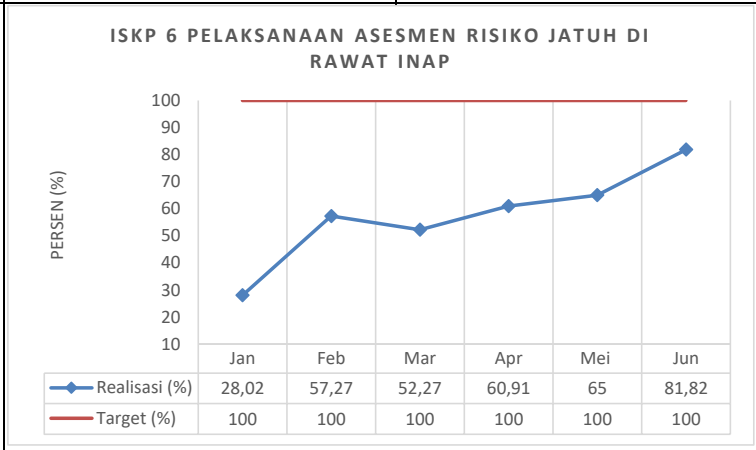
24	Kepatuhan Cuci Tangan (ISKP 5)	Jumlah yang melaksanakan cuci tangan dengan 6 langkah secara benar pada setiap kesempatan dari 5 saat cuci tangan pada suatu periode pengamatan dibagi jumlah total kesempatan cuci tangan yang di observasi pada periode pengamatan yang sama x 100%
----	--------------------------------	--



ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Kepatuhan petugas melakukan handhygiene pada momen mencapai 80%	<ol style="list-style-type: none"> Menyediakan sarana yang diperlukan : handscrub, wastafel dll Monitoring pelaksanaan di lapangan Menyediakan leaflet/baner edukasi cuci tangan Lomba senam handhygiene 	Masih terdapat petugas yang tidak patuh pada handhygiene teruta pada 5 momernt, karena itu capaian selama semester ini masih dibawah standar yang diinginkan. Dari januari sd juni menunjukkan adanya penurunan tingkat kepatuhan. Hal ini disebabkan juga karena keterbatasan handscrub dan wastafel pada ruang perawatan pasien	<ol style="list-style-type: none"> Re edukasi Sosialisasi ulang SPO Menyampaikan hasil evaluasi dan tindak lanjut pada semua unit yang terkait. Menyediakan botol handscrub pada saat dokter melakukan visite pada pasien rawat inap

25	Pelaksanaan Asesmen Risiko Jatuh di Rawat Inap (ISKP 6)	Jumlah Pelaksanaan Asesmen Risiko Jatuh di Ruang Rawat Inap
----	---	---



ANALISA

PLAN	DO	STUDY	ACTION
Pelaksanaan asesmen resiko jatuh 100%	1. Menyediakan Label dan stiker kuning resiko jatuh	Masih ada petugas yang tidak mengisi lembar monitoring resiko jatuh, karena itu pada semester ini walaupun menunjukkan	<ol style="list-style-type: none"> Sosialisasi ulang SPO asesmen resiko jatuh Menyampaikan hasil monitoring dan

2. Memantau dan melakukan monitoring kepatuhan mengisi asesmen resiko jatuh	peningkatan, belum mencapai target yang diinginkan	evaluasi kepatuhan melakukan asesmen resiko jatuh pada kepala instalasi rawat inap
---	--	--

Ketua Komite PMKP

**Mengetahui
Direktur RSUD Bahteramas**

dr. Steven Ridwan, M.Kes., Sp.OG

**dr. Sjarif Subijakto, Sp.JP (K)FIHA
NIP.19671128 1998033 1 006**