



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

**TRIWULAN I TAHUN 2017**

**PEMERINTAH PROPINSI SUMATERA BARAT**  
**RS. Jiwa Prof. HB. Sa'anin**  
**Padang**

Jl. Raya Ulu Gadut Padang Telp. (0751) 72001, Fax. (0751) 71379

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Mutu adalah bentuk persepsi yang dipahami berbeda oleh orang yang berbeda, namun berimplikasi pada prioritas tertentu. Peningkatan mutu adalah pendekatan pendidikan, edukasi berkelanjutan dan perbaikan proses-proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasar dan pihak-pihak yang berkepentingan lainnya. Definisi Mutu RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang adalah derajat kesempurnaan pelayanan RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang secara wajar, efisien, efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan Rumah Sakit dan masyarakat konsumen.

Banyak pihak yang berkepentingan dengan mutu, pihak-pihak tersebut adalah: konsumen, pembayar atau perusahaan atau asuransi, manajemen RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang, Karyawan RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang, masyarakat, Pemerintah Provinsi Sumatera Barat sebagai pemilik RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang dan Ikatan profesi. Setiap kepentingan yang disebut di atas berbeda sudut pandang dan kepentingannya terhadap mutu, karena itu mutu adalah multi dimensional. Dimensi Mutu atau aspeknya adalah keprofesian, efisiensi, keamanan pasien, kepuasan pasien, dan aspek sosial budaya.

Mutu suatu rumah sakit adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara berbagai komponen atau aspek rumah sakit sebagai suatu sistem. Aspek tersebut terdiri dari struktur, proses dan *outcome*. Struktur adalah sumber daya manusia, sumber daya fisik, sumber daya keuangan dan sumber daya lain-lain pada fasilitas pelayanan kesehatan. Baik tidaknya struktur dapat diukur dari kewajaran, kuantitas, biaya dan mutu komponen-komponen struktur itu. Proses adalah apa yang dilakukan dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien: evaluasi, diagnosa, perawatan, konseling, pengobatan, tindakan, penanganan jika terjadi penyulit, *follow up*. Baik tidaknya proses dapat diukur dari relevansinya bagi pasien, efektifitasnya, dan mutu proses itu sendiri. Pendekatan proses adalah pendekatan paling langsung terhadap mutu asuhan. *Outcome* adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasannya serta kepuasan provider. *Outcome* yang baik sebagian besar tergantung kepada mutu struktur dan mutu proses yang baik. Sebaiknya *outcome* yang buruk adalah kelanjutan struktur atau proses yang buruk.

RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang adalah suatu institusi pelayanan kesehatan milik Pemerintah Provinsi Sumatera Barat yang menyediakan pelayanan kejiwaan yang lengkap bermutu dan menggunakan ilmu terkini. Pelayanan RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan serta penelitian. Untuk menjamin keberlangsungan fungsi tersebut dengan baik maka RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan.

Pengukuran mutu di RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang sudah diawali dengan penilaian akreditasi Rumah Sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat struktur dan proses. Pada kegiatan ini RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang harus melakukan berbagai standar dan prosedur yang telah ditetapkan. RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang dipacu untuk dapat menilai diri (*self assesment*) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu ada alat ukur yang lain yaitu instrumen mutu pelayanan RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil (*Outcome*). Tanpa mengukur hasil kinerja RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang tidak dapat mengetahui apakah struktur dan proses yang baik telah menghasilkan *outcome* yang baik pula.

Sesuai dengan standar akreditasi maka saat ini RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang juga melakukan *benchmarking*/ perbandingan dengan rumah sakit sejenis saat yang kami dapatkan untuk data perbandingan sebagai *benchmarking* dari **Rs Jiwa Dr. Soedjarwadi Klaten Jawa Tengah**.

## **B. Tujuan**

### a. Tujuan Umum

Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan Prof. HB.Sa'anin Padang secara berkelanjutan dan berkesinambungan.

### b. Tujuan Khusus

1. Tersusunya sistem monitoring upaya peningkatan mutu pelayanan melalui pemantauan indikator prioritas rumah sakit dan unit kerja.
2. Menjamin terlaksananya program keselamatan pasien serta monitoring kinerja individu dan unit.

## BAB II

### ISI

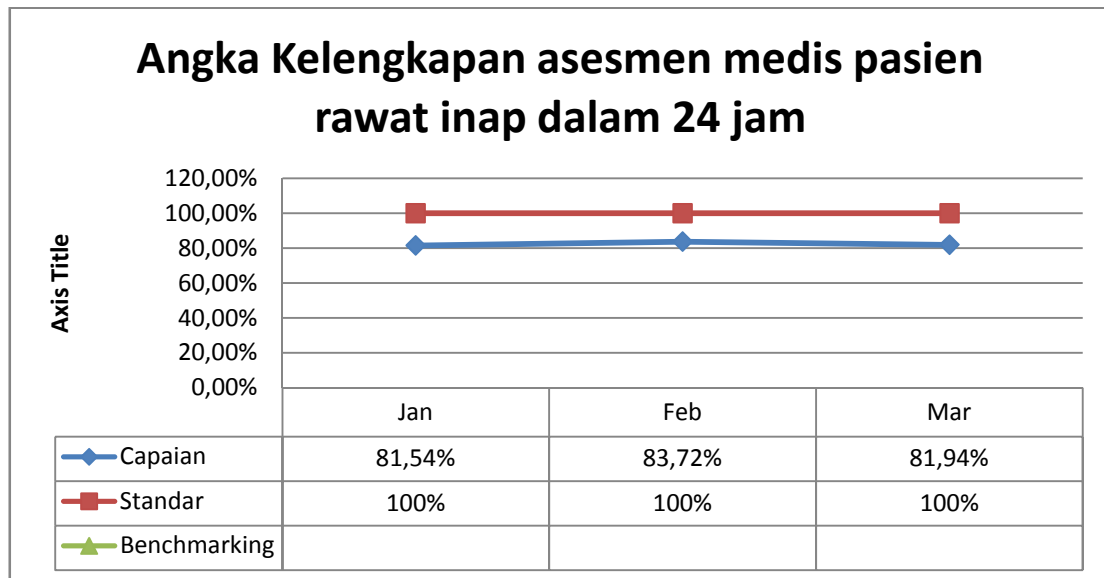
#### A. Daftar Indikator Prioritas RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang

	Area	No	KODE	Indikator
Area Klinis	Assesmen pasien	1	IAK 1	Angka kelengkapan diagnosis awal medis rawat inap
	Pelayanan laboratorium	2	IAK 2	Respon time penyampaian hasil nilai labor cyto
	Pelayanan radiologi dan <i>diagnostic imaging</i>	3	IAK 3	Angka pengulangan pemeriksaan Radiologi
	Prosedur bedah	4	IAK 4	TDD
	Penggunaan antibiotika dan obat lainnya	5	IAK 5	TDD
	Kesalahan medikasi ( <i>medication error</i> ) dan Kejadian Nyaris Cedera(KNC);	6	IAK 6	Angka kesalahan penyerahan obat dari farmasi
	Penggunaan anestesi dan sedasi	7	IAK 7	TDD
	Penggunaan darah dan produk darah	8	IAK 8	TDD
	Ketersediaan, isi, dan penggunaan rekam medis pasien	9	IAK 9	Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap ulangan
	Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveilans dan pelaporan	10	IAK 10	Angka kejadian luka lecet akibat fiksasi
	Risetklinis	11	IAK 11	TDD
AREA MENEJERI AL	Pengadaan rutin	12	IAM 1	Angka Ketidakersediaan Obat Katalog
	Pelaporan	13	IAM 2	Ketepatan waktu penyampaian laporan ke Menkes
	Manajemen risiko	14	IAM 3	Pelaksanaan pemeliharaan rutin alat medis (O2)
	Manajemen penggunaan sumberdaya	15	IAM 4	Respon time menanggapi kerusakan alat
	Kepuasan pasien	16	IAM 5	Indeks Kepuasan Masyarakat
	Harapan dan kepuasan staf	17	IAM 6	Kepuasan SDM
	Demografi pasien dan diagnosis klinis	18	IAM 7	10 diagnosis terbanyak
	Manajemen keuangan	19	IAM 8	Tingkat Kemandirian Keuangan RS (TKK)

	Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf	20	IAM 9	Angka pasien lari
AREA SASARAN KESELAMATAN PASIEN	Ketetapan identifikasi pasien	21	IASKP 1	Kepatuhan identifikasi pasien dengan nama, Umur, No rekam medik, Nama ibu kandung.
	Peningkatan Komunikasi yang efektif	22	IASKP 2	Kepatuhan pelaksanaan komunikasi SBAR
	Peningkatan Keamanan Obat yang perlu diwaspadai	23	IASKP 3	Ketepatan penyimpanan dan pemberian label pada Obat-obatLASA
	Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi	24	IASKP 4	TDD
	Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	25	IASKP 5	Kepatuhan cuci tangan
	Pengurangan risiko jatuh	26	IASKP 6	Kelengkapan asesmen resiko jatuh pada pasien rawat inap
AREA INTERNAL LIBRARY		27	IAIL 1	Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)
		28	IAIL 2	Nett Death Rate ( Kejadian Kematian Setelah 48 Jam Rawatan Rumah Sakit)
		29	IAIL 3	Angka kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 42 hari
		30	IAIL 4	Angka kejadian rawat ulang (Re-Admission) pasien < 1 bln

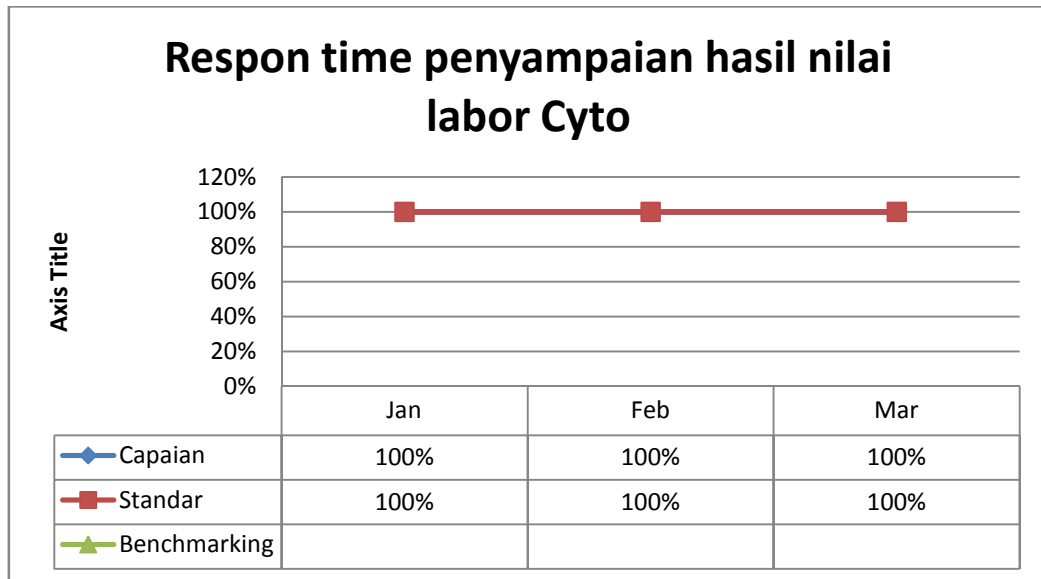
## B. Laporan Analisa, Monitoring, Evaluasi, dan Tindak Lanjut 24 Indikator Mutu Prioritas

### IAK 1. Angka Kelengkapan diagnosa awal medis rawat inap



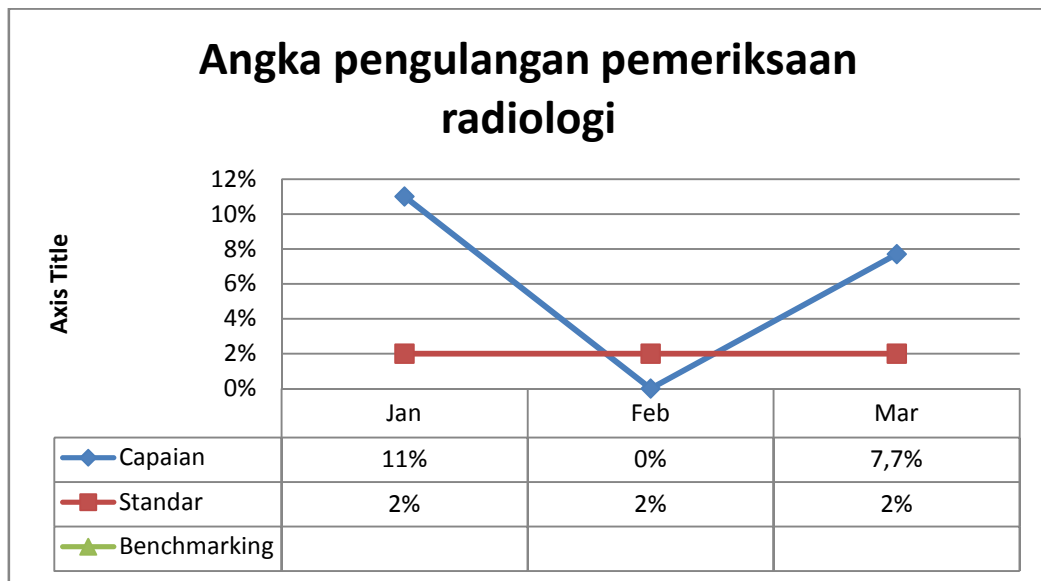
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target angka kelengkapan asesmen medis pasien rawat inap dalam 24 jam 100%	Komite Medik dan Kepala Ruang menghimbau DPJP melengkapi asesmen medis pasien rawat inap dalam 24 jam	Adanya penurunan capaian pada bulan Maret sebesar 1,78 % , dari pada bulan Februari. Hal ini karena adanya penurunan kontinuitas pengecekan status dan himbauan agar DPJP melengkapi asesmen medis awal.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyampaian oleh Komite Medik dalam rapat rutin</li> <li>2. Verifikator status pasien menyerahkan status yg belum lengkap pada dokter agar dilengkapi</li> <li>3. Penyampaian hasil capaian oleh panitia mutu dalam rapat bulanan komite medik</li> <li>4. Penguatan komitmen dari Bidang pelayanan</li> </ol>

## IAK 2.Respon time penyampaian hasil nilai labor kritis



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target angkaRespon time penyampaian hasil LABOR Cyto 100%	Kepala Instalasi senantiasa mengingatkan supaya petugas laboratorium melaporkan hasil nilai labor Cyto dalam waktu kurang dari 30 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaian target dalam 3 bulan 100 %</li> <li>• Permintaan labor Cyto belum terlalu banyak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan reveral dr. Patologi Klinik .</li> <li>• Melanjutkan kerjasama dengan bagian Patologi Klinik RSUP M.Djamil Padang</li> <li>• Analisa indikator, adanya indikator mutu baru yang perlu ditingkatkan pada pelayanan laboratorium</li> </ul>

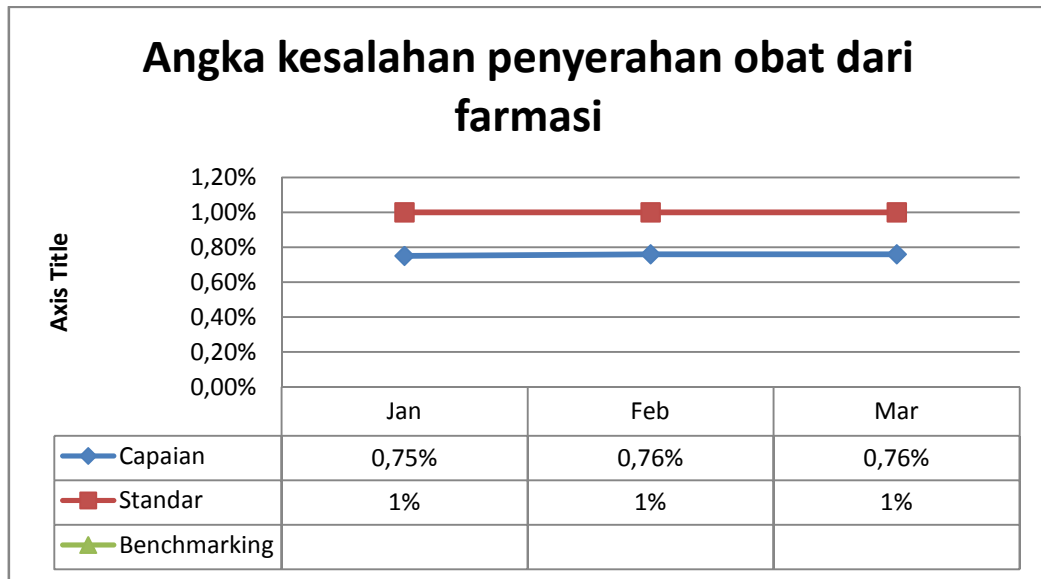
### IAK 3. Angka Pengulangan pemeriksaan radiologi



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan angka pengulangan pemeriksaan radiologi kurang dari 2%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Petugas Radiologi melakukan pemeriksaan radiologi sesuai SOP</li> <li>Mengupayakan stabilisasi aliran listrik dengan berkoordinasi dengan IPSRS</li> <li>Supervisi oleh Ka. Inst. Radiologi</li> </ol>	<p>Capaian target dalam bulan Jan &amp; Maret adalah 11% dan 7.7%, dan bulan Februari 0%.</p> <p>Capaian target ini di atas target yang diharapkan, hal ini akibat oksidasi cairan dan fc elektrical, dan human error, Pergerakan pasien (pasien gelisah)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pengaturan pengadaan reagen secara efektif dan efisien</li> <li>Koordinasi bahwa pemeriksaan radiologi dilakukan pada kondisi pasien sudah tidak gelisah / kondisi tenang</li> <li>Pengendalian &amp; Perencanaan Regensia Sesuai Kebutuhan periodic / terjadwal\</li> </ol>

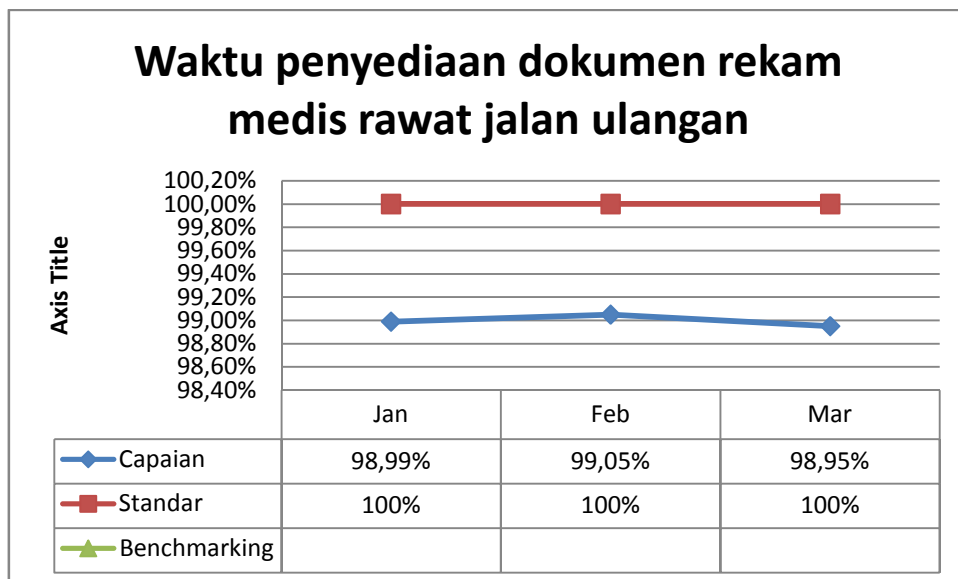


## IAK 6. Angka kesalahan penyerahan obat dari farmasi



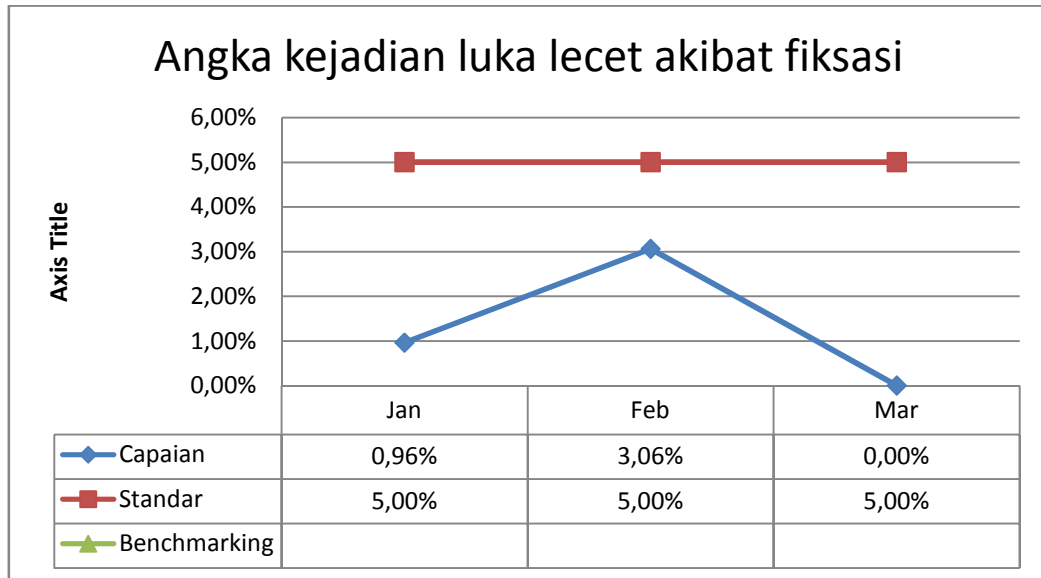
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian kesalahan penyerahan obat < 1 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pengecekan ulang sebelum menyerahkan obat</li> <li>Pemberian label pada obat-obat LASA dan High Alert</li> <li>Peletakan obat obat LASA tidak berdampingan</li> </ol>	Capaian Pada bulan Januari s.d Maret < dari 1 %, hal ini telah dapat dicapai dengan pengecekan, monitoring secara continue	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pengecekan ulang sebelum menyerahkan obat</li> <li>Pengecekan ulang penerimaan obat oleh ruangan rawat inap berdasarkan catatan resep di ruangan rawat inap</li> <li>Pemberian label pada obat-obat LASA dan High Alert</li> <li>Peletakan obat obat LASA tidak berdampingan</li> </ol>

## IAK 9. Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan ulangan



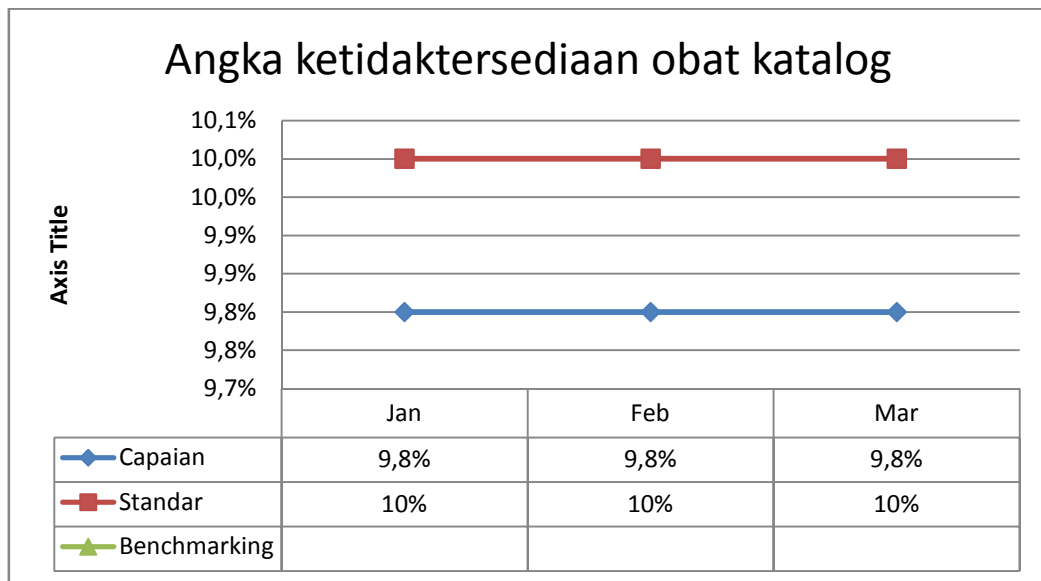
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Komitmen Petugas</li> <li>Penambahan Tenaga pengantar Status Rekam Medik Pasien</li> <li>Peningkatan sarana Penghubung/selasar</li> <li>Optimalkan SIM RS</li> <li>Penambahan rak</li> <li>Revisi profil indikator</li> <li>Meningkatkan kedisiplinan pegawai</li> </ol>	Capaian target dari bulan Januari sampai Maret < 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan capaian target</li> <li>Membuat Selasar penghubung selasar ruangan</li> <li>Peningkatan Pelaksanaan SPO,</li> <li>Komitmen Tenaga Untuk Melaksanakan SIM RS</li> </ol>

## IAK 10. Angka kejadian luka lecet akibat fiksasi



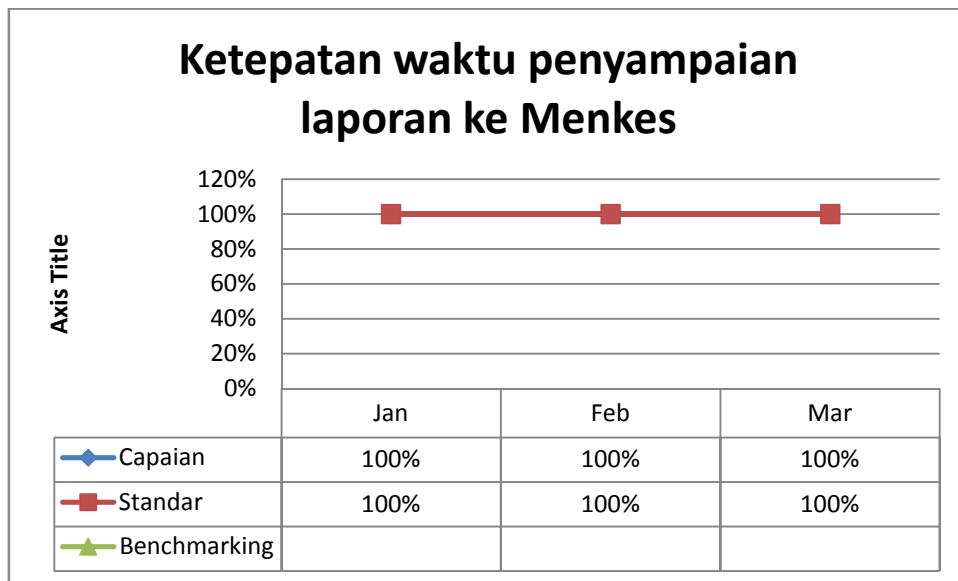
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan dan mempertahankan capaian target 4,7 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penatalaksanaan perawatan pasien FIXASI sesuai SOP</li> <li>2. Meningkatkan terapi medis</li> <li>3. Pendidikan kesehatan pada pasien</li> </ol>	<p>Capaian target tertinggi, tidak ada luka lecet akibat restrain pd bln Februari, dan capaian terendah pada bln Maret. Hal ini dapat diakibatkan oleh pasien yang meronta saat di fiksasi, ataupun penggantian posisi yang belum teratur dan terapi yang belum optimal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan monitoring pada pasien fixasi</li> <li>2. Pendkes pada pasien, penekanan bahwa fixasi demi kebaikan pasien</li> <li>3. Mengganti tali fiksasi yang lembut dan sesuai standard</li> <li>4. Meningkatkan kolaborasi dengan dokter terkait terapi pasien yang difiksasi</li> </ol>

## IAM 1. Angka ketidaktersediaan obat katalog



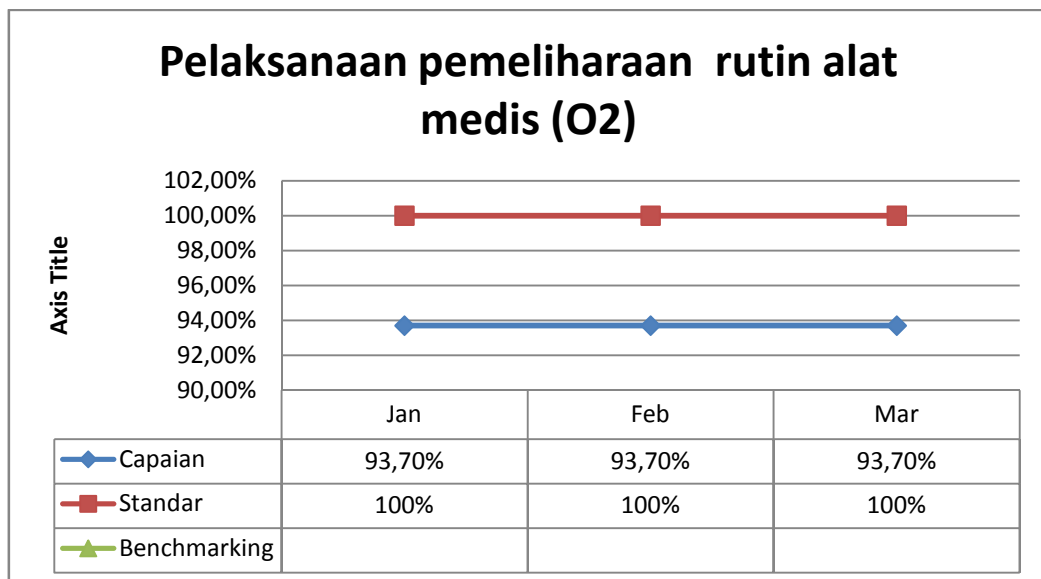
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 10%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memperbaiki Perencanaan pengadaan obat</li> <li>Membuat sistem/SOP untuk penanganan apabila obat habis</li> <li>Pengecekan stok obat.</li> <li>Pengusulan pengadaan obat segera apabila obat habis</li> </ol>	<p>Dari Januari sd Maret capaian rata-rata sebesar 9,8 %</p> <p>Capaian ini sesuai dengan standar dari kemenkes (target 10%), hal ini karena komitmen yg baik pada proses pengadaan obat</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan 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> <li>Merevisi anggaran perencanaan pengadaan obat</li> </ol>

## IAM 2.Ketepatan waktu penyampaian laporan ke Menkes



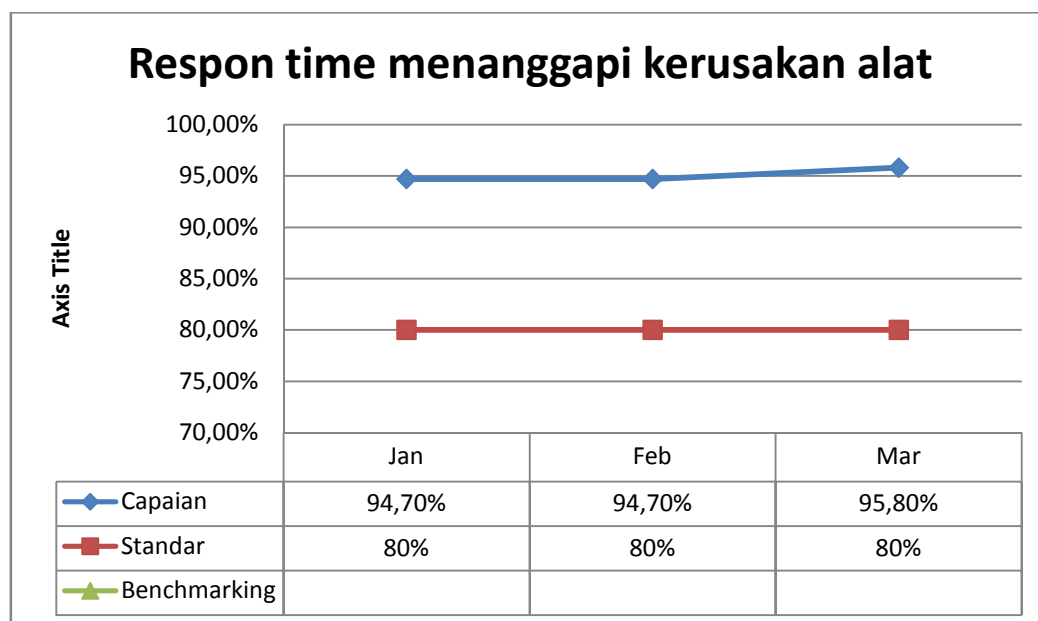
Plan	Do	Study	Action
Mempertahankan capaian target 100 %	1. Kontinuitas pelaporan tepat waktu	Capaian indikator pada Triwulan I 2017 sudah memenuhi Standar Kemenkes, yaitu 100 %	1. Mempertahankan capaian target 2. Monitoring evaluasi pelaporan 3. Revisi usulan prioritas indikator lainnya

### IAM 3.Pelaksanaan pemeliharaan rutin alat medis (O2)



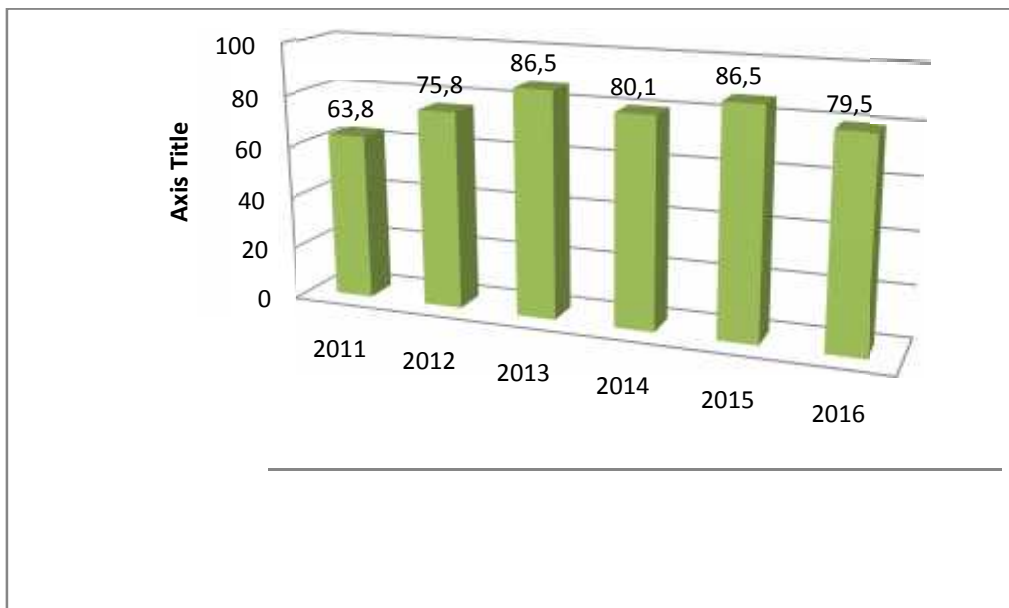
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan maintenance pemeliharaan, pengecekan O2</li> <li>Supervisi ruangan terhadap semua O2 di ruangan masing - masing.</li> <li>Kerjasama dengan pihak ketiga</li> </ol>	<p>Capaian rata rata dari bulan Januari s.d Maret 2017 sebesar 93,7%</p> <p>Capaian ini akibat upaya sungguh - sungguh dan koordinasi yg baik antara unit dengan petugas IPSRS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kartu kendali pengisian O2</li> <li>Maintenance pemeliharaan, pengecekan O2</li> <li>Upayakan ketersediaan O2 dengan kerjasama dengan rekanan</li> </ol>

## IAM 4.Respon Time Menanggapi Kerusakan Alat



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target $\geq 80\%$	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>Meningkatkan Koordinasi antar petugas IPSRS di lapangan</li> <li>Meningkatkan kemampuan teknis petugas</li> </ol>	Capaian indikator pada Triwulan I 2017 < 100%, perlu peningkatan capaian menjadi 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>Meningkatkan Koordinasi antar petugas IPSRS di lapangan</li> <li>Menginventarisir nomor contact teknisi supplier</li> <li>Meningkatkan kemampuan teknis petugas</li> <li>Meningkatkan capaian hasil perbaikan 100 %</li> </ol>

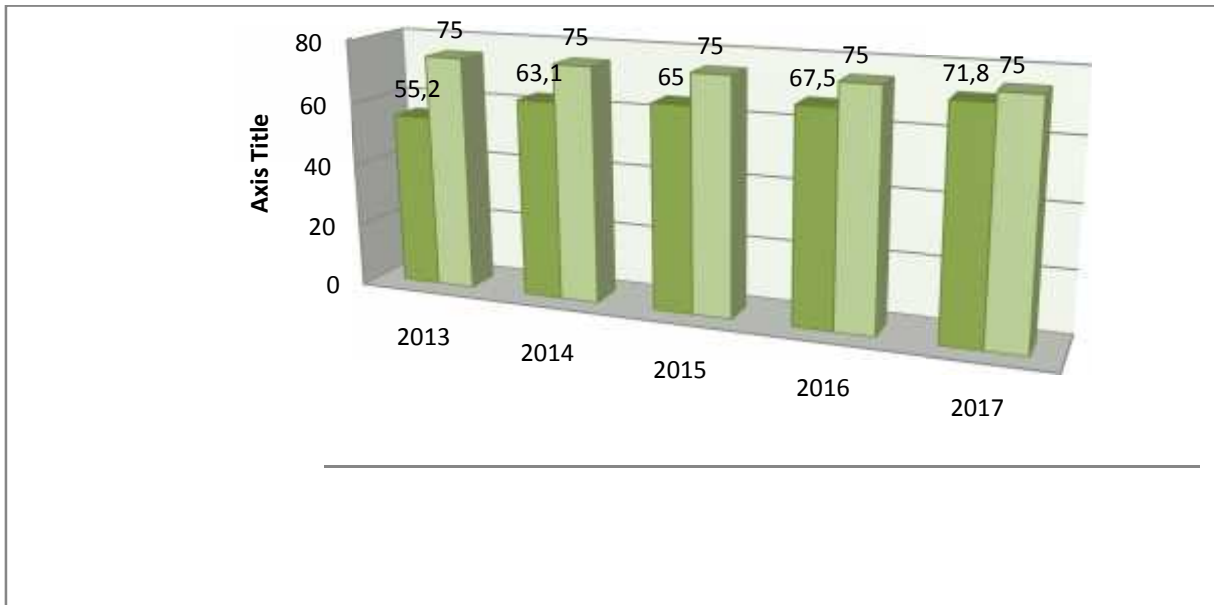
## IAM 5. Indeks Kepuasan Masyarakat



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target indikator sebesar 86	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan terpadu satu gedung khususnya untuk pelayanan di Poli Jiwa Dewasa dan Poli Anak Remaja</li> <li>Peningkatan fasilitas ruang tunggu pelayanan di Instalasi Rawat Jalan dan Instalasi Rawat Inap</li> </ol>	Hasil survey IKM tahun 2016 sebesar <b>79,5</b> , berarti mutu pelayanan <b>B</b> , <b>dengan kinerja pelayanan Baik</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan capaian</li> <li>Penambahan <i>customer service</i> yang kompeten</li> <li>Peningkatan jml SDM Psikiater, MOU dengan RSUP. M. Djamil utk reveral</li> <li>Peningkatan fasilitas ruang tunggu pelayanan di Instalasi Rawat Jalan dan Instalasi Rawat Inap, misalnya: perbaikan fasilitas meja, kursi, penambahan fasilitas kipas angin, TV, bahan bacaan, toilet yang bersih, dll</li> </ol>



## IAM 6. Kepuasan SDM

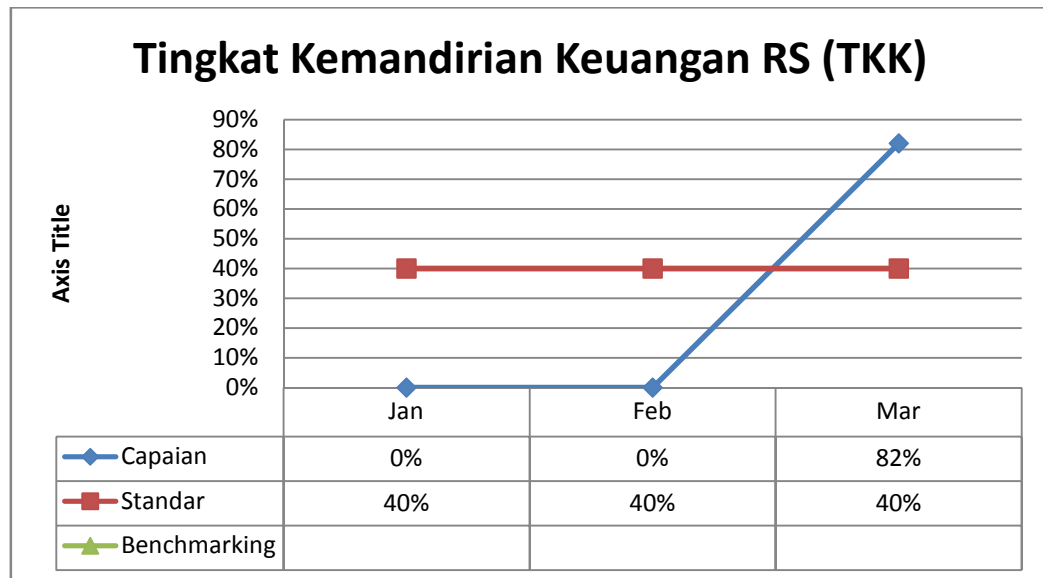


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan tercapainya standarkategori 75%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kualitas kepemimpinan</li> <li>2. Meningkatkan kualitas hubungan antar unit</li> <li>3. Meningkatkan kesejahteraan pegawai</li> <li>4. memberikan kesempatan untuk meningkatkan kemampuan kerja melalui pelatihan dan pendidikan tambahan</li> </ol>	<p>Tingkat kepuasan pegawai sebesar 71,8%</p> <p>Terjadinya peningkatan sebesar 3,3 % dari tahun sebelumnya</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan sosialisasi, kecepatan pelayanan administrasi kepegawaian</li> <li>2. Meningkatkan sistem pembinaan</li> <li>3. Meningkatkan pengembangan karier dan pengembangan kompetensi</li> <li>4. Meningkatkan budaya organisasi dengan meningkatkan kualitas dan koordinasi hubungan antar unit</li> <li>5. Meningkatkan sistem remunerasi dengan pelatihan penyusunan sistem remunerasi</li> </ol>

## IAM 7.Laporan 10 Besar Diagnosis Diagnosis Rawat Inap Tahun 2017

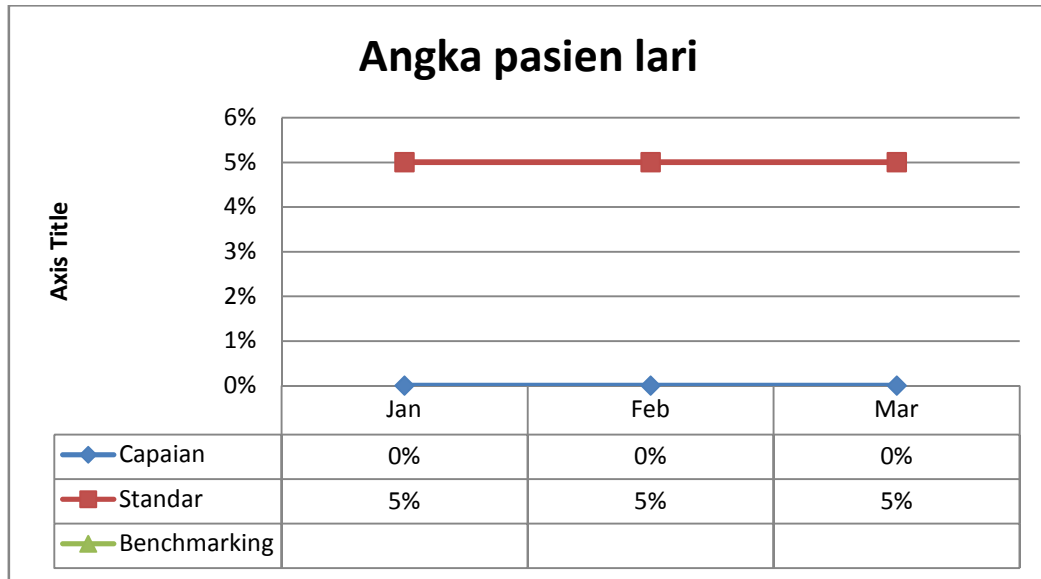
<b>NO</b>	<b>DIAGNOSA</b>	<b>JUMLAH</b>
1	SKIZOFRENIA PARANOID	267
2	SKIZOAFEKTIF TIPE MANIK	73
3	SKIZOAFEKTIF TIPE DEPRESI	58
4	SKIZOFRENIA YTT	56
5	SKIZOAFEKTIF TIPE CAMPURAN	40
6	GAB TIPE MANIK DENGAN PSIKOTIK	20
7	GANGGUAN MENTAL DAN PERILAKU AKIBAT PENYALAHGUNAAN ZAT LAINNYA	16
8	GANGGUAN PSIKOTIK AKUT	12
9	GANGGUAN DEPRESI PSIKOTIK	5
10	GANGGUAN MENTAL ORGANIK DENGAN EPILEPSI	3

## IAM 8.Tingkat Kemandirian Keuangan RS



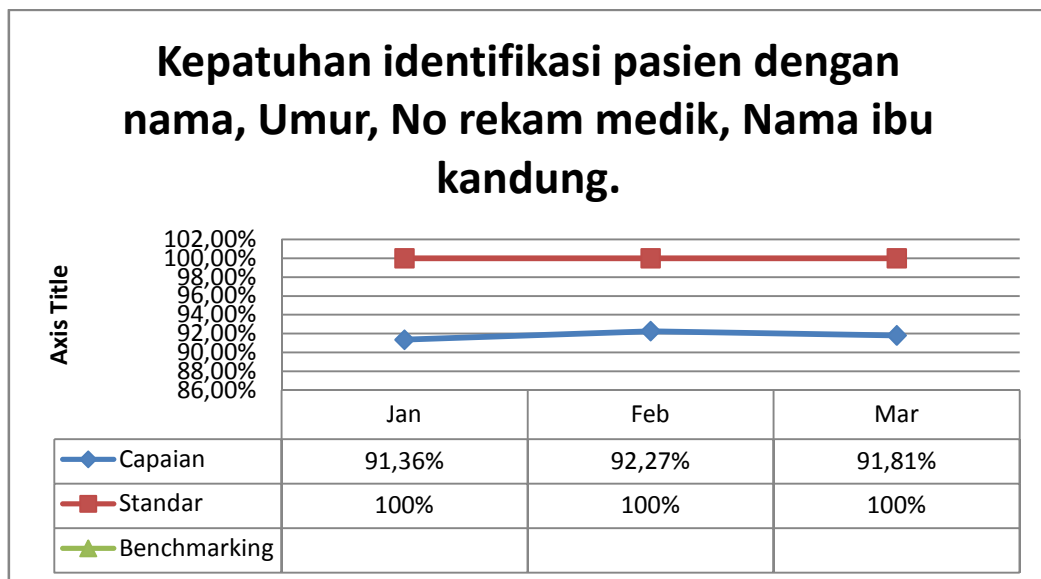
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target tingkat kemandirian rumah sakit sebesar 40% sesuai standar RENSTRA RS Jiwa	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan pendapatan masing 2 unit RS</li> <li>Meningkatkan efisiensi dan efektifitas belanja</li> <li>Melakukan pengaturan cash flow triwulan</li> </ol>	Capaian pada triwulan I 2017 rata - rata adalah 27,3 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan capaian</li> <li>Meningkatkan standar capaian target menjadi 75%</li> <li>Pelaksanaan realisasi anggaran mengacu pada cashflow RS</li> </ol>

## IAM 9. Angka Pasien Lari



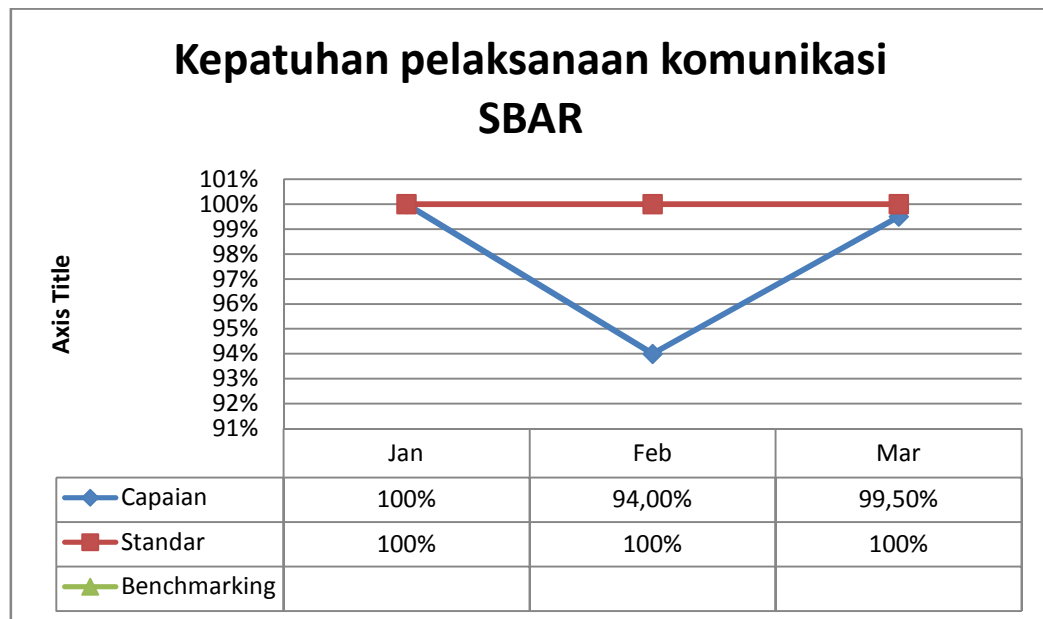
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan angka kejadian pasien lari < 5 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memperbaiki kinerja pengawasan terhadap pasien oleh perawat</li> <li>Memperbaiki fasilitas bangsal</li> <li>Meminimalisir akses keluar lingkungan RS</li> <li>Pengaturan rawatan dengan tingkat ketergantungan</li> </ol>	Capaian pasien lari 0 %, namun masih perlu ditingkatkan upaya pencegahan 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>Pemasangan gerendel di jendela bagian luar pada bangsal baru</li> <li>Meminimalisir akses keluar lingkungan RS</li> </ol>

## IASKP 1Kepatuhan identifikasi pasien dengan nama dan Tanggal Lahir



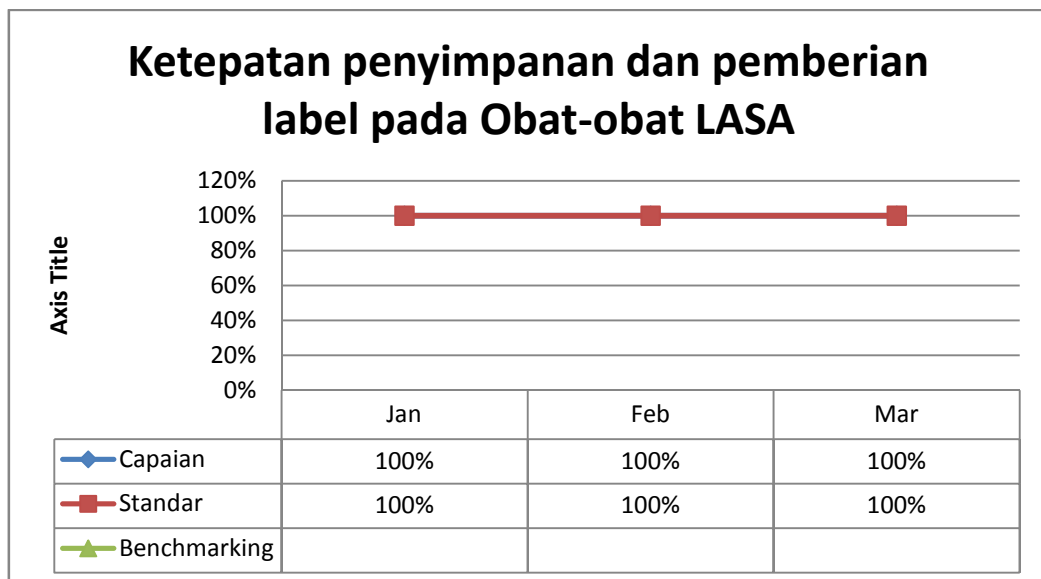
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO identifikasi pasien</li> <li>Supervisi berkelanjutan kepala unit</li> <li>Pelatihan mutu dan keselamatan pasien</li> </ol>	Capaian target dari triwulan I 2017 rata - rata 91,81 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100%</li> <li>Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO identifikasi pasien</li> <li>Supervisi kepala unit</li> <li>Perbaikan gelang identitas pasien</li> </ol>

## IASKP 2. Kepatuhan Pelaksanaan Komunikasi SBAR



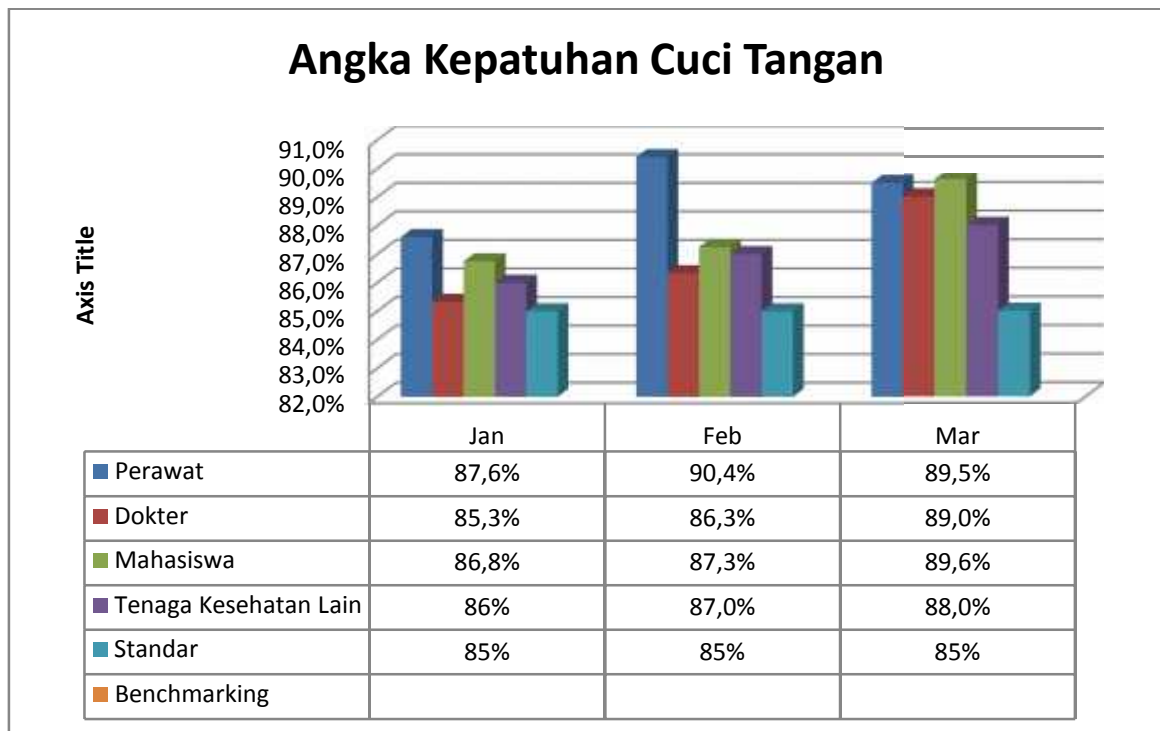
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi kepada DPJP tentang verifikasi Rekomendasi konsultasi</li> <li>Perawat ruangan mengingatkan DPJP untuk memverifikasi rekomendasi konsultasi</li> <li>Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai</li> </ol>	Capaian target dalam bulan Januari 100%, namun ada pada bulan Feb 94%, dan Maret 99%.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan capaian hingga 100%</li> <li>Monitoring dan evaluasi komunikasi SBAR</li> <li>Ronde mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai</li> </ol>

## IASKP 3. Ketepatan penyimpanan dan pemberian label pada 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 pada triwulan I mencapai 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan dan meningkatkan 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>Melakukan Ronde Keselamatan ke Ins. Farmasi</li> </ol>

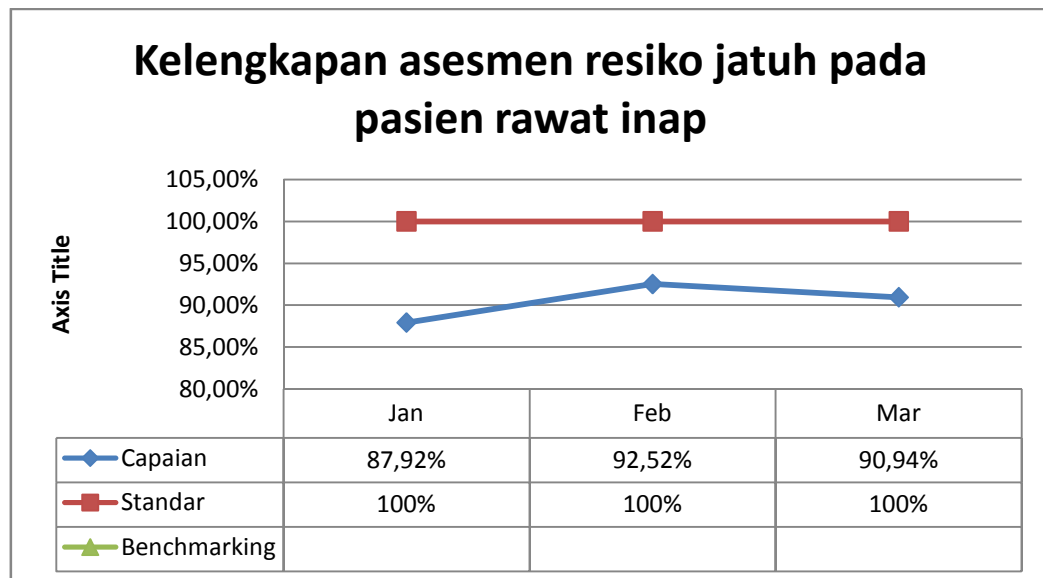
## IASKP 5. Angka Kepatuhan Cuci Tangan



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi cuci tangan berkelanjutan mulai dari apel pagi, briefing di tiap unit, hand over communication (overran)</li> <li>Supervisi cuci tangan oleh Kepala Unit</li> <li>Monitoring dan evaluasi cuci tangan dari masing – masing Ka Unit kepada stafnya</li> </ol>	Secara garis besar capaian target pada triwulan I rata – rata diatas 85%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan capaian standar hingga 100%</li> <li>Mengintensifkan sosialisasi dan supervisi oleh kepala unit</li> <li>Monitoring dan evaluasi cuci tangan dari masing – masing Ka Unit kepada stafnya</li> <li>Pemantauan dan Penilaian cuci tangan oleh IPCLN dan IPCN</li> </ol>

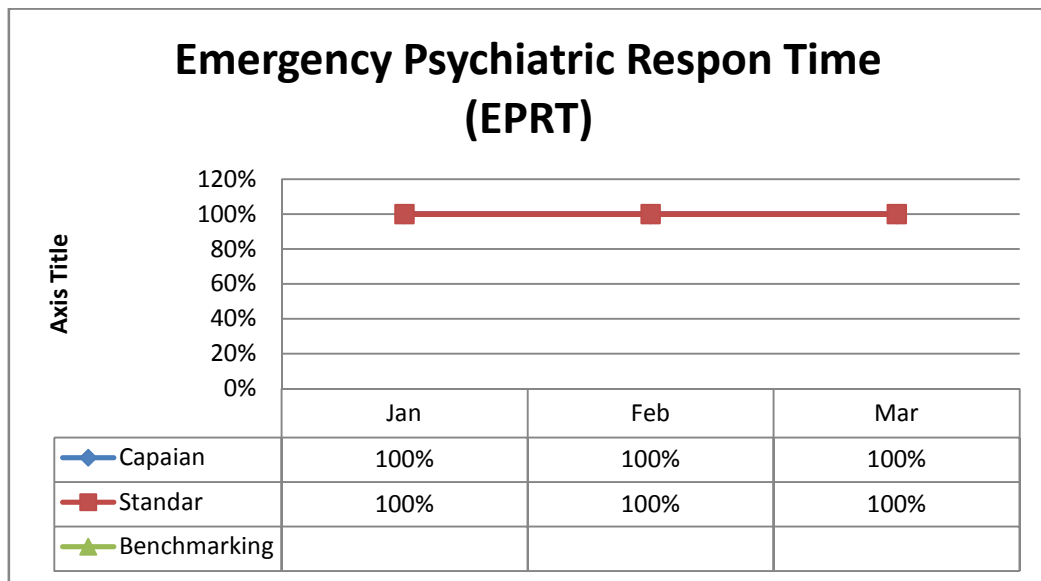


## IASKP 6. Kelengkapan Assesmen resiko jatuh setiap pasien rawat inap



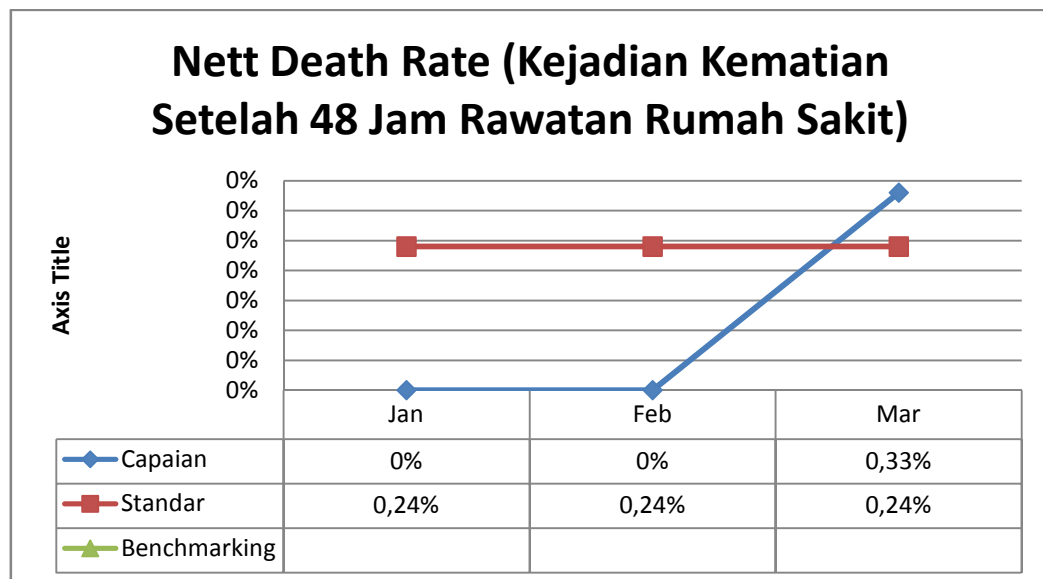
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengadakan / Memperbaiki blangko monitor assesment resiko jatuh</li> <li>Sosialisasi assesment resiko</li> <li>Supervisi oleh Kepala Unit</li> </ol>	<p>Capaian target dari Januari sd Maret rata2 sebesar 90 %, hal ini sudah mengalami peningkatan, dari yang semula bln Jan 87% bln Maret 90,94 %, namun belum mencapai target, jadi harus dilakukan upaya peningkatan kelengkapan assesmen pasien resiko jatuh</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan capaian standar hingga 100%</li> <li>Mengintensifkan sosialisasi dan supervisi oleh kepala unit</li> <li>Pengecekan status pada pasien yang baru oleh Ka ruangan</li> <li>Audit status pasien secara berkala oleh Ka Ruangan</li> <li>Revisi blangko asesmen resiko jatuh</li> </ol>

## IAIL 1. Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)



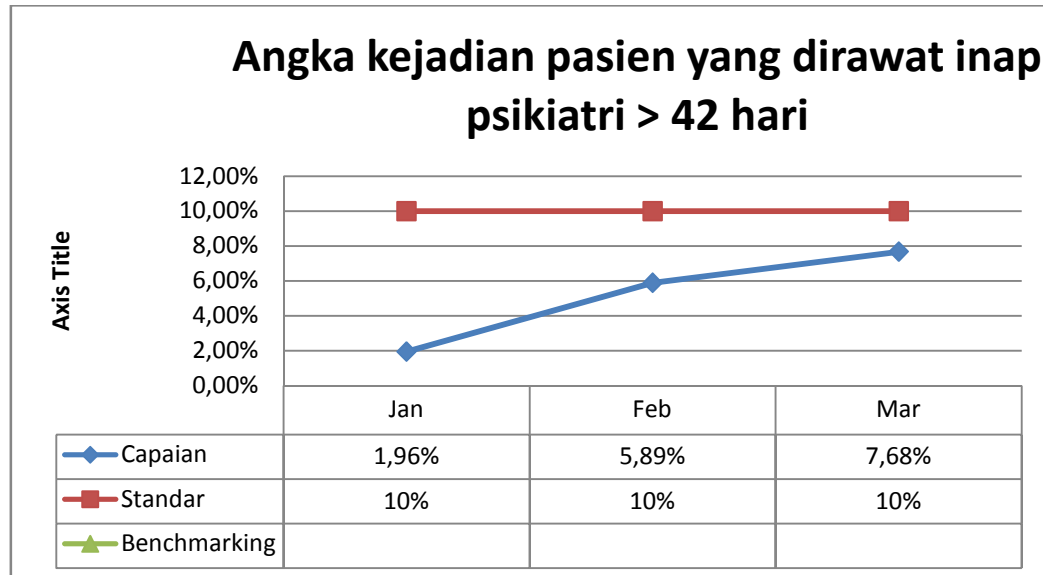
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>Meningkatkan kompetensi teknis petugas</li> <li>Melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SOP</li> </ol>	Capaian target bulan Januari s.d Maret sebesar 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Monitoring dan evaluasi indikator EPRT secara berkelanjutan</li> <li>Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>Meningkatkan kemampuan teknis petugas</li> <li>Kontinuitas sosialisasi / pelatihan</li> </ol>

## IAIL 2. Nett Death Rate ( Kejadian Kematian Setelah 48 Jam Rawatan Rumah Sakit)



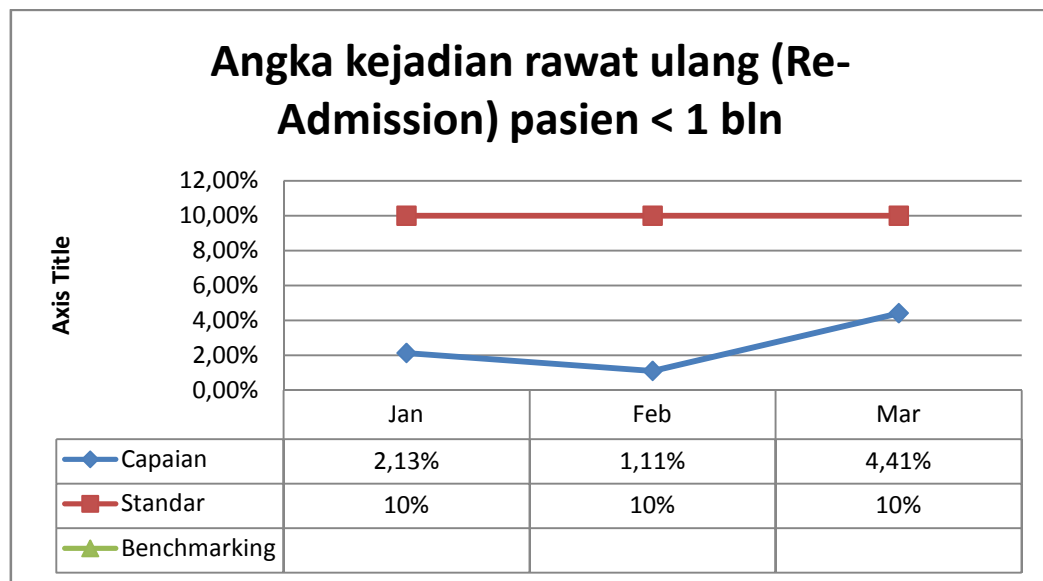
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 0,24 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>Meningkatkan kompetensi teknis petugas dengan pelatihan</li> <li>Melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SOP</li> </ol>	<p>Capaian indikator pada bulan Januari dan Februari 0 %. Namun pada bulan Maret meningkat menjadi 0,33 %. Karena adanya kasus pasien bunuh diri.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Monotoring dan evaluasi indikator NDR secara berkelanjutan</li> <li>Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>Meningkatkan kemampuan teknis petugas dengan Kontinuitas sosialisasi / pelatihan</li> <li>Pengadaan CCTV untuk memantau keadaan pasien dengan risiko bunuh diri</li> <li>Meningkatkan pengawasan pasien oleh petugas</li> <li>Mempertahankan dan meningkatkan capaian indikator</li> </ol>

### IAIL 3. Angka kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 42 hari



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target <42% sebesar 10 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan penyuluhan kesehatan pada keluarga</li> <li>Menghubungi keluarga bila pasien sudah ada izin pulang dari dokter</li> <li>Meningkatkan kompetensi teknis petugas</li> <li>Melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SOP</li> </ol>	<p>Capaian target pada triwulan I masih di bawah standar.</p> <p>Namun terjadi peningkatan pada bulan Februari dan Maret akibat kesulitan pemulangan pada pasien dengan penanggungjawab dinas social dan banyaknya pasien dengan kondisi yang belum optimal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Monitoring dan evaluasi indikator secara berkelanjutan</li> <li>Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>Meningkatkan kemampuan teknis petugas</li> <li>Kontinuitas sosialisasi /focus grup discussion dg keluarga</li> <li>Dropping ( Pemulangan pasien sudah 42 hari yg sdh ACC Dokter )</li> </ol>

## IAIL 4. Angka kejadian rawat ulang (Re-Admission) pasien < 1 bln



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target < 10%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan penyuluhan kesehatan cara merawat dirumah pada keluarga</li> <li>Menganjurkan berobat rawat jalan ke puskesmas/ fasilitas pelayanan kesehatan terdekat</li> <li>Meningkatkan kompetensi teknis petugas</li> <li>Melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SOP</li> </ol>	Capaian target pada triwulan I sudah mencapai target, yaitu < 10 %.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Monotoring dan evaluasi indikator secara berkelanjutan</li> <li>Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>Meningkatkan kemampuan teknis petugas</li> <li>Kontinuitas sosialisasi /focus grup disscusion dg keluarga</li> <li>Merencanakan pertemuan keluarga</li> <li>Menyediakan fasilitas untuk meningkatkan kompetensi tenaga Puskesmas</li> </ol>

# **BAB III**

## **PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Upaya peningkatan mutu yang dilakukan di RS Jiwa Prof. HB.Saanin Padang saat ini sudah mendapatkan dukungan maksimal dari pimpinan/ Direktur.Seluruh staf/pelaksana juga memberikan kerjasama dan kontribusi yang baik.Akan tetapi masih butuh koordinasi dan tata kelola yang baik dalam sistematika kerjanya.

Kedisiplinan dalam waktu pelaporan Mutu juga harus ditingkatkan.Kompetensi dan pengetahuan seluruh anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan penanggung jawab Mutu unit tentang upaya peningkatan mutu harus selalu diupdate dan dilaksanakan.

### **B. Saran**

1. Memaksimalkan pertemuan rutin Komite Mutu dan Keselamatan Pasien sebagai upaya sosialisasi seluruh program peningkatan mutu kepada kepala unit maupun penanggung jawab Mutu unit.
2. Mengikuti pelatihan upaya peningkatan mutu baik bagi anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan penanggung jawab Mutu unit
3. Penataan dan pendistribusian ulang seluruh dokumen PMKP yang berupa Program, Panduan, dan SPO sehingga setiap pegawai lebih memahami upaya peningkatan mutu di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
4. Mengoptimalkan upaya validasi data mutu sehingga data mutu yang ditampilkan benar-benar bisa dipertanggung jawabkan kepada publik
5. Mengadakan pertemuan/ forum mutu dengan komite mutu dari Rumah Sakit sejenis sehingga menjadi sarana Benchmarking dan bertukar informasi tentang upaya peningkatan mutu di Rumah Sakit masing-masing
6. Sosialisasi ulang program upaya peningkatan mutu kepada seluruh aparatur RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

LAPORAN ANALISA, MONITORING,  
EVALUASI, DAN TINDAK LANJUT  
24 INDIKATOR MUTU PRIORITAS

TRIWULAN I TAHUN 2017

RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang

## KATA PENGANTAR

PujiSyukurkehadirat ALLAH SWT, karenaatasperkenan-NYA LaporanAnalisa, Monitoring, Evaluasi, danTindakLanjut 24 IndikatorMutuPrioritasRS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang dapatdiselesaikan.

Tujuandaripembuatanlaporaniniadalahuntukmemberikangambaranmengenaipelaksanaanupaya peningkatan mutu yang dilakukan di RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang melalui pengukuran indikator mutu. Saat ini RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang telah menentukan indikator prioritas, dimana 24 indikator itu telah memenuhi persyaratan *problem prone, high cost, high risk dan high volume*. Diharapkan dengan upaya peningkatan mutu yang berkelanjutan *Continuous Quality Improvement (CQI)* yang dilakukan bisa meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang. Selain itu pula, laporan ini dapat digunakan sebagai *Benchmarking* bagi Rumah Sakit Jiwa lain dalam rangka memenuhi standar kreditasi pokja PMKP akreditasi versi 2012.

Masih banyak yang perlu diperbaiki dalam upaya peningkatan mutu dengan menggunakan metode PDCA (*Plan, Do, Check, Action*) ini. Untuk itu semua pihak baik manajemen maupun pelaksana harus senantiasa bekerja sama memperbaiki diri dan meningkatkan kualitas sehingga pelayanan kesehatan di RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang khususnya bisa lebih bermutu dan kita bisa meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia secara umum.

Terimakasih kepada segala pihak yang telah ikut berpartisipasi dan bekerja keras dalam penyusunan laporan ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan balasan kebaikan terhadap segala amal perbuatan yang kita lakukan.

Padang, 10 April 2017

Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

**dr. Cisillya Mykesturi**



## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>LEMBAR JUDUL</b> .....	i
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iii
<b>DAFTAR GRAFIK</b> .....	vi
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Tujuan .....	2
<b>BAB II. ISI</b> .....	3
A. Daftar Indikator Prioritas RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang .....	3
B. Laporan Analisa, Monitoring, Evaluasi, dan Tindak Lanjut .....	34
Indikator Mutu Prioritas .....	5
IAK 1. Angka Kelengkapan asesmen medis pasien rawat inap dalam 24 .....	5
IAK 2. Respon time penyampaian hasil nilai labor Cyto .....	6
IAK 3. Angka Pengulangan pemeriksaan radiologi .....	9
IAK 6. Angka kesalahan penyerahan obat dari farmasi .....	8
IAK 9. Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap .....	9
IAK 10. Angka kejadian Luka lecet akibat fiksasi .....	10
IAM 1. Ketidaktepatan Pengadaan Obat Katalog .....	11
IAM 2. Ketepatan waktu penyampaian laporan ke Menkes .....	12
IAM 3. Pelaksanaan pemeliharaan rutinalat medis (O2) .....	13
IAM 4. Respon time menanggapi kerusakan alat .....	14
IAM 5. Indeks Kepuasan Masyarakat .....	15
IAM 6. Kepuasan SDM .....	16
IAM 7. 10 Diagnosis terbanyak .....	17
IAM 8. Tingkat Kemandirian Keuangan RS (TKK) .....	18
IAM 9. Angka pasien lari .....	19

IASKP 1. Kepatuhan identifikasi pasien dengan nama, Umur, No rekam medik, Nama ibu kandung.....	20
IASKP 2. Kepatuhan pelaksanaan komunikasi SBAR.....	21
IASKP 3. Ketepatan penyimpanan dan pemberian label pada Obat-obat LASA.....	22
IASKP 5. Kepatuhan cucitangan.....	23
IASKP 6. Kelengkapan asesmen resiko jatuh pada pasien rawat inap.....	24
IAIL 1. Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT).....	25
IAIL 2. Nett Death Rate ( Kejadian Kematian Setelah 48 Jam Rawatan Rumah Sakit).....	26
IAIL 3. Angka kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 42 hari .....	27
IAIL 4. Angka kejadian rawat ulang (Re-Admission) pasien < 1 bln 5 % .....	28
<b>BAB III. PENUTUP</b> .....	29
A. Kesimpulan.....	29
B. Saran .....	29

## DAFTAR GRAFIK

IAK 1. Angka Kelengkapan asesmen medis pasien rawat inap dalam 24 .....	5
IAK 2. Respon time penyampaian hasil nilailaborcyto .....	6
IAK 3. Angka Pengulangan pemeriksaan radiologi .....	7
IAK 6. Angka kesalahan penyerahan obat dari farmasi .....	8
IAK 9. Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap .....	9
IAK 10. Angka kejadian luka lecet akibat fiksasi .....	10
IAM 1. Ketidaktepatan Pengadaan Obat Katalog .....	11
IAM 2. Ketepatan waktu penyampaian laporan ke Menkes .....	12
IAM 3. Pelaksanaan pemeliharaan rutinalat medis (O2) .....	13
IAM 4. Respon time menanggapi kerusakan alat .....	14
IAM 5. Indeks Kepuasan Masyarakat .....	15
IAM 6. Kepuasan SDM .....	16
IAM 7. 10 Diagnosis terbanyak .....	17
IAM 8. Tingkat Kemandirian Keuangan RS (TKK) .....	18
IAM 9. Angka pasien lari .....	19
IASKP 1. Kepatuhan identifikasi pasien dengan nama, Umur, No rekam medik, Nama ibu kandung .....	20
IASKP 2. Kepatuhan pelaksanaan komunikasi SBAR .....	21
IASKP 3. Ketepatan penyimpanan dan pemberian label pada Obat- obat LASA .....	22
IASKP 5. Kepatuhan cucitangan .....	23
IASKP 6. Kelengkapan asesmen resiko jatuh pada pasien rawat inap .....	24
IAIL 1. Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) .....	25
IAIL 2. Nett Death Rate ( Kejadian Kematian Setelah 48 Jam Rawat Rumah Sakit) .....	26

IAIL 3. Angkakejadianpasien yang dirawatinappsikiatri > 42 hari .....	27
IAIL 4. Angkakejadianrawatulang (Re-Admission) pasien < 1 bln 5 % .....	28



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

**TRIWULAN II TAHUN 2017**

**PEMERINTAH PROPINSI SUMATERA BARAT**  
**RS. Jiwa Prof. HB. Sa'anin**  
**Padang**

Jl. Raya Ulu Gadut Padang Telp. (0751) 72001, Fax. (0751) 71379

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Mutu adalah bentuk persepsi yang dipahami berbeda oleh orang yang berbeda, namun berimplikasi pada prioritas tertentu. Peningkatan mutu adalah pendekatan pendidikan, edukasi berkelanjutan dan perbaikan proses-proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasar dan pihak-pihak yang berkepentingan lainnya. Definisi Mutu RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang adalah derajat kesempurnaan pelayanan RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang secara wajar, efisien, efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan Rumah Sakit dan masyarakat konsumen.

Banyak pihak yang berkepentingan dengan mutu, pihak-pihak tersebut adalah: konsumen, pembayar atau perusahaan atau asuransi, manajemen RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang, Karyawan RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang, masyarakat, Pemerintah Provinsi Sumatera Barat sebagai pemilik RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang dan Ikatan profesi. Setiap kepentingan yang disebut di atas berbeda sudut pandang dan kepentingannya terhadap mutu, karena itu mutu adalah multi dimensional. Dimensi Mutu atau aspeknya adalah keprofesian, efisiensi, keamanan pasien, kepuasan pasien, dan aspek sosial budaya.

Mutu suatu rumah sakit adalah produk akhir dari interaksi dan ketergantungan yang rumit antara berbagai komponen atau aspek rumah sakit sebagai suatu sistem. Aspek tersebut terdiri dari struktur, proses dan *outcome*. Struktur adalah sumber daya manusia, sumber daya fisik, sumber daya keuangan dan sumber daya lain-lain pada fasilitas pelayanan kesehatan. Baik tidaknya struktur dapat diukur dari kewajaran, kuantitas, biaya dan mutu komponen-komponen struktur itu. Proses adalah apa yang dilakukan dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien: evaluasi, diagnosa, perawatan, konseling, pengobatan, tindakan, penanganan jika terjadi penyulit, *follow up*. Baik tidaknya proses dapat diukur dari relevansinya bagi pasien, efektifitasnya, dan mutu proses itu sendiri. Pendekatan proses adalah pendekatan paling langsung terhadap mutu asuhan. *Outcome* adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasannya serta kepuasan provider. *Outcome* yang baik sebagian besar tergantung kepada mutu struktur dan mutu proses yang baik. Sebaiknya *outcome* yang buruk adalah kelanjutan struktur atau proses yang buruk.

RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang adalah suatu institusi pelayanan kesehatan milik Pemerintah Provinsi Sumatera Barat yang menyediakan pelayanan kejiwaan yang lengkap bermutu dan menggunakan ilmu terkini. Pelayanan RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan serta penelitian. Untuk menjamin keberlangsungan fungsi tersebut dengan baik maka RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu di semua tingkatan.

Pengukuran mutu di RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang sudah diawali dengan penilaian akreditasi Rumah Sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat struktur dan proses. Pada kegiatan ini RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang harus melakukan berbagai standar dan prosedur yang telah ditetapkan. RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang dipacu untuk dapat menilai diri (*self assesment*) dan memberikan pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu ada alat ukur yang lain yaitu instrumen mutu pelayanan RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil (*Outcome*). Tanpa mengukur hasil kinerja RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang tidak dapat mengetahui apakah struktur dan proses yang baik telah menghasilkan *outcome* yang baik pula.

Sesuai dengan standar akreditasi maka saat ini RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang juga melakukan *benchmarking*/ perbandingan dengan rumah sakit sejenis saat yang kami dapatkan untuk data perbandingan sebagai *benchmarking* dari **Rs Jiwa Dr. Soedjarwadi Klaten Jawa Tengah**.

## **B. Tujuan**

### a. Tujuan Umum

Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan Prof. HB.Sa'anin Padang secara berkelanjutan dan berkesinambungan.

### b. Tujuan Khusus

1. Tersusunya sistem monitoring upaya peningkatan mutu pelayanan melalui pemantauan indikator prioritas rumah sakit dan unit kerja.
2. Menjamin terlaksananya program keselamatan pasien serta monitoring kinerja individu dan unit.

## BAB II

### ISI

#### A. Daftar Indikator Prioritas RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang

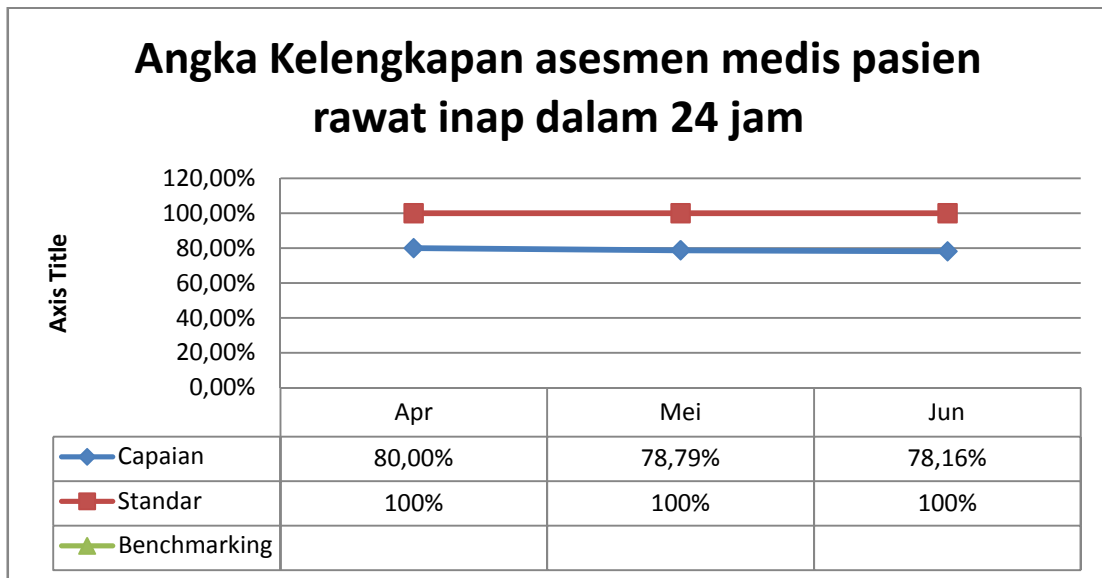
	Area	No	KODE	Indikator
Area Klinis	Assesmen pasien	1	IAK 1	Angka kelengkapan diagnosis awal medis rawat inap
	Pelayanan laboratorium	2	IAK 2	Respon time penyampaian hasil nilai labor cyto
	Pelayanan radiologi dan <i>diagnostic imaging</i>	3	IAK 3	Angka pengulangan pemeriksaan Radiologi
	Prosedur bedah	4	IAK 4	TDD
	Penggunaan antibiotika dan obat lainnya	5	IAK 5	TDD
	Kesalahan medikasi ( <i>medication error</i> ) dan Kejadian Nyaris Cedera(KNC);	6	IAK 6	Angka kesalahan penyerahan obat dari farmasi
	Penggunaan anestesi dan sedasi	7	IAK 7	TDD
	Penggunaan darah dan produk darah	8	IAK 8	TDD
	Ketersediaan, isi, dan penggunaan rekam medis pasien	9	IAK 9	Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap ulangan
	Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveilans dan pelaporan	10	IAK 10	Angka kejadian luka lecet akibat fiksasi
	Risetklinis	11	IAK 11	TDD
AREA MENEJERI AL	Pengadaan rutin	12	IAM 1	Angka Ketidakersediaan Obat Katalog
	Pelaporan	13	IAM 2	Ketepatan waktu penyampaian laporan ke Menkes
	Manajemen risiko	14	IAM 3	Pelaksanaan pemeliharaan rutin alat medis (O2)
	Manajemen penggunaan sumberdaya	15	IAM 4	Respon time menanggapi kerusakan alat
	Kepuasan pasien	16	IAM 5	Indeks Kepuasan Masyarakat
	Harapan dan kepuasan staf	17	IAM 6	Kepuasan SDM
	Demografi pasien dan diagnosis klinis	18	IAM 7	10 diagnosis terbanyak
	Manajemen keuangan	19	IAM 8	Tingkat Kemandirian Keuangan RS (TKK)



	Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien dan staf	20	IAM 9	Angka pasien lari
AREA SASARAN KESELAMATAN PASIEN	Ketetapan identifikasi pasien	21	IASKP 1	Kepatuhan identifikasi pasien dengan nama, Umur, No rekam medik, Nama ibu kandung.
	Peningkatan Komunikasi yang efektif	22	IASKP 2	Kepatuhan pelaksanaan komunikasi SBAR
	Peningkatan Keamanan Obat yang perlu diwaspadai	23	IASKP 3	Ketepatan penyimpanan dan pemberian label pada Obat-obatLASA
	Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi	24	IASKP 4	TDD
	Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	25	IASKP 5	Kepatuhan cuci tangan
	Pengurangan risiko jatuh	26	IASKP 6	Kelengkapan asesmen resiko jatuh pada pasien rawat inap
AREA INTERNAL LIBRARY		27	IAIL 1	Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)
		28	IAIL 2	Nett Death Rate ( Kejadian Kematian Setelah 48 Jam Rawatan Rumah Sakit)
		29	IAIL 3	Angka kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 42 hari
		30	IAIL 4	Angka kejadian rawat ulang (Re-Admission) pasien < 1 bln

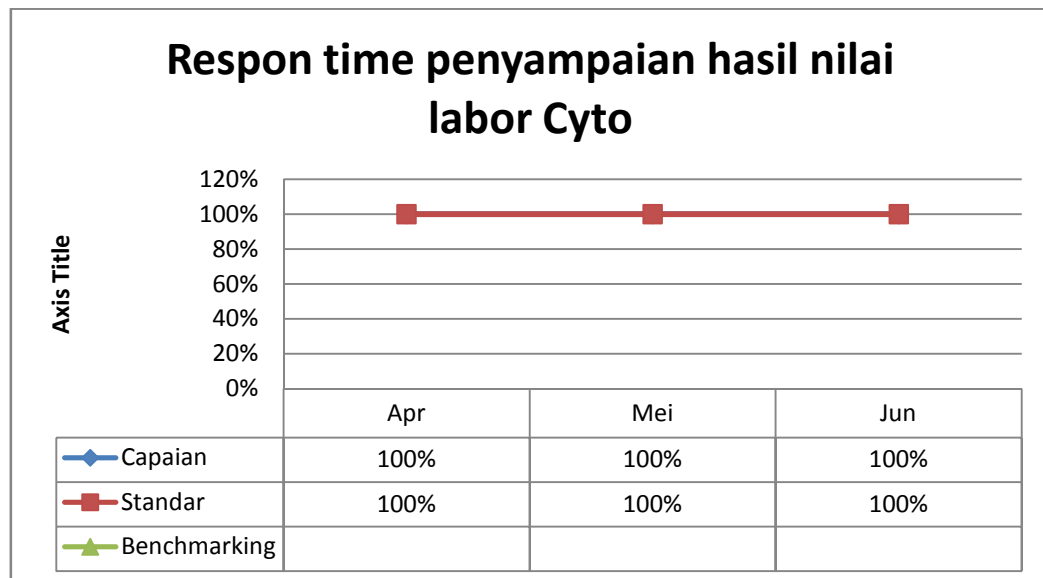
## B. Laporan Analisa, Monitoring, Evaluasi, dan Tindak Lanjut 24 Indikator Mutu Prioritas

### IAK 1. Angka Kelengkapan diagnosa awal medis rawat inap



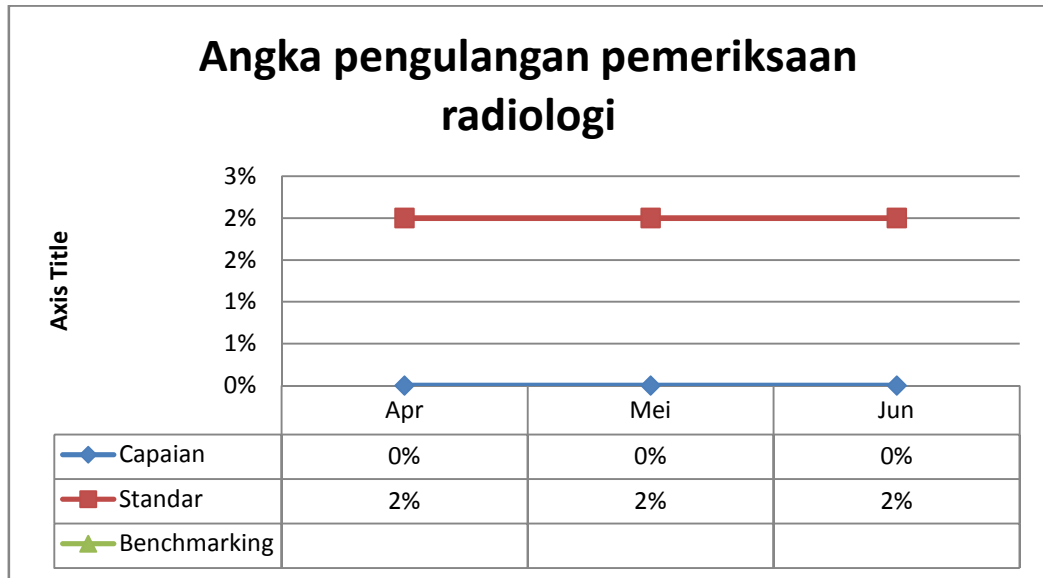
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target angka kelengkapan asesmen medis pasien rawat inap dalam 24 jam 100%	Komite Medik dan Kepala Ruang menghimbau Dokter IGD dan DPJP melengkapi asesmen medis pasien rawat inap dalam 24 jam	Adanya penurunan capaian pada bulan juni sebesar 1,84 % , dari pada bulan April. hal ini karena ada nya penurunan kontinuitas pengecheckan status dan himbauan agar DPJP melengkapi assesmen medis awal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyampaian oleh Komite Medik dalam rapat rutin</li> <li>2. Verifikator status pasien menyerahkan status yg belum lengkap pada dokter agar dilengkapi</li> <li>3. Penyampaian hasil capaian oleh panitia mutu dalam rapat bulanan komite medik</li> <li>4. Penguatan komitmen dari Bidang pelayanan</li> </ol>

## IAK 2.Respon time penyampaian hasil nilai labor kritis



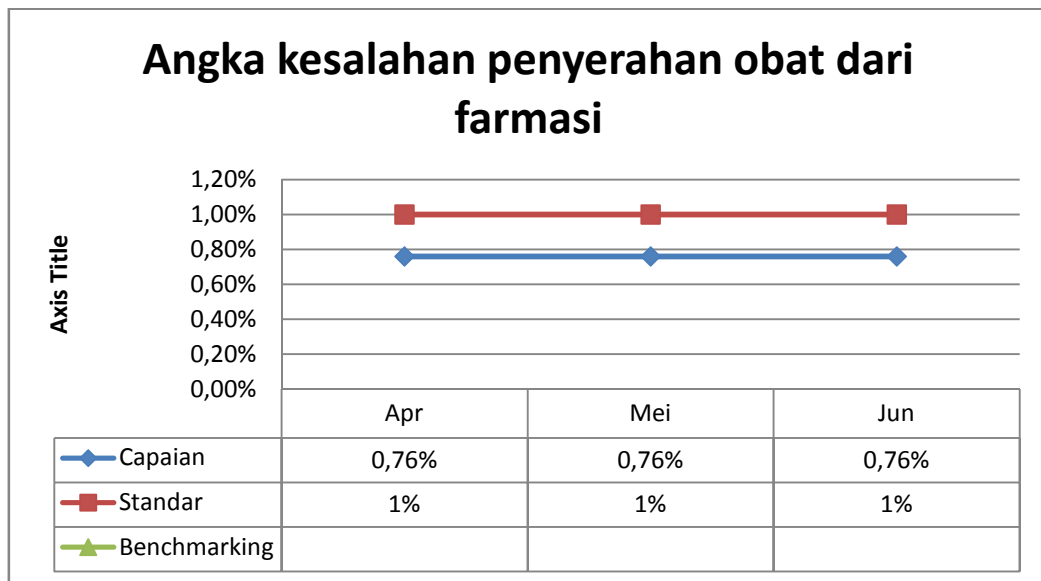
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target angkaRespon time penyampaian hasil LABOR Cyto 100%	Kepala Instalasi senantiasa mengingatkan supaya petugas laboratorium melaporkan hasil nilai labor Cyto dalam waktu kurang dari 30 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capaian target pada triwulan II 100 %</li> <li>• Permintaan labor Cyto belum terlalu banyak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan reveral dr. Patologi Klinik .</li> <li>• Melanjutkan kerjasama dengan bagian Patologi Klinik RSUP M.Djamil Padang</li> <li>• Analisa indikator, adanya indikator mutu baru yang perlu ditingkatkan pada pelayanan laboratorium</li> </ul>

### IAK 3. Angka Pengulangan pemeriksaan radiologi



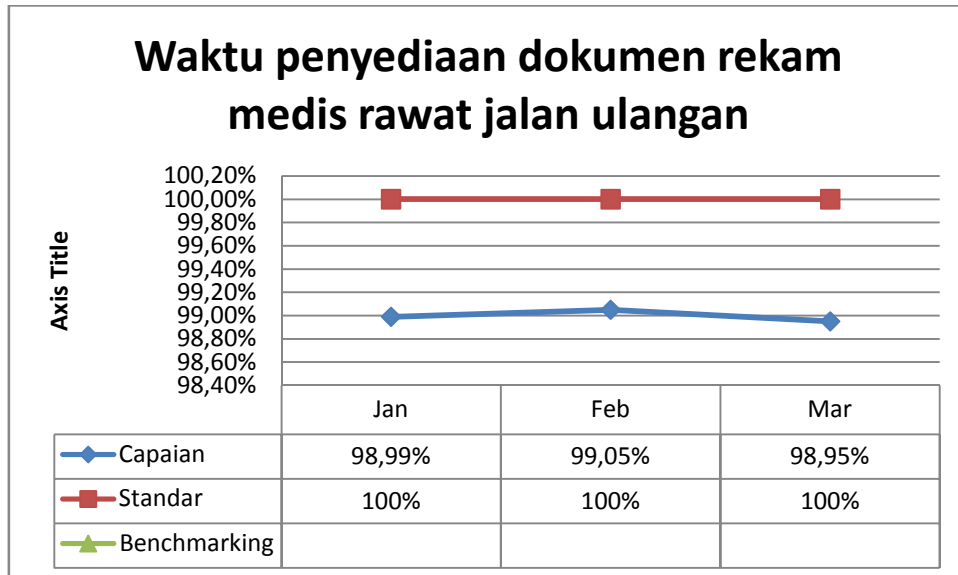
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan angka pengulangan pemeriksaan radiologi kurang dari 2%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Petugas Radiologi melakukan pemeriksaan radiologi sesuai SOP</li> <li>Mengupayakan stabilisasi aliran listrik dengan berkoordinasi dengan IPSRS</li> <li>Supervisi oleh Ka. Inst. Radiologi</li> </ol>	Capaian target dalam triwulan II adalah 0 % dan memenuhi standar.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan capaian target</li> <li>Pengaturan pengadaan reagen secara efektif dan efisien</li> <li>Koordinasi bahwa pemeriksaan radiologi dilakukan pada kondisi pasien sudah tidak gelisah / kondisi tenang</li> <li>Pengendalian &amp; Perencanaan Regensia Sesuai Kebutuhan periodic / terjadwal\</li> <li>Indikator di revisi menjadi &lt; 1 %</li> </ol>

## IAK 6. Angka kesalahan penyerahan obat dari farmasi



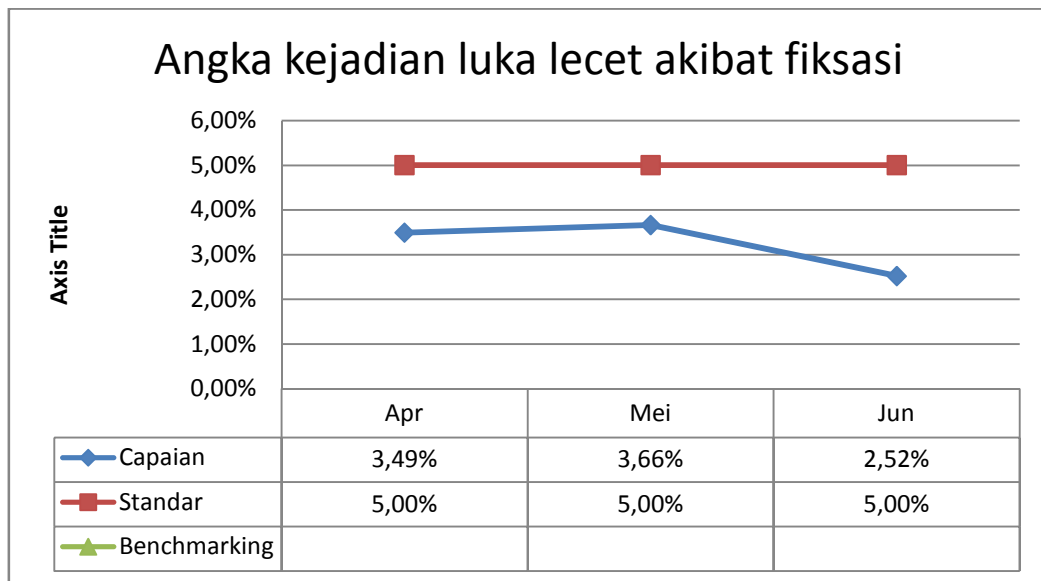
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian kesalahan penyerahan obat < 1 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pengecekan ulang sebelum menyerahkan obat</li> <li>Pemberian label pada obat-obat LASA dan High Alert</li> <li>Peletakan obat obat LASA tidak berdampingan</li> </ol>	Capaian Pada triwulan II < dari 1 %, hal ini telah dapat dicapai dengan pengecekan, monitoring scr continue	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pengecekan ulang sebelum menyerahkan obat</li> <li>Pengecekan ulang penerimaan obat oleh ruangan rawat inap berdasarkan catatan resep di ruangan rawat inap</li> <li>Pemberian label pada obat-obat LASA dan High Alert</li> <li>Peletakan obat obat LASA tidak berdampingan</li> <li>Penetapan target selanjutnya menjadi 0%</li> </ol>

## IAK 9. Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan ulangan



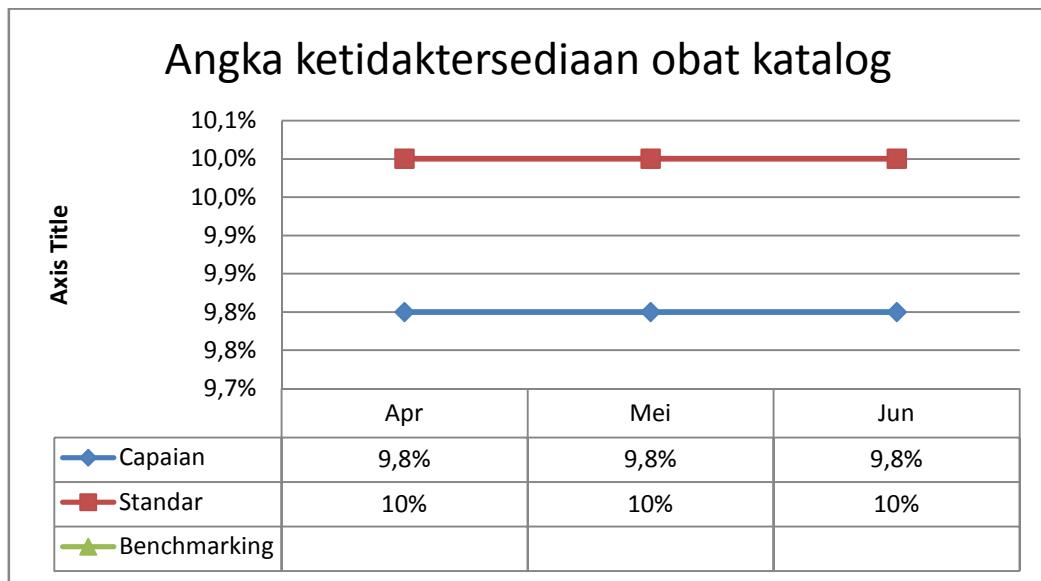
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komitmen Petugas</li> <li>2. Penambahan Tenaga pengantar Status Rekam Medik Pasien</li> <li>3. Peningkatan sarana Penghubung/selasar</li> <li>4. Optimalkan SIM RS</li> <li>5. Penambahan rak</li> <li>6. Revisi profil indikator</li> <li>7. Meningkatkan kedisiplinan pegawai</li> </ol>	Capaian target <100% pada triuwulan II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan dan meningkatkan capaian target</li> <li>2. Membuat Selasar penghubung selasar ruangan</li> <li>3. Peningkatan Pelaksanaan SPO,</li> <li>4. Komitmen Tenaga Untuk Melaksanakan SIM RS</li> </ol>

## IAK 10. Angka kejadian luka lecet akibat fiksasi



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan dan mempertahankan capaian target 4,7 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penatalaksanaan perawatan pasien Fiksasi sesuai SOP</li> <li>2. Mengoptimalkan terapi medis</li> <li>3. Pendidikan kesehatan pada pasien</li> <li>4. Pengadaan tali fiksasi dan tempat tidur ruang isolasi sesuai standar</li> </ol>	<p>Capaian target tertinggi, tidak ada luka lecet akibat restrain pd bln mei, dan capaian terendah pada bln Juni 2,52 %, hal ini dapat diakibatkan oleh pasien yang meronta saat di fiksasi, penggantian posisi yang belum teratur, terapi yang belum optimal, tali fiksasi dan tempat tidur yang belum memenuhi standar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan monitoring pada pasien fiksasi</li> <li>2. Pendkes pada pasien, penekanan bahwa fiksasi demi kebaikan pasien</li> <li>3. Peningkatan target capaian indikator sebesar 2%</li> <li>4. Pengadaan tali fiksasi dan tempat tidur sesuai standard</li> <li>5. Kolaborasi dengan dokter terkait terapi</li> </ol>

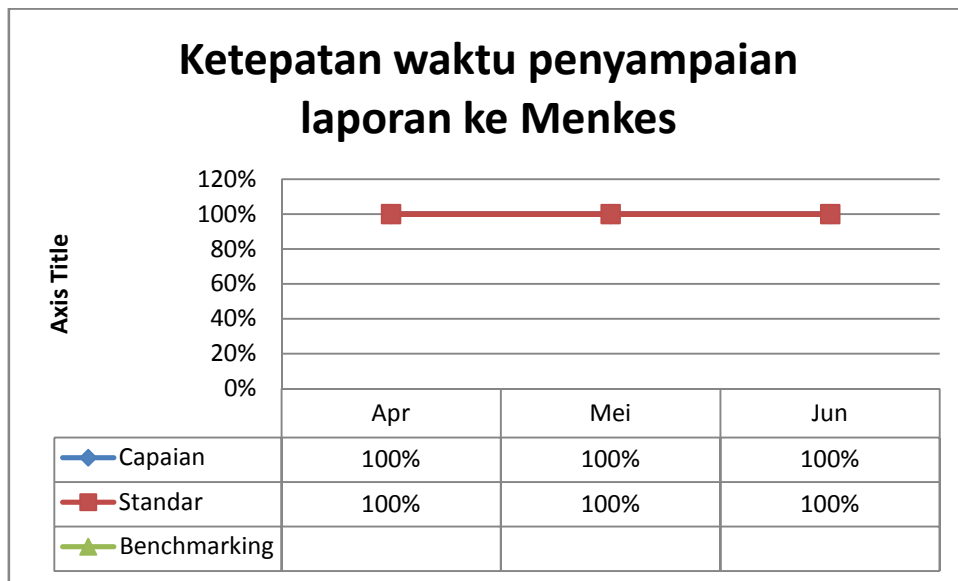
## IAM 1. Angka ketidaktersediaan obat katalog



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 10%	<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>	<p>Dari April sd Juni capaian rata-rata sebesar 9,8 %</p> <p>Capaian ini sesuai dengan standard dari kemenkes (target 10%), hal ini karena komitmen yg baik pada proses pengadaan obat</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan 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> <li>Merevisi anggaran perencanaan pengadaan obat</li> </ol>

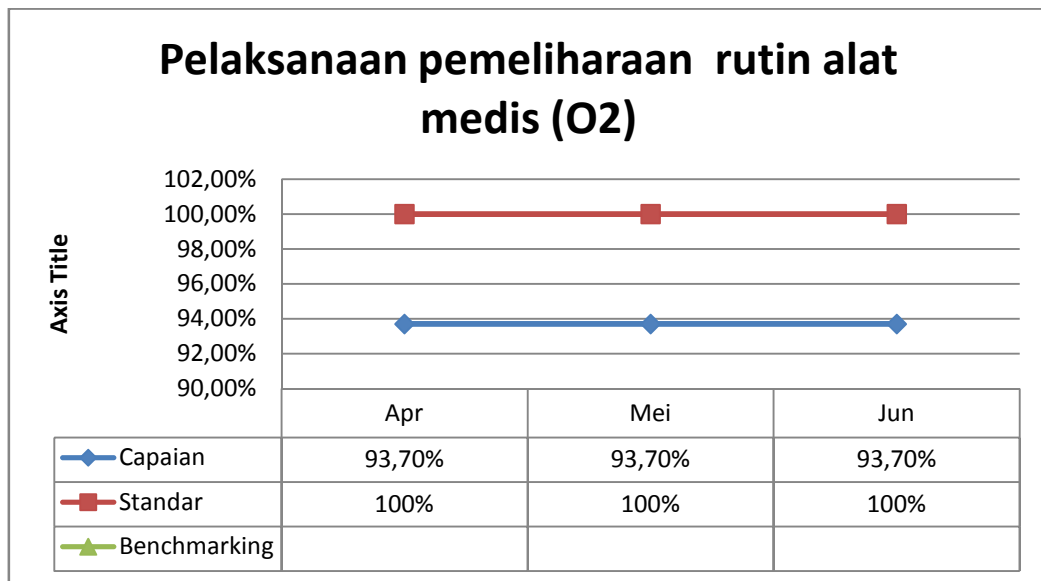


## IAM 2.Ketepatan waktu penyampaian laporan ke Menkes



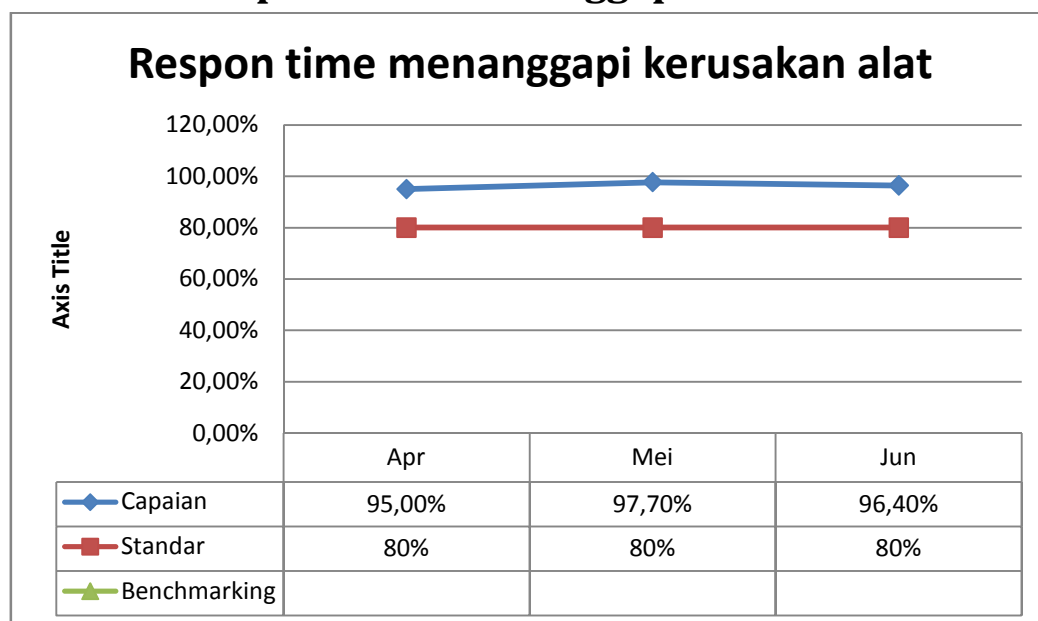
Plan	Do	Study	Action
Mempertahankan capaian target 100 %	1. Kontinuitas pelaporan tepat waktu	Capaian indikator pada Triwulan II 2017 sudah memenuhi Standar Kemenkes, yaitu 100 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan capaian target</li> <li>2. Monitoring evaluasi pelaporan</li> <li>3. Revisi usulan prioritas indikator lainnya</li> </ol>

### IAM 3. Pelaksanaan pemeliharaan rutin alat medis (O2)



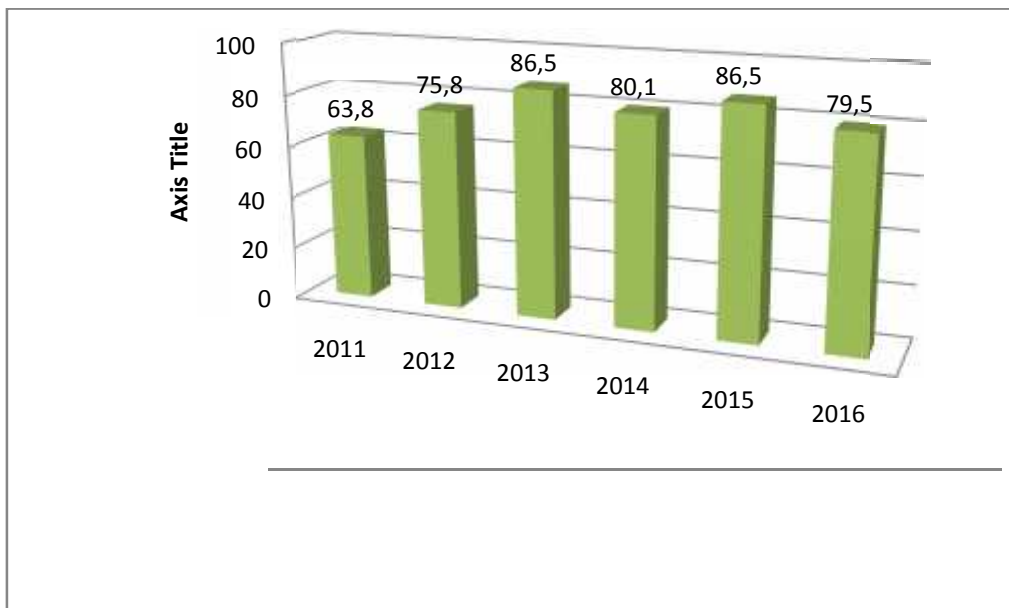
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Peningkatan maintenance pemeliharaan, pengecekan O2</li> <li>Supervisi ruangan terhadap semua O2 di ruangan masing - masing.</li> <li>Kerjasama dengan pihak ketiga</li> </ol>	<p>Capaian rata rata dari bulan April s.d Juni 2017 sebesar 93,7%</p> <p>Capaian ini akibat upaya sungguh - sungguh dan koordinasi yg baik antara unit dengan petugas IPSRS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kartu kendali pengisian O2</li> <li>Maintenance pemeliharaan, pengecekan O2</li> <li>Upayakan ketersediaan O2 dengan kerjasama dengan rekanan</li> </ol>

## IAM 4.Respon Time Menanggapi Kerusakan Alat



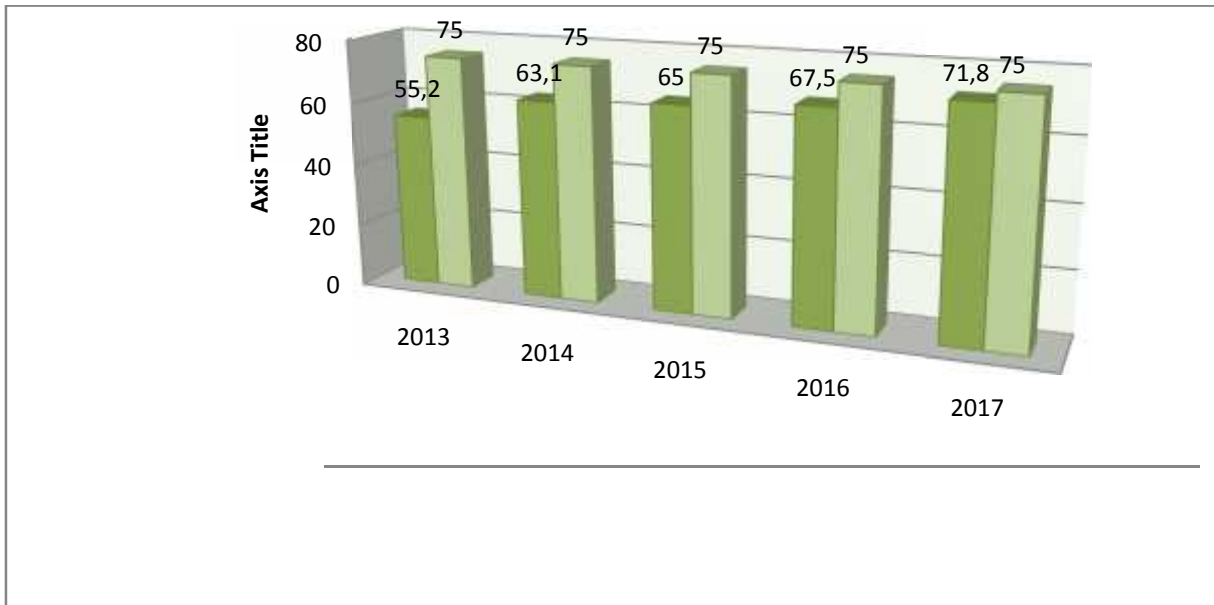
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target $\geq 80\%$	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>Meningkatkan Koordinasi antar petugas IPSRS di lapangan</li> <li>Meningkatkan kemampuan teknis petugas</li> </ol>	Rata-rata capaian indikator bulan April s.d Juni 96,37 %, perlu peningkatan capaian menjadi 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>Meningkatkan Koordinasi antar petugas IPSRS di lapangan</li> <li>Menginventarisir nomor contact teknisi supplier</li> <li>Meningkatkan kemampuan teknis petugas</li> <li>Meningkatkan capaian hasil perbaikan 100 %</li> </ol>

## IAM 5. Indeks Kepuasan Masyarakat



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target indikator sebesar 86	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan terpadu satu gedung khususnya untuk pelayanan di Poli Jiwa Dewasa dan Poli Anak Remaja</li> <li>Peningkatan fasilitas ruang tunggu pelayanan di Instalasi Rawat Jalan dan Instalasi Rawat Inap</li> </ol>	Hasil survey IKM tahun 2016 sebesar <b>79,5</b> , berarti mutu pelayanan <b>B</b> , <b>dengan kinerja pelayanan Baik</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan capaian</li> <li>Penambahan <i>customer service</i> yang kompeten</li> <li>Peningkatan jml SDM Psikiater, MOU dengan RSUP. M. Djamil utk reveral</li> <li>Peningkatan fasilitas ruang tunggu pelayanan di Instalasi Rawat Jalan dan Instalasi Rawat Inap, misalnya: perbaikan fasilitas meja, kursi, penambahan fasilitas kipas angin, TV, bahan bacaan, toilet yang bersih, dll</li> </ol>

## IAM 6. Kepuasan SDM

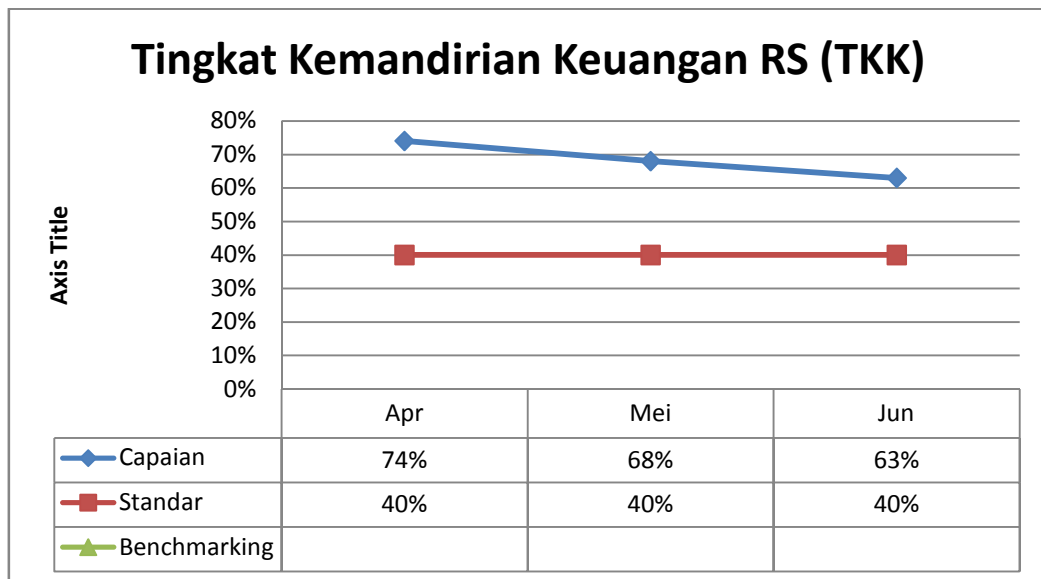


Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan tercapainya standarkategori 75%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan kualitas kepemimpinan</li> <li>2. Meningkatkan kualitas hubungan antar unit</li> <li>3. Meningkatkan kesejahteraan pegawai</li> <li>4. memberikan kesempatan untuk meningkatkan kemampuan kerja melalui pelatihan dan pendidikan tambahan</li> </ol>	<p>Tingkat kepuasan pegawaitahun 2017 sebesar 71,8%</p> <p>Terjadinya peningkatan sebesar 3,3 % dari tahun sebelumnya</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan sosialisasi, kecepatan pelayanan administrasi kepegawaian</li> <li>2. Meningkatkan sistem pembinaan</li> <li>3. Meningkatkan pengembangan karier dan pengembangan kompetensi</li> <li>4. Meningkatkan budaya organisasi dengan meningkatkan kualitas dan koordinasi hubungan antar unit</li> <li>5. Meningkatkan sistem remunerasi dengan pelatihan penyusunan sistem remunerasi</li> </ol>

## IAM 7.Laporan 10 Besar Diagnosis Diagnosis Rawat Inap Tahun 2017

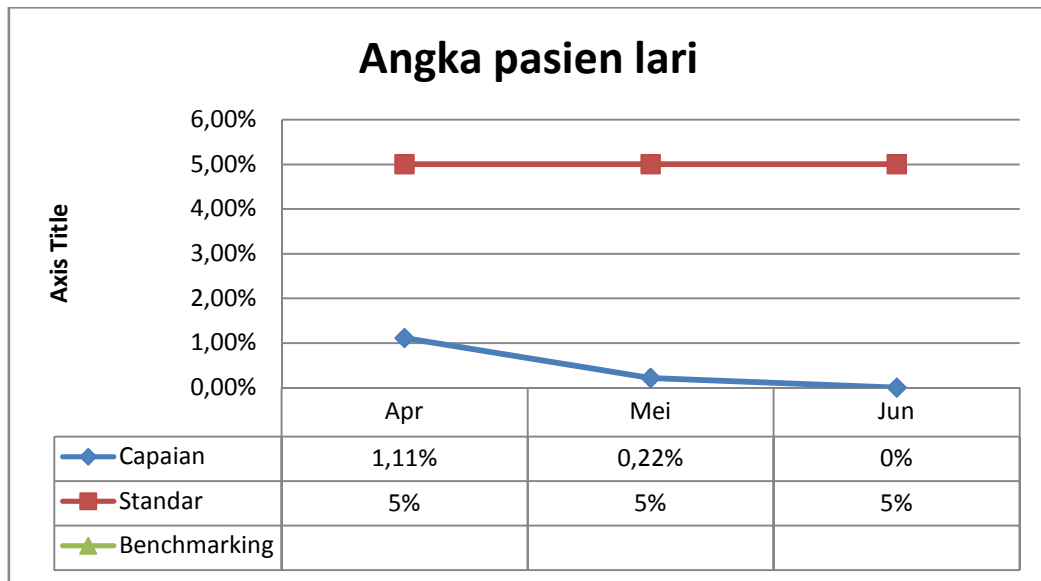
NO	DIAGNOSA	JUMLAH
1	SKIZOFRENIA PARANOID	211
2	SKIZOFRENIA YTT	76
3	SKIZOAFEKTIF TIPE MANIK	59
4	SKIZOAFEKTIF TIPE CAMPURAN	58
5	SKIZOAFEKTIF TIPE DEPRESI	53
6	GANGGUAN PSIKOTIK AKUT	21
7	GAB TIPE MANIK DENGAN PSIKOTIK	6
8	GANGGUAN MENTAL DAN PERILAKU AKIBAT PENYALAHGUNAAN ZAT LAINNYA	6
9	GANGGUAN MENTAL DAN PERILAKU AKIBAT RETARDASI MENTAL	5
10	GANGGUAN MENTAL ORGANIK DENGAN EPILEPSI	5

## IAM 8.Tingkat Kemandirian Keuangan RS



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target tingkat kemandirian rumah sakit sebesar 40% sesuai standar RENSTRA RS Jiwa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan pendapatan masing 2 unit RS</li> <li>2. Meningkatkan efisiensi dan efektifitas belanja</li> <li>3. Melakukan pengaturan cash flow triwulan</li> </ol>	Capaian pada bln April sd Juni 2017 rata - rata adalah 68,3 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan capaian</li> <li>2. Meningkatkan standar capaian target menjadi 75%</li> <li>3. Pelaksanaan realisasi anggaran mengacu pada cashflow RS</li> </ol>

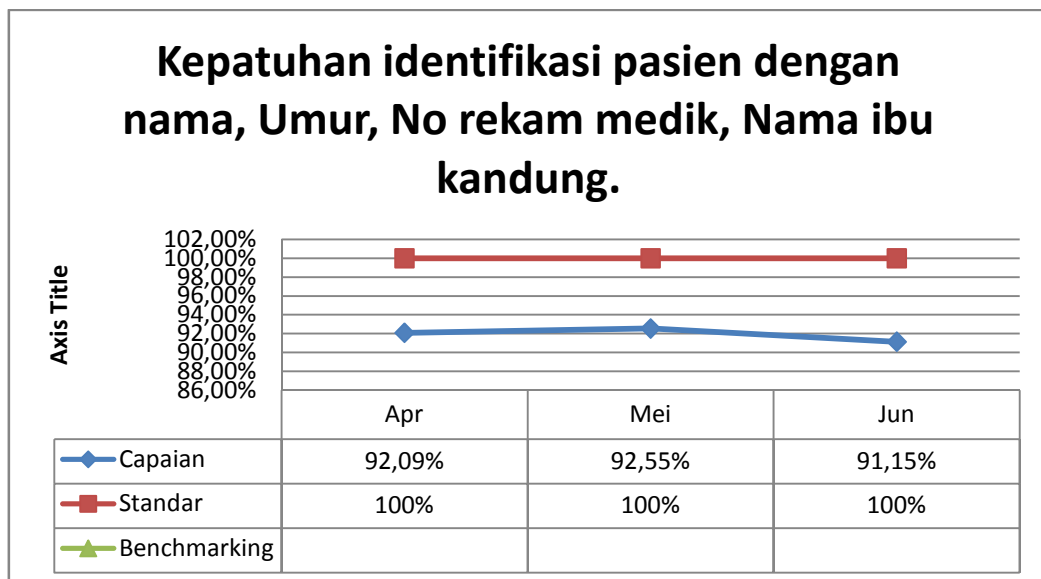
## IAM 9. Angka Pasien Lari



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan angka kejadian pasien lari < 5 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memperbaiki kinerja pengawasan terhadap pasien oleh perawat</li> <li>Memperbaiki fasilitas bangsal</li> <li>Meminimalisir akses keluar lingkungan RS</li> <li>Pengaturan rawatan dengan tingkat ketergantungan</li> </ol>	Capaian pasien lari bulan Juni adalah 0 % , namun ada pada bln April (1,11 %) dan Mei ( 0,22 %), capaian yang sangat baik, namun masih perlu ditingkatkan upaya pencegahan 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>Pemasangan gerendel di jendela bagian luar pada bangsal baru</li> <li>Meminimalisir akses keluar lingkungan RS</li> <li>Pengadaan CCTV di ruangan dengan tingkat risiko lari yang tinggi</li> </ol>

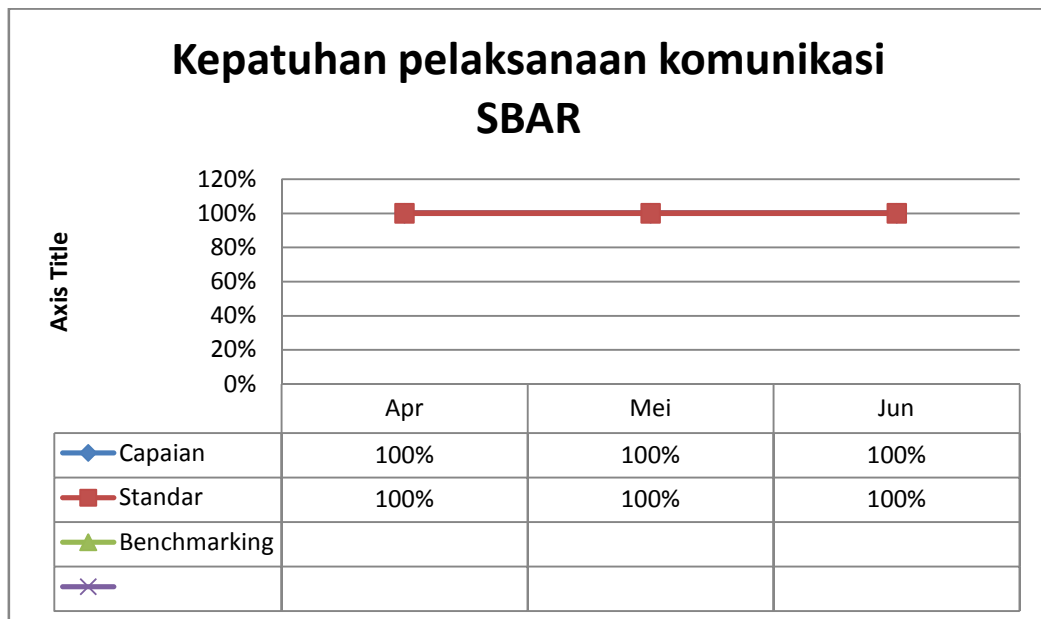


## IASKP 1Kepatuhan identifikasi pasien dengan nama dan Tanggal Lahir



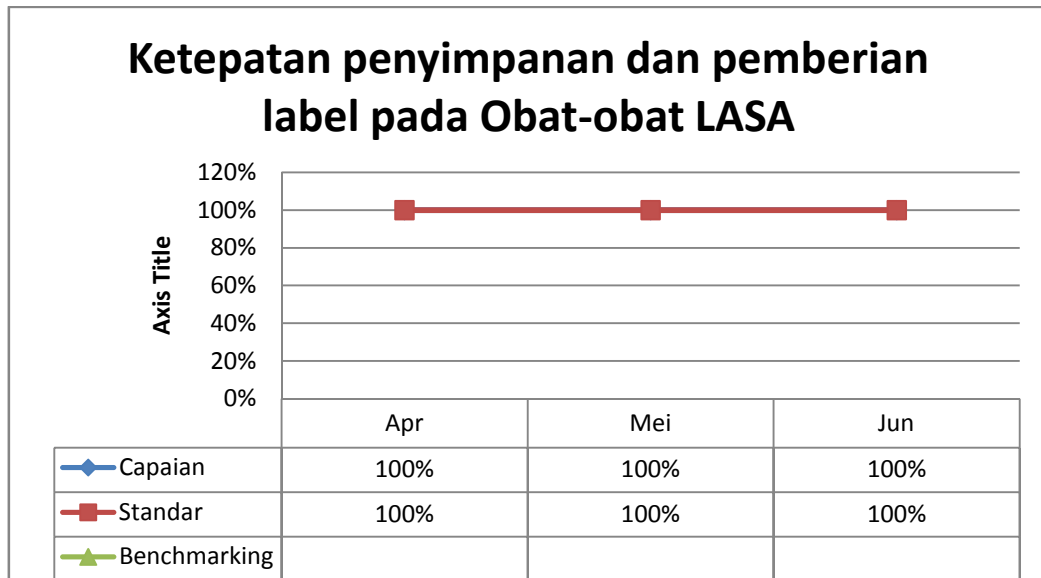
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO identifikasi pasien</li> <li>Supervisi berkelanjutan kepala unit</li> <li>Pelatihan mutu dan keselamatan pasien</li> </ol>	Capaian target dari bulan April sd Juni 2017 rata - rata 91,93 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan dan meningkatkan standar capaian hingga 100%</li> <li>Sosialisasi kepatuhan terhadap SPO identifikasi pasien</li> <li>Supervisi kepala unit</li> <li>Perbaiki gelang identitas pasien</li> </ol>

## IASKP 2. Kepatuhan Pelaksanaan Komunikasi SBAR



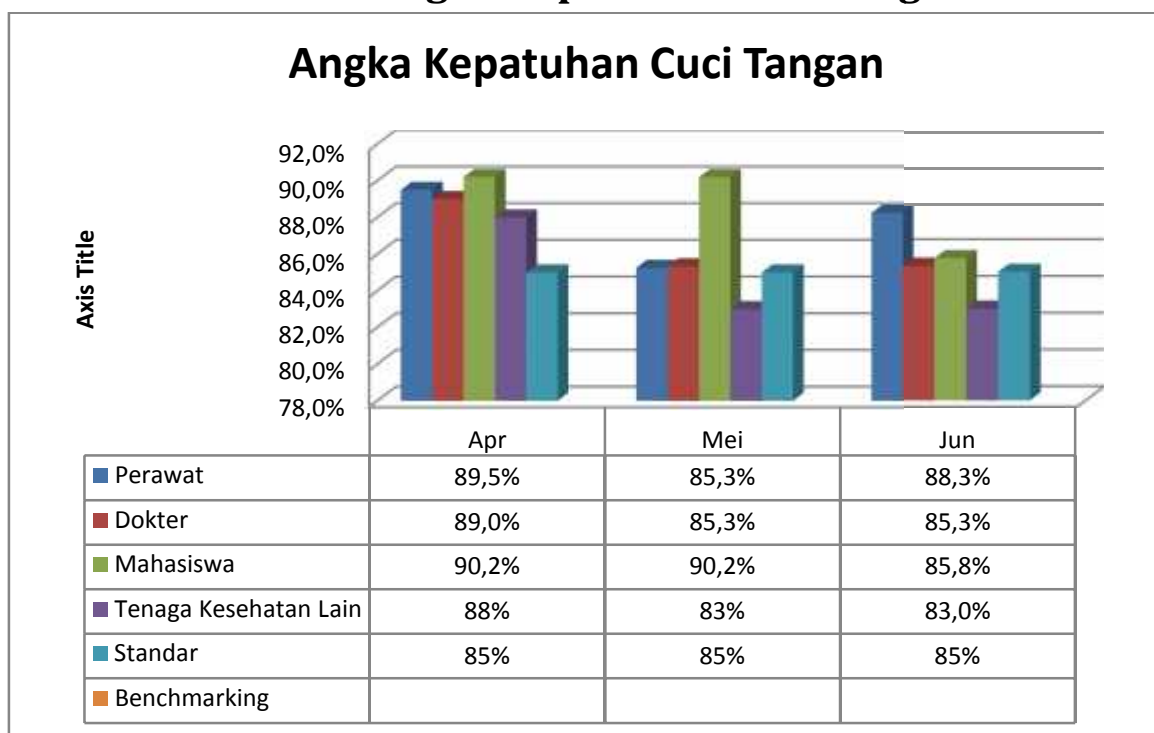
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi kepada DPJP tentang verifikasi Rekomendasi konsultasi</li> <li>Perawat ruangan mengingatkan DPJP untuk memverifikasi rekomendasi konsultasi</li> <li>Pelatihan mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai</li> </ol>	Capaian target dalam triwulan II adalah 100%, hal ini tercapai karena manfaat yang dirasakan dengan penggunaan komunikasi SBAR	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mempertahankan capaian hingga 100%</li> <li>Monitoring dan evaluasi komunikasi SBAR</li> <li>Ronde mutu dan keselamatan pasien untuk semua pegawai</li> <li>Pelatihan dan sosialisasi tentang komunikasi efektif pada pegawai</li> </ol>

### IASKP 3. Ketepatan penyimpanan dan pemberian label pada LASA



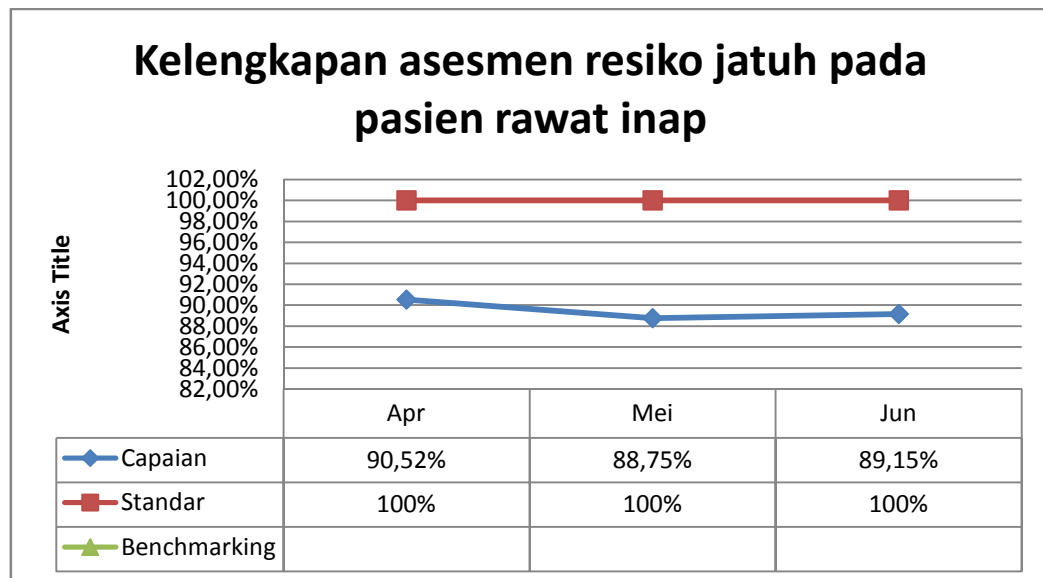
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi SOP penyimpanan dan pemberian Label pada obat LASA</li> <li>Supervisi oleh kepala Instalasi atau kepala ruang.</li> <li>Supervisi oleh PKRS.</li> <li>Ronde Keselamatan ke Ins. Farmasi</li> </ol>	Capaian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

## IASKP 5. Angka Kepatuhan Cuci Tangan



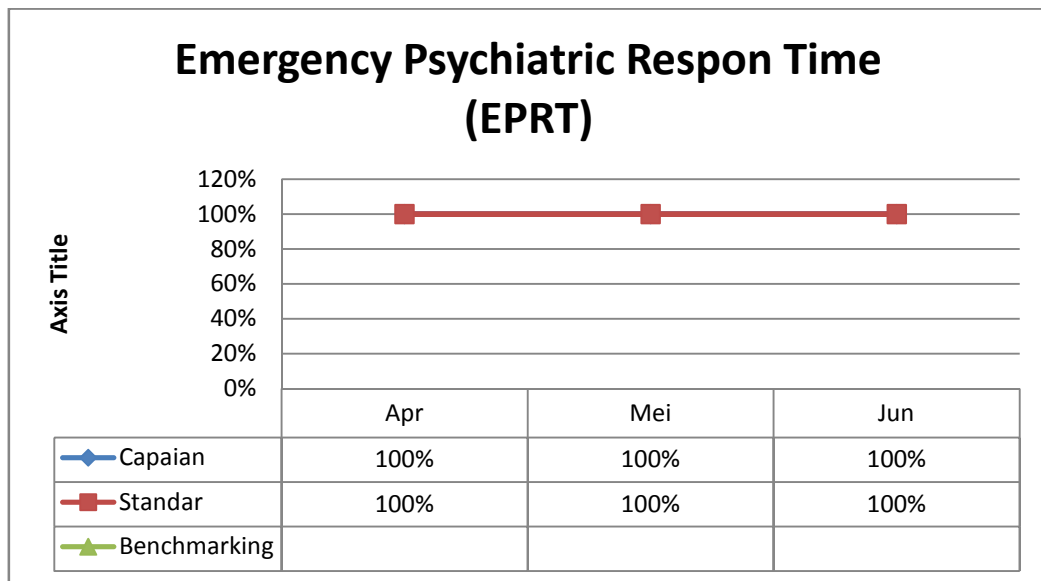
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi cuci tangan berkelanjutan mulai dari apel pagi, breafing di tiap unit, hand over communication (overran)</li> <li>2. Supervisi cuci tangan oleh Kepala Unit</li> <li>3. Monitoring dan evaluasi cuci tangan dari masing – masing Ka Unit kepada stafnya</li> </ol>	Capaian target pada triwulan II rata – rata diatas 85%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan capaian standar hingga 100%</li> <li>2. Mengintensifkan sosialisasi dan supervisi oleh kepala unit</li> <li>3. Monitoring dan evaluasi cuci tangan dari masing – masing Ka Unit kepada stafnya</li> <li>4. Pemantauan dan Penilaian cuci tangan oleh IPCLN dan IPCN</li> </ol>

## IASKP 6. Kelengkapan Asesmen resiko jatuh setiap pasien rawat inap



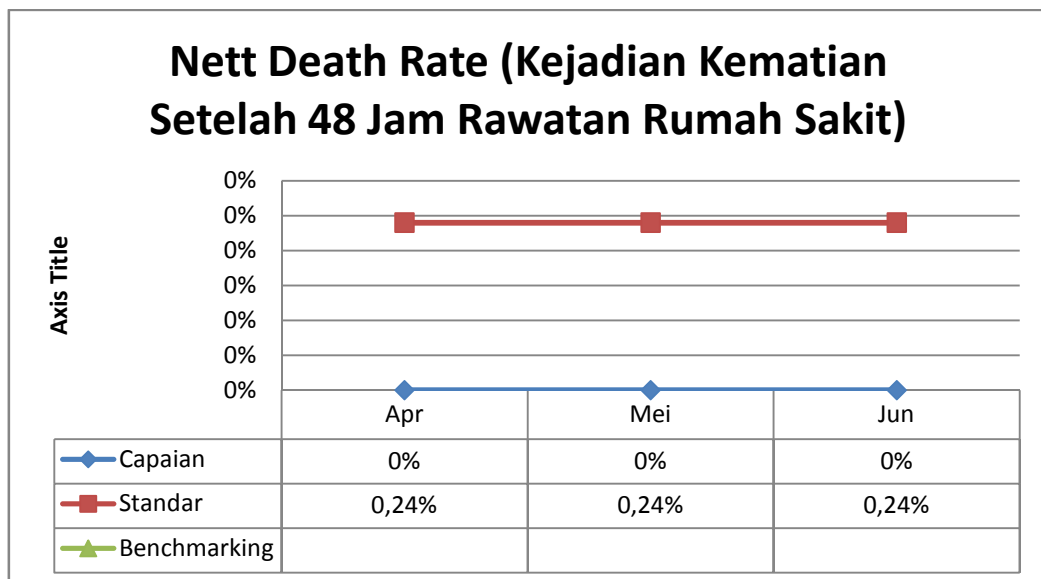
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengadakan / Memperbaiki blanko monitor assesment resiko jatuh</li> <li>Sosialisasi assesment resiko</li> <li>Supervisi oleh Kepala Unit</li> </ol>	Capaian target dari bulan April sd Juni 2017 rata2 sebesar 90 %, hal ini sudah mengalami peningkatan, namun belum mencapai target, jadi harus dilakukan upaya peningkatan kelengkapan assesmen pasien resiko jatuh	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan capaian standar hingga 100%</li> <li>Mengintensifkan sosialisasi dan supervisi oleh kepala unit</li> <li>Pengecekan status pada pasien yang baru oleh Ka ruangan</li> <li>Audit status pasien secara berkala oleh Ka Ruangan</li> </ol>

## IAIL 1. Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT)



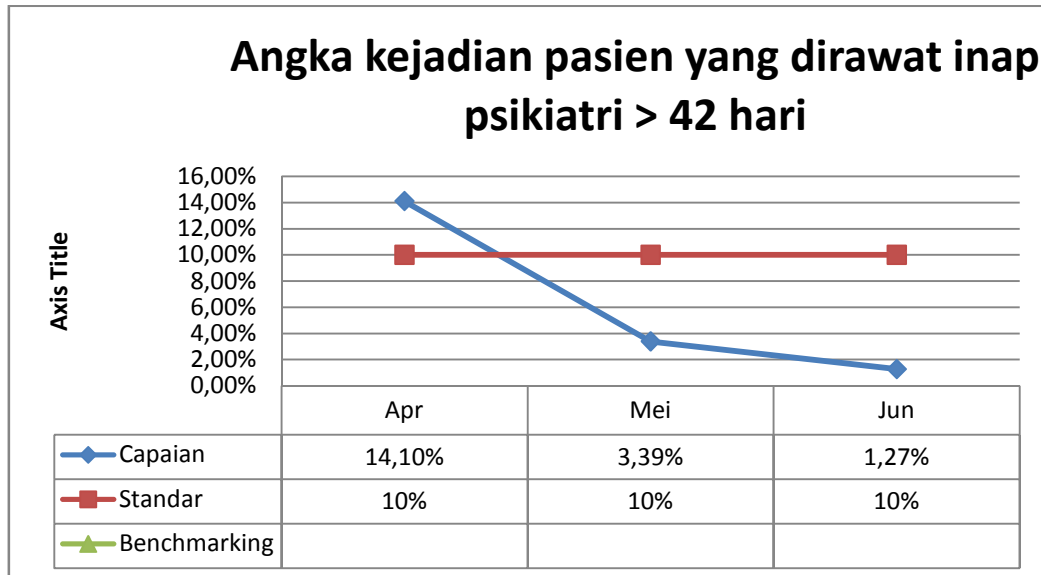
Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 100%	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>Meningkatkan kompetensi teknis petugas</li> <li>Melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SOP</li> </ol>	Capaian target bulan bulan April sd Juni 2017 adalah sebesar 100%.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Monitoring dan evaluasi indikator EPRT secara berkelanjutan</li> <li>Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>Meningkatkan kemampuan teknis petugas</li> <li>Kontinuitas sosialisasi / pelatihan</li> <li>Menetapkan revisi prioritas indikator yang baru</li> </ol>

## IAIL 2. Nett Death Rate ( Kejadian Kematian Setelah 48 Jam Rawatan Rumah Sakit)



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target 0,24 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>Meningkatkan kompetensi teknis petugas dengan pelatihan</li> <li>Melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SOP</li> </ol>	Berdasarkan laporan terlihat bulan capaian pada triwulan IIsudah memenuhi target yaitu sebesar 0 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>Monotoring dan evaluasi indikator NDR secara berkelanjutan</li> <li>Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>Meningkatkan kemampuan teknis petugas dengan Kontinuitas sosialisasi / pelatihan</li> <li>Mempertahankan dan meningkatkan capaian indikator</li> </ol>

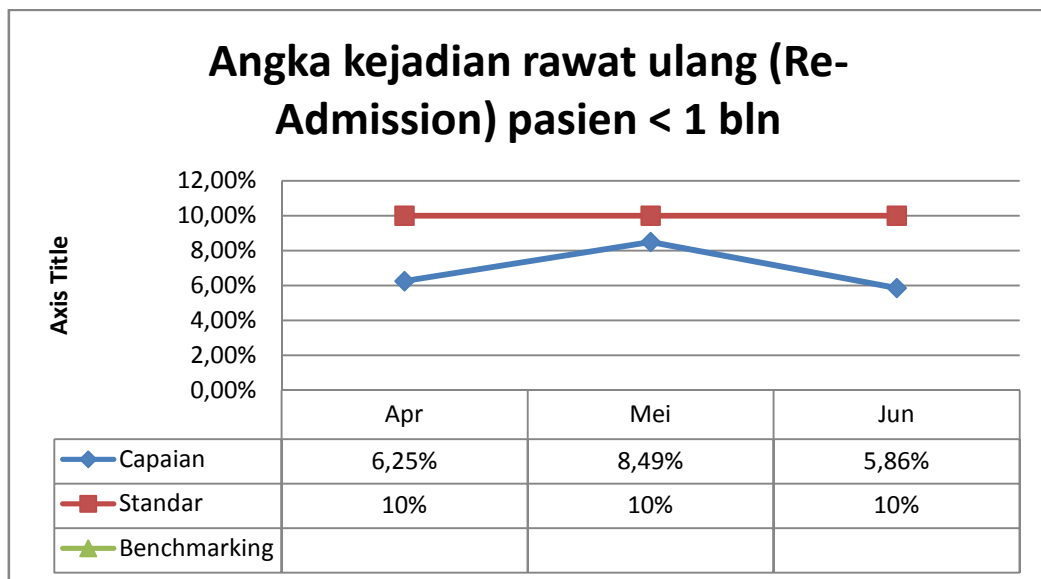
### IAIL 3. Angka kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 42 hari



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target <42% sebesar 10 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan penyuluhan kesehatan pada keluarga</li> <li>2. Menghubungi keluarga bila pasien sudah ada izin pulang dari dokter</li> <li>3. Meningkatkan kompetensi teknis petugas</li> <li>4. Melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SOP</li> </ol>	Pada bulan April terjadi peningkatan capaian sehingga melebihi target, yaitu 14,10 %. Pada bulan selanjutnya kembali turun sesuai dengan target.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring dan evaluasi indikator secara berkelanjutan</li> <li>2. Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>3. Meningkatkan kemampuan teknis petugas</li> <li>4. Kontinuitas sosialisasi /focus grup discussion dg keluarga</li> <li>5. Dropping ( Pemulangan pasien sudah 42 hari yg sdh ACC Dokter )</li> </ol>



## IAIL 4. Angka kejadian rawat ulang (Re-Admission) pasien < 1 bln



Plan	Do	Study	Action
Mengupayakan capaian target <5%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan penyuluhan kesehatan cara merawat dirumah pada keluarga</li> <li>2. Menganjurkan berobat rawat jalan ke puskesmas/ fasilitas pelayanan kesehatan terdekat</li> <li>3. Meningkatkan kompetensi teknis petugas</li> <li>4. Melaksanakan asuhan pasien sesuai dengan SOP</li> </ol>	Pada triwulan II target tercapai, yaitu < 10 %	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monotoring dan evaluasi indikator secara berkelanjutan</li> <li>2. Meningkatkan kualitas supervisi oleh kepala instalasi</li> <li>3. Meningkatkan kemampuan teknis petugas</li> <li>4. Kontinuitas sosialisasi /focus grup disscusion dg keluarga</li> <li>5. Merencanakan pertemuan keluarga</li> <li>6. Menyediakan fasilitas untuk meningkatkan kompetensi tenaga Puskesmas</li> </ol>

## **BAB III**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Upaya peningkatan mutu yang dilakukan di RS Jiwa Prof. HB.Saanin Padang saat ini sudah mendapatkan dukungan maksimal dari pimpinan/ Direktur.Seluruh staf/pelaksana juga memberikan kerjasama dan kontribusi yang baik.Akan tetapi masih butuh koordinasi dan tata kelola yang baik dalam sistematika kerjanya.

Kedisiplinan dalam waktu pelaporan Mutu juga harus ditingkatkan.Kompetensi dan pengetahuan seluruh anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan penanggung jawab Mutu unit tentang upaya peningkatan mutu harus selalu diupdate dan dilaksanakan.

#### **B. Saran**

1. Memaksimalkan pertemuan rutin Komite Mutu dan Keselamatan Pasien sebagai upaya sosialisasi seluruh program peningkatan mutu kepada kepala unit maupun penanggung jawab Mutu unit.
2. Mengikuti pelatihan upaya peningkatan mutu baik bagi anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan penanggung jawab Mutu unit
3. Penataan dan pendistribusian ulang seluruh dokumen PMKP yang berupa Program, Panduan, dan SPO sehingga setiap pegawai lebih memahami upaya peningkatan mutu di RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang
4. Mengoptimalkan upaya validasi data mutu sehingga data mutu yang ditampilkan benar-benar bisa dipertanggung jawabkan kepada publik
5. Mengadakan pertemuan/ forum mutu dengan komite mutu dari Rumah Sakit sejenis sehingga menjadi sarana Benchmarking dan bertukar informasi tentang upaya peningkatan mutu di Rumah Sakit masing-masing
6. Sosialisasi ulang program upaya peningkatan mutu kepada seluruh aparatur RS Jiwa Prof. HB. Saanin Padang.

LAPORAN ANALISA, MONITORING,  
EVALUASI, DAN TINDAK LANJUT  
24 INDIKATOR MUTU PRIORITAS

TRIWULAN II TAHUN 2017

RS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang

## KATA PENGANTAR

PujiSyukurkehadirat ALLAH SWT, karenaatasperkenan-NYA LaporanAnalisa, Monitoring, Evaluasi, danTindakLanjut 24 IndikatorMutuPrioritasRS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang dapatdiselesaikan.

Tujuandaripembuatanlaporaniniadalahuntukmemberikangambaranmengenaipelaksanaanupaya peningkatan mutu yang dilakukan di RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang melalui pengukuran indikator mutu. Saat ini RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang telah menentukan indikator prioritas, dimana 24 indikator itu telah memenuhi persyaratan *problem prone, high cost, high risk dan high volume*. Diharapkan dengan upaya peningkatan mutu yang berkelanjutan *Continous Quality Improvement (CQI)* yang dilakukan bisa meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang. Selain itu pula, laporan ini dapat digunakan sebagai *Benchmarking* bagi Rumah Sakit Jiwa lain dalam rangka memenuhi standar kreditasi pokja PMKP akreditasi versi 2012.

Masih banyak yang perlu diperbaiki dalam upaya peningkatan mutu dengan menggunakan metode PDCA (*Plan, Do, Check, Action*) ini. Untuk itu semua pihak baik manajerial maupun pelaksana harus senantiasa bekerja keras memperbaiki diri dan meningkatkan kualitas sehingga pelayanan kesehatan di RS Jiwa Prof. HB.Sa'anin Padang khususnya bisa lebih bermutu dan kita bisa meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia secara umum.

Terimakasih kepada segala pihak yang telah ikut berpartisipasi dan bekerja keras dalam penyusunan laporan ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan balasan kebaikan terhadap segala amal perbuatan yang kita lakukan.

Padang, 10 Juli 2017

Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien

**dr. Cisillya Mykesturi**

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>LEMBAR JUDUL</b> .....	i
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iii
<b>DAFTAR GRAFIK</b> .....	vi
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b> .....	1
A. LatarBelakangMasalah .....	1
B. Tujuan .....	2
<b>BAB II. ISI</b> .....	3
A. DaftarIndikatorPrioritasRS Jiwa Prof. HB. Sa'anin Padang .....	3
B. LaporanAnalisa, Monitoring, Evaluasi, danTindakLanjut	24
IndikatorMutuPrioritas .....	5
IAK 1.AngkaKelengkapanasesmenmedispasienrawatnapdalam 24 .....	5
IAK 2.Respon time penyampaianhasilnilailaborCyto .....	6
IAK 3.AngkaPengulanganpemeriksaanradiologi .....	9
IAK 6.Angkakesalahanpenyerahanobatdarifarmasi .....	8
IAK 9.Waktupenyediaandokumenrekammedisrawatinapulangan .....	9
IAK 10.AngkakejadianLuka lecetakibatfiksasi .....	10
IAM 1. KetidaktepatanPengadaanObatKatalog .....	11
IAM 2.KetepatanwaktupenyampaianlaporankeMenkes.....	12
IAM 3.Pelaksanaanpemeliharaanrutinalatmedis (O2).....	13
IAM 4.Respon time menanggapikerusakanalat.....	14
IAM 5.IndeksKepuasanMasyarakat .....	15
IAM 6.Kepuasan SDM .....	16
IAM 7.10 Diagnosis terbanyak.....	17
IAM 8.Tingkat KemandirianKeuangan RS (TKK) .....	18
IAM 9.Angkapasienlari .....	19

IASKP 1. Kepatuhan identifikasi pasien dengan nama, Umur, No rekam medik, Nama ibu kandung.....	20
IASKP 2. Kepatuhan pelaksanaan komunikasi SBAR.....	21
IASKP 3. Ketepatan penyimpanan dan pemberian label pada Obat-obat LASA.....	22
IASKP 5. Kepatuhan cucitangan.....	23
IASKP 6. Kelengkapan asesmen resiko jatuh pada pasien rawat inap.....	24
IAIL 1. Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT).....	25
IAIL 2. Nett Death Rate ( Kejadian Kematian Setelah 48 Jam Rawatan Rumah Sakit).....	26
IAIL 3. Angka kejadian pasien yang dirawat inap psikiatri > 42 hari .....	27
IAIL 4. Angka kejadian rawat ulang (Re-Admission) pasien < 1 bln 5 % .....	28
<b>BAB III. PENUTUP</b> .....	29
A. Kesimpulan.....	29
B. Saran .....	29

## DAFTAR GRAFIK

IAK 1. Angka Kelengkapan asesmen medis pasien rawat inap dalam 24 .....	5
IAK 2. Respon time penyampaian hasil nilailaborcyto .....	6
IAK 3. Angka Pengulangan pemeriksaan radiologi .....	7
IAK 6. Angka kesalahan penyerahan obat dari farmasi .....	8
IAK 9. Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat inap .....	9
IAK 10. Angka kejadian luka lecet akibat fiksasi .....	10
IAM 1. Ketidaktepatan Pengadaan Obat Katalog .....	11
IAM 2. Ketepatan waktu penyampaian laporan ke Menkes .....	12
IAM 3. Pelaksanaan pemeliharaan rutinalat medis (O2) .....	13
IAM 4. Respon time menanggapi kerusakan alat .....	14
IAM 5. Indeks Kepuasan Masyarakat .....	15
IAM 6. Kepuasan SDM .....	16
IAM 7.10 Diagnosis terbanyak .....	17
IAM 8. Tingkat Kemandirian Keuangan RS (TKK) .....	18
IAM 9. Angka pasien lari .....	19
IASKP 1. Kepatuhan identifikasi pasien dengan nama, Umur, No rekam medik, Nama ibu kandung .....	20
IASKP 2. Kepatuhan pelaksanaan komunikasi SBAR .....	21
IASKP 3. Ketepatan penyimpanan dan pemberian label pada Obat- obat LASA .....	22
IASKP 5. Kepatuhan cucitangan .....	23
IASKP 6. Kelengkapan asesmen resiko jatuh pada pasien rawat inap .....	24
IAIL 1. Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) .....	25
IAIL 2. Nett Death Rate ( Kejadian Kematian Setelah 48 Jam Rawatan Rumah Sakit) .....	26

IAIL 3. Angkakejadianpasien yang dirawatinappsikiatri > 42 hari .....	27
IAIL 4. Angkakejadianrawatulang (Re-Admission) pasien < 1 bln 5 % .....	28