**INDAKATOR MUTU UTAMA**

**TRI WULAN iII TAHUN 2020**

**RSJ DAERAH SURAKARTA**

|  |
| --- |
| **KEPATUHAN PELAKSANAAN EDUKASI NYERI SETELAH TINDAKAN MECTA** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 20 | 17 | 26 | | **DENUMERATOR** | 20 | 17 | 26 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ANALISA** | Dalam periode Juli – Sept edukasi nyeri tercapai 100% | | |  |  | | **TINDAK LANJUT** | Mempertahankan capaian dengan melakukan supervisi setiap bulan oleh kepala ruang | | |

|  |
| --- |
| **PENUNDAAN PELAYANAN TINDAKAN MECTA** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 0 | 0 | 0 | | **DENUMERATOR** | 20 | 17 | 26 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ANALISA** | Dalam peroiode Juli – Sept tidak terjadi penundaan pelayanan tindakan MECTA | | |  |  | | **TINDAK LANJUT** | Melakukan pengkajian pra MECTA secara lengkap tentang kesiapan pasien untuk dilaksanakan tindakan MECTA | | |

|  |
| --- |
| **TIDAK ADANYA KESALAHAN PENYERAHAN OBAT** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 4230 | 4184 | 4122 | | **DENUMERATOR** | 4230 | 4184 | 4122 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ANALISA** | SPO penyerahan obat sudah dilakukan, tetapi masih terjadi kesalahan dalam pengerjaan (human error) | | |  |  | | **TINDAK LANJUT** | Lebih mengoptimalkan pengecekan setiap langkah-langkah SPO | | |

|  |
| --- |
| **TIDAK ADANYA DIARE AKIBAT HAIs DI RUANG RAWAT INAP RSJD SURAKARTA** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 0 | 0 | 0 | | **DENUMERATOR** | 4381 | 5065 | 4752 |  |  |  | | --- | --- | | **ANALISA** | Tidak adanya kejadian diare akibat HAIs | | **TINDAK LANJUT** | Tetap mempertahankan capaian | |  |  | |  |  | |
| **KETEPATAN ASESMEN GIZI PASIEN RAWAT INAP 1 X 24 JAM** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 166 | 200 | 198 | | **DENUMERATOR** | 167 | 200 | 198 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ANALISA** | Ada penurunan capaian di Bulan Juli dikarenakan kurangnya koordinasi dan komunikasi dengan tidak adanya informasi jam kedatangan pasien di Buku Catatan Pasien Baru | | |  |  | | **TINDAK LANJUT** | Meningkatkan koordinasi dan komunikasi dengan perawat bangsal untuk menginformasikan pasien baru yang belum terassesmen gizi | | |

|  |
| --- |
| **PELAPORAN NILAI KRITIS HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 0 | 4 | 6 | | **DENUMERATOR** | 0 | 4 | 6 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ANALISA** | Capaian pengecekan identitas dari Bulan Juli - Sept 2020 sudah mencapai target yang diharapkan yaitu 100% | | |  |  | | **TINDAK LANJUT** | Mempertahankan capaian indicator mutu agar tetap 100% | | |
| **KEPATUHAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS**  **KURANG DARI JAM 14.00 WIB** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 512 | 510 | 568 | | **DENUMERATOR** | 512 | 512 | 571 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ANALISA** | Target capaian disemester III blm terpenuhi, terjadi sedikit penurunan di bulan Agust daan September dikarenakan adanya pandemi covid sehingga ada pembatasan tatap muka dengan pasien | | |  |  | | **TINDAK LANJUT** | Mempertahankan Capaian dengan tetap melaksanakan visit sebelum jam 14.00 WIB dengan memperhatikan protokol kesehatan | | |
| **TIDAK ADANYA KEJADIAN PASIEN DROPOUT TERHADAP PELAYANAN PSIKOLOGI YANG DIRENCANAKAN** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 14 | 7 | 7 | | **DENUMERATOR** | 14 | 7 | 7 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ANALISA** | Capaiansudahsesuai target 100% | | |  |  | | **TINDAK LANJUT** | Mempertahankan capaian dengan tetap memberikan edukasi pentingnya menyelesaikan program pelayanan psikologi | | |

|  |
| --- |
| **WAKTU TUNGGU PELAYANAN FOTO TORAKS MAKSIMAL 30 MENIT** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 33 | 13 | 16 | | **DENUMERATOR** | 33 | 13 | 16 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ANALISA** | Capaian indicator mutu sesuai target 100% pada. | | |  |  | | **TINDAK LANJUT** | - Mempertahankan capaian target | | |

|  |
| --- |
| **KEPATUHAN PENGGUNAAN FORMULARIUM NASIONAL BAGI PROVIDER BPJS** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 78593 | 8481 | 8334 | | **DENUMERATOR** | 9523 | 10119 | 10047 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ANALISA** | Adanya perubahan obat yang masuk dalam daftar fornas | | |  |  | | **TINDAK LANJUT** | 1. Meminta bantuan Komite FarmasidanTerapi serta Komite Medik untuk mengingatkan kembali mengenai kebijakan peresepan rumah sakit terkait formularium nasional kepada dokter.  2. Petugas farmasi mengingatkan dokter yang meresepkan obat diluar formularium nasional  3. Tetap mempertahankan indikato rmutu | | |

|  |
| --- |
| **KELENGKAPAN PELABELAN OBAT LASA DAN HAM** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 338 | 338 | 338 | | **DENUMERATOR** | 338 | 338 | 338 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ANALISA** | Pelabelan obat HAM dan LASA selalu dilakukan dengan lengkap, sama dengan RS lain | | |  |  | | **TINDAK LANJUT** | - Mempertahankan capaian sesuai target  - Supervisi dilakukan tiap bulan oleh Kepala Instalasi | | |

|  |
| --- |
| **KELENGKAPAN PENGISIAN FORM**  **OBSERVASI RISIKO JATUH** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 1 | 1 | 3 | | **DENUMERATOR** | 1 | 1 | 3 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ANALISA** | Pengisian form resiko jatuh sudah dilaksanakan kepada semua pasien dengan resiko jatuh,terdapat perbedaan jumlah pasien yang benar benar resiko jatuh dan dengan pasien yang diberikan form resiko jatuh | | |  |  | | **TINDAK LANJUT** | - Mempertahankan capaian sesuai target  -Sosialisasi di Rawat Inap tentang criteria pasien yang berisiko jatuh | | |

|  |
| --- |
| **PELAKSANAAN IDENTIFIKASI GELANG RISIKO JATUH PADA PASIEN RAWAT INAP SETELAH DILAKUKAN TINDAKAN MECTA** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 20 | 17 | 26 | | **DENUMERATOR** | 20 | 17 | 26 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ANALISA** | Dalam periode Juli – September pelaksanaan identifikasi gelang resiko jatuh pada pasien skizofrenia setelah tindakan MECTA tercapai 100% | | |  |  | | **TINDAK LANJUT** | Mempertahankan capaian dengan melakukan supervise setiap bulan oleh kepala ruang | | |

|  |
| --- |
| **KEPATUHAN IDENTIFIKASI PASIEN** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 5050 | 6510 | 2865 | | **DENUMERATOR** | 5104 | 6587 | 2877 |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ANALISA** | 1.Capaian stabil walaupun belum mencapai target 100%, lebih tinggi dari rumah sakit lain | | | 2. Ada petugas yang memberikan obat belum sesuai SPO identifikasi pemberian obat. |  | | **TINDAK LANJUT** | Sosialisasi oleh kepala ruang tentang SPO identifikasi pemberian obat di ruangan saat rapat ruangan | | |

|  |
| --- |
| **KEMAMPUAN REHABILITAN DALAM PENGISIAN WAKTU LUANG** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 469 | 127 | 238 | | **DENUMERATOR** | 531 | 132 | 256 |  |  |  | | --- | --- | | **ANALISA** | peningkatan di bulan Agustus karena ada pembatasan jumlah pasien sehingga pasien yang mengaanggur hanya sedikit, penurunan di bulan September karena bertambahnya jumlah pasien shg pasien yang menganggur sedikit bertambah | | **TINDAK LANJUT** | Melanjutkan pengaturan jadwal pengiriman pasien dan peningkatan pelayanan | |

|  |
| --- |
| **KEPATUHAN VERIFIKASI PADA KOMUNIKASI VIA TELEPON (ISBAR)** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | |  |  |  |  | | **NUMERATOR** | 26 | 1 | 14 | | **DENUMERATOR** | 29 | 3 | 24 |  |  |  | | --- | --- | | **ANALISA** | Capaian masih naik turun belum sesuai target dan masih jauh dibawah rumah sakit lain. Hal ini disebabkan dokter tidak datang di ruangan setiap hari di ruang perawatan sub akut karena dokter lupa untuk verifikasi | | **TINDAK LANJUT** | Perawat ruangan mengingatkan Dokter untuk melakukan verifikasi di jam kerja hari berikutnya | |
| **KEPATUHAN PETUGAS DALAM MELAKUKAN HAND HYGIENE DI RSJD SURAKARTA** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **JULI** | **AGUSTUS** | **SEPTEMBER** | | **NUMERATOR** | 218 | 272 | 277 | | **DENUMERATOR** | 230 | 292 | 295 |  |  |  | | --- | --- | | **ANALISA** | 1. Capaian sudah stabil walaupun belum mencapai target yang disebabkan kurangnya kepatuhan petugas dalam 5 moment, terutama sebelum kontak dengan pasien  2. Kepatuhan HH seluruh karyawan mengalami peningkatan setiap bulan . Hal tersebut dikarenakan adanya wabah pandemi terkait COVID-19 yang penularannya lewat kontak dan droplet sehingga dengan kepatuhan cuci tangan dapat diharapkan dapat memutus mata rantai infkesi. | | **TINDAK LANJUT** | 1. Kegiatan audit kepatuhan cuci tangan terus dilakukan  2. Mengadakan sosialisasi ke unit terkait dan merencanakan dilaksanakannya kegiatan In House Training. . | |