

LAPORAN TAHUNAN PMKP RS ARI CANTI

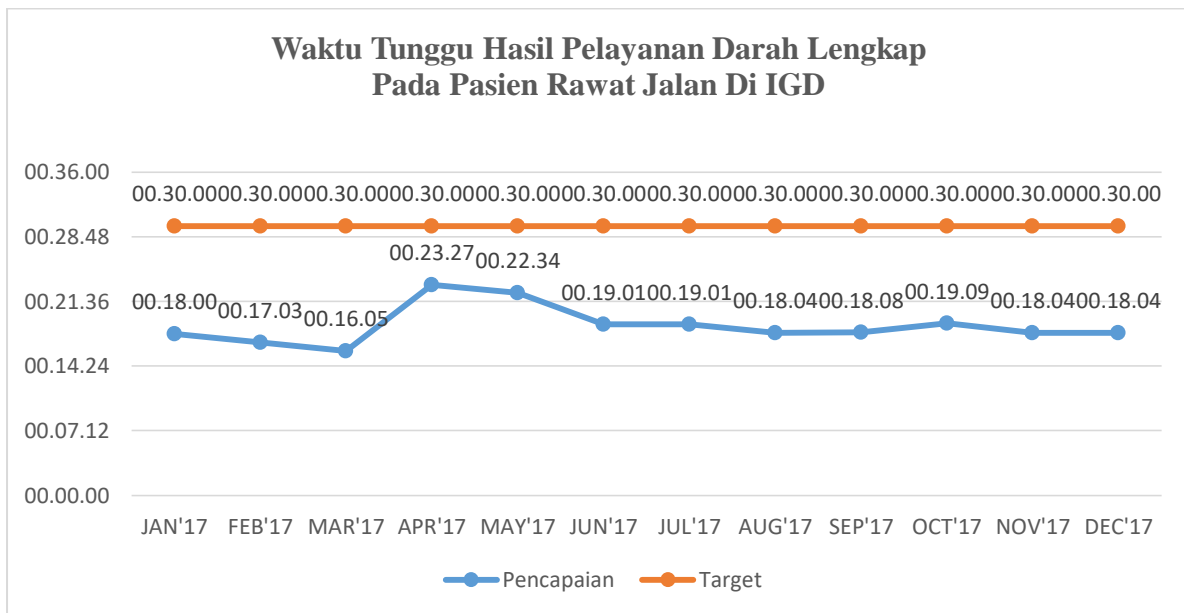
TAHUN 2017

A. Evaluasi Program PMKP Tahun 2017

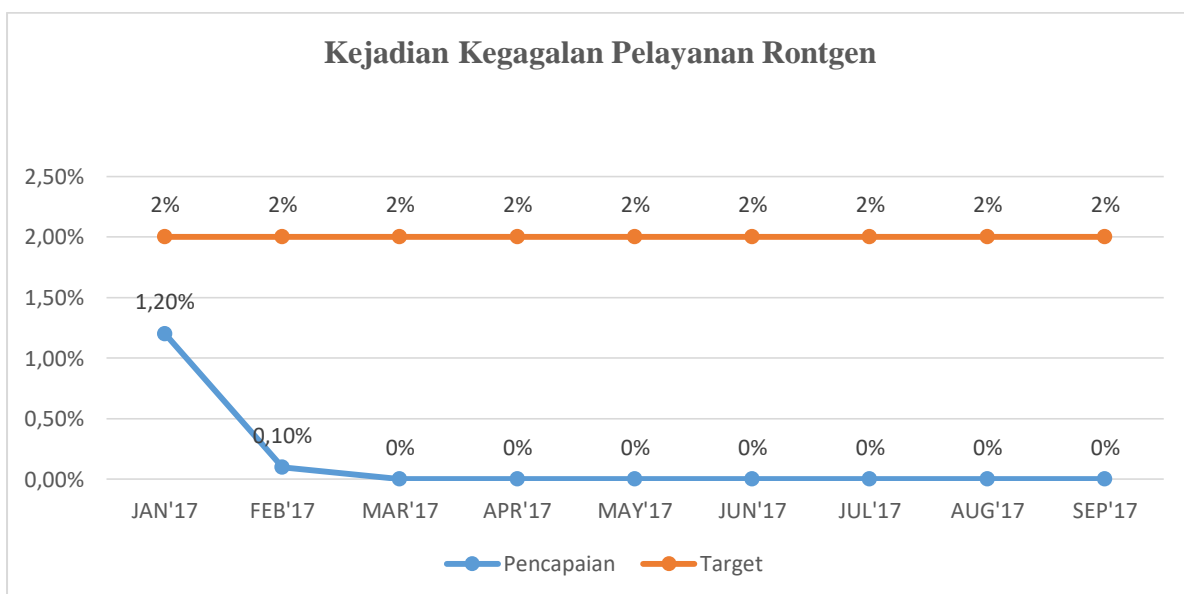
No	Kegiatan	Evaluasi
1.	Rapat PMKP setiap 3 bulan	Sudah dilaksanakan
2.	Pengumpulan data indikator mutu	Dilaksanakan setiap bulan
3.	Monitoring kepatuhan terhadap PPK dan CP	Belum dapat berjalan optimal
4.	Analisis data mutu	Sudah dilaksanakan
5.	Evaluasi proses perbaikan	Belum semua rekomendasi dapat dituntaskan
6.	Analisa data mutu	Sudah dilaksanakan
7.	Laporan Insiden Keselamatan Pasien	Sudah dilaksanakan
8.	Pelatihan PMKP untuk pimpinan dan staf	Sudah dilaksanakan
9.	Menyusun laporan PMKP	Dilaksanakan setiap sebulan dan 3 bulan
10.	Menyusun rancangan program PMKP tahun 2018	Mulai disusun Desember 2017, diberlakukan 2 Januari 2018

B. LAPORAN DAN GRAFIK CAPAIAN INDIKATOR MUTU

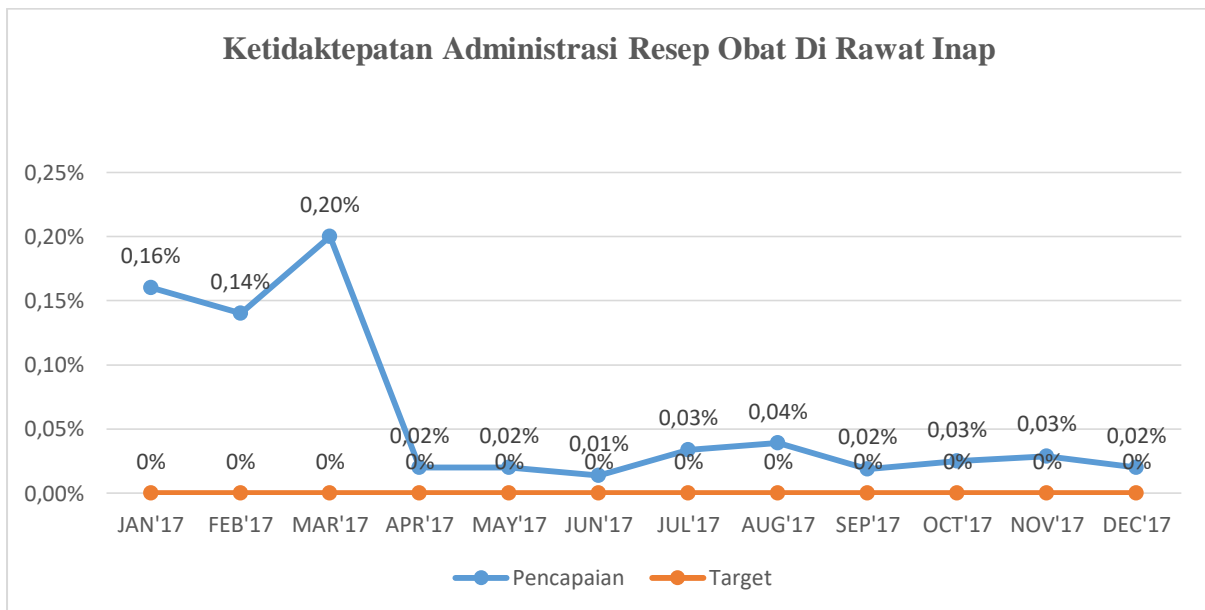
A. GRAFIK DAN ANALISA CAPAIAN INDIKATOR MUTU KLINIK



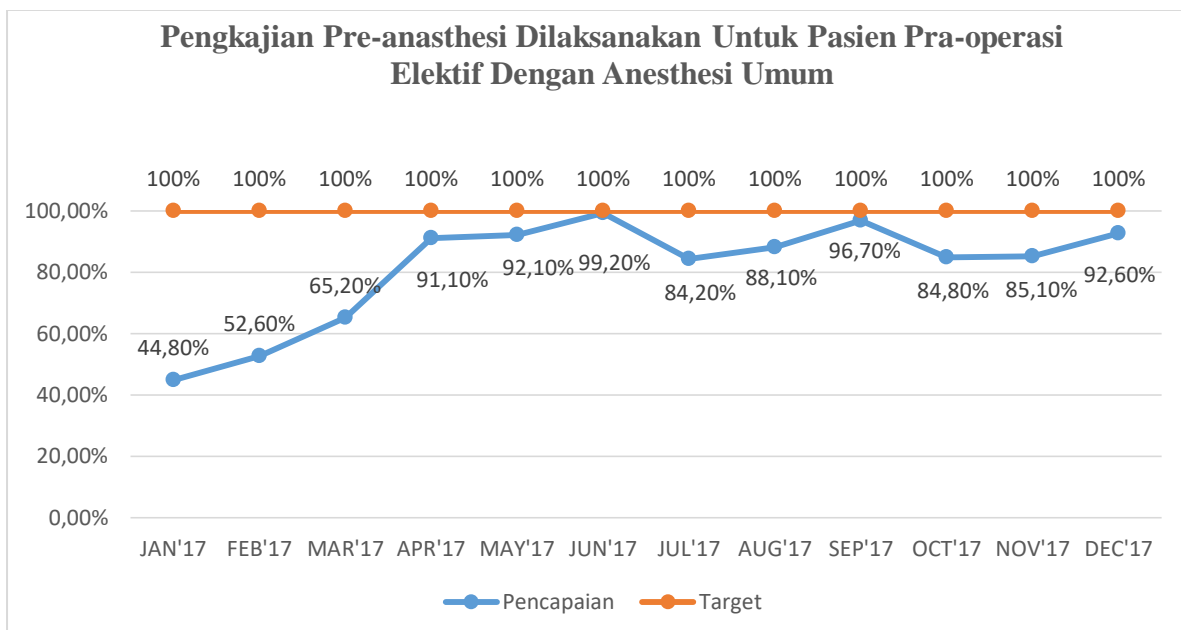
Analisa capaian indikator Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Darah Lengkap Pada Pasien Rawat Jalan Di IGD = capaian sudah mencapai target bahkan lebih cepat dari target yang ditetapkan.



Analisa capaian indikator Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen = capaian sudah mencapai hal yang memuaskan, tidak ada angka kegagalan dalam pelayanan rontgen.

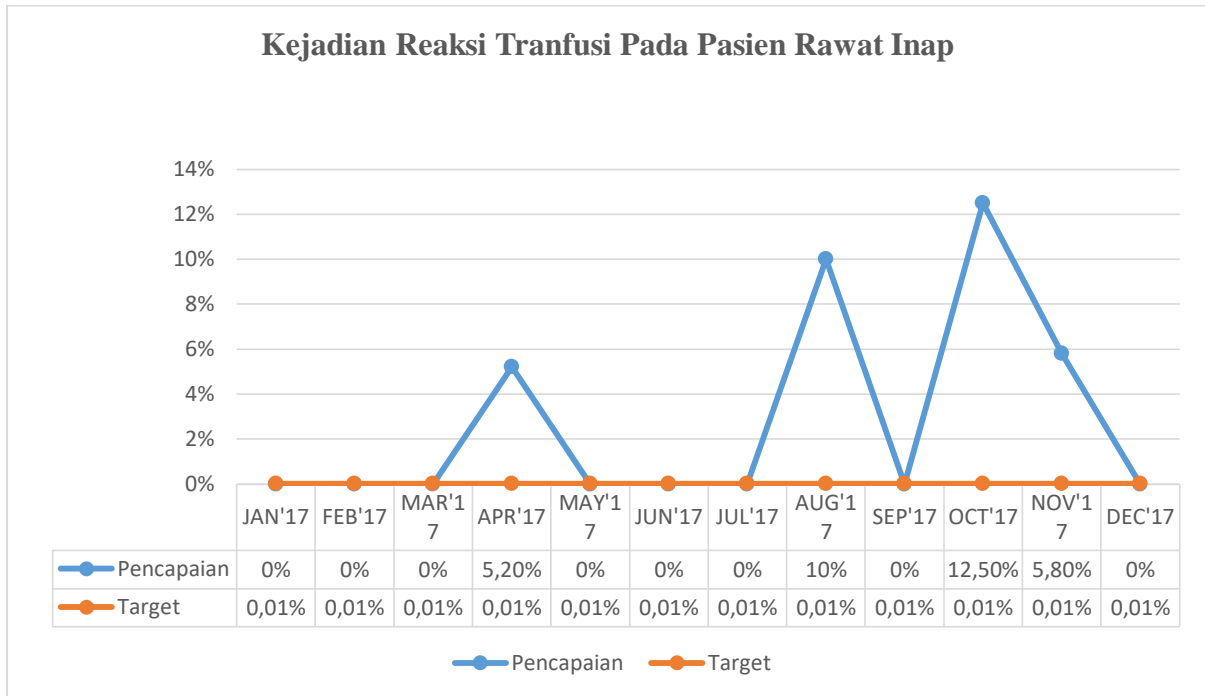


Analisa capaian indikator Ketidaktepatan Administrasi Resep Obat di Rawat Inap = belum mencapai target capaian, tetapi trend peningkatan hasil yang mendekati target. Upaya perbaikan yang dilakukan adalah meningkatkan sosialisasi dan peran farmasi serta perawat di unit kepada dokter penulis resep tentang penulisan resep

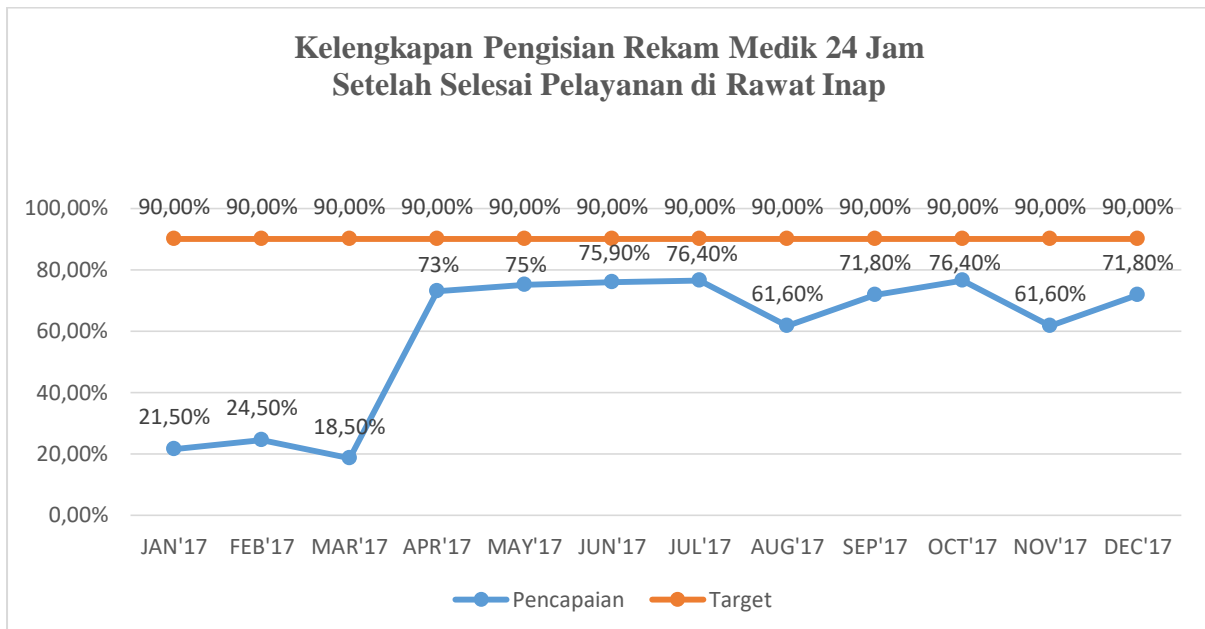


Analisa capaian indikator Pengkajian Pre-anestesi Dilaksanakan Untuk Pasien Pra-operasi Elektif Dengan Anestesi umum = capaian masih fluktuatif, upaya perbaikan

adalah meningkatkan peran perawat unit OK untuk mengingatkan dokter anastesi untuk melakukan pengkajian anastesi.



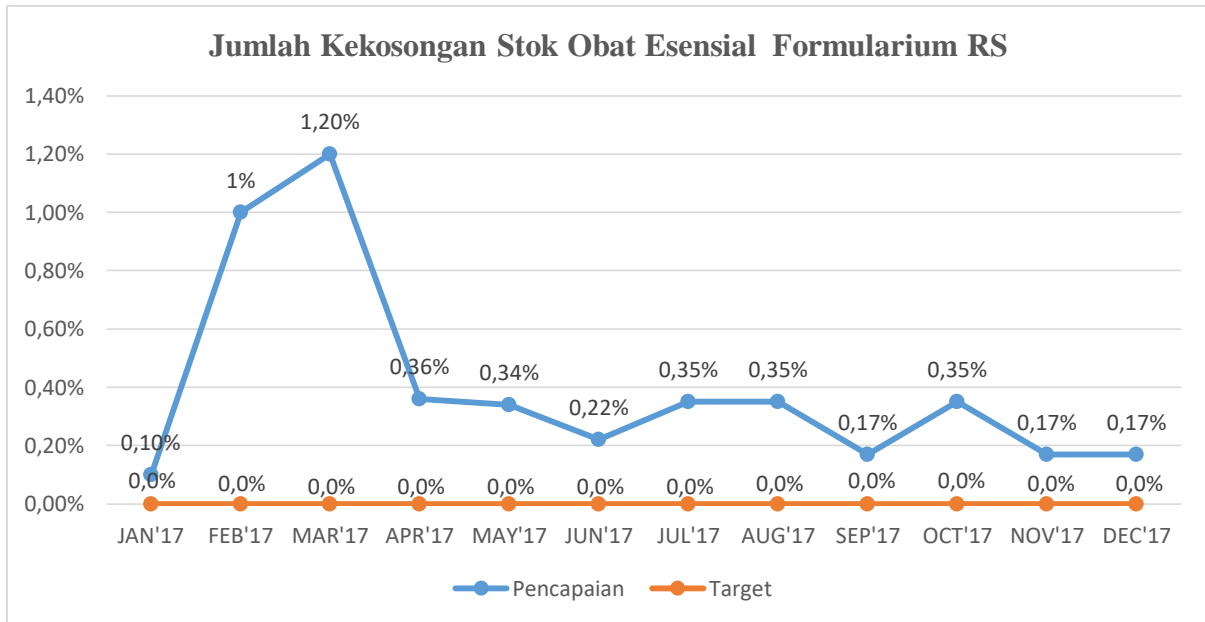
Analisa capaian indikator Kejadian Reaksi Transfusi Pada Pasien Rawat Inap = ada reaksi transfusi tetapi tidak sampai fatal, upaya perbaikan adalah meningkatkan sosialisasi SOP pemberian transfusi darah kepada unit yang terkait.



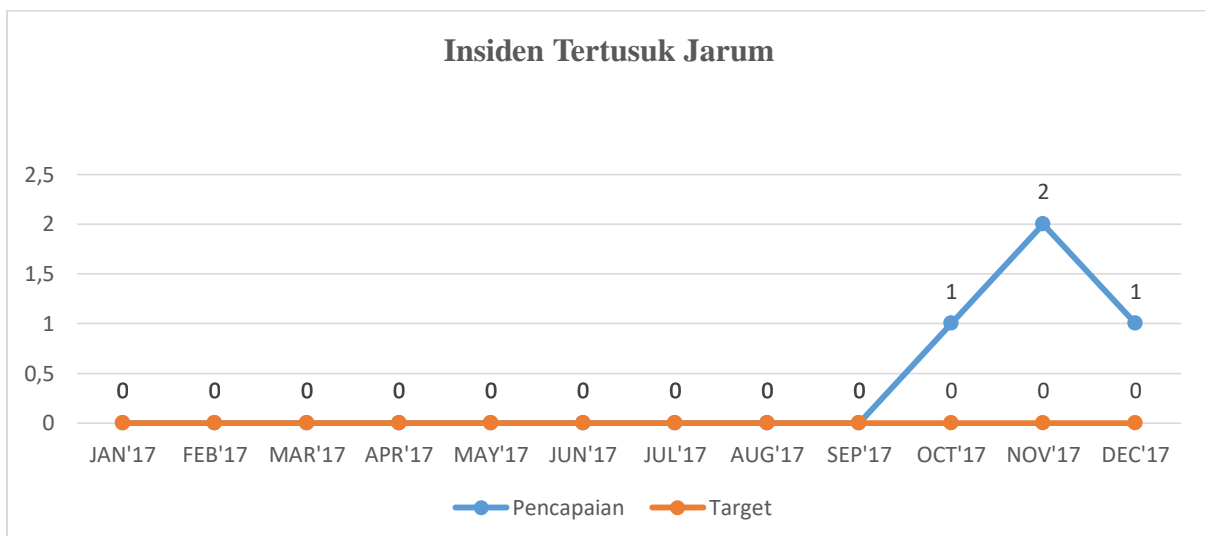
Analisa capaian indikator Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan di Rawat Inap = hasil data masih fluktuatif, belum mencapai target. Upaya

perbaikan yang dilakukan adalah meningkatkan peran kepala ruangan, kepala unit dan kepala tim jaga untuk mengingatkan DPJP dalam melengkapi rekam medis.

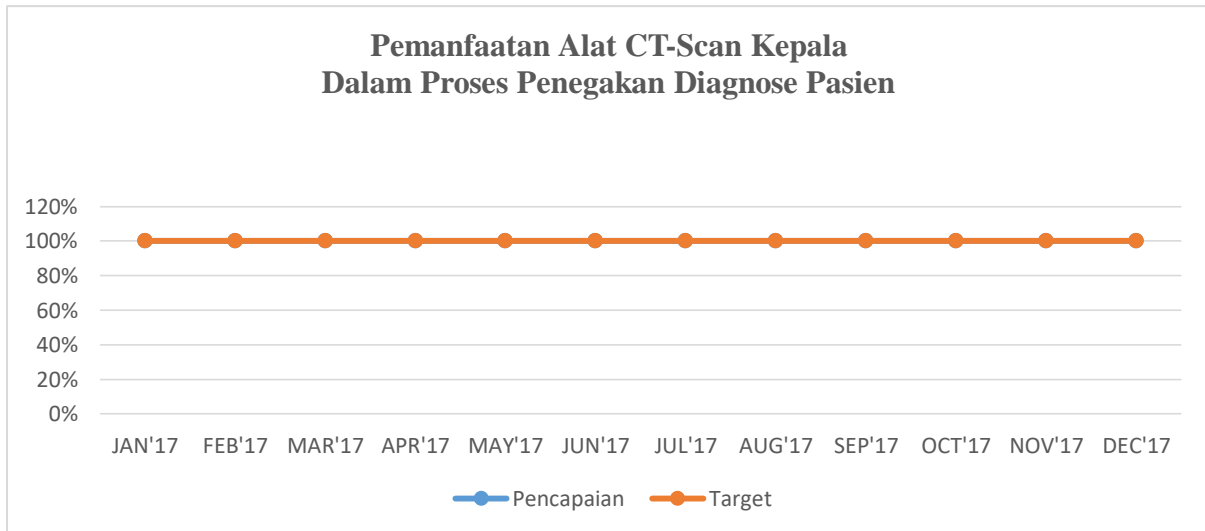
B. GRAFIK DAN ANALISA CAPAIAN INDIKATOR MUTU MANAJEMEN



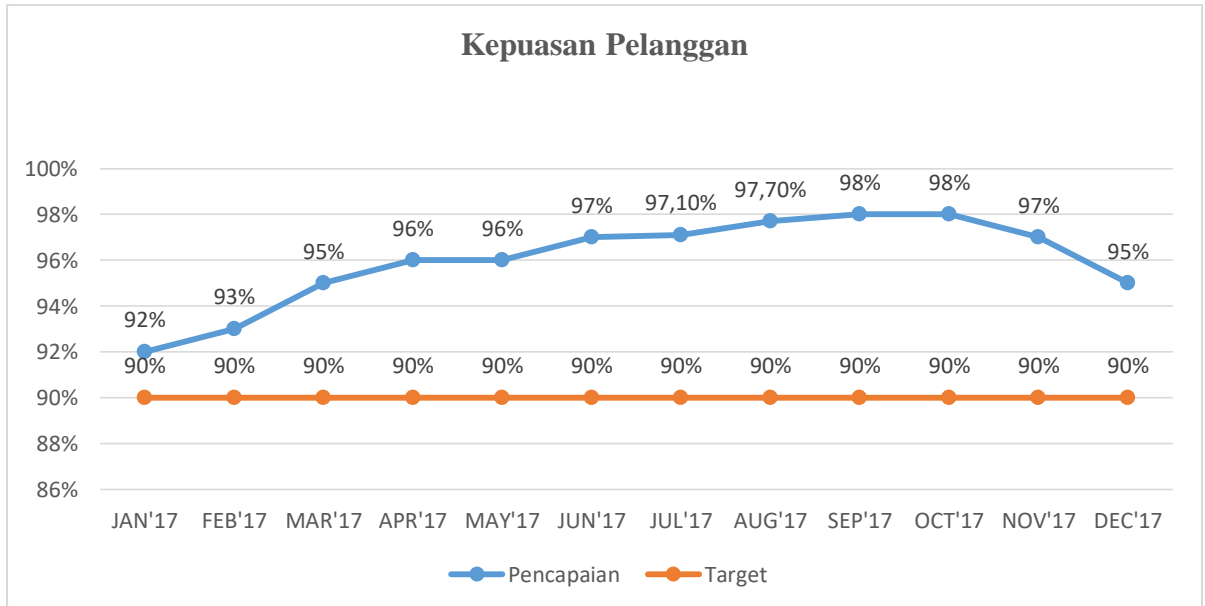
Analisa capaian indikator Jumlah Kekosongan stock Esensial Formularium RS = belum mencapai target, tetapi kekosongan tersebut masih bisa disubsitusi. Upaya yang dilakukan adalah meningkatkan peran staf farmasi untuk memantau stock obat terutama formularium dan mensosialisasi prosedur jika terjadi kekosongan obat.



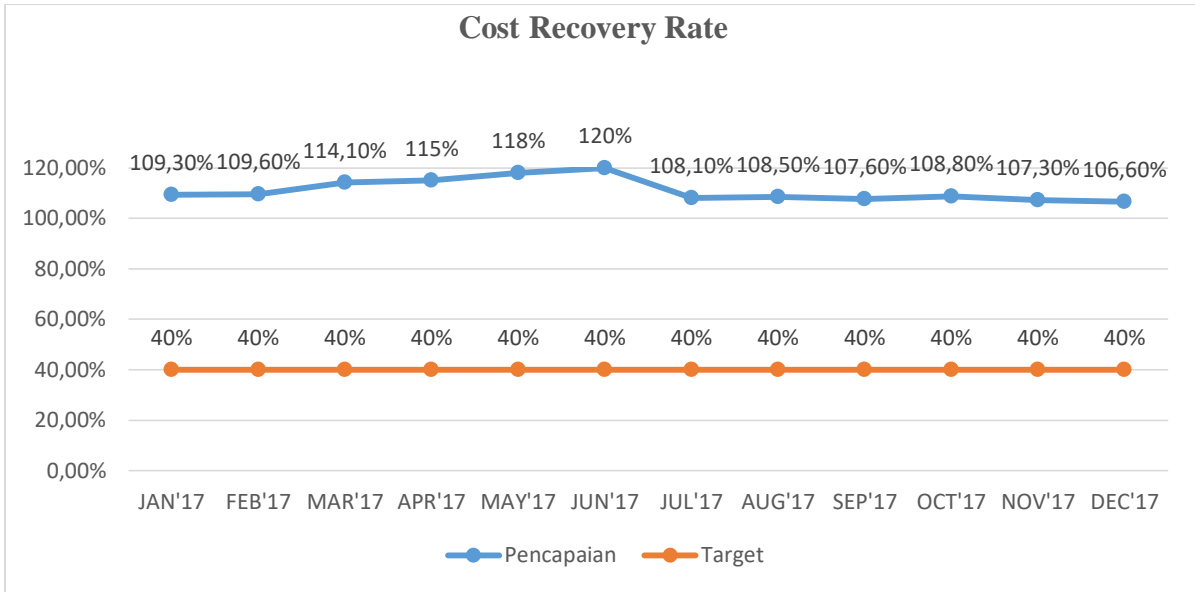
Analisa capaian indikator Insiden Tertusuk Jarum = 3 bulan terakhir ada perawat yang tertusuk jarum setelah melakukan tugasnya. Tindak lanjutnya adalah melaksanakan spo jika terjadi insiden tertusuk jarum dan mengingatkan setiap unit untuk berhati hati dalam melaksanakan tugasnya.



Analisa capaian indikator Pemanfaatan Alat CT scan Kepala Dalam Proses Penegakan Diagnose Pasien = telah mencapai target yang ditetapkan.

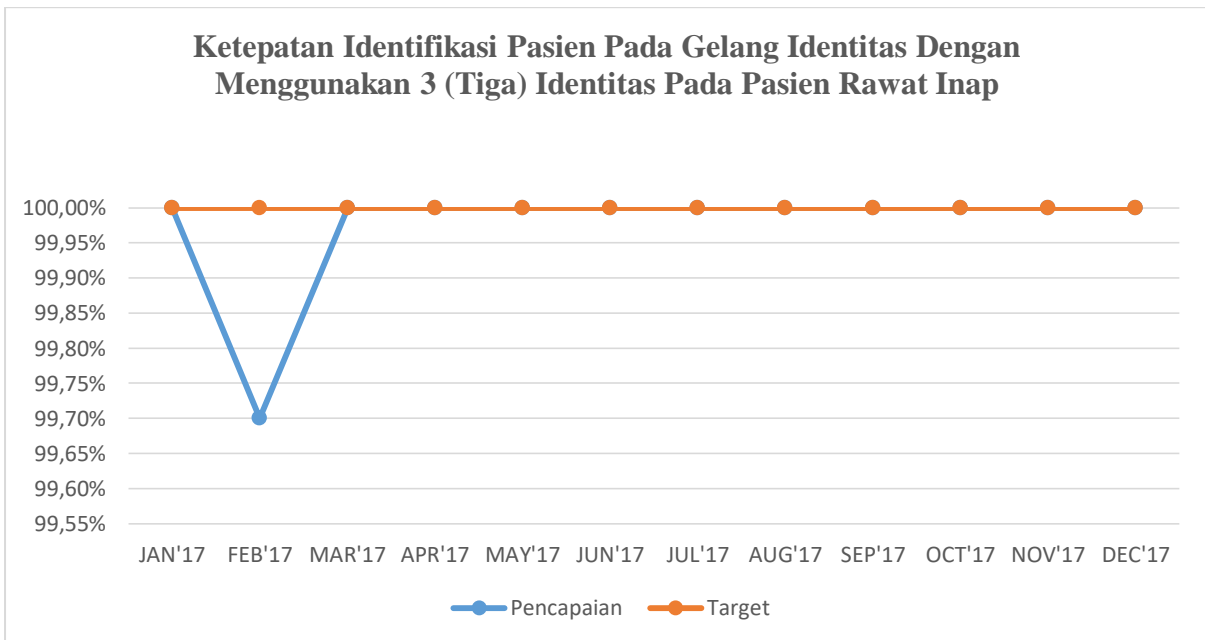


Analisa capaian indikator kepuasan pelanggan yang di fokuskan tentang kepuasan pasien rawat inap terhadap perawat rawat inap = telah mencapai target yang ditetapkan.



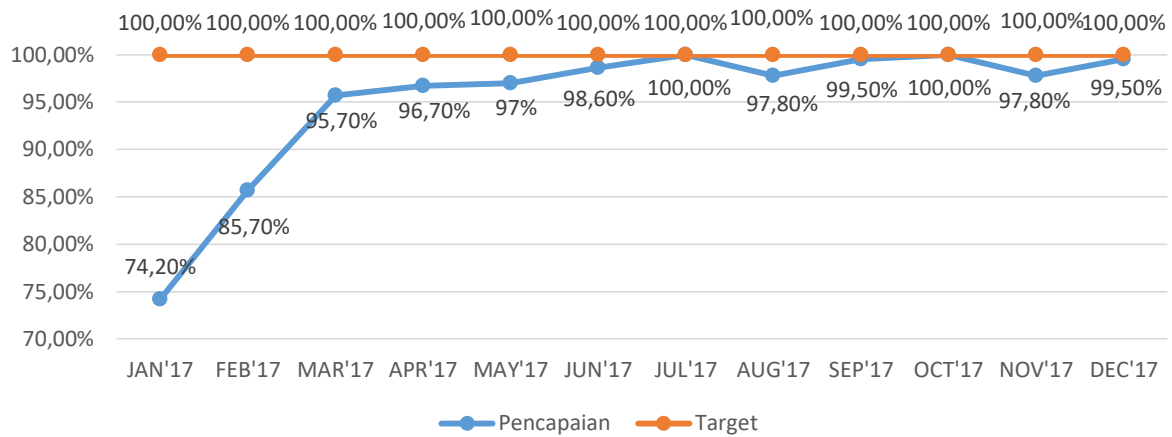
Analisa capaian indikator Cost Recovery Rate = telah mencapai target, diharapkan capaian ini dapat dipertahankan

C. GRAFIK DAN ANALISA CAPAIAN INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN



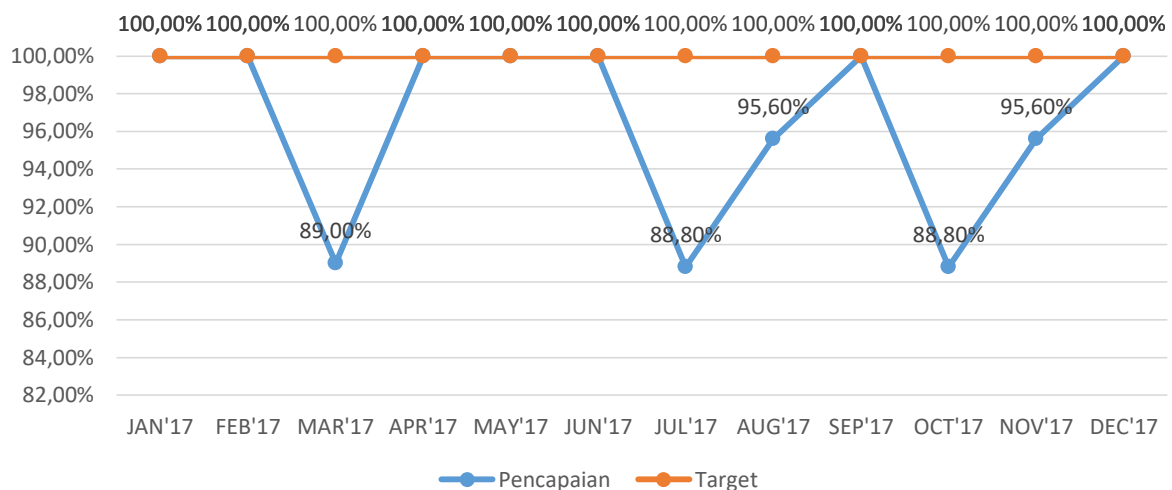
Analisa capaian indikator Ketepatan Identifikasi Pasien Pada Gelang Identitas = telah mencapai target, diharapkan hasil ini dapat dipertahankan.

Instruksi Verbal Via Telepon Yang Telah Di *Read Back* (TBK) Dan Ditandatangani Dalam 24 Jam



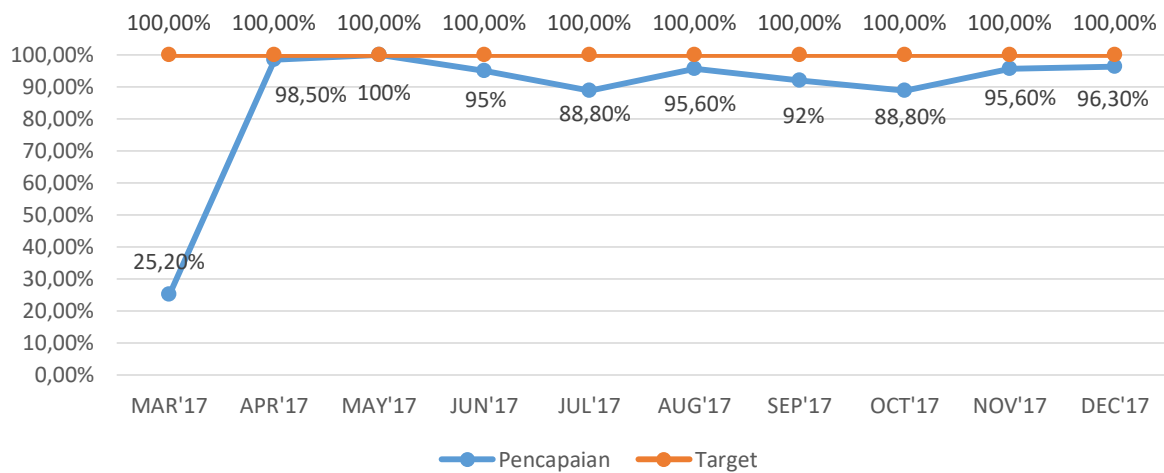
Analisa capaian indikator Instruksi TBK = hasil nya flukuatif disebabkan DPJP terkadang masih belum melakukan verifikasi instruksi via telephon. Langkah perbaikan yang dilakukan meningkatkan peran kepala ruang rawat inap, kepala unit dan kepala tim jaga untuk mengingatkan DPJP tentang verifikasi instruksi yang diberikan melalui telephon.

Kepatuhan Pemberian Label Obat High Alert Oleh Farmasi



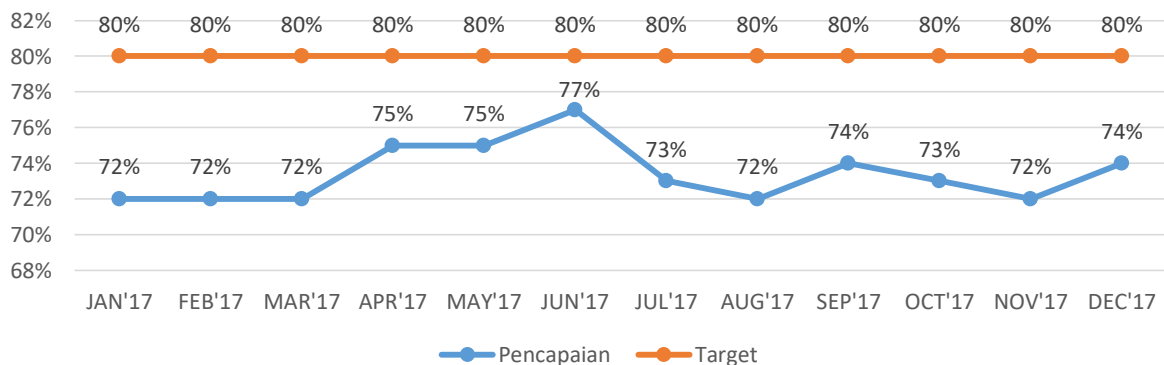
Analisa capaian indikator Kepatuhan Pemberian Label Obat High Alert Oleh Farmasi = trend capaian meningkat tapi belum mencapai target, langkah perbaikan yang dilakukan adalah meningkatkan kepatuhan petugas farmasi terhadap SPO, serta meningkatkan monitoring kinerja staf oleh kepala instalasi farmasi.

Kepatuhan Pelaksanaan Prosedur Site Marking Pada Pasien Yang Akan Dilakukan Tindakan Operasi



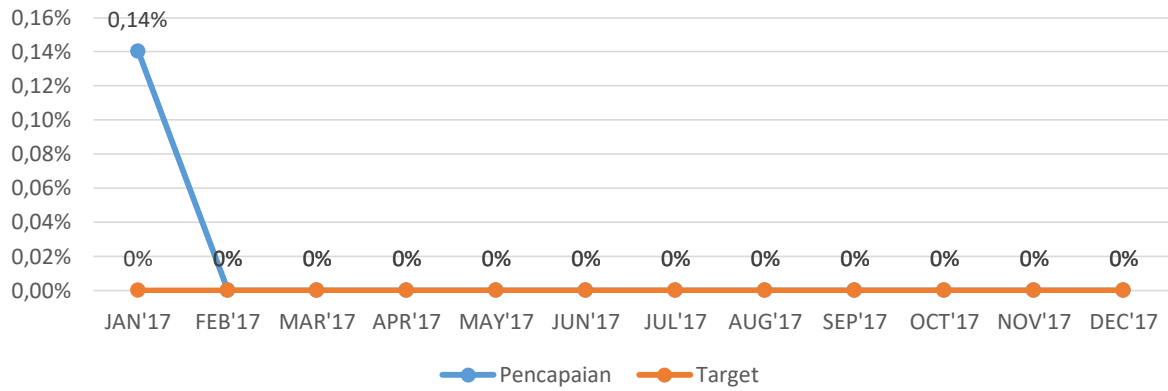
Analisa capaian indikator Kepatuhan Pelaksanaa Prosedur Site Marking Pada Pasien Yang Akan Dilakukan Tindakan Operasi = belum mencapai target, langkah perbaikan adalah meningkatkan kepatuhan operator operasi dengan sosialisasi pentingnya site marking untuk pasien safety serta meningkatkan peran staf OK untuk mengingatkan operator operasi melakukan site marking sebelum tindakan.

Persentase Kepatuhan Petugas Kesehatan Dalam Melakukan Kebersihan Tangan Dengan Metode Enam Langkah Dan Lima Momen



Analisa capaian indikator = hasil belum mencapai target, langkah perbaikan yang dilakukan adalah meningkatkan peran PPI dalam melakukan sosialisasi dan audit cuci tangan.

Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian Di Rawat Inap



Analisa capaian indikator Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan / Kematian Di Rawat Inap = tidak ada insiden pasien jatuh.