

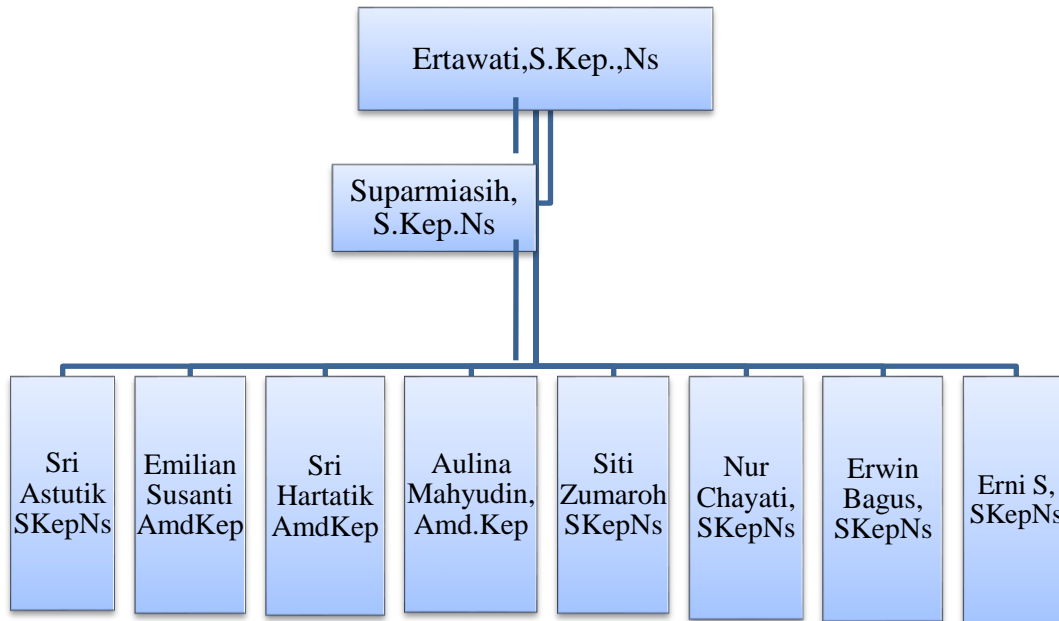
**PROYEK PENINGKATAN MUTU**  
**Baru Klinting Antisipasi Pasien Glinding**



**RUANG BONA 2**  
**INSTALASI RAWAT INAP ANAK**  
**RSUD DR SOETOMO SURABAYA**  
**2018**

## TIM Program Mutu dan Keselamatan Pasien

Struktur Tim Program Mutu dan Keselamatan Pasien Bona 2 yaitu sebagai berikut:



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### 1.1 Latar Belakang

Keselamatan pasien (patient safety) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman (Depkes, 2008). Menurut JCI (2011) keselamatan pasien terdiri dari 6 sasaran yaitu (1) mengidentifikasi pasien dengan benar, (2) meningkatkan komunikasi efektif, (3) mencegah kesalahan pemberian obat, (4) mencegah kesalahan prosedur, tempat, dan pasien dalam tindakan pembedahan, (5) mencegah risiko infeksi, dan (6) mencegah risiko pasien cedera akibat jatuh. Lloyd (2011) mengatakan dari keenam sasaran keselamatan pasien tersebut Dampak yang ditimbulkan dari insiden jatuh pada pasien dapat menyebabkan kejadian yang tidak diharapkan seperti luka robek, fraktur, cedera kepala, perdarahan sampai kematian, menimbulkan trauma psikologis, memperpanjang waktu perawatan dan meningkatkan biaya perawatan pasien akibat menggunakan peralatan diagnostic yang sebenarnya tidak perlu dilakukan, seperti CT scan kepala, rontgen, dan lain-lain. Dampak bagi rumah sakit sendiri adalah menimbulkan risiko tuntutan hukum karena dianggap lalai dalam perawatan pasien (Kiake-Lye et al, 2013).ap (Quigley et al, 2013).

Berdasarkan angka insiden pasien jatuh setiap tahun di seluruh rumah sakit yang terdapat di Amerika Serikat diperkirakan 700 sampai 1000 pasien, diantaranya ada yang menyebabkan patah tulang dan perdarahan internal (Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Cedera Amerika Serikat, 2008). Di IRNA Anak RSUD Dr soetomo melaporkan terjadi insiden pasien jatuh pada bulan Januari 2017 – April 2017 sebanyak 4 insiden dan itu terjadi setiap bulan secara berturut turut. Padahal berdasarkan standart JCI menyatakan bahwa untuk kejadian jatuh pasien diharapkan tidak terjadi di rumah sakit, karena jika kejadian jatuh pasien terjadi dapat

menggambarkan rendahnya penerapan keselamatan pasien di rumah sakit yang dapat berakibat kepada mutu pelayanan dan bersinergi dengan komponen penilaian akreditasi rumah sakit.

Pengurangan risiko jatuh pasien terdapat dalam Nursing Interventions Classification (NIC) (2008) yaitu berupa (1) intervensi manajemen lingkungan fisik dan intervensi ini mencakup meningkatkan keamanan seperti tempat tidur, lantai, dan pencahayaan ruangan, (2) pencegahan jatuh dengan mengkaji keseimbangan dan penurunan kesadaran serta memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga pasien tentang risiko yang dapat menyebabkan jatuh (Darmojo, 2004). Dampak yang ditimbulkan dari insiden jatuh pada pasien dapat menyebabkan kejadian yang tidak diharapkan seperti luka robek, fraktur, cedera kepala, perdarahan sampai kematian, menimbulkan trauma psikologis, memperpanjang waktu perawatan dan meningkatkan biaya perawatan pasien akibat menggunakan peralatan diagnostic yang sebenarnya tidak perlu dilakukan, seperti CT scan kepala, rontgen, dan lain-lain. Dampak bagi rumah sakit sendiri adalah menimbulkan risiko tuntutan hukum karena dianggap lalai dalam perawatan pasien (Kiake-Lye et al, 2013).

Henriksen (2008) mengatakan bahwa salah satu indikator sasaran keselamatan pasien yang tidak bisa dilepaskan adalah pengurangan pasien jatuh. Pengurangan ini dipengaruhi oleh faktor internal (umur, tingkat pendidikan, lama kerja, tingkat pengetahuan, sikap, dan motivasi) dan faktor eksternal (lingkungan fisik, kepemimpinan, dan supervisi). Berdasarkan data di atas dapat diketahui bahwa Bona 2 perlu melakukan improvement mutu terkait pencegahan jatuh. Salah satu proyek peningkatan mutu tersebut adalah “Baru Kliting Antisipasi Pasien Glinding”, yaitu berupa intervensi lingkungan fisik klitingan bertali yang terikat antara ibu dan anak,

sehingga diharapkan kewaspadaan ibu/ orangtua akan pergerakan anak yang akan jatuh menjadi meningkat.

## 1.2 Tujuan

### 1.2.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui penurunan angka kejadian pasien jatuh pada anak yang di rawat di Ruang Bona 2 RSUD Dr.Soetomo sebesar 0% dalam waktu 1 tahun.

### 1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi angka kejadian pasien jatuh pada anak yang di rawat di Ruang Bona 2 RSUD Dr.Soetomo sebesar 0% dalam waktu 1 tahun.
- b. Melakukan perbaikan pencegahan pasien jatuh pada anak yang di rawat di Ruang Bona 2 RSUD Dr.Soetomo sebesar 0% dalam waktu 1 tahun
- c. Monitoring (pelaporan insiden) pasien yang beresiko jatuh pada anak yang di rawat di Ruang Bona 2 RSUD Dr.Soetomo sebesar 0% dalam waktu 1 tahun.
- d. Mengevaluasi kejadian pasien yang beresiko jatuh pada anak yang di rawat di Ruang Bona 2 RSUD Dr.Soetomo sebesar 0% dalam waktu 1 tahun.

## 1.3 Visi dan Misi:

### 1.3.1 Visi dan Misi Rumah Sakit:

VISI:

Menjadi Rumah Sakit tersier yang terpercaya, aman, bermutu tinggi dan mandiri

MISI:

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan, pendidikan, dan penelitian yang profesional, akuntabel yang berorientasi pada kostamer untuk menuju pelayanan kesehatan yang berstandart internasional.

MOTO:

- a. Noto roso, among roso, mijil tresno, agawe karyo.
- b. Saya selalu mengutamakan kesehatan penderita

### 1.3.2 Visi dan Misi Bona 2:

VISI:

Mewujudkan ruang bona menjadi ruangan perawatan anak yang professional berlandaskan asih, asah, asuh.

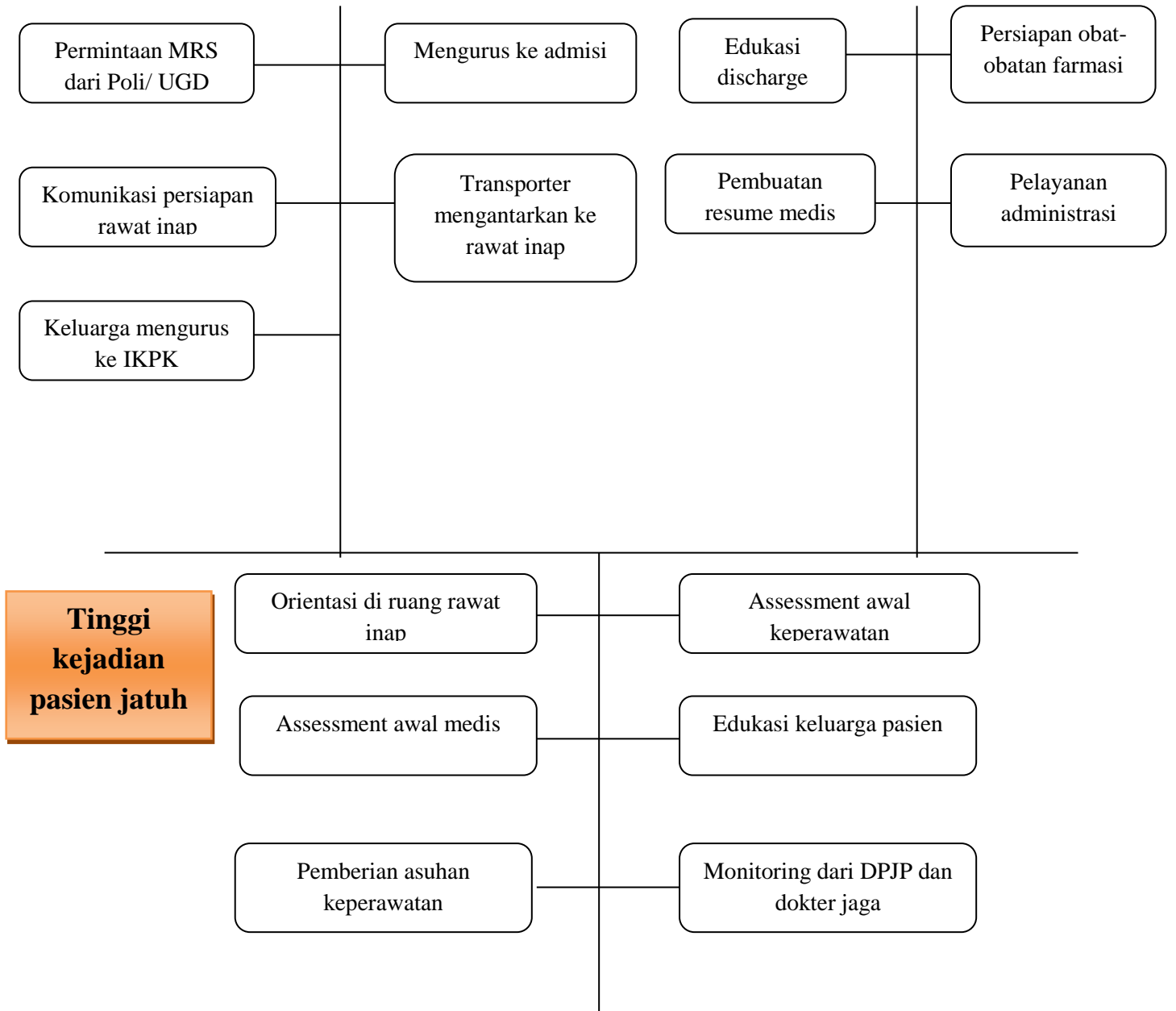
MISI:

- a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang prima, aman, informatif, efektif, effisiensi dan manusiawi dengan tetap memperhatikan pertumbuhan dan perkembangan anak.
- b. Menyelenggarakan pelayanan pada kasus respiro, neuro, penyakit menular dan tidak menular (tetanus) yang memerlukan isolasi, kasus hemato onko dan hight care dengan melibatkan keluarga.
- c. Membangun sumber daya maanusia (SDM) rumah sakit yng profesional, akuntabel yang berorientasi pada kastemer serta mempunyai intergritas tinggi dalam memberikan pelayanan.
- d. Melaksanakan proses pendidikan dan pelatihan yang menunjang pelayanan kesehatan prima berdasarkan standart nasional dan internasional.

## BAB 2

### ALUR PELAYANAN UNIT KERJA

Alur pelayanan unit kerja Bona 2 meliputi dalam diagram berikut:



### BAB 3

#### IDENTIFIKASI MASALAH PRIORITAS

##### 3.1 Inventaris Masalah

Ruang/instalasi : Bona 2 / IRNA Anak

Tanggal : 1 Januari 2017

Tabel 3.1 Daftar sebaran masalah ruang BONA 2 RSUD Dr.Soetomo Surabaya

Defect	Overproduction	Waiting	Non Utilized Talent	Transportation	Inventory	Motion	Exstra Processing	lain-lain
Tingginya kejadian pasien jatuh	Cairan pengisi humidifier oksigen ditemukan banyak yang terbuka	Pasien KRS menunggu dijemput keluarga (sehingga pasien baru menunggu bed siap pakai)	Pengetahuan dan ketrampilan SDM tidak rata sehingga perlu supervisi	Keluarga pasien bolak balik ambil/antar darah	Tidak tersedia lembar dokumen RM	Wastafel untuk cuci tangan petugas terlalu jauh	Melakukan pendaftaran MRI berulang	pengunjung dilingkungan sekitar rumah sakit masih ada yang merokok
Kelengkapan assesmen awal kurang dari 24 jam masih banyak		Menunggu jadwal operasi lama	Visite dokter DPJP tidak rutin (Tanda tangan DPJP tidak selalu)	Keluarga pasien mengambil bolak balik resep (malam)	Kertas EKG sering habis		Pengunjung banyak pada jam kerja	



Angka kepatuhan cuci tangan rendah		Menunggu jadwal MRI dan MRCP lama	Keberagaman tingkat pengetahuan perawat					
Tanda tangan DPJP masih banyak yang lebih dari 24 jam		Pengiriman darah dari PMI $\geq$ 2 jam						
Banyak terjadi pencurian		Menghadapi pemeriksaan diagnostic, alat alat lama diperbaiki						
<i>Inform concent</i> kurang tanggal dan jam								
Spagethy sindrom kabel di PICU								

### 3.2 Menentukan Prioritas Indikator Mutu

Tabel 2.2 Project Prioritization Matrix

Project	Criteria	1= low or no problems	10
		3 = Medium Or moderate	
Pasien Jatuh	Problem prone in organization = 10	9 = High or frequent problems	3
		1 = low or no relationship	
Pasien Jatuh	Relates to patient satisfaction=8	3 = moderate relationship	9
		9 = high relationship	
Pasien Jatuh	High volume event =9	1 = low volume	3
		3 = moderate volume	
Pasien Jatuh	Related to a standart required for accreditation = 7	9 = high volume	9
		1 = low or not related	
Pasien Jatuh	Easy to measure = 6	3 = moderately related	3
		0 = Directly related elemen.of	
Pasien Jatuh	Related to national/ international patient safety goal	9 = Low or easy to measure	9
		3 = Moderately difficult to	
Pasien Jatuh	Complaints from patients / staff	1 = Difficult to measure	3
		1 = low or not related	
Pasien Jatuh	Tracer/ measurement shown deficiency	3 = moderately related	9
		9 = Directly related	
Pasien Jatuh	Identified as a problem in literature	1 = none	3
		3 = few	
Pasien Jatuh	Limited resources to address problem	9 = several	9
		1 = none	
Pasien Jatuh	Potential future cost saving if impemented	3 = mild	9
		9 = strong effect	
Pasien Jatuh	Project payback period	1 = none	1
		3 = Somewhat, inconclusive	
Pasien Jatuh	Priority Score (Max = 108, Min =12)	9 = strong evidence	70
		1 = low or few	
Pasien Jatuh		3 = moderate resources	
		9 = large amount	
Pasien Jatuh		1 = slim to none	
		3 = moderate potential	
Pasien Jatuh		9 = Large potential	
		1 = less than 6 months	
Pasien Jatuh		3 = 6 to 18 months	
		9 = more than 18 months	

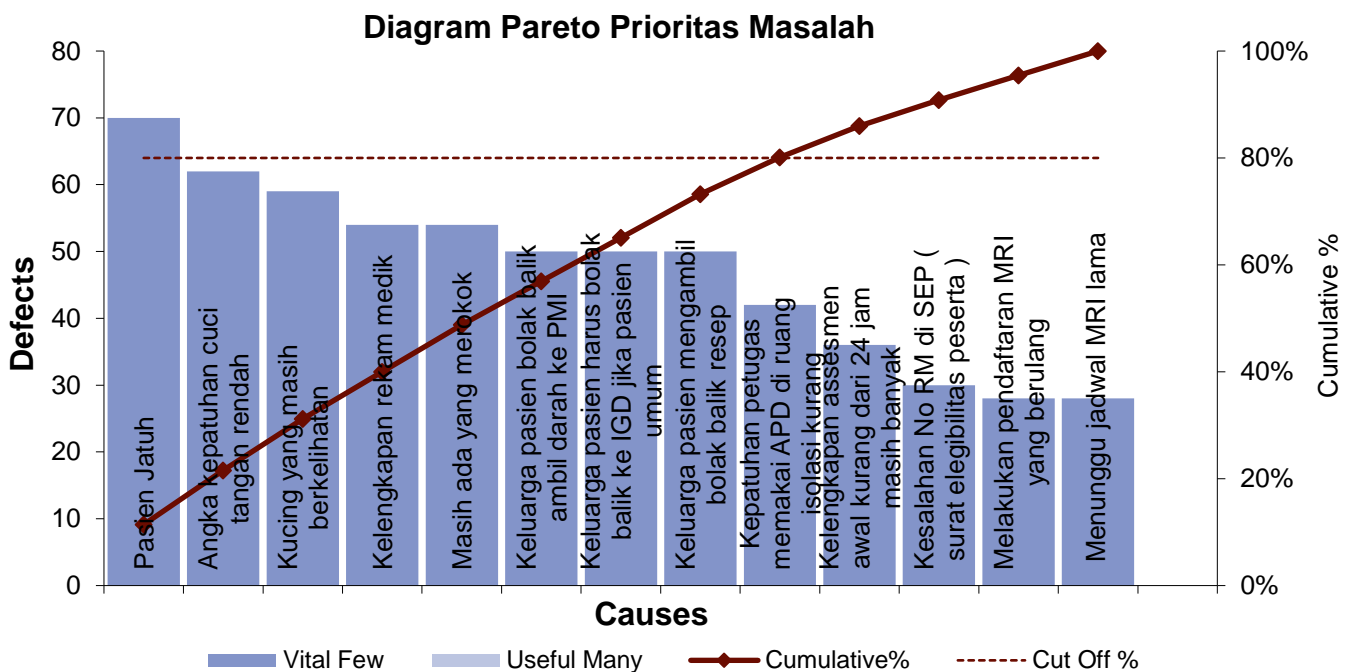
Kelengkapan rekam medik	9	3	9	9	3	1	3	9	1	I	3	3	54
Kesalahan No RM di SEP(surat elegibilitas peserta )	1	9	1	1	9	1	3	1	1	1	1	1	30
Kelengkapan assesmen awal kurang dari 24 jam masih banyak	3	3	3	9	9	1	3	1	1	1	1	1	36
Kepatuhan petugas memakai APD di ruang isolasi kurang	9	1	9	9	3	1	1	1	1	1	3	3	42
Masih ada yang merokok	9	9	9	9	3	1	9	1	1	1	1	1	54

Angka kepatuhan cuci tangan rendah	9	3	9	9	3	9	3	3	1	1	9	3	62
Menunggu jadwal MRI lama	1	9	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	28
Melakukan pendaftaran MRI yang berulang	1	9	1	1	1	1	9	1	1	1	1	1	28
Keluarga pasien bolak balik ambil darah ke PMI	9	9	9	3	1	1	9	1	1	1	3	3	50
Keluarga pasien mengambil bolak balik resep	9	9	9	3	1	1	9	1	1	1	3	3	50
Keluarga pasien harus bolak balik ke IGD jika pasien	9	9	9	3	1	1	9	1	1	1	3	3	50

umum													
Kucing yang masih berkehidupan	9	9	9	9	3	1	9	3	1	3	3	1	59

### 3.3 Pareto Prioritas Masalah

#	Causes	Defects	Cumulative Percentage Cutoff: 80%
1	Pasien Jatuh	70	11,4%
2	Angka kepatuhan cuci tangan rendah	62	21,5%
3	Kucing yang masih berkelihatan	59	31,2%
4	Kelengkapan rekam medic	54	40,0%
5	Masih ada yang merokok	54	48,8%
6	Keluarga pasien bolak balik ambil darah ke PMI	50	56,9%
7	Keluarga pasien harus bolak balik ke IGD jika pasien umum	50	65,1%
8	Keluarga pasien mengambil bolak balik resep	50	73,2%
9	Kepatuhan petugas memakai APD di ruang isolasi kurang	42	80,1%
10	Kelengkapan assesmen awal kurang dari 24 jam masih banyak	36	86,0%
11	Kesalahan No RM di SEP ( surat elegibilitas peserta )	30	90,9%
12	Melakukan pendaftaran MRI yang berulang	28	95,4%
13	Menunggu jadwal MRI lama	28	100,0%



Menurut diagram pareto diatas, kejadian pasien jatuh mempunyai jumlah skor tertinggi yaitu 70

### 3.4 Indikator Mutu

#### 3.4.1 Indikator Umum

Berdasarkan hasil data mutu, menunjukkan angka kejadian pasien jatuh di ruang Bona 2 cukup tinggi. Dari hasil analisa pasien yang jatuh, sebagian besar dari assesment pasien beresiko tinggi jatuh dan sebagian kecil beresiko rendah. Akibat jatuh pasien mengalami cedera baik yang ringan,sampai cedera sedang berupa hematoma. Belum pernah terjadi pasien yang cedera berat yang sampai menimbulkan kecacatan, tetapi tidak menutup kemungkinan hal tersebut bisa terjadi. Dengan dasar tersebut maka indikator mutu ruang Bona 2 adalah menurunkan angka kejadian pasien jatuh.

#### 3.3.2 Kamus Indikator

Tabel 3.2 kamus indikator mutu SKP 6

INDIKATOR AREA SASARAN KESELAMATAN PASIEN							
STANDAR	SKP 6 : Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh						
JUDUL INDIKATOR	Insiden pasien jatuh selama perawatan rawat inap di rumah sakit						
TIPE INDIKATOR		Struktur		Proses		Outcome	√ Proses & Outcome
TUJUAN	Mengetahui jumlah insiden pasien jatuh yang terjadi selama dirawat di rumah sakit dimana ini dapat menyebabkan cedera ataupun tidak serta dapat mengancam keselamatan pasien, insiden jatuh dapat berupa di jatuh dari tempat tidur, jatuh di kamar mandi, ataupun ruang lain.						
DEFINISI OPERASIONAL	Pasien jatuh adalah pasien yang mengalami insiden secara cepat dan tiba-tiba berpindah posisi dari tempat tidur ke lantai sampai setengah atau lebih bagian tubuh berada di lantai, sehingga memungkinkan pasien mengalami cedera ringan sampai berat atau tidak menimbulkan cedera. dimana insiden jatuh terjadi jatuh dari tempat tidur, jatuh di kamar mandi, ataupun ruang lain.						
ALASAN/ IMPLIKASI/ RASIONALISASI	Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Perawat bertanggung jawab dalam mengidentifikasi pasien yang beresiko jatuh dan membuat suatu rencana perawatan untuk meminimalkan resiko. Kekurangan staf, perawat yang tidak berpengalaman, serta tidak memiliki pengetahuan yang cukup dapat membuat pasien beresiko untuk jatuh dan mengalami						

	perluakaan. Salah satu upaya untuk mengurangi resiko pasien jatuh adalah dengan menempatkan perawat profesional pada bangsal-bangsal tempat perawatan pasien. Insiden : selalu terjadi insiden jatuh setiap tahun																																																																					
FORMULA	Jumlah pasien jatuh selama satu bulan (orang) : Jumlah kumulatif pasien dirawat menurut bangsal perawatan dalam bulan yang sama x 1000‰= ‰																																																																					
NUMERATOR	Jumlah pasien jatuh selama satu bulan																																																																					
DENOMINATOR	Jumlah hari pasien dirawat menurut bangsal perawatan dalam bulan yang sama																																																																					
TARGET	0%																																																																					
SAMPLING	dengan dokumentasi pelaporan IKP-RS yang dapat dicatat berdasarkan format pelaporan yang ditetapkan rumah sakit.																																																																					
KRITERIA INKLUSI	Pasien jatuh yang terjadi saat berada di unit rawat inap																																																																					
KRITERIA EKSKLUSI	-																																																																					
PENCATATAN	Champion mutu melakukan pendataan apakah ada insiden pasien jatuh di unitnya. Setiap insiden pasien jatuh ditindak lanjuti dengan laporan IKP-RS yang dilakukan oleh unit kerja bersangkutan. Pemantauan insiden dilakukan secara harian.																																																																					
ANALISA & PELAPORAN	Champion mutu RS melakukan pengumpulan data pertama dimana selanjutnya akan direkap dan dilaporkan kepada Kepala Ruang Rawat Inap sebagai informasi awal untuk unit masing-masing. Selanjutnya rekap data tersebut akan dilaporkan kepada Kepala keperawatan Instalasi Rawat Inap setempat untuk dilakukan rekapitulasi tingkat IRNA dan komite mutu untuk kepentingan validasi. Selanjutnya Kepala Keperawatan Instalasi rawat inap akan meneruskan laporan rekapitulasi tingkat IRNA tersebut kepada komite mutu RS. Data skala instalasi tersebut akan direkapitulasi dan dianalisis oleh komite mutu RS. Data skala rumah sakit akan direkapitulasi dan dianalisis oleh komite mutu RS setiap bulannya dan selanjutnya akan dilaporkan kepada Direktur. Secara umum data akan dievaluasi serta dideseminasikan kepada seluruh komponen rumah sekurang-kurangnya setiap tiga bulan yang dikoordinasikan oleh komite mutu RS bersama komite keselamatan pasien. Komite mutu & keselamatan pasien secara kolaboratif melakukan validasi data sesuai prosedur yang berlaku.																																																																					
AREA	Ruang Rawat Inap																																																																					
PIC	Kepala Instalasi Rawat Inap																																																																					
FORMAT PENCATATAN	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">N O</th> <th rowspan="2">Nama indikator</th> <th rowspan="2">N / D</th> <th colspan="6">TANGGAL</th> <th rowspan="2">Jumlah</th> <th rowspan="2">Prosen</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td>N</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="10">Verifikasi : dilakukan oleh komite mutu dan keselamatan pasien</td> </tr> <tr> <td colspan="10">Verifikator :</td> </tr> <tr> <td colspan="10">Pengumpul data</td> </tr> </tbody> </table>	N O	Nama indikator	N / D	TANGGAL						Jumlah	Prosen	1	2	3	4	5	...	1		N											D									Verifikasi : dilakukan oleh komite mutu dan keselamatan pasien										Verifikator :										Pengumpul data									
N O	Nama indikator				N / D	TANGGAL							Jumlah	Prosen																																																								
		1	2	3		4	5	...																																																														
1		N																																																																				
		D																																																																				
Verifikasi : dilakukan oleh komite mutu dan keselamatan pasien																																																																						
Verifikator :																																																																						
Pengumpul data																																																																						



KOMENTAR :

Persetujuan Pimpinan

Surabaya , 17 Juli 2018  
Kepala Ruangan

Suparmiasih, S.kep Ns  
NIP 19690609 198803 2 001

Menyetujui  
Kepala Keperawatan IRNA Anak

Kepala Instalasi IRNA Anak

Ertawati, S. Kep ,Ns  
NIP: 19630316 1984022001

Dr. dr. IDG Ugrasena, SpA(K)  
NIP. 19561221 198502 1 001

Menyetujui  
Ketua Komite Mutu dan  
Keselamatan Pasien  
RSUD Dr. Soetomo Surabaya

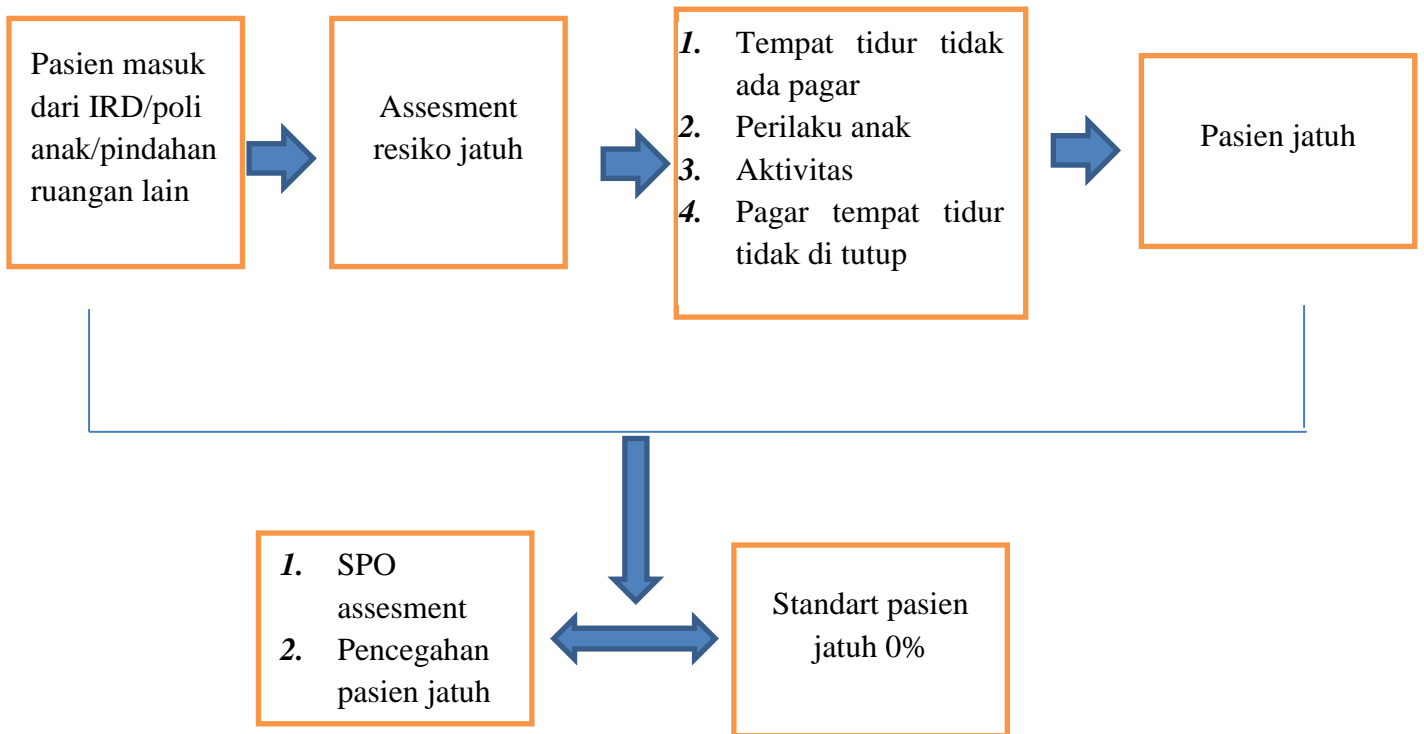
Mengetahui  
Direktur  
RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Dr. Elly Listiyani, M.Kes  
NIP. 19630107 198903 2 007

Dr. Harsono  
NIP: 19560703 198312 1 001

## BAB 4

### ALUR MASALAH



Gambar 4.1 Alur terjadinya pasien jatuh

Pasien masuk dari IRD/poli anak/pindahan diruangan lain dilakukan assesment resiko jatuh. Karena tempat tidur tidak ada pagar, perilaku anak yang tidak bisa diberi pengertian, aktifitas anak yang berlebihan dan tempat tidur ada pagar tetapi tidak ditutup sehingga pasien jatuh. Agar pasien tidak jatuh, kita dapat melakukan pencegahan pasien jatuh dan melakukan intervensi sesuai dengan SPO sehingga tidak ada kejadian pasien jatuh, sesuai standart pasien jatuh 0%.

## BAB 5

### ANALISA PENYEBAB MASALAH

#### 5.1 Inventaris Penyebab Masalah Dengan Metode 5 Why

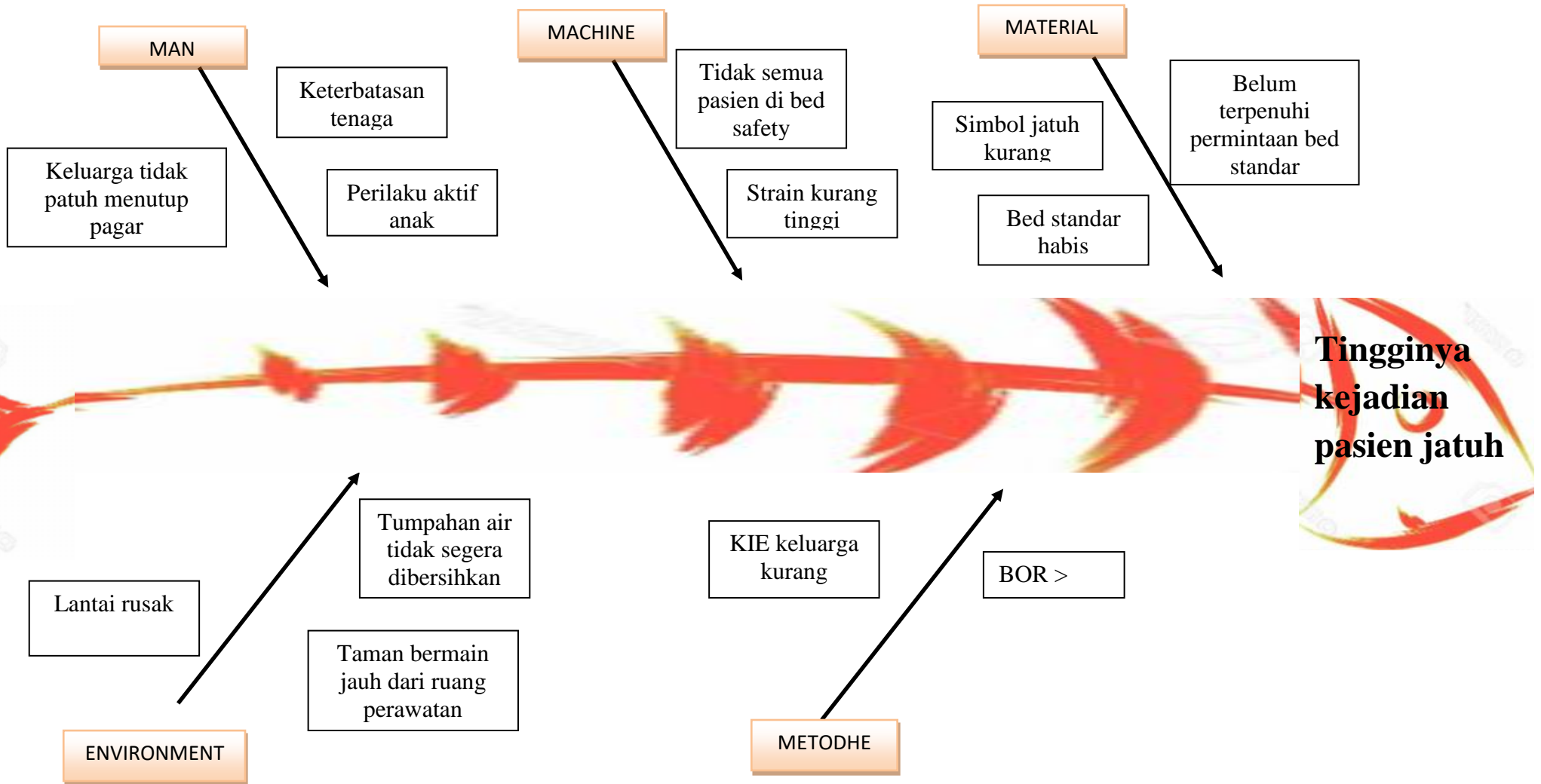
No	Faktor	W1	W2	W3	W4	W5
1.	Manusia	keluarga pasien kurang pengawasan	Keluarga tidak patuh menutup pagar			
		Perawat banyak tugas limpahan	BOR $\geq$ 100%	Keterbatasan tenaga		
		Perilaku anak aktif				
2.	Alat	Jumlah pasien lebih dari kapasitas	Tidak semua pasien di tempat tidur safety			
		Strain kurang tinggi	Spesifikasi tidak sesuai			
3.	Lingkungan	Lantai licin	Tumpahan air tidak segera dibersihkan			
		Lantai rusak	Belum ada anggaran			
		Space untuk bermain didalam tidak ada	Taman bermain jauh dari ruang perawatan			

4.	Material	Simbul jatuh kurang				
		Bad standart pasien habis	BOR > 100%	Tidak semua tempat tidur safety		
			Belum terpenuhinya permintaan bed standart			
5.	Metode	Penempatan pasien tidak sesuai	BOR>100%			
		KIE keluarga kurang	Penunggu pasien yang bergantian			

## 5.2 Pengelompokan Penyebab Masalah

No.	Factor	Calon Penyebab
1.	Manusia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Keterbatasan tenaga</li><li>• Keluarga tidak patuh menutup pagar</li><li>• Perilaku anak aktif</li></ul>
2.	Alat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tidak semua pasien di bed safety</li><li>• Strain kurang tinggi</li></ul>
3.	Metode	<ul style="list-style-type: none"><li>• BOR &gt; 100%</li><li>• Kie keluarga kurang</li></ul>
4.	Material	<ul style="list-style-type: none"><li>• Simbol jatuh kurang</li><li>• Bed standar habis</li><li>• Belum terpenuhi permintaan bed standar</li></ul>
5.	Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"><li>• Taman bermain jauh dari ruang perawatan</li><li>• Tumpahan air tidak segeradibersihkan</li><li>• Lantai rusak</li></ul>

### 5.3 Diagram Tulang Ikan



## BAB 6

### PERENCANAAN/ IDE PERBAIKAN

Kami berencana : menurunkan angka kejadian pasien jatuh

Kami berharap : tidak ada angka kejadian pasien jatuh da lam 8 bulan (Mei 2017— Desember 2017)

No	Penyebab Masalah	Why	What	When	Where	Who	How	How Much
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Review KIE keluarga kurang (methode)  Dan Keluarga pasien kurang pengawasan (Man)	Agar keluarga pasien lebih mengerti tentang resiko jatuh, lebih waspada, dan lebih berhati-hati dalam menjaga anak	1) Melakukan supervisi assesment dan identifikasi pasien resiko jatuh	Mei 2017	Bona 2	Sri Astutik	Kepala ruangan/ PPJP melakukan supervisi kepada petugas, mengenai assessment risiko pasien jatuh, dan berikut standar assesment nya:  1. Melakukan pengkajian sesuai dengan SPO a. Lakukan pengkajian menggunakan formulir resiko jatuh. b. Lakukan penilaian masing-masing variabel resiko pasien jatuh dan	100%

							<p>menjumlahkan dari variabel yang dinilai.</p> <p>c. Interpretasi dari hasil penilaian</p> <p>d. Lakukan intervensi sesuai hasil pengkajian</p> <p>e. Tulis paraf dan nama setelah melakukan pengkajian</p> <p>f. Lakukan penilaian ulang apabila :</p> <p>a) Pasien jatuh</p> <p>b) Perubahan rejimen pengobatan dan perubahan kondisi</p> <p>c) Setiap pasien pindah ke unit lain</p> <p>d) Pasien resiko tinggi 1x24 jam.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	---	--



							<ul style="list-style-type: none"><li>2. Mengintervensi pasien resiko jatuh<ul style="list-style-type: none"><li>a. Pastikan tempat tidur dalam posisi terkunci</li><li>b. Tutuplah pagar tempat tidur.</li><li>c. Anjurkan pasien untuk meminta bantuan bila membutuhkan pemenuhan KDM (makan, minum,BAK, BAB, dll)</li><li>d. Pastikan panjang celana/sarun di atas tumit.</li><li>e. Anjurkan pasien pada posisi postural hipotension.</li><li>f. Letakkan tanda kewaspadaan jatuh pada panel informasi.</li><li>g. Sarankan penunggu selalu</li></ul></li></ul>	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

							<p>berada sekitar pasien bila tidak ada kontra indikasi.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>h. Orientasi pasien/penunggu tentang ruangan.</li><li>i. Lakukan pemasangan fiksasi fisik apabila diperlukan dengan persetujuan keluarga.</li><li>j. Jelaskan efek samping pengobatan.</li><li>k. Lakukan observasi secara berkala dan sarankan toeliting.</li><li>l. Pastikan pasien memiliki identitas kancing kuning bagi penanda resiko tinggi jatuh.</li><li>m. Mengingatkan keluarga pasien untuk selalu menutup pagar pengaman</li></ul>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							dan menitipkan anak pada perawat atau keluarga pasien bila anak ditinggal.	
			2) Membuat leaflet yang lebih menarik tentang risiko pasien jatuh	Mei 2017	Bona 2	- Erni	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperbarui leaflet dengan gambar dan warna yang lebih menarik</li> <li>2. Membuat usulan/ nota dinas ke PKMRS untuk mencetak leaflet</li> <li>3. Membagi leaflet sambil penyuluhan tentang risiko jatuh</li> </ol>	100%
			3) Melakukan penyuluhan secara berkelompok kepada keluarga tentang risiko jatuh	Mei 2017	Bona 2	- Erwin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat jadwal penyuluhan</li> <li>2. Membuat SAP penyuluhan</li> <li>3. Melakukan penyuluhan tentang risiko pencegahan pasien jatuh</li> <li>4. Mendokumentasikan</li> </ol>	100%

							kegiatan penyuluhan	
			4) Merevisi poster pasien jatuh	Mei 2017	Bona 2	- Nur Chayati	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat poster lebih menarik</li> <li>2. Menempel poster di setiap bed pasien</li> </ol>	100%
			5) Membuat Banner pencegahan pasien jatuh	Mei 2017	Bona 2	- Siti Zumaroh	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat baner pencegahan pasien jatuh</li> <li>2. Meletakkan di lokasi strategis (mudah akses)</li> <li>3. Evaluasi</li> </ol>	100%
			6) Baru klinting antisipasi pasien glinding	Mei 2017	Bona 2	- Suparmiasth	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat klinting- klinting (gelang tali safety)</li> <li>2. Impelementasi pemberian gelang klinting pada pasien risiko tinggi</li> <li>3. Sosialiasi cara penggunaan dan manfaat</li> <li>4. Evaluasi</li> </ol>	100%

2	Tidak semua tempat tidur safety (machine)	Agar pasien tidak terjatuh	1) Pemenuhan sarana	Maret 2016	Bona 2	- Emilian	1. Mengajukan permintaan bed standard dan safety	100%
			2) Supervisi pemilihan dan penempatan pasien	April 2017	Bona 2	- Enny	Melakukan supervisi oleh kepala ruangan kepada petugas tentang cara pemilihan dan penempatan bed pasien, berdasarkan usia dan apabila ada bed dengan berpagar pengaman rusak, diletakkan di sebelah tembok.	100%
3	Simbol jatuh kurang (material)	Agar dapat membedakan pasien risiko jatuh rendah dan tinggi	Memasang simbol jatuh	Januari 2017	Bona 2	Aulina	1. Memasang simbol jatuh yang ada 2. Apabila symbol jatuh kurang, agar meminta symbol jatuh ke bagian pengadaan	100%
4	Taman bermain diluar ruang perawatan (material dan	Agar pasien dapat bermain di dalam	Membuat tempat bermain di dalam ruangan	Maret 2016	Bona 2	Sri Hartatik	1. Mengajukan permohonan pembuatan taman bermain di dalam ruangan kepada kepala keperawatan IRNA	100%

	environment)	ruangan					anak. 2. Mengajukan permohonan pembuatan taman bermain di dalam ruangan kepada kepala instansi IRNA anak 3. Mendiskusikan pembuatan taman bermain di dalam ruangan 4. Membuat taman bermain di dalam ruangan	
--	--------------	---------	--	--	--	--	---	--

KOMENTAR :

Persetujuan Pimpinan

Surabaya , 17 Juli 2018  
Kepala Ruangan

Suparmiasih, S.kep Ns

NIP 19690609 198803 2 001

Menyetujui

Kepala Keperawatan IRNA Anak

Kepala Instalasi IRNA Anak

Ertawati, S. Kep ,Ns

NIP: 19630316 1984022001

Dr. dr. IDG Ugrasena, SpA(K)

NIP. 19561221 198502 1 001

Menyetujui

Ketua Komite Mutu dan  
Keselamatan Pasien  
RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Mengetahui

Direktur  
RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Dr. Elly Listiyani, M.Kes

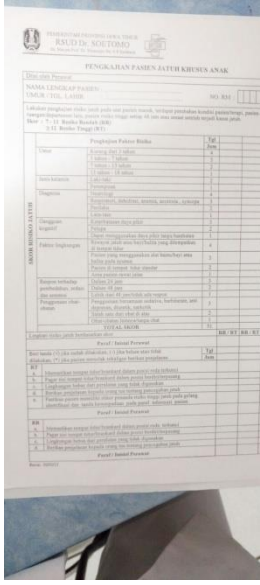
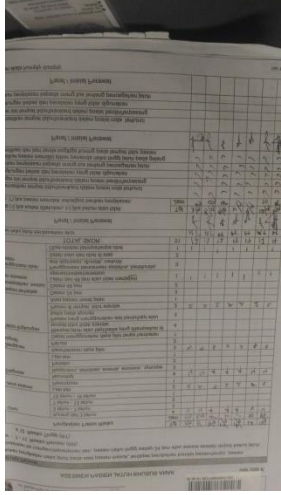


NIP. 19630107 198903 2 007

Dr. Harsono

NIP: 19560703 198312 1 001







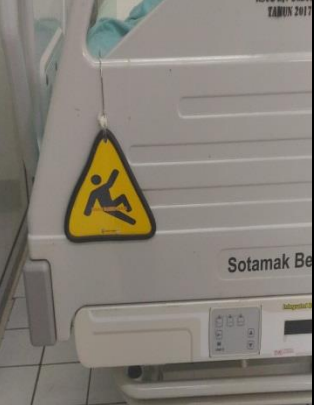
## BAB 7

### PELAKSANAAN

No	What	When	How	Sebelum perbaikan	Setelah perbaikan
1	Melakukan supervisi assesment dan identifikasi pasien resiko jatuh	Setiap hari senin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala ruangan melakukan supervisi kepada petugas, saat petugas melakukan identifikasi pasien risiko jatuh.</li> <li>2. Kepala ruangan melakukan supervisi kepada petugas, saat petugas memberikan KIE kepada keluarga tentang pencegahan pasien jatuh</li> </ol>	<p>RM 09 tentang identifikasi pasien risiko jatuh ada yang tidak terisi</p> 	<p>RM 09 tentang identifikasi pasien risiko jatuh menjadi terisi lengkap</p> 
2.	Membuat leaflet lebih menarik	Waktu KIE pasien dan saat penyuluhan	Membagikan leaflet yang sudah diperbarui saat penyuluhan secara berkelompok tentang risiko jatuh	<p>Leaflet sebelumnya:</p> 	<p>Leaflet yang baru:</p>  <p>- Sudah diajukan ke tim PKMRS</p> <p>-</p>



3	Melakukan penyuluhan resiko tinggi jatuh pada keluarga pasien lebih intensif (sebulan sekali)	7/4/17 5/5/17 9/6/17 7/7/17 11/08/17 8/9/17 6/10/17 2/12/17	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat SAP penyuluhan</li> <li>2. Melakukan penyuluhan secara berkelompok tentang risiko jatuh</li> <li>3. Mendokumentasikan kegiatan penyuluhan</li> </ol>	Penyuluhan sebelumnya yang dilakukan 2 bulan sekali:  	Penyuluhan sekarang yang dilakukan sebulan sekali:  
4	Membuat poster pasien jatuh, yang lebih menarik	12 April 2017	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperbaiki poster</li> <li>2. Memasang poster di setiap bed pasien</li> </ol>	Poster sebelumnya:  	Poster baru dan ditempel di setiap ruangan:  
5	Membuat banner di tempat strategis	16 Mei 2017	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat banner tentang pencegahan pasien jatuh</li> <li>2. Memasang banner di tempat strategis (di dekat lift pintu masuk pasien/ keluarga)</li> </ol>	Sebelum tidak ada banner	Sesudah ada banner:  
6	Baru klinting antisipasi pasien glinding	15 Juni 2017	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuat klintingan bertali yang akan di pasangkan di kaki anak</li> <li>2. Memberi klintingan kepada anak yang berisiko tinggi jatuh.</li> <li>3. Memberi Sosialisasi cara</li> </ol>	-Situasi yang berisiko dan cenderung lebih lengah, yaitu saat tidur atau malam hari, ibu tertidur dan kurang	Klintingan bertali seperti gelang kaki, meningkatkan kewaspadaan ibu terhadap gerakan anak yang berisiko akan jatuh.

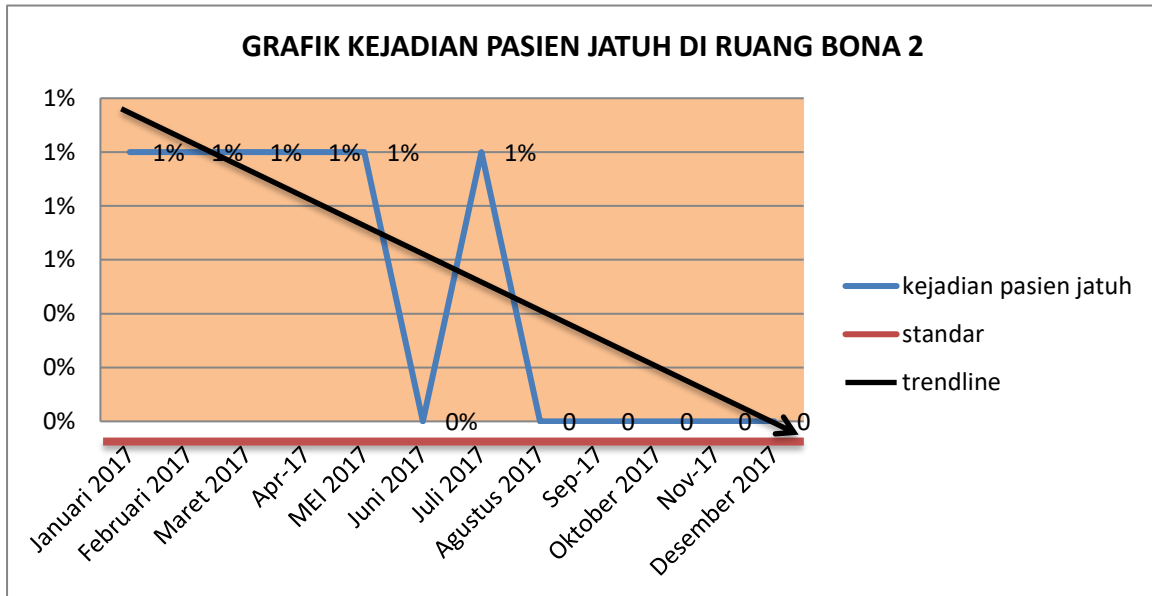
			<p>pemakaian dan manfaat</p> <p>4. Melakukan evaluasi</p>	<p>pengawasan terhadap gerakan anak, salah satunya berisiko anak jatuh dari tempat tidur.</p> <p>- sebelumnya belum ada klintingan</p>	
7	Pemenuhan sarana	April 2017	Mengajukan permintaan bed standar dan safety	<p>Bed lama:</p> 	<p>Bed baru:</p> 
8	Supervisi pemilihan dan penempatan pasien	Setiap hari senin	Kepala ruangan/ PPJP melakukan supervisi saat petugas membuat keputusan menempatkan pasien	<p>Sebelum supervisi:</p> 	<p>Sesudah supervisi:</p> 
9	Memasang simbol jatuh	Setiap hari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memasang simbol jatuh yang ada.</li> <li>• Bila simbol jatuh kurang, agar meminta simbol jatuh kebagian pengadaan</li> </ul>		

10.	Membuat taman bermain didalam ruangan	Maret 2016	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengajukan permohonan pembuatan taman bermain di dalam ruangan kepada kepala keperawatan IRNA anak.</li><li>2. Mengajukan permohonan pembuatan taman bermain di dalam ruangan kepada kepala instansi IRNA anak</li><li>3. Mendiskusikan pembuatan taman bermain di dalam ruangan</li><li>4. Membuat taman bermain di dalam ruangan</li></ol>	
-----	---------------------------------------	------------	---	---

## BAB 8

### EVALUASI

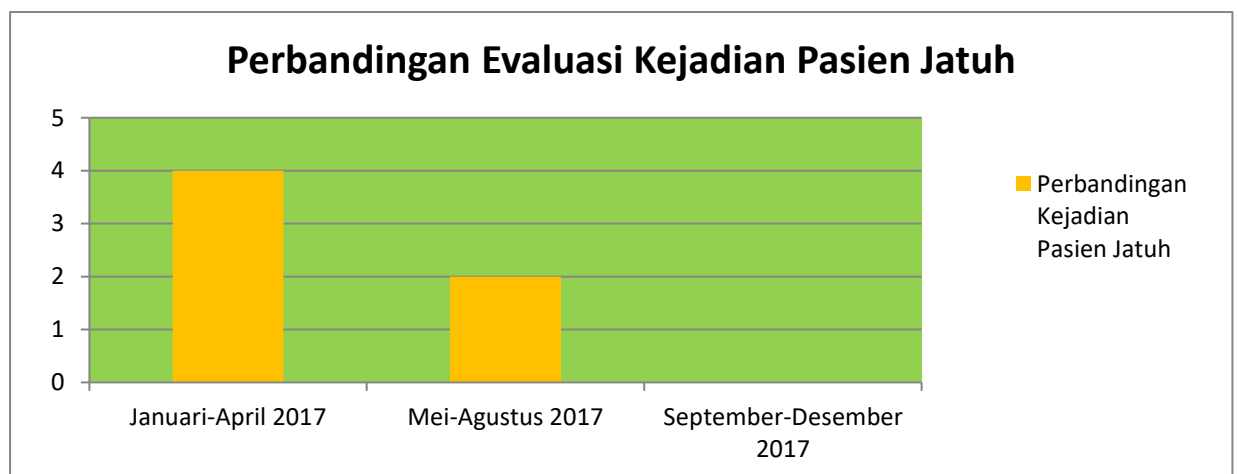
#### 8.1 Evaluasi dan Analisa Grafik



Grafik 8.1 Grafik Kejadian Pasien Jatuh di Ruang Bona 2

Berdasarkan gravik di atas menunjukkan bahwa: terjadi penurunan trend kejadian pasien jatuh mencapai standar 0%.

Dari hasil evaluasi, terjadi 4 kejadian pasien jatuh pada bulan Januari - April 2017, setelah dilakukan improvement atau peningkatan mutu mulai bulan Mei sampai Agustus 2017, terjadi penurunan yaitu 2 kejadian jatuh. Lalu kita evaluasi lagi 4 bulan dari bulan September sampai Desember 2017, tidak ada kejadian pasien jatuh.



Gambar 8.2 Diagram batang perbandingan evaluasi pasien jatuh tiap empat bulan

Dari hasil perbandingan hasil evaluasi di atas, sebelum dilakukan peningkatan proyek mutu yaitu bulan Januari-April 2017 terjadi 4 pasien jatuh. Empat bulan setelahnya yaitu bulan Mei – Agustus 2017 terjadi penurunan pasien jatuh sebanyak 2 pasien jatuh, empat bulan selanjutnya yaitu bulan September – Desember 2017, tidak terjadi insiden kejadian pasien jatuh.

## **BAB 9**

### **ANALISA DAMPAK PERBAIKAN**

Peningkatan mutu yang dilakukan di Bona 2 menunjukkan hasil yang berdampak pada beberapa aspek, seperti:

- a) **Cost:** menurunkan dampak rawat inap yang lama akibat jatuh
- b) **Safety:** pelayanan di Bona 2 dengan standar pelayanan mencegah risiko jatuh
- c) **Moral:** meningkatkan kepedulian keluarga dalam menjaga pasien
- d) **Sumber daya manusia:**
  - 1) **Petugas:** setelah mendapat supervisi maka kemampuan petugas dalam melakukan pengkajian risiko jatuh meningkat, juga pengetahuan petugas tentang penempatan dan pemilihan bed pasien juga meningkat.
  - 2) **Keluarga pasien:** setelah mendapat penyuluhan tentang risiko jatuh lebih intensif, didukung dengan leaflet dan poster, pemahaman keluarga tentang pencegahan risiko jatuh menjadi meningkat, diharapkan tingkat kewaspadaan keluarga dalam mencegah kejadian jatuh juga meningkat, sehingga tidak terjadi pasien jatuh.
  - 3) Mengurangi terjadinya komplain oleh pengguna jasa rumah sakit tentang terjadinya cedera akibat jatuh.
- e) **Sarana prasarana:**

Implementasi yang sudah dilakukan seperti pengadaan bed standard dan safety, perbaikan lanantai, taman bermain di dalam ruangan, simbol jatuh, berdampak pada peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien khususnya dalam pencegahan pasien jatuh.