

**LAPORAN KOMITE MUTU
INDIKATOR NASIONAL MUTU
TAHUN 2022**



**RUMAH SAKIT KHUSUS
PURI NIRMALA YOGYAKARTA
2022**

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II KEGIATAN	2
Tabel Rincian Kegiatan	2
Laporan Hasil Kegiatan	4
BAB III KESIMPULAN DAN SARAN	19
Kesimpulan	19
Saran	19
BAB IV PENUTUP	21

BAB I

PENDAHULUAN

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks.

Rumah Sakit merupakan salah satu institusi yang memiliki tanggung jawab untuk meningkatkan kinerja pelayanan, kinerja keuangan, dan kinerja manfaat bagi masyarakat. Kinerja sangat erat kaitannya dengan standar kinerja yang harus ditetapkan secara tepat, yang lambat laun ditargetkan mendekati standar yang dibutuhkan atau yang diinginkan masyarakat pada umumnya secara minimal.

Peningkatan mutu pelayanan merupakan proses yang bersifat dinamis dan menyeluruh pada semua bagian di rumah sakit. Oleh karena itu, tata cara kelembagaan sudah seharusnya disiapkan dengan mengedepankan pemenuhan kebutuhan pelanggan, *stakeholder*, pesaing, serta kebutuhan internal rumah sakit. Berbagai upaya peningkatan mutu di rumah sakit telah dilaksanakan dengan mengacu pada standar yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, dimana semua indikator saling berkaitan dan banyak variasinya. Untuk melakukan pengukuran indikator tersebut diperlukan semangat kerja keras, kegigihan, dan kerja sama yang harmonis di semua lini kegiatan sehingga diharapkan hasil yang dicapai dapat menggambarkan mutu pelayanan Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta.

Atas dasar hal yang telah dijabarkan di atas, maka Komite Mutu menyusun laporan hasil Indikator Nasional Mutu tahun 2022. Pengumpulan data adalah di bulan Januari-Desember tahun 2022.

BAB II
KEGIATAN

A. Tabel Rincian Kegiatan

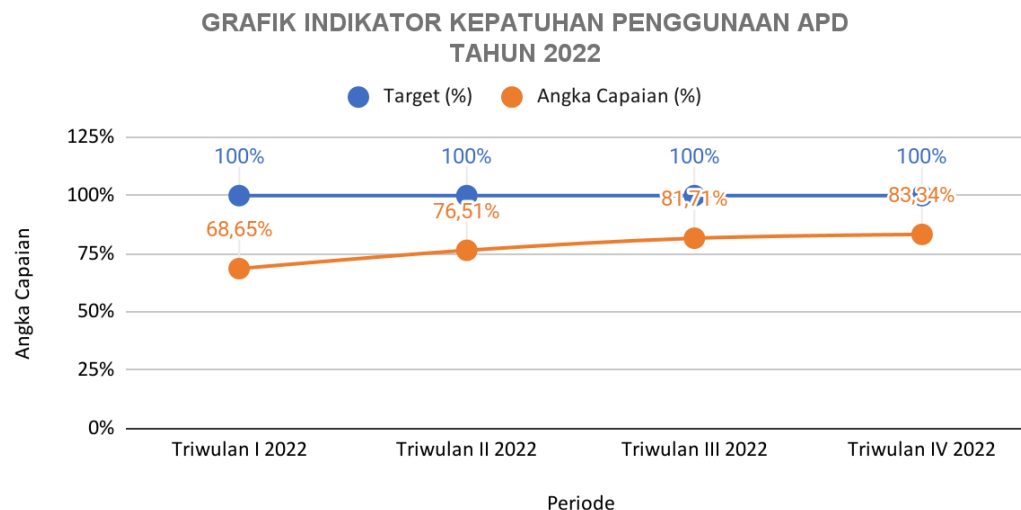
No	Kegiatan	Target	Definisi Operasional	Capaian	Keterangan
1	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri	100%	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	Triwulan I 2022: 68,65% Triwulan II 2022: 76,51% Triwulan III 2022: 81,71% Triwulan IV 2022: 83,34%	Rata-rata capaian tahunan 77,55%
2	Waktu Tunggu Rawat Jalan	$\geq 80\%$	Waktu Tunggu Pasien Rawat Jalan (≤ 60 Menit)	Triwulan I 2022: 100% Triwulan II 2022: 100% Triwulan III 2022: 100% Triwulan IV 2022: 75,55%	Rata-rata capaian tahunan 93,89%
3	Kepatuhan Jam Visit Dokter Spesialis	$\geq 80\%$	Kepatuhan Jam <i>Visite</i> Dokter Spesialis (Jam 09.00-17.00)	Triwulan I 2022: 77,68% Triwulan II 2022: 91,82% Triwulan III 2022: 88,21% Triwulan IV 2022: 88,36%	Rata-rata capaian tahunan 90,43%
4	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	$\geq 80\%$	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium (≤ 30 Menit)	Triwulan I 2022: 87,86% Triwulan II 2022: 85,71% Triwulan III 2022: 84,52% Triwulan IV 2022: 81,67%	Rata-rata capaian tahunan 84,94%

5	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	$\geq 80\%$	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	Triwulan I 2022: - Triwulan II 2022: - Triwulan III 2022: - Triwulan IV 2022: -	Kasus penyakit prioritas nasional berjumlah 0
6	Kepuasan Pasien dan Keluarga	$\geq 76,61$	Kepuasan Pelanggan di Rumah Sakit	Semester 1 2022: 80,21 Semester 2 2022: 77,16	Rata-rata capaian 1 tahun 78,68.
7	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	$\geq 80\%$	Penanganan Keluhan Pelanggan Secara Langsung Tertangani 2X24 Jam Setelah Laporan Masuk	Triwulan I 2022: tidak ada keluhan Triwulan II 2022: tidak ada keluhan Triwulan III 2022: 100% Triwulan IV 2022: tidak ada keluhan	Rata-rata capaian tahunan 100%
8	Kepatuhan Cuci Tangan	$\geq 85\%$	Kepatuhan Kebersihan Tangan Karyawan dengan <i>Handrub</i> dan <i>Handwash</i>	Triwulan I 2022: 82,77% Triwulan II 2022: 91,49% Triwulan III 2022: 83,9% Triwulan IV 2022: 86,31%	Rata-rata capaian tahunan 86,12%
9	Kepatuhan Identifikasi Pasien Rawat Inap	100%	Kepatuhan Pemasangan Foto Pasien pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap	Triwulan I 2022: belum 97,44% Triwulan II 2022: belum 100% Triwulan III 2022: 95,24% Triwulan IV 2022: 84,62%	Rata-rata capaian tahunan 94,32%

10	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh	100%	Kepatuhan Pemasangan Stiker Risiko Jatuh pada Pasien Risiko Jatuh Tinggi di Rawat Inap	Triwulan I 2022: 81,54% Triwulan II 2022: 97,78% Triwulan III 2022: 100% Triwulan IV 2022: 89,1%	Rata-rata capaian tahunan 92,1%
----	--	------	--	---	------------------------------------

B. Laporan Hasil Kegiatan

1. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)



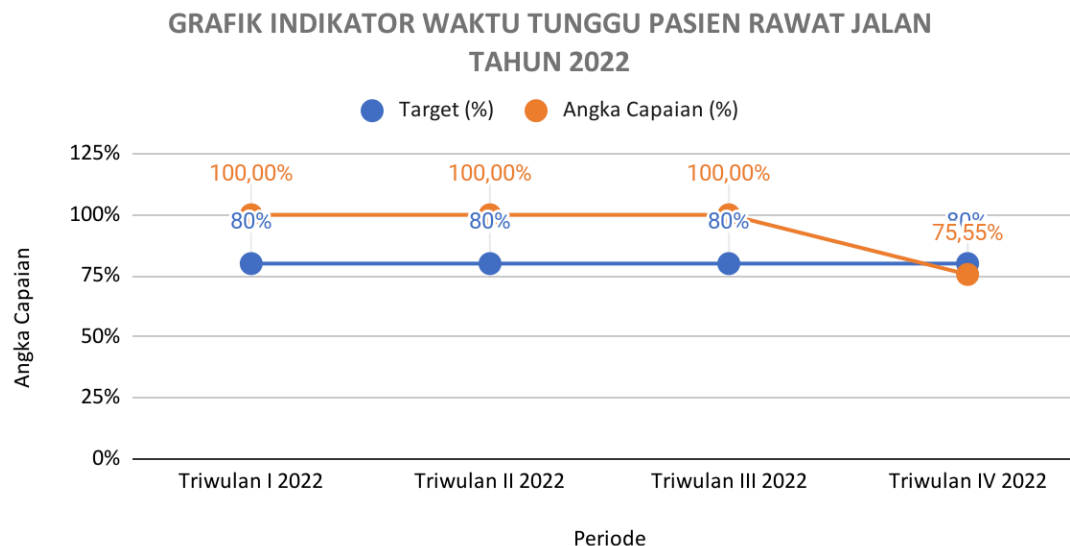
Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Pencapaian			Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
	Indikator Kinerja	Standar	Periode	Angka Capaian (%)	Rata-Rata (%)			
PPI RS	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	Triwulan I 2022	68,65%	77,55%	Rata-rata capaian Indikator tahun 2022 belum mencapai target karena: Kesadaran kepatuhan penggunaan APD masih kurang. Namun, terdapat tren peningkatan capaian dari triwulan I-IV.	1. Meningkatkan sosialisasi dan pelatihan penggunaan APD kembali. 2. Meningkatkan monitoring kepatuhan penggunaan APD.	1. Mengadakan sosialisasi dan pelatihan penggunaan APD. 2. Meningkatkan monitoring kepatuhan penggunaan APD.
			Triwulan II 2022	76,51%				
			Triwulan III 2022	81,71%				
			Triwulan IV 2022	83,34%				

Rencana Perbaikan

MASALAH	PLAN	DO	STUDY	ACTION
<p>Kepatuhan penggunaan APD belum memenuhi standar</p>	<p>Meningkatkan kepatuhan penggunaan APD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Sosialisasi penggunaan APD ● Melakukan pelatihan kembali terkait APD ● Bersama IPCN untuk mengingatkan petugas pentingnya penggunaan alat pelindung diri (APD) ● Meningkatkan monitoring kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) 	<ul style="list-style-type: none"> ● APD sudah tersedia di masing-masing unit namun masih kurangnya kesadaran petugas dalam penggunaan APD. ● Bersama IPCN untuk mengingatkan petugas pentingnya penggunaan alat pelindung diri (APD) ● Meningkatkan monitoring kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) ● Berdasarkan grafik, dapat terlihat bahwa 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mengadakan sosialisasi pelatihan kembali terkait penggunaan APD. ● Kunjungan ke ruangan untuk memberikan motivasi penggunaan APD ● Melakukan monitoring terhadap kepatuhan petugas penggunaan APD

			<p>pencapaian indikator kepatuhan penggunaan alat pelindung diri (APD) tahun 2022 masih di bawah target 100% dengan rata-rata 77,55%. Untuk selanjutnya, diperlukan monitoring secara kontinyu dengan melakukan peningkatan mutu menggunakan metode PDSA.</p>	
--	--	--	---	--

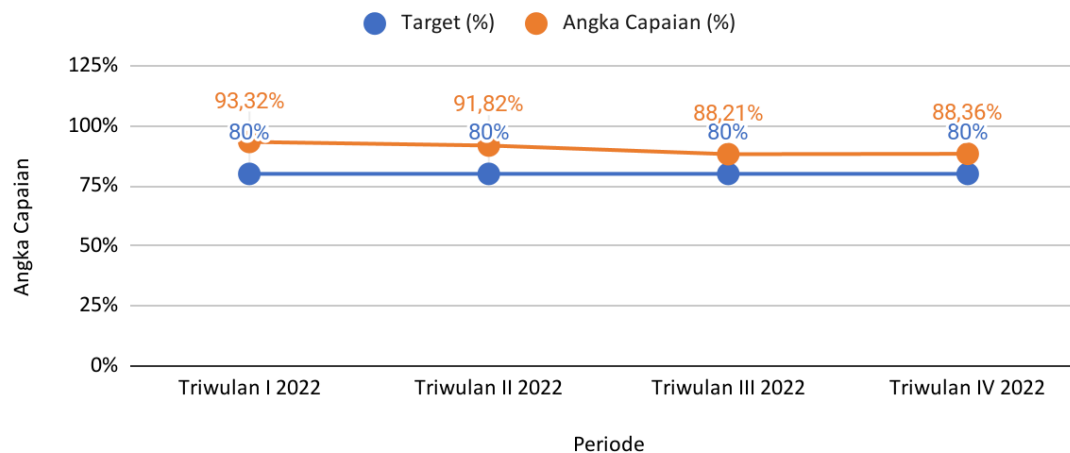
2. Waktu Tunggu Pasien Rawat Jalan (≤ 60 Menit)



Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Pencapaian			Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
	Indikator Kinerja	Standar	Periode	Angka Capaian (%)	Rata-Rata (%)			
Pelayanan Rawat Jalan	Waktu Tunggu Pasien Rawat Jalan (≤ 60 Menit)	$\geq 80\%$	Triwulan I 2022	100,00%	93,89%	Rata-rata capaian Indikator tahun 2022 sudah mencapai target karena: sudah melakukan langkah mitigasi untuk mempertahankan capaian. Namun, terdapat penurunan pada triwulan IV.	Perlu evaluasi pelayanan untuk mencari penyebab penurunan capaian indikator.	1. Melakukan evaluasi pelayanan 2. Meningkatkan kualitas pelayanan
			Triwulan II 2022	100,00%				
			Triwulan III 2022	100,00%				
			Triwulan IV 2022	75,55%				

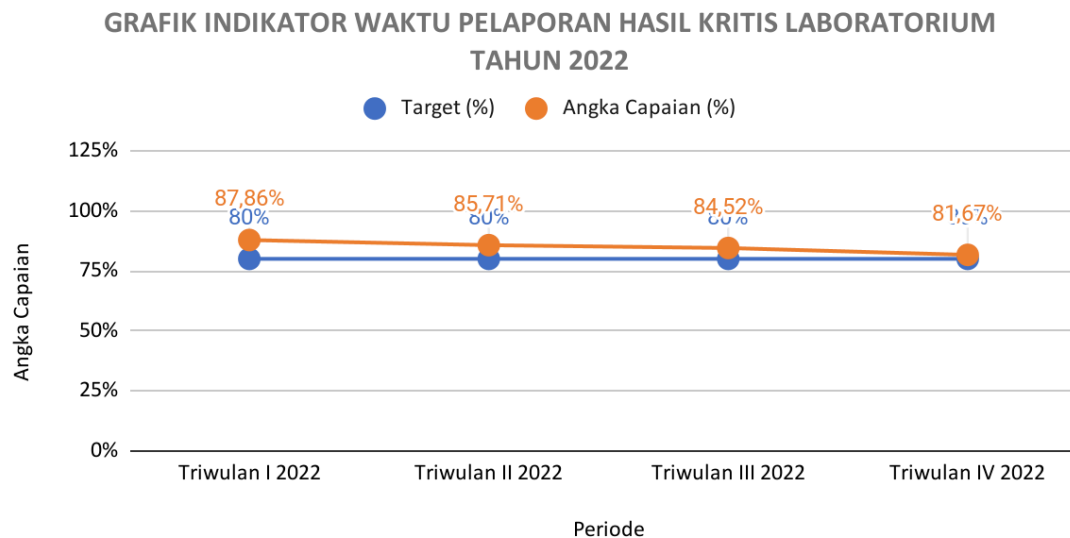
3. Kepatuhan Jam *Visite* Dokter Spesialis (Jam 09.00-17.00)

GRAFIK INDIKATOR KEPATUHAN JAM VISITE DOKTER SPESIALIS
TAHUN 2022



Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Pencapaian			Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
	Indikator Kinerja	Standar	Periode	Angka Capaian (%)	Rata-Rata (%)			
Pelayanan Rawat Inap	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis (Jam 09.00-17.00)	≥ 80%	Triwulan I 2022	93,32%	90,43%	Rata-rata capaian Indikator tahun 2022 sudah mencapai target karena: sudah melakukan langkah mitigasi untuk mempertahankan capaian.	Dokter Spesialis yang datang terlambat atau berhalangan hadir dapat digantikan dengan dokter spesialis lain.	Membuat SPO tentang pergantian dokter yang datang terlambat atau berhalangan.
			Triwulan II 2022	91,82%				
			Triwulan III 2022	88,21%				
			Triwulan IV 2022	88,36%				

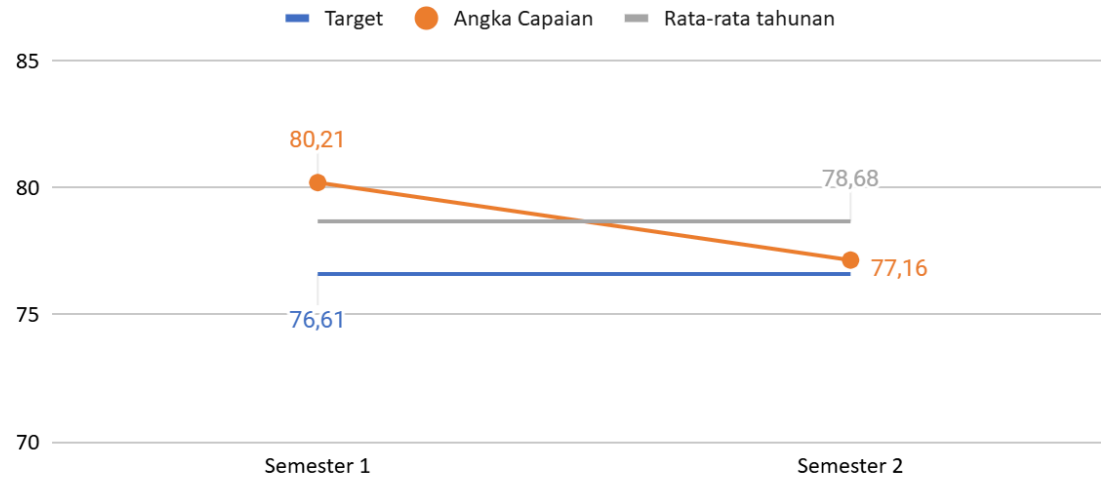
4. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium (≤ 30 Menit)



Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Pencapaian			Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
	Indikator Kinerja	Standar	Periode	Angka Capaian (%)	Rata-Rata (%)			
Laboratorium	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium (≤ 30 Menit)	$\geq 80\%$	Triwulan I 2022	87,86%	84,94%	Rata-rata capaian Indikator tahun 2022 sudah mencapai target karena: sudah melakukan langkah mitigasi untuk mempertahankan capaian.	Sudah sesuai Standar Pelayanan Minimal Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium (≤ 30 Menit). Pertahankan.	Mempertahankan tindak lanjut untuk mempertahankan capaian
			Triwulan II 2022	85,71%				
			Triwulan III 2022	84,52%				
			Triwulan IV 2022	81,67%				

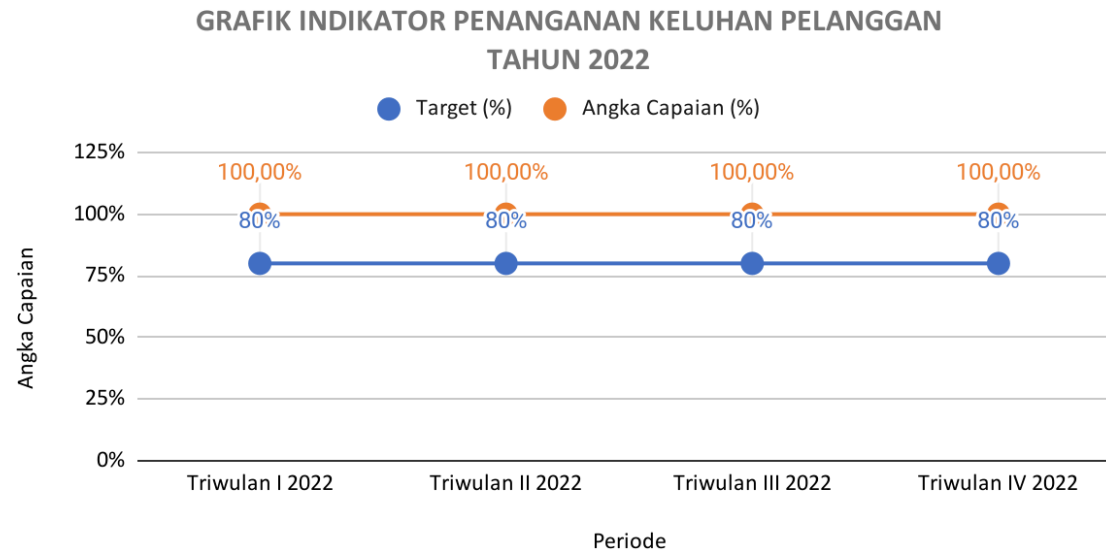
5. Kepuasan Pelanggan di Rumah Sakit

GRAFIK INM KEPUASAN PELANGGAN DI RS TAHUN 2022



Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Pencapaian			Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
	Indikator Kinerja	Standar	Periode	Angka Capaian	Rata-Rata			
Kepuasan Pelanggan di Rumah Sakit		≥ 76,61	Semester I 2022	80,21	78,68	Rata-rata capaian Indikator tahun 2022 sudah mencapai target karena: sudah melakukan langkah mitigasi untuk mempertahankan capaian.	Sudah sesuai Standar Pelayanan Minimal Kepuasan Pelanggan di Rumah Sakit. Pertahankan.	Mempertahankan tindak lanjut untuk mempertahankan capaian.
			Semester II 2022	77,16				

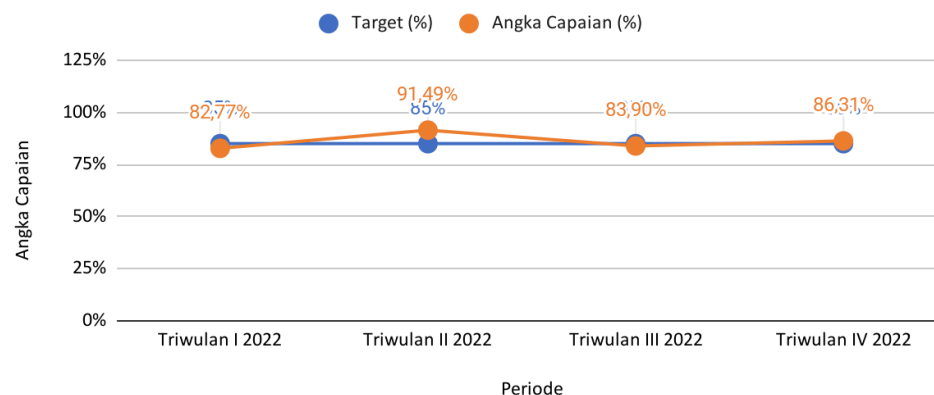
6. Penanganan Keluhan Pelanggan Secara Langsung Tertangani 2X24 Jam Setelah Laporan Masuk



Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Pencapaian			Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
	Indikator Kinerja	Standar	Periode	Angka Capaian (%)	Rata-Rata (%)			
Penanganan Keluhan Pelanggan Secara Langsung Tertangani 2X24 Jam Setelah Laporan Masuk	≥ 80%	Triwulan I 2022	100,00%	100,00%	Rata-rata capaian Indikator tahun 2022 sudah mencapai target karena: sudah melakukan langkah mitigasi untuk mempertahankan capaian.	Sudah sesuai Standar Pelayanan Minimal Kepuasan Pelanggan di Rumah Sakit. Pertahankan.	Mempertahankan tindak lanjut untuk mempertahankan capaian.	
		Triwulan II 2022	100,00%					
		Triwulan III 2022	100,00%					
		Triwulan IV 2022	100,00%					

7. Kepatuhan Kebersihan Tangan Karyawan dengan *Handrub* dan *Handwash*

GRAFIK INDIKATOR KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN KARYAWAN
TAHUN 2022



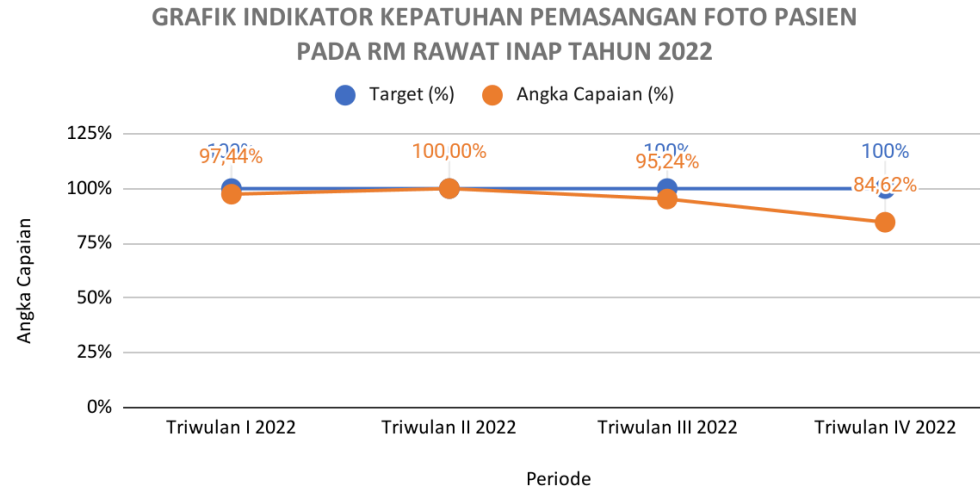
Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Pencapaian			Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
	Indikator Kinerja	Standar	Periode	Angka Capaian (%)	Rata-Rata (%)			
PPI RS	Kepatuhan Kebersihan Tangan Karyawan dengan Handrub dan Handwash	≥ 85%	Triwulan I 2022	82,77%	86,12%	Rata-rata capaian Indikator tahun 2022 sudah mencapai target karena: sudah melakukan langkah mitigasi untuk mempertahankan capaian (meningkatkan sosialisasi, pelatihan kembali, pemasangan media audio visual kebersihan tangan).	1. Perlu sosialisasi dan pelatihan cuci tangan kembali. 2. Menggunakan media untuk promosi cuci tangan. 3. Meningkatkan monitoring kepatuhan cuci tangan.	1. Mengadakan sosialisasi dan pelatihan cuci tangan. 2. Menambahkan media untuk promosi cuci tangan. 3. Meningkatkan monitoring kepatuhan cuci tangan.
			Triwulan II 2022	91,49%				
			Triwulan III 2022	83,90%				
			Triwulan IV 2022	86,31%				

Rencana Perbaikan

MASALAH	PLAN	DO	STUDY	ACTION
<p>Kepatuhan kebersihan tangan karyawan dengan <i>handrub</i> dan <i>handwash</i> belum memenuhi standar</p>	<p>Meningkatkan kepatuhan kebersihan tangan dengan <i>handrub</i> dan <i>handwash</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Sosialisasi pentingnya kebersihan tangan ● Melakukan pelatihan kembali terkait kebersihan tangan ● Menambahkan media untuk promosi kebersihan tangan. ● Meningkatkan monitoring kepatuhan kebersihan tangan 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fasilitas kebersihan tangan sudah tersedia namun masih kurangnya kesadaran dan kepatuhan karyawan dalam kebersihan tangan. ● Bersama IPCN untuk mengingatkan karyawan terkait pentingnya kebersihan tangan. ● Meningkatkan monitoring kepatuhan kebersihan tangan. ● Berdasarkan grafik, dapat terlihat bahwa 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mengadakan sosialisasi dan pelatihan kembali terkait kebersihan tangan. ● Menggunakan media untuk promosi kebersihan tangan. ● Melakukan monitoring terhadap kepatuhan karyawan dalam kebersihan tangan.

			<p>pencapaian indikator kepatuhan kebersihan tangan tahun 2022 masih di bawah target 100% dengan rata-rata 86,12%. Untuk selanjutnya, diperlukan monitoring secara kontinyu dengan melakukan peningkatan mutu menggunakan metode PDSA.</p>	
--	--	--	--	--

8. Kepatuhan Pemasangan Foto Pasien pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap



Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Pencapaian			Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
	Indikator Kinerja	Standar	Periode	Angka Capaian (%)	Rata-Rata (%)			
Pelayanan Rawat Inap	Kepatuhan Pemasangan Foto Pasien pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap	100%	Triwulan I 2022	97,44%	94,32%	Rata-rata capaian Indikator tahun 2002 belum mencapai target di triwulan I, III, dan IV karena: belum ada langkah mitigasi untuk menjaga capaian Kepatuhan Pemasangan Foto Pasien pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap.	Lakukan evaluasi untuk meningkatkan capaian Kepatuhan Pemasangan Foto Pasien pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap.	Melakukan evaluasi pelayanan
			Triwulan II 2022	100,00%				
			Triwulan III 2022	95,24%				
			Triwulan IV 2022	84,62%				

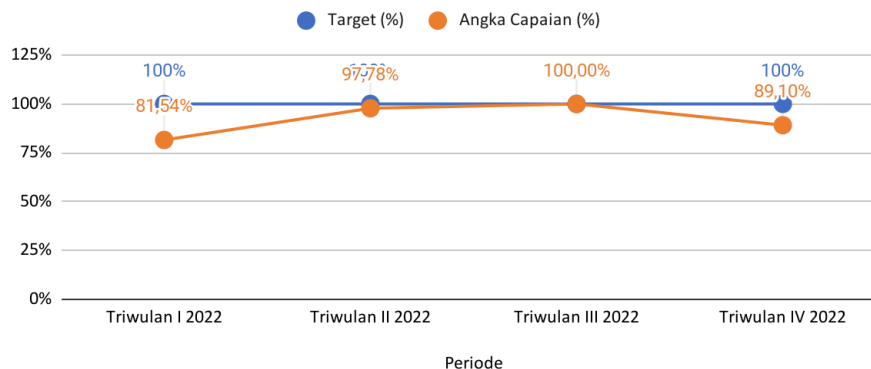
Rencana Perbaikan

MASALAH	PLAN	DO	STUDY	ACTION
<p>Kepatuhan pemasangan foto pasien pada rekam medis pasien rawat inap belum memenuhi standar</p>	<p>Meningkatkan kepatuhan pemasangan foto pasien pada rekam medis pasien rawat inap</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Melakukan evaluasi pelayanan ● Motivasi perawat untuk meningkatkan kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien sesuai dengan SPO ● Meningkatkan monitoring kepatuhan pemasangan foto pasien pada rekam medis pasien rawat inap 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pemasangan foto pasien pada rekam medis sudah dilakukan, namun perlu peningkatan dalam kepatuhan pemasangan. ● Meningkatkan monitoring kepatuhan pemasangan foto pasien pada rekam medis pasien rawat inap. ● Berdasarkan grafik, dapat terlihat bahwa pencapaian indikator kepatuhan 	<ul style="list-style-type: none"> ● Melakukan evaluasi pelayanan ● Melakukan monitoring dan motivasi terhadap kepatuhan pemasangan foto pasien pada rekam medis pasien rawat inap.

			<p>pemasangan foto pasien pada RM pasien rawat inap tahun 2022 masih di bawah target 100% dengan rata-rata 94,32%. Untuk selanjutnya, diperlukan monitoring secara kontinyu dengan melakukan peningkatan mutu menggunakan metode PDSA.</p>	
--	--	--	--	--

9. Kepatuhan Pemasangan Stiker Risiko Jatuh pada Pasien Risiko Jatuh Tinggi di Rawat Inap

GRAFIK INDIKATOR KEPATUHAN PEMASANGAN STIKER RISIKO JATUH RAWAT INAP TAHUN 2022



Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Pencapaian			Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
	Indikator Kinerja	Standar	Periode	Angka Capaian (%)	Rata-Rata (%)			
Pelayanan Rawat Inap	Kepatuhan Pemasangan Stiker Risiko Jatuh pada Pasien Risiko Jatuh Tinggi di Rawat Inap	100%	Triwulan I 2022	81,54%	92,10%	Rata-rata capaian Indikator tahun 2022 belum mencapai target karena: belum ada langkah mitigasi untuk menjaga capaian Kepatuhan Pemasangan Stiker Risiko Jatuh pada Pasien Risiko Jatuh Tinggi di Rawat Inap. Namun, capaian di triwulan 3 sudah mencapai standar	Stiker risiko jatuh dipasang di tempat yang tidak bisa dilepas pasien.	Memonitoring pemasangan stiker risiko jatuh setiap kali jaga shift.
			Triwulan II 2022	97,78%				
			Triwulan III 2022	100,00%				
			Triwulan IV 2022	89,10%				

Rencana Perbaikan

MASALAH	PLAN	DO	STUDY	ACTION
<p>Kepatuhan pemasangan stiker risiko jatuh pada pasien risiko jatuh tinggi di rawat inap belum memenuhi standar</p>	<p>Meningkatkan kepatuhan pemasangan stiker risiko jatuh pada pasien risiko jatuh tinggi di rawat inap</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Pemasangan stiker risiko jatuh di tempat yang tidak bisa dilepas oleh pasien ● Motivasi perawat untuk meningkatkan upaya pencegahan risiko pasien jatuh sesuai dengan SPO ● Meningkatkan monitoring kepatuhan pemasangan stiker risiko jatuh pada pasien risiko jatuh tinggi di rawat inap 	<ul style="list-style-type: none"> ● Stiker risiko jatuh sudah tersedia namun perlu peningkatan dalam kepatuhan pemasangan, ● Meningkatkan monitoring kepatuhan pemasangan stiker risiko jatuh pada pasien risiko jatuh tinggi di rawat inap. ● Berdasarkan grafik, dapat terlihat bahwa pencapaian indikator kepatuhan pemasangan stiker risiko jatuh pada 	<ul style="list-style-type: none"> ● Stiker risiko jatuh dipasang di tempat yang tidak bisa dilepas oleh pasien. ● Melakukan monitoring dan motivasi terhadap kepatuhan pemasangan stiker risiko jatuh pada pasien risiko jatuh tinggi di rawat inap

			<p>pasien risiko jatuh tinggi di rawat inap tahun 2022 masih di bawah target 100% dengan rata-rata 92,10%. Untuk selanjutnya, diperlukan monitoring secara kontinyu dengan melakukan peningkatan mutu menggunakan metode PDSA.</p>	
--	--	--	--	--

BAB III

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil rata-rata capaian Indikator Nasional Mutu tahun 2022 di Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Hasil capaian Indikator Nasional Mutu menurut tren capaian dari bulan perbulan yang telah mencapai standar adalah:
 - a. Waktu Tunggu Pasien Rawat Jalan (≤ 60 Menit) : 93,89%
 - b. Kepatuhan Jam *Visite* Dokter Spesialis (Jam 09.00-17.00) : 90,43%
 - c. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Laboratorium (≤ 30 Menit) : 84,94%
 - d. Kepuasan Pelanggan di Rumah Sakit : 78,68
 - e. Penanganan Keluhan Pelanggan Secara Langsung Tertangani 2X24 Jam Setelah Laporan Masuk : 100%
 - f. Kepatuhan Kebersihan Tangan Karyawan dengan *Handrub* dan *Handwash* : 86,12%
2. Indikator Nasional Mutu Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway* tidak bisa dinilai capaiannya karena termasuk rumah sakit khusus yang tidak merawat pasien dengan penyakit prioritas nasional.

B. Saran

Hasil capaian Indikator Nasional Mutu tahun 2022 menurut tren capaian dari bulan perbulan yang belum tercapai 100% atau belum sesuai standar dan harus ditingkatkan agar tercapai sesuai target adalah :

1. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) : 77,55%

Rekomendasi:

- Meningkatkan sosialisasi dan pelatihan penggunaan APD
- Meningkatkan monitoring kepatuhan penggunaan APD

Tindak lanjut:

- Mengadakan sosialisasi dan pelatihan penggunaan APD
- Meningkatkan monitoring kepatuhan penggunaan APD

2. Kepatuhan Pemasangan Foto Pasien pada Rekam Medis Pasien Rawat Inap : 94,32%

Rekomendasi: Melakukan evaluasi untuk meningkatkan capaian.

Tindak lanjut: Melakukan evaluasi pelayanan.

3. Kepatuhan Pemasangan Stiker Risiko Jatuh pada Pasien Risiko Jatuh Tinggi di Rawat Inap : 92,1%

Rekomendasi: Stiker risiko jatuh dipasang di tempat yang tidak bisa dilepas pasien.

Tindak lanjut: Memonitoring pemasangan stiker risiko jatuh pada pasien rawat inap setiap kali jaga *shift*.

BAB IV

PENUTUP

Berikut ini kami sampaikan Laporan Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Tahun 2022. Laporan ini secara umum berisi tentang hasil pencapaian Indikator Nasional Mutu yang sudah dilakukan selama bulan Januari-Desember 2022. Selama proses pembuatan laporan ini, kami juga turut menyadari akan potensi kekurangan yang terjadi. Namun, besar harapan kami agar laporan ini dapat menjadi refleksi untuk memajukan pelayanan yang sudah berjalan di Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala pada waktu yang akan datang.

Yogyakarta, 10 Januari 2023

Ketua Komite Mutu



dr. M.G.Rini Arianti, SpKJ