

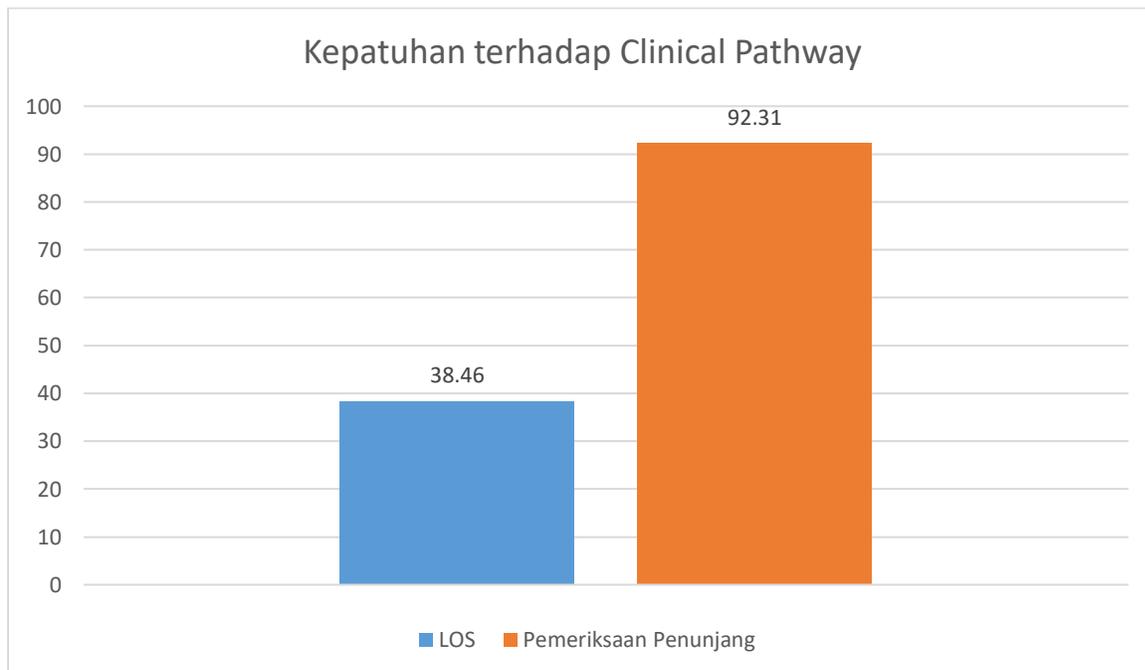
**LAPORAN INDIKATOR MUTU NASIONAL
RUMAH SAKIT KHUSUS PURI NIRMALA YOGYAKARTA
PERIODE TRIWULAN IV 2019**

1. IAK I : Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium (yang spesifik) <30 menit

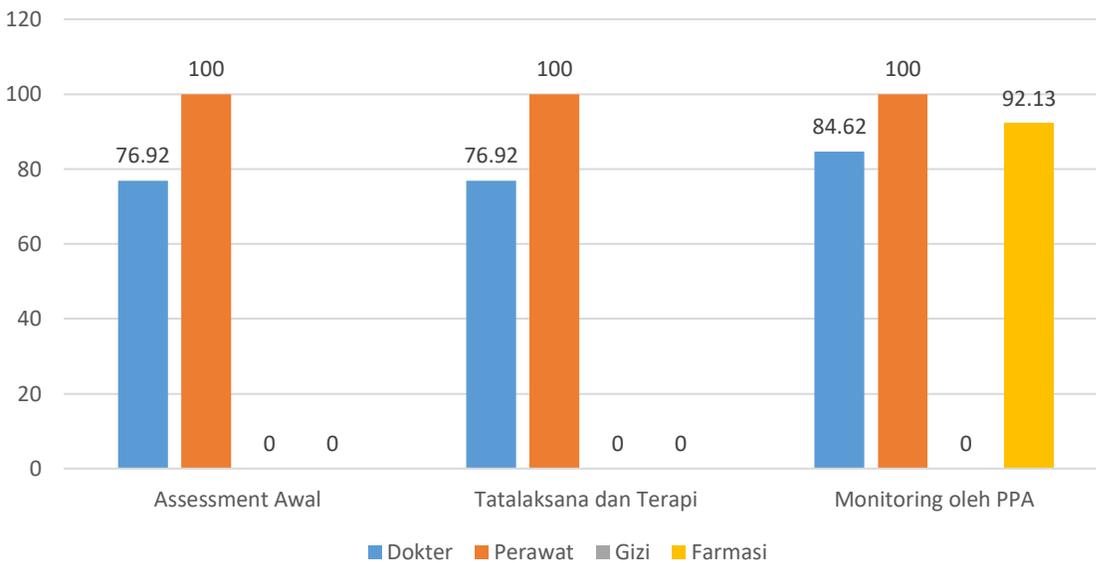
Nama Indikator	Standar	Pencapaian	Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium (yang spesifik) <30 menit	90 %	Tidak ada data	- Tidak ada data	1. Tidak ada data	1. Tidak ada data.

2. IAK II : Penundaan operasi elektif ≥ 2 hari (TDD)

3. IAK III : Kepatuhan terhadap Clinical Pathway



Grafik Kepatuhan terhadap Clinical Pathway



Nama Indikator	Standar	Pencapaian	Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	50%	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Length of Stay</i> kurang dari 14 hari = 38.46% • Pemeriksaan Penunjang (Lab dan EKG) = 92,31% • Assesmen awal: 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Length of Stay</i> masih belum memenuhi standar - Keluarga masih takut menerima pasien meskipun pasien sudah diperbolehkan pulang dan kondisi stabil <p>Ada 11 dari 13 Rekam Medis yang mendapatkan Pemeriksaan Penunjang</p> <p>Belum adanya keikutsertaan dari</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk pasien rawat inap, perlu dipastikan untuk pengecekan berkala PANSS-EC untuk mengurangi waktu <i>Length of Stay</i> yang berlebih. - Edukasi ke keluarga pasien dioptimalkan <p>Dipertahankan</p> <p>Pihak Gizi dan Pihak Farmasi perlu melakukan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perlu adanya pelatihan terkait Monitoring Pasien Kejiwaan seperti pengukuran skala PANSS-EC atau BPRS untuk memberikan indikasi apakah pasien boleh pulang atau tidak. - Edukasi sudah dilakukan, perlu dimasukkan form khusus di rekam medis <p>Dipertahankan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adanya form assesmen awal

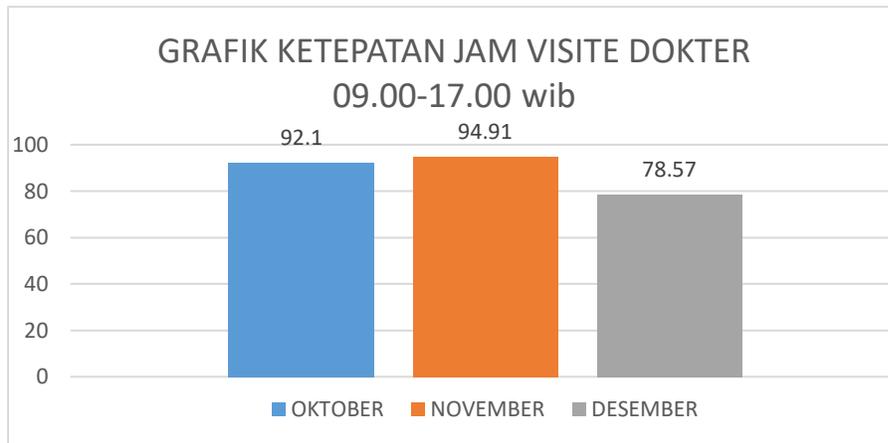
		<ul style="list-style-type: none"> - Dokter 76.92% - Perawat 100% - Gizi 0% - Farmasi 0% 	<p>pihak Gizi dan Farmasi untuk menulis di Rekam Medis Pasien Rawat Inap</p>	<p>asesmen awal pada pasien rawat inap dan didokumentasikan dalam rekam medis.</p>	<p>untuk Gizi dan Farmasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diperlukan juga adanya pelatihan komunikasi interpersonal antar PPA supaya mengisi form assessment awal di rekam medis
		<ul style="list-style-type: none"> • Tatalaksana dan Terapi: <ul style="list-style-type: none"> - Dokter 76.92% - Perawat 100% - Gizi 0% - Farmasi 0% 	<p>Belum adanya keikutsertaan dari pihak Gizi dan Farmasi untuk menulis di Rekam Medis Pasien Rawat Inap</p>	<p>Pihak Gizi dan Pihak Farmasi perlu melakukan tatalaksana dan terapi pada pasien rawat inap dan didokumentasikan dalam rekam medis.</p>	<p>Diperlukan juga adanya pelatihan komunikasi interpersonal antar PPA supaya mengisi form tatalaksana dan terapi di rekam medis, khususnya Gizi dan Farmasi.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring oleh PPA: <ul style="list-style-type: none"> - Dokter 84.62% - Perawat 100% - Gizi 0% - Farmasi 92.13% 	<p>Belum adanya keikutsertaan dari pihak Gizi untuk menulis di Rekam Medis Pasien Rawat Inap</p>	<p>Pihak Gizi perlu melakukan tatalaksana dan terapi pada pasien rawat inap dan didokumentasikan dalam rekam medis.</p>	<p>Diperlukan juga adanya pelatihan komunikasi interpersonal antar PPA supaya mengisi manajemen di rekam medis, khususnya Gizi.</p>

4. IAK IV : Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (TDD)

5. IAM I : Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

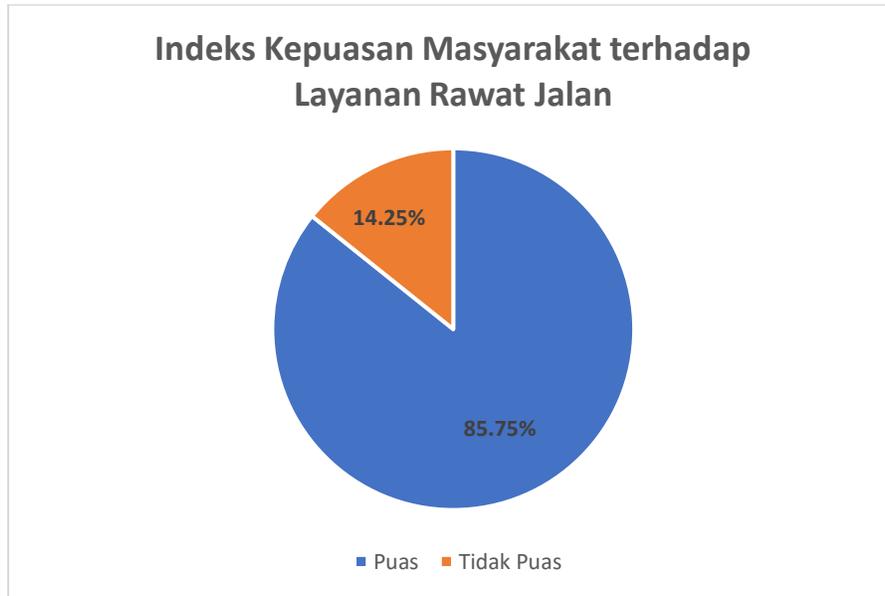
Nama Indikator	Standar	Pencapaian	Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	Tidak ada data	Tidak ada data	Tidak ada data	Tidak ada data

6. IAM II : Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis



Nama Indikator	Stand ar	Pencapaian	Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis (jam 09.00-17.00)	100%	Rata-rata 88,51%	Oktober : $58/63 \times 100\% = 92,10\%$ November : $56/59 \times 100\% = 94,91\%$ Desember : $44/56 \times 100\% = 78,57\%$ Evaluasi: Dokter datang terlambat	Dokter yang datang terlambat atau berhalangan hadir dapat digantikan dokter spesialis lain	Membuat SPO tentang pergantian dokter yang datang terlambat atau berhalangan

7. IAM III : Kepuasan pelanggan di Rumah Sakit



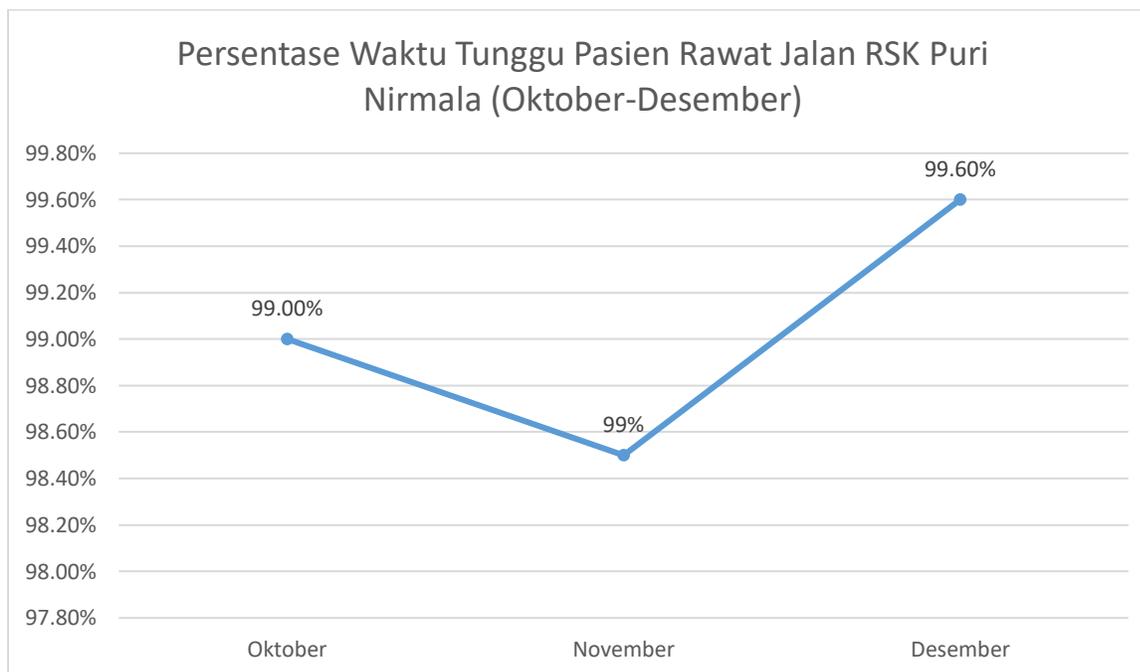
Rata - rata =	<u>Total Average</u>	<u>24.00978</u>	=	3.43
	Total Item Questioner	7		
IKP =	<u>Rata - rata</u> x 100%	<u>3.43</u> x 100%	=	85.75
	Nilai Tertinggi	4		

Nama Indikator	Standar	Pencapaian	Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
Kepuasan pelanggan di Rumah Sakit	70%	85,75 %	Juli-Desember 2019: Tercapai Persentase 85,79%	Dipertahankan	Dipertahankan

8. IAM IV : Penanganan keluhan pelanggan secara langsung tertangani 2 x 24 jam setelah laporan masuk

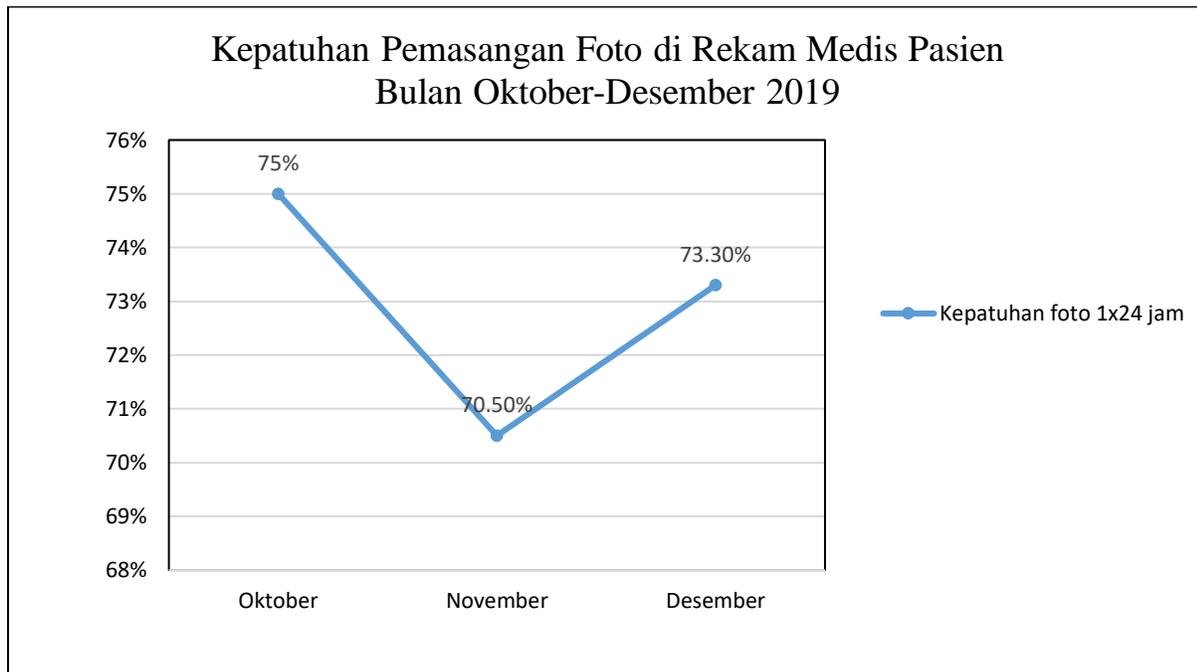
Nama Indikator	Standar	Penca paian	Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
Penanganan keluhan pelanggan secara langsung tertangani 2 x 24 jam setelah laporan masuk	75%	Tidak ada data	Tidak ada data	Tidak ada data	Tidak ada data

9. IAM V : Waktu tunggu pasien rawat jalan (≤ 60 menit)



Nama Indikator	Standar	Pencapaian	Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
Waktu tunggu pasien rawat jalan (≤ 60 menit)	100%	Rata-rata 99,03%	Bulan Oktober : 99% Bulan November : 98,5% Bulan Desember : 99,6%	<ul style="list-style-type: none"> - Mengusulkan apabila dokter yang satu visit atau keperluan yang lain, dokter yang lain bisa mulai poli sehingga pelayanan pasien sesuai - Pembinaan terhadap dokter yang datang siang saat jadwal poli 	<p>Direktur membuat peraturan tugas dan tanggung jawab dokter untuk yang bertugas di poli atau yang visit sesuai dengan peraturan rumah sakit</p> <p>Dokter yang bertugas di poli segera mungkin mencari dokter pengganti untuk menggantikan di poli</p> <p>Direktur Rumah sakit memberikan teguran secara lisan atau tertulis terhadap dokter yang datang tidak sesuai jadwal</p>

10. ISKP I : Kepatuhan pemasangan foto pasien pada rekam medis pasien rawat inap



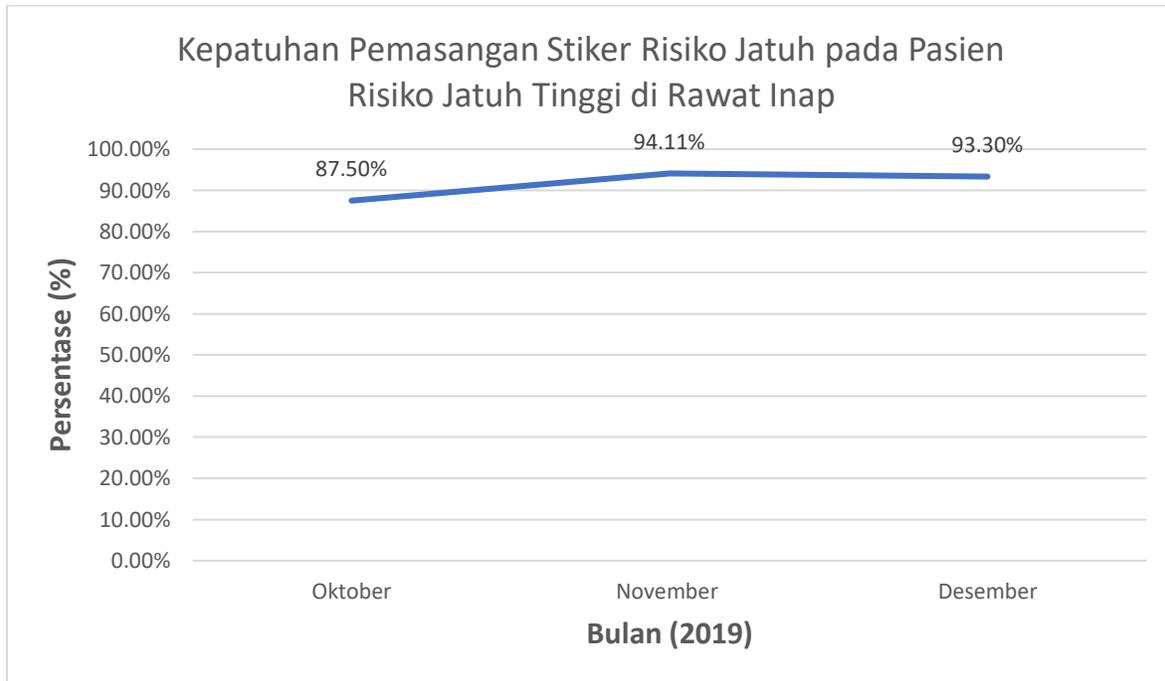
Nama Indikator	Standar	Pencapaian	Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
Kepatuhan pemasangan foto pasien pada rekam medis pasien rawat inap	100%	Rata-rata 72,93	Oktober : Jumlah 16, sesuai 12, pencapaian 75% November : Jumlah 17, sesuai 12, pencapaian 70,5% Desember : Jumlah 15, sesuai 11, pencapaian 73,3% Evaluasi : belum semua pasien baru segera di foto dan hasil foto di pasang di rekam medis	Sebelum masuk rawat inap pasien di foto terlebih dahulu dan hasil foto di pasang di rekam medis	Mengingatkan kepada perawat yang menerima pasien untuk selalu foto pasien dan memasang di rekam medis SPO pemasangan foto identitas pasien sudah ada

11. ISKP II : Kepatuhan Kebersihan Tangan Karyawan dengan Handrub dan Handwash



Nama Indikator	Standar	Pencapaian	Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
Kepatuhan Kebersihan tangan karyawan dengan handrub dan handwash	85%	Rata-rata 81,33%	<p>Oktober 2019= $(139 \times 100 : 199) = 69,84\%$</p> <p>November 2019 = $(208 \times 100 : 250) = 83,20\%$</p> <p>Desember 2019 = $(261 \times 100 : 287) = 90,94\%$</p> <p>Pencapaian nilai standar belum tercapai</p> <p>Evaluasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kurangnya fasilitas yang memadai sehingga belum semua karyawan melakukan cuci tangan dengan 5 saat dan 6 langkah 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengusulkan ke Manajemen penambahan fasilitas cuci tangan - Perlu sosialisasi keseluruhan komponen yang ada di rumah sakit baik karyawan rumah sakit. 	<ul style="list-style-type: none"> - Membuat usulan ke Manajemen saat rapat - Perlu penambahan sosialisasi atau refreshing berupa pemutaran video di rumah sakit.

12. ISKP III : Kepatuhan Pemasangan Stiker Risiko Jatuh pada Pasien risiko jatuh tinggi di Rawat Inap



Nama Indikator	Standar	Pencapaian	Evaluasi	Rekomendasi	Tindak Lanjut
Kepatuhan Pemasangan Stiker Risiko Jatuh pada Pasien risiko jatuh tinggi di Rawat Inap	100%	Rata-rata 91,64%	Oktober = $14/16 \times 100\% = 87,5\%$ November = $16/17 \times 100\% = 94,11\%$ Desember = $14/15 \times 100\% = 93,3\%$ Evaluasi : belum semua pasien baru segera di pasang stiker risiko jatuh	- Perawat segera memasang stiker risiko jatuh sesuai SPO	- Memonitoring setiap kali jaga shift