

**LAPORAN EVALUASI PROGRAM KERJA
PENINGKATAN MUTU DAN
KESELAMATAN PASIEN (PMKP)
TW III TAHUN 2023**



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan Laporan Evaluasi Program Kerja PMKP TW III di Rumah Sakit Dharma Nugraha.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi kami untuk menyelesaikan laporan evaluasi ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Kami menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan Laporan Evaluasi Program kerja PMKP TW III, oleh sebab itu kami mengharapkan saran dan kritik yang membangun guna perbaikan dalam penulisan lapiran ini. Akhir kata, kami berharap laporan evaluasi ini dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu manajemen Rumah Sakit ke depannya.

Jakarta, 1 November 2023

Komite Mutu

**LAPORAN EVALUASI PROGRAM
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)
RS DHARMA NUGRAHA
TW III TAHUN 2023**

A. PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit harus berkualitas dan memenuhi lima dimensi mutu yang utama yaitu: *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, and *empathy*. Disadari ataupun tidak, penampilan (*tangibles*) dari rumah sakit merupakan point pertama yang ditilik ketika pasien pertama kali mengetahui keberadaannya. Kesesuaian janji (*reliability*), pelayanan yang tepat (*responsiveness*), dan jaminan pelayanan (*assurance*) merupakan masalah yang sangat peka dan sering menimbulkan konflik. Dalam proses pelayanan ini faktor perhatian (*empathy*) terhadap pasien tidak dapat dilalaikan oleh pihak rumah sakit.

Program kerja PMKP dibuat sebagai acuan dalam pengoptimalan upaya membentuk budaya keselamatan pasien yang memberi dampak pada setiap aspek pelayanan. Program kerja ini juga dibuat guna meningkatkan mutu pelayanan dan mengurangi risiko baik terhadap pasien, staf dan bisnis Rumah Sakit ke depan.

Adanya program PMKP yang telah disusun diperlukan adanya pengawasan bahwa program yang dibuat telah berjalan dan sesuai dengan sasaran. Maka dari itu, kegiatan evaluasi program perlu dilakukan supaya dapat ditentukan langkah pemenuhan selanjutnya dan data capaian program dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien

2. Maksud dan tujuan

- a. Maksud: kegiatan ini dimaksudkan sebagai bahan acuan dalam melakukan evaluasi kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- b. Tujuan :
 - a. Memberikan gambaran hasil capaian kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dapat digunakan sebagai upaya perbaikan dan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh semua unit kerja

- b. Meningkatkan upaya peningkatan mutu dan keselamatan dari semua unit kerja di Rumah Sakit

3. Ruang Lingkup

Ruang lingkup laporan evaluasi program ini meliputi:

- a. Kegiatan yang dilaksanakan
- b. Standar
- c. Hasil Kegiatan
- d. Analisa
- e. Tindak lanjut

B. KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN

1. Hasil Pelaksanaan Kegiatan

HASIL PELAKSANAAN KEGIATAN PROGRAM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP) RS DHARMA NUGRAHA TW III TAHUN 2023

NO	KEGIATAN	STANDAR	HASIL	ANALISA	TINDAK LANJUT
1	Melakukan pengukuran indikator mutu nasional	Tercapai seusi standar masing-masing indikator	<div><div><div>Kepuasan pasien</div><div>Kecepatan waktu tanggap...</div><div>Kepatuhan upaya...</div><div>Kepatuhan terhadap clinical...</div><div>Kepatuhan Penggunaan...</div><div>Pelaporan hasil kritis...</div><div>Kepatuhan waktu visite dokter</div><div>Penundaan operasi elektif</div><div>Waktu tunggu rawat jalan</div><div>Waktu tanggap seksio...</div><div>Kepatuhan identifikasi pasien</div><div>Kepatuhan penggunaan APD</div><div>Kepatuhan kebersihan tangan</div></div><div><div><div></div><div>0%20%40%60%80%100%120%</div></div><div><div></div><div>Pencapaian</div><div>Standar</div></div></div></div>	Dari 13 Indikator nasional, terdapat 3 Indikator yang belum mencapai standar yaitu indikator Kepatuhan penggunaan APD, Kepatuhan identifikasi pasien, dan Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh. Sedangkan Indikator Waktu tanggap seksio sesarea emergensi didapati hasil 0% dikarenakan tidak adanya pasien SC selama TW III.	Meningkatkan kompetensi dan kosistensi SDM dalam melakukan Identifikasi pasien, manajemen resiko jatuh, dan kepatuhan penggunaan APD melalui sosialisasi diklat ataupun bedside teaching.
2	Melakukan peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas				

	a. Pemilihan jenis pelayanan klinis prioritas tahun 2023	Ditetapkan pelayanan prioritas tahun 2023 yaitu pada pelayanan onkologi	Terlaksana pada tanggal 30 Juni 2023 pada rapat pemilihan pelayanan prioritas dan indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) bersama pimpinan dan di tetapkan melalui Keputusan Direktur NOMOR 010/KEP-DIR/RSDN/ IV/2023	Prioritas pengukuran pelayanan klinis akan di evaluasi pada pelayanan prioritas onkologi di tahun 2023, dengan jumlah 6 indikator mutu prioritas rs (IMP-RS)	Melaksanakan prioritas pengukuran pelayanan klinis onkologi di tahun 2023 melalui program prioritas peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang telah di susun, terhadap unit yang di tetapkan sebagai pelaksanaan prioritas pengukuran pelayanan prioritas onkologi
	b. Penetapan unit implementasi peningkatan mutu pelayanan prioritas di Rumah Sakit	Ditetapkannya 12 unit yang terkait dengan pelayanan prioritas			
	c. Memilih indikator mutu prioritas RS (IMP-RS)	Terpilihnya indikator mutu prioritas rumah sakit tahun 2023			
	d. Pengumpulan data, analisa, interpretasi data dan <i>feedback</i> data	Terlaksananya pengumpulan data indikator mutu prioritas rumah sakit	Pengumpulan data terlaksana melalui worksheet di one note/google drive.	Pengumpulan data untuk semua unit kerja belum terlaksana konsisten secara harian terutama untuk memindahkan hasil ke	Berkolaborasi dengan PIC data untuk mengisi worsheet harian setiap hari, dan melakukan

				excel one note/google drive	supervisi pengumpulan data
	e.Pelaporan capaian indikator mutu prioritas RS	Terlaksananya pelaporan data indikator mutu prioritas rumah sakit tepat waktu	Rapat pelaporan capaian indikator mutu prioritas terlaksana pada tanggal 23 Oktober 2023	Dalam rapat di informasikan hasil pengukuran indikator mutu prioritas RS	Feedback RTL ke Unit Pelayanan dan unit kerja, dan evaluasi implementasi rekomendasi rencana tindak lanjut capaian indikator mutu prioritas disosialisasikan
3	Melakukan peningkatan mutu unit				
	a.Pemilihan indikator mutu unit	Dipilih dan ditetapkan indikator mutu unit pada Unit:	Terlaksana pada tanggal 30 Juni 2023 pada rapat pemilihan pelayanan prioritas dan indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) bersama pimpinan dan di tetapkan melalui Keputusan Direktur NOMOR : 008/KEP- DIR/ RSDN/V/2023	<ul style="list-style-type: none"> • Instalasi Gawat Darurat (6 Indikator) • Instalasi Rawat Jalan (5 Indikator) • Instalasi Rawat Inap (7 Indikator) • Instalasi Kamar Operasi (8 Indikator) • Instalasi Kamar Bersalin (7 Indikator) • Laboratorium (6 Indikator) • Farmasi (7 Indikator) • Radiologi (5 Indikator) • Fisioterapi (3 Indikator) • Laundry&Tatagraha (2 Indikator) 	Membuat profil indicator mutu unit.
	b.Penetapan indikator mutu unit	UGD, Rawat jalan, rawat inap, laboratorium, radiologi, farmasi, gizi, laundry dan tatagraha, ruang bersalin, ruang operasi, fidioterapi, dan marketing.			Memantau pelaksanaan pengukuran indikator mutu unit

	c. Pengumpulan data & Analisa data indikator mutu unit	Terlaksananya pengumpulan data indikator mutu unit	Pengumpulan data terlaksana melalui worksheet di one note/google drive.	Pengumpulan data untuk semua unit kerja belum terlaksana konsisten secara harian terutama untuk memindahkan hasil ke excel one note/google drive	Berkolaborasi dengan PIC data untuk mengisi worksheet harian setiap hari, dan melakukan supervisi pengumpulan data
	d. Pelaporan indikator mutu unit	Terlaksananya pelaporan data indikator mutu unit tepat waktu	Pelaporan capaian indikator mutu unit tiap Triwulan kepada pimpinan/direksi, terlaksana pada tanggal 23 Oktober 2023	Dalam rapat di informasikan hasil pengukuran indikator mutu unit. Terdapat Unit yang masih kurang yaitu: Radiologi	Tingkatkan pencapaian untuk Unit yang masih rendah dengan pemantauan dan pengawasan oleh Ka.Inst, dan melakukan metode perbaikan dengan sistem PDSA
	e. Melakukan rencana perbaikan & pelaksanaan perbaikan	Rapat Mutu RS di awal dan akhir trimester			
	f. Monitoring mutu unit kerja	Melakukan supervise indikator mutu unit tiap bulannya.	Supervisi indikator mutu unit tiap bulannya oleh komite mutu, dan dilaporkan kepada direktur	Terdapat unit yang belum konsisten pelaporan indikator mutu unitnya, terdapat unit yang masih kurang awarenessnya dalam pengisian sensus harian	Mengingatkan Kembali kepada unit agar tepat waktu dan konsisten
NO	KEGIATAN	STANDAR	HASIL	ANALISA	TINDAK LANJUT
4	Melakukan pengumpulan data, analisis, pelaporan dan feedback data indikator mutu terintegrasi				

a.	Pengumpulan data indikator mutu oleh PIC disetiap unit kerja sesuai dengan profil indikator	Dilakukan secara konsisten oleh PIC data mutu unit	Terdapat PIC data mutu yang mengumpulkan data indikator mutu secara manual, karena kurang memahami teknologi. Kemudian meminta bantuan SDM lain yang memahami teknologi untuk memasukkan data ke excel.	Data yang dikumpulkan kemudian di upload dan dilaporkan ke komite mutu	Dilakukan diklat pelatihan cara menggunakan excel terkait pengumpulan data indikator mutu.
b.	Analisa data capaian indikator sesuai dengan ketentuan analisa data	PIC data mutu unit melakukan analisa data capaian tiap bulannya dan tiap triwulan.	Data yang di Analisa akan digunakan untuk menyusun rencana tindak lanjut untuk mencari peluang perbaikan. Dilakukan rapat evaluasi hasil capaian mutu TW III pada 23 Oktober 2023	1. Pencapaian Mutu Unit terbaik ada di unit: Rawat Jalan/ Poli, Kamar bersalin/ VK, Fisioterapi, Farmasi, Gizi, Laundry/Tatagraha, dan Marketing. 2. Unit Pelayanan yang masih kurang: Radiologi.	Tingkatkan pencapaian untuk Unit yang masih rendah dengan pemantauan dan pengawasan oleh Ka.Inst, dan melakukan metode perbaikan dengan sistem PDSA.
c.	Validasi data sesuai dengan ketentuan validasi data	Melakukan validasi data terhadap indikator mutu baru, terutama indikator mutu prioritas RS	Melaporkan hasil validasi data indikator mutu baru (indikator mutu prioritas rs) pada tanggal 2 oktober 2023 kepada direktur	Semua indicator yang di lakukan validasi dan analisa dinyatakan data valid.	Monitoring validasi data terhadap indikator baru dan ketentuan validasi lainnya
d.	Pelaporan data indikator mutu dari	Disusunnya laporan hasil evaluasi	Disusunnya laporan hasil evaluasi capaian mutu TW III yang disusun oleh komite mutu, diketahui oleh direktur RS dan disetujui oleh direktur PT (pemilik).	1. Pencapaian Mutu Unit terbaik ada di unit:	Tingkatkan pencapaian untuk

	tingkat unit sampai dengan ke Pemilik	capaian mutu TW III		Rawat Jalan/ Poli, Kamar bersalin/ VK, Fisioterapi, Farmasi, Gizi, Laundry/Tatagraha, dan Marketing.	Unit yang masih rendah dengan pemantauan dan pengawasan oleh Ka.Inst, dan melakukan metode perbaikan dengan sistem PDSA.																										
	e. Menyampaikan feedback hasil capaian indikator mutu ke semua staf di unit kerja	Feedback hasil capaian indikator mutu disampaikan di akhir triwulan	<div>Dilakukannya rapat evaluasi hasil capaian mutu TW III pada 23 Oktober 2023</div> <div><p>Grafik Pencapaian Mutu Unit RS Dharma Nugraha TW III Tahun 2023</p><table><thead><tr><th>Unit</th><th>Pencapaian Mutu (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>UGD</td><td>85</td></tr><tr><td>Rawat Jalan/ Poli</td><td>100</td></tr><tr><td>Rawat Inap (Lt.3)</td><td>90</td></tr><tr><td>Ruang Bersalin/ ...</td><td>100</td></tr><tr><td>Ruang Operasi/ ...</td><td>95</td></tr><tr><td>Laboratorium</td><td>90</td></tr><tr><td>Radiologi</td><td>55</td></tr><tr><td>Farmasi</td><td>100</td></tr><tr><td>Fisioterapi</td><td>100</td></tr><tr><td>Gizi</td><td>100</td></tr><tr><td>Laundry &...</td><td>100</td></tr><tr><td>Marketing</td><td>100</td></tr></tbody></table></div>	Unit	Pencapaian Mutu (%)	UGD	85	Rawat Jalan/ Poli	100	Rawat Inap (Lt.3)	90	Ruang Bersalin/ ...	100	Ruang Operasi/ ...	95	Laboratorium	90	Radiologi	55	Farmasi	100	Fisioterapi	100	Gizi	100	Laundry &...	100	Marketing	100	2. Unit Pelayanan yang masih kurang: Radiologi.	
Unit	Pencapaian Mutu (%)																														
UGD	85																														
Rawat Jalan/ Poli	100																														
Rawat Inap (Lt.3)	90																														
Ruang Bersalin/ ...	100																														
Ruang Operasi/ ...	95																														
Laboratorium	90																														
Radiologi	55																														
Farmasi	100																														
Fisioterapi	100																														
Gizi	100																														
Laundry &...	100																														
Marketing	100																														
NO	KEGIATAN	STANDAR	HASIL	ANALISA	TINDAK LANJUT																										
	Melakukan pemilihan evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran & evaluasi kepatuhan 5 standar pelayanan kedokteran setiap KSM																														
5	a. Pemilihan 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM	Terealisasi di di Bulan April 2023 Ditetapkannya 5 PPK &	Ditetapkan melalui KEPUTUSAN DIREKTUR NOMOR 067 /KEP-DIR /RSDN /IV/ 2023: 1) Standar pelayanan kedokteran prioritas pelayanan KSM Onkologi:	Kepatuhan terhadap clinical pathway yang di tetapkan oleh RS pada periode triwulan III 2023 dapat dikatakan patuh,	Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan DPJP terhadap PPK & CP																										

	b. Penetapan 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM	CP Prioritas di Bulan April 2023	a) CA Mammae b) Limfoma Hodgkin c) Mastitis Akut/Abses Mammae d) Struma Noduler Non Toksis (SNNT) e) CA Nasopharing	namun terdapat banyak pasien yang masuk kedalam kriteria eksklusi dikarenakan pasien memiliki komplikasi dan multi-diagnosa	
	c. Menyusun 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM				
	d. Sosialisasi 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM kepada semua staf medis				
	e. Implementasi 5 evaluasi standar pelayanan kedokteran prioritas dan evaluasi standar pelayanan kedokteran tiap KSM				
6	Diklat PMKP:				
	a. Direktur /Direksi/Manajer Mutu dan Akreditasi : PMKP SNARS edisi 1.1 (External)	Terlaksana	1. Diklat PIC data mutu : terlaksana 100% 2. Diklat pimpinan dan para pimpinan: terlaksana100% (di ikuti oleh Direktur, Wadir medis dan Wadir umum) 3. Diklat internal (manajer/kains/pimpinan unit kerja) terlaksana: 100% 5. Diklat ORKA : 100%	Dapat dilaksanakana internal RS dengan pengajar yang sudah di latih sebagai pengganti diklat eksternal	
	b. Manajer dan Kepala Instalasi : PMKP				

	SNARS edisi 1.1 (External/Internal)		6. Diklat PMKP staf mutu : 100% 7. Diklat eksternal PMKP KARS Komite Medik dan PIC data mutu 100%		Mengadakan diklat internal RS dengan pengajar yang sudah terlatih
	c. Komite Medik dan Komite Keperawatan : PMKP SNARKES (External/Internal)				
	d. Staf Mutu dan Akreditasi : Sistem Manajemen Data (Internal)				
	e. PIC Data Unit: Sistem Manajemen Data (Internal)				
	f. Staf Klinis: Standar Berfokus Pada Pasien (Internal)				
7	Melaksanakan pengumpulan data untuk penilaian kinerja profesional pemberi asuhan, staf klinis dan non klinis	Rekapitulasi hasil indikator mutu yang berhubungan dengan penilaian kinerja staf terlaksana	Ada penilaian kinerja staf klinis	Berkooordinasi dengan manajer bidang bagian terkait dalam data penilaian kinerja staf klinis	Hasil di tindaklanjuti untuk penilaian kinerja klinis
	a. Menetapkan indikator mutu yang digunakan untuk penilaian kinerja staf				
	b. Membuat rekapitulasi hasil indikator mutu yang berhubungan dengan penilaian kinerja staf				

	c. Melaksanakan analisa hasil capaian indikator mutu yang digunakan untuk penilaian kinerja staf klinis dan nonklinis				
8	Melakukan evaluasi kepuasan pasien				
	a. Menetapkan indikator mutu yang memantau kepuasan pasien	Dibuatkannya survei melalui scan barcode dan handout flyer oleh tim marketing.	Terdapat <10 orang per bulannya yang mengisi survei kepuasan	Sudah memenuhi target kepuasan pasien dan keluarga per bulannya >76,61. Didapati skor rerata per bulannya >80	Agar lebih gencar lagi dalam meminta pasien untuk mengisi kuesioener, bila data yang didapat lebih banyak lagi maka dapat terlihat dengan jelas kekurangan dan kelebihan RS dalam memberikan pelayanan terdapat pasien.
	b. Pengumpulan data melalui kuesioner pasien UGD, RJ maupun RWI				
	c. Menyusun rekapitulasi hasil pengukuran kepuasan pasien				
	d. Menyusun pelaporan hasil pengukuran capaian kepuasan pasien				
9	Melaksanakan pengukuran budaya keselamatan				
	a. Pengukuran budaya keselamatan	Terlaksana survey budaya keselamatan dan di laporkan serta di evaiuasi	Terlaksana survey budaya keselamatan sebanyak 64 orang	Hasil survey budaya keselamatan : <ul style="list-style-type: none">• Presentasi respon positif : 72,9%• Presentase respon negatif : 12,7%• Presentase respon netral : 14,4%	Di tindaklanjuti hasil budaya yang lemah terkait dengan frekuensi pelaporan kejadian yaitu pelaporan terhadap suatu kejadian yang masih rendah.
	b. Pelaporan insiden terkait dengan perilaku yang tidak pantas				
	c. Investigasi dan perbaikan perilaku				

				<ul style="list-style-type: none">Kesimpulan budaya sedang sebesar 72,9%	
10	Melaksanakan pelaporan insiden keselamatan pasien				
	a. Pelaporan IKP secara internal ke tim KPRS	Terlaksana	laporan IKP pada TW III 2023: KPC : 0 KNC : 0 KTC : 0 Sentinel :0	Tidak ada laporan kejadian IKP	Monitoring, dan dilakukan diklat kembali terkait IKP, ditakutkan masih adanya staf yang belum paham sehingga tidak melaporkan kejadian.
	b. Pelaporan IKP ke Pemilik PT				
	c. Pelaporan IKP secara eksternal ke KNKP				
	d. Pelaporan IKP ke KARS				
	e. Pelaporan insiden keselamatan pasien				
11	Terlaksananya program manajemen risiko				
	a. Melakukan identifikasi risiko ditingkat unit dan tingkat RS	Tersusun risk regsister 1 tahun sekali	Terlaksana Risk Register RS dan Risk Register Unit-Unit tahun 2023. FMEA : Sedang dalam proses Redesign berupa perubahan sistem yang dapat me-link keseluruhan unit dan mengupdate data terbaru ke dalam sistem (aplikasi NUHA)	FMEA sedang dalam proses Redesign, target dalam akhir tahun 2023 atau awal tahun 2024	Monitoring dan evaluasi dengan PDSA
	b. Menyusun Risk Register				
	c. Menyusun strategi untuk menurunkan risiko				
	d. Menyusun FMEA	Tersusun FMEA 1 tahun sekali			
	e. Melakukan monitoring tindak lanjut FMEA				

Catatan: Kegiatan disesuaikan dengan waktu kegiatan yang ada di program kegiatan

2. Hambatan

Adapun dalam melakukan kegiatan dalam program peningkatan mutu dan keselamatan terdapat beberapa kendala diantaranya :

- a. Tidak semua SDM paham akan teknologi
- b. Kurangnya jumlah SDM
- c. Beberapa unit belum konsisten dalam melakukan pengumpulan data dan pelaporan data mutu.
- d. Limited-budget

Hal ini dikarenakan : Terdapat prioritas budgeting RS, dan awareness unit terhadap indikator mutu masih kurang.

3. Tindak Lanjut

Berdasarkan hasil kegiatan program PMKP di TW III terdapat 11 agenda kegiatan. Dari 11 kegiatan, maka terdapat 10 kegiatan yang telah dilaksanakan sesuai dengan jadwal rencana kegiatan, artinya 90,9% telah terlaksana sesuai rencana jadwal kegiatan.

Adapun yang belum tercapai yaitu 9,1% kegiatan diantaranya:

- a. FMEA

Hal ini dikarenakan: Proses Redesign FMEA masih dalam proses, dengan target waktu di akhir tahun 2023 atau awal tahun 2024 karena terdapat budget yang harus dihitung kembali.

Hasil kegiatan program PMKP TW III akan dilaporkan kepada Direktur PT dan akan mendapatkan feedback untuk disampaikan kembali ke unit.

C. SIMPULAN DAN SARAN

1. Berdasarkan hasil capaian kegiatan program di TW III dapat ditingkatkan sistem monitoring terhadap pengumpulan indikator mutu sehingga pengumpulan data oleh PIC data lebih akurat
2. Perekrutan SDM baru.

3. Agar SDM terus meningkatkan keilmuan dan keahliannya bukan hanya di bidang medis, namun juga mengikuti perkembangan teknologi. Minimal dapat mengoperasikan aplikasi komputer dasar.

D. PENUTUP

Demikian laporan kegiatan pelaksanaan program PMKP TW III disampaikan dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dan masukan untuk meningkatkan pelayanan mutu dan keselamatan Rumah Sakit.

Mengetahui,
Direktur RS

drg. Purwanti Aminingsih, MARS, MPM, Ph.D.

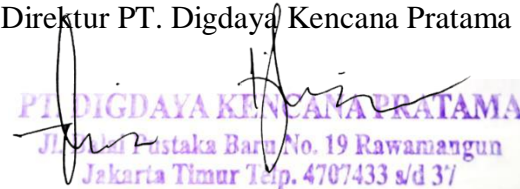
Jakarta, 1 November 2023

Ketua Komite Mutu



dr. Henry Boyke Sitompul, Sp.B, FINACS, FisQua

Menyetujui,
Direktur PT. Digdaya Kencana Pratama



PT. DIGDAYA KENCANA PRATAMA
Jl. Pustaka Baru No. 19 Rawamangun
Jakarta Timur Telp. 4707433 s/d 37

dr. Sekar Dewi Dinawati Tjindarbumi, Sp.THT