

**HASIL EVALUASI PENCAPAIAN MUTU
TW III TAHUN 2023**



**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 Hasil Evaluasi Pencapaian Mutu TW III Tahun 2023 di Rumah Sakit Dharma Nugraha.

Kami 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.

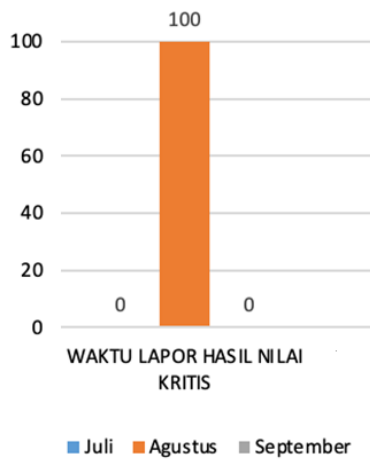
Kami menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan Hasil Evaluasi Pencapaian Mutu TW III Tahun 2023 di Rumah Sakit Dharma Nugraha, oleh sebab itu kami mengharapkan saran dan kritik yang membangun guna perbaikan dalam penulisan lapiran ini. Akhir kata, kami berharap laporan evaluasi ini dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu manajemen Rumah Sakit ke depannya.

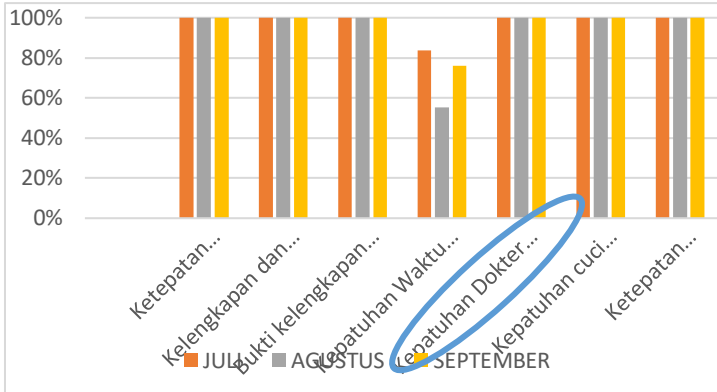
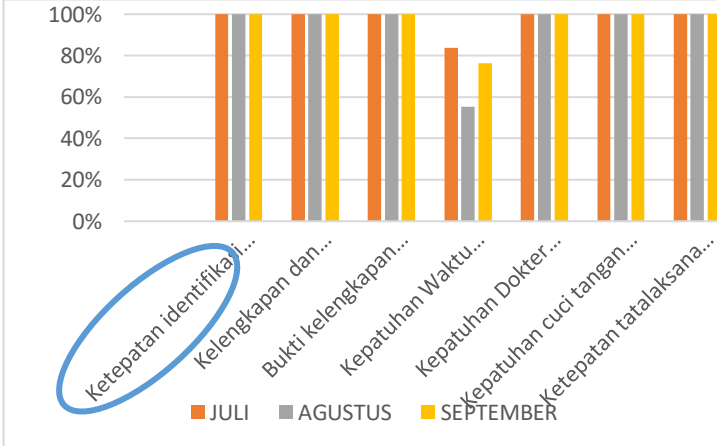
Jakarta, 2 Oktober 2023

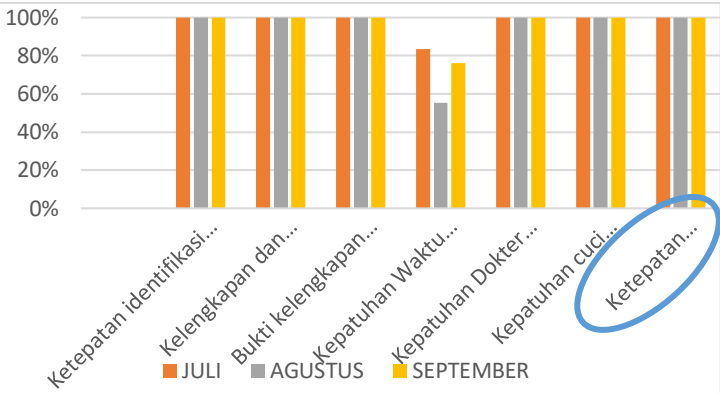
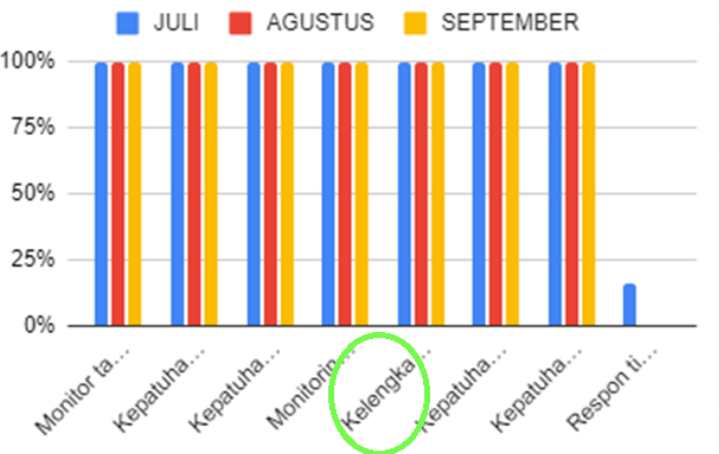
Komite Mutu

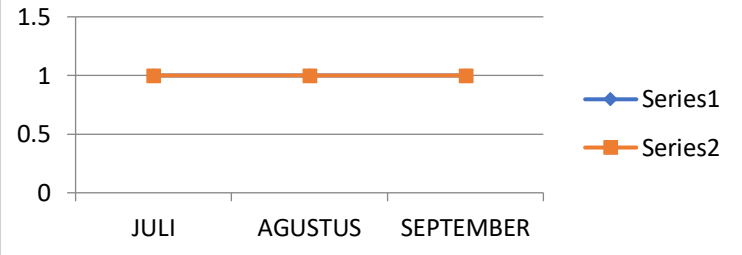
A. HASIL PENCAPAIAN INDIKATOR MUTU PRIORITAS RUMAH SAKIT (IMP-RS) TW III

No	INDIKATOR	STANDAR	CAPAIAN		
			Juli	Agustus	September
1	Waktu Lapor Hasil Test Nilai Kritis ≤ 30 menit	100%	0%	100%	0%
2	Kepatuhan dokter terhadap clinical pathway pada pelayanan prioritas onkologi	> 80%	100%	100%	100%
3	Pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien dengan benar pada pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%
4	Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh rawat inap	$\geq 90\%$	100%	100%	100%
5	Kelengkapan pengkajian formulir surgical checklis keselamatan operasi	100%	100%	100%	100%
6	Kepatuhan double check obat high alert pada pasien onkologi di rawat inap	100%	100%	100%	100%

NO	INDIKATOR MUTU PRIORITAS RS	GRAFIK PENCAPAIAN TW III	ANALISA DAN KESIMPULAN	RENCANA TINDAK LANJUT	PIC								
1	Waktu Lapor Hasil Test Nilai Kritis ≤ 30 menit	 <p>WAKTU LAPOR HASIL NILAI KRITIS</p> <p>■ Juli ■ Agustus ■ September</p> <table><thead><tr><th>Bulan</th><th>Pencapaian (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Juli</td><td>0</td></tr><tr><td>Agustus</td><td>100</td></tr><tr><td>September</td><td>0</td></tr></tbody></table>	Bulan	Pencapaian (%)	Juli	0	Agustus	100	September	0	Pada bulan Juli dan September didapatkan 0% dikarenakan tidak adanya hasil kritis pada pemeriksaan laboratorium	Pertahankan capaian	Kepala pelayanan Lab
Bulan	Pencapaian (%)												
Juli	0												
Agustus	100												
September	0												

2	Kepatuhan dokter terhadap clinical pathway pada pelayanan prioritas onkologi	 <table><caption>Data for Clinical Pathway Compliance (Row 2)</caption><thead><tr><th>Kategori</th><th>JULI</th><th>AGUSTUS</th><th>SEPTEMBER</th></tr></thead><tbody><tr><td>Ketepatan...</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr><tr><td>Kelengkapan dan...</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr><tr><td>Bukti kelengkapan...</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr><tr><td>Kepatuhan Waktu...</td><td>85%</td><td>55%</td><td>75%</td></tr><tr><td>Kepatuhan Dokter...</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr><tr><td>Kepatuhan cuci...</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr><tr><td>Ketepatan...</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr></tbody></table>	Kategori	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER	Ketepatan...	100%	100%	100%	Kelengkapan dan...	100%	100%	100%	Bukti kelengkapan...	100%	100%	100%	Kepatuhan Waktu...	85%	55%	75%	Kepatuhan Dokter...	100%	100%	100%	Kepatuhan cuci...	100%	100%	100%	Ketepatan...	100%	100%	100%	Target tercapai 100% pada TW III	Pertahankan capaian	Manajer Keperawatan
Kategori	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER																																		
Ketepatan...	100%	100%	100%																																		
Kelengkapan dan...	100%	100%	100%																																		
Bukti kelengkapan...	100%	100%	100%																																		
Kepatuhan Waktu...	85%	55%	75%																																		
Kepatuhan Dokter...	100%	100%	100%																																		
Kepatuhan cuci...	100%	100%	100%																																		
Ketepatan...	100%	100%	100%																																		
3	Pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien dengan benar pada pasien rawat inap	 <table><caption>Data for Patient Identification Compliance (Row 3)</caption><thead><tr><th>Kategori</th><th>JULI</th><th>AGUSTUS</th><th>SEPTEMBER</th></tr></thead><tbody><tr><td>Ketepatan identifikasi...</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr><tr><td>Kelengkapan dan...</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr><tr><td>Bukti kelengkapan...</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr><tr><td>Kepatuhan Waktu...</td><td>85%</td><td>55%</td><td>75%</td></tr><tr><td>Kepatuhan Dokter ...</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr><tr><td>Kepatuhan cuci tangan...</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr><tr><td>Ketepatan tatalaksana...</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr></tbody></table>	Kategori	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER	Ketepatan identifikasi...	100%	100%	100%	Kelengkapan dan...	100%	100%	100%	Bukti kelengkapan...	100%	100%	100%	Kepatuhan Waktu...	85%	55%	75%	Kepatuhan Dokter ...	100%	100%	100%	Kepatuhan cuci tangan...	100%	100%	100%	Ketepatan tatalaksana...	100%	100%	100%	Target tercapai 100% pada TW III	Pertahankan capaian	Manajer keperawatan
Kategori	JULI	AGUSTUS	SEPTEMBER																																		
Ketepatan identifikasi...	100%	100%	100%																																		
Kelengkapan dan...	100%	100%	100%																																		
Bukti kelengkapan...	100%	100%	100%																																		
Kepatuhan Waktu...	85%	55%	75%																																		
Kepatuhan Dokter ...	100%	100%	100%																																		
Kepatuhan cuci tangan...	100%	100%	100%																																		
Ketepatan tatalaksana...	100%	100%	100%																																		

4	Ketepatan tatalaksana pasien resiko jatuh rawat inap	 <p>100% 80% 60% 40% 20% 0%</p> <p>Ketepatan identifikasi... Kelengkapan dan... Bukti kelengkapan... Kepatuhan Waktu... Kepatuhan Dokter... Kepatuhan cuci... Ketepatan...</p> <p>■ JULI ■ AGUSTUS ■ SEPTEMBER</p>	Target tercapai 100% pada TW III	Pertahankan capaian	Manajer keperawatan
5	Kelengkapan pengkajian formulir surgical checklis keselamatan operasi	 <p>100% 75% 50% 25% 0%</p> <p>■ JULI ■ AGUSTUS ■ SEPTEMBER</p> <p>Monitor ta... Kepatuha... Kepatuha... Monitori... Ketengkapan... Kepatuha... Kepatuha... Respon ti...</p>	Target tercapai 100% pada TW III	Pertahankan capaian	Manajer keperawatan Kepala Ruang Bedah

6	Kepatuhan double check obat high alert pada pasien onkologi di rawat inap	 <table><caption>Data for Kepatuhan double check obat high alert pada pasien onkologi di rawat inap</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Series1</th><th>Series2</th></tr></thead><tbody><tr><td>JULI</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr><tr><td>AGUSTUS</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr><tr><td>SEPTEMBER</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr></tbody></table>	Bulan	Series1	Series2	JULI	1.0	1.0	AGUSTUS	1.0	1.0	SEPTEMBER	1.0	1.0	Target tercapai 100% pada TW III	Pertahankan capaian. Reminder kepada pelaksana untuk selalu double check disertai bukti terutama pada obat high alert	Kepala pelayanan Farmasi
Bulan	Series1	Series2															
JULI	1.0	1.0															
AGUSTUS	1.0	1.0															
SEPTEMBER	1.0	1.0															

B. HASIL PENCAPAIAN MUTU UNIT TW III

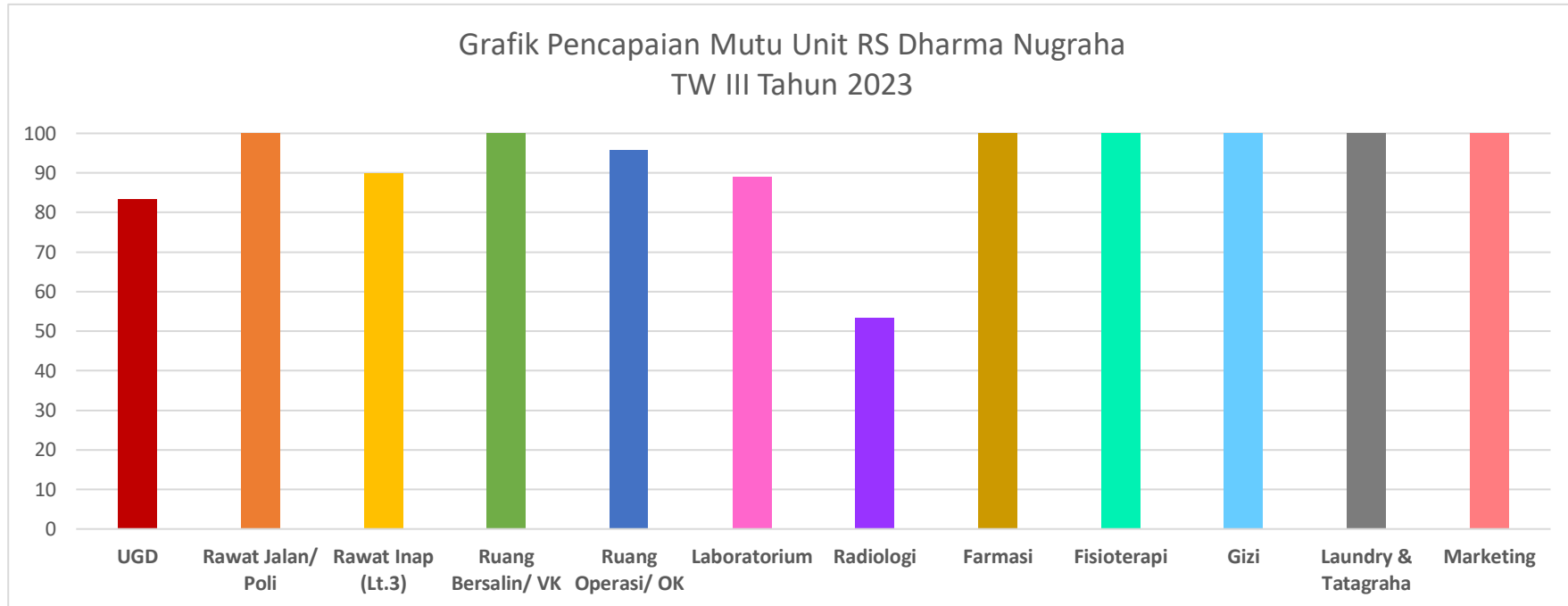
NO	UNIT	JUMLAH INDIKATOR	INDIKATOR YANG MEMENUHI TARGET			KESIMPULAN	RENCANA TINDAK LANJUT
			Juli	Agustus	September		
1	UGD	6	5 (83,34%)	5 (83,34%)	5 (83,34%)	<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat peningkatan untuk semua indikator mutu tiap bulannya. - Perlu ditingkatkan untuk indikator Kepatuhan Cuci Tangan. - Rerata hasil capaian TW III = 83,34%, 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengingat dan memotivasi kembali tentang kepatuhan kebersihan tangan. - Melibatkan tim PPI untuk melakukan sosialisasi tentang pentingnya kebersihan tangan di lingkungan Rumah Sakit dan memotivasi untuk terus mengingat tentang kebersihan tangan.
2	Rawat Jalan/ Poli	5	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)	- Telah Mencapai Standard.	Monitoring tiap bulan

						- Rerata hasil capaian TW III = 100%,	
3	Rawat Inap (Lt.3)	7	7 (100%)	6 (85%)	6 (85%)	<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat satu indikator yang mengalami penurunan yaitu angka kepatuhan waktu visite dokter spesialis, disebabkan adanya dokter spesialis memvisite pasien setelah jam 21.00. - Rerata hasil capaian TW III = 90%, 	<ul style="list-style-type: none"> - Dilakukan monitoring dan evaluasi dokter untuk meningkatkan kinerja pelayanan. - Mengkonfirmasi/ mengingatkan kembali agar dokter DPJP tidak telat visite, bila berhalangan hadir mohon segera mengabari RS.
4	Ruang Bersalin/ VK	7	7 (100%)	7 (100%)	7 (100%)	<ul style="list-style-type: none"> - Mencapai Standard, dikarenakan tidak adanya pasien setiap bulannya. - Rerata hasil capaian TW III = 100%. 	Mengingatkan dan memotivasi kembali kepada bidan RSDN untuk mengaktifkan segala pelayanan di unit kebidanan. Melakukan kerja sama terhadap Bidan Praktek Mandiri di wilayah kerja Rumah Sakit Dharma Nugraha

5	Ruang Operasi/ OK	8	7 (87,5%)	8 (100%)	8 (100%)	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil capaian indikator mutu pada triwulan III meningkat sejak bulan Agustus. - Rerata hasil capaian TW III = 95,84%. 	Monitoring setiap bulan terutama terhadap indikator respon time
6	Laboratorium	6	6 (100%)	5 (83,34%)	5 (83,34%)	<ul style="list-style-type: none"> - Indikator yang tidak tercapai adalah Identifikasi Pasien, dikarenakan pengisian kolom identitas pasien tidak lengkap. - Rerata hasil capaian TW III = 88,9%. 	Tetap dilakukan monitoring dan evaluasi untuk meningkatkan kinerja pelayanan laboratorium.
7	Radiologi	5	3 (60%)	2 (40%)	3 (60%)	<ul style="list-style-type: none"> - Ketidak Lengkapan Pengisian Formulir Permintaan Pemeriksaan Radiologi, pada bulan Agustus ke September Meningkat sekitar 17% atau 0.08. 	<ul style="list-style-type: none"> - Upaya untuk mencapai target pada Kepatuhan Pengisian Formulir Permintaan Pemeriksaan Radiologi, di sarankan menggunakan Label Identitas Pasien, baik dari

						<ul style="list-style-type: none"> - Dan pada Pelaporan Hasil Kritis terdapat 2 yang tidak dilaporkan di bulan Agustus dikarenakan dokter Sp. Radiologi terlalu lama membaca hasil Expertise. - Rerata hasil capaian TW III = 53,34%. 	<p>pasien rajal, ranap, maupun UGD.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya dokter spesialis Radiologi yang standby di tempat.
8	Farmasi	7	7 (100%)	7 (100%)	7 (100%)	<ul style="list-style-type: none"> - Telah Mencapai Standard. - Rerata hasil capaian TW III = 100%. 	<p>Tetap mempertahankan standard pencapaian.</p> <p>Reminder kepada pelaksana untuk selalu double check disertai bukti terutama pada obat high alert</p>
9	Fisioterapi	3	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	<ul style="list-style-type: none"> - Telah Mencapai Standard. - Rerata hasil capaian TW III = 100%. 	
10	Gizi	2	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	<ul style="list-style-type: none"> - Telah Mencapai Standard. 	<p>Tetap mempertahankan standard pencapaian.</p> <p>Monitoring setiap bulan.</p>

						- Rerata hasil capaian TW III = 100%.	
11	Laundry & Tatagraha	2	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	<ul style="list-style-type: none"> - Telah Mencapai Standard. - Angka Ketepatan Waktu Pengantaran Linen Bersih ke Ruangan Rawat Inap terdapat peningkatan dari tiap bulannya. - Rerata hasil capaian TW III = 100%. 	Monitoring dan evaluasi tiap bulan, terutama untuk indikator pengantaran linen bersih ke ruangan rawat inap
12	Marketing	2	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	<ul style="list-style-type: none"> - Telah Mencapai Standard. - Rerata hasil capaian TW III = 100%. 	Usahakan agar jumlah pasien/keluarga yang mengisi flyer survei kepuasan pasien lebih banyak lagi, agar data yang dimiliki lebih banyak lagi.



KESIMPULAN

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.

REKOMENDASI

1. Tingkatkan pencapaian untuk Unit yang masih rendah dengan pemantauan dan pengawasan oleh Ka.Inst, dan melakukan metode perbaikan dengan sistem PDSA.

Mengetahui,
Direktur RS



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

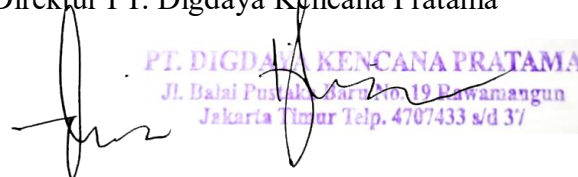
Jakarta, 2 Oktober 2023

Ketua Komite Mutu



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

Menyetujui,
Direktur PT. Digdaya Kencana Pratama



dr. Sekar Dewi Dinawati Tjindarbumi, Sp.THT