
Jakarta, 30 Oktober 2023

Nomor : 02 / MA/ RSDN/ X / 2023

Perihal : Undangan Rapat Capaian Mutu Triwulan III tahun 2023

Kepada Yth :

Direksi
Para Manajer
Komite Keperawatan
Tim PPI
Komite Mutu
PIC Data Mutu
Ka.Instalasi, Ka.Ruangan

Di Tempat

Dengan Hormat,

Bersama ini kami mengundang Bapak/Ibu untuk dapat hadir pada rapat Komite Mutu yang akan dilaksanakan :

Hari / Tanggal : Rabu, 1 November 2023

Jam : 09.00 WIB - Selesai

Tempat : Ruang Menur Lantai 3

Acara : Pembahasan dan Evaluasi Program PMKP Mutu Triwulan III tahun 2023

Demikianlah undangan ini kami sampaikan, di mohon kehadirannya. Atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Hormat Kami,
Direktur,

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

EVALUASI PROGRAM KERJA PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

Tahun 2023
RS DHARMANIGRAHA

MELAKUKAN PENELITIAN INDIKATOR MUTU NASIONAL

Indikator Mutu Nasional

No	Indikator Mutu Nasional	Target	Realisasi
1	Keamanan Pasien	100%	100%
2	Kualitas Pelayanan	100%	100%
3	Keefektifan Pelayanan	100%	100%
4	Keberlanjutan Pelayanan	100%	100%
5	Keberhasilan Pelayanan	100%	100%

MELAKUKAN PENELITIAN INDIKATOR MUTU KLINIS PROSIDI

Indikator Mutu Klinis Prosidi

No	Indikator Mutu Klinis Prosidi	Target	Realisasi
1	Keamanan Pasien	100%	100%
2	Kualitas Pelayanan	100%	100%
3	Keefektifan Pelayanan	100%	100%
4	Keberlanjutan Pelayanan	100%	100%
5	Keberhasilan Pelayanan	100%	100%

MELAKUKAN PENELITIAN MUTU ENST

Indikator Mutu Enst

No	Indikator Mutu Enst	Target	Realisasi
1	Keamanan Pasien	100%	100%
2	Kualitas Pelayanan	100%	100%
3	Keefektifan Pelayanan	100%	100%
4	Keberlanjutan Pelayanan	100%	100%
5	Keberhasilan Pelayanan	100%	100%

MELAKUKAN PENELITIAN DATA ANALISIS PELAKSIAN DAN PERSALAH DATA

Indikator Mutu Persalahan Data

No	Indikator Mutu Persalahan Data	Target	Realisasi
1	Keamanan Pasien	100%	100%
2	Kualitas Pelayanan	100%	100%
3	Keefektifan Pelayanan	100%	100%
4	Keberlanjutan Pelayanan	100%	100%
5	Keberhasilan Pelayanan	100%	100%

MELAKUKAN PENELITIAN EVALUASI PRIORITAS STANDAR PELAYANAN KEPERAWATAN & EVALUASI KEPERAWATAN STANDAR PELAYANAN KEPERAWATAN MUTU ENST

Indikator Mutu Enst

No	Indikator Mutu Enst	Target	Realisasi
1	Keamanan Pasien	100%	100%
2	Kualitas Pelayanan	100%	100%
3	Keefektifan Pelayanan	100%	100%
4	Keberlanjutan Pelayanan	100%	100%
5	Keberhasilan Pelayanan	100%	100%

D. KUALITAS

Indikator Mutu Enst

No	Indikator Mutu Enst	Target	Realisasi
1	Keamanan Pasien	100%	100%
2	Kualitas Pelayanan	100%	100%
3	Keefektifan Pelayanan	100%	100%
4	Keberlanjutan Pelayanan	100%	100%
5	Keberhasilan Pelayanan	100%	100%

E. ELABORASI PENELITIAN DATA, UJI PENELITIAN KUALITAS PROSIDI

Indikator Mutu Enst

No	Indikator Mutu Enst	Target	Realisasi
1	Keamanan Pasien	100%	100%
2	Kualitas Pelayanan	100%	100%
3	Keefektifan Pelayanan	100%	100%
4	Keberlanjutan Pelayanan	100%	100%
5	Keberhasilan Pelayanan	100%	100%

MELAKUKAN PENELITIAN KUALITAS PELAYANAN PASIEN

Indikator Mutu Enst

No	Indikator Mutu Enst	Target	Realisasi
1	Keamanan Pasien	100%	100%
2	Kualitas Pelayanan	100%	100%
3	Keefektifan Pelayanan	100%	100%
4	Keberlanjutan Pelayanan	100%	100%
5	Keberhasilan Pelayanan	100%	100%

MELAKSANAKAN PENGURANGAN BIAYA KEBERAMATAN

No. dan nama orang yang bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan	Nama orang yang bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan	Jenis kegiatan yang dilaksanakan

MELAKSANAKAN PELATIHAN PROGRAM KEBERAMATAN PAJEN

No. dan nama orang yang bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan	Nama orang yang bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan	Jenis kegiatan yang dilaksanakan

TERLAKSANANYA PROGRAM MANAJEMEN HIBIKO

No. dan nama orang yang bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan	Nama orang yang bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan	Jenis kegiatan yang dilaksanakan

1. Tujuan

- 1. Agar dapat melakukan kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.
- 2. Agar dapat melakukan kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.
- 3. Agar dapat melakukan kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.
- 4. Agar dapat melakukan kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.
- 5. Agar dapat melakukan kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

2. Sasaran

- 1. Semua karyawan yang bertugas di bagian pelayanan kepada masyarakat.
- 2. Semua karyawan yang bertugas di bagian pelayanan kepada masyarakat.
- 3. Semua karyawan yang bertugas di bagian pelayanan kepada masyarakat.
- 4. Semua karyawan yang bertugas di bagian pelayanan kepada masyarakat.
- 5. Semua karyawan yang bertugas di bagian pelayanan kepada masyarakat.

KEDIPERILAKUKAN KAMAR

- 1. Melakukan survei kualitas pelayanan kepada masyarakat.
- 2. Melakukan survei kualitas pelayanan kepada masyarakat.
- 3. Melakukan survei kualitas pelayanan kepada masyarakat.
- 4. Melakukan survei kualitas pelayanan kepada masyarakat.
- 5. Melakukan survei kualitas pelayanan kepada masyarakat.



Rawamangun, Pulo Gadung
Jakarta Timur 13220
P. +62 21 4707433-37
F. +62 21 4707428
www.dharmapustaka.com

Acara : Rapat Evaluasi Program Kerja PMKP TW III

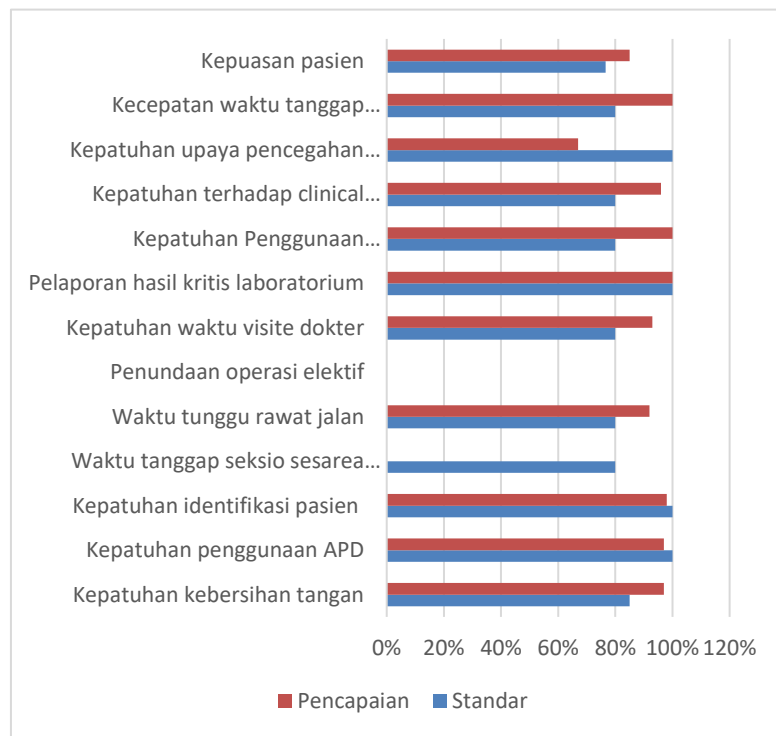
No	Nama	Bagian/Jabatan	Paraf
1.	Sarah Nurul Izzah	Digital marketing	
2.	Renika Bella Tanza	Digital Marketing	
3.	Lily	Kasir	
4.	Firman S. Hutabarat	Adm / Kasir	
5.	Radito Restia Ningrum	Radiocon	
6.	KIKI LESTARI	USD	
7.	dr Anugerah Ariestiany	USD	
8.	flartati	TGD	
9.	Haerum	IT Support	
10.	Rani	HRD	
11.	Meri C.N	Fakmah	
12.	Dr Sri Husna	Logis	
13.	Mahdalen	"	
14.	Rasyidah	pos. b-3	
15.	Evvelina P	---	
16.	Dr. Bernand	USD	
17.	Roaranna Putri	perant b-11	
18.	Devrita Maita	poli	
19.	Ieni Puspita	Lt III	
20.	Nastim	KB	
21.	Bim p.	Fisio	
22.	Elisawati	Fisio	
23.	dr. Fahriah	Lab / Mon	
24.	Varamita Ayu	Lab	
25.	Kisyanini	Lab	

NOTULEN RAPAT

Hari/Tanggal : Senin, 1 November 2023
Pukul : 08.00 s/d selesai
Tempat : Ruang Menur Lantai III
Pimpinan Rapat : Komite Mutu
Peserta : Terlampir
Agenda Rapat : Evaluasi Program PMKP

Hasil Rapat

NO	PEMBAHASAN	ARAHAN/PUTUSAN	PIC
Melakukan pengukuran indikator mutu nasional			
	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 konsistensi SDM dalam melakukan Identifikasi pasien, manajemen risiko jatuh, dan kepatuhan penggunaan APD melalui sosialisasi diklat ataupun bedside teaching	



Melakukan peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas

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

Pengumpulan data terlaksana melalui worksheet di one note/google drive.

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.

Membuat profil indikator mutu prioritas rs dan menetapkan dalam regulasi.

Berkolaborasi dengan PIC data untuk mengisi worsheet harian

Melakukan peningkatan mutu unit				
	<p>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</p>	<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) <p>Membuat profil indicator mutu unit. Memantau pelaksanaan pengukuran indikator mutu unit</p>		
Melakukan pengumpulan data, analisis, pelaporan dan feedback data indikator mutu terintegrasi				

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 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.

Melaporkan hasil validasi data indikator mutu baru (indikator mutu prioritas rs) pada tanggal 2 oktober 2023 kepada direktur.

Disusunnya laporan hasil evaluasi capaian mutu TW III yang disusun oleh komite mutu, diketahui oleh direktur RS dan disetujui oleh direktur PT (pemilik).

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



Melakukan pemilihan evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran & evaluasi kepatuhan 5 standar pelayanan kedokteran setiap KSM

	<p>Ditetapkan melalui KEPUTUSAN DIREKTUR NOMOR 067 /KEP-DIR /RSDN /IV/ 2023:</p> <p>1) Standar pelayanan kedokteran prioritas pelayanan KSM Onkologi:</p> <p>a) CA Mammae</p> <p>b) Limfoma Hodgkin</p> <p>c) Mastitis Akut/Abses Mammae</p> <p>d) Struma Noduler Non Toksis (SNNT)</p> <p>e) CA Nasopharing</p>	melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kepatuhan DPJP terhadap PPK & CP	
--	--	---	--

Diklat PMKP:

<p>1. Diklat PIC data mutu : terlaksana 100%</p> <p>2. Diklat pimpinan dan para pimpinan: terlaksana 100% (di ikuti oleh Direktur, Wadir medis dan Wadir umum)</p> <p>3. Diklat internal (manajer/kains/pimpinan unit kerja) terlaksana: 100%</p> <p>5. Diklat ORKA : 100%</p> <p>6. Diklat PMKP staf mutu : 100%</p> <p>7. Diklat eksternal PMKP KARS Komite Medik dan PIC data mutu 100%</p>	Mengadakan diklat internal RS dengan pengajar yang sudah terlatih	
---	---	--

Melaksanakan pengumpulan data untuk penilaian kinerja professional pemberi asuhan, staf klinis dan non klinis

Ada penilaian kinerja staf klinis	Berkooordinasi dengan manajer bidang bagian terkait dalam data penilaian kinerja staf klinis	
-----------------------------------	--	--

Melakukan evaluasi kepuasan pasien

	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	
Melaksanakan pengukuran budaya keselamatan			
	Terlaksana survey budaya keselamatan sebanyak 64 orang	<p>Hasil survey budaya keselamatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentasi respon positif : 72,9% • Presentase respon negatif : 12,7% • Presentase respon netral : 14,4% <p>Kesimpulan budaya sedang sebesar 72,9%</p>	
Terlaksananya program manajemen risiko			
	<p>Terlaksana Risk Register RS dan Risk Register Unit-Unit tahun 2023.</p> <p>FMEA : Sedang dalam proses Redesign berupa perubahan sistem yang dapat me-link keseluruhan unit dan mengupdate data terbaru ke dalam sistem (aplikasi NUHA)</p>	FMEA sedang dalam proses Redesign, target dalam akhir tahun 2023 atau awal tahun 2024	
Hambatan & Tindak Lanjut			
	<p>1. Hambatan</p> <p>Adapun dalam melakukan kegiatan dalam program peningkatan mutu dan keselamatan terdapat beberapa kendala diantaranya :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak semua SDM paham akan teknologi Kurangnya jumlah SDM Beberapa unit belum konsisten dalam melakukan pengumpulan data dan pelaporan data mutu. Limited-budget <p>2. Tindak Lanjut</p> <p>Berdasarkan hasil kegiatan program PMKP di TW III terdapat</p>	<p>Hal ini dikarenakan : Terdapat prioritas budgeting RS, dan awareness unit terhadap indikator mutu masih kurang.</p> <p>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.</p> <p>Hasil kegiatan program PMKP TW III akan dilaporkan kepada Direktur PT dan akan mendapatkan feedback untuk disampaikan kembali ke unit.</p>	

	<p>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.</p> <p>Adapun yang belum tercapai yaitu 9,1% kegiatan diantaranya:</p> <p>a. FMEA</p> <p>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.</p> <p>Hasil kegiatan program PMKP TW III akan dilaporkan kepada Direktur PT dan akan mendapatkan feedback untuk disampaikan kembali ke unit.</p>		
SIMPULAN DAN SARAN			
		<p>Berdasarkan hasil capaian kegiatan program di TW III dapat ditingkatkan sistem monitoring terhadap pengumpulan indikator mutu sehingga pengumpulan data oleh PIC data lebih akurat</p> <p>Perekrutan SDM baru.</p> <p>Agar SDM terus meningkatkan keilmuan dan keahliannya bukan hanya di bidang medis, namun juga mengikuti perkembangan teknologi. Minimal dapat mengoperasikan aplikasi computer dasar.</p>	

Menyetujui,

Direktur,



drg. Purwanti Aminingsih, MARS, Ph.D

Jakarta, 1 November 2023

Notulen

A handwritten signature in black ink, which appears to be 'Bernand', written in a cursive style.

dr. Bernand Gamaliel

Dokumentasi

