



Implementasi SimMUTU Untuk pelaksanaan Akreditasi SNARS Lebih baik

Oleh : Sutejo, S.Kom

**RS PANTI WILASA CITARUM JALAN CITARUM 98
SEMARANG JAWA TENGAH**



Contents

- A. Latar Belakang**
- B. Maksud dan Tujuan.**
- C. Fasilitas / Modul SimMUTU.**
- D. Manual Pengoperasian Aplikasi**
- E. Integrasi SimMutu dan SISMAADAK.**
- F. Kebutuhan Hardware**
- G. Kebutuhan Software**
- H. Penutup.**

A creative workspace featuring a laptop displaying a Windows 8 interface with various app tiles like Netflix, CNN, and social media. The desk is cluttered with art supplies including colored pencils, markers, and paint cans. There are also sketches of a rainbow and a blue wave on the desk.

A Latar Belakang

Latar Belakang Masalah

- 1. Rumah Sakit di Indonesia wajib melakukan survei akreditasi setiap 3 tahun sekali.**
- 2. Rumah Sakit memiliki regulasi yang secara periodik harus ditinjau ulang secara periodik untuk disesuaikan dengan acuan dan kondisi yang ada.**
- 3. Akreditasi bukan sekedar hasil (sertifikasi) tetapi adalah proses peningkatan sistem mutu secara terus menerus (continous improvement) dan rumah sakit mengalami kesulitan dalam pengelolaan dan pengendalian regulasi maupun dokumen bukti implementasi.**

A creative workspace featuring a laptop with a Windows 8 interface, various art supplies like colored pencils and markers, and several sketches on paper. The scene is set on a white desk with a wire mesh organizer in the background.

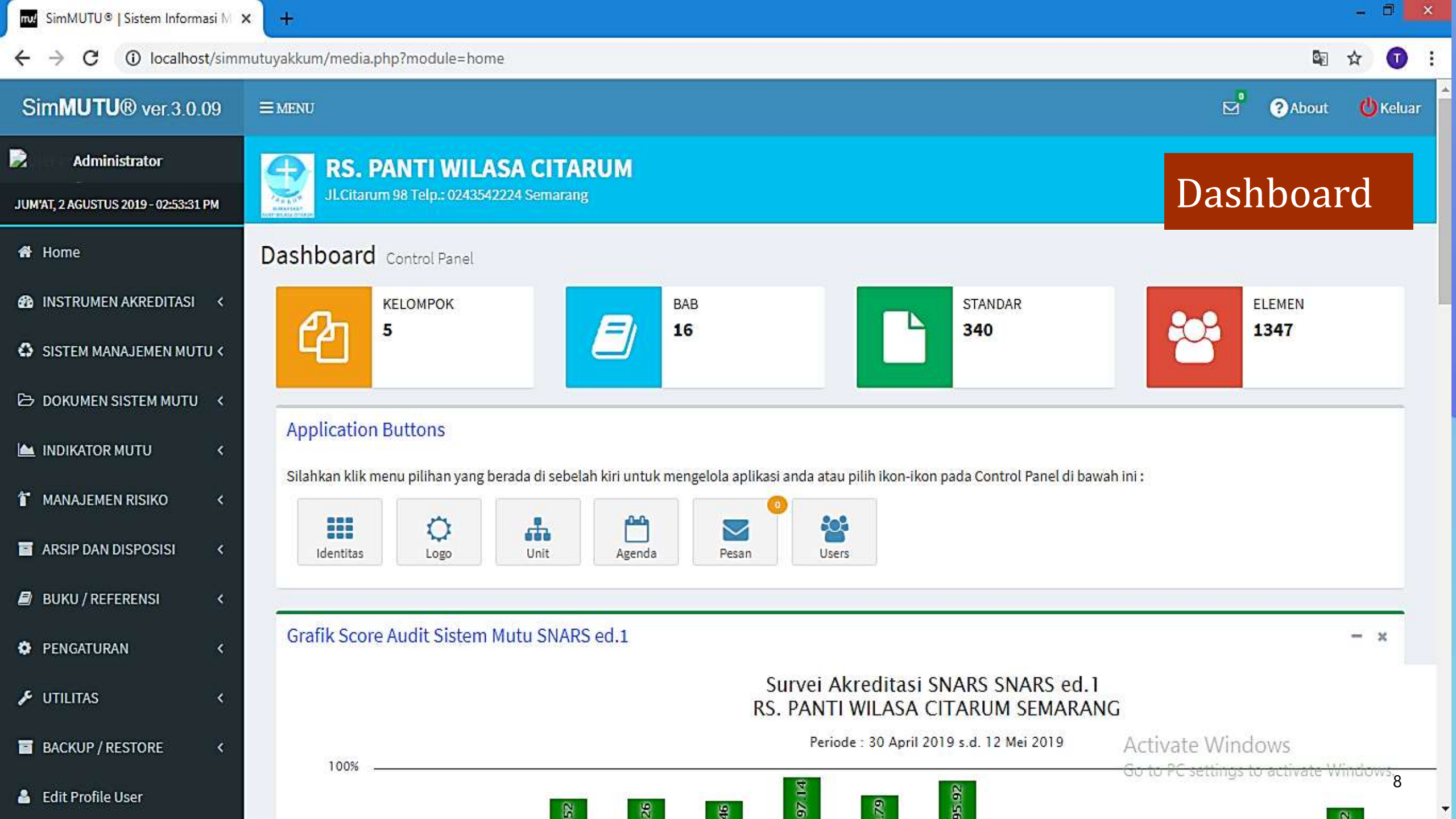
B Maksud dan Tujuan

Maksud dan Tujuan

- 1. SimMUTU diciptakan dengan maksud untuk mempermudah pengelolaan dan pengendalian regulasi pemerintah, regulasi rumah sakit, dan dokumen implementasi sistem mutu.**
- 2. SimMUTU diciptakan dengan tujuan untuk :**
 - a. Mempermudah penerapan budaya sistem mutu standar akreditasi RS dengan cara merencanakan (PLAN), melakukan (DO), memonitor dan mengevaluasi (CHECK) serta menindaklanjuti (ACT).**
 - b. Mempertegas peran dan fungsi Pimpinan RS, Kepala Unit, Kelompok Kerja / Panitia Akreditasi, Auditor Sistem Mutu Internal, Komite PMKP dan Staf.**
 - c. Memastikan budaya sistem mutu dapat berjalan dengan baik.**
 - d. Mempermudah integrasi data SimMUTU dengan SISMADAK.**



Fasilitas / Modul SimMUTU



1. Modul Instrumen Akreditasi SNARS

INSTRUMEN AKREDITASI

 Kelompok

 Bab

 Standar

 Elemen Penilaian (E.P)

1. Modul ini berfungsi untuk mengelola Kelompok, Bab, Standar dan Elemen Penilaian (E.P) SNARS Edisi.1.
2. Modul E.P dilengkapi dengan uraian Re-gulasi, D-okumen, O-bservasi, S-imulasi dan W-awancara.

LEVEL AKSES ADMINISTRATOR

2. Modul Penerapan Akreditasi



SISTEM MANAJEMEN MUTU ▾

- ★ Membuat Rencana (Plan) ▾
- ★ Melakukan (Do) ▾
- ★ Memeriksa (Check) ▾
- ★ Menindaklanjuti (Act) ▾
 - Kelola Rekomendasi
 - Membuat PPS
 - Progres Pemenuhan PPS
 - Audit PPS

SISTEM MANAJEMEN MUTU ▾

- ★ Membuat Rencana (Plan) ▾
- ★ Melakukan (Do) ▾
- ★ Memeriksa (Check) ▾
 - Jadwal Audit
- Audit Re-DOWS ▾
 - Audit Regulasi
 - Audit Dokumen
 - Audit Observasi
 - Audit Wawancara
 - Audit Simulasi
- Audit SNARS Ed.1

SISTEM MANAJEMEN MUTU ▾

- ★ Membuat Rencana (Plan) ▾
 - Perencanaan Re-DOWS ▾
 - Perencanaan Regulasi
 - Perencanaan Dokumen
 - Perencanaan Observasi
 - Perencanaan Wawancara
 - Perencanaan Simulasi
 - Perencanaan Std SNARS

SISTEM MANAJEMEN MUTU ▾

- ★ Membuat Rencana (Plan) ▾
- ★ Melakukan (Do) ▾
 - Pemenuhan Re-DOWS ▾
 - Pemenuhan Regulasi
 - Pemenuhan Dokumen
 - Pemenuhan Observasi
 - Pemenuhan Wawancara
 - Pemenuhan Simulasi
 - Pemenuhan Std SNARS

LEVEL AKSES

1. Pokja
2. Pimpinan/ Unit
3. Auditor

3. Modul Manajemen Dokumen Sistem Mutu

★ Pengendalian Dokumen

- Distribusi Regulasi
- ★ Dokumen P-D-S-A
- ★ Daftar Regulasi Kadaluaarsa



★ Daftar Induk Dokumen

- Kebijakan
- Pedoman
- Prosedur (SPO)
- Program (TOR)
- Formulir

DOKUMEN SISTEM MUTU

- ★ Kategori Regulasi
- ★ Kategori Masalah
- ★ Dampak Masalah
- ★ Kemudahan Penyelesaian
- ★ Permohonan Perubahan
 - Regulasi SPO
 - Regulasi Lain
- ★ Daftar Induk Dokumen
- ★ Pengendalian Dokumen
- ★ Dokumen P-D-S-A
- ★ Daftar Regulasi Kadaluaarsa

4. Modul Manajemen Indikator Mutu

- ★ Dokumen P-D-S-A
 - Prioritas Masalah
- Siklus PDSA
 - Kategori Siklus PDSA
 - Perencanaan (Plan)
 - Pelaksanaan (Do)
 - Pelajari (Study)
 - Tindaklanjut (Act)

- ★ Laporan Indikator Mutu
 - Pengumpulan Data
 - Verifikasi Data
 - Laporan Bulanan
 - Laporan SISMADAK
- ★ Analisis Data



- INDIKATOR MUTU
 - ★ Kategori Indikator Mutu
 - ★ Jenis Indikator
 - ★ Variabel Indikator Mutu
 - ★ Pengajuan Indikator Mutu
 - ★ Profil Indikator Mutu
 - ★ Penetapan Indikator Mutu
 - ★ Laporan Indikator Mutu
 - ★ Analisis Data
 - ★ Benchmarking

- ★ Profil Indikator Mutu
 - Indikator Mutu Prioritas
 - Indikator Mutu Nasional
 - Indikator Mutu Yayasan
 - Indikator Mutu Unit
- ★ Penetapan Indikator Mutu

5. Modul Manajemen Risiko

- 📁 MANAJEMEN RISIKO ▾
- ★ Master Manajemen Risiko <
- ★ Asesmen Risiko ▾
 - Identifikasi Risiko
 - Analisa & Evaluasi Risiko
- ★ Pengendalian Risiko <
- ★ Insiden Keselamatan <
- ★ Surveilans Infeksi

6. Modul Perijinan

- 📁 ARSIP DAN DISPOSISI ▾
- ★ Data Master Arsip <
- ★ Dokumen Penting ▾
 - Sertifikat Tanah
 - BPKB Kendaraan
 - Perijinan

7. Modul Manajemen Kontrak

- 📁 **ARSIP DAN DISPOSISI** ▼
- ★ Data Master Arsip <
- ★ **Dokumen Penting** <
- ★ Surat Keluar <
- ★ Surat Masuk <
- ★ **Surat Perjanjian** ▼
 - Arsip Perjanjian
 - Distribusi Perjanjian
 - Perjanjian Selesai
 - Evaluasi Perjanjian
 - Progres Evaluasi Perjanjian
- ★ Dokumen Rapat <
- ★ Retensi Arsip <

8. Modul Manajemen Rapat

- 📁 **ARSIP DAN DISPOSISI** ▼
- ★ Data Master Arsip <
- ★ Dokumen Penting <
- ★ Surat Keluar <
- ★ Surat Masuk <
- ★ Surat Perjanjian <
- ★ **Dokumen Rapat** ▼
 - **Jenis Rapat**
 - 📅 Jadwal Rapat
 - Bukti Rapat
- ★ Retensi Arsip <

9. Modul Manajemen Perpustakaan

-  **BUKU / REFERENSI** 
- ★ Data Master Pustaka 
- ★ Pengajuan Buku Baru
- ★ Daftar Pustaka

11. Modul Utilitas

-  **UTILITAS** 
-  Agenda Kegiatan
-  Pesan Internal

10. Modul Pengaturan

-  **PENGATURAN** 
- ★ Pengaturan User 
- ★ Pengaturan Identitas 
- ★ Pengaturan Lain
- ★ Pengaturan Database
- ★ Sinkronisasi SISMADAK 

12. Backup / Restore Database

-  **BACKUP / RESTORE** 
- ★ Backup Database 
-  Backup Data SmartSNARS
-  Backup Data SISMADAK
- ★ Restore Database 

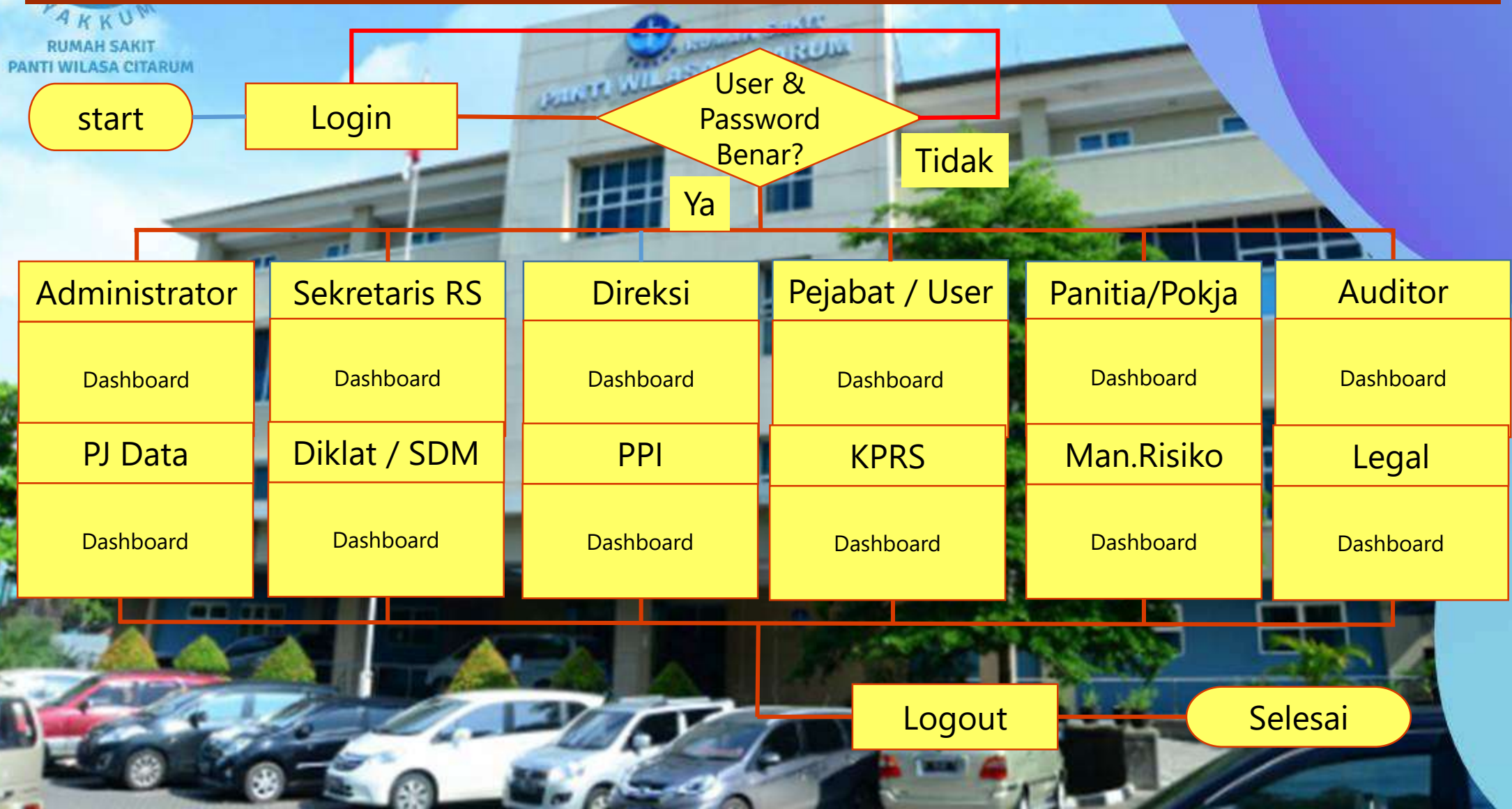


RUMAH SAKIT
PANTI WILASA CITARUM
CITARUM

E Manual Operasional

EMERGENCY
DOKTER, NERS, BIDAN

Flowchart & Hak Akses User dalam SimMUTU



LOGIN KE SISTEM SEBAGAI ADMINISTRATOR APLIKASI

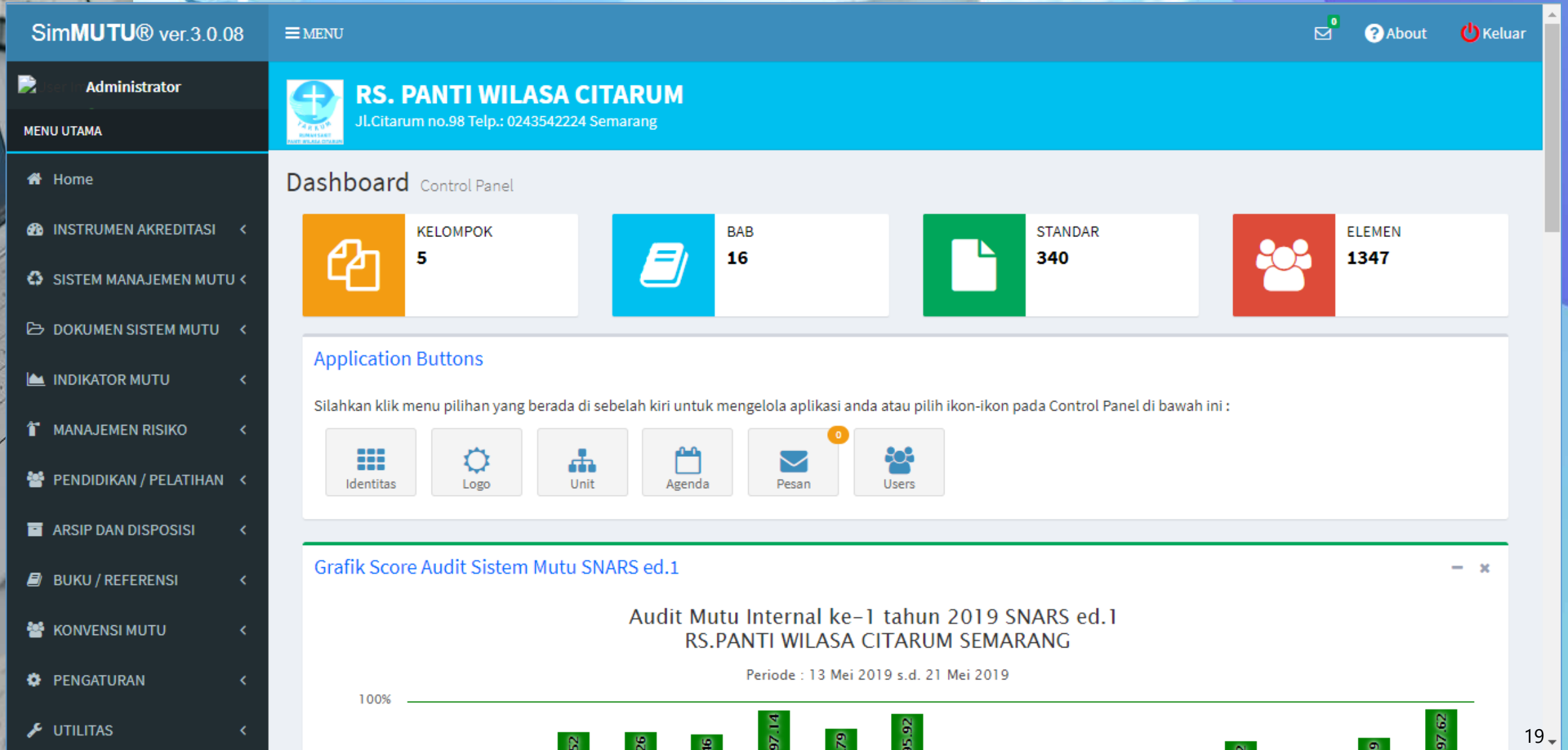


Lisensi penggunaan software ini diberikan kepada :
RS. PANTI WILASA CITARUM SEMARANG

☐ Tampilkan password[➔ Masuk](#)[Anda Lupa Password?](#)[Registrasi User Baru](#)

Developed by Sutejo, S.Kom
Copyright©2015-2019 rev.190720

Dahsboard sebagai Administrator



Desain view dan Edit Kelompok

DAFTAR KELOMPOK

+ Baru

?

-

x

No	Nama	Aksi
1	KELOMPOK STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PADA PASIEN	
2	KELOMPOK STANDAR MANAJEMEN RUMAH SAKIT	
3	SASARAN KESELAMATAN PASIEN	
4	PROGRAM NASIONAL	
5	INTEGRASI PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM PELAYANAN RUMAH SAKIT	

EDIT KELOMPOK

x

Versi (Tahun)

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1

Kelompok

KELOMPOK STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PADA PASIEN

Simpan

Batal

Desain view Bab

□ DAFTAR BAB

+ Baru

?

-

×

No	Nama Bab	Max.Score	Aksi
1	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	360	
2	Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas (ARK)	1020	
3	Hak Pasien dan Keluarga (HPK)	990	
4	Asesmen Pasien (AP)	1650	
5	Pelayanan Asuhan Pasien (PAP)	810	
6	Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)	690	
7	Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)	800	
8	Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)	490	
9	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)	800	
10	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1070	
11	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	1290	
12	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)	1040	
13	Kompetensi & Kewenangan Staf (KKS)	960	
14	Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)	750	

EDIT BAB / CHAPTER



Versi (Tahun)	Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1
Kode Bab	SKP
Nama Bab	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
Nilai Maksimum	360
Gambaran Umum	GAMBARAN UMUM Bab ini membahas Sasaran Keselamatan Pasien yang wajib diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada Nine Life-Saving Patient Safety Solutions dari WHO Patient Safety (2007) yang digunakan juga oleh Pemerintah. Maksud dan Tujuan dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah untuk mendorong rumah sakit agar melakukan perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan rumah sakit dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus para ahli atas permasalahan ini. Sistem yang baik akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien.

Desain Input dan Edit Bab / Chapter

Simpan

Batal

Desain view Standar

☐ STANDAR PER-BAB

No	Nama Bab	Max.Score
1	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	360

☐ DAFTAR STANDAR BAB SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

Tampil 25 ▼ data

Cari:

No	Fokus Area	Standar	Max.Score	Aksi
1	MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR	SKP.1 - Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien	50	
2	MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF	SKP.2 - Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telpon antar profesional pemberi asuhan (PPA).	40	
3	MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF	SKP.2.1 - Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis.	20	
4	MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF	SKP.2.2 - Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi Serah Terima (hand over).	30	
5	MENINGKATNYA KEAMANAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI (HIGH ALERT MEDICATIONS)	SKP.3 - Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.	40	

Tampil 1 - 10 / 10 data

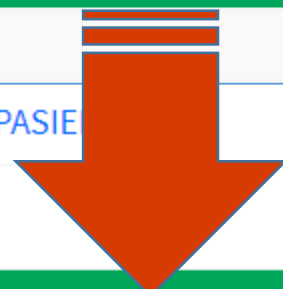
Versi	Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1
Bab	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
Kode	SKP.1
Standar	Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien
Fokus Area	MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR
Maksud & Tujuan	B I Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan. Keadaan yang dapat membuat identifikasi tidak benar adalah jika pasien dalam keadaan terbius, mengalami disorientasi, tidak sepenuhnya sadar, dalam keadaan koma, saat pasien berpindah tempat tidur, berpindah kamar tidur, berpindah lokasi di dalam lingkungan rumah sakit, terjadi disfungsi sensoris, lupa identitas diri, atau mengalami situasi lainnya. Ada 2 (dua) maksud dan tujuan standar ini: pertama, memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan kedua, untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien. Proses identifikasi yang digunakan di rumah sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 (dua) dari 3 (tiga) bentuk identifikasi, yaitu nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medik, atau bentuk lainnya (misalnya, nomor induk kependudukan atau barcode). Nomor kamar pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien. Dua (2) bentuk identifikasi ini digunakan di semua area layanan rumah sakit seperti di rawat jalan, rawat inap, unit darurat, kamar operasi, unit layanan diagnostik, dan lainnya.
Nilai Maksimum	50

Desain view Elemen Penilaian (E.P)

☐ DAFTAR BAB STANDAR AKREDITASI DAN ELEMEN PENILAIAN

Cetak ? - x

No	Nama Bab Standar Akreditasi	Score Max.
1	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	360



☐ STANDAR DAN ELEMEN PENILAIAN BAB SASARAN KESELAMATAN PASIE

Baru - x

Tampil 25 data

Cari:

Std & E.P.	Standar dan Elemen Penilaian	Materi Telusur					Skor		Aksi
		Regulasi	Dokumen	Observasi	Wawancara	Simulasi	#	Max	
SKP.1	Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien								
1	Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R).	Regulasi tentang pelaksanaan identifikasi pasien.					10-TL - 0-TT	10	
2	Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal		Bukti pelaksanaan tentang	Lihat pelaksanaan identitas pasien pada label obat, RM, resep,	- Staf unit pelayanan - Staf klinis - Pasien / keluarga		10-TL 5-TS 0-TT	10	

1020
990
1650
810
690
800
490
800
1070
1290
1040
960
750
580

Bab	Sasaran Kesel	Fokus Telusur ?	B I Regulasi yang menyebutkan 2 atau lebih identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas Panduan identifikasi pasien : • Saat pasien masuk : identitas harus sesuai dengan KTP, bila tidak bawa maka identitas sesuai dengan form isian identitas pasien dan diingatkan untuk membawanya saat kontrol • Untuk RJ dimasukkan juga cara identifikasinya • Identifikasi di radiologi (harus ada di film) • Identifikasi saat pengambilan spesimen • Identifikasi saat pemberian produk darah (identitas pasien dicocokkan, nama, TTL, no.RM, golongan darah(cocokkan label di
Standar SKP.1	Rumah sakit m		
Maksud & Tujuan	B I Kesalahan ide adalah jika pa tempat tidur, k mengalami sit Ada 2 (dua) m untuk menyek Proses identif pasien. tand	Skor ?	B I 10-TL - 0-TT
No.Urut ?	1		
Elemen Penilaian ?	Ada regulasi ya		
Lihat Juga	Silahkan Pilih/K		
		Status	Valid

2. Modul Sistem Manajemen Mutu

Modul ini berfungsi untuk :

PLAN – dilakukan oleh Pokja Akreditasi.

Menyusun/membuat Rencana Strategis Penerapan Standar dan Elemen Penilaian (E.P) SNARS Edisi.1 dan menetapkan siapa unit yang terlibat, kapan harus dilakukan.

DO – dilakukan oleh Unit dan Pokja.

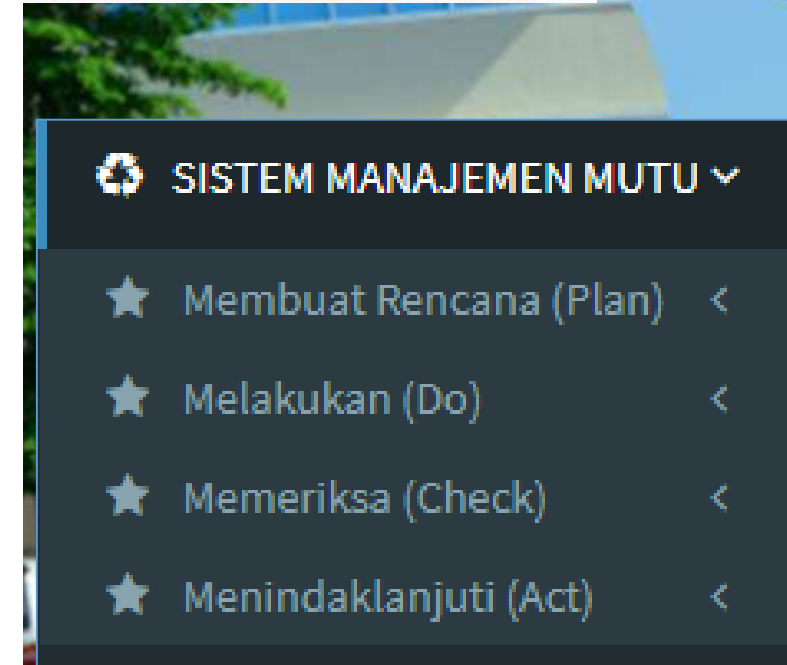
Melakukan pemenuhan SNARS dengan mengupload dokumen bukti implementasi.

CHECK – dilakukan oleh Pokja dan Auditor Mutu Internal

Melakukan monitoring dan evaluasi dalam bentuk Audit Mutu Internal dan memberikan rekomendasi.

ACT – dilakukan oleh Pokja Akreditasi.

Mengelola Hasil Rekomendasi dengan membuat Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) dan menetapkan siapa unit yang terlibat, kapan harus dilakukan



Business Improvement Process

🔄 SISTEM MANAJEMEN MUTU ▼

★ Membuat Rencana (Plan) ▼

● Perencanaan Re-DOWS ▼

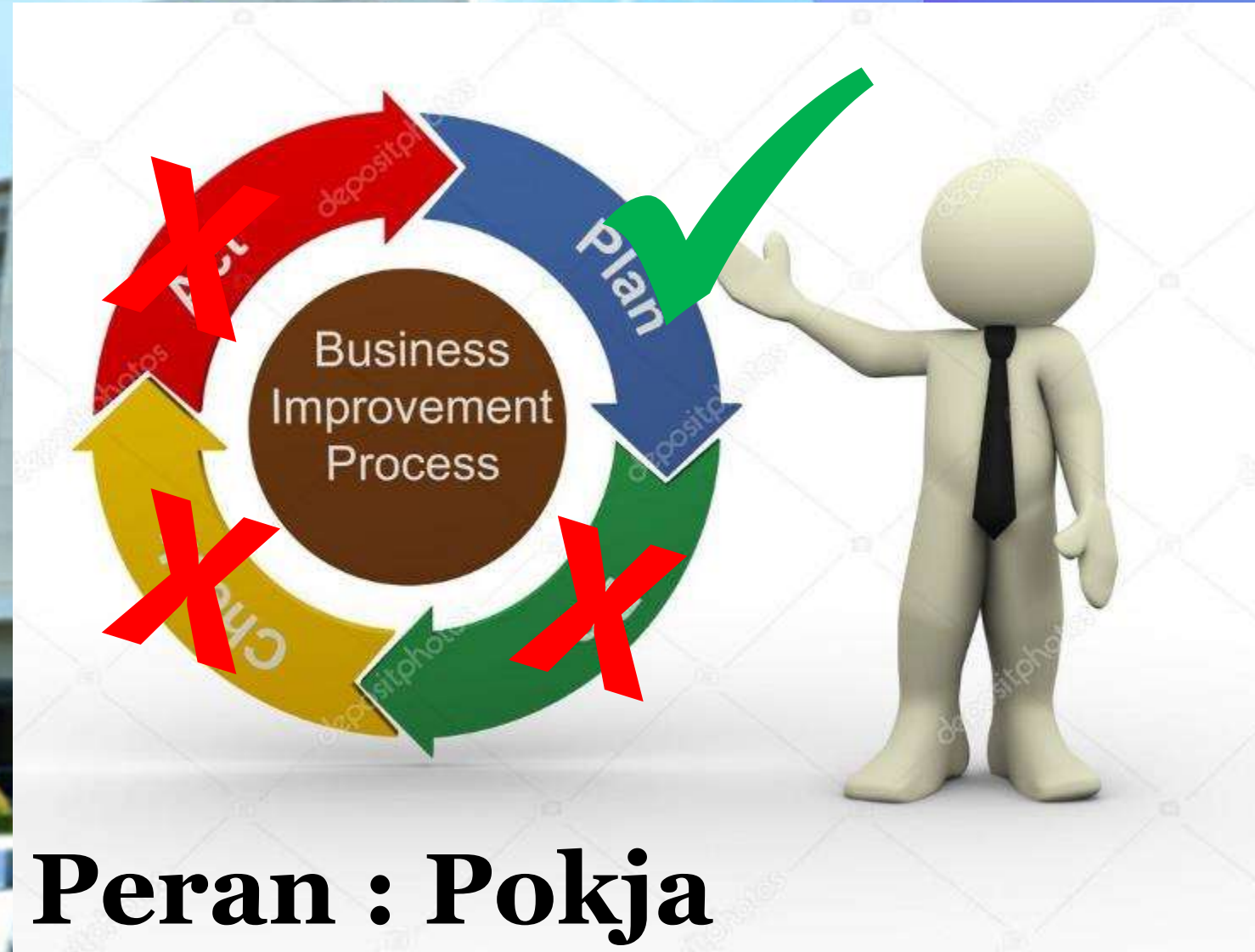
- ☐ Perencanaan Regulasi
- ☐ Perencanaan Dokumen
- ☐ Perencanaan Observasi
- ☐ Perencanaan Wawancara
- ☐ Perencanaan Simulasi

● Perencanaan Std SNARS

★ Melakukan (Do) <

★ Memeriksa (Check) <

★ Menindaklanjuti (Act) <



LOGIN KE SISTEM SEBAGAI POKJA / PANITIA AKREDITASI



SimMUTU®
SISTEM INFORMASI MANAJEMEN
MUTU RUMAH SAKIT

Lisensi penggunaan software ini diberikan kepada :
RS. PANTI WILASA CITARUM SEMARANG

☐ Tampilkan password

Masuk

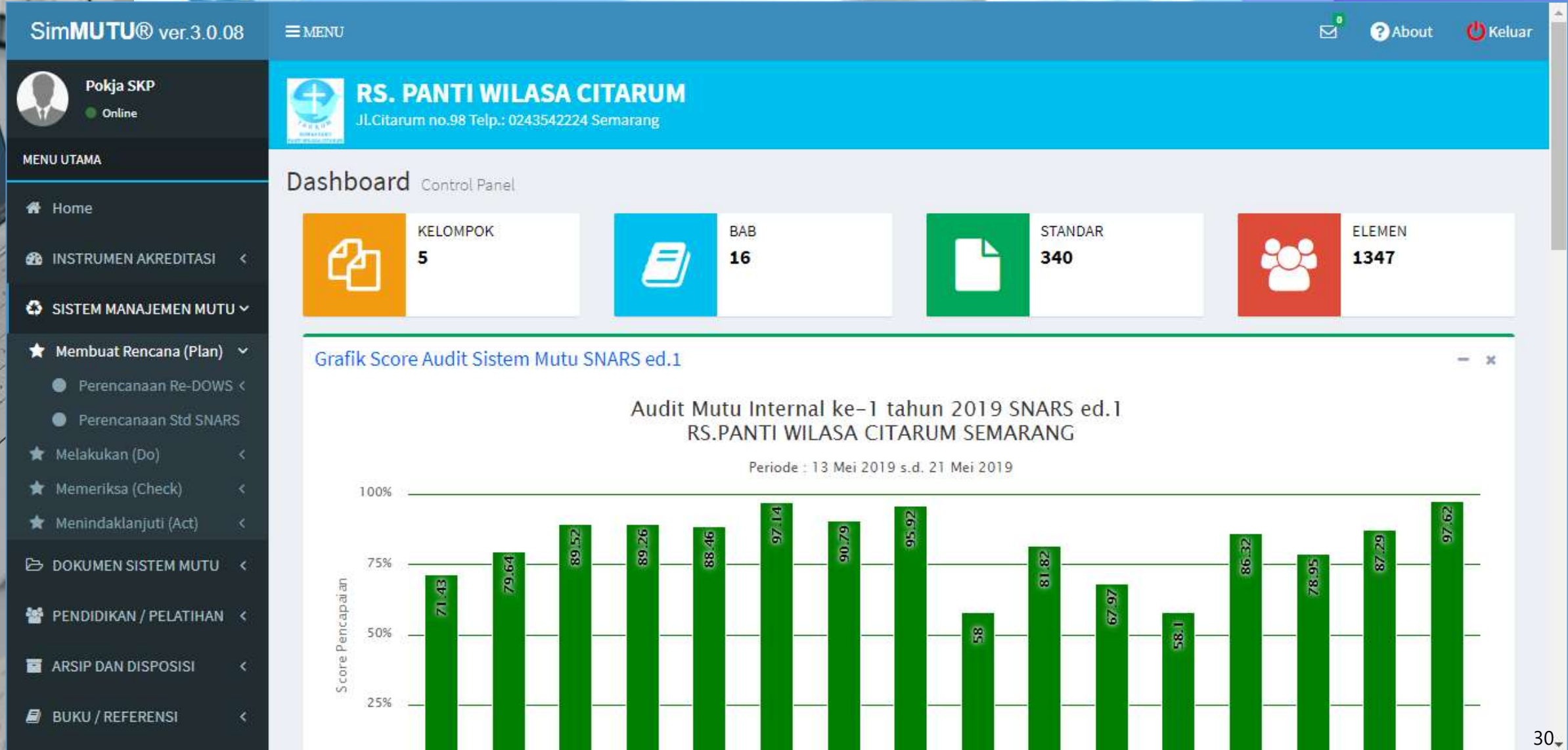
[Anda Lupa Password?](#)

[Registrasi User Baru](#)

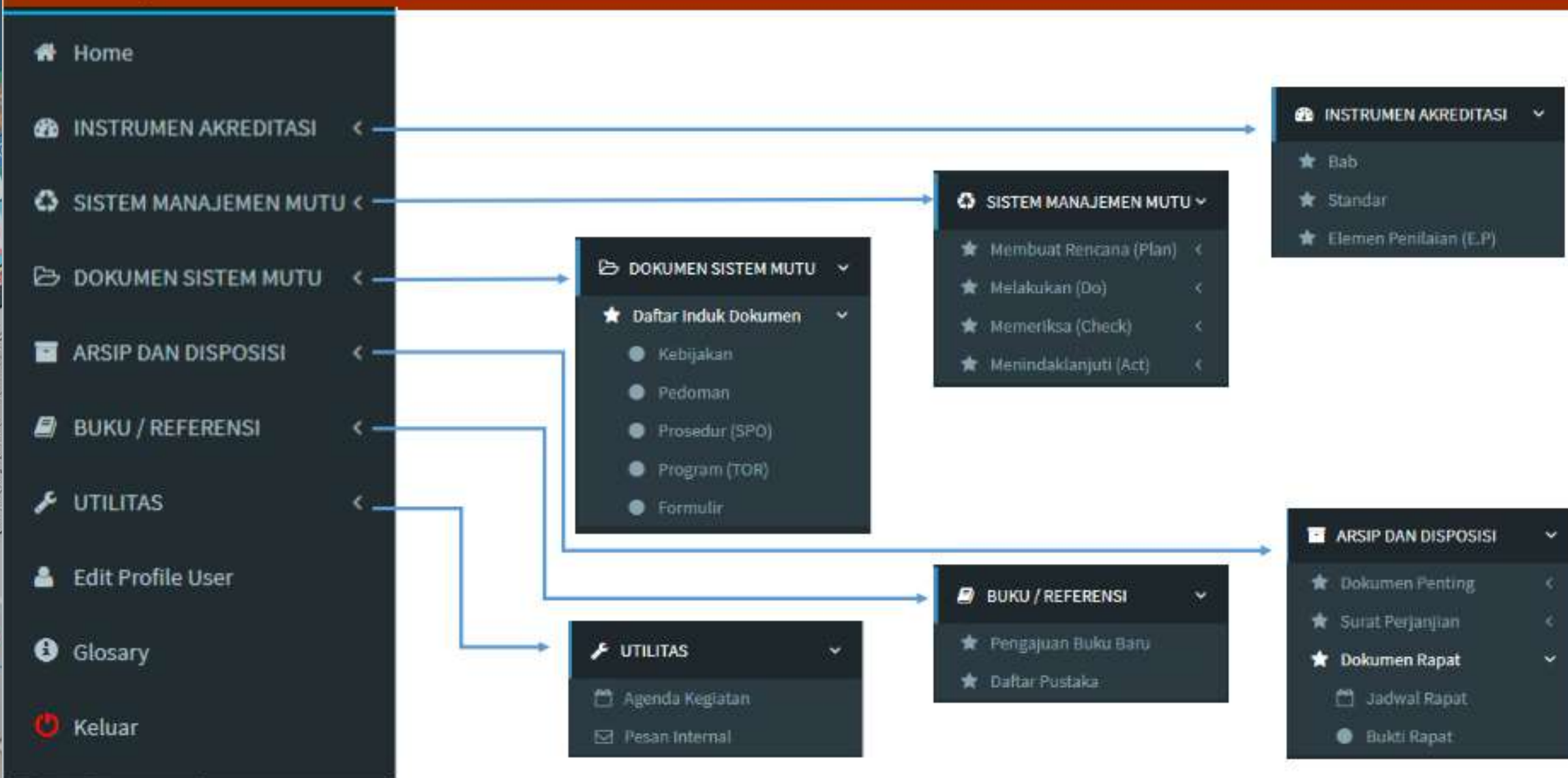
Developed by Sutejo, S.Kom
Copyright©2015-2019 rev.190720

LEVEL AKSES POKJA

Dashboard sebagai Pokja



Menu / Modul untuk POKJA



PLAN

RENCANA STRATEGIS PENERAPAN STANDAR SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

Cetak

—

×

Tampil 10 data

Cari:

No	Elemen Penilaian (EP)	Telusur					Aksi
		Regulasi	Dokumen	Observasi	Wawancara	Simulasi	
1	SKP.1.EP.1 (2) Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R).	Regulasi tentang pelaksanaan identifikasi pasien.					 Q PLAN (2)
2	SKP.1.EP.2 (2) Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit. (D,O,W)		Bukti pelaksanaan tentang identitas pasien pada semua berkas RM, identitas pasien tercetak dengan minimal menggunakan tiga identitas :	Lihat pelaksanaan identitas pasien pada label obat, RM, resep, makanan, spesimen, permintaan dan hasil laboratorium/radiologi	• Staf unit pelayanan • Staf klinis • Pasien / keluarga		Q PLAN (2)

Tampil 1 - 10 / 38 data

«

1

2

3

4

32»

PLAN

PERENCANAAN STRATEGIS PENERAPAN ELEMEN PENILAIAN

+ Baru

Maksud dan Tujuan

-

x

Bab Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Standar SKP.1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien

Elemen Penilaian
SKP.1.EP.1

Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R).

No	Bentuk Dokumen Bukti	Fakta	Langkah Pemenuhan E.P	Metode Pemenuhan	Indikator Pencapaian	Penanggungjawab		Waktu	Kode RS	Aksi
						Unit	Pokja			
1	kebijakan panduan dan spo di SK kan	Ada - Perlu Revisi	revisi panduan dan spo yang berkaitan dg identifikasi pasien (R)	mengusulkan perubahan dokumen ke sekretariat	Kebijakan, Panduan dan SPO baru tentang identifikasi pasien	KPRS	DR.ERNESTINE ,Ns.Sri Mulyani,SKep	Februari	RSPWC	
2	undangan pertemuan, materi, notula, form umpan balik, dokumentasi sosialisasi, daftar hadir	Ada - Dalam Proses	sosialisasi kebijakan panduan dan SPO identifikasi yang baru (D)	masuk ke pertemuan tiap ruangan	petugas tahu cara mengidentifikasi	KPRS	dr.Ernestine	Maret	RSPWC	

Tampil 1 - 2 / 2 data

«

1

»



MAKSUD DAN TUJUAN

Bab	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
Standar SKP.1	Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien
Elemen Penilaian SKP.1.EP.1	Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R).
MAKSUD & TUJUAN	B I ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ? Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan. Keadaan yang dapat membuat identifikasi tidak benar adalah jika pasien dalam keadaan terbius, mengalami disorientasi, tidak sepenuhnya sadar, dalam keadaan koma, saat pasien berpindah tempat tidur, berpindah kamar tidur, berpindah lokasi di dalam lingkungan rumah sakit, terjadi disfungsi sensoris, lupa identitas diri, atau mengalami situasi lainnya. Ada 2 (dua) maksud dan tujuan standar ini: pertama, memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan kedua, untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien. Proses identifikasi yang digunakan di rumah sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 (dua) dari 3 (tiga)
Instrumen Telusur	B I ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ≡ ? Telusur Regulasi : Regulasi tentang pelaksanaan identifikasi pasien. Fokus Telusur: Regulasi yang menyebutkan 2 atau lebih identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas Panduan identifikasi pasien :

Tutup

Maksud dan Tujuan

-

x



	Kode RS	Aksi
uari	RSPWC	
t	RSPWC	

«

1

»

PLAN

PERENCANAAN STRATEGIS PENERAPAN ELEMEN PENILAIAN

+ Baru

Maksud dan Tujuan

-

x

Bab Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Standar SKP.1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien

Elemen Penilaian
SKP.1.EP.1

Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R).

No	Bentuk Dokumen Bukti	Fakta	Langkah Pemenuhan E.P	Metode Pemenuhan	Indikator Pencapaian	Penanggungjawab		Waktu	Kode RS	Aksi
						Unit	Pokja			
1	kebijakan panduan dan spo di SK kan	Ada - Perlu Revisi	revisi panduan dan spo yang berkaitan dg identifikasi pasien (R)	mengusulkan perubahan dokumen ke sekretariat	Kebijakan, Panduan dan SPO baru tentang identifikasi pasien	KPRS	DR.ERNESTINE ,Ns.Sri Mulyani,SKep	Februari	RSPWC	
2	undangan pertemuan, materi, notula, form umpan balik, dokumentasi sosialisasi, daftar hadir	Ada - Dalam Proses	sosialisasi kebijakan panduan dan SPO identifikasi yang baru (D)	masuk ke pertemuan tiap ruangan	petugas tahu cara mengidentifikasi	KPRS	dr.Ernestine	Maret	RSPWC	

Tampil 1 - 2 / 2 data

« 1 »

PLAN

PERENCANAAN STRATEGIS PENERAPAN ELEMEN PENILAIAN

+ Baru

Maksud dan Tujuan

-

x

Bab Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Standar SKP.1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien

Elemen Penilaian
SKP.1.EP.1

Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R).

No	Bentuk Dokumen Bukti	Fakta	Langkah Pemenuhan E.P	Metode Pemenuhan	Indikator Pencapaian	Penanggungjawab		Waktu	Kode RS	Aksi
						Unit	Pokja			
1	kebijakan panduan dan spo di SK kan	Ada - Perlu Revisi	revisi panduan dan spo yang berkaitan dg identifikasi pasien (R)	mengusulkan perubahan dokumen ke sekretariat	Kebijakan, Panduan dan SPO baru tentang identifikasi pasien	KPRS	DR.ERNESTINE ,Ns.Sri Mulyani,SKep	Februari	RSPWC	
2	undangan pertemuan, materi, notula, form umpan balik, dokumentasi sosialisasi, daftar hadir	Ada - Dalam Proses	sosialisasi kebijakan panduan dan SPO identifikasi yang baru (D)	masuk ke pertemuan tiap ruangan	petugas tahu cara mengidentifikasi	KPRS	dr.Ernestine	Maret	RSPWC	

Tampil 1 - 2 / 2 data

« 1 »

SKP.1.EP.1 - Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R).

Rumah Sakit	RS.PANTI WILASA CITARUM - Semarang	✕
Persiapan Telusur	R - Regulasi	▼
Apa yang akan dilakukan?	revisi panduan dan spo yang berkaitan dg identifikasi pasien	
Mengapa dilakukan?	Ada - Perlu Revisi	
Bagaimana Cara Melakukannya?	mengusulkan	
Dimana dilakukan?	di KPRS	
Kapan dilakukan?	☐ Januari ☐ Februari ☐ Maret ☐ April ☐ Mei	

Siapa Penanggungjawab Unit?	Silahkan Pilih/Ketik Kode/nama
	☒ 1. UNIT KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT (KPRS)
Siapa Penanggungjawab Pokja?	DR.ERNESTINE ,Ns.Sri Mulyani,SKep
Apa Indikator Keberhasilannya?	Kebijakan, Panduan dan SPO baru tentang identifikasi pasien
Apa bukti dokumennya?	kebijakan panduan dan spo di SK kan

MENCETAK PLAN

PERENCANAAN STRATEGIS PENERAPAN ELEMEN PENILAIAN

+ Baru

Maksud dan Tujuan

-

x

Bab Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Standar SKP.1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien

Elemen Penilaian
SKP.1.EP.1 Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R).

CETAK RENCANA STRATEGIS

Bab Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Unit Penanggung Jawab Ketik Kode/Nama Unit

Klik untuk Mencetak Semua Data

Cetak

Batal

Indikator Pencapaian	Penanggungjawab		Waktu	Kode RS	Aksi
	Unit	Pokja			
Kebijakan, Panduan dan SPO baru tentang identifikasi pasien	KPRS	DR.ERNESTINE ,Ns.Sri Mulyani,SKep	Februari	RSPWC	
petugas tahu cara mengidentifikasi	KPRS	dr.Ernestine	Maret	RSPWC	

Tampil 1 - 2 / 2 data

« 1 »



RS. PANTI WILASA CITARUM

Jl.Citarum no.98 Telpn 0243542224 Semarang

Email : sekretariat.rspwc@gmail.com

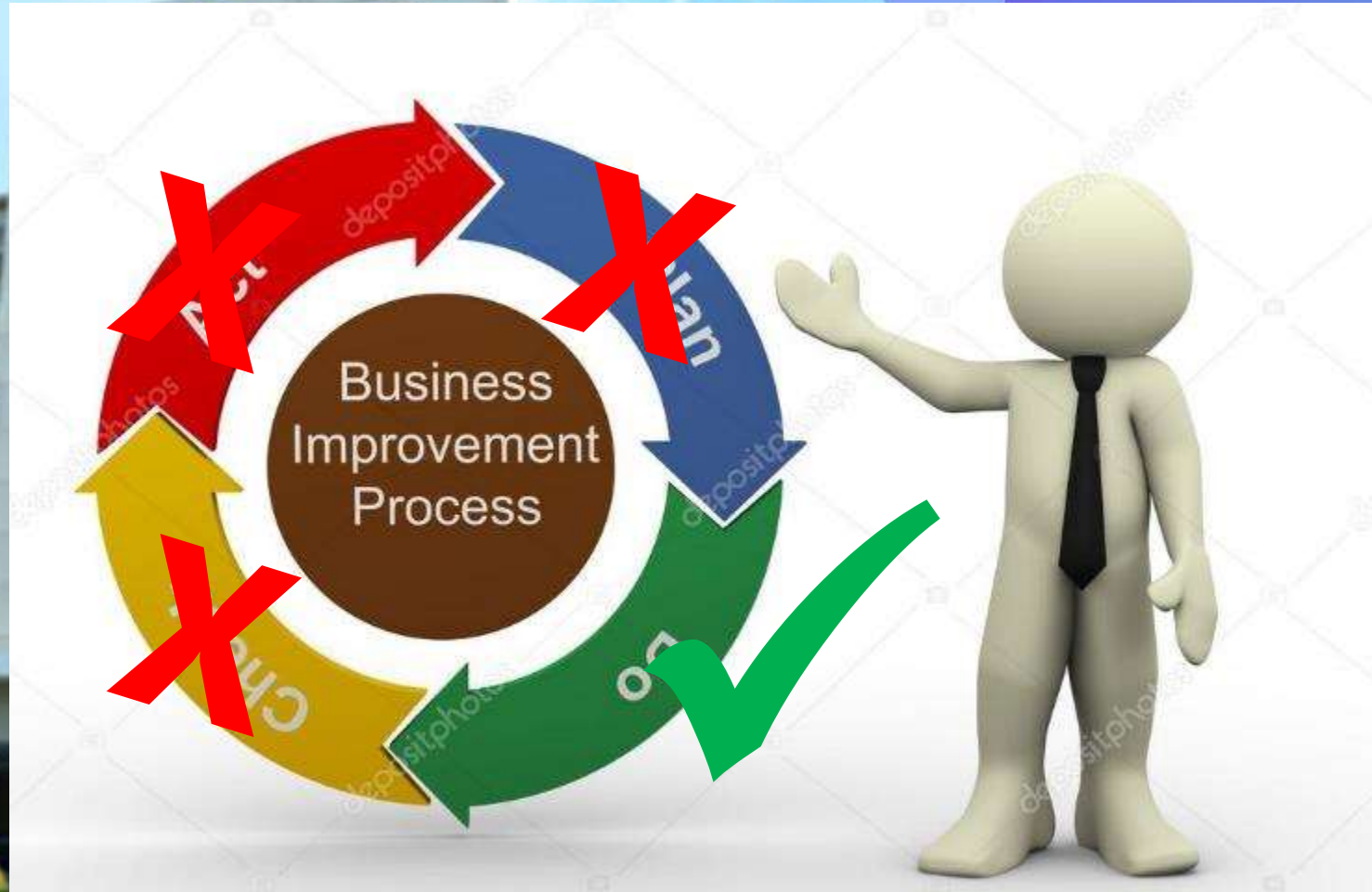
RENCANA STRATEGIS PENERAPAN STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT VERSI 2018

NO	Standar	#	Elemen Penilaian (EP)	Telusur					Status	Rencana Tindakanj (Action Plan)						Dokumen	
				R	D	O	W	S		Langkah-langkah	Metode	Indikator	Pelaksana	PIC Unit	PIC Pokja		Waktu
1	SKP.1	1	Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R).	R	-	-	-	-	Ada - Perlu Revisi	revisi panduan dan spo yang berkaitan dg identifikasi pasien	mengusulkan perubahan dokumen ke sekretariat	Kebijakan, Panduan dan SPO baru tentang identifikasi pasien	di KPRS	KPRS	DR.ERNES TINE ,Ns.Sri Mulyani,SK ep	Februari	kebijakan panduan dan spo di SK kan
2	SKP.1	1	Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R).	-	D	-	-	-	Ada - Dalam Proses	sosialisasi kebijakan panduan dan SPO identifikasi yang baru	masuk ke pertemuan tiap ruangan	petugas tahu cara mengidentifikasi	rawat jalan ,rawat inap	KPRS	dr.Ernestine	Maret	undangan pertemuan, materi, notula, form umpan balik, dokumentasi sosialisasi, daftar hadir
3	SKP.1	2	Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit. (D,O,W)	-	D	-	-	-	Ada - Dalam Proses	memastikan setiap SPO yg berkaitan dg pasien ada proses identifikasi	meninjau semua SPO yg berkaitan dg pelayanan langsung pada pasien	semua SPO yg berkaitan langsung dg pasien pasti ada proses identifikasi dg 2 identitas	rawat jalan, rawat inap, penunjang	PWT, KPRS	dr.Ernestine , Ns.Sri Mulyani,SK ep	Februari	semua SPO yg berkaitan langsung dg pasien ada proses identifikasinya



Business Improvement Process

YAKKUM
RUMAH SAKIT
PANTI WILASA CITARUM



Peran : Direksi/ Unit

LOGIN KE SISTEM SEBAGAI DIREKSI / UNIT



Lisensi penggunaan software ini diberikan kepada :
RS. PANTI WILASA CITARUM SEMARANG

☐ Tampilkan password

[➔ Masuk](#)

[Anda Lupa Password?](#)

[Registrasi User Baru](#)

Developed by Sutejo, S.Kom
Copyright©2015-2019 rev.190720

LEVEL AKSES
DIREKSI/ UNIT

Dashboard sebagai Unit

SimMUTU® ver.3.0.08

MENU

  About  Keluar

 **Bagian SDM**
Online

 **RS. PANTI WILASA CITARUM**
Jl.Citarum no.98 Telp.: 0243542224 Semarang

MENU UTAMA

Home

INSTRUMEN AKREDITASI <

SISTEM MANAJEMEN MUTU <

DOKUMEN SISTEM MUTU <

INDIKATOR MUTU <

MANAJEMEN RISIKO <

PENDIDIKAN / PELATIHAN <

ARSIP DAN DISPOSISI <

BUKU / REFERENSI <

KONVENSI MUTU <

PENGATURAN <

Dashboard Control Panel

Pengumpulan Data Indikator Mutu Bulan JULI 2019

Tampil

10

 data Cari:

No	Judul Indikator	Target	Hasil
1	Indeks Kepuasan Karyawan	=> 70 %	
2	Indeks Kepuasan Dokter Mitra	=> 70 %	
3	Angka Kepatuhan Legalitas Tenaga Kesehatan	100 %	
4	Karyawan Mendapat Pelatihan 20 Jam Setahun	100 %	

Profile User

Bagian SDM

Human Resources Development



Hallo Selamat datang!, Silahkan mengelola data-data melalui menu-menu yang sudah tersedia pada bagian sebelah kiri halaman ini, Berikut data informasi detail akun anda saat ini :

Nama Lengkap

Bagian SDM

Alamat Email

sdmpwc@gmail.com

No. Handphone

08

Edit Data Profile

DO

☐ PENERAPAN STANDAR SISTEM MUTU DI BAGIAN SUMBER DAYA MANUSIA

AGUSTUS

2019



Cetak



Tampil 10 data

Cari:

SISTEM MANAJEMEN MUTU

★ Melakukan (Do)

● Pemenuhan Re-DOWS

- ☐ Pemenuhan Regulasi
- ☐ Pemenuhan Dokumen
- ☐ Pemenuhan Observasi
- ☐ Pemenuhan Wawancara
- ☐ Pemenuhan Simulasi

● Pemenuhan Std SNARS

★ Memeriksa (Check)

★ Menindaklanjuti (Act)

	Elemen Penilaian	Rencana Kegiatan (Plan of Action)					Penanggungjawab		Aksi
		Langkah Pemenuhan	Metode Pemenuhan	Indikator Pencapaian	Waktu	Dokumen Hasil	Unit	Pokja	
	SKP.5.EP.3 (1) Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan (hand hygiene) di seluruh rumah sakit sesuai dengan regulasi. (D,W) Fakta : Ada - Dalam Proses Lihat Detail Standar	SIMULASI melakukan audit cuci tangan di lingkungan RS	meminta staf RS melakukan cuci tangan sesuai prosedur kebersihan tangan	semua staf di lingkungan RS bisa melakukan cuci tangan sesuai prosedur kebersihan tangan	Agustus	prosentase hasil audit cuci tangan	SDM	Ns. Sutarmiyah ,SKep	DOK (1)
	SKP.5.EP.4 (1) Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan	WAWANCARA menanyakan kpd staf ada berapa saat untuk cuci tangan	menanyakan kpd staf RS tentang 5 saat cuci tangan	semua staf menjawab dg benar untuk 5 saat cuci tangan	Agustus	prosentase hasil wawancara tentang 5 saat cuci tangan	SDM	Ns. Sutarmiyah ,SKep	DOK (1)

Tampil 1 - 8 / 8 data



1





DO

STANDAR DAN ELEMEN PENILAIAN SKP.5.EP.4

[+ Baru](#)[Maksud dan Tujuan](#)[-](#)[x](#)

Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur. (Lihat PPI 9 EP 6) (O,W,S)

Langkah Pemenuhan EP	Metode Pemenuhan	Waktu Pelaksanaan	Indikator Pencapaian	Dokumen Hasil
menanyakan kpd staf ada berapa saat untuk cuci tangan	menanyakan kpd staf RS tentang 5 saat cuci tangan	Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember 2018	semua staf menjawab dg benar untuk 5 saat cuci tangan	prosentase hasil wawancara tentang 5 saat cuci tangan

Tampil 10 data

Cari:

No	Tanggal	Kegiatan	Nama Dokumen	Tgl.Terbit	No.Dokumen	Unit	Aksi
1	2018-03-15	aaa	observasi dddd	2018-03-15	-	BAGIAN SEKRETARIAT	



DO

STANDAR DAN ELEMEN PENILAIAN SKP.5.EP.4

[+ Baru](#)[Maksud dan Tujuan](#)[-](#)[×](#)

⊕ MENAMBAHKAN REGULASI/DOKUMEN SKP.5.EP.3

Apa Nama
Kegiatannya?

Kapan Kegiatan
Dilakukan?

Apa Judul Dokumen
Yang dihasilkan?

No.Dokumen

Tanggal Terbit

Unggah File

Choose File

No file chosen

Simpan

Batal

Dokumen Hasil

Benar

prosentase hasil wawancara
tentang 5 saat cuci tangan

Cari:

Unit

Aksi

BAGIAN
SEKRETARIAT





MENCETAK CHECKLIST RENSTRA

AN STANDAR SISTEM MUTU DI BAGIAN SUMBER DAYA MANUSIA

AGUSTUS

2019



Cetak



Tampil 10 data

Ca

No	Elemen Penilaian	Rencana Kegiatan (Plan of Action)					Penanggungjawab		Aksi
		Langkah Pemenuhan	Metode Pemenuhan	Indikator Pencapaian	Waktu	Dokumen Hasil	Unit	Pokja	
1	SKP.5.EP.3 (1) Rumah sakit melaksanakan program kebersihan	SIMULASI melakukan audit cuci tangan di lingkungan RS	meminta staf RS melakukan cuci tangan sesuai prosedur kebersihan	semua staf di lingkungan RS bisa melakukan cuci tangan sesuai prosedur kebersihan	Agustus	prosentase hasil audit cuci tangan	SDM	Ns. Sutarmiyah ,SKep	DOK (1)
				semua staf menjawab dg benar untuk 5 saat cuci tangan	Agustus	prosentase hasil wawancara tentang 5 saat cuci tangan	SDM	Ns. Sutarmiyah ,SKep	DOK (1)

CETAK PROGRES PEMENUHAN STANDAR DAN E.P

Bab

Ketik Kode/Nama Bab



Unit Penanggung Jawab

BAGIAN SUMBER DAYA MANUSIA (SDM)



Klik untuk Mencetak Semua Data

Cetak

Batal



RS. PANTI WILASA CITARUM

Jl.Citarum no.98 Telpn 0243542224 Semarang

Email : sekretariat.rspwc@gmail.com

CHECKLIST PENERAPAN STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT VERSI 2018

UNIT PENANGGUNG JAWAB:

NO	Standar	#	Elemen Penilaian (EP)	Telusur					Kebutuhan Dok.	Rencana Tindakanjutt (Action Plan)						Catatan
				R	D	O	W	S		Langkah-langkah	Metode	Indikator	Jadwal	Realisasi	Hasil Dokumen Unit	
1	SKP.5	3	Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan (hand hygiene) di seluruh rumah sakit sesuai dengan regulasi. (D,W)	-	-	-	-	S	prosentase hasil audit cuci tangan (---PIC Pokja : Ns. Sutarmiyah ,SKep---)	melakukan audit cuci tangan di lingkungan RS	meminta staf RS melakukan cuci tangan sesuai prosedur kebersihan tangan	semua staf di lingkungan RS bisa melakukan cuci tangan sesuai prosedur kebersihan tangan	Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember			
2	SKP.5	4	Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur. (Lihat PPI 9 EP 6) (O,W,S)	-	-	-	W	-	prosentase hasil wawancara tentang 5 saat cuci tangan (---PIC Pokja : Ns. Sutarmiyah ,SKep---)	menanyakan kpd staf ada berapa saat untuk cuci tangan	menanyakan kpd staf RS tentang 5 saat cuci tangan	semua staf menjawab dg benar untuk 5 saat cuci tangan	Maret, April, Mei, Juni, Juli, Agustus, September, Oktober, November, Desember			

Activate Windows
Go to PC settings to activate Windows.

Business Improvement Process

YAKKUM
RUMAH SAKIT
PANTI WILASA CITARUM



Peran : Auditor Mutu Internal

LOGIN KE SISTEM SEBAGAI AUDITOR



Lisensi penggunaan software ini diberikan kepada :
RS. PANTI WILASA CITARUM SEMARANG



☐ Tampilkan password

 **Masuk**

[Anda Lupa Password?](#)

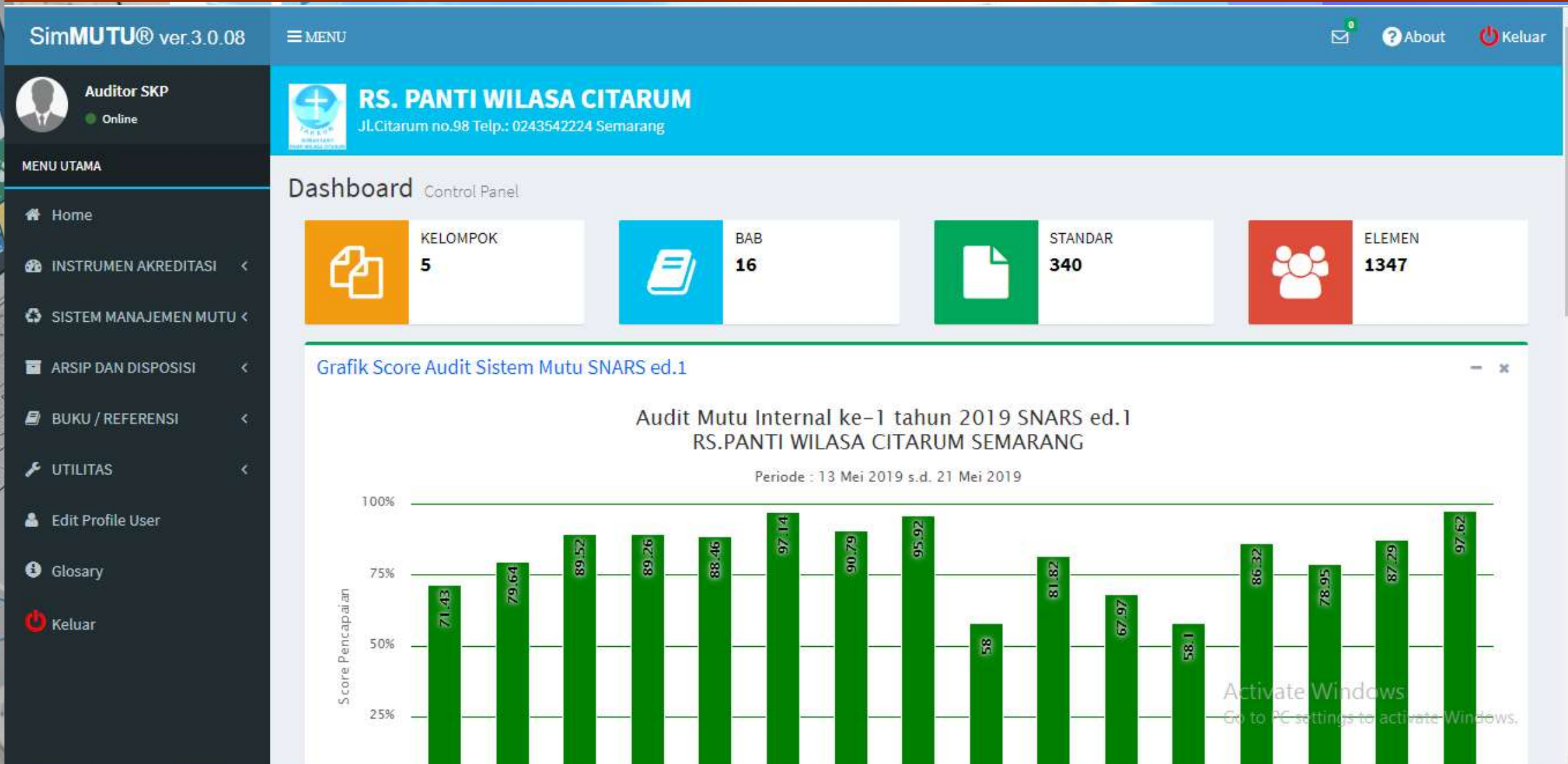
[Registrasi User Baru](#)

Developed by Sutejo, S.Kom
Copyright©2015-2019 rev.190720

LEVEL AKSES AUDITOR

Activate Windows
Go to PC settings to activate Windows.

Dashboard sebagai Auditor





CHECK

☐ AUDIT SISTEM MUTU BAB SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

Laporan

Cari:

No	Elemen Penilaian (E.P.)	Fakta / Analisis	Rekomendasi	Score	Score Max	Ket.
	SKP.1.EP.1   Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R). REGULASI : Regulasi tentang pelaksanaan identifikasi pasien. Fokus Telusur : Regulasi yang menyebutkan 2 atau lebih identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas Panduan identifikasi pasien : - Saat pasien masuk : identitas harus sesuai dengan KTP, bila tidak bawa maka identitas sesuai dengan form isian identitas pasien dan diingatkan untuk membawanya saat kontrol - Untuk RJ dimasukkan juga cara identifikasinya	Revisi kebijakan Belum ada panduan (revisi)	Segera untuk di terbitkan	0	10	TT

Tampil 1 - 1 / 42 data



MENCETAK HASIL AUDIT

☐ AUDIT SISTEM MUTU BAB SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

Laporan

—

×

Cari:

CETAK LAPORAN AUDIT

×

Bab

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

✕

Jenis Audit

Semua

Auditor 1

Sutejo, S.Kom

Auditor 2 dst

Auditee 1

Aris Susanto, S.Kep, Ns

Auditee 2 dst

Lead Auditor

dr.Dwi Pudji Leksono, Sp.Rad

Cetak

Batal

sis	Rekomendasi	Score	Score Max	Ket.
ada panduan (	Segera untuk di terbitkan	0	10	TT



RS. PANTI WILASA CITARUM

Jl.Citarum no.98 Telpun 0243542224 Semarang

Email : sekretariat.rspwc@gmail.com

LAPORAN HASIL AUDIT SISTEM MUTU : AUDIT MUTU INTERNAL KE-1 TAHUN 2019 STANDAR SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

Jenis Audit : AUDIT SEMUA ELEMEN PENILAIAN

Auditee : Aris Susanto, S.Kep, Ns,

Periode Audit : 13 Mei 2019 s/d 21 Mei 2019

Auditor : Sutejo, S.Kom,

NO	KODE	ELEMEN PENILAIAN	MATERI TELUSUR	FAKTA DAN ANALISIS	REKOMENDASI	SCORE	SCOREMAX	STATUS
1	SKP.1.EP.1	Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien (R).	REGULASI : Regulasi tentang pelaksanaan identifikasi pasien..	Revisi kebijakan Belum ada panduan (revisi)	Segera untuk di terbitkan	0	10	TT
Jumlah						300	420	
Pencapaian						71.43%		

Keterangan : Score TL = Terpenuhi Lengkap (Terpenuhi > 80%), TS = Terpenuhi Sebagian (Terpenuhi 20% s.d 79%), TT = Tidak Terpenuhi (Terpenuhi <20%), dan TDD = Tidak Dapat Diterapkan, jika rumah sakit tidak bisa menerapkan.

Semarang, 02 Agustus 2019

Lead Auditor,

Auditee,

Auditor,

dr.Dwi Pudji Leksono, Sp.Rad

Aris Susanto, S.Kep, Ns

Sutejo, S.Kom

Business Improvement Process

SISTEM MANAJEMEN MUTU ▾

★ Membuat Rencana (Plan) <

★ Melakukan (Do) <

★ Memeriksa (Check) <

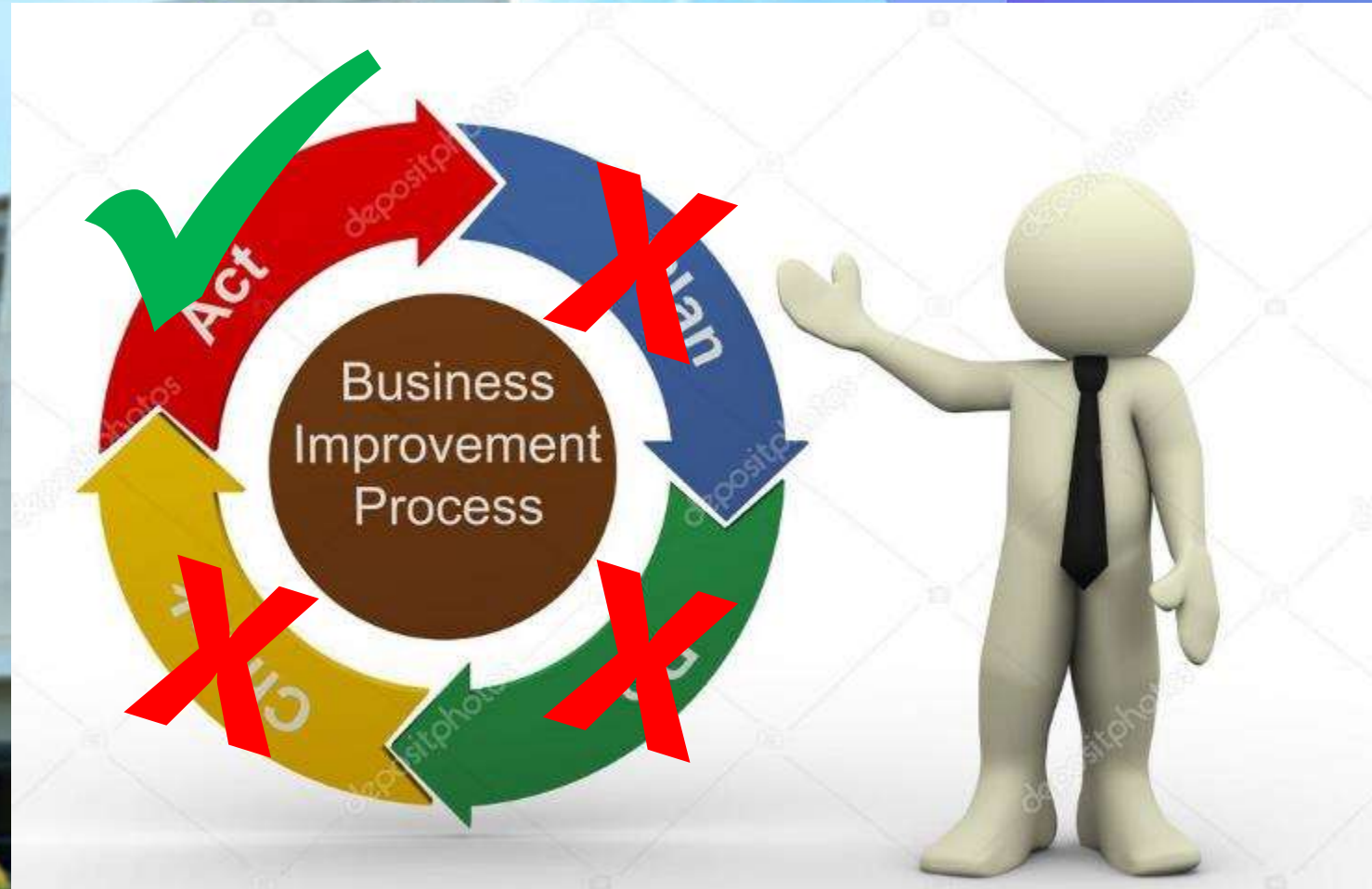
★ Menindaklanjuti (Act) ▾

● Kelola Rekomendasi

● Membuat PPS

● Progres Pemenuhan PPS

● Audit PPS



Peran : Pokja / Panitia Akreditasi

1. Kelola

DAFTAR REKOMENDASI HASIL SURVEI AKREDITASI BAB SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

Tampil 10 data

No	Standar	#	Elemen Penilaian (EP)	Fakta dan Analisis	Rekomendasi	Aksi
1	(SKP.1) Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien	4	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet. (lihat juga PAP 4; AP 5.7) (O,W,S)	Identifikasi sudah dilakukan di unit tapi masih ada unit yang belum menerapkan secara konsisten	Lakukan identifikasi secara konsisten apabila diperlukan tambahan identitas agar di kordinasikan untuk dilakukan revisi kebijakan	
2	(SKP.2.2) Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi Serah Terima (hand over).	1	Ada bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara profesional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien (hand over). (lihat juga MKE 5). (D,W)	Dokumentasi terkait hal hal kritis yang diserahkan terimakan antar PPA untuk pasien transfer atau alih rawat sdh ada tetapi untuk hal hal kritis yang diserahkan terimakan antar Perawat belum terdokumentasi	Dokumentasikan hal hal kritis yang diserahkan terimakan antar PPA baik pada saat transfer maupun hand over antar perawat agar didokumentasikan	
3	(SKP.2.2) Rumah sakit menetapkan	3	Ada bukti dilakukan evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu	Belum ada evaluasi untuk proses hand over	Dokumentasikan bila ada evaluasi untuk bukti dan	

Tampil 1 - 8 / 8 data



EDIT REKOMENDASI SURVEI AKREDITASI



Bab	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	
Elemen Penilaian	SKP.1.4	✕
Tanggal Audit	2018-10-23	s.d. 2018-10-26
Fakta/Analisis	Identifikasi sudah dilakukan di unit tapi masih ada unit yang belum menerapkan secara konsisten	
Rekomendasi	Lakukan identifikasi secara konsisten apabila diperlukan tambahan identitas agar di kordinasikan untuk dilakukan revisi kebijakan	

2. Membuat PPS

PERENCANAAN PERBAIKAN STRATEGIS (PPS) BAB SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

Tampil 10 data

Cari:

No	Standar	#	Elemen Penilaian (EP)	Fakta dan Analisis	Rekomendasi	Aksi
1	(SKP.1) Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien	4	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet. (lihat juga PAP 4; AP 5.7) (O,W,S)	Identifikasi sudah dilakukan di unit tapi masih ada unit yang belum menerapkan secara konsisten	Lakukan identifikasi secara konsisten apabila diperlukan tambahan identitas agar terkoordinasi untuk dilakukan revisi kebijakan	Q PPS (4)
2	(SKP.2.2) Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi Serah Terima (hand over).	1	Ada bukti catatan tentang hal-hal kritis dikomunikasikan di antara profesional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien (hand over). (lihat juga MKE 5). (D,W)	Dokumentasi terkait hal hal kritis yang diserahkan terimakan antar PPA untuk pasien transfer atau alih rawat sdh ada tetapi untuk hal hal kritis yang diserahkan terimakan antar Perawat belum terdokumentasi	Dokumentasikan hal hal kritis yang diserahkan terimakan antar PPA baik pada saat transfer maupun hand over antar perawat agar didokumentasikan	Q PPS (0)
3	(SKP.2.2) Rumah sakit menetapkan	3	Ada bukti dilakukan evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu	Belum ada evaluasi untuk proses hand over	Dokumentasikan bila ada evaluasi untuk bukti dan	Q PPS (0)

Tampil 1 - 8 / 8 data

Activate Windows
Go to PC settings to activate Windows.

2. Membuat PPS

□ PERENCANAAN PERBAIKAN STRATEGIS (PPS) BAB : SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

Maksud dan Tujuan

+ Baru

-

x

Standar SKP.1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien

Elemen Penilaian SKP.1.EP.4

Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet. (lihat juga PAP 4; AP 5.7) (O,W,S)

Fakta dan Analisis

Identifikasi sudah dilakukan di unit tapi masih ada unit yang belum menerapkan secara konsisten

Rekomendasi

Lakukan identifikasi secara konsisten apabila diperlukan tambahan identitas agar di kordinasikan untuk dilakukan revisi kebijakan

No	Langkah Pemenuhan E.P	Metode Perbaikan	Indikator Pencapaian	Waktu	Penanggungjawab		Keterangan	Aksi
					Unit	Pokja		
1	1. Mengadakan pertemuan dengan unit terkait 2. Menentukan identifikasi tambahan yang diperlukan di masing-masing unit 3. Revisi kebijakan RS 4. Revisi SPO identifikasi pasien di masing-masing unitn	1. Revisi kebijakan RS tentang identifikasi pasien disesuaikan dg kondisi dan kebutuhan masing masing unit 2. Revisi SPO identifikasi pasien di masing-masing unit	Kebijakan RS dan SPO tentang identifikasi pasien sudah direvisi	2019		Sri mulyani	Revisi kebijakan RS, Revisi SPO Identifikasi pasien masing-masing unit	
2	Cek spo ttg identifikasi pasien di semua unit	Melihat ulang spo identifikasi di masing	Semua spo sdh sesuai dg kondisi yg ada di unit	2019		Sri mulyani	spo identifikasi pasien di	

Activate Windows

Go to PC settings to activate Windows.



⊕ MENAMBAHKAN PERENCANAAN PERBAIKAN STRATEGIS BARU



Apa yang akan dilakukan?

Bagaimana Cara Melakukannya?

Apa Indikator Keberhasilannya?

Kapan dilakukan?

2020 ▾

☐ Januari

☐ Februari

☐ Maret

☐ April

☐ Mei

Siapa Penanggungjawab Pokja?

Siapa Penanggungjawab Unit?

Apa materi/dokumen hasilnya?

Simpan

Batal

Activated
Go to PC

Cetak PPS

PERENCANAAN PERBAIKAN STRATEGIS (PPS) BAB : SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

Maksud dan Tujuan

+ Baru

-

x

Standar SKP.1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien

Elemen Penilaian SKP.1.EP.4

Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet. (lihat juga PAP 4; AP 5.7) (O,W,S)

Fakta dan Analisis

Identifikasi sudah dilakukan di unit tapi masih ada unit yang belum menerapkan secara konsisten

Rekomendasi

Lakukan identifikasi secara konsisten apabila diperlukan tambahan identitas agar di kordinasikan untuk dilakukan revisi kebijakan

No	Langkah Pemenuhan E.P	Metode Perbaikan	Indikator Pencapaian	Waktu	Penanggungjawab		Keterangan	Aksi
					Unit	Pokja		
1	1. Mengadakan pertemuan dengan unit terkait 2. Menentukan identifikasi tambahan yang diperlukan di masing-masing unit 3. Revisi kebijakan RS 4. Revisi SPO identifikasi pasien di masing-masing unitn	1. Revisi kebijakan RS tentang identifikasi pasien disesuaikan dg kondisi dan kebutuhan masing masing unit 2. Revisi SPO identifikasi pasien di masing-masing unit	Kebijakan RS dan SPO tentang identifikasi pasien sudah direvisi	2019		Sri mulyani	Revisi kebijakan RS, Revisi SPO Identifikasi pasien masing-masing unit	
2	Cek spo ttg identifikasi pasien di semua unit	Melihat ulang spo identifikasi di masing	Semua spo sdh sesuai dg kondisi yg ada di unit	2019		Sri mulyani	spo identifikasi pasien di	

Activate Windows

Go to PC settings to activate Windows.

3. Modul Manajemen Regulasi Sistem Mutu

Modul ini berfungsi untuk :

PLAN – dilakukan oleh Kepala Unit dan Direktur/Wakil Direktur.

1. Unit Mengajukan Perubahan Regulasi.
2. Unit Mencetak Formulir Pengajuan

DO – dilakukan oleh Direktur / Sekretaris RS.

1. Direktur / Wakil Direktur memberikan Approval.
2. Sekretaris RS melakukan Finalisasi dan Scan Regulasi
3. Sekretaris RS mengunggah ke SimMUTU.
4. Sekretaris RS mendistribusikan Regulasi melalui SimMUTU
5. Seretaris RS mencetak formulir distribusi dan menarik regulasi lama.

CHECK – dilakukan oleh Kepala Unit dan Sekretaris RS

Melakukan monitoring dan evaluasi Regulasi setiap 2 tahu dan memberikan rekomendasi.

ACT – dilakukan oleh Kepala Unit .

Menindaklanjuti dengan membuat rencana revisi regulasi





Pengajuan Perubahan Regulasi

ONAN PERUBAHAN REGULASI PROSEDUR (SPO)

+ Baru ? - x

Tampil 10 data

#	No	Judul Regulasi	Pemohon	Kategori	Jenis	Revisi	Kepada	Progress			
								Draft	Acc	Sekretaris	Direktur
 	1	Penanganan infeksi masa nifas	RUANG BOUGENVILLE	SPO	Ubah Regulasi	ke-01	WAKIL DIREKTUR PELAYANAN MEDIS		☒	☐	☐
 	2	Pelaksanaan Rawat Gabung	RUANG BOUGENVILLE	SPO	Ubah Regulasi	ke-01	WAKIL DIREKTUR PELAYANAN MEDIS		☒	☒	☒
 	3	Persiapan Sectio Cesaria Elektif	RUANG BOUGENVILLE	SPO	Ubah Regulasi	ke-01	WAKIL DIREKTUR PELAYANAN MEDIS		☒	☒	☒
 	4	Perawatan pasien pasca operasi	RUANG BOUGENVILLE	SPO	Ubah Regulasi						☒

Oleh Kepala Unit

Tampil 1 - 10 / 18 data



No. 1576

USULAN PEMBUATAN/PERUBAHAN DOKUMEN / FORMULIR

Jenis Dokumen

☐ Kebijakan ☐ Pedoman/Panduan ☒ Prosedur (SPO)
☐ Program (TOR) ☐ Formulir ☐ Lainnya, _____

Perubahan Yang Diminta,

☐ Dokumen Baru ☐ Pembatalan
☒ Revisi Dokumen

No.Dokumen

No.Revisi

Judul Dokumen / Formulir

Lama

00

Baru

01

Penanganan infeksi masa nifas

Alasan Pembuatan/Perubahan : ☐ Belum Ada (Baru) ☒ Kadaluarsa ☐ Rusak ☐ Hilang

Dokumen Terkait Yang Direvisi :

Uraian Pembuatan/Perubahan :

	Dibuat oleh,	Menyetujui,	Mengetahui,
Tanggal	10 Agustus 2018	10 Agustus 2018	
Nama	YOCEBETH DEWI Z, SSIT	drg.KRISWIDIATI, M.Kes	dr. Yohanes Mada Suprayogi, Sp.PD
Jabatan	Koordinator		Direktur
Tanda Tangan			

PENGENDALIAN DOKUMEN

	Diterima,	Ditindaklanjuti,	Distribusi,	Disimpan,
Tanggal				
Nama				
Tanda Tangan				



Persetujuan Permohonan Revisi

PERMOHONAN PERUBAHAN REGULASI PROSEDUR (SPO)

+ Baru ? - x

Tampil 10 data

Cari:

#	No	Judul Regulasi	Pemohon	Kategori	Jenis	Revisi	Kepada	Progress			
								Draft	Acc	Sekretaris	Direktur
 	1	SPO ASESMEN ULANG	INSTALASI RAWAT INAP	SPO	Regulasi Baru	ke-00	WAKIL DIREKTUR PELAYANAN MEDIS		☐	☐	☐
 	2	konseling sebelum pemasangan alat kontrasepsi	RUANG BERSALIN	SPO	Regulasi Baru	ke-01	WAKIL DIREKTUR PELAYANAN MEDIS		☐	☐	☐
 	3	Pelepasan Alat Kontrasepsi Dalam RAHIM	RUANG BERSALIN	SPO	Regulasi Baru	ke-01	WAKIL DIREKTUR PELAYANAN MEDIS		☐	☐	☐
 	4	Konseling Pasca Pemasangan	RUANG BERSALIN	SPO	Regulasi	ke-01	WAKIL		☐	☐	☐

Tampil 1 - 7 / 7 data

Keterangan : Acc = Persetujuan Direktur/Wadir, Sekretaris = Diproses oleh Sekretaris, Direktur = Sed
Asli telah disimpan.

Oleh Direksi

« 1 »

activate Windows

Tanggal	2018-10-20 08:42:39	
Rumah Sakit	RS.PANTI WILASA CITARUM - Semarang	
Dari	INSTALASI RAWAT INAP (IRNA)	
Untuk	WAKIL DIREKTUR PELAYANAN MEDIS (DIRYAN)	✕

Jenis Dokumen

Dokumen Lama

Dokumen Baru

Revisi diminta ke-

Jenis Permohonan

Alasan Perubahan

Detail Perubahan

Detail Perubahan

Dokumen Terkait Yang Direvisi

Ganti File

Choose File No file chosen

File Saat ini : [SPO ASESMEN ULANG.pdf](#)

Disetujui/Ditolak?

☐ Disetujui ☒ Ditolak

Catatan/Rekomendasi

Simpan

Batal



Daftar Induk Dokumen

- Home
- INSTRUMEN AKREDITASI
- SISTEM MANAJEMEN MUTU
- DOKUMEN SISTEM MUTU
 - Permohonan Perubahan
 - Daftar Induk Dokumen
 - Kebijakan
 - Pedoman
 - Prosedur (SPO)
 - Program (TOR)
 - Formulir
 - Pengendalian Dokumen
 - Daftar Regulasi Unit
 - Dokumen P-D-S-A
 - Daftar Regulasi Kadaluar
- INDIKATOR MUTU
- MANAJEMEN RISIKO

DAFTAR INDUK DOKUMEN PROSEDUR

+ Baru Laporan ? - x

Tampil 10 data

Cari:

No	Judul	PIC/ Unit	File			Status		Aksi
			DOC	PDF	Hard	Dist.	Expired	
1	SERAH TERIMA ANTAR SHIFT No. : PWT.SPO.005 - Tgl.Terbit : 25 April 2019 - Revisi : 02 - Tgl.Akhir : 25 April 2021	BIDANG KEPERAWATAN		☐	☒	☐	☐	
2	SPO PENYAMPAIAN INFORMASI MELALUI LAYANAN EMAIL No. : SKR.SPO.003 - Tgl.Terbit : 22 Januari 2019 - Revisi : 00 - Tgl.Akhir : 22 Februari 2021	BAGIAN SEKRETARIAT			☒	☒	☐	
3	SPO PENYAMPAIAN INFORMASI MELALUI APLIKASI WA PEJABAT STRUKTURAL No. : SKR.SPO.006 - Tgl.Terbit : 22 Januari 2019 - Revisi : 00 - Tgl.Akhir : 22 Januari 2021	BAGIAN SEKRETARIAT			☒	☒	☐	
4	SPO PENYAMPAIAN INFORMASI MELALUI RAPAT KOORDINASI No. : SKR.SPO.004 - Tgl.Terbit : 22 Januari 2019 - Revisi : 00 - Tgl.Akhir : 22 Januari 2021	BAGIAN SEKRETARIAT			☒	☒	☐	

Tampil 1 - 10 / 1,055 data

Keterangan: DOC = Regulasi Softcopy DOC/DOCX Final, PDF = Regulasi Softcopy PDF, Hard

Oleh Sekretaris RS

Kategori Regulasi	Standar Prosedur Operasional (SPO) ▼
Rumah Sakit	RS.PANTI WILASA CITARUM - Semarang ▼
Unit Layanan/Unit Kerja	PWT - BIDANG KEPERAWATAN ▼ ✕
Nomor	PWT.SPO.005
Judul Regulasi	SERAH TERIMA ANTAR SHIFT
Tanggal Terbit	2019-04-25 berakhir 2021-04-25 Revisi ke- Revisi ke-02 ▼
Pengertian	
Tujuan	
Kebijakan	
Prosedur	

Unit Terkait	-
Ganti File DOC/DOCX	Choose File No file chosen File Saat Ini : spo/946746005.prwt.spo.serah terima antar shift rev apr19.doc
Ganti File PDF	Choose File No file chosen
File Hardcopy	☒ Ada ☐ Tidak ada
Distribusi	☐ Sudah ☒ Belum
Kadaluarsa?	☐ Ya ☒ Tidak

	PENYAMPAIAN INFORMASI MELALUI LAYANAN EMAIL		
	No. Dokumen : SKR.SPO.003	No. Revisi : 00	Halaman 1 of 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit : 22 Januari 2019	Ditetapkan, Direktur RS/ Panti Wilasa Citarum  dr. Yohanes Mada Suprayogi, Sp.PD	
	Pengertian : Penyampaian informasi terkait undangan pertemuan, kegiatan yang diselenggarakan rumah sakit, sosialisasi program, dll di lingkungan internal rumah sakit dengan menggunakan layanan email. Tujuan : Sebagai acuan dalam pelaksanaan penyampaian informasi melalui layanan email agar dapat terlaksana dengan baik. Kebijakan : Keputusan Direktur RS. Panti Wilasa Citarum No. 233/RS.PWC/SK/VI/2018 tentang Kebijakan Manajemen dan Pelayanan RS. Panti Wilasa Citarum. Prosedur : 1. Unit layanan/ kerja menyampaikan kepada bagian sekretariat terkait kebutuhan publikasi informasi setelah mendapat persetujuan direksi. 2. Bagian sekretariat meneruskan informasi yang akan dipublikasikan melalui layanan email. 3. Bagian sekretariat memberitahukan atau memberi notifikasi		

Activate Windows
Go to PC settings to activate Windows.

⌕
+
-



Pengendalian Dokumen

DAFTAR REGULASI KATEGORI STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

Lembar Distribusi

Tampil 10 data

Cari:

No	Judul	Unit	File	Aksi
1	SERAH TERIMA ANTAR SHIFT No. : PWT.SPO.005 - Tgl.Terbit : 25 April 2019 - Revisi : 02 - Tgl.Akhir : 25 April 2021	BIDANG KEPERAWATAN		DISTRIBUSI (0)
2	SPO PENYAMPAIAN INFORMASI MELALUI LAYANAN EMAIL No. : SKR.SPO.003 - Tgl.Terbit : 22 Januari 2019 - Revisi : 00 - Tgl.Akhir : 22 Februari 2021	BAGIAN SEKRETARIAT		DISTRIBUSI (79)
3	SPO PENYAMPAIAN INFORMASI MELALUI APLIKASI WA PEJABAT STRUKTURAL No. : SKR.SPO.006 - Tgl.Terbit : 22 Januari 2019 - Revisi : 00 - Tgl.Akhir : 22 Januari 2021	BAGIAN SEKRETARIAT		DISTRIBUSI (79)
4	SPO PENYAMPAIAN INFORMASI MELALUI RAPAT KOORDINASI No. : SKR.SPO.004 - Tgl.Terbit : 22 Januari 2019 - Revisi : 00 - Tgl.Akhir : 22 Januari 2021	BAGIAN SEKRETARIAT		DISTRIBUSI (79)
5	SPO PENYAMPAIAN INFORMASI MELALUI SURAT EDARAN No. : SKR.SPO.005 - Tgl.Terbit : 22 Januari 2019 - Revisi : 00 - Tgl.Akhir : 22 Januari 2021	BAGIAN SEKRETARIAT		DISTRIBUSI (79)
6	SPO Pelayanan Kunjungan Rumah No. : UKR.SPO.001 - Tgl.Terbit : 01 Juli 2018 - Revisi : 00 - Tgl.Akhir : 01 Juli 2020	UNIT HOME CARE		DISTRIBUSI (18)

Tampil 1 - 10 / 1,055 data

« 1 2 3 4 5 ... 106 »

Oleh Sekretaris RS

DATA DISTRIBUSI REGULASI

+ Baru

-

x

Nomor	SKR.SPO.003
Judul Regulasi	SPO PENYAMPAIAN INFORMASI MELALUI LAYANAN EMAIL
Tanggal Terbit	2019-01-22

Tampil 10 data

Cari:

No	Tgl.Distribusi	Nama Unit Layanan/ Unit Kerja	Pengirim	Aksi
1	2019-02-14 11:33:51	BAGIAN PENGADAAN	Bagian Sekretariat	
2	2019-02-14 11:33:51	BAGIAN AKUNTANSI	Bagian Sekretariat	
3	2019-02-14 11:33:51	PELAYANAN ADMINISTRASI PENDERITA	Bagian Sekretariat	
4	2019-02-14 11:33:51	WAKIL DIREKTUR PENUNJANG MEDIS	Bagian Sekretariat	
5	2019-02-14 11:33:51	RUANG BERSALIN	Bagian Sekretariat	
6	2019-02-14 11:33:51	UNIT PENDIDIKAN DAN PELATIHAN	Bagian Sekretariat	
7	2019-02-14 11:33:51	WAKIL DIREKTUR KEUANGAN & UMUM	Bagian Sekretariat	
8	2019-02-14 11:33:51	DIREKTUR	Bagian Sekretariat	

Activate Windows
Go to PC settings to activate Windows.



RS. PANTI WILASA CITARUM

Jl.Citarum no.98 Telpn 0243542224 Semarang

Email : sekretariat.rspwc@gmail.com

DISTRIBUSI :	DITARIK :
No.Dokumen : SKR.SPO.005 Revisi :	No.Dokumen : Revisi :
Tanggal Terbit : 22 Januari 2019	Tanggal terbit :
Judul : SPO PENYAMPAIAN INFORMASI MELALUI SURAT EDARAN	

DISTRIBUSI REGULASI / DOKUMEN

No.	Kepada	Diterima		Ditarik		Keterangan
		Tanggal	Tanda Tangan	Tanggal	Tanda Tangan	
1	BAGIAN PENGADAAN					
2	BAGIAN AKUNTANSI					
3	PELAYANAN ADMINISTRASI PENDERITA					
4	WAKIL DIREKTUR PENUNJANG MEDIS					
5	RUANG BERSALIN					
6	UNIT PENDIDIKAN DAN PELATIHAN					
7	WAKIL DIREKTUR KEUANGAN & UMUM					

Mengetahui Wakil Direktur,

EMANUEL HINDRO CAHYONO, SE, MM

Semarang, _____

Kepala Bagian BAGIAN SEKRETARIAT,

BAYU SETIAWAN, S.Pd



Pengajuan Profil Indikator Mutu

GAJUAN INDIKATOR MUTU OLEH INSTALASI LABORATORIUM

+ Baru **Cetak** ? - x

Tampil 10 data

Cari:

#	No	Dari	Judul Indikator	Alasan Pemilihan Judul	Target	Untuk	File Kertas Kerja	Progres			
								Acc	Sekretaris	Direktur	Distribusi
				tepat.							
	T.	INSTALASI LABORATORIUM	Kecepatan Pelaporan Hasil Pemeriksaan Laboratorium Cito	Kecepatan hasil pemeriksaan sangat diperlukan oleh dokter untuk menentukan diagnosa pasien, sehingga membantu pasien lebih cepat mendapatkan	100 %	WAKIL DIREKTUR PENUNJANG MEDIS		☐	☐	☐	☐

Oleh Kepala Unit

Tampil 1 - 10 / 14 data

Keterangan : **Acc** = Persetujuan Direktur/Wadir, **Sekretaris** = Diproses oleh Sekretaris, **Direktur** = Sedang Di...

Tahun Kegiatan	2019 ▼
Rumah Sakit	RS.PANTI WILASA CITARUM - Semarang ▼
Dari	INSTALASI LABORATORIUM (LAB) ▼ ✕
Untuk	WAKIL DIREKTUR PENUNJANG MEDIS (DIRJANG) ▼ ✕
Kategori ?	Indikator Area Keselamatan Pasien (ISKP) ▼
Judul Indikator ?	Kecepatan Pelaporan Hasil Pemeriksaan Laboratorium Cito
Dasar Pemikiran ?	Kecepatan hasil pemeriksaan sangat diperlukan oleh dokter untuk menentukan diagnosa pasien, sehingga membantu pasien lebih cepat mendapatkan terapi yang tepat
Dimensi Mutu ?	☐ Efisiensi ☐ Efektifitas ☐ Aksesibilitas ☒ Keselamatan ☐ Fokus Kepada Pasien ☐ Kesiambungan
Tujuan ?	Pasien segera mendapatkan penanganan medis
Definisi Operasional ?	Permintaan Pemeriksaan laboratorium cito adalah : permintaan pemeriksaan laboratorium dari Dokter / Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), yang cito (segera) sebagai penentu diagnosa pasien, yang berhubungan dengan kegawatan. Kecepatan pelaporan hasil laboratorium cito, berkaitan dengan standar waktu tunggu pemeriksaan laboratorium yang sudah ditentukan yaitu 1 jam.
Jenis Indikator ?	☐ Struktur ☐ Proses ☐ Outcome ☒ Proses dan Outcome

Numerator (Pembilang) ?

Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Cito Yang Dilaporkan Dalam Waktu 1 jam, selama 1 bulan.

Denominator (Penyebut) ?

Jumlah Seluruh Pemeriksaan Laboratorium Cito Yang Harus Dilaporkan Dalam Waktu 1 Bulan

Target Pencapaian ?

=

100

%

Kriteria Inklusi ?

Hasil Laboratorium Cito

Kriteria Eksklusi ?

Tidak Ada

Formula ?

Numerator / Denominator x 100 (%)

Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Cito Yang Dilaporkan Dalam Waktu 1 Jam, selama 1 Bulan : Jumlah Seluruh Pemeriksaan Laboratorium Cito Yang Harus Dilaporkan Dalam Waktu 1 Bulan X 100 %

Sumber Data ?

Buku Register Laboratorium Rawat Inap

Frekwensi Pengumpulan Data ?

Bulanan

Periode Analisis ?

3 Bulanan

Cara Pengumpulan Data ?

☒ Retrospektif ☐ Concurrent

Sampel/Cakupan Data ?

Sensus

Rencana Analisis Data ?

Diagram batang digunakan untuk menampilkan data pembandingan beberapa kategori.

Instrumen Pengambilan Data ?

Formulir Rekapitulasi Data Hasil Pemeriksaan Laboratorium Cito

Penanggung Jawab ?

Wakil Kepala Instalasi

Rencana Publikasi Data ?

Rapat Rutin Instalasi Lab
Rapat PIC Data

Area Monitoring ?

Instalasi Laboratorium

Ganti Kertas Kerja

No file chosen

File Saat ini : 311905Kertas kerja IM laboratorium cito.doc

 Simpan

 Batal

Activate Windows



RS. PANTI WILASA CITARUM

Jl.Citarum no.98 Telpn 0243542224 Semarang

Email : sekretariat.rspwc@gmail.com

PROFIL/ KAMUS INDIKATOR MUTU

Kode : ---Draft---

- | | |
|--------------------|---|
| 1. Judul Indikator | : Angka Kesalahan Pemeriksaan Laboratorium |
| 2. Dasar Pemikiran | : Pedoman Praktek Laboratorium Kesehatan yang Benar Tahun 2008 |
| 3. Dimensi Mutu | : [v] Efisiensi [-] Efektifitas [-] Aksesibilitas [v] Keselamatan [-] Fokus kepada pasien [-] Kesiambungan |
| 4. Tujuan | : Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang tepat sangat diperlukan oleh dokter untuk menentukan diagnosa pasien, sehingga membantu pasien lebih cepat mendapatkan terapi yang tepat. |

Kadang terjadi keluhan dari dokter, perawat dan pasien terkait hasil pemeriksaan Laboratorium yang tidak sesuai.

Bila hal tersebut terjadi, maka harus dilakukan pemeriksaan ulang yang menyebabkan penambahan waktu dan biaya.

Untuk mencegah terjadinya hal tersebut maka kesalahan pemeriksaan dijadikan indikator mutu yang akan mencerminkan kinerja Instalasi Laboratorium.

- | | |
|-------------------------|---|
| 5. Definisi Operasional | : Kesalahan Pemeriksaan Laboratorium adalah kesalahan yang mungkin terjadi di |
|-------------------------|---|

Persetujuan Permohonan Profil Indikator Mutu

PERSETUJUAN PENGAJUAN INDIKATOR MUTU

Cetak

?

-

x

Tampil 10 data

Cari:

Kode	Dari	Judul Indikator	Alasan Pemilihan Judul	Target	Untuk	File Kertas Kerja	Persetujuan		Aksi
							Acc	Catatan	
A.013	INSTALASI LABORATORIUM	Kecepatan Pelaporan Hasil Pemeriksaan Laboratorium Cito Pasien Sectio Caesaria Elektif	Kecepatan hasil pemeriksaan sangat diperlukan oleh dokter untuk menentukan diagnosa pasien, sehingga membantu pasien lebih cepat mendapatkan terapi yang tepat.	100 %	WAKIL DIREKTUR PENUNJANG MEDIS		☒		 
B.	INSTALASI LABORATORIUM	Pelaporan Nilai Kritis Pemeriksaan Laboratorium Rawat Inap	Pelaporan hasil kritis sangat penting bagi pasien yang membutuhkan penanganan medis segera. Pelaporan hasil	100 %	WAKIL DIREKTUR PENUNJANG MEDIS		☐		 

Tampil 1 - 8 / 8 data

Keterangan : Acc = Persetujuan Direktur/Wadir, Sekretaris = Diproses oleh Sekretaris, Direk

Oleh Direktur / Wakil Direktur

Tahun Kegiatan	2019 ▼
Rumah Sakit	RS.PANTI WILASA CITARUM - Semarang ▼
Dari	INSTALASI LABORATORIUM (LAB) ▼ ✕
Untuk	WAKIL DIREKTUR PENUNJANG MEDIS (DIRJANG) ▼ ✕
Kategori ?	Indikator Area Keselamatan Pasien (ISKP) ▼
Judul Indikator ?	Pelaporan Nilai Kritis Pemeriksaan Laboratorium Rawat Inap
Dasar Pemikiran ?	

Ganti Kertas Kerja	Choose File No file chosen File Saat ini : 311905kertas kerja IM waktu lapor hasil tes kritis laboratorium.doc
Disetujui/Ditolak?	☐ Disetujui ☒ Ditolak
Catatan/Rekomendasi	



Finalisasi Profil Indikator Mutu

DAFTAR INDIKATOR MUTU UNIT

Tampil 10 data

Cari:

#	Judul Indikator	Kategori	Area Monitoring	Frekwensi	Target	Kode Indikator	No.&Tgl. Keputusan	Jenis	Aksi
B.	Ketepatan Pemberian Aspirin Pada Pasien Acute Myocardial Infarction (AMI)	IAK	IGD	Bulanan	100 %	010/RS.PWC/B-IAK/2018	249/RS.PWC/SK/VI/2018 Tgl.2018-06-30	Unit	  
B.	Angka Kesalahan Tindakan Karena Komunikasi Tidak Efektif	ISKP	Seluruh Unit Layanan	Harian	0 Kasus	002/RS.PWC/A-ISKP/2018	227a/RS.PWC/SK/V/2018 Tgl.2018-05-01	Unit	  
B.	Kejadian Infeksi Aliran Darah	ISKP	IRNA, ICU, IMC	Bulanan	< 1.5 %	005/RS.PWC/A-ISKP/2018	227a/RS.PWC/SK/V/2018 Tgl.2018-05-01	Unit	  

Tampil 1 - 10 / 118 data

Oleh Komite PMKP

PENETAPAN PROFIL INDIKATOR MUTU



No.Keputusan ?

249/RS.PWC/SK/VI/2018

Tanggal Keputusan ?

2018-06-30

Kode Indikator ?

010/RS.PWC/B-IAK/2018

Kategori

Indikator Area Klinis (IAK)

Judul Indikator

Ketepatan Pemberian Aspirin Pada Pasien Acute Myocardial Infarction (AMI)

Dasar Pemikiran

-

Dimensi Mutu

☐ Efisiensi ☐ Efektifitas ☐ Aksesibilitas ☒ Keselamatan ☐ Fokus Kepada Pasien ☐ Kesiambungan

Tujuan

Level Indikator ?

☐ Indikator Mutu Prioritas ☐ Indikator Mutu Nasional ☐ Indikator Mutu Yayasan ☒ Indikator Mutu Unit

Ganti File Kertas Kerja ?

No file chosen

File Saat ini : 161806B.010.kertas Kerja pemberian aspirin pasien AMI.docx.doc

Definisi Operasi

No.Urut Draft

B.

 Simpan

 Batal

RS. PANTI WILASA CITARUM

Jl.Citarum no.98 Telpn 0243542224 Semarang

Email : sekretariat.rspwc@gmail.com

PROFIL/ KAMUS INDIKATOR MUTU

Kode : 001/RS.PWC/A-ISKP/2018

1. Judul Indikator	: Kepatuhan Identifikasi Pasien
2. Dasar Pemikiran	: Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
3. Dimensi Mutu	: [-] Efisiensi [-] Efektifitas [-] Aksesibilitas [v] Keselamatan [-] Fokus kepada pasien [-] Kesiambungan
4. Tujuan	: Terlaksananya proses identifikasi pasien agar menjamin keselamatan pasien.
5. Definisi Operasional	: Identifikasi pasien adalah proses pengecekan identitas pasien menggunakan minimal 2 identitas dari 3 identitas (nama,tanggal lahir, no RM) yang tercantum pada gelang, label atau bentuk identitas lainnya sebelum memberikan pelayanan sesuai dengan regulasi yang berlaku di rumah sakit.

Disebut patuh bila proses identifikasi pasien dilakukan secara benar oleh petugas pada saat, antara lain :

1. pemberian obat
2. pemberian pengobatan termasuk nutrisi

Penetapan Unit Penanggungjawab Data

□ PENETAPAN PENANGGUNG JAWAB INDIKATOR MUTU

Tampil 10 data

Cari:

No	Judul Indikator	Penanggung Jawab	Sumber Data	Frekwensi	Target	Aksi
1	KELENGKAPAN ASSESMENT AWAL RAWAT JALAN PASIEN SECTIO CAESARIA (SC)	TPPRI	Rekam Medis pasien	Bulanan	100 %	 TETAPKAN (1)
2	Ketepatan Asesmen Awal Pasien Rawat Inap dengan Sectio Caesaria Elektif (SC) oleh DPJP < 24 jam.	RA, RB, RF , VK	Formulir asesmen awal pasien rawat inap (RM.6/IV/2018)	Bulanan	100 %	 TETAPKAN (4)
3	Ketepatan jadwal operasi Sectio Caesaria Elektif sesuai dengan Kebijakan RS Panti Wilasa Citarum	IBS	Buku register IBS, buku penjadwalan operasi, buku KTD	Bulanan	100 %	 TETAPKAN (1)
4	Kepatuhan Asesmen Pra Bedah Pasien Sectio Caesaria (SC) Elektif oleh	RA, RB, RF	Formulir asesmen pra bedah rawat inap	Bulanan	100 %	 TETAPKAN (3)

Tampil 1 - 10 / 163 data

Oleh Komite PMKP

DATA PENETAPAN PELAKSANA INDIKATOR MUTU

[+ Baru](#)[-](#)[x](#)

Kode	003/RS.PWC/A-IAK/2019
Judul Indikator	Ketepatan Asesmen Awal Pasien Rawat Inap dengan Sectio Caesaria Elektif (SC) oleh DPJP < 24 jam.
Penanggung Jawab	RA, RB, RF , VK

Tampil 10 data

Cari:

No	Tgl.Ditetapkan	Nama Unit Layanan/ Unit Kerja	Aksi
1	2019-06-19 09:49:57	RUANG ANGGREK	
2	2019-06-19 09:49:57	RUANG BERSALIN	
3	2019-06-19 09:49:57	RUANG BOUGENVILLE	
4	2019-06-19 09:49:57	RUANG FLAMBOYAN	

Activate Windows
Go to PC settings to activate Windows.

Pengumpulan Data Indikator Mutu

PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU RUANG ANGGREK BULAN AGUSTUS 2019

Laporan

?

-

x

Tampil 10 data

Cari:

No	Indikator	Target	Bulan Pengumpulan Data												Capaian
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Ketepatan Penyerahan Dokumen Rekam Medis Pasien Post Operasi (data)	100 %	100	99.58	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	74.95 %
2	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap (data)	100 %	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	75 %
3	Ketepatan Waktu Pembersihan Kamar Rawat Inap Sehingga Siap Pakai < 1 jam (data)	100 %	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	75 %
4	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis (data)	=> 80 %	84.41	88.45	90.88	116.2	81.03	87.35	-	-	-	-	-	-	68.54 %
5	Ketenatan Asesmen Awal	=> 75 %	85.28	92.04	87.74	91.19	92.54	91.63	-	-	-	-	-	-	67.55 %

Tampil 1 - 10 / 13 data

Oleh Penanggungjawab Data Unit

□ DETAIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU

Bulan ▼

Tahun ▼



+ Baru



Kode

014/RS.PWC/A-IKP/2018

Judul Indikator

Ketepatan Penyerahan Dokumen Rekam Medis Pasien Post Operasi

Target

100 %

Tampil

10 ▼

data

No	Tanggal	Unit	Pengumpul Data
Tidak ada data di database			

⊕ MENAMBAHKAN DATA INDIKATOR MUTU



Kode Indikator : 014/RS.PWC/A-IKP/2018

Judul Indikator : Ketepatan Penyerahan Dokumen Rekam Medis Pasien Post Operasi

Tanggal

2019-08-02

Numerator (N)

Jumlah pasien post operasi yang Dokumen Rekam Medis nya disertakan saat serah terima pasien

0

Denominator (D)

Jumlah pasien post operasi yang diserahkan terimakan ke rawat inap.

0

Keterangan

Tidak Ada Kasus/
Data?

☐ Ya ☒ Tidak

Simpan

LAPORAN PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU

UNIT: RUANG ANGGREK

Kode Indikator : 003/RS.PWC/A-ISKP/2018
Judul Indikator : KEPATUHAN UPAYA PENCEGAHAN RISIKO CEDERA AKIBAT PASIEN JATUH PADA PASIEN RAWAT INAP
Periode : JULI 2019

NO	TANGGAL	NUMERATOR	DENOMINATOR	CAPAIAN	KETERANGAN
	JUMLAH	0	0	0 kasus	

Semarang, 02 Agustus 2019

Kepala Unit,

Penanggungjawab Data,

YANIS ANDRIANI, AMK

DEDY HARYANTO

Supervisi Data / Verifikasi Data

VERIFIKASI PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU RUANG ANGGREK BULAN AGUSTUS 2019

Tampil 10 data

Cari:

No	Indikator	Target	Bulan Pengumpulan Data												Capaian
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Ketepatan Penyerahan Dokumen Rekam Medis Pasien Post Operasi (0 data)	100 %	100	99.58	100	100	100	100							74.95
2	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap (0 data)	100 %	100	100	100	100	100	100							75
3	Ketepatan Waktu Pembersihan Kamar Rawat Inap Sehingga Siap Pakai < 1 jam (0 data)	100 %	100	100	100	100	100	100							75
4	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis (0 data)	=> 80 %	84.41	88.45	90.88	116.2	81.03	87.35							68.54
5	Ketenatan Asesmen Awal	=> 75 %	85.28	92.04	87.74	91.19	92.54	91.63							67.55

Tampil 1 - 10 / 13 data

Oleh Kepala Unit

□ DETAIL PENGUMPULAN DATA INDIKATOR MUTU

BULAN

JUNI

2019



Kode	029/RS.PWC/A-IAM/2018
Judul Indikator	Ketepatan Waktu Persiapan Pasien Pulang di Rawat Inap < 3 jam
Target	100 %

Tampil 10 data

Cari:

No	Tanggal	Unit	Pengumpul Data	N	D	Hasil	Keterangan	Aksi
1	2019-06-30	RUANG ANGGREK	Dedy Haryanto	07	030	23.33		Valid



Laporan Kepada Komite PMKP

☐ LAPORAN INDIKATOR MUTU RUANG ANGGREK BULAN AGUSTUS 2019

Laporan

Rekapitulasi

?

-

x

Tampil 10 data

No	Indikator	Target	Bulan Pengumpulan Data												Capaian	#
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	Ketepatan Penyerahan Dokumen Rekam Medis Pasien Post Operasi	100 %	100	99.58	100	100	100	100	-						85.65 %	
2	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap	100 %	100	100	100	100	100	100	-						85.71 %	
3	Ketepatan Waktu Pembersihan Kamar Rawat Inap Sehingga Siap Pakai < 1 jam	100 %	100	100	100	100	100	100	-						85.71 %	
4	Kepatuhan Jam Visite	≥ 80 %	94.41	99.45	90.99	116.2	91.02	97.25							79.22 %	

Tampil 1 - 10 / 13 data

Oleh Kepala Unit

Tanggal Posting

Tanggal

JUNI

2019

Rekapitulasi Data

#	No	Indikator	Kategori	Target	Bulan Laporan	Tahun	N	D	Capaian
☒	1	Ketepatan Penyerahan Dokumen Rekam Medis Pasien Post Operasi	ISKP	100 %	6	2019	258	258	100
☒	2	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap	ISKP	100 %	6	2019	59	59	100
☒	3	Ketepatan Waktu Pembersihan Kamar Rawat Inap Sehingga Siap Pakai < 1 jam	IAM	100 %	6	2019	151	151	100
☒	4	Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis	IAK	=> 80 %	6	2019	235	290	81.03
☒	5	Ketepatan Asesmen Awal Pasien Rawat Inap oleh DPJP < 24 jam	IAK	=> 75 %	6	2019	335	362	92.54
	No	Indikator	Kategori	Target	Bulan	Tahun	N	D	Capaian

Posting

LAPORAN PENCAPAIAN INDIKATOR MUTU

UNIT : RUANG ANGGREK

BULAN : JUNI 2019

NO	JUDUL INDIKATOR	TARGET	NUMERATOR	DENOMINATOR	HASIL	KETERANGAN
1	Ketepatan Penyerahan Dokumen Rekam Medis Pasien Post Operasi	100 %	217	217	100 %	
2	Asesmen Pra Anestesi Oleh Dokter Anestesi di Rawat Inap	100 %	217	217	100 %	
3	Kelengkapan Asesmen Pasien Pra Bedah Rawat Inap	100 %	217	217	100 %	
4	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh Pada Pasien Rawat Inap	100 %	46	46	100 %	
8	Kepatuhan Identifikasi Pasien	$\geq 100 \%$	158	158	100 %	
9	Ketepatan Waktu Persiapan Pasien Pulang di Rawat Inap < 3 jam	$\geq 100 \%$	7	30	23.33 %	

Semarang, 02 Agustus 2019

Mengetahui Kepala Instalasi,

Koordinator,

dr. HESTYANI KELANANINGRUM, Sp.S

YANIS ANDRIANI, AMK

Analisa Data

ANALISA DATA INDIKATOR MUTU RUANG ANGGREK

Tampil 10 data

+ Baru

?

-

x

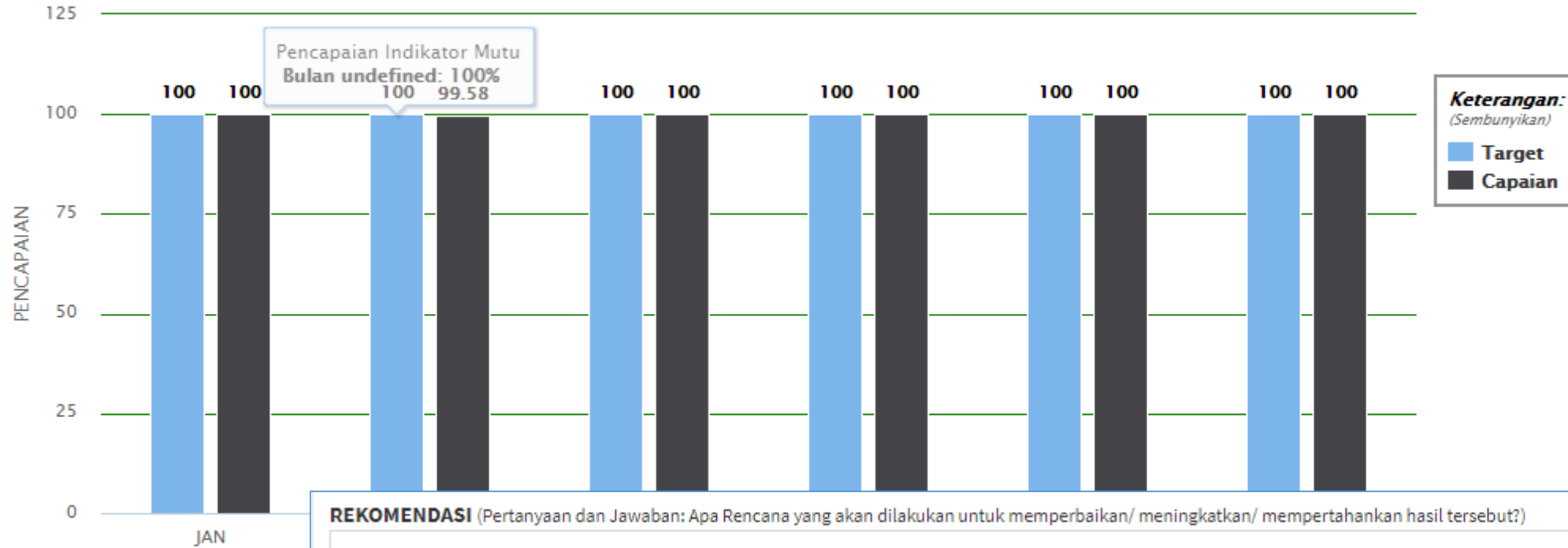
No	Diagram	Analisis dan Rekomendasi	Aksi
1		Tanggal Analisis : 2019-06-08 11:03:38 MEMBUAT ANALISA INDIKATOR MUTU Unit: RUANG ANGGREK (RA) Indikator Mutu: 1. Ketepatan Penyerahan Dokumen Rekam Medis Pasien Post Operasi Bulan: Januari Juli 2019 Jenis Diagram: ☐ Grafik Batang ☒ Grafik Garis ☐ Grafik Pie Buat Diagram Baru	 
2			 

Tampil 1 - 10 / 29 data

Oleh Kepala Unit

LAPORAN PENCAPAIAN INDIKATOR MUTU TAHUN 2019

KETEPATAN PENYERAHAN DOKUMEN REKAM MEDIS PASIEN POST OPERASI (%)



REKOMENDASI (Pertanyaan dan Jawaban: Apa Rencana yang akan dilakukan untuk memperbaiki/ meningkatkan/ mempertahankan hasil tersebut?)

Upload Diagram

Choose File No file chosen

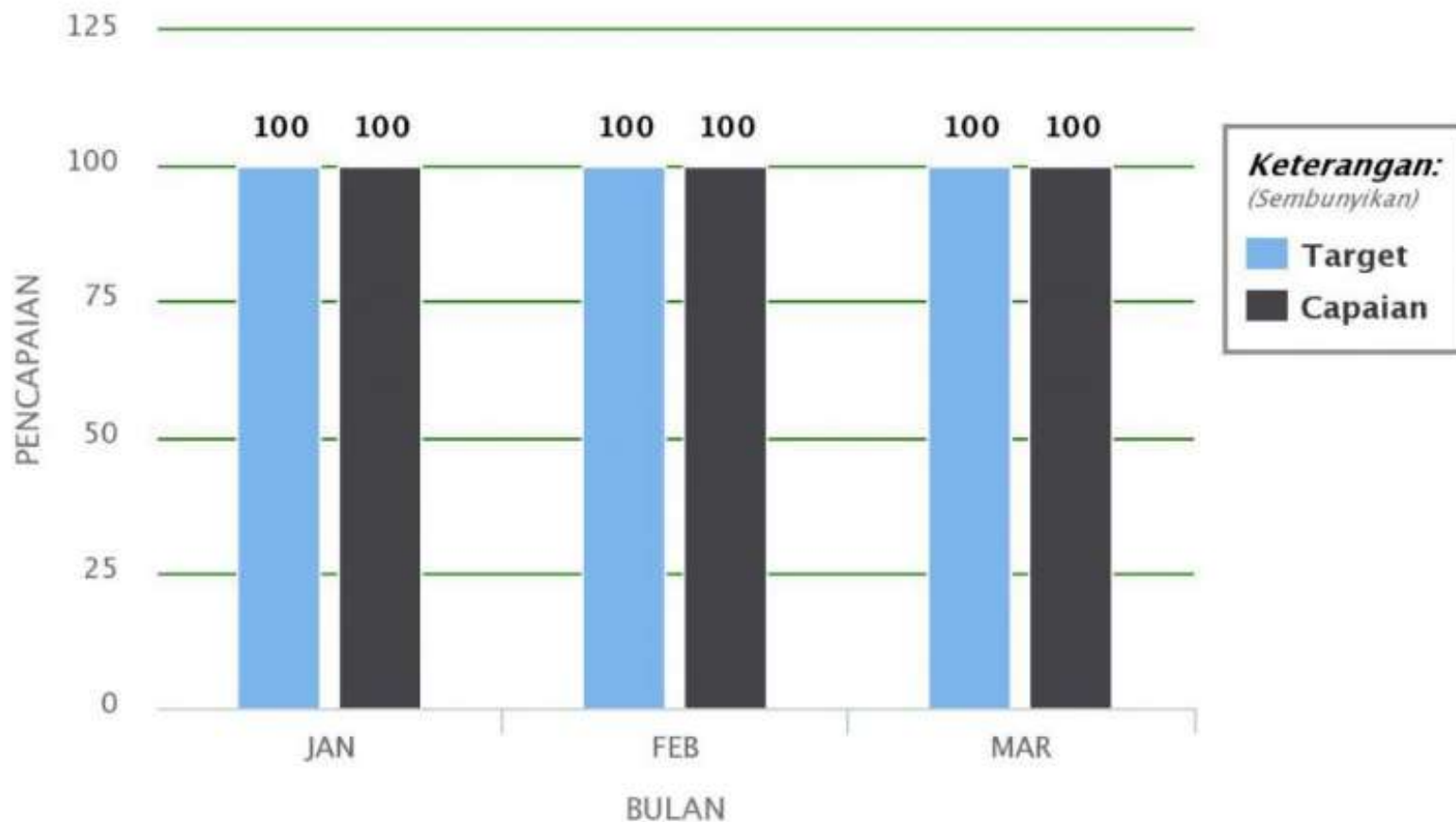
Simpan

Batal

ANALISA (Pertanyaan dan Jawaban : A

LAPORAN PENCAPAIAN INDIKATOR MUTU TAHUN 2019

KELENGKAPAN ASESMEN PASIEN PRA BEDAH RAWAT INAP (%)



indikator mutu tercapai

Support by HighCharts

Activate Windows

Go to PC settings to activate Windows.

Identifikasi Bahaya dan Risiko

IDENTIFIKASI BAHAYA DAN RISIKO DI RUANG ANGGREK TAHUN 2019

+ Baru ? - x

Tampil 10 data

Cari: 

No. (1.a)	Aktivitas Pekerjaan/ Lingkungan (Work Activity/ Environment) (1.b)	Area/ Lokasi	Bahaya (Hazard) (1.c)	Risiko (Possible Accident) (1.d)	Aksi
1	PENGISIAN DOKUMEN REKAM MEDIK	RUANG ANGGREK (RUANG ANGGREK)	Fisika (Pencahayaayan)	Dokumen RM: ringkasan akhir tidak terisi lengkap	
2	Berjalan	Kamar Pasien (RUANG ANGGREK)	Fisika (Terjatuh)	Kebanjiran	
3	PELAYANAN PASIEN	RUANG ANGGREK (RUANG ANGGREK)	Fisika (Panas)	Kebakaran	
4	MEMINDAHKAN PASIEN KELUAR DARI KAMAR	RUANG ANGGREK (RUANG ANGGREK)	Fisika (Terjepit)	TERJEPIT, karena pintu kurang besar	
5	Mengangkat Pasien	Ruang Pasien (RUANG ANGGREK)	Ergonomi ()	Cidera punggung akibat posisi mengangkat	
6	PELAYANAN PASIEN	RUANG ANGGREK (RUANG ANGGREK)	Biologi (Bakteri)	TERPAPAR BAKTERI/VIRUS DARI PASIEN	

Tampil 1 - 10 / 13 data

Oleh Kepala Unit

EDIT DATA BAHAYA/RISIKO

Tahun Pelaksanaan	2018 ▼
Rumah Sakit	RS.PANTI WILASA CITARUM - Semarang ▼
Unit	RUANG ANGGREK (RA) ▼
Area/ Lokasi ?	RUANG ANGGREK
Aktivitas / Pekerjaan / Lingkungan ?	PENGISIAN DOKUMEN REKAM MEDIK
Kemungkinan Bahaya ?	Pencahayaan (BAHAYA FISIKA) ✕ Ketik Bahaya Jika Belum Ada dalam Daftar
Kemungkinan Risiko ?	Dokumen RM: ringkasan akhir tidak terisi lengkap

ANALISA DAN EVALUASI RISIKO DI RUANG ANGGREK TAHUN 2019

Cetak

?

-

x

Tampil 10 data

Cari:

Aksi/ Bands/ Rencana Tindak Lanjut	Identifikasi Bahaya (Hazard Identification)				Evaluasi Risiko (Risk Evaluation)								
	No. (1.a)	Aktivitas Pekerjaan (Work Activity) (1.b)	Bahaya (Hazard) ⁽¹⁾ (1.c)	Risiko (Possible Accident) ⁽²⁾ (1.d)	Tindakan/ Pengendalian Yang Sudah Ada (2.a)	Keparahan/Dampak (Severity) (2.b)					Probabilitas (Likelihood) (2.c)		
						1	2	3	4	5	1	2	3
ANALISA Investigasi	1	Berjalan	Fisika (Terjatuh)	Kebanjiran	-	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐
ANALISA Investigasi	2	Pasien turun dari tempat tidur	Fisika (Terjatuh)	Cedera akibat Jatuh	-	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ANALISA Investigasi	3	PELAYANAN PASIE (MENYUNTIK)	Fisika (Terluka)	LUKA : Terkena ampul	-	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☒

Tampil 1 - 10 / 13 data

«

1

2

»

Rumah Sakit	RS	Tindakan Yang Sudah Ada	-
Unit	RU		
Area/ Lokasi ?	Ka		
Aktivitas / Pekerjaan / Lingkungan ?	Be		
Kemungkinan Bahaya ?	Te		
	Jat		
Kemungkinan Risiko ?	Ke		
Kemudahan Mendeteksi	AG		
		DAMPAK/ SEVERITY bagi:	
		Pasien	1. Tidak ada cedera
		Pengunjung	0. Tidak Ada Dampak bagi Pengunjung
		Pegawai	0. Tidak Ada Dampak bagi Pegawai
		Operasional RS	0. Tidak Ada Dampak bagi Operasional RS
		Finansial	5. Kerugian > 1M
		Publikasi	0. Tidak Ada Dampak bagi Publikasi
		Reputasi	0. Tidak Ada Dampak bagi Reputasi
		Hukum	0. Tidak Ada Dampak bagi Hukum
		Fasilitas/ Lingkungan	3. Menimbulkan Kerugian Sedang, Peralatan berhenti beroperasi 1-7 hari
		PROBABILITAS / LIKELIHOOD	
			4. Sangat Mungkin (Dapat terjadi beberapa kali dalam setahun)

Manajemen Dokumen Ijin

DAFTAR SURAT PERIJINAN

?

-

x

Tampil 10 data

Cari:

No	No.Ijin	Penerbit	Tentang	Tanggal		Lokasi	Aksi
				Terbit	Berakhir		
1	445/5772	DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG JL. Pandanaran No. 79 Mugassari Semarang 50249	Surat Izin Operasional Rumah Sakit	2014-06-19	2019-06-19	IZIN 01	
2	HK.02.03/I/0255/2014	KEMENTERIAN KESEHATAN RI JL. H. R. Rasuna said Blok X5 Kavling 4 - 9 Jakarta 12950	Penetapan Kelas Rumah Sakit Kelas C	2014-02-21	2019-02-21	IZIN 01	
3	445/1357	DINAS KESEHATAN KOTA SEMARANG JL. Pandanaran No. 79 Mugassari Semarang 50249	Surat Ijin Operasional Penyelenggaraan Pelayanan Hemodialisis	2018-02-11	2020-02-11	IZIN 01	

Tampil 1 - 10 / 27 data

«

1

2

3

»



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
DINAS KESEHATAN



SURAT IZIN OPERASIONAL RUMAH SAKIT

Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang
Nomor : 445 / 5772

Tentang :

Pemberian Izin Operasional Tetap

Kepada :

Badan Hukum	: Yayasan Kristen untuk Kesehatan Umum
No. dan Tgl Akte Notaris	: 09 Tanggal 10 Juni 2011
Alamat	: Jl. Adi Sumarmo 51 Tohudan, Colomadu, Karanganyar

Manajemen Kontrak

☐ DAFTAR SURAT PERJANJIAN KERJASAMA

- Jatuh Tempo - ▾



+ Baru

Lokasi

Laporan



Tampil 10 ▾ data

Cari:

No	Nomor	Perusahaan (Pihak II)	Tentang	Tanggal		Lokasi	Aksi
				Terbit	Berakhir		
1	- 056/VIII/ASJ-SP/2017	PT. Akurat Sakti Jaya Kawasan Pulogadung Trade Center Ruko Blok 8C No. 8 Jl. Raya Bekasi Km 21 Pulogadung Jakarta Timur 13920	PKS Pengadaan Peralatan Ultrasound Therapy dan Electrical Stimulation Merk Physiomed- Germany	2017-08-02	2019-08-02	2018.3.A.01006	
2	033/ASC- RSPWC/PJB/VI/2018 -	PT. Afina Sinar Cemerlang Jl. Tebet Timur Dalam raya No. 125 A RT 002/006 Tebet Timur Jakarta Selatan 12820	Perjanjian Jual Beli Aksesoris Mesin Phaco	2018-06-21	2019-06-21	2018.3.A.01005	
3	014/ASC- RSPWC/PJB/III/2018 1076/SC RUC/IV/III/2018	PT. Afina Sinar Cemerlang Jl. Tebet Timur Dalam raya No. 125 A RT 002/006 Tebet Timur Jakarta	Perjanjian Penyediaan Alat Kesehatan Mata	2018-03-01	2019-03-01	2018.3.A.01.002	

Tampil 1 - 10 / 159 data

Disposisi Perjanjian/ Kontrak

DISPOSISI SURAT PERJANJIAN KERJASAMA



Tampil 10 data

Cari:

No	Pihak Ke-3	Tentang	Nomor dan Tanggal			#	Aksi
			Nomor	Terbit	Berakhir		
1	PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero) Tbk Cabang Semarang Pattimura Jl. Pattimura No. 2-4 Semarang	PKS Pengelolaan Pembayaran Gaji Pegawai	2764/RS.PWC/PK/VI/2013 -	2013-06-28	2015-06-28		Disposisi (0) Cetak Bukti
2	PT. INDONESIA COMNET PLUS (ICON +) Gedung PLN Jl. KH. Abdul Rochim No. 1 Kuningan Barat Mampang Jakarta Selatan 12710	Berita Acara Kesepakatan Biaya Berlangganan Jaringan Telekomunikasi	008008/BAKBB/SMG/ICON+/2017 -	2016-11-26	2017-11-25		Disposisi (7) Cetak Bukti
3	PEMERINTAH KOTA SEMARANG Dinas Kesehatan Kota Semarang	Perjanjian Kerja Sama Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat	510.0/15860 0003a/RS.PWC/PK/I/2017	2017-01-02	2017-12-31		Disposisi (0) Cetak Bukti

Tampil 1 - 10 / 90 data

DISPOSISI PERJANJIAN KERJASAMA

Mengirim Disposisi

No	Tanggal Disposisi	Untuk	Disposisi	Status	Aksi
1	2018-06-22 11:16:44	BAGIAN PEMASARAN	Mohon dikoordinasikan pelaksanaannya	Belum Dibaca	Batalkan
2	2018-06-22 11:16:44	UNIT PIUTANG	Mohon dikoordinasikan pelaksanaannya	Belum Dibaca	Batalkan
3	2018-06-22 11:16:44	WAKIL DIREKTUR KEUANGAN & UMUM	Mohon dikoordinasikan pelaksanaannya	Belum Dibaca	Batalkan
4	2019-06-12 12:27:55	WAKIL DIREKTUR PELAYANAN MEDIS	Tolong dikoordinasikan	Belum Dibaca	Batalkan
5	2019-06-12 12:53:20	UNIT MUTU	Silahkan dikoordinasikan untuk pertemuan	Belum Dibaca	Batalkan

Tampil 1 - 5 / 7 data

« 1 2 »

Evaluasi Perjanjian/ Kontrak

EVALUASI SURAT PERJANJIAN KERJASAMA



Tampil 10 data

Cari:

No	Pihak Ke-3	Tentang	Nomor dan Tanggal			#	Aksi
			Nomor	Terbit	Berakhir		
1	PT. Bank Rakyat Indonesia (Persero) Tbk Cabang Semarang Pattimura Jl. Pattimura No. 2-4 Semarang	PKS Pengelolaan Pembayaran Gaji Pegawai	2764/RS.PWC/PK/VI/2013 -	2013-06-28	2015-06-28		MOHON EVALUASI (0) Cetak Evaluasi
2	PT. INDONESIA COMNET PLUS (ICON +) Gedung PLN Jl. KH. Abdul Rochim No. 1 Kuningan Barat Mampang Jakarta Selatan 12710	Berita Acara Kesepakatan Biaya Berlangganan Jaringan Telekomunikasi	008008/BAKBB/SMG/ICON+/2017 -	2016-11-26	2017-11-25		MOHON EVALUASI (4) Cetak Evaluasi
3	PEMERINTAH KOTA SEMARANG	Perjanjian Kerja Sama	510.0/15860 0000-1/RS.PWC/PK/VI/2017	2017-01-02	2017-12-31		MOHON EVALUASI (0)

Tampil 1 - 10 / 90 data



RS. PANTI WILASA CITARUM

Jl.Citarum no.98 Telpn 0243542224 Semarang

Email : sekretariat.rspwc@gmail.com

EVALUASI PERJANJIAN KERJASAMA

				2017.3.I.01.005
No. Perjanjian	:	008008/BAKBB/SMG/ICON+/2017 / -		
Nama Mitra	:	PT. INDONESIA COMNET PLUS (ICON +)		
Alamat	:	Gedung PLN Jl. KH. Abdul Rochim No. 1 Kuningan Barat Mampang Jakarta Selatan 12710		
Tentang	:	Berita Acara Kesepakatan Biaya Berlangganan Jaringan Telekomunikasi		
No.	Unit	Temuan / Fakta	Rekomendasi	Tanggal
1	BAGIAN PEMASARAN			0000-00-00 00:00:00
2	UNIT PIUTANG			0000-00-00 00:00:00
3	WAKIL DIREKTUR KEUANGAN & UMUM			0000-00-00 00:00:00
4	WAKIL DIREKTUR PELAYANAN MEDIS	Ini contoh temuan	ini contoh rekomendasi	2018-06-22 11:16:44

Kontrak Habis dalam waktu 30, 60 dan 90 hari lagi

□ DAFTAR SURAT PERJANJIAN KERJASAMA HABIS 30 HARI LAGI

- Pilih Lokasi - ▾



Tampil 10 ▾ data

Cari:

No	Nomor	Perusahaan (Pihak II)	Tentang	Tanggal		Lokasi	Aksi
				Terbit	Berakhir		
1	004/MAPM/I/2018 0147/RS.PWC/PK/I/2018	PT. MULTI ANUGRAH PUTRA MANDIRI Jl. bukit Kenangan II No. 345 Sendang Mulyo Tembalang Semarang	Surat Perjanjian Kerjasama Barang Habis Pakai Laboratorium	2018-01-22	2018-01-22	M.01	
2	001/SP/HIPERCCI PROP JATENG/III/2015 1228/RS.PWC/PK/III/2015	Himpunan Perawat Critical Care Indonesia (HIPERCCI) Prop. Jateng RS. Roemani Jl. Wonodri No. 22 Semarang	Kerjasama dalam Pelaksanaan Pelatihan Keperawatan Intensif Komprehensif	2015-03-20	2018-03-20	H.01	
3	000/RS.PWC/PK/IX/2017	PT. INTISUMBER HASIL SEMPURNA Jl. Gatot Subroto Blok V No. 17 Kawasan Industri Candi Semarang	Perjanjian Kerjasama Pemakaian/Pengadaan produk-produk yang didistribusikan PT. Intisumber Hasil Sempurna	2017-09-13	2018-09-13	I.01	

Tampil 1 - 10 / 71 data



RS. PANTI WILASA CITARUM

Jl.Citarum no.98 Telpon 0243542224 Semarang

Email : sekretariat.rspwc@gmail.com

DAFTAR ARSIP SURAT PERJANJIAN KERJASAMA KATEGORI KLINIS JATUH TEMPO 30 HARI LAGI

NO	NAMA PIHAK KE-3	TENTANG	NOMOR	TGL.TERBIT	TGL.SELESAI	KATEGORI	LOKASI
1	PT. MULTI ANUGRAH PUTRA MANDIRI Jl. bukit Kenangan II No. 345 Sendang Mulyo Tembalang Semarang	Surat Perjanjian Kerjasama Barang Habis Pakai Laboratorium	004/MAPM/I/2018	2018-01-22	2018-01-22	Manajerial	2018.3.M.01.002
2	Himpunan Perawat Critical Care Indonesia (HIPERCCI) Prop. Jateng RS. Roemani Jl. Wonodri No. 22 Semarang	Kerjasama dalam Pelaksanaan Pelatihan Keperawatan Intensif Komprehensif	001/SP/HIPERCCI PROP JATENG/III/2015	2015-03-20	2018-03-20	Manajerial	2018.3.H.01003
71	PT. DHARMA KARYA PERSADA UTAMA (RESIK) Jl. Kembang Jeruk VI No. 9 Tlogosari Semarang	PKS Pramusaji	-	2018-09-01	2019-09-01	Manajerial	2018.3.D.02009

Semarang, 02 Agustus 2019

Kepala UNIT PENELITIAN PENGEMBANGAN DAN LEGAL,

NGAHOE KATHARINA, SKM
NIP. :

Jadwal Rapat

□ JADWAL RAPAT

+ Baru ? - x

Tampil 10 data

Cari:

No	Tanggal	Nama Rapat	Tempat	Pimpinan Rapat	Notulis	Aksi
1	15 April 2019 09.00	Rapat Tinjauan Manajemen	Aula			
2	12 April 2019 09.00	Rapat Komite PMKP	Ruang Rapat Komite Medik			
3	11 April 2019 09.00	Rapat Koordinasi PMKP dengan Direksi, Pejabat Struktural dan PIC Data	Aula			
4	08 April 2019 09.00	Rapat Koordinasi PMKP dengan Direksi, Pejabat Struktural dan Pokja Akreditasi	Aula			
5	01 April 2019 09.00	Workshop Lean Healthcare / Management	Aula			

Tampil 1 - 10 / 170 data

« 1 2 3 4 5 ... 17 »



RS. PANTI WILASA CITARUM

Jl.Citarum no.98 Telpn 0243542224 Semarang

Email : sekretariat.rspwc@gmail.com

JADWAL RAPAT

Jenis Rapat : --SEMUA RAPAT--

Bulan : 01 Januari 2018 s/d 02 Agustus 2018

No.	Tanggal & Jam	Nama Rapat	Tempat	Agenda Rapat	Fasilitas	Keterangan
1	03 Januari 2018 Pkl. 08.00	Rapat Direksi	Ruang Sidang	Rapat Koordinasi	LCD dan Laptop	
2	05 Januari 2018 Pkl. 11.00	Rapat Koordinasi	Ruang Sidang	Membahas lensa phaco	LCD dan laptop	
3	05 Januari 2018 Pkl. 12.00	Sosialisasi Penampilan Front Line	Aula	Sosialisasi Penampilan Front Line	LCD dan laptop	
4	05 Januari 2018 Pkl. 08.30	Renstra	Ruang Sidang	Renstra	LCD dan laptop	
5	06 Januari 2018 Pkl. 09.00	Pertemuan KDS	Aula	Pertemuan KDS	LCD dan laptop	
6	06 Januari 2018 Pkl. 12.00	Sosialisasi Penampilan Front Line	Aula	Sosialisasi Penampilan Front Line	LCD dan laptop	
7	06 Januari 2018 Pkl. 08.00	Rapat Dwi mitra	Ruang Sidang	Rapat Koordinasi Dwi Mitra	LCD dan laptop	

Bukti Rapat

BUKTI RAPAT

?

-

x

Tampil 10 data

Cari:

No	Tanggal	Nama Rapat	Pimpinan Rapat	Notulis	Dokumen Rapat					Aksi
					U	M	A	N	Foto	
1	15 April 2019 09.00	Rapat Tinjauan Manajemen			☐	☐	☐	☐	☐	BUKTI RAPAT
2	12 April 2019 09.00	Rapat Komite PMKP			☐	☐	☐	☐	☐	BUKTI RAPAT
3	11 April 2019 09.00	Rapat Koordinasi PMKP dengan Direksi, Pejabat Struktural dan PIC Data			☐	☐	☐	☐	☐	BUKTI RAPAT
4	08 April 2019 09.00	Rapat Koordinasi PMKP dengan Direksi, Pejabat Struktural dan Pokja Akreditasi			☐	☐	☐	☐	☐	BUKTI RAPAT
5	01 April 2019 09.00	Workshop Lean Healthcare /			☐	☐	☐	☐	☐	BUKTI RAPAT

Tampil 1 - 10 / 18 data

«

1

2

»

Keterangan: U - Undangan, M - Materi, A - Absensi/Daftar Hadir, N - Notulen dan Foto - Foto Rapat

Activate Windows

Manajemen Perpustakaan

☐ DAFTAR BAHAN PUSTAKA

+ Baru

Penerbit

Klasifikasi

Lokasi

Laporan

?

-

x

Tampil 10 data

Cari:

No	Cover	Judul	Penerbit	Tgl. Terbit	Tgl. Akhir	Keterangan	Aksi
1		Surat Edaran Menteri Kesehatan tentang Penarikan Alat ber kandungan Merkuri	Kementerian Kesehatan RI	2019-07-11	0000-00-00		
2		Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV	Kementerian Kesehatan RI	2019-02-19	0000-00-00		
3		Peraturan menteri Kesehatan No. 7 Tahun 2019 Tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit	Kementerian Kesehatan RI	2019-02-19	0000-00-00		
4		PMK 21 tahun 2018 Tentang Pedoman Tata Kearsinan Dinamis	Kementerian Kesehatan RI	2018-06-05	0000-00-00		

Tampil 1 - 10 / 184 data

« 1 2 3 4 5 ... 19 »

Activate Windows



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9 Jakarta 12950

Telepon : (021) 5201590 (*Hunting*), Faksimile : (021) 5261814, 5203872

Website: www.yankes.kemkes.go.id



Yth.

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi di Seluruh Indonesia
2. Direktur Utama/Direktur Rumah Sakit di Seluruh Indonesia
3. Ketua Asosiasi: PERSI, ARVI, ARSADA, ARSSI, ARSPI, ADINKES

SURAT EDARAN

NOMOR: HK.02.02/I/2899/2019

TENTANG

PENGHAPUSAN DAN PENARIKAN ALAT KESEHATAN BERMERKURI

Mengingat dan memperhatikan pada Peraturan Presiden Nomor 21 tahun 2019 tentang Rencana Aksi Nasional Pengurangan dan Penghapusan Merkuri bahwa:

1. Penghapusan merkuri adalah upaya pelarangan produksi merkuri, penggunaan merkuri, dan/atau penggantian merkuri dengan bahan alternatif yang ramah terhadap kesehatan manusia dan lingkungan hidup.
2. Target penghapusan merkuri untuk Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebesar 100 persen di tahun 2020.

Menindaklanjuti Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan nomor



Manual Operasional lebih rinci
ada didalam Buku Operasional
Program SiMUTU
(file PDF – 525 hal)

A creative workspace featuring a laptop with a Windows 8 interface, various pens and pencils in containers, spray paint cans, and sketches on a desk.

E

Integrasi SimMUTU dengan SISMADAK

1. SISMAADAK v.5.0

SISMAADAK (Sistem Informasi Manajemen Dokumen Akreditasi) adalah sebuah aplikasi Sistem Informasi Manajemen berbasis web untuk mengelola dokumen akreditasi rumah sakit.

2. SimMUTU

SimMUTU (Sistem Informasi Manajemen Mutu) adalah sebuah aplikasi Sistem Informasi Manajemen berbasis web yang berfungsi untuk mengelola kegiatan mutu dengan metode Plan-Do-Check-Act dan dokumen sistem mutu.

Fungsi?

SISMADAK

- Mempermudah pengelolaan dokumen akreditasi versi KARS.
- Sebagai tools untuk survei akreditasi KARS bagi surveior KARS.
- Sebagai alat komunikasi dokumen antara RS dengan KARS.
- Benchmark indikator mutu nasional yang ditetapkan KARS.
- File Manager bisa diatur hak aksesnya sesuai pokja.

SIM MUTU

- Sebagai Suplemen SISMADAK.
- Mempermudah mempersiapkan akreditasi versi SNARS dengan metode Plan, Do, Check, Act.
- Sebagai alat komunikasi penerapan SNARS antara Pokja/Panitia, Unit Layanan/Unit Kerja, Auditor dan Pimpinan RS.
- Sebagai tools untuk perubahan dan pengendalian regulasi dan dokumen termasuk dokumen kontrak dan dokumen rapat.
- Sebagai tools untuk perubahan dan pengendalian indikator mutu.
- Sebagai tools dalam penyediaan peraturan perundangan dan buku referensi dalam perpustakaan digital.
- Sebagai tools untuk penilaian mandiri dan audit internal akreditasi SNARS bagi Auditor Internal RS.

Kebutuhan Hardware

YAKKUM
RUMAH SAKIT
PANTI WILASA CITARUM

RUMAH SAKIT
PANTI WILASA CITARUM
CITARUM

EMERGENCY

Hardware

SERVER



SERVER DENGAN SPESIFIKASI:

1. Prosesor Intel Pentium i3 atau lebih
2. Harddisk 500 GB atau lebih
3. RAM 4 GB DDR3 atau lebih
4. LCD Monitor
5. Keyboard standar
6. Mouse standar
7. LAN Card 100 / 1000 Mb

JARINGAN LAN / WIFI / INTERNET



KOMPUTER USER / CLIENT / UNIT

Komputer dengan spesifikasi minimal:

1. Processor Pentium II-300 MHz atau lebih tinggi,
2. RAM 500 MB atau lebih tinggi,
3. VGA dengan resolusi 1024 x 768 pixel,
4. Hard disk 120 GB atau lebih besar,
5. Monitor VGA atau SVGA minimal 2 Mb,
6. Mouse dan
7. LAN Card 100 / 1000 Mb atau WiFi

Atau **Gadget**



Kebutuhan Software

YAKKUM
RUMAH SAKIT
PANTI WILASA CITARUM

RUMAH SAKIT
PANTI WILASA CITARUM

EMERGENCY



Software

PADA KOMPUTER SERVER

Pada komputer Server :

1. Windows Server 20xx atau lebih tinggi (meskipun bisa berjalan dengan windows bukan server) atau Linux.
2. Aplikasi Web Server (Apache –XAMPP, LAMPP, dll)
3. MySQL Server, yang berguna untuk menyimpan data.
4. Aplikasi **SimMUTU**®

SOFTWARE PADA KOMPUTER CLIENT

Pada komputer/Gadge Client:

- Windows XP / Vista / 7 / 8 / 10, Linux atau Android.
- Software Browser Internet (Firefox, Chrome, dll)

A creative workspace featuring a laptop displaying a Windows 8-style interface with various app tiles like Netflix, CNN, and social media. The desk is cluttered with art supplies including colored pencils, markers, paint cans, and sketches. A large orange banner with the text 'H Penutup' is overlaid on the image.

H Penutup

Penutup

- SimMUTU digunakan sebagai media bagi rumah sakit untuk mengelola penerapan akreditasi.
- SimMUTU digunakan rumah sakit untuk mengelola dan mengendalikan dokumen akreditasi (dari perencanaan sampai dokumen final).
- SimMUTU digunakan rumah sakit untuk mengelola dan mengendalikan indikator mutu (dari pengajuan profil sampai pelaporan dan analisis)
- SimMUTU digunakan untuk mem-posting data laporan Indikator Mutu Nasional kedalam SISMAKADAK.
- SimMUTU dapat digunakan untuk pengelolaan dokumen penting dan dokumen kontrak.
- SimMUTU dapat digunakan untuk mengelola dokumen rapat.

Penutup

- Komputer hanya sebagai ALAT BANTU bukan sebagai PENGGANTI pelaksana pekerjaan.
- **SimMUTU** hanyalah aplikasi untuk mengelola (menyimpan) data yang dimasukkan oleh pengguna, maka tetap berlaku dalil GIGO (Garbage In Garbage Out).
- **SimMUTU** akan terus dikembangkan seiring dengan permintaan/masukan dari para pemakai aplikasi ini, dan perkembangan teknologi informasi, ADMIN APLIKASI DAN USER harus terus mengikuti perkembangan tersebut.



Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada :

Tuhan Yang Maha Esa
Pengurus Yakkum
Direksi RS.Panti Wilasa Citarum
Kepala Unit dan Pokja Akreditasi RS.Panti Wilasa Citarum.
Penanggungjawaban Data Unit RS.Panti Wilasa Citarum.
Komite PMKP RS.Panti Wilasa Citarum
Seluruh Staf RS.Panti Wilasa Citarum