

Tutorial Penggunaan Aplikasi SISMADAK Untuk Rumah Sakit di Indonesia

Oleh: Dr. Diyurman Gea, S.Kom., MM

Email: diyur@kars.or.id

HP: 082288222247

WA: 081218161603





Nara Sumber

Nama : Dr. Diyurman Gea, S.Kom., MM

Alamat : Blok Y8/40 Parkview Residence, Citra Raya, Panongan

Tangerang – Banten 15710

Riwayat Pendidikan: S1 Manajemen Informatika (1999) – Univ. BINUS

S2 Magister Manajemen Sistem Informasi (2003) – Univ. BINUS

S3 DRM - Univ. BINUS

Riwayat Pekerjaan : 1999 – Sekarang, Dosen Tetap Univ. Bina Nusantara

2013 – Sekarang, Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)

PERUBAHAN NAMA BAB



- Akses Pelayanan dan Kontinuitas (APK) ->
 Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas
 Pelayanan (ARK)
- Pelayanan Pasien (PP) → Pelayanan Asuhan
 Pasien (PAP)
- Manajemen Penggunaan Obat (MPO) → Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)



PERUBAHAN NAMA BAB



- 4. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK) → Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE), dimana beberapa standar dari Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) standar versi 2012 yang terkait dengan komunikasi, dijadikan satu di Manajemen Komunikasi dan Edukasi ini.
- 5. Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP) → Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)



PERUBAHAN NAMA BAB



- Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS) →
 Kompetensi dan Kewenangan Staf
 (KKS)
- 7. Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) → Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)
- 8. Sasaran Milenium Development Goals (SMDGs) → Program Nasional dimana terdiri dari:
 - 1. Program Menurunkan Angka Kematian Ibu dan

STANDAR
NASIONAL
AKREDITASI
RUMAH SAKIT
ED 1





Latar Belakang Aplikasi SISMADAK



Penataan Dokumen Secara Tradisional Vs SISMADAK



SISMADAK





Penataan Dokumen Secara Tradisional Vs SISMADAK



- Pencarian lebih mudah
- Biaya murah
- Historical
- Dapat diakses melalui intranet/internet
- Mengurangi penyebaran virus
- Terintegrasi
- Pengumpulan d<mark>ok</mark>umen antar pokja









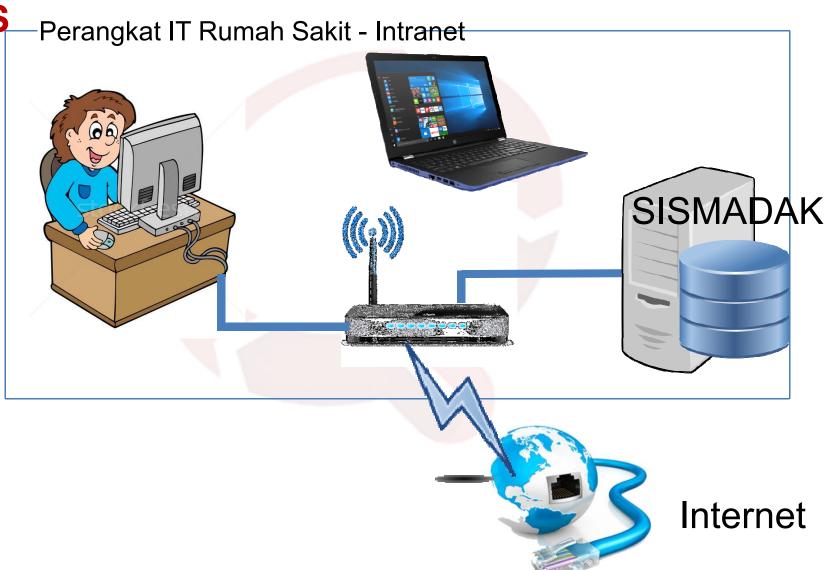
FITUR SISMADAK

- Tersedia Standard 2012 dan SNARS Ed.1
- Pengisian Self Assessment
- Upload Dokumen, Regulasi, dll untuk masing
- File Manager untuk menyimpan dokumen tambahan (mirip seperti Dropbox, Google drive)
- Indikator Mutu dan Benchmark
- Pendataan Profil dan Staff RS
- Dashboard
- Pengaturan Hak Akses Pengguna



INFRASTRUKTUR









Aplikasi Dashboard

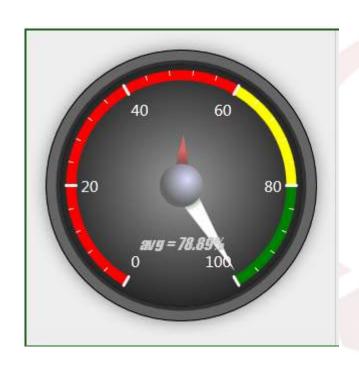








Penjelasan Grafik



- Jarum pendek (berwarna merah)= Nilai Minimum
- Jarum panjang (berwarna putih)
 Nilai Maksimum
- AVG = Nilai rata-rata
- Zona warna merah adalah zona yang nilainya dibawah 60
- Zona warna kuning adalah zona yang nilainya diantara 60 – 80
- Zona warna hijau adalah zona yang nilainya diatas 80



Penjelasan Grafik





- Zona warna merah adalah zona yang nilainya dibawah 60
- Zona warna kuning adalah zona yang nilainya diantara 60 –
 80
- Zona warna hijau adalah zona yang nilainya diatas 80





Fokus Layanan Akreditasi

 Untuk mengetahui fokus layanan akreditasi dan penjelasan detilnya bisa dilihat pada tautan yang tersedia di bawah ini

PELAYANAN BERFOKUS PADA PASIEN

Pelayanan Pasien berfokus pada:

1. Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK)

2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)

3. Asesmen Pasien (AP)

4. Pelayanan Pasien (PP)

5. Palayanan Anestesi dan Bedah (PAB)

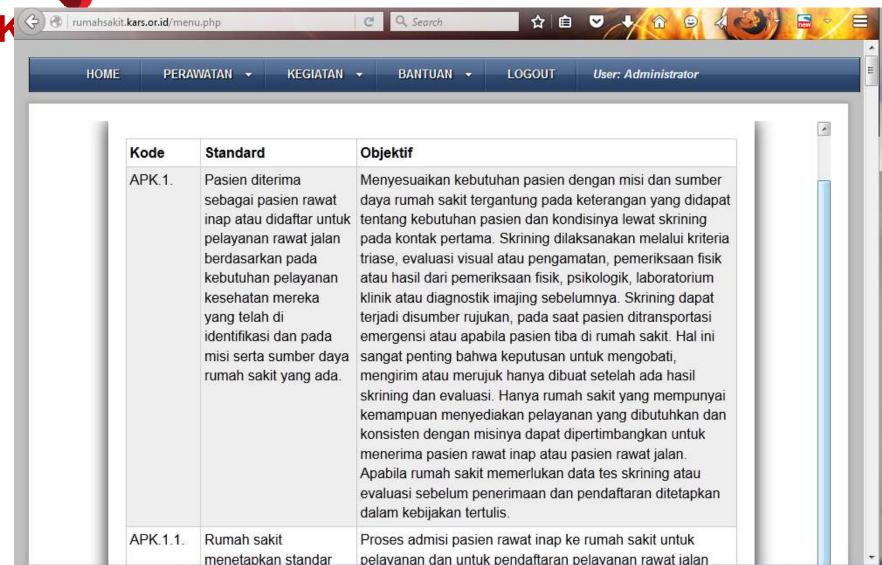
6. Manajemen Penggunaan Obat (MPO)

7. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)

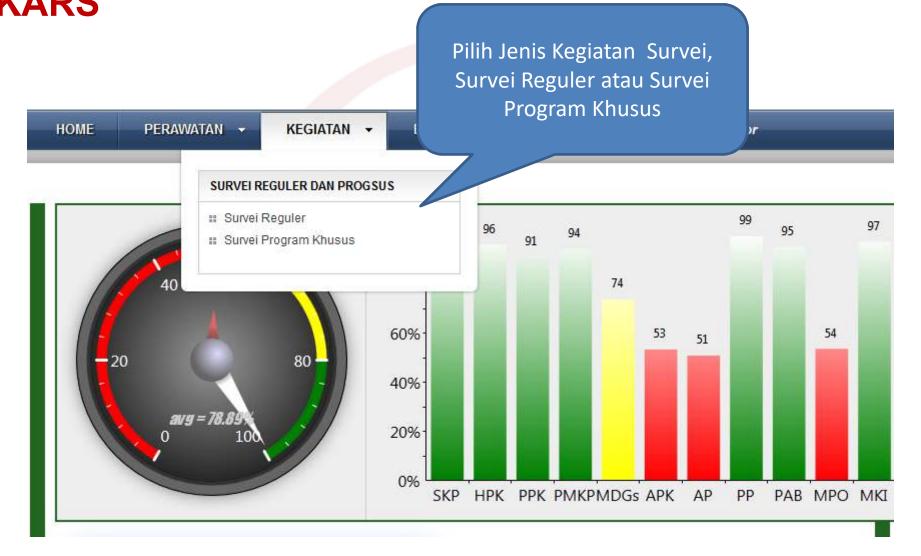








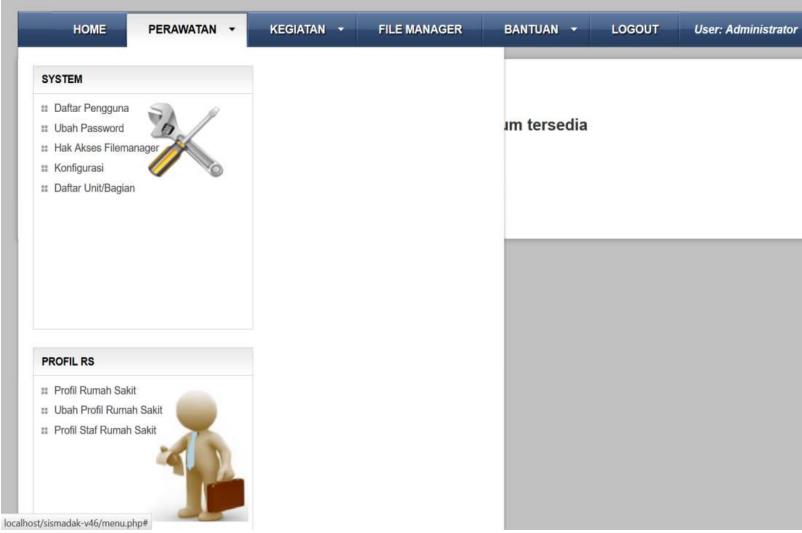








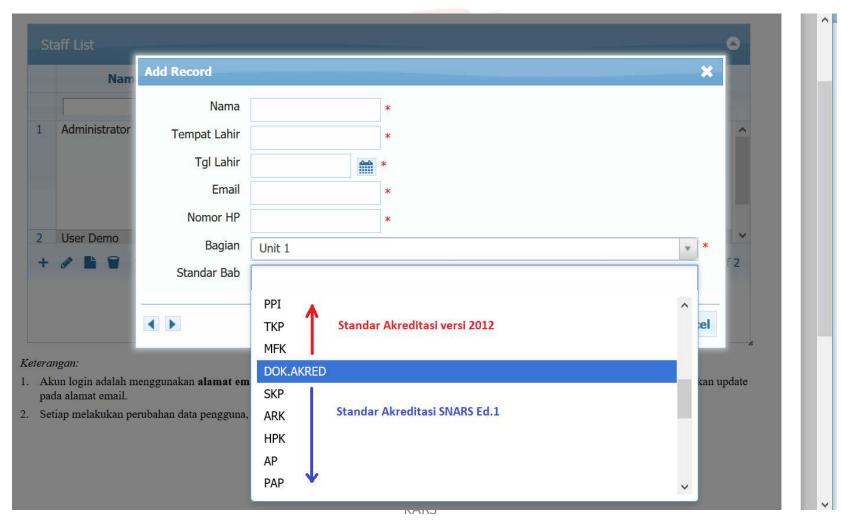
Pendataan Pengguna







Pendataan Pengguna

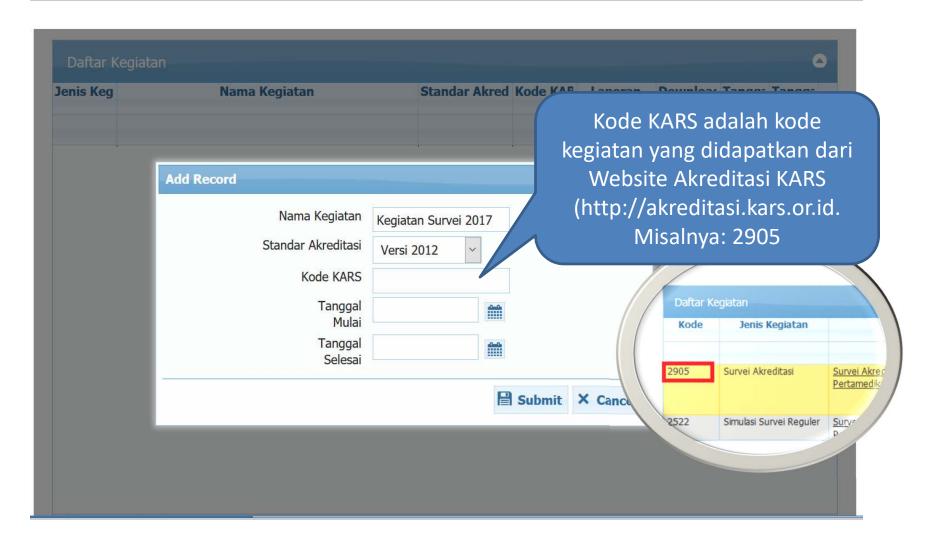




Form Pendataan Kegiatan Baru



HOME PERAWATAN + KEGIATAN + FILE MANAGER BANTUAN + LOGOUT





Daftar Kegiatan Akreditasi







Jika diklik pada Judul Kegiatan, maka akan muncul semua Bab. Klik pada Bab yang mau diisi nilainya



HOME	PERAWATAN •	KEGIATAN +	FILE MANAGER	BANTUAN +	LOGOUT	User: Administrator
------	-------------	------------	--------------	-----------	--------	---------------------

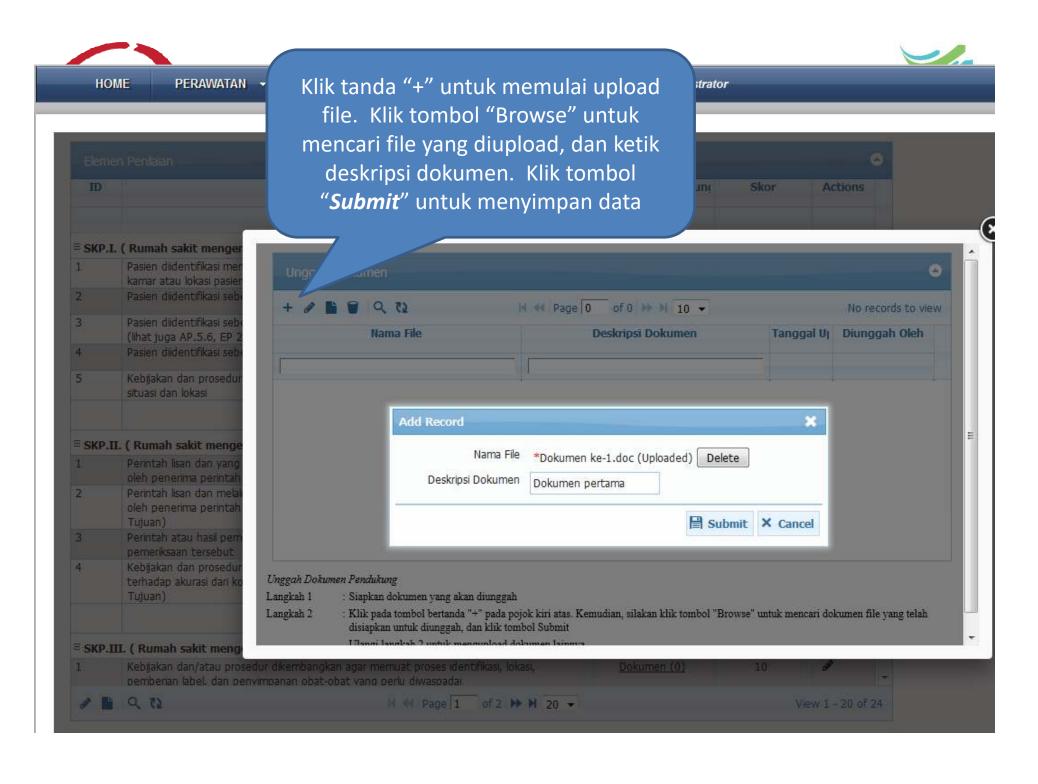
Nama Bab Standar Akreditasi	Nilai Action
Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) Klik standar Bab untuk	Verifikasi
Hak Pasien dan Keluarga (HPK) menampilkan elemen penilaian (EP)	Verifikasi
Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK) Te	kan tombol Verifikasi
	tuk melakukan Verifikasi rhitungan nilai SA
Millenium Development Goals (MDGs)	Verifikasi

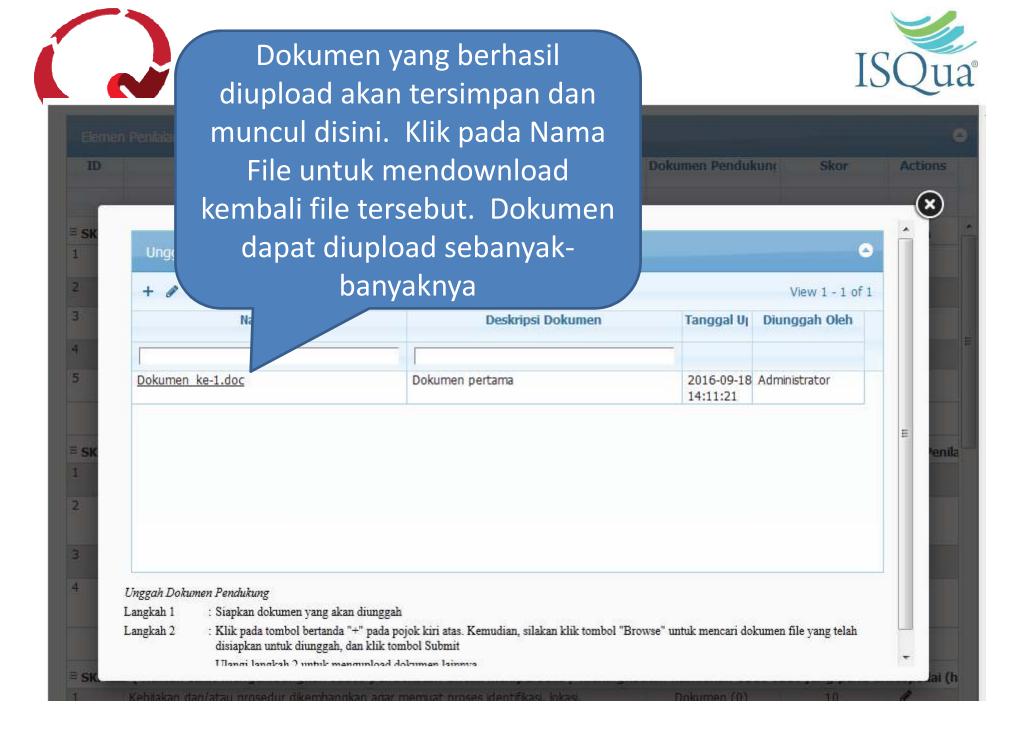




HOME PERAWATAN → KEGIATAN → BANTUAN → LOGOUT User: Administrator

Elemer	n Penlaian Klik pada			
ID	Dokumen untuk meng-upload	Dokumen Pendukung	Skor	Actions
SKP.I.	(Rumah sakit mengembangkan pend Berkas gkausa	litian identifikasi pasi	en.) - 5 Elemen P	enilaian
Ē.	Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomo kamar atau lokasi pasien	Dokumen (0)	10	Ø
2	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.	Dokumen (0)	10	•
3	Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klini (lihat juga AP.5.6, EP 2)	Dokumen (0)	10	•
4	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur	Dokumen (0)	0	•
5	Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semu situasi dan lokasi	ua <u>Dokumen (0)</u>	10	ø
			Jy kor:	
SKP.II.	. (Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas k	komunikasi antar para pe	Lakuk	an
1	Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkoleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut. (lihat juga MKI.19.2, EP 1)	kap <u>Dokumen (0)</u>	pengisiar	n nilai
2	Perintah lisan dan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kemba oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut. (lihat juga AP.5.3.1, Maksud da Tujuan)	1923	dengan cara <i>double Click</i>	
3	Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau ha pemeriksaan tersebut	asil <u>Dokumen (0)</u>		
1	Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon. (lihat juga AP.5.3.1. Maksud dan Tujuan)	<u>Dokumen (0)</u>	10	Ø.
			Jumlah Skor : 35	







Lakukan verifikasi nilai pada setiap Bab dengan cara menekan tombol ini. Nilai akhir untuk masing-masing akan muncul disini.



HOME PERAWATAN → KEGIATAN →

Akreditasi di RS Chapter Ic **Chapter Name** Action Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 1 87.5 Verifikasi Hak Pasien dan Keluarga (HPK) 2 96 Verifikasi Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK) 3 91.07 Verifikasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) 94.32 4 Verifikasi Millenium Development Goal's (MDG's) 73.68 Verifikasi Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK) 6 53.33 Verifikasi 7 Asesmen Pasien (AP) 50.81 Verifikasi Pelayanan Pasien (PP) 99.33 8 Verifikasi Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB) 9 95.1 Verifikasi Manajemen Penggunaan Obat (MPO) 10 53.57 Verifikasi Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) 97.24 11 Verifikasi 12 Kualifikasi dan Pendidikan Staff (KPS) 95.96 Verifikasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) 13 53.01 Verifikasi Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP) 14 91.33 Verifikasi Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) 15 51.1 Verifikasi



Sinkronisasi Data *Self- Assessment*

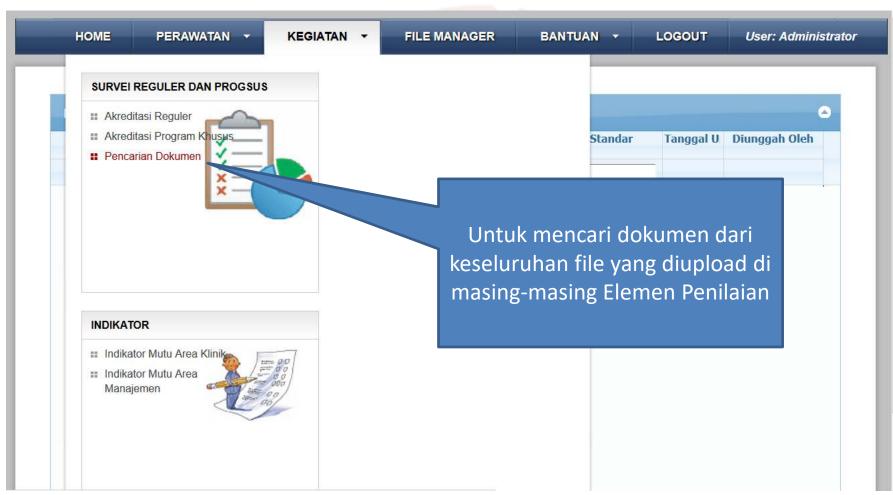


- Nilai Self-Assessment yang sudah diisi pada aplikasi SISMADAK, dapat diupload ke aplikasi SIKARS dengan cara mendownload Template
- Mengenai tata cara upload Self-Assessment, dapat dipelajari di materi Tata Laksana Pengisian Self-Assessment



Tampilan Pencarian Keseluruhan Dokumen







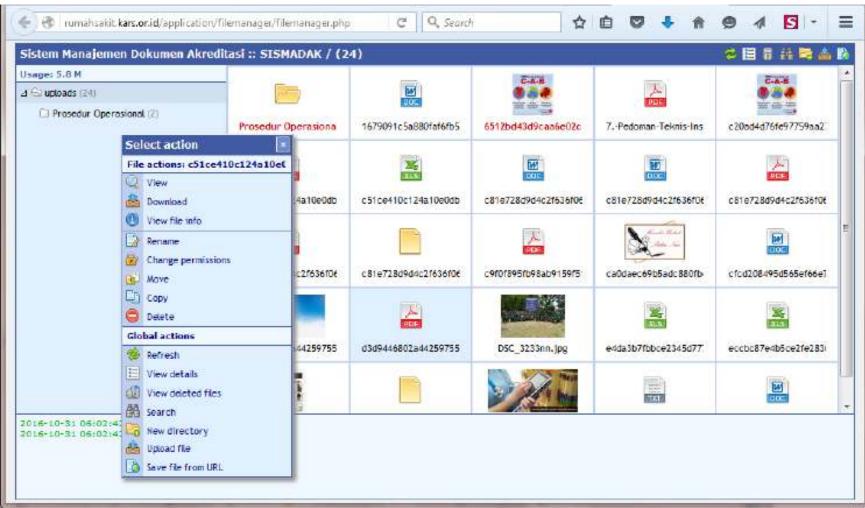


File Manager

 File Manager adalah sebua pengelola berkas sederhana, antar muka yang nyaman dan mudah digunakan, serta dioptimalkan khusus untuk pengguna browser. Sangat mirip seperti melakukannya pada komputer desktop. Misalnya: memotong, melekatkan serta menyalin berkas dan folder



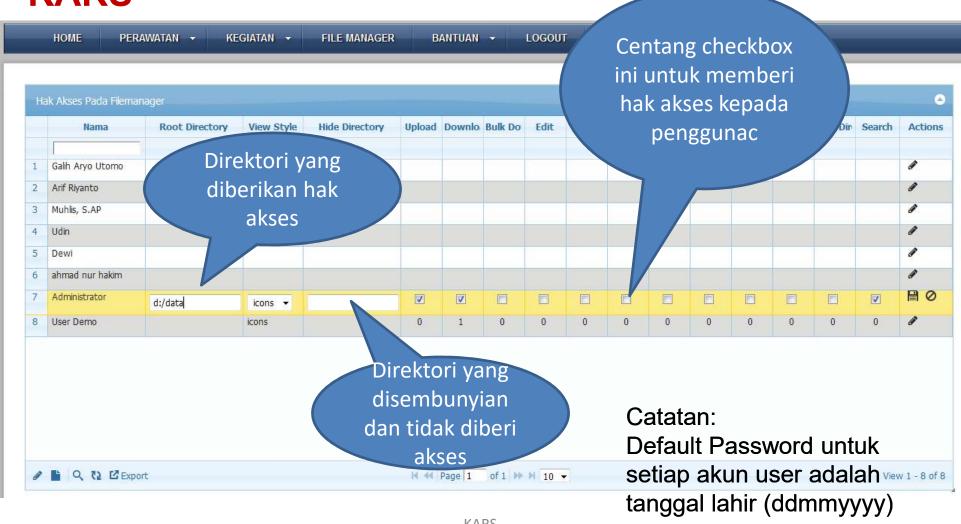






Pengaturan Hak Akses pada Filemanager





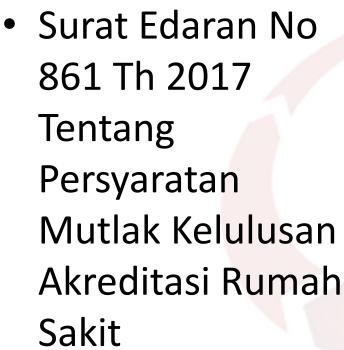


Update Profil Rumah Sakit



Persyaratan Kelulusan







KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT

Epiwalk Lt. 7 unit 716 B

Ji. Boulevard Epicentrum Selatan, Kawasan Rasuna Epicentrum Kuningan
Ji. HR. Rasuna Said, Jakarta Selaten - 12960

Telp. (021) 29941552, 29941553. Fax (021) 29941317.

Email Info@Kars.or.ki Website: www.kars.or.id

ISQUA ISC

Bank : BNI 46 Cabang Tebet Jakarta a.n Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Rek No. 0011802402

SURAT EDARAN NOMOR : 861/SE/KARS/VIII/2017 TENTANG PERSYARATAN MUTLAK KELULUSAN AKREDITASI RUMAH SAKIT

Sehubungan dengan telah ditetapkannya Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 (SNARS edisi 1) pada tanggal 8 Agustus 2017 yang lalu, sesuai dengan hal hal yang dirumuskan dalam Persyaratan Akreditasi Rumah Sakit (PARS), maka ditetapkan persyaratan mutlak yang harus dipenuhi oleh rumah sakit agar dapat lulus dalam proses akreditasi. Hal ini sesuai dengan acuan dari The International Society for Quality in Healthcare (ISQua) yang menyatakan perlu adanya core standard dimana tanpa pemenuhan standar tersebut maka kelulusan tidak bisa dicapai oleh rumah sakit.

Berikut adalah daftar standar mutlak tersebut yaitu:

- 1. Rumah sakit dipimpin oleh tenaga medis (dokter/dokter gigi)
- 2. Rumah sakit mempunyai IPAL yang berizin
- 3. Rumah sakit mengadakan obat obatan dari jalur distributor resmi
- 4. Rumah sakit melaksanakan pelayanan kemoterapi sesuai standar
- 5. Rumah sakit memungsikan staf medis yang memiliki STR dan SIP yang valid

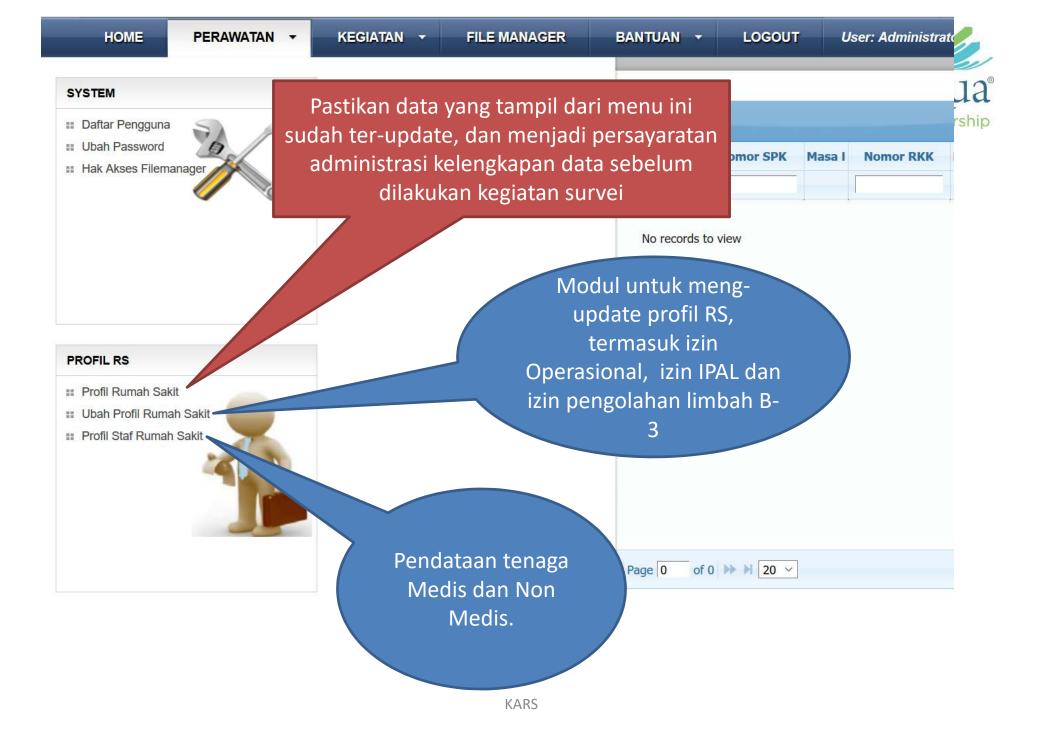
Apabila pada survei di rumah sakit didapatkan pelanggaran terhadap kelima standar mutkal tersebut maka kelulusan akreditasi rumah sakit akan ditunda 3 bulan untuk memberi kesempatan rumah sakit memperbaiki dan melengkapi persyaratan. Bila sampai dengan waktuyang disediakan tersebut rumah sakit tidak dapat memenuhi persyaratan ini maka rumah sakit dinyatakan tidak lulus.

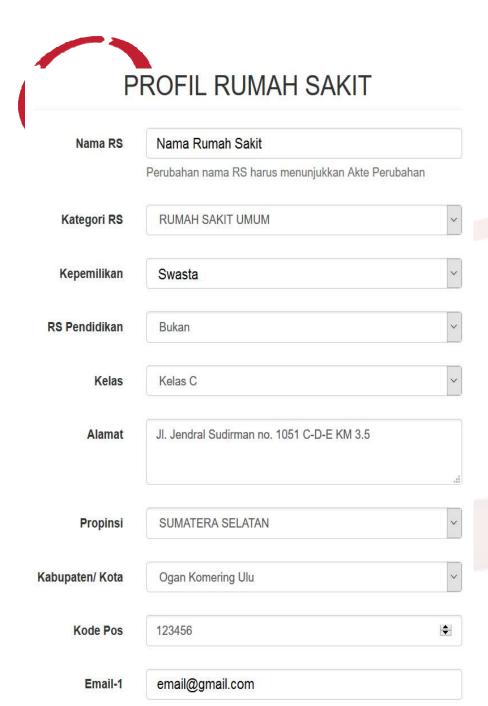
Bagi surveior yang mendapati kelima hal tersebut pada saat survei agar melaporkan langsung kepada ketua eksekutif KARS melalui email dengan alamat: lapsurveior@kars.or.id

Demikianlah untuk diketahui dan dilaksanakan.

Ditetapkan di Jakarta pada tanggal 21 Agustus 2017 KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT Ketua Eksekutif

Dr. dr. Sutoto, M.Kes





Nomor Telpon-2	
Nomor Fax	
Website	
Tanggal Berdiri	
No. Izin Operasional	
Tgl Berakhir Izin Operasional	
No. IPAL/ IPLC	
Tgl Berakhir IPAL/IPLC	
No. Izin Pengelolaan Limbah B-3	
Tgl Berakhir Izin	
Pengelolaan Limbah B-3	
Jumlah TT	1
Send	



Contoh Tampilan Pendataan Tenaga Medis dan Non Medis



Add Record					×
Lengkapi data berik	ut ini dengan data yang benar				
Identitas Pribadi					
Nama	Nama lengkap dengan 🤇 *		Tgl Lahir	<u> </u>	*
Jenis Kelamin	Perempuan		Agama	Islam	
Alamat Korespon	densi				
Alamat	Tulis alamat rumah dengan lengkap		Nomor KTP	Tulis tanpa spasi	*
Provinsi	Pilih Provinsi	*	Nomor HP-1	Mis: 081218161603	*
Kab/Kota	Pilih Kab/Kota	*	Nomor HP-2	Mis: 081218161603	
Email	Mis: diyur@kars.or.id				
Pekerjaan dan Ko	eahlian				
Nomor STR	Surat Tanda Registrasi		Jabatan Struktural		~
Masa Berlaku STR			Kategori	Laboratorium	V
Nomor SIP	Surat Izin Praktek		Spesialis	Pilih satu bidang spesia	alisasi
Masa Berlaku SIP			Sub Spesialis	Pilih satu Sub Spesialis	asi
Nomor SPK	Surat Penugasan Klinis				
Masa Berlaku SPK			Status Kerja	Penuh waktu ~	
Nomor RKK	Rincian Kewenangan Kli		Tgl Mulai Kerja		
Masa Be <mark>rl</mark> aku RKK	m				

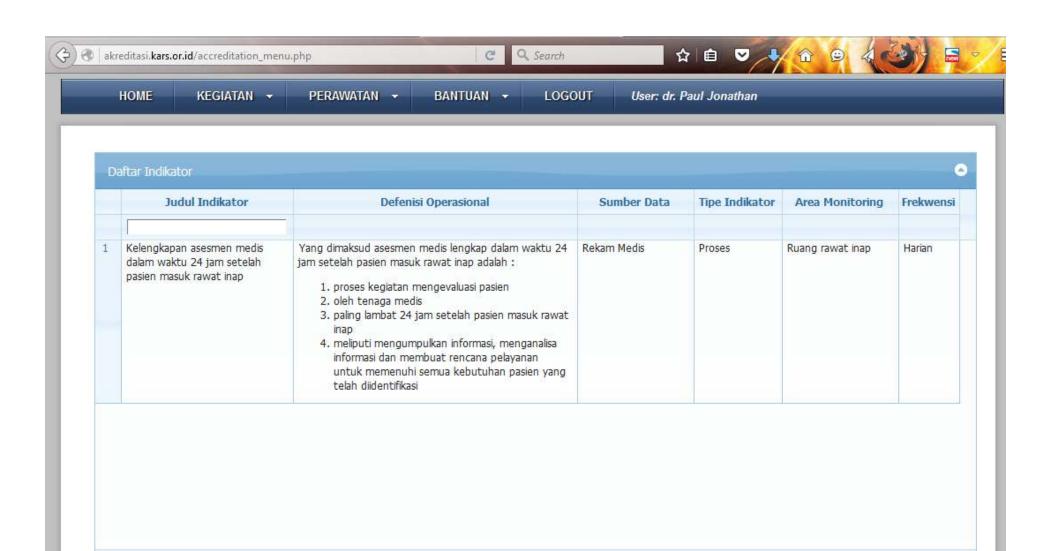


Benchmark Indikator Mutu



Benchmark Indikator Mutu

Bula	HOME KEGI	ATA	AN	i	nd ad ma dija	dikator dikator a per aka dir adikan sional	na nc	/a m oh	ng ba or	c ah n r	diba an nei	aku b ngi	ıka arı rim	n d u/u nka	ole Isu n k	h l lan æ l	AP) O AP)	RS. dan RS (J I unt	ika RS, :uk	E	LO	GOU	T		Jser.	: Use	er De	mo
No	Indikator	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1	Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap	0	0	0	0	46.00%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ketidakpatuhan pendokumentasian																												



H ≪ Page 1 of 1 ▶ H 10 ▼

View 1 - 1 of 1

+ / 1 0 72





Klik pada kalendar untuk mengubah periode

HOME PERAWATAN -KEGIA User: Administrator pendataan Submit Query Bulan: ▼ 2017 Pendataan Indikator - January 2017 No 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 ı waktu 24 jam setelah pasien Ketiqakpatunan pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di status pasien (Sync | Benchmark) Kerusakan sampel darah (Sync | Benchmark) Tidak terlaporkannya hasil kritis (Sync | Benchmark) 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 Penolakan expertise (Sync | Benchmark) Keterlambatan hasil foto rawat jalan (Sync | Benchmark) Klik pada angka ini untuk 0 0 0 0 0 0 0 0 0 Pemeriksaan ulang radiologi (Sync | Benchmark) memulai pendataan Tidak dilakukannya asesmen awal radiologi (Sync | Benchmark) Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi (Sync secara harian 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 Benchmark) Operasi ulang dengan diagnosa sama dan atau komplikasinya (Sync | Benchmark) Kesalahan Prosedur Operasi (Sync | Benchmark) 12 Kesalahan Lokasi Operasi (Sync | Benchmark) 0



Form Pendatan



НОМЕ	KEGIATAN +	PERAWATAN *	FILE MANAGER	BANTUAN +	LOGOUT	User: User Demo
------	------------	-------------	--------------	-----------	--------	-----------------

	Indikator	Hasil	Satuan	Dokumen Pendukung	Actions
1	Jumlah total pasien yang masuk rawat inap dalam waktu 24 jam	50	Orang		8
2	Jumlah asesmen lengkap yang dilakukan oleh tenaga medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap	23	Orang	Dokumen ()	80





HOME PERAWATAN -KEGIATAN -FILE MANAGER BANTUAN -LOGOUT User: Administrator Submit Query Bulan: Pendataan Indikator - February 2017 No Indikator 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 24 25 26 27 28 Kelengkapan asesmen medis dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk 11.76% rawat inap (Sync | Benchmark) Ketidakpatuhan pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 status pasien (Sync | Benchmark) Kerusakan sampel darah (Sync | Benchmark) 0 Tidak terlaporkannya hasil kritis (Sync | Benchmark) 0 0 0 Penolakan expertise (Sync | Benchmark) 0 0 0 Keterlambatan hasil foto rawat jalan (Sync | Benchmark) 0 Pemeriksaan ulang radiologi (Sync | Benchmark) 0 Tidak dilakukannya asesmen awal radiologi (Sync | Benchmark) 0 0 Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi (Sync | Benchmark) 0 0 0 Operasi ulang dengan diagnosa sama dan atau komplikasinya 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 (Sync | Benchmark) 11 Kesalahan Prosedur Operasi (Sync | Benchmark) 0 0 0 0 0 0 0 12 Kesalahan Lokasi Operasi (Sync | Benchmark) 0 13 Kesalahan Diagnosa Pre dan post operasi (Sync | Benchmark)





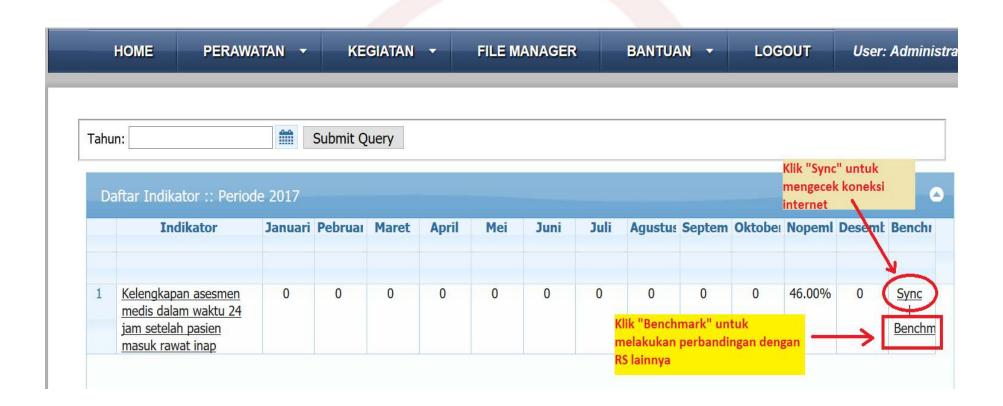
Benchmark







Benchmark





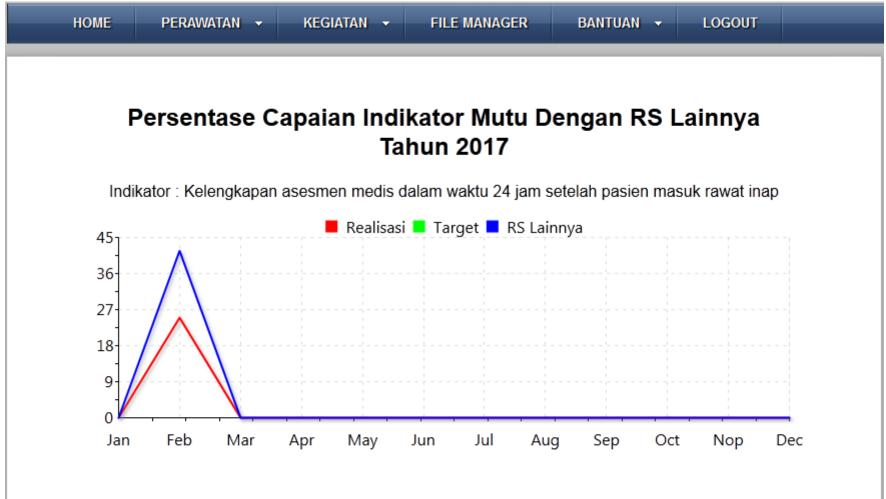






Contoh Tampilan Benchmark Data ISQua **Indikator**









Korespondensi

 Jika anda tertarik untuk memanfaatkan layanan aplikasi ini, silakan menghubungi staf kami :

Diyurman Gea, S.Kom., MM

Email: diyur@kars.or.id

HP: 082288222247

WA: 081218161603