Komisi Akreditasi Rumah Sakit



## Tutorial Penggunaan Aplikasi SISMADAK Untuk Rumah Sakit di Indonesia

Oleh: Dr. Diyurman Gea, S.Kom., MM Email : <u>diyur@kars.or.id</u> HP: 082288222247 WA: 081218161603

KARS



## Nara Sumber



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

: 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)
  - 2. Pelayanan Pasien (PP) → Pelayanan Asuhan Pasien (PAP)
  - Manajemen Penggunaan Obat (MPO) →
     Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan
     Obat (PKPO)



## PERUBAHAN NAMA BAB



- 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.
- Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP) → Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)



## PERUBAHAN NAMA BAB



- 6. Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS) →
   Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)
- 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

## Komisi Akreditasi Rumah Sakit Penataan Dokumen Secara Tradisional Vs SISMADAK





#### Penataan Dokumen Secara Tradisional Vs SISMADAK



- Pencarian lebih mudah
- Biaya murah
- Historical
- Dapat diakses melalui intranet/internet/inte
- Mengurangi penyebaran virus
- Terintegrasi
- Pengumpulan dokumen antar pokja menjadi mudah



## 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







#### Aplikasi Dashboard



HOME PERAWATAN -KEGIATAN -BANTUAN -LOGOUT **User: Administrator** 99 97 96 96 95 94 100% 91 91 88 74 60 80% 60% 53 54 53 51 51 40%avg = 78.8 20% 0% SKP HPK PPK PMKPMDGs APK AP PP PAB MPO MKI KPS PPI TKP MFK PELAYANAN BERFOKUS PADA PASIEN Pelayanan Pasien berfokus pada 1. Akses ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK) MANAJEMEN RUMAH SAKIT 2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK) 3. Asesmen Pasien (AP) 4. Pelayanan Pasien (PP) SASARAN KESELAMATAN PASIEN 5. Palayanan Anestesi dan Bedah (PAB) 6. Manajemen Penggunaan Obat (MPO) 7. Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK) SASARAN MILENIUM DEVELOPMENT GOALS





## 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



- 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





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





#### Penjelasan Detil Standar Akreditasi



| 1      |  |   |
|--------|--|---|
| Kode   | Standard   | Objektif  |
| APK.1. | Pasien diterima<br>sebagai pasien rawat<br>inap atau didaftar untuk<br>pelayanan rawat jalan<br>berdasarkan pada<br>kebutuhan pelayanan<br>kesehatan mereka<br>yang telah di<br>identifikasi dan pada<br>misi serta sumber daya<br>rumah sakit yang ada. | Menyesuaikan kebutuhan pasien dengan misi dan sumber<br>daya rumah sakit tergantung pada keterangan yang didapat<br>tentang kebutuhan pasien dan kondisinya lewat skrining<br>pada kontak pertama. Skrining dilaksanakan melalui kriteria<br>triase, evaluasi visual atau pengamatan, pemeriksaan fisik<br>atau hasil dari pemeriksaan fisik, psikologik, laboratorium<br>klinik atau diagnostik imajing sebelumnya. Skrining dapat<br>terjadi disumber rujukan, pada saat pasien ditransportasi<br>emergensi atau apabila pasien tiba di rumah sakit. Hal ini<br>sangat penting bahwa keputusan untuk mengobati,<br>mengirim atau merujuk hanya dibuat setelah ada hasil<br>skrining dan evaluasi. Hanya rumah sakit yang mempunyai<br>kemampuan menyediakan pelayanan yang dibutuhkan dan<br>konsisten dengan misinya dapat dipertimbangkan untuk<br>menerima pasien rawat inap atau pasien rawat jalan.<br>Apabila rumah sakit memerlukan data tes skrining atau<br>evaluasi sebelum penerimaan dan pendaftaran ditetapkan<br>dalam kabijakan tertulis |









#### Pendataan Pengguna

| -   | PERAWATAN 🔻   | KEGIATAN 👻 | FILE MANAGER | BANTUAN -   | LOGOUT | User: Administrator |
|---|---------------|------------|--------------|-------------|--------|---------------------|
| SYSTEM  |               |            |              |             |        |                     |
| <ul> <li>Daftar Pengguna</li> <li>Ubah Password</li> <li>Hak Akses Filema</li> <li>Konfigurasi</li> <li>Daftar Unit/Bagiar</li> </ul> |               |            |              | ım tersedia |        |                     |
|   |               |            |              |             |        |                     |
|   |               |            |              |             |        |                     |
| PROFIL RS   |               |            |              |             |        |                     |
| PROFIL RS   | it            |            |              |             |        |                     |
| PROFIL RS   | it<br>h Sakit |            |              |             |        |                     |





## Pendataan Pengguna

|            | New                                | Add Record                  |        |      |        |                         |   | ×      |        |
|------------|------------------------------------|-----------------------------|--------|------|--------|-------------------------|---|--------|--------|
|            | Nam                                | Nama                        |        |      |        | <b>1</b> .              |   | 192.92 | -      |
|            | Administrator                      |                             |        |      |        | *                       |   |        |        |
|            | Administrator                      | Tempat Lahir                |        |      |        | *                       |   |        |        |
|            |                                    | Tgl Lahir                   |        |      |        | *                       |   |        |        |
|            |                                    | Email                       |        |      |        | *                       |   |        |        |
|            |                                    | Nomor HP                    |        |      |        | *                       |   |        |        |
|            | User Demo                          | Bagian                      | Unit 1 |      |        |                         | v | *      | ~      |
| ł          |                                    | Standar Bab                 |        |      |        |                         |   | 1      | f 2    |
|            |                                    |                             | PPI    |      |        |                         | ^ |        |        |
|            |                                    |                             | TKP    | ſ    | Standa | r Akreditasi versi 2012 |   | el     |        |
|            |                                    |                             | MFK    |      |        |                         |   |        | - 4    |
| ran<br>Aka | ig <i>an:</i><br>in login adalah m | enggunakan <b>alamat em</b> | DOK.A  | KRED | (      |                         |   | kan u  | indate |
| pad        | a alamat email.                    |                             | SKP    |      |        |                         |   |        | Punt   |
| Seti       | ap melakukan pe                    | rubahan data pengguna,      | ARK    |      | Standa | r Akreditasi SNARS Ed.1 |   |        |        |
|            |                                    |                             | HPK    |      |        |                         |   |        |        |
|            |                                    |                             | AP     |      |        |                         |   |        |        |



| Jenis Keg   | Nama Kegiatan                      | Standar Akred Kode  | Kode KARS adalah kode<br>kegiatan yang didapatkan dari                                  |
|---|------------------------------------|---|---|
| Add Record<br>Nama Kegiatar<br>Standar Akreditas<br>Kode KARS<br>Tangga<br>Mula<br>Tangga | Kegiatan Survei 2017<br>Versi 2012 | Website Akreditasi KARS<br>(http://akreditasi.kars.or.id.<br>Misalnya: 2905 |   |
|   |                                    | B Sub   | emit × Cance 2905 Survei Akreditasi Survei A<br>2522 Simulasi Survei Reguler Surve<br>D |



#### Daftar Kegiatan Akreditasi



| HOME                 | PERAWATAN 👻   | Kegiatan 👻 | FILE MANAGER    | BAN       | IUAN -                       | LOGOUT                              | User: Administra                |
|----------------------|---|------------|-----------------|-----------|------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Daftar Ke            | egiatan   |            |                 |           |                              |                                     | ٥                               |
| Jenis Kegi:          | Nama Keg  | iatan      | Standar Akredit | Kode KAR! | Laporan                      | Download T                          | anggal Tanggal<br>Mulai Selesai |
| Survei<br>Akreditasi | Kegiatan Survei 2017                                  |            | Versi 2012      | 123       | Dashboard                    | Template 2                          | 2017-11- 2017-11-               |
|                      | Klik nama kegiatan<br>untuk menampilka<br>standar Bab | n          |                 |           | Klik Das<br>menam<br>capaian | shboard u<br>pilkan gra<br>nilai SA | ntuk<br>afik                    |

| KARS |             |            | Jika diklik<br>Kegiatan,<br>muncul sen<br>pada Bab ya<br>nila | pada Judul<br>maka akan<br>nua Bab. Klik<br>ang mau diisi<br>ainya |        | ISQua®<br>Membership |
|------|-------------|------------|---|--|--------|----------------------|
| HOME | PERAWATAN 🔻 | Kegiatan 🔸 | FILE MANAGER  | BANTUAN 🔻  | LOGOUT | User: Administrator  |

| Da | aftar Bab Standar Akreditasi  | ٥          |
|----|---|------------|
|    | Nama Bab Standar Akreditasi Nilai   | Action     |
| 1  | Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) Klik standar Bab untuk                             | Verifikasi |
| 2  | Hak Pasien dan Keluarga (HPK)   | Verifikasi |
| 3  | Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)<br>Tekan tombol Verifikasi                     | Verifikasi |
| 4  | Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) untuk melakukan perhitungan nilai SA | Verifikasi |
| 5  | Millenium Development Goals (MDGs)  | Verifikasi |

| nok    | Me perawatan <del>*</del> Ke   | egiatan 👻                                   | BANTUAN 👻                                       | LOGOUT                    | User: Administrat         | or                      | _                    |
|--------|--|---|---|---------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|
|        |  |   | k pada  |                           |                           |                         |                      |
| ID     | n Penilaian<br>E   | Dokur<br>men                                | nen untuk<br>g- <b>upload</b>                   |                           | Dokumen Pendukunı         | Skor                    | Actions              |
| SKP.I. | ( Rumah sakit mengembangkan per  | nd B  | erkas   | gkauxon                   | vitian identifikasi pasie | en. ) - 5 Elemen P      | enilaian             |
| 1      | Pasien diidentifikasi menggunakan dua  | identitas pasien, t                         | idak boleh mengguna                             | kan nomor                 | Dokumen (0)               | 10                      | ø                    |
| 2      | Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.  |   |   |                           | Dokumen (0)               | 10                      | ø                    |
| 3      | Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis<br>(libat juga AB 5 6 EB 3) |   |   | ksaan klinis              | Dokumen (0)               | 10                      | ø                    |
| 4      | Pasien didentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur  |   |   |                           | Dokumen (0)               | 0                       |                      |
| 5      | Kebijakan dan prosedur mengarahkan j<br>situasi dan lokasi   | pelaksanaan identi                          | fikasi yang konsisten (                         | oada semua                | Dokumen (0)               | 10                      | ø                    |
|        |  |   |   |                           |                           | Jy kor :                |                      |
| SKP.II | . ( Rumah sakit mengembangkan pe   | endekatan untuk                             | a meningkatkan efe                              | ktivitas komu             | nikasi antar para pe      | Lakuk                   | an                   |
| 1      | Perintah lisan dan yang melalui telepon  | n ataupun hasil per<br>eriksaan tersebut    | neriksaan dituliskan se<br>(lihat juga MKI 19-2 | ecara lengkap             | Dokumen (0)               | pengisia                | n nilai              |
| 2      | Perintah lisan dan melalui telpon atau h<br>oleh penerima perintah atau hasil pem<br>Tujuan)                         | hasil pemeriksaan s<br>eriksaan tersebut.   | ecara lengkap dibacal<br>(lihat juga AP.5.3.1,  | can kembali<br>Maksud dan | Dokumen (0)               | dengan<br><i>double</i> | cara<br><b>Click</b> |
| 3      | Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfi<br>pemeriksaan tersebut  | irmasi oleh individu                        | yang memberi perint                             | ah atau hasil             | Dokumen (0)               |                         |                      |
| 4      | Kebijakan dan prosedur mendukung pr<br>terhadap akurasi dari komunikasi lisan n<br>Tujuan)                           | raktek yang konsis<br>nelalui telepon. (lih | ten dalam melakukan<br>nat juga AP.5.3.1. Ma    | verifikasi<br>ksud dan    | Dokumen (0)               | 10                      | Ø                    |
|        |  |   |   |                           |                           | Jumlah Skor :           |                      |

| HOI<br>Eleme      | ME PERAWATAN   | <ul> <li>Klik tanda "+" untuk memulai upload<br/>file. Klik tombol "Browse" untuk<br/>mencari file yang diupload, dan ketik<br/>deskripsi dokumen. Klik tombol<br/>"Submit" untuk menyimpan data</li> </ul>   |
|-------------------|--|---|
| = SKP.I<br>1<br>2 | . ( Rumah sakit menger<br>Pasien diidentifikasi mer<br>kamar atau lokasi pasier<br>Pasien diidentifikasi sab | Ungr unen   |
| 3                 | Pasien diidentifikasi sebi   | +   |
| 4<br>5            | Rebijakan dan prosedur<br>situasi dan lokasi   |   |
| E SVD T           | T / Pumph cokit monoio   | Add Record  |
| 1                 | Perintah lisan dan yang<br>oleh penerima perintah  | Nama File *Dokumen ke-1.doc (Uploaded) Delete Deskripsi Dokumen Dokumen pertama   |
| 2                 | Perintah lisan dan melak<br>oleh penerima perintah<br>Tutuan)  |   |
| 3                 | Perintah atau hasil perin<br>pemeriksaan tersebut  |   |
| 4                 | Kebijakan dan prosedur<br>terhadap akurasi dari ko<br>Tujuan)  | Unggah Dokumen Pendukung         Langkah 1       : Siapkan dokumen yang akan diunggah         Langkah 2       : Klik pada tombol bertanda "+" pada pojok kiri atas. Kemudian, silakan klik tombol "Browse" untuk mencari dokumen file yang telah disiapkan untuk diunggah, dan klik tombol Submit         Unggah Dokumen Pendukung       : Ulangkah 2         Langkah 2       : Klik pada tombol bertanda "+" pada pojok kiri atas. Kemudian, silakan klik tombol "Browse" untuk mencari dokumen file yang telah disiapkan untuk diunggah, dan klik tombol Submit |
| = SKP.I           | II. ( Rumah sakit meng<br>Kebijakan dan/atau prose   | dur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, <u>Dokumen (0)</u> 10 🖋   |
|                   | pemberian label, dan pen   | vimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai  |



| Номе       | PERAWATAN - KEGIATAN -                          | Lakukan verifikasi nilai pada<br>setiap Bab dengan cara<br>menekan tombol ini. Nilai<br>akhir untuk masing-masing<br>akan muncul disini. |       | ISQue      |
|------------|---|--|-------|------------|
| Akreditas  | i di RS   |  |       | •          |
| Chapter Ic | Chapt   | er Name  | ीर्वा | Action     |
| 1          | Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)                |  | 87.5  | Verifikasi |
| 2          | Hak Pasien dan Keluarga (HPK)                   |  | 96    | Verifikasi |
| 3          | Pendidikan Pasien dan Keluarga (PPK)            |  | 91.07 | Verifikasi |
| 4          | Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)  |  | 94.32 | Verifikasi |
| 5          | Millenium Development Goal's (MDG's)            |  | 73.68 | Verifikasi |
| 6          | Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan (APK) |  | 53.33 | Verifikasi |
| 7          | Asesmen Pasien (AP)                             |  | 50.81 | Verifikasi |
| 8          | Pelayanan Pasien (PP)                           |  | 99.33 | Verifikasi |
| 9          | Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)              |  | 95.1  | Verifikasi |
| 10         | Manajemen Penggunaan Obat (MPO)                 |  | 53.57 | Verifikasi |
| 11         | Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI)        |  | 97.24 | Verifikasi |
| 12         | Kualifikasi dan Pendidikan Staff (KPS)          |  | 95.96 | Verifikasi |
| 13         | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)       |  | 53.01 | Verifikasi |
| 14         | Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan (TKP)  |  | 91.33 | Verifikasi |
| 15         | Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)       |  | 51.1  | Verifikasi |

Lua



#### 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





| age: 5.8 M                         |                                     | -                   |                      | C-A-8                | (TERS)               | C-A-8                |
|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| D uploads (24)                     | isional (2)                         | Prosedur Operasiona | 1679091c5a880faf6fb5 | 6512bd43d9caa6e02c   | 7Pedoman-Teknis-Ins  | c 20od4d76fe97759aa2 |
|                                    | Select action                       |                     |                      |                      |                      |                      |
|                                    | File actions: c51ce41               | l0c124a10e(         | X                    |                      | 14)                  | 1                    |
|                                    | View Download                       | 4a10e0db            | c51c6410c124a10e0db  | c81e728d9d4c21636106 | c81e728d9d4c2f636f0t | c81e728d9d4c2f636f06 |
|                                    | Rename<br>Change permission<br>Move | is c2r636rDe        | C81e728d9d4c21636f06 | C9f0f895fb98ab9159f5 | ca0daec69b5adc880rb  | cfcd208495d565ef66e7 |
|                                    | Copy                                | -                   |                      |                      | <b>2</b>             | 25                   |
|                                    | 🍪 Refresh                           | 44259755            | d3d9446802a44259755  | DSC_3233nn.jpg       | e4da3b7fbbce2345d77  | eccbc87e4b5ce2fe283  |
|                                    | View details                        |                     |                      |                      | 141                  |                      |
| 6-10-31 06:02:4<br>6-10-31 06:02:4 | New directory                       |                     |                      |                      |                      |                      |



#### Pengaturan Hak Akses pada Filemanager







## Update Profil Rumah Sakit

Membership



### Persyaratan Kelulusan

KARS



 Surat Edaran No 861 Th 2017 Tentang Persyaratan Mutlak Kelulusan Akreditasi Rumah Sakit

#### KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT

Epiwalk LL 7 unit 716 B JI. Boulevard Epicentrum Selatan, Kawasan Rasuna Epicentrum Kuningan JI. HR. Rasuna Said, Jakarta Selatan - 12600 Telp. (021) 29941552, 20941553. Fax (021) 29941317. Email Info@kars.or.XI Website : www.kars.or.id Bank : BNI 46 Cabang Tebet Jakarta a.n Komisi Akneditasi 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: <u>lapsurveior@kars.or.id</u>

Demikianlah untuk diketahui dan dilaksanakan.

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







| Nama RS         | Nama Rumah Sakit                                  |    |
|-----------------|---|----|
|                 | Perubahan nama RS harus menunjukkan Akte Perubaha | an |
| Kategori RS     | RUMAH SAKIT UMUM                                  | ~  |
| Kepemilikan     | Swasta  | ~  |
| RS Pendidikan   | Bukan   | ~  |
| Kelas           | Kelas C   | ×  |
| Alamat          | Jl. Jendral Sudirman no. 1051 C-D-E KM 3.5        | .4 |
| Propinsi        | SUMATERA SELATAN                                  | ~  |
| (abupaten/ Kota | Ogan Komering Ulu                                 | ~  |
| Kode Pos        | 123456  |    |
| Email-1         | email@gmail.com                                   |    |

| Nomor Telpon-2            |           |   |
|---------------------------|-----------|---|
|                           |           |   |
| Nomor Fax                 |           |   |
|                           |           |   |
| Website                   |           |   |
| Tanggal Berdiri           |           |   |
|                           | -         |   |
| No. Izin<br>Operasional   |           |   |
| Tal Berakhir Izin         | <b>m</b>  |   |
| Operasional               |           |   |
| No. IPAL/ IPLC            |           |   |
| Tal Berakhir              | <b>m</b>  |   |
| IPAL/IPLC                 |           |   |
| No. Izin                  |           |   |
| Pengelolaan<br>Limbah B-3 |           |   |
| Tgl Berakhir Izin         | m         |   |
| Pengelolaan               | Carrier - |   |
| Limbah B-3                |           |   |
| Jumlah TT                 |           | ۲ |
| Ser                       | nd        |   |

KARS

#### 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   | *  |   |
| Jenis Kelamin   | Perempuan ~   | Agama   | Islam ~  |   |
| Alamat Korespon   | densi   |   |  |   |
| Alamat  | Tulis alamat rumah<br>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   |   |  |   |
| Dokoriaan dan K   | eahlian   |   |  |   |
| Pekerjaan dan K   |   |   |  |   |
| Nomor STR   | Surat Tanda Registrasi  | Jabatan Struktural  | 2.55.1   | 0 |
| Nomor STR<br>Masa Berlaku STR   | Surat Tanda Registrasi  | Jabatan Struktural<br>Kategori  | <br>Laboratorium   | 2 |
| Nomor STR<br>Masa Berlaku STR<br>Nomor SIP  | Surat Tanda Registrasi  | Jabatan Struktural<br>Kategori<br>Spesialis   | <br>Laboratorium<br>Pilih satu bidang spesialisasi   |   |
| Nomor STR<br>Masa Berlaku STR<br>Nomor SIP<br>Masa Berlaku SIP  | Surat Tanda Registrasi  | Jabatan Struktural<br>Kategori<br>Spesialis<br>Sub Spesialis                                    | <br>Laboratorium<br>Pilih satu bidang spesialisasi<br>Pilih satu Sub Spesialisasi                |   |
| Nomor STR<br>Masa Berlaku STR<br>Nomor SIP<br>Masa Berlaku SIP<br>Nomor SPK   | Surat Tanda Registrasi<br>Surat Izin Praktek<br>Surat Penugasan Klinis                  | Jabatan Struktural<br>Kategori<br>Spesialis<br>Sub Spesialis                                    | <br>Laboratorium<br>Pilih satu bidang spesialisasi<br>Pilih satu Sub Spesialisasi                |   |
| Nomor STR<br>Masa Berlaku STR<br>Nomor SIP<br>Masa Berlaku SIP<br>Nomor SPK<br>Masa Berlaku SPK                     | Surat Tanda Registrasi Surat Izin Praktek Surat Penugasan Klinis                        | Jabatan Struktural<br>Kategori<br>Spesialis<br>Sub Spesialis<br>Status Kerja                    | <br>Laboratorium<br>Pilih satu bidang spesialisasi<br>Pilih satu Sub Spesialisasi<br>Penuh waktu |   |
| Nomor STR<br>Masa Berlaku STR<br>Nomor SIP<br>Masa Berlaku SIP<br>Nomor SPK<br>Masa Berlaku SPK<br>Masa Berlaku SPK | Surat Tanda Registrasi Surat Izin Praktek Surat Penugasan Klinis Rincian Kewenangan Kli | Jabatan Struktural<br>Kategori<br>Spesialis<br>Sub Spesialis<br>Status Kerja<br>Tgl Mulai Kerja | <br>Laboratorium<br>Pilih satu bidang spesialisasi<br>Pilih satu Sub Spesialisasi<br>Penuh waktu |   |



## **Benchmark Indikator Mutu**

Membership



# Benchmark Indikator Mutu

| Bul | HOME KEGI.   | ATA | AN | l<br>i<br>a | nc<br>nc<br>ad   | dikator<br>dikator<br>a per<br>aka dir | ່y<br>ງ<br>na<br>nc | ar<br>vai<br>m | ng<br>ng<br>ba<br>or | ac<br>c<br>aha | da<br>liba<br>an<br>nei | da<br>aku<br>b<br>ngi | lan<br>ıka<br>barı<br>rim | n Sl<br>n d<br>u/u<br>nka | ISN<br>ole<br>Isu<br>n k | 1A[<br>h l<br>lan<br>œ l | IAC<br>IA><br>C | Ka<br>RS.<br>Jan<br>RS I | dal<br>J<br>n l<br>unt | ah<br>ika<br>RS,<br>:uk |    | LO | GOU | T  | l  | Jser. | Use | er De | mo |
|-----|--|-----|----|-------------|------------------|--|---------------------|----------------|----------------------|----------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|-------------------------|----|----|-----|----|----|-------|-----|-------|----|
| No  | Indikator  | 1   | 2  | с<br>r<br>3 | dija<br>na:<br>4 | adikan<br>sional<br><mark>5</mark>     | 6                   | se<br>7        | ba<br>8              | 9              | ai s<br>10              | sta<br>11             | nda<br>12                 | ar<br>13                  | inc<br>14                | lika<br>15               | ato<br>16       | r s<br>17                | еса<br>18              | ara<br>19               | 20 | 21 | 22  | 23 | 24 | 25    | 26  | 27    | 28 |
| 1   | Kelengkapan<br>asesmen medis<br>dalam waktu 24<br>jam setelah pasien<br>masuk rawat inap | 0   | 0  | 0           | 0                | <u>46.00%</u>                          | 0                   | 0              | 0                    | 0              | 0                       | 0                     | 0                         | 0                         | 0                        | 0                        | 0               | 0                        | 0                      | 0                       | 0  | 0  | 0   | 0  | 0  | 0     | 0   | 0     | 0  |
|     | <u>Ketidakpatuhan</u><br>pendokumentasian  |     |    |             |                  |  |                     |                |                      |                |                         |                       |                           |                           |                          |                          |                 |                          |                        |                         |    |    |     |    |    |       |     |       |    |

|   | Judul Indikator  | Defenisi Operasional   | Sumber Data | Tipe Indikator | Area Monitoring  | Frekwens |
|---|--|--|-------------|----------------|------------------|----------|
| 1 | Kelengkapan asesmen medis<br>dalam waktu 24 jam setelah<br>pasien masuk rawat inap | Yang dimaksud asesmen medis lengkap dalam waktu 24<br>jam setelah pasien masuk rawat inap adalah :<br>1. proses kegiatan mengevaluasi pasien<br>2. oleh tenaga medis<br>3. paling lambat 24 jam setelah pasien masuk rawat<br>inap<br>4. meliputi mengumpulkan informasi, menganalisa<br>informasi dan membuat rencana pelayanan<br>untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang<br>telah diidentifikasi | Rekam Medis | Proses         | Ruang rawat inap | Harian   |

| KARS  | Klik pada<br>mengu                     | ka       | ıle<br>ah | en<br>n r | da       | ar       | uı                | ntı      | uk       |          |              |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          | I        | S        | lem      | 2<br>nbe | U<br>irsh |
|---|--|----------|-----------|-----------|----------|----------|-------------------|----------|----------|----------|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| HOME PERAWATAN -  | pe                                     | nc       | la        | ta        | a        | ſ        |                   |          |          |          | OUT          |          | U        | ser: /   | Adm      | inist    | rato     | r        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |
| Bulan:  | bmit Ouery                             |          |           |           |          |          |                   |          |          |          |              |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |
| G Feb → 2017 → G<br>Mo Tu We Th Fr Sa Su                            | Per                                    | nda      | ta        | an        | Ir       | ıdi      | ka                | tor      |          | Jai      | nua          | ary      | 2(       | 017      |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |
| No 6 7 8 9 10 11 1  | itor                                   | 1        | 2         | 3 4       | 5        | 6        | 7 8               | 39       | 10       | 11       | 12           | 13       | 14       | 15       | 16       | 17       | 18       | 19       | 20       | 21       | 22       | 23       | 24       | 25       | 26       | 27       | 28       | 29       | 30 :     | 31        |
| 1 H 13 14 15 16 17 18 19<br>1 H 20 21 22 23 24 25 20<br>27 28       | n waktu 24 jam setelah pasien<br>urk)  | <u>0</u> | 0         | 0 0       | 0        | <u>0</u> | <u>o</u> <u>c</u> | 0 0      | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u>     | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0        | 0        | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0        | <u>0</u> | 0        | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0        | <u>0</u>  |
| 2 Ketigakpatunan pendokumentasi<br>di status pasien (Sync   Benchma | m asesmen nyeri secara kontinyu<br>(k) | <u>0</u> | 0         | 0 0       | 0        | 0        | <u>o</u> <u>c</u> | <u>0</u> | 0        | <u>0</u> | <u>0</u>     | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        | 0        |          | 0        | 0        | <u>0</u> | 0        | 0        | <u>0</u> | 0        | 0        | 0         |
| 3 Kerusakan sampel darah (Sync                                      | Benchmark)                             | <u>0</u> | 0         | 0 0       | 0        | <u>0</u> | 0 0               | 0 0      | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u>     | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0        |          |          | <u>0</u> | 0         |
| 4 <u>Tidak terlaporkannya hasil kritis</u>                          | (Sync   Benchmark)                     | <u>0</u> | 0         | 0 0       | 0        | <u>0</u> | 0                 | 0        | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u>     | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0        |          |          |          | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0        | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0         |
| 5 <u>Penolakan expertise</u> (Sync   Beno                           | hmark)                                 | 0        | 0         | 0 0       | <u>0</u> | 0        | 0                 | 0        | 0        | 0        | -            | -        |          | ~        | ^        | -        | - 0-     |          |          |          | L        | -        | 2        | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0        | <u>0</u> | 0         |
| 6 Keterlambatan hasil foto rawat ja                                 | lan (Sync   Benchmark)                 | <u>0</u> | 0         | 0 0       | 0        | <u>0</u> | 0                 | <u>0</u> | 0        |          | <u>71:</u> 1 |          |          |          | -        |          | _        | _ •      |          |          |          |          |          | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0         |
| 7 Pemeriksaan ulang radiologi (Sy                                   | nc   Benchmark)                        | <u>0</u> | 0         | 0 0       | <u>0</u> | <u>0</u> | 0 0               | 0 0      | <u>0</u> |          |              | Κļ       | ba       | da       | a        | ng       | gKa      | al       | ni       | u        | nti      | UK       |          | 0        | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0        | 0         |
| 8 <u>Tidak dilakukannya asesmen awa</u>                             | l radiologi (Sync   Benchmark)         | 0        | 0         | 0 0       | 0        | 0        | 0                 | 0 0      | 0        |          |              | m        | en       | nu       | la       | і р      | e        | nd       | at       | aa       | n        |          |          | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0         |
| 9 Tidak dilakukannya penandaan b<br>Benchmark)                      | okasi operasi (Sync                    | <u>0</u> | 0         | 0 0       | <u>0</u> | <u>0</u> | 0                 | 0 0      | <u>0</u> |          |              |          | S        | ec       | ar       | a        | ha       | ari      | ar       | ١        |          |          |          | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0        | <u>0</u>  |
| 10 Operasi ulang dengan diagnosa s<br>(Sync   Benchmark)            | ama dan atau komplikasinya             | <u>0</u> | 0         | 0 0       | 0        | 0        | 0                 | 0 0      | 0        | Ы        | ¥            | ž        | ¥        | ž        | 2        | ¥.       | Ľ        | đ        | ž        | ž        | 2        | Ľ        | P        | 0        | 0        | 0        | <u>0</u> | 0        | 0        | 0         |
| 11 Kesalahan Prosedur Operasi (Syr                                  | ic Benchmark)                          | <u>0</u> | 0         | 0 0       | 0        | <u>0</u> | 0                 | 0 0      | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u>     | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0        | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0         |
| 12 Kesalahan Lokasi Operasi (Sync                                   | Benchmark)                             | <u>0</u> | 0         | 0 0       | 0        | 0        | 0 0               | 0 0      | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u>     | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0        | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>0</u> | 0        | 0        | <u>0</u> | <u>0</u> | 0        | <u>0</u> | 0        | 0        | 0         |



### Form Pendatan



| HOME | KEGIATAN 🔻 | PERAWATAN 🔹 | FILE MANAGER | BANTUAN 🔻 | LOGOUT | User: User Demo |
|------|------------|-------------|--------------|-----------|--------|-----------------|
|      |            |             |              |           |        |                 |

| Indikator   | Hasil | Satuan | Dokumen Pendukung | Actions |
|---|-------|--------|-------------------|---------|
| Jumlah total pasien yang masuk rawat<br>inap dalam waktu 24 jam   | 50    | Orang  |                   | Ø       |
| Jumlah asesmen lengkap yang<br>dilakukan oleh tenaga medis dalam<br>waktu 24 jam setelah pasien masuk<br>rawat inap | 23    | Orang  | <u>Dokumen ()</u> | 80      |



Bulan:



PERAWATAN -

-

- KEGIATAN -

Submit Query

FILE MANAGER BANTUAN -

N 👻 LOGOUT

T User: Administrator

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 0 0 0 0 0 0 11.76% 0 0 rawat inap (Sync | Benchmark) Ketidakpatuhan pendokumentasian asesmen nyeri secara kontinyu di 0 0 0 0 0 0 0 0 status pasien (Sync | Benchmark) Kerusakan sampel darah (Sync | Benchmark) 0 0 0 0 0 0 0 0 0 Tidak terlaporkannya hasil kritis (Sync | Benchmark) 0 0 0 0 0 0 D Penolakan expertise (Sync | Benchmark) 0 0 0 0 0 0 0 Keterlambatan hasil foto rawat jalan (Sync | Benchmark) 0 0 0 Pemeriksaan ulang radiologi (Svnc | Benchmark) 0 0 0 Tidak dilakukannya asesmen awal radiologi (Sync | Benchmark) 0 0 0 0 0 0 0 Tidak dilakukannya penandaan lokasi operasi (Sync | Benchmark) 0 0 0 0 Operasi ulang dengan diagnosa sama dan atau komplikasinya 0 0 (Sync | Benchmark) 11 Kesalahan Prosedur Operasi (Sync | Benchmark) 12 Kesalahan Lokasi Operasi (Sync | Benchmark) <u>0</u> <u>0</u> 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 13 Kesalahan Diagnosa Pre dan post operasi (Sync | Benchmark) 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 





## Benchmark





|   |   |         |          |       |       |     | _    |      |                               |                           | _                     |                                    | _                     |            |
|---|---|---------|----------|-------|-------|-----|------|------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|------------|
| Tahun:                                      |   |         | Submit Q | uery  |       |     |      |      |                               |                           |                       |                                    |                       |            |
| Daftar In                                   | dikator :: Perioc   | de 2017 |          |       |       |     |      |      |                               |                           |                       | Klik "Sync<br>mengecel<br>internet | ." untuk<br>k koneksi |            |
|   | Indikator   | Januari | Pebruai  | Maret | April | Mei | Juni | Juli | Agustus                       | Septem                    | Oktobe                | Nopeml                             | Desemt                | Ben        |
| 1 <u>Keleng</u><br>medis<br>jam se<br>masuk | kapan asesmen<br>dalam waktu 24<br>telah pasien<br>rawat inap | 0       | 0        | 0     | 0     | 0   | 0    | 0    | 0<br>(lik "Bench<br>nelakukan | 0<br>mark" un<br>perbandi | 0<br>tuk<br>ngan deng | 46.00%                             | 0                     | Syr<br>Ber |





| Daftar Ruma | ah Sakit<br>Nama RS | Kelas | Provinsi     | Kota       | Hasil |
|-------------|---------------------|-------|--------------|------------|-------|
|             |                     |       |              |            |       |
| 183         | RSU Delima Medan    | с     | SUMATERA UT/ | Kota Medan | Detil |
|             |                     |       |              |            |       |











Korespondensi



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

> Diyurman Gea, S.Kom., MM Email : <u>diyur@kars.or.id</u> HP: 082288222247 WA: 081218161603