PEMERINTAH KABUPATEN GROBOGAN
RSUD Dr. R SOEDJATI SOEMODIARDJO
Jl.D.I.Panjaitan No.36 Telp. (0292)424025, 424026, Fax 421410
Purwodadi – Grobogan
E-mail : rsud_soedjati@yahoo.com

Purwodadi, 01 Oktober 2024

Nomor : 17/10/SPI/2024
Lampiran : 1 Bendel
Perihal : Laporan Audit SPI

Kepada Yth:
Direktur RSUD Dr. R. Soedjati
Soemodiardjo Purwodadi - Grobogan

Di -
Tempat

Berdasarkan Surat Penugasan Audit dari Kepala Satuan Pemeriksaan Internal RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi Kabupaten Grobogan Nomor : 16/06/SPI/2024, yaitu pelaksanaan audit internal.

Audit bertujuan untuk menilai apakah pelaksanaan tugas pokok dan fungsi pada unit kerja tersebut telah memenuhi efektif, efisien dan ekonomis, serta kepatuhan terhadap regulasi yang berlaku. Sasaran audit adalah pelaksanaan kegiatan di Instalasi Farmasi, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi rawat Inap dan bagian verifikasi. Audit dilaksanakan sesuai standar audit kinerja oleh SPI, meliputi penilaian dan pengumpulan bukti-bukti, penilaian pengendalian internal, dan penilaian atas ketaatan terhadap regulasi yang berlaku.

Adapun hasil pelaksanaan audit Satuan Pemeriksaan Internal tahun 20234 di beberapa unit kerja sebagaimana terlampir.

Demikian laporan ini kami sampaikan agar menjadikan periksa, atas perhatian kami mengucapkan terimakasih.

Kepala Satuan Pemeriksaan Internal
RSUD Dr.R.Soedjati Soemodiardjo
Purwodadi-Grobogan

dr. Thomas Budi Setiawan
NIP: 19700405 199903 1 003

Tembusan:
1. Arsip

Dipindai dengan CamScanner

Lampiran I : Hasil Audit SPI 2024
Nomor Surat : 17/10/SPI/2024
Tanngal : 01 Oktober 2024

HASIL AUDIT SPI RSUD DR.R. SOEDJATI SOEMODIARDJO
PURWODADI GROBOGAN

1. INSTALASI KAMAR OPERASI
2. INSTALASI GAWAT DARURAT
3. INSTALASI RAWAT INAP, LABORAT DAN RADIOLOGI

Dipindai dengan CamScanner

FORM RINGKASAN AUDIT

UNIT : **INSTALASI KAMAR OPERASI**
TANGGAL AUDIT : **15 Juli s.d 15 Agustus 2024**
INSTANSI : **RSUD Dr.R.SOEDJATI SOEMODIARDJO PURWODADI KAB.GROBOGAN**

NO	SASARAN AUDIT	TEMUAN (BUKTI OBYEKTIF)	KETIDAKSESUAIAN TERHADAP STANDAR	PENJELASAN	REKOMENDASI
1	Regulasi pelayanan anestesi dan bedah	Standar Prosedur Operasional di instalasi kamar operasi telah habis masa berlakunya pada bulan November tahun 2023	Std. PAB 1	dalam proses review oleh POKJA PAB, Namun belum selesai	Standar Prosedur Operasional di instalasi kamar operasi telah habis masa berlakunya agar segera dilakukan review dan waktu mendatang agar dilakukan review tiap 3 tahun sekali sesuai panduan tata naskah yang berlaku di RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi
2	Kelengkapan rekam medis pelayanan anestesi dan bedah semua PPA	rekam medis di instalasi kamar operasi sudah sesuai regulasi RS, namun di dalam EMR ada yang belum sesuai regulasi RS	Std. MRMIK, PAP	sudah dilakukan koordinasi dengan penyedian EMR (MEDISIMED), namun di ERM belum dilakukan penyesuaian sesuai regulasi RS	rekam medis di instalasi kamar operasi sudah sesuai regulasi RS, namun pelaksanaanaan di ERM agar disesuaikan dengan regulasi RS
3	Ketersediaan dan kepatuhan pemakaian Alat Pelindung Diri (APD)	Ketersediaan dan kepatuhan pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) sudah cukup baik	Std. PPI	sesuai kebutuhan unit	Ketersediaan agar lebih efisien dan kepatuhan pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) lebih ditingkatkan
4	Kelengkapan peralatan, pemeliharaan dan kalibrasi alat	Kelengkapan peralatan, pemeliharaan dan kalibrasi alat	Std. MFK	sudah dilakukan rutin secara berkala	dipertahankan sesuai regulasi
5	Ketenagaan, meliputi : status kesehatan, kualifikasi dan kompetensi	Ketenagaan, meliputi : status kesehatan, kualifikasi dan kompetensi sudah sesuai regulasi RS, namun masih dijumpai kelengkapan file kepegawaian sebagian PPA tidak lengkap	Std. KPS	ada sebagian yang belum melengkapi file kepegawaian	semua PPA agar bisa melengkapi file kepegawaain sesuai regulasi RS

Dipindai dengan CamScanner

6	Melaksanakan proses verifikasi pra operasi dengan daftar tilik untuk memastikan benar pasien, benar tindakan dan benar sisi	RS telah Melaksanakan proses verifikasi pra operasi dengan daftar tilik untuk memastikan benar pasien, benar tindakan dan benar sisi, namun dalam pengisian dan tanda tangan petugas pengantar dan penerima pasien masih dijumpai belum terisi lengkap	Std. SKP 4 EP 1	petugas kadang lupa baik dari petugas ruangan maupun petugas kamar operasi	agar RS melaksanakan proses verifikasi pra operasi dengan daftar tilik untuk memastikan benar pasien, benar tindakan dan benar sisi sesuai regulasi RS
7	Menerapkan penandaan sisi operasi atau tindakan invasif (site marking) dilakukan oleh dokter operator/dokter asisten yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien bila memungkinkan	RS belum menerapkan penandaan sisi operasi atau tindakan invasif (site marking) dilakukan oleh dokter operator/dokter asisten yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien bila memungkinkan	Std. SKP 4 EP 3	belum dapat melaksnakan sesuai regulasi RS	RS / PPA /DPJP patuh sesuai regulasi menerapkan penandaan sisi operasi atau tindakan invasif (site marking) dilakukan oleh dokter operator/dokter asisten yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien bila memungkinkan
8	Rumah sakit telah menerapkan proses Time-Out menggunakan surgical check list (Surgical Safety Checklist dari WHO terkini pada tindakan operasi termasuk tindakan medis invasif	Rumah sakit telah menerapkan proses Time-Out menggunakan surgical check list (Surgical Safety Checklist dari WHO terkini pada tindakan operasi termasuk tindakan medis invasif sesuai regulasi RS	Std. SKP 4 EP 4	telah dilaksanakan setiap akan memulai tindakan operasi	petugas lebih teliti untuk menandatangani form SSCyang telah diisi
9	Rumah sakit menerapkan tata laksana obat emergensi untuk meningkatkan ketepatan dan kecepatan pemberian obat.	tatalaksana obat emergency belum dilakukan secara maksimal sesuai regulasi RS	Std. PKPO 3.2 EP b	petugas kadang lupa / pergantian petugas	Tatalaksana obat emergency harus dilakukan secara maksimal sesuai regulasi RS yang berlaku
10	Rumah sakit telah menerapkan pemberian informasi kepada pasien dan atau keluarga atau pihak yang akan memberikan keputusan tentang jenis, risiko, manfaat, alternatif dan analagsia pasca tindakan sedasi atau anastesi.	dari hasil pengambilan sample rekam medis terbuka pada pasien pre operasi sebanyak 20 form pemberian informasi pra anestesi sebelum pasien dikirim ke kamar operasi didadaptkan hampir semua isi informasi belum diisi oleh PPA, dan baru diisi setelah pasien post operasi.	Std. PAB 5 EP a	DPJP yang bersangkutan kurang memperhatikan	Rumah sakit harus menerapkan pemberian informasi kepada pasien dan atau keluarga atau pihak yang akan memberikan keputusan tentang jenis, risiko, manfaat, alternatif dan analagsia pasca tindakan sedasi atau anastesi agar dilakukan sebelum pasien dikirim ke kamar operasi untuk dilakukan tindakan medis

Dipindai dengan CamScanner

11	Pemberian informasi dilakukan oleh dokter spesialis anastesi dan didokumentasikan dalam formulir persetujuan tindakan anastesi/sedasi	setiap rekam medis pasien terdapat semua form persetujuan tindakan dan form pemberian informasi tindakan anestesi.	Std. PAB 5 EP b	DPJP yang bersangkutan kurang memperhatikan	Pemberian informasi dilakukan oleh dokter spesialis anastesi dan didokumentasikan dalam formulir persetujuan tindakan anastesi/sedasi tetap dipertahankan
12	Rumah sakit telah menerapkan pemberian informasi kepada pasien dan atau keluarga atau pihak yang akan memberikan keputusan tentang jenis, risiko, manfaat, komplikasi dan dampak serta alternatif prosedur/teknik terkait dengan rencana operasi (termasuk pemakaian produk darah bila diperlukan) kepada pasien dan atau keluarga atau mereka yang berwenang memberi keputusan	dari hasil pengambilan sample rekam medis terbuka pada pasien pre operasi sebanyak 20 form pemberian informasi pra operasi sebelum pasien dikirim ke kamar operasi didadaptkan hampir semua isi informasi belum diisi oleh PPA, dan baru diisi setelah pasien post operasi.	Std. PAB 7.1 EP a	DPJP yang bersangkutan kurang memperhatikan	Rumah sakit harus menerapkan pemberian informasi kepada pasien dan atau keluarga atau pihak yang akan memberikan keputusan tentang jenis, risiko, manfaat, komplikasi dan dampak serta alternatif prosedur/teknik terkait dengan rencana operasi (termasuk pemakaian produk darah bila diperlukan) kepada pasien dan atau keluarga atau mereka yang berwenang memberi keputusan
13	Pemberian informasi dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) didokumentasikan dalam formulir persetujuan tindakan kedokteran	setiap rekam medis pasien terdapat semua form persetujuan tindakan dan form pemberian informasi tindakan operasi	Std. PAB 7.1 EP b	DPJP yang bersangkutan kurang memperhatikan	Pemberian informasi dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) didokumentasikan dalam formulir persetujuan tindakan kedokteran sebelum pasien dilakukan tindakan medisdi kamar
14	Pelaporan KTD (bila ada)	terdapat catatan KTD dan telah dilakukan investigasi, audit medis dan tindak lanjut	Std. PMKP	telah dilakukan audit	terdapat catatan KTD dan telah dilakukan investigasi, audit medis dan tindak lanjut, dan selanjutnta bisa dijadikan indikator mutu untuk DPJP dalam penilaianan DPPE
15	Pelaksanaan pengukuran dan pelaporan indikator mutu unit (anestesi dan bedah)	Instalasi Kamar operasi sudah melaksanakan pengukuran dan pelaporan indikator mutu unit, namun saat dilakukan konfirmasi, data tidak sesuai dengan fakta yang sesungguhnya di unit	PMKP 3	perbedaan persepsi untuk pembuatan pelaporan indikator mutu unit	Instalasi Kamar operasi melaksanakan pengukuran dan pelaporan indikator mutu unit, dan melakukan konfirmasi data sesuai dengan yang sesungguhnya

Dipindai dengan CamScanner

16	Rumah sakit menetapkan peralatan medis dan/atau BMHP yang dapat digunakan ulang meliputi a) – g) dalam maksud dan tujuan 1. Alat dan material yang dapat dipakai kembali; 2. Jumlah maksimum pemakaian ulang dari setiap alat secara spesifik 3. Identifikasi kerusakan akibat pemakaian dan keretakan yang menandakan alat tidak dapat dipakai 4. Proses pembersihan setiap alat yang segera dilakukan sesudah pemakaian dan mengikuti protokol yang jelas 5. Pencantuman identifikasi pasien pada bahan medis habis pakai untuk hemodialisis 6. Pencatatan bahan medis habis pakai yang reuse di rekam medis; dan 7. Evaluasi untuk menurunkan risiko infeksi bahan medis habis pakai yang di-reuse.	Masih dijumpai penggunaan BMHP yaitu handpice (Elektrical Surgical Unit) belum ada regulasinya, baik dikebijakan dan Standar Prosesur Operasional.	PMKP 4.1 EP a	~~Belum~~ ada SOP penggunaan *reuse* BMHP	Melengkapai regulasi BMHP yaitu handpice (Elektrical Surgical Unit)b baik dikebijakan dan Standar Prosesur Operasional.
17	Rumah sakit menggunakan proses terstandardisasi untuk menentukan kapan peralatan medis dan/atau BMHP yang digunakan ulang sudah tidak aman atau tidak layak digunakan ulang.	Masih dijumpai penggunaan BMHP yaitu handpice (Elektrical Surgical Unit) belum ada regulasinya, baik dikebijakan dan Standar Prosesur Operasional.	PMKP 4.1 EP b	~~Belum~~ ada SOP penggunaan *reuse* BMHP	Melengkapai regulasi BMHP yaitu handpice (Elektrical Surgical Unit)b baik dikebijakan dan Standar Prosesur Operasional.

Dipindai dengan CamScanner

18	Ada bukti pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut pelaksanaan penggunaan kembali (reuse) peralatan medis dan/atau BMHP meliputi a) – g) dalam maksud dan tujuan. 1. Alat dan material yang dapat dipakai kembali; 2. Jumlah maksimum pemakaian ulang dari setiap alat secara spesifik 3. Identifikasi kerusakan akibat pemakaian dan keretakan yang menandakan alat tidak dapat dipakai 4. Proses pembersihan setiap alat yang segera dilakukan sesudah pemakaian dan mengikuti protokol yang jelas 5. Pencantuman identifikasi pasien pada bahan medis habis pakai untuk hemodialisis 6. Pencatatan bahan medis habis pakai yang reuse di rekam medis; 7. Evaluasi untuk menurunkan risiko infeksi bahan medis habis pakai yang di-*reuse*	belum ada bukti pemantauan, evaluasi dan tindak lanjut pelaksanaan penggunaan kembali (reuse) peralatan memandis dan BMHP	PMKP 4.1 EP e	Belum ada pencatatan dalam penggunaan BMHP *reuse*	instalasi kamar operasi agar melakukan pemantauan, evaluasi dan tindak lanjut pelaksanaan penggunaan kembali (*reuse*) peralatan medis dan BMHP yang digunakan di kamar operasi

1 Tangggapan Auditee : Data yang ditemukan sudah sesuai dan akan ditindaklanjuti sesuai dengan regulasi yang ada.

2 Verifikasi Auditor :

Mengetahui, Kepala SPI	Auditor, Nama	Paraf	Auditee, Nama	Paraf
dr. Tomas Budi Setiawan	1. Suparjo		1. Suwartono	
	2. dr. Tomas Budi S		2. Siti Rahayu	

Dipindai dengan CamScanner

FORM RINGKASAN AUDIT

UNIT : **INSTALASI RAWAT INAP, LABORATORIUM DAN RADIOLOGI**
TANGGAL AUDIT : **15 Juli s.d 15 Agustus 2024**
INSTANSI : **RSUD Dr.R.SOEDJATI SOEMODIARDJO PURWODADI KAB.GROBOOGAN**

NO	SASARAN AUDIT	TEMUAN (BUKTI OBYEKTIF)	KETIDAKSESUAIAN TERHADAP STANDAR	PENJELASAN	REKOMENDASI
1	Regulasi pelayanan berfokus kepada p	Telah tersedia regulasi dalam SIM Akreditasi untuk pelayanan rawat inap dan Radiologi. Untuk pelayanan laboratorium ada regulasi tapi belum masuk ke dalam SIM Akreditasi	Std. AKP1, PP3, PP4,	Sudah ada dokumen regulasi laboratorium tetapi belum masuk dalam SIM Akreditasi	Semua regulasi dimasukkan dalam SIM Akreditasi agar semua pihak yang membutuhkan dapat mengakses dengan cepat dan mudah
2	Kelengkapan rekam medis pelayanan rawat inap semua PPA	sistem informasi Laboratorium dan Radiologi belum terkoneksi dengan e-RM. Sehingga sering menimbulkan beberapa kendala diantaranya adalah waktu tunggu pelayanan.	Std. MRMIK, PAP	belum dilaksanakan briedjing antara eRM dengan SIM Laboratorium dan Radiologi	upaya penggabungan (briedging) menjadi upaya yang bisa diharapkan untuk mengatasinya
3	Kelengkapan peralatan, pemeliharaan dan kalibrasi alat kesehatan	Semua alat yang digunakan untuk pemeriksaan pasien di rawat inap, laboratorium dan radiologi telah terkalibrasi sampai dengan tahun 2024 (softcopy bukti kalibrasi terlampir)	Std. MFK	-	-
4	Ketenagaan, meliputi : status kesehatan, kualifikasi dan kompetensi semua PPA	status kesehatan, kualifikasi dan kompetensi semua PPA sudah memenuhi standar	Std. KPS	Semua petugas ATLM sudah memiliki bukti kompetensi (SPK-RKK) tetapi data dalam sistem aplikasi kompetensi karyawan (SIPMASE) belum di update	Mengaktifkan admin SIPMASE Unit kerja untuk memantau bukti kompetensi ATLM

Dipindai dengan CamScanner

5	Instalasi Rawat Inap, Laboratorium dan Radilogi melaksanakan program peningkatan mutu : Pencapaian semua indikator mutu, analisis, validasi dan perbaikan yang telah dilakukan,dan Laporan semua insiden keselamatan pasien meliputi jumlah, jenis (kejadian sentinel, KTD, KNC, KTC, KPCS), tipe insiden dan tipe harm, tindak lanjut yang dilakukan, serta tindakan perbaikan tersebut dapat dipertahankan.	Petugas Ruang Perawatan menyatakan pernah terjadi kesalahan pemberian hasil laborat tetapi tindak lanjutnya perbaikannya tidak sesuai regulasi. Hasil pelapran SPM IKP dengan Laporan IKP yang dibuat oleh tim SKP tidak sesuai	Std. PMKP	Belum ada kesesuaian antara Laporan SPM yang diajukan unit kerja dengan laporan IKP yang dibuat Tim Keselamatan Pasien.	Semua IKP dan tindak lanjutnya hendaknya terdokumentasi dengan baik untuk bahan perbaikan selanjutnya
a.	Indikator Mutu Nasional		Std. PMKP		
	1) Kepatuhan Kebersihan Tangan. Target 85%	Laporan PPI TW 3 tahun 2023, Nilai Rata-rata Audit Kepatuhan Kebersihan Tangan : Dokter : 81 % Perawat : 82.3% Bidan : 80.3% Petugas Lain : 76 %		Faktor penyebab belum tercapainya target : a) fasilitas kebersihan tanggan belum lengkap b) kesadaran petugas tentang cuci tangan turun c) kurang edukasi kepada petugas	Perlu peningkatan kepatuhan cuci tangan bagi semua petugas
	2) Kepatuhan Alat Pelindung Diri (APD) Target 100%	Laporan PPI TW 3 tahun 2023, Kepatuhan Penggunaan APD : 97,33%		Hasil pengamatan di ruang rawat inap, radiologi dan laboratorium sudah cukup baik	Perlu ditingkatkan kepatuhan penggunaan APD oleh semua petugas di rumah sakit
	3) Kepatuhan Identifikasi Pasien	Laporan PMKP untuk bulan Januari - Juni 2024 tentang kepatuhan identifikasi pasien = 100%		IKP yang terjadi di Instalasi Laboratorium dan Radiologi terjadi karena masalah identifikasi pasien	Perlu upaya meningkatkan mutu identifikasi yang baik dan benar untuk petugas laboratorium dan radiologi

Dipindai dengan CamScanner

	4) Pelaporan hasil kritis laboratorium, target 100% < 30 menit	Laporan Hasil Kritis Laboratorium : Januari 2024 : 86,09% Februari 2024 : 84,83% Maret 2024 : 86,09% April 2024 : 81,74% Mei 2024 : 81,67% Juni 2024 : 81,18%		Pelaporan nilai kriris melibatkan Instalasi Rawat Inap dengan unit terkait. Terdapat ketidakpatuhan baik petugas Laboratorium maupun perawat dalam kegiatan Pelaporan Nilai Kritis.	Upaya peningkatan kepatuhan perawat dan petugas laboratorium dalam pelaporan Nilai kritis.
b	Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit :				
	Indikator Pelayanan Kritis Prioritas : Waktu tunggu hasil pemeriksaan Laboratorium cito	RT laboratorium CITO adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari penyerahan sampel ke Laboratorium sampai keluar hasil ekspertise hasil laboratorium ≤ 30 menit. Terdapat perbedaan antara target pengukuran indikator dalam SK Penetapan Indikator Prioritas RS dengan SPM yang terlaporkan (≤ 60 menit). Hasil pengukuran SPM terhadap pemeriksaan laboratorium Cito TW 1 (Jan, Feb, Mar : 96,97%, 100%,100%) dan TW2 (Apl, Mei, Juni = 57,14%. 90.91%, 75%)	Std. PMKP	Ketidakpatuhan petugas menjadi faktor penting penyumbang ketidaksesuaian.	perlu disamakan DO waktu tunggu pemeriksan laboratorium CITO di SK Penetapan Indikator dengan SPM RSUD Dr. R.Soedjati Soemodiardjo
c	Indikator Mutu Unit :				
	1) Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian hasil laborat, Target 100%	Laporan SPM Instalasi Laboratorium : terjadi 3 kejadian di TW 1 tahun 2024, dan 4 kejadian di TW 2 tahun 2024. Laporan IKP TW1 tahun 2024 : terlaporkan 2 kejadian di TW 1 tahun 2023, dan tidak ada kejadian di TW 2	Std. PMKP	Insiden terjadi karena kesalahan prosedur identifikasi pasien.	Meningkatkan implementasi SPO identifikasi bagi semua petugas ATLM

Dipindai dengan CamScanner

	2. Pelaksanaan ekspertise hasil pelayanan Radiologi, target 100%	Laporan SPM Instalasi Radiologi : TW 1 tahun 2024 : 97,16% TW 2 tahun 2024 : 96,98%	Std. PMKP	Masalah ekspertise hasil pelayanan radiologi disebabkan karena peminjaman foto (IGD dan ruang rawat inap) untuk kebutuhan CITO tetapi tidak segera dikembalikan ke Instalasi Radiologi	Telah dilakukan perbaikan pada sistem pelaksanaan ekspertise hasil pelayanan radiologi, yaitu kebijakan larangan membawa hasil cetak foto yng belum dilakukan ekspertise/dibaca dokter SpRad. Jika dibutuhkan foto tersebut maka petugas diperbolehkan mengambil foto untuk diteruskan pada DPJP/ pihak yang membutuhkan.
	Pengelolaan IKP di Instalasi Rawat Inap, Laboratorium dan Radiologi	Kejadian IKP terdeteksi terjadi pada pasien rawat inap yang mendapatkan tindakan diagnostik. Insiden telah dilaporkan tetapi ada ketidaksesuaian antara laporan SPM dari Instalasi Laboratorium dan Radiologi	Std. PMKP	sudah dilakukan upaya perbaikan tetapi bukti dokumentasinya kurang memadai serta ada ketidaksesuaian antara laporan indikator mutu dan laporan IKP dari Tim Kesematan Pasien	Upaya peningkatan kesadaran dan kepatuhan terhadap regulasi kesematan pasien
6	Program kendali mutu di laboratorium dan radiologi mencakup pemantapan mutu internal (PMI) dan Pemantapan mutu eksternal (PME).	Tersedia dokumen program PMI dan PME di Instalasi Radiologi dan Laboratorium yang dijadikan landasan pelaksanaan PMI dan PME di Instalasi Laboratorium dan Radiologi	Std. PP 3.7, PP 4.5	Program PMI dan PME di Radiologi telah dilaksaakan sesuai standar	Perlu dipertahankan pelaksanaan prgtam PMI dan PME di Instalasi
7	Penerapan Program Manajemen Risiko Di Instalasi Rawat Inap, Laboratorium dan Radiologi	Program manajemen risiko telah dilaksanakan tetapi tidak sesuai dengan regulasi tentang Panduan Manajemen Risiko yang berlaku.	Std. PMKP 11	Manajemen risiko di masing-masing unit belum berjalan sesuai regulasi rumah sakit	Perlu koordinasi dan kerjasama yang baik antara Instalasi dan Komite Peningkatan mutu RS
	Tangggapan Auditee :				

Dipindai dengan CamScanner

2 Verifikasi Auditor :

Mengetahui, Kepala SPI	Auditor, Nama	Paraf	Auditee, Nama	Paraf
dr. Tomas Budi Setiawan	1. D Uniarti Wijaya, S.Si Apt., M.Sc. 2. Nanik Kiswani SE	.....	V. EMI TRI K SISWANTO, S.ST.	.....

Dipindai dengan CamScanner

FORM RINGKASAN AUDIT

UNIT : **INSTALASI GAWAT DARURAT**
TANGGAL AUDIT : **17-20 September 2024**
INSTANSI : **RSUD Dr.R.SOEDJATI SOEMODIARDJO PURWODADI KAB.GROBOOGAN**

NO	SASARAN AUDIT	TEMUAN (BUKTI OBYEKTIF)	KETIDAKSESUAIAN TERHADAP STANDAR / KEBIJAKAN	PENJELASAN	REKOMENDASI
1	Pemindahan pasien dari IGD ke ruang rawat inap masih lebih dari 2 jam	Dalam Kebijakan Khusus pasien bisa diruang observasi IGD apabila pasien sudah pasti mendapat kamar tetapi masih menunggu kurang dari 2 jam agar ruang rawat inap siap dengan persetujuan pasien dan atau keluarga.	II. KEBIJAKAN KHUSUS(Kebijakan Pelayanan Instalasi Gawat Darurat RSUD DR. R. SOEDJATI SOEMODIARDJO PURWODADI KABUPATEN GROBOGAN Nomor: 445/1534.2/2022)	dalam proses pemindahan pasien ke ruangan rawat inap masih lebih dari 2 jam, hal itu dikarenakan beberapa kendala yaitu ada beberapa DPJP yang mengharuskan pasien sebelum dipindahkan ke ruang rawat inap harus dikonsulkan ke DPJP terlebih dahulu yang disertai dengan hasil laborat, serta kurangnya tenaga portir.	Perlunya koordinasi dengan laborat agar hasil jadi sesuai dengan standart (waktu) Mengusulkan penambahan tenaga perawat di Instalasi Gawat darurat Mengusulkan penambahan tenaga portir di Instalasi Gawat darurat
2	Electronic Medical Record (ERM) belum dikerjakan oleh perawat baik assesmen dan CPPT	perawat tidak mengerjakan Electronic Medical Record (EMR)		Electronic Medical Record (EMR) belum dikerjakan oleh perawat IGD baik assesmen dan CPPT, hal itu tidak dilakukan karena beberapa kendala: pertama perawat Intalasi Gawat Darurat masih menulis di rekam medikmanual, kedua jumlah komputer yang terbatas sehingga kesulitan untuk memasukkan, ketiga keterbatasan tenaga perawat sehingga kesulitan untuk membagi dalam memberikan pelayanan dan melakukan EMR elektronik	Menginformasikan pentingnya Electronik Medical Record (EMR) bagi Rumah Sakit karena terkait kerjasama dengan BPJS. Mengusulkan Penambahan 2 unit komputer di IGD

1 Tangggapan Auditee :

2 Verifikasi Auditor :

Mengetahui, Kepala SPI	Auditor, Nama	Paraf	Auditee, Nama	Paraf
dr. Tomas Budi Setiawan	1. Eny Purwaningsih			
	2. Jayanti Dwi Puspitasari		.....	.....

Dipindai dengan CamScanner