



LAPORAN PEMERIKSAAN SATUAN PENGAWAS INTERNAL RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA PERIODE JANUARI – JUNI TAHUN 2024



Alamat :
Jl. Ahmad Yani No.1 Selagalas Mataram
Kode Pos 83237
Telp. (0370) 672140, Fax. 671515
Email : rsjmutiarasukma@gmail.com
Website: rsjmutiarasukma.ntbprov.go.id

 rsjmutiarasukma@gmail.com  <http://rsjmutiarasukma.ntbprov.go.id>  087865178666  Rsj Mutiara Sukma

LAPORAN SPI PERIODE BULAN JANUARI – JUNI 2024

I. PENDAHULUAN

Rumah Sakit sebagai sebuah organisasi memiliki tujuan yang harus dicapai, dalam hal ini adalah pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu terhadap para pelanggan baik internal maupun eksternal. Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit mengisyaratkan bahwa Rumah Sakit harus memiliki standar pelayanan yang harus dicapai dalam setiap aspek kegiatannya. Untuk mencapai standar tersebut rumah sakit harus memiliki organisasi yang efektif, efisien dan akuntabel.

Organisasi Rumah Sakit disusun dengan tujuan untuk mencapai Visi dan Misi Rumah Sakit dengan menjalankan tata kelola organisasi dan tata kelola klinis yang baik melalui pelaksanaan prinsip utama manajemen, yaitu planning, organizing, actuating, dan controlling. Dengan menjalankan keempat prinsip tersebut secara baik dan benar sehingga akan menghasilkan pengelolaan sistem manajemen suatu rumah sakit yang baik.

II. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Untuk memastikan sistem pengendalian internal RSJ Mutiara Sukma melalui fungsi penilaian dan pengawasannya.

2. Tujuan Khusus

- a) Untuk meyakinkan pengelolaan system manajemen sesuai dengan aturan dan perundangan yang berlaku
- b) Untuk meyakinkan sistem pengelolaan dan pelaporan keuangan RSJMS sesuai dengan Sistem Akuntansi Keuangan (SAK) dan Sistem Akuntansi Pemerintah (SAP)
- c) Untuk meyakinkan proses pelayanan medis sesuai dengan Standar Pelayanan Medis (SPM) dan Standar Pelayanan Minimal (SPM)
- d) Untuk meyakinkan proses pelayanan keperawatan sesuai dengan Standar Asuhan Keperawatan (SAK), Standar Pelayanan Minimal (SPM), dan Standar Operasional Prosedur (SOP).

III. SASARAN

Sasaran Satuan Pemeriksa Internal (SPI) rumah sakit yaitu :

- a) Bagian Tata Usaha : Review Audit Tahun 2023 Bagian Aset dan Pengadaan
- b) Bagian Keperawatan : Audit tahun 2024 pada Instalasi Rawat Inap

IV. KOMPONEN LAPORAN

1. Review Audit Bagian Aset

- a. SDM Aset
- b. Fasilitas
- c. Alur Aset

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



2. Review Audit Bagian Pengadaan
 - a. SDM Pengadaan
 - b. Fasilitas
 - c. Alur Pengadaan

3. Audit Pada Bagian Keperawatan (Instalasi Rawat Inap)
 - a. Pemeriksaan Pelaksanaan MPKP
 - b. Pemeriksaan Pelaksanaan SPO Keperawatan
 - c. Pemeriksaan Pelaksanaan Komunikasi Efektif
 - d. Pemeriksaan pelaksanaan timbang terima
 - e. Pemeriksaan pelaksanaan orientasi pasien baru
 - f. Pemeriksaan Discharge planning
 - g. Pemeriksaan Sentralisasi Obat
 - h. Pemeriksaan Audit keperawatan
 - i. Pemeriksaan Supervisi Keperawatan
 - j. Pemeriksaan Ronde Keperawatan
 - k. Pemeriksaan Dokumentasi keperawatan Pemeriksaan Pelayanan dan penagihan paket perawatan minimal, partial dan total care
 - l. Pemeriksaan pelaksanaan MAKP
 - m. Pemeriksaan pelaksanaan bimbingan mahasiswa praktek
 - n. Pemeriksaan pelaksanaan rekomendasi audit SPM yang lalu

V. EXECUTIVE SUMMARY

1. Review Audit Bagian Aset

NO	SASARAN AUDIT	TEMUAN (BUKTI OBJEKTIF)	KETIDAKSESUAIAN TERHADAP STANDAR	PENJELASAN	REKOMENDASI
1.	SDM Aset	Petugas dibagian Aset masih ada yang merangkap tugas lain.	Tidak sesuai	Kurang meratanya kemampuan SDM dalam mengelola aset.	Peningkatan kompetensi pegawai di urusan asset dengan mengusulkan pelatihan untuk menambah wawasan dan kompetensi.
2	Fasilitas	Gudang aset masih terbatas	Belum sesuai	Gudang sudah ada di gedung aset namun masih kurang dikarenakan jumlah barang lama dan baru yang cukup banyak di aset, dimana ada barang yang dititip di aset dikarenakan rusak maupun belum jelas nilai barang dan penggunaannya.	Menyediakan gudang baru sesuai peruntukannya.
3	Alur Aset	Regulasi terkait pengelolaan aset sudah ada namun masih perlu ditegaskan serta diluruskan teknis pelaksanaannya.	Belum sesuai	Saat akan melakukan penerimaan dan pendistribusian barang kadang kala tidak sesuai peruntukannya.	Sebelum menerima maupun mendistribusikan barang yang tidak sesuai peruntukan , petugas aset harus meminta Nota atau catatan khusus dari pimpinan terkait.
		Unit pengusul barang tidak dapat mengetahui kapan barang akan tersedia.	Tidak sesuai	Urusan aset menunggu panitia pengadaan untuk membelanjakan barang yang sudah diusulkan oleh unit.	Petugas aset melakukan <i>follow up</i> rutin ke bagian pengadaan sampai barang diterima oleh urusan aset.

“Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini”



2. Review Audit Bagian Pengadaan

NO	SASARAN AUDIT	TEMUAN (BUKTI OBJEKTIF)	KETIDAKSESUAIAN TERHADAP STANDAR	PENJELASAN	REKOMENDASI
1.	SDM pengadaan	<p>Petugas dibagian pengadaan diangkat oleh Direktur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kabag TU sebagai Pejabat pelaksana teknis kegiatan dengan SK nomor: 1884.4/8.A/TU/RSJMS/2021 2. Pejabat Pembuat Komitmen dibantu oleh tim pengadaan baik menggunakan anggaran BLUD maupun APBD 3. Petugas dibagian pengadaan masih merangkap tugas lain 4. SK staf sudah memiliki Uraian Tugas dan Wewenang 	<p>Sesuai</p> <p>Tidak sesuai</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Petugas pengadaan selain memiliki tugas pokok di unit lain juga mendapat tugas tambahan sebagai Tim Pengadaan. - Staf di bagian Pengadaan setiap hari mengerjakan tugas pokok terlebih dahulu, kemudian setelah jam istirahat baru petugas mengerjakan tugas di Pengadaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Harus ada petugas yang Purna waktu dibagian Pengadaan
2	Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengadaan sudah memiliki ruangan dan perangkat penunjang tersendiri 2. Perbaikan/ perawatan fasilitas (AC) dilakukan bila ada permintaan 	Belum sesuai	<ul style="list-style-type: none"> - Ruangan sudah representative dengan ditunjang perangkat kerja yang memadai untuk melaksanakan tugas - Tidak ada jadwal pemeliharaan fasilitas secara berkala 	<ul style="list-style-type: none"> - Fasilitas yang ada supaya dilakukan pemeliharaan secara berkala
3	Alur pengadaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengadaan barang sudah sesuai dengan yang ada di DPA RS 	Sesuai	<ul style="list-style-type: none"> - Setiap akan melakukan pembelian sesuai jadwal di DPA RS 	

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



TERAKREDITASI PARIPURNA
KARS 2012

		2. Belum ada regulasi tentang alur pengadaan baik menggunakan dana APBD maupun dana BLUD		<ul style="list-style-type: none"> - Masih ada pengadaan barang dana BLUD tidak melalui Unit tetapi berdasarkan hasil telusur pejabat Unit menyampaikan keluhan tentang kebutuhannya sehingga pejabat memerintahkan bagian Pengadaan untuk dibelikan sesuai perintah, tetapi bagian Pengadaan meminta bagian Unit untuk membuat permohonan kebutuhan sebagai dasar untuk pembelian barang. - Tiadak ada serah terima dari pejabat sebelumnya tentang regulasi di bagian Pengadaan 	Buat regulasi tentang alur pengadaan
		3. Laporan capaian belanja semester I hanya penggunaan anggaran BLUD		Laporan capaian belanja anggaran APBD menunggu hasil validasi dari keuangan	Pembuatan laporan sesuaikan dengan target waktu yang ditentukan RSJ

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



3. Audit Pada Bagian Keperawatan (Instalasi Rawat Inap)

Unit yang diaudit : Ruang Flamboyan

Tanggal / Jam Audit : 11 Juni 2024, Pukul 08.04 wita

No.	Sasaran Audit	Temuan (Bukti Objektif)	Ketidaksesuaian Terhadap Standar	Penjelasan	Rekomendasi dan Saran
1	Perencanaan				
	Visi	Tersedia	Sudah sesuai	Visi Misi mengacu pada visi misi Rumah Sakit	Visi Misi di baca dan diaplikasikan dalam pelayanan.
	Misi	Tersedia	Sudah sesuai	Visi Misi mengacu pada visi misi Rumah Sakit	Visi Misi di baca dan diaplikasikan dalam pelayanan.
	Filosofi	Tersedia	Sudah sesuai	Filosofi mengacu pada filosofi Rumah sakit	Filosofi di baca dan di aplikasikan dalam pelayanan.
	Kebijakan	Sudah ada SK tertanggal 1 April 2017, yang kemudian di revisi dengan SK tertanggal 25 April 2022, tetapi arsip tidak ditemukan di ruangan	Sudah sesuai	SK sudah ada untuk pelaksanaan di RSJMS, dan sudah direvisi dengan SK terbaru.	SK terbaru digandakan dan disebarakan di tiap ruangan. Serta dilakukan sosialisasi kembali untuk SK yang telah direvisi.
	Rencana jangka pendek	Tidak ada	Belum sesuai	Tidak ada bukti dokumentasi rencana jangka pendek	Tetap konsisten melaksanakan implementasi dan dokumentasi perencanaan jangka pendek.

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



TERAKREDITASI PARIPURNA
KARS 2012

2	Pengorganisasian				
	Struktur organisasi	Ada	Sesuai	Sudah ada dan terpasang rapi diruangan namun masih ada beberapa nama petugas yang belum sesuai.	Tetap konsisten untuk dilaksanakan dan memperbaiki nama petugas yang sudah dimutasi oleh nama petugas pengganti saat ini
	Jadwal dinas	Ada	Sesuai	Sudah ada dan terpasang rapi diruangan	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
	Daftar pasien	Ada	Sesuai	Sudah ada untuk checklist petugas ruangan sendiri, dan tidak tertulis dipapan sehingga hak privasi pasien tetap terjaga	Tetap konsisten untuk dilaksanakan sesuai standar yang ada
3	Pengarahan				
	Operan	Tetap dilaksanakan, dan terdokumentasi	Sesuai	Setiap pergantian shift tetap dilaksanakan operan, dan didokumentasikan secara tertulis.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Pre Conference	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi	Sesuai	Tetap dilaksanakan dan didokumentasikan secara tertulis	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Post Conference	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi	Sesuai	Tetap dilaksanakan dan didokumentasikan tertulis.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Iklm motivasi	Baik	Sesuai	Sudah cukup baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



	Pendelegasian	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Supervisi	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
4	Pengendalian				
	Indikator mutu	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Audit dokumen	Rutin dilaksanakan	Sesuai	Sudah dilaksanakan secara konsisten .	Sudah dilaksanakan, dan dapat dilanjutkan kembali
	Survey kepuasan	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah dilaksanakan, dan dapat dilanjutkan kembali
	Survey masalah keperawatan	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah dilaksanakan dan dapat dilanjutkan kembali
5	Pelaksanaan Komunikasi Efektif	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan baik	Sudah dilaksanakan namun masih perlu dilakukan riview kembali agar sesuai dengan panduan yang ada
6	Pelaksanaa Bimbingan Mahasiswa Praktek	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan baik	Sudah terlaksana dengan baik namun perlu diingatkan kembali tentang kewenangan klinis yang harus tertulis pada RKK petugas yang diberikan tugas tambahan sebagai pembimbing klinis

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



Unit yang diaudit : Ruang Angsoka
Tanggal / Jam Audit : 6 Juni 2024, Pukul 08.14 wita

No.	Sasaran Audit	Temuan (Bukti Objektif)	Ketidaksesuaian Terhadap Standar	Penjelasan	Rekomendasi dan Saran
1	Perencanaan				
	Visi	Tersedia	Sudah sesuai	Visi Misi mengacu pada visi misi Rumah Sakit	Visi Misi di baca dan diaplikasikan dalam pelayanan.
	Misi	Tersedia	Sudah sesuai	Visi Misi mengacu pada visi misi Rumah Sakit	Visi Misi di baca dan diaplikasikan dalam pelayanan.
	Filosofi	Tersedia	Sudah sesuai	Filosofi mengacu pada filosofi Rumah sakit	Filosofi di baca dan di aplikasikan dalam pelayanan.
	Kebijakan	Sudah ada SK tertanggal 1 April 2017, yang kemudian di revisi dengan SK tertanggal 25 April 2022, tetapi arsip tidak ditemukan di ruangan	Sudah sesuai	SK sudah ada untuk pelaksanaan di RSJMS, dan sudah direvisi dengan SK terbaru.	SK terbaru digandakan dan disebarakan ditiap ruangan. Serta dilakukan sosialisasi kembali untuk SK yang telah direvisi.

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



	Rencana jangka pendek	Tidak tersedia rencana jangka pendek	Belum sesuai	Rencana jangka pendek tidak ditulis dan didokumentasikan dalam bentuk logbook perorangan.	Meningkatkan konsistensi pelaksanaan implementasi dan dokumentasi perencanaan jangka pendek.
2	Pengorganisasian				
	Struktur organisasi	Ada	Sesuai	Sudah ada dan terpasang rapi diruangan namun masih ada beberapa nama petugas yang belum sesuai.	Tetap konsisten untuk dilaksanakan dan memperbaiki nama petugas yang sudah dimutasi oleh nama petugas pengganti saat ini
	Jadwal dinas	Ada	Sesuai	Sudah ada dan terpasang rapi diruangan	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
	Daftar pasien	Ada	Sesuai	Sudah ada untuk checklist petugas ruangan sendiri, dan tidak tertulis dipapan sehingga hak privasi pasien tetap terjaga	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
3	Pengarahan				
	Operan	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi secara tertulis	Sesuai	Setiap pergantian shift tetap dilaksanakan operan dan terdokumentasikan secara tertulis.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



	Pre Conference	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi	Sesuai	Tetap dilaksanakan dan didokumentasikan.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Post Conference	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi	Sesuai	Tetap dilaksanakan dan didokumentasikan.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Iklim motivasi	Baik	Sesuai	Sudah cukup baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Pendelegasian	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Supervisi	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
4	Pengendalian				
	Indikator mutu	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Audit dokumen	Rutin dilaksanakan	Sesuai	Sudah dilaksanakan rutin dilakukan dan terdokumentasi dengan baik.	Sudah baik, dilanjutkan kembali
	Survey kepuasan	Rutin dilaksanakan	Sesuai	Dilaksanakan rutin	Sudah dilaksanakan, dan dapat dilanjutkan kembali
	Survey masalah keperawatan	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah dilaksanakan dan dapat dilanjutkan kembali

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



5	Pelaksanaan Komunikasi Efektif	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan baik	Sudah dilaksanakan namun masih perlu dilakukan riview kembali agar sesuai dengan panduan yang ada
6	Pelaksanaa Bimbingan Mahasiswa Praktek	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan baik	Sudah terlaksana dengan baik namun perlu diingatkan kembali tentang kewenangan klinis yang harus tertulis pada RKK petugas yang diberikan tugas tambahan sebagai pembimbing klinis

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



Unit yang diaudit : Ruang Melati

Tanggal / Jam Audit : 3 Juni 2024, Pukul 16.00 wita

No.	Sasaran Audit	Temuan (Bukti Objektif)	Ketidaksesuaian Terhadap Standar	Penjelasan	Rekomendasi dan Saran
1	Perencanaan				
	Visi	Tersedia	Sesuai	Visi Misi mengacu pada visi misi Rumah Sakit	Visi Misi di baca dan diaplikasikan dalam pelayanan.
	Misi	Tersedia	Sesuai	Visi Misi mengacu pada visi misi Rumah Sakit	Visi Misi di baca dan diaplikasikan dalam pelayanan.
	Filosofi	Tersedia	Sesuai	Filosofi mengacu pada filosofi Rumah sakit	Filosofi di baca dan di aplikasikan dalam pelayanan.
	Kebijakan	Sudah ada SK tertanggal 1 April 2010, yang kemudian di revisi dengan SK tertanggal 25 April 2017, tetapi arsip tidak ditemukan di ruangan	Sesuai	SK sudah ada untuk pelaksanaan di RSJMS, dan sudah direvisi dengan SK terbaru.	SK terbaru digandakan dan disebar di tiap ruangan. Serta dilakukan sosialisasi kembali untuk SK yang telah direvisi.
	Rencana jangka pendek	Tidak tersedia rencana jangka pendek	Belum Sesuai	Rencana jangka pendek tidak ditulis dan didokumentasikan dalam bentuk logbook perorangan.	Meningkatkan konsistensi pelaksanaan implementasi dan dokumentasi perencanaan jangka pendek.
2	Pengorganisasian				

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



	Struktur organisasi	Ada	Sesuai	Sudah ada dan terpasang rapi diruangan namun masih ada beberapa nama petugas yang belum sesuai.	Tetap konsisten untuk dilaksanakan dan memperbaiki nama petugas yang sudah dimutasi oleh nama petugas pengganti saat ini
	Jadwal dinas	Ada	Sesuai	Sudah ada dan terpasang rapi diruangan	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
	Daftar pasien	Ada	Sesuai	Sudah ada untuk checklist petugas ruangan sendiri, dan tidak tertulis dipapan sehingga hak privasi pasien tetap terjaga	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
3	Pengarahan				
	Operan	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi secara tertulis	Sesuai	Setiap pergantian shift tetap dilaksanakan operan, dan sudah didokumentasikan secara tertulis	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Pre Conference	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi	Sesuai	Tetap dilaksanakan dan didokumentasikan.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Post Conference	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi	Sesuai	Tetap dilaksanakan dan didokumentasikan.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Iklm motivasi	Baik	Sesuai	Cukup baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



TERAKREDITASI PARIPURNA
KARS 2012

	Pendelegasian	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Supervisi	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
4	Pengendalian				
	Indikator mutu	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Audit dokumen	Rutin dilaksanakan	Sesuai	Sudah dilaksanakan dan konsisten dilaksanakan.	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Survey kepuasan	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah dilaksanakan, dan dapat dilanjutkan kembali
	Survey masalah keperawatan	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah dilaksanakan dan dapat dilanjutkan kembali
5	Pelaksanaan Komunikasi Efektif	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan baik	Sudah dilaksanakan namun masih perlu dilakukan riview kembali agar sesuai dengan panduan yang ada
6	Pelaksanaan Bimbingan Mahasiswa Praktek	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan baik	Sudah terlaksana dengan baik namun perlu diingatkan kembali tentang kewenangan klinis yang harus tertulis pada RKK petugas yang diberikan tugas tambahan sebagai pembimbing klinis

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



Unit yang diaudit : Ruang Wijaya Kusuma

Tanggal / Jam Audit : 14 Juni 2024, Pukul 10.28 wita

No.	Sasaran Audit	Temuan (Bukti Objektif)	Ketidaksesuaian Terhadap Standar	Penjelasan	Rekomendasi dan Saran
1	Perencanaan				
	Visi	Tersedia	Sesuai	Visi Misi mengacu pada visi misi Rumah Sakit	Visi Misi di baca dan diaplikasikan dalam pelayanan.
	Misi	Tersedia	Sesuai	Visi Misi mengacu pada visi misi Rumah Sakit	Visi Misi di baca dan diaplikasikan dalam pelayanan.
	Filosofi	Tersedia	Sesuai	Filosofi mengacu pada filosofi Rumah sakit	Filosofi di baca dan di aplikasikan dalam pelayanan.
	Kebijakan	Sudah ada SK tertanggal 1 April 2010, yang kemudian di revisi dengan SK tertanggal 25 April 2017, tetapi arsip tidak ditemukan di ruangan	Sesuai	SK sudah ada untuk pelaksanaan di RSJMS, dan sudah direvisi dengan SK terbaru.	SK terbaru digandakan dan disebarakan ditiap ruangan. Serta dilakukan sosialisasi kembali untuk SK yang telah direvisi.
	Rencana jangka pendek	Tidak tersedia rencana jangka pendek	Belum Sesuai	Rencana jangka pendek tidak ditulis dan didokumentasikan dalam bentuk logbook perorangan.	Meningkatkan konsistensi pelaksanaan implementasi dan dokumentasi perencanaan jangka pendek.

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



2	Pengorganisasian				
	Struktur organisasi	Ada	Sesuai	Sudah ada dan terpasang rapi diruangan namun masih ada beberapa nama petugas yang belum sesuai.	Tetap konsisten untuk dilaksanakan dan memperbaiki nama petugas yang sudah dimutasi oleh nama petugas pengganti saat ini
	Jadwal dinas	Ada	Sesuai	Sudah ada dan terpasang rapi diruangan	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
	Daftar pasien	Ada	Sesuai	Sudah ada untuk checklist petugas ruangan sendiri, dan tidak tertulis dipapan sehingga hak privasi pasien tetap terjaga	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
3	Pengarahan				
	Operan	Tetap dilaksanakan, dan terdokumentasi	Sesuai	Setiap pergantian shift tetap dilaksanakan operan, dan didokumentasikan secara tertulis.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Pre Conference	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi	Sesuai	Tetap dilaksanakan dan didokumentasikan secara tertulis	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Post Conference	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi	Sesuai	Tetap dilaksanakan dan didokumentasikan tertulis.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Iklim motivasi	Baik	Sesuai	Sudah cukup baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



	Pendelegasian	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Supervisi	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
4	Pengendalian				
	Indikator mutu	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Audit dokumen	Rutin dilaksanakan	Sesuai	Sudah dilaksanakan rutin dilakukan	Sudah baik, dilanjutkan kembali
	Survey kepuasan	Rutin dilaksanakan	Sesuai	Dilaksanakan rutin	Sudah dilaksanakan, dan dapat dilanjutkan kembali
	Survey masalah keperawatan	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah dilaksanakan dan dapat dilanjutkan kembali
5	Pelaksanaan Komunikasi Efektif	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan baik	Sudah dilaksanakan namun masih perlu dilakukan riview kembali agar sesuai dengan panduan yang ada
6	Pelaksanaan Bimbingan Mahasiswa Praktek	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan baik	Sudah terlaksana dengan baik namun perlu diingatkan kembali tentang kewenangan klinis yang harus tertulis pada RKK petugas yang diberikan tugas tambahan sebagai pembimbing klinis

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



Unit yang diaudit : Ruang Mawar

Tanggal / Jam Audit : 6 Juni 2024, Pukul 09.53 wita

No.	Sasaran Audit	Temuan (Bukti Objektif)	Ketidaksesuaian Terhadap Standar	Penjelasan	Rekomendasi dan Saran
1	Perencanaan				
	Visi	Tersedia	Sesuai	Visi Misi mengacu pada visi misi Rumah Sakit	Visi Misi di baca dan diaplikasikan dalam pelayanan.
	Misi	Tersedia	Sesuai	Visi Misi mengacu pada visi misi Rumah Sakit	Visi Misi di baca dan diaplikasikan dalam pelayanan.
	Filosofi	Tersedia	Sesuai	Filosofi mengacu pada filosofi Rumah sakit	Filosofi di baca dan di aplikasikan dalam pelayanan.
	Kebijakan	Sudah ada SK tertanggal 1 April 2010, yang kemudian di revisi dengan SK tertanggal 25 April 2017, tetapi arsip tidak ditemukan di ruangan	Sesuai	SK sudah ada untuk pelaksanaan di RSJMS, dan sudah direvisi dengan SK terbaru.	SK terbaru digandakan dan disebar di tiap ruangan. Serta dilakukan sosialisasi kembali untuk SK yang telah direvisi.
	Rencana jangka pendek	Tidak tersedia rencana jangka pendek	Belum Sesuai	Rencana jangka pendek tidak ditulis dan didokumentasikan dalam bentuk logbook perorangan.	Meningkatkan konsistensi pelaksanaan implementasi dan dokumentasi perencanaan jangka pendek.
2	Pengorganisasian				

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



	Struktur organisasi	Ada	Sesuai	Sudah ada dan terpasang rapi diruangan namun masih ada beberapa nama petugas yang belum sesuai.	Tetap konsisten untuk dilaksanakan dan memperbaiki nama petugas yang sudah dimutasi oleh nama petugas pengganti saat ini
	Jadwal dinas	Ada	Sesuai	Sudah ada dan terpasang rapi diruangan	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
	Daftar pasien	Ada	Sesuai	Sudah ada untuk checklist petugas ruangan sendiri, dan tidak tertulis dipapan sehingga hak privasi pasien tetap terjaga	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
3	Pengarahan				
	Operan	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi secara tertulis	Sesuai	Setiap pergantian shift tetap dilaksanakan operan, dan sudah didokumentasikan secara tertulis	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Pre Conference	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi	Sesuai	Tetap dilaksanakan dan didokumentasikan.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Post Conference	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi	Sesuai	Tetap dilaksanakan dan didokumentasikan.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Iklm motivasi	Baik	Sesuai	Cukup baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



TERAKREDITASI PARIPURNA
KARS 2012

	Pendelegasian	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Supervisi	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
4	Pengendalian				
	Indikator mutu	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Audit dokumen	Rutin dilaksanakan	Sesuai	Sudah dilaksanakan dan konsisten dilaksanakan.	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Survey kepuasan	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah dilaksanakan, dan dapat dilanjutkan kembali
	Survey masalah keperawatan	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah dilaksanakan dan dapat dilanjutkan kembali
5	Pelaksanaan Komunikasi Efektif	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan baik	Sudah dilaksanakan namun masih perlu dilakukan riview kembali agar sesuai dengan panduan yang ada
6	Pelaksanaa Bimbingan Mahasiswa Praktek	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan baik	Sudah terlaksana dengan baik namun perlu diingatkan kembali tentang kewenangan klinis yang harus tertulis pada RKK petugas yang diberikan tugas tambahan sebagai pembimbing klinis

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



Unit yang diaudit : Ruang Dahlia

Tanggal / Jam Audit : 14 Juni 2024, Pukul 10.10 wita

No.	Sasaran Audit	Temuan (Bukti Objektif)	Ketidaksesuaian Terhadap Standar	Penjelasan	Rekomendasi dan Saran
1	Perencanaan				
	Visi	Tersedia	Sesuai	Visi Misi mengacu pada visi misi Rumah Sakit	Visi Misi di baca dan diaplikasikan dalam pelayanan.
	Misi	Tersedia	Sesuai	Visi Misi mengacu pada visi misi Rumah Sakit	Visi Misi di baca dan diaplikasikan dalam pelayanan.
	Filosofi	Tersedia	Sesuai	Filosofi mengacu pada filosofi Rumah sakit	Filosofi di baca dan di aplikasikan dalam pelayanan.
	Kebijakan	Sudah ada SK tertanggal 1 April 2010, yang kemudian di revisi dengan SK tertanggal 25 April 2017, tetapi arsip tidak ditemukan di ruangan	Sesuai	SK sudah ada untuk pelaksanaan di RSJMS, dan sudah direvisi dengan SK terbaru.	SK terbaru digandakan dan disebarakan di tiap ruangan. Serta dilakukan sosialisasi kembali untuk SK yang telah direvisi.
	Rencana jangka pendek	Tidak tersedia rencana jangka pendek	Belum Sesuai	Rencana jangka pendek tidak ditulis dan didokumentasikan dalam bentuk logbook perorangan.	Meningkatkan konsistensi pelaksanaan implementasi dan dokumentasi perencanaan jangka pendek.
2	Pengorganisasian				

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



	Struktur organisasi	Ada	Sesuai	Sudah ada dan terpasang rapi diruangan	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
	Jadwal dinas	Ada	Sesuai	Sudah ada dan terpasang rapi diruangan	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
	Daftar pasien	Ada	Sesuai	Sudah ada untuk checklist petugas ruangan sendiri, dan tidak tertulis dipapan sehingga hak privasi pasien tetap terjaga	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
3	Pengarahan				
	Operan	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi secara tertulis	Sesuai	Setiap pergantian shift tetap dilaksanakan operan, dan sudah didokumentasikan secara tertulis	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Pre Conference	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi	Sesuai	Tetap dilaksanakan dan didokumentasikan.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Post Conference	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi	Sesuai	Tetap dilaksanakan dan didokumentasikan.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Iklm motivasi	Baik	Sesuai	Cukup baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Pendelegasian	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Supervisi	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



TERAKREDITASI PARIPURNA
KARS 2012

4	Pengendalian				
	Indikator mutu	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Audit dokumen	Rutin dilaksanakan	Sesuai	Sudah dilaksanakan dan konsisten dilaksanakan.	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Survey kepuasan	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah dilaksanakan, dan dapat dilanjutkan kembali
	Survey masalah keperawatan	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah dilaksanakan dan dapat dilanjutkan kembali
5	Pelaksanaan Komunikasi Efektif	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan baik	Sudah dilaksanakan namun masih perlu dilakukan riview kembali agar sesuai dengan panduan yang ada
6	Pelaksanaa Bimbingan Mahasiswa Praktek	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan baik	Sudah terlaksana dengan baik namun perlu diingatkan kembali tentang kewenangan klinis yang harus tertulis pada RKK petugas yang diberikan tugas tambahan sebagai pembimbing klinis

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



Unit yang diaudit : Ruang Kenanga

Tanggal / Jam Audit : 14 Juni 2024, Pukul 09.56 wita

No.	Sasaran Audit	Temuan (Bukti Objektif)	Ketidaksesuaian Terhadap Standar	Penjelasan	Rekomendasi dan Saran
1	Perencanaan				
	Visi	Tersedia	Sesuai	Visi Misi mengacu pada visi misi Rumah Sakit	Visi Misi di baca dan diaplikasikan dalam pelayanan.
	Misi	Tersedia	Sesuai	Visi Misi mengacu pada visi misi Rumah Sakit	Visi Misi di baca dan diaplikasikan dalam pelayanan.
	Filosofi	Tersedia	Sesuai	Filosofi mengacu pada filosofi Rumah sakit	Filosofi di baca dan di aplikasikan dalam pelayanan.
	Kebijakan	Sudah ada SK tertanggal 1 April 2017, yang kemudian di revisi dengan SK tertanggal 25 April 2022, tetapi arsip tidak ditemukan di ruangan	Sesuai	SK sudah ada untuk pelaksanaan di RSJMS, dan sudah direvisi dengan SK terbaru.	SK terbaru digandakan dan disebar di tiap ruangan. Serta dilakukan sosialisasi kembali untuk SK yang telah direvisi.
	Rencana jangka pendek	Tersedia dokumen lengkap dalam bentuk logbook di ruangan.	Sesuai	Rencana jangka pendek ditulis dan didokumentasikan dalam bentuk logbook perorangan dan disimpan pada ruang tugas masing masing.	Tetap konsisten melaksanakan implementasi dan dokumentasi perencanaan jangka pendek.

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



2	Pengorganisasian				
	Struktur organisasi	Ada	Sesuai	Sudah ada dan terpasang rapi diruangan	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
	Jadwal dinas	Ada	Sesuai	Sudah ada dan terpasang rapi diruangan	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
	Daftar pasien	Ada	Sesuai	Sudah ada untuk checklist petugas ruangan sendiri, dan tidak tertulis dipapan sehingga hak privasi pasien tetap terjaga	Tetap konsisten untuk dilaksanakan
3	Pengarahan				
	Operan	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi secara tertulis	Sesuai	Setiap pergantian shift tetap dilaksanakan operan, dan sudah didokumentasikan secara tertulis	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Pre Conference	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi	Sesuai	Tetap dilaksanakan dan didokumentasikan.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Post Conference	Tetap dilaksanakan dan terdokumentasi	Sesuai	Tetap dilaksanakan dan didokumentasikan.	Sudah cukup baik dan harus konsisten dilaksanakan
	Iklim motivasi	Baik	Sesuai	Cukup baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Pendelegasian	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



TERAKREDITASI PARIPURNA
KARS 2012

	Supervisi	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
4	Pengendalian				
	Indikator mutu	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Audit dokumen	Rutin dilaksanakan	Sesuai	Sudah dilaksanakan dan konsisten dilaksanakan.	Sudah cukup baik, dilanjutkan kembali
	Survey kepuasan	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah dilaksanakan, dan dapat dilanjutkan kembali
	Survey masalah keperawatan	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan dengan baik	Sudah dilaksanakan dan dapat dilanjutkan kembali
5	Pelaksanaan Komunikasi Efektif	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan baik	Sudah dilaksanakan namun masih perlu dilakukan riview kembali agar sesuai dengan panduan yang ada
6	Pelaksanaa Bimbingan Mahasiswa Praktek	Tetap dilaksanakan	Sesuai	Berjalan baik	Sudah terlaksana dengan baik namun perlu diingatkan kembali tentang kewenangan klinis yang harus tertulis pada RKK petugas yang diberikan tugas tambahan sebagai pembimbing klinis

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



NO	SASARAN AUDIT	TEMUAN (BUKTI OBJEKTIF)	KETIDAKSESUAIAN TERHADAP STANDAR	PENJELASAN	REKOMENDASI
1.	SPO	5. Regulasi yang ada di ruangan berupa Kebijakan, Panduan, Pedoman dan sebagian SPO 6. Ada sebagian dokumen SPO di ruangan (SPO SPI, SPO Gizi) 7. Tidak pernah dilakukan sosialisasi kepada staf. 8. Kemampuan penguasaan staf terhadap regulasi/ SPO masih kurang		<ul style="list-style-type: none"> - Sejak akreditasi KARS 2019 regulasi yang ditetapkan berupa Kebijakan, Panduan, Pedoman dan SPO - Ada beberapa SPO yang dalam penjelasannya dimasukkan ke dalam Panduan sehingga SPO yang lama tidak di sosialisasikan kembali di ruangan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mencetak kembali SPO dan dilakukan revisi - Sosialisasikan kembali kepada staf semua regulasi yang berlaku baik Kebijakan, Panduan, Pedoman dan SPO
2	Sentralisasi obat	1. Masih ditemukan sediaan obat dan bahan habis pakai yang tidak terpakai yang tersimpan di ruangan (obat injeksi ampul, cairan infus, spuit) 2. Alat pengukur suhu ruangan tidak ada	Tidak sesuai	<ul style="list-style-type: none"> - Berdasarkan Pedoman Pelayanan Instalasi Farmasi tahun 2022 bahwa sentralisasi obat berada di Instalasi Farmasi - Distribusi sediaan obat, alat kesehatan dan bahan habis pakai berdasarkan resep perorangan yang disediakan dalam unit dosis tunggal untuk penggunaan satu kali dosis per pasien. - Bila ada sediaan obat, alat kesehatan dan bahan habis pakai yang tidak 	<ul style="list-style-type: none"> - Perlu pemantauan secara berkala dari petugas Farmasi - Sosialisasi kembali kebijakan/ Pedoman yang berlaku khususnya tentang penyimpanan obat yang tidak terpakai di ruangan

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



TERAKREDITASI PARIPURNA
KARS 2012

				terpakai akan dikembalikan ke Instalasi Farmasin 1 kali 24 jam	
3	Kelengkapan Rekam Medik pasien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semua PPA telah melakukan pengisian RM pada CPPT 2. Tingkat keterbacaan RM mencapai 90 % (masih ada tulisan PPA yang tidak bisa terbaca: 10%) 3. Sebelum pengembalian RM pasien ke Instalasi RM (Admisi) dilakukan pengecekan kelengkapan RM oleh Kepala Ruangan 	Sesuai	Masih ditemukan adanya KLPCM (10%) berupa tidak tercantumnya tanggal pemberian asuhan oleh PPA, tidak membubuhkan tanda tangan oleh PPA dan tidak ada stempel nama oleh PPA	Perlu penekanan dan pengawasan oleh kepala ruangan dan Katim kepada staf pemberi PPA untuk lebih teliti dalam mengisi RM pasien

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



NO	SASARAN AUDIT	TEMUAN (BUKTI OBJEKTIF)	KETIDAKSESUAIAN TERHADAP STANDAR	PENJELASAN	REKOMENDASI
1.	Pemeriksaan pelaksanaan timbang terima / operan	<p>Ruang Melati :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Timbang terima tidak didahului dengan doa bersama • Tidak menginformasikan kepada pasien/ keluarga nama perawat shift berikutnya pada akhir tugas. • Tidak memberikan salam kepada pasien, keluarga serta mengobservasi dan menginspeksi keadaan pasien, menanyakan keluhan-keluhan pasien (dalam rangka klarifikasi). 	Tidak ditemukan regulasi tentang timbang terima / operan	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala ruangan mengatakan bahwa ada masukan dari perawat ruangan bahwa sudah doa waktu apel pagi jadi tidak perlu doa lagi. • Karena langsung tindakan kepada pasien jadi lupa mengucapkan salam 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tetap dilaksanakan doa sebagai ucapan syukur dan permohonan rahmat Tuhan, karena dengan peserta kegiatan yang berbeda juga. ➤ Untuk tetap melindungi hak pasien, walaupun kondisi pasien yang memiliki gangguan jiwa, akan tetapi pasien perlu mengetahui perawat atau tenaga kesehatan yang akan merawat dia, tindakan/layanan apa yang akan dilakukan pada nya. Standar yang harus dilaksanakan, perlu untuk selalu dilatih agar dapat menjadi budaya.
	<p>Ruang Kenanga :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Timbang terima tidak didahului dengan doa bersama ✓ Tidak menginformasikan kepada pasien/ keluarga nama perawat shift berikutnya pada akhir tugas. ✓ Timbang terima tidak di tutup dengan doa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Karena ada keperluan perawat ybs, sehingga doa tidak dilaksanakan. ✓ Sudah langsung bercakap-cakap dengan pasien sehingga teralihkan kegiatan perkenalan 			
	<p>Ruang Angsoka :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Timbang terima tidak didahului dengan doa bersama • Tidak menginformasikan kepada pasien/ keluarga nama perawat shift berikutnya pada 	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala ruangan mengatakan bahwa ada masukan dari perawat ruangan bahwa sudah doa waktu apel pagi jadi tidak perlu doa lagi. Tidak perlu 			

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



TERAKREDITASI PARIPURNA
KARS 2012

		<p>akhir tugas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak memberikan salam kepada pasien, keluarga serta mengobservasi dan menginspeksi keadaan pasien, menanyakan keluhan-keluhan pasien (dalam rangka klarifikasi). • Timbang terima tidak di tutup dengan doa. 		<p>doa-doa terus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sudah langsung bercakap-cakap dengan pasien sehingga teralihkan kegiatan perkenalan. 	<p>➤ Segera unit terkait menyusun regulasi tentang timbang terima / operan dan disepakati pelaksanaannya oleh semua ruang perawatan</p>
	<p>Ruang Mawar :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Timbang terima tidak didahului dengan doa bersama 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Menurut kepala ruang dan perawat ruangan cukup terakhir saja doa nya 		
	<p>Ruang Wijaya Kusuma :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Timbang terima tidak didahului dengan doa bersama 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menurut kepala ruang dan perawat ruangan cukup terakhir saja doa nya 		
2.	<p>Pemeriksaan pelaksanaan orientasi pasien baru</p>	<p>Transfer pasien dari ruang Melati ke Angsoka :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Tidak langsung mengkaji kemampuan pasien dan bahasa apa yang digunakan ✚ Tidak dijelaskan dokter siapa yang merawat, hak dan kewajiban pasien, layanan gizi ✚ Tidak diorientasikan ruangan ✚ Tidak dilakukan konfirmasi ulang kepada pasien akan hal yang kurang dimengerti <p>Transfer pasien dari ruang Dahlia ke Mawar :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Perawat tidak mengucapkan salam kepada pasien ❖ Tidak langsung mengkaji kemampuan pasien dan bahasa apa yang digunakan ❖ Tidak dijelaskan dokter siapa yang merawat, 	<p>Tidak ditemukan regulasi tentang orientasi pasien baru</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Pengkajian dilakukan saat asesmen ulang dilakukan kepada pasien oleh perawat dinas selanjutnya. 	<p>➤ Segera unit terkait menyusun regulasi tentang orientasi pasien baru dengan memperhatikan standar dan keefektifan dalam pelayanan serta mempermudah kerja perawat agar budaya menerapkan regulasi tetap terjaga.</p>
				<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pengkajian dilakukan saat asesmen ulang dilakukan kepada pasien oleh perawat dinas selanjutnya. 	

“Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini”



TERAKREDITASI PARIPURNA
KARS 2012

		<p>hak dan kewajiban pasien serta layanan gizi</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tidak diorientasikan ruangan ❖ Tidak dilakukan konfirmasi ulang kepada pasien akan hal yang kurang dimengerti 			
3.	Pemeriksaan pelaksanaan Discharge Planning	Perawat ruangan tidak lagi memberikan discharge planning kepada pasien karena dilaksanakan langsung oleh MPP	Tidak ditemukan regulasi tentang discharge planning di semua ruang perawatan	Karena dilaksanakan oleh MPP sehingga panduan dipegang oleh MPP dan form discharge planning diisi oleh MPP jika pasien tersebut masuk dalam kriteria MPP. Jika tidak masuk kriteria maka MPP hanya mengisi form skrining (asesmen awal) MPP saja	Tetap jalin komunikasi yang baik antar PPA baik lisan maupun lewat pengisian form di Rekam medis agar kebutuhan pasien tentang rencana perawatan untuk meningkatkan kualitas kesehatannya sudah terencana sejak dirawat dirumah sakit dan tetap dilakukan saat dirumah.

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



NO	SASARAN AUDIT	TEMUAN (BUKTI OBJEKTIF)	KETIDAKSESUAIAN TERHADAP STANDAR	PENJELASAN	REKOMENDASI
1.	Pelaksanaan Audit Keperawatan	1. Kenanga dan dahlia Belum dilaksanakan audit keperawatan secara maksimal	Tidak ditemukan SPO ttg audit keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> - Menurut kepala ruangan pelaksanaan audit keperawatan dilakukan hanya mengecek kelengkapan dan kebenaran dari RM pasien - Kepala ruangan dan staf perawatan mengatakan belum pernah melihat dan membaca SPO tentang audit keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> - Perlu dibuatkan SPO tentang audit keperawatan - Perlu di evaluasi kinerja ruangan secara berkala
		2. Melati Belum dilaksanakan audit keperawatan secara benar	Tidak sesuai/tidak ada SPO	<ul style="list-style-type: none"> - Menurut kepala ruangan audit keperawatan hanya melihat kelengkapan RM pasien dalam bentuk telaah dokumen pada saat pasien belum pindah ruangan tapi tidak membuat dokumen - Staf ruang mengatakan tidak pernah tahu tentang proses pelaksanaan audit keperawatan 	-
		3. Angsoka dan mawar Belum pernah melakukan audit keperawatan	Tidak sesuai/tidak ada SPO	<ul style="list-style-type: none"> - Karu dan staf belum memahami/tahu secara 	-

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



TERAKREDITASI PARIPURNA
KARS 2012

				<p>benar tentang cara melakukan audit keperawatan, karena belum pernah lihat SPO nya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemahaman staf audit keperawatan hanya sebatas mengecek kelengkapan RM pasien 	
		<p>4. Flamboyan Belum dilaksanakannya audit keperawatan karena tidak ditemukan dokumen hasil auditnya</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Belum tahu atau paham tentang cara melakukan audit keperawatan - Pemahaman audit hanya sebatas melakukan telaah dokumen pasien saat pulang sebelum dikembalikan ke RM 	-
2	Pelaksanaan Ronde keperawatan	<p>Pelaksanaan ronde keperawatan di seluruh ruangan rawat inap (Kenanga, Dahlia, Melati, Angsoka, Mawar, Flamboyan) Ronde keperawatan dilakukan setelah selesai operan dimana petugas shift malam dan pagi bersama ke ruangan pasien untuk melihat kondisi pasien</p>	Tidak sesuai	<ul style="list-style-type: none"> - Staf tidak tahu pelaksanaan ronde yg benar karena belum pernah membaca dan belum di temukan SPO di ruangan - Menurut kepala ruangan melati pernah melakukan ronde keperawatan tentang kasus pasien meninggal tapi tidak ada dokumen dan tidak tahu apakah itu yg dinamakan ronde keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> - Perlu dibuatkan SPO tentang pelaksanaan ronde keperawatan - Perlu di evaluasi kinerja ruangan secara berkala

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkinii"



TERAKREDITASI PARIPURNA
KARS 2012

3	Pelaksanaan Supervisi keperawatan	Di beberapa ruangan sudah melakukan supervisi keperawatan secara berjenjang tapi tidak ditemukan adanya jadwal dan laporan supervisi	Tidak sesuai	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisi dilakukan di beberapa ruangan hanya melihat /mengecek cara melakukan asesmen keperawatan dan disiplin - Sudah melakukan supervisi secara berjenjang tapi tidak ada jadwal dan hasil supervisi - Karena sudah tidak pernah melakukan sehingag budaya itu di lakukan terus menerus 	<ul style="list-style-type: none"> - Perlu dibuatkan SPO tentang pelaksanaan supervisi keperawatan - Perlu di evaluasi kinerja ruangan secara berkala
4	Pelaksanaan rekomendasi audit SPM yang lalu	Diseluruh ruangan rawat inap tidak ditemukan RTL /program maupun laporan hasil rekomendasi audit SPM yang lalu	Tidak sesuai	<ul style="list-style-type: none"> - Menurut kepala ruangan belum pernah terima rekomendasi hasil audit SPM di ruangan dari TIM SPM Rumah Sakit - Dari beberapa kepala ruangan audit SPM hanya di dapat data mentah dari pengumpul data di ruangan tapi belum persentase hasil capaian 	<ul style="list-style-type: none"> - Rekomendasi hasil capaian SPM perlu di sampaikan pada ruangan secara berkala

"Rumah Sakit Jiwa Dambaan Masyarakat dengan Mutu Terkini"



PENUTUP

Demikian disampaikan Laporan Satuan Pemeriksa Internal Periode Januari – Juni tahun 2024, kami berupaya untuk terus melakukan perbaikan dan evaluasi atas kekurangan yang ada. Kerjasama yang solid dalam tim diupayakan terjalin baik agar dapat mempercepat stabilitasi kinerja internal RSJMS.

Mataram, Juli 2024

KEPALA SPI RUMAH SAKIT JIWA
MUTIARA SUKMA



Dr Dardin SpPK., MARS
Pembina Utama Muda / IV.c
NIP. 19781130 200604 1 009