



Lampiran 1. *Term of Reference*

TERM OF REFERENCE

“Keselamatan Pasien RSGMP Unimus Berdasarkan Sistem Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 1.1 Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)”

A. Ringkasan Usulan Penelitian

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit yang memiliki tujuan adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran yang menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian dalam permasalahan ini. Tenaga pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Indonesia mempunyai kewajiban untuk selalu memenuhi salah satu kriteria standar pelayanan kedokteran gigi, yaitu melaksanakan untuk mencegah atau paling tidak untuk mengurangi penyebaran penyakit dari pasien ke tenaga kesehatan gigi, tenaga kesehatan gigi ke pasien, pasien satu ke pasien lainnya, ruang perawatan gigi ke komunitas lingkungannya termasuk keluarga tenaga kesehatan gigi dan komunitas ke pasien. Berdasarkan pemaparan tersebut maka penulis ingin menilai bagaimana Keselamatan Pasien di RSGMP Unimus berdasarkan Sistem Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 1.1 Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

B. Maksud dan Tujuan

1. Maksud

Term of Reference (TOR) ini dimaksud sebagai kerangka acuan/pedoman dalam penelitian dengan judul “Keselamatan Pasien

RSGMP Unimus Berdasarkan Sistem Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 1.1 Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)

2. Tujuan

Dapat mengetahui bagaimana Keselamatan Pasien di RSGMP Unimus berdasarkan Sistem Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 1.1 Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

C. Pokok Bahasan

1. Pemaparan Gambaran Penelitian
2. Pemaparan hasil penelitian berupa penjabaran kesiapan keselamatan pasien di RSGMP Unimus sesuai dengan standar SNARS 1.1

D. Acara

Diskusi tanya jawab melalui Focus Group Discussion (FGD) dengan staf manajemen RSGMP Unimus.

E. Waktu dan Tempat

Menyesuaikan hasil *ethical clearance*

F. Pembiayaan

Biaya mandiri yang dikeluarkan yang berkaitan dengan penelitian ini yaitu Rp. 500.000,- Rp. 1.000.000,-

Lampiran 2. *Informed Consent*

INFORMED CONSENT
(PERNYATAAN PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
 Umur :
 Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan*
 Pekerjaan :
 Alamat :

**Coret yang tidak perlu*

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud dan tujuan serta memahami penelitian yang dilakukan dengan judul :

KESELAMATAN PASIEN RSGMP UNIMUS BERDASAR SISTEM NASIONAL AKREDITASI RUMAH SAKIT (SNARS) 1.1 KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT (KARS)

Yang dibuat oleh :

Nama : Amalia Nurhidayah
 NIM : J2A016025

Dengan ini saya menyatakan kesediaan untuk berperan serta menjadi subjek penelitian dan bersedia melakukan pemeriksaan sesuai dengan data yang diperlukan.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Semarang, 4 Februari 2022

Yang membuat pernyataan,

(Nama Lengkap : _____)

Lampiran 3. Elemen Penilaian

Elemen Penilaian Integrasi Pendidikan Kesehatan Dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)

Elemen Penilaian IPKP 1		Telusur		Skor	
1	Ada penetapan rumah sakit Pendidikan yang masih berlaku.	D	1) Bukti tentang keputusan/persetujuan dari pemilik atau wakil pemilik rumah sakit. 2) Bukti sertifikat penetapan RS Pendidikan dari Kemenkes RI.	10 5 0	TL TS TT
2	Ada Kerjasama antara rumah sakit dengan institusi Pendidikan yang sudah terakreditasi.	D	Bukti tentang : 1) Daftar institusi Pendidikan yang kerjasaa dengan RS 2) Perjanjian Kerjasama antara RS dengan institusi Pendidikan yang sudah terakreditasi 3) Bukti sertifikat akreditasi institusi Pendidikan pada butir 2	10 5 0	TL TS TT
3	Jumlah penerimaan peserta didik sesuai dengan kapasitas rumah sakit harus dicantumkan dalam perjanjian kerjasama	D	Bukti tentang : 1) Pernyataan dalam perjanjian Kerjasama tentang pengaturan jumlah, jenis dan jenjang peserta didik yang dapat diterima 2) Daftar peserta didik per-periode per-bagian	10 5 0	TL TS TT

Elemen Penilaian IPKP 2		Telusur		Skor	
1	Ada regulasi tentang pengelolaan dan pengawasan pelaksanaan Pendidikan klinis yang telah disepakati Bersama meliputi 1) sampai dengan 3) dimaksud tujuan	R	Regulasi tentang semua jenis Pendidikan klinis yang ada di RS, yang mengatur tentang pengelolaan dan pengawasan proses Pendidikan yang dibuat secara kolaboratif	10 - 0	TL - TT
2	Ada daftar lengkap memuat nama semua peserta Pendidikan	D	Bukti tentang daftar lengkap peserta Pendidikan klinis terkini dari setiap institusi Pendidikan.	10 5 0	TL TS TT

	klinis yang saat ini ada di rumah sakit.				
3	Untuk setiap peserta Pendidikan klinis terdapat dokumentasi yang berisi paling sedikit meliputi a) sampai dengan e) di maksud dan tujuan.	D	Bukti tentang : 1) Dokumentasi Pendidikan PPDS dan PPDSS meliputi a) sampai e) 2) Dokumentasi selain Pendidikan PPDS dan PPDSS cukup dokumentasi a) dan e) saja	10 5 0	TL TS TT

Elemen Penilaian IPKP 3		Telusur		Skor	
1	Ada perhitungan rasio peserta Pendidikan dengan staf yang memberikan Pendidikan klinis untuk seluruh peserta dari setiap program Pendidikan profesi yang disepakati oleh rumah sakit dan institusi Pendidikan sesuai dengan peraturan perundang undangan.	D	Bukti tentang perhitungan ratio pesera Pendidikan klinis dengan staf yang memberikan Pendidikan klinis - Koas : 1:5 - PPDS : 1:3 - Perawat : 1:7	10 5 0	TL TS TT
2	Ada dokumentasi perhitungan peserta didik yang diterima di rumah sakit per periode untuk proses Pendidikan disesuaikan dengan jumlah pasien untuk menjamin mutu dan keselamatan pasien	D W	Bukti tentang : 1) Daftar jumlah peserta didik per periode, berdasarkan perhitungan jumlah pasien RS/pencapaian kompetensi peserta didik. 2) Perjanjian Kerjasama dengan RS lain, bila jumlah pasien RS tidak memakai. - Komordik/Timkordik - Kep Departemen - Peserta didik	10 5 0	TL TS TT

Elemen Penilaian IPKP 4		Telusur		Skor	
1	Ada penetapan staf klinis yang memberikan Pendidikan klinis dan penetapan penugasan klinis serta rincian kewenangan klinis dari rumah sakit.	D	Regulasi tentang : 1) SK pendidik klinis/dosen klinis/ instruksi klinis 2) SPK/RKK staf klinis dari RS 3) SK penugasan dari institusi Pendidikan untuk dosen yang ditugaskan di RS	10 5 0	TL TS TT
2	Ada daftar staf klinis yang memberikan Pendidikan klinis secara lengkap (akademik dan profesi) sesuai dengan jenis Pendidikan yang dilaksanakan di RS.	D W	Bukti tentang daftar staf klinis yang memberikan Pendidikan klinis lengkap dengan status kepegawaiannya. - Komkordik/Timkordik - Kepala SDM - Staf Klinis	10 5 0	TL TS TT
3	Ada uraian tugas, tanggung jawab, dan juga wewenang untuk setiap staf yang memberikan Pendidikan klinis.	D W	Bukti tentang uraian tugas dan wewenang seluruh staf Pendidik klinis lengkap dari seluruh institusi Pendidikan yang bekerja sama - Komkordik/Timkordik - Staf Klinis	10 5 0	TL TS TT
4	Ada bukti staf klinis yang memberikan Pendidikan klinis telah mengikuti Pendidikan keprofesian berkelanjutan.	D	Bukti sertifikat pelatihan/ Pendidikan berkelanjutan staf klinis yang memberikan Pendidikan klinis	10 5 0	TL TS TT

Elemen Penilaian IPKP 5		Telusur		Skor	
1	Ada tingkat supervise yang diperlukan oleh setiap peserta Pendidikan klinis di rumah sakit untuk tiap jenjang Pendidikan.	R	Regulasi tentang tingkat supervise untuk semua tingkat dan jenis peserta pendidik klinis, termasuk penetapan frekuensi supervisi untuk setiap pendidik klinis	10 - 0	TL - TT
2	Setiap peserta Pendidikan klinis mengetahui tingkat, frekuensi, dan dokumentasi untuk supervisinya.	D O W	Bukti informasi untuk peserta Pendidikan klinis tentang tingkat, frekuensi secara supervise Tanda pengenal untuk tingkat supervise setiap peserta Pendidikan klinis. Peserta didik Klinis	10 5 0	TL TS TT
3	Ada format spesifik untuk mendokumentasikan supervisi yang sesuai dengan kebijakan rumah sakit, sasaran program, serta mutu dan keselamatan asuhan pasien.	D	Bukti adanya buku log terisi lengkap untuk setiap peserta didik dengan format yang disesuaikan dengan kebutuhan supervise setiap jenis Pendidikan.	10 5 0	TL TS TT
4	Ada batasan kewenangan peserta Pendidikan yang mempunyai akses dalam mengisi rekam medis.	D	Bukti pelaksanaan verifikasi seluruh rekam medis yang diisi PPDS oleh DPJP dengan buku ttd DPJP.	10 5 0	TL TS TT

Elemen Penilaian IPKP 6		Telusur		Skor	
1	Ada program orientasi peserta Pendidikan staf klinis dengan materi orientasi yang meliputi a) sampai	R	Regulasi tentang : 1) Program rumah sakit tentang mutu dan keselamatan pasien 2) Program pengendalian infeksi 3) Program keselamatan penggunaan obat	10 - 0	TL - TT

	dengan d) mengenai maksud dan tujuan		4) Sasaran keselamatan pasien		
2	Ada bukti pelaksanaan dan sertifikat program orientasi peserta Pendidikan klinis.	D W	Bukti pelaksanaan orientasi dan dokumen pelaksanaan (TOR, materi, narasumber daftar hadir peserta) Peserta didik	10 5 0	TL TS TT
3	Ada bukti pelaksanaan dan dokumentasi peserta didik yang diikuti sertakan dalam semua program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.	D W	Bukti diikutsertakannya peserta didik dalam program mutu dan keselamatan pasien Peserta didik	10 5 0	TL TS TT

Elemen Penilaian Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Elemen Penilaian SKP		Telusur		Skor	
1					
1	Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien.	R	Regulasi tentang pelaksanaan identifikasi pasien.	10 - 0	TL - TT
2	Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit.	D O W	Bukti pelaksanaan tentang identitas pasien pada semua berkas RM, identitas pasien tercetak dengan minimal menggunakan tiga identitas: 1) Nama Pasien sesuai eKTP 2) Tanggal lahir 3) Nomor RM Lihat pelaksanaan identitas pasien pada label obat, RM, resep, makanan, spesimen, permintaan dan hasil laboratorium/radiologi. - Staf unit pelayanan - Staf Klinis	10 5 0	TL TS TT

			- Pasien/keluarga		
3	Identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan Tindakan, prosedur diagnostic dan terapeutik.	O W S	Lihat pelaksanaan identifikasi sebelum Tindakan, prosedur diagnostic dan terapeutik. Identifikasi minimal menggunakan dua identitas dari tiga identitas pasien, identifikasi dilakukan secara verbal atau visual. - Staf Klinis - Pasien/keluarga Peragaan pelaksanaan identifikasi pasien	10 5 0	TL TS TT
4	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, pengambilan specimen, dan pemberian diet.	O W S	Lihat pelaksanaan identifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan specimen, dan pemberian diet . - Staf Klinis - Pasien/keluarga Peragaan pelaksanaan identifikasi pasien	10 5 0	TL TS TT
5	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan specimen lain untuk pemeriksaan klinis, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostic, dan identifikasi terhadap pasien koma.	O W S	Lihat pelaksanaan identifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan specimen lain, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostic, dan pasien koma. - Staf Klinis - Pasien/keluarga Peragaan pelaksanaan identifikasi pasien	10 5 0	TL TS TT

Elemen Penilaian SKP 2.1		Telusur		Skor	
1	Rumah sakit menetapkan besaran nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostic dan hasil diagnostic kritis.	R	Regulasi tentang penetapan besaran nilai kritis dan hasil diagnosis kritis.	10 - 0	TL - TT
2	Rumah sakit menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostic dan dicatat di rekam medis.	D W S	Bukti penetapan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostic. - DPJP - Staf Klinis Peragaan proses melaporkan nilai kritis	10 5 0	TL TS TT

Elemen Penilaian SKP 2.2		Telusur		Skor	
1	Ada bukti catatan hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara professional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien (hand over).	D W	Bukti pelaksanaan serah terima. - PPA - Staf Klinis	10 5 0	TL TS TT
2	Formulir, alat dan metode ditetapkan untuk mendukung proses serah terima pasien (hand over) bila mungkin melibatkan pasien.	D W	Bukti form serah terima, memuat alat, metode serah terima pasien (open/hand over), bila mungkin melibatkan pasien. - Dokter - Staf Keperawatan	10 5 0	TL TS TT
3	Ada bukti dilakukan evaluasi	D	Bukti tentang evaluasi catatan komunikasi yang terjadi saat operan	10 5	TL TS

	tentang catatan terjadi waktu serah terima (hand over) untuk memperbaiki proses	W	untuk memperbaiki proses. - Dokter - Staf keperawatan - PPA	0	TT
--	---	---	--	---	----

Elemen Penilaian SKP 3		Telusur		Skor	
1	Ada regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai.	R	Regulasi tentang obat yang perlu diwaspadai.	10 - 0	TL - TT
2	Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat.	D W	Bukti pelaksanaan tentang obat yang perlu diwaspadai. - Apoteker/TTK - Staf Klinis	10 5 0	TL TS TT
3	Dirumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai, yang disusun berdasar data spesifik sesuai kebijakan dan prosedur.	D O W	Bukti tentang daftar obat yang perlu diwaspadai. Lihat pelaksanaan daftar obat di unit terkait. - PPA - Staf unit pelayanan (Apoteker/TTK/Asisten Apoteker) - Staf Klinis	10 5 0	TL TS TT
4	Tempat penyimpanan, pelabelan, penyimpanan obat yang perlu diwaspadai, termasuk obat "look-alike/sound alike" semua diatur di tempat aman.	D O W	Bukti tentang daftar obat yang perlu diwaspadai ditempat penyimpanan obat. Lihat pelaksanaan tempat penyimpanan obat yang perlu diwaspadai. - PPA - Staf unit pelayanan (Apoteker/TTK/Asisten Apoteker)	10 5 0	TL TS TT

Elemen Penilaian SKP 3.1		Telusur		Skor	
1	Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mencegah kurang perhatian dalam mengelola elektrolit konsentrat.	R	Regulasi tentang pengelolaan elektrolit konsentrat.	10 - 0	TL - TT
2	Elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja/instalasi farmasi/depo farmasi.	D O W	Bukti tentang daftar elektrolit konsentrat di semua tempat penyimpanan yang diperbolehkan. Lihat pelaksanaan tempat penyimpanan - PPA - Staf unit pelayanan	10 5 0	TL TS TT

Elemen Penilaian SKP 4		Telusur		Skor	
1	Ada regulasi untuk melakukan melaksanakan penandaan lokasi operasi atau Tindakan invasive (site marking).	R	Regulasi tentang pelaksanaan penandaan lokasi operasi atau Tindakan.	10 - 0	TL - TT
2	Ada bukti rumah sakit menggunakan satu tanda ditempat sayatan operasi pertama atau Tindakan invasive yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah	D O	Bukti pelaksanaan tentang penandaan. Lihat form dan bukti penandaan	10 5 0	TL TS TT

	sakit.				
3	Ada bukti bahwa penandaan lokasi operasi atau Tindakan invasif (site marking) dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau Tindakan invasif dengan melibatkan pasien.	D O W	Bukti pelaksanaan penandaan melibatkan pasien. Lihat pelaksanaan penandaan site marking. - DPJP - Pasien/Keluarga	10 5 0	TL TS TT

Elemen Penilaian SKP 4.1		Telusur		Skor	
1	Ada regulasi untuk prosedur bedah aman dengan menggunakan "surgical safety checklist" (surgical safety checklist dari WHO patient safety 2009)	R	Regulasi tentang prosedur <i>Time-Out</i> .	10 - 0	TL - TT
2	Sebelum operasi atau Tindakan invasive dilakukan, rumah sakit menyediakan "checklist" atau proses lain untuk mencatat, apakah informed consent sudah benar dan lengkap, apakah tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien sudah teridentifikasi, apakah semua	D O	Bukti pelaksanaan tentang form check list atau proses lain untuk mencatat. Lihat form checklist atau proses lain untuk mencatat.	10 5 0	TL TS TT

	dokumen dan peralatan yang dibutuhkan sudah siap tersedia dengan lengkap dan berfungsi dengan baik.				
3	Rumah sakit menggunakan komponen time out terdiri dari identifikasi tepat pasien, tepat prosedur dan tepat lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan.	D O W S	Bukti tentang hasil pelaksanaan Time Out. Lihat pelaksanaan Time Out - DPJP - Staf klinis Peragaan proses Time Out	10 5 0	TL TS TT
4	Rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien, jika operasi dilakukan, termasuk prosedur Tindakan medis dan gigi, diluar kamar operasi.	D O W	Bukti pelaksanaan Time Out di luar kamar operasi. Lihat form terkait tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien. DPJP	10 5 0	TL TS TT

Elemen Penilaian SKP 5		Telusur		Skor	
1	Ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan (hand hygiene) yang mengacu pada	R	Regulasi tentang kebersihan tangan (hand hygiene) sesuai PPI.	10 5 0	TL TS TT

	standar WHO terkini.				
2	Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan (hand hygiene) di seluruh rumah sakit sesuai regulasi.	D W	Bukti pelaksanaan program kebersihan tangan (hand hygiene) di seluruh rumah sakit, sesuai dengan PPI. Staf RS	10 5 0	TL TS TT
3	Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur.	O W S	Lihat pelaksanaan program kebersihan tangan (hand hygiene) di seluruh rumah sakit, sesuai dengan PPI. Staf SDM Peragaan Cuci Tangan	10 5 0	TL TS TT
4	Ada bukti staf melaksanakan lima saat cuci tangan.	W O S	Staf SDM Lihat Pelaksanaan fasilitas untuk cuci tangan (1 tempat tidur satu handrub), lihat kepatuhan staf. Peragaan cuci tangan.	10 5 0	TL TS TT
5	Prosedur disinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi.	W O S	Staf SDM Lihat pelaksanaan fasilitas untuk disinfeksi dan pelaksanaan disinfeksi. Peragaan disinfeksi, sesuai dengan PPI.	10 5 0	TL TS TT
6	Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan Kesehatan.	D W	Bukti pelaksanaan tentang evaluasi upaya menurunkan infeksi sesuai dengan PPI - Komite/Timp PMKP - Komite/Tim PPI	10 5 0	TL TS TT

Elemen Penilaian SKP 6		Telusur		Skor	
1	Ada regulasi yang mengatur tentang mencegah pasien cedera karena jatuh.	R	Regulasi tentang mencegah pasien cedera karena jatuh.	10 5 0	TL TS TT

2	Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, lokasi terindikasi beresiko tinggi jatuh sesuai kebijakan dan prosedur.	D O W	Bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan asesmen risiko jatuh. Lihat pelaksanaan hasil asesmen risiko jatuh di rawat inap dan rawat jalan. - PPJA - Staf Klinis	10 5 0	TL TS TT
3	Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen ulang dari pasien pasien rawat inap yang berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh.	D O W	Bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan asesmen risiko jatuh. Lihat pelaksanaan asesmen awal dan ulang/lanjutan dari pasien rawat inap. - PPJA - Staf Klinis	10 5 0	TL TS TT
4	Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh.	D O W	Bukti pelaksanaan tentang Langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh. Lihat pelaksanaan Langkah-langkah mengurangi risiko jatuh. - PPJA - Staf Klinis - Pasien/keluarga	10 5 0	TL TS TT

Lampiran 4. Analisis Univariat

Elemen Penilaian Integrasi Pendidikan Kesehatan Dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)

1. Hasil Data Elemen Penilaian IPKP 1

Elemen Penilaian IPKP 1	Telusur	Skor							
		0	TT	5	TS	10	TL		
1	Ada penetapan rumah sakit Pendidikan yang masih berlaku.	D	1) Bukti tentang keputusan/persetujuan dari pemilik atau wakil pemilik rumah sakit. 2) Bukti sertifikat penetapan RS Pendidikan dari Kemenkes RI.			✓	TS		
2	Ada Kerjasama antara rumah sakit Pendidikan yang sudah terakreditasi.	D	Bukti tentang : 1) Daftar institusi Pendidikan yang kerjasama dengan RS 2) Perjanjian Kerjasama antara RS dengan institusi Pendidikan yang sudah terakreditasi 3) Bukti sertifikat akreditasi institusi Pendidikan pada butir 2			✓	TS		
3	Jumlah penerimaan peserta didik sesuai dengan kapasitas rumah sakit harus dicantumkan dalam perjanjian kerjasama	D	Bukti tentang : 1) Pernyataan dalam perjanjian Kerjasama tentang pengaturan jumlah, jenis dan jenjang peserta didik yang dapat diterima 2) Daftar peserta didik per-periode per-bagian			✓	TS		
						15/30 X 100% = 50%			

2. Hasil Data Elemen Penilaian IPKP 2

Elemen Penilaian IPKP 2	Telusur	Skor					
		0	TT	5	TS	10	TL
1 Ada regulasi R tentang pengelolaan dan pengawasan pelaksanaan Pendidikan klinis yang telah disepakati Bersama meliputi 1) sampai dengan 3) dimaksud tujuan	Regulasi tentang semua jenis Pendidikan klinis yang ada di RS, yang mengatur tentang pengelolaan dan pengawasan proses Pendidikan yang dibuat secara kolaboratif			✓	TS		
2 Ada daftar lengkap memuat nama semua peserta Pendidikan klinis yang saat ini ada di rumah sakit.	Bukti tentang daftar lengkap peserta Pendidikan klinis terkini dari setiap institusi Pendidikan.					✓	TL
3 Untuk setiap peserta Pendidikan klinis terdapat dokumentasi yang berisi paling sedikit meliputi a) sampai dengan e) di maksud dan tujuan.	Bukti tentang : 1) Dokumentasi Pendidikan PPDS dan PPDSS meliputi a) sampai e) 2) Dokumentasi selain Pendidikan PPDS dan PPDSS cukup dokumentasi a) dan e) saja	✓	TT				
		15/30 X 100% = 50%					

3. Hasil Data Elemen Penilaian IPKP 3

Elemen Penilaian IPKP 3	Telusur	Skor					
		0	TT	5	TS	10	TL
1	Ada perhitungan rasio peserta Pendidikan dengan staf yang memberikan Pendidikan klinis untuk seluruh peserta dari setiap program Pendidikan profesi yang disepakati oleh rumah sakit dan institusi Pendidikan sesuai dengan peraturan perundang undangan.	D	Bukti tentang perhitungan ratio pesera Pendidikan klinis dengan staf yang memberikan Pendidikan klinis - Koas : 1:5 - PPDS : 1:3 - Perawat : 1:7	✓	TS		
2	Ada dokumentasi perhitungan peserta didik yang diterima di rumah sakit per periode untuk proses Pendidikan disesuaikan dengan jumlah pasien untuk menjamin mutu dan keselamatan pasien	D	Bukti tentang : 1) Daftar jumlah peserta didik per periode, berdasarkan perhitungan jumlah pasien RS/pencapaian kompetensi peserta didik. 2) Perjanjian Kerjasama dengan RS lain, bila jumlah pasien RS tidak memadai.	✓	TS		
		W	- Komordik/Timkordik - Kep Departemen - Peserta didik				
				10/20 X 100% = 50%			

4. Hasil Data Elemen Penilaian IPKP 4

Elemen Penilaian IPKP 4	Telusur	Skor						
		0	TT	5	TS	10	TL	
1	Ada penetapan staf klinis yang memberikan Pendidikan klinis dan penetapan penugasan klinis serta rincian kewenangan klinis dari rumah sakit.	D	Regulasi tentang : 1) SK pendidik klinis/dosen klinis/ instruksi klinis 2) SPK/RKK staf klinis dari RS 3) SK penugasan dari institusi Pendidikan untuk dosen yang ditugaskan di RS				✓	TL
2	Ada daftar staf klinis yang memberikan Pendidikan klinis secara lengkap (akademik dan profesi) sesuai dengan jenis Pendidikan yang dilaksanakan di RS.	D W	Bukti tentang daftar staf klinis yang memberikan Pendidikan klinis lengkap dengan status kepegawaiannya. - Komkordik/Timkordik - Kepala SDM - Staf Klinis				✓	TL
3	Ada uraian tugas, tanggung jawab, dan juga wewenang untuk setiap staf yang memberikan Pendidikan klinis.	D W	Bukti tentang uraian tugas dan wewenang seluruh staf Pendidik klinis lengkap dari seluruh institusi Pendidikan yang bekerja sama - Komkordik/Timkordik - Staf Klinis				✓	TL
4	Ada bukti staf klinis yang memberikan Pendidikan klinis telah mengikuti Pendidikan keprofesian berkelanjutan.	D	Bukti sertifikat pelatihan/ Pendidikan berkelanjutan staf klinis yang memberikan Pendidikan klinis			✓	TS	
						35/40 X 100 = 87,5%		

5. Hasil Data Elemen Penilaian IPKP 5

Elemen Penilaian IPKP 5	Telusur	Skor			
		0	TT	5	TS
1	Ada tingkat supervise yang diperlukan oleh setiap peserta Pendidikan klinis dirumah sakit untuk tiap jenjang Pendidikan.	R	Regulasi tentang tingkat supervise untuk semua tingkat dan jenis peserta pendidik klinis, termasuk penetapan frekuensi supervisi untuk setiap pendidik klinis	✓	TS
2	Setiap peserta Pendidikan klinis mengetahui tingkat, frekuensi, dan dokumentasi untuk supervisinya.	D	Bukti informasi untuk peserta Pendidikan klinis tentang tingkat, frekuensi secara supervise	✓	TS
		O	Tanda pengenal untuk tingkat supervise setiap peseta Pendidikan klinis.		
		W	Peserta didik Klinis		
3	Ada format spesifik untuk mendokumentasikan supervisi yang sesuai dengan kebijakan rumah sakit, sasaran program, serta mutu dan keselamatan asuhan pasien.	D	Bukti adanya buku log terisi lengkap untuk setiap peserta didik dengan format yang disesuaikan dengan kebutuhan supervise seriap jenis Pendidikan.	✓	TT
4	Ada batasan kewenangan peserta Pendidikan yang mempunyai akses dalam mengisi rekam medis.	D	Bukti pelaksanaan verifikasi seluruh rekam medis yang diisi PPDS oleh DPJP dengan buku ttd DPJP.	✓	TS
				15/40 X 100% = 37,5%	

6. Hasil Data Elemen Penilaian IPKP 6

Elemen Penilaian IPKP 6	Telusur	Skor						
		0	TT	5	TS	10	TL	
1	Ada program orientasi peserta Pendidikan staf klinis dengan materi orientasi yang meliputi a) sampai dengan d) mengenai maksud dan tujuan	R	Regulasi tentang :				✓	TL
			1) Program rumah sakit tentang mutu dan keselamatan pasien					
			2) Program pengendalian infeksi					
			3) Program keselamatan penggunaan obat					
			4) Sasaran keselamatan pasien					
2	Ada bukti pelaksanaan dan sertifikat program orientasi peserta Pendidikan klinis.	D	Bukti pelaksanaan orientasi dan dokumen pelaksanaan (TOR, materi, narasumber daftar hadir peserta)				✓	TL
		W	Peserta didik					
3	Ada bukti pelaksanaan dan dokumentasi peserta didik yang diikuti sertakan dalam semua program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.	D	Bukti diikutsertakannya peserta didik dalam program mutu dan keselamatan pasien				✓	TL
		W	Peserta didik					
		30/30 X 100% = 100%						

Elemen Penilaian Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

1. Hasil Data Elemen Penilaian SKP 1

Elemen Penilaian SKP 1	Telusur	Skor					
		0	TT	5	TS	10	TL
1 Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien.	R Regulasi tentang pelaksanaan identifikasi pasien.					✓	TL
2 Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit.	D Bukti pelaksanaan tentang identitas pasien pada semua berkas RM, identitas pasien tercetak dengan minimal menggunakan tiga identitas: 1) Nama Pasien sesuai eKTP 2) Tanggal lahir 3) Nomor RM O Lihat pelaksanaan identitas pasien pada label obat, RM, resep, makanan, spesimen, permintaan dan hasil laboratorium/radiologi. W - Staf unit pelayanan - Staf Klinis - Pasien/keluarga					✓	TL
3 Identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan Tindakan, prosedur diagnostic dan teraupetik.	O Lihat pelaksanaan identifikasi sebelum Tindakan, prosedur diagnostic dan teraupetik. Identifikasi minimal menggunakan dua identitas dari tiga identitas pasien, identifikasi dilakukan secara verbal atau visual. W - Staf Klinis - Pasien/keluarga S Peragaan pelaksanaan identifikasi pasien					✓	TL
4 Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, pengambilan specimen, dan pemberian diet.	O Lihat pelaksanaan identifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet. W - Staf Klinis - Pasien/keluarga			✓	TS		

		S	Peragaan pelaksanaan identifikasi pasien			
5	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian radioterapi, cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostic, dan identifikasi terhadap pasien koma.	O	Lihat pelaksanaan identifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostic, dan pasien koma.	W	- Staf Klinis - Pasien/keluarga	✓ TS
		S	Peragaan pelaksanaan identifikasi pasien			
						40/50 X 100% = 80%

2. Hasil Data Elemen Penilaian SKP 2.1

Elemen Penilaian SKP 2.1	Telusur	Skor					
		0	TT	5	TS	10	TL
1 Rumah sakit menetapkan besaran nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostic dan hasil diagnostic kritis.	R Regulasi tentang penetapan besaran nilai kritis dan hasil diagnosis kritis.					✓	TL
2 Rumah sakit menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostic dan dicatat di rekam medis.	D Bukti penetapan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostic. - DPJP W - Staf Klinis S Peragaan proses melaporkan nilai kritis					✓	TS
						15/20 X 100% = 75%	

3. Hasil Data Elemen Penilaian SKP 2.2

Elemen Penilaian SKP 2.2	Telusur	Skor					
		0	TT	5	TS	10	TL
1 Ada bukti catatan hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara professional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien (hand over).	D Bukti pelaksanaan serah terima. - PPA W - Staf Klinis			✓	TS		
2 Formulir, alat dan metode ditetapkan untuk mendukung proses serah terima pasien (hand over) bila mungkin melibatkan pasien.	D Bukti form serah terima, memuat alat, metode serah terima pasien (open/hand over), bila mungkin melibatkan pasien. W - Dokter - Staf Keperawatan			✓	TS		
3 Ada bukti dilakukan evaluasi tentang catatan terjadi waktu serah terima (hand over) untuk memperbaiki proses	D Bukti tentang evaluasi catatan komunikasi yang terjadi saat operan untuk memperbaiki proses. W - Dokter - Staf keperawatan - PPA			✓	TS		
						15/30 X 100% = 50%	

4. Hasil Data Elemen Penilaian SKP 3

Elemen Penilaian SKP 3	Telusur	Skor					
		0	TT	5	TS	10	TL
1 Ada regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai.	R Regulasi tentang obat yang perlu diwaspadai.					✓	TL
2 Rumah sakit mengimplementasi kan regulasi yang telah dibuat.	D Bukti pelaksanaan tentang obat yang perlu diwaspadai. W - Apoteker/TTK - Staf Klinis					✓	TL
3 Dirumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai, yang disusun berdasar data spesifik sesuai kebijakan	D Bukti tentang daftar obat yang perlu diwaspadai. O Lihat pelaksanaan daftar obat di unit terkait. W - PPA					✓	TL

	dan prosedur.		- Staf unit pelayanan (Apoteker/TTK/Asisten Apoteker) - Staf Klinis				
4	Tempat penyimpanan, pelabelan, penyimpanan obat yang perlu diwaspadai, termasuk obat "look-alike/sound alike" semua diatur di tempat aman.	D O W	Bukti tentang daftar obat yang perlu diwaspadai ditempat penyimpanan obat. Lihat pelaksanaan tempat penyimpanan obat yang perlu diwaspadai. - PPA - Staf unit pelayanan (Apoteker/TTK/Asisten Apoteker)	✓	TL		
							40/40 X 100% = 100%

5. Hasil Data Elemen Penilaian SKP 3.1

Elemen Penilaian SKP 3.1	Telusur	Skor					
		0	TT	5	TS	10	TL
1 Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mencegah kurang perhatian dalam mengelola elektrolit konsentrat.	R Regulasi tentang pengelolaan elektrolit konsentrat.					✓	TL
2 Elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja/instalasi farmasi/depo farmasi.	D Bukti tentang daftar elektrolit konsentrat di semua tempat penyimpanan yang diperbolehkan. O Lihat pelaksanaan tempat penyimpanan W - PPA - Staf unit pelayanan				✓	TS	
							15/20 X 100% = 75%

2. Hasil Data Elemen Penilaian SKP 4

Elemen Penilaian SKP 4	Telusur	Skor					
		0	TT	5	TS	10	TL
1 Ada regulasi untuk melakukan melaksanakan penandaan lokasi operasi atau Tindakan invasive (site marking).	R Regulasi tentang pelaksanaan penanadaan lokasi operasi atau Tindakan.					✓	TL
2 Ada bukti rumah sakit menggunakan satu tanda ditempatkan sayatan operasi pertama atau Tindakan invasive yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit.	D Bukti pelaksanaan tentang penandaan. O Lihat form dan bukti penandaan			✓	TS		
3 Ada bukti bahwa penandaan lokasi operasi atau Tindakan invasif (site marking) dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau Tindakan invasif dengan melibatkan pasien.	D Bukti pelaksanaan penandaan melibatkan pasien. O Lihat pelaksanaan penandaan site marking. W - DPJP - Pasien/Keluarga			✓	TS		
		20/30 X 100% = 66,7%					

3. Hasil Data Elemen Penilaian SKP 4.1

Elemen Penilaian SKP 4.1	Telusur	Skor					
		0	TT	5	TS	10	TL
1 Ada regulasi untuk prosedur bedah aman dengan menggunakan "surgical safety checklist" (surgical safety checklist dari WHO patient safety 2009)	R Regulasi tentang prosedur <i>Time-Out</i> .			✓	TS		

2	Sebelum operasi atau Tindakan invasive dilakukan, rumah sakit menyediakan “checklist” atau proses lain untuk mencatat, apakah informed consent sudah benar dan lengkap, apakah tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien sudah teridentifikasi, apakah semua dokumen dan peralatan yang dibutuhkan sudah siap tersedia dengan lengkap dan berfungsi dengan baik.	D O	Bukti pelaksanaan tentang form check list atau proses lain untuk mencatat. Lihat form checklist atau proses lain untuk mencatat.	✓	TS
3	Rumah sakit menggunakan komponen time out terdiri dari identifikasi tepat pasien, tepat prosedur dan tepat lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan.	D O W S	Bukti tentang hasil pelaksanaan Time Out. Lihat pelaksanaan Time Out - DPJP - Staf klinis Peragaan proses Time Out	✓	TS
4	Rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien, jika operasi dilakukan, termasuk prosedur Tindakan medis dan gigi, diluar kamar operasi.	D O W	Bukti pelaksanaan Time Out di luar kamar operasi. Lihat form terkait tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien. DPJP	✓	TS
20/40 X 100% = 50%					

4. Hasil Data Elemen Penilaian SKP 5

Elemen Penilaian SKP 5	Telusur	Skor					
		0	TT	5	TS	10	TL
1 Ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan (hand hygiene) yang mengacu pada standar WHO terkini.	R Regulasi tentang kebersihan tangan (hand hygiene) sesuai PPI.					✓	TL
2 Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan (hand hygiene) di seluruh rumah sakit sesuai regulasi.	D Bukti pelaksanaan program kebersihan tangan (hand hygiene) di seluruh rumah sakit, sesuai dengan PPI. W Staf RS					✓	TL
3 Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur.	O Lihat pelaksanaan program kebersihan tangan (hand hygiene) di seluruh rumah sakit, sesuai dengan PPI. W Staf SDM S Peragaan Cuci Tangan					✓	TL
4 Ada bukti staf melaksanakan lima saat cuci tangan.	W Staf SDM O Lihat Pelaksanaan fasilitas untuk cuci tangan (1 tempat tidur satu handrub), lihat kepatuhan staf. S Peragaan cuci tangan.			✓	TS		
5 Prosedur disinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi.	W Staf SDM O Lihat pelaksanaan fasilitas untuk disinfeksi dan pelaksanaan disinfeksi. S Peragaan disinfeksi, sesuai dengan PPI.					✓	TL
6 Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan Kesehatan.	D Bukti pelaksanaan tentang evaluasi upaya menurunkan infeksi sesuai dengan PPI W - Komite/Timp PMKP - Komite/Tim PPI					✓	TL
		55/60 X 100% = 91,7%					

5. Hasil Data Elemen Penilaian SKP 6

Elemen Penilaian SKP 6	Telusur	Skor					
		0	TT	5	TS	10	TL
1 Ada regulasi yang mengatur tentang mencegah pasien cedera karena jatuh.	R Regulasi tentang mencegah pasien cedera karena jatuh.					✓	TL
2 Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat	D Bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan asesmen risiko jatuh. Lihat pelaksanaan hasil asesmen risiko jatuh di rawat inap dan				✓	TS	

	jalan dengan kondisi, diagnosis, lokasi terindikasi beresiko tinggi jatuh sesuai kebijakan dan prosedur.	O W	rawat jalan. - PPJA - Staf Klinis	
3	Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen ulang dari pasien pasien rawat inap yang berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh.	D O W	Bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan asesmen risiko jatuh. Lihat pelaksanaan asesmen awal dan ulang/lanjutan dari pasien rawat inap. - PPJA - Staf Klinis	✓ TS
4	Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh.	D O W	Bukti pelaksanaan tentang Langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh. Lihat pelaksanaan Langkah-langkah mengurangi risiko jatuh. - PPJA - Staf Klinis - Pasien/keluarga	✓ TS
				25/40 X 100% = 62,5%



Lampiran 5. Sertifikat *Ethical Clearance*

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No.084 / EC / FK / 2021

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Pencipta utama : Amalia Nurhidayah
Principal Investigator

Nama Institusi : Universitas Muhammadiyah Semarang
Name of the Institution

Dengan judul:
Title
"Keselamatan Pasien RSGMP Unimus Berdasarkan Sistem Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 1.1 Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)"
"Patient Safety in RSGMP Unimus Based on Sistem Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 1.1 Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Bebas dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Exploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards: 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefit, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 16 Agustus 2021 sampai dengan tanggal 15 Agustus 2022.

This declaration of ethics applies during the period August 16, 2021 until August 15, 2022.

August 16, 2021
Profesional Chairperson,


dr. Muhamad Sudiat, Sp. OG(K), MM



Lampiran 6. Uji Plagiarisme

Amalian Nurhidayah			
ORIGINALITY REPORT			
15%	14%	3%	4%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
1	qdoc.tips Internet Source		2%
2	repository.unhas.ac.id Internet Source		1%
3	pt.scribd.com Internet Source		1%
4	Submitted to Universitas 17 Agustus 1945 Surabaya Student Paper		1%
5	repository.unimus.ac.id Internet Source		1%
6	rsgmunimus.com Internet Source		1%
7	www.coursehero.com Internet Source		1%
8	fkg.unimus.ac.id Internet Source		1%
9	www.scribd.com Internet Source		1%

Lampiran 7. Izin Pelaksanaan FGD



BIDANG PENELITIAN
RUMAH SAKIT GIGI DAN MULUT (RSGM)
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SEMARANG
 Jl. Kedungmundu Raya No. 22 Semarang, Telp.024-76418007, email: rsgm@unimus.ac.id

Nomor : 080/RSGM.DIKLAT/UND/2021 Semarang, 13 Oktober 2021
 Lampiran : -
 Perihal : **Undangan**

Kepada Yth,
 1. **Direktur**
 2. **Wakil Direktur**
 3. **Kepala Bidang Pendidikan**
 4. **Komite Medik**
 5. **Unit K3RS**
 Di Tempat

Assalamualaikum Wr. Wb.

Bakda salam, segala puji hanya untuk Allah SWT, sholawat serta salam semoga senantiasa terlimpahkan bagi Rasulullah Muhammad SAW

Sehubungan dengan penelitian mahasiswa atas nama :

Nama : Amalia Nurhidayah
 NIM : J2A016025
 Program Studi : S1- Kedokteran Gigi
 Fakultas : Kedokteran Gigi
 Universitas : Universitas Muhammadiyah Semarang
 Judul Penelitian : "Keselamatan Pasien RSGMP Unimus Berdasarkan Sistem Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 1.1 Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)."

Kami mohon dengan hormat Bapak/Ibu berkenan hadir dalam "*Focus Group Discussion (FGD)*" yang akan dilaksanakan pada :

Hari/tanggal : Jum'at, 15 Oktober 2021
 Waktu : 09.00 WIB – selesai
 Media : **Zoom Meeting (ID : 918 842 5853, Password : rsgm2021)**

Demikian, undangan ini kami sampaikan. Mohon kiranya Bapak/Ibu berkenan memenuhi undangan kami. Atas perhatiannya kami sampaikan terimakasih.

Wasallamuallaikum Wr. Wb.

Semarang, 13 Oktober 2021
 Ka. Bidang Penelitian,


RSGM
 drg. Vilianti Eka Fitri Rahatina
 NIK. K. 1026. 406

Tembusan :

Lampiran 8. Dokumentasi

