



# TATA KELOLA RUMAH SAKIT (TKRS)

# GAMBARAN UMUMM

**Memberikan pelayanan  
prima kepada pasien  
menuntut kepemimpinan  
yang efektif.**

# KEPEMIMPINAN RS

**Governing board/  
representasi pemilik**

**Direktur/Direksi RS**

**Kepala Bidang/Divisi**

**Kepala  
Departemen/Unit/Instalasi**

- *Manajemen SDM*
- *Manajemen mutu*
- *Manajemen Kontrak*

- *Pedoman pengorganisasian*
- *Pedoman Pelayanan*
- *Program mutu Imut → Program kerja*

# KEPEMIMPINAN RS



**DIREKTUR RS**

**PARA PIMPINAN RS**

**Ka Unit Pelayanan &  
Ka unit kerja**

- *Secara kolaboratif mengoperasionalkan RS utk mencapai visi dan misionis yang ditetapkan*
- *Memilik tanggung jawab dalam pengelolaan manajemen PMKP, manajemen kontrak serta manajemen sumber daya*

# *FOKUS AREA*

1.

**PEMILIK :**  
**TKRS 1,1.1,1.2,1.3 .)**

2.

**DIREKSI :**  
**(TKRS 2).**

3.

**KEPALA BIDANG /DIVISI:**  
**(TKRS 3 ,3.1,3.2,)**

4.

**MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA :  
(TKRS 3.3 )**

5.

**MANAJEMEN PMKP:  
(TKRS 4,4.1,5 )**

6.

**MANAJEMEN KONTRAK**

7.

**MANAJEMEN SUMBER DAYA  
(TKRS 7,7.1)**

8.

**ORGANISASI DAN TANGGUNG JAWAB  
STAF KLINIS :  
(TKRS 8 )**

9.

**UNIT PELAYANAN :  
,(TKRS 9,10,11,11.1.11.2)**

10

**MANAJEMEN ETIS :  
(TKRS 12,12.1,12.2 ),**

11

**BUDAYA KESELAMATAN:  
(TKRS 13,13.1 )**

***PEMILIK RUMAH SAKIT***



## ***Standar TKRS 1***

***Organisasi serta wewenang pemilik dan representasi pemilik dijelaskan didalam regulasi yang ditetapkan oleh pemilik RS.***

# Pemilik

## Pemilik :

- Pemerintah → pusat, daerah, TNI-POLRI
- Swasta → PT, Yayasan

**PERAN DAN TANGGUNG  
JAWABNYA HARUS DIATUR**

## Representasi pemilik :

- Dewan pengawas/
- Direktur PT/
- Pengurus Yayasan

## ***Maksud dan Tujuan TKRS 1, TKRS 1.1 dan TKRS 1.2***

**Tanggung jawab dan akuntabilitas pemilik dan representasi dari pemilik diuraikan dalam regulasi yang ditetapkan pemilik Rumah Sakit. Regulasi meliputi pengorganisasian, wewenang, tanggung jawab serta penilaian kinerja representasi pemilik oleh pemilik.**

**Regulasi dari pemilik dan representasi pemilik tersebut dapat berbentuk peraturan internal Rumah Sakit atau corporat bylaws atau dokumen lainnya yang serupa.**

**Struktur organisasi pemilik dan representasi pemilik terpisah dengan struktur organisasi Rumah Sakit sesuai dengan bentuk badan hukum pemilik dan peraturan perundangan.**

## ***Maksud dan Tujuan TKRS 1, TKRS 1.1 dan TKRS 1.2***

**Pemilik Rumah Sakit tidak diperbolehkan menjadi Direktur Rumah Sakit, tapi posisinya berada diatas representasi pemilik, mereka mengembangkan sebuah proses untuk melakukan komunikasi dan kerja- sama dengan Direktur Rumah Sakit dalam rangka mencapai misi dan perencanaan Rumah Sakit.**

**Representasi pemilik, sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan Rumah Sakit memiliki wewenang dan tanggung jawab untuk memberi persetujuan, dan pengawasan agar Rumah Sakit mempunyai kepemimpinan yang jelas, dijalankan secara efisien, dan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman.**

# **Maksud dan Tujuan TKRS 1, TKRS 1.1 dan TKRS 1.2**

**Disamping itu Rumah Sakit harus memiliki struktur organisasi yang ditetapkan sesuai peraturan perundang-undangan.**

**Ada penetapan siapa yang bertanggung jawab dan berwenang untuk :**

- 1. menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis Rumah Sakit;**
- 2. menunjuk atau menetapkan direksi Rumah Sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku**
- 3. menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang dan melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala, minimal setahun sekali.**
- 4. menetapkan struktur organisasi Rumah Sakit**
- 5. menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumber daya manusia Rumah Sakit.**
- 6. tanggung jawab dan kewenangan memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit**

# Maksud dan Tujuan TKRS 1, TKRS 1.1 dan TKRS 1.2

7. tanggung jawab dan kewenangan menetapkan visi dan misi Rumah Sakit dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi Rumah Sakit serta mereview secara berkala misi Rumah Sakit
8. tanggung jawab dan kewenangan menilai dan menyetujui rencana anggaran;
9. tanggung jawab dan kewenangan menyetujui rencana strategi Rumah Sakit
10. tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis;
11. tanggung jawab dan kewenangan menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut.;
12. tanggung jawab dan kewenangan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindaklanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima.
13. tanggung jawab dan kewenangan mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
14. tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan Rumah Sakit;
15. tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit dilaksanakan Rumah Sakit;
16. tanggung jawab dan kewenangan mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;

# Maksud dan Tujuan TKRS 1, TKRS 1.1 dan TKRS 1.2

- Pengaturan tanggung jawab dan kewenangan antara pemilik dan representasi pemilik yang meliputi point 1) sampai dengan 16), diatur didalam peraturan internal atau corporat bylaws atau dokumen lainnya sesuai peraturan perundangan.
- Bila tanggung jawab dan wewenang pemilik maupun representasi pemilik ada yang didelegasikan maka diatur didalam regulasi yang dikeluarkan pemilik RS. Sebagai contoh: persetujuan anggaran modal dan operasional Rumah Sakit yang semula ada di pemilik rumah didelegasikan kepada representasi pemilik atau didelegasikan kepada Tim anggaran sesuai dengan peraturan perundangan.
- Tugas dan wewenang yang diatur di maksud dan tujuan ini merupakan minimal yang harus diatur, Rumah Sakit dapat menambah regulasi tersebut sesuai dengan yang diperlukan Rumah Sakit.

## *Maksud dan Tujuan TKRS 1, TKRS 1.1 dan TKRS 1.2*

**Berdasarkan hal tersebut diatas, maka pemilik perlu mempunyai regulasi yang dapat berbentuk corporat bylaws/peraturan internal Rumah Sakit atau dokumen lainnya yang serupa yang mengatur:**

- a) Struktur organisasi pemilik dan representasi pemilik sesuai dengan bentuk badan hukum pemilik**
- b) Tanggung jawab dan wewenang pemilik dan representasi pemilik yang meliputi point 1) sampai dengan 16) yang ada di atas,**

## *Maksud dan Tujuan TKRS 1, TKRS 1.1 dan TKRS 1.2*

- c) Pendelegasian kewenangan dari pemilik kepada representasi pemilik atau Direktur RS atau individu lainnya sesuai peraturan perundangan***
- d) Pengangkatan/penetapan & Penilaian kinerja representasi pemilik***
- e) Pengangkatan penetapan dan Penilaian kinerja Direktur RS***
- f) Penetapan Kualifikasi, persyaratan Direktur RS sesuai dengan peraturan perundangan***
- g) Struktur Organisasi RS***

# Maksud dan Tujuan TKRS 1, TKRS 1.1 dan TKRS 1.2

- Struktur Organisasi Rumah Sakit yang disebut pada point g) sesuai dengan peraturan perundangan paling sedikit meliputi :
  - kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit;
  - unsur pelayanan medis;
  - unsur keperawatan;
  - unsur penunjang medis;
  - unsur administrasi umum dan keuangan;
  - komite medis; dan
  - satuan pemeriksaan internal.
- Unsur organisasi Rumah Sakit sebagaimana tersebut dapat digabungkan sesuai kebutuhan, beban kerja, dan/atau klasifikasi Rumah Sakit. Selain itu perlu juga ditetapkan lingkup pelayanan atau unit kerja yang masuk dalam unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, unsur administrasi umum dan keuangan.

Elemen penilaian TKRS 1		Telusur	Skor	
<p>1. Pemilik menetapkan regulasi yang mengatur a) sampai dengan g) yang ada di dalam maksud dan tujuan, yang dapat berbentuk corporate by-laws, peraturan internal atau dokumen lainnya yang serupa. (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang pengaturan kewenangan antara pemilik, representasi pemilik yang tercantum dalam corporate bylaws/ peraturan internal RS/ dokumen lain serupa</p>	10	TL
			5	TS
			0	TT

Elemen penilaian TKRS 1		Telusur	Skor	
<p>1. Pemilik menetapkan regulasi yang mengatur a) sampai dengan g) yang ada di dalam maksud dan tujuan, yang dapat berbentuk corporate by-laws, peraturan internal atau dokumen lainnya yang serupa. (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang pengaturan kewenangan antara pemilik, representasi pemilik yang tercantum dalam corporate bylaws/ peraturan internal RS/ dokumen lain serupa</p>	10	TL
			5	TS
			0	TT

<b>Elemen penilaian TKRS 1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p>3. Ada penetapan <b>struktur organisasi RS</b> sesuai peraturan perundang-undangan (R)</p>	R	<p>Struktur organisasi RS yang ditetapkan oleh pemilik atau representasi pemilik</p>	10 - 0	TL - TT
<p>4. Ada penetapan <b>Direktur RS</b> sesuai peraturan perundang-undangan. (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang penetapan/pengangkatan Direktur RS yang ditetapkan oleh pemilik atau representasi pemilik</p>	10 - 0	TL - TT



## ***Standar TKRS 1.1***

***Tanggung jawab dan akuntabilitas pemilik dan representasi pemilik telah dilaksanakan sesuai regulasi yang ditetapkan dan sesuai peraturan perundang-undangan.***

Elemen penilaian TKRS 1.1		Telusur	Skor	
<p><b>1. Ada persetujuan dan ketersediaan anggaran/budget investasi/modal dan operasional serta sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit sesuai dengan misi dan rencana strategis Rumah Sakit (lihat juga TKRS 1.2 EP 2, PPI 4 EP 1). (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p>	<p><b>1)Bukti tersedianya anggaran/investasi dan operasional dalam RKA/RBA/DPA/DIPA dan dokumen lain serupa</b></p> <p><b>2)Bukti tentang persetujuan RKA/RBA/DIPA/DPA oleh pemilik atau representasi pemilik</b></p>	<p><b>10</b></p>	<p><b>TL</b></p>
	<p><b>W</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Pemilik atau representasi pemilik</b></li> <li><b>• Direktur RS</b></li> <li><b>• Direktur/Bagian Keuangan RS</b></li> </ul>	<p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>

<b>Elemen penilaian TKRS 1.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>2. Ada dokumen hasil penilaian kinerja dari representasi pemilik, sekurang-2 ya setahun sekali. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>Bukti tentang hasil penilaian kinerja representasi pemilik</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<b>Pemilik dan representasi pemilik</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>3. Ada dokumen hasil penilaian kinerja dari direktur RS sekurang-2nya setahun sekali. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>Bukti tentang hasil penilaian kinerja Direktur RS</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<b>Representasi pemilik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Direktur</b></li> </ul>	<b>-</b>	<b>-</b>



## ***Standar TKRS 1.2***

***RS memiliki misi, rencana strategis , rencana kerja, program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pengawasan mutu pendidikan serta laporan akuntabilitas representasi pemilik.***

<b>Elemen penilaian TKRS 1.2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>1. Ada bukti persetujuan, review berkala dan publikasi/ sosialisasi ke masyarakat tentang misi dan nilai-nilai Rumah Sakit sesuai dengan regulasi. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>Bukti tentang Misi RS, persetujuan misi, review misi secara berkala, publikasi/sosialisasi misi RS dan nilai nilai Rumah Sakit oleh pemilik/representasi pemilik</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Pemilik /representasi pemilik</b></li> <li><b>• Direktur RS</b></li> </ul>	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>



Elemen penilaian TKRS 1.2		Telusur	Skor	
<p><b>3. Ada persetujuan atas strategi dan program pendidikan dan penelitian staf klinis dan pengawasan mutu program pendidikan tersebut. <i>Elemen penilaian ini hanya untuk Rumah Sakit yang mempunyai peserta didik klinis. (D,W)</i></b></p>	D	<p>Hanya untuk RS yang mempunyai peserta didik klinis: Bukti tentang rencana strategi dan program pendidikan dan penelitian staf klinis serta pengawasan mutu program pendidikan, yang sudah disetujui.</p>	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pemilik/representasi pemilik</li> <li>● Direktur RS</li> <li>● Bidang Diklat/Diklit RS</li> <li>● Komite koordinator pendidikan (Komkordik)</li> </ul>	5	TS
			0	TT



## ***Standar TKRS 1.3***

***Pemilik dan atau representasi pemilik memberi persetujuan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit, menerima laporan pelaksanaan program secara berkala dan memberi respon terhadap laporan yang disampaikan***

## Maksud dan Tujuan TKRS 1.3

Pemilik atau representasi pemilik mempunyai tanggung jawab dalam pengawasan kendali mutu dan kendali biaya. Dalam rangka pelaksanaan kendali mutu dan biaya rumah sakit maka rumah sakit membuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP). Pemilik dan atau representasi pemilik mempunyai kewajiban untuk mengkaji program PMKP yang diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit dan menyetujui bila sudah sesuai dengan misi rumah sakit dan melakukan pengawasan implementasi program PMKP secara berkesinambungan serta berkelanjutan. Investasi mutu ini membutuhkan perencanaan sumber daya dan perlu dievaluasi serta dimonitor melalui sistem yang ditetapkan.

## Maksud dan Tujuan TKRS 1.3

Pemilik atau representasi pemilik memberi persetujuan dan menerima laporan pelaksanaan program mutu sebagai berikut:

- a) Laporan capaian indikator mutu dan analisisnya setiap 3 bulan
- b) Laporan kejadian tidak diharapkan (KTD) setiap 6 bulan
- c) Laporan kejadian sentinel setiap ada kejadian, dan laporan ulang setelah kejadian sentinel. Selesai dilakukan analisis dengan menggunakan metode root cause analysis (RCA)

Pemilik atau representasi pemilik wajib memberikan respons terhadap laporan tersebut, khususnya bila terjadi insiden keselamatan pasien dan capaian pemenuhan indikator yang masih rendah, termasuk juga untuk perbaikan/memenuhi standar diperlukan dana/anggaran tambahan maka representasi pemilik diharapkan dapat memperhatikan usulan tersebut dan membantu mengupayakan dana/anggaran tambahan tersebut.

<b>Elemen penilaian TKRS 1.3</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>1. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit telah disetujui oleh pemilik atau representasi pemilik. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>Bukti tentang program PMKP yang telah disetujui pemilik atau representasi pemilik</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Komite PMKP</b></li> <li><b>• Kepala bidang/divisi</b></li> <li><b>• Kepala unit</b></li> </ul>		

<b>Elemen penilaian TKRS 1.3</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>2. Pemilik atau representasi pemilik telah menerima laporan program PMKP tepat waktu, sesuai dengan a) sampai dengan c) yang ada di maksud dan tujuan (lihat juga, TKRS 4.1, PMKP 5 EP 5). (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p>1) Bukti laporan PMKP yang meliputi a) sampai dengan c);</p> <p>2) bukti laporan PMKP sudah diterima;</p> <p>3) bukti laporan tepat waktu</p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemilik atau representasi pemilik</li> <li>• Direktur RS</li> <li>• Komite PMKP</li> </ul>	<b>0</b>	<b>TT</b>

Elemen penilaian TKRS 1.3		Telusur	Skor	
<b>3. Representasi pemilik menindak lanjuti laporan dari RS. (D,W)</b>	<b>D</b>	Bukti tentang tindak lanjut dari laporan PMKP antara lain berupa disposisi, melakukan rapat pembahasan rencana perbaikan, penambahan anggaran, tenaga atau fasilitas.	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	Pemilik atau representasi pemilik <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktur RS</li> <li>• Kepala bidang/divisi</li> <li>• Komite PMKP</li> </ul>	<b>-</b>	<b>-</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

***DIREKTUR/DIREKSI RUMAH SAKIT***



## ***Standar TKRS 2***

***Direktur Rumah Sakit sebagai pimpinan tertinggi di Rumah Sakit bertanggung jawab untuk menjalankan Rumah Sakit dan mematuhi peraturan dan perundang-undangan.***



# Maksud dan Tujuan TKRS 2

Pimpinan tertinggi organisasi Rumah Sakit adalah kepala atau Direktur Rumah Sakit dengan nama jabatan kepala, direktur utama atau direktur, dalam standar akreditasi ini disebut Direktur Rumah Sakit.-Dalam menjalankan operasional Rumah Sakit, direktur dapat dibantu oleh wakil direktur atau direktur (bila pimpinan tertinggi disebut direktur utama) sesuai kebutuhan, kelompok ini disebut direksi

Kepemimpinan yang efektif sebuah Rumah Sakit sangat penting agar Rumah Sakit dapat beroperasi secara efisien dan memenuhi visi dan misinya.

Kepemimpinan Rumah Sakit bisa dilaksanakan secara bersama-sama (direksi) atau individual (direktur).

Pendidikan dan pengalaman individu-individu tersebut memenuhi persyaratan untuk melaksanakan tugas yang termuat dalam uraian tugas serta sesuai dengan peraturan dan perundangan. Persyaratan untuk direktur Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundangan adalah tenaga medis ahli perumahsakitian .

# Maksud dan Tujuan TKRS 2

Direktur/Direksi bertanggung jawab untuk menjalankan misi Rumah Sakit yang sudah ditetapkan oleh pemilik atau representasi pemilik dan menyusun regulasi pelayanan dan manajemen untuk menjalankan Rumah Sakit.

Direktur/Direksi Rumah Sakit mempunyai uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang antara lain meliputi:

- a) mengetahui dan memahami semua peraturan perundangan terkait dengan Rumah Sakit;
- b) menjalankan operasional Rumah Sakit dengan berpedoman pada peraturan perundangan;
- c) menjamin kepatuhan Rumah Sakit terhadap peraturan perundangan;
- d) menetapkan regulasi Rumah Sakit, termasuk regulasi tentang pengaturan regulasi dan dokumen rumah sakit
- e) menjamin kepatuhan staf Rumah Sakit dalam implementasi semua regulasi RS yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
- f) menindaklanjuti terhadap semua laporan dari hasil pemeriksaan dari badan audit eksternal;
- g) menetapkan proses untuk mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai peraturan perundangan.

## ***Maksud dan Tujuan TKRS 2***

**Direktur dalam menyusun regulasi rumah sakit harus menetapkan tata naskah rumah sakit. Pengaturan regulasi ini meliputi aspek-aspek sebagai berikut:**

- 1. Pendokumentasin regulasi dengan dicetak dan atau digital**
- 2. Peninjauan dan persetujuan semua regulasi oleh pihak yang berwenang sebelum diterbitkan**
- 3. Proses peninjauan regulasi berkelanjutan yang ditetapkan waktunya sesuai peraturan perundangan .**

## ***Maksud dan Tujuan TKRS 2***

- 4. Bagaimana mengidentifikasi adanya perubahan dalam regulasi**
- 5. Pemeliharaan identitas dan keterbacaan regulasi jelas, singkat, tidak menimbulkan persepsi ganda**
- 6. Proses pengelolaan regulasi yang berasal dari luar rumah sakit**
- 7. Proses retensi regulasi yang sudah tidak terpakai (obsolete) sesuai peraturan dan perundang-undangan,**
- 8. Identifikasi dan pelacakan semua dokumen yang beredar.**

<b>Elemen penilaian TKRS 2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p>1. Ada regulasi tentang kualifikasi Direktur RS dan uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang, sebagaimana tercantum pada a) sampai dengan g) serta 1) sampai dengan 9) di maksud dan tujuan.</p> <p><b>(R)</b></p>	R	<p><b>Regulasi tentang:</b></p> <p><b>1) kualifikasi, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang (UTW) Direktur yang diuraikan dalam struktur organisasi dan tata kelola rumah sakit (SOTK RS)</b></p> <p><b>2) Tata naskah regulasi rumah sakit</b></p>	10	TL
			5	TS
			0	TT

<b>Elemen penilaian TKRS 2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>2. Kualifikasi Direktur RS sudah sesuai dengan persyaratan dan peraturan perundang-undangan. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>Bukti kualifikasi Direktur sesuai persyaratan jabatan, dalam file kepegawaian, meliputi :</b>  <b>1) Ijazah dokter atau dokter gigi dan</b>  <b>2) S2 perumahsakitian dan</b>  <b>3) Sertifikat pelatihan-pelatihan</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>
	<b>W</b>	<b>Pemilik atau representasi pemilik</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Direktur RS</b></li> <li><b>• Bagian kepegawaian</b></li> </ul>		

<b>Elemen penilaian TKRS 2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>3. Direktur/Direksi RS patuh terhadap peraturan perundang-undangan (lihat juga MFK 1 EP 4). (D,O,W)</b></p>	<p><b>D</b></p>	<p><b>1) Bukti kumpulan regulasi sesuai tata naskah rumah sakit, disertai daftar peraturan serta perundangan yang dipergunakan sebagai acuan rumah sakit</b></p> <p><b>2) Bukti kumpulan data perizinan RS yang masih berlaku.</b></p>	<p><b>10</b></p>	<p><b>TL</b></p>
			<p><b>5</b></p>	<p><b>TS</b></p>
			<p><b>0</b></p>	<p><b>TT</b></p>

<b>Elemen penilaian TKRS 2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
	D	<p>3) Bukti semua staf medis yang melaksanakan praktik kedokteran sudah mempunyai STR dan SIP</p>	10	TL
			5	TS
			0	TT
	O	<p>Lihat kesesuaian sarana, prasarana dan fasilitas terhadap standar bangunan dan fasilitas RS</p>		
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktur RS</li> <li>• Para Pemimpin RS</li> </ul>		

<b>Elemen penilaian TKRS 2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>4. Direktur Rumah Sakit telah mengatur operasional rumah sakit setiap hari, termasuk semua tanggung jawab yang dijelaskan dalam uraian tugas (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>1) Bukti kumpulan notulen rapat di RS yang pimpinan rapatnya oleh Direktur RS</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
		<p><b>5</b></p>	<b>5</b>	<b>TS</b>
		<p><b>0</b></p>	<b>0</b>	<b>TT</b>
	<b>W</b>	<p><b>2) Bukti kumpulan surat disposisi</b></p> <p><b>3) Bukti-bukti kegiatan Direktur RS lainnya</b></p> <p><b>Direktur RS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Para pemimpin RS</b></li> </ul>		

<b>Elemen penilaian TKRS 2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>5. Direktur/Direksi Rumah Sakit telah menyusun dan mengusulkan rencana strategis dan anggaran biaya kepada pemilik atau representasi pemilik sesuai regulasi (lihat juga TKRS 1, TKRS 1.1 dan TKRS 1.2). (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p>	<p><b>1) Bukti tentang Renstra dan anggaran RS,</b></p> <p><b>2) Bukti notulen rapat penyusunan Renstra dan anggaran</b></p> <p><b>3) Bukti pengusulan Renstra dan anggaran (surat ke pemilik/representasi pemilik)</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>
	<p><b>W</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Direktur RS</b></li> <li><b>• Bagian perencanaan RS</b></li> <li><b>• Bagian Keuangan</b></li> </ul>		





***KEPALA BIDANG/DIVISI***



## ***Standar TKRS 3***

***Para Kepala Bidang/divisi Rumah Sakit ditetapkan dan secara bersama, bertanggung jawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.***

# Maksud dan Tujuan TKRS 3

- Dalam organisasi Rumah Sakit, harus ditetapkan para pimpinan yang secara struktural berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit, yang ditetapkan sesuai peraturan perundangan.
- Para pimpinan tersebut minimal terdiri dari unsur :
  - a) unsur pelayanan medis;
  - b) unsur keperawatan;
  - c) unsur penunjang medis;
  - d) unsur administrasi umum dan keuangan;
- Pimpinan pada butir a) sampai dengan d) yang diatas didalam standar tata kelola rumah sakit (TKRS) ini selanjutnya disebut kepala bidang/divisi.

# Maksud dan Tujuan TKRS 3

- Rumah Sakit menetapkan persyaratan kualifikasi jabatan untuk para pimpinan tersebut serta menunjuk atau mengusulkan pejabatnya yang sesuai dengan persyaratan dan kualifikasi tersebut
- Para kepala bidang /divisi tersebut dilibatkan dalam mendefinisikan, operasionalkan dan menjalankan misi Rumah Sakit. Berdasarkan misi tersebut, para pimpinan bekerja-sama mengembangkan berbagai rencana/program dan regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi.
- Misi dan regulasi yang ditetapkan oleh pemilik, harus dilaksanakan oleh direktur/direksi bersama sama dengan kepala bidang /divisi (lihat juga *APK.1, EP 2 dan 3*).

<b>Elemen penilaian TKRS 3</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>1. Rumah Sakit telah menetapkan persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang dari Kepala bidang/divisi Rumah Sakit secara tertulis sesuai kompetensi, peraturan perundang-undangan yang berlaku. (R)</b></p>	<b>R</b>	<p><b>Regulasi tentang persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang (UTW), setiap kepala bidang/divisi di rumah sakit sesuai kompetensi, peraturan perundang-undangan yang berlaku.</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 3</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>2. Kualifikasi kepala bidang/divisi sudah sesuai dengan persyaratan jabatan serta tugas pokoknya. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>Bukti kualifikasi kepala bidang /divisi sesuai persyaratan, dalam file kepegawaian ,meliputi:</b> <b>1) keputusan pengangkatan</b> <b>2) ijazah</b> <b>3) sertifikasi</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Pemilik / representasi pemilik</b></li> <li><b>• Direktur RS</b></li> <li><b>• Kepala /staf SDM</b></li> <li><b>• Kepala Bidang/Divisi</b></li> </ul>	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 3</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>3. Ada bukti koordinasi antar kepala bidang/divisi dalam menjalankan misi Rumah Sakit. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>Bukti rapat koordinasi antar para Kepala Bidang/Divisi sesuai regulasi RS</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<b>Kepala Bidang/Divisi</b>	<b>0</b>	<b>TT</b>
<b>4. Ada bukti peran serta secara kolaboratif para kepala bidang/divisi dalam menyusun berbagai regulasi yang diperlukan untuk menjalankan misi (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>Bukti rapat tentang penyusunan berbagai regulasi RS yang dilaksanakan secara kolaboratif oleh para kepala bidang/ divisi, meliputi undangan, absensi, materi, notulen (UMAN)</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<b>Kepala Bidang/Divisi</b>	<b>0</b>	<b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 3</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>5. Ada bukti pelaksanaan pengawasan oleh para kepala bidang/divisi untuk menjamin kepatuhan staf terhadap pelaksanaan regulasi Rumah Sakit sesuai misi Rumah Sakit. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>1) Bukti hasil pengisian form ceklis</b> <b>2) Bukti hasil pengawasan tingkat kepatuhan staf dalam menjalankan regulasi</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Kepala bidang/divisi</b></li> <li><b>• SPI / asesor internal</b></li> </ul>	<b>0</b>	<b>TT</b>



## ***Standar TKRS 3.1***

***Direktur Rumah Sakit dan para kepala bidang/divisi di Rumah Sakit mengidentifikasi dan merencanakan jenis pelayanan klinis yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dilayani Rumah Sakit tersebut.***

# Maksud dan Tujuan TKRS 3.1

- Pelayanan pasien perlu direncanakan dan dirancang untuk merespons kebutuhan pasien. Jenis pelayanan yang diberikan harus tertulis dan harus konsisten dengan misi Rumah Sakit. Kepala bidang/divisi menentukan kualifikasi pimpinan dari setiap departemen klinis dan unit/instalasi layanan yang ada di Rumah Sakit, baik layanan diagnostik, terapeutik, rehabilitatif, dan layanan penting lainnya untuk kepentingan pasien.
- Para kepala bidang/divisi Rumah Sakit juga membuat rencana bersama dengan para unit pelayanan dan unit kerja pelayanan tentang cakupan dan jenis pelayanan-pelayanan yang disediakan oleh Rumah Sakit, baik secara langsung maupun tidak langsung. Direktur Rumah Sakit merencanakan dan mengikut sertakan masyarakat/tokoh masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan sekitar Rumah Sakit, dan pihak-pihak lainnya dalam merencanakan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk masyarakat. Bentuk pelayanan yang direncanakan ini mencerminkan arah strategis Rumah Sakit dan perspektif pasien yang dirawat oleh Rumah Sakit.

# Maksud dan Tujuan TKRS 3.1

Para kepala bidang/divisi juga terlibat merencanakan pelayanan pasien dalam menentukan komunitas dan populasi pasien untuk Rumah Sakit tersebut, mengidentifikasi kepentingan pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat, dan merencanakan komunikasi berkelanjutan dengan kelompok pemangku kepentingan utama dalam komunitas.

Komunikasi dapat secara langsung ditujukan kepada individu atau melalui media masa atau melalui lembaga dalam komunitas ataupun pihak ketiga. Jenis informasi yang disampaikan meliputi:

- a) Informasi tentang layanan, jam kegiatan kerja dan proses untuk mendapatkan perawatan; dan
- b) Informasi tentang kualitas layanan, yang disediakan kepada masyarakat dan sumber rujukan.

<b>Elemen penilaian TKRS 3.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>1. Ada penetapan jenis pelayanan yang diberikan di RS sesuai dengan misi RS . (R)</b></p>	<p><b>R</b></p>	<p><b>Regulasi tentang penetapan jenis pelayanan RS sesuai dengan misi RS</b></p>	<p><b>10</b> <b>-</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>-</b> <b>TT</b></p>
<p><b>2. Ada penetapan kualifikasi kepala unit pelayanan termasuk koordinator pelayanan baik untuk unit pelayanan diagnostik, terapeutik maupun rehabilitatif. (R)</b></p>	<p><b>R</b></p>	<p><b>Regulasi tentang penetapan kualifikasi kepala unit pelayanan dan kepala departemen (koordinator)</b></p> <p><b>Catatan :</b></p> <p><b>regulasi bisa tertulis di pedoman pengorganisasian unit pelayanan/departemen pelayanan</b></p>	<p><b>10</b> <b>5</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b></p>

<b>Elemen penilaian TKRS 3.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>3. Kepala bidang/divisi RS bersama dengan Kepala unit pelayanan telah menyusun cakupan dan jenis pelayanan yang disediakan di masing-masing unit sesuai kebutuhan pasien yang dilayani di RS (lihat juga ARK 1, EP 1). (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>1)Bukti rapat kepala bidang/divisi dengan kepala unit pelayanan tentang penyusunan cakupan dan jenis pelayanan</b> <b>2)Bukti penetapan jenis dan lingkup pelayanan di masing-masing unit</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>● Para kepala bidang/divisi</b></li> <li><b>● Kepala unit pelayanan</b></li> <li><b>● Staf terkait</b></li> </ul>	<b>-</b>	<b>-</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 3.1</b>	<b>Telusur</b>		<b>Skor</b>	
<p><b>4. Rumah sakit memberikan informasi tentang pelayanan yang disediakan kepada tokoh masyarakat, pemangku kepentingan, fasilitas pelayanan kesehatan di sekitar rumah sakit, dan dapat menerima masukan untuk peningkatan pelayanannya (lihat juga MKE 1 EP 2). (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p>	<p><b>Notulen rapat (UMAN) dengan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>1) Tokoh masyarakat (antara lain Camat, RT, RW, Lurah )</b></li> <li><b>2) Pemangku Kepentingan (antara lain klub klub penyakit diabet, stroke, dll )</b></li> <li><b>3) Fasilitas pelayanan Kesehatan (antara lain Puskesmas, posyandu, Rumah bersalin, klinik swasta)</b></li> </ul> <p><b>Atau dokumen bukti pemberian informasi berupa leaflet-leaflet/ brosur tentang layanan, jam kegiatan kerja dan proses untuk mendapatkan perawatan; dan informasi tentang kualitas layanan, yang disediakan kepada masyarakat dan sumber rujukan.</b></p>	<p><b>10</b></p>	<p><b>TL</b></p>
			<p><b>5</b></p>	<p><b>TS</b></p>
			<p><b>0</b></p>	<p><b>TT</b></p>
	<p><b>W</b></p>	<p><b>Bagian Tata Usaha /marketing</b></p>		

Elemen penilaian TKRS 3.1		Telusur	Skor	
<p>5. Direktur RS memberikan data dan informasi sesuai dengan a) dan b) pada maksud dan tujuan (lihat juga MKE 1.1, EP 4). (D,W)</p>	D	<p>Lihat bukti data dan informasi yang sudah di publikasikan meliputi a) sampai dengan b) (bisa berupa brosur, website,dll)</p>	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktur RS</li> <li>• Kepala bidang/divisi</li> <li>• Kepala /staf Bagian marketing</li> </ul>	0	TT



## Standar TKRS 3.2

Rumah sakit mempunyai regulasi untuk memastikan terselenggaranya komunikasi efektif di Rumah Sakit

# Maksud dan Tujuan TKRS 3.2

- Para kepala bidang/divisi Rumah Sakit bertanggung jawab bahwa di seluruh tempat di Rumah Sakit terselenggara komunikasi yang efektif, yaitu komunikasi antar kelompok profesional, antar unit struktural, antara profesional dan manajemen, profesional dengan organisasi diluar.
- Direktur Rumah Sakit memperhatikan akurasi dan ketepatan waktu penyampaian informasi keseluruhan tempat di Rumah Sakit.
- Direktur Rumah Sakit membentuk budaya kerjasama dan komunikasi untuk melakukan koordinasi dan integrasi asuhan pasien.
- Metoda secara formal (contoh, pembentukan komite atau tim gabungan) dan informal (contoh, poster, surat kabar) digunakan untuk meningkatkan peran pentingnya komunikasi antara berbagai layanan dan anggota staf.

## Maksud dan Tujuan TKRS 3.2

- Pengembangan koordinasi layanan klinik yang baik diperoleh karena ada pengertian dari setiap unit pelayanan untuk berkolaborasi menyusun regulasi.
- 
- Dalam mengembangkan komunikasi dan koordinasi yang baik, rumah sakit perlu mengatur pertemuan di setiap tingkat rumah sakit, misalnya pertemuan direksi pertemuan para kepala bidang /divisi dan pertemuan antar unit pelayanan. Selain itu, perlu juga pertemuan antar tingkat, misalnya pertemuan direksi dengan kepala bidang divisi, dengan Kepala Unit Pelayanan. Disisi lain, rumah sakit juga perlu mengembangkan pertemuan antar profesi, misalnya pertemuan dokter, perawat dan PPA lainnya dalam membahas pengembangan pelayanan, *update* ilmu pengetahuan dan lain sebagainya.

<b>Elemen penilaian TKRS 3.2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>1. Ada regulasi yang mengatur pertemuan di setiap dan antar tingkat di rumah sakit. (R)</b></p>	<b>R</b>	<p><b>Regulasi tentang pertemuan di setiap dan antar tingkat RS</b></p>	<p><b>10</b> <b>-</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>-</b> <b>TT</b></p>
<p><b>2. Ada regulasi komunikasi efektif antar professional pemberi asuhan (PPA) dan antar unit/instalasi/ departemen pelayanan (lihat juga MKE 1 EP 1 dan SKP 2 EP 1). (R)</b></p>	<b>R</b>	<p><b>Regulasi tentang komunikasi efektif di RS terdiri dari:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>1) Komunikasi efektif RS dengan masyarakat lingkungan</b></li> <li><b>2) Komunikasi efektif antara PPA dengan pasien/keluarga</b></li> <li><b>3) Komunikasi efektif antar PPA</b></li> <li><b>4) Komunikasi efektif antar unit/ instalasi/ departemen pelayanan</b></li> </ul>	<p><b>10</b> <b>-</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>-</b> <b>TT</b></p>

<b>Elemen penilaian TKRS 3.2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>3. Ada bukti terselenggaranya pertemuan di setiap dan antar tingkat di rumah sakit. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>1)Bukti rapat di setiap unit</b>  <b>2)Bukti rapat pertemuan antar unit beserta pimpinan</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Direksi</b></li> <li><b>• Kepala bidang/divisi</b></li> <li><b>• Kepala unit</b></li> </ul>		

<b>Elemen penilaian TKRS 3.2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>4. Ada bukti komunikasi efektif antar PPA dan antar unit/instalasi/departemen pelayanan sudah dilaksanakan (D,W) (Lihat juga MKE 1 EP 4)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>1) Bukti rapat pertemuan antar PPA/antar komite profesi</b></p> <p><b>2) Bukti rapat pertemuan antar unit /instalasi/departemen</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• PPA</b></li> <li><b>• Komite medis</b></li> <li><b>• Komite keperawatan</b></li> <li><b>• Para kepala unit/ instalasi/departemen pelayanan</b></li> </ul>		

Elemen penilaian TKRS 3.2		Telusur	Skor	
<p>5. Ada bukti pelaksanaan pemberian informasi yang tepat waktu, akurat dan relevan di lingkungan Rumah Sakit (lihat juga MKE 4 EP 2 dan PAP 3.2 EP 2). (D, W)</p>	D	<p>Bukti tentang hasil pelaksanaan pemberian informasi (dapat berupa buletin, media sosial, intra net, surat edaran, pengumuman, <i>paging system</i>, <i>code system</i>, dan lainnya)</p>	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para kepala bidang</li> <li>• Kepala unit /instalasi /departemen pelayanan</li> <li>• Staf pelaksana</li> </ul>		

<b>Elemen penilaian TKRS 3.2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>6. Direktur/direksi dan para kepala bidang/ divisi Rumah Sakit sudah menyampaikan informasi tentang capaian program sesuai visi, misi dan rencana strategik kepada staf Rumah Sakit (lihat juga MKE 4 EP 2). (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p> <p><b>W</b></p>	<p><b>Bukti rapat penyampaian informasi tentang capaian program dan capaian RENSTRA, dapat juga melalui buletin dan kegiatan diklat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Direktur</b></li> <li><b>• Kepala bidang/divisi</b></li> <li><b>• Kepala unit pelayanan</b></li> </ul>	<p><b>10</b></p> <p><b>-</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>-</b></p> <p><b>TT</b></p>



## ***Standar TKRS 3.3***



***Rumah sakit menetapkan proses seragam untuk melakukan penerimaan/pengangkatan (recruitment), retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan semua staf dengan melibatkan kepala bidang /divisi dan kepala unit pelayanan.***

## Maksud dan Tujuan TKRS 3.3

- Kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan asuhan pasien berkaitan langsung dengan kemampuan Rumah Sakit menarik dan mempertahankan staf yang bermutu dan kompeten. Direktur Rumah Sakit sadar bahwa mempertahankan staf lebih bermanfaat dalam jangka waktu lama dibandingkan jika menerima staf yang baru. Mempertahankan (retensi) staf dapat bermanfaat untuk Direktur Rumah Sakit dalam mendukung proses pengembangan staf yang berkelanjutan. Direktur Rumah Sakit membuat rencana/program dan melaksanakan program dan proses yang berkaitan dengan penerimaan, retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan dari setiap kategori staf dengan melibatkan para kepala bidang /divisi dan unit pelayanan.
- Regulasi tentang kesempatan staf untuk mengikuti pendidikan dan latihan harus sesuai peraturan perundangan yang berlaku (60 % pegawai @ 20 jam pertahun )

<b>Elemen penilaian TKRS 3.3</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>1. RS memiliki regulasi proses perencanaan dan pelaksanaan rekrutmen, pengembangan staf serta kompensasi yang melibatkan kepala bidang /divisi dan kepala unit pelayanan. (R)</b></p>	<b>R</b>	<p><b>1) Regulasi tentang rekrutmen, retensi, pengembangan staf dan kompensasi</b></p> <p><b>2) Program tentang rekrutmen</b></p> <p><b>3) Program tentang diklat dan pengembangan staf</b></p> <p><b>4) Program tentang kompensasi untuk retensi staf</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
<p><b>2. Ada bukti proses perencanaan dan pelaksanaan rekrutmen, telah melibatkan kepala bidang /divisi dan kepala unit pelayanan (lihat juga, KKS 1 dan KKS 3). (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p> <p><b>W</b></p>	<p><b>Bukti rapat tentang perencanaan dan pelaksanaan rekrutmen, retensi, pengembangan staf dan kompensasi yang juga dihadiri kepala bidang/divisi dan unit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Kepala bidang/divisi</b></li> <li><b>• Kepala unit pelayanan</b></li> </ul>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 3.3</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>3. Ada bukti Rumah Sakit telah melaksanakan proses kompensasi untuk retensi staf (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>Bukti tentang hasil pelaksanaan program remunerasi/kompensasi untuk retensi staf</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<b>Direksi RS/Kepala bidang/divisi terkait</b>	<b>5</b>	<b>TS</b>
<b>4. Ada bukti pengembangan diri setiap staf dan pendidikan melibatkan kepala bidang/bagian/diklat dan kepala unit pelayanan Rumah Sakit sesuai profesi yang dibutuhkan. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>Bukti tentang hasil pelaksanaan program pengembangan dan pendidikan staf yang melibatkan kepala bidang/divisi dan unit</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<b>Kepala bidang/divisi/kepala unit pelayanan</b>	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

***MANAJEMEN PENINGKATAN MUTU  
DAN KESELAMATAN PASIEN***



## Standar TKRS 4

Direktur RS merencanakan, mengembangkan, dan melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

# Maksud dan Tujuan TKRS 4 dan TKRS 4.1

- Bila Rumah Sakit ingin berhasil dalam memulai dan mempertahankan perbaikan serta mengurangi risiko bagi pasien dan staf, kepemimpinan dan perencanaan merupakan hal yang penting. Kepemimpinan dan perencanaan dimulai dari pemilik dan atau representasi pemilik, Direktur Rumah Sakit, pimpinan klinis dan pimpinan manajerial secara bersama-sama menyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab untuk memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen Rumah Sakit terhadap mutu. Direktur Rumah Sakit mengembangkan program mutu dan keselamatan pasien dan mengajukan persetujuan program kepada representasi pemilik, dan melalui misi Rumah Sakit serta dukungan pemilik Rumah Sakit membentuk suatu budaya mutu di Rumah Sakit (lihat juga KKS 1).
- Direktur Rumah Sakit memilih pendekatan yang digunakan oleh Rumah Sakit untuk mengukur, menilai, dan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Pengukuran mutu dilakukan menggunakan indikator mutu di tingkat rumah sakit dan ditingkat unit pelayanan yang merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.

# Maksud dan Tujuan TKRS 4 dan TKRS 4.1

- Di samping itu, Direktur Rumah Sakit juga menetapkan bagaimana program peningkatan mutu dan keselamatan pasien diarahkan dan diatur setiap harinya, karena itu Direktur Rumah Sakit perlu menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Direktur Rumah Sakit dapat membentuk komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien atau bentuk organisasi lainnya sesuai kondisi Rumah Sakit dan peraturan perundangan. Pimpinan perlu memastikan bahwa program tersebut mempunyai sumber daya termasuk tenaga yang cukup agar dapat berjalan efektif.
- Berdasarkan hal diatas maka Direktur Rumah Sakit perlu menetapkan regulasi peningkatan mutu dan regulasi keselamatan pasien yang dapat berbentuk pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan prosedur-prosedur lainnya. Rumah sakit dapat menetapkan regulasi peningkatan mutu dan regulasi keselamatan pasien menjadi satu pedoman yaitu pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien, tetapi dapat juga menjadi 2 pedoman yang terpisah yaitu pedoman peningkatan mutu dan buku yang satunya pedoman keselamatan pasien. Yang diutamakan adalah rumah sakit mempunyai pedoman yang mengatur peningkatan mutu rumah sakit dan yang mengatur tentang keselamatan pasien rumah sakit.

# Maksud dan Tujuan TKRS 4 dan TKRS 4.1

Hal-hal yang perlu diatur dalam pedoman peningkatan mutu dan keselamatan antara lain meliputi :

- a) Penetapan organisasi yang mempunyai peran dan tugas mengarahkan, mengatur dan mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- b) Pengaturan peran dan tugas :

2.1 Peran Direktur dan para pimpinan rumah sakit dalam :

- merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- memilih area prioritas pelayanan klinik sebagai area fokus untuk perbaikan.
- memilih indikator mutu di area prioritas pelayanan klinik (Indikator mutu prioritas RS) yang meliputi indikator area klinis, area manajemen dan sasaran keselamatan pasien dan keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah.
- mendorong dan menerapkan budaya mutu dan budaya keselamatan di RS

# Maksud dan Tujuan TKRS 4 dan TKRS 4.1

2.2 Peran pimpinan unit dalam pemilihan indikator mutu unit dan peningkatan mutu unit

2.3 Peran komite medis, komite keperawatan dan kelompok staf medis dalam pemilihan, edukasi dan penerapan serta monitoring panduan praktis klinis – clinical pathway di tingkat rumah sakit dan juga di setiap kelompok staf medis

- c. Pengaturan dasar pemilihan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas, perbaikan termasuk dasar pemilihan indikator mutu nya dan impleentasinya (lihat maksud tujuan TKRS 5)
- d. Pengaturan pemilihan indikator mutu unit.
- e. Sistem pemantauan (monitoring) tentang pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang terkoordinasi, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan, bagaimana melakukan monitoringnya.
- f. Proses pengumpulan data, analisis, interpretasi, feedback dan pemberian informasi ke staff dengan menggunakan teknologi informasi
- g. Bagaimana alur laporan pelaksanaan mutu Rumah Sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik Rumah Sakit
- h. Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dan analisisnya
- i. Bantuan teknologi /sistem informasi RS yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien dan surveillance infeksi.

# Maksud dan Tujuan TKRS 4 dan TKRS 4.1

Selain pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien, rumah sakit setiap tahun perlu menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan kegiatan **antara lain** meliputi :

1. Peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit yang meliputi penetapan peningkatan mutu area klinis prioritas yang dilengkapi dengan indikator-indikator mutu area klinis, area manajemen dan area sasaran keselamatan pasien
2. Peningkatan mutu unit, pemilihan dan penetapan indikator mutu unit
3. Monitoring peningkatan mutu pelayanan yang di kontrakan
4. Pengumpulan data, analisis, pelaporan dan feedback data indikator mutu nasional, indikator mutu tingkat rumah sakit dan indikator mutu unit.
5. Pemilihan evaluasi prioritas kepatuhan terhadap standar pelayanan kedokteran di rumah sakit dan evaluasi kepatuhan lima standar per tahun terhadap standar pelayanan kedokteran di rumah sakit pada masing-masing kelompok staf medis
6. Audit medis dan atau audit klinis
7. Penilaian kinerja professional pemberi asuhan, staf klinis dan non klinis

Elemen penilaian TKRS 4		Telusur	Skor	
<p><b>1. Direktur Rumah Sakit menetapkan regulasi berupa pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang meliputi point a) sampai dengan i) di maksud dan tujuan beserta programnya serta penetapan indikatornya (lihat juga PMKP 2.EP 1. dan PMKP 2.1). (R)</b></p>	<p><b>R</b></p>	<p><b>1) Pedoman PMKP meliputi a) s/d i),</b></p> <p><b>2) Program PMKP yang sudah disetujui oleh pemilik/representasi pemilik meliputi 1) sampai 7)</b></p>	<p><b>10</b></p>	<p><b>TL</b></p>
			<p><b>5</b></p>	<p><b>TS</b></p>
			<p><b>0</b></p>	<p><b>TT</b></p>

<b>Elemen penilaian TKRS 4</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>2. Ada bukti Direktur Rumah Sakit dan para kepala bidang /divisi serta para ketua komite telah berpartisipasi dalam merencanakan, mengembangkan, melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit. (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>1) Bukti rapat tentang perencanaan, pengembangan dan pelaksanaan program PMKP yang dipimpin Direktur RS dan dihadiri komite PMKP dan seluruh kepala bidang serta komite medik dan komite keperawatan</b></p> <p><b>2) Bukti pelaksanaan program PMKP</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Direktur</b></li> <li><b>• Para Kepala Bidang</b></li> <li><b>• Komite Mutu dan Keselamatan Pasien</b></li> <li><b>• Komite medik</b></li> <li><b>• Komite Keperawatan</b></li> <li><b>• Komite PPI</b></li> <li><b>• Komite K-3 RS</b></li> </ul>	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

Elemen penilaian TKRS 4		Telusur	Skor	
<p>3. Ada bukti keterlibatan Direktur RS dan para kepala bidang /divisi dalam memilih indikator mutu di tingkat RS, merencanakan perbaikan dan mempertahankan perbaikan mutu dan keselamatan pasien serta menyediakan staf terlatih untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (lihat juga PMKP 1, PMKP 3, PMKP 4 EP 1). (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>1) Bukti rapat tentang pemilihan indikator mutu prioritas tingkat RS dan rencana perbaikan, yang dipimpin Direktur RS dan dihadiri oleh para kepala bidang, Ketua PMKP dan para kepala unit serta para ketua komite.</p> <p>2) Bukti pelaksanaan rencana/program peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas</p> <p>3) Bukti sertifikat pelatihan penanggung jawab data dan staf komite PMKP → point 3 dan 4 → jadi satu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktur</li> <li>• Ketua Komite PMKP</li> <li>• Para Kepala Bidang/divisi</li> </ul>	10	TL
			5	TS
			0	TT

## SNARS EDISI 1

Elemen penilaian TKRS 4		Telusur	Skor	
<p><b>4. Direktur Rumah Sakit telah menyediakan teknologi informasi (IT) untuk sistem manajemen data indikator mutu dan sumber daya yang cukup untuk pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien setiap harinya (lihat juga PMKP 2.1 EP 2). (D,O,W)</b></p>	<b>D</b>	<p>1) Bukti tentang SIMRS yang berbasis IT</p> <p>2) Bukti daftar peralatan SIMRS</p> <p>3) Bukti formulir sensus harian dan rekapitulasi bulanan untuk mutu keselamatan pasien terintegrasi dengan angka surveilans PPI dalam bentuk paper maupun elektronik</p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>O</b>	<p>1. Lihat hardware dan software SIMRS</p> <p>2. Lihat pencatatan Formulir sensus harian dan rekapitulasi bulanan untuk mutu keselamatan pasien terintegrasi dengan angka surveilans PPI dalam bentuk paper maupun elektronik</p> <p>3. Lihat sekretariat dengan kelengkapannya (alat komunikasi, komputer, ATK dll)</p>	<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite PMKP</li> <li>• PIC pengumpul data</li> </ul>	<b>0</b>	<b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 4</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>4. Direktur Rumah Sakit telah menyediakan teknologi informasi (IT) untuk sistem manajemen data indikator mutu dan sumber daya yang cukup untuk pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien setiap harinya (lihat juga PMKP 2.1 EP 2). (D,O,W)</b></p>	<p><b>D</b></p> <p><b>O</b></p> <p><b>W</b></p>	<p>1) Bukti daftar inventaris hardware dan software/ aplikasi sistem manajemen data elektronik di RS berupa SISMADAK</p> <p>2) Bukti formulir sensus harian dan rekapitulasi bulanan untuk indikator mutu termasuk data surveilans infeksi dan formulir insiden keselamatan pasien dalam bentuk paper maupun elektronik Catatan : Bukti No. 1) → dihapus; dari 3 menjadi 2</p> <p>1) Lihat hardware dan software SISMADAK</p> <p>2) Lihat apakah SISMADAK tersebut sudah dipergunakan untuk input data indikator mutu, data infeksi dan insiden keselamatan pasien</p> <p>3) Lihat pencatatan formulir sensus harian dan rekapitulasi bulanan untuk indikator mutu termasuk data surveilans infeksi dan insiden keselamatan pasien dalam bentuk paper maupun elektronik</p> <p>4) Lihat sekretariat dengan kelengkapannya (alat komunikasi, komputer, ATK dll)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komite PMKP</li> <li>• Penanggung jawab pengumpul data</li> </ul>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>



## Standar TKRS 4.1

Direktur RS memberikan laporan pelaksanaan program PMKP kepada pemilik atau representasi pemilik sesuai dengan regulasi rumah sakit.

# Maksud dan Tujuan TKRS 4 dan TKRS 4.1

- Direktur Rumah Sakit juga menerapkan suatu struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi menyeluruh terhadap program yang ada di Rumah Sakit. Tindakan ini memastikan adanya koordinasi di seluruh seluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan. Koordinasi ini dapat tercapai melalui pemantauan dari unit/departemen mutu atau komite/tim peningkatan mutu, atau struktur lainnya. Koordinasi ini mendukung pendekatan sistem untuk pemantauan kualitas dan aktivitas perbaikan sehingga mengurangi duplikasi upaya peningkatan mutu; misalnya terdapat dua departemen yang secara independen mengukur suatu proses atau luaran yang sama (*lihat juga KKS.2 dan PPI.10, EP 1*).

# Maksud dan Tujuan TKRS 4 dan TKRS 4.1

Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada representasi pemilik sebagai berikut :

- 1) setiap tiga bulan yang meliputi capaian dan analisis dari indikator mutu area klinis, area manajemen dan sasaran keselamatan pasien dan capaian implementasi panduan praktik klinik dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien
- 2) Setiap 6 (enam) bulan Direktur Rumah Sakit melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada representasi pemilik antara lain mencakup:
  - jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya;
  - apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut;
  - tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respons terhadap kejadian tersebut;
  - apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.
- 3) Khusus untuk kejadian sentinel, Direktur Rumah Sakit wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2 X 24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 hari.

# Maksud dan Tujuan TKRS 4 dan TKRS 4.1

- Representasi pemilik mengkaji dan merespon laporan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, khususnya terkait dengan capaian indikator yang masih rendah.
- Komunikasi informasi tentang program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkala kepada staf merupakan hal yang penting. Alur komunikasi mutu ini dilakukan melalui jalur yang efektif, seperti buletin, poster, pertemuan staf, dan proses sumber daya manusia.
- Informasi yang diberikan antara lain dapat berupa program baru atau program yang baru saja selesai, perkembangan dalam pencapaian Sasaran Keselamatan Pasien, hasil analisis kejadian sentinel atau kejadian tidak diinginkan lainnya, ataupun penelitian terkini maupun program benchmark.

## SNARS edisi 1

### Elemen penilaian TKRS 4.1

### Telusur

### Skor

1. Direktur RS telah melaksanakan pemantauan dan koordinasi program PMKP pada perbaikan struktur dan proses serta hasil (D, O, W)

D

- 1) Bukti rapat koordinasi Direktur tentang pemantauan dan implementasi tindak lanjut dari rencana tindak lanjut (RTL)
- 2) Bukti hasil analisis data dan rencana tindak lanjutnya
- 3) Bukti implementasi RTL

O

Lihat hardware dan software SIMRS

W

- Direktur
- Para Kepala Bidang
- Para Kepala Unit Pelayanan
- Komite Mutu/PMKP

10

5

0

TL

TS

TT

<b>Elemen penilaian TKRS 4.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>1. Direktur RS telah melaksanakan koordinasi pemantauan program PMKP pada perbaikan struktur dan proses serta hasil (lihat juga PPI 10 EP 1). (D, O, W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>1) Bukti pemantauan yang dilakukan kepala unit dan komite PMKP</b></p> <p><b>2) Bukti rapat koordinasi Direktur RS membahas tentang hasil pemantauan pelaksanaan program PMKP</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>
	<b>O</b>	<p><b>Lihat bukti pengumpulan data di SISMAADAK</b></p>		
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Direktur</b></li> <li><b>• Para Kepala Bidang/Divisi</b></li> <li><b>• Para Kepala Unit Pelayanan</b></li> <li><b>• Komite/tim PMKP</b></li> </ul>		

<b>Elemen penilaian TKRS 4.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>2. Direktur RS melaporkan pelaksanaan program PMKP kepada pemilik atau representasi pemilik sebagaimana diatur di 1) sampai dengan 3) yang ada di maksud dan tujuan (Lihat juga TKRS 1.3 EP2, PMKP 5 EP 5). (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>Bukti laporan PMKP dari Direktur ke pemilik/ representasi pemilik tepat waktu, (Hasil program mutu 3 bulan sekali, IKP 6 bulan sekali, Sentinel 1x24 jam, RCA nya dalam 45 hari)</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Pemilik/representasi pemilik/Direktur</b></li> <li><b>• Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien</b></li> </ul>	<b>0</b>	<b>TT</b>

## SNARS EDISI 1

Elemen penilaian TKRS 4.1		Telusur	Skor	
<p><b>3. Informasi tentang program PMKP pasien secara berkala dikomunikasikan kepada staf, termasuk perkembangan dalam pencapaian Sasaran Keselamatan Pasien (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>1) Bukti rapat tentang penyampaian hasil program peningkatan mutu dan keselamatan serta RTL secara reguler sesuai ketetapan dalam pedoman (berupa kumpulan dari undangan, materi, absensi ,notulen /UMAN)</b></p> <p><b>2) Bukti tentang penyampaian informasi pada buletin/leaflet/majalahdinding atau pada saat kegiatan diklat</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<p><b>Direktur/Komite Medik/Komite PMKP/Para kepala bidang dan unit</b></p>	<b>0</b>	<b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 4.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>3. Informasi tentang program PMKP pasien secara berkala dikomunikasikan kepada staf, termasuk perkembangan dalam pencapaian Sasaran Keselamatan Pasien (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>1) Bukti rapat tentang penyampaian hasil program peningkatan mutu dan keselamatan serta RTL secara reguler sesuai ketentuan dalam pedoman</b> <b>2) Bukti tentang penyampaian informasi pada buletin/leaflet/majalah dinding atau pada saat kegiatan diklat</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<b>Direktur/Komite Medik/Komite PMKP/Kepala bidang dan unit</b>	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>



## Standar TKRS 5

Direktur rumah sakit memprioritaskan proses di rumah sakit yang akan diukur, program PMKP yang akan diterapkan, dan bagaimana mengukur keberhasilan dalam upaya di seluruh rumah sakit ini.

# Maksud dan Tujuan TKRS 5

Karena adanya keterbatasan staf dan sumber daya, tidak semua proses di Rumah Sakit dapat diukur dan diperbaiki pada saat yang bersamaan. Oleh karena itu, tanggung jawab utama Direktur Rumah Sakit adalah secara kolaboratif menetapkan prioritas pengukuran dan perbaikan di seluruh area Rumah Sakit. Prioritas ini meliputi upaya pengukuran dan perbaikan yang mempengaruhi atau mencerminkan kegiatan yang terdapat di berbagai unit pelayanan dalam rangka kendali mutu, dapat juga berdasarkan pengembangan dari core bisnis RS atau unggulan Rumah Sakit, bisa juga dalam rangka kendali biaya. Untuk rumah sakit pendidikan maka program pendidikan dan riset klinis merupakan prioritas.

Sebagai contoh : suatu rumah sakit menjadi pusat rujukan regional , maka Direktur Rumah Sakit akan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit tersebut sehingga mampu menjadi rujukan di tingkat regional tersebut.

Direktur rumah sakit dengan para pimpinan dan komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien merancang upaya peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit dengan memperhatikan :

- a. Misi Rumah Sakit
- b. Data-data permasalahan yang ada, misalnya komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, adanya kejadian tidak diharapkan
- c. Adanya sistem dan proses yang memperlihatkan variasi penerapan dan hasil yang paling banyak, misalnya pelayanan pasien stroke yang dilakukan oleh lebih dari satu dokter spesialis syaraf, memperlihatkan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandarisasi sehingga hasil pelayanan juga bervariasi.

# Maksud dan Tujuan TKRS 5

- d. Dampak dari perbaikan misalnya penilaian perbaikan efisiensi dari suatu proses klinis yang kompleks pada pelayanan stroke, pelayanan jantung dan lainnya, dan/atau identifikasi pengurangan biaya dan sumber daya yang digunakan dengan adanya perbaikan suatu proses. Penilaian dampak dari perbaikan tersebut akan menunjang pemahaman tentang biaya relatif yang dikeluarkan demi investasi mutu dan sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Untuk ini perlu pembuatan program (tool) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru.
- e. Dampak pada perbaikan sistem sehingga efek dari perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas yang dapat berdampak terhadap perbaikan sistem manajemen obat di rumah sakit.
- f. Riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk Rumah Sakit yang mempunyai peserta didik klinis

Berdasarkan hal tersebut diatas, Direktur Rumah Sakit membuat program peningkatan mutu pelayanan prioritas dengan mengembangkan standarisasi proses dan hasil asuhan klinis pelayanan prioritas serta mengembangkan pengukuran mutu klinis, manajerial dan penerapan sasaran keselamatan pasien (lihat juga PMKP 5).

# Maksud dan Tujuan TKRS 5

- d) proses pembersihan setiap alat yang segera dilakukan sesudah pemakaian dan mengikuti protokol yang jelas;
- e) pencantuman identifikasi pasien pada bahan medis habis pakai untuk hemodialisis;
- f) pencatatan bahan medis habis pakai yang reuse di rekam medis;
- g) evaluasi untuk menurunkan risiko infeksi bahan medis habis pakai yang di-reuse.

Ada 2 (dua) risiko jika menggunakan lagi (reuse) alat sekali pakai. Terdapat risiko tinggi terkena infeksi dan juga terdapat risiko kinerja alat tidak cukup atau tidak dapat terjamin sterilitas serta fungsinya.



<b>Elemen penilaian TKRS 5</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>3. Ada bukti riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan sebagai salah satu pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas di Rumah Sakit yang mempunyai peserta didik klinis (lihat juga PMKP 5 EP 2, 3 dan 4). (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p>	<p><b>1) Bukti tentang Indikator mutu untuk riset klinik</b>  <b>2) Bukti tentang Indikator mutu untuk program peserta didik klinis</b>  <b>3) Bukti hasil pengumpulan dan analisis data</b></p>	<p><b>10</b> <b>5</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b></p>
<p><b>4. Ada pengukuran pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien tercantum pada program peningkatan mutu prioritas (lihat juga PMKP 5 EP 4). (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p>	<p><b>Bukti hasil pengumpulan dan analisis data 6 indikator SKP</b></p>	<p><b>10</b> <b>5</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b></p>
		<p><b>W</b> <b>Direktur/Komite Koordinator Pendidikan (KOMKORDIK)/Panitia Penelitian</b></p>		
		<p><b>W</b> <b>Komite Mutu dan Keselamatan Pasien</b></p>		

<b>Elemen penilaian TKRS 5</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>5. Ada bukti kajian dampak perbaikan di Rumah Sakit secara keseluruhan dan juga pada tingkatan departemen/unit layanan terhadap efisiensi dan sumber daya yang digunakan (lihat juga PMKP 7.2 EP 4). (D)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>Bukti tentang laporan analisis data PMKP serta dampak perbaikan terhadap peningkatan mutu dan efisiensi biaya yang telah dicapai di tingkat RS maupun ditingkat departemen (kendali mutu dan kendali biaya)</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<p><b>Komite Mutu Keselamatan Pasien/Kepala unit Pelayanan</b></p>	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

# MANAJEMEN KONTRAK

6 September 2017



## Standar TKRS 6

Para kepala bidang/divisi di RS bertanggung jawab untuk mengkaji/review, memilih, dan memantau kontrak klinis dan kontrak manajerial

# Maksud dan Tujuan TKRS 6

- Sesuai peraturan perundangan, Rumah Sakit wajib menyediakan pelayanan klinis dan manajemen.. Rumah Sakit bisa mempunyai pilihan memberi pelayanan klinis dan manajemen ini secara langsung atau bisa melalui kontrak atau perjanjian lainnya. Kontrak pelayanan klinis disebut kontrak klinis dan untuk kontrak pelayanan manajemen disebut kontrak manajemen.
- Kontrak klinis bisa juga berhubungan dengan staf profesional kesehatan. Apabila kontrak berhubungan dengan staf profesional kesehatan (misalnya, kontrak perawat untuk perawatan kritis, dokter tamu/dokter paruh waktu, dll), kontrak harus menyebutkan bahwa staf profesional tersebut memenuhi persyaratan yang ditetapkan Rumah Sakit.
- Pelayanan yang dikontrakan antara lain meliputi layanan radiologi dan pencitraan diagnostik hingga pelayanan akuntansi keuangan dan pelayanan yang disediakan untuk *housekeeping*, makanan dan linen. Direktur rumah sakit menjabarkan secara tertulis jenis dan ruang lingkup layanan yang disediakan melalui perjanjian kontrak.

# Maksud dan Tujuan TKRS 6

- Kontrak manajemen bisa meliputi pelayanan akuntansi keuangan, kerumah tanggaan seperti security, parkir, makanan, linen/laundry, pengolah limbah sesuai kebutuhan Rumah Sakit.
- Direktur Rumah Sakit menjabarkan secara tertulis, sifat dan cakupan dari pelayanan yang disediakan melalui perjanjian kontrak.
- Dalam semua hal, Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kontrak atau pengaturan lain untuk memastikan bahwa pelayanan dapat memenuhi kebutuhan pasien dan merupakan bagian dari aktivitas manajemen dan peningkatan mutu Rumah Sakit.
- Kepala bidang/divisi pelayanan klinis dan kepala unit/instalasi/departemen terkait berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab untuk kontrak klinis. Kepala bidang/divisi manajemen dan kepala unit/instalasi/departemen terkait berpartisipasi dalam seleksi terhadap kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen tersebut. Kepala bidang/divisi dan Kepala unit/instalasi/departemen selain berpartisipasi dalam meninjau dan memilih semua kontrak klinis atau kontrak manajemen, juga bertanggung jawab untuk memantau kontrak tersebut (Lihat juga ARK 1 dan MIRM 6).

# Maksud dan Tujuan TKRS 6

Berdasarkan hal diatas maka kontrak atau perjanjian lainnya perlu diatur regulasinya antara lain meliputi :

- a. Penunjukan penanggung jawab untuk kontrak klinis dan penanggung jawab untuk kontrak manajemen
- b. Seleksi kontrak berdasarkan kepatuhan peraturan perundang-undangan yang terkait.
- c. Penetapan kontrak dan dokumen kontraknya.
- d. Dokumen menyebutkan pengalihan tanggung jawab pada pihak kedua.
- e. Monitoring mutu kontrak yang meliputi indikator mutu pelayanan yang dikontrakan, bagaimana pengumpulan dan analisa data serta pelaporan
- f. Teguran dan pemutusan kontrak, bila mutu pelayanan yang disediakan melalui kontrak tidak sesuai dengan kontrak.
- g. Review kontrak untuk perpanjangan

Selain kontrak atau perjanjian lainnya terkait dengan pelayanan yang perlu disediakan, rumah sakit juga perlu mengatur terkait kontrak atau perjanjian lainnya yang terkait sumber daya manusia, khususnya staf medis.

<b>Elemen penilaian TKRS 6</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>1. Rumah Sakit mempunyai regulasi tentang kontrak atau perjanjian lainnya yang antara lain meliputi a) sampai dengan g) yang ada di maksud dan tujuan. (R)</b></p>	<p><b>R</b></p>	<p><b>Regulasi tentang kontrak klinis dan kontrak manajemen.</b></p> <p><i>Catatan :</i>  <b>Kontrak klinis adalah perjanjian kerjasama antara:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>a. RS dengan individu staf medis berupa pakta integritas staf medis untuk mematuhi peraturan perundang-undangan dan regulasi RS</b></li> <li><b>b. RS dengan badan hukum berupa kerjasama pelayanan klinis yang disediakan RS dengan mematuhi peraturan perundang-undangan dan regulasi rumah sakit</b></li> </ul> <p><b>Kontrak manajemen adalah perjanjian kerjasama antara RS dengan badan hukum dalam penyediaan alat kesehatan (KSO alat) dan pelayanan non klinis sesuai maksud dan tujuan</b></p>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>

<b>Elemen penilaian TKRS 6</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>2. Rumah Sakit mempunyai regulasi tentang perjanjian kerja staf medis yang antara lain meliputi kredensial, rekredensial dan penilaian kinerja. (R)</b></p>	<b>R</b>	<p><b>1) Regulasi tentang perjanjian kerja sama RS dengan staf medis untuk mematuhi peraturan perundang-undangan dan regulasi RS</b></p> <p><b>2) Regulasi kredensial/rekredensial dan evaluasi kinerja profesi staf medis (<i>Medical Staf By Laws</i>)</b></p>	<b>10 5 0</b>	<b>TL TS TT</b>
<p><b>3. Rumah Sakit mempunyai dokumen kontrak untuk semua kontrak yang sudah dilaksanakan. (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>Bukti Kumpulan MOU/PKS/KSO atau bentuk lainnya untuk semua pelayanan/kegiatan yang diselenggarakan berdasarkan kontrak</b></p>	<b>10 5 0</b>	<b>TL TS TT</b>
	<b>W</b>	<p><b>Kepala bidang/divisi/kepala unit pelayanan/kepala unit kerja</b></p>		

Elemen penilaian TKRS 6		Telusur	Skor	
<p><b>4. Setiap dokter yang memberikan pelayanan di Rumah Sakit, sudah menandatangani perjanjian sesuai regulasi rumah sakit (Lihat KKS 9 EP 2). (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>1)Bukti perjanjian kerja untuk staf medis pegawai RS</b></p> <p><b>2)Bukti kontrak kerjasama untuk staf medis tamu</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Staf medis</b></li> <li><b>• Kepala SDM</b></li> </ul>	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 6</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>5. Ada bukti Kepala bidang/divisi pelayanan klinis dan Kepala unit pelayanan telah berpartisipasi dan bertanggung jawab terhadap peninjauan, pemilihan, dan pemantauan kontrak pelayanan klinis termasuk kontrak peralatan medis dan telah dilaksanakan. (lihat juga AP 5.1 EP 5 dan AP 6.1, EP 5) (D,W )</b></p>	<b>D</b>	<p><b>1) Bukti Daftar kontrak pelayanan klinis di RS</b></p> <p><b>2) Bukti dokumen kontrak klinis</b></p> <p><b>3) Bukti tentang rapat dan kegiatan yang melibatkan kepala bidang/divisi klinis dan kepala unit pelayanan terkait:</b></p> <p><b>a) pemilihan vendor</b></p> <p><b>b) penetapan indikator-indikator mutu pelayanan yang diselenggarakan melalui kontrak klinis</b></p> <p><b>c) hasil capaian-capaian indikator mutu yang ada di nomer 2)</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>5</b>	<b>TS</b>	<b>0</b>	<b>TT</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Kepala bidang/divisi/unit pelayanan</b></li> <li><b>• Komite/tim PMKP</b></li> </ul>		

<b>Elemen penilaian TKRS 6</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>6. Ada bukti Kepala bidang/divisi manajemen dan Kepala unit kerja berpartisipasi dan bertanggung jawab terhadap peninjauan, pemilihan, dan pemantauan kontrak manajemen (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p>	<p><b>1) Bukti daftar kontrak manajemen di RS</b></p> <p><b>2) Bukti dokumen kontrak manajemen</b></p> <p><b>3) Bukti rapat dan kegiatan yang melibatkan kepala bidang/divisi manajemen dan kepala unit kerja terkait:</b></p> <p><b>a) pemilihan vendor</b></p> <p><b>b) penetapan indikator-indikator mutu pelayanan/ kegiatan yang diselenggarakan melalui kontrak manajemen</b></p> <p><b>c) hasil capaian-capaian indikator mutu yang ada di nomor 2)</b></p>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>
	<p><b>W</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Kepala bidang/divisi/unit kerja</b></li> <li><b>• Komite PMKP</b></li> </ul>		

<b>Elemen penilaian TKRS 6</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>7. Ada bukti apabila kontrak dinegosiasikan ulang atau dihentikan, Rumah Sakit tetap menjaga kontinuitas dari pelayanan pasien.(D,O,W)</b>	<b>D</b>	<b>1) Bukti di dokumen kontrak ada klausul pemutusan sepihak diajukan minimal 3 (tiga) bulan sebelumnya</b> <b>2) Bukti daftar vendor calon pengganti</b> <b>3) Bukti proses kegiatan negosiasi ulang, penghentian kontrak dan pemilihan vendor baru (catatan : bila ada kejadian)</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>O</b>	<b>Lihat unit pelayanan dan unit kerja yang mempunyai pelayanan yang dikontrakan, apakah masih berjalan atau sudah berhenti</b>	<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<b>Kepala bidang/divisi/kepala unit pelayanan</b>	<b>0</b>	<b>TT</b>



## Standar TKRS 6.1

Kontrak dan perjanjian lainnya dievaluasi sebagai bagian dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

# Maksud dan Tujuan TKRS 6.1

- Rumah sakit perlu melakukan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien pada semua pelayanan di rumah sakit, baik yang secara langsung disediakan sendiri oleh rumah sakit maupun yang disediakan berdasar atas kontrak atau perjanjian lainnya. Rumah sakit perlu mendapatkan informasi mutu dari pelayanan yang disediakan berdasar atas kontrak atau perjanjian lainnya, lalu menganalisis informasi tersebut, kemudian mengambil tindakan berdasar atas data dan informasi tersebut. Pelayanan yang disediakan berdasar atas kontrak dan perjanjian lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang dapat dipergunakan untuk mengukur mutu pelayanan yang disediakan berdasar atas kontrak tersebut. Data indikator mutu apa saja yang harus dikumpulkan dan dilaporkan ke Komite/Tim Mutu rumah sakit, frekuensi pengumpulan data, dan format pengumpulan data.

# Maksud dan Tujuan TKRS 6.1

- Kepala unit pelayanan/departemen menerima laporan mutu dari penyedia kontrak yang kemudian ditindaklanjuti dan memastikan bahwa laporan-laporan tersebut di-integrasikan ke dalam proses penilaian mutu rumah sakit. (lihat juga APK 4.1, EP , dan APK.5, EP 4 dan 6).
- Sebagai contoh: makanan pasien di rumah sakit disediakan berdasar atas kerja sama dengan pihak ketiga. Dengan demikian, pelayanan makanan yang disediakan pihak ketiga tersebut perlu diukur mutunya menggunakan indikator mutu. Penanggung Jawab Gizi secara berkala melaporkan hasil capaian indikator mutu kepada Komite/Tim Mutu Rumah Sakit.

## **SNARS EDISI 1**

<b>Elemen penilaian TKRS 6.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
1. Rumah Sakit mempunyai regulasi tentang monitoring mutu pelayanan yang disediakan berdasarkan kontrak atau perjanjian lainnya (R)	<b>R</b>	Regulasi tentang monitoring dan evaluasi mutu pelayanan yang dikontrakkan	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ketua/staf Komite/Tim PMKP</li><li>• Kepala bidang/divisi /kepala unit pelayanan/kepala unit kerja</li></ul>	<b>-</b> <b>0</b>	<b>-</b> <b>TT</b>
2. Semua kontrak mempunyai indikator mutu yang harus dilaporkan kepada RS sesuai mekanisme pelaporan mutu di RS. (R)	<b>R</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Regulasi tentang penetapan indikator mutu pelayanan yang diselenggarakan berdasarkan kontrak</li><li>2) Panduan sistem manajemen data yang didalamnya ada mekanisme pelaporan mutu</li></ol>	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 6.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>1. Rumah Sakit mempunyai regulasi tentang monitoring mutu pelayanan yang disediakan berdasarkan kontrak atau perjanjian lainnya (lihat juga TKRS 6 EP 1 dan TKRS 4 EP 1). (R)</b></p>	<b>R</b>	<p><b>Regulasi tentang monitoring mutu pelayanan yang dikontrakan meliputi antara lain : pemilihan indikator mutu, pengumpulan, analisis dan pelaporan</b></p>	<p><b>10</b> <b>5</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b></p>
<p><b>2. Ada bukti semua pelayanan yang disediakan berdasarkan kontrak atau perjanjian lain mempunyai indikator mutu dan sudah dilakukan pengumpulan datanya (D, W)</b></p>	<p><b>D</b></p> <p><b>W</b></p>	<p><b>1) Regulasi tentang penetapan indikator mutu pelayanan yang diselenggarakan berdasarkan kontrak</b></p> <p><b>2) Panduan sistem manajemen data yang didalamnya ada mekanisme pelaporan mutu (Lihat PMKP 2.1)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Kepala bidang/divisi</b></li> <li><b>• Kepala unit pelayanan terkait</b></li> </ul>	<p><b>10</b> <b>5</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b></p>

<b>Elemen penilaian TKRS 6.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>3. Komite/Tim PMKP telah melakukan analisis data dan feedback data dan laporan (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>1) Bukti hasil analisis data indikator mutu pelayanan yang di kontrakkan</b> <b>2) Bukti tentang feedback hasil analisis ke unit pelayanan/unit kerja</b> <b>3) Bukti laporan hasil analisis indikator mutu kepada Kepala bidang/divisi</b>	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>
<b>4. Kepala bidang/kepala divisi klinis dan manajemen ikut berpartisipasi dalam program peningkatan mutu dengan menindaklanjuti hasil analisis informasi mutu pelayanan yang yang dilaksanakan melalui kontrak/pihak ketiga. (D,W)</b>	<b>D</b>          <b>W</b>	<b>Bukti tindak lanjut dari hasil analisis informasi mutu oleh kepala bidang/divisi</b>          <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Komite/Tim PMKP</b></li> <li>• <b>Kepala bidang/divisi dan unit pelayanan</b></li> </ul>	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>



## Standar TKRS 6.2



Kepala bidang/kepala divisi pelayanan klinis memastikan bahwa dokter praktik mandiri yang bukan merupakan staf RS memiliki izin dan kredensial yang tepat sesuai dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien rumah sakit dan peraturan perundangan

# Maksud dan Tujuan TKRS 6.2

- Kepala bidang /divisi pelayanan klinis dapat merekomendasikan kontrak atau mengatur pelayanan staf profesional pemberi asuhan (PPA )seperti dokter, dokter gigi dan para praktisi independen lainnya diluar Rumah Sakit. Dalam beberapa kasus dokter praktik mandiri tersebut dapat berada diluar rumah sakit atau bahkan dari luar negri. Pelayanan itu dapat mencakup *telemedicine* atau *teleradiology*. Apabila dari pelayanan praktisi tersebut ,pasien membutuhkan perawatan atau alur perawatan maka praktisi tersebut harus melalui proses kredensial dan pengurusan izin praktik di rumah sakit.
- Para Kepala bidang/divisi Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kontrak atau pengaturan lain untuk memastikan bahwa pelayanan dapat memenuhi kebutuhan pasien dan merupakan bagian dari kegiatan manajemen dan peningkatan mutu Rumah Sakit. Kepala departemen/unit/instalasi pelayanan berpartisipasi dalam meninjau dan memilih semua kontrak klinis dan non-klinis serta bertanggung jawab untuk memantau kontrak tersebut.

Elemen penilaian TKRS 6.2		Telusur	Skor	
<b>1. Direktur Rumah Sakit menentukan pelayanan yang akan diberikan oleh dokter praktik mandiri dari luar Rumah Sakit. (R)</b>	<b>R</b>	<b>Regulasi tentang penetapan pelayanan yang akan diberikan oleh dokter praktik mandiri dari luar RS</b>	<b>10 - 0</b>	<b>TL - TT</b>



<b>Elemen penilaian TKRS 6.2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>3. Mutu pelayanan yang diberikan oleh dokter praktik mandiri seperti tersebut pada EP 2 telah dipantau sebagai bagian dari program peningkatan mutu Rumah Sakit. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>Bukti hasil evaluasi mutu pelayanan yang diberikan oleh semua dokter praktik mandiri</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Komite/Tim PMKP</b></li> <li><b>• Kepala bidang/divisi</b></li> <li><b>• Kepala unit pelayanan</b></li> </ul>	<b>0</b>	<b>TT</b>

# MANAJEMEN SUMBER DAYA

6 September 2017



## Standar TKRS 7

Direktur RS membuat keputusan terkait pengadaan dan penggunaan sumber daya dengan mempertimbangkan mutu dan keselamatan

# Maksud dan Tujuan TKRS 7

- Direktur Rumah Sakit dapat membuat keputusan lebih baik jika mempunyai data sebagai dasar membuat keputusan. Sebagai contoh, jika Rumah Sakit ingin mengganti atau menambah pompa infus, informasi tidak hanya tentang harga saja, tetapi juga tentang persyaratan pemeliharannya, pelatihan orangnya, informasi tentang kegagalan fungsi dan insiden keselamatan pasien. Sama juga halnya, jika harus memutuskan tentang pengurangan atau memperkerjakan kembali seorang staf keperawatan, implikasi dari mutu dan keselamatan asuhan pasien menjadi pertimbangan (lihat juga KKS 6 EP 7 dan KKS 15 EP 3). Direktur Rumah Sakit menetapkan proses mengumpulkan data dan informasi dalam pengadaan dalam jumlah besar serta rujukan informasi agar dapat dipastikan faktor mutu dan keselamatan pasien ada dalam informasi.
- Satu komponen dari pengumpulan data yang dipakai membuat keputusan terkait sumber daya, adalah memahami persyaratan atau yang direkomendasikan pada teknologi medis, perbekalan farmasi, obat, yang diperlukan untuk memberikan layanan. Rekomendasi dapat berasal dari pemerintah, organisasi profesi nasional atau internasional, atau dari sumber lain yang dapat dipercaya .

# Maksud dan Tujuan TKRS 7

Yang dimaksud dengan teknologi medis adalah ilmu kedokteran yg menggunakan peralatan serta prosedur tertentu untuk membantu menemukan penyebab penyakit serta membantu pengobatannya.

Berdasarkan hal diatas, rumah sakit perlu mempunyai regulasi yang mengatur pemilihan teknologi medis dan obat-obatan sebagai berikut:

- a) data dan informasi mengenai mutu dan implikasi keselamatan pasien dari penggunaan teknologi medis dan obat tersebut, jadi tidak hanya berdasarkan harga saja.
- b) rekomendasi dari staf klinis RS atau pemerintah atau organisasi profesi nasional maupun internasional atau sumber lain yang akurat

# Maksud dan Tujuan TKRS 7

- Jika pihak ketiga yang membuat keputusan, seperti, Kementerian Kesehatan maka Direktur Rumah Sakit harus memberikan data dan informasi tersebut kepada pihak ketiga ini. Jika Rumah Sakit akan menggunakan teknologi medis dan/atau obat yang masih bersifat "*trial*" baik secara Nasional maupun Internasional pada asuhan pasien, maka Rumah Sakit harus menetapkan proses untuk mengkaji lalu kemudian menyetujui penggunaannya. Persetujuan ini harus diberikan sebelum teknologi maupun obat-obatan tersebut digunakan dalam asuhan pasien. Harus diputuskan apakah penggunaan teknologi medis dan atau obat-obatan tersebut membutuhkan persetujuan khusus dari pasien.

# Maksud dan Tujuan TKRS 7

Rumah Sakit perlu menyusun regulasi penggunaan teknologi medis dan obat baru yang masih dalam taraf uji coba (*trial*) sebagai berikut :

- 1) perlu melakukan kajian implikasi terhadap mutu dan keselamatan pasien dari pelaksanaan uji coba (*trial*) tersebut.
- 2) pelaksanaan uji coba (*trial*) dapat dilakukan bila persetujuan dari Direktur RS sudah keluar.
- 3) dalam melaksanakan uji coba (*trial*) membutuhkan persetujuan khusus dari pasien (*informed consent*)

Elemen penilaian TKRS 7		Telusur	Skor	
<p><b>1. Rumah sakit mempunyai regulasi pemilihan teknologi medis dan obat sesuai dengan a) dan b) yang ada di maksud dan tujuan serta regulasi penggunaan teknologi medik dan obat baru yang masih dalam taraf uji coba (<i>trial</i>) sesuai dengan 1) sampai dengan 3) yang ada di maksud dan tujuan serta memiliki tim penapisan teknologi bidang kesehatan (lihat juga HPK 6 EP 1). (R)</b></p>	<p><b>R</b></p>	<p><b>1) Regulasi tentang pemilihan teknologi medik dan obat</b></p> <p><b>2) Regulasi tentang penggunaan teknologi medis dan obat yang masih dalam uji coba (<i>trial</i>)</b></p>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>

<b>Elemen penilaian TKRS 7</b>	<b>Telusur</b>		<b>Skor</b>	
<p>2. Tim penapisan teknologi bidang kesehatan telah menggunakan data dan informasi dalam pemilihan teknologi medis serta obat sesuai dengan regulasi rumah sakit yang ada di EP 1. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>1) Bukti tentang penetapan Tim Penapisan teknologi bidang kesehatan</p> <p>2) Bukti tentang pemilihan teknologi medis dan obat yang telah menggunakan data dan informasi point a) dan b)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tim Penapisan Teknologi</li> <li>• Komite/Tim Farmasi Terapi</li> </ul>	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>
<p>3. Tim penapisan teknologi bidang kesehatan telah menggunakan rekomendasi dari staf klinis dan atau pemerintah dan organisasi profesi nasional atau internasional dalam pemilihan teknologi medis dan obat di rumah sakit. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti rekomendasi/referensi dari staf klinis dan atau pemerintah atau organisasi nasional dan international telah digunakan untuk pemilihan teknologi medis dan obat</p> <p>Tim Penapisan Teknologi</p>	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>

<b>Elemen penilaian TKRS 7</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>4. Direktur Rumah Sakit telah melaksanakan regulasi terkait dengan penggunaan teknologi medis dan obat baru yang masih dalam taraf uji coba (<i>trial</i>). (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p> <p><b>W</b></p>	<p><b>Bukti pelaksanaan uji coba (<i>trial</i>) sudah sesuai regulasi</b></p> <p><b>Direktur</b></p>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>
<p><b>5. Kepala bidang/divisi telah melakukan evaluasi mutu dan keselamatan pasien terhadap hasil dari pengadaan dan penggunaan teknologi medis serta obat menggunakan indikator mutu dan laporan insiden keselamatan pasien. (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p> <p><b>W</b></p>	<p><b>1) Bukti hasil capaian indikator mutu dari pelayanan yang berasal dari pengadaan dan penggunaan teknologi medis dan obat</b></p> <p><b>2) Bukti laporan insiden keselamatan pasien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Kepala bidang/divisi</b></li> <li><b>• Kepala unit terkait</b></li> <li><b>• Ketua Komite/Tim PMKP</b></li> </ul>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>



## Standar TKRS 7.1

Direktur RS menelusuri dan menggunakan data dan informasi tentang rantai distribusi obat, dan perbekalan farmasi yang aman untuk melindungi pasien dan staf dari produk yang berasal dari pasar gelap, palsu, terkontaminasi atau cacat.

# Maksud dan Tujuan TKRS 7.1

- Manajemen rantai distribusi obat adalah faktor yang sangat penting dalam menjamin pengadaan perbekalan Rumah Sakit yang aman dan berkualitas. Rantai distribusi obat ini meliputi tahapan bagaimana perbekalan dikirim dari pabrik ke distributor dan akhirnya sampai ke Rumah Sakit.
- Rangkaian distribusi ini merupakan komponen sangat penting untuk memastikan tersedianya perbekalan yang dibutuhkan datang tepat waktu, mencegah obat serta teknologi medis yang tercemar, palsu, sampai di pasien di Rumah Sakit. Ini merupakan masalah global yang sudah dikenal dan untuk mengatasinya harus diketahui tentang reputasi, kredibilitas, kegiatan operasional setiap komponen dari rantai distribusi. Mungkin informasi yang ada tidak dapat lengkap dan sukar untuk mengkaitkan satu sama lain, tetapi Rumah Sakit paling sedikit dapat memutuskan dimana letak risiko yang signifikan berada dan kemudian melakukan pemilihan berdasar informasi.

# Maksud dan Tujuan TKRS 7.1

- Penelusuran produk melalui bar-coding dan cara lain dapat membantu manajemen dan staf mengerti bagaimana gambaran dari rantai suplai dan dapat mencegah penggelapan. Meskipun tidak ada standar tunggal secara global mengatur rantai distribusi ini, bahkan bila tidak ada standar nasional, Direktur Rumah Sakit tetap bertanggung jawab untuk mengetahui isu ini dan melaksanakan strategi melindungi rantai distribusinya. Jika perbekalan Rumah Sakit dibeli, disimpan, dan di distribusi oleh instansi pemerintah, Rumah Sakit ikut melaksanakan program untuk deteksi dan melaporkan perbekalan yang diduga tercemar, palsu dan mengambil tindakan mencegah kerugian potensial pada pasien. Jika sebuah Rumah Sakit pemerintah tidak mengetahui informasi tentang integritas setiap pemasok (supplier) di rantai distribusi, Rumah Sakit dapat minta informasi untuk mengetahui bagaimana perbekalan di beli dan di kelola oleh pemerintah atau badan non pemerintah.

# Maksud dan Tujuan TKRS 7.1

Khusus untuk pembelian alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan obat yang berisiko termasuk vaksin, agar memperhatikan alur rantai distribusi yang antara lain meliputi :

- 1) Akte pendirian perusahaan dan pengesahan dari Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia.
- 2) Sura Izin Usaha Perusahaan (SIUP)
- 3) NPWP
- 4) Izin Pedagang Besar Farmasi - Penyalur Alat Kesehatan (PBF-PAK)
- 5) Perjanjian Kerja Sama antara distributor dengan prinsipal dan RS
- 6) Nama dan Surat izin Kerja Apoteker untuk apoteker Penanggung jawab PBF
- 7) Alamat dan denah kantor PBF
- 8) Surat garansi jaminan keaslian produk yang didistribusikan (dari prinsipal)

Elemen penilaian TKRS 7.1		Telusur	Skor	
<p><b>1. RS mempunyai regulasi tentang pengelolaan pengadaan alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan obat yang berisiko termasuk vaksin dengan memperhatikan alur rantai distribusi sesuai peraturan perundang-undangan (lihat juga PKPO 2). (R)</b></p>	<p><b>R</b></p>	<p><b>Regulasi tentang manajemen rantai distribusi (<i>supply chain management</i>) untuk pembelian/pengadaan alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan obat yang berisiko termasuk vaksin</b></p>	<p><b>10</b></p>	<p><b>TL</b></p>
			<p><b>5</b></p>	<p><b>TS</b></p>
			<p><b>0</b></p>	<p><b>TT</b></p>

<b>Elemen penilaian TKRS 7.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>2. RS telah melakukan identifikasi risiko penting dari rantai distribusi alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan obat yang berisiko termasuk vaksin dan melaksanakan tindak lanjut untuk menghindari risiko. (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>1) Daftar identifikasi risiko dari rantai distribusi meliputi tahapan penyediaan, penyimpanan, pengiriman obat dan perbekalan farmasi mulai dari pabrik ke distribusi dan akhirnya sampai ke pengguna di RS, untuk mencegah obat palsu, terkontaminasi dan rusak</b></p> <p><b>2) Bukti tata kelola untuk menghindari risiko diantaranya didalam kontrak pembelian menyebutkan RS berhak untuk melakukan peninjauan sewaktu-waktu ke seluruh area rantai distribusi</b></p> <p><b>3) Bukti vendor melampirkan 1) sampai dengan 8) dalam maksud dan tujuan</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Direktur/Kepala bidang/divisi terkait</b></li> <li><b>• Kepala Instalasi Farmasi</b></li> <li><b>• Panitia Pengadaan</b></li> </ul>	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 7.1</b>	<b>Telusur</b>		<b>Skor</b>	
<p><b>3. RS telah melakukan evaluasi tentang integritas setiap pemasok di rantai distribusi. (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p>	<p><b>1) Bukti pernyataan pakta integritas dari pemasok</b>  <b>2) Bukti hasil evaluasi terhadap integritas setiap pemasok di rantai distribusi</b></p>	<p><b>10</b> <b>5</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b></p>
<p><b>4. Direktur RS menelusuri rantai distribusi pengadaan alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan obat yang berisiko termasuk vaksin untuk mencegah penggelapan dan pemalsuan. (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p>	<p><b>Bukti penelusuran/investigasi rantai distribusi pengadaan alat kesehatan , bahan medis habis pakai dan obat yang berisiko termasuk vaksin dari aspek 1) sampai dengan 8) dalam maksud dan tujuan</b></p>	<p><b>10</b> <b>5</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b></p>
	<p><b>W</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Direktur/kepala bidang terkait</b></li> <li>• <b>Kepala Instalasi Farmasi</b></li> <li>• <b>Panitia Farmasi Terapi</b></li> </ul>		
	<p><b>W</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Direktur/Kepala bidang/divisi terkait</b></li> <li>• <b>Kepala Instalasi Farmasi</b></li> <li>• <b>Panitia Pengadaan</b></li> </ul>		

**ORGANISASI STAF KLINIS**

**DAN**

**TANGGUNG JAWABNYA**



## Standar TKRS 8

Rumah sakit menetapkan struktur organisasi pelayanan medis, pelayanan keperawatan dan pelayanan klinis lainnya secara efektif, lengkap dengan uraian tugas dan tanggung jawabnya.

# Maksud dan Tujuan TKRS 8

- Tata kelola klinis harus berjalan dengan baik di rumah sakit, karena itu selain terdapat pimpinan klinis, rumah sakit juga perlu membentuk Komite Medik dan Komite Keperawatan dengan tujuan dapat menjaga mutu, kompetensi, etik, dan disiplin para staf profesional tersebut.
- 
- Rumah sakit agar menetapkan lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan pelayanan medis, lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan pelayanan keperawatan dan lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan penunjang medik. Kepala unit pelayanan dengan staf klinisnya mempunyai tanggung jawab khusus terhadap pasien di Rumah Sakit. Staf klinis yang ditempatkan di unit-unit pelayanan, secara fungsi dikoordinasi oleh para pimpinan pelayanan (kepala bidang/divisi).

# Maksud dan Tujuan TKRS 8

Dalam melakukan koordinasi tersebut pimpinan pelayanan medis juga melakukan koordinasi dengan komite medis dan untuk pimpinan keperawatan melakukan koordinasi dengan komite keperawatan, sehingga unit pelayanan dibawah koordinasi para pimpinan klinis (kepala bidang/divisi pelayanan klinis), dapat mempunyai fungsi :

- 1) Mendorong agar antar staf profesional terjalin komunikasi baik
- 2) Membuat rencana bersama dan menyusun kebijakan, panduan praktik klinik dan protokol, pathways, dan ketentuan sebagai panduan memberikan layanan klinik
- 3) Menetapkan etik dan melaksanakan sesuai profesinya masing masing
- 4) Mengawasi mutu asuhan pasien (*lihat juga TKRS 10* )
- 5) Kepala unit pelayanan menetapkan struktur organisasi unit pelayanan untuk dapat melaksanakan tanggung jawabnya.

# Maksud dan Tujuan TKRS 8

Secara umum struktur organisasi unit pelayanan yang ditetapkan,

- a) Terdiri dari staf klinik yang relevan
- b) Didasarkan kepada kepemilikan Rumah Sakit, misi dan struktur organisasi Rumah Sakit
- c) Sesuai kompleksitas layanan Rumah Sakit dan jumlah staf profesional
- d) Efektif melaksanakan 4 (empat) fungsi tersebut di paragraph terdahulu di Maksud dan tujuan TKRS 8 ini.

<b>Elemen penilaian TKRS 8</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>1. Ada penetapan struktur organisasi dan tata kerja rumah sakit sampai dengan unit pelayanan. (R)</b>	<b>R</b>	<b>1) Struktur organisasi dan tata kerja rumah sakit</b> <b>2) Struktur organisasi masing-masing unit dan tata kerja dengan unit lainnya</b>	<b>10</b> - <b>0</b>	<b>TL</b> - <b>TT</b>
<b>2. Ada penetapan struktur organisasi komite medis dan komite keperawatan dan tata hubungan kerja dengan para pimpinan di rumah sakit. (R)</b>	<b>R</b>	<b>1) Struktur organisasi komite medis dengan uraian tugas dan tata hubungan kerja dengan para pimpinan</b> <b>2) Struktur organisasi komite keperawatan dengan uraian tugas dan tata hubungan kerja</b>	<b>10</b> - <b>0</b>	<b>TL</b> - <b>TT</b>

## SNARS EDISI 1

<b>Elemen penilaian TKRS 8</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>3. Struktur organisasi dapat mendukung proses budaya keselamatan di rumah sakit dan komunikasi antar profesi. (R)</b></p>	<b>R</b>	<p><b>1)Regulasi tentang penetapan organisasi yang bertanggung jawab terhadap upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien termasuk budaya keselamatan di rumah sakit</b></p> <p><b>2)Regulasi tentang penetapan organisasi yang bertanggung jawab terhadap peningkatan etika dan hukum yang mengkoordinasikan etika dan disiplin profesi yang ada di RS</b></p>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>
<p><b>4. Struktur organisasi dapat mendukung proses perencanaan pelayanan klinik dan penyusunan regulasi pelayanan. (R)</b></p>	<b>R</b>	<p><b>Regulasi tentang penetapan kepala bidang /divisi yang bertanggung jawab pada proses perencanaan klinis dan penyusunan regulasi pelayanan klinis</b></p>	<p><b>10</b></p> <p><b>-</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>-</b></p> <p><b>TT</b></p>

<b>Elemen penilaian TKRS 8</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>3. Struktur organisasi dapat mendukung proses budaya keselamatan di rumah sakit dan komunikasi antar profesi. (R)</b>	<b>R</b>	<b>Regulasi tentang penetapan organisasi yang bertanggung jawab terhadap upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien termasuk budaya keselamatan di rumah sakit</b>	<b>10 - 0</b>	<b>TL - TT</b>
<b>4. Struktur organisasi dapat mendukung proses perencanaan pelayanan klinik dan penyusunan regulasi pelayanan. (R)</b>	<b>R</b>	<b>Regulasi tentang penetapan kepala bidang /divisi yang bertanggung jawab pada proses perencanaan klinis dan penyusunan regulasi pelayanan klinis</b>	<b>10 - 0</b>	<b>TL - TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 8</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>5. Struktur organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas berbagai isu etika profesi. (R)</b></p>	<p><b>R</b></p>	<p><b>Regulasi tentang penetapan komite etik atau komite etik dan hukum RS yang mengkoordinasikan sub komite etik dan disiplin profesi medis dan keperawatan dibawah komite masing-masing.</b></p>	<p><b>10</b> - <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> - <b>TT</b></p>
<p><b>6. Struktur organisasi dapat mendukung proses pengawasan atas mutu pelayanan klinis. (R)</b></p>	<p><b>R</b></p>	<p><b>Komite/Tim PMKP atau organisasi lainnya yang dilengkapi dengan uraian tugas yang antara lain mempunyai tugas melakukan pengawasan mutu pelayanan klinis dan dilengkapi dengan tata hubungan kerja</b></p>	<p><b>10</b> - <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> - <b>TT</b></p>

# UNIT PELAYANAN

6 September 2017



## Standar TKRS 9

Satu atau lebih individu yang kompeten ditetapkan sebagai kepala unit di masing-masing unit pelayanan di RS sesuai peraturan perundang-undangan

# Maksud dan Tujuan TKRS 9

- Pelayanan klinis, hasil asuhan klinis pasien, dan manajemen suatu rumah sakit secara keseluruhan dihasilkan dari kegiatan klinis dan manajerial tiap departemen serta unit pelayanan. Kinerja departemen atau unit pelayanan yang baik membutuhkan kepemimpinan yang jelas dari individu yang kompeten. Dalam departemen atau unit layanan yang lebih besar maka kepemimpinannya dapat dipisah-pisahkan. Dalam hal semacam itu maka tanggung jawab masing-masing didefinisikan secara tertulis. Sebagai contoh Departemen laboratorium, mempunyai kepala Departemen dan mempunyai kepala unit laboratorium patologi klinis, kepala unit laboratorium anatomi, laboratorium, dan lainnya. Kepala Departemen dalam standar ini untuk selanjutnya disebut Koordinator Pelayanan.

# Maksud dan Tujuan TKRS 9

- Tiap koordinator dan kepala unit pelayanan melakukan identifikasi kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya serta mengusulkan kepada direksi rumah sakit. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa staf, ruang, peralatan, dan sumber daya lainnya tersedia memadai setiap saat untuk memenuhi kebutuhan pasien. Meskipun para Koordinator Pelayanan atau Kepala Unit Pelayanan telah membuat rekomendasi atau usulan mengenai kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya, kebutuhan tersebut kadang-kadang berubah atau tidak terpenuhi. Karena itu, Koordiantor pelayanan/Kepala unit pelayanan harus memiliki proses untuk merespons kekurangan sumber daya supaya pelayanan di unit pelayanan tetap aman dan efektif terjamin mutunya bagi semua pasien.

# Maksud dan Tujuan TKRS 9

- Koordinator pelayanan dan unit layanan mempertimbangkan pelayanan yang diberikan dan direncanakan oleh departemen atau unit layanan tersebut serta pendidikan, keahlian, pengetahuan, dan pengalaman yang diperlukan oleh staf profesional dari departemen tersebut dalam melakukan pelayanan. Koordinator pelayanan dan unit layanan menyusun kriteria yang mencerminkan pertimbangan ini dan kemudian memilih staf berdasar atas kriteria tersebut. Pemimpin departemen dan unit layanan juga dapat bekerja sama dengan departemen sumber daya manusia dan departemen lainnya dalam proses seleksi berdasar atas rekomendasi mereka.

# Maksud dan Tujuan TKRS 9

- Pemimpin departemen dan unit layanan memastikan bahwa semua staf dalam departemen atau unit layanan memahami tanggung jawab mereka dan mengadakan kegiatan orientasi dan pelatihan bagi karyawan baru. Kegiatan orientasi mencakup misi rumah sakit dan departemen/unit layanan, lingkup dari pelayanan yang diberikan, serta regulasi yang terkait dalam memberikan pelayanan. Sebagai contoh, semua staf memahami prosedur pencegahan serta pengendalian infeksi dalam rumah sakit dan dalam departemen/unit layanan tersebut. Bila ada revisi maupun regulasi yang baru maka para staf akan diberikan pelatihan yang sesuai (lihat juga ARK 3 EP 1, AP 5.1, AP 6.1, AP 5.11 EP 1, PKPO 1, PMKP 1, dan PPI 1).

<b>Elemen penilaian TKRS 9</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>1. Ada regulasi tentang persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk setiap kepala unit pelayanan dan termasuk bila ada koordinator pelayanan, yang tertuang didalam pedoman pengorganisasian unit pelayanan tersebut (lihat juga AP 5.1 EP 1, AP 6.1 EP 1, PKPO 1 EP 1 dan PKPO 1.1). (R)</b></p>	<b>R</b>	<p><b>Pedoman pengorganisasian di masing-masing unit/departemen pelayanan</b></p>	<p><b>10</b> <b>-</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>-</b> <b>TT</b></p>
<p><b>2. Setiap Kepala unit pelayanan dan koordinator pelayanan (bila ada) telah sesuai dengan persyaratan jabatan yang ditetapkan. (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p> <p><b>W</b></p>	<p><b>Bukti kualifikasi sesuai persyaratan jabatan pada file kepegawaian setiap kepala unit/kepala departemen pelayanan dan koordinator pelayanan/ kepala departemen</b></p>	<p><b>10</b> <b>5</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b></p>



Elemen penilaian TKRS 9		Telusur	Skor	
<p><b>4. Setiap kepala unit pelayanan telah menyusun pola ketenagaan yang dipergunakan untuk rekrutmen yang akan ditugaskan di unit pelayanan tersebut sesuai peraturan perundang-undangan (Lihat juga KKS2 EP 1 dan EP 2). (D,W)</b></p>	D	<p><b>1) Bukti setiap unit pelayanan telah mempunyai pola ketenagaan (tercantum di dalam pedoman pengorganisasian)</b></p> <p><b>2) Bukti rekrutmen tenaga di unit pelayanan telah sesuai dengan kebutuhan tenaga yang ada di pola ketenagaan</b></p>	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Kepala bidang/divisi</b></li> <li><b>• HRD</b></li> </ul>	5	TS
			0	TT

<b>Elemen penilaian TKRS 9</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>5. Setiap kepala unit pelayanan telah menyelenggarakan orientasi bagi semua staf baru mengenai tugas dan tanggung jawab serta wewenang mereka di unit pelayanan dimana mereka bekerja (lihat juga KKS 7 EP 1, EP 2 dan EP 3). (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p> <p><b>W</b></p>	<p><b>Bukti pelaksanaan orientasi staf baru di unit pelayanan meliputi TOR, daftar hadir, evaluasi peserta dan laporan pelaksanaan orientasi</b></p> <p><b>Kepala bidang/divisi</b></p>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>
<p><b>6. Dalam orientasi, diberikan materi tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Lihat juga KKS 7 EP 1, EP 2, EP 3 dan PPI 11 EP 2). (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p> <p><b>W</b></p>	<p><b>Bukti materi PMKP dan PPI dalam TOR</b></p> <p><b>(Catatan : materi PMKP dan PPI spesifik di unit tersebut)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Para Kepala Unit Pelayanan</b></li> <li><b>• Pimpinan SDM/diklat</b></li> </ul>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>



## Standar TKRS 10

Kepala unit mengidentifikasi secara tertulis pelayanan yang diberikan oleh unit, serta mengintegrasikan dan mengkoordinasikan pelayanan tersebut dengan pelayanan dari unit lain

# Maksud dan Tujuan TKRS 10

- Kepala dari unit pelayanan klinis rumah sakit bekerja-sama untuk menetapkan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan unit yang spesifik. Secara umum, dokumen yang disiapkan oleh tiap-tiap unit pelayanan klinis menetapkan tujuan maupun mengidentifikasi pelayanan saat ini dan yang direncanakan. Regulasi di unit mencerminkan tujuan dan pelayanan unitnya termasuk persyaratan jabatan staf yang dibutuhkan untuk melakukan asesmen serta memenuhi kebutuhan pelayanan pasien.

# Maksud dan Tujuan TKRS 10

- Pelayanan klinis yang diberikan kepada pasien dikoordinasikan dan diintegrasikan di dalam setiap unit pelayanan. Selain itu, setiap unit pelayanan mengkoordinasikan dan mengintegrasikan pelayanannya dengan unit pelayanan yang lain. Duplikasi pelayanan yang tidak perlu dihindari atau dihilangkan agar menghemat sumber daya.
- Yang dimaksud dengan unit pelayanan klinis adalah unit pelayanan dimana professional pemberi asuhan (PPA) memberikan asuhan klinis di unit tersebut. Contoh : unit rawat jalan, unit rawat inap, unit radiologi, unit farmasi, unit laboratorium, dan lain-lain

<b>Elemen penilaian TKRS 10</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>1. Setiap unit pelayanan telah mempunyai pedoman pelayanan yang menguraikan tentang pelayanan saat ini dan program kerja yang menguraikan tentang pelayanan yang direncanakan dan mengatur pengetahuan dan ketrampilan staf klinis yang melakukan asesmen pasien dan kebutuhan pasien (lihat juga ARK 1 EP 4). (R)</b></p>	<p><b>R</b></p>	<p><b>1) Pedoman pelayanan disetiap unit pelayanan</b></p> <p><b>2) Program tentang rencana pengembangan pelayanan disetiap unit pelayanan</b></p>	<p><b>10</b></p> <p>-</p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p>-</p> <p><b>TT</b></p>

<b>Elemen penilaian TKRS 10</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>2. Rumah sakit mempunyai regulasi untuk unit pelayanan yang mengatur format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan. (R)</b></p>	<p><b>R</b></p>	<p><b>Regulasi tentang perencanaan termasuk pengaturan format usulan yang seragam</b></p>	<p><b>10 - 0</b></p>	<p><b>TL - TT</b></p>
<p><b>3. Rumah sakit mempunyai regulasi yang mengatur sistem pengaduan pelayanan di unit pelayanan (lihat juga HPK 3). (R)</b></p>	<p><b>R</b></p>	<p><b>Regulasi tentang sistem pengaduan pelayanan di unit pelayanan</b></p>	<p><b>10 - 0</b></p>	<p><b>TL - TT</b></p>

Elemen penilaian TKRS 10		Telusur	Skor	
<p>4. Kepala unit pelayanan telah menggunakan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan. (D,O,W)</p>	D	<p>Bukti usulan dengan format yang seragam antara lain tentang obat, perbekalan farmasi, peralatan kedokteran dan peralatan lain</p>	10	TL
	O	<p>Lihat format usulan perencanaan dari unit pelayanan</p>	5	TS
	W	<p>Kepala unit pelayanan</p>	0	TT
<p>5. Pengaduan pelayanan di unit pelayanan telah sesuai dengan regulasi. (D,W)</p>	D	<p>Bukti proses pengaduan sudah sesuai dengan regulasi (bukti pengaduan tertulis/bukti daftar pengaduan/logbook pengaduan/laporan kejadian dan lain-lain</p>	10	TL
	W	<p>Kepala unit pelayanan</p>	5	TS
			0	TT

<b>Elemen penilaian TKRS 10</b>	<b>Telusur</b>		<b>Skor</b>	
<b>6. Pengetahuan dan ketrampilan staf klinis di unit pelayanan telah sesuai dengan regulasi. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>Bukti kompetensi staf klinis sesuai regulasi pada file pegawai</b>	<b>10 5 0</b>	<b>TL TS TT</b>
<b>7. Pelayanan yang disediakan di unit pelayanan telah sesuai dengan regulasi. (D,O,W)</b>	<b>D</b>	<b>Bukti tentang pelayanan yang disediakan rumah sakit antara lain berupa brosur/leaflet</b>	<b>10 5 0</b>	<b>TL TS TT</b>
	<b>O</b>	<b>Lihat pelaksanaan pemberian pelayanan di unit terutama rawat jalan, rawat inap, IGD, Farmasi, radiologi, laboratorium</b>		
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala unit pelayanan</li> <li>• Kepala bidang/divisi pelayanan medis/keperawatan dan penunjang medis</li> </ul>		

Elemen penilaian TKRS 10		Telusur	Skor	
<p><b>8. Ada koordinasi dan integrasi pelayanan di unit pelayanan dan antar unit pelayanan. (D,W)</b></p>	D	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bukti rapat tentang pelaksanaan koordinasi di masing-masing individu unit pelayanan yang dipimpin oleh kepala unit pelayanan masing-masing.</li> <li>2) Bukti rapat tentang pelaksanaan koordinasi antar unit pelayanan yang dipimpin oleh kepala bidang pelayanan medik/keperawatan</li> <li>3) Bukti pelaksanaan transfer/pemindahan pasien antar unit yang sudah terkoordinasi/ serah terima transfer pasien</li> <li>4) Bukti pelaksanaan pergantian shift petugas/staf klinis yang sudah terkoordinasi dan terintegrasi</li> <li>5) Bukti pelaksanaan komunikasi efektif (TBaK) antar PPA/staf klinis</li> </ol>	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala unit pelayanan</li> <li>• PPA</li> <li>• Staf klinis</li> </ul>		



## Standar TKRS 11

Kepala Unit pelayanan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan berpartisipasi dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit, melakukan monitoring, meningkatkan asuhan pasien yang spesifik berlaku di unitnya.

# Maksud dan Tujuan TKRS 11

- Kepala unit pelayanan melibatkan semua stafnya dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang mencerminkan prioritas rumah sakit secara menyeluruh (TKRS 5) serta melakukan monitoring kegiatan klinis dan nonklinis yang spesifik untuk unit pelayanan tersebut.
- Sebagai contoh, unit layanan dapat berpartisipasi dalam upaya menyeluruh di rumah sakit untuk memperbaiki komunikasi serah terima dan dapat juga memonitor serta mengurangi variasi dalam suatu proses internal seperti pemesanan uji diagnostik untuk pasien dengan kondisi yang sama. Selain itu, unit juga dapat terlibat dalam proyek automasi untuk memperbaiki komunikasi serah terima dan dapat memonitor serta memperbaiki akurasi untuk pembayaran pasien.

Oleh karena itu Kepala unit pelayanan menerapkan pemilihan dan pengawasan penilaian secara spesifik terhadap unit pelayanan yang mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a) Penilaian RS secara menyeluruh dan peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas yang ditetapkan oleh Direktur RS, yang terkait secara spesifik dengan departemen atau unit layanan mereka, sebagai contoh: RS melakukan penilaian asesmen rehabilitasi medis pada pasien stroke, maka di unit pelayanan *stroke* untuk penilaian mutunya, wajib menggunakan indikator tersebut.
- b) Penilaian yang terkait dengan prioritas departemen/unit layanan secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana berisiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien dan meningkatkan efisiensi. Sebagai contoh: di unit pelayanan anak, terdapat variasi dalam penanganan penyakit A, khususnya penggunaan obat, maka indikator mutu yang dikembangkan di unit tersebut adalah penggunaan obat X untuk penyakit A tersebut
- c) Penilaian spesifik di unit pelayanan ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Sebagai contoh: Salah satu penilaian kinerja dokter bedah adalah pelaksanaan *time-out*, berdasarkan hal tersebut maka salah satu penilaian mutu dan keselamatan pasien di unit kamar operasi adalah pelaksanaan time out.

- Berdasarkan atas poin a) sampai dengan c), maka jumlah minimal indikator mutu di unit pelayanan klinis, diserahkan ke Rumah Sakit, yang penting disini sudah memenuhi kriteria a) sampai dengan c).
- Pemilihan unsur penilaian sebaiknya berdasar atas kegiatan dan proses yang membutuhkan perbaikan di setiap departemen/unit layanan. Untuk setiap unsur penilaian harus ada suatu target yang ditetapkan. Tidak menjadi masalah jika pada penilaian pertama didapatkan bahwa target tidak terpenuhi, namun saat strategi perbaikan telah dilaksanakan maka pimpinan departemen/unit layanan berharap dapat melihat perbaikan menuju tercapainya target tersebut. Ketika target telah tercapai dan dipertahankan untuk setidaknya empat periode penilaian akan diadakan pemilihan untuk unsur penilaian yang baru.
- Kepala departemen/unit layanan klinis bertanggung jawab untuk memastikan bahwa kegiatan penilaian dapat memberikan kesempatan untuk evaluasi bagi para staf maupun proses pelayanan. Karena itu, seiring dengan berjalannya waktu, penilaian harus mencakup semua pelayanan yang tersedia. Hasil dari data dan informasi yang didapatkan dalam penilaian adalah hal yang penting dalam upaya perbaikan di setiap departemen/unit layanan, serta juga penting terhadap peningkatan mutu rumah sakit dan program keselamatan pasien. (lihat juga PMKP 1, EP 3; PMKP 4.1; dan PPI 10, EP 1)
- Catatan: Komite pencegahan dan pengendalian infeksi, unit fasilitas, unit radiologi dan laboratorium klinis mempunyai program berkala untuk upaya pengawasan serta pengendalian yang tercantum dalam prioritas penilaian dan dijabarkan dalam standar terkait dengan pelayanan tersebut. (lihat juga AP 5.9, AP 6.7, PPI10, dan MFK 10)

<b>Elemen penilaian TKRS 11</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>1. RS mempunyai regulasi tentang kriteria pemilihan indikator mutu unit pelayanan seperti di a) sampai dengan c), yang ada di maksud dan tujuan (Lihat juga PMKP 6 EP 1). (R)</b></p>	<b>R</b>	<p><b>Regulasi tentang kriteria pemilihan indikator mutu unit pelayanan</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>
<p><b>2. Kepala unit pelayanan mengusulkan indikator mutu untuk setiap unit pelayanan sesuai dengan a) sampai dengan c) yang ada di maksud dan tujuan (lihat juga PMKP 4 EP 1 dan PAB 8.1). (D,W)</b></p>	<b>D</b>          <b>W</b>	<p><b>Bukti usulan tentang indikator mutu dari masing-masing unit pelayanan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Kepala unit pelayanan</b></li> <li><b>• Komite PMKP/bentuk organisasi lain</b></li> </ul>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 11</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>3. Kepala unit pelayanan telah melakukan pengumpulan data dan membuat laporan terintegrasi secara berkala. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>1) Bukti pelaksanaan pengumpulan data dari setiap unit pelayanan</b>  <b>2) Bukti laporan berkala terintegrasi tentang capaian indikator mutu, insiden keselamatan pasien dan sentinel</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Kepala Unit Pelayanan</b></li> <li><b>• Komite/Tim PMKP</b></li> <li><b>• Kepala Bidang Pelayanan Medik/Keperawatan/Penunjang Medik</b></li> </ul>	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>



## Standar TKRS 11.1

Kepala Unit Pelayanan Klinis memilih dan menerapkan penilaian mutu dan keselamatan pasien secara spesifik terhadap cakupan pelayanan yang diberikan oleh unit pelayanan tersebut serta menyediakan data dan informasi dari hasil kegiatan tersebut , yang dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi dokter, perawat dan staf klinis pemberi asuhan lainnya yang memberikan asuhan pasien di unit pelayanan tersebut.

# Maksud dan Tujuan TKRS 11.1

- Kepala unit bertanggung jawab menjamin bahwa kegiatan pengukuran memberikan kesempatan untuk mengevaluasi staf maupun proses pelayanannya.
- Dengan demikian, dari waktu ke waktu pengukuran meliputi semua pelayanan yang diberikan. Data dan informasi yang dihasilkan tidak hanya penting untuk upaya peningkatan mutu unit pelayanannya, tetapi juga penting untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit (lihat juga 2.1 EP 6, PAB 8.1.EP 6).
- Kepala unit pelayanan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa kegiatan pengukuran tentang cakupan layanan yang diberikan oleh unit pelayanan berguna untuk melakukan evaluasi terhadap staf termasuk evaluasi terhadap proses asuhan klinis. Dalam beberapa hal, pengukuran mutu di dalam Departemen/Unit pelayanan dibandingkan juga dengan organisasi lain.

# Maksud dan Tujuan TKRS 11.1

- Data juga di butuhkan untuk melakukan evaluasi terhadap perawat dan staf klinis pemberi asuhan lainnya. Walaupun staf klinis pemberi asuhan lainnya ini sudah mempunyai rincian tugas serta fungsi dan kewajiban, kepala unit pelayanan masih bertanggung jawab untuk menyediakan data yang digunakan untuk pelaksanaan evaluasi terhadap tenaga-tenaga lain. Sistem penilaian kinerja staf ini mengacu kepada regulasi di rumah sakit dan peraturan perundang-undangan.
- Sebagai contoh: salah satu penilaian kinerja dokter bedah adalah pelaksanaan *time-out* dan berdasar atas hal tersebut maka salah satu penilaian mutu serta keselamatan pasien di unit kamar operasi adalah pelaksanaan *time out*.

Elemen penilaian TKRS 11.1		Telusur	Skor	
<p><b>1. Kepala unit pelayanan menyediakan data yang digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap praktik profesional berkelanjutan dari dokter yang memberikan layanan di Unit tersebut, sesuai regulasi rumah sakit (lihat juga, KKS 11 EP 2 dan PMKP 4 EP 2). (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>Bukti tentang data indikator mutu di unit yang dipergunakan untuk melakukan evaluasi terhadap praktik profesional berkelanjutan dari dokter yang memberi asuhan medis di unit tersebut</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kepala unit pelayanan</li> <li>● Kepala bidang pelayanan medik/keperawatan/penunjang medik</li> <li>● Komite medis</li> </ul>	<b>0</b>	<b>TT</b>



Elemen penilaian TKRS 11.1		Telusur	Skor	
<p><b>3. Kepala unit pelayanan menyediakan data yang digunakan untuk melakukan evaluasi staf klinis pemberi asuhan lainnya sesuai regulasi rumah sakit (lihat juga, KKS 18 EP 2 dan PMKP 4 EP 2). (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>Bukti tentang data indikator mutu di unit pelayanan yang dipergunakan untuk melakukan evaluasi terhadap kinerja staf klinis lainnya yang memberikan asuhan klinis lainnya di unit tersebut</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Kepala unit pelayanan</b></li> <li><b>• kepala bidang pelayanan penunjang medik</b></li> </ul>	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>



## Standar TKRS 11.2

Setiap Kelompok Staf Medis (KSM) memilih dan menetapkan panduan praktik klinik yang dapat dilengkapi dengan alur klinis (clinical pathway) dan/atau protokol klinis dan atau prosedur dan atau standing order sebagai panduan dari asuhan klinik yang akan dilakukan evaluasi.

# Maksud dan Tujuan TKRS 11.2

Sasaran rumah sakit adalah:

- standardisasi proses asuhan klinik.
- mengurangi risiko dalam proses asuhan, teristimewa yang berkaitan dengan keputusan tentang asuhan yang kritis.
- memberikan asuhan klinik tepat waktu, efektif, menggunakan sumber daya yang tersedia dengan efisien.
- memberikan asuhan bermutu tinggi secara konsisten menggunakan “*evidence based practices*”.

Rumah sakit dapat menggunakan berbagai sarana untuk mencapai tujuan-tujuan di atas maupun tujuan lainnya. Sebagai contoh yang diupayakan para tenaga medis adalah mengembangkan proses asuhan klinis dan membuat keputusan berdasar atas bukti ilmiah terbaik yang tersedia. Untuk upaya ini, panduan praktik klinis merupakan sarana yang bermanfaat untuk memahami serta menerapkan ilmu terbaik pada diagnosis dan kondisi-kondisi tertentu. (lihat juga PPI 6.1)

# Maksud dan Tujuan TKRS 11.2

Rumah sakit dapat menyusun standar pelayanan kedokteran dengan memakai referensi pedoman nasional pelayanan kedokteran atau referensi dari organisasi profesi internasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Panduan praktik klinis, alur klinis (*clinical pathway*) atau protokol yang diseleksi untuk dilakukan evaluasi memenuhi kriteria:

- a) sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi RS
- b) disesuaikan dengan teknologi, obat, lain sumber daya di RS atau norma profesional yang berlaku secara nasional
- c) dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang
- d) disetujui resmi atau di gunakan oleh RS
- e) dilaksanakan dan di ukur terhadap efektivitasnya
- f) dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau pathways
- g) secara berkala diperbaharui berdasar bukti dan evaluasi dari proses dan hasil proses

# Maksud dan Tujuan TKRS 11.2

- Karena panduan, alur dan protokol terkait dapat memberikan dampak bagi beberapa unit pelayanan klinis, maka setiap Kelompok Staf Medis diharapkan terlibat dalam pemilihan, penerapan dan evaluasi panduan, alur dan protokol klinis di masing-masing Kelompok Staf Medis.
- 
- Mengingat penerapan panduan, alur, dan protokol di unit-unit pelayanan klinis maka Kepala Unit Pelayanan Klinis agar terlibat dalam evaluasi penerapan panduan, alur, dan protokol tersebut dengan menggunakan indikator-indikator mutu sebagaimana diatur di TKRS 11.

# Maksud dan Tujuan TKRS 11.2

Setiap kelompok staf medis setiap tahun diharapkan mencapai hal-hal sbb:

- 1) Setiap Ketua Kelompok Staf Medis menetapkan secara bersama paling sedikit setiap tahun, 5 (lima) panduan praktik klinis untuk diimplementasikan di unit pelayanan dengan memilih proses yang diimplementasikan, misalnya sebuah diagnosis seperti stroke, tindakan seperti transplantasi, populasi pasien seperti geriatri, penyakit seperti diabetes melitus yang selanjutnya panduan ditetapkan berdampak terhadap keamanan dan mutu asuhan pasien serta mengurangi variasi hasil yang tidak diinginkan. Mengingat penerapan panduan, alur, dan protokol klinis di unit pelayanan maka dalam pemilihan dan penetapan panduan, alur, dan protokol agar melakukan komunikasi dan koordinasi dengan unit pelayanan terkait agar dapat membantu penerapan dan evaluasi penerapannya.
- 2) Menetapkan panduan pemilihan dan penyusunan panduan praktik klinis, alur klinis (clinical pathway), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau standing order sebagai panduan asuhan klinis dengan mengacu pada butir a) sampai dengan g) di atas.

## Maksud dan Tujuan TKRS 11.2

Komite medis bersama-sama dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/DPJP terhadap panduan praktik klinis. Monitoring dapat dilakukan dengan melakukan evaluasi ketepatan penggunaan obat, pemeriksaan penunjang medik, dan *length of stay* (LOS) walau harus diakui bahwa perpanjangan LOS banyak faktor yang terkait dan tidak murni mengukur kepatuhan DPJP.

<b>Elemen penilaian TKRS 11.2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p>1. Ada regulasi yang mengatur bahwa setiap Kelompok Staf Medis (KSM) setiap th memilih 5 (lima) panduan praktik klinis, alur atau protokol klinis prioritas untuk dievaluasi sesuai kriteria yang ada di maksud dan tujuan point a) sampai dengan g) dan point 1) dan 2). (R)</p>	<b>R</b>	<p>Regulasi tentang proses pemilihan, penyusunan dan evaluasi pelaksanaan PPK</p>	<b>10</b> - <b>0</b>	<b>TL</b> - <b>TT</b>
<p>2. Ada bukti bahwa setiap tahun, panduan praktik klinis, alur klinis atau protokol dipilih sesuai regulasi. (D,W)</p>	<b>D</b>  <b>W</b>	<p>Bukti rapat/proses tentang pemilihan PPK, alur klinis dan atau protokol</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala bidang/divisi medis</li> <li>• Komite medis</li> <li>• Kepala unit pelayanan</li> </ul>	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>	<b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 11.2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p>1. Ada regulasi yang mengatur bahwa setiap Kelompok Staf Medis (KSM) setiap tahun memilih 5 (lima) evaluasi <b>standar pelayanan kedokteran di rumah sakit</b> dievaluasi sesuai kriteria yang ada di maksud dan tujuan point a) sampai dengan g) dan point 1) dan 2). (R)</p>	R	Regulasi tentang proses pemilihan 5 (lima) evaluasi standar pelayanan kedokteran di rumah sakit	10 - 0	TL - TT
<p>2. Ada bukti bahwa setiap tahun, 5 (lima) evaluasi standar pelayanan kedokteran di rumah sakit dipilih sesuai regulasi (lihat juga KKS 11). (D,W)</p>	D  W	<p>Bukti rapat/proses tentang pemilihan 5 (lima) evaluasi standar pelayanan kedokteran di rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala bidang/divisi medis</li> <li>• Komite medis</li> <li>• Kepala unit pelayanan</li> </ul>	10 5 0	TL TS TT

<b>Elemen penilaian TKRS 11.2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>3. Ada bukti bahwa 5 (lima) evaluasi standar pelayanan kedokteran di rumah sakit tersebut telah dilaksanakan sesuai regulasi. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>Bukti pelaksanaan asuhan sesuai 5 (lima) evaluasi standar pelayanan kedokteran di rumah sakit di rekam medis (lihat PAP 1)</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<b>PPA terkait</b>	<b>5</b>	<b>TS</b>
<b>4. Ada bukti bahwa Komite Medik telah melakukan monitoring dan evaluasi penerapan 5 (lima) standar pelayanan kedokteran di rumah sakit sehingga berhasil menekan terjadinya keberagaman proses dan hasil. (D,W)</b>	<b>D</b>	<b>1) Bukti pelaksanaan tentang monitoring kepatuhan DPJP terhadap 5 (lima) evaluasi standar pelayanan kedokteran di rumah sakit</b>  <b>2) Bukti tentang kepatuhan DPJP terhadap 5 (lima) evaluasi standar pelayanan kedokteran di rumah sakit</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Komite medis</b></li> <li><b>• Komite/Tim PMKP</b></li> </ul>	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>



## ***Standar TKRS 12***

***RS menetapkan tata kelola untuk manajemen etis dan etika pegawai agar menjamin bahwa asuhan pasien diberikan didalam norma-norma bisnis, finansial, etis, dan hukum yang melindungi pasien dan hak mereka.***

# Maksud dan Tujuan TKRS 12

- Rumah sakit menghadapi banyak tantangan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas. Kemajuan dalam bidang teknologi kedokteran, dana/anggaran rumah sakit yang terbatas, dan harapan pasien yang terus meningkat sejalan dengan semakin meningkatnya pendidikan di masyarakat serta dilema etis dan kontroversi yang sering terjadi telah menjadi hal yang sering dihadapi oleh rumah sakit.
- Kerangka kerja rumah sakit untuk manajemen etis meliputi pemasaran, admisi/penerimaan pasien rawat inap (*admission*), pemindahan pasien (*transfer*), pemulangan pasien (*discharge*), dan pemberitahuan (*disclosure*) tentang kepemilikan serta konflik bisnis maupun profesional yang bukan kepentingan pasien.
- Berdasar atas hal tersebut maka rumah sakit harus mempunyai kerangka etika yang menjamin bahwa asuhan pasien diberikan di dalam norma-norma bisnis, finansial, etis, serta hukum yang melindungi pasien dan hak mereka. Kerangka etika yang dapat berbentuk pedoman atau bentuk regulasi lainnya termasuk referensi atau sumber etikanya dari mana, dan diperlukan edukasi untuk seluruh staf.

# Maksud dan Tujuan TKRS 12

Kerangka etika atau pedoman etik Rumah Sakit tersebut antara lain mengatur:

- 1) tanggung jawab Direktur Rumah Sakit secara profesional dan hukum dalam menciptakan dan mendukung lingkungan dan budaya kerja yang berpedoman pada etika dan perilaku etis termasuk etika pegawai
- 2) penerapan etika dengan bobot yang sama pada kegiatan bisnis/manajemen maupun kegiatan klinis/pelayanan Rumah Sakit
- 3) kerangka etika (pedoman etik) ini dapat untuk acuan kinerja dan sikap organisasi selaras dengan visi, misi dan pernyataan nilai-nilai Rumah Sakit, kebijakan sumber daya manusia, laporan tahunan serta dokumen lainnya
- 4) kerangka etika (pedoman etik) ini dapat membantu tenaga kesehatan, staf, serta pasien dan keluarga pasien ketika menghadapi dilema etis dalam asuhan pasien, seperti perselisihan antar profesional dan perselisihan antara pasien dan dokter mengenai keputusan dalam asuhan dan pelayanan. Sesuai regulasi, Rumah Sakit dapat menetapkan Komite/Panitia/Tim yang mengelola etik RS, termasuk melakukan koordinasi antara komite etik RS dengan subkomite etik profesi medis dan sub komite etik keperawatan
- 5) mempertimbangkan norma-norma nasional dan internasional terkait dengan hak asasi manusia dan etika profesional dalam menyusun kerangka etika dan dokumen pedoman lainnya

# Maksud dan Tujuan TKRS 12

Rumah sakit dalam menjalankan kegiatannya secara etika harus

- a) mengungkapkan kepemilikan dan konflik kepentingan;
- b) menjelaskan pelayanannya pada pasien secara jujur;
- c) melindungi kerahasiaan informasi pasien;
- d) menyediakan regulasi yang jelas mengenai pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien;
- e) menagih biaya untuk pelayanan yang diberikan secara akurat dan memastikan bahwa insentif finansial dan pengaturan pembayaran tidak mengganggu pelayanan pasien;

# Maksud dan Tujuan TKRS 12

- f) mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran kinerja klinis dan kinerja organisasi;
- g) menetapkan sebuah mekanisme agar tenaga kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis atau mengajukan kekhawatiran etis dengan bebas dari hukuman, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait dengan masalah klinis ataupun operasional;
- h) mendukung lingkungan yang memperkenankan diskusi secara bebas mengenai masalah/isu etis tanpa ada ketakutan atas sanksi;
- i) menyediakan resolusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etis yang ada;
- j) memastikan praktik nondiskriminasi dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien dengan mengingat norma hukum serta budaya negara Indonesia;
- k) mengurangi kesenjangan dalam akses untuk pelayanan kesehatan dan hasil klinis. (lihat juga PP 1, HPK 1.1, dan TKRS 8)

Elemen penilaian TKRS 12		Telusur	Skor	
<p>1. Direktur rumah sakit menetapkan regulasi tentang tata kelola etik rumah sakit yang meliputi 1) sampai dengan 5) dan a) sampai dengan k) yang ada di maksud dan tujuan, membentuk komite etik rumah sakit, menetapkan <i>professional code of ethics, hospital code of ethics</i> dan <i>code of conduct</i> untuk semua pegawai dan tenaga kesehatan di rumah sakit (lihat juga TKRS 12.2 EP 1). (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang tata kelola etik terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pedoman manajemen etik RS</li> <li>2) penetapan Komite Etik RS yang dilengkapi dengan uraian tugas dan tata hubungan kerja dengan sub komite etik profesi medis dan keperawatan (TKRS 8 EP 5)</li> <li>3) Penetapan <i>professional code of ethics, hospital code of ethics</i> dan <i>code of conduct</i> untuk semua pegawai dan tenaga kesehatan di rumah sakit</li> </ol>	10 - 0	TL - TT

<b>Elemen penilaian TKRS 12.2</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>3. Regulasi untuk manajemen etis yang mendukung hal-hal yang dikonfrontasikan pada dilema etis dalam pelayanan nonklinis telah dilaksanakan (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p> <p><b>W</b></p>	<p><b>Bukti tentang manajemen etis telah dilaksanakan sesuai regulasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala bidang keuangan/kasir</li> <li>• SPI</li> </ul>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>
<p><b>4. Pelaporan bila terjadi dilema etis dalam asuhan pasien dan dalam pelayanan non klinis telah dilaksanakan (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p> <p><b>W</b></p>	<p><b>Bukti pelaporan dilema asuhan klinis dan dilema non klinis.</b></p> <p><b>Kepala bidang pelayanan dan keuangan</b></p>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>

<b>Elemen penilaian TKRS 12</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>2. Direktur rumah sakit memastikan asuhan pasien tidak melanggar norma-norma bisnis, norma keuangan, etik dan hukum. (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>Bukti proses monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan asuhan pasien yang tidak melanggar norma bisnis, norma keuangan, etik dan hukum contoh:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1) RS memastikan tidak ada tagihan yang tidak sesuai dengan asuhan yang diberikan</b></li> <li><b>2) Tidak ada uang muka untuk pasien gawat darurat</b></li> <li><b>3) Pasien gawat darurat diminta membeli obat terlebih dahulu sebelum dilayani</b></li> <li><b>4) Iklan RS yang menyebutkan RS terbaik atau termurah yang mengarah kepada persaingan tidak sehat</b></li> </ol>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Kepala unit IGD</b></li> <li><b>• SPI/Tim anti fraud/komite etik/subkomite etik dan disiplin profesi</b></li> </ul>	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

Elemen penilaian TKRS 12		Telusur	Skor	
<p>3. Direktur rumah sakit memastikan praktek non diskriminatif dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien dengan mengingat norma hukum dan budaya. (D,W)</p>	<p>D</p>	<p>1) Bukti hubungan kerja tidak diskriminatif menyangkut suku, agama, ras dan gender</p> <p>2) Bukti asuhan pasien tidak diskriminatif menyangkut suku, agama, ras dan gender</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>4. Direktur rumah sakit memastikan kepatuhan semua staf, pegawai dan tenaga kesehatan terhadap <i>professional code of ethics, hospital code of ethics</i> dan <i>code of conduct</i> (lihat juga KKS 11 EP 2, KKS 15 EP 2 dan KKS 18 EP 2). (D,W)</p>	<p>D</p>	<p>1) bukti monitoring kepatuhan semua staf, pegawai dan tenaga kesehatan terhadap <i>professional code of ethics, hospital code of ethics</i> dan <i>code of conduct</i> yang dapat melalui sistem pelaporan</p> <p>2) Bukti penanganan pelanggaran etik mulai teguran lisan, tertulis dan sanksi</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktur/Kepala bidang/divisi</li> <li>• Staf</li> <li>• Pasien</li> </ul>		
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktur/Kepala bidang/divisi</li> <li>• Staf</li> </ul>	<p>201</p>	



## Standar TKRS 12.1



Kerangka kerja Rumah Sakit untuk manajemen etis meliputi pemasaran, admisi /penerimaan pasien rawat inap (*admission*), pemindahan pasien (*transfer*), pemulangan pasien (*discharge*) dan pemberitahuan (*disclosure*) tentang kepemilikan serta konflik bisnis maupun profesional yang bukan kepentingan pasien.

<b>Elemen penilaian TKRS 12.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>1. Rumah sakit mengungkapkan kepemilikannya serta mencegah konflik kepentingan bila melakukan rujukan (lihat juga AP 5, dan AP 6). (D,O,W )</b>	<b>D</b>	<b>1) Bukti pengungkapkan kepemilikan RS antara lain di kop surat, papan nama RS, website, brosur dan leaflet, dll</b> <b>2) Bukti rujukan tidak terdapat konflik kepentingan</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>O</b>	<b>Ada nama kepemilikan pada papan nama RS, kop surat, brosur dan website RS</b>	<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Kepala bidang pelayanan medis</b></li> <li><b>• Kepala unit pelayanan</b></li> </ul>	<b>0</b>	<b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 12.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>2. Rumah Sakit secara jujur menjelaskan pelayanan yang tersedia di rumah sakit kepada pasien (lihat juga MKE 1 EP 3 dan HPK 5 EP 2 dan 3). (D,O,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>Bukti tentang penjelasan pelayanan yang tersedia di rumah sakit kepada pasien pada waktu admisi</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>O</b>	<p><b>Pasien pada waktu admisi rawat inap</b></p>	<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>PIC admisi</b></li> <li>● <b>Kepala bidang keperawatan</b></li> <li>● <b>Kepala unit rawat jalan,rawat inap dan gawat darurat</b></li> </ul>	<b>0</b>	<b>TT</b>
<p><b>3. Rumah sakit membuat tagihan yang akurat untuk layanannya dan memastikan bahwa insentif finansial dan pengaturan pembayaran tidak mempengaruhi asuhan pasien. (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>Bukti tentang tagihan yang akurat antara lain tidak ada tagihan susulan setelah pasien pulang, tagihan sesuai dengan pelayanan yang diterima pasien, dll</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Bagian keuangan/kasir</b></li> <li>● <b>Pasien/keluarga</b></li> </ul>	<b>5</b>	<b>TS</b>



## Standar TKRS 12.2

Kerangka kerja RS untuk manajemen etis mendukung pengambilan keputusan secara etis didalam pelayanan klinis dan pelayanan nonklinis.

Elemen penilaian TKRS 12.2		Telusur	Skor	
<p>1.Rumah sakit mempunyai sistem pelaporan bila terjadi dilema etis dalam asuhan pasien dan dalam pelayanan non klinis (lihat juga <i>TKRS 12 EP 1; TKRS 12.2 EP 1</i>). (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang sistem pelaporan bila terjadi dilema etis</p>	10	TL
			5	TS
			0	TT
<p>2.Manajemen etis yang mendukung hal-hal yang dikonfrontasi pada dilema etis dalam asuhan pasien telah dilaksanakan sesuai regulasi. (D, W) <i>Catatan : Kata Regulasi dihapus</i></p>	D	<p>Bukti tentang manajemen etis dalam asuhan pasien telah dilaksanakan sesuai regulasi dengan melibatkan komite etik</p>	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala bidang pelayanan medik dan keperawatan</li> <li>• Komite etik</li> </ul>	5	TS
			0	TT

Elemen penilaian TKRS 12.2		Telusur	Skor	
<p><b>3. Manajemen etis yang mendukung hal-hal yang dikonfrontasikan pada dilema etis dalam pelayanan nonklinis telah dilaksanakan sesuai regulasi (D,W)</b></p> <p><i>Catatan : Kata Regulasi dihapus</i></p>	<p><b>D</b></p> <p><b>W</b></p>	<p><b>Bukti tentang manajemen etis dalam pelayanan non klinis telah dilaksanakan sesuai regulasi</b></p> <p><b>• Kepala bidang keuangan/kasir</b></p> <p><b>• SPI</b></p>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>
<p><b>4. Pelaporan bila terjadi dilema etis dalam asuhan pasien dan dalam pelayanan non klinis telah dilaksanakan (D,W)</b></p>	<p><b>D</b></p> <p><b>W</b></p>	<p><b>Bukti pelaporan dilema asuhan klinis dan dilema non klinis.</b></p> <p><b>Kepala bidang pelayanan dan keuangan</b></p>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>

# BUDAYA KESELAMATAN

6 September 2017



## Standar TKRS 13

Direktur RS menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area di RS sesuai peraturan perundang-undangan.

# Maksud dan Tujuan TKRS 13

- Budaya keselamatan dapat diartikan sebagai berikut : “Budaya keselamatan di rumah sakit adalah sebuah lingkungan yang kolaboratif di mana staf klinis memperlakukan satu sama lain dengan hormat, dengan melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga. Pimpinan mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerja sama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan berfokus pada pasien.
- Budaya keselamatan juga merupakan hasil dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku dari individu maupun kelompok, yang menentukan komitmen terhadap keselamatan, serta kemampuan manajemen rumah sakit, dicirikan dengan komunikasi yang berdasarkan rasa saling percaya, dengan persepsi yang sama tentang pentingnya keselamatan, dan dengan keyakinan akan manfaat langkah-langkah pencegahan”.
- Tim belajar dari kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera. Staf klinis pemberi asuhan menyadari keterbatasan kinerja manusia dalam sistem yang kompleks, dan ada proses yang terlihat dari belajar dan menjalankan perbaikan melalui briefing.

# Maksud dan Tujuan TKRS 13

Keselamatan dan mutu berkembang dalam suatu lingkungan yang mendukung kerja sama dan rasa hormat terhadap sesama, tanpa melihat jabatan mereka dalam rumah sakit.

Direktur RS menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf RS. Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan seperti:

- Perilaku yang tidak layak (*Inappropriate*), seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat, memaki;
- perilaku yang mengganggu (*disruptive*) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau non verbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, “celetukan maut” adalah komentar sembrono didepan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain, contoh mengomentari negatif hasil tindakan atau pengobatan staf lain didepan pasien, misalnya “obatnya ini salah, tamatan mana dia...?”, melarang perawat untuk membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan, memarahi staf klinis lainnya didepan pasien, kemarahan yang ditunjukkan dengan melempar alat bedah di kamar operasi, membuang rekam medis diruang rawat;
- perilaku yang melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama, suku termasuk gender;
- pelecehan seksual.

# Maksud dan Tujuan TKRS 13

Hal-hal penting menuju budaya keselamatan:

- 1) staf rumah sakit mengetahui bahwa kegiatan operasional rumah sakit berisiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman
- 2) regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera
- 3) direktur rumah sakit mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan
- 4) mendorong kolaborasi antarstaf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.

# Maksud dan Tujuan TKRS 13

- Komitmen organisasi menyediakan sumber daya, seperti staf, pelatihan, metode pelaporan yang aman, dan sebagainya untuk menangani masalah keselamatan.
- Masih banyak rumah sakit yang masih memiliki budaya untuk menyalahkan suatu pihak yang akhirnya merugikan kemajuan budaya keselamatan. *Just culture* adalah model terkini mengenai pembentukan suatu budaya yang terbuka, adil dan pantas, menciptakan budaya belajar, merancang sistem-sistem yang aman, serta mengelola perilaku yang terpilih (*human error, at risk behavior, dan reckless behavior*). Model ini melihat peristiwa-peristiwa bukan sebagai hal-hal yang perlu diperbaiki, tetapi sebagai peluang-peluang untuk memperbaiki pemahaman baik terhadap risiko dari sistem maupun risiko perilaku.
- Ada saat-saat individu seharusnya tidak disalahkan atas suatu kekeliruan; sebagai contoh, ketika ada komunikasi yang buruk antara pasien dan staf, ketika perlu pengambilan keputusan secara cepat, dan ketika ada kekurangan faktor manusia dalam pola proses pelayanan. Namun, terdapat juga kesalahan tertentu yang merupakan hasil dari perilaku yang sembrono dan hal ini membutuhkan pertanggungjawaban. Contoh dari perilaku sembrono mencakup kegagalan dalam mengikuti pedoman kebersihan tangan, tidak melakukan *time-out* sebelum mulainya operasi, atau tidak memberi tanda pada lokasi pembedahan.

# Maksud dan Tujuan TKRS 13

- Budaya keselamatan mencakup mengenali dan menandakan masalah yang terkait dengan sistem yang mengarah pada perilaku yang tidak aman. Pada saat yang sama, rumah sakit harus memelihara pertanggungjawaban dengan tidak mentoleransi perilaku sembrono. Pertanggungjawaban membedakan kesalahan unsur manusia (seperti kekeliruan), perilaku yang berisiko (contohnya mengambil jalan pintas), dan perilaku sembrono (seperti mengabaikan langkah-langkah keselamatan yang sudah ditetapkan).
- Beban kerja yang berlebihan serta stres yang mungkin terjadi pada staff RS juga bisa mengarah pada perilaku yang tidak aman/berisiko, karena itu rumah sakit perlu melakukan identifikasi jam kerja dan beban kerja serta stress yang mungkin bisa terjadi pada Profesional Pemberi Asuhan (PPA), staf klinis, staf non klinis termasuk residen dan peserta didik klinis lainnya. Bila ditemukan jam kerja dan beban kerja yang berlebihan dan adanya stress maka rumah sakit perlu melakukan upaya-upaya perbaikan.

# Maksud dan Tujuan TKRS 13

- Direktur Rumah Sakit melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data, dan diskusi kelompok.
- Direktur Rumah Sakit mendorong agar dapat terbentuk kerja sama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini.
- Direktur Rumah Sakit harus menanggapi perilaku yang tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu atau dokter *part time*, serta anggota representasi pemilik.

Elemen penilaian TKRS 13		Telusur	Skor	
1. Direktur rumah sakit mendukung terciptanya budaya keterbukaan yang dilandasi akuntabilitas. (W)	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktur RS tentang “<i>open disclosure</i>”</li> <li>• Kepala unit pelayanan</li> <li>• Kepala bidang/divisi</li> </ul>	10 - 0	TL - TT
2. Direktur Rumah Sakit mengidentifikasi, mendokumentasikan dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima. (D,O,W)	D	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bukti pelaksanaan identifikasi</li> <li>2) Bukti pelaksanaan pendokumentasian</li> <li>3) Bukti pelaksanaan upaya perbaikan</li> </ol>	10 5 0	TL TS TT
	O	PPA dalam melaksanakan asuhan/pelayanan		
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala unit pelayanan</li> <li>• kepala bidang pelayanan</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>		

<b>Elemen penilaian TKRS 13</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>3. Direktur rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi (seperti bahan pustaka dan laporan) yang terkait dengan budaya keselamatan Rumah Sakit bagi semua individu yang bekerja dalam Rumah Sakit. (D,O,W)</b></p>	<p><b>D</b></p> <p><b>O</b></p> <p><b>W</b></p>	<p><b>1) Bukti pelaksanaan pelatihan</b></p> <p><b>2) Bukti bahan pustaka/referensi dan laporan terkait dengan budaya keselamatan</b></p> <p><b>Perpustakaan rumah sakit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Direktur RS</b></li> <li><b>• Kepala bidang pelayanan</b></li> <li><b>• Kepala unit pelayanan</b></li> </ul>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>
<p><b>4. Direktur Rumah Sakit menjelaskan bagaimana masalah terkait budaya keselamatan dalam Rumah Sakit dapat diidentifikasi dan dikendalikan. (W)</b></p>	<p><b>W</b></p>	<p><b>Direktur RS</b></p>	<p><b>10</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>0</b></p>	<p><b>TL</b></p> <p><b>TS</b></p> <p><b>TT</b></p>

Elemen penilaian TKRS 13		Telusur	Skor	
<p>5. Direktur rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam Rumah Sakit.(D,O,W)</p>	D	<p>RS menyediakan sumber daya yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bukti staf telah terlatih dalam budaya keselamatan</li> <li>2) Bukti tentang sumber daya yang mendukung dan mendorong budaya keselamatan</li> <li>3) Bukti tersedia anggaran dalam RKA/RBA untuk mendukung budaya keselamatan</li> </ol>	10	TL
			5	TS
			0	TT
	O	Lihat sumber daya yang disediakan		
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direktur RS</li> <li>• Staf terkait</li> </ul>		



## Standar TKRS 13.1

Direktur Rumah Sakit melaksanakan, melakukan monitor, mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area di Rumah Sakit.

<b>Elemen penilaian TKRS 13.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<b>1. Direktur rumah sakit menetapkan regulasi pengaturan sistem menjaga kerahasiaan, sederhana dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam Rumah Sakit secara tepat waktu (R)</b>	<b>R</b>	<b>Regulasi tentang sistem pelaporan budaya keselamatan rumah sakit</b>	<b>10</b>	<b>TL</b>
			<b>-</b>	<b>-</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 13.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>2. Sistem yang rahasia, sederhana dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam RS telah disediakan (O, W)</b></p>	<b>O</b>	<p><b>Lihat pelaksanaan sistem pelaporan yang rahasia</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Direktur RS</b></li> <li>• <b>Para kepala bidang/divisi</b></li> </ul>	<b>5</b>	<b>TS</b>
<p><b>3. Semua laporan kejadian terkait budaya keselamatan rumah sakit telah di investigasi secara tepat waktu. (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>Bukti laporan dan investigasi</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Direktur RS</b></li> <li>• <b>Staf terkait</b></li> </ul>	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

<b>Elemen penilaian TKRS 13.1</b>		<b>Telusur</b>	<b>Skor</b>	
<p><b>4. Ada bukti bahwa identifikasi masalah pada sistem yang menyebabkan tenaga kesehatan melakukan perilaku yang berbahaya telah dilaksanakan. (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>1) Bukti pelaksanaan identifikasi</b>  <b>2) Bukti pelaksanaan pendokumentasian</b>  <b>3) Bukti pelaksanaan upaya perbaikan</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Direktur RS</b></li> <li>• <b>Staf terkait</b></li> </ul>	<b>5</b>	<b>TS</b>
<p><b>5. Direktur Rumah Sakit telah menggunakan pengukuran/ indikator mutu atau survei budaya keselamatan untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam rumah sakit serta melaksanakan perbaikan yang telah teridentifikasi dari pengukuran dan evaluasi tersebut (lihat PMKP 10 EP 2). (D,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>1) Bukti hasil pengukuran / indikator mutu budaya keselamatan atau bukti survei budaya keselamatan</b>  <b>2) Bukti evaluasi</b>  <b>3) Bukti perbaikan</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Direktur RS</b></li> <li>• <b>Komite PMKP</b></li> </ul>	<b>5</b>	<b>TS</b>
			<b>0</b>	<b>TT</b>

Elemen penilaian TKRS 13.1		Telusur	Skor	
<p><b>6. Direktur Rumah Sakit menerapkan sebuah proses untuk mencegah kerugian/dampak terhadap individu yang melaporkan masalah terkait dengan budaya keselamatan tersebut. (D,O,W)</b></p>	<b>D</b>	<p><b>Bukti notulensi pertemuan Direktur/Komite PMKP dengan staf terkait</b></p>	<b>10</b>	<b>TL</b>
	<b>O</b>	<p><b>Lihat pelaksanaan dokumentasi notulen pertemuan dengan staf terkait</b></p>	<b>5</b>	<b>TS</b>
	<b>W</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Direktur RS</b></li> <li><b>• Komite PMKP</b></li> <li><b>• Staf RS</b></li> </ul>	<b>0</b>	<b>TT</b>



TERIMA KASIH