



soerojo
HOSPITAL

Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)

Gambaran Umum



Gambaran Umum



Representasi Pemilik

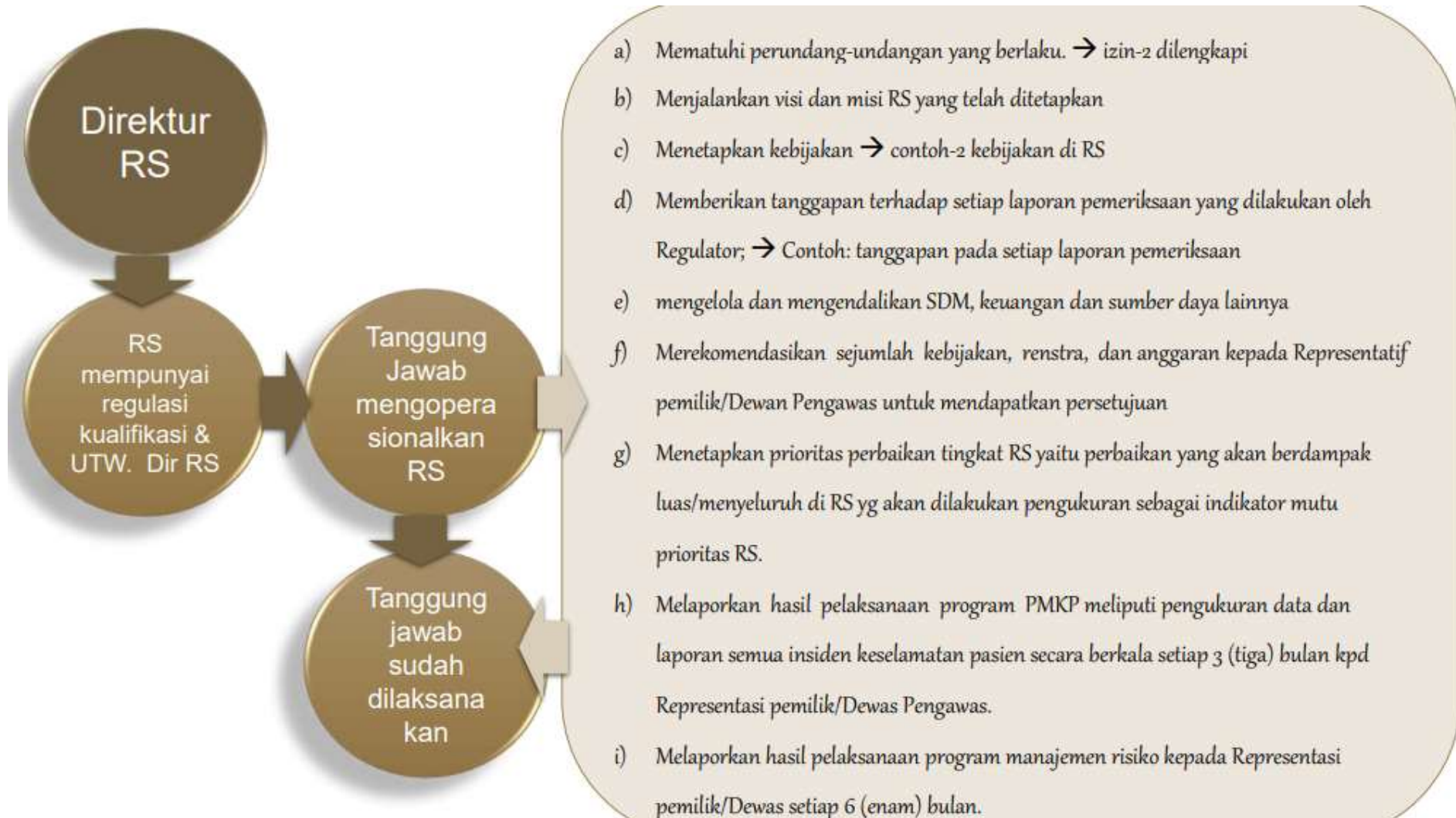


Representasi Pemilik

TKRS 1

- SK Dewas
- HBL, RSB, RBA
- SKP Direksi
- Program PMKP
- Laporan RS, Laporan Dewas, Laporan PMKP

Akuntabilitas Direktur



Akuntabilitas Direktur

TKRS 2

- Perijinan yang masih berlaku
- Menjalankan visi dan misi RS yang telah ditetapkan
- Menetapkan kebijakan RS
- Laporan SPI
- Laporan Mutu
- SKP Direktur Utama

Akuntabilitas Pimpinan RS

- a) **Merencanakan cakupan dan intensitas pelayanan** yang akan disediakan oleh rumah sakit, baik secara langsung maupun tidak langsung.
- b) **Meminta masukan dan partisipasi masyarakat**, rumah sakit jejaring, fasilitas pelayanan kesehatan dan pihak-pihak lain untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat. Bentuk pelayanan ini akan dimasukkan dalam penyusunan rencana strategis rumah sakit dan perspektif pasien yang akan dilayani rumah sakit.
- c) **Menentukan komunitas dan populasi pasien**, mengidentifikasi pelayanan yang dibutuhkan oleh komunitas, dan merencanakan komunikasi berkelanjutan dengan kelompok pemangku kepentingan utama dalam komunitas. Komunikasi dapat secara langsung ditujukan kepada individu, melalui media massa, melalui lembaga dalam komunitas atau pihak ketiga.

Akuntabilitas Pimpinan RS

TKRS 3

- Tahubja / pedoman pengorganisasian
- Laporan Bulanan/Tahunan Unit Kerja / Instalasi
- Kegiatan Raker (UMAN)
- penyampaian informasi tentang pelayanan yang disediakan kepada tokoh masyarakat

Akuntabilitas Pimpinan RS (Komunikasi efektif)

Pimpinan rumah sakit memastikan bahwa komunikasi yang efektif antara unit klinis dan nonklinis, antara PPA dengan manajemen, antar PPA dengan pasien dan keluarga serta antar staf telah dilaksanakan.

TKRS 3.1

- Bukti rapat di setiap unit klinis dan non klinis dan antar unit
- Bukti rapat pertemuan PPA beserta manajemen
- Bukti pemberian informasi dan edukasi ke pasien dan keluarga
- CPPT
- Form serah terima (UMAN)
- IHT Terkait Visi Misi

Kepemimpinan RS untuk Mutu dan Keselamatan Pasien

Program PMKP RS, meliputi tapi tidak terbatas pada:

- a) Pengukuran mutu indikator termasuk Indikator nasional mutu (INM), indikator mutu prioritas RS (IMP RS) & indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit).
- b) Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan.
- c) Mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK / Algoritme / Protokol dan melakukan pengukuran dengan *clinical pathway*.
- d) Mengukur dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya mis. SDM.
- e) Pelaporan dan Analisa Insiden Keselamatan pasien
- f) Penerapan Sasaran keselamatan pasien.
- g) Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen.
- h) Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program PMKP.
- i) Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf.

Program PMKP dievaluasi dalam **Rapat koordinasi** melibatkan Komite- komite, Pimpinan RS dan Kepala unit **setiap triwulan** untuk menjamin perbaikan mutu yang berkesinambungan. (PMKP 1 EP 4)

Program ditetapkan oleh Direktur RS dan disahkan oleh representasi pemilik/Dewas RS (PMKP 1 EP 3)

Bukti laporan pelaksanaan Program PMKP kepada pemilik/representasi pemilik (TKRS 4 EP 1)

Merupakan salah satu (poin h) dokumen yg disampaikan RS ke LIPA pada waktu pengajuan survei akreditasi

Kepemimpinan RS untuk Mutu dan Keselamatan Pasien

TKRS 4

- Program PMKP
- Bukti rapat untuk memilih dan menetapkan proses pengukuran, pengkajian data, (PMKP)
- Bukti daftar inventaris hardware dan software/ aplikasi sistem manajemen data elektronik di RS
- Bukti pelatihan staf tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien

Kepemimpinan RS untuk Mutu dan Keselamatan Pasien

Pengukuran prioritas perbaikan tingkat RS mencakup:

- a) **Sasaran Keselamatan Pasien** meliputi enam sasaran keselamatan pasien (SKP)
- b) **Pelayanan klinis prioritas** untuk dilakukan perbaikan misalnya pada pelayanannya berisiko tinggi dan terdapat masalah dalam pelayanan tersebut, seperti pada pelayanan hemodialisa serta pelayanan kemoterapi. Pemilihan pelayanan klinis prioritas dapat menggunakan kriteria pemilihan prioritas pengukuran dan perbaikan.
- c) **Tujuan strategis RS** misalnya RS ingin menjadi RS rujukan utk pasien kanker. Maka prioritas perbaikannya dpt dlm dalam bentuk *Key Performance indicator* (KPI) dapat berupa meningkatkan efisiensi, mengurangi angka readmisi, mengurangi masalah alur pasien di IGD atau memantau mutu yang diberikan oleh pihak lain yang dikontrak.
- d) **Perbaikan sistem** adalah perbaikan yang jika dilakukan akan berdampak luas/menyeluruh di RS yang dapat diterapkan di beberapa unit misalnya sistem pengelolaan obat, komunikasi serah terima dan lain-lainnya.
- e) **Manajemen risiko** untuk melakukan perbaikan secara proaktif terhadap proses berisiko tinggi misalnya yang telah dilakukan analisa FMEA atau dapat diambil dari profil risiko
- f) **Penelitian klinis dan program pendidikan kesehatan (apabila ada).**

Kepemimpinan RS untuk Mutu dan Keselamatan Pasien

Kriteria Pemilihan prioritas:

- a) Masalah yang paling banyak di rumah sakit.
- b) Jumlah yang banyak (*High volume*).
- c) Proses berisiko tinggi (*High process*).
- d) Ketidakpuasan pasien dan staf.
- e) Kemudahan dalam pengukuran.
- f) Ketentuan Pemerintah / Persyaratan Eksternal.
- g) Sesuai dengan tujuan strategis rumah sakit.
- h) Memberikan pengalaman pasien lebih baik (*patient experience*).

Pemilihan boleh menggunakan grading matrix atau tidak

Kepemimpinan RS untuk Mutu dan Keselamatan Pasien

Menetapkan Indikator Prioritas

DAMPAK PERBAIKAN

- a) **Dampak primer** adalah hasil capaian setelah dilakukan perbaikan misalnya target kepuasan pasien tercapai 90%, atau hasil kepatuhan terhadap proses yang ditetapkan misalnya, kepatuhan pelaporan hasil kritis < 30 menit tercapai 100%.
- b) **Dampak sekunder** adalah dampak terhadap **efisiensi** setelah dilakukan perbaikan misalnya efisiensi pada proses klinis yang kompleks, perubahan alur pelayanan yang kompleks, penghematan biaya pengurangan sumber daya, perubahan ruangan yang dibutuhkan yang digunakan dalam proses pelayanan tersebut.

Kepemimpinan RS untuk Mutu dan Keselamatan Pasien

(Perencanaan Indikator Prioritas)

TKRS 5

- Dokumen kajian dalam menetapkan indikator prioritas RS
- Dokumen kajian dampak perbaikan primer dan dampak perbaikan sekunder pada indikator mutu prioritas rumah sakit dan indikator mutu prioritas unit

Kepemimpinan RS Terkait Kontrak

Kontrak pelayanan klinis disebut kontrak klinis adalah perjanjian pelayanan klinis yang diberikan oleh pihak ketiga kepada pasien misalnya layanan laboratorium, layanan radiologi dan pencitraan diagnostic dan lain-lainnya.

Kontrak klinis bisa juga berhubungan dengan staf profesional kesehatan. misalnya, kontrak perawat untuk pelayanan intensif, dokter tamu/dokter paruh waktu, dan lain-lainnya).

Kontrak pelayanan manajemen disebut kontrak manajemen adalah perjanjian yang menunjang kegiatan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien misalnya: layanan kebersihan, keamanan, rumah tangga/tata graha/*housekeeping*, makanan, linen, dan lain-lainnya.

Kepemimpinan RS Terkait Kontrak

TKRS 6

- SK Kontrak klinis dan kontrak manajemen
- Kredensial Dokter dan keperawatan lainnya
- Bukti pimpinan RS melakukan inspeksi/supervisi kepatuhan layanan kontrak
- Monev dan Kajian kontrak

Kepemimpinan RS Terkait Sumber Daya

Pimpinan RS membuat keputusan tentang pengadaan dan pembelian. Penggunaan SDM & sumber daya lainnya harus berdasarkan pertimbangan mutu dan dampaknya pada keselamatan.

TKRS 7

- Kajian analisis alkes
- Kajian rotasi staf
- Bukti ada rekomendasi dari organisasi profesional dan sumber berwenang lainnya dalam mengambil keputusan mengenai pengadaan sumber daya.
- UMAN BOD (Kebutuhan, Anggaran dan pengawasan)
- UMAN Mitigasi
- Monev Alkes

Kepemimpinan RS Terkait Sumber Daya

Pimpinan RS mencari dan menggunakan data serta informasi tentang keamanan dalam rantai perbekalan untuk melindungi pasien dan staf terhadap produk yang tidak stabil, terkontaminasi, rusak, dan palsu.

TKRS 7.1

- Regulasi obat-obatan, Pengantaran dimulai produsen
- Dokumen perbekalan proses penyimpanan sampai dengan tanggal ED terdeteksi Palsu/rusak
- Bukti pemberitahuan Dokumen rusak/palsu

Pengorganisasian dan Akuntabilitas Komdik, KomKeperNakes



Pengorganisasian dan Akuntabilitas Komdik, KomKeperNakes

TKRS 8

- Pedoman Pengorganisasian
- Dokumen kode Etik
- Dokumen Kredensial
- Program Kerja Komite

Akuntabilitas Kepala Unit klinis/ Non klinis RS

Unit layanan di RS dipimpin oleh kepala unit yg ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kompetensinya untuk mengarahkan kegiatan di unitnya.

TKRS 9

- Pedoman Pengorganisasian unit kerja
- Bukti kepala unit kerja mengusulkan kebutuhan sumber daya
- Bukti rapat dalam unit (UMAN)
- Bukti rapat antar unit (UMAN)

Akuntabilitas Kepala Unit klinis/ Non Klinis RS

Kepala unit layanan berpartisipasi dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dng melakukan pengukuran indikator mutu RS yg dapat diterapkan di unitnya dan memantau serta memperbaiki pelayanan pasien di unit layanannya.

TKRS 10

- Bukti tentang pelaksanaan pengukuran INM (indeks nasional mutu) di unit klinis/non klinis
- Layanan kontrak klinis, pengukuran (pihak ke 3)
- Bukti tentang pemilihan prioritas perbaikan baru bila sudah dapat dipertahankan dalam waktu 1 (satu) tahun.

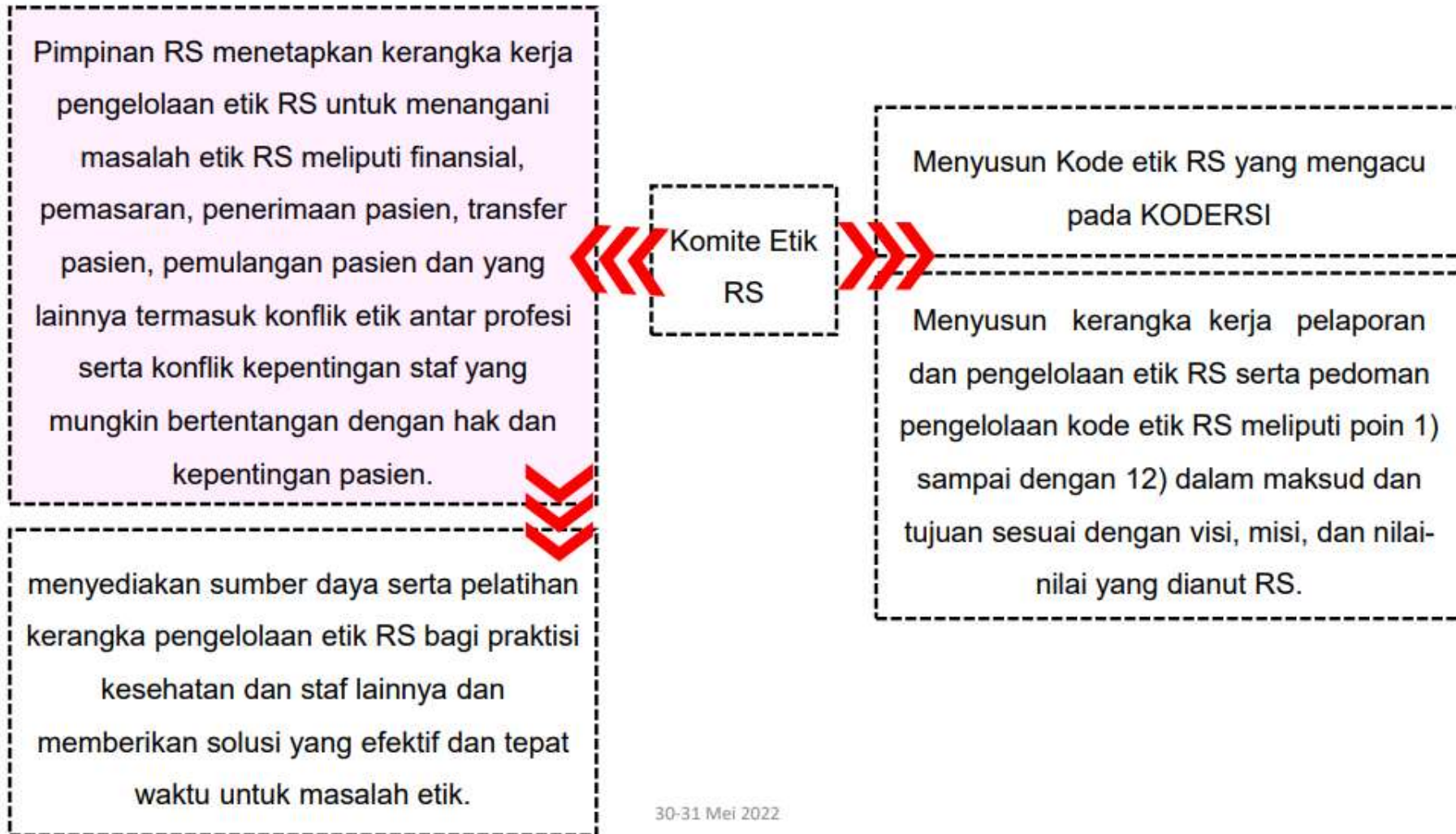
Akuntabilitas Kepala Unit klinis/ Non Klinis RS

Kepala unit klinis mengevaluasi kinerja para dokter, perawat dan tenaga kesehatan profesional lainnya menggunakan indikator mutu yang diukur di unitnya.

TKRS 11

- OPPE
- Penilaian kinerja para perawat
- Penilaian kinerja tenaga kesehatan lainnya

Etika RS



Etika RS

TKRS
12

- Regulasi tentang penetapan Komite Etik RS
- COC
- Bukti pelaksanaan pelatihan pengelolaan etik rumah sakit bagi praktisi kesehatan dan staf lainnya

Kepemimpinan Untuk Budaya Keselamatan Di Rumah Sakit

TKRS
13

- Regulasi tentang penetapan Komite Etik RS
- COC
- Bukti pelaksanaan pelatihan pengelolaan etik rumah sakit bagi praktisi kesehatan dan staf lainnya

Kepemimpinan Untuk Budaya Keselamatan Di Rumah Sakit

TKRS
13

- Program Budaya Keselamatan
- Sosialisasi terkait Budaya keselamatan (UMAN)
- Aplikasi Simpaty (Bukti semua staf bisa akses)
- Laporan budaya keselamatan

Program Budaya Keselamatan
meliputi

menetapkan Program Budaya Keselamatan di rumah sakit yang mencakup:

- a) Perilaku memberikan pelayanan yang aman secara konsisten untuk mencegah terjadinya kesalahan pada pelayanan berisiko tinggi.
- b) Perilaku di mana para individu dapat melaporkan kesalahan dan insiden tanpa takut dikenakan sanksi atau teguran dan diperlakukan secara adil (*just culture*)
- c) Kerja sama tim dan koordinasi untuk menyelesaikan masalah keselamatan pasien.
- d) Komitmen pimpinan rumah sakit dalam mendukung staf seperti waktu kerja para staf, pendidikan, metode yang aman untuk melaporkan masalah dan hal lainnya untuk menyelesaikan masalah keselamatan.
- e) Identifikasi dan mengenali masalah akibat perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono).
- f) Evaluasi budaya secara berkala dengan metode seperti kelompok fokus diskusi (FGD), wawancara dengan staf, dan analisis data.
- g) Mendorong kerja sama dan membangun sistem, dalam mengembangkan budaya perilaku yang aman.
- h) Menanggapi perilaku yang tidak diinginkan pada semua staf pada semua jenjang di rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis dan nonklinis, dokter praktisi mandiri, representasi pemilik dan anggota Dewan pengawas.

Manajemen Risiko

Program manajemen risiko RS harus disusun setiap tahun berdasarkan Daftar risiko yang diprioritaskan dalam profil risiko meliputi:

1. Proses manajemen risiko (poin a-g)).

2. Integrasi manajemen risiko di RS.

3. Pelaporan kegiatan program manajemen risiko.

4. Pengelolaan klaim tuntutan yang dapat menyebabkan tuntutan (ada di RS).

- a) Komunikasi dan konsultasi.
- b) Menetapkan konteks.
- c) Identifikasi risiko sesuai kategori risiko [pd poin a - e](#)
- d) Analisa risiko.
- e) Evaluasi risiko.
- f) Penanganan risiko.
- g) Pemantauan risiko.

Kategori Risiko

- a) Risiko operasional ; Klinis dan non klinis
- b) Risiko Keuangan; risiko kepatuhan (terhadap hukum dan peraturan yang berlaku);
- c) Risiko Reputasi (citra rumah sakit yang dirasakan oleh masyarakat),
- d) Risiko Strategis (terkait dengan rencana strategis termasuk tujuan strategis rumah sakit);
- e) Risiko Kepatuhan terhadap hukum dan regulasi

Manajemen Risiko

TKRS 14

- Kebijakan, Pedoman, Panduan, Program Manajemen Risiko
- Bukti dokumen rapat Direktur RS yang membahas penetapan profil risiko

Penelitian menggunakan subjek manusia

Program Penelitian Bersubjek Manusia Di RS

Pimpinan RS
bertanggung jawab
terhadap mutu dan
keamanan dalam
penelitian bersubjek
manusia

- Pimp.RS menetapkan P.J program penelitian di dalam RS yg memastikan semua proses telah sesuai dng kode etik penelitian & persyaratan lainnya sesuai peraturan perundang-undangan
- Terdapat proses untuk penyelesaian konflik kepentingan (finansial dan non finansial) yang terjadi akibat penelitian di RS.
- Pimp RS telah mengidentifikasi fasilitas & sumber daya yg diperlukan utk melakukan penelitian, termasuk di dalam nya kompetensi sumber daya yg akan berpartisipasi di dlm penelitian sbg pimpinan dan anggota tim peneliti
- Terdapat proses yg memastikan bahwa seluruh pasien yg ikut di dalam penelitian telah melalui proses persetujuan tertulis (*informed consent*) utk melakukan penelitian, tanpa adanya paksaan utk mengikuti penelitian & telah mendapatkan informasi mengenai lamanya penelitian, prosedur yg harus dilalui, siapa ya dapat dikontak selama penelitian berlangsung, manfaat, potensial risiko serta alternatif pengobatan lainnya. Apabila penelitian dilakukan oleh pihak ketiga (kontrak), maka pimpinan RSt memastikan bahwa pihak ketiga tersebut bertanggung jawab dalam pemantauan dan evaluasi dari mutu, keamanan dan etika dalam penelitian
- P.J penelitian melakukan kajian & evaluasi terhadap seluruh penelitian yg dilakukan di RS setidaknya 1 (satu) tahun sekali.
- Seluruh kegiatan penelitian merupakan bagian dari program mutu RS & dilakukan pemantauan serta evaluasinya secara berkala sesuai ketentuan RS.

Penelitian menggunakan subjek manusia

**TKRS
15**

- Kebijakan dan Panduan Etik Penelitian
- Etikal Clearance
- persetujuan tertulis (informed consent)
- Laporan penelitian
- Monev penelitian (berkala)
- Sumber daya yang dibutuhkan



soerojo
HOSPITAL

MATUR
SUWUN