

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
NOMOR 004/PER-DIR/RSDN/IV/2023**

TENTANG

**TATA KELOLA RUMAH SAKIT
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA,

- Menimbang : a. bahwa Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan medis bagi rawat inap, rawat jalan, gawat darurat serta pelayanan penunjang seperti laboratorium, radiologi serta layanan lainnya;
- b. bahwa rumah sakit memberikan pelayanan prima kepada pasien dituntut kepemimpinan efektif yang ditentukan oleh sinergi yang positif antara Pemilik Rumah Sakit / Representasi Pemilik / Dewan Pengawas, Direktur Rumah Sakit, para pimpinan di rumah sakit, dan kepala unit kerja unit pelayanan secara kolaboratif mengoperasikan rumah sakit;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan dimaksud dalam huruf a dan b, perlu dikeluarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha tentang Tata kebijakan Kelola Rumah Sakit di RS Dharma Nugraha;
- Mengingat : 1. Undang-Undang RI No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
2. Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang-Undang RI No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
4. Undang-Undang RI No. 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
5. Undang-Undang RI No. 38 tahun 2014 tentang Keperawatan
6. Peraturan Presiden RI No. 77 tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi RS
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan RS
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 10 tahun 2015 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit

11. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit
12. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 12 tahun 2020 tentang akreditasi rumah sakit.
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 tentang Rekam medis.
15. Keputusan dirjen pelayanan keehatan No HK.02.02/I/4110/2022 Tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
16. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 772/MENKES/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws)
17. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 631/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Peraturan Internal Staf Medis (Medical Staf Bylaws)
18. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 432 tahun 2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Rumah Sakit
19. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA TENTANG KEBIJAKAN TATA KELOLA RUMAH SAKIT DI RS DHARMA NUGRAHA.

BAB I

KETENTUAN UMUM DAN GAMBARAN UMUM

Pasal 1

Definisi

- (1) Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat
- (2) PT. Digdaya Kencana Pratama adalah pemilik rumah sakit dan badan representasi yang mewakili pemilik, sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan rumah sakit

Pasal 2

Gambaran umum

Fokus pada Bab TKRS mencakup:

- a. Representasi Pemilik/Dewan Pengawas
- b. Direktur Utama/Direktur/Kepala Rumah Sakit
- c. Pimpinan Rumah Sakit meliputi: Pimpinan medis, Keperawatan Administrasi, lainnya
- d. Kepala unit klinis/non klinis
- e. Budaya Keselamatan
- f. Etik Rumah sakit
- g. Manajemen risiko
- h. Penelitian menggunakan subjek manusia

Hierarki kepemimpinan dalam Standar ini terdiri dari:

- a. Pemilik/Representasi Pemilik: satu atau sekelompok orang sebagai Pemilik atau sebagai Representasi Pemilik, misalnya Dewan Pengawas.
- b. Direktur/Direktur Utama/Kepala rumah sakit: satu orang yang dipilih oleh Pemilik untuk bertanggung jawab mengelola rumah sakit
- c. Para Wakil direktur (Pimpinan rumah sakit): beberapa orang yang dipilih untuk membantu Direktur.

Pasal 2

Ketentuan Umum

- (1) Tanggung jawab dan kewenangan akuntabilitas pemilik dan pengelola tertuang pada Peraturan Internal (Bylaws), mencakup organisasi, kewenangan, kebijakan dan prosedur sebagai pedoman dalam mengelola rumah sakit.
- (2) Pemilik RS tidak diperbolehkan menjadi Direktur Rumah Sakit.

- (3) Direksi PT Digdaya Kencana Pratama adalah pemilik/representasi pemilik Rumah Sakit Dharma Nugraha.
- (4) Representasi pemilik tanggung jawab dan wewenang:
 - a. Menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit.
 - b. Menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya rumah sakit sehari-hari.
 - c. Menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program-program tersebut.
 - d. Menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis rumah sakit.
 - e. Melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan.
 - f. Mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - g. Melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program PMKP setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
 - h. Melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
- (5) Direksi RS ditetapkan dan secara kolektif bertanggung jawab untuk menentukan misi rumah sakit, membuat rencana strategis, kebijakan dan program yang dibutuhkan untuk memenuhi misi tersebut.
- (6) Direktur RS adalah seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumaha-sakitan, bertanggung

jawab untuk menyelenggarakan dan menjalankan operasional rumah sakit serta mematuhi undang-undang dan peraturan yang berlaku.

- (7) Pimpinan Bidang / Bagian, Komite Medik, Satuan Pengawas Internal dan Unit Kerja / Unit Layanan sesuai struktur organisasi, membantu Direksi RS dalam menjalankan program dan kegiatan yang ditetapkan guna mencapai visi rumah sakit.
- (8) Direktur RS menetapkan lingkup pelayanan atau unit kerja yang masuk dalam Bidang Pelayanan Medis, Keperawatan, Penunjang Medis dan Bidang Klinis Lainnya serta Bagian Administrasi Keuangan, Personalia dan Penunjang Umum.
- (9) Rumah Sakit menjelaskan tanggung jawab staf klinis dan pengaturan staf klinis secara formal sesuai regulasi yang berlaku serta staf yang kompeten mengatur di setiap bidang / bagian atau unit pelayanan rumah sakit.
- (10) Rumah sakit menetapkan dan memiliki tata kelola etika yang menjamin asuhan pasien sesuai norma bisnis, finansial, etis dan hukum yang melindungi pasien dan hak pasien
- (11) Rumah sakit yang menerapkan tata kelola yang baik memberikan kualitas pelayanan yang baik yang secara kasat mata terlihat dari penampilan dan keramahan staf, **penerapan budaya 5 R (rapi, resik, rawat, rajin, ringkas)** secara konsisten pada seluruh bagian rumah sakit serta pelayanan yang mengutamakan mutu dan keselamatan pasien

BAB II

REPRESENTASI PEMILIK/ DEWAN PENGAWAS RUMAH SAKIT

Pasal 3

- (1) Kepemilikan rumah sakit Dharma Nugraha adalah PT Digdaya Kencana Pratama dan Organisasi serta wewenang pemilik dan representasi pemilik dijelaskan dalam regulasi yang ditetapkan oleh Pemilik RS
- (2) Pemilik RS atau representasi dari pemilik Perseroan Terbatas/PT

Digdaya Kencana Pratam melaksanakan tanggung jawab dan akuntabilitas sesuai regulasi yang ditetapkan perundang-undangan dalam bentuk Peraturan Internal (Bylaws) atau dokumen regulasi lainnya.

- (3) Pemilik RS dapat membentuk Dewan Pengawas rumah sakit sebagai suatu unit non struktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik RS.
- (4) Struktur organisasi pemilik termasuk representasi pemilik terpisah dari struktur organisasi RS dan pemilik RS tidak diperbolehkan menjabat sebagai Direktur RS.
- (5) Pemilik/representasi pemilik perlu menetapkan Hospital by Laws/peraturan internal rumah sakit yang mengatur:
 - a. Pengorganisasian pemilik atau representasi pemilik sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan rumah sakit serta peraturan perundang-undangan yang berlaku.
 - b. Peran, tugas dan kewenangan pemilik atau representasi pemilik
 - c. Peran, tugas dan kewenangan Direktur rumah sakit
 - d. Pengorganisasian staf medis
 - e. Peran, tugas dan kewenangan staf medis.
- (6) Tugas Dewan Pengawas rumah sakit adalah:
 - a. menentukan arah kebijakan Rumah Sakit;
 - b. menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis;
 - c. menilai dan menyetujui pelaksanaan rencana anggaran;
 - d. mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya;
 - e. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien;
 - f. mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit; dan
 - g. mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah Sakit, etika profesi, dan peraturan perundangundangan;
- (7) Tanggung jawab dan wewenang pemilik RS atau representasi pemilik RS adalah :
 - a. Menyetujui dan mengkaji visi misi rumah sakit secara periodik dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui misi rumah sakit.

- b. Menyetujui berbagai strategi dan rencana operasional rumah sakit yang diperlukan untuk berjalannya rumah sakit sehari-hari.
- c. Menyetujui partisipasi rumah sakit dalam pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi mutu dari program-program tersebut.
- d. Menyetujui dan menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan rumah sakit dan memenuhi misi serta rencana strategis rumah sakit.
- e. Melakukan evaluasi tahunan kinerja Direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang telah ditetapkan.
- f. Mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- g. Melakukan pengkajian laporan hasil pelaksanaan program PMKP setiap 3 (tiga) bulan sekali serta memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.
- h. Melakukan pengkajian laporan Manajemen Risiko setiap 6 (enam) bulan sekali dan memberikan umpan balik perbaikan yang harus dilaksanakan dan hasilnya di evaluasi kembali pada pertemuan berikutnya secara tertulis.

BAB III

DIREKTUR/DIREKSI RUMAH SAKIT

Pasal 4

- (1) Direktur RS sebagai pimpinan tertinggi di rumah sakit bertanggung jawab untuk menjalankan rumah sakit dan mematuhi peraturan dan perundang-undangan.
- (2) Dalam menjalankan operasional RS, Direktur dapat dibantu oleh Wakil Direktur Medis dan Wakil Direktur Umum, sebagai kelompok Direksi RS.
- (3) Direktur / Direksi bertanggung jawab untuk menjalankan misi RS

yang sudah ditetapkan oleh pemilik atau representasi pemilik serta menyusun regulasi pelayanan dan manajemen untuk menjalankan rumah sakit.

- (4) Tanggung jawab direktur dalam menjalankan rumah sakit namun tidak terbatas pada;
- a. Mematuhi perundang-undangan yang berlaku.
 - b. Menjalankan visi dan misi rumah sakit yang telah ditetapkan
 - c. Menetapkan kebijakan rumah sakit
 - d. Memberikan tanggapan terhadap setiap laporan pemeriksaan yang dilakukan oleh Regulator;
 - e. mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia, keuangan dan sumber daya lainnya
 - f. Merekomendasikan sejumlah kebijakan, rencana strategis, dan anggaran kepada Representatif pemilik/Dewan Pengawas untuk mendapatkan persetujuan
 - g. Menetapkan prioritas perbaikan tingkat rumah sakit yaitu perbaikan yang akan berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit yang akan dilakukan pengukuran sebagai indikator mutu prioritas rumah sakit.
 - h. Melaporkan hasil pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien meliputi pengukuran data dan laporan semua insiden keselamatan pasien secara berkala setiap 3 (tiga) bulan kepada Representasi pemilik/Dewan Pengawas.
 - i. Melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko kepada Representasi pemilik/Dewan Pengawas setiap 6 (enam) bulan

BAB IV

AKUNTABILITAS PIMPINAN RUMAH SAKIT

Pasal 5

- (1) Pimpinan rumah sakit menyusun misi, rencana kerja dan kebijakan

untuk memenuhi misi rumah sakit serta merencanakan dan menentukan jenis pelayanan klinis untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dilayani rumah sakit.

- (2) Direktur menunjuk wakil direktur rumah sakit dan kepala-kepala unit yang dilibatkan dalam proses menyusun misi dan nilai yang dianut rumah sakit
- (3) Rumah sakit tidak mempunyai Wakil direktur, maka kepala bidang / manajer dapat dianggap sebagai pimpinan rumah sakit.
- (4) Dalam organisasi RS ditetapkan Bidang / Bagian dan jabatan pimpinannya bertanggung jawab kepada Direksi RS.
- (5) Bidang di Rumah sakit terdiri dari Bidang Pelayanan Medis, Keperawatan, Penunjang Medis, masing-masing dipimpin Manajer Bidang
- (6) Bagian di RS terdiri dari Bagian Pelayanan JKN, Marketing, Personalia, Keuangan dan Penunjang Umum, masing-masing dipimpin Manajer Bagian
- (7) Rumah Sakit menetapkan persyaratan kualifikasi jabatan untuk para Manajer Bidang / Bagian serta menunjuk serta mengusulkan pejabat yang sesuai dengan persyaratan dan kualifikasi.
- (8) Manajer Bidang / Bagian dilibatkan dalam mendefinisi operasionalkan misi RS dan berdasar misi tersebut Manajer Bidang / Bagian bekerjasama mengembangkan berbagai rencana / program serta regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai misi.
- (9) Direktur RS dan para Manajer Bidang / Bagian mengidentifikasi dan merencanakan jenis pelayanan klinis yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dilayani rumah sakit.
- (10) Pimpinan rumah sakit bersama dengan para pimpinan tersebut:
 - 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.
- (11) Rumah Sakit menetapkan proses yang seragam untuk melaksanakan penerimaan / pengangkatan (rekrutmen), retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan semua staf dengan melibatkan Manajer Bidang / Bagian dan Kepala Instalasi/ Urusan.
 - (12) Direktur RS membuat rencana / program, melaksanakan program dan proses yang berkaitan dengan penerimaan, retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan setiap kategori staf dengan melibatkan para Manajer Bidang / Bagian dan Kepala Instalasi/Urusan.
 - (13) Rumah Sakit mempunyai regulasi untuk memastikan terselenggaranya komunikasi efektif di rumah sakit baik antara unit dengan unit baik antara pelayanan maupun penunjang, antar PPA dengan kelompok nonprofessional, antar PPA dengan manajemen, antar PPA dengan organisasi di luar RS merupakan tanggung jawab pimpinan rumah sakit.
 - (14) Para pimpinan memperhatikan keakuratan dan ketepatan waktu dalam pemberian informasi dan pelaksanaan komunikasi dalam lingkungan rumah sakit. Untuk mengoordinasikan dan mengintegrasikan pelayanan kepada pasien, pimpinan menetapkan Tim / Unit yang menerapkan mekanisme pemberian informasi dan komunikasi misalnya melalui pembentukan Tim / Unit PKRS. Metode komunikasi antar layanan dan staf dapat berupa buletin, poster, story board, dll

- (15) Rumah sakit mengatur komunikasi dan informasi di lingkungan rumah sakit secara akurat dan tepat waktu diatur dalam panduan rapat serta ada daftar rapat.
- (16) Jenis informasi yang disampaikan meliputi;
 - a. informasi tentang layanan, jam kegiatan kerja, dan proses untuk mendapatkan pelayanan; dan
 - b. informasi tentang mutu layanan, yang disediakan kepada masyarakat dan sumber rujukan.
- (17) Rumah sakit menetapkan jenis pelayanan rumah sakit sesuai dengan misi rumah sakit.
- (18) Rumah sakit melakukan komunikasi Visi, Misi dan tujuan Rentra dan kebijakan RS kepada seluruh staf rumah sakit.

BAB V

KEPEMIMPINAN RUMAH SAKIT UNTUK MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Pasal 6

- (1) Pimpinan RS merencanakan dan mengembangkan dan menerapkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (2) Direktur dan Pimpinan rumah sakit berpartisipasi dalam merencanakan mengembangkan dan menerapkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit
- (3) Pimpinan rumah sakit memilih dan menetapkan proses pengukuran, pengkajian data, rencana perbaikan dan mempertahankan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit
- (4) Pimpinan rumah sakit memastikan terlaksananya program PMKP termasuk memberikan dukungan teknologi dan sumber daya yang adekuat serta menyediakan pendidikan staf tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit agar dapat berjalan secara efektif.

- (5) Pimpinan rumah sakit menetapkan mekanisme pemantauan dan koordinasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- (6) Direktur RS juga menetapkan bagaimana program peningkatan mutu dan keselamatan pasien diarahkan dan diatur setiap harinya, sehingga perlu menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program dengan membentuk Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sesuai kondisi RS.
- (7) Direktur RS bertanggung jawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada representasi pemilik sebagai berikut :
 - a. Setiap tiga bulan yang meliputi capaian dan analisis indikator mutu area klinis, area manajemen, sasaran keselamatan pasien, pencapaian implementasi panduan praktik klinis dan alur klinis serta penerapan sasaran keselamatan pasien.
 - b. Setiap 6 (enam) bulan Direktur RS melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada representasi pemilik
 - c. Khusus untuk kejadian sentinel, Direktur RS wajib melaporkan kejadian kepada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2 x 24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisa akar masalah setelah 45 hari.
- (8) Direktur RS menetapkan regulasi berupa pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien, tujuan dan program penetapan serta indikatornya.
- (9) Direktur RS melaksanakan pemantauan dan koordinasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta informasi dan dikomunikasikan secara berkala kepada staf.
- (10) Direktur Dan Pimpinan RS Berpartisipasi Menetapkan prioritas perbaikan di tingkat rumah sakit yang merupakan proses yang berdampak luas / menyeluruh di rumah sakit termasuk kegiatan keselamatan pasien serta analisa dampak perbaikan
- (11) Pengukuran prioritas perbaikan tingkat rumah sakit 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 rumah sakit misalnya rumah sakit ingin menjadi rumah sakit rujukan untuk pasien kanker. Maka prioritas perbaikannya dapat dalam bentuk Key Performance indicator (KPI) dapat berupa meningkatkan efisiensi, mengurangi angka readmisi, mengurangi masalah alur pasien di IGD atau memantau mutu layanan yang diberikan oleh pihak lain yang dikontrak.
 - d. Perbaikan sistem adalah perbaikan yang jika dilakukan akan berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit 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).
- (12) Pemilihan indikator prioritas pengukuran dan perbaikan menggunakan kriteria prioritas mencakup;
- 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).
- (13) **Penentuan prioritas terukur dapat menggunakan skoring prioritas.**
Direktur dan pimpinan rumah sakit akan menilai dampak perbaikan dapat berupa:
 - 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.
- (14) Penilaian dampak perbaikan akan memberikan pemahaman tentang biaya yang dikeluarkan untuk investasi mutu, sumber daya manusia, keuangan, dan keuntungan lain dari investasi tersebut.
- (15) Direktur dan pimpinan rumah sakit akan menetapkan cara/tools sederhana untuk membandingkan sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dibandingkan proses yang baru dengan membandingkan dampak perbaikan pada hasil keluaran pasien dan atau biaya yang menyebabkan efisiensi.
- (16) Pertimbangan dalam penentuan prioritas perbaikan pada periode berikutnya, baik di tingkat rumah sakit maupun di tingkat unit klinis/non klinis

BAB VI

KEPEMIMPINAN RUMAH SAKIT TERKAIT KONTRAK

Pasal 7

- (1) Pimpinan Rumah Sakit bertanggung jawab mengkaji, memilih, dan memantau kontrak klinis dan nonklinis serta melakukan evaluasi

termasuk inspeksi kepatuhan layanan sesuai kontrak yg disepakati.

- (2) Rumah sakit dapat memilih pelayanan yang akan diberikan kepada pasien apakah akan memberikan pelayanan secara langsung atau tidak langsung misalnya rujukan, konsultasi atau perjanjian kontrak lainnya.
- (3) Pimpinan rumah sakit menetapkan jenis dan ruang lingkup layanan yang akan di kontrakkan baik kontrak klinis maupun kontrak manajemen. Jenis dan ruang lingkup layanan tersebut kemudian dituangkan dalam kontrak/perjanjian untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan memenuhi kebutuhan pasien.
 - a. 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.
 - b. 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.
 - c. Kontrak klinis bisa juga berhubungan dengan staf profesional kesehatan. misalnya, kontrak perawat untuk pelayanan intensif, dokter tamu/dokter paruh waktu, dan lain-lainnya). Dalam kontrak tersebut harus menyebutkan bahwa staf profesional tersebut telah memenuhi persyaratan yang ditetapkan Rumah Sakit.
- (4) Manajemen rumah sakit menetapkan kriteria dan isi kontrak agar kerjasama dapat berjalan dengan baik dan rumah sakit memperoleh manfaat dan pelayanan yang bermutu
- (5) Para Pimpinan unit berpartisipasi dan bertanggung jawab untuk mengkaji / review, memilih, serta memantau kontrak klinis dan non klinis.
- (6) Rumah sakit perlu meminta informasi mutu (misalnya quality control), menganalisis, kemudian mengambil tindakan terhadap

informasi mutu yang diberikan pihak yang di kontrak. Isi kontrak dengan pihak yang dikontrak harus mencantumkan apa yang diharapkan untuk menjamin mutu dan keselamatan pasien, data apa yang harus diserahkan kepada rumah sakit, frekuensi penyerahan data, serta formatnya.

- (7) Semua kontrak menetapkan data mutu yang harus dilaporkan ke RS, disertai frekuensi dan mekanisme pelaporan, serta bagaimana Rumah Sakit akan merespons jika persyaratan atau ekspektasi mutu tidak terpenuhi
- (8) Pimpinan unit layanan menerima laporan mutu dari pihak yang dikontrak tersebut, untuk kemudian ditindaklanjuti dan memastikan bahwa laporan-laporan tersebut diintegrasikan ke dalam proses penilaian mutu rumah sakit.
- (9) Rumah Sakit mempunyai regulasi tentang kontrak atau perjanjian lainnya dengan sumber daya manusia, khususnya untuk staf medis, yang dituangkan dalam PKS dengan dokter.
- (10) Kontrak dan perjanjian lainnya di evaluasi sebagai bagian dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien RS
- (11) Manajer Bidang / Bagian pelayanan klinis memastikan bahwa dokter praktik mandiri yang bukan merupakan staf RS, memiliki izin dan kredensial yang tepat sesuai pelayanan yang diberikan kepada pasien.
- (12) Rumah sakit mengatur kontrak pada panduan kontrak klinis dan non klinis.

BAB VII

KEPEMIMPINAN RS TERKAIT KEPUTUSAN SUMBER DAYA

Pasal 8

- (1) Pimpinan Rumah Sakit membuat keputusan tentang pengadaan dan pembelian serta penggunaan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya harus berdasarkan pertimbangan mutu dan dampaknya pada keselamatan seperti pengurangan, pemindahan staf keperawatan atau

dapat juga pada keputusan pembelian alat medis beserta preferensinya.

- (2) Pimpinan rumah sakit mengembangkan proses untuk mengumpulkan data dan informasi untuk pembelian ataupun keputusan mengenai sumber daya untuk memastikan bahwa keputusannya sudah berdasarkan pertimbangan mutu dan keselamatan
- (3) Data terkait keputusan mengenai sumber daya adalah memahami kebutuhan dan rekomendasi peralatan medis, perbekalan dan obatobatan yang dibutuhkan untuk pelayanan. Rekomendasi dapat diperoleh dari:

- a. pemerintah,
- b. organisasi profesional nasional dan
- c. internasional
- d. serta sumber berwenang lainnya.

- (4) Rumah sakit mengatur pemilihan teknologi medik dan obat-obatan sebagai berikut:
 - a. Data dan informasi mengenai mutu dan implikasi keselamatan pasien dari penggunaan teknologi medik dan obat tersebut, jadi tidak berdasarkan harga saja.
 - b. Rekomendasi dari staf klinis RS atau pemerintah atau organisasi profesi nasional maupun internasional atau sumber lain yang akurat.
- (5) Rumah Sakit tidak mempergunakan teknologi medik dan atau obat yang bersifat “trial” baik secara nasional maupun internasional pada asuhan pasien.
- (6) Direktur RS membuat keputusan terkait pengadaan dan penggunaan sumber daya dengan mempertimbangkan mutu dan keselamatan.
- (7) Pimpinan rumah sakit 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

- (8) Pengelolaan rantai perbekalan bukan hanya mengenai evaluasi prospektif terhadap perbekalan yang berisiko tinggi, proses ini juga meliputi pelacakan retrospektif terhadap perbekalan yang ada setelah perbekalan tersebut diantarkan ke rumah sakit harus memiliki proses:
- a. untuk mengidentifikasi obat-obatan,
 - b. perbekalan medis, serta
 - c. ~~peralatan medis yang tidak stabil,~~
 - d. terkontaminasi,
 - e. rusak atau palsu dan
 - f. melacak kembali perbekalan-perbekalan tersebut untuk menentukan sumber atau penyebab masalah yang ada, jika memungkinkan.
- (9) Rumah Sakit mempunyai regulasi tentang pengelolaan pengadaan alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan obat yang berisiko termasuk vaksin dengan memperhatikan alur rantai perbekalan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- (10) Pimpinan Rumah Sakit menentukan titik paling berisiko dalam bagan alur rantai perbekalan dan membuat keputusan berdasarkan risiko dalam rantai perbekalan tersebut
- (11) Rumah Sakit memiliki proses untuk melakukan pelacakan retrospektif terhadap perbekalan yang diduga tidak stabil, terkontaminasi, rusak, atau palsu
- (12) Rumah sakit harus memberitahu produsen dan/atau distributor apabila ditemukan perbekalan yang tidak stabil, terkontaminasi, rusak atau palsu dalam pelacakan retrospect
- (13) rumah sakit dapat berpartisipasi untuk mendeteksi dan melaporkan jika menemukan perbekalan yang diduga tidak stabil, terkontaminasi, rusak, atau palsu serta melakukan tindakan untuk mencegah kemungkinan bahaya bagi pasien, rumah sakit pemerintah mungkin tidak tahu integritas dari setiap pemasok dalam rantai perbekalan, rumah sakit perlu ikut memantau perbekalan yang dibeli dan dikelola

oleh pemerintah ataupun nonpemerintah.

- (14) Investasi untuk teknologi informasi kesehatan (TIK) merupakan sumber daya yang penting bagi rumah sakit. TIK meliputi berbagai teknologi yang mencakup metode pendokumentasian dan penyebaran informasi pasien, seperti rekam medis elektronik. Selain itu, TIK juga meliputi metode untuk menyimpan dan menganalisis data, mengomunikasikan informasi antarpraktisi kesehatan agar dapat mengoordinasikan pelayanan lebih baik, serta untuk menerima informasi yang dapat membantu menegakkan diagnosis dan memberikan pelayanan yang aman bagi pasien. Implementasi sumber daya TIK membutuhkan arahan, dukungan, dan pengawasan dari pimpinan rumah sakit.
- (15) Pimpinan Rumah Sakit memberikan arahan, dukungan, dan pengawasan terhadap penggunaan sumber daya Teknologi informasi Kesehatan (TIK)
- (16) Pimpinan Rumah Sakit memberikan arahan, dukungan, dan pengawasan terhadap pelaksanaan program penanggulangan kedaruratan dan bencana
- (17) Pimpinan rumah sakit menginformasikan kepada Kementerian Kesehatan pengalaman dan preferensi sumber daya tersebut sebagai dasar untuk membuat keputusan
- (18) Pimpinan Rumah sakit membuat panduan/ pedoman tentang pemilihan teknologi medis dan obat.
- (19) Pimpinan Rumah Sakit memantau hasil keputusannya dan menggunakan data tsb untuk mengevaluasi dan memperbaiki mutu keputusan pembelian dan pengalokasian sumber daya

BAB VIII

PENORGANISASIAN DAN AKUNTABILITAS KOMITE MEDIK, KOMITE KEPERAWATAN DAN KOMITE TENAGA KESEHATAN LAINNYA.

Pasal 9

- (1) Rumah Sakit menetapkan struktur organisasi Komite medis, Komite keperawatan, dan komite tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan peraturan perundangan untuk mendukung tanggung jawab serta wewenang mereka berada ditetapkan oleh direktur dan dibawah direktur langsung.
- (2) Dalam menjalankan fungsinya, Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lainnya mempunyai tanggung jawab kepada pasien dan kepada rumah sakit yaitu:
 - a. Mendukung komunikasi yang efektif antar tenaga profesional;
 - b. Menyusun kebijakan; Pedoman, prosedur serta protokol, tata hubungan kerja, alur klinis, dan dokumen lain yang mengatur layanan klinis;
 - c. Menyusun kode etik profesi; dan
 - d. Memantau mutu pelayanan pasien lainnya.
- (3) Rumah Sakit juga membentuk Komite Medik dan Komite Keperawatan dengan tujuan dapat menjaga mutu, kompetensi, etik dan disiplin para staf profesional.
- (4) Rumah Sakit menetapkan lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan pelayanan.
- (5) Untuk melaksanakan tanggung jawabnya Komite medik, komite keperawatan, dan komite tenaga kesehatan lain menyusun Program kerja setiap tahun dan ditetapkan oleh Direktur

Pasal 10

AKUNTABILITAS KEPALA UNIT KLINIS / NON KLINIS RUMAH SAKIT.

- (1) Unit layanan di Rumah Sakit dipimpin oleh kepala unit yang ditetapkan oleh Direktur sesuai dengan kompetensinya dan kualifikasi persyaratan jabatan yang ditetapkan untuk mengarahkan kegiatan di unitnya

- (2) Kepala unit kerja menyusun pedoman pengorganisasian, pedoman pelayanan dan prosedur sesuai proses bisnis di unit kerja
- (3) Kepala unit kerja membuat program kerja dan berpartisipasi dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan melakukan pengukuran mutu RS yang diterapkan di unitnya dan memantau serta memperbaiki pelayanan pasien di unitnya, termasuk di dalamnya kegiatan PMKP serta manajemen risiko setiap tahun
- (4) Kepala unit kerja mengusulkan kebutuhan sumber daya mencakup ruangan, peralatan medis, teknologi informasi dan sumber daya lain yang diperlukan unit layanan serta terdapat mekanisme untuk menanggapi kondisi jika terjadi kekurangan tenaga.
- (5) Kepala unit kerja telah melakukan koordinasi dan integrasi baik dalam unitnya maupun antar unit layanan
- (6) Setiap kepala unit merencanakan dan melaporkan kebutuhan staf dan sumber daya ruangan, peralatan dan sumber daya lainnya kepada pimpinan rumah sakit untuk memenuhi pelayanan sesuai kebutuhan pasien:
 - a. Meskipun para kepala unit layanan telah membuat rencana kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya, namun terkadang terdapat perubahan prioritas di dalam rumah sakit yang mengakibatkan tidak terpenuhinya sumber daya yang dibutuhkan. Oleh karena itu, kepala unit harus memiliki proses untuk merespon kekurangan sumber daya agar memastikan pemberian pelayanan yang aman dan efektif bagi semua pasien.
 - b. Kepala unit layanan menyusun: kriteria berdasarkan pendidikan, keahlian, pengetahuan, dan pengalaman yang diperlukan professional pemberi asuhan (PPA) dalam memberikan pelayanan di unit layanan tersebut.
 - c. Kepala unit layanan juga bekerja sama dengan Unit SDM dan unit lainnya dalam melakukan proses seleksi staf.
 - d. Kepala unit layanan memastikan bahwa semua staf dalam unitnya

memahami tanggung jawabnya dan mengadakan kegiatan orientasi dan pelatihan bagi staf baru. Kegiatan orientasi mencakup misi rumah sakit, lingkup pelayanan yang diberikan, serta kebijakan dan prosedur yang terkait pelayanan yang diberikan di unit tersebut, misalnya semua staf telah memahami prosedur pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit dan di unit layanan tersebut.

- e. Bila terdapat revisi kebijakan atau prosedur baru, staf akan diberikan pelatihan ulang.
 - f. Para kepala unit kerja menyusun program kerja di masing-masing unit setiap tahun, menggunakan format yang seragam yang telah ditetapkan rumah sakit.
 - g. Kepala unit kerja melakukan koordinasi dan integrasi dalam unitnya dan antar unit layanan untuk mencegah duplikasi pelayanan, misalnya koordinasi dan integrasi antara pelayanan medik dan pelayanan keperawatan.
- (7) Kepala Unit/ Instalasi Pelayanan melakukan identifikasi kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya serta mengusulkannya kepada Direksi RS
- (8) Kepala unit/ Instalasi Pelayanan mengidentifikasi secara tertulis pelayanan yang diberikan oleh unit serta mengintegrasikandan mengkoordinasikan pelayanan tersebut dengan pelayanan unit lain.

Pasal 11

Program Mutu Instalasi Pelayanan

- (1) Kepala unit/ Instalasi Pelayanan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan berpartisipasi dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien RS serta melakukan monitoring untuk meningkatkan asuhan pasien.
- (2) Kepala unit/ Instalasi Pelayanan klinis memilih serta menerapkan penilaian mutu dan keselamatan pasien secara spesipik terhadap

cakupan pelayanan yang diberikan.

- (3) Kepala unit/ instalasi bertanggung jawab menjamin bahwa kegiatan pengukuran memberikan kesempatan untuk mengevaluasi staf maupun proses pelayanannya, juga menyediakan data dan informasi dari hasil kegiatan.
- (4) Setiap Kelompok Staf medis (KSM) memilih dan menetapkan panduan praktik klinis yang dapat dilengkapi dengan alur klinis (clinical pathway) atau protokol klinis.
- (5) Komite Medis bersama-sama dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis / DPJP terhadap Panduan Praktik Klinis.
- (6) Kepala unit layanan melibatkan semua stafnya dalam kegiatan pengukuran indikator prioritas rumah sakit yang perbaikan akan berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit baik kegiatan klinis maupun non klinis yang khusus untuk unit layanan tersebut
- (7) Proses komunikasi merupakan indikator prioritas rumah sakit misalnya komunikasi saat serah terima yang perbaikannya akan berdampak luas/menyeluruh di semua unit klinis maupun non klinis, dapat dilakukan pada unit non klinis untuk memperbaiki komunikasi serah terima dengan menerapkan proyek otomatisasi untuk memonitor tingkat keakurasian saat pembayaran pasien.
- (8) Kepala unit klinis memilih indikator mutu yang akan dilakukan pengukuran sesuai dengan pelayanan di unitnya mencakup hal-hal sebagai berikut:
 - a. Pengukuran indikator nasional mutu (INM) sesuai dengan pelayanan yang diberikan.
 - b. Pengukuran indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) yang berdampak luas dan menyeluruh di rumah sakit, termasuk layanan kontrak yang menjadi tanggung jawabnya.
 - c. Pengukuran indikator mutu prioritas unit (IMP-unit) untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan pada

prosedur/tindakan berisiko tinggi dan meningkatkan kepuasan pasien serta efisiensi sumber daya.

- (9) Pemilihan pengukuran berdasarkan pelayanan dan bisnis proses yang membutuhkan perbaikan di setiap unit layanan. Setiap pengukuran harus ditetapkan target yang diukur dan dianalisa capaian dan dapat dipertahankan dalam waktu 1 (satu) tahun. Jika target telah tercapai dan dapat dipertahankan untuk dalam waktu 1 (satu) tahun maka dapat diganti dengan indikator yang baru.
- (10) Kepala unit layanan klinis dan non klinis bertanggung jawab memberikan penilaian kinerja staf yang bekerja di unitnya. Karena itu penilaian kinerja staf harus mencakup kepatuhan terhadap prioritas perbaikan mutu di unit yaitu indikator mutu prioritas unit (IMP-unit) sebagai upaya perbaikan di setiap unit untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien tingkat unit.
- (11) Kepala unit klinis mengevaluasi kinerja para dokter, perawat dan tenaga kesehatan profesional lainnya menggunakan indikator mutu yang diukur di unitnya.
- (12) Kepala unit klinis juga terlibat dalam memberikan rekomendasi tentang penunjukan, deliniasi kewenangan, evaluasi praktik profesional berkelanjutan (*On going Professional Practice Evaluation*), serta penugasan kembali dokter/perawat/tenaga kesehatan lain yang bertugas dalam unitnya.
- (13) Rumah sakit membuat panduan atau panduan penilaian kinerja staf medis menggunakan OPPE, penilaian kinerja keperawatan dan panduan penilaian kinerja staf tenaga kesehatan lain.

BAB IX

ETIKA RUMAH SAKIT

Pasal 12

- (1) Pimpinan RS menetapkan kerangka kerja pengelolaan etik RS untuk menangani masalah etik RS meliputi finansial, pemasaran, penerimaan pasien, transfer pasien, pemulangan pasien dan yang

lainnya termasuk konflik etik antar profesi serta konflik kepentingan staf yang mungkin bertentangan dengan hak dan kepentingan pasien.

- (2) Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab secara profesional dan hukum untuk menciptakan dan mendukung lingkungan dan budaya etik dan memastikan bahwa pelayanan pasien diberikan dengan mengindahkan norma bisnis, keuangan, etika dan hukum, serta melindungi pasien dan hak-hak pasien serta harus menunjukkan teladan perilaku etik bagi stafnya.
- (3) Direktur menetapkan Komite Etik rumah sakit untuk menangani masalah dan dilema etik dalam pelayanan klinis (misalnya perselisihan antar profesional dan perselisihan antara pasien dan dokter mengenai keputusan dalam pelayanan pasien) dan kegiatan bisnis rumah sakit (misalnya kelebihan input pada pembayaran tagihan pasien yang harus dikembalikan oleh rumah sakit).
- (4) Tugas komite etik rumah sakit:
 - a. Menyusun Kode etik rumah sakit yang mengacu pada Kode etik rumah sakit Indonesia (KODERSI)
 - b. Menyusun kerangka kerja pengelolaan etik rumah sakit mencakup tapi tidak terbatas pada:
 - a) Menjelaskan pelayanan yang diberikan pada pasien secara jujur;
 - b) Melindungi kerahasiaan informasi pasien;
 - c) Mengurangi kesenjangan dalam akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan dampak klinis.
 - d) Menetapkan kebijakan tentang pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien;
 - e) Mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran hasil kinerja klinis dan kinerja non klinis
 - f) Keterbukaan kepemilikan agar tidak terjadi konflik kepentingan misalnya hubungan kepemilikan antara dokter yang memberikan instruksi pemeriksaan penunjang dengan

- fasilitas laboratorium atau fasilitas radiologi di luar rumah sakit yang akan melakukan pemeriksaan.
- g) Menetapkan mekanisme bahwa praktisi kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis (clinical error) atau mengajukan kekhawatiran etik tanpa takut dihukum, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait masalah klinis ataupun operasional;
 - h) Mendukung keterbukaan dalam sistem pelaporan mengenai masalah/isu etik tanpa takut diberikan sanksi;
 - i) Memberikan solusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etik yang terjadi;
 - j) Memastikan praktik nondiskriminasi dalam pelayanan pasien dengan mengingat norma hukum dan budaya negara; dan
 - k) Tagihan biaya pelayanan harus akurat dan dipastikan bahwa insentif dan pengelolaan pembayaran tidak menghambat pelayanan pasien.
 - l) Pengelolaan kasus etik pada konflik etik antar profesi di rumah sakit, serta penetapan Code of Conduct bagi staf sebagai pedoman perilaku sesuai dengan standar etik di rumah sakit.
- (5) Komite Etik mempertimbangkan norma-norma nasional dan internasional terkait dengan hak asasi manusia dan etika profesional dalam menyusun etika dan dokumen pedoman lainnya.
- (6) Rumah Sakit 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.
- (7) Pimpinan rumah sakit mendukung pelaksanaan kerangka kerja pengelolaan etik rumah sakit seperti pelatihan untuk praktisi kesehatan dan staf lainnya, kerangka etika atau pedoman etika RS mengatur :

- a. Tanggung jawab Direktur RS secara profesional dan hukum dalam menciptakan dan mendukung lingkungan serta budaya kerja yang berpedoman pada etika dan perilaku etis termasuk etika pegawai.
 - b. Penerapan etika dengan bobot yang sama pada kegiatan bisnis / manajemen maupun kegiatan klinis / pelayanan RS.
 - c. Kerangka etika (pedoman etik) dapat untuk acuan kerja dan sikap organisasi selaras dengan visi, misi, pernyataan nilai-nilai RS, regulasi sumber daya manusia serta laporan tahunan dan dokumen lainnya
 - d. Kerangka etika (pedoman etik) dapat membantu tenaga kesehatan, staf serta pasien dan keluarga pasien ketika menghadapi dilema etis dalam asuhan pasien seperti perselisihan antar profesional serta perselisihan pasien dengan dokter mengenai keputusan dalam asuhan dan pelayanan. Sesuai dnegan regulasi maka RS dapat menetapkan Komite / Panitia / Tim yang mengelola etik RS termasuk melakukan koordinasi Komite Etik RS dengan sub komite etik profesi medis dan sub komite etik keperawatan.
 - e. Mempertimbangkan norma-norma nasional dan internasional terkait dengan hak asasi manusia serta etika profesional dalam menyusun kerangka etika dan dokumen pedoman lainnya. Selain hal tersebut diatas, untuk menerapkan etik di RS maka perlu ada regulasi yang mengatur.
- (8) RS menyediakan sumber daya serta pelatihan kerangka pengelolaan etik RS bagi praktisi kesehatan dan staf lainnya dan memberikan solusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etik

BAB X

KEPEMIMPINAN UNTUK BUDAYA KESELAMATAN DI RUMAH SAKIT.

Pasal 13

- (1) Pimpinan RS menciptakan dan mendukung Budaya Keselamatan dan mendukung penerapannya di seluruh area RS.

- (2) Budaya keselamatan di rumah sakit merupakan suatu lingkungan kolaboratif di mana para dokter saling menghargai satu sama lain, para pimpinan mendorong kerja sama tim yang efektif dan menciptakan rasa aman secara psikologis serta anggota tim dapat belajar dari insiden keselamatan pasien, para pemberi layanan menyadari bahwa ada keterbatasan manusia yang bekerja dalam suatu sistem yang kompleks dan terdapat suatu proses pembelajaran serta upaya untuk mendorong perbaikan
- (3) Budaya keselamatan juga merupakan hasil dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu maupun kelompok yang menentukan komitmen terhadap, serta kemampuan mengelola pelayanan kesehatan maupun keselamatan
- (4) Keselamatan dan mutu berkembang dalam suatu lingkungan yang membutuhkan kerja sama dan rasa hormat satu sama lain, tanpa memandang jabatannya. Pimpinan rumah sakit menunjukkan komitmennya mendorong terciptanya budaya keselamatan, tidak mengintimidasi dan atau mempengaruhi staf dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Direktur menetapkan
- (5) Direktur RS melaksanakan, melakukan monitoring dan mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area rumah sakit.
- (6) Rumah sakit 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.
- (7) Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan di antaranya perilaku yang tidak layak seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat dan memaki, perilaku yang mengganggu, bentuk tindakan verbal atau nonverbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, perilaku yang melecehkan (harassment) terkait dengan ras, agama, dan suku termasuk gender serta pelecehan seksual.
- (8) Seluruh pemangku kepentingan di rumah sakit bertanggungjawab mewujudkan budaya keselamatan dengan berbagai cara. Saat ini di rumah sakit masih terdapat budaya menyalahkan orang lain ketika terjadi suatu kesalahan (blaming culture), yang akhirnya menghambat budaya keselamatan sehingga pimpinan rumah sakit harus menerapkan perlakuan yang adil (just culture) ketika terjadi kesalahan, dimana ada saatnya staf tidak disalahkan ketika terjadi kesalahan, misalnya pada kondisi:
- a. Komunikasi yang kurang baik antara pasien dan staf.
 - b. Perlu pengambilan keputusan secara cepat.

- c. Kekurangan staf dalam pelayanan pasien.
- (9) Rumah sakit memantau kesalahan yang dapat diminta pertanggungjawabannya ketika staf dengan sengaja melakukan perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono) misalnya:
- a. Tidak mau melakukan kebersihan tangan.
 - b. Tidak mau melakukan time-out (jeda) sebelum operasi.
 - c. Tidak mau memberi tanda pada lokasi pembedahan. Rumah sakit harus meminta pertanggungjawaban perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono) dan tidak mentoleransinya.
- (10) Pertanggungjawaban dibedakan atas:
- a. Kesalahan manusia (human error) adalah tindakan yang tidak disengaja yaitu melakukan kegiatan tidak sesuai dengan apa yang seharusnya dilakukan.
 - b. Perilaku berisiko (risk behaviour) adalah perilaku yang dapat meningkatkan risiko (misalnya, mengambil langkah pada suatu proses layanan tanpa berkonsultasi dengan atasan atau tim kerja lainnya yang dapat menimbulkan risiko).
 - c. perilaku sembrono (reckless behavior) adalah perilaku yang secara sengaja mengabaikan risiko yang substansial dan tidak dapat dibenarkan.
- (11) Hal – hal yang penting menuju budaya keselamatan :
- a. Staf RS mengetahui bahwa kegiatan operasional RS berisiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten dan aman
 - b. Regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cidera
 - c. Direktur RS mendorong Tim Keselamatan Pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang – undangan
 - d. Mendorong kolaborasi antara staf klinis dengan pimpinan

untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.

- (12) Direktur RS melakukan evaluasi rutin dengan jadwal tetap terhadap pelaksanaan budaya keselamatan di rumah sakit.
- (13) Pimpinan RS menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi (kepustakaan dan laporan) terkait budaya keselamatan bagi semua staf yang bekerja di rumah sakit
- (14) Pimpinan RS menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di RS, adanya komite mutu RS, staf dilatih, ada fasilitas ruangan, system pelaporan, perpustakaan, RAK/ RAB dan bukti hasil investigasi dan penanganan dan tindak lanjut.
- (15) Pimpinan RS mengembangkan sistem yang rahasia, sederhana dan mudah diakses bagi staf untuk pelaporan perilaku yang tidak diinginkan dan menindaklanjutinya.
- (16) Pimpinan RS melakukan pengukuran untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan di RS serta hasil yang diperoleh dipergunakan untuk perbaikan implementasinya di RS
- (17) Pimpinan RS menerapkan budaya adil (just culture) terhadap staf yang terkait laporan budaya perilaku aman tersebut

BAB XI

PROGRAM MANAJEMEN RISIKO

Pasal 14

- (1) Program manajemen risiko yang terintegrasi digunakan untuk mencegah terjadinya cedera dan kerugian di Rumah Sakit.
- (2) Rumah sakit perlu menerapkan manajemen risiko dan rencana penanganan risiko untuk memitigasi dan mengurangi risiko bahaya yang ada atau mungkin terjadi. Beberapa kategori risiko yang harus diidentifikasi meliputi namun tidak terbatas pada risiko:
 - a. Operasional adalah risiko yang terjadi saat rumah sakit memberikan pelayanan kepada pasien baik klinis maupun non klinis. Risiko klinis yaitu risiko operasional yang terkait dengan pelayanan kepada pasien (keselamatan pasien) meliputi risiko yang

berhubungan dengan perawatan klinis dan pelayanan penunjang seperti kesalahan diagnostik, bedah atau pengobatan. Risiko non klinis yang juga termasuk risiko operasional adalah risiko PPI (terkait pengendalian dan pencegahan infeksi misalnya sterilisasi, laundry, gizi, kamar jenazah dan lain-lainnya), risiko MFK (terkait dengan fasilitas dan lingkungan, seperti kondisi bangunan yang membahayakan, risiko yang terkait dengan ketersediaan sumber air dan listrik, dan lain lain. . Unit klinis maupun non klinis dapat memiliki risiko yang lain sesuai dengan proses bisnis kegiatan yang dilakukan di unitnya. Misalnya unit humas dapat mengidentifikasi risiko reputasi dan risiko keuangan.

- 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
- (3) Proses manajemen risiko yang diterapkan di rumah sakit meliputi:
- a. Komunikasi dan konsultasi.
 - b. Menetapkan konteks.
 - c. Identifikasi risiko sesuai kategori risiko pada poin (a-e).
 - d. Analisis Risiko
 - e. Evaluasi risiko.
 - f. Penanganan risiko.
 - g. Pemantauan risiko.
- (4) Program manajemen risiko rumah sakit harus disusun setiap tahun berdasarkan Daftar risiko yang diprioritaskan dalam profil risiko meliputi:
- a. Proses manajemen risiko (poin a)-g)).
 - b. Integrasi manajemen risiko di rumah sakit.

- c. Pelaporan kegiatan program manajemen risiko.
- d. Pengelolaan klaim tuntutan yang dapat menyebabkan tuntutan (ada rumah sakit).
- (5) Direktur memantau penyusunan Daftar risiko yang diprioritaskan menjadi Profil risiko di tingkat Rumah Sakit, ada usulan, ada rapat, ada prioritas risiko unit dan profil risiko tingkat rumah sakit.

BAB XII

PROGRAM PENELITIAN BERSUBYEK MANUSIA DI RUMAH SAKIT.

Pasal 15

- (1) Program penelitian bersubyek manusia di rumah sakit Dharma Nugraha tidak melakukan.

BAB XIII

PENUTUP

Penetapan

Pasal 16

Peraturan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan pada Peraturan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya;

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 10 April 2023

DIREKTUR,



Dharma Nugraha
Hospital Est.1996

dr. Agung Darmanto, SpA.