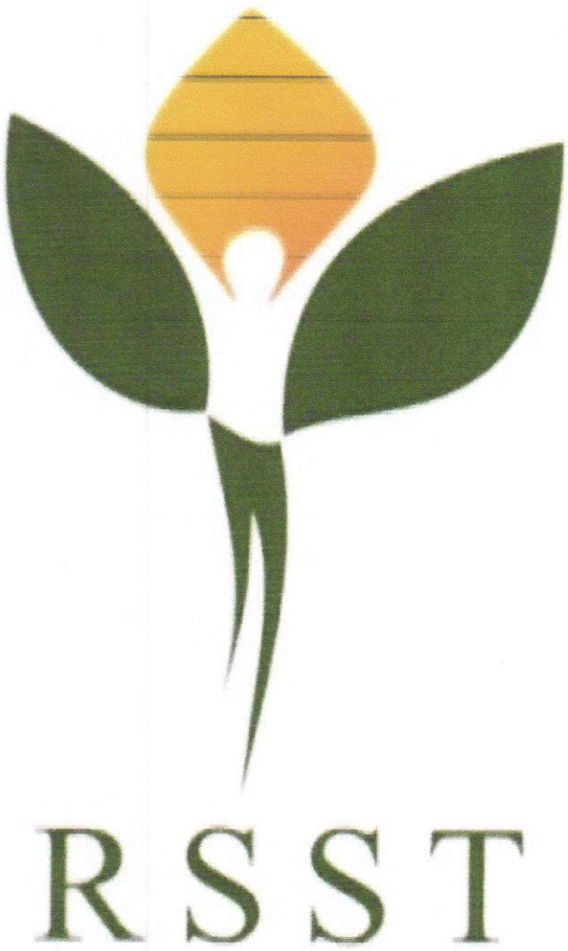
PEDOMAN PELAYANAN SUBSTANSI PENDIDIKAN DAN PENELITIAN



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR.SORADJI TIRTONEGORO KLATEN
2022

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO
Jalan KRT. dr. SoeradjiTirtonegoro Nomor 1 Klaten
Telp : (0272) 321020 Fax : (0272) 321104 E-mail : rsupsoeradji_klaten@yahoo.com
RSST

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO
NOMOR : HK. 02.03/III.3.1/ 569 /2022

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN SUBSTANSI PENDIDIKAN DAN PENELITIAN RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO,

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka memberikan acuan dalam penyelenggaraan pelayanan di Substansi Pendidikan dan Penelitian sesuai dengan tugas pokok dan fungsi, perlu adanya Pedoman Pelayanan Substansi Pendidikan dan Penelitian;
b. bahwa berdasarkan pertimbangan pada butir a tersebut, perlu menetapkan Keputusan Direktur Utama tentang Pedoman Pelayanan Substansi Pendidikan dan Penelitian RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang-Undang Nomor : 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Undang-Undang Nomor : 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Dokter (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 132, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5434);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1995 Nomor 67 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3609);
5. Peraturan Pemerintah RI Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 295 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5777);
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2020 Tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1510);
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 725/ MENKES/SK/V/2007,tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan di Bidang Kesehatan;
9. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1069/ MENKES/ SK/XI/ 2008 Pedoman Klasifikasi dan Standar Pendidikan Rumah Sakit Pendidikan;

8. Peraturan...

10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/I/5650/2018 tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
11. Keputusan Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 5/1/10/KES/PMDN/2018 tanggal 26 Januari 2018 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas A;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA TENTANG PEDOMAN PELAYANAN SUBSTANSI PENDIDIKAN DAN PENELITIAN RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO.

KESATU : Pedoman Pelayanan Substansi Pendidikan dan Penelitian RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, sebagaimana dimaksud dalam Diktum Menetapkan sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.

KEDUA : Pedoman Pelayanan Substansi Pendidikan dan Penelitian RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu, agar dilaksanakan dan digunakan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan.

KETIGA : Segala biaya yang berkaitan dengan pelaksanaan keputusan dibebankan pada DIPA RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

KEEMPAT : Keputusan ini berlaku selama mulai tanggal ditetapkan, dengan catatan, apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Klaten
Pada tanggal 10 Januari 2022

DIREKTUR UTAMA,

ENDANG WIDYASWATI

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO
NOMOR : HK.02.03/III.3.1/ 569 /2022

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN SUBSTANSI PENDIDIKAN DAN PENELITIAN RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan Pedoman Pelayanan Substansi Pendidikan dan Penelitian RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten ini dapat terselesaikan. Buku Pedoman Pelayanan ini secara ringkas memuat tentang pelayanan di Substansi Pendidikan dan Penelitian. Pedoman ini diharapkan digunakan sebagai dasar dalam melaksanakan kegiatan pelayanan.

Kami mengucapkan banyak terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Direksi dan Manajemen, serta semua pihak yang terkait yang telah memberikan perhatian, membantu dan mendukung sehingga buku Pedoman Pelayanan Substansi Pendidikan dan Penelitian ini dapat diselesaikan.

Kami menyadari dalam penyusunan Pedoman Pelayanan Substansi Pendidikan dan Penelitian RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu kami mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan pada waktu mendatang. Akhir kata semoga Pedoman Pelayanan Substansi Pendidikan dan Penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Klaten, Desember 2021

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman Judul i
Surat Keputusan ii
Kata Pengantar v
Daftar Isi vi
BAB I Pendahuluan 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan 3
C. Ruang Lingkup Pelayanan 3
D. Batasan Operasional 5
E Landasan Hukum 5
BAB II Standar Ketenagaan 6
BAB III Standar Fasilitas 9
A. Denah Bangunan dan Ruangan 9
B. Standar Fasilitas 9
BAB IV Tata Laksana Pelayanan 11
A. Pendahuluan 11
B. Proses Tata Laksana Pelayanan 12
C. Pelayanan Prima 13
BAB V Pengedalian Mutu dan Manajemen Risiko 17
A. Pengertian Mutu 17
B. Pengertian Pengendalian Mutu 17
C. Indikator Kinerja BLU 17
D. Indikator SPM 18
E. Indikator RSB 18
F. Indikator dan Mutu Internal 18
G. Menyusun Tata Regulasi 18
H Evalusi Kinerja 19
BAB VI Keselamatan Pasien 22
A. Pengertian 22
B. Tujuan 22
C Tata Laksana Keselamatan Pasien 22
BAB VII Penutup 29

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Undang-Undang Dasar 1945 mengamanatkan bahwa kesehatan adalah merupakan hak asasi manusia. Pada pasal 28 H dinyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Selanjutnya pada pasal 34 ayat 3 dinyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Hal tersebut menunjukkan bahwa pemerintah berkewajiban untuk menyehatkan yang sakit dan berupaya mempertahankan yang sehat untuk tetap sehat. Berdasarkan UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Dengan demikian kesehatan selain sebagai hak asasi manusia, kesehatan juga merupakan suatu investasi.

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP-N) 2005 - 2025, dinyatakan bahwa dalam mewujudkan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas dan berdaya saing, maka kesehatan bersama-sama dengan pendidikan dan peningkatan daya beli keluarga/masyarakat adalah tiga pilar utama untuk meningkatkan kualitas SDM dan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia. Dalam RPJP-N, dinyatakan pula pembangunan nasional di bidang kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan didasarkan kepada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus kepada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut dan keluarga miskin. Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, juga diperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan IPTEK, serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerjasama lintas sektoral.

Berbagai studi menunjukkan bahwa tenaga kesehatan merupakan kunci utama dalam keberhasilan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Tenaga kesehatan memberikan kontribusi hingga 80% dalam keberhasilan pembangunan kesehatan. Dalam laporan WHO tahun 2006, Indonesia termasuk salah satu dari 57 negara yang menghadapi krisis SDM kesehatan, baik jumlahnya yang kurang maupun distribusinya.

Guna mengatasi krisis termaksud, pengembangan tenaga kesehatan perlu lebih ditingkatkan yang melibatkan semua komponen bangsa. Oleh karena itu, untuk menjadi

acuan bagi semua pemangku kepentingan, perlu ditetapkan Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011 – 2025.

Menghadapi era globalisasi, adanya suatu Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan yang menyeluruh sangat diperlukan. Di era globalisasi berarti terbukanya negara-negara di dunia bagi produk-produk baik barang maupun jasa yang datang dari negara manapun dan mau tidak mau harus dihadapi. Di bidang kesehatan, Indonesia mengupayakan dalam kepentingan perdagangan internasional jasa melalui WTO (*World Trade Organization*), CAFTA (*China-ASEAN Free Trade Agreement*), AFAS (*ASEAN Framework Agreement on Services*) dan perjanjian bilateral. Salah satu moda dalam pasokan perdagangan jasa internasional adalah migrasi sumber daya manusia. Dalam hubungan ini, melalui Sidang Umum Kesehatan Sedunia Tahun 2010, Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) telah mengadopsi *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel.* Walaupun bersifat sukarela, Indonesia sebagai negara anggota WHO, perlu ikut mendukung dan melaksanakan prinsip-prinsip dan rekomendasi *Global Code* dalam migrasi internasional tenaga kesehatan. Semua ini perlu dapat diakomodasikan dalam Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan.

Dalam menjalankan fungsinya maka tugas utama Bagian Pendidikan dan Penelitian RSST adalah mewujudkan visi dan misi yang terkait dengan pendidikan , pelatihan serta penelitian dan pengembangan. Bagian pendidikan dan Penelitian RSST sebagai sistem yang integral merupakan pengelola sekaligus penyelenggara berbagai aktifitas tersebut agar tujuan yang dimaksud dalam visi misi RSST tercapai secara efektif dan efisien. Meskipun di dalam perkembangannnya banyak hal dapat disampaikan bahwa agar tujuan tersebut dapat lebih baik perlu pemisahan tugas di mana Bagian Pendidikan dan Penelitian sebagai fungsi manajemen yang mengelola pendidikan , pelatihan perlu dipisahkan dengan fungsi sebagai penyelenggara,. Sehingga perlu dibentuk suatu unit penyelenggara pendidikan dan pelatihan dengan tugas dan fungsi lebih terintegrasi baik system pelaksanaan diklat, SDM serta mekanisme pelaporannya. Saat ini semua fungsi tersebut masih diemban oleh Bagian Pendidikan dan Penelitian dan dilaksanakan dengan membentuk kepanitian pelatiham yang dalam pelaksanaan kerjanya kurang maksimal karena personil diambil dari unit kerja lain yang tentunya bisa mengganggu jalannya roda organisasi unit tersebut. Sesuai dengan tuntutan globalisasi dan kebutuhan organisasi perlulah kiranya dipikirkan untuk membentuk unit diklat tersendiri yang mampu menyelenggarakan diklat tanpa dibentuk kepanitiaan-kepanitiaan insidentil yang tentunya menjadi tidak efektif dan efisien.

Substansi Pendidikan dan Penelitian RSST memiliki tujuan umum dan khusus sebagai berikut :

A. Tujuan Umum

Terselenggaranya pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan sehingga dihasilkan produk-produk yang berkualitas meliputi produk pengembangan kualitas SDM melalui diklat dan produk penelitian yang bisa mendorong pengembangan Rumah Sakit.

Tujuan Khusus

- Tercapainya pelaksanaan pendidikan dan pelatihan sesuai kebutuhan rumah sakit.
- Tercapainya pelaksanaan penelitian yang berkualitas.
- Tercapainya hasil penelitian yang memberikan kontribusi bagi pengembangan rumah sakit
- Tercapainya peningkatan mutu hasil penelitian kesehatan
- Mengevaluasi dan menyusun program pengembangan SDM yang sesuai dengan kebutuhan peningkatan RS kelas A
- Meningkatkan fungsi perpustakaan sebagai penunjang keberhasilan tujuan pendidikan dan penelitian.
- Tercapainya kualitas pelayanan pendidikan bagi peserta didik.
- Tercapainya pendidikan bagi peserta didik sesuai kompetensi yang diharapkan.
- Tercapainya produk-produk pengembangan pelatihan yang bisa mendongkrak pendapatan dan promosi RS.

Ruang lingkup pelayanan di Substansi Pendidikan dan Penelitian adalah sebagai berikut.

B. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pelayanan di Bagian Pendidikan dan Penelitian adalah sebagai berikut.

I. Pelayanan di Subkorrdinator Pendidikan dan Pelatihan

1) Pendidikan

- Pendidikan SDM Rs

  Adalah tata cara pengelolaan SDM RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten untuk mengikuti pendidikan formal untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan karyawannya

- Pendidikan terhadap peserta didik

  Merupakan kegiatan yang dilakukan oleh peserta didik untuk memperdalam / menambah ilmu pengetahuan, ketrampilan serta sikap, guna memperoleh pengalaman kerja.

2) Pelatihan

Pelatihan adalah proses pembelajaran dalam rangka meningkatkan kinerja, profesionalisme dan atau penunjang pengembangan karir tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya.

Cushway, memberikan definisi pelatihan yaitu : suatu proses terencana untuk mengubah sikap, pengetahuan atau keahlianmelalui pengalaman untuk mencapai kinerja yang efektif dalam kegiatan atau sejumlah kegiatan.

Adapun berdasar cara pelaksanaannya pelatihan di RSST ada 2 macam:

a) In house training

Pelatihan yang diselenggarakan di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro pelatihan dengan menggunakan peralatan kerja peserta pelatihan dengan materi yang relevan sesuai topic yang sedang dihadapi

b) Eks house training

Pelatihan yang diselenggarakan di luar RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro

3) Magang kerja

Adalah Latihan Kerja oleh seseorang yang bukan karyawan RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten untuk memperdalam / menambah ilmu pengetahuan, ketrampilan serta sikap, guna memperoleh pengalaman kerja di RSUP dr. Soeradji Tirtobnegoro

2. Pelayanan di Subkoordinator Penelitian dan Pengembangan

1) Pelayanan kegiatan penelitian

a) Penelitian yang dilakukan oleh karyawan RS

Merupakan penelitian yang dilakukan oleh karyawan RSST dan diharapkan akan memberikan sumbangan keilmuan dan manfaat bagi institusi.Penelitian oleh karyawan masih sangat minimal dilakukan, penelitian yang dilakukan

b) Penelitian oleh Peserta Didik

Penelitian dan pengembangan kesehatan adalah kegiatan ilmiah yang dilakukan menurut metode yang sistematik untuk menemukan informasi ilmiah dan / teknologi yang baru, membuktikan kebenaran atau ketidak benaran hipotesis sehingga dapat dirumuskan teori atau suatu proses gejala alam dan atau sosial di bidang kesehatan, dan dilanjutkan dengan menguji penerapannya untuk tujuan praktis di bidang kesehatan

c) Kegiatan Pelayanan Asrama

d) Kegiatan Studi banding

Kegiatan studi banding adalah dilakukan oleh kelompok kepentingan untuk mengunjungi atau menemui obyek tertentu yang sudah disiapkan dan berlangsung dalam waktu relatif singkat. Intinya adalah untuk membandingkan kondisi obyek studi di tempat lain dengan kondisi yang ada di tempat sendiri.

C. Batasan Operasional

Koordinator Pendidikan dan Penelitian merupakan bagian yang menyiapkan SDM yang profesional melalui pendidikan dan pelatihan baik formal maupun non formal.

D. Landasan Hukum

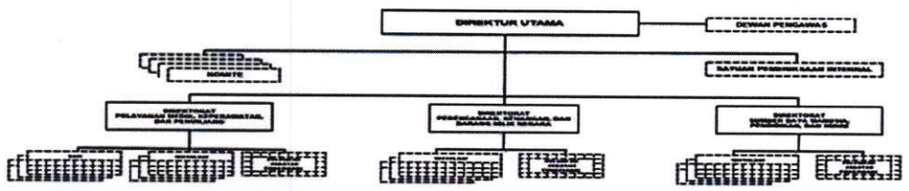
1. Undang-Undang RI Nomor : 36 Tahun 2009,Tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang RI Nomor : 44 Tahun 2009,Tentang Rumah Sakit;
3. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara
4. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Nomor 17 Tahun 2020 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 Tentang Rumah Sakit Pendidikan;
7. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2019 Tentang Pengelolaan Tenaga Kesehatan;
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 725/ MENKES/SK/V/2007, Tanggal 26 Mei 2003, tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan di Bidang Kesehatan;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit;

BAB II
STANDAR KETENAGAAN

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten ditetapkan struktur organisasi sebagai berikut :

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 42 TAHUN 2020
TENTANG
ORGANISASI DAN TATA KERJA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
Dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

BAGAN STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

TERAWAN AGUS PUTRANTO

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum dan Organisasi
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,

Sundoyo, SH, MKM, M.Hum
NIP 196504081988031002

Substansi Pendidikan dan Penelitian terdiri dari 1 orang Koordinator, 2 orang sub koordinator yaitu Sub Koordinator Pendidikan dan Pelatihan dan Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan. Sub Koordinator Pendidikan dan Pelatihan membawahi 2 orang staff dan mengkoordinasi 1 orang staf Tim Kordik. Sedangkan Sub koordinator penelitian dan pengembangan membawahi 2 orang staff administrasi dan 4 orang petugas asrama.

Kualifikasi sumber daya manusia dan distribusi ketenagaan

No	Nama	Jabatan	Kualifikasi Pendidikan	Keterangan
1.	dr. Hernawati Endriani, M.P.H	Koordinator Pendidikan dan Penelitian /Ka Tim Kordik	Dokter Umum S2 Magister Public Health	Bertugas sebagai Koordinator Diklit tahun 2017

2.	Agus Wahyudi, S.Kep.Ns	Subkoordinator Pendidikan dan Pelatihan/Sekretaris Tim Kordik	S1 Keperawatan Ners	Bertugas di Sub Koordinator Pendidikan dan Pelatihan pada bulan Maret 2015
3.	Agus Suharto, S.Kep.Ns	Subkoordinator Penelitian dan Pengembangan/ Sekretaris Tim Kordik	S1 Keperawatan Ners	Bertugas di Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan pada Tahun 2020
4.	Sri Hastuti,SE	Staff Diklat	Sarjana Ekonomi	Bertugas di Bagian Diklit Tahun 2019
5.	Reninta Amelia, A.Md	Staf Diklat	DIII Kerumahsakitan	Bertugas di Bagian Diklit Tahun 2019
6.	Listyo Riyono, S.Pd	Staff Diklat	S1 Manajemen Pendidikan	Rekruit Desember 2015
7.	Ayu Nur Indah Sari, A.Md	Staff Litbang	DIII Kearsipan	Bertugas di Subbag Pendidikan dan Pelatihan pada Tahun 2017
8.	Joko Prihatin	Staf Pramu Asrama	STM	Bergabung di Bagian Pendidikan dan Penelitian pada bulan Oktober 2013
9.	Sri Lestari	Staf Pramu Asrama	SMA	Bergabung di Diklit tahun 2020
10.	Alfian Yudha Prasibto	Staf Pramu Asrama	SMU	Bergabung di Bagian Pendidikan dan

				Penelitian pada bulan Oktober 2013

BAB III
STANDAR FASILITAS

A. Denah ruang



Gedung Rosela

Kantor Substansi Pendidikan dan Penelitian

B. Standar fasilitas

Standarisasi alat dan sarana prasarana di rumah sakit di atur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan RUmah Sakit sebagai pengganti PMK 340/ 2010, selain itu juga ada pada Buku Pedoman Teknis sarana Prasarana Rumah Sakit Kelas B tahun 2010. Akan tetapi kedua peraturan tersebut belum menjelaskan strandarisasi fasilitas yang ada di Bagian Pendidikan dan Penelitian sehingga diupayakan interpretasi dari PMK 1069 Tahun 2008 tentang Pedoman Klasifikasi dan Standar Rumah Sakit Pendidikan yang menjelaskanbahwa Rumah Sakit Pendidikan sarana prasarana penunjang pendidikan harus terpenuhi seperti ruang pembelajaran, ruang diskusi, perpustakaan, skills lab, SIM RS, tekhnologi informasi, sistem dokumentasi, dan audio visual.

Selanjutnya sarana prasarana dan fasilitas yang ada di Substansi Pendidikan dan Penelitian RSST sebagai berikut:

1. Fasilitas Kegiatan Pembelajaran:
    a. Ruang pembelajaran/ kelas
    b. Perpustakaan,
    c. Ruang diskusi/ ruang baca perpustakaan
    d. Skills lab
    e. Tekhnologi informasi/ WIFI dan internet speedy
    f. System dokumentasi,
    g. Audio visual: LCD Projector, Laptop, layar monitor
2. Fasilitas Kegiatan Perkantoran
    a. Ruang perkantoran
    b. PC/ personal compuiter
    c. Printer
    d. Tekhnologi informasi/ WIFI dan internet speedy
    e. System dokumentasi,

BAB IV
TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Pendahuluan

Pedoman Penataan Tatalaksana digunakan untuk memberikan acuan bagi Kementerian/Lembaga dan Pemerintah Daerah untuk membangun dan menata tatalaksana dalam rangka memberikan dasar yang kuat bagi penyusunan *standard operating procedures* adminsitrasi pemerintahan (SOP AP) yang lebih sederhana, efisien, efektif, produktif dan akuntabel.

Penataan tatalaksana dilakukan melalui serangkaian proses analisis dan perbaikan tatalaksana bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas sistem, proses, dan prosedur kerja yang jelas, efektif, efisien dan terukur pada masing-masing Kementerian/Lembaga dan Pemerintah Daerah. Target yang ingin dicapai melalui program ini antara lain adalah meningkatnya efisiensi dan efektivitas proses manajemen pemerintahan serta kinerja di Kementerian/Lembaga dan Pemerintah Daerah. Namun demikian, serangkaian proses analisis dan perbaikan/penataan tatalaksana seperti yang disebutkan di atas hanyalah sebagai alat bantu atau tools yang tidak harus selalu digunakan secara formal bila ingin melakukan peningkatan efisiensi dan efektivitas. Beberapa perbaikan/penataan dapat dilakukan secara intuitif dan segera tanpa harus melalui proses analisis dan perbaikan tata laksana yang panjang

Tujuan

Tujuan pedoman tatalaksana adalah memberikan acuan bagi Bagian Pendidikan dan Penelitian untuk menata tatalaksana dalam rangka memberikan dasar yang kuat bagi penyusunan Standard operating procedures (SOP), termasuk standar pelayanannya, yang lebih sederhana, efisien, efektif, produktif dan akuntabel.

Prinsip

Penataan suatu tatalaksana harus memenuhi beberapa prinsip sebagai berikut:

a. Definitif.
   Suatu tatalaksana harus memiliki batasan, masukan, serta keluaran yang jelas.
b. Urutan.
   Suatu tatalaksana harus terdiri dari aktivitas yang berurut sesuai waktu dan ruang.
c. Pelanggan.
   Suatu tatalaksana harus mempunyai penerima hasil proses.
d. Keterkaitan.
   Suatu proses tidak dapat berdiri sendiri, melainkan harus terkait dalam suatu struktur organisasi.
e. Fungsi silang.

Suatu proses umumnya, walaupun tidak harus, mencakup beberapa fungsi

B. Proses Tata Laksana Pelayanan di Substansi Pendidikan & Penelitian

Proses tata laksana pelayanan di Substansi Diklit meliputi proses pra pelaksanaan , proses negosiasi/ koordinasi, Pemetaan dan analisis tatalaksana (business process) biasanya dimulai dari suatu analisis kebutuhan dengan cara memahami visi, misi, tugas dan fungsi organisasi dan pihak-pihak eksternal yang memerlukan dan mendapatkan layanan langsung dari organisasi.

Berikut kami adalah merupakan pemetaan proses tata laksana pelayanan di Bagian Pendidikan dan Penelitian.

No	Nama Kegiatan	Tipe tata laksana	Pengguna /pemakai	Kegiatan Utama	Masukan Utama	Keluaran Utama
1	Proses izin PKL Mahasiswa	Proses inti	Institusi pendidikan/ mahasiswa	Menerima permohonan dan memproses perijinan	Surat permohonan	- Surat izin pkl - Surat selesai - Surat Informasi Biaya Praktik
2	Proses izin Magang kerja	Proses inti	Msyarakat	Menerima permohonan dan memproses perijinan	Surat permohonan	- Surat izin - sertifikat
3	Proses Pengiriman Pelatihan	Proses inti	Karyawan	Menerima undnagan dan memproses pendaftaran serta mengrim	Surat pemberitahuan/ undangan/ surat pengajuan	- Surat Tugas - Keuangan - sertifikat
4	Proses penelitian	Proses inti	Institusi pendidikan/ mahasiswa	Menerima permohonan dan memproses perijinan	Surat permohonan	- Surat izin - Surat selesai
5	Proses Studi Banding	Proses Inti	Institusi/RS	Menerima permohonan dan	Surat permohonan	- Surat Balasan

				memproses studi banding		
6	Proses In House Training	Proses Inti	Karyawan	Menerima permohonan pengajuan pelatihan	Surat permohonan	- Proposal pelatihan - Sertifikat - Laporan Pelatihan - Monev Pasca Pelatihan

C. Pelayanan Prima

Secara etimologis, Kamus Besar Bahasa Indonesia (Dahlan, dkk., 1995:646) menyatakan pelayanan ialah "usaha melayani kebutuhan orang lain".

1. Pengertian

Pelayanan pada dasarnya adalah kegiatan yang ditawarkan kepada konsumen atau pelanggan yang dilayani, yang bersifat tidak berwujud dan tidak dapat dimiliki.

Ada tiga fungsi pelayanan umum (publik) yang dilakukan pemerintah yaitu *environmental service*, *development service*dan *protective service*. Pelayanan oleh pemerintah juga dibedakan berdasarkan siapa yang menikmati atau menerima dampak layanan baik individu maupun kelompok.

Ada tiga fungsi pelayanan umum (publik) yang dilakukan pemerintah yaitu *environmental service*, *development service*dan *protective service*. Pelayanan oleh pemerintah juga dibedakan berdasarkan siapa yang menikmati atau menerima dampak layanan baik individu maupun kelompok. Konsep barang layanan pada dasarnya terdiri dari barang layanan privat (*private goods*) dan barang layanan kolektif (*public goods*).

Pelayanan Prima

Pelayanan prima merupakan terjemahan istilah "*excellent service*" yang secara harfiah berarti pelayanan terbaik atau sangat baik. Disebut sangat baik atau terbaik karena sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku atau dimiliki instansi pemberi pelayanan. Hakekat pelayanan publik adalah pemberian pelayanan prima kepada masyarakat yang merupakan perwujudan kewajiban aparatur pemerintah sebagai abdi masyarakat. Agenda perilaku pelayanan sektor publik (SESPANAS LAN dalam Nurhasyim, 2004:16) menyatakan bahwa pelayanan prima adalah

a. Pelayanan yang terbaik dari pemerintah kepada pelanggan atau pengguna jasa.
b. Pelayanan prima ada bila ada standar pelayanan
c. Pelayanan prima bila melebihi standar atau sama dengan standar. Sedangkan yang belum ada standar pelayanan yang terbaik dapat diberikan pelayanan yang

mendekati apa yang dianggap pelayanan standar dan pelayanan yang dilakukan secara maksimal.

d. Pelanggan adalah masyarakat dalam arti luas; masyarakat eksternal dan internal

Standar Pelayanan

Standar pelayanan merupakan ukuran yang telah ditentukan sebagai suatu pembakuan pelayanan yang baik. Standar pelayanan mengandung baku mutu pelayanan. Pengertian mutu menurut Goetsch dan Davis (Sutopo dan Suryanto, 2003:10) merupakan kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan pihak yang menginginkannya

2. Tujuan Pelayanan Prima

- Memberikan pelayanan yang bermutu
- Memenuhi dan memuaskan pelanggan
- Menghindari tuntutan yang tidak perlu oleh pelanggan
- Mempertahankan pelanggan

3. Manfaat Pelayanan Prima

Bagi Pemberi pelayanan

- Semakin Percaya Diri
- Menambah Ketenagaan Kerja
- Pintu Karier Terbuka
- Kebanggaan Dan Kepuasan Pribadi
- Menambah Semangat Kerja
- Kesejahteraan Meningkat

Bagi Pelanggan

- Kebutuhan Terpenuhi
- Merasa Dihargai
- Mendapat Kepuasan
- Mendapat Layanan professional

Bagi Organisasi

- Citra organisasi semakin meningkat
- Citra pegawai semakin lebih profesional
- Sebagai mitra kerja yang saling menguntungkan
- Eksistensi organisasi semakin mantap
- Memiliki peluang untuk berkembang pesat
- Memiliki daya saing kompetensi

- Pendapatan organisasi meningkat

4. Implementasi Pelayanan Prima di Substansi Pendidikan dan Penelitian

Pelayanan Prima Terhadap Pelanggan Internal

Pelanggan internal adalahorang-orang yang terlibat dalam proses produksi barang/jasa sejak mulai perencanaan, penciptaan, atau pembuatan barang sampai dengan pemasaran dan penjualan serta pengadministrasiannya

Pelayanan Prima Bagi Pelanggan Eksternal

Pelanggan eksternal adalah semua pihak atau orang-orang yang berada diluar perusahaan atau diluar instansi pemerintah, yag menerima pelayanan dan membeli barang/jasa yang dihasilkan suatu perusahaan.

Dalam memberikan yang prima sebagai usaha untuk mencapai kepuasaan dan loyalitas pelanggan, pihak produsen jasa dapat berpedoman pada pelayanan prima (service excellent) yang di jelaskan oleh beberapa penulis. Unsur-unsur pokok pelayanan prima antara lain sebagai berikut:

1. Kemampuan (*Ability*)
2. Sikap (*Attitude*)
3. Penampilan (*Appearance*)
4. Perhatian (*Attention*)
5. Tindakan (*Action*)
6. Tanggung Jawab (*Accounttability*)
7. Kecepatan (*Rapidity*)
8. Ketepatan (*Accuracy*)
9. Keramahan (*Sociability*)
10. Kenyamanan (*Comfortability*)

Dalam memberi pelayanan kepada pelanggan sendi pelayanan yang berkualitas terhadap pelanggan yang akan mengacu hal-hal sebagai berikut.

a. Kesederhanaan, dalam arti bhwa prosedur/ tata cara pelayanan diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat dan tidak berbelit-belit serta mudah dipahami dan dilaksanakan.
b. Kejelasan dan kepastian, terdiri dari:
   1) Prosedur/ tata cara pelayanan umum.
   2) Persyarata pelayanan umum, baik teknis maupun administratif
   3) Unit kerja atau pejabat yang bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan umum
   4) Rincian biaya/ tarif pelayanan dan tata cara pembayarannya
   5) Jadwal waktu penyelesaian pelayanan

6) Hak dan kewajiban baik dari pemberi maupun penerima pelayanan umum berdasarkan bukti penerimaan permohonan/ perlengkapannya sebagai alat untuk memastikan pemprosesan pelayanan umum.

7) Pejabat yang menerima keluhan pelanggan (masayarakat).

c. Keamanan, dalam arti proses serta hasil pelayanan umum dapat memberikan keamanan dan kenyamanan, serta

d. Keterbukaan, dalam arti bahwa prosedur/ tata cara persyaraan, satuan kerja/ pejabat dan hal-hal lain, yang berkaitan dengan proses pelayanan umum wajib diinformasikan secara terbuka agar mudah diketahui dan dipahami masyrakat, baik diminta maupun tidak diminta,

e. Efisien meliputi persyaratan pelayanan umm hanya dibatasi pada hal-hal berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan umum yang diberikan.

f. Keadilan yang merata dalam arti cakupan atau jangkauan pelayanan umum harus diusahakan seluas mungkin dengan pendistribusian yang merata dan diperlakukan secara adil

h. Ketepatan waktu, dalam arti pelaksanaan pelayanan umum dapat diselesaikan dalam periode waktu yang telah ditentukan.

BAB V
PENGENDALIAN MUTU DAN MANAJEMEN RESIKO

A. Pengertian Mutu (kualitas)

Mutu adalah totalitas gambaran dan karakteristik dari produk atau layanan yang berpengaruh pada kemampuan untuk memenuhi kebutuhan tertentu atau kebutuhan yang tersirat. Mutu merupakan kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, manusia, proses dan tugas, serta lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan pelanggan atau penerima manfaat. Dengan pengertian tersebu elemen mutu meliputi :

- Mutu mencakup usaha memenuhi atau melebihi harapan pelanggan.
- Mutu mencakup produk, tenaga kerja, proses, dan lingkungan.
- Mutu merupakan kondisi yang selalu berubah (misalnya apa yang dianggap merupakan mutu saat ini, mungkin dianggap kurang bermutu pada masa mendatang).

Pengendalian mutu terdiri atas 3 langkah utama, yaitu :

- Perencanaan Mutu (*Quality Planning*); pada tahapan ini dilakukan identifikasi kebutuhan konsumen (penerima manfaat), melakukan perancangan produk sesuai kebutuhan konsumen serta melakukan perancangan proses produksi yan g sesuai spesifikasi rancangan produk.
- Pengendalian Mutu (*Quality Control*); merupakan suatu bentuk pengendalian kualitas pada saat proses produksi. Pada tahapan ini dilakukan identifikasi faktor kritis yang harus diperhatikan, mengembangkan alat dan metode pengukuran serta mengembangkan standar bagi faktor kritis.
- Quality Improvement; Merupakan suatu tindakan yang dilakukan jika terjadi ketidaksesuaian antara kondisi aktual dengan kondisi standar, agar dilakukan perbaikan, penyesuaian, dan tindakan lain yang tepat.

B. Pengertian Pengendalian Mutu (*Quality Control*)

Pengendalian mutu (*Quality Control*), merupakan suatu proses yang pada intinya adalah menjadikan entitas sebagai peninjau kualitas dari semua faktor yang terlibat dalam kegiatan pelayanan Bagian Pendidikan dan Penelitian selama ini telah dan terus berupaya menerapkan sistem penjaminan mutu terhadap produk atau jasa yang dihasilkan.

C. Indikator Kinerja BLU yang ditetapkan oleh Kemenkes dan Kemenkeu

- Rata-rata Jam Pelatihan karyawan

  Rumus:

  $$\frac{\text{Jumlah Jam Pelatihan Karyawan dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah karyawan dalam 1 tahun x 20 jam}}$$

Penjelasan:

Rata-rata jam pelatihan karyawan per karyawan adalah total realisasi jam pelatihan karyawan dikali 20 jam.

- Presentase Dokter Pendidik Klinis Yang Mendapat TOT

  Rumus:

  $$\frac{\text{Jumlah dokter pendidik klnis yang mendapat TOT}}{\text{Jumlah seluruh dokter pendidik klinis}}$$

- Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran

  $$\frac{\text{Jumlah Peserta Didik Pendidikan Kedokteran tahun berjalan}}{\text{Jumlah Peserta Didik Pendidikan Kedokteran Tahun Lalu}}$$

- Pertumbuhan Penelitian Yang Dipublikasikan

  $$\frac{\text{Jumlah Penelitian Yang dipublikasikan Pada Tahun Berjalan}}{\text{Jumlah Penelitian Yang dipublikasikan Pada Tahun Lalu}}$$

  Penjelasan:

  Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan dihitung dengan membandingkan jumlah penelitian pada tahun berjalan yang dipublikasikan secara nasional mapun internasional, dengan jumlah penelitian pada tahun sebelumnya yang dipublikasikan secara nasional maupun internasional

D. Sedangkan SPM yang ditetapkan adalah:

- Prosentase karyawan yang mendapatkan pelatihan $\geq$ 20 jam adalah > 60 %

E. Indikator RSB

1. Pertumbuhan jumlah publikasi nasional dan internasional
2. Tingkat Implementasi AHS UGM
3. Rasio Percheptor Terhadap Peserta Didik
4. Tingkat Kepuasan Peserta Didik

F. Indikator dan Mutu Internal

- SPM penerbitan surat ijin penelitian <10 hr
- Sosialisasi hasil penelitian
- Penyusunan laporan inhouse training maksimal 3 hari

G. Menyusun Tata regulasi pelayanan Bagian Pendidikan dan Penelitian

Tata regulasi tersebut diantara:

- Menyusun Buku panduan pelayanan penelitian, kerjasama dan

- Menyusun SPO pelayanan yang ada di Bagian Pendidikan dan Penelitian

H. Melakukan evaluasi kinerja pelayanan

❖ Evaluasi terhadap pelaksanaan proses pendidikan peserta didik yang dilakukan melalui kuesioner kepada peserta didik

❖ Evaluasi pasca pelatihan

Evaluasi dilakukan setiap selesai pengiriman.

Namun demikian, dalam menciptakan sistem mutu secara efektif diperlukan kemampuan dalam mengidentifikasi dan mengelola seluruh proses yang saling berhubungan dan berinteraksi secara intern maupun ekstern. Selain itu yang paling utama adalah bagaimana kita memelihara sistem tersebut secara terus menerus dan berkesinambungan sehingga menjadi suatu budaya mutu yang pada akhirnya mampu meningkatkan kepercayaan pelanggan terhadap pelayanan Bagian Pendidikan dan Penelitian

Terdapat tiga aspek yang ditekankan pada pendekatan ini, yaitu:

1. Unsur-unsur seperti kontrol, manajemen pekerjaan, proses-proses yang terdefinisi dan telah terkelola dengan baik, kriteria integritas dan kinerja, dan identifikasi catatan.
2. Kompetensi, seperti pengetahuan, keterampilan, pengalaman, dan kualifikasi.
3. Elemen lunak, seperti kepegawaian, integritas, kepercayaan, budaya organisasi, motivasi, semangat tim, dan hubungan yang berkualitas.

Rumah Sakit berdasarkan Keputusan Menteri kesehatan wajib menerapkan tata kelola Rumah sakit BLU yang sehat (*good corporate governance*) antara lain mencakup kaji-ulang atas resiko yang dilakukan oleh manajemen puncak dan pengungkapan (*disclosure*) secara terbuka (transparan) resiko yang dihadapi Rumah sakit, dan wajib menerapkan pengendalian intern (*internal control*) antara lain mencakup analisis resiko dan pengendalian resiko.

Pengelolaan resiko secara sistematis dan terstruktur dengan menerapkan langkah-langkah sebagai berikut :

a. Melakukan identifikasi resiko
b. Melakukan asesmen resiko
c. Memberi tanggapan dan perlakuan terhadap resiko (termasuk di dalamnya mengendalikan resiko)
d. Melakukan kaji-ulang resiko
e. Mengungkapkan resiko secara terbuka

Pelaksanaan pengendalian resiko baik oleh komite manajemen resiko maupun untuk semua stake holder agar tercapai apa yeng menjadi tujuan, visi, dan misi RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten .

A. TUJUAN

1. Tujuan dari Kebijakan dan Manual Manajemen Resiko ini adalah mengarahkan dan memperlancar penerapan manajemen resiko di RSUP Dr.Soeradji Tirtonegoro Klaten
2. Manfaat manajemen resiko adalah meningkatkan jaminan pencapaian tujuan, strategi, sasaran dan hasil kegiatan.

B. DEFINISI :

1. Resiko (risk) adalah kemungkinan terjadinya peristiwa yang membawa akibat yang tidak dikehendaki atas hal yang ingin dicapai Rumah Sakit yang telah dirumuskan di dalam tujuan, strategi, sasaran yang termuat dalam Rencana Jangka Menengah dan Rencana Kerja Anggaran (Tahunan).
2. Tingkat Resiko (*risk level*) adalah tinggi atau rendahnya resiko yang diukur berdasarkan 2 (dua) hal berikut:
   a. Seberapa besar akibat negatif yang ditimbulkan bila suatu resiko terjadi
   b. Seberapa besar kemungkinan terjadinya suatu resiko
3. Toleransi resiko (*risk tolerance*) adalah batas tingkat resiko yang berdasarkan kebijakan Rumah Sakit dibolehkan untuk diterima sebagaimana adanya (tidak harus diturunkan menjadi lebih rendah lagi).
4. Identifikasi resiko (*risk identification*) adalah proses mengenali peristiwa yang mungkin terjadi dan dapat berakibat negatif.
5. Asesmen risiko (*risk assessment*) adalah proses menentukan tingkat resiko dan menentukan prioritas risiko.
6. Manajemen resiko (*risk management*) adalah proses manajemen, pengorganisasian dan kultur di Rumah Sakit yang diarahkan terhadap identifikasi risiko, asesmen risiko dan pemberian tanggapan serta perlakuan atas resiko.
7. Tanggapan atas resiko (*risk response*) adalah keputusan setelah berlangsungnya analisis resiko untuk menerima suatu resiko (sehingga terhadap resiko tidak dilakukan perlakuan untuk menurunkan tingkatnya) atau untuk tidak menerima resiko (sehingga terhadap resiko harus dilakukan perlakuan untuk menurunkan tingkatannya).
8. Perlakuan atas resiko (*risk treatment*) adalah tindakan setelah adanya tanggapan atas resiko yang dimaksudkan untuk menurunkan tingkat resiko dengan mengurangi kemungkinan terjadinya resiko, mengurangi akibat negatif yang timbul bila resiko terjadi, memindahkan (mentransfer) resiko kepada pihak lain atau menghindari risiko (dengan menghindari tujuan, strategi, sasaran atau rencana hasil kegiatan yang terkait).
9. Sisa resiko (*residual risk*) adalah tingkat resiko setelah tindakan perlakuan atas resiko.

10. Proses inti (*core process*) adalah proses analisis risiko dan pemberian tanggapan dan perlakuan atas risiko.

C. PENGORGANISASIAN

Sub Tim Manajemen Resiko merupakan bagian dari Komite Mutu, Manajemen Resiko dan Pengembangan Rumah Sakit dengan tiga personil yang terdiri dari Ketua dan dua orang anggota.

Melaksanakan pekerjaan yang berhubungan dengan menajemen resiko yaitu :

- ✓ Mengadakan rapat intern di Sub Tim Manajemen Resiko setiap hari Jumat dan mengikuti rapat koordinasi Komite Mutu, Manajemen Resiko dan Pengembangan Rumah Sakit setiap hari Rabu.
- ✓ Menyusun pedoman (Manual)
- ✓ Menyusun Protap Sub Komite manajemen resiko
- ✓ Koordinasi dengan Satuan Kerja Partner(PPI, Patient Safety, K3, Auditor Internal)
- ✓ Mengadakan Sosialisasi kepada Seluruh Kepala Satuan Kerja
- ✓ Menyusun Register Resiko
- ✓ Melakukan Assesmen Resiko
- ✓ Membuat laporan dan rekomendasi setiap kegiatan kepada Ketua Komite Mutu, Manajemen Resiko dan Pengembangan Rumah Sakit.

BAB VI
KESELAMATAN PASIEN

A. Pengertian

Suatu sistem di rumah sakit yang membuat asuhan pasien lebih aman. System tersebut mengikuti peningkatan resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis kejadian yang tidak diinginkan, pembelajaran dari kejadian yang tidak diinginkan (KTD) dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko system tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya KTD yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

B. Tujuan

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien per unit kerja
2. Meningkatnya akuntabilitas per unit kerja terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya KTD di tiap unit kerja
4. Terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD

C. Tata laksana keselamatan pasien

a. Sembilan solusi keselamatan pasien di RS

1) Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (look-alike, sound-alike medication names)
2) Pastikan identifikasi pasien
3) Komunikasi secara benar saat serah terima pasien
4) Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
5) Kendalikan cairan elektrolit pekat
6) Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan
7) Hindari salah kateter dan salah sambung slang
8) Gunakan alat injeksi sekali pakai
9) Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

b. Tujuh Standar Keselamatan Pasien

1. Hak pasien

Standarnya adalah

Pasien & keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana & hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan).

Kriterianya adalah

1) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan

2) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
3) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

2. Mendidik pasien dan keluarga

Standarnya adalah

RS harus mendidik pasien & keluarganya tentang kewajiban & tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriterianya adalah:

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dgn keterlibatan pasien adalah partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di RS harus ada system dan mekanisme mendidik pasien & keluarganya tentang kewajiban & tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien & keluarga dapat:

1) Memberikan info yg benar, jelas, lengkap dan jujur
2) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab
3) Mengajukan pertanyaan untuk hal yg tdk dimengerti
4) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
5) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan RS
6) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
7) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Standarnya adalah

RS menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriterianya adalah:

1) koordinasi pelayanan secara menyeluruh
2) koordinasi pelayanan disesuaikan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya
3) koordinasi pelayanan mencakup peningkatan komunikasi
4) komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan

4. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Standarnya adalah

RS harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yg ada, memonitor & mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, & melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta Keselamatan Pasien.

Kriterianya adalah

1) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (*design*) yang baik, sesuai dengan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit".
2) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja
3) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif
4) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Standarnya adalah

1) Pimpinan dorong & jamin implementasi progr KP melalui penerapan "7 Langkah Menuju Keselamatan Pasien RS ".
2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko Keselamatan Pasien & program mengurangi KTD.
3) Pimpinan dorong & tumbuhkan komunikasi & koordinasi antar unit & individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang Keselamatan Pasien
4) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yg adekuat utk mengukur, mengkaji, & meningkatkan kinerja RS serta tingkatkan Keselamatan Pasien.
5) Pimpinan mengukur & mengkaji efektifitas kontribusinyadalam meningkatkan kinerja RS & Keselamatan Pasien.

Kriterianya adalah

1) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
2) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden,
3) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi
4) Tersedia prosedur "cepat-tanggap" terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
5) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden,
6) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden
7) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan
8) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan
9) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien

6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standarnya adalah

1) RS memiliki proses pendidikan, pelatihan & orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan Keselamatan Pasien secara jelas.

2) RS menyelenggarakan pendidikan & pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan & memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

Kriterianya adalah

1) memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien
2) mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan inservice training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
3) menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Standarnya adalah

1) RS merencanakan & mendesain proses manajemen informasi Keselamatan Pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal & eksternal.
2) Transmisi data & informasi harus tepat waktu & akurat.

Kriterianya adalah

1) Disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
2) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada

b. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien RS

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan Pasien, "ciptakan kepemimpinan & budaya yang terbuka dan adil"

Bagi Rumah sakit:

- ❖ Kebijakan: tindakan staf segera setelah insiden, langkah kumpul fakta, dukungan kepada staf, pasien, keluarga
- ❖ Kebijakan: peran & akuntabilitas individual pada insiden
- ❖ Tumbuhkan budaya pelaporan & belajar dari insiden
- ❖ Lakukan asesmen dg menggunakan survei penilaian Keselamatan Pasien

Bagi Tim:

- ❖ Anggota mampu berbicara, peduli & berani lapor bila ada insiden
- ❖ Laporan terbuka & terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yg tepat

2. Pimpin dan dukung staf anda, "bangunlah komitmen & focus yang kuat & jelas tentang Keselamatan Pasien di RS anda"

Bagi Rumah Sakit:

- Ada anggota Direksi yang bertanggung jawab atas Keselamatan Pasien
- Di bagian-bagian ada orang yang dapat menjadi "Penggerak" (champion) Keselamatan Pasien
- Prioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda rapat Direksi/Manajemen
- Masukkan Keselamatan Pasien dalam semua program latihan staf

Bagi Tim:

- Ada "penggerak" dalam tim untuk memimpin Gerakan Keselamatan Pasien
- Jelaskan relevansi & pentingnya, serta manfaat gerakan Keselamatan Pasien
- Tumbuhkan sikap kesatria yang menghargai pelaporan insiden

3. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, "kembangkan sistem & proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi & asesmen hal yg potensial bermasalah"

Bagi Rumah Sakit:

- Struktur & proses manajemen risiko klinis & non klinis, mencakup Keselamatan Pasien
- Kembangkan indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko
- Gunakan informasi dari sistem pelaporan insiden, asesmen risiko & tingkatkan kepedulian terhadap pasien

Bagi Tim:

- Diskusi isu Keselamatan Pasien dalam forum-forum, untuk umpan balik kepada manajemen terkait
- Penilaian risiko pada individu pasien
- Proses asesmen risiko teratur, tentukan akseptabilitas tiap risiko, & langkah memperkecil risiko tersebut

4. Kembangkan sistem pelaporan, "pastikan staf Anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden serta RS mengatur pelaporan kpd KKP-RS"

Bagi Rumah sakit:

- Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden, ke dalam maupun ke luar yang harus dilaporkan ke KKPRS – PERSI

Bagi Tim:

- Dorong anggota utk melaporkan setiap insiden & insiden yg telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, sebagai bahan pelajaran yang penting.

5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, "kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien"

Bagi Rumah Sakit

- Kebijakan : komunikasi terbuka ttg insiden dengan pasien & keluarga
- Pasien & keluarga mendapat informasi bila terjadi insiden
- Dukungan,pelatihan & dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien & keluarga *(dlm seluruh proses asuhan pasien)*

Bagi Tim:

- Hargai & dukung keterlibatan pasien & keluarga bila telah terjadi insiden
- Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien & keluarga bila terjadi insiden
- Segera setelah kejadian, tunjukkan empati kepada pasien & keluarga

6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan pasien, "dorong staf anda untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana & mengapa kejadian itu timbul"

Bagi Rumah Sakit:

- Staf terlatih mengkaji insiden secara tepat, mengidentifikasi sebab
- Kebijakan: kriteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah *(Root Cause Analysis/RCA) atau Failure Modes & Effects Analysis (FMEA)* atau metoda analisis lain, mencakup semua insiden & minimum 1 x per tahun untuk proses risiko tinggi

Bagi Tim:

- Diskusikan dalam tim pengalaman dari hasil analisis insiden
- Identifikasi bagian lain yang mungkin terkena dampak & bagi pengalaman tersebut

7. Cegah cedera melalui implementasi system Keselamatan pasien, "Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan"

Bagi Rumah Sakit:

- Tentukan solusi dengan informasi dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, audit serta analisis
- Solusi mencakup penjabaran ulang sistem, penyesuaian pelatihan staf & kegiatan klinis, penggunaan instrumen yang menjamin Keselamatan pasien
- Asesmen risiko untuk setiap perubahan
- Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh KKPRS-PERSI
- Umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden

Bagi Tim:

- Kembangkan asuhan pasien menjadi lebih baik & lebih aman
- Telaah perubahan yang dibuat tim & pastikan pelaksanaannya
- Umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan

Implementasi Keselamatan Pasien di Substansi Diklit

Sebagai unit kerja penyelenggara pendidikan dan pengembangan SDM Bagian Pendidikan dan Penelitian mempunyai tanggung jawab dalam pembudidayaan dan penyebarluasan informasi mengenai Keselamatan Pasien.

Sebagai bentuk tanggung jawab terhadap peningkatan kompetensi dan pengetahuan SDM mengenai bekerjasama dengan Tim Keselamatan Pasien antara lain dengan cara

1. Pelatihan Dasar-dasar Keselamatan Pasien terhadap semua karyawan
2. Mengirim karyawan untuk mengikuti pelatihan ekstern mengenai keselamatan pasien
3. Menjadikan materi keselamatan pasien bagi peserta didik baru dan karyawan baru

BAB XI
PENUTUP

Buku Pedoman Pelayanan ini sudah disiapkan dan disusun dengan tujuan agar dapat memberikan gambaran kepada pimpinan dan staf Substansi Pendidikan & Penelitian mengenai tata laksana pelayanan yang harus diberikan. Namun demikian sejalan dengan kondisi perkembangan, pemenuhan keperluan yang berkaitan dengan regulasi, tata laksana dan kebijakan bahkan juga perubahan-perubahan di era global yang begitu cepat, hal-hal yang sudah dituangkan dalam buku ini tidak mungkin mampu selalu memenuhi kebutuhan atau berfungsi dengan baik sebagai sebuah panduan. Oleh karena itu, kelemahan-kelemahan yang ada akan dievaluasi dan diperbaiki melalui mekanisme yang ada. Adapun kekurangan mengenai buku panduan ini akan diatur dan produk yang lazim sesuai ketentuan, misalnya melalui penerbitan Kebijakan, Standard Prosedur Operasi, dan dokumen-dokumen lain-lain.