



PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNIVERSITAS  
HASANUDDIN

Nomor : 84/UN4.24.0/2023

TENTANG

PEDOMAN KERJA KOMITE MUTU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

- Menimbang :
1. Bahwa untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan Rumah Sakit Unhas terutama di Komite Mutu, maka diperlukan pengaturan tentang kegiatan Komite Mutu di RS Unhas
  2. Bahwa untuk memberikan acuan bagi Komite Mutu dalam memberikan pelayanan bermutu dan berfokus keselamatan pasien di RS Unhas, diperlukan adanya peraturan direktur tentang pedoman Kerja Komite Mutu di Rumah Sakit Unhas
  3. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin 1 dan poin 2, maka dipandang perlu ditetapkan peraturan Direktur tentang Pedoman Kerja Komite Mutu.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
  2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
  3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
  4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan
  5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu
  6. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin No. 17/UN4.24/2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

**MEMUTUSKAN:**

Menetapkan: PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNIVERSITAS  
HASANUDDIN TENTANG PEDOMAN KERJA KOMITE MUTU DI  
RUMAH SAKIT UNHAS

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur ini yang dimaksud dengan:

1. Mutu adalah persepsi derajat kesempurnaan pelayanan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat konsumen akan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai dengan norma, etika, hukum dan sosio budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan dan masyarakat
2. Dimensi mutu adalah aspek penilaian mutu sebagai indicator dilihat dari keprofesian, efisiensi, efektifitas, keamanan Pasien, kepuasan Pasien, kesetaraan dan aksesibilitas
3. Stakeholder yang berkepentingan dengan mutu adalah pasien dan keluarga, pihak asuransi, staf RS, manajemen RS, organisasi profesi, pemerintah dan masyarakat:
4. Indikator mutu terkait input/struktur adalah indikator mutu terkait segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan seperti: tenaga, dana, obat, fasilitas, peralatan, teknologi, organisasi, dan lain-lain. Pelayanan kesehatan yang bermutu memerlukan dukungan input yang bermutu pula.
5. Indikator mutu proses adalah indicator untuk menilai proses interaksi asuhan pasien profesional antara pemberi pelayanan dengan pasien dan keluarga termasuk kegiatan dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien: evaluasi, diagnosis, perawatan, konseling, pengobatan, tindakan, penanganan jika terjadi penyulit, *follow up*.
6. Indikator mutu terkait hasil/*outcome* adalah indicator mutu terkait hasil pelayanan kesehatan yang merupakan perubahan derajat kesehatan yang terjadi pada pasien termasuk kepuasan dari pasien/keluarga tersebut. Adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan dokter dan tenaga profesi lain terhadap pasien.

BAB II  
MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Pedoman Kerja Komite Mutu ini menjadi acuan dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring, evaluasi dan pengawasan capaian indikator mutu dan keselamatan pasien untuk memastikan pelayanan yang diberikan kepada pasien dan keluarganya adalah aman dan baik.

BAB III  
PENYELENGGARAAN

Pasal 3

1. Penyelenggaraan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien oleh Komite Mutu RS Universitas Hasanuddin adalah upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang begitu kompleks baik fungsi dan jumlah layanan serta SDM sehingga membutuhkan padat modal. Untuk itu Komite Mutu RS Universitas Hasanuddin harus mempunyai suatu acuan penetapan

standar indikator yang dimiliki untuk menjamin peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

2. Pengukuran mutu pelayanan dan keselamatan pasien di RS Universitas Hasanuddin dilakukan dengan menetapkan standar input, proses, output dan outcome serta menetapkan regulasi yang mengatur hal tersebut. Pengukuran mutu ini kemudian menjadi input dalam memecahkan masalah pelayanan.
3. Upaya peningkatan mutu pelayanan di RS Unhas harus melibatkan mutu klinis, manajerial dan mutu keselamatan pasien untuk memberikan asuhan atau pelayanan yang bermutu dan efektif dengan penggunaan sumber daya yang efisien.

#### BAB IV RUANG LINGKUP

##### Pasal 4

1. Ruang lingkup adalah seluruh unit kerja di RS Unhas
2. Ruang lingkup kegiatan PMKP meliputi seluruh kegiatan pemberian pelayanan sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan yang dilaksanakan secara terpadu sesuai dengan kebutuhan pasien terkait standar input, proses dan *output* secara objektif, sistematis dan berkesinambungan dengan mengoptimalkan SDM, sarana dan teknologi untuk memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien serta memecahkan masalah layanan sehingga pelayanan yang diberikan baik dan aman dan upaya pengembangan layanan kesehatan

#### BAB V PENGORGANISASIAN

##### Pasal 5

1. Direktur Utama Rumah Sakit Unhas membentuk Komite Mutu untuk mengelola kegiatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan sesuai dengan uraian tugas yang dilengkapi dengan pedoman kerja dan program kerja
2. Direktur Utama rumah sakit menetapkan penanggung jawab data di tiap- tiap unit kerja.
3. Individu di dalam Komite Mutu dan penanggungjawab data telah mendapatkan pelatihan serta kompeten melakukan tugasnya
4. Komite Mutu berkoordinasi dengan unit melaporkan hasil kegiatannya kepada Direktur Utama RS Unhas, rektor/dewas dan Dinas Kesehatan Provinsi

#### BAB VI SISTEM MANAJEMEN DATA

##### Pasal 6

1. Rumah sakit mempunyai referensi yang dipergunakan untuk meningkatkan mutu asuhan klinis dan proses kegiatan manajemen lebih baik.
2. Komite medis dan komite keperawatan mempunyai referensi peningkatan mutu asuhan klinis terkini.
3. Rumah sakit mempunyai regulasi sistem manajemen data program PMKP yang terintegrasi.

4. Rumah sakit menyediakan teknologi, fasilitas dan dukungan lain untuk menerapkan sistem manajemen data di rumah sakit sesuai dengan sumber daya yang ada di rumah sakit untuk memudahkan pengelolaan data dari seluruh unit kerja.
5. Rumah sakit telah melakukan pengumpulan data dan informasi untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit, pengkajian praktik profesional, serta program mutu dan keselamatan pasien secara menyeluruh
6. Kumpulan data dan informasi disampaikan kepada badan di luar rumah sakit seperti Dinas Kesehatan sesuai dengan peraturan dan perundangan-undangan.
7. Rumah sakit berkontribusi terhadap keamanan database eksternal dengan menjamin keamanan dan kerahasiaan data yang dikumpulkan dan benchmark data
8. Ketentuan lebih lanjut tentang manajemen data dan informasi diatur dalam Peraturan direktur tentang manajemen data dan informasi

BAB VII  
PELATIHAN PMKP  
Pasal 7

1. Rumah sakit mempunyai program pelatihan PMKP yang diberikan oleh narasumber yang kompeten.
2. Pimpinan di rumah sakit termasuk komite medis dan komite keperawatan telah mengikuti pelatihan PMKP.
3. Semua individu yang terlibat dalam pengumpulan, analisis, dan validasi data, termasuk penanggungjawab data telah mengikuti pelatihan PMKP, khususnya tentang sistem manajemen data.
4. Staf di semua unit kerja termasuk staf klinis dilatih sesuai dengan pekerjaan mereka sehari-hari.

BAB VIII  
PEMILIHAN AREA PRIORITAS  
Pasal 8

1. Komite Mutu memfasilitasi pemilihan dan penetapan mutu pelayanan klinis prioritas yang akan dievaluasi.
2. Komite Mutu melakukan koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran mutu dengan seluruh unit pelayanan serta pelaporannya.
3. Komite Mutu melaksanakan supervisi terhadap progres pengumpulan data sesuai dengan yang direncanakan.
4. Direktur utama rumah sakit berkoordinasi dan melibatkan para kepala bidang/divisi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi termasuk profil indicator mutu

BAB IX  
PENGUKURAN MUTU  
Pasal 9

1. Rumah sakit mempunyai regulasi pengukuran mutu dan cara pemilihan indikator mutu di unit kerja dan unit pelayanan
2. Setiap unit kerja dan unit pelayanan telah memilih dan menetapkan indikator mutu unit kerja
3. Setiap unit kerja melaksanakan proses pengumpulan data dan pelaporan dari indicator unit kerja atau unit pelayanan
4. Komite Mutu bersama Pimpinan unit kerja melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data dan pelaporan serta melakukan perbaikan mutu berdasar atas hasil capaian indikator mutu unit.
5. Setiap indikator yang ditetapkan dilengkapi dengan profil indikator mutu
6. Profil indikator yang dimaksud ayat pasal meliputi:
  - a) judul indikator;
  - b) dasar pemikiran
  - c) dimensi mutu
  - d) tujuan
  - e) definisi operasional
  - f) Jenis indicator
  - g) Satuan pengukuran
  - h) Numerator (pembilang)
  - i) Denumenator (penyebut)
  - j) Target pencapaian
  - k) Kriteria
  - l) Formula
  - m) Metode pengumpulan data
  - n) Sumber data
  - o) Instrumen pengambilan data
  - p) Besar sampel
  - q) Cara pengambilan sampel
  - r) Periode pengambilan data
  - s) Penyajian data
  - t) Periode analisis dan pelaporan data
  - u) Penanggung jawab
7. Direktur utama rumah sakit dan Komite Mutu melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan dan analisis data.

BAB X  
EVALUASI PELAYANAN KEDOKTERAN  
Pasal 10

1. Rumah sakit menetapkan evaluasi pelayanan kedokteran berdasarkan sesuai indikator mutu pelayanan klinis prioritas
2. Evaluasi pelayanan kedokteran sebagaimana dimaksud dalam pasal ayat (1) ditetapkan oleh Ketua Kelompok Staf Medis paling sedikit 5 (lima) prioritas sebagai panduan standardisasi proses asuhan klinis yang dimonitor oleh Komite Medik.
3. 5 (lima) evaluasi pelayanan kedokteran sebagaimana dimaksud dalam pasal ayat (2) dapat berupa panduan praktik klinis, alur

klinis (*clinical pathway*), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau *standing order*.

4. Hasil evaluasi dapat menunjukkan pengurangan variasi pada 5 (lima) panduan praktek klinis, alur klinis atau protokol di prioritas pengukuran mutu rumah sakit sesuai dengan indikator mutu pelayanan klinis prioritas
5. Rumah sakit telah melaksanakan audit medis dan atau audit klinis pada panduan praktik klinis/alur klinis prioritas di tingkat rumah sakit.

## BAB XI ANALISIS DATA Pasal 11

1. Rumah sakit mempunyai regulasi analisis data
2. Rumah sakit telah melakukan pengumpulan data dan informasi, analisis, dan menyediakan informasi yang berguna untuk mengidentifikasi kebutuhan perbaikan system layanan dengan penyampaian data ke luar RS seperti pelaporan indikator mutu nasional (wajib) ke Dinas Kesehatan Provinsi dan melakukan benchmark data dengan RS yang sejenis
3. Analisis data telah dilakukan menggunakan metode dan teknik statistik yang sesuai dengan kebutuhan.
4. Analisis data telah dilakukan dengan melakukan perbandingan dari waktu ke waktu di dalam rumah sakit, dengan melakukan perbandingan database eksternal dari rumah sakit sejenis atau data nasional/internasional, dan melakukan perbandingan dengan standar serta prak k terbaik berdasar atas referensi terkini.
5. Pelaksana analisis data, yaitu staf Komite Mutu dan penanggung jawab data di unit pelayanan/kerja sudah mempunyai pengalaman, pengetahuan, dan keterampilan yang tepat sehingga dapat berpar sipasi dalam proses tersebut dengan baik.
6. Hasil analisis data telah disampaikan kepada Direktur utama, direksi, para kepala bidang/divisi, dan kepala unit untuk di tindaklanjuti.
7. Komite Mutu telah mengumpulkan dan menganalisis data indikator mutu pelayanan prioritas.
8. Direktur rumah sakit menindaklanjuti hasil analisis data
9. Indikator mutu pelayanan prioritas telah menghasilkan perbaikan di rumah sakit secara keseluruhan.
10. Indikator mutu pelayanan prioritas menghasilkan efisiensi penggunaan sumber daya.

## BAB XII VALIDASI DATA Pasal 12

1. Rumah sakit mempunyai regulasi validasi data
2. Rumah sakit melakukan validasi data pada pengukuran mutu area klinis yang baru dan bila terjadi perubahan sesuai dengan regulasi.

3. Rumah sakit melakukan validasi data yang akan dipublikasikan di web site atau media lainnya termasuk kerahasiaan pasien dan keakuratan sesuai dengan regulasi.
4. Rumah sakit melakukan perbaikan berdasarkan hasil validasi data

BAB XIII  
PENGUKURAN DAN EVALUASI BUDAYA KESELAMATAN DAN  
KEPUASAN PASIEN  
Pasal 13

1. Rumah sakit melakukan pengukuran budaya keselamatan RS dan evaluasi kepuasan pasien dan keluarga
2. Pengukuran budaya dan kepuasan pasien menggunakan metode survei dan atau indikator mutu

BAB XIV  
MANAJEMEN RISIKO  
Pasal 14

1. Rumah sakit mempunyai program manajemen risiko
2. Rumah sakit mempunyai daftar risiko di tingkat rumah sakit
3. Rumah sakit membuat strategi untuk mengurangi risiko yang ada,
4. Rumah Sakit melakukan analisis efek modus kegagalan / FMEA setahun sekali pada proses berisiko tinggi yang diprioritaskan.
5. Rumah sakit melaksanakan tindak lanjut hasil analisis modus dampak kegagalan (FMEA).

BAB XV  
MONITORING DAN EVALUASI  
Pasal 15

1. Rumah sakit membuat rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan berdasar atas hasil capaian mutu dari indikator mutu pelayanan klinis prioritas.
2. Rumah sakit melakukan uji coba rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien.
3. Rumah sakit menerapkan/melaksanakan hasil ujicoba
4. Rumah Sakit mrngumpulkan data perbaikan yang menunjukkan bahwa perbaikan bersifat efektif dan berkesinambungan.
5. Bukti perubahan-perubahan regulasi yang diperlukan dalam membuat rencana, melaksanakan, dan mempertahankan perbaikan.
6. Keberhasilan telah didokumentasikan dan dijadikan laporan PMKP.

BAB XVI  
PENUTUP  
PASAL 16

Peraturan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Makassar  
Pada tanggal 9 Januari 2023  
DIREKTUR UTAMA  
RUMAH SAKIT UNHAS,



ANDI MUHAMMAD ICHSAN

LAMPIRAN  
PERATURAN DIREKTUR UTAMA  
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS  
HASANUDDIN  
NOMOR 84/UN4.24.0/2023  
TANGGAL 9 Januari 2023  
TENTANG PEDOMAN KERJA  
KOMITE MUTU  
DI RUMAH SAKIT UNHAS

**BAB I**  
**PENDAHULUAN**

**A. LATAR BELAKANG**

Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan dituntut memberikan pelayanan kepada masyarakat yang aman dan sesuai standar. Hal ini juga telah diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009, tentang kesehatan dicantumkan bahwa Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi.

Untuk memenuhi hal tersebut, maka RS dituntut untuk memperbaiki kualitas layanan klinis dan manajemen yang berfokus pada keselamatan pasien. Tuntutan masyarakat sangat dipengaruhi oleh akses informasi dan teknologi sehingga kesadaran akan pelayanan yang bermutu menjadi suatu tuntutan yang berdampak pada klaim hukum yang dapat merugikan pihak RS. Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien ini mengacu pada Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 Tahun 2008, yang meliputi ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

Upaya untuk memenuhi tuntutan pasien tersebut, RS memperbaiki standar input, proses, output dan outcome agar perubahan signifikan pelayanan yang berfokus pada pelayanan pasien dapat tercapai, Standar tersebut tercantum dalam standar akreditasi seperti yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Pasal 43 ayat (1) mewajibkan Rumah Sakit menerapkan standar keselamatan pasien. Yang dimaksud dengan keselamatan pasien (*patient safety*) adalah proses dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen risiko, identifikasi, dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko.

Standar akreditasi Rumah Sakit disusun sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dan menjalankan amanah Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit yang mewajibkan Rumah Sakit untuk melaksanakan akreditasi dalam rangka peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit minimal dalam jangka waktu 3 (tiga) tahun sekali dan re-survey setiap tahun. Standar akreditasi Rumah Sakit ini merupakan upaya Kementerian Kesehatan menyediakan suatu perangkat yang mendorong Rumah Sakit senantiasa meningkatkan mutu dan keamanan pelayanan. Dengan penekanan bahwa akreditasi adalah suatu proses belajar, maka Rumah Sakit distimulasi melakukan perbaikan yang berkelanjutan dan terus menerus.

Hal ini dimaksudkan untuk mencapai pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan peri kemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata serta pengutamakan manfaat dengan perhatian kepada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak dan usia lanjut, serta keluarga miskin.

Untuk mengimplementasi regulasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien maka disusunlah Pedoman kerja Komite Mutu di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin sebagai acuan pelaksanaan kegiatan rutin.

## **B. TUJUAN**

### **1. Tujuan Umum**

Sebagai acuan bagi Rumah Sakit Unhas (Komite Mutu) dalam melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit Unhas.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Terlaksananya program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit secara sistematis dan terarah.
- b. Memperkecil risiko pada pasien dan staf secara berkesinambungan baik risiko dalam proses klinis, maupun manajerial di lingkungan RS.
- c. Terlaksananya pencatatan insiden di rumah sakit dan pelaporannya.
- d. Sebagai acuan penyusunan instrumen akreditasi rumah sakit.
- e. Sebagai acuan sistem manajemen risiko yang baku dan berlaku di rumah sakit.
- f. Membangun sistem monitoring dan komunikasi serta konsultasi yang efektif demi tercapainya tujuan diatas dan penerapan yang berkesinambungan.
- g. Memastikan sistem manajemen risiko berjalan dengan baik agar proses identifikasi, analisa dan pengelolaan risiko ini dapat memberikan manfaat bagi keselamatan pasien dan peningkatan mutu rumah sakit secara keseluruhan.

## **C. RUANG LINGKUP**

1. Ruang lingkup mencakup uraian tugas yang dilaksanakan oleh Komite Mutu
2. Ruang lingkup kegiatan pokok meliputi:

### **a. Indikator Mutu**

Indikator Mutu Rumah Sakit Unhas terbagi menjadi 2 area utama, yaitu:

1. Indikator klinis prioritas yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit dimana mencakup : masing-masing struktur, proses dan hasil setiap upaya klinis, manajerial dan keselamatan pasien.
2. Indikator mutu unit kerja yang dikelola dan dianalisa oleh unit kerja tersebut.
3. Indikator mutu Program nasional seperti TB, HIV, Geriatri, Ponek dan PPRA
4. Indikator mutu Kontrak/MoU
5. Indikator mutu nasional

### **b. Clinical Pathway**

*Clinical Pathway* merupakan alur klinis yang digunakan sebagai panduan dalam menangani pasien di rawat inap maupun rawat jalan. *Clinical pathway* meliputi diagnosis awal, aktivitas pelayanan, diagnosis, pemeriksaan dokter, konsultasi, pemeriksaan penunjang, medikamentosa, nutrisi, mobilisasi, pendidikan/rencana pemulangan, varians, jumlah biaya, diagnosis akhir, kode ICD 10, jenis tindakan, perawat penanggungjawab pasien, dokter penanggungjawab pasien.

c. Keselamatan Pasien

Keselamatan Pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: Assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

d. Penilaian Kinerja

a. Staf Medis

Proses evaluasi yang terus menerus terhadap praktisi profesional dilakukan secara objektif dan berbasis bukti. Hasil proses review bisa berupa tidak adanya perubahan dalam tanggung jawab para staf medis, perluasan tanggung jawab, pembatasan tanggung jawab, masa konseling dan pengawasan. Setiap waktu sepanjang tahun, bila muncul fakta atas kinerja yang diragukan atau yang buruk, dilakukan review serta mengambil tindakan yang tepat. Hasil review, tindakan yang diambil dan setiap dampak atas kewenangan didokumentasikan dalam kredensial staf medis atau file lainnya.

b. Staf Keperawatan

Rumah sakit perlu memastikan untuk mempunyai staf keperawatan yang kompeten sesuai dengan misi, sumber daya dan kebutuhan pasien. Staf keperawatan bertanggung jawab untuk memberikan asuhan pasien secara langsung. Sebagai tambahan, asuhan keperawatan memberikan kontribusi terhadap *outcome* pasien secara keseluruhan. Rumah sakit harus memastikan bahwa perawat kompeten untuk memberikan asuhan keperawatan dan harus spesifik terhadap jenis asuhan dimana mereka diizinkan untuk memberikannya bila tidak diidentifikasi dalam peraturan perundangan.

c. Staf Pelayanan Kesehatan lainnya

Rumah sakit bertanggung jawab untuk mengidentifikasi jenis kegiatan atau rentang pelayanan para individu yang akan diberikan di rumah sakit. Hal ini dapat terlaksana melalui perjanjian, pengangkatan, uraian tugas atau metode lainnya. Sebagai tambahan, rumah sakit menerapkan tingkat pengawasan (konsisten dengan peraturan perundangan yang ada), bila ada, untuk professional ini.

e. Diklat Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

a. Melakukan perencanaan Pendidikan dan Pelatihan (Diklat) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

b. Menyediakan pengajar yang berkualitas dan berpengetahuan luas dalam penyelenggaraan pelatihan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien

c. Melaksanakan Pendidikan dan Pelatihan (Diklat) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

d. Melaksanakan sosialisasi/diseminasi hasil kegiatan KMKP

f. Monitoring Kegiatan Tim PPI

Proses pengendalian dan pencegahan infeksi diintegrasikan dengan keseluruhan program rumah sakit dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Peningkatan mutu termasuk penggunaan indikator/pengukuran yang berhubungan dengan masalah infeksi yang secara epidemiologis penting bagi rumah sakit.

### 3. Manajemen Risiko

Panduan ini mencakup seluruh manajemen risiko di area pelayanan Rumah Sakit Umum RS Unhas, termasuk seluruh area pekerjaan, unit kerja dan area klinis. Manajemen risiko merupakan tanggungjawab semua komponen di rumah Sakit. Tujuan manajemen risiko untuk identifikasi dan pengendalian risiko strategis dan operasional tidak akan tercapai apabila semua perangkat yang ada di rumah sakit tidak bekerjasama dan berpartisipasi pada pelaksanaannya. Melakukan FMEA (*Failure Mode Effect Analysis*) *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) adalah teknik yang berbasis tim, sistematis, dan proaktif yang digunakan untuk mencegah permasalahan dari proses atau produk sebelum permasalahan tersebut muncul/terjadi. Tujuan dilakukannya FMEA adalah:

- a. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan kejadian yang tidak diharapkan.
- b. Diketuainya penyebab langsung dan akar masalah kejadian yang diharapkan.
- c. Didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan pelayanan rumah sakit agar dapat mencegah kejadian yang sama terulang lagi.

Langkah-langkah FMEA tercantum di dalam SPO Melakukan Analisis Modus Kegagalan dan Dampaknya/AMKD (*Failure Mode and Effect Analysis/FMEA*).

### D. BATASAN OPERASIONAL

1. **Peningkatan mutu & keselamatan pasien:** adalah upaya menyeluruh dalam rangka memperkecil risiko pada pasien secara berkesinambungan.
2. **Risiko:** peluang / probabilitas timbulnya suatu insiden, yang akan berdampak merugikan bagi pencapaian sasaran-sasaran keselamatan pasien dan menurunkan mutu pelayanan.
3. **Manajemen Risiko Rumah Sakit:** merupakan upaya mengidentifikasi dan mengelompokkan risiko (grading) dan mengendalikan / mengelola risiko tersebut baik secara proaktif risiko yang mungkin terjadi maupun reaktif terhadap insiden yang sudah terjadi agar memberikan dampak negatif seminimal mungkin bagi keselamatan pasien dan mutu rumah sakit.
4. **Upaya peningkatan mutu:** adalah Upaya perbaikan mutu dalam membantu pasien dan mengurangi risiko.
5. **Keselamatan Pasien:** adalah upaya menurunkan resiko dan penyimpangan secara proaktif dengan cara perbaikan yang berkesinambungan.
6. **Clinical pathway dan Panduan Praktek Klinis** adalah merupakan rencana multidisiplin yang memerlukan praktik kolaborasi dengan pendekatan team, melalui kegiatan hari ke hari, berfokus pada pasien dengan kegiatan yang sistematis memasukkan standar outcome.
7. **Indikator klinik** adalah suatu cara untuk menilai penampilan dari kegiatan klinik.
8. **Indikator manajemen** adalah suatu cara untuk menilai penampilan dari kegiatan manajerial.
9. **Indikator International Library Measure (ILM)** adalah indikator yang dikeluarkan oleh JCI ( Join Comite International )
10. **Indikator sasaran keselamatan pasien** adalah suatu cara untuk mengukur tingkat keamanan pasien.

11. **Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)** adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
12. **Kejadian Nyaris Cedera (KNC)** adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar pada pasien.
13. **Kejadian Tidak Cedera (KTC)** adalah terjadinya insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak timbul cedera.
14. **Kondisi Potensial Cedera (KPC)** adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden.
15. **Root Cause Analysis (RCA)** adalah salah satu metode yang digunakan dalam pemecahan masalah.
16. **Validitas Data;** Menurut Azwar (1986) Validitas berasal dari kata *validity* yang mempunyai arti sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya. Suatu skala atau instrumen pengukur dapat dikatakan mempunyai validitas yang tinggi apabila instrumen tersebut menjalankan fungsi ukurnya, atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan maksud dilakukannya pengukuran tersebut. Sedangkan tes yang memiliki validitas rendah akan menghasilkan data yang tidak relevan dengan tujuan pengukuran.
16. **Kejadian Sentinel** adalah suatu kejadian tidak diantisipasi yang mengakibatkan kematian atau kehilangan fungsi permanen dimana kejadian tersebut tidak berhubungan dengan riwayat penyakit yang mendasari atau penyakit penyerta.
17. **Failure Mode Effect and Analysis (FMEA)** adalah suatu alat yang dapat digunakan secara proaktif melakukan analisis terhadap konsekuensi suatu kejadian yang berujung pada proses yang kritis dan resiko tinggi.
18. **Plan Do Check Action (PDCA)** adalah singkatan dari PLAN, DO, CHECK dan ACT yaitu siklus peningkatan proses (Process Improvement) yang berkesinambungan atau secara terus menerus seperti lingkaran yang tidak ada akhirnya.

#### **E. LANDASAN HUKUM**

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 251/Menkes/SK/2012 Tentang Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
6. Buku Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) / *Patient Safety Incident Report* , Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS), edisi 2 tahun 2008
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien

## BAB II STANDAR KETENAGAAN

### A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA

Dalam upaya mempersiapkan tenaga di Komite Mutu yang handal, perlu kiranya melakukan kegiatan menyediakan dan mempertahankan Sumber Daya Manusia (SDM) yang tepat bagi organisasi.

Atas dasar tersebut perlu adanya perencanaan SDM, yaitu proses mengantisipasi dan menyiapkan perputaran orang ke dalam, di dalam dan ke luar komite. Tujuannya adalah mendayagunakan sumber-sumber tersebut seefektif mungkin sehingga pada waktu yang tepat dapat disediakan sejumlah orang yang sesuai dengan persyaratan jabatan.

Perencanaan bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan organisasi dalam mencapai sasarannya melalui strategi pengembangan kontribusi.

Kebutuhan SDM di Komite Mutu mengacu pada analisis beban kerja sebagai berikut:

No	Uraian Tugas	Beban Kerja	SKR (Standar Kemampuan Rata-Rata)	WPT (Waktu Pelaksanaan Tugas)	WPT Konversi
1	2	3	4	5	6
1	Membantu pelaksanaan dan monitoring serta evaluasi data dan informasi terkait mutu dan keselamatan RS	4 keg/hr	120 mnt/keg	480 mnt/hr	124800 mnt/thn
2	Menyusun laporan insiden dan laporan risk register insiden keselamatan pasien	1 keg/hr	60 mnt/keg	60 mnt/hr	15600 mnt/thn
3	Menyusun administrasi kegiatan investigasi kasus setiap insiden bersama kepala instalasi melakukan RCA & FMEA	1 keg/hr	120 mnt/keg	120 mnt/hr	31200 mnt/thn
4	Menyusun pelaporan bulanan terkait mutu dan keselamatan pasien ke Dirut RS Unhas dan Dewas	6 keg/hr	30 mnt/keg	180 mnt/hr	46800 mnt/thn
5	Membantu melakukan monitoring dan audit capaian indikator mutu setiap unit kerja/instalasi di rumah sakit	1 keg/hr	20 mnt/keg	20 mnt/hr	5200 mnt/thn
6	Mengatur administrasi pelaksanaan ronde/tracer kepatuhan standar mutu di seluruh unit	2 keg/bln	60 mnt/keg	120 mnt/bln	1440 mnt/thn

7	Menyusun laporan hasil monitoring dan audit kepatuhan SPO 6 standar keselamatan pasien seluruh unit pelayanan	2	keg/bln	45	mnt/keg	90	mnt/bln	1080	mnt/thn
8	Menyusun laporan komplain terkait keselamatan pasien paling lambat 24 jam sejak komplain diterima	2	keg/thn	4	jam/keg	8	jam/thn	480	mnt/thn
9	Melakukan filing seluruh dokumen regulasi rumah sakit terkait akreditasi dan implementasinya	1	keg/hr	30	mnt/keg	30	mnt/hr	7800	mnt/thn
10	Memberikan bimbingan praktek/residensi dan penelitian bagi peserta didik terkait mutu dan keselamatan pasien	1	keg/thn	30	mnt/hr	30	mnt/thn	30	mnt/thn
11	Memberikan materi orientasi mutu dan keselamatan pasien bagi staf RS, peserta magang dan peserta didik	1	keg/mgg	3	jam/keg	3	jam/mgg	9360	mnt/thn
12	Menyusun data hasil survei budaya keselamatan pasien rumah sakit	2	keg/mgg	30	mnt/keg	60	mnt/mgg	3120	mnt/thn
13	Mengkoordinasi pelaporan perbaikan sistem dari insiden dengan unit terkait terkait re-desain sistem pelayanan dengan champion/staf mutu/kepala unit kerja	1	keg/hr	30	mnt/keg	30	mnt/hr	7800	mnt/thn
14	Melaksanakan tugas yang diberikan oleh Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien dan Akreditasi	1	keg/bln	20	jam/keg	20	jam/bln	14400	mnt/thn
Jumlah WPT								254710	menit
Konversi ke jam								4245.2	Jam

Jumlah kebutuhan staf  
 Divisi Mutu dan  
 Keselamatan :  
 $= 4245.2 / 1255$   
 $= 3,38$  orang (3 orang)

Adapun kualifikasi sumber daya manusia di Komite Mutu Rumah Sakit Universitas Hasanuddin adalah sebagai berikut :

No	Jabatan	Pendidikan	Jumlah personil
1	Ketua Komite Mutu	S2	1 orang
2	Staf Mutu	S1	1 orang
3	Staf Keselamatan Pasien	S1	1 orang
4	Staf Manajemen Risiko	S1	1 orang
	TOTAL		4 orang

#### 1. Ketua Komite Mutu

- |   |               |  |
|---|---------------|--|
| 1 | Pendidikan    | Minimal S2 perumahsakit                                      |
| 2 | Pengalaman    | Minimal pengalaman 2 tahun di bidang mutu/keselamatan pasien |
| 3 | Keterampilan  | Menguasai program microsoft Office, SPSS                     |
| 4 | Pelatihan     | Bersertifikat pelatihan PMKP dan manajemen risiko            |
| 5 | Usia          | -  |
| 6 | Jenis Kelamin | Pria/wanita  |

#### 2. Staf Mutu, Keselamatan Pasien, Manajemen Risiko

- |   |               |  |
|---|---------------|--|
| 1 | pendidikan    | Minimal S1 kesehatan masyarakat/perumahsakit /tenaga Kesehatan |
| 2 | Pengalaman    | Minimal pengalaman 2 tahun di RS                               |
| 3 | Keterampilan  | Menguasai program microsoft Office, SPSS                       |
| 4 | Pelatihan     | Bersertifikat pelatihan PMKP dan manajemen risiko              |
| 5 | Usia          | -  |
| 6 | Jenis Kelamin | Pria/wanita  |

#### 3. PJ Data/Champion Keselamatan Pasien

- |   |               |   |
|---|---------------|---|
| 1 | Pendidikan    | Minimal S1 kesehatan masyarakat/perumahsakit  |
| 2 | Pengalaman    | Minimal pengalaman 2 tahun di RS              |
| 3 | Keterampilan  | Menguasai program microsoft Office, SPSS      |
| 4 | Pelatihan     | Bersertifikat pelatihan PMKP (Pengumpul Data) |
| 5 | Usia          | -   |
| 6 | Jenis Kelamin | Pria/wanita                                   |

### **C. PENGATURAN JAGA**

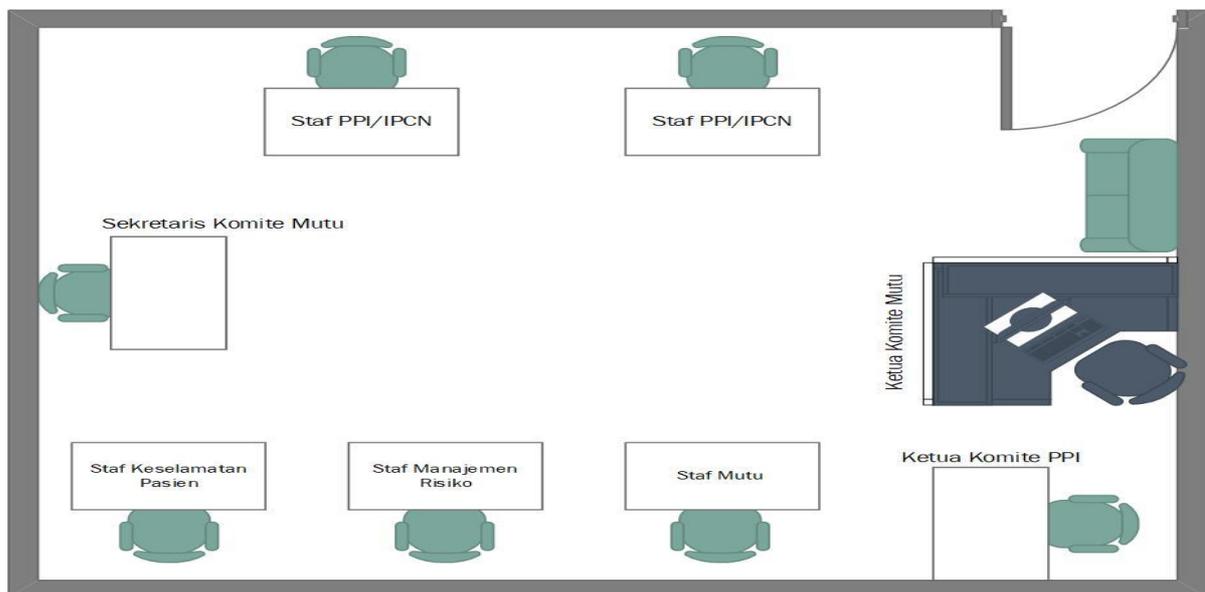
Jam kerja karyawan senin-kamis pukul 07.30 – 16.00 WITA dan Jumat  
pukul 07.30-16.30 WITA

## BAB III

### STANDAR FASILITAS

#### A. DENAH RUANG

Komite Mutu berada satu ruangan dengan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang berada di lantai basement ruang komite Gedung EF Rumah Sakit Unhas.



#### B. STANDAR FASILITAS

Untuk mendukung kegiatan Komite Mutu maka perlu didukung dengan kelengkapan fasilitas yaitu :

1. Furniture
  - a. 8 pasang meja-kursi (meja meja kerja pimpinan dan staf).
  - b. 6 Buah lemari untuk menyimpan seluruh dokumen 3 Kursi
2. Alat Tulis Kantor
  - a. Jumbo Box File dan Bindex besar untuk penyimpanan dokumen
  - b. 8 buah komputer
  - c. 4 Printer berwarna dan 1 printer laser jet
  - d. Alat tulis seperti pena, pensil, spidol dsb

## **BAB IV**

### **TATA LAKSANA PELAYANAN**

#### **A. CLINICAL PATHWAY**

Alur asuhan klinis (*clinical care pathway*) adalah alat yang bermanfaat dalam upaya untuk memastikan adanya integrasi dan koordinasi yang efektif dari pelayanan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia secara efisien. Pedoman praktek klinis, alur asuhan klinis dan protokol klinis adalah relevan dengan populasi dari pasien rumah sakit dan misinya. Rumah sakit melakukan kegiatan dibawah ini setiap tahun.

Pelaksanaan *Clinical Pathway* (CP) di RS Unhas dimulai dengan beberapa tahapan :

##### 1. Penentuan area prioritas dengan fokus penggunaan CP

Pimpinan rumah sakit bersama dengan area terkait menentukan area prioritas yang akan menjadi target utama RS. Penetapan area prioritas menggunakan metode skoring (Metode Delbeq), dimana setiap peserta melakukan pembobotan terhadap masalah/area yang diusulkan. Area prioritas yang dilakukan pembobotan dapat berupa pelayanan (contohnya, geriatri) ataupun suatu unit kerja tertentu (contoh, poliklinik ibu dan anak). Pembobotan harus terfokus pada, misalnya risiko yang ada diproses, prosedur yang sering menimbulkan masalah atau dilakukan dengan volume tinggi dan hasil yang dapat dengan jelas dikenali dan yang dalam kendali rumah sakit.

##### 2. Penentuan kegiatan Komite Mutu di area prioritas

Oom dlu kak

Setelah area prioritas dipilih langkah selanjutnya adalah menentukan kegiatan Komite Mutu yang dapat digunakan sebagai indikator

keberhasilan pelaksanaan kegiatan. Kegiatan Komite Mutu yang dilakukan adalah :

- a) Penetapan clinical pathway dan indikatornya yang dilakukan oleh pimpinan RS bersama dengan Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Mutu
- b) Penetapan Indikator Mutu
- c) Penetapan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

### 3. Monitoring dan Evaluasi clinical pathway

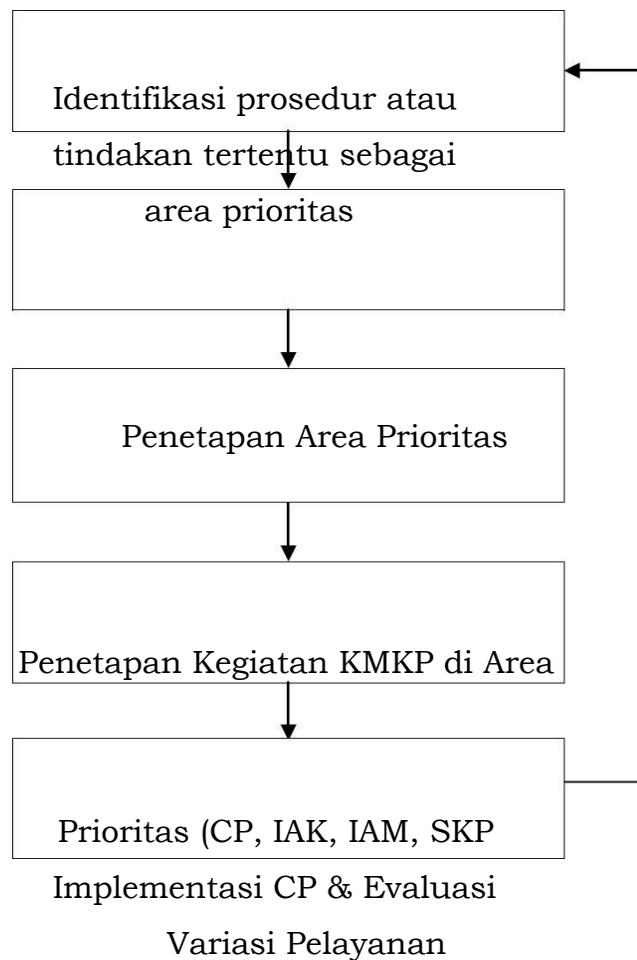
Frekuensi pengumpulan dilakukan setiap bulan, apabila data yang dikumpulkan jarang terjadi, dapat dikumpulkan setiap 3 bulan atau lebih. Penerapan, pengisian dan pengumpulan data clinical pathway diatur lebih lanjut dalam SPO Penerapan Clinical Pathway.

Dari data yang telah terkumpul, Pimpinan RS menunjuk beberapa individu dari instansi terkait untuk melakukan analisa, untuk melihat variasi yang timbul. Hasil ini kemudian dibandingkan dengan keadaan sebelumnya untuk menentukan perubahan variasi dari proses dan hasil.

Rumah sakit, berdasarkan hasil analisa varian, membuat rancangan baru dan modifikasi dari sistem dan proses. Rancangan proses yang baik harus memperhatikan:

- a) Konsisten dengan misi dan rencana rumah sakit;
- b) Memenuhi kebutuhan pasien, keluarga, staf dan lainnya;
- c) Menggunakan praktek pedoman terkini, standar pelayanan klinis, kepustakaan ilmiah dan berbagai informasi berbasis bukti yang relevan dalam hal rancangan praktek klinis;

- d) Sesuai dengan praktek bisnis yang sehat;
- e) Mempertimbangkan informasi dari manajemen risiko yang relevan;
- f) Dibangun pengetahuan dan keterampilan yang ada di rumah sakit;
- g) Dibangun praktek klinis yang baik/lebih baik/sangat baik di rumah sakit lain;
- h) Menggunakan informasi dari kegiatan peningkatan terkait;
- i) Mengintegrasikan dan menggabungkan berbagai proses dari system



**Gambar 4.1.** Alur Penetapan Area Prioritas

## B. INDIKATOR MUTU

Indikator mutu di RS Unhas yaitu Indikator pelayanan klinis Prioritas, Indikator Unit Kerja,, Indikator mutu Kontrak/MoU, Indikator mutu Program Nasional dan Indikator Wajib. Indikator unit kerja dikelola dan dianalisa oleh unit kerja terkait dan dikumpulkan secara rutin di Komite Mutu. Sedangkan Indikator Prioritas dianalisa oleh Unit Komite Mutu. Setiap unit kerja menyampaikan data dalam bentuk table, grafik atau table Pareto yang berguna untuk memahami kecenderungan dan penyimpangan pada pelayanan kesehatan.

## 1. Penetapan Indikator Mutu

Pengumpulan data indikator mutu berdasarkan peraturan yang berlaku yaitu pengukuran indikator nasional mutu (INM) dan prioritas perbaikan tingkat rumah sakit meliputi:

- a) Indikator nasional mutu (INM) yaitu indikator mutu nasional yang wajib dilakukan pengukuran dan digunakan sebagai informasi mutu secara nasional.
- b) Indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) (TKRS 5) mencakup:
  - (1) Indikator sasaran keselamatan pasien minimal 1 indikator setiap sasaran.
  - (2) Indikator pelayanan klinis prioritas minimal 1 indikator.
  - (3) Indikator sesuai tujuan strategis rumah sakit (KPI) minimal 1 indikator.
  - (4) Indikator terkait perbaikan sistem minimal 1 indikator.
  - (5) Indikator terkait manajemen risiko minimal 1 indikator.
  - (6) Indikator terkait penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran minimal 1 indikator
- c) Indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit) adalah indikator prioritas yang khusus dipilih kepala unit terdiri dari minimal 1 indikator.

Indikator mutu terpilih apabila sudah tercapai dan dapat dipertahankan selama 1 (satu) tahun, maka dapat diganti dengan indikator mutu yang baru.

Indikator Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (ISKP):

- a. Identifikasi pasien secara benar
- b. Meningkatkan Komunikasi efektif antar PPA
- c. Meningkatkan keamanan Obat dengan kewaspadaan tinggi
- d. Memastikan tepat sisi, tepat prosedur dan tepat orang pada tindakan pembedahan
- e. Mengurangi risiko infeksi di RS
- f. Mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh

Untuk memilih 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).

Direktur Utama dan Pimpinan rumah sakit berpartisipasi dalam penentuan pengukuran perbaikan. Penentuan prioritas terukur dapat menggunakan skoring prioritas.

Penetapan Indikator Prioritas bersamaan dengan penetapan clinical pathway, seperti yang telah dijelaskan diatas. Setiap indikator (baik prioritas maupun unit kerja) wajib dilengkapi dengan kamus/profil indikator yang berisikan informasi (minimal) mengenai :

- a) judul indikator;
- b) dasar pemikiran
- c) dimensi mutu
- d) tujuan
- e) definisi operasional
- f) Jenis indicator
- g) Satuan pengukuran
- h) Numerator (pembilang)
- i) Denomenator (penyebut)
- j) Target pencapaian
- k) Kriteria
- l) Formula
- m) Metode pengumpulan data
- n) Sumber data
- o) Instrumen pengambilan data
- p) Besar sampel
- q) Cara pengambilan sampel
- r) Periode pengambilan data
- s) Penyajian data
- t) Periode analisis dan pelaporan data
- u) Penanggung jawab

## 2. Pengumpulan Data

PIC pengumpul data melakukan pengumpulan data secara rutin sesuai dengan frekuensi pengumpulan data di masing-masing PIC mutu unit. Untuk kemudian dilaporkan kepada Komite Mutu untuk dianalisa dalam bentuk tabel, grafik atau tabel pareto. Hasil analisa tersebut kemudian dilaporkan ke pada direktur utama, untuk kemudian Dirut melaporkan ke pemilik/dewas.

## 3. Validasi Data

Data yang dikumpulkan dilakukan analisis dan diubah menjadi informasi yang berguna untuk membuat kesimpulan dan membuat keputusan. Hasil analisa kemudian dilaporkan kembali kepada unit/individu terkait yang bertanggung jawab terhadap proses atau hasil dari yang diukur dan melakukan tindak lanjut atas hasil tersebut.

Untuk memastikan bahwa data yang benar, bermanfaat telah dikumpulkan, validasi data secara internal dilakukan dengan cara:

- a. Mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam pengumpulan data sebelumnya
- b. Menggunakan sample statistik sahih dari catatan, kasus dan data lain. Sample 100% dibutuhkan hanya jika jumlah pencatatan, kasus atau data lainnya sangat kecil jumlahnya
- c. Membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang.
- d. Kalkulasi akurasi dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90% adalah patokan yang baik.
- e. Jika elemen data yang ditemukan ternyata tidak sama, dengan catatan alasannya (misalnya data tidak jelas definisinya) dan dilakukan tindakan koreksi.
- f. Koreksi sample baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.

#### 4. Monitoring dan evaluasi

Data yang telah dikumpulkan, digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap efektifitas dari peningkatan capaian indikator mutu. Metode yang dilakukan adalah menggunakan metode analisis akar masalah (RCA) dan PDSA (Plan, Do, Study, Action)

- a. Analisis Akar Masalah (RCA)

Langkah-langkah dalam analisis akar masalah:

<b>1.</b>	<b>Identifikasi insiden yg akan di investigasi</b>	<b>INVESTIGASI</b>
<b>2.</b>	<b>Tentukan tim investigator</b>	
<b>3.</b>	<b>Kumpulkan data</b> <i>(Observasi, Dokumentasi, Interview)</i>	
<b>4.</b>	<b>Petakan kronologis kejadian</b> <i>(Narratif chronology, Timeline, Tabular Timeline, Time Person Grid)</i>	

<b>5.</b>	<b>Identifikasi masalah (CMP-case mng problem )</b> <i>(Brainstorming, brainwriting, Nominal Group Technique)</i>	<b>ANALISA</b>
<b>6.</b>	<b>Analisis Informasi</b> <i>(5 why's, Analisis Perubahan, Analisis penghalang, fish borne, dll</i>	
<b>7.</b>	<b>Rekomendasi dan Rencana kerja untuk improvement</b>	<b>IMPROVE</b>

b. Langkah-langkah PDSA

a. *Plan*

Tahap *Plan* adalah tahap untuk menetapkan Target atau Sasaran yang ingin dicapai dalam peningkatan proses ataupun permasalahan yang ingin dipecahkan, kemudian menentukan Metode yang akan digunakan untuk mencapai Target atau Sasaran yang telah ditetapkan tersebut. Dalam Tahap *Plan* ini juga meliputi pembentukan Tim Peningkatan Proses (*Process Improvement Team*) dan melakukan pelatihan-pelatihan terhadap sumber daya manusia yang berada di dalam Tim tersebut serta batas-batas waktu (Jadwal) yang diperlukan untuk melakukan perencanaan-perencanaan yang telah ditentukan. Perencanaan terhadap penggunaan sumber daya lainnya seperti Biaya dan Mesin juga perlukan dipertimbangkan dalam Tahap *Plan* ini.

b. *Do*

Tahap *Do* adalah tahap penerapan atau melaksanakan semua yang telah direncanakan di Tahap *Plan* termasuk menjalankan proses-nya, memproduksi serta melakukan pengumpulan data (*data collection*) yang kemudian akan digunakan untuk tahap *Check* dan *Action*.

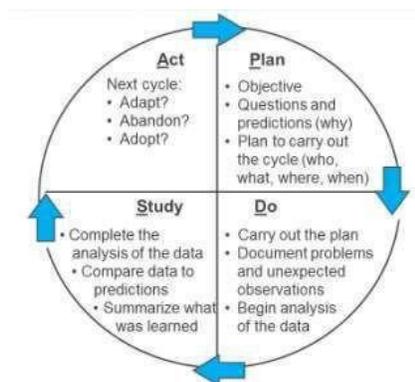
c. *Study*

Tahap *Study* adalah tahap pemeriksaan dan peninjauan ulang serta mempelajari hasil-hasil dari penerapan di tahap *Do*. Melakukan perbandingan antara hasil aktual yang telah dicapai dengan Target yang ditetapkan dan juga ketepatan jadwal yang telah ditentukan.

d. *Action*

Tahap *Action* adalah tahap untuk mengambil tindakan yang seperlunya terhadap hasil-hasil dari tahap *Check*. Terdapat 2 jenis Tindakan yang harus dilakukan berdasarkan hasil yang dicapainya, antara lain :

- 1) Tindakan Perbaikan (*Corrective Action*) yang berupa solusi terhadap masalah yang dihadapi dalam pencapaian Target, Tindakan Perbaikan ini perlu diambil jika hasilnya tidak mencapai apa yang telah ditargetkan.
- 2) Tindakan Standarisasi (*Standardization Action*) yaitu tindakan untuk men-standarisasi-kan cara ataupun praktek terbaik yang telah dilakukan, tindakan standarisasi ini dilakukan jika hasilnya mencapai target yang telah ditetapkan



Gambar Alur Pelaksanaan PDSA

### C. KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: Assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.

Tujuan Keselamatan Pasien Rumah sakit adalah:

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunkan kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Ke Komite Mutu:

1. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.

2. Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift (paling lambat 2x24jam), jangan menunda laporan
3. Setelah selesai mengisi laporan, segera serahkan kepada PJ Keselamatan Pasien unit kerja atau Atasan langsung pelapor
4. Atasan langsung bersama dengan PJ Keselamatan Pasien Unit Kerja akan memeriksa laporan dan melakukan *grading risiko* terhadap insiden yang dilaporkan
5. Hasil Grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :
  - a) Grade biru : Investigasi sederhana oleh Atasan Langsung, waktu maksimal 1 minggu
  - b) Grade hijau : Investigasi sederhana oleh Atasan Langsung, waktu maksimal 2 minggu
  - c) Grade kuning ; Investigasi komprehensif/ Analisis Akar Masalah/ *Root Cause Analysis* oleh Komite Mutu di Rumah Sakit, waktu 45 hari
  - d) Grade Merah : Investigasi Komprehensif/ Analisis Akar Masalah/ *Root Cause Analysis* oleh Komite Mutu di Rumah Sakit, waktu 45 hari
5. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil infestigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Komite Mutu di Rumah Sakit
6. Komite Mutu akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan *Root Cause Analysis* (RCA).
7. Untuk grade kuning/merah, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit akan melakukan Analisis Akar Masalah/ *Root Cause Analysis* (RCA).
8. Setelah melakukan RCA, Komite Mutu akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta pembelajaran mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
9. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan ke Direksi
10. Rekomendasi untuk Perbaikan dan pembelajaran diberikan umpan balik ke unit kerja terkait
11. Unit kerja membuat analisa dan trend kejadian di satuan kerjanya masing-masing.
12. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Komite Mutu.
13. Rumah Sakit Universitas Hasanuddin minimal harus melakukan *Failure Mode and Effect Analysis* minimal 1 tahun sekali.

### **Investigasi Sederhana**

Investigasi Sederhana adalah proses identifikasi penyebab pada insiden dengan grading biru atau hijau. Tujuan dari dilakukannya Investigasi Sederhana adalah :

1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan kejadian tidak diharapkan.
2. Diketuainya penyebab langsung dan akar masalah kejadian yang tidak diharapkan.
3. Didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan pelayanan rumah sakit agar dapat mencegah kejadian yang sama terulang lagi.
4. Prosedur Investigasi sederhana sesuai dengan SPO Pengisian Lembar Investigasi Sederhana Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

*Root Cause Analysis (RCA)/ Analisis Akar Masalah* adalah sebuah alat kerja yang sangat berguna untuk mencari akar masalah dari suatu insiden yang telah terjadi. RCA dilakukan pada Insiden Keselamatan Pasien dengan Grading kuning dan merah.

Jika terjadi insiden dilakukan juga analisis akar masalah/RCA dan juga PDSA juga

#### **D. PENILAIAN KINERJA**

Penilaian kinerja karyawan rumah sakit yang menjadi perhatian Komite Mutu terbagi atas 3 yaitu: Staf Medis, Staf Keperawatan dan Staf Kesehatan lainnya.

##### 1. Staf Medis

Setiap tahun, Komite Medik melakukan evaluasi praktek profesional, terkait kualitas dan keamanan pelayanan pasien yang diberikan oleh setiap anggota staf medis. Hasil proses review yang dilaksanakan dapat berupa: tidak adanya perubahan dalam tanggung jawab, perluasan tanggung jawab atau pembatasan tanggung jawab staf medis. Evaluasi tersebut kemudian diserahkan kepada bagian SDM RS Unhas.

##### 2. Staf Keperawatan

Komite Keperawatan memastikan bahwa setiap perawat yang kompeten untuk memberikan asuhan dan pengobatan kepada pasien secara aman dan efektif dengan cara:

- a. memahami peraturan dan perundangan yang berlaku, berlaku untuk perawat dan praktek keperawatan
- b. mengumpulkan semua kredensial yang ada untuk setiap perawat, sekurang-kurangnya meliputi :
  - 1) bukti pendidikan dan pelatihan;
  - 2) bukti izin terbaru;

- 3) bukti kompetensi terbaru melalui informasi dari sumber lain dimana perawat dipekerjakan;
  - 4) surat rekomendasi lain yang diperlukan oleh RS
- c. Menilai kinerja staf perawat/Bidan dan hasil evaluasi tersebut kemudian diserahkan kepada bagian SDM RS Unhas

### 3. Staf Kesehatan Lainnya

Bagian SDM melakukan penilaian kinerja staf kesehatan lainnya setiap tahun. Hasil proses review yang dilaksanakan dapat berupa: tidak adanya perubahan dalam tanggung jawab, perluasan tanggung jawab atau pembatasan tanggung jawab staf kesehatan lainnya. Hasil penilaian kinerja ini

## **E. DIKLAT TERKAIT PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN**

Kegiatan diklat Komite Mutu mencakup: kegiatan pelatihan internal dan eksternal. Pelatihan eksternal ditujukan bagi semua anggota dan pengurus Komite Mutu atau kepada mereka yang ditunjuk oleh Direktur Utama. Pelatihan yang boleh diikuti hanya boleh pelatihan yang berasal dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) atau Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia (PERSI). Sedangkan topik yang dapat diikuti mengenai Standar PMKP, *patient safety*, dan manajemen risiko

Pelatihan internal Unit Komite Mutu dilakukan untuk para anggota Komite Mutu dengan tujuan meningkatkan pengetahuan seluruh anggota Komite Mutu, terutama mengenai keselamatan pasien. Kegiatan ini menggunakan narasumber yang telah mendapatkan pelatihan eksternal dan telah ditunjuk oleh Direktur Utama.

Selain kegiatan pelatihan, sosialisasi dilakukan minimal 1 tahun sekali dengan topik seluruh prosedur yang terkait dengan keselamatan pasien. Sosialisasi dapat dilakukan sendiri atau bersama-sama dengan bagian/komite lain. Sosialisasi ditujukan kepada semua karyawan yang ada di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

## **F. KOORDINASI MONITORING KEGIATAN PPI**

Berkoordinasi dengan PPI terkait kegiatan PPI antara lain mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat dan ditularkan diantara pasien, staf, tenaga profesional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa dan pengunjung. Kegiatan PPI yang harus dilaporkan ke Komite Mutu adalah hasil monitoring angka infeksi dan dikaji bersama antara lain:

1. Kepatuhan cuci tangan petugas;
2. Angka kejadian VAP;
3. Angka kejadian infeksi aliran darah;
4. Angka kejadian phlebitis;
5. Angka kejadian infeksi saluran kemih;
6. Angka kejadian infeksi daerah operasi;
7. Angka kejadian *Hospital Acquired Pneumonia*(HAP), dan
8. Angka kejadian dekubitus

## **G. MELAKUKAN FMEA**

*Kegiatan menyusun Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) adalah teknik yang digunakan dalam manajemen risiko yang berbasis tim, sistematis, dan proaktif yang digunakan untuk mencegah permasalahan dari proses atau produk sebelum permasalahan tersebut muncul/terjadi*Tujuan dilakukannya FMEA adalah:

1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan kejadian yang tidak diharapkan.
2. Diketuinya penyebab langsung dan akar masalah kejadian yang diharapkan.
3. Didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan pelayanan rumah sakit agar dapat mencegah kejadian yang sama terulang lagi.

FMEA terutama dilakukan terhadap indikator/area prioritas yang diamati pada saat itu dan minimal dilakukan setahun sekali.

Langkah-langkah FMEA tercantum di dalam SPO Melakukan Analisis Modus Kegagalan dan Dampaknya/AMKD (*Failure Mode and Effect Analysis/FMEA*)

## **BAB V**

### **LOGISTIK**

#### **A. PROSEDUR PENYEDIAAN ALAT KESEHATAN DAN OBAT**

Komite Mutu tidak melakukan penyediaan alat kesehatan dan obat. Komite Mutu lebih berfokus pada penggunaan keamanan alat kesehatan dan obat sehingga peran Komite Mutu dalam penyediaan alat dan obat bersifat rekomendasi berdasarkan laporan yang masuk ke Komite Mutu terkait hal-hal tersebut.

#### **B. PERENCANAAN PERALATAN / KALIBRASI**

Komite Mutu mengajukan kebutuhan fasilitas untuk menunjang kinerjanya, namun Komite Mutu tidak membuat rencana peremajaan untuk alat-alat tersebut. Bila terjadi kerusakan pada peralatan di ruang Komite Mutu, unit membuat laporan ke bagian yang mengelola pemeliharaan peralatan tersebut, misalnya Instalasi Prasarana dan Sarana Rumah Sakit (IPSR), maupun Information, Communication and Technology (ICT).

## **BAB VI**

### **KESELAMATAN PASIEN**

Keselamatan pasien di Rumah Sakit adalah sistem pelayanan dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan asuhan pasien menjadi lebih aman, termasuk di dalamnya mengukur risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko terhadap pasien, analisa insiden, kemampuan untuk belajar dan menindak lanjuti insiden serta menerapkan solusi untuk mengurangi risiko. "Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of hospital quality management." (World Alliance for Patient Safety, Forward Programme WHO 2004).

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang sangat dibutuhkan mengingat saat ini banyak pasien yang dalam penanganannya sangat memprihatikan, dengan adanya sistem ini diharapkan dapat meminimalisir kesalahan dalam penanganan pasien baik pada pasien IGD, rawat inap maupun pada pasien poliklinik.

Keselamatan pasien merupakan ruang lingkup kerja Komite Mutu, seperti yang telah diuraikan pada bab tata laksana kegiatan

Kegiatan Komite Mutu melalui tujuh langkah keselamatan pasien yaitu:

1. Asesmen budaya keselamatan pasien rumah sakit
2. Komitmen, fokus yang kuat, dan jelas tentang keselamatan pasien rumah sakit
3. Pengembangan sistem & proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi & asesmen hal yang potensial bermasalah
4. Pengembangan sistem pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Rumah Sakit
5. Pengembangan komunikasi yg terbuka dengan pasien terkait keselamatan pasien
6. Pemahaman dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien
7. Pencegahan cedera melalui sistem implementasi keselamatan pasien

**1. Sembilan solusi keselamatan Pasien RS (WHO Collaborating Centre for Patient Safety, 2 May 2007), yaitu:**

- a. Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (look-alike, sound-alike medication names)
- b. Pastikan identifikasi pasien
- c. Komunikasi secara benar saat serah terima pasien
- d. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
- e. Kendalikan cairan elektrolit pekat
- f. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan
- g. Hindari salah kateter dan salah sambung slang
- h. Gunakan alat injeksi sekali pakai
- i. Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

**2. Tujuh Standar Keselamatan Pasien (mengacu pada “Hospital Patient Safety Standards” yang dikeluarkan oleh Joint Commision on Accreditation of Health Organizations, Illinois, USA, tahun 2002), yaitu:**

- Hak pasien  
*Standarnya adalah*  
Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan).  
*Kriterianya adalah*
  - a. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan
  - b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
  - c. 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
- Mendidik pasien dan keluarga

*Standarnya adalah*

RS harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan 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 dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

1. Memberikan info yang benar, jelas, lengkap dan jujur
2. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab
3. Mengajukan pertanyaan untuk hal yang 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

- 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

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

*Standarnya adalah*

RS harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta KP.

*Kriterianya adalah*

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

- Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

*Standarnya adalah*

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

*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

- Mendidik staf tentang keselamatan pasien

*Standarnya adalah*

1. RS memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan KP secara jelas.
2. RS menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan 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 *inservicetraining* 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.
- Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

*Standarnya adalah*

1. RS merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi KP untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal
2. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan 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.

### **3. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien (KP) RS (berdasarkan KKP-RS No.001-VIII-2005) sebagai panduan bagi staf Rumah Sakit**

A. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan Pasien, “ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil”

*Bagi Rumah sakit:*

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

*Bagi Tim:*

- Anggota mampu berbicara, peduli dan berani lapor bila ada insiden

- Laporan terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat

B. Pimpin dan dukung staf anda, “bangunlah komitmen dan focus yang kuat dan jelas tentang KP di Rumah sakit

*Bagi Rumah Sakit:*

- Ada anggota Direksi yang bertanggung jawab atas KP
- Di bagian-2 ada orang yang dapat menjadi “Penggerak” (champion) KP
- Prioritaskan KP dalam agenda rapat Direksi/Manajemen
- Masukkan KP dalam semua program latihan staf

*Bagi Tim:*

- Ada “penggerak” dalam tim untuk memimpin Gerakan KP
- Jelaskan relevansi dan pentingnya, serta manfaat gerakan KP
- Tumbuhkan sikap ksatria yang menghargai pelaporan insiden

C. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, “kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah”

*Bagi Rumah Sakit:*

- Struktur dan proses mjmn risiko klinis dan non klinis, mencakup KP
- Kembangkan indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko
- Gunakan informasi dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko dan tingkatkan kepedulian terhadap pasien

*Bagi Tim:*

- Diskusi isu KP dalam forum2, untuk umpan balik kepada mjmn terkait
- Penilaian risiko pada individu pasien
- Proses asesmen risiko teratur, tentukan akseptabilitas tiap risiko, dan langkah memperkecil risiko tersebut

D. Kembangkan sistem pelaporan, “pastikan staf Anda agar dg mudah dapat melaporkan kejadian/insiden serta RS mengatur pelaporan kepada KKP-RS”

*Bagi Rumah sakit:*

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

*Bagi Tim:*

- Dorong anggota untuk melaporkan setiap insiden dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, sebagai bahan pelajaran yang penting

E. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, “kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien”

*Bagi Rumah Sakit*

- Kebijakan : komunikasi terbuka tentang insiden dg pasien dan keluarga
- Pasien dan keluarga mendapat informasi bila terjadi insiden
- Dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarga (*dalam seluruh proses asuhan pasien*)

*Bagi Tim:*

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

F. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan pasien, “dorong staf anda untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan 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 dan Effects Analysis*

(FMEA) atau metoda analisis lain, mencakup semua insiden dan minimum 1 x per tahun untuk proses risiko tinggi

*Bagi Tim:*

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

G. 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 dg informasi dr sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, audit serta analisis
- Solusi mencakup penjabaran ulang sistem, penyesuaian pelatihan staf dan kegiatan klinis, penggunaan instrumen yang menjamin KP
- 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 dan lebih aman
- Telaah perubahan yang dibuat tim dan pastikan pelaksanaannya
- Umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan

### **LANGKAH LANGKAH KEGIATAN PELAKSANAAN PATIENT SAFETY**

1. Rumah sakit agar membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit, dengan susunan organisasi sebagai berikut: Ketua: dokter, Anggota: dokter, dokter gigi, perawat, tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya.
2. Rumah sakit agar mengembangkan sistem informasi pencatatan dan pelaporan internal tentang insiden

3. Rumah sakit agar melakukan pelaporan insiden ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) secara rahasia.
4. Rumah Sakit agar memenuhi standar keselamatan pasien rumah sakit dan menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit.
5. Rumah sakit pendidikan mengembangkan standar pelayanan medis berdasarkan hasil dari analisis akar masalah dan sebagai tempat pelatihan standar-standar yang baru dikembangkan.

### **ASPEK HUKUM TERHADAP *PATIENT SAFETY***

Aspek hukum terhadap “patient safety” atau keselamatan pasien adalah sebagai berikut

UU Tentang Kesehatan dan UU Tentang Rumah Sakit

#### **1. Keselamatan Pasien sebagai Isu Hukum**

a. *Pasal 53 (3) UU No.36/2009*

“Pelaksanaan Pelayanan kesehatan harus mendahulukan keselamatan nyawa pasien.”

b. *Pasal 32n UU No.44/2009*

“Pasien berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit.

c. *Pasal 58 UU No.36/2009*

- “Setiap orang berhak menuntut G.R terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam Pelkes yang diterimanya.”
- “.....tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat.”

#### **2. Tanggung jawab Hukum Rumah sakit**

a. *Pasal 29b UU No.44/2009*

”Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.”

b. *Pasal 46 UU No.44/2009*

“Rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan tenaga kesehatan di RS.”

c. *Pasal 45 (2) UU No.44/2009*

“Rumah sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.”

**3. Bukan tanggung jawab Rumah Sakit**

*Pasal 45 (1) UU No.44/2009 Tentang Rumah sakit*

“Rumah Sakit Tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan/atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif. “

**4. Hak Pasien**

a. *Pasal 32d UU No.44/2009*

“Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional”

b. *Pasal 32e UU No.44/2009*

“Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi”

c. *Pasal 32j UU No.44/2009*

“Setiap pasien mempunyai hak tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan”

d. *Pasal 32q UU No.44/2009*

“Setiap pasien mempunyai hak menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana”

**5. Kebijakan yang mendukung keselamatan pasien**

*Pasal 43 UU No.44/2009*

- 1) RS wajib menerapkan standar keselamatan pasien
- 2) Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.
- 3) RS melaporkan kegiatan keselamatan pasien kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh menteri
- 4) Pelaporan insiden keselamatan pasien dibuat secara anonym dan ditujukan untuk mengoreksi system dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.

Pemerintah bertanggung jawab mengeluarkan kebijakan tentang keselamatan pasien. Keselamatan pasien yang dimaksud adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi:

- a. Assessment risiko
- b. Identifikasi dan pengelolaan yang terkait resiko pasien
- c. Pelaporan dan analisis insiden
- d. Kemampuan belajar dari insiden
- e. Tindak lanjut dan implementasi solusi meminimalkan resiko

Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh :

- Kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan
- Tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil

### **Tujuan**

- Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- Menurunkan Kejadian Tidak Diharapkan ( KTD ) di rumah sakit
- Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan Kejadian Tidak Diharapkan ( KTD )

### **STANDAR KESELAMATAN PASIEN**

1. Hak pasien
2. Mendidik pasien dan keluarga

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
5. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
6. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Insiden di rumah sakit yang harus dianalisis dan ditindaklanjuti meliputi:

1. Kondisi Potensial Cedera (KPC)  
Kondisi Potensial Cedera (KPC) sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf a merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf b merupakan terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien dan segera disadari dan diperbaiki oleh petugas RS yang termasuk dan tidak terbatas pada kasus:
  1. Salah jenis operasi
  2. Salah posisi operasi
  3. Salah diagnosis pra operasi
  4. Salah jumlah pemberian obat
  5. Salah pemberian informasi kepada dokter
  6. Salah cara pemberian obat
  7. Salah dosis obat
  8. Salah pencampuran obat
  9. Salah sampling
  10. Salah identifikasi pasien pada saat pengambilan sample
  11. Salah menginput hasil
  12. Salah pengoperasian alat
  13. Salah pencampuran reagen
  14. Salah golongan darah
  15. Salah jenis darah
  16. Salah menyampaikan hasil pemeriksaan (termasuk pemeriksaan penunjang)
  17. Salah pembacaan resep
3. Kejadian Tidak Cedera (KTC) sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf c merupakan Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah

terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena "keberuntungan" (misal; pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau "peringanan" (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).

4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf d merupakan Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien yang termasuk dan tidak terbatas pada:
  - a. Semua reaksi transfusi darah yang sudah dikonfirmasi
  - b. Semua kejadian serius akibat efek samping obat
  - c. Semua kesalahan pengobatan yang signifikan
  - d. Semua perbedaan besar antara diagnosis pra dan post operasi
  - e. Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi
  - f. Kejadian lain seperti outbreak infeksi atau pasien psikiatrik yang melarikan diri dari ruang perawatan keluar dari lingkungan RS
  - g. Kejadian lainnya yang mencederai pasien
5. *Sentinel event* sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf e merupakan suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius seperti cacat permanen yang meliputi
  - a. Kematian yang tidak diduga yang termasuk dan tidak terbatas hanya pada:
    - 1) kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi pasien seperti kematian akibat infeksi pasca operasi/emboli paru
    - 2) kematian bayi aterm
    - 3) bunuh diri
  - b. kehilangan permanen fungsi tubuh yang tidak terkait penyakit pasien atau kondisi pasien
  - c. Operasi salah tempat, salah prosedur, salah pasien
  - d. Terjangkit penyakit kronik atau penyakit fatal akibat transfusi darah atau produk darah atau transplanisasi organ atau jaringan
  - e. Penculikan anak termasuk bayi atau anak termasuk bayi dikirim ke rumah bukan rumah orangtuanya
  - f. Perkosaan, kekejaman di tempat kerja seperti penyerangan (berakibat kematian atau kehilangan fungsi secara permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, anggota staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan, pengunjung atau vendor/pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit.

## **TATA LAKSANA**

1. Memberikan pertolongan pertama sesuai dengan kondisi yang terjadi pada pasien
2. Melaporkan pada dokter jaga IGD
3. Memberikan tindakan sesuai dengan instruksi dokter jaga
4. Mengobservasi keadaan umum pasien
5. Mendokumentasikan kejadian tersebut pada formulir “ Pelaporan Insiden Keselamatan”

Alur Pelaporan insiden keselamatan pasien sesuai dengan peraturan direktur yang mengatur tentang keselamatan pasien

## **BAB VII**

### **KESELAMATAN KERJA**

Rumah sakit merupakan salah satu tempat kerja yang wajib melaksanakan program K3Rumah Sakit yang bermanfaat baik bagi pekerja, pasien, pengunjung maupun bagi masyarakat dilingkungan sekitar rumah sakit.

Tenaga kesehatan sebagai ujung tombak yang melayani dan melakukan kontak langsung dengan pasien dalam waktu 24 jam secara terus menerus tentunya mempunyai resiko terpajan infeksi, oleh sebab itu tenaga kesehatan wajib menjaga kesehatan dan keselamatan dirinya dari resiko tertular penyakit agar dapat bekerja maksimal.

Pada prinsipnya pelayanan keselamatan kerja berkaitan erat dengan sarana, prasarana, dan peralatan kerja. Bentuk pelayanan keselamatan kerja yang dilakukan :

- a. Pembinaan dan pengawasan keselamatan/keamanan sarana, prasarana, dan peralatan kesehatan  
Lokasi RS memenuhi ketentuan mengenai kesehatan, keselamatan lingkungan, dan tata ruang, serta sesuai dengan hasil kajian kebutuhan dan kelayakan penyelenggaraan RS.
  - a) Teknis bangunan RS, sesuai dengan fungsi, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dengan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak – anak, dan orang usia lanjut.
  - b) Prasarana harus memenuhi standar pelayanan, keamanan, serta keselamatan dan kesehatan kerja penyelenggara RS
  - c) Pengoperasian dan pemeliharaan sarana, prasarana dan peralatan RS harus dilakukan oleh petugas yang mempunyai kompetensi di bidangnya (sertifikasi personil petugas/ operator sarana dan prasarana serta peralatan kesehatan RS)

- d) Membuat program pengoperasian, perbaikan dan pemeliharaan rutin dan berkala sarana dan prasarana serta peralatan kesehatan dan selanjutnya didokumentasikan dan dievaluasi secara berkala dan berkesinambungan.
  - e) Peralatan kesehatan meliputi peralatan medis dan non medis dan harus memenuhi standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, keselamatan dan layak pakai.
  - f) Membuat program pengujian dan kalibrasi peralatan kesehatan, peralatan kesehatan harus diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh Pengujian Fasilitas Kesehatan dan / atau institusi pengujian fasilitas kesehatan yang berwenang
  - g) Peralatan kesehatan yang menggunakan sinar pengion harus memenuhi ketentuan dan harus diawasi oleh lembaga yang berwenang.
  - h) Melengkapi perizinan dan sertifikasi sarana dan prasarana serta peralatan kesehatan.
- b. Pembinaan dan pengawasan atau penyesuaian peralatan kerja terhadap pekerja
- a) Melakukan identifikasi dan penilaian risiko ergonomi terhadap peralatan kerja dan SDM RS.
  - b) Membuat program pelaksanaan kegiatan, mengevaluasi dan mengendalikan risiko ergonomi.
- c. Pembinaan dan pengawasan terhadap lingkungan kerja
- a) Manajemen harus menyediakan dan menyiapkan lingkungan kerja yang memenuhi syarat fisik, kimia, biologi, ergonomi dan psikososial
  - b) Pemantauan / pengukuran terhadap faktor fisik, kimia, biologi, ergonomi dan psikososial secara rutin dan berkala
  - c) Melakukan evaluasi dan memberikan rekomendasi untuk perbaikan lingkungan kerja.
- d. Pembinaan dan pengawasan terhadap sanitasi
- Manajemen harus menyediakan, memelihara, mengawasi sarana dan prasarana sanitasi, yang memenuhi syarat, meliputi:

- a) Penyehatan makanan dan minuman
  - b) Penyehatan air
  - c) Penyehatan tempat pencucian
  - d) Penanganan sampah dan limbah
  - e) Pengendalian serangga dan tikus
  - f) Sterilisasi/ desinfeksi
  - g) Perlindungan radiasi
  - h) Upaya penyuluhan kesehatan lingkungan
- e. Pembinaan dan pengawasan perlengkapan keselamatan kerja
- a) Pembuatan rambu – rambu arah dan tanda – tanda keselamatan
  - b) Penyediaan peralatan keselamatan kerja dan alat pelindung diri (APD)
  - c) Membuat SOP peralatan keselamatan kerja dan APD
  - d) Melakukan pembinaan dan pemantauan terhadap keputusan penggunaan peralatan keselamatan dan APD
- f. Pelatihan/penyuluhan keselamatan kerja untuk semua pekerja
- a) Sosialisasi dan penyuluhan keselamatan kerja bagi seluruh SDM Rumah Sakit
  - b) Melaksanakan pelatihan dan sertifikasi K3 RS kepada petugas K3 RS
- g. Merekomendasikan/masukan mengenai perencanaan, pembuatan tempat kerja dan pemilihan alat serta pengadaannya terkait keselamatan/ keamanan
- a) Melibatkan petugas K3 RS di dalam perencanaan, desain pembuatan tempat kerja dan pemilihan serta pengadaan sarana, prasarana dan peralatan keselamatan kerja
  - b) Mengevaluasi dan mendokumentasikan kondisi sarana, prasarana dan peralatan keselamatan kerja dan membuat rekomendasi sesuai dengan persyaratan yang berlaku dan standar keamanan dan keselamatan.
- h. Membuat sistem pelaporan kejadian dan tindak lanjutnya
- a) Membuat alur pelaporan kejadian nyaris celaka dan celaka

- b) Membuat SOP pelaporan, penanganan dan tindak lanjut kejadian nyaris celaka dan celaka.
- i. Pembinaan dan pengawasan Manajemen Sistem Penanggulangan Kebakaran (MSPK)
  - a) Manajemen menyediakan sarana dan prasarana pencegahan dan penanggulangan kebakaran
  - b) Membentuk tim penanggulangan kebakaran
  - c) Membuat SOP
  - d) Melakukan sosialisasi dan pelatihan pencegahan dan penanggulangan kebakaran
  - e) Melakukan audit internal terhadap sistem pencegahan dan penanggulangan kebakaran.
- j. Membuat evaluasi, pencatatan, dan pelaporan kegiatan pelayanan keselamatan kerja yang disampaikan kepada Direktur utama Rumah Sakit dan Unit teknis terkait di wilayah kerja Rumah Sakit

### **Tujuan**

1. Petugas kesehatan didalam menjalankan tugas dan kewajibannya dapat melindungi diri sendiri, pasien dan masyarakat dari penyebaran infeksi.
2. Petugas kesehatan didalam menjalankan tugas dan kewajibannya mempunyai resiko tinggi terinfeksi penyakit menular dilingkungan tempat kerjanya, untuk menghindarkan paparan tersebut, setiap petugas harus menerapkan prinsip "Universal Precaution".

### **Tindakan yang beresiko terpajan**

- Cuci tangan yang kurang benar.
- Penggunaan sarung tangan yang kurang tepat.
- Penutupan kembali jarum suntik secara tidak aman.
- Pembuangan peralatan tajam secara tidak aman.
- Tehnik dekontaminasi dan sterilisasi peralatan kurang tepat.
- Praktek kebersihan ruangan yang belum memadai.

## **Prinsip Keselamatan Kerja**

Prinsip utama prosedur Universal Precaution dalam kaitan keselamatan kerja adalah menjaga higiene sanitasi individu, higiene sanitasi ruangan dan sterilisasi peralatan. Ketiga prinsip tersebut dijabarkan menjadi 5 (lima) kegiatan pokok yaitu :

1. Cuci tangan guna mencegah infeksi silang
2. Pemakaian alat pelindung diantaranya pemakaian sarung tangan guna mencegah kontak dengan darah serta cairan infeksi yang lain.
3. Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai
4. Pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah perlukaan
5. Pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan.

Komite Mutu berperan dalam keselamatan kerja baik bagi anggota Komite Mutu maupun bagi staf rumah sakit secara keseluruhan. Bagi staf rumah sakit secara keseluruhan, Komite Mutu melakukan kegiatan keselamatan kerja melalui program manajemen risiko yang didalamnya meliputi **identifikasi risiko, penanganan risiko, serta monitoring dan evaluasi hasil tindak lanjut manajemen risiko**. Untuk keselamatan kerja bagi anggota Komite Mutu dilakukan dengan cara:

1. Penempatan alat seperti perangkat komputer dan kursi memperhatikan posisi ergonomis.
2. Pencahayaan yang cukup
3. Ventilasi ruangan cukup
4. Gambar denah ruangan dan jalur evakuasi

## **BAB VIII**

### **PENGENDALIAN MUTU**

Prinsip dasar upaya peningkatan mutu Komite Mutu adalah pemilihan aspek yang akan ditingkatkan dengan menetapkan indikator, kriteria serta standar yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan Rumah Sakit, yaitu:

#### **Definisi Indikator**

Adalah ukuran atau cara mengukur sehingga menunjukkan suatu indikasi. Indikator merupakan suatu variable yang digunakan untuk bias melihat perubahan. Indikator yang baik adalah yang sensitive tapi juga spesifik.

#### **Kriteria:**

Adalah spesifikasi dari indikator.

#### **Standar:**

1. Tingkat performance atau keadaan yang dapat diterima oleh seseorang yang berwenang dalam situasi tersebut, atau oleh mereka yang bertanggung jawab untuk mempertahankan tingkat performance atau kondisi tersebut
2. Suatu norma atau persetujuan mengenai keadaan atau prestasi yang sangat baik
3. Sesuatu ukuran atau patokan untuk mengukur kuantitas, berat, nilai atau mutu.

Dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan maka harus memperhatikan prinsip dasar sebagai berikut:

1. Aspek yang dipilih untuk ditingkatkan :
  - a. Keprofesian
  - b. Efisiensi
  - c. Keamanan pasien
  - d. Kepuasan pasien
  - e. Sarana dan lingkungan fisik
2. Indikator yang dipilih

- a. Indikator lebih diutamakan untuk menilai output daripada input dan proses
- b. Bersifat umum, yaitu lebih baik indikator untuk situasi dan kelompok daripada untuk perorangan
- c. Dapat digunakan untuk membandingkan antar daerah dan antar rumah sakit
- d. Dapat mendorong intervensi sejak tahap awal pada aspek yang dipilih untuk dimonitor
- e. Didasarkan pada data yang ada

3. Kriteria yang digunakan

Kriteria yang digunakan harus dapat diukur dan dihitung untuk dapat menilai indikator, sehingga dapat sebagai batas yang memisahkan antara mutu baik dan mutu buruk

4. Standar yang digunakan

- a. Acuan dari berbagai sumber
- b. Berdasarkan trend menuju kebenaran

5. Indikator Kinerja Unit

Ukuran atau cara mengukur sehingga menggambarkan performa unit kerja.

Ketidakpatuhan Monitoring Tindaklanjut PDSA Indikator dan Insiden kejadian tidak patuh monitoring tindaklanjut PDSA bulanan ke unit yang tdk tercapai target

jumlah seluruh kejadian dari seluruh unit yang tidak tercapai target

Profil Indikator Mutu

a. Judul indikator	Ketidakpatuhan monitoring TL PDSA indikator dan insiden
b. Dasar pemikiran	Untuk mengetahui terlaksananya tindaklanjut di unit kerja dan identifikasi masalah dari tindaklanjut
c. Dimensi mutu	Efektifitas
d. Tujuan	Untuk memastikan tindaklanjut dijalankan sesuai dengan perencanaan PDSA
e. Definisi operasional	Ketidakpatuhan monitoring tindaklanjut PDSA indikator mutu dan insiden adalah Ketidakpatuhan monitoring setiap bulan

	hasil PDSA yang dilakukan oleh unit-unit kerja terkait
f. Jenis indikator	Indikator proses
g. Numerator	kejadian tidak patuh monitoring tindaklanjut PDSA bulanan ke .unit yang tdk tercapai target
h. Denominator	jumlah seluruh kejadian dari seluruh unit yang tidak tercapai target
i. Target pencapaian	0%
a. Kriteria inklusi dan eksklusi	PDSA indikator dan insiden
b. Formula	kejadian tidak patuh monitoring tindaklanjut PDSA bulanan ke .unit yang tdk tercapai target/jumlah seluruh kejadian dari seluruh unit yang tidak tercapai target x 100%
c. Sumber Data	PDSA indikator dan insiden
d. Frekuensi pengumpulan data	Bulanan
e. Periode analisis	triwulan
f. Cara Pengumpulan data	sensus harian
g. Sampel	total sampling
h. Rencana analisis	analisis persentase
i. Instrumen pengambilan data	Form monitoring tindak lanjut
j. Penanggungjawab	Ketua Komite Mutu

## **BAB IX**

### **PENUTUP**

Pedoman Kerja Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien ini kami susun agar dapat digunakan sebagai acuan staf Komite Mutu dalam merencanakan, melaksanakan, monitoring dan evaluasi dan pengawasan capaian program kerja peningkatan mutu dan Keselamatan pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin. Program Komite Mutu, merupakan kegiatan peningkatan mutu yang berjalan secara berkesinambungan dan berkelanjutan. Pedoman Kerja Komite Mutu ini akan direview secara berkala paling lambat 3 (tiga) tahun sekali.

Namun demikian upaya – upaya ini akan lebih berhasil jika didukung oleh pimpinan rumah sakit dan kerja sama yang baik dari seluruh unit kerja di rumah sakit Unhas.

Ditetapkan di Makassar  
Pada tanggal 9 Januari 2023

DIREKTUR UTAMA  
RUMAH SAKIT UNHAS,



ANDI MUHAMMAD ICHSAN