



PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR 64/UN4.24.0/2023
TENTANG
PEDOMAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
DIREKTUR RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

- Menimbang : 1. Bahwa untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan Rumah Sakit Unhas, maka diperlukan pengaturan tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RS Unhas
2. Bahwa untuk memberikan acuan bagi rumah sakit dalam memberikan pelayanan bermutu dan berfokus keselamatan pasien di RS Unhas, diperlukan adanya peraturan direktur tentang pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien di Rumah Sakit Unhas
3. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin 1 dan poin 2, maka dipandang perlu ditetapkan peraturan Direktur tentang Peningkatan Mutu dan keselamatan pasien.
- Mengingat : 1. Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 ayat (1) yang menerangkan bahwa Setiap Orang Berhak Memperoleh Pelayanan Kesehatan, dan pasal 34 ayat (3) yang menerangkan bahwa negara bertanggungjawab atas Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Umum yang Layak.
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang praktik Kedokteran (Lembaga Negara RI Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4431)
3. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
4. UU No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
5. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal
7. Permenkes RI No. 004 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit
8. Permenkes RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
9. Kepmenkes RI Tahun 2010 tentang Pusat Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan
10. Keputusan Menteri Kesehatan No.1204/ Menkes/ SK/ X/ 2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.
11. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit,

- Tahun 2012, Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI
12. Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Tahun 1998, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI
 13. Indikator Kinerja Rumah Sakit, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI Tahun 2005
 14. Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin No. 28261/UN4.1/ OT.04/ 2017 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

Memutuskan

Menetapkan : Peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tentang Pedoman Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien

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 indikator 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 indikator 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 indikator 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 PMKP 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 di 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 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 melaporkan hasil kegiatannya kepada Direktur Utama RS Unhas, rector/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 perundang-undangan.
7. Rumah sakit berkontribusi terhadap keamanan database eksternal dengan menjamin keamanan dan kerahasiaan data yang dikumpulkan dan benchmark data

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 manajer/divisi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi termasuk profil indikator mutu
5. Berdasar atas prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator prioritas Sasaran Keselamatan
6. Berdasar atas prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator pelayanan klinis prioritas.
7. Berdasar atas prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator tujuan strategis RS (KPI)
8. Berdasar atas prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator terkait perbaikan sistem
9. Berdasar atas prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator terkait manajemen risiko
10. Berdasar atas prioritas tersebut ditetapkan pengukuran mutu menggunakan indikator terkait penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran

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 indikator unit kerja atau unit pelayanan
4. Pengukuran mutu prioritas rumah sakit tersebut dilakukan menggunakan indikator-indikator mutu sebagai berikut:
 - a. Indikator Sasaran Keselamatan
 - b. Indikator pelayanan klinis prioritas
 - c. Indikator tujuan strategis RS (KPI)
 - d. Indikator terkait perbaikan sistem
 - e. Indikator terkait manajemen risiko
 - f. Indikator terkait penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran
5. 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.
6. Setiap indikator yang ditetapkan dilengkapi dengan profil indikator mutu
7. 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. Denominator (penyebut)
 - j. Target pencapaian
 - k. Kriteria inklusi dan eksklusi
 - l. Formula
 - m. Metode Pengumpulan Data
 - n. Sumber Data
 - o. Periode analisis
 - p. Instrumen pengambilan data
 - q. Besar Sampel
 - r. Cara Pengambilan Sampel
 - s. Periode Pengumpulan Data
 - t. Penyajian Data
 - u. Periode Analisis dan Pelaporan Data
 - v. Penanggung jawab
8. 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 standarisasi 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 indicator 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.

Ditetapkan di Makassar
pada tanggal 9 Januari 2023

DIREKTUR UTAMA



Andi Muhammad Ichsan
NIP. 197002122008011013

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH
SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN
NOMOR
TENTANG PEDOMAN PENINGKATAN
MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan sebenarnya bukanlah hal yang baru. Di Amerika Serikat, upaya peningkatan mutu pelayanan medik dimulai oleh ahli bedah Dr. E.A.Codman dari Boston dalam tahun 1917 yang pertama kali berusaha mengidentifikasi masalah klinis, dan kemudian mencari jalan keluarnya. Hal ini terus berkembang sampai pada tahun 1951 American College of Surgeon, American College of Physicians, American Hospital Association bekerjasama membentuk suatu Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH) suatu badan gabungan untuk menilai dan mengakreditasi Rumah Sakit. Standar yang digunakan kemudian dikembangkan oleh negara lainnya. Indonesia mulai mensosialisasikan standar mutu pada tahun 2005.

Tujuan Pembangunan Kesehatan di Indonesia adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari Tujuan Nasional. Untuk itu perlu ditingkatkan upaya guna memperluas dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mutu yang baik, biaya yang terjangkau dan aman. Selain seiring dengan perkembangan teknologi dan membaiknya keadaan social ekonomi masyarakat maka tuntutan yang lebih bermutu semakin tinggi. Oleh karena itu, pelayanan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin perlu ditingkatkan agar lebih efektif, efisien dan memberi kepuasan kepada pasien, keluarga maupun masyarakat.

Agar upaya peningkatan mutu pelayanan RS Universitas Hasanuddin dapat seperti yang diharapkan maka perlu disusun Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan RS Unhas. Panduan ini sebagai acuan bagi staf RS Universitas Hasanuddin dalam melaksanakan upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit. Dalam pedoman ini diuraikan tentang perencanaan, pelaksanaannya dan pengawasan dengan indikator mutu.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Agar tersedianya acuan atau panduan bagi rumah sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit secara efektif dan efisien

- b. Meningkatkan upaya monitoring dan evaluasi terkait mutu dan keselamatan pasien secara berkesinambungan
- c. Tercapainya perbaikan sistem monitoring pelayanan rumah sakit melalui indikator mutu pelayanan.

C. Ruang lingkup

Ruang lingkup pedoman PMKP sebagai acuan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan pengawasan terhadap capaian indikator mutu input, proses, output dan outcome di seluruh unit pelayanan dan unit kerja di RS Unhas baik indikator mutu klinis, indikator mutu manajerial dan indikator mutu sasaran keselamatan pasien

D. Definisi

1. Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan
Adalah keseluruhan upaya dan kegiatan yang terintegrasi dan berkesinambungan yang menyangkut input, proses dan *output* secara objektif, sistematis dan berlanjut memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, dan memecahkan masalah pelayanan
2. Indikator mutu
Indikator mutu rumah sakit adalah alat ukur untuk menilai capaian indikator klinik, manajerial dan sasaran keselamatan pasien yang berorientasi pada perubahan efektifitas (*effectiveness*), efisiensi (*efficiency*), keselamatan (*safety*) dan kelayakan (*appropriateness*). Indikator yang baik adalah yang sensitif tapi juga spesifik.
3. Analisis Akar Masalah (*root cause analysis*)
Adalah pendekatan pemecahan masalah merupakan suatu proses siklus (daur) yang berkesinambungan dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi pada masalah baik dari segi SDM, prosedur, fasilitas dan lingkungan.
4. Rencana Perbaikan
Adalah metode untuk menyusun PDSA (rencana, pelaksanaan, pengamatan dan tindakan perbaikan) untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan
5. Standar mutu adalah Sesuatu ukuran atau patokan untuk mengukur kuantitas, berat, nilai atau mutu yang dapat diterima oleh seseorang.

BAB II

TATA LAKSANA PENINGKATAN MUTU PELAYANAN

A. SISTEM MANAJEMEN DATA

Rumah sakit Unhas melakukan pengumpulan data dan informasi menggunakan aplikasi SISMADAK <http://192.168.69.28/sismadak/> untuk pelaporan mutu dan insiden keselamatan pasien yang dilaporkan melalui laman www.rs.unhas.ac.id/mutu secara menyeluruh dan juga didukung dengan aplikasi SIMPEL dalam asuhan pasien, manajemen rumah sakit, pengkajian praktik profesional. pelayanan klinis untuk memudahkan pengelolaan data dari seluruh unit kerja seperti yang tertuang dalam Pedoman Pengelolaan Data dan Informasi RS.

Hasil analisa data dan tindaklanjut ini dilaporkan ke Direktur Utama dan Dewas/Rektor dan juga kepada badan di luar rumah sakit seperti Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. Untuk menjamin keamanan data base maka telah ada sistem back-up date yang secara otomatis menyimpan data di bank data Rektorat Unhas Jika terkait data Sismadak dan data SIMPEL di RS Wahidin Sudirohusodo untuk menjamin keamanan data. Untuk menjamin kerahadiaan data, maka diberikan hak akses yang berbeda-beda antara penanggungjawab data di unit kerja, staf mutu yang merekap data, staf mutu yang menginput indikator dan profil indikator mutu serta admin yang mengatur secara keseluruhan teknis pengelolaan data.

B. PELATIHAN PMKP

Rumah sakit Unhas memiliki program pelatihan wajib bagi seluruh Pimpinan RS termasuk komite medis dan komite keperawatan telah mengikuti pelatihan PMKP, staf RS, peserta didik dan staf magang serta penanggungjawab data anantara lain materi PMKP dan manajemen risiko yang dibawakan oleh narasumber yang telah terlatih dan mengikuti pelatihan PMKP dari KARS. Hasil pelatihan ini terimplementasi dalam kegiatan harian dengan penginputan data harian capaian indikator mutu RS dari seluruh unit kerja sehingga trends data dapat dianalisis setiap saat yang akhirnya memudahkan untuk memberikan informasi dalam pengambilan keputusan bagi para pimpinan dalam mengalokasikan sumber daya dan manajemen rumah sakit.

C. PEMILIHAN AREA PRIORITAS

Komite Mutu memfasilitasi proses pemilihan dan penetapan indikator mutu pelayanan klinis prioritas yaitu indicator area klinis, area manajerial dan area sasaran keselamatan pasien dengan menggunakan metode USG (*urgency, seriousness dan growth*) yang akan dievaluasi, dengan melakukan koordinasi dan melibatkan para kepala bidang/divisi dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi termasuk profil indikator mutu dan mengintegrasikan kegiatan pengukuran mutu harian dengan seluruh unit pelayanan dan menganalisa akar masalah (RCA) serta menyusun tindak lanjut (PDSA) samapai pelaporannya ke pimpinan RS dan instansi eksternal. Komite Mutu melaksanakan supervisi terhadap progres pengumpulan data sesuai dengan yang direncanakan.

D. PENGUKURAN MUTU

Rumah Unhas melakukan pengukuran mutu yang telah dipilih dan ditetapkan berdasarkan metode USG (*urgency, seriousness dan growth*) dengan data yang berasal dari unit kerja. Indikator mutu yang dikur antara lain indikaor mutu pelayanan klinis prioritas, mutu unit, mutu program nasional, mutu kontrak, mutu nasional/wajib dan mutu pelayanan RS. Indikator mutu unit dan indicator mutu pelayanan RS terbagi atas Indikator mutu area klinis (IAK) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area pelayanan, Indikator mutu area manajemen (IAM) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area manajemen dan indikator mutu Sasaran Keselamatan Pasien yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan. Pengukuran mutu tersebut dilengkapi dengan profil indikator mutu.

Komite Mutu bersama Pimpinan unit kerja melakukan supervisi terhadap proses pengumpulan data, analisis dan tindak lanjut serta pelaporan dan perbaikan mutu berdasar atas hasil capaian indikator mutu dari unit kerja. Hasil pelaporan disupervisi oleh Komite Mutu bersama direktur utama dalam proses pengumpulan dan analisis data.

E. EVALUASI PELAYANAN KEDOKTERAN

Rumah sakit Unhas dalam hal ini Komite Medik melakukan evaluasi pelayanan kedokteran sesuai indikator mutu pelayanan klinis prioritas yang telah ditetapkan oleh pimpnan RS. Kesepakatan untuk mengevaluasi 5 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 berkoordinasi dengan Ketua Kelompok Staf Medis sebagai panduan standardisasi proses asuhan klinis yang dimonitor oleh Komite Medik. Dalam proses pelaksanaannya, dilakukan audit medis/klinis pada panduan praktik klinis/alur klinis prioritas di tingkat rumah sakit tersebut.

Hasil evaluasi penerapan panduan/CP pada 5 (lima) panduan praktekk klinis, alur klinis atau protokol ini diharapkan dapat menunjukkan pengurangan variasi baik dari segi LOS, pemeriksaan penunjang dan penggunaan obat sebelum dibandingkan dengan setelah penerapan sehingga pelayanan RS dapat terstandarisasi dan menjamin keselamatan pasien.

F. ANALISIS DATA

Rumah sakit Unhas 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 indicator mutu nasional (wajib) ke Dinas Kesehatan Provinsi dan melakukan benchmark data dengan RS yang sejenis

Analisis data telah dilakukan dengan melakukan analisis akar masalah antara lain dengan metode fish bone dan perencanaan tindak lanjut dengan PDSA.

A. TATA LAKSANA ANALISIS AKAR MASALAH

1. Mengidentifikasi insiden yang akan diinvestigasi

Setelah seluruh data dipetakan, mulailah kita masuk ke tahap awal analisa masalah, yaitu dengan mengidentifikasinya. Identifikasi masalah

ini sangat penting, dan hanya dapat dilakukan oleh orang yang memahami proses yang standard (yang seharusnya terjadi). Caranya adalah dengan meneliti seluruh urutan informasi untuk mencari tahu apakah kejadian-kejadian tersebut terjadi sudah sesuai dengan seharusnya atau tidak.

Untuk memastikan hal ini, diperlukan berbagai dokumen seperti: Kebijakan dan prosedur internal organisasi, peraturan atau perundang-undangan, standard mutu, referensi ilmiah terkini, dan lain-lain. Jika ditemukan ketidaksesuaian dengan kebijakan, prosedur, standard, referensi ilmiah terkini, itulah yang disebut sebagai masalah. Setelah masalah teridentifikasi, barulah kita lakukan prioritas masalah. Masalah-masalah kecil yang tidak penting dan tidak berpengaruh besar pada terjadinya insiden kita singkirkan, dan kita focus pada masalah-masalah utama.

- a. Alasan suatu insiden untuk diinvestigasi secara detil :
 - 1) Masalah serius atau membahayakan pasien dan RS
 - 2) Masalah potensial untuk pembelajaran dalam unit atau organisasi lebih luas
- b. RCA wajib dilakukan pada keadaan :
 - 1) Semua kematian yang tidak diharapkan
 - 2) Semua insiden yang diduga mengakibatkan cedera permanen, kehilangan fungsi atau kehilangan bagian tubuh
- c. Batasi masalah yang akan diinvestigasi :

Bagian mana dalam proses pelayanan yang akan diteliti tergantung kondisi pasien, kapan dan dimana insiden terjadi.

Mis. Insiden perdarahan post operasi pasien meninggal 2 minggu kemudian.

Maka Investigasi difokuskan pada :

 - 1) *Persiapan operasi*
 - 2) *Durante operasi*
 - 3) *Pengawasan pasca operasi*

2. Menentukan Tim Investigator

Hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan Tim Investigasi adalah :

- a. Diperlukan orang yang expert untuk melakukan investigasi suatu insiden serius (terlatit RCA).
- b. Idealnya Tim terdiri dari 3-4 orang.
- c. Penting mengidentifikasi anggota Tim dengan keterampilan berbeda dan komit terhadap waktu investigasi.
- d. Tim ideal untuk investigasi insiden serius (sentinel event) dapat terdiri dari :
 - 1) Staf yang *expert* dalam investigasi insiden dan analisis
 - 2) *External expert* yang tidak berlatar belakang medis
 - 3) *Senior Management Expert* (Direktur Medis & Keperawatan)
 - 4) *Senior Clinical Expert* (Konsulen Senior)
 - 5) Staf yang mengetahui unit/instalasi dengan baik walau tidak terlibat langsung dengan insiden.

Tugas Tim Investigator adalah :

- a. Mengkaji ulang laporan kasus insiden
- b. Mencatat ringkasan kejadian secara kronologis & identifikasi masalah/ CMP (Care Management Problem)
- c. Mencatat staf yang terlibat
- d. Menentukan siapa yang akan diinterview

Terdapat Lima komponen dalam investigasi

- a. Mengumpulkan bukti-bukti kejadian (insiden)
- b. Melibatkan seluruh petugas rumah sakit
- c. Perbandingan antara kejadian dan SOP yang telah ditetapkan
- d. Menggambarkan rencana perbaikan
- e. Mengkomunikasikan temuan kepada seluruh staf terkait dan merekomendasikan kepada pimpinan RS.

3. Mengumpulkan Data dan Informasi

a. Observasi Langsung :

Lakukan kunjungan langsung ke lokasi insiden untuk mengetahui keadaan, posisi dan hal-hal yang berhubungan dengan insiden

b. Dokumentasi :

Untuk mengetahui apa yang terjadi sesuai data, observasi dan inspeksi, kumpulkan dokumen-dokumen :

- 1) Semua catatan Medis dan Keperawatan
- 2) Hasil Pemeriksaan Penunjang
- 3) Form Insiden Report (diisi lengkap)
- 4) Jadwal jaga dokter dan perawat
- 5) SOP & SPM
- 6) Clinical Pathways
- 7) Alur Pelayanan & tata ruang bangsal

Tujuan pengumpulan informasi pada tahap ini :

- 1) Mengamankan informasi untuk memastikan dapat digunakan selama investigasi dan jika kasus disidangkan di pengadilan.
- 2) Identifikasi kebijakan dan prosedur yang relevan
- 3) Menggambarkan insiden secara akurat
- 4) Mengorganisir informasi
- 5) Memberikan petunjuk kepada Tim Investigasi

c. Interview

- 1) Untuk mengetahui kejadian secara langsung untuk pengecekan pada hasil observasi dan data dokumentasi, dilakukan interview terhadap staf yang terlibat insiden maupun pimpinan unit tempat kejadian.
- 2) Interview tidak perlu diarahkan tetapi didengarkan fakta yang terungkap.
- 3) Informasi yang didapatkan dari pihak ketiga tidak boleh dicatat sebagai hasil interview.

4. Memetakan Informasi Kronologi Kejadian

Setelah seluruh data terkumpul, insiden yang terjadi direkonstruksi dengan menggunakan data-data yang tersedia. Seluruh data disusun menurut urutan kejadiannya. Ada beberapa alat yang dapat dipakai untuk memetakan urutan kejadian ini, misalnya :

a. *Narrative Chronology*

- 1) Suatu penulisan cerita apa yang terjadi berdasarkan tanggal dan jam, dibangun berdasarkan kumpulan data saat investigasi yang kemudian dipadatkan dalam suatu cerita.
- 2) Kronologis kejadian dipaparkan dengan narasi secara detil dan lengkap (Apa-Siapa-Kapan-Dimana-Mengapa)
- 3) Kronologi kejadian ini sangat berguna pada laporan akhir insiden

b. *Timeline*

Metode untuk menelusuri rantai insiden secara kronologis yang memungkinkan investigator untuk menentukan bagian dalam proses di mana masalah terjadi.

c. *Tabular Timeline*

- 1) Merupakan pengembangan Timeline yang berisi 3 data dasar: tanggal, Jam, Cerita Kejadian Asal dan dilengkapi 3 data lain yaitu: informasi tambahan, praktek yang baik dan masalah. CMP (*Care Management Problem*)
- 2) Metode ini digunakan pada tiap insiden dan berguna pada kejadian yang berlangsung lama
- 3) Membantu pemeriksaan dengan memetakan kronologi dalam diagram sehingga mudah dibaca.
- 4) Memudahkan identifikasi kekurangan secara cepat.
- 5) Tambahan informasi dapat dimasukkan tanpa perlu merubah format.

FORM TABULAR TIMELINE

WAKTU/KEJADIAN						
KEJADIAN						
INFORMASI TAMBAHAN						
GOOD PRACTICE						
MASALAH PELAYANAN						

d. *Time Person Grids*

- 1) Alat pemetaan tabular yang dapat membantu pencatatan pergerakan orang (Staf, Dokter, Perawat, Penunjang, Pasien, dan lain-lain) sebelum dan sesudah kejadian.
- 2) Membantu investigator mengetahui keberadaan seseorang pada saat kejadian.
- 3) Memungkinkan untuk melacak gerak / kehadiran orang sebelum dan sesudah insiden.
- 4) Digunakan jika dalam suatu insiden melibatkan banyak orang dan investigator ingin memastikan keberadaan mereka.
- 5) Berguna pada keadaan jangka pendek
- 6) Dapat dipakai untuk mengetahui kerangka waktu spesifik yang lebih detail.

FORM TIMEPERSON GRID

WAKTU/STAF YANG TERLIBAT										

5. Mengidentifikasi CMP (*Care Management Problem*)

- a. Masalah yang terjadi dalam pelayanan baik itu melakukan tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya. Suatu insiden bias terdiri dari beberapa CMP.
- b. Identifikasi CMP untuk mengetahui serangkaian kejadian yang mengakibatkan insiden.

Prinsip dasar CMP adalah :

- 1) Pelayanan yang menyimpang dari standar pelayanan yang ditetapkan
- 2) Penyimpangan memberikan dampak langsung atau tak langsung pada adverse event.

a) *Adverse event* yang berdampak pada pasien baik langsung/ tidak langsung,

Misalnya :

- Kegagalan dalam observasi / tindakan
- Penanganan yang tidak tepat
- Tidak mencari bantuan saat dibutuhkan
- Tidak mengikuti SOP
- Kesalahan memberikan pengobatan

b) Beberapa teknik/ instrument untuk mengungkapkan CMP (*Brainstorming, Brainwriting, NGT*).

FORM MASALAH / CARE MANAGEMENT PROBLEM (CMP)

Masalah	Instrument/ Tools
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

6. Menganalisis Informasi

a. Metode 5 Why's

- 1) Dikenal juga sebagai "*Why-Why Chart*" (Ammerman, 1988) lebih difokuskan pada pendalaman RCA sehingga investigator dapat mencari penyebab insiden patient safety lebih mendalam.
- 2) 5 *why* dilakukan dengan cara bertanya "*Why*" sampai 5 kali terhadap suatu masalah sampai tidak ada jawaban lagi yang dapat dikemukakan. Namun, 5 *Why* mempunyai kelemahan mendasar, yaitu bentuk pertanyaannya sangat terbuka dan tidak terarah. Sehingga, hasilnya sangat tergantung pada latar belakang penanya dan yang ditanya. Boleh jadi, untuk satu masalah yang sama tapi dilakukan oleh dua orang yang berbeda, akan didapatkan hasil yang berbeda.
- 3) Karena 5 *Why* mempunyai kelemahan mendasar, maka yang dianjurkan adalah menganalisa masalah menggunakan diagram tulang ikan. Diagram tulang ikan dirancang untuk mencari faktor yang berperan dengan terarah. Untuk memudahkan mencari faktor yang berperan pada diagram tulang ikan, dapat digunakan pertanyaan triase faktor yang berperan. Pertanyaan triase tersebut dapat anda lihat [disini](#) (halaman 8). Anda juga dapat mencari

faktor yang berperan dengan menggunakan alat bantu table contributing faktor yang dikeluarkan oleh NPSA.

FORM TEKNIK (5) MENGAPA

MASALAH	
Mengapa	

Hasil dari analisa ini adalah didapatkannya faktor yang berperan terhadap insiden tersebut. Untuk setiap faktor yang berperan, dilakukan prosedur pertanyaan “5 Why” sampai tidak ada jawaban lagi yang dapat dikemukakan. Jawaban terakhir itulah yang biasanya merupakan akar masalah.

b. Analisis Perubahan (Change Analysis)

- 1) Digunakan untuk menganalisa proses yang tidak bekerja sesuai rencana
- 2) Metode sederhana ini membantu membandingkan proses yang berjalan efektif atau gagal : analisis komparativ, apa yang berubah sehingga menimbulkan kejadian dan mencari dampak dari perubahan (potensi dan actual)
- 3) Metode ini digunakan bila suatu system/tugas yang awalnya berjalan efektif kemudian terjadi kegagalan atau terdapat sesuatu yang menyebabkan perubahan situasi
- 4) Juga digunakan untuk mencurigai suatu perubahan yang menyebabkan ketidaksesuaian tindakan atau kerusakan alat.

FORM ANALISIS PERUBAHAN

PROSEDUR YANG NORMAL (SOP)	PROSEDUR YANG DILAKUKAN SAAT INSIDEN	APAKAH TERDAPAT BUKTI PERUBAHAN DALAM PROSES

- 5) Pelajari prosedur normal : apa yang seharusnya dilakukan (Kolom 1)
- 6) Petakan alur insiden yang terjadi dan bandingkan dengan Langkah 1 (Kolom 2)
- 7) Bandingkan 2 proses, apakah ada perbedaan? Apa sebagai masalah C catat pada kolom yang telah disediakan (Kolom 3)
- 8) Catat akar masalah untuk perbaikan yang akan dimasukkan dalam Rekomendasi.

c. Analisis Penghalang (Barrier Analysis)

- 1) Penghalang atau control untuk mencegah terjadinya bahaya
- 2) Metode ini didesain untuk mengidentifikasi:
 - a) Penghalang mana yang seharusnya untuk mencegah insiden?
 - b) Mengapa penghalang gagal?

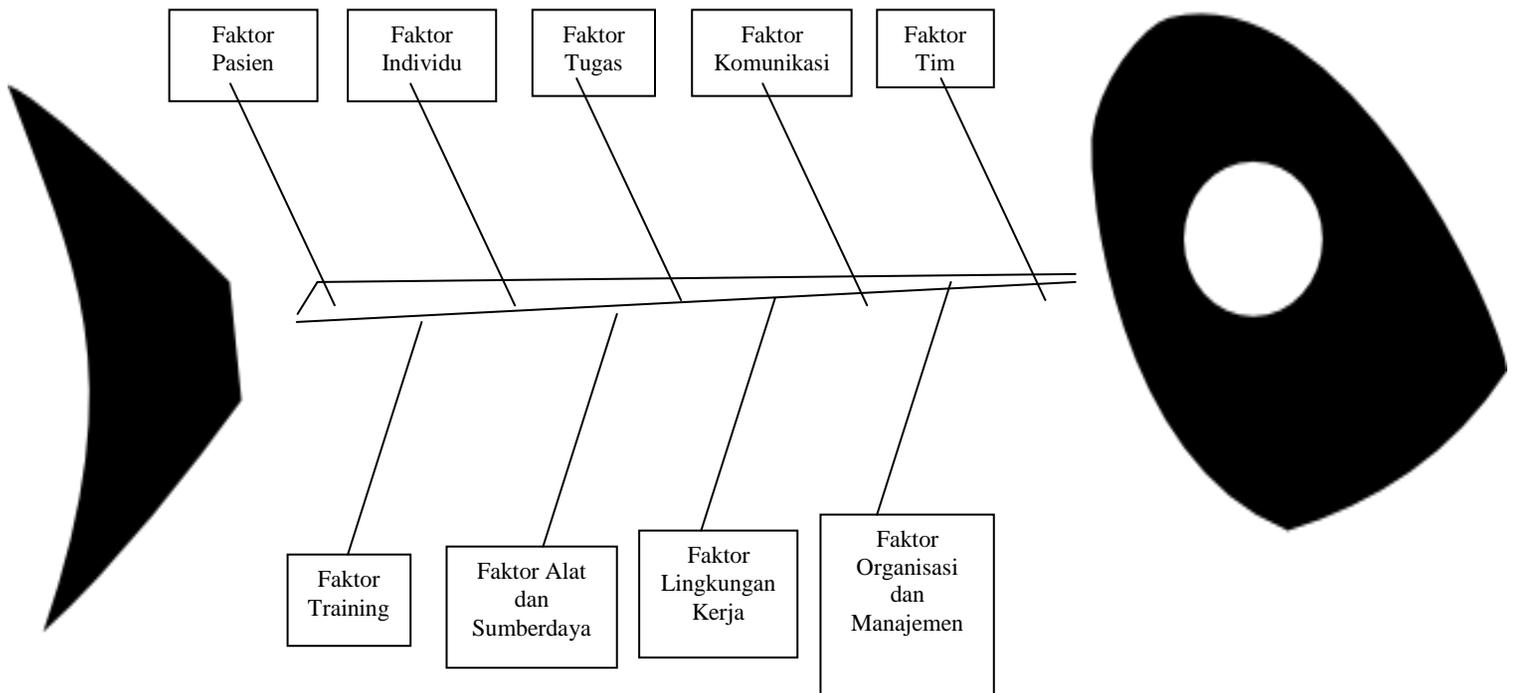
- c) Penghalang apa yang dapat digunakan untuk mencegah insiden terulang kembali.
- 3) Ada 4 tipe penghalang:
 - a) Penghalang Fisik
 - b) Penghalang Natural
 - c) Penghalang tindakan manusia
 - d) Penghalang Administrasi

FORM ANALISIS PENGHALANG

APA PENGHALANG PADA MASALAH INI?	APAKAH PENGHALANG DILAKUKAN?	MENGAPA PENGHALANG GAGAL? APA DAMPAKNYA?

- d. *Fish-Bone Analysis/ Analisis Tulang Ikan* (Faktor Kontribusi)
Tiap masalah pelayanan/ CMP (*Care Management Problem*) dapat berkaitan dengan beberapa faktor yang dapat memberikan dampak pada timbulnya insiden.
Berbagai metode dapat digunakan untuk mencatat faktor kontribusi yang berkaitan dengan CMP.

Fish Bone / Analisis Tulang Ikan



- e. Menyusun rekomendasi dan rencana kerja untuk improvement
- 1) Menyusun rekomendasi merupakan hal yang paling penting dari aktifitas RCA ini. Karena tanpa rekomendasi, masalah tidak dapat diselesaikan dan terus membebani organisasi. Ibarat berobat ke dokter, pasien tidak cukup diberi tahu tentang diagnosanya, tapi jauh lebih penting adalah diberi pengobatan yang tepat.
 - 2) Menyusun rekomendasi memerlukan pengetahuan dan pemahaman yang memadai tentang masalah yang sedang dihadapi. Disinilah arti penting dari anggota tim. Anggota tim RCA harus memiliki kompetensi dan kapasitas yang memadai untuk melakukan hal itu. Referensi yang dikumpulkan pada tahap mengumpulkan data di atas dapat dipakai untuk membantu proses ini.

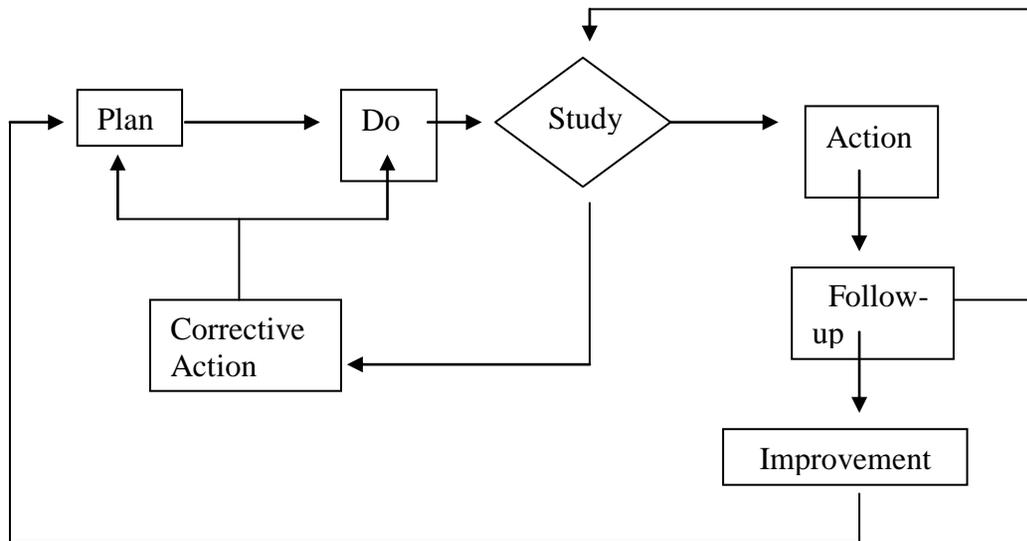
Faktor Kontributor	TINDAKAN	TINGKAT REKOMENDASI	TINGKAT REKOMENDASI	PENANGGUNG JAWAB	WAKTU	SUMBER DAYA YANG DIBUTUHKAN	BUKTI PENYELESAIAN	PARAF

B. TATA LAKSANA PDSA

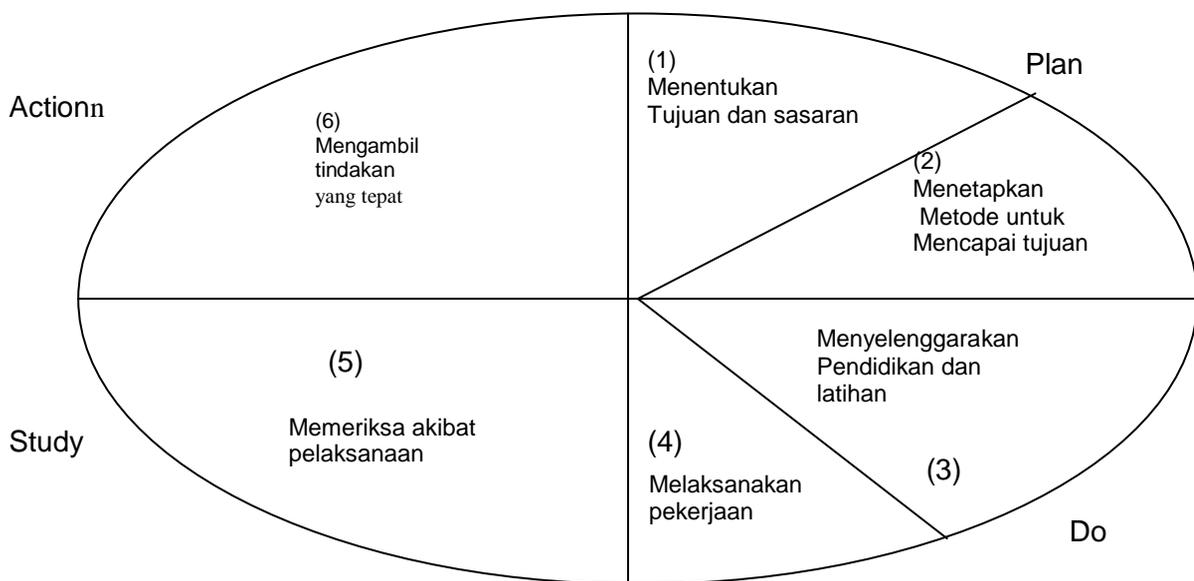
Upaya monitoring dan evaluasi mutu dan keselamatan pasien adalah proses kegiatan yang mengacu pada siklus kontrol (*control cycle*) dengan memutar siklus “*Plan-Do-Study-Action*” (*P-D-S-A*) untuk melakukan perbaikan secara terus menerus dan menciptakan kepuasan pasien.

Konsep RCA dan P-D-S-A merupakan panduan bagi setiap kepala instalasi atau kepala ruangan/PJ shift untuk melakukan proses perbaikan kualitas (*quality improvement*) secara terus menerus untuk menjadi input kembali dalam menyusun perencanaan di tahun berikutnya.

Hubungan kontrol mutu pelayanan dengan peningkatan perbaikan berdasarkan siklus P-D-S-A (*Relationship between Control and Improvement under P-D-S-A Cycle*) hanya dapat berfungsi jika sistem informasi berjalan dengan baik dan siklus tersebut dapat dijabarkan dalam enam langkah seperti diperlihatkan dalam gambar dibawah.



Gambar Hubungan P-D-C-A Cycle



Gambar Siklus PDSA

Keenam langkah P-D-S-A yang terdapat dalam gambar 4 di atas dapat dijelaskan sebagai berikut :

Langkah 1. Menentukan tujuan dan sasaran → Plan

Tujuan dan sasaran yang akan dicapai didasarkan pada kebijakan yang ditetapkan. Penetapan sasaran tersebut ditentukan oleh Kepala RS atau Kepala unit. Penetapan sasaran didasarkan pada data pendukung dan analisis informasi.

Sasaran ditetapkan secara konkret dalam bentuk angka, harus pula diungkapkan dengan maksud tertentu dan disebarkan kepada semua karyawan. Semakin rendah tingkat karyawan yang hendak dicapai oleh penyebaran kebijakan dan tujuan, semakin rinci informasi.

Langkah 2. Menentukan metode untuk mencapai tujuan → Plan

Penetapan tujuan dan sasaran dengan tepat belum tentu akan berhasil dicapai tanpa disertai metode yang tepat untuk mencapainya. Metode yang ditetapkan harus rasional, berlaku untuk semua karyawan dan tidak menyulitkan karyawan untuk menggunakannya. Oleh karena itu dalam menetapkan metode yang akan digunakan perlu pula diikuti dengan

penetapan standar kerja yang dapat diterima dan dimengerti oleh semua karyawan.

Langkah 3. Menyelenggarakan pendidikan dan latihan → Do

Metode untuk mencapai tujuan yang dibuat dalam bentuk standar kerja. Agar dapat dipahami oleh petugas terkait, dilakukan program pelatihan para karyawan untuk memahami standar kerja dan program yang ditetapkan.

Langkah 4. Melaksanakan pekerjaan →Do

Dalam pelaksanaan pekerjaan, selalu terkait dengan kondisi yang dihadapi dan standar kerja mungkin tidak dapat mengikuti kondisi yang selalu dapat berubah. Oleh karena itu, ketrampilan dan pengalaman para karyawan dapat dijadikan modal dasar untuk mengatasi masalah yang timbul dalam pelaksanaan pekerjaan karena ketidaksempurnaan standar kerja yang telah ditetapkan.

Langkah 5: Memeriksa akibat pelaksanaan →Study

Manajer atau atasan perlu memeriksa apakah pekerjaan dilaksanakan dengan baik atau tidak. Jika segala sesuatu telah sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dan mengikuti standar kerja, tidak berarti pemeriksaan dapat diabaikan. Hal yang harus disampaikan kepada karyawan adalah atas dasar apa pemeriksaan itu dilakukan. Agar dapat dibedakan manakah penyimpangan dan manakah yang bukan penyimpangan, maka kebijakan dasar, tujuan, metode (standar kerja) dan pendidikan harus dipahami dengan jelas baik oleh karyawan maupun oleh manajer. Untuk mengetahui penyimpangan, dapat dilihat dari akibat yang timbul dari pelaksanaan pekerjaan dan setelah itu dapat dilihat dari penyebabnya.

Langkah 6 : Mengambil tindakan yang tepat →Action

Pemeriksaan melalui akibat yang ditimbulkan bertujuan untuk menemukan penyimpangan. Jika penyimpangan telah ditemukan, maka penyebab timbulnya penyimpangan harus ditemukan untuk mengambil tindakan yang tepat agar tidak terulang lagi penyimpangan. Menyingkirkan faktor-faktor penyebab yang telah mengakibatkan penyimpangan merupakan konsepsi yang penting dalam pengendalian kualitas pelayanan.

Konsep PDSA dengan keenam langkah tersebut merupakan sistem yang efektif untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Untuk mencapai kualitas pelayanan yang akan dicapai diperlukan partisipasi semua karyawan, semua bagian dan semua proses. Partisipasi semua karyawan dalam pengawasan kualitas pelayanan diperlukan kesungguhan (*sincerety*), yaitu sikap yang menolak adanya tujuan yang semata-mata hanya berguna bagi diri sendiri atau menolak cara berfikir dan berbuat yang semata-mata bersifat pragmatis. Dalam sikap kesungguhan tersebut yang dipentingkan bukan hanya sasaran yang akan dicapai, melainkan juga cara bertindak seseorang untuk mencapai sasaran tersebut.

Partisipasi semua pihak dalam pengawasan kualitas pelayanan mencakup semua jenis kelompok karyawan yang secara bersama-sama merasa bertanggung jawab atas kualitas pelayanan dalam kelompoknya. Partisipasi semua proses dalam pengendalian kualitas pelayanan dimaksudkan adalah pengendalian tidak hanya terhadap *outcome*, tetapi terhadap hasil setiap proses. Proses pelayanan akan menghasilkan suatu pelayanan berkualitas tinggi, hanya mungkin dapat dicapai jika terdapat

pengendalian kualitas dalam setiap tahapan dari proses. Dimana dalam setiap tahapan proses dapat dijamin adanya keterpaduan, kerjasama yang baik antara kelompok karyawan dengan manajemen, sebagai tanggung jawab bersama untuk menghasilkan kualitas hasil kerja dari kelompok, sebagai mata rantai dari suatu proses.

Prinsip dasar upaya peningkatan mutu pelayanan adalah pemilihan aspek yang akan dinilai atau ditingkatkan dengan menetapkan indikator mutu, kriteria serta standar yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan

Dalam melaksanakan kegiatan 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 adalah indikator lebih banyak untuk menilai proses dan *outcome* daripada input.
 - a. Bersifat umum, yaitu dapat menggambarkan kinerja unit
 - b. Dapat digunakan untuk membandingkan dengan Rumah Sakit lain
 - c. Dapat mendorong intervensi sejak tahap awal pada aspek yang dipilih untuk dimonitor
 - d. Didasarkan pada data yang ada atau evidence based
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 tidak baik.
4. Standar yang digunakan
Standar yang digunakan ditetapkan berdasarkan:
 - a. Acuan dari berbagai sumber
 - b. *Benchmarking* dengan Rumah Sakit yang setara
 - c. Berdasarkan trend yang menuju kebaikan

Upaya peningkatan mutu RS Universitas Hasanuddin terinterintegrasi dengan Pedoman Keselamatan Pasien RS Universitas Hasanuddin dalam hal penerapan Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

1. Kepemimpinan dan Perencanaan
Pimpinan RS Universitas Hasanuddin dalam berperan aktif dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - a. Pimpinan bertanggung jawab atas mutu pelayanan RS Unhas.
 - b. Pimpinan bertanggung jawab atas keselamatan pasien RS Unhas.
 - c. Telah dibentuk Tim champion untuk menjadi 'penggerak' dalam hal mutu dan keselamatan pasien.
 - d. Mutu pelayanan dan keselamatan pasien menjadi prioritas agenda dalam rapat jajaran direksi maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit.
 - e. Pimpinan melalui panitia mutu dan keselamatan pasien membuat perencanaan dan pelaksanaan program kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Tugas dan program kerja panitia mutu dan keselamatan pasien secara lengkap dijabarkan dalam Pedoman Panitia Mutu dan Keselamatan Pasien.
 - f. Pimpinan mendukung peningkatan kompetensi sumber daya manusia di RS Universitas Hasanuddin melalui pelatihan yang disesuaikan.

- g. Pimpinan memonitor kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien melalui laporan dari panitia peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- h. Pimpinan RS, dalam hal ini Direktur, melaporkan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien setiap 3 bulan (dalam rapat evaluasi triwulan) dan setiap akhir tahun (dalam laporan tahunan).

2. Manajemen Proses Klinik

Salah satu fokus kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RS Universitas Hasanuddin adalah untuk mengurangi risiko dalam proses asuhan klinis.

- a. Ditetapkan standar asuhan klinis melalui panduan praktik klinik dan atau clinical pathway.
- b. Panduan praktik klinik dan atau clinical pathway dikembangkan sesuai dengan kebutuhan RS Unhad
- c. Panduan praktik klinik dan atau clinical pathway tersebut di review setiap tahun dan dilakukan perbaikan apabila perlu.
- d. Melakukan audit medik minimal 1 kali setahun untuk melihat kepatuhan dan adanya perbaikan.

3. Pengukuran, Evaluasi serta Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

RS Universitas Hasanuddin telah menetapkan indikator yang harus dipenuhi oleh semua unit. Indikator tersebut terdiri dari Indikator Manajerial, Indikator Mutu Pelayanan dan Indikator Patient Safety (Insiden yang harus dicatat). Indikator patient safety terdapat dalam Panduan Patient Safety RS Universitas Hasanuddin.

Pengumpulan data dan evaluasi Indikator Mutu dan Keselamatan Pasien:

- a. Setiap unit/ bagian wajib melaksanakan kegiatan pemenuhan indikator unit yang sudah ditetapkan sesuai dengan kebijakan/ pedoman/ acuan yang digunakan di rumah sakit (alur pelaporan terlampir).
- b. Setiap unit/ bagian wajib melaporkan kegiatan pemenuhan indikator kinerja manajerial dan mutu yang sudah ditetapkan.
- c. Seluruh unit rumah sakit melaporkan hasil pencatatan tersebut kepada Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien setiap bulan
- d. Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien RS Unhas secara berkala (paling lama 3 tahun) melakukan evaluasi regulasi (pedoman, panduan dan prosedur mutu dan keselamatan pasien
- e. Ditetapkan minimal 5 (dari seluruh indikator) indikator utama yang sensitif untuk dianalisa lebih jauh sesuai dengan keadaan rumah sakit. Indikator utama ini direview setiap tahun dan diganti apabila perlu. Pemilihan ini didasarkan pada konsensus antara pimpinan dengan panitia mutu dan keselamatan pasien.
- f. Kriteria pemilihan indikator prioritas adalah:
 - 1) Proses yang dianggap paling penting terkait visi dan misi RS (*urgency*)
 - 2) Proses risiko tinggi (*seriousness*)
 - 3) Proses yang cenderung bermasalah (*Growth*)

Analisis data dilakukan dengan melakukan perbandingan dari waktu ke waktu di dalam rumah sakit dan juga melakukan perbandingan database eksternal dari rumah sakit sejenis atau data nasional/internasional dan melakukan perbandingan dengan standar serta praktik terbaik berdasar atas referensi terkini.

Komite Mutu mengumpulkan dan menganalisis data indikator mutu pelayanan prioritas bersama penanggung jawab data di unit pelayanan/kerja sudah mendapat pelatihan PMKP sehingga dapat berpartisipasi dalam proses tersebut dengan baik. Hasil analisis data telah disampaikan kepada Direktur utama, direksi, para kepala bidang/divisi, dan kepala unit untuk ditindaklanjuti. Hasil perbaikan ini diharapkan memperbaiki efektifitas pelayanan RS secara keseluruhan dan efisiensi penggunaan sumber daya.

G. VALIDASI DATA

Komite Mutu melakukan validasi data pada pengukuran mutu area klinis yang baru dan bila terjadi perubahan sesuai dengan regulasi RS. Validasi dilakukan untuk memahami mutu dari data dan untuk menetapkan tingkat kepercayaan para pengambil keputusan terhadap data itu sendiri. Validasi menjadi salah satu langkah untuk memproses prioritas penilaian, memilih apa yang harus dinilai, memilih dan mengetes indikator, mengumpulkan data, validasi data dan menggunakan data tersebut untuk peningkatan mutu layanan unit dan layanan RS.

Proses validasi data secara internal RS dilakukan karena program mutu dianggap valid jika data yang dikumpulkan sudah sesuai, benar dan bermanfaat dan untuk memastikan bahwa data yang terkumpul adalah baik, maka proses validasi perlu dilakukan. Dilakukan validasi jika indikator mutu tersebut :

1. Pengukuran area klinik baru
2. Bila ada perubahan system pencatatan pasien dari manual ke elektronik sehingga sumber data berubah
3. Bila data dipublikasi ke masyarakat melalui website RS atau media seperti papan informasi
4. Bila ada perubahan pengukuran/perubahan profil indikator
5. Bila ada perubahan data pengukuran tanpa diketahui sebabnya
6. Bila ada perubahan subyek data seperti umur, protocol, PPK, CP, teknologi dan metodologi pengobatan baru.

Proses validasi data mencakup namun tidak terbatas pada:

1. Mengumpulkan ulang data oleh orang ke2 yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya (pertama)
2. Menggunakan sampel tercatat dengan metode yang sah secara statistic seperti Teknik pengambilan sampel kretjcie and morgan. Pengambilan data total sampling jika data <100
3. Membandingkan data pihak 2 dan data dari pihak 2
4. Menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang sama dengan total jumlah elemen data dikalikan dengan 100%. Jika tingkat akurasi >90 persen maka dapat dikatakan valid.
5. Jika ternyata tidak valid maka dilakukan tindakan korektif, dengan mengambil sampel baru.

Rumah Sakit Unhas melakukan validasi data dengan metode verifikasi data dari form pengumpul data dan dari form rekapitulasi data baik yang manual

seperti aplikasi excel maupun elektronik seperti sismadak, yang menjamin kerahasiaan pasien dan keakuratan sesuai dengan regulasi. Rumah sakit kemudian melakukan perbaikan berdasarkan hasil validasi data tersebut.

H. PENGUKURAN DAN EVALUASI BUDAYA KESELAMATAN DAN KEPUASAN PASIEN

Rumah Sakit Unhas melakukan pengukuran budaya keselamatan RS dan Pasien melalui survei sekali setahun oleh Komite Mutu serta evaluasi kepuasan pasien dan keluarga di setiap unit pelayanan sekali dalam sebulan dengan metode survei dilakukan oleh customer care.

I. MANAJEMEN RISIKO TATA LAKSANA MANAJEMEN RISIKO (FMEA)

Peningkatan mutu dan Keselamatan Pasien juga dilakukan dengan menggunakan pendekatan proaktif yaitu manajemen risiko di semua unit. Analisis risiko merupakan proses untuk mengenali bahaya (hazard) yang mungkin terjadi dan bagaimana potensi kegawatan dari bahaya tersebut.

Langkah-langkah manajemen risiko:

1. Identifikasi Risiko
2. Menetapkan prioritas risiko
3. Analisis risiko
4. Pengelolaan risiko
5. Evaluasi

Langkah manajemen risiko seperti yang digambarkan dibawah ini:

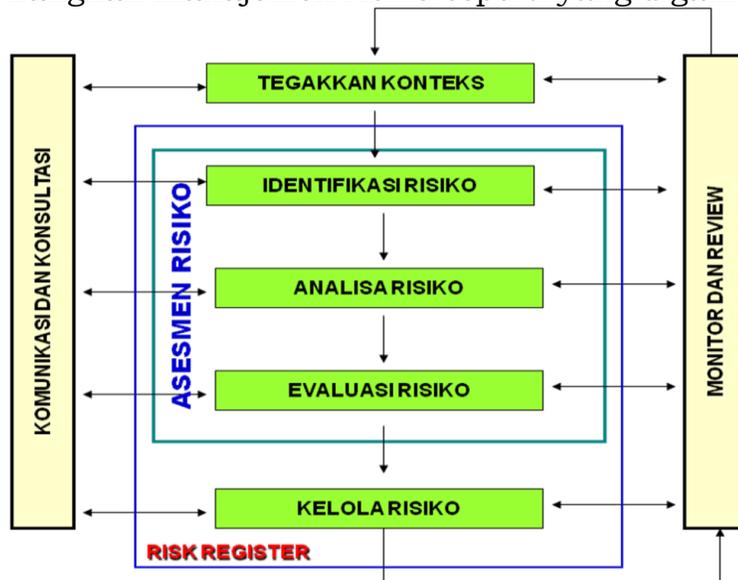


Diagram Manajemen Risiko

Instrument manajemen risiko yang digunakan di RS Universitas Hasanuddin antara lain: Fish bone risiko, PDSA risiko dalam FMEA

FMEA (Failure Mode and Cause Analysis)

Suatu alat mutu untuk mengkaji suatu prosedur secara rinci dan mengenali model-model adanya kegagalan/kesalahan pada suatu prosedur, melakukan penilaian terhadap tiap model kesalahan/kegagalan dan mencari solusi dengan melakukan perubahan disain/prosedur.

Delapan tahap FMEA :

1. Memilih proses yang berisiko tinggi dan membentuk tim
2. Membuat diagram proses atau alur proses dengan flow chart yang rinci
3. Untuk setiap kemungkinan kegagalan (failure mode), identifikasi efek yang mungkin terjadi ke pasien
4. Menetapkan kemungkinan tingkat keparahan dari efek tersebut ke pasien (RPN)
5. Melakukan root cause analysis dari failure mode
6. Desain ulang proses
7. Analisa dan ujicobakan proses yang baru
8. Terapkan dan awasi proses yang sudah didesain ulang tadi

Risk Priority Numbers (RPN) di FMEA

S Severity (Keparahan)	O Occurence (Frekuensi)	D Detectable (Terdeteksi)
1. Minor 2. Moderate 3. Minor Injury 4. Mayor Injury 5. Terminal injury/death	1. Hampir tidak pernah terjadi 2. jarang 3. kadang-kadang 4. sering 5. sangat sering dan pasti	1. selalu terdeteksi 2. sangat mungkin terdeteksi 3. Mungkin terdeteksi 4. Kemungkinan kecil terdeteksi 5. Tidak mungkin terdeteksi

Pelaksanaan

RS memastikan bahwa seluruh staf yang terkait mampu melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa masalah tersebut terjadi untuk kemudian menyusun rencana tindak lanjutnya.

1. Analisis akar masalah (RCA) dilakukan untuk melakukan identifikasi apabila ditemukan permasalahan dalam pemenuhan indikator mutu dan manajerial serta pengelolaan insiden.
2. Proses mengurangi risiko dilakukan paling sedikit satu kali dalam setahun dan dibuat dokumentasinya, dengan menggunakan FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*). Proses yang dipilih adalah proses dengan risiko tinggi.

Rumah Sakit Unhas daftar risiko baik di tingkat unit kerja maupun di tingkat rumah sakit dan disertai rencana strategi untuk mengurangi risiko yang ada, disertai analisis efek modus kegagalan / FMEA setahun sekali pada proses berisiko tinggi yang diprioritaskan. Hasil FMEA baik diunit ataupun di tingkat RS ditindaklanjuti dengan proses supervisi seluruh proses layanan dan administrasi RS.

BAB III MONITORING DAN EVALUASI

Setiap unit kerja di Rumah Sakit Unhas membuat rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan berdasar atas hasil capaian mutu dari indikator mutu pelayanan klinis prioritas dengan melakukan RCA dan PDSA dan melakukan uji coba rencana perbaikan terhadap mutu dan keselamatan pasien berdasarkan FMEA yang telah disusun, kemudian rencana tersebut dilaksanakan dan dikumpulkan data perbaikan yang menunjukkan bahwa perbaikan bersifat efektif dan berkesinambungan yang memberi perubahan-perubahan regulasi atau system layanan yang diperlukan untuk dapat dibuat rencana, melaksanakan, dan mempertahankan perbaikan tersebut kemudian didokumentasikan.

Monitoring dan evaluasi dilakukan oleh Kepala instalasi/unit kerja, Kepala Bidang dan Direksi yang dibahas dalam rapat internal unit dan rapat koordinasi oleh bidang dan Direksi. Komite Mutu juga melakukan supervise dan audit untuk dari indikator mutu yang telah ditetapkan.

BAB IV PENUTUP

Pedoman PMKP ini sebagai acuan bagi rumah sakit untuk melakukan pengukuran, evaluasi dan tindak lanjut terhadap indikator mutu RS. Pedoman ini diharapkan dapat diterapkan oleh RS dan menjadi pedoman bersama dalam mengukur Indikator mutu rumah sakit Unhas

Hasil pengukuran indikator rumah sakit diharapkan dapat diakses dan dipublikasikan untuk perbaikan internal rumah sakit dan eksternal sebagai bukti akuntabilitas pada masyarakat. Buku pedoman ini masih dalam tahap perkembangan sehingga tidak menutup kemungkinan adanya masukan demi tercapainya perbaikan bagi buku pedoman ini

Ditetapkan di Makassar
Pada tanggal 9 Januari 2023
DIREKTOR UTAMA, *T*



Andi Muhammad Ichsan
NIP. 197002122008011013