



PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT
UNHASNOMOR 62/UN4.24.0/2023

TENTANG
PEDOMAN PENGORGANISASIAN KOMITE MUTU
RUMAH SAKIT UNHAS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
PERATURAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UNHAS,

Menimbang : 1. Bahwa dalam upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan Rumah Sakit Unhas, maka diperlukan pelayanan secara berkesinambungan, mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2. Bahwa agar dapat tercapainya peningkatan mutu dan keselamatan pasien, perlu dibuat Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, sehingga perlu adanya kebijakan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin sebagai landasan bagi penyelenggaraan pelayanan keselamatan pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

3. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin 1 dan 2 diatas, maka dipandang perlu ditetapkan Pedoman Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

Mengingat : 1. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

2. Undang Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Pasal 43 Rumah Sakit wajib menerapkan Standar Mutu dan Keselamatan Pasien.

3. Undang Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, Pasal 40 Rumah Sakit wajib dilakukan Akreditasi secara berkala minimal 3 tahun sekali.

4. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran

5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien

6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit.
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit ;
10. Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety) edisi ke-2 Departemen Kesehatan RI/KKP-PERSI tahun 2008.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR UTAMA TENTANG
PEDOMAN PENGORGANISASIAN KOMITE MUTU
DAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT
UNHAS.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

1. Komite Mutu Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit.
2. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
3. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang disingkat Rumah Sakit Unhas
4. Ketua komite mutu RS adalah bertanggungjawab dalam pelaksanaan Mutu di Rumah Sakit
5. Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil

6. Manajemen risiko adalah aktivitas klinik dan administratif yang dilakukan oleh RS untuk melakukan identifikasi, evaluasi dan pengurangan risiko terjadinya cedera atau kerugian pada pasien, pengunjung dan institusi RS.
7. Insiden Keselamatan Pasien yang selanjutnya disebut Insiden, adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

Pedoman Pengorganisasian Komite Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Unhas ini dimaksudkan guna memberikan acuan untuk menjalankan organisasi dalam penyelenggaraan rumah sakit terutama kaitannya dalam kegiatan mutu dan Keselamatan pasien

BAB III PENYELENGGARAAN

Pasal 3

Penyelenggaraan komite mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Unhas terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota.

Pasal 4

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelaksanaan/penyelenggaraan komite mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Unhas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

BAB IV RUANG LINGKUP

Pasal 5

Ruang lingkup Komite Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Unhas adalah kepada atasan langsung dan seluruh unit pelayanan, penunjang dan manajemen di Rumah Sakit Unhas.

BAB V ORGANISASI

Pasal 6

1. Unit Kerja Komite Mutu dibawahhi olehDirektur Utama.
2. Ketua Komite Mutu bertanggung jawablangsung kepada Direktur Utama.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 7

Direktur utama Rumah Sakit Unhas melakukan pembinaan dan pengawasan sesuai dengan tugas, fungsi dan kewenangannya.

BAB VII PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pasal 8

1. Pencatatan yang dilakukan oleh Komite Mutu dilaporkan langsung ke Direktur Utama
2. Pencatatan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) berupa laporan Mutu dan Keselamatan Pasien
3. Laporan tersebut dilaporkan setiap per 3 bulan kepada direktur utama.

BAB VIII PENUTUP

Pasal 9

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan peraturan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Makassar
Pada tanggal 30 Januari 2023

DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UNHAS,



ANDI MUHAMMAD ICHSAN

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN
NOMOR: 62/UN4.24.0/2023
TENTANG PEDOMAN PENGORGANISASIAN KOMITE
MUTU TAHUN 2023 DI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS HASANUDDIN

**PEDOMAN PENGORGANISASIAN KOMITE MUTU
TAHUN 2023
DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan di bidang pelayanan langsung seperti rumah sakit, bertujuan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien, cakupan dan efisiensi pelaksanaan rujukan medik dan rujukan kesehatan secara terpadu serta meningkatkan dan memantapkan manajemen pelayanan kesehatan yang meliputi kegiatan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan penilaian.

Mutu dan Keselamatan Pasien telah menjadi isu global di rumah sakit. Karena itu, mutu dan keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakit. Upaya peningkatan mutu dapat diartikan sebagai keseluruhan upaya dan kegiatan secara komprehensif dan integratif memantau dan menilai mutu pelayanan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, memecahkan masalah-masalah yang ada dan mencari jalan keluarnya, sehingga mutu Rumah Sakit Universitas Hasanuddin akan menjadi lebih baik.

Salah satu usaha upaya peningkatan mutu pelayanan dan citra sebuah rumah sakit adalah dengan meningkatkan mutu pelayanan di semua unit pelayanan, baik pada unit pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, ataupun pada unit pelayanan administrasi dan manajemen melalui program penjaminan mutu. Upaya peningkatan mutu melalui program penjaminan mutu bertujuan untuk memberikan asuhan atau pelayanan sebaik-baiknya kepada pasien karena nafas dari Mutu adalah Keselamatan Pasien.

Salah satu indikator mutu yang utama adalah keselamatan pasien yang disertai indikator-indikator lain seperti indikator mutu klinis dan mutu manajerial. Mutu rumah sakit tidak bisa dikatakan baik bila keselamatan pasien belum terlaksana dengan baik di rumah sakit tersebut. Jadi salah satu alat untuk menilai bahwa proses manajemen mutu di rumah sakit itu sudah berjalan efektif dan efisien adalah jika telah diterapkan manajemen risiko.

Keselamatan (safety) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (safety) di rumah sakit yaitu: keselamatan pasien (patient safety), keselamatan staf atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (*green productivity*) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan "bisnis" rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Kelima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakit.

Belajar dari kejadian yang tidak diharapkan dari masa lalu dan selanjutnya disusun langkah-langkah agar kejadian serupa tidak terulang lagi. Proses pembelajaran ini bukan sesuatu yang sederhana, karena dimulai dari proses pelaporan dilanjutkan dari analisis sampai ditemukan akar masalahnya sebagai dasar untuk mendesain ulang sistem sehingga tercapai suatu asuhan pasien yang lebih aman di Rumah Sakit.

Agar kegiatan ini dapat terarah dan berkesinambungan maka perlu disusun buku pedoman pengorganisasian ini sehingga tujuan dari program mutu dan keselamatan pasien dapat tercapai.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

1. Tujuan Umum

Tersusunnya pedoman penyelenggaraan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit sebagai dasar acuan seluruh kebijakan, prosedur dan program kerja yang terkait dengan keselamatan pasien, manajemen risiko dan mutu di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

2. Tujuan Khusus

Tersusunnya langkah - langkah penerapan peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. Terciptanya manajemen risiko yang terintegrasi untuk menjamin keselamatan pasien dan manajemen mutu di rumah sakit.

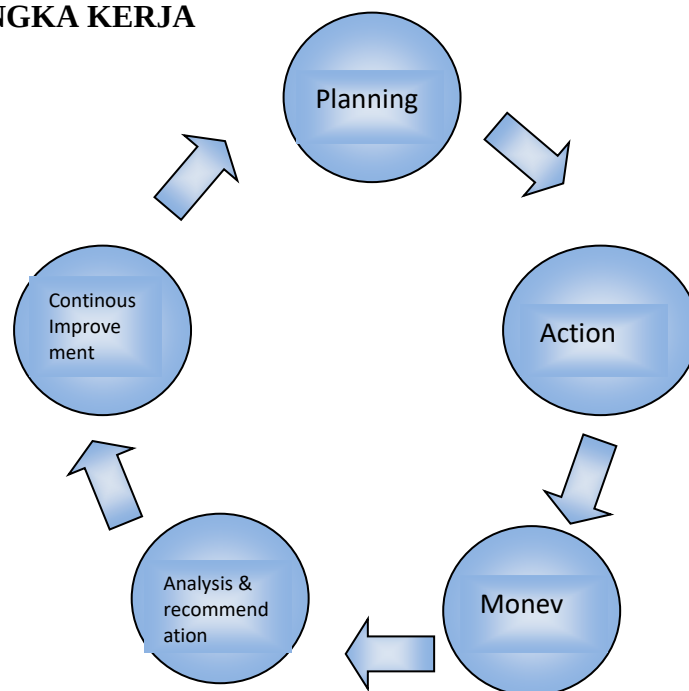
C. RUANG LINGKUP

Pedoman Pengorganisasian Komite Mutu merupakan panduan dari sistem implementasi mutu dan manajemen keselamatan pasien yang harus dipatuhi di lingkungan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin. Pedoman ini untuk menunjukkan kemampuan organisasi dalam menghasilkan layanan secara konsisten sesuai dengan persyaratan pelanggan, standar internasional dan peraturan yang berlaku.

Pedoman Keselamatan Pasien dan manajemen mutu disusun mengacu pada kebijakan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang didasarkan pada persyaratan standard JCI. Peningkatan implementasi keselamatan pasien dan mutu pelayanan dengan berpedoman pada pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan, peraturan-peraturan pemerintah RI dan persyaratan akreditasi Rumah Sakit. Pedoman Mutu dan Keselamatan Pasien ini mencakup kebijakan umum (visi, misi, kebijakan mutu, tujuan mutu dan sasaran mutu), struktur organisasi, profil organisasi dan alur proses pelaksanaan).

Pedoman Keselamatan Pasien dan Manajemen Mutu ini juga menyediakan panduan bagi pengembangan sistem mutu dan keselamatan pasien secara keseluruhan

1. KERANGKA KERJA



a. Planning

- 1) Penyusunan Pedoman Pengorganisasian KOMITE MUTU berkoordinasi dengan :
 - a. Direktur Utama RS Unhas dan seluruh Direksi
 - b. Seluruh Kepala Bidang
 - c. Komite Medik dan Divisinya
 - d. Komite Keperawatan dan Divisinya
 - e. Komite Farmasi dan Terapi
 - f. Satuan Pemeriksa Keuangan
 - g. Para Kepala Bidang
 - h. Para Kepala Instalasi/unit kerja dan Kepala ruangan/koordinator
- 2) Penyusunan kebijakan dan prosedur dengan berkoordinasi dengan unit terkait
- 3) Penyusunan dokumen terkait kegiatan program kerja KOMITE MUTU dan Divisi di bawahnya (Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien,
- 4) Koordinasi kegiatan dan aktivitas.

b. Action

Pelaksanaan kegiatan program kerja komite mutu yang dilaksanakan oleh seluruh instalasi/unit kerja di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

Memberikan pendidikan dan pelatihan Mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko bagi seluruh staf Rumah Sakit Unhas

c. Monitoring dan Evaluation

Komite Mutu melakukan monitoring indikator mutu pelayanan klinis dan manajerial yang ditetapkan, pelaksanaan pengelolaan risiko dari ketidakpatuhan indikator mutu, pencatatan KTD, KNC, KTC dan *sentinel event*.

d. Analysis and Recommendation

Pada prinsipnya menganalisis data dan upaya pengolahan data hasil monitoring indikator mutu dari seluruh unit kerja yang dilakukan oleh komite mutu dan Komite lainnya/SPI bersama unit terkait. Hasil analisis data tersebut kemudian didiskusikan dengan seluruh instalasi/unit kerja untuk menyusun PDSA dalam rangka mencari solusi dan rekomendasi perbaikan sistem pelayanan.

e. Continuous Improvement

Adalah monitoring pelaksanaan tindak lanjut dari PDSA atau kegiatan perbaikan agar sesuai dengan perencanaan (PDSA) untuk mengurangi terjadinya insiden atau menghindari insiden berulang

2. METODE

Metode pengumpulan data yang terdiri dari :

a. Survey

Dilakukan survei budaya keselamatan RS dan keselamatan pasien melalui kuesioner atau interview secara langsung

b. Observasi

Dilakukan terhadap asuhan pasien, meliputi observasi terhadap status fisik dan perilaku pasien, serta proses manajerial

c. *Mistery Shopper*

Dilakukan observasi dengan menggunakan tenaga terlatih yang bukan staf rumah sakit untuk melihat langsung pelaksanaan kegiatan kerja riil di lapangan

ANALISA DATA

a. Analisa data dari indikator mutu RS

Adanya pertemuan rutin bulanan antara Komite Mutu dengan seluruh kepala instalasi unit kerja untuk membahas capaian indikator mutu dan hambatan yang dihadapi.

b. Investigasi

Adalah investigasi insiden keselamatan untuk menelusuri lebih lanjut akar masalah penyebab insiden terjadi.

c. Rapat pembahasan Insiden dengan Unit terkait

Merupakan pembahasan hasil investigasi dan keputusan hasil rapat dijadikan sebagai bahan rekomendasi untuk perbaikan sistem layanan.

PENGERTIAN

- 1. Manajemen Mutu** adalah suatu upaya yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, objektif dan terpadu dalam identifikasi dan menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan, menetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang tersedia, serta menilai hasil yang dicapai dan menyusun saran tindak lanjut untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan
- 2. Mutu Pelayanan** adalah kinerja yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan kepuasan pada pasien atau konsumen
- 3. Manajemen risiko** adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasi sendiri
- 4. Keselamatan Pasien** adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman untuk mencegah cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat menjalankan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya

diambil di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: assessmen 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. (KKPSRS, 2010)

5. **Komite Mutu dan Keselamatan Pasien** adalah sistem untuk menetapkan kebijakan, tujuan, dan strategi pencapaian mutu dan keselamatan pasien yang ditentukan.
6. **Mutu** adalah keseluruhan karakteristik produk yang menunjukkan kemampuannya dalam memenuhi permintaan atau persyaratan yang ditetapkan oleh *customer (stakeholders)*, baik yang tersurat (dinyatakan dalam kontrak), maupun tersirat. Pencapaian tujuan ini menyangkut aspek masukan, proses dan keluaran dengan memperhatikan nilai dan derajat kebaikan, keutamaan dan kesempurnaan (*degree of excellence*) yang selaras dengan Rencana Strategis Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
7. **Pelanggan** adalah orang atau perorangan atau badan yang ikut menerima atau membeli layanan kesehatan. Pelanggan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dapat dibagi menjadi 3 bagian yaitu pegawai dan mahasiswa UNHAS sebagai pelanggan utama; dan pelanggan lainnya pegawai lembaga pemerintah dan swasta dan masyarakat umum
8. **Akreditasi** adalah suatu bentuk pengakuan pemerintah atau lembaga internasional terhadap suatu lembaga pemerintah atau swasta. Akreditasi memiliki proses yang sistematis, independen dan terdokumentasi untuk mendapatkan bukti akreditasi dan mengevaluasinya secara obyektif untuk menentukan sejauh mana standar dapat dipenuhi.
9. **Audit Internal Mutu Manajerial** adalah audit yang dilakukan oleh auditor rumah sakit yang dikoordinir oleh Divisi Penjaminan Mutu dan Pasien Safety.
10. **Audit Kepatuhan** adalah audit untuk memeriksa atau memastikan kepatuhan/ketaatan penjaminan mutu di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dan Unit kerja/instalasi terhadap standar mutu yang ditetapkan. Audit ini dilakukan di tempat audit (visitasi).

- 11. Standar mutu dan keselamatan pasien** adalah seperangkat tolok ukur kinerja sistem pelayanan kesehatan yang mencakup masukan, proses, hasil, keluaran serta manfaat layanan medik yang harus dipenuhi oleh unit-unit kerja. Suatu Standar mutu dan keselamatan pasien terdiri atas beberapa parameter (elemen penilaian) yang dapat digunakan sebagai dasar untuk menjalankan prosedur dan program kerja di tiap unit.
- 12. Standar Prosedur Operasional** adalah pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi dan alat penilaian kinerja instansi pemerintah berdasarkan indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tatakerja, prosedur kerja dan sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan.
- 13. Kejadian Sentinel** adalah suatu kejadian yang tidak di duga dan tidak terkait dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya.
- 14. Validasi data** adalah alat penting untuk memahami mutu dan penting untuk menetapkan kepercayaan dan mengambil keputusan dari data itu sendiri.

BAB II

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

A. Sejarah Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

Sejak awal Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin mempergunakan Rumah Sakit Umum Labuang Baji, Rumah Sakit Stella Maris, Rumah Sakit Pelamonia, Rumah Sakit Jiwa DADI dan menyusul Rumah Sakit Akademis sebagai tempat praktek Mahasiswa Kedokteran Universitas Hasanuddin untuk mencapai gelar Dokter.

Sesuai dengan perkembangan zaman dan tuntutan waktu, Rumah Sakit Jiwa DADI di bangun di Kampus Universitas Hasanuddin yang baru yang bernama Rumah Sakit Umum Dokter Wahidin Sudirohusodo, dimana Rumah Sakit Umum Dokter Wahidin Sudirohusodo juga berfungsi sebagai pusat rujukan di Kawasan Timur Indonesia. Sampai sekarang ini, kesemua rumah sakit tersebut diatas, ditambah dengan Rumah Sakit Umum Islam Faisal menjadi tempat praktek Mahasiswa yang akan menjadi dokter. Adapun Kelas dan Kepemilikan rumah sakit tersebut berbeda-beda.

Berhubung dengan kepemilikan dan kelas yang berbeda-beda, maka kebijakan pelayanan pendidikan dan penelitian dalam rumah sakit tersebut bervariasi satu sama lainnya dan seringkali menimbulkan konflik atau ketidakserasian antara pelayanan, pendidikan dan penelitian. Kondisi ini tentunya menghambat proses pelayanan maupun proses pendidikan yang berakibat ketidakpuasan pasien dan keterlambatan kelulusan bagi mahasiswa kedokteran. Sehubungan dengan hal tersebut, dibutuhkan suatu rumah sakit khusus pendidikan yang dapat menjadi rujukan teknologi medis pendidikan dan penelitian bagi mahasiswa kedokteran Universitas Hasanuddin.

Sehingga dianggap perlu untuk mengembangkan RS Pendidikan yang bisa dijadikan sebagai laboratorium pendidikan tidak hanya untuk fakultas kedokteran UNHAS namun juga untuk fakultas ilmu-ilmu kesehatan di Unhas seperti Fakultas Kesehatan Masyarakat, Farmasi, Fakultas Keperawatan yang sesuai standar, oleh karena itu dibangunlah RS Pendidikan Universitas Hasanuddin. Hal ini dapat tergambar pada struktur organisasi pengelola Rumah Sakit Universitas Hasanuddin,

dimana pengelolanya berasal dari berbagai fakultas di UNHAS sesuai kompetensi yang dibutuhkan untuk mengelola RS Pendidikan.

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin atau Hasanuddin University Hospital (HUH) ini ,berlokasi di Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Kampus Tamalanrea Makassar dan diresmikan pada tanggal 15 Februari 2010 di Makassar oleh Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Prof.Dr.M.Nuh. Rumah Sakit ini terletak berdampingan dengan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo bertujuan untuk efisiensi penggunaan sarana dan efisiensi pemanfaatan sumber daya manusia (SDM) sehingga dapat dikembangkan konsep saling menguatkan dalam mengintegrasikan program pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan dengan RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo (RSWS).

Selain diatas, lokasi yang berdekatan ini juga dalam rangka perkembangan wilayah kampus Unhas Tamalanrea akan dikembangkan menjadi Academic health Centre di Indonesia bagian Timur. Rumah Sakit Universitas Hasanuddin akan dikembangkan sebagai rumah sakit yang environmental friendly, energy saving serta mengembangkan teknologi informasi yang canggih dalam menjalankan pelayanannya. Pelayanan kesehatan yang dilayani di rumah sakit ini antara lain dekteksi dini penyakit melalui penggunaan teknologi canggih (Hi-Tech) seperti penggunaan Biomolekuler serta pengembangan teknologi modern dan pengembangan pusat-pusat layanan yang tidak dikembangkan oleh rumah sakit yang ada di Sul-Sel.

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin mengembangkan pelayanan unggulan sesuai dengan Memorandum of Understanding (MOU) RS Dr Wahidin Sudirohusodo (RSWS) yaitu Eye Center, Trauma Center, Cancer Centre, Fertility Endocrine Center dan Neurointervention Center. Dalam menjalankan operasionalisasinya, RS Unhas banyak bekerja sama dengan RS WS dalam hal penggunaan layanan yang belum dimiliki oleh RSUH seperti Instalasi Gizi dan Laundry, Layanan Laboratorium serta sebagai tempat magang beberapa tenaga profesional.

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin adalah rumah sakit tipe B, saat ini memiliki beberapa buah gedung yang terpisah letaknya dan telah beroperasi dengan jumlah total 207 tempat tidur yang terdiri atas beberapa kelas yaitu Kelas Super VIP, Kelas VIP, Kelas I, Kelas II, dan Kelas III, dengan suasana yang tenang, nyaman serta berlokasi di Makassar, Sulawesi Selatan, Indonesia.

Tahun 2009, Rumah Sakit Universitas Hasanuddin mulai dibangun yang merupakan sumbangan dari Dirjen Pendidikan Tinggi. Penyerahan secara resmi pada tanggal 15 Februari 2010 yang kemudian dikenal sebagai hari jadi Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin merupakan rumah sakit pendidikan baik untuk pendidikan dokter spesialis dan juga untuk tempat pendidikan dan pelatihan dokter, perawat, petugas laboratorium, rekam medis dan petugas lain yang berasal dari berbagai daerah. Sebagai rumah sakit pendidikan bertaraf internasional yang dibangun karena kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas semakin meningkat, terjadinya transisi epidemiologi, semakin banyaknya pasien yang berobat keluar negeri dan pengembangan teknologi yang pesat tidak bisa diimbangi oleh rumah sakit yang tersedia saat ini, dengan demikian diharapkan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin mampu mengintegrasikan PENDIDIKAN, PENELITIAN dan PELAYANAN kesehatan yang sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat.

B. Tugas Pokok Dan Fungsi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin merupakan rumah sakit pendidikan dengan kapasitas 227 tempat tidur, dikoordinasi oleh Universitas Hasanuddin dibawah naungan Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi mempunyai fungsi memberikan pelayanan kesehatan paripurna dengan motto "Tulus Melayani".

Dalam mengemban fungsi tersebut di atas, Royal progress mempunyai tugas pokok berupa :

1. Mewujudkan upaya pemeliharaan kesehatan paripurna yang terintegrasi dan berkesinambungan
2. Menciptakan upaya pendidikan yang menunjang pengembangan SDM yang bermutu dan berkesinambungan
3. Menciptakan upaya penelitian yang menunjang upaya pemeliharaan kesehatan dan pendidikan
4. Menyelenggarakan jejaring rumah sakit yang mengemban tugas pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan

BAB III

VISI, MISI, FALSAFAH, LANDASAN NILAI, TUJUAN RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

A. Visi, Misi, Falsafah dan Landasan Nilai Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

1. Visi

Menjadi pelopor terpercaya dalam memadukan pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan yang bertaraf internasional.

2. Misi

- a. Menciptakan tenaga profesional, berakhlak mulia dan unggul dalam interprofesional collaboration.
- b. Menciptakan lingkungan akademik yang optimal untuk mendukung pengintegrasian pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan.
- c. Mempelopori inovasi pemeliharaan kesehatan melalui penelitian yang unggul dan perbaikan mutu pelayanan berkesinambungan.
- d. Menyelenggarakan tata kelola berdasarkan prinsip good governance.
- e. Memberikan pemeliharaan kesehatan secara interprofesional collaboration dengan pendidikan dan penelitian yang mengedepankan aspek humanis.

3. Falsafah

Menghargai hakekat manusia sebagai makhluk paripurna dengan totalitas dan nilai-nilai yang dianutnya.

4. Nilai

- a. Teguh terpercaya dan jujur dalam pengembangan ilmu dan keprofesian
- b. Bekerjasama dalam kebersamaan
- c. Tulus melayani dengan penuh perhatian dan kasih sayang

Nilai Dasar Rumah Sakit Universitas Hasanuddin secara umum adalah **TTC**

T: *Trustfulness,*

T: *Togetherness dan*

C: *Compassion*

B. Tujuan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

Tujuan (GOAL) pendirian Rumah Sakit Universitas Hasanuddin adalah:

- a. Tersedianya SDM dalam Bidang pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan yang profesional, berakhlak mulia dan unggul yang memiliki komitmen.
- b. Terwujudnya upaya pemeliharaan kesehatan paripurna yang menyeluruh terintegrasi dan berkesinambungan.
- c. Terciptanya suasana akademik yang mendukung pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan yang bermutu dan aman.
- d. Terbinanya tim kerjasama profesional yang solid dengan perbaikan mutu kinerja berkesinambungan.
- e. Terselenggaranya jejaring rumah sakit yang mengemban tugas pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan.

BAB IV

STRUKTUR ORGANISASI

RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

A. Struktur Organisasi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

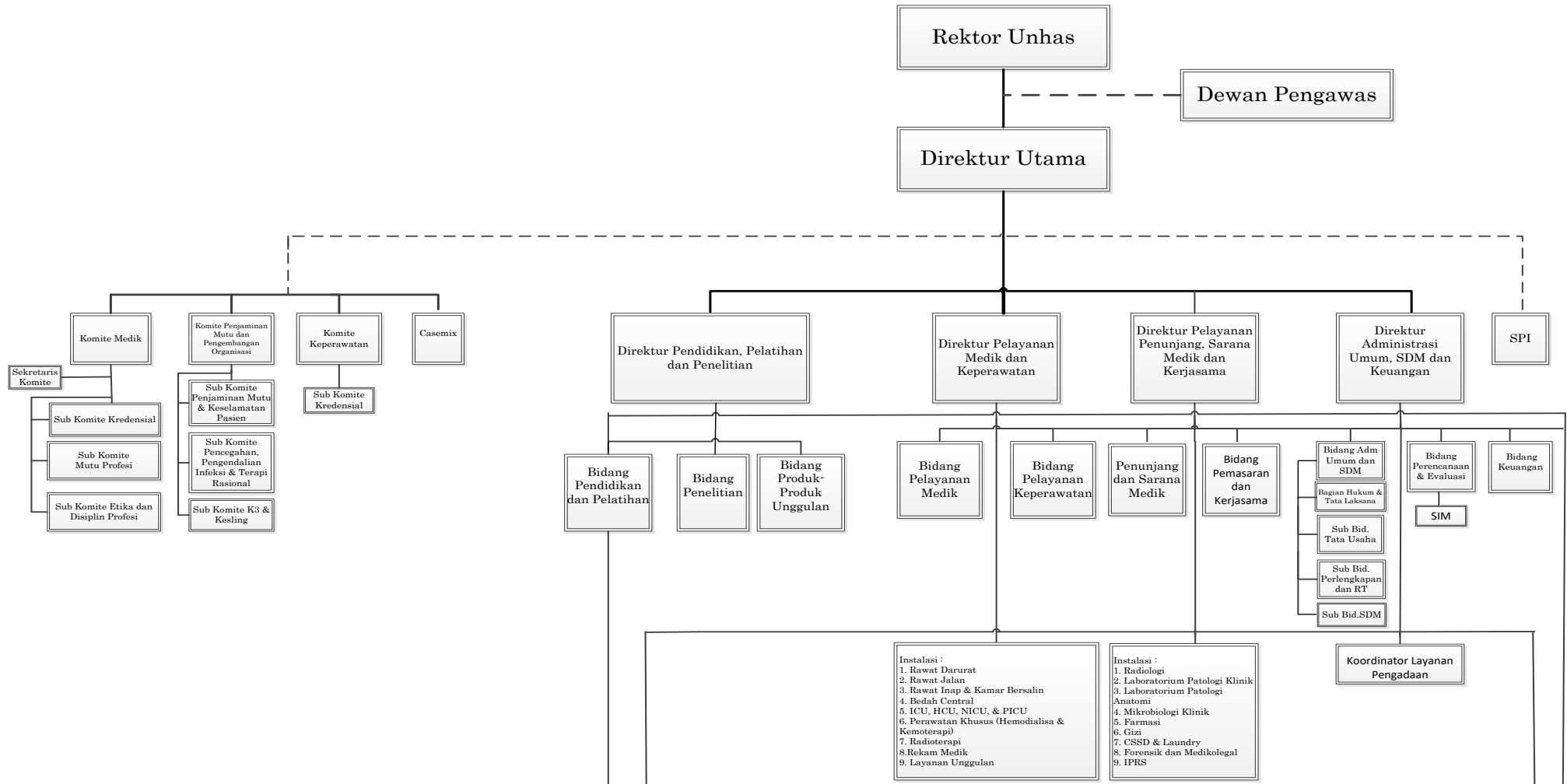
Struktur organisasi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin efektif berlaku sejak 13 Juni 2016. Organisasi Universitas Hasanuddin dipimpin oleh Direktur utam dan dibantu oleh 4 Direksi. Direksi yang terdiri dari Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan, Direktur Administrasi Umum, Pemasaran dan Keuangan, Direktur Pelayanan Penunjang & Teknik Perumahsakitan, sarana medis dan Kerjasama, Direktur Pendidikan, Penelitian & SDM.

Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan membawahi 2 bidang, 1 unit, 12 Instalasi dan 6 center. Direktur Administrasi Umum, Pemasaran dan Keuangan membawahi 3 Bagian dan 3 Unit. Direktur Pelayanan Penunjang & Teknik Perumahsakitan membawahi 2 bagian, 8 instalasi dan 1 center. Direktur Pendidikan, Penelitian & SDM membawahi 2 bagian, 1 unit dan 3 center. Para kepala bidang dapat dibantu oleh staff bidang. Sedangkan unsur ini adalah Unit, yang dipimpin oleh koordinator Unit.

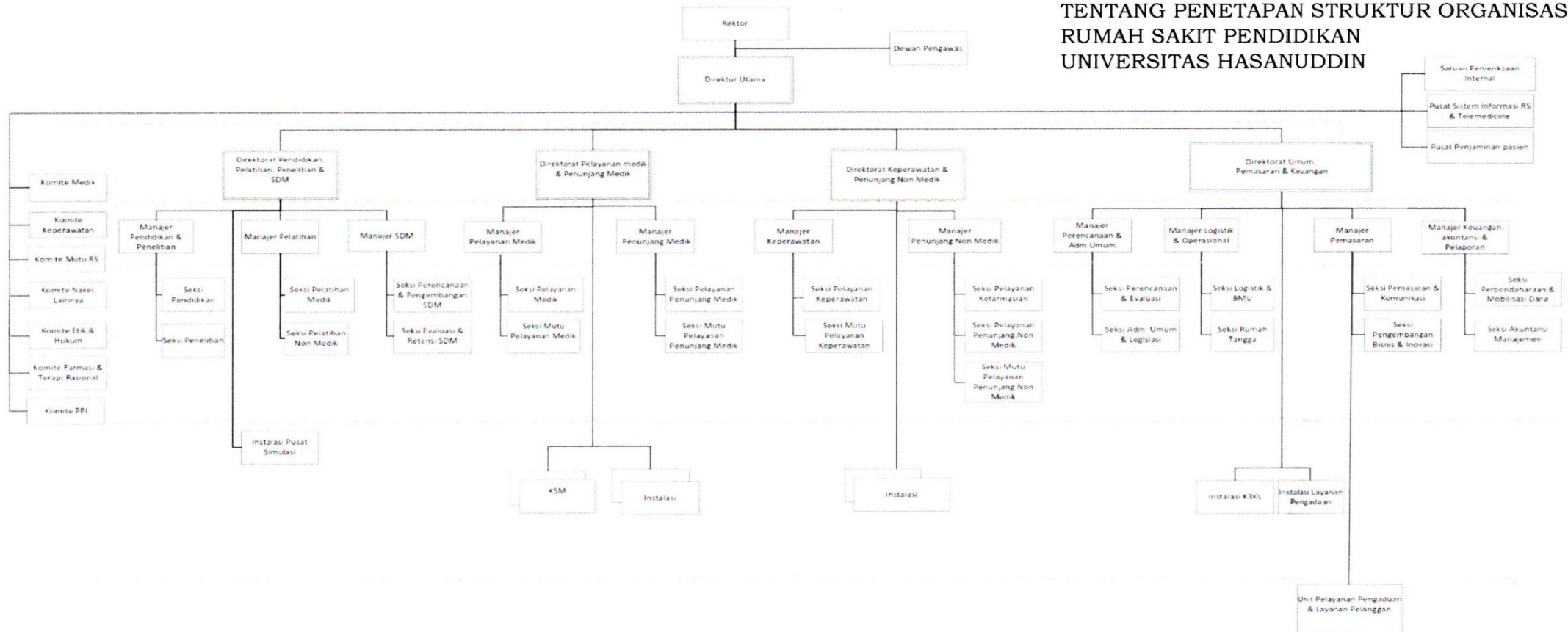
Direksi wajib membuat rencana jangka panjang berupa Rencana Strategis 5 tahun yang membuat sasaran dan tujuan yang hendak dicapai dalam 5 tahun. Renstra sekurang-kurangnya memuat :

1. Evaluasi kinerja 5 tahun sebelumnya.
2. Posisi rumah sakit saat ini,
3. Asumsi yang digunakan dalam menyusun renstra.
4. Penetapan sasaran, strategi dan program kerja 5 tahunan. Renstra disahkan oleh Ketua Bidang. Universitas Hasanuddin dipimpin oleh seorang direktur utama rumah sakit yang dibantu oleh direktur administrasi, SDM dan keuangan.

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN TAHUN 2023



LAMPIRAN
KEPUTUSAN REKTOR UNIVERSITAS HASANUDDIN
NOMOR 7729/UN4.1/KEP/2022
TANGGAL 15 NOVEMBER 2022
TENTANG PENETAPAN STRUKTUR ORGANISASI
RUMAH SAKIT PENDIDIKAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN



Ditetapkan di Makassar
pada tanggal 15 November 2022

REKTOR
JAMALUDDIN JOMPA
NIP 196703081990031001

BAB V

PENGORGANISASIAN KOMITE MUTU

A. Visi Unit

Menjadi pelopor terpercaya dalam memadukan Pendidikan, Penelitian dan Pemeliharaan kesehatan yang bertaraf internasional.

B. Misi Unit

1. Menciptakan tenaga profesional yang berstandar international dalam pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan.
2. Menciptakan lingkungan akademik yang optimal untuk mendukung pendidikan, penelitian dan pemeliharaan kesehatan.
3. Mempelopori inovasi pemeliharaan kesehatan melalui penelitian yang unggul dan perbaikan mutu yang berkesinambungan.
4. Memberikan pemeliharaan kesehatan secara terpadu dengan pendidikan, penelitian yang berstandar international tanpa melupakan fungsi sosial.
5. Mengembangkan jejaring dengan institusi lain baik regional maupun international.

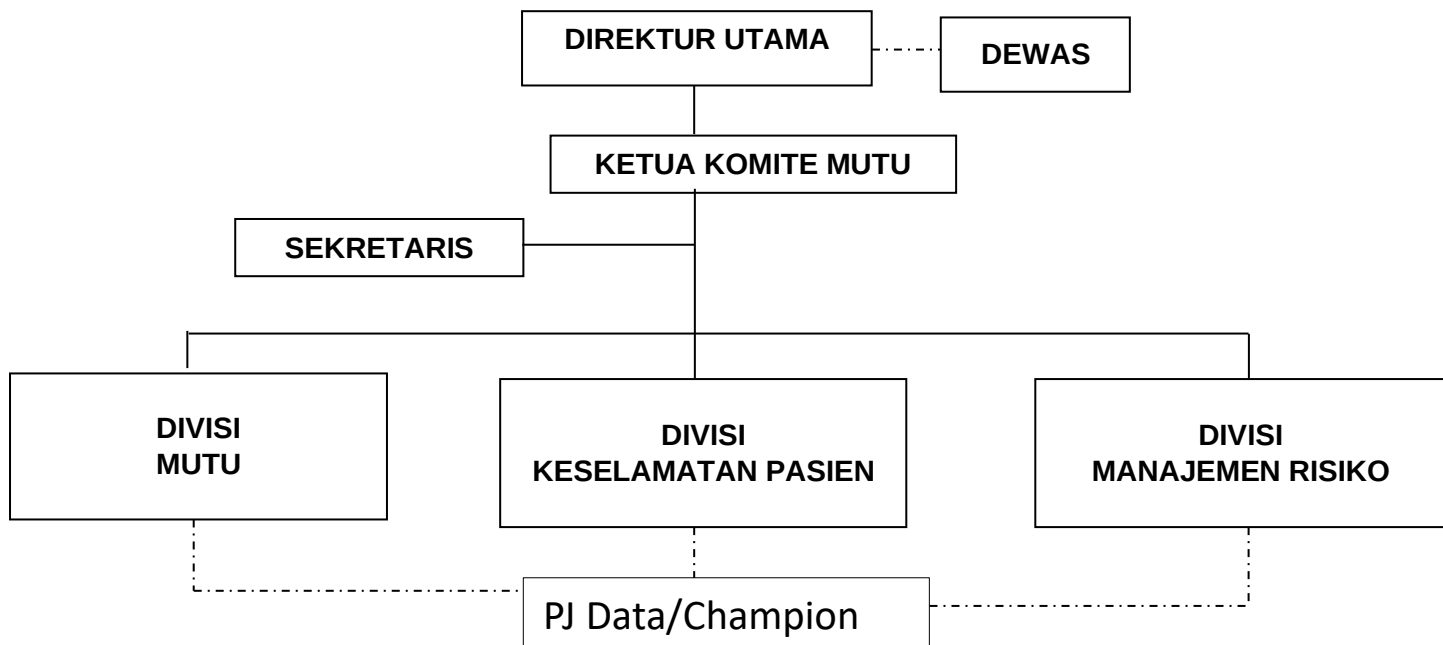
C. Tujuan

1. Menetapkan standar layanan baik klinis maupun manajerial dari layanan kesehatan di RSUD, baik dalam perencanaan, pelaksanaan, evaluasi ataupun tindakan perbaikan mutu untuk menjamin adanya perbaikan berkelanjutan dalam memenuhi persyaratan pelanggan dan kepuasan pelanggan.
2. Memberikan informasi dan acuan bagi internal maupun eksternal RS dalam melaksanakan program keselamatan pasien rumah sakit.
3. Mengkoordinasikan capaian Penjaminan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan persyaratan akreditasi JCI 2011 dan KARS 2012.
4. Melaksanakan program mutu dan keselamatan pasien secara sistematis dan terarah
5. Mencerminkan komitmen RSUD dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkelanjutan dalam bentuk tertulis, sehingga dapat dipahami oleh semua pihak yang terlibat dalam proses pelayanan dan pendidikan.

D. Kepemimpinan & Komitmen

Salah satu syarat penting untuk menilai keberhasilan program peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien rumah sakit adalah komitmen *top-down* dari Governing Body termasuk Rektor dan Dewan Pengawas beserta seluruh direksi, Kepala Bidang, Kepala Instalasi, SMF dan Ka.instalasi/unit kerja di RS UNHAS memiliki komitmen untuk memastikan bahwa semua sumber daya yang dibutuhkan tersedia dalam upaya menerapkan program peningkatan mutu , manajemen risiko dan keselamatan pasien yang efektif.

E. STRUKTUR ORGANISASI



F. PENGORGANISASIAN.

Komite Mutu membawahi tiga penanggung jawab yaitu Mutu, Keselamatan pasien, dan Manajemen Risiko

Direksi dan pimpinan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin memahami pentingnya teknologi untuk mengumpulkan dan membandingkan hasil pemantauan serta menyediakan teknologi dan fasilitas, sesuai dengan sumber daya rumah sakit.

BAB VI

URAIAN JABATAN

A. Ketua Komite Mutu

I. Tugas Pokok Ketua Komite Mutu

Membantu Direktur Utama Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit

II. Uraian Tugas Ketua Komite Mutu

1. Mengevaluasi regulasi (kebijakan, pedoman PMKP RS dan program kerja) terkait pengelolaan dan penerapan program mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko pelayanan Rumah Sakit (PMKP RS); Perumusan manual mutu rumah sakit
2. Memimpin penyusunan risk register RS
3. Memimpin Penyusunan dan pengembangan indikator mutu Komite Mutu
4. Memimpin monitoring, evaluasi, dan validasi Indikator Kinerja : IKU, Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu Komite Mutu
5. Mengevaluasi kesesuaian program kerja Komite Mutu dengan Renstra RS Unhas
6. Mengevaluasi RKAT Komite Mutu
7. Mengevaluasi hasil pemantauan dan penerapan program mutu keselamatan pasien dan manajemen risiko RS;
8. Mengevaluasi hasil pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
9. Memimpin pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian
10. Mengevaluasi pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut, mengevaluasi insiden keselamatan pasien dan risk register RS
11. Mengevaluasi penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu, pemberian motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko
12. Mengevaluasi profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;

13. Mengevaluasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
14. Mengawasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit, indikator unit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
15. Memimpin persiapan dan pelaksanaan akreditasi, pelaporan insiden ke kemenkes dan aplikasi manrisk
16. Mengevaluasi pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit;
17. Memimpin koordinasi dan komunikasi Komite Mutu dengan unit internal dan instansi eksternal
18. Mengawasi hasil capaian indikator mutu dalam MoU/kontrak
19. Memimpin pelaporan pelaksanaan renstra dari Komite Mutu
20. Mengevaluasi hasil laporan pelaksanaan program peningkatan mutu dan manajemen risiko pertriwulan serta keselamatan pasien persemester
21. Memberi masukan dan pertimbangan kepada Direktur Utama Rumah Sakit terkait perbaikan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko tingkat Rumah Sakit;
22. Mengevaluasi kinerja Ketua Divisi

III. Tanggung Jawab

1. Terlaksananya evaluasi pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut, mengevaluasi insiden keselamatan pasien dan risk register RS ;
2. Terimplementasinya evaluasi sistem penjaminan mutu penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pelayanan kesehatan melalui pemberian motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program mutu, keselamatan pasien dan manrisk
3. Terselenggaranya evalluasi pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit;
4. Terciptanya proses pembimbingan kepada peserta didik/peneliti terkait mutu, keselamatan pasien dan manajeen risiko
5. Terbinanya kerjasama dan komunikasi Komite Mutu dengan unit internal dan instansi eksternal

6. Terselenggaranya budaya keselamatan pasien di rumah sakit;
7. Menindaklanjuti rekomendasi dari pelaporan pelaksanaan renstra pada Komite Mutu
8. Terselenggaranya evaluasi kesesuaian program kerja Komite Mutu dengan Renstra RS Unhas
9. tercapainya target kinerja Komite Mutu yang telah ditetapkan
10. Tercapainya persiapan dan pelaksanaan akreditasi, pelaporan insiden ke kemenkes dan aplikasi manrisk

IV. Wewenang

1. Menyetujui regulasi (kebijakan, pedoman PMKP RS dan program kerja) terkait pengelolaan dan penerapan program mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko pelayanan Rumah Sakit (PMKP RS);
2. Menyetujui program kerja Komite Mutu sesuai Renstra RS Unhas
3. Memastikan terjalin kerjasama dan komunikasi Komite Mutu dengan unit internal dan instansi eksternal
4. Mengusulkan pengangkatan dan/atau pemberhentian Ketua Divisi dan Sekretaris Komite Mutu ke Direktur Utama RS;
5. Memberikan penghargaan atau sanksi kepada seluruh ketua divisi dan staf Komite Mutu RS Unhas;
6. Mendiseminasikan informasi dari luar untuk kepentingan rumah sakit;
7. Mewakili rumah sakit dalam rangka mengembangkan hubungan Komite Mutu rumah sakit dengan institusi luar;
8. Mengusulkan penilaian pegawai ASN tetap dan ASN tidak tetap kepada Direktur Utama RS;
9. Mengusulkan SKP Ketua Divisi dan staf Komite Mutu RS
10. Melaksanakan kewenangan lain yang ditetapkan oleh Direktur Utama RS

V. Persyaratan Jabatan

1. Beriman dan bertaqwa kepada tuhan yang maha esa;
2. Berkewarganegaraan indonesia;
3. Sehat jasmani dan rohani;
4. Berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
5. memiliki kemampuan leadership dan visione
6. Memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;

7. tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitan (S2);
8. Memiliki pengalaman manajerial di RS minimal 5 tahun;
9. Memahami konsep patient safety serta standar mutu pelayanan rumah sakit;
10. memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua)tahun terakhir bagi ASN;
11. tidak sedang menjalani hukuman disiplin ASN tingkat sedang dan berat
12. tidak sedang dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan; dan
13. Memiliki kemampuan dalam bidang perumahsakitan meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, tatakelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, manajemen mutu rumah sakit, manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien

B. SEKRETARIS KOMITE MUTU

I. TUGAS POKOK SEKRETARIS KOMITE MUTU

Membantu ketua Komite Mutu dalam kegiatan administrasi pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit.

II. URAIAN TUGAS

1. Menyusun regulasi yang telah disusun oleh Komite Mutu
2. Memfasilitasi penyusunan risk register RS Unhas
3. Memfasilitasi penyusunan dan pengembangan indikator mutu Komite Mutu
4. Merekap daftar referensi dari seluruh divisi
5. Mengecek program kerja setiap divisi
6. Merekap kebutuhan logistic (RKAT) dari seluruh Divisi
7. Merekap laporan hasil pemantauan dan penerapan program mutu, keselamatan pasien dan manrisk
8. Membantu menyusun instrumen supervisi seluruh divisi
9. Menyusun rekap laporan kajian standar seluruh divisi

10. Membantu administrasi pertemuan koordinasi pemilihan indikator mutu, pelaporan insiden dan risk register RS
11. Membantu koordinasi dengan dirdiklit terkait penyelenggaraan pelatihan oleh seluruh divisi
12. Memfasilitasi instrumen monitoring dan survei oleh divisi
13. Memfasilitasi proses pembimbingan kepada peserta didik/peneliti
14. Menyusun rekap profil mutu, trend insiden dan profil risiko
15. Memfasilitasi rapat mentoring dan sosialisasi dari seluruh divisi
16. Melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada unit kerja lain di lingkungan Rumah Sakit
17. Melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada unit kerja lain di lingkungan Rumah Sakit
18. Melaksanakan administrasi Komite Mutu dan administrasi persiapan dan pelaksanaan akreditasi dan koordinasi aplikasi dgn SIMRS
19. Menjadi notulen setiap kegiatan pertemuan mutu, Keselamatan pasien dan manrisk di lingkungan Rumah Sakit
20. Membantu UMAN kegiatan kerjasama internal dan eksternal dengan Komite Mutu RS Unhas
21. Membantu koordinasi penyusunan indikator mutu kontrak , benchmarking, rekomendasi dan publikasi
22. Membantu penyusunan rekap laporan capaian renstra dari divisi
23. Membantu penyusunan rekap laporan capaian indikator mutu dari divisi
24. Membantu administrasi pengiriman masukan/saran dari Komite Mutu
25. Membantu penyusunan instrumen dan laporan kinerja pimpinan dan staf Komite Mutu

III. TANGGUNG JAWAB

1. Terlaksananya administrasi pertemuan koordinasi pemilihan indikator mutu, pelaporan insiden dan risk register RS
2. Terimplementasinya koordinasi dengan dirdiklit terkait mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko oleh staf RS dan peserta didik/peneliti
3. Terselenggaranya kegiatan administrasi pertemuan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko di lingkungan Rumah Sakit
4. Terlaksananya proses pembimbingan kepada peserta didik/peneliti

5. terlaksananya administrasi kerjasama internal dan eksternal dengan Komite Mutu RS Unhas
6. Terlaksananya rekap instrumen monitoring dan survei pada divisi
7. Terlaksananya penyusunan rekap rekomendasi laporan capaian renstra dari divisi
8. Terlaksananya pengecekan pelaksanaan program kerja setiap divisi
9. tercapainya target kinerja sekretaris Komite Mutu yang telah ditetapkan
10. Terlaksananya administrasi persiapan dan pelaksanaan akreditasi dan koordinasi aplikasi dgn RS dan kemenkes

IV. WEWENANG

1. meminta regulasi dan dokumen pendukung program kerja yang telah disusun oleh seluruh divisi
2. Meminta laporan pencapaian program kerja setiap divisi
3. Menyiapkan bukti kegiatan kerjasama internal dan eksternal dengan Komite Mutu RS Unhas
4. Menyiapkan dokumen pengangkatan/pemberhentian pegawai Komite Mutu
5. Menyiapkan administrasi pemberian penghargaan atau sanksi kepada karyawan RS Unhas;
6. Mendiseminasikan informasi dari luar untuk kepentingan rumah sakit;
7. Menyiapkan dokumen pendukung pengembangan hubungan komite rumah sakit dengan institusi luar;
8. Menyiapkan dokumen penilaian pegawai Komite Mutu
9. Menyiapkan dokumen pengusulan SKP Ketua Divisi dan Staf Komite Mutu
10. Melaksanakan kewenangan lain yang ditetapkan oleh Ketua Komite Mutu RS

V. PERSYARATAN JABATAN

1. Beriman dan bertaqwa kepada tuhan yang maha esa;
2. Berkewarganegaraan indonesia;
3. Sehat jasmani dan rohani;
4. Berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
5. memiliki kemampuan leadership dan visioner;
6. . Memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual
7. tenaga kesehatan yang mempunyai kemampuan manajemen RS (S1);

8. Memiliki pengalaman manajerial RS minimal 2 tahun;
9. Memahami konsep patient safety serta standar mutu pelayanan rumah sakit;
10. memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir bagi ASN;
11. tidak sedang menjalani hukuman disiplin tingkat sedang dan berat;
12. tidak sedang dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan; dan
13. Memiliki kemampuan dalam bidang perumahsakitian meliputi administrasi RS, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, tatakelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, manajemen mutu rumah sakit, manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien

C. PENANGGUNG JAWAB DIVISI MUTU

I. TUGAS POKOK

Membantu pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu di tingkat RS

II. URAIAN TUGAS

1. Memimpin penyusunan regulasi (kebijakan, pedoman kerja) terkait pengelolaan, pengawasan dan penerapan program mutu pelayanan di Sub Komite Mutu dan mengevaluasi program PMKP di tingkat unit;
2. Memimpin penyusunan risk register Divisi Mutu
3. Memimpin Penyusunan dan pengembangan indikator mutu Divisi Mutu
4. Memimpin monitoring, evaluasi, dan validasi Indikator Kinerja : IKU, Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu Divisi Mutu
5. Memimpin penyusunan daftar referensi asuhan klinis dan manajemen terkini terkait mutu
6. Mereview program kerja Divisi Mutu sesuai dengan Renstra RS Unhas
7. Menyusun usulan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas dan pemeliharaan sarana dan prasarana dan ATK Divisi Mutu;
8. Melakukan pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;

9. Melakukan pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu (klinis, manajerial dan SKP);
10. Memimpin pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dari seluruh unit kerja dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta monitoring/menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
11. Memimpin koordinasi penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu ke staf, magang, pimpinan RS, komite, pelatihan manajemen data ke PJ data dan pelatihan validasi data ke staf Komite Mutu;
12. Memimpin penyusunan instrumen monitoring tindak lanjut dan instrumen validasi
13. Memimpin pembimbingan peserta didik/peneliti terkait mutu
14. Memimpin koordinasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data
15. . Melakukan mentoring penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
16. . Memimpin pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
17. Memimpin pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
18. Memimpin pelaksanaan pemenuhan standar akreditasi yang berlaku dan persiapan pengisian aplikasi akreditasi, pengumpulan data SIM RS dan aplikasi pelaporan INM Kemenkes
19. Melakukan monitoring implementasi budaya mutu (PDSA) yang terkait pendidikan dan penelitian dan pelayanan
20. Berkoordinasi dengan komite medik terkait hasil audit klinis dan audit medis, termasuk kepatuhan DPJP terhadap CP dan efisiensi sumber daya
21. Memimpin koordinasi dengan Komite PPI terkait surveilans dan indikator mutu
22. Mengawasi proses benchmarking data indikator mutu nasional dengan RS selevel
23. Mengawasi publikasi capaian indikator mutu RS di website RS dan papan info RS

24. Mengevaluasi capaian indikator mutu Mou/Kontrak berkoordinasi dengan bag kerjasama
25. Memimpin penyusunan laporan pelaksanaan renstra divisi mutu.
26. Memimpin penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.
27. Menganalisa masukan dan pertimbangan kepada Ketua Komite Mutu dan Direktur Utama Rumah Sakit terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit;
28. Memimpin diseminasi hasil rekomendasi laporan capaian indikator mutu dari Dirut dan Dewas ke seluruh unit kerja
29. Melakukan evaluasi kinerja staf Divisi Mutu

III. TANGGUNG JAWAB

1. Terlaksananya pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dari seluruh unit kerja dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta monitoring/menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
2. Terimplementasinya koordinasi penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pelayanan kesehatan terkait mutu kepada staf, magang, pimpinan RS, komite,
3. Terselenggaranya monitoring implementasi budaya mutu (PDSA) yang terkait pendidikan dan penelitian dan pelayanan
4. Terlaksananya pembimbingan peserta didik/peneliti terkait mutu
5. Terbinanya koordinasi dengan komite medik terkait hasil audit klinis dan audit medis, termasuk kepatuhan DPJP terhadap CP dan efisiensi sumber daya
6. Terlaksananya penyusunan instrumen monitoring tindak lanjut dan instrumen validasi
7. Terlaksananya penyusunan laporan pelaksanaan renstra divisi mutu.
8. Terlaksananya program kerja Divisi Mutu sesuai dengan Renstra RS Unhas
9. tercapainya target kinerja divisi mutu yang telah ditetapkan
10. Terlaksananya persiapan pemenuhan standar terkait mutu pada aplikasi akreditasi, aplikasi pengumpulan data SIM RS dan aplikasi pelaporan INM Kemenkes

IV. WEWENANG

1. mengusulkan regulasi (kebijakan, pedoman kerja) terkait pengelolaan, pengawasan dan penerapan program mutu pelayanan di Sub Komite Mutu dan mengevaluasi program PMKP di tingkat unit;
2. Menetapkan program kerja Divisi Mutu sesuai dengan Renstra RS Unhas
3. Menyediakan data yang dibutuhkan dalam koordinasi divisi mutu dengan unit internal dan instansi eksternal
4. Mengusulkan pengangkatan dan/atau pemberhentian staf Divisi Mutu ke Ketua Komite Mutu
5. Mengajukan pemberian penghargaan atau sanksi kepada staf Divisi Mutu RS Unhas;
6. Mendiseminasikan informasi dari luar untuk kepentingan rumah sakit;
7. Menyiapkan dokumen pendukung pengembangan hubungan terkait mutu dengan institusi luar;
8. Mengusulkan penilaian pegawai ASN tetap dan ASN tidak tetap divisi Mutu kepada Ketua Komite RS
9. Menyiapkan dokumen pengusulan SKP Ketua Divisi Mutu dan staf
10. Melaksanakan kewenangan lain yang ditetapkan oleh Ketua Komite Mutu RS

V. PERSYARATAN JABATAN

1. Beriman dan bertaqwa kepada tuhan yang maha esa;
2. Berkewarganegaraan indonesia;
3. Sehat jasmani dan rohani;
4. Berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
5. memiliki kemampuan leadership dan visioner;
6. Memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
7. tenaga kesehatan yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakit (S2);
8. Memiliki pengalaman manajerial RS minimal 2 tahu
9. Memahami konsep patient safety serta standar mutu pelayanan rumah sakit;
10. memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;
11. memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir bagi ASN;
12. tidak sedang menjalani hukuman disiplin tingkat sedang dan berat;

13. tidak sedang dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan; dan
14. Memiliki kemampuan dalam bidang perumahsakitian meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, tatakelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, manajemen mutu rumah sakit, manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien

D. PENANGGUNG JAWAB KESELAMATAN PASIEN

I. TUGAS POKOK

Membantu pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien di tingkat RS

II. URAIAN TUGAS

1. Memimpin Penyusunan regulasi (kebijakan, pedoman, panduan, prosedur dan alur proses pedoman kerja) terkait keselamatan pasien Rumah Sakit;
2. Memimpin penyusunan risk register Divisi Keselamatan Pasien
3. Memimpin Penyusunan dan pengembangan indikator mutu Divisi Keselamatan Pasien
4. Memimpin monitoring, evaluasi, dan validasi Indikator Kinerja : IKU, Standar Pelayanan Minimal (SPM), Indikator Mutu Divisi Keselamatan Pasien
5. Memimpin penyusunan daftar referensi asuhan klinis dan manajemen terkini terkait keselamatan pasien
6. Mereview program kerja Divisi Keselamatan Pasien sesuai dengan Renstra RS Unhas
7. Menyusun usulan kebutuhan sumber daya meliputi tenaga (jumlah, kualifikasi dan pengembangannya), fasilitas dan pemeliharaan sarana dan prasarana dan ATK Divisi Kes Pasien;
8. Melakukan pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja ke staf dan peserta didik;
9. Melakukan monitoring tindaklanjut perbaikan dari rekomendasi insiden keselamatan pasien
10. Melakukan pengkajian standar keselamatan pasien pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;

11. Melakukan pencatatan dari pelaporan insiden, analisa, verifikasi, investigasi termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA), dan pemberian solusi serta diseminasi rekomendasi untuk meningkatkan keselamatan pasien
12. Memimpin koordinasi dengan Dirdiklat dalam penyelenggaraan pelatihan keselamatan pasien ke seluruh staf, staf magang dan peserta didik
13. Melakukan survei, analisis dan diseminasi hasil survei budaya keselamatan RS
14. Memimpin pembimbingan peserta didik/peneliti terkait keselamatan pasien
15. Memimpin penyusunan pola trend insiden keselamatan pasien
16. Melakukan sosialisasi pengisian form pelaporan insiden online
17. Memfasilitasi prosedur kerja tim investigasi kasus insiden KP
18. Mengevaluasi hasil temuan tim investigasi kasus insiden KP
19. Memimpin pelaksanaan pemenuhan standar akreditasi (POKJA SKP) dan pemenuhan pelaporan
20. Monitoring tindak lanjut dari rekomendasi pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
21. Melakukan koordinasi dalam menginvestigasi kasus insiden KP
22. Memimpin koordinasi dengan Komite Etik dan Hukum RS terkait pelaporan insiden
23. Memimpin koordinasi dengan divisi mutu terkait program keselamatan pasien dari Mou/kontrak
24. . Memimpin penyusunan laporan pelaksanaan renstra divisi Keselamatan pasien.
25. Memimpin penyusunan laporan keselamatan pasien ke dirut dan Dewas semester (6 bulan)
26. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepada Ketua Komite Mutu dan Direktur Rumah Sakit dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;
27. Melaksanakan evaluasi kinerja staf Divisi Keselamatan Pasien

III. TANGGUNG JAWAB

1. Terlaksananya pencatatan dari pelaporan insiden, analisa, verifikasi, investigasi termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA), dan pemberian solusi serta diseminasi rekomendasi untuk meningkatkan keselamatan pasien
2. Terimplementasinya koordinasi dengan Dirdiklat dalam penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pelayanan kesehatan yang berfokus keselamatan pasien ke seluruh staf, staf magang dan peserta didik
3. Terselenggaranya monitoring tindak lanjut dari rekomendasi pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
4. Terlaksananya pembimbingan peserta didik/peneliti terkait keselamatan pasien
5. Terbinanya koordinasi dalam menginvestigasi kasus insiden KP
6. Terlaksananya survei, analisis dan diseminasi hasil survei budaya keselamatan RS
7. Terlaksananya penyusunan laporan pelaksanaan renstra divisi Keselamatan pasien.
8. Terlaksananya program kerja Divisi Keselamatan Pasien sesuai dengan Renstra RS Unhas
9. tercapainya target kinerja divisi keselamatan pasien yang telah ditetapkan
10. Terlaksananya persiapan pemenuhan standar terkait keselamatan pasien pada aplikasi akreditasi, aplikasi pelaporan insiden KNKP kemenkes

IV. WEWENANG

1. Mengusulkan regulasi (kebijakan, pedoman, panduan, prosedur dan alur proses pedoman kerja) terkait keselamatan pasien Rumah Sakit;
2. Menetapkan program kerja Divisi Keselamatan Pasien sesuai dengan Renstra RS Unhas
3. Menyediakan data yang dibutuhkan dalam koordinasi divisi keselamatan pasien dengan unit internal dan instansi eksternal
4. Mengusulkan pengangkatan dan/atau pemberhentian staf Divisi Keselamatan Pasien ke Ketua Komite Mutu
5. Mengajukan pemberian penghargaan atau sanksi kepada staf Divisi Keselamatan Pasien RS Unhas;
6. Mendiseminasikan informasi dari luar untuk kepentingan rumah sakit;
7. Menyiapkan dokumen pendukung pengembangan hubungan terkait keselamatan pasien dengan institusi luar;

8. Mengusulkan penilaian pegawai ASN tetap dan ASN tidak tetap divisi Keselamatan Pasien kepada Ketua Komite RS
9. Menyiapkan dokumen pengusulan SKP Ketua Divisi Keselamatan Pasien dan staf
10. Melaksanakan kewenangan lain yang ditetapkan oleh Ketua Komite Mutu RS

V. PERSYARATAN JABATAN

1. Beriman dan bertaqwa kepada tuhan yang maha esa;
2. Berkewarganegaraan indonesia;
3. Sehat jasmani dan rohani;
4. Berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
5. memiliki kemampuan leadership dan visioner;
6. Memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
7. tenaga medis (dr/prwt)
8. Memiliki pengalaman manajerial RS minimal 2 tahun;
9. Memahami konsep patient safety serta standar mutu pelayanan rumah sakit;
10. memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir bagi ASN;
11. tidak sedang menjalani hukuman disiplin tingkat sedang dan berat;
12. tidak sedang dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan; dan
13. Memiliki kemampuan dalam bidang perumahsakitian meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, tatakelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, manajemen mutu rumah sakit, manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien

VI. Hubungan Kerja

EKSTERNAL	TUJUAN
KARS	Koordinasi pembimbingan dan survei akreditasi
Komite Nasional Keselamatan Pasien	Koordinasi pelaporan insiden
INTERNAL	TUJUAN
Rektor/Dewas	Pelaporan capaian indikator mutu RS
Direktur Utama RS Unhas	Pelaporan capaian indikator mutu RS
PJ Data/Champion keselamatan pasien	Supervisi data yang dikumpulkan oleh PJ data
Seluruh direksi, Kabid, Ka.instalasi/unit, Karu, Komite, SPI, KSM	Koordinasi dan komunikasi terkait capaian indikator mutu prioritas RS dan tindaklanjut perbaikan
Seluruh unit kerja	Koordinasi pemilihan dan penentuan indikator mutu unit
Direktur Umum, Pemasaran dan Keuangan)	Koordinasi pemilihan dan penentuan indikator mutu kontrak
Komite Medik, Komite Keperawatan, KFT, Kabid SDM	Koordinasi pemilihan dan penentuan indikator mutu kinerja

VII. Hasil Kerja

NO	HASIL KERJA	SATUAN HASIL
1	Ketersediaan dokumen program kerja PMKP	Dokumen
2	Ketersediaan dokumen RKAT yang selaras dengan renstra RS	Dokumen
3	Ketersediaan regulasi (kebijakan, pedoman, panduan, SPO) mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko di tingkat RS dan tingkat divisi	Dokumen
4	Ketersediaan checklist rekomendasi perbaikan regulasi dari seluruh unit/instalasi	Dokumen
5	Ketersediaan laporan risk register di tingkat RS	Dokumen
6	Bukti pertemuan pemilihan dan penentuan indikator mutu prioritas RS, indikator mutu unit, indikator mutu kontrak di seluruh unit kerja	Dokumen
7	Ketersediaan profil indikator mutu prioritas, mutu unit dan mutu kontrak	Dokumen
8	Ketersediaan supervisi perubahan profil data di sismadak dari PJ data unit kerja	Dokumen
9	Ketersediaan dokumen supervisi pengumpulan data indikator mutu	Dokumen
10	Ketersediaan laporan capaian indikator mutu dan analisisnya	Dokumen
11	Ketersediaan dokumen validasi dan menganalisa capaian indikator mutu	Dokumen
12	Bukti mentoring unit kerja dalam menganalisa dan rencana tindak lanjut perbaikan sistem	Dokumen
13	Mentoring analisis akar masalah dan perencanaan perbaikan (PDSA) unit kerja yang memiliki indikator yang tidak tercapai	Dokumen

14	Bukti pertemuan pelaporan kegiatan PMKP kepada direktur utama dan pimpinan RS Unhas (UMAN)	Dokumen
15	Bukti laporan PMKP triwulan ke dirut, dewas/rektor dan instansi eksternal (Dinkes)	Dokumen
16	Bukti pelatihan PMKP kepada staf RS, peserta magang dan peserta didik (UMAN)	Dokumen
17	Bukti rekap kejadian keselamatan pasien ke Dirut RS	Dokumen
18	Bukti rapat investigasi KTD dan sentinel bersama-sama dengan Dirut RS	Dokumen
19	Bukti evaluasi tindak lanjut terkait rekomendasi dirut terkait KTD/sentinel	Dokumen
20	Bukti laporan survei budaya keselamatan RS	Dokumen
21	Bukti evaluasi risk register berdasarkan insiden dan capaian indikator mutu	Dokumen
22	Bukti rapat evaluasi indikator mutu dalam MoU/kontrak	Dokumen
23	Bukti jadwal pembimbingan mahasiswa praktek dan magang kerja terkait mutu dan keselamatan pasien	Dokumen
24	Bukti jadwal penelitian mahasiswa terkait mutu dan keselamatan pasien	Dokumen
25	Bukti evaluasi perubahan form rekam medis dan laporan kelengkapan RM (tgs tambahan tim review RM)	Dokumen
26	Bukti rapat koordinasi capaian indikator mutu dengan Komite-komite dan divisi lain, SPI,serta direktorat	Dokumen

E. PENSNGGUNG JAWAB MANAJEMEN RISIKO

I. TUGAS POKOK

Melakukan pemantaua dan memandu proses perbaikan perubahan risk register

II. URAIAN TUGAS

1. Menyusun regulasi (kebijakan, pedoman Manajemen Risiko Rumah Sakit dan program kerja) terkait pengelolaan dan penerapan program manajemen risiko pelayanan Rumah Sakit;
2. Memberi masukan dan pertimbangan kepada Ketua Komite Mutu terkait perbaikan manajemen risiko tingkat Rumah Sakit;
3. Menyusun program kerja terkait Manajemen Risiko yang diselaraskan dengan Renstra Rumah Sakit;
4. Menyusun Rencana Kerja dan Anggaran Tahunan terkait Manajemen Risiko;
5. Melaksanakan pengkajian standar manajemen risiko di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian;
6. Penyusunan Profil Risiko Rumah Sakit (*risk register* RS) dan risk register Komite Mutu;
7. Mengajukan usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
8. Mengajukan usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
9. Monitoring pelaksanaan penanganan risiko tinggi;

10. Melaksanakan dan melaporkan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
11. Sebagai *Clinical instructure*/pembimbing klinis dalam pelatihan manajemen risiko;
12. Memberi motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program manajemen risiko;
13. Melaksanakan pemantauan dan fasilitasi persiapan dan pelaksanaan akreditasi RS khususnya kepatuhan standar manajemen risiko;
14. Melaksanakan dukungan untuk implementasi budaya mutu (monitoring FMEA) di Rumah Sakit;
15. Melaksanakan koordinasi dan komunikasi terkait manajemen risiko dengan komite medis dan komite lainnya, Satuan Pemeriksaan Internal dan unit kerja lainnya yang terkait serta staf;
16. Menyusun laporan pelaksanaan program kerja Komite Mutu;
17. Menyusun laporan pelaksanaan capaian indikator mutu ke Direktur Utama, Dewas dan pihak eksternal/Kemenkes;
18. Melakukan diseminasi rekomendasi dari FMEA dari dirut/dewas ke seluruh unit kerja;
19. Melaporkan kinerja staf pelaksana manajemen risiko;
20. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Ketua Komite Mutu.

III. TANGGUNG JAWAB

1. Terlaksananya program kerja Komite Mutu sesuai dengan renstra Rumah Sakit Unhas;
2. Terlaksananya pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dari seluruh unit kerja dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta monitoring/menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
3. Terimplementasinya koordinasi penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pelayanan kesehatan terkait mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko kepada staf, magang, pimpinan Rumah Sakit, dan komite;
4. Terselenggaranya monitoring implementasi budaya mutu (PDSA, survei budaya keselamatan RS dan FMEA) yang terkait pendidikan dan penelitian dan pelayanan;
5. Terlaksananya pengarahan peserta didik/peneliti terkait informasi tentang mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko Rumah Sakit;
6. Terlaksananya koordinasi dengan komite medik terkait hasil audit klinis dan audit medis, termasuk kepatuhan DPJP terhadap CP dan efisiensi sumber daya;
7. Terlaksananya penyusunan instrumen monitoring tindak lanjut dan instrumen validasi;
8. Terlaksananya penyusunan laporan pelaksanaan renstra Komite Mutu;
9. Tercapainya target kinerja Komite Mutu yang telah ditetapkan;
10. Terlaksananya persiapan pemenuhan standar terkait mutu pada aplikasi akreditasi, aplikasi pengumpulan data SIMRS dan aplikasi pelaporan insiden INM Kementerian Kesehatan dan aplikasi pengawasan manajemen risiko RS.

IV. WEWENANG

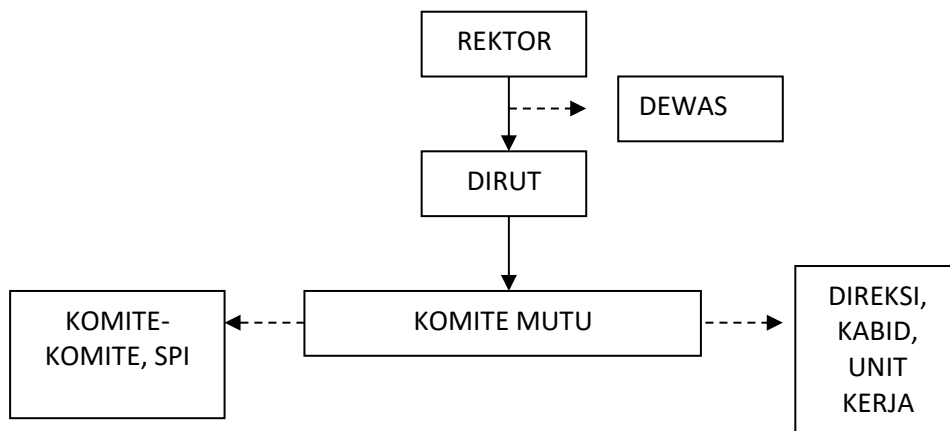
1. Mengusulkan regulasi (kebijakan, pedoman kerja) terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
2. Menetapkan program kerja Manajemen Risiko sesuai dengan Renstra RS Unhas
3. Menyediakan data yang dibutuhkan dalam koordinasi divisi manajemen risiko dengan unit internal dan instansi eksternal
4. Mengusulkan pengangkatan dan/atau pemberhentian staf Divisi Manajemen ke Ketua Komite Mutu
5. Mengajukan pemberian penghargaan atau sanksi kepada staf Divisi Manajemen Risiko RS Unhas;
6. Mendiseminasikan informasi dari luar untuk kepentingan rumah sakit;
7. Menyiapkan dokumen pendukung pengembangan hubungan terkait manajemen risiko dengan institusi luar;
8. Mengusulkan penilaian pegawai ASN tetap dan ASN tidak tetap divisi manajemen Risiko kepada Ketua Komite RS
9. Menyiapkan dokumen pengusulan SKP Ketua Divisi Manajemen Risiko dan staf
10. Melaksanakan kewenangan lain yang ditetapkan oleh Ketua Komite Mutu RS

III. PERSYARATAN JABATAN

1. Beriman dan bertaqwa kepada tuhan yang maha esa;
2. Berkewarganegaraan indonesia;
3. Sehat jasmani dan rohani;
4. Berusia maksimal 60 (enam puluh) tahun pada saat pelantikan;
5. memiliki kemampuan leadership dan visioner;
6. Memiliki dedikasi dan integritas yang tinggi baik moral maupun intelektual;
7. tenaga kesehatan yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitan (S2);
8. Memiliki pengalaman manajerial RS minimal 2 tahun;
9. Memahami konsep patient safety serta standar mutu pelayanan rumah sakit;
10. memiliki rekam jejak akademik dan kepemimpinan yang baik;
11. memiliki setiap unsur penilaian prestasi kerja pegawai bernilai baik dalam 2 (dua) tahun terakhir bagi ASN;
12. tidak sedang menjalani hukuman disiplin tingkat sedang dan berat;
13. tidak sedang dipidana berdasarkan keputusan pengadilan yang memiliki kekuatan hukum tetap karena melakukan perbuatan yang diancam pidana paling rendah pidana kurungan; dan
14. Memiliki kemampuan dalam bidang perumahsakitan meliputi kepemimpinan, kewirausahaan, rencana strategis bisnis, rencana aksi strategis, rencana implementasi dan rencana tahunan, tatakelola rumah sakit, standar pelayanan minimal, manajemen mutu rumah sakit, manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien, manajemen risiko RS

BAB VII

TATA HUBUNGAN KERJA



Keterangan:

1. Komite Mutu bertanggungjawab terhadap pelaporan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko RS kepada Direktur Utama RS Unhas
2. Direktur Utama sebagai pimpinan RS melaporkan mutu RS Kepada Pemilik/rektor, melalui Dewas
3. Komite Mutu membawahi 3 Divisi yaitu Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien,
4. Dalam menjalankan fungsinya, Komite Mutu berkoordinasi dengan Komite Medik, SPI, seluruh direktorat dan unit kerja terkait moneyv indikator mutu dan keselamatan pasie

BAB VIII

POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL

Pola ketenagaan Komite Mutu membawahi tiga Divisi yaitu Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien,

Dengan rincian ketenagaan sebagai berikut:

No	Jabatan	Pendidikan	Jumlah personil
1	Ketua Komite Mutu	S2	1 orang
2	Sekretaris Komite Mutu	S3	1 orang
3	Penanggung Jawab Mutu	S1	2 orang
4	Penanggung Jawab Keselamatan Pasien	S2	1 orang
5	Penanggung Jawab Manajemen Resiko	S1	1 orang

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa kualitas pendidikan baik pimpinan maupun staf di Komite Mutu sudah memenuhi standar namun berdasarkan perhitungan beban kerja maka dari segi kuantitas atau jumlah, jumlah staf pada Divisi Mutu dan keselamatan pasien masih kekurangan 1 staf yaitu staf khusus penanggungjawab keselamatan pasien dan staf manajemen risiko.

BAB IX

KEGIATAN ORIENTASI

A. Kegiatan Orientasi

Orientasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) wajib diberikan kepada seluruh staf RS, peserta didik, staf magang bahkan kepada pegawai pihak ketiga. Hal ini disebabkan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin memberikan prioritas utama pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien dalam setiap ruang lingkup pelayanannya. Tujuan pemberian orientasi adalah agar seluruh komponen *stakeholder* dapat mengenal lebih jauh tentang kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan mengetahui program kerja komite sehingga dapat bersinergi mewujudkan pelayanan kesehatan yang berfokus keselamatan di rumah sakit

Komite Mutu adalah merupakan komite yang melibatkan seluruh multi disiplin ilmu kesehatan (interprofesional) yang bekerja bersama secara terintegrasi dalam melaksanakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien

Pemateri orientasi PMKP adalah Ketua atau staf Komite Mutu dan diselenggarakan oleh Direktorat Diklit dan SDM terhadap seluruh staf yang akan ditugaskan di seluruh instalasi pelayanan (Rawat inap, rawat jalan, rawat darurat, rawat khusus dan intensive, instalasi bedah sentral, instalasi radioterapi, instalasi farmasi, instalasi farmasi dan instalasi gizi). Materi orientasi berkaitan dengan alur proses indikator mutu dan pelaporan insiden keselamatan pasien dan metode pencapaian indikator mutu.

B. Tujuan

Tujuan dilaksanakan orientasi agar seluruh staf yang akan bertugas di rumah sakit dapat melaksanakan tugas yang selalu berfokus pada keselamatan pasien secara terintegrasi sesuai dengan alur pelayanan di setiap instalasi pelayanan di rumah sakit Universitas Hasanuddin.

C. Sasaran

1. Seluruh staf RS
2. Seluruh staf Magang
3. Seluruh Mahasiswa praktik (Dokter muda/ coass, ners, gizi, fisioterapis, dll)
4. Seluruh staf stakeholder yang berada dalam lingkungan RS seperti staf Bank BNI

BAB X

PERTEMUAN/RAPAT

Pertemuan dilakukan secara berkala adapun bentuk pertemuan/ rapat koordinasi adalah sebagai berikut :

1. Rapat Direksi

Capaian indikator mutu rumah sakit dan capaian indikator mutu unit akan dilaporkan dalam bentuk agenda rapat direksi setiap hari Selasa Jam 14.00 wita untuk mendapatkan solusi dari permasalahan terkait mutu dan keselamatan pasien. Rapat bulanan ini dihadiri oleh seluruh pimpinan rumah sakit dan staf untuk memberikan pengambilan keputusan yang cepat dari pimpinan puncak.

2. Rapat Koordinasi

SPM mengundang rapat-rapat koordinasi dengan kepala instalasi dan Karu atau menghadiri rapat yang diadakan oleh setiap Direktorat atau Bidang/unit kerjanya, yang bertujuan untuk memberikan sosialisasi tentang standar mutu dalam penerapannya di unit kerja

3. Rapat Rutin

Rapat rutin internal seluruh divisi dalam SPM minimal 2 kali sebulan untuk membahas masalah capaian kinerja yang diukur dari indikator mutu yang berfokus pada keselamatan pasien

4. Pelaporan tertulis

Pelaporan tertulis dilakukan ke Direktur utama terkait pencatatan risk register, indikator mutu dan pelaporan insiden.

5. Rapat tahunan (Rapat Koordinasi)

Rapat tahunan atau rapat kerja dilakukan dengan tujuan evaluasi kinerja Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien tahun berjalan, kegiatan ini penting untuk mengukur sejauhmana perencanaan tahunan yang telah direncanakan sebelumnya telah terelialisasi dan solusi perencanaan ke depannya.

6. Supervisi langsung

Staf melakukan kunjungan berupa surveillance ke setiap unit minimal seminggu sekali untuk memonitoring kepatuhan terhadap standar mutu RS yang telah disepakati.

BAB XI PELAPORAN

Komite Mutu melakukan pelaporan Komite Mutu antara lain :

1. Laporan capaian indikator mutu dari seluruh unit kerja

Dari hasil pertemuan rutin bulanan dengan staf mutu di seluruh unit, Komite Mutu membuat laporan rekapitulasi capain indicator mutu dan melaporkan masalah-masalah yang terjadi di unit kerja dalam penerapannya. Dalam pengelolaan data statistik terkait monitoring indikator mutu dan keselamatan pasien, Komite Mutu bekerjasama dengan staf IPSRS dan staf SIMRS dalam pengelolaan hasil sensus harian staf mutu yang dapat diolah menjadi informasi yang bermanfaat dalam pengambilan keputusan terkait masalah keselamatan pasien.

2. Pelaporan publikasi hasil capaian indikator mutu rumah sakit melalui media yang tersedia (website RS Unhas, instagram RS Unhas official dan papan informasi RS Unhas)
3. Pelaporan capaian indikator mutu dan keselamatan pasien, PPI, dan K3KL setiap truwulan dilaporkan ke Rektor melalui Dewas dan pelaporan eksternal ke Dinas Kesehatan.

Makassar, 30 Januari 2023
Direktur Utama



Dr. Andi Muhammad Ichsan, Ph.D., Sp.M(K) 7
NIP 197002122008011013

REFERENSI

Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI tahun 1998.

Indikator Kinerja Rumah Sakit, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI tahun 2005

Standar Pelayanan Minimal Rumah sakit, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI tahun 2008