

**PROGRAM KERJA
KOMITE MUTU RUMAH SAKIT UNHAS
TAHUN 2023**



RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

Alamat : Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar 90245
Website: www.rs.unhas.ac.id. Email: info@rs.unhas.ac.id. Telp: (0411) 591 331 Fax: (0411) 591332

**PROGRAM KERJA KOMITE MUTU
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN
TAHUN 2023**

Pembuat Dokumen	Komite Mutu
Tanggal	20 Januari 2023
Jumlah Halaman	20 halaman

SAMBUTAN DIREKTUR

Salam Tulus Melayani,

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunian-Nya sehingga penyusunan Program Kerja Komite Mutu Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tahun 2023 dapat terselesaikan dengan baik.

Terimakasih dan apresiasi besar kami sampaikan kepada Tim penyusun program kerja komite mutu Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tahun 2023 yang telah memberikan kontribusi besar terhadap keberhasilan penyusunan program ini.

Kami berharap dengan disusunnya program kerja ini dapat dijadikan sebagai acuan dalam peningkatan program mutu di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tahun 2023 untuk meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.



Direktur Utama,

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



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

**PROGRAM KERJA KOMITE MUTU
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN
TAHUN 2023**

A. PENDAHULUAN

Seiring dengan persaingan dan tuntutan perkembangan dunia perumahsakitannya dewasa ini, maka Rumah Sakit Universitas Hasanuddin terus berupaya meningkatkan mutu pelayanan dalam semua bidang dan menjadikan safety pasien (keamanan pasien) sebagai fokus utama dari seluruh pelayanan yang diselenggarakan. Sebagaimana diketahui, keberhasilan program peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien sebuah rumah sakit merupakan salah satu tolak ukur utama bahwa kinerja rumah sakit tersebut telah berhasil.

Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Untuk mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan tersebut, peranan rumah sakit sangatlah penting. Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan diharapkan dapat berperan aktif dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat dengan meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien sebagai prioritas utama di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

Tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan yang lebih baik sangat dipengaruhi oleh peningkatan tingkat pendidikan dan strata sosial dan ekonomi masyarakat. Masyarakat mulai cenderung menuntut pelayanan lebih bermutu seperti perilaku staf rumah sakit yang lebih ramah. Oleh karena itu, Rumah Sakit Universitas Hasanuddin harus menyusun program kerja peningkatan mutu yang bersinergi dengan program kerja unit kerja/instalasi lainnya agar peningkatan mutu dapat berlangsung secara terus menerus dan berkesinambungan untuk memberikan pelayanan yang memuaskan.

Peningkatan mutu di Rumah Sakit Unhas telah dilakukan berbagai upaya yang dimulai dengan proses perencanaan, proses dan monitoring/evaluasi program kerja. Untuk itu laporan program kerja ini dibuat sebagai acuan untuk melaksanakan program kerja sesuai dengan perencanaan yang dibuat sebelumnya.



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

B. LATAR BELAKANG

Kegiatan peningkatan mutu pelayanan rumah sakit adalah rangkaian kegiatan yang bertujuan untuk memberikan pelayanan sebaik-baiknya kepada pasien. Dengan adanya perubahan paradigma pelayanan kesehatan yang harus memenuhi kepuasan pasien/keluarga, maka rumah sakit sebagai pemberi layanan kesehatan dituntut mau tidak mau harus semakin meningkatkan pelayanan yang optimal dan memenuhi kebutuhan dan demand masyarakat. Kebutuhan masyarakat yang semakin tinggi sehingga makin kritis dalam menilai pelayanan kesehatan yang diterimanya.

Oleh karena itu, Rumah Sakit Universitas Hasanuddin diharapkan dapat memenuhi kebutuhan pasien/keluarga agar dapat memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar akreditasi dan professional dalam pemberian pelayanan. Berdasarkan pertimbangan tersebut maka program kerja peningkatan mutu terutama yang terakut dengan keselamatan pasien di RS Universitas Hasanuddin harus disusun agar program kerja lebih terarah dan dapat dievaluasi keberhasilannya.

C. TUJUAN

A. Tujuan Umum

Terlaksananya peningkatan Mutu Pelayanan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin secara berkelanjutan dan berkesinambungan melalui pengurangan risiko dan insiden keselamatan pasien

B. Tujuan Khusus

1. Meningkatkan mutu pelayanan klinis melalui standarisasi asuhan klinis dan monitoring indikator mutu dari seluruh unit kerja di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
2. Meningkatkan mutu pelayanan manajemen melalui monitoring indikator mutu manajerial dari seluruh unit kerja
3. Meningkatkan Keselamatan Pasien melalui pelaporan insiden dan penerapan sasaran keselamatan pasien
4. Meningkatkan kinerja unit dan individu melalui penilaian kinerja



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

D. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

Kegiatan pokok dan rincian kegiatan adalah langkah-langkah kegiatan yang harus dilakukan sehingga program tersebut tercapai. Karena itu antara tujuan dan kegiatan harus berkaitan dan sejalan.

A. Kegiatan Pokok

1. Monitoring dan Evaluasi Peningkatan Mutu Pelayanan
2. Monitoring dan Evaluasi Penerapan Keselamatan Pasien

B. Rincian Kegiatan

1. Rincian Kegiatan Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan

- a. Melakukan monitoring program kerja Mutu dan Keselamatan Pasien di unit kerja termasuk monitoring indikator mutu (Indikator Klinis, Indikator Manajemen, Indikator Sasaran Keselamatan Pasien) dengan melakukan rapat koordinasi bulanan dengan seluruh kepala instalasi dan memberikan perbaikan *feedback* hasil monitoring PMKP dari unit kerja.
 - 1) Pemilihan indikator mutu klinis
 - 2) Pemilihan indikator manajemen
 - 3) Pemilihan indikator sasaran keselamatan pasien
 - 4) Penyusunan SPO pengukuran indikator mutu
 - 5) Penyusunan profil indikator
 - 6) Sosialisasi pengisian sensus harian via sismadak
 - 7) Analisa data indikator mutu
 - 8) Melakukan validasi data indikator mutu
 - 9) Melakukan supervisi pengumpulan data ke seluruh unit
 - 10) Sosialisasi hasil pengumpulan data ke unit sebagai upaya perbaikan (PDSA)
 - 11) Monitoring dan evaluasi PDSA indikator yang belum tercapai
 - 12) Mentoring pelaksanaan PDSA
- b. Melakukan pelaporan capaian indikator mutu RS dan prioritas kepada Direktur Utama, Rektor/Dewas dan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan setiap 3



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

bulan. Pengukuran dalam bentuk indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS).

Pengukuran prioritas perbaikan tingkat rumah sakit mencakup:

- a) Sasaran keselamatan pasien meliputi enam Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
- b) Pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan perbaikan misalnya pada pelayanannya berisiko tinggi dan terdapat masalah dalam pelayanan tersebut. Pemilihan pelayanan klinis prioritas dapat menggunakan kriteria pemilihan prioritas pengukuran dan perbaikan.
- c) Tujuan strategis rumah sakit
- d) Perbaikan sistem adalah perbaikan yang jika dilakukan akan berdampak luas/menyeluruh di rumah sakit yang dapat diterapkan di beberapa unit
- e) Manajemen risiko untuk melakukan perbaikan secara proaktif terhadap proses berisiko tinggi
- f) Penelitian klinis dan program pendidikan kesehatan (apabila ada).

Untuk memilih prioritas pengukuran dan perbaikan menggunakan kriteria prioritas mencakup:

- a) Masalah yang paling banyak di rumah sakit.
- b) Jumlah yang banyak (High volume).
- c) Proses berisiko tinggi (High process).
- d) Ketidakpuasan pasien dan staf.
- e) Kemudahan dalam pengukuran.
- f) Ketentuan Pemerintah / Persyaratan Eksternal.
- g) Sesuai dengan tujuan strategis rumah sakit.
- h) Memberikan pengalaman pasien lebih baik (patient experience).

Direktur Utama dan Pimpinan rumah sakit berpartisipasi dalam penentuan pengukuran perbaikan. Penentuan prioritas terukur dapat menggunakan scoring prioritas. Pengumpulan data indikator mutu berdasarkan peraturan yang berlaku yaitu pengukuran indikator nasional mutu (INM) dan prioritas perbaikan tingkat rumah sakit meliputi:



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

- a) Indikator nasional mutu (INM) yaitu indikator mutu nasional yang wajib dilakukan pengukuran dan digunakan sebagai informasi mutu secara nasional.
- b) Indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) mencakup:
 - (1) Indikator sasaran keselamatan pasien minimal 1 indikator setiap sasaran.
 - (2) Indikator pelayanan klinis prioritas minimal 1 indikator.
 - (3) Indikator sesuai tujuan strategis rumah sakit (KPI) minimal 1 indikator.
 - (4) Indikator terkait perbaikan sistem minimal 1 indikator.
 - (5) Indikator terkait manajemen risiko minimal 1 indikator.
 - (6) Indikator terkait penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran minimal 1 indikator
- c) Indikator mutu prioritas unit (IMP-Unit) adalah indikator prioritas yang khusus dipilih kepala unit terdiri dari minimal 1 indikator. Indikator mutu terpilih apabila sudah tercapai dan dapat dipertahankan selama 1 (satu) tahun, maka dapat diganti dengan indikator mutu yang baru.
- c. Koordinasi dengan Divisi PPI terkait kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien di RS Unhas bekerjasama dengan Divisi PPI dalam merencanakan dan mengevaluasi program surveilans PPI di RS Universitas Hasanuddin, termasuk laporan KTD terkait PPI
- d. Koordinasi dengan komite lain dan SPI terkait monitoring dan evaluasi capaian kinerja sesuai ruang lingkup kerja komite/SPI
- e. Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) wajib bagi:
 - 1) Seluruh Pimpinan RS
 - 2) Seluruh Pegawai RS
 - 3) Seluruh pengumpul data/champion (kepala instalasi/unit) terkait implementasi dan pengumpulan data harian.
 - 4) Peserta didik dan staf magang
- f. Pelatihan wajib manajemen risiko bagi seluruh unit kerja di RS
- g. Koordinasi dengan Bidang SDM terkait Penilaian kinerja staf non medis (profesi



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

lainnya)

- h. Koordinasi dengan Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Farmasi dan Terapi terkait penilaian kinerja staf medis, staf keperawatan dan staf farmasi
- i. Koordinasi dengan Bagian Perencanaan dan Evaluasi terkait penilaian kinerja unit kerja dan data Standar Pelayanan Minimal (SPM)
- j. Koordinasi dan pengkajian dampak efisiensi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya bersama seluruh unit terkait
- k. Mengevaluasi kontrak dan perjanjian lainnya (medis/klinis dan non medis/manajemen) termasuk pelayanan *outsourcing* berkoordinasi dengan Bidang Kerjasama
- l. Melaksanakan rapat pertemuan rutin internal minimal sekali sebulan dan rapat koordinasi dengan unit kerja/instalasi sekali sebulan
- m. Melaksanakan rekapitulasi pencatatan dan pelaporan capaian program kerja PMKP di unit kerja
- n. Melaksanakan monitoring dan evaluasi kegiatan mutu dan keselamatan di seluruh unit kerja/instalasi dan follow-up kegiatan perbaikan

2. Rincian Kegiatan Keselamatan Pasien

- a. Melaporkan dan melakukan analisis insiden keselamatan pasien
Pelaporan Insiden di rumah sakit yang harus dianalisis dan ditindaklanjuti meliputi:
 - a. Kondisi Potensial Cedera Signifikan (KPCS);
 - b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC);
 - c. Kejadian Tidak Cedera (KTC); dan
 - d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
- e. Sentinel event
Pelaporan insiden keselamatan pasien dilakukan secara internal via online di Rumah Sakit Unhas dan dilakukan secara eksternal ke Komite Nasional Keselamatan Pasien Kemenkes RI dilengkapi analisis, rekomendasi dan solusi.



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Pelaporan insiden sebagaimana dimaksud pada pasal 24 ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem layanan dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak untuk menyalahkan orang (*non blaming*) dan tidak menghukum (*no punishment*) baik pada pelapor maupun terlapor.

- b. Melakukan monitoring penerapan 6 sasaran Kerja Keselamatan Pasien
- Kegiatan Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien, antara lain kegiatan monitoring checklist kepatuhan 6 standar keselamatan pasien bagi seluruh staf RS pemberi pelayanan langsung kepada pasien:

- 1) Ketepatan mengidentifikasi pasien
- 2) Peningkatan komunikasi yang efektif
- 3) Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
- 4) Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
- 5) Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- 6) Pengurangan risiko cedera pada pasien berisiko jatuh

- c. Melaporkan dan melakukan analisis insiden keselamatan pasien

- 1) Melakukan investigasi, menyusun laporan dan rekomendasi

Dari hasil pembahasan tim, disusun laporan dan diberikan kepada Direktur Utama RS Unhas sebagai wujud keterlibatan pimpinan dalam proses peningkatan mutu dan keselamatan pasien (*hardcopy*) dan selanjutnya berkoordinasi melalui rapat direksi untuk melibatkan direksi lainnya terkait insiden yang terjadi. Masukan atau rekomendasi dari para pimpinan dan direksi dan unit terkait kemudian direkap dalam bentuk rencana tindak lanjut untuk dikirim ke unit kerja/instalasi terkait

- 2) Tindak lanjut

Hasil tindak lanjut dari unit terkait akan dimonitoring keefektifannya melalui Form Tindakan Korektif dan Pencegahan (*rencana tindak lanjut*) oleh Komite Mutu. Bila didapatkan hasilnya tidak efektif maka akan dilakukan RCA/FMEA ulang.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

- d. Pencatatan dan Pelaporan insiden keselamatan pasien

3. Kegiatan Manajemen Risiko Klinik

- a. Pelaporan Insiden Sentinel, KTD, KNC, melalui *champion* dari masing – masing unit (kepala instalasi sebagai *champion*)
- b. Bila terjadi insiden pada unit, maka *champion* ini akan melapor kepada Komite Mutu sesuai dengan Alur Proses Pelaporan insiden.
- c. Sesudah laporan insiden diterima, maka Komite Mutu akan membuat *Risk Matrix Grading* sesuai dengan kasusnya. Jika grading kuning dan merah maka dilanjutkan dalam pembuatan Root Cause Analysis (RCA)
- d. Rekapitulasi Pelaporan Insiden
- e. Melakukan rekapitulasi laporan insiden untuk dilakukan pembahasan bersama Komite Mutu dan Manajemen (Direksi dan pimpinan RS)
- f. Pembahasan laporan insiden
- g. Pembahasan laporan dan rapat insiden dilakukan setiap ada kejadian insiden dengan dihadiri oleh pimpinan Rumah Sakit, tim Mutu serta unit terkait
- h. Tindak lanjut insiden dalam bentuk rekomendasi dari rapat pembahasan
- i. Dari hasil pembahasan, ditetapkan insiden yang akan dianalisa untuk ditindaklanjuti. Tindak lanjut yang dilakukan dapat melalui pertemuan dengan unit/staff terkait atau pembuatan Root Cause Analysis (RCA) untuk dapat dicari akar masalah dari insiden yang terjadi, sehingga dapat diambil tindakan perbaikan.
- j. Reassessment /evaluasi tentang Rencana Tindak Lanjut (RTL)
Dari akar masalah yang terpilih, dibuat berbagai solusi penyelesaian dari akar masalah tersebut. Dari berbagai solusi tersebut, diprioritaskan satu solusi yang akan dilaksanakan untuk memperbaiki sistem pelayanan (redesign)
- k. Setelah tindakan perbaikan dilakukan, maka perlu dievaluasi keefektifan dari tindakan yang diambil, bila tidak terulang kejadian yang sama maka dapat



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

dibuat prosedur untuk mengatur hal tersebut. Bila dari hasil evaluasi, tindakan perbaikan belum efektif maka perlu dianalisa ulang untuk kembali dicari akar permasalahannya, dan dicari solusi lainnya.

5. Root Cause Analysis (RCA)/Failure Mode Effect Analysis (FMEA)

Hal pertama yang dilakukan dalam pembuatan RCA/FMEA adalah pembentukan tim yang terdiri dari unit yang terkait, staf yang mempunyai keahlian dalam pembuatan RCA/ FMEA dan orang yang mempunyai kompetensi sesuai kasus.

a. Membentuk tim

1. Hal pertama yang dilakukan dalam pembuatan RCA/FMEA adalah pembentukan tim yang terdiri dari unit yang terkait, staf yang mempunyai keahlian dalam pembuatan RCA/ FMEA dan orang yang mempunyai kompetensi sesuai kasus.
2. Mengadakan pertemuan
3. Mengadakan pertemuan tim untuk membahas insiden yang terjadi/ kejadian yang potensial menimbulkan *sentinel event*.

b. Menyusun laporan dan rekomendasi

- a. Dari hasil pembahasan tim, disusun laporan dan diberikan kepada direktur utama RS Unhas sebagai wujud keterlibatan pimpinan dalam proses peningkatan mutu dan kepada unit terkait.
- b. Tindak lanjut
- c. Hasil tindak lanjut dari unit terkait akan dimonitoring keefektifannya melalui Form Tindakan Korektif dan Pencegahan. Bila didapatkan hasilnya tidak efektif maka akan dilakukan RCA/FMEA ulang.

d. Penyusunan Kerangka Kerja Manajemen Risiko Klinis

1. Menetapkan konteks: faktor pendukung dan penghambat pengelolaan risiko, tujuan, sasaran dan struktur
2. Identifikasi risiko
3. Analisis risiko



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

4. Evaluasi risiko
5. Kelola risiko

e. Risk Register

1. Pengertian Risk Register adalah daftar risiko yang berpotensi merugikan RS yang memungkinkan suatu organisasi memahami profil risiko secara menyeluruh.
2. Setahun sekali dibuat risk register RS baik risk register unit risk register RS dimana meliputi:
 - a. Komponen daftar risiko
 - b. Bands dampak dan probabilitas
 - c. Hasil risk grading (dampak x probabilitas)
 - d. Analisis risiko dengan memprioritaskan risiko
 - e. Evaluasi risiko dengan membandingkan Cost Effective Analysis (CBA) antara tindakan pencegahan dan tindakan perbaikan
 - f. Pengeloaan risiko atau Pengendalian risiko (seperti perbaikan/pembuatan SPO, training, pengadaan fasilitas, program, evaluasi dll)
 - g. Memberikan skor risiko sisa

3. Indikator Klinis Pelayanan Medis dan Non Medis

- a. Pertemuan dengan KSM
Dalam menetapkan indikator klinis maka manajemen akan mengadakan pertemuan dengan ketua KSM / kepala unit kerja.
- b. Sosialisasi program kepada KSM dan manajemen
Setelah indikator klinis ditetapkan maka dilakukan sosialisasi tentang pengukuran indikator tersebut kepada KSM dan unit terkait
- c. Memasukkan data



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Unit terkait/tim mutu memasukkan data indikator klinis ke dalam sismadak berdasarkan dari rekam medis pasien

d. Rekapitulasi dan pemantauan pengumpulan data

Melakukan rekapitulasi data hasil pemantauan selama satu bulan

e. Menganalisa dan menyusun laporan

Melakukan analisa terhadap hasil rekapitulasi data selama 1 tahun untuk dapat melihat perbandingan persentase pencapaian target dan kemudian menyusun laporan kepada pimpinan RS

f. Tindak lanjut

Menyusun Rencana Tindak Lanjut (RTL) bersama Kepala Instalasi terkait, ketua KSM dan manajemen/direksi dan kemudian melaksanakan rencana tindak lanjut.

4. Audit Klinis Pelayanan Medis

a. Penetapan Topik

Ketua Komite Medik rumah sakit Unhas mengadakan rapat tahunan untuk menentukan topik audit klinik berdasarkan masukan dari KSM. Penentuan topik juga memperhatikan masukan dari Direksi dan pihak-pihak lain.

Topik audit klinik ditentukan berdasarkan hasil review terhadap audit klinis tahun sebelumnya ditetapkan berdasarkan:

- a. Topik dari kasus terbanyak
- b. Kasus sulit
- c. Kasus dengan biaya-biaya tinggi
- d. Kasus yang banyak menimbulkan keluhan/complain

Hasil rapat komite medik ini akan dibahas dalam rapat direksi berkoordinasi dengan Komite Mutu

5. Penyusunan Instrumen Audit Klinik

Dilakukan oleh Komite Mutu melibatkan Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Farmasi dan Terapi, Komite Keperawatan dan Anggota KSM terdiri dari sekurang-kurangnya



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

2 orang dokter dan menyusun dokumen awal audit Klinik. Dalam rangka mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK/Algoritme/Protokol dan melakukan pengukuran dengan clinical pathway.

Clinical Pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien, yang diberikan oleh berbagai profesi yang bekerjasama untuk memberikan pelayanan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalamjangkauan waktu tertentu di rumah sakit.

Pada tahun 2023 prioritas kasus diutamakan 7 CP antara lain:

- a) Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) □ Bedah Urologi
- b) Cholelithiasis □ Bedah Digestif
- c) Septum Deviasi □ THT-BKL
- d) Peripheral Artery Disease (PAD) □ Bedah Thoraks Kardiovaskular
- e) Meningioma □ Bedah Saraf
- f) Celah Bibir dan Lelangit □ Bedah Mulut dan Maksilofasial
- g) Osteosarcoma □ Bedah Orthopedi & Traumatologi

Format Clinical Pathway yang diterapkan terlampir pada lampiran Pedoman pengorganisasian dan Pedoman Kerja Komite Medik, disertai analisa dan upaya perbaikan dari Clinical Pathway minimal setiap 6 bulan sejak pelaksanaannya oleh staf audit profesi Komite Medik.

6. Pengumpulan data

Berdasarkan instrumen audit klinik yang telah disusun maka Komite Medik akan melakukan proses pengukuran.

Proses pengukuran dilakukan dengan membandingkan antara apa yang tercatat di Rekam Medis dengan standar yang telah ditetapkan.

Hasil pengukuran ditulis di lembar audit atau di dalam bentuk file komputer (excel atau SPSS).

Pengambilan sampel audit akan diverifikasi oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

pengambilan data yang pertama untuk memastikan validitas data. Bila terjadi ketidakvalidan data, maka secara bersama-sama staf rekam medik dan staf verifikator data mengambil data ulang dengan mengambil responden yang sama, agar dapat menyamakan persepsi dalam pengumpulan data.

a. Analisa data

Berdasarkan hasil pengukuran, Komite Medik melakukan analisa dan evaluasi untuk mengidentifikasi masalah yang ada, mencari akar permasalahan (dengan menggunakan diagram fish bone atau metode lain) dan mengusulkan rencana perbaikan. Tim ini kemudian menuliskan hasil pengumpulan data dan analisa data serta rencana perbaikan menjadi sebuah laporan yang ditujukan ke Direktur Utama RS Unhas.

b. Tindak Lanjut

Berdasarkan laporan tersebut, maka direksi memutuskan apakah menyetujui rencana perbaikan yang disampaikan, terutama jika berhubungan dengan kebutuhan anggaran dan mempengaruhi proses bisnis operasional rumah sakit. Bila disetujui, maka rencana perbaikan tersebut perlu didiskusikan dengan Direksi untuk persetujuan anggaran yang diperlukan. Bila diperlukan, maka Komite Medis dan Tim Mutu menjadi supervisor dari rencana tersebut.

Pengumpulan data kedua (re-audit) dilakukan setelah tindak lanjut selesai dilaksanakan (antara 3-6 bulan setelah audit yang sebelumnya). Metode yang digunakan sama seperti pada point c (pengumpulan data).

c. Penyusunan laporan akhir

Berdasarkan pengumpulan data kedua, Komite Medik dan Komite Mutu melakukan review apakah terdapat perbaikan atau tidak. Bila ada perbaikan maka audit dinyatakan selesai. Bila tidak ada perbaikan, maka perlu dilakukan review rencana pada point e (tindaklanjut), untuk mendapatkan informasi kendala yang dihadapi dalam proses perbaikan.

Komite medik dan Komite Mutu menyusun laporan akhir untuk disampaikan kepada Direksi.

7. Akreditasi RS

Komite Mutu mengelola proses persiapan akreditasi Rumah Sakit Universitas Hasanuddin mulai dari persiapan sampai pelaksanaan dan manajemen dokumen



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

8. Evaluasi Kinerja Unit

Bidang SDM RS Unhas mengevaluasi kinerja unit dengan mengadakan rapat koordinasi dengan masing-masing unit untuk melaporkan capaian *Key Performance Indicator* (KPI) unitnya yang melibatkan Komite Mutu. Setiap unit kerja di Rumah Sakit Unhas harus melaporkan hasil:

- a. Pedoman organisasi dan Pedoman Pelayanan/Pedoman Kerja serta identifikasi kegiatan dan penentuan sasaran mutu unit kerja
- b. Program kerja Mutu dan Keselamatan Pasien di unit kerja antara lain:
 1. Penetapan, pencatatan, pelaporan indikator mutu unit kerja (termasuk Standar Pelayanan Minimal)
 2. Implementasi sasaran keselamatan pasien
 3. Pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien
 4. Manajemen risiko
 5. Penilaian kinerja individu/staf (tenaga profesi dan non profesi)
 6. Penilaian kinerja unit

9. Pencatatan, Pelaporan dan Evaluasi Kegiatan

Champion dalam hal ini kepala instalasi di RS Unhas melakukan:

- a. Dilakukan sensus harian indikator mutu dan pelaporan setiap bulan
- b. Pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien di unit kerja

Komite Mutu mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada Pimpinan dan staf setiap 3 bulan di RS.

10. Benchmarking Data

Rumah Sakit Unhas bersurat ke RS yang selevel untuk mengadakan benchmarking data atau benchmarking data melalui sismadak seperti RS Ibnu Sina, RS Faisal dan RS Primaya. Melalui ijin Direksi, yang sebelumnya telah melakukan MoU dengan Rumah sakit yang telah sesuai kriteria *benchmarking*, maka Komite Mutu melakukan *benchmarking* internal dan eksternal guna kepentingan validasi data, untuk membandingkan data indikator mutu yang dimiliki oleh RS lain dengan RS Unhas, terutama indikator mutu yang sama.



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

11. Pengembangan Sistem

Dalam pengembangan system pada Komite mutu terdiri dari pengembangan system Pengembangan budaya mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko secara terintegrasi. Pada pengembangan mutu dibutuhkan risk register untuk mengetahui risiko yang terjadi sampai dengan penanganannya. Begitupun dengan keselamatan pasien dan manajemen risiko perlu disusun risk register.

E. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN/ METODE

Program kerja dilakukan dengan cara melalui rapat koordinasi, ronde/kunjungan ke setiap unit untuk berdiskusi dengan staf mutu/*champion* (kepala instalasi/unit) tentang pelaporan indikator mutu dan pelaporan keselamatan pasien dan KPI unitr kejadian memberikan orientasi rutin ke seluruh staf RS/staf magang, peserta didik dan peneliti.

F. SASARAN MUTU

Berdasarkan *risk register* yang disusun oleh unit kerja kemudian diprioritaskan risiko tersebut sehingga menjadi sasaran mutu unit. Sasaran mutu unit ini kemudian disusun FMEA unit kerja. Sasaran mutu berdasarkan area sebagai berikut:

- c. Area klinis
 - 1. KSM
 - 2. Unit pelayanan terkait seperti IGD, Rawat Inap, Lab, Farmasi, Radiodiagnostik, Bedah, ICU, Poliklinik, Rekam Medik, PPI, Direktorat Pendidikan dan Penelitian
- d. Area manajerial
 - 1. Direktorat pelayanan medik, direktorat pelayanan penunjang, Direktorat Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian dan Direktorat Keuangan, SDM dan Administrasi Umum,
 - 2. Bagian logistik
 - 3. Farmasi
 - 4. IGD
 - 5. *Customer Care*



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

6. Bagian SDM
7. Rekam Medis
8. IPSRS
9. Komite dan SPI
10. Bidang pelayanan medik, bidang keperawatan, bidang pelayanan penunjang, bidang kerjasama, bidang administrasi, SDM dan Keuangan

G. JADWAL PELAKSANAAN PROGRAM

Terlampir dalam rencana program kerja dan anggaran Komite Mutu tahun 2023 .

H. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN

Evaluasi dilakukan setelah program dilaksanakan, secara berkala dengan tujuan untuk perbaikan berkesinambungan. Evaluasi dilakukan sebulan setelah tahun program kerja berakhir. Evaluasi dilakukan melalui penilaian terhadap :

1. Untuk menilai apakah program dapat dilaksanakan sesuai dengan jadwal
2. untuk menilai apakah ditemui kendala
3. untuk menilai penyebab tidak terlaksananya rencana kegiatan.

Tindak lanjut yang dilakukan harus disesuaikan dengan hasil evaluasi program, sejauh mana capaian setiap program sesuai dengan target yang direncanakan.

I. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

- a. Laporan kegiatan disertai dengan bukti dokumentasi, undangan rapat dan daftar hadir di sampaikan kepada Direktur Utama Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
- b. Pelaporan dan umpan balik didistribusi kepada pihak terkait, untuk dijadikan sebagai acuan laporan Rencana Tindak Lanjut (RTL)
 1. Rapat pemilihan topic prioritas
 2. Rapat pemilihan indikator sesuai topic prioritas
 3. Rapat pemilihan indikator mutu unit kerja



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

4. Rapat penetapan indikator mutu prioritas dan profil indikator
5. Sosialisasi indikator mutu 2023
6. Monitoring pengisian indikator mutu
7. Validasi data indikator mutu
8. Analisa hasil indikator mutu
9. Rencana tindak lanjut hasil analisis
10. Rapat pemilihan PPK baru (sesuai prioritas)
11. Rapat penetapan PPK baru (sesuai prioritas)
12. Sosialisasi pelaksanaan PPK prioritas
13. Pelaksanaan PPK 2019 dan PPK 2023
14. Evaluasi pelaksanaan PPK 2019 dan PPK 2023
15. Rencana tindak lanjut hasil evaluasi PPK lama
16. Pengukuran budaya keselamatan RS
17. Ronde keselamatan pasien
18. Melakukan FMEA
19. Rapat insidentil membahas insiden KP
20. Melakukan RCA



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

J. JADWAL PELAKSANAAN 2023

Program Kerja	Kegiatan	Rincian Kegiatan Tahunan	Waktu Pelaksanaan 2023											
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agus	Sep	Okt	Nov	Des
Upaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	1	Mereview hasil rekap penilaian kinerja unit dan kinerja staf medis dan non medis yang dikirimkan oleh Bidang SDM	Review indikator kinerja unit											
			Review indikator kinerja staf medis dan non medis											
	2	Evaluasi kontrak dan MoU	Sosialisasi monev MoU											
			Mereview MoU											
	3	Koordinasi dengan Sub Komite PPI (data surveilans)	Rapat koordinasi PPI											
			Koordinasi review data surveilans PPI dan follow up perbaikan											
	4	Program Diklat PMKP, KP, manajemen risiko (direksi, pimpinan, staf RS, pengumpul data dan peserta didik/magang)	Review jadwal diklat											
			Melaksanakan pelatihan											
			Pelaporan post-test											
	5	Monitoring dan evaluasi program PMKP di unit kerja	Merekap dan mereview capaian indikator mutu PMKP unit											
	6	Melakukan rapat rutin dan rapat koordinasi	Melakukan rapat rutin dengan tim mutu, unit dan komite terkait											



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Program Kerja	Kegiatan	Rincian Kegiatan Tahunan	Waktu Pelaksanaan 2023											
			Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agus	Sep	Okt	Nov	Des
	7	Pencatatan dan Pelaporan indikator mutu												
		Mereview Pelaporan rutin dashboard												
		Melakukan validasi capaian indikator mutu												
		Pelaporan bulanan ke dirut dan 3 bulan ke dewas & Rektor												
	8	Monitoring dan evaluasi Kegiatan PMKP												
		Mentoring pembuatan FMEA unit kerja												
Keselamatan Pasien	1	Melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien												
		Rapat koordinasi temuan SKP												
	1	Melaporkan dan menganalisis insiden keselamatan pasien												
		Menyusun RCA dan RTL												
	2	Pencatatan dan pelaporan IKP												



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS**

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245
Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332
Laman : www.rs.unhas.ac.id

Program Kerja	Kegiatan		Rincian Kegiatan Tahunan	Waktu Pelaksanaan 2023												Nov	Des
				Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Ju l	Agus	Sep	Okt				
	3	Penyusunan kerangka kerja Manajemen Risiko Klinis	Review laporan risk register unit kerja														
	4	Melaksanakan FMEA dan rancang ulang (redesign)	Review FMEA unit														

Ditetapkan di Makassar
Pada tanggal 4 Januari 2023

Menyetujui,

KETUA DEWAN PENGAWAS

PROF. SUBEHAN, S.SI., M.PHARM., SC., PH.D., APT. ANDI MUHAMMAD ICHSAN



DIREKTUR UTAMA,