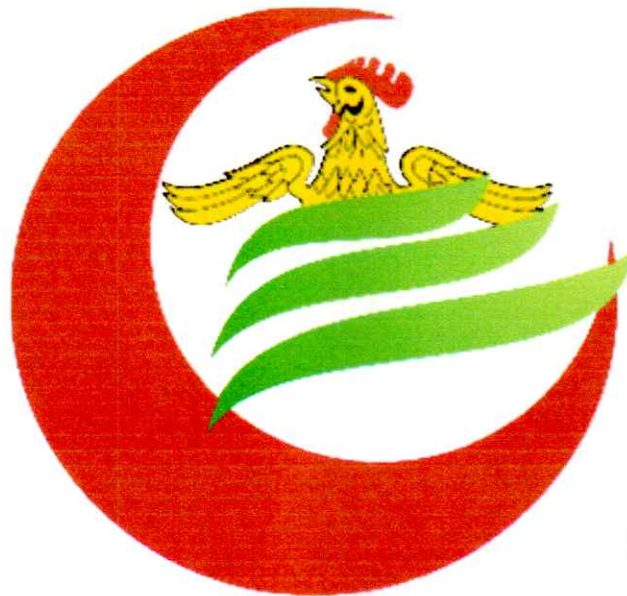


PROGRAM KERJA
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT UNHAS TAHUN 2024



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
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT UNHAS TAHUN 2024

Pembuat Dokumen	Komite Mutu
Tanggal	4 Januari 2024
Jumlah Halaman	24 halaman

SAMBUTAN DIREKTUR

Salam Tulus Melayani,

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan Program Kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tahun 2024 dapat terselesaikan dengan baik.

Terimakasih dan apresiasi besar kami sampaikan kepada Tim penyusun program kerja Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Tahun 2024 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 2024 untuk meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.



Prof. 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 PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN
TAHUN 2024**

A. PENDAHULUAN

Seiring dengan persaingan dan tuntutan perkembangan dunia perumahsakitan 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



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. Meningkatkan kinerja unit dan individu melalui penilaian kinerja.

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 Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan
2. Monitoring dan Evaluasi 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 *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



**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

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 bulan.
- c. Koordinasi dengan Komite 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 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. Mengevaluasi kontrak dan perjanjian lainnya (medis dan non medis) termasuk pelayanan *outsourcing* berkoordinasi dengan Bidang Kerjasama
- k. Melaksanakan rapat pertemuan rutin internal minimal sekali sebulan dan rapat koordinasi dengan unit kerja/instalasi sekali sebulan



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

- l. Melaksanakan rekapitulasi pencatatan dan pelaporan capaian program kerja PMKP di unit kerja
- m. Melaksanakan monitoring dan evaluasi kegiatan mutu dan keselamatan di seluruh unit kerja/instalasi dan follow-up kegiatan perbaikan.

2. Rincian Kegiatan Keselamatan Pasien

- a. 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
- b. Melaporkan dan melakukan analisis insiden keselamatan pasien
 - 1) Membentuk Tim Keselamatan Pasien (*champion*) keselamatan pasien
Yang terdiri atas kepala instalasi dari seluruh unit kerja. Tim ini mengadakan pertemuan tim untuk membahas insiden yang terjadi/ kejadian yang potensial menimbulkan *sentinel event*.
 - 2) 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 dibahas dalam rapat direksi untuk melibatkan direksi lainnya terkait insiden yang terjadi. Masukan atau rekomendasi dari para pimpinan dan direksi kemudian direkap dalam bentuk rencana tindak lanjut untuk dikirim ke unit



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

kerja/instalasi terkait

3) 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.

c. Pencatatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

1. 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/staf terkait atau pembuatan Root Cause



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

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 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.

2. 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



**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

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.

3. Monitoring Pro Aktif KTD Wajib

Selain membuat sistem pelaporan secara insidental terkait adanya kejadian insiden. Komite mutu juga berkordinasi dengan unit terkait dengan kejadian yang sangat potensial terjadi dengan melakukan pengumpulan data proaktif terkait diantaranya :

a. reaksi transfuse;

b. kejadian serius akibat reaksi obat (adverse drug reaction) yang serius;

c. kesalahan pengobatan (medication error) yang signifikan;

d. perbedaan besar antara diagnosis pra- dan diagnosis pascaoperasi;

e. Kejadian tidak diharapkan atau pola kejadian tidak diharapkan selama sedasi prosedural tanpa memandang cara pemberian;

f. Kejadian tidak diharapkan atau pola kejadian tidak diharapkan selama anestesi tanpa memandang cara pemberian;

h. Kejadian tidak diharapkan yang berkaitan dengan identifikasi pasien;

i. Kejadian-kejadian lain, terkait infeksi dengan berkordinasi dengan komite PPI.

3. Rincian Kegiatan Manajemen Risiko

a. Penyusunan Kerangka Kerja Manajemen Risiko Klinis

1. Menetapkan konteks: faktor pendukung dan penghambat pengelolaan risiko, tujuan, sasaran dan struktur

2. Identifikasi 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

3. Analisis risiko
 4. Evaluasi risiko
 5. Kelola risiko
- b. 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. Pengelolaan risiko atau Pengendalian risiko (seperti perbaikan/pembuatan SPO, training, pengadaan fasilitas, program, evaluasi dll)
 - g. Memberikan skor risiko sisa.

4. 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
Unit terkait/tim mutu memasukkan data indikator klinis ke dalam speak



**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

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.

5. 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.

6. 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-



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

kurangnya 2 orang dokter dan menyusun dokumen awal audit Klinik yang terdiri dari:

- a. Latar belakang
- b. Instrumen audit: kriteria, standar, pengecualian, sumber data
- c. Sampel: penentuan besar sample, cara pengambilan sampel

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 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.

d. 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.

e. 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



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

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).

f. 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. Clinical Pathway (CP)

a. *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 dalam jangkauan waktu tertentu di rumah sakit.

Pada tahun 2024 prioritas kasus diutamakan 7 CP antara lain:

1. Hiperplasia Prostat
2. Kolelitiasis
3. Meningioma
4. Osteosarcoma
5. Peripheral Arterial Disease
6. Septum Deviasi
7. Celah Bibir dan Lelangit



**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. 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.

8. Akreditasi RS

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

9. 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 Satuan Penjaminan 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
 - 7. Program PPI di unit
 - 8. Program K3 di unit

10. 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



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. 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.

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 unit 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



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

3. Farmasi
4. IGD
5. *Customer Care*
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 2024.

H. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN DAN PELAPORAN

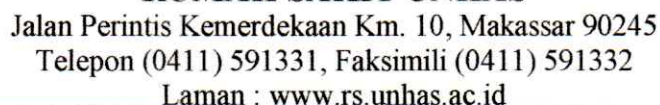
Evaluasi dilakukan setelah program dilaksanakan, secara berkala dengan tujuan untuk perbaikan berkesinambungan. Evaluasi dilakukan sebulan setelah tahun program kerja berakhir. Evaluasi dilakukan melalui penilaian terhadap :

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).

[illegible]

[illegible]

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

[illegible]

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

[illegible]

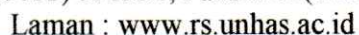
KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNHAS

Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar 90245

Telepon (0411) 591331, Faksimili (0411) 591332

Laman : www.rs.unhas.ac.id

[illegible]

[illegible]

[illegible]



Ditetapkan di Makassar
Pada tanggal 4 Januari 2024

Ketua Dewan Pengawas

Prof. Subehan, S.Si., M.Pharm., SC.,PhD,Apt
NIP 197509252001121002

Direktur Utama
KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
Prof. dr. Andi Mulia
NIP. 197002122008

Prof. 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

REFERENSI

1. Undang-undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
2. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
3. Peraturan Direktur RS Universitas Hasanuddin No. 752/UN.4.32/KP.35/2013 tentang Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien
4. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang standar pelayanan rumah sakit
5. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, KKPRS, 2007
6. Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Depkes, 1994
7. Panduan Nasional Keselamatan Pasien RS, Depkes, 2006