



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
**RS. Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**



Jl Paccerakkang No. 67/ Pajjaiyang Daya Makassar 90241  
Telepon: (0411)512902, Faksimile: (0411)511011  
Surat Elektronik: rs.tadjuddin chalid\_makassar@yahoo.co.id

**PERATURAN DIREKTUR UTAMA  
RUMAH SAKIT Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR  
NOMOR: HK.02.04/II.3.3/3162 /2016**

**T E N T A N G**

**KEBIJAKAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN  
DI RUMAH SAKIT Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**

-----  
DIREKTUR UTAMA RS. Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR

- Menimbang:
- a. Bahwa RS. Dr Tadjuddin Chalid Makassar selalu berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan dan harapan masyarakat.
  - b. Bahwa peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di RS. Dr Tadjuddin Chalid Makassar merupakan upaya perbaikan mutu melalui pendekatan komprehensif terhadap pemenuhan indikator mutu rumah sakit.
  - c. Bahwa didalam upaya perbaikan mutu di rumah sakit sangat diperlukan suatu kebijakan yang menjadi acuan agar terwujud kelancaran, ketertiban, efektivitas dan efisiensi pelayanan sehingga dapat berdaya guna bagi tenaga kesehatan dan memberikan kepuasan bagi masyarakat.
  - d. Bahwa sehubungan dengan pertimbangan pada huruf a, b,dan c tersebut, dipandang perlu diberlakukan Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RS. Dr Tadjuddin Chalid Makassar dengan Peraturan Direktur Utama.
- Mengingat:
1. Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5063);
  2. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5072);
  3. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara RI Nomor 4502); sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah RI Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah RI Nomor 23 Tahun 2005 tentang

Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara RI Tahun 2012 Nomor 171. Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5340);

4. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis, junto Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
5. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 270/Menkes/SK/VI/1985 Sebagai rumah sakit pembina sekaligus pusat rujukan kusta di kawasan Indonesia Timur;
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 009/Menkes/Per/XII/2012 tentang Organisasi dan Tata Kelola RS. Dr Tadjuddin Chalid Makassar;
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit

#### MEMUTUSKAN

Menetapkan: PERATURAN DIREKTUR UTAMA TENTANG KEBIJAKAN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR

#### Pasal 1

- (1) Kebijakan yang dimaksud dalam keputusan ini adalah Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar yang disusun oleh RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar melalui Komite Mutu RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tahun 2016
- (2) Kebijakan yang dimaksud meliputi kepemimpinan dan perencanaan, rencana proses klinis dan manajerial, pemilihan indikator dan pengumpulan data, validasi dan analisis data penilaian termasuk analisis dampak program peningkatan mutu pada biaya dan efisiensi Rumah Sakit, mencapai dan mempertahankan peningkatan yang uraian lengkapnya dapat dilihat pada lampiran SK Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.

#### Pasal 2

Tujuan pemberlakuan kebijakan ini adalah tercapainya mutu pelayanan rumah sakit sesuai dengan standar nasional.

### Pasal 3

Program mutu dan keselamatan pasien menggunakan kajian terkini/*evidence based* di dalam mendukung pelayanan pasien, pendidikan tenaga kesehatan, penelitian kesehatan, dan manajemen Rumah Sakit

### Pasal 4

- (1) Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien bertanggungjawab memfasilitasi dalam merencanakan, menyusun, melakukan monitoring, dan evaluasi terhadap semua kegiatan yang terkait Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- (2) Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien agar memfasilitasi dalam membina dan memantau pelaksanaan kebijakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, untuk selanjutnya melaporkan hasil kegiatannya kepada Direktur Utama RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.
- (3) Peraturan Direktur Utama ini berlaku sejak tanggal ditetapkan

DITETAPKAN DI : M A K A S S A R  
PADA TANGGAL : 26 SEPTEMBER 2016

DIREKTUR UTAMA,



**Dr. I Gusti Lanang Suartana Putra, MM. MARS**  
NIP. 196401281990031002

Tembusan disampaikan kepada Yth:

1. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
2. Para Direktur RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
3. Ketua Komite Medik
4. Ketua Panitia PPI RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
5. Para Kepala Bidang/Bagian
6. Ketua SMF/Bagian
7. Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
8. Ketua Komite Keperawatan

9. Para Kepala Instalasi
10. Peringgal



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN**  
**RS. Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR**



Jl Paccerakkang No. 67/ Pajjaiyang Daya Makassar 90241  
Telepon: (0411)512902, Faksimile: (0411)511011  
Surat Elektronik: rs.tadjuddin\_chalid\_makassar@yahoo.co.id

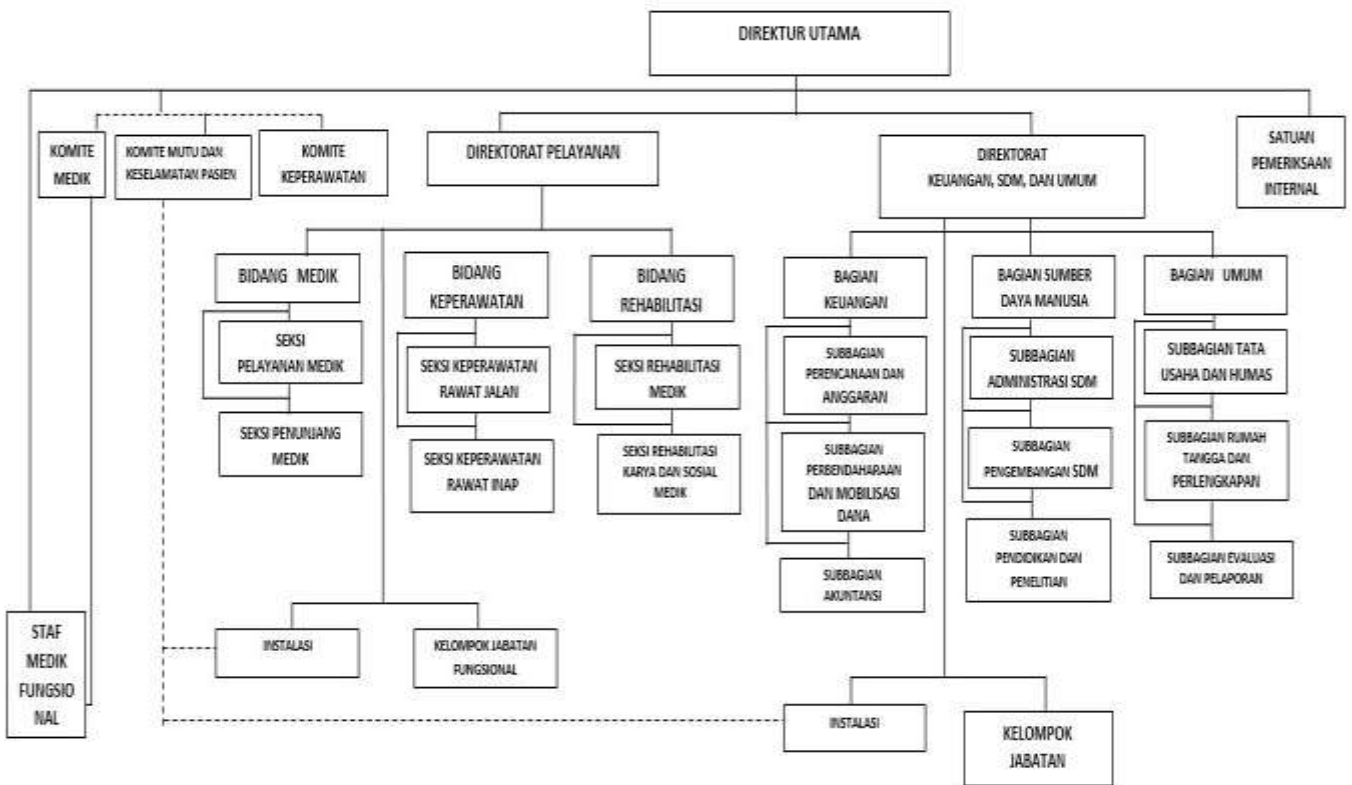
---

LAMPIRAN  
PERATURAN DIREKTUR UTAMA  
RUMAH SAKIT Dr. TADJUDDIN  
CHALID MAKASSAR  
NOMOR :HK.02.04/II.3.3/3162 /2016  
TENTANG  
KEBIJAKAN PENINGKATAN MUTU  
DAN KESELAMATAN PASIEN  
DI RUMAH SAKIT Dr. TADJUDDIN  
CHALID MAKASSAR

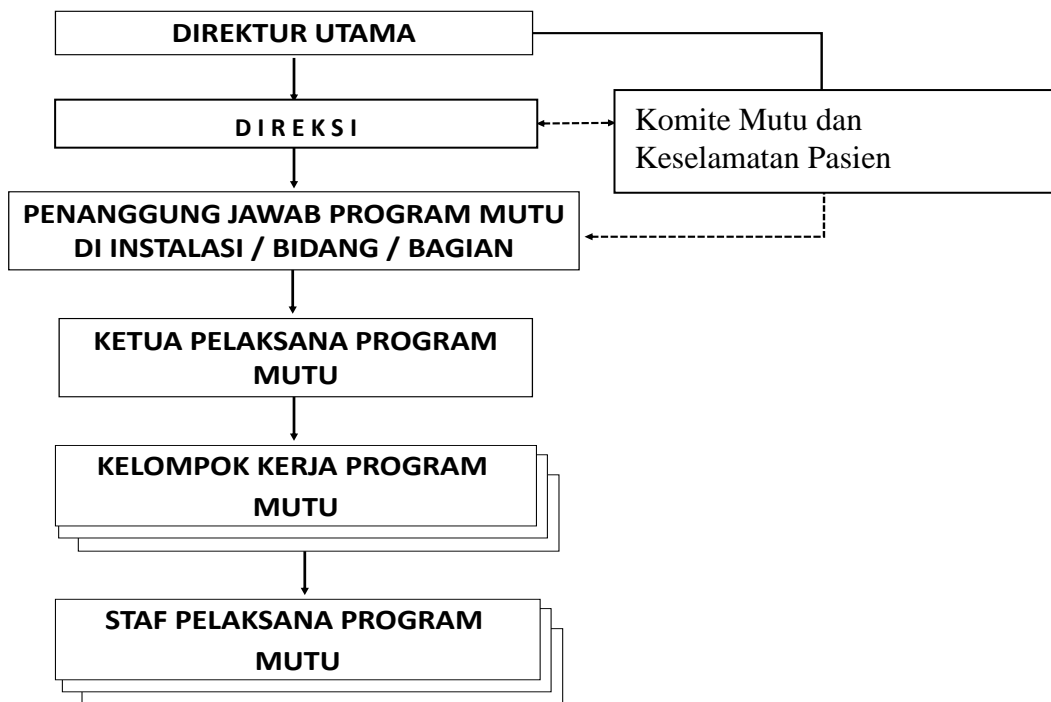
## **I. KEPEMIMPINAN DAN PERENCANAAN**

1. RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menyusun pendekatan komprehensif terhadap perbaikan mutu dan keselamatan pasien. Pendekatan ini meliputi:
  - a. Menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
  - b. Memonitor apakah proses berjalan dengan benar melalui pengumpulan data
  - c. Menganalisa data
  - d. Melakukan dan memastikan adanya perubahan yang dapat menghasilkan perbaikan
  - e. Menggerakkan kepemimpinan menuju perubahan budaya organisasi
  - f. Mengidentifikasi dan menurunkan risiko dan penyimpangan secara proaktif
  - g. Menggunakan data agar fokus pada isu prioritas

2. Direktur Utama, para Direksi, dan para Kepala Instalasi/Bidang/Bagian/Unit Kerja berpartisipasi dalam perencanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien melalui rapat pembuatan program tingkat rumah sakit dan membuat program serta memimpin pelaksanaan program di wilayah kerjanya. Dalam penyusunan dan memimpin program di wilayah kerjanya Kepala Instalasi/Bagian/Bidang/Unit Kerja diberikan bantuan dan difasilitasi koordinasi terkait tatacara penyusunan program, penentuan prioritas, metode pengumpulan data dan analisa, validasi dalam bentuk pelatihan mutu, pembinaan, pengawasan yang difasilitasi dan dikoordinir oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.
  3. Upaya perbaikan mutu yang menjelaskan tata hubungan kerja mulai dari Dirjen Pelayanan Kesehatan sampai dengan instalasi bidang bagian dan komite serta tim ditetapkan dengan Struktur Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit seperti dalam gambar 3.1 dan Pengorganisasian pelaksanaan program Mutu di Rumah sakit dapat digambarkan dalam gambar 3.2
- 3.1 Struktur Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar

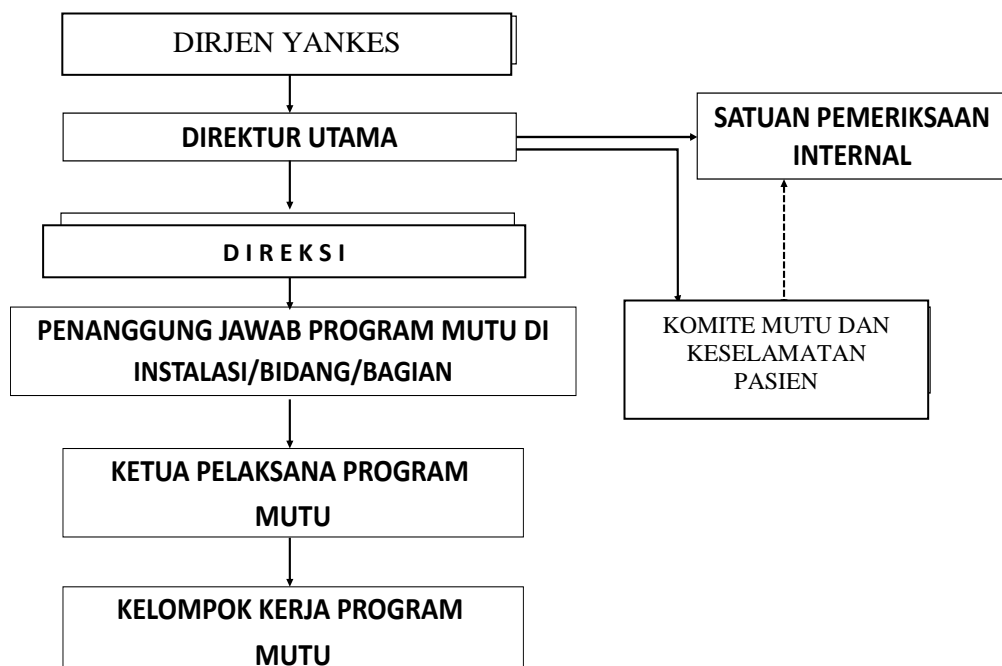


### 3.2 Pengorganisasian Pelaksanaan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Instalasi/Bidang/Bagian/Unit Kerja



4. Direktur utama, para Direksi dan para Kepala Instalasi/Bidang/Bagian/Unit Kerja memonitor pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien melalui keterlibatan mereka dalam rapat rutin mutu triwulan. Hal ini dilakukan untuk mengetahui apakah proses berjalan dengan benar melalui pengumpulan data dan analisa data.
5. Direktur utama menetapkan mekanisme pengawasan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien melalui penetapan mekanisme pengawasan, pemberian rekomendasi dari setiap laporan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien, melakukan observasi langsung dan pembinaan on site serta meminta pertanggungjawaban para penanggungjawab program pada saat Rapat Mutu.
6. Mekanisme pengawasan yang ditetapkan oleh Direktur Utama adalah merupakan pengawasan yang dilakukan oleh atasan masing masing sebagai fungsi yang melekat pada jabatannya yang secara teknis dibantu pelaksanaannya oleh Satuan Pengawas Internal (SPI) dan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien. Mekanisme pengawasan yang dimaksud dijelaskan dalam bagan mekanisme pengawasan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien pada gambar 6.1.

Gambar 6.1 Mekanisme Pengawasan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien



7. Pengawasan dalam pelaksanaan program PMKP di RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dilakukan secara berjenjang dan menjadi tanggung jawab melekat pada setiap pimpinan yang terdiri dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Direktur Utama dan para Direktur yang dalam pelaksanaannya dibantu oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan Satuan Pemeriksaan Internal (SPI).
8. Direktur Utama sebagai pimpinan tertinggi melakukan pengawasan pelaksanaan program PMKP melalui analisa laporan dan pemberian rekomendasi secara regular serta melakukan observasi lapangan dan pembinaan langsung. Direktorat Jenderal pelayanan Kesehatan melakukan pengawasan juga melalui analisa laporan pencapaian program peningkatan mutu dan keselamatan Pasien yang diberikan oleh Direktur Utama. Pengawasan yang dilakukan oleh para direktur dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Pengawasan secara tidak langsung dilakukan melalui analisa laporan hasil pencapaian kegiatan mutu di wilayah kerja, pemberian rekomendasi serta rencana tindak lanjut, sedangkan pengawasan secara langsung dilakukan dengan telusur lapangan, rapat koordinasi serta pembinaan *on site*.
9. Dalam melaksanakan pengawasan program bertujuan untuk memastikan bahwa program PMKP sebagai upaya perbaikan mutu dilakukan sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan. Pengawasan yang dilakukan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien juga termasuk melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan program koordinasi dan integrasi yang terdiri dari program integrasi Panitia Pencegahan dan Pengendalian infeksi (Panitia PPI), Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) oleh sub komite



keselamatan pasien, Sub Komite Manajemen Resiko, Bagian Sumber Daya Manusia (SDM), Sub Bagian Evaluasi Dan Pelaporan (EVAPOR), Bidang Pelayanan Medis, serta Tim Pengkaji dan Evaluasi Mutu Pelayanan Mitra Kerjasama.

10. Dalam melakukan kegiatan pengawasan program PMKP, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien berkoordinasi dengan SPI melalui pemberian laporan kegiatan PMKP rumah sakit secara regular sebagai bahan audit SPI. Satuan Pemeriksaan Internal dalam hal ini melakukan pengawasan melalui kegiatan audit berdasarkan analisa laporan pencapaian program PMKP yang ditembuskan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien secara regular serta dengan telusur lapangan dengan melakukan pengecekan langsung terhadap pelaksanaan program PMKP melalui metode Uji Petik.
11. Direktur Utama melaporkan program mutu dan keselamatan pasien ke Direktoat Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan meminta rekomendasi secara regular.
12. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan berpartisipasi dalam upaya peningkatan mutu Rumah Sakit dengan memberikan persetujuan program mutu RS, memberikan rekomendasi terhadap laporan mutu serta menjadikan evaluasi mutu sebagai salah satu agenda pada saat rapat direksi.
13. Direktur utama melalui jajaran direksi memfasilitasi segala bentuk bantuan dan koordinasi kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien terkait perubahan yang dilaksanakan dan memastikan adanya perubahan yang dapat menghasilkan perbaikan.
14. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang disusun oleh RS Dr. Tadjuddin Chalid makassar melalui Komite Mutu dan keselamatan Pasien berdasarkan hasil rapat Direksi dan para Kepala Bagian/Bidang/Unit Kerja dan Instalasi serta Panitia PPI, dan Tim Keselamatan pasien Rumah Sakit berlaku untuk 1 tahun

meliputi PPK dan CP, Indikator Klinis, Manajerial dan keselamatan pasien, insiden keselamatan pasien serta resiko manajemen klinis.

15. Program peningkatan mutu rumah sakit dikoordinasikan dan diintegrasikan dengan Panitia PPI terkait monitoring PPI dan dengan bagian SDM terkait penilaian Kinerja serta dengan bagian Hukumas terkait kontrak kerjasama, TKPRS terkait sasaran SKP dan sistem pelaporan KTD serta ukuran budaya aman dalam hal ini dalam membangun budaya aman terkait staf dan pasien dilakukan dengan cara melakukan edukasi pada staf, pasien dan keluarga agar mereka bebas berbicara, berani melakukan koreksi terhadap staf yang melakukan kesalahan, berani memberikan saran atau masukan kepada pimpinan tanpa rasa takut, berani menanyakan instruksi dokter apabila tidak sesuai serta mengajarkan dan memfasilitasi pasien bila ada pengaduan baik pengaduan terhadap pelayanan ataupun permasalahan etika tanpa rasa takut. Rumah sakit memfasilitasi setiap ada pengaduan terhadap pelayanan dan dilema etik tersebut serta menetapkan bahwa kesalahan ataupun pengaduan dengan prinsip *no blame culture*. Informasi terkait fasilitas pengaduan untuk pasien maupun keluarga diberikan saat pasien masuk rumah sakit.
16. Program keselamatan pasien Rumah Sakit disusun oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) berlaku untuk 1 tahun.
17. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dibuat berdasarkan pedoman perbaikan mutu rumah sakit yang diberlakukan oleh Direktur Utama RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dengan mengambil acuan dari kebijakan internal rumah sakit dan berbagai sumber dan literatur nasional dan internasional yang baik yang diperoleh melalui internet dalam bentuk jurnal dan laporan lainnya yang terkini dan dipercaya.

18. Direksi RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar berpartisipasi dalam penyusunan rencana, penetapan keseluruhan proses atau mekanisme, dan pelaporan hasil pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
19. RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan prioritas kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien, dengan menetapkan sasaran keselamatan pasien nasional dipilih sebagai salah satu prioritas dengan metode penentuan prioritas.
20. Pimpinan RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menyediakan teknologi dan dukungan sesuai dengan sumber daya yang ada untuk dapat membandingkan hasil evaluasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dari waktu ke waktu dengan standar nasional, Rumah Sakit lain dan dengan praktek terbaik dan terkini/*current evidence based*.
21. Pimpinan RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menjaga keamanan dan kerahasiaan data mutu baik data internal maupun external rumah sakit. Publikasi melalui website maupun posting di papan media informasi melalui Humas Rumah Sakit. Kerahasiaan dan keamanan terkait kontribusi RS dalam menggunakan data external meliputi ketentuan yaitu:
  - 1) Data benchmark dari RS luar hanya untuk perbandingan data mutu sebagai bahan pembelajaran.
  - 2) Data dari RS luar tidak dilakukan publikasi/posting.
  - 3) Data dari RS luar tidak dipublikasikan tanpa seijin RS yang bersangkutan.
  - 4) Akses pengiriman dan penyimpanan data mutu dari luar RS bersifat terbatas.
  - 5) Sifat data merupakan katagori data **RAHASIA**.Kerahasiaan dan keamanan data mutu internal Rumah Sakit meliputi :
  - 1) Data Indikator mutu RS atau unit kerja yang dipublikasikan untuk informasi umum hanya seijin Direktur Utama.

- 2) Publikasi atau posting data di web RS dilakukan dengan satu pintu yaitu melalui Humas.
  - 3) Publikasi atau posting data mutu di internal RS yang bisa diakses oleh orang umum dipilih bukan merupakan data terkait informasi pasien, keselamatan pasien, wabah, data infeksi dan sentinel event.
22. Keamanan dan kerahasiaan data Rumah Sakit yang diunggah di website harus dipilih sesuai ketentuan dan atas izin Direktur Utama. Keamanan dan kerahasiaan data yang disampaikan ke instansi luar Rumah Sakit ditentukan sesuai mekanisme pelaporan dan jenis informasi Rumah Sakit.
23. Komunikasi dalam penyampaian informasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien disampaikan secara efektif dengan departemen klinik, departemen non klinik, Bidang/Bagian/Unit Kerja dan staf melalui saluran:
- Penetapan kebijakan dan prosedur
  - Laporan bulanan, laporan triwulan dan tahunan
  - Feedback laporan
  - Rapat koordinasi, dan pertemuan di Bagian/Bidang/Unit Kerja /Instalasi. Aktifitas ini membutuhkan kehadiran staf/perwakilan staf terkait untuk memudahkan penyebaran informasi. Daftar kehadiran digunakan untuk memonitor kehadiran seluruh staf.
  - Notulen rapat mutu. Seluruh notulen dicatat sesuai template notulen dan disebarluaskan kepada seluruh staf terkait.
  - Intranet. Seluruh pimpinan rumah sakit dan dokter diberikan akses sehingga memungkinkan percepatan penyebaran informasi.
  - Website RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
  - Rapat Tim/kelompok kerja
  - Leaflet/poster

- Pedoman praktek klinis dan CPW. Ini merupakan alat untuk mengkomunikasikan standar pelayanan.

Pimpinan menetapkan proses komunikasi untuk seluruh rumah sakit dan komunikasi dilakukan terkait efektifitas melalui komunikasi berjenjang, serta pertemuan regular baik di tingkat RS maupun di tingkat unit kerja.

24. RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar mengadakan pelatihan bagi direksi, Komite mutu, PIC dan staf sesuai dengan peranan mereka dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Pelatihan yang diterima merupakan bagian dari pekerjaan rutin staf.

Pelaksanaan pelatihan PMKP sebagai berikut:

a. Pelatihan internal diikuti oleh seluruh staf dengan sarat:

- 1) Nara sumber mempunyai sertifikat pelatihan mutu dan mempunyai pengalaman kerja dibidang mutu
- 2) Syarat kelulusan nilai akhir >80 dan yang dibawah nilai 80 dilakukan pelatihan ulang/remedial.

b. Pelatihan eksternal adalah pelatihan mutu yang dilakukan oleh KARS, lembaga pelatihan lain yang tersertifikasi pelatihan mutu.

c. Pelatihan PMKP diusulkan Komite Mutu dalam bentuk TOR pelatihan ke subag diklat RS Dr. radjuddin Chalid Makassar.

Pelatihan terdiri dari:

- a. Bantuan Hidup Dasar
- b. Fire Safety
- c. Pencegahan dan pengendalian infeksi
- d. Patient Safety
- e. Pelatihan mutu
- f. Upaya peningkatan mutu dengan PDSA dan gugus kendali mutu
- g. Komunikasi Effektif
- h. Manajemen data dan informasi
- i. Pelatihan Nyeri
- j. Pelatihan analisa dan validasi data

- k. Dan lain-lain sesuai dengan kebutuhan pelatihan setiap unit kerja berdasarkan kualifikasi dan kompetensi staf yang dipersyaratkan untuk melaksanakan tugas sebagai bagian dari pekerjaan rutin staf.
25. Pelatihan mutu diberikan kepada staf untuk dapat mengembangkan keterlibatan mereka dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dibedakan atas pelatihan mutu untuk tingkat pimpinan dan pelatihan mutu untuk para penanggungjawab pengumpul data indikator. Untuk memastikan bahwa seluruh staf paham terkait mutu dan keterlibatan mereka dalam program mutu maka di tingkat Bidang/Bagian/Instalasi wajib melatih staf masing masing sesuai program mutu yang ditetapkan.
  26. Pelatihan mutu diberikan oleh staf yang sudah mempunyai sertifikat pelatihan mutu dan keselamatan pasien dan atau mempunyai pengalaman kerja dalam bidang mutu dan keselamatan pasien

## **II. RANCANGAN PROSES KLINIS DAN MANAJERIAL**

1. RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar membuat rancangan baru dan melakukan modifikasi sesuai dengan prinsip peningkatan mutu yang konsisten dengan visi, rencana strategis rumah sakit, kebutuhan pasien, kebutuhan staf, kebutuhan keluarga, menggunakan PPK dan CPW dalam memberikan pelayanan, berdasarkan analisa tim resiko serta informasi lain dari berbagai kegiatan peningkatan.
2. Rumah sakit dalam hal ini Direktur Pelayanan melalui bidang Medik melakukan koordinasi dengan SMF dan Komite Medik, menentukan paling sedikit 5 pedoman klinik dan *clinical pathways* atau protokol klinik. RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar melaksanakan pedoman klinik dan *clinical pathways* atau protokol klinik di setiap area prioritas yang ditetapkan. Bidang Medik melakukan koordinasi dengan Komite Medik, SMF, Direktur Pelayanan, serta Direktur Utama terkait pemilihan 5 CP dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Bidang Medik melakukan koordinasi dengan Komite Medik, SMF, Direktur Pelayanan, serta Direktur Utama terkait pemilihan 5 area klinik prioritas.
  - b. Bidang Medik menetapkan 5 area klinik prioritas yang menjadi fokus pemantauan.
  - c. Bidang Medik menyusun Program Pengembangan 5 Area Klinik Prioritas.
  - d. Bidang Medik melakukan koordinasi dengan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien untuk memasukkan Program Pengembangan 5 Area Klinik Prioritas ke dalam Program PMKP rumah sakit.
3. Rumah Sakit dalam hal ini Direktur Pelayanan melalui bidang Medik dan Keperawatan melakukan monitoring penggunaan pedoman klinis, CP dan menganalisa secara periodik dalam upaya mengurangi variasi dalam proses dan hasil.

### **III. PEMILIHAN INDIKATOR DAN PENGUMPULAN DATA**

1. Pimpinan RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan indikator kunci untuk masing-masing struktur, proses, dan hasil (outcome) setiap upaya klinis. Pemilihan indikator yang terkait dengan area klinis yang penting meliputi:
  - a. Asesmen terhadap area klinik
  - b. Pelayanan laboratorium
  - c. Pelayanan radiologi dan diagnostic imaging
  - d. Prosedur bedah
  - e. Penggunaan antibiotika dan obat lainnya
  - f. Kesalahan medis dan kejadian nyaris cedera
  - g. Anestesi dan penggunaan sedasi
  - h. Penggunaan darah dan produk darah
  - i. Ketersediaan, isi dan penggunaan catatan medik
  - j. Pencegahan dan kontrol infeksi, surveilans dan pelaporan
  - k. Riset

Pemilihan indikator klinis di unit kerja didasarkan kepada permasalahan yang ada di unit kerja masing masing.

2. Pimpinan RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan indikator kunci untuk masing-masing struktur, proses-proses dan hasil manajerial. Indikator yang dipilih terkait dengan upaya manajemen meliputi:

- a. Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memenuhi kebutuhan pasien.
- b. Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan.
- c. Manajemen risiko.
- d. Manajemen penggunaan sumber daya.
- e. Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga.
- f. Harapan dan kepuasan staf.
- g. Demografi pasien dan diagnosis klinik.
- h. Manajemen keuangan.
- i. Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah bagi keselamatan pasien, keluarga pasien, dan staf.

Pemilihan indikator manajerial di unit kerja didasarkan kepada permasalahan yang ada di unit kerja masing masing.

3. Pimpinan RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan indikator kunci untuk masing-masing sasaran keselamatan pasien. Indikator dalam penilaian Sasaran Keselamatan Pasien termasuk area sasaran sebagai berikut:

- a. Ketepatan identifikasi pasien
- b. Peningkatan komunikasi yang efektif
- c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
- d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
- e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- f. Pengurangan risiko pasien jatuh



Pemilihan indikator sasaran keselamatan pasien di unit kerja didasarkan kepada permasalahan yang ada di unit kerja masing masing.

4. Pimpinan RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan setidaknya 5 indikator JCI Library of Measures sebagai prioritas pemantauan ke dalam Program PMKP dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Bidang Medik melakukan koordinasi dengan Komite Medik, SMF, Direktur Pelayanan serta Direktur Utama terkait pemilihan indikator *JCI Library of Measures*.
- b. Bidang Medik menetapkan indikator *JCI Library of Measures* yang menjadi prioritas pemantauan.
- c. Bidang Medik melakukan koordinasi dengan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien untuk memasukkan setidaknya 5 indikator *JCI Library of Measures* yang menjadi prioritas pemantauan ke dalam Program PMKP rumah sakit dari 36 (tiga puluh enam) *measurement* dalam buku *JCI Library of Measures* yang harus dipilih.
- d. RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dalam hal ini difasilitasi oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien memasukkan setidaknya 5 indikator *JCI Library of Measures* yang menjadi prioritas ke dalam Program PMKP rumah sakit.

RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan bahwa JCI Library of Measure dapat dipilih atau dimodifikasi sesuai dengan kondisi area kerja masing masing.

5. Pimpinan RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar melakukan evaluasi (analisis) trend insiden yang kemudian ditetapkan sebagai KTD dengan berdasarkan hal-hal sebagai berikut:

- a. Analisis secara intensif terhadap data dilakukan jika terjadi penyimpangan tingkatan, pola atau kecenderungan dari KTD.
- b. Semua reaksi transfusi, jika terjadi di rumah sakit, dianalisis.

- c. Semua reaksi obat tidak diharapkan yang serius, jika terjadi sesuai definisi yang ditetapkan rumah sakit, dianalisis.
  - d. Semua kesalahan medis (*medical error*) yang signifikan dianalisis.
  - e. Semua ketidakcocokan (*discrepancy*) antara diagnosis pra dan pasca operasi dianalisis.
  - f. KTD atau pola KTD selama sedasi moderat atau dalam dan anestesi dianalisis.
  - g. Kejadian lainnya yang ditetapkan oleh rumah sakit dianalisis.
6. Pimpinan RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan indikator PPI yang menjadi fokus pemantauan dalam program PMKP sebagai berikut:
- a. Infeksi daerah operasi (IDO) – adalah infeksi pada semua kategori luka daerah operasi bersih dan bersih terkontaminasi yang dilaksanakan di rumah sakit.
  - b. Infeksi saluran kemih (ISK) – adalah infeksi saluran kemih simptomatik yang diakibatkan karena pemasangan kateter urine.
  - c. *Ventilator associated pneumonia* (VAP) – adalah pneumonia yang terjadi pada pasien setelah 48 jam pemasangan ventilator.
  - d. *Hospital acquired pneumonia* (HAP) – adalah pneumonia yang terjadi pada pasien yang diawali dengan prosedur tirah baring dan terjadi setelah 48 jam pasien dirawat.
  - e. Plebitis adalah iritasi vena oleh alat *Intra Venous*, obat-obatan, atau infeksi yang ditandai dengan kemerahan, bengkak, nyeri tekan pada sisi *Intra Venous*.
  - f. Dekubitus adalah kerusakan/kematian kulit yang terjadi akibat gangguan aliran darah setempat dan iritasi pada kulit.
7. Pimpinan RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan penentuan prioritas terhadap berbagai permasalahan yang ada pada setiap unit kerja untuk dijadikan indikator mutu dengan mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut:

- a. *Urgency* berkaitan dengan mendesaknya waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan masalah tersebut.
- b. *Seriousness* berkaitan dengan dampak dari adanya masalah tersebut terhadap organisasi.
- c. *Growth* berkaitan dengan pertumbuhan masalah.

Pemilihan prioritas pengukuran berdasarkan USG digunakan untuk menentukan prioritas pengukuran tingkat RS dan juga tingkat unit kerja.

8. Prioritas pengukuran tingkat RS di samping berdasarkan pertimbangan USG, prioritas pengukuran juga berdasarkan kebijakan pimpinan RS.
9. Pimpinan RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar melalui Komite Mutu dan Keselamatan Pasien juga menetapkan indikator tambahan yang wajib dilakukan monitoring yang dipersyaratkan oleh standar nasional yang dilakukan pemantauan oleh unit kerja terkait.
10. Pimpinan RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar melalui Komite Mutu dan Keselamatan Pasien disamping menetapkan indikator rumah sakit juga mewajibkan masing-masing Unit Kerja/Bagian/Bidang/Instalasi ataupun SMF untuk menetapkan, memantau, menganalisa, mengevaluasi serta melaporkan indikator masing masing sesuai kebutuhan dan persyaratan yang ada serta permasalahan yang dialami di wilayah kerjanya.
11. Untuk memudahkan pemantauan indikator disusun berdasarkan profil indikator yang meliputi judul indikator, dimensi mutu, tujuan, definisi operasional, latar belakang, formula, numerator, denominator, target, kriteria inklusi, kriteria eksklusi, sumber data, frekuensi dan cara pengumpulan data, frekuensi dan cara analisa data, frekuensi dan cara pelaporan, lingkup area, dan PIC.
12. Penilaian program mencakup struktur, proses dan hasil (*outcome*) dan hasil penilaian disampaikan kepada pihak terkait secara berkala sesuai struktur organisasi yang berlaku. Pimpinan departemen klinik (unit kerja) menetapkan indikator kunci untuk menilai setiap sasaran keselamatan pasien nasional dan juga indikator yang ditetapkan

sebagai indikator RS dan indikator berdasarkan regulasi nasional (Standar Pelayanan Minimal, BLU, Kemenkes, dan Renstra).

13. Program Mutu dan keselamatan pasien menetapkan program analisis yang berdampak terhadap biaya dan efisiensi sekurang kurangnya 1 ( satu ) project dalam setahun yang menggambarkan peningkatan efektifitas dari segi penggunaan sumberdaya rumah sakit.

#### **IV. VALIDASI DAN ANALISIS DARI DATA PENILAIAN**

Pimpinan RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan kegiatan validasi dan analisis penilaian indikator dilakukan dengan beberapa langkah sebagai berikut:

1. Data indikator direkapitulasi di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan dianalisis oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien untuk kemudian dilaporkan ke Direktur Utama dan dari Direktur Utama ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
2. Data Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien serta Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dianalisis secara terintegrasi mulai dari input data sampai pelaporan berdasarkan pedoman manajemen data.
3. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien merekapitulasi data setiap bulan dan menganalisa serta melaporkan hasil analisis setiap 3 bulan melalui sebuah pertemuan sosialisasi hasil evaluasi pemantauan indikator mutu.
4. RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, dalam hal ini Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, melakukan perbandingan data. Perbandingan dilakukan dari waktu ke waktu didalam rumah sakit; dilakukan dengan rumah sakit lain yang sama; dilakukan dengan standar yang ada; dan dilakukan dengan praktek yang telah diakui dapat digunakan. Perbandingan juga dilakukan dengan membandingkan data rumah sakit dengan external database yang diperoleh dengan melakukan *online search* dari internet berupa jurnal maupun laporan lainnya yang terkini dan dari sumber terpercaya (*reliable sources*). Semua data dijaga keamanan dan kerahasiaanya.

5. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan atau Instalasi melakukan proses validasi internal data mutu dengan tujuan memastikan validitas dan reabilitas data. Data mutu yang dilakukan validasi jika:
  - a. Pengukuran baru.
  - b. Data disampaikan ke masyarakat di web site rumah sakit atau media lain.
  - c. Adanya perubahan pengukuran.
  - d. Data berasal dari pengukuran sekarang berubah tanpa diketahui sebabnya.
  - e. Sumber data berubah atau bertambah.
  - f. Subyek data berubah, seperti perubahan umur rata - rata pasien, protokol riset diubah, pedoman klinik baru diberlakukan, ada teknologi dan metodologi pengobatan baru.
6. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien sebagai pengumpul data kedua melakukan validasi data secara internal dengan ketentuan sebagai berikut:
  - a. Mengumpulkan data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam pengumpulan data sebelumnya dengan mengambil sampel terhadap indikator yang membutuhkan survei.
  - b. Menggunakan Uji Petik terhadap data yang diperoleh langsung dari unit terkait pengumpul data. Pengambilan sampel untuk kegiatan validasi dilakukan dengan cara penentuan sampel sebagai berikut:
    - Populasi data 1-16: total sampel
    - Populasi data 17-160: minimum 16 -10 %
    - Populasi data 161-480: 10 %
    - > 480 : 48
  - c. Menggunakan sample statistik yang valid dari catatan, kasus dan data lain.
  - d. Membandingkan data dari unit pengumpul data dg data yang dikumpulkan orang kedua dalam Uji Petik.
  - e. Kalkulasi akurasi dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100.

- f. Menetapkan tingkat akurasi data untuk *benchmark* yg baik yaitu akurasi levelnya 90%.
  - g. Jika data yang ditemukan ternyata tidak sama, catat penyebabnya (misal data tidak jelas definisinya) dan lakukan tindakan koreksi.
  - h. Mengumpulkan sampel baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan yang dilakukan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan.
7. Direksi bertanggung jawab bahwa data yang disampaikan ke publik dapat dipertanggungjawabkan dari segi mutu dan hasilnya. Data yang disampaikan telah melalui evaluasi dari segi validitas.
8. Publikasi data eksternal dilakukan dengan beberapa langkah sebagai berikut:
- a. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menyiapkan data mutu PMKP yang hendak dipublikasikan berupa grafik tren pencapaian selama 6 bulan sesuai dengan data terpilih yang layak dipublikasi.
  - b. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien melaporkan data mutu PMKP dan meminta persetujuan data yang hendak dipublikasikan ke Direktur Utama.
  - c. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menyampaikan surat permohonan publikasi sesuai dengan persetujuan Direktur Utama dengan dilengkapi data mutu PMKP yang hendak dipublikasikan kepada Sub Bagian Humas.
  - d. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien meneruskan dalam bentuk tembusan data mutu PMKP yang hendak dipublikasikan sepengetahuan Sub Bagian Humas ke Instalasi Teknologi dan Informasi untuk dapat diunggah ke website resmi RS Dr. Tadjuddin Chalid makassar.
  - e. Unit informasi dan teknologi mengunggah data mutu PMKP ke website resmi RS Dr. Tadjuddin Chalid makassar.
9. Publikasi data internal dilakukan dengan beberapa langkah sebagai berikut:

- a. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien memfasilitasi Rapat Triwulan pencapaian program PMKP.
  - b. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien membuat dan mengedarkan notulen rapat triwulan pencapaian program PMKP RS ke Bidang/Bagian/Instalasi terkait.
  - c. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mengedarkan rekap hasil pencapaian program PMKP RS ke Bidang/Bagia/Instalasi terkait.
  - d. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien mengunggah data hasil pencapaian program PMKP RS ke intranet sesuai dengan kelayakan data yang boleh diunggah di intranet.
10. Publikasi data internal di tingkat Unit Kerja/Bagian/Bidang/Instalasi dilakukan publikasi melalui papan informasi sesuai dengan kelayakan data yang boleh dipublikasi.
  11. RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar melalui Tim KPRS oleh sub komite keselamatan pasien menetapkan definisi dari kejadian sentinel, Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) , melakukan RCA pada semua kejadian sentinel dan KTD bila grading kuning dan merah, serta melakukan tindak lanjut dari hasil RCA tersebut.
  12. RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar mendefinisikan kejadian sentinel (sentinel event) sebagai semua kejadian dimana pasien meninggal tidak secara alami dan tidak karena penyakitnya serta hasil perawatannya berbeda dari yang diharapkan, atau disebabkan karena salah satu hal di bawah ini:
    - a. Kematian tidak terduga dan tidak terkait dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya Kehilangan fungsi utama (major) secara permanen yang tidak terkait dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya.
    - b. Salah lokasi, salah prosedur, salah pasien.
    - c. Bunuh diri

- d. Kematian atau kecacatan akibat kesalahan pemberian transfusi dan produk darah lain
- e. Kematian karena kesalahan pemberian obat.
- f. Penculikan bayi.
- g. Bayi yang dipulangkan bersama orang tua yang bukan orangtuanya.
- h. Bayi lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan, lahir segera menangis, meninggal dalam masa perawatan di rumah sakit.
- i. Transmisi penyakit kronis atau penyakit fatal melalui pemberian darah, produk darah.
- j. Pemerkosaan, kekerasan ditempat kerja yang termasuk (pembunuhan, penghilangan fungsi secara permanen), penganiayaan (percobaan pembunuhan) terhadap pasien, staf, praktisi, mahasiswa, orang yang sedang training, visitor atau pengunjung, dan rekanan yang sedang berada di rumah sakit.

Ketika *sentinel events* teridentifikasi, maka harus dilaporkan segera ke tim KPRS dan Direktur Utama dalam waktu selambat lambatnya 24 jam. Tim KPRS akan melakukan analisis akar masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) dimana analisis dan rencana tindak lanjut harus diselesaikan dalam waktu 45 hari dari kejadian. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Tim akan melaporkan aktivitasnya kepada Direktur Utama melalui Direktur Pelayanan.

13. RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar mendefinisikan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *adverse events* sebagai suatu insiden atau kejadian yang mengakibatkan cedera atau *harm* pada pasien akibat melaksanakan suatu atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah. Kejadian tidak diharapkan pada kasus keselamatan pasien terdeteksi apabila ada perubahan yang tidak diinginkan dari apa yang diharapkan. Untuk itu analisis mendalam dilakukan apabila tingkat, pola, atau tren kejadian



bervariasi secara signifikan terkait setidaknya-tidaknya pada hal-hal berikut:

- a. Reaksi transfusi yang sesuai dengan tanda klinis seperti gatal-gatal, jantung berdebar-debar, pusing, merah seluruh tubuh atau perubahan patologis tubuh setelah dilakukan transfusi darah.
- b. Kejadian serius akibat efek samping obat
- c. Kesalahan pemberian obat yang menimbulkan reaksi
- d. Ketidaksesuaian diagnosis pra-operasi dan pasca-operasi
- e. Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi.
- f. Infeksi yang disebabkan oleh pelayanan kesehatan di Rumah Sakit (HAIs).
- g. Wabah penyakit menular yang ada di RS.
- h. Kejadian pasien jatuh yang menimbulkan cedera (minor, moderate, mayor).
- i. Cedera akibat prosedur.
- j. Cedera akibat penggunaan fasilitas.
- k. Kesalahan pemberian transfusi darah.

Ketika *adverse events* teridentifikasi laporan harus sudah diserahkan kepada tim KPRS selambat lambatnya 2 x 24 jam. Tim KPRS akan melakukan *risk grading* matrik, penetapan grading berdasarkan dampak (*consequences*) dan probabilitas (*likelihood*) jika grading warna hijau dan biru maka akan dilakukan investigasi sederhana dan jika grading warna kuning dan merah dilakukan analisis akar masalah (RCA) untuk menentukan tindakan yang perlu dilakukan. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Tim akan melaporkan aktivitasnya kepada Direktur Utama melalui Direktur Pelayanan.

14. RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar mendefinisikan Kejadian Nyaris Cedera (*Near Miss*) sebagai semua kejadian yang hampir menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan atau tidak

melaksanakan suatu tindakan yang seharusnya dilakukan. Tujuan penanganan kejadian *near miss* adalah :

- a. Untuk mengurangi resiko kejadian *adverse events*
- b. Untuk mengidentifikasi perbaikan yang potensial
- c. Untuk peningkatan mutu pelayanan

Jenis KNC yang harus dilaporkan setidaknya-tidaknya meliputi:

a. Administrasi

- Kesalahan serah terima pasien
- Ketidaklengkapan pengisian *informed consent*
- Kesalahan penulisan identitas pasien
- Keterlambatan pelayanan proses administrasi

b. Farmasi

- Kesalahan peresepan obat (*prescription error*)
- Kesalahan pengeluaran dan pengemasan obat (*dispensing error*)
- Kekosongan stok obat

c. Prosedur Klinis

- Prosedur klinis tidak dilakukan ketika dibutuhkan
- Penundaan jadwal pelaksanaan prosedur klinis
- Tidak ada penandaan area yang akan dioperasi (*site marking*)
- Kesalahan penandaan area yang akan dioperasi (*site marking*)
- Ketidaksesuaian antara janji hasil dengan hasil pemeriksaan penunjang
- Salah transfer pasien

d. Tranfusi darah

- Keterlambatan produk darah
- Ketidaksesuaian suhu penyimpanan
- Monitoring suhu penyimpanan tidak dilakukan
- Monitoring reaksi transfusi tidak dilakukan

e. Infeksi nosokomial

- Kekosongan stok *hand rub*

f. Dokumentasi

- Kesalahan memasukkan/meng-input data
- Tulisan tidak dapat dibaca
- Ketidaksesuaian dalam penggunaan singkatan
- File rekam medis hilang
- Ketidaksesuaian catatan *hand over*
- Kesalahan penulisan identitas pasien
- Kesalahan akses dokumen dan atau pasien
- Tidak melaporkannya hasil kritis

g. Manajemen organisasi

- Tidak ada SPO
- Tidak ada kebijakan

h. Nutrisi

- Kesalahan penyimpanan
- Pencemaran makanan
- Kesalahan diet
- Kesalahan konsistensi
- Kesalahan pemberian makanan pada pasien

i. Alat medis / alat kesehatan

- Alat-alat tidak bersih atau steril
- Alat-alat rusak
- Alat-alat tidak tersedia
- Kesalahan pemakaian alat

j. Perilaku

- Agresif verbal pasien

k. Infrastruktur

- Lift rusak

l. Laboratorium

- Kesalahan penempatan bahan

- Kesalahan pengiriman bahan

Ketika *near miss* teridentifikasi, Tim KPRS akan melakukan investigasi sederhana atau analisa akar masalah (RCA) untuk menentukan tindakan yang perlu dilakukan. Tim akan melaporkan aktivitasnya kepada Direktur Utama melalui Direktur Pelayanan.

15. Tim KPRS membuat catatan kejadian, menganalisa, mengevaluasi serta melaporkan hasil secara reguler melalui pertemuan dan atau tertulis ke pada unit atau atasan terkait, eksternal dan internal sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

## **V. MENCAPAI DAN MEMPERTAHAKAN PENINGKATAN**

Pimpinan RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan langkah yang dilakukan dalam mencapai dan mempertahankan peningkatan sebagai berikut:

1. Pimpinan RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar melalui Komite Mutu dan Keselamatan Pasien menetapkan dan mengkaji rencana peningkatan. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien melakukan koordinasi dengan PIC dalam membuat data yang dapat menunjukkan bahwa peningkatan tercapai secara efektif dan langgeng.
2. Rumah sakit menetapkan bahwa data yang menunjukkan peningkatan akan disajikan dalam bentuk grafik trend.
3. Rumah sakit menetapkan bahwa perbaikan dilakukan berdasarkan identifikasi area prioritas.
4. RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan bahwa kegiatan perbaikan mutu dan keselamatan pasien dilakukan untuk area prioritas yang ditetapkan oleh Rumah Sakit.
5. Rumah sakit menetapkan program peningkatan mutu melalui analisis dampak terhadap biaya dan efisiensi minimal 1 analisis setiap tahun.
6. RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar menetapkan upaya perbaikan mutu dengan menggunakan metode PDSA yaitu rangkaian kegiatan yang terdiri dari menemukan masalah, mengorganisir tim kerja, mengklarifikasi teori terbaru tentang permasalahan, memahami penyebab masalah, memilih proses potensial untuk menyelesaikan

- masalah, perencanaan kerja, pelaksanaan kerja, pengawalan kerja dan perbaikan kerja yang dilakukan terus-menerus dan berkesinambungan.
7. Perbaikan mutu di unit kerja/bidang/bagian/instalasi dilakukan secara terus menerus oleh kelompok kerja mutu dalam kegiatan PDSA dan karya ilmiah
  8. Hasil dari perbaikan mutu yang efektif didokumentasikan dan dipertahankan melalui penetapan kebijakan dan prosedur oleh Direktur Utama dan diperluas area implementasinya ke unit kerja yang sesuai dan terkait.
  9. Sub Komite Manajemen Resiko menerapkan kerangka acuan manajemen risiko yang meliputi:
    - a. Identifikasi risiko
    - b. Menetapkan prioritas risiko
    - c. Pelaporan terhadap risiko
    - d. Manajemen risiko (termasuk analisis dan pembuatan FMEA)
    - e. Penyelidikan KTD
    - f. Manajemen dari hal lain yang terkait
  10. Sub Komite Manajemen Resiko melakukan FMEA minimal 1 tahun sekali.

DITETAPKAN DI : MAKASSAR  
PADA TANGGAL : 26 SEPTEMBER 2016  
DIREKTUR UTAMA,



**Dr. I Gusti Lanang Suartana Putra, MM, MARS**  
NIP. 196401281990031002