

**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 2508/SK/DIR/RSMU/XII/2019
TANGGAL : 19 DESEMBER 2019
TENTANG
PEMBENTUKAN KOMITE AKREDITASI RUMAH SAKIT
PERIODE 2019-2022**

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN

Menimbang : a. Bahwa dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya perlu akreditasi sebagai standar pelayanan di Rumah Sakit;
b. Bahwa Pelaksanaan Akreditasi di Rumah Sakit Mata Undaan perlu dibentuk Komite Akreditasi RS Mata Undaan;
c. Bahwa pembentukan Komite Akreditasi RS. Mata Undaan Surabaya berdasarkan pada poin (a) dan (b) diatas perlu diatur dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Permenkes Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
4. Peraturan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Undaan Nomor 029/P4MU/IV/2018 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
5. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor : 014/P4M/SK/II/2019 Tentang Berlakunya Struktur Organisasi, *Job Description* dan *Job Spesification* Rumah Sakit Mata Undaan;
6. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan (P4MU) Nomor : 102/P4MU/SK/X/2019 tanggal 21 Oktober 2019.

MEMUTUSKAN

Menetapkan :
Kesatu : Komite Akreditasi RS. Mata Undaan Surabaya ditetapkan sesuai dalam surat keputusan ini beserta susunan anggotanya, dengan masa bakti 3 (tiga) tahun (2019 – 2022) sejak Keputusan Direktur ditetapkan.
Kedua : Susunan Komite Akreditasi RS. Mata Undaan Surabaya sesuai dalam lampiran Keputusan Direktur ini.
Ketiga : Uraian Tugas Komite Akreditasi RS. Mata Undaan Surabaya sesuai dengan lampiran pada Keputusan ini.
Keempat : Komite Akreditasi RS. Mata Undaan Surabaya bertanggung jawab kepada Direktur.

- Kelima : Komite Akreditasi RS. Mata Undaan Surabaya berhak mendapatkan Honorarium, yang diatur tersendiri dengan Keputusan Direktur.
- Keenam : Mencabut Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor : 1165/SK/DIR/RSMU/X/2018 Tanggal : 23 Oktober 2018 Tentang Pembentukan Komite Akreditasi Rumah Sakit Periode 2018-2021.
- Ketujuh : Keputusan Direktur ini berlaku mulai tanggal 1 Januari 2020.
- Kedelapan : Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 19 Desember 2019
Direktur,


dr. Sudjarno, SpM(K)



LAMPIRAN
 KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
 NOMOR : 2508/SK/DIR/RSMU/XII/2019
 TANGGAL : 19 DESEMBER 2019
 TENTANG
 PEMBENTUKAN KOMITE AKREDITASI RUMAH SAKIT
 PERIODE 2019-2022

A. Susunan Komite Akreditasi Rumah Sakit Periode 2019-2022

1. Penasihat : Ketua Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata
2. Penanggungjawab : Direktur RS. Mata Undaan
3. Ketua : dr. Ria Sylvia, Sp.M
4. Wakil Ketua : dr. Yana Rosita, Sp.M
5. Sekretaris : Dyan Kartika Sari, S.KM
6. Asesor Internal :
 - a. Medis : 1. dr. Ria Sylvia, Sp.M
2. dr. Sahata PH Napitupulu, Sp.M
 - b. Manajemen : 1. Hargo Wahyuono, S.E., Ak., M.Si., CA
2. Dyan Kartika Sari, S.KM
 - c. Keperawatan : 1. Nenny Nayulita, S.Kep., Ns.
2. Yuni Irawati, S.Kep.. Ns.
7. Penanggung Jawab Standar

B. Susunan Penanggung Jawab Standar Akreditasi Tahun 2019 - 2022

STANDAR MEDIS	
Akses Ke Rumah Sakit & Kontinuitas Pelayanan (ARK)	Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)
<i>Advisor</i> : dr. Dewi Rosarina, Sp.M Ketua : Siti Laely Rohmah, S.Kep., Ns. Anggota : 1. Lailatul Chabriah Safitri, S.Kep., Ns 2. Habibiy, S.Kep.	<i>Advisor</i> : dr. Nur Alim Basyir, Sp.M Ketua : Nenny Nayulita, S.Kep., Ns. Anggota : 1. Ely Kurnilasari, A.Md.Gz 2. Dian Widya, Amd. Kep.
Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)	Asesmen Pasien (AP)
<i>Advisor</i> : dr. Irma Praminiarti, Sp.M Ketua : Zwei Sujanto, A.Md.Kep Anggota : 1. Wahyu Dian Puspa, A.Md.Kep 2. Fajar Santoso, S.Kep., Ns	<i>Advisor</i> : dr. Yana Rosita, Sp.M Ketua : Otto Desyanto, A.Md.Kep Anggota : 1. Winarsih, A.Md.Kep 2. Ainul Masruroh, S.Kep., Ns
Program Nasional (PROGNAS)	
<i>Advisor</i> : dr. IGN Puspajaya, Sp.M Ketua : Yuni Irawati, S.Kep., Ns Anggota : 1. Alfilia Mariana, A.Md.Kep 2. Antonius Bayu, S.Farm. Apt 3. Joko Susanto, S.Kep., Ns	

STANDAR KEPERAWATAN	
Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
<i>Advisor</i> : dr. M. Valeri Al Hakim, Sp.M Ketua : Larashati Wulyatie, S.Kep., Ns Anggota : 1. Rizal Al Bary, S.Kep., Ns 2. Yonita Eka Sudarto, S.Sos.	Ketua : dr. Dini Dharmawidiarini, Sp.M (K) Anggota : 1. Rizal Maulana, S.Kep., Ns 2. Arista Suelfid, A.Md.Kep 3. Hafiz Arman Zulfy, A.Md.Kep
Manajemen Informasi dan Rekam Medik (MIRM)	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
<i>Advisor</i> : dr. Dedik Ipung, Sp.M Ketua : Zainal Arifin, A.Md. PK Anggota : 1. Bayu Wijaya, S.Komp 2. Agliyisyah Hadi Caturina, Amd. Kep 3. Aula Bina Rahmah, S.Tr.Kes.	<i>Advisor</i> : dr. Kitriastuti, Sp.M Ketua : Zainab, S.Kep., Ns Anggota : 1. Eny Kustiyaningsih, A.Md.Kep 2. Arganita, Amd. Kep.
Hak Pasien dan Keluarga (HPK)	
<i>Advisor</i> : dr. Lydia Nuradianti, Sp.M Ketua : Ayuk Megarisma, A.Md. Kep Anggota : 1. Ely Elvira, S.Kep., Ns	
STANDAR MANAJEMEN	
Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
<i>Advisor</i> : dr. Farida Moenir, Sp.M (K) Ketua : Intan Kusumawati, S.Farm. Apt., MARS Anggota : 1. Eka Novitasari 2. Yuyun Rahmadian, Amd. Farm	<i>Advisor</i> : dr. Rita Tjandra, Sp.M Ketua : Arnold Hariyono Santoso, MM Anggota : 1. Bagus Tri Maryono, S.Kep., Ns. 2. Fitri Rusdiana, Amd. Kep.
Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
<i>Advisor</i> : dr. Noviana Kurniasari, Sp.M Ketua : Dewi Purwantiningsih, M.Psi., MM Anggota : 1. Zandy Dwi Putra, S.H. 2. Fachrozi, Amd. Kep. 3. Anggoro Rubyanto, Amd. RO	<i>Advisor</i> : dr. Donny Wisnu C, Sp.M Ketua : Wawan Supra Wismana, S.KM Anggota : 1. Sudarto 2. Ahmad Zulfikri, S.Tr.TEM 3. Miftakhul Huda, S.Kep., Ns
Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	
<i>Advisor</i> : Hargo Wahyuono, S.E., M.Si., Ak., CA Ketua : Dyan Kartika Sari, S.KM Anggota : 1. Meliana Handayani, S.KM., M.Kes 2. Hendri Fitrianto	

C. Uraian Tugas :

1) **Ketua :**

1. Menyusun anggaran kebutuhan Akreditasi.
2. Mengkoordinir Pelaksanaan Akreditasi (bimbingan, survei dan verifikasi akreditasi).
3. Melakukan evaluasi hasil kerja setiap standar.
4. Merevisi susunan komite akreditasi.
5. Menyusun laporan akreditasi kepada Direktur dan Dewan Pengawas.

2) **Wakil Ketua :**

1. Membantu Menyusun anggaran kebutuhan Akreditasi.
2. Membantu mengkoordinir Pelaksanaan Akreditasi (bimbingan, survei dan verifikasi akreditasi).
3. Membantu melakukan evaluasi hasil kerja setiap standar.
4. Membantu menyusun laporan akreditasi kepada Direktur dan Dewan Pengawas.
5. Melaksanakan tugas dari ketua.

3) **Sekretaris :**

1. Koordinasi dengan bagian Diklat Rumah Sakit terkait *schedule* sosialisasi dan pelatihan terkait standar akreditasi.
2. Koordinasi dengan Tata Usaha /Sekretariat Rumah Sakit terkait penyimpanan dan pengendalian dokumen akreditasi.
3. Menyusun *schedule* (bimbingan, review dan koordinasi standar).
4. Menyiapkan pelaksanaan kegiatan (bimbingan, survei dan verifikasi akreditasi).
5. Menyusun kepanitiaan pelaksanaan kegiatan.
6. Mendokumentasikan setiap kegiatan akreditasi (bimbingan dan verifikasi akreditasi, sosialisasi terkait akreditasi, telusur lapangan, pasien dan dokumen).
7. Mendokumentasikan dan membuat laporan pengeluaran keuangan yang sudah dilakukan terkait pengeluaran akreditasi sesuai ketentuan yang ditetapkan.

4) **Asesor Internal :**

1. Melakukan review dan evaluasi hasil kerja setiap standar.
2. Mendokumentasikan hasil review dan evaluasi setiap standar.
3. Membantu Penanggung Jawab Standar dalam memenuhi kelengkapan dokumen standar yang dibutuhkan.
4. Melaporkan hasil review dan evaluasi setiap standar kepada Ketua Komite.

5) **Advisor Standar :**

1. Memberikan saran dan masukan terkait standar.
2. Membantu ketua standar dalam menyusun regulasi dan dokumen.

6) **Ketua Standar:**

1. Menyusun regulasi dan dokumen sesuai standar.
2. Menyiapkan dan melakukan *review* dokumen dan implementasi di lapangan dengan asesor.
3. Melakukan evaluasi hasil kerja dan anggota.

7) Anggota Standar:

1. Mengikuti bimbingan asesor internal sesuai jadwal dan kegiatan akreditasi.
2. Membantu ketua dalam menyusun dokumen sesuai standar.
3. Melakukan sosialisasi dan monitoring evaluasi terkait standar ke unit kerja terkait.
4. Menyimpan dokumen standar.
5. Membuat hasil laporan standar.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 19 Desember 2019
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M(K)