



**RS MATA
UNDAAN**

PROGRAM KERJA KOMITE MUTU

RS MATA UNDAAN SURABAYA



**TAHUN
2022**

**Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya
Telp. 031- 5343 806, 5319 619
Fax. 031-5317 503
www.rsmataundaan.co.id**

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1780/PER/DIR/RSMU/I/2022 TANGGAL: 10 JANUARI 2022 PROGRAM KERJA KOMITE MUTU TAHUN 2022 RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA...	1
LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR: 1780/PER/DIR/RSMU/I/2022 TANGGAL: 10 JANUARI 2022 TENTANG PROGRAM KERJA KOMITE MUTU TAHUN 2022 RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.....	3
I. PENDAHULUAN.....	3
II. LATAR BELAKANG.....	4
2.1 Isu Strategik dan Kebijakan	4
2.2 Capaian Kegiatan.....	5
III. TUJUAN	6
3.1 Tujuan Umum.....	6
3.2 Tujuan Khusus.....	6
IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN.....	6
4.1 Pendidikan dan Pelatihan	6
4.2 Orientasi.....	6
4.3 Rapat.....	7
4.4 Supervisi	7
4.5 Evaluasi Capaian Mutu	7
4.6 Evaluasi dan Usul Regulasi	7
4.7 Sosialisasi/ Diseminasi.....	8
4.8 Monitoring dan Evaluasi	8
4.9 Laporan.....	8
4.10 Fasilitas.....	8
V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN	9
VI. SASARAN.....	9
VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN	11
VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN.....	14

**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 1780/KEP/DIR/RSMU/I/2022
TANGGAL : 10 JANUARI 2022
TENTANG
PROGRAM KERJA KOMITE MUTU TAHUN 2022
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

Menimbang : a. Bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan mutu, efisiensi dan efektifitas serta pelaksanaan tugas Komite Mutu di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya perlu adanya program kerja;
b. Bahwa untuk mewujudkan pelayanan Komite Mutu yang terstandar, terorganisir dan terstruktur di rumah sakit;
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf (a) dan (b), maka perlu 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 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
4. Permenkes Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu;
5. Permenkes Nomor 25 Tahun 2019 tentang Penerapan Manajemen Risiko Terintegrasi di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
6. Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor: 1287/KEP/DIR/XI/2021 tentang Komite Mutu Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TENTANG PROGRAM KERJA KOMITE MUTU TAHUN 2022 RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.**

Kesatu : Menetapkan dan memberlakukan Program Kerja Komite Mutu Tahun 2022 di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Kedua : Program Kerja Komite Mutu Tahun 2022 ini digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan kegiatan komite mutu di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

- Ketiga : Progam Kerja Komite Mutu Tahun 2022 di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Keputusan Direktur ini.
- Keempat : Keputusan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya hingga 31 Desember 2022.
- Kelima : Apabila di kemudian hari terdapat perubahan dalam keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 10 Januari 2022

Direktur, *fe*



The image shows a handwritten signature in blue ink over a blue rectangular stamp. The stamp contains the text 'RSMATA UNDAAN' in a sans-serif font.

dr. Sahata P.H Napitupulu, Sp.M(K)

fe

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR: 1780/PER/DIR/RSMU/I/2022
TANGGAL: 10 JANUARI 2022
TENTANG
PROGRAM KERJA KOMITE MUTU TAHUN 2022
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

I. PENDAHULUAN

Persaingan kini lebih mengarah pada kualitas pelayanan baik medis maupun non medis untuk mendapatkan pelanggan baru dan tetap mempertahankan pelanggan yang lama. Dibutuhkan *Continuous Quality Improvement* disegala bidang, dengan kata lain SNARS adalah cerminan mutu Rumah Sakit, maka program kerja Rumah Sakit Mata Undaan tahun 2022 mengacu pada persiapan dan pemenuhan standar mutu menurut SNARS. Untuk mewujudkan kualitas pelayanan yang dapat memuaskan semua pelanggan Rumah Sakit, maka perlu didukung oleh tiga pilar penting yaitu *input*, *proses*, dan *output*. Beberapa hal tersebut tercermin dalam Program Kerja Komite Mutu dengan beberapa indikator kunci yang harus dipahami oleh direksi sampai dengan seluruh unit/bagian/instalasi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Penetapan indikator mutu dan keselamatan pasien tidak boleh berhenti apabila indikator tersebut telah tercapai, namun indikator harus lebih ditingkatkan lagi dengan menambah area pengukuran indikator dan upaya manajemen yang telah ditetapkan oleh SNARS. Penetapan indikator yang merupakan pengukuran fungsi klinis, manajemen, dan keselamatan pasien di Rumah Sakit akan menghasilkan akumulasi data dan informasi. Penyebaran informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan kepada seluruh karyawan rumah sakit dan pemilik, serta kebutuhan publikasi kepada masyarakat luas. Agar upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya berlangsung secara terus menerus, maka perlu disusun Program Kerja Komite Mutu Rumah Sakit Mata Undaan tahun 2022.

Terkait adanya pandemi *covid-19* yang melanda di seluruh dunia, khususnya di Indonesia sejak tahun 2020 yang lalu. Hingga saat ini memasuki era adaptasi baru, dimana di dalamnya kita senantiasa disiplin menjalankan protokol kesehatan 6M yaitu, memakai masker, mencuci tangan dengan sabun di air mengalir, menjaga jarak, menjauhi kerumunan, mengurangi mobilitas, menghindari makan bersama. Selain itu, upaya dari pemerintah 3T yaitu, *tracing*, *testing*, dan *treatment* juga terus dilakukan yang bertujuan mewujudkan indonesia bebas *Covid-19*. Program Kerja Komite Mutu tahun 2022 ini disusun dengan menggunakan unsur-unsur pencegahan dan penatalaksanaan *Covid-19* yang mana akan lebih menguatkan usaha peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

II. LATAR BELAKANG

2.1 Isu Strategik dan Kebijakan

Program Kerja Komite Mutu tahun 2022 ini dibuat sesuai dengan Permenkes nomor 80 tahun 2020 tentang Komite Mutu, dimana setiap Rumah Sakit wajib menjalankan tata kelola mutu. Dalam rangka efektifitas dan efisiensi penyelenggaraan tata kelola mutu Rumah Sakit, Komite Mutu membentuk sub komite manajemen mutu, manajemen risiko, manajemen keselamatan pasien, dan persiapan dan penyelenggaraan akreditasi untuk melaksanakan masing-masing fungsinya.

Komite Mutu Rumah Sakit memiliki koordinasi bersama dalam mencapai tujuan memaksimalkan keefektifan dan efisiensi sistem yang sudah ada. Koordinasi tersebut menggunakan suatu pendekatan yang sistematis untuk menyatakan betapa pentingnya keunggulan bagi individu dan tim, serta menawarkan suatu alat kerja yang dapat mengukur tingkat kinerja serta dapat memfasilitasi perbaikan berkelanjutan.

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sudah diawali dengan penilaian akreditasi Rumah Sakit yang mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat input dan proses. Pada kegiatan ini Rumah Sakit melakukan berbagai standar dan prosedur yang telah ditetapkan. Rumah Sakit diharapkan untuk dapat memberikan penilaian mandiri (*self assessment*) dan memberikan pelayanan sesuai ketentuan yang telah ditetapkan. Sebagai kelanjutan untuk mengukur hasil kerjanya perlu alat ukur lainnya yaitu, instrumen mutu pelayanan Rumah Sakit yang menilai dan memecahkan masalah pada hasil (*output*). Tanpa mengukur hasil kinerja Rumah Sakit tidak dapat diketahui apakah *input* dan proses yang baik telah menghasilkan *output* yang baik pula. Indikator Mutu Rumah Sakit disusun bertujuan untuk mengukur kinerja Rumah Sakit sesuai standar yang telah ditetapkan.

Program Kerja Komite Mutu RS Mata Undaan Surabaya tahun 2022 mengukur dimensi mutu sesuai dengan standar akreditasi yaitu:

1. Aman
Meminimalisasi terjadinya kerugian (*harm*), cedera dan kesalahan medis yang bisa dicegah kepada mereka yang menerima pelayanan.
2. Berorientasi pasien
Menyediakan pelayanan yang terkoordinasi lintas fasilitas pelayanan kesehatan dan pemberi pelayanan, serta menyediakan pelayanan kesehatan untuk seluruh siklus kehidupan.
3. Efektif
Menyediakan pelayanan kesehatan yang berbasis bukti.
4. Tepat waktu
Mengurangi waktu tunggu dan keterlambatan pemberian pelayanan kesehatan.
5. Efisien
Mengoptimalkan sumberdaya yang ada, tanpa pemborosan bahan.
6. Kesenangan/adil
Menyediakan pelayanan yang seragam tanpa membedakan jenis kelamin, suku, etnik, tempat tinggal, agama, sosial, dan ekonomi.

2.2 Capaian Kegiatan

Capaian kegiatan Komite Mutu tahun 2021 adalah sebagai berikut:

- A. Pengukuran indikator mutu
 1. Indikator nasional mutu (INM) yang tidak memenuhi target pada tahun 2021 adalah indikator waktu tunggu rawat jalan (capaian sebesar 76 menit, sedangkan target adalah 60 menit) dan indikator kepatuhan penggunaan APD (capaian sebesar 98,74%, sedangkan target adalah 100%)
 2. Indikator mutu prioritas unit yang tidak memenuhi target pada tahun 2021 adalah sebagai berikut:
 - a. Kejadian konversi tindakan lokal anastesi ke general anastesi dengan capaian sebesar 0,04% sedangkan target 0%.
 - b. Kejadian operasi ulang dengan capaian sebesar 0,03%, sedangkan target 0%.
 - c. Asesmen awal terisi kurang dari 24 jam dengan capaian sebesar 98,5%, sedangkan target 100%.
 - d. Ketidaklengkapan *informed consent* dengan capaian sebesar 2,6%, sedangkan target 0%.
 - e. Ketidaklengkapan catatan medis pasien (KLPCM) capaian sebesar 3,96%, sedangkan target 0%.
 - f. Keterlambatan waktu penanganan kerusakan *hardware* capaian sebesar 1,12%, sedangkan target 0%.
 - g. Ketidaklengkapan dokumen pendukung penagihan (jaminan swasta) capaian sebesar 0,35%, sedangkan target 0%.
 - h. Ketidaktepatan administrasi keuangan laboratorium eksternal capaian sebesar 0,09%, sedangkan target 0%.
 - i. Distribusi notulen rapat < 2 hari kerja capaian sebesar 71,25%, sedangkan target 100%.
 - j. Tidak adanya dokumen legal rumah sakit yang kadaluarsa capaian sebesar 97,25%, sedangkan target 100%.
 - k. Tidak adanya dokumen perjanjian rumah sakit yang kadaluarsa capaian sebesar 87%, sedangkan target 100%.
 - l. Ketidaktepatan waktu penerbitan naskah dinas non pengaturan dan penetapan capaian sebesar 97,48%, sedangkan target 100%.
- B. Pelaporan insiden keselamatan pasien
 1. Terdapat 24 Kejadian Nyaris Cedera (KNC) yang terjadi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya pada tahun 2021.
 2. Terdapat 3 Kejadian Tidak Cedera (KTC) yang terjadi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya pada tahun 2021.
 3. Terdapat 3 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang terjadi di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya pada tahun 2021.
- C. Hasil pengukuran survei budaya keselamatan yang dilaksanakan pada tahun 2020, menyatakan bahwa terdapat 2 dimensi dengan rata-rata respon positif yang masuk dalam kategori LEMAH, 8 dimensi dengan kategori SEDANG, dan 2 dimensi dengan kategori KUAT.

- D. Manajemen risiko
 1. Pendampingan ke unit/instalasi dilakukan oleh Sub Komite Manajemen Risiko tetapi belum maksimal.
 2. Mengumpulkan daftar risiko Unit/Instalasi.
 3. Belum dilakukan pengelolaan dan pemantauan terhadap risiko di setiap Unit/Instalasi.
- E. Persiapan dan penyelenggaraan akreditasi

Pada tahun 2021 sudah dilakukan persiapan akreditasi dengan melakukan telaah pada SNARS 1.1 dan melaksanakan rapat untuk diseminasi informasi.

III. TUJUAN

3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari Program Kerja Komite Mutu tahun 2022 adalah terlaksananya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit secara berkelanjutan dan berkesinambungan (*Continuous Quality Improvement*) melalui pengukuran indikator mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien.

3.2 Tujuan Khusus

Berdasarkan tujuan umum yang sudah dijabarkan sebelumnya, maka tujuan khusus yang akan dicapai tahun 2022 yaitu:

1. Meningkatkan mutu pelayanan klinik melalui standarisasi asuhan klinis dan *monitoring* indikator mutu.
2. Meningkatkan mutu pelayanan manajemen melalui *monitoring* indikator mutu.
3. Meningkatkan keselamatan pasien melalui pelaporan insiden dan penerapan sasaran keselamatan pasien.
4. Terciptanya budaya melayani yang berorientasi pada keselamatan pasien di Rumah Sakit.
5. Melaksanakan persiapan dan penyelenggaraan akreditasi.

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

4.1 Pendidikan dan Pelatihan

1. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan terkait peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko kepada seluruh anggota Komite Mutu
2. Menyelenggarakan pelatihan terkait peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko secara mendasar kepada seluruh staf RS Mata Undaan Surabaya.
3. Menyelenggarakan pelatihan terkait penyusunan dan pelaporan indikator mutu kepada penanggung jawab, pengumpul, dan validator data indikator mutu RS Mata Undaan Surabaya.
4. Menyelenggarakan pelatihan terkait pelaporan dan pemahaman mengenai keselamatan pasien kepada penanggung jawab dan pengumpul data insiden keselamatan pasien di RS Mata Undaan Surabaya.

4.2 Orientasi

1. Orientasi terkait peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko kepada anggota komite mutu apabila terdapat regulasi terbaru.
2. Orientasi terkait peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko kepada karyawan baru.

4.3 Rapat

1. Melakukan rapat koordinasi antar anggota sub Komite Mutu secara rutin setiap bulannya.
2. Melakukan rapat rutin dengan direksi, jajaran struktural, dan komite lain di RS Mata Undaan Surabaya setiap triwulan.
3. Melakukan rapat koordinasi antar anggota sub Komite Mutu secara insidental (apabila ada hal yang tidak terduga).
4. Melaksanakan rapat koordinasi dengan Komite Medik terkait audit klinis dan audit medis serta penerapan PPK/CP.

4.4 Supervisi

1. Melakukan supervisi terkait data indikator mutu di setiap Unit/Instalasi di RS Mata Undaan Surabaya.
2. Melakukan supervisi terkait surveilans keselamatan pasien di setiap Unit/Instalasi di RS Mata Undaan Surabaya.
3. Melakukan supervisi terkait pemantauan risiko di setiap Unit/Instalasi di RS Mata Undaan Surabaya.

4.5 Evaluasi Capaian Mutu

Pengukuran indikator mutu Komite Mutu dilakukan sesuai dengan kegiatannya. Berikut ini daftar indikator mutu Komite Mutu dan waktu pengukurannya:

No	Indikator	Sasaran	Waktu Pelaksanaan
1.	Ketepatan waktu pengumpulan data indikator mutu	100%	Setiap Bulan
2.	Ketepatan waktu pelaporan indikator mutu dan insiden keselamatan pasien melalui <i>e-report</i>	100%	Setiap Bulan
3.	Terlaksananya rapat triwulan dengan Direksi, Struktural, dan Komite Lain	100%	Setiap Triwulan

4.6 Evaluasi dan Usul Regulasi

1. Penyusunan dan pengumpulan data indikator mutu beserta perbaikannya (PDSA) harus dilaksanakan oleh seluruh Unit/Instalasi RS Mata Undaan Surabaya dan akan dievaluasi setiap triwulan.
2. Peningkatan budaya lapor terkait insiden keselamatan pasien pada seluruh staf di RS Mata Undaan Surabaya dan akan dievaluasi setiap bulan.
3. Penyusunan dan pemantauan daftar risiko harus dilaksanakan oleh seluruh Unit/Instalasi RS Mata Undaan Surabaya dan akan dievaluasi setiap enam bulan (semester).

4.7 Sosialisasi/ Diseminasi

1. Sosialisasi regulasi terbaru terkait dengan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko kepada penanggung jawab mutu.
2. Diseminasi capaian indikator mutu dan insiden keselamatan pasien disampaikan melalui rapat triwulan.
3. Diseminasi terkait capaian indikator mutu kepada publik melalui media sosial dan *website* RS Mata Undaan Surabaya.
4. Diseminasi terkait pemantauan risiko melalui rapat triwulan 2 dan triwulan 4.

4.8 Monitoring dan Evaluasi

1. Monitoring dan evaluasi dilakukan Sub Komite Manajemen Mutu melalui supervisi mengenai pengumpulan data dan ketepatan pelaporan indikator mutu dari Unit/Instalasi RS Mata Undaan Surabaya.
2. Monitoring dan evaluasi dilakukan Sub Komite Keselamatan Pasien melalui supervisi mengenai pelaporan insiden keselamatan pasien dan pengisian form surveilans dari Unit/Instalasi RS Mata Undaan Surabaya.
3. Monitoring dan evaluasi dilakukan Sub Komite Manajemen Risiko melalui pemantauan risiko di Unit/Instalasi RS Mata Undaan Surabaya.
4. Monitoring dan evaluasi melalui rapat bulanan, triwulan, dan tahunan.

4.9 Laporan

1. Laporan eksternal: berupa pelaporan indikator mutu dan insiden keselamatan pasien (KTD dan Kejadian Sentinel) ke Kementerian Kesehatan dan KNKP melalui *website* dan maksimal tanggal 10 pada bulan berikutnya.
2. Laporan internal: berupa pelaporan triwulan untuk capaian indikator mutu dan insiden keselamatan pasien, laporan setiap 6 bulan untuk pemantauan risiko, dan laporan tahunan yang seluruhnya ditujukan kepada Direktur dan Representasi Pemilik RS Mata Undaan Surabaya.

4.10 Fasilitas

1. Pemeliharaan

Pemeliharaan 1 Unit PC/Komputer melalui koordinasi dengan bagian Informasi dan Teknologi RS Mata Undaan Surabaya.

2. Penggantian/ Penambahan/ Investasi

1. Investasi untuk 1 pcs laptop untuk menggantikan laptop Komite Mutu dikarenakan sudah berumur dan kinerjanya menurun.
2. Investasi untuk 1 pcs printer beserta *copy* dan *scanner*

V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

Tabel 5.1 Cara Melaksanakan Kegiatan

No	Kegiatan	Cara Melaksanakan Kegiatan
1.	Pendidikan dan pelatihan	Berkoordinasi dengan bagian Diklat RS terkait dengan rencana pendidikan dan pelatihan yang akan diberikan kepada anggota Komite Mutu dan seluruh staf RS Mata Undaan.
2.	Orientasi	Diberikan bersamaan dengan orientasi karyawan baru yang dilaksanakan oleh bagian Diklat RS. Apabila terdapat regulasi terbaru, maka berkoordinasi dengan sekretariat komite mutu untuk melaksanakan orientasi khusus terlebih dahulu kepada seluruh anggota.
3.	Rapat	Berkoordinasi dengan sekretariat komite mutu untuk penyiapan ruangan dan kelengkapan rapat seperti bahan rapat, absensi dan notulensi.
4.	Supervisi	Dengan membuat form untuk supervisi untuk indikator mutu, surveilans insiden, dan pemantauan risiko ke setiap Unit/Instalasi.
5.	Evaluasi Capaian Mutu	Dilakukan dengan mengukur indikator mutu komite mutu yang sudah dijelaskan pada bab sebelumnya.
6.	Sosialisasi/Diseminasi	Dilakukan ketika ada regulasi terbaru terkait dengan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko kepada penanggung jawab mutu. Diseminasi capaian melalui rapat, media sosial, dan <i>website</i> rumah sakit.
7.	Monitoring dan Evaluasi	Dilakukan setiap bulan terkait dengan kegiatan yang dilakukan oleh komite mutu.
8.	Laporan	Dilakukan setiap triwulanan dan setiap satu tahun sekali kepada Direktur.

VI. SASARAN

Tabel 6.1 Sasaran

No	Kegiatan	Sasaran
1.	Pendidikan dan pelatihan	<ol style="list-style-type: none"> a. 80% anggota Komite Mutu mendapatkan pendidikan dan pelatihan. b. 80% staf rumah sakit mendapatkan pelatihan terkait peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko.
2.	Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> a. 100% anggota Komite Mutu mendapatkan orientasi terkait regulasi yang terbaru. b. 100% karyawan baru di Rumah Sakit Mata Undaan mendapatkan orientasi terkait peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

No	Kegiatan	Sasaran
3.	Rapat	Terlaksananya rapat minimal 80% sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
4.	Supervisi	100% (seluruh) Unit/Instalasi telah disupervisi setiap bulannya terkait pengukuran indikator mutu, surveilans keselamatan pasien, dan pemantauan risiko.
5.	Evaluasi Capaian Mutu	Tercapainya 100% indikator mutu komite mutu.
6.	Sosialisasi/Diseminasi	100% staf Rumah Sakit Mata Undaan mendapatkan sosialisasi/diseminasi informasi <i>terupdate</i> mengenai peningkatan mutu, keselamatan pasien, manajemen risiko, dan perihal akreditasi.
7.	Monitoring dan Evaluasi	100% kegiatan terlaksana sesuai jadwal.
8.	Laporan	100% laporan dilakukan tepat waktu.

VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

Tabel 7.1 Jadwal Pelaksanaan Kegiatan

No	Kegiatan	Penanggung Jawab	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des
1	Melaksanakan pendidikan dan pelatihan	Komite Mutu koordinasi dengan Bagian Diklat												
2	Melaksanakan orientasi kepada karyawan baru	Komite Mutu koordinasi dengan Bagian Diklat												
3	Melakukan rapat koordinasi antar anggota sub Komite Mutu secara rutin	Komite Mutu												
4	Melakukan rapat rutin dengan direksi, jajaran struktural, dan komite lain di RS Mata Undaan Surabaya	Komite Mutu												
5	Melaksanakan rapat koordinasi dengan Komite Medik terkait audit klinis dan audit medis serta penerapan PPK/CP.	Komite Mutu koordinasi dengan Komite Medik dan Komite Keperawatan												
6	Melakukan supervisi terkait data indikator mutu di setiap Unit/Instalasi	Sub Komite Manajemen												

No	Kegiatan	Penanggung Jawab	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des
	di RS Mata Undaan Surabaya.	Mutu												
7	Melakukan supervisi terkait surveilans keselamatan pasien di setiap Unit/Instalasi di RS Mata Undaan Surabaya.	Sub Komite Keselamatan Pasien												
8	Melakukan supervisi terkait pemantauan risiko di setiap Unit/Instalasi di RS Mata Undaan Surabaya.	Sub Komite Manajemen Risiko												
9	Evaluasi capaian mutu dilakukan setiap tanggal 10 di bulan berikutnya.	Sub Komite Manajemen Mutu												
10	Sosialisasi terkait capaian indikator mutu kepada publik melalui media sosial dan website RS Mata Undaan Surabaya.	Sub Komite Manajemen Mutu												
11	Pelaporan indikator mutu dan insiden keselamatan pasien (KTD dan Kejadian Sentinel) ke Kementerian Kesehatan dan KNKP melalui website dan maksimal tanggal 10 pada bulan berikutnya	Sekretaris Komite Mutu												

No	Kegiatan	Penanggung Jawab	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des
12	Pelaporan triwulan untuk capain indikator mutu dan insiden keselamatan pasien	Komite Mutu												
13	Pelaporan setiap 6 bulan terkait pemantauan risiko	Komite Mutu												

VIII. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN

Evaluasi pelaksanaan kegiatan komite dilakukan secara bulanan, triwulanan dan tahunan sesuai dengan jadwal pelaksanaan kegiatan yang telah disebutkan pada bab sebelumnya.

IX. PENCATATAN DAN PELAPORAN KEGIATAN

1. Pencatatan Kegiatan

Beberapa formulir yang digunakan dalam kegiatan komite mutu meliputi:

- a. Pengukuran indikator mutu: form pelaporan indikator mutu dari PIC Unit/Instansi ke Komite Mutu, form validasi data, dan form supervisi indikator mutu;
- b. Insiden keselamatan pasien: form pelaporan insiden dan form surveilans insiden;
- c. Manajemen risiko: form *risk register* dan pemantauan risiko.

2. Pelaporan Kegiatan

- a. Pelaporan hasil capaian mutu kepada Komite Mutu (khususnya Sub Komite Manajemen Mutu) setiap bulan;
- b. Pelaporan insiden sesuai dengan ketentuan yang terdapat pada panduan SP2KPRS kepada Komite Mutu (khususnya Sub Komite Keselamatan Pasien);
- c. Pelaporan pemantauan risiko sesuai dengan risiko di setiap Unit/Instalasi dan dilaporkan setiap 6 bulan;
- d. Pelaporan triwulan kepada Direktur; dan
- e. Pelaporan tahunan kepada Direktur.

X. PENUTUP

Demikian program kerja ini disusun. Dengan harapan semoga dapat dipakai sebagai acuan kerja dalam pelaksanaan kegiatan Komite Mutu. Apabila dalam penyusunan ini terdapat kekurangan ataupun kekeliruan akan dilakukan perubahan demi kesempurnaan. Terima kasih.

Ditetapkan di Surabaya,
Pada tanggal 10 Januari 2022
Direktur,



dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M (K)