

**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 004 /KEP/DIR/RSMU/I/2021
TANGGAL : 06 JANUARI 2021
TENTANG
KOMITE MUTU RUMAH SAKIT
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

Menimbang

- a. Bahwa Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik;
- b. Bahwa untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dan rumah sakit atas penyelenggaraan tata kelola mutu yang baik, perlu dibentuk komite mutu yang berfungsi mengoordinasikan penerapan mutu dari setiap tata kelola pelayanan yang dilakukan oleh unit organisasi lainnya di rumah sakit;
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana yang dimaksud huruf (a) dan (b), maka perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur.


Mengingat

- 1. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kesehatan;
- 2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
- 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
- 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
- 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
- 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
- 7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 436/MENKES/SK/VI/1993 tentang Berlakunya Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit;
- 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1087/MENKES/SK/VIII/2008 tentang Standar Keselamatan Pasien dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit;
- 9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit;
- 10. Peraturan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan (P4MU) Undaan Nomor : 012/P4MU/X/2020 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital ByLaws*) Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
- 11. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 014/P4MU/SK/X/2020 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA TENTANG KOMITE MUTU RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA.
- Kesatu : Komite Mutu Rumah Sakit yang selanjutnya disebut sebagai Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu Direktur Rumah Sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, yang bertugas dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, manajemen risiko di rumah sakit, dan persiapan dan pelaksanaan akreditasi rumah sakit.
- Kedua : a. Komite Mutu berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Rumah Sakit;
b. Ketua dan Sekretaris Komite Mutu dapat juga merangkap sebagai anggota, namun ketua tidak diperbolehkan merangkap sebagai pejabat struktural di Rumah Sakit; dan
c. Keanggotaan Komite Mutu diangkat dan diberhentikan oleh Direktur Rumah Sakit dengan masa keanggotaan Komite Mutu berlaku untuk jangka waktu 3 (tiga) tahun dan dapat diangkat kembali setelah memenuhi persyaratan.
- Ketiga : Komite Mutu dalam melaksanakan tugas dan fungsinya dapat berkoordinasi dengan unsur Komite Medis, Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, dan unsur organisasi atau unit kerja terkait lainnya yang dilakukan melalui tata hubungan kerja penyelenggaraan mutu di Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit.
- Keempat : Pendanaan Komite Mutu bersumber dari Anggaran Rumah Sakit, digunakan untuk pelaksanaan tugas dan fungsi anggota Komite Mutu, yang disesuaikan dengan kemampuan keuangan Rumah Sakit.
- Kelima : a. Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan Komite Mutu dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan Daerah Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya;
b. Pembinaan dan Pengawasan Komite Mutu juga dapat melibatkan Perhimpunan, Organisasi Profesi, dan/atau Asosiasi Rumah Sakit; dan
c. Pembinaan dan Pengawasan Komite Mutu dilaksanakan melalui advokasi, sosialisasi, supervisi, konsultasi, bimbingan teknis, peningkatan kapasitas sumber daya manusia dan/atau monitoring dan evaluasi.
- Keenam : Dengan ini, Keputusan Direktur Nomor: 259/SK/DIR/RSMU/II/2019 tentang Pembentukan Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RS. Mata Undaan Surabaya dinyatakan tidak berlaku lagi.

- Ketujuh : Surat Keputusan ini berlaku mulai tanggal 06 Januari 2021 sampai 05 Januari 2024.
- Kedelapan : Apabila di kemudian hari ternyata terdapat perubahan dalam keputusan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 06 Januari 2021
Direktur, 


 RS MATA
UNDAAN

dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M

LAMPIRAN
 KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
 NOMOR : 004 /KEP/DIR/RSMU/I/2021
 TANGGAL : 06 JANUARI 2021
 TENTANG
 KOMITE MUTU RUMAH SAKIT
 RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

I. Susunan Komite Mutu Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

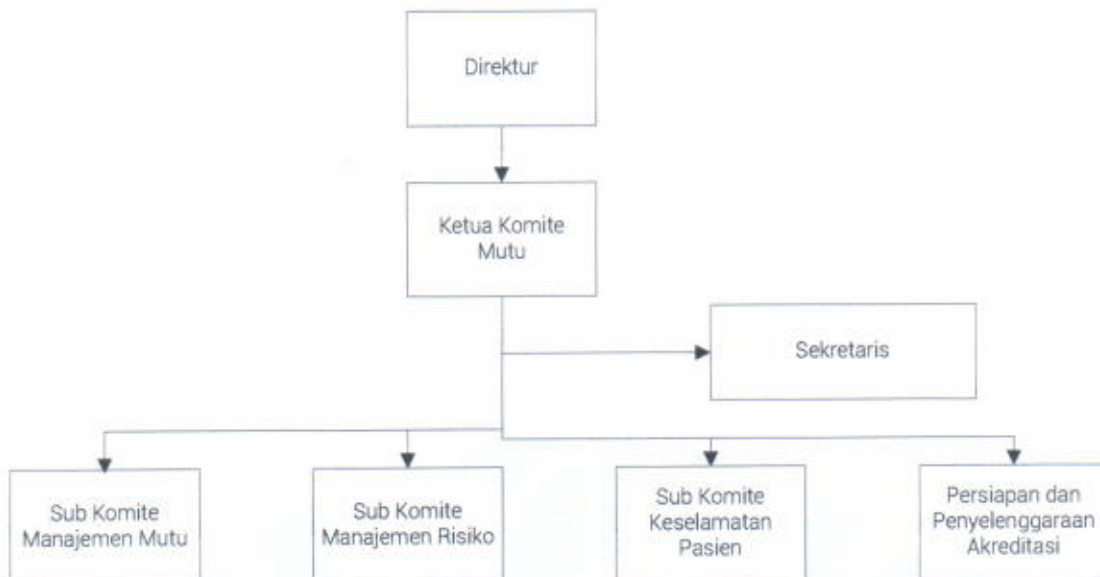
Ketua : dr. Dewi Rosarina, Sp.M.

Sekretaris : Shofia Fatkurrotin, S.Kom.

Anggota :

1. dr. Dewi Rosarina, Sp.M. (Sub Komite Manajemen Mutu)
2. Fitri Rusdiana, A.Md., Kep. (Sub Komite Manajemen Mutu)
3. Maria Nurina Yanuari, A.Md., Kes. (Sub Komite Manajemen Mutu)
4. Arnold Hariyono Santoso, S.KM., M.M. (Sub Komite Manajemen Risiko)
5. Shofia Fatkurrotin, S.Kom. (Sub Komite Manajemen Risiko)
6. dr. Ria Sylvia Hustaini, Sp.M. (Sub Komite Keselamatan Pasien)
7. dr. Kitriastuti, Sp.M. (Sub Komite Keselamatan Pasien)
8. Suci Sutioningsih, S.Kep., Ns. (Sub Komite Keselamatan Pasien)
9. Muhammad Rohmat Rofi'i, A.Md., RO. (Sub Komite Keselamatan Pasien)
10. dr. Dyah Kusuma Arnovita, Sp.M. (Persiapan dan Penyelenggaraan Akreditasi)
11. Rizqiyah, S.KM. (Persiapan dan Penyelenggaraan Akreditasi)

II. Struktur Organisasi Komite Mutu Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya



III. Uraian Tugas Komite Mutu Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

1. Tugas Pokok Komite Mutu

Membantu Direktur dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko di rumah sakit.

2. Sub Manajemen Mutu

a. Uraian Tugas

1. Menyusun kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan rumah sakit;
2. Melakukan pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
3. Melakukan pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/ indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
4. Memfasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
5. Memfasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data indikator prioritas rumah sakit dan indikator mutu nasional rumah sakit;
6. Melakukan pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data indikator prioritas rumah sakit dan indikator mutu nasional rumah sakit;
7. Melakukan koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, satuan pemeriksaan internal dan unit kerja lainnya yang terkait serta staf;
8. Memberikan dukungan untuk implementasi budaya mutu di rumah sakit;
9. Melakukan pengkajian standar mutu pelayanan di rumah sakit terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian;
10. Menyelenggarakan pelatihan peningkatan mutu; dan
11. Menyusun laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.

b. Tanggung Jawab

1. Tersusunnya kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan rumah sakit;
2. Terlaksananya pemantauan dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
3. Terlaksananya pemantauan dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/ indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
4. Terfasilitasinya penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
5. Terfasilitasinya pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data indikator prioritas rumah sakit dan indikator mutu nasional rumah sakit;
6. Terlaksananya pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data indikator prioritas rumah sakit dan indikator mutu nasional rumah sakit;
7. Terlaksananya koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, satuan pemeriksaan internal dan unit kerja lainnya yang terkait serta staf;
8. Terberikannya dukungan untuk implementasi budaya mutu di rumah sakit;
9. Terlaksananya pengkajian standar mutu pelayanan di rumah sakit terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian;
10. Terselenggarakannya pelatihan peningkatan mutu; dan
11. Tersusunnya laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.

c. Wewenang

1. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada Direktur terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit; dan
2. Mengusulkan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta melakukan tindak lanjut hasil indikator tersebut.

3. Sub Manajemen Risiko

a. Uraian Tugas

1. Menyusun kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko rumah sakit;
2. Melakukan pemantauan dan memandi penerapan manajemen risiko di unit kerja;
3. Melaksanakan dan melaporkan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
4. Melaksanakan penanganan risiko tinggi;
5. Melaksanakan pelatihan manajemen risiko; dan
6. Menyusun laporan pelaksanaan program manajemen risiko.

b. Tanggung Jawab

1. Terusunnya kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko rumah sakit;
2. Terlaksananya pemantauan dan memandi penerapan manajemen risiko di unit kerja;
3. Terlaksananya dan melaporkan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
4. Terlaksananya penanganan risiko tinggi;
5. Terlaksananya pelatihan manajemen risiko; dan
6. Tersusunnya laporan pelaksanaan program manajemen risiko.

c. Wewenang

1. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada Direktur terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;
2. Memberikan usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya; dan
3. Memberikan usulan rencana kontigensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi.

4. Sub Keselamatan Pasien

a. Uraian Tugas

1. Menyusun kebijakan, pedoman dan program kerja terkait keselamatan pasien rumah sakit;
2. Melakukan pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;
3. Memberikan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
4. Melakukan pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
5. Melakukan pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
6. Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien; dan
7. Menyusun laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.

b. Tanggung Jawab

1. Tersusunnya kebijakan, pedoman dan program kerja terkait keselamatan pasien rumah sakit;
2. Terlaksananya pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;
3. Tersedianya motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
4. Terlaksananya pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan Root Cause Analysis (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;

5. Terlaksananya pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 6. Terlaksananya pelatihan keselamatan pasien; dan
 7. Tersusunnya laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.
- c. Wewenang
- Memberikan masukan dan pertimbangan kepada Direktur dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien
5. Persiapan dan Penyelenggaraan Akreditasi
- Mempersiapkan penyelenggaraan akreditasi.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 06 Januari 2021
Direktur, *al.*


 RSMATA
UNDAAN

dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M