

**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 822/SK/DIR/RSMU/VIII/2018
TANGGAL : 6 AGUSTUS 2018
TENTANG
PEMBENTUKAN KOMITE AKREDIASI RUMAH SAKIT
PERIODE 2018 - 2021**

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

- Menimbang : 1. Untuk meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya
Perlu adanya Komite Akreditasi Rumah Sakit;
2. Bahwa pembentukan Komite Akreditasi Rumah Sakit RS. Mata Undaan perlu diatur dan ditetapkan dengan Surat 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. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Nomor : 029/P4MU/IV/2018 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Mata Undaan;
5. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Nomor: 035/P4M/SK/VII/2017 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
Kesatu : MEMBENTUK KOMITE AKREDITASI RUMAH SAKIT MATAUNDAAN SESUAI DALAM LAMPIRAN SURAT KEPUTUSAN INI .
Kedua : Melaksanakan tugas sesuai dalam lampiran Surat Keputusan ini.
Ketiga : Mencabut Keputusan Direktur Nomor 795/SK/DIR/RSMU/IX/2017 tentang Pembentukan Panitia Pelaksana Akreditasi Tahun 2017
Keempat : Bertanggung jawab kepada Direktur
Kelima : Surat Keputusan ini berlaku 3 tahun sejak tanggal ditetapkannya
Keenam : Apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 6 Agustus 2018
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 822/SK/DIR/RSMU/VIII/2018
TANGGAL : 6 AGUSTUS 2018
TENTANG
PEMBENTUKAN KOMITE AKREDIASI RUMAH SAKIT PERIODE 2018 - 2021

A. Susunan Komite Akreditasi Rumah Sakit Periode 2018 - 2021

1. Penasihat : Ketua Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata
2. Penanggungjawab : Direktur RS Mata Undaan Surabaya
3. Ketua : dr. Ria Sylvia, Sp.M
4. Wakil ketua : Iin Rokaiyah, S.Kep., Ns, MM
5. Sekretaris : 1. Dyan Kartika Sari, S.KM
2. Bagus Tri Maryono, S.Kep., Ns
3. Edi Susanto, Amd.Komp
6. Bendahara : 1. Hadi Prayitno, SE.Ak
2. Anis Yuliati, A.Md.Ak
7. Pokja

B. Susunan Pokja Akreditasi Tahun 2018 - 2021

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	Akses Ke Rumah Sakit & Kontinuitas Pelayanan (ARK)
Ketua : dr. Rita Tjandra, Sp.M Anggota : 1. Iin Rokaiyah, S.Kep., Ns., MM 2. Eny Kustiyaningsih, A.Md.Kep 3. Fachrozi, A.Md.Kep 4. Yuyun Rahmadian 5. Zainab, S.Kep., Ns	Ketua : dr. Dewi Rosarina, Sp.M Anggota : 1. Neny Nayulita, S.Kep., Ns 2. Siti Laely Rohmah, A.Md.Kep 3. Lailatul Chabriah Safitri, S.Kep., Ns
Hak Pasien dan Keluarga (HPK)	Assesment Pasien (AP)
Ketua : dr. Lydia Nuradianti, Sp.M Anggota : 1. Siti Laely Rohmah, A.Md.Kep 2. Ayuk Megarisma, A.Md.Kep 3. Ely Elvira, S.Kep., Ns	Ketua : dr. Yana Rosita, Sp.M Anggota : 1. Otto Desyanto, A.Md.Kep 2. Winarsih, A.Md.Kep 3. Ainul Masrurah, S.Kep., Ns 4. Ahmad Rofiq, A.Md.Kep
Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)	Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
Ketua : dr. Nur Alim Basyir, Sp.M Anggota : 1. Bagus Imam Santoso, S.Kep., Ns 2. Agliyisyah Hadi Caturina, A.Md.Kep 3. Ely Kurnilasari, A.Md.Gz	Ketua : dr. Irma Praminiarti, Sp.M Anggota : 1. Zwei Sujanto, A.Md.Kep 2. Wahyu Dian Puspa, A.Md.Kep 3. Rahman Hakim, A.Md.Kep 4. Fajar Santoso, S.Kep., Ns

Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)	Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)
Ketua : dr. Farida Moenir, Sp.M (K) Anggota : 1. Intan Kusumawati, S.Farm. Apt., MARS 2. Eka Novitasari	Ketua : dr. M. Valeri Al Hakim, Sp.M Anggota : 1. M. Arif Budiono, S.KM 2. Rizal Al Bary, S.Kep., Ns 3. Arif Bungsu Santosa
Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
1. Ketua : dr. Sahata P.H.N, SpM Anggota : 2. Iin Rokaiyah, S.Kep.Ns., MM 3. Bagus Tri Maryono, S.Kep., Ns	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
Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
Ketua : Hargo Wahyuono, S.E., M.Si., Ak., CA Anggota : 1. Arnold Hariyono Santoso, MM 2. Dyan Kartikasari, S.KM 3. Hendri Fitrianto	Ketua : dr. Dony Wisnhu Candra, SpM Anggota : 1. Wawan Supra Wismana, S.KM 2. Sudarto (Totok) 3. Sudarto 4. Miftakhul Huda, S.Kep., Ns 5. Kholifatul Maqbula, S.E.
Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)	Manajemen Informasi dan Rekam Medik (MIRM)
Ketua : dr. Noviana Kurniasari, Sp.M Anggota : 1. Dewi Purwantiningsih, M.Psi., MM 2. Yuni Irawati, S.Kep.Ns 3. Zesty Dwi Putra, S.H. 4. Alfilia Mariana, A.Md.Kep	Ketua : dr. Sahata P.H.N, Sp.M Anggota : 1. Zainal Arifin, A.Md. PK 2. Erwin Kredstianto, A.Md. PK 3. Bagus Prasetyo, A.Md. PK 4. Bayu Wijaya, S.Komp 5. Arif Bungsu Santosa
Program Nasional (PRONAS)	Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)
Ketua : dr. IGN Puspajaya, Sp.M Anggota : 1. Yuni Irawati, S.Kep., Ns 2. Larashati Wulyatie, S.Kep., Ns 3. Joko Susanto, S.Kep., Ns 4. Antonius Bayu, S.Farm. Apt	Ketua : dr. Sahata P.H.N., Sp.M Anggota : 1. Anggoro Rubyanto, A.Md. RO 2. Zesty Dwi Putra, S.H.

C. Uraian Tugas :

1) Ketua :

1. Menyusun anggaran kebutuhan Akreditasi
2. Menyiapkan Pelaksanaan Akreditasi (bimbingan, survey dan verifikasi akreditasi)
3. Melakukan evaluasi hasil kerja pokja
4. Merevisi susunan anggota pokja
5. Menyusun laporan akreditasi kepada Direktur dan Dewan Pengawas

2) Wakil Ketua :

1. Membantu Menyusun anggaran kebutuhan Akreditasi
2. Membantu menyiapkan Pelaksanaan Akreditasi (bimbingan, survey dan verifikasi akreditasi)
3. Membantu melakukan evaluasi hasil kerja pokja
4. Membantu merevisi susunan anggota pokja
5. Membantu menyusun laporan akreditasi kepada Direktur dan Dewan Pengawas
6. Melaksanakan tugas dari ketua

3) Sekretaris :

1. Koordinasi dengan bagian Diklat Rumah Sakit terkait *schedule* sosialisasi dan pelatihan terkait pokja akreditasi
2. Koordinasi dengan Tata Usaha /Sekretariat Rumah Sakit terkait penyimpanan dokumen akreditasi
3. Menyiapkan koordinasi antar pokja
4. Menyusun *schedule* (bimbingan, review dan koordinasi pokja)
5. Menyiapkan pelaksanaan kegiatan (bimbingan , survey dan verifikasi akreditasi)
6. Menyusun kepanitiaan pelaksanaan kegiatan
7. Mendokumentasikan setiap kegiatan akreditasi (bimbingan, survey dan verifikasi akreditasi, sosialisasi terkait akreditasi, telusur lapangan, pasien dan dokumen)
8. Menyimpan dan memelihara file (dokumentasi) kegiatan akreditasi
9. Menyimpan dokumen setiap pokja

4) Bendahara :

1. Mencatat dan mendokumentasikan bukti pengeluaran yang sudah dilakukan terkait pengeluaran akreditasi sesuai ketentuan yang ditetapkan
2. Menyusun laporan pengeluaran dan anggaran terkait pelaksanaan/kebutuhan kegiatan akreditasi
3. Menyusun Pertanggung jawaban biaya terkait pelaksanaan akreditasi

D. Uraian Tugas Pokja Akreditasi

Ketua :

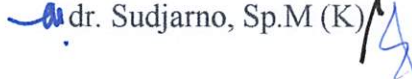
1. Menyiapkan dan mengatur timnya untuk melakukan *review* dokumen dan implementasi dilapangan dengan asesor
2. Melakukan evaluasi hasil kerja pokja
3. Melakukan evaluasi anggota pokja

Anggota :

1. Mengikuti koordinasi dengan tim
2. Mengikuti bimbingan asesor internal sesuai jadwal
3. Melakukan koordinasi dengan pokja dan unit terkait dalam penyusunan dan persiapan dokumen akreditasi
4. Menyusun dokumen pokja
5. Menyimpan dokumen pokja
6. Membuat hasil laporan pokja
7. Mengikuti seluruh kegiatan akreditasi

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 6 Agustus 2018
Direktur,



 dr. Sudjarno, Sp.M (K)