

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA
NOMOR : 047/SK/DIR/RSMU/I/2019
TANGGAL : 10 JANUARI 2019
TENTANG
PEMBENTUKAN TIM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

Menimbang : a. Bahwa RS. Mata Undaan Surabaya berupaya untuk meningkatkan mutu pelayanan sesuai standar yang ditentukan oleh peraturan, perundangan yang berlaku dan harapan masyarakat;
b. Bahwa dalam rangka memantau dan memotivasi upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RS. Mata Undaan Surabaya dipandang perlu dibentuk Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS. Mata Undaan Surabaya;
c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b, maka perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

Menimbang : 1. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1087/MENKES/SK/VIII/2008 tentang Standar Keselamatan Pasien dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 436/MENKES/SK/VI/1993 tentang Berlakunya Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
9. Peraturan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Undaan Nomor 029/P4MU/IV/2018 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
10. 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 Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS. Mata Undaan Surabaya.
- Kedua : Membentuk Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS. Mata Undaan Surabaya yang terdiri dari Manajemen Mutu, Manajemen Risiko, dan Sasaran Keselamatan Pasien.
- Ketiga : Susunan Tim, Struktur Organisasi, dan Uraian Tugas Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS. Mata Undaan Surabaya sebagaimana dimaksud tercantum dalam lampiran Keputusan Direktur ini.
- Keempat : Dalam melaksanakan tugasnya Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS. Mata Undaan Surabaya bertanggung jawab kepada Direktur
- Kelima : Mencabut Keputusan Direktur Nomor : 043A/RSMU/SK/III/2015 Tanggal : 4 Maret 2015 tentang Pembentukan Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
- Keenam : Keputusan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya sampai dengan 9 Januari 2022 dan dievaluasi setiap tahun.
- Ketujuh : Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam Keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 10 Januari 2019
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)



LAMPIRAN

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

NOMOR : 047/SK/DIR/RSMU/I/2019

TANGGAL : 10 JANUARI 2019

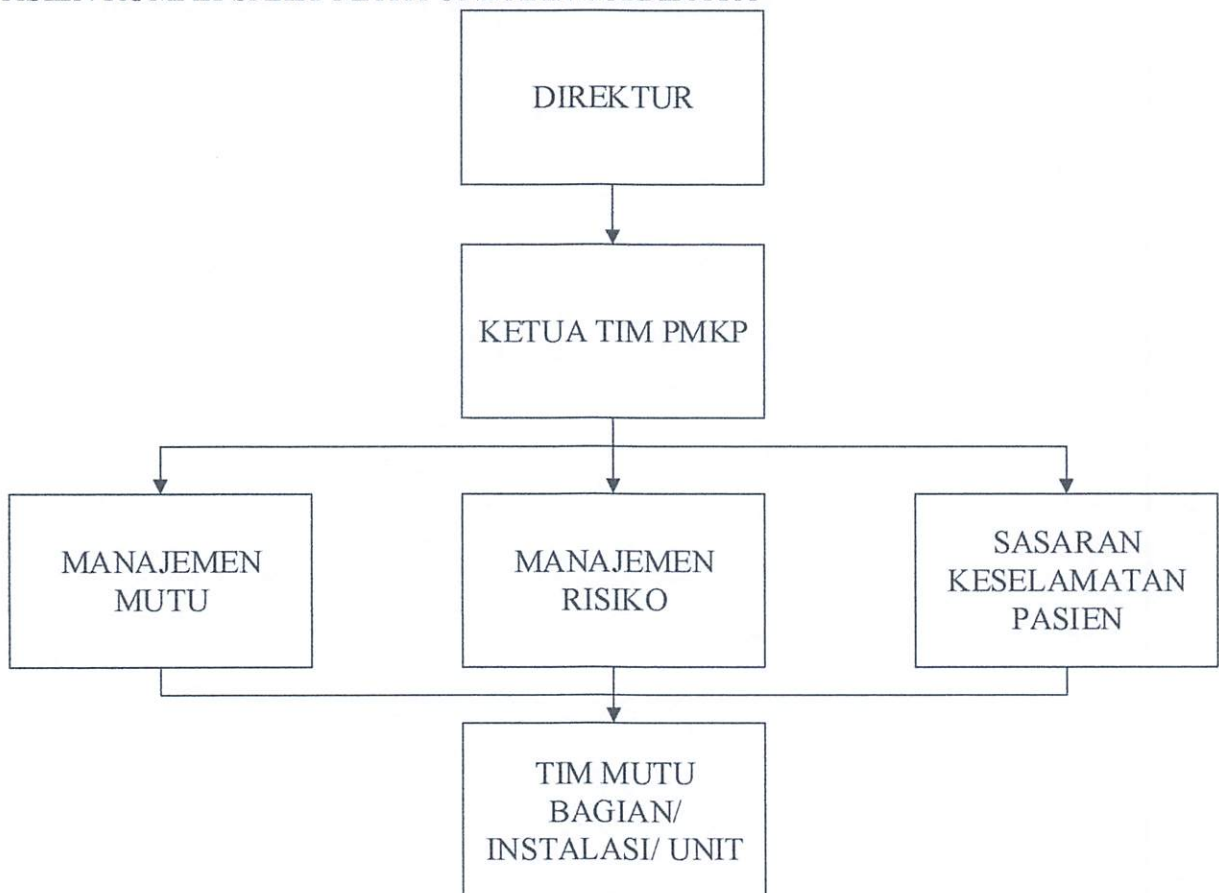
TENTANG

PEMBENTUKAN TIM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

I. SUSUNAN TIM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

- A. Ketua : dr. Rita Tjandra, Sp.M
B. Manajemen Mutu : 1. Arnold Hariyono Santoso, S.KM., MM
2. Nenny Nayulita, S.Kep., Ns → *Diganti Fitri Kusdrany*
C. Manajemen Risiko : 1. Siti Laely Rochmah, S.Kep., Ns
2. Bagus Tri Maryono, S.Kep., Ns
D. Sasaran Keselamatan Pasien : 1. Eny Kustiyaningsih, A.Md., Kep
2. Zaenab, S.Kep., Ns

II. STRUKTUR ORGANISASI TIM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA





III. URAIAN TUGAS TIM PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

1. Ketua

- a. Memastikan keandalan perencanaan mutu dan pengendalian mutu dan keselamatan pasien berikut teknik dan alat dalam melaksanakan kegiatan tersebut;
- b. Memastikan terlaksananya perbaikan mutu dan keselamatan pasien melalui kegiatan-kegiatan sosialisasi, fasilitasi, dan audit yang melibatkan partisipasi pihak-pihak sesuai akuntabilitas masing-masing;
- c. Memastikan terlaksananya efektivitas manajemen risiko khususnya kegiatan pelayanan dan manajemen sehingga terwujud penurunan angka risiko dan berdampak kepada peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- d. Memastikan terciptanya komunikasi dan hubungan yang baik dengan partner-partner terkait dengan akreditasi mutu dan keselamatan pasien;
- e. Melakukan validasi data untuk memastikan keandalan informasi pencapaian indikator mutu dan keselamatan pasien;
- f. Melaksanakan pendampingan dan koordinasi dengan pembimbing akreditasi dan pelaksana *surveillance* dalam mewujudkan pemenuhan standar mutu dan keselamatan pasien yang telah ditetapkan;
- g. Menyusun kebijakan, strategi dan prosedur di bidang manajemen mutu;
- h. Menyusun indikator mutu dan keselamatan pasien;
- i. Menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- j. Memantau dan mengevaluasi seluruh program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- k. Mensosialisasikan hasil pencapaian program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
- l. Mengkoordinasikan pelaksanaan audit mutu internal;
- m. Mengkoordinasikan penyusunan rencana dan jadwal kegiatan terkait dengan akreditasi mutu;
- n. Memfasilitasi pembimbingan internal dan eksternal terkait dengan pelaksanaan akreditasi mutu;
- o. Memfasilitasi kegiatan yang terkait dengan inovasi mutu baik dari internal maupun eksternal;
- p. Melaksanakan pengumpulan dan analisis data terkait dengan pencapaian indikator mutu dan keselamatan pasien;
- q. Melaksanakan kegiatan konsultasi terhadap seluruh unit kerja terkait dengan pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

2. Manajemen Mutu

- a. Menyusun kebijakan dan strategi manajemen mutu;
- b. Menyusun program indikator mutu;
- c. Melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan program penjaminan mutu lainnya;
- d. Melakukan koordinasi dengan Satuan Pemeriksaan Internal dalam penyusunan alat audit mutu internal;
- e. Memantau pelaksanaan seluruh program penjaminan mutu;
- f. Mengevaluasi pelaksanaan seluruh program penjaminan mutu;
- g. Membuat rekapan dan laporan evaluasi tindak lanjut rekomendasi dari unit terkait;



- h. Melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian program pengembangan mutu dan keselamatan pasien kepada unit kerja di lingkungan RS. dan pihak luar melalui surat tertulis, email dan telepon;
 - i. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program Penjaminan Mutu;
 - j. Menghadiri rapat, pertemuan, workshop dan atau seminar terkait pengembangan mutu manajemen baik internal maupun eksternal rumah sakit;
 - k. Menyiapkan dokumen-dokumen yang diperlukan terkait program akreditasi;
 - l. Menyiapkan bahan koordinasi dengan manajemen terkait program akreditasi;
 - m. Berkoordinasi dengan unit terkait program akreditasi;
 - n. Melaksanakan analisis kesiapan penyelenggaraan akreditasi;
 - o. Menyusun langkah strategis dalam penyelenggaraan program akreditasi;
 - p. Melaksanakan koordinasi eksternal terkait proses penyelenggaraan akreditasi;
 - q. Menyiapkan berbagai hal dalam rapat atau pertemuan terkait kegiatan akreditasi;
 - r. Berkoordinasi dengan unit terkait dalam mengumpulkan data kegiatan akreditasi;
 - s. Menyusun laporan evaluasi kegiatan akreditasi;
 - t. Membuat laporan kegiatan Penjaminan Mutu secara umum, internal maupun eksternal;
 - u. Melakukan koordinasi kepada bagian/bidang/komite/unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus kepada manajemen.
3. Sasaran Keselamatan Pasien
- a. Membuat kebijakan 6 sasaran keselamatan pasien;
 - b. Bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit terhadap pelaksanaan kegiatan keselamatan pasien rumah sakit;
 - c. Melaksanakan 6 sasaran Keselamatan Pasien;
 - d. Mensosialisasikan 6 sasaran Keselamatan Pasien di unit masing-masing;
 - e. Membuat laporan insiden Keselamatan Pasien;
 - f. Melakukan Investigasi sederhana insiden Keselamatan Pasien;
 - g. Mencatat insiden Keselamatan Pasien;
 - h. Melaporkan semua insiden Keselamatan Pasien yang terjadi ke Ketua Tim PMKP;
 - i. Menyusun kebijakan terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit;
 - j. Membuat program kerja keselamatan pasien rumah sakit;
 - k. Melakukan koordinasi dengan unit lain untuk melaksanakan program KPRS.;
 - l. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan seluruh anggota KPRS.;
 - m. Memberikan rekomendasi pemecahan masalah keselamatan pasien kepada Direktur Rumah Sakit untuk ditindaklanjuti;
 - n. Menerima dan menganalisa kembali setiap kejadian atau insiden yang dilaorkan;
 - o. Mengajukan solusi pencegahan masalah yang diajukan kepada ketua Komite KPRS.;
 - p. Melakukan monitoring dan evaluasi ke unit unit terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien terkait dengan investigasi;
 - q. Membuat laporan berkala dan laporan khusus tentang kegiatan bidang investigasi;
 - r. Menerima dan mencatat seluruh data kejadian/ insiden yang dilaporkan oleh unit;
 - s. Mengelompokkan / mengkatagorikan jenis laporan kejadian yang diterima;
 - t. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien terkait dengan investigasi;
 - u. Menyusun laporan berkala dan khusus tentang kegiatan bidang pelaporan.



4. Manajemen Risiko

- a. Menyusun program manajemen risiko yang konsisten dengan misi dan rencana organisasi, serta memenuhi kebutuhan pasien, masyarakat dan staf;
- b. Melaksanakan proses-proses manajemen risiko dengan menggunakan pedoman praktek terkini, standar pelayanan medik, kepustakaan ilmiah dan informasi lain berdasarkan rancangan praktik klinik, serta sesuai dengan praktik bisnis yang sehat dan relevan dengan informasi terkini;
- c. Melaksanakan proses-proses Identifikasi dari risiko;
- d. Melaksanakan skoring dan menetapkan prioritas risiko-risiko di seluruh unit / instalasi / bagian / unit;
- e. Melaksanakan koordinasi dengan unit keselamatan pasien dalam hal penyelidikan KTD;
- f. Melakukan evaluasi terhadap KNC dan proses risiko tinggi lainnya yang dapat berubah dan berakibat terjadinya kejadian sentinel;
- g. Melaksanakan kegiatan FMEA untuk suatu kejadian yang berujung kepada risiko tinggi dan sentinel;
- h. Melakukan monitoring dan evaluasi ke unit-unit terhadap pelaksanaan program; manajemen risiko rumah sakit dan manajemen dari hal lain yang terkait;
- i. Menyusun laporan berkala dan khusus tentang kegiatan manajemen risiko termasuk laporan FMEA;

5. Tim Mutu Bagian/ Instalasi/ Unit

- a. Melaksanakan proses identifikasi risiko-risiko di masing-masing unit;
- b. Melaksanakan analisis sederhana terhadap risiko-risiko yang ada;
- c. Melakukan monitoring dan evaluasi program risiko di unit yang menjadi tanggung jawabnya;
- d. Melaporkan secara berkala hasil evaluasi program manajemen risiko kepada Ketua Tim PMKP.
- e. Menyusun program mutu bagian/ instalasi/ unit.
- f. Menentukan indikator mutu unit.
- g. Menyusun strategi manajemen mutu unit.
- h. Menyusun laporan pelaksanaan program mutu unit.
- i. Menghadiri rapat terkait pelaksanaan program mutu rumah sakit.
- j. Melaksanakan 6 sasaran keselamatan pasien di unit.
- k. Menyusun program keselamatan pasien di unit.
- l. Mencatat insiden keselamatan pasien di unit.
- m. Melakukan investigasi sederhana.
- n. Membuat laporan insiden keselamatan pasien.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 10 Januari 2019
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)