



**PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

Jl. Dr. A. Rivai Painan (kode Pos 25611)
Telp. (0756) 21428 Fax. (0756) 21398 Email. rsudpainan@ymail.com



**KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : 800/09. I . I /RSUD-SK/1/2019**

TENTANG

**PEMBENTUKAN KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN
(PMKP) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

Menimbang : a bahwa peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) merupakan proses kegiatan yang berkesinambungan.
b bahwa pembentukan komite PMKP perlu ditetapkan dengan keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Mengingat : 1 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
2 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
3 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/MenKes /SK/III/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
5 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.
6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
7 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit.
8 Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga

Teknis Daerah Kabupaten Pesisir Selatan.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

KESATU

: Membentuk Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan dengan susunan keanggotaan sebagaimana tercantum dalam lampiran dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur ini.

KEDUA

: Tugas dan Fungsi sebagaimana tercantum dalam Diktum KESATU adalah sebagai berikut:

- a. Sebagai motor penggerak penyusun program PMKP RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- b. Melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja
- c. Membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu / indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indicator.
- d. Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaannya
- e. Menentukan profil indikator mutu, metoda analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit
- f. Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan.
- g. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien.
- h. Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan

pelatihan PMKP.

- i. Bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf.
- j. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP.
- k. Menangani insiden keselamatan pasien yang meliputi pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab insiden keselamatan pasien
- l. Mengkoordinasikan penyusunan program manajemen risiko rumah sakit

KETIGA : Komite sebagaimana dimaksud pada DIKTUM KESATU bertanggungjawab kepada Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis.

KEEMPAT : Segala biaya yang timbul akibat ditetapkannya Keputusan Direktur ini dibebankan pada Anggaran Belanja BLUD RSUD Dr. Muhammad Zein Painan tahun Anggaran 2019.

KELIMA : Keputusan ini berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di : Painan
Pada tanggal : 2 Januari 2019

DIREKTUR,



H. SUTARMAN

LAMPIRAN
NOMOR
TANGGAL
TENTANG

KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN
800/09.1.2/RSUD-SK/01/ 2019
02 JANUARI 2019
PEMBENTUKAN KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN
KESELAMATAN PASIEN

**SUSUNAN PENGURUS KOMITE PMKP
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

NO	NAMA	JABATAN	JABATAN DALAM TIM
1	2	3	4
1	Dr.H. Sutarman	Direktur	Penanggung Jawab
2	dr. Ike Rahayu Sp.M	Dokter Spesialis Mata	Ketua Komite PMKP
3	Arianty, SKM, S.Kep	Sekretaris Komite PMKP	Sekretaris Komite PMKP
4	Nindi Kornelia, S. Kom	Staf Pengola Data Dan Informasi	Sekretaris Komite PMKP
5	dr. Reyantis Capanay	Kepala Bidang Pelayan	Ketua Sub Komite Mutu
6	Surya Zeni Leli, S.ST	Kepala Ruangan Perinatology	Sekretaris Sub Komite Mutu
7	Ns. Cici Chamila Sari, S. Kep	Perawat VIP	Sekretaris Sub Komite Mutu
8	dr. Natasya Febby	Dokter Jaga Ruangan Bedah	Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien
9	Yosi Sofina, S. Kep	Kepala Ruangan Interne	Sekretaris Sub Komite Keselamatan Pasien
10	Desi Sofiani, Amd Kep	Admisi Ruangan Anak	Sekretaris Sub Komite Keselamatan Pasien

11	drg. Nesa Perdana Putri	Dokter Gigi Poli Klinik	Ketua Sub Komite Manajemen Resiko
12	Febi Mailisa Nalanda, Amd Keb	Administrasi IPSRS	Sekretaris Sub Komite Manajemen Resiko
13	Siska Fitriani Maiyuza, SKM	Staf IPLRS	Sekretaris Sub Komite Manajemen Resiko

Ditetapkan di : Painan
 Pada tanggal : 2 Januari 2019

DIREKTUR,



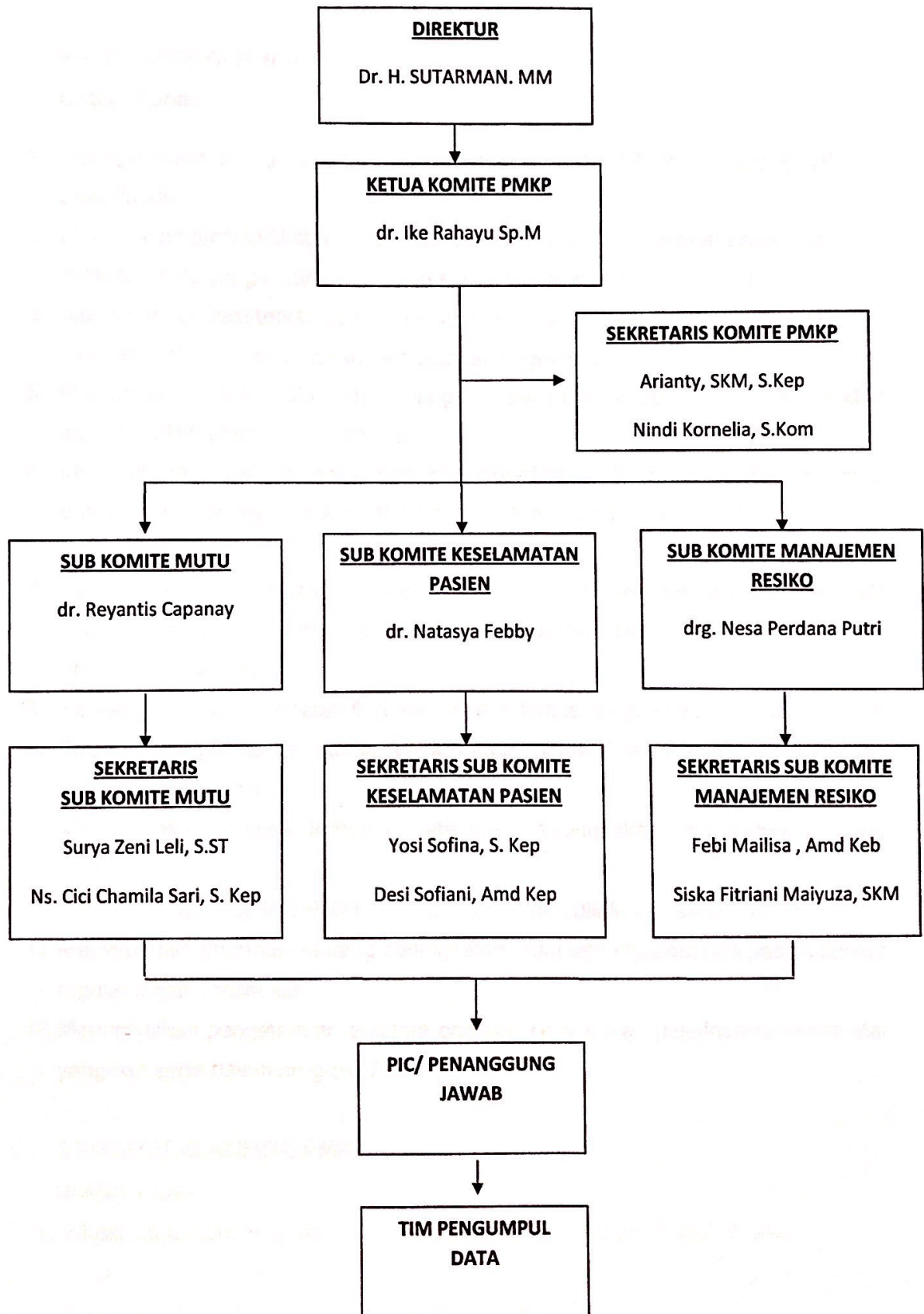
H. SUTARMAN

LAMPIRAN
NOMOR
TANGGAL

Keputusan Direktur Rsud Dr.Muhammad Zein Painan
800 /09.1.3 /RSUD-SK/1/ 2019
2 JANUARI 2019

TENTANG

Pembentukan Komite PMKP RSUD Dr. M. Zein Painan Tahun
2019



URAIAN TUGAS KOMITE

PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

di RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

I. KETUA KOMITE PMKP

Uraian Tugas :

1. Sebagai motor penggerak penyusunan program PMKP RSUP Dr. Muhammad Zein Painan
2. Menentukan profil indikator mutu, metoda analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit
3. Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP.
4. Menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja PMKP.
5. Memimpin, mengkoordinir, dan mengevaluasi pelaksanaan operasional PMKP secara efektif, efisien dan bermutu.
6. Mengumpulkan data indikator baik dari Koordinator Peningkatan Mutu maupun dari Koordinator Keselamatan Pasien dan Manajemen Resiko Rumah Sakit dan unit kerja terkait.
7. Menganalisa data indikator mutu pelayanan baik indikator mutu klinis rumah sakit maupun indikator mutu manajerial rumah sakit serta indikator keselamatan pasien dan manajemen resiko.
8. Mengevaluasi pelaksanaan 5 (lima) area prioritas yang sudah ditetapkan oleh Direktur dengan fokus utama pada penggunaan PPK, *clinical pathway* dan indikator mutu kunci.
9. Melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi.
10. Melakukan validasi data PMKP secara internal dan dilakukan secara periodik.
11. Menyebarkan informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara regular melalui rapat staf.
12. Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program PMKP.

II. SEKRETARIS KOMITE PMKP

Uraian Tugas :

1. Melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja
2. Mengatur rapat dan jadwal rapat Komite PMKP.
3. Menyiapkan ruang rapat dan perlengkapan yang diperlukan.

4. Membantu meminta laporan indikator kepada unit kerja terkait.
5. Menganalisis data PMKP bersama ketua dan anggota Komite PMKP.
6. Mendokumentasikan hasil pencapaian indikator area klinis, manajerial dan indikator sasaran keselamatan pasien serta manajemen resiko.
7. Menjadi notulen di setiap kegiatan pertemuan Komite PMKP.
8. Mengorganisir kebutuhan logistik Komite PMKP.
9. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal Komite PMKP.
10. Mengerjakan tugas – tugas administratif dan kesekretariatan lainnya.

III. SUB KOMITE MUTU

Uraian Tugas :

1. Membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu / indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator.
2. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien
3. Bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua stafMelaksanakan kegiatan program peningkatan mutu di rumah sakit.
4. Menyusun panduan indikator mutu.
5. Membuat metode pemantauan indikator mutu klinis dan manajerial.
6. Menyusun formulir pemantauan indikator mutu.
7. Berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan *clinical pathway*.
8. Menganalisa hasil pencapaian indikator mutu.
9. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu.
10. Melakukan perbandingan hasil pemantauan indikator mutu secara periodik dengan standar nasional serta rumah sakit lain yang sejenis.
11. Melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* kepada unit kerja di lingkungan dan pihak luar melalui surat tertulis, email dan telepon.
12. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
13. Menyusun panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu.
14. Membuat alat ukur validasi khusus indikator mutu.
15. Menyelenggarakan kegiatan validasi hasil pencapaian indikator mutu berkoordinasi dengan unit terkait.
16. Melaksanakan analisis komparatif hasil validasi internal dengan data unit terkait.
17. Membuat laporan hasil validasi internal khusus indikator mutu.

18. Berkoordinasi dengan Bagian IT dalam mengunggah hasil pencapaian indikator mutu yang telah dinyatakan valid dan direkomendasi oleh Direktur.

IV. SEKRETASI SUB KOMITE MUTU

Uraian Tugas :

1. Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaannya
2. Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan
3. Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP
4. Menyusun jadwal kegiatan program peningkatan mutu di rumah sakit.
5. Membantu menyusun panduan indikator mutu.
6. Membantu membuat metode pemantauan indikator mutu klinis dan manjerial.
7. Membantu menyusun formulir pemantauan indikator mutu.
8. Ikut serta berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan *clinical pathway*.
9. Membantu menganalisa hasil pencapaian indikator mutu.
10. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu.
11. Membantu melakukan perbandingan hasil pemantauan indikator mutu secara periodik dengan standar nasional serta rumah sakit lain yang sejenis.
12. Ikut serta berkoordinasi melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* kepada unit kerja di lingkungan dan pihak luar melalui surat tertulis, email dan telepon.
13. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.
14. Membantu menyusun panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu.
15. Membantu membuat alat ukur validasi khusus indikator mutu.
16. Menyelenggarakan kegiatan validasi hasil pencapaian indikator mutu berkoordinasi dengan unit terkait.
17. Membantu melaksanakan analisis komparatif hasil validasi internal dengan data unit terkait.
18. Membantu membuat laporan hasil validasi internal khusus indikator mutu.
19. Berkoordinasi dengan Bagian IT dalam mengunggah hasil pencapaian indikator mutu yang telah dinyatakan valid dan direkomendasi oleh Direktur.

V. SUB KOMITE KESELAMATAN PASIEN

Uraian Tugas :

1. Menangani insiden keselamatan pasien yang meliputi pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab insiden keselamatan pasien
2. Memberi masukan pada Direktur dalam penyusunan Kebijakan Keselamatan Pasien RS sesuai dengan standar akreditasi.
3. Menyusun program keselamatan pasien.
4. Membuat laporan tahunan / laporan pelaksanaan program.
5. Melaksanakan monitoring dan evaluasi program melalui pertemuan berkala.
6. Menyusun indikator keselamatan pasien.
7. Menganalisa hasil pencapaian indikator keselamatan pasien.
8. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator keselamatan pasien.
9. Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator keselamatan pasien
10. Mendesiminasikan bahan rekomendasi hasil pemantauan indikator keselamatan pasien ke unit terkait.
11. Mengkoordinasikan pendokumentasian, evaluasi dan upaya tindak lanjut atas Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Sentinel.
12. Melaksanakan koordinasi antar unit bila terjadi KTD dan KNC.
13. Melakukan koordinasi tentang program *Patient Safety* dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA.
14. Melakukan monitoring pelaksanaan program.
15. Melakukan pendidikan/edukasi staf tentang keselamatan pasien rumah sakit.
16. Monitoring insiden/kecelakaan karena fasilitas.
17. Melakukan evaluasi dan revisi program secara berkala.
18. Memberikan laporan tahunan kepada pemilik rumah sakit tentang pencapaian program.
19. Melakukan pengorganisasian dan pengelolaan secara konsisten dan terus menerus.

VI. SEKRETARIS SUB KOMITE KESELAMATAN PASIEN

Uraian Tugas :

1. Membantu menyusun program keselamatan pasien.
2. Membuat laporan tahunan/laporan pelaksanaan program.
3. Ikut serta melaksanakan monitoring dan evaluasi program melalui pertemuan berkala.
4. Membantu menyusun indikator keselamatan pasien.
5. Ikut serta menganalisa hasil pencapaian indikator keselamatan pasien.

6. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator keselamatan pasien.
7. Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator keselamatan pasien.
8. Membantu mendesiminasikan bahan rekomendasi hasil pemantauan indikator keselamatan pasien ke unit terkait.
9. Mengkoordinasikan pendokumentasian, evaluasi dan upaya tindak lanjut atas Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / Kejadian Tidak

Diharapkan (KTD) dan Kejadian Sentinel.

10. Ikut serta berkoordinasi antar unit bila terjadi KTD dan KNC.
11. Ikut serta melakukan monitoring pelaksanaan program.
12. Ikut serta melakukan pendidikan/edukasi staf tentang keselamatan pasien rumah sakit.
13. Membantu Monitoring insiden/kecelakaan karena fasilitas.
14. Membantu melakukan evaluasi dan revisi program secara berkala.
15. Menyusun laporan tahunan kepada pemilik rumah sakit tentang pencapaian program.

VII. SUB KOMITE MANAJEMEN RESIKO

Uraian Tugas :

1. Memberi masukan pada Direktur penyusunan kebijakan manajemen resiko rumah sakit sesuai dengan standar akreditasi.
2. Menyusun program manajemen resiko.
3. Membuat laporan tahunan/laporan pelaksanaan program.
4. Melaksanakan monitoring dan evaluasi program melalui pertemuan berkala.
5. Menyusun indikator manajemen resiko rumah sakit.
6. Menganalisa hasil pencapaian indikator manajemen resiko.
7. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator manajemen resiko.
8. Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator manajemen resiko.
9. Mendesiminasikan bahan rekomendasi hasil pemantauan indikator pelaksanaan manajemen resiko ke unit terkait.
10. Melakukan koordinasi tentang program manajemen resiko dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA.
11. Melakukan monitoring perencanaan *risk* manajemen.
12. Melakukan monitoring pelaksanaan program.
13. Melakukan pendidikan/edukasi staf tentang manajemen risiko rumah sakit.
14. Monitoring insiden/kecelakaan karena fasilitas.
15. Melakukan evaluasi dan revisi program secara berkala.

16. Memberikan laporan tahunan kepada pemilik RS tentang pencapaian program.
17. Melakukan pengorganisasian dan pengelolaan secara konsisten dan terus menerus.

VIII. SEKRETARIS SUB KOMITE MANAJEMEN RESIKO

Uraian Tugas :

1. Mengkoordinasikan penyusunan program manajemen risiko rumah sakit
2. Membantu menyusun program manajemen resiko.
3. Membuat laporan tahunan/laporan pelaksanaan program.
4. Ikut serta melaksanakan monitoring dan evaluasi program melalui pertemuan berkala.
5. Membantu menyusun indikator manajemen resiko rumah sakit.
6. Ikut serta menganalisa hasil pencapaian manajemen resiko.
7. Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator manajemen resiko.
8. Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator manajemen resiko.
9. Membantu mendesimenasikan bahan rekomendasi hasil.
10. Pemantauan indikator pelaksanaan manajemen resiko ke unit terkait.
11. Ikut serta berkoordinasi tentang program manajemen resiko dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA.
12. Ikut serta melakukan monitoring perencanaan *risk* manajemen.
13. Ikut serta melakukan monitoring pelaksanaan program.
14. Ikut serta melakukan pendidikan/edukasi staf tentang manajemen risiko rumah sakit.
15. Membantu Monitoring insiden/kecelakaan karena fasilitas.
16. Membantu melakukan evaluasi dan revisi program secara berkala.
17. Menyusun laporan tahunan kepada pemilik rumah sakit tentang pencapaian program.

IX. PIC/ PENANGGUNG JAWAB

Uraian Tugas :

1. Melakukan analisa sederhana data indikator mutu yang ada di unit kerja masing-masing.
2. Melaporkan hasil data indikator mutu kepada komite PMKP.
3. Melakukan diseminasi hasil tindak lanjut data indikator mutu kepada seluruh anggota unit kerja.

X. TIM PENGUMPUL DATA

Uraian Tugas :

1. Melakukan pengumpulan dan pencatatan indikator mutu dan keselamatan pasien melalui sensus harian mutu setiap hari.
2. Melakukan pelaporan hasil pengumpulan dan pencatatan indikator mutu dan keselamatan pasien setiap bulan kepada PIC /Penanggung Jawab.
3. Ikut serta dengan PIC/Penanggung Jawab melakukan analisa sederhana data indikator mutu yang ada di unit kerja masing-masing.
4. Melaporkan hasil data indikator mutu dan keselamatan pasien kepada PIC/Penanggung Jawab.

Ditetapkan di : Painan

Pada tanggal : 2 Januari 2019

DIREKTUR,

H. SUTARMAN