



PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

Jalan Dr. A. Rivai Painan (Kode Pos 25611)
Telp. (0756) 21428–21518 Fax. (0756) 21398, email : rsudpainan@ymail.com



KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.MUHAMAD ZEIN PAINAN
Nomor : SK/001/PMKP/RSUD/2021

TENTANG
PEMBENTUKAN KOMITE MUTU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.MUHAMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2021

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.MUHAMAD ZEIN PAINAN

- Menimbang : a bahwa peningkatan mutu merupakan proses kegiatan yang berkesinambungan.
- b bahwa pembentukan Komite Mutu perlu ditetapkan dengan keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah 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/II/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 Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit
- 9 Peraturan Daerah Pesisir Selatan Nomor 15 tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Pesisir Selatan Nomor 17 tahun 2008 Tentang Pembentukan Organisasi Dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :**
- KESATU : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN TENTANG PEMBENTUKAN KOMITE MUTU.
- KEDUA : Staf rumah sakit merupakan sumber kontak utama dengan pasien, keluarga dan pengunjung.
- KETIGA : Susunan dan uraian tugas Komite Mutu terlampir pada lampiran keputusan ini.
- KEEMPAT : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, akan dilakukan perubahan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di Painan
Pada bulan November 2021

DIREKTUR



HAREFA

Lampiran I : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
Nomor : SK/001/PMKP/RSUD/2021
Bulan : NOVEMBER 2021
Tentang : PEMBENTUKAN KOMITE MUTU DI LINGKUNGAN RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH Dr.MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2021

**SUSUNAN KOMITE MUTU
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

Ketua Komite Mutu : dr. Ike Rahayu Sp.M
Sekretaris Komite Mutu : Surya Zeni Leli, S.ST
: Nindi Kornelia, S.Kom

I. Sub Komite Mutu

Ketua Sub Komite Mutu : dr. Eko Wahyudi, Sp. THT-KL
Sekretaris Sub Komite Mutu : Yelly Hasan, S.Kep

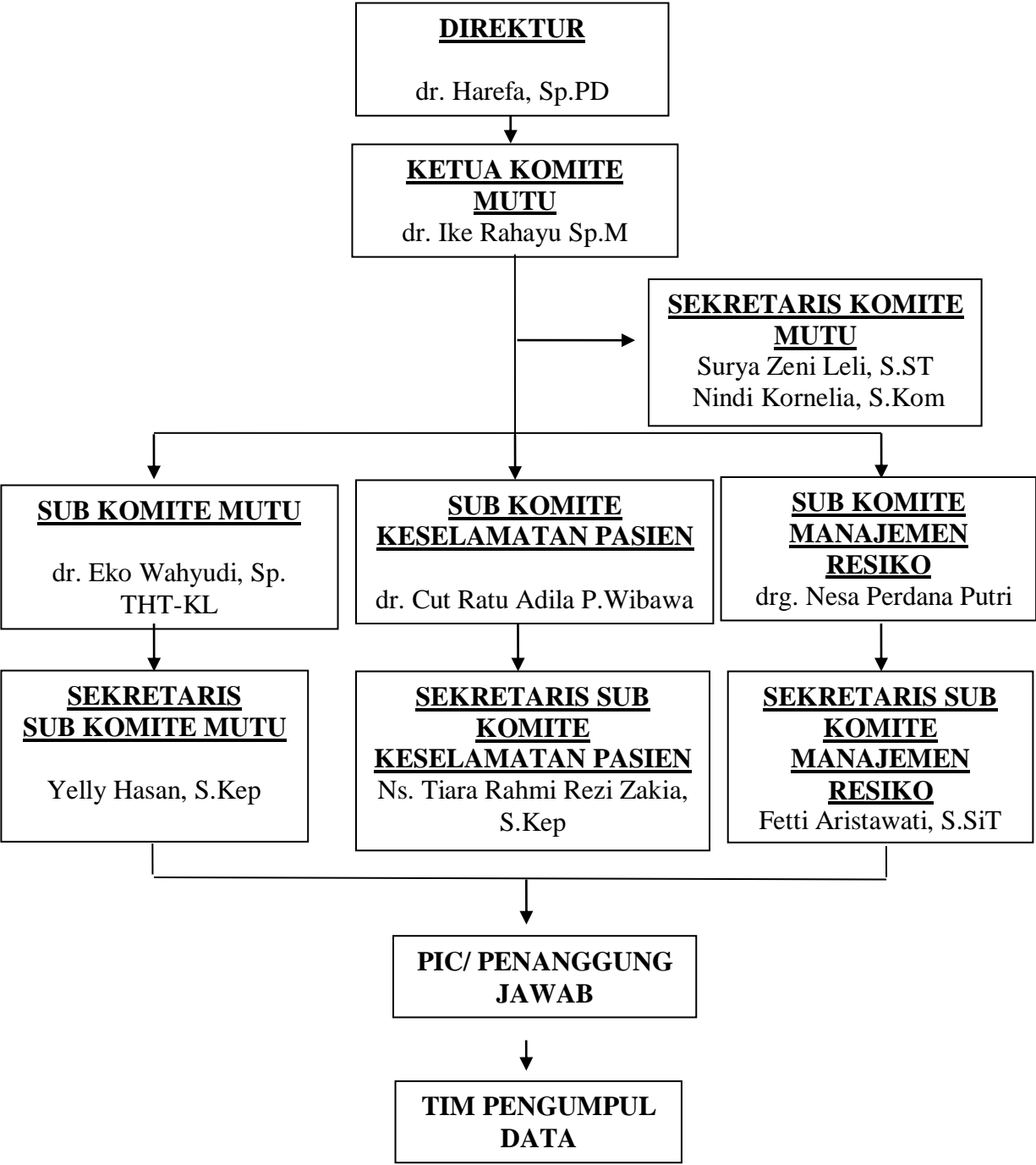
II. Sub Komite Keselamatan Pasien

Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien : dr. Cut Ratu Adila P. Wibawa
Sekretaris Sub Komite Keselamatan Pasien : Ns. Tiara Rahmi Rezi Zakia, S.Kep

III. Sub Manajemen Resiko

Ketua Sub Komite Manajemen Resiko : drg. Nesa Perdana Putri
Sekretaris Sub Komite Manajemen Resiko : Fetti Aristawati, S.SiT

Lampiran II : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
Nomor : SK/001/PMKP/RSUD/2021
Bulan : NOVEMBER 2021
Tentang : PEMBENTUKAN KOMITE MUTU DI LINGKUNGAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.MUHAMMAD ZEIN
PAINAN TAHUN 2021



**URAIAN TUGAS KOMITE MUTU
di RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

I. KETUA KOMITE MUTU

Uraian Tugas :

1. Mengkoordinasi kegiatan dalam rangka penyusunan Kebijakan dan Strategi Manajemen Mutu dan Keselamatan Pasien
2. Menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja PMKP
3. Memimpin, mengkoordinasi, dan mengevaluasi pelaksanaan operasional PMKP secara efektif, efisien dan bermutu
4. Mengumpulkan data indikator pelayanan baik dari PMKP maupun dari unit kerja terkait
5. Menganalisa data indikator mutu pelayanan baik indikator mutu klinis RS maupun indikator mutu manajerial RS serta indikator keselamatan pasien
6. Mengevaluasi pelaksanaan 5 (lima) area prioritas yang sudah ditetapkan oleh direktur dengan fokus utama pada penggunaan PPK, *clinical pathway*, dan atau protokol klinis
7. Melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi
8. Melakukan validasi data PMKP secara internal dan dilakukan secara periodik
9. Menyebarkan informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara reguler melalui papan pengumuman, bulletin atau rapat staf
10. Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program PMKP

II. SEKRETARIS KOMITE MUTU

Uraian Tugas :

1. Membuat agenda surat masuk dan keluar
2. Mengatur rapat dan jadwal rapat PMKP
3. Menyiapkan undangan, tempat, daftar hadir, ruang rapat dan perlengkapan yang diperlukan termasuk konsumsi
4. Membantu meminta laporan kepada unit terkait kerja untuk diinput
5. Mengumpulkan data indikator mutu klinis dan indikator mutu manajerial RS serta data yang terkait di seluruh unit termasuk indikator keselamatan pasien dari unit terkait
6. Menganalisis data PMKP bersama Ketua
7. Membuat dan menandatangani surat keluar serta melakukan pekerjaan administrasi termasuk pengarsipannya
8. Menyusun kesimpulan rapat dan notulen rapat
9. Memberikan pertimbangan/saran PMKP pada perencanaan, pengembangan program dan pelaksanaannya
10. Mengorganisir kebutuhan logistik
11. Melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada unit terkait di lingkungan RS dan pihak luar melalui surat tertulis, email, dan telepon

12. Menganalisa hasil pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien
13. Melakukan monitoring 6 sasaran keselamatan pasien bersama-sama dengan penanggung jawab keselamatan pasien
14. Menganalisa hasil pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien
15. Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal RS tentang pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien
16. Menerima rekapan dan laporan evaluasi tindak lanjut rekomendasi dari unit terkait
17. Melakukan koordinasi tentang program patient safety dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA
18. Mendorong dan mengkoordinasikan pemenuhan sarana dan prasarana fisik sesuai standar keamanan dan berkenaan dengan menjaga keselamatan pasien
19. Mengkoordinasikan pendokumentasian evaluasi dan upaya tindak lanjut atas kejadian nyaris cedera/kejadian tidak diinginkan/sentinel

III. KETUA SUB KOMITE MUTU

Uraian Tugas :

1. Membuat rencana Strategis Program Pengembangan Mutu Klinis dan Manajerial
2. Menyusun panduan pemantauan Indikator Mutu dan *Clinical Pathway*
3. Membuat matrix teknis dan metodologi pemantauan Indikator Mutu Klinis dan Manajerial
4. Menyusun alat ukur pemantauan Indikator Mutu dan *Clinical Pathway*
5. Berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan Indikator Mutu dan *clinical pathway*
6. Membuat laporan periodik hasil pemantauan Indikator Mutu dan *Clinical Pathway*
7. Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian Indikator Mutu dan *clinical pathway*
8. Membuat rekapan dan laporan hasil evaluasi tindak lanjut rekomendasi dari unit terkait
9. Menyusun panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu
10. Menghadiri rapat, seminar/workshop terkait pemantauan Indikator Mutu dan *Clinical Pathway* indikator

IV. KETUA SUB KOMITE KESELAMATAN PASIEN

Uraian Tugas :

1. Memimpin penyusunan prosedur operasional kegiatan, baik yang terkait langsung/tidak langsung dengan layanan untuk menjamin keselamatan pasien
2. Menyusun panduan pemantauan indikator keselamatan pasien
3. Menyusun alat ukur pemantauan indikator keselamatan pasien
4. Menganalisa hasil hasil pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien
5. Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal RS tentang pencapaian pemantauan indikator keselamatan pasien

6. Menerima rekapitulasi dan laporan evaluasi tindak lanjut, rekomendasi dari unit terkait
7. Melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian program pemantauan indikator keselamatan pasien
8. Membantu koordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program umum Komite Mutu
9. Menghadiri rapat, seminar/workshop terkait pemantauan indikator keselamatan pasien
10. Memimpin upaya-upaya pencegahan dan perbaikan kondisi fisik dan non fisik yang dapat membahayakan keselamatan pasien dan meningkatkan risiko keselamatan bagi pasien
11. Melakukan koordinasi tentang program patient safety dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA
12. Mendorong dan mengkoordinasikan pemenuhan sarana dan prasarana fisik sesuai standar keamanan dan berkenaan dengan menjaga keselamatan pasien
13. Mengkoordinasikan pendokumentasian evaluasi dan upaya tindak lanjut atas kejadian nyaris cedera /kejadian tidak diinginkan/sentinel

V. KETUA SUB KOMITE MANAJEMEN RESIKO

Uraian Tugas :

1. Memimpin penyusunan prosedur operasional kegiatan baik yang terkait langsung/tidak langsung dengan layanan untuk menjamin keselamatan pasien
2. Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian pemantauan manajemen risiko, mendeseminasikan bahan rekomendasi hasil pemantauan pelaksanaan manajemen risiko ke unit terkait
3. Menerima rekapitulasi dan laporan evaluasi tindak lanjut, serta rekomendasi dari unit terkait
4. Melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian pelaksanaan manajemen risiko klinis
5. Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program Umum Komite Mutu
6. Menghadiri rapat, seminar/workshop terkait pencapaian pelaksanaan manajemen risiko klinis
7. Memimpin upaya-upaya pencegahan dan perbaikan kondisi fisik dan non fisik yang dapat membahayakan keselamatan pasien dan meningkatkan risiko keselamatan bagi pasien
8. Melakukan koordinasi tentang program *patient safety* dan manajemen risiko klinis dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA
9. Mendorong dan mengkoordinasikan pemenuhan sarana dan prasarana fisik sesuai standar keamanan dan berkenaan dengan menjaga keselamatan pasien dan meminimalkan risiko
10. Menampung masukan dari masyarakat pengguna jasa dalam rangka mengantisipasi risiko keamanan dan menjaga keselamatan pasien

VI. 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 Mutu.
3. Melakukan diseminasi hasil tindak lanjut data indikator mutu kepada seluruh anggota unit kerja.

VII. 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.

 **DIREKTUR**

HAREFA