



**KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

NOMOR : Kpts- 4128/A000/XII/2021

**TENTANG
PROGRAM KERJA
KOMITE MUTU
TAHUN 2022**

RS INTAN HUSADA
Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151



LEMBAR VALIDASI
PROGRAM KERJA KOMITE MUTU
NOMOR: Kpts- 4128/A000/XII/2021

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Desty Dwi W, A.Md.Kep	Ketua Subkomite Mutu		30.12.2021
	:	Kartini Cendrawasih S.Kep	Ketua Subkomite Keselamatan Pasien		30.12.2021
	:	Mentari Rahmadita, S.Kep	Ketua Subkomite Manajemen Risiko		30.12.2021
Verifikator	:	dr.Iva Tania	Ketua Komite Mutu		30.12.2021
Validator	:	drg.Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		30.12.2021



LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : Kpts- 4128/A000/XII/2021

TENTANG

PROGRAM KERJA KOMITE MUTU TAHUN 2022

Menimbang :

- a. bahwa untuk mewujudkan organisasi rumah sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi rumah sakit sesuai tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*), perlu didukung oleh pengorganisasian yang baik dan dikerjakan oleh sumber daya manusia yang terampil dan berkompeten sesuai bidangnya.
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Program Kerja Unit Gawat Darurat Tahun 2022.

Mengingat :

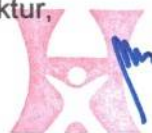
1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan;
9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan;

10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
11. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
12. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/X/2021-S0 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;
13. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;
14. Peraturan Direktur Rumah Sakit Intan Husada Nomor 3531/A000/XI/2021 Tentang Peraturan Internal Staf Medis (*Medical Staff By Laws*);

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PROGRAM KERJA KOMITE MUTU TAHUN 2022**
- Kesatu : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor Kpts- 4128/A000/XII/2021 Tentang Peraturan Direktur tentang Program Kerja Komite Mutu Tahun 2022.
- Kedua : Peraturan Direktur tentang Program Kerja Komite Mutu Tahun 2022 digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan peningkatan mutu pelayanan Unit Gawat Darurat di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Peraturan Direktur tentang Program Kerja Komite Mutu Tahun 2022 sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Keempat : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 30 Desember 2021
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIK: 21110183633



LAMPIRAN

Keputusan Direktur Rumah Sakit Intan Husada

Nomor : Kpts- 4128/A000/XII/2021

**Tentang : Program Kerja Komite Mutu
Tahun 2022**

PROGRAM KERJA KOMITE MUTU

TAHUN 2022

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Agar rumah sakit harus memiliki sumber daya manusia yang profesional baik di bidang teknis medis maupun administrasi kesehatan. Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, rumah sakit harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu dan keselamatan pasien di semua tingkatan. Oleh karena itu Rumah Sakit wajib memiliki laporan dari hasil monitoring dan evaluasi untuk memperbaiki proses pelayanan terhadap pasien, agar kejadian tidak diinginkan dapat dicegah melalui rencana pelayanan yang komprehensif.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, Pasal 43 ayat (1) mewajibkan rumah sakit menerapkan standar keselamatan pasien. Keselamatan pasien (patient safety) merupakan proses dalam suatu rumah sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen risiko, identifikasi dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko. Oleh karena itu, dalam menerapkan standar mutu dan keselamatan pasien, RS Intan Husada telah menyusun program kerja Komite Mutu Tahun 2022.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

- a) Meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien melalui peningkatan kemampuan pemberian pelayanan kesehatan di area manajemen dan area klinis
- b) Seluruh personil rumah sakit memahami tentang tanggung jawab pelaksanaan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit
- c) Menciptakan budaya keselamatan pasien sehingga akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat dapat tercapai
- d) Mengukur dan mengetahui keberhasilan capaian indikator mutu nasional, prioritas dan unit

2. Tujuan Khusus

- a) Terlaksananya Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko
- b) Terlaksananya Pemilahan dan pengumpulan indikator mutu
- c) Terlaksananya Analisis dan validasi data indikator mutu
- d) Terlaksananya Pencapaian dan upaya mempertahankan perbaikan mutu
- e) Terlaksananya Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien rumah sakit (SP2KP-RS)
- f) Terlaksananya Penerapan Manajemen Risiko

BAB II

KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

A. Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan

No	Kegiatan Pokok	Rincian Kegiatan	Pelaksana	Sasaran
1.	Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Penyusunan SK Tim Komite Mutu RS - Penyusunan SK Tim PJ Mutu Unit RS - Penyusunan SK Tim PJ Mutu Unit RS - Penyusunan Pedoman Pelayanan Komite Mutu - Panduan SPO dan Formulir - Penyusunan Manajemen Insiden Keselamatan Pasien, - Penyusunan Panduan dan Formulir Manajemen Risiko - Penyusunan Panduan, SPO, dan Formulir PDSA - Penyusunan Panduan dan Formulir RCA - Penyusunan Panduan FMEA - Penyusunan Panduan dan SPO Sistem Manajemen Data - Penyusunan Panduan Survey Budaya - Penyusunan Panduan Peningkatan Mutu Prioritas RS - Penyusunan 5 PPK Nasional dan 5 PPK Indikator Mutu Prioritas - Pelatihan Tim Komite Mutu 	Komite Mutu, Komite Medik	100%
2.	Pemilahan dan Pengumpulan Data Indikator Mutu	<ul style="list-style-type: none"> - Penyusunan SK Indikator Mutu Nasional RS - Penyusunan SK Indikator Mutu Prioritas - Penyusunan SK Indikator Mutu Unit - Pelaporan bulanan INM dan IKP 	Direktur PT, Direktur RS, Komite Mutu, Komite Medik, Komite Keperawatan,	100%

		(Publikasi Eksternal) - Pelaporan triwulan Indikator Mutu Prioritas dan Mutu Unit (Publikasi Internal) - Evaluasi hasil Pelaporan Triwulan - Pelatihan PJ Mutu Unit, Staf Pengumpul Data (Penyelia dan Champion)	Divisi Medik-Keperawatan, Divisi SDM dan Umum, Divisi Marketing dan Keuangan	
3	Analisis dan validasi data indikator mutu	- Laporan Bulanan terkait pengumpulan Indikator Mutu dari semua Komite dan Divisi - Penyusunan Laporan supervisi diantaranya ketepatan pelaporan, hasil analisa dan validasi rutin (ketepatan numerator dan denominator, ketepatan sampel populasi dan ketepatan/kesesuaian dengan SPO) - Pelaporan validasi khusus jika ada yang perubahan dalam pelaporan indikator mutu dan Pembuatan Berita Acara	Sub Komite Mutu	100%
4	Pencapaian dan Upaya mempertahankan Perbaikan Mutu	- Melakukan Rencana Perbaikan dan Uji Coba dan didokumentasikan dalam laporan Komite Mutu (Pelaksanaan PDSA) - Melakukan Evaluasi Clinical Pathway dan dilakukan audit medis dan audit klinis	Komite Mutu, Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Nakes Lainnya dan Divisi Medik-Keperawatan	100%
5	Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien rumah sakit (SP2KP-RS)	- Pelaporan triwulan IKP - Penyusunan Formulir Survey Budaya - Pelaporan hasil Survey Budaya	Sub Komite Keselamatan Pasien	100%
6	Penerapan Manajemen Risiko	- Penyusunan Risk Register dari dari semua Komite dan Divisi - Penyusunan Pelaporan Risk Register kepada Direktur - Pelaporan 1 Risk Register yang dilakukan analisis untuk dilakukan FMEA	Sub Komite Manajemen Risiko	100%

B. Sasaran

Sasaran Program Komite Mutu secara spesifik, terukur dan jelas sesuai dengan tujuan dari RS Intan Husada Garut.

C. Anggaran

Anggaran kegiatan yang dimasukkan dalam program kerja tahunan merupakan perkiraan biaya yang langsung yang dibutuhkan untuk kegiatan tersebut.

D. Penjadwalan

Jadwal kegiatan Program Kerja diatur sedemikian rupa dengan dikoordinasikan dengan pihak terkait, jadwal kegiatan dibuat per bulan dalam satu tahun.

[illegible]

F. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan

Evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan berdasarkan

1. Ketepatan waktu pelaksanaan
2. Pencapaian terhadap sasaran
3. Kesesuaian antara anggaran dan realisasi biaya
4. Kendala-kendala yang dihadapi

Pelaporan evaluasi kegiatan disusun dalam bentuk laporan kegiatan oleh Penanggungjawab kegiatan dan dikoordinasikan dengan unit terkait. Pelaporan paling lambat 1 (satu) minggu setelah selesai kegiatan. Laporan berisi tentang kegiatan berisi undangan, materi, daftar hadir, notulensi dan bukti kegiatan lain (dokumentasi foto)

BAB III

PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI PROGRAM KERJA

A. Pencatatan

Pencatatan dilakukan oleh semua komite dan divisi di RS Intan Husada yang meliputi pencatatan indikator mutu, pencatatan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien serta pencatatan risk register.

B. Pelaporan

Pelaporan Program Kerja Komite Mutu diantaranya

1. Laporan Bulanan Indikator Mutu Unit, Prioritas dan Nasional ke Direktur RS yang sebelumnya telah dilakukan analisis dan validasi pelaporan dari setiap komite dan divisi di RS Intan Husada dalam bentuk lembar kerja instrumen.
2. Laporan Triwulan Indikator Mutu Unit, Prioritas dan Nasional, Laporan Triwulan Insiden Keselamatan Pasien ke Direktur PT dan Direktur RS
3. Laporan Triwulan Publikasi Internal ke Direktur PT dan Direktur RS
4. Laporan Bulanan Publikasi Eksternal (INM dan IKP)
5. Laporan Semester Risk Register RS
6. Laporan Tahunan Hasil Survey Budaya

C. Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan melakukan Supervisi dan Evaluasi Hasil dilakukan pelaporan setiap bulan ke Direktur dan periode triwulan ke Direktur PT untuk dilakukan tindak lanjut dan evaluasi dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien

Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633