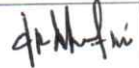
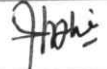

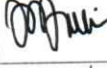
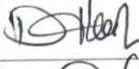





**PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3686/A000/XI/2021**

**TENTANG
PEDOMAN PENGORGANISASIAN
KOMITE MUTU**

LEMBAR VALIDASI
PEDOMAN PENGORGANISASIAN KOMITE MUTU
NOMOR: 3686/A000/XI/2021

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Kartini Cendrawasih, S.Kep	Ketua Subkomite Keselamatan		08-11-2021
	:	Desty Dwi Widiyanti, Amd.Kep	Ketua Subkomite Mutu		08-11-2021
	:	Mentari Rahmadita, S.Kep	Ketua Subkomite Manajemen Risiko		08-11-2021
Verifikator	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		08-11-2021
	:	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		08-11-2021
	:	Maya Anggraeni, S.Pd	Manajer Umum dan SDM		08-11-2021
	:	Wahyu Suprayogo, S.E, MM	Manajer Marketing dan Keuangan		08-11-2021
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		08-11-2021

**LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

**NOMOR : 3686/A000/XI/2021
TENTANG**

**PEDOMAN PENGORGANISASIAN KOMITE MUTU
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

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 Pedoman Pengorganisasian Komite Mutu

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
2. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
6. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;
7. Keputusan Direktur Utama PT. RS Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Diretur Rumah Sakit Intan Husada;
8. 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;
9. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PEDOMAN
PENGORGANISASIAN KOMITE MUTU**

- Kesatu : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 3686/A000/XI/2021 Tentang Pedoman Pengorganisasian Komite Mutu di Rumah Sakit Intan Husada.
- Kedua : Pedoman Pengorganisasian Medik dan Keperawatan digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pengorganisasian Komite Mutu di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Pedoman Pengorganisasian Komite Mutu 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 : 08 November 2021
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIK: 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
BAB II.....	2
GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT	2
BAB III.....	3
VISI, MISI, DAN TUJUAN RUMAH SAKIT	3
A. Visi, Misi, dan Tujuan Rumah Sakit.....	3
B. Visi, Misi Unit	3
BAB IV	4
STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT	4
BAB V	5
STRUKTUR ORGANISASI KOMITE MUTU	5
BAB VI	6
URAIAN JABATAN.....	6
A. Komite Mutu.....	6
B. Ketua Subkomite Mutu	9
C. Ketua Subkomite Keselamatan Pasien	11
D. Ketua Subkomite Manajemen Risiko.....	13
E. Penanggungjawab Mutu Unit Kerja	15
BAB VII.....	16
TATA HUBUNGAN KERJA.....	16
A. Hubungan Internal.....	16
B. Hubungan Eksternal.....	17
BAB VIII.....	18
POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL.....	18
A. Kualifikasi Personil	18
B. Pengaturan Kerja	19
C. Perhitungan Kebutuhan Tenaga.....	20
BAB IX	22
KEGIATAN ORIENTASI.....	22
A. Orientasi Umum	22
B. Orientasi Khusus.....	22
BAB X	23
PERTEMUAN/RAPAT	23
A. Pertemuan/Rapat Insidentil	23
B. Pertemuan/Rapat Rutin.....	23

BAB XI	25
PELAPORAN	25
A. Pelaporan Bulanan.....	25
B. Pelaporan Semester	25
C. Pelaporan Tahunan.....	25
BAB XII.....	26
DAFTAR PUSTAKA	26

DAFTAR TABEL

Tabel 8.1 Kualifikasi Personil	18
Tabel 8.2 Pengaturan Kerja	19
Tabel 8.3 Perhitungan Kebutuhan Tenaga.....	20

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1 Bagan Struktur Organisasi RSIH	4
Gambar 5.1 Bagan Struktur Organisasi Komite Mutu.....	5
Gambar 7.1 Bagan Tata Hubungan Kerja Internal	16

BAB I

PENDAHULUAN

Sebagai salah satu institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mempunyai fungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan paripurna kepada masyarakat, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif, rumah sakit dituntut memiliki tata kelola organisasi yang efektif, efisien dan akuntabel. Aplikasi peran penting tersebut terwujud dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh pengorganisasian yang berorientasi pada visi misi yang ditetapkan dan memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Pengorganisasian rumah sakit disusun dengan tujuan untuk mencapai visi dan misi rumah sakit dengan menjalankan tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*).

Rumah Sakit Intan Husada memiliki visi menjadi rumah sakit terbaik di Priangan Timur, sedangkan salah satu misi yang diemban adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan bersikap mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pasien.

Seiring dengan visi dan misi tersebut dan dalam rangka mewujudkan pelayanan yang prima maka perlu pengorganisasian yang menggambarkan uraian tugas, fungsi dan tanggung jawab serta hubungan koordinasi antar unsur organisasi di rumah sakit. Oleh karena itu perlu dibuat Pedoman Pengorganisasian Komite Mutu

Pedoman Pengorganisasian Komite Mutu merupakan dasar atau acuan dalam menerapkan fungsi-fungsi manajemen agar kegiatan pelayanan Komite Mutu berjalan efektif, efisien, dan akuntabel untuk mendukung pencapaian visi dan misi rumah sakit.

BAB II

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

Rumah Sakit Intan Husada salah satu rumah sakit swasta di Kabupaten Garut Provinsi Jawa Barat yang merupakan rumah sakit yang terbentuk berdasarkan keinginan dari 20 (dua puluh) orang dokter yang merupakan anggota Koperasi Insan Husada untuk membuat suatu Pelayanan Kesehatan berstandar internasional dengan pelayanan paripurna.

Rumah Sakit Intan Husada bertempat di Jl. Mayor Suherman No.72 Tarogong Kidul Garut diresmikan oleh Bupati Kabupaten Garut Bapak Rudy Gunawan, SH MH melalui *Soft Opening* pada tanggal 9 September 2014 dengan Izin Operasional Sementara yang dikeluarkan pada tanggal 5 September 2015 oleh Badan Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu (BPMPT) Kabupaten Garut Nomor: 503/5930/01-IORS/BPMPT/2014 tentang Izin Operasional Sementara Rumah Sakit Intan Husada. Pada Tanggal 16 Maret 2021 RS Intan Husada memperoleh perpanjangan Izin Operasional melalui Surat Keputusan Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu (DPMPT) Kabupaten Garut Nomor: 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Intan Husada.

Dengan motto “Kami berikan yang Terbaik”, Rumah Sakit Intan Husada berupaya untuk memberikan pelayanan kesehatan yang mengutamakan kenyamanan pasien dengan menciptakan pelayanan yang menyenangkan didukung oleh Dokter-Dokter berpengalaman dibidangnya masing-masing yang merupakan Tenaga Medis yang sudah tidak asing lagi namanya di kalangan Tenaga Medis di Kabupaten Garut. Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit Intan Husada merupakan profesi pilihan dari berbagai disiplin ilmu yang akan menunjang pelayanan baik medis maupun non medis, yang selalu mengutamakan Keselamatan Pasien dan Kenyamanan Pasien.

BAB III

VISI, MISI, DAN TUJUAN RUMAH SAKIT

A. Visi, Misi, dan Tujuan Rumah Sakit

Visi :

Menjadi rumah sakit terbaik di Priangan Timur.

Misi :

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna
2. Bersikap mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pelanggan
3. Menjadi rumah sakit pusat rujukan bagi pelayanan kesehatan di sekitarnya
4. Melaksanakan sistem pelayanan keuangan rumah sakit yang efektif dan efisien

Motto :

Motto Rumah Sakit Intan Husada “Kami Berikan Yang Terbaik”

B. Visi, Misi Unit

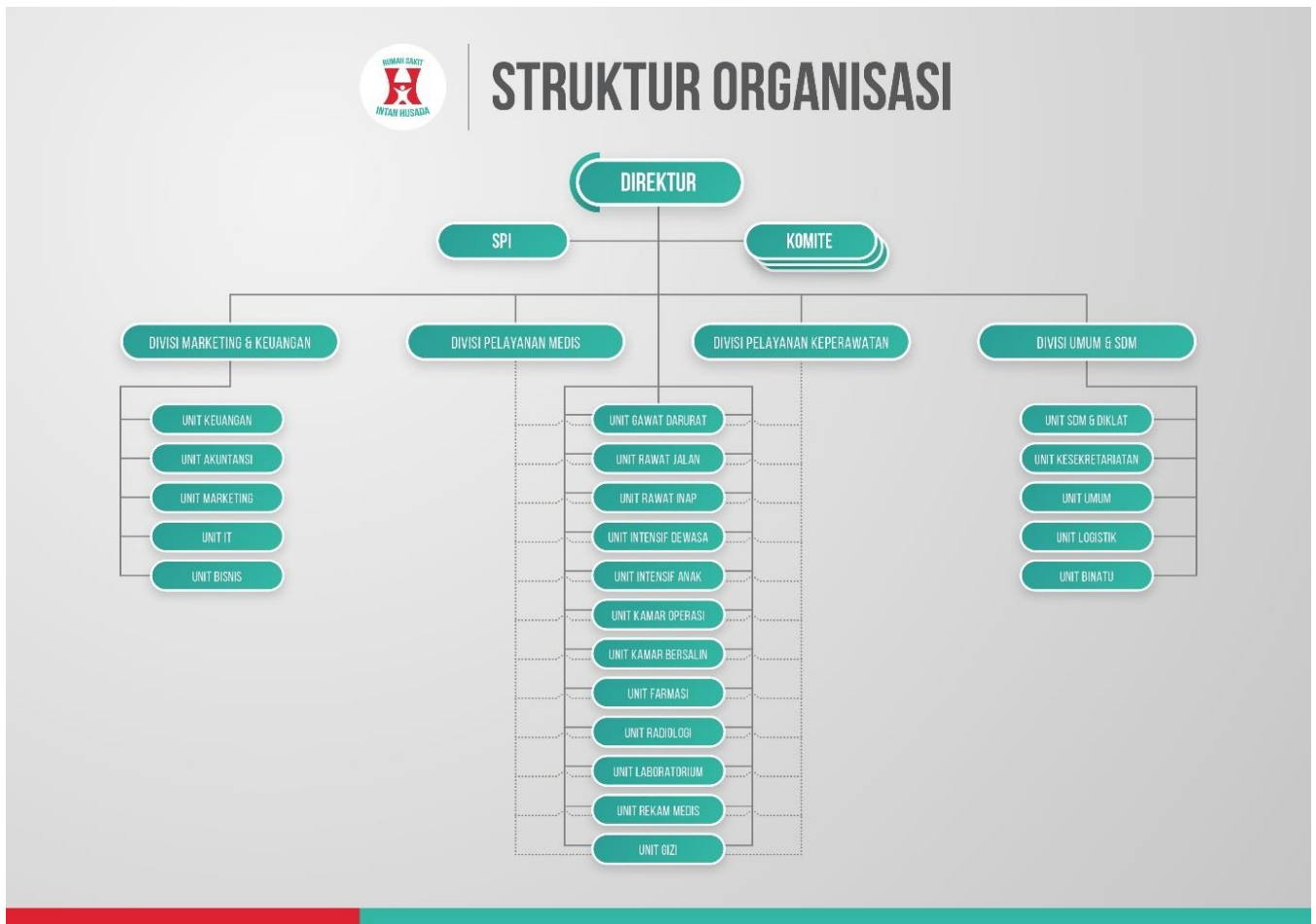
Visi :

Menjadikan Komite Mutu sebagai wadah dalam penyelenggaraan meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Intan Husada Garut sehingga memberikan suasana yang aman, nyaman dan ramah.

Misi :

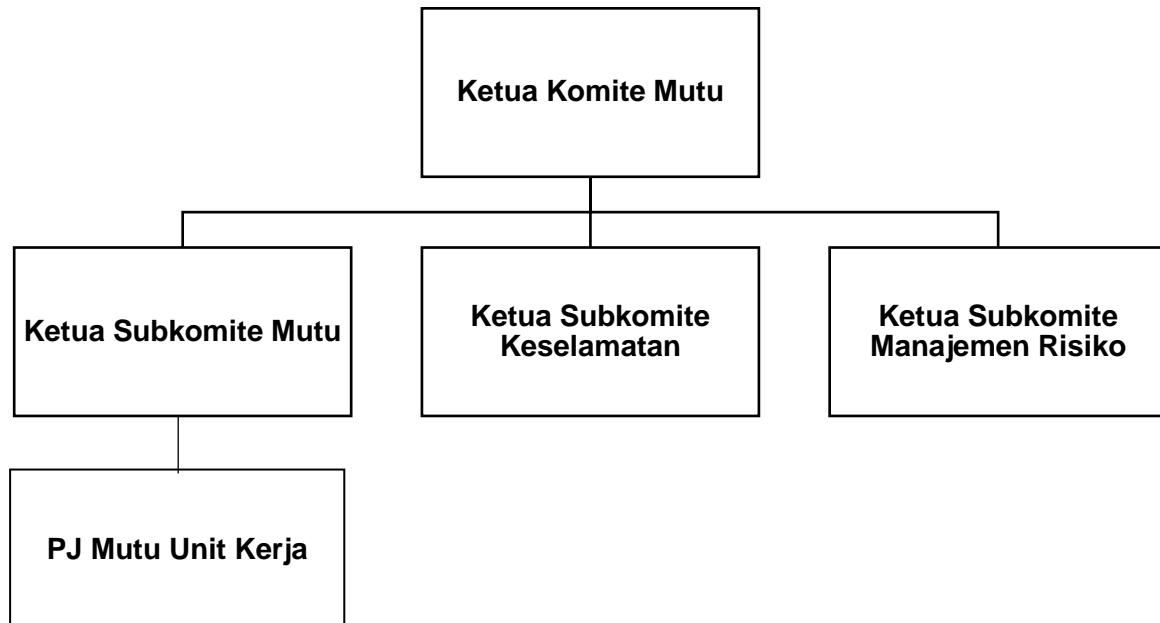
1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan regulasi
2. Menyiapkan sumber daya manusia, sarana dan fasilitas untuk menunjang kegiatan peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Intan Husada Garut
3. Melakukan kerjasama dengan unit terkait secara internal dan pihak-pihak eksternal dalam kegiatan peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Intan Husada Garut.

BAB IV STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT



Gambar 4.1 Bagan Struktur Organisasi RSIH

BAB V STRUKTUR ORGANISASI KOMITE MUTU



Gambar 5.1 Bagan Struktur Organisasi Komite Mutu

BAB VI

URAIAN JABATAN

A. Komite Mutu

1. Posisi dalam Struktur Organisasi

Bertanggung jawab kepada : Direktur

Yang bertanggung jawab kepadanya :

- a) Ketua Subkomite Mutu
- b) Ketua Subkomite Keselamatan Pasien
- c) Ketua Subkomite Manajemen Risiko

2. Tugas Pokok

- a) Mengkoordinir pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu
- b) Mengkoordinir pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien
- c) Mengkoordinir pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko

3. Uraian Tugas dan Wewenang

Tugas:

a) Fungsi Perencanaan

- 1) Menyusun kebijakan terkait Komite Mutu;
- 2) Menyusun pedoman Komite Mutu;
- 3) Menyusun program Komite Mutu;
- 4) Menyusun program pelatihan Komite Mutu;
- 5) Menyusun program kerja tahunan dan anggaran Komite Mutu;
- 6) Melakukan analisis strategi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di RS Intan Husada;
- 7) Menyusun rencana pengendalian, peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko di RS Intan Husada;
- 8) Melakukan perencanaan dan persiapan proses akreditasi RSIH, baik nasional maupun internasional;
- 9) Menyusun skala prioritas peningkatan mutu di RS Intan Husada;
- 10) Merencanakan pertemuan rutin dan diskusi dengan tiap Subkomite Mutu;
- 11) Merencanakan program kegiatan seluruh Penanggung Jawab Mutu Unit;
- 12) Merencanakan sistem pencatatan dan pelaporan kegiatan Komite Mutu.

b) Fungsi Pengorganisasian

- 1) Memandu pelaksanaan program Komite Mutu di RS Intan Husada secara efektif dan efisien;
- 2) Melakukan koordinasi dengan seluruh Staf Komite Mutu;
- 3) Mengatur dan mengarahkan pelaksanaan kegiatan operasional di seluruh Subkomite Mutu sehingga tujuan dapat tercapai secara efektif dan efisien;
- 4) Mengkoordinasikan seluruh kegiatan Komite Mutu;
- 5) Bertanggung jawab atas kontinuitas serta pengembangan kerja dan kinerja operasional di Komite Mutu;
- 6) Bertanggung jawab atas segala fasilitas dan sarana pendukung Komite Mutu;

- 7) Bertanggung jawab atas sarana dan prasarana pendukung pengembangan operasional Komite Mutu untuk mendukung kelancaran operasional rumah sakit;
 - 8) Bertanggung jawab atas kesiapan sumber daya manusia di Komite Mutu;
 - 9) Bertanggung Jawab terhadap pembinaan dan pengembangan kualitas sumber daya manusia di Komite Mutu.
- c) Fungsi Penggerak
- 1) Melaksanakan kebijakan, regulasi dan standar peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko di RS Intan Husada;
 - 2) Melakukan monitoring pelaksanaan program peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko di RS Intan Husada;
 - 3) Memastikan proses pengumpulan data, analisa, evaluasi dan intervensi tindak lanjut dari indikator kinerja yang berlaku di RS Intan Husada;
 - 4) Melakukan monitoring pelaksanaan manajemen risiko di RS Intan Husada;
 - 5) Memastikan dan memonitor seluruh proses peningkatan mutu di RS Intan Husada;
 - 6) Bertanggung jawab dalam diseminasi informasi terkait peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko ke seluruh elemen di RS Intan Husada;
 - 7) Melakukan sosialisasi dan meningkatkan kesadaran seluruh Staf RS Intan Husada terhadap budaya mutu dan keselamatan pasien;
 - 8) Melakukan pertemuan rutin dan pertemuan-pertemuan lainnya di Komite Mutu;
 - 9) Melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap Staf Komite Mutu;
 - 10) Bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelatihan di bidang mutu, keselamatan pasien, dan pengendalian risiko;
 - 11) Mengkoordinir dan memastikan proses investigasi sederhana dan investigasi komprehensif terhadap laporan insiden yang masuk bersama pihak-pihak terkait;
 - 12) Berkoordinasi dengan penanggung jawab mutu diseluruh unsur organisasi di RS Intan Husada;
 - 13) Mengusulkan pembentukan tim *ad hoc* jika diperlukan.
- d) Fungsi Pengawasan dan Pengendalian
- 1) Mengawasi pelaksanaan kebijakan, prosedur dan standar peningkatan mutu keselamatan pasien dan manajemen risiko di Komite Mutu secara periodik maupun insidental;
 - 2) Mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan kebijakan, peraturan dan prosedur Komite Mutu yang telah ditetapkan;
 - 3) Mengawasi dan mengendalikan setiap pemakaian fasilitas dan perlengkapan di Komite Mutu;
 - 4) Mengawasi dan mengendalikan setiap pemakaian barang-barang rutin di Komite Mutu;
 - 5) Mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan di RS Intan Husada;

- 6) Melakukan pengawasan terhadap tindak lanjut dari semua laporan insiden yang diterima oleh Subkomite Keselamatan Pasien dalam Komite Mutu;
 - 7) Melakukan monitoring terhadap pelaksanaan program Komite Mutu di RS Intan Husada;
 - 8) Mengawasi seluruh kegiatan yang dilakukan setiap Subkomite di Komite Mutu.
- e) Fungsi Evaluasi
- 1) Mengevaluasi pelaksanaan peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Komite Mutu;
 - 2) Melakukan evaluasi terhadap aktivitas peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di seluruh unsur organisasi di RS Intan Husada;
 - 3) Memastikan bahwa tindak lanjut dari seluruh hasil investigasi dan analisis risiko dapat berlangsung;
 - 4) Melakukan sosialisasi dan desiminasi hasil dari tindak lanjut perbaikan kepada seluruh unsur organisasi di RS Intan Husada;
 - 5) Melakukan pelaporan kepada direktur utama mengenai seluruh indikator kinerja yang telah diukur beserta tindak lanjut perbaikannya;
 - 6) Memberikan rekomendasi perbaikan kepada seluruh unsur organisasi di RSIH berdasarkan data pencapaian indikator, hasil investigasi dan analisis risiko di RS Intan Husada;
 - 7) Mengevaluasi kinerja seluruh Staf di Komite Mutu;
 - 8) Mengevaluasi mutu pelayanan Komite Mutu;
 - 9) Mengevaluasi dan menganalisa laporan realisasi program kerja dan anggaran setiap bulan, triwulan, semester dan tahunan Komite Mutu;
 - 10) Membuat laporan program Komite Mutu.

Wewenang:

- a. Memberikan masukan kepada Direktur Utama terkait dengan peningkatan mutu dan keselamatan pasien ;
- b. Merekomendasi, menandatangani surat serta dokumen dinas yang berkaitan dengan Komite Mutu;
- c. Mengarahkan dan membimbing masing-masing ketua sub unit beserta anggota;
- d. Menentukan skala prioritas pekerjaan;
- e. Meminta kelengkapan data dan informasi kepada penanggungjawab mutu di unit kerja terkait.

4. Hubungan Kerja/Organisasi

Internal

Seluruh unsur organisasi di RSIH.

Eksternal

- a. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- b. Dinas Kesehatan Kabupaten Garut
- c. Komite Nasional Keselamatan Pasien

B. Ketua Subkomite Mutu

1. Posisi dalam Struktur Organisasi

Bertanggung jawab kepada : Ketua Komite Mutu

Yang bertanggung jawab kepadanya : PJ Mutu Unit Kerja

2. Tugas Pokok

Melaksanakan dan mengevaluasi peningkatan mutu.

3. Uraian Tugas dan Wewenang

Tugas

a) Fungsi Perencanaan

- 1) Menyusun kebijakan, pedoman terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan di RS Intan Husada;
- 2) Menyusun skala prioritas peningkatan mutu di RS Intan Husada;
- 3) Menyusun program kerja tahunan dan anggaran Subkomite Mutu.

b) Fungsi Pengorganisasian

- 1) Melaksanakan program kerja Subkomite Mutu secara efektif dan efisien;
- 2) Membentuk penanggungjawab program mutu di instalasi/bidang/bagian;
- 3) Membentuk penanggungjawab pengumpul data di instalasi/bidang/bagian;
- 4) Memfasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
- 5) Memfasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
- 6) Memberikan dukungan untuk implementasi budaya mutu di RS Intan Husada
- 7) Mengatur dan mengarahkan pelaksanaan kegiatan operasional di jajaran Subkomite mutu sehingga tujuan dapat tercapai secara efektif dan efisien;
- 8) Mengkoordinasikan seluruh kegiatan Subkomite Mutu;
- 9) Bertanggung jawab atas segala fasilitas dan sarana pendukung Subkomite Mutu;
- 10) Bertanggung jawab atas sarana pendukung pengembangan operasional Subkomite Mutu;
- 11) Bertanggung jawab atas kesiapan sumber daya manusia Sub Mutu;
- 12) Bertanggung Jawab terhadap pembinaan dan pengembangan kualitas sumber daya manusia di Subkomite Mutu;

c) Fungsi Penggerak

- 1) Melaksanakan kebijakan, regulasi, dan standar terkait Subkomite Mutu;
- 2) Melakukan koordinasi dan komunikasi dengan seluruh unsur organisasi di RS Intan Husada
- 3) Melakukan koordinasi dengan seluruh Staf Subkomite Mutu;
- 4) Melakukan koordinasi dengan Subkomite lainnya dalam Komite Mutu;
- 5) Melaksanakan pelatihan peningkatan mutu;
- 6) Melakukan pertemuan dan diskusi dengan unit kerja untuk menentukan indikator yang harus diukur oleh unit;
- 7) Melakukan sosialisasi dan edukasi mengenai metode dan pelaksanaan perbaikan/peningkatan mutu;
- 8) Melakukan analisa dari hasil *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA), tren

- pencapaian indikator, laporan insiden keselamatan pasien, insiden K3, dan komplain pelanggan untuk rencana perbaikan mutu;
- 9) Melakukan perbaikan atau peningkatan mutu dengan menggunakan metode *Plan Do Study Action* (PDSA) untuk masalah-masalah yang telah teridentifikasi sesuai dengan skala prioritas perbaikan;
 - 10) Melakukan pengawasan jalannya peningkatan mutu berkoordinasi dengan Penanggung Jawab Mutu unit;
 - 11) Melakukan monitoring proses pengambilan data indikator mutu;
 - 12) Melakukan monitoring proses validasi untuk setiap indikator yang telah ditetapkan di seluruh unit
- d) Fungsi Pengawasan dan Pengendalian
- 1) Mengawasi pelaksanaan kebijakan, prosedur dan standar peningkatan mutu terkait Komite Mutu secara periodik maupun insidental;
 - 2) Mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan kebijakan, peraturan dan prosedur Subkomite Peningkatan Mutu yang telah ditetapkan;
 - 3) Memantau dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
 - 4) Memantau dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
 - 5) Melakukan monitoring pelaksanaan program perbaikan dan peningkatan mutu;
 - 6) Mengawasi dan mengendalikan setiap pemakaian fasilitas dan perlengkapan di Subkomite Mutu;
 - 7) Mengawasi dan mengendalikan setiap pemakaian barang-barang rutin di Subkomite Mutu;
 - 8) Mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan di Subkomite Mutu.
- e) Fungsi Evaluasi
- 1) Pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data indikator prioritas rumah sakit serta indikator mutu nasional rumah sakit;
 - 2) Pengkajian standar mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian;
 - 3) Penyusunan laporan pelaksanaan program kerja Subkomite Mutu;
 - 4) Membuat analisis pencapaian indikator unit maupun rumah sakit;
 - 5) Menyusun laporan pencapaian seluruh indikator yang telah ditetapkan;
 - 6) Membuat laporan evaluasi pencapaian rekomendasi oleh unit kerja;
 - 7) Memastikan bahwa PDSA yang telah disusun ditindaklanjuti sesuai dengan target dan jangka waktu yang telah ditentukan;
 - 8) Melakukan analisa dan evaluasi terhadap pelaksanaan perbaikan/peningkatan mutu di RSIH;
 - 9) Melakukan sosialisasi dan diseminasi hasil dari proses perbaikan mutu kepada seluruh unit;
 - 10) Membuat laporan monitoring proses perbaikan mutu

Wewenang:

- a. Mengingatkan penanggungjawab program mutu unit dan penanggungjawab pengumpul data unit terkait hal yang berhubungan dengan penerapan program mutu di unit;
- b. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada Ketua Komite Mutu terkait pelaksanaan program mutu dan perbaikan mutu di RS Intan Husada

4. Hubungan Kerja/Organisasi

Internal

Seluruh unsur organisasi di RSIH.

Eksternal

- a) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- b) Dinas Kesehatan Kabupaten Garut
- c) Komite Nasional Keselamatan Pasien

C. Ketua Subkomite Keselamatan Pasien

1. Posisi dalam Struktur Organisasi

Bertanggung jawab kepada : Ketua Komite Mutu

Yang bertanggung jawab kepadanya : -

2. Tugas Pokok

Melaksanakan dan mengevaluasi keselamatan pasien.

3. Uraian Tugas dan Wewenang

Tugas

- a) Fungsi Perencanaan
 - 1) Menyusun kebijakan, pedoman terkait keselamatan pasien di RS Intan Husada;
 - 2) Menyusun program kerja tahunan dan anggaran Subkomite Keselamatan Pasien.
- b) Fungsi Pengorganisasian
 - 1) Melaksanakan program kerja Subkomite Keselamatan Pasien secara efektif dan efisien;
 - 2) Membentuk *Champion* Keselamatan Pasien Unit untuk membantu pengawasan terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien di RS Intan Husada
- c) Fungsi Penggerak
 - 1) Melaksanakan kebijakan, regulasi, dan standar terkait Subkomite keselamatan pasien;
 - 2) Melakukan koordinasi dan komunikasi dengan *Champion* keselamatan pasien
 - 3) Melakukan koordinasi dengan seluruh Staf Subkomite keselamatan pasien;

- 4) Melakukan koordinasi dengan Subkomite lainnya;
 - 5) Melaksanakan pelatihan keselamatan pasien;
 - 6) Melakukan identifikasi risiko keselamatan pasien di RSIH;
 - 7) Melakukan sosialisasi dan edukasi mengenai keselamatan pasien di RSIH;
 - 8) Melakukan pengumpulan laporan Insiden keselamatan pasien;
 - 9) Melakukan analisa dan *risk grading* untuk setiap laporan insiden keselamatan pasien;
 - 10) Melakukan supervisi dan monitoring pelaksanaan investigasi sederhana dari laporan insiden keselamatan pasien yang dilakukan oleh unit;
 - 11) Melakukan *Root Cause Analysis* (RCA) dari Laporan Insiden dengan grading kuning dan merah;
 - 12) Melakukan *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA) terhadap proses-proses yang termasuk kriteria *high risk*, *high cost*, and *high volume* sesuai dengan skala prioritas yang telah ditentukan;
 - 13) Melakukan *coaching* pelaporan insiden, investigasi sederhana, RCA dan FMEA;
 - 14) Mengadakan pertemuan rutin dengan unit kerja dan Penanggung Jawab Mutu unit untuk membahas dan *sharing* pelaksanaan keselamatan pasien
- d) Fungsi Pengawasan dan Pengendalian
- 1) Mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan kebijakan, prosedur dan standar terkait keselamatan pasien di rumah sakit secara periodik maupun insidental;
 - 2) Mengawasi dan mengendalikan setiap pemakaian fasilitas dan perlengkapan di Subkomite Keselamatan Pasien;
 - 3) Mengawasi dan mengendalikan setiap pemakaian barang-barang rutin di Subkomite Keselamatan Pasien;
 - 4) Mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan di Subkomite Keselamatan Pasien;
 - 5) Melakukan monitoring pelaksanaan program Keselamatan Pasien di RS Intan Husada;
 - 6) Melakukan monitoring terhadap *Champion* Keselamatan Pasien Unit;
 - 7) Memantau dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;
 - 8) Melakukan pengawasan terhadap proses edukasi keselamatan pasien di RS Intan Husada.
- e) Fungsi Evaluasi
- 1) Mengevaluasi pelaksanaan program keselamatan pasien di RS Intan Husada;
 - 2) Pencatatan, analisis dan pelaporan insiden serta memberikan solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
 - 3) Pelaporan insiden secara kontiniu sesuai dengan ketentuan perundang-undangan;
 - 4) Melakukan rekapitulasi laporan insiden keselamatan pasien;
 - 5) Penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien di RS Intan Husada;

- 6) Memastikan bahwa tindak lanjut dari seluruh hasil investigasi, RCA, dan FMEA dapat berlangsung;
- 7) Melakukan sosialisasi dan diseminasi hasil dari tindak lanjut RCA kepada seluruh unit sebagai bahan perbaikan;
- 8) Membuat laporan monitoring program keselamatan pasien di RS Intan Husada;
- 9) Melakukan rekapitulasi hasil investigasi sederhana baik itu yang dilakukan di unit kerja ataupun yang dilakukan oleh Komite Mutu (Subkomite Keselamatan Pasien).

Wewenang:

- a. Mengingat *Champion* Keselamatan Pasien Unit terkait hal yang berhubungan dengan penerapan program keselamatan pasien di RS Intan Husada;
- b. Memberikan masukan kepada Ketua Komite Mutu terkait pelaksanaan program keselamatan pasien dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien di RS Intan Husada.

4. Hubungan Kerja/Organisasi

Internal

Seluruh unsur organisasi di RSIH.

Eksternal

- a) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- b) Dinas Kesehatan Kabupaten Garut
- c) Komite Nasional Keselamatan Pasien

D. Ketua Subkomite Manajemen Risiko

1. Posisi dalam Struktur Organisasi

Bertanggung jawab kepada : Ketua Komite Mutu

Yang bertanggung jawab kepadanya : -

2. Tugas Pokok

Melaksanakan dan mengevaluasi manajemen risiko.

3. Uraian Tugas dan Wewenang

Tugas

- a) Fungsi Perencanaan
 - 1) Menyusun kebijakan, pedoman terkait manajemen risiko di RS Intan Husada;
 - 2) Menyusun program kerja tahunan dan anggaran Subkomite Manajemen Risiko
 - 3) Menyusun daftar risiko di RS Intan Husada.
- b) Fungsi Pengorganisasian
 - 1) Melaksanakan program kerja Subkomite Manajemen Risiko secara efektif dan efisien;

- c) Fungsi Penggerak
 - 1) Melaksanakan kebijakan, regulasi, dan standar terkait manajemen risiko di RS Intan Husada;
 - 2) Melaksanakan koordinasi dan komunikasi dengan Komite PPI, K3RS dan seluruh bidang lainnya yang berkomitmen dengan manajemen risiko rumah sakit;
 - 3) Melakukan koordinasi dengan seluruh Staf Subkomite Manajemen Risiko;
 - 4) Melakukan koordinasi dengan Subkomite lainnya dalam Komite Mutu;
 - 5) Melaksanakan pelatihan manajemen risiko;
 - 6) Memberikan usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
 - 7) Pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
 - 8) Pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normalterjadi;
 - 9) Pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
 - 10) Melakukan sosialisasi dan edukasi mengenai manajemen risiko di RSIH;
 - 11) Mengadakan pertemuan rutin dengan unit kerja untuk membahas dan *sharing* pelaksanaan manajemen risiko di unit.
- d) Fungsi Pengawasan dan Pengendalian
 - 1) Mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan kebijakan, prosedur dan standar terkait manajemen risiko di RS Intan Husada secara periodik maupun insidental;
 - 2) Mengawasi dan mengendalikan setiap pemakaian fasilitas dan perlengkapan di Subkomite Manajemen Risiko;
 - 3) Mengawasi dan mengendalikan setiap pemakaian barang-barang rutin di Subkomite Manajemen Risiko;
 - 4) Mengawasi dan mengendalikan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan di Subkomite Manajemen Risiko;
 - 5) Melakukan monitoring pelaksanaan program manajemen risiko di RS Intan Husada;
 - 6) Memantau dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja.
- e) Fungsi Evaluasi
 - a) Mengevaluasi pelaksanaan program manajemen risiko di RSIH;
 - b) Penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko di RSIH.

Wewenang:

Memberikan masukan kepada Ketua Komite Mutu terkait pelaksanaan program manajemen risiko di RS Intan Husada.

2. Hubungan Kerja/Organisasi

Internal

Seluruh unsur organisasi di RSIH.

Eksternal

- a) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- b) Dinas Kesehatan Kabupaten Garut
- c) Komite Nasional Keselamatan Pasien

E. Penanggungjawab Mutu Unit Kerja

1. Posisi dalam Struktur Organisasi

Bertanggung jawab kepada :

- a) Ketua Mutu
- b) Ketua Subkomite Mutu
- c) Yang bertanggung jawab kepadanya : -

2. Tugas Pokok

Membantu Ketua Subkomite Mutu dalam pelaksanaan dan evaluasi indikator mutu unit kerja

3. Uraian Tugas dan Wewenang

Tugas

- a) Melaksanakan program kerja Subkomite Mutu secara efektif dan efisien;
- b) Melaksanakan kebijakan, regulasi, dan standar terkait mutu di RS Intan Husada;
- c) Menyusun indikator mutu unit kerja.
- d) Menyusun format pengumpulan indikator mutu unit kerja menganalisa hasil.
- e) Pencapaian indikator mutu unit kerja, keselamatan pasien dan manajemen resikonya (*risk grading*).
- f) Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu unit kerja, keselamatan pasien dan manajemen resikonya (*risk grading*).
- g) Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator mutu unit kerja.
- h) Menyusun rekomendasi terhadap hasil pemantauan indikator mutu unit kerja ke unit terkait.
- i) Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program PMKP

Wewenang:

- a) Meminta arahan/petunjuk dari atasan.
- b) Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan Rumah Sakit.
- c) Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu unit kerja di lingkungan Rumah Sakit.

4. Hubungan Kerja/Organisasi

Internal

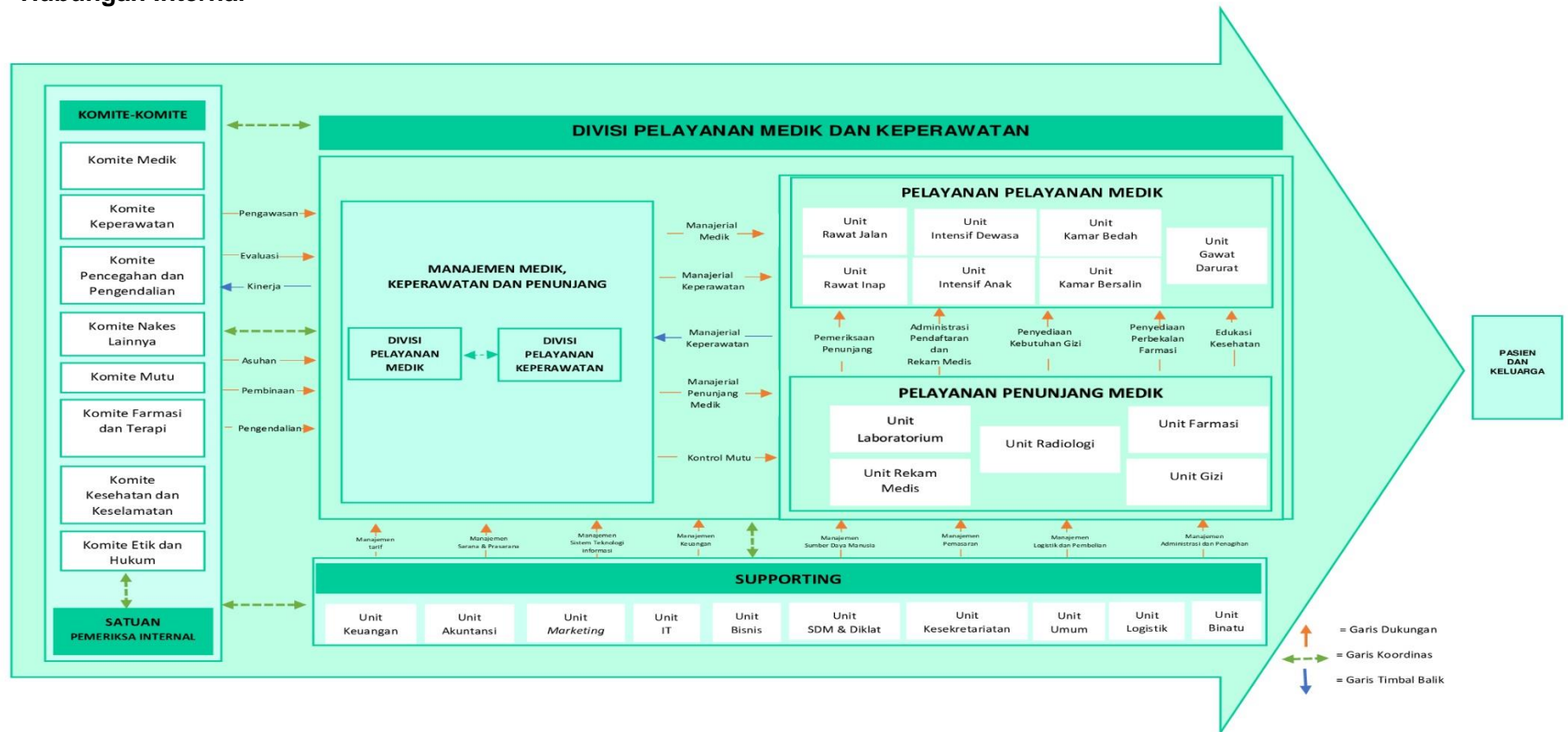
Seluruh unsur organisasi di RS Intan Husada

Eksternal

- a) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- b) Dinas Kesehatan Kabupaten Garut
- c) Komite Nasional Keselamatan Pasien

BAB VII TATA HUBUNGAN KERJA

A. Hubungan Internal



Gambar 7.1 Bagan Tata Hubungan Kerja Internal

B. Hubungan Eksternal

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
 - a. Regulasi tentang Komite Mutu RS
 - b. Pelaporan Indikator Mutu Rumah Sakit melalui aplikasi mutu fasyankes SIMAR setiap bulan
2. Dinas Kesehatan Kabupaten Garut
 - a. Regulasi tentang pelayanan kesehatan di Kabupaten Garut
 - b. Pelaporan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) di RS Intan Husada setiap tahun
3. Komisi Nasional Keselamatan Pasien
Pelaporan Insiden keselamatan pasien

BAB VIII

POLA KETENAGAAN DAN KUALIFIKASI PERSONIL

A. Kualifikasi Personil

Tabel 8.1 Kualifikasi Personil

No	Nama Jabatan	Pendidikan	Kualifikasi
1.	Ketua Komite Mutu	S-1 Kedokteran/ Profesi Dokter/Tenaga medis lain	<ul style="list-style-type: none"> - Dokter atau tenaga medis (minimal S1 kesehatan) yang memiliki minat dalam Komite Mutu Rumah Sakit; - Mengikuti pendidikan atau pelatihan di Bidang Mutu, Risiko, dan Keselamatan dengan sertifikat KARS/SNARS (eksternal); - Memiliki kemampuan <i>leadership</i> dan inovatif; - Dapat bekerjasama dalam tim.
2.	Ketua Subkomite Mutu	D3/S1 Tenaga Medis/Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Pendidikan sekurang-kurangnya D3/S1 S1 (diutamakan ilmu kesehatan rumah sakit) yang memiliki minat dalam Komite Mutu Rumah Sakit; - Mengikuti pendidikan atau pelatihan di Bidang Mutu, Risiko dan Keselamatan Pasien (internal atau eksternal); - Memiliki kemampuan <i>leadership</i> dan inovatif; - Dapat bekerjasama dalam tim; - Memiliki kemampuan operasional komputer
3.	Ketua Subkomite Keselamatan Pasien	D3/S1 Tenaga Medis/Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Pendidikan sekurang-kurangnya D3/S1 (diutamakan ilmu kesehatan rumah sakit) yang memiliki minat dalam Komite Mutu Rumah Sakit; - Mengikuti pendidikan atau pelatihan di Bidang Mutu, Risiko dan Keselamatan Pasien (internal atau eksternal); - Memiliki kemampuan <i>leadership</i> dan inovatif; - Dapat bekerjasama dalam tim;

			<ul style="list-style-type: none"> - Memiliki kemampuan operasional komputer
4.	Ketua Subkomite Manajemen Risiko	D3/S1 Tenaga Medis/Tenaga Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Pendidikan sekurang-kurangnya D3/S1 (diutamakan ilmu kesehatan rumah sakit) yang memiliki minat dalam Komite Mutu Rumah Sakit; - Mengikuti pendidikan atau pelatihan di Bidang Mutu, Risiko dan Keselamatan Pasien (internal atau eksternal); - Memiliki kemampuan leadership dan inovatif;
8.	Penanggungjawab Mutu Unit Kerja	D3/S1	<ul style="list-style-type: none"> - Pendidikan sekurang-kurangnya D3 yang memiliki minat dalam Komite Mutu Rumah Sakit; - Mengikuti pendidikan atau pelatihan di Bidang Mutu, Risiko dan Keselamatan Pasien (internal); - Dapat bekerjasama dalam tim; - Memiliki kemampuan operasional komputer. - Bersedia bekerja secara purna waktu atau paruh waktu sesuai kebutuhan rumah sakit

B. Pengaturan Kerja

Tabel 8.2 Pengaturan Kerja

No	Nama Jabatan	Waktu Kerja	Jam Kerja
1.	Ketua Komite Mutu	Purna Waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
2.	Ketua Subkomite Mutu	Purna Waktu	Shift Jam Kerja: Pagi : 07.00-14.00 WIB Siang : 14.00-20.00 WIB Malam : 20.00-07.00 WIB
3.	Ketua Subkomite Keselamatan Pasien	Purna Waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
4.	Ketua Subkomite Manajemen Risiko	Purna Waktu	OH (<i>Office Hour</i>) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.

5.	Penanggungjawab Mutu Unit Kerja	Paruh Waktu	Disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan
----	---------------------------------	-------------	--

C. Perhitungan Kebutuhan Tenaga

Kebutuhan ketenagaan Komite Mutu dihitung menggunakan metode sesuai dengan kebijakan RS Intan Husada yaitu menggunakan metode WISN dan disesuaikan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit. Dalam melaksanakan tugasnya Komite Medik dibantu oleh :

1. Ketua Subkomite Mutu
2. Ketua Subkomite Keselamatan Pasien
3. Ketua Subkomite Manajemen Risiko
4. Penanggungjawab Mutu Unit Kerja

Tabel 8.3 Perhitungan Kebutuhan Tenaga

No.	Nama Jabatan	Jumlah (Orang)
1.	Ketua Komite Mutu	1
2.	Ketua Subkomite Mutu	1
3.	Ketua Subkomite Keselamatan Pasien	1
4.	Ketua Subkomite Manajemen Risiko	1
5.	Penanggungjawab Mutu Unit Kerja a. Komite PPI b. Komite Medik c. Ruang Perawatan Akasia d. Ruang Perawatan Asoka e. Ruang Perawatan Anthurium f. Ruang Perawatan Azalea g. Unit Intensif Anak h. Unit Intensif Dewasa i. Unit Kamar Operasi j. Unit Kamar Bersalin k. Unit Gawat Darurat l. Unit Rawat Jalan m. Unit Laboratorium n. Unit Radiologi o. Unit Farmasi p. Unit Rekam Medis q. Unit Gizi r. Unit Sanitasi s. Unit Binatu t. Unit SDM & Diklat u. Unit Keuangan	22

	v. Unit Umum	
Total		26

BAB IX KEGIATAN ORIENTASI

Semua Staf klinis dan non klinis diberikan orientasi di RS Intan Husada dan unit kerja tempat Staf saat akan bekerja dan tanggung jawab spesifik pada saat diterima bekerja.

Keputusan untuk menempatkan seseorang sebagai Staf rumah sakit dilakukan melalui berbagi proses. Agar dapat berperan dan berfungsi dengan baik, semua Staf baru harus mengetahui dengan benar segala sesuatu tentang rumah sakit dan memahami tanggung jawab pekerjaan klinis atau non klinis untuk mencapai misi rumah sakit. Hal ini dapat dicapai melalui orientasi umum dan orientasi khusus.

A. Orientasi Umum

Setiap Staf baru wajib mengikuti orientasi yang diadakan oleh Urusan Pendidikan dan Pelatihan, hal tersebut merupakan salah satu upaya dalam memberikan gambaran secara umum atau pengenalan terhadap lingkungan rumah sakit serta unsur organisasi yang ada di Rumah Sakit Intan Husada.

Adapun materi orientasi umum yang dipaparkan kepada setiap Staf baru meliputi :

1. Pembukaan & *Introduction Company Profile* Rumah Sakit Intan Husada
2. Pengenalan Bantuan Hidup Dasar (*Code Blue*)
3. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)
4. Sistem Penggajian
5. Teknologi Informasi Rumah Sakit
6. Peraturan Perusahaan
7. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
8. Mutu dan Keselamatan Pasien
9. Pengelolaan Sampah
10. *Standart Grooming & Service Excellent*
11. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI)

B. Orientasi Khusus

Orientasi khusus dilakukan sebagai upaya untuk memantapkan Staf baru komite mutu dalam menjalankan tugas dan wewenang sehari - hari sesuai dengan kaidah-kaidah yang ada pada Pedoman Pelayanan Komite Mutu dan posisi atau jabatannya adapun hal-hal yang perlu disampaikan pada orientasi khusus Staf baru Medik dan Keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Pedoman Pengorganisasian, Pedoman Pelayanan, Panduan, SPO dan Formulir pada hari ke – 1.
2. Uraian kerja dan penilaian kerja hari ke – 1.
3. Pendampingan pekerjaan oleh atasan langsung sesuai Panduan dan SPO pada hari ke – 2.
4. Penggunaan atau operasionalisasi serta pemeliharaan seluruh sarana dan prasarana yang ada di Medik dan Keperawatan pada hari ke - 2.

BAB X

PERTEMUAN/RAPAT

Pertemuan atau rapat di Komite Mutu bertujuan untuk membahas masalah tertentu agar menghasilkan keputusan sebagai sebuah kebijakan. Dengan demikian, mekanisme rapat ini dapat dijadikan dasar hukum yang dipertanggungjawabkan bagi pengambilan keputusan di Komite Mutu. Adapun pelaksanaan pertemuan/rapat di Medik dan Keperawatan terdiri atas :

A. Pertemuan/Rapat Insidentil

Rapat Insidentil diadakan sesuai kebutuhan/kondisi dan sifatnya tanpa dijadwalkan terlebih dahulu, melainkan menyesuaikan dengan permasalahan yang ada di Komite Mutu. Hal ini terjadi dikarenakan ada persoalan yang memerlukan penanganan dengan secepat mungkin, dimana penanganannya diputuskan melalui pertemuan antar pihak yang berkepentingan. Adapun rapat insidentil yang dilakukan antara lain meliputi :

1. Rapat Bagian

Rapat yang dilakukan oleh Komite Mutu dengan seluruh jajaran bagiannya.

2. Rapat Koordinasi

Rapat yang dilakukan oleh Komite Mutu dengan bagian yang lain yang bukan wilayah kerjanya baik dengan bagian internal maupun eksternal rumah sakit.

B. Pertemuan/Rapat Rutin

Rapat rutin dilaksanakan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. Agenda rapat rutin adalah membahas terkait persoalan yang timbul di Medik dan Keperawatan. Adapun jadwal rapat rutin Medik dan Keperawatan antara lain meliputi :

1. Rapat Mingguan

Hari : Sabtu
Waktu : 09.00-10.00 WIB
Tempat : Ruang Meeting RS Intan Husada
Peserta : Komite Mutu
Materi : Pembahasan Mutu, Keselamatan dan Manajemen Risiko
Kelengkapan : Undangan, daftar hadir dan notulen rapat

2. Rapat Bulanan

Hari : Jum'at
Waktu : 09.00-10.00 WIB
Tempat : Ruang Meeting RS Intan Husada
Peserta : Seluruh Jajaran Komite Mutu
Materi : Evaluasi bulanan Komite Mutu
Kelengkapan : Undangan, daftar hadir dan notulen rapat

3. Rapat Triwulan/Semester

Hari : Disesuaikan
Waktu : 09.00 – 10.00 WIB
Tempat : Ruang Meeting RS Intan Husada
Peserta : Seluruh jajaran komite mutu dan Direktur
Materi : Capaian indikator mutu

Kelengkapan : Undangan, daftar hadir dan notulen rapat

4. Rapat Tahunan

Hari : Disesuaikan

Waktu : 09.00 – 10.00 WIB

Tempat : Ruang Meeting RS Intan Husada

Peserta : Seluruh jajaran komite mutu dan Direktur

Materi : Capaian indikator mutu, program kerja komite mutu

Kelengkapan : Undangan, daftar hadir dan notulen rapat

BAB XI

PELAPORAN

Pelaporan adalah kegiatan penyampaian data dan informasi lisan dan tertulis yang dilakukan oleh Komite Mutu. Maksud pelaporan adalah agar semua data dan informasi kinerja Komite Mutu disajikan dan disampaikan kepada pihak yang berkepentingan dengan akurat guna mendukung pelaksanaan pengambilan keputusan manajemen.

A. Pelaporan Bulanan

1. Laporan penanggungjawab data unit kerja ke Subkomite Mutu (menyusun rekapitulasi data, grafik dan analisa sederhana)
2. Laporan bulanan setiap Subkomite ke Komite Mutu;
3. Laporan supervisi indikator mutu (Indikator Mutu Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Minimal oleh Subkomite mutu) ke Komite Mutu dan Direktur

B. Pelaporan Semester

1. Laporan Capaian Indikator Mutu Pelayanan dan Indikator Mutu ke Komite Mutu;
2. Laporan insiden keselamatan pasien
3. Laporan hasil Pemantauan dan Evaluasi Keselematan Pasien

C. Pelaporan Tahunan

1. Laporan Program Kerja Komite Mutu kepada Direktur Utama.
2. Laporan Risk Register kepada Direktur Utama.
3. Laporan FMEA kepada Direktur Utama.
4. Laporan Standar Pelayanan Minimal ke Direktur Utama dan Dinas Kesehatan Kabupaten Garut.
5. Laporan Capaian Indikator Mutu Tahunan kepada Ketua Komite Mutu.
6. Laporan Pelaksanaan Program Keselamatan Pasien (Insiden Keselamatan Pasien, investigasi, *Clinical Risk Management*).
7. Laporan hasil kegiatan tentang panduan praktek klinik dan *clinical pathway*.
8. Laporan pendidikan dan pelatihan Komite Mutu.
9. Laporan hasil kegiatan program mutu lainnya

BAB XII

DAFTAR PUSTAKA

Kementerian Kesehatan RI. 2020. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 tentang Komite Mutu Rumah Sakit.

Kementerian Kesehatan RI. 2020. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 tentang Akreditasi Rumah Sakit.

Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 2015. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien. Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta