



**KEPUTUSAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

**NOMOR : 023/SK/DIR/RSIH/I/2023**

**TENTANG  
PROGRAM KERJA  
KOMITE MUTU  
TAHUN 2023**

**RS INTAN HUSADA**

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151



**LEMBAR VALIDASI  
PROGRAM KERJA KOMITE MUTU  
NOMOR: 023/SK/DIR/RSIH/I/2023**

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Desty Dwi W, A.Md.Kep	Ketua Subkomite Mutu		19-01-2023
	:	Kartini Cendrawasih S.Kep	Ketua Subkomite Keselamatan Pasien		19-01-2023
	:	Mentari Rahmadita, S.Kep	Ketua Subkomite Manajemen Risiko		19-01-2023
Verifikator	:	dr. Iva Tania	Ketua Komite Mutu		19-01-2023
Validator	:	drg.Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		19-01-2023



**LEMBAR PENGESAHAN  
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA  
NOMOR : 023/SK/DIR/RSIH/I/2023**

**TENTANG**

**PROGRAM KERJA KOMITE MUTU TAHUN 2023**

**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 Program Kerja Komite Mutu Tahun 2023.

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. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438 Tahun 2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 Tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
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 2023**
- Kesatu : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 023/SK/DIR/RSIH/II/2023 Tentang Peraturan Direktur tentang Program Kerja Komite Mutu Tahun 2023.
- Kedua : Peraturan Direktur tentang Program Kerja Komite Mutu Tahun 2023 digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan peningkatan mutu keselamatan pasien di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Peraturan Direktur tentang Program Kerja Komite Mutu Tahun 2023 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: 19 Januari 2023

Direktur



**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
NIK: 21110183633





## **LAMPIRAN**

**Keputusan Direktur Rumah Sakit Intan Husada**

**Nomor : 023/SK/DIR/RSIH/I/2023**

**Tentang : Program Kerja Komite Mutu  
Tahun 2023**

## **PROGRAM KERJA KOMITE MUTU TAHUN 2023**

### **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 2023.

#### **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

- Terlaksananya Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko
- Terlaksananya Pemilahan dan pengumpulan indikator mutu
- Terlaksananya Analisis dan validasi data indikator mutu
- Terlaksananya Pencapaian dan upaya mempertahankan perbaikan mutu
- Terlaksananya Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien rumah sakit (SP2KP-RS)
- 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"> <li>- Melakukan pengukuran indikator mutu nasional</li> <li>- Melakukan pengukuran indikator mutu prioritas rumah sakit</li> <li>- Melakukan pengukuran indikator mutu prioritas unit</li> <li>- Pembentukan Tim PDSA</li> <li>- Pembentukan Tim RCA</li> <li>- Pembentukan Tim FMEA</li> <li>- Melakukan pelaporan indikator mutu nasional terkait <i>clinical pathway</i></li> <li>- Melakukan audit medis secara berkala</li> <li>- Melakukan audit klinis secara berkala</li> <li>- Mengajukan PDSA untuk unit yang dinilai indikatornya perlu perbaikan</li> <li>- Melakukan analisis keuangan untuk PDSA dan FMEA</li> <li>- Mengisi fomulir pengajuan PDSA</li> <li>- Mengisi formulir lembar kerja PDSA</li> <li>- Melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien yang terjadi di unit</li> <li>- Melakukan perbaikan dari setiap inisden yang terjadi</li> <li>- Mengisi formulir laporan insiden keselamatan pasien</li> <li>- Mengisi formulir investigasi sederhana</li> <li>- Mengisi formulir RCA</li> </ul>	Komite Mutu, Komite Medik, Seluruh Unit	100%



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan evaluasi pengukuran indikator mutu unit SDM terkait kontrak karyawan</li> <li>- Pelatihan Komite Mutu</li> <li>- Sosialisasi laporan capaian mutu triwulan</li> <li>- Sosialisasi laporan hasil survey budaya keselamatan pasien</li> <li>- Meningkatkan dimensi hasil survey budaya sebelumnya</li> </ul>		
2.	Pemilahan dan Pengumpulan Data Indikator Mutu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PJ Mutu melakukan pengumpulan sampel data INM</li> <li>- PJ Mutu melakukan pengumpulan sampel data IMP-RS</li> <li>- PJ Mutu melakukan pengumpulan sampel data IMP-Unit</li> </ul>	Komite Mutu Seluruh Unit	100%
3	Analisis dan validasi data indikator mutu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membuat laporan triwulan pencapaian indikator mutu</li> <li>- Membuat lembar validasi sesuai sampel yang dikumpulkan</li> <li>- Membuat berita acara validasi data indikator mutu</li> </ul>	Direktur PT Direktur Rumah Sakit Komite Mutu	100%
4	Pencapaian dan Upaya mempertahankan Perbaikan Mutu Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien rumah sakit (SP2KP-RS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengesahan SK Tim PDSA</li> <li>- Pengesahan SK Tim RCA</li> <li>- Pengesahan SK Tim FMEA</li> <li>- Membuat laporan PDSA</li> <li>- Membuat laporan RCA</li> <li>- Pelaporan IKP kategori KTD dan sentinel ke KNKP</li> <li>- Pelaporan Indikator Mutu ke SIMAR</li> </ul>	Direktur Rumah Sakit Komite Mutu Keseekretarian	100%
5	Penerapan Manajemen Risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyusunan <i>risk register</i></li> <li>- Melakukan analisis mitigasi untuk meminimalisir risiko yang terjadi di unit</li> <li>- Mengajukan FMEA untuk memperbaiki risiko yang mungkin terjadi di unit</li> <li>- Penyusunan laporan hasil FMEA</li> </ul>	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.



## E. Jadwal Kegiatan

RENCANA PROGRAM, KEGIATAN, INDIKATOR, DAN TARGET KINERJA KOMITE MUTU RUMAH SAKIT INTAN HUSADA TAHUN 2023																							
Tujuan	Strategi	Indikator Strategi	Program dan Kegiatan		Indikator Kinerja Program (Outcome) dan Kegiatan (Output)													Data Awal	Ang. Biaya	P.J	Unit Terkait		
1	2	3	4		5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	18	19	20			
Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu, berdasarkan penilaian dan manajemen risiko	Komitah Mutu mengkoordinasikan program PMSU rumah sakit	Pengukuran mutu indikator proses (PMSU-123 dan M4-LM)	1.1.1	Melakukan pengumpulan indikator mutu nasional	0%													100%		Komitah Mutu	P.J. Mutu Unit		
			1.1.2	Melakukan pengukuran indikator mutu prioritas rumah sakit	0%														100%			P.J. Mutu Unit	
			1.1.3	Melakukan pengukuran indikator mutu prioritas unit	0%														100%			P.J. Mutu Unit	
			1.2	Mengembangkan jaringan mutu dan perbaikan berkelanjutan	0%															100%			P.J. Mutu Unit
			1.2.1	Pembentukan Tim PMSU	0%															100%			P.J. Mutu Unit
			1.2.2	Pembentukan Tim RCA	0%															100%			P.J. Mutu Unit
			1.2.3	Pembentukan Tim FMEA	0%															100%			P.J. Mutu Unit
			1.3	Mengembangkan sistem praktik terbaik dengan pendekatan siklus PDCA/Plan-Do-Check-Act	0%															100%			Komitah Mutu
			1.3.1	Melakukan pelatihan indikator mutu internal tentang critical pathway	0%															100%			Komitah Mutu
			1.3.2	Melakukan Audit Mutu secara Berkala	0%															100%			Komitah Mutu
			1.3.3	Melakukan audit mutu secara berkala	0%															100%			Komitah Mutu
			1.4	Mengukur dampak efektifitas dari efektifitas prosedur perbaikan terhadap besaran dan sumber daya manusia misal SCM	0%															100%			Komitah Mutu
			1.4.1	Menggunakan PDCA untuk unit yang dinilai indikatornya perlu perbaikan	0%															100%			Semua Unit di RS
1.4.2	Melakukan evaluasi tahunan untuk PDCA dan FMEA	0%															100%			Semua Unit di RS			
1.4.3	Menggunakan pengukuran PDCA	0%															100%			Semua Unit di RS			
1.4.4	Menggunakan lembar kerja PDCA	0%															100%			Semua Unit di RS			
1.5	Menggunakan data analisis risiko keselamatan pasien	0%															100%			Semua Unit di RS			
1.5.1	Melakukan pengukuran risiko keselamatan pasien yang berbas di unit	0%															100%			Semua Unit di RS			
1.5.2	Melakukan perbaikan dan tingkat PMSU yang tinggi	0%															100%			Semua Unit di RS			
1.6	Pengembangan sistem keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.1	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.2	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.3	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.4	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.5	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.6	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.7	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.8	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.9	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.10	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.11	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.12	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.13	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.14	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.15	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.16	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.17	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.18	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.19	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.20	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.21	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.22	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.23	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.24	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.25	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.26	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.27	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.28	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.29	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.30	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.31	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.32	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.33	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.34	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.35	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.36	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.37	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.38	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.39	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.40	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.41	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.42	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.43	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.44	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.45	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.46	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.47	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.48	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.49	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.50	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.51	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.52	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.53	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.54	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.55	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.56	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.57	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.58	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.59	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.60	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.61	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.62	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.63	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.64	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.65	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.66	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.67	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.68	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.69	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.70	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.71	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.72	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.73	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.74	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.75	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.76	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.77	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.78	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.79	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.80	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.81	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.82	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.83	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																100%			Semua Unit di RS		
1.6.84	Menggunakan indikator keselamatan pasien	0%																					

PTAN HUSADA																				
Pengujian dan pengumpulan data indikator mutu	2	Pengumpulan dan indikator mutu dilakukan oleh staf pengumpul data yang sudah memoskikan pemberian barang pengukur dan indikator mutu	2.1	Rumah sakit melakukan pengumpulan data secara port-ec dalam rumah dan luar	2.1.1	PJ Mutu melakukan pengumpulan sampel data BM-RS	0%												Semua UFG-RS dan HUSADA	
					2.1.2	PJ Mutu melakukan pengumpulan sampel data BM-RS	0%												Semua UFG-RS dan HUSADA	
Analisis dan validasi data indikator mutu	3	Rumah sakit melakukan proses validasi data terhadap indikator mutu yang dibuat	3.1	Rumahnya telah melakukan validasi yang baik indikator mutu yang ada pada metode dan luar	3.1.1	Membuat laporan hasil dan pencapaian indikator mutu	0%												Komite Mutu	
					3.1.2	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%												Komite Mutu	
					3.1.3	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%												Komite Mutu	
	Partisipasi dan upaya meningkatkan mutu, sistem pelayanan dan peningkatan keselamatan pasien rumah sakit (GPSRP-RS)	4	Rumah sakit melakukan proses validasi data terhadap indikator mutu yang dibuat	4.1	Rumahnya telah melakukan validasi yang baik indikator mutu yang ada pada metode dan luar	4.1.1	Membuat laporan hasil dan pencapaian indikator mutu	0%												Komite Mutu
						4.1.2	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%												Komite Mutu
					4.1.3	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%												Komite Mutu	
					4.1.4	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%												Komite Mutu	
				4.1.5	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.6	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.7	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.8	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.9	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.10	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.11	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.12	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.13	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.14	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.15	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.16	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.17	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.18	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.19	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.20	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.21	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.22	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.23	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.24	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.25	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.26	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.27	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.28	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.29	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.30	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.31	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.32	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.33	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.34	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.35	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.36	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.37	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.38	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.39	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.40	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.41	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.42	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.43	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.44	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.45	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.46	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.47	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.48	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.49	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.50	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.51	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.52	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.53	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.54	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.55	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.56	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.57	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.58	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.59	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.60	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.61	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.62	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.63	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.64	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.65	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.66	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.67	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.68	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.69	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.70	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.71	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.72	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.73	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.74	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.75	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.76	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.77	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.78	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.79	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.80	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.81	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.82	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.83	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.84	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.85	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.86	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.87	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.88	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.89	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.90	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.91	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.92	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.93	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.94	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.95	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.96	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.97	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.98	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.99	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	
				4.1.100	Membuat lembar validasi sesuai sampel yang diumpulkan	0%													Komite Mutu	

#### **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
5. 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

RUMAH SAKIT  
Direktur,



**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIP. 21110183633**