



**PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD TAPAN**

Jln. Tapan - Padang Kec. Basa Ampek Balai Tapan Kode Pos (25673)

Email: rsud@gmail.com



KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD TAPAN

NOMOR : 445/ 022 /SK/RSUD Tapan/2023

TENTANG

KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

DIREKTUR RSUD TAPAN,

Menimbang

- : a. bahwa dalam rangka memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat akan kesehatan perlu menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau;
- b. bahwa untuk syarat pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau memerlukan upaya yang berkesinambungan melalui siklus peningkatan mutu yang meliputi perencanaan, pelaksanaan program, pengawasan dan evaluasi serta senantiasa menerapkan saran – saran keselamatan pasien yang juga mencakup upaya – upaya manajemen resiko di seluruh aspek kegiatan rumah sakit;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD Tapan;

Mengingat

- : 1. Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
2. Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
3. Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
4. Undang – Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

8. Peraturan Bupati Pesisir Selatan Nomor 66 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Pesisir Selatan Nomor 6 Tahun 2017 tentang Tata Naskah Dinas di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Pesisir Selatan;

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD TAPAN TENTANG KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN.
- KESATU : Menetapkan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD Tapan dengan susunan keanggotaan sebagaimana tersebut dalam lampiran keputusan ini.
- KEDUA : Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana tersebut dalam Diktum KESATU merupakan organisasi non struktural yang berada dan bertanggung jawab kepada Direktur.
- KETIGA : Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana tersebut dalam Diktum KESATU mempunyai tugas sebagai berikut :
1. Mengkoordinasikan dan mengintegrasikan kegiatan pengukuran di seluruh rumah sakit;
 2. Mendukung mengumpulkan data unit, validasi dan analisis;
 3. Mendukung peningkatan berdasarkan analisis;
 4. Terlibat dalam pelatihan dan komunikasi masalah mutu dan keselamatan pasien;
 5. Mengintegrasikan sistem pelaporan kejadian dan pengukuran budaya keselamatan untuk memfasilitasi peningkatan;
 6. Melakukan pengawasan dan supervise kemajuan pengumpulan data pengukuran untuk program kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit; dan
 7. Mengkoordinasikan kegiatan manajemen risiko klinis dan non klinis termasuk berkolaborasi dengan tim K3RS dalam implementasikan program kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit.
- KEEMPAT : Tugas masing – masing unsur dalam Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien adalah sebagai berikut :
1. Tugas Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, meliputi :
 - a. Mengkoordinasikan kegiatan peningkatan mutu pelayanan di area klinis dan manajerial rumah sakit;
 - b. Mengkoordinasikan kegiatan yang berkaitan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit;
 - c. Mengkoordinasikan kegiatan manajemen risiko di rumah sakit; dan
 - d. Melaporkan hasil monitoring dan evaluasi program peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien rumah sakit kepada direktur untuk diteruskan kepada dewan pengawas.
 2. Tugas Sekretaris Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien :

- a. Mempersiapkan agenda dan materi rapat komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan Direktur maupun dengan unit kerja dan unit pelayanan.
 - b. Bekerjasama dengan sekretaris sub komite dalam pengelolaan dokumen – dokumen, data – data, laporan, arsip surat menyurat yang berkaitan dengan komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
3. Tugas Ketua Sub Komite Peningkatan Mutu Pelayanan :
- a. Bersama dengan ketua komite dan direktur menyusun regulasi rumah sakit berupa kebijakan dan pedoman terkait peningkatan mutu pelayanan klinis maupun majerial.
 - b. Bersama dengan ketua komiter dan direktur menentukan prioritas program peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit setiap periodenya.
 - c. Bersama dengan ketua komite dan direktur menyusun program kerja peningkatan mutu rumah sakit.
 - d. Memimpin dan mengkoordinasikan seluruh anggota sub komite peningkatan mutu pelayanan dalam melaksanakan tugas.
 - e. Melakukan monitoring dan evaluasi pengelolaan obat di rumah sakit.
 - f. Berkoordinasi dengan seluruh unit kerja dan unit pelayanan di rumah sakit dalam implementasi, monitoring dan evaluasi program peningkatan mutu pelayanan.
4. Tugas Sekretaris Sub Komite Peningkatan Mutu Pelayanan :
- a. Menyusun dokumen regulasi rumah sakit dan dokumen panduan teknis pengimplementasiannya yang telah dirumuskan bersama oleh komite peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien dengan direktur rumah sakit.
 - b. Menyusun dokumen program peningkatan mutu pelayanan yang telah dirumuskan bersama bersama oleh komite peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien dengan direktur rumah sakit.
 - c. Bekerjasama dengan sekretaris komite peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien dalam mengelola dokumen – dokumen, data – data, laporan, arsip surat menyurat yang terkait dengan kegiatan tim peningkatan mutu pelayanan.
 - d. Berkoordinasi dengan penanggung jawab pengumpulan data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi pencapaian indikator – indikator program peningkatan mutu pelayanan diarea klinis maupun manjerial.
 - e. Menyusun laporan evaluasi program peningkatan mutu pelayanan.
5. Tugas Anggota Sub Komite Peningkatan Mutu Pelayanan :
- a. Berpartisipasi aktif dalam semua kegiatan peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit.

- b. Mengikuti pertemuan – pertemuan komite dengan direktur maupun dengan unit kerja dan unit pelayanan.
 - c. Memberikan saran – saran tentang program peningkatan mutu pelayanan.
6. Tugas Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien :
- a. Bersama dengan ketua komite dan direktur menyusun regulasi rumah sakit berupa kebijakan dan pedoman terkait dengan penerapan sasaran keselamatan pasien.
 - b. Bersama dengan ketua komite dan direktur menyusun program kerja keselamatan pasien rumah sakit.
 - c. Memimpin dan mengkoordinasikan seluruh unit kerja dan unit pelayanan dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien termasuk dalam kegiatan pelaporan dan tindak lanjut insiden keselamatan pasien.
 - d. Memimpin dan mengkoordinasikan kegiatan *Root Cause Analysis* untuk insiden keselamatan pasien grade merah dan kuning.
 - e. Memberikan rekomendasi kepada unit kerja dan unit pelayanan terhadap laporan investigasi sederhana sebagai tindak lanjut dari insiden keselamatan pasien grade biru dan hijau.
 - f. Bertanggung jawab atas pelaporan insiden keselamatan pasien ke direktur, dewan pengawas dan Komite Nasional Keselamatan Pasien.
7. Tugas Sekretaris Sub Komite Keselamatan Pasien :
- a. Menyusun dokumen regulasi rumah sakit dan dokumen panduan teknis implementasinya yang telah dirumuskan bersama oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan direktur rumah sakit.
 - b. Menyusun dokumen program keselamatan pasien yang telah dirumuskan bersama oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan direktur rumah sakit.
 - c. Bekerjasama dengan sekretaris Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dalam mengelola dokumen – dokumen, data – data, laporan insiden keselamatan pasien dan arsip surat menyurat.
 - d. Berkoordinasi dengan kepala unit pelayanan dan unit kerja dalam mengumpulkan data – data yang dibutuhkan untuk monitoring dan evaluasi implementasi sasaran keselamatan pasien termasuk laporan insiden keselamatan pasien.
8. Tugas Anggota Sub Komite Keselamatan Pasien :
- a. Berpartisipasi aktif dalam semua kegiatan penerapan sasaran keselamatan pasien.
 - b. Mengikuti pertemuan – pertemuan komite dengan direktur maupun dengan unit kerja maupun dengan unit pelayanan.
 - c. Memberikan saran – saran tentang program keselamatan pasien.

9. Tugas Ketua Sub Komite Manajemen Risiko :

- a. Menyusun dan mensosialisasikan pedoman manajemen risiko rumah sakit.
 - b. Menyusun program kerja manajemen risiko dan berkoordinasi dengan direktur berkaitan dengan program kerja yang disusun.
 - c. Berkoordinasi dengan seluruh unit kerja dan unit pelayanan termasuk dengan team kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit serta Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dalam kegiatan manajemen risiko di rumah sakit yang diawali dengan identifikasi, penilaian dan evaluasi risiko.
 - d. Bertanggung jawab atas kegiatan *Failure Mode and Effect Analysis* rumah sakit yang dilakukan minimal sekali dalam satu tahun.
 - e. Melaporkan kegiatan manajemen risiko kepada direktur.
10. Tugas Sekretaris Sub Komite Manajemen Risiko :
- a. Melakukan kegiatan administrasi dalam seluruh rangkaian kegiatan manajemen risiko.
 - b. Menyusun dan mengelola dokumen *Risk Register* rumah sakit yang telah disinkronkan dengan dokumen *Hazard Vulnerability Analysis* dan dokumen *Infection Control Risk Assessment*.
 - c. Membuat dan mendokumentasikan kegiatan – kegiatan rapat atau pertemuan lain dalam rangkaian kegiatan tim manajemen risiko.
11. Tugas Anggota Sub Komite Manajemen Risiko
- a. Berpartisipasi aktif dalam semua kegiatan manajemen risiko.
 - b. Mengikuti pertemuan – pertemuan komite dengan direktur maupun dengan unit kerja dan unit pelayanan.
 - c. Memberikan saran – saran tentang kegiatan manajemen risiko.

KELIMA : Segala biaya yang timbul sebagai akibat diterbitkannya
KEENAM : Keputusan ini dibebankan kepada Anggaran RSUD Tapan.
: Keputusan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Tapan
pada tanggal 03 April 2023

DIREKTUR RSUD TAPAN,


Drg. IRMADEL PUTRA EMIRA
NIP. 19781111 201504 1 001

LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD TAPAN
NOMOR : 445/022/SK/RSUD Tapan/2023
TENTANG KOMITE PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN
PASIHEN

**SUSUNAN ANGGOTA KOMITE PENINGKATAN MUTU
DAN KESELAMATAN PASIHEN
RSUD TAPAN**

- A. Penanggung jawab : drg. Irmadel Putra Emira
- B. Ketua : dr. Rasy Risfahani
- C. Sekretaris : Ns. Ayu Mariana, S.Kep
- D. Sub Komite Peningkatan Mutu Pelayanan
- 1. Ketua : drg. Nesa Okvi Hardila
 - 2. Sekretaris : Rara Oktaviani, S.Tr.Kes
 - 3. Anggota : Ns. Agustina, S.Kep
Apt. Ricca Yulia Sari, S.Farm. MKM.
Ns. Livia Tessa Surya, S.Kep
- E. Sub Komite Keselamatan Pasien
- 1. Ketua : Ns. Ratika Yuzallia, S.Kep
 - 2. Sekretaris : Ns. Yance Wulan Utami, S.Kep
 - 3. Anggota : Ns. Nadia Filtasari, S.Kep
Ns. Ilham Wira Satria, S.Kep
Ns. Haries Pesta, S.Kep
- F. Sub Komite Manajemen Risiko
- 1. Ketua : Ns. Gusrini Yeza, S.Kep
 - 2. Sekretaris : Ns. Nina Febriana, S.Kep
 - 3. Anggota : Mega Silvia, S.T
Lilik Ulansari, Amd. Farm
Ns. Fauzia Amama Fitra, S.Kep



drg. IRMADEL PUTRA EMIRA
NIP. 19781111 201504 1 001