



PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS KESEHATAN
UPTD. RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA
Jl. Angsoka No 8, Telp. (0361) 243350
Email:rsmatabalimandara@yahoo.com
DENPASAR

KEPUTUSAN DIREKTUR UPTD. RUMAH SAKIT MATA
BALI MANDARA PROVINSI BALI

NOMOR 445/51/KEP/RSM.BM

TENTANG

PEMBENTUKAN DAN SUSUNAN KEANGGOTAAN KOMITE PENINGKATAN MUTU,
KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO PADA UNIT PELAKSANA
TEKNIS DAERAH RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA PROVINSI BALI

DIREKTUR UPTD. RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA PROVINSI BALI,

- Menimbang : a. bahwa sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan dan keamanan pasien perlu adanya pengelolaan peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko di Rumah Sakit;
- b. bahwa untuk mencapai hasil yang maksimal dalam peningkatan mutu, penanganan keselamatan pasien dan manajemen risiko di Rumah Sakit perlu membentuk Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko pada UPTD. Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali;
- c. bahwa terkait dengan dimulainya tugas belajar dr. Ni Made Ayu Wulandari sejak Agustus 2019 sehingga perlu penunjukkan Ketua Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang baru dan serah terima tugas, tanggung jawab dan wewenang sebagai Ketua Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
- d. bahwa sesuai dengan perkembangan dan penambahan jenis pelayanan di UPTD. Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali perlu dilaksanakan *review* dan penambahan penanggung jawab data dan pengumpul data;
- e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Pembentukan dan Susunan Keanggotaan Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko pada Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali;

Mengingat

1. Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 38);
7. Peraturan Daerah Provinsi Bali Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Provinsi Bali Tahun 2016 Nomor 10, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Bali Nomor 8);
8. Peraturan Gubernur Bali Nomor 50 Tahun 2018 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit di Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Bali (Berita Daerah Provinsi Bali Tahun 2018 Nomor 50);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

KESATU : Membentuk Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Pada Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali dengan Struktur Organisasi sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.

KEDUA : Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko pada UPTD. Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali terdiri dari:

1. Direktur sebagai Penanggung Jawab;
2. Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
3. Ketua Tim Peningkatan Mutu;
4. Ketua Tim Keselamatan Pasien;
5. Koordinator Investigasi;
6. Koordinator Pelaporan;
7. Koordinator *Patient Safety Officer*;
8. Koordinator Diklat;
9. Ketua Tim Manajemen Risiko;
10. Koordinator Risiko Klinis;
11. Koordinator Risiko Non Klinis; dan
12. PIC (*Person In Charge*) dalam hal ini adalah Penanggung Jawab Data Unit/Instalasi/Bagian).

KETIGA : Tugas Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko pada UPTD. Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali sebagaimana dimaksud dalam diktum Kedua adalah sebagai berikut:

1. Direktur bertugas:
 - a. berpartisipasi dalam perencanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - b. berpartisipasi dalam pelaksanaan monitoring program peningkatan mutu dan keselamatan pasien; dan
 - c. berpartisipasi dalam melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
2. Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien bertugas:
 - a. memastikan kehandalan perencanaan mutu dan keselamatan pasien berikut teknik dan alat dalam melaksanakan kegiatan tersebut;
 - b. memastikan terlaksananya perbaikan mutu dan keselamatan pasien melalui kegiatan-kegiatan sosialisasi, fasilitasi, dan audit yang melibatkan partisipasi pihak-pihak sesuai akuntabilitas masing-masing;

- c. memastikan terlaksananya efektivitas manajemen risiko khususnya kegiatan pelayanan dan manajemen sehingga terwujud penurunan angka risiko dan berdampak kepada peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - d. memastikan terciptanya komunikasi dan hubungan yang baik dengan *partner-partner* terkait dengan akreditasi mutu dan keselamatan pasien;
 - e. melakukan validasi data untuk memastikan kehandalan informasi pencapaian indikator mutu dan keselamatan pasien;
 - f. melaksanakan pendampingan dan koordinasi dengan pembimbing akreditasi dalam melaksanakan *surveillance* dalam mewujudkan pemenuhan standar mutu dan keselamatan pasien yang telah ditetapkan;
 - g. menyusun kebijakan, strategi dan prosedur di bidang manajemen mutu;
 - h. menyusun indikator mutu dan keselamatan pasien;
 - i. menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - j. memantau dan mengevaluasi seluruh program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - k. mensosialisasikan hasil pencapaian program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - l. memfasilitasi kegiatan yang terkait dengan inovasi mutu baik internal maupun eksternal;
 - m. melaksanakan pengumpulan dan analisis data terkait dengan pencapaian indikator mutu dan keselamatan pasien;
 - n. melaksanakan monitoring evaluasi budaya keselamatan di Rumah Sakit; dan
 - o. melaksanakan kegiatan konsultasi terhadap seluruh unit kerja terkait dengan pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
3. Ketua Tim Peningkatan Mutu bertugas:
- a. menyusun kebijakan dan strategi manajemen data mutu;
 - b. menyusun program indikator mutu;
 - c. melakukan koordinasi dengan unit terkait dalam penyusunan program peningkatan mutu lainnya;
 - d. memantau pelaksanaan seluruh program peningkatan mutu;
 - e. mengevaluasi pelaksanaan seluruh program peningkatan mutu;
 - f. menyusun laporan hasil pencapaian indikator;
 - g. mensosialisasikan hasil pencapaian program peningkatan mutu;

- h. memfasilitasi tindak lanjut hasil rekomendasi;
 - i. melakukan koordinasi dengan tim *patient safety* dan unit terkait dalam pembuatan *RCA* dan *FMEA*;
 - j. melakukan koordinasi dengan tim *patient safety* dan unit terkait dengan pembimbing *quality* dan *patient safety*;
 - k. memfasilitasi kegiatan terkait penyelenggaraan pengembangan inovasi dan gugus kendali mutu;
 - l. memfasilitasi rapat dan atau pertemuan koordinasi bulanan dengan direksi dan unit terkait;
 - m. melakukan koordinasi kepada bagian/bidang/komite/unit terkait terhadap implementasi standar pelayanan yang berfokus kepada pasien dan manajemen; dan
 - n. menghadiri rapat, pertemuan, *workshop* dan atau seminar terkait pengembangan mutu klinik baik internal maupun eksternal.
4. Ketua Tim Keselamatan Pasien bertugas:
- a. membuat kebijakan 6 (enam) sasaran keselamatan pasien;
 - b. menyusun kebijakan terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit;
 - c. membuat program kerja keselamatan pasien rumah sakit;
 - d. merencanakan pelatihan anggota KPRS;
 - e. melakukan koordinasi dengan unit lain untuk melaksanakan program KPRS;
 - f. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan seluruh anggota KPRS;
 - g. melaksanakan monitoring evaluasi budaya keselamatan rumah sakit; dan
 - h. memberikan rekomendasi pemecahan masalah keselamatan pasien kepada Direktur Rumah Sakit untuk ditindaklanjuti.
5. Koordinator Investigasi bertugas:
- a. menerima dan menganalisa kembali setiap kejadian atau insiden yang dilaporkan;
 - b. mengajukan solusi pencegahan masalah yang diajukan kepada Ketua Tim KPRS;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi ke unit-unit terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien terkait dengan investigasi; dan
 - d. membuat laporan berkala dan laporan khusus tentang kegiatan bidang investigasi.

6. Koordinator Pelaporan bertugas:
 - a. menerima dan mencatat seluruh data kejadian/ insiden yang dilaporkan oleh unit;
 - b. mengelompokkan/mengkatagorikan jenis laporan kejadian yang diterima;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien terkait dengan pelaporan insiden; dan
 - d. menyusun laporan berkala dan khusus dengan kegiatan bidang pelaporan.

7. Koordinator *Patient Safety Officer* bertugas:
 - a. melaksanakan 6 (enam) sasaran keselamatan pasien;
 - b. mensosialisasikan 6 (enam) sasaran keselamatan pasien di unit masing-masing;
 - c. membuat laporan insiden keselamatan pasien;
 - d. melakukan Investigasi sederhana Insiden Keselamatan Pasien;
 - e. mencatat Insiden Keselamatan Pasien; dan
 - f. melaporkan semua insiden keselamatan pasien yang terjadi ke ketua Tim KPRS.

8. Koordinator Diklat bertugas:
 - a. menyusun program pelatihan anggota Tim KPRS;
 - b. menyusun program orientasi untuk pegawai baru dan mahasiswa praktik;
 - c. menyusun program sosialisasi keselamatan pasien untuk seluruh pegawai;
 - d. membuat jadwal pelatihan internal;
 - e. melakukan monitoring dan evaluasi tentang budaya keselamatan pasien pada pegawai; dan
 - f. membuat laporan berkala dan laporan khusus terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien terkait diklat.

9. Ketua Tim Manajemen Risiko bertugas:
 - a. menyusun program manajemen risiko yang konsisten dengan misi dan rencana organisasi, serta memenuhi kebutuhan pasien, masyarakat dan staf;
 - b. melaksanakan proses-proses manajemen risiko dengan menggunakan pedoman praktek terkini, standar pelayanan medik, kepustakaan ilmiah dan informasi lain berdasarkan rancangan praktik klinik, serta sesuai dengan praktik bisnis yang sehat dan relevan dengan informasi terkini;
 - c. melaksanakan proses identifikasi dari risiko;
 - d. melaksanakan skoring dan penetapan prioritas risiko di seluruh unit/instalasi/bagian/unit;

- e. melaksanakan koordinasi dengan tim keselamatan pasien dalam hal penyelidikan KTD;
 - f. melakukan evaluasi terhadap KNC dan proses risiko tinggi lainnya yang dapat merubah dan berakibat terjadinya sentinel;
 - g. melaksanakan kegiatan *FMEA* untuk suatu kejadian yang berujung kepada risiko tinggi dan sentinel;
 - h. melakukan monitoring dan evaluasi ke unit-unit terhadap pelaksanaan program manajemen risiko rumah sakit dan manajemen dari hal yang terkait; dan
 - i. menyusun laporan berkala dan khusus tentang kegiatan manajemen risiko termasuk laporan *FMEA*.
10. Koordinator Risiko Klinis bertugas:
- a. melaksanakan proses identifikasi risiko klinis di masing-masing unit;
 - b. melaksanakan analisis sederhana terhadap risiko-risiko yang ada;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi program risiko klinis; dan
 - d. melaporkan secara berkala hasil evaluasi program manajemen risiko klinis kepada *Risk Manajemen*.
11. Koordinator Risiko Non Klinis bertugas:
- a. melaksanakan proses identifikasi risiko non klinis di masing-masing unit;
 - b. melaksanakan analisis sederhana terhadap risiko-risiko yang ada;
 - c. melakukan monitoring dan evaluasi program risiko non klinis; dan
 - d. melaporkan secara berkala hasil evaluasi program manajemen risiko klinis kepada *Risk Manajemen*.
12. PIC (*Person In Charge*) dalam hal ini (Penanggung Jawab Data unit/instalasi/bagian bertugas:
- a. menyusun Program PMKP Unit kerja;
 - b. mengumpulkan data mutu dari pengumpul data setiap bulan;
 - c. menganalisa data mutu yang dikumpulkan di unit setiap bulan;
 - d. melaporkan data mutu yang sudah dianalisa setiap bulan kepada atasan langsung dan Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko;
 - e. menyusun *FOCUS PDCA* apabila indikator tidak tercapai;
 - f. melaporkan Insiden Keselamatan Pasien pada Koordinator Pelaporan KPRS;

- g. melaksanakan identifikasi, analisa dan pengelolaan risiko pada unit kerja;
- h. melaporkan kegiatan manajemen risiko pada unit kerja melalui sistem yang tersedia;
- i. mengadakan rapat rutin terkait upaya Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko; dan
- j. mengajukan dan melaksanakan rencana perbaikan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko.

KEEMPAT : Wewenang Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko pada UPTD. Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali sebagaimana dimaksud dalam diktum Kedua adalah sebagai berikut:

1. Direktur berwenang:
 - a. menetapkan proses atau mekanisme pengawasan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
 - b. menetapkan prioritas rumah sakit dalam kegiatan evaluasi;
 - c. menetapkan prioritas rumah sakit dalam kegiatan peningkatan dan keselamatan pasien;
 - d. memberikan bantuan teknologi dan dukungan lainnya untuk mendukung program PMKP;
 - e. menginformasikan hasil program PMKP ke staf;
 - f. melaksanakan diklat PMKP;
 - g. menentukan paling sedikit lima area prioritas dengan fokus menggunakan pedoman klinis, *Clinical pathway*;
 - h. menetapkan indikator kunci untuk masing-masing struktur, proses dan hasil setiap upaya klinis;
 - i. menetapkan indikator kunci untuk masing-masing struktur, proses dan hasil setiap upaya manajemen;
 - j. menetapkan indikator kunci untuk masing-masing sasaran keselamatan pasien; dan
 - k. menetapkan definisi kejadian sentinel.
2. Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien berwenang:
 - a. memerintahkan dan menugaskan staf dalam melaksanakan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - b. meminta laporan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dari unit kerja terkait;
 - c. melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan rumah sakit terkait pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;

- d. memberikan pengarahan dalam hal penyusunan, pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut rekomendasi dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien; dan
 - e. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien dari unit kerja di lingkungan rumah sakit.
3. Ketua Tim Peningkatan Mutu berwenang:
- a. meminta laporan pelaksanaan pemantauan program indikator mutu penjaminan mutu dan pelaksanaan *clinical pathways* dari unit kerja terkait;
 - b. melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan rumah sakit terkait pelaksanaan pemantauan indikator mutu serta pelaksanaan *clinical pathway* dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan mutu rumah sakit; dan
 - c. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan rumah sakit.
4. Ketua Tim Keselamatan Pasien berwenang:
- a. mengusulkan konsep atau perubahan kebijakan keselamatan pasien;
 - b. meminta laporan pelaksanaan pemantauan indikator mutu keselamatan pasien dan penjaminan mutu dari unit kerja terkait;
 - c. melakukan koordinasi dengan unit kerja di lingkungan rumah sakit terkait pelaksanaan pemantauan indikator keselamatan pasien dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan keselamatan pasien; dan
 - d. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan rumah sakit.
5. Koordinator Investigasi berwenang:
- a. meminta arahan dari ketua untuk melaksanakan tugas;
 - b. melakukan koordinasi dengan unit kerja di lingkungan rumah sakit terkait pelaksanaan investigasi terhadap insiden keselamatan pasien dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit; dan
 - c. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan pelaksanaan investigasi terhadap insiden keselamatan pasien rumah sakit dari unit kerja di lingkungan rumah sakit.

6. Koordinator Pelaporan berwenang:
 - a. meminta arahan dari ketua untuk melaksanakan tugas;
 - b. melakukan koordinasi dengan unit kerja di lingkungan rumah sakit terkait insiden keselamatan pasien (KTD, KNC, KPC dan Sentinel); dan
 - c. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan insiden keselamatan pasien dari unit-unit kerja di rumah sakit.

7. Koordinator *Patient Safety Officer* berwenang:
 - a. meminta arahan dari ketua untuk melaksanakan tugas;
 - b. meminta laporan dan data yang terkait dalam pelaksanaan analisis terhadap insiden keselamatan pasien dari unit kerja;
 - c. melakukan koordinasi dengan unit kerja di lingkungan rumah sakit terkait pelaksanaan analisis insiden keselamatan pasien dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit; dan
 - d. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan pelaksanaan analisis terhadap insiden keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit.

8. Koordinator Diklat berwenang:
 - a. meminta arahan dari ketua untuk melaksanakan pendidikan keselamatan pasien di rumah sakit;
 - b. melakukan koordinasi dengan unit kerja di lingkungan rumah sakit terkait pelaksanaan Diklat Keselamatan Pasien;
 - c. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan pelaksanaan Diklat Keselamatan Pasien; dan
 - d. mengatur jadwal Diklat KPRS.

9. Ketua Tim Manajemen Risiko berwenang:
 - a. mengelola tim manajemen risiko RS;
 - b. melakukan pengawasan dan melaksanakan manajemen risiko di seluruh unit kerja rumah sakit; dan
 - c. memberi masukan dan rekomendasi kepada Direktur rumah sakit dengan tugas kegiatan manajemen risiko.

10. Koordinator Risiko Klinis berwenang:
 - a. mengelola manajemen risiko Klinis Rumah Sakit; dan
 - b. melakukan pengawasan dan melaksanakan manajemen risiko klinis di seluruh unit kerja rumah sakit.

11. Koordinator Risiko Non Klinis berwenang:
 - a. mengelola manajemen risiko non klinis di rumah sakit; dan
 - b. melakukan pengawasan dan melaksanakan manajemen risiko non klinis di seluruh unit kerja rumah sakit.

12. PIC (*Person In Charge*) dalam hal ini (Penanggung Jawab Data unit/instalasi/bagian berwenang:
 - a. melaksanakan supervisi proses pengumpulan data mutu di unit kerja;
 - b. meminta laporan pelaksanaan pemantauan indikator mutu unit kerja;
 - c. melakukan koordinasi dengan unit kerja di lingkungan rumah sakit; dan
 - d. meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu unit kerja di lingkungan rumah sakit.

KELIMA : Tanggung Jawab Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko pada UPTD. Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali sebagaimana dimaksud dalam diktum Kedua adalah sebagai berikut:

1. Direktur bertanggung jawab:
 - a. bertanggung jawab bahwa data yang disampaikan ke publik dapat dipertanggungjawabkan dari segi mutu dan hasilnya;
 - b. mengambil tindakan berdasarkan hasil *RCA*;
 - c. menerapkan kerangka acuan manajemen risiko;
 - d. membuat rancang ulang dari proses yang mengandung risiko tinggi; dan
 - e. melaporkan hasil program mutu dan keselamatan pasien kepada pemilik rumah sakit setiap tahun.

2. Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien bertanggung jawab:
 - a. bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
 - b. bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien;
 - c. bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Direktur Rumah Sakit;
 - d. bertanggung jawab terhadap ketersediaan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
 - e. bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit; dan
 - f. bertanggung jawab terhadap disiplin dan kinerja kerja staf di Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko.

3. Ketua Tim Peningkatan Mutu bertanggung jawab:
 - a. bertanggung jawab terhadap pemantauan Program Indikator Mutu dan pelaksanaan *clinical pathway*;
 - b. bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - c. bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan inovasi mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* di rumah sakit;
 - d. bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* serta kegiatan-kegiatan mutu lainnya kepada Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien; dan
 - e. bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan *clinical pathway* rumah sakit.

4. Ketua Tim Keselamatan Pasien bertanggung jawab:
 - a. bertanggung jawab terhadap pemantauan Program Keselamatan Pasien;
 - b. bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan indikator Keselamatan Pasien di Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - c. bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan pemantauan program Keselamatan Pasien dan kegiatan mutu lainnya kepada Ketua Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
 - d. bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit;
 - e. bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan keselamatan pasien rumah sakit; dan
 - f. bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit terhadap pelaksanaan kegiatan keselamatan pasien rumah sakit.

5. Koordinator Investigasi bertanggung jawab:
 - a. Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan Investigasi Insiden Keselamatan Pasien;
 - b. bertanggung jawab melaporkan hasil pelaksanaan Investigasi Insiden Keselamatan Pasien kepada Ketua Komite PMKP;
 - c. bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan Investigasi Insiden Keselamatan Pasien; dan
 - d. bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan Investigasi Insiden Keselamatan Pasien.

6. Koordinator Pelaporan bertanggung jawab:
 - a. bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan Insiden Keselamatan Pasien;
 - b. bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pemantauan insiden keselamatan pasien dan kegiatan keselamatan pasien lainnya kepada Ketua Komite PMKP; dan
 - c. bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan laporan data keselamatan pasien.

7. Koordinator *Patient Safety Officer* bertanggung jawab:
 - a. bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan analisa insiden keselamatan pasien dan kegiatan keselamatan pasien lainnya kepada Ketua Komite PMKP;
 - b. bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan analisa insiden keselamatan pasien; dan
 - c. bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan analisa keselamatan pasien rumah sakit.

8. Koordinator Diklat bertanggung jawab:
 - a. terlaksananya pendidikan dan edukasi berkelanjutan untuk mencegah terjadinya insiden terhadap pasien di rumah sakit;
 - b. bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan Diklat Keselamatan Pasien;
 - c. bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan Diklat keselamatan pasien rumah sakit; dan
 - d. bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan Diklat keselamatan pasien dan kegiatan-kegiatan keselamatan pasien lainnya kepada Ketua Komite PMKP.

9. Ketua Tim Manajemen Risiko bertanggung jawab:
 - a. terlaksananya program manajemen risiko rumah sakit;
 - b. terpenuhinya prosedur pelaksanaan dan layanan yang menjamin pelaksanaan manajemen risiko di rumah sakit;
 - c. terkendalinya kondisi yang berpotensi membahayakan pasien, staf, maupun pengunjung serta mendukung pelaksanaan manajemen risiko di rumah sakit; dan
 - d. terjaganya komitmen karyawan terhadap manajemen risiko di rumah sakit.

10. Koordinator Risiko Klinis bertanggung jawab:
 - a. terlaksananya program manajemen risiko klinis rumah sakit;
 - b. terpenuhinya prosedur pelaksanaan dan layanan yang menjamin pelaksanaan risiko klinis di rumah sakit;
 - c. terkendalinya kondisi yang berpotensi membahayakan pasien, staf, maupun pengunjung serta mendukung pelaksanaan manajemen risiko di rumah sakit; dan
 - d. terjaganya komitmen karyawan terhadap manajemen risiko di rumah sakit.

11. Koordinator Risiko Non Klinis bertanggung jawab:
 - a. terlaksananya program manajemen risiko non klinis rumah sakit;
 - b. terpenuhinya prosedur pelaksanaan dan layanan yang menjamin pelaksanaan risiko non klinis di rumah sakit;
 - c. terkendalinya kondisi yang berpotensi membahayakan pasien, staf, maupun pengunjung serta mendukung pelaksanaan manajemen risiko di rumah sakit; dan
 - d. terjaganya komitmen karyawan terhadap manajemen risiko di rumah sakit.

12. PIC (*Person In Charge*) dalam hal ini (Penanggung Jawab Data unit/instalasi/bagian bertanggung jawab:
 - a. bertanggung jawab terhadap pemantauan indikator mutu unit kerja;
 - b. bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan mutu unit kerja;
 - c. bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu rumah sakit; dan
 - d. bertanggung jawab dalam pemberian informasi yang berhubungan dengan kegiatan mutu rumah sakit.

KEENAM : Dalam pelaksanaan tugasnya Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko pada UPTD. Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali bertanggung jawab kepada Direktur.

KETUJUH : Susunan Keanggotaan Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan manajemen Risiko pada UPTD. Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini.

KEDELAPAN : Pada saat Keputusan ini mulai berlaku, Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Bali Nomor 445/10/KEP/RSM.BM tentang Pembentukan dan Susunan Keanggotaan Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko di Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

KESEMBILAN : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Denpasar
pada tanggal 4 Nopember 2019

Paraf Hirarki	
Wadir Pelayanan	
Kepala Bidang Pelayanan Medik	
Kasi Pengendalian Mutu Pelayanan Medik	

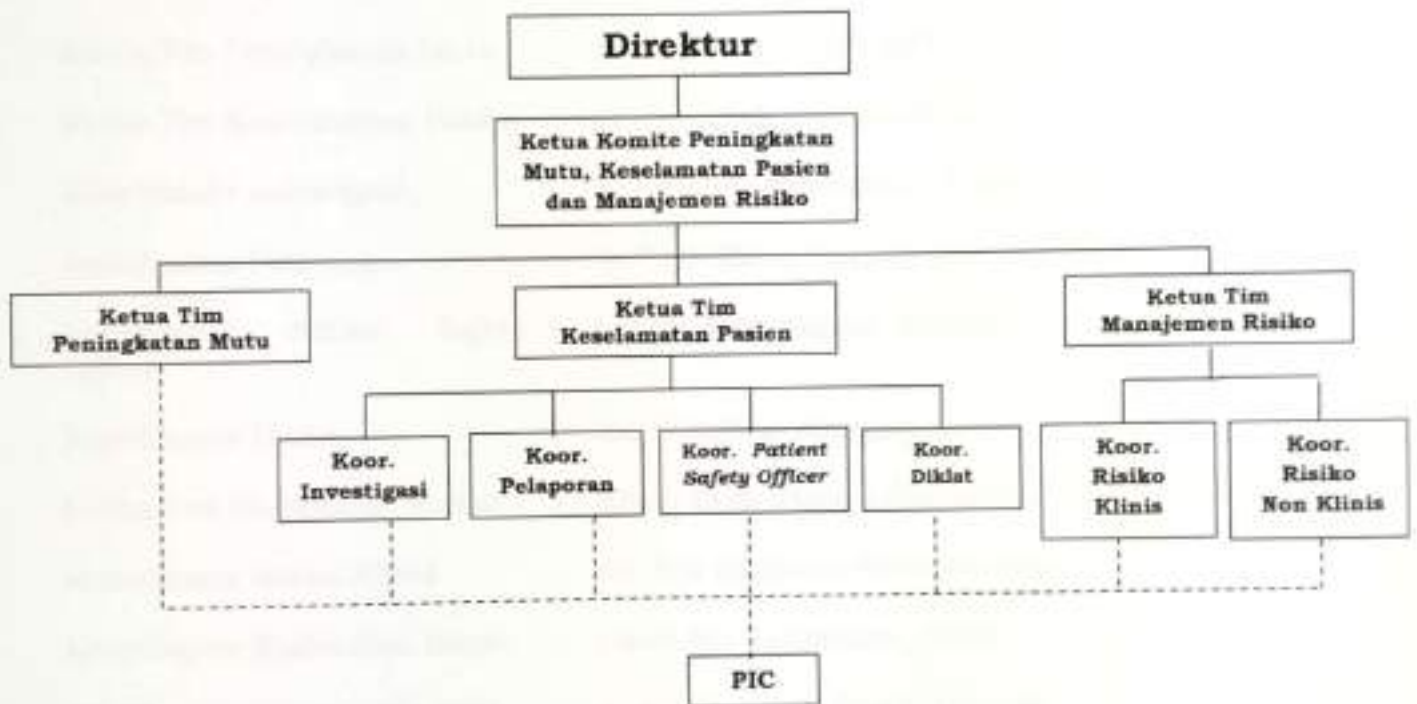
DIREKTUR UPTD. RUMAH SAKIT
MATA BALI MANDARA PROVINSI
BALI,



dr. NI MADE YUNITI, MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19610810 198803 2 004

LAMPIRAN I
 KEPUTUSAN DIREKTUR UPTD.
 RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA
 PROVINSI BALI
 NOMOR 445/51/KEP/RSM.BM
 TENTANG
 PEMBENTUKAN DAN SUSUNAN
 KEANGGOTAAN KOMITE
 PENINGKATAN MUTU, KESELAMATAN
 PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO
 PADA UNIT PELAKSANA TEKNIS
 DAERAH RUMAH SAKIT MATA BALI
 MANDARA PROVINSI BALI

Struktur Organisasi Komite Peningkatan Mutu, Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Pada UPTD. Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali



Paraf Hirarki	
Wadir Pelayanan	G
Kepala Bidang Pelayanan Medik	B
Kasi Pengendalian Mutu Pelayanan Medik	NE

DIREKTUR UPTD. RUMAH SAKIT
 MATA BALI MANDARA PROVINSI
 BALI,

dr. NI MADE YUNITI, MM
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19610810 198803 2 004

LAMPIRAN II
KEPUTUSAN DIREKTUR UPTD.
RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA
PROVINSI BALI
NOMOR 445/51/KEP/RSM.BM
TENTANG
PEMBENTUKAN DAN SUSUNAN
KEANGGOTAAN KOMITE
PENINGKATAN MUTU, KESELAMATAN
PASIEAN DAN MANAJEMEN RISIKO
PADA UNIT PELAKSANA TEKNIS
DAERAH RUMAH SAKIT MATA BALI
MANDARA PROVINSI BALI

Susunan Keanggotaan Komite Peningkatan Mutu Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Pada UPTD. Rumah Sakit Mata Bali Mandara Provinsi Bali.

Ketua Komite PMKP	:	dr. Ida Ayu Gita Puspita
Ketua Tim Peningkatan Mutu	:	Ni Made Sri Utami, SST
Ketua Tim Keselamatan Pasien	:	dr. Putu Udyani Agustina
Koordinator Investigasi	:	Ni Ketut Budiarmiasih, S.Kep, Ns.
Koordinator Pelaporan	:	Ni Putu Maria Puspita Dewi, AMd.Kep
Koordinator <i>Patient Safety Officer</i>	:	I Made Semaraguna Suinata, AMd. Kep
Koordinator Diklat	:	Ka. Sub.Bag. Kepegawaian
Ketua Tim Manajemen Risiko	:	Ellien Christiansen Nainggolan, SST, MSc.PH
Koordinator Risiko Klinis	:	dr. Ayu Setiawati Kencana Putri
Koordinator Risiko Non Klinis	:	Dewa Rai Yunantara, Atem
PIC/Penanggung Jawab Data	:	a. Ka. Instalasi Gawat Darurat b. Ka. Instalasi Rawat Inap dan Bedah c. Ka. Instalasi Rawat Jalan d. Ka. Instalasi Farmasi e. Ka. IPSRS f. Ka. Instalasi Diklit g. Ka. Komite Medik h. Ka. Komite Keperawatan i. Ka. Unit Rekam Medis j. Koordinator Laboratorium k. Koordinator Radiologi l. Koordinator CSSD m. Koordinator Laundry n. Koordinator Gizi

- o. Koordinator optik
- p. Ka. Sub Bag. Perencanaan dan Pengembangan RS
- q. Ka. Sub Bag. SIM RS dan Pelaporan
- r. Ka. Sub Bag. Pendapatan
- s. Ka. Sub. Bag. Pembendaharaan
- t. Ka. Sub Bag. Kepegawaian
- u. Ka. Tim PPI
- v. Ka. Tim PPRA
- w. Ketua K3RS

Paraf Hirarki	
Wadir Pelayanan	G
Kepala Bidang Pelayanan Medik	
Kasi Pengendalian Mutu Pelayanan Medik	

DIREKTUR UPTD. RUMAH SAKIT
MATA BALI MANDARA PROVINSI
BALI,



dr. NI MADE YUNITI, MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19610810 198803 2 004