



PEMERINTAH KOTA SURABAYA  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH EKA CANDRARINI**

Jalan Medokan Asri Tengah No.2, Sbya 60293  
Telepon (031) 8439473 callcenter 1500655  
Laman surabaya.go.id, Pos-el : rsud\_eka\_candrarini@surabaya.go.id

KEPUTUSAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH EKA CANDRARINI  
NO : 400.7 / 673 / 436.7.2.3 / 2024  
TENTANG  
PEMBENTUKAN KOMITE MUTU  
DI RSUD EKA CANDRARINI SURABAYA

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
EKA CANDRARINI KOTA SURABAYA,

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat khususnya pelayanan medis, perlu dibentuk Komite Mutu di Rumah Sakit RSUD Eka Candrarini Surabaya.
- b. bahwa rumah sakit membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien;
- c. bahwa pembentukan Komite Mutu Rumah Sakit seperti di maksud pada huruf a dan huruf b, maka perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur tentang Pembentukan Komite Mutu Rumah Sakit
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6687);
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Undang -Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 5860);
5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2018 tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja;

6. Rumah Sakit;
7. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 55 Tahun 2024 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Eka Candrarini Kota (Berita Daerah Kota Surabaya Tahun 2024 Nomor 56);
8. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 78 Tahun 2024 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Eka Candrarini Kota (Berita Daerah Kota Surabaya Tahun 2024 Nomor 79).

### **MEMUTUSKAN**

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR TENTANG KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT RSUD EKA CANDRARINI SURABAYA.
- KESATU : Susunan Keanggotaan Komite Mutu Rumah Sakit RSUD Eka Candrarini sebagaimana dimaksud tercantum dalam lampiran keputusan ini.
- KEDUA : Komite Mutu Pasien Rumah Sakit RSUD Eka Candrarini dibentuk dalam upaya meningkatkan mutu dan melaksanakan kegiatan penjaminan mutu rumah sakit serta memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.
- KETIGA : Komite Mutu (KM) Rumah Sakit RSUD Eka Candrarini mempunyai tugas dan Fungsi sebagai berikut :
- a) Sebagai motor penggerak penyusunan program KM rumah sakit
  - b) Melakukan monitoring dan memandu penerapan program KM rumah sakit
  - c) Membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator.
  - d) Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaannya.
  - e) Menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit.
  - f) Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan.

- g) Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien
- h) Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan KM
- i) Bertanggung jawab untuk mengomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf
- j) Menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program KM.

KEEMPAT : Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini maka diadakan perubahan atau perbaikan sebagaimana mestinya.

KELIMA : Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 1 November 2024

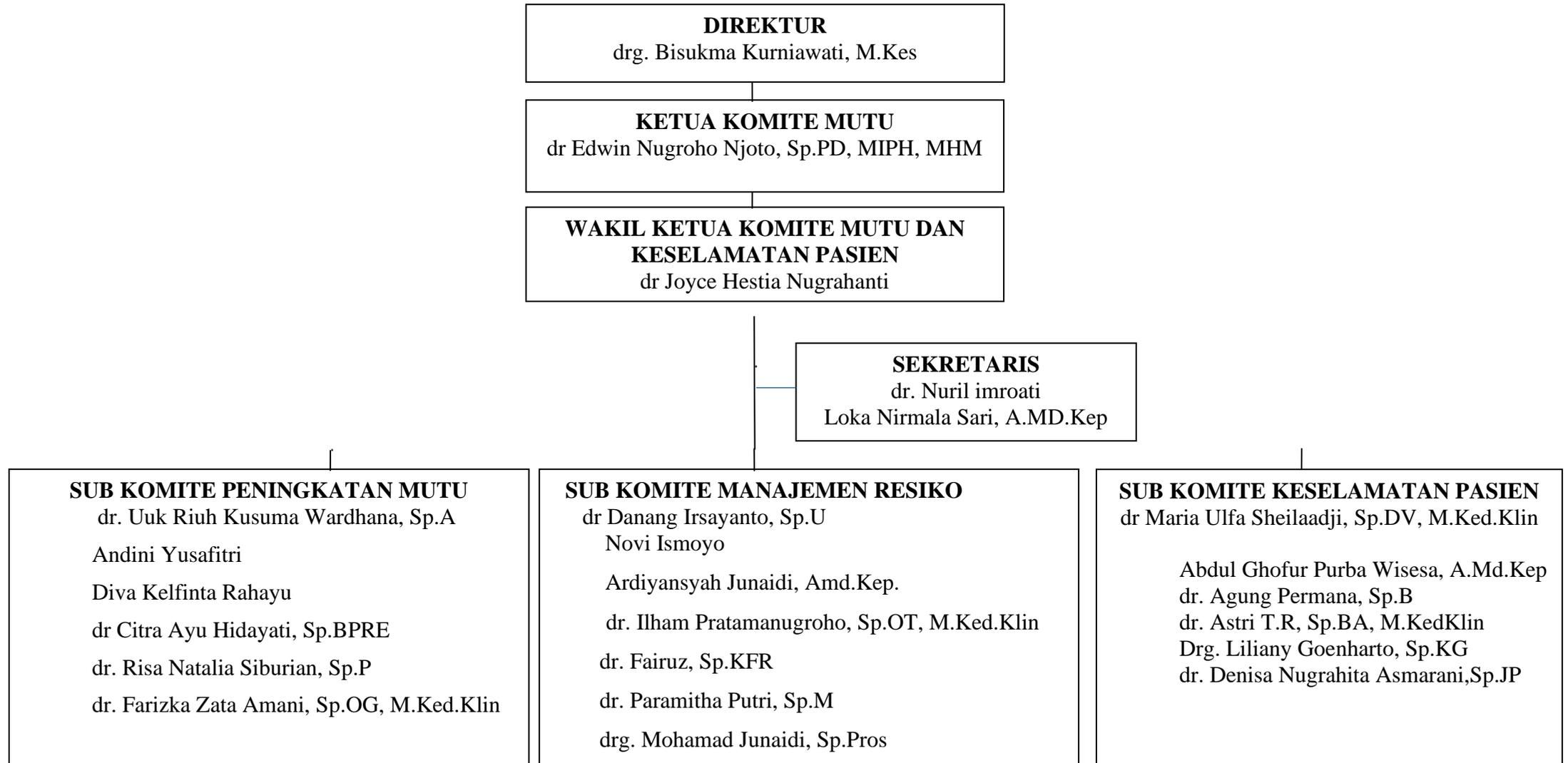
DIREKTUR  
RSUD EKA CANDRARINI  
KOTA SURABAYA,  
drg. Bisukma Kurniawati,  
M.Kes

Pembina Utama Muda/ IV c  
NIP 196803031993032008



LAMPIRAN :  
Nomor : 400.7 / 673 / 436.7.2.3 / 2024  
Tanggal : 1 November 2024

### STRUKTUR ORGANISASI



## **TUGAS DAN KEWENANGAN**

### A. Sub Komite Peningkatan Mutu

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, Sub Komite Mutu memiliki fungsi:

- a. Menyusun kebijakan, pedoman dan program kerja terkait pengelolaan dan penerapan program mutu pelayanan Rumah Sakit;
- b. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit terkait perbaikan mutu tingkat Rumah Sakit;
- c. Membantu Direktur dalam pemilihan prioritas perbaikan tingkat Rumah Sakit dan pengukuran indikator tingkat Rumah Sakit serta menindaklanjuti hasil capaian indikator tersebut;
- d. Memantau dan memandu penerapan program mutu di unit kerja;
- e. Memantau dan memandu unit kerja dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator mutu;
- f. Memfasilitasi penyusunan profil indikator mutu dan instrumen untuk pengumpulan data;
- g. Memfasilitasi pengumpulan data, analisis capaian, validasi dan pelaporan data dari seluruh unit kerja;
- h. Pengumpulan data, analisis capaian, validasi, dan pelaporan data indikator prioritas Rumah Sakit dan indikator mutu nasional Rumah Sakit;
- i. Koordinasi dan komunikasi dengan komite medis dan komite lainnya, satuan pemeriksaan internal, dan unit kerja lainnya yang terkait, serta staf;
- j. pelaksanaan dukungan untuk implementasi budaya mutu di Rumah Sakit
- k. pengkajian standar mutu pelayanan di Rumah Sakit terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian
- l. penyelenggaraan pelatihan peningkatan mutu; dan

m. penyusunan laporan pelaksanaan program peningkatan mutu.

#### B. Sub Komite Manajemen Resiko

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi manajemen risiko, Komite Manajemen Resiko memiliki fungsi:

- a. penyusunan kebijakan, pedoman dan program kerja terkait manajemen risiko Rumah Sakit;
- b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit terkait manajemen risiko di Rumah Sakit;
- c. pemantauan dan memandu penerapan manajemen risiko di unit kerja;
- d. pemberian usulan atas profil risiko dan rencana penanganannya;
- e. pelaksanaan dan pelaporan rencana penanganan risiko sesuai lingkup tugasnya;
- f. pemberian usulan rencana kontingensi apabila kondisi yang tidak normal terjadi;
- g. pelaksanaan penanganan risiko tinggi;
- h. pelaksanaan pelatihan manajemen risiko; dan
- i. penyusunan laporan pelaksanaan program manajemen risiko.

#### C. Sub Komite Keselamatan Pasien rumah sakit

Dalam melaksanakan tugas pelaksanaan dan evaluasi keselamatan pasien, Subkomite Keselamatan Pasien memiliki fungsi:

- a. penyusunan kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait keselamatan pasien Rumah Sakit;
- b. pemberian masukan dan pertimbangan kepada Kepala atau Direktur Rumah Sakit dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;
- c. pemantauan dan memandu penerapan keselamatan pasien di unit kerja;
- d. motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien;
- e. pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden, termasuk melakukan *Root Cause Analysis* (RCA), dan pemberian solusi untuk meningkatkan

keselamatan pasien

- f. pelaporan insiden secara kontinu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- g. melaksanakan pelatihan keselamatan pasien; dan
- h. penyusunan laporan pelaksanaan program keselamatan pasien.

#### **A. KETUA KM**

##### **URAIAN TUGAS**

- a) Menyusun dan merencanakan pelaksanaan kegiatan program kerja KM
- b) Memimpin, mengkoordinir, dan mengevaluasi pelaksanaan operasional KM secara efektif, efisien dan bermutu
- c) Mengumpulkan data indikator baik dari Koordinator Sub Komite Mutu maupun dari Koordinator Sub Komite Keselamatan Pasien RS dan unit kerja terkait
- d) Menganalisa data indikator mutu pelayanan baik indikator mutu klinis RS maupun indikator mutu manajerial RS serta indikator keselamatan pasien
- e) Mengevaluasi pelaksanaan 5 (lima) area prioritas yang sudah ditetapkan oleh Direktur dengan fokus utama pada penggunaan PPK, clinical pathway dan indikator mutu kunci
- f) Melaksanakan analisis terhadap data yang dikumpulkan dan diubah menjadi informasi
- g) Melakukan validasi data KM secara internal dan dilakukan secara periodik
- h) Menyebarkan informasi tentang peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara regular melalui rapat staf
- i) Meningkatkan pengetahuan anggota dengan memberikan pelatihan terhadap staf yang ikut serta dalam program KM

##### **WEWENANG**

- a) Memerintahkan dan menugaskan staf dalam melaksanakan Program Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
- b) Meminta laporan pelaksanaan program Komite Mutu dari unit kerja terkait

- c) Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSUD Eka Candrarini Surabaya terkait pelaksanaan program Komite Mutu
- d) Memberikan pengarahan dalam hal penyusunan, pelaksanaan, evaluasi, dan tindak lanjut rekomendasi dari program komite mutu
- e) Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan Komite Mutu dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD Eka Candrarini Surabaya

### **TANGGUNG JAWAB**

- a) Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program komite mutu rumah sakit
- b) Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien
- c) Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan program komite mutu kepada Direktur RSUD Eka Candrarini Surabaya
- 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
- f) Bertanggung jawab terhadap disiplin dan kinerja kerja staf di Komite Mutu

## **B. SEKRETARIS**

### **URAIAN TUGAS**

- a) Mengatur rapat dan jadwal rapat Komite Mutu
- b) Menyiapkan ruang rapat dan perlengkapan yang diperlukan
- c) Membantu meminta laporan indikator kepada unit kerja terkait
- d) Menganalisis data Komite Mutu bersama ketua dan anggota Komite Mutu
- e) Mendokumentasikan hasil pencapaian indikator area klinis, manajerial dan indikator sasaran keselamatan pasien
- f) Menjadi notulen di setiap kegiatan pertemuan Komite Mutu
- g) Mengorganisir kebutuhan logistik Komite Mutu Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal Komite Mutu
- h) Mengerjakan tugas – tugas administratif dan kesekretariatan lainnya

### **WEWENANG**

- a) Meminta laporan pelaksanaan program komite mutu dari unit kerja terkait

- b) Melakukan koordinasi dengan unit-unit kerja di lingkungan RSUD Eka Candrarini Surabaya terkait pelaksanaan program komite mutu.
- c) Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD Eka Candrarini Surabaya
- d) Melakukan komunikasi internal dan eksternal kepada unit kerja di lingkungan RSUD Eka Candrarini Surabaya dan pihak luar melalui surat tertulis, email, dan telepon

### **TANGGUNG JAWAB**

- a) Bertanggung jawab terhadap kegiatan administratif di Komite Mutu
- b) Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan mutu dan keselamatan pasien
- c) Bertanggung jawab melaporkan hasil kegiatan administratif kepada Ketua Komite Mutu

## **C. SUB KOMITE PENINGKATAN MUTU**

### **URAIAN TUGAS**

- a) Melaksanakan kegiatan program komite mutu di RSUD Eka Candrarini Surabaya
- b) Menyusun panduan indikator mutu
- c) Membuat metode pemantauan indikator mutu klinis dan manajerial
- d) Menyusun formulir pemantauan indikator mutu
- e) Berkoordinasi dengan unit terkait dalam penyelenggaraan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan Clinical Pathways
- f) Menganalisa hasil pencapaian indikator mutu
- g) Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator mutu
- h) Melakukan perbandingan hasil pemantauan indikator mutu secara periodik dengan standar nasional serta rumah sakit lain yang sejenis
- i) Melaksanakan komunikasi secara internal dan eksternal tentang pencapaian mutu dan pelaksanaan *Clinical Pathways* kepada unit kerja di lingkungan dan pihak luar melalui surat tertulis, email dan telepon
- j) Membantu berkoordinasi dalam kegiatan internal dan eksternal program Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
- k) Menyusun panduan pelaksanaan validasi data internal khusus indikator mutu
- l) Membuat alat ukur validasi khusus indikator mutu

- m) Menyelenggarakan kegiatan validasi hasil pencapaian indikator mutu berkoordinasi dengan unit terkait
- n) Melaksanakan analisis komparatif hasil validasi internal dengan data unit terkait
- o) Membuat laporan hasil validasi internal khusus indikator mutu
- p) Berkoordinasi dengan Kepala Bagian Umum dan Keuangan, Kepala Bidang pelayanan medik dan keperawatan, dan kepala bidang penunjang dalam mengunggah hasil pencapaian indikator mutu yang telah dinyatakan valid dan direkomendasi oleh Direktur

### **WEWENANG**

- 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 RSUD Eka Candrarini Surabaya terkait pelaksanaan pemantauan indikator mutu serta pelaksanaan *Clinical Pathways* dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan mutu rumah sakit
- c) Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan *Clinical Pathways* rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD Eka Candrarini Surabaya

### **TANGGUNG JAWAB**

- a) Bertanggung jawab terhadap pemantauan Program Indikator Mutu dan pelaksanaan *Clinical Pathways*
- b) Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan indikator mutu di SubKomite Peningkatan Mutu dan dan meminta pelaporan pelaksanaan *Clinical Pathways*
- c) Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan inovasi mutu dalam pelaksanaan *Clinical Pathways* dan Manajemen resiko di rumah sakit
- d) Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan pemantauan indikator mutu dan pelaksanaan *Clinical Pathways* serta kegiatan-kegiatan mutu lainnya kepada Ketua Komite Mutu
- e) Bertanggung jawab terhadap pengolahan data dan informasi yang berhubungan dengan mutu dan pelaksanaan *Clinical Pathways* rumah sakit

## **D. SUB KOMITE MANAJEMEN RESIKO**

### **URAIAN TUGAS**

- a) Melakukan monitoring perencanaan risk manajemen
- b) Melakukan monitoring pelaksanaan program
- c) Melakukan pendidikan / edukasi staf tentang manajemen risiko rumah sakit
- d) Monitoring insiden/kecelakaan karena fasilitas
- e) Melakukan evaluasi dan revisi program secara berkala
- f) Memberikan laporan tahunan kepada pemilik RS tentang pencapaian program
- g) Melakukan pengorganisasian dan pengelolaan secara konsisten dan terus menerus

### **WEWENANG**

- a) Mengelola tim manajemen risiko RS
- b) Melakukan pengawasan dan melaksanakan manajemen risiko di seluruh unit kerja rumah sakit
- c) Memberi masukan dan rekomendasi kepada Direktur rumah sakit dengan tugas kegiatan manajemen risiko

### **TANGGUNG JAWAB**

1. Terlaksananya program manajemen risiko rumah sakit
2. Terpenuhinya prosedur – prosedur pelaksanaan dan layanan yang menjamin pelaksanaan risiko di rumah sakit
3. Terkendalinya kondisi – kondisi yang berpotensi membahayakan pasien, staf, maupun pengunjung serta mendukung pelaksanaan manajemen risiko dirumah sakit
4. Terjaganya komitmen karyawan terhadap manajemen risiko di rumah sakit

## **E. SUB KOMITE KESELAMATAN PASIEN**

### **URAIAN TUGAS**

- a) Memberi masukan pada Direktur penyusunan Kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit sesuai dengan standar akreditasi
- b) Menyusun program Komite Mutu
- c) Membuat laporan tahunan / laporan pelaksanaan program

- d) Melaksanakan monitoring dan evaluasi program melalui pertemuan berkala
- e) Menyusun indikator keselamatan pasien RS
- f) Menganalisa hasil pencapaian indikator keselamatan pasien
- g) Membuat laporan periodik hasil pemantauan indikator keselamatan pasien
- h) Menyelenggarakan dan menyiapkan kegiatan sosialisasi internal rumah sakit tentang pencapaian indikator keselamatan pasien
- i) Mendesiminasikan bahan rekomendasi hasil pemantauan indikator keselamatan pasien dan pelaksanaan manajemen resiko ke unit terkait
- j) Mengkoordinasikan pendokumentasian, evaluasi dan upaya tindak lanjut atas Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Sentinel
- k) Melaksanakan koordinasi antar unit bila terjadi KTD dan KNC
- l) Melakukan koordinasi tentang program *Patient Safety* dan manajemen resiko dengan unit terkait dalam pembuatan RCA dan FMEA

#### **WEWENANG**

- 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-unit kerja di lingkungan RSUD Eka Candrarini Surabaya terkait pelaksanaan pemantauan indikator keselamatan pasien dan hal-hal lainnya yang berhubungan dengan keselamatan pasien
- d) Meminta data dan informasi yang berhubungan dengan keselamatan pasien rumah sakit dari unit-unit kerja di lingkungan RSUD Eka Candrarini Surabaya.

#### **TANGGUNG JAWAB**

- a) Bertanggung jawab terhadap pemantauan Program Keselamatan Pasien
- b) Bertanggung jawab terhadap penyusunan laporan pemantauan indikator Keselamatan Pasien di Komite Mutu
- c) Bertanggung jawab untuk melaporkan hasil pelaksanaan pemantauan program Keselamatan Pasien dan kegiatan-kegiatan mutu lainnya kepada Ketua Komite Mutu

- 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

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 1 November 2024

DIREKTUR  
RSUD EKA CANDRARINI  
KOTA SURABAYA,



drg. Bisukma Kurniawati, M.Kes  
Pembina Utama Muda/ IV c  
NIP 196803031993032008