

PROGRAM KERJA KOMITE MUTU RUMAH SAKIT TAHUN 2026



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. ADHYATMA, MPH PROVINSI JAWA TENGAH**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT Tuhan yang maha pengasih dan pemurah karena atas rahmat dan pertolongan-Nya Program peningkatan mutu, keselamatan dan kinerja dapat diselesaikan penyusunannya. Program peningkatan mutu, dan keselamatan pasien rumah sakit yang mewajibkan tiap rumah sakit untuk mengikuti dan melaksanakan akreditasi rumah sakit sebagai bentuk peningkatan mutu pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien. Program ini akan dievaluasi kembali dan dilakukan perbaikan bila dalam perjalanan implementasi peningkatan mutu tidak sesuai dengan kondisi rumah sakit yang berorientasi pada keselamatan pasien terkini.

Pada kesempatan ini kami mengucapkan terimakasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah membantu dengan segala upaya demi tersusunnya program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah.

Semarang, 29 Desember 2025

Tim penyusun Program PMKP
Ketua Mutu RS

dr. Irma Yasmin, Sp.KK

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
A. PENDAHULUAN	1
B. LATAR BELAKANG	2
C. TUJUAN UMUM DAN TUJUAN KHUSUS	3
D. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN	4
E. CARA PELAKSANAAN KEGIATAN	10
F. SASARAN	11
G. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN	11
H. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN	15
I. PEMBIAYAAN DAN ANGGARAN	17

**PROGRAM KERJA KOMITE MUTU
RSUD dr. ADHYATMA, MPH PROVINSI JAWA TENGAH
TAHUN 2026**

I. PENDAHULUAN

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan prioritas utama yang harus dilaksanakan oleh rumah sakit. Hal ini erat kaitannya baik dengan citra rumah sakit maupun keamanan pasien. Tujuan dari pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit adalah untuk melindungi pasien dari risiko kejadian yang tidak diharapkan. Risiko kejadian ini berasal dari proses pelayanan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan melalui program-program yang telah ditetapkan oleh rumah sakit.

Mutu pelayanan rumah sakit adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan secara norma, etika, hukum dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah, serta masyarakat konsumen.

Dalam Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menegaskan pentingnya penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dan berkelanjutan. Di samping itu, Kepmenkes No. 1128 Tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit dan Permenkes No. 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu (INM) telah memberikan pedoman bagi fasilitas kesehatan untuk menerapkan indikator-indikator mutu yang berfokus pada keselamatan pasien sebagai bagian dari proses akreditasi dan evaluasi kinerja pelayanan. Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit adalah keseluruhan upaya dan kegiatan yang komprehensif dan integratif yang menyangkut struktur, proses dan outcome secara obyektif, sistematis dan berlanjut memantau dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, menggunakan peluang untuk meningkatkan pelayanan pasien, dan memecahkan masalah – masalah yang terungkap sehingga pelayanan yang diberikan di rumah sakit berdaya guna dan berhasil guna.

Peningkatan kualitas pelayanan terjadi karena di satu sisi tuntutan masyarakat terhadap perbaikan kualitas pelayanan dari tahun ke tahun menjadi semakin besar, sedangkan disisi lain, praktek penyelenggaraan pelayanan tidak mengalami perbaikan yang

berarti. Oleh karena itu Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah menyusun suatu program untuk memperbaiki proses pelayanan terhadap pasien, agar kejadian tidak diharapkan (KTD) dapat dicegah melalui rencana pelayanan yang komprehensif.

Meningkatnya keselamatan pasien, diharapkan dapat mengurangi terjadinya suatu KTD sehingga kepercayaan masyarakat terhadap mutu pelayanan rumah sakit kembali meningkat. Mengingat issue keselamatan pasien sudah menjadi issue global dan tuntutan masyarakat, maka penyusunan program peningkatan mutu, keselamatan dan kinerja rumah sakit menjadi prioritas yang perlu dilakukan oleh semua rumah sakit.

II. LATAR BELAKANG

Program kerja Komite Mutu pada tahun 2025 secara umum sudah terlaksana. Rencana program yang telah terlaksana meliputi tersusunnya indikator-indikator mutu baik dari monitoring Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP RS) meliputi indikator mutu terkait : Sasaran keselamatan pasien (SKP), Pelayanan prioritas klinis RS, Tujuan strategi RS, Perbaikan sistem, Manajemen risiko, Penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran; Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit), Audit CP dan Varian, Insiden Keselamatan Pasien (IKP), Survei Budaya Keselamatan, Penilaian Kinerja kontrak dan Monitoring Manajemen Risiko yang diukur di unit-unit pelayanan sampai Komite Mutu. Pengukuran indikator mutu baik indikator mutu nasional, indikator mutu prioritas RS, indikator mutu unit kerja, telah dilakukan pengukuran secara bulanan, dengan hasil capaian ada yang sudah mencapai standar dan ada pula yang belum mencapai standar yang ditetapkan.

Dari evaluasi indikator mutu nasional tahun 2025 bahwa capaian yang belum sesuai standar adalah waktu tunggu rawat jalan dan indikator mutu yang masih tetap dimonitoring kepatuhannya yaitu kepatuhan terhadap clinical pathway. Akan tetapi indikator mutu nasional yang lain, indikator mutu prioritas layanan klinis, dan indikator mutu unit tetap dimonitoring dan dievaluasi. Menurunkan angka insiden keselamatan pasien dengan mengembangkan budaya keselamatan. Maka pentingnya rumah sakit melaksanakan budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit seperti budaya peningkatan pelaporan baik mutu pelayanan maupun keselamatan pasien.

Berdasarkan Standar Akreditasi Kemenkes Nomor HK.01.07/ Menkes/1596/2024 dan rekomendasi perbaikan dari hasil program komite mutu tahun 2025 maka dibuat rencana program untuk tahun 2026, terdiri dari monitoring Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP RS) meliputi indikator mutu terkait : sasaran keselamatan pasien (SKP), Pelayanan prioritas klinis RS, Tujuan strategi RS, Perbaikan sistem, Manajemen risiko, Penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran; Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit) dan Pelaporan IKP melalui aplikasi inovasi E-MTRA, pelaksanaan ICP RME, Audit CP dan Varian, Survei Budaya Keselamatan, Penilaian Kinerja kontrak dan Monitoring Manajemen Risiko. Adapun tata laksana dalam rangka perbaikan mutu sudah disusun dan dilaksanakan walaupun masih timbul banyak kekurangan. Oleh karenanya masih perlu diadakan suatu perbaikan pada sistem pengumpulan dan analisis data indikator mutu, tindak lanjut perbaikan IKP, dan pengelolaan manajemen risiko sehingga evaluasi dan tindak lanjut dapat dilakukan dalam kurun waktu secepatnya.

III. TUJUAN UMUM DAN TUJUAN KHUSUS

1. Tujuan Umum :

Mendorong pelaksanaan kegiatan pelayanan kepada pasien yang memenuhi standar pelayanan, keselamatan pasien dan memberikan kepuasan kepada pasien.

2. Tujuan Khusus :

- a. Memastikan bahwa pelayanan diberikan sesuai dengan standar pelayanan medis dan keperawatan
- b. Menjamin pemberian pelayanan sesuai dengan standar pelayanan medis, keselamatan pasien dan dilaksanakan secara terpadu sesuai dengan kebutuhan pasien.
- c. Mengupayakan peningkatan mutu pelayanan, keselamatan pasien dan kinerja melalui peningkatan kemampuan pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Tersusunnya sistem monitoring pelayanan RSUD dr. Adhyatma, MPH melalui indikator mutu pelayanan rumah sakit, penerapan keselamatan pasien dan pengelolaan manajemen risiko yang baik meliputi;
 - 1) Terlaksana koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas rumah sakit;
 - 2) Terlaksana penentuan dan proses manajemen data;

- 3) Terjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;
- 4) Terlaksana program pendidikan dan pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP);
- 5) Tersusun regulasi terkait pengawasan dan penerapan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP);
- 6) Terlaksana pertemuan rutin untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu kepada staf;
- 7) Terlaksana kegiatan penanganan insiden keselamatan pasien;
- 8) Terlaksana koordinasi penyusunan program manajemen resiko;
- 9) Terlaksana survey budaya keselamatan pasien; dan
- 10) Terlaksana penelitian unit kerja.

IV. KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

Kegiatan Pokok Komite Mutu RSUD dr. Adhyatma, MPH Provinsi Jawa Tengah tahun 2026 meliputi sebagai berikut:

1. Pengukuran mutu indikator meliputi;
 - a. Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit (INM RS)
 - b. Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP RS)
 - c. Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP Unit)
2. Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan.
3. Mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK/Algoritme/Protokol dan melakukan pengukuran dengan *clinical pathway*. Serta mengukur dampak efisiensi dan efektifitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya (SDM).
4. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien (IKP)
5. Penerapan sasaran keselamatan pasien
6. Melakukan pengukuran survey budaya keselamatan
7. Evaluasi kontrak kerja klinis dan kontrak manajemen.
8. Pelaporan program manajemen risiko
9. Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP).

10. Mengkomunikasikan hasil pengukuran dan pelaporan mutu, insiden keselamatan pasien dan pengelolaan manajemen risiko kepada pimpinan dan unit.

Rincian Kegiatan Komite Mutu adalah sebagai berikut :

1. Monitoring dan Evaluasi

- a. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelaporan data Indikator Mutu Nasional (IMN).

- 1) Kepatuhan Kebersihan Tangan;
 - 2) Kepatuhan penggunaan APD;
 - 3) Kepatuhan Identifikasi Pasien;
 - 4) Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesaria Emergency;
 - 5) Waktu Tunggu Rawat Jalan;
 - 6) Penundaan Operasi Elektif;
 - 7) Ketepatan Waktu Visite Dokter;
 - 8) Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium;
 - 9) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS);
 - 10) Kepatuhan terhadap Clinical Pathway;
 - 11) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh;
 - 12) Kecepatan Respon Terhadap Komplain;
 - 13) Kepuasan Pasien dan Keluarga.

- b. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelaporan data Indikator Mutu Prioritas RS (IMP RS) yang meliputi:

- 1) Indikator mutu terkait 6 sasaran keselamatan pasien (SKP)
 - a. SKP 1 : Kepatuhan pengecekan identitas pasien sebelum pemberian transfusi darah dan produk darah.
 - b. SKP 2 : Kepatuhan pelaporan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan diagnostik kritis oleh petugas kesehatan di ruang rawat inap.
 - c. SKP 3 : Kesesuaian penyimpanan obat high alert (HAM) di instalasi farmasi.
 - d. SKP 4 : Kepatuhan pelaksanaan sign in, time out dan sign out.
 - e. SKP 5 : Kepatuhan Kebersihan Tangan Petugas.
 - f. SKP 6 : Tingkat Kepatuhan Pemasangan Tanda Risiko Jatuh.

- 2) Indikator mutu terkait Pelayanan prioritas klinis RS
Waktu Tunggu Poli Onkologi
 - 3) Indikator mutu terkait Tujuan strategi RS
Waktu tunggu tindakan verifikasi pasien radioterapi ≤ 7 hari kerja
 - 4) Indikator mutu terkait Perbaikan sistem
Peningkatan akses Sistem pendaftaran online rawat jalan RSDAKU
 - 5) Indikator mutu terkait Manajemen risiko
Pasien yang kembali ke Instalasi Pelayanan Intensif (ICU-ICVCU) dengan kasus yang sama < 72 jam.
 - 6) Indikator mutu terkait Penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran
Ketepatan Penerbitan Ethical Clearance di Komite Etik Penelitian Kesehatan
- c. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan data Indikator Mutu Prioritas (IMP) Unit.
- 1) Rawat Jalan
Waktu tunggu rawat jalan
 - 2) IGD
Angka kematian pasien ≤ 8 jam di IGD (Death On Emergency / DOE)
 - 3) Rawat Inap
Kepatuhan pengembalian (retur) obat pada pasien pulang
 - 4) Unit Stroke & HCU
Perdarahan akibat post fibrinolitik (rTPA)
 - 5) ICU-ICVCU
Pasien yang kembali ke Instalasi Pelayanan Intensif (ICU-ICVCU) dengan kasus yang sama < 72 jam
 - 6) PICU
Pasien yang kembali ke Instalasi Pelayanan Intensif (PICU) dengan kasus yang sama < 72 jam
 - 7) Tulip NICU
Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
 - 8) Ruang Dahlia 1 (Kemoterapi)
Kejadian ekstrasvasasi pasca kemoterapi
 - 9) Hemodialisis
Tercapainya adekuasi dialisis pada pasien hemodialisis reguler

- 10) IBS
Kepatuhan pelaksanaan Surgical Safety Check List (Sign In, Time Out Dan Sign Out)
- 11) PPI
Infeksi Daerah Operasi (IDO)
- 12) Laboratorium PK dan Bank Darah RS
Ketepatan waktu hasil jadi pelayanan laboratorium pemeriksaan permintaan CITO /Emergency
- 13) Laboratorium PA
Kepatuhan Pengisian data (diagnosis, nama tindakan, lokasi tindakan, keterangan klinis) pada formulir permintaan pemeriksaan oleh dokter pengirim
- 14) Instalasi Radiologi
Pengulangan (Repeat) Image Rontgen
- 15) Instalasi Farmasi
Kepatuhan penggunaan formularium nasional dalam pelayanan onkologi
- 16) Instalasi Rekam Medik
Angka Kelengkapan pengisian rekam medis 1 x 24 jam setelah selesai pelayanan Oleh DPJP
- 17) Instalasi CSSD
Ketepatan waktu penyediaan Linen Steril untuk ruang pelayanan
- 18) Instalasi Gizi
Makanan yang tidak termakan oleh pasien
- 19) IPSRS
Kesesuaian pengukuran Total Dissolved Solids (TDS) pada water treatment RO mesin steam sterilisator CSSD
- 20) Instalasi Laundry
Linen yang harus dicuci ulang (Reject)
- 21) Instalasi Sanitasi
Baku Mutu Limbah Cair Parameter Total Suspended Solids (TSS) Dan Total Coliform
- 22) Bagian Keuangan (Akutansi)
Cost Recovery Rate (CRR)

- 23) Bagian Keuangan (Anggaran)
Ketepatan Waktu Penyampaian Laporan TKDN dan PDN
- 24) Bagian Keuangan (Perbendaharaan)
Ketepatan Waktu Pembagian Jasa Pelayanan
- 25) Instalasi Forensik dan Medicolegal
Waktu tunggu pelayanan di kamar jenazah/forensik
- 26) Bidang Pelayanan
Ketidaktepatan waktu penyerahan hasil pemeriksaan Medical Check Up (MCU)
- 27) Instalasi Rehabilitasi Medik
Kejadian Luka bakar pada pasien ketika pelayanan Fisioterapi
- 28) Instalasi Radioterapi
Waktu tunggu tindakan verifikasi pasien radioterapi ≤ 7 hari kerja
- 29) Bidang Pendidikan dan Latihan (Diklat)
Ketepatan Penerbitan Ethical Clearance di Komite Etik Penelitian Kesehatan
- 30) Bidang Monitoring dan Evaluasi (Monev)
Ketepatan waktu pelaporan Evaluasi Kinerja Bidang/ bagian, sub bagian, seksi, sub koordinator dan ketua kelompok kerja
- 31) Program
Pemenuhan dokumen perencanaan yang tersusun dalam 1 tahun
- 32) SIMRS
Pengembangan aplikasi selesai tepat waktu
- 33) Kepegawaian
Ketidakpatuhan Presensi Pegawai (Kekurangan Waktu Kerja $\geq 7,5$ Jam dalam 1 bulan)
- 34) Bagian Rumah Tangga
Pelayanan Terganggu Karena gangguan operasional transportasi medis (Ambulance)
- 35) Bagian TU/ Humas
Kecepatan Respon Terhadap Komplain
- 36) Komkordik
Kepatuhan peserta didik mengikuti kegiatan orientasi (pradik)

- d. Melakukan validasi pelaporan data indikator mutu klinis.
- e. Melakukan pengumpulan data, agregasi dan analisis data pelaporan indikator mutu.
- f. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan standarisasi asuhan klinis.
 - 1) Pengukuran kepatuhan terhadap 5 Clinical Pathway prioritas onkologi :
 - a) Ca Mamae Operable
 - b) DM
 - c) TB
 - 2) Mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK/Clinical Pathway
 - 3) Mengukur dampak efisnsi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya manusia.
- g. Melakukan analisis evaluasi kontrak kerja klinis dan kontrak manajemen
- h. Monitoring dan evaluasi pelaporan insiden keselamatan pasien.
- i. Melakukan pengukuran survey budaya keselamatan.
- j. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko rumah sakit.
 - 1) Membuat daftar risiko/ risk register
 - 2) Profil Risiko
 - 3) Pemantauan dan Pengendalian Risiko
 - 4) Penyusunan FMEA
- 2. Rapat
 - a. Rapat rutin komite
 - 1) Rapat bulanan
 - 2) Rapat triwulan
 - 3) Rapat tahunan
 - b. Rapat rutin dengan manajemen
 - 1) Rapat dengan Direksi
 - 2) Rapat dengan Komite/Bidang/Tim lain
 - c. Rapat insidentil
- 3. Pelatihan
 - a. Anggota Komite
 - 1) Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

- 2) Pelatihan pelaporan dan pencatatan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)
 - 3) Pelatihan manajemen risiko
- b. Staf Rumah Sakit
 - 1) Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
 - 2) Pelatihan pelaporan dan pencatatan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)
 - 3) Pelatihan manajemen risiko
- 4. Orientasi
 - a. Karyawan baru
 - b. Peserta didik
- 5. Supervisi
 - a. Melakukan supervise terhadap input data mutu di unit-unit terkait.
 - b. Melakukan supervisi terhadap budaya keselamatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien.
- 6. Evaluasi dan Usul Regulasi
- 7. Evaluasi Capaian Mutu
- 8. Sosialisasi / Desiminasi
- 9. Laporan

V. CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN

- 1. Melalui mekanisme Rapat Pimpinan yang dihadiri Direktur, Ketua Komite, Kepala bidang/ bagian dan Kepala instalasi atau unit kerja.
- 2. Melalui mekanisme rapat koordinasi antar komite dan unit pelayanan.
- 3. Melakukan audit/ supervisi ke unit-unit pelayanan.
- 4. Melakukan pencatatan dan pelaporan secara online E-MITRA dan website:
<https://mutufasyankes.kemkes.go.id>
- 5. Melalui *In House Training* RS
- 6. *Clinical Pathway*
 - a. Setiap ruangan terkait wajib menerapkan *Clinical Pathway* (ICP) melalui Rekam Medis Elektronik (RME), mencatat dan melaporkan kasus dengan diagnosis medis ke Manajer Pelayanan Pasien (MPP):
 - b. MPP melakukan monitoring dan verifikasi clinical pathway untuk di koordinasikan dengan Komite Mutu dalam pelaporan.

- c. Komite Mutu melakukan evaluasi Clinical Pathway yang diprioritaskan.
- d. Komite Mutu menyampaikan rekomendasi hasil monitoring kepatuhan pengisian ICP kepada Direktur untuk ditindak lanjuti.

VI. SASARAN

1. Pelaksanaan penerapan panduan-panduan peningkatan mutu dan keselamatan pasien, target 100%.
2. Pelaksanaan program PMKP di unit kerja, target 100%.
3. Pelaksanaan pengukuran indikator mutu nasional target 100%.
4. Pelaksanaan pelaporan data indikator mutu prioritas RS target 100%.
5. Pelaksanaan pelaporan data indikator mutu prioritas unit target 100%.
6. Pelaksanaan evaluasi kontrak kerja klinis dan kontrak manajemen target 100%.
7. Pelaksanaan validasi data mutu valid target 100%.
8. Pelaksanaan agregasi dan analisa data mutu target 100%.
9. Pelaksanaan standarisasi asuhan klinis target 100%.
10. Pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien target 100%.
11. Pelaksanaan pengukuran survey budaya keselamatan target 100%.
12. Pelaksanaan manajemen risiko rumah sakit target 100%.

VII. JADWAL PELAKSANAAN KEGIATAN

No	Kegiatan	Jadwal Kegiatan Bulan											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Monitoring dan evaluasi penerapan panduan-panduan peningkatan mutu dan keselamatan pasien												
	a. Sosialisasi panduan												
	b. Evaluasi penerapan panduan PMKP												
2	Monitoring dan evaluasi pelaksanaan program PMKP di unit kerja												

	a. Memfasilitasi pembuatan program kerja PMKP di unit											
	b. Evaluasi pelaksanaan program PMKP Unit											
2	Pemantauan dan Evaluasi Indikator Mutu Nasional											
	a. Pemantauan indikator mutu nasional											
3	Pemantauan dan Evaluasi Indikator Mutu Prioritas RS											
	a. Pemantauan dan evaluasi indikator mutu 6 sasaran keselamatan pasien											
	b. Pemantauan dan evaluasi indikator mutu terkait Pelayanan prioritas klinis RS											
	c. Pemantauan dan evaluasi terkait Tujuan strategi RS											
	d. Pemantauan dan evaluasi terkait Perbaikan sistem											
	e. Pemantauan dan evaluasi terkait Manajemen risiko											
	f. Pemantauan dan evaluasi terkait Penelitian klinis dan program pendidikan kedokteran											
	g. Melakukan validasi pelaporan data indikator mutu prioritas RS											
4	Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelaporan data indikator mutu dari unit											
	Pemantauan dan evaluasi indikator mutu prioritas unit											
	Melakukan validasi pelaporan data indikator mutu unit											

5	Monitoring dan evaluasi pelaksanaan standarisasi asuhan klinis												
	Evaluasi kontrak kerja klinis dan kontrak manajemen												
6	Monitoring dan evaluasi pelaksanaan standarisasi asuhan klinis												
	a. Mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK/Clinical Pathway b. Mengukur dampak efisnsi dan efektivitas prioritas perbaikan terhadap keuangan dan sumber daya manusia												
7	Monitoring dan evaluasi pelaporan insiden keselamatan pasien												
	a. Monitoring pelaporan insiden keselamatan pasien												
	b. Evaluasi pelaporan insiden keselamatan pasien												
8	Melakukan pengukuran survey budaya keselamatan												
9	Monitoring dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko rumah sakit												
	Membuat daftar risiko/risk register												
	Profil risiko												
	Pemantauan dan penegndalian risiko												
10	Rapat												
	a. Rapat rutin komite												

	b. Rapat rutin dengan manajemen											
	c. Rapat insidentil											
11	Pelatihan											
	a. Anggota Komite											
	Pelatihan PMKP											
	Pelatihan pelaporan dan pencatatan IKP											
	Pelatihan manajemen risiko											
	b. Staf RS											
	Pelatihan PMKP											
	Pelatihan pelaporan dan pencatatan IKP											
	Pelatihan manajemen risiko											
12	Orientasi											
	a. Karyawan baru											
	b. Peserta didik											
13	Supervisi											
14	Evaluasi dan Usul Regulasi											
15	Evaluasi capaian mutu											
16	Sosialisasi											
	Desiminasi											
17	Laporan Mutu											
	Komite Mutu ke Direktur											
	RS ke Pemilik/Dewas											
	RS ke Kemenkes/SIMARS											
18	Laporan IKP											
	Komite Mutu ke Direktur											
	RS ke Pemilik											
	RS ke Kemenkes (Sentinel Nihil)											
	Sentinel	>2x24 jam										

	RS ke KKPRS PERSI	5 x 24 jam										
19	Laporan Manajemen risiko											

VIII. PENCATATAN, PELAPORAN DAN EVALUASI KEGIATAN

1. PENCATATAN

- a. Pencatatan setiap kegiatan didokumentasikan setiap hari, direkapitulasi setiap Bulan dan setiap tahun.

2. PELAPORAN

a. Indikator Mutu Nasional

- 1) Setiap unit/ruang terkait wajib mencatat dan melaporkan indikator mutu nasional melalui form pelaporan Indikator mutu kepada Komite Mutu RS secara online melalui Inovasi E-MITRA : https://bit.ly/imut_adhyatma
- 2) Komite Mutu melakukan validasi data.
- 3) Komite Mutu melakukan agregasi dan analisis data.
- 4) Komite Mutu menyampaikan rekomendasi hasil analisa data dan validasi data kepada Direktur untuk ditindak lanjuti.
- 5) Komite Mutu RS melaporkan data IMN RS ke Kemenkes melalui <http://mutufasyankes.kemkes/simar> atau <http://mutufasyankes.kemkes.go.id>

b. Indikator Mutu Prioritas RS

- 1) Setiap unit/ruangan terkait wajib mencatat dan melaporkan indikator mutu prioritas RS melalui form pelaporan Indikator mutu kepada Komite Mutu RS secara online melalui Inovasi E-MITRA : https://bit.ly/imut_adhyatma
- 2) Komite Mutu melakukan validasi data
- 3) Komite Mutu melakukan agregasi dan analisis data.
- 4) Komite Mutu menyampaikan rekomendasi hasil analisa data dan validasi data kepada Direktur untuk ditindak lanjuti.

d. Indikator Mutu Prioritas Unit

- 1) Setiap unit/ruangan terkait wajib mencatat dan melaporkan indikator mutu prioritas unit melalui form pelaporan indikator mutu kepada Komite Mutu RS secara online.
- 2) Komite Mutu melakukan validasi data

- 3) Komite Mutu melakukan agregasi dan analisis data.
- 4) Komite Mutu menyampaikan rekomendasi hasil analisa data dan validasi data kepada Direktur untuk ditindak lanjuti
- e. Setiap 3 bulan yang meliputi capaian dan analisis dari indikator mutu baik IMN RS, IMP RS, IMP Unit dan 6 SKP.
- f. Setiap 3 bulan melaporkan insiden keselamatan pasien kepada direktur utama mencakup:
 - 1) Jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya;
 - 2) Apakah pasien dan keluarga telah mendapat informasi tentang kejadian tersebut;
 - 3) Tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respon terhadap kejadian tersebut; dan
 - 4) Apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.
- g. Pelaporan IKP dari RS ke Komite Nasional Keselamatan Pasien melalui <http://mutufasyankes.kemkes.go.id> sesuai ketentuan yang berlaku.
- h. Pelaporan IKP KTD dan sentinel kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien melalui <http://mutufasyankes.kemkes.go.id> paling lama 5x24 jam, dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah / *Root Cause Analysis* (RCA) setelah 45 hari.
- i. Pelaporan IKP dari RS ke Pemilik / Dewas diatur oleh rumah sakit.
- j. Pelaporan pemantauan terhadap rencana penanganan manajemen risiko ke direktur dan Dewan Pengawas setiap 6 bulan.

3. EVALUASI PELAKSANAAN KEGIATAN

- a. Evaluasi pelaksanaan kegiatan penerapan panduan-panduan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- b. Evaluasi pelaksanaan kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di unit kerja tiap bulan
- c. Evaluasi pelaksanaan pelaporan data indikator mutu nasional tiap 3 bulan
- d. Evaluasi pelaksanaan program pelayanan klinis prioritas rumah sakit tiap 3 bulan.

- e. Evaluasi pelaksanaan pelaporan data indikator mutu dari unit tiap 3 bulan.
- f. Evaluasi pelaksanaan pengukuran mutu pelayanan kontrak kerja/ KSO tiap tahun
- g. Evaluasi pelaksanaan standarisasi asuhan klinis tiap 3 bulan.
- h. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien evaluasi dilaksanakan setiap tiga bulanan.
- i. Pendidikan dan pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) evaluasi dilaksanakan setiap tahunan.
- j. Pertemuan rutin untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu evaluasi dilaksanakan setiap triwulan.
- k. Menangani pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab insiden keselamatan pasien evaluasi dilaksanakan setiap bulanan.
- l. Mengkoordinasi penyusunan program manajemen resiko rumah sakit
 - 1) Mengkoordinasi penyusunan daftar risiko ditingkat rumah sakit evaluasi dilaksanakan setiap akhir tahun.
 - 2) Melakukan pemantauan manajemen risiko terhadap rencana penanganan setiap 6 bulan
 - 3) Melakukan FMEA setahun sekali pada proses beresiko tinggi evaluasi dilaksanakan setiap tahunan.
- m. Melakukan pengukuran survey budaya keselamatan dan evaluasi kepuasan pasien dan keluarga evaluasi dilaksanakan setiap tahunan.
- n. Mendokumentasikan hasil peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dicapai dan dipertahankan evaluasi dilaksanakan setiap triwulan.
- o. Menyusun regulasi terkait pengawasan dan penerapan program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP).
- p. Pemenuhan sarana prasarana dilaksanakan evaluasi setiap tahun.

XI. PEMBIAYAAN DAN ANGGARAN

Sesuai dengan penganggaran yang tertuang dalam Rencana Kerja dan Anggaran RSUD
dr. Adhyatma, MPH.

Mengetahui
Plt. Direktur RSUD dr. Adhyatma, MPH
Provinsi Jawa Tengah



Kinutika Simantri, SKM.MM
Pembina Tingkat I
NIP. 197108251995032002

Semarang, Januari 2026

Ketua Komite Mutu
RSUD dr. Adhyatma, MPH
Provinsi Jawa Tengah

dr. Irma Yasmin, Sp.KK
Pembina Tingkat I
NIP. 197808112007012009