



Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit “Siti Khodijah”
Jl. Bandung 39-47 Pekalongan Telp.(0285)-422845,423590
Email : khodijahpkl@gmail.com

NOTULEN RAPAT

A c a r a : Rapat Penyusunan Dokumen Sasaran 1 T e m p a t : R. Pertemuan Lt. 2
Ketepatan Identifikasi Pasien Jam : 09.00 WIB
Hari, Tanggal : Rabu, 3 Februari 2016
Pimpinan Rapat : Syauqii Naadhilah, AMK

NAMA DOKUMEN	SASARAN/EP	TINDAK LANJUT
Kebijakan identifikasi pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan	Sasaran 1, EP 1-5	Diusulkan ke Direktur
panduan identifikasi pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO identifikasi pasien tanpa identitas	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO identifikasi pasien instalasi rawat jalan	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO identifikasi pasien dengan nama yang sama	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO identifikasi bayi baru lahir/ neonatus	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO identifikasi pasien meninggal	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO pemasangan gelang identitas pasien	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO pemasangan kancing penanda warna kuning	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO pemasangan kancing penanda wana merah	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO pemasangan kancing penanda wana ungu	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO pelepasan gelang identitas pasien	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO pemasangan kancing penanda warna kuning	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO pemasangan kancing penanda wana merah	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO pemasangan kancing penanda wana ungu	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO pelepasan gelang identitas pasien	Sasaran 1, EP 1-5	
Stiker label “HATI-HATI PASIEN DENGAN NAMA SAMA”	Sasaran 1, EP 1-5	
SPO identifikasi pasien sebelum pemberian obat, darah atau produk darah	Sasaran 1, EP 2	
SPO identifikasi pasien sebelum mengambil darah atau spesimen lain	Sasaran 1, EP 3 (lihat AP.5.6, EP2)	
SPO identifikasi pasien sebelum pemberian pengobatan dan tindakan atau prosedur	Sasaran 1, EP 4	

**Mengetahui,
Pimpinan Rapat**

Notulen

(Syauqii Naadhilah, AMK)

(Ika Mahiroh, AMK)



Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit “Siti Khodijah”
Jl. Bandung 39-47 Pekalongan Telp.(0285)-422845,423590
Email : khodijahpkl@gmail.com

NOTULEN RAPAT

A c a r a : Rapat Koordinasi Penyusunan Dokumen Sasaran 2 T e m p a t : R. Pertemuan Lt. 2
Peningkatan Komunikasi Efektif Jam : 09.00 WIB
dengan pokja HPK & MKI
Hari, Tanggal : Sabtu, 29 November 2014
Pimpinan Rapat : Syauqii Naadhilah, AMK

NAMA DOKUMEN	SASARAN/EP	TINDAK LANJUT
Kebijakan komunikasi efektif di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan	Sasaran 2, EP 1 (lihat MKI.19.2, EP1), EP 2 (lihat AP.5.3.1), EP 3, EP.4(lihat AP.5.3.1)	Diusulkan ke Direktur
panduan komunikasi efektif di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan	Sasaran 2, EP 1 (lihat MKI.19.2, EP1), EP 2 (lihat AP.5.3.1), EP 3, EP.4(lihat AP.5.3.1)	
SPO komunikasi efektif lisan dan per telepon	Sasaran 2, EP 1 (lihat MKI.19.2, EP1), EP 2 (lihat AP.5.3.1), EP 3, EP.4(lihat AP.5.3.1)	

**Mengetahui,
Pimpinan Rapat**

Notulen





(Syauqii Naadhilah, AMK)

(Ika Mahiroh, AMK)



NOTULEN RAPAT

A c a r a : Rapat Penyusunan Dokumen Sasaran 3 T e m p a t : R. Pertemuan Lt. 2
Keamanan Obat-obat yang Perlu Diwaspadai Jam : 09.00 WIB
Hari, Tanggal : Rabu, 10 Februari 2016
Pimpinan Rapat : Syauqii Naadhilah, AMK

NAMA DOKUMEN			SASARAN/EP	TINDAK LANJUT
ebijakan keamanan obat yang perlu diwaspadai (<i>high alert medication</i>) di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan			Sasaran 3, EP1-4	Diusulkan ke Direktur
Panduan keamanan obat yang perlu diwaspadai (<i>high alert medication</i>)			Sasaran 3, EP1-4	
SPO penyimpanan obat kewaspadaan tinggi (<i>high alert medication</i>)			Sasaran 3, EP 2 & 4	
SPO pelabelan obat kewaspadaan tinggi			Sasaran 3, EP 2 & 4	
Daftar Buku <i>High Alert</i> & LASA			Sasaran 3, EP1-4	
Label				
Obat <i>High Alert</i>	Obat LASA/NORUM	Elektrolit Pekat		
				
				
RS SITI KHODIJAH PEKALONGAN				
NAMA INFUS :				
Nama Obat Campuran	Dosis	Tgl/Jam Pencampuran	Nama & Paraf PPA	

Mengetahui,
Pimpinan Rapat

Notulen

(Syauqii Naadhilah, AMK)

(Ika Mahiroh, AMK)



Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit “Siti Khodijah”
Jl. Bandung 39-47 Pekalongan Telp.(0285)-422845,423590
Email : khodijahpkl@gmail.com

NOTULEN RAPAT

A c a r a : Rapat Penyusunan Dokumen Sasaran 4, T e m p a t : R. Pertemuan Lt. 2
Kepastian Tepat Lokasi- Tepat Prosedur-Tepat Jam : 09.00 WIB
Pasien Operasi
Hari, Tanggal : Rabu, 17 Februari 2016
Pimpinan Rapat: Syauqii Naadhilah, AMK

NAMA DOKUMEN	SASARAN/EP	TINDAK LANJUT
Kebijakan Penandaan lokasi operasi di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan	Sasaran 4, EP 1 (lihat AP.1.6 EP.4) & EP 4	Diusulkan ke Direktur
Kebijakan Surgical Patient safety di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan	Sasaran 4, EP 2-3	
Pedoman pelayanan kamar operasi	Sasaran 4, EP 2-3	
SPO Penandaan Lokasi Operasi	Sasaran 4, EP 1	
SPO sign in	Sasaran 4, EP 2 & 4	
SPO time out	Sasaran 4, EP 2-4	
SPO sign out	Sasaran 4, EP 2 & 4	
Formulir surgical safety checklist	Sasaran 4, EP 2-4	
Formulir Penandaan Lokasi Operasi	Sasaran 4, EP 1	

**Mengetahui,
Pimpinan Rapat**

Notulen

(Syauqii Naadhilah, AMK)

(Ika Mahiroh, AMK)



Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit “Siti Khodijah”
Jl. Bandung 39-47 Pekalongan Telp.(0285)-422845,423590
Email : khodijahpkl@gmail.com

NOTULEN RAPAT

A c a r a : Rapat Koordinasi Penyusunan Dokumen Sasaran 5, T e m p a t : R. Pertemuan Lt. 2
Hand Hygiene dengan Pokja PPI Jam : 09.00 WIB
Hari, Tanggal : Jumat, 26 Februari 2016
Pimpinan Rapat : Syauqii Naadhilah, AMK

NAMA DOKUMEN	SASARAN/EP	TINDAK LANJUT
Kebijakan PPI	Sasaran 5, EP 1-3	Koordinasi dengan pokja PPI, Diusulkan ke Direktur
Pedoman PPI	Sasaran 5, EP 1-3	
SPO Enam langkah cuci tangan	Sasaran 5, EP 1-3	
SPO Lima momen kebersihan tangan	Sasaran 5, EP 2-3	

**Mengetahui,
Pimpinan Rapat**

Notulen

(Syauqii Naadhilah, AMK)

(Ika Mahiroh, AMK)



Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit “Siti Khodijah”
Jl. Bandung 39-47 Pekalongan Telp.(0285)-422845,423590
Email : khodijahpkl@gmail.com

NOTULEN RAPAT

A c a r a : Rapat Penyusunan Dokumen Sasaran 6 T e m p a t : R. Pertemuan Lt. 2
Pengurangan Resiko Pasien Jatuh Di Rumah Sakit Jam : 09.00 WIB
Hari, Tanggal : Kamis, 25 Februari 2016
Pimpinan Rapat : Syauqii Naadhilah, AMK

NAMA DOKUMEN	SASARAN/EP	TINDAK LANJUT
Kebijakan pengurangan resiko pasien jatuh di Rumah Sakit	Sasaran 6, EP 1, 2 & 4	Diusulkan ke Direktur
Panduan pengurangan resiko pasien jatuh	Sasaran 6, EP 1, 2 & 4	
SPO Asesmen Pasien Risiko Jatuh di Instalasi Rawat Jalan	Sasaran 6, EP 1 & 4	
SPO Penanganan Risiko Jatuh Rendah	Sasaran 6, EP 3	
SPO Penanganan Risiko Jatuh Sedang	Sasaran 6, EP 3	
SPO Penanganan Risiko Jatuh Tinggi	Sasaran 6, EP 3	
SPO Asesmen Ulang Pasien Risiko Jatuh	Sasaran 6, EP 1 & 4	
Formulir Morse Fall Scale	Sasaran 6, EP 3-4	
Formulir Humpty Dumpty Fall Scale	Sasaran 6, EP 3-4	
Formulir Intervnsi Pasien Risiko Jatuh	Sasaran 6, EP 2-4	
SPO Pemasangan Kancing Penanda Kuning	Sasaran 6, EP 4	
SPO Pelepasan Kancing Penanda Kuning	Sasaran 6, EP 4	

**Mengetahui,
Pimpinan Rapat**

Notulen

(Syauqii Naadhilah, AMK)

(Ika Mahiroh, AMK)



Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit “Siti Khodijah”
Jl. Bandung 39-47 Pekalongan Telp.(0285)-422845,423590
Email : khodijahpkl@gmail.com

NOTULEN RAPAT

A c a r a : Rapat Perumusan Stempel CABAKO
Hari/Tgl : Sabtu, 8 Oktober 2016
Pimpinan Rapat : Syauqii Naadhilah, AMK

Tempat: R. Pertemuan Lt. 2
Jam : 09.00 WIB

NAMA DOKUMEN	TINDAK LANJUT												
<p>Rumusan konsep stempel CABAKO sesuai hasil rekomendasi simulasi survei, sebagai perubahan stempel yang lama</p> <table><tr><td colspan="2">CABAKO</td></tr><tr><td colspan="2">Telah Dibaca Ulang: YA / TIDAK</td></tr><tr><td>Tgl/Jam menerima informasi</td><td>Tgl/Jam verifikasi</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>Nama & Paraf Penerima Informasi</td><td>Nama & Paraf Pemberi Informasi</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	CABAKO		Telah Dibaca Ulang: YA / TIDAK		Tgl/Jam menerima informasi	Tgl/Jam verifikasi			Nama & Paraf Penerima Informasi	Nama & Paraf Pemberi Informasi			<p>Diusulkan ke Direktur</p>
CABAKO													
Telah Dibaca Ulang: YA / TIDAK													
Tgl/Jam menerima informasi	Tgl/Jam verifikasi												
Nama & Paraf Penerima Informasi	Nama & Paraf Pemberi Informasi												

**Mengetahui,
Pimpinan Rapat**

(Syauqii Naadhilah, AMK)

Notulen

(Ika Mahiroh)



NOTULEN SOSIALISASI


A c a r a : Sosialisasi Sasaran Keselamatan Pasien Tahap 1 T e m p a t : R. Pertemuan Lt. 2
Hari, Tanggal : Senin, Selasa, Kamis, Jumat 14,15,17,18 Maret 2016 Jam : 12.00-14.00
Pimpinan : Syauqii Naadhilah, AMK

SASARAN	MATERI SOSIALISASI	TINDAK LANJUT
SKP 1	<ol style="list-style-type: none">Semua pasien di rumah sakit dilakukan identifikasi menggunakan tiga identitas : nama sesuai e-KTP, tanggal lahir dan nomor rekam medisWarna gelang identitas pasien biru muda untuk pasien laki-laki, merah muda untuk pasien perempuanPenambahan kancing penanda pasien merah untuk alergi, kuning untuk pasien resiko jatuh dan ungu untuk <i>do not resuscitation</i> (DNR);Identifikasi pasien tidak menggunakan nomor kamar atau lokasi tempat pasienPasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah, sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.	Diusulkan ke Direktur
SKP 2	<ol style="list-style-type: none">Komunikasi efektif menjadi tanggung jawab semua profesional pemberi asuhan di rumah sakit.Pelaporan kondisi pasien ke DPJP menggunakan metode SBAR (<i>Situation, Background, Assesment, Recommendation</i>).Instruksi lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan ditulis secara lengkap oleh penerima instruksi atau hasil pemeriksaan tersebut (CATAT).Instruksi lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima instruksi atau hasil pemeriksaan tersebut (BACA).Instruksi atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi kepada individu yang memberi instruksi atau hasil pemeriksaan tersebut (KONFIRMASI).Prosedur catat – baca – konfirmasi (CABAKO) dilakukan pada saat menerima instruksi lisan atau telepon serta pada saat menyampaikan hasil nilai kritis, dibuktikan dengan adanya stempel CABAKO.	
SKP 3	<ol style="list-style-type: none">Obat Kewaspadaan Tinggi (<i>High-Alert Medications</i>) dikelola sesuai standarElektrolit konsentrat hanya boleh ada di ruang tertentu (Instalasi Gawat Darurat, Unit Kerja Kamar Operasi, Unit Kerja ICU dan Ruang Shofa) dan disimpan dalam lemari khusus dengan akses terbatas.Obat golongan narkotika disimpan dalam lemari khusus di Unit Kerja Farmasi (<i>double</i> pintu dan <i>double</i> kunci).Digunakan suatu sistem untuk menyalurkan obat kewaspadaan tinggi (<i>High-Alert Medications</i>) dengan benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar waktu, benar informasi, benar dokumentasi;	
SKP 4	<ol style="list-style-type: none">Setiap pasien yang akan dilakukan pembedahan harus diberi penandaan lokasi operasi dengan suatu tanda yang jelas, terlihat sampai saat diinsisi. Penanggung jawab pembuat tanda lokasi operasi adalah dokter bedah yang akan melakukan pembedahan. Penandaan lokasi operasi dilakukan sebelum tindakan induksi anestesi.	



NOTULEN SOSIALISASI

A c a r a : Sosialisasi Sasaran Keselamatan Pasien Tahap 1 T e m p a t : R. Pertemuan Lt.2
Hari, Tanggal : Senin, Selasa, Kamis, Jumat 14,15,17,18 Maret 2016 Jam : 12.00-14.00
Pimpinan : Syauqii Naadhilah, AMK

SKP 4	b. Setiap pasien yang akan dilakukan pembedahan harus di verifikasi mengenai ketepatan lokasi, prosedur dan pasien oleh tim kamar bedah (ahli anestesi, ahli bedah dan perawat) dengan menggunakan Surgical Patient Safety Checklist terdiri dari sebelum induksi anestesi (Sign in), sebelum insisi pembedahan (Time out), dan sebelum penutupan luka (Sign out);	Diusulkan ke Direktur
SKP 5	<p>a. Enam langkah cuci tangan (jembatan keledai TEPUNG SELACI DIPUTAR-PUTAR)</p>  <p>b. Dua macam cuci tangan :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hand Rub : menggunakan antiseptik berbasis alkohol, waktu 20-30detik2. Hand Wash : menggunakan antiseptik sabun dan air mengalir, waktu 40-60detik <p>c. Lima momen cuci tangan :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sebelum kontak dengan pasien2. Sebelum melakukan tindakan aseptik3. Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien4. Setelah kontak dengan pasien5. Setelah kontak dengan lingkungan pasien	
SKP 6	<p>a. Setiap pasien yang datang ke instalasi rawat jalan dilakukan skrining awal untuk resiko jatuh.</p> <p>b. Apabila teridentifikasi risiko jatuh pasien dipasangkan pita kuning agar petugas dapat melakukan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh.</p> <p>c. Setiap pasien instalasi rawat inap dilakukan asesmen awal risiko pasien jatuh oleh PPA dan dilakukan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh sesuai hasil asesmen. Untuk pasien dewasa menggunakan <i>Morse Fall Scale</i>, dan untuk pasien anak-anak menggunakan <i>Humpty Dumpty Fall Scale</i>.</p> <p>d. Asesmen ulang risiko pasien jatuh, diindikasikan jika terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.</p> <p>e. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja.</p>	

Mengetahui,
Pimpinan

Notulen

(Syauqii Naadhilah, AMK)

(Ika Mahiroh, AMK)



Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit “Siti Khodijah”
Jl. Bandung 39-47 Pekalongan Telp.(0285)-422845,423590
Email : khodijahpkl@gmail.com

NOTULEN SOSIALISASI


A c a r a : Sosialisasi Sasaran Keselamatan Pasien Tahap 1 T e m p a t : R. Pertemuan Lt. 2
Hari, Tanggal : Senin, Selasa, Kamis, Jumat 14,15,17,18 Maret 2016 Jam : 14.30-16.30
Pimpinan : Syaqqi Naadhilah, AMK

SASARAN	MATERI SOSIALISASI	TINDAK LANJUT
SKP 1	<ol style="list-style-type: none">Semua pasien di rumah sakit dilakukan identifikasi menggunakan tiga identitas : nama sesuai e-KTP, tanggal lahir dan nomor rekam medisWarna gelang identitas pasien biru muda untuk pasien laki-laki, merah muda untuk pasien perempuanPenambahan kancing penanda pasien merah untuk alergi, kuning untuk pasien resiko jatuh dan ungu untuk <i>do not resusitation</i> (DNR);Identifikasi pasien tidak menggunakan nomor kamar atau lokasi tempat pasienPasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah, sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.	Diusulkan ke Direktur
SKP 2	<ol style="list-style-type: none">Komunikasi efektif menjadi tanggung jawab semua profesional pemberi asuhan di rumah sakit.Pelaporan kondisi pasien ke DPJP menggunakan metode SBAR (<i>Situation, Background, Assesment, Recommendation</i>).Instruksi lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan ditulis secara lengkap oleh penerima instruksi atau hasil pemeriksaan tersebut (CATAT).Instruksi lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima instruksi atau hasil pemeriksaan tersebut (BACA).Instruksi atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi kepada individu yang memberi instruksi atau hasil pemeriksaan tersebut (KONFIRMASI).Prosedur catat – baca – konfirmasi (CABAKO) dilakukan pada saat menerima instruksi lisan atau telepon serta pada saat menyampaikan hasil nilai kritis, dibuktikan dengan adanya stempel CABAKO.	
SKP 3	<ol style="list-style-type: none">Obat Kewaspadaan Tinggi (<i>High-Alert Medications</i>) dikelola sesuai standarElektrolit konsentrat hanya boleh ada di ruang tertentu (Instalasi Gawat Darurat, Unit Kerja Kamar Operasi, Unit Kerja ICU dan Ruang Shofa) dan disimpan dalam lemari khusus dengan akses terbatas.Obat golongan narkotika disimpan dalam lemari khusus di Unit Kerja Farmasi (<i>double</i> pintu dan <i>double</i> kunci).Digunakan suatu sistem untuk menyalurkan obat kewaspadaan tinggi (<i>High-Alert Medications</i>) dengan benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar waktu, benar informasi, benar dokumentasi;	
SKP 4	<ol style="list-style-type: none">Setiap pasien yang akan dilakukan pembedahan harus diberi penandaan lokasi operasi dengan suatu tanda yang jelas, terlihat sampai saat diinsisi. Penanggung jawab pembuat tanda lokasi operasi adalah dokter bedah yang akan melakukan pembedahan. Penandaan lokasi operasi dilakukan sebelum tindakan induksi anestesi.	



NOTULEN SOSIALISASI

A c a r a : Sosialisasi Sasaran Keselamatan Pasien Tahap 1 T e m p a t : R. Pertemuan Lt.2
Hari, Tanggal : Senin, Selasa, Kamis,Jumat 14,15,17,18 Maret 2016 Jam : 14.30-16.30
Pimpinan : Syauqii Naadhilah, AMK

SKP 4	b. Setiap pasien yang akan dilakukan pembedahan harus di verifikasi mengenai ketepatan lokasi, prosedur dan pasien oleh tim kamar bedah (ahli anestesi, ahli bedah dan perawat) dengan menggunakan Surgical Patient Safety Checklist terdiri dari sebelum induksi anestesi (Sign in), sebelum insisi pembedahan (Time out), dan sebelum penutupan luka (Sign out);	Diusulkan ke Direktur
SKP 5	<p>a. Enam langkah cuci tangan (jembatan keledai TEPUNG SELACI DIPUTAR-PUTAR)</p>  <p>b. Dua macam cuci tangan :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hand Rub : menggunakan antiseptik berbasis alkohol, waktu 20-30detik2. Hand Wash : menggunakan antiseptik sabun dan air mengalir, waktu 40-60 detik <p>c. Lima momen cuci tangan :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sebelum kontak dengan pasien2. Sebelum melakukan tindakan aseptik3. Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien4. Setelah kontak dengan pasien5. Setelah kontak dengan lingkungan pasien	
SKP 6	<p>a. Setiap pasien yang datang ke instalasi rawat jalan dilakukan skrining awal untuk resiko jatuh.</p> <p>b. Apabila teridentifikasi risiko jatuh pasien dipasangkan pita kuning agar petugas dapat melakukan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh.</p> <p>c. Setiap pasien instalasi rawat inap dilakukan asesmen awal risiko pasien jatuh oleh PPA dan dilakukan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh sesuai hasil asesmen. Untuk pasien dewasa menggunakan <i>Morse Fall Scale</i>, dan untuk pasien anak-anak menggunakan <i>Humpty Dumpty Fall Scale</i>.</p> <p>d. Asesmen ulang risiko pasien jatuh, diindikasikan jika terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.</p> <p>e. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja.</p>	

Mengetahui,
Pimpinan

Notulen

(Syauqii Naadhilah, AMK)

(Ika Mahiroh, AMK)



NOTULEN SOSIALISASI


A c a r a : Sosialisasi Sasaran Keselamatan Pasien Tahap 2 T e m p a t : R. Pertemuan Lt. 2
Hari, Tanggal : Senin, Selasa, Kamis, Jumat 13,14,16,17 Juni 2016 Jam : 12.00-14.00
Pimpinan : Syauqii Naadhilah, AMK

SASARAN	MATERI SOSIALISASI	TINDAK LANJUT
SKP 1	<ol style="list-style-type: none">Semua pasien di rumah sakit dilakukan identifikasi menggunakan tiga identitas : nama sesuai e-KTP, tanggal lahir dan nomor rekam medisWarna gelang identitas pasien biru muda untuk pasien laki-laki, merah muda untuk pasien perempuanPenambahan kancing penanda pasien merah untuk alergi, kuning untuk pasien resiko jatuh dan ungu untuk <i>do not resuscitation</i> (DNR);Identifikasi pasien tidak menggunakan nomor kamar atau lokasi tempat pasienPasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah, sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.	Diusulkan ke Direktur
SKP 2	<ol style="list-style-type: none">Komunikasi efektif menjadi tanggung jawab semua profesional pemberi asuhan di rumah sakit.Pelaporan kondisi pasien ke DPJP menggunakan metode SBAR (<i>Situation, Background, Assesment, Recommendation</i>).Instruksi lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan ditulis secara lengkap oleh penerima instruksi atau hasil pemeriksaan tersebut (CATAT).Instruksi lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima instruksi atau hasil pemeriksaan tersebut (BACA).Instruksi atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi kepada individu yang memberi instruksi atau hasil pemeriksaan tersebut (KONFIRMASI).Prosedur catat – baca – konfirmasi (CABAKO) dilakukan pada saat menerima instruksi lisan atau telepon serta pada saat menyampaikan hasil nilai kritis, dibuktikan dengan adanya stempel CABAKO.	
SKP 3	<ol style="list-style-type: none">Obat Kewaspadaan Tinggi (<i>High-Alert Medications</i>) dikelola sesuai standarElektrolit konsentrat hanya boleh ada di ruang tertentu (Instalasi Gawat Darurat, Unit Kerja Kamar Operasi, Unit Kerja ICU dan Ruang Shofa) dan disimpan dalam lemari khusus dengan akses terbatas.Obat golongan narkotika disimpan dalam lemari khusus di Unit Kerja Farmasi (<i>double</i> pintu dan <i>double</i> kunci).Digunakan suatu sistem untuk menyalurkan obat kewaspadaan tinggi (<i>High-Alert Medications</i>) dengan benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar waktu, benar informasi, benar dokumentasi;	
SKP 4	<ol style="list-style-type: none">Setiap pasien yang akan dilakukan pembedahan harus diberi penandaan lokasi operasi dengan suatu tanda yang jelas, terlihat sampai saat diinsisi. Penanggung jawab pembuat tanda lokasi operasi adalah dokter bedah yang akan melakukan pembedahan. Penandaan lokasi operasi dilakukan sebelum tindakan induksi anestesi.	



NOTULEN SOSIALISASI

A c a r a : Sosialisasi Sasaran Keselamatan Pasien Tahap 2 T e m p a t : R. Pertemuan Lt.2
Hari, Tanggal :Senin, Selasa, Kamis,Jumat 13,14,16,17 Juni 2016 Jam : 12.00-14.00
Pimpinan : Syauqii Naadhilah, AMK

SKP 4	<p>b. Setiap pasien yang akan dilakukan pembedahan harus di verifikasi mengenai ketepatan lokasi, prosedur dan pasien oleh tim kamar bedah (ahli anestesi, ahli bedah dan perawat) dengan menggunakan Surgical Patient Safety Checklist terdiri dari sebelum induksi anestesi (Sign in), sebelum insisi pembedahan (Time out), dan sebelum penutupan luka (Sign out);</p>	Diusulkan ke Direktur
SKP 5	<p>a. Enam langkah cuci tangan (jembatan keledai TEPUNG SELACI DIPUTAR-PUTAR)</p> <div></div> <p>b. Dua macam cuci tangan :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hand Rub : menggunakan antiseptik berbasis alkohol, waktu 20-30detik2. Hand Wash : menggunakan antiseptik sabun dan air mengalir, waktu 40-60detik <p>c. Lima momen cuci tangan :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sebelum kontak dengan pasien2. Sebelum melakukan tindakan aseptik3. Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien4. Setelah kontak dengan pasien5. Setelah kontak dengan lingkungan pasien	
SKP 6	<p>a. Setiap pasien yang datang ke instalasi rawat jalan dilakukan skrining awal untuk resiko jatuh.</p> <p>b. Apabila teridentifikasi risiko jatuh pasien dipasangkan pita kuning agar petugas dapat melakukan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh.</p> <p>c. Setiap pasien instalasi rawat inap dilakukan asesmen awal risiko pasien jatuh oleh PPA dan dilakukan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh sesuai hasil asesmen. Untuk pasien dewasa menggunakan <i>Morse Fall Scale</i>, dan untuk pasien anak-anak menggunakan <i>Humpty Dumpty Fall Scale</i>.</p> <p>d. Asesmen ulang risiko pasien jatuh, diindikasikan jika terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.</p> <p>e. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja.</p>	

Mengetahui,
Pimpinan

(Syauqii Naadhilah, AMK)

Notulen

(Ika Mahiroh, AMK)



Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit “Siti Khodijah”
Jl. Bandung 39-47 Pekalongan Telp.(0285)-422845,423590
Email : khodijahpkl@gmail.com

NOTULEN SOSIALISASI


A c a r a : Sosialisasi Sasaran Keselamatan Pasien Tahap 2 T e m p a t : R. Pertemuan Lt. 2
Hari, Tanggal : Senin, Selasa, Kamis, Jumat 13,14,16,17 Juni 2016 Jam : 14.30-16.30
Pimpinan : Syauqii Naadhilah, AMK

SASARAN	MATERI SOSIALISASI	TINDAK LANJUT
SKP 1	<ol style="list-style-type: none">Semua pasien di rumah sakit dilakukan identifikasi menggunakan tiga identitas : nama sesuai e-KTP, tanggal lahir dan nomor rekam medisWarna gelang identitas pasien biru muda untuk pasien laki-laki, merah muda untuk pasien perempuanPenambahan kancing penanda pasien merah untuk alergi, kuning untuk pasien resiko jatuh dan ungu untuk <i>do not resusitation</i> (DNR);Identifikasi pasien tidak menggunakan nomor kamar atau lokasi tempat pasienPasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah, sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.	Diusulkan ke Direktur
SKP 2	<ol style="list-style-type: none">Komunikasi efektif menjadi tanggung jawab semua profesional pemberi asuhan di rumah sakit.Pelaporan kondisi pasien ke DPJP menggunakan metode SBAR (<i>Situation, Background, Assesment, Recommendation</i>).Instruksi lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan ditulis secara lengkap oleh penerima instruksi atau hasil pemeriksaan tersebut (CATAT).Instruksi lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima instruksi atau hasil pemeriksaan tersebut (BACA).Instruksi atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi kepada individu yang memberi instruksi atau hasil pemeriksaan tersebut (KONFIRMASI).Prosedur catat – baca – konfirmasi (CABAKO) dilakukan pada saat menerima instruksi lisan atau telepon serta pada saat menyampaikan hasil nilai kritis, dibuktikan dengan adanya stempel CABAKO.	
SKP 3	<ol style="list-style-type: none">Obat Kewaspadaan Tinggi (<i>High-Alert Medications</i>) dikelola sesuai standarElektrolit konsentrat hanya boleh ada di ruang tertentu (Instalasi Gawat Darurat, Unit Kerja Kamar Operasi, Unit Kerja ICU dan Ruang Shofa) dan disimpan dalam lemari khusus dengan akses terbatas.Obat golongan narkotika disimpan dalam lemari khusus di Unit Kerja Farmasi (<i>double</i> pintu dan <i>double</i> kunci).Digunakan suatu sistem untuk menyalurkan obat kewaspadaan tinggi (<i>High-Alert Medications</i>) dengan benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar waktu, benar informasi, benar dokumentasi;	
SKP 4	<ol style="list-style-type: none">Setiap pasien yang akan dilakukan pembedahan harus diberi penandaan lokasi operasi dengan suatu tanda yang jelas, terlihat sampai saat diinsisi. Penanggung jawab pembuat tanda lokasi operasi adalah dokter bedah yang akan melakukan pembedahan. Penandaan lokasi operasi dilakukan sebelum tindakan induksi anestesi.	



NOTULEN SOSIALISASI

A c a r a : Sosialisasi Sasaran Keselamatan Pasien Tahap 2 T e m p a t : R. Pertemuan Lt.2
Hari, Tanggal : Senin, Selasa, Kamis, Jumat 13,14,16,17 Juni 2016 Jam : 14.30-16.30
Pimpinan : Syauqii Naadhilah, AMK

SKP 4	b. Setiap pasien yang akan dilakukan pembedahan harus di verifikasi mengenai ketepatan lokasi, prosedur dan pasien oleh tim kamar bedah (ahli anestesi, ahli bedah dan perawat) dengan menggunakan Surgical Patient Safety Checklist terdiri dari sebelum induksi anestesi (Sign in), sebelum insisi pembedahan (Time out), dan sebelum penutupan luka (Sign out);	Diusulkan ke Direktur
SKP 5	<p>a. Enam langkah cuci tangan (jembatan keledai TEPUNG SELACI DIPUTAR-PUTAR)</p> <div></div> <p>b. Dua macam cuci tangan :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hand Rub : menggunakan antiseptik berbasis alkohol, waktu 20-30detik.2. Hand Wash : menggunakan antiseptik sabun dan air mengalir, waktu 40-60detik <p>c. Lima momen cuci tangan :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sebelum kontak dengan pasien2. Sebelum melakukan tindakan aseptik3. Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien4. Setelah kontak dengan pasien5. Setelah kontak dengan lingkungan pasien	
SKP 6	<p>a. Setiap pasien yang datang ke instalasi rawat jalan dilakukan skrining awal untuk resiko jatuh.</p> <p>b. Apabila teridentifikasi risiko jatuh pasien dipasangkan pita kuning agar petugas dapat melakukan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh.</p> <p>c. Setiap pasien instalasi rawat inap dilakukan asesmen awal risiko pasien jatuh oleh PPA dan dilakukan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh sesuai hasil asesmen. Untuk pasien dewasa menggunakan <i>Morse Fall Scale</i>, dan untuk pasien anak-anak menggunakan <i>Humpty Dumpty Fall Scale</i>.</p> <p>d. Asesmen ulang risiko pasien jatuh, diindikasikan jika terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.</p> <p>e. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja.</p>	

Mengetahui,
Pimpinan

(Syauqii Naadhilah, AMK)

Notulen

(Ika Mahiroh, AMK)