

**PERATURAN DIREKTUR
NOMOR 001/PER-DIR/RSDN /IV/2023**

TENTANG

**SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA,

- Menimbang : a. bahwa Sasaran Keselamatan Pasien wajib diterapkan di rumah sakit untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit;
- b. bahwa jaminan keamanan dan keselamatan pasien menjadi hal mutlak yang harus di berikan rumah sakit kepadapasien sehingga di perlu adanya Peraturan tentang Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) di Rumah Sakit sebagai landasan bagi penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan b, perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) di Rumah Sakit Dharma Nugraha;
- Mengingat : 1. Undang-Undang RI No.29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
2. Undang-Undang RI No.25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
3. Undang-Undang RI No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
4. Undang-Undang RI No.36 tahun 2014 tentang Kesehatan
5. Undang-Undang RI No.38 tahun 2014 tentang Keperawatan
6. Peraturan Pemerintah RI No.72 tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
9. Peraturan Pemerintah RI No.51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian
10. Peraturan Pemerintah RI No. 44 tahun 2010 tentang Prekursor
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
12. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit
13. Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Limbah

14. Bahan Berbahaya dan Beracun
15. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 03 tahun 2015 tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, dan Pelaporan Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi
16. Peraturan Menteri LH dan Kehutanan RI Nomor 56 Tahun 2015 tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah B3 Fasilitas Yankes
17. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit
18. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 31 tahun 2016 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian
19. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit
20. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 73 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek
21. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 03 tahun 2017 tentang Perubahan Penggolongan Psikotropika
22. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 09 tahun 2017 tentang Apotek
23. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
24. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Yankes
25. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 41 tahun 2017 tentang Perubahan Penggolongan Narkotika
26. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
27. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
28. Standar WHO Patient Safety

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA TENTANG KEBIJAKAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Definisi

Dalam Peraturan Direktur yang dimaksud dengan :

1. Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
2. Sasaran keselamatan pasien (SKP) adalah upaya rumah sakit dalam menjamin keamanan dan keselamatan pasien. Keselamatan pasien adalah unsur yang paling penting dalam pelayanan kesehatan.
3. Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) dalam pelayanan di rumah sakit mencakup :
 - a. Sasaran 1. Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar
 - b. Sasaran 2. Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif
 - c. Sasaran 3. Meningkatkan Keamanan Obat – Obatan Yang Harus Diwaspadai (high alert)
 - d. Sasaran 4. Memastikan sisi yang benar, prosedur yang pasien yang benar, pasien yang benar Pembedahan/ tindakan invasive;
 - e. Sasaran 5. Mengurangi Risiko Infeksi akibat perawatan kesehatan
 - f. Sasaran 6. Mengurangi risiko cedera kibat jatuh
4. IDENTIFIKASI PASIEN adalah suatu proses untuk menentukan kesesuaian antara individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan dengan pelayanan atau pengobatan yang akan diterimanya.
5. KOMUNIKASI EFEKTIF adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh resipien/penerima pesan akan mengurangi potensi terjadinya kesalahan serta meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan, tertulis dan elektronik.
6. MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT YANG HARUS

DIWASPADAI (HIGH ALERT) adalah upaya mengamankan pemberian obat-obat tertentu/ Obat yang Harus Diwaspadai (High-Alert Medications) yang memiliki risiko tinggi sehingga dapat menyebabkan cedera serius pada pasien jika terjadi kesalahan

dalam penggunaan.

7. MEMASTIKAN SISI YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PASIEN YANG BENAR PADA PEMBEDAHAN/TINDAKAN INVASIF adalah upaya dalam mengamankan/ memastikan pasien selama menjalani tindakan operasi, agar tidak terjadi Salah-Lokasi, Salah-Prosedur, dan Salah-Pasien.
8. SALAH-SISI, SALAH-PROSEDUR, SALAH-PASIEN OPERASI, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan dapat terjadi di rumah sakit.
9. PENGURANGAN INFEKSI MELALUI CUCI TANGAN adalah upaya mencegah agar tidak terjadi infeksi pada pasien yang dirawat dan petugas kesehatan pada saat melakukan tindakan perawatan serta upaya mengendalikan guna menurunkan angka kejadian infeksi melalui kegiatan cuci tangan.
10. MENGURANGI RISIKO JATUH adalah upaya yang dilakukan oleh rumah sakit untuk menjamin keamanan dan keselamatan pasien dari kejadian jatuh

Pasal 2

Tujuan

- (1) Mendorong rumah sakit agar melakukan perbaikan-perbaikan yang menunjang tercapainya keselamatan pasien.
- (2) Untuk menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasihat para pakar serta penelitian berbasis bukti.
- (3) Agar tercapai perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi diperlukan desain sistem yang baik dan berfokus pada solusi, untuk kemudian diimplementasikan bagi keseluruhan sistem.
- (4) Pengaturan sasaran keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dan risiko dalam seluruh aspek pelayanan

BAB II

MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR

Pasal 3

Rumah sakit menetapkan identifikasi pasien dengan menggunakan

minimal dua dari empat identitas yaitu nama dan tanggal lahir dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat.

Empat parameter identitas meliputi :

- a. Nama lengkap pasien
- b. Tanggal lahir
- c. Nomor rekam medis
- d. Nomer Induk Kependudukan (NIK)

Pasal 4

Identifikasi pasien dilakukan pada semua aspek pelayanan baik diagnosis, proses pengobatan serta tindakan.

Pasal 5

Pasien diidentifikasi saat keadaan pasien masih terbius, mengalami disorientasi atau belum sepenuhnya sadar, adanya kemungkinan pindah tempat tidur, pindah kamar, atau pindah lokasi di dalam rumah sakit atau apabila pasien memiliki cacat indra atau rentan terhadap situasi berbeda.

Pasal 6

Pasien diidentifikasi secara benar antara lain pada tindakan

1. Sebelum pemberian terapi (pemberian obat, pemberian darah dan produk darah),
2. Sebelum pemberian diet/ makanan,
3. Sebelum melakukan tindakan pemasangan jalur intravena/ hemodialisa, pemberian cairan intravena,
4. Sebelum tindakan diagnostic pengambilan sampel darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium penunjang, prosedur radiologi diagnostic,
5. Sebelum melakukan tindakan berisiko tinggi kemoterapi, tindakan operasi, pemberian sedasi
6. Identifikasi pada situasi khusus pada pasien koma, bayi baru lahir dan pada pasien saat terjadi darurat bencana. Identifikasi pasien dilakukan pada saat:

Pasal 7

- (1) Identifikasi pasien dimulai dari front office oleh petugas admisi dengan menanyakan secara verbal dan mencocokkan dengan bukti
- (2) identitas pasien, bukti identitas pasien dapat berupa :
 - a. KTP/ e KTP
 - b. SIM
 - c. Pasport
 - d. Bila tidak ada kartu pengenalan maka pasien/ keluarga menuliskan data identitasnya pada formulir yang telah disediakan rumah sakit dengan huruf kapital, penulisan nama tidak boleh disingkat.
- (3) Identifikasi pasien dilakukan secara verbal dan visual.
 - a. **Secara verbal** pada pertemuan pertama (pasien diminta untuk menyebutkan nama dan tanggal lahir) kemudian cocokkan dengan gelang identitas pasien. Identifikasi secara verbal selalu dilakukan pada pasien yang tidak terpasang gelang identitas yaitu pasien di poliklinik (rawat jalan), penunjang medis (farmasi, laboratorium, radiologi), IGD (pada pasien sadar).
 - b. **Secara visual** pada pertemuan selanjutnya (mencocokkan gelang identitas dengan rekam medis), tanpa pasien harus menyebutkan nama dan tanggal lahir dengan petugas yang sama/dalam satu shift.
- (4) Pasien dalam kondisi keadaan kapasitas lonjakan yang identitas tidak diketahui identifikasi/ kondisi **darurat** bencana/ Wabah atau kejadian Luar Biasa (KLB) dilakukan dengan nama Tn/ Ny/ Nn, 1, 2, 3.....dst.
- (5) Pasien rawat inap dan One Day Care (ODC) dan pada pasien IGD dengan triase level 1 dan 2 yang memerlukan tindakan/ pengobatan dilakukan pemasangan gelang identitas, yang berisi 3 (tiga) parameter
- (6) **Nama pasien (menggunakan dua kata, jika hanya satu kata maka dapat ditambahkan Bin (pada pasien laki-laki) dan Binti (pada pasien perempuan) diikuti nama ayah kandung pasien dibelakangnya.**
- (7) Pasien yang tidak mungkin/ tidak kooperatif/ alergi gelang identitas/ tidak memiliki ekstremitas/ luka bakar identitas pasien dapat menggunakan :
 - a. Gelang identitas pasien dipasang dengan memakai kalung

- pada leher pasien/ digantung di TT pasien. Atau dapat menggunakan;
- b. Foto pasien dicantumkan dalam rekam medis pasien, petugas yang mengambil foto adalah petugas Front Office / Petugas Keperawatan.
- (8) Identifikasi pasien di rawat jalan dengan menanyakan secara verbal dan mencocokkan dengan tanda bukti registrasi dari admission dan rekam medis pasien bila sudah ada, saat pasien dinyatakan harus rawat inap baru pasien dipasangkan gelang identitas.
 - (9) Posisi pemasangan gelang identitas di pergelangan tangan/ kaki pasien yang dominan atau tempat yang tidak terpasang infus, pastikan gelang identitas benar dan terpasang dengan baik, nyaman untuk pasien, tidak terlampau ketat maupun terlampau longgar.
 - (10) Penempelan label identitas pasien pada sampel pathologi , nampan makanan, ASI yang disimpan untuk bayi yang dirawat di rumah sakit.
 - (11) Rumah sakit menetapkan Jenis Gelang Identitas :
 - a. Gelang warna biru untuk laki-laki.
 - b. Gelang warna merah muda/ pink untuk perempuan.
 - (12) Identifikasi pasien pada gelang identitas pasien harus dicetak, tulisan tangan hanya boleh bila printer sedang rusak/ tidak ada fasilitas dan harus segera diganti bila printer berfungsi kembali.
 - (13) Pemasangan gelang identitas dilakukan pada saat pasien dinyatakan dirawat dan ODC dilakukan di :
 - a. Instalasi Gawat Darurat (IGD)
 - b. Instalasi kamar Bersalin (VK)
 - c. Instalasi Kamar Operasi (OK)
 - d. Ruang Perawatan (apabila karena suatu kondisi gelang identitas pasien dilepas, maka harus segera dipasang kembali)
 - (14) Bayi baru lahir menggunakan **dua gelang** identitas.
 - a. Gelang pertama menggunakan data identitas ibu, dengan warna gelang identitas sesuai dengan jenis kelamin bayi.
 - b. Gelang kedua menggunakan data identitas bayi diisi dengan tulisan By Ny diikuti nama ibu, dan warna gelang identitas sesuai jenis kelamin bayi.
 - c. Jika bayi kembar maka gelang identitas ditambahkan dengan G1, G2, G3 dstnya.

- d. Verifikasi dilakukan dengan mencocokkan dengan gelang identitas yang dipakai bayi dan mencocokkan dengan gelang ibu.
- (15) Rumah Sakit mengatur bila ada pasien dengan nama yang sama dalam satu ruang perawatan diberikan STIKER dengan tulisan **“HATI – HATI NAMA PASIEN SAMA”** dan diletakkan pada ujung kanan atas rekam medis pasien dan jika salah satu/ kedua pasien sudah pulang, tulisan **“HATI – HATI NAMA PASIEN SAMA”** dilepas.
- (16) Untuk pasien tidak sadar/ koma, bayi, disfasia, dan kondisi lainnya dimana pasien tidak mampu memberitahukan namanya, verifikasi dilakukan dengan menanyakan identitas pasien kepada keluarga/ pengantar/ penunggu pasien. Jika pasien tidak didampingi oleh keluarga (pasien ICU, kamar operasi) identitas pasien diverifikasi dengan cara mencocokkan gelang identitas dengan rekam medis pasien.
- (17) **Penanda Risiko.** Setiap pasien yang masuk rawat inap dilakukan asesmen risiko untuk menentukan pasien berisiko atau tidak, asesmen risiko dan diberikan penanda yang berupa:
 - a. Stiker berwarna merah untuk penanda alergi obat, makanan, atau alergen lainnya.
 - b. Stiker berwarna kuning untuk penanda pasien dengan risiko jatuh tinggi.
 - c. Stiker berwarna ungu untuk penanda pasien dengan status do-not-resuscitate (DNR).
 - d. Stiker berwarna putih untuk penanda pasien dengan kemoterapi
- (18) Pasien yang tidak ingat / lupa tanggal lahir, bulan dan tahun dituliskan tanggal 01/01/ tahun lahir
- (19) Identitas untuk jenazah menggunakan kartu identitas yang dipasangkan di jari kaki ketika berada di kamar jenazah.

BAB III

MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF

Pasal 8

- (1) Rumah sakit menerapkan proses untuk meningkatkan efektivitas komunikasi lisan dan/atau telepon di antara para profesional pemberi asuhan (PPA), proses pelaporan hasil kritis pada

pemeriksaan diagnostic termasuk POCT dan proses komunikasi saat serah terima (hand over).

- (2) Rumah sakit mengatur tentang informasi asuhan pasien dan hasil asuhan dikomunikasikan baik antar staf klinis selama bekerja dalam shif maupun antar shif secara lisan, tertulis maupun elektronik dan terdokumentasi
- (3) Komunikasi yang paling banyak memiliki potensi terjadinya kesalahan adalah pemberian instruksi secara lisan atau melalui telpon, pelaporan hasil kritis dan saat serah terima.
- (4) Latar belakang suara, gangguan, nama obat yang mirip dan istilah yang tidak umum sering kali menjadi masalah.
- (5) Metode, formulir dan alat bantu ditetapkan sesuai dengan jenis komunikasi agar dapat dilakukan secara konsisten dan lengkap.
- (6) Dalam komunikasi verbal melalui telpon, apabila terdapat perintah / informasi yang kurang jelas, gunakan kode alfabet internasional untuk mengeja huruf, terutama pada obat *look alike sound alike* (LASA)
- (7) Metode komunikasi saat menerima instruksi melalui telpon adalah: “menulis/menginput ke komputer - membacakan - konfirmasi kembali” (writedown, read back, confirmation) kepada pemberi instruksi misalnya kepada DPJP. Konfirmasi harus dilakukan saat itu juga melalui telpon untuk menanyakan apakah “yang dibacakan” sudah sesuai dengan instruksi yang diberikan. Sedangkan metode komunikasi saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP dapat menggunakan metode misalnya Situation - background - assessment - recommendation (SBAR)

Pasal 9

(1) Nilai Kritis Laboratorium

- a. Hasil kritis didefinisikan sebagai varian dari rentang normal yang menunjukkan adanya kondisi patofisiologis yang berisiko tinggi atau mengancam nyawa, yang dianggap gawat atau darurat, dan mungkin memerlukan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah kejadian yang tidak diinginkan. Hasil kritis dapat dijumpai pada pemeriksaan pasien rawat jalan maupun rawat inap.
- b. Rumah sakit menetapkan hasil laboratorium yang kritis dan ambang nilai kritis bagi setiap tipe tes, untuk setiap pelayanan laboratorium yang ada (laboratorium klinik, laboratorium patologi anatomi dan laboratorium

mikrobiologi).

- c. Metode komunikasi saat melaporkan nilai kritis pemeriksaan diagnostik melalui telpon juga dapat dengan: “menulis/menginput ke komputer - membacakan - konfirmasi kembali” (writedown, read back).
- d. Hasil nilai kritis yang ditemukan harus dikonsultasikan dengan dokter spesialis patologi klinik dan segera diinformasikan kepada perawat untuk segera dilaporkan ke DPJP atau team medis lainnya kemudian didokumentasikan di catatan terintegrasi dalam berkas rekam medis
- e. Mekanisme pelaporan hasil kritis pada pasien rawat inap dapat dilaporkan melalui perawat yang akan meneruskan laporan kepada DPJP yang meminta pemeriksaan dan Rentang waktu pelaporan hasil kritis ditentukan kurang dari 30 menit sejak hasil di verifikasi oleh PPA yang berwenang di unit pemeriksaan penunjang diagnostik.
- f. Pelaporan hasil kritis di rawat jalan rentang waktu penyampaian hasil tersebut harus selesai dalam ≤ 10 menit melalui perawat/ bidan/ dokter jaga IGD dan dilanjutkan kepada DPJP.

(2) Nilai Kritis Pencitraan/Radiologi

- a. Rumah sakit menetapkan kriteria yang termasuk hasil kritis pemeriksaan pencitraan/ radiologi, termasuk pada pemeriksaan POCT.
- b. Rumah sakit menetapkan metode untuk pelaporan hasil kritis dari pemeriksaan radiologi diagnostik imaging..
- c. Hasil nilai kritis yang ditemukan harus dikonsultasikan dengan dokter spesialis radiologi dan segera diinformasikan kepada perawat untuk segera dilaporkan ke DPJP atau team medis lainnya kemudian didokumentasikan di catatan terintegrasi dalam berkas rekam medis
Waktu penyampaian hasil diagnostik kritis tersebut harus selesai dalam ≤ 10 menit

Pasal 10

- (3) Metode komunikasi saat serah terima distandarisasi sesuai pada jenis serah terima yang sama antar ruang rawat inap, antar unit pemeriksaan penunjang/ tindakan/ terapi fisik**
- a. Untuk jenis serah terima yang berbeda maka dapat menggunakan metode, formulir dan alat yang berbeda,

misalnya antar unit rawat inap, dari ruang perawatan ke unit layanan diagnostic dan fisioterapi.

- b. Jenis serah terima (handover) di dalam rumah sakit dapat mencakup:
 - antara PPA antar dokter, dari dokter ke perawat, antar perawat, dan seterusnya tidak harus terdokumentasi pada rekam medis dan atau dapat menggunakan buku/ catatan lainnya dan di tanda tangani kedua belah pihak antara yang menerima dan mengoverkan;
 - antara unit perawatan yang berbeda di dalam rumah sakit saat pasien dipindahkan dari ruang perawatan intensif ke ruang perawatan atau dari instalasi gawat darurat ke ruang operasi menggunakan formulir transfer.
 - Dari ruang perawatan pasien ke unit layanan diagnostik seperti radiologi atau fisioterapi, menggunakan formulir transfer khusus untuk pemeriksaan diagnostic/ terapi fisik/ fisioterapi.
- (4) Rujukan pasien ke rumah sakit luar/ rumah sakit rujukan menggunakan formulir rujukan yang diberlakukan oleh rumah sakit dan formulir ada pada BRM pasien

BAB IV

MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBATAN YANG HARUS DI WASPADAI (*HIGH ALERT MEDICATIONS*)

Pasal 11

Rumah sakit menerapkan proses untuk meningkatkan keamanan penggunaan obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi (high alert medication) termasuk obat Look - Alike Sound Alike (LASA) dan alektrolit konsentrat terdiri atas:

1. Obat risiko tinggi, yaitu obat dengan zat aktif yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan bila terjadi kesalahan (error) dalam penggunaannya (contoh: insulin, heparin atau sitostatika).
2. Obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look Alike

Sound Alike/LASA)

3. Elektrolit konsentrat contoh: kalium klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 1 mEq/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat injeksi dengan konsentrasi sama atau lebih dari 50%

Pasal 12

Daftar Obat-Obatan dengan Kewaspadaan Tinggi dan LASA

Rumah sakit membuat daftar obat-obatan berisiko tinggi berdasarkan pola penggunaan obat-obatan yang berisiko dari data internalnya sendiri tentang laporan insiden keselamatan pasien. Daftar diperbarui setiap tahun. Daftar ini dapat diperbarui secara sementara jika ada penambahan atau perubahan pada layanan rumah sakit

Pasal 13

Obat – obatan yang perlu diwaspadai dilakukan pengelolaan dengan cara ditempatkan terpisah dari obat lainnya, disimpan dalam lemari yang diberikan penandaan berupa tulisan High Alert pada pintu lemari dan setiap obat pada kemasan (primer atau sekunder) obat serta drug line berwarna merah disekeliling lemari dan disetiap baki penyimpanan obat atau setiap tempat obat dan setiap obat diberikan label high alert.

Pasal 14

Rumah sakit menerapkan strategi untuk mengurangi risiko cedera akibat kesalahan penggunaan obat dengan penataan penyimpanan, pelabelan yang jelas, penerapan double checking, pembatasan akses, penerapan panduan penggunaan obat high alert.

Pasal 15

Metode Penyimpanan Obat-Obatan dengan Kewaspadaan Tinggi dan LASA

- a. Elektrolit konsentrat hanya tersedia dan disimpan di instalasi Farmasi dilengkapi dengan label high alert dan label peringatan (encerkan sebelum digunakan)
- b. Penyimpanan elektrolit konsentrat di luar Instalasi Farmasi diperbolehkan hanya dalam situasi klinis yang berisiko dan harus memenuhi persyaratan yaitu staf yang dapat mengakses dan memberikan elektrolit konsentrat adalah staf yang kompeten dan terlatih, disimpan terpisah dari obat

lain, diberikan pelabelan secara jelas, lengkap dengan peringatan kewaspadaan.

Pasal 16

Rumah sakit menetapkan dan menerapkan protocol koreksi hipokalemi, hiponatremi, dan hipofosfatemia, pemberian ke pasien ada kompeten dan berwenang (ada RKK)

BAB V

MEMASTIKAN SISI YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PASIEN YANG BENAR PADA PEMBEDAHAN/TINDAKAN INVASIF

Pasal 17

Rumah sakit menetapkan proses untuk melaksanakan verifikasi pra operasi, penandaan lokasi operasi dan proses time-out yang dilaksanakan sesaat sebelum tindakan pembedahan/invasif dimulai serta proses sign-out yang dilakukan setelah tindakan selesai dengan prosedur : verifikasi sebelum operasi, penandaan sisi operasi dan time out sebelum dimmulai tindakan.

Pasal 18

Penandaan Lokasi Operasi/Tindakan

Rumah sakit menggunakan tanda yang segera dikenali untuk identifikasi lokasi operasi dengan tanda berupa lingkaran (O) saat sebelum operasi tidak boleh menggunakan tanda X, dengan keterlibatan pasien saat pasien sadar/ khusus pasien anak/ tidak sadar/ tidak kompeten melibatkan keluarga dan pada formulir site marking saat di poliklinik/ IGD/ Rawat inap saat memberikan informasi dan edukasi.

Pasal 19

- (1) Penandaan lokasi operasi harus dibuat oleh dokter operator/ dokter penanggung jawab dan dilaksanakan sebelum pelaksanaan operasi, saat pasien sadar dan disaksikan oleh perawat kamar bedah serta melibatkan pasien/ orang tua/ keluarga dalam proses penandaan.
- (2) Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua semua kasus yang memiliki dua sisi kiri dan kanan (lateralisasi), struktur

multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang).

- (3) Penandaan lokasi operasi tidak dilakukan pada kasus sectio caecaria, kuretase, operasi jantung, sirkumsisi, kasus intervensi dengan kateter/ instrumen yang diinsersi (kateterisasi jantung), operasi gigi, operasi tonsilektomi, kasus luka bakar, bayi prematur (menyebabkan tanda yang permanen), endoskopi, laparatomi. Pada pasien bedah dengan kondisi kritis, asuhan paska bedah dilakukan pemindahan ke unit intensif.

Pasal 20

Proses Verifikasi Pra Operasi atau Tindakan dan Sign In, Time-out dan Sign Out

- 1) Rumah sakit menggunakan suatu check list (surgical safety checklist) untuk memastikan benar identitas pasien, benar sisi lokasi dan benar prosedur operasi/ tindakan invasif, meliputi check list sebelum induksi (sign in), sebelum insisi kulit (time out), dan sebelum anggota tim operasi meninggalkan ruangan operasi (sign out).
- 2) Verifikasi pre operasi/tindakan dengan menggunakan daftar ceklis memastikan tepat pasien, tepat lokasi/ sisi , dan tepat prosedur harus dilakukan pada waktu-waktu berikut
 - a) Saat penjadwalan operasi/tindakan.
 - b) Saat dilakukan persiapan operasi/tindakan (pemeriksaan penunjang dan pengisian *informed consent*).
 - c) Saat pasien diterima di ruang rawat inap atau ruang tindakansebelum tindakan/operasi dilakukan.
 - d) Sebelum pasien ditransfer dari ruang perawatan asal menuju keKamar Operasi atau Ruang Tindakan.
 - e) Saat penandaan/*marker* pada lokasi operasi/tindakan dilakukan.
- 3). **Sign-in** dilakukan di ruang penerimaan kamar operasi/tindakan dengan melibatkan pasien/keluarga, dan harus mencakup hal- hal sebagai berikut,
 - a) Identifikasi pasien (nama, tanggal lahir, nomor rekam medis)
 - b) **Kelengkapan** *informed consent*
 - c) Nama dokter yang melakukan tindakan
 - d) Nama/jenis operasi/tindakan

- e) Tanda daerah/lokasi operasi
- f) Riwayat kesulitan jalan napas.
- g) Kelengkapan persiapan anestesi (jalur intravena dan obat-obatan).
- h) Ketersediaan peralatan khusus dan implan (bila diperlukan).
- i) Kesesuaian persiapan darah (bila diperlukan) seperti jenis akses intravena, jenis darah yang diperlukan, dan jumlah darah yang disiapkan.
- j) Kondisi mesin anestesi yang akan digunakan.
- k) Kondisi alat *pulse oximetry* yang akan digunakan.
- l) Kelengkapan dan sterilitas instrumen atau alat lainnya.
- m) Persiapan operasi (puasa)
- n) Riwayat alergi obat dan nama obat alergennya bila ada.
- o) Kelengkapan dokumen hasil uji diagnostik (laboratorium dan radiologi).

Proses *sign-in* didokumentasikan dalam Formulir Keamanan

Operasi/Tindakan dan diverifikasi oleh Penata/Perawat Anestesi dan Dokter Spesialis Anestesi.

4). Time-out

- 1) Dilakukan sesaat sebelum tindakan dimulai dan hanya dilakukan apabila semua anggota tim operasi/tindakan telah hadir di ruangan operasi atau tindakan dan semua persiapan operasi telah siap.
- 2) Selama *time out*, tim menyetujui komponen sebagai berikut:
 - a) Kelengkapan tim operasi dan perannya.
 - b) Konfirmasi dengan membacakan secara verbal tentang identifikasi pasien dan nama prosedur operasi/tindakan.
 - c) Hal-hal kritis yang perlu menjadi perhatian
 - (1) Risiko kritis, durasi operasi, dan kemungkinan perdarahan disebutkan oleh dokter operator
 - (2) Risiko atau kondisi khusus pada pasien disebutkan oleh dokter anestesi
 - d) Premedikasi yang diberikan (jenis obat dan waktu pemberian)
 - e) Antibiotik profilaksis yang diberikan (jenis obat dan

waktu pemberian).

- f) Kelengkapan dan kesterilan instrumen dan linen.
 - g) Hasil pemeriksaan pencitraan seperti rontgen, MRI, CT-Scan dan lain sebagainya telah terpasang dengan benar.
- 3) Proses *time-out* didokumentasikan dalam Formulir Keamanan Operasi/Tindakan dan ditandatangani oleh Dokter Operator, Dokter Spesialis Anestesi, dan penata anestesi yang membacakan proses *time-out*.

5. *Sign Out*

- 1) Proses *sign out* dilakukan setelah tindakan selesai dan sebelum pasien meninggalkan area tempat prosedur dilakukan.
- 2) Tim melakukan konfirmasi secara lisan untuk komponen *sign-out* sebagai berikut:
 - a) Nama tindakan operasi/invasif yang dicatat/ditulis.
 - b) Kelengkapan perhitungan instrumen, kasa dan jarum (bila ada).
 - c) Pelabelan spesimen, bila ada (label dibacakan dengan jelas, meliputi identitas pasien).
 - d) Jenis implan yang dipasang (bila ada).
 - e) Masalah peralatan selama tindakan yang perlu ditangani (bila ada disebutkan nama peralatan dan jenis kerusakan).
 - f) Hal-hal yang perlu diperhatikan pada proses pemulihan pascatindakan, bila ada.
- 3) Proses sign-out didokumentasikan dalam Formulir Keamanan Operasi/Tindakan dan diverifikasi oleh dokter anestesi, dokter yang melakukan tindakan operasi, dan penata anestesi.

BAB VI

MENGURANGI RISIKO INFEKSI AKIBAT PERAWATAN KESEHATAN

Pasal 21

- (1) Kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan dilakukan oleh seluruh petugas klinis maupun non klinis dan pengunjung di seluruh lingkungan Rumah Sakit.
- (2) Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi

- aliran darah (blood stream infections) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis).
- (3) Kegiatan utama dari upaya eliminasi infeksi ini maupun infeksi lainnya adalah dengan melakukan tindakan cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat.
 - (4) Cuci tangan dilakukan 6 langkah mengadaptasi dari Pedoman Hand Hygiene dari WHO
 - (5) Kebersihan tangan menggunakan cairan antiseptik hancrup dan handrub/ berbasis alcohol.

Pasal 22

Cuci tangan dilakukan pada “*Five Moment*” mencuci tangan :

1. Sebelum kontak dengan pasien
2. Setelah kontak dengan pasien
3. Sebelum melakukan tindakan aseptik
4. Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien
5. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

BAB VII

MENGURANGI RISIKO CIDERA PASIEN AKIBAT JATUH

Pasal 23

- (1) Rumah sakit melakukan asesmen awal risiko pasien jatuh untuk seluruh pasien rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.
- (2) Skrining risiko jatuh rawat jalan dilakukan skrining risiko jatuh pasien dengan kondisi pasien, diagnosis, situasi, dan/atau lokasi yang menyebabkan risiko jatuh. Jika hasil skrining pasien berisiko jatuh, maka harus dilakukan intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pasien.
 - a. kondisi pasien misalnya pasien geriatri, dizziness, vertigo, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, penggunaan obat, sedasi, status kesadaran dan atau kejiwaan, konsumsi alkohol.
 - b. diagnosis, misalnya pasien dengan diagnosis penyakit Parkinson.
 - c. situasi misalnya pasien yang mendapatkan sedasi atau pasien dengan riwayat tirah baring/perawatan yang lama yang akan dipindahkan untuk pemeriksaan penunjang dari ambulans,

- perubahan posisi akan meningkatkan risiko jatuh.
- d. lokasi misalnya area-area yang berisiko pasien jatuh, yaitu tangga, area yang penerangannya kurang atau mempunyai unit pelayanan dengan peralatan parallel bars, freestanding staircases seperti unit rehabilitasi medis, lokasi tertentu diidentifikasi sebagai area risiko tinggi rumah sakit dapat menentukan bahwa semua pasien yang mengunjungi lokasi tersebut akan dianggap berisiko jatuh dan menerapkan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh yang berlaku untuk semua pasien.
- (3) Penilaian risiko jatuh di rawat inap untuk pasien anak menggunakan skala *Humpty Dumpty*, dewasa menggunakan skala *Morse Fall* dan geriatri menggunakan skala *Ontario Modified Stratufy – Sydney*.
- (4) Penilaian risiko jatuh di rawat jalan dan gawat darurat dengan menggunakan penilaian *Get Up And Go*
- (5) Penilaian pada pasien dengan masalah kejiwaan (psikiatri) menggunakan skala penilaian *Edmonson*. Penilaian ini hanya dilakukan di instalasi rawat jalan dan IGD saja, karena Rumah Sakit belum memiliki unit perawatan khusus untuk penanganan pasien – pasien dengan masalah kejiwaan (psikiatri).


Pasal 24

- (1) Pelaksanaan assesmen ulang pasien risiko jatuh :
- a. Diperoleh hasil penilaian / pengkajian dengan skoring tinggi
- b. Ditemukan adanya perubahan mendadak dari kondisi pasien dari risiko rendah/ sedang dan meningkat secara mendadak menjadi risiko tinggi jatuh, perubahan risiko dapat diakibatkan antara lain :
- Perubahan karena pasca pembedahan dan atau anestesi;
 - Perubahan mendadak pada kondisi pasien
 - Penyeasuaian obat-obatan yang diberikan efek berisiko jatuh
 - Gangguan fungsional pasien (gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan atau perubaha status kognitif)
 - Monitoring terhadap ketidak sengajaa kejadian jatuh pada pasien dengan pembatasan gerak/ restrain), pembatasan intake cairan.
 - Riwayat pasien jatuh dan skoring berisiko tinggi
 - Konsumsi alkohol

- (2) Asesmen lanjutan pasien rawat inap dilakukan setiap shift pada pasien dengan skoring risiko tinggi dan sesuai dengan kondisi/ kebutuhan pasien dan risiko sedang pada pasien geriatri.
- (3) Hasil asesmen lanjutan/ ulang di dokumentasikan pada formulir asesmen lanjutan risiko jatuh pada pasien rawat inap.

Pasal 24

Tata laksana pasien risiko tinggi jatuh adalah :

1. Risiko rendah dan sedang
Berikan edukasi pencegahan jatuh kepada pasien / keluarga.
2. Risiko tinggi
 - a. Pasien dipasang gelang/ PIN penanda warna kuning pada pergelangan tangan khusus pasien rawat inap.
 - b. Untuk pasien rawat jalan di pasang stiker berwarna kuning/ disematkan pada lengan pasien.
 - c. Pasang tanda “” pada tempat tidur pasien khusus pasien risiko tinggi jatuh di rawat inap dan IGD.
 - d. Berikan edukasi pencegahan pasien jatuh dan dokumentasikan dalam formulir KIE.
 - e. Pada pasien anak/lansia/ada keterbatasan gerak/gangguan aktifitas dapat melibatkan keluarga atau dilakukan tindakan pemasangan restrain yang sebelumnya telah dilakukan informed consent.
 - f. Dilakukan penatalaksanaan langkah–langkah untuk mengurangi pasien risiko jatuh setiap shift dan didokumentasi pada form pencegahan risiko jatuh.
 - g. Pelepasan gelang/ PIN risiko jatuh pasien rawat inap dilakukan setelah dilakukan asesmen hasil skoring tidak berisiko/ risiko rendah setelah 24 jam, pasien rawat jalan pita kuning dilepas setelah selesai mendapatkan pelayanan di rumah sakit.

BAB VIII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 26

Pencabutan Peraturan Sebelumnya

Pada saat peraturan direktur ini mulai berlaku, maka dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pasal 27

Penetapan

Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan. Dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan pada peraturan ini akan dilakukan perbaikan sebagai mana mestinya.

Ditetapkan di: Jakarta
pada tanggal : 03 April 2023
DIREKTUR ,



Dharma Nugraha
Hospital Est.1996

dr. Agung Darmanto, Sp A