

PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3696/A000/XI/2021

TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN
KOMITE KEPERAWATAN

RS INTAN HUSADA

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

LEMBAR VALIDASI
PEDOMAN PELAYANAN KOMITE KEPERAWATAN
NOMOR 3695/A000/XI/2021

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Irma Oktaviani, S. Kep., Ners	Ketua Komite Keperawatan		8/11/2021
Verifikator	:	Irma Oktaviani, S. Kep., Ners	Ketua Komite Keperawatan		8/11/2021
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		8/11/2021

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3695/A000/XI/2021
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN KOMITE KEPERAWATAN
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

Menimbang :

- a. bahwa dalam rangka peningkatan mutu dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, Rumah Sakit Intan Husada telah memenuhi syarat dan kemampuan pelayanan sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C;
- b. bahwa dalam rangka penerapan tata kelola rumah sakit yang baik dan pelayanan rumah sakit yang efektif, efisien dan akuntabel di Komite Keperawatan perlu dibuat ketentuan dasar untuk melakukan/melaksanakan kegiatan pelaksanaan di Komite Keperawatan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam butir a dan b maka Direktur Rumah Sakit Intan Husada perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan Komite Keperawatan.

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2017 Tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis;
6. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;

7. Surat Keputusan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 034/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;
8. Peraturan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 052/PT-RSIH/XI/2021-S0 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Intan Husada;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PEDOMAN PELAYANAN KOMITE KEPERAWATAN.**
- Kesatu : Pedoman Pelayanan Komite Keperawatan di Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pengorganisasian pelayanan Komite Keperawatan di Rumah Sakit Intan Husada.
- Kedua : Pedoman Pelayanan Komite Keperawatan sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak terpisahkan.
- Ketiga : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 10 November 2021
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	ii
DAFTAR GAMBAR	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Pedoman	1
C. Ruang Lingkup Pelayanan	1
D. Batasan Operasional	2
BAB II STANDAR KETENAGAAN	3
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia	3
B. Distribusi Ketenagaan	3
C. Pengaturan Jaga	4
BAB III STANDAR FASILITAS	5
A. Denah Ruangan	5
B. Standar Fasilitas	5
BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN	6
A. Pelayanan Kredensial	6
B. Pemeliharaan Mutu Profesi	6
C. Penegakan Etik dan Disiplin	7
BAB V LOGISTIK	8
A. Jenis Logistik	8
B. Alur Logistik	9
BAB VI KESELAMATAN PASIEN	10
A. Identifikasi Risiko Keselamatan Pasien	10
B. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien	11
C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien	12
BAB VII KESELAMATAN KERJA	14
A. Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja	14
B. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja	14
C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja	15
BAB VIII PENGENDALIAN MUTU	17
A. Indikator Mutu	17
B. Monitoring	18
C. Evaluasi	18
D. Pelaporan	18
E. <i>Continous Improvement</i>	19
BAB IX PENUTUP	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR PUSTAKA	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pengaturan Kerja	4
Tabel 3.1 Standar Fasilitas Ruang Komite Keperawatan	5

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Denah Ruang Komite Keperawatan.....	5
--	---

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit di Indonesia terus berkembang, baik jumlah, jenis maupun kelas rumah sakit sesuai dengan kondisi atau masalah kesehatan masyarakat, letak geografis, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, peraturan serta kebijakan yang ada. Kualitas pelayanan yang bermutu dan profesional akan sangat menentukan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan sehingga tenaga perawat dan bidan mempunyai kontribusi yang tinggi dalam menentukan mutu bahkan citra pelayanan kesehatan.

Penyelenggaraan Komite Keperawatan bertujuan untuk meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan serta mengatur tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan keperawatan dan pelayanan kebidanan yang berorientasi pada keselamatan pasien di Rumah Sakit lebih terjamin dan terlindungi. Komite Keperawatan adalah wadah non-struktural Rumah Sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi dan pemeliharaan etik dan disiplin profesi.

Rumah sakit mempunyai fungsi penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia, serta penyelenggara penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi bidang kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan keperawatan dan kebidanan di rumah sakit ditentukan oleh tiga komponen utama yaitu: jenis pelayanan keperawatan dan kebidanan yang diberikan, sumber daya manusia tenaga keperawatan sebagai pemberi pelayanan dan manajemen sebagai tata kelola pemberian pelayanan. Berdasarkan kondisi tersebut diperlukan pedoman pelayanan komite keperawatan sebagai acuan dalam melakukan kegiatan, sehingga bisa diimplementasikan, berkontribusi meningkatkan kinerja pengelolaan klinik bagi tenaga keperawatan.

B. Tujuan Pedoman

1. Tujuan Umum

Sebagai acuan dalam pelayanan Komite Keperawatan di RS Intan Husada, sehingga meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan dan mengatur tata kelola klinis yang baik agar mutu pelayanan keperawatan yang berorientasi pada keselamatan pasien di rumah sakit lebih terjamin dan terlindungi.

2. Tujuan Khusus

- a. Sebagai acuan dalam pelaksanaan kredensial;
- b. Sebagai acuan dalam pelaksanaan pemeliharaan mutu profesi;
- c. Sebagai acuan dalam penegakkan etik dan disiplin profesi.

C. Ruang Lingkup Pelayanan

1. Kegiatan pelayanan kredensial;
2. Kegiatan pemeliharaan mutu profesi;
3. Kegiatan penegakkan etik dan disiplin profesi.

D. Batasan Operasional

1. Kegiatan pelayanan kredensial adalah proses evaluasi terhadap tenaga keperawatan untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis;
2. Kegiatan pemeliharaan mutu profesi adalah proses evaluasi secara profesional terhadap performa tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan kepada pasien;
3. Kegiatan penegakkan etik dan disiplin profesi adalah proses identifikasi masalah-masalah yang berhubungan dengan dugaan pelanggaran kode etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan.

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

1. Ketua Komite Keperawatan

Pendidikan : berijazah sekurang-kurangnya Profesi Ners

Pengalaman kerja :

- a) Memiliki Sertifikat Pelatihan Komite Keperawatan;
- b) Pengalaman minimal 4 (empat) tahun sebagai perawat klinik bangsal di RS Intan Husada;
- c) Leveling minimal PK II;
- d) Menguasai komputer dan Ms. Office

2. Ketua Sub Komite Kredensial

Pendidikan : berijazah sekurang-kurangnya Profesi Ners

Pengalaman kerja :

- a) Pengalaman minimal 2 (dua) tahun sebagai perawat klinik bangsal di RS Intan Husada;
- b) Leveling minimal PK I;
- c) Menguasai komputer dan Ms. Office

3. Ketua Sub Komite Mutu Profesi

Pendidikan : berijazah sekurang-kurangnya Profesi Ners

Pengalaman kerja :

- a) Pengalaman minimal 2 (dua) tahun sebagai perawat klinik bangsal di RS Intan Husada;
- b) Leveling minimal PK I;
- c) Menguasai komputer dan Ms. Office

4. Ketua Sub Komite Etik Disiplin Profesi

Pendidikan : berijazah sekurang-kurangnya Profesi Ners

Pengalaman kerja :

- a) Pengalaman minimal 2 (dua) tahun sebagai perawat klinik bangsal di RS Intan Husada;
- b) Leveling minimal PK I;
- c) Menguasai komputer dan Ms. Office.

B. Distribusi Ketenagaan

Ketenagaan Komite Keperawatan merupakan terdiri dari:

- Ketua Komite : 1 (satu) orang
- Ketua Subkomite Kredensial : 1 (satu) orang
- Ketua Subkomite Mutu Profesi : 1 (satu) orang
- Ketua Subkomite Etik Disiplin Profesi : 1 (satu) orang

C. Pengaturan Kerja

Tabel 2.1 Pengaturan Kerja

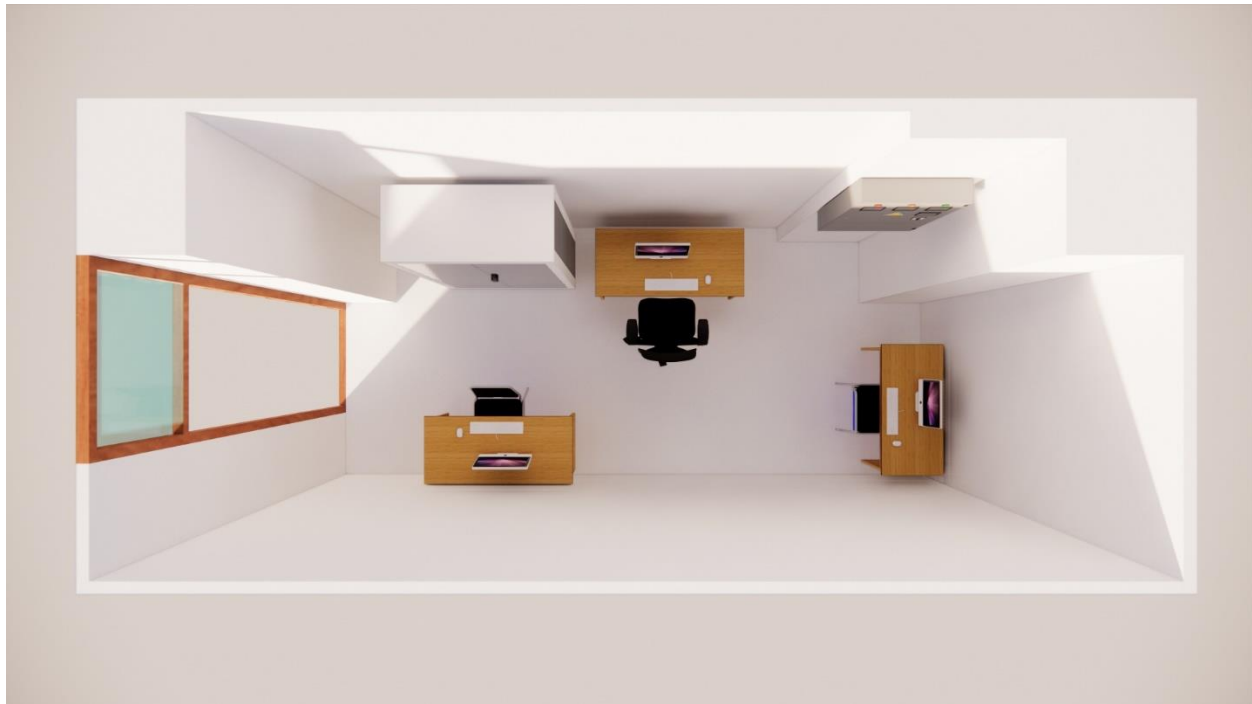
No	Nama Jabatan	Waktu Kerja	Jam Kerja
1.	Ketua Komite Keperawatan	Definitif	OH (<i>Office Hour</i>) Jam Kerja: Senin-Jumat Pukul 07.30-15.30 WIB. Sabtu jam 07.30-12.00 WIB.
2.	Ketua Sub Komite Kredensial	<i>Adhock</i>	Disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan
3.	Ketua Sub Komite Mutu Profesi	<i>Adhock</i>	Disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan
4.	Ketua Sub Komite Etik Disiplin Profesi	<i>Adhock</i>	Disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan

BAB III STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang

Ruang Komite Keperawatan terletak di gedung 2 RS Intan Husada lantai 2.

Gambar 3.1 Denah Ruang Komite Keperawatan



Ruang Komite Keperawatan dilengkapi dengan 1 meja dan 1 komputer terletak di samping kanan dan 1 lemari file terletak di samping kiri.

B. Standar Fasilitas

Tabel 3.1 Standar Fasilitas Ruang Komite Keperawatan

No	Nama Jenis Perlengkapan/Peralatan	Jumlah
1	Fisik Bangunan	
	Gedung 2 lantai 2	1
2	Peralatan	
	Meja	1
	Kursi	1
	Komputer	1
	Lemari kaca	1

BAB IV TATALAKSANA PELAYANAN

A. Pelayanan Kredensial

Tenaga keperawatan yang diterima bekerja di rumah sakit wajib menandatangani perjanjian kerja (termasuk kontrak klinis) sesuai ketentuan rumah sakit. Tenaga keperawatan yang telah diterima hanya dapat melakukan pelayanan keperawatan di rumah sakit setelah mendapatkan surat penugasan klinis (*clinical appointment*) dari Direktur rumah sakit. Surat penugasan klinis dibuat berdasarkan rincian kewenangan klinis setiap tenaga keperawatan (*delineation of clinical privilege*) yang direkomendasikan Komite Keperawatan melalui proses kredensial.

Mekanisme kredensial dan rekredensial di rumah sakit adalah tanggungjawab Komite Keperawatan yang dilaksanakan oleh Subkomite Kredensial. Pemberian kewenangan klinis setiap staf medis disesuaikan dengan kompetensi staf tenaga keperawatan yang nyata dengan melibatkan Komite Keperawatan serta dapat dibantu oleh Mitra Bestari (*peer group*). Kewenangan klinis seorang tenaga keperawatan tidak hanya didasarkan pada kredensial terhadap kompetensi keilmuan dan keterampilannya saja, akan tetapi juga didasarkan pada kesehatan fisik, kesehatan mental, dan perilaku (*behavior*) tenaga keperawatan.

Kewenangan klinis berakhir bila surat penugasan klinis (*clinical appointment*) habis masa berlakunya atau dicabut oleh Direktur rumah sakit. Surat penugasan klinis untuk setiap tenaga keperawatan memiliki masa berlaku 3 (tiga) tahun dan menyesuaikan masa berlaku Surat Izin Praktik Perawat (SIPP). Pada akhir masa berlakunya surat penugasan tersebut rumah sakit harus melakukan rekredensial terhadap tenaga keperawatan yang bersangkutan. Rekredensial adalah proses re-evaluasi terhadap tenaga keperawatan yang telah memiliki kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis tersebut. Rekredensial dapat dilakukan dengan alasan permintaan dari tenaga keperawatan atau rumah sakit.

1. Rekredensial atas permintaan tenaga keperawatan antara lain karena:
 - a. Surat penugasan klinis (*clinical appointment*) akan habis masa berlakunya.
 - b. Tenaga keperawatan mengajukan penambahan/pengurangan kewenangan klinis
2. Rekredensial atas permintaan rumah sakit dilakukan dengan pertimbangan untuk menentukan apakah kewenangan klinis tenaga keperawatan dapat dilanjutkan, dibatasi, atau dihentikan berdasarkan:
 - a. Hasil proses tinjauan praktik profesional berkelanjutan (*Ongoing Professional Practice Evaluation = OPPE*)
 - b. Pembatasan kewenangan klinis dari organisasi profesi (PPNI)
 - c. Temuan rumah sakit dari hasil evaluasi kejadian sentinel atau kejadian lain
 - d. Kesehatan tenaga keperawatan

B. Pemeliharaan Mutu Profesi

Pemeliharaan mutu profesi adalah memastikan mutu profesi staf keperawatan sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang berorientasi kepada keselamatan pasien sesuai kewenangannya. Memastikan kualitas asuhan keperawatan diberikan oleh staf keperawatan melalui upaya pemberdayaan, evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going profesional practice evaluation*), maupun evaluasi kinerja profesi yang terfokus (*focused profesional practice evaluation*).

Pelaksanaan pemeliharaan mutu profesi keperawatan dilakukan dengan cara:

1. Pelaksanaan audit keperawatan;
2. Merekomendasikan perencanaan pengembangan profesional berkelanjutan tenaga keperawatan;
3. Memfasilitasi proses pendampingan sesuai kebutuhan.

C. Penegakan Etik dan Disiplin

Penegakkan etik dan disiplin profesi adalah proses identifikasi masalah-masalah yang berhubungan dengan dugaan pelanggaran kode etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan. Dengan tujuan sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam penelusuran masalah etik dan disiplin tenaga keperawatan, menegakkan adanya dugaan pelanggaran etik dan disiplin tenaga keperawatan dalam memelihara dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan/kebidanan. Pelaksanaan penegakan etik dan disiplin keperawatan dilakukan dengan cara:

1. Melakukan sosialisasi kode etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
2. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan;
3. Merekomendasikan penyelesaian masalah pelanggaran disiplin dan masalah etik dalam kehidupan profesi dan pelayanan asuhan keperawatan;
4. Merekomendasikan pencabutan kewenangan klinis;
5. Memberikan pertimbangan dalam mengambil keputusan etis dalam asuhan keperawatan dan kebidanan.

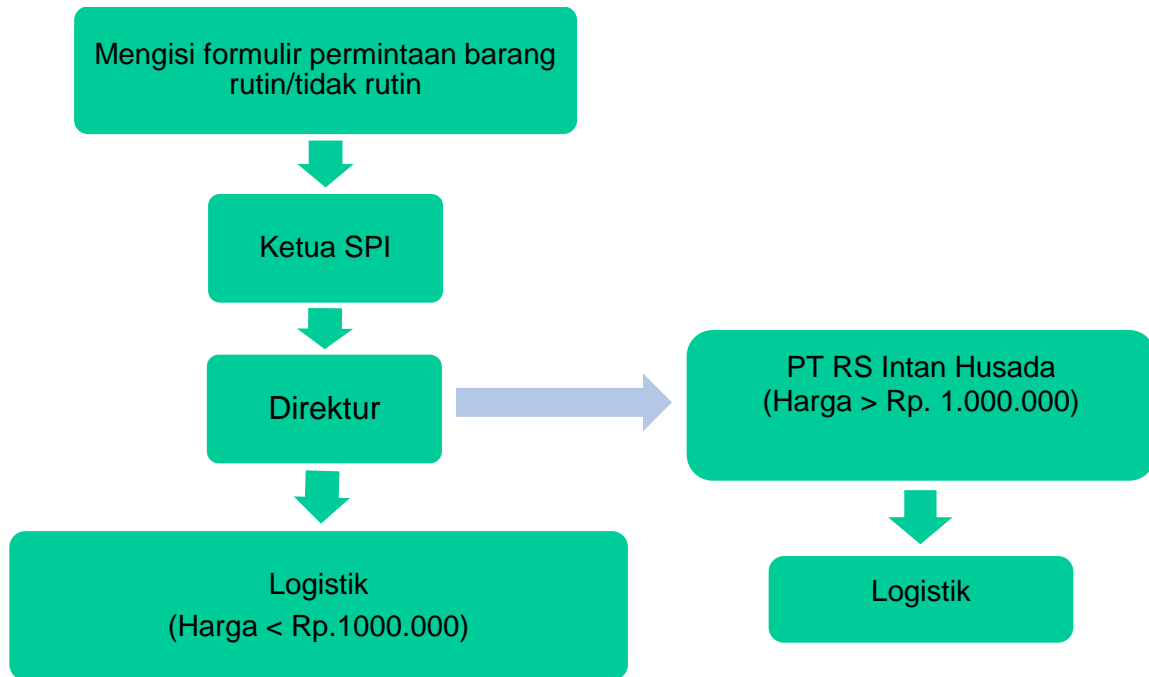
BAB V LOGISTIK

A. Jenis Logistik

Jenis logistik yang dibutuhkan oleh Komite Keperawatan terdiri dari permintaan barang rutin dan barang tidak rutin, adapun permintaan tersebut sebagai berikut:

No	Jenis Barang Logistik Umum	Alur Pengadaan	
		Rutin	Tidak Rutin
1	Kertas A4	√	
2	Map	√	
3	Bindex	√	
4	<i>Clip trigonal</i> no 3 & no 5	√	
5	<i>Binder Clips</i> 200	√	
6	Spidol permanen dan <i>board marker</i>	√	
7	Pulpen, pensil, penghapus, penggaris	√	
8	Lem kertas	√	
9	Lakban bening	√	
10	Refil tinta <i>printer</i>	√	
11	<i>Pervirator</i> (Pembolong Kertas) 2 lubang	√	
12	Plastik Cover	√	
13	Buku Kecil	√	
14	Gunting	√	
15	Tisu wajah	√	
16	Kursi		√
17	Kalkulator		√
18	Lakban hitam		√
19	Printer		√
20	Komputer		√

B. Alur Logistik



BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

A. Identifikasi Resiko Keselamatan Pasien

Risiko adalah potensi terjadinya kerugian yang dapat timbul dari proses kegiatan saat sekarang atau kejadian di masa datang.

Risiko Keselamatan Pasien (*Patient Safety*):

1. Salah pasien (saat melakukan prosedur terhadap pasien)
2. Salah prosedur (saat melakukan prosedur terhadap pasien)
3. Kesalahan pemberian obat (dosis, rute, obat)
4. Kesalahan pemberian darah/produk darah
5. Kesalahan pengambilan darah atau spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
6. Pasien jatuh
7. Infeksi nosokomial karena kesalahan teknik aseptik saat prosedur

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis 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.

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera.

Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien

Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

Kejadian Sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Yang termasuk kejadian sentinel adalah :

1. Kematian yang tidak diharapkan yang tidak berhubungan dengan sebab-sebab alamiah dari penyakit pasien atau kondisi dasar dari pasien
2. Kehilangan fungsi yang bersifat permanen dan utama yang tidak berhubungan dengan sebab-sebab alamiah dari penyakit pasien atau kondisi dasar dari pasien
3. Tempat yang salah, prosedur yang salah, pasien yang salah dalam tindakan operasi
4. Penculikan bayi atau anak
5. Tertukarnya bayi atau anak ke orang tua yang salah.
6. Pemerkosaan
7. Reaksi transfusi hemolitik
8. Pasien bunuh diri

B. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien

Manajemen risiko adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasi sendiri upaya mengurangi risiko tersebut.

Manajemen Keselamatan Pasien

1. Melakukan identifikasi pasien sesuai standar yang berlaku
2. Peningkatan komunikasi efektif
3. Melakukan komunikasi efektif SBAR pada saat:
 - a. Komunikasi antar perawat
 - b. Komunikasi perawat dengan dokter
 - c. Komunikasi antar staf kesehatan lainnya yang bertugas di Rumah sakit
4. Menggunakan komunikasi SBAR pada saat:
 - a. Pergantian *shift* jaga
 - b. Terjadi perpindahan rawat pasien
 - c. Terjadi perubahan situasi atau kondisi pasien
 - d. Melaporkan hasil pemeriksaan, efek samping terapi/tindakan, atau perburukan kondisi pasien melalui telepon kepada dokter yang merawat
5. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
6. Melaksanakan SPO *Independent Double Check*, obat kewaspadaan tinggi pada obat-obat yang termasuk dalam daftar obat *high alert*
7. Melakukan pengkajian 5 tepat (tepat jenis, tepat pasien, tepat dosis, tepat rute, tepat cairan pelarut) baik obat, darah maupun produk darah lain sebelum diberikan kepada pasien
8. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien pada operasi
9. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
10. Melakukan pengisian formulir data pemantauan surveilans
11. Infeksi luka *infuse/flebitis*
12. Infeksi aliran darah
13. Infeksi saluran kemih.
14. Infeksi daerah operasi

15. VAP (*ventilator associated pneumonia*)/HAP (*hospital acquired pneumonia*)
16. Kepatuhan kebersihan tangan
17. Melakukan pemantauan kegiatan pengendalian infeksi
18. Melakukan pelaporan dan analisa kejadian infeksi
19. Melakukan sosialisasi hasil analisa kejadian infeksi
20. Melakukan evaluasi kegiatan pengendalian infeksi
21. Pengurangan risiko pasien jatuh
22. Melakukan pencegahan pasien jatuh dengan assesment risiko dan tindak lanjut kepada pasien yang dirawat
23. Melakukan pengkajian risiko pasien jatuh dan edukasi pasien dan keluarga
24. Melaporkan kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi
25. Melakukan analisa sederhana terhadap kejadian KTD yang terjadi di masing-masing unit pelayanan
26. Melakukan sosialisasi hasil analisa KTD yang terjadi

C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien

1. Tatalaksana Keselamatan Pasien

Dalam melaksanakan keselamatan pasien terdapat 7 langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit. Adapun 7 langkah tersebut adalah:

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien. Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil
- b. Memimpin dan mendukung karyawan. Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan pengkajian hal potensial bermasalah
- d. Mengembangkan sistem pelaporan. Memastikan karyawan agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Mengembangkan cara-cara yang terbuka dengan pasien
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Mendorong karyawan untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa suatu kejadian timbul
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien. Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan

2. Standar Keselamatan Pasien

Dalam melaksanakan keselamatan pasien ada beberapa standar yang harus diterapkan, yaitu:

- a. Hak pasien
- b. Mendidik pasien dan keluarga
- c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

- d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
 - e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
 - f. Mendidik karyawan tentang keselamatan pasien
 - g. Komunikasi yang baik merupakan kunci bagi karyawan untuk mencapai keselamatan pasien
3. Sasaran Keselamatan Pasien
- a. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
 - b. Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan limbah termasuk limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun)
 - c. Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan sanitasi dan lingkungan
 - d. Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan linen
 - e. Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan makanan
4. Pelaporan insiden keselamatan pasien
- Adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran.
- Medication error* terjadi akibat pemberian obat ataupun salah mendiagnosis yang berdampak pada kesalahan dalam pemberian obat.
- Yang termasuk kesalahan dalam pengobatan (*Medication Error*) adalah:
- a. Salah Obat
 - b. Salah dosis
 - c. Salah jumlah obat
 - d. Salah resep/*order* yang berkaitan dengan penyakit atau kondisi pasien
 - e. Salah aturan pakai obat/frekuensi pemberian
 - f. Salah *rute* pemberian (Misalnya seharusnya diberikan *intramuscular* tetapi diberikan intravena)
 - g. Salah pasien
 - h. Salah indikasi
 - i. Obat Kadaluausa

BAB VII KESELAMATAN KERJA

A. Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja

Risiko adalah potensi terjadinya kerugian yang dapat timbul dari proses kegiatan saat sekarang atau kejadian di masa datang.

Risiko Keselamatan Staf (*Staff Safety*)

1. Tertusuk jarum suntik
2. Terpapar cairan tubuh pasien (bahan infeksius)
3. Terpapar bahan kimia cair
4. Terpapar infeksi terutama *air-borne*
5. Terpapar bahaya radiasi dari obat kemoterapi
6. *Security hazard* dari pasien/pengunjung

B. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja

Manajemen risiko adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasi sendiri upaya mengurangi risiko tersebut.

Manajemen Keselamatan Staf

- a. Menerapkan *universal precaution* dalam setiap tindakan
- b. Selalu menggunakan Alat Pelindung Diri (sarung tangan, masker, alat pelindung mata/muka) pada saat melakukan prosedur
- c. *Spuit* dan benda tajam lainnya diletakan dalam wadah tahan tusuk. Jangan menutup, membengkokkan atau mematahkan benda tajam secara manual
- d. Permukaan meja, lantai harus didekontaminasi dengan desinfektan kimiawi setelah ada tumpahan bahan infeksius
- e. Pengadaan, penyimpanan, pemakaian dan pembuangan B3 sesuai dengan prosedur
- f. Monitoring paparan radiasi dengan personal monitor
- g. Prosedur penanganan *needle stick injury* dan cairan tubuh lainnya
- h. Pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi RS
- i. Penanaman budaya *safety*
- j. Memberikan pendidikan untuk setiap prosedur dan bahan berbahaya yang baru (AOP 6.2, ME 7)
- k. Melakukan edukasi bencana:
 - 1) Kode yang diumumkan melalui *paging*:
 - Red Code* : pemberitahuan kebakaran.
 - Green Code* : pemberitahuan gempa.
 - Blue Code* : pemberitahuan henti jantung
 - 2) Kode yang tidak diumumkan melalui *paging*:
 - Black Code* : pemberitahuan ancaman bom
 - Purple Code* : pemberitahuan pasien IGD melebihi kapasitas pelayanan
 - Pink Code* : pemberitahuan adanya wabah/epidemis

Silent Code : pemberitahuan penculikan bayi/anak

l. Melakukan edukasi kebakaran:

1) Prosedur bila menemukan api: RACE

R / *Rescue* : selamatkan orang dekat api

A / *Alarm* : tekan alarm atau hubungi *security*

C / *Confine* : batasi perjalanan api dengan menutup pintu/jendela

E / *Extinguish* : padamkan api dengan APAR

2) Prosedur penggunaan APAR : PASS

P / Pin pengaman dicabut

A / Arahkan *spray nozzle* ke dasar api

S / Semprotkan APAR dengan menekan *handle*

S / Sapukan ke sisi-sisi api

3) Prosedur bila mendengar *Code Red* : 4S

S / *Stop* pekerjaan

S / Siapkan pasien-pasien, rekam medik dan peralatan penting lainnya yang akan di evakuasi

S / Setelah terdengar instruksi lewat *paging* lakukan evakuasi sesuai dengan petunjuk

S / Selalu menggunakan tangga darurat

m. Melakukan edukasi bila terjadi gempa :

J / Jangan tinggalkan ruangan sampai gempa berhenti

J / Jatuhkan tubuh/berlindung dibawah meja atau *furniture* yang kokoh

J / Jauhi benda yang mudah jatuh

J / Jangan panik dan tunggu instruksi selanjutnya

n. Melakukan edukasi mengenai nomor extension RS Intan Husada yang bisa dihubungi bila terjadi bencana

C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja

1. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pegawai.

2. Pemeriksaan kesehatan prakerja.

3. Pemeriksaan kesehatan berkala.

4. Pemeriksaan kesehatan khusus di unit berisiko : CSSD, OK, ICU, Laboratorium, Radiologi, Sanitasi, Gizi, *Laundry*.

5. Pencegahan dan penanganan kecelakaan kerja (tertusuk jarum bekas).

6. Pencegahan dan penanganan penyakit akibat kerja.

7. Penanganan dan pelaporan kontaminasi bahan berbahaya.

8. *Monitoring* ketersediaan dan kepatuhan pemakaian APD bagi staf.

9. *Monitoring* penggunaan bahan desinfeksi.

10. Pengelolaan Bahan dan Barang Berbahaya.

11. *Monitoring* kerjasama pengendalian hama.

12. *Monitoring* ketentuan pengadaan jasa dan barang berbahaya.

13. Memantau pengadaan, penyimpanan dan pemakaian B3.

14. Kesehatan Lingkungan Kerja.

15. Penyehatan ruang bangunan dan halaman Rumah Sakit.
16. Penyehatan *hygiene* dan sanitasi makanan dan minuman.
17. Penyehatan air.
18. Pengelolaan limbah.
19. Pengelolaan tempat pencucian.
20. Pengendalian serangga, tikus, dan binatang pengganggu
21. Desinfeksi dan sterilisasi.
22. Kawasan tanpa rokok.
23. Pengelolaan Limbah Padat, Cair dan Gas.

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

A. Indikator Mutu

1. Angka kredensial perawat baru

Judul Indikator	Angka Kredensial perawat baru
Dimensi mutu	Efisiensi dan keselamatan pasien
Tujuan indikator	Untuk memberikan jaminan bahwa perawat yang bekerja dan memberikan pelayanan kepada pasien adalah perawat yang kompeten untuk memastikan bahwa semua perawat baru melalui proses kredensial
Definisi operasional	Perawat baru adalah perawat yang telah lulus seleksi penerimaan pegawai baru dan telah selesai menjalani masa orientasi di RS Intan Husada Kredensial adalah proses evaluasi dan verifikasi terhadap perawat untuk menilai dan menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis sesuai kompetensinya
Frekuensi pengumpulan data	Tiap rekrutmen/penerimaan perawat baru/ 3 bulan
Periode analisis data	Tiap 1 tahun
Numerator	Jumlah perawat baru yang mengikuti proses kredensial
Denominator	Jumlah seluruh perawat baru yang harus mengikuti proses kredensial
Standar	100%
Sumber data	Dokumen kepegawaian
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Keperawatan

2. Angka Rekredensial Perawat Lama

Judul Indikator	Angka Kredensial perawat baru
Dimensi mutu	Standar akreditasi rumah sakit, program kerja komite keperawatan
Tujuan indikator	Untuk memberikan jaminan bahwa perawat yang bekerja dan memberikan pelayanan kepada pasien adalah perawat yang kompeten untuk memastikan bahwa semua perawat lama (lebih 1 tahun) sudah mengikuti proses re-kredensial
Definisi operasional	Perawat lama adalah perawat yang telah bekerja lebih dari 1 tahun Rekredensial adalah proses evaluasi dan verifikasi ulang terhadap perawat untuk menilai dan menentukan kelayakan pemberian kewenangan klinis sesuai kompetensinya
Frekuensi <i>updating</i> indikator	Tiap 1 tahun
Periode analisis data	Tiap 3 tahun
Numerator	Jumlah perawat lama yang mengikuti proses rekredensial
Denominator	Jumlah seluruh perawat lama yang harus mengikuti proses kredensial
Standar	95%
Sumber data	Dokumen kepegawaian
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Keperawatan

B. Monitoring

Monitoring dilakukan dengan tiap rekrutmen/penerimaan perawat baru/3 bulan untuk kredensial dan untuk re-kredensial setiap 1 tahun

C. Evaluasi

Evaluasi dilakukan setiap 1 tahun untuk kredensial dan 3 tahun untuk re-kredensial

D. Pelaporan

Ketua Komite Keperawatan membuat surat rekomendasi kepada Direktur Rumah Sakit untuk diterbitkannya Surat Penugasan Klinis (SPK) bagi tenaga keperawatan yang telah dilakukan proses kredensial dan re-kredensial

E. *Continuous Improvemen*

Merupakan perumusan upaya-upaya perbaikan dari hasil analisis. Tujuannya adalah menyusun program kerja dengan tujuan untuk memperbaiki mutu yang diperoleh dari proses monitoring

BAB IX PENUTUP

Pedoman Pelayanan Komite Keperawatan ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi semua pihak yang terlibat dalam pelayanan keperawatan di Rumah Sakit, terutama dalam mewujudkan keselamatan pasien serta melindungi perawat dan bidan. Disamping itu staf keperawatan dan bidan di Rumah Sakit diharapkan mampu memahami pedoman pelayanan komite keperawatan ini agar dapat melakukan pengawasan dan pemantauan kualitas pelayanan Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit.
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2017 tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis