



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR
RSUD dr. MURJANI SAMPIT

Jalan HM.Arsyad No.65, Sampit Kode Pos 74322

Telp (0531) 21010 Faks (0531) 21782

e-mail: rsdmsampit@yahoo.com



KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. Murjani Sampit

NOMOR : 001 / KPTS/ DIR/ P01/ RSUD-DM/ I/ 2018

TENTANG

KEBIJAKAN PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

Menimbang :

1. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan RSUD dr. Murjani Sampit, maka diperlukan landasan kebijakan penerapan sasaran keselamatan pasien yang menjadi prioritas utama,
2. Bahwa agar pelayanan keselamatan pasien di RSUD dr. Murjani Sampit dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya kebijakan Direktur RSUD dr. Murjani Sampit sebagai landasan bagi penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD dr. Murjani Sampit
3. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam 1 dan 2, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD dr. Murjani Sampit

Mengingat :

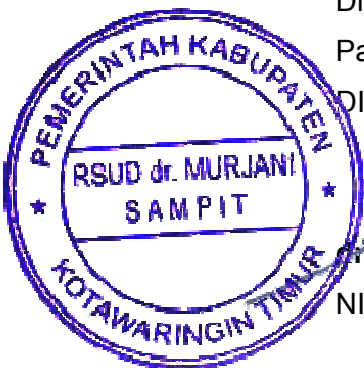
1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
2. Undang-Undang Praktik Kedokteran no. 29 pasal 45 ayat (3) tahun 2008 tentang panduan pemberian informasi dalam rangka persetujuan tindakan kedokteran.
3. Peraturan Menteri kesehatan No 269 / Menkes / Per / III / 2008 tentang keselamatan dan kesehatan kerja.
4. Permenkes No: 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.
5. Permenkes No: 290/Menkes/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.
6. Permenkes RI Nomor.755 tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit

- 7. Permenkes RI Nomor 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- 8. Peraturan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 53 Tahun 2009 tentang Rincian Tugas Pokok, Fungsi dan Uraian Tugas Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- Pertama : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD DR. MURJANI SAMPIT TENTANG KEBIJAKAN PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RSUD DR. MURJANI SAMPIT
- Kedua : Kebijakan penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUD dr. Murjani Sampit sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga : Pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pelayanan keselamatan pasien RS Kepresidenan RSUD dr. Murjani Sampit dilaksanakan oleh Tim Mutu dan Keselamatan Pasien RS Kepresidenan RSUD dr. Murjani Sampit
- Keempat : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya, dan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya



Ditetap di : Sampit

Pada Tanggal : 2 Januari 2018

DIREKTUR RSUD dr. MURJANI

dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp. Rad

NIP. 19621121 199610 1 001

Lampiran Keputusan Direktur RSUD dr.
Murjani Sampit
Nomor : / KPTS/ DIR/ P01/ RSUD-
DM/ I/ 2018
Tanggal : 02 Januari 2018

KEBIJAKAN PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN
RSUD DR. MURJANI SAMPIT

A. Identifikasi Pasien

1. Semua pasien rawat Jalan dan rawat Inap harus dilakukan identifikasi minimal dengan benar mempergunakan dua pengidentifikasi yaitu nama lengkap sesuai eKTP dan Tanggal Lahir.
2. Identifikasi dilakukan dengan dua identitas yaitu nama lengkap dan tanggal lahir di seluruh unit pelayanan
3. Gelang identitas dibedakan berdasarkan jenis kelamin: Gelang warna biru untuk pasien laki-laki, gelang warna STIKERk (merah muda) untuk pasien perempuan termasuk pasien bayi baru lahir.
4. Pasien kondisi khusus (pasien jiwa yang tidak bersedia memakai gelang identitas, multiple congenital anomaly , luka bakar luas) identifikasi mempergunakan foto berwarna, ukuran 3R dan dipasang di sampul Rekam Medis bagian dalam.
5. Pasien tidak sadar, pasien anak atau pasien yang mengalami keterbatasan lainnya, Identitas ditanyakan kepada penunggu pasien / keluarga dan dicocokkan dengan gelang identitas pasien.
6. Pasien yang mengenakan gelang identitas adalah pasien yang mendapat pelayanan di Instalasi gawat darurat (IGD), Rawat Intensif (ICU), Rawat inap, Hemodialisa, , Kamar operasi dan tindakan prosedur invasif lainnya
7. Identifikasi pasien dilakukan sebelum memberikan obat, sebelum pemberian transfusi darah dan produk darah, sebelum tindakan / prosedur diagnostik, pengobatan dan pengelolaan pasien lainnya.
8. Gelang tambahan berupa STIKER (STIKER warna merah untuk pasien alergi dan STIKER warna kuning untuk pasien risiko jatuh, dan STIKER warna ungu untuk pasien DNR) dipasang pada gelang identitas dimana pasien di rawat.
9. Pasien tidak sadar dan tanpa keluarga / pengantar, Identitas diberi nama Mr X / Mrs X.

B. Meningkatkan komunikasi yang efektif

1. Seluruh tenaga kesehatan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di RSUD dr. Murjani Sampit yang memberikan asuhan kepada pasien harus melakukan komunikasi efektif saat melaporkan kondisi pasien dan atau hasil pemeriksaan kritis secara lisan dan atau melalui telepon.
2. Pesan /instruksi lisan dan melalui telepon ditulis lengkap, dibaca ulang dengan jelas, menggunakan singkatan terstandar, akronim dan simbol yang berlaku di RSUD dr. Murjani Sampit oleh penerima pesan.
3. Pemberi pesan harus melakukan verifikasi Instruksi dengan memberi Tanda tangan dan keterangan waktu dalam kotak stempel *READ BACK* / Stempel verifikasi TBK (Tulis, Baca, Konfirmasi) sebagai tanda persetujuan dalam kurun waktu maksimal 1 X 24 jam.
4. Tenaga kesehatan melaporkan kondisi kritis atau hasil pemeriksaan kritis kepada DPJP menggunakan Komunikasi Efektif .
5. Pelaporan hasil kritis meliputi hasil pemeriksaan penunjang laboratorium, EKG dan Radiologi, proses penyampaian laporan kepada DPJP dalam kurun waktu kurang dari 60 menit
6. Khusus untuk serah terima pasien antar unit perawatan dilakukan dengan metode SBAR (*Situation, Background, Assesment and Recommendation*).

C. Meningkatkan keamanan obat - obatan yang harus diwaspadai (*High Allert*)

1. Setiap depo farmasi, ruang rawat inap, rawat jalan (poliklinik), harus memiliki daftar obat High Allert
2. Obat-obat High Allert (elektrolit pekat: Natrium Bicarbonat, KCL 7,46 %, Nacl 3 %, MgSO4 40%) disimpan di unit kerja khusus seperti : Instalasi Gawat Darurat, Intensif Care Unit, Ruang Operasi, Depo Farmasi.
3. Obat High Allert dan LASA disimpan di *strict area*, label khusus, label merah untuk obat Hight Allert, label hijau untuk obat LASA
4. Obat - obat jenis Narkotik, psikotropik dan sitostatika disimpan di farmasi serta terpisah dari obat Higt Alert lainnya.
5. Apoteker/asisten apoteker memverifikasi Resep obat Higt Allert sesuai ketentuan.
6. Sebelum obat diserahkan kepada perawat harus diperiksa ulang oleh petugas farmasi yang berbeda, disertai informasi yang memadai.
7. Pemberian obat Higt Allert tetap dengan mengingat prinsip 7 benar pemberian obat.

8. Setiap kali pasien pindah rawat, perawat pengantar menjelaskan kepada perawat penerima pasien bahwa pasien mendapat obat High Alert dan harus terdokumentasi di lembar serah terima pasien.
9. Instruksi lisan terkait obat High Alert hanya diperbolehkan dalam keadaan emergency dan tetap harus diverifikasi *read-back*.

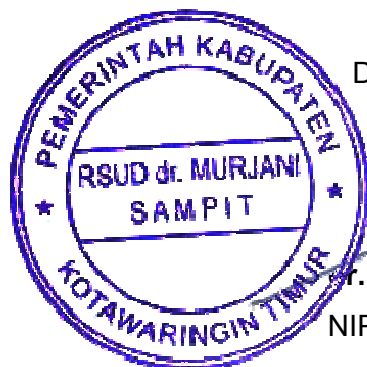
D. Melakukan pembedahan pada lokasi yang benar, prosedur yang benar, dan pada pasien yang benar.

1. Unit kerja menggunakan daftar tilik (formulir check-list keselamatan pasien) untuk memverifikasi pra operasi terhadap: benar sisi / lokasi operasi, benar prosedur dan benar pasien serta melakukan verifikasi terhadap dokumen dan peralatan yang dibutuhkan guna memastikan benar dan berfungsi
2. Petugas kamar operasi dan anastesi harus melaksanakan *sign in*, *time out* dan *sign out*.
3. Penandaan operasi dilaksanakan pada operasi dengan sisi kanan dan kiri, multi-level, ruas-ruas oleh dokter operator dengan melibatkan pasien di Instalasi rawat inap dan rawat jalan, paling lambat di beri tanda di ruang persiapan kamar operasi (OK) dan pasien masih dalam kondisi sadar jika memungkinkan
4. Pelaksanaan *SIGN IN* dilakukan sebelum tindakan induksi dan tim dinyatakan siap, dipimpin oleh dr anastesi, dilakukan di ruang persiapan, minimal dihadiri oleh dokter anastesi, dan perawat.
5. Pelaksanaan *TIME OUT* dilakukan sebelum insisi area operasi, dipimpin oleh dokter operator, dilakukan di kamar operasi, dihadiri oleh tim pembedahan.
6. Pelaksanaan *SIGN OUT* dilakukan sebelum dilakukan tindakan penutupan luka operasi, dipimpin oleh dokter operator, dilakukan di kamar operasi, dihadiri oleh tim bedah.

E. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

1. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan dengan cara melakukan *hand hygiene* yang benar dengan enam langkah.
2. *Hand-hygiene* yang benar dilakukan dengan *Five-moment*
3. *Five-movement* atau lima waktu cuci tangan meliputi ; sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah kontak dengan cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien dan setelah kontak dengan lingkungan pasien.

- F. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh
1. Semua pasien rawat Jalan dan rawat Inap dinilai resiko jatuh saat asesment awal dan dilakukan penilaian ulang jika terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, baik pada pasien anak, dewasa, dan pasien psikiatri/ gangguan Jiwa
 2. Semua pasien neonatus dikategorikan beresiko jatuh.
 3. Pengkajian risiko jatuh untuk pasien anak menggunakan skala *Humpty Dumty*, pasien dewasa menggunakan skala Morse, dan pasien psikiatri/gangguan jiwa menggunakan skala *Edmonson*
 4. Penilaian resiko jatuh pasien dewasa di rawat jalan dengan skala *Time Up & Go*
 5. Hasil pengukuran dimonitor dan ditindak lanjuti sesuai derajat resiko jatuh.
 6. Pasien rawat gelang/ stiker resiko jatuh berwarna kuning dan tanda warna kuning di ranjang (*bed*) pasien dengan kategori risiko sedang dan tinggi.
 7. Lakukan Intervensi sesuai hasil penilaian skoring sesuai dengan pedoman yang telah ditentukan (risiko ringan, sedang dan tinggi)
 8. Stiker tanda risiko jatuh dilepas jika score pada pasien risiko jatuh berkurang atau hasil skoring resiko rendah.
 9. Simbol resiko jatuh dilepas jika score pada pasien resiko jatuh berkurang dan atau hasil skoring rendah.
 10. Pencegahan resiko jatuh di rawat inap dilakukan dengan menggunakan pedoman pencegahan resiko jatuh dan dimonitor.
- G. Setiap petugas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional yang berlaku, dan etika profesi serta menghormati hak pasien.
- H. Setiap bulan wajib membuat laporan kegiatan penerapan sasaran keselamatan pasien.



DIREKTUR RSUD dr. MURJANI

dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp. Rad

NIP. 19621121 199610 1 001