

**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN  
NOMOR : 617/SK/DIR/RSMU/VI/2017  
TANGGAL : 05 JUNI 2017  
TENTANG  
KEBIJAKAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

- Menimbang** : 1. Bahwa dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien Rumah Sakit Mata Undaan, maka diperlukan sasaran keselamatan pasien.  
2. Bahwa agar sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Mata Undaan dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Keputusan Direktur tentang Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Mata Undaan sebagai landasan bagi penyelenggaraan seluruh pelayanan di Rumah Sakit Mata Undaan.
- Mengingat** : 1. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;  
2. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;  
3. Kepmenkes RI Nomor 432/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit;  
4. Buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety) Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2006;  
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1087/Menkes/SK/VIII/2008 tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit;  
6. *Pasient Safety Report* Edisi 2 Tahun 2008;  
7. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Nomor: 021/P4M/SK/IV/2017 tentang Pengangkatan Pejabat Pelaksana Tugas Direktur Tanggal 7 April 2017.

**MEMUTUSKAN**

- Menetapkan** :  
**Kesatu** : Memberlakukan Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien di RS Mata Undaan Surabaya sesuai dalam lampiran Surat Keputusan ini.
- Kedua** : Dengan adanya Surat Keputusan ini maka Surat Keputusan Direktur RS Mata Undaan Nomor : 004A/RSMU/SK/i/2015 Tanggal 06 Januari 2015 menjadi tidak berlaku.



RS Mata Undaan  
Care and Smile

- Keempat : Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya.
- Kelima : Apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 05 Juni 2017  
Plt. Direktur,



dr. Sudjarno W., Sp.M (K)

**LAMPIRAN**  
**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN**  
**NOMOR : 617/SK/DIR/RSMU/VI/2017**  
**TANGGAL : 05 JUNI 2017**  
**TENTANG**  
**KEBIJAKAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN**  
**DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

**Sasaran Keselamatan Pasien**

**I. Identifikasi Pasien**

1. Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.
2. Setiap pasien dilakukan identifikasi menggunakan minimal 2 (dua) identitas.
3. Identitas pasien yang digunakan meliputi:
  - a. Nama pasien
  - b. No. RM
  - c. Tanggal lahir
4. Penanda Identitas digunakan di lingkungan Rawat Inap, Kamar Operasi, Penunjang medis dan Lasik.

**II. Komunikasi efektif**

1. Komunikasi efektif dilakukan untuk pelaporan nilai kritis pasien (hasil laboratorium) dari pemberi layanan kesehatan kepada dokter DPJP dilakukan secara efektif sesuai prosedur.
2. Komunikasi antara pemberi layanan dapat dilakukan secara elektronik, lisan, ataupun tertulis dan dilakukan sesuai prosedur.
3. Perintah atau laporan hasil pemeriksaan yang disampaikan secara lisan atau melalui telepon harus ditulis secara lengkap dengan menggunakan pola SBAR (pada form catatan perkembangan pasien terintegrasi) oleh penerima dan dibacakan kembali oleh penerima.
4. Perintah atau laporan hasil pemeriksaan yang disampaikan secara lisan dan telah ditulis lengkap harus dilakukan konfirmasi atau verifikasi oleh pemberi perintah dengan waktu kurang dari 1 x 24 jam dan diberi tanda tangan serta nama terang.

**III. Keamanan obat yang perlu diwaspadai**

1. Rumah sakit menyusun daftar obat *High Alert* berdasarkan ketentuan yang mengacu pada WHO.
2. Rumah sakit menetapkan prosedur pengelolaan obat yang tergolong *High Alert* untuk mengatur identifikasi/ pemberi label, lokasi penyimpanan dan cara penggunaan sesuai ketentuan yang berlaku.
3. Elektrolit konsentrat disimpan di instalasi farmasi (gudang farmasi) tidak berada di instansi atau unit pelayanan kecuali jika diputuskan secara klinis.
4. Elektrolit konsentrat di instalasi gawat darurat (IGD) disimpan dengan cara yang dapat membatasi akses (label khusus dan tempat penyimpanan khusus).



IV. Kepastian tepat lokasi, prosdur, tepat pasien

1. Setiap pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan baru dilakukan penandaan lokasi (site marking), verifikasi pre operasi – pra operasi – post operasi dengan surgical checklist dan time out serta dicatat dalam rekam medis.
2. Penandaan lokasi harus melibatkan pasien. Penandaan dengan tinta marking tidak bisa dilakukan karena lokasi operasi berada di bagian wajah-mata (terkait kosmetik) sehingga dilakukan penandaan dengan plester putih (Hypafix) ukuran 1 x 1 cm di sekitar atau sisi mata yang di operasi dan dilakukan saat pasien terjaga dan sadar oleh dokter operator yang akan melakukan tindakan.
3. Verifikasi pra operatif dilakukan di kamar operasi untuk memastikan lokasi, prosedur dan pasien dengan benar serta semua dokumen hasil pemeriksaan, dan tersedianya peralatan khusus yang dibutuhkan.
4. Time out dilakukan sebelum tindakan dimulai melibatkan tim operasi (tenaga medis dan kesehatan).

V. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan

1. Rumah sakit melakukan pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan dengan mensosialisasikan dan menerapkan prosedur cuci tangan (*hand hygiene*) sesuai pedoman WHO (6 langkah dan 5 momen cuci tangan) untuk seluruh karyawan rumah sakit, pasien, keluarga, pengunjung dan stick holder.
2. Program cuci tangan diajarkan oleh perawat pada pasien dan keluarga saat pertama kali masuk rumah sakit.
3. Program cuci tangan disosialisasikan oleh tim PPI kepada seluruh karyawan rumah sakit.
4. Program cuci tangan juga ditampilkan dalam bentuk brosur, banner dan poster yang ditujukan untuk pengunjung rumah sakit.

VI. Pengurangan resiko jatuh

1. Rumah sakit menetapkan prosedur untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.
2. Rumah sakit mengidentifikasi pasien yang mempunyai risiko jatuh melalui asesmen awal saat pasien masuk lingkungan rumah sakit di rawat dan melakukan asesmen lanjutan serta melakukan tindakan pencegahan.
3. Rumah sakit mengidentifikasi lokasi yang berisiko menyebabkan pasien jatuh dan melakukan tindakan pencegahan / pengamanan.
4. Dilakukannya asesmen ulang atau lanjutan pada pasien dengan risiko jatuh oleh perawat.

Ditetapkan di Surabaya  
Pada tanggal 05 Juni 2017  
Plt. Direktur



dr. Sudjarno W., Sp.M (K)