

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 841/SK/DIR/RSMU/X/2017
TANGGAL : 3 OKTOBER 2017
TENTANG
PROGRAM KERJA KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA RUMAH SAKIT
DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN

- Menimbang : 1. Bahwa dalam peningkatan mutu pelayanan di RS Mata Undaan perlu dibuat dan diberlakukan Program Kerja Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) di RS Mata Undaan;
2. Bahwa pemberlakuan Program Kerja Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) di RS Mata Undaan perlu diatur dan ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur.
- Mengingat : 1. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang - Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 448/Menkes/SK/VI/1993 Tentang Pembentukan Tim Kesehatan Penanggulangan Korban Bencana di Setiap Rumah Sakit;
4. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Nomor : 035/P4M/SK/VII/2017 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
Kesatu : Pemberlakuan Program Kerja Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) di RS Mata Undaan.
- Kedua : Program Kerja Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit di RS Mata Undaan sesuai pada lampiran Keputusan Direktur ini.
- Ketiga : Surat Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya
- Keempat : Apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 3 Oktober 2017
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 603/SK/DIR/RSMU/V/2018
TANGGAL : 31 MEI 2018
TENTANG
KEBIJAKAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN (REVISI I)

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN

- Menimbang** : 1. Bahwa dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien Rumah Sakit Mata Undaan, maka diperlukan Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien.
2. Bahwa agar Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Mata Undaan dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Peraturan 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 Direktur RS Mata Undaan Nomor : 617/SK/DIR/RSMU/VI/2017 Tentang Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien;
8. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Nomor : 035/P4M/SK/VII/2017 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** :
- Kesatu** : Direktur Rumah Sakit Mata Undaan menetapkan Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien (Revisi I) di Rumah Sakit Mata Undaan.
- Kedua** : Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien (Revisi I) di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai dengan lampiran Peraturan Direktur ini.
- Ketiga** : Mencabut Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor : 617/SK/DIR/RSMU/VI/2017 Tentang Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien

Keempat : Peraturan Direktur ini berlaku sejak ditandatangani dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.

Keempat : Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam peraturan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

kelima

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 31 Mei 2018
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 603/PER/DIR/RSMU/V/2018
TANGGAL : 31 MEI 2018
TENTANG KEBIJAKAN KESELAMATAN PASIEN (REVISI I)

Sasaran Keselamatan Pasien

I. Identifikasi Pasien

1. Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan ketelitian identifikasi pasien dan tanda pengenal (identitas) berupa stiker
2. Tanda identitas pasien yang digunakan / sebagai tanda pengenal meliputi:
 - a. Nama pasien
 - b. Tanggal lahir
 - c. No Rekam Medis
3. Identifikasi pasien dapat dilakukan minimal ada 2 tanda identitas
4. Identifikasi dilaksanakan dengan wawancara dan mencocokkan tanda pengenal (KTP, SIM, PASPORT)
5. Pada pasien yang tidak sadar / tidak disertai pendamping / tidak ada tanda pengenal, identifikasi dilaksanakan dengan menggunakan tanda pengenal sementara sebagai berikut:
 - a. Mr / Mr X
 - b. RM

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 *Situation, Background, Assesment dan Recommendation* (SBAR) oleh penerima dan dibacakan kembali oleh penerima dan didokumentasikan dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi didalam RM menggunakan pola *Situation, Background, Assesment dan Recommendation* (SBAR).
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 kacuali 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, Prosedur, 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 tinta marking dengan memberikan tanda centang (✓) di sekitar dahi atau sisi mata yang di operasi dan dilakukan saat pasien terjaga dan sadar oleh dokter operator yang akan melakukan tindakan
 3. Verifikasi pra operasi 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 tenaga 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 *stakeholder*
 2. Program cuci tangan diajarkan oleh perawat pada pasien dan keluarga saat pertama kali masuk rumah sakit.
 3. Program cuci tangan disosialisasikan oleh tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (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 Risiko Jatuh
1. Rumah sakit menetapkan prosedur untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh
 2. Rumah sakit mengidentifikasi pasien rawat jalan yang mempunyai risiko jatuh melalui *screening* pelayanan oleh petugas security.
 3. Rumah sakit melakukan *assesment* awal di rawat jalan & IGD serta melakukan *assesment* lanjutan di Rawat Inap dan melakukan tindakan pencegahan
 4. Dilakukannya *assesment* ulang atau lanjutan pada pasien dengan risiko jatuh oleh perawat.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 31 Mei 2018
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)