



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

**KEPUTUSAN DIREKTUR RSU. MITRA MEDIKA MEDAN
NOMOR : 030/SK/DIR/RMMM/IX/2016
TENTANG
PENETAPAN INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN
RSU. MITRA MEDIKA MEDAN**

- Menimbang : 1. bahwa dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu dan aman kepada pasien di RSU. Mitra Medika Medan diperlukan upaya-upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
2. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada point (1) diatas, dipandang perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Penetapan Indikator Sasaran Keselamatan Pasien di RSU. Mitra Medika Medan.
- Mengingat : 1. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien RS;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/2008 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN

**Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RSU. MITRA MEDIKA MEDAN
TENTANG PENETAPAN INDIKATOR SASARAN
KESELAMATAN PASIEN RSU. MITRA MEDIKA MEDAN.**

KESATU : Judul indikator dan profil indikator sebagaimana dimaksud (terlampir);

KEDUA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan maka akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Medan
Pada Tanggal : 19 September 2016

Direktur

dr. Arifah Devi Fitriani, M.Kes

Tembusan :

1. Arsip



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

Lampiran
Penetapan Indikator Sasaran
Keselamatan Pasien RSU. Mitra
Medika Medan
Nomor : 030/SK/DIR/RSMM/IX/2016
Tanggal : 19 September 2016

INDIKATOR AREA KLINIS RSU. MITRA MEDIKA MEDAN

No	JUDUL INDIKATOR	STANDAR
1	Ketepatan memasang gelang identitas pasien	100%
2	Ketepatan melakukan TBaK saat menerima instruksi verbal melalui telepon	100%
3	Kepatuhan penyimpanan elektrolit pekat	100%
4	Kepatuhan pelaksanaan prosedur <i>site marking</i> pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi	100%
5	Kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan	100%
6	Kepatuhan memasang stiker tambahan dan segitiga risiko jatuh di rawat inap	100%



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

PROFIL KAMUS INDIKATOR SASARAN KESELAMATAN PASIEN (ISKP)

1. Ketepatan Identifikasi Pasien

INDIKATOR : SASARAN KESELAMATAN PASIEN	
Judul Indikator	Ketepatan memasang gelang identitas pasien
Definisi Operasional	<p>Terpasangnya gelang identitas pasien baru yang masuk di Rawat Inap dengan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berisi 3 identitas pasien : nama, tanggal lahir dan rekam medis 2. Ketentuan warna sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> a. Biru : untuk pasien laki-laki b. Pink : untuk pasien perempuan 3. Tepat posisi (tulisan menghadap ke arah petugas) dan lokasi (gelang identitas pasien pada tangan pasien dewasa, pada kaki kanan dan tangan kanan untuk bayi atau tempat lain yang memungkinkan sesuai ketentuan) pemasangan 4. Teredukasi dengan benar pada pasien dan/atau keluarga (jika pasien tidak sadar)
Tujuan peningkatan mutu	Menghindari kesalahan dalam identifikasi pasien
Numerator	Jumlah pasien baru masuk di rawat inap yang terpasang gelang identitas pasien sesuai dengan definisi operasional dalam satu bulan (pasien)
Denominator	Jumlah seluruh pasien baru rawat inap dalam bulan yang sama (pasien)
Sumber data	Laporan Kepala Ruang Rawat Inap
Penanggung jawab	Sub KPRS
Alasan pemilihan indikator	<p>Kesalahan identifikasi pasien diakui sebagai masalah yang terbesar di dalam organisasi kesehatan. Kesalahan mengidentifikasi pasien merupakan salah satu risiko paling serius terhadap keselamatan pasien.</p> <p>Gelang identitas pasien merupakan hal prinsip yang harus dimiliki ketika melaksanakan identifikasi.</p>
Type indikator	Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap bulan
Metodologi pengumpulan data	Sensus harian
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel per bulan 100% populasi
Area monitoring	Rawat Inap
Standar	100%
Pengumpulan data dan analisis data	<p>Pengumpulan data oleh Kepala Ruang Rawat Inap kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub KPRS dan dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit bulan yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.</p>
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

Nama alat audit	NO	TANGGAL	Nama Tgl Lahir No.RM	BERISI 3 IDENTITAS PASIEN		WARNA GELANG YANG DIPAKAI SESUAI		POSISI & LOKASI		EDUKASI DENGAN BENAR		KETERANGAN
				Ya	Tidak	YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK	
	1											
	2											
	3											
	4											
	5											
	6											
	7											
	8											
	9											
	10											
	dst											
Verifikasi :												

2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif

INDIKATOR : SASARAN KESELAMATAN PASIEN	
Judul Indikator	Ketepatan melakukan TBaK saat menerima instruksi verbal melalui telepon
Definisi Operasional	Komunikasi efektif lisan via telepon adalah kegiatan untuk memastikan setiap intruksi verbal agar dilakukan dengan benar dan sesuai instruksi. Pemberi instruksi adalah petugas kesehatan (DPJP, Dokter Jaga, dan profesional pemberi asuhan lainnya) yang memberikan instruksi melalui telepon. Kepatuhan penandatanganan komunikasi via lisan/ telepon adalah bukti konfirmasi yang ditandatangani oleh petugas kesehatan dalam waktu 1x 24 jam setelah pemberian perintah lisan via telepon
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjamin keselamatan pasien dengan prosedur komunikasi efektif lisan via telepon yang dikonfirmasi dan ditandatangani oleh pemberi instruksi dalam waktu 1 x 24 jam.
Numerator	Jumlah komunikasi lisan via telepon yang dikonfirmasi dan ditandatangani oleh petugas kesehatan dalam waktu 1 x 24 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh komunikasi lisan via telepon dalam bulan yang sama
Sumber data	Laporan Kepala Ruang Rawat Inap
Penanggung jawab	Sub KPRS
Alasan pemilihan indikator	Instruksi verbal merupakan tindakan yang sering dilakukan dalam pelayanan di rumah sakit, kegiatan ini memiliki risiko tinggi untuk terjadinya kesalahan instruksi yang diterima, sehingga tindakan dapat membahayakan pasien.
Type indikator	Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap bulan
Metodologi pengumpulan	Sensus harian



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

data																																														
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel per bulan 100% populasi																																													
Area monitoring	Rawat Inap																																													
Standar	100%																																													
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data oleh Kepala Ruangan Rawat Inap kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub KPRS dan dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit bulan yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.																																													
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.																																													
Nama alat audit	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Nama Pasien</th> <th rowspan="2">Tgl & Jam Melapor</th> <th rowspan="2">Nama Penerima Pesan</th> <th colspan="2">TTD</th> <th colspan="2">Stempel Konfirmasi</th> <th rowspan="2">Tgl & Jam Konfirmasi</th> <th rowspan="2">Nama Pemberi pesan</th> <th colspan="2">TTD</th> <th rowspan="2">KET</th> </tr> <tr> <th>Ada</th> <th>Tidak</th> <th>Ada</th> <th>Tidak</th> <th>Ada</th> <th>Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Nama Pasien	Tgl & Jam Melapor	Nama Penerima Pesan	TTD		Stempel Konfirmasi		Tgl & Jam Konfirmasi	Nama Pemberi pesan	TTD		KET	Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak																										
No	Nama Pasien					Tgl & Jam Melapor	Nama Penerima Pesan	TTD				Stempel Konfirmasi			Tgl & Jam Konfirmasi	Nama Pemberi pesan	TTD		KET																											
		Ada	Tidak	Ada	Tidak			Ada	Tidak																																					

3. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu di Waspadai

INDIKATOR : SASARAN KESELAMATAN PASIEN	
Judul Indikator	Kepatuhan penyimpanan elektrolit pekat
Definisi Operasional	<p>Kepatuhan Penyimpanan Elektrolit Pekat yang dimaksud adalah prosedur inspeksi di unit pelayanan untuk memastikan tidak adanya elektrolit konsentrat bila tidak dibutuhkan secara klinis, kecuali di :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ICU/NICU/PICU 2. VK 3. IBS 4. IGD <p>Obat-obatan yang perlu diwaspadai (<i>high alert medication</i>) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan serius (<i>sentinel event</i>) dan obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (<i>adverse event</i>) Yang termasuk obat <i>high alert</i> adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Elektrolit Konsentrat
Tujuan peningkatan mutu	Elektrolit Pekat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak di sengaja di area tersebut
Numerator	Jumlah seluruh elektrolit pekat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh elektrolit pekat yang dipantau dalam bulan yang sama
Sumber data	Catatan supervisi farmasi klinis
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi
Alasan pemilihan indikator	Obat <i>high alert</i> memiliki risiko lebih tinggi menyebabkan insiden ketika tidak dilakukan manajemen yang benar. Penyimpanan dengan benar adalah langkah penting agar tidak terjadi pemberian secara tidak sengaja di area tersebut
Type indikator	Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

JANGKA WAKTU LAPORAN																										
Frekuensi penilaian data	Setiap bulan																									
Metodologi pengumpulan data	Sensus harian																									
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel per bulan 100% populasi																									
Area monitoring	Rawat inap																									
Standar	100%																									
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data oleh Farmasi Klinis kemudian setiap bulannya data akan dilaporkan kepada Sub KPRS dan dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit bulan yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.																									
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.																									
Nama alat audit	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Tanggal</th> <th>Nama Elektrolit Pekat</th> <th>Lokasi Penyimpanan</th> <th>Keterangan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Tanggal	Nama Elektrolit Pekat	Lokasi Penyimpanan	Keterangan																				
No	Tanggal	Nama Elektrolit Pekat	Lokasi Penyimpanan	Keterangan																						

4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi

INDIKATOR : SASARAN KESELAMATAN PASIEN	
Judul Indikator	Kepatuhan pelaksanaan prosedur <i>site marking</i> pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi
Definisi Operasional	<p>Site marking yang dimaksud adalah tindakan pemberian tanda pada formulir penandaan operasi dan lokasi operasi sesuai kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> Harus dibuat oleh dokter operator yang melaksanakan prosedur/ tindakan dan harus hadir pada saat operasi tersebut. Harus dilakukan ketika pasien masih dalam keadaan sadar dan terjaga, jika memungkinkan dan dilakukan sebelum pasien dipindahkan ke ruang dimana operasi akan dilakukan. Tanda berupa "↓/↑" di titik yang akan dioperasi dan formulir penandaan operasi. Dalam semua kasus yang melibatkan dua sisi, struktur ganda (jari, jari kaki, lesi), atau tingkatan berlapis (tulang belakang) lokasi pembedahan harus ditandai
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian operator terhadap keselamatan pasien sebelum tindakan operasi
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan prosedur <i>site marking</i> dengan tepat dan benar dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang akan dilakukan tindakan operasi dalam bulan yang sama



RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

INDIKATOR : SASARAN KESELAMATAN PASIEN	
Judul Indikator	Kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan kebersihan tangan
Definisi Operasional	Kepatuhan cuci tangan adalah ketaatan petugas dalam melakukan prosedur cuci tangan dengan menggunakan metode 6 langkah dan 6 momen. Dan 6momen yang dimaksud adalah : 1. Sebelum kontak dengan pasien 2. Sebelum melaksanakan tindakan aseptik 3. Setelah kontak dengan pasien 4. Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien 5. Setelah kontak dengan alat dan lingkungan sekitar pasien 6. Setelah melepas sarung tangan
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien
Numerator	Jumlah kegiatan petugas yang melakukan kebersihan tangan dengan metode enam langkah dengan tepat dan benar dalam suatu periode survey
Denominator	Jumlah seluruh kegiatan petugas yang seharusnya dilakukan kebersihan tangan sesuai lima momen periode survey yang sama
Sumber data	Laporan Komite PPI
Penanggung jawab	Komite PPI
Alasan pemilihan indikator	Cuci tangan adalah salah satu prosedur yang paling penting dalam mencegah infeksi nosokomial. Tangan adalah 'instrumen' yang digunakan untuk menyentuh pasien, memegang alat, perabot rumah sakit dan juga untuk keperluan pribadi seperti makan.
Type indikator	Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap bulan
Metodologi pengumpulan data	Surveilans (observasi langsung) dengan <i>purposive sampling</i> ketika ada kegiatan yang seharusnya dilakukan kebersihan tangan dengan metode 6 langkah dan 6 momen. Dilakukan oleh Komite PPIRS dengan dimungkinkan melakukan sampling (<i>quick survey</i>) Dilakukan 5 hari dengan sampling, setiap hari ada 10 orang yang diukur oleh setiap surveyor.
Target sampel dan sample size	
Area monitoring	Rawat inap
Standar	100%
Pengumpulan data dan analisis data	Pengumpulan data oleh Komite PPI dan Sub KPRS dan dilanjutkan dengan pelaporan data ke Direktur. Secara umum setiap 3 bulan data akan dianalisa dan dilaporkan ke Dewan Pengawas dan Yayasan serta didesiminasikan kepada seluruh komponen rumah sakit bulan yang akan dikoordinasikan oleh Komite PMKP.
Publikasi data	Publikasi data dilakukan melalui rapat koordinasi, media elektronik (<i>TV Display</i>), mading dan <i>website</i> RS.



"MELAYANI DENGAN SENYUM"

RSU. MITRA MEDIKA

Jl. K.L. Yos Sudarso Km 7,5 Tanjung Mulia Medan

Telp. (061) 664 0999 (Hunting), Fax. (061) 664 2568

E-mail : info@mitramedika.co.id - Website : www.mitramedika.co.id

Nama alat audit	No	Moment	Dokter		Perawat		Analisis		Radiografer		Ahli Gizi	
			Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
		Sebelum kontak dengan pasien										
		Sebelum melakukan tindakan aseptik										
		Setelah kontak dengan pasien										
		Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien										
		Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien										
		Setelah melepas sarung tangan										

6. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

INDIKATOR : SASARAN KESELAMATAN PASIEN	
Judul Indikator	Angka Kepatuhan memasang stiker tambahan dan segitiga risiko jatuh di rawat inap
Definisi Operasional	Risiko jatuh adalah pasien yang berisiko tinggi untuk jatuh yang umumnya disebabkan oleh faktor lingkungan dan fisiologis yang dapat berakibat cedera. Kepatuhan memasang stiker tambahan dan segitiga risiko jatuh adalah patuh /tidaknya perawat memasang stiker tambahan dan segitiga risiko jatuh pada pasien yang telah dikaji berisiko tinggi jatuh (assesmen risiko jatuh) dengan menggunakan gelang warna kuning untuk rawat Inap
Tujuan peningkatan mutu	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien
Numerator	Jumlah pasien risiko jatuh dengan skor tinggi yang dipasang stiker tambahan dan segitiga risiko jatuh (orang)
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang telah dilakukan assesmen risiko jatuh skor tinggi (orang) dalam bulan yang sama
Sumber data	Laporan Kepala Ruangan Rawat Inap
Penanggung jawab	Sub KPRS
Alasan pemilihan indikator	Perawat bertanggung jawab dalam mengidentifikasi pasien yang berisiko jatuh dan membuat suatu rencana perawatan untuk meminimalkan risiko. Kekurangan staf, perawat yang tidak berpengalaman, serta tidak memiliki pengetahuan yang cukup dapat membuat pasien berisiko untuk jatuh dan mengalami perlukaan. Salah satu upaya untuk mengurangi resiko pasien jatuh adalah dengan memasang stiker tambahan dan segitiga risiko jatuh pada pasien.
Type indikator	Struktur <input checked="" type="checkbox"/> Proses Outcome
JANGKA WAKTU LAPORAN	
Frekuensi penilaian data	Setiap bulan
Metodologi pengumpulan data	Sensus harian
Target sampel dan sample size	Jumlah sampel per bulan 100% populasi

