

**LAMPIRAN 1**  
**DAFTAR DOKUMEN**

SK Direktur tentang identifikasi pasien	V
Panduan tentang Indentifikasi Pasien	V
SPO identifikasi sebelum pemberian obat darah/produk darah, SPO pengambilan darah/spesimen lainnya	V
SPO pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur	V
SK Direktur tentang komunikasi efektif	V
Panduan Komunikasi pemberian informasi dan edukasi yang efektif	V
SPO komunikasi lisan/lisan via telp	V
SK direktur tentang obat-obatan high alert	V
Panduan mengenai obat-obatan high alert	V
Daftar Obat High Alert	V
Daftar Obat LASA/NORUM	V
SK Direktur tentang pelayanan bedah	V
Surgical Safety Checklist	V
SK Direktur tentang Hand hygiene	V
SPO cuci tangan dengan handwash	V
SPO cuci tangan dengan handrub	V
SPO lima momen cuci tangan	V
Daftar absensi sosialisasi kebijakan tentang identifikasi pasien	V
Daftar absensi sosialisasi komunikasi efektif	V
Daftar absensi sosialisasi layanan bedah tepat-lokasi tepat-prosedur tepat-pasien	V
Daftar absensi sosialiasi hand hygiene	V

**LAMPIRAN 2**  
**SURAT PERSETUJUAN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :  
 Umur :  
 Jenis Kelamin :  
 Pendidikan akhir :  
 Alamat Tinggal :  
 Jabatan :

Menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian dari :

Nama : Ayu Lidya Rahmah  
 NIM : 201201030047  
 Program Studi : Magister Manajemen Rumah Sakit UMY

Setelah saya mendapatkan penjelasan verbal tentang maksud dan tujuan penelitian ini, saya mengerti dan memahami dengan benar prosedur penelitian dengan judul **“TINGKAT KESIAPAN INSTALASI GAWAT DARURAT DALAM PELAKSANAAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT BEDAH SINDUADI”** saya menyatakan sanggup menjadi sampel penelitian beserta segala resikonya dengan sebenar-benarnya tanpa satu paksaan dari pihak manapun.

Sleman, Febuari 2017

(.....)

## LAMPIRAN 3

### SASARAN KESELAMATAN PASIEN

<p><b>SASARAN</b></p> <p>Berikut ini adalah daftar sasaran. Mereka disiapkan disini untuk memudahkan karena disampaikan tanpa persyaratan, maksud dan tujuan, atau elemen penilaian. Informasi lebih lanjut tentang sasaran ini dapat dilihat di bagian berikut dari bab ini, Sasaran, Persyaratan, Maksud dan Tujuan, serta Elemen Penilaian.</p> <p>Enam sasaran keselamatan pasien adalah sebagai berikut :</p> <p>Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien</p> <p>Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif</p> <p>Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert medications)</p> <p>Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi</p> <p>Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</p> <p>Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh</p>				
<p><b>Standar SKP.I.</b></p> <p>Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.</p>				
<p><b>Maksud dan Tujuan SKP.I.</b></p> <p>Kesalahan karena keliru-pasien sebenarnya terjadi di semua aspek diagnosis dan pengobatan. Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya <i>error</i>/kesalahan dalam mengidentifikasi pasien, adalah pasien yang dalam keadaan terbius / tertedasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya; mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi di dalam rumah sakit; mungkin mengalami disabilitas sensori; atau akibat situasi lain. Maksud ganda dari sasaran ini adalah : pertama, untuk dengan cara yang dapat dipercaya/<i>reliable</i> mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.</p> <p>Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan dua nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (- identitas pasien) dengan <i>bar-code</i>, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di rumah sakit, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.</p>				
Elemen Penilaian SKP.I.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien	Pimpinan Rumah Sakit Tim dokter dan dokter gigi Kepala Unit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi pasien menggunakan dua identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar</li> </ul>	0 5 10	Acuan: <ul style="list-style-type: none"> <li>PMK 1691/2011 tentang Keselamatan Pasien</li> </ul>

	Keperawatan Staf	atau lokasi pasien		RS
2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.	Keperawatan Kepala Unit Laboratorium dan Pemeriksaan Penunjang Staf	• Identifikasi pasien sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah	0 5 10	Regulasi RS: ▪ Kebijakan / Panduan Identifikasi pasien ▪ SPO pemasangan gelang identifikasi
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis (lihat juga AP.5.6, EP 2)	Laboratorium dan Pemeriksaan Penunjang Staf	• Identifikasi pasien sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis	0 5 10	
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur		• Identifikasi pasien sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur	0 5 10	
5. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi		• Pembuatan dan sosialisasi kebijakan atau SOP tentang pelaksanaan identifikasi pasien	0 5 10	
<b>Standar SKP.II.</b>				
Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.				
<b>Maksud dan Tujuan SKP.II.</b>				
<p>Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telpon, bila diperbolehkan peraturan perundangan. Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis menelpon unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera /cito.</p> <p>Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk: menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi; penerima membacakan kembali (<i>read back</i>) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat. <b>untuk obat-obat yang termasuk obat</b></p>				

**NORUM/LASA dilakukan eja ulang.** Kebijakan dan/atau prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan kembali (*read back*) tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat/emergensi di IGD atau ICU.

Elemen Penilaian SKP.II.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut. (lihat juga MKI.19.2, EP 1)	Pimpinan Rumah Sakit Tim dokter dan dokter gigi Kepala Unit Keperawatan	Pencatatan secara lengkap perintah lisan (atau melalui telepon) dan hasil pemeriksaan oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kebijakan / Panduan Komunikasi pemberian informasi dan edukasi yang efektif</li> <li>▪ SPO komunikasi via telp</li> </ul>
2. Perintah lisan dan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut. (lihat juga AP.5.3.1, Maksud dan Tujuan)	Staf Keperawatan Kepala Unit Laboratorium dan Pemeriksaan Penunjang Staf Laboratorium dan Pemeriksaan Penunjang	Pembacaan ulang secara lengkap perintah lisan (atau melalui telepon) dan hasil pemeriksaan oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan dieja bila obat yang diperintahkan termasuk golongan obat NORUM/LASA	0 5 10	
3. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut		Konfirmasi perintah atau hasil pemeriksaan oleh pemberi perintah atau pemeriksaan	0 5 10	
4. Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon. (lihat juga AP.5.3.1. Maksud dan Tujuan)		Pembuatan dan sosialisasi kebijakan atau SOP verifikasi terhadap akurasi komunikasi lisan (atau melalui telepon)	0 5 10	

**Standar SKP.III.**

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki / meningkatkan keamanan

obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*)

### Maksud dan Tujuan SKP.III.

Bila obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadi kesalahan/*error* dan/atau kejadian sentinel (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look-Alike Sound-Alike / LASA*). Daftar obat-obatan yang sangat perlu diwaspadai tersedia di WHO. Yang sering disebut-sebut dalam isu keamanan obat adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium/potasium klorida [sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat]), kalium/potasium fosfat [(sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml)], natrium/sodium klorida [lebih pekat dari 0.9%], dan magnesium sulfat [sama dengan 50% atau lebih pekat]. Kesalahan ini bisa terjadi bila staf tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit asuhan pasien, bila perawat kontrak tidak diorientasikan sebagaimana mestinya terhadap unit asuhan pasien, atau pada keadaan gawat darurat/emergensi. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tsb adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk menyusun daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan datanya sendiri. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana yang membutuhkan elektrolit konsentrat secara klinis sebagaimana ditetapkan oleh petunjuk dan praktek profesional, seperti di IGD atau kamar operasi, serta menetapkan cara pemberian label yang jelas serta bagaimana penyimpanannya di area tersebut sedemikian rupa, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati.

Elemen Penilaian SKP.III.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pimpinan Rumah Sakit</li> <li>Kepala Unit Laboratorium dan Pemeriksaaan Penunjang</li> <li>Staf Laboratorium dan Pemeriksaaan Penunjang</li> <li>Kepala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembuatan kebijakan atau SOP identifikasi, lokasi, pelabelan, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai</li> </ul>	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kebijakan / Panduan/ Prosedur mengenai obat-obat yang high alert</li> <li>Daftar obat-obatan high alert</li> </ul>
2. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Staf Laboratorium dan Pemeriksaaan Penunjang</li> <li>Kepala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sosialisasi dan implementasi kebijakan atau SOP</li> </ul>	0 5 10	
3. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Staf Laboratorium dan Pemeriksaaan Penunjang</li> <li>Kepala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inspeksi di unit pelayanan untuk memastikan tidak adanya elektrolit konsentrat bila tidak dibutuhkan</li> </ul>	0 5 10	

kebijakan.	Unit Keperawatan • Staf Keperawatan	secara klinis dan panduan agar tidak terjadi pemberian secara tidak sengaja di area tersebut		
4. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas; dan disimpan pada area yang dibatasi ketat ( <i>restricted</i> ).		• Pelabelan elektrolit konsentrat secara jelas dan penyimpanan di area yang dibatasi ketat	0 5 10	
<p><b>Standar SKP.IV.</b></p> <p>Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi.</p>				
<p><b>Maksud dan Tujuan SKP.IV.</b></p> <p>Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (<i>site marking</i>), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (<i>illegible handwriting</i>) dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.</p> <p>Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan termasuk definisi dari operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan/atau mengobati penyakit dan kelainan/<i>disorder</i> pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/terapeutik. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di rumah sakit dimana prosedur ini dijalankan.</p> <p>Praktek berbasis bukti, seperti yang diuraikan dalam <i>Surgical Safety Checklist</i> dari <i>WHO Patient Safety (2009)</i>, juga di <i>The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery</i>.</p> <p>Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh rumah sakit; dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan; harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar; jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (<i>laterality</i>), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang).</p> <p><b>Maksud dari proses verifikasi praoperatif adalah untuk :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;</li> <li>• memastikan bahwa semua dokumen, foto (<i>images</i>), dan hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang;</li> </ul>				

- Memverifikasi keberadaan peralatan khusus dan/atau *implant-implant* yang dibutuhkan.

Tahap “*Sebelum insisi*” / *Time out* memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau kesimpang-siuran dibereskan. *Time out* dilakukan di tempat tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan (secara ringkas, misalnya menggunakan *checklist*)

Elemen Penilaian SKP.IV.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan/ pemberi tanda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pimpinan Rumah Sakit</li> <li>• Tim kamar operasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembuatan tanda identifikasi yang jelas dan melibatkan pasien dalam proses penandaan lokasi operasi</li> </ul>	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kebijakan / Panduan / SPO pelayanan bedah</li> </ul>
2. Rumah sakit menggunakan suatu <i>checklist</i> atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tim dokter dan dokter gigi</li> <li>• Staf Keperawatan</li> <li>• Pasien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyusunan <i>checklist</i> untuk verifikasi preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien, tepat dokumen, dan ketersediaan serta ketepatan alat</li> </ul>	0 5 10	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Check list</li> </ul>
3. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “ <i>sebelum insisi / time-out</i> ” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur / tindakan pembedahan.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penerapan dan pencatatan prosedur ‘<i>time-out</i>’ sebelum dimulainya tindakan</li> </ul>	0 5 10	

		pembedahan		
4. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi / dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembuatan kebijakan atau SOP untuk proses di atas (termasuk prosedur tindakan medis dan dental)</li> </ul>	0 5 10	
<b>Standar SKP.V.</b>				
Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.				
<b>Maksud dan Tujuan SKP.V.</b>				
<p>Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (<i>blood stream infections</i>) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis).</p> <p>Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah <b>cuci tangan (<i>hand hygiene</i>) yang tepat</b>. Pedoman <i>hand hygiene</i> yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman <i>hand hygiene</i> yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di rumah sakit.</p>				
<b>Elemen Penilaian SKP.V.</b>	<b>TELUSUR</b>		<b>SKOR</b>	<b>DOKUMEN</b>
	<b>SASARAN</b>	<b>MATERI</b>		
1. Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman <i>hand hygiene</i> terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari WHO Patient Safety).	Pimpinan Rumah Sakit Tim PPI	Adaptasi pedoman <i>hand hygiene</i> terbaru yang sudah diterima secara umum (misalnya WHO Patient Safety)	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kebijakan / Panduan / Prosedur Hand hygiene</li> </ul>
2. Rumah sakit menerapkan program <i>hand hygiene</i> yang efektif.		Penerapan program <i>hand hygiene</i> secara efektif	0 5 10	
3. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan		Pembuatan kebijakan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan secara berkelanjutan	0 5 10	

**Standar SKP.VI.**

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

**Maksud dan Tujuan SKP.VI.**

Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, penelitian terhadap gaya/cara jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program ini memonitor baik konsekuensi yang dimaksudkan atau yang tidak sengaja terhadap langkah-langkah yang dilakukan untuk mengurangi jatuh. Misalnya penggunaan yang tidak benar dari alat penghalang atau pembatasan asupan cairan bisa menyebabkan cedera, sirkulasi yang terganggu, atau integrasi kulit yang menurun. Program tersebut harus diterapkan di rumah sakit.

Elemen Penilaian SKP.VI.	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan. (lihat juga AP.1.6, EP 4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pimpinan Rumah Sakit</li> <li>Staf medis</li> <li>Staf keperawatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penerapan asesmen awal pasien risiko jatuh dan asesmen ulang pada pasien bila ada perubahan kondisi atau pengobatan</li> </ul>	0 5 10	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> <li>Kebijakan / Panduan/ SPO asesmen risiko pasien jatuh</li> </ul>
2. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko (lihat juga AP.1.6, EP 5)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Penerapan langkah-langkah pencegahan dan pengamanan bagi pasien yang dianggap berisiko</li> </ul>	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kebijakan /Panduan /SPO manajemen risiko pasien jatuh</li> </ul>
3. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja		<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitor dan evaluasi berkala terhadap keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak terkait</li> </ul>	0 5 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>SPO pemasangan gelang risiko jatuh</li> </ul>
4. Kebijakan dan/atau prosedur mendukung pengurangan berkelanjutan dari risiko cedera pasien akibat jatuh di rumah		<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembuatan kebijakan atau SOP pasien jatuh</li> </ul>	0 5 10	

sakit				
-------	--	--	--	--