

SKP:1	
Judul Indikator	Kepatuhan pemasangan gelang identifikasi pasien
Dasar Pemikiran	a. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien pada pasal 5 ayat 5 bahwa salah satu Sasaran Keselamatan Pasien adalah mengidentifikasi pasien dengan benar.
Dimensi Mutu	a. Efektif b. Keselamatan c. Berorientasi pada pasien/ pengguna layanan d. Tepat waktu e. Efisien f. Adil g. Terintegrasi
Tujuan	Tergambarnya upaya rumah sakit dalam menjaga keselamatan pasien.
Defenisi Operasional	Terpasangnya gelang pasien yang terdiri dari Nama, Nomor RM dan Tanggal Lahir dimana dibedakan warna untuk gelang Biru adalah untuk pasien Laki-laki dan gelang Merah Muda untuk pasien Perempuan. Sedangkan sticker penanda merah pada gelang untuk pasien alergi, kuning untuk pasien resiko jatuh.
Jenis Indikator	a. Input b. Proses c. Output d. Outcome
Satuan Pengukuran	a. Jumlah b. Persentase c. Satuan Waktu
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien baru rawat inap yang terpasang gelang identifikasi dengan tepat dan benar dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien baru masuk rawat inap

(Penyebut)	
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria Inklusi: Semua pasien baru rawat inap Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	Jumlah pasien baru ranap yg terpasang gelang dengan tepat dan benar /Jumlah seluruh pasien baru masuk rawat inap x 100
Metode Pengumpulan Data	a. Retrospektif b. Observasi
Sumber Data	a. Medikal record b. Sistem pelaporan: Survey
Instrumen Pengambilan Data	a. Kuisisioner b. Wawancara c. Observasi
Populasi/ Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Cara pengambilan sampel	Probability sampling Non probability sampling
Periode Pengumpulan Data	a. Harian b. Bulan c. Trimester d. Semester e. Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	a. Bulan b. Trimester c. Semester
Penyajian Data	a. Table

	b. Run chart c. Grafik
Penanggung Jawab	Ka. Rawat Inap dan Tim SKP

SKP:2	
Judul Indikator	Kepatuhan komunikasi efektif dengan SBAR
Dasar Pemikiran	Komunikasi efektif ,singkat, akurat,lengkap,jelas,mudah dimengerti oleh penerima pesan akan mengurangi kesalahan sehingga meningkatkan keselamatan pasien. Pelayanan pasien dapat dipengaruhi oleh komunikasi yang tidak baik dalam perintah lisan atau telepon untuk tatalaksana pasien sehingga perlu dibatasi dan diatur terstandar (Permenkes No 11 tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien).
Dimensi Mutu	<ul style="list-style-type: none"> a. Efektif b. Keselamatan c. Berorientasi pada pasien/ pengguna layanan d. Tepat waktu e. Efisien f. Adil g. Terintegrasi
Tujuan	Meningkatkan komunikasi efektif menggunakan metode SBAR pada saat dilakukan komunikasi verbal/lisan/ melalui telpon, dimana komunikasi pelayanan secara tertulis tidak dapat dilakukan.
Defenisi Operasional	<p>Komunikasi efektif adalah sebuah proses penyampaian pikiran atau informasi dari seseorang kepada orang lain melalui suatu cara tertentu sehingga orang lain mengerti apa yang dimaksud oleh penyampai pikiran tersebut.</p> <p>SBAR adalah metode terstruktur untuk mengkomunikasikan informasi penting yang membutuhkan perhatian segera dan tindakan berkontribusi terhadap eskalasi yang efektif dan meningkatkan keselamatan pasien.</p>
Jenis Indikator	<ul style="list-style-type: none"> a. Input b. Proses c. Output d. Outcome

Satuan Pengukuran	a. Jumlah b. Persentase c. Satuan Waktu
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien rawat inap yang dilakukan komunikasi verbal/lisan melalui telepon dengan metode SBAR secara benar pada hari itu
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang dilakukan komunikasi verbal/lisan melalui telepon dengan metode SBAR pada hari itu
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria Inklusi: Semua Komunikasi verbal/ Lisan melalui telepon Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	Jumlah pasien rawat inap yang dilakukan komunikasi verbal/lisan melalui telepon dengan metode SBAR secara benar pada hari itu / Jumlah seluruh pasien rawat inap yang dilakukan komunikasi verbal/lisan melalui telepon dengan metode SBAR pada hari itu x 100
Metode Pengumpulan Data	a. Retrospektif b. Observasi
Sumber Data	a. Medikal record b. Sistem pelaporan: Survey
Instrumen Pengambilan Data	a. Kuisisioner b. Wawancara c. Observasi
Populasi/ Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Cara pengambilan sampel	Probability sampling Non probability sampling
Periode	a. Harian

Pengumpulan Data	<ul style="list-style-type: none"> b. Bulan c. Trimester d. Semester e. Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	<ul style="list-style-type: none"> a. Bulan b. Trimester c. Semester
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> a. Table b. Run chart c. Grafik
Penanggung Jawab	Ka. Rawat Inap dan Tim SKP

SKP: 3	
Judul Indikator	Kepatuhan kebersihan tangan
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> a. Permenkes No.11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien pada pasal 5 ayat 5 mengamanatkan bahwa setiap fasyankes harus mengurangi resiko infeksi akibat perawatan kesehatan b. Permenkes No.27 tahun 2017 tentang Pencegahan dan pengendalian infeksi di Fasyankes, pasal 3 ayat 1 setiap Fasyankes harus melaksanakan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). c. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/Menkes/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). d. Rumah sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai dengan ketentuan WHO
Dimensi Mutu	<ul style="list-style-type: none"> a. Efektif b. Keselamatan c. Berorientasi pada pasien/ pengguna layanan d. Tepat waktu e. Efisien f. Adil g. Terintegrasi
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan
Defenisi Operasional	a. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alcohol (alcohol-based handrubs) bila tangan tidak tampak kotor.

	<p>b. Kebersihan tangan dilakukan dengan 5 indikasi (Five moments) dan momen lainnya serta 6 langkah kebersihan tangan (WHO).</p> <p>c. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan terhadap petugas yang melakukan kebersihan tangan sesuai dengan 5 indikasi (Five moments) yang terdiri dari :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebelum kontak dengan pasien, yaitu sebelum menyentuh pasien (permukaan tubuh atau pakaian pasien). • Sesudah Kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh pasien (permukaan tubuh atau pakaian pasien). • Sebelum melakukan Prosedur aseptik contoh: Pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain lain • Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, dan setelah melepas sarung tangan. • Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien, kertas/lembar untuk menulis yang ada di sekitar pasien. <p>d. Moment adalah penilaian saat pelaksanaan kebersihan tangan harus dilakukan.</p> <p>e. Pemberi Pelayanan Kesehatan yang dinilai adalah semua tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bertugas di ruang pelayanan/perawatan pasien serta tenaga penunjang yang bekerja sebagai cleaning service, pemulasaran jenazah, sopir ambulans, dan tenaga penunjang yang kontak erat dengan pasien / spesimen.</p> <p>f. Auditor adalah orang yang paham dan memiliki kompetensi untuk melakukan penilaian kepatuhan kebersihan tangan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</p> <p>g. Sesi adalah lama waktu untuk observasi yang dihitung sejak mulai</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	sampai selesai. h. Pengamatan dilakukan maksimal 15 menit dalam satu periode pengamatan
Jenis Indikator	a. Input b. Proses c. Output d. Outcome
Satuan Pengukuran	a. Jumlah b. Persentase c. Satuan Waktu
Numerator (Pembilang)	Jumlah orang yang melakukan kebersihan tangan sesuai dengan 5 Indikasi
Denominator (Penyebut)	Jumlah orang yang diamati/observasi
Target Pencapaian	$\geq 85\%$
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria Inklusi : Seluruh tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bertugas di ruang pelayanan/ perawatan pasien serta tenaga penunjang yang bekerja sebagai cleaning service, pemulasaran jenazah, sopir ambulans, dan tenaga penunjang yang kontak erat dengan pasien/spesimen yang akan di observasi. Kriteria Eksklusi : Tidak ada
Formula	Jumlah orang yang melakukan kebersihan tangan sesuai dengan 5 Indikasi/ Jumlah orang yang diamati/observasi x 100%
Metode	a. Retrospektif

Pengumpulan Data	b. Observasi
Sumber Data	a. Medikal record b. Sistem pelaporan: Survey
Instrumen Pengambilan Data	a. Kuisisioner b. Wawancara c. Observasi d. Tes
Populasi/ Sampel	Jumlah seluruh tenaga medis dan tenaga kesehatan yang bertugas di ruang pelayanan/ perawatan pasien serta tenaga penunjang yang bekerja sebagai cleaning service, pemulasaran jenazah, sopir ambulans, dan tenaga penunjang yang kontak erat dengan pasien/spesimen yang akan di observasi yang dibagi dalam beberapa periode.
Periode Pengumpulan Data	Probability sampling Non probability sampling
Periode Analisis dan Pelaporan Data	a. Harian b. Bulan c. Trimester d. Semester e. Tahunan
Penyajian Data	a. Bulan b. Trimester c. Semester
Penanggung Jawab	a. Table b. Run chart c. Grafik
Penanggung jawab	Komite PPI RS

SKP: 4	
Judul Indikator	Kepatuhan upaya pencegahan resiko pasien jatuh
Dasar Pemikiran	Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien pada pasal 5 ayat 5 bahwasalah satu Sasaran Keselamatan Pasien adalah mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.
Dimensi Mutu	<ul style="list-style-type: none"> a. Efektif b. Keselamatan c. Berorientasi pada pasien/ pengguna layanan d. Tepat waktu e. Efisien f. Adil g. Terintegrasi
Tujuan	Terselenggaranyapelayanankeperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien
Defenisi Operasional	<p>Upaya pencegahan jatuh meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Screening di rawat jalan/ IGD 2. Asesmen awal resiko jatuh 3. Asesmen ulang resiko jatuh 4. Edukasi Pencegahan pasien jatuh <p>Disebut patuh apabila melaksanakan seluruh upaya pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh RS</p> <p>Catatan :</p> <p>Assesment awal hanya dilakukan pada pasien rawat inap untuk pasien rawat jalan dan IGD hanya dilakukan screening</p>
Jenis Indikator	<ul style="list-style-type: none"> a. Input b. Proses

	c. Output d. Outcome
Satuan Pengukuran	a. Jumlah b. Persentase c. Satuan Waktu
Numerator (Pembilang)	Jumlah kasus yang mendapatkan semua upaya pencegahan pasien jatuh
Denominator (Penyebut)	Jumlah kasus semua pasien yang berisiko jatuh
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	Kriteria Inklusi : Pasien Rawat inap berisiko tinggi Kriteria Eksklusi : Pasien yang tidak dapat dilakukan asesmen ulang maupun edukasi seperti pasien meninggal, pasien gangguan jiwa yang sudah melewati fase akut, dan pasien menolak intervensi
Formula	Jumlah kasus yang mendapatkan semua upaya pencegahan pasien jatuh/ Jumlah kasus semua pasien yang berisiko jatuh x 100%
Metode Pengumpulan Data	a. Retrospektif b. Observasi
Sumber Data	a. Medikal record b. Sistem pelaporan: Survey
Instrumen Pengambilan Data	a. Kuisisioner b. Wawancara c. Observasi
Populasi/ Sampel	Menggunakan populasi maupun besar sampel minimal sesuai dengan referensi

Cara pengambilan sampel	Probability sampling Non probability sampling
Periode Pengumpulan Data	a. Harian b. Bulan c. Trimester d. Semester e. Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	a. Bulan b. Trimester c. Semester
Penyajian Data	a. Table b. Run chart c. Grafik
Penanggung Jawab	Bidang Keperawatan dan Komite Keselamatan pasien

SKP: 5	
Judul Indikator	Kepatuhan pelabelan obat high alert
Dasar Pemikiran	Permenkes No. 72 tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian
Dimensi Mutu	<ul style="list-style-type: none"> a. Efektif b. Keselamatan c. Berorientasi pada pasien/ pengguna layanan d. Tepat waktu e. Efisien f. Adil g. Terintegrasi
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan kepatuhan pelabelan obat high alert
Defenisi Operasional	<p>High alert adalah obat yang sering menyebabkan terjadinya kesalahan/ kesalahan serius (sentinel event), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan seperti obat yang terlihat mirip atau obat yang kedengaran mirip (Look alike Sound Alike/ LASA).</p> <p>Obat yang sering mendapatkan perhatian adalah sediaan cairan konsentrat tinggi dan obat LASA</p> <p>Pelabelan adalah pemberian identitas high alert pada suatu kesediaan.</p>
Jenis Indikator	<ul style="list-style-type: none"> a. Input b. Proses c. Output d. Outcome
Satuan Pengukuran	<ul style="list-style-type: none"> a. Jumlah b. Persentase c. Satuan Waktu
Numerator	Jumlah obat high alert yang diberi label

(Pembilang)	
Denominator (Penyebut)	Total obat high alert yang ada di rumah sakit
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	<p>Inklusi:</p> <p>Zat aktif obat yang telah masuk ke dalam kelompok obat high alert yang sudah disepakati bersama</p> <p>Eksklusi:</p> <p>Zat aktif obat yang telah masuk ke dalam kelompok obat high alert namun dalam keadaan kosong distributor.</p>
Formula	Jumlah obat high alert yang diberi label / Total obat high alert yang ada di rumah sakit x 100%
Metode Pengumpulan Data	<p>a. Retrospektif</p> <p>b. Observasi</p>
Sumber Data	<p>a. Medikal record</p> <p>b. Sistem pelaporan: Survey</p>
Instrumen Pengambilan Data	<p>a. Kuisisioner</p> <p>b. Wawancara</p> <p>c. Observasi</p> <p>d. Tes</p>
Populasi/ Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimal sesuai dengan referensi
Cara Pengambilan sampel	<p>Probability sampling</p> <p>Non probability sampling</p>
Periode	<p>a. Harian</p> <p>b. Bulan</p>

Pengumpulan Data	c. Trimester d. Semester e. Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	a. Bulan b. Trimester c. Semester
Penyajian Data	a. Table b. Run chart c. Grafik
Penanggung Jawab	Ka. Farmasi

SKP: 6	
Judul Indikator	Kepatuhan pelaksanaan prosedur site marking pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi
Dasar Pemikiran	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien
Dimensi Mutu	<ul style="list-style-type: none"> a. Efektif b. Keselamatan c. Berorientasi pada pasien/ pengguna layanan d. Tepat waktu e. Efisien f. Adil g. Terintegrasi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian operator bedah terhadap keselamatan pasien sebelum tindakan operasi
Defenisi Operasional	Site marking yang dimaksud adalah tindakan pemberian tanda identifikasi khusus untuk penandaan sisi kanan atau kiri pada pasien yang akan dilakukan tindakan operasi dengan prosedur yang tepat dan benar. Prosedur site marking harus dilakukan oleh dokter operator dengan penandaan dan tanpa inisial nama dokter bedah pada sisi lokasi operasi dalam penandaan. Penandaan dilakukan pada semua kasus mencakup lateralitas (Kanan - kiri), multiple struktur (jari tangan,jari kaki, lesi).
Jenis Indikator	<ul style="list-style-type: none"> a. Input b. Proses c. Output d. Outcome
Satuan Pengukuran	<ul style="list-style-type: none"> a. Jumlah b. Persentase

	c. Satuan Waktu
Numerator (Pembilang)	Jumlah pasien yang dilakukan prosedur site marking dengan tepat dan benardalam satu bulan
Denominator (Penyebut)	Jumlah seluruh pasien yang akan dilakukan tindakan operasi dalam bulan yang sama
Target Pencapaian	100%
Kriteria Inklusi dan Eksklusi	<p>Inklusi: Semua prosedur operasi</p> <p>Eksklusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kasus organ tunggal (contoh : sectio caesaria, operasi jantung) • Tindakan pada operasi gigi (sudah menyebutkan nama gigi) atau gigi yang mau di operasi sudah di tandai pada foto rontgen gigi atau diagram gigi • Bayi prematur dimana pemberian tanda bisa menyebabkan tatto permanen
Formula	Jumlah pasien yang dilakukan prosedur site marking dengan tepat dan benardalam satu bulan / Jumlah seluruh pasien yang akan dilakukan tindakan operasi dalam bulan yang sama x 100%
Metode Pengumpulan Data	<p>a. Retrospektif</p> <p>b. Observasi</p>
Sumber Data	<p>a. Medikal record</p> <p>b. Sistem pelaporan: Survey</p>
Instrumen Pengambilan Data	<p>a. Kuisisioner</p> <p>b. Wawancara</p> <p>c. Observasi</p>
Populasi/ Sampel	Menggunakan populasi atau sampel minimalsesuai dengan referens
Cara pengambilan	Probability sampling

sampel	Non probability sampling
Periode Pengumpulan Data	<ul style="list-style-type: none"> a. Harian b. Bulan c. Trimester d. Semester e. Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	<ul style="list-style-type: none"> a. Bulan b. Trimester c. Semester
Penyajian Data	<ul style="list-style-type: none"> a. Table b. Run chart c. Grafik
Penanggung Jawab	Sub KPRS