

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan di rumah sakit dari berbagai jenis pelayanan medik, keperawatan dan penunjang medik. Rumah sakit mempunyai fungsi penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan sumberdaya manusia, serta penyelenggaraan penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi bidang kesehatan.

Tenaga keperawatan merupakan jenis tenaga kesehatan terbesar, memiliki jam kerja 24 jam melalui penugasan shift. Diperlukan tenaga keperawatan yang kompeten, mampu berfikir kritis, selalu berkembang serta memiliki etika profesi sehingga pelayanan keperawatan dapat diberikan dengan baik, berkualitas, dan aman bagi pasien dan keluarganya.

Agar profesionalisme dan pertumbuhan profesi tenaga keperawatan dapat terjadi dan terus berkembang, diperlukan suatu mekanisme dan sistem pengorganisasian yang terencana dan terarah yang diatur oleh suatu wadah keprofesian yang sarat dengan aturan dan tata norma profesi. Mekanisme dan sistem pengorganisasian tersebut adalah komite keperawatan.

Berdasarkan kondisi tersebut diperlukan pedoman pelayanan komite keperawatan sebagai petunjuk dalam melakukan kegiatan, sehingga dapat

diimplementasikan, berkontribusi meningkatkan kinerja pengelolaan klinik bagi tenaga keperawatan dan kebidanan.

B. Ruang Lingkup

Komite keperawatan merupakan kelompok profesi tenaga keperawatan yang secara struktural fungsional berada di bawah direktur rumah sakit dan bertanggungjawab langsung kepada direktur rumah sakit.

Komite keperawatan bekerja sama dan melakukan koordinasi dengan kepala bidang keperawatan serta saling memberikan masukan tentang perkembangan profesi keperawatan dan kebidanan di rumah sakit.

Komite keperawatan adalah wadah non-struktural rumah sakit yang mempunyai fungsi utama mempertahankan dan meningkatkan profesionalisme tenaga keperawatan melalui mekanisme kredensial, penjaminan mutu profesi, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi.

Komite keperawatan menjadi mitra manajemen dengan mengembangkan kerjasama sinergik antar lembaga terkait.

C. Batasan Operasional

1. Fungsi komite keperawatan dalam kaitan dengan bidang keperawatan batasan operasionalnya :
 - a. Bukan hubungan atasan bawahan, melainkan hubungan kerjasama, koordinasi, kemitraan dan saling menguatkan.

- b. Media utama untuk mengakomodasikan dan memfasilitasi berkembangnya profesionalisme keperawatan yang dapat mempertahankan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan.
 - c. Menjadi mitra bidang keperawatan dalam mencapai visi dan misi serta tujuan bidang keperawatan.
 - d. Membantu fungsi-fungsi manajemen dan menyelesaikan persoalan operasional.
 - e. Memberi penasehatan terkait aspek profesi keperawatan.
2. Fungsi komite keperawatan dalam kaitan dengan pelayanan keperawatan rumah sakit batasan operasionalnya :
- a. Menjamin tersedianya norma-norma; standar praktik/asuhan/prosedur keperawatan sesuai lingkup asuhan keperawatan dan pelayanan serta aspek penting asuhan di seluruh area keperawatan.
 - b. Menjaga kualitas asuhan melalui perumusan rencana peningkatan mutu keperawatan tingkat rumah sakit: menyiapkan alat-alat pemantauan, besar sampel, nilai batas, metodologi pengumpulan data, tabulasi serta menganalisis data.
 - c. Mengkoordinasikan semua kegiatan pemantauan mutu dan evaluasi keperawatan: jenis kegiatan, jadual pemantauan, evaluasi, dan penanggung jawab pelaksanaan.

- d. Mengintegrasikan proses peningkatan mutu keperawatan dengan rencana rumah sakit untuk menemukan kecendrungan dan pola kinerja yang berdampak pada lebih dari satu departemen atau pelayanan.
 - e. Mengkomunikasikan informasi hasil telaah mutu keperawatan kepada semua yang terkait, misal : badan mutu pelayanan tingkat rumah sakit.
 - f. Mengusulkan solusi pada manajemen atas masalah yang berkaitan dengan keprofesionalan tenaga dan asuhan dalam sistem pemberian asuhan.
 - g. Memprakarsai perubahan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.
 - h. Berpartisipasi dalam komite mutu rumah sakit.
 - i. Mempertahankan keterkaitan antara teori, riset, dan praktik.
3. Fungsi komite keperawatan dalam kaitan dengan anggota komite batasan operasionalnya :
- a. Menetapkan lingkup praktek, kompetensi dan kewenangan fungsional tenaga keperawatan.
 - b. Merumuskan norma-norma, harapan, dan pedoman perilaku.
 - c. Menyediakan alat ukur pantau kinerja keperawatan.
 - d. Memelihara dan meningkatkan kompetensi untuk meningkatkan kinerja anggota.
 - e. Membina dan menangani hal-hal yang berkaitan dengan etika profesi keperawatan.

- f. Mewujudkan komunitas profesi keperawatan.
 - g. Merumuskan sistem rekrutmen dan retensi staf.
4. Fungsi komite keperawatan dalam kaitan dengan pihak lain didalam / di luar rumah sakit batasan operasionalnya :
- a. Mengkomunikasikan informasi yang bermanfaat bagi administrator atau manajer.
 - b. Menetapkan peran dan tanggung jawab staf penunjang asuhan pasien.
 - c. Mendidik staf lain yang terlibat dalam sistem keperawatan.
 - d. Merekomendasikan tindakan perbaikan dan sangsi pembinaan.
 - e. Mendorong dan melibatkan tenaga keperawatan yang berminat atau terkena dalam mengelola upaya keperawatan.
 - f. Membangun jaringan dengan organisasi profesi dan komite di rumah sakit lain.
 - g. Melaksanakan program kegiatan bersama dengan profesi lain.
 - h. Menjamin keharmonisan hubungan kerja staf.

D. Landasan Hukum

- 1. Berlakunya UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan.
- 2. Berlakunya PP Nomor 1996 tentang kesehatan.
- 3. Kepmenkes nomor 1239/Menkes/SK/2001 tentang registrasi dan praktek keperawatan.

4. Permenkes nomor 1144/Menkes/PER X/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktek bidan.
5. Permenkes RI nomor 1596/Menkes/PER II/1998 tentang rumah sakit.
6. Kepmendagri nomor 1/Mendagri/SK/I/2002 tentang pedoman susunan organisasi dan tata kerja rumah sakit daerah.
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 49 tahun 2013 tentang komite keperawatan rumah sakit.

BAB II

STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

1. Komite keperawatan terdiri dari orang-orang yang mempunyai komitmen, energi, dan waktu yang cukup, pengalaman kerja, dan latar belakang pendidikan keperawatan atau pendidikan kebidanan.
2. Anggota mewakili setiap bidang keahlian pelayanan.
3. Jumlah anggota cukup untuk menyelesaikan tugas-tugas komite yaitu antara 6-8 orang.

B. Distribusi Ketenagaan

Susunan organisasi komite keperawatan sekurang-kurangnya terdiri dari: Ketua komite keperawatan, sekretaris komite keperawatan, dan sub komite.

1. Ketua komite
 - a. Ketua komite keperawatan memiliki latar belakang pendidikan keperawatan (DIII Keperawatan, S1 Keperawatan Ners), atau pendidikan kebidanan (DIII kebidanan, DIV Kebidanan).
 - b. Ketua komite keperawatan ditetapkan oleh direktur rumah sakit dengan memperhatikan masukan dari tenaga keperawatan yang bekerja aktif di rumah sakit melalui panitia adhoc pemilihan ketua komite.
 - c. Masa jabatan : empat tahun.

2. Sekretaris komite

- a. Sekretaris komite keperawatan memiliki latar belakang pendidikan keperawatan (DIII Keperawatan, S1 Keperawatan Ners), atau pendidikan kebidanan (DIII kebidanan, DIV Kebidanan).
- b. Sekretaris komite keperawatan ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite keperawatan.
- c. Masa jabatan : empat tahun

3. Sub komite keperawatan

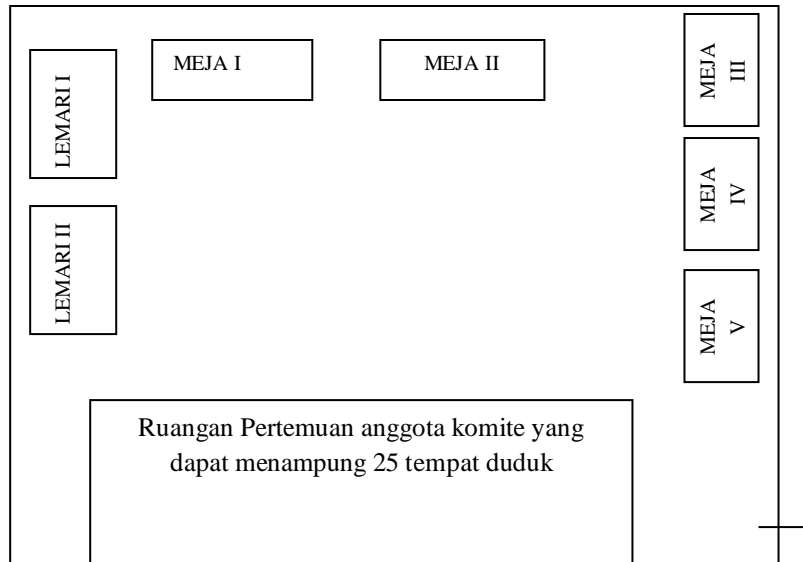
- a. Sub komite keperawatan memiliki latar belakang pendidikan keperawatan (DIII Keperawatan, S1 Keperawatan Ners), atau pendidikan kebidanan (DIII kebidanan, DIV Kebidanan).
- b. Sub komite keperawatan terdiri dari ketua merangkap anggota.
- c. Ketua sub komite ditetapkan oleh direktur rumah sakit berdasarkan rekomendasi dari ketua komite keperawatan.
- d. Masa jabatan : empat tahun.
- e. Untuk menyelesaikan pekerjaannya, sub komite dapat membentuk tim sesuai kebutuhan atau permasalahan yang teridentifikasi saat itu.

4. Tim kerja (Satuan Keperawatan Fungsional)
 - a. Terdiri perwakilan kepala klinik keperawatan.
 - b. Tugas dan kewajiban tim, termasuk tanggungjawabnya terhadap program kerja, serta mekanisme pelaporan ditetapkan oleh ketua sub komite bersama ketua komite keperawatan.
 - c. Tim dapat bersifat tetap maupun tidak tetap sesuai dengan tugas-tugas yang harus diselesaikan.
 - d. Masa jabatan tim tetap : empat tahun dan dapat diperpanjang satu kali periode, untuk tim tidak tetap ditentukan sesuai kebutuhan.

BAB III

STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruangan



Gambar 1
Denah ruangan komite keperawatan

Keterangan gambar:

1. Meja I : meja ketua komite keperawatan
2. Meja II : meja sekretaris komite keperawatan
3. Meja III : meja sub komite kredensial
4. Meja IV : meja sub komite mutu profesi
5. Meja V : meja sub komite etika dan disiplin
6. Lemari I : lemari kerja komite keperawatan
7. Lemari II : lemari penyimpanan file anggota komite keperawatan

8. Ruang yang dapat menampung kursi minimal 25 kursi untuk kegiatan anggota komite keperawatan. Luas ruangan yang memadai diusulkan dengan ukuran 6 meter x 8 meter

B. Standar Fasilitas

Tabel 1
Standar fasilitas ruang komite keperawatan

No	Fasilitas	Standar
1.	Meja kerja	4 buah
2.	Kursi kerja	8 buah
3.	Kursi berisi tempat menulis	25 buah
3.	Lemari komite (filing cabinet)	1 unit
4.	Lemari anggota (rak penyimpanan file)	1 unit
5.	Komputer	1 unit
6.	Printer	1 unit
7.	Papan pengumuman	1 buah
8.	Papan kerja (white board)	1 buah
9.	APAR	1 buah

BAB IV

TATALAKSANA PELAYANAN

A. Proses Kredensial

Proses kredensial sehingga didapatkan kewenangan klinis merupakan tanggung jawab sub komite kredensial. Tatalaksana subkomite kredensial dalam melaksanakan tugasnya ditetapkan sebagai berikut:

1. Tenaga keperawatan mengajukan permohonan untuk memperoleh kewenangan klinis kepada ketua komite keperawatan.
2. Ketua komite keperawatan menugaskan sub komite kredensial untuk melakukan proses kredensial : (dapat dilakukan secara individu atau kelompok)
3. Mempersiapkan kewenangan klinis mencakup kompetensi sesuai area praktik yang ditetapkan oleh rumah sakit.
4. Menyusun kewenangan klinis dengan kriteria sesuai persyaratan kredensial yang dimaksud.
5. Melakukan assesmen kewenangan klinik dengan berbagai metoda yang disepakati : portofolio, assesmen kompetensi.
6. Memberikan laporan hasil kredensial sebagai bahan rekomendasi memperoleh penugasan klinik dari direktur rumah sakit.
7. Memberikan rekomendasi kewenangan klinis untuk memperoleh penugasan klinik dari direktur rumah sakit.
8. Melakukan pembinaan dan pemulihan kewenangan klinik secara berkala.
9. Melakukan kredensial ulang secara berkala

B. Diskusi Refleksi Kasus (DRK), Ronde Keperawatan, Audit Keperawatan, Pengembangan Profesional Berkelanjutan

Memberikan rekomendasi tindak lanjut DRK, ronde keperawatan, audit keperawatan dan kebidanan, pendidikan keperawatan dan kebidanan berkelanjutan serta pendampingan merupakan kewenangan atau tanggungjawab sub komite mutu profesi. Tatalaksana subkomite mutu profesi dalam dalam melaksanakan tugasnya ditetapkan sebagai berikut:

1. Koordinasi dengan bidang keperawatan untuk memperoleh data dasar tentang profil tenaga keperawatan di RS sesuai area praktiknya berdasarkan jenjang karir.
2. Mengidentifikasi kesenjangan kompetensi yang berasal dari data subkomite kredensial sesuai perkembangan IPTEK dan perubahan standar profesi. Hal tersebut menjadi dasar perencanaan CPD (Continuing Professional Development).
3. Merekomendasikan perencanaan CPD (Continuing Professional Development) kepada unit yang berwenang.
4. Koordinasi dengan praktisi tenaga keperawatan dalam melakukan pendampingan sesuai kebutuhan.
5. Melakukan DRK (Diskusi Refleksi Kasus) dengan cara:
 - a. Pemilihan topik yang akan didiskusikan.
 - b. Minimal dilakukan satu kali dalam sebulan
 - c. Dilaksanakan oleh satu profesi dalam kelompok lima sampai dengan delapan orang.

d. Prosedur pelaksanaan DRK:

- 1) Fasilitator membuka pertemuan, beri salam.
- 2) Fasilitator menyampaikan dengan ringkas persyaratan diskusi.
- 3) Fasilitator memberikan kesempatan kepada presenter untuk menyajikan kasus / masalah selama 15-20 menit.
- 4) Setelah selesai fasilitator mempersilahkan setiap peserta untuk mengajukan klarifikasi selama 20-30 menit secara bergantian searah jarum jam.
- 5) Fasilitator boleh mengajukan klarifikasi.
- 6) Bila diskusi telah selesai fasilitator bertanya kepada presenter dan pada semua peserta lainnya.
- 7) Fasilitator mencatat apa yang peserta pelajari dalam diskusi.
- 8) Fasilitator merumuskan issue – issue sebagai hasil pembelajaran dalam diskusi.
- 9) Bacakan kembali issue-issue untuk disepakati.
- 10) Masalah issue yang muncul didiskusikan untuk ditindaklanjuti.
- 11) Semua peserta diskusi menandatangani daftar hadir.
- 12) Fasilitator membuat laporan dalam format DRK.
- 13) Sepakati jadwal DRK yang akan datang.
- 14) Fasilitator menutup pertemuan dan mengucapkan terimakasih.
- 15) Dokumen DRK disimpan dalam file komite.

6. Melakukan ronde keperawatan dengan cara :

a. Pra ronde

- Menentukan kasus dan topik.
- Menentukan tim ronde.
- Membuat informed consent
- Membuat pre planning.
- Diskusi.
- Mencari sumber atau literatur.

b. Ronde

- Diskusi
- Demonstrasi

c. Pasca ronde

- Evaluasi pelaksanaan ronde.
- Revisi dan perbaikan.

d. Dokumen ronde disimpan dalam file komite

e. Kriteria Evaluasi :

- Bagaimana persiapan dan pelaksanaan ronde.
- Bagaimana peran masing-masing tim dalam diskusi ataupun demonstrasi.
- Bagaimana tingkat kepuasan pasien.

f. Peran masing-masing tim :

1) Peran PA dan PP

- Menjelaskan keadaan dan data demografi pasien.

- Menjelaskan masalah keperawatan utama.
- Menjelaskan intervensi yang dilakukan.
- Menjelaskan hasil yang didapat.
- Menentukan tindakan selanjutnya.
- Menjelaskan alasan ilmiah tindakan yang diambil.
- Menggali masalah-masalah pasien yang belum terkaji.

2) Peran Perawat konselor :

- Memberikan justifikasi.
- Memberikan reinforcement.
- Menilai kebenaran dari masalah dan intervensi keperawatan serta rasional tindakan.
- Mengarahkan dan koreksi.
- Mengintegrasikan konsep dan teori yang telah di pelajari.

7. Melakukan audit keperawatan dan kebidanan dengan cara :

- a. Pemilihan topik yang akan dilakukan audit.
- b. Penetapan standar dan kriteria.
- c. Penetapan jumlah kasus/sampel yang akan diaudit.
- d. Membandingkan standar/kriteria dengan melaksanakan pelayanan
- e. Melakukan analisis kasus yang tidak sesuai standar dan kriteria.
- f. Menetapkan perbaikan.
- g. Rencana reaudit.

8. Menyusun laporan kegiatan subkomite untuk disampaikan kepada ketua komite keperawatan.

C. Pemberian Tindakan Disiplin

Memberikan usul rekomendasi pencabutan kewenangan klinis (*clinical privilege*) tertentu, memberikan rekomendasi perubahan/modifikasi rincian kewenangan klinis (*delineation of clinical previlege*) serta memberikan rekomendasi pemberian tindakan disiplin merupakan kewenangan subkomite etik dan disiplin profesi. Tatalaksana subkomite etik dan disiplin untuk melaksanakan kewenangannya, sebagai berikut :

1. Melakukan prosedur penegakan disiplin profesi dengan tahapan :
 - a. Mengidentifikasi sumber laporan terjadi pelanggaran etik dan disiplin di dalam rumah sakit.
 - b. Melakukan telaah atas laporan kejadian pelanggaran etik dan disiplin profesi.
2. Membuat keputusan
Pengambilan keputusan pelanggaran etik profesi dilakukan dengan melibatkan panitia adhoc.
3. Melakukan tindak lanjut keputusan berupa :
 - a. Pelanggaran etik direkomendasikan kepada organisasi profesi keperawatan dan kebidanan dirumah sakit melalui ketua komite.
 - b. Pelanggaran disiplin profesi diteruskan kepada direktur medik dan keperawatan /direktur keperawatan melalui ketua komite keperawatan.
 - c. Rekomendasi pencabutan kewenangan klinis diusulkan ke ketua komite keperawatan untuk diteruskan kepada direktur rumah sakit.

4. Melakukan pembinaan etik dan disiplin profesi tenaga keperawatan, meliputi :
 - a. Pembinaan ini dilakukan terus menerus melekat dalam pelaksanaan praktik keperawatan dan kebidanan sehari-hari.
 - b. Menyusun program pembinaan, mencakup jadwal, materi / topik dan metoda serta evaluasi.
 - c. Metoda pembinaan dapat berupa diskusi, ceramah, lokakarya, coaching, symposium, bedside teaching, diskusi refleksi kasus dan lain-lain disesuaikan dengan lingkup pembinaan dan sumber yang tersedia.

5. Menyusun laporan kegiatan sub komite untuk disampaikan kepada ketua komite keperawatan.

BAB V

LOGISTIK

Penyediaan kebutuhan logistik komite keperawatan berupa alat tulis kantor, alat cetak, alat kebersihan, termasuk dalam rencana anggaran belanja rumah sakit tiap tahunnya, dilakukan pemeriksaan pemenuhan kebutuhan tiap harinya oleh sekretaris komite dan dilakukan pengamprahan ke bagian rumah tangga atas sepengetahuan ketua komite keperawatan, dilakukan dengan prosedur :

1. Komite keperawatan membuat bon permintaan ATK ke gudang material dengan menggunakan blangko permintaan barang 01/BRT-00.
2. Petugas gudang material melakukan proses entry ke komputer sebelum menyiapkan barang yang diminta disertai salin lembar bukti penerimaan barang, kemudian diperiksa ulang sebelum ditandatangani petugas gudang material.
3. Saat pengambilan barang, petugas layanan asal memeriksa kembali barang sebelum menandatangani surat bukti barang keluar (SBBK).
4. Petugas gudang material menyimpan salinan SBBK sebagai bukti mutasi.

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

Yang dimaksud dengan keselamatan pasien (*patient safety*) adalah proses dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesment risiko, identifikasi, dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko.

Yang dimaksud dengan insiden keselamatan pasien adalah kesalahan medis (*medical error*), kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*), dan nyaris terjadi (*near miss*).

Keselamatan pasien merupakan salah satu indikator kerja keberhasilan mutu keperawatan yang dipantau oleh komite keperawatan yang bekerjasama dengan tim keselamatan pasien rumah sakit.

Solusi atau program terkait termasuk standar prosedur operasional (SPO) yang terkait dengan keselamatan pasien yang diterapkan, dipantau, dan dievaluasi oleh komite keperawatan yang bekerja sama dengan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) agar tercapai keselamatan pasien dari setiap asuhan yang diberikan oleh perawat adalah:

- A. Perhatikan Nama Obat, Rupa, Ucapan Mirip (look- alike, sound-alike medication names):

Nama obat rupa dan ucapan mirip (NORUM) yang membingungkan staf pelaksana adalah salah satu penyebab yang sering dalam kesalahan obat (medication error).

Solusi NORUM yang ditekankan oleh komite keperawatan adalah penekanan pada penggunaan protokol untuk pengurangan risiko dan memastikan terbacanya resep, label. Sehingga obat-obat yang perlu diwaspadai mendapat pengelolaan baik. Hal ini dirinci lebih lanjut sesuai SPO 445/346/RSUDW tentang keamanan obat yang perlu diwaspadai (High Alert Medication)

B. Pastikan Identifikasi Pasien

Kegagalan yang meluas dan terus menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan pengobatan, transfusi, maupun pemeriksaan. Pelaksanaan prosedur yang keliru orang, penyerahan bayi kepada bukan keluarganya dan sebagainya.

Rekomendasi yang ditekankan pada metoda untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dan keluarganya adalah penggunaan gelang pasien, sesuai SPO 445/225/RSUDW tentang identifikasi pasien dengan gelang.

C. Komunikasi Secara Benar Saat Serah Terima / Pengoperan Pasien

Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima / pengoperan pasien antar unit pelayanan, dan di dalam serta antar tim pelayanan, bisa mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial dapat mengakibatkan cedera pada pasien.

Rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan protokol untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis. Hal ini dirinci lebih lanjut sesuai dengan SPO 445/269/RSUDW tentang serah terima pasien (hand off) dan SPO 445/256/RSUDW tentang ketepatan pemberian obat.

D. Identifikasi Pasien Jatuh

Adalah cara penilaian dan identifikasi terhadap pasien dengan risiko jatuh, kemudian diambil langkah untuk mengurangi risiko jatuh. Hal ini dirinci lebih lanjut sesuai dengan SPO 445/261/RSUDW

E. Tingkatkan Kebersihan Tangan (Hand Hygiene)

Diperkirakan bahwa pada setiap saat lebih dari 1,4 juta orang diseluruh dunia memperoleh infeksi yang diperoleh di rumah-rumah sakit. Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang primer untuk menghindari masalah ini.

Rekomendasinya adalah mendorong implementasi penggunaan cairan alkohol-based hand-rubs tersedia pada titik-titik pelayanan, tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar, mengingatkan penggunaan tangan bersih ditempat kerja.

Hal ini dirinci lebih lanjut dalam SPO 445/270/RSUDW tentang kebersihan tangan dengan sabun/ air mengalir dan kebersihan cuci tangan dengan antiseptik berbasis alkohol sesuai SPO 445/273/RSUDW .

F. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan sebagai awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali. Tata cara pelaporan insiden keselamatan pasien dirinci dalam SPO 445/262/RSUDW .

G. Pembinaan dan Pengawasan

Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan program - program keselamatan pasien melalui kegiatan DRK, Ronde Keperawatan dan melakukan evaluasi audit indikator mutu klinik keperawatan yang dilakukan setiap harinya melalui supervisi keperawatan dan dibuat laporan tiap bulannya.

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) juga mendapat posisi penting di industri pelayanan kesehatan seiring dengan dikeluarkannya Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1087 /MENKES /SK/ VIII / 2010. Melalui Kemenkes ini telah ditetapkan standar penerapan K3 untuk Rumah Sakit (RS) atau disingkat K3RS.

Latar belakang disusunnya standar keselamatan , adalah sebagai upaya melindungi kemungkinan dampak negatif yang ditimbulkan oleh proses pelayanan kesehatan, maupun keberadaan sarana, prasarana, obat-obatan dan logistik lainnya yang ada di lingkungan Rumah Sakit sehingga tidak menimbulkan kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja dan kedaruratan termasuk kebakaran dan bencana yang berdampak pada pekerja Rumah Sakit, pasien, pengunjung dan masyarakat di sekitarnya.

K3RS merupakan salah satu indikator kerja keberhasilan mutu keperawatan yang dipantau oleh komite keperawatan yang bekerjasama dengan tim K3RS dilakukan dengan :

- A. Pembinaan dan pengawasan terhadap perlengkapan keselamatan kerja, pengendalian terhadap bahan berbahaya dan beracun (B3) melalui kegiatan DRK, Ronde Keperawatan dan Audit Keperawatan. Pembuatan SPO tentang penyediaan dan pemakaian APD.
- B. Ikut membantu menentukan kasus-kasus K3, serta berusaha menindak lanjuti sesuai wewenang. Lebih rinci diatur dalam SPO 02/K3RS/RSUDW.

- C. Memberi rekomendasi atau masukan mengenai perencanaan, pembuatan tempat kerja dan pemilihan alat serta pengadaannya terkait dengan keselamatan dan kesehatan pekerja khususnya perawat sebagai user dan rumah sakit beserta lingkungannya sebagai tempat bekerja.
- D. Turut membantu dalam usulan penyelidikan kesehatan tenaga kerja serta memelihara hubungan harmonis dengan perusahaan atau pihak manajemen rumah sakit.

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

Pengendalian mutu komite keperawatan rumah sakit dan indikator mutu klinik keperawatan telah terintegrasi. Untuk mengukur kinerja perawat dan bidan pada tatanan klinis, komite keperawatan menggunakan indikator kinerja klinis sebagai langkah untuk mewujudkan komitmennya guna dapat menilai tingkat kemampuan individu dalam tim kerja. Dengan demikian, diharapkan kesadaran akan tumbuh, mau, dan mampu mengidentifikasi kualitas kinerja masing-masing, untuk dimonitor, diperbaiki serta ditingkatkan secara terus menerus.

Indikator adalah pengukuran kuantitatif, umumnya pengukuran kuantitatif meliputi numerator dan denominator. Numerator adalah suatu data pembilang dari suatu peristiwa (events) yang sudah diukur. Denominator data penyebut adalah jumlah target sasaran atau jumlah seluruh pasien yang menjadi sasaran pemberian asuhan/pelayanan. Karakteristik indikator yang musti dipenuhi adalah : Sahih (Valid), Dapat dipercaya (Reliabel), Peka (Sensitif), Spesifik (Spesifik) Berhubungan (Relevan).

Beberapa Indikator Mutu Klinik Keperawatan ,yang dipantau oleh komite keperawatan untuk pengendalian mutunya adalah :

- A. Patient Safety yang terdiri dari: kejadian pasien jatuh, infeksi nosokomial karena jarum infus dan luka operasi bersih, kesalahan pemberian obat dan angka dikubitus setelah pasien dirawat.
- B. Kenyamanan dan Kepuasan yang antara lain terdiri dari : privacy, ketidakhisingan, pelayanan yang memuaskan, dan kebersihan

- C. Kemandirian yang terdiri dari : mandi/menyikat gigi, berpakaian, melakukan aktifitas, makan peroral, minum peroral, eliminasi, memelihara fungsi pernafasan, manajemen nyeri.
- D. Kecemasan yang terdiri dari : pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien, pendidikan kesehatan dapat membantu menurunkan kecemasan.

Indikator-indikator itu dilaporkan oleh perawat di ruang perawatan setiap hari dengan blangko khusus indikator mutu klinik keperawatan. Setiap hari perawat supervisi mengumpulkan data-data itu, kemudian pada akhir bulan data itu ditabulasi dan dihitung, untuk kemudian komite keperawatan melakukan evaluasi kinerja pelayanan keperawatan berdasarkan indikator tersebut.

BAB IX

PENUTUP

Dengan dibuatnya pedoman pelayanan komite keperawatan ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan penyelenggaraan komite keperawatan rumah sakit, sehingga tata kelola klinis dapat terselenggara dengan baik dan benar.