



BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT



**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas



KOMITE MUTU

**Rumah Sakit Dr.
Sobirin Kabupaten
Musi Rawas**



**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

e-book

BUDAYA KESELAMATAN PASIEN *di RUMAH SAKIT*

Penyusun/Penulis

dr. Yudhi Arimansyah, Sp.B

Ns. Frima Ulfa Agustina, S.Kep., M.Kep.

Rika Azwarini, AMF.

Design Grafik

Ns. Frima Ulfa Agustina, S.Kep., M.Kep.

Rika Azwarini, AMF.

Dikeluarkan Oleh:

KOMITE MUTU RUMAH SAKIT Dr. SOBIRIN

Jl. Yos Sudarso No. 13 Kelurahan Pasar Pemiri

Kecamatan Lubuklinggau Barat II

Kota Lubuklinggau 31611

Website: www.rsdrsobirin.musirawaskab.go.id

Email: rsdrsobirinmusirawas@gmail.com



Salam Sehat,

Saya sangat menyambut baik
dengan disusunnya e-book

**BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT**

Keselamatan pasien adalah yang utama dalam pelayanan kesehatan. Penyelenggaraan keselamatan pasien melalui: 1). Standar Keselamatan Pasien, 2). Sasaran Keselamatan Pasien, dan 3). Tujuh Langkah menuju keselamatan pasien diharapkan menciptakan budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatkan akuntabilitas, menurunkan insiden keselamatan pasien dan dapat terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi kejadian tidak diharapkan yang merugikan pasien.

Agustus 2022

dr. Sopyan Hadi, Sp.B, FCSI, FINACS.





Kata Pengantar

Puji dan syukur dipanjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat-Nya, e-book Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Tahun 2022 telah selesai disusun.

Buku ini merupakan buku praktis yang diharapkan dapat menjadi bahan informasi dan diharapkan dapat membantu Manajemen dan seluruh staf Rumah Sakit dalam memahami dan menjalankan:

- 1). Standar Keselamatan Pasien,
- 2). Sasaran Keselamatan Pasien dan
- 3). Tujuh langkah menuju Keselamatan pasien

Sehingga penyelenggaraan program Keselamatan Pasien di Rumah Sakit berjalan dengan baik. Semoga buku ini menjadi amal baik dan membawa banyak manfaat.



1 SAMBUTAN

Direktur Rumah Sakit Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas

2 KATA PENGANTAR

Ketua Komite Mutu Rumah Sakit Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas

3 BUDAYA

Keselamatan

4 PENYELENGGARAAN

Keselamatan Pasien

5 TUJUH

Standar Keselamatan Pasien

6 ENAM

Sasaran Keselamatan Pasien

7 TUJUH

Langkah Keselamatan Pasien

8 Kata Penutup

Dari Penyusun/Penulis

9 DAFTAR Pustaka



**KOMITE
MUTU**

**Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas**



**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas



Speak up for
**PATIENT
SAFETY**

Budaya keselamatan:

Budaya Keselamatan (*safety culture*) yaitu sebuah budaya organisasi yang mendorong setiap individu anggota staf (klinis atau non klinis/administrasi) melaporkan hal-hal yang mengkhawatirkan tentang keselamatan atau mutu pelayanan tanpa balas jasa dari Rumah Sakit.

Budaya Keselamatan di Rumah Sakit:

Budaya Keselamatan di Rumah Sakit adalah sebuah lingkungan yang kolaboratif karena: 1) staf klinis memperlakukan satu sama lain secara hormat dengan melibatkan serta, 2) memberdayakan pasien dan keluarga. Pimpinan mendorong 3) staf klinis pemberi asuhan bekerja sama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan 4) berfokus pada pasien.



Keselamatan Pasien

Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.



**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

Penyelenggaraan Keselamatan Pasien

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Pasal 5, penyelenggaraan keselamatan pasien dilakukan melalui sistem yang menerapkan:

1. Standar Keselamatan Pasien
2. Sasaran Keselamatan Pasien; dan
3. Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien



1 TUJUH STANDAR KESELAMATAN PASIEN

1. Hak Pasien;
2. Pendidikan bagi Pasien dan Keluarga;
3. Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan
4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan Keselamatan Pasien;
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien;
6. Pendidikan bagi staf tentang Keselamatan Pasien;
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai Keselamatan Pasien.



**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas



1. Hak Pasien:

Standar:

Pasien dan Keluarga memiliki hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

Kriteria:

1. Harus ada dokter penanggungjawab pelayanan
2. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
3. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden.



2. Mendidik Pasien dan Keluarga

Standar:

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan keperawatan.



2. Mendidik Pasien dan Keluarga *(lanjutan...)*

Kriteria:

Keselamatan dalam pemberian pelayanan ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Di fasilitas pelayanan kesehatan harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien, dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

1. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur
2. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga
3. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
4. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
5. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan fasilitas pelayanan kesehatan
6. Memerlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
7. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.





3. Keselamatan Pasien dalam Kesenambungan Pelayanan

Standar:

Fasilitas pelayanan kesehatan menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.



Kriteria:

1. Koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Koordinasi pelayanan disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
3. Koordinasi pelayanan mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya
4. Komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.



4. Penggunaan Metode-metode Peningkatan Kinerja untuk Melakukan Evaluasi dan Program Peningkatan Keselamatan Pasien



Standar:

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara insentif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriteria:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan melakukan desain yang baik, mengacu pada tujuan fasilitas pelayanan kesehatan, kebutuhan pasien, petugas, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat dan faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai tujuh langkah menuju keselamatan pasien.
2. Fasilitas pelayanan kesehatan melakukan pengumpulan data kinerja terkait dengan pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
3. Fasilitas pelayanan kesehatan melakukan evaluasi insentif terkait dengan semua insiden dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
4. Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.





5. Peran Kepemimpinan dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien

Standar:

1. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien".
2. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
3. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
4. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien.
5. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.





5. Peran Kepemimpinan dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien (lanjutan...)

Kriteria:

1. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
2. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.
3. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
4. Tersedia prosedur "cepat-tanggap" terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
5. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah "Kejadian Nyaris Cedera" (KNC/Near miss) dan "Kejadian Sentinel" pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
6. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani "Kejadian Sentinel" (Sentinel Event) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan "Kejadian Sentinel".
7. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam fasilitas pelayanan kesehatan dengan pendekatan antar disiplin.
8. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
9. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya



6. Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien

Standar:



1. Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
2. Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

Kriteria:

1. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
2. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan in-service training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
3. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.





**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

7. Komunikasi Sebagai Kunci Bagi Staff Untuk Mencapai Keselamatan Pasien

Standar:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
2. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.



Kriteria:

1. Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
2. Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada





**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

2

ENAM SASARAN KESELAMATAN PASIEN



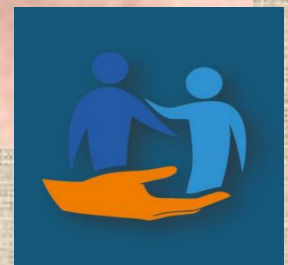
Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Di Indonesia secara nasional untuk seluruh Fasilitas pelayanan kesehatan, diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) Nasional yang terdiri dari: **1). Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar, 2). Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif, 3). Meningkatkan Keamanan Obat-obat yang Harus Diwaspadai, 4). Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar, 5). Mengurangi Risiko Infeksi akibat perawatan Kesehatan dan 6. Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh.**

SKP 1

Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

- Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur.
- Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.





Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

SKP 2

Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

- Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- Perintah lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan yang dipahami oleh resipien/penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.



Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

SKP 3

Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai



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*).

Yang sering disebut-sebut dalam isu keamanan obat adalah pemberian elektrolit konsentrat (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].



Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi.

- Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai.
- Kebijakan dan prosedur diimplementasikan.
- 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 kebijakan.
- Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).



Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

SKP 4

Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar

Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), 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 (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

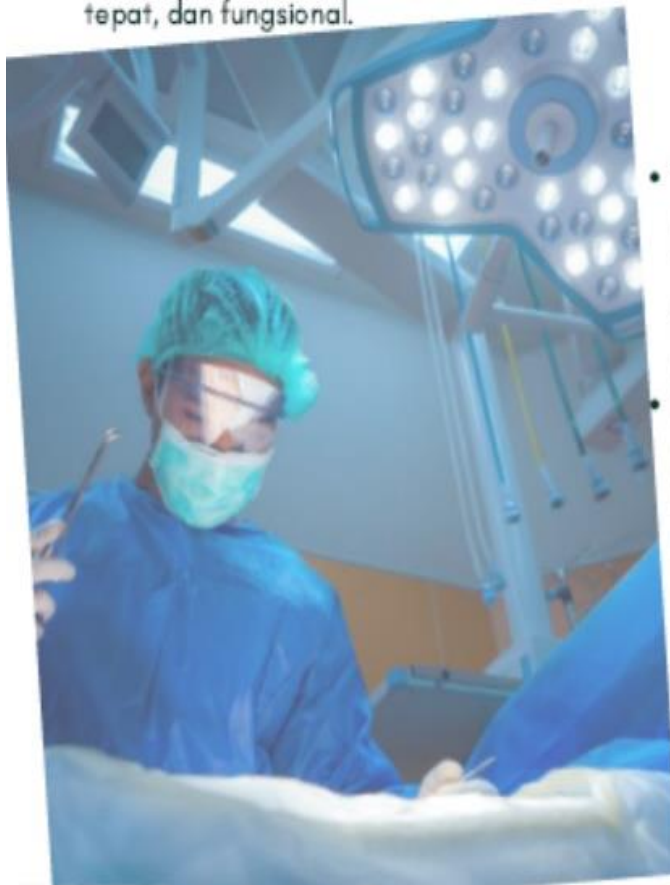
Fasilitas kesehatan secara kolaboratif mengembangkan kebijakan dan/prosedur yang efektif dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Praktek berbasis bukti, seperti yang diuraikan dalam *Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Pada 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 dilakukan tindakan



Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan/pemberi tanda.

- Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu *checklist* 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.



- Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur "sebelum insisi/*time-out*" tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
- 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.



**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

SKP 5

Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

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 (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat.

Pedoman *hand hygiene* mengikuti pedoman secara umum yang dikeluarkan oleh *World Health Organization* (dalam *WHO patient safety*) yaitu 5 (*Five Moments*) dan 6 (*Six Steps of hand hygiene*)





Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

SKP 6

Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh.

Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telah 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.

- Fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
- Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko.





**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas



3

TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN



Sangat penting bagi staf fasilitas pelayanan kesehatan untuk dapat menilai kemajuan yang telah dicapai dalam memberikan asuhan yang lebih aman. Melaksanakan tujuh langkah Keselamatan Pasien akan membantu memastikan bahwa asuhan yang diberikan seaman mungkin, dan jika terjadi sesuatu hal yang tidak benar bisa segera diambil tindakan yang tepat.

Tujuh langkah Keselamatan Pasien bisa membantu fasilitas pelayanan kesehatan mencapai sasaran-sasaran untuk Tata Kelola Klinik, Manajemen Risiko, dan Pengendalian Mutu.

TUJUH LANGKAH KESELAMATAN PASIEN

1. Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien

Ciptakan budaya adil dan terbuka/Bangun Budaya Keselamatan di Rumah Sakit

2. Memimpin dan mendukung staf

Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang Keselamatan Pasien diseluruh bagian Rumah Sakit

3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko

Membangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan

7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien

4. Mengembangkan sistem pelaporan

Memastikan staf mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional)

5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Mengembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien

6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien

Mendorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden





**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr.
Sobirin Kabupaten
Musi Rawas

BUDAYA KESELAMATAN RUMAH SAKIT

Adalah produk dari keyakinan, nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku dari individu dan kelompok yang menentukan komitmen Rumah Sakit (organisasi) terhadap mutu dan keselamatan pasien.

Rumah Sakit dengan budaya keselamatan yang kuat ditandai dengan komunikasi yang dibangun atas dasar saling percaya dengan berbagai persepsi tentang pentingnya keselamatan dan dengan keyakinan akan kemanjuran langkah-langkah penting.

(Strategies for Creating, Sustaining, and Improving a Culture of Safety in Health Care, JCI, 2017)

1. Terapkan pendekatan yang transparan dan tidak menghukum dan belajar dari insiden keselamatan, KNC (Kejadian Nyaris Cedera) dan kondisi tidak aman.

2. Gunakan proses berbasis risiko yang jelas, adil dan transparan untuk mengenali dan membedakan kesalahan manusia dan kesalahan dari tindakan yang tidak aman atau yang patut disalahkan

3. Direktur dan manajemen mengadopsi dan memodelkan perilaku yang sesuai dan memperjuangkan upaya untuk memberantas perilaku mengintimidasi

4. Kebijakan mendukung budaya keselamatan dan pelaporan insiden keselamatan, KNC (Kejadian Nyaris Cedera) dan kondisi tidak aman. Kebijakan ini ditegakkan dan dikomunikasikan kepada semua staf.

5. Kenali anggota tim asuhan yang melaporkan insiden keselamatan dan KNC, yang mengidentifikasi kondisi tidak aman, atau yang memiliki baik saran untuk peningkatan keselamatan. Bagikan umpan balik kepada semua anggota tim.



11 PRINSIP Budaya keselamatan

11 Prinsip Budaya Keselamatan

6. Tentukan ukuran dasar organisasi untuk kinerja budaya keselamatan menggunakan alat ukur tervalidasi
7. Menganalisis hasil survei budaya keselamatan dari seluruh unit di RS untuk menemukan peluang untuk peningkatan kualitas dan keselamatan
8. Gunakan informasi dari penilaian keselamatan atau survei untuk mengembangkan dan menerapkan kualitas berbasis unit dan inisiatif peningkatan keselamatan yang dirancang untuk peningkatan budaya keselamatan
9. Tanamkan pelatihan budaya keselamatan kedalam proses organisasi untuk memperkuat sistem keselamatan
10. Secara proaktif menilai kekuatan dan kerentanan sistem dan memprioritaskannya untuk perbaikan atau peningkatan
11. Ulangi evaluasi budaya keselamatan setiap 18 hingga 24 bulan untuk meninjau kemajuan dan mempertahankan peningkatan

DIMENSI BUDAYA KESELAMATAN

Leadership Culture

- 1** Pemimpin mengakui lingkungan pelayanan kesehatan adalah lingkungan berisiko tinggi dan berusaha menyelaraskan visi/misi, kompetensi staf dan sumber daya fiskal dan manusia

Teamwork Culture

- 2** Semangat kolegalitas, kolaborasi dan Kerjasama ada dikalangan eksekutif, staf dan praktisi independen. Hubungan terbuka, aman, hormat dan fleksibel

Culture of Evidence-based Practice

- 3** Praktik asuhan pasien didasarkan pada bukti. Standarisasi untuk mengurangi variasi. Prosesnya dirancang untuk mencapai kehandalan yang tinggi

Communication Culture

- 4** Lingkungan di mana seorang anggota staf, tidak peduli apapun deskripsi pekerjaannya, memiliki hak dan tanggung-jawab untuk berbicara atas nama pasien



**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

DIMENSI BUDAYA KESELAMATAN

Learning Culture

- 5** RS belajar dari kesalahannya dan mencari peluang baru untuk peningkatan kinerja. Pembelajaran dihargai di antara semua staf, termasuk staf medis

Just Culture

- 6** Budaya yang mengakui kesalahan sebagai kegagalan sistem daripada kegagalan individu dan akuntabilitas individu, pada saat yang sama, tidak segan meminta pertanggungjawaban individu atas tindakan mereka

Patient centered Culture

- 7** Asuhan pasien berpusat pada pasien dan keluarga. Pasien bukan hanya peserta aktif dalam usahanya sendiri, tapi juga bertindak sebagai penghubung antara RS dan masyarakat

(Botwinick, L., Bisognano, M., & Haraden, C. (2006). *Leadership guide to patient safety*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Retrieved from www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/LeadershipGuideToPatientSafetyWhitePaper.aspx)



**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr.
Sobirin Kabupaten
Musi Rawas

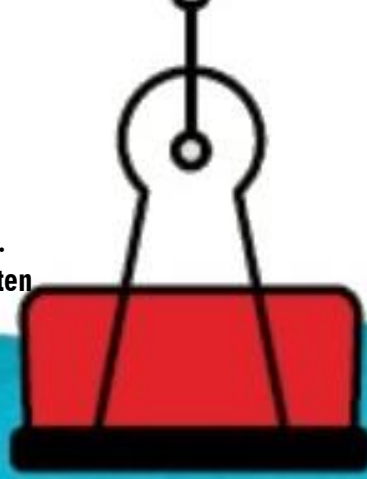
BUDAYA KESELAMATAN RUMAH SAKIT

1. Staf klinis memperlakukan satu sama lain secara hormat dengan melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga;
2. Staf klinis pemberi asuhan bekerja sama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofessional;
3. Asuhan berfokus pada pasien (*Patient Centered Care-PCC*) dan Asuhan Pasien Terintegrasi-APT; dan
4. Setiap individu anggota staf (klinis atau administratif) melaporkan hal-hal yang menguatkirkan tentang keselamatan atau mutu pelayanan.



KOMITE MUTU

Rumah Sakit Dr.
Sobirin Kabupaten
Musi Rawas



Keselamatan dan mutu berkembang dalam suatu lingkungan yang mendukung Kerjasama dan rasa hormat terhadap sesama, tanpa melihat jabatan dalam rumah sakit. DIREKTUR Rumah Sakit menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf rumah sakit.

Perilaku yang tidak mendukung Budaya Keselamatan seperti:

DISRUPTIVE

: perilaku yang mengganggu: antara lain perilaku yang tidak layak yang dilakukan berulang, bentuk tindakan verbal/non verbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, "celetukan maut" adalah komentar sembrono didepan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinik lain, melarang perawat untuk membuat laporan tentang Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), memarahi staf klinis lainnya didepan pasien, kemarahan yang ditunjukkan dengan melempar alat bedah dikamar operasi, membuang rekam medis diruang rawat;

INAPPROPRIATE

: perilaku yang tidak layak, seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, (misalnya: mengumpat, memaki).

HARASSMENT

: perilaku yang melecehkan terkait dengan ras, agama, suku termasuk gender;

PELECEHAN SEXUAL



**KOMITE
MUTU** Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

PATIENT SAFETY



Insiden Keselamatan Pasien

yang selanjutnya disebut **Insiden**, adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien.

Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017
Bab 1, Pasal 1: ayat 2



KOMITE MUTU

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

01 Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/Near miss

adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan/commision atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission). Kejadian Nyaris Cedera (KNC) terjadinya insiden belum terpapar ke pasien.

02 Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak menyebabkan cedera.

03 Kejadian Potensial Cedera (KPC)

Adalah kondisi yang potensial signifikan menimbulkan cedera tapi belum terjadi insiden.



**JENIS-JENIS
INSIDEN**



**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

JENIS - JENIS INSIDEN

04

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Kejadian yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan/commision atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission).

Medical History:

Do you have a history of ?
High Blood Pressure
Allergy to Iodine
Other Allergies
Asthma / COPD / Emphysema
Heart Disease
Asthenia Gravis
Multiple Myeloma

What type of reaction did you have?
 Obtained from patient
 Obtained from family

FALL RISK
PATIENT SAFETY

05 Kejadian SENTINEL / Sentinel Event

Adalah suatu kejadian tidak diharapkan yang mengakibatkan kematian serius, kehilangan fungsi secara permanen yang tidak berhubungan dengan perjalanan alamiah penyakit atau kondisi yang mendasarinya.

1. Kematian yang tidak terduga, termasuk tetapi tidak terbatas pada:

- Kematian yang tidak terkait dengan sebab alamiah dari penyakit dan penyakit yang mendasari pasien (sebagai contoh, kematian dari infeksi pascaoperasi dan emboli paru yang didapat di rumah sakit);
- Kematian atas bayi cukup bulan; dan
- Bunuh diri

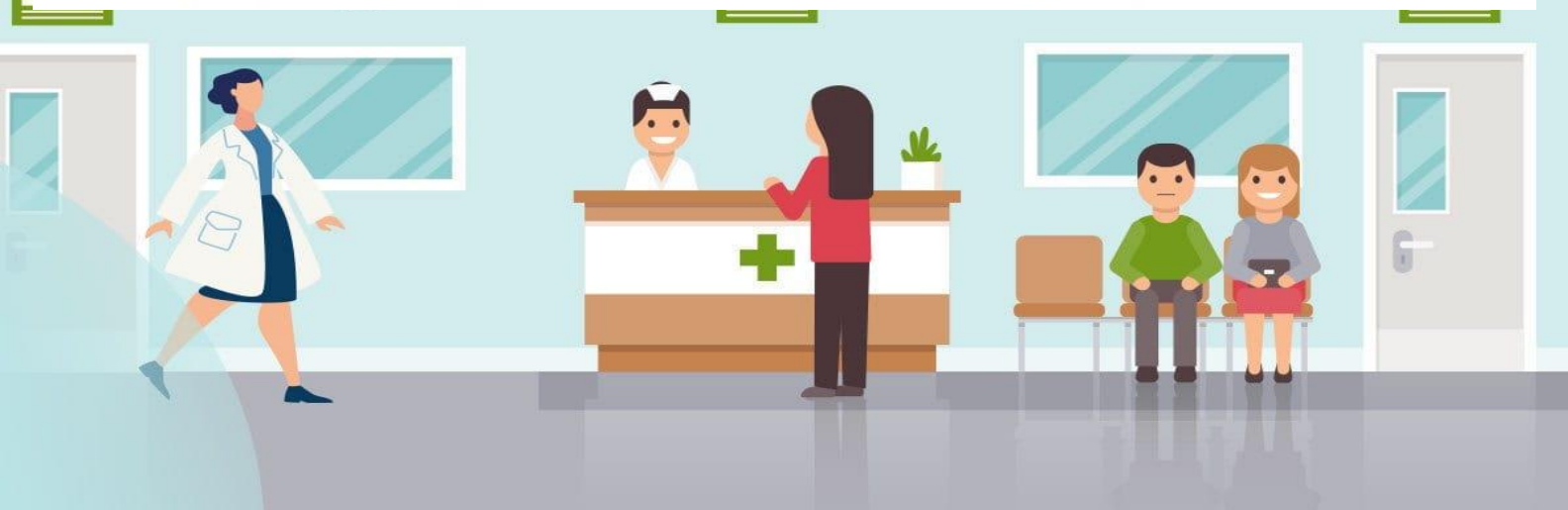
2. Kehilangan fungsi tubuh pasien yang luas dan permanen yang tidak terkait dengan perjalanan alamiah dari penyakit atau penyakit dasarnya;

3. Salah lokasi, salah prosedur, salah pasien ketika operasi;

4. Penularan penyakit yang kronik atau fatal akibat infus darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan yang terkontaminasi;

5. Penculikan bayi atau bayi dipulangkan dengan orang tua yang salah;

6. Pemerksaan, kekerasan di tempat kerja seperti penyerangan (menyebabkan kematian atau kehilangan fungsi tubuh yang permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, anggota staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan, pengunjung atau vendor pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit.





**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Siapa yang bertanggung jawab dalam pelaporan insiden ?

1. Staf Rumah Sakit yang pertama menemukan kejadian atau supervisornya.
2. Staf Rumah Sakit yang terlibat dengan kejadian atau supervisornya.

Formular 1

FORMULIR LAPORAN INSIDEN KE TIM KESELAMATAN PASIEN DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Nama Rumah Sakit/Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain:

LAPORAN INSIDEN
(INSIDEN)

HARAPAN, TIDAK BOLEH DIRIHOOTCOPY, DILAPORKAN Maksimal 3 x 24 JAM

A. DATA PASIEN

Nama :
No MR :
Umur :
Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
Pemeriksaan : Fisik Asesmi Demensia
 Perawatan Perawatan*
 EPUS Lain-lain

Tanggal Masuk :
Rumah Sakit / Fasilitas Lain :
Jenis :

B. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden
Tanggal : Jam :
2. Lokasi :
3. Kronologi Insiden
.....
.....
4. Jenis Insiden* :
 Kejadian Spontaneous / KNC (Near miss)
 Kejadian Tidak diharapkan / KTD (Adverse Event) / Kejadian Berakutal (Serious Adverse)

INCIDENT REPORT









KOMITE MUTU

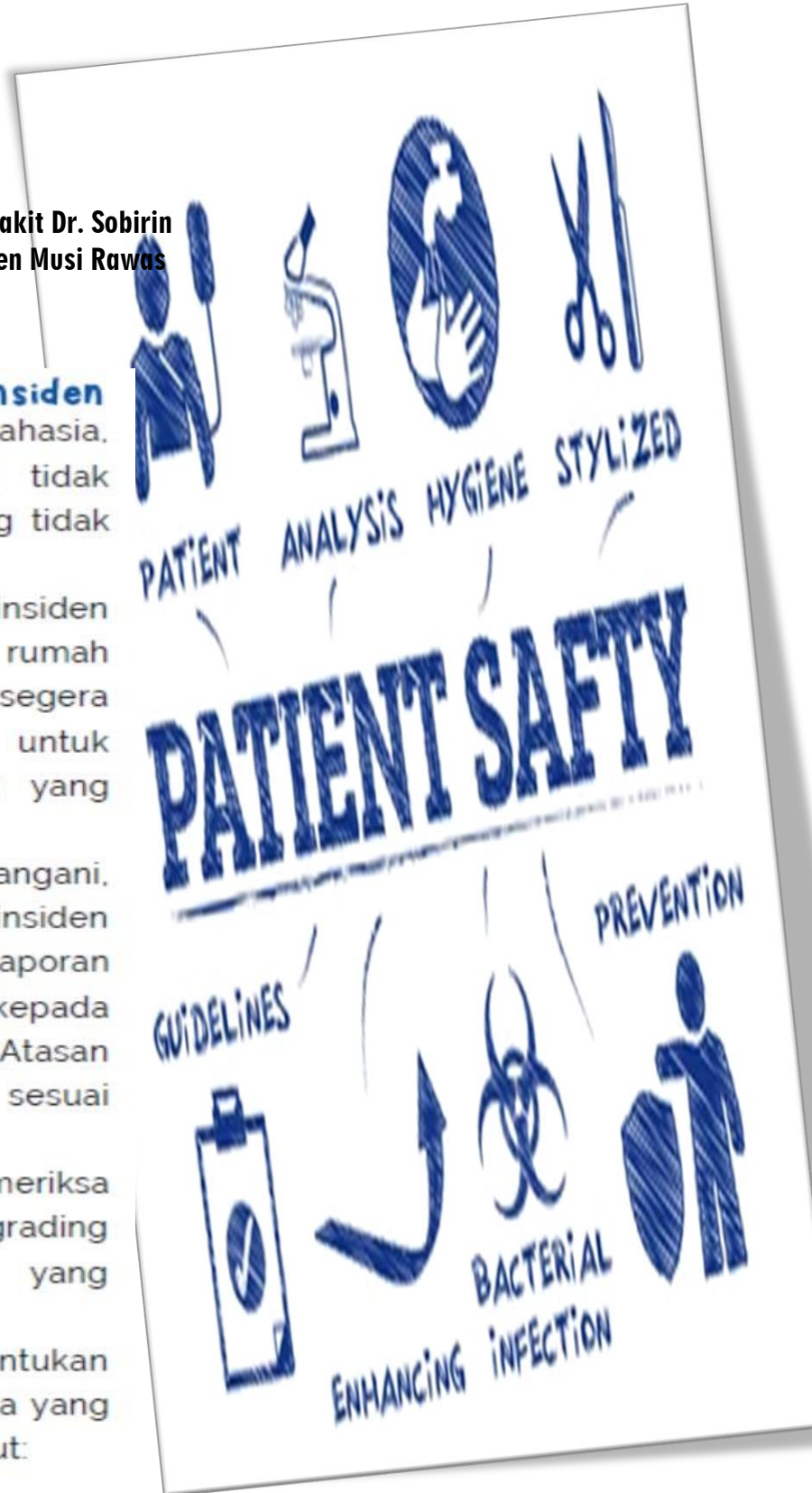
Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

Pelaporan insiden

dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas) dan tidak mudah diakses oleh orang yang tidak berhak.

1. Apabila terjadi insiden (KNC/KTD/KTC/KPC) di rumah sakit wajib segera ditindaklanjuti/ditangani untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
2. Setelah ditindaklanjuti/ditangani, segera membuat laporan insiden dengan mengisi Formulir Laporan Insiden dan disampaikan kepada atasan langsung pelapor (Atasan langsung disepakati sesuai keputusan rumah sakit).
3. Atasan langsung memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
4. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut:

-  **Grade Biru** Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu
-  **Grade Hijau** Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu
-  **Grade Kuning** Investigasi komprehensif/Analisis Akar Masalah-Root Cause Analysis oleh Tim KP (Keselamatan Pasien) di RS, waktu maksimal 45 hari
-  **Grade Merah** Investigasi komprehensif/Analisis Akar Masalah-Root Cause Analysis oleh Tim KP (Keselamatan Pasien) di RS, waktu maksimal 45 hari

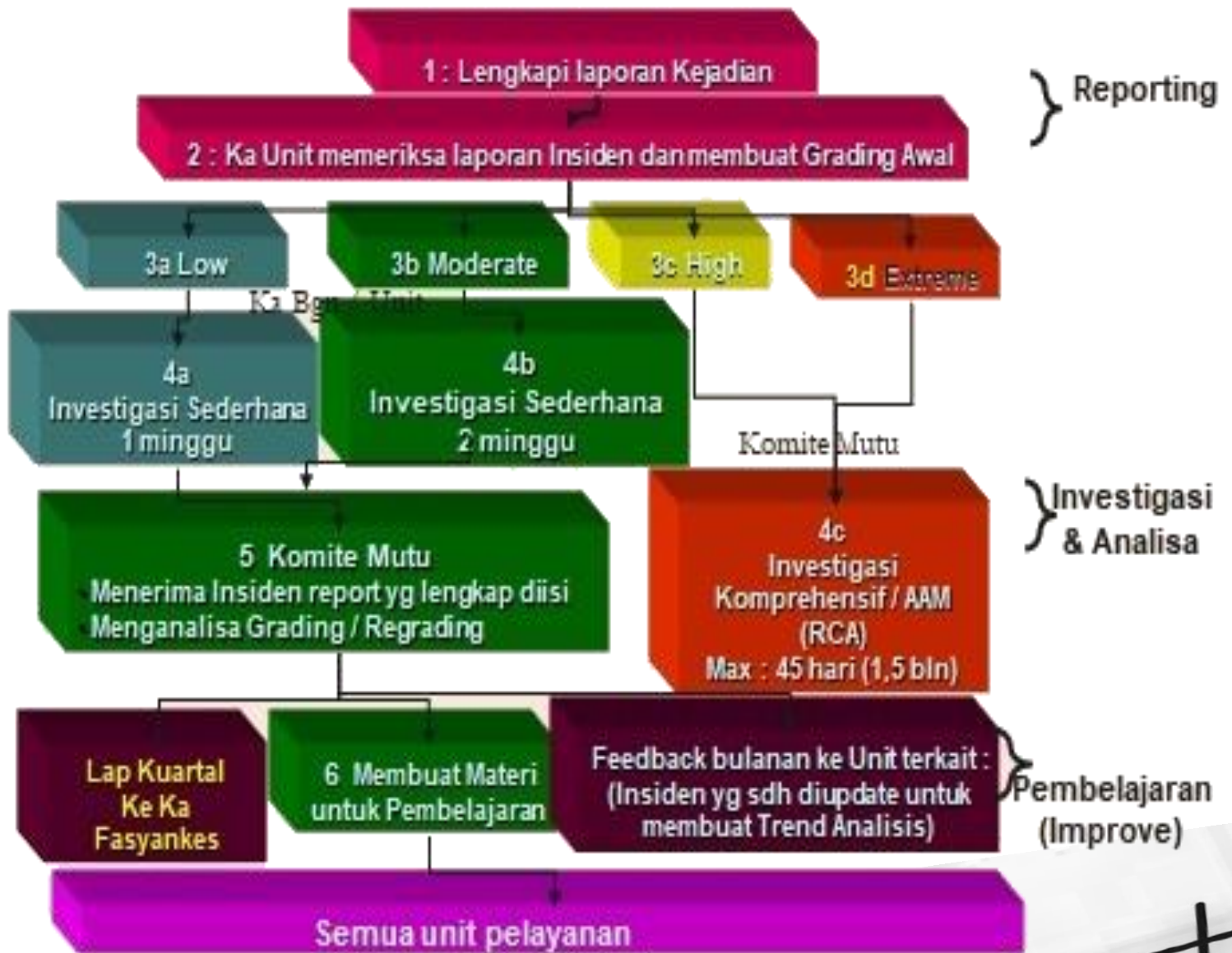




KOMITE MUTU

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

ALUR INVESTIGASI INSIDEN



Flowchart

INVESTIGATION REPORT





KOMITE MUTU

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas



PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

1 Laporan Insiden Keselamatan Pasien (Internal)

Pelaporan secara tertulis setiap kejadian Sentinel, kejadian nyaris cedera (KNC) atau kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian tidak cedera (KTC) atau kondisi potensial cedera signifikan/serius (KPC) yang menimpa pasien kepada Sub Komite Keselamatan Pasien Komite Mutu Rs 2 x 24 jam.

2 Laporan Insiden Keselamatan Pasien (Eksternal)

Pelaporan secara anonim dan elektronik disampaikan ke KEMENKES/KNKP (Komite Nasional Keselamatan Pasien)

(mutufasyankes.kemkes.go.id)

setiap **Kejadian Sentinel**, **Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)** yang terjadi pada pasien dan telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya oleh sub komite keselamatan pasien rumah sakit.

Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan Keselamatan Pasien dan tidak untuk menyalahkan (*non blaming*).





**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

**DO
& DON'T**

1. **JANGAN** melaporkan Insiden lebih dari 48 jam
2. **JANGAN** menunda Laporan Insiden dengan alasan di follow-up atau ditandatangani
3. **JANGAN** menambah catatan medis pasien bila telah tercatat dalam Laporan Insiden
4. **JANGAN** meletakkan Laporan Insiden sebagai bagian dari rekam medik pasien
5. **JANGAN** membuat copy/salinan Laporan Insiden untuk alasan apapun
6. **CATATLAH** keadaan yang tidak diantisipasi.



**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

"Safety begins with you, don't
wait for someone else"

@Komite Mutu 2022



rssobirin



RS Dr. Sobirin



rsdrsobirinmusirawas@gmail.com



www.rsdrsobirin.musirawaskab.go.id



KOMITE MUTU

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

Salam Keselamatan Pasien,

e-book ini disusun sebagai dedikasi saya dan tanggung jawab Komite Mutu untuk mendukung penyelenggaraan Budaya Keselamatan (*Safety Culture*) dan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) di Rumah Sakit.

Semoga informasi yang tertuang dalam e-book ini dapat dipahami dan bermanfaat bagi semua civitas hospitalia Rumah Sakit Dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas

Penulis/Penyusun

PATIENT SAFETY



KOMITE MUTU

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

Daftar PUSTAKA

Botwinick, L., Bisognano, M., & Haraden, C. 2006. Leadership guide to patient safety. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Retrieved from www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/LeadershipGuideToPatientSafetyWhitePaper.aspx

Agency for Health Research and Quality (AHRQ). U.S. Departemen of Health and Human Services. 2016. Hospital Survey on Patient Safety Culture, User's Guide

Strategies for Creating, Sustaining, and Improving a Culture of Safety in Health Care. 2017. Joint Commission International-JCI.

Kemkes. 2017. Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) Republik Indonesia Nomor 11 Tentang Keselamatan Pasien. Kementrian Kesehatan.

Standar Nasional Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1.1. 2019. Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Bab Tata Kelola Rumah Sakit EP 13 dan Bab Peningkatan Mutu dan Keselamatan pasien EP 10.





**KOMITE
MUTU**

Rumah Sakit Dr. Sobirin
Kabupaten Musi Rawas

@Komite Mutu 2022