

PROGRAM

BUDAYA KESELAMATAN PASIEN TAHUN 2022



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611

Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398

**KEBIJAKAN DIREKTUR RSUD DR. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TENTANG PROGRAM BUDAYA KESELAMATAN RUMAH SAKIT**

1. Membangun budaya yang mengutamakan keselamatan pasien di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dengan memperhatikan aspek :
 - a. *Safe culture* (budaya yang aman)
 - b. *Safe care* (perawatan yang aman)
 - c. *Safe support system* (system pendukung yang aman)
 - d. *Safe place* (tempat yang aman)
2. Seluruh staf RS harus terlibat aktif dalam melaksanakan program *Patient Safety*
3. Setiap pimpinan unit kerja RS menjadi penggerak untuk pelaksanaan program dan menerapkan budaya keselamatan pasien bagi seluruh karyawan RS.
4. Penanggung jawab pelaksanaan Program *Patient safety* adalah Komite Mutu (Sub Komite Keselamatan pasien).
5. Kedudukan Komite mutu berada dibawah direktur rumah sakit.
6. Program budaya keselamatan dilaksanakan mengacu kepada pedoman dan standar prosedur yang telah ditetapkan.
7. Program keselamatan pasien di RS berpedoman pada :
 - a. Tujuh Standar Keselamatan Pasien RS
 - b. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien RS
8. Pelaporan insiden yang merupakan bagian inti dari pelaksanaan program *patient safety*, harus dilaksanakan oleh semua unit kerja di RS. Setiap terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), suatu Kondisi Potensial Cedera Signifikan (KPCS) dan Kejadian Sentinel (KS) unit / instalasi terkait membuat pencatatan dan pelaporan ke Komite Mutu Sub Keselamatan Pasien.
9. Insiden report dibuat oleh setiap karyawan oleh dokter yang mengalami langsung / menemukan insiden, dalam waktu selambat-lambatnya 24 jam sejak insiden terjadi atau diketahui dan dilaporkan ke komite mutu sub komite keselamatan pasien dalam waktu selambat-lambatnya 48 jam.

BATASAN DAN PENGERTIAN

1. **Keselamatan Pasien (*Patient safety*)** adalah Bebas, bagi pasien, dari *harm* / *cedera* (penyakit, cedera fisik, psikologis, sosial, penderitaan, cacat, kematian, dll) yang tidak seharusnya terjadi atau cedera yang potensial, terkait dengan pelayanan kesehatan.
2. **Sistem Keselamatan pasien RS** adalah suatu sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Sistem meliputi : asesmen resiko, indentifikasi dan pengelolaan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut serta implementasi solusi untuk meminimalkan resiko.
3. **Hazard / Bahaya** adalah suatu “ keadaan, perubahan atau tindakan” yang dapat meningkatkan risiko pada pasien
4. **Harm / Cedera** adalah Dampak yang terjadi akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh, dapat berupa fisik, psikologis dan sosial. Yang termasuk Harm / cedera adalah : “ Penyakit, cedera fisik / psikologis / sosial, penderitaan, cacat, dan kematian
5. **Insiden Keselamatan Pasien (IKP)** : adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian dll) yang tidak seharusnya terjadi.
6. **Tidak Cidera (KTC)** adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena "keberuntungan" (misal; pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau "peringanan" (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).
7. **Kejadian nyaris cedera (KNC)** adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien. Kejadian nyaris cedera meliputi:
 - Semua kejadian salah obat, yang belum sampai terpapar ke pasien
 - Semua kesalahan medis (medical error) yang belum sampai terpapar ke pasien

8. **Suatu kondisi potensial cedera signifikan (KPCS)** adalah suatu kondisi (selain dari proses penyakit atau kondisi pasien itu sendiri yang berpotensi menyebabkan kejadian sentinel
9. **Kejadian sentinel** adalah suatu kejadian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau penyakit yang mendasarinya yang terjadi pada pasien.
10. **Kesalahan Medis (*Medical errors*)** adalah kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien. Kesalahan termasuk gagal melaksanakan sepenuhnya suatu rencana atau menggunakan rencana yang salah untuk mencapai tujuannya. Dapat akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*).
11. **Investigasi Sederhana / *Simple Investigation (SI)*** adalah suatu proses investigasi yang dilakukan secara sederhana
12. **Analisis Akar Masalah / *Root Cause Analysis (RCA)*** adalah suatu proses investigasi yang sistematis dimana faktor-faktor yang berkontribusi dalam suatu insiden diidentifikasi dengan merekonstruksi kronologis kejadian hingga menemukan akar penyebabnya dan penjelasannya yang dilakukan secara mendetail.
13. **FMEA (*Failure Modes Effects and Analysis*)** / Analisa mengenai Modus Kegagalan dan Dampak) :
 - a. Suatu asesmen prospektif yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengembangkan langkah-langkah yang dapat ditempuh pada suatu proses demi menjamin keselamatan dan mendapatkan hasil yang sesuai dengan yang diharapkan
 - b. Suatu pendekatan yang sistematis yang bertujuan untuk mengidentifikasi masalah dan mencegah permasalahan itu sebelum terjadi.
14. **Laporan Insiden Keselamatan Pasien (Laporan IKP)** adalah pelaporan secara tertulis setiap kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian nyaris cedera (KNC) yang menimpa pasien atau kejadian lain yang menimpa keluarga pengunjung maupun karyawan yang terjadi di rumah sakit.
15. **Laporan Insiden Keselamatan Pasien KKP-RS (Eksternal)** : Pelaporan secara anonim dan tertulis ke KKP - RS setiap kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian nyaris cedera (KNC) yang terjadi pada Pasien, telah dilakukan analisis penyebab, rekomendasi dan solusinya

BAB I

PENDAHULUAN

I. LATAR BELAKANG :

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (*safety*) di rumah sakit yaitu :

1. Keselamatan pasien (*patient safety*),
2. Keselamatan pekerja atau petugas kesehatan
3. Keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit, yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas
4. Keselamatan lingkungan (*green productivity*) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan

5. Keselamatan “bisnis” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit

Pelayanan kesehatan berkaitan dengan keselamatan pasien. Seiring dengan perkembangan teknologi pelayanan di RS yang semakin kompleks, terdapatnya ratusan jenis obat, ratusan jenis tes dan prosedur, beragam profesi dan non profesi yang berpotensi untuk terjadinya kejadian yang tidak diharapkan (KTD), bila tidak dilakukan dengan hati-hati. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan. Maka adanya suatu program keselamatan pasien telah menjadi suatu kebutuhan dalam rangka melindungi pasien, petugas kesehatan dan Rumah Sakit.

II. TUJUAN

1. Tujuan Umum :
Berlangsungnya kegiatan RS dengan sistem pelayanan yang aman terhadap pasien
2. Tujuan Khusus :
 - Terciptanya budaya keselamatan pasien di RS
 - Terlaksananya Program Keselamatan RS secara sistematis dan terarah

III. SASARAN

1. Menurunnya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
2. Terlaksananya Program Pencegahan melalui perbaikan sistem sehingga tidak terjadi pengulangan KTD
3. Meningkatkan akuntabilitas RS terhadap pasien dan masyarakat

BAB II

KEGIATAN POKOK DAN RINCIAN KEGIATAN

Kegiatan Program Keselamatan Pasien RS, dilaksanakan berpedoman pada :

1. Membangun budaya yang mengutamakan keselamatan pasien
2. Tujuh Standar Keselamatan Pasien
3. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

I. Membangun budaya yang mengutamakan keselamatan pasien

a. *Safe Culture* (budaya yang aman)

Menciptakan budaya yang aman dalam pelayanan di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan seperti :

- Selalu berpegang pada prinsip “*Every Patient’s Right Everyone’s Responsibility* (setiap hak pasien adalah tanggung jawab setiap orang)”
- Berperan aktif dalam mencegah timbulnya kejadian yang tidak diharapkan.
- Aktif melaporkan insiden untuk belajar dari pengalaman
- Iklim kerja yang bebas dari saling menyalahkan satu sama lain dan individu yang melaporkan tidak dihukum
- Komunikasi yang mudah dipahami, diulang dan konsisten
- Selalu membicarakan isu keselamatan pasien

b. *Safe Care* (Perawatan yang aman)

Memberikan perawatan dan pelayanan yang aman kepada pasien di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan seperti :

- Belajar dari kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera untuk selanjutnya dibuat tindakan preventif
- Menerapkan prinsip-prinsip keselamatan pasien di rumah sakit

c. *Safe Support System* (system pendukung yang aman)

Menciptakan system pendukung yang aman di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan seperti :

- Setiap staf di rumah sakit memberikan informasi yang benar
- Pemberian informasi diberikan oleh orang yang kompeten
- Hasil pemeriksaan yang diperlukan diberikan tepat waktu sesuai kebutuhan, misalnya untuk hasil pemeriksaan laboratorium, radiologi dan pemeriksaan lainnya.

d. *Safe Please* (tempat yang aman)

Menambah sarana untuk menciptakan tempat yang aman di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan seperti :

- Tersedianya alat pelindung api ringan dan system proteksi kebakaran lainnya.
- Terlibat aktif dalam melaporkan kondisi alat, bangunan dan lingkungan yang potensial tidak aman dengan formulir pelaporan insiden kejadian potensial cedera (KPC)

II. PELAKSANAAN TUJUH STANDAR KESELAMATAN PASIEN :

1. Hak pasien :

- a. Pasien dan keluarga berhak mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD
- b. Setiap pasien harus memiliki Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)
- c. DPJP wajib membuat rencana pelayanan dan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien / keluarganya tentang rencana pelayanan medis, pengobatan, prosedur tindakan medis untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD

2. Mendidik pasien dan keluarga :

Dilakukan suatu sistem dan mekanisme mendidik pasien / keluarga tentang kewajiban dan tanggung jawabnya dalam asuhan pasien, sehingga mereka dapat :

- a. Memberikan informasi kepada DPJP dengan benar, jelas, lengkap dan jujur
- b. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawabnya
- c. Mengajukan pertanyaan – pertanyaan untuk hal – hal yang tidak dimengerti
- d. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
- e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan RS
- f. Memperlihatkan sikap saling menghormati dan tenggang rasa
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan :

- a. RS menjamin kesinambungan pelayanan dan menjalin koordinasi antar tenaga dan antarunit pelayanan

- b. Koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari RS
- c. Koordinasi pelayanan disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber dayasecara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar
- d. Koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya
- e. Komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga tercapainya proseskoordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif

4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program:

- a. RS harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien dengan mengacupada visi, misi, dan tujuan RS, kebutuhan pasien, karyawan RS, kaidah klinis terkini, kemampuan RS dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien
- b. RS harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan : pelaporan insiden, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
- c. RS harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua KTD, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi
- d. RS harus 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:

- a. Direktur RS mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien
- b. Tim KPRS mempunyai program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan programmeminimalkan insiden yang mencakup KTC, KNC, KTD, Sentinel
- c. Tersedia prosedur “cepat tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan pada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi

yang benardan jelas untuk keperluan analisis

- d. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah (RCA) , KTD dan Sentinel
- e. Direktur RS mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk meningkatkan kinerja RSserta meningkatkan keselamatan pasien
- f. Tersedia SDM yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja RS dan keselamatanpasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan SDM.
- g. Melaksanakan orientasi bagi karyawan baru dan program diklat untuk setiap karyawan dandokter tentang program keselamatan pasien

6. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

- a. Melaksanakan sistem informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasiinternal dan eksternal
- b. Tranmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat

III. PELAKSANAAN TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN :

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien :

- a. Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil
- b. Seluruh staf RS mau mengakui dan belajar dari kesalahan dan bertindak untuk memperbaikinya
- c. RS belajar menekan insiden dengan mengevaluasi sistem
- d. Tumbuhkan budaya pelaporan, tidak saling menyalahkan dan belajar dari insiden
- e. Membuat sistem *assessment* menggunakan survey penilaian keselamatan pasien.
- f. Setiap karyawan mampu berbicara, peduli dan berani lapor bila terjadi insiden

2. Pimpin dan dukung staf untuk membangun komitmen yang terfokus dan jelas :

- a. Setiap pimpinan unit kerja dari level manajer sampai kepala instalasi merupakan penggerak dalam Program keselamatan pasien khususnya di unit kerja masing-masing
- b. Masukkan materi patient safety dalam agenda rapat-rapat direksi dan manajemen RS
- c. Masukkan materi patient safety dalam program – program Diklat
- d. Tumbuhkan sikap menghargai karyawan yang melakukan pelaporan insiden

- e. Kembangkan sistem komunikasi yang efektif didalam dan antar tim kerja
- 3. Integrasikan aktivitas pengelolaan resiko :**
- a. Manajemen risiko terintegrasi yaitu masalah dari suatu unit kerja / area risiko dapat menjadipelajaran ke unit kerja yang lain
 - b. Lakukan secara konsisten kegiatan identifikasi, *assessment* analisis dan investigasi semuarisiko
- 4. Kembangkan sistem pelaporan :**
- a. Dorong seluruh karyawan untuk melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yangtelah dicegah tetapi tetap terjadi juga, sebagai bahan pelajaran yang penting
 - b. Pastikan staf / karyawan dengan mudah dapat melaporkan setiap insiden / kejadian
 - c. Pelaporan insiden adalah langkah pertama dalam proses mencegah KTD
 - d. Seluruh karyawan harus memahami APA insiden Keselamatan Pasien yang harusdilaporkan, serta BAGAIMANA cara melaporkannya
 - e. Lengkapi rencana implementasi dalam sistem pelaporan insiden
- 5. Libatkan dan Berkomunikasi dengan pasien :**
- a. Kembangkan cara – cara komunikasi yang terbuka dengan pasien dan keluarganya dalamseluruh proses asuhan pasien dari sejak awal penanganan pasien
 - b. Tingkatkan keselamatan dalam pemberian pelayanan dengan melibatkan pasien sebagai partner dalam proses pelayanan (proses diagnosa, therapy, diskusi risiko, monitoring, diskusikan KTD secara bijak dan berempati) sehingga akan membantu pasien untuk lebihbaik dalam menerima risiko / KTD
 - c. Hargai dan dukung keterlibatan pasien dan keluarga bila telah terjadi insiden
 - d. Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarganya bila terjadi insiden
 - e. Tunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya segera setelah kejadian
- 6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien :**
- a. Lakukan analisis akar masalah untuk belajar BAGAIMANA dan MENGAPA kejadian itu timbul dengan melatih karyawan cara mengkaji insiden secara tepat dan mengidentifikasipenyebabnya
 - b. Identifikasi unit kerja lain yang mungkin terkena dampak dan berbagi pengalaman
 - c. Bila insiden terjadi yang dicari adalah BAGAIMANA dan MENGAPA hal itu terjadi,

bukanlah SIAPA yang salah.

d. Kriteria pelaksanaan analisis akar masalah :

- Simpel investigasi (SI)
- *Root Cause Analysis* (RCA) : 5 why, *Fish bone diagram*, dll
- FMEA

7. Cegah cedera melalui Implementasi sistem keselamatan pasien :

- a. Gunakan informasi tentang insiden / masalah untuk melakukan perbaikan pada sistem pelayanan
- b. Tentukan solusi mencakup evaluasi sistem / penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien, penyesuaian materi pelatihan, dll
- c. Sosialisasikan solusi yang telah dikembangkan serta berikan umpan balik kepada karyawan tentang setiap tindak lanjut yang dilakukan atas insiden
- d. Dari solusi dikembangkan sistem baru yang lebih baik dan lebih aman serta mudah dilaksanakan oleh karyawan, yang dilakukan evaluasi terus menerus (*sustained learning*)
- e. Bagikan pengalaman ke unit kerja / RS lain

IV. PELAKSANAAN KEGIATAN

Merupakan pelaksanaan dari 7 Standar Keselamatan Pasien dan 7 Langkah menuju Keselamatan Pasien, berupa kegiatan :

1. Penerapan Budaya Keselamatan Pasien
2. Mengembangkan sistem informasi : Pencatatan dan pelaporan insiden
3. Analisa akar masalah (SI, RCA)
4. Ronde Patient Safety
5. FMEA (*Failure Modes Effect Analysis*)
6. Standarisasi daftar singkatan yang berlaku di HHG
7. Pendidikan dan Pelatihan

Uraian dari masing – masing kegiatan adalah sebagai berikut :

1. Penerapan budaya keselamatan pasien :

a. Tujuan :

- 1) Menjadikan budaya keselamatan pasien sebagai budaya kerja bagi seluruh karyawan RS

- 2) Mengembangkan budaya “*non blamming culture*” sehingga seluruh karyawan tidak takut untuk melapor
- b. Pelaksana : Seluruh Pimpinan RS (Direksi dan Manajer) sebagai *change agent*
- c. Metode :
 - 1) Memasukkan budaya keselamatan pasien kedalam budaya organisasi RS
 - 2) Pengadaan peralatan / fasilitas RS yang mengutamakan keselamatan Pasien
 - 3) Melakukan pendekatan “*system Approach*” dan melakukan “*human Approach*” dalam melakukan tindak lanjut terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien
 - 4) Melaksanakan “*non blamming culture*” dalam sistem pembinaan karyawan
 - 5) Memasukkan konsep-konsep keselamatan pasien kedalam materi-materi diklat karyawan
 - 6) Memasang poster – poster keselamatan pasien di area karyawan

2. Mengembangkan sistem informasi : pencatatan dan pelaporan insiden

(diuraikan dalam sistem pelaporan insiden)

3. Analisa akar masalah (RCA)

- a. Tujuan :
 - 1) Mendapatkan penyebab utama terjadinya insiden
 - 2) Menentukan tingkat / derajat “kerusakan” (*harm*) / kesakitan / kerugian yang disebabkan oleh insiden tersebut baik oleh pasien maupun RS
- b. Penanggung jawab kegiatan : Tim KPRS
- c. Pelaksana :
 - 1) Kepala instalasi / manajer terkait
 - 2) Tim Investigasi
- d. Waktu kegiatan : setiap kali ada insiden
- e. Metode :

Analisa akar masalah dilaksanakan sesuai dengan petunjuk pelaksanaan dari KKP-RS, Depkes RI. Terdiri dari kegiatan :

 - 1) Investigasi sederhana (*Simple Investigation / SI*)
 - 2) *Root cause analysis / RCA*

4. RONDE PATIENT SAFETY

- a. Tujuan :
 - 1) Pimpinan RS mendapatkan informasi secara langsung mengenai KPRS di lapangan
 - 2) Melakukan identifikasi resiko langsung dilapangan
 - 3) Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang program Keselamatan Pasien bagi seluruh karyawan sehingga secara bertahap terjadi perubahan budaya RS kearah budaya yang kental dengan "safety"
- b. Penanggung Jawab Kegiatan : Ketua Komite Mutu
- c. Pelaksana :
 - 1) Sub Komite Keselamatan Pasien
 - 2) Manajemen
 - 3) Ka instalasi/karu
- d. Waktu kegiatan : setiap bulan
- e. Metode :
 - 1) Peninjauan / Inspeksi / observasi ke Instalasi – Instalasi dan ruangan RS
 - 2) Wawancara langsung kepada karyawan / pasien / pengunjung mengenai program KPRS

5. FMEA (*Failure Modes Effect Analysis*)

- a. Tujuan :
 - 1) mengidentifikasi masalah dan mencegah permasalahan itu sebelum terjadi
 - 2) Belajar dari kesalahan dan melakukan tindakan sesuai dengan prosedur
- b. Penanggung Jawab Kegiatan : Ketua Komite Mutu
- c. Pelaksana :
 - 1) Sub komite manajemen risiko
 - 2) Manajemen
 - 3) Manajer / Ka.Instalasi
- d. Waktu kegiatan : Per tahun
- e. Metode : FMEA dilaksanakan sesuai dengan petunjuk pelaksanaan dari KKP-RS, Depkes RI.

6. PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

Kegiatan Diklat terdiri dari 2 Program , yaitu :

(1) Program Diklat untuk Tim KPRS

a. Tujuan :

- Pembekalan Tim KPRS dalam menyusun konsep dan program kerja keselamatanpasien RS
- Peningkatan pengetahuan dan keterampilan Tim KPRS

Kegiatan : mengikuti diklat KPRS dari Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS), PERSI serta kegiatan ilmiah lainnya yang berhubungan dengan KPRS

b. Waktu kegiatan : sesuai jadwal kegiatan pelatihan

c. Tempat : di luar RS

d. Pelaksana kegiatan : KKP-RS, Depkes RI dan atau Institusi lainnya

(2) Program Diklat untuk karyawan :

a. Tujuan :

- Mensosialisasikan pelaksanaan Program *Patient Safety* untuk dilaksanakan seluruh karyawan sesuai dengan bidang tugasnya masing – masing
- Menanamkan budaya keselamatan pasien bagi seluruh karyawan

b. Waktu kegiatan : disesuaikan dengan agenda kegiatan RS

c. Tempat : di RS masing – masing / HHG

d. Pelaksana kegiatan : bagian diklat

e. Metode : diklat kelas dan lapangan

f. Silabus diklat disusun oleh sub Komite Keselamatan Pasien

BAB III

ORGANISASI DAN SUMBER DAYA MANUSIA

ORGANISASI

Susunan keanggotaan Sub Komite Keselamatan Pasien adalah sebagai berikut :

SUB KOMITE KESELAMATAN PASIEN

Ketua : dr. Cut Ratu Adila P. Wibawa
Sekretaris : Ns. Tiara Rahmi Rezi Zakia, S. Kep
Anggota : 1. Ka instalasi
2. Kepala ruangan

I. URAIAN TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB :

1. Ketua :

- Memimpin rapat rutin Tim KPRS
- Mensosialisasikan kebijakan Direktur sehubungan dengan program KPRS
- Membuat program kerja Tim KPRS dan mengkoordinir pelaksanaannya
- Membuat laporan Tim KPRS ke Direktur RS
- Mengusulkan ke Direktur untuk pengembangan program KPRS
- Menyusun silabus dan program diklat keselamatan pasien RS
- Mengajar diklat keselamatan pasien

2. *Sekretaris :*

- Membuat penjadwalan kegiatan, termasuk jadwal rapat
- Membuat notulen rapat
- Merekap laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dari unit kerja serta rencana tindaklanjutnya
- Merekap laporan KPRS
- Melakukan *follow-up* dan memonitor pelaksanaan investigasi insiden / analisa akar masalah agar berjalan tepat waktu
- Membantu ketua tim KPRS dalam pelaksanaan kegiatannya

g. Mengajar diklat keselamatan pasien

3. *Anggota :*

- a. Mengkoordinir pelaksanaan program keselamatan pasien di unit kerja yang di pimpinnya
- b. Mensosialisasikan kebijakan dan program KPRS, melaksanakan, mengawasi pelaksanaanya dilapangan.
- c. Memeriksa dan melakukan analisa awal terhadap laporan insiden yang terjadi di unitkerjanya dan melaporkan ke ketua KPRS
- d. Mengusulkan anggota tim Investigasi yang berasal dari unit kerjanya
- e. Mengkoordinir pelaksanaan rekomendasi / tindak lanjut dari hasil analisa insiden berupaperbaikan sistem di unit kerjanya
- f. Mengajar diklat keselamatan pasien

BAB IV

SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Pelaporan insiden adalah dasar untuk membangun sistem asuhan pasien yang lebih aman.

I. LANGKAH-LANGKAH PENGELOLAAN RISIKO :

1. Identifikasi Risiko
2. Analisa Risiko (Root Cause Analysis)
3. Evaluasi / Respon
4. Eliminasi / Minimalisasi / Treatment
5. Pemantauan berkelanjutan (Review efektivitas, investigasi)
6. Komunikasikan risiko dan hasil - hasil investigasi

II. PEMBUATAN *INCIDENT REPORT* / KRONOLOGIS KEJADIAN :

- a. Hal – hal yang harus dibuat kronologis kejadian :
 1. Laporkan setiap masalah atau kejadian yang menyimpang dari yang direncanakan atau secara normal seharusnya tidak terjadi dan berdampak pada keselamatan / keamanan pasien (*Patient care and safety*)
 2. Laporkan masalah / kejadian yang menghadapkan pasien pada keadaan beresiko
 3. Laporkan masalah atau kejadian yang dapat dijadikan pelajaran untuk mengeliminasi atau menurunkan risiko
 4. Laporkan masalah / kejadian yang mempunyai dampak terhadap anggaran dan risiko keuangan, peralatan
 5. Laporkan masalah / kejadian yang bertendensi / berpotensi menghadapkan RS pada tuntutan hukum
 6. Laporkan masalah / kejadian tidak harus selalu sesudah menyebabkan cedera, tetapi termasuk juga suatu keadaan yang potensial menyebabkan terjadinya cedera
- b. Tujuan pembuatan *incident report* / kejadian :
 1. Agar segala kejadian / insiden dapat terdokumentasi dengan baik, sehingga dapat dilakukan analisa serta tindakan korektif / preventif selanjutnya
 2. Untuk perbaikan mutu pelayanan RS secara keseluruhan

c. Ciri – ciri *incident report* / kronologis kejadian

1. Merupakan fakta
2. Bukan pendapat / opini
3. Bukan kesimpulan
4. Bukan untuk menyalahkan staf / unit lain
5. Ada saksi
6. Tidak merupakan satu kesatuan dengan medical record dan disimpan secara terpisah di tempat yang aman
7. Bersifat rahasia
8. Tidak difoto copy

d. Penulisan *incident report* :

Dilakukan didalam format kronologis kejadian (terlampir)

III. PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (IKP / *Patient Safety Incident Report*)

Setelah kronologis kejadian dibuat, selanjutnya untuk insiden yang terkait dengan keselamatan pasien dibuat laporan insiden keselamatan pasien dengan format laporan IKP (terlampir)

Tujuan :

- 1) Mendapatkan data insiden yang terkait dengan patient safety dari seluruh unit kerjadirumah sakit
- 2) Menjadikan insiden yang terjadi sebagai pembelajaran agar tidak terjadi kesalahan yang sama di kemudian hari

BAB V

SISTEM MONITORING : PENCATATAN, PELAPORAN, RAPAT

I. SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN

1. Penanggung jawab pelaporan IKP di tingkat rumah sakit adalah Direktur selaku Ketua Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)
2. Penanggung jawab pelaporan IKP di tingkat Grup adalah Departemen Medis HHG
3. Sekretaris Tim KPRS mengkoordinir proses administrasi pelaporan
4. Pada setiap *morning meeting* (MM) pimpinan menanyakan kepada setiap Kepala Instalasi/ Urusan apakah terjadi insiden yang berkaitan dengan pasien (baik KNC maupun KTD). Jika dilaporkan ada, maka pada hari tersebut sekretaris tim KPRS akan menghubungi Ka.Inst / KaRu terkait untuk meminta / menagih laporan IKP.
5. Insiden bisa didapatkan berdasarkan laporan dari instalasi / unit terkait (secara pasif) atau didapatkan secara aktif oleh Tim KPRS pada saat supervisi ke lapangan / Ronde Keselamatan Pasien
6. Rekap laporan dari Tim KPRS dikirimkan ke bagian pelayanan medis setiap bulan (insiden yang sedang dalam proses investigasi, laporkan progressnya saja)
7. Departemen Medis akan merekap laporan IKP secara grup dan meneruskannya ke departemen terkait untuk dibahas dan ditindaklanjuti.

II. TUJUAN PELAPORAN

1. Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien di Rumah sakit.
2. Diketahui penyebab Insiden keselamatan pasien sampai pada akar masalah .
3. Didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada pasien.

III. KEGIATAN RAPAT

1. Rapat Tim KPRS Bulanan :
 - ◆ Dilakukan satu kali sebulan.
 - ◆ Dipimpin oleh Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien
 - ◆ Dihadiri oleh Anggota
2. Rapat Pembahasan kasus dengan unit terkait
 - ◆ Dilakukan setiap kali terjadi KTD dan Sentinel yang terkait dengan etika profesi dokter
 - ◆ Dilaksanakan di masing-masing RS, untuk kasus-kasus tertentu dapat dibahas di Komite

Medik Grup

- ◆ Rapat di masing-masing RS dihadiri oleh :
 - Ka instalasi/karu terkait
 - DPJP terkait
 - Komite Medik/komite keperawatan
 - Manajemen terkait

BAB VI

SISTEM EVALUASI

I. EVALUASI TERHADAP TERJADINYA INSIDEN :

1. Sub komite keselamatan pasien melakukan evaluasi terhadap rekap data laporan triwulan :
 - a. JUMLAH IKP BERDASARKAN TEMPAT KEJADIAN
 - b. JUMLAH IKP BERDASARKAN JENIS KEJADIAN DAN METODE INVESTIGASI
 - c. JUMLAH IKP BERDASARKAN UNIT PENYEBAB AKAR MASALAH
2. Evaluasi terhadap Standar Pelayanan Medis : dilakukan dengan kegiatan AUDIT MEDIS
3. Sub komite keselamatan pasien melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan rekomendasi hasil investigasi IKP.
4. Rekomendasi berupa perbaikan / pengembangan sistem, seperti :
 - a. Pembuatan / Revisi Kebijakan
 - b. Pembuatan / Revisi / Sosialisasi SPO / Alur / Sistem
 - c. Pembuatan / Revisi Standar Pelayanan Medis (SPM)
 - d. Pembuatan / Revisi Format Informed consent
 - e. Pembuatan / Revisi Format Pendidikan Kesehatan (PENKES)
 - f. Pengelolaan SDM : Rekrutmen, Penempatan, Pembinaan, Diklat
 - g. Pengadaan / Penggantian alat dan fasilitas RS, dll

Penanggung jawab kegiatan pengembangan sistem adalah manajer unit terkait beserta departemen terkait

II. EVALUASI TAHUNAN :

1. Tim KPRS melakukan evaluasi pedoman, kebijakan dan prosedur keselamatan pasien yang diterapkan di RS secara berkala (minimal 1 tahun sekali)
2. Dari hasil analisa dibuat kesimpulan dan rekomendasi / rencana tindak lanjut.
3. Hasil evaluasi dilaporkan ke Direktur RS untuk mendapatkan disposisi.
4. Hasil evaluasi tersebut dijadikan dasar dalam penyusunan program kerja tahun berikutnya.
5. Metoda evaluasi perlu disempurnakan secara berkala agar sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi

Disetujui



DIREKTUR

HAREFA

Painan, Maret 2022

KETUA KOMITE MUTU

IKE RAHAYU