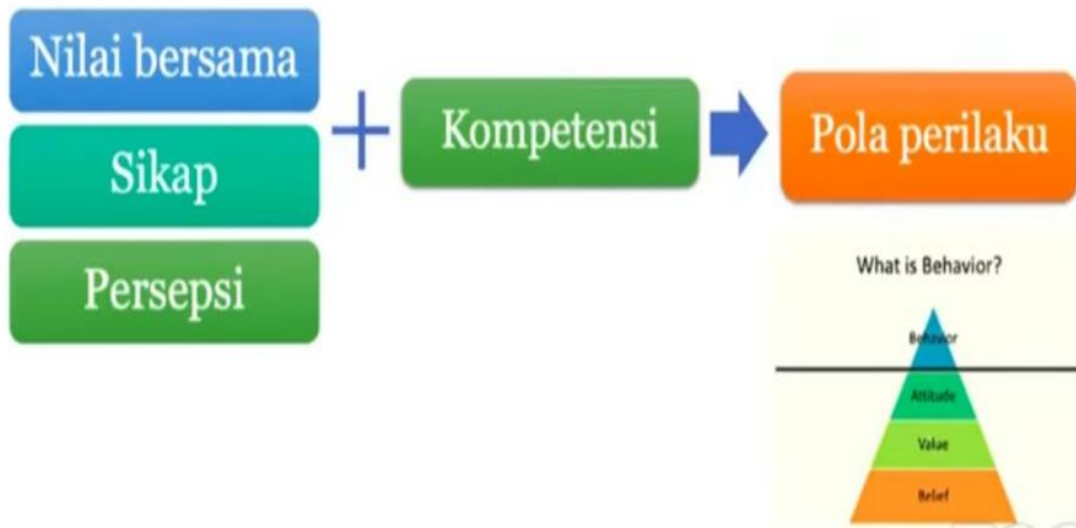


MEMBANGUN BUDAYA KESELAMATAN

DEFINISI BUDAYA KESELAMATAN

- ❑ Budaya keselamatan di rumah sakit dapat diartikan sebuah lingkungan kolaboratif yang menekankan pada perilaku semua staf yang menekankan pada keselamatan pasien, petugas, sarana prasarana dan lingkungan
- ❑ Budaya keselamatan adalah produk dari **nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku**, dari individu dan kelompok yang menentukan komitmen RS (organisasi) terhadap mutu dan keselamatan pasien





Keyakinan mengenai cara bertingkah laku yang diinginkan oleh individu dan digunakan sebagai prinsip atau standar di dalam hidup seseorang

- Penilaian terhadap sesuatu stimulus, yg berasal dari gabungan unsur kognitif, afektif dan psikomotor
- Dapat berupa pengaruh atau penolakan
- Dapat berupa rasa suka atau tidak suka, positif atau negative

Proses pemahaman terhadap situasi / informasi

Kompetensi

Kompetensi Minimal yang harus dimiliki staff :

Kompetensi terhadap uraian tugas dan tugas sehari-hari sesuai dengan uraian tugas masing-masing yang dapat **terukur secara objektif**

TUJUAN MEMBANGUN BUDAYA KESELAMATAN DI RS

1. Tujuan Umum : Tercapainya keselamatan pasien dan keluarga, petugas, sarana prasarana dan lingkungan didalam rumah sakit
2. Tujuan Khusus :
 - a. Tercapainya keselamatan pasien yang dilayani
 - b. Tercapainya keselamatan petugas
 - c. Tercapainya keselamatan sarana prasarana yang digunakan untuk pelayanan kesehatan
 - d. Tercapainya keselamatan lingkungan di rumah sakit dan di luar rumah sakit



KOMPONEN BUDAYA KESELAMATAN

1. INFORMED CULTURE (BUDAYA TERINFORMASI)
2. REPORTING CULTURE (BUDAYA PELAPORAN)
3. JUST CULTURE (BUDAYA ADIL)
4. FLEXIBLE CULTURE (BUDAYA FLEKSIBEL)
5. LEARNING CULTURE (BUDAYA BELAJAR)



Pengusunan Program Budaya Keselamatan

- ☐ Penyusunan regulasi
- ☐ Pembentukan tim budaya keselamatan
- ☐ Diklat budaya keselamatan
- ☐ Penyusunan system pelaporan budaya keselamatan
- ☐ Penegakan perilaku professional dalam peningkatan budaya keselamatan
- ☐ Pengukuran, Analisa dan tindak lanjut untuk peningkatan budaya keselamatan



PROGRAM BUDAYA KESELAMATAN

- Membangun kesadaran akan nilai keselamatan
- Memimpin dan mendukung staf
- Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
- Mengembangkan system pelaporan
- Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- Belajar dan berbagi pengalaman tentang insiden keselamatan
- Mencegah cedera melalui implementasi system keselamatan



KEBIJAKAN DALAM MEMBANGUN BUDAYA KESELAMATAN

1. Direktur RS menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area di RS
2. Direktur RS mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerja sama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan berfokus pada pasien.
3. Keselamatan dan mutu berkembang dalam suatu lingkungan yang mendukung kerja sama dan rasa hormat terhadap sesama, tanpa melihat jabatan DI RS
4. Direktur RS menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf RS
5. Seluruh staf bertanggung jawab mendukung budaya keselamatan dan menghindari perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan



Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan

- ☐ Perilaku yg tidak layak (inappropriate) : mengumpat dan memaki
- ☐ Perilaku yang mengganggu (disruptive): misalnya mengomentari negatif hasil tindakan atau pengobatan staf lain di depan pasien, memarahi staf klinis lainnya di depan pasien, kemarahan yang ditunjukkan dengan melempar peralatan/barang, serta membuang rekam medis
- ☐ Perilaku yang melecehkan (harassment): misalnya terkait ras, agama, dan suku termasuk gender
- ☐ Pelecehan seksual



Perilaku intimidatif dan disruptive

1. Menurunnya kepuasan pasien dan outcome pasien
2. Meningkatkan biaya pelayanan
3. Menurunkan efektivitas tim
4. Keluarnya staf yang berkinerja baik



FAKTOR YG BERKONTRIBUSI

INDIVIDU

- Stres dalam menghadapi tekanan pekerjaan yang berat
- Situasi emosi yang tinggi misalnya akibat kelelahan
- Karakteristik seperti mementingkan diri sendiri, ketidakmatangan atau pembelaan diri, serta kekurangan keterampilan interpersonal, coping atau manajemen konflik.

SISTEM

- Tuntutan pekerjaan yang meningkat
- Hirarki
- Rasa takut atau stres
- Dinamika dalam komunikasi interprofesi
- Anggapan bahwa "dokter yang menghasilkan pendapatan besar diperlakukan lebih ringan ketika ada masalah perilaku daripada mereka yang lebih sedikit"



Hal penting yang mendorong budaya keselamatan

- Perilaku memberikan pelayanan yang aman secara konsisten untuk mencegah terjadinya kesalahan pada pelayanan yang berisiko tinggi
- Perilaku dimana para individu dapat melaporkan kesalahan dan insiden tanpa takut dikenakan sanksi atau teguran dan diperlakukan secara adil (just culture)
- Kerjasama tim dan koordinasi untuk menyelesaikan masalah keselamatan pasien
- Komitmen pimpinan rumah sakit dalam mendukung staf seperti waktu kerja para staf, Pendidikan, metode yang aman untuk melaporkan masalah tanpa takut diadili



- e. Identifikasi dan mengenali masalah akibat perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono)
- f. Evaluasi budaya secara berkala dengan metode kelompok focus diskusi (FGD), wawancara dengan staf dan analisis data
- g. Mendorong kerjasama dan membangun system dalam mengembangkan budaya perilaku yang aman
- h. Menanggapi perilaku yang tidak diinginkan pada semua staf pada semua jenjang di rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis dan non klinis, dokter, representasi pemilik dan anggota Dewan Pengawas



Pengukuran budaya keselamatan

- ☐ Pengukuran budaya keselamatan perlu dilakukan oleh Fasyankes.
- ☐ Budaya keselamatan adalah sebuah budaya organisasi yang mendorong setiap staf (klinis atau administratif) melaporkan hal-hal yang menguatkirkan tentang keselamatan atau mutu pelayanan tanpa adanya imbal jasa dari Fasyankes
- ☐ Diukur sebelum intervensi keselamatan pasien (sebagai baseline), lalu secara periodik, setiap tahun



Tujuan Penilaian Budaya

- ☐ Mengidentifikasi area dari budaya yang butuh diperbaiki: Identifikasi kelemahan dalam organizational learning
- ☐ Meningkatkan kepedulian dari konsep keselamatan pasien
- ☐ Mengevaluasi keefektifan dari intervensi keselamatan pasien dari waktu ke waktu
- ☐ Kaji banding (benchmarking) internal dan eksternal
- ☐ Memenuhi persyaratan peraturan (akreditasi)
- ☐ Identifikasi kesenjangan antara kepercayaan (beliefs) & perilaku (behaviors)



KEGUNAAN HASIL PENGUKURAN BUDAYA KESELAMATAN

- ☐ Sumber informasi untuk menentukan kebutuhan pendidikan staf
- ☐ Evaluasi praktik profesional berkelanjutan/OPPE
- ☐ Acuan dalam menyusun program peningkatan budaya keselamatan RS
- ☐ Dasar perbaikan penerapan budaya keselamatan pasien



Mengapa RS harus melakukan survei budaya keselamatan?

Jawaban: Survei budaya keselamatan berguna untuk mengukur kondisi organisasi yang dapat menyebabkan kejadian buruk dan membahayakan pasien di RS. Organisasi yang ingin menilai budaya keselamatan pasien yg ada harus mempertimbangkan untuk melakukan survei budaya keselamatan.

Survei budaya keselamatan dapat digunakan untuk:

- Meningkatkan kesadaran staf tentang keselamatan pasien.
- Kaji status budaya keselamatan pasien saat ini.
- Identifikasi kekuatan dan area untuk peningkatan budaya keselamatan pasien.
- Memeriksa tren perubahan budaya keselamatan pasien dari waktu ke waktu.
- Mengevaluasi dampak budaya pada kegiatan pelayanan terkait intervensi keselamatan pasien.

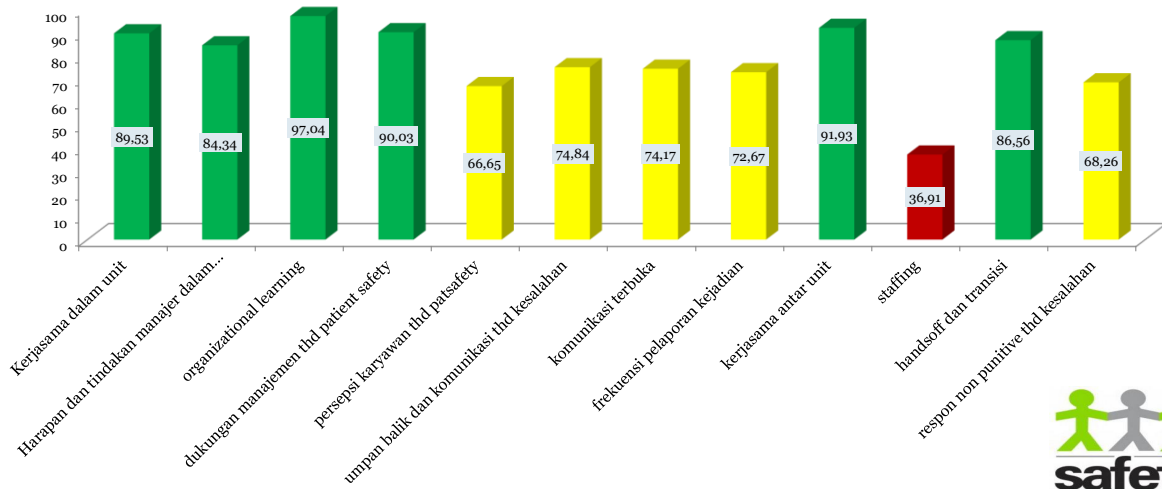


Upaya perbaikan

- Berdasarkan hasil pengukuran budaya keselamatan, misalnya dengan menggunakan tool AHRQ- Hospital Survey on Patient Safety diketahui hasil tiap dimensi dengan kekuatan budaya keselamatan Kuat, Sedang dan Lemah, data tersebut dapat dianalisa dan digunakan untuk memprioritaskan area perbaikan/peningkatan budaya keselamatan
- Tim membuat rekomendasi perbaikan yang diajukan kepada direktur



Contoh Hasil Survey



**THANK
YOU**



Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Sub Komite Keselamatan Pasien RSUD
Panembahan Senopati

Definisi

- Keselamatan Pasien (*patient safety*):
Pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari bahaya yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian dll) terkait pelayanan kesehatan
- Insiden keselamatan pasien :
setiap kejadian/situasi yg dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yg tidak seharusnya terjadi

Tujuan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Tujuan Umum :

Menurunnya Insiden Keselamatan Pasien (KTD, KNC, KTC dan KPCS) dan meningkatnya mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Tujuan Khusus :

Rumah Sakit (Internal)

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 agar dapat mencegah kejadian yang sama dikemudian hari.

KKP-RS (Eksternal)

1. Diperolehnya data/peta nasional angka insiden keselamatan pasien (KTD, KNC dan KTC)
2. Diperolehnya pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi rumah sakit lain.
3. Ditetapkannya langkah-langkah praktis Keselamatan Pasien untuk rumah sakit di Indonesia.

Jenis Insiden

➤ Kondisi Potensial Cedera Signifikan (KPCS)

Kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

➤ Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

➤ Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

➤ Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

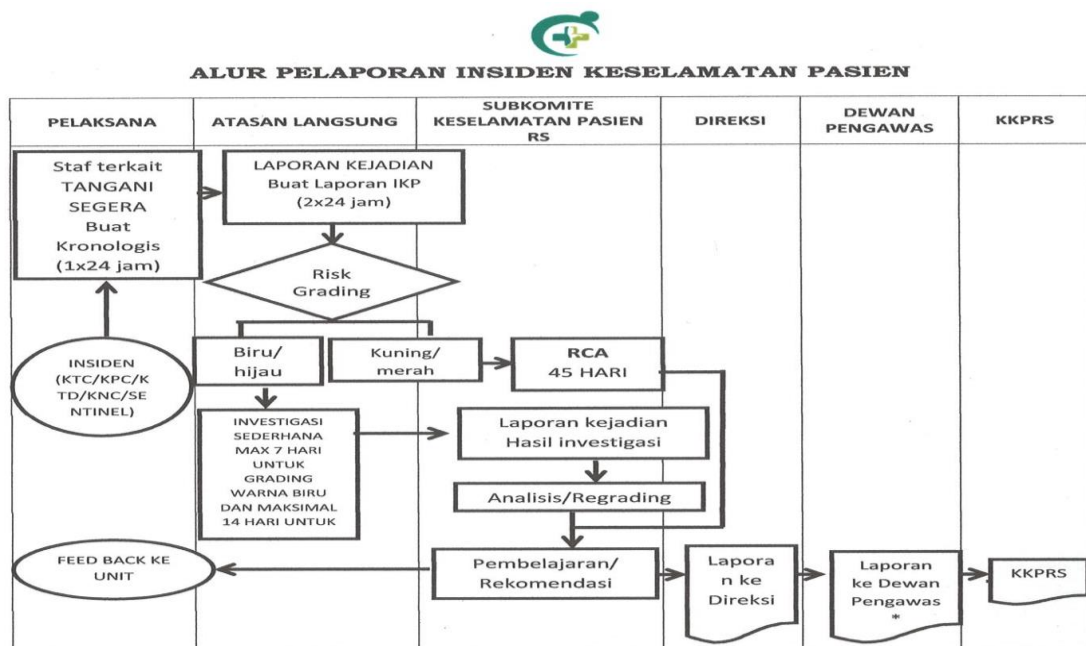
Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

➤ Kejadian sentinel

Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

Contoh Insiden

- KPCS
 - Tabung O2 tanpa pengaman, lantai licin, kerusakan alat medis
- KTC
 - Pasien minum parasetamol & tidak ada reaksi apapun tetapi dokter tidak meresepkan parasetamol
- KNC
 - Salah identitas pasien namun diketahui sebelum dilakukan tindakan
- KTD
 - Pasien jatuh
- **Sentinel**
 - Salah sisi lokasi operasi, penculikan bayi, pasien jatuh kemudian meninggal karena perdarahan otak.



*: setiap kali ada kejadian untuk kasus SENTINEL, setiap 6 bulan untuk kasus yang lain

Pelaporan Insiden

- Yang harus dilaporkan :
 - Kejadian yang sudah terjadi, potensi terjadi, maupun yang nyaris terjadi
- Yang membuat laporan :
 - Siapa saja atau semua staf RS yang pertama menemukan kejadian
 - Siapa saja atau semua staf yang terlibat dalam kejadian
- Pelaporan insiden kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit harus **dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas), tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak, tidak boleh digandakan/di copy**
- Pelaporan insiden ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak untuk menyalahkan orang (*non blaming*).

Masalah Pelaporan Insiden

1. Laporan adalah “pekerjaan perawat”
2. Under report → takut ?
3. Terlambat
4. Miskin data karena “blame culture”

Analisa Matriks Grading Risiko

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	- Cedera ringan, misal Luka Lecet - Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Moderat	- Cedera Sedang misal Luka robek - Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (reversible), tidak berhubungan dengan penyakit - Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Mayor	- Cedera luas/ berat, misal cacat, lumpuh - Kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (reversible), tidak berhubungan dengan penyakit
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

Tabel 5. Penilaian Probabilitas/Frekuensi

Tingkat Risiko	Deskripsi
1	Sangat jarang / Rare (>5 thn/kali)
2	Jarang / Unlikely (2-5 thn/kali)
3	Mungkin / Possible (1-2 thn/kali)
4	Sering / Likely (beberapa kali/thn)
5	Sangat sering / Almost certain (tiap minggu/bulan)

Sumber : Pedoman Pelaporan IKP PERSI

Matriks Grading Resiko

PROBABILITAS	TIDAK SIGNIFIKAN	MINOR	MODERAT	MAYOR	KATASTROFIK
SANGAT SERING TERJADI (TIAP MINGGU/ BULAN) 5	MODERAT	MODERAT	TINGGI	EKSTRIM	EKSTRIM
SERING TERJADI (BEBERAPA KALI PERTAHUN) 4	MODERAT	MODERAT	TINGGI	EKSTRIM	EKSTRIM
MUNGKIN TERJADI (1-2 TH /KALI) 3	RENDAH	MODERAT	TINGGI	EKSTRIM	EKSTRIM
JARANG TERJADI (2-5TH/KALI) 2	RENDAH	RENDAH	MODERAT	TINGGI	EKSTRIM
SANGAT JARANG TERJADI (> 5 TH/KALI) 1	RENDAH	RENDAH	MODERAT	TINGGI	EKSTRIM

Skor risiko = Dampak x Probabilitas

➤ Cara menghitung skor risiko menggunakan matriks grading risiko :

1. Tetapkan frekuensi pada kolom kiri
2. Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan,
3. Tetapkan warna bandsnya, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak

● BANDS RISIKO

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu : Biru, Hijau, Kuning dan Merah. Warna “bands” akan menentukan Investigasi yang akan dilakukan :

- Bands BIRU dan HIJAU : Investigasi sederhana
- Bands KUNING dan MERAH : Investigasi Komprehensif / RCA

Tindakan sesuai Tingkat dan <i>bands</i> Resiko		
No.	Tingkat/ <i>Bands</i>	Tindakan
1	Ekstrim	Dilakukan root cause analysis (RCA) paling lama 45 hari, membutuhkan tindakan segera dan perhatian sampai ke Direktur
2	Tinggi	Dilakukan root cause analysis (RCA) paling lama 45 hari, analisis dengan detail dan memerlukan tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajemen
3	Moderate	Dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer / pimpinan klinis menilai dampak terhadap biaya dan kelola risiko
4	Rendah	Dilakukan investasi sederhana paling lama 1 minggu, yang diselesaikan dengan prosedur rutin.

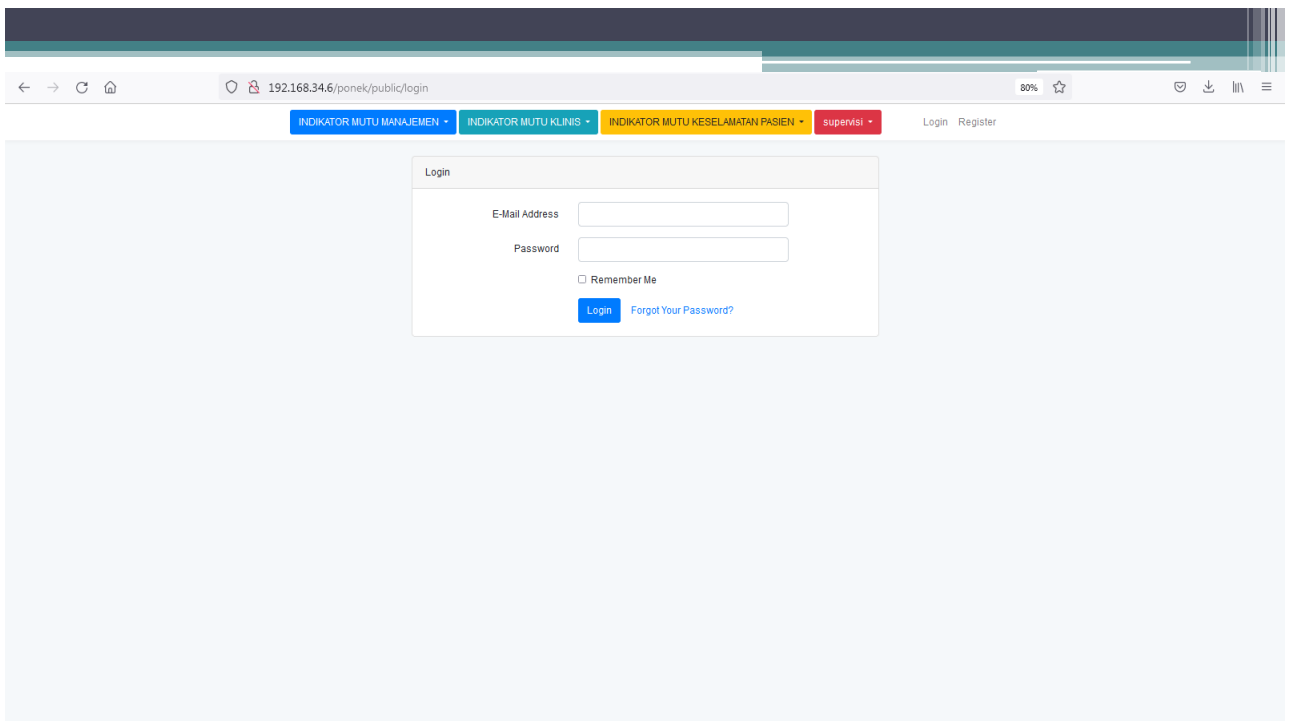
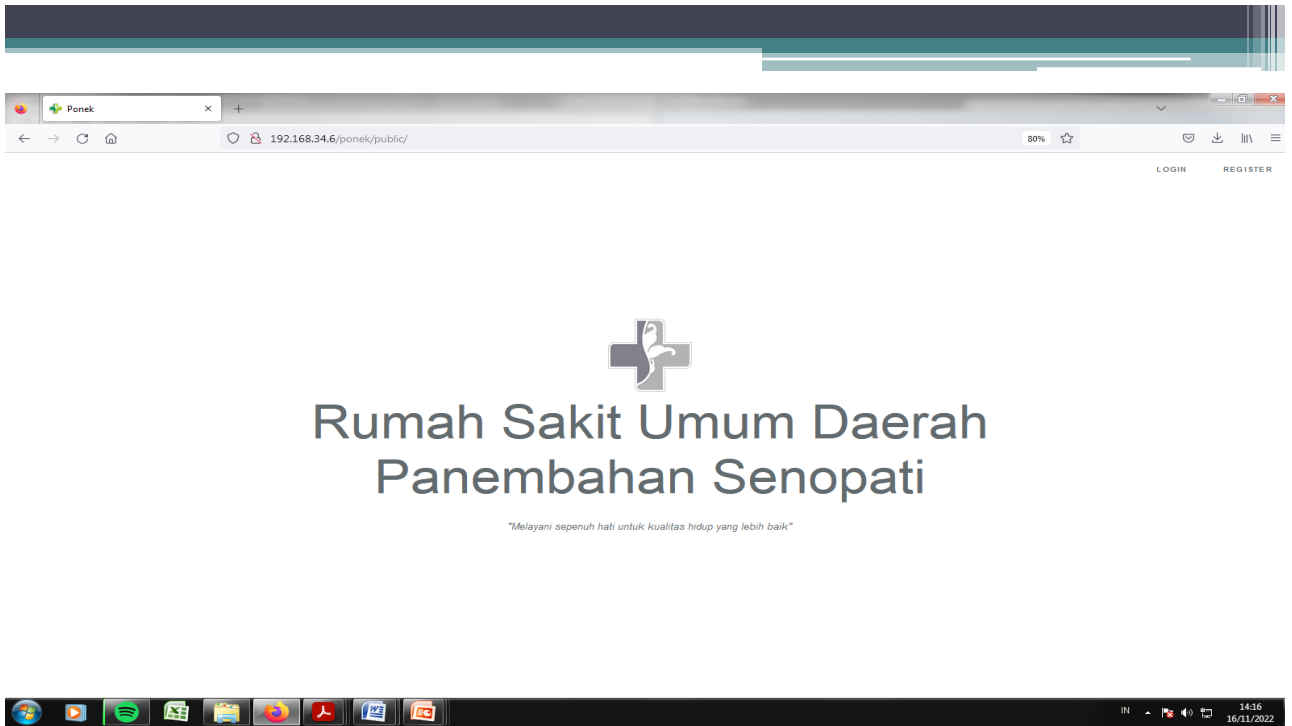
Laporan Insiden terdiri dari dua macam :

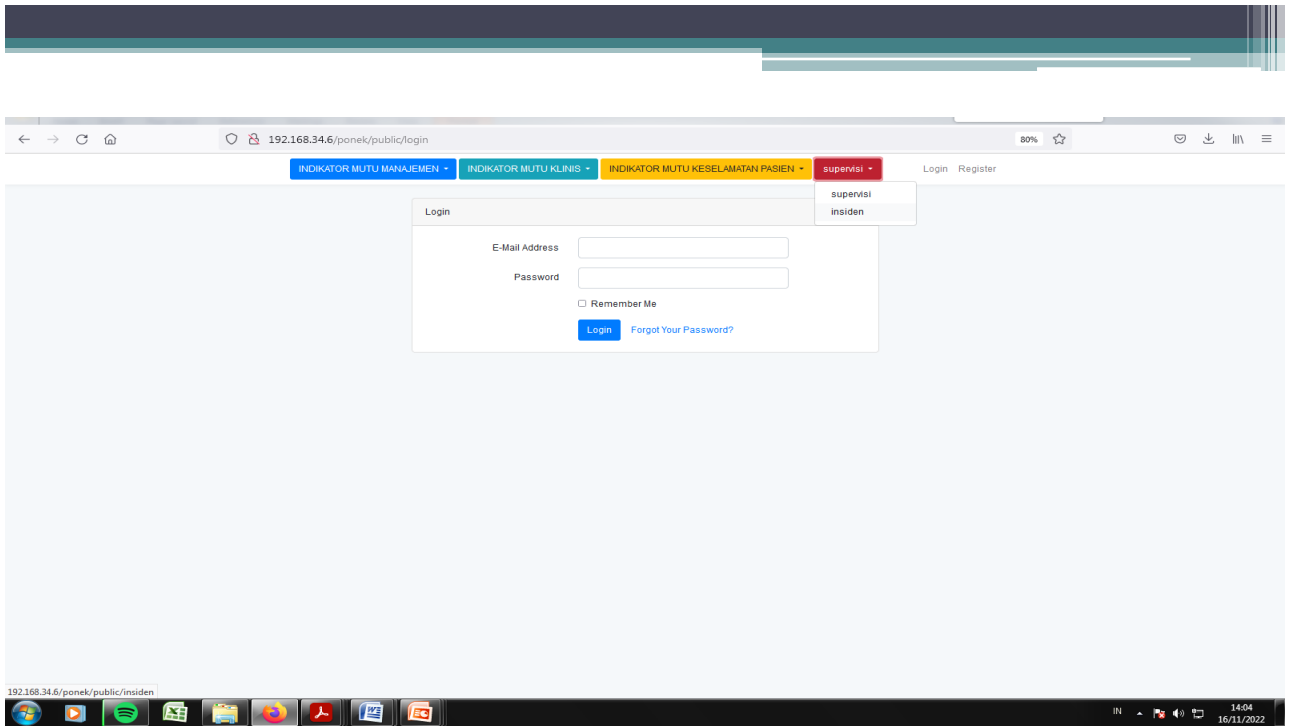
1. Laporan Internal

Formulir laporan yang dilaporkan ke Keselamatan Pasien di rumah sakit dalam waktu maksimal 2X24 jam/akhir jam kerja/shift melalui on line dengan alamat :
192.168.34.6/ponek/public/login

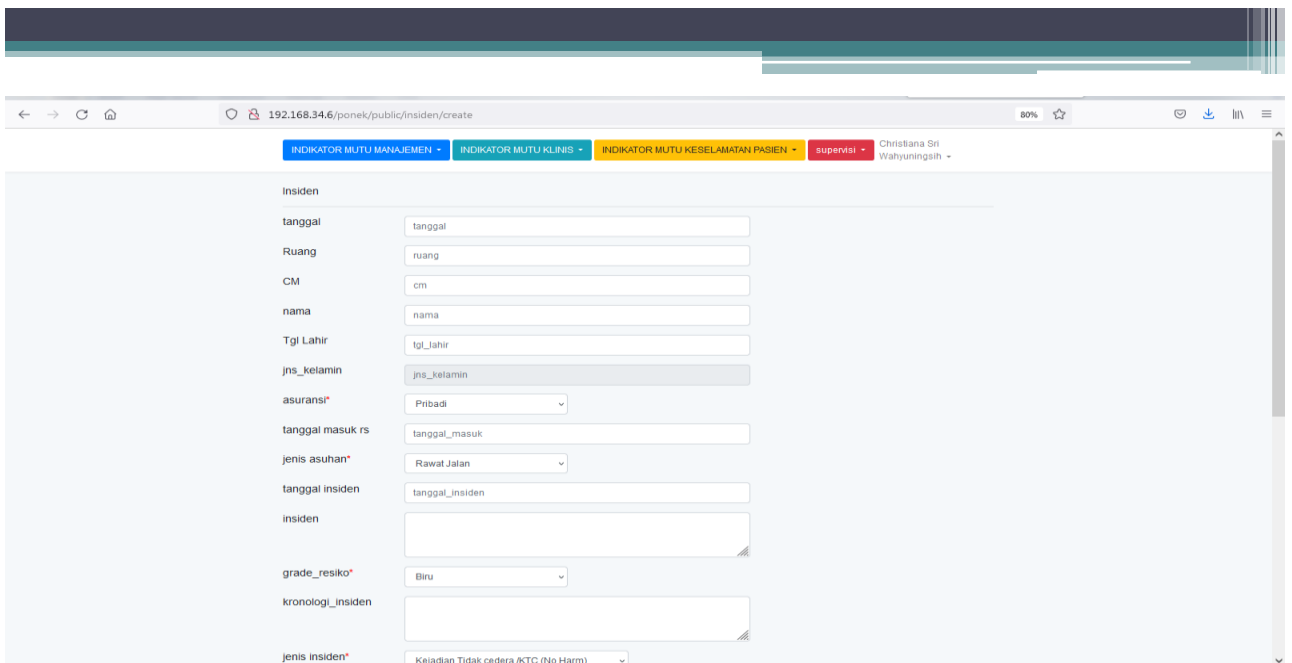
2. Laporan Eksternal

Pelaporan secara anonim dan elektronik ke KNKP (Komite Nasional Keselamatan Pasien), setiap **Kejadian Sentinel**, **Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)** yang terjadi pada pasien dan telah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya. KNKP (Komite Nasional Keselamatan Pasien) secara online melalui
<http://mutufasyankes.kemkes.go.id>

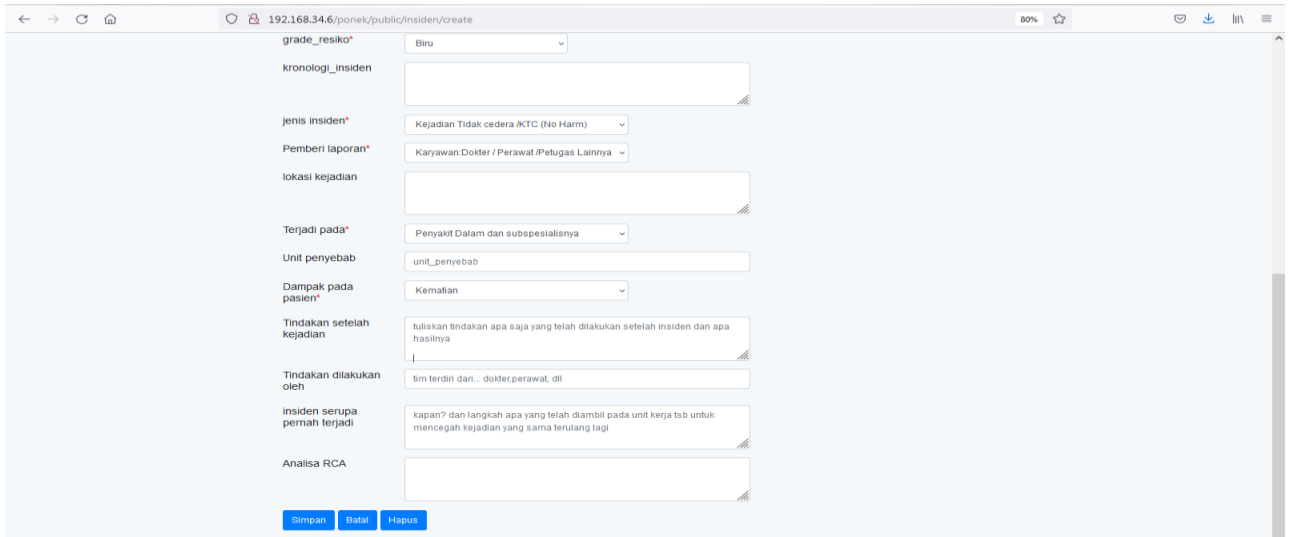




The screenshot shows a web browser window with the URL `192.168.34.6/ponek/public/login`. The page features a navigation bar with four tabs: "INDIKATOR MUTU MANAJEMEN" (blue), "INDIKATOR MUTU KLINIS" (teal), "INDIKATOR MUTU KESELAMATAN PASIEN" (yellow), and "supervisi" (red, active). To the right of the tabs are links for "Login" and "Register". The "supervisi" tab has a dropdown menu with "supervisi" and "insiden" options. The main content area is a light blue box titled "Login" containing a form with the following fields: "E-Mail Address" (text input), "Password" (password input), and a "Remember Me" checkbox. Below the password field are two buttons: "Login" (blue) and "Forgot Your Password?" (text link). The browser's taskbar at the bottom shows various application icons and the system clock indicating 14:04 on 16/11/2022.



The screenshot shows the "insiden/create" page in the same web browser. The navigation bar is identical to the login page. The main content area is a light blue box titled "Insiden" containing a form with the following fields: "tanggal" (text input), "Ruang" (text input), "CM" (text input), "nama" (text input), "Tgl Lahir" (text input), "jns_kelamin" (text input), "asuransi*" (dropdown menu with "Pribadi" selected), "tanggal masuk rs" (text input), "jenis asuhan*" (dropdown menu with "Rawat Jalan" selected), "tanggal insiden" (text input), "insiden" (text input), "grade_resiko*" (dropdown menu with "Biru" selected), "kronologi_insiden" (text input), and "jenis insiden*" (dropdown menu with "Kejadian Tidak cedera /KTC (No Harm)" selected). The browser's taskbar at the bottom shows the same application icons and system clock.



grade_resiko* Biru

kronologi_insiden

jenis insiden* Kejadian Tidak cedera /KTC (No Harm)

Pemberi laporan* Karyawan/Dokter / Perawat /Petugas Lainnya

lokasi kejadian

Terjadi pada* Penyakit Dalam dan subspesialisnya

Unit penyebab unit_penyebab

Dampak pada pasien* Kematian

Tindakan setelah kejadian tuliskan tindakan apa saja yang telah dilakukan setelah insiden dan apa hasilnya

Tindakan dilakukan oleh tim terdiri dari... dokter,perawat, dll

insiden serupa pernah terjadi kapan? dan langkah apa yang telah diambil pada unit kerja tsb untuk mencegah kejadian yang sama terulang lagi

Analisa RCA

Simpan Batasi Hapus

TERIMA KASIH