

Budaya Keselamatan Pasien Dalam Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

RESPONDS-REPORT-REVIEWS-PREVENT

dr. Dian Miraza Asysyakiry

RSUD Dr. Gunawan Mangunkusumo



Apa itu Keselamatan Pasien?

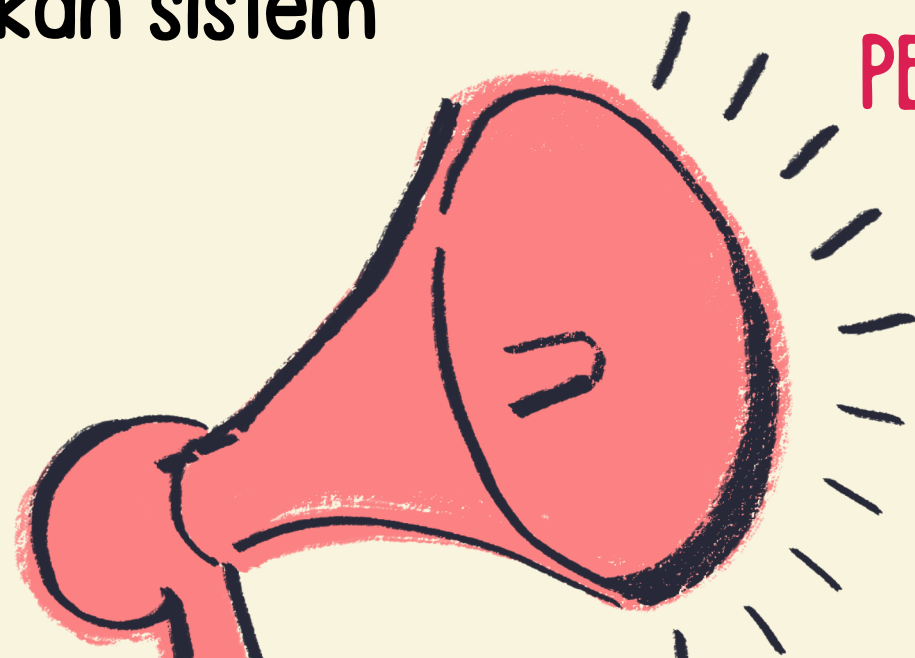
Keselamatan pasien adalah sistem yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman melalui :

5 Aktivitas inti :

- Identifikasi risiko
- Pelaporan insiden
- Analisis insiden
- Pembelajaran organisasi
- Perbaiki sistem



Tujuan : Mencegah cedera, kecacatan, dan kematian yang dapat dicegah



PENTING :

- Manusia dapat melakukan kesalahan.
- Sistem pelayanan kesehatan sangat kompleks.
- Kesalahan kecil dapat berakibat fatal.
- Sebagian besar insiden sebenarnya dapat dicegah.

Apa itu Budaya Keselamatan

Nilai, sikap, kompetensi, dan perilaku individu maupun organisasi yang menjadikan keselamatan sebagai prioritas utama

"Cara kita melakukan sesuatu di tempat kerja meskipun tidak ada yang mengawasi."

Budaya Keselamatan Lemah

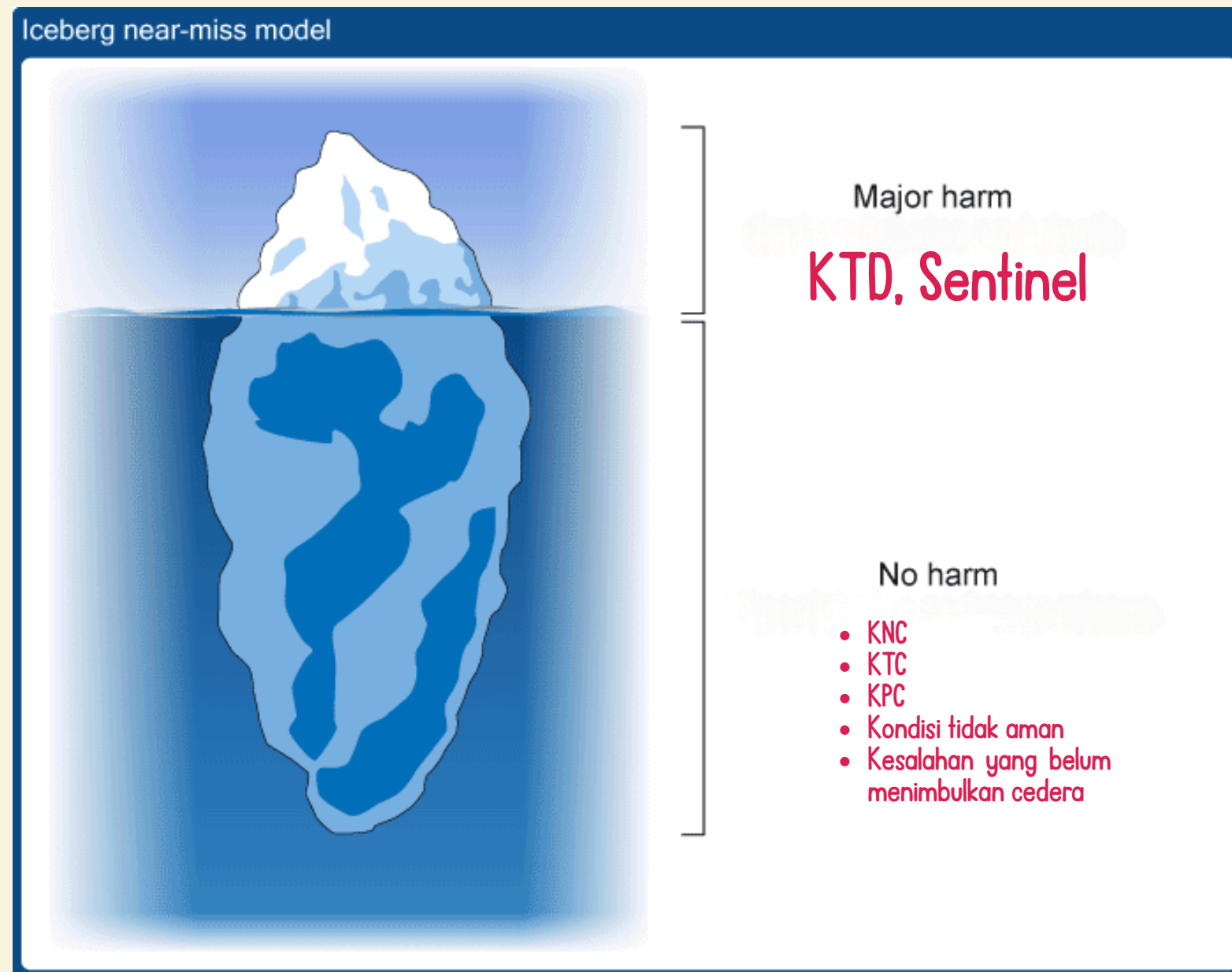
- Perawat melihat gelang identitas pasien tidak terpasang tetapi mengabaikannya.
- Dokter mengetahui hasil laboratorium kritis terlambat tetapi tidak melaporkannya.
- Petugas takut melaporkan kesalahan obat.

Budaya Keselamatan Kuat

- Perawat langsung memasang gelang identitas.
- Dokter melaporkan keterlambatan hasil laboratorium sebagai insiden.
- Petugas melaporkan kesalahan tanpa takut dihukum.

ANALOGI GUNUNG ES (ICEBERG THEORY)

Sebagian besar insiden yang terjadi sebenarnya tidak terlihat.



PESAN PENTING

Jika kita memperbaiki bagian bawah gunung es, maka kejadian besar di atas dapat dicegah.

Safety Culture “James Reason”



INFORMED CULTURE

Mereka yang mengelola dan mengoperasikan sistem memiliki pengetahuan terkini tentang faktor-faktor manusia, teknis, organisasi, dan lingkungan yang menentukan keselamatan sistem secara keseluruhan.

Contoh:

- Memahami risiko dan data insiden
- Memantau indikator keselamatan
- Menggunakan informasi untuk pengambilan keputusan



REPORTING CULTURE

Iklm organisasi di mana orang-orang bersedia melaporkan kesalahan mereka dan near-misses (kejadian nyaris cedera).

Contoh:

- Mudah melaporkan insiden
- Tidak takut dihukum atau disalahkan
- Laporan ditindaklanjuti dan ada feedback
- Semua staf melapor, termasuk KPC, KNC, KTC



JUST CULTURE

Suasana saling percaya di mana orang didorong (bahkan diberi penghargaan) untuk memberikan informasi penting terkait keselamatan, tetapi juga jelas batas antara perilaku yang dapat diterima dan yang tidak dapat diterima.

Contoh:

- Membedakan human error, at risk behavior, dan reckless behavior
- Fokus pada sistem, bukan menyalahkan individu
- Edukasi dan perbaikan sistem untuk kesalahan yang tidak disengaja
- Tindakan tegas untuk pelanggaran serius



FLEXIBLE CULTURE

Budaya di mana organisasi mampu menata ulang diri dalam menghadapi operasi berisiko tinggi atau jenis bahaya tertentu yang sering berubah dari mode hierarkis konvensional menjadi mode yang lebih adaptif dan kolaboratif.

Contoh:

- Cepat beradaptasi terhadap perubahan situasi dan risiko
- Tim lintas profesi bekerja sama
- Fleksibel dalam prosedur namun tetap aman
- Belajar dari pengalaman dan menyesuaikan proses



LEARNING CULTURE

Organisasi harus memiliki kemauan dan kompetensi untuk menarik kesimpulan yang tepat dari sistem informasi keselamatan dan berkomitmen menerapkan perubahan-perubahan besar (reformasi).

Contoh:

- Menganalisis insiden untuk menemukan akar masalah
- Berbagi pembelajaran (lesson learned)
- Mengubah proses/SOP berdasarkan temuan
- Evaluasi efektivitas perbaikan

SAFETY CULTURE

Budaya keselamatan adalah nilai, sikap, kompetensi dan perilaku individu maupun organisasi yang menjadikan keselamatan sebagai prioritas utama dalam setiap kegiatan.



TUJUAN AKHIR

Mencegah cedera pada pasien dan staf, menciptakan lingkungan kerja yang aman, dan meningkatkan mutu pelayanan secara berkelanjutan.

REPORTING CULTURE

Budaya pelaporan berarti:

- Semua orang melapor
- Tidak takut
- Tidak dihukum
- Ada tindak lanjut

Prinsip:

"Semakin banyak laporan, semakin baik budaya keselamatan."

Hasil berbagai penelitian menunjukkan alasan utama:

1. Takut disalahkan
2. Takut dihukum
3. Takut dinilai tidak kompeten
4. Takut dimarahi atasan
5. Menganggap insiden kecil
6. Tidak ada umpan balik

ILUSTRASI

Jika seorang perawat salah memberikan obat dan langsung dihukum:

Maka yang terjadi:

- ✗ Tidak ada yang mau melapor lagi
- ✗ Kesalahan serupa akan berulang
- ✗ Organisasi tidak belajar

Just Culture

Organisasi bersikap Adil

Kesalahan manusia dibedakan menjadi:

Human Error

Kesalahan tidak disengaja.

Contoh:

Salah membaca label obat.

Respons:

- Konseling
- Edukasi
- Perbaiki sistem

At Risk Behavior

Mengambil jalan pintas.

Contoh:

Tidak melakukan identifikasi pasien dua identitas.

Respons:

- Coaching
- Pengawasan

Reckless Behavior

Melanggar aturan secara sadar.

Contoh:

Memberikan obat tanpa memeriksa resep.

Respons:

- Tindakan disiplin

MODEL KEJU SWISS (SWISS CHEESE MODEL)

Kecelakaan terjadi ketika lubang-lubang pada setiap lapisan pertahanan sejajar



TUJUAN: MENCEGAH CEDERA PADA PASIEN

SUMBER RISIKO

- Faktor Manusia
- Faktor Teknologi
- Faktor Organisasi
- Faktor Lingkungan

KEGAGALAN LATEN (LATENT FAILURES)

Prosedur tidak jelas / tidak lengkap

Komunikasi tidak efektif

Beban kerja tinggi

Verifikasi tidak dilakukan

Pengawasan & supervisi kurang

Peralatan / teknologi tidak mendukung

Lingkungan tidak aman



INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

PEMICU (TRIGGERS)

- Perubahan kondisi pasien
- Beban kerja tinggi
- Komunikasi tidak efektif
- Proses tidak sesuai prosedur
- Gangguan/perhatian terbagi
- Lingkungan tidak aman

KEBIJAKAN & REGULASI

- Kebijakan
- Pedoman
- Regulasi eksternal

KOMUNIKASI

- SBAR tidak digunakan
- Informasi tidak lengkap

PROSEDUR (SPO)

- SOP tidak sesuai
- Alur tidak jelas
- Tidak dipatuhi

VERIFIKASI & DOUBLE CHECK

- Identifikasi pasien
- Obat/tindakan tidak diverifikasi

SUPERVISI & MONITORING

- Supervisi kurang
- Evaluasi tidak dilakukan

TEKNOLOGI & PERALATAN

- Alat tidak sesuai
- Sistem tidak terintegrasi

LINGKUNGAN KERJA

- Pencahayaan buruk
- Suasana bising
- Tata ruang tidak mendukung

- KPC (Potensial Cedera)
- KNC (Nyaris Cedera)
- KTC (Tidak Cedera)
- KTD (Tidak Diharapkan)
- Sentinel

CONTOH KASUS



PASIEN MENERIMA OBAT YANG SALAH
(KTC – Tidak Cedera)

1

Kebijakan & Regulasi

Pedoman label obat tidak jelas

2

Komunikasi

Informasi obat dari dokter tidak lengkap

3

Prosedur (SPO)

SPO 5 Benar tidak dipatuhi

4

Verifikasi & Double Check

Perawat tidak melakukan double check

5

Supervisi & Monitoring

Pengawasan kurang pada saat pemberian obat

6

Teknologi & Peralatan

Label obat mirip, belum ada sistem peringatan

7

Lingkungan Kerja

Ruang ramai, banyak interupsi

HASIL AKHIR

Obat salah diberikan, tidak menimbulkan cedera pada pasien (KTC)



PELAJARAN: Banyak lubang kecil pada sistem yang jika sejajar dapat menyebabkan insiden. Perkuat setiap lapisan pertahanan untuk mencegah cedera pada pasien.



BUDAYA KESELAMATAN

- ✓ Laporkan insiden
- ✓ Perbaiki sistem
- ✓ Belajar dari insiden
- ✓ Cegah terulang

SPEAK UP FOR SAFETY

Budaya keselamatan yang baik ditandai dengan keberanian staf untuk berbicara

Speak Up adalah:
Mengungkapkan kekhawatiran terhadap risiko keselamatan pasien meskipun kepada atasan.

Contoh:
Dokter:
"Berikan Kalium 25 mEq."
Perawat melihat dosis tidak sesuai.
Perawat harus berani mengatakan:
"Dokter, mohon izin konfirmasi kembali dosis Kalium karena tampak melebihi standar."

STOP THE LINE

Contoh:

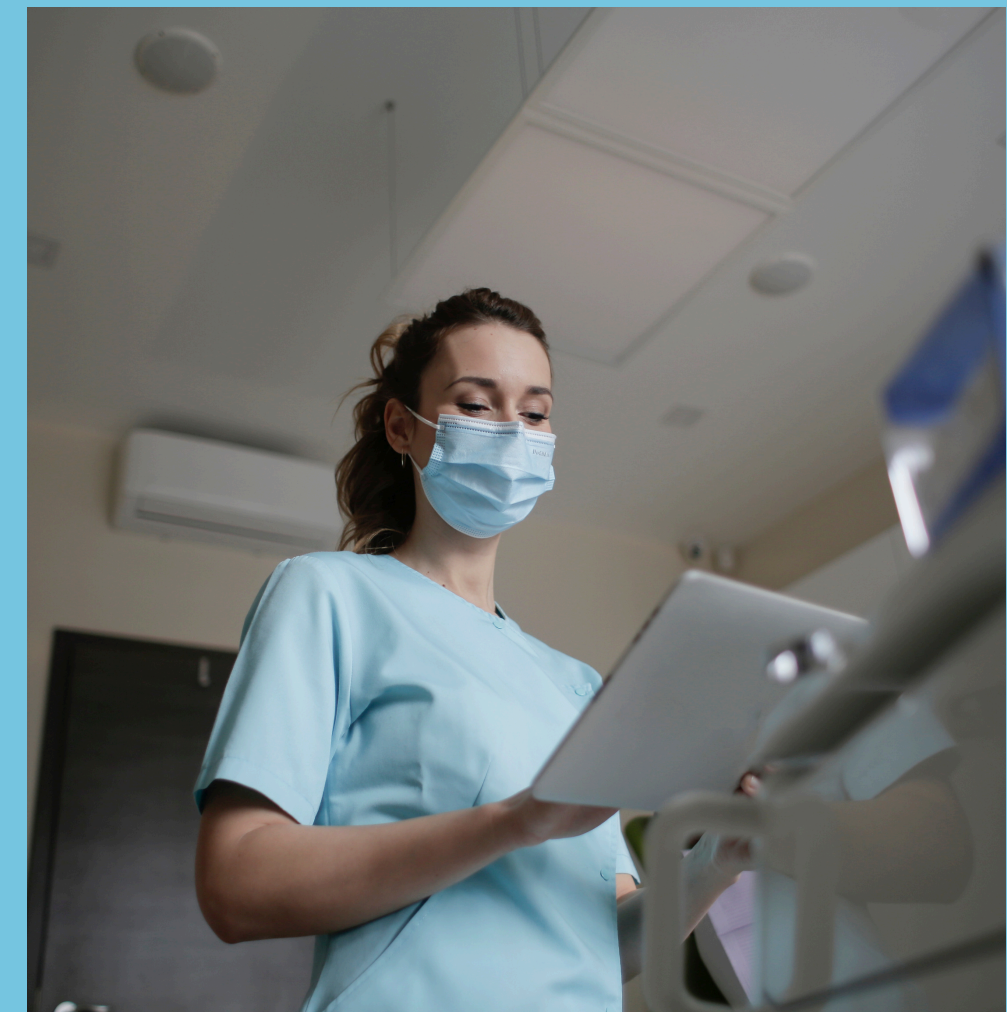
- Identitas pasien tidak sesuai
- Obat tidak sesuai
- Darah tidak sesuai
- Site operasi belum terkonfirmasi

Semua petugas berhak mengatakan:

"STOP, saya perlu memastikan kembali demi keselamatan pasien."

Prinsip keselamatan:

Setiap petugas berhak menghentikan proses pelayanan jika terdapat risiko keselamatan pasien




SP2KP-RS

Suatu sistem untuk mendokumentasikan, menganalisis, dan menindaklanjuti insiden keselamatan pasien sebagai sarana pembelajaran dan perbaikan mutu.

Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

setiap **kejadian** yang **tidak disengaja** ketika **memberikan asuhan kepada pasien (care management problem /CMP)** atau **kondisi** yang berhubungan dengan lingkungan di Rumah sakit termasuk infrastruktur, sarana prasarana (service delivery problem/SDP), yang dapat berpotensi atau telah menyebabkan bahaya bagi pasien.



SP2KP - RS

TUJUAN

- Mengidentifikasi risiko dan insiden
- Mencegah kejadian berulang
- Meningkatkan mutu dan keselamatan pelayanan
- Membangun budaya non-punitif

PRINSIP

- Non-punitive (tidak menghukum)
- Rahasia dan aman
- Tepat waktu
- Berorientasi pembelajaran

Jenis Insiden yang Dilaporkan



KPCS

- Kondisi potesial cedera signifikan
- Kondisi yang berpotensi meyebabkan sentinel

KNC

- Kejadian Nyaris Cedera /near miss
- IKP yang belum terpapar pada pasien

KTC

- Kejadian tidak cedera
- IKP yang sudah terpapar pada pasien namun tidak menyebabkan cedera

KTD

- Kejadian tidak diharapkan
- IKP yang meyebabkan cedera pada pasien

Sentinel adalah Kejadian keselamatan pasien yang tidak diharapkan yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang serius, baik fisik maupun psikologis, yang tidak berkaitan dengan perjalanan penyakit pasien, dan menandakan adanya kegagalan serius dalam sistem pelayanan sehingga memerlukan investigasi segera dan mendalam

BUNUH DIRI

- Sedang dirawat, ditatalaksana
- Menerima pelayanan di unit yg staf selalu siaga 24 jam
- 72 jam setelah pemulangan pasien

KEMATIAN BAYI ATERM

BAYI DIPULANGKAN PADA ORTU YG SALAH

PENCULIKAN PASIEN

Sedang menerima perawatan, tatalaksana, pelayanan

HIPERBILIRUBINEMIA BERAT > 30 MG/DL

REAKSI TRANFUSI HEMOLITIK

PEMERKOSAAN/KEKERASAN

- Menyebabkan kematian, cedera permanen, cedera sementara derajat berat
- Pada pasien yg sedang menerima pelayan/perawatan ketika berada di lingkungan RS
- Pada staf, praktisi mandiri berijin, pengunjung, vendor ketika berada di lingkungan RS

OPERASI/TINDAKAN YG SALAH

- Operasi/tindakan invasif yg salah pasien, salah sisi, salah prosedur
- tertinggalnya benda asing yg tdk disengaja saat operasi/tindakan invasif

KEMATIAN IBU INTRAPARTUM

MORBIDITAS IBU DERAJAT BERAT

- Tidak berhubungan dg perjalanan alamiah penyakit atau kondisi yg mendasari
- Menyebabkan cedera permanen atau cedera sementara derajat berat

SENTINEL



**Semua Reaksi Tranfusi yg
dikonfirmasi**

01

**kejadian tidak diharapkan atau
pola kejadian tidak diharapkan
selama sedasi/anestesi tanpa
memandang cara pemberian**

05

ADVERSE DRUG REACTION
kejadian serius akibat efek samping
obat

02

**KTD berkaitan
identifikasi pasien**

06

Medication Error
Kesalahan pengobatan yang
menyebabkan kecacatan dan/
perpanjangan hari rawat

03

**infeksi yang berkaitan
dengan perawatan
kesehatan**

07

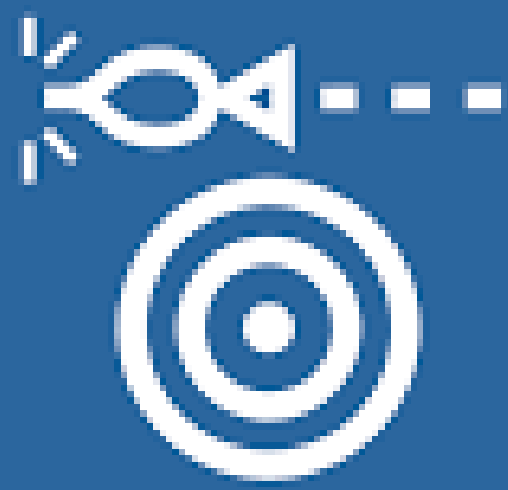
**perbedaan besar
(discrepancy) antara
diagnosis praoperasi dan
diagnosis pascaoperasi**

04

**wabah penyakit
menular**

08

KTD



Apa yang harus dilakukan ?

RESPONDS



- Secure/Amankan
- Stabilisasi, hubungi code blue 111, jika perlu dan lakukan monitoring ketat
- Inform: pelaporan klinis segera dokter jaga dan atau DPJP
- Dokumentasikan dlm RM

REPORT



<https://forms.gle/eKz6CuyKdgaZ1WuA8>

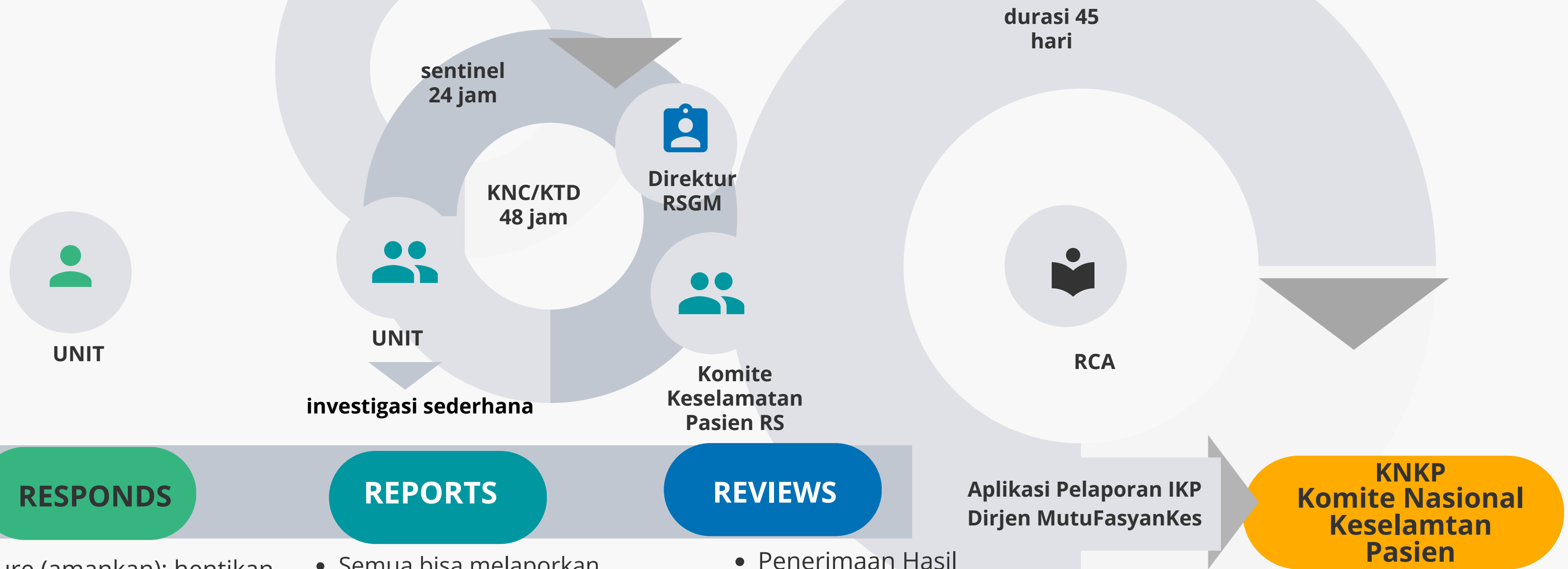
- Semua bisa melaporkan
- Laporan lewat RME/Scan Barcode/LINK diatas
- Laporan masuk ke Komite
- Umpan balik ke KepalaUnit/Instalasi utk investigasi Sederhana lewat Link <https://forms.gle/6BsCjXb7jz2LSgmq5>
- KTD/Sentinel Komite akan melaporkan ke KEMENKES

REVIEWS



Sub Komite Keselamatan Pasien akan menindaklanjuti, menginvestigasi dan memberikan rekomendasi serta mengevaluasi tindak lanjut

ALUR PELAPORAN IKP



1. Secure (amankan): hentikan sumber insiden, amankan lingkungan, cegah dampak lanjutan
2. Stabilisasi: beri tindakan medis, hubungi 111 jika perlu, monitoring
3. Inform : lapor Dokter jaga dan/ DPJP, informasikan pada pasien/keluarga, Dokumentasi RM

- Semua bisa melaporkan
- Laport lewat RME/Scan Barcode/LINK
- Laporan masuk ke Komite
- Umpan balik ke KepalaUnit/Instalasi utyk investigasi Sederhana lewat Link/Scan barcode
- KTD/Sentinel Komite akan melaporkan ke KEMENKES

- Penerimaan Hasil
- Verifikasi dan Validasi
- Evaluasi dan Analisis
- Penyusunan Rencana Tindak Lanjut
- Implementasi RTL
- Monitoring dan Evaluasi
- Umpan Balik dan Pembelajaran

mengawal dan meningkatkan mutu YanKes dg fokus pd pencegahan cedera pasien, mengoordinasikan program keselamatan pasien nasional, serta mendorong pelaporan insiden keselamatan pasien melalui sistem e-Reporting utk perbaikan berkelanjutan di seluruh fasilitas kesehatan di Indonesia.



<https://forms.gle/DpvrN7CMA17daQtV9>

Laporan IKP



<https://forms.gle/M7kQMFkPAYqi9PMA7>

Form Investigasi Sederhana

LEVEL	FREKUENSI	KEJADIAN AKTUAL
1	Sangat jarang	Dapat terjadi dalam lebih dari 5 tahun
2	Jarang	Dapat terjadi dalam 2-5 tahun
3	Mungkin	Dapat terjadi tiap 1-2 tahun
4	Sering	Dapat terjadi beberapa kali dalam setahun
5	Sangat sering	Terjadi dalam minggu / bulan



LEVEL	DESKRIPSI	CONTOH DESKRIPSI
1	Insignificant	Tidak ada cedera
2	Minor	<ul style="list-style-type: none"> Cedera ringan, misalnya luka lecet Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Moderate	<ul style="list-style-type: none"> Cedera sedang, misalnya: luka robek Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual (reversible/semipermanen), tidak berhubungan dengan penyakit Setiap kasus yg memperpanjang perawatan
4	Major	<ul style="list-style-type: none"> Cedera luas/berat, misalnya: cacat, lumpuh Kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (irreversibel), tidak berhubungan dengan penyakit
5	Catastrophic	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

RISK GRADING MATRIX



Probabilitas	Tak Significant 1	MINOR 2	Moderat 3	Mayor 4	Katatrospik 5
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (bbrp kali/tahun) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1 - < 2 tahun/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (> 2 - < 5 th/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (> 5 thn/Kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim



INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

INVESTIGASI INSIDEN



Tujuan:

- Menemukan penyebab langsung
- Menemukan faktor kontributor
- Menemukan akar masalah

Bukan mencari siapa yang salah.

PEMBELAJARAN DARI INSIDEN



Hasil investigasi harus

menghasilkan:

- Revisi SPO
- Pelatihan
- Sosialisasi
- Audit
- Perubahan sistem

PIMPINAN



Pimpinan wajib:

- ✓ Mendukung pelaporan
- ✓ Menjamin budaya adil
- ✓ Memberikan umpan balik
- ✓ Menindaklanjuti rekomendasi
- ✓ Menjadi role model keselamatan

SELURUH STAF

1. identifikasi yg benar : min. 2 identitas
2. komunikasi efektif : TBK, SBAR
3. Keamanan Obat HAM : 5 benar, double cek
4. Tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien : site marking, timeout
5. hand hygiene/cuci tangan saat 5 moment cuci tangan
6. identifikasi dan penatalaksanaan pasien risiko jatuh
7. Speak up for safety
8. Stop the line
9. melaporkan insiden
10. belajar dari insiden





"Burung merpati terbang tinggi,
Hinggap sebentar di pohon jati.
Mari bangun budaya keselamatan yang sejati,
Laporkan insiden, belajar bersama, demi pasien
yang lebih aman dan berkualitas tinggi!"

"RSGM AMAN"

- A = Aktif Melapor
- M = Mengutamakan Keselamatan Pasien
- A = Analisis dan Belajar dari Insiden
- N = Nyata Melakukan Perbaikan

**"RSGM AMAN: Aktif Melapor, Belajar
Bersama, Pasien Selamat."**