



Edisi 1
Tahun 2019

**PEDOMAN KERJA
TIM KESELAMATAN PASIEN
RS. Mata Undaan Surabaya**

Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya
Telp. 031 5343 806, 5319 619
Fax. 031 - 5317 503

3. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien.

1.4 Batasan/Definisi Operasional

1. Keselamatan/Safety adalah bebas dari bahaya atau risiko (hazard)
2. Hazard/bahaya adalah suatu “keadaan, perubahan atau tindakan” yang dapat meningkatkan risiko pada pasien.
 - a. Keadaan adalah setiap faktor yang berhubungan atau mempengaruhi suatu “peristiwa keselamatan pasien/pasien safety event, agent atau personal”.
 - b. Agent adalah substansi, obyek atau sistem yang menyebabkan perubahan.
3. Keselamatan Pasien/Patient Safety adalah suatu sistem dimana pasien bebas dari harm/cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari harm yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik/sosial psikologis, cacat, kematian, dll), terkait dengan pelayanan kesehatan. Suatu sistem dimana ruah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk: asesmen risiko; identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien; pelaporan dan analisis insiden; kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
4. Insiden Keselamatan Pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan kejadian Potensi cedera.
5. KPC adalah Kondisi yang berpotensi menimbulkan cedera tapi belum terjadi insiden
6. Kejadian Tidak Cedera adalah Pasien sudah terpapar tetapi tidak terjadi sesuatu
7. Kejadian Nyaris Cedera adalah Suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena “keberuntungan”
8. Kejadian Tak Diharapkan adalah Insiden yang mengakibatkan pasien cedera
9. *Root Cause Analysis* (RCA) adalah salah satu alat (*Tool*) yang digunakan dalam inisiatif problem solving untuk membantu tim menemukan akar penyebab (*Root Cause*) dari masalah yang sedang dihadapi.
10. Risk Manajemen adalah Kegiatan klinis dan administratif yang ditujukan untuk identifikasi, analisis ,penilaian, pengelolaan dan mengurangi risiko cedera terhadap pasien,staff dan pengunjung dan semua risiko yang menyebabkan kerugian pada Rumahsakit sendiri.
11. *Healthcare Failure Mode Effect and Analysis* (HFMEA) adalah metode perbaikan kinerja pelayanan kesehatan dengan mengidentifikasi dan mencegah potensi kegagalan sebelum terjadi. Hal tersebut didesain untuk meningkatkan keselamatan pasien.

1.5 Landasan Hukum

1. Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
2. Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Edisi III Tahun 2015.

BAB IV TATA LAKSANA

4.1 Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya dilakukan melalui 7 standar sebagai berikut:

1. Hak Pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.

Kriteria:

- a. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
- c. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.

2. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah Sakit Mata Undaan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien

Kriteria:

Keselamatan pasien dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan mitra dalam proses pelayanan. Oleh karena itu, di rumah sakit 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 :

- a. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
- b. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
- c. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- d. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
- e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit mata undaan
- f. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

3. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Rumah Sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

- a. Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat
- b. Pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
- c. Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
- d. Terdapat 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. Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif

4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Rumah sakit harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriteria:

- a. Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya harus melakukan proses perancangan (design) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- b. Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan
- c. Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua Kejadian Tidak Diharapkan, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
- d. Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya 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

Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit “.Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

Kriteria:

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis-jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari “Kejadian Nyaris Cedera” (*Near miss*) sampai dengan “Kejadian Tidak Diharapkan” (*Adverse event*).
- c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- d. 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.
- e. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah (RCA) “Kejadian Nyaris Cedera” (*Near miss*) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.

- f. 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”.
- g. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- h. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
- i. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Rumah Sakit Mata Undaan memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas. Rumah Sakit Mata Undaan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

Kriteria:

- a. Rumah Sakit Mata Undaan harus memiliki program pendidikan pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
- b. Rumah Sakit Mata Undaan harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in-service training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- c. Rumah Sakit Mata Undaan harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Rumah Sakit Mata Undaan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriteria:

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

4.2 Sasaran Keselamatan Pasien

1. Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

Rumah Sakit Mata Undaan mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

Langkah Penerapan:

- a. Rumah Sakit Mata Undaan membuat kebijakan tentang Identifikasi Pasien.
- b. Rumah Sakit Mata Undaan membuat Panduan Identifikasi Pasien yang dijadikan acuan seluruh unit.
- c. Rumah Sakit Mata Undaan merancang SPO Identifikasi Pasien melalui pemasangan gelang identitas (min. 2 identitas, kapan dipasang? Dimana dipasang?)

- d. Rumah sakit Mata Undaan mengembangkan SPO pemasangan dan pelepasan tanda identitas risiko bagi pasien yang datang ke rumah sakit.
- e. Rumah Sakit Mata Undaan merancang SPO tentang Pemasangan dan pelepasan gelang identitas

2. Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

Rumah Sakit Mata Undaan mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi pelayanan.

Langkah Penerapan:

- a. Rumah Sakit Mata Undaan mengembangkan Kebijakan tentang Keakuratan dan penerapan Komunikasi (lisan, telepon) secara konsisten di rumah sakit.
- b. Rumah Sakit Mata Undaan mengembangkan Panduan Komunikasi Efektif yang akan dijadikan acuan bagi seluruh unit di rumah sakit
- c. Rumah Sakit Mata Undaan merancang SPO tentang Komunikasi Efektif (lisan, telepon)
- d. Rumah Sakit Mata Undaan merancang SPO tentang Komunikasi Efektif secara SBAR
- e. Rumah Sakit Mata Undaan membuat Daftar Singkatan resmi yang digunakan oleh seluruh unit.
- f. Rumah Sakit Mata Undaan membuat SPO Serah Terima pasien
- g. Rumah Sakit Mata Undaan merancang SPO tentang penyampaian hasil nilai kritis.

3. Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan Yang Harus Diwaspadai

Rumah Sakit Mata Undaan mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*).

Langkah Penerapan:

- a. Rumah Sakit Mata Undaan mengembangkan Kebijakan tentang Pengelolaan Obat di rumah sakit.
- b. Rumah Sakit Mata Undaan membuat Pedoman/ Panduan Pengelolaan Obat (*high alert & norum*) yang akan dijadikan acuan bagi seluruh unit/
- c. Rumah Sakit Mata Undaan merancang SPO Identifikasi, Pelabelan dan Penyimpanan obat *High Alert*
- d. Rumah Sakit Mata Undaan merancang SPO Penyiapan dan Penyerahan obat *High Alert*
- e. Rumah Sakit Mata Undaan mmbuat SPO Pencampuran Obat IV *High Alert*
- f. Rumah Sakit Mata Undaan membuat SPO tentang Pemberian Obat dengan Benar
- g. Rumah Sakit Mat Undaan membuat Daftar Obat Yang Perlu Diwaspadai

4. Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat-lokasi, tepat prosedur, dan tepat- pasien.

Langkah Penerapan:

- a. Rumah Sakit Mata Undaan mengembangkan Kebijakan tentang Prosedur Operasi (tepat lokasi-tepat prosedur, tepat pasien)
- b. Rumah Sakit Mata Undaan merancang SPO tentang Penandaan Identifikasi Lokasi Operasi
- c. Rumah Sakit Mata Undaan merancang SPO tentang Surgical Patient Safety Check List
- d. Rumah Sakit Mata Undaan mengembangkan Form Surgical Patient Safety Check List

- e. Rumah Sakit Mata Undaan merancang SPO tentang Pengecekan Instrumen, Kasa
 - f. Rumah Sakit Mata Undaan mengembangkan Form Pengecekan Instrumen, Kasa
- 5. Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan**
 Rumah Sakit Mata Undaan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
 Langkah Penerapan:
- a. Rumah Sakit Mata Undaan mengembangkan Kebijakan RS Pencegahan Infeksi
 - b. Rumah Sakit Mata Undaan membuat Pedoman Pencegahan Infeksi di RS yang dijadikan acuan diseluruh unit
 - c. Rumah Sakit Mata Undaan merancang SPO tentang Cuci Tangan
 - d. Rumah Sakit Mata Undaan menyediakan Fasilitas Cuci Tangan
 - e. Rumah Sakit Mata Undaan melakukan sosialisasi dengan alat bantu :
 - Sosialisasi ; brosur, flyer, standing banner
 - Edukasi: Panduan Hand Hygiene (WHO)
- 6. Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh**
 Rumah Sakit Mata Undaan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.
 Langkah Penerapan:
- a. Rumah Sakit Mata Undaan mengembangkan Kebijakan RS tentang Pencegahan Pasien Jatuh
 - b. Rumah Sakit Mata Undaan merancang SPO tentang Penilaian Awal Risiko Jatuh
 - c. Rumah Sakit Mata Undaan menggunakan Form Penilaian : Morse Fall, Humpty Dumpty
 - d. Rumah Sakit Mata Undaan menggunakan Form Monitoring Risiko Jatuh
 - e. Rumah Sakit Mata Undaan membuat fasilitas seperti: Signage/Alat bantu.

4.3 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

1. Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien

Segala upaya harus dikerahkan di Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk menciptakan lingkungan yang terbuka dan tidak menyalahkan sehingga aman untuk melakukan pelaporan. Ciptakan budaya adil dan terbuka.

Dimasa lalu sangat sering terjadi reaksi pertama terhadap insiden di Fasilitas pelayanan Kesehatan adalah menyalahkan staf yang terlibat, dan dilakukan tindakan-tindakan hukuman. Hal ini, mengakibatkan staf enggan melapor bila terjadi insiden.

Oleh karena itu, diperlukan lingkungan dengan budaya adil dan terbuka sehingga staf berani melapor dan penanganan insiden dilakukan secara sistematis. Dengan budaya adil dan terbuka ini pasien, staf dan Fasilitas Kesehatan akan memperoleh banyak manfaat.

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

- a. Ada kebijakan pencatatan dan pelaporan yang menyatakan apa yang harus dilakukan oleh staf apabila terjadi insiden, bagaimana dilakukan investigasi dan dukungan apa yang harus diberikan kepada pasien, keluarga, dan staf.
- b. Pastikan dalam kebijakan tersebut ada kejelasan tentang peran individu dan akuntabilitasnya bila terjadi insiden.
- c. Lakukan survei budaya keselamatan untuk menilai budaya pelaporan dan pembelajaran di Fasilitas pelayanan Kesehatan anda.
- d. Pastikan petugas mampu berbicara tentang pendapatnya dan membuat laporan apabila terjadi insiden.

- e. Tunjukkan kepada tim anda tindakan-tindakan yang sudah dilakukan oleh Fasilitas pelayanan Kesehatan menindak lanjuti laporan-laporan tersebut secara adil guna pembelajaran dan pengambilan keputusan yang tepat.

2. Memimpin Dan Mendukung Staf

Keselamatan pasien melibatkan setiap orang dalam Fasilitas pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Mata Undaan.. Membangun budaya keselamatan sangat tergantung kepada kepemimpinan yang kuat dan kemampuan organisasi mendengarkan pendapat seluruh anggota.

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

- a. Pastikan ada anggota eksekutif yang bertanggung jawab tentang keselamatan pasien. Anggota eksekutif di rumah sakit mata undaan merupakan jajaran direksi rumah sakit yang meliputi direktur rumah sakit dan pimpinan unsur-unsur yang ada dalam struktur organisasi rumah sakit, pimpinan yaitu ketua dan tim keselamatan pasien
- b. Tunjuk penggerak/champion keselamatan pasien di tiap unit.
- c. Tempatkan keselamatan pasien dalam agenda pertemuan-pertemuan pada tingkat manajemen, struktural dan unit.
- d. Masukkan keselamatan pasien ke dalam program-program pelatihan bagi staf dan pastikan ada pengukuran terhadap efektifitas pelatihan-pelatihan tersebut.
- e. Calonkan penggerak/champion untuk keselamatan pasien.
- f. Jelaskan pentingnya keselamatan pasien kepada anggota unit.
- g. Tumbuhkan etos kerja dilingkungan tim/unit anda sehingga staf merasa dihargai dan merasa mampu berbicara apabila mereka berpendapat bahwa insiden bisa terjadi.

3. Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko

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

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

- a. Pelajari kembali struktur dan proses untuk pengelolaan risiko klinis dan non klinis, dan pastikan hal ini sudah terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf complain dan risiko keuangan serta lingkungan.
- b. Kembangkan indikator-indikator kinerja untuk sistem manajemen risiko anda sehingga dapat di monitor oleh pimpinan.
- c. Gunakan informasi-informasi yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk perbaikan pelayanan pasien secara pro-aktif.
- d. Giatkan forum-forum diskusi tentang isu-isu manajemen risiko dan keselamatan pasien, berikan feedback kepada manajemen.
- e. Lakukan asesmen risiko pasien secara individual sebelum dilakukan tindakan
- f. Lakukan proses asesmen risiko secara reguler untuk tiap jenis risiko dan lakukan tindakan-tindakan yang tepat untuk meminimalisasinya.
- g. Pastikan asesmen risiko yang ada di unit anda masuk ke dalam proses asesmen risiko di tingkat organisasi dan risk register.

4. Mengembangkan Sistem Pelaporan

Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan:

Bangun dan implementasikan sistem pelaporan yang menjelaskan bagaimana dan cara Fasilitas pelayanan Kesehatan melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun secara eksternal (nasional) ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP).

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

Dorong petugas rumah sakit untuk secara aktif melaporkan insiden-insiden keselamatan pasien baik yang sudah terjadi maupun yang sudah di cegah tetapi bisa berdampak penting untuk pembelajaran. Panduan secara detail tentang sistem pelaporan insiden keselamatan pasien akan di susun oleh Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP).

5. Melibatkan Dan Berkomunikasi Dengan Pasien

Peran aktif pasien dalam proses asuhannya harus diperkenalkan dan di dorong. Pasien memainkan peranan kunci dalam membantu penegakan diagnosa yang akurat, dalam memutuskan tindakan pengobatan yang tepat, dalam memilih fasilitas yang aman dan berpengalaman, dan dalam mengidentifikasi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) serta mengambil tindakan yang tepat.

Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

- a. Kembangkan kebijakan yang mencakup komunikasi terbuka dengan pasien dan keluarganya tentang insiden yang terjadi
- b. Pastikan pasien dan keluarganya mendapatkan informasi apabila terjadi insiden dan pasien mengalami cedera sebagai akibatnya.
- c. Berikan dukungan kepada staf, lakukan pelatihan-pelatihan dan dorongan agar mereka mampu melaksanakan keterbukaan kepada pasien dan keluarganya .

Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

- a. Pastikan anggota tim menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya secara aktif waktu terjadi insiden.
- b. Prioritaskan kebutuhan untuk memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya waktu terjadi insiden, dan berikan informasi yang jelas, akurat dan tepat waktu
- c. Pastikan pasien dan keluarganya menerima pernyataan "maaf" atau rasa keprihatinan kita dan lakukan dengan cara terhormat dan simpatik.

6. Belajar Dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien

Salah satu hal yang terpenting yang harus kita pertanyakan adalah apa yang sesungguhnya terjadi dengan sistem kita ini.

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

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

- a. Yakinkan staf yang sudah terlatih melakukan investigasi insiden secara tepat sehingga bisa mengidentifikasi akar masalahnya.
- b. Kembangkan kebijakan yang mencakup kriteria kapan fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan Root Cause Analysis (RCA).
- c. Lakukan pembelajaran di dalam lingkup unit anda dari analisa insiden keselamatan pasien.
- d. Identifikasi unit lain yang kemungkinan terkena dampak dan berbagilah proses pembelajaran anda secara luas.

7. Mencegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Salah satu kekurangan Fasilitas pelayanan Kesehatan di masa lalu adalah ketidakmampuan dalam mengenali bahwa penyebab kegagalan yang terjadi di satu Fasilitas pelayanan Kesehatan bisa menjadi cara untuk mencegah risiko terjadinya kegagalan di Fasilitas pelayanan Kesehatan yang lain.

Pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks seperti Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mencapai hal-hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :

Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

- a. Gunakan informasi yang berasal dari sistem pelaporan insiden, asesmen risiko, investigasi insiden, audit dan analisa untuk menetapkan solusi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Hal ini mencakup redesigning system dan proses, penyesuaian pelatihan staf dan praktek klinik
- b. Lakukan asesmen tentang risiko-risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
- c. Monitor dampak dari perubahan-perubahan tersebut
- d. Implementasikan solusi-solusi yang sudah dikembangkan eksternal. Hal ini termasuk solusi yang dikembangkan oleh KNKP atau Best Practice yang sudah dikembangkan oleh Fasilitas Kesehatan lain
- e. Libatkan tim anda dalam pengembangan cara-cara agar asuhan pasien lebih baik dan lebih aman.
- f. Kaji ulang perubahan-perubahan yang sudah dibuat dengan tim anda untuk memastikan keberlanjutannya
- g. Pastikan tim anda menerima feedback pada setiap followup dalam pelaporan insiden.

BAB V LOGISTIK

Kebutuhan Tim SKP untuk pelaksanaan kegiatan operasional adalah sebagai berikut :

JENIS BARANG	
1. Komputer / laptop	16. Ballpoint
2. Map dokumen keeper	17. Pensil
3. Map display book	18. Spidol kecil
4. Map business file	19. Penggaris
5. Box file	20. Stapler + isi
6. Binder clips	21. Gunting
7. Paper clip kecil	22. Tinta printer
8. Staples dan isinya	23. Buku tulis
9. Stabilo	24. Odner
10. Stipo	25. Carter
11. Kertas hvs	26. Spidol marker
12. Post id	27. Penghapus pencil
13. Paper clip jumbo	28. Pengerat pencil
14. Lem	29. Plong plongan
15. Map L	30. Flasdisk

BAB VI KESELAMATAN KERJA

1. Pengertian

Keselamatan adalah suatu tingkatan keadaan tertentu dimana gedung, halaman/ground, peralatan, teknologi medis, informasi serta sistem di lingkungan Rumah Sakit tidak menimbulkan bahaya atau risiko fisik bagi pegawai, pasien, pengunjung serta masyarakat sekitar.

Keamanan adalah suatu kondisi yang melindungi properti milik Rumah Sakit, sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit dari bahaya pengrusakan dan kehilangan atau akses serta penggunaan oleh mereka yang tidak berwenang. keamanan kerja adalah unsur-unsur penunjang yang mendukung terciptanya suasana kerja yang aman, baik berupa materil maupun non materil.

2. Tujuan

Standar keselamatan dan keamanan kerja di Rumah Sakit Mata Undaan bertujuan untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan cidera serta mempertahankan kondisi yang aman bagi sumber daya manusia Rumah Sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan Rumah Sakit.

3. Langkah-Langkah Keselamatan dan Keamanan di Rumah Sakit

Langkah-langkah yang dilakukan untuk melaksanakan standar keselamatan dan keamanan sebagai berikut:

- a. Identifikasi dan penilaian risiko yang komprehensif menyangkut keselamatan (lantai licin, terjebak lift, lift anjlok, dan lain-lain) dan keamanan (pencurian, penculikan bayi, kerusuhan, dan lain-lain)
- b. Pemetaan area berisiko terjadinya gangguan keselamatan dan keamanan di Rumah Sakit.
- c. Melakukan upaya pengendalian dan pencegahan lain pada kejadian tidak aman :
 - 1) Menghilangkan kondisi yang tidak standar
 - a) Tidak cukup batas pengaman atau pagar
 - b) Tidak cukup atau benar alat pelindung diri
 - c) Alat atau material rusak
 - d) Bahaya kebakaran atau peledakan
 - e) Lingkungan kerja, bahaya gas, uap, asap
 - f) Bising , suhu ekstrim
 - g) Kurang ventilasi
 - 2) Menghilangkan tindakan yang tidak standar
 - a) Memakai alat yang rusak atau tidak semestinya
 - b) Lalai memakai APD
 - c) Merawat peralatan yang sedang beroperasi
 - d) Bercanda
 - e) Dalam pengaruh alkohol atau narkoba
 - 3) Mengurangi unsur kesalahan oleh manusia
 - a) Tidak cukup kemampuan fisik atau mental
 - b) Stres fisik atau mental
 - c) Kurang pengetahuan (tidak memahami SOP)
 - d) Kurang ketrampilan
 - 4) Mengurangi unsur kesalahan dari pekerjaan
 - a) Tidak cukup pengawasan
 - b) Tidak cukup perawatan

- c) Rusak atau aus
 - d) Salah penggunaan
- 5) Memastikan prinsip kewaspadaan standar
 - a) Pemakaian APD sesuai dengan jenis pekerjaan yang dilakukan
 - b) Cara kerja aman dengan selalu berpedoman pada SPO
 - c) Penempatan pasien yang tepat, dengan pemberian pengaman tempat tidur yang cukup, pegangan khusus pada kamar mandi dengan tujuan menghindari pasien jatuh.
 - d) Pemberian atau penandaan tanda-tanda bahaya atau risiko yang jelas di setiap sudut rumah sakit.
 - 6) Menginspeksi semua bangunan perawatan pasien dan memiliki rencana untuk mengurangi risiko yang sudah jelas dan menciptakan fasilitas fisik yang aman bagi pasien, keluarga pasien, staf dan pengunjung.
 - 7) Melakukan dokumentasi pemeriksaan fasilitas fisiknya yang terbaru, akurat terhadap fasilitas fisiknya.
 - 8) Melakukan pengkajian keselamatan dan keamanan selama terdapat proyek konstruksi dan renovasi serta penerapan strategi-strategi untuk mengurangi risiko.
 - 9) Melakukan pemantauan dan pengamanan area-area yang diidentifikasi berisiko keamanan.
 - 10) Memastikan semua staf, pegawai pihak ketiga, dan vendor sudah diidentifikasi.
 - 11) Memberikan tanda pengenalan sementara selama di area Rumah Sakit.
 - 12) Semua area berisiko tinggi keamanan dan area-area yang terbatas sudah diidentifikasi, didokumentasi dan dipantau serta terjaga keamanannya.
 - 13) Rencana dan anggaran Rumah Sakit disusun dengan memperhatikan kebutuhan yang menunjang aspek keselamatan dan keamanan.
 - 14) Rencana dan anggaran Rumah Sakit disusun untuk perbaikan atau penggantian sistem, bangunan, atau komponen-komponen yang diperlukan agar fasilitas dapat beroperasi dengan selamat, aman, dan efektif secara berkesinambungan.
 - 15) Pimpinan Rumah Sakit menerapkan anggaran sumber daya yang sudah ditetapkan untuk menyediakan fasilitas yang selamat dan aman sesuai dengan rencana-rencana yang sudah disetujui.
 - 16) Memastikan perlindungan setiap orang yang ada di Rumah Sakit terhadap kerugian pribadi dan dari kehilangan atau kerusakan properti.
 - 17) Mengelola, memelihara dan mensertifikasi sarana, prasarana dan peralatan Rumah Sakit, terutama penyediaan listrik, air, pembuangan limbah, ventilasi dan pengelolaan gas medik

BAB VII PENGENDALIAN MUTU

Dalam pelaksanaan pengendalian mutu pelayanan kesehatan di RS. Mata Undaan diperlukan peningkatan mutu pelayanan Kesehatan dan peningkatan mutu Keselamatan agar tidak terjadi kesalahan dalam pelayanan, pengobatan, dan tindakan pembedahan. Bentuk pengendalian mutu keselamatan yaitu sebagai berikut:

1. Orientasi/sosialisasi terhadap tim sasaran keselamatan pasien
2. Orientasi/sosialisasi dilakukan pada tenaga kerja yang baru diterima maupun tenaga kerja yang sudah lama bekerja di RS Mata Undaan, yaitu dengan melakukan kegiatan komunikasi, informasi dan sosialisasi tentang 6 sasaran keselamatan pasien.
3. Pelatihan internal tentang 6 sasaran keselamatan pasien dan pelaporan insiden.
4. Bimbingan langsung ke unit-unit terkait cara pencatatan dan pelaporan insiden.
5. Penerapan 6 sasaran keselamatan pasien di seluruh unit
6. Penerapan cuci tangan 6 langkah dan 5 momen.
7. Penyediaan alat bantu untuk pasien yang berisiko
8. Pengadaan rapat rutin tim PMKP dan SKP
9. Analisa dan validasi seluruh laporan indikator mutu unit

Bentuk laporan dan evaluasi sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:

1. Laporan Survei kepatuhan identifikasi pasien
2. Laporan Survei kepatuhan verbal order komunikasi SBAR dan TULBAKON sudah diverifikasi dalam 24 jam
3. Laporan Survei kepatuhan kewaspadaan penggunaan obat-obat high alert
4. Laporan Survei kepatuhan time out
5. Laporan Survei kepatuhan cuci tangan 6 langkah dan 5 momen
6. Laporan Survei pasien cedera akibat jatuh
7. Laporan bulanan
8. Laporan insiden keselamatan pasien di tiap-tiap unit
9. Laporan analisi KTD,KNC,KPC,KTC, SENTINEL
10. Laporan RCA bila ada.


BAB VIII PENUTUP

Demikian Buku Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Mata Undaan ini kami susun untuk dijadikan acuan bagi pelaksana kegiatan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan, sehingga mutu keselamatan pasien bisa tercapai. Bagi manajemen berharap buku ini dapat bermanfaat untuk pemenuhan kebutuhan sumberdaya sehingga keselamatan pasien dapat tercapai.

Semoga buku ini bermanfaat bagi semua pihak dengan harapan mutu pelayanan dan keselamatan pasien dapat dijaga. Tidak lupa, sesuai perkembangan hendaknya buku ini secara berkala dievaluasi dan direvisi.

Kami menyadari buku Pedoman Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Mata Undaan ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga kritik dan saran sangat kami harapkan dalam memajukan pelayanan yang ada saat ini. Dan nantinya akan kami revisi bila ada perubahan yang memang harus kami perbaiki. Akhirnya kami ucapkan terimakasih pada semua pihak yang telah terkait dalam pembuatan buku Pedoman ini.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 27 Maret 2019
Direktur,



dr. Sudjarno, Sp.M (K)