PANDUAN PENYUSUNAN INVESTIGASI SEDERHANA

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

tentang

PANDUAN PENYUSUNAN INVESTIGASI SEDERHANA

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tindakan | Nama | Jabatan | Tanda Tangan | Tanggal |
| Disiapkan |  | Ketua Komite PMKP |  |  |
| Diperiksa |  | Wakil Direktur Pelayanan |  |  |
| Disetujui |  | Direktur |  |  |



KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

tentang

PANDUAN PENYUSUNAN INVESTIGASI SEDERHANA

DI RSUD dr. MURJANI SAMPIT

DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MENIMBANG  MENGINGAT | :  : | a.  b.  c.  d.  1.  2.  3.  4.  5.  6. | Bahwa setiap rumah sakit wajib mempertahankan dan meningkatkan mutu rumah sakit serta menyelenggarakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien;  bahwa dalam rangka melaksanakan program keselamatan pasien di rumah sakit diperlukan 7 (tujuh) langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit;  bahwa langkah ke-6 (enam) keselamatan pasien yaitu belajar dan berbagi pengalaman guna mendorong staf melakukan analisis akar masalah dengan mengembangkan pelaksanaan investigasi sederhana;  bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin 1,2 dan 3, perlu diterbitkan Surat Keputusan Direktur tentang Panduan Penyusunan Investigasi Sederhanadi RSUD dr. Murjani Sampit.  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Pokok-Pokok Kesehatan;  Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;  Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017tentang Keselamatan;  Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008, tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;  Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah Nomor 134 Tahun 2013, tentang Pemberian Ijin Operasional Tetap Kepada RSUD dr. Murjani Sampit;  Peraturan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 10 Tahun 2011 Tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit. |

MEMUTUSKAN :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MENETAPKAN  KESATU  KEDUA  KETIGA  KEEMPAT  KELIMA  KEENAM  KETUJUH | :  :  :  :  :  :  :  : | Memberlakukan Panduan Penyusunan Investigasi Sederhana di RSUD dr. Murjani Sampit sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini;  Investigasi Sederhana dilakukan dari pelaporan insiden dengan matrix grading biru atau hijau;  Hasil grading biru dilakukan investigasi sederhana dalam waktu maksimal 1 minggu dan hasil grading hijau dilakukan investigasi sederhana dalam waktu maksimal 2 minggu.  Pelaksanaan investigasi sederhana dilakukan oleh kepala unit kerja terkait dan dilaporkan ke Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit.  Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP menerima laporan insiden dari unit kerja dan melakukan regrading untuk dijadikan materi untuk pembelajaran dan disosialisasikan ke unit kerja yang lain.  Keputusan ini berlaku selama 3 (tiga) tahun sejak tanggal diterbitkan dan akan dilakukan evaluasi setiap tahunnya.  Apabila hasil evaluasi mensyaratkan adanya perbaikan maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya. | | | |
| Ditetapkan di  Tanggal | :  : | Sampit  Januari 2018 |
| Direktur  dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad  Pembina Utama Muda  NIP. 19621121 199610 1 001 | | |

TEMBUSAN Yth :

1. Semua Kepala Unit Kerja di RSUD dr. Murjani Sampit
2. Arsip

LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

NOMOR : /PND/KPMKP/P09/RSUD-DM/I/2018

TANGGAL : JANUARI 2018

PENDAHULUAN

1. Latar belakang

Berdasarkan Buku Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) tahun 2015, bahwa berdasarkan alur pelaporan insiden keselamatan pasien pada grading biru dan hijau dilakukan investigasi sederhana untuk dilakukan pembelajaran dari hasil rekomendasi yang diusulkan.

Memiliki budaya keselamatan pasien akan mendorong terciptanya lingkungan yang mempertimbangkan semua komponen sebagai faktor yang ikut berkontribusi terhadap insiden yang terjadi. Hal ini bertujuan menghindari kecenderungan untuk menyalahkan individu, dan lebih melihat kepada sistem dimana individu tersebut bekerja (pendekatan sistem).

1. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu layanan rumah sakit melalui suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman dan menurunkan angka insiden di rumah sakit.

2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengidentifikasi faktor penyebab yang paling mendasar & faktor kontribusi terjadinya insiden.
2. Sebagai alat bantu untuk menyusun rencana kegiatan mencegah risiko dari insiden yang sudah terjadi.
3. Sebagai perangkat manajemen risiko.

BAB I

DEFINISI

Investigasi sederhana adalah proses terstruktur bertujuan untuk membantu mengidentifikasi akar masalah suatu kejadian insiden keselamatan pasien dengan matrix grading biru dan hijau.

Kegunaan investigasi sederhanaadalah sebagai berikut:

1. Faktor yang jika dikoreksi atau dihilangkan akan mencegah terulangnya kejadian serupa.

2. Akar atau isu *fundamental*, adalah titik awal yang apabila suatu tindakan diambil pada titik tersebut maka tindakan itu akan mengurangi peluang terjadinya insiden.

3. Metode evaluasi terstruktur untuk identifikasi akar masalah dari KTD, dengan tindakan adekuat untuk mencegah kejadian yang sama berulang kembali.

4. Metode proses analisis yang dapat digunakan secara *retrospektif*untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan kejadian tidak diharapkan (KTD).

5. Proses terstruktur yang menggunakan metode *analitik* yang telah diakui.

6. Memungkinkan kita untuk bertanya “bagaimana” dan “mengapa” dengan cara yang obyektif untuk mengungkap faktor *kausal* yang menyebabkan insiden keselamatan pasien.

7. Belajar bagaimana mencegah insiden serupa terjadi lagi, bukan menerapkan sikap menyalahkan.

BAB II

RUANG LINGKUP

Ruang Lingkup meliputi :

1. Kejadian Potensial Cidera (KPC)

2. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

3. Kejadian Nyaris Cidera (KNC)

4. Kejadian Tidak Cidera (KTC)

BAB III

TATA LAKSANA

Adapun langkah-langkah investigasi sederhana, sebagai berikut :

1. Identifikasi insiden yang akan dianalisis

Langkah untuk melakukan identifikasi insiden dengan cara:

1. Tentukan jenis insiden yang terjadi

2. Dilakukan grading

3. Buat pernyataan insiden dengan mengacu pada ‘apa yang salah’ dan

fokus pada *outcome*

1. Tentukan tim investigator

1. Definisi Tim

Sejumlah orang yang saling bekerja sama secara dinamis untuk mencapai tujuan yang disepakati.

2. Komposisi Tim

a. Tim terdiri dari kepala unit kerja dan stafnya

b. Idealnya terdiri dari 3-4 orang

c. Pilih orang yang paling dekat dengan insiden

d. Kepala unit kerja yang ditunjuk sebagai ketua

INSIDEN : Pasien jatuh dari Tempat Tidur

TIM :

Ketua : Kepala Unit Kerja..............................

Anggota :

1. Perawat

2. Perawat

Notulen : Perawat

Tanggal dimulai : ...............................

Gambar langkah A & B untuk contoh insiden pasien jatuh

1. Pengumpulan Data dan Informasi

1. Mengidentifikasi fakta-fakta dampak yang tidak diharapkan.

2. Kapan dampak yang tidak diharapkan terjadi.

3. Dimana terjadi.

4. Apa kondisi saat sebelum kejadian

5. Cara mengumpulkan data :

1. Observasi : Observasi langsung kepada praktek di lapangan dan tempat kejadian.
2. Telaah Dokumentasi : Meliputi penelusuran kepada rekam medik pasien dan seluruh pedoman / panduan / SPO terkait insiden dengan insiden untuk korelasi keduanya.
3. Wawancara : Dilakukan dalam sesi tertutup kepada setiap personil terkait secara terpisah termasuk kepada pasien dalam insiden tersebut.

6. Laporan investigasi menggunakan metode :

1. Ringkasan insiden
2. Jelaskan teknik yang digunakan
3. Rekomendasi konsisten didukung fakta dan telah diverifikasi.

Tujuan pengumpulan informasi pada tahap ini :

1. Mengamankan informasi untuk memastikan dapat digunakan selama investigasi dan jika kasus disidangkan ke pengadilan.
2. Identifikasi kebijakan dan prosedur yang relevan.
3. Menggambarkan insiden secara akurat.
4. Mengorganisasi informasi.
5. Memberikan petunjuk kepada tim investigasi.

Dokumentasi semua bukti yang berkaitan dengan insiden harus dikumpulkan sesegera mungkin :

1. Semua catatan medis dan catatan keperawatan.
2. Semua hasil pemeriksaan yang berhubungan dan penunjang diagnostik.
3. Laporan keselamatan pasien.
4. Kebijakan dan prosedur.
5. *Clinical Pathway* yang berhubungan.
6. Pernyataan-pernyataan dan hasil observasi.
7. Bukti fisik.
8. Daftar staf yang terlibat.
9. Melakukan interfiew dengan semua orang yang terlibat.
10. Mencari informasi mengenai kondisi yang dapat mempengaruhi terjadinya insiden (misal pergantian jaga, ketersedian petugas terlatih, kecukupan tenaga, dll).

1. Observasi Langsung : Rg. IRD Bedah & Ruang pembuatan

foto di IRD----TIDAK DITEMUKAN MARKER

2. Telaah Dokumentasi:

* + 1. Rekam Medis pasien *(TELAAH RM):*
* Anamnesa KU :Nyeri pada rahang bawah dihapus menjadi penurunan kesadaran.
* Pada pemeriksaan fisik tidak ada penegasan lokasi nyeri pelvis/tungkai kiri-kanan.
* Hanya menuliskan 1 (satu ) kali foto dan 1 (satu) kali tindakan traksi.
* Diagnosa : tulisan kiri dicoret dan ditulis menjadi kanan
* Tindakan Traksi: tulisan kiri dicoret menjadi kanan
* Instruksi dr. sp bedah tanpa pemeriksaan secara langsung.
  + 1. Daftar Jaga Dokter Bedah
    2. Daftar Jaga Dokter Radiologi
    3. Daftar Jaga Perawat di IRD Bedah
    4. Daftar Jaga Petugas Radiologi IRD
    5. SOP & SPM SMF Bedah
    6. SAK Bedah
    7. SOP Pelayanan Radiologi :

- Inventarisasi barang radiologi

- Form permintaan foto

3. Wawancara (Dokter/Staf yang terlibat) :

* + 1. Kepala ruang IRD Bedah
* Pembagian tanggung jawab petugas setiap *shift* : bagian pelaporan, penyediaan alat dll.
* Tidak ada pembagian tugas/tanggung-jawab petugas/pasien.
* Ada Askep, SOP
* Tidak ada SOP Komunikasi Pemeriksaan Radiologi Cito
* SOP Permintaan Foto di IRD ada
  + 1. Kepala ruang Radiologi

- Cito foto sudah diambil dr. bedah sebelum dibaca dr. sp rad

- Aturan tidak ada baca ulang setelah hasil foto diambil

- SOP pembuatan foto & pembacaan=Ada

- Limit waktu hasil foto cito=ada tetapi belum sosialisasi ke Ruang Bedah IRD.

- Ada Protap bahwa tiap melakukan foto harus pakai marker

- Yakin marker ada di IRD

- Kalau tidak ada marker=petugas harus waspada dengan ki-ka

* + 1. Radiografer IRD
* Jam 8.00 pagi datang, residen bedah minta foto ulang dan cek kebenaran foto.
* 14/6(01.00) = terima px dr rg bedah + srt pengantar :minta foto pelvis
* AP susp. Fr. Pelvis (tanpa sebut bag kiri-kanan)
* Foto I dilakukan: tanpa marker standar 1 thn trakhir
* Inisiatif : buat kode sendiri lakukan foto-foto sering kurang jelas memperhatikan marker salah menulis tanda pada foto.
* Saat itu ada perawat ruang bedah menunggu sehingga foto tidak sempat diperlihatkan kepada dr sp radiologi.
* Dr. sp radiologi tidak baca hasil foto
* Tidak ada pemeriksaan awal dr sp radiologi sebelum foto
* Radiografert ditanyakan posisi nyeri kepada pasien
* Ada 9 (sembilan) pasien siap di foto (21.00-01.00)
* Petugas ada 2 (dua) orang

Gambar contoh langkah C Kumpulkan Data & Informasi

1. Petakan kronologi kejadian

Sangat membantu bila kronologi insiden dipetakan dalam sebuah bagan.

Ada berbagai macam cara kronologi kejadian, sebagai berikut :

1. Kronologi cerita / narasi

Suatu penulisan cerita apa yang terjadi berdasarkan tanggal dan waktu, dibuat berdasarkan kumpulan data saat investigasi.

Kronologi cerita digunakan jika:

* + - 1. Kejadian sederhana dan tidak kompleks, di mana masalah, praktek dan faktor kontribusinya sederhana.
      2. Dapat digunakan untuk mengetahui gambaran umum suatu kejadian yang lebih kompleks.
      3. Dapat digunakan sebagai bagian integral dari suatu laporan sebagai ringkasan di mana hal tersebut mudah dibaca.

Nilai positif : format ini baik untuk presentasi informasi

Nilai negatif :

1. sulit untuk menemukan titik cerita dengan cepat
2. sulit untuk mengerti jalan cerita dengan cepat bila melibatkan banyak pihak

KASUS SALAH OPERASI (*WRONG SITE SURGERY*)

Latar Belakang Kasus

Seorang laki-laki, 27 tahun, menderita rheumatoid arthritis sejak ia kanak-kanak, sehingga pada tahun 1992 dilakukan operasi revisi total lutut kiri (*lef total knee replacement)*. Setahun kemudian, tahun 1993 dilakukan operasi revisi total lutut kanan (*right total knee replacement)*. Kemudian kembali lagi lakukan operasi pada lutut kanan tahun 1995. Setahun kemudian, tahun 1996, lutut kanan kembali lagi direvisi oleh dokter tersebut. Tetapi ternyata lutut tersebut tetap masih tidak stabil setelah 3x revisi.

Pada November 2000 (menurut dokternya), pasien setuju untuk dilakukan operasi revisi sekali lagi pada lutut kanan. Dari catatan dokter bedah, pasien telah direncanakan operasi tanggal 12 Desember 2001, tapi ditunda karena pasien penuh dan tidak tersedia tempat tidur kosong.

Kemudian dijadwalkan kembali tanggal l7 Januari 2002, tetapi karena saat itu banyak pasien ortopedik menderita infeksi MRSA maka operasi ditunda lagi. Sekali lagi dijadwalkan tanggal 4 Februari 2002 tapi ditunda lagi karena tidak ada tempat tidur kosong. Jadwal operasi kemudian direncanakan lagi tanggal 19 Maret 2002.

Catatan : Waktu tunggu operasi sangat tinggi sehingga pasien harus *booking* & antri.

RIWAYAT KRONOLOGI, INFORMASI TAMBAHAN HASIL INVESTIGASI

31 Januari 2002 pk 14.00

Pasien ke klinik *pre-admission* untuk revisi total ulang lutut kanan (*right total knee replacement)* oleh dokter bedah. Persetujuan tindakan medis tertulis sudah diisi. Resiko telah secara jelas diinformasikan dan didokumentasi dalam catatan.

4 Februari 2002 pk 08.00

Pasien tiba di RS, tetapi pulang lagi karena tidak tersedianya tempat tidur. Pasien merasa tak enak karena ini sudah kali ketiga operasinya dibatalkan.

8 Maret 2002 pk 14.00

Pasien datang lagi ke residen diklinik *pre-admission.* Persetujuan tindakan medis tertulis telah diisi. Resiko telah secara jelas diinformasikan dan didokumentasi dalam catatan.

18 Maret 2002 pk 15.00

Pasien tiba di RS untuk rawat inap. Staf ruangan saat itu sangat sibuk karena ada beberapa kasus darurat, yaitu pasien dengan *cardiac arrest* dan perdarahan pasca operasi.Staf yang bertugas hanya 2 (dua) orang yaitu seorang perawat yunior dan seorang perawat senior yang keduanya bertanggung jawab atas 18 (delapan belas) tempat tidur bedah.

Gambar contoh Pemetaan Data Model Narasi

1. *Timeline*

Metode untuk menelusuri rantai insiden secara kronologis. Memungkinkan investigator untuk menemukan bagian dalam proses di mana masalah terjadi.

1. *Tabular timeline*

Merupakan pengembangan timeline yang berisi tiga data dasar: tanggal, waktu, cerita kejadian asal, dan dilengkapi 3 (tiga) data lain yaitu: informasi tambahan, praktek yang baik (*Good Practice*), dan masalah / CMP (*Care Management Problem*).

Digunakan:

1. Pada tiap tipe insiden
2. Berguna pada kejadian yang berlangsung lama

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Waktu | 27 Agust ‘08  Jam 09.00 | 27 Agust ‘08  Jam 09.15 | 27 Agust ‘08  Jam11.30 | 27 Agust ’08 Jam 14.15 | 27 Agust ’08  Jam 14.20 | 27 Agust‘08  Jam 14.30 |
| Kejadian | dr. Bagus memasuki bangsal bersama  dr. Bowo | dr. Bagus memperkenal-kan dr. Bowo kepada Perawat Anne | Ny. Jenny menelpon RS | dr. Bagus menerima telpon dari Ibunya | dr. Bowo masuk ruang bangsal | dr. Bowo ke Farmasi mengambil methotrexate untuk  Ny. Umi |
| Informasi  Tambahan | dr. Bagus  menerima telpon dari Dewi,  Bagian Farmasi mengatakan bahwa terjadi salah pengiriman  obat: harusnya MTX,yang di kirim ternyata vincristin | Perawat Anne  mempertanya- kan  kompetensi dr. Bowo | Ny.Jenny terlambat datang, mungkin 2 jam lagi baru akan tiba. | Ayahnya  dr. Bagus mendadak seranganan jantung dan masuk RS,  dr.Bagus harus meninggalkan RS | Dr. Bowo  memperke-nalkan diri ke  Perawat Rudy sebagai pengganti dr. Bagus | Petugas  Farmasi sedang sibuk |
| Good Practice | Bagian Farmasi sudah mengingatkan dr. Bagus |  |  |  |  | Petugas Farmasi mengecek data dr.Bowo dan obat sebelum diberikan |
| Masalah  Pelayanan | dr. Bagus  mengabaikan  SOP bahwa  Obat Vincristin  harusnya dikembalikan kefarmasi. | Belum  dilakukan  kredential  terhadap  dr. Bowo, sudah diijinkan bekerja | Perawat Anne  tidak  *handover*  dengan Perawat Rudy ( Perawat jaga berikutnya) | dr. Bagus  mendelegasikan  kepada  dr. Bowo tanpa  didampingi |  |  |

Gambar contoh Pemetaan Data Model *Tabular Time line*

1. *Time person grids*

Alat pemetaan tabular yang dapat membantu pencatatan pergerakan orang (staf, dokter, pengunjung, pasien, dan lain-lain) sebelum, selama, dan sesudah kejadian.

*Time person grid* digunakan ketika :

1. Jika dalam suatu insiden terdapat keterlibatan banyak orang dan investigator ingin memastikan keberadaan mereka dalam insiden.
2. Berguna pada keadaan jangka pendek
3. Dapat dipetakan ke dalam garis waktu sehingga dapat dipakai untuk mengetahui kerangka waktu spesifik yang lebih detil.

Langkah-langkah *time person grid* sebagai berikut:

1. buatlah tabel yang terdiri dari beberapa baris dan kolom
2. dari tabel tersebut, kolom sebelah kiri berisi daftar staf yang terlibat
3. kolom berikutnya berisi perjalanan waktu (jam, menit) pada baris atasnya
4. kemudian pada baris di bawah waktu berisi keterangan tempat atau kegiatan staf yang terlibat

Nilai positif :

* 1. dapat digunakan pada waktu yang pendek
  2. dapat mengidentifikasi keberadaan seseorang dan adanya celah informasi
  3. pemetaan dapat dalam bentuk garis waktu yang efektif

Nilai negatif :

1. hanya dapat digunakan dalam waktu yang pendek
2. orang tidak dapat mengingat waktu di mana ia berada
3. terfokus pada individu

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Waktu/  Staf Yang  Terlibat | 13 Juni 09  (22.30) | 14 Juni 09  (01.00) | 14 Juni 09  (01.15) | 14 Juni 09  (01.45) | 14 Juni 09  (02.00) | 14 Juni 09  (03.00) |
| Dr.Residen  Orthopedi(1) | Rg.Bedah  IRD | Rg. Bedah  IRD | Rg.Bedah  IRD | Rg.Bedah  IRD | Rg.Bedah  IRD | Rg.Bedah  IRD |
| Dr.Residen  Orthopedi(2) | Rg.Bedah  IRD | Rg. Radiologi  IRD | Rg. Radiologi  IRD | Rg.Bedah IRD | Rg.Radiologi IRD | Rg.Bedah  IRD |
| Dr.Residen  Radiologi | Rg.jaga dokter  Radiologi  IRD | Rg. jaga dokter  Radiologi  IRD | Rg. jaga dokter  Radiologi  IRD | Rg. jaga dokter  Radiologi  IRD | Rg. jaga dokter  Radiologi  IRD | Rg. jaga dokter  Radiologi  IRD |
| Perawat Rg  Bedah IRD | Rg.Bedah  IRD | Rg.Bedah  IRD | Rg.Bedah  IRD | Rg.Bedah  IRD | Rg.Bedah  IRD | Rg.Bedah  IRD |
| Radiografer IRD | Rg. Radiologi  IRD | Rg.Radiologi  IRD | Rg.Radiologi  IRD | Rg.Radiologi  IRD | Rg.Radiologi  IRD | Rg.Radiologi  IRD |
| Coass Bedah | Rg. Bedah IRD | Rg.Radiologi  IRD | Rg.BedahIRD | Rg.BedahIRD | Rg.Bedah  IRD | Rg.Bedah  IRD |

Gambar contoh Pemetaan Data Model *Time Person Grid*

1. Analisa dan evaluasi sederhana
2. Penyebab langsung : individu, peralatan, lingkungan tempat kerja, prosedur kerja.
3. Penyebab tidak langsung : individu, tempat kerja.

Untuk pengisian, lihat faktor kontributor .

Tabel . Faktor Kontributor Investigasi Insiden Klinis

|  |  |
| --- | --- |
| FAKTOR KONTRIBUTOR, KOMPONEN DAN SUBKOMPONEN DALAM INVESTIGASI INSIDEN KLINIS | |
| 1. FAKTOR KONTRIBUTOR EKSTERNAL DILUAR RUMAH SAKIT | |
| Komponen |  |
| 1. Regulator dan Ekonomi 2. Peraturan dan Kebijakan Depkes 3. Peraturan Nasional 4. Hubungan dengan Organisasi lain |  |
| 1. FAKTOR KONTRIBUTOR ORGANISASI DAN MANAJEMEN | |
| Komponen | Subkomponen |
| Organisasi dan Manajemen | * + - * 1. Struktur Organisasi         2. Pengawasan         3. Jenjang Pengambilan Keputusan |
| Kebijakan, Standar dan Tujuan | * + - * 1. Tujuan dan Misi         2. Penyusunan Fungsi Manajemen         3. Kontrak Service  1. Sumber Keuangan 2. Pelayanan Informasi 3. Kebijakan diklat 4. Prosedur dan Kebijakan 5. Fasilitas dan Perlengkapan 6. Manajemen Risiko 7. Manajemen K3 8. *Quality Improvement* |
| Administrasi | Sistem Administrasi |
| Budaya Keselamatan | a. Attitude Kerja   1. Dukungan manajemen oleh seluruh staf |
| SDM | * 1. Ketersediaan   2. Tingkat Pendidikan dan Keterampilan Staf yang Berbeda  1. Beban Kerja yang optimal |
| Diklat | Manajemen Training/Pelatihan/Refreshing |
| 1. FAKTOR LINGKUNGAN KERJA | |
| Komponen | Subkomponen |
| Desain dan Bangunan | a. Manajemen Pemeliharaan  b. Penilaian Ergonomik  c. Fungsionalitas |
| Lingkungan | a. *Housekeeping*  b. Pengawasan Lingkungan Fisik  c. Perpindahan Pasien antar Ruangan |
| Perlengkapan | a. Malfungsi Alat  b. Ketidaktersediaan  c. Manajemen Pemeliharaan  d. Fungsionalitas  e. Desain, Penggunaan & Maintenace Peralatan |
| 1. FAKTOR KONTRIBUTOR : TIM | |
| Komponen | Subkomponen |
| Supervisi dan Konsultasi | a. Adanya kemauan staf junior berkomunikasi  b. Cepat Tanggap |
| Konsistensi | a. Kesamaan tugas antar profesi  b. Kesamaan tugas antar staf yang setingkat |
| Kepemimpinan dan Tanggung Jawab | a. Kepemimpinan Efektif  b. Uraian Tugas Jelas |
| Respon terhadap Insiden | Dukungan *peer group* setelah insiden |
| 1. FAKTOR KONTRIBUTOR : STAF | |
| Komponen | Subkomponen |
| Kompetensi | a. Verifikasi Kualifikasi   1. Verifikasi Pengetahuan dan Keterampilan |
| Stressor Fisik dan Mental | * 1. Motivasi   2. Stresor Mental: Efek Beban Kerja Beban Mental   3. Stresor Fisik: Efek Beban Kerja = Gangguan Fisik |
| 1. FAKTOR KONTRIBUTOR : TUGAS | |
| Komponen | Subkomponen |
| Ketersediaan SOP | * 1. Prosedur Peninjauan dan Revisi SOP   2. Ketersediaan SOP   3. Kualitas Informasi  1. Prosedur Investigasi |
| Ketersediaan dan akurasi hasil test | 1. Test Tidak Dilakukan 2. Ketidaksesuaian antara interpretasi hasil test |
| Faktor Penunjang dalam validasi alat medis | 1. Ketersediaan, penggunaan, dan reliabilitas 2. Kalibrasi |
| Desain Tugas | Penyelesaian tugas tepat waktu dan sesuai SOP |
| 1. FAKTOR KONTRIBUTOR : PASIEN | |
| Komponen | Subkomponen |
| Kondisi | Penyakit yang kompleks, berat, multikomplikasi |
| Personal | * 1. Kepribadian   2. Bahasa   3. Kondisi Sosial  1. Keluarga |
| Pengobatan | Mengetahui risiko yang berubungan dengan pengobatan |
| Riwayat | * 1. Riwayat Medis   2. Riwayat Kepribadian  1. Riwayat Emosi |
| Hubungan Staf dan Pasien | Hubungan yang baik |
| 1. FAKTOR KONTRIBUTOR KOMUNIKASI | |
| Komponen | Subkomponen |
| Komunikasi Verbal | * 1. Komunikasi antar staf junior dan senior   2. Komunikasi antar Profesi   3. Komunikasi antar Staf dan Pasien  1. Komunikasi antar Unit Departemen |
| Komunikasi Tertulis | Ketidaklengkapan Informasi |

1. Rekomendasi Dan Rencana Kerja Untuk Improvement

Membuat rekomendasi dan menyusun rencana kegiatan meliputi:

1. Rekomendasi
2. Eksplorasi dan identifikasi strategi reduksi risiko
3. Formulasi upaya perbaikan
4. Evaluasi usulan upaya perbaikan
5. Upaya Perbaikan
6. Penyempurnaan upaya perbaikan
7. Kaji penerimaan usulan perbaikan
8. Implementasi upaya perbaikan
9. Evaluasi
10. Mengukur efektifitas dan keberhasilan
11. Evaluasi implementasi upaya perbaikan
12. Kaji dan identifikasi langkah tambahan
13. Komunikasi hasil

Contoh rekomendasi :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Akar  Masalah | Tindakan | Tingkat  Rekomendasi  (Individu,Tim  Direktorat,RS | Penanggung  Jawab | Waktu | Sumber Daya  Yang  Dibutuhkan | Bukti  Penyelesaian | Paraf |
| Kompetensi staf  *Stressor* fisik dan mental  Training kurang  Ketersediaan  SOP | Training &  supervisi  Reschedule waktu jaga  Penambahan tenaga sesuai kompetensi  Tinjau,revisi kebijakan diklat  Revisi/buat SOP petugas RR | Individu,Tim, Unit  Tim,Unit  Individu,Unit, SDM,Direksi  Unit, Direksi | Kepala unit  OK,SDM  Kepala unit OK,  SDM  SDM,  Direksi  Unit, Direksi | Agust’16  Juli’16  Agust’16  Agust’16  Sept’16 | Dana, waktu, tenaga  Waktu, tenaga  Waktu, tenaga, dana  Waktu, tenaga, dana  Waktu, tenaga, dana | Jadwal pelatihan Sertifkat pelatihan Laporan supervis  *Schedule*  baru  Adanya tenaga baru  Jadwal pelatihan Sertifikat  Adanya SOP  Petugas RR |  |

Contoh untuk Tindak Lanjut

Prioritas Akar Masalah

Pilihlah salah satu faktor kontribusi yang paling berperan dalam analisis diagram tulang ikan dan buatlah prioritas akar masalahnya.

1. Tugas dan desain dimengerti.

2. Klarifikasi pedoman/instruksi.

3. Pengaturan beban tugas.

Rekomendasi untuk *Improvement*

Tugas dan desain dimengerti.

1. Dokumentasi.
   1. Rencana pelayanan ruang operasi termasuk pencatatan dan tindakan yang diambil.
   2. Termasuk pendokumentasian rencana tindakan.
   3. Audit ruang operasi secara rutin.
2. Proses tugas.
   1. Konsultan dan asistennya seharusnya mengadakan ronde ruangan bedah sebelum waktu tindakan, sehingga perawat dapat memberikan pelayanan yang terbaik dan membantu dokter saat ronde.
   2. Konsultan dan asistennya dapat melakukan ronde ruangan pada akhir kegiatan seperti menjelang malam.
   3. Pastikan seluruh staf dapat secara familiar dengan cara kerja dan perlengkapan sebelum dilakukan pekerjaan.
3. Klarifikasi pedoman/instruksi
   1. Klarifikasi kapan konsultan bedah dapat melihat pasien dan bagaimana letak operasi yang akan dilakukan tindakan.
   2. Klarifikasi ulang oleh petugas diruang operasi dengan *checklist*
   3. Klarifikasi *consent* tindakan diluar ruang operasi.
   4. Klarifikasi bagaimana staf harus mengecek kembali identifikasi pasien diruang operasi.
   5. Kembangkan prosedur *check* sebelum pisau mengenai kulit.
   6. Setiap spesialis atau bagian setuju dengan tempat operasi dan disebarkan kepada SHO.
4. Beban tugas
   1. Tinjau kembali beban tugas dan alokasi staf.
   2. Bila beban tugas berlebih carikan pemecahannya.
   3. Redesain tugas sehingga tugas perawat efisien.
   4. Tambahkan jumlah petugas pada jam sibuk.
   5. Audit beban tugas dan beban kerja diruang operasi.
   6. Pertimbangkan masuknya pasien pada jam sibuk ke ruangan

LANGKAH-LANGKAH INVESTIGASI SEDERHANA

Investigasi sederhana adalah proses yang terstruktur bertujuan untuk membantu mengidentifikasi akar masalah suatu kejadian dengan matriks grading biru dan hijau dengan mengisi *flow chart* dan formulir dari unit kerja. Solusi, tindak lanjut, sosialisai dari unit kerja sampai dilaporkan ke Sub Komite Keselamatan Pasien Komite PMKP RSUD dr. Murjani Sampit.

|  |  |
| --- | --- |
| Flow Chart Investigasi Sederhana   |  | | --- | | Insiden.......................... |   Penyebab  Insiden  Petugas  Peralatan  Lingkungan Tempat Kerja  Prosedur Kerja  Why ?  Why ?  Tindakan  .  Rekomendasi  .  Akar Penyebab  .  ...........................  ...........................  Tindakan  .  Rekomendasi  .  Akar Penyebab  .  ............................  ............................  Tindakan  .  Rekomendasi  Akar Penyebab  .  ............................  ............................  Tindakan  .  Rekomendasi  .  Akar Penyebab  .  ............................  ............................ |

Formulir Investigasi Sederhana

RSUD dr. Murjani Sampit

|  |
| --- |
| Penyebab Langsung Insiden   1. Petugas : 2. Peralatan : 3. Lingkungan tempat kerja : 4. Prosedur kerja : |
| Penyebab yang melatarbelakangi/akar masalah insiden   1. Petugas : 2. Tempat kerja : 3. Managemen : |
| Rekomendasi :  Penaggung Jawab : Tanggal : |
| Tindakan yang akan dilakukan :  Penanggung Jawab : Tanggal : |
| Manager / Kepala Bagian / Kepala Unit :  Nama : Tanggal mulai investigasi :  Tanda Tangan : Tanggal selesai investigasi : |
| Manajemen Risiko :  Investigasi lengkap : Ya/Tidak Tanggal :  Diperlukan investigasi lebih lanjut : Ya/Tidak Tanggal : |
| Investigasi setelah grading ulang : Hijau / Biru/ Kuning / Merah |

BAB IV

DOKUMENTASI

Dokumentasi pelaksanaan investigasi sederhana adalah pengumpulan bukti pelaksanaan:

1. SPO investigasi sederhana.

2. Laporan insiden unit kerja.

3. Daftar hadir dan notulen tim unit kerja insiden.

4. Pengorganisasian Tim kerja.

5. Hasil dokumentasi saat pengumpulan data.

6. Bukti laporan investigasi sederhana yang telah dibuat untuk satu insiden dan usulan, rekomendasi dan solusi dari tim kerja yang diaporkan ke TKPRS.

7. Sosialisasi hasil temuan oleh Sub Komite Keselamatan Pasien Komite

PMKP kepada unit-unit kerja.

PENUTUP

Investigasi sederhana ini merupakan proses yang sederhana dimana faktor-faktor yang berkontribusi dalam suatu insiden diidentifikasi dengan merekonstruksi kronologis kejadian.

Harapannya Buku Panduan Investigasi Sederhana yang ditetapkan di RSUD dr. Murjani Sampit ini, menjadi acuan bagi rumah sakit untuk melaksanakan program keselamatan pasien dan peningkatan mutu pelayanan pasien. Hasil analisis akan menjadi pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama dikemudian hari.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Direktur  dr. DENNY MUDA PERDANA, Sp.Rad  Pembina Utama Muda  NIP. 19621121 199610 1 001 | | |