

Modul Pelatihan untuk Pelatih Keselamatan Pasien



**Kolaborasi Bidang Pendidikan
Proyek P4K-RSP**



Kolaborasi Bidang Pendidikan Proyek Pengembangan Pusat Pendidikan & Penelitian dan Dua Rumah Sakit Pendidikan Direktorat Jenderal Pembelajaran dan Kemahasiswaan, Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia

**Copyright © 2015
ISBN: 978-602-70089-2-2**

TIM PENYUSUN

TIM PENULIS

Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
dr. Ardi Findyartini, PhD
dr. Rita Mustika, MEpid
dr. Estivana Felaza, MPdKed
Dr. dr. Herqutanto, MPH, MARS
dr. Enggar Sari Kesuma Wardhani

Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
dr. Detty Iryani, MKes, MPdKed, Alf
dr. Hendriati, SpM(K)
dr. Efrida, SpPK

Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret
dr. Tonang D. Ardyanto, PhD, SpPK
dr. Krisna Yarsa Putra, SpB
dr. Fikar Arsyad Hakim
dr. Amandha Boy Timor R

TIM EDITOR

dr. Ardi Findyartini, PhD
dr. Tonang D. Ardyanto, PhD, SpPK
dr. Hendriati, SpM(K)

TIM TATA LETAK DAN GRAFIS

Bambang Wisnuadhi, SSi, MT
Andreas Michael, SKed
Muhammad Husain Fadhlullah



daftar isi



Tim Penyusun	2
Daftar Isi	3
Kata Sambutan	4
Kata Pengantar	7
Latar Belakang Penyusunan Modul	8
Pendahuluan	11
Kerangka Acuan dan Jadwal	16
Metode	17
Jadwal	19
Materi	
Pembagian kelompok topik	22
Topik 1: Apa itu keselamatan pasien?	26
Topik 2: Memahami faktor manusia dalam keselamatan pasien	34
Topik 3: Sistem dan kompleksitas sistem pelayanan	42
Topik 4: Kerjasama tim yang efektif	50
Topik 5: Belajar dari kesalahan	62
Topik 6: Pengelolaan risiko klinis	74
Topik 7: Peningkatan Kualitas	86
Topik 8: Melibatkan pasien dan pelaku rawat	108
Topik 9: Menekan infeksi melalui peningkatan pengendalian infeksi	122
Topik 10: Keselamatan pasien dan prosedur invasif	132
Topik 11: Pengenalan pengobatan yang aman	142
Topik 12: Perbandingan setting RS dan Puskesmas terkait implementasi keselamatan pasien	152
Kasus diskusi	166

kata sambutan

Salah satu pilar penting peningkatan kualitas kesehatan bagi masyarakat Indonesia adalah penjaminan kemampuan dokter dan tenaga kesehatan dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang prima. Kebutuhan dalam pelayanan ini perlu menjadi perhatian dalam program pendidikan akademik dan pendidikan profesi dokter dan tenaga kesehatan. Di berbagai lini pelayanan kesehatan, keselamatan pasien menjadi perhatian utama. Mengingat sistem pelayanan kesehatan yang kompleks, kemungkinan terjadinya kesalahan yang dapat mempengaruhi keselamatan pasien sangat besar.

Pendidikan dan pelatihan berkualitas bagi mahasiswa kedokteran dan profesi kesehatan perlu menjamin pencapaian kemampuan terkait keselamatan pasien, karena mereka inilah penyedia pelayanan kesehatan untuk masa yang akan datang. *World Health Organization (WHO)* telah menerbitkan kerangka acuan pengembangan kurikulum keselamatan pasien di institusi pendidikan dokter di seluruh dunia pada tahun 2009, dan menekankan pengembangan pendidikan keselamatan pasien ditinjau dari berbagai profesi kesehatan di tahun 2011. Pengembangan kurikulum keselamatan pasien di institusi pendidikan dokter dan profesi kesehatan perlu ditindaklanjuti dengan pengembangan kemampuan staf pengajar sehingga mampu menjadi narasumber, fasilitator, dan pemberi teladan dalam penerapan prinsip keselamatan pasien di berbagai lini pelayanan kesehatan, bagi calon dokter dan profesi kesehatan masa depan. Hanya melalui pendidikan, pelatihan dan evaluasi hasil pembelajaran secara berkesinambungan, seluruh kemampuan terkait keselamatan pasien dapat dijamin pencapaiannya.

Direktorat Jenderal Pembelajaran dan Kemahasiswaan Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia menyambut gembira tersusunnya Modul Pelatihan untuk Pelatih Keselamatan Pasien ini. Modul ini diharapkan dapat dimanfaatkan secara luas dalam mempersiapkan staf pengajar kedokteran dan profesi kesehatan untuk terlibat dalam pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien baik di tahap akademik dan tahap profesi. Penghargaan dan apresiasi disampaikan pada Kolaborasi Pendidikan FKUI-UNS-UNAND Proyek Pengembangan Pusat Pendidikan dan Penelitian Kedokteran dan Dua Rumah Sakit Pendidikan yang telah menginisiasi rangkaian diskusi dan perumusan materi yang dapat dimanfaatkan untuk integrasi pengembangan kompetensi keselamatan pasien dalam kurikulum pendidikan dokter dan pengembangan modul pelatihan pelatih keselamatan pasien. Dua langkah strategis ini meningkatkan keterkaitan dan peran serta bidang pendidikan dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Intan Ahmad

Direktur Jenderal Pembelajaran dan Kemahasiswaan Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Republik Indonesia



kata sambutan



Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa, yang telah memberikan bimbingan dan petunjukNya kepada kita semua sehingga modul Pelatihan untuk Pelatih Keselamatan Pasien selesai disusun. Saya menyambut gembira karena modul tersebut merupakan hasil kolaborasi beberapa fakultas kedokteran di Indonesia.

Diharapkan modul ini dapat menjadi acuan bagi staf pengajar di tahap akademik dan staf pengajar klinik di rumah sakit dalam memberikan dan mengelola pembelajaran tentang keselamatan pasien bagi peserta didik sehingga inisiasi penerapan keselamatan pasien pada layanan primer dapat diwujudkan.

Akhirnya, saya harap modul ini dapat memberikan manfaat yang optimal, khususnya bagi tenaga pendidik di tahap akademik dan staf pengajar klinik di rumah sakit.

Akmal Taher

Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

kata sambutan



Pertama-tama saya menyambut baik inisiatif dari sejawat anggota AIPKI yang tergabung dalam kolaborasi 3 universitas, yaitu Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Universitas Andalas dan Universitas Sebelas Maret, untuk mengembangkan modul pelatihan untuk pelatih keselamatan pasien. Saya meyakini, bahwa hasil yang telah diperoleh dari kolaborasi ini, akan sangat bermanfaat bagi seluruh Fakultas Kedokteran anggota AIPKI di seluruh Indonesia.

Sebagaimana kita ketahui bersama, keselamatan pasien merupakan tantangan dalam bidang pelayanan kesehatan, yang terjadi tidak saja di *setting* pelayanan di RS, tetapi juga di pelayanan primer. Bahkan melihat piramida pelayanan kesehatan, dengan fokus utama pelayanan primer, maka permasalahan keselamatan pasien menjadi sangat penting untuk diatasi di pelayanan primer. Hal pertama yang harus dipersiapkan adalah kesadaran dan pengetahuan dari seluruh pihak yang terlibat dalam pelayanan primer, dimulai dari tenaga medis, dan berlanjut pada tenaga kesehatan lainnya. Pemahaman dan kesadaran yang baik ini akan terefleksikan dalam pelayanan kesehatan yang aman, yang menjadi contoh yang baik bagi para mahasiswa dalam menjalani pendidikan di pelayanan primer khususnya, dan pelayanan sekunder.

Sesuai Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) 2012, kompetensi terkait keselamatan pasien juga menjadi kemampuan yang harus dicapai oleh lulusan dokter. Institusi pendidikan dokter di seluruh Indonesia perlu mengembangkan kurikulum dan membekali staf pengajar kedokteran sehingga pencapaiannya bersama serangkaian kompetensi lain terjamin dengan baik.

Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia merupakan satu-satunya organisasi yang mewadahi kepentingan seluruh fakultas kedokteran di Indonesia. Oleh karena itu, berbagai upaya bersama yang sinergis dan harmonis yang dimulai dari inisiatif beberapa fakultas kedokteran perlu disambut bersama. Saya berharap modul ini dapat dimanfaatkan oleh seluruh fakultas kedokteran untuk melaksanakan pelatihan di institusi masing-masing, dengan melibatkan pihak terkait sebagai bagian yang tidak terpisahkan. Semoga upaya ini dapat mendorong terciptanya generasi baru yang sangat memahami dan menjiwai prinsip keselamatan pasien melalui pelatihan dan penerapannya dalam kegiatan tridharma di masing-masing institusi, baik pendidikan, penelitian maupun pelayanan kesehatan dan pengabdian kepada masyarakat.

Tri Hanggono Achmad
Ketua AIPKI periode 2013-2015

kata pengantar

Segala puji ke hadirat Allah SWT atas terwujudnya Modul Pelatihan untuk Pelatih Keselamatan Pasien ini. Modul ini merupakan salah satu produk yang dihasilkan oleh kegiatan Kolaborasi Pendidikan Proyek Kerjasama Pengembangan Pusat Penelitian dan Pendidikan Kedokteran dan Dua Rumah Sakit Pendidikan (P4K-RSP) Kemenristekdikti dengan melibatkan tiga fakultas kedokteran di Indonesia, yaitu Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (FK UI), Universitas Andalas (UNAND), dan Universitas Sebelas Maret (FK UNS).



Ide penyusunan buku modul ini mengemuka dari kebutuhan bersama untuk mendapatkan bahan bacaan dan petunjuk pelaksanaan sebuah pelatihan untuk pelatih keselamatan pasien. Pada awalnya dilaksanakan pelatihan keselamatan pasien untuk dosen kedokteran di 19 fakultas kedokteran di Indonesia dan penyusunan panduan implementasi keselamatan pasien dalam kurikulum pendidikan dokter di Indonesia. Kebutuhan pengajaran keselamatan pasien di *setting* layanan primer juga mengemuka saat panduan implementasi keselamatan pasien dalam kurikulum pendidikan dokter di Indonesia disusun. Pelatihan untuk pelatih keselamatan pasien untuk layanan primer juga diselenggarakan sesuai masukan peserta lokakarya. Ketiga kegiatan ini menimbulkan keinginan membakukan Modul Pelatihan untuk Pelatih Keselamatan Pasien sehingga dapat dengan mudah menjadi rujukan institusi pendidikan dokter lain yang ingin melaksanakan pelatihan serupa di tempat masing-masing.

Upaya penyusunan buku modul dilaksanakan dalam beberapa tahapan kegiatan kolaborasi pendidikan, melibatkan berbagai pengandil termasuk Komite Keselamatan Pasien Kementerian Kesehatan RI, institusi pendidikan di Indonesia, Asosiasi Institusi Pendidikan Kedokteran Indonesia dan Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi. Dimulai dengan menyepakati lingkup materi pada modul ini, modul ini berfokus di bidang pendidikan kedokteran dan dapat saling melengkapi dengan modul yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan. Selanjutnya topik-topik dibagi pada tim penulis yang berasal dari ketiga Institusi (UI-UNAND-UNS). Proses penyusunan dapat berlangsung berkat pendanaan proyek dan komitmen narasumber dari ketiga institusi. Apresiasi setinggi-tingginya diberikan kepada semua pihak yang terlibat. Meskipun telah dibuat dengan proses yang cukup panjang dan dilengkapi rujukan yang cukup ekstensif, buku modul ini memerlukan banyak masukan. Untuk itu selain berharap buku modul ini dapat menjadi rujukan dan bahkan panduan yang dapat diterima, kami mengharapkan kritik dan saran membangun dari semua pengandil. Atas kesediaan untuk memanfaatkan keberadaan buku modul ini kami menghaturkan banyak terima kasih. Semoga budaya keselamatan pasien makin melekat pada pendidikan dan pelayanan kedokteran dan kesehatan di Indonesia.

Rita Mustika

Anchor Kolaborasi Pendidikan FKUI-UNS-UNAND P4K-RSP
Dirjen Belmawa Kementerian Ristekdikti

Dalam beberapa tahun terakhir, keselamatan pasien menjadi perhatian khusus dalam konteks pelayanan kesehatan di rumah sakit. Penerapan keselamatan pasien merupakan salah satu amanat dari UU Perumhasakitan tahun 2009. Akreditasi rumah sakit di Indonesia telah memasukkan penerapan keselamatan pasien di seluruh lini baik sistem, manajemen, dan sumber daya manusia sebagai penilaian penting dalam penentuan standar mutu di rumah sakit. Selain pelayanan kesehatan di rumah sakit, masyarakat di Indonesia juga memperoleh pelayanan kesehatan primer di pusat kesehatan masyarakat, praktik pribadi dan *setting* pelayanan kesehatan primer yang lain. Sesuai dengan Peraturan Presiden No 12/2013 dan Permenkes No 71/2013, fasilitas kesehatan tingkat pertama mencakup administrasi pelayanan, pelayanan promotif preventif, pemeriksaan-pengobatan-konsultasi medis, tindakan medis non-spesialistik (operatif maupun non-operatif), pelayanan obat dan bahan habis pakai, transfusi darah sesuai kebutuhan medis, pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium, pelayanan tingkat pratama, rawat inap pertama sesuai indikasi dan pertolongan persalinan. Keselamatan pasien selama ini lebih banyak diterapkan di rumah sakit dan belum menjadi perhatian dan kebijakan di pelayanan kesehatan primer.

latar belakang penyusunan modul

Kemampuan keselamatan pasien juga menjadi kompetensi yang harus dicapai oleh lulusan dokter di Indonesia (SKDI, 2012). *World Health Organization* telah merumuskan kompetensi dasar untuk keselamatan pasien yang perlu dirumuskan dalam kurikulum pendidikan dokter (WHO, 2009). Secara tradisional, kurikulum pendidikan kedokteran difokuskan pada keterampilan klinis murni: diagnosis, dan pengobatan penyakit. Namun kerja tim, peningkatan kualitas dan manajemen risiko sering diabaikan. Keterampilan ini sangat penting untuk keselamatan pasien. Oleh sebab itu, diperlukan usaha untuk mengintegrasikan pencapaian kompetensi terkait keselamatan pasien ini dalam kurikulum pendidikan dokter.



Kolaborasi pendidikan antara FK UI – FK UNAND – FK UNS telah berhasil melaksanakan lokakarya integrasi keselamatan pasien dalam kurikulum pendidikan dokter di Indonesia dan Pelatihan untuk Pelatih Keselamatan Pasien yang diikuti oleh para calon pelatih dari ketiga institusi yang tergabung dalam kolaborasi dan institusi lain. Pelatihan untuk Pelatih Keselamatan Pasien dalam kegiatan kolaborasi pendidikan diharapkan berperan penting dalam meningkatkan pemahaman staf pengajar dan pengelola pendidikan terhadap keselamatan pasien dan memperkenalkan cara mengintegrasikan konsep tersebut dalam kurikulum dan mengajarkannya ke mahasiswa kedokteran. Pelatihan yang diselenggarakan tersebut berfokus pada para staf pengajar di tahap akademik dan staf pengajar klinik di rumah sakit.



Stretching dulu ah sambil pelatihan keselamatan pasien

Penerapan kurikulum keselamatan pasien dalam program pendidikan dokter masih banyak ditekankan pada konteks pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pengembangan kemampuan keselamatan pasien untuk mahasiswa kedokteran memerlukan usaha berkesinambungan sehingga penerapannya menjadi bagian dari kehidupan sehari-hari dan membudaya. Mahasiswa perlu mendapatkan panutan dari praktik baik keselamatan pasien di wahana pendidikannya. Berdasarkan UU no 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, penerapan keselamatan pasien selama ini banyak dititikberatkan di rumah sakit untuk upaya kesehatan perorangan. Sementara itu, kerangka sistem pelayanan kesehatan Indonesia melibatkan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat baik di tingkat primer, sekunder dan tersier. Wahana pendidikan untuk mahasiswa kedokteran melibatkan wahana rumah sakit pendidikan dan rumah sakit jejaring, dan pusat kesehatan masyarakat.

Penerapan konsep keselamatan pasien melibatkan program berkesinambungan untuk memperbaiki sistem manajemen, budaya dan perilaku penyedia pelayanan kesehatan dan kesadaran pasien dan keluarganya. Mahasiswa kedokteran dan profesi kesehatan saat ini adalah dokter dan tenaga kesehatan masa depan. Mengingat bahwa keselamatan pasien menjadi aspek penting dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, terutama upaya kesehatan perorangan, dan bahwa sumber daya manusia memegang peranan mendasar dalam peningkatan kualitas tersebut, pengembangan kemampuan keselamatan pasien dalam pendidikan dokter menjadi sangat strategis.

Sehubungan dengan hal tersebut, penerapan keselamatan pasien di seluruh lini layanan kesehatan dan pembekalan staf terkait perlu dipikirkan lebih lanjut. Saat ini kebijakan pelayanan kesehatan dari Kementerian Kesehatan belum memfokuskan penerapan keselamatan pasiendi puskesmas. Inisiasi penerapan keselamatan pasien di puskesmas diharapkan dapat dimulai dari proses pendidikan keselamatan pasien di puskesmas dan peningkatan kesadaran tentang keselamatan pasien dari para dokter puskesmas. Mengingat bahwa puskesmas adalah wahana pendidikan yang berperan penting dalam pendidikan dokter dan bahwa dokter puskesmas dan tenaga kesehatan lain adalah penyedia pelayanan kesehatan sekaligus pelaksana kebijakan manajemen pelayanan kesehatan di puskesmas, pelatihan para dokter puskesmas ini diharapkan menjadi langkah strategis persiapan sumber daya manusia. Dengan demikian, saat kebijakan dan regulasi terkait keselamatan pasien ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, telah ada sejumlah dokter puskesmas yang memahami konsep keselamatan pasien dan siap berpartisipasi dalam implementasi dan pengembangan budaya keselamatan pasien.

Dalam perjalanannya, diketahui pada layanan sekunder dan tersier pun belum ada modul pelatihan serupa, yang berguna sebagai panduan pelatihan tenaga pelatih keselamatan pasien. Dengan tujuan semakin memperluas penggunaan modul ini, agar kebermanfaatannya dirasakan di semua lini layanan kesehatan, terutama dalam upaya melatih mahasiswa kedokteran, Modul Pelatihan untuk Pelatih Keselamatan Pasien ini pun dibuat lebih umum, dan menyajikan ringkasan dengan beberapa ilustrasi jenaka untuk menyegarkan pembaca. Diharapkan modul ini menjadi pilihan utama panduan melakukan pelatihan keselamatan pasien di seluruh lini layanan kesehatan di Indonesia.

pendahuluan

Keselamatan pasien menjadi isu global yang mengemuka sejak awal 2000-an dengan kampanye *"To err is human, building a safer system"*. Prinsip dasarnya, pemberian pelayanan kesehatan memang merupakan kerja sistem yang berpotensi mengalami *error*. Kesadaran itu mendorong penyusunan sistem yang lebih aman sehingga potensi kesalahan bisa diminimalkan.

*"To err is human,
building a safer
system"*

Di Indonesia, kampanye keselamatan pasien mulai mengemuka pada tahun 2006, dan mulai menjadi aksi nyata dengan Deklarasi Jakarta 2007. Langkah pertama adalah penerbitan Buku Panduan Keselamatan Pasien RS, termasuk tata cara pelaporan. Buku itu terbit atas kerjasama Kemkes dengan Persatuan RS Indonesia pada tahun 2007.

Aspek-aspek keselamatan pasien sebenarnya sudah mulai menjadi indikator kinerja pelayanan rumah sakit pada tahun 2001, tetapi secara formal masuk dalam Standar Pelayanan Minimal RS pada tahun 2008 (Kepmenkes 129/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal RS). Setelah terbit Buku Panduan Keselamatan Pasien tahun 2007, maka aspek keselamatan pasien juga mulai dimasukkan dalam Standar Akreditasi RS versi 2007 dari semula 16 pelayanan (versi 2002), menjadi 16 pasien plus keselamatan pasien.

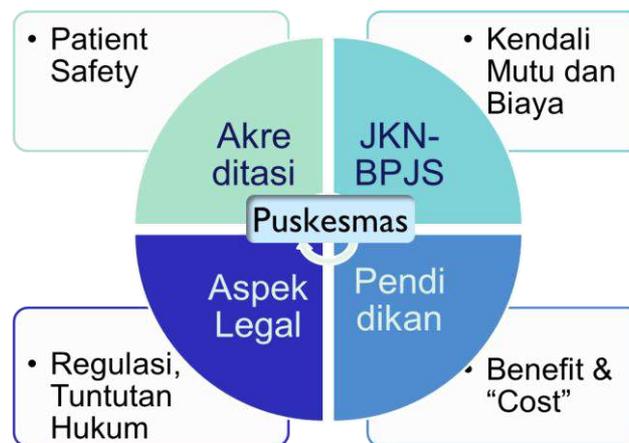
Implementasi keselamatan pasien lebih spesifik dirumuskan pada tahun 2011 (Permenkes 1691/2011 tentang Keselamatan Pasien). Hal ini dipengaruhi juga oleh mulai dikenalnya Standar Akreditasi RS Internasional yang mengedepankan *Patient Safety* (keselamatan pasien) sebagai konsep dasarnya. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) mengadopsi isu keselamatan pasien di Indonesia sejak penerbitan Standar Akreditasi KARS versi 2012. Sejak itu, implementasi keselamatan pasien menjadi salah satu isu utama.

Perkembangan tersebut menyebabkan gelombang pergerakan paradigma terhadap keselamatan pasien. Banyak RS dan tenaga profesional kesehatan yang berada di dalamnya, bekerja keras mempelajari dan mengimplementasikan keselamatan pasien di RS. Beberapa masalah muncul, terutama disebabkan karena belum mendapatkan pemahaman yang sama. Akibatnya, tidak jarang terjadi perdebatan di antara para pemberi pelayanan di RS itu sendiri.

Pada tahun 2014, isu tentang keselamatan pasien menjadi semakin menarik karena mulai dilaksanakannya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan BPJS sebagai penyelenggaranya. Sejak dimulainya Jaminan Kesehatan Nasional 1 Januari 2014, berbagai masalah dan hambatan dihadapi oleh rumah sakit, baik dari aspek regulasi, pelaksanaan JKN, peran komite medis maupun pola remunerasi dokter dalam melaksanakan tugas profesinya. Pelaksanaan JKN dengan pola bayar *prospective payment* sesuai tarif INA-CBG kurang dipahami para manajemen rumah sakit, terlebih para staf medis. Para dokter yang terbiasa dengan pola *fee for service* khawatir akan terjadi penurunan penghasilan. Sedangkan staf klinis

selain dokter juga sudah mulai mempertanyakan bagaimana bentuk remunerasi mereka berdasarkan azas keadilan dan kebersamaan.

Manajemen rumah sakit selain khawatir akan terjadinya penurunan mutu pelayanan, di sisi lain juga dihantui ketakutan terhadap defisit *cash flow* rumah sakit dengan sistem pembayaran yang baru ini, apabila harus membayar jasa staf klinis dengan cara lama (*fee for service*). Memang sistem pembayaran yang dilakukan dalam JKN ini (*prospective payment*) tidak bisa tidak harus diikuti dengan sistem pembayaran jasa dengan sistem total remunerasi kepada seluruh karyawan. Tantangan RS menjadi berat karena ada tuntutan dari berbagai sudut (Bagan 1).



Bagan 1. Tuntutan dari berbagai sudut mengakibatkan tantangan RS semakin berat

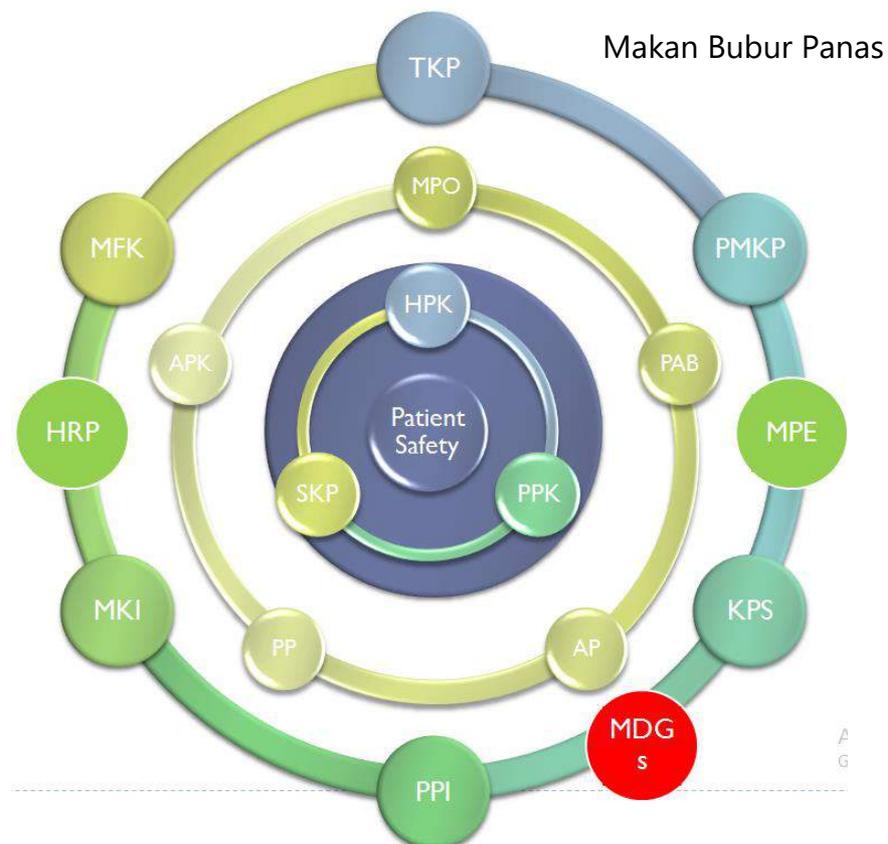
Sumber: Tonang Dwi Ardyanto pada FORUM MUTU Indonesian Healthcare Quality Network (IHQN) ke X di Surakarta 19-21 Agustus 2014

Sementara itu, perkembangan isu keselamatan pasien di puskesmas tidak sedinamis seperti di tingkat RS. Secara eksplisit, aspek keselamatan pasien di Puskesmas mulai muncul pada Permenkes 75/2014 tentang Puskesmas yang kemudian dimasukkan dalam Standar Akreditasi Puskesmas (sebagai bagian dari Standar Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di samping Klinik dan Dokter Praktek Mandiri). Sayangnya belum ada rincian yang jelas untuk implementasi keselamatan pasien di puskesmas, sebagaimana panduan implementasi di RS (Permenkes 1691/2011).

Bagi kepentingan pendidikan, bahwa keselamatan pasien menjadi isu utama di fasilitas kesehatan, tentu membawa pengaruh juga dalam konten kurikulum pendidikan dokter maupun pelaksanaannya terutama dalam fase pendidikan profesi yang menggunakan RS dan Puskesmas sebagai wahana pendidikan. Di sisi lain, pelayanan kesehatan sekarang menghadapi tantangan dalam paduan tuntutan antara: sistem pembiayaan (JKN-BPJS), kecenderungan tuntutan legal formal (malpraktik, pelanggaran disiplin), menjaga mutu dan keselamatan pasien, maupun menjalankan fungsi sebagai wahana pendidikan. Untuk itu diberlakukan panduan implementasi dan metode pembelajaran keselamatan pasien bagi kepentingan proses pendidikan dokter di RS maupun puskesmas.

Analisis menunjukkan bahwa yang dapat menjadi kunci integrasi keempat aspek tersebut adalah implementasi akreditasi berbasis keselamatan pasien. Dalam instrumen akreditasi terbaru versi 2012 dari KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit), yang diadopsi dari JCI, terdapat 14 standar ditambah standar MDGs. Dalam versi JCI terbaru, ditambahkan 2 standar baru terkait RS sebagai pusat pendidikan dan penelitian. Tambahan 2 standar baru ini akan mulai diintegrasikan dalam standar akreditasi KARS mulai Juli 2015.

“Strategi Makan Bubur Panas” adalah strategi yang diajukan untuk implementasi standar akreditasi, sekaligus mendukung upaya baku mutu menghadapi aspek JKN, legalitas yuridis, maupun proses pendidikan di rumah sakit (Bagan 2). Lingkaran terluar adalah standar yang berpusat pada manajemen termasuk sisi pendidikan dan penelitian. Bagian terluar ini relatif paling memungkinkan lebih dulu ditata dan diperbaiki, karena tidak secara langsung bersinggungan dengan pasien.



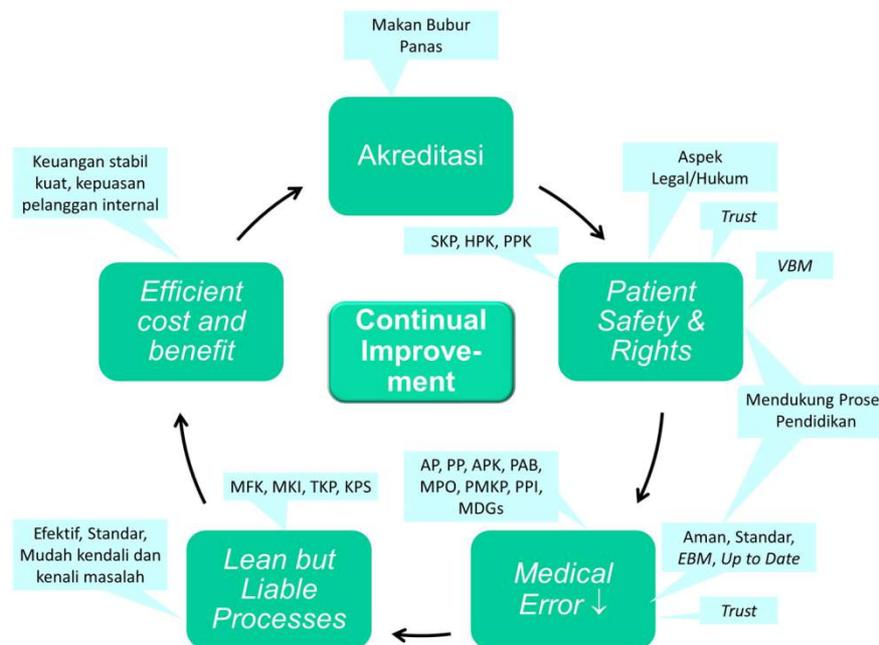
Bagan 2. Strategi makan bubur panas

Sumber: Tonang Dwi Ardyanto pada FORUM MUTU Indonesian Healthcare Quality Network (IHQN) ke X di Surakarta 19-21 Agustus 2014

Lingkaran kedua adalah standar yang berpusat pada pasien. Pada bagian ini, sangat dipengaruhi oleh para pemberi layanan langsung baik tenaga medis maupun non-medis. Lingkaran terdalam adalah inti dari akreditasi: hak pasien, pendidikan bagi pasien dan keselamatan pasien. Strategi makan bubur panas diharapkan lebih dulu “menghabiskan” beban di lingkaran terluar, untuk kemudian bergerak masuk ke lingkaran yang semakin dalam sebelum akhirnya “menyelesaikan” tugas di lingkaran terdalam.

Proses peningkatan mutu berkelanjutan (*continual improvement*) dalam instrumen akreditasi 2012, berfokus pada hak dan keselamatan pasien. Fokus ini dapat meminimalkan risiko hukum terkait pelayanan RS. Selanjutnya, akan menumbuhkan kepercayaan (*trust*). Fokus tersebut juga mendorong pada minimalisir kesalahan (*medical error*) dengan bertumpu pada *Evidence-based Medicine* (EBM) dan *Value-based Medicine* (VBM). Dengan demikian, akan terbentuk proses pelayanan yang ramping tetapi handal (*lean but liable*) dalam keseluruhan titik pertanggungjawaban prosesnya (*responsible unit*). Selanjutnya akan bermuara pada manajemen dan pembiayaan yang efisien. Demikian seterusnya bergerak dan berputar dalam kerangka kesinambungan (Bagan 3).

Dalam keseluruhan proses tersebut, proses pendidikan jelas sangat berperan (Bagan 3). Prinsip EBM dan VBM adalah ranah kajian pendidikan yang sangat kuat. Pembentukan dan pengembangan keduanya harus berpijak pada penelitian yang juga berbobot. Sebaliknya, tumbuhnya budaya keselamatan pasien dan manajemen yang efektif, sangat kondusif bagi berlangsungnya proses pendidikan dan penelitian.



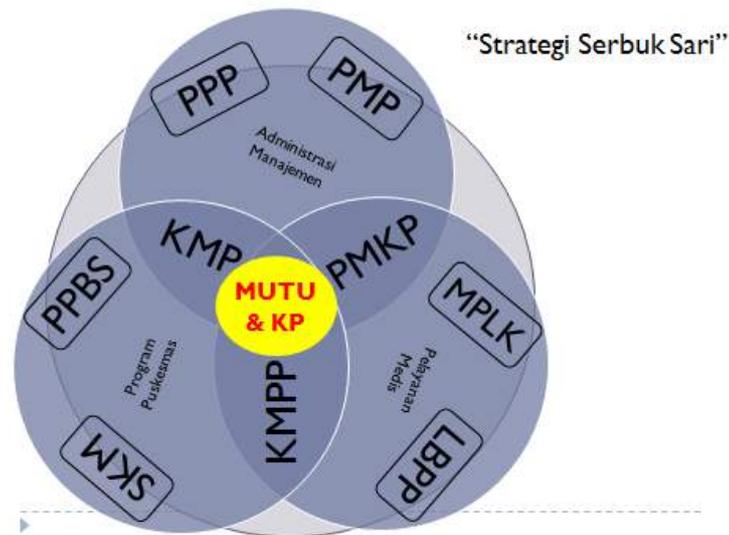
Bagan 3. Proses peningkatan mutu berkelanjutan

Sumber: Tonang Dwi Ardyanto pada FORUM MUTU Indonesian Healthcare Quality Network (IHQN) ke X di Surakarta 19-21 Agustus 2014.

Di Puskesmas, dalam Standar Akreditasi Puskesmas versi 2015, keselamatan disebut secara eksplisit pada pasal-pasal 7, 11, 15, 17, dan 16. Meski sudah ada pasalnya, tetapi implementasinya masih belum ada panduan sebagaimana panduan untuk implementasi akreditasi di RS.

Strategi makan bubur panas sesuai dengan konsep di RS. Sedangkan untuk implementasi yang sama di Puskesmas, diusulkan menggunakan strategi serbuk sari (Bagan 4) yang berfokus pada mutu dan keselamatan pasien. Prinsip dasarnya, Akreditasi Puskesmas terdiri dari 3 bagian: Penyelenggaraan Pelayanan Puskesmas, Kepemimpinan dan Manajemen

Puskesmas, dan Peningkatan Mutu Puskesmas. Ketiga bagian itu akhirnya merujuk ke mutu dan keselamatan pasien sebagai pusat indikator pelayanan.



Bagan 4. Strategi serbuk sari

Sumber: Tonang Dwi Ardyanto pada TOT Patient Safety di Layanan Primer, Dirjen Dikti, Jakarta 17-19 Oktober 2014.

Dengan menggunakan strategi-strategi tersebut, diharapkan fasilitas kesehatan primer maupun RS dapat menjawab tantangan sekaligus menjadi wahana pendidikan yang baik untuk Fakultas Kedokteran. Mahasiswa Kedokteran juga diharapkan akan dapat mengoptimalkan proses belajarnya dalam mencapai kemampuan secara menyeluruh terutama terkait dengan keselamatan pasien.

kerangka acuan dan jadwal

TUJUAN

- Memberikan pemahaman konsep keselamatan pasien kepada para pimpinan dan dokter Puskesmas dan RS yang menjadi pembimbing mahasiswa program pendidikan dokter di wahana puskesmas dan rumah sakit.
- Memperkenalkan metode pembelajaran untuk pencapaian kompetensi keselamatan pasien dalam pendidikan dokter dengan penyesuaian konteks keselamatan pasien baik di puskesmas maupun rumah sakit.

KARAKTERISTIK PESERTA

Peserta yang dapat mengikuti pelatihan ini adalah para pimpinan dan dokter di puskesmas dan rumah sakit yang menjadi pembimbing mahasiswa program pendidikan dokter di wahana puskesmas maupun rumah sakit. Peserta nantinya akan menjadi pelatih untuk pengajar lain yang ada di puskesmas dan RS atau menjadi pelatih atau pengajar untuk mahasiswa.

Total jumlah peserta sekitar 40 - 50 orang/pelatihan.

Persyaratan peserta

- Dari Puskesmas:
 - Pimpinan Puskesmas
 - Dokter Puskesmas yang menjadi pembimbing mahasiswa program pendidikan dokter dalam wahana pendidikan
- Dari Rumah Sakit:
 - Pimpinan Rumah Sakit
 - Dokter Rumah Sakit yang menjadi pembimbing mahasiswa program pendidikan dokter dalam wahana pendidikan

SASARAN PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti lokakarya ini, peserta diharapkan mampu:

- menjelaskan prinsip dasar keselamatan pasien sesuai 11 topik utama keselamatan pasien dari WHO
- mengidentifikasi penerapan prinsip keselamatan pasien sesuai 11 topik utama WHO di Puskesmas dan RS.

LINGKUP BAHASAN

- Topik 1: Apa itu keselamatan pasien?
- Topik 2: Memahami faktor manusia dalam keselamatan pasien
- Topik 3: Sistem dan kompleksitas sistem pelayanan
- Topik 4: Kerjasama tim yang efektif
- Topik 5: Belajar dari kesalahan
- Topik 6: Pengelolaan risiko klinis
- Topik 7: Peningkatan Kualitas
- Topik 8: Melibatkan pasien dan pelaku rawat
- Topik 9: Menekan infeksi melalui peningkatan pengendalian infeksi
- Topik 10: Keselamatan pasien dan prosedur invasif
- Topik 11: Pengenalan pengobatan yang aman
- Topik 12: Perbandingan *setting* RS dan Puskesmas terkait implementasi keselamatan pasien

WAKTU DAN TEMPAT PELAKSANAAN

Disesuaikan dengan institusi masing-masing.

METODE

- Kuliah interaktif
- Diskusi kelompok dengan pemicu kasus sesuai kasus di puskesmas/ RS
- Pleno
- *Hands-on practice*

SUMBER DAYA MANUSIA

Kepanitiaan terdiri dari Pelindung, Penanggung Jawab, Ketua dan Wakil Ketua Pelaksana, Sekretaris, dan Sekretariat.

Kuliah interaktif dan overview topik diberikan oleh narasumber sesuai dengan kepakaran masing-masing pada topik terkait. Dalam kegiatan kerja kelompok, peserta dibagi dalam kelompok kecil dan setiap kelompok dipandu oleh fasilitator.

RUJUKAN UTAMA

- Armitage G, Cracknell A, Forrest K, Sandars J. Twelve tips for implementing a patient safety curriculum in an undergraduate programme in medicine. *Med Teach*. 2011; 33: 535-40.
- Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Patient safety in primary healthcare. Draft for public consultation. August, 2010.
- International Patient Safety Goals (IPSG)
- Kingston-Riechers J, Ospina M, Jonsson E, Childs P, McLeod L, & Maxted J. Patient Safety in Primary Care. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute and BC Patient Safety & Quality Council. 2010

- Varkey P, Karlapudi S, Rose S, Swensen S. A patient safety curriculum for graduate medical education: results from a needs assessment of educators and patient safety experts. *Am J Med Qual.* 2009; 24.
- Walton M, Woodward H, Van Staaldin S, Lerner C, Greaves F, Noble D, et al. The WHO patient safety curriculum guide for medical school. *Qual Saf Health Care.* 2010; 19: 542-6.
- WHO. WHO patient safety curriculum guide for medical school. 2009.

SARANA PRASARANA

- Ruang kapasitas kuliah dan pleno 40 orang
- Ruang kegiatan kelompok kapasitas 12 orang (4 ruangan)
- Referensi
- Panduan diskusi
- Soal *pre & post-test*
- Panduan *role-play*
- Video
- Kasus
- Audio visual
- CD materi untuk peserta
- ATK
- *Flip chart*
- Sertifikat
- Materi *hands-on practice*

JADWAL KEGIATAN

HARI I

Waktu	Materi	Metode
12.30-13.30	Registrasi peserta	
13.30-14.00	Pembukaan dan <i>overview</i> pelatihan	
14.00-14.45	Kebijakan penerapan keselamatan pasien di Puskesmas, fasilitas pelayanan kesehatan primer/ RS	Kuliah interaktif (45 menit)
14.45-15.30	Pengembangan sumber daya manusia di Puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan primer/ sekunder/ tersier untuk mendukung peningkatan kualitas pelayanan kesehatan primer/ RS	Kuliah interaktif (45 menit)
15.30-16.00	REHAT	
16.00-18.00	Ruang lingkup keselamatan pasien di Layanan Primer/ RS <i>Situational Awareness</i> Diskusi dan tanya jawab	Kuliah interaktif (45 menit) Kuliah interaktif (45 menit) (30 menit)
18.00-18.15	<i>Pre-Test</i>	
18.15-19.30	ISHOMA	
19.30-21.15	Sesi I: Topik 1-4	<i>Overview</i> (15 menit) Diskusi (dengan pemicu) (1 jam 30 menit)
18.15-19.30	ISHOMA	
19.30-21.00	Pleno topik 1-4	

HARI II

Waktu	Materi	Metode
08.00-09.30	Pleno topik 1-4	
09.30-09.45	Rehat	
09.45-11.30	Sesi II: Topik 5-7	Kuliah interaktif (45 menit) <i>Games</i> dan diskusi (1 jam)
11.30-13.00	ISHOMA	
13.00-14.30	Topik 5-7	Diskusi dengan pemicu (kasus kertas/video, untuk pengisian formulir RCA) (1 jam 30 menit)
14.30-16.00	Pleno topik 5-7	
16.00-16.30	Rehat	
16.30-18.30	Sesi III Topik 8-9	<i>Overview</i> (15 menit) Diskusi (dengan <i>role play</i> dokter-pasien (1 jam 15 menit) <i>Hands-on practice</i> cuci tangan (30 menit)
18.30-19.30	ISHOMA	
19.30-21.00	Pleno topik 8-9	
18.30 - 20.15	Sesi IV: Topik 10-11	<i>Overview</i> (15 menit) Diskusi (dengan pemicu gambar dan kasus tertulis) (1 jam 30 menit)
20.15 – 21.45	Pleno topik 10-11 <i>Overview</i> topik 12 (SKP: Sasaran Keselamatan Pasien)	60 menit 30 menit

HARI III

Waktu	Materi	Metode
08.00-09.45	Sesi IV: Topik 10-11	<i>Overview</i> (15 menit) Diskusi (dengan pemicu gambar dan kasus tertulis) (1 jam 30 menit)
09.45-10.00	Rehat	
10.00-12.00	Pleno topik 10-11	90 menit
	<i>Overview</i> topik 12 (SKP: Sasaran Keselamatan Pasien)	30 menit
12.00-13.00	ISHOMA	
13.00-14.30	Rangkuman topik keselamatan pasien	Kuliah interaktif dan tanya jawab (90 menit)
14.30-16.00	Kerja kelompok: Diskusi penyusunan rencana tindak lanjut implementasi muatan keselamatan pasien dalam kurikulum pendidikan dokter di Puskesmas/ RS	(90 menit)
16.00-16.30	Rehat	
16.30-18.00	Pleno: Penyusunan rencana tindak lanjut implementasi kurikulum keselamatan pasien di Puskesmas/ RS	(90 menit)
18.00-19.00	ISHOMA	
19.00-19.15	Sesi Foto Bersama	
19.15-19.30	<i>Post test</i>	
19.30-20.00	Penutupan	

EVALUASI

- Peserta: *Pre-* dan *Post-test*
- Program: Survei kepuasan peserta pelatihan untuk pelatih

kelompok topik

Kelompok Topik 1-4

- Topik 1: Apa itu keselamatan pasien?
- Topik 2: Memahami faktor manusia dalam keselamatan pasien
- Topik 3: Sistem dan kompleksitas sistem pelayanan
- Topik 4: Kerjasama tim yang efektif

Kelompok Topik 5-7

- Topik 5: Belajar dari kesalahan
- Topik 6: Pengelolaan risiko klinis
- Topik 7: Peningkatan kualitas

Kelompok Topik 8-9

- Topik 8: Melibatkan pasien dan pelaku rawat
- Topik 9: Menekan infeksi melalui peningkatan pengendalian infeksi

Kelompok Topik 10-11

- Topik 10: Keselamatan pasien dan prosedur invasif
- Topik 11: Pengenalan pengobatan yang aman
- Topik 12: Perbandingan *setting* rumah sakit dan puskesmas terkait implementasi keselamatan pasien



Topik 1

Apa itu Keselamatan Pasien?



rangkuman topik 1

1. Sasaran Pembelajaran

- Menjelaskan konsep dasar keselamatan pasien.
- Menjelaskan peran penerapan konsep keselamatan pasien dalam menekan frekuensi dan akibat dari kejadian tidak diinginkan (*adverse events*) di Pusat Pelayanan Kesehatan Primer/ Rumah Sakit.

2. Poin Penting



- Definisi Keselamatan Pasien (PMK 1691/2011)
Sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi 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 dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan
- Menjelaskan perbedaan konsep keselamatan pasien dan K3RS
- Pentingnya menyadari dan menghindari budaya menyalahkan
- Perbedaan antara *system failures, violations and errors*
- Penerapan keselamatan pasien di Pusat Pelayanan Kesehatan Primer/ RS yang sejalan dengan Akreditasi Puskesmas/ RS

3. Ringkasan

Dalam 15 tahunan terakhir ini, semakin banyak bukti bahwa banyak pasien yang mengalami trauma selama dalam perawatan. Akibatnya terjadi kecacatan permanen, pemanjangan *Length of Stay* (LOS) bahkan kematian. Laporan sekitar satu dua dekade terakhir ini menunjukkan bahwa kejadian tidak diharapkan tersebut terjadi bukan karena kesengajaan mencelakakan pasien. Terjadinya trauma tersebut lebih karena sistem pelayanan kesehatan yang begitu kompleks sehingga keberhasilan tatalaksana pada seorang pasien tergantung pada banyak faktor, bukan hanya kompetensi personal pemberi pelayanan kesehatan.

Tim pelayanan kesehatan melibatkan berbagai disiplin ilmu tenaga kesehatan, maka sangat sulit menjamin keamanan pelayanan bila sistem pelayanan tidak dirancang untuk memfasilitasi pertukaran informasi dan kesepahaman antara semua anggota tim pelayanan.

Kondisi demikian tidak hanya terjadi di rumah sakit (RS), pelayanan di puskesmas juga tidak kalah kompleks. Jumlah disiplin ilmu tenaga kesehatan memang tidak sekompleks di RS, namun cakupan pelayanan puskesmas lebih luas dari RS karena mencakup pelayanan kesehatan masyarakat. Padahal dari sisi ketersediaan sarana prasarana, terdapat keterbatasan di puskesmas dibandingkan RS. Karena itu, potensi terjadinya kejadian tidak diharapkan juga menjadi masalah di puskesmas.

Dengan demikian, keselamatan pasien memang menjadi isu semua negara, baik di fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun swasta. Memberikan obat antibiotik tanpa menilai kondisi pasien dan sensitivitasnya, atau potensi efek samping dapat menimbulkan risiko trauma dan kecacatan bagi pasien. Risiko bagi pasien ini tidak hanya karena kesalahan penggunaan teknologi, tetapi juga dapat terjadi akibat komunikasi yang buruk antara berbagai tenaga kesehatan pemberi layanan.



Banyak aspek keselamatan pasien tidak berkaitan dengan sumber daya finansial tetapi justru berkaitan dengan komitmen personal untuk menjalankan praktek profesinya secara aman. Masing-masing tenaga kesehatan dapat meningkatkan keselamatan pasien dengan melibatkan pasien dan keluarga dalam pelayanan, mematuhi prosedur pemeriksaan, mampu memperbaiki dari kesalahan sebelumnya dan menjalin komunikasi efektif antara sesama pemberi pelayanan.

Langkah-langkah tersebut juga dapat mengurangi kebutuhan biaya karena meminimalkan trauma bagi pasien. Menganalisis setiap laporan terjadinya kesalahan (*error*) dapat membantu identifikasi faktor-faktor utama yang menyebabkan kejadian tersebut. Pemahaman terhadap faktor-faktor tersebut akan menjadi dasar penyusunan langkah-langkah lebih lanjut untuk mencegah terulangnya kesalahan yang sama.

Meskipun kesadaran tentang keselamatan pasien sudah banyak berkembang, namun implementasinya masih bervariasi di berbagai area dan profesi kesehatan. Kurangnya informasi dan pemahaman tentang trauma bagi pasien, serta kenyataan bahwa sebagian besar *error* tidak sampai menimbulkan trauma signifikan, menyebabkan mengapa begitu lama menjadikan keselamatan pasien sebagai prioritas. Di samping itu, terjadinya suatu *error* yang berakibat signifikan bisa saja hanya terjadi di suatu area dan oleh sekelompok kecil tenaga kesehatan. Seringkali *error* dan gagalnya sistem, tidak terjadi pada tempat yang sama, sehingga menutupi kesadaran akan luasnya permasalahan dalam sistem.

Hal demikian juga terjadi di Indonesia. Sejak 2007, mulai diperkenalkan sistem pelaporan kejadian keselamatan pasien di rumah sakit. Bahkan tahun 2011, juga diterbitkan Permenkes 1691/2011 tentang Keselamatan Pasien. Begitupun, angka laporannya masih sedikit. Hal ini bukan menggembirakan, justru mengkhawatirkan karena berpotensi menutupi kondisi yang sebenarnya. Lebih-lebih lagi, sistem pelaporan kejadian tidak diharapkan terkait keselamatan pasien di puskesmas, belum sebaik sistem untuk RS.

Yang harus disadari bahwa terhadap suatu kejadian tidak diharapkan, harus didudukan apakah didasari oleh kelalaian (*negligence*) atau karena *violations* (pelanggaran). Banyak laporan menyatakan bahwa sebagian besar kejadian tidak diharapkan terjadi karena kelalaian yang sangat berhubungan dengan sistem. Hal ini mengedepankan tindakan pencegahan secara sistem untuk meminimalkan risiko terjadinya kelalaian tersebut. Keterampilan menelusuri masalah ini sangat perlu dikembangkan.



Fenomena yang sering terjadi dalam proses penelusuran masalah adalah kebiasaan kita untuk menudingkan kesalahan kepada seseorang atau satu pihak. Memang sekilas lebih mudah dan lebih menyenangkan bila kita memiliki "tertuduh", seolah masalah langsung selesai dengan sudah adanya "pelaku kesalahan". Hal demikian justru menghambat langkah pencegahan kesalahan yang berikutnya. Kesalahan personal bisa saja terjadi, oleh karena itu tanggung jawab personal tetap tidak bisa dilepaskan begitu saja. Namun membebankan kesalahan personal semata, tidak akan banyak berarti bagi perbaikan sistem, justru itu akan menebalkan 'kesalahkaprahan' bahwa *error* adalah sesuatu yang tidak termaafkan.

"Mahasiswa kedokteran perlu mendapatkan pengetahuan dan keterampilan, agar mampu mendukung dan mengimplementasikan prinsip-prinsip keselamatan pasien selama menjalani program pendidikan di semua lini layanan kesehatan. Demikian pula, keberadaan para pembimbing dan pengawas di Puskesmas, perlu mengedepankan saling kesepahaman tentang keselamatan pasien. Dengan demikian, prinsip keselamatan pasien tetap terjaga selama proses pendidikan, sekaligus mampu menjadi wahana pembelajaran bagi para mahasiswa kedokteran."

Langkah bijak untuk menelusuri adalah dengan berusaha mengidentifikasi apa yang menjadi akar masalah. Melalui serangkaian "filter", akan tersaring faktor apa yang benar-benar mendasari terjadinya suatu kesalahan. Selanjutnya disusun prosedur "baru" untuk lebih merapatkan filter tersebut agar tidak lagi terjadi kebocoran yang menimbulkan masalah. Memang bisa saja ditemukan "kesalahan personal" dalam proses filtrasi tersebut. Namun, tetap harus diyakini bahwa "kesalahan sistem" itu lebih penting untuk diperbaiki tanpa menghilangkan tanggung jawab personal.

Sesuai dengan pasal 18 UU Pendidikan Dokter nomor 20/2013, peserta didik memiliki hak untuk terlibat dalam pelayanan di RS pendidikan maupun wahana pendidikan di bawah bimbingan dan pengawasan dosen. Keterlibatan mahasiswa di Puskesmas terentang dalam variasi kegiatan yang lebih luas karena ada proporsi kegiatan berkaitan dengan program kesehatan masyarakat.

Untuk itu, mahasiswa kedokteran perlu mendapatkan pengetahuan dan keterampilan, agar mampu mendukung dan mengimplementasikan prinsip-prinsip keselamatan pasien selama menjalani program pendidikan di semua lini layanan kesehatan. Demikian pula, keberadaan para pembimbing dan pengawas di wahana pendidikan, perlu mengedepankan saling kesepahaman tentang keselamatan pasien. Dengan demikian, prinsip keselamatan pasien tetap terjaga selama proses pendidikan, sekaligus mampu menjadi wahana pembelajaran bagi para mahasiswa kedokteran.

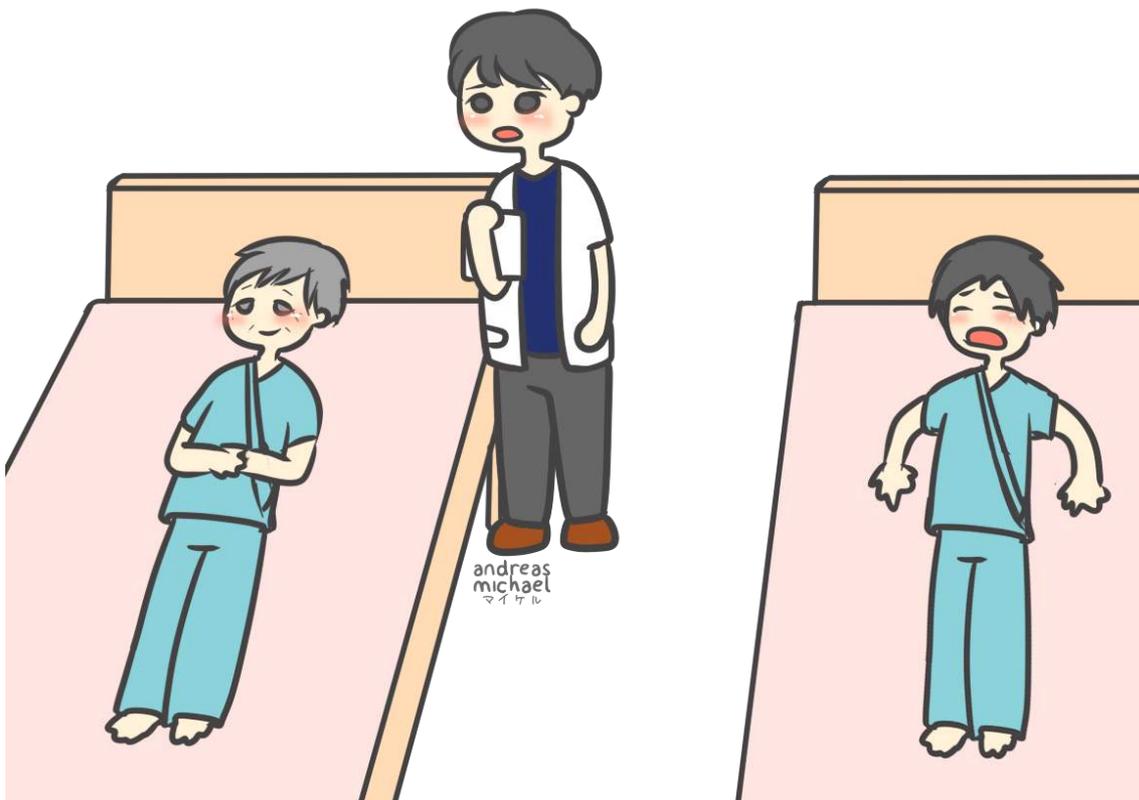
4. Bahan Bacaan Lebih Lanjut

- Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Patient safety in primary healthcare. Draft for public consultation. August, 2010.
- Emanuel L et al. *What exactly is keselamatan pasien? A definition and conceptual framework*. Agency for Health Care Quality and Research, Advances in Patient Safety: from Research to Implementation, 2008
- Kepmenkes 1087/2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja
- Kingston-Riechers J, Ospina M, Jonsson E, Childs P, McLeod L, & Maxted J. Patient Safety in Primary Care. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute and BC Patient Safety & Quality Council. 2010
- Permenkes 1691/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- Vincent C, Safety. P. *Patient Safety*, Edinburgh, Elsevier, 2006.
- WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. 2009



Topik 2

Memahami Faktor Manusia dalam Keselamatan Pasien



rangkuman topik 2

1. Sasaran Pembelajaran

- Mendeskripsikan peran manusia dan hubungannya dengan risiko terjadinya kesalahan dalam penerapan keselamatan pasien.

2. Poin penting



- Kesadaran bahwa faktor manusia sebagai salah kontributor yang sangat penting dalam terjadinya kejadian tidak diinginkan di *setting* pelayanan kesehatan.
- Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien perlu mempertimbangkan kemampuan dan keterbatasan manusia yang terlibat di di dalamnya.
- Sistem pelayanan kesehatan yang menerapkan prinsip keselamatan pasien perlu meminimalkan kejadian tidak diinginkan namun tetap memerhatikan faktor kelebihan dan kekurangan faktor manusia sebagai penyedia pelayanan kesehatan.
- 'To err is human'
- *Error* adalah kegagalan untuk melaksanakan suatu hal yang direncanakan untuk mencapai luaran yang diinginkan.
- *Error* dapat terjadi karena adanya situasi tertentu dan adanya faktor individual yang menjadi predisposisi terjadinya *error*.
- Faktor yang mempengaruhi 'IM SAFE' = Illness (I), Medication (M), Stress (S), Alcohol (A), Fatigue (F), Emotion (E).

3. Ringkasan

Faktor manusia membahas hubungan antara manusia dan sistem yang terbentuk dalam interaksi antar manusia, yang berfokus pada peningkatan efisiensi, kreativitas, produktivitas dan kepuasan kerja dengan tujuan meminimalisir kesalahan (*error*). Kegagalan penerapan prinsip-prinsip faktor manusia merupakan kunci dari berkembangnya kejadian tidak diinginkan di *setting* pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, semua tenaga kesehatan perlu memahami prinsip-prinsip faktor manusia ini. Pepatah mengatakan, tenaga kesehatan yang tidak memahami prinsip dasar faktor manusia adalah seumpama seorang ahli kontrol infeksi yang tidak memahami mikrobiologi (WHO, 2009).



Istilah faktor manusia dan ergonomik digunakan untuk menjelaskan interaksi yang terjadi antara tiga aspek yang saling berkaitan: individu di tempat kerja, pekerjaan yang sedang ditangani, dan tempat kerja itu sendiri. Faktor manusia merupakan ilmu yang menerapkan berbagai disiplin (seperti anatomi, fisiologi, fisika dan biomekanika) untuk memahami bagaimana seseorang bertindak dalam berbagai lingkungan. Sehingga dapat dikatakan bahwa faktor manusia adalah suatu ilmu mengenai segala jenis faktor yang membuat suatu pekerjaan dapat dilakukan dengan lebih mudah dan cara yang benar (WHO, 2009).

Pelajaran dan contoh dari berbagai industri menunjukkan, dengan mengaplikasikan prinsip-prinsip faktor manusia dapat meningkatkan produktivitas proses pengerjaan tugas di pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, penyebab banyaknya kejadian merugikan disebabkan miskomunikasi antara seseorang dalam sistem dan tindakannya. Banyak orang berpikir kesulitan komunikasi antaranggota tim kesehatan berkaitan dengan fakta bahwa masing-masing orang memiliki banyak tugas yang harus dikerjakan dalam waktu bersamaan. Ahli faktor manusia menemukan bahwa hal yang penting bukanlah banyaknya tugas yang harus diselesaikan, namun jenis tugasnya. Seorang profesional mampu menjelaskan langkah-langkah prosedur suatu tindakan sederhana kepada mahasiswa tahap klinik sambil dirinya memeragakan prosedur tersebut, namun dalam kasus yang lebih rumit ia tentu tidak dapat melakukan tugas tersebut karena harus berkonsentrasi pada pekerjaannya. Pengertian faktor manusia dan kepatuhan pada prinsip-prinsip faktor manusia merupakan komponen mendasar bagi keselamatan pasien (WHO, 2009).

“Manusia bukanlah mesin. Bila dibandingkan mesin, manusia cenderung tidak dapat diprediksi dan tidak dapat diandalkan (*unpredictable and unreliable*),”

Kualitas pelayanan kesehatan versus Keterbatasan manusia

Manusia bukanlah mesin. Bila dibandingkan mesin, manusia cenderung tidak dapat diprediksi dan tidak dapat diandalkan (*unpredictable and unreliable*), dan memiliki keterbatasan memproses informasi dikarenakan keterbatasan kapasitas memori. Meskipun begitu, pemikiran manusia sangatlah kreatif, mawas diri, imajinatif dan fleksibel. Selain itu, manusia juga mudah terdistraksi, yang merupakan kelebihan sekaligus kekurangan. Hal ini sebenarnya merupakan sensor yang dimiliki manusia untuk mendeteksi bila ada sesuatu yang terjadi di luar kebiasaan. Namun, kondisi distraksi dapat menyebabkan manusia gagal menyimpan informasi yang penting. Bayangkan bila hal tersebut terjadi dalam dunia medis, saat apoteker melakukan kesalahan racikan obat karena mengangkat telepon, atau perawat salah menyuntik pasien karena pasien sebelumnya mengalami kejang-kejang. Otak manusia pun sering memainkan “trik” sehingga mengakibatkan terjadi mispersepsi terhadap suatu kejadian, yang mengakibatkan kekeliruan. Semua hal ini penting untuk dipertimbangkan oleh seorang praktisi dalam dunia kesehatan, bahwa pada dasarnya manusia memiliki keterbatasan (WHO, 2009).





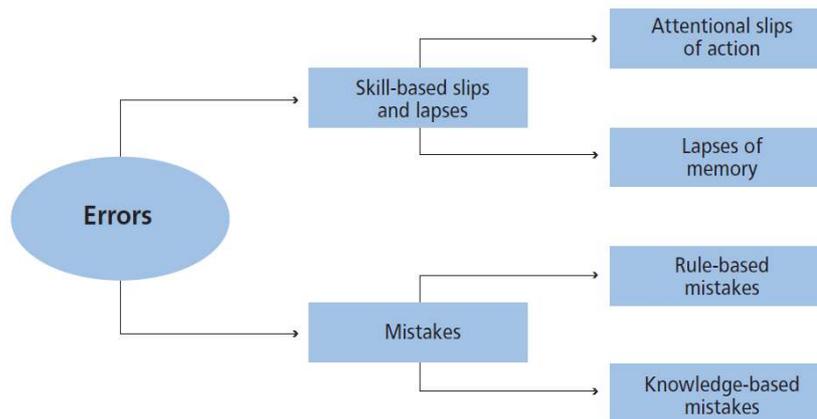
Dalam pelayanan kesehatan, pengetahuan mengenai faktor manusia membantu proses perencanaan sehingga dokter dan perawat dapat melakukan pekerjaannya dengan baik. Pertimbangan faktor manusia dapat menunjukkan bagaimana memastikan pemberian resep obat yang aman, komunikasi yang baik dalam tim dan penyampaian informasi ke profesi kesehatan lain. Tugas tersebut, mungkin dianggap sederhana, namun dalam pelaksanaannya cukup rumit karena kompleksnya pelayanan dan sistem kesehatan. Para ahli faktor manusia percaya bahwa kesalahan dapat dikurangi dengan memfokuskan pada penyedia layanan kesehatan dan mempelajari bagaimana mereka berinteraksi dengan lingkungan (WHO, 2009).

Tujuan desain faktor manusia yang baik adalah untuk mengakomodir semua pengguna sistem. Faktor manusia menggunakan panduan prinsip-prinsip berbasis bukti dalam merancang suatu prosedur kegiatan agar lebih mudah, aman dan efisien, seperti: (1) pemesanan obat-obatan, (2) penyaluran informasi, (3) pemindahan/transfer pasien, (4) grafik pengobatan dan lainnya dilakukan secara elektronik. Bila tugas-tugas ini dirancang lebih mudah, maka para praktisi kesehatan dapat melakukan pelayanan kesehatan dengan lebih aman. Kemudahan tugas ini ditunjang dengan solusi rancangan sistem meliputi *software* (sistem pemasukan data melalui komputer), *hardware* (contoh, *IV pump*), peralatan (contoh, skapel, *syringe*, tempat tidur pasien), dan tampilan fisik termasuk pencahayaan lingkungan kerja. Sistem pelayanan kesehatan yang menerapkan prinsip keselamatan pasien perlu meminimalisir kejadian tidak diinginkan namun tetap memerhatikan faktor kelebihan dan kekurangan manusia sebagai penyedia layanan kesehatan (WHO, 2009).

To "err" is human

Dalam istilah sederhana, *error* adalah kegagalan untuk melaksanakan suatu hal yang telah direncanakan untuk mencapai luaran yang diinginkan. *Error* dapat terjadi karena melakukan sesuatu yang salah, atau gagal melakukan sesuatu dengan benar. Pelanggaran berbeda dengan *error*. Pelanggaran adalah suatu tindakan menyimpang dari aturan atau standar yang berlaku, yang bersifat disengaja.





Bagan 5. Prinsip-prinsip *error*

Sumber: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. 2009

Error dapat terjadi karena adanya situasi tertentu dan adanya faktor individual yang menjadi predisposisi terjadinya *error*. Situasi yang dimaksud antara lain kurangnya pengalaman, waktu yang sempit, pengecekan yang tidak adekuat, buruknya prosedur, dan kurang informasi. Adapun faktor individual meliputi keterbatasan kapasitas memori manusia, kelelahan, stress, kelaparan dan sakit tertentu, bahasa atau faktor budaya, dan sikap berbahaya. Kurang pengalaman, sikap berbahaya, buruknya prosedur sering terjadi pada mahasiswa tahap klinik yang akan melakukan tindakan pada pasien pertama kali tanpa adanya persiapan yang matang. Saat melakukan tindakan medis tertentu untuk pertama kalinya, mahasiswa tahap klinik sebaiknya disupervisi atau disaksikan oleh pembimbing selagi melakukan prosedur medis. Kelelahan, stress, kelaparan dan penyakit tertentu dapat mengakibatkan gangguan fungsional tubuh sehingga tubuh tidak dapat melakukan aktivitas secara prima. Terlebih, kelelahan akan mempengaruhi ingatan dan daya konsentrasi seseorang. Bahasa dan budaya berpotensi menjadi penyebab *error* komunikasi dan interaksi antara pasien dan tenaga kesehatan.

IM SAFE

Akronim IM SAFE dibentuk di lingkungan industri penerbangan sebagai teknik menilai diri sendiri apakah seseorang aman untuk bekerja ketika mereka masuk ke tempat kerja. IM SAFE sendiri terdiri dari:

- I** *Illness* - Sakit
- M** *Medication*– Obat-obatan (mengonsumsi obat tertentu dari dokter, alkohol atau lainnya)
- S** *Stress* – Stres, beban pikiran, tekanan
- A** *Alcohol* – Konsumsi Alkohol
- F** *Fatigue* – Kelelahan
- E** *Emotion* – Emosi



Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, penyebab *error* yang terjadi dapat disebabkan situasi tertentu maupun faktor individual. Instrumen asesmen ini diharapkan dapat menjadi panduan bagi tenaga medis untuk menilai performa dirinya sendiri. Terdapat bukti ilmiah yang kuat menghubungkan kelelahan dengan gangguan performa seseorang yang berisiko pada keselamatan pasien. Jam kerja yang terlalu panjang pun diketahui mengakibatkan kemerosotan performa, sama merosotnya dengan seseorang dalam keadaan mabuk alkohol.

Selain IM SAFE, dapat juga digunakan akronim HALT yang terdiri dari:

- H** *Hungry* – Lapar
- A** *Angry* – Marah
- L** *Late* – Terlambat
- T** *Tired* – Lelah

5. Bahan bacaan lebih lanjut

- Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills*. Malden, MA, Blackwell 2006.
- Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, Ltd, 2007.
- Vincent C. *Clinical risk management— enhancing patient safety*, London, British Medical Journal books, 2001
- Walton M. *National Patient Safety Education Framework*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005.
- WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. 2009

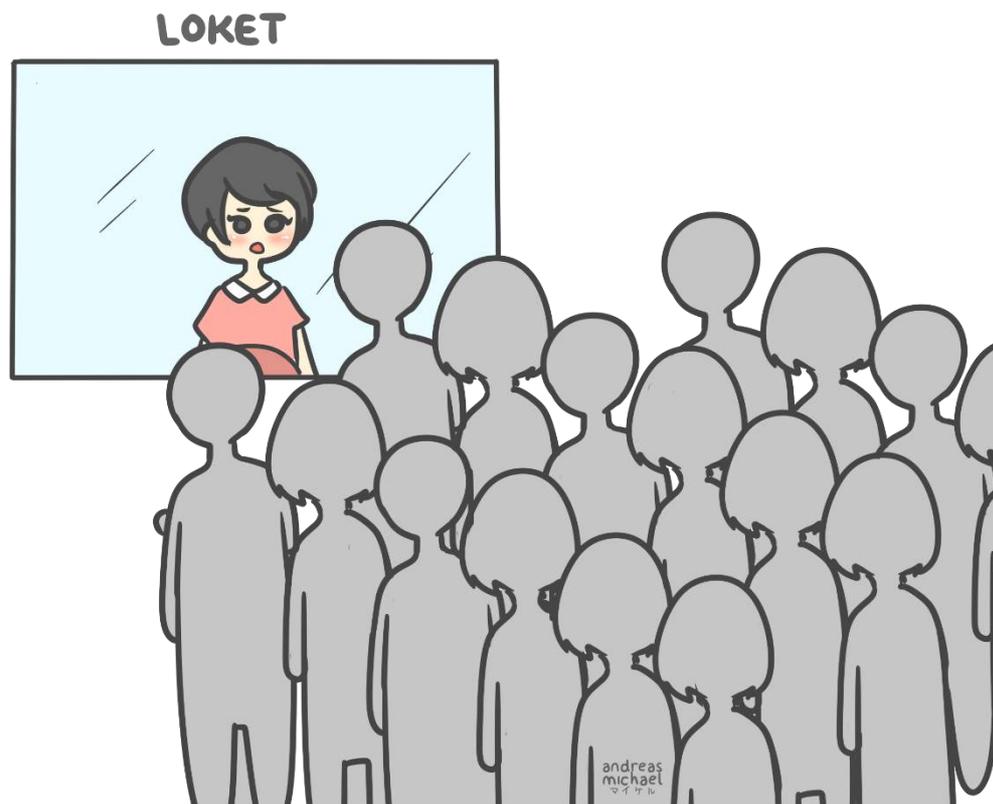






Topik 3

Sistem dan Kompleksitas Sistem Pelayanan



rangkuman topik 3

1. Sasaran Pembelajaran

- Menjelaskan apa yang dimaksud dengan 'sistem' dan 'sistem yang kompleks' dalam pelayanan kesehatan.
- Menjelaskan mengapa pendekatan sistem untuk penerapan keselamatan pasien lebih baik daripada pendekatan tradisional.
- Menggambarkan organisasi pelayanan kesehatan (termasuk pelayanan kesehatan primer) yang menerapkan prinsip keselamatan pasien dengan baik.

2. Poin Penting



- Semakin kompleks suatu sistem, semakin tinggi kemungkinan terjadinya kesalahan.
- Pendekatan tradisional fokus pada individu/perorangan (*naming, blaming, shaming, retraining*) bila terjadi kejadian tidak diinginkan atau kesalahan dalam pelayanan.
- Untuk mencegah terjadinya kejadian tidak diinginkan atau kesalahan perlu dilakukan pendekatan sistem yaitu dengan memahami secara keseluruhan bagaimana dan mengapa suatu kesalahan terjadi.
- Suatu kejadian tidak diinginkan atau kesalahan bersifat multifaktor (faktor pasien, penyedia pelayanan kesehatan, tugas, teknologi, alat, tim pelayanan kesehatan, lingkungan, dan organisasi)
- 'Swiss cheese model' untuk penelusuran akar masalah.

3. Ringkasan

Rumah sakit (RS) adalah organisasi padat modal, padat teknologi, padat karya. Di dalamnya berkumpul banyak profesi kesehatan dari berbagai disiplin ilmu. Sebagai sebuah organisasi, kompleksitas RS menjadikannya tidak mudah untuk berjalan dengan ringan. Sifat kerja yang padat modal, padat karya dan padat teknologi pada pelayanan RS juga berisiko berujung pada padat masalah. Bahkan masalah itu tidak jarang juga berkaitan dengan tuntutan hukum. Kasus dr. Ayu dkk, adalah salah satu contoh terakhir yang menimbulkan polemik luas dan ketegangan di masyarakat. Tentu saja, ini bukanlah situasi yang menguntungkan bagi banyak pihak, terutama bagi Dokter dan RS itu sendiri. Terjadi silang pendapat tentang bagaimana implementasi regulasi bidang kesehatan misalnya UU Praktik Kedokteran no. 29/2004, UU Kesehatan no. 36/2009, UU RS no. 44/2009, Permenkes 512/2007 dan 2052/2011 tentang Izin



Praktik Kedokteran, Permenkes 1438/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran, Permenkes 36/2012 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran dan masih banyak lagi.

Situasi kerja di RS, menggambarkan saling ketergantungan di antara berbagai profesi, dengan penunjang alat dan teknologi, juga manajemen administrasi untuk dapat diberikannya suatu pelayanan sebagaimana diharapkan. Ini adalah gambaran sebuah sistem. Sebagai sebuah sistem, RS bersifat sangat kompleks karena produk jasa yang diberikannya, memiliki sifat unik. Keunikan tersebut, menjadikan sifat saling ketergantungan itu menjadi seperti mata pisau. Di satu sisi, adanya saling ketergantungan menjadikan produk yang lengkap dan semaksimal mungkin memenuhi semua harapan. Sebaliknya, bertemunya banyak pihak dalam menyajikan produk tersebut, berarti juga mempertinggi risiko terjadinya penyimpangan sehingga produknya tidak seperti yang diharapkan.

Walau dalam skala yang lain, Puskesmas juga memiliki sistem yang tidak kalah kompleks. Apalagi ada tugas dan cakupan kerja yang menonjol dibandingkan RS yaitu melayani juga upaya kesehatan masyarakat. Dengan perluasan cakupan ini, berarti rentang saling ketergantungan juga menjadi lebih lebar, walaupun bisa jadi tidak serumit yang ada di RS dalam hal pelayanan medis.

Mahasiswa Kedokteran selayaknya mendapatkan bekal untuk dapat memahami konsep sistem dan kompleksitasnya tersebut sehingga optimal saat berproses di dalamnya. Tanpa bekal itu bukan tidak mungkin justru mahasiswa akan terbebani lebih pada sisi adaptasi. Padahal sebenarnya diharapkan proses pendidikan di RS dan Puskesmas tidak hanya berbasiskan pengetahuan, tetapi juga keterampilan (*skill*) dan perilaku (*attitude*). Keterampilan akan didapatkan bila mahasiswa dapat lebih banyak terlibat dalam proses-proses pelayanan. Tanpa memahami sistem dan kompleksitasnya, tentu sulit bagi mahasiswa untuk dapat melibatkan diri sedemikian sehingga tidak mengganggu atau menjadi beban bagi tim pelayanan di tempatnya dididik.





Ayo, sekarang kita belajar cara memasang kateter urin pada manekin ya!

Dari aspek perilaku, mahasiswa diharapkan juga dapat mengikuti contoh (*role model*) dari para profesi kesehatan yang terlibat dalam pelayanan. Contoh ini meliputi bagaimana menunjukkan dan mengimplementasikan keterampilan. Di samping itu juga ada keteladanan dalam hal penerapan prinsip-prinsip profesional termasuk dalam menerapkan prinsip keselamatan pasien.

Dalam hal kompleksitas, RS dan Puskesmas diharapkan dapat menerapkan prinsip *High Reliability Organization* (HRO). Karakteristik HRO bertumpu pada 4 ciri:

1. **Selalu berorientasi pada kemungkinan terjadinya kegagalan sistem.** Alih-alih mengelak, organisasi HRO justru selalu menyadari adanya kemungkinan terjadi kesalahan karena sifat alami sebuah sistem, apalagi sistem yang kompleks. Justru karena itu organisasi harus selalu menyiapkan diri bagaimana menghadapi kemungkinan kesalahan (*mitigation*).
2. **Organisasi dengan prinsip HRO selalu siaga untuk mengidentifikasi setiap kemungkinan risiko,** kemudian menyiapkan upaya agar tidak sampai benar-benar menimbulkan masalah.
3. **Organisasi dengan prinsip HRO selalu mewaspadaai dan peka terhadap masalah-masalah yang dihadapi** oleh pemberi pelayanan di garis depan. Organisasi menyadari bahwa masalah-masalah itu adalah gambaran paling nampak dari bagaimana sistem bekerja.
4. **Organisasi dengan prinsip HRO juga selalu mengembangkan budaya keselamatan (*safety culture*).** Termasuk di dalamnya adalah mengembangkan sikap untuk terbuka dan dapat menyampaikan adanya kesalahan maupun potensi masalah tanpa harus khawatir akan mendapatkan masalah karena keterbukaannya itu.





Dalam menghadapi terjadinya suatu *error*, ada perbedaan pendekatan antara organisasi berprinsip HRO dengan organisasi berbasis pendekatan tradisional. Pada pendekatan tradisional, fokusnya pada "siapa yang salah". Pendekatan ini sekilas menyenangkan dan "melegakan". Tapi sebenarnya hal itu menutupi permasalahan yang sebenarnya. Akibatnya tidak ada pelajaran yang diambil dari suatu kesalahan, sehingga tidak ada upaya untuk melakukan perbaikan.

Pada organisasi berprinsip HRO, pendekatan ketika terjadi *error* adalah berusaha mencari akar masalah. Melalui serangkaian penapisan, akan terlihat celah-celah yang memungkinkan terjadinya kesalahan. Berdasarkan penapisan itu, disusun serangkaian langkah untuk menutup celah sistem. Dengan demikian, fokusnya adalah memperbaiki sistem agar kesalahan serupa tidak terulang lagi. Bahwa dalam proses itu ada ditemukan kesalahan personal, maka tanggung jawab personal tetap dijalankan, tanpa mengesampingkan usaha perbaikan sistem.

Rumah Sakit dan Puskesmas, sangat diharapkan dapat memenuhi prinsip-prinsip HRO mengingat kompleksitas dan signifikansi produk layanannya sangat sensitif terhadap risiko kesalahan. Untuk itu, menyiapkan mahasiswa kedokteran maupun para profesi kesehatan di lingkungan kerjanya, merupakan satu keharusan. Tanpa pemahaman yang sama, diwujudkan dalam semangat berbudaya keselamatan yang sama, kemudian diterapkan dalam prinsip komunikasi dinamis dan terbuka tanpa kekhawatiran akan budaya menyalahkan (*blaming culture*), maka akan sulit menerapkan prinsip HRO dalam pelayanan maupun proses pendidikan sehari-hari.

4. Bahan Bacaan Lebih Lanjut

- Agency for Healthcare Research and Quality. *High reliability organization strategy*. 2005.
- Chassin MR. The wrong patient. *Annals of Internal Medicine*, 2002,136(11):826–833.
- Permenkes 75/2014 tentang Puskesmas
- Standar Akreditasi Puskesmas 2015
- Vincent C. *Clinical risk management— enhancing patient safety*, London, British Medical Journal books, 2001
- Walton M. *National Patient Safety Education Framework*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005.
- WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. 2009







Topik 4

Kerjasama Tim

yang Efektif



rangkuman topik 4

1. Sasaran Pembelajaran

- Menjelaskan pentingnya kerjasama tim dalam pelayanan kesehatan
- Mendeskripsikan bagaimana menjadi anggota tim pelayanan kesehatan yang efektif dan mampu berkolaborasi

2. Poin Penting



- Pengertian tim sebagai satu kelompok yang terdiri dari dua atau lebih individu yang berinteraksi secara dinamis, memiliki tujuan/misi yang sama, mendapatkan tugas spesifik yang sama dan memiliki keahlian khusus yang saling melengkapi.
- Macam-macam tim pelayanan kesehatan (Team STEPPS):
 - Tim inti (*core team*) yang bertugas langsung menyediakan pelayanan kesehatan pasien.
 - Tim koordinasi (*coordinating team*) yang bertanggung jawab untuk operasional sehari-hari, manajemen sumber daya dan koordinasi.
 - Tim tanggap cepat (*contingency team*) yang dapat dibentuk untuk keadaan gawat/keadaan luar biasa atau tim yang harus bekerja cepat (*cardiac arrest team*, dll). Tim ini biasanya diambil dari anggota *core team*.
 - *Ancillary team* yang bertugas menyediakan pendukung untuk pelayanan pasien, dan biasanya tidak berhubungan langsung dengan pasien
- Tahapan pembentukan tim: *forming, storming, norming, performing*
- Pentingnya kepemimpinan dalam tim yang efektif.
- Komunikasi antar anggota tim pelayanan kesehatan sangat diperlukan: SBAR (*situation-background-assessment-recommendation*), *call out*, *check back*, *handover/hand off* ("I pass the button")
- Manajemen konflik dalam tim pelayanan kesehatan
 - CUS: I am **C**oncerned, I am **U**ncomfortable, this is **S**afety issue
 - DESC: **D**escribe the specific situation or behaviour and provide concrete evidence or data, **E**xpress how the situation makes you feel and what your concerns are, **S**uggest other alternatives and seek agreement, **C**onsequences should be stated in terms of impact on established team goals or keselamatan pasien. The goal is to reach consensus)

3. Ringkasan

Kerjasama tim yang efektif di pelayanan kesehatan dapat berdampak positif dan meningkatkan keselamatan pasien. Kolaborasi profesi kesehatan sebagai bentuk kerjasama tim sangat diperlukan. Faktor-faktor yang mendukung hal tersebut di

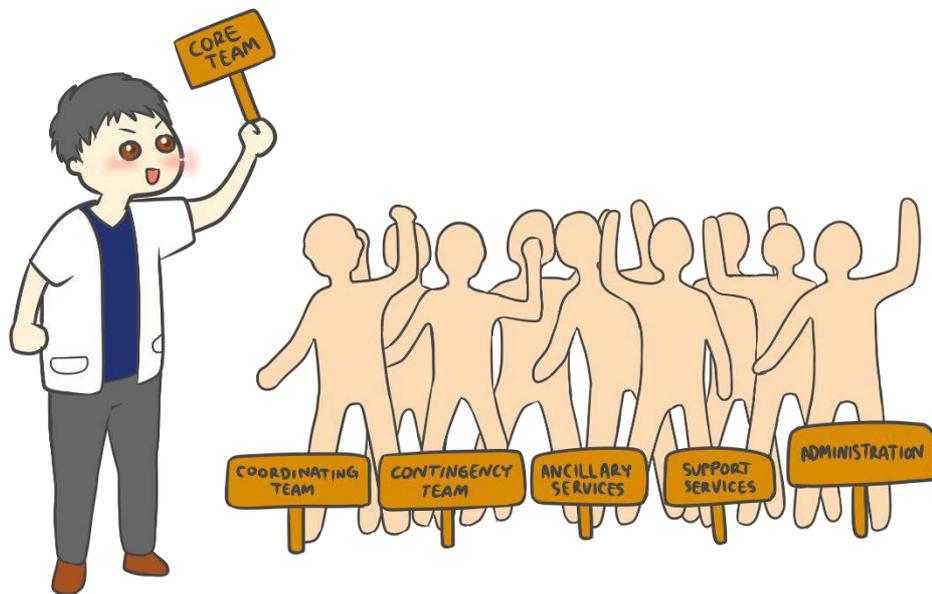


antaranya adalah meningkatnya kompleksitas penyakit dan spesialisasi pelayanan kesehatan, meningkatnya kejadian komorbiditas, penyakit kronis, tuntutan sumber daya kesehatan yang kompeten dan menginisiasi waktu kerja yang efektif. Sehingga, konsep kolaborasi atau kerjasama tim yang ditinjau dari berbagai perspektif profesi kesehatan akan meningkatkan keselamatan pasien.

Tim didefinisikan sebagai dua atau lebih individu yang berinteraksi yang memiliki karakteristik yaitu:

1. Memiliki peran spesifik dan interaksi bersama untuk mencapai tujuan
2. Terbentuk untuk membuat suatu keputusan
3. Memungkinkan adanya pendapat yang berbeda untuk mencapai suatu aksi bersama
4. Memiliki keahlian baik pengetahuan maupun keterampilan khusus agar tercapai visi dan misi tim.

Baik dunia kesehatan maupun bentuk tim secara umum, tim dapat terdiri dari satu profesi yang sama (contoh: organisasi profesi), multiprofesi (contoh: tim gawat darurat), tim yang bekerja bersama di satu tempat (contoh: organisasi puskesmas atau RS), terdistribusi secara geografis (contoh: kepengurusan nasional), memiliki anggota yang relatif konstan (contoh: IDI, PPNI, dll), dan tim dengan keanggotaan yang berubah (contoh: pengurus tahunan).



Banyak contoh sifat dan fungsi tim bila dikonversikan dalam kinerja tim di bidang kesehatan. seperti tim pelayanan kesehatan primer di komunitas yang terdiri dari bidan, perawat, dokter, ahli gizi, ahli lingkungan dan pekerja sosial. Contoh lain dalam konteks pelayanan sekunder yaitu *emergency team* yang terdiri dari dokter triage, perawat, bidan (untuk kasus obstetri), farmasi, radiografer, laboran, dan lain-lain. Namun, peran dari individu tersebut seringkali menjadi fleksibel dan oportunistik seperti kepemimpinan, tergantung pandangan tim tersebut dalam kontak dengan komunitas atau pasien. Hal yang penting pada konteks keselamatan pasien adalah bagaimana tim tersebut bekerja secara efektif dan efisien, seperti dalam penentuan



keputusan, melibatkan pasien atau komunitas dalam pengambilan keputusan, dan kualitas pelayanan yang diberikan.

Menurut *Team STEPPS™* bentuk tim yang dapat diadaptasikan pada pelayanan kesehatan adalah:

Tabel 1. Implementasi Team STEPPS™

No.	Bentuk Tim	Definisi	Contoh Implementasi
1.	<i>Core team</i>	Tim yang terdiri dari pemimpin dan anggota yang terlibat secara langsung pada pelayanan pasien. Tim ini terdiri dari penyedia pelayanan secara langsung dan pelayanan yang berkelanjutan. Biasa bekerja secara rutin	Tim perawatan inap (dokter, perawat, fisioterapis, farmasis).
2.	<i>Coordinating team</i>	Tim yang bertanggung jawab untuk: a. manajemen operasional sehari-hari b. fungsi koordinasi c. manajemen SDM untuk <i>core team</i>	Tim Komite Medik Tim HRD
3.	<i>Contingency team</i>	Terbentuk pada kejadian yang spesifik atau <i>emergency</i> Bertugas pada waktu yang terbatas Dapat terdiri dari kumpulan <i>core team</i>	Blue team atau Tim IGD (dokter triage, perawat, evakuator)
4.	<i>Ancillary services</i>	Tim yang menunjang kinerja <i>core team</i> , yang bersifat langsung, tugas spesifik, interaksi pelayanan terbatas pada pasien namun mendukung atau memfasilitasinya, yang menunjang kualitas keselamatan pasien.	Konsultasi gizi yang sesuai dengan kondisi pasien (ahli gizi, dokter penanggungjawab pasien, juru masak).
5.	<i>Support services</i>	Tim yang menunjang <i>core team</i> yang bersifat tidak langsung, spesifik bekerja pada fasilitas sarana kesehatan, dan menunjang terwujudnya pelayanan prima pada pasien.	Tim penjamin mutu
6.	<i>Administration</i>	Tim yang terdiri dari <i>executive leadership</i> dari unit-unit kesehatan dan bertanggungjawab pada seluruh fungsi dan manajemen organisasi.	Direksi atau pimpinan fasilitas layanan kesehatan.

Sumber: *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*, 2008

Paradigma tradisional di praktik kedokteran menunjukkan bahwa pelayanan pasien dirasa cukup dengan satu orang dokter yang semata-mata bertanggungjawab pada pasien tersebut. Namun, pandangan tersebut saat ini sudah berubah. Keberhasilan kinerja tim akan menentukan meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan. Tujuannya adalah mengurangi kejadian yang tidak diinginkan karena *misscommunication* dengan adanya profesi kesehatan yang lain yang menjelaskan dari perspektif profesi lain dan *misunderstandings* terhadap peran dan tanggung jawab profesi.

Tabel 2. Penilaian keberhasilan kerjasama tim

Keuntungan organisasi	Keuntungan tim	Keuntungan individual	
		Pasien	Anggota tim
Mengurangi biaya dan waktu perawatan	Meningkatkan koordinasi dalam pelayanan	Meningkatkan kepuasan	Meningkatkan kepuasan kerja
Pelayanan kesehatan efektif	<i>Acceptance of treatment</i>	Mendapatkan kejelasan yang lebih baik	Kemudahan akses pada pasien
Peningkatan komunikasi dan keberagaman profesional	Meningkatkan kualitas layanan kesehatan	Mengurangi <i>medical errors</i>	meningkatkan kepuasan psikologis individu

Sumber: Mickan, 2005.

Untuk mencapai tim yang efektif, perlu proses membentuk tim yang baik. Terdapat empat fase pengembangan tim, yaitu:

1. *Forming*

Proses awal terbentuknya tim yang mungkin terkesan kaku dan menimbulkan kecemasan, namun komunikasi interprofesi perlu dijalin pada fase ini untuk membangun kepercayaan.

2. *Storming*

Merupakan fase yang mungkin cukup berat dilalui karena masing-masing profesi kesehatan mungkin menolak atau muncul konflik terhadap tugas tim. Namun penekanan terpenting adalah deskripsi tugas dan tujuan tim yang jelas dan saling terikat satu dengan yang lain.

3. *Norming*

Komunikasi interprofesi semakin meningkat di fase ini, masing-masing profesi mulai menunjukkan rencana-rencana dari masing-masing tugas yang diberikan.

4. *Performing*

Sebagai tim, sudah berfokus pada pencapaian tujuan yang awal dirumuskan. Komunikasi tim berjalan intensif, terbuka, dan saling percaya.

Keempat fase tersebut dapat dikembangkan pada penetapan tim-tim di pelayanan kesehatan. Tentunya dengan tim yang efektif, diharapkan luaran untuk keselamatan pasien lebih optimal. Untuk membentuk tim yang efektif pada pelayanan kesehatan, terdapat enam karakteristik yang harus dipenuhi, yaitu:

“Keberhasilan kinerja tim akan menentukan meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan.”

1. Tujuan tim yang jelas
2. Target yang terukur
3. Kepemimpinan yang efektif
4. Komunikasi efektif
5. Keterikatan anggota yang baik
6. *Mutual respect*



Komunikasi interprofesional yang efektif

Keterampilan komunikasi yang baik merupakan inti dari kerjasama tim yang efektif untuk keselamatan pasien. Berbagi informasi dalam tim dan konten dalam komunikasi menjadi hal yang krusial untuk dapat dipahami dan dilaksanakan dengan baik oleh tim.

Contoh bentuk implementasi komunikasi yang efektif pada tim kesehatan dalam konteks konsultasi atau pelaporan kondisi kesehatan pasien dapat menggunakan metode ISBAR. ISBAR meliputi:

1. *Introduction* - Perkenalan singkat
Ex: Perawat konsultasi ke dokter penanggungjawab
"Selamat pagi dok, Saya Perawat Andi, dari ruang perawatan umum pria, yang merawat Tn Slamet (50 th) yang di ruangan 401 yang dokter diagnosis dengan DM tipe 2"
2. *Situation* - Apa yang terjadi pada pasien
"Melaporkan kondisi terkini pasien atas nama Tn. Slamet. Saat ini pasien mengeluh sesak napas mendadak"
3. *Background* - Apa latar belakang klinis atau riwayat pasien yang ada?
"Pasien sebelumnya memiliki riwayat sakit jantung dan asma. Setelah saya kaji, pasien tidak rutin mengonsumsi obat jantung dan sakit asmanya kambuh bila keadaan lelah atau suhu dingin, namun sudah lama tidak muncul sesak. Terkadang pasien juga mengeluh nyeri dada sebelah kiri"
4. *Assessment* - Bagaimana penilaian terhadap pasien tersebut?
"Saat ini tanda vital pasien TD: 130/90 mmHg, Nadi: 96x/menit, RR: 30x/menit, suhu: 37°C, terdengar suara napas mengi, ada napas cuping hidung. Tapi pasien tidak ada sianosis perifer dok.."
5. *Recommendation* - Apa yang harus dilakukan untuk masalah tersebut?
"Saat ini pasien sudah terpasang Oksigen 3 lpm, ada saran tambahan dok?/kira-kira dokter bisa melihat langsung pasiennya, karena pasien sepertinya kondisi menurun perlu dilihat langsung oleh dokter?"

Metode komunikasi lain yang dapat digunakan adalah metode *call-out*. Metode ini biasa digunakan dalam komunikasi di kondisi kegawatdaruratan dan menentukan keputusan yang bersifat segera. Contoh komunikasi metode *call-out* ini adalah sebagai berikut:

Situasi pasien penurunan kesadaran di IGD

Dokter: cek *airway*?

Perawat A: *airway clear*

Dokter: cek *breathing*? (Sambil memeriksa nadi)

Perawat 2: tidak ada napas

Dokter: Perawat A siapkan alat-alat resusitasi, pasang *iv line* bila mungkin. Perawat B siapkan defibrilator dan pasang monitor. Saya akan lakukan pijat jantung.





Check-back sangat diperlukan terutama pada komunikasi tim multi profesi. Dengan *check-back* atau konfirmasi ulang, informasi akan semakin jelas dan bila terjadi *miscommunication* dapat diatasi saat itu juga. Secara umum tahap komunikasi *check-back* dapat dicontohkan sebagai berikut:

- **Tahap 1: Informan menyampaikan informasi**
Contoh: dokter "Beri Ondancetron 4mg IV per 12 jam"
- **Tahap 2: Penerima informasi, mengulang data/informasi yang diterima**
Contoh: farmasi "Ondancetron 4mg IV per 12 jam ya dok?"
- **Tahap 3: Informan memastikan informasi yang diberikan telah benar**
Contoh: dokter "ya, betul"

Hand-over atau *hand-off* adalah tahap yang krusial dalam penyampaian informasi. Kesalahan dalam komunikasi tim bisa terjadi fatal pada pasien sebagai akibat manajemen tim yang tidak baik atau munculnya kejadian yang tidak diinginkan. *Hand-over* merupakan transfer tanggung jawab profesi pada beberapa atau semua aspek pelayanan pasien atau komunitas. Dengan *hand-over* yang baik, tentunya akan meminimalkan resiko-resiko medis dan meningkatkan kualitas keselamatan pasien. *PASS the BATON* adalah contoh metode penyampaian *hand-over* yang efektif, yaitu meliputi:

Tabel 3. I PASS the BATON

I	Introduction	Perkenalan diri, siapa Anda, tugas dan peran, serta identitas pasien.
P	<i>Patient</i>	Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, berat badan anak/bayi, tempat perawatan pasien)
A	<i>Assessment</i>	Keluhan utama, anamnesis, tanda vital, pemeriksaan yang penting, dan diagnosis
S	<i>Situation</i>	Status pasien, semisal kondisi kesadaran, <i>code status</i> , dan perkembangan terkini (bila sebelumnya ada terapi)
S	<i>Safety concern</i>	Hasil laboratorium yang penting, faktor sosioekonomi, alergi obat.
The		
B	<i>Background</i>	Co-morbiditas, riwayat penyakit pasien dan keluarga
A	<i>Actions</i>	Tindakan yang sudah atau akan dilakukan
T	<i>Timing</i>	Prioritas tindakan dan <i>level of urgency</i>
O	<i>Ownership</i>	Identifikasi siapa yang bertanggung jawab pada pasien, termasuk juga keluarga
N	<i>Next</i>	Apa yang kemungkinan akan timbul selanjutnya? Antisipasi terhadap hal apa? Rencana atau tindak lanjut pada pasien?

Sumber: WHO Patient Safety Curriculum Multi-professional edition, 2011

Tabel 4. Contoh Percakapan I PASS the BUTON

I	Introduction	"Selamat siang dr. Y, saya dr. X dokter jaga IGD siang ini, mau melaporkan pasien baru dok, dengan dr. Y sebagai DPJP nya"
P	<i>Patient</i>	"Pasien Tn. A, laki-laki usia 40 tahun, pasien saat ini masih di IGD dok"
A	<i>Assessment</i>	"Pasien mengeluh sesak napas mendadak kurang lebih 30 menit yang lalu, saat pasien membersihkan gudang. Pasien memiliki riwayat sesak bila terkena debu atau dingin. Pasien memiliki riwayat penyakit asma tidak kontrol rutin. Pemeriksaan fisik, TD 110/80 mmHg, frekuensi nadi 110 x/menit, laju napas 40 x/menit, suhu tubuh 37°C. Suara paru terdengar wheezing di kedua lapang paru"
S	<i>Situation</i>	"Saat pasien datang kesadaran compos mentis namun cemas karena sesaknya dok"
S	<i>Safety concern</i>	"Saat ini belum kami lakukan pemeriksaan laboratorium darah dok, kami baru merencanakan foto rontgen. Pasien tidak ada riwayat alergi obat"
The		
B	<i>Background</i>	"Pasien memang bekerja sebagai buruh angkut barang di gudang beras, tidak ada riwayat serupa pada keluarga pasien"
A	<i>Actions</i>	"Di IGD sudah kami lakukan terapi inhalasi dan oksigenasi, pasien merasa sudah cukup membaik, namun masih sesak, terdengar mengi, dan suara paru wheezing masih ada"
T	<i>Timing</i>	"pasien kami kategorikan pada level II dok, mengingat serangan asma akut"
O	<i>Ownership</i>	"pembayaran pasien ditanggung oleh BPJS dan penanggungjawab istri pasien"
N	<i>Next</i>	"Ada rencana tindak lanjut dok, untuk maintenance pasien? Perlu rawat inap kah dokter? DII"



Manajemen konflik pada kasus keselamatan pasien

CUS

Merupakan rangkaian tiga proses kita membantu orang dalam kaitannya dengan penghentian aktivitas.

*I am **C**oncerned*

*I am **U**ncomfortable*

*This is a **S**afety issue*

DESC

Suatu proses dalam penyelesaian konflik (dalam konteks pasien)

Describe: situasi atau kondisi spesifik dan menyampaikan bukti atau data-data penunjang situasi tersebut

Express: tanggapan anda dan perhatian terhadap situasi tersebut

Suggest: saran tentang alternatif solusi

Consequences: konsekuensi yang muncul yang berkaitan dengan keselamatan pasien.

Hambatan kerjasama tim yang efektif.

1. Perubahan peran
2. Perubahan tempat bekerja
3. Hirarki medis
4. Sifat individualisme
5. Ketidakstabilan tim

4. Bahan Bacaan Lebih Lanjut

- King, Heidi B. Battles, James. Baker, David. Alonso, Alexander. Et al. TeamSTEPPS™: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 2008, Vol. 3: Performance and Tools.
- Mikan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 2005, 29(2):211–217.
- Quality AfHRA. *Team STEPPS™: strategies and tools to enhance performance and patient safety*. Rockville, MD, November 2007.
- Stevenson K et al. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Family practice*, 2001, 18(1):21–26.
- WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. 2009
- WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional edition, 2011

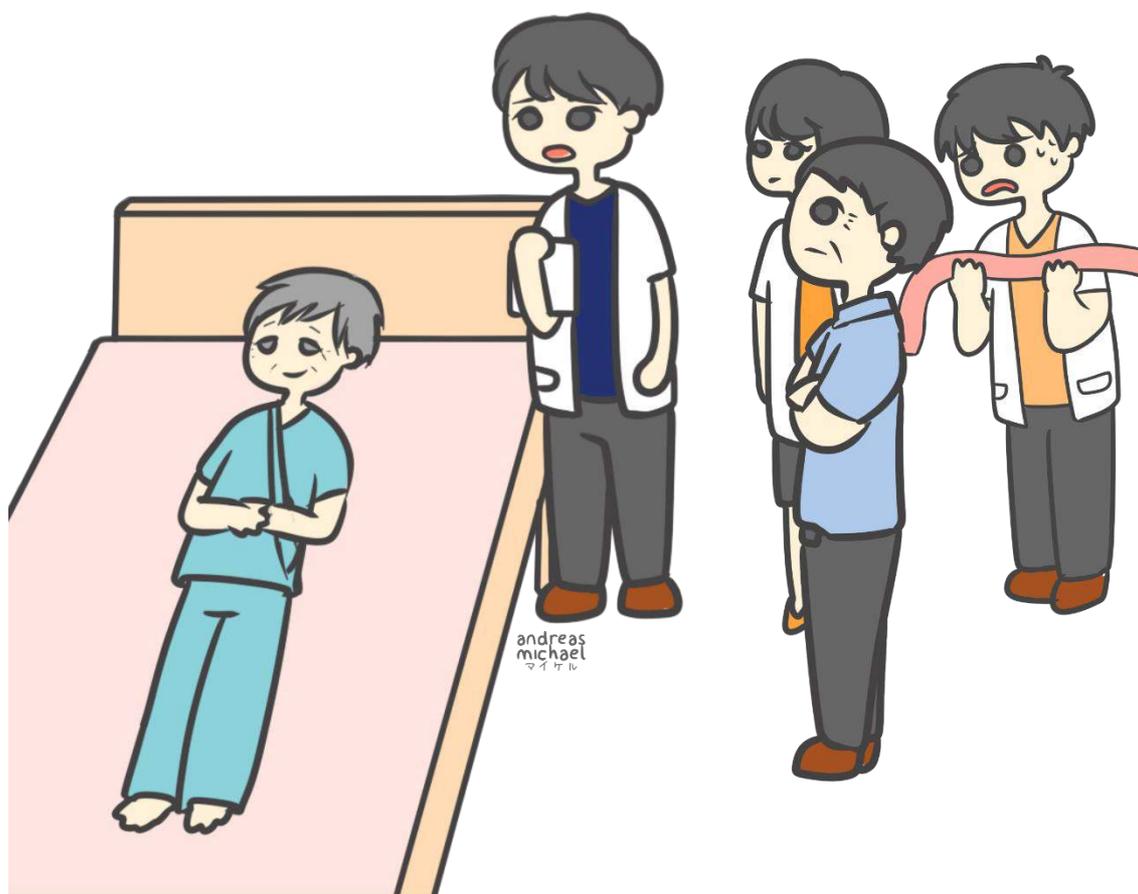






Topik 5

Belajar dari Kesalahan



rangkuman topik 5

1. Sasaran Pembelajaran

- Menganalisis hakikat dari kesalahan dan bagaimana pelayanan kesehatan dapat belajar dari kesalahan untuk meningkatkan keselamatan pasien.
- Menjelaskan istilah kesalahan (*error*), pelanggaran, kejadian hampir cedera (*near miss*), *hindsight bias*.
- Mendemonstrasikan cara untuk belajar dari kesalahan.

2. Poin Penting



- *Error*: aktivitas mental yang sudah direncanakan tapi gagal mencapai hasil yang diharapkan. Kegagalan tidak diakibatkan oleh intervensi lain (*reason*).
- Belajar dari *error* akan lebih produktif jika dilakukan di tingkat organisasi.
- *Root cause analysis* merupakan pendekatan sistem yang terstruktur untuk melakukan analisis terhadap kejadian tidak diinginkan atau kejadian potensi cedera yang bertujuan agar tim pelayanan kesehatan dapat memahami proses terjadinya, berbagai faktor yang menyebabkan kejadian, dan hal-hal yang dapat dilakukan untuk mencegah kejadian tersebut di kemudian hari.
- Pendekatan yang sama dapat dilakukan secara prospektif untuk upaya pengurangan risiko (*Failure Mode and Effect Analysis, FMEA*). Pendekatan ini dilakukan apabila suatu kejadian memiliki frekuensi dan tingkat potensi keparahan yang tinggi.

3. Ringkasan

Pemahaman tentang *error* dalam pelayanan kesehatan

"To err is human"

Berbagai kejadian tidak diinginkan atau *near miss* dalam pelayanan kesehatan dihubungkan dengan *error* dari sisi pelaku atau dari sisi sistem. Sama halnya dengan kejadian kecelakaan pesawat terbang saat pilot sering diposisikan sebagai pihak yang bersalah, kejadian tidak diinginkan di ruang operasi sering menempatkan dokter bedah atau dokter anestesi sebagai pihak yang bertanggung jawab. Dalam pembahasan sebelumnya tentang faktor manusia dan kompleksitas pelayanan kesehatan, perlu

dipahami bahwa penyebab terjadinya suatu kejadian tidak diinginkan atau *near miss* bersifat multifaktorial.

Error dan outcome seringkali dihubungkan sebagai suatu keniscayaan. Bila ada error, outcome pada pasien adalah buruk. Padahal pasien dapat saja mengalami outcome yang buruk tanpa adanya error."

Error dan outcome seringkali dihubungkan sebagai suatu keniscayaan. Bila ada *error*, *outcome* pada pasien adalah buruk. Padahal pasien dapat saja mengalami *outcome* yang buruk tanpa adanya *error*. Banyak kondisi pasien dan juga pengobatan tertentu yang sudah dapat diidentifikasi komplikasinya sejak awal. Pada kondisi ini, tidak adanya *error* atau tim pelayanan kesehatan terbaik pun tidak akan dapat menghindarkan pasien dari *outcome* yang buruk. Pada keadaan lain, terjadinya *error* belum tentu akan mengakibatkan *outcome* yang buruk selama *error* tersebut segera diidentifikasi dan diatasi. Tantangannya adalah bahwa adanya *outcome* yang buruklah (kejadian tidak diinginkan, dll) yang mengarahkan perhatian kita dan membuat kita berpikir bahwa *error* kemungkinan telah terjadi. Itulah sebabnya hal ini perlu dikenali oleh seluruh pelaku pelayanan kesehatan. Tidak dapat disangkal bahwa karakteristik *outcome* biasanya mempengaruhi persepsi kita terhadap *error*, dan hal ini dikenal sebagai '*hindsight bias*' (WHO, 2009, 2011).

Setiap anggota tim pelayanan kesehatan perlu memahami berbagai tipe *error* dan bagaimana *error* bisa terjadi. Hal ini penting untuk upaya pencegahan terjadinya bahaya terhadap keselamatan pasien. Beberapa definisi *error* adalah sebagai berikut:

- Saat seseorang mencoba untuk mengerjakan hal yang benar, tetapi sesungguhnya mengerjakan hal yang salah (Runciman A, Merry A & Walton M, 2007);
- Aktivitas mental atau fisik sekuensial yang direncanakan namun gagal untuk mencapai tujuan. Kegagalan tersebut tidak dapat dikaitkan dengan intervensi perubahan yang dilakukan (Reason JT, 1990);
- Sesuatu yang telah dilakukan: 1. Tidak sesuai dengan prosedur atau peraturan atau observasi dari observer eksternal, 2. Mengakibatkan timbulnya pekerjaan atau sistem di luar batas yang dapat diterima, 3. Tidak disengaja oleh pelaku (Senders J & Moray N, 1991)

Pada dasarnya, *error* akan terjadi pada saat kesalahan dilakukan (*commission*) atau saat hal yang benar tidak dilakukan (*omission*) (WHO, 2009, 2011).

James Reason (1990) membagi tipe *error* menjadi dua, yaitu *slips* dan *lapses* (*error* dalam tindakan) dan *mistakes* (*error* dalam pengetahuan atau perencanaan).

- Slips* dan *lapses* terjadi saat seseorang mengetahui apa yang ingin dilakukan tetapi tindakan yang akhirnya dilakukan tidak sesuai dengan yang mereka inginkan. Contohnya adalah mengambil jarum suntik yang salah (*slip*, berhubungan dengan tindakan yang dapat diobservasi atau dilihat), atau lupa memberikan beberapa obat sekaligus pada pasien (*lapse*, berhubungan dengan kejadian internal atau kegagalan dalam memori) (Vincent C, 2011).
- Mistake*, terjadi saat seluruh tindakan sesuai dengan yang direncanakan, namun rencananya sendiri menyimpang dari prosedur adekuat untuk mencapai tujuan. Pada kondisi ini, kegagalan terjadi pada level yang lebih tinggi yaitu dalam proses mental



yang terlibat dalam merencanakan, menetapkan tujuan, menjustifikasi dan menyelesaikan masalah (Reason JT, 1990). Contohnya adalah saat seorang dokter merawat pasien dengan nyeri dada seakan-akan pasien tersebut mengalami infark miokard, padahal sebenarnya telah terbukti bahwa pasien tersebut tidak mengalami infark miokard.

Risiko *error* akan meningkat akibat beberapa faktor: (WHO, 2011 p 153-155)

- a. Faktor situasi
 - i. Kurangnya pengalaman dari tenaga kesehatan
 - ii. Terbatasnya waktu
 - iii. Kurangnya *checking*
 - iv. Prosedur yang buruk
 - v. Informasi yang kurang adekuat



- b. Faktor individu
 - i. Terbatasnya kapasitas memori
 - ii. Kelelahan
 - iii. Stress, kelaparan dan sakit
 - iv. Kesalahan dalam komunikasi (isu bahasa dan budaya)
 - v. Perilaku yang membahayakan



Cara belajar dari kesalahan

"Rather than being the instigators of an accident, operators tend to be the inheritors of system defects ...their part is usually that of adding the final garnish to a lethal brew whose ingredients have already been long in the cooking" (James Reason, 1990)

Suatu insiden dapat terjadi akibat 'active failures' dan 'latent condition'. *Active failures* adalah *error* atau bentuk tindakan tidak aman yang dilakukan oleh personil di ujung tombak pelayanan kesehatan yang langsung berhadapan dengan pasien, sehingga konsekuensinya sering bisa dirasakan oleh pasien. Namun, faktor-faktor lain dapat berkontribusi sebelumnya dalam bentuk rantai kausal sehingga suatu kejadian dapat terjadi. Faktor-faktor ini disebut '*latent condition*' atau kondisi laten yang mendasari suatu *error* dan kegagalan dapat terjadi (Reason JT, 1997).

Contoh kasus: Kematian David James (adaptasi dari laporan Toft, 2001 seperti dirangkum dalam Vincent C, 2011).

Kematian David James

Tn James tiba di bangsal perawatan pada pukul 4 sore. Hari itu Tn James sebenarnya sudah terlambat untuk kemoterapi namun para staf pelayanan RS berusaha membantunya. Ahli farmasi di bangsal telah membuat permintaan lebih awal untuk Cytosine harus dikirimkan, dan bahwa Vincristine harus dikirimkan 'terpisah' keesokan harinya. Pada siang harinya, kepala ruangan perawatan pergi ke apotik dan telah memperoleh kemasan transparan berisi dua kantong yang berisi syringe untuk Cytosine dan Vincristine. Kepala ruangan tidak mengetahui bahwa kedua syringe ini seharusnya tidak ditempatkan di kantong yang sama.

Dr. Mitchell, seorang konsultan diberikan informasi dan telah ditemui oleh dr. North, seorang residen, untuk mensupervisi prosedur pemberian kemoterapi kepada Tn James. Staf perawat mengambil obat dari kulkas dan membuang kantong plastik transparan yang berisi dua paket obat terpisah yang masing-masing berisi satu syringe. Perawat tersebut memperhatikan bahwa nama 'David James' dicetak di label syringe, menyampaikan syringe tersebut, dan kemudian melanjutkan pekerjaannya.

Dr. Mitchell mempelajari *prescription chart* dan mencatat nama pasien, obat yang akan diberikan serta dosisnya dan menyesuaikan dengan label di masing-masing syringe. Namun Dr. Mitchell tidak memperhatikan bahwa pemberian Vincristine direncanakan diberikan hari berikutnya melalui jalur intravena. Dr. Mitchell berasumsi bahwa berdasarkan pengalaman kerja sebelumnya tentang sistem pengelolaan obat yang sitotoksik, karena kedua syringe sampai di bangsal bersama-sama, kedua obat diberikan dengan cara yang sama yaitu secara intratekal. Dia telah memberikan dua tipe kemoterapi secara intratekal sebelumnya, sehingga rencana pemberian obat saat ini sepertinya wajar.

Pungsi lumbal dilakukan dan berhasil mengambil sampel cairan serebrospinal untuk analisis. Dr. Mitchell membaca dengan keras nama pasien, obat dan dosis yang akan diberikan dari label yang ada di syringe 1 dan menyerahkannya ke Dr. North. Dr. Mitchell tidak membaca dengan keras jalur pemberiannya. Dr. North, setelah menerima syringe, kemudian menanyakan apakah obat tersebut adalah Cytosine, yang kemudian dikonfirmasi benar oleh Dr. Mitchell. Dr. North kemudian melepas penutup di dasar syringe dan memasukkannya ke jarum spinal dan menyuntikkan isi syringe tersebut.

Setelah selesai dengan syringe 1, Dr Mitchell menyerahkan syringe 2 berisi Vincristine kepada Dr North. Dr Mitchell membaca lagi secara keras nama pasien, nama obat dan dosisnya. Sekali lagi, dia tidak membaca jalur pemberiannya. Dr North sempat terkejut saat menerima syringe kedua karena



pada satu-satunya kesempatan dia pernah melakukan injeksi intratekal dalam supervisi sebelumnya, hanya 1 syringe yang digunakan. Namun dia berasumsi bahwa '.....pasien tersebut mungkin berada pada stadium yang berbeda atau menerima regimen obat yang berbeda dengan pasien yang dia temui sebelumnya.'

Dr. North, dengan syringe 2 yang telah dipegang, bertanya ke Dr Mitchell, 'Vincristine'?. Dr Mitchell mengkonfirmasi dengan yakin. Dr. North kemudian bertanya lagi 'Vincristine intratekal?' Dr Mitchell tetap menjawab iya. Setelah itu Dr. North melepas penutup dasar syringe 2 dan memasukkannya ke jarum spinal. Kejadian fatal setelah itu terjadi, dan Mr James meninggal setelah sempat dirawat di ICU.

Diadaptasi dari Toft, 2001

Pelaporan insiden dan monitoring melibatkan pengumpulan dan analisis data tentang kejadian apa pun yang telah membahayakan atau dapat membahayakan pasien saat mendapatkan pelayanan kesehatan. Sistem pelaporan insiden sangat diperlukan dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan, sehingga kesalahan yang sama dapat dicegah.

Analisis akar masalah (*root cause analysis*) merupakan suatu proses untuk mengidentifikasi faktor dasar atau faktor penyebab yang mendasari variasi performa yang dapat atau lebih sering mengakibatkan *adverse events* yang tidak diinginkan, termasuk kejadian yang tidak diinginkan atau kejadian sentinel (Joint Commission International, 2010).

Analisis akar masalah dilakukan untuk menjawab tiga pertanyaan berikut:



Bagan 6. Tiga pertanyaan utama yang perlu dijawab dalam analisis akar masalah
Sumber: (Joint Commission International, 2010)

Selain tiga pertanyaan di atas, beberapa pertanyaan berikut dapat bermanfaat untuk mengidentifikasi sumber masalah: a. Siapa saja yang terlibat, b. Kapan hal tersebut terjadi, c. Di mana kejadiannya, d. Seberapa parah bahaya atau potensial bahaya yang terjadi, e. Berapa besar kemungkinan hal tersebut dapat terjadi lagi di masa yang akan datang, f. Apakah konsekuensinya (Vincent C, 2011).

Analisis akar masalah berfokus pada proses, dan sangat penting dilakukan sehingga tim pelayanan kesehatan dapat memahami proses terjadinya sesuatu hal yang tidak



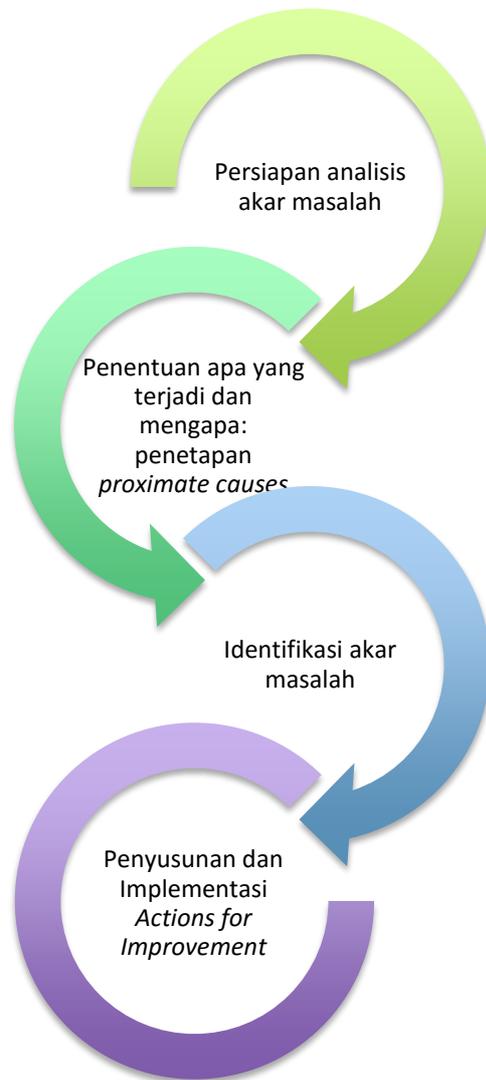
diinginkan, berbagai faktor yang menyebabkan kejadian tersebut, dan hal-hal yang dapat dilakukan untuk mencegah kejadian tersebut di kemudian hari. Analisis akar masalah TIDAK ditujukan untuk mengidentifikasi siapa dan apa yang patut disalahkan atas suatu kejadian tidak diinginkan, melainkan fokus pada sistem (Joint Commission International, 2010).

Akar masalah (*root cause*) adalah alasan fundamental atau utama yang mendasari suatu kegagalan atau inefisiensi dalam proses. '*Cause*' dalam hal ini tidak mengarah pada penyebab kesalahan melainkan adalah suatu hubungan atau potensial hubungan antara berbagai faktor yang dapat menyebabkan suatu kejadian sentinel (Joint Commission International, 2010).

'*Sentinel event*' adalah kejadian tidak dapat diantisipasi yang melibatkan kematian atau kehilangan besar fungsi secara permanen, yang tidak berhubungan dengan perjalanan natural penyakit pasien atau penyebab kondisi pasien. Selain kejadian sentinel, ada pula yang disebut sebagai kejadian potensial cedera (*near miss*) yaitu suatu variasi yang terjadi dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang tidak menimbulkan kejadian, namun bila terulang dapat berpotensi mengakibatkan kejadian tidak diinginkan (Joint Commission International, 2010).

Suatu organisasi pelayanan kesehatan perlu memahami dengan baik bahwa yang perlu diidentifikasi dalam analisis akar masalah tidak hanya alasan yang jelas terlihat sebagai penyebab suatu kejadian, namun juga **kondisi laten** (aspek dari suatu proses yang menyebabkan suatu *error* dapat terjadi) dan hubungan antara keduanya. Selain itu, akar masalah yang diidentifikasi tidak dapat menyebabkan suatu kejadian, tanpa adanya faktor-faktor pendukung, yaitu keadaan, tindakan atau pengaruh yang dianggap berperan dalam awal, perkembangan atau bertambahnya risiko suatu kejadian. **Dengan demikian, tujuan dari analisis akar masalah adalah bukan untuk mengidentifikasi satu faktor penyebab masalah, namun beberapa faktor penyebab/akar masalah yang mungkin mengakibatkan suatu kejadian** (Joint Commission International, 2010).





Bagan 7. Tahap analisis akar masalah
 Sumber: Joint Commission International, 2010

Joint Commission International (JCI) merinci langkah analisis akar masalah sebagai berikut (Joint Commission International, 2010):

- A. Persiapan Analisis Akar Masalah
 1. Menyusun tim
 2. Menetapkan masalah
 3. Mempelajari masalah lebih lanjut
- B. Penentuan Apa yang Terjadi dan Mengapa: Penentuan *Proximate Causes*
 1. Menetapkan apa yang terjadi
 2. Mengidentifikasi faktor yang berkontribusi atas terjadinya masalah
 3. Mengidentifikasi faktor pendukung lain
 4. Mengukur – mengumpulkan dan menganalisis data untuk menetapkan *proximate causes* dan *underlying causes*.
 5. Merencanakan dan melaksanakan perubahan segera yang dapat dilakukan
- C. Identifikasi Akar Masalah
 1. Mengidentifikasi sistem yang terlibat
 2. Merinci daftar akar masalah

3. Mengkonfirmasi akar-akar masalah dan mempelajari hubungannya
- D. Penyusunan dan Implementasi *Actions for Improvement*
 1. Mengeksplorasi dan mengidentifikasi strategi pengurangan risiko
 2. Menyusun langkah perbaikan
 3. Evaluasi langkah perbaikan yang telah disusun
 4. Merancang perbaikan
 5. Memastikan akseptabilitas langkah perbaikan
 6. Melaksanakan langkah perbaikan
 7. Merumuskan cara pengukuran efektivitas langkah perbaikan
 8. Melakukan evaluasi seluruh upaya perbaikan
 9. Mengambil langkah tambahan
 10. Mengkomunikasikan hasil

Analisis akar masalah umumnya dilakukan saat ada kejadian sentinel atau kejadian potensi cedera. Dalam hal ini analisis bersifat retrospektif. Selain itu, pendekatan yang sama dapat juga diterapkan secara prospektif dalam upaya pengurangan risiko (*Failure Mode and Effect Analysis, FMEA*). Secara keseluruhan, pendekatan ini menerapkan analisis sebelum suatu kejadian terjadi (*failure modes*), dan seberapa parah efek dari suatu kejadian tersebut (*effect analysis*). Satu langkah penting dalam FMEA adalah melakukan analisis akar masalah terhadap *failure mode*. Keputusan perlu tidaknya dilakukan analisis akar masalah pada FMEA adalah apabila suatu kejadian memiliki frekuensi dan tingkat potensi keparahan yang tinggi.

Tabel 4. Matriks frekuensi/tingkat keparahan untuk prioritas masalah yang berhubungan dengan keselamatan pasien

Frequency	Severity			
	Catastrophic	Major	Moderate	Minor
Frequent	3	3	2	1
Occasional	3	2	1	1
Uncommon	3	2	1	1
Remote	3	2	1	1

Sumber: Minnesota Department of Health, 2009

4. Bahan Bacaan

- Joint Commission International. Root cause analysis in health care: Tools and Techniques. 4th edition. 2010.
- Moray N. Human error: course, prediction and reduction. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1991.
- Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1990.
- Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768–770.
- Reason JT. Managing the risks of organisational accidents. Aldershot: Ashgate; 1997. Senders JW,
- Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
- Vincent C. The essentials of patient safety, 2011, p 18-27.
- WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools, 2009.
- WHO Patient Safety Curriculum Guide Multiprofessional edition, 2011.

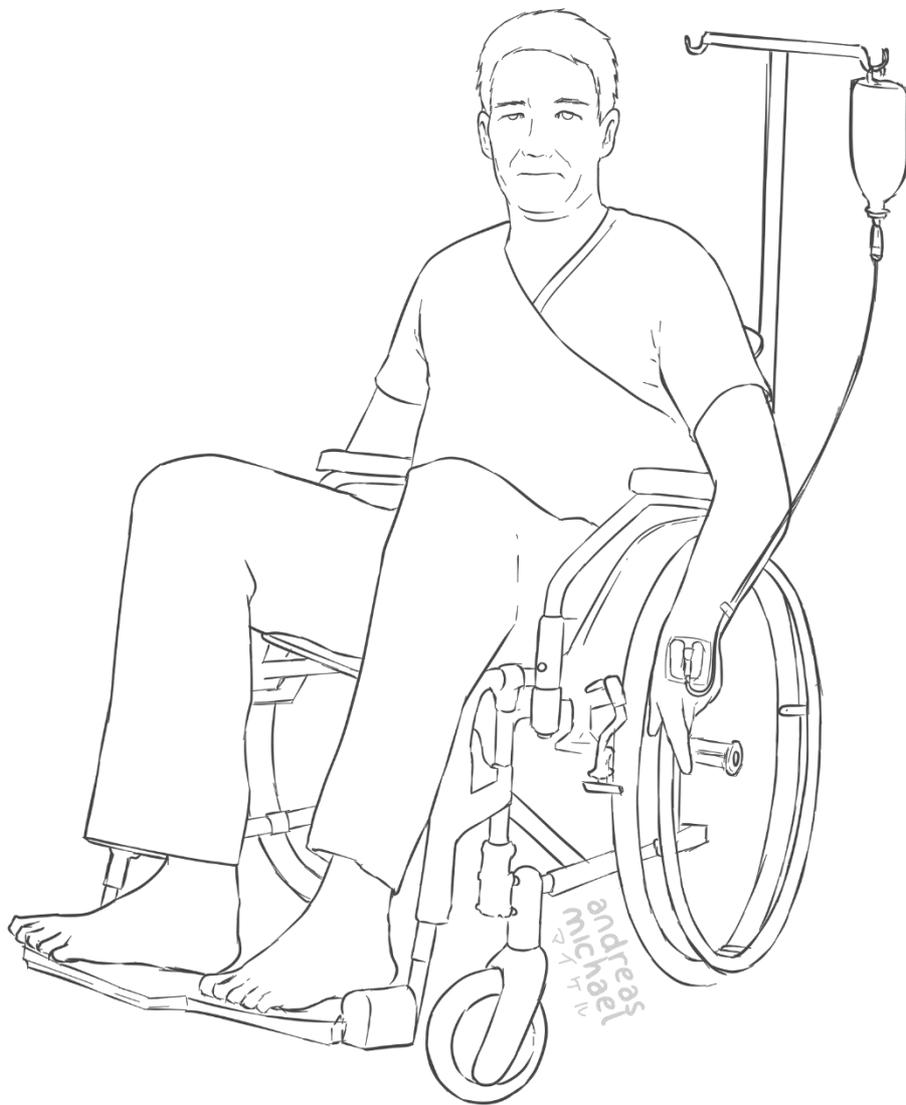






Topik 6

Pengelolaan Risiko Klinis



rangkuman topik 6

1. Sasaran Pembelajaran

Menjelaskan bagaimana aplikasi prinsip pengelolaan risiko klinis

2. Poin Penting

- Pengelolaan risiko klinis merupakan upaya spesifik dengan titik berat peningkatan kualitas dan keselamatan pasien.
- Langkah pengelolaan risiko klinis: identifikasi, penilaian frekuensi dan keparahan, pengurangan/penghilangan risiko.
- Aktivitas pengelolaan risiko: menghindari risiko, mengurangi kemungkinan terjadinya risiko, meminimalkan dampak risiko, mempertahankan risiko.

3. Ringkasan

Pengertian

Risiko: peluang terjadinya sesuatu yang akan berdampak pada tujuan

Risiko klinis: segala sesuatu yang dapat berdampak terhadap pencapaian layanan yang bermutu tinggi, aman dan efektif bagi pasien

Insiden Keselamatan Pasien (IKP): setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang tidak seharusnya terjadi.

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD): suatu insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien.

Kejadian Sentinel: Kejadian Tidak Diharapkan yang sampai menyebabkan pasien meninggal/ cacat fungsi tubuh permanen

Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *near miss*: suatu insiden yang hampir menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), dapat terjadi karena "keberuntungan" (misal: pasien menerima suatu obat dengan *overdosis lethal*, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), atau "peringanan" (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya (KKP-RS, 2008)



Tahap-tahap pengelolaan risiko klinis

1. Identifikasi Risiko

Identifikasi risiko adalah usaha mengidentifikasi situasi yang dapat menyebabkan cedera, tuntutan, ataupun kegagalan pemberian layanan yang aman kepada pasien.

Cara Identifikasi Risiko

Risiko dapat diidentifikasi dengan melihat:

- Laporan kejadian (Kejadian Tidak Diinginkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Sentinel, dsb)
- *Review* rekam medik (Melakukan telaah rekam medik untuk melihat ada/tidaknya penyimpangan dari standar pelayanan medik)
- Komplain pelanggan
- Survei
- *Self assessment*
- Dan sebagainya

Laporan Kejadian

Apabila ditemukan insiden keselamatan pasien, harus dibuat laporan selambat-lambatnya 2x24 jam setelah insiden terjadi untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan. Laporan diisi dalam formulir oleh orang yang melihat insiden keselamatan pasien. Format laporan dapat dilihat pada lampiran.

Setelah selesai mengisi laporan, segera serahkan kepada atasan langsung pelapor. (Atasan langsung disepakati sesuai keputusan Manajemen: Supervisor/ Kepala Bagian/ Instalasi/ Departemen/ Urut, Ketua Komite Medis/ Ketua SMF).

Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan *grading* risiko terhadap insiden yang dilaporkan.

Penilaian Probabilitas dan Dampak Risiko

Besarnya risiko berbanding lurus dengan probabilitas terjadinya risiko dan dampak risiko, oleh karena itu Skor Risiko (SR) dinilai dari hasil kali antara Probabilitas (P) dan Dampak (D)

$$SR = P \times D$$

Probabilitas

Penilaian tingkat probabilitas/frekuensi risiko adalah dengan memperkirakan seberapa seringnya insiden tersebut terjadi.

Skor 1 : sangat jarang: terjadi sekali dalam > 5 tahun

Skor 2 : jarang : terjadi sekali dalam 2-5 tahun

Skor 3 : mungkin : terjadi sekali dalam 1-2 tahun

Skor 4 : sering : terjadi beberapa kali setahun

Skor 5 : sangat sering: terjadi beberapa kali sebulan



Dampak

Penilaian dampak/akibat suatu insiden adalah dengan memperkirakan seberapa berat akibat yang dialami pasien (yang bukan karena penyakit yang dideritanya).

Skor 1 :tidak signifikan, tidak ada cedera

Skor 2 :minor, cedera ringan, dapat diatasi dengan pertolongan pertama, misal: luka lecet

Skor 3 :moderat, cedera sedang, atau setiap kasus yang memperpanjang perawatan, atau berkurangnya fungsi fisik, psikologis, ataupun intelektual secara reversibel, misal: luka robek

Skor 4 :mayor, cedera luas/berat, atau kehilangan fungsi fisik, psikologis, ataupun intelektual secara ireversibel, misal: cacat, lumpuh

Skor 5 :katastropik, pasien meninggal

NB: pasien yang mengalami cedera karena penyakit yang dideritanya BUKAN termasuk insiden keselamatan pasien, tetapi termasuk komplikasi penyakit

Skor Risiko dinilai dengan mengalikan skor Probabilitas (P) dan Dampak (D). Hasil kali antara P dan D kemudian dinilai dengan tabel *grading* di bawah

Tabel 5. Tabel grading skor risiko cedera

Kategori resiko	Tinjauan penilaian resiko oleh
Ekstrim (15-25)	Direktur eksekutif
Tinggi (8-12)	Kepala divisi
Sedang (4-6)	Manajer
Rendah (1-3)	Kepala unit

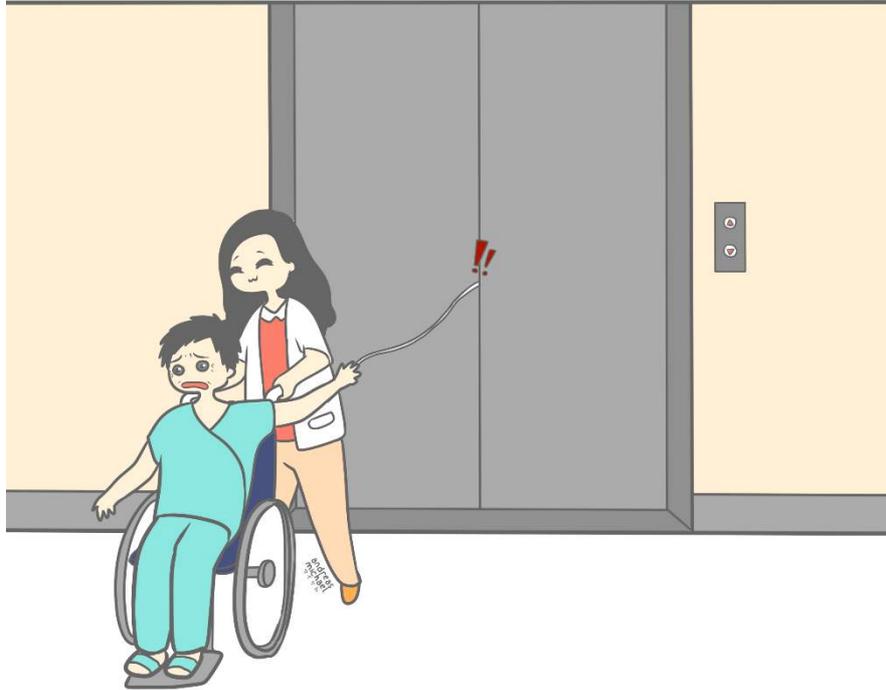
Sumber: Daud, 2011

Hasil *grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisis yang akan dilakukan.

- **Grade rendah** : Investigasi sederhana, waktu maksimal 1 minggu.
- **Grade sedang** : Investigasi sederhana, waktu maksimal 2 minggu
- **Grade tinggi** : Investigasi komprehensif/analisis akar masalah oleh Tim Keselamatan Pasien, waktu maksimal 45 hari
- **Grade ekstrim**: Investigasi komprehensif/analisis akar masalah oleh Tim Keselamatan Pasien, waktu maksimal 45 hari.

Adapun langkah-langkah investigasi sederhana dan analisis akar masalah akan dirinci dalam topik 7 (Daud, 2011 dan KKP-RS, 2008).





Eiit.. Infusnya kejeplit!

2. Penanggulangan Risiko

Risiko ditanggulangi berdasarkan hasil evaluasi tersebut. Pada tahap ini dibuat rencana tindakan yang akan dilakukan untuk menanggulangi resiko.

Bentuk-bentuk penanggulangan risiko di antaranya (Daud, 2011):

- **Menghindari risiko dengan memutuskan untuk tidak melanjutkan aktivitas yang menimbulkan risiko**, misal untuk menghindari salah transfusi diputuskan untuk tidak melakukan transfusi di klinik tersebut.
- **Mengurangi probabilitas terjadinya risiko**, misal untuk mengurangi/ menghilangkan risiko terjadinya salah identifikasi, dilakukan identifikasi minimal dengan dua penanda identifikasi.
- **Mengurangi dampak terjadinya risiko/mitigasi**, misal untuk mengurangi dampak kebakaran, dilakukan pemasangan alarm kebakaran dan alat pemadam api otomatis.
- **Berbagi risiko dengan pihak lain**, misal: asuransi, kontrak dengan pihak luar, metode ini sesuai untuk risiko yang jarang terjadi, tetapi dampaknya besar, misal kebakaran, gempa, bencana alam, penggunaan alat medis yang sangat mahal.
- **Mempertahankan risiko**, metode ini sesuai untuk risiko yang jarang terjadi dan dampaknya kecil, misal pasien kehilangan sandal.

Setelah pengananggulangan risiko dilakukan, tahap selanjutnya adalah evaluasi apakah penanggulangan yang diberikan sudah berhasil mencapai target yang diharapkan (berkurang/hilangnya risiko). Jika belum tercapai perlu dilakukan penanggulangan dengan strategi yang lain.





Catatan: istilah "**patient safety/ keselamatan pasien**" mengacu pada keselamatan terkait asuhan yang diberikan tenaga kesehatan kepada pasien, sedangkan istilah "**K3/ Keselamatan kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan bencana**" digunakan untuk keselamatan yang tidak terkait dengan asuhan tenaga kesehatan kepada pasien. Risiko salah transfusi, salah identifikasi, pasien jatuh dari tempat tidurnya termasuk lingkup "**keselamatan pasien**", sedangkan risiko kebakaran, gempa bumi, terjatuh karena lantai licin yang dipel, kejatuhan plafon, termasuk lingkup "**K3/ Keselamatan kerja, Kebakaran dan Kewaspadaan bencana**"



Formulir Laporan Insiden ke Tim KP di RS

Rumah Sakit

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAXIMAL 2 x 24 JAM

LAPORAN INSIDEN

(INTERNAL)

I. DATA PASIEN

Nama :
No MR : **Ruangan :**
Umur* : 0-1 bulan > 1 bulan - 1 tahun
 > 1 tahun - 5 tahun > 5 tahun - 15 tahun
 > 15 tahun - 30 tahun > 30 tahun - 65 tahun
 > 65 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
Penanggung biaya pasien :
 Pribadi Asuransi Swasta
 ASKES Pemerintah Perusahaan*
 JAMKESMAS
Tanggal Masuk RS : Jam

II. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden
Tanggal : Jam
2. Insiden :
3. Kronologis Insiden
.....
.....
.....
4. Jenis Insiden* :
 Kejadian Nyaris Cedera / KNC (*Near miss*)
 Kejadian Tidak diharapkan / KTD (*Adverse Event*) / Kejadian Sentinel
(*Sentinel Event*)

Gambar 1. Contoh formulir laporan insiden



5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*
 - Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
 - Pasien
 - Keluarga / Pendamping pasien
 - Pengunjung
 - Lain-lain (sebutkan)
6. Insiden terjadi pada* :
 - Pasien
 - Lain-lain (sebutkan)

Mis : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS.
7. Insiden menyangkut pasien :
 - Pasien rawat inap
 - Pasien rawat jalan
 - Pasien UGD
 - Lain-lain (sebutkan)
8. Tempat Insiden

Lokasi kejadian (sebutkan)

(Tempat pasien berada)
9. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit/ spesialisasi)
 - Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya
 - Anak dan Subspesialisasinya
 - Bedah dan Subspesialisasinya
 - Obstetri Gynekologi dan Subspesialisasinya
 - THT dan Subspesialisasinya
 - Mata dan Subspesialisasinya
 - Saraf dan Subspesialisasinya
 - Anastesi dan Subspesialisasinya
 - Kulit & Kelamin dan Subspesialisasinya
 - Jantung dan Subspesialisasinya
 - Paru dan Subspesialisasinya
 - Jiwa dan Subspesialisasinya
 - Lain-lain (sebutkan)
10. Unit/Departemen terkait yang menyebabkan insiden

Unit kerja penyebab (sebutkan)
11. Akibat Insiden Terhadap Pasien* :
 - Kematian
 - Cedera Irreversibel / Cedera Berat

Gambar 2. Contoh formulir laporan insiden (lanjutan)
 Sumber: Bidang I KKP-RS, 2008

- Cedera Reversibel / Cedera Sedang
- Cedera Ringan
- Tidak ada cedera

12. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :

.....

13. Tindakan dilakukan oleh* :

- Tim : terdiri dari :
- Dokter
- Perawat
- Petugas lainnya

14. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?*

- Ya
- Tidak

Apabila ya, isi bagian dibawah ini.

Kapan ? dan Langkah/tindakan apa yang telah diambil pada Unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama?

.....

Pembuat Laporan	:	Penerima Laporan	:
Paraf	:	Paraf	:
Tgl Terima	:	Tgl Lapor	:

Grading Risiko Kejadian* (Diisi oleh atasan pelapor) :

- BIRU
- HIJAU
- KUNING
- MERAH

NB. * = pilih satu jawaban.

Gambar 3. Contoh formulir laporan insiden (lanjutan)

Sumber: Bidang I KKP-RS, 2008



4. Bahan Bacaan Lebih Lanjut

- Bidang I KKP-RS. 2008. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Edisi 2*. Jakarta: KKP-RS
- Daud, Arjaty W. 2011. *Langkah 6: Belajar dan Berbagi Pengalaman tentang Keselamatan Pasien*. Disampaikan dalam Workshop Reguler Patient Safety PERSI di Bogor angkatan 2011
- Silver MP, Antonow JA. Reducing medication errors in hospitals: a peer review organisation collaboration. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2000, 26(6):332–340
- Smith J. *Building a safer NHS for patients: improving medication safety*. London, UK Department of Health, 2004.
- Walshe K. The development of clinical risk management. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety*, 2nd ed. London, British Medical Journal Books, 2001:45–61
- Weeks WB et al. Using an improvement model to reduce adverse drug events in VA facilities. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27(5):243–254







Topik 7 Peningkatan Kualitas



rangkuman topik 7

1. Sasaran Pembelajaran

- Menggambarkan prinsip dasar peningkatan kualitas.
- Memperkenalkan metode dan alat untuk peningkatan kualitas.

2. Poin Penting

- Langkah-langkah peningkatan kualitas: identifikasi masalah, pengukuran besarnya masalah, intervensi untuk memecahkan masalah, pengujian keberhasilan intervensi
- Metode peningkatan kualitas: siklus PDSA (*Plan-Do-Study-Act*), *Clinical Practice Improvement Methodology* (CPI), *Root Cause Analysis* (RCA).

3. Ringkasan

Dalam proses peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, kita perlu mengetahui prinsip-prinsip dasar peningkatan kualitas. Selain itu kita juga perlu mengenal berbagai metode peningkatan kualitas kesehatan.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam metode peningkatan kualitas di antaranya:

- Mencari indikator kualitas dan keamanan pelayanan kesehatan
- Mengenal bahwa ide bagus bisa datang dari siapapun baik atasan, bawahan, profesor, mahasiswa, maupun pekerja kasar sekalipun
- Menyadari bahwa situasi lokal adalah faktor kunci dalam meningkatkan kualitas
- Menyadari bahwa cara berpikir dan bereaksi masyarakat adalah sama pentingnya dengan struktur dan proses kerja dalam pelayanan kesehatan
- Menyadari bahwa keberhasilan penggunaan inovasi baru adalah hasil dari implementasi proses kerja yang baru

Metode peningkatan kualitas dirancang untuk mempelajari proses dan hal ini telah sukses digunakan selama beberapa dekade di berbagai industri. Saat ini mahasiswa kedokteran telah familiar dengan penelitian ilmiah dan kedokteran berbasis bukti yang tujuannya untuk menemukan pengetahuan baru, tetapi relatif belum familiar dengan ilmu peningkatan kualitas yang tujuannya adalah mengubah performa (WHO, 2009).

Usaha yang biasanya dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan klinis, misalnya rekomendasi pengobatan, protokol, publikasi jurnal dirasakan kurang



berhasil dalam meningkatkan pelayanan klinik. Hal ini terjadi karena kurangnya kepatuhan terhadap berbagai rekomendasi tersebut.

Disinilah peran metode peningkatan kualitas untuk mengisi kekurangan itu dengan:

- Mengidentifikasi masalah
- Mengukur besarnya masalah tersebut
- Mengembangkan berbagai intervensi untuk memecahkan masalah tersebut
- Menguji keberhasilan intervensi tersebut

Beberapa metode peningkatan kualitas telah dirancang, misalnya:

- *Clinical practice improvement*
- *Root cause analysis* (analisis akar masalah): metode untuk memeriksa secara retrospektif dan mencari **apa yang salah** dalam sistem (bukan **siapa yang salah**) ketika terjadi suatu kejadian yang tidak diharapkan
- *Failure modes and effect analysis*: metode analisis prospektif untuk memprediksi apa kesalahan yang potensial terjadi sebelum terjadi kejadian yang tidak diharapkan

Pada modul ini yang dibahas adalah *clinical practice improvement* dan analisis akar masalah.



Clinical practice improvement

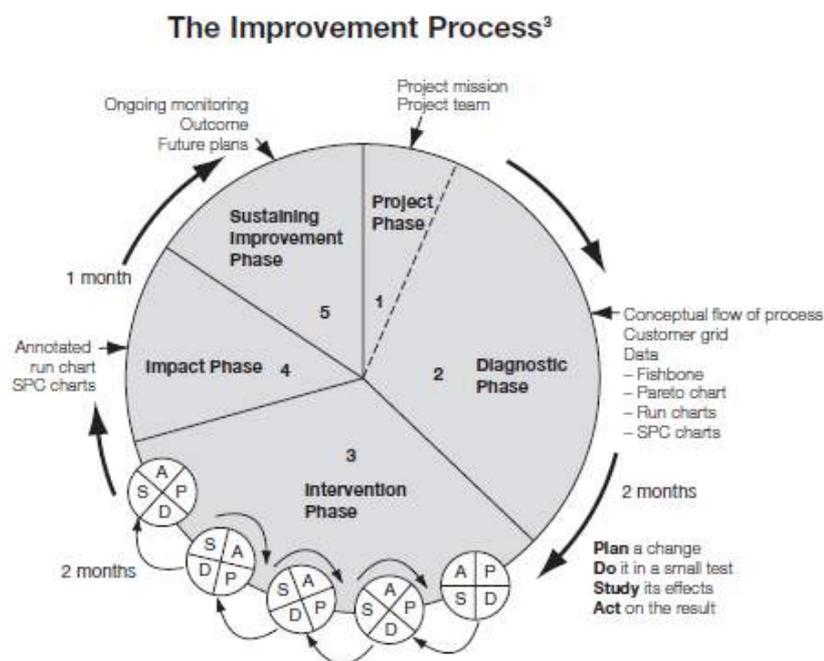
Clinical Practice Improvement (CPI) adalah suatu metode untuk menganalisa kapan dan apa saja yang sebaiknya dilakukan tiap individu yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai hasil terbaik dengan cara yang paling efisien selama berlangsungnya seluruh proses pelayanan pasien (*continuum of care*). Bagan di bawah ini menggambarkan proses-proses dalam CPI.



Proses-proses yang terjadi pada suatu CPI adalah sebagai berikut:

1. **Fase proyek** (identifikasi masalah, pembentukan tim)

Suatu pelayanan kesehatan pastilah tidak sempurna. Pastilah ada permasalahan di dalamnya yang perlu dipecahkan, baik itu masalah besar maupun masalah kecil. Untuk bisa menghasilkan suatu pelayanan kesehatan yang terus meningkat kualitasnya kita terlebih dahulu perlu mengidentifikasi permasalahan yang ada tersebut dalam suatu pelayanan kesehatan. Proses apa dalam sistem yang bermasalah dan perlu diperbaiki? Untuk menjawab hal ini dibentuk tim yang bertugas melakukannya. Setelah tim terbentuk ditentukan pernyataan misi (*mission statement*). Pernyataan misi sebaiknya spesifik, dapat diukur, berorientasi hasil dan terjadwal. Contoh pernyataan misi misalnya: "mengurangi angka kejadian infeksi pada bagian bedah ortopedi sebanyak 1% dalam waktu 12 bulan".



Bagan 8. Proses-proses dalam *Clinical Practice Improvement*
 Sumber: Horn, 2004 dan NSW Health Departement, 2002

2. **Fase diagnostik** (penentuan prioritas, intervensi, dan alat ukur keberhasilan)

Setelah kita dapat mengidentifikasi permasalahan tersebut, selanjutnya kita perlu mencari tahu penyebab permasalahan tersebut. Hal ini bisa dilakukan misalnya dengan bantuan diagram alir proses kerja, curah pendapat, diagram sebab akibat, kuesioner kepada staf dan pasien, dan sebagainya.

Selain itu kita juga perlu mengukur besar dan beratnya permasalahan. Hal ini bermanfaat untuk menentukan skala prioritas mana permasalahan yang terlebih dahulu perlu dipecahkan. Karena sangat banyaknya permasalahan yang ada dalam suatu pelayanan kesehatan, tentunya tidak memungkinkan semua masalah dipecahkan saat itu juga, sehingga perlu skala prioritas. Dalam hal ini bisa digunakan *Pareto chart*. Teori Pareto menyatakan bahwa 80% permasalahan disebabkan oleh 20% penyebab. Jadi sebenarnya 80% usaha kita perlu diarahkan

kepada 20% penyebab masalah itu saja. Angka ini tentu saja tidak persis sama. Tetapi kenyataan menunjukkan sebagian besar masalah sebenarnya hanya disebabkan sebagian kecil dari penyebab. (*Most troubles comes from minority of the problems*)

Contoh *Pareto chart* ada di tabel bawah. Dalam tabel ini terlihat bahwa kurang lebih 80% kasus lamanya penanganan UGD disebabkan oleh sebagian kecil penyebabnya. Mayoritas kasus hanya disebabkan 2 hal: lamanya proses rontgen dan kekurangan tempat tidur. Sedangkan 4 penyebab lainnya (lamanya proses review tim dokter, kesibukan dokter, faktor pasien, dan faktor lain) hanya menyebabkan 20% kasus lamanya penanganan UGD. Dari tabel tersebut terlihat bahwa untuk mengurangi 80% kasus lamanya penanganan UGD, kita hanya perlu memfokuskan kerja pada 2 hal: proses rontgen yang lama, dan antrian bed periksa.

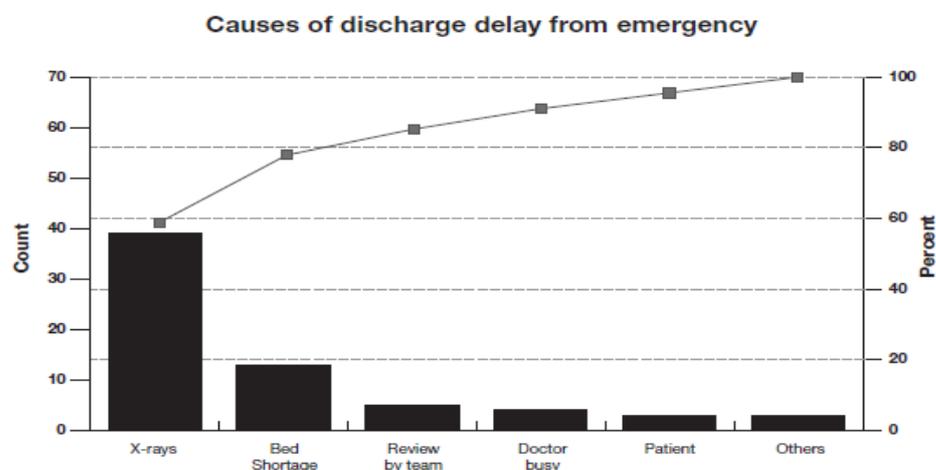


Diagram 1. Penyebab lamanya dirawat di unit gawat darurat
 Sumber: Horn, 2004 dan NSW Health Departement, 2002

Setelah mendapatkan skala prioritas, kita mengidentifikasi intervensi yang kita perkirakan dapat mengatasi masalah tersebut. Perlu dipikirkan mengenai alat ukur untuk mengukur keberhasilan intervensi tersebut.

3. Fase intervensi (melakukan intervensi pada kelompok kecil)

Pada fase ini kita melakukan intervensi/ perubahan pada pelayanan kesehatan sebagaimana yang telah ditentukan pada fase diagnostik. Pelaksanaan intervensi ini sebaiknya tidak pada keseluruhan organisasi karena terlalu banyak resiko dan biaya yang akan diambil. Sebaiknya pada suatu kelompok kecil yang diperkirakan dapat mewakili. Untuk melakukan intervensi ini dengan melakukan secara terus menerus siklus PDSA (**Plan, Do, Study, Act**).

- **Plan**, perencanaan adalah merencanakan intervensi. Misalnya menentukan kelompok yang diintervensi, perizinan, dsb.
- **Do**, pelaksanaan intervensi tersebut.
- **Study**, evaluasi hasil intervensi. Berhasil atau tidak berdasar alat ukur yang telah ditentukan sebelumnya.

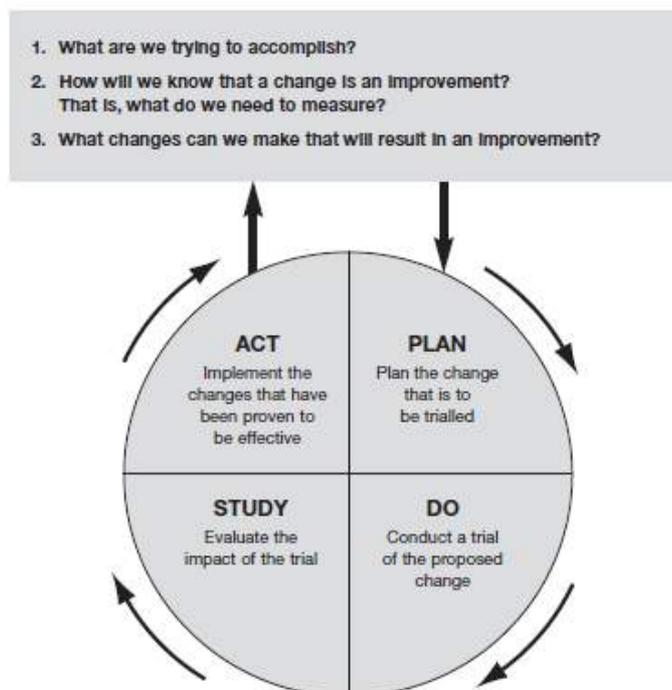
- **Act**, respon terhadap hasil evaluasi intervensi tersebut, misalnya mengganti intervensi, melanjutkan ke fase implementasi, dsb. *Act* ini haruslah berdasarkan hasil evaluasi yang telah dilakukan sebelumnya,

PDSA ini bisa dilakukan berulang-ulang (seperti siklus) hingga tercapai hasil sebagaimana yang diharapkan. Siklus PDSA bisa dilakukan secara serial (satu siklus PDSA kemudian dilanjutkan siklus PDSA berikutnya), ataupun secara paralel (beberapa siklus PDSA dilakukan bersamaan dengan intervensi dan kelompok intervensi yang berbeda).

Dalam siklus PDSA haruslah terjawab pertanyaan-pertanyaan meliputi:

- Apa hasil yang diharapkan?
- Apa alat ukur keberhasilan tersebut?
- Apa perubahan yang harus dilakukan untuk mencapai hasil yang diharapkan?

The Clinical Practice Improvement Model²



Bagan 9. Model pengembangan praktik klinik

Sumber: Horn, 2004 dan NSW Health Departement, 2002

4. Fase hasil dan implementasi (mengimplementasi pada kelompok yang lebih besar, evaluasi hasil)

Pada fase ini kita mengimplementasi intervensi pada keseluruhan organisasi yang terlibat. Dengan keberhasilan yang telah dicapai pada kelompok kecil pada fase intervensi, diharapkan tingkat keberhasilan yang tinggi bila diterapkan pada keseluruhan organisasi yang terlibat. Kita perlu juga mengukur tingkat keberhasilan implementasi tersebut dengan menggunakan alat ukur yang telah ditentukan sebelumnya. Hal ini perlu dilakukan karena intervensi yang terbukti berhasil pada

kelompok kecil pada fase intervensi belum tentu berhasil juga bila diterapkan lebih luas pada keseluruhan tim. Penerapan intervensi pada kelompok besar lebih sulit karena resistensi dan sumber daya yang diperlukan juga lebih besar. Selain itu karena dimungkinkan ada perbedaan karakteristik antara kelompok kecil yang diintervensi dengan kelompok besar yang diimplementasi, bisa jadi hasil yang didapatkan berbeda dengan harapan.

5. Fase peningkatan (memantau dan menjaga kualitas secara berkesinambungan)

Setelah implementasi yang berhasil meningkatkan kualitas pelayanan, kita perlu memantau dan menjaga kualitas tersebut supaya tidak semakin menurun dan justru meningkat. Pada fase ini juga perlu dilakukan rencana selanjutnya (*future plan*) untuk peningkatan kualitas yang berkesinambungan. Pada fase ini yang bisa dilakukan misalnya dokumentasi proses CPI, pembuatan kebijakan standarisasi pelayanan, training dan edukasi bagi staf, dsb.

Jika implementasi tidak berhasil, bisa dilakukan rencana selanjutnya misalnya melakukan lagi CPI dengan lebih baik, berbekal hasil yang didapatkan pada CPI kali ini. Bisa juga penerapan intervensi baru tersebut tidak jadi dilakukan pada kelompok besar, akan tetapi dilakukan pada kelompok tertentu saja yang tingkat keberhasilannya tinggi.

Sekilas CPI ini mirip dengan penelitian ilmiah *randomized controlled trial (RCT)*. Sama-sama menggunakan suatu sampel tertentu dengan suatu intervensi tertentu kemudian mengukur hasilnya. Tetapi ada beberapa perbedaan antara CPI dengan RCT yaitu:

Tabel 6. Perbedaan antara CPI dan RCT

CPI	RCT
<ul style="list-style-type: none"> • Objek penelitian lebih umum • Fokus pada kenyataan di lapangan • Sampel bisa heterogen • Semua sampel bisa masuk kriteria (populasi beragam) • Variasi intervensi dimungkinkan sebagaimana kenyataan lapangan • Hasil penelitian bisa digeneralisir (karena situasi penelitian sebagaimana adanya kenyataan di lapangan) • Mengukur efektivitas • Pemilik (RS, yayasan, pemerintah) umumnya lebih tertarik 	<ul style="list-style-type: none"> • Objek penelitian sangat spesifik • Fokus pada situasi ideal • Sampel homogen yang masuk kriteria inklusi • Hanya sedikit sampel yang dapat masuk kriteria inklusi tersebut (populasi spesifik) • Variasi intervensi diminimalkan sebisa mungkin • Hasil penelitian sulit digeneralisir karena situasi penelitian sangat spesifik • Mengukur efikasi • Pemilik (RS, yayasan, pemerintah) umumnya kurang tertarik

Sumber: Horn, 2004 dan NSW Health Departement, 2002

Analisis akar masalah (root cause analysis)

Ketika ada kejadian yang tidak diharapkan di instansi pelayanan kesehatan, misalkan salah pemberian obat, kita akan berusaha menemukan penyebab kejadian tersebut. Penyebab dari kejadian tersebut, misalnya dokter salah membaca label obat sehingga ia salah memberikan obat kepada pasien.

Tentunya tidak ada petugas kesehatan yang sengaja salah baca. Jika berfokus pada penyebab langsung yaitu dokter yang salah baca, kita akan cenderung menyalahkan dokter tersebut, menghukumnya dan menyuruhnya lebih berhati-hati. Ini tentunya bukan solusi yang jitu, suatu saat akan ada dokter atau perawat atau petugas kesehatan lain yang salah baca lagi. Kejadian yang sama pun berulang kembali. Kesimpulannya, jika kita hanya berhenti pada penyebab langsung tersebut, kita tidak akan dapat menemukan solusi yang jitu untuk mencegah hal yang sama berulang kembali.

Maka semestinya kita mencari lagi penyebab yang lebih fundamental lagi mengapa ia bisa salah baca. Kita cari, maka kita akan menemukan, oh ternyata kemasannya terlalu mirip. Oh ternyata membacanya di ruangan yang kurang terang. Oh ternyata banyak obat yang namanya sangat mirip, dan sebagainya. Jika kita bisa menemukan penyebab masalah yang lebih fundamental, kita akan bisa memberikan solusi yang lebih efektif. Misalnya dengan mengganti kemasan supaya tidak mirip, menambah penerangan di ruangan obat, memberikan label peringatan pada obat yang banyak kemiripannya, melakukan cek dan ricek sebelum pemberian obat, dsb. Dengan demikian diharapkan solusi tersebut bisa lebih efektif.



Metode untuk mencari akar masalah dari suatu kejadian yang tidak diharapkan itu disebut analisis akar masalah (*root cause analysis*). Analisis akar masalah adalah suatu metode evaluasi terstruktur untuk mengidentifikasi akar masalah dari suatu kejadian yang tidak diharapkan, dengan tindakan adekuat untuk mencegah kejadian yang sama berulang kembali. Analisis akar masalah dapat juga diartikan sebagai metode proses analisis yang dapat digunakan secara retrospektif untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan kejadian tidak diharapkan.

Langkah-langkah analisis akar masalah

Untuk dapat melakukan analisis akar masalah dengan baik, ada langkah-langkah yang mesti dilakukan, yaitu:

1. Menentukan insiden yang akan diinvestigasi
2. Menentukan tim investigator
3. Mengumpulkan data
4. Memetakan kronologi kejadian
5. Mengidentifikasi masalah
6. Analisis informasi
7. Rekomendasi dan rencana kerja untuk peningkatan pelayanan

Menentukan insiden yang akan diinvestigasi

Dalam suatu pelayanan kesehatan tentunya ada banyak insiden yang tidak diharapkan. Ada pasien salah diberikan obat, ada salah baca resep, ada pot pecah, ada piring makanan yang jatuh, ada staf terpeleset, ada pasien jatuh dari tempat tidur, ada sandal yang hilang, dan sebagainya.

Tentunya bila semua diinvestigasi akan membutuhkan terlalu banyak waktu, tenaga dan biaya. Hal ini tidak efisien. Oleh karena itu perlu ada skala prioritas insiden mana yang perlu diinvestigasi. Untuk menentukan insiden mana yang akan ditindaklanjuti dengan investigasi, bisa dipilih insiden yang merupakan masalah serius atau membahayakan pasien maupun rumah sakit. Juga bisa dipilih insiden yang merupakan masalah potensial untuk pembelajaran staf atau pegawai RS. Analisis akar masalah wajib dilakukan pada keadaan yaitu: semua kematian yang tidak diharapkan, semua insiden yang diduga mengakibatkan cedera permanen, kehilangan fungsi, atau kehilangan bagian tubuh.



Memilih tim investigator

Untuk dapat melakukan analisis akar masalah dengan baik, diperlukan orang yang ahli untuk melakukan investigasi tersebut. Idealnya tim terdiri 3-4 orang dengan keterampilan atau disiplin ilmu yang berbeda. Selain itu tim perlu juga berkomitmen pada tugasnya sebagai tim investigasi. Bila diperlukan, sebaiknya dibebastugaskan dari tugas rutinnnya supaya dapat fokus pada investigasi tersebut. Tim investigasi sebaiknya BUKAN pihak yang terlibat langsung dengan kejadian untuk meminimalkan konflik kepentingan.

Mengumpulkan data

Dalam proses pengumpulan data, digunakan berbagai metode:

- Observasi langsung, ini berupa kunjungan langsung ke lokasi kejadian dan lokasi-lokasi lain yang terkait dengan kejadian. Saat observasi sebaiknya difoto, dibuat gambaran tempat kejadian, bila perlu bisa dilakukan rekonstruksi kejadian.
- Dokumentasi, ini berarti kita mencari dokumen-dokumen yang terkait dengan suatu kejadian. Misalnya rekam medik, hasil lab, dokumen kebijakan, hasil rapat, dsb.
- Wawancara, ini berupa pertemuan langsung tim investigasi untuk menggali informasi dari pihak-pihak yang terlibat dalam kejadian

Memetakan kronologi insiden

Untuk memetakan kronologi narasi dapat digunakan berbagai macam cara:

- **Kronologi narasi**: menceritakan insiden dari awal hingga akhir dalam bentuk narasi
- **Timeline**: memetakan insiden dalam bentuk tabel kronologis meliputi waktu kejadian, hal yang terjadi, dan informasi tambahan saat kejadian.
- **Tabular timeline**: seperti timeline tetapi lebih detil (ditambah *good practice* dan masalah pelayanan). *Good practice* merupakan hal baik yang telah dilakukan yang dapat mencegah terjadinya kejadian yang tidak diinginkan terkait keselamatan pasien(KTD).
- **Time person grid**: tabel kronologis yang mencatat pergerakan orang baik staf, pengunjung, pasien, dsb. *Time person grid* berisi tabel waktu kejadian, orang yang terlibat, dan dimana keberadaan orang tersebut.

Contoh *time line*:

Tabel 7. Contoh *timeline*

Waktu/ kejadian	31-1-2002 J. 14.00	4-2-2002 J. 08.00	6-3-2002 J. 14.00
Kejadian	Pasien terlihat di ruang penerimaan pasien untuk dioperasi ulang <i>right total knee replacement</i> dilakukan informed consent	Pasien tiba di RS	Pasien datang kembali di ruang penerimaan pasien diterima oleh petugas residen 1. Dibuat informed consent
Informasi tambahan		Pasien pulang karena tempat penuh, pasien diberi tahu pembatalan	

Sumber: Daud, 2011

Contoh *tabular timeline*:

Tabel 8. Contoh *tabular timeline*

Waktu/ kejadian	31-1-2002 J. 14.00	4-2-2002 J. 08.00	8-3-2002 J. 14.00
Kejadian	Pasien terlihat di ruang penerimaan pasien untuk dioperasi ulang <i>right total knee replacement</i> dilakukan informed consent	Pasien tiba di RS	Pasien datang kembali di ruang penerimaan pasien diterima oleh petugas residen 1. Dibuat informed consent
Informasi tambahan		Pasien pulang karena tempat penuh, pasien diberi tahu pembatalan	
Good practice	Risiko tindakan telah dijelaskan dan terdokumentasi		Risiko tindakan telah dijelaskan dan terdokumentasi
Masalah pelayanan			

Sumber: Daud, 2011

Contoh *time person grid*:

Tabel 9. Contoh *time person grid*

Staf anggota	11.38	11.45	11.50	11.55	12.00
Mahasiswa perawat	Dengan pasien (ps)	bangsal	bangsal	bangsal	bangsal
Anestesi	Dengan ps, ruang anestesi				
ODP (Operation Dept Practitioner)	?**	recovery	stores	recovery	Ruang anestesi
Perawat kamar operasi (OK)	OK	dengan ps, ruang anestesi	dengan ps, ruang anestesi	OK	dengan ps, ruang anestesi
Theatre sister	Kantor OK	OK	stores	?**	Stores
Scrub nurse	OK	OK	stores	OK	OK
Dokter bedah	Istirahat	Istirahat	OK	OK	OK
Asisten bedah	Istirahat	Istirahat	OK	OK	OK

Sumber: Daud, 2011



Identifikasi masalah

Langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi masalah. Masalah-masalah yang ada dalam pelayanan kesehatan bisa berupa tindakan yang seharusnya dilakukan tapi tidak dilakukan, atau sebaliknya, seharusnya tidak dilakukan malah dilakukan, atau bisa juga melakukan dengan cara yang salah. Jika pada proses pemetaan kronologi kita menggunakan *tabular timeline*, kita tinggal mengumpulkan daftar masalah yang ada dalam tabel tersebut.

Analisis informasi

Selanjutnya masalah-masalah yang sudah terkumpul tersebut perlu dianalisa untuk mencari akar masalah maupun faktor-faktor kontribusinya. Adapun perbedaan antara akar masalah dan faktor kontribusi ialah:

Tabel 10. Perbedaan akar masalah dan faktor kontribusi

Penyebab
1. Akankah masalah timbul jika penyebab tersebut tidak ada? Tidak = akar masalah Ya = faktor kontributor
2. Akankah masalah timbul jika penyebab tersebut dikoreksi atau dieliminasi? Tidak = akar masalah Ya = faktor kontributor
3. Akankah koreksi atau eliminasi penyebab menimbulkan insiden serupa? Tidak = akar masalah Ya = faktor kontributor
Jika jawaban pada 3 pertanyaan di atas "TIDAK" → AKAR MASALAH Jika salah satu jawaban dari 3 pertanyaan di atas masih ada Jawaban "YA" → FAKTOR KONTRIBUSI

Sumber: Daud, 2011

Teknik untuk melakukannya bisa dengan berbagai cara:

- *Five why*
- *Fish bone*
- *Change analysis*
- *Barrier analysis*

Five why

Teknik ini cukup sederhana, yaitu dengan bertanya **MENGAPA** masalah tersebut terjadi. Setelah ketemu penyebabnya, pertanyaan diajukan lagi dan lagi secara berulang-ulang untuk mencari faktor penyebab yang lebih mendalam hingga ketemu akar permasalahan dan problem sebenarnya. Akar masalah cirinya: akan sulit dijawab jika ditanyakan lagi pertanyaan "mengapa". Dengan kata lain, bila sudah sulit dijawab kalau ditanyakan "mengapa" berarti itulah akar masalahnya. Umumnya dengan bertanya "mengapa?" sekitar 5 (lima) kali sudah ketemu akar masalahnya. Itulah mengapa dinamakan teknik "*five why*". Diharapkan dengan teknik ini penyebab yang lebih mengakar dapat teridentifikasi.

Tabel 11. Penjabaran masalah melalui “why”

MASALAH	Konsultan tidak memeriksa pasien di ruangan (pre op)
Mengapa konsultan tidak memeriksa pasien?	Karena dokter konsultan tidak dihubungi oleh perawat
Mengapa perawat tidak menghubungi Konsultan?	Karena Perawat sibuk
Mengapa sibuk?	Karena sedang menangani 2 pasien gawat yang lain yaitu perdarahan dan cardiac arrest
Mengapa tidak ada Perawat lain dalam shift itu?	Karena tenaga hanya 2 orang dan beban kerja yang tinggi dan masalah seperti ini sudah sering terjadi
Mengapa hanya 2 orang?	Karena kebijakan Direksi untuk efisiensi

Sumber: Daud, 2011

Change analysis

Analisis perubahan digunakan jika suatu sistem yang awalnya berjalan baik kemudian terjadi suatu masalah atau kejadian yang tidak diharapkan, atau bila dicurigai ada suatu perubahan yang menyebabkan ketidaksesuaian tindakan atau kerusakan alat. Cara melakukannya pada intinya adalah membandingkan antara **kenyataan yang terjadi** dengan **idealnya**. Bila kita mendapati ada suatu masalah yang terjadi pada suatu tindakan, maka kita dapat membandingkan antara prosedur-prosedur yang nyata dilakukan saat tindakan tersebut dengan yang seharusnya terjadi di lapangan.

Tabel 12. Form analisis perubahan (change analysis)

PROSEDUR YG NORMAL	PROSEDUR YG DILAKUKAN SAAT INSIDEN	APAKAH TERDAPAT BUKTI PERUBAHAN DLM PROSES	APAKAH PERUBAHAN MENYEBABKAN MASALAH ATAU SEBAGAI AKIBAT
SpB harus mengetahui kondisi pasien	SpB tahu kondisi pasien, bahwa kedua lutut bermasalah	Tidak	-
Tandai bagian yang akan di operasi	Tandai tungkai bawah kanan, dan tertutup kaus kaki hingga tidak terlihat. Dan ini tidak dievaluasi ulang oleh dokter bedah	Ya	Masalah
Persiapan di OK dilakukan oleh ODP dan perawat OK	Sudah dilakukan persiapan oleh ODP & perawat OK	Tidak	-
Pemasangan tornikuet oleh ODP	Tornikuet dipasang oleh dokter bedah	Ya	Masalah
Kolom dokumentasi anestesi dan rencana operasi harus diisi sebelum operasi	Tidak diisi	Ya	Masalah

Sumber: Daud, 2011



Barrier analysis

Tiap kejadian yang tidak diharapkan seharusnya ada suatu penghalang/ *barrier* supaya tidak terjadi kejadian tersebut. Misalnya kejadian pasien jatuh, semestinya ada penghalang terjadinya kejadian tersebut, misalnya: skrining pasien yang beresiko jatuh, penghalang pada tempat tidur pasien, monitor rutin untuk pasien yang beresiko jatuh, alarm yang berbunyi jika ada anggota tubuh pasien keluar dari area tempat tidur, dan sebagainya.

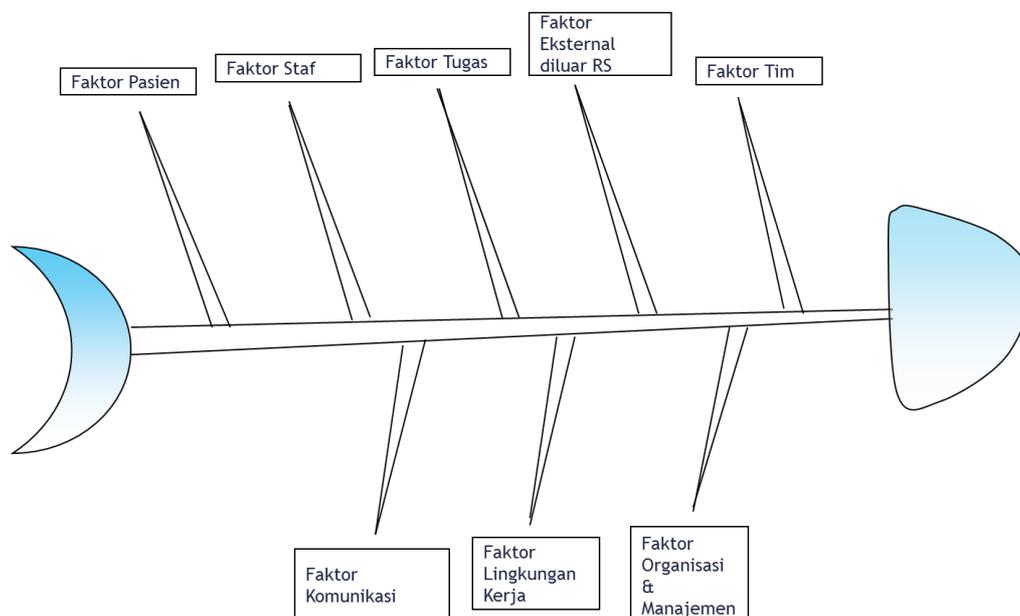
Jika ada suatu kejadian yang tidak diharapkan, kita dapat mencari penghalang/ *barrier* yang seharusnya ada untuk mencegah kejadian tersebut, dan melihat kenyataan apakah penghalang-penghalang tersebut dilakukan. Bila penghalang sudah dilakukan dan ternyata gagal mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien, dicari sebab mengapa penghalang tersebut gagal.

Tabel 13. Penjabaran masalah melalui *barrier analysis*

Apa penghalang pada masalah ini?	Apakah penghalang dilakukan?	Mengapa penghalang gagal? Apa dampaknya?

Fish bone

Teknik ini dilakukan terutama pada kejadian-kejadian yang penyebabnya/ faktor kontribusinya kompleks. Kita mencari faktor kontribusi terjadinya kejadian tersebut dengan melihat berbagai faktor yang berkaitan.



Bagan 10. Penjabaran masalah melalui metode tulang ikan (*fish bone*)

Di antara banyak metode tadi manakah yang sebaiknya dilakukan? Di bawah ini disajikan tabel untuk menentukan metode mana yang paling tepat digunakan untuk menganalisa masalah yang terjadi:

Tabel 14. Matrikulasi berbagai instrument penjabaran masalah

INSTRUMEN	KAPAN DIGUNAKAN	DESKRIPSI	KEUNTUNGAN	KERUGIAN
Mengapa (5 Why)	Untuk mengidentifikasi gejala/ faktor yang mempengaruhi/ penyebab yang sederhana	Pertanyaan mendalam untuk mengidentifikasi akar masalah	Sederhana & efektif. Dapat digunakan untuk individu/ kelompok	Sebagian tidak setuju dengan 5x. karena akar masalah bisa >5, atau <5 tapi umumnya, dengan 5x bertanya sudah dapat menemukan akar masalah
Diagram tulang ikan (fishbone diagram)	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengetahui faktor kontribusi suatu masalah • Pada masalah multifaset yang panjang atau rantai penyebab yang kompleks 	Diagram yang digunakan untuk menemukan faktor penyebab masalah terdiri dari 9 faktor	<ul style="list-style-type: none"> • Mudah dilaksanakan • Terdapat display visual dari proses analisis 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak semua orang merasa nyaman dengan perangkat ini • Memerlukan waktu agar familiar • Memerlukan pandangan yang luas dari kejadian yang diidentifikasi tidak berhubungan dengan masalah
Analisis perubahan (change analysis)	<ul style="list-style-type: none"> • Jika sistem, prosedur & peralatan yang awalnya berjalan baik, terjadi perubahan/ <i>error</i> • Pada penyebab yang tidak jelas, khususnya berguna untuk evaluasi kegagalan alat 	Metode untuk membandingkan proses yang terjadi dengan proses yang seharusnya	Dapat digunakan pada insiden yang sederhana maupun yang kompleks	<ul style="list-style-type: none"> • Menimbulkan pertanyaan tentang prosedur yang normal atau proses pada pasien sehingga memerlukan penelitian yang lebih mendalam • Nilainya terbatas • Seluruh akar masalah mungkin tidak dapat diketahui
Analisis penghalang (barrier analysis)	<ul style="list-style-type: none"> • dapat digunakan secara prospektif & retrospektif untuk mengidentifikasi adanya penghalang • untuk mengidentifikasi penghalang & kegagalan peralatan serta prosedur atau masalah administrasi 	Analisis kritis pengawasan untuk mengidentifikasi gagalnya pertahanan	<ul style="list-style-type: none"> • Dapat mengidentifikasi kontrol tambahan yang dapat mencegah insiden • Pendekatan yang sistematis 	<ul style="list-style-type: none"> • Dapat menyebabkan stress bagi staf • Memerlukan proses agar familiar

Sumber: Daud, 2011



Tabel 15. Tabel permasalahan yang terjadi dan metode analisis akar masalah yang tepat digunakan

CMP	TOOLS
Dokter konsultan tidak melihat pasien sebelum tindakan operasi	5W
Kegagalan untuk mendokumentasikan perencanaan tindakan dalam catatan anesthesia	Analisis perubahan
Tidak adanya <i>cuff</i> tensimeter di OK saat diperlukan	Fishbone
Pasien tiba di ruang operasi diterima oleh staf yang tidak semestinya	Fishbone
Tornikuet yang digunakan pada tungkai kiri oleh konsultasi bedah dan asistennya	Analisis penghalang
Salah tungkai yang ditandai karena tersembunyi oleh kaus kaki	Analisis perubahan
Penanggung jawab OK tidak ada saat pasien masuk	Analisis perubahan

Sumber: Daud, 2011

Rekomendasi dan rencana tindakan

Tahap akhir dari suatu analisis akar masalah adalah rekomendasi dan rencana tindakan untuk peningkatan kualitas pelayanan di masa yang akan datang. Bila akar masalah sudah ditemukan, dibuat rencana solusinya. Solusi bisa berupa: eliminasi masalah, kontrol masalah, terima masalah.

Eliminasi masalah berarti menyingkirkan masalah tersebut supaya sama sekali tidak terjadi. Eliminasi masalah akan seratus persen menghilangkan masalah tersebut. Tetapi terkadang hilangnya masalah ini akan menimbulkan masalah baru, sehingga perlu dipikirkan dengan matang. Misalnya menghilangkan resiko komputer RS terkena virus, eliminasinya yaitu dengan tidak menggunakan komputer.

Kontrol masalah berarti kita mengendalikan masalah tersebut supaya jarang terjadi atau walaupun terjadi tidak menimbulkan dampak yang serius. Misalnya mengontrol resiko komputer RS terkena virus, kontrolnya yaitu dengan penggunaan antivirus. Penggunaan antivirus memang tidak seratus persen menghilangkan ancaman virus, tetapi sangat mengurangi frekuensi dan keparahan terjadinya masalah RS yang ditimbulkan serangan virus.

Mitigasi

Mitigasi berarti mengurangi keparahan dampak jika suatu saat risiko tersebut benar terjadi. Misalnya instalasi sistem pemadam kebakaran. Instalasi sistem pemadam kebakaran memang tidak akan mencegah kebakaran, tetapi diharapkan jika suatu saat terjadi kebakaran bisa dipadamkan ketika api masih kecil sehingga tidak menimbulkan kerugian serius.

Menerima masalah berarti kita tidak melakukan tindakan apapun untuk masalah tersebut. Kita membiarkan saja masalah tersebut terjadi. Misalnya menerima resiko

komputer RS terkena virus, berarti kita membiarkan saja dan tidak melakukan apapun untuk mengurangi resiko komputer terkena virus. Hal ini bisa saja terjadi misalnya memang sama sekali tidak punya dana perawatan komputer, atau pada kasus dimana komputer yang terkena virus memang tidak akan dipakai lagi. Dalam hal ini menerima resiko masalah akan dilakukan.

Tabel 16. Contoh tabel rekomendasi dan rencana tindakan

Akar masalah	Tindakan	Tkt Rekomendasi (individu, Tim, Direktorat, RS)	Penang-gung jawab	Waktu	Sumber daya yang dibutuhkan	Bukti penyelesaian	Tanda tangan

Versi yang lebih sederhana dari analisis akar masalah adalah investigasi sederhana. Formulir investigasi sederhana tercantum di bawah:

LEMBAR KERJA INVESTIGASI SEDERHANA

Penyebab langsung insiden :

Penyebab yang melatarbelakangi / akar masalah insiden :

Rekomendasi :

Penanggung 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

Investigasi setelah *Grading* ulang : Hijau/Kuning/Merah

Sumber: PERSI, 2015



4. Bahan Bacaan Lebih Lanjut

- Daud, Arjaty W.2011. *Langkah 6: Belajar dan Berbagi Pengalaman tentang Keselamatan Pasien*. Disampaikan dalam Workshop Reguler Patient Safety PERSI di Bogor angkatan 2011
- Horn, Susan W. 2004. *Clinical Practice Improvement, A Scientific Methodology to Discover Best Medical Practice*. diunduh di: <http://www.phcris.org.au/conference/2002/keynotes/index.php>
- KKP-RS. 2008. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)* edisi 2. Jakarta: KKP-RS PERSI
- NSW Health Departement. 2002. *Easy Guide to Clinical Practice Improvement, A Guide For Health Care Professionals*. diunduh di: http://www0.health.nsw.gov.au/resources/quality/pdf/cpi_easyguide.pdf
- PERSI. 2015. *Lembar Kerja Investigasi Sederhana*. Diunduh dari: http://www.inapatsafety-persi.or.id/formulir/simple_investigation.doc pada 7 Agustus 2015
- Weeks WB et al. Using an improvement model to reduce adverse drug events in VA facilities. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27(5):243–254
- WHO. 2011. *Patient Safety Curriculum Guide, Multi-professional Edition*.



Topik 8

Melibatkan Pasien dan Pelaku Rawat



rangkuman topik 8

1. Sasaran Pembelajaran

Memahami cara melibatkan pasien dan pelaku rawatnya sebagai mitra dalam perawatan kesehatan baik dalam mencegah *harm* dan belajar dari kejadian yang tidak diinginkan (*adverse event*)

2. Poin penting

- Komunikasi dengan pasien adalah salah satu permasalahan utama dalam pelaksanaan keselamatan pasien di pelayanan kesehatan primer sehingga menjadi langkah penting dalam membangun keselamatan pasien di pelayanan kesehatan primer
- Keterlibatan pasien, keluarga, dan pelaku rawat dalam pelayanan kesehatan primer sangatlah penting
- Bentuk komunikasi dengan pasien:
 - o *Informed consent*
 - o *Open disclosure*
- Agar tercapai komunikasi efektif selain teknik komunikasi juga dibutuhkan empati, kejujuran, dan kompetensi budaya (*cultural competence*)

3. Ringkasan

Dalam profesi kedokteran, komunikasi dokter-pasien merupakan salah satu kompetensi yang harus dikuasai dokter. Kompetensi komunikasi menentukan keberhasilan dalam membantu menyelesaikan masalah kesehatan pasien.

Komunikasi dokter-pasien efektif yang berlangsung secara efisien bertujuan menyampaikan informasi atau memberikan penjelasan yang diperlukan dalam rangka membangun kerja sama antara dokter dengan pasien. Komunikasi yang dilakukan secara verbal dan non-verbal menghasilkan pemahaman pasien yang utuh terhadap keadaan kesehatannya, peluang dan kendalanya, sehingga bersama-sama dokter dapat mencari alternatif untuk mengatasi permasalahannya.

Komunikasi yang baik dan berlangsung dalam kedudukan setara (tidak *superior-inferior*) sangat diperlukan agar pasien mau menceritakan keluhan yang dialaminya secara jujur dan jelas. Komunikasi efektif mampu mempengaruhi emosi pasien dalam



pengambilan keputusan tentang rencana tindakan selanjutnya. Komunikasi efektif diharapkan dapat mengatasi kendala yang ditimbulkan oleh kedua pihak, pasien dan dokter. Pendapat bahwa berkomunikasi dengan pasien hanya akan menyita waktu dokter, tampaknya harus diluruskan.

Jika dokter dapat membangun hubungan komunikasi yang efektif dengan pasiennya, banyak hal negatif dapat dihindari. Dokter dapat mengetahui dengan baik kondisi pasien dan keluarganya dan pasien pun percaya sepenuhnya kepada dokter. Kondisi tersebut amat berpengaruh terhadap proses penyembuhan pasien selanjutnya. Pasien merasa tenang dan aman ditangani oleh dokter sehingga akan patuh menjalankan petunjuk dan nasihat dokter karena yakin bahwa semua yang dilakukan adalah untuk kepentingan dirinya. Pasien percaya bahwa dokter tersebut dapat membantu menyelesaikan masalah kesehatannya

Kurtz (1998) menyatakan bahwa komunikasi efektif justru tidak memerlukan waktu lama. Komunikasi efektif terbukti memerlukan lebih sedikit waktu bila dokter terampil mengenali kebutuhan pasien (tidak hanya soal sembuh tidaknya penyakit pasien). Dalam pemberian pelayanan medis, komunikasi efektif antara dokter dan pasien merupakan kondisi yang diharapkan sehingga dokter dapat melakukan manajemen pengelolaan masalah kesehatan bersama pasien, berdasarkan kebutuhan pasien.

Keberhasilan komunikasi antara dokter dan pasien pada umumnya akan melahirkan kenyamanan dan kepuasan bagi kedua belah pihak, khususnya bila tercipta empati. Empati dapat dikembangkan apabila dokter memiliki keterampilan mendengar dan memberikan informasi. Kedua keterampilan tersebut dapat dipelajari dan dilatih.

Dalam komunikasi dokter-pasien diperlukan kemampuan berempati, yaitu upaya menolong pasien dengan pengertian terhadap apa yang pasien butuhkan. Menghormati dan menghargai pasien adalah sikap yang diharapkan dari dokter dalam berkomunikasi dengan pasien, siapa pun dia, berapa pun umurnya, tanpa memerhatikan status sosial-ekonominya. Bersikap adil dalam memberikan pelayanan medis adalah dasar pengembangan komunikasi efektif dan menghindarkan diri dari perlakuan diskriminatif terhadap pasien.

komunikasi efektif justru tidak memerlukan waktu lama. Komunikasi efektif terbukti memerlukan lebih sedikit waktu bila dokter terampil mengenali kebutuhan pasien (tidak hanya soal sembuh tidaknya penyakit pasien).

Carma L. Bylund & Gregory Makoul dalam tulisannya tentang *Emphatic Communication in Physician-Patient Encounter (2002)*, menyatakan betapa pentingnya empati ini dikomunikasikan. Dalam konteks ini empati disusun dalam batasan definisi berikut:

- (1) Kemampuan kognitif seorang dokter dalam mengerti kebutuhan pasien (*a physician cognitive capacity to understand patient's needs*),
- (2) Menunjukkan hasrat terhadap perasaan pasien (*an affective sensitivity to patient's feelings*),



- (3) Kemampuan perilaku dokter dalam memperlihatkan/menyampaikan empatinya kepada pasien (*a behavioral ability to convey empathy to patient*).

Berdasarkan hasil penelitian, manfaat komunikasi dokter-pasien efektif di antaranya:

1. Meningkatkan kepuasan pasien dalam menerima pelayanan medis dari dokter atau institusi pelayanan medis.
2. Meningkatkan kepercayaan pasien kepada dokter yang merupakan dasar hubungan dokter-pasien yang baik.
3. Meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalankan terapi
4. Meningkatkan keberhasilan diagnosis terapi dan tindakan medis.
5. Meningkatkan kepercayaan diri dan ketegaran pada pasien fase terminal

Sikap profesional seorang dokter ditunjukkan ketika dokter berhadapan dengan tugasnya, yang berarti mampu menyelesaikan tugas sesuai peran dan fungsinya; mampu mengatur diri sendiri seperti ketepatan waktu, pembagian tugas profesi dengan tugas-tugas pribadi yang lain; dan mampu menghadapi berbagai macam tipe pasien serta mampu bekerja sama dengan profesi kesehatan yang lain. Dalam proses komunikasi dokter-pasien, sikap profesional ini penting untuk membangun rasa nyaman, aman, dan percaya pada dokter, yang merupakan landasan bagi berlangsungnya komunikasi secara efektif (Silverman, 1998). Sikap profesional ini hendaknya dijalin terus-menerus sejak awal konsultasi, selama proses konsultasi berlangsung, dan di akhir konsultasi.

Ketika menerima pasien, perilaku dokter yang perlu dipraktikkan adalah:

- Menyilakan masuk dan mengucapkan salam.
- Memanggil/menyapa pasien dengan namanya.
- Menciptakan suasana yang nyaman (isyarat bahwa punya cukup waktu, menganggap penting informasi yang akan diberikan, menghindari tampak lelah).
- Memperkenalkan diri, menjelaskan tugas/perannya (apakah dokter umum, spesialis, dokter keluarga, dokter paliatif, konsultan gizi, konsultan tumbuh kembang, dan lain-lain).
- Menilai suasana hati lawan bicara
- Memperhatikan sikap non-verbal (raut wajah/mimik, gerak/bahasa tubuh) pasien
- Menatap mata pasien secara profesional yang lebih terkait dengan makna menunjukkan perhatian dan kesungguhan mendengarkan.
- Memperhatikan keluhan yang disampaikan tanpa melakukan interupsi yang tidak perlu.
- Apabila pasien marah, menangis, takut, dan sebagainya maka dokter tetap menunjukkan raut wajah dan sikap yang tenang.
- Melibatkan pasien dalam rencana tindakan medis selanjutnya atau pengambilan keputusan.
- Memeriksa ulang segala sesuatu yang belum jelas bagi kedua belah pihak.
- Melakukan negosiasi atas segala sesuatu berdasarkan kepentingan kedua belah pihak.

“Di dalam proses komunikasi dokter-pasien, sikap profesional penting untuk membangun rasa nyaman, aman, dan percaya pada dokter, yang merupakan landasan bagi berlangsungnya komunikasi secara efektif”



- Membukakan pintu, atau berdiri ketika pasien hendak pulang.

Ada empat langkah yang terangkum dalam satu kata untuk melakukan komunikasi, yaitu **SAJI** (Poernomo, Ieda SS, Program *Family Health Nutrition*, Depkes RI, 1999).

S = Salam

A = Ajak Bicara

J = Jelaskan

I = Ingatkan

Secara rinci penjelasan mengenai SAJI adalah sebagai berikut.

Salam:

Beri salam, sapa dia, tunjukkan bahwa Anda bersedia meluangkan waktu untuk berbicara dengannya.

Ajak Bicara:

Usahakan berkomunikasi secara dua arah. Jangan bicara sendiri. Dorong agar pasien mau dan dapat mengemukakan pikiran dan perasaannya. Tunjukkan bahwa dokter menghargai pendapatnya, dapat memahami kecemasannya, serta mengerti perasaannya. Dokter dapat menggunakan pertanyaan terbuka maupun tertutup dalam usaha menggali informasi.

Jelaskan:

Beri penjelasan mengenai hal-hal yang menjadi perhatiannya, yang ingin diketahuinya, dan yang akan dijalani/dihadapinya agar ia tidak terjebak oleh pikirannya sendiri. Luruskan persepsi yang keliru. Berikan penjelasan mengenai penyakit, terapi, atau apapun secara jelas dan detail.

Ingatkan:

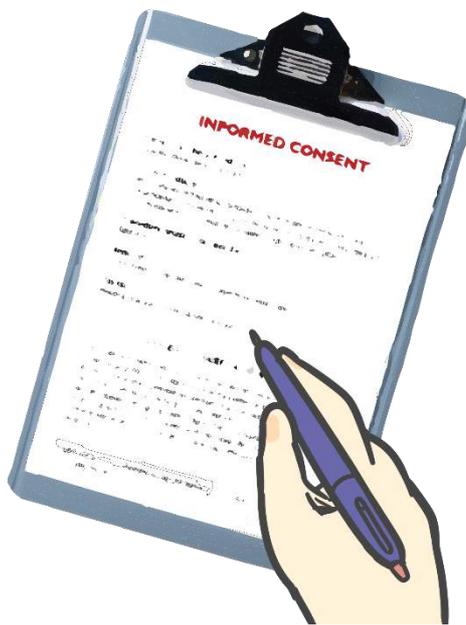
Percakapan yang dokter lakukan bersama pasien mungkin memasukkan berbagai materi secara luas, yang tidak mudah diingatkannya kembali. Di bagian akhir percakapan, ingatkan dia untuk hal-hal yang penting dan koreksi untuk persepsi yang keliru. Selalu melakukan klarifikasi apakah pasien telah mengerti benar, maupun klarifikasi terhadap hal-hal yang masih belum jelas bagi kedua belah pihak serta mengulang kembali akan pesan-pesan kesehatan yang penting.

Unsur-unsur yang perlu diinformasikan meliputi prosedur yang akan dilakukan, risiko yang mungkin terjadi, manfaat dari tindakan yang akan dilakukan, dan alternatif tindakan yang dapat dilakukan. Di samping itu perlu diinformasikan pula kemungkinan yang dapat timbul apabila tindakan tidak dilakukan, juga ramalan (prognosis) atau perjalanan penyakit yang diderita. Pasien berhak mendapatkan informasi mengenai perkiraan biaya pengobatannya. Prosedur yang akan dilakukan perlu diuraikan lagi, meliputi alat yang akan digunakan, bagian tubuh mana yang akan terkena, kemungkinan perasaan nyeri yang timbul, kemungkinan perlunya dilakukan perluasan operasi, dan yang penting tujuan tindakan itu, untuk diagnostik atau terapi.

Risiko tindakan dapat dirinci dari sifatnya, apakah mengakibatkan kelumpuhan atau kebutaan; kemungkinan timbulnya, sering atau jarang; taraf keseriusan, apakah kelumpuhan total atau parsial; waktu timbulnya, apakah segera setelah tindakan dilakukan atau lebih lama lagi. Akan tetapi untuk menentukan secara mutlak informasi yang seharusnya diberikan oleh dokter kepada pasiennya itu sangat sulit, sebab hal itu tergantung pada keadaan pasien.

Informed Consent

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan no 290 tahun 2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran Pasal 1 (a), persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien. Dalam istilah informed consent, secara implisit tercakup tentang informasi & persetujuan (*consent*), yaitu persetujuan yang diberikan setelah pasien informed (diberi informasi). Jadi *informed consent* adalah "persetujuan yang diberikan berdasarkan informasi".



Selanjutnya Permenkes No. 290/2008 juga menetapkan hal-hal berikut:

- Kewajiban tenaga kesehatan memberikan informasi, baik diminta maupun tidak diminta; diberikan secara adekuat tentang perlunya tindakan medik & resiko yang dapat ditimbulkannya;
- Informasi diberikan secara lisan dan cara penyampaian harus disesuaikan dengan kondisi dan situasi pasien, dalam arti dokter harus memberikan informasi selengkap-lengkapnyanya kecuali dokter menilai bahwa informasi yang akan diberikan merugikan pasien atau pasien menolak menerima informasi; dalam hal ini, dengan persetujuan pasien, maka dokter dapat meneruskan informasi kepada keluarga terdekat dari pasien & didampingi oleh seorang perawat/paramedik;
- Informasi yang diberikan mencakup keuntungan & kerugian dari tindakan medik yang akan dilakukan, baik diagnostik maupun terapeutik;
- Informasi cukup diberikan secara lisan; informasi harus diberikan secara jujur & benar kecuali dokter menilai akan merugikan pasien & informasi tersebut dengan persetujuan pasien akan diberikan kepada keluarga pasien;
- Pemberi informasi adalah dokter yang bersangkutan, dalam hal berhalangan dapat diberikan oleh dokter lain dengan sepengetahuan & tanggungjawab dari dokter yang bersangkutan;
- Dibedakan antara tindakan operasi & bukan operasi, untuk tindakan operasi harus dokter yang memberikan informasi, untuk bukan tindakan operasi sebaiknya oleh dokter yang bersangkutan, tetapi dapat juga oleh perawat/paramedis;
- Jika perluasan operasi dapat diprediksi, maka informasi harus diberikan sebelumnya, dalam hal ini tidak dapat diprediksi sebelumnya, maka demi menyelamatkan jiwa pasien dapat dilaksanakan tindakan medik & setelah



dilaksanakan tindakan, dokter yang bersangkutan harus memberitahukan kepada pasien atau keluarganya;

- Semua tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien harus mendapatkan persetujuan & persetujuan dapat diberikan secara tertulis mau pun secara lisan;
- Untuk tindakan medik yang mengandung risiko tinggi harus dibuat persetujuan secara tertulis & ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan;
- Yang berhak memberikan persetujuan, adalah pasien yang dalam keadaan sadar & sehat mental, telah berumur 21 tahun/telah melangsungkan perkawinan; bagi mereka yang telah berusia lebih dari 21 tahun tetapi di bawah pengampuan maka persetujuan diberikan oleh wali/pengampu; bagi mereka yang di bawah umur (belum 21 tahun & belum melangsungkan perkawinan) diberikan oleh orang tua/wali/ keluarga terdekat atau induk semang;
- Bagi pasien yang dalam keadaan tidak sadar/pingsan & tidak didampingi oleh keluarga terdekat & secara medik memerlukan tindakan segera, tidak diperlukan persetujuan;
- Dalam keadaan gawat darurat, untuk menyelamatkan jiwa pasien dan/atau mencegah kecacatan tidak diperlukan persetujuan tindakan kedokteran.
- Yang bertanggungjawab atas pelaksanaan informasi & persetujuan adalah dokter; dalam hal dilaksanakan di rumah sakit/klinik, maka rumah sakit/klinik tersebut ikut bertanggungjawab; terhadap dokter yang melaksanakan tindakan medik tanpa persetujuan, dikenakan sanksi administratif berupa teguran sampai dengan pencabutan surat izin praktik.

Mengenai batasan usia yang sah untuk memberikan *informed consent*, Konsil Kedokteran Indonesia (2006) menyatakan, persetujuan diberikan oleh individu yang kompeten. Ditinjau dari segi usia, maka seseorang dianggap kompeten apabila telah berusia 18 tahun atau lebih atau telah pernah menikah. Sedangkan anak-anak yang berusia 16 tahun atau lebih tetapi belum berusia 18 tahun dapat membuat persetujuan tindakan kedokteran tertentu yang tidak berisiko tinggi apabila mereka dapat menunjukkan kompetensinya dalam membuat keputusan.

Dalam hal pasien dianggap tidak berkompeten, dokter dapat meminta persetujuan dari keluarga terdekat. Keluarga terdekat atau pengampu umumnya dianggap dapat memberikan persetujuan tindakan kedokteran bagi orang dewasa lain yang tidak kompeten. Yang dimaksud dengan keluarga terdekat adalah suami atau isterinya, orangtua yang sah atau anaknya yang kompeten, dan saudara kandungnya. Sedangkan hubungan kekeluargaan yang lain seperti paman, bibi, kakek, mertua, ipar, menantu, keponakan dan lain-lain tidak dianggap sebagai keluarga terdekat, meskipun mereka pada keadaan tertentu dapat diikutsertakan ke dalam proses pemberian informasi dan pembuatan keputusan. Dalam hal terdapat ketidaksepakatan di dalam keluarga, maka dianjurkan agar dokter mempersilahkan mereka untuk bermufakat dan hanya menerima persetujuan atau penolakan yang sudah disepakati bersama.

Pasal 45 UU Praktik Kedokteran memberikan batasan minimal informasi yang

selayaknya diberikan kepada pasien, yaitu :

- a. Diagnosis dan tata cara tindakan medis
- b. Tujuan tindakan medis yang dilakukan
- c. Alternatif tindakan lain dan risikonya
- d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan
- e. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan

Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dalam manual persetujuan tindakan kedokteran (2006) memberikan 12 kunci informasi yang sebaiknya diberikan kepada pasien:

1. Diagnosis dan prognosis secara rinci dan juga prognosis apabila tidak diobati
2. Ketidakpastian tentang diagnosis (diagnosis kerja dan diagnosis banding) termasuk pilihan pemeriksaan lanjutan sebelum dilakukan pengobatan
3. Pilihan pengobatan atau penatalaksanaan terhadap kondisi kesehatannya, termasuk pilihan untuk tidak diobati
4. Tujuan dari rencana pemeriksaan atau pengobatan; rincian dari prosedur atau pengobatan yang dilaksanakan, termasuk tindakan subsider seperti penanganan nyeri, bagaimana pasien seharusnya mempersiapkan diri, rincian apa yang akan dialami pasien selama dan sesudah tindakan, termasuk efek samping yang biasa terjadi dan yang serius
5. Untuk setiap pilihan tindakan, diperlukan keterangan tentang kelebihan/keuntungan dan tingkat kemungkinan keberhasilannya, dan diskusi tentang kemungkinan risiko yang serius atau sering terjadi, dan perubahan gaya hidup sebagai akibat dari tindakan tersebut
6. Nyatakan bila rencana pengobatan tersebut adalah upaya yang masih eksperimental
7. Bagaimana dan kapan kondisi pasien dan akibat sampingannya akan dimonitor atau dinilai kembali
8. Nama dokter yang bertanggungjawab secara keseluruhan untuk pengobatan tersebut, serta bila mungkin nama-nama anggota tim lainnya. Bila melibatkan dokter yang sedang mengikuti pelatihan atau pendidikan, maka sebaiknya dijelaskan peranannya di dalam rangkaian tindakan yang akan dilakukan
9. Mengingatkan kembali bahwa pasien dapat mengubah pendapatnya setiap waktu.
10. Bila hal itu dilakukan maka pasien bertanggungjawab penuh atas konsekuensi pembatalan tersebut.
11. Mengingatkan bahwa pasien berhak memperoleh pendapat kedua dari dokter lain
12. Bila memungkinkan, juga diberitahu tentang perincian biaya.

Pasien dapat menyampaikan persetujuan mereka kepada dokter melalui beberapa cara:

1. Persetujuan yang bersifat tersirat atau tidak dinyatakan (*implied consent*)

Pasien dapat saja melakukan gerakan tubuh yang menyatakan bahwa mereka "mempersilahkan" dokter melaksanakan tindakan kedokteran yang dimaksud.

Misalnya adalah bila pasien menggulung lengan bajunya dan menyodorkan lengannya pada saat dokter menanyakan mau atau tidaknya ia diukur tekanan darahnya atau saat ia akan dilakukan pengambilan darah vena untuk pemeriksaan laboratorium.

2. Persetujuan yang dinyatakan (*expressed consent*)

Pasien dapat memberikan persetujuan dengan menyatakannya secara lisan (*oral consent*) ataupun tertulis (*written consent*).

Open Disclosure

Open disclosure adalah diskusi terbuka tentang insiden yang mengakibatkan kerugian bagi pasien saat menerima perawatan kesehatan terhadap pasien, keluarga mereka, dan orang pendukung lainnya. *Open disclosure* berbentuk diskusi dan pertukaran informasi dan dapat berlangsung dalam beberapa sesi konsultasi.

Elemen *open disclosure* menurut Australian Commission on Safety and Quality of Health Care (2009) adalah:

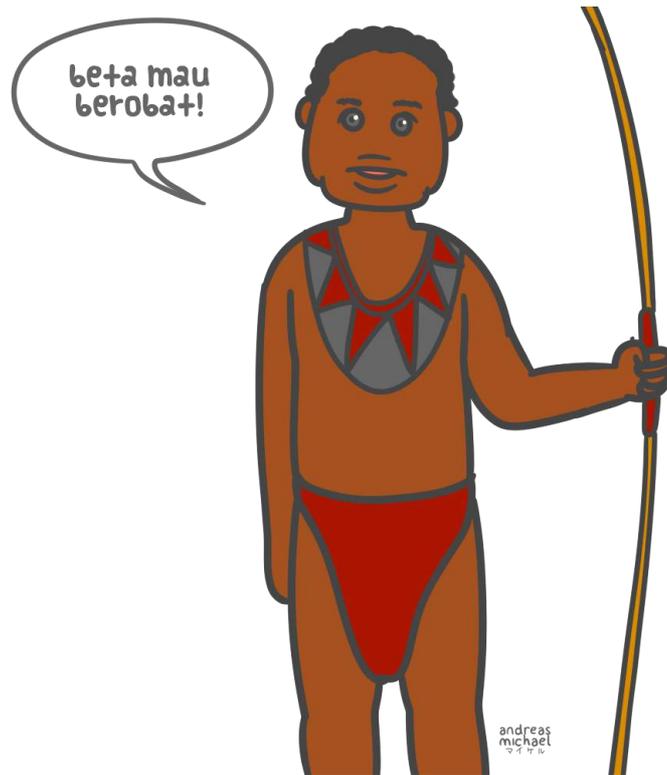
- Permohonan atau pernyataan maaf dan rasa penyesalan
- Penjelasan tentang apa yang telah terjadi,
- Pemberian kesempatan kepada pasien untuk menyampaikan pendapat berdasarkan apa yang dialaminya,
- Penjelasan langkah-langkah apa yang telah diambil untuk mengatasi permasalahan dan mencegah terjadinya hal tersebut di masa yang akan datang.

Tenaga kesehatan perlu mempraktikkan *open disclosure* untuk berbagai tindakan medik yang penting, karena *open disclosure* terbukti memberikan manfaat yang besar terhadap sistem kesehatan dan pasien, melalui budaya keterbukaan dan saling percaya.

UU No 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran mengatur bahwa pembukaan informasi tidak memerlukan persetujuan pasien pada keadaan-keadaan:

- a. untuk kepentingan kesehatan pasien
- b. memenuhi permintaan aparaturnya penegak hukum dalam rangka penegakan hukum, misalnya dalam bentuk *visum et repertum*
- c. atas permintaan pasien sendiri
- d. berdasarkan ketentuan undang-undang, misalnya UU Wabah dan UU Karantina





Kompetensi budaya (*cultural competence*)

Pemberian informasi untuk mendapatkan *informed consent* atau pada waktu melakukan *open disclosure* perlu memerhatikan berbagai situasi dan kondisi dari pasien, keluarga, dan lingkungan tempat pemberian informasi tersebut. Tenaga kesehatan perlu memiliki kompetensi budaya yang baik dalam pemberian informasi tersebut.

Ethnic communities' Council of Victoria dalam *Cultural Competence Guidelines and Protocols* (2006) menyatakan, paling tidak terdapat lima tahap yang menyebabkan seseorang bisa memiliki kompetensi budaya:

1. Menghargai keanekaragaman budaya

Tahap ini mencakup kemampuan untuk menghormati dan mengintegrasikannya keragaman ke dalam program, kebijakan dan layanan. Selain itu, menyadari bahwa anggota kelompok budaya dan individu tertentu mungkin memiliki kebutuhan yang spesifik.

2. Melakukan penilaian diri

Organisasi mengembangkan kesadaran budaya mereka sendiri dan masyarakat, kesadaran terhadap asumsi, dan bias di dalam masyarakat, dan mengidentifikasi tindakan yang perlu dilakukan untuk menurunkan kendala tersebut.

3. Mengelola dinamika perbedaan

Tahap ini dinamika perbedaan budaya dikelola secara proaktif, dengan cara meningkatkan interaksi antara berbagai budaya.

4. **Memperoleh dan melembagakan pengetahuan budaya**

Karena semua organisasi memiliki keragaman budaya, terdapat kebutuhan untuk mengintegrasikan pemahaman budaya yang berbeda dalam pelayanan.

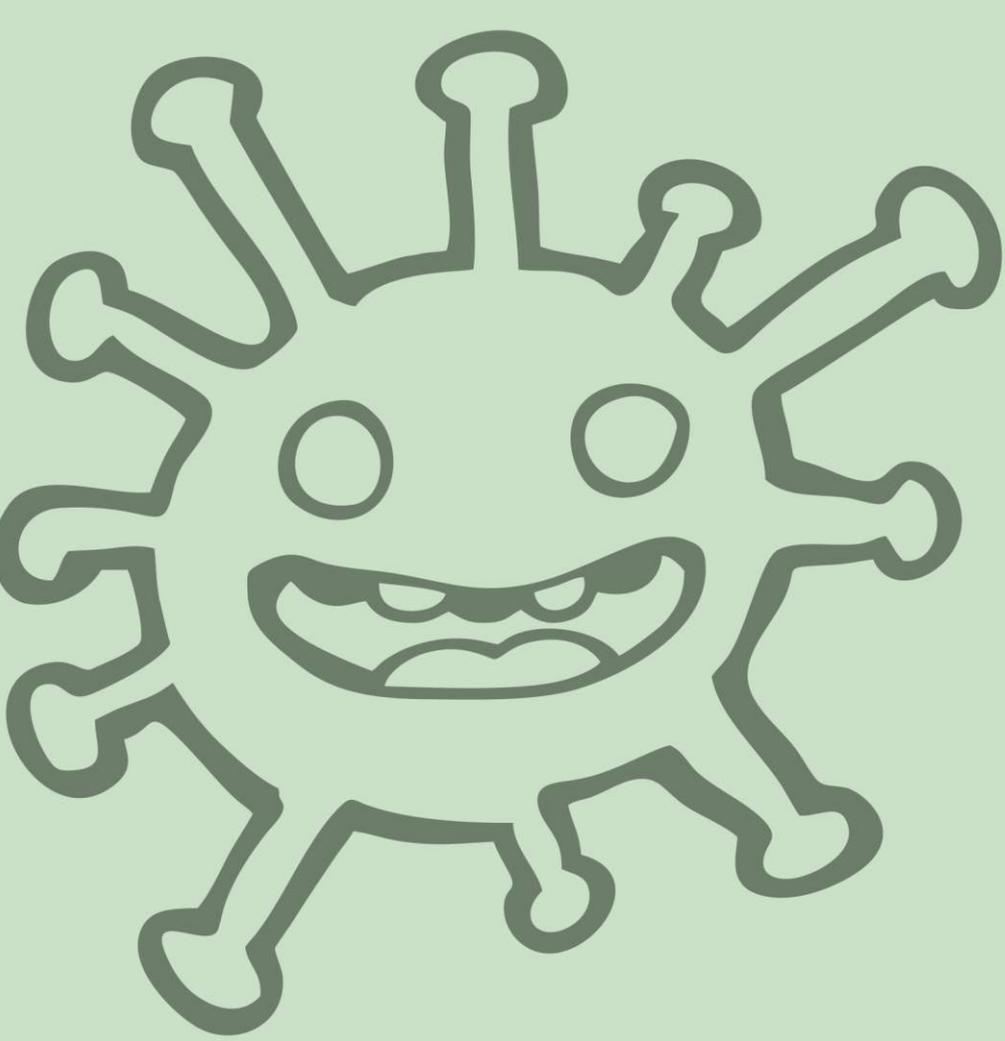
5. **Beradaptasi dengan keragaman dan konteks budaya**

Pada tahap ini pengetahuan tentang budaya diintegrasikan ke dalam struktur dan kebijakan organisasi, dan disesuaikan dengan keragaman budaya dari masyarakat yang terlibat.

4. **Bacaan lebih lanjut**

- A practical guide to informed consent.
<http://www.templehealth.org/ICTOOLKIT/html/ic toolkitpage1.html>.
- Australian Commission on Safety and Quality of Health Care.
<http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/open-disclosure/>
- Canadian Patient Safety Institute. Canadian disclosure guidelines: being open with patients and families. 2011.
- Ethnic communities' council of Victoria. Cultural Competence Guidelines and Protocols. 2006.
- General Medical Council. Consent: patients and doctors making decisions together. 2008.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan no 290 tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.
- Konsil Kedokteran Indonesia. Manual Persetujuan Tindakan Kedokteran. 2006
- Medical Council of New Zealand. Information, choice of treatment and informed consent. 2011.
- Undang-Undang Negara Republik Indonesia no 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

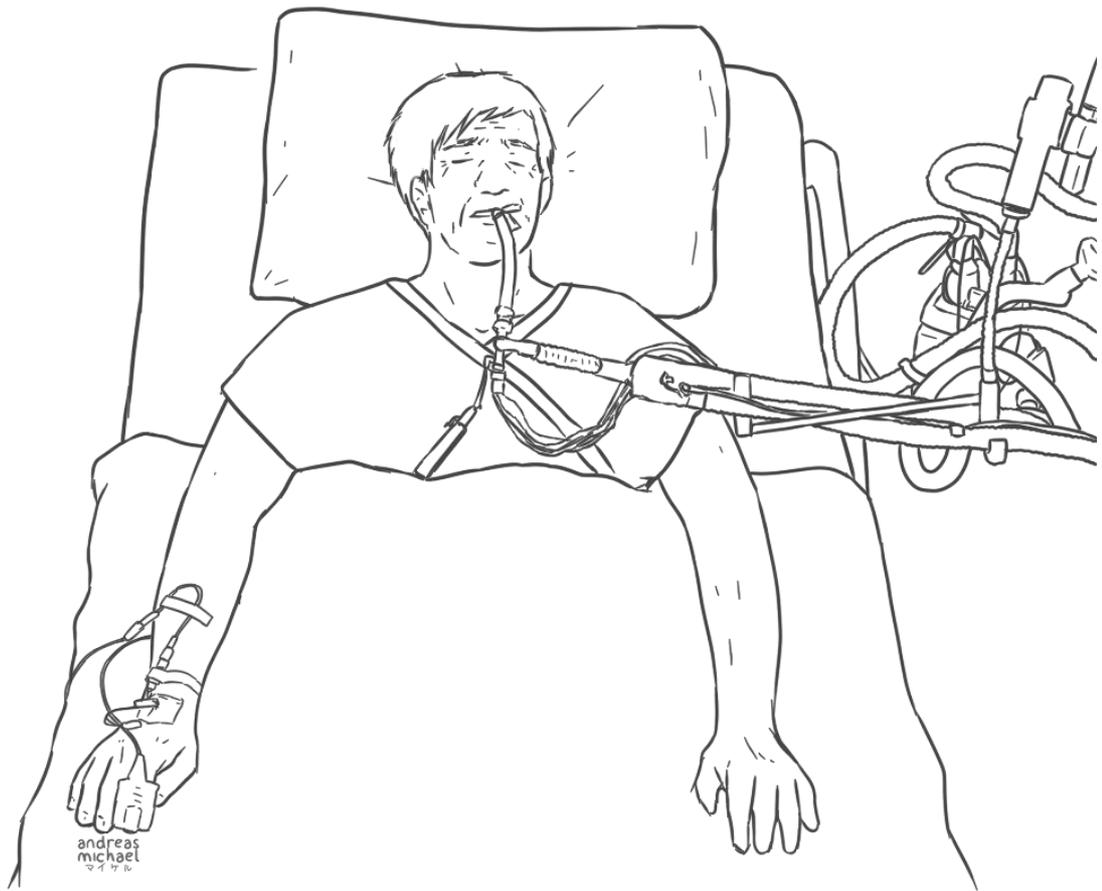






Topik 9

Menekan Infeksi Melalui Peningkatan Pengendalian Infeksi



rangkuman topik 9

1. Sasaran Pembelajaran

- Mendemonstrasikan dampak luas dari pengendalian infeksi yang tidak memadai dan mengetahui bagaimana meminimalkan risiko kontaminasi dan infeksi dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien

2. Poin penting

- Pengendalian infeksi masih minimal dan inkonsisten di pelayanan kesehatan primer karena keterbatasan sarana prasarana, namun sebenarnya pengendalian infeksi melalui peningkatan kebersihan tangan (*hand hygiene*) dapat dilakukan dengan relatif mudah
- Beberapa langkah pengendalian infeksi penting:
 - Kewaspadaan universal (*universal precaution*)
 - Mendapatkan imunisasi hepatitis B
 - Menggunakan alat pelindung diri (APD)
 - Mengetahui apa yang harus dilakukan jika terpajan dengan risiko infeksi

3. Ringkasan

Pendahuluan

Penyakit infeksi terjadi dinamis di alam, selalu muncul dan muncul lagi dari waktu ke waktu. Saat ini akibat penyakit infeksi serius seperti *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan hepatitis B, C, D. Fokus pengendalian infeksi pun mengalami perubahan. Pada masa lalu pengendalian infeksi terutama difokuskan pada perlindungan pasien, khususnya pada saat operasi, tapi saat ini sama pentingnya dengan melindungi pemberi layanan kesehatan dan orang-lain dalam masyarakat. Penyebaran infeksi pada tempat layanan kesehatan mempengaruhi ratusan juta orang di dunia. Infeksi ini menambah penderitaan pasien dan memperpanjang masa rawat di rumah sakit. Banyak pasien yang terinfeksi ini mengalami disabilitas yang permanen dan banyak yang meninggal. Peningkatan jumlah infeksi disebabkan oleh mikroba yang resisten terhadap pengobatan konvensional. Infeksi terkait perawatan kesehatan juga meningkatkan biaya pasien dan rumah sakit. Semakin lama dirawat dan perlunya perawatan dengan tingkatan lebih tinggi dapat menekan sistem kesehatan. Kecenderungan yang mengkhawatirkan ini menyebabkan pemberi layanan kesehatan, manajer, institusi dan pemerintah meningkatkan perhatiannya pada pencegahan infeksi.



- **Urgensi**

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya HCAI (*Health Care-Associated Infection*) merupakan ancaman yang besar terhadap keselamatan pasien di seluruh dunia. Infeksi ini sering disebabkan oleh berbagai bakteri termasuk penyebab TBC, virus dan jamur. Saat ini antibiotik sering tidak efektif dan lebih dari 70% bakteri HCAI resisten terhadap setidaknya terhadap satu jenis obat yang biasa digunakan. Sejumlah Mikroorganisme *Antimicrobial Resistance* (AMR) ditemukan di RS, seperti *Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus* (MRSA) dan *vancomycin-resistant Enterococcus* (VRE), yang sukar untuk diobati. Artinya sejumlah besar kelompok pasien yang terinfeksi dirawat di RS lebih lama dan diobati dengan sedikit obat yang efektif, lebih toksik dan mahal. *Multidrug-resistant tuberculosis* (TB) juga merupakan masalah yang bermakna karena obat standar yang telah digunakan untuk mengobati penyakit ini sudah tidak efektif lagi.

Beberapa praktik yang harus dilakukan adalah menghindari kontaminasi, mengeliminasi mikroorganisme dari peralatan dan lingkungan dan mencegah transmisi silang. Penggunaan metode ini diperlukan untuk pencegahan dan pengendalian HCAI yang efektif. Tetapi peningkatan intervensi pelayan kesehatan memberikan tantangan baru dalam pengendalian infeksi. Banyak bukti menunjukkan bahwa kebersihan tangan adalah metode sederhana dan efektif yang berkontribusi dalam dalam menurunkan HCAI.

- **Beban ekonomi**

Biaya terkait perawatan dan pengobatan pasien yang mengalami HCAI sangat signifikan secara substansial menambah biaya pelayanan kesehatan di semua negara, dan juga merupakan beban bagi pasien dan keluarganya

- **Respon global**

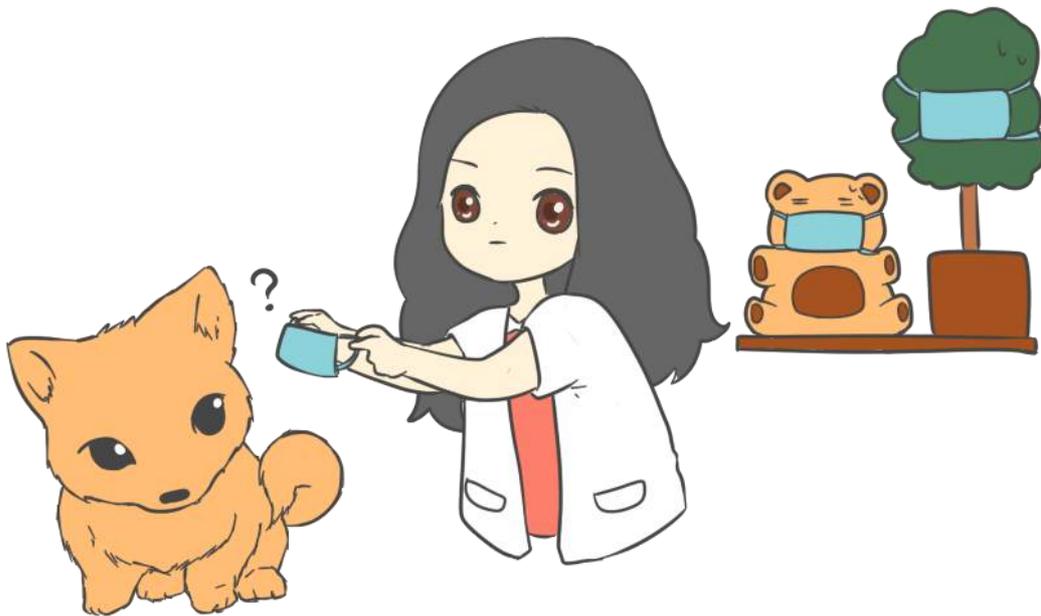
Menyadari krisis yang terjadi di seluruh dunia, WHO menyampaikan kampanye "*SAVE LIVES: Clean your hands*" untuk mengatasi tingkat HCAI yang tinggi. Fokus dari kampanye ini adalah meningkatkan kebersihan tangan di semua tempat pelayanan kesehatan di dunia melalui implementasi rekomendasi yang disampaikan WHO dalam "*WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*"

CDC USA melakukan kampanye pencegahan AMR, yang ditujukan untuk mencegah perkembangan AMR pada berbagai tempat layanan kesehatan dengan menggunakan beberapa strategi pencegahan infeksi, diagnosis dan pengobatan infeksi, penggunaan antimikroba dengan bijak dan mencegah penularan infeksi.

Institut Healthcare Improvement (IHI) mengkampanyekan "*5 Millions Lives*", yang ditujukan untuk mengurangi infeksi MRSA melalui lima strategi intervensi utama :

1. Kebersihan tangan
2. Dekontaminasi lingkungan dan peralatan pengobatan
3. Budaya pengawasan aktif
4. Pencegahan kontak terhadap infeksi
5. Mematuhi protokol penggunaan yang tepat kateter vena sentral dan ventilator





Cing, pakai masker cing. Biar kamu gak ketularan si pohon yang lagi sakit

▪ **Kewaspadaan**

- Kewaspadaan standar

Kewaspadaan ini ditujukan untuk diterapkan pada perawatan semua pasien pada semua tempat layanan kesehatan terlepas dari ada atau tidaknya agen infeksi. Kewaspadaan ini meliputi kebersihan tangan, penggunaan sarung tangan, baju panjang, masker, pelindung mata atau wajah, tergantung pada paparan yang diantisipasi dan praktek injeksi yang aman.

Peralatan atau barang-barang pasien yang mungkin tercemar dengan cairan tubuh infeksius juga harus ditangani dengan tepat untuk mencegah penularan agen infeksius.

- Kewaspadaan berdasarkan transmisi

Tindakan ini dilakukan ketika melakukan pengobatan terhadap pasien yang diketahui atau diduga terinfeksi oleh agen infeksius. Pada keadaan ini diperlukan kontrol tindakan untuk mencegah transmisi secara efektif, tindakan pencegahan dilakukan sesuai dengan sindrom klinis, kemungkinan agen penyebab dan dimodifikasi berdasarkan hasil tes.

Ada tiga kategori kewaspadaan berdasarkan transmisi, yaitu kewaspadaan kontak, *droplet* dan *airborne*.

▪ **Infeksi terkait perawatan kesehatan : penyebab infeksi dan rute transmisi**

HCAI disebabkan oleh bakteri, virus dan jamur yang bisa bersumber dari manusia termasuk pasien, tenaga kesehatan dan pengunjung. Orang yang sedang mengalami infeksi aktif, infeksi tanpa gejala atau sedang berada dalam masa inkubasi atau membawa mikroorganisme tertentu bisa sebagai sumber HCAI. Flora endogen pada

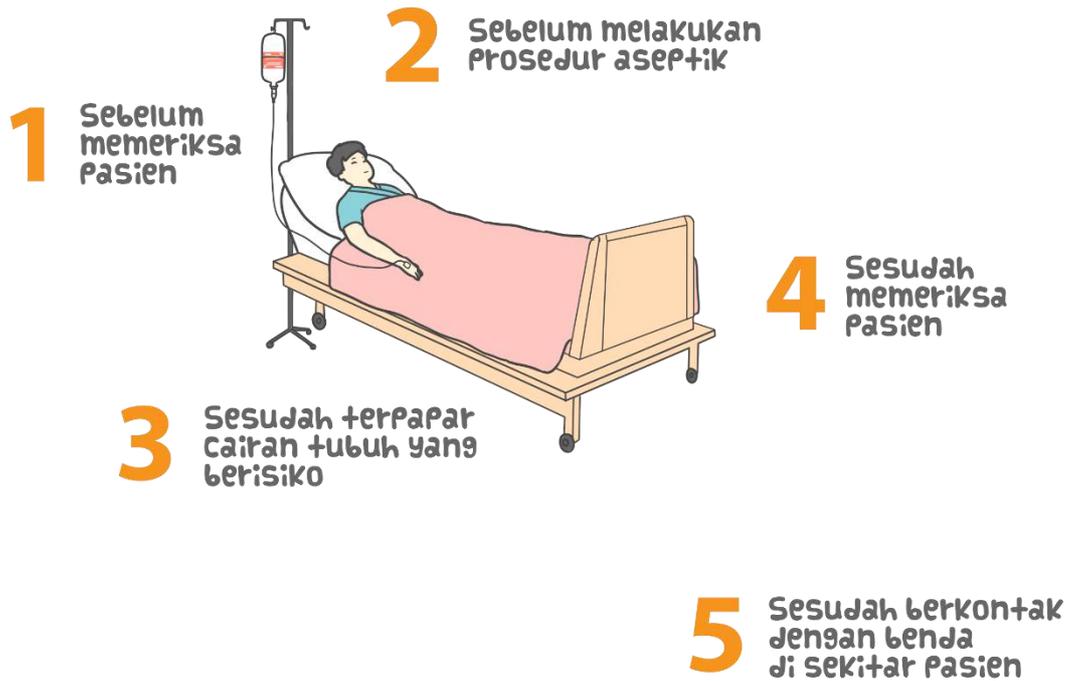


pasien juga merupakan penyebab HCAI. Lingkungan juga dapat sebagai sumber seperti makanan, air atau obat (contoh: cairan IV) yang terkontaminasi.

Mikroorganisme dapat dipindahkan dari sumbernya dengan berbagai cara, seperti sebagai berikut :

1. Transmisi melalui kontak langsung
 2. Transmisi tidak langsung
 3. Transmisi *droplet*
 4. Transmisi *airborne*
 5. Paparan melalui kulit, misalnya benda yang tajam
- **Populasi pasien yang sangat rentan terhadap infeksi terkait perawatan kesehatan**
Pasien yang sangat rentan terhadap infeksi tersebut adalah pasien yang memiliki penyakit berat, baru menjalani operasi atau sedang terpasang alat tertentu seperti kateter urin atau tabung endotrakeal. Berikut empat jenis infeksi yang mencapai sekitar 80% HCAI: infeksi saluran kencing, infeksi tempat operasi, infeksi aliran darah terkait penggunaan alat intravaskular dan pneumonia terkait penggunaan ventilator.
 - Pencegahan infeksi terkait perawatan kesehatan: lima area pelatihan prioritas untuk peserta didik
 - **Kebersihan lingkungan**
Kebersihan lingkungan penting untuk mengurangi infeksi. Tempat layanan kesehatan harus bersih. Pilihan metode atau zat yang digunakan tergantung pada berbagai faktor, setiap tempat layanan kesehatan harus memiliki aturan dan prosedur untuk hal ini.
 - **Sterilisasi/ desinfeksi peralatan, perangkat dan instrument**
Peralatan, perangkat dan instrumen harus disterilisasi/desinfeksi mengikuti prosedur yang direkomendasikan.
 - **Perangkat medis berlabel "untuk sekali pakai"**
Alat yang berlabel "untuk sekali pakai" dirancang pabrik agar alat tersebut tidak dipergunakan kembali karena dapat meningkatkan resiko infeksi, seperti alat injeksi.
 - **Kebersihan tangan**
Tujuan kebersihan tangan adalah mencegah kolonisasi dan infeksi pada pasien dan pekerja layanan kesehatan dari lingkungan yang terkontaminasi. Oleh karena itu kebersihan tangan harus dijaga setiap waktu.
Untuk memudahkan identifikasi saat *hand hygiene*, WHO mengembangkan "*My 5 Moments for Hand Hygiene* model" (Gambar 4), yaitu :
 1. Sebelum memeriksa pasien
 2. Sebelum melakukan prosedur aseptik
 3. Sesudah terpapar cairan tubuh yang berisiko
 4. Sesudah memeriksa pasien
 5. Sesudah berkontak dengan benda disekitar pasien





Gambar 4. Lima waktu mencuci tangan
 Diadaptasi dari: WHO guidelines on hand hygiene in health care. 2009

Berikut beberapa teknik *hand hygiene* pada gambar 5. Gambar pertama 5A adalah cara *hand-rub* (mencuci tangan dengan cairan berbasis alkohol). Gambar kedua 5B adalah cara *hand-wash* (mencuci tangan dengan air dan sabun).



Gambar 5. Teknik mencuci tangan
 Sumber: WHO guidelines on hand hygiene in health care. 2009

- Penggunaan alat pelindung diri
Alat pelindung diri meliputi sarung tangan, pelindung mata, sepatu dan masker. Penggunaan APD ini biasanya tergantung pada penilaian resiko transmisi mikroorganisme dari pasien ke pemberi layanan atau sebaliknya.
- Penggunaan dan pembuangan benda tajam yang aman
- Penggunaan prosedur sterilisasi yang efektif
- Antibiotika profilaksis
- Telah mendapatkan imunisasi hepatitis B
- Mengetahui apa yang harus dilakukan jika terpajan dengan risiko infeksi
- Mendorong orang lain untuk menerapkan kewaspadaan universal
Peserta didik dapat secara rutin mengamati staf:
 - Yang menerapkan teknik cuci tangan inadkuat
 - Tidak mencuci tangan
 - melanggar prosedur pengendalian infeksi

4. Bahan bacaan lebih lanjut

- A Strategy for the Control of Antimicrobial Resistance in Ireland (SARI) Infection Control Subcommittee. Guidelines for hand hygiene in irish health care settings. 2005.
- Centre for Healthcare Related Infection Surveillance and Prevention & Tuberculosis Control. Hand hygiene guideline. 2013.
- WHO. 2011. *Patient Safety Curriculum Guide, Multi-professional Edition*





Topik 10

Keselamatan Pasien

dan Prosedur Invasif



rangkuman topik 10

1. Sasaran Pembelajaran

- Menguraikan **efek samping** yang mungkin terjadi dalam prosedur pembedahan maupun tindakan invasif lainnya dalam dunia medis.
- Menggunakan **guideline**, melakukan **proses verifikasi**, dan **bekerja dalam kelompok**, terkait melakukan **prosedur** medik yang benar dengan **pasien** yang benar, **sisi** yang benar, serta **waktu** dan **tempat** yang benar.

2. Poin Penting



- Penyebab utama timbulnya efek samping prosedur invasif:
 - i. Kurangnya pengontrolan infeksi
 - ii. Manajemen pasien yang buruk
 - iii. Buruknya koordinasi atau komunikasi antar petugas medis sebelum, selama, maupun setelah prosedur invasif
- Pengendalian Infeksi dalam prosedur invasif:
 - i. *Universal Precaution*: berfungsi melindungi pasien dan dokter dari resiko infeksi
 - ii. Penggolongan operasi bersih dan tidak bersih (perlu atau tidak antibiotik profilaksis): antibiotik profilaksis terbukti menurunkan resiko infeksi operasi
- Beberapa penyebab terjadinya manajemen pasien yang kurang baik
 - i. Implementasi guideline/ protokol yang kurang baik
 - ii. Kerjasama atau kepemimpinan tim yang buruk
 - iii. Konflik antardepartemen
 - iv. Kurangnya jumlah tenaga atau tenaga yang terlatih
 - v. Etos kerja yang kurang baik
 - vi. Pekerjaan yang terlalu banyak (overwork)
- Komunikasi antar petugas medis. Kesalahan komunikasi dapat terjadi pada:
 - i. Pre OP
 - ii. Durante OP
 - iii. Post Op
- Beberapa tipe kesalahan komunikasi yang sering terjadi:
 - i. Kesalahan **timing** komunikasi
 - ii. Kesalahan **content** komunikasi
 - iii. Kesalahan **orang** yang diajak berkomunikasi
 - iv. Kesalahan **tujuan** berkomunikasi



3. Ringkasan

WHO memberikan rekomendasi terkait operasi yang aman. Salah satu sebabnya yaitu karena banyaknya kesalahan dalam hal pasien, regio yang dioperasi, dan prosedur operasi. Setelah diselidiki lebih lanjut, dikarenakan kegagalan komunikasi efektif (proses yang inadkuat) pada prosedur pre-operatif. Contoh lain tentang kesalahan regio atau prosedur pasien yaitu:

- (i) Pasien yang salah yang sudah masuk ke ruang operasi
- (ii) Operasi dilakukan di regio yang salah
- (iii) Prosedur operasi yang dilakukan salah
- (iv) Kegagalan komunikasi sehingga mempengaruhi kondisi pasien
- (v) Tidak setuju dalam pemberhentian prosedur operasi

Meminimalisir kesalahan akibat misidentifikasi memerlukan *guideline* terbaik terutama berkaitan dengan tatalaksana dan treatment terbaik pula. Mahasiswa dapat belajar untuk mengerti bahwa pasien memang seharusnya diperlakukan dengan baik dan sesuai protokol. Pembelajaran tersebut termasuk mengetahui manfaat adanya protokol sebagai prinsip dasar perlakuan terhadap pasien dan tatalaksana terbaik untuk mereka.

Ten essential objective for safe surgery (rekomendasi WHO)

1. Melakukan operasi pada pasien yang benar dan lokasi yang benar

Universal Protocol:

Step I : Verification

Dilakukan pada tahap:

- Saat perencanaan operasi
- Saat pendaftaran dan masuk ke kamar operasi
- Setiap pasien ditransfer antar petugas medis
- Sebelum pasien meninggalkan ruang pre-operatif dan akan masuk ke kamar bedah

Proses verifikasi sebaiknya melibatkan pasien dan dilakukan saat pasien sadar

verification



marking



Step II : *Marking*

Prinsip:

- Dilakukan di samping tempat yang akan diinsisi (tempat insisi tidak boleh diberi tanda)
- Mudah terlihat, jelas dan sesuai standar yang disepakati di rumah sakit
- Dibuat sendiri oleh dokter bedah yang akan melakukan prosedur
- Dilakukan dengan melibatkan pasien dan saat pasien sadar

Step III : *Time Out*

Merupakan "Surgical Pause" sebelum dokter melakukan insisi.

Dilakukan dengan tujuan:

- Memastikan pasien yang benar dan lokasi yang benar
- Memastikan pasien dalam posisi operasi yang benar
- Memastikan instrumen atau implan yang akan digunakan telah tersedia

2. Pencegahan bahaya saat pemberian obat anestesi

Metode yang dianjurkan WHO:



Before induction of anesthesia

Is an experienced and trained assistant available to help you with induction?

- Yes
- Not applicable

Has the patient had no food or drink for the appropriate time period?

- Yes
- Not applicable

Is there intravenous access that is functional?

- Yes

Is the patient on a table that can be rapidly tilted into a head-down position in case of sudden hypotension or vomiting?

- Yes

Equipment check:

- If compressed gas will be used, is there enough gas and a reserve oxygen cylinder?
- Anesthetic vaporizers are connected?
- Breathing system that delivers gas to the patient is securely and correctly assembled?
- Breathing circuits are clean?
- Resuscitation equipment is present and working?
- Laryngoscope, tracheal tubes and suction apparatus are ready and clean?
- Needles and syringes are sterile?
- Drugs are drawn up into labelled syringes?
- Emergency drugs are present in the room, if needed?

Gambar 6. Anesthesia safety checklist

Sumber: <http://www.who.int/surgery/publications/s15980e.pdf>

3. *Persiapan penanganan resiko kegawatan jalan nafas dan sistem pernafasan*

Penilaian awal jalan nafas:

1. Penilaian *thyromental distance*
2. Penilaian malampati

4. *Persiapan penanganan resiko kehilangan darah*

Rekomendasi:

Pengkajian resiko kehilangan darah dilakukan sebelum pasien diinduksi

5. *Pencegahan resiko alergi dan efek samping obat*

Angka kejadian reaksi anafilaktik akibat obat anestesi: 1:10,000 - 1:20,000

Tipe kesalahan pemberian obat:



- *Omission* : obat belum diberikan
- *Repetition* : obat diberikan > 1x
- *Substitution* : obat tertukar
- *Incorrect dose* : salah dosis
- *Incorrect route* : salah rute pemberian
- *Incorrect patient* : salah pasien

6. Pencegahan infeksi luka operasi

Faktor yang mempengaruhi infeksi luka operasi:

- Jumlah kontaminasi bakteri
- Virulensi bakteri
- Resistensi pasien

Rekomendasi WHO pada penggunaan antibiotik profilaksis:

- Rutin digunakan pada medan bersih, bersih terkontaminasi, terkontaminasi
- Dapat dipertimbangkan pada *clean wound*
- Harus diberikan 1 jam sebelum insisi

7. Pencegahan tertinggalnya bahan medis atau instrumen dalam tubuh pasien

Seluruh operasi yang berpotensi tertinggalnya bahan medis dalam tubuh (terutama peritoneal, retroperitoneal, pelvis, dan thoraks) harus melakukan penghitungan instrumen dan bahan medis



Prosedur penghitungan:

- Dilakukan oleh dua orang
- Saat penghitungan, alat harus ditunjukkan dan penghitungan harus disuarakan
- Barang yang dilakukan penghitungan tidak boleh dikeluarkan dari kamar operasi sebelum selesai penghitungan

- Penghitungan harus didokumentasi

8. Melakukan pemeriksaan pada spesimen operasi

Seluruh spesimen atau jaringan yang dikeluarkan dari dalam tubuh harus diperiksa. Seluruh spesimen medis yang akan diperiksa harus diberi label dengan identitas pasien serta lokasi dan sisi spesimen diambil. Label kemudian disuarakan dan dikonfirmasi oleh tim.

9. Komunikasi efektif antar petugas medis mengenai informasi pasien

Pre operation (sebelum insisi):

- **Pembedah (ketua tim)**: memastikan dan mengkomunikasikan kepada seluruh anggota tim (asisten op, perawat dan anestesi) mengenai identifikasi pasien, prosedur operasi, resiko yang mungkin terjadi (*blood loss, respiratory*) dan alat yang diperlukan
- **Perawat**: mengingatkan anggota tim mengenai hal penting yang perlu diingat
- **Ahli anestesi**: mengkomunikasikan mengenai resiko yang mungkin terjadi selama operasi

Durante Operation:

Untuk kasus operasi bilateral, multipel, atau prosedur lainnya yang diputuskan di dalam kamar operasi, tim harus memastikan bahwa hasil pemeriksaan radiologis atau pemeriksaan lainnya terpampang dalam ruang OK

Post Operation:

- **Pembedah**: menginformasikan prosedur yang sudah dilakukan dan perubahan prosedur yang terjadi dalam ruang OK, masalah yang timbul selama operasi dan rencana perawatan post operasi
- **Perawat**: mengingatkan anggota tim mengenai hal penting lainnya yang perlu diingat untuk perawatan pasien
- **Ahli anestesi**: mengkomunikasikan kesimpulan kondisi klinis selama operasi dan instruksi tambahan untuk keselamatan post operasi

10. Survei dan evaluasi rutin rumah sakit mengenai kapasitas, volume, dan hasil operasi

Survei yang direkomendasikan WHO untuk tingkat nasional:

- Jumlah layanan ruang operasi
- Jumlah prosedur medis yang dilakukan di kamar OK
- Jumlah dokter bedah dan anestesi yang terlatih
- Jumlah mortalitas pada hari dilakukan operasi
- Jumlah mortalitas pada hari setelah dilakukan operasi

Survei yang direkomendasikan WHO untuk tingkat rumah sakit:

- Jumlah mortalitas pada hari dilakukan operasi
- Jumlah mortalitas pada hari setelah dilakukan operasi

Proses verifikasi dalam meningkatkan keselamatan pasien

Metode yang efektif untuk meningkatkan keselamatan pasien:

1. *Guideline*: memberikan rekomendasi pada suatu topik/kasus
2. *Protocol*: langkah-langkah yang harus dilakukan terkait topik/kasus spesifik
3. *Check List*: memastikan poin-poin penting dalam mengerjakan suatu topik agar tidak terlupakan

Rekomendasi WHO untuk meningkatkan keselamatan pasien pada prosedur operasi dan invasif.

Surgical Safety Checklist		
 World Health Organization	Patient Safety <small>A Health Message for Safe Health Care</small>	
Before Induction of anaesthesia <small>(with at least nurse and anaesthetist)</small>	Before skin Incision <small>(with nurse, anaesthetist and surgeon)</small>	Before patient leaves operating room <small>(with nurse, anaesthetist and surgeon)</small>
Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent? <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role	Nurse Verbally Confirms <input type="checkbox"/> The name of the procedure
Is the site marked? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.	<input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts
Is the anaesthesia machine and medication check complete? <input type="checkbox"/> Yes	Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
Is the pulse oximeter on the patient and functioning? <input type="checkbox"/> Yes	Anticipated Critical Events To Surgeon:	<input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed
Does the patient have a: Known allergy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss?	To Surgeon, Anaesthetist and Nurse <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?
Difficult airway or aspiration risk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available	To Anaesthetist: <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns?	
Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two IVs/central access and fluids planned	To Nursing Team: <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns?	
	Is essential imaging displayed?: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1/2009

©WHO, 2009

Source: WHO Safe Surgery Saves Lives, 2006 <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html> [6].

Gambar 7. Surgical save checklist

Sumber: WHO Safe Surgery Safe Lives 2006

4. Bahan Bacaan Lebih Lanjut

- World Health Organization, Patient Safety Curriculum Guide, Multi-profesional Edition.
- World Health Organization, WHO Guidelines for Safe Surgery 2009, Safe Surgery Saves Lives.





Topik 11

Pengenalan Pengobatan yang Aman



rangkuman topik 11

1. Sasaran Pembelajaran

- Menjelaskan prinsip dasar dan langkah-langkah pemberian pengobatan secara benar
- Mengembangkan metode-metode untuk meningkatkan pengobatan yang aman di tempat bekerja masing-masing

2. Poin Penting

- Pengobatan yang aman perlu dijamin dalam setiap langkah pemberian obat yang terdiri atas:
 - a. Peresepan obat
 - b. Pemberian obat
 - c. Pemantauan efek obat
- Beberapa terminologi penting terkait pemberian obat:
 - ✓ **Side-effect:** efek yang diketahui, yaitu efek tambahan dari efek primer obat yang diharapkan. Efek ini terkait dengan efek farmakologis dari sediaan obat tersebut. Contoh: opiat analgesia sering menyebabkan mual
 - ✓ **Adverse reaction:** bahaya atau efek yang tidak diinginkan yang terjadi karena tindakan pemberian obat yang benar, dan proses yang benar. Contoh: reaksi alergi yang tidak diharapkan pada pasien yang baru pertama kali menggunakan obat tersebut.
 - ✓ **Error:** kegagalan untuk melaksanakan rencana penatalaksanaan atau pemberian obat, atau kesalahan dalam penatalaksanaan. Contoh: kesalahan pemberian obat pada pasien
 - ✓ **Adverse event:** kejadian tidak diinginkan yang membahayakan pasien
- Tindakan yang harus dilakukan dalam menjamin pengobatan yang aman:
 - a. Menggunakan nama generik dalam pemberian obat
 - b. Memberikan resep sesuai dengan individu setiap pasien
 - c. Melatih teknik dalam pengambilan informasi riwayat pengobatan dari pasien
 - d. Memahami obat-obatan apa saja yang beresiko tinggi dan memerlukan pengawasan
 - e. Memastikan obat yang diresepkan merupakan obat yang benar-benar dipahami
 - f. Menggunakan alat bantu untuk mengingat langkah-langkah pengobatan yang aman
 - g. Selalu mengingat "5 Right" atau "5 benar" dalam peresepan dan pemberian obat
 - h. Melakukan komunikasi dengan jelas
 - i. Mengembangkan sistem pengecekan dalam pemberian obat
 - j. Ajak pasien untuk ikut aktif dalam proses pengobatan



- k. Buat laporan dan pembahasan mengenai *medication error* sebagai pembelajaran
- Hal-hal yang menyebabkan timbulnya masalah dalam persepan obat
 - a. Kurangnya pengetahuan mengenai indikasi dan kontraindikasi obat
 - b. Tidak teliti dalam mempertimbangkan faktor individual, seperti alergi, kehamilan, komorbid, dan reaksi dengan obat lain
 - c. Kesalahan identifikasi pasien, kesalahan dosis, kesalahan waktu pemberian obat, memberikan obat yang salah dan rute pemberian obat yang salah
 - d. Komunikasi yang tidak baik (baik tertulis maupun verbal)
 - e. Penulisan resep yang tidak terbaca, tidak lengkap dan ambigu
 - f. Kesalahan penghitungan dosis
- Hal-hal yang menyebabkan timbulnya masalah dalam pemberian obat
- Hal-hal yang menyebabkan timbulnya masalah dalam pemantauan efek obat:
 - a. Minimnya monitoring efek samping obat
 - b. Obat tidak dihentikan ketika masa pengobatan sudah selesai, atau tidak memberikan efek yang baik
 - c. Obat dihentikan sebelum selesai masa pengobatan
 - d. Kadar obat dalam tubuh tidak dimonitor
 - e. Kesalahan komunikasi

3. Ringkasan

Obat terbukti sangat menguntungkan dalam pengobatan dan pencegahan penyakit. Kesuksesan ini mengakibatkan peningkatan penggunaan obat-obatan. Tetapi peningkatan penggunaan dan ekspansi pabrik obat juga menimbulkan peningkatan bahaya, kesalahan dan kejadian yang merugikan dalam penggunaan obat.

Penggunaan obat juga semakin kompleks, karena:

1. Terdapat pertambahan besar jumlah dan jenis obat, yang memiliki rute pemberian dan variabel lama kerja yang berbeda, serta adanya obat-obat yang memiliki formula dan kerja yang sama tapi nama dagang berbeda.
2. Walaupun terdapat pengobatan yang lebih baik terhadap penyakit kronis, semakin banyak pasien yang menggunakan banyak obat dan banyak pasien dengan berbagai penyakit penyerta. Hal ini kemungkinan akan meningkatkan interaksi obat, efek samping dan kesalahan dalam pemberian.
3. Proses pemberian obat pada pasien sering dilakukan oleh sejumlah tenaga kesehatan profesional secara bersamaan. Kegagalan komunikasi dapat menimbulkan gap dalam kelanjutan proses.
4. Dokter perlu lebih mengenali banyak jenis obat yang ada serta dapat mengingatnya dengan baik.
5. Dokter merawat pasien yang telah diberikan obat oleh dokter lain (sering dokter spesialis) dan tidak familiar dengan efek dari obat yang dikonsumsi pasien.



Hal yang perlu diperhatikan dalam tiga langkah penggunaan obat yaitu :

1. Peresepan obat
 - a. Memilih obat yang tepat sesuai dengan situasi klinis dengan memperhitungkan faktor individual pasien seperti alergi
 - b. Memilih rute, dosis, waktu dan regimen
 - c. Mengkomunikasikan rencana dengan siapapun yang akan memberikan obat, baik secara tertulis, verbal atau keduanya
 - d. Mendokumentasikan
2. Pemberian obat
 - a. Mendapatkan obat dan mempersiapkannya dalam bentuk siap pakai. Ini akan memerlukan penghitungan, pencampuran, pelabelan atau persiapan dalam beberapa cara
 - b. Memeriksa adanya alergi
 - c. Memberikan obat dengan "5 benar" yaitu: pada pasien yang benar, diberikan obat yang benar, dalam dosis yang benar, melalui cara pemberian yang benar pada waktu yang benar
 - d. Mendokumentasikan
3. Pemantauan efek obat
 - a. Mengamati pasien untuk menentukan apakah obat bekerja, digunakan secara benar dan tidak membahayakan pasien
 - b. Mendokumentasikan

Hal-hal yang menyebabkan timbulnya masalah dalam pemberian obat:

- a. *wrong patient*
- b. *wrong route*
- c. *wrong time*
- d. *wrong dose*
- e. *wrong drug*
- f. *omission, failure to administer*
- g. *inadequate documentation*

Penyebab kesalahan yang dapat terjadi pada setiap langkah penggunaan obat :

1. Penyebab kesalahan pada peresepan obat
 - a. Pengetahuan yang tidak memadai mengenai indikasi dan kontraindikasi obat
 - b. Tidak mempertimbangkan faktor individu pasien seperti alergi, kehamilan, co-morbiditas, obat-obat lainnya
 - c. Salah pasien, salah dosis, salah waktu pemberian, salah obat dan salah cara pemberian
 - d. Komunikasi yang tidak jelas (tulisan ataupun lisan)
 - e. Dokumentasi – tidak terbaca, tidak lengkap, ambigu
 - f. Kesalahan matematis dalam penghitungan dosis
 - g. Kesalahan memasukkan data jika menggunakan peresepan secara komputerisasi , seperti penduplikasian, penerimaan, kesalahan angka
2. Penyebab kesalahan dalam pemberian obat
 - a. Pemberian obat pada pasien yang salah antara lain; salah cara pemberian obat, waktu pemberian, dosis, jenis obat
 - b. Pendokumentasian





3. Kesalahan dalam pemantauan

- a. Kelalaian dalam pemantauan efek samping
- b. Pemberian obat tidak dihentikan penggunaannya jika tidak bekerja atau pengobatan sudah lengkap
- c. Pemberian obat dihentikan sebelum pengobatan lengkap
- d. Kadar obat tidak diukur, atau tidak di *follow-up*
- e. Kegagalan dalam mengkomunikasikan pemberian obat dengan tenaga kesehatan lain

Faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya kesalahan dalam pengobatan

Kesalahan dalam pengobatan sering bersifat multifaktorial, sehingga dalam menangani kasus ini perlu diperhatikan berbagai faktor yang berkontribusi, sebagai berikut:

1. Faktor pasien

- a. Pasien yang mendapatkan pengobatan beragam
- b. Pasien dengan kondisi lainnya, seperti: kerusakan ginjal, hamil
- c. Pasien yang tidak bisa berkomunikasi secara baik
- d. Pasien yang berobat dengan lebih dari 1 dokter
- e. Pasien yang tidak ikut berperan aktif dalam pengobatannya
- f. Bayi dan anak-anak (diperlukan penghitungan dosis)

2. Faktor tenaga kesehatan

- a. Kurang pengalaman
- b. Tergesa-gesa
- c. Mengerjakan dua hal dalam waktu yang bersamaan
- d. Gangguan
- e. Kelelahan, sehingga lalai dalam pengecekan kembali
- f. Tidak memiliki kebiasaan cek dan pengecekan kembali
- g. Kerjasama tim yang buruk dan/atau buruknya komunikasi antar teman kerja

h. Malas mengingat



3. Faktor tempat kerja

- a. Tidak adanya budaya keamanan kerja di tempat kerja
Contoh: buruknya sistem pelaporan dan kegagalan mempelajari kesalahan yang pernah terjadi atau kejadian yang merugikan pasien
- b. Tidak adanya keinginan staf untuk menggunakan daya ingat
- c. Jumlah staf yang tidak mencukupi

4. Faktor obat

- a. Obat yang bentuknya sama, dan terdengar sama
Contoh: *Amoxycillin* (antibiotik), *Aminophyllin* (bronkodilator), *Ampicillin* (antibiotik)
- b. Pelabelan yang rancu
Contoh : *Atrophine sulphat*, 0,5mg, po; *Atrophine sulphat*, 0,5%, ed

Beberapa cara membuat penggunaan obat lebih aman :

1. Menggunakan nama generik dalam pemberian obat

Oleh karena begitu banyaknya nama dagang obat, maka tidak mungkin untuk mengingat semuanya. Akan lebih aman jika yang ditulis adalah nama generik. Pasien juga harus diberikan pengetahuan tentang nama generik dan dagang, sehingga mereka hendaknya mencatat jenis obat yang digunakan dalam kedua nama (nama dagang biasanya dibuat dalam tulisan lebih besar, sedangkan bahan aktifnya ditulis dengan huruf yang lebih kecil)



2. Memberikan resep sesuai dengan individu setiap pasien

Sebelum membuat resep obat, selalu dipertimbangkan berbagai faktor pada pasien seperti alergi, kehamilan, menyusui, penyakit penyerta, obat lain yang juga diminum pasien dan berat badan pasien.

3. Melatih teknik dalam pengambilan informasi riwayat pengobatan dari pasien

- a. Sertakan nama, dosis, rute, frekuensi dan durasi setiap obat yang digunakan pasien
- b. Tanyakan tentang obat yang baru saja dihentikan penggunaannya;
- c. Tanyakan tentang penggunaan obat-obatan suplemen
- d. Tanyakan apakah ada obat yang seharusnya diminum oleh pasien tapi tidak dilakukan
- e. Pastikan obat yang diminum pasien sesuai dengan daftar. Agar berhati-hati terhadap pasien yang mengalami transisi, baru keluar RS, dll.
- f. Perhatikan obat yang unfamiliar bagi anda
- g. Pertimbangkan interaksi obat, obat yang bisa dihentikan dan yang mungkin menimbulkan efek samping
- h. Selalu catat riwayat alergi secara keseluruhan, ingatkan pasien dan staf yang lain.

4. Memahami obat-obatan apa saja yang beresiko tinggi dan memerlukan pengawasan

Beberapa obat memiliki reputasi untuk menyebabkan kejadian efek samping obat. Hal ini mungkin karena *therapeutic window* yang sempit, khususnya farmakodinamik atau farmakokinetik atau kompleksitas dosis dan pemantauan.

Contohnya termasuk insulin, antikoagulan oral, *neuromuscular blocking agen*, digoxin, agen kemoterapi, kalium intravena dan antibiotik aminoglikosida.

5. Memastikan obat yang diresepkan merupakan obat yang benar-benar dipahami

Jangan pernah meresepkan obat yang anda tidak benar-benar memahaminya. Lebih baik mengetahui sedikit obat dengan baik dari pada banyak obat tapi hanya superfisial.

6. Menggunakan alat bantu untuk mengingat langkah-langkah *medication safety*

Dengan semakin banyaknya jumlah obat dan semakin kompleksnya pengobatan maka diperlukan alat bantu untuk mengingatkan. Alat bantu yang bisa digunakan adalah *pharmacopoeias* ukuran saku, PDA atau kartu.

7. Selalu mengingat "5 benar" dalam peresepan dan pemberian obat

8. Melakukan komunikasi dengan jelas

9. Mengembangkan sistem pengecekan dalam pemberian obat



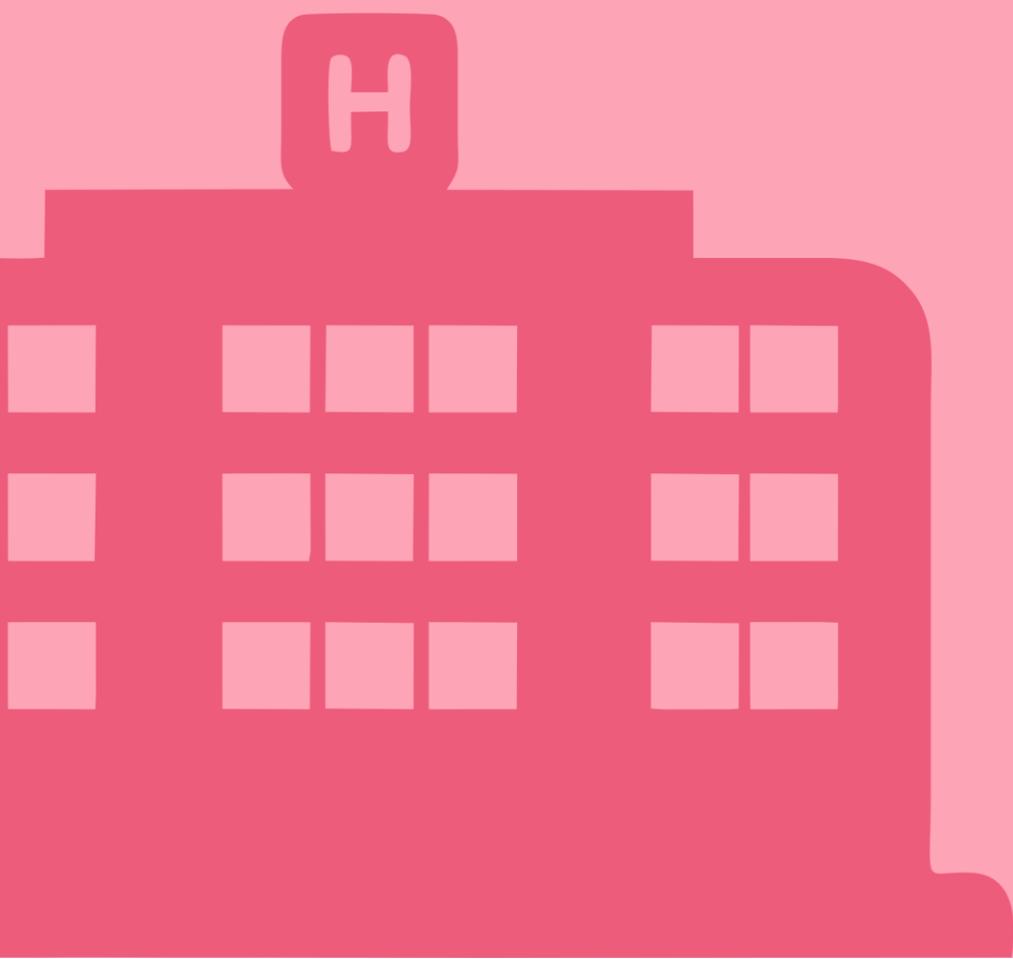


10. Ajak pasien untuk ikut aktif dalam prosed pengobatan
Ketika meresepkan obat baru, berikan informasi berikut kepada pasien:
 - a. Nama, tujuan, dan efek yang diharapkan dari obat
 - b. Dosis, cara pemberian dan jadwal pemberian
 - c. Instruksi khusus, arahan, dan perhatian khusus.
 - d. Efek samping yang biasa terjadi dan interaksi obat
 - e. Bagaimana pemantauan pengobatan
 - f. Dorong pasien untuk mencatat riwayat pengobatan dan alerginya
 - g. Dorong pasien untuk memberikan informasi ini jika mereka berkonsultasi dengan dokter
11. Buat laporan dan pembahasan mengenai kesalahan pengobatan sebagai pembelajaran

5. Bahan Bacaan Lebih Lanjut

- World Health Organization, Patient Safety Curriculum Guide, Multi-profesional Edition, 2011.
- World Health Organization, WHO Guidelines for Safe Surgery 2009, Safe Surgery Saves Lives.

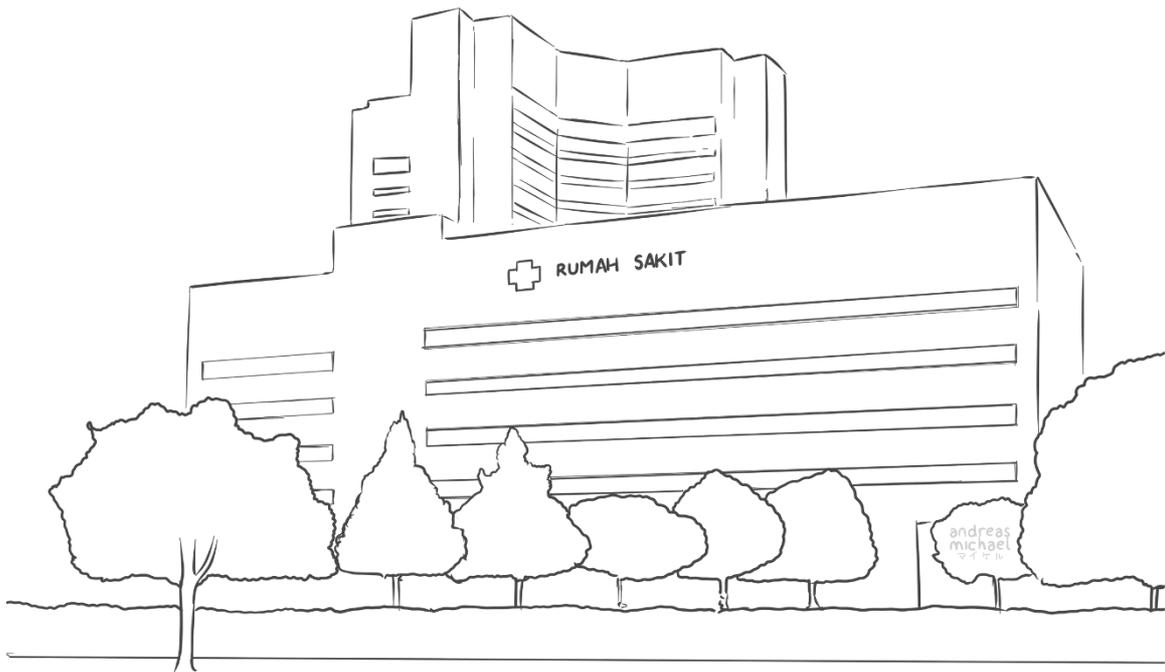






Topik 12

Perbandingan *Setting* Rumah Sakit dan Puskesmas Terkait Implementasi Keselamatan Pasien



rangkuman topik 12

Keselamatan pasien merupakan isu yang berasal dari *setting* Rumah Sakit. Baru beberapa tahun terakhir isu keselamatan pasien di layanan primer mulai mengemuka. Studi tentang isu keselamatan pasien ini sendiri masih berada dalam tahap sangat awal. Belum banyak informasi mengenai kejadian terkait keselamatan pasien di layanan primer, isu topik yang dipandang penting pada *setting* layanan primer juga belum banyak diteliti (Kingston-Riechers, 2010).

Dari beberapa studi yang dilakukan tema utama yang muncul terkait keselamatan pasien di layanan primer adalah *missed* atau *delayed management* dan *medication management*. Berbeda dengan RS yang banyak menghadapi masalah akut dan perawatan paripurna di satu institusi, di layanan primer tenaga kesehatan berhadapan dengan pasien yang datang dengan diagnosis yang belum dapat ditegakkan secara pasti atau dalam kondisi kronis. Selain itu pasien yang datang juga menerima pelayanan dari banyak tempat, misalnya pemeriksaan di RS atau dokter spesialis di tempat lain. Sehingga tenaga kesehatan di layanan primer perlu mempertimbangkan seluruh riwayat pengobatan dalam pengambilan keputusan diagnosis pasien. Hal ini mengakibatkan *missed* dan *delayed diagnosis* yang selanjutnya berakibat kepada kesalahan pemberian terapi. Selain itu keterbatasan fasilitas di layanan primer dapat juga menimbulkan pemberian terapi kurang maksimal atau tidak sesuai dengan standar. Kedua tema utama keselamatan pasien di layanan primer tersebut sangat dipengaruhi oleh aspek komunikasi, proses administrasi dan pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan dan atau konseling (The Australian Commission in Safety and Quality in Health Care, 2010).

Untuk kepentingan pelatihan dan pendidikan perlu diketahui perbedaan antara implementasi keselamatan pasien di *setting* rumah sakit dan layanan primer. Perbandingan topik, sasaran pembelajaran antara implementasi keselamatan pasien di *setting* Rumah Sakit dan *setting* layanan primer dipaparkan dalam tabel dibawah ini. Tabel dibawah ini merupakan hasil diskusi dalam persiapan kegiatan pelatihan keselamatan pasien untuk dokter layanan primer yang diselenggarakan dalam rangka Kolaborasi Pendidikan Proyek IDB-Dikti pada tahun 2014.

Tabel 17. Matrikulasi perbandingan topik, sasaran pembelajaran antara implementasi keselamatan pasien di *setting* rumah sakit dan *setting* layanan primer

Topik		Sasaran Pembelajaran	Pengetahuan	Keterampilan	Rumah Sakit	Puskesmas
1.	Apa itu keselamatan pasien?	Menjelaskan prinsip keselamatan pasien dan menganalisis perannya dalam meminimalkan insiden dan dampak dari kejadian yang tidak diinginkan, dan memaksimalkan pemulihan dari insiden dan dampak tersebut	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan kerugian yang disebabkan oleh kesalahan pelayanan kesehatan dan kegagalan sistem • Mendeskripsikan pelajaran yang didapatkan dari kesalahan dan kegagalan sistem industri lain • Menjelaskan sejarah keselamatan pasiendan asal-usul budaya menyalahkan (<i>blame culture</i>) • Mengidentifikasi perbedaan antara kegagalan sistem, pelanggaran dan kesalahan • Menjelaskan model keselamatan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Menerapkan pemikiran keselamatan pasien dalam semua kegiatan klinis • Menunjukkan kemampuan untuk mengenali peran keselamatan pasien dalam pemberian pelayanan kesehatan yang aman. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dalam konsep keselamatan pasien di rumah sakit, keselamatan pasien dipengaruhi oleh 'proses pemberian pelayanan/care oleh RS 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengertian keselamatan pasien sama. Perlu didiskusikan tentang karakteristik layanan primer. Keselamatan pasien di layanan primer dipengaruhi oleh persepsi keluarga dan karir. • Catatan layanan primer Lihat Perpres 12 2013, Perpres 111/2013, Permenkes 71/2013 dan Permenkes 28/2014 tentang Jaminan Kesehatan Nasional serta Permenkes 75/2014 tentang Puskesmas.

Topik		Sasaran Pembelajaran	Pengetahuan	Keterampilan	Rumah Sakit	Puskesmas
2.	Memahami faktor manusia dalam keselamatan pasien	Menjelaskan faktor manusia dan hubungannya dengan keselamatan pasien	<ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan arti dari istilah "<i>human factors</i>" (faktor manusia) Menjelaskan hubungan antara faktor manusia dengan keselamatan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Menerapkan pemikiran faktor manusia pada lingkungan kerja 	Penekanan pada Upaya Kesehatan Perorangan	Penekanan pada Upaya Kesehatan Perorangan, dapat juga dikembangkan dalam Upaya Kesehatan Masyarakat (contoh: penerapan prosedur keselamatan pasien di posyandu (vaksinasi), kunjungan rumah
3.	Sistem dan kompleksitas sistem pelayanan	Menganalisis bagaimana pemikiran sistem dapat meningkatkan pelayanan kesehatan dan meminimalkan kejadian yang tidak diinginkan	<ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan apa yang dimaksud dengan istilah "sistem" dan "sistem yang kompleks" yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan Menjelaskan mengapa pendekatan sistem untuk keselamatan pasien lebih unggul dibandingkan pendekatan tradisional 	<ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan istilah HRO dan unsur-unsur yang terlibat dalam menghasilkan sistem pelayanan kesehatan yang aman 	<ul style="list-style-type: none"> Komponen pasien dan keluarganya, tenaga kesehatan lebih bervariasi, regulasi, teknologi, spesialisasi pelayanan lebih kompleks. Dokter tidak selalu menjadi penentu sistem pelayanan kesehatan yang sesuai dengan prinsip keselamatan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> Teknologi lebih sederhana. Spesialisasi terbatas Tenaga kesehatan (dokter dll) selain memiliki kewenangan klinik/fungsional juga berwenang untuk menetapkan kebijakan manajemen dan sistem dalam skala kecil. Dalam hal ini, dokter dan tenaga kesehatan berwenang untuk mempengaruhi sistem. Dokter dan tenaga kesehatan dapat membuat sistem pelayanan yang ramah terhadap keselamatan pasien.

	Topik	Sasaran Pembelajaran	Pengetahuan	Keterampilan	Rumah Sakit	Puskesmas
4.	Kerjasama tim yang efektif	<ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan dan menganalisis pentingnya kerjasama tim dalam pelayanan kesehatan Menjelaskan dan mendemonstrasikan bagaimana menjadi anggota tim yang efektif Menghayati bahwa mahasiswa akan menjadi anggota dari sejumlah tim kesehatan sebagai mahasiswa kedokteran 	<ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan berbagai jenis tim dalam pelayanan kesehatan Mendeskripsikan karakteristik tim yang efektif Menjelaskan peran pasien dalam tim 	<p>Menggunakan prinsip-prinsip kerja tim berikut untuk mempromosikan pelayanan kesehatan yang efektif, termasuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> menyadari bagaimana nilai-nilai dan asumsi seseorang mempengaruhi interaksinya dengan orang lain menyadari bagaimana faktor psikologis anggota tim mempengaruhi interaksi tim menyadari dampak suatu perubahan pada tim melibatkan pasien dalam tim mendemonstrasikan teknik komunikasi yang baik menyelesaikan konflik menggunakan teknik dukungan timbal balik mengubah dan mengamati perilaku kerjasama 	Tim kesehatan di RS: tim terbatas pada pemberi pelayanan itu sendiri, proses dan gambaran kerja tim lebih kompleks	Tim kesehatan di Puskesmas lebih kecil, tugas lebih sederhana namun melibatkan tim di luar tim Puskesmas (contoh: kader, dll). Catatan: dalam melaksanakan UKM, terdapat unsur UKP yang dilaksanakan contoh: Posyandu adalah UKM, tetapi dalam pelaksanaannya ada UKP berupa vaksinasi, penimbangan dll). Kata kuncinya adalah risiko: personil yang terlibat termasuk anggota masyarakat yang terlibat, tidak hanya nakes.



Topik		Sasaran Pembelajaran	Pengetahuan	Keterampilan	Rumah Sakit	Puskesmas
5.	Belajar dari kesalahan	Mendeskripsikan dan menganalisis hakikat dari kesalahan dan bagaimana pelayanan kesehatan dapat belajar dari kesalahan untuk meningkatkan keselamatan pasien	<ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan istilah kesalahan (<i>error</i>), pelanggaran, kejadian hampir cedera (<i>near miss</i>), <i>hindsight bias</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Mendemonstrasikan cara untuk belajar dari kesalahan Berpartisipasi dalam analisis kejadian yang tidak diinginkan Menerapkan strategi untuk mengurangi kesalahan 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Learning from errors</i>: fokus pada perbaikan PROSES, variasi <i>error</i> lebih luas dan kompleks 	<ul style="list-style-type: none"> Variasi <i>error</i> lebih kecil, namun proses <i>learning from errors</i> dapat lebih kompleks karena melibatkan personil di luar Puskesmas

Topik		Sasaran Pembelajaran	Pengetahuan	Keterampilan	Rumah Sakit	Puskesmas
6.	Pengelolaan risiko klinis	Menjelaskan bagaimana menerapkan prinsip-prinsip manajemen risiko dengan mengidentifikasi, menilai dan melaporkan bahaya dan potensi risiko di tempat kerja	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan kegiatan untuk mengumpulkan informasi tentang risiko • Mendeskripsikan persyaratan <i>fitness-to-practice</i> • Mengidentifikasi tanggung jawab pribadi untuk mengelola risiko klinis 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendemonstrasikan bagaimana melaporkan risiko atau bahaya yang diketahui di tempat kerja • Menyimpan rekam medis yang akurat dan lengkap • Menjelaskan kapan dan mendemonstrasikan bagaimana meminta bantuan dari seorang supervisor, dokter senior dan profesional kesehatan lainnya • Berpartisipasi dalam pertemuan yang membahas manajemen risiko dan keselamatan pasien • Mendemonstrasikan respon yang tepat terhadap pasien dan keluarga setelah kejadian yang tidak diinginkan • Mendemonstrasikan respon yang tepat terhadap keluhan 	<ul style="list-style-type: none"> • Variasi diagnosis dan <i>severity</i> berbeda sehingga <i>clinical risk</i> berbeda. • <i>Back up</i> untuk <i>managing clinical risk</i> lebih besar; banyak spesialisasi dan fasilitas yang tersedia • Sistem pencatatan dan pelaporan relatif lebih baik. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tingkat keparahan lebih rendah, dapat merujuk. Variasi diagnosis terbatas. Di puskesmas, ketersediaan layanan terbatas dan spesialisasi terbatas sehingga dalam pengelolaan <i>clinical risk</i> juga terbatas. • Tahu kapan harus merujuk (bagian dari <i>managing clinical risk</i>). • Sistem pencatatan dan pelaporan multipel dan berbeda format. Karakteristik masyarakat yang dilayani (komplain belum jadi <i>threat</i>)



Topik		Sasaran Pembelajaran	Pengetahuan	Keterampilan	Rumah Sakit	Puskesmas
7.	Peningkatan kualitas	Menjelaskan prinsip-prinsip peningkatan kualitas dan memperkenalkan mahasiswa pada metode dan alat untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan prinsip peningkatan kualitas • Mendeskripsikan model peningkatan kualitas • Mendeskripsikan konsep perubahan • Menjelaskan dua contoh metode perbaikan terus-menerus • Menganalisis metode untuk memberikan informasi mengenai perawatan klinis 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendemonstrasikan bagaimana melakukan berbagai kegiatan dan instrumen peningkatan kualitas 	<ul style="list-style-type: none"> • Prinsip dasar sama, metodenya sama 	<ul style="list-style-type: none"> • Prinsip dasar sama, metodenya sama



Topik		Sasaran Pembelajaran	Pengetahuan	Keterampilan	Rumah Sakit	Puskesmas
8.	Melibatkan pasien dan pelaku rawat	Mendeskripsikan dan mendemonstrasikan cara-cara bagaimana pasien dan keluarga dapat terlibat sebagai mitra dalam pelayanan kesehatan, baik dalam mencegah risiko dan belajar dan memulihkan diri dari suatu kejadian yang tidak diinginkan	<ul style="list-style-type: none"> • Mendeskripsikan prinsip dan teknik komunikasi dasar • Menjelaskan prosedur <i>informed consent</i> • Mendeskripsikan dan dan menjelaskan langkah-langkah dasar dalam proses <i>open disclosure</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendorong pasien dan wali untuk berbagi informasi secara aktif • Menunjukkan empati, kejujuran dan rasa hormat pada pasien dan keluarga • Mendemonstrasikan komunikasi secara efektif • Memperoleh <i>informed consent</i> • Menghormati perbedaan, keyakinan agama dan budaya, dan kebutuhan individu setiap pasien • Menerapkan pemikiran keterlibatan pasien dalam semua kegiatan klinis • Mendemonstrasikan kemampuan untuk mengenali peran pasien dan keterlibatan keluarga dalam manajemen klinis yang baik 	<ul style="list-style-type: none"> • Keterlibatan keluarga berupa tindakan bisa minimal karena seluruh proses perawatan disediakan oleh rumah sakit. Keluarga tetap dapat dilibatkan untuk mengurangi risiko kesalahan (contoh waktu pemberian obat, dll). 	<ul style="list-style-type: none"> • Peran pasien, keluarga dan pelaku rawat memiliki pengaruh besar pada kasus-kasus di pelayanan kesehatan primer (contoh: PMO). • <i>Informed consent</i> umumnya tidak tertulis, tetapi disampaikan secara lisan, bisa ada saksi. • Dukungan keluarga penting (contoh: pengaruh <i>lower level of literacy</i> dll dan pengaruhnya pada kepatuhan minum obat dan terjadinya efek samping obat).

Topik		Sasaran Pembelajaran	Pengetahuan	Keterampilan	Rumah Sakit	Puskesmas
9.	Menekan infeksi melalui peningkatan pengendalian infeksi	Menjelaskan dan menganalisis dampak yang merusak dari pengendalian infeksi yang tidak memadai dan untuk menunjukkan pada mahasiswa bahwa mereka dapat meminimalkan risiko kontaminasi	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan luasnya masalah infeksi • Menganalisis penyebab utama dan jenis infeksi • Menjelaskan apa yang harus dilakukan jika terpapar pada risiko infeksi 	<ul style="list-style-type: none"> • Menerapkan <i>universal precaution</i> • Telah diimunisasi terhadap hepatitis B • Menggunakan alat perlindungan diri • Mendorong orang lain untuk menerapkan <i>universal precaution</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Sebagian besar yang datang sakit. • Risiko infeksi nosokomial (infeksi yang diperoleh dari RS-dari pasien lain atau lingkungannya). Infeksi nosokomial lebih banyak terjadi di rawat inap. • Penanganan pasien TB dll dapat dilakukan secara khusus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terbagi atas pasien sehat dan pasien sakit. • Risiko infeksi nosokomial lebih kecil. • Risiko infeksi yang terjadi karena keterbatasan sarana-prasarana untuk APD, pemisahan golongan rentan, air untuk cuci tangan. • Minimalisir infeksi melalui cuci tangan tetap harus diusahakan. • Program di Puskesmas untuk minimalisir infeksi (UPI) sebenarnya ada

Topik		Sasaran Pembelajaran	Pengetahuan	Keterampilan	Rumah Sakit	Puskesmas
10.	Keselamatan pasien dan prosedur invasif	Menjelaskan utama kejadian yang tidak diinginkan dalam pembedahan dan prosedur invasif dan mendeskripsikan bagaimana penggunaan pedoman dan proses verifikasi dapat memfasilitasi agar pasien yang tepat menerima prosedur yang benar pada waktu dan lokasi yang tepat	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan jenis utama kejadian yang tidak diinginkan yang terkait dengan pembedahan dan prosedur invasif • Mendeskripsikan proses verifikasi untuk meningkatkan kualitas pembedahan dan prosedur invasif 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengikuti proses verifikasi untuk mengeliminasi pasien yang salah, sisi yang salah dan prosedur yang salah • mempraktikkan teknik ruang operasi yang mengurangi risiko dan kesalahan (<i>time-out, briefing, debriefing</i>, menyatakan kekhawatiran) • Berpartisipasi dalam proses pendidikan untuk meninjau mortalitas dan morbiditas pembedahan dan prosedur invasif 	<ul style="list-style-type: none"> • Prinsip dasar sama. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedur invasif lebih minimal. Variasi prosedur lebih sedikit. • Prinsip dasar sama dengan skala tindakan lebih sederhana.



11.	Pengenalan pengobatan yang aman	<ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis tentang keamanan obat • Mendorong mahasiswa untuk terus belajar dan berlatih cara-cara untuk meningkatkan keamanan penggunaan obat 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan luasnya kejadian kesalahan pengobatan • Mendeskripsikan bahwa penggunaan obat berkaitan dengan risiko • Mengidentifikasi sumber-sumber umum kesalahan • Menjelaskan di mana kesalahan dapat terjadi dalam suatu proses • Mendeskripsikan tanggung jawab seorang dokter ketika meresepkan dan mengadministrasikan obat • Mengenali situasi bahaya yang umum • Menjelaskan cara untuk membuat obat lebih aman digunakan • Menjelaskan manfaat dari pendekatan multidisiplin untuk keamanan obat 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengakui bahwa keamanan obat adalah topik yang luas dan pemahaman akan topik tersebut akan mempengaruhi bagaimana seorang dokter melakukan tugas-tugas berikut: • Mendemonstrasikan penggunaan nama generik obat • Mendemonstrasikan kemampuan menyesuaikan resep untuk setiap pasien • Melakukan anamnesis pengobatan yang menyeluruh • Mengidentifikasi obat berisiko tinggi • Mengidentifikasi obat yang sering diresepkan • Menggunakan alat bantu memori • Mendemonstrasikan komunikasi terkait pemberian obat dengan jelas 		<ul style="list-style-type: none"> • Prosedur invasif lebih minimal. Variasi prosedur lebih sedikit. • Prinsip dasar sama dengan skala tindakan lebih sederhana. • Kompleksitas di puskesmas: sumber daya manusia. • Pengadaan obat yang adekuat di puskesmas dapat menjadi masalah.
-----	---------------------------------	--	--	---	--	--

Topik		Sasaran Pembelajaran	Pengetahuan	Keterampilan	Rumah Sakit	Puskesmas
				<ul style="list-style-type: none"> • Mengembangkan kebiasaan pemeriksaan obat yang akan diberikan • Mendemonstrasikan kemampuan mendorong pasien untuk terlibat secara aktif dalam proses pengobatan • Melaporkan dan belajar dari kesalahan • Mendemonstrasikan kemampuan untuk melakukan perhitungan obat 		

Bahan Bacaan Lebih Lanjut

- Kingston-Riechers J, Ospina M, Jonsson E, Childs P, Mcleod L, Maxted JM (2010). Patient Safety in Primary care. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute dan BC Patient Safety and Quality Council.
- The Australian Commission in Safety and Quality in Health Care (2010). Patient Safety in Primary health care. Discussion paper. Draft for public consultation.



Kasus Diskusi



Kasus Topik 1-4

Kasus 1

Bayi Ani, 4 bulan, yang terlihat gemuk, dibawa ibunya ke Posyandu. Ibu merencanakan agar Ani mendapat imunisasi di hari tersebut. Imunisasi memang diwajibkan di Posyandu, walaupun pengunjung cukup ramai. Tiba-tiba ibu teringat cucianya belum dijemur, sehingga Ibu ingin cepat pulang dan meminta dispensasi agar didahulukan. Petugas puskesmas yang masih muda dengan cekatan melakukan persiapan imunisasi. Petugas tersebut sedang berbahagia karena baru diterima sebagai CPNS. Melihat ibu menggendong bayi Ani, petugas langsung meminta ibu tersebut agar menempatkan bayinya di posisi tempat imunisasi dan memberikan imunisasi campak yang sudah disiapkan sebelumnya. Petugas dan ibu sama-sama senang karena sudah mencapai tujuannya masing-masing. Ketika petugas akan mencatatkan di kartu imunisasi, disadari Ani baru berusia 4 bulan.



Pertanyaan:

1. Apakah kasus seperti ini mungkin terjadi di tempat Saudara?
2. Apakah kasus ini termasuk dalam ruang lingkup keselamatan pasien (*Patient Safety*)? Berikanlah penjelasan!
3. Bila iya, kesalahan level berapakah yang terjadi pada kasus ini?
4. Apakah langkah atau strategi yang dapat dilakukan untuk mengurangi kejadian ini?
5. Apakah yang harus dilakukan kepada pasien dan keluarga ?

Kasus 2

Sandra, 28 tahun, datang ke dokter kebidanan dengan keluhan mengalami keputihan dan berbau sejak 3 hari yang lalu. Sandra baru melahirkan seorang bayi laki-laki 10 yang sebelumnya. Pada Sandra dilakukan episiotomi selama proses persalinan. Dokter kebidanan menduga terdapat infeksi saluran kemih lalu meresepkan antibiotik selama lima hari.

Sandra kembali ke dokter kebidanannya satu minggu kemudian dengan keluhan yang sama. Ia telah menghabiskan antibiotiknya. Pemeriksaan vagina dilakukan dan didapatkan nyeri tekan pada luka episiotomi dan terdapat pembengkakan. Dokter tersebut kemudian mulai mendalami rekam medis Sandra, mencari catatan mengenai persalinan dan hasil pemeriksaan swab. Hasil pemeriksaan swab sebelumnya tertulis dalam rekam medis dan diverifikasi oleh perawat. Berdasarkan hasil tersebut dokter mengganti antibiotiknya.

Keluhan Sandra tetap timbul meski telah dua kali mengonsumsi antibiotik yang berbeda. Sandra kemudian mencari *second opinion* ke dokter kebidanan lain. Dokter kebidanan ini memeriksa Sandra dalam keadaan anestesia dan melakukan Dilatasi dan Kuretase (D&C). Dokter kebidanan kedua kemudian menelepon dokter pertama dan mengatakan ia mendapatkan alat swab tertinggal di balik luka episiotomy.

Sumber kasus: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools expert consensus group, 2009

Pertanyaan:

1. Apa saja yang menjadi faktor penyebab hal tersebut dapat terjadi?
2. Bagaimana peran faktor manusia dapat meminimalisir kejadian tersebut?
3. Bila Anda adalah dokter yang merawat Sandra, langkah apakah yang akan Anda lakukan?

Kasus 3

Seorang pasien laki-laki berusia 35 tahun datang ke Puskesmas, dengan keluhan demam. Saat mendaftar, dituliskan namanya di secarik kertas. Kemudian kertas kecil itu dibawa antri ke ruang periksa. Orang di sebelahnya berulang kali terbatuk-batuk padahal dia tidak menggunakan masker. Di sebelahnya lagi ada seorang Ibu menggendong bayinya. Cukup banyak pasien yang sama-sama menunggu saat itu.

Agak lama, baru namanya dipanggil. Tanpa banyak bertanya dan tidak cuci tangan lebih dahulu, dokter memeriksa dengan stetoskop dan berkata "kena flu saja" kemudian menuliskan resep pada secarik kertas kecil. Setelah itu dia menumpuk kertas resep ke loket apotik yang diterima tanpa berkata apa-apa. Pasien kembali menunggu. Beberapa lama kemudian, namanya dipanggil dan diberikan bungkus obat. Sampai di rumah, pasiennya minum obat. Tiba-tiba dia menjadi lemas. Setelah dibawa ke RS, pasien tidak tertolong. Dalam penelusuran didapatkan bahwa obat yang diberikan adalah obat untuk pasien lain yang namanya kebetulan sama.

Bagaimana pendapat saudara dengan kasus di atas terkait dengan keselamatan pasien dan risiko infeksi nosokomial?

Kasus Topik 5-7

Seorang anak usia 2 tahun dibawa ibunya ke puskesmas dengan demam tinggi dan lemas selama 3 hari. Setelah melakukan pemeriksaan, dokter menginstruksikan pemeriksaan darah rutin. Di wilayah tersebut sedang banyak kasus campak.

Saat itu ada banyak pasien sedangkan beberapa pegawai puskesmas cuti hamil sehingga petugas laboratorium ikut merangkap menjadi perawat. Puskesmas sudah mengajukan usulan tambahan pegawai sejak setahun sebelumnya tetapi belum dikabulkan. Ruang laboratorium juga sempit dan kurang tertata rapi karena usulan renovasi ruang sejak beberapa tahun lalu belum disetujui. Karena kelelahan dan tata letak yang buruk petugas laboratorium tertukar dalam menuliskan identitas sampel.

Karena hasil laboratorium normal, dokter hanya memberikan obat penurun panas dan menyarankan pasien untuk rawat jalan. Dokter memberikan edukasi jika masih panas kembali kontrol ke puskesmas. Dokter menjelaskan bahwa pasien tersebut terkena campak.

Selama di rumah, orangtua pasien mendapati anaknya bertambah lemas dan muntah. Muncul bintik merah di badan. Karena demam berkurang, orangtua tidak membawa pasien untuk kontrol karena mengira anaknya akan sembuh.

Pada hari ke-5 demam pasien semakin lemas, tetap muntah, disertai mimisan. Orangtua pasien membawanya kembali ke puskesmas. Saat itu puskesmas sudah menjelang tutup. Dokter puskesmas melakukan tampon hidung dan menginstruksikan rawat jalan dengan menambahkan obat muntah. Perawat mengusulkan pemeriksaan ulang trombosit karena ia mencurigai pasien tersebut terkena demam berdarah. Dokter menolak karena pemeriksaan darah sebelumnya hasilnya normal.

Pada hari berikutnya pasien dibawa lagi ke puskesmas dengan keluhan yang semakin memburuk. Pasien membiru di mulut dan ujung jari, muntah darah, dan mengalami penurunan kesadaran. Dokter langsung merujuk ke RS terdekat.

Pasien dilarikan ke RS daerah setempat. Di RS tersebut dilakukan pemeriksaan dan menunjukkan tekanan darah palpatoar 50 mmHg, nadi halus dan sulit teraba, Hb 16 g/dl, jumlah trombosit 12000/ml, nilai hematokrit 54%. Dokter mendiagnosis pasien terkena sindrom syok dengue. Pasien dirawat intensif tetapi tidak tertolong karena syok berkepanjangan dan akhirnya meninggal keesokan harinya.

1. Lakukanlah Identifikasi *error* dan levelnya!
2. Lakukanlah Identifikasi faktor manusia yang mempengaruhi *error* pada no 1!
3. Lakukanlah Identifikasi faktor lingkungan pada kasus!
4. Jika kasus tersebut terjadi di puskesmas/ rumah sakit Saudara, langkah apakah yang akan Saudara lakukan?
5. Jelaskan langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mencegah terjadinya *error* tersebut!

Kasus 2

Seorang pasien laki-laki 74 tahun datang pada dokter untuk pengobatan *angina stable* yang baru dialaminya. Dokter belum pernah bertemu dengan pasien sebelumnya dan menanyakan semua riwayat penyakit dan pengobatannya dahulu. Dia mendapatkan bahwa pasien sehat dan hanya minum obat untuk mengatasi sakit kepala. Pasien tidak bisa menyebutkan nama obat yang digunakan untuk sakit kepalanya. Dokter berasumsi bahwa obat tersebut adalah analgetik. Tetapi sebenarnya obat yang digunakan adalah beta-blocker yang diminum setiap hari untuk migrain. Dokter lain meresepkan ini untuk pasien tersebut. Dokter tersebut memberikan pasien aspirin dan beta blocker untuk angina. Sesudah mendapatkan pengobatan tersebut pasien mengalami bradikardi dan hipotensi postural. Pasien jatuh tiga hari kemudian akibat pusing pada saat berdiri dan fraktur pada tulang panggulnya.

Pertanyaan:

1. Lakukanlah identifikasi hal apa saja yang potensial untuk terjadinya kondisi yang tidak aman ada kasus di atas.
2. Tentukanlah akar masalah pada kasus ini.
3. Bagaimana langkah manajemen risiko yang Anda tawarkan?

Kasus Diskusi Topik 8-9

Kasus 1

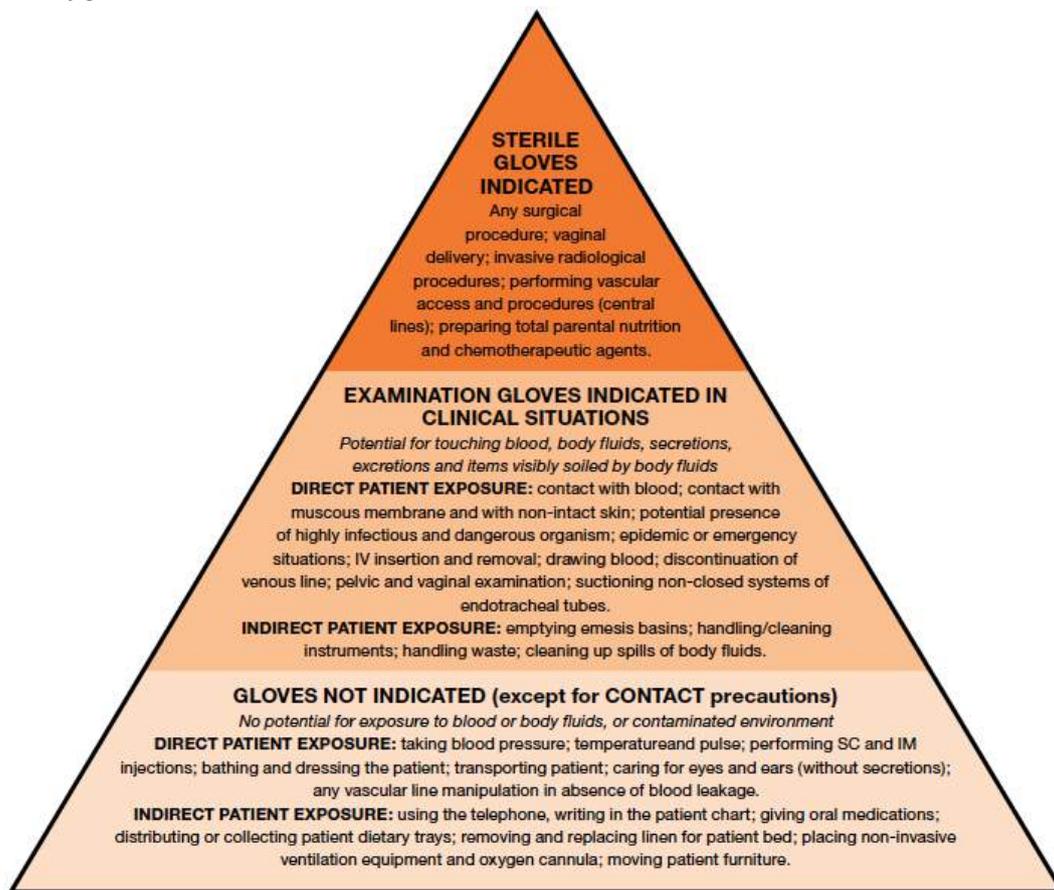
Mari kita saksikan bersama video mengenai "*Levels of Informed Consent*."
Video terdapat dalam materi pelatihan, atau dapat diakses di
<http://www.youtube.com/watch?v=2O5QoVv7tts>

Pertanyaan:

1. Bagaimana keterlibatan pasien dapat ditingkatkan di pelayanan kesehatan primer?
2. Diskusikanlah implementasi informed consent di pelayanan kesehatan primer.
3. Prosedur/kasus apa saja yang menurut anda memerlukan *informed consent*?
4. Pada kasus-kasus apa kita perlu melakukan open disclosure?
5. Diskusikan bagaimana agar kita semua bisa memiliki kompetensi budaya dalam menangani pasien dengan latar belakang budaya yang bermacam-macam. Informasi apa saja yang diperlukan dalam pemberian informed consent?

Kasus 2

Perhatikanlah gambar berikut mengenai tindakan pencegahan universal dari *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*.



Daftar Pertanyaan:

1. Diskusikanlah implementasi tindakan pencegahan universal di pelayanan kesehatan primer.
2. Bagaimana tindakan pencegahan universal, terutama mencuci tangan berperan untuk meminimalkan infeksi? Jelaskan dan demonstrasikan metode cuci tangan yang benar.

Kasus Topik 10-11

Kasus 1

Penyebab utama timbulnya efek samping dalam tindakan invasif adalah buruknya pencegahan infeksi, manajemen pasien, serta koordinasi dan komunikasi.



Gambar 8. Ilustrasi kasus

Sumber: diadaptasi dari AORN, 2009

Pertanyaan :

Berdasarkan gambar di atas, temukan masalah-masalah yang dapat menimbulkan efek samping tindakan invasif. Diskusikan dengan kelompok Anda, bagaimana cara menyelesaikan masalahnya?

Temukan minimal 5.

vKasus 2

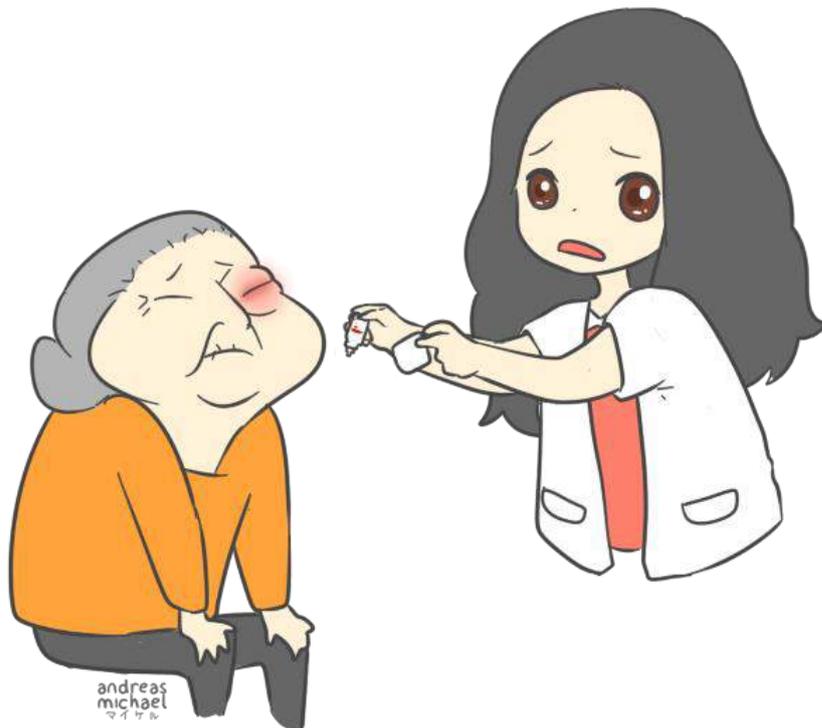


Berdasarkan gambar di atas, jawab dan diskusikan dengan kelompok Anda mengenai pertanyaan-pertanyaan berikut ini:

1. Masalah apa yang dapat timbul pada gambar di atas terkait dengan pengobatan yang aman?
2. Apa penyebab timbulnya kesalahan pengobatan dalam pemberian obat-obatan di atas kepada pasien?
3. Bagaimana mengatasi masalah pengobatan yang aman terkait gambar di atas di rumah sakit tempat Anda bekerja?

Kasus 3

Seorang pasien wanita usia 50 tahun datang ke poliklinik mata dengan keluhan mata kanan kabur. Dari pemeriksaan, Dokter menegakkan diagnosis katarak senilis, dan pasien dianjurkan untuk operasi. Di kamar pre op pasien ditetesi obat anestesi topikal oleh petugas, tetapi matanya menjadi merah dan edema. Operasi hari itu dibatalkan, pasien dipulangkan dan disuruh kembali 2 minggu lagi. Dua minggu kemudian pasien datang kembali dan diterima oleh petugas yang berbeda dengan yang pertama, dan terjadi lagi proses yang sama, mata pasien ditetes obat dan terjadi lagi merah dan bengkak.



Berdasarkan gambaran kasus di atas, jawab dan diskusikan dengan kelompok anda mengenai :

- Mungkinkah kesalahan dalam peresepan (*prescribing*) menyebabkan terjadinya masalah pada kasus di atas? Diskusikan dengan kelompok Anda mengenai cara menghindari kesalahan dalam peresepan obat-obatan!
- Mungkinkah kesalahan dalam proses pemberian (*administering*) menyebabkan terjadinya masalah pada kasus di atas? Diskusikan dengan kelompok Anda mengenai cara menghindari kesalahan dalam proses pemberian obat-obatan!
- Mungkinkah kesalahan dalam melakukan monitoring obat-obatan menyebabkan terjadinya masalah pada kasus di atas? Diskusikan dengan kelompok Anda mengenai cara menghindari kesalahan dalam melakukan monitoring obat-obatan!

Kasus 4

Seorang wanita berusia 38 tahun datang ke RS dengan keluhan ruam gatal dan merah serta pembengkakan pada wajah sejak 20 menit. Ia memiliki riwayat reaksi alergi yang serius. Perawat memasukkan 10 ml adrenalin 1:10.000 ke dalam spuit 10 ml dan meninggalkannya di samping tempat tidur siap untuk digunakan (total 1 mg) jika dokter meminta.

Sementara itu dokter memasang kanula IV. Dokter melihat spuit 10 ml yang sudah diisi cairan bening oleh perawat dan ia berasumsi adalah larutan saline normal. Tidak ada komunikasi antara dokter dan perawat pada saat itu. Dokter menginjeksikan semua 10 ml adrenalin melalui kanula IV dan berfikir ia menggunakan saline untuk membilas. Pasien tiba-tiba merasa memburuk, cemas, takikardia dan tidak sadar tanpa denyut nadi. Pasien mengalami ventrikel takikardi, diresusitasi dan untungnya bisa pulih kembali. Dosis yang direkomendasikan untuk adrenalin (Epinefrin) pada anafilaksis adalah 0,3-0,5 mg IM. Wanita ini menerima 1 mg IV.

Pertanyaan:

1. Jelaskan apa yang terjadi pada pasien di atas sehubungan dengan obat yang dimasukkan ke dalam tubuhnya.
2. Dimana kemungkinan terjadinya kesalahan dalam proses pemberian obat tersebut?
3. Hal-hal apa saja yang harus diperhatikan dalam pemberian obat-obatan kepada pasien?



“Modul ini diharapkan dapat dimanfaatkan secara luas dalam mempersiapkan staf pengajar kedokteran dan profesi kesehatan untuk terlibat dalam pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien baik di tahap akademik dan tahap profesi.”

Prof. Intan Ahmad, Dirjen Ditbelmawa Kemenristek DIKTI

“Saya harap modul ini dapat memberikan manfaat yang optimal, khususnya bagi tenaga pendidik di tahap akademik dan staf pengajar klinik di rumah sakit.”

Prof. Akmal Taher, Dirjen BUK Kemenkes



“Semoga upaya ini dapat mendorong terciptanya generasi baru yang sangat memahami dan menjiwai prinsip keselamatan pasien melalui pelatihan dan penerapannya dalam kegiatan tridharma di masing-masing institusi, baik pendidikan, penelitian, maupun pelayanan kesehatan dan pengabdian kepada masyarakat.”

Prof. Tri Hanggono, Ketua AIPKI



ISBN: 978-602-70089-2-2



978-602-70089-2-2