

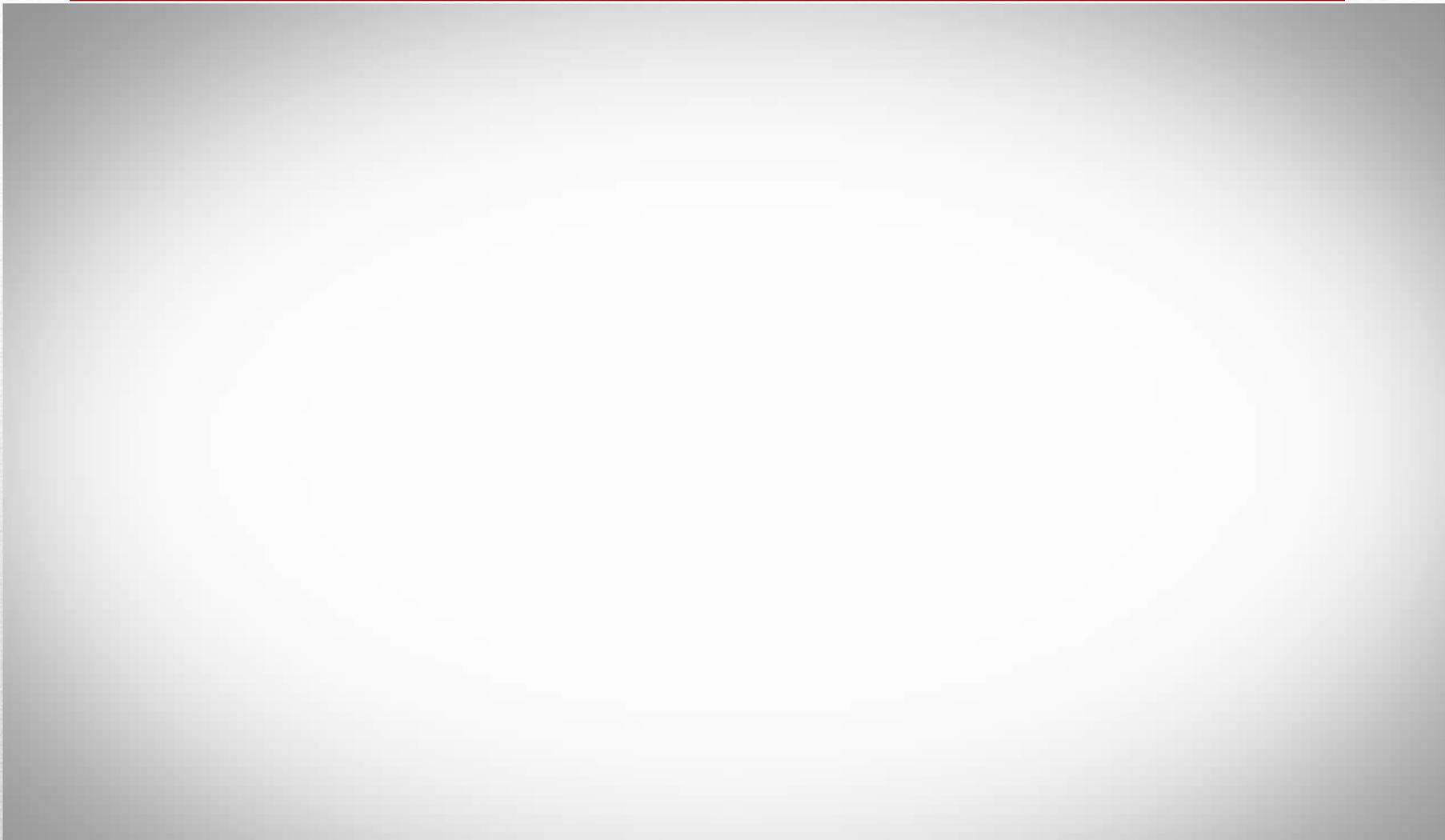


# ***Patient Safety***

(Keselamatan Pasien)

**LIRA MUFTI AZZAHRI ISNAENI, M.KKK**

---



- WHO (2013) sebanyak 39,47 juta petugas kesehatan di dunia, 66,7% nya adalah Perawat.
  - Di Indonesia, perawat juga merupakan bagian terbesar dari tenaga kesehatan yang bertugas di Rumah Sakit yaitu sekitar 47,08% dan paling banyak berinteraksi dengan pasien
  - WHO (2002), setiap tahunnya lebih dari 35 juta tenaga kesehatan di dunia beresiko mengalami cedera benda tajam baik dari jarum maupun benda medis tajam lain yang telah terkontaminasi patogen berbahaya dari darah dan cairan tubuh
-

- *American Nurses Association* (2010) di Amerika Serikat menunjukkan bahwa sebanyak 35.000 kasus per tahun petugas pelayanan kesehatan di rumah sakit mengalami luka tertusuk jarum suntik dan luka akibat alat medis tajam
  - Di Indonesia, pada tahun 2010-2012 kejadian luka akibat tertusuk jarum suntik mencapai 38-73% dari total jumlah petugas kesehatan
-

- Di negara-negara berkembang, sekitar 90% petugas kesehatan yang menderita penyakit disebabkan oleh luka tertusuk jarum suntik seperti penyakit *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* , *Hepatitis B Virus (HBV)*, dan *Hepatitis C Virus (HCV)* (WHO, 2016). Menurut *National Center of Biotechnology* (2016), secara global sebanyak 66.000 tenaga kesehatan di dunia yang tertusuk jarum menderita penyakit HB, 16.000 jiwa terkena penyakit HCV, dan 1.000 jiwa terkena penyakit HIV
-

# PENGERTIAN

Keselamatan pasien merupakan pengurangan dan penanggulangan tindakan tidak aman dalam sistem kesehatan, serta melalui penggunaan praktik terbaik terbukti menyebabkan hasil pasien optimal (*Canadian Patient Safety Dictionary* (2003))

Menurut WHO (2008) keselamatan pasien adalah pencegahan kesalahan dan efek samping pada pasien berkaitan dengan pelayanan kesehatan

---

# lanjutan

- Sedangkan dalam Permenkes No 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit dijelaskan bahwa keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu 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 akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
-

Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai suatu sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk :

- a. asesmen risiko.
  - b. identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien.
  - c. pelaporan dan analisis insiden.
  - d. kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya.
  - e. implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.
-

# Tujuan keselamatan pasien

## Tujuan Umum :

- Menurunnya Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dan meningkatnya mutu pelayanan keperawatan yang berhubungan dengan keselamatan pasien di RS

## Tujuan khusus

- Terciptanya budaya keselamatan pasien bagi perawat di Rumah Sakit.
  - Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
  - Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di rumah sakit.
  - Diketuinya penyebab Insiden Keselamatan Pasien (IKP) sampai pada akar masalah.
  - Didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada pasien agar dapat mencegah kejadian yang sama dikemudian hari.
  - Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
  - Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.
-

# Istilah – istilah dalam keselamatan pasien rumah sakit.

1. Kondisi Potensial Cidera/KPC) (*a reportable circumstance/situasi atau kondisi yang perlu dilaporkan*)
  2. Kejadian Nyaris Cidera/KNC (*a near miss* )
  3. Kejadian Tidak Cidera/KTC (*a no harm incident* )
  4. Kejadian Tidak Diharapkan/KTD (*a harmful incident / adverse event*)
  5. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)
-

# 1. Kondisi Potensial Cidera/KPC) (*a reportable circumstance/situasi atau kondisi yang perlu dilaporkan*)

Adalah suatu situasi/ kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden

Contoh :

- Beban kerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan di ICU yang selalu tinggi namun jumlah perawatnya selalu kurang/ *understaffed*, kondisi tersebut berpotensi besar terjadi *human error*.
  - Defibrillator di IGD dalam kondisi rusak namun tidak segera diperbaiki, meskipun saat ini belum diperlukan namun kondisi tersebut berpotensi mengakibatkan cedera saat digunakan.
-

## 2. Kejadian Nyaris Cidera/KNC (a *near miss*)

Adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar / terkena pasien.

*Contoh :*

- Perawat A akan melakukan tranfusi darah ke pasien tanpa melakukan pengecekan terhadap produk darah. Kondisi tersebut diketahui perawat B dan dia segera melakukan pengecekan terhadap darah yang akan ditranfusikan (golongan darah, kesesuaian cross math, jumlah darah, nomor kantong dan masa berlaku). Ternyata golongan darah yang akan diberikan berbeda dengan golongan darah pasien, kesalahan tersebut segera diketahui sebelum transfusi dimulai.
-

### 3. Kejadian Tidak Cidera/KTC (a *no harm incident* )

Adalah suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak timbul cedera.

Contoh :

Perawat A melakukan transusi darah tanpa pengecekan terhadap darah yang akan ditransfusikan (golongan darah, kesesuaian cross math, jumlah darah, nomor kantong dan masa berlaku). Setelah proses transfusi selesai, ternyata darah yang ditransfusikan tertukar dengan darah yang akan ditransfusikan untuk pasien lain, namun tidak timbul gejala inkompatibilitas (5-45 menit).

---

## **4. Kejadian Tidak Diharapkan/KTD (*harmful incident / adverse event*)**

Adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

Contoh :

- Perawat A melakukan transusi darah tanpa pengecekan terhadap darah yang akan ditransfusikan, ternyata darah yang ditransfusikan tertukar. Akibatnya pasien meninggal karena reaksi hemolysis.
-

## 5. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)

Suatu Kejadian Tidak Diharapkan/KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yg serius, dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima.

Contoh:

- Pasien G akan dilakukan amputasi pada kaki kiri. Sebelum operasi dokter tidak melakukan penandaan area yang akan diamputasi. Pada saat operasi, dokter melakukan amputasi pada kaki kanan.
-

# Prinsip Keselamatan Pasien

## *1. Human fallibility / “to err is human“*

- Berbuat salah adalah manusiawi

## *2. Anatomy of error / incident types*

Tipe insiden keselamatan pasien ada berbagai macam mulai dari kondisi yang potensi menimbulkan cedera (KPC) pada pasien sampai dengan insiden yang mengakibatkan kematian atau kecacatan seumur hidup bagi pasien (Sentinel)

## *3. System approach*

Keselamatan pasien adalah sistem dimana rumah sakit menjamin keamanan dan keselamatan pasien yang dirawat baik rawat jalan, rawat inap maupun tindakan. Semua personel rumah sakit dari unsur tertinggi sampai dengan terendah bertanggung jawab melaksanakan upaya keselamatan pasien di rumah sakit

---

# ***Lanjutan prinsip***

## ***4. “Just Culture “ / no blaming culture***

Keberhasilan upaya keselamatan pasien adalah bagaimana rumah sakit dapat belajar dari suatu insiden keselamatan pasien yang dilaporkan oleh seluruh personel yang mengetahui terjadinya insiden. Untuk menggiatkan budaya pelaporan insiden tersebut, pimpinan atau direktur rumah sakit harus berkomitmen penuh untuk tidak menyalahkan individu atau personel yang terlibat dalam terjadinya suatu insiden keselamatan pasien. Budaya tidak menyalahkan dan tidak menghukum akan memotivasi seluruh personel untuk melaporkan insiden sekecil apapun yang terjadi di rumah sakit, sehingga proses pembelajaran yang berkelanjutan dapat terjadi untuk mencegah insiden yang sama terjadi kembali di ruangan tertentu serta di ruangan lain diseluruh lingkungan rumah sakit.

## ***5. Organizational Learning by reporting***

Budaya pelaporan insiden keselamatan pasien oleh seluruh personel yang mengetahui terjadinya insiden atau terlibat langsung dalam insiden keselamatan pasien harus dikembangkan dan dimotivasi secara terus –menerus oleh Pimpinan RS dengan prinsip “*No Blame Culture*”.

---

# **Lingkup Kegiatan Upaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.**

Lingkup keselamatan pasien sesuai dengan Permenkes Nomor 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit meliputi :

- 1. Asesmen risiko**
  - 2. Identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien.**
  - 3. Pelaporan dan analisis insiden.**
  - 4. Belajar dari insiden**
  - 5. Tindak lanjutnya dan implementasi solusi**
-

# 1. Asesmen risiko

- Risiko merupakan bahaya, akibat atau konsekuensi yang dapat terjadi akibat sebuah proses yang sedang berlangsung atau kejadian yang akan datang.
  - Assesmen/penilaian risiko yang dilakukan merupakan proses yang dilakukan dalam rangka menilai tentang luasnya risiko yang dihadapi dalam pelayanan keperawatan, kemampuan mengontrol frekuensi dan dampak risiko yang akan terjadi.
  - Program Asesmen Tahunan.
-

## 2. Identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien.

- Identifikasi risiko adalah usaha mengidentifikasi situasi yang dapat menyebabkan cedera, tuntutan atau kerugian secara finansial. Identifikasi akan membantu langkah-langkah yang akan diambil manajemen terhadap risiko tersebut :
  - Instrumen yang dapat digunakan dalam identifikasi yang berhubungan dengan risiko pasien antara lain :
    - 1) Laporan Kejadian (KTD, KNC, KTD dan Kejadian Sentinel)
    - 2) Review Rekam Medik (Penyaringan Kejadian untuk memeriksa dan mencari penyimpangan-penyimpangan pada praktik dan prosedur).
    - 3) Pengaduan (*Complaint*) pelanggan atau melalui survey kepuasan pelanggan / pasien.
    - 4) Survey / *Self Assesment*, dan lain-lain.
-

# 3. Pelaporan dan analisis insiden

- Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran. Insiden yang terjadi di Unit Kerja RS dicatat dan dilaporkan ke Komite/ Panitia/ Komite/ Panitia/ Tim Keselamatan Pasien RS.
  - Komite/ Panitia /Tim ini akan menganalisis akar penyebab masalah untuk memperoleh rekomendasi dalam rangka mengatasi masalah.
  - Rekomendasi disampaikan ke Pimpinan RS untuk dilakukan tindak lanjut.
  - Pimpinan RS bertanggung jawab untuk melaporkan insiden dan hasil solusi masalah kepada Dinas Kesehatan Kab / Kota untuk dilaporkan secara berjenjang.
-

# 4. Belajar dari insiden

Keselamatan pasien yang dikembangkan RS berorientasi pada pembelajaran dari kesalahan yang terjadi dan solusi yang diperoleh melalui analisis akar penyebab masalah

---

# 5. Tindak lanjutnya dan implementasi solusi

- Rekomendasi solusi masalah yang diperoleh melalui analisis akar masalah dilaksanakan dalam rangka peningkatan keselamatan pasien dan mencegah kejadian yang sama berulang.
-

# **Sembilan Solusi Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (*Nine Solution Live Saving Patient Safety WHO*):**

- 1. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (*Look-Alike, Sound-like Medication Names*).**
  - 2. Pastikan Identifikasi Pasien.**
  - 3. Komunikasi Secara Benar saat Serah Terima / Pengoperan Pasien**
  - 4. Pastikan Tindakan yang benar pada Sisi Tubuh yang benar.**
  - 5. Kendalikan Cairan Elektrolit Pekat (*concentrated*).**
  - 6. Pastikan Akurasi Pemberian Obat pada Pengalihan Pelayanan.**
  - 7. Hindari Salah Kateter dan Salah Sambung Slang (*Tube*).**
  - 8. Gunakan Alat Injeksi Sekali Pakai.**
  - 9. Tingkatkan Kebersihan Tangan (*Hand hygiene*) untuk Pencegahan Infeksi Nosokomial.**
-

# **1. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (*Look-Alike, Sound-like Medication Names*).**

- Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM) merupakan salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (*medication error*). Solusi NORUM ditekankan untuk pengurangan risiko dan memastikan terbacanya resep, label, atau penggunaan perintah yang dicetak dan pembuatan resep secara elektronik.
-

## 2. Pastikan Identifikasi Pasien.

- Kesalahan mengidentifikasi pasien secara benar sering sering terjadi pada kesalahan pengobatan, transfuse, pemeriksaan, pelaksanaan prosedur yang keliru orang, dan penyerahan bayi kepada bukan keluarganya. Rekomendasi ditekankan dengan verifikasi identitas pasien dengan keterlibatan pasien dan keluarga, standardisasi metode identifikasi di RS serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.
-

# 3. Komunikasi Secara Benar saat Serah Terima / Pengoperan Pasien.

- Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima/ pengoperan pasien antara unit-unit pelayanan, dan didalam serta antar tim pelayanan dapat mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial dapat mengakibatkan cedera terhadap pasien. Rekomendasi dengan memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan metode untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis, memberikan kesempatan bagi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat serah terima, serta melibatkan pasien dan keluarga dalam proses serah terima.
-

## 4. Pastikan Tindakan yang benar pada Sisi Tubuh yang benar.

- Kesalahan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah sebagian besar adalah akibat dari kesenjangan komunikasi. Rekomendasi untuk mencegah hal tersebut dengan mencegah kekeliruan yang tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi prapembedahan, pemberian tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur, dan adanya tim yang terlibat dalam prosedur '*Time out*' sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur dan sisi yang akan dibedah.
-

## 5. Kendalikan Cairan Elektrolit Pekat (*concentrated*).

- Kesalahan dalam pemberian cairan elektrolit pekat sering terjadi baik dalam hal dosis, satuan ukur dan istilah. Rekomendasinya adalah membuat standarisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah; dan pencegahan atas campur aduk / bingung tentang cairan elektrolit pekat yang spesifik.
-

## 6. Pastikan Akurasi Pemberian Obat pada Pengalihan Pelayanan.

- Kesalahan medikasi sering terjadi pada saat transisi/pengalihan. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (*medication errors*) pada titik-titik transisi pasien. Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang lengkap, akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien
-

## 7. Hindari Salah Kateter dan Salah Sambung Slang (*Tube*).

- Selang, kateter, dan spuit (*syringe*) yang digunakan didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang bisa menyebabkan cedera atas pasien melalui penyambungan spuit dan selang yang salah, serta memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Rekomendasinya adalah menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara detail ketika pemberian medikasi serta pemberian makan.
-

## 8. Gunakan Alat Injeksi Sekali Pakai.

- Angka penyebaran HIV, HBV, dan HCV yang diakibatkan oleh pemakaian ulang (*reuse*) dari jarum suntik masih tinggi. Rekomendasi untuk mencegah penularan pada fasyankes adalah perlunya melarang pakai ulang jarum di fasilitas layanan kesehatan dan pelatihan periodik para petugas di lembaga-lembaga layanan kesehatan.
-

## **9. Tingkatkan Kebersihan Tangan (*Hand hygiene*) untuk Pencegahan Infeksi Nosokomial.**

- Infeksi nosokomial merupakan infeksi yang diperoleh di sarana fasilitas kesehatan. Upaya preventif yang paling mudah untuk mencegah infeksi nosokomial melalui cuci tangan. Rekomendasi mencegah infeksi nosokomial dengan mendorong implementasi penggunaan cairan “*alcohol-based hand-rubs*” pada saat cuci tangan di fasyankes, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan / observasi dan tehnik-tehnik yang lain.
-



**TERIMAKASIH**

---