

Program Studi  
**Sarjana Terapan Kebidanan**



# **MODUL TEORI 1**

# **MANAJEMEN PASIEN SAFTEY**

---

# **2019**



**KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA**

**Jurusan Kebidanan**  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

---

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**VISI DAN MISI**  
**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN**  
**POLTEKKES KEMENKES PALANGKARAYA**

**VISI**

“Menghasilkan Lulusan Sarja Terpan Kebidanan  
yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal  
Menuju daya saing Global Tahun 2024 Dengan  
Unggulan Kebidanan Komunitas”

**MISI**

1. Menyelenggarakan pendidikan Sarjana Terapan Kebidanan Yang berkualitas mengikuti perkembangan IPTEK berbasis kearifan Lokal dengan keunggulan Kebidanan Komunitas.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas.
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui pemberdayaan masyarakat dibidang kesehata ibu dan anak serta Kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan Produktifitas kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan perasana untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi

MODUL 1  
BAHAN AJAR CETAK  
KEBIDANAN

**MANAJEMEN PASIEN  
SAFETY**

## KATA PENGANTAR

Rekan mahasiswa, modul yang sedang Anda pelajari ini bertujuan untuk menunjang Praktik Pendidikan Profesi Bidan. Modul ini berjudul “**Manajemen Pasien safety**”. Kegunaannya adalah agar rekan mahasiswa dapat mempelajari bagaimana melaksanakan asuhan kebidanan pada klien mulai dari pengkajian data subyektif dan obyektif, analisis data, dan penatalaksanaan (perencanaan dan implementasi) asuhan kebidanan *practice*, dan melakukan evaluasi asuhan secara holistik dengan pendekatan keluarga, serta pendokumentasian.

Rekan mahasiswa, setelah selesai mempelajari modul ini, Anda diharapkan mampu menerapkan teori, konsep dan prinsip kebidanan dalam memberikan asuhan kebidanan pada klien secara holistik, mampu mengintegrasikan kebijakan pemerintah dalam membentuk asuhan kebidanan pada klien secara holistik, serta mampu memberikan asuhan kebidanan pada klien secara holistik dengan pendekatan manajemen kebidanan.

## **PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL**

Modul ini disusun sedemikian rupa agar rekan mahasiswa dapat mempelajarinya secara mandiri, kami yakin rekan mahasiswa akan berhasil jika bertekad mempelajarinya secara serius dan benar. Oleh karena itu lakukan langkah-langkah belajar sebagai berikut :

1. Bacalah dengan cermat bagian Pendahuluan modul ini sampai rekan mahasiswa memahami betul apa, untuk apa, dan bagaimana mempelajari modul ini.
2. Bacalah bagian demi bagian, dan temukan kata-kata kunci dan kata-kata yang rekan mahasiswa anggap baru. Carilah dan baca pengertian kata-kata kunci dalam daftar kata-kata sulit modul ini atau dalam kamus yang ada.
3. Pelajari materi secara berurutan.
4. Rekan mahasiswa harus mempunyai keyakinan kuat untuk belajar dan mempraktikkan materi yang tertuang di modul ini.
5. Tangkaplah pengertian demi pengertian dari isi modul ini melalui pemahaman sendiri dan tukar pikiran dengan mahasiswa dan atau dosen/tutor.
6. Setelah selesai mempelajari satu Kegiatan Belajar, rekan mahasiswa diminta untuk mengerjakan latihan maupun tes yang ada di dalamnya. Selanjutnya rekan mahasiswa dipersilahkan untuk mempelajari Kegiatan Belajar berikutnya.
7. Mantapkan pemahaman rekan mahasiswa melalui diskusi mengenai pengalaman simulasi dalam kelompok kecil atau klasikal pada saat bimbingan atau tutorial.

## DAFTAR ISI

Cover.....	i
Kata Pengantar .....	v
Petunjuk penggunaan modul .....	vi
Daftar Isi .....	vii
<b>BAB 1: KONSEP DAN MODEL KESELAMATAN PASIEN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Konsep Keselamatan Pasien .....	2
1.2 Insiden Keselamatan Pasien Akibat Salah Pelayanan Kesehatan dan Kegagalan Sistem .....	3
1.3 Sejarah Keselamatan Pasien dan Asal Usul Budaya Menyalahkan .....	4
1.4 Model Keselamatan Pasien .....	8
1.5 Model Nasional Untuk Akreditasi dan Kualitas Keselamatan Pasien .....	9
1.6 Bagaimana Menerapkan Pertimbangan Keselamatan Pasien .....	11
1.7 Pelaporan Insiden .....	11
1.8 Investigasi Insiden Analisis Akar Penyebab .....	12
1.9 Perencanaan Darurat.....	12
<b>BAB 2: ENAM SASARAN KESELAMATAN PASIEN .....</b>	<b>13</b>
2.1 Enam Sasaran Keselamatan Pasien .....	15
2.1.1 Ketepatan Identifikasi Pasien .....	15
2.1.2 Peningkatan Komunikasi Efektif.....	15
2.1.3 Peningkatan Keamanan Obat Atau (High Alert) Yang Harus Diwaspadai.....	16
2.1.4 Kepastian Terhadap Lokasi, Prosedur dan Pasien Operasi .....	17
2.1.5 Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan .....	18
2.1.6 Perguruan Resiko Jatuh.....	18
<b>BAB 3: STANDAR YANG MENDUKUNG KESELAMATAN PASIEN DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN .....</b>	<b>20</b>
3.1 Standar Keselamatan Pasien.....	21
3.2 Uraian Tujuh Standar Keselamatan Pasien.....	21
3.2.1 Hak Pasien .....	21
3.2.2 Pendidikan Bagi Pasien dan Keluarga.....	22
3.2.3 Keselamatan Pasien Dalam Kesenambungan Pelayanan.....	23
3.2.4 Penggunaan Metode Peningkatan Kinerja Untuk Melakukan Evaluasi .....	24
3.2.5 Peran Kepemimpinan Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien.....	24
3.2.6 Pendidikan Bagi Staf Tentang Keselamatan Pasien.....	26
3.2.7 Komunikasi Merupakan Kunci Bagi Staf untuk mencapai keselamatan pasien.....	27

## DAFTAR PUSTAKA



# KONSEP DAN MODEL KESELAMATAN PASIEN

Setelah pembelajaran, mahasiswa mampu :

1. Konsep Keselamatan Pasien
2. Insiden keselamatan pasien akibat salah Pelayanan Kesehatan dan Kegagalan Sistem Medis
3. Sejarah Keselamatan Pasien dan Asal Usul Budaya Menyalahkan
4. Model Keselamatan Pasien
5. Model nasional untuk akreditasi dan kualitas keselamatan pasien (*Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare / ACSQH, 2010*)
6. Bagaimana menerapkan Pertimbangan Keselamatan Pasien dalam semua Kegiatan Pelayanan Pasien?
7. Pelaporan Insiden
8. Investigasi Insiden - Analisis Akar Penyebab
9. Perencanaan Darurat

Proses pembelajaran pada topik ini dilaksanakan dalam bentuk pembelajaran teori dan aplikatif praktek yang mengacu pada Sistem Kredit Semester (SKS) dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Baca modul ini dengan seksama, yang dibagi dalam beberapa bagian meliputi penguasaan pengetahuan dan keterampilan maupun sikap yang mendasari penguasaan kompetensi sampai Anda merasa yakin telah menguasai kemampuan dalam bab ini.
- 2) Diskusikan dengan teman sejawat/instruktur/pelatih anda bagaimana cara anda untuk menguasai materi ini dengan benar
- 3) Jika anda latihan diluar jam tatap muka atau di luar jam kerja (Jika anda sedang Praktik Kerja) dapat menggunakan buku ini sebagai panduan belajar bersamadengan materi yang telah disampaikan di kelas.
- 4) Bicarakan dan komunikasikan melalui presentasi pengalaman-pengalaman kerja yang sudah anda lakukan dan tanyakan langkah-langkah lebih lanjut.
- 5) Kegiatan pelajaran tatap muka yang terjadwal dan terprogram, akan dilaksanakan didalam kelas dalam membahas teori dan atau dilaksanakan dilaboratorium dalam menerapkan atau mempraktekan teori.
- 6) Kegiatan mandiri yang mendalami, mempersiapkan atau untuk tujuan suatu tugas akademik lain, seperti membaca dan mengkaji buku sumber lainnya diperbolehkan untuk mendukung pemahaman terhadap modul ini
- 7) Sumber Informasi yang dapat di temukan untuk memperdalam materi buku ini antara lain Jurnal dan Majalah Dasar–dasar keperawatan, Website dan/Internet sites, Buku-buku yang relevan, *Personal experience*, Koran/*Newspaper*



## **1.1 Konsep Keselamatan Pasien**

Menurut Vincent (2008), keselamatan pasien didefinisikan sebagai penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari hasil tindakan yang buruk atau injuri yang berasal dari proses perawatan kesehatan.

Definisi ini membawa beberapa cara untuk membedakan keselamatan pasien dari kekhawatiran yang lebih umum mengenai kualitas layanan kesehatan, yang disebut oleh Vincent sebagai "sisi gelap kualitas". Perawatan kesehatan, dalam banyak kasus setidaknya, sangat berbahaya dan definisi secara implisit mengakui hal ini. Definisi ini juga mengacu pada perbaikan hasil buruk atau injuri, yang memperluas definisi di luar masalah keselamatan tradisional terhadap area yang mungkin, di banyak industri, disebut manajemen bencana. Dalam perawatan kesehatan, perbaikan pertama-tama mengacu pada kebutuhan akan intervensi medis yang cepat untuk mengatasi krisis segera, tetapi juga untuk kebutuhan merawat pasien dengan injuri dan untuk mendukung staf yang terlibat. Pengertian tentang keselamatan pasien yaitu menurut Emanuel (2008), yang menyatakan bahwa keselamatan pasien adalah disiplin ilmu di sektor perawatan kesehatan yang menerapkan metode ilmu keselamatan menuju tujuan mencapai sistem penyampaian layanan kesehatan yang dapat dipercaya. Keselamatan pasien juga merupakan atribut sistem perawatan kesehatan; Ini meminimalkan kejadian dan dampak, dan memaksimalkan pemulihan dari efek samping.

Definisi singkat yang diberikan di atas bagaimanapun, tidak benar-benar menangkap karakteristik pendefinisian keselamatan pasien dan latar belakang konseptualnya. Badan Keselamatan Pasien Nasional Amerika Serikat berusaha melakukan ini saat membuat agenda penelitian untuk keselamatan pasien. Mereka secara khusus menunjuk pada kenyataan bahwa prakarsa-prakarsa kualitas tradisional belum sepenuhnya mengatasi kesalahan dan kerugian, keamanan berada di dalam sistem dan juga orang-orang, dan keselamatan itu harus secara aktif dikejar dan dipromosikan (Emanuel et al, 2008). Cukup berusaha menghindari kerusakan saja tidak cukup. Sebaliknya seseorang harus mengurangi kesalahan dari semua jenis dan mengejar keandalan tinggi sebagai komponen penting dari perawatan berkualitas tinggi.

Keselamatan pasien terutama berkaitan dengan penghindaran, pencegahan dan perbaikan hasil buruk atau injuri yang berasal dari perawatan kesehatan itu sendiri. Ini

harus membahas kejadian yang mencakup rangkaian "kesalahan" dan "penyimpangan" terhadap kecelakaan. Keselamatan muncul dari interaksi komponen sistem. Ini lebih dari sekedar tidak adanya hasil yang merugikan dan ini lebih dari sekedar menghindari kesalahan atau kejadian yang dapat dicegah. Keselamatan tidak berada dalam diri seseorang, perangkat atau departemen. Meningkatkan keamanan tergantung pada belajar bagaimana keselamatan muncul dari interaksi komponen. Keselamatan pasien terkait dengan "kualitas perawatan", namun kedua konsep tersebut tidak identik. Keselamatan merupakan bagian penting dari kualitas. Sampai saat ini, kegiatan untuk mengelola kualitas tidak terfokus secukupnya pada masalah keselamatan pasien (*National Patient Safety Foundation*, 2000, dalam Vincent, 2010).

## **1.2 Insiden keselamatan pasien akibat salah Pelayanan Kesehatan dan Kegagalan Sistem Medis**

Sebagian besar informasi yang ada tentang risiko keselamatan pasien di rangkaian perawatan kesehatan primer berasal dari penelitian tentang kesalahan dan kejadian yang dilaporkan, termasuk penelitian yang telah mencoba mengembangkan taksonomi untuk mengklasifikasikan jenis kesalahan dan insiden yang terjadi dalam setting ini (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*, 2010). Jenis penelitian ini umumnya didasarkan pada laporan pribadi anonim atau rahasia sukarela, dan sampai saat ini terbatas pada praktik umum.

Memvariasikan definisi istilah kesalahan, kejadian, dan laporan telah digunakan dalam penelitian yang dijelaskan dalam bagian ini. Definisi yang berbeda ini membatasi perbandingan hasil, dan tidak selalu sesuai dengan definisi istilah-istilah ini yang telah dikembangkan dalam literatur keselamatan pasien. Dalam modul ini istilah "insiden keselamatan pasien" akan digunakan secara umum, yang didefinisikan sesuai dengan Klasifikasi Internasional WHO untuk Keselamatan Pasien, yaitu: kejadian atau keadaan yang dapat mengakibatkan, atau mengakibatkan, kerugian yang tidak perlu pada pasien. Australia telah menjadi salah satu pelopor pelaporan kejadian dalam praktik umum, dan studi oleh Badan Ancaman terhadap Keselamatan Pasien Australia (*Threats to Australian Patient Safety / TAPS*) adalah salah satu analisis insiden keselamatan pasien yang paling komprehensif di dunia internasional (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*, 2010).

*TAPS* dan penelitian lainnya telah mengidentifikasi dua jenis insiden keselamatan pasien

yang luas:

1. Insiden terkait dengan proses perawatan, termasuk proses administrasi, investigasi, perawatan, komunikasi dan pembayaran. Ini adalah jenis kejadian umum yang dilaporkan (berkisar antara 70% -90% tergantung pada penelitian).
2. Insiden terkait dengan pengetahuan atau keterampilan praktisi, termasuk diagnosis yang tidak terjawab atau tertunda, perlakuan salah dan kesalahan dalam pelaksanaan tugas.

Adapun istilah insiden keselamatan pasien yang telah dikenal secara luas berikut definisinya yaitu:

1. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) / *Patient Safety Incident* adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi.
2. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / *Adverse Event* adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (“*commission*”) atau karena tidak bertindak (“*omission*”), bukan karena “*underlying disease*” atau kondisi pasien.
3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / *Near Miss* adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.
4. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena “keberuntungan” (misal: pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau “peringanan” (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan , diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).
5. Kondisi Potensial Cedera (KPC) / “*reportable circumstance*” adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden
6. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) yaitu suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misalnya Amputasi pada kaki yang salah, dan sebagainya) sehingga pencarianfakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakandan prosedur yang berlaku.

### **1.3 Sejarah Keselamatan Pasien dan Asal Usul Budaya Menyalahkan**

Lompatan kuantum pertama mendefinisikan keselamatan pasien masuk ke dalam

keperawatan kesehatan (Emanuel et al, 2008). Kesadaran bahwa kejadian buruk sering terjadi karena kerusakan sistem, bukan hanya karena ketidakmampuan individu yang mendorong perubahan tersebut. Pendekatan tradisional mengasumsikan bahwa praktisi terlatih dan teliti tidak membuat kesalahan. Pemikiran tradisional menyamakan kesalahan dengan ketidakmampuan dan hukuman yang dianggap tepat dan efektif dalam memotivasi individu untuk lebih berhati-hati.

Penggunaan jenis kesalahan ini memiliki efek toksik. Praktisi jarang mengungkapkan kesalahan, dan pasien dan supervisor sering disimpan dalam kegelapan. Laporan yang rendah membuat pembelajaran dari kesalahan hampir tidak mungkin dilakukan, dan penasihat hukum sering mendukung dan mendorong pendekatan ini untuk meminimalkan risiko proses pengadilan malapraktik. Pola pikir ini memberi latar belakang antagonis yang waspada terhadap interaksi terapeutik. Ini juga menciptakan kelumpuhan yang terkunci untuk semua pihak terkait saat terjadi kegagalan. Berpikir mulai berubah pada tahun 1990an sebagai tanggapan atas beberapa jenis informasi baru. Pertama, injuri medis diakui terjadi lebih sering daripada yang baru disadari, dengan sebagian besar luka-luka ini dianggap dapat dicegah. Kedua adalah gagasan bahwa kesalahan "aktif" di "titik akhir yang tajam" - di mana para praktisi berinteraksi dengan pasien atau peralatan - hasil dari kesalahan "laten", seperti yang dideklarasikan oleh James Reason. Kesalahan laten adalah cacat hulu dalam perancangan sistem, organisasi, manajemen, pelatihan, dan peralatan ("tumpul akhir") yang menyebabkan individu pada akhir yang tajam membuat kesalahan. Untuk menghukum individu karena kesalahan semacam itu tampaknya tidak masuk akal, karena kesalahan pasti akan berlanjut sampai penyebab yang mendasarinya dapat diatasi.

Pada tahun 1980an, hanya ada sedikit penelitian yang tersedia, bahwa ketika meninjau kembali literatur yang ada, Charles Vincent menyarankan dalam sedikit makalah bahwa kurangnya perhatian penelitian terhadap kecelakaan medis dan kelalaian medis itu sendiri lalai (Vincent, 1989, dalam Vincent, 2010). Pada tahun 1990, editor *British Medical Journal* berpendapat untuk mempelajari kejadian kejadian buruk dan dikritik oleh presiden perguruan tinggi kerajaan karena menarik perhatian media massa untuk kesalahan medis (Smith, 2000, dalam Vincent, 2010). Pada tahun 1990, Medline, salah satu database penelitian medis utama, bahkan tidak memiliki subjek yang mengarah ke kesalahan medis. Namun, sejak pertengahan 1990an, jumlah makalah tentang kesalahan dan topik terkait keselamatan telah meningkat secara eksponensial, dengan beberapa ratus tahun terdaftar

dalam kesalahan medis. Pada tahun 2000, *British Medical Journal* mencurahkan seluruh masalah untuk mengalihkan perhatian ke arus utama penyelidikan akademis dan klinis. Banyak jurnal kedokteran terkemuka lainnya telah mengikuti, dengan artikel utama dan seri tentang keselamatan pasien.

Kesalahan medis dan kerusakan pasien telah dijelaskan dan dipelajari selama lebih dari satu abad. Namun, terlepas dari beberapa perintis yang terisolasi, profesi medis dan keperawatan tampaknya tidak mengenali kembali tingkat dan keseriusan masalah atau, jika mereka melakukannya, tidak siap untuk mengetahuinya. Salah satu pencapaian besar dalam sepuluh tahun terakhir adalah bahwa kesalahan medis dan kerusakan pasien sekarang diakui dan dibahas secara terbuka oleh profesional kesehatan, politisi, dan masyarakat umum.

Sebelum ini, kesalahan medis jarang diakui pasien, hampir tidak pernah disebutkan dalam jurnal medis dan bahkan tidak dipertimbangkan oleh pemerintah; Penelitian tentang keselamatan dalam pengobatan dianggap paling baik sebagai topik pinggiran dan paling buruk. Kenyataan bahwa ribuan, mungkin jutaan, orang-orang dilecehkan dengan tidak perlu dan sejumlah besar uang terbuang sepertinya telah luput dari perhatian semua orang. Dari pemahaman kami saat ini, ini nampaknya merupakan urusan yang aneh. Seolah-olah sebuah epidemi berkecamuk di suatu negara tanpa ada yang memperhatikan atau mengganggu untuk diselidiki.

Contoh insiden yang dilaporkan dari studi TAPS:

- ✓ Instruksi dosis tidak tepat yang salah pada resep Actonel mengakibatkan pasien mengkonsumsi obat mingguan setiap hari, tidak dikoreksi oleh apoteker.
- ✓ Pneumotoraks iatrogenik akibat pemberian injeksi nyeri yang tidak tepat untuk fibromyalgia.
- ✓ Komponen urin abnormal terjadi pada penderita yang salah dengan nama yang sama, diobati salah pasiennya yang berada di panti jompo, plus mengalami keterlambatan dalam merawat pasien asli yang memiliki hasil abnormal.
- ✓ Antimalaria yang diresepkan untuk pasien dengan pengobatan antiepilepsi yang bisa mengakibatkan interaksi serius jika pasien tidak mendapat pendapat kedua.
- ✓ Digunakan peralatan yang tidak benar saat mengambil spesimen untuk pengujian laboratorium selama operasi kecil, sehingga mengakibatkan kerusakan spesimen secara tidak disengaja

- ✓ Pasien yang salah menanggapi panggilan di ruang tunggu, catatan dimasukkan ke file pasien lain.

Bagaimana kemudian keselamatan pasien berkembang dan muncul untuk mengasumsikan kepentingannya saat ini? Memahami keselamatan pasien akan lebih mudah jika kita melihat bagaimana hal itu muncul sebagai serangkaian gagasan dan inisiatif khas dalam konteks sejarah tertentu. Memahami asal usul dan pengaruh keselamatan pasien sangat penting untuk memahami karakter dan tempat khususnya dalam jaminan kualitas dan peningkatan persenjataan umum, yang akan kita pertimbangkan di bab berikutnya. Tentu saja, tentu saja, selalu ada dokter dan perawat yang, selain sadar akan keselamatan dalam praktik pribadi mereka, juga telah berupaya memperbaiki keseluruhan perawatan secara keseluruhan. Namun, gerakan pengaman yang lebih luas juga didorong dan dibentuk oleh beberapa pengaruh lainnya; Ini termasuk gerakan yang lebih luas untuk meningkatkan kualitas perawatan, refleksi tentang sifat kesalahan, kasus profil tinggi, pelajaran dari psikologi, faktor manusia dan industri berisiko tinggi, litigasi dan tekanan dari pasien, masyarakat dan pemerintah.

Kepemimpinan dan akuntabilitas merupakan kriteria penting untuk penyampaian sistem yang aman. Sangat penting untuk mencapai keseimbangan yang tepat dalam tata kelola organisasi dan struktural masing-masing unit layanan kesehatan dan pada tingkat lokal dan regional sistem kesehatan. Keselamatan pasien harus dilihat sebagai tidak hanya bisnis individu bernama yang uraian tugasnya mewajibkan kepatuhan terhadap standar keselamatan dan keselamatan tertentu. Keselamatan dan kualitas adalah dan harus menjadi pekerjaan setiap orang yang bekerja di bidang kesehatan.

Dengan tidak adanya kepemimpinan yang efektif, individu yang mungkin memiliki motivasi tinggi mungkin tidak memiliki kekuatan pendorong yang diperlukan untuk menerapkan motivasi mereka dalam latihan dan mungkin menjadi tindakan yang sesuai. Ketidakpastian tidak kondusif bagi perawatan pasien berkualitas tinggi yang aman

Meskipun banyak yang telah dikatakan dalam beberapa tahun terakhir tentang perlunya menciptakan "budaya yang adil" untuk mendorong keterbukaan dan kejujuran, ada juga argumen yang mendukung penerapan terhadap kompetensi dan kinerja tersebut telah jatuh di bawah apa yang mungkin cukup diharapkan dari mereka. Ketika pengiriman perawatan di bawah kualitas itu, mereka berhak untuk bertanya mengapa dan ingin diyakinkan bahwa tindakan telah diambil untuk melindungi mereka dan pasien masa depan

dari bahaya serupa di masa depan.

Masalah budaya terkadang diidentifikasi sebagai penghalang bagi perubahan sistem di seluruh dunia. Dilihat secara negatif, isu-isu budaya ini mengacu pada sikap dan perilaku profesional dan organisasi yang tahan terhadap gangguan yang dirasakan dan mewujudkan antipati terhadap perubahan.

Sebaliknya, budaya keselamatan positif ditandai oleh komunikasi terbuka, saling percaya, persepsi bersama tentang pentingnya keselamatan dan kepercayaan diri terhadap kemandirian tindakan pencegahan. Upaya yang meningkat diperlukan di Irlandia untuk memperbaiki budaya nasional, profesional dan organisasional sehingga keselamatan pasien dipahami, dipromosikan dan didukung di semua tingkat.

Pengalaman dari sistem lain menunjukkan bahwa kepemimpinan profesional yang efektif sangat penting dalam mencapai perubahan budaya yang diperlukan untuk menyediakan layanan berkualitas tinggi yang aman. Pemimpin membawa perubahan dengan terlebih dahulu memeriksa situasi saat ini, melihat ke depan untuk kemungkinan masa depan dan mengenali area untuk perbaikan. Mereka kemudian menciptakan sistem baru atau mengubah sistem dari apa adanya dengan melibatkan diri dan melibatkan orang-orang yang menggunakan layanan mereka dan orang-orang yang menyediakannya. Komisi mengakui kebutuhan akan kepemimpinan klinis yang kuat di tingkat nasional dan organisasi dalam perawatan kesehatan dan merekomendasikan penugasan peran pendahuluan khusus untuk tujuan ini.

## **Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

1. Jelaskan dasar-dasar terbentuknya keselamatan pasien sebagai disiplin ilmu!
2. Jelaskan satu contoh insiden keselamatan pasien!
3. Jelaskan tentang budaya menyalahkan dalam keselamatan pasien!

## **1.4 Model Keselamatan Pasien**

Dengan aspek keselamatan pasien di atas, adalah mungkin untuk melihat model keselamatan pasien yang sederhana. Sementara model keselamatan pasien yang baik telah dibangun, Vincent (2010) mencari model pendekatan yang sederhana, sepenuhnya sesuai dengan materi pelajaran, dan kompatibel dengan model yang ada. Pada saat yang sama,

seharusnya cukup sederhana sehingga bisa dilihat dalam diagram sketsa yang mudah dan dinyatakan dalam kalimat sederhana dan sederhana yang mudah diingat. Hanya model sederhana semacam itu yang bisa menembus batas-batas pemikiran sehari-hari di antara semua orang yang diperlukan di seluruh perawatan kesehatan.

Vincent (2010) menawarkan model sederhana berikut untuk melihat keselamatan pasien. Ini membagi sistem perawatan kesehatan menjadi empat domain:

1. Mereka yang bekerja di bidang kesehatan
2. Mereka yang mendapat perawatan kesehatan atau memiliki saham dalam ketersediaannya
3. Infrastruktur sistem untuk intervensi terapeutik (proses pemberian layanan kesehatan)
4. Metode umpan balik dan perbaikan terus menerus

Model ini konsisten dengan definisi keselamatan pasien yang disebutkan di atas: Apa? dan dimana? Sesuai dengan domain ketiga, yaitu "Sistem untuk tindakan terapeutik:" Bagaimana? Sesuai dengan Keempat, "Metode"; Siapa? Sesuai dengan yang pertama dan kedua, yaitu "orang-orang yang bekerja dalam perawatan kesehatan" dan "orang-orang yang menerimanya atau memiliki saham dalam ketersediaannya".

Model ini juga konsisten dengan kerangka berfikir yang ada yang mendukung pasien.

Vincent (2010) mengidentifikasi tujuh elemen yang mempengaruhi keselamatan:

1. Faktor organisasi dan manajemen
2. Faktor lingkungan kerja
3. Faktor tim
4. Faktor individu
5. Karakteristik Pasien
6. Faktor lingkungan eksternal.

Faktor-faktor ini menyebar di antara tiga domain; Sistem untuk tindakan terapeutik, orang-orang yang bekerja di bidang perawatan kesehatan, dan orang-orang yang menerimanya atau memiliki saham dalam ketersediaannya.

### **1.5 Model nasional untuk akreditasi dan kualitas keselamatan pasien (*Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare / ACSQH, 2010*)**

Pada bulan November 2006, ACSQH memulai tinjauan terhadap sistem dan standar



keselamatan dan kualitas nasional, dan mengusulkan sebuah paket reformasi termasuk seperangkat standar nasional dimana layanan kesehatan dapat dinilai.

Tahap pertama pelaksanaan reformasi akreditasi telah difokuskan pada pengembangan seperangkat Standar Pelayanan Kesehatan Keselamatan dan Mutu Nasional. Draft Standar berfokus pada area yang penting untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas perawatan bagi pasien dengan memberikan pernyataan eksplisit tentang tingkat keselamatan dan kualitas perawatan yang diharapkan yang akan diberikan kepada pasien oleh organisasi layanan kesehatan. Standar tersebut juga menyediakan sarana untuk menilai kinerja organisasi. Draft Standar telah dikembangkan untuk:

- ✓ Tata Kelola untuk Keselamatan dan Mutu dalam Organisasi Pelayanan Kesehatan
- ✓ Infeksi terkait kesehatan
- ✓ Keamanan obat
- ✓ Identifikasi Pasien dan Prosedur Pencocokan; dan
- ✓ Timbang terima (*Handover*) Klinis

Lima topik tambahan saat ini dalam pengembangan, mencakup:

1. Darah dan keamanan darah
2. Bermitra dengan Konsumen
3. Pencegahan dan Penatalaksanaan Ulkus Tekanan
4. Mengakui dan Menanggapi Kerusakan Klinis; dan
5. Keselamatan dari jatuh.

Berbagai perangkat pendukung dan pedoman untuk Standar sedang dikembangkan melalui konsultasi dengan pemangku kepentingan utama. Sebuah studi percontohan mengenai draft standar yang disempurnakan dilakukan untuk standar pertama di tahun 2010. Tujuan utama adalah untuk menguji Standar, alat pendukung dan pedoman, dan untuk mengidentifikasi isu-isu untuk implementasi Standar. Setelah selesai Standar akan diberikan kepada Menteri Kesehatan untuk pengesahan.

Hal ini dimaksudkan agar semua layanan kesehatan yang berpotensi menimbulkan risiko tinggi merugikan pasien diakreditasi terhadap Standar Pelayanan Kesehatan dan Mutu Nasional. Organisasi layanan kesehatan dengan risiko bahaya pasien yang lebih rendah harus menggunakan Standar sebagai bagian dari mekanisme jaminan kualitas internal mereka.

## **1.6 Bagaimana menerapkan pertimbangan keselamatan pasien dalam semua kegiatan pelayanan pasien?**

Manajemen Risiko adalah proses dimana kita mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat membantu untuk kita memberikan perawatan yang sangat baik, aman, efisien dan efektif. Resiko dapat terjadi dalam berbagai cara, misalnya sebagai akibat dari perubahan bagaimana atau dimana kita memberikan layanan. Tujuan pengelolaan risiko adalah untuk memastikan risiko ini diidentifikasi sejak dini, dinilai sebagai cara terbaik untuk mengelola atau mengendalikannya dan untuk mengurangi pengaruhnya.

Inti dari proses risiko ini termasuk memastikan bahwa area dimana keselamatan pasien dapat dikompromikan atau di mana ada sesuatu yang teridentifikasi yang berpotensi menyebabkan kerusakan pada pasien, dikelola. Mengidentifikasi dan melaporkan isu keselamatan awal memastikan bahwa pengendalian dapat dilakukan untuk mengurangi kemungkinan risiko tersebut terjadi lagi. Bila hasil perawatan atau proses tidak seperti yang diharapkan, kami menyelidiki dengan menggunakan proses yang disebut Analisis Sebab-Sebab Mendasar untuk mengidentifikasi apa yang terjadi dan mengapa sehingga kita dapat menerapkan proses untuk meningkatkan keamanan.

Untuk melakukan ini, tim Manajemen Risiko dan Keselamatan Pasien bekerja sama dengan tim klinis dan area perusahaan lainnya untuk mengidentifikasi risikonya, bertindak sebagai sumber daya dan memberikan saran dan dukungan untuk semua aspek pengelolaan risiko.

Tujuan keseluruhannya adalah untuk memastikan bahwa risiko klinis dan nonklinis dikelola dengan tepat untuk meningkatkan keamanan bagi pasien, perawat, staf dan pengunjung.

## **1.7 Pelaporan Insiden**

Pelaporan insiden adalah cara utama untuk menangkap kejadian yang diidentifikasi oleh staf berpotensi menimbulkan bahaya atau mempengaruhi pemberian layanan serta kejadian aktual yang terjadi. Setiap kejadian dinilai untuk mencerminkan konsekuensi dari kejadian tersebut dan kemungkinan hal tersebut dapat terjadi lagi untuk menghasilkan skor risiko antara 1 dan 25. Semakin tinggi nilai, semakin besar tingkat risiko yang dinilai. Ini membantu staf untuk memprioritaskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengurangi atau mengendalikan risiko dan mendukung proses eskalasi dan pemantauan untuk memastikan bahwa risiko dikelola dengan baik.

Tujuan sistem pelaporan yang efektif adalah agar jumlah laporan terus meningkat, namun tingkat keparahan risiko yang dilaporkan turun. Hal ini menunjukkan bahwa staf sadar akan risiko dan berisiko untuk membuat kerusakan.

### **1.8 Investigasi Insiden - Analisis Akar Penyebab**

Pada kesempatan langka ketika terjadi kesalahan atau jika sebuah tren dalam pelaporan diidentifikasi, terlepas dari apakah ada kerusakan, penyelidikan yang disebut *Root Cause Analysis* dapat dilakukan. Ini adalah teknik investigasi terstruktur, dan memberi kesempatan untuk melihat fakta kejadian yang terjadi dan untuk mengetahui mengapa, bekerja dengan tim atau staf yang terlibat untuk memastikan semua aspek kejadian ditangkap. Dengan mencari tahu mengapa sebuah insiden terjadi, dipastikan bahwa pelajaran dapat dipelajari dan tindakan yang diambil untuk mengurangi risiko kejadian tersebut terjadi lagi.

### **1.9 Perencanaan Darurat**

Sebagai bagian dari peran manajemen risiko yang lebih luas, tim juga mengelola fungsi Perencanaan Darurat. Tujuan perencanaan darurat adalah memastikan bahwa semua tim dan layanan kami memiliki rencana kesinambungan bisnis untuk mengurangi gangguan layanan jika terjadi insiden besar. Tujuannya adalah untuk menjaga agar layanan tetap berjalan sejauh mungkin dan juga membantu kami untuk membantu Anda tetap aman. Sebagai bagian dari proses ini, kami memiliki rencana untuk mengelola berbagai situasi baik sebagai akibat dari sesuatu yang terjadi secara internal, seperti kegagalan listrik lokal, atau kejadian berskala besar seperti banjir.

### **Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

1. Jelaskan tentang elemen keselamatan pasien dari Vincent (2010)!
2. Jelaskan tentang model keselamatan pasien dari ACSQH (2010)!

## ENAM SASARAN KESELAMATAN PASIEN

### Setelah pembelajaran, mahasiswa mampu :

- 1) Ketepatan Identifikasi Pasien
  - Elemen penilaian SKP I
- 2) Peningkatan Komunikasi Efektif
  - Elemen Penilaian SKP II
- 3) Peningkatan Keamanan Obat atau (High Alert) Yang Harus Diwaspadai
  - Elemen Penilaian SKP III
- 4) Kepastian Terhadap Lokasi, Prosedur dan Pasien Operasi
  - Kebijakan Penandaan Lokasi
  - Kebijakan Verifikasi Praoperatif
  - Elemen Penilaian SKP IV
- 5) Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
  - Elemen Penilaian SKP V
- 6) Pengurangan Resiko Jatuh
  - Elemen Penilaian SKP VI
  -

Proses pembelajaran pada topik ini dilaksanakan dalam bentuk pembelajaran teori dan aplikatif praktek yang mengacu pada Sistem Kredit Semester (SKS) dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Baca modul ini dengan seksama, yang dibagi dalam beberapa bagian meliputi penguasaan pengetahuan dan keterampilan maupun sikap yang mendasari penguasaan kompetensi sampai Anda merasa yakin telah menguasai kemampuan dalam bab ini.
- 2) Diskusikan dengan teman sejawat/instruktur/pelatih anda bagaimana cara anda untuk menguasai materi ini dengan benar
- 3) Jika anda latihan diluar jam tatap muka atau di luar jam kerja (Jika anda sedang Praktik Kerja) dapat menggunakan buku ini sebagai panduan belajar bersama dengan materi yang telah disampaikan di kelas.
- 4) Bicarakan dan komunikasikan melalui presentasi pengalaman-pengalaman kerja yang sudah anda lakukan dan tanyakan langkah-langkah lebih lanjut.
- 5) Kegiatan pelajaran tatap muka yang terjadwal dan terprogram, akan dilaksanakan didalam kelas dalam membahas teori dan atau dilaksanakan dilaboratorium dalam menerapkan atau mempraktekan teori.
- 6) Kegiatan mandiri yang mendalami, mempersiapkan atau untuk tujuan suatu tugas akademik lain, seperti membaca dan mengkaji buku sumber lainnya diperbolehkan untuk mendukung pemahaman terhadap modul ini
- 7) Sumber Informasi yang dapat di temukan untuk memperdalam materi buku ini antara lain Jurnal dan Majalah Dasar-dasar keperawatan, Website dan/Internet sites, Buku-buku yang relevan, *Personal experience*, Koran/Newspaper

Keselamatan pasien (patient safety) adalah prioritas utama dalam dunia medis. Karena itu, hal itu senantiasa disosialisasikan di setiap lingkungan fasilitas kesehatan. Nah, inilah 6 sasaran keselamatan pasien yang wajib diketahui.

Seluruh tindakan medis terhadap pasien pasti memiliki risiko tersendiri. Pastinya tidak ada satu petugas kesehatan atau dokter pun yang menginginkan pasiennya mengalami risiko tidak diinginkan tersebut. Oleh sebab itu, keselamatan pasien harus diutamakan dalam setiap penanganan medis. Setiap tenaga medis harus memahaminya, sehingga bisa menerapkannya dengan baik.

Keselamatan pasien adalah kunci penting bagi setiap fasilitas kesehatan. Hal ini pula yang menjadi indikator sangat penting dalam penilaian sebuah rumah sakit. Terutama dalam kepentingan akreditasinya sebagai standar mutu atas pelayanan dan kinerjanya. Untuk menjamin hal tersebut, maka sudah ditetapkan 6 sasaran keselamatan pasien.

Secara internasional ketentuan tersebut dikenal dengan istilah IPSG (International Patient Safety Goals). Dalam peraturan tersebut ada enam sasaran untuk menjamin keselamatan pasien. Ketentuan itu dirilis oleh Joint Commission International atau JCI. Lembaga ini memberikan dedikasinya untuk peningkatan kualitas layanan fasilitas kesehatan dan juga keselamatan bagi pasien.

Misi dari JCI adalah senantiasa meningkatkan kualitas kesehatan secara berkelanjutan untuk setiap masyarakat. Dengan cara menjalin kerjasama bersama seluruh stakeholder terkait, melakukan evaluasi terhadap organisasi pelayanan kesehatan, dan menjadi inspirasi untuk peningkatan pelayanan pria, efektif dan berkualitas tinggi. Saat ini baru tercatat beberapa saja rumah sakit di tanah air yang sudah berhasil mendapatkan akreditasi dari lembaga tersebut.

Nah, IPSG yang dirilis oleh JCI sudah diaplikasikan hampir di setiap rumah sakit di seluruh dunia. Kemudian ketentuan itu pun menjadi pijakan pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan dengan menerbitkan Permenkes-RI no. 1691/MENKES/PER/VII/2011. Peraturan itu terkait dengan keselamatan para pasien yang dirawat di rumah sakit.

Dengan dasar kuat dari JCI maka pemerintah Indonesia pun berupaya untuk melindungi pasien dengan mengutamakan keselamatan pasien (patient safety).

## **2.1 Enam Sasaran Keselamatan Pasien**

### **2.1.1 Ketepatan Identifikasi Pasien**

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki / meningkatkan ketelitian identifikasi pasien, yaitu sbb:

- a. Warna Gelang Pasien
  1. Gelang Identitas
    - a) Biru untuk Laki Laki, Pink untuk Perempuan
  2. Gelang Penanda
    - a) Merah: Alergi
    - b) Kuning: Risiko Jatuh Ungu
- b. Petugas harus melakukan identifikasi pasien saat pemberian obat pemberian darah / produk darah pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis Sebelum memberikan pengobatan Sebelum memberikan tindakan

#### **Elemen Penilaian SKP I**

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien
2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis (lihat juga AP.5.6, EP 2)
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur
5. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi

### **2.1.2 Peningkatan Komunikasi Efektif**

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan

Komunikasi yang mudah terjadi, terjadi pada saat: kesalahan Perintah diberikan secara lisan Perintah diberikan melalui telpon Saat pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis

Perintah Lisan/Lewat Telepon:

1. Tulis Lengkap
2. Baca Ulang- Eja untuk NORUM/LASA

3. Konfirmasi lisan dan tanda tangan (isi perintah, nama lengkap dan tanda tangan pemberi perintah, nama lengkap dan tanda tangan penerima perintah tanggal dan jam)

### **Elemen Penilaian SKP II**

1. Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan kritis dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah (lihat juga MKI.19.2, EP 1)
2. Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan kritis dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah. (lihat AP maksud dan tujuan)
3. Perintah atau hasil pemeriksaan kritis dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan
4. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten

#### **2.1.3 Peningkatan Keamanan Obat Atau (High Alert) Yang Harus Diwaspadai**

Cara ini dilakukan agar memastikan obat tetap aman untuk diberikan kepada pasien. Prosedur ini berkaitan dengan proses identifikasi, pemberian label, penetapan lokasi dan penyimpanannya. Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (highalert)

Obat yg Perlu diwaspadai:

Obat yang sering menyebabkan KTD atau kejadian sentinel; HIGH ALERT Maksud dan Tujuan SKP 3 ELEKTROLIT KONSENTRAT NORUM/LASA (Nama Obat Rupa Ucapan Mirip/Look alike sound alike) Kesalahan bisa terjadi: Secara tidak sengaja Bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan sebelum ditugaskan Pada keadaan gawat darurat

### **Elemen Penilaian SKP III:**

1. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
2. Implementasi kebijakan dan prosedur
3. Elektrolit konsentrat tidak boleh disimpan di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.
4. Elektrolit konsentrat yang disimpan di pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (restricted).

#### **2.1.4 Kepastian Terhadap Lokasi, Prosedur Dan Pasien Operasi**

Cara ini diaplikasikan agar pasien tercatat dengan valid sebelum mendapatkan tindakan operasi.

##### **Kebijakan Penandaan Lokasi**

1. Penandaan dilakukan pada kasus termasuk sisi (laterality), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multipel level (tulang belakang)
2. Perlu melibatkan pasien
3. Tak mudah luntur terkena air/alkohol / betadine
4. Mudah dikenali OPERASI
5. Digunakan secara konsisten di RS
6. dibuat oleh operator /orang yang akan melakukan tindakan
7. Dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat

##### **Kebijakan verifikasi praoperatif :**

1. Verifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar
2. Pastikan bahwa semua dokumen, foto, hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dan dipampang dg baik
3. Verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant 2 implant yg dibutuhkan
4. Tahap Time out :
  - a) memungkinkan semua pertanyaan/kekeliruan diselesaikan
  - b) dilakukan di tempat tindakan, tepat sebelum dimulai,
  - c) melibatkan seluruh tim operasi
5. Pakai surgical safety check-list (WHO. 2009)

##### **Elemen Penilaian SKP IV**

1. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
2. Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
3. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur time-out, tepat sebelum dimulainya suatu prosedur / tindakan pembedahan.



4. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi / dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi

#### **2.1.5 Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan**

Hal ini adalah prosedur dalam pencegahan penyakit menular dan infeksi sesuai dengan pedomannya.

##### **Elemen Penilaian SKP V**

1. Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum al dari WHO Patient Safety
2. Rumah sakit menerapkan program hand hygiene yang efektif
3. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

#### **2.1.6 Pengurangan Risiko Jatuh**

Setiap tenaga medis harus memahami dan mengaplikasikan sejumlah langkah untuk memastikan pasien tidak mengalami risiko jatuh. Semua langkah akan diawasi untuk memastikan keberhasilannya. Dengan begitu segala risiko tersebut tidak akan menimpa pasien yang tengah dirawatnya. Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera pasien rawat inap. Rumah sakit perlu mengevaluasi resiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi resiko cedera bila sampai jatuh. Hal-hal yang perlu dievaluasi:

1. Riwayat jatuh
2. Gaya berjalan dan keseimbangan
3. Alat bantu jalan yang digunakan oleh pasien
4. Program tersebut harus diterapkan di Rumah Sakit

##### **Elemen Penilaian SKP VI**

1. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan dan lain-lain
2. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh
3. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan

4. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit

**STANDAR YANG MENDUKUNG  
KESELAMATAN PASIEN  
DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

**Setelah pembelajaran, mahasiswa mampu :**

- 1) Standar Keselamatan Pasien
- 2) Uraian Tujuh Standar Keselamatan Pasien
  - Hak Pasien
  - Pendidikan Bagi Pasien dan Keluarga
  - Keselamatan Pasien Dalam Kesenambungan Pelayanan
  - Penanganan Metode Peningkatan Kinerja Untuk Melakukan Evaluasi dan Peningkatan Keselamatan Pasien
  - Peran Kepemimpinan Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien
  - Pendidikan Bagi Staf Tentang Keselamatan Pasien
  - Komunikasi Merupakan Kunci Bagi Staf Untuk Mencapai Keselamatan Pasien

Proses pembelajaran pada topik ini dilaksanakan dalam bentuk pembelajaran teori dan aplikatif praktek yang mengacu pada Sistem Kredit Semester (SKS) dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Baca modul ini dengan seksama, yang dibagi dalam beberapa bagian meliputi penguasaan pengetahuan dan keterampilan maupun sikap yang mendasari penguasaan kompetensi sampai Anda merasa yakin telah menguasai kemampuan dalam bab ini.
- 2) Diskusikan dengan teman sejawat/instruktur/pelatih anda bagaimana cara anda untuk menguasai materi ini dengan benar
- 3) Jika anda latihan diluar jam tatap muka atau di luar jam kerja (Jika anda sedang Praktik Kerja) dapat menggunakan buku ini sebagai panduan belajar bersamadengan materi yang telah disampaikan di kelas.
- 4) Bicarakan dan komunikasikan melalui presentasi pengalaman-pengalaman kerja yang sudah anda lakukan dan tanyakan langkah-langkah lebih lanjut.
- 5) Kegiatan pelajaran tatap muka yang terjadwal dan terprogram, akan dilaksanakan didalam kelas dalam membahas teori dan atau dilaksanakan dilaboratorium dalam menerapkan atau mempraktekan teori.
- 6) Kegiatan mandiri yang mendalami, mempersiapkan atau untuk tujuan suatu tugas akademik lain, seperti membaca dan mengkaji buku sumber lainnya diperbolehkan untuk mendukung pemahaman terhadap modul ini
- 7) Sumber Informasi yang dapat di temukan untuk memperdalam materi buku ini antara lain Jurnal dan Majalah Dasar–dasar keperawatan, Website dan/Internet sites, Buku-buku yang relevan, *Personal experience*, Koran/*Newspaper*

### **3.1 Standar Keselamatan Pasien**

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien fasilitas pelayanan kesehatan yang merupakan acuan bagi fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya.

Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan fasilitas pelayanan kesehatan dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi. Menurut Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien, standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu :

1. Hak pasien
2. Pendidikan bagi pasien dan keluarga
3. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan
4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
6. Pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

### **3.2 Uraian 7 (tujuh) Standar Keselamatan Pasien**

#### **3.2.1 Hak pasien**

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

Kriterianya adalah terdiri dari :

- a. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan
- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan (contohnya: dokter menulis pada asesmen medik atau catatan pasien terintegrasi pada rekam medis pasien)
- c. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden

Menurut Undang Undang no 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada pasal 32, ada 18 hak pasien yang harus diketahui. Hak-hak itu adalah sebagai berikut:

- 1) Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
- 2) Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien
- 3) Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi
- 4) Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional
- 5) Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi
- 6) Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
- 7) Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
- 8) Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik didalam maupun diluar Rumah Sakit
- 9) Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya
- 10) Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan
- 11) Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya
- 12) Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis
- 13) Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya
- 14) Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit
- 15) Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya
- 16) Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya
- 17) Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana

- 18) Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

### **3.2.2 Pendidikan bagi pasien dan keluarga**

Standarnya adalah fasilitas pelayanan kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Kriterianya adalah keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di fasilitas pelayanan kesehatan harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

- 1) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur
- 2) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga
- 3) Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- 4) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
- 5) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan fasilitas pelayanan kesehatan
- 6) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
- 7) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

### **3.2.3 Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan**

Standarnya adalah fasilitas pelayanan kesehatan menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

**Kriterianya adalah terdiri dari :**

- 1) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan.
- 2) Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
- 3) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial,

konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.

- 4) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

#### **3.2.4 Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien**

Standarnya adalah fasilitas pelayanan kesehatan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

##### **Kriterianya adalah terdiri dari :**

- 1) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan fasilitas pelayanan kesehatan, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.
- 2) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
- 3) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
- 4) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

#### **3.2.5 Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien**

##### **Standarnya terdiri dari :**

- 1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.
- 2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.

- 3) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- 4) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien.
- 5) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

**Kriterianya adalah terdiri dari :**

- 1) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- 2) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.

Insiden meliputi Kondisi Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Selain Insiden diatas, terdapat KTD yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien yang dikenal dengan kejadian sentinel.

Contoh Kejadian sentinel antara lain Tindakan invasif/pembedahan pada pasien yang salah, Tindakan invasif/ pembedahan pada bagian tubuh yang keliru, Ketinggalan instrumen/alat/ benda-benda lain di dalam tubuh pasien sesudah tindakan pembedahan, Bunuh diri pada pasien rawat inap, Embolisme gas intravaskuler yang mengakibatkan kematian/kerusakan neurologis, Reaksi Haemolitis transfusi darah akibat inkompatibilitas ABO, Kematian ibu melahirkan, Kematian bayi “Full-Term” yang tidak di antipasi, Penculikan bayi, Bayi tertukar, Perkosaan /tindakan kekerasan terhadap pasien, staf, maupun pengunjung.

Selain contoh kejadian sentinel diatas terdapat kejadian sentinel yang berdampak luas/nasional diantaranya berupa Kejadian yang sudah terlanjur di “blow up” oleh media, Kejadian yang menyangkut pejabat, selebriti dan publik figure lainnya, Kejadian yang melibatkan berbagai institusi maupun fasilitas pelayanan kesehatan lain, Kejadian yang sama yang timbul di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan dalam kurun waktu yang relatif bersamaan, Kejadian yang menyangkut moral, misalnya : perkosaan atau tindakan kekerasan.



- 3) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- 4) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- 5) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah “Kejadian Nyaris Cedera” (KNC/Near miss) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
- 6) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (Sentinel Event) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.
- 7) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam fasilitas pelayanan kesehatan dengan pendekatan antar disiplin.
- 8) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
- 9) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

### **3.2.6 Pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien**

Standarnya adalah terdiri dari :

- 1) Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
- 2) Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

**Kriterianya adalah terdiri dari :**

- 1) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
- 2) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan in- service training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- 3) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

**3.2.7 Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien**

Standarnya adalah terdiri dari :

- 1) Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
- 2) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriterianya adalah terdiri dari :

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

**Latihan (Kasus)**

Kasus An. Az. di Rumah Sakit Bakti Sehat umur 3 tahun pada tanggal 14 Februari 2017, pasien di rawat di ruangan Melati dengan diagnosa Kejang Demam (Febris Convulsi) . Sesuai order dokter, infus pasien harus diganti dengan didrip obat penitoin, namun perawat yang tidak mengikuti operan jaga langsung mengganti infus pasien tanpa melihat bahwa terapi pasien tersebut infusnya harus didrip obat penitoin. Beberapa menit kemudian pasien mengalami kejang-kejang, keluarga pasien cepat melaporkan kejadian ini sehingga tidak menjadi tambah parah dan infusnya langsung diganti dan ditambah penitoin.

Bagaimana tanggapan Anda tentang kasus ini?

Petunjuk Jawaban Latihan (Kasus)

## **Analisis**

Dalam kasus ini terlihat jelas bahwa kelalaian perawat dapat membahayakan keselamatan pasien. Seharusnya saat pergantian jam dinas semua perawat memiliki tanggung jawab untuk mengikuti operan yang bertujuan untuk mengetahui keadaan pasien dan tindakan yang akan dilakukan maupun dihentikan. Supaya tidak terjadi kesalahan pemberian tindakan sesuai dengan kondisi pasien.

Pada kasus ini perawat juga **tidak menjalankan prinsip 6 benar** dalam pemberian obat. Seharusnya perawat melihat terapi yang akan diberikan kepada pasien sesuai order, namun dalam hal ini perawat tidak menjalankan prinsip benar obat.

Disamping itu juga, terkait dengan hal ini perawat tidak mengaplikasikan konsep patient safety dengan benar, terbukti dari kesalahan akibat tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan yang menyebabkan ancaman keselamatan pasien.

- Nursalam.(2014). Manajemen keperawatan. aplikasi dalam praktik keperawatan profesional. Salemba Medik. Jakarta.
- PERSI – KARS, KKP-RS. (2006). Membangun budaya keselamatan pasien rumah sakit.Lokakarya program KP-RS. 17 Nopember 2006
- Potter, P.A and Perry , A.G. (2002). Alih Bahasa: Yasmin Asih at.all. Ed. 4. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik (Fundamental of nursing concept; proses and Practice). Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan R.I (2006). Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit. utamakan keselamatan pasien. Bakit Husada
- Depertemen Kesehatan R.I (2006). Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. (konsep dasar dan prinsip). Direktorat Jendral Pelayanan Medik Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta.
- Komalawati, Veronica. (2010) Community&Patient Safety Dalam Perspektif Hukum Kesehatan. Sutoto (2012), Sasaran Keselamatan pasien (tidak dipublikasikan)