

**PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN
DAN MANAJEMEN RISIKO
FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA (FKTP)**



**DIREKTORAT MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN
SUBDIT MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER
TAHUN 2018**

KATA PENGANTAR

DIREKTUR MUTU DAN AKREDITASI PELAYANAN KESEHATAN

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, Tuhan Yang maha Esa, karena atas rahmat dan hidayahNya, kami dapat menyusun Pedoman Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko di FKTP. Pedoman ini diharapkan menjadi acuan bagi fasilitas kesehatan tingkat pertama, bagi Surveior FKTP, bagi pendamping akreditasi dalam mengupayakan keselamatan pasien, pengunjung dan masyarakat melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan tersebut.

Keselamatan (*Safety*) telah menjadi isu global dalam pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan di FKTP. Oleh karena itu dalam akreditasi FKTP, Keselamatan pasien merupakan suatu hal yang sangat penting untuk dilaksanakan. Masyarakat menghendaki pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, serta dapat menjawab kebutuhan mereka, oleh karena itu upaya peningkatan mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien perlu diterapkan dalam pengelolaan FKTP yang komprehensif kepada pengguna jasa.

Pada kesempatan ini, perkenankan saya menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah berkontribusi hingga selesainya buku pedoman ini. Kami menyadari buku ini belum sepenuhnya sempurna, sehingga masukan yang bersifat membangun sangat kami harapkan. Selamat bekerja, selamat membangun Negara Indonesia tercinta.

Jakarta, April 2018

Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan,

dr. Eka Viora, Sp.KJ

**PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO
DI FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA**

Kata Pengantar
Daftar Isi
Daftar Lmapiran
Daftar Gambar

- BAB I PENDAHULUAN
A. Latar Belakang
B. Tujuan
C. Sasaran
D. Dasar Hukum
- BAB II KONSEP KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO PELAYANAN DI FKTP
A. Konsep Keselamatan Pasien
B. Konsep Manajemen Risiko
- BAB III PENYELENGGARAAN KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO DI FKTP
A. Standar Keselamatan Pasien
B. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien
C. Sasaran Keselamatan Pasien
D. Insiden Keselamatan Pasien
E. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
F. Mengelola Risiko Dalam Pelayanan
G. Penyusunan Register Risiko di FKTP
- BAB IV PEMBINAAN DAN PENGAWASAN
A. Pembinaan
B. Pengawasan
- BAB V PENUTUP
- Lampiran

TIM PENYUSUN

dr. H. KM. TAUFIQ, MMR
dr. Tjahyono Kuntjoro, MPH, PhD
dr. Lina. MPH
dr. Dewi Irawati, MKM; Siti Romlah,SKM,MKM
dr. Ernawati Atmaningyas; Ruri Purwandani, SP;
dr. Berta Pasaribu, MARS, dr. Mugi Lestari;
Ida Ayu, St; Tanti Octarini, Skep, Ners;Meily Arovi Qulsum;
Indi Susanti, M Epid; Emma Aprilia, MARS; Ira, MKM;

EDITOR

dr. H. KM. TAUFIQ, MMR
dr. Tjahyono Kuntjoro, MPH, PhD
dr. Lina. MPH
dr. Mugi Lestari

KONTRIBUTOR

Konsultan Akreditasi FKTP

Formulir2

Formulir data Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk pelaporan insiden ke Komite Nasional Keselamatan Pasien melalui Pos

**Silahkan Isi User name Fasilitas Pelayanan Kesehatan
UNTUK MELAPORKAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN KE KOMITE
NASIONAL KESELAMATAN PASIEN**

User name Fasilitas Pelayanan Kesehatan : _____

Bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang belum mengetahui username, silahkan melakukan registrasi isi Formulir Data Fasilitas Pelayanan Kesehatan dibawah ini, yang dapat diakses lewat : <http://www.buk.depkes.go.id>

DAFTAR ISTILAH

1. Keselamatan pasien adalah upaya untuk menurunkan risiko cedera yang sebenarnya tidak perlu terjadi dalam pelayanan kesehatan sampai pada batas minimum yang dapat diterima (WHO - ICPS, 2009)
2. Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmenrisiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dariinsiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untukmeminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yangdisebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atautidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (PMK 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien)
3. Keselamatan pasien di sarana pelayanan kesehatan adalah upaya yang dirancang untuk mencegah terjadinya outcome yang tidak diharapkan sebagai akibat tindakan yang tidak aman atau kondisi laten di sarana pelayanan kesehatan
4. Insiden Keselamatan adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien
5. Kondisi berpotensi Cedera (KPC): kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. (PMK 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien)
6. Kejadian Nyaris Cedera (KNC): terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien (PMK 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien). Kejadian atau situasi yang sebenarnya dapat menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi karena secara kebetulan diketahui atau upaya pencegahan segera dilakukan
7. Kejadian Tidak Cedera (KTC): Insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. Terjadi penanganan klinis yang tidak sesuai pada pasien, tetapi tidak terjadi cedera.
8. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD): Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. Cedera yang diakibatkan oleh tatakelola klinis bukan karena latar belakang kondisi pasien.

9. Kejadian Sentinel merupakan kejadian tidak diharapkan (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.
10. Risiko: probabilitas terjadinya insiden
11. Kesalahan (*error*): deviasi antara apa yang dikerjakan dengan apa yang seharusnya dikerjakan, kegagalan dari tindakan yang direncanakan dalam mencapai hasil yang diharapkan (James Reason)
12. *Hazard*: suatu keadaan, agen atau tindakan yang berpotensi menyebabkan cedera
13. *Root Cause Analysis* (RCA): suatu proses untuk mengeksplorasi semua faktor yang mungkin berhubungan dengan suatu kejadian dengan menanyakan apa kejadian yang terjadi, mengapa kejadian tersebut terjadi, dan apa yang dapat dilakukan untuk mencegah kejadian tersebut terjadi lagi di masa mendatang.
14. Register Risiko : suatu alat untuk mendokumentasikan risiko-risiko dan tindakan untuk mengelola risiko tersebut
15. *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA): suatu pendekatan untuk mengenali dan menemukan kemungkinan terjadinya kegagalan pada sistem dan strategi untuk mencegah terjadinya kegagalan tersebut

PembuatLaporan	:	PenerimaLaporan	:
Paraf	:	Paraf	:
TglTerima	:	TglLapor	:

Grading Risiko Kejadian* (Diisi oleh atasan pelapor) :

BIRU HIJAU KUNING MERAH

NB. * = pilih satu jawaban.

- Obstetri Gynekologi dan Subspesialisasinya
 - THT dan Subspesialisasinya
 - Mata dan Subspesialisasinya
 - Saraf dan Subspesialisasinya
 - Anastesi dan Subspesialisasinya
 - Kulit dan 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
 - 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
 - Bidan/ 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?**
.....
.....

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sarana pelayanan kesehatan merupakan tempat yang dikategorikan tidak aman, sekitar 10 % pasien yang dirawat di sarana kesehatan di negara maju dan lebih dari 10 % di negara berkembang mengalami kejadian tidak diharapkan.

Cedera mungkin saja dialami oleh pasien atau pengunjung sarana pelayanan kesehatan baik akibat kondisi sarana, prasarana, dan peralatan yang ada, maupun akibat pelayanan yang diberikan. Cedera atau kejadian yang tidak diharapkan terjadi bukan karena kesengajaan, tetapi karena rumitnya pelayanan kesehatan. Banyak faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya cedera atau kejadian tidak diharapkan, seperti tidak tersedianya sumber daya manusia yang kompeten, kondisi fasilitas, maupun ketersediaan obat dan peralatan kesehatan yang tidak memenuhi standar.

Yang dimaksud dengan “keselamatan pasien” pada pedoman ini adalah upaya yang dilakukan pada fasilitas kesehatan tingkat primer agar asuhan pasien lebih aman, tertibnya pelaporan dan analisis insiden, implementasi solusi untuk meminimalisir timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cidera, tidak hanya terkait dengan pelayanan klinis tapi juga terkait dengan upaya kesehatan masyarakat. Upaya keselamatan pasien dilakukan dengan memperbaiki tata kelola risiko terkait dengan pencapaian kinerja dan menganalisis risiko-risiko yang mungkin terjadi pada saat proses pelayanan, baik pelayanan Administrasi dan Manajemen, UKM maupun UKP.

Pasien, pengunjung, dan masyarakat dapat mengalami cedera atau kejadian tidak diharapkan terkait dengan infeksi, kesalahan pemberian obat, pembedahan yang tidak aman, alih pasien yang tidak dilakukan dengan tepat, kesalahan identifikasi, kondisi fasilitas pelayanan yang tidak aman, maupun akibat penyelenggaraan kegiatan pada upaya kesehatan masyarakat yang tidak memperhatikan aspek keselamatan.

Risiko-risiko yang mungkin terjadi dalam pelayanan kesehatan perlu diidentifikasi dan dikelola dengan baik untuk mengupayakan keselamatan pasien, pengunjung, dan masyarakat yang dilayani.

Formulir 1

**FORMULIR LAPORAN INSIDEN KE TIM KESELAMATAN PASIEN
DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan

**LAPORAN INSIDEN
(INTERNAL)**

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

A. DATA PASIEN

Nama :
No MR : Ruangan :
Umur :Bulan Tahun
Keompok Umur* : 0-1 bulan > 1 bulan - 1 tahun
 > 1 tahun - 5 tahun > 5 tahun-15tahun
 > 15 tahun - 30 tahun > 30 tahun - 65 tahun
 > 65 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
Penanggung biaya pasien : Pribadi Asuransi Swasta
 Pemerintah Perusahaan*
 BPJS Lain-lain
Tanggal Masuk
Fasyankes : Jam :
.....

B. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden
Tanggal : Jam
.....
2. Insiden :
3. Kronologis Insiden

8. Pendamping Akreditasi FKTP
9. Pelatih Surveior dan Pendamping Akreditasi FKTP

D. Dasar Hukum

1. UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
2. UU No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
3. PP No.66 tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan
4. Permenakertrans No.4 tahun 1980 tentang syarat-syarat Pemasangan dan Pemeliharaan Alat Pemadam Api Ringan
5. Permenkes No.269 tahun 2008 tentang Rekam Medis
6. Permenkes No.492 tahun 2010 tentang Persyaratan Kualitas Air minum
7. Permenkes No. 37 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Laboratorium Pusat Kesehatan Masyarakat
8. Permenkes No.9 tahun 2014 tentang Klinik
9. Permenkes No.75 tahun 2014 tentang Puskesmas
10. Permenkes No.13 tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas
11. Permenkes No. 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi
12. Permenkes No.54 tahun 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan
13. Permenkes No.67 tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat
14. Permenkes No.71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
15. Permenkes No.4 tahun 2016 tentang Penggunaan Gas Medik dan Vakum Medik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan
16. Permenkes No.67 tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis
17. Permenkes No.74 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas
18. Permenkes No.11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
19. Permenkes No. 12 tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi
20. Permenkes No. 27 tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
21. Permenkes No. 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan

22. Kepmenkes No. 62 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter Gigi

23. Kepmenkes No. 514 tahun 2015 tentang Panduan Praktek Klinis Bagi Dokter di FKTP

BAB V PENUTUP

Pedoman keselamatan pasien dan manajemen risiko disusun sebagai acuan dalam memberikan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama baik dalam pelayanan klinis maupun dalam penyelenggaraan kegiatan upaya kesehatan masyarakat.

Pedoman ini dapat digunakan oleh para praktisi dan karyawan yang bekerja di FKTP maupun para Surveior FKTP dan Pendamping persiapan akreditasi FKTP dalam menyiapkan puskesmas membangun sistem pelayanan yang minimal risiko dan mengupayakan keselamatan pasien dan pengunjung.

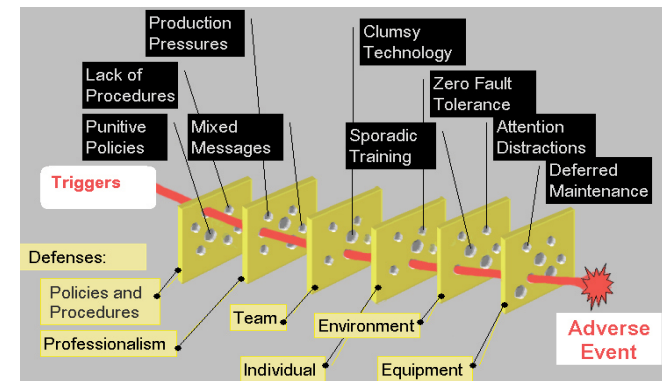
tanggung jawab Tim mutu Klinis dan Keselamatan Pasien sebagaimana diminta dalam standar akreditasi. Untuk risiko kegiatan UKM di Puskesmas menjadi tanggung jawab Tim Mutu Upaya Kesehatan Masyarakat.

3. Dalam melaksanakan kegiatan Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko, perlu disusun rencana program Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko yang terintegrasi dalam Program Mutu Puskesmas/Klinik dan Keselamatan Pasien, dilaksanakan, dimonitor, dan dievaluasi
4. Pelaksanaan kegiatan Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko wajib dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten tiap tiga bulan sekali, terintegrasi dengan Pelaporan Kegiatan Perbaikan Mutu Puskesmas dan Keselamatan Pasien.
5. Jika terjadi Insiden Keselamatan Pasien di Puskesmas/Klinik yang berupa Kejadian Tidak Diharapkan dan/atau Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera, dan Kondisi berpotensi Cedera wajib dilaporkan paling lambat 2 x 24 jam kepada atasan langsung dan kepada Kepala Puskesmas/Klinik, dan ditindak lanjuti.
6. Jika terjadi Insiden masuk derajat merah atau kuning, Kepala Puskesmas/Klinik menugaskan Tim Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien untuk melakukan investigasi dengan menggunakan RCA. Analisis dan tindak lanjut harus sudah diselesaikan dalam waktu paling lambat 45 hari.
7. Jika terjadi Insiden Keselamatan Pasien yang masuk derajat biru, unit kerja yang bersangkutan harus melakukan investigasi sederhana dan menindaklanjuti paling lambat dalam waktu satu minggu
8. Jika terjadi Insiden Keselamatan Pasien yang masuk derajat hijau, unit kerja yang bersangkutan harus melakukan investigasi sederhana dan menindaklanjuti paling lambat dalam waktu dua minggu
9. Hasil investigasi Insiden Keselamatan Pasien harus segera dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
10. Jika terjadi Insiden Keselamatan Pasien di Tempat Praktik Mandiri, Dokter Praktik Mandiri wajib melakukan kajian terhadap terjadinya insiden, melakukan tindak lanjut, dan melaporkan hasil kajian dan tindak lanjut kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota paling lambat 2 minggu setelah kejadian.

BAB II KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO PENYELENGGARAAN PELAYANAN DI FKTP

A. Konsep Keselamatan Pasien

Pelayanan kesehatan sarat dengan risiko yang dapat menimbulkan cedera baik bagi pasien, keluarga pasien, petugas kesehatan, sasaran kegiatan upaya kesehatan, bahkan masyarakat dan lingkungan sebagai akibat penyelenggaraan pelayanan atau kegiatan upaya kesehatan. Cedera tersebut terjadi karena tindakan yang tidak aman, yaitu kesalahan yang dilakukan oleh seseorang dalam penyelenggaraan pelayanan, dan/atau akibat kegagalan sistem, sebagaimana digambarkan oleh Reason dalam *SWISS CHEEZE MODE*, sebagai berikut:



Gambar 1: Swiss Cheeze Mode

Berbagai upaya untuk meminimalkan terjadinya kejadian tidak diharapkan telah dilakukan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, antara lain disusun dan diterapkannya kebijakan dan prosedur pelayanan, peningkatan profesionalisme, kerja tim, peningkatan kompetensi karyawan, perbaikan lingkungan, maupun penyediaan peralatan yang sesuai dengan standar, akan tetapi kejadian tidak diharapkan tetap saja terjadi. Kejadian tersebut tetap dapat terjadi karena upaya-upaya yang dilakukan yang merupakan barrier (pertahanan) tidak sepenuhnya dapat membendung

timbulnya kejadian, antara lain: sebagai akibat kebijakan dan prosedur yang disusun belum sesuai, pelatihan yang dilakukan tidak memadai, pelatihan yang dilakukan untuk meningkatkan kompetensi tidak direncanakan dengan baik, sarana, prasarana, dan peralatan tidak dipelihara dengan baik, kelelahan dari petugas ketika melaksanakan kegiatan, dan perintah dari tenaga medis yang saling bertabrakan.

Seperti yang sudah dijelaskan dalam pendahuluan bahwa Kementerian Kesehatan dalam rangka meningkatkan upaya keselamatan pasien telah menerbitkan Permenkes 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien sebagai acuan dalam menerapkan penyelenggaraan keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan di Indonesia.

Yang dimaksud Keselamatan Pasien dalam permenkes tersebut adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan 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.

Yang dimaksud Insiden Keselamatan Pasien dalam pedoman ini yang selanjutnya disebut Insiden, adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien.

Penyelenggaraan Keselamatan Pasien tersebut dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan: 1) standar Keselamatan Pasien; 2) sasaran Keselamatan Pasien; dan 3) tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien.

Permenkes 11 tahun 2017 juga telah mengamanatkan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan Keselamatan Pasien. Penanganan Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dilakukan melalui pembentukan tim Keselamatan Pasien yang ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai pelaksana kegiatan penanganan Insiden. Dalam hal tim Keselamatan Pasien belum dapat dibentuk karena keterbatasan tenaga, fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki petugas yang bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan.

BAB IV PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

A. Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan mempunyai kewajiban untuk melakukan pembinaan, pengawasan, dan evaluasi terhadap kegiatan Keselamatan pasien di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama secara berjenjang, melalui Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/kota. Asosiasi Dinas Kesehatan, asosiasi klinik, organisasi profesi kesehatan, dan institusi pendidikan dapat diikuti sertakan dalam pelaksanaan pembinaan, pengawasan, dan evaluasi tersebut.

B. Dinas Kesehatan Provinsi

Dinas Kesehatan Provinsi mempunyai kewajiban untuk melakukan pembinaan, pengawasan, dan evaluasi terhadap kegiatan Keselamatan Pasien di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Asosiasi Dinas Kesehatan, asosiasi klinik, organisasi profesi kesehatan, dan institusi pendidikan dapat diikuti sertakan dalam pelaksanaan pembinaan, pengawasan, dan evaluasi tersebut.

C. Dinas Kesehatan Kabupaten

Dinas Kesehatan Kabupaten mempunyai kewajiban untuk melakukan pembinaan, pengawasan, dan evaluasi terhadap kegiatan Keselamatan Pasien di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Pelaporan kegiatan Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko, serta Insiden Keselamatan Pasien wajib diberi umpan balik dan ditindak lanjuti dalam upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien, dan meminimalkan risiko dalam pelayanan kesehatan tingkat pertama kepada masyarakat.

D. Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, dan Tempat Praktik Dokter Mandiri

1. Kepala Puskesmas/Klinik dan Dokter Praktik mandiri melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan upaya keselamatan pasien dan manajemen risiko di Puskesmas/Klinik/Tempat praktik.
2. Kepala Puskesmas/Klinik membentuk tim yang bertanggung jawab untuk mengelola upaya keselamatan pasien dan manajemen risiko. Untuk keselamatan pasien dan keamanan fasilitas di Puskesmas/Klinik menjadi

Pengaturan Keselamatan Pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan fasilitas pelayanan kesehatan dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi

B. KONSEP MANAJEMEN RISIKO

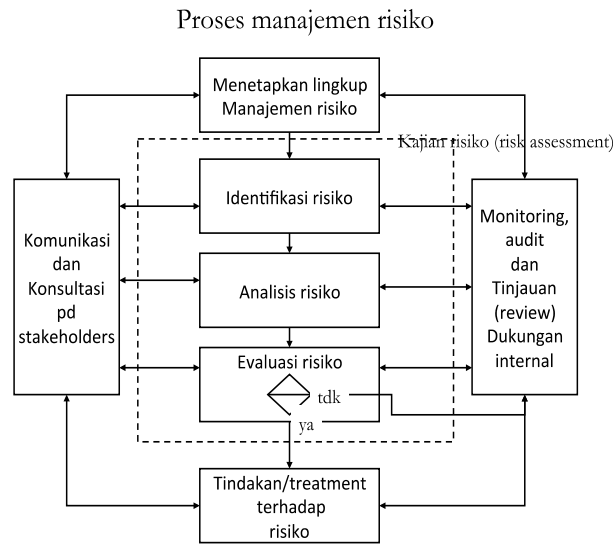
Manajemen risiko adalah suatu proses mengenal, mengevaluasi, mengendalikan, dan meminimalkan risiko dalam suatu organisasi secara menyeluruh (NHS)

1. Lingkup manajemen risiko dalam pelayanan kesehatan:

- a. Risiko yang terkait dengan pelayanan pasien atau kegiatan pelayanan kesehatan: adalah risiko yang mungkin dialami oleh pasien atau sasaran kegiatan UKM, atau masyarakat akibat pelayanan yang disediakan oleh FKTP, misalnya: risiko yang dialami pasien ketika terjadi kesalahan pemberian obat.
- b. Risiko yang terkait dengan petugas klinis yang memberikan pelayanan: adalah risiko yang mungkin dialami oleh petugas klinis ketika memberikan pelayanan, misalnya perawat tertusuk jarum suntik sehabis melakukan penyuntikan.
- c. Risiko yang terkait dengan petugas non klinis yang memberikan pelayanan: adalah risiko yang mungkin dialami petugas non klinis, seperti petugas laundry, petugas kebersihan, petugas sanitasi, petugas lapangan ketika melaksanakan kegiatan pelayanan.
- d. Risiko yang terkait dengan sarana tempat pelayanan: adalah risiko yang mungkin dialami oleh petugas, pasien, sasaran kegiatan pelayanan, masyarakat, maupun lingkungan akibat fasilitas pelayanan.
- e. Risiko finansial: adalah risiko kerugian finansial yang mungkin dialami oleh FKTP akibat pelayanan yang disediakan.
- f. Risiko lain diluar 5 (lima) risiko di atas: adalah risiko-risiko lain yang tidak termasuk pada lingkup risiko a. sampai dengan e., misalnya kecelakaan ambulans, kecelakaan kendaraan dinas yang digunakan.

2. Tahapan manajemen risiko:

Tahapan manajemen risiko dimulai dengan menetapkan lingkup manajemen risiko, dilanjutkan dengan kajian risiko: mengenal risiko, menganalisis risiko, mengevaluasi risiko, dan diakhiri dengan menentukan tindakan terhadap risiko. Setiap tahapan proses manajemen risiko harus dikomunikasikan dan dikonsultasikan pada pihak-pihak yang berkepentingan. Tiap tahapan manajemen risiko perlu dimonitor, diaudit, ditinjau, dan memerlukan dukungan internal.



Gambar 5: Proses Manajemen Risiko

a. Menetapkan lingkup manajemen risiko:

Lingkup manajemen risiko yang akan dianalisis harus ditetapkan terlebih dahulu, misalnya: risiko yang terkait dengan pelayanan pasien, risiko yang terkait dengan pelayanan UKM, risiko yang terkait dengan staf klinis, risiko yang terkait dengan staf lain, risiko yang terkait dengan fasilitas.

G. Penyusunan Register Risiko di FKTP

Risiko-risiko yang terkait dengan penyediaan pelayanan pasien di puskesmas/fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas tempat pelayanan, dan kegiatan pelayanan kesehatan di luar gedung puskesmas/FKTP (kegiatan upaya kesehatan masyarakat) harus diidentifikasi, dianalisis, dan diupayakan untuk meminimalkan/mencegah terjadinya, dan jika terjadi kejadian dilakukan upaya untuk mengatasi akibat kejadian.

Hasil analisis tersebut dituangkan dalam register risiko sebagaimana tabel di bawah ini:

No	Pelayanan/tempat kerja	Risiko yang mungkin terjadi	Tingkat risiko	Penyebab terjadi	Akibat	Pencegahan	Upaya penanganan jika terjadi insiden	Pelaporan

Keterangan cara mengisi tabel:

- Pelayanan/tempat kerja: diisi dengan jenis pelayanan UKM atau UKP, misalnya pelayanan UKM Pencegahan Penyakit: Kegiatan Foging, pelayanan UKP: pelayanan laboratorium, atau tempat kerja: Ruang Tunggu Pasien.
- Risiko yang mungkin terjadi: risiko-risiko yang terkait dengan kegiatan pelayanan, atau risiko yang dapat terjadi di tempat kerja
- Tingkat risiko: diisi dengan risiko ekstrem, risiko tinggi, risiko sedang, atau risiko rendah, dengan menggunakan *severity assessment*.
- Penyebab terjadi: diisi dengan kemungkinan penyebab terjadinya risiko.
- Akibat: diisi dengan akibat yang mungkin terjadi terkait dengan risiko.
- Pencegahan: diisi dengan upaya pencegahan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya risiko
- Upaya penanganan jika terjadi insiden: diisi dengan tindakan atau kegiatan yang perlu dilakukan untuk melakukan koreksi terhadap akibat dari insiden, dan melakukan mitigasi untuk meminimalkan akibat dari insiden
- Pelaporan: diisi dengan kepada siapa laporan jika terjadi insiden, kapan harus dilaporkan, dan siapa yang melaporkan

pemeriksaan penunjang, pengobatan, pemberian tindakan, sampai dengan pemulangan. Risiko tersebut perlu diidentifikasi, dianalisis dan ditindak lanjuti. Register risiko terkait dengan pelayanan klinis perlu disusun, demikian juga proses pelayanan klinis yang menjadi prioritas perbaikan perlu dianalisis dengan menggunakan FMEA, dikenali model-model kegagalan atau kesalahan, dianalisis sebab dan akibatnya, untuk kemudian ditindak lanjuti dengan disain ulang atau perbaikan prosedur pelayanan agar minimal dari risiko.

Dalam setiap pelaksanaan program UKM harus memperhatikan sasaran keselamatan pasien, karena dalam pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat ada kegiatan-kegiatan yang terkait langsung dengan kesehatan perseorangan dan kegiatan-kegiatan yang dapat berdampak risiko pada masyarakat secara lebih luas maupun lingkungan.

Beberapa contoh sebagai berikut :

- Fogging dalam upaya penanggulangan demam berdarah,
- Penyemprotan insektisida dalam upaya penanggulangan malaria.
Dalam kegiatan tersebut digunakan bahan berbahaya dan beracun yang harus diantisipasi risiko terhadap masyarakat dan lingkungan.
- Vaksin yang digunakan tidak memenuhi kaidah rantai dingin, akan berdampak masyarakat tidak terlindungi terhadap kejadian penyakit menular yang pada gilirannya dapat berdampak pada kesehatan masyarakat.
- Pemberian makanan tambahan yang tidak higienis dapat berakibat timbulnya diare pada balita yang mengkonsumsi makanan tambahan tersebut.

Dalam rangka mencegah dan meminimalisasi risiko penyelenggaraan UKM di Puskesmas maka telah dicantumkan dalam standar akreditasi puskesmas yaitu Bab V, Kriteria 5.1.5 dimana penanggung jawab UKM Puskesmas mengupayakan minimalisasi risiko pelaksanaan kegiatan terhadap lingkungan dengan mensyaratkan dilakukan identifikasi risiko yang terkait dengan pelaksanaan kegiatan UKM di masyarakat. Risiko akibat setiap pelaksanaan kegiatan UKM harus diidentifikasi, dianalisis, dan ditindaklanjuti. Hasil analisis tersebut dituangkan dalam register risiko penyelenggaraan kegiatan UKM Puskesmas.

b. Mengenal risiko.

Setelah menentukan lingkup manajemen risiko, misalnya risiko terkait dengan pelayanan pasien, maka tahap berikutnya adalah mengenali risiko-risiko apa saja yang mungkin terjadi dalam pelayanan pasien. Disusun daftar risiko-risiko yang mungkin atau pernah terjadi (register risiko)

c. Kajian risiko:

1) Kajian tingkat keparahan (*severity assessment*) risiko:

Jika diidentifikasi ternyata terdapat sekian banyak risiko maka dapat dilakukan kajian tingkat keparahan risiko dari risiko-risiko yang dikenali tersebut, demikian juga jika terjadi suatu kejadian, maka dapat dikaji tingkat keparahan dari insiden tersebut.

2) *Root Cause Analysis*(RCA): Jika terjadi suatu insiden yang masuk kategori risiko ekstrem dan risiko tinggi, maka tim KP perlu dilakukan investigasi lebih lanjut, jika kejadian termasuk risiko rendah atau risiko minimal maka dilakukan investigasi sederhana oleh atasan langsung

3) *Failure Modes and Effects Analysis*: Untuk memperbaiki suatu proses pelayanan agar minim dari risiko dapat dilakukan analisis dengan menggunakan instrument FMEA

d. Evaluasi risiko:

Setiap risiko atau kejadian harus dievaluasi apakah memerlukan tindak lanjut atau tidak. Jika perlu tindak lanjut maka harus disusun rencana tindak lanjut terhadap risiko atau kejadian tersebut.

e. Menyusun rencana dan melaksanakan tindakan/treatment terhadap risiko.

Jika dari hasil evaluasi diperlukan tindak lanjut terhadap risiko, maka perlu disusun rencana aksi yang berisi kegiatan-kegiatan yang perlu dilakukan untuk mengatasi akibat risiko dan melakukan tindakan pencegahan agar tidak terjadi insiden terkait dengan risiko tersebut.

3. Perangkat manajemen risiko:

Beberapa perangkat yang sering digunakan dalam melaksanakan manajemen risiko adalah sebagai berikut;

a. Kajian tingkat keparahan risiko (*severity assessment*): Kajian ini dilakukan untuk menentukan tingkat keparahan risiko, dengan

memperhatikan dua variable, yaitu dampak risiko (*severity*), dan kemungkinan terjadinya (*probability*).

Untuk menentukan dampak risiko digunakan tabel di bawah ini:

Tingkat Risiko	Dampak	Penjelasan
1	Minimal	Tidak ada cedera
2	Minor	Cedera ringan, missal luka lecet, dapat diatasi misalnya dengan P3K
3	Moderat	Cedera sedang, misalnya luka robek, berkurangnya fungsi motorik, sensorik, psikologis atau intelektual yang bersifat reversible, tidak berhubungan dengan penyakit, atau memperpanjang hari perawatan
4	Mayor	Cedera luas/berat, missal: cacat, lumpuh, kehilangan fungsi motoric, sensorik, psikologi atau intelektual yang bersifat irreversible, tidak berhubungan dengan penyakit
5	Ekstrem (katastropik)	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

Untuk menentukan tingkat kemungkinan terjadinya, digunakan tabel di bawah ini:

Tingkat kemungkinan terjadi	Probabilitas	Deskripsi
1	Sangat jarang terjadi	Sama atau lebih dari lima tahun sekali
2	Jarang terjadi	Sama atau lebih dari 2 tahun tetapi kurang dari lima tahun sekali
3	Mungkin terjadi	Sama atau lebih dari satu tahun tetapi kurang dari dua tahun sekali
4	Sering terjadi	Beberapa kali setahun
5	Sangat sering terjadi	Sangat sering terjadihampir tiap minggu atau tiap bulan terjadi

melakukan investigasi dan tindak lanjut terhadap kejadian. Keseluruhan langkah RCA jika terjadi kejadian harus diselesaikan paling lambat 45 hari. Jika kejadian tersebut masuk dalam kategori risiko sedang atau minimal, maka dilakukan investigasi sederhana oleh atasan langsung untuk segera dilakukan upaya tindak lanjut, paling lambat keseluruhan upaya tindak lanjut sudah dapat diselesaikan dalam waktu 12 hari.

E. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Setiap insiden keselamatan pasien harus dilaporkan kepada Pimpinan FKT. Budaya untuk melaporkan jika terjadi insiden keselamatan pasien perlu dikembangkan bersamaan dengan budaya "*just culture*", budaya memberikan perlakuan yang adil perlu dikembangkan sehingga tidak terjadi budaya menyalahkan dalam penyelenggaraan pelayanan klinis pada pasien.

Kebijakan dan prosedur pelaporan insiden perlu disusun dengan alur, setiap kejadian harus dilaporkan kepada pimpinan organisasi, selanjutnya berdasarkan hasil analisis terhadap insiden tersebut dilakukan tindak lanjut sesuai dengan tingkat keparahan kejadian.

Insiden keselamatan pasien harus dilaporkan paling lambat 2 x 24 jam kepada Kepala FKTP dengan Format Laporan Insiden Keselamatan Pasien dapat dilihat pada lampiran 1.

Setelah dilakukan analisis, serta mendapatkan rekomendasi dan solusi, fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pelaporan insiden, secara online atau tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien sesuai format laporan sebagaimana tercantum pada Formulir 2

Pelaporan insiden ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak menyalahkan orang lain. Pelaporan insiden harus:

1. Dijamin keamanannya
2. Bersifat rahasia
3. *Anonym* (tanpa identitas)
4. Tidak mudah diakses oleh orang yang tidak berhak

F. Mengelola Risiko dalam Pelayanan

Risiko terjadinya cedera perlu diidentifikasi pada setiap tahapan pelayanan klinis mulai dari pendaftaran, anamnesis, pemeriksaan fisik,

- g. Membuat laporan kegiatan kepada Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan
- h. Mengirim laporan Insiden secara kontinu

Kejadian yang membahayakan pasien atau pengunjung yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan harus dicegah dengan menerapkan manajemen risiko dalam penyelenggaraan pelayanan klinis.

TIPE INSIDEN	CONTOH
KPC	<ul style="list-style-type: none"> • Penempatan alat yang rusak di ruang perawatan, misal inkubator rusak ditempatkan di ruang bersalin • Penempatan obat-obatan yang kadaluarsa di ruang obat tidak dipisah • Ruang farmasi/obat yang sangat sibuk tetapi jumlah personil selalu kurang
KNC	<ul style="list-style-type: none"> • Dokter memberikan resep antibiotik dimana pasien alergi terhadap antibiotik tersebut, tetapi diketahui oleh petugas apotik • Unit transfusi darah sudah terpasang pada pasien yang salah, tetapi kesalahan tersebut segera diketahui sebelum tindakan dimulai
KTC	<ul style="list-style-type: none"> • Perawat menyuntikkan obat antibiotic ke pasien, tetapi belum dilakukan skin test, tetapi pasien tidak mengalami reaksi alergi • Pasien mendapat obat yang salah karena lupa tidak dilakukan identifikasi di apotik tetapi tidak terjadi gejala keracunan obat
KTD	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengalami keracunan obat setelah minum obat yang salah karena resep tertukar di apotik • Transfusi yang salah mengakibatkan pasien meninggal karena reaksi hemolitik

Jika sudah terjadi kejadian, maka upaya korektif maupun tindakan korektif harus dikerjakan. Akibat dari kejadian harus dikoreksi, dan tindak korektif melalui analisis terhadap kejadian harus dilakukan agar tidak terjadi lagi di masa mendatang.

Risiko-risiko yang mungkin terjadi dalam pelayanan klinis harus diidentifikasi, dianalisis, dan ditindak lanjuti dalam upaya meminimalkan terjadinya risiko dan melakukan penanganan jika terjadi kejadian tidak diharapkan. Jika terjadi kejadian tidak diharapkan maka harus ditindak lanjuti dengan melakukan analisis tingkat keparahan kejadian tersebut untuk menentukan langkah berikutnya. Jika dari hasil kajian tingkat keparahan ternyata masuk dalam kategori risiko ekstrim atau risiko tinggi, maka harus dilakukan RCA, tim RCA harus segera dibentuk oleh Kepala FKTP untuk

Setelah dilakukan penilaian terhadap dampak dan kemungkinan terjadinya, maka tingkat keparahan risiko ditetapkan dengan matriks sebagai berikut:

		DAMPAK				
		1	2	3	4	5
P R O B A B I L I T A S	5					
	4					
	3					
	2					
	1					

Jika terjadi suatu insiden, harus dilakukan *severity assessment*, jika hasil kajian masuk kategori merah (risiko ekstrem) dan kuning (risiko tinggi), maka harus dilakukan *Root Cause Analysis*. Jika masuk kategori hijau (risiko sedang), atau biru (risiko rendah), maka cukup dilakukan investigasi sederhana.

b. *Root Cause Analysis* (RCA):

Root Cause Analysis (RCA) adalah suatu proses untuk mengeksplorasi semua faktor yang mungkin berhubungan dengan suatu kejadian dengan menanyakan apa kejadian yang terjadi, mengapa kejadian tersebut terjadi, dan apa yang dapat dilakukan untuk mencegah kejadian tersebut terjadi lagi di masa mendatang. Joint Commission International menganjurkan pelaksanaan RCA mengikuti 21 langkah, sebagai berikut:

Langkah	Deskripsi	Alat mutu yang digunakan
1	Bentuk Tim (<i>Organize a team</i>)	Anggota tim tidak lebih dari 10 orang
2	Rumuskan masalah (<i>Define the problem</i>)	Sesuai dengan kategori dari KTD
3	Pelajari Masalah (<i>Study the problem</i>)	Investigasi, pelajari dokumen, dan lihat ke tempat kejadian
4	Tentukan apa yang terjadi (<i>Determine what happen</i>)	Investigasi, pelajari dokumen, dan lihat ke tempat kejadian, bila perlu gambarkan kejadian dengan Flow chart, timeline
5	Identifikasi faktor penyebab (<i>Identify contributing factors</i>)	Curah pendapat, Pohon masalah, diagram tulang ikan
6	Identifikasi faktor-faktor lain yang ikut mendorong terjadinya insiden (<i>Identify other contributing factors</i>)	Curah pendapat, Pohon masalah, diagram tulang ikan
7	Ukur, kumpulkan dan nilai data berdasar penyebab utama dan terdekat. (<i>Measure, collect and assess data on proximate and underlying causes</i>)	Kembangkan indikator
8	Desain dan implementasikan perubahan sementara (<i>Design and implement interim changes</i>)	Gantt chart
9	Identifikasi sistem mana yang terlibat (<i>akar penyebab</i>) (<i>Identify which systems are involved (the root causes)</i>)	Flow chart, cause effect diag, FMEA, tree analysis (analisis pohon), barrier analysis
10	Pendekkan/kurangi daftar akar penyebab (<i>Prune the list of root causes</i>)	
11	Pastikan/konfirmasikan akar penyebab (<i>Confirm root causes</i>)	
12	Cari dan identifikasi strategi pengurangan risiko (<i>Explore & identify risk-reduction strategies</i>)	FMEA

D. Insiden Keselamatan Pasien

Insiden Keselamatan adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (PMK 11 tahun 2017). Setiap Fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan penanganan insiden keselamatan dan kejadian sentinel. Insiden Keselamatan pasien meliputi: Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Tidak Cedera (KTC), dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kondisi Potensial Cedera (KPC).

Penanganan Insiden di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan melalui pembentukan tim Keselamatan Pasien yang ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam melakukan penanganan insiden tim keselamatan pasien melakukan kegiatan berupa pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab insiden tanpa menyalahkan, menghukum dan memperlakukan seseorang.

Tim Keselamatan pasien bertanggung jawab langsung kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan. Keanggotaan Tim tersebut paling sedikit terdiri atas unsur manajemen fasilitas pelayanan kesehatan dan unsur klinisi di fasilitas pelayanan kesehatan.

Tim Keselamatan Pasien memiliki tugas:

- a. Menyusun kebijakan dan pengaturan di bidang keselamatan pasien untuk ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan
- b. Mengembangkan program keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan
- c. Melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program Keselamatan Pasien di fasilitas pelayanan kesehatan
- d. Melakukan pelatihan Keselamatan Pasien bagi fasilitas pelayanan kesehatan
- e. Melakukan pencatatan dan pelaporan insiden, analisis insiden termasuk melakukan RCA, dan mengembangkan solusi untuk meningkatkan Keselamatan Pasien
- f. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien.

salah orang, salah jenis pemeriksaan, kesalahan pemrosesan spesimen.

Kesalahan yang mungkin terjadi pada paska analitik antara lain adalah: salah menginput data hasil pemeriksaan, miskomunikasi tentang hasil pemeriksaan baik oral maupun tulisan, kesalahan dalam menuliskan laporan hasil, kegagalan mengkomunikasikan hasil kritis, salah interpretasi hasil pemeriksaan.

Upaya-upaya untuk memimalkan kejadian kesalahan tersebut perlu dilakukan dengan mengidentifikasi akar masalah untuk perbaikan. Proses atau disain pelayanan laboratorium secara berkesinambungan dilakukan perbaikan dengan menerapkan *Failure Mode and Effect Analysis*.

Langkah	Deskripsi	Alat mutu yang digunakan
13	Formulasikan tindakan perbaikan (<i>Formulate improvement actions</i>)	Brainstorm, flow chart, cause effect diagram (diagram sebab akibat)
14	Evaluasi tindakan perbaikan yang diajukan (<i>Evaluate Proposes Improvement Actions</i>)	
15	Desain perbaikan (<i>Design improvements</i>)	Gantt chart
16	Pastikan rencana diterima (<i>Ensure acceptability of the action plan</i>)	
17	Terapkan rencana perbaikan (<i>Implement the Improvement Plan</i>)	PDCA, critical path
18	Kembangkan cara pengukuran efektifitas dan pastikan keberhasilannya (<i>Develop measures of effectiveness and ensure their success</i>)	
19	Evaluasi penerapan rencana perbaikan (<i>Evaluate implementation of improvement plan</i>)	Run chart, control chart, histogram
20	Lakukan tindakan tambahan (<i>Take additional action</i>)	
21	Komunikasikan hasilnya (<i>Communicate the results</i>)	

Jika terjadi kejadian tidak diharapkan dengan kategori risiko ekstrem atau risiko tinggi, maka tim KP (Keselamatan Pasien) melakukan *Root Cause Analysis* (RCA) terhadap kasus tersebut.

Tim KP akan memulai kegiatan dengan merumuskan masalah, yaitu kejadian tidak diharapkan yang terjadi. Tim akan melakukan investigasi kejadian dengan mempelajari dokumen-dokumen atau rekam kegiatan, melakukan peninjauan ke tempat kejadian, dan menggambarkan kronologi kejadian.

Selanjutnya tim akan melakukan analisis masalah dengan cara mengidentifikasi faktor-faktor yang berkaitan langsung terhadap kejadian, kemudian tim akan melakukan identifikasi faktor-faktor yang ikut mendorong atau berkontribusi terhadap terjadinya kejadian. Tim akan melanjutkan melakukan analisis masalah dengan menggunakan diagram tulang ikan atau diagram pohon masalah untuk menemukan penyebab-penyebab masalah, menyusun rencana perbaikan sementara, dan selanjutnya melakukan analisis lebih lanjut untuk mengenali sistem-sistem yang terkait dengan kejadian atau akar-akar masalah. Akar-akar masalah yang diidentifikasi tersebut diverifikasi dengan didukung data dan informasi yang terkait dengan kejadian. Selanjutnya disusun strategi dan tindakan perbaikan sesuai dengan akar-akar masalah yang diidentifikasi. Tiap tindakan yang akan dilakukan dinilai apakah dapat dilakukan dan akan berdampak pada perbaikan, yang selanjutnya disusun rencana aksi yang dapat diterima oleh Kepala FKTP untuk diterapkan. Tiap tindakan yang direncanakan harus dapat diukur keberhasilannya sebagai dasar untuk melakukan evaluasi. Jika diperlukan dapat dilakukan tindakan tambahan. Setelah seluruh kegiatan dilaksanakan, hasil dilaporkan kepada Kepala FKTP.

- c. *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA): *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) merupakan suatu pendekatan untuk mengenali dan menemukan kemungkinan terjadinya kegagalan pada sistem dan strategi untuk mencegah terjadinya kegagalan tersebut. FMEA digunakan untuk mengkaji suatu desain atau prosedur secara rinci dengan cara mengenali model-model kegagalan atau kesalahan yang mungkin terjadi pada suatu proses, melakukan penilaian terhadap setiap model tersebut, mencari akar penyebab terjadinya, mengenali akibat dari model-model tersebut, dan mencari solusi dengan melakukan perubahan desain atau prosedur. Jadi hasil akhir dari FMEA adalah disusunnya desain baru atau prosedur baru.

- b) Program Imunisasi pada pelaksanaan kegiatan imunisasi risikonya adalah limbah benda tajam (*Disposable Spuit*).
- c) Program P2 HIV/AIDS pada saat *screening* risiko terhadap lingkungannya limbah benda tajam (*Disposable Spuit*).

Tahapan kegiatan manajemen risiko pelaksanaan kegiatan UKM adalah melakukan identifikasi risiko, menyusun rencana pencegahan, melakukan analisis bila terjadi risiko, serta melakukan monitoring dan evaluasi risiko dan menyusun laporan akibat dari risiko tersebut ke Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kab/Kota.

3. Meningkatkan Keselamatan Pasien Dalam Pelayanan Laboratorium

Untuk mengupayakan keselamatan pasien dalam pelayanan laboratorium perlu diperhatikan kepatuhan dalam pelaksanaan pemantaban mutu internal maupun pemantaban mutu eksternal. Pemantapan mutu internal dan upaya keselamatan pasien harus diupayakan pada tiap tahapan pemeriksaan laboratorium, mulai dari tahap praanalitik, analitik, dan pasca analitik.

Pada tahap praanalitik perlu diperhatikan antara lain: pemilihan pemeriksaan laboratorium yang akan diminta oleh dokter, permintaan pemeriksaan, identifikasi pasien, persiapan pasien, pengambilan spesimen, identifikasi spesimen, pengiriman spesimen. Pada tahap analitik perlu diperhatikan: proses penyiapan spesimen, proses pemeriksaan spesimen, pembacaan hasil pemeriksaan, verifikasi hasil pemeriksaan, kendali mutu pada proses pemeriksaan, sedangkan pada tahap pasca analitik, perlu diperhatikan: waktu penyelesaian dan penyerahan hasil pemeriksaan, pelaporan hasil kritis, format pelaporan, penyampaian hasil laboratorium pada umumnya, interpretasi hasil oleh dokter, tindak lanjut hasil pemeriksaan oleh dokter, dan penyimpanan spesimen.

Kesalahan-kesalahan yang mungkin terjadi pada tahapan praanalitik antara lain adalah: dokter meminta pemeriksaan yang salah, petugas laboratorium salah membaca permintaan dokter, spesimen tidak diberi label, kesalahan pemberian label pada spesimen, label terhapus, kegagalan mengambil spesimen, salah menempatkan spesimen pada tempat yang salah, spesimen tidak cukup atau rusak, spesimen hilang, tranpor spesimen yang tidak memenuhi ketentuan, kesalahan data entri:

- 3) Kriteria 8.5.3 Perencanaan dan pelaksanaan program yang efektif untuk menjamin keamanan lingkungan fisik dikelola oleh petugas yang kompeten,

b. Standar akreditasi Klinik Bab III,

- 1) Kriteria 3.5.1 Lingkungan fisik Puskesmas, instalasi listrik, air, ventilasi, gas dan sistim lain yang dipersyaratkan diperiksa secara rutin, dipelihara, dan diperbaiki bila perlu.
- 2) Kriteria 3.5.2 Inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya serta pengendalian dan pembuangan limbah berbahaya dilakukan berdasarkan perencanaan yang memadai,
- 3) Kriteria 3.5.3 Perencanaan dan pelaksanaan program yang efektif untuk menjamin keamanan lingkungan fisik dikelola oleh petugas yang kompeten, lingkungan fisik FKTP harus dikelola dengan baik agar tidak berisiko menimbulkan cedera bagi pasien dan pengunjung. Risiko tersebut terkait dengan kondisi fisik dan bangunan, kondisi sistem utilitas yang ada, pemeliharaan dan ketersediaan peralatan, risiko terhadap bahan-bahan berbahaya dan beracun termasuk pembuangan limbah infeksius, kemungkinan terjadinya bencana dan kebakaran.
Penanggung jawab untuk keamanan lingkungan fisik di FKTP harus ditentukan, program pengamanan lingkungan harus disusun, demikian juga risiko dan upaya untuk meminimalkan risiko harus dilakukan yang dituangkan dalam register risiko

2. Manajemen Risiko dan keselamatan pasien Pelaksanaan Kegiatan UKM di FKTP

Sesuai dengan Standar Instrumen Akreditasi FKTP Bab V kriteria 5.1.5 manajemen risiko terhadap lingkungan ini hampir sama dengan kriteria 8.5.2. Penanggung jawab dan pelaksana program melakukan minimalisasi risiko pada pelaksanaan kegiatan. Salah satu contoh risiko terhadap lingkungan dalam pelaksanaan kegiatan program adalah sebagai berikut :

- a) Program DBD pada pelaksanaan kegiatan *fogging*risiko terhadap lingkungannya adalah asap dan baunya.

d. Adapun langkah-langkah menggunakan FMEA adalah sebagai berikut:

- 1) Membentuk tim FMEA yang terdiri dari orang-orang yang menjadi pemilik proses.
- 2) Menetapkan tujuan analisis, keterbatasan yang dimiliki tim tersebut, dan menyusun jadwal kegiatan tim untuk melaksanakan FMEA
- 3) Menetapkan peran dari setiap anggota tim saat melakukan analisis dengan FMEA.
- 4) Menggambarkan alur proses yang ada sekarang.
- 5) Mengenali model-model kegagalan atau kesalahan pada proses tersebut.
- 6) Mengenali penyebab terjadinya kegagalan atau kesalahan untuk setiap model tersebut.
- 7) Mengenali akibat dari kegagalan untuk setiap model tersebut.
- 8) Melakukan penilaian terhadap setiap model kegagalan atau kesalahan.
- 9) Menghitung *Risk Priority Number* (RPN).
- 10) Menentukan batasan (*cut-off point*) RPN untuk menentukan urutan prioritas dari model-model yang diidentifikasi
- 11) Menyusun kegiatan untuk mengatasi (*design actions/ solution*).
- 12) Menentukan cara memvalidasi untuk menilai keberhasilan solusi yang direncanakan.
- 13) Menggambarkan alur proses yang baru.

Penilaian terhadap setiap model kegagalan pada langkah 8 dilakukan dengan memerhatikan tiga variabel (sumber: Goodman, S.L., The Basic of FMEA 1996), yaitu:

1) Sering tidaknya terjadi (O = *occurrence*) dengan skala pengukuran 1 sampai 10: dari tidak pernah terjadi sampai dengan sangat sering terjadi. Panduan untuk menentukan sering tidaknya terjadi, dapat digunakan skala berikut ini:

Nilai	Penjelasan	Pengertian
10	Kemungkinan terjadinya dapat dipastikan	Kesalahan terjadi paling tidak sekali sehari atau hampir setiap saat
9	Hampir tidak dapat dihindarkan	Kesalahan dapat diprediksi terjadi atau terjadi setiap 3 sampai 4 hari
8	Kemungkinan terjadi sangat tinggi	Kesalahan sering terjadi atau terjadi paling tidak seminggu sekali
7	Kemungkinan terjadi sedang	Kesalahan terjadi sekali sebulan
6	Kemungkinan terjadi sedang	Kesalahan terjadi sekali sebulan
5	Kemungkinan terjadi sedang	Kesalahan terjadi sekali sebulan
4	Kemungkinan terjadi sedang	Kesalahan kadang terjadi, atau sekali tiap tiga bulan
3	Kemungkinan terjadi rendah	Kesalahan jarang terjadi atau terjadi sekitar sekali setahun
2	Kemungkinan terjadi amat sangat rendah	Kesalahan hampir tidak pernah terjadi, atau tidak ada yang ingat kapan terakhir terjadi
1	Kemungkinan terjadi amat sangat rendah	Kesalahan hampir tidak pernah terjadi, atau tidak ada yang ingat kapan terakhir terjadi

No	Sasaran Keselamatan Pasien	Indikator	Target	Upaya untuk mencapai sasaran
	Pembedahan Pada Pasien yang Benar	Kepatuhan melakukan double check pada tindakan agar tidak terjadi salah sisi Kepatuhan melakukan double check pada tindakan agar tidak salah orang	100 % 100 %	<ul style="list-style-type: none"> Melaksanakan tindakan klinis sesuai prosedur dan melakukan double check agar tidak terjadi salah sisi atau salah orang Melakukan monitoring dan tindak lanjut dengan menggunakan indikator yang sudah ditetapkan
5	Mengurangi Risiko Infeksi Perawatan Kesehatan Akibat	Kepatuhan melakukan hand hygiene dengan benar Kepatuhan menggunakan APD sesuai dengan ketentuan	100 % 100 %	<ul style="list-style-type: none"> Menyusun kebijakan dan prosedur pengendalian infeksi dalam pelayanan Melaksanakan pengendalian infeksi dalam pelayanan sesuai kebijakan dan prosedur Melakukan monitoring dan tindak lanjut dengan menggunakan indikator yang sudah ditetapkan
6	Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh	Kepatuhan melakukan kajian jatuh pada pasien	100 %	<ul style="list-style-type: none"> Menyusun kebijakan dan prosedur kajian pasien jatuh Melaksanakan upaya pencegahan pasien jatuh sesuai dengan kebijakan dan prosedur Melakukan monitoring dan tindak lanjut sesuai dengan indikator yang ditetapkan

Berikut contoh implementasi Keselamatan Pasien dalam standar akreditasi FKTP, antara lain:

1. Manajemen Risiko Lingkungan Fisik FKTP

a. Sesuai dengan standar akreditasi Puskesmas Bab VIII,

- 1) Kriteria 8.5.1 Lingkungan fisik Puskesmas, instalasi listrik, air, ventilasi, gas dan sistim lain yang dipersyaratkan diperiksa secara rutin, dipelihara, dan diperbaiki bila perlu.
- 2) Kriteria 8.5.2 Inventarisasi, pengelolaan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya serta pengendalian dan pembuangan limbah berbahaya dilakukan berdasarkan perencanaan yang memadai,

Beberapa contoh indikator untuk tiap sasaran keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

No	Sasaran Keselamatan Pasien	Indikator	Target	Upaya untuk mencapai sasaran
a.	Mengidentifikasi-kasi Pasien Dengan Benar	Kepatuhan melakukan identifikasi pasien pada saat pendaftaran dan akan melaksanakan tindakan maupun pemberian obat	100 %	<ul style="list-style-type: none"> Menyusun kebijakan identifikasi pasien minimal dengan dua cara yang relatif tidak berubah Menyusun prosedur identifikasi pasien Sosialisasi pelaksanaan identifikasi pasien Kepatuhan melaksanakan identifikasi pasien. Monitoring dan tindak lanjut terhadap kepatuhan identifikasi pasien
B	Meningkat-kan Komunikasi Yang Efektif	<ul style="list-style-type: none"> Kepatuhan melaksanakan prosedur transfer Kepatuhan melaksanakan prosedur operan Kepatuhan melaksanakan SBAR pada pelaporan kasus Kepatuhan melaksanakan TBK pada saat menerima instruksi dokter 	100 %	<ul style="list-style-type: none"> Menyusun kebijakan komunikasi efektif dalam pelayanan Menyusun prosedur komunikasi efektif dalam pelayanan Melaksanakan komunikasi efektif dalam pelayanan sesuai prosedur Memonitor dan menindak lanjuti pelaksanaan komunikasi efektif dalam pelayanan dengan menggunakan indikator yang telah ditentukan
C	Meningkat-kan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai	<ul style="list-style-type: none"> Kepatuhan pelabelan obat LASA Kepatuhan pelabelan obat High Alert Kepatuhan pelaksanaan 5 benar dalam pemberian obat 	100 % 100 % 100 %	<ul style="list-style-type: none"> Menyusun kebijakan dan prosedur pelabelan obat High Alert dan obat LASA Melaksanakan prosedur pelabelan dengan benar Melaksanakan 5 benar dalam pemberian obat Melakukan monitoring dan tindak lanjut upaya penyediaan obat yang aman dengan menggunakan indikator yang sudah ditetapkan
D	Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar,	Kepatuhan terhadap pelaksanaan prosedur tindakan yang kritis	100 %	<ul style="list-style-type: none"> Menyusun kebijakan dan prosedur untuk mencegah kesalahan prosedur tindak klinis

2) Kegawatan (S = *severity*) dengan skala pengukuran 1 sampai 10: dari tidak gawat sampai dengan sangat gawat. Sebagai panduan dapat digunakan skala berikut ini:

Nilai	Penjelasan	Pengertian
10	Amat sangat berbahaya	Kesalahan yang dapat menyebabkan kematian pelanggan dan kerusakan sistem tanpa tanda-tanda yang mendahului
9 8	Sangat berbahaya	Kesalahan yang dapat menyebabkan cedera berat/permanen pada pelanggan atau gangguan serius pada sistem yang dapat menghentikan pelayanan dengan adanya tanda yang mendahului
7	Berbahaya	Kesalahan yang dapat menyebabkan cedera ringan sampai sedang dengan tingkat ketidakpuasan yang tinggi dari pelanggan dan/atau menyebabkan gangguan sistem yang membutuhkan perbaikan berat atau kerja ulang yang signifikan
6 5	Berbahaya sedang	Kesalahan berakibat pada cedera ringan dengan sedikit ketidakpuasan pelanggan dan/atau menimbulkan masalah besar pada sistem
4 3	Berbahaya ringan sampai sedang	Kesalahan menyebabkan cedera sangat ringan atau tidak cedera tetapi dirasakan mengganggu oleh pelanggan dan/atau menyebabkan masalah ringan pada sistem yang dapat diatasi dengan modifikasi ringan
2	Berbahaya ringan	Kesalahan tidak menimbulkan cedera dan pelanggan tidak menyadari adanya masalah tetapi berpotensi menimbulkan cedera ringan atau tidak berakibat pada sistem
1	Tidak berbahaya	Kesalahan tidak menimbulkan cedera dan tidak berdampak pada sistem

3) Kemudahan untuk dideteksi ($D = detectability$) dengan skala pengukuran 1 sampai 10: dari paling mudah dideteksi sampai dengan sangat sulit dideteksi.

Nilai	Penjelasan	Pengertian
10	Tidak ada peluang untuk diketahui	Tidak ada mekanisme untuk mengetahui adanya kesalahan
9 8	Sangat sulit diketahui	Kesalahan dapat diketahui dengan inspeksi yang menyeluruh, tidak feasible dan tidak segera dapat dilakukan
7 6	Sulit diketahui	Kesalahan dapat diketahui dengan inspeksi manual atau tidak ada proses yang baku untuk mengetahui, sehingga ketahuan karena kebetulan
5	Berpeluang sedang untuk diketahui	Ada proses untuk double checks atau inspeksi tetapi tidak otomatis atau dilakukan secara sampling
4 3	Berpeluang tinggi untuk diketahui	Dipastikan ada proses inspeksi yang rutin tetapi tidak otomatis
2	Berpeluang sangat tinggi untuk diketahui	Dipastikan ada proses inspeksi rutin yang otomatis
1	Hampir dipastikan untuk diketahui	Ada proses otomatis yang akan menghentikan proses untuk mencegah kesalahan

Kegiatan yang dilaksanakan:

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
- b. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko

Agar ke-enam sasaran keselamatan pasien tersebut dapat dicapai maka perlu dilakukan kegiatan-kegiatan yang nyata untuk mencapai sasaran-sasaran tersebut, untuk selanjutnya dimonitor secara periodik dengan menggunakan indikator-indikator yang jelas dan terukur. Indikator-indikator tersebut perlu disusun oleh tiap-tiap puskesmas dan disesuaikan dengan kondisi sarana dan prasarana yang ada.

infeksi karena droplet atau partikel yang ada di udara, dan tertular karena tergores benda tajam yang terinfeksi.

Untuk mencegah terjadinya penularan infeksi di sarana kesehatan dapat dilakukan antara lain dengan cara:

- a. Lingkungan kerja yang bersih, disinfeksi, dekontaminasi dan sterilisasi instrument medis yang digunakan, ketertiban melakukan hand hygiene dengan langkah yang benar pada saat: sebelum menyentuh pasien, sebelum melakukan prosedur aseptik, sesudah terpapar cairan tubuh, sesudah menyentuh pasien, dan sesudah menyentuh benda-benda disekitar pasien.
- b. Penggunaan alat pelindung diri baik gaun, sarung tangan, apron, kaca mata untuk proteksi diri, maupun masker perlu diperhatikan pada saat memberikan pelayanan yang membutuhkan alat pelindung diri.
- c. Untuk mencegah terkena benda tajam yang terinfeksi maupun sampah infeksius perlu dilakukan pembuangan sampah medis infeksius dengan benar.

6. Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Maksud dan Tujuan.

- a. Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh.
- b. Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, penelitian terhadap gaya/cara jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien.
- c. Program ini memonitor baik konsekuensi yang dimaksudkan atau yang tidak sengaja terhadap langkah-langkah yang dilakukan untuk mengurangi jatuh. Misalnya penggunaan yang tidak benar dari alat penghalang atau pembatasan asupan cairan bisa menyebabkan cedera, sirkulasi yang terganggu, atau integrasi kulit yang menurun. Program tersebut harus diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan

4) *Risk Priority Number* (RPN) pada langkah 9 dihitung dengan mengalikan Occurrence dengan Severity dan Detectable. Jadi, RPN = O x S x D.

Tidak semua model harus diselesaikan, melainkan harus diprioritaskan. Untuk memprioritaskan dapat dilakukan dengan menggunakan diagram Pareto, dengan langkah sebagai berikut:

Membuat tabel bantu untuk membuat diagram Pareto, sebagai berikut:

No	Model	RPN	Kumulatif	% Case kumulatif

- a) Urutkan model-model tersebut dari nilai RPN tertinggi ke nilai RPN terendah
- b) Hitung kumulatif dari nilai RPN dari tiap model
- c) Hitung persentase kumulatif dari nilai RPN pada tiap model
- d) Perhatikan model dengan persentase kumulatif 80 %
- e) Tetapkan nilai RPN pada persentase kumulatif 80 % tersebut sebagai *cut off point*.

Failure Mode and Effect Analysis dilakukan menggunakan tabel berikut:

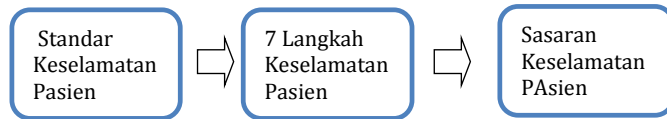
No	Model Kegagalan/ Kesalahan	Penyebab	Akibat	O	S	D	RPN	Kegiatan Perbaikan/ Perubahan Desain	Indikator untuk Validasi

BAB III PENYELENGGARAAN KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMENRISIKO DI FKTP

A. Standar Keselamatan Pasien

Penyelenggaraan Keselamatan Pasien dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan:

SISTEM 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. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

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

5. Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Maksud dan Tujuan

- a. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan.
- b. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat.
- c. Pedoman *hand hygiene* yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di Fasilitas pelayanan Kesehatan.

Kegiatan yang dilaksanakan:

- a. Fasilitas pelayanan Kesehatan mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari WHO *Patient Safety*).
- b. Fasilitas pelayanan Kesehatan menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
- c. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

Pasien maupun pengunjung FKTP mempunyai potensi tertular infeksi. Infeksi dapat terjadi karena kontak langsung, terinfeksi tidak langsung karena peralatan medis atau barang-barang yang bekas digunakan oleh pasien dengan infeksi, maupun tertular infeksi karena terkena cairan tubuh,

tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan; dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan; harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar; jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang).

d. Maksud dari proses verifikasi praoperatif adalah untuk :

- 1) memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;
- 2) memastikan bahwa semua dokumen, foto (*images*), dan hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang;
- 3) Memverifikasi keberadaan peralatan khusus dan/atau *implant-implant* yang dibutuhkan.

Tahap "Sebelum insisi"/*Time out* memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau kesimpang-siuran dibereskan. *Time out* dilakukan di tempat tindakan akan dilakukan, tepat sebelum dilakukan tindakan.

Kegiatan yang dilaksanakan:

Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan/pemberi tanda.

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan 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.
- b. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur "sebelum insisi/*time-out*" tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
- c. 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.

Uraian tujuh standar tersebut diatas adalah sebagai berikut:

1. Standar I

Hak Pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang tata cara tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan, dan perkiraan biaya pengobatan.

Dalam Akreditasi Puskesmas terdapat di Kriteria 2.4.1; 5.7.1; 7.1.3, Hak dan Kewajiban pasien, keluarga dan petugas dipertimbangkan dan diinformasikan pada saat pendaftaran

Beberapa contoh yang tertuang dalam elemen penilaian:

- EP 1 menyatakan hak dan kewajiban pasien/keluarga di informasikan selama proses pendaftaran dengan cara dan bahasa yang dipahami oleh pasien dan/keluarga
- EP8 menyatakan terdapat upaya Puskesmas memenuhi hak dan kewajiban pasien/keluarga, dan petugas dalam proses pemberian pelayanan di Puskesmas

2. Standar II

Mendidik Pasien dan Keluarga

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban pasien dalam asuhan pasien.

Dalam Akreditasi Puskesmas terdapat pada :

- a. Kriteria 7.4.3 Rencana layanan terpadu disusun secara komprehensif oleh tim kesehatan antar profesi dengan kejelasan tanggung jawab dari masing-masing anggotanya.
 - EP7: Rencana layanan yang disusun juga memuat pendidikan/penyuluhan pasien.
- b. Kriteria 7.8.1 Pasien/keluarga memperoleh penyuluhan kesehatan dengan pendekatan yang komunikatif dan bahasa yang mudah dipahami
 - EP1: Penyusunan dan pelaksanaan layanan mencakup aspek penyuluhan (pendidikan) kesehatan pasien/keluarga pasien.

3. Standar III

Keselamatan Pasien dalam Kesiambungan Pelayanan

Fasilitas pelayanan kesehatan menjamin keselamatan pasien dalam kesiambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Dalam Akreditasi Puskesmas terdapat di seluruh Bab 9: Peningkatan Mutu Klinis dan Keselamatan Pasien

4. Standar IV

Penggunaan Metode-Metode Peningkatan Kinerja untuk Melakukan Evaluasi dan Program Peningkatan Keselamatan Pasien

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

Dalam Akreditasi Puskesmas terdapat di kriteria dalam standar akreditasi yang menyebutkan berbagai metoda dalam peningkatan mutu:

- a. Standar dan prosedur Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)
- b. Peningkatan kinerja yang berkelanjutan (PDCA/PDSA)
- c. Penerapan manajemen risiko dalam pelayanan kesehatan:
 - RCA dan investigasi sederhana jika terjadi KTD
 - Penyusunan register risiko Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) /pelayanan klinis
 - FMEA

5. Standar V

Peran Kepemimpinan dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien

- a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien".
- b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiki keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden

menerapkan lima benar dalam pelayanan obat, melakukan komunikasi yang jelas dalam pelayanan obat, membiasakan diri untuk melakukan pemeriksaan kembali (double check), dan melaporkan serta belajar jika terjadi kejadian tidak diharapkan.

4. Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar

Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi.

Maksud dan Tujuan

- a. Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.
- b. Fasilitas pelayanan kesehatan perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan termasuk definisi dari operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan/atau mengobati penyakit dan kelainan/*disorder* pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/terapeutik.
- c. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di fasilitas pelayanan kesehatan dimana prosedur ini dijalankan. Praktek berbasis bukti, seperti yang diuraikan dalam *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan

reaksi yang tidak diharapkan, kejadian yang tidak diharapkan akibat kesalahan pemberian obat, dan reaksi obat yang tidak diharapkan.

Setiap tahapan dari pemberian obat pada pasien mulai dari peresepan, penyiapan obat, pemberian obat, penyimpanan obat, dan monitoring penggunaan obat perlu diperhatikan untuk meminimalkan terjadinya risiko dalam penggunaan obat.

Permasalahan dalam peresepan dapat terjadi akibat kurangnya pemahaman terhadap indikasi, kontra indikasi, dan interaksi obat, kurangnya pemahaman terhadap pengaruh factor fisik, kognitif, emosi, dan social yang dapat berakibat kesalahan pemberian atau pemakaian obat, resep tidak terbaca, tulisan dokter yang tidak jelas, terlalu percaya kepada daya ingat daripada menggunakan referensi, memberikan obat pada salah orang, salah dosis, salah obat, salah rute, dan salah waktu. Sumber kesalahan yang lain adalah komunikasi dan edukasi yang tidak memadai kepada pasien.

Pada waktu penyiapan obat dapat terjadi kesalahan karena beban kerja di farmasi yang cukup besar. Beberapa upaya untuk mencegah dapat dilakukan antara lain: memastikan obat yang diminta pada resep, memperhatikan penggunaan obat yang masuk kategori obat yang perlu diwaspadai maupun obat LASA, berhati-hati terhadap penggunaan singkatan, penataan tempat kerja, menata obat dengan teliti, dan melakukan edukasi pada pasien

Pada waktu pemberian obat dapat terjadi salah obat, salah dosis, salah orang, salah rute, dan salah waktu, sehingga perlu dipastikan lima benar dalam pemberian obat: benar orang, benar obat, benar dosis, benar rute, dan benar waktu pemberian obat.

Efek samping obat, reaksi alergi harus dimonitor dengan baik. Monitoring yang tidak memadai akan berakibat terhadap terjadinya kesalahan dalam penggunaan obat.

Upaya yang dapat dilakukan oleh FKTP agar lebih aman dalam penggunaan obat antara lain dilakukan dengan cara: penggunaan nama obat generic, memberikan obat secara khusus untuk tiap pasien, belajar dan mempraktikkan mencatat histori pemakaian obat, memperhatikan obat-obat yang sering menimbulkan kejadian tidak diharapkan dan obat-obat berisiko tinggi yang perlu diwaspadai, menggunakan referensi,

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

Dalam Standar Akreditasi Puskesmas terdapat pada kriteria 9.2.1 Fungsi dan proses layanan klinis yang utama diidentifikasi dan diprioritaskan dalam upaya perbaikan mutu layanan klinis dan menjamin keselamatan.

- EP 5: Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis menyusun rencana perbaikan pelayanan prioritas yang ditetapkan dengan sasaran yang jelas
- EP 6: Kepala Puskesmas bersama dengan tenaga klinis melaksanakan kegiatan perbaikan pelayanan klinis sesuai dengan rencana

6. Standar VI

Mendidik Staf tentang Keselamatan Pasien

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas
- b. Fasilitas pelayanan kesehatan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dan pelayanan pasien.

Dalam Standar Akreditasi Puskesmas terdapat pada kriteria 9.2 Mutu layanan klinis dan keselamatan dipahami dan didefinisikan dengan baik oleh semua pihak yang berkepentingan.

- EP 2: Terdapat dokumentasi tentang komitmen dan pemahaman terhadap peningkatan mutu dan keselamatan secara berkesinambungan ditingkatkan dalam organisasi

- EP 3: Setiap tenaga klinis dan manajemen memahami pentingnya peningkatan mutu dan keselamatan dalam layanan klinis

7. Standar VII

Komunikasi sebagai Kunci Bagi Staf untuk Mencapai Keselamatan Pasien

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

Dalam Akreditasi Puskesmas terdapat di Kriteria:

- Kriteria 7.1.3. Hak dan Kewajiban Pasien, keluarga dipertimbangkan dalam pelayanan
 - EP 1: Hak dan kewajiban pasien/keluarga diinformasikan selama proses pendaftaran dengan cara dan bahasa yang dipahami oleh pasien dan/keluarga
- Kriteria 7.1.4. Tahapan pelayanan klinis diinformasikan kepada pasien untuk menjamin kesinambungan pelayanan.
 - EP 2: Sejak awal pasien/keluarga memperoleh informasi dan paham terhadap tahapan dan prosedur pelayanan klinis
- Kriteria 7.2.2. Hasil kajian dicatat dalam catatan medis dan mudah diakses oleh petugas yang bertanggung jawab terhadap pelayanan pasien
 - EP 3: Dilakukan koordinasi dengan petugas kesehatan yang lain untuk menjamin perolehan dan pemanfaatan informasi tersebut secara tepat waktu
- Kriteria 7.4.2. Rencana layanan klinis disusun bersama pasien dengan memperhatikan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan tata nilai budaya pasien
 - EP 1: Petugas kesehatan dan/atau tim kesehatan melibatkan pasien dalam menyusun rencana layanan
- Kriteria 9.3.1. Mutu layanan klinis dan sasaran keselamatan pasien diukur, dikumpulkan dan dievaluasi dengan tepat.

[sama dengan 50% atau lebih pekat]. Kesalahan ini bisa terjadi bila staf tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit asuhan pasien, bila perawat kontrak tidak diorientasikan sebagaimana mestinya terhadap unit asuhan pasien, atau pada keadaan gawat darurat/emergensi.

- Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk menyusun daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan datanya sendiri. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana yang membutuhkan elektrolit konsentrat secara klinis sebagaimana ditetapkan oleh petunjuk dan praktek profesional, seperti di IGD atau kamar operasi, serta menetapkan cara pemberian label yang jelas serta bagaimana penyimpanannya di area tersebut sedemikian rupa, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati.

Kegiatan yang dilaksanakan:

- Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai
- Kebijakan dan prosedur diimplementasikan
- Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan kebijakan.
- Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

Penggunaan obat pada akhir-akhir ini semakin kompleks, terjadi peningkatan berbagai jenis obat yang tersedia untuk pelayanan kesehatan. Penggunaan obat dapat berakibat timbulnya efek samping,

memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat/emergensi di IGD atau ICU.

Kegiatan yang dilaksanakan:

- a. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- b. Perintah lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- c. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut
- d. Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

3. Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan yang Harus Diwaspadai

Fasilitas pelayanan Kesehatan mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.

Maksud dan Tujuan

- a. Bila obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadi kesalahan/*error* dan/atau kejadian sentinel (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look-Alike Sound-Alike/ LASA*).
- b. Daftar obat-obatan yang sangat perlu diwaspadai tersedia di WHO. Yang sering disebut-sebut dalam isu keamanan obat adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium/potasium klorida [sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat]), kalium/potasium fosfat [(sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml)], natrium/sodium klorida [lebih pekat dari 0.9%], dan magnesium sulfat

- Pokok Pikiran: Komunikasi efektif sebagai salah satu sasaran keselamatan pasien

Dalam pencapaian 7 Standar Keselamatan Pasien diperlukan penerapan prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Prinsip Keterbukaan

Seluruh petugas Puskesmas didorong untuk melaporkan jika terjadi kesalahan tanpa rasa takut untuk disalahkan. Pasien dan keluarga diinformasikan tentang kejadian yang terjadi dan mengapa kejadian tersebut terjadi.

2. Prinsip Pembelajaran

Pembelajaran dari setiap proses atau kejadian dilakukan untuk meningkatkan metoda dan upaya mencegah terjadinya kesalahan

3. Prinsip Kejelasan Kewenangan

Kejelasan kewenangan diperlukan dalam pemberdayaan praktisi klinis untuk mengambil tindakan untuk mengatasi masalah

4. Prinsip Akuntabilitas

Kejelasan siapa saja yang bertanggung jawab (akuntabilitas) terhadap suatu kejadian atau tindakan yang dilakukan

5. Prinsip Budaya adil (*just culture*)

Perlakuan yang adil dan tidak dipersalahkan jika terjadi kegagalan sistem

6. Prinsip Kearifan

Prinsip ini diperlukan dalam menilai dan memprioritaskan masalah dan tindakan

7. Pelayanan klinis dilakukan oleh praktisi klinis sesuai dengan kompetensi dan kewenangan, sesuai dengan panduan praktik klinik

8. Prinsip Peran Serta Aktif

Dalam mencapai standar keselamatan pasien diperlukan peran serta aktif dan kerja tim dari semua praktisi klinis dan manajemen di Puskesmas

9. Prinsip Kerja tim

Dalam mencapai standar keselamatan pasien kerja tim merupakan upaya yang efektif dalam mencegah terjadinya kesalahan, dan membangun sikap saling percaya dan saling menghargai.

B. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien

Sangat penting bagi staf fasilitas pelayanan kesehatan untuk dapat menilai kemajuan yang telah dicapai dalam memberikan asuhan yang lebih aman. Dengan tujuh langkah menuju keselamatan pasien Fasilitas pelayanan Kesehatan dapat memperbaiki keselamatan pasien, melalui perencanaan kegiatan dan pengukuran kinerjanya. Melaksanakan tujuh langkah ini akan membantu memastikan bahwa asuhan yang diberikan seaman mungkin, dan jika terjadi sesuatu hal yang tidak benar bisa segera diambil tindakan yang tepat. Tujuh langkah ini juga bisa membantu Fasilitas pelayanan Kesehatan mencapai sasaran-sasarannya untuk Tata Kelola Klinik, Manajemen Risiko, dan Pengendalian Mutu.



- 7 langkah menuju keselamatan pasien:
 - Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
 - Memimpin dan mendukung staf
 - Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
 - Mengembangkan sistem pelaporan
 - Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
 - Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
 - Menerapkan solusi-solusi untuk mencegah cedera

Gambar 3: 7 Langkah Keselamatan Pasien

Penjelasan tentang Tujuh langkah menuju keselamatan pasien sebagai berikut:

1. Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien

Bangun Budaya Keselamatan (Bangun Budaya adil dan terbuka)

Kegiatan yang dilaksanakan:

- a. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- c. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur.
- d. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2. Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Fasilitas pelayanan kesehatan menyusun pendekatan agar komunikasi di antara para petugas pemberi perawatan semakin efektif.

Maksud dan Tujuan

- a. Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.
- b. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telpon, bila diperbolehkan peraturan perundangan.
- c. Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis menelpon unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera /cito.
- d. Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk: menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi; penerima membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat. untuk obat-obat yang termasuk obat NORUM/LASA dilakukan eja ulang.
- e. Kebijakan dan/atau prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan kembali (*read back*) tidak

Berikut Penjelasan masing-masing Sasaran Keselamatan Pasien:

1. Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

Fasilitas pelayanan Kesehatan menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan identifikasi pasien

Maksud dan Tujuan :

- a. Kesalahan karena keliru-pasien sebenarnya terjadi di semua aspek diagnosis dan pengobatan. Keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya *error/kesalahan* dalam mengidentifikasi pasien, adalah pasien yang dalam keadaan terbius / tersedasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya; mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi di dalam fasilitas pelayanan kesehatan; mungkin mengalami disabilitas sensori; atau akibat situasi lain.
- b. Tujuan ganda dari sasaran ini adalah : pertama, untuk dengan cara yang dapat dipercaya/*reliable* mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Kebijakan dan/atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan dua nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (-identitas pasien) dengan *bar-code*, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di fasilitas pelayanan kesehatan, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi. Identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas, juga termasuk. Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi.

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

- a. Ciptakan budaya adil dan terbuka.

Dimasa lalu sangat sering terjadi reaksi pertama terhadap insiden di Fasilitas pelayanan Kesehatan adalah menyalahkan staf yang terlibat, dan dilakukan tindakan-tindakan hukuman. Hal ini, mengakibatkan staf enggan melapor bila terjadi insiden. Penelitian menunjukkan kadang-kadang staf yang terbaik melakukan kesalahan yang fatal, dan kesalahan ini berulang dalam lingkungan Fasilitas pelayanan Kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan lingkungan dengan budaya adil dan terbuka sehingga staf berani melapor dan penanganan insiden dilakukan secara sistematis. Dengan budaya adil dan terbuka ini pasien, staf dan Fasilitas Kesehatan akan memperoleh banyak manfaat.

- b. Kegiatan yang dilaksanakan :

1) Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

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

2) Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

- a) Pastikan teman anda merasa mampu berbicara tentang pendapatnya dan membuat laporan apabila terjadi insiden.
- b) Tunjukkan kepada tim anda tindakan-tindakan yang sudah dilakukan oleh Fasilitas pelayanan Kesehatan menindak lanjuti laporan-laporan tersebut secara adil guna pembelajaran dan pengambilan keputusan yang tepat.

2. Memimpin dan Mendukung Staf

Libatkan Seluruh Staf dalam Membangun Paradigma Keselamatan Pasien

a. Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien diseluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan anda.

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

b. Kegiatan yang dilaksanakan :

1) Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :

a) Pastikan ada anggota eksekutif yang bertanggung jawab tentang keselamatan pasien. Anggota eksekutif di FKTP merupakan jajaran struktural FKTP yang meliputi kepala FKTP dan pimpinan unsur-unsur yang ada dalam struktur organisasi FKTP, sedangkan untuk fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan jajaran pimpinan organisasi jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.

b) Tunjuk penggerak/champion keselamatan pasien di tiap unit.

c) Tempatkan keselamatan pasien dalam agenda pertemuan-pertemuan pada tingkat manajemen dan unit.

d) Masukkan keselamatan pasien ke dalam program-program pelatihan bagi staf dan pastikan ada pengukuran terhadap efektifitas pelatihan-pelatihan tersebut.

2) Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

a) Calonkan penggerak/champion untuk keselamatan pasien.

b) Jelaskan pentingnya keselamatan pasien kepada anggota unit anda.

c) Tumbuhkan etos kerja dilingkungan tim/unit anda sehingga staf merasa dihargai dan merasa mampu berbicara apabila mereka berpendapat bahwa insiden bisa terjadi.

C. Sasaran Keselamatan Pasien

Tujuan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) adalah untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien. Sasaran-sasaran dalam SKP menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil consensus yang berdasarkan nasihat para pakar.

Dengan mempertimbangkan bahwa untuk menyediakan perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi diperlukan desain sistem yang baik, sasaran biasanya sedapat mungkin berfokus pada solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem.

Di Indonesia secara nasional untuk seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan, diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional yang terdiri dari:

SKP.1 Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

SKP.2 Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

SKP.3 Meningkatkan Keamanan Obat-obatan yang harus diwaspadai

SKP.4 Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar

SKP.5 Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

SKP.6 Mengurangi Risiko Pasien Akibat terjatuh



Gambar 4: Sasaran Keselamatan Pasien

7. Implementasikan Solusi-Solusi untuk Mencegah Cedera

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

- a. Pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks seperti Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mencapai hal-hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama
- b. Kegiatan yang dilaksanakan :
 - 1) Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :
 - a) Gunakan informasi yang berasal dari sistem pelaporan insiden, asesmen risiko, investigasi insiden, audit dan analisa untuk menetapkan solusi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Hal ini mencakup *redesigning system* dan proses, penyesuaian pelatihan staf dan praktek klinik.
 - b) Lakukan asesmen tentang risiko-risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
 - c) Monitor dampak dari perubahan-perubahan tersebut
 - d) Implementasikan solusi-solusi yang sudah dikembangkan eksternal. Hal ini termasuk solusi yang dikembangkan oleh KNKP atau *Best Practice* yang sudah dikembangkan oleh Fasilitas Kesehatan lain
 - 2) Untuk tingkat Unit/Pelaksana :
 - a) Libatkan tim anda dalam pengembangan cara-cara agar asuhan pasien lebih baik dan lebih aman.
 - b) Kaji ulang perubahan-perubahan yang sudah dibuat dengan tim anda untuk memastikan keberlanjutannya
 - c) Pastikan tim anda menerima *feedback* pada setiap *followup* dalam pelaporan insiden.

Ketujuh Langkah tersebut akan otomatis terpenuhi dalam implementasi akreditasi fasilitas kesehatan tingkat pertama.

3. Mengintegrasikan Kegiatan Manajemen Risiko

Bangun Sistem Manajemen Risiko

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

- a. Sistem manajemen risiko akan membantu Fasilitas pelayanan Kesehatan mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Keselamatan pasien adalah komponen kunci dari manajemen risiko, dan harus diintegrasikan dengan keselamatan staf, manajemen klaim, penanganan litigasi dan klaim serta risiko keuangan dan lingkungan. Sistem manajemen risiko ini harus didukung oleh strategi manajemen risiko Fasilitas pelayanan Kesehatan, yang mencakup program-program asesmen risiko secara pro-aktif dan risk register.
- b. Kegiatan yang dilaksanakan :
 - 1) Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :
 - a) Pelajari kembali struktur dan proses untuk pengelolaan risiko klinis dan non klinis, dan pastikan hal ini sudah terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf klaim dan risiko keuangan serta lingkungan.
 - b) Kembangkan indikator-indikator kinerja untuk sistem manajemen risiko anda sehingga dapat di monitor oleh pimpinan.
 - c) Gunakan informasi-informasi yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk perbaikan pelayanan pasien secara pro-aktif.
 - 2) Untuk tingkat Unit/Pelaksana :
 - a) Giatkan forum-forum diskusi tentang isu-isu manajemen risiko dan keselamatan pasien, berikan feedback kepada manajemen.
 - b) Lakukan asesmen risiko pasien secara individual sebelum dilakukan tindakan
 - c) Lakukan proses asesmen risiko secara reguler untuk tiap jenis risiko dan lakukan tindakan-tindakan yang tepat untuk meminimalisasinya.
 - d) Pastikan asesmen risiko yang ada di unit anda masuk ke dalam proses asesmen risiko di tingkat organisasi dan risk register.

4. Mengembangkan Sistem Pelaporan

Sistem pelaporan sangat vital di dalam pengumpulan informasi sebagai dasar analisa dan penyampaian rekomendasi.

- a. Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).
- b. Kegiatan yang dilaksanakan :
 - 1) Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan:

Bangun dan implementasikan sistem pelaporan yang menjelaskan bagaimana dan cara Fasilitas pelayanan Kesehatan melaporkan insiden secara nasional ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP).
 - 2) Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

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

5. Melibatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien dan Masyarakat

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

- a. Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.
- b. Kegiatan yang dilaksanakan :
 - 1) Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :
 - a) Kembangkan kebijakan yang mencakup komunikasi terbuka dengan pasien dan keluarganya tentang insiden yang terjadi
 - b) Pastikan pasien dan keluarganya mendapatkan informasi apabila terjadi insiden dan pasien mengalami cedera sebagai akibatnya.

- c) Berikan dukungan kepada staf, lakukan pelatihan-pelatihan dan dorongan agar mereka mampu melaksanakan keterbukaan kepada pasien dan keluarganya .

2) Untuk tingkat Unit/Pelaksana :

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

6. Belajar dan Berbagi tentang Pembelajaran Keselamatan

Jika terjadi insiden keselamatan pasien, isu yang penting bukan siapa yang harus disalahkan tetapi bagaimana dan mengapa insiden itu terjadi. Salah satu hal yang terpenting yang harus kita pertanyakan adalah apa yang sesungguhnya terjadi dengan sistem kita ini.

- a. Dorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.
- b. Kegiatan yang dilaksanakan :
 - 1) Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :
 - a) Yakinkan staf yang sudah terlatih melakukan investigasi insiden secara tepat sehingga bisa mengidentifikasi akar masalahnya.
 - b) Kembangkan kebijakan yang mencakup kriteria kapan fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan *Root Cause Analysis* (RCA).
 - 2) Untuk tingkat Unit/Pelaksana :
 - a) Lakukan pembelajaran di dalam lingkup unit anda dari analisa insiden keselamatan pasien.
 - b) Identifikasi unit lain yang kemungkinan terkena dampak dan berbagilah proses pembelajaran anda secara luas.