

**Buku Ajar**  
**Manajemen Keselamatan Pasien dalam Keperawatan**



Penulis:

**Rahayu Winarti. S.Kep.,Ns.,M.Kep**

ISBN : 978-623 -94700-3-6

**BUKU AJAR  
MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN DALAM KEPERAWATAN**

**Penulis/Pengarang Buku :  
Rahayu Winarti, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**Penerbit :  
Weha Press**

**Redaksi :  
Jl. Subali Raya No.12  
Krapyak Semarang  
Telp 024-7612988  
Fax. 024-7612944  
Email : [widya-husada@yahoo.com](mailto:widya-husada@yahoo.com)**

**Cetakan Pertama, Juni 2021  
ISBN : 978-623 -94700-3-6**

**Hak Cipta dilindungi undang-undang  
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa ijin tertulis  
dari penerbit**

## **PRAKATA**

Bismillahirrahmanirrahim

Alhamdulillah Puji Syukur Penulis panjatkan dengan menyebut Asma Allah yang Maha Besar dan Maha Penyayang, dengan bimbingan Karunia dan Rahmad Nya penulis berhasil menyusun Buku Ajar ini dengan Judul “Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja dalam Keperawatan”. Buku Ajar ini disusun berdasarkan kurikulum yang terdapat dalam keperawatan baik tingkat Diploma III ataupun S1 Keperawatan.

Tujuan Pembuatan Buku Ajar ini diharapkan dapat membantu mahasiswa mendapatkan informasi tentang keselamatan pasien dan kesehatan kerja dalam keperawatan, dan mempersiapkan mahasiswa untuk memiliki budaya keselamatan pasien sehingga saat dihadapkan pada kasus terkait keselamatan pasien serta kesehatan dan keselamatan kerja keperawatan, mahasiswa mampu merencanakan upaya meningkatkan kesehatan keselamatan perawat dalam setiap proses keperawatan sesuai standar kesehatan dan keselamatan kerja serta keselamatan pasien.

Keselamatan pasien merupakan prioritas penting di Rumah Sakit karena berkaitan dengan citra rumah sakit. Upaya yang dilakukan Rumah Sakit untuk meningkatkan keselamatan pasien antara lain melalui program tujuh langkah menuju keselamatan rumah sakit dan penerapan standar keselamatan pasien rumah sakit. Selain itu untuk mengurangi terjadinya kecelakaan atau resiko bahaya perawat harus mampu menerapkan K3 dengan baik dan benar. Dalam buku ini menjelaskan tentang pentingnya keselamatan pasien, dan Keselamatan Kesehatan Kerja dalam keperawatan, dampak akibat kelalaian yang dilakukan, sistem manajemen pengendalian keselamatan serta berbagai hasil penelitian terkait faktor penyebab kelalaian tersebut serta solusi dalam pencegahan keselamatan pasien.

Penulis mengucapkan terimakasih kepada berbagai pihak yang telah membantu sehingga dapat diterbitkannya tulisan ini, penulis juga merasa bahwa buku ini jauh dari sempurna, oleh karena itu segala masukan baik berupa saran maupun kritik yang membangun sangat diharapkan.

Semarang, Juni 2021  
Penulis

## DAFTAR ISI

<b>Prakata</b> .....	ii
<b>Daftar Isi</b> .....	iii
<b>BAB 1: KONSEP KESELAMATAN PASIEN</b> .....	1
1.1 Konsep dan Prinsip Keselamatan Pasien .....	2
1.2 Insiden Keselamatan Pasien Akibat Salah Pelayanan dan Kegagalan Sistem .....	3
1.3 Pelaporan Insiden, Analisis dan Solusi.....	5
1.4 Alur Pelaporan Insiden.....	6
1.5 Analisis Matriks Grading Risiko.....	7
1.6 Latihan.....	10
1.7 Ringkasan .....	10
1.8 Tes 1 .....	12
<b>BAB 2. STANDAR YANG Mendukung Keselamatan Pasien Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan</b> .....	14
2.1 Standar Keselamatan Pasien .....	14
2.2 Uraian Tujuh Standar Keselamatan Pasien .....	15
2.2.1 Standar I. Hak Pasien .....	15
2.2.2 Standar II. Mendidik Pasien Dan Keluarga.....	16
2.2.3 Standar III. Keselamatan Pasien Dalam Kesenambungan Pelayanan.....	17
2.2.4 Standar IV. Penggunaan Metode Metode Peningkatan Kinerja Untuk Melakukan Evaluasi Dan Program Peningkatan Keselamatan Pasien .....	18
2.2.5 Standar V. Peran Kepemimpinan Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien.....	18
2.2.6 Standar VI. Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien .....	19
2.2.7 Standar VII. Komunikasi Sebagai Kunci Bagi Staff Untuk Mencapai Keselamatan Pasien .....	20
2.3 Latihan .....	20
2.4 Ringkasan .....	20
2.5. Tes 2.....	21
<b>BAB 3. ENAM Sasaran Keselamatan Pasien</b> .....	22
3.1 Sasaran Keselamatan Pasien Nasional ( SKPN).....	22
3.1.1 Sasaran 1: Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar.....	23
3.1.2 Sasaran 2: Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif .....	24
3.1.3 Sasaran 3: Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan Yang Harus Diwaspadai .....	25
3.1.4 Sasaran 4: Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar .....	26
3.1.5 Sasaran 5: Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan .....	27
3.1.6 Sasaran 6 : Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh .....	27
3.2 Latihan .....	28
3.3 Ringkasan .....	28
3.4 Tes.....	30

<b>BAB 4.TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN .....</b>	<b>31</b>
4.1 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien .....	31
4.1.1 Langkah 1 Bangun Budaya Keselamatan.....	32
4.1.2 Langkah 2 Pimpin Dan Dukung Staf Anda.....	33
4.1.3 Langkah 3 Integrasikan Kegiatan Manajemen Risiko Anda.....	34
4.1.4 Langkah 4 Bangun Sistem Pelaporan .....	34
4.1.5 Langkah 5 Libatkan Dan Berkomunikasi Dengan Pasien Dan Masyarakat.....	35
4.1.6 Langkah 6 Belajar Dan Berbagi Tentang Pembelajaran Keselamatan .....	35
4.1.7 Langkah 7 Implementasikan Solusi-Solusi Untuk Mencegah Cidera.....	36
4.2 Latihan .....	43
4.3 Ringkasan .....	45
4.4 Tes 4.....	45
<b>BAB 5. ASPEK HUKUM KESELAMATAN PASIEN.....</b>	<b>48</b>
5.1 Kebijakan Yang Mendukung Rumah Sakit .....	48
5.1.1 Undang Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan .....	49
5.1.2 Undang Undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit .....	49
5.1.3 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien .....	51
5.1.4 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 028/ menkes/per/1/2011 Tentang Klinik .....	52
5.2 Kebijakan Departemen Kesehatan Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.....	53
5.3 Keselamatan Pasien Dalam Perspektif Hukum Kesehatan .....	53
5.3.1 Keselamatan Pasien Sebagai Isu Hukum .....	53
5.3.2 Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit.....	53
5.3.2 Bukan Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit .....	54
5.4 Hak Pasien .....	54
5.5 Kewajiban dan Hukum Rumah Sakit.....	54
5.5.1 Kewajiban Rumah Sakit Berdasarkan Undang Undang RI No.44 Tahun 2009 .....	54
5.5.2 Hak Rumah Sakit Berdasarkan Pasal 30 UU No. 44 tahun 2009 .....	56
5.6 Hal-Hal yang berkaitan dengan Kebijakan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit .....	56
5.7 Latihan .....	56
5.8 Ringkasan .....	58
5.9 Tes 5.....	60
<b>BAB 6. MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBATAN YANG HARUS DIWASPADAI</b>	

6.1. Pengertian Obat-Obatan Yang perlu diwaspadai .....	62
6.2. Tujuan Dari Meningkatkan Obat-Obatan Yang perlu Diwaspadai .....	62
6.3. Kegiatan Yang Harus Dilaksanakan dan Difasilitasi Pelayanan Kesehatan ....	63
6.4. Obat-Obatan Yang Perlu Diwaspadai .....	63
6.5. Area Pelayanan Yang Membutuhkan Elektrolit Konsentrat .....	65
6.6. Cara Penyimpanan Obat Yang Harus Diwaspadai.....	65
6.7. Cara Penyiapan Obat High Alert .....	67
6.8. Cara Pemberian Obat Yang Perlu Diwaspadai Di Ruang Perawatan .....	68
<b>GLOSARIUM .....</b>	<b>74</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>75</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>76</b>
Formulir 1. Formulir Laporan Insiden ke Tim Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan .....	76
Formulir 2. Laporan insiden ke Komite Nasional Keselamatan Pasien.....	79
Formulir 3. Laporan Insiden Eksternal .....	84
Formulir 4. Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.....	90
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>8</b>
Tabel I. Penilaian Dampak Klinis/Konsentrasi/Severity .....	8
Tabel 2. Penilaian Probabilitas/Frekuensi .....	8
Tabel 3. Matriks Grading Risiko .....	9
Tabel 4. Tindakan sesuai Tingkat dan Bands risiko .....	9

**A. TUJUAN PEMBELAJARAN****1. Umum**

Setelah mempelajari materi ini, Anda diharapkan mampu memahami konsep dan Prinsip Keselamatan Pasien

**2. Khusus**

Setelah selesai mempelajari materi ini, Anda diharapkan mampu menjelaskan :

- a. Pengertian Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)
- b. Insiden Keselamatan Pasien di Pelayanan Kesehatan dan Kegagalan Sistem Medis
- c. Tujuan Pengaturan Keselamatan Pasien
- d. Komite Nasional Keselamatan Pasien
- e. Model Keselamatan Pasien
- f. Model Nasional untuk Akreditasi dan Kualitas keselamatan pasien (*Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare/ ACSQH 2010*)
- g. Pelaporan Insiden
- h. Investigasi Insiden – Analisis Akar Penyebab
- i. Perencanaan Darurat

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

- 1) Baca modul ini dengan seksama, yang dibagi dalam beberapa bagian meliputi penguasaan pengetahuan dan keterampilan maupun sikap yang mendasari penguasaan kompetensi sampai anda merasa yakin telah menguasai kemampuan dalam bab ini.
- 2) Diskusikan dengan teman sejawat/instruktur pelatih anda bagaimana cara anda untuk menguasai materi ini dengan benar
- 3) Jika anda latihan diluar jam tatap muka atau di luar jam kerja ( Jika anda sedang Praktik Kerja) dapat menggunakan buku ini sebagai panduan belajar bersama dengan materi yang telah disampaikan di kelas
- 4) Bicarakan dan komunikasikan melalui presentasi pengalaman - pengalaman kerja yang sudah anda lakukan dan tanyakan langkah-langkah lebih lanjut
- 5) Kegiatan pelajaran tatap muka yang terjadwal dan terprogram, akan dilaksanakan di dalam kelas dalam membahas teori dan atau dilaksanakan di laboratorium dalam menerapkan dan mempraktekkan teori
- 6) Sumber informasi yang dapat di temukan untuk memperdalam materi buku ini antara lain Jurnal dan Majalah Dasar-dasar keperawatan, *Website*, Buku buku yang relevan, *Personal experience*.

## 1.1. Konsep dan Prinsip Keselamatan Pasien

Pemberian pelayanan kesehatan merupakan kerja sistem yang berpotensi mengalami error, maka atas dasar itu mendorong penyusunan sistem yang lebih aman agar potensi kesalahan dapat diminimalkan. Masyarakat mendapat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan mulai dari PPK ( Pemberi Pelayanan Kesehatan) tingkat pertama, kedua dan ketiga. Pemberian pelayanan kesehatan harus berfokus pada pasien. Perawat dan semua tenaga kesehatan harus terus menjaga keselamatan pasien.

Menurut National Health Performance Committee (NPHC, 2001, dikutip dari Australian Institute Health and Welfare (AIHW, 2009) mendefinisikan keselamatan pasien adalah menghindari atau mengurangi hingga ketingkat yang dapat diterima dari bahaya aktual atau risiko dari pelayanan kesehatan atau lingkungan dimana pelayanan kesehatan diberikan.

Keselamatan pasien adalah pasien bebas dari harm/cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari harm yang potensial akan terjadi ( penyakit cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian dll) terkait pelayanan yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen resiko, identifikasi dan manajemen resiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya resiko. (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015)

Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi :

- a) Assesmen resiko
- b) Identifikasi dan pengelolaan resiko pasien
- c) Pelaporan dan analisis insiden
- d) 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 (*Permenkes RI Nomor 11, 2017*)

*Harm/cedera* adalah Dampak yang terjadi akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh dapat berupa fisik, sosial dan psikologis. Yang termasuk *harm* adalah : “ Penyakit cedera, penderitaan cacat dan kematian”.

- a) Penyakit/*Disease*

Disfungsi fisik atau psikis

- b) Cedera/*Injury*

Kerusakan jaringan yang diakibatkan agent / keadaan

- c) Penderitaan/ *Suffering*

Pengalaman / gejala yang tidak menyenangkan termasuk nyeri, malaise, mual, muntah, depresi, agitasi dan ketakutan.

- d) Cacat / *Disability*

Segala bentuk kerusakan struktur atau fungsi tubuh, keterbatasan aktifitas, dan atau restriksi dalam pergaulan sosial yang berhubungan dengan *harm* yang terjadi sebelumnya atau saat ini. (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015)

**Tujuan Utama dari keselamatan pasien adalah :**



- a) Terciptanya budaya keselamatan pasien di fasilitas kesehatan  
Tujuan utama diadakannya pasien safety adalah untuk menciptakan Adanya kebudayaan keselamatan yang terdapat pada rumah sakit. Dengan adanya kebudayaan keselamatan inilah seseorang yang berada di lingkungan rumah sakit akan lebih sadar terhadap para pasien yang membutuhkan.
- b) Menurunkan kejadian yang tidak diharapkan di fasilitas kesehatan  
KTD atau kejadian tidak diinginkan akan semakin menurun di lingkungan rumah sakit karena seseorang di lingkungan rumah sakit akan lebih sadar terhadap keselamatan. Oleh karena itu, risiko kejadian tidak diinginkan akibat dari kesalahan pengobatan ataupun kesalahan jenis obat yang dikonsumsi akan banyak berkurang.
- c) Meningkatnya akuntabilitas fasilitas kesehatan
- d) Tidak hanya adanya penurunan kejadian tidak diinginkan di rumah sakit, dengan adanya kesadaran keselamatan di rumah sakit juga akan meningkatkan akuntabilitas rumah sakit pada pasien maupun masyarakat sehingga seseorang akan lebih percaya terhadap Rumah Sakit tersebut.
- e) Terlaksananya program program keselamatan pasien di fasilitas kesehatan  
Mencegah hal-hal yang tidak diinginkan memang cukup penting untuk dilakukan di lingkungan rumah sakit dan dengan adanya pasien *safety* di rumah sakit juga akan melaksanakan program program tersebut sebagai upaya untuk mencegah kejadian yang tidak diinginkan lagi.

**Tujuan dari keselamatan pasien adalah :**

- a) Aman ( *Safety*), yaitu pasien yang menerima pelayanan kesehatan terbebas dari luka atau cedera
- b) Efektif ( *Effective*), yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi dan ilmu pengetahuan
- c) Berfokus pada pasien ( *Patient-centered* ) yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien
- d) Menurunkan waktu tunggu ( *timely*), yaitu petugas kesehatan harus bekerja dengan cepat dan tepat agar pasien tidak menunggu lama untuk menerima pelayanan
- e) Efisien ( *Efficient*), yaitu penggunaan bahan dan alat sesuai dengan keperluan
- f) Pelayanan sesuai standar ( *Equitable*), yaitu petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien harus sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan.

**1.2. Insiden Keselamatan Pasien Akibat Salah Pelayanan Kesehatan dan Kegagalan Sistem**

Insiden Keselamatan Pasien ( IKP ) adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. (Permenkes RI Nomor 11, 2017)

Informasi tentang resiko keselamatan pasien pada tatanan perawatan kesehatan primer sebagian berasal dari penelitian tentang kesalahan dan kejadian yang dilaporkan, termasuk penelitian yang telah mencoba mengembangkan taksonomi untuk mengklasifikasikan jenis kesalahan dan insiden yang terjadi (Australian Commission on Safety and Quality in Health

Care, 2010).Australia telah menjadi salah satu pelopor pelaporan kejadian dalam praktik Umum, dan studi oleh Badan Ancaman terhadap Keselamatan Pasien Australia (*Threats to Australian Patient Safety/ TAPS*) adalah salah satu analisis insiden keselamatan pasien yang paling komprehensif di dunia Internasional (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2010*). *TAPS* dan penelitian lainnya telah mengidentifikasi dua jenis insiden keselamatan pasien yang luas :

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

Adapun istilah insiden keselamatan pasien yang telah dikenal secara luas berikut definisinya : (*Permenkes RI Nomor 11, 2017*)

- a) Kondisi Potensial Cedera ( KPC )/ *Reportable Circumstance* adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

Contoh : Kerusakan ventilator, Obat tanpa label waktu expired

- b) Kejadian Nyaris Cedera ( KNC )/ *Near Miss* adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

Contoh: Saat perawat akan memberikan obat, baru diketahui kalau obat yang diambil ternyata salah ( diketahui saat *double check* )

- c) Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

Contoh : Perawat sudah memberikan obat kepada pasien dan pasien sudah meminumnya ternyata baru diketahui bahwa obat yang diberikan kontra indikasi, akan tetapi tidak muncul tanda tanda efek samping obat yang merugikan

- d) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*Adverse Event* adalah insiden yang menyebabkan cedera pada pasien .

Contoh : Perawat sudah memberikan obat kepada pasien dan pasien sudah meminumnya ternyata baru diketahui bahwa obat yang diberikan kontra indikasi, dan muncul efek samping yang merugikan ( alergi, muntah, keracunan, dll)

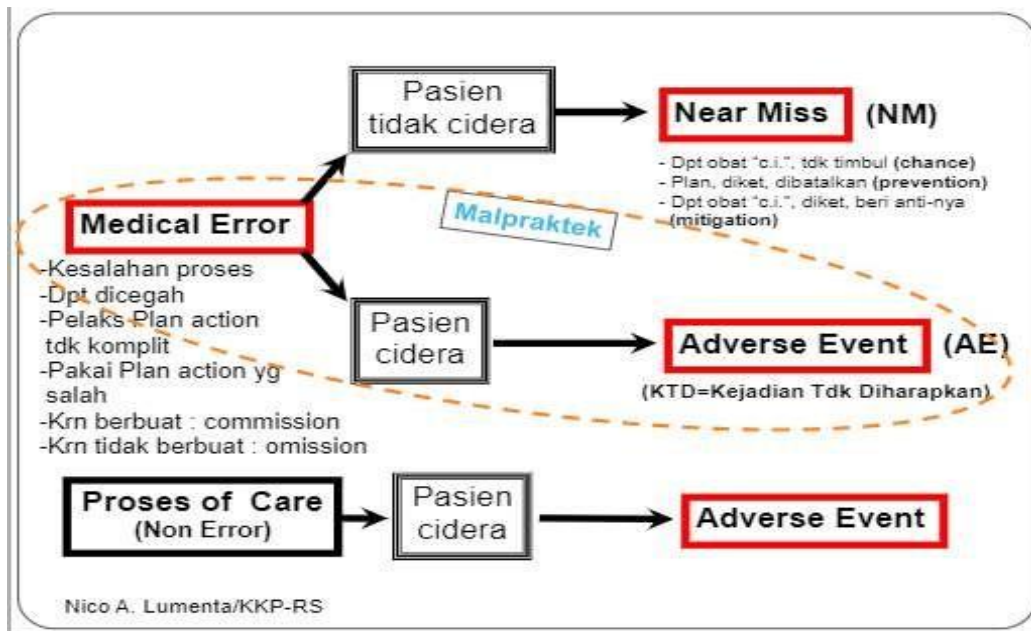
- e) Kejadian SENTINEL adalah Suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien.

Contoh :

- a) Tindakan invasif/pembedahan pada pasien yang salah
- b) Tindakan invasive/ pembedahan pada bagian tubuh yang keliru
- c) Ketinggalan instrument / alat/ benda-benda lain di dalam tubuh pasien sesudah tindakan pembedahan
- d) Bunuh diri pada pasien rawat inap
- e) Embolisme gas intravaskuler yang mengakibatkan kematian / kerusakan neurologis

- f) Reaksi Haemolitis transfuse darah akibat inkompatibilitas ABO
- g) Kematian Ibu melahirkan
- h) Kematian bayi “ *Full-Term* ” yang tidak diantisipasi, Penculikan bayi, Bayi tertukar, Perkosaan/Tindakan kekerasan terhadap pasien, staf, maupun pengunjung
- i) Kejadian sentinel yang berdampak luas/ Nasional diantaranya berupa kejadian yang sudah terlanjut di “ *blow up* ” oleh media, kejadian yang menyangkut pejabat, selebriti dan public figure lainnya, Kejadian yang melibatkan berbagai institusi maupun fasilitas pelayanan kesehatan lain, kejadian yang menyangkut moral, misalnya : perkosaan atau tindakan kekerasan.

Berikut Analisa Gambar Kejadian Insiden Keselamatan Pasien:



### 1.3. Pelaporan Insiden, Analisis dan Solusi

Salah satu metode untuk mengidentifikasi resiko adalah dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis. Sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan (error) sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukan investigasi selanjutnya.

#### Tujuan Pelaporan insiden Keselamatan Pasien :

##### a. Tujuan Umum:

- 1) Menurunnya Insiden Keselamatan Pasien ( KTD, KNC, KTC dan KPC)
- 2) Meningkatnya mutu pelayanan dan keselamatan pasien

##### b. Tujuan Khusus

###### 1) Rumah Sakit ( Internal )

- a) Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan Insiden keselamatan pasien di rumah sakit
- b) Diketahui penyebab insiden keselamatan pasien sampai pada akar masalah
- c) Didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada pasien agar dapat mencegah kejadian yang sama dikemudian hari

###### 2) KKPRS ( Eksternal )

- a) Diperolehnya data/ peta nasional angka insien keselamatan pasien ( KTD, KNC, KTC)

- b) Diperolehnya pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi rumah sakit lain
- c) Ditetapkannya langkah-langkah praktis Keselamatan Pasien untuk rumah sakit di Indonesia (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015)

**Mengapa pelaporan insiden penting ?**

- ✚ Karena pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali

**Bagaimana memulainya?**

- ✚ Dibuat suatu sistem pelaporan insiden di rumah sakit meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan pada seluruh karyawan.

**Apa yang harus dilaporkan ?**

- ✚ Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi

**Siapa yang membuat laporan Insiden ( *Incident Report* )?**

- ✚ Siapa saja atau semua staf RS yang pertama menemukan kejadian/insiden
- ✚ Siapa saja atau semua staf yang terlibat dalam kejadian / insiden

**Bagaimana cara membuat Laporan Insiden ?**

Karyawan diberikan pelatihan mengenai sistem pelaporan insiden mulai dari maksud, tujuan dan manfaat laporan, alur pelaporan, bagaimana cara mengisi:

- ✚ formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian-pengertian yang digunakan dalam sistem pelaporan dan cara menganalisa laporan.

**Masalah yang sering menghambat dalam Laporan Insiden?**

- ✚ Laporan dipersepsikan sebagai pekerjaan perawat
- ✚ Laporan sering disembuyikan/ *underreport*, karena takut disalahkan
- ✚ Laporan sering terlambat
- ✚ Bentuk laporan miskin data karena adanya budaya menyalahkan ( *Blame Culture* )

**1.4. Alur Pelaporan Insiden**

**A. Alur Pelaporan Insiden Kepada Tim Keselamatan Pasien di RS ( Internal )**

1. Apabila terjadi insiden ( KNC/KTD/KTC/KPC) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti ( dicegah/ditangani ) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
2. Setelah ditindaklanjuti, segera membuat lapran insidennya dengan mengisi formulir laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada Atasan langsung (Paling lambat 2 x 24 jam); diharapkan jangan menunda laporan.
3. Setelah selesai mengisi laporan, segera menyerahkan kepada Atasan langsung pelapor. ( Atasan langsung disepakati sesuai keputusan Manajemen:Supervisor / Kepala Bagian / Instalasi / Departemen/Unit).
4. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading resiko terhadap insiden yang dilaporkan
5. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :

**Grade biru** : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung waktu maksimal 1 minggu

**Grade Hijau** : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung waktu maksimal 2 minggu

**Grade Kuning:** Investigasi komprehensif/ Analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP di RS waktu maksimal 45 hari.

**Grade merah** : Investigasi komprehensif/ Analisis akar masalah / RCA oleh Tim Kp di RS, waktu maksimal 45 hari.

6. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS
7. Tim KP di RS akan menganalisis kembali hasil investigasi dan Laporan Insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan ( RCA) dengan melakukan Regrading
8. Untuk Grade Kuning/Merah, Tim KP di RS akan melakukan analisis akar masalah ( Root Cause Analysis ( RCA )
9. Setelah melakukan RCA, Tim Kp di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta Pembelajaran berupa: Petunjuk / “ Safety alert” untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali
10. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi
11. Rekomendasi untuk “ Perbaikan dan Pembelajaran”diberikan umpan balik unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di Rumah Sakit.
12. Unit kerja membuat analisa kejadian di satuan kerjanya masing masing
13. Monitoring dan evaluasi Perbaikan Tim KP di RS

#### **B. Alur Pelaporan Insiden ke KKPRS-Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit ( Eksternal )**

Laporan hasil investigasi sederhana / analisis akar masalah / RCA yang terjadi pada pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh Tim KP di RS(Internal) / Pimpinan RS dikirimkan ke KKPRS dengan melakukan entry data (e-reporting) melalui website resmi KKPRS : [www.buk.depkes.go.id](http://www.buk.depkes.go.id) (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015)

#### **1.5. Analisis Matriks Grading Risiko**

Penilaian matriks risiko adalah suatu metode analisa kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan Dampak dan Probabilitasnya.

##### **a. Dampak ( *Consequences* )**

Penilaian dampak / akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal ( tabel 1 )

##### **b. Probabilitas / Frekuensi/ *Likelihood***

Penilaian tingkat probabilitas / frekuensi risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi ( tabel 2 )

**Tabel 1.**  
Penilaian Dampak Klinis / Konsekuensi / Severity

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	- Cedera ringan mis. Luka lecet - Dapat diatasi dengan pertolongan pertama,
3	Moderat	- Cedera sedang mis. Luka robek - Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual ( <i>reversibel</i> ), tidak berhubungan dengan penyakit. - Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Mayor	- Cedera luas / berat misal cacat, lumpuh - Kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual ( <i>irreversibel</i> ), tidak berhubungan dengan penyakit.
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

**Tabel 2**  
Penilaian Probabilitas / Frekuensi

TINGKAT RISIKO	
1	Sangat jarang / <i>Rare</i> (>5 thn/kali)
2	Jarang / <i>Unlikely</i> (>2-5 thn/kali)
3	Mungkin / <i>Possible</i> (1-2 thn/kali)
4	Sering / <i>Likely</i> (Bebrp kali /thn)
5	Sangat sering / <i>Almost certain</i> (Tiap minggu /bulan)

Setelah nilai Dampak dan Probabilitas diketahui, dimasukkan dalam Tabel Matriks Grading Resiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna *bands* risiko

**a. SKOR RISIKO**

$\text{SKOR RISIKO} = \text{Dampak} \times \text{Probabilitas}$
---

Untuk menentukan skor risiko digunakan matriks grading risiko ( tabel 3 ) :

1. Tetapkan frekuensi pada kolom kiri
2. Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan
3. Tetapkan warna *bandsnya*, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak .

**b. SKOR RISIKO**

*Bands* risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu : Biru, Hijau, Kuning dan Merah. Warna “ *bands*” akan menentukan investigasi yang akan dilakukan. ( tabel 3 )

-  *Bands* BIRU dan HIJAU : Investigasi sederhana
-  *Bands* KUNING dan MERAH : Investigasi Komprehensif / RCA

**WARNA BANDS : HASIL PERTEMUAN ANTARA NILAI DAMPAK YANG  
DIURUT KEBAWAH DAN NILAI PROBABILITAS YANG DIURUT  
KE SAMPING KANAN**

Contoh : Pasien jatuh dari tempat tidur dan meninggal, kejadian seperti ini RS X terjadi pada 2 tahun yang lalu

Nilai dampak : 5 (Katastropik) karena pasien meninggal

Nilai Probabilitas : 3 ( mungkin terjadi ) karena pernah terjadi 2 tahun lalu skoring

Risiko :  $5 \times 3 = 15$

Warna Bands : Merah ( ekstrim )

**Tabel 3**  
Matriks Grading Risiko

Probabilitas	Tdk Signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katastropik 5
Sangat sering terjadi (tiap minggu /bulan) 5	Maksimal	Moderat	Tinggi	Ekstrem	Katastropik
Sering terjadi (beberapa kali/thn) 4	Maksimal	Moderat	Tinggi	Ekstrem	Katastropik
Mungkin terjadi (1-2 thn/kali) 3	Maksimal	Moderat	Tinggi	Ekstrem	Katastropik
Jarang terjadi (>2-<5 thn/kali) 2	Maksimal	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrem
Sangat jarang terjadi (>5 thn/kali) 1	Maksimal	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrem

**Tabel 4**  
Tindakan sesuai Tingkat dan Bands risiko

Level/Bands	Tindakan
Ekstrem (sangat tinggi)	Risiko sangat, dilakukan RCA paling lama 45 hari setelah kejadian tindakan segera, revisi dan update kebijakan
Risiko (tinggi)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari Kaji ulang desk & perlu tindakan segera serta menstabilkan perhatian top manajemen,
Moderat (sedang)	Risiko sedang, dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer / Direktur Klien sebaiknya menilai dampak setiap hari dan lebih sering
Rendah (rendah)	Risiko rendah, dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu dan lakukan dengan prosedur rutin

**Analisis Insiden Keselamatan Pasien**



## 1.6. Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut! *Anda dianjurkan untuk mencari dan mempelajari bagaimana bagaimana konsep dan prinsip keselamatan pasien.*

## 1.7. Ringkasan

Keselamatan pasien adalah pasien bebas dari harm/cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari harm yang potensial akan terjadi ( penyakit cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian dll) terkait pelayanan yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen resiko, identifikasi dan manajemen resiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya resiko.

Insiden Keselamatan Pasien ( IKP ) adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Adapun istilah insiden keselamatan pasien yang telah dikenal secara luas berikut definisinya : (Permenkes RI Nomor 11, 2017)

a) Kondisi Potensial Cedera ( KPC )/ *Reportable Circumstance* adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

Contoh : Kerusakan ventilator, Obat tanpa label waktu expired

b) Kejadian Nyaris Cedera ( KNC )/ *Near Miss* adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

Contoh: Saat perawat akan memberikan obat, baru diketahui kalau obat yang diambil ternyata salah ( diketahui saat *double check* )

c) Kejadian Tidak Cedera ( KTC ) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

Contoh : Perawat sudah memberikan obat kepada pasien dan pasien sudah meminumnya ternyata baru diketahui bahwa obat yang diberikan kontra indikasi, akan tetapi tidak muncul tanda tanda efek samping obat yang merugikan

d) Kejadian Tidak Diharapkan ( KTD )/ *Adverse Event* adalah insiden yang menyebabkan cedera pada pasien .

Contoh : Perawat sudah memberikan obat kepada pasien dan pasien sudah meminumnya ternyata baru diketahui bahwa obat yang diberikan kontra indikasi, dan muncul efek samping yang merugikan ( alergi, muntah, keracunan, dll)

e) Kejadian SENTINEL adalah Suatu 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.

✚ Tindakan invasif/pembedahan pada pasien yang salah

✚ Tindakan invasive/ pembedahan pada bagian tubuh yang keliru

✚ Ketinggalan instrument / alat/ benda-benda lain di dalam tubuh pasien sesudah tindakan pembedahan



#### Alur Pelaporan Insiden Kepada Tim Keselamatan Pasien di RS ( Internal )

1. Apabila terjadi insiden (KNC/KTD/KTC/KPC) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak / akibat yang tidak diharapkan.
2. Setelah ditindaklanjuti, segera membuat lapran insidennya dengan mengisi formulir laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada Atasan langsung ( Paling lambat 2 x 24 jam ); diharapkan jangan menunda laporan.
3. Setelah selesai mengisi laporan, segera menyerahkan kepada Atasan langsung pelapor. (Atasan langsung disepakati sesuai keputusan Manajemen: Supervisor / Kepala Bagian / Instalasi / Departemen/Unit).
4. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading resiko terhadap insiden yang dilaporkan
5. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :  
(Grade biru) Investigasi sederhana oleh Atasan langsung waktu maksimal 1 minggu, (Grade Hijau) Investigasi sederhana oleh Atasan langsung waktu maksimal 2 minggu, (Grade Kuning) Investigasi komprehensif/ Analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP di RS waktu maksimal 45 hari, (Grade merah) Investigasi komprehensif/ Analisis akar masalah / RCA oleh Tim Kp di RS, waktu maksimal 45 hari.
6. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS
7. Tim KP di RS akan menganalisis kembali hasil investigasi dan Laporan Insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan ( RCA) dengan melakukan Regrading
8. Untuk Grade Kuning/Merah, Tim KP di RS akan melakukan analisis akar masalah ( *Root Cause Analysis* ( RCA )
9. Setelah melakukan RCA, Tim Kp di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta Pembelajaran berupa: Petunjuk / “ *Safety alert*” untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali
10. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi
11. Rekomendasi untuk “ Perbaikan dan Pembelajaran”diberikan umpan balik unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di Rumah Sakit.
12. Unit kerja membuat analisa kejadian di satuan kerjanya masing masing
13. Monitoring dan evaluasi Perbaikan Tim KP di RS

#### Alur Pelaporan Insiden ke KKPRS-Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit ( Eksternal ) :

Laporan hasil investigasi sederhana / analisis akar masalah / RCA yang terjadi pada pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh Tim KP di RS ( Internal )/ Pimpinan RS dikirimkan ke KKPRS dengan melakukan entry data (e-reporting) melalui website resmi KKPRS : [www.buk.depkes.go.id](http://www.buk.depkes.go.id) (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015)

### 1.8.Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat !

1. Tujuan Utama Keselamatan pasien di rumah sakit adalah :
  - a. Mengidentifikasi pasien dengan benar
  - b. Meningkatkan keakraban antara perawat, pasien dan keluarga
  - c. Menangani Kejadian Luar Biasa
  - d. Meningkatnya akuntabilitas RS terhadap pasien dan masyarakat
  - e. Mengatasi terjadinya Infeksi
2. Pernyataan yang salah mengenai tujuan dari patient safety :
  - a. Mengukur resiko
  - b. Identifikasi dan pengelolaan resiko terhadap pasien
  - c. Pelaporan dan analisis insiden
  - d. Menghambat solusi
  - e. Meminimalisir timbulnya resiko
3. Berikut ini termasuk ke dalam prinsip-prinsip keselamatan pasien, kecuali :
  - a. Menemukan kesalahan manusia dalam suatu kejadian error harus melalui proses investigasi
  - b. Budaya saling menyalahkan sesuai rantai tanggung jawab merupakan salah satu bentuk penyelesaian kasus error di rumah sakit
  - c. Memperbaiki kesalahan seharusnya menggunakan pendekatan sistem
  - d. Manusia mempunyai keterbatasan sehingga dapat berbuat salah dan error dapat terjadi sekalipun dalam organisasi yang telah dikelola dengan baik
  - e. Kita tidak dapat mengubah kondisi manusia, tetapi yang perlu diubah adalah kondisi tempat manusia bekerja.
4. Pelaksanaan patient safety dilakukan dengan sistem :
  - a. Pengkajian, Diagnosa, Implementasi dan Evaluasi
  - b. Pencatatan, Pelaporan, Monitoring dan Evaluasi
  - c. Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi
  - d. Pencatatan, Pelaporan dan Evaluasi
  - e. Pencatatan, Diagnosa, dan Evaluasi
5. Seorang perawat lupa melakukan skin test sehingga langsung menyuntikkan obat jenis antibiotik kepada pasien . Beberapa saat setelah melakukan tindakan tersebut, pasien mengalami alergi dan perawat tersebut sangat paham dan cukup tenang untuk kemudian dalam waktu cepat ia menyuntikkan obat alergi sehingga kondisi pasien kembali normal. Kasus diatas dapat dikategorikan sebagai :
  - a. Kejadian Potensi Cedera
  - b. Kejadian Nyaris Cedera
  - c. Kejadian Tidak Cedera
  - d. Kejadian Tidak Diharapkan
  - e. Sentinel
6. Alur pelaporan pada insiden keselamatan pasien bagi Rumah Sakit Pusat diurutkan paling akhir adalah :
  - a. ARSADA Pusat
  - b. ARSADA Daerah
  - c. PERSI Pusat
  - d. PERSI Daerah
  - e. Bukan salah satu diatas
7. Warna Bands pada investigasi sederhana setelah dilakukan Grading Risk adalah :
  - a. Biru dan kuning
  - b. Hijau dan kuning
  - c. Kuning dan merah
  - d. Hijau dan biru
  - e. Merah
8. Pelaporan insiden dilakukan paling lama adalah :
  - a. 1 x 24 jam
  - b. 2 x 24 jam
  - c. 3 x 24 jam
  - d. 7 x 24 jam
  - e. Semua Salah

9. Pada penilaian frekuensi insiden keselamatan pasien dengan tingkat resiko 4 (sering) yaitu :
  - a. > 5 tahun
  - b. Tiap minggu perbulan
  - c. 1 – 2 tahun sekali
  - d. Beberapa kali dalam setahun
  - e. 3 – 5 tahun sekali
10. Kasus : Seorang pasien di diagnosa Carsinoma hepar yang dirawat di lantai 3 sebuah Rumah Sakit Kota Semarang, jatuh ke lantai dasar sehingga mengalami kelumpuhan menetap. Insiden serupa pernah terjadi 7 bulan yang lalu. Tentukan level/ bands pada kasus diatas
  - a. Rendah
  - b. Moderat
  - c. Tinggi
  - d. Ekstrim
  - e. Semua Salah

**A. TUJUAN PEMBELAJARAN****1. Umum**

Setelah mempelajari materi ini, Anda diharapkan mampu memahami Standar Keselamatan Pasien

**2. Khusus**

Setelah selesai mempelajari materi ini, Anda diharapkan mampu menjelaskan :

- a. Hak pasien
- b. Pendidikan bagi pasien dan keluarga
- c. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan
- d. Penanganan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

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

- 1) Baca modul ini dengan seksama, yang dibagi dalam beberapa bagian meliputi penguasaan pengetahuan dan keterampilan maupun sikap yang mendasari penguasaan kompetensi sampai anda merasa yakin telah menguasai kemampuan dalam bab ini.
- 2) Diskusikan dengan teman sejawat/instruktur pelatih anda bagaimana cara anda untuk menguasai materi ini dengan benar
- 3) Jika anda latihan diluar jam tatap muka atau di luar jam kerja ( Jika anda sedang Praktik Kerja) dapat menggunakan buku ini sebagai panduan belajar bersama dengan materi yang telah disampaikan di kelas
- 4) Bicarakan dan komunikasikan melalui presentasi pengalaman - pengalaman kerja yang sudah anda lakukan dan tanyakan langkah-langkah lebih lanjut
- 5) Kegiatan pelajaran tatap muka yang terjadwal dan terprogram, akan dilaksanakan di dalam kelas dalam membahas teori dan atau dilaksanakan di laboratorium dalam menerapkan dan mempraktekkan teori
- 6) Sumber informasi yang dapat di temukan untuk memperdalam materi buku ini antara lain Jurnal dan Majalah Dasar-dasar keperawatan, *Website*, Buku buku yang relevan, *Personal experience*.

**2.1. Standar Keselamatan Pasien**

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

Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan fasilitas pelayanan kesehatan dan penilaiannya menggunakan Instrumen Akreditasi. (*Permenkes RI Nomor 11, 2017*)

Standar Keselamatan Pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu :

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

## **2.2. Uraian 7 (Tujuh ) Standar Keselamatan Pasien**

### **2.2.1. STANDAR I. HAK PASIEN**

#### **Standar :**

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

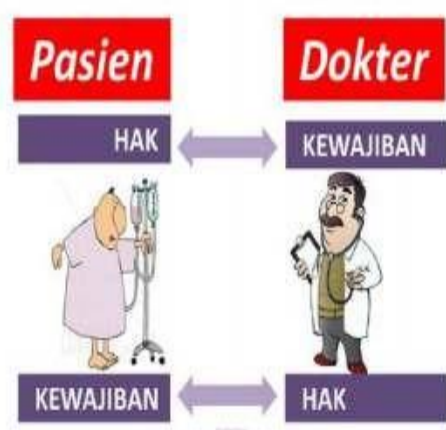
#### **Kriteria :**

- a. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan
- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
- c. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

Menurut Undang Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada pasal 32, ada 18 hak pasien yang harus diketahui, Hak hak ini adalah sebagai berikut : (*UU RI No 44 Tentang Rumah Sakit, 2009*)

1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien
3. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi
4. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional
5. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi
6. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan
7. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
8. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktek (SIP) baik didalam maupun diluar Rumah Sakit
9. Melaporkan Privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data – data medisnya

10. Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternative tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.
11. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya.
12. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis
13. Menjalankan ibadah sesuai agama atas kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya
14. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit
15. Mengajukan usul, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya
16. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dialaminya
17. Menggugat dan atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata dan pidana
18. Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-



Sumber: <https://www.google.co.id/hak+pasiendan+keluarga+di+rumah+sakit>

## 2.2.2. STANDAR II. MENDIDIK PASIEN DAN KELUARGA

### Standar :

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

### Kriteria :

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di fasilitas pelayanan kesehatan harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat :

1. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur
2. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga
3. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
4. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan x`
5. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan fasilitas pelayanan kesehatan

6. Memerlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
7. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.



Sumber: <https://www.google.co.id/mendidik+pasi+dan+keluarga+dipelayanan+kesehatan>

### 2.2.3. STANDAR III. KESELAMATAN PASIEN DALAM KESINAMBUNGAN PELAYANAN

#### Standar :

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

#### Kriteria :

1. Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi anatar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
3. Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan social, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindaklanjut lainnya.
4. Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.



Sumber: <https://www.google.com/Dimensi+kesinambungan+pelayanan>

#### **2.2.4. STANDAR IV. PENGGUNAAN METODE PENINGKATAN KINERJA UNTUK MELAKUKAN EVALUASI DAN PROGRAM PENINGKATAN KESELAMATAN PASIEN**

**Standar :**

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

**Kriteria :**

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

#### **2.2.5. STANDAR V. PERAN KEPEMIMPINAN DALAM MENINGKATKAN KESELAMATAN PASIEN**

**Standar :**

1. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “ Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.
2. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
3. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien
4. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien
5. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

**Kriteria :**



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

#### **2.2.6. STANDAR VI. MENDIDIK STAF TENTANG KESELAMATAN PASIEN**

##### **Standar :**

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

##### **Kriteria :**

1. Setiap fasilitas kesehatan terutama rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topic keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing masing.
2. Setiap fasilitas pelayanan terutama rumah sakit harus mengintegrasikan topic keselamatan pasien dalam setiap kegiatan in-service training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden

3. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok ( teamwork) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien

### **2.2.7. STANDAR VII. KOMUNIKASI SEBAGAI KUNCI BAGI STAFF UNTUK MENCAPAI KESELAMATAN PASIEN**

#### **Standar :**

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

#### **Kriteria :**

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

### **2.3. Latihan ( Kasus )**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut! Anda dianjurkan untuk mencari dan mempelajari bagaimana standar yang mendukung keselamatan pasien di pelayanan rumah sakit.

Kasus An. Az di Rumah Sakit X ( Padang ) Umur 3 tahun , pasien dirawat di ruang anak dengan diagnosa Demam Kejang. Sesuai order dokter, infus pasien harus diganti dengan didrip obat penitoin, beberapa menit kemudian pasien mengalami kejang kejang, keluarga pasien melaporkan kejadian ini sehingga tidak menjadi lebih buruk kondisinya, dan infusnya diganti dan ditambah dengan penitoin. Bagaimana tanggapan anda dengan kasus ini ?

### **2.4. Ringkasan**

Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan fasilitas pelayanan kesehatan dan penilaiannya menggunakan Instrumen Akreditasi. (*Permenkes RI Nomor 11, 2017*)

Standar Keselamatan Pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu :

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

Selain mengacu pada tujuh standar tersebut, keselamatan pasien juga dilindungi oleh undang undang kesehatan sebagaimana yang diatur dalam UU Kesehatan No. 36 tahun 2009 serta UU Rumah Sakit No. 44 tahun 2009

### **2.5. Tes 2**

1. Keselamatan pasien adalah memberikan asuhan keperawatan yang aman dan bermutu. Apakah yang harus diperhatikan oleh perawat sebelum melakukan tindakan keperawatan ?
  - a. SOP
  - b. Advice Dokter
  - c. Cek Identitas Pasien
  - d. Keluhan Keluarga Pasien
2. Seorang pasien laki-laki umur 35 tahun dengan diagnosa medis Gagal Jantung ( CHF) . Saat dikaji diperoleh data tekanan darah 70/60 MMHg, N : 125 x/menit ireguler, RR = 30 X/menit, kesadaran menurun. Keluarga menjadi cemas. Apakah yang harus dilakukan perawat untuk mengurangi rasa cemas keluarga pasien?
  - a. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur tentang kondisi pasien saat itu
  - b. Memberikan informasi secara benar, jujur tentang kondisi pasien setelah kondisi pasien teratasi.
  - c. Menunggu dokter untuk memberikan informasi tentang kondisi pasien
  - d. Memberikan informasi keluarga tidak perlu cemas karena pasien sedang ditangani oleh ahlinya .
3. Salah satu peran perawat adalah menjaga kerahasiaan kondisi kesehatan pasien. Apakah tujuan dari peran perawat tersebut?
  - a. Memenuhi hak pasien
  - b. Merupakan kewajiban perawat
  - c. Mencegah tuntutan keluarga pasien
  - d. Menambah beban kinerja staff
4. Agar keselamatan pasien terlindungi dengan baik, diharapkan Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien” Manakah standar keselamatan pasien yang sesuai dengan pernyataan di atas?
  - a. Standar 1 keselamatan pasien
  - b. Standar 3 keselamatan pasien
  - c. Standar 5 keselamatan pasien
  - d. Standar 7 keselamatan pasien
5. Contoh Kejadian sentinel yang menyangkut moral, adalah:
  - a. Pembedahan pada pasien yang salah
  - b. Bunuh diri pada pasien rawat inap
  - c. Perkosaan dan tindakan kekerasan
  - d. Kematian ibu melahirkan

## **A. TUJUAN PEMBELAJARAN**

### **1. Umum**

Setelah mempelajari materi ini, Anda diharapkan mampu memahami Enam Sasaran Keselamatan Pasien

### **2. Khusus**

Setelah selesai mempelajari materi ini, Anda diharapkan mampu menjelaskan :

- a. Ketepatan Identifikasi pasien
- b. Peningkatan Komunikasi Efektif
- c. Peningkatan Keamanan obat ( *High Alert* ) yang harus diwaspadai
- d. Kepastian terhadap Lokasi, Prosedur dan Pembedahan pada Pasien Operasi
- e. Pengurangan Resiko Infeksi terkait Pelayanan Kesehatan
- f. Pengurangan Resiko Cidera Pasien Akibat Terjatuh

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

- 1) Baca modul ini dengan seksama, yang dibagi dalam beberapa bagian meliputi penguasaan pengetahuan dan keterampilan maupun sikap yang mendasari penguasaan kompetensi sampai anda merasa yakin telah menguasai kemampuan dalam bab ini.
- 2) Diskusikan dengan teman sejawat/instruktur pelatih anda bagaimana cara anda untuk menguasai materi ini dengan benar
- 3) Jika anda latihan diluar jam tatap muka atau di luar jam kerja ( Jika anda sedang Praktik Kerja) dapat menggunakan buku ini sebagai panduan belajar bersama dengan materi yang telah disampaikan di kelas
- 4) Bicarakan dan komunikasikan melalui presentasi pengalaman - pengalaman kerja yang sudah anda lakukan dan tanyakan langkah-langkah lebih lanjut
- 5) Kegiatan pelajaran tatap muka yang terjadwal dan terprogram, akan dilaksanakan di dalam kelas dalam membahas teori dan atau dilaksanakan di laboratorium dalam menerapkan dan mempraktekkan teori.
- 6) Sumber informasi yang dapat di temukan untuk memperdalam materi buku ini antara lain Jurnal dan Majalah Dasar-dasar keperawatan, *Website*, Buku buku yang relevan, *Personal experience*.

### **3.1. Sasaran Keselamatan Pasien Nasional ( SKPN )**

Tujuan 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 konsensus 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.

## **SASARAN KESELAMATAN PASIEN NASIONAL**

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 Cedera Pasien Akibat Terjatuh

### **3.1.1. SASARAN 1: MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR**

Fasilitas pelayanan Kesehatan menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan identifikasi pasien

#### **MAKSUD DAN TUJUAN**

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.

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.

#### **KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN:**

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

### **3.1.2 SASARAN 2: MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF**

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

#### **MAKSUD DAN TUJUAN**

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. 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. 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. 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. Kebijakan dan/atau prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan kembali (*read back*) tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat/emergensi di IGD atau ICU.

#### **KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN:**

1. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
2. Perintah lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
3. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut
4. Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

### **3.1.3. SASARAN 3: MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBATAN YANG HARUS DIWASPADAI**

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

### **MAKSUD DAN TUJUAN**

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). 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 [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:**

1. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai
2. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan
3. 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.
4. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

#### **3.1.4. SASARAN 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**

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. 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. 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 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). Maksud dari proses verifikasi praoperatif adalah untuk :

- memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;
- memastikan bahwa semua dokumen, foto (*images*), dan hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang;
- 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.



1. 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.
2. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
3. 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.

### **3.1.5. SASARAN 5: MENGURANGI RISIKO INFEKSI AKIBAT PERAWATAN KESEHATAN**

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

#### **MAKSUD DAN TUJUAN**

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. 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. 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:**

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

### **3.1.6. SASARAN 6 : MENGURANGI RISIKO CEDERA PASIEN AKIBAT TERJATUH**

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

#### **MAKSUD DAN TUJUAN.**

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. 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. 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.

### **KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :**

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

### **3.2. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut! *Anda dianjurkan untuk mencari dan mempelajari bagaimana Enam Sasaran Keselamatan Pasien .*

### **3.3. Ringkasan**

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

#### **SKP.1 Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar**

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

#### **SKP.2 Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif**

1. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
2. Perintah lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
3. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut
4. Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

#### **SKP.3 Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai**

1. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai

2. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan
3. 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.
4. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

#### **SKP.4 Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar**

1. 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.
2. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
3. 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.

#### **SKP.5 Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan**

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

#### **SKP.6 Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh**

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



#### 4.4. Tes

1. Nyonya Ani usia 20 tahun post Sectio Caesar mendapatkan transfuse darah. Manajemen safety yang dilakukan perawat yaitu :
  - a. Pastikan identifikasi pasien, sebut nama dan cocokkan dengan eket
  - b. Beri pengaman pada tempat tidur klien
  - c. Menggunakan jarum ukuran paling kecil
  - d. Pastikan tepat lokasi tepat prosedur pembedahan
  - e. Siapkan oksigen apabila pasien nati sesak
2. Sdr Sutono usia 17 tahun setelah dilakukan skin test ternyata alergi penicillin, manajemen safety yang dilakukan perawat adalah :
  - a. Tidak memberi obat antibiotik apapun
  - b. Memberi gelang merah untuk alergi
  - c. Mencuci tangan untuk mengurangi INOS
  - d. Melibatkan keluarga dalam pemberian pengobatan
  - e. Memberitahukan pada keluarga kalau pasien ada alergi obat
3. Pada pelaksanaan kepastian tepat prosedur, tepat lokasi dan tepat pasien pembedahan perlu dilakukan prosedur verifikasi pemberian penandaan pra bedah, hal ini berguna untuk menghindari terjadinya :
  - a. KNC
  - b. KTD
  - c. Kejadian Sentinel
  - d. KPC
  - e. Bukan Salah satunya
4. Pada saat memberikan informasi tentang status pasien, perawat harus menampilkan data sesungguhnya dialami oleh pasien, merupakan prinsip komunikasi efektif .....
  - a. Tepat Wakyu
  - b. Akurat
  - c. Lengkap
  - d. Jelas
  - e. Dipahami oleh pihak-pihak terkait
5. Elemen sasaran keselamatan pasien yang mengharuskan RS harus membuat daftar akronim, simbol, dan penandaan dosis yang tidak boleh digunakan di seluruh bagian rumah sakit adalah :
  - a. Read Back
  - b. Daftar singkatan baku yang tidak boleh digunakan
  - c. Critical Result Value
  - d. Hand-off Communications

## BAB

# 4

## TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN

### A. TUJUAN PEMBELAJARAN

#### 1. Umum

Setelah mempelajari materi ini, Anda diharapkan mampu memahami Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

#### 2. Khusus

Setelah selesai mempelajari materi ini, Anda diharapkan mampu menjelaskan :

- a. Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien
- b. Memimpin dan mendukung staf
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
- d. Mengembangkan sistem pelaporan
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien

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

1. Baca modul ini dengan seksama, yang dibagi dalam beberapa bagian meliputi penguasaan pengetahuan dan keterampilan maupun sikap yang mendasari penguasaan kompetensi sampai anda merasa yakin telah menguasai kemampuan dalam bab ini.
2. Diskusikan dengan teman sejawat/instruktur pelatih anda bagaimana cara anda untuk menguasai materi ini dengan benar
3. Jika anda latihan diluar jam tatap muka atau di luar jam kerja ( Jika anda sedang Praktik Kerja) dapat menggunakan buku ini sebagai panduan belajar bersama dengan materi yang telah disampaikan di kelas
4. Bicarakan dan komunikasikan melalui presentasi pengalaman - pengalaman kerja yang sudah anda lakukan dan tanyakan langkah-langkah lebih lanjut
5. Kegiatan pelajaran tatap muka yang terjadwal dan terprogram, akan dilaksanakan di dalam kelas dalam membahas teori dan atau dilaksanakan di laboratorium dalam menerapkan dan mempraktekkan teori

6. Sumber informasi yang dapat di temukan untuk memperdalam materi buku ini antara lain Jurnal dan Majalah Dasar-dasar keperawatan, *Website*, Buku buku yang relevan, *Personal experience*.

#### **4.1. Tujuh Langkah Menuju 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.

##### **A. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien terdiri dari :**

1. Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien.  
Ciptakan budaya adil dan terbuka
2. Memimpin dan mendukung staf.  
Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien diseluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan anda.
3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko.  
Bangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan
4. Mengembangkan sistem pelaporan  
Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal ) maupun eksternal (nasional).
5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien  
Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien.  
Dorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.
7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien 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.

##### **4.1.1 LANGKAH 1 BANGUN BUDAYA KESELAMATAN**

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

#### **KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN**

##### **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.

##### **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.

#### **4.1.2 LANGKAH 2 PIMPIN DAN DUKUNG STAF ANDA**

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.

#### **KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :**

##### **Untuk tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan :**

- a. Pastikan ada anggota eksekutif yang bertanggung jawab tentang keselamatan pasien. Anggota eksekutif di rumah sakit merupakan jajaran direksi rumah sakit yang meliputi kepala atau direktur rumah sakit dan pimpinan unsur-unsur yang ada dalam struktur organisasi rumah sakit, 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.

**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 merasadihargai dan merasa mampu berbicara apabila mereka berpendapat bahwa insiden bisa terjadi.

**4.1.3 LANGKAH 3 INTEGRASIKAN KEGIATAN MANAJEMEN RISIKO ANDA**

Bangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan. 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 komplain, penanganan litigasi dan klaim serta risiko keuangan dan lingkungan. Sistem manajemen risiko ini harus di dukung oleh strategi manajemen risiko Fasilitas pelayanan Kesehatan, yang mencakup program- program asesmen risiko secara pro-aktif dan risk register.

**KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :**

**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 komplain 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.

**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.

**4.1.4 LANGKAH 4 BANGUN SISTEM PELAPORAN**

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

Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).

**KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :**

**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).



#### **4.1.5 LANGKAH 5 LIBATKAN 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. Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.

##### **KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :**

###### 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 .

###### 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 rasakeprihatinan kita dan lakukan dengan cara terhormat dan simpatik.

#### **4.1.6 LANGKAH 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.

Dorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.

## **KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :**

### 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).

### 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.

## **4.1.7 LANGKAH 7 IMPLEMENTASIKAN SOLUSI-SOLUSI UNTUK MENCEGAH CIDERA**

Salah satu kekurangan Fasilitas pelayanan Kesehatan di masa lalu adalah ketidakmampuan 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.

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.

## **KEGIATAN YANG DILAKSANAKAN :**

### 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, penyetaraan 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

### 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

### **B. Langkah Penerapan “Nine Life Saving Patient Safety Solutions”**

WHO Collaborating Centre for Patient Safety pada tahun 2007 resmi menerbitkan “Nine Life Saving Patient Safety Solutions” (Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit). Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) mendorong rumah sakit di Indonesia untuk menerapkan “Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit”, langsung atau bertahap, sesuai dengan kemampuan dan kondisi rumah sakit masing-masing yaitu :

1. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM/Look-Alike, Sound-Alike Medication Names).



Sumber: <https://www.google.co.id/look+alike+sound+alike>

Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM) yang membingungkan staf pelaksana, adalah salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (medication error) dan ini merupakan suatu keprihatinan di seluruh dunia. Dengan puluhan ribu obat yang ada saat ini di pasar, maka sangat signifikan potensi terjadinya kesalahan, akibat bingung terhadap nama merek atau generik serta kemasan. Solusi NORUM ditekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan risiko dan memastikan terbacanya resep, label, atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dulu, maupun pembuatan resep **Contoh:** SPO penyimpanan obat NORUM /LASA dimana harus diselang 2 obat lain, PEMBERIAN LABEL LASA, mengeja nama obat dan dosis NORUM/ LASA pada komunikasi

2. Kegagalan yang meluas dan terus-menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar, sering mengarah pada kesalahan pengobatan, transfusi maupun pemeriksaan;

pelaksanaan prosedur yang keliru orang; penyerahan bayi kepada yang bukan keluarganya, dan sebagainya. Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses ini; standarisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam suatu sistem layanan kesehatan; dan partisipasi pasien dalam konfirmasi ini; serta penggunaan SPO untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

Contoh Identifikasi :



Sumber: <https://www.google.co.id/gelang+identifikasi+pasien+rumah+sakit>

Pemasangan gelang identifikasi dan penanda pada pasien, cara identifikasi sebelum:

- a. Pemberian obat, darah, atau produk darah
- b. Pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis
- c. Pemberian pengobatan, dan tindakan / prosedur
3. Komunikasi secara benar saat serah terima/pengoperan pasien.

Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima/pengoperan pasien antara unit-unit pelayanan, dan didalam serta antar tim pelayanan, bisa mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial dapat mengakibatkan cedera terhadap pasien, rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan SPO untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis; memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan- pertanyaan pada saat serah terima.

Contoh: Komunikasi dengan SBAR



#### 4. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar.

Penyimpangan ini seharusnya dapat dicegah. Kasus-kasus dengan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah sebagian besar adalah akibat dan miskomunikasi dan tidak adanya informasi atau informasinya tidak benar. Faktor yang paling banyak kontribusinya terhadap kesalahan macam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra-bedah yang distandardisasi. Rekomendasinya adalah untuk mencegah jenis-jenis kekeliruan yang tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi prapembedahan; pemberian tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur; dan adanya tim yang terlibat dalam prosedur, sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur dan sisi yang akan dibedah.

Contoh : penandaan lokasi operasi pada lokasi tubuh yang ada lateralisasi dan adanya *sign in, time out, dan sign out*.



Sumber: <https://www.google.co.id/penandaan+lokasi+operasi+pada+lokasi+tubuh+yang+ada+lateralisasi>

#### 5. Kendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*)

Sementara semua obat-obatan, biologis, vaksin dan media kontras memiliki profil risiko, cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi khususnya adalah berbahaya. Rekomendasinya adalah membuat standarisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah; dan pencegahan atas penyimpanan, pelabelan dan pengenceran cairan elektrolit pekat yang spesifik.

**Contoh** : penyimpanan elektrolit pekat, pemberian label high alert, instruksi yang jelas untuk pengenceran, SPO pemberian obat high alert dengan double check

6. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan.

Kesalahan medikasi terjadi paling sering pada saat transisi/pengalihan. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (*medications error*) pada titik-titik transisi pasien. Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut sebagai “*home medication list*”, sebagai perbandingan dengan daftar saat administrasi, penyerahan dan/ atau perintah pemulangan bilamana menuliskan perintah medikasi; dan komunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan yang berikut dimana pasien akan ditransfer atau dilepaskan.

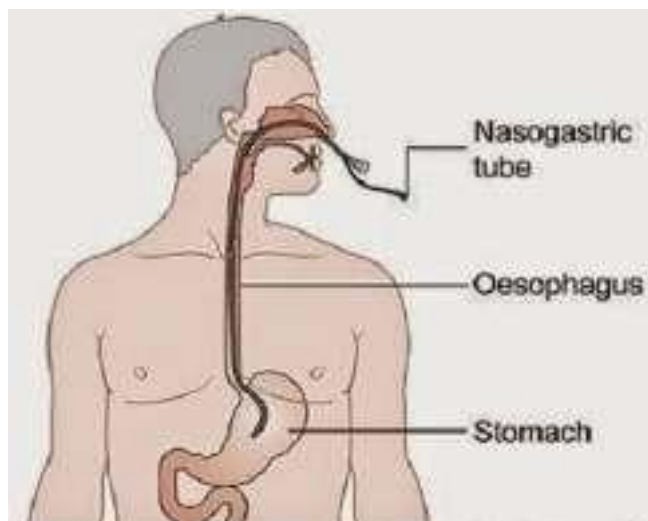
**Contoh** : adanya formulir transfer pasien pada rekam medis yang berisi catatan tentang obat yang diberikan bila pasien dipindahkan keruangan rawat lain/ transfer

Sumber: [https://www.google.co.id/Hindari+salah+kateter+dan+salah+sambung+selang+\(tube\)](https://www.google.co.id/Hindari+salah+kateter+dan+salah+sambung+selang+(tube))

7. Hindari salah kateter dan salah sambung selang (tube)

Slang, kateter, dan spuit (syringe) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang bisa menyebabkan cedera atas pasien melalui penyambungan slang dan spuit yang salah, serta memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Rekomendasinya adalah menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara detail/rinci bila sedang mengerjakan pemberian medikasi serta pemberian makan (misalnya slang yang benar, dan bilamana menyambung alat-alat kepada pasien, misalnya menggunakan sambungan dan slang yang benar).

Contoh : SPO pemasangan NGT, SPO pemasangan kateter urine, Pemasangan NGT



Sumber: [https://www.google.co.id/Hindari+salah+kateter+dan+salah+sambung+selang+\(tube\)](https://www.google.co.id/Hindari+salah+kateter+dan+salah+sambung+selang+(tube))

8. Gunakan alat injeksi sekali pakai

Salah satu keprihatinan global terbesar adalah penyebaran HIV, HBV, dan HCV yang diakibatkan oleh pakai ulang (reuse) dari jarum suntik. Rekomendasinya adalah perlunya melarang pakai ulang jarum difasilitas layanan kesehatan; pelatihan periodik para petugas di lembaga-lembaga layanan kesehatan khususnya tentang prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka mengenai penularan infeksi melalui darah; dan praktek jarum suntik sekali pakai yang aman.

Contoh : Kebijakan *Single use* untuk jarum suntik



Sumber: <https://www.google.co.id/kebijakan+single+use+jarum+suntik>

9. Tingkatkan kebersihan tangan ( Hand Hygiene ) untuk pencegahan infeksi

Diperkirakan bahwa pada setiap saat lebih dari 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita infeksi yang diperoleh di rumah-sakit. Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang primer untuk menghindarkan masalah ini. Rekomendasinya adalah mendorong implementasi penggunaan cairan, seperti alkohol, hand-rubs, dan sebagainya. Yang disediakan pada titik-titik pelayanan tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar, mengingatkan penggunaan tangan bersih ditempat kerja; dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan/ observasi dan tehnik yang lain.

Contoh : Kebijakan dan SPO tentang Hand Hygiene



Sumber: WHO guidelines on hand hygiene in health care 2009



Sembilan Solusi ini merupakan panduan yang sangat bermanfaat membantu Rumah Sakit, memperbaiki proses asuhan pasien, dan meningkatkan profesionalitas petugas kesehatan. Hal ini bertujuan agar sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan guna menghindari cedera maupun kematian yang dapat dicegah serta untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

## 4.2.Latihan

JAKARTA -- Akhir Januari setahun lalu, seorang wartawan lepas bernama Eko Warijadi meninggal dunia karena penyakit malaria. Tak ada yang salah dengan penanganan dokter yang dilakukan terhadapnya. Sayangnya, tim dokter dari Rumah Sakit Islam Cempaka Putih yang menanganinya mengakui penanganan medis yang dilakukan mereka tidak optimal lantaran si pasien terlambat dibawa ke RS tersebut.

Ihwal keterlambatan itu sendiri disebabkan, sebelumnya almarhum dibawa ke RS Haji Pondok Gede yang salah mendiagnosa penyakit si wartawan. Penyakit malaria yang dideritanya didiagnosa sebagai penyakit Tifus yang otomatis ditangani dengan standar medis untuk penderita penyakit Tifus. Bagaimana tanggapan dengan kasus di atas?

Petunjuk Jawaban Latihan

*Pembahasan studi kasus*

Dari contoh kasus di atas kita dapat menyimpulkan bahwa Rumah Sakit tersebut tidak menerapkan prinsip keselamatan pasien. Pada contoh kasus di atas terdapat dua kasus yang berbeda.

Yang pertama adalah kematian seorang wartawan dikarenakan kesalahan diagnosa penyakit yang dideritanya dan juga kesalahan penanganan yang dilakukan oleh tim dokter. Dia yang seharusnya terserang malaria, didiagnosa hanya terserang penyakit tifus dan tim dokter menanganinya dengan berdasarkan diagnosa tersebut.

Hal ini jelas – jelas telah menyimpang dari tujuan Patient Safety secara internasional poin pertama, yakni *Identify patients correctly* (mengidentifikasi pasien secara benar). Tim dokter yang menangani penyakit wartawan ini tidak mendiagnosis penyakit yang dideritanya dengan tepat.

Masalah ini juga termasuk dari salah satu elemen Patient Safety, yakni *adverse drug events (ADE)/ medication errors (ME)* (ketidakcocokan obat/kesalahan pengobatan), terutama pada aspek kesalahan pengobatan, karena kesalahan pengenalan pasien / diagnosa, tim dokter salah memberikan penanganan medis dan pengobatan yang seharusnya, sehingga menyebabkan meninggalnya pasien.

Pada kasus yang kedua, seorang pasien meninggal akibat kesalahan tindakan medis yang fatal, yakni pemasangan jarum infus yang seharusnya dipasang di tangan pasien malah dipasang di daerah leher pasien, yang sebelumnya telah mendapat banyak diagnosa – diagnosa yang berbeda dari beberapa rumah sakit.

Pada kasus kedua ini ada kemiripan dengan kasus pertama, yakni penyimpangan dari tujuan Patient Safety secara internasional poin pertama, yakni Identify patients correctly (mengidentifikasi pasien secara benar). Tim dokter dari beberapa RS yang menangani pasien ini tidak mendiagnosis penyakit yang dideritanya dengan tepat dan berbeda antara RS satu dengan yang lainnya.

Namun yang membedakan antara keduanya adalah, penyebab utama kasus kedua adalah penyimpangan pada tujuan *Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong procedure surgery* (mengeliminasi kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi), karena tim medis yang merawat pasien ini salah menempatkan jarum infus pada leher pasien, bukan pada tangannya, sehingga menyebabkan pasien meninggal.

### **Solusi**

Kejadian – kejadian pada kasus di atas termasuk kejadian yang tidak diinginkan / KTD, yang seharusnya bisa dihindari apabila benar – benar memperhatikan tujuan dan elemen pasien safety, serta menerapkan *Sembilan Solusi Life-Saving* Keselamatan Pasien Rumah Sakit dengan benar.

Dan pada kasus di atas beberapa dari Sembilan Solusi Life-Saving Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang bisa di terapkan adalah:

#### **a. Pastikan Identifikasi Pasien.**

Kegagalan yang meluas dan terus menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan pengobatan, transfusi maupun pemeriksaan; pelaksanaan prosedur yang keliru orang; penyerahan bayi kepada bukan keluarganya, dsb. Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses ini; standardisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam suatu sistem layanan kesehatan; dan partisipasi pasien dalam konfirmasi ini; serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

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

Slang, kateter, dan spuit (syringe) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang bisa menyebabkan cedera atas pasien melalui penyambungan spuit dan slang yang salah, serta memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Rekomendasinya adalah menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara detail/rinci bila sedang mengerjakan pemberian medikasi serta pemberian makan (misalnya slang yang benar), dan bilamana

menyambung alat-alat kepada pasien (misalnya menggunakan sambungan & slang yang benar).

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang :

1. Prinsip 6 benar dalam pemberian obat
5. Standar keperawatan
6. Standar Operational Procedur (SOP) pemberian obat
7. Langkah-langkah keselamatan pasien (7 langkah keselamatan pasien)
8. Sembilan Solusi Life-Saving Keselamatan Pasien di rumah sakit

#### **4.3. Ringkasan**

Penatalaksanaan patient safety dalam fasilitas pelayanan kesehatan harus dilakukan secara optimal hal ini dapat diketahui dari masih adanya indikator pelaksana patient safety yang dilakukan. Hambatan yang dirasakan dalam pelaksanaan patient safety adalah kurangnya pengetahuan terhadap pentingnya patient safety serta kuantitas baik sumber daya manusia maupun sarana dan prasarannya

Dengan tujuh langkah menuju keselamatan pasien Fasilitas pelayanan Kesehatan diharapkan 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.

#### **4.4.Tes 4**

1. Dimasa lalu sangat sering terjadi reaksi pertama terhadap insiden di Fasilitas pelayanan Kesehatan adalah menyalahkan staf yang terlibat, dan dilakukan tindakan-tindakan hukuman. Termasuk dalam langkah-langkah keselamatan pasien manakah pernyataan di atas?
  - a. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat
  - b. Bangun budaya Masyarakat
  - c. Integrasikan kegiatan manajemen resiko anda
  - d. Belajar dan bernagi pengalaman pasien
  - e. Memberikan pendidikan pada staf

2. Pastikan anggota tim menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya secara aktif waktu terjadi insiden. Termasuk dalam langkah-langkah keselamatan pasien manakah pernyataan tersebut?
  - a. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat
  - b. Bangun budaya keselamatan
  - c. Integrasikan kegiatan manajemen resiko anda
  - d. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
  - e. Budaya tidak menyalahkan orang lain
  
3. Keselamatan pasien melibatkan setiap orang dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Tunjuk penggerak/champion keselamatan pasien di tiap unit. Siapakah yang bertanggungjawab untuk membangun budaya keselamatan di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut?
  - a. Pemimpin yang kuat
  - b. Penggerak/champion
  - c. Atasan Langsung
  - d. Pasien
  - e. Setiap orang
  
4. Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional). Karena laporan itu bisa berdampak penting untuk pembelajaran. Insiden yang seperti apakah yang harus dilaporkan?
  - a. Kejadian dilihat secara langsung dan dilaporkan ke atasan
  - b. Kejadian yang sudah terjadi maupun yang sudah dicegah
  - c. Kejadian yang sudah terjadi
  - d. Kejadian yang sudah dicegah
  - e. Kejadian yang nyaris terjadi
  
5. Dibawah ini yang termasuk daftar obat *High Alert Medications* (HAM) adalah :
  - a. Elektrolit Konsentrat
  - b. Ringer Lactat Solutions
  - c. Dextrose 5%
  - d. NaCl 0,9 %
  - e. Semua Benar
  
6. Penyimpanan Elektrolit konsentrat hanya boleh dilakukan di instalasi dibawah ini kecuali:
  - a. Rawat Intensif
  - b. Farmasi
  - c. Gawat Darurat
  - d. Penyakit Dalam
  - e. Jantung

7. Marking pada verifikasi kepastian tepat prosedur, tepat lokasi dan tepat pasien pembedahan dilakukan bila :
  - a. Terdapat lebih dari satu kemungkinan lokasi operasi termasuk sisi
  - b. Multiple strutur
  - c. Multipel Level
  - d. A dan B Benar
  - e. Semua Benar
  
8. Sebelum melakukan tindakan / operasi apapun, harus dilakukan suatu proses kesepakatan akhir oleh seluruh anggota Tim untuk mengkonfirmasi tepat prosedur, tepat lokasi dan tepat pasien pembedahan, kegiatan ini dinamakan :
  - a. Time Out
  - b. Time In
  - c. Time Go
  - d. Timer
  - e. Let's Go
  
9. Pada penyimpanan perbekalan farmasi, harus dilakukan sesuai standar yaitu dengan memperhatikan:
  - a. Pelabelan yang jelas
  - b. Menjaga stabilitas mutu
  - c. Menjaga dari kehilangan
  - d. A dan B benar
  - e. Semua benr
  
10. Yang bukan termasuk *Five Moment* dalam pelaksanaan cuci tangan adalah :
  - a. Setelah 5 kali melakukan hand-rub
  - b. Setelah memakai sarung tangan
  - c. Jika tangan terlihat kotor
  - d. A dan B benar
  - e. Semua benar

**A. TUJUAN PEMBELAJARAN****1. Umum**

Setelah mempelajari materi ini, Anda diharapkan mampu memahami Aspek Hukum Keselamatan Pasien

**2. Khusus**

Setelah selesai mempelajari materi ini, Anda diharapkan mampu menjelaskan :

- a. Kebijakan yang mendukung keselamatan pasien
- b. Keselamatan pasien dalam perspektif hukum kesehatan
- c. Hal-hal yang berkaitan dengan kebijakan dan keselamatan pasien di Rumah Sakit

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

1. Baca modul ini dengan seksama, yang dibagi dalam beberapa bagian meliputi penguasaan pengetahuan dan keterampilan maupun sikap yang mendasari penguasaan kompetensi sampai anda merasa yakin telah menguasai kemampuan dalam bab ini.
2. Diskusikan dengan teman sejawat/instruktur pelatih anda bagaimana cara anda untuk menguasai materi ini dengan benar
3. Jika anda latihan diluar jam tatap muka atau di luar jam kerja ( Jika anda sedang Praktik Kerja) dapat menggunakan buku ini sebagai panduan belajar bersama dengan materi yang telah disampaikan di kelas
4. Bicarakan dan komunikasikan melalui presentasi pengalaman - pengalaman kerja yang sudah anda lakukan dan tanyakan langkah-langkah lebih lanjut
5. Kegiatan pelajaran tatap muka yang terjadwal dan terprogram, akan dilaksanakan di dalam kelas dalam membahas teori dan atau dilaksanakan di laboratorium dalam menerapkan dan mempraktekkan teori
6. Sumber informasi yang dapat di temukan untuk memperdalam materi buku ini antara lain Jurnal dan Majalah Dasar-dasar keperawatan, *Website*, Buku buku yang relevan, *Personal experience*.

Adverse Event atau Kejadian Tidak Diharapkan ( KTD ) merupakan suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan

(commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission) dan bukan karena “ underlying Disesase” atau kondisi pasien.

Dalam kenyataannya masalah medical error dalam sistem pelayanan kesehatan mencerminkan fenomena gunung es, karena yang terdeteksi umumnya adalah adverse event yang ditemukan secara kebetulan saja. Sebagian besar yang lain cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat, atau yang justru luput dari perhatian kita semua.

Untuk mengatasi hal ini di Indonesia, telah dikeluarkan Kepmen nomor 496/ Menkes/ SK IV / 2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit yang tujuan utamanya adalah untuk tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit yang jauh dari medical error dan memberikan keselamatan bagi pasien. Perkembangan ini diikuti oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia ( PERSI) yang berinisiatif melakukan pertemuan dan mengajak semua stakeholder rumah sakit untuk lebih memperhatikan keselamatan pasien di rumah sakit.

## **5.1. Kebijakan Yang Mendukung Rumah Sakit**

Aspek hukum terhadap “ *patien safety*” atau keselamatan pasien adalah sebagai berikut : UU tentang Kesehatan, UU Tentang Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien.(UU No 44, 2009)

### **5.1.1. Undang Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan**

#### a. Pasal 58 Ayat 1

- 1) Setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/ atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.

#### b. Pasal 88 Ayat 2

- 2) Pelaksanaan pelayanan transfusi darah dilakukan dengan menjaga keselamatan dan kesehatan penerima darah dan tenaga kesehatan dari penularan penyakit melalui transfusi darah

### **5.1.2. Undang Undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit**

#### a. Pasal 2

Rumah Sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak



dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

b. Pasal 3

2) Pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan untuk memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia rumah sakit.

3) emberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

c. Pasal 9

Persyaratan teknis bangunan Rumah Sakit, sesuai dengan fungsi, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak anak, dan orang usia lanjut.

d. Pasal 13 ayat 3

Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan Rumah Sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien

e. Pasal 29

1.a. Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana

1.b. Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit

f. Pasal 32

a. Setiap pasien mempunyai hak memperoleh bayaran yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi

b. Setiap pasien mempunyai hak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit

c. Setiap pasien mempunyai hak untuk menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana.

g. Pasal 43

- 1) Rumah Sakit menerapkan standar keselamatan pasien
- 2) Standar Keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan
- 3) Rumah Sakit melaporkan kegiatan keselamatan pasien kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh menteri
- 4) Pelaporan insiden keselamatan pasien dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien

**5.1.3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017  
Tentang Keselamatan Pasien**

a. Pasal 6

Setiap Rumah Sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit ( TKPRS) yang ditetapkan oleh Kepala Rumah Sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien.

b. Pasal 7

Standar Keselamatan Pasien; meliputi : Hak Pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan, penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien ; peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik staf tentang keselamatan pasien; dan komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

c. Pasal 8

Sasaran Keselamatan pasien : Ketetapan identifikasi pasien, Peningkatan komunikasi efektif; peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai; Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi; Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan pengurangan risiko pasien jatuh

d. Pasal 9

Penyelenggaraan keselamatan pasien Rumah Sakit :

Ayat 1 : Dalam rangka menetapkan Standar Keselamatan Pasien, Rumah Sakit melaksanakan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari :

- 1) Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien :
- 2) Memimpin dan mendukung staf
- 3) Mengintegrasikan aktifitas pengelolaan risiko
- 4) Mengembangkan sistem pelaporan
- 5) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- 6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, dan
- 7) Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

#### **5.1.4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 028/ menkes/per/1/2011 Tentang Klinik**

a. Pasal 8 Ayat 3

Bangunan Klinik harus memperhatikan fungsi, kemanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak dan orang usia lanjut.

b. Pasal 11 Ayat 2

Peralatan medis dan nonmedis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus memenuhi standar mutu, keamanan dan keselamatan.

c. Pasal 19

Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di klinik harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional, standar pelayanan, etika profesi, menghormati hak pasien, mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien.

d. Pasal 20

Dalam memberikan pelayanan, klinik berkewajiban : memberikan pelayanan yang aman, bermutu dengan mengutamakan kepentingan terbaik pasien sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional.

Pemerintah bertanggung jawab mengeluarkan kebijakan tentang keselamatan pasien. Keselamatan pasien yang dimaksud adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi :

- a. Assesmen risiko
- b. Identifikasi dan pengelolaan yang terkait risiko pasien
- c. Pelaporan dan analisis insiden

- d. Kemampuan belajar dari insiden
- e. Tindak lanjut dan implementasi, solusi meminimalkan resiko

## **5.2. Kebijakan Departemen Kesehatan Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit**

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya Kejadian Tak Diharapkan ( KTD )
- d. Terlaksananya Program Pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD

## **5.3. Keselamatan Pasien Dalam Perspektif Hukum Kesehatan**

Aspek hukum terhadap “*patient safety*” atau keselamatan pasien adalah sebagai berikut UU Tentang Kesehatan dan UU Tentang Rumah Sakit.

### **5.3.1. Keselamatan Pasien Sebagai Isu Hukum**

- a. Pasal 53 (3) UU No. 36 / 2009  
“ Pelaksanaan Pelayanan kesehatan harus mendahulukan keselamatan nyawa pasien”
- b. Pasal 32 UU No. 44/ 2009  
“ Pasien berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit.
- c. Pasal 58 UU No. 36/ 2009
  - 1) “ Setiap orang berhak menuntut Ganti Rugi Terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam Pelayanan Kesehatan yang diterimanya.”
  - 2) Tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat.

### **5.3.2. Tanggung Jawab Hukum Rumah Sakit**

- a. Pasal 29b UU No. 44 / 2009  
“Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.”
- b. Pasal 46 UU No 44 / 2009  
“ Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan tenaga kesehatan di Rumah Sakit.”

c. Pasal 45 (2) UU No. 44 / 2009

“ Rumah Sakit Tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.”

### **5.3.3. Bukan Tanggung Jawab Rumah Sakit**

Pasal 45 (1) UU No. 44/ 2009 Tentang Rumah Sakit

Rumah Sakit Tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif.

## **5.4. Hak Pasien**

a. Pasal 32d UU No. 44/ 2009

“Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai standar profesi dan standar prosedur operasional.”

b. Pasal 32e UU No. 44 / 2009

“ Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik materi.”

c. Pasal 32j UU No. 44/ 2009

“ Setiap pasien mempunyai hak tujuan tindakan medis , alternatif tindakan, risiko dari komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.”

d. Pasal 32q UU No. 44 / 2009

“Setiap pasien mempunyai hak menggugat dan atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata atau pidana.”

## **5.5. Kewajiban dan Hukum Rumah Sakit**

**5.5.1. Berdasarkan Undang Undang RI No.44 Tahun 2009, Rumah Sakit memiliki kewajiban sebagai berikut :**

- 1) Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat
- 2) Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 3) Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya.

- 4) Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
- 5) Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin.
- 6) Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu, miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan.
- 7) Membuat, melaksanakan dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan dirumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien
- 8) Menyelenggarakan rekam medic
- 9) Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak anak dan lanjut usia
- 10) Melaksanakan sistem rujukan
- 11) Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang undangan.
- 12) Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien
- 13) Menghormati dan melindungi hak hak pasien
- 14) Melaksanakan etika rumah sakit
- 15) Memiliki sistem pencegahan kecvelakaan dan penanggulangan bencana
- 16) Melakukan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional
- 17) Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktek kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya.
- 18) Menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit (*Hospital By Law*)
- 19) Melindungi dan memberikan bantuan hokum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas.
- 20) Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawan tanpa rokok.  
Apabila kewajiban tersebut tidak dijalankan secara baik, maka rumah sakit akan mendapatkan konsekuensi berupa :
  1. Teguran lisan
  2. Teguran tertulis

### 3. Denda dan pencabutan izin rumah sakit

#### **5.5.2. Dalam undang undang ini juga diatur beberapa hal yang menjadi hak rumah sakit**

( Pasal 30 UU No. 44 tahun 2009 ) sebagai berikut :

- 1) Menentukan jumlah, jenis dan kualifikasi sumber daya manusia sesuai dengan klasifikasi rumah sakit
- 2) Menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan
- 3) Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka mengembangkan pelayanan
- 4) Menerima bantuan dari pihak lain sesuai dengan ketentuan perundang-undangan
- 5) Mendapatkan insentif pajak bagi rumah sakit publik dan rumah sakit pendidikan

#### **5.6. Hal hal yang berkaitan dengan Kebijakan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit**

#### **5.7. Latihan**

##### *Kasus Nyata tahun 2012*

Suatu hari seorang dokter jaga IGD di sebuah Rumah Sakit swasta kedatangan seorang pasien dengan keluhan pada kepalanya mengucur darah segar setelah ia terjatuh dari sepedanya. Saat datang pertama kali seluruh tubuhnya penuh dengan darah dan pada kepalanya dibebat dengan menggunakan kain sarung. Setelah ditanya oleh perawat yang bertugas sebagai admin di IGD, diperoleh informasi dari keluarga pasien bahwa ia tidak memiliki kartu jaminan kesehatan seperti Askes, Jamsostek maupun kartu asuransi lainnya. Sementara ia mengaku memang tidak mampu sama sekali untuk membayar biaya rumah sakit. Rumah sakit menolak untuk mengadakan pemeriksaan atau pengobatan lebih lanjut, pasien diberi saran untuk di bawa ke Rumah Sakit Umum pemerintah yang letaknya sekitar 15 menit dari RS swasta tersebut. Dengan pertimbangan karena jika kasus tersebut tetap diselesaikan di RS swasta maka biaya yang dibebankan kepada pasien akan sangat tinggi karena pasien tersebut tergolong dalam pasien umum tanpa asuransi kesehatan. Namun jika pasien tersebut dibawa ke RS pemerintah maka tidak akan dikenakan biaya pengobatan karena telah dijamin pembiayaannya oleh pemerintah.

Bagaimana tanggapan Anda !!!

Petunjuk Jawaban Latihan

#### **Analisis**

Kejadian tersebut merupakan suatu kejadian tidak diharapkan pada pasien karena pihak rumah sakit (dokter dan perawat) tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission), dan karena pihak rumah sakit tidak memahami Undang-Undang/ peraturan yang berlaku (UU No.

23 Tahun 1994 Tentang Kesehatan; UU Praktik Kedokteran UU nomor 29 tahun 2004 pasal 51 yang menyatakan bahwa dokter harus melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan; Peraturan tentang Kewajiban Medis dan Hak Pasien menurut UU 44/2009 “Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi”; Peraturan tentang Kegawatdaruratan versi UU 36/2009 Pasal 190(1) “Dengan sengaja tidak memberikan pertolongan pertama terhadap pasien yang dalam keadaan gawat darurat yang bisa mengakibatkan kecacatan atau kematian,” dan lain sebagainya). Kesalahan tersebut bisa terjadi dalam tahap diagnostik seperti tidak merespon ciri simtoma suatu penyakit; tahap preventif seperti tidak segera memberikan terapi / pertolongan pertama; atau pada hal teknis yang lain seperti kegagalan memahami hak dasar manusia atau sistem yang lain.

### **Indikasi Etik**

Seharusnya Dokter tidak boleh menolak pasien apalagi dengan kondisi kegawatdaruratan. Sesuai dengan sumpah Hipokrates yang beberapa poin isinya mengatakan “Saya akan membaktikan hidup saya guna kepentingan perikemanusiaan; Kesehatan penderita senantiasa akan saya utamakan dan dalam menunaikan kewajiban terhadap penderita; Saya berikhtiar dengan sungguh-sungguh supaya saya tidak terpengaruh oleh pertimbangan Keagamaan, Kebangsaan, Kesukuan, Politik Kepartaian atau Kedudukan Sosial” seharusnya ia dengan kesadaran diri dapat melakukan tindakan perawatan terhadap pasien tersebut tanpa melihat apakah pasien tersebut dari golongan mampu ataupun tidak mampu secara sosial dan finansial. Dalam kasus ini, baik dokter maupun perawat memiliki kewajiban yang sama dalam menyelamatkan nyawa pasien terlebih dahulu bukannya menanyakan tentang ada atau tidak adanya asuransi kesehatan lalu menolak untuk melakukan tindakan medis ketika si pasien tidak memiliki dana untuk pembayaran pengobatan. Setelah kondisi gawat darurat yang dialami pasien telah tertangani dengan baik dan kondisi pasien stabil barulah perawat dapat mendiskusikan kepada keluarga pasien tentang proses administrasi selanjutnya.

Semestinya hal ini juga didukung oleh manajemen RS tersebut dalam upaya membantu pasien-pasien yang tak memiliki jaminan kesehatan dan dari golongan ekonomi tidak mampu untuk diberikan pelayanan khusus yang gratis yang biayanya diambil dari dana tabungan sosial / amal. Jadi bukannya pihak manajemen RS menuntut dokter dan perawat untuk membayar ganti rugi bila dokter dan perawat membebaskan biaya pengobatan pada pasien yang miskin tersebut.

Mungkin sikap apatis dari manajemen RS terhadap kasus-kasus seperti ini juga tak luput dari andil keluarga pasien lainnya yang secara tidak langsung telah mencoreng kepercayaan manajemen RS terhadap keluarga pasien. Karena tak dapat dipungkiri sebelum kebijakan ini di



tempuh pihak rumah sakit sering kali di tipu oleh keluarga pasien. Dimana ketika pasien telah selesai dilakukan penanganan dan kondisinya stabil, si keluarga pasien menolak menyelesaikan biaya administrasi dengan alasan mereka tidak memiliki uang, padahal sesungguhnya mereka dari keluarga yang cukup berada. Akhirnya, dengan adanya oknum-oknum keluarga yang seperti ini berimbas pada keluarga pasien lainnya yang memang benar-benar tidak mampu karena kini manajemen di rumah sakit telah berubah menjadi mengutamakan masalah administrasi terlebih dahulu daripada pelayanan. Ironis memang, namun permasalahan ini harus diselesaikan dengan sebaik-baiknya agar tidak ada pihak yang merasa dirugikan baik itu dari sisi pasien, tenaga medis (dokter dan perawat) maupun pihak manajemen Rumah Sakit.

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang :

- 1) Materi topik 3 (kebijakan keselamatan pasien) terutama mengenai hak pasien
- 2) Etika Keperawatan
- 3) Keperawatan profesional

### **5.8. Ringkasan**

Keselamatan pasien merupakan upaya untuk melindungi hak setiap orang terutama dalam pelayanan kesehatan agar memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman. Indonesia salah satu negara yang menerapkan keselamatan pasien sejak tahun 2005 dengan didirikannya Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) oleh Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI). Dalam perkembangannya Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Departemen Kesehatan menyusun Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam instrumen Standar Akreditasi Rumah Sakit. Peraturan perundang-undangan memberikan jaminan kepastian perlindungan hukum terhadap semua komponen yang terlibat dalam keselamatan pasien, yaitu pasien itu sendiri, sumber daya manusia di rumah sakit, dan masyarakat. Ketentuan mengenai keselamatan pasien dalam peraturan perundang-undangan memberikan kejelasan atas tanggung jawab hukum bagi semua komponen tersebut. Oleh sebab itu diharapkan agar pemerintah (dengan kebijakannya) lebih memperhatikan dan meningkatkan upaya keselamatan pasien dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan agar lebih bermutu dan aman dengan mengeluarkan dan memperbaiki aturan mengenai keselamatan pasien yang mengacu pada perkembangan keselamatan pasien (patient safety) internasional yang disesuaikan dengan kondisi yang ada di Indonesia. Agar setiap rumah sakit menerapkan sistem keselamatan pasien dalam rangka meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan aman serta menjalankan peraturan perundang-undangan yang mewajibkan untuk itu. Agar seluruh komponen sarana pelayanan kesehatan

bekerja sama dalam upaya mewujudkan patient safety karena upaya keselamatan pasien hanya bisa bisa dicapai dengan baik dengan kerjasama semua pihak yang mengacu pada perkembangan keselamatan pasien (patient safety) internasional yang disesuaikan dengan kondisi yang ada di Indonesia. Agar setiap rumah sakit menerapkan sistem keselamatan pasien dalam rangka meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan aman serta menjalankan peraturan perundang-undangan yang mewajibkan untuk itu. Agar seluruh komponen sarana pelayanan kesehatan bekerja sama dalam upaya mewujudkan patient safety karena upaya keselamatan pasien hanya bisa bisa dicapai dengan baik dengan kerjasama semua pihak.



### 5.9. Tes 5

1. Pasien berhak memperoleh keamanan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit tertuang dalam pasal....
  - a. Pasal 58 UU No. 36 / 2009
  - b. Pasal 32n UU No. 44/2009
  - c. Pasal 29b UU No. 44/2009
  - d. Pasal 46b UU No. 44/2009
  
2. Evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien dilakukan melalui:
  - a. 7 langkah menuju keselamatan pasien
  - b. Standar keselamatan pasien
  - c. Program akreditasi rumah sakit
  - d. Pelaporan insiden
  
3. Pemerintah bertanggungjawab mengeluarkan kebijakan tentang keselamatan pasien. Keselamatan pasien yang dimaksud adalah suatu system dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Manakah sistem tersebut:
  - a. Assessment untuk memperoleh data
  - b. Identifikasi dan pengelolaan yang terkait penyakit pasien
  - c. Pelaporan dan analisis insiden
  - d. Tindak lanjut dan implementasi solusi akibat resiko
  
4. Undang-undang yang mengatur hak pasien...
  - a. Pasal 32d UU No. 44/ 2009
  - b. Pasal 29b UU No. 44/ 2009
  - c. Pasal 45(2) UU No. 44/ 2009
  - d. Pasal 46 UU No. 44/ 2009
  
5. Pasal 45 (1) UU No.44/2009 merupakan UU tentang kesehatan terkait dengan.....
  - a. Tanggung jawab hokum Rumah Sakit
  - b. Bukan tanggung jawab rumah sakit
  - c. Hak Pasien
  - d. Kebijakan yang menduku

**A. TUJUAN PEMBELAJARAN****1. Umum**

Setelah mempelajari materi ini, Anda diharapkan mampu memahami keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai

**2. Khusus**

Setelah selesai mempelajari materi ini, Anda diharapkan mampu menjelaskan :

- 1) Pengertian obat-obatan yang perlu diwaspadai
- 2) Tujuan dari meningkatkan keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai
- 3) Kegiatan yang harus dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan
- 4) Obat-obatan yang perlu diwaspadai
- 5) Area pelayanan yang membutuhkan lektrolit konsentrat
- 6) Cara penyimpanan obat yang harus diwaspadai
- 7) Cara penyiapan obat-obat *HIGH ALERT*
- 8) Cara pemberian obat yang perlu diwaspadai di ruang perawatan

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

1. Baca modul ini dengan seksama, yang dibagi dalam beberapa bagian meliputi penguasaan pengetahuan dan keterampilan maupun sikap yang mendasari penguasaan kompetensi sampai anda merasa yakin telah menguasai kemampuan dalam bab ini.
2. Diskusikan dengan teman sejawat/instruktur pelatih anda bagaimana cara anda untuk menguasai materi ini dengan benar
3. Jika anda latihan diluar jam tatap muka atau di luar jam kerja ( Jika anda sedang Praktik Kerja) dapat menggunakan buku ini sebagai panduan belajar bersama dengan materi yang telah disampaikan di kelas
4. Bicarakan dan komunikasikan melalui presentasi pengalaman - pengalaman kerja yang sudah anda lakukan dan tanyakan langkah-langkah lebih lanjut

5. Kegiatan pelajaran tatap muka yang terjadwal dan terprogram, akan dilaksanakan di dalam kelas dalam membahas teori dan atau dilaksanakan di laboratorium dalam menerapkan dan mempraktekkan teori
6. Sumber informasi yang dapat di temukan untuk memperdalam materi buku ini antara lain Jurnal dan Majalah Dasar-dasar keperawatan, *Website*, Buku buku yang relevan, *Personal experience*.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, disebutkan bahwa sasaran keselamatan ketiga adalah meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai dan fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai. (*Permenkes RI Nomor 11, 2017*)

### **6.1. Pengertian Obat-Obatan Yang Perlu diwaspadai**

Obat yang perlu diwaspadai (*High Alert Medications*) adalah sejumlah obat-obatan yang memiliki risiko tinggi menyebabkan bahaya yang besar pada pasien jika tidak digunakan secara tepat (*drug that bear a heightened risk of causing significant patient harm when they are used in error ( ISMR – Institute for Safe Medication Practice )*). Obat yang perlu diwaspadai (*High Alert Medications*) merupakan obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadinya kesalahan/error dan/atau kejadian sentinel (*adverse outcome*) termasuk obat-obat yang tampak mirip ( nama obat, rupa dan “ucapan mirip, NORUM atau *Look-like Sound-Alike*, L A S A, termasuk pula elektrolit konsentrasi tinggi. Jadi, obat yang perlu diwaspadai merupakan obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi, terdaftar dalam kategori obat berisiko tinggi, dapat menyebabkan cedera serius pada pasien jika terjadi kesalahan dalam penggunaan.

### **6.2. Tujuan Dari Meningkatkan Keamanan Obat-obat Yang perlu Diwaspadai**

Bila obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar yang penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang persentasinya tinggi dapat 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* ) (*Permenkes RI Nomor 11, 2017*). Tujuan penerapan sasaran keselamatan pasien meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai, adalah :

- a. Memberikan pedoman dalam manajemen dan pemberian obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) sesuai standar pelayanan farmasi dan keselamatan pasien rumah sakit.

- b. Meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit
- c. Mencegah terjadinya kesalahan/ error dalam pelayanan obat yang perlu diwaspadai kepada pasien.
- d. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit

### 6.3. Kegiatan Yang Harus dilaksanakan dan Difasilitas Pelayanan Kesehatan

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 disebutkan bahwa kegiatan yang dilaksanakan untuk meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai, adalah :

- a. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai.
- b. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan
- c. 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.
- d. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*)

### 6.4. Obat-obatan Yang Perlu Diwaspadai

Obat yang perlu diwaspadai dapat dibedakan menjadi :

#### a. Kelompok obat yang memiliki rupa mirip (*Look-Alike*)



(Sumber: [http://lancastria.net/blog/wp-content/uploads/2010/11/Hydralazine\\_lancastria.jpg](http://lancastria.net/blog/wp-content/uploads/2010/11/Hydralazine_lancastria.jpg))  
Gambar 5.1 Contoh Obat Look Alike (memiliki rupa mirip)

#### b. Kelompok Obat yang memiliki nama mirip (*Sound-Alike*)



Gambar 5.2 Contoh Obat Sound Alike (memiliki nama mirip) (Sumber: <https://altruisticobserver.files.wordpress.com/2011/12/isa2.png>)

c. **Kelompok Obat *Look Alike Sound Alike* (LASA)**



Contoh obat *Look Alike Sound Alike* (LASA)

d. **Kelompok obat elektrolit konsentrasi tinggi**

- 1) Kalium/ Potasium klorida ( sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat)
- 2) Kalium/Potasium fosfat ( sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml )
- 3) Natrium/sodium klorida ( lebih pekat dari 0,9 %)
- 4) Magnesium sulfat ( sama dengan 0% atau lebih pekat )

Kesalahan ini bisa terjadi bila :

1. Staf tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit asuhan pasien
2. Perawat baru tidak diorientasikan sebagaimana mestinya terhadap unit asuhan pasien, atau pada keadaan gawat darurat / emergensi.

Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengalami kejadian tersebut adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obatan 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 tidak sengaja kurang hati-hati.

## 6.5. Area Pelayanan Yang Membutuhkan Elektrolit Konsentrat

Berdasarkan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien maka unit yang dinilai membutuhkan penempatan elektrolit konsentrasi tinggi unit pelayanan hanya berada di :

- a. Intensive Care Unit ( ICU )
- b. Instalasi Gawat Darurat
- c. Kamar Operasi

Elektrolit konsentrat tidak berada di ruang perawatan, kecuali di ruang tersebut di atas, dengan syarat disimpan di tempat terpisah, jumlah terbatas dan diberi label yang jelas untuk menghindari penggunaan yang tidak disengaja. Peresepan, penyimpanan, penyiapan, pemberian elektrolit konsentrat di ruangan tersebut sesuai ketentuan yang berlaku tentang manajemen obat yang perlu diwaspadai ( *High Alert Medication* )

## 6.6. Cara Penyimpanan Obat Yang Harus Diwaspadai

### a. Lokasi Penyimpanan

Obat yang perlu diwaspadai berada di logistik farmasi dan pelayanan farmasi, khusus untuk elektrolit konsentrasi tinggi terdapat juga di unit pelayanan, yaitu di ICU dan kamar bersalin ( VK) dalam jumlah yang terbatas. Obat disimpan sesuai dengan kriteria penyimpanan perbekalan farmasi, utamanya dengan memperhatikan jenis sediaan obat ( rak kotak penyimpanan, lemari pendingin ), sistem FIFO dan FEFO serta ditempatkan sesuai ketentuan “ *High Alert*”

### b. Penyimpanan Elektrolit Konsentrasi Tinggi

- 1) Asisten Apoteker ( logistik farmasi/pelayanan farmasi) yang menerima obat segera memisahkan obat yang termasuk kelompok obat yang “ *High Alert*” sesuai daftar Obat *High Alert*
- 2) Tempelkan stiker merah bertuliskan “ *High Alert* ” pada setiap kemasan obat yang *High Alert*.
- 3) Berikan selotip merah pada sekeliling tempat penyimpanan obat “ *High Alert*” yang terpisah dari obat lain.

### c. Penyimpanan Obat LASA

- 1) LASA ( *Look Alike Sound Alike* ) merupakan sebuah peringatan ( *warning* ) untuk keselamatan pasien ( *Patient Safety* ) : obat-obatan yang bentuk dan rupanya mirip dan pengucapannya / namanya mirip tidak boleh diletakkan berdekatan
- 2) Walaupun terletak pada kelompok abjad yang sama harus diselingi dengan minimal (dua) obat dengan kategori LASA diantara atau ditengahnya.



3) Biasakan mengecek nama obat dengan kategori LASA saat memberi/ menerima instruksi

d. Pemberian LABEL

Label untuk obat yang perlu diwaspadai dapat dibedakan menjadi dua jenis :

1. *HIGH ALERT* untuk elektrolit konsentrasi tinggi, jenis injeksi atau infus tertentu misal : heparin, insulin dll

✓ Penandaan obat High Alert dilakukan dengan stiker “*High Alert Double Check*” pada obat

2. LASA untuk obat-obat yang termasuk kelompok LASA/ NORUM

✓ Obat kategori *Look Alike Sound Alike* (LASA) diberikan penanda dengan stiker LASA pada tempat penyimpanan obat.

✓ Apabila obat dikemas dalam paket untuk kebutuhan pasien, maka diberikan tanda LASA pada kemasan primer obat



Gambar 3.4: Contoh Labeling Obat *Look Alike*

(Sumber <https://image.slidesharecdn.com/pengelolaanperbekalanfarmasinarkotikadampengelolaansertapenangananlasa>)

e. Penyimpanan Obat *High Alert*

1) Apoteker/asisten apoteker memverifikasi resep obat *High Alert* sesuai Pedoman Pelayanan farmasi penanganan *High Alert*

2) Garis bawah setiap obat *High Alert* pada resep dengan tinta merah

3) Jika apoteker tidak ada di tempat, maka penanganan obat *high alert* dapat didelegasikan pada asisten apoteker yang sudah ditentukan.

4) Dilakukan pemeriksaan kedua oleh petugas farmasi yang berbeda sebelum obat diserahkan ke perawat.

5) Petugas farmasi pertama dan kedua membubuhkan tanda tangan dan nama jelas di bagian belakang resep sebagai bukti telah dilakukan *double check*

6) Obat diserahkan kepada perawat/pasien disertai dengan informasi yang memadai dan menandatangani buku serah terima obat rawat inap.

## 6.7. Cara Penyediaan Obat *High Alert*

Pemberian elektrolit konsentrat di ruangan tersebut sesuai dengan ketentuan yang berlaku tentang manajemen obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*):

- a. Penyimpanan obat yang perlu diwaspadai ( High Alert ) diruang perawatan  
Penyiapan dan pemberian obat kepada pasien yang perlu diwaspadai termasuk elektrolit konsentrasi tinggi harus memperhatikan kaidah berikut :
  1. Setiap pemberian obat menerapkan PRINSIP 7 BENAR
  2. Pemberian elektrolit pekat harus dengan pengenceran dan penggunaan label khusus
  3. Pastikan pengenceran dan pencampuran obat dilakukan oleh orang yang berkompeten
  4. Pisahkan atau beri jarak penyimpanan obat dengan kategori LASA
  5. Tidak menyimpan obat kategori kewaspadaan tinggi di meja dekat pasien tanpa pengawasan
  6. Biasakan mengeja nama obat dengan kategori obat LASA/NORUM (*Look Alike Sound Alike*) = Nama obat mirip rupa saat memberi/ menerima instruksi
- b. Cara pengenceran obat yang perlu diwaspadai (*High Alert*) diruang perawatan
  1. KCL 7,46 % injeksi ( Konsentrasi sediaan yang ada adalah 1 mEq=1ml) harus diencerkan sebelum digunakan dengan perbandingan 1 ml KCL : 1 ml pelarut (WFI / NaCl 0,9 %). Konsentrasi dalam larutan maksimum adalah 10meQ / 10 ML. Pemberian KCL melalui perifer diberikan secara perlahan lahan dengan kecepatan infuse 10 meq/jam ( atau 10meqKCL dalam 100ml pelarut / Jam. Pemberian obat KCL melalui central line ( vena sentral ) konsentrasi maksimum adalah 20mEq/100ml kecepatan infuse maksimal 20 mEq dalam 100ml pelarut/jam.
  2. NaCl 0,3% injeksi intravena diberikan melalui vena sentral dengan kecepatan infus dari 100 ml/jam
  3. Atrium bikarbonat ( Meylon Vial 8,4 % ) injeksi, harus diencerkan sebelum digunakan. Untuk penggunaan bolus, diencerkan dengan perbandingan 1 MI Na Bicarbonat : 1 MI pelarut WFI untuk pemberian bolus dengan kecepatan maksimum 10
- c. Cek 7 ( Tujuh ) Benar Obat Pasien  
Setiap penyerahan obat kepada pasien dilakukan verifikasi 7 ( Tujuh ) benar untuk mencapai *medication safety*
  1. Benar Obat
  2. Benar waktu dan frekuensi pemberian
  3. Benar dosis
  4. Benar Rute Pemberian

5. Benar identitas pasien
  - Kebenaran nama pasien
  - Kebenaran nomer rekam medis pasien
  - Kebenaran umur / tanggal lahir pasien
  - Kebenaran alamat rumah pasien
  - Nama DPJP ( Dokter Penanggung Jawab Pasien )
6. Benar informasi
7. Benar dokumentasi

#### **6.8. Cara Pemberian Obat Yang Perlu Diwaspadai Di Ruang Perawatan**

- a. Sebelum perawat memberikan obat *high alert* kepada pasien maka perawat lain harus melakukan pemeriksaan kembali (*double check*) secara independent
- b. Obat *high alert* infus harus diperhatikan
  - 1) Ketepatan kecepatan pompa infus ( *Infus Pump* )
  - 2) Jika obat lebih dari satu, tempelkan label nama obat pada *syringe pump* dan di setiap jalur selang.
- c. Obat *high alert* elektrolit konsentrasi tinggi harus diberikan sesuai perhitungan standar yang telah baku, yang berlaku di semua ruang perawatan
- d. Setiap kali pasien pindah runag rawat, perawat pengantar menjelaskan kepada perawat penerima pasien bahwa pasien mendapatkan obat *high alert* dan menyerahkan formulir pencatatan obat.
- e. Dalam keadaan emergency yang dapat menyebabkan pelabelan dan tindakan pencegahan terjadinya kesalahan obat *high alert* dapat mengakibatkan tertundanya pemberian terapi dan memberikan dampak yang buruk pada pasien, maka dokter dan perawat harus memastikan terlebih dahulu keadaan klinis pasien yang membutuhkan terapi segera ( cito ) sehingga *double chek* dapat tidak dilakukan, namun sesaat sebelum memberikan obat, perawat harus menyebutkan secara langsung semua jenis obat yang diberikan kepada pasien sehingga diketahui dan didokumentasikan dengan baik oleh perawat yang lainnya.

#### **3. Latihan**

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut! *Anda dianjurkan untuk mencari dan mempelajari bagaimana konsep obay yang perlu diwaspadai .*

#### **4. Petunjuk Jawaban Latihan**

#### **5. Ringkasan**

- Obat yang perlu diwaspadai ( *High Alert Medications*) adalah sejumlah obat-obatan yang memiliki risiko tinggi menyebabkan bahaya yang besar pada pasien jika tidak digunakan secara tepat ( *drug that bear a heightened risk of causing significant patient harm when they are used in error* ( *ISMR – Institute for Safe Medication Practice* ). Obat yang perlu diwaspadai ( *High Alert Medications*) merupakan obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadinya kesalahan/error dan/atau kejadian sentinel ( *adverse outcome* ) termasuk obat-obat yang tampak mirip ( nama obat, rupa dan “ucapan mirip, NORUM atau *Look-like Sound-Alike*, L A S A, termasuk pula elektrolit konsentrasi tinggi.
- Tujuan penerapan sasaran keselamatan pasien meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai, adalah :
  - 1) Memberikan pedoman dalam manajemen dan pemberian obat yang perlu diwaspadai ( *high-alert medications*) sesuai standar pelayanan farmasi dan keselamatan pasien rumah sakit.
  - 2) Meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit
  - 3) Mencegah *sentinel event* atau *adverse outcome*
  - 4) Mencegah terjadinya kesalahan/ error dalam pelayanan obat yang perlu diwaspadai kepada pasien.
  - 5) Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit
- Sebelum perawat memberikan obat high alert kepada pasien maka perawat lain harus melakukan pemeriksaan kembali ( *double check*) secara independent, meliputi :
  - Kesesuaian antara obat dengan rekam medik instruksi dokter
  - Ketepatan perhitungan dosis obat
  - Identitas Pasien

## 6. Tes

Pilihlah jawaban yang paling tepat !

1. Perawat A masih asing dengan obat yang diresepkan untuk pasien dengan Sarcoidosis. Untuk mendapatkan informasi yang teapat, perawat A harus berkonsultasi pada :
  - a. Buku Referensi obat dokter yang ada di ruangan
  - b. Bu Farmakologi dari perpustakaan
  - c. Panduan obat perawat yang telah disahkan oleh rumah sakit

- d. Informasi yang didapat dari website pabrik obat tersebut.
2. Perawat B menyiapkan pemberian obat antibiotik kapsul untuk seorang pasien. Di Lemari obat pasien, Perawat B mengenali bentuk dan warna kapsul, tetapi dosis kapsul tersebut tidak tercantum pada bungkusnya. Perawat B harus :
- Berikan saja obat tersebut karena penampilannya kapsulnya sama seperti penampilan dosis yang lalu
  - Menghubungi petugas farmasi untuk dosis yang baru dan lengkap dengan labelnya
  - Minta pada dokter untuk memverifikasi kapsul yang benar
  - Minta perawat jaga untuk menghubungi departemen manajemen resiko
3. Perawat-Perawat Ruang penyakit Dalam mencatat adanya peningkatan Phlebitis di pemasangan infus. Sebagai bagian dan proyek peningkatan kualitas yaitu Rencana ( Plan ), Lakukan ( Do), Pelajari ( Study), dan Tindakan ( Act), langkah manakah yang mulai lebih dulu ?
- Lakukan audit catatan keperawatan
  - Analisa data
  - Memutuskan untuk memonitor kassa balutan infus
  - Menulis standar operasional prosedur pemasangan infus yang baru.
4. Selama pemasangan kateter infus perifer, perawat C mencatat bahwa perawat D yang memasang telah membuat sarung tangan steril terkontaminasi. Keluarga ada di ruangan perawat C harus :
- Secara verbal mengatakan bahwa sarung tangannya telah terkontaminasi
  - Minta keluarga untuk meninggalkan ruangan, lalu katakan pada perawat D bahwa sarung tangannya telah terkontaminasi
  - Laporkan kejadian ini pada perawat pengawas
  - Tidak mengatakan apa – apa dan memonitor pasien terhadap tanda infeksi selama dirawat di ruang tersebut.

5. Manakah dari langkah langkah dibawah ini yang tidak membantu menurunkan kesalahan pada pemberian obat untuk pasien anak ?
- a. Hanya menggunakan alat bantu oral untuk pengobatan oral
  - b. Menambahkan langkah tambahan pada prosedur pemberian obat
  - c. Menurunkan dosis tinggi dari obat *high alert* ke dosis minimum
  - d. Batasi ukuran botol infus untuk pasien anak kecil



## KUNCI JAWABAN

### TES I

1. B
2. D
3. B
4. B
5. C
6. C
7. D
8. B
9. D
10. D

### JAWABAN LATIHAN KASUS ( TES 2 )

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

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

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

### Tes 2

1. A
2. A
3. A
4. B
5. C

### TES 3

1. A

2. B
3. C
4. B
5. B

#### TES 4

1. B
2. A
3. A
4. B
5. A
6. D
7. E
8. A
9. E
10. A

#### TES 5

1. B
2. C
3. C
4. A
5. B

#### TES 6

1. C
2. B
3. C
4. A
5. B





## GLOSARIUM

Adverse Event	: Kejadian Tidak Diharapkan
Adverse Drug Event ( ADE )	: Ketidakcocokan obat
Commission	: cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan
High Alert Medication	: Sejumlah obat-obatan yang memiliki resiko tinggi bila tidak digunakan secara tepat
IKP	: Insiden Keselamatan Pasien
Identify patients correctly	: Mengidentifikasi pasien secara benar
Insiden	:Kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien
KTD	:Kejadian Tidak Diharapkan/ Insiden yang menyebabkan cedera pada pasien
KPC	:Kondisi Potensial Cedera / Kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden
KNC	:Kejadian Nyaris Cedera / Insiden yang belum sampai terpapar ke pasien
KTC	:Kejadian Tidak Cedera / Insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak timbul cedera
KNKP	: Komite Nasional Keselamatan Pasien
Medication Errors ( ME )	: Kesalahan Pengobatan
NORUM / LASA	: Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip /Look- Alike Sound-Alike
Patient Safety	:Pasien yang menerima pelayanan kesehatan terbebas dari luka atau Cedera baik fisik, sosial, psikologis, cacat dan kematian
PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan
RCA	: <i>Root Cause Analysis</i> / Analisis Akar Masalah
SENTINEL	:Suatu Kejadian Tidak Diharapkan(KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen atau cedera berat yang temporer yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien.
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SKP	: Sasaran Keselamatan Pasien
SBAR	: Situation Background Assessment Recommendation
Omission	: Tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil

## DAFTAR PUSTAKA

- Australian Institute of Health and Welfare. (2009). *Towards national indicators of safety and quality in health care*. Aihw.Gov.Au, September.  
<http://www.aihw.gov.au/publications/hse/hse-75-10792/hse-75-10792.rtf>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2010). *Patient Safety in Primary Health Care*. [Www.Safetyandquality.Gov.Au](http://www.safetyandquality.gov.au), (August), 80. Retrieved from <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2010/01/Patient-safety-in-primary-health-care-discussion-paper1.pdf>
- Commission on Patient Safety and Quality Assurance. (2008). *Building a Culture of Patient Safety*. Brunswick Press Ltd: Dublin, Ireland
- Emanuel, L., Berwick, D., & Conway, J. (2008). What exactly is patient safety? *Advances in Patient Safety*, 1–18.  
[http://doi.org/http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol1/advances-emanuel-berwick\\_110.pdf](http://doi.org/http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol1/advances-emanuel-berwick_110.pdf)
- Hughes, R. G. (2008). Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. *Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services*, (8), 1–1403. <http://doi.org/AHRQ> Publication No. 08-0043
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2015). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, 25.
- UU No 44. (2009). *Rumah Sakit* (Republik Indonesia (Ed.)).  
*UU RI No 44 Tentang Rumah Sakit*. (2009).
- Komalawati, Veronica. (2010) *Community&Patient Safety Dalam Perspektif Hukum Kesehatan*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Keselamatan Pasien*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Pedoman Penyelenggaraan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*.
- Nursalam.(2014). *Manajemen keperawatan. aplikasi dalam praktik keperawatan profesional*. Salemba Medik. Jakarta.
- PERSI – KARS, KKP-RS. (2006). *Membangun budaya keselamatan pasien rumah sakit*. Lokakarya program KP-RS. 17 Nopember 2006
- Permenkes RI Nomor 11*. (2017). <https://ci.nii.ac.jp/naid/40021243259/>
- Vincent, C. (2010). *Patient Safety* (2<sup>nd</sup> Edition). Wiley-Blackwell: London, UK

**Formulir 1**

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

Nama Rumah Sakit/Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain .....

**LAPORAN  
INSIDEN**

**(INTER  
NAL)**

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

**A. DATA PASIEN**

Nama : ..... No MR

: ..... Ruangan: ..... Umur : ....

Bulan .... Tahun

Keompok Umus\* : 0-1 bulan > 1 bulan - 1 tahun  
> 1 tahun - 5 tahun > 5 tahun - 15 tahun  
> 15 tahun - 30 tahun > 30 tahun - 65 tahun  
> 65 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

Penangg  
biaya pasien : Pribadi Asuransi Swasta  
Pemerintah Perusahaan\*  
BPJS Lain-lain

Tanggal Masuk

Rumah Sakit/

Fasyankes lain : ..... Jam : .....

**B. RINCIAN KEJADIAN**

1. Tanggal dan Waktu Insiden

Tanggal : ..... Jam .....

2. Insiden : .....

3. Kronologis Insiden

.....  
.....  
.....

4. Jenis Insiden\* :

Kejadian Nyaris Cedera / KNC (Near miss)

Kejadian Tidak diharapkan / KTD (Adverse Event) / Kejadian

Sentinel (*Sentinel Event*)

Kejadian Tidak Cedera / KTC

KPC

5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden\*

Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya

Pasien

Keluarga / Pendamping pasien



Pengunjung

Lain-lain .....(sebutkan)

6. Insiden terjadi pada\* :
  - Pasien
  - Lain-lain ..... (sebutkan)
  - Mis : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS/unit K3 Fasyankes lain
7. Insiden menyangkut pasien :
  - Pasien rawat inap
  - Pasien rawat jalan
  - Pasien UGD
  - Lain-lain .....
  - (sebutkan)
8. Tempat Insiden  
Lokasi kejadian..... (sebutkan)  
(Tempat pasien berada)
9. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit / spesialisasi)
  - Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya
  - Anak dan Subspesialisasinya
  - Bedah dan Subspesialisasinya
  - Obstetri Gynekologi dan Subspesialisasinya
  - THT dan Subspesialisasinya
  - Mata dan Subspesialisasinya
  - Saraf dan Subspesialisasinya
  - Anastesi dan Subspesialisasinya
  - Kulit 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 :
  - Cedera Irreversibel / Cedera Berat
  - Cedera Reversibel / Cedera Sedang
  - Cedera Ringan

- 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  
 Perawat  
 Petugas lainnya .....

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

Ya                      Tidak

Apabila ya, isi bagian dibawah ini.

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

.....  
 .....

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

Grading Risiko Kejadian\* (Diisi oleh atasan pelapor) :

BIRU                      HIJAU                      KUNING

MERAH NB. \* = pilih satu jawaban.



## Formulir 2

Form data Rumah Sakit/Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain untuk pelaporan insiden ke Komite Nasional Keselamatan Pasien melalui Pos

Silahkan Isi User name Rumah Sakit/Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain UNTUK MELAPORKAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN KE KOMITE NASIONAL KESELAMATAN PASIEN

User name Rumah Sakit/Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain: \_\_\_\_\_

Bagi Rumah Sakit/Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain yang belum mengetahui user name rumah sakit, silahkan melakukan registrasi isi Formulir Data Fasilitas Pelayanan Kesehatan dibawah ini, yang dapat diakses lewat : <http://www.buk.depkes.go.id>

**RAHASIA**

KOMITE NASIONAL KESELAMATAN PASIEN  
LAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN KNKP  
(Patient Safety Incident Report)

Nomor .....

Laporan ini hanya dibuat jika timbul kejadian yang menyangkut pasien. Laporan bersifat anonim, tidak mencantumkan nama, hanya diperlukan rincian kejadian, analisa penyebab dan rekomendasi.

Untuk mengisi laporan ini sebaiknya dibaca Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP), bila ada kerancuan persepsi, isilah sesuai dengan pemahaman yang ada.

Isilah semua data pada Laporan Insiden Keselamatan Pasien dengan lengkap. Jangan dikosongkan agar data dapat dianalisa.

Segera kirimkan laporan ini langsung ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP)

KODE RS/Fasyankes Lain : .....(lewat : [ttp://www.buk.depkes.go.id](http://www.buk.depkes.go.id))

A. DATA PASIEN

Umur : .... Bulan .... Tahun

Kelompok umur : 0-1 bulan > 1 bulan - 1 tahun  
> 1 tahun - 5 tahun > 5 tahun - 15 tahun  
> 15 tahun - 30 tahun > 30 tahun - 65 tahun  
> 65 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

Penanggung biaya pasien : Pribadi Asuransi Swasta  
Pemerintah Perusahaan\*  
BPJS Lain-lain

Tanggal Masuk

RS/Fasyankes Lain : ..... Jam .....



B. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden

Tanggal : ..... Jam .....

2. Insiden : .....

3. Kronologis Insiden

.....  
.....  
.....

4. Jenis Insiden\* :

Kejadian Nyaris Cedera / KNC (*Near miss*)

Kejadian Tidak diharapkan / KTD (*Adverse Event*) / Kejadian Sentinel  
(*Sentinel Event*)

Kejadian Tidak Cedera / KTC

5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden\*

Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya

Pasien

Keluarga / Pendamping pasien

Pengunjung

Lain-lain..... (sebutkan)

6. Insiden terjadi pada\* :

Pasien

Lain-lain..... (sebutkan)

Mis : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS/Unit K3 Fasyankes Lain.

7. Insiden menyangkut pasien :

Pasien rawat inap D Pasien rawat jalan D Pasien UGD

Lain-lain.....(sebutkan)

8. Tempat Insiden

Lokasi kejadian.....(sebutkan)

(Tempat pasien berada)

9. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit / spesialisasi)

➤ Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya

➤ Anak dan Subspesialisasinya

➤ Bedah dan Subspesialisasinya

➤ Obstetri Gynekologi dan  
Subspesialisasinya

➤ THT dan Subspesialisasinya

➤ Mata dan Subspesialisasinya

➤ Saraf dan Subspesialisasinya

➤ Anastesi dan Subspesialisasinya







D. ANALISA PENYEBAB INSIDEN

Dalam pengisian penyebab langsung atau akar penyebab masalah dapat menggunakan Faktor kontributor (bisa pilih lebih dari 1)

- a. Faktor Eksternal / di luar Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- b. Faktor Organisasi dan Manajemen
- c. Faktor Lingkungan kerja
- d. Faktor Tim
- e. Faktor Petugas / Staf
- f. Faktor Tugas
- g. Faktor Pasien
- h. Faktor Komunikasi

1. Penyebab langsung (*Direct / Proximate/ Immediate Cause*)

.....  
.....  
.....  
.....

2. Akar penyebab masalah (*underlying - root cause*)

.....  
.....  
.....  
.....

3. Rekomendasi / Solusi

No	Akar Masalah	Rekomendasi/Solusi

NB. \* : pilih satu jawaban, kecuali bila berpendapat lain.

Saran : baca Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)



### Formulir 3

## Laporan Insiden Eksternal (Panduan e- report bagi Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain)

Akses Website KKPRS yaitu : <http://www.buk.depkes.go.id>

Klik Banner Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan di sebelah kanan atas.

Setelah tampil terdapat 2 isian yang perlu diperhatikan yaitu :

- ✚ Bagi Rumah Sakit/Fasilitas pelayanan kesehatan lain yang telah mempunyai *kode rumah sakit/Fasilitas pelayanan kesehatan lain* untuk melanjutkan ke form laporan Insiden keselamatan pasien KNKP
- ✚ Bagi Rumah sakit/Fasilitas pelayanan kesehatan lain yang *belum mempunyai kode rumah sakit/Fasilitas pelayanan kesehatan lain* diharapkan mengisi Form data isian RS untuk mendapatkan *kode rumah sakit* yang dapat digunakan untuk melanjutkan ke form Laporan Insiden, KNKP.

Apabila masih kurang jelas silahkan hubungi :

SEKRETARIAT KNKP

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
d/a Jl. H.R. Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9 Kotak Pos 3097, 1196 Jakarta 12950

Telepon / fax : (021) 5274915

Surat elektronik : [subdit.rspendidikan@gmail.com](mailto:subdit.rspendidikan@gmail.com)

## Formulir 4

### Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

\*untuk Fasilitas pelayanan kesehatan lain menyesuaikan

