

Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan

Jl. Budi Kemuliaan No.25, Gambir,
Kota Jakarta Pusat, Daerah Khusus
Ibukota Jakarta 10110
Tel : (021) 3842828

Email : corporate@rsiabudikemuliaan.com

Kunjungi website kami di :

www.rsiabudikemuliaan.com



Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien Edisi Multi Profesional

Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien
Edisi Multi Profesional





Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien

Edisi Multi
Profesional

Diterbitkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2011 dengan judul WHO Patient Safety Curriculum Guide : Multi Professional Edition © World Health Organization 2011.

WHO telah memberikan hak terjemahan dan publikasi untuk edisi dalam Bahasa Indonesia kepada Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan, yang bertanggung jawab terhadap isi dan kualitas dari versi Bahasa Indonesia. Dalam hal terjadinya ketidaksesuaian antara bahasa Inggris dan versi bahasa Indonesia, versi asli bahasa Inggris akan menjadi versi yang mengikat dan otentik.

Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien Edisi Multi-Profesional

© Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan 2015

Subjek : 1. Pendidikan asuhan pasien. 2. Curriculum. 3. Kompetensi Klinis.

4. Pendidikan Personil Kesehatan. 5 Manajemen Keselamatan. 6. Pedoman Praktik

Editor Utama versi terjemahan : dr. Afrisya Irviranty, MARS

Mitra Bestari : dr. Mohammad Baharuddin, SpOG, MARS

dr. Fahrul Wakil Arbi, SpA, MARS

dr. Suri Nurharjanti, SpA

dr. Cut Virollina Ardiyandari

Dr. dr. Nani Dharmasetiawani, SpA (K)

dr. Mohamad Rifki, SpOG

dr. Hasan Salim Alatas, SpOG

dr. Kurniati Setiarsih, SpOG

dr. Huzaimah, SpOG

dr. Siti Munawaroh, SpA

dr. Sri Hastuti, MARS

dr. Budi Tjandrarini, MARS

dr. Irma Sapriani, SpA

dr. Dwirani Amelia, SpOG

dr. Eka Nursiaty, MARS

dr. Nila Indrawati, MARS

Daftar Isi

Singkatan	5
Kata Pengantar	8
Pengantar	18

Bagian A: Panduan Pendidik

1. Latar Belakang	22
2. Bagaimana Topik Panduan Kurikulum Dipilih?	25
3. Tujuan Panduan Kurikulum	34
4. Struktur Panduan Kurikulum	36
5. Penerapan Panduan Kurikulum	37
6. Bagaimana Mengintegrasikan Pembelajaran Keselamatan Pasien dalam Belajar	41
7. Prinsip Penting dalam Pendidikan Keselamatan Pasien	51
8. Aktivitas untuk Mendukung Pemahaman Keselamatan Pasien	56
9. Bagaimana Cara Menilai Keselamatan Pasien	61
10. Bagaimana Mengevaluasi Kurikulum Keselamatan Pasien	69
11. Sumber dan Peralatan Berbasis Web	74
12. Bagaimana Menggunakan Pendekatan Internasional dalam Pendidikan Keselamatan Pasien	75

Bagian B: Topik Panduan Kurikulum

Definisi dan Konsep Kunci	80
Kata Kunci	82
Pengantar Topik Panduan Kurikulum	83
Topik 1: Apa Itu Keselamatan Pasien?	92
Topik 2: Mengapa Menerapkan Faktor Manusia Penting dalam Keselamatan Pasien?	111
Topik 3: Memahami sistem dan efek kompleksitasnya dalam perawatan pasien	121
Topik 4: Menjadi Pemeran yang efektif dalam Tim	133
Topik 5: Belajar dari Kesalahan untuk Mencegah Cedera	151
Topik 6: Memahami dan Mengelola Risiko Klinis	162
Topik 7: Menggunakan Metode-Metode Peningkatan Kualitas untuk meningkatkan Pelayanan	176
Topik 8: Melibatkan Pasien dan Keluarga	192
Pengantar untuk Topik 9-11	209
Topik 9: Mengendalikan dan Mencegah Infeksi	210
Topik 10: Keselamatan Pasien dan Prosedur Infasif	227
Topik 11: Meningkatkan Keamanan Pengobatan	241
Lampiran	
Lampiran 1: Link Untuk Kerangka Kerja Pendidikan Keselamatan Pasien di Australia	260
Lampiran 2: Contoh Metode Penilaian	261
Ucapan Terima Kasih	268

Singkatan

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality	PBL	problem-based learning
AMR	antimicrobial resistance	PDSA	plan-do-study-act
APSEF	Australian Patient Safety Education Framework	PPE	personal protective equipment
ARCS	accelerated recovery colectomy surgery	RCA	root cause analysis
CBD	case-based discussion	RLS	reporting and learning system
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	RPN	risk priority number
CPI	clinical practice improvement	SBA	short best answer question paper
CR-BSI	catheter-related bloodstream infection	SSI	surgical site infection
CRM	crew resource management	TB	tuberculosis
ECG	electrocardiogram	UK	United Kingdom
EMQ	extended matching question	USA	United States of America
FMEA	failure mode effect analysis	VA	Veterans Affairs
HCAI	Pelayanan kesehatan-associated infection	VRE	vancomycin-resistant Enterococcus
HBV	hepatitis B virus		
HIV	human immunodeficiency virus		
HRO	high reliability organization		
ICU	intensive care unit		
IHI	Institute for Healthcare Improvement		
IOM	Institute of Medicine		
IPE	interprofessional education		
IV	intravenous		
MRI	magnetic resonance imaging		
MCQ	multiple choice question		
MEQ	modified essay question		
Mini-CEX	mini clinical evaluation exercise		
MRI	magnetic resonance I maging		
MRSA	methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>		
MSF	multisource feedback		
NASA	National Aeronautics and Space Agency		
NCPS	National Center for Patient Safety		
NPSEF	National Patient Safety Education Framework		
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drugs		
OR	operating room		
OSCE	objective structured clinical examination		
OTC	over the counter		





Kurikulum dan Panduan Keselamatan Pasien

Edisi Multi Profesional



World Health Organization

Pelayanan kesehatan telah berkembang sangat pesat dalam 20 tahun terakhir. Pengetahuan kita tentang penyakit dan inovasi teknologi berkontribusi untuk meningkatkan harapan hidup selama abad ke-20. Tapi salah satu tantangan terbesar hari ini bukan tentang bagaimana menerapkan prosedur klinis terbaru atau peralatan berteknologi tinggi terkini.

Sebaliknya, isu penting yang harus diperhatikan adalah tentang memberikan perawatan medis yang lebih aman dalam lingkungan institusi medis dan sistem yang kompleks, penuh tekanan dan bergerak cepat. Dalam lingkungan semacam itu, insidens dapat terjadi. Tanpa disengaja, cedera serius dapat terjadi pada pasien yakni situasi yang membahayakan kondisi kesehatan pasien. Kerugian yang tidak disengaja, tapi serius terjadi pada pasien selama praktek klinis rutin, atau sebagai akibat dari keputusan klinis tertentu.

Banyak negara di dunia telah mengakui bahwa keselamatan pasien penting dan berusaha membangun pendekatan untuk meningkatkan kualitas dan keamanan pelayanan. Pemerintah di berbagai negara juga menyadari pentingnya mendidik profesional kesehatan dengan memberikan pemahaman terhadap prinsip-prinsip dan konsep-konsep keselamatan pasien. Penguatan kompetensi tersebut diperlukan untuk mengimbangi kompleksitas dari sistem dan tuntutan kebutuhan tenaga kerja.

WHO saat ini memimpin gerakan global untuk membangun pendidikan keselamatan pasien, prinsip-prinsip dan pendekatan yang mengarah ke masa depan pelayanan kesehatan, tenaga kerja terdidik untuk melakukan perawatan pasien di seluruh dunia. Gerakan ini telah dimulai dengan mengembangkan panduan kurikulum keselamatan pasien dengan perspektif multi profesional serta menggunakan pendekatan sistem kesehatan dengan jangkauan global. Pendekatan ini membantu mempercepat universitas dan sekolah-sekolah ilmu kesehatan untuk membangun dan mengintegrasikan pembelajaran keselamatan pasien ke dalam kurikulum yang sudah ada.

WHO bekerja dengan pemerintah, Universitas dan sekolah di seluruh dunia, asosiasi internasional profesional medis dengan disiplin ilmu kedokteran gigi, kedokteran, kebidanan, keperawatan dan farmasi dan asosiasi pelajar terkait. Kerjasama ini membuat pendidikan keselamatan pasien lebih relevan dengan kebutuhan dan persyaratan lingkungan kerja kontemporer. Gabungan energi, sumber daya dan keahlian penting dalam mengembangkan edisi multi profesional panduan kurikulum keselamatan pasien. Penerapan dari rekomendasi ini akan membuahkan hasil yang segera dan terukur dalam membangun pengetahuan dan ketrampilan bagi pelajar ilmu kesehatan serta mempersiapkan mereka untuk mempraktekkan ketrampilan tersebut secara aman.

Dr Margaret Chan

Direktur Utama
World Health Organization



World Health Organization

Komitmen terhadap keselamatan pasien di seluruh dunia telah berkembang sejak akhir 1990-an. Hal ini didorong oleh dua laporan penelitian yang paling berpengaruh, yakni : *To Err is Human*, diproduksi oleh Institute of Medicine di AS, pada tahun 1999 dan *An Organization with a Memory* diproduksi oleh United Kingdom Government's Chief Medical Officer pada tahun 2000. Laporan kedua menjelaskan bahwa kesalahan medis kerap kali terjadi selama Pelayanan kesehatan terjadi sekitar 10% sejak proses penerimaan pasien di rumah sakit. Dalam proporsi kasus, kerugian terhadap pasien yang dihasilkan serius, bahkan fatal.

Sejak publikasi dua laporan berpengaruh ini, upaya untuk meningkatkan keselamatan perawatan bagi pasien telah menjadi gerakan global. Hal ini juga menyebabkan transformasi yang luar biasa bahwa keselamatan pasien adalah persoalan yang nyata. Pandangan keselamatan pasien sebagai persoalan nyata ini dimulai sebagai subjek akademik di tingkat minoritas, namun sekarang telah menjadi prioritas utama dalam sistem Pelayanan kesehatan.

Meskipun demikian, keadaan saat ini keselamatan pasien di seluruh dunia masih merupakan sumber keprihatinan yang mendalam. Karena data pada skala dan sifat kesalahan yang bervariasi serta tingkat terjadinya Insidens, bisa menjelaskan bahwa ketidakkamanan perawatan medis merupakan elemen yang terjadi dari hampir setiap aspek Pelayanan kesehatan.

Pendidikan dan pelatihan dokter gigi, dokter, bidan, perawat, apoteker dan profesional kesehatan lainnya telah menjadi dasar Pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi dan aman. Namun, nilai keselamatan pasien telah diterapkan secara sebelah mata padahal merupakan alat penting untuk mengatasi tantangan untuk mencapai peningkatan keselamatan pasien. Jelas bahwa pendekatan baru diperlukan dalam pendidikan dan pelatihan untuk memainkan peran penuh dan memberikan pemahaman bahwa tenaga medis harus meningkatkan keselamatan pasien.

Selama tiga tahun terakhir, WHO telah menjelajahi keterkaitan antara pendidikan dan praktek kesehatan- antara pendidikan tenaga kesehatan dan keselamatan sistem kesehatan. Sebagai suatu hasil, WHO telah mengembangkan Kurikulum Panduan Keselamatan Pasien Edisi Multi Profesional ini, yang membahas berbagai ide dan metode untuk mengajar dan menilai keselamatan pasien lebih efektif.

Panduan kurikulum dari WHO adalah panduan program yang komprehensif dan efektif untuk pelajar yang belajar tentang keselamatan pasien. Panduan ini menyoroti risiko utama kesehatan dan bagaimana mengelola risiko tersebut serta menunjukkan bagaimana mengenali efek samping dan bahaya, membuat laporan dan menganalisis bahaya atas keselamatan pasien. Panduan ini juga mengajarkan tentang kerja tim medis dan pentingnya komunikasi yang jelas di semua tingkat Pelayanan kesehatan. Selain itu, panduan ini juga menekankan pentingnya keterlibatan dengan pasien untuk membangun dan mempertahankan budaya keselamatan pasien. Semoga panduan Kurikulum ini akan menginspirasi generasi masa depan di bidang profesional kesehatan untuk memberikan pasien mereka pelayanan kesehatan dengan kualitas terbaik, teraman dan layak.

Sir Liam Donaldson

Duta Keselamatan Pasien
World Health Organization



FDI World Dental Federation

Hari ini telah tumbuh kesadaran dan pengakuan atas keselamatan pasien sebagai faktor penting dalam Pelayanan kesehatan. Sehingga dirasakan perlu meneliti prosedur kesehatan yang berhasil diterapkan untuk diadopsi di lingkungan profesional medis lainnya, terutama terkait dengan isu keselamatan pasien. Hal ini untuk melihat bagaimana prosedur tersebut dapat diadaptasi dalam bidang kesehatan. Sehingga, perlu bagi pelajar dalam segala bidang praktek kesehatan untuk belajar dan memahami bagaimana mengelola dan menghadapi insidens serta memastikan pada saat yang sama keselamatan pasien sebagai prioritas utama.



Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien: Edisi Multi Profesional dari WHO adalah sumber referensi penting: tidak hanya berguna untuk meningkatkan kesadaran global tentang perlunya pendidikan keselamatan pasien, tetapi juga akan membantu pendidik untuk mengintegrasikan konsep keamanan ke dalam kurikulum kesehatan yang ada.

Hal ini akan memberikan kontribusi terhadap pembangunan dasar pengetahuan dan keterampilan dan berguna mempersiapkan pelajar untuk praktek klinis. Selain itu, panduan ini dapat berkontribusi pada pengembangan masa depan tenaga kerja profesional kesehatan yang lebih terdidik terkait dengan persoalan keselamatan pasien serta mampu memenuhi tuntutan lingkungan yang kompleks saat ini.

Tahun lalu, FDI World Dental Federation telah berupaya untuk meninjau kembali strategi global kesehatan mulut dan gigi serta mengidentifikasi masalah-masalah global utama. Salah satu masalah yang diangkat adalah jaminan kualitas dan peningkatan keselamatan pasien dan komunikasi pasien. Isu-isu yang diangkat tersebut segera diterjemahkan ke dalam materi pendidikan yang dapat dikerjakan, digunakan, didasarkan pada konsep yang berasal dari praktik industri. Konsep keselamatan pasien sebagai sikap 'inti' akan diperkenalkan pada awal pelatihan kedokteran gigi. Hal ini telah menjadi salah satu isu yang telah lama diperjuangkan oleh FDI. Keunggulan panduan ini yakni ada silabus untuk memberikan pelatihan bagi dokter gigi serta teknik mempelajari kondisi keselamatan pasien dalam semua aspek bidang medis, yang tentunya berguna untuk pengembangan profesional medis di bidang kesehatan gigi dan mulut.

FDI bangga telah terlibat dalam proyek kolaborasi ini dengan WHO karena sangat banyak bagian dari proses yang kita telah pelajari untuk lebih lanjut menganalisa persoalan penyebab kesehatan mulut dan mengejar tujuan-tujuan dalam pendidikan berkelanjutan. Panduan Ini dengan demikian juga berguna mengintegrasikan bidang kesehatan gigi ke bidang lain serta menyoroti prinsip-prinsip umum untuk keselamatan pasien.

Dr Roberto Vianna

Presiden

FDI World Dental Federation



Federasi Farmasi Internasional



Keselamatan pasien adalah isu prioritas tinggi untuk semua profesional - seperti apoteker - yang merawat kesehatan dan kesejahteraan umum pasien. Selama berabad-abad, apoteker telah menjadi wali/perlindungan terhadap "racun" zat obat yang bisa membahayakan masyarakat. Sekarang apoteker juga mengemban tanggung jawab memastikan bahwa ketika pasien menerima obat, tidak akan menyebabkan kerusakan pada tubuh dan sakit.

Kini, pergeseran paradigma praktek farmasi dari pendekatan berfokus produk menjadi pendekatan yang berpusat pada pasien telah menyebabkan perkembangan. Kini professional Farmasi juga berfokus untuk mencegah atau memecahkan masalah terapi obat-obatan yang aktual dan berpotensi, melalui penyediaan layanan yang komprehensif untuk pasien.

Apoteker juga berkontribusi terhadap praktek kolaboratif dalam pengaturan Ambulatori dan rumah sakit, dan ada bukti kuat bahwa keselamatan pasien dapat ditingkatkan melalui keterlibatan para apoteker secara aktif dalam tim perawatan multi-disiplin. Penguatan keselamatan pasien dalam kurikulum apoteker lebih bisa meningkatkan kemampuan mereka berkontribusi terhadap keselamatan pasien. FIP dengan demikian berkontribusi dalam dokumen ini dan menyambut baik peluncuran panduan kurikulum ini untuk pengembangan profesional farmasi.

Mr Ton Hoek

General Secretary

International Pharmaceutical Federation (FIP)



Konfederasi Bidan Internasional

Anggota dari Konfederasi Bidan Internasional (PTT) telah mendedikasikan banyak waktu dan keahlian untuk berkolaborasi dengan WHO dan profesi kesehatan lainnya, untuk membuat Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien ini serta untuk mengajarkan prinsip-prinsip keselamatan pasien bagi berbagai macam profesional kesehatan. Studi kasus dalam panduan ini akan membantu pelajar tidak hanya mengakui peran keselamatan pasien dalam perawatan medis yang berbeda tetapi juga akan menyoroti kebutuhan untuk komunikasi dan kerjasama antar profesi agar lebih ditingkatkan untuk menghindari kesalahan yang berhubungan dengan kperawatan medis.

Sebagai Presiden Konfederasi Bidan Internasional, saya ucapkan selamat kepada seluruh profesional kesehatan dan WHO, yang bersama-sama telah menciptakan panduan ini. Saya tentu terutama bangga atas kontribusi dari anggota ICM, yang telah bekerja tanpa lelah dan bersama-sama untuk membuat panduan Kurikulum ini membuahkan hasil. Mungkin hal ini bisa menjadi bentuk pelayanan terhadap kesehatan masyarakat internasional serta usaha untuk menanggapi kebutuhan kesehatan dunia.

Mrs Frances Day-Stirk

President

International Confederation of Midwives





Dewan Perawat Internasional



Dewan Perawat Internasional merasa bangga dan senang telah memberi kontribusi untuk mengembangkan Kurikulum Panduan Keselamatan Pasien: Edisi multi Profesional yang menyediakan platform bersama bagi praktisi kesehatan untuk mengatasi masalah penting ini.

Perawat di seluruh dunia memiliki peran besar untuk berperan dalam meningkatkan keselamatan pasien. Sementara professional medis lainnya memiliki kewajiban untuk memastikan tidak ada kesalahan dalam praktek medis. Bekerja dalam tim dan saling memfasilitasi semakin mudah karena sumber komprehensif ini berguna serta menyediakan basis pengetahuan umum serta menawarkan fleksibilitas setiap disiplin untuk membuat kontribusi yang unik bagi Pelayanan kesehatan. Selain itu, panduan ini menimbulkan kesadaran akan kebutuhan untuk mengintegrasikan keselamatan pasien ke dalam kurikulum di semua profesional kesehatan.

Dr Rosemary Bryant

President

International Council of Nurses



Asosiasi Medis Dunia

Keselamatan adalah landasan dari kualitas Pelayanan kesehatan dan kesuksesan sehingga membutuhkan individu dan komitmen tim medis bersama. Individu medis dan proses yang tidak terintegrasi menjadi salah satu penyebab kesalahan. Sebaliknya, elemen-elemen yang terpisah jika digabungkan dan bersama-sama menghasilkan situasi medis yang juga berisiko tinggi. Memahami risiko dalam proses medis kompleks dan perawatannya memerlukan informasi tentang kesalahan yang komprehensif. Dari mereka kita dapat belajar untuk menutup celah-celah keamanan, mengurangi kesakitan, kematian pada pasien dan untuk meningkatkan kualitas Pelayanan kesehatan



Oleh karena itu, sangat penting untuk menerapkan budaya keselamatan non-punitif untuk mengatasi kesalahan dalam prosedur medis yakni dengan mekanisme pelaporan yang membantu mencegah dan memperbaiki kegagalan sistem dan kesalahan manusia daripada mencari kesalahan individu atau organisasi. Dalam tata kelola kesehatan budaya ini masih perlu dikembangkan. Satu langkah penting dalam proses ini adalah untuk mendidik profesional kesehatan pada konsep keselamatan dalam praktek Pelayanan kesehatan, kolaboratif dan bagaimana untuk menerapkannya dalam pekerjaan sehari-hari mereka masa depan.

Pelayanan kesehatannya yang berpusat pada pasien menjadi lebih kompleks. Hal ini memerlukan lebih banyak perhatian untuk mengelola teamwork dalam Pelayanan kesehatan. Praktek kolaboratif antar praktisi kesehatan menuntut komunikasi tingkat tinggi, pemberian dan pembagian tugas yang akurat, hasil, peran dan tanggung jawab yang sesuai. Pemahaman risiko yang melekat dalam kedokteran modern yang realistis membuatnya diperlukan bahwa semua kesehatan profesional mampu bekerjasama dengan pihak terkait, mengadopsi pendekatan proaktif sistem keselamatan dan melakukan dengan tanggung jawab profesional. Pertama dan terutama ini termasuk dialog dengan pasien kami dan untuk menghormati kebutuhan, ketakutan dan harapan mereka.

Asosiasi medis dunia mendukung para profesional di bidang kesehatan untuk mengenali keselamatan sebagai salah satu elemen inti untuk meningkatkan kualitas dalam Pelayanan kesehatan. Memfasilitasi pengembangan pengetahuan kolektif tentang situasi yang tidak aman dan praktik untuk mengambil tindakan pencegahan agar terhindar dari risiko yang tidak perlu adalah kunci keberhasilan.

Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien dari WHO ini menawarkan instrument pendidikan bagi pelajar profesi kesehatan untuk memahami konsep keselamatan pasien dan praktek kolaboratif. Selain itu, buku ini juga memberikan bimbingan pendidik tentang cara mengajar topik ini dengan metode pendidikan modern.

Dr Wonchat Subhachaturas

President

World Medical Association



Asosiasi Internasional Pelajar Kedokteran Gigi Dewan Perawat Internasional – Jaringan Pelajar Federasi Internasional Asosiasi Pelajar Medis Federasi Pelajar Farmasi Internasional



Mengingat pentingnya memberikan perawatan yang aman dalam bidang kesehatan hari ini, maka muncul kebutuhan yang terus berkembang bagi pelajar medis untuk belajar tentang Insidens dalam Pelayanan kesehatan kebutuhan mendesak untuk keselamatan pasien. Pengenalan keselamatan pasien dalam pendidikan professional kesehatan akan berkontribusi dalam membangun dasar pengetahuan dan keterampilan yang akan lebih baik serta mempersiapkan pelajar untuk praktek klinis. Hal ini tentu saja akan membantu menghasilkan tenaga kerja kesehatan profesional yang memiliki pengetahuan terkait isu keselamatan pasien dan mampu memenuhi tuntutan lingkungan yang kompleks saat ini.

Asosiasi Internasional Pelajar Kedokteran Gigi (IADS), Dewan Perawat Internasional – Jaringan Pelajar (ICN-SN), Internasional Federasi pelajar kedokteran (IFMSA), dan Federasi Pelajar Farmasi internasional (IPSP) bersama-sama menyambut yang Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien : Edisi Multi Profesional ini sebagai sumber daya penting, tidak hanya untuk meningkatkan kesadaran global tentang perlunya pendidikan keselamatan pasien, tetapi juga untuk mendukung pendidik dalam memperkenalkan disiplin ini ke dalam kurikulum kesehatan yang ada dan membantu mempersiapkan pelajar untuk lebih aman berpraktek di lingkungan tempat kerja mereka.

ICN-SN, IADS, IFMSA dan IPSP mendukung kehadiran buku ini dan menyambut baik upaya WHO dalam mendukung pengembangan kedokteran gigi, Kedokteran, keperawatan dan Farmasi di Universitas dan Fakultas di seluruh dunia dalam rangka memperkenalkan pendidikan keselamatan pasien dalam Pelayanan kesehatan. Perhimpunan pelajar menghargai upaya WHO dalam melakukan konsultasi dengan pelajar sebagai pemangku kepentingan yang sama, untuk memastikan bahwa saran dan pandangan mereka dimasukkan ke dalam panduan kurikulum. Kami sangat mendukung buku ini dan mengucapkan selamat kepada setiap pihak yang membuat buku ini tersedia untuk semua pemangku kepentingan.

Mr Ionut Luchian
President
International Association
of Dental Students

Ms Yasmin Yehia
Chairperson
International Council
of Nurses – Students' Network

Mr Chijioke Chikere Kadure
President
International Federation
of Medical Students' Associations

Mr Jan Roder
President
International Pharmaceutical
Students' Federation



Suara Pasien dalam Pendidikan Profesional

Setelah terlibat dalam pengembangan dan menguji coba panduan kurikulum keselamatan pasien untuk sekolah-sekolah kedokteran, ada kemajuan yang dialami pasien berkaitan dengan keselamatan pasien sehingga menumbuhkan keinginan untuk berpartisipasi dalam adaptasi dari kurikulum panduan untuk penggunaan multi-disiplin. Kami menyambut kesempatan untuk berkolaborasi dengan berbagai pihak program ini.

Dalam prakteknya, interaksi kita dengan pelajar dari semua disiplin dan di semua tingkat telah memperkuat keyakinan yang sangat kuat bahwa sebagai bagian dari pendidikan maka pelajar harus mendapatkan pengalaman dan mengembangkan nilai keselamatan pasien yang diimbangi dalam tugas medis mereka. Ketika ada penumbuhan kesadaran tentang perawatan pasien mereka kemudian akan selalu menggabungkan jantung, kecerdasan dan keterampilan untuk kepentingan pasien dan hasil optimal terhadap kondisi kesehatan..

Secara resmi melekatkan perspektif pasien ke pendidikan Pelayanan kesehatan adalah kunci untuk keselamatan pasien yang berguna untuk meningkatkan budaya berkelanjutan perubahan dalam kesehatan. Penelitian yang dilakukan di University of British Columbia di Kanada menyoroti bahwa "pelajar cenderung mengingat apa yang mereka pelajari dari pasien. Keinginan pasien menjadi hal penting dalam pembelajaran perawatan pasien yang berpusat pada kepentingan mereka".

Panduan Kurikulum baru ini telah lama ditunggu-tunggu serta perubahannya yang lebih lanjut untuk memastikan ada perawatan yang aman terhadap pasien dan keluarga. Ini adalah fakta yang sangat nyata bahwa pelajar hari ini akan menjadi profesional kesehatan dan masa depan hidup kita di tangan mereka

Mrs Margaret Murphy

External Lead

Patients for Patient Safety Programme



Memenuhi Kebutuhan Profesional Kesehatan Masa Depan Kami

Dengan meningkatnya pengakuan kerugian tidak diinginkan yang disebabkan oleh Pelayanan kesehatan telah muncul kebutuhan diantara pelajar medis untuk belajar bagaimana memberikan perawatan yang lebih aman. Namun, pendidikan profesional kesehatan tidak terus terpaku persyaratan kerja cepat tantangan kesehatan yang dinamis dan berubah. Hanya 2% dari total pengeluaran kesehatan dunia sebesar US\$ 5,5 triliun dihabiskan pada pendidikan professional tenaga medis. Pendidikan profesional kesehatan inovatif sangat dibutuhkan untuk mempersiapkan para-profesional perawat kesehatan untuk memberikan Pelayanan kesehatan pasien secara aman. Hal ini merupakan indikasi penting hadirnya kurikulum berbasis kompetensi dengan perspektif yang multi profesional, pendekatan sistem dan jangkauan global.

Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien Edisi Multi Profesional ini adalah edisi panduan kurikulum yang telah diperbaharui untuk kurikulum di sekolah-sekolah kedokteran, diterbitkan oleh WHO pada tahun 2009. Edisi baru ini mencakup bidang-bidang kedokteran gigi, Kedokteran, kebidanan, keperawatan, farmasi dan terkait profesi kesehatan. Kami berharap bahwa buku panduan ini akan mempromosikan dan meningkatkan status keselamatan pasien di seluruh dunia dan akhirnya mempersiapkan pelajar untuk praktek medis yang aman.

Sebagai panduan yang komprehensif untuk pelaksanaan pendidikan keselamatan pasien pada pendidikan bidang kesehatan kesehatan, buku ini berisi informasi untuk semua tingkat staf pendidik dan meletakkan dasar untuk pengembangan kapasitas tentang prinsip-prinsip penting keselamatan pasien dan konsep yang relevan. Panduan kurikulum adalah sumber daya yang kaya bagi pengambil keputusan yang terlibat dalam pengembangan kurikulum kesehatan.

Ditulis oleh khalayak global dalam pemikiran dan bahasa yang mudah dipahami, panduan kurikulum ini terdiri dari dua bagian: Bagian A: Panduan bagi Pendidik dan Bagian B: 11 Topik-topik keselamatan pasien. Panduan bagi pendidik memperkenalkan konsep keselamatan pasien, prinsip-prinsip dan memberikan informasi penting tentang cara terbaik untuk mengajarkan keselamatan pasien. Bagian B mencakup topik-topik keselamatan pasien, masing-masing dirancang berdasarkan sejumlah ide dan metode untuk mengajar dan mengkaji, sehingga pendidik bisa menyesuaikan bahan sesuai dengan kebutuhan, konteks, dan sumber daya mereka sendiri

Kita, oleh karena itu, memuji mempersembahkan publikasi yang bermanfaat ini. Apa yang bisa lebih penting daripada pendidikan profesional kesehatan untuk menjadi kompeten dalam perawatan pasien? Panduan kurikulum multi profesional membantu membangun kapasitas untuk mencapai tujuan ini. Kami berharap buku ini dapat digunakan secara luas.

Professor Bruce Barraclough
External Expert Lead
Patient Safety Curriculum Guide

Professor Merrilyn Walton
Lead Author
Patient Safety Curriculum Guide

Pengantar

Pengantar Edisi Terjemahan
Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan (LKBK)

Patient safety dan *patient centered* adalah dua konsep yang tidak dapat dipisahkan dan harus dilaksanakan dalam era dimana mutu layanan kesehatan menjadi tujuan utama yang diharapkan oleh semua pihak.

Kedua konsep ini tentunya perlu dipahami dan dilaksanakan serta dimonitor dan dievaluasi terus menerus dalam layanan kesehatan pada umumnya dan pada kesehatan reproduksi pada khususnya sebagai bidang utama kegiatan LKBK.

Guna mencapai efektifitas dalam penyelenggaraannya dibutuhkan panduan yang dapat dimanfaatkan dokter, bidan, perawat mahasiswa dan pegawai yang terlibat dalam pelayanan

Kita bersyukur dan berterima kasih pada WHO khususnya kepada koordinator WHO Press yang telah mengizinkan LKBK menterjemahkan bahan *Patient Safety Curriculum Guide : Multi-professional Edition* ke dalam Bahasa Indonesia dan mendapat izin untuk menyebarkan dengan surat WHO, TR./15 026 Agreement for Granting Translation and Publication Rights.

Preface of Translation Edition from Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan (LKBK)

Patient safety and patient-centered are two concepts that are inseparable and must be carried in an era where the quality of the health services become the main purpose of which is expected by all parties

Patient safety and patient centered would need to be understood , implemented, monitored and evaluated continuously in health care in general and reproductive health in particular as the primary activity of LKBK

In order to achieve effectiveness in the implementation, guidelines are needed that can be used by doctors, nurse, midwife, students and staffs involved in health services.

We are thankful and grateful to the WHO in particular to the WHO Press Coordinator who agreed LKBK to translate Patient Safety Curriculum Guide : Multi-professional Edition into Indonesian and got permission to disseminate it with WHO letter TR./15026, Agreement for Granting Translation and Publication Rights.

Terimakasih dan penghargaan yang tinggi bagi Dr Afrisya sebagai editor dan sahabat lkbk sebagai mitra bestari sehingga buku ini dapat dimanfaatkan untuk kepentingan LKBK dan sahabat- sahabat LKBK.

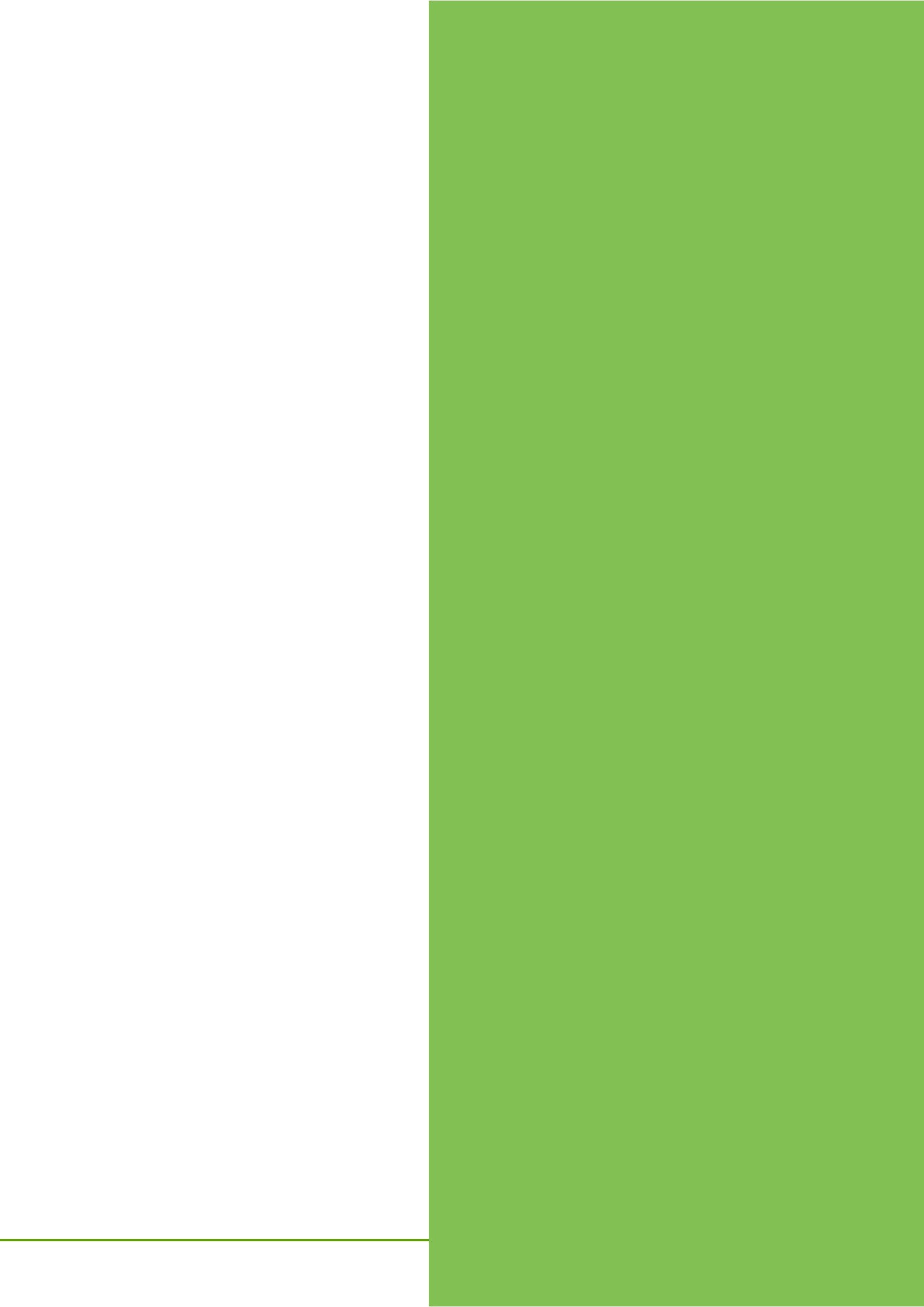
Saya yakin buku ini akan memberi manfaat yang sebesar besarnya bagi LKBK dalam memuliakan perempuan serta menerima generasi yang akan datang dengan sebaik baiknya

Dr. Mohammad Baharuddin SpOG, MARS
Direktur Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan

Gratitude and high appreciation to dr.Afrisya as an editor and friends of LKBK as expert partners so that this modul can be used for the benefits of LKBK and partners of LKBK.

I am sure that this book will provide the advantages for LKBK in respecting women as well as future generations with the best way.

Dr. Mohammad Baharuddin SpOG, MARS
Director - Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan



Bagian A **Panduan** **Pendidik**

1. Latar Belakang

Mengapa pelajar kesehatan membutuhkan pendidikan keselamatan pasien?

Bidang pelayanan kesehatan telah secara signifikan mengalami kemajuan dengan penemuan-penemuan ilmiah kedokteran modern. Namun, studi dari banyak negara menunjukkan bahwa terdapat risiko yang signifikan atas keselamatan pasien. Kami telah belajar bahwa pasien rawat-inap berisiko mengalami kejadian yang tidak diharapkan (KTD), dan pasien dalam proses pengobatan memiliki risiko kesalahan penggunaan obat dan efek sampingnya yang berbahaya. Konsekuensi utama dari pemahaman ini adalah perlunya pengembangan keselamatan pasien sebagai disiplin khusus untuk membantu profesional kesehatan, manajer layanan medis, organisasi kesehatan, pemerintah (seluruh dunia) dan konsumen untuk memahami prinsip-prinsip dan konsep-konsep keselamatan pasien. Tugas praktisi kesehatan cukup besar untuk menjawab masalah keselamatan pasien dan memerlukan keterlibatan semua pihak dalam bidang ini serta memahami tingkat kerugian bagi pasien dan mengapa pelayanan kesehatan harus berubah untuk mengadopsi budaya keselamatan pasien pada tiap lini. Pendidikan keselamatan pasien perlu diajarkan di semua tingkat. Pelajar yang mempelajari asuhan kesehatan, sebagai masa depan penyedia pelayanan dan para pemimpin di bidang kesehatan, harus mempersiapkan diri untuk memberikan pelayanan yang aman. Meskipun kurikulum profesi kesehatan terus-menerus berubah untuk mengakomodasi penemuan-penemuan terbaru dan pengetahuan baru, namun keselamatan pasien tidak demikian karena bidang ini berlaku untuk semua area praktik dan semua profesi.

Pelajar bidang kesehatan perlu memahami bagaimana sistem mempengaruhi kualitas dan keselamatan pasien, bagaimana komunikasi yang buruk dapat menyebabkan insidensi dan banyak lagi. Mereka perlu belajar bagaimana mengelola tantangan ini. Keselamatan pasien bukanlah disiplin ilmu yang berdiri sendiri. Sebaliknya, keselamatan pasien adalah salah satu bidang yang terintegrasi ke dalam semua bidang kesehatan. Di WHO, program keselamatan pasien, dan proyek-proyek lainnya bertujuan untuk memberikan keamanan Pelayanan kesehatan dan mengajarkannya pada praktisi medis.

Keselamatan pasien adalah kepentingan semua orang. Pelajar bidang kesehatan sebagai pemimpin masa depan dalam pelayanan kesehatan, sangat penting bahwa mereka berpengetahuan dan terampil dalam mengaplikasikan keselamatan pasien serta prinsip-prinsip dan konsep-konsepnya. Buku ini menjadi wadah belajar, terlepas dari pekerjaan pilihan mereka, untuk mulai memahami dan mempraktekkan keselamatan pasien dalam semua kegiatan profesional medis mereka.

Membangun pengetahuan keselamatan pasien pada pelajar perlu dilakukan sepanjang proses pendidikan dan pelatihan medis. Keterampilan keselamatan pasien dan perilaku yang harus dipahami harus mulai dipraktekkan segera setelah pelajar memasuki dunia kerja pada layanan kesehatan di rumah sakit, klinik, atau puskesmas. Dengan mendapatkan pengalaman menangani pasien, pelajar dapat memperlakukan setiap pasien sebagai manusia unik, dan menggunakan pengetahuan dan keahlian mereka dengan hati-hati.

Kebanyakan pelajar kesehatan memiliki aspirasi yang tinggi ketika mereka masuk ke dalam bidang pilihan mereka, Tapi realitas sistem pelayanan kesehatan kadang-kadang mengecilkan optimisme mereka. Kami menginginkan pelajar mampu untuk mempertahankan optimisme dan percaya bahwa mereka dapat membuat perbedaan, baik untuk kehidupan individu pasien dan sistem pelayanan kesehatan.

Bagaimana Menggunakan Kurikulum ini

Panduan kurikulum telah dirancang untuk lembaga pendidikan Pelayanan kesehatan agar bisa melaksanakan pendidikan keselamatan pasien bagi pelajar sebelum menjadi profesional Pelayanan kesehatan yang berkualitas. Fakultas dapat memperkenalkan semua topik secara keseluruhan atau mereka dapat mulai lebih perlahan-lahan dengan memperkenalkan satu atau lebih pada satu waktu. Setiap topik berisi semua pengetahuan dasar yang diperlukan untuk mengajar subjek termasuk rekomendasi dan cara penilaian. Kami juga telah melampirkan studi kasus untuk memfasilitasi belajar dan mendorong pendidik

dan instruktur untuk mendiskusikan studi kasus tersebut dalam kegiatan pembelajaran mereka. Kami juga telah menyediakan berbagai ide-ide tentang bagaimana cara untuk mengajar topik tertentu. Banyak topik sebaiknya disampaikan setelah pelajar terjun ke lingkungan kerja profesional karena pembelajaran keselamatan pasien membutuhkan pendekatan tim dan pengamatan dari layanan kesehatan secara keseluruhan, bukan hanya hanya parsial saja. Topik dalam buku ini telah dirancang sehingga pelajar dapat bertanggung jawab untuk banyak mempelajarinya dengan cara mereka sendiri melalui membaca materi online yang berisi dasar pengetahuan yang diperlukan, diikuti dengan tugas-tugas yang dapat dilakukan untuk mempraktekkan pengetahuan yang diperoleh.

Kami mendorong berbagai fakultas dan profesi kesehatan untuk menambahkan data dan literatur profesional yang relevan dengan topik yang langsung berkaitan dengan profesi medis mereka. Sebagai contoh, kita berharap bahwa koleksi artikel dan data terkait farmasi akan dimasukkan untuk pelajar sekolah farmasi. Karena ini adalah panduan kurikulum multi profesional kami tidak dapat memberikan contoh untuk semua profesi, tetapi kami telah memasukkan sebanyak mungkin yang tersedia dan relevan.

Apa itu Panduan Kurikulum?

Panduan kurikulum adalah program yang komprehensif untuk pelaksanaan pendidikan keselamatan pasien dalam Pelayanan kesehatanyang perlu diajarkan di lembaga pendidikan di seluruh dunia. Buku ini terdiri dari dua bagian. Bagian A adalah panduan pendidik, yang telah dirancang untuk membantu pendidik melaksanakan panduan kurikulum. Seperti kita ketahui bahwa keselamatan pasien adalah suatu disiplin baru dan banyak tenaga kesehatan profesional dan staf pendidik terbiasa dengan banyak konsep dan prinsip-prinsip. Bagian Panduan Pendidik merupakan dasar bagi pengembangan kapasitas dalam pendidikan keselamatan pasien. Bagian B berisi program komprehensif tentang cara mengajarkan keselamatan pasien berdasarkan topik keselamatan pasien yang dapat dilaksanakan baik secara keseluruhan atau setiap topik.

Mengapa Panduan Kurikulum Dikembangkan?

Sebuah studi yang dilakukan oleh Universitas Harvard [1] pada tahun 1991 telah menggambarkan luasnya ancaman keselamatan pasien. Beberapa negara lain telah melaporkan hasil yang sama bahwa keselamatan pasien menjadi isu genting, meskipun terdapat perbedaan budaya dan sistem kesehatan. Realitas yang terjadi di dunia kesehatan benar-benar membahayakan pasien sehingga meningkatkan pengawasan pasien dalam konteks sistem kesehatan yang semakin kompleks. Kompleksitas sistem ini semakin meningkat drastis dengan perubahan teknologi kedokteran yang cepat, sehingga tuntutan pelayanan

kesehatan[2,3] kepada dokter, perawat, bidan, apoteker dan profesional kesehatan lainnya diharapkan dapat mengelola kompleksitas ini dalam pekerjaan sehari-hari mereka dan mampu menyediakan layanan berbasis kesehatan yang aman. Namun, tanpa mereka dididik dan dilatih dengan baik dalam konsep dan prinsip keselamatan pasien, mereka akan kesulitan menerapkan prinsip keselamatan pasien dalam sistem yang kompleks.

Pendidikan keselamatan pasien untuk profesi kesehatan di sektor pendidikan tinggi tidak terstandarisasi dengan baik [3-7]. Sebagai contoh, sistem pelaporan insidens kesalahan penggunaan obat atau kesalahan bedah telah digunakan selama bertahun-tahun di beberapa negara, namun kurikulum khusus yang berkaitan dengan kesalahan dalam pelayanan kesehatan atau program keselamatan pasien yang diajarkan di pendidikan sarjana hanya sebagian kecil saja ada dalam literatur medis yang diterbitkan [5,8]. Sejumlah faktor telah menghambat pendidikan keselamatan pasien. Pertama, ketiadaan pengakuan oleh pendidik bahwa pendidikan keselamatan pasien harus menjadi bagian penting dari kurikulum pendidikan tinggi, dan bahwa keterampilan keselamatan pasien dapat diajarkan [9,10]. Banyak pendidik tidak terbiasa dengan literatur dan tidak yakin bagaimana mengintegrasikan pelajaran keselamatan pasien ke kurikulum yang ada [11,12]. Kedua, pendidik harus terbuka untuk mempelajari konsentrasi medis lainnya [3]. Salah satu kesulitan dalam memperkenalkan kurikulum baru adalah keengganan untuk memahami pengetahuan yang berasal dari luar profesi, seperti mempelajari sistem organisasi dan metode peningkatan mutu [10]. Sejarah medis rupanya justru menekankan pada pengobatan penyakit daripada pencegahan penyakit sehingga menciptakan budaya yang sulit untuk menerapkan prinsip bahwa Kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dapat dicegah[3]. Faktor ketiga berkaitan mengakarnya sikap tradisional para profesional medis tersebut.

Panduan Kurikulum ini berusaha untuk mengisi celah dalam pendidikan keselamatan pasien dengan menyediakan kurikulum yang komprehensif yang dirancang untuk membangun dasar pengetahuan dan sehingga dapat mempersiapkan mereka untuk praktek klinis di berbagai lingkungan

Referensi

1. Brennan TA et al. Incidence of Insidens and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:370–376.
2. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety andethics in healthcare: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
3. Stevens D. Finding safety in medical education. *Quality & Safety in Pelayanan kesehatan*, 2002,11:109-110.

4. Johnstone MJ, Kanitsake O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: *a critique*. *Nurse Education Today*, 2007, 27:185–191.
5. Patey R et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Quality & Safety in Pelayanan kesehatan*, 2007, 16:256–259.
6. Singh R et al. A comprehensive collaborative patient safety residency curriculum to address the ACGME core competencies. *Medical Education*, 2005, 39:1195–1204.
7. Holmes JH, Balas EA, Boren SA. A guide for developing patient safety curricula for undergraduate medical education. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2002,9 (Suppl.1):S124–S127.
8. Halbach JL, Sullivan LL. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Academic Medicine*, 2005, 80:600–606.
9. Sandars J et al. Educating undergraduate medical students about patient safety: priority areas for curriculum development. *Medical Teacher*, 2007, 29:60–61.
10. Walton MM. Teaching patient safety to clinicians and medical students. *The Clinical Teacher*, 2007, 4:1–8.
11. Walton MM, Elliott SL. Improving safety and quality: how can education help? *Medical Journal of Australia*, 2006, 184 (Suppl.10):S60–S64.
12. Ladden MD et al. Educating interprofessional learners for quality, safety and systems improvement. *Journal of Interprofessional Care*, 2006, 20:497–505.

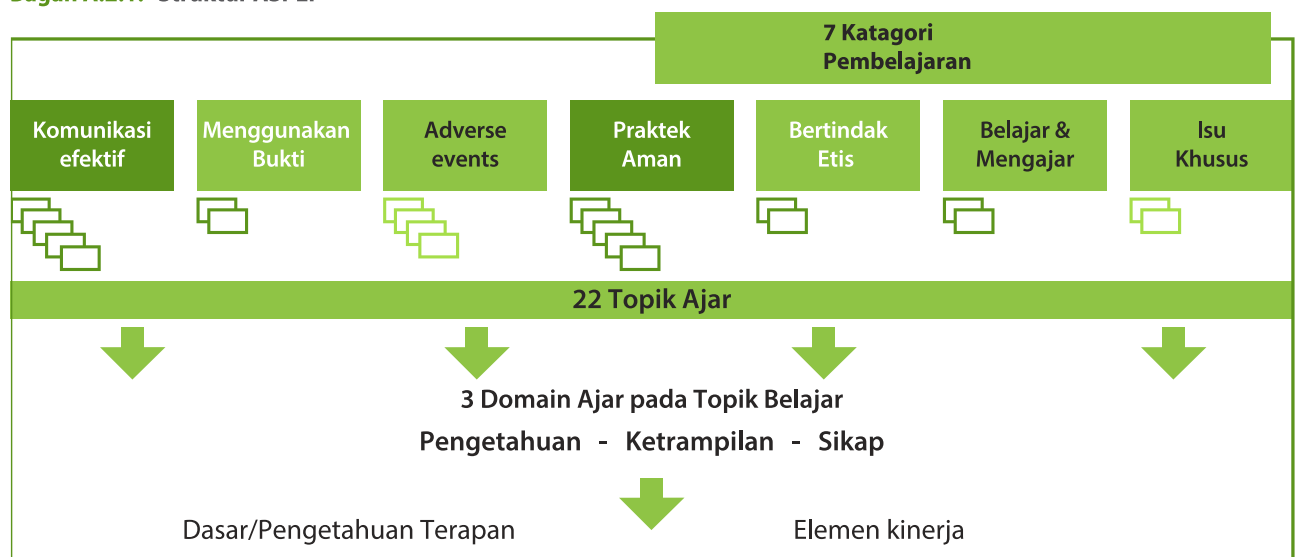
2. Bagaimana Topik Panduan Kurikulum ini Dipilih?

Panduan kurikulum mencakup 11 topik, termasuk 16 dari total 22 topik ajar yang dipilih dari **Australian Patient Safety Education Framework** atau Kerangka Kerja Pendidikan Keselamatan Pasien di Australia (APSEF). Topik tambahan yang tidak terdapat pada APSEF dipilih untuk mendukung pembelajaran, seperti misalnya cara pengendalian infeksi yang dianggap oleh WHO bahwa lebih baik melakukan pencegahan dan pengendalian dalam kasus infeksi. Gambar A.2.1 menggambarkan struktur topik yang terdapat dalam APSEF. sementara itu, Tabel A.2.1 adalah daftar topik-topik yang dipilih untuk dimasukkan dari APSEF dan yang telah diajarkan. Tabel A.2.2 adalah topik-topik yang perlu dikuasai oleh pelajar sampai profesional di bidang Pelayanan kesehatan yang berpengalaman.

Apa itu Australian Patient Safety Education Framework?

APSEF [1] dikembangkan dengan menggunakan pendekatan empat tahap: kajian pustaka; pengembangan wilayah kajian dan topik ajar, klasifikasi domain pembelajaran dan mengkonversi ke dalam format berbasis kinerja. Proses konsultasi dan validasi dilakukan di Australia dan melibatkan elemen ahli medis Internasional. Diterbitkan pada tahun 2005, ASPEF adalah kerangka yang sederhana, fleksibel dan dapat diakses yang dapat menggambarkan pengetahuan, ketrampilan dan perilaku yang perlu dikuasai untuk memperoleh ketrampilan menjaga keselamatan pasien. Kerangka kerja ASPEF dibagi menjadi empat tingkat pengetahuan, ketrampilan dan perilaku tergantung pada posisi dan tanggung-jawab klinis layanan kesehatan dalam organisasi. Kerangka kerja ini dirancang untuk membantu organisasi dan profesional kesehatan untuk mengembangkan kurikulum pendidikan dan program pelatihan. Panduan kurikulum ini pun dikembangkan menggunakan kerangka APSEF.

Bagan A.2.1. Struktur ASPEF



Sumber: National Patient Safety Education Framework, Commonwealth of Australia, 2005 [1].

ASPEF : Topik dan Bidang yang Dipelajari

Ada tujuh bidang pelajaran (kategori) dan 22 topik ajar dalam APSEF. Bagan A.2.1 menjelaskan topik panduan kurikulum dan keterkaitannya dengan topik ajar dalam APSEF.

Table A.2.1. APSEF dan Topik Panduan Kurikulum WHO

APSEF topik	Termasuk dalam Kurikulum	Topik WHO
Komunikasi Efektif		
Melibatkan pasien dan keluarga sebagai rekan dalam perawatan eksehatan	Ya	Topik 8
Mengkomunikasikan risiko	Ya	Topik 8
Mengkomunikasikan secara jujur kepada pasien tentang Insidens	Ya	Topik 8
Mendapatkan persetujuan pasien	Ya	Topik 8
Berbudaya menghormati pasien dan berwawasan	Ya	Topik 8
Mengidentifikasi, Mencegah dan Mengelola Insidens		
Mengenali, melaporkan dan mengelola insidens serta <i>nearmiss</i>	Ya	Topik 6 & 7
Mengelola risiko	Ya	Topik 6
Memahami kesalahan dalam pelayanan kesehatan	Ya	Topik 1 & 5
Mengelola keluhan	Ya	Topik 6 & 8
Menggunakan Bukti dan informasi		
Menggunakan praktik terbaik berbasis bukti	Ya	Topik 9, 10 & 11
Mengelola risiko	Ya	Topik 6
Praktek Secara Aman		
Berperan dalam tim dan menunjukkan kepemimpinan	Ya	Topik 4
Memahami faktor manusia	Ya	Topik 2
Memahami kompleksitas organisasi	Ya	Topik 3
Memberikan pelayanan berkesinambungan	Ya	Topik 1 & 8
Mengelola lelah dan stress	Ya	Topik 2 & 6
Bertindak Etis		
Mempertahankan kesehatan dalam bekerja dan berpraktek	Ya	Topik 6
Perilaku dan praktek medis yang etis	Ya	Topik 1 & 6
Pembelajaran Berlanjut		
Belajar di tempat kerja	Ya	Topik 4 & 8
Menjadi pendidik di tempat kerja	Ya	in Topik 4
Isu Khusus		
Mencegah salah lokasi, salah prosedur dan salah tatalaksana pasien	Ya	Topik 10
Pengobatan yang aman	Ya	Topik 11
Pengendalian Infeksi (bukan bagian dari APSEF)	Ya	Topik 9

Tiga bagian Tahap Pengembangan Kerangka Kerja dan Stukturnya sebagai berikut :

1. Pengembangan outline kerangka kerja dan tinjauan awal

2. Penambahan konten tentang pengetahuan, keterampilan, sikap dan perilaku
3. Pengembangan format berbasis kinerja

Sejak publikasi kerangka pendidikan keselamatan pasien Australia pada tahun 2005, Kanada merilis sebuah kerangka kerja yang berjudul ' *The Competencies- Enhancing patient safety across the health professions*' in 2009 [2] yang mirip

pendekatannya dengan ASPEF. Terbitan Kanada berisi sebuah kerangka keselamatan pasien interprofessional, praktis dan berguna untuk mengidentifikasi pengetahuan, keterampilan dan sikap yang dibutuhkan oleh semua Pelayanan kesehatan profesional.

Bagan A.2.2. Kerangka Kerja Kanada Kompetensi Keselamatan – Meningkatkan Keselamatan Pasien diantara penanganan professional Pelayanan kesehatan



Sumber : *The Safety Competencies*, Canadian Patient Safety Institute, 2009 [2].

Tahap 1- Pengembangan outline Kerangka Kerja dan Tinjauan awal

Penentuan topik dilakukan dengan mengidentifikasi pengetahuan bidang kesehatan yang berkaitan dengan keselamatan pasien (seperti yang dijelaskan dalam bagian berikutnya). literatur, buku, laporan, kurikulum dan situs web yang dikumpulkan kemudian ditinjau untuk mengidentifikasi hal penting yang berkaitan dengan keselamatan pasien dan memiliki efek positif pada kualitas dan keamanan medis. Kegiatan ini kemudian dikelompokkan ke dalam kategori yang disebut "Bidang Pelajaran". Setiap bidang pelajaran dianalisis dan lebih lanjut dipecah menjadi topik ajar. Lihat di bawah untuk rincian proses peninjauan literatur dan pengembangan kerangkanya. Pemilihan bidang pelajaran dan topik telah diartikulasikan dalam kerangka dan dirangkum di bawah ini.

Tahap 2- Penambahan konten tentang pengetahuan, keterampilan, sikap dan perilaku

Setiap topik ajar membentuk dasar pengembangan yang lebih luas, termasuk tambahan konten pendidikan, program, pelatihan, efek samping pengobatan dan kesalahan dalam organisasi kesehatan serta proses layanan. Semua kegiatan (pengetahuan, keterampilan, perilaku dan sikap) untuk setiap topik yang ada tercantum semua dalam panduan ini. Daftar ini kemudian diambil untuk duplikasi dan redundansi. Kegiatan ini kemudian dikelompokkan dalam domain pengetahuan, keterampilan, atau perilaku. Langkah terakhir dalam tahap ini adalah untuk mengalokasikan setiap aktivitas medis untuk tingkat yang sesuai dengan tingkat tanggung jawab pekerja pelayanan kesehatan.

Level 1 (Dasar) Mengidentifikasi pengetahuan, ketrampilan, sikap dan perilaku yang dibutuhkan oleh profesional bidang kesehatan.

Level 2 Didesain untuk profesi kesehatan yang memberikan perawatan pasien dengan supervisi dari dokter senior, dan professional kesehatan yang melakukan fungsi manajerial

elayanan kesehatan serta professional yang melakukan fungsi supervisi atau dengan tanggung jawab klinis yang lebih tinggi.

Level 3 adalah untuk professional Pelayanan kesehatan yang punya tanggung jawab manajerial pelayanan kesehatan atau dokter senior dengan tanggung jawab senior yang lebih tinggi.

Table A.2.2. Matriks Konten APSEF

	Level 1 (Dasar) <i>Untuk katagori 1–4</i>	Level 2 <i>Untuk katagori 2 and 3</i>	Level 3 <i>Untuk katagori 3</i>	Level 4 (Organisasi) <i>Untuk katagori 4</i>
Tujuan Pengajaran	Menyediakan informasi kepada pasien dan keluarga jika dibutuhkan	Menggunakan komunikasi yang baik dan tahu perannya dalam hubungan pelayanan kesehatan yang efektif	Memaksimalkan kesempatan staf untuk terlibat dengan pasien dalam perawatan kesehatan	Mengembangkan Strategi untuk staf dan pasien dalam merencanakan dan memberikan Layanan kesehatan
Pengetahuan				
Keterampilan				
Sikap dan Perilaku				

Stage 3–Pengembangan Format Berbasis Kinerja

Setelah pengetahuan, ketrampilan dan perilaku tepat telah dijelaskan untuk setiap tingkat profesional kesehatan, kegiatan diterjemahkan ke dalam format berbasis kinerja, maka kerangka kemudian dikembangkan. Pekerja kesehatan individu (perawat, dokter, apoteker, ahli fisioterapi, pekerja sosial, terapis okupasi, dokter gigi dan lain-lain) diwawancarai tentang aspek-aspek dari setiap unsur kinerja untuk mendapatkan umpan balik. Ahli internasional juga terlibat dalam proses validasi.

Topik Panduan Kurikulum dari WHO adalah sebagai berikut:

- Topik 1 : Apa Itu Keselamatan Pasien?
- Topik 2 : Mengapa Menerapkan Faktor Manusia Penting dalam Keselamatan Pasien?
- Topik 3 : Memahami sistem dan efek kompleksitasnya dalam perawatan pasien
- Topik 4 : Menjadi Pemeran yang efektif dalam tim
- Topik 5 : Belajar dari Kesalahan untuk Mencegah Cedera
- Topik 6 : Memahami dan Mengelola Risiko Klinis
- Topik 7 : Menggunakan Metode-Metode Peningkatan Kualitas untuk meningkatkan Pelayanan
- Topik 8 : Melibatkan Pasien dan Keluarga Pengantar untuk Topik 9-11
- Topik 9 : Mengendalikan dan Mencegah Infeksi
- Topik 10: Keselamatan Pasien dan Prosedur Invasif
- Topik 11: Meningkatkan Keamanan Pengobatan

Penjelasan Singkat Tiap Topik dalam Panduan Kurikulum

Profesional di bidang pelayanan kesehatan yang menjadi pengajar mungkin tidak segera memahami mengapa topik-topik tertentu termasuk dalam kurikulum ini.

Mereka mungkin telah mengajar topik tertentu, tetapi tidak mengkatagorikannya sebagai keselamatan pasien. Pendidik mungkin juga menemukan bahwa banyak dari prinsip-prinsip dan konsep-konsep yang dibahas dalam kurikulum ini sama untuk materi pendidikan yang ada, tetapi dengan penekanan berbeda. Pentingnya masing-masing topik untuk proses pembelajaran dijelaskan di bawah ini.

Topik 1 : Apa itu Keselamatan Pasien?

Mengingat semakin pentingnya profesional kesehatan untuk menerapkan prinsip-prinsip keselamatan pasien dan konsep ke dalam praktek sehari-hari, topik ini menyajikan kasus-kasus tentang keselamatan pasien. Pada tahun 2002, negara-negara anggota WHO menyepakati resolusi Majelis Kesehatan Dunia mengenai keselamatan pasien atas kebutuhan untuk mengurangi kerugian dan penderitaan pasien dan keluarga mereka. Hal ini didukung bukti bahwa manfaat ekonomi dapat dimaksimalkan dengan peningkatan keselamatan pasien. Studi menunjukkan bahwa tambahan rawat inap, biaya proses pengadilan, pengobatan infeksi, kehilangan pendapatan, cacat, dan biaya pengobatan menelan biaya di beberapa negara antara US\$ 6 miliar dan US\$ 29 milyar per tahun [3, 4].

Beberapa negara telah menerbitkan studi menyoroti banyak bukti yang menunjukkan bahwa sejumlah besar pasien yang dirugikan karena pelayanan kesehatan mereka, baik mengakibatkan cedera permanen, meningkatkan lama tinggal di fasilitas kesehatan, atau bahkan kematian. Kami telah belajar selama dekade terakhir bahwa insidens terjadi bukan karena tenaga medis sengaja mencederai pasien, sebaliknya hal itu terjadi karena kompleksitas sistem pelayanan kesehatan saat ini, terutama di negara-negara maju, dimana pengobatan berhasil dan tidak untuk setiap pasien tergantung berbagai faktor dan bukan hanya kompetensi penyedia pelayanan kesehatan individu.

Ketika begitu banyak jenis penyedia layanan kesehatan (dokter, perawat, apoteker dan pekerja kesehatan) terlibat, sangat sulit untuk memastikan pelayanan yang aman kecuali sistem pelayanan dirancang untuk memfasilitasi informasi yang tepat waktu dan lengkap serta pemahaman oleh semua profesional kesehatan. Demikian pula, di negara berkembang, kombinasi berbagai faktor yang tidak menguntungkan seperti kurangnya staf medis, struktur yang tidak memadai dan kepadatan penduduk, kurangnya komoditas pelayanan kesehatan dan kekurangan peralatan dasar, buruknya kebersihan

Topik 2 : Mengapa Menerapkan Faktor Manusia dalam Keselamatan Pasien Itu Penting?

Faktor manusia adalah bidang keahlian insinyur dan psikolog kognitif. Topik ini dapat memberikan beberapa tantangan untuk para profesional serta pelajar kesehatan. Kami merekomendasikan bahwa Anda mengundang orang yang sesuai dengan keahlian faktor manusia untuk memberikan kuliah kepada pelajar. Faktor manusia, teknik atau ergonomi adalah ilmu hubungan timbal balik antara manusia, peralatan dan lingkungan di mana mereka tinggal dan bekerja [4]. Rekayasa faktor manusia akan membantu pelajar memahami bagaimana orang-orang bereaksi di bawah keadaan yang berbeda sehingga sistem dan produk dapat dibangun untuk meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan. Hal ini mencakup interaksi antar manusia-mesin dan manusia ke manusia seperti komunikasi, kerja tim dan budaya organisasi.

Industri lainnya seperti penerbangan, manufaktur dan militer telah berhasil menerapkan pengetahuan tentang faktor manusia untuk memperbaiki sistem dan layanan. Pelajar perlu memahami faktor-faktor bagaimana faktor manusia dapat digunakan untuk mengurangi insidens dan kesalahan dengan mengidentifikasi bagaimana dan mengapa sistem tidak bekerja optimal serta bagaimana dan mengapa manusia mengalami miskomunikasi. Menggunakan pendekatan faktor manusia, hubungan antar manusia-sistem dapat ditingkatkan dengan memberikan rancangan sistem kerja yang lebih baik. Hal ini termasuk penyederhanaan proses, standarisasi prosedur, memberikan cadangan ketika ada kesalahan medis, meningkatkan komunikasi, mendesain ulang peralatan dan mendorong kesadaran tentang keterbatasan perilaku, organisasi dan teknologi yang menyebabkan kesalahan.

Topik 3 : Memahami Sistem dan Efek dari Kompleksitas Pelayanan kesehatan pada Pasien

Pelajar diperkenalkan kepada konsep bahwa sistem pelayanan kesehatan tidak satu, tapi banyak sistem dan terdiri dari organisasi, departemen, unit layanan, dan unit praktik. Sebagian besar hubungan antara pasien, keluarga, penyedia layanan kesehatan, staf pendukung, administrator, ekonom dan anggota masyarakat, serta hubungan antara berbagai pelayanan kesehatan dan di luar pelayanan kesehatan, menambah kompleksitas sistem ini. Topik ini memberikan pelajar pemahaman dasar tentang kompleksitas organisasi dengan menggunakan pendekatan sistem. Pembelajaran dari industri lain digunakan untuk menunjukkan manfaat dari pendekatan sistem kepada pelajar.

Ketika pelajar berpikir tentang 'sistem', mereka akan lebih mampu memahami mengapa hal-hal tidak berjalan baik sehingga mereka dapat memahami konteks untuk berpikir tentang 'solusi'. Pelajar perlu menghargai bagaimana,

sebagai penyedia layanan kesehatan, bekerja di rumah sakit atau klinik kesehatan pedesaan, melakukan yang terbaik untuk mengobati dan merawat pasien mereka. Tidak itu saja mereka akan mampu memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas. Hal ini karena pasien tergantung pada sejumlah orang yang melakukan hal yang tepat, pada waktu yang tepat untuk mereka. Dengan kata lain, mereka bergantung pada sistem pelayanan.

Topik 4 : Menjadi Pemeran yang Efektif dalam Tim

Pemahaman pelajar tentang kerja sama melibatkan lebih dari identifikasi dengan tim yang terdiri dari profesi mereka sendiri. Hal ini memerlukan pengetahuan tentang manfaat dari tim multidisiplin dan bagaimana tim multidisiplin yang efektif dapat meningkatkan pelayanan dan mengurangi kesalahan atau terjadinya insidens. Tim yang efektif adalah dimana para anggota tim, termasuk pasien, berkomunikasi dengan satu sama lain serta menggabungkan pengamatan, keahlian dan tanggung-jawab pengambilan keputusan untuk mengoptimalkan pelayanan terhadap pasien [5]. Tugas komunikasi dan arus informasi antara penyedia layanan dan pasien bisa rumit karena penyebaran tanggung jawab klinis di antara berbagai anggota tim [6,7]. Hal ini dapat berefek pada pasien untuk mendapatkan informasi yang sama pada beberapa penyedia layanan kesehatan. Lebih penting lagi, miskomunikasi dapat mengakibatkan keterlambatan dalam diagnosis, pengobatan yang salah, serta kegagalan untuk menindaklanjuti hasil pemeriksaan [8 – 12].

Pelajar perlu tahu seberapa efektif kerja tim, serta teknik untuk melibatkan pasien dan keluarga mereka sebagai bagian dari tim. Ada beberapa bukti bahwa tim multidisiplin dapat meningkatkan kualitas layanan dan menekan biaya menjadi lebih rendah [13 – 15]. Kerjasama tim yang baik juga telah ditunjukkan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap pasien, terutama mereka yang memiliki penyakit kronis [16 – 18]. Topik ini menyajikan pengetahuan dasar yang diperlukan untuk menjadi anggota atau pemeran yang efektif dalam tim. Namun, pengetahuan sendiri tidak akan membuat seorang pelajar menjadi anggota tim yang baik. Mereka perlu memahami budaya tempat kerja mereka dan bagaimana hal itu berdampak pada dinamika dan fungsi tim.

Topik 5 : Belajar dari kesalahan untuk mencegah cedera

Untuk dapat memahami mengapa profesional kesehatan membuat kesalahan medis terhadap pasien diperlukan pemahaman bagaimana sistem yang buruk dan faktor lain berkontribusi terhadap terjadinya insidens dalam sistem kesehatan. Insidens memang sulit dihindari, namun konsekuensi dari insidens pada kesejahteraan pasien dan staf dapat fatal;

Profesional kesehatan dan pelajar perlu memahami bagaimana dan mengapa sistem tak berjalan optimal dan mengapa insidens terjadi, sehingga mereka dapat bertindak untuk mencegah dan belajar dari insidens tersebut. Pemahaman tentang insidens dalam pelayanan kesehatan juga menjadi dasar untuk membuat perbaikan dan menerapkan sistem pelaporan yang efektif [3].

Topik 6 : Menjadi Pemeran yang Efektif dalam Tim

Manajemen risiko klinis terutama berkaitan dengan menjaga sistem pelayanan kesehatan berjalan aman. Manajemen risiko klinis biasanya melibatkan sejumlah organisasi dalam sistem atau proses yang dirancang untuk mengidentifikasi, mengelola dan mencegah hasil yang merugikan. Manajemen risiko klinis yang berfokus pada peningkatan kualitas dan keamanan layanan kesehatan dilakukan dengan mengidentifikasi keadaan yang dapat menempatkan pasien pada risiko mengalami insidens dan bertindak untuk mencegah atau mengendalikan risiko tersebut. Manajemen risiko melibatkan setiap tingkat organisasi, sehingga sangat penting bahwa pelajar memahami tujuan dan relevansi strategi manajemen risiko klinis di tempat kerja mereka.

Topik 7 : Menggunakan Metode-Metode Peningkatan Kualitas untuk meningkatkan Pelayanan

Selama dekade terakhir, bidang pelayanan kesehatan telah berhasil mengadopsi berbagai metode peningkatan kualitas yang digunakan oleh industri lainnya. Metode ini membekali profesional medis pengetahuan dan cara untuk: (i) mengidentifikasi masalah; (ii) mengukur masalah; (iii) mengembangkan berbagai intervensi yang dirancang untuk memperbaiki masalah; dan (iv) menguji apakah intervensi medis tersebut bekerja. Ahli Kesehatan, seperti Tom Nolan, Brent James, Don Berwick, dan lain-lain, telah menerapkan prinsip-prinsip peningkatan mutu untuk mengembangkan metode peningkatan kualitas kesehatan dokter dan manajer. Identifikasi dan pemeriksaan setiap langkah dalam proses pelayanan kesehatan adalah fondasi dari metodologi ini. Ketika pelajar meneliti setiap langkah dalam proses pelayanan, mereka mulai melihat bagaimana tiap tahap pelayanan kesehatan terhubung dan terukur. Pengukuran penting untuk peningkatan keselamatan. Topik ini memperkenalkan pelajar ke prinsip-prinsip peningkatan, teori dan caranya, kegiatan dan teknik yang dapat diterapkan ke dalam praktek.

Topik 8 : Melibatkan Pasien dan Keluarga

Pelajar diperkenalkan kepada konsep bahwa tim kesehatan termasuk pasien dan/atau keluarga, dan bahwa pasien dan keluarga memainkan peran kunci dalam menjamin Pelayanan kesehatan yang aman yakni dengan cara: (i) membantu dengan diagnosis; (ii) memutuskan tentang

perawatan yang tepat; (iii) memilih penyedia layanan yang berpengalaman dan aman; (iv) memastikan bahwa perawatan yang tepat diberikan; dan (v) mengidentifikasi efek samping dan mengambil tindakan yang tepat [21, 22]. Sistem pelayanan kesehatan dapat menggunakan informasi terkait pasien, seperti pengetahuan tenaga medis tentang gejala, nyeri, preferensi dan sikap terhadap risiko klinis pada pasien.

Penelitian telah menunjukkan bahwa kesalahan medis dapat diminimalisir dan hasil pengobatan dapat lebih baik dapat dihasilkan ketika ada komunikasi yang baik antara pasien dan penyedia layanan kesehatan. Dan ketika pasien sepenuhnya paham tentang informasi dan dididik tentang obat-obatan yang mereka konsumsi [23-30]. Komunikasi yang buruk antara profesional kesehatan, pasien, serta mereka yang merawatnya juga telah muncul sebagai alasan umum bagi pasien mengambil tindakan hukum terhadap penyedia layanan kesehatan yang melakukan malpraktek terhadap mereka [31, 32].

Topik 7 : Menggunakan Metode-Metode Peningkatan Kualitas untuk meningkatkan Pelayanan

Pencegahan infeksi dan pengendaliannya merupakan upaya dari WHO untuk mengurangi tingginya risiko infeksi, itu dianggap penting, maka isu ini dimasukkan dalam panduan kurikulum. Fakta menunjukkan bahwa karena perawatan bedah dan obat, risiko infeksi menyumbang persentase yang signifikan terjadinya insidens yang diderita oleh pasien. Masalah pengendalian infeksi dalam kesehatan sekarang mulai diperhatikan karena risiko infeksi yang menjadi penyebab utama kematian dan cacat di seluruh dunia.

Ada banyak pedoman tersedia untuk membantu dokter, perawat, dokter gigi dan tenaga medis lainnya untuk meminimalkan risiko infeksi silang. Pasien yang mengalami operasi atau prosedur invasif dianggap sangat rentan terhadap infeksi sekitar 40% . Topik ini membahas penyebab utama dan jenis infeksi, dan memungkinkan pelajar untuk mengidentifikasi tindakan medis pasien dengan risiko infeksi serta mempersiapkan pelajar untuk mengambil tindakan yang sesuai untuk mencegah penularan.

Topik 10 : Keselamatan Pasien dan Prosedur Invasif

Dengan mengenali kemungkinan cedera akibat pembedahan, WHO telah berhasil berkampanye untuk mengurangi insidens pada proses pembedahan. Salah satu penyebab utama kesalahan yang menyebabkan cedera pada pasien adalah kegagalan penyedia layanan kesehatan untuk berkomunikasi secara efektif (proses yang tidak memadai dan kurangnya pengecekan) pada saat prosedur prabedah.

Beberapa contoh salah penempatan/prosedur pada pasien adalah: (i) salah pasien di ruang operasi (atau); (ii) operasi yang dilakukan di sisi yang salah; (iii) salah prosedur ; (iv) kegagalan berkomunikasi tentang perubahan kondisi pasien; (v) perselisihan antar tenaga medis tentang penghentian prosedur; dan (vi) kegagalan untuk mengidentifikasi kesalahan .

Meminimalkan kesalahan yang disebabkan oleh misidentifikasi adalah dengan cara mengembangkan pedoman praktek terbaik untuk memastikan bahwa pasien yang benar menerima perawatan yang tepat [7, 33]. Pelajar dapat belajar memahami nilai bagi semua pasien yang dirawat harus sesuai dengan kebijakan dan protokol tepat pasien/lokasi/prosedur. Pembelajaran seperti itu akan memberikan pemahaman tentang pentingnya penggunaan daftar tilik atau protokol, serta pengetahuan tentang prinsip yang mendasari pendekatan yang seragam dalam mengobati dan merawat pasien. Sebuah studi oleh para ahli bedah menemukan bahwa 21% dari ahli bedah yang disurvei (n = 1050) melaporkan melakukan salah lokasi operasi setidaknya sekali selama karir mereka [34].

Topik 11 : Meningkatkan Keamanan Pengobatan

Reaksi obat yang merugikan pasien telah ditetapkan oleh WHO sebagai isu yang serius. Kondisi tersebut tentu tidak diinginkan dan kerap terjadi pada penggunaan dosis obat untuk profilaksis, diagnosis atau terapi. Pasien rentan terhadap kesalahan yang dibuat dalam salah satu dari banyak langkah terlibat dalam pemesanan, pengeluaran dan pemberian obat-obatan. Kesalahan pengobatan telah disorot dalam penelitian yang dilakukan di banyak negara, yang menunjukkan bahwa sekitar 1% dari seluruh pasien yang dirawat di rumah sakit , mengalami kejadian yang tidak diharapkan (KTD) yang berkaitan dengan pemberian obat [36]. Penyebab kesalahan mencakup berbagai macam faktor termasuk: (i) pengenalan pasien dan kondisi klinisnya; (ii) kurangnya pengetahuan tentang obat-obatan; (iii) kesalahan dosis obat; (iv) tulisan yang tidak terbaca pada resep; (v) kebingungan tentang nama obat; dan (vi) dan lemahnya anamnesis tentang riwayat pengobatan [37].

Referensi

1. Walton MM et al. Developing a national patient safety education framework for Australia. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 15:437–442.
2. *The Safety Competencies*, First Edition (revised August 2009). Toronto, Canadian Patient Safety Institute, 2009 (<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/education/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf>; accessed 11 March 2011).
3. Chief Medical Officer. *An organisation with a memory. Report of an expert group on learning from incidents in the National Health Service*. London, Department of Health, 1999.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Greiner AC, Knebel E, eds. *Health profession education: a bridge to quality*. Washington, DC, National Academy Press, 2003.
6. Gerteis M et al. *Through the patient's eye: understanding and promoting patient centred care*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1993.
7. Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:826–833.
8. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Junior doctors making mistakes. *Lancet*, 1998, 351:804–805.
9. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. *Young doctors: work, health and welfare. A class cohort 1986–1996*. London, Department of Health Research and Development Initiative on Mental Health of the National Health Service Workforce, 1998.
10. Anderson ID et al. Retrospective study of 1000 deaths from injury in England and Wales. *British Medical Journal*, 1988, 296:1305–1308.
11. Sakr M et al. Care of minor injuries by emergency nurse practitioners or junior doctors: a randomised controlled trial. *Lancet*, 1999, 354:1321–1326.
12. Guly HR. Diagnostic errors in an accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 2001, 18:263–279.
13. Baldwin D. Some historical notes on interdisciplinary and interpersonal education and practice in Health Care in the US. *Journal of Interprofessional Care*, 1996, 10:173–187.
14. Burl JB et al. Geriatric nurse practitioners in long term care: demonstration of effectiveness in managed care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46(4):506–510.
15. Wagner EH et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27:63–80.
16. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*, 2000, 320:569–572.
17. Silver MP, Antonow JA. Reducing medication errors in hospitals: a peer review organisation collaboration. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2000, 26:332–340.
18. Weeks WB et al. Using an improvement model to reduce adverse drug events in VA facilities. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27:243–254.
19. Leape LL. Error in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:1851–1857.
20. Walshe K. The development of clinical risk management. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety*, 2nd ed. London, British Medical Journal Books, 2001:45–61.
21. Vincent C, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:76–80.
22. National Patient Safety Agency. *Seven steps to patient safety: your guide to safer patient care*. London, NPSA, 2003 (<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>; accessed 16 February 2011).
23. Coiera EW, Tombs V. Communication behaviours in a hospital setting: an observational study. *British Medical Journal*, 1998, 316:673–676.
24. Clinical Systems Group, Centre for Health Information Management Research. *Improving clinical communications*. Sheffield, University of Sheffield, 1998.
25. Lingard L et al. I. Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension and implications for novices. *Academic Medicine*, 2002, 77:232–237.
26. Gosbee J. Communication among health professionals. *British Medical Journal*, 1998, 317:316–642.

27. Parker J, Coeiro E. Improving clinical communication: a view from psychology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2000, 7:453–461.
28. Smith AJ, Preston D. Communications between professional groups in a National Health Service Trust hospital. *Journal of Management in Medicine*, 1999, 10:31–39.
29. Britten N et al. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *British Medical Journal*, 2000, 320:484–488.
30. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 1985, 102:520–528.
31. Lefevre FV, Wayers TM, Budetti PP. A survey of physician training programs in risk management and communication skills for malpractice prevention. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2000, 28:258–266.
32. Levinson W et al. Physician–patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:553–559.
33. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). *Guidelines for implementing the universal protocol for preventing wrong site, wrong procedure and wrong person surgery*. Chicago, JCAHO, 2003.
34. Meinberg EG, Stern PJ. Incidence of wrong site surgery among hand surgeons. *Journal of Bone & Joint Surgery*, 2003;85:193–197.
35. World Health Organization. International drug monitoring—the role of the hospital. A WHO Report. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 1970, 4:101–110.
36. Runciman WB et al. Adverse drug events and medication errors in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, (Suppl. 1):S49–S59.
37. Smith J. *Building a safer NHS for patients: improving medication safety*. London, Department of Health, 2004.

3. Tujuan Panduan Kurikulum

Kecepatan perkembangan teknologi, termasuk pengobatan yang digunakan dalam pelayanan kesehatan menunjukkan perubahan yang konstan. Sehingga pada gilirannya dapat mengubah sifat pekerjaan atau tugas-tugas yang dilakukan oleh para profesional kesehatan yang berbeda bidang.

Di beberapa negara, perawat meresepkan obat dan personil non-medis menjalankan prosedur tindakan kecil. Terlepas dari kekayaan negara, prinsip-prinsip keselamatan pasien dan konsepnya tetap berlaku terlepas dari jenis pekerja k, tempat dimana pelayanan kesehatan diselenggarakan dan jenis pasien yang ditangani. Beberapa negara berkembang tidak memiliki sumber daya yang memadai, padahal kekurangan staf medis dapat membuat lingkungan lebih rentan terhadap kualitas pelayanan yang buruk dan perawatan yang tidak aman. Namun hal itu tidak berarti bahwa profesional kesehatan terbatas namun berkemampuan cukup tidak dapat membuat pelayanan yang lebih aman. Harus dipahami bahwa lebih banyak staf dan sumber daya bukanlah solusi utama untuk meminimalkan kerugian bagi pasien.

Panduan Kurikulum ini relevan untuk semua pelajar terlepas dari sumber daya yang tersedia di fasilitas mereka. Tapi konteks lingkungan di mana pelajar akan ditempatkan dan bekerja ketika memenuhi syarat penting untuk dijadikan pertimbangan dalam proses pembelajaran. Karena, konteks tempat kerja mereka dapat memberi pengalaman otentik terkait praktek medis sehingga dapat mempersiapkan pelajar untuk memasuki lingkungan kerja.

Tujuan dari panduan kurikulum adalah:

- mempersiapkan pelajar kesehatan agar aman melakukan praktek di tempat kerja;
- memberikan wawasan kepada lembaga pendidikan kesehatan tentang topik utama dalam keselamatan pasien;
- meningkatkan keselamatan pasien sebagai tema pada semua kurikulum profesional kesehatan;
- menyediakan kurikulum yang komprehensif untuk membantu pengajaran dan mengintegrasikan keselamatan pasien dalam pendidikan mereka;
- mengembangkan kapasitas untuk pendidikan keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan;

- mempromosikan lingkungan yang aman dan pendidikan tentang keselamatan pasien;
- memperkenalkan dan memperkuat pendidikan keselamatan pasien dalam bidang kesehatan di seluruh dunia; meningkatkan profil internasional tentang pendidikan dan pembelajaran keselamatan pasien;
- memupuk kerjasama internasional tentang keselamatan pasien dan pendidikan serta penelitian di sektor pendidikan tinggi.

Prinsip-Prinsip yang Mendasari

Pengembangan Kapasitas adalah bagian Integral dalam Perubahan Kurikulum

Alasan utama WHO memulai proyek ini adalah untuk membantu pengembangan pendidikan keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan. Kebutuhan pendidikan kesehatan profesional untuk mengembangkan dan mengintegrasikan keselamatan pasien dalam kurikulum modern merupakan tantangan bagi banyak lembaga. Lembaga pendidikan bidang kesehatan tidak dapat diharapkan mengembangkan kurikulum baru atau meninjau kurikulum yang ada jika mereka tidak terbiasa dengan disiplin tentang keselamatan pasien.

Pendidik kesehatan berasal dari banyak latar belakang (dokter, dokter pendidik, non-dokter pendidik, manajer, profesional kesehatan) dan pengalaman kolektif mereka diperlukan untuk menyampaikan program yang relevan dalam setiap profesi tertentu. Banyak ahli dalam disiplin tertentu mereka biasanya tetap up-to-date menggunakan pengetahuan dari bidang keilmuan medis tertentu. Pengetahuan keselamatan pasien memerlukan dukungan yang berada di luar jalur tradisional ini. Untuk menjadi pendidik yang efektif tentang keselamatan pasien, profesional kesehatan harus terinformasi dengan pengetahuan, peralatan dan keterampilan yang diperlukan untuk melaksanakan pendidikan keselamatan pasien di lembaga-lembaga mereka.

Inilah sebabnya mengapa panduan pendidik (Bagian A) telah dikembangkan untuk melengkapi panduan kurikulum.

Panduan Pendidik berisi saran praktis dan informasi untuk setiap tahap pengembangan kurikulum dan pembaruan, mulai dari menilai kapasitas untuk pengembangan staf untuk desain program dan implementasinya

Kurikulum Fleksibel Untuk Memenuhi Kebutuhan Individu Medis

Kami menyadari bahwa kebanyakan kurikulum program kesehatan sudah berisi lengkap melampaui kapasitas bidang medis tertentu. Ini sebabnya kami telah merancang setiap topik sebagai satu unit yang berdiri sendiri, sehingga memungkinkan untuk variasi penerapan dalam pendidikan keselamatan pasien. Topik juga dirancang khusus sehingga mereka dapat diintegrasikan ke dalam kurikulum yang ada, khususnya dalam kaitan hubungan dokter-pasien. Topik dalam panduan kurikulum masing-masing telah dirancang dengan konten yang cukup untuk sesi belajar 60-90 menit dan memiliki berbagai ide dan metode untuk mengajar dan menilai sehingga pendidik bisa menyesuaikan bahan kebutuhan mereka sendiri, konteks dan sumber daya yang tersedia. Tidak ada persyaratan untuk mengikuti penuh panduan yang disediakan. Pendidik perlu memperhatikan lingkungan lokal, budaya dan pengalaman belajar dari pelajar dan kemudian memilih metode pendidikan yang paling tepat.

Bahasa yang Mudah Dipahami untuk Pengguna Global

Panduan bagi pendidik (Bagian A) dalam Panduan kurikulum ini ditulis untuk pendidik (mereka dengan kapasitas untuk memperkenalkan atau meningkatkan pendidikan keselamatan pasien di berbagai tingkat), sementara panduan kurikulum (Bagian B: topik) ditulis untuk pendidik dan pelajar. Panduan kurikulum ditulis oleh khalayak global dengan ide bahasa yang mudah dipahami oleh mereka.

Panduan Kurikulum untuk semua negara, budaya dan konteks bidang kesehatan

Setiap usaha telah dilakukan untuk memastikan bahwa kandungan dalam kurikulum ini mempertimbangkan berbagai konteks di mana pendidik kesehatan dan pelajar menyelenggarakan proses belajar-mengajar. Kelompok ahli, yang mewakili semua negara anggota WHO, telah menilai kurikulum ini untuk memastikan kesesuaian budaya. Meskipun beberapa kegiatan mengajar dan saran untuk pelajar tidak bisa sesuai budaya di setiap negara, kami sadar bahwa di semua negara kita perlu mengubah banyak aspek perawatan klinis. Banyak profesional mempertimbangkan tindakan medis tertentu sesuai atau tidak jika dilakukan terhadap kasus medis tertentu.

Sebagai contoh, staf, seperti perawat, apoteker dan dokter muda, yang didorong untuk berpendapat jika senior mereka misalnya dokter, membuat kesalahan dalam melakukan praktek medis. Budaya ini bersifat universal dan berlaku untuk semua situasi dan berbagai derajat. Prinsip-prinsip keselamatan pasien mengharuskan setiap

orang bertanggung jawab untuk keselamatan pasien dan harus berani mengungkapkan pendapatnya, meskipun posisi mereka lebih rendah dalam hirarki organisasi pada klinik atau rumah sakit. Pendidik perlu membuat penilaian tentang kesehatan lingkungan dan apakah kondisinya siap menghadapi tantangan yang akan ditemui dalam proses pengenalan isu keselamatan pasien.

Strategi pendidikan dan penilaian yang dirancang untuk memperhitungkan keragaman sumber daya dan lingkungan yang berbeda serta mempertimbangkan situasi di negara maju dan negara berkembang, atau situasi di kelas versus di pusat simulasi medis.

Panduan Kurikulum yang berdasar pada Pendidikan di Lingkungan yang Aman dan Suportif

Kami sadar bahwa pelajar tanggap dengan baik ketika lingkungan belajar aman, mendukung, menantang dan menarik. Pelajaran Keselamatan pasien terjadi di banyak tempat –tidak hanya di lokasi rawat pasien tapi juga di klinik dan masyarakat, di apotek, lingkungan simulasi medis, dan di dalam kelas. Sangat penting bahwa pelajar didukung. Kegiatan dalam panduan kurikulum dirancang untuk diimplementasikan di lingkungan yang menunjang pembelajaran yang mana pelajar merasa nyaman mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara sukarela atas apa yang mereka tidak mengerti, dan berbagi pemahaman mereka dalam cara yang jujur dan terbuka.

4. Struktur Panduan Kurikulum

Panduan Pendidik (Bagian A)

Panduan pendidik (Bagian A) berisi panduan untuk mengembangkan kapasitas pendidik melaksanakan pendidikan keselamatan pasien dari mulai program perencanaan dan desain. Panduan ini berisi saran bagaimana melakukan pendekatan pendidikan keselamatan pasien dan mengimplementasikannya menggunakan bahan yang disajikan dalam Bagian B. Di bagian ini, kami mencoba untuk memandu pembaca melalui beberapa langkah penting yang dirancang untuk mendukung dan mencapai tahap implementasi pengembangan kurikulum.

Topik Panduan Kurikulum (Bagian B)

Topik dalam panduan ini mewakili isu keselamatan pasien aktual yang perlu diintegrasikan dalam kurikulum pendidikan.

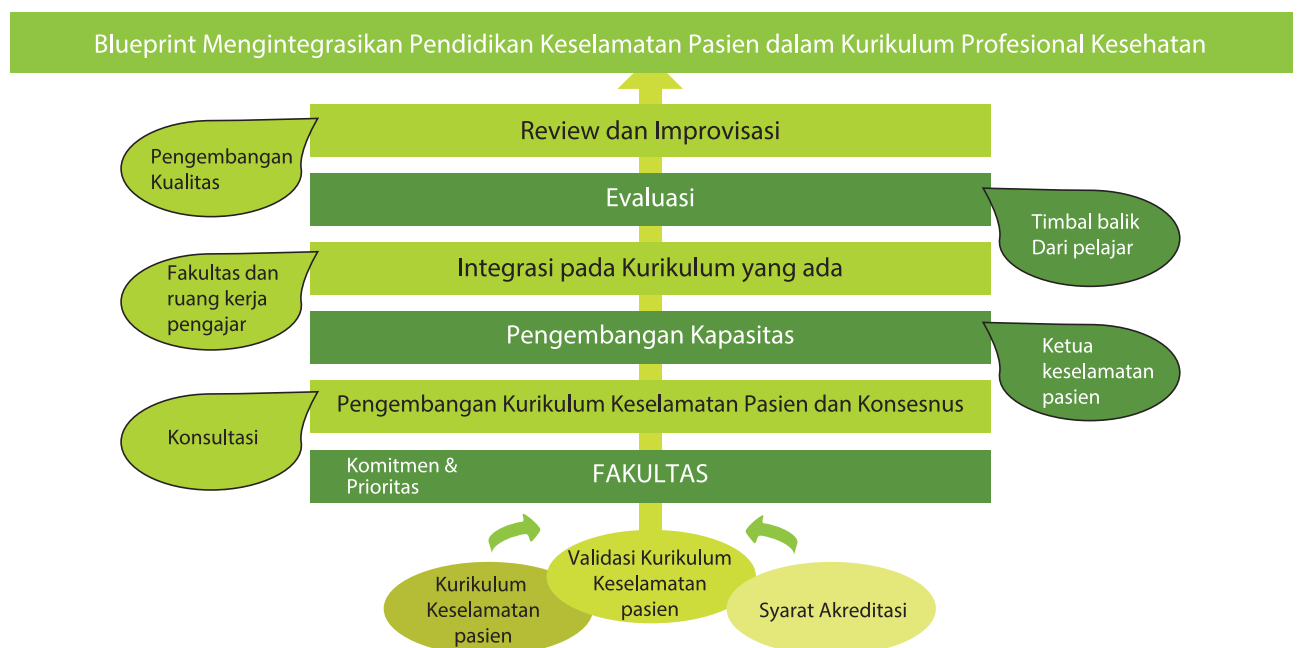
5. Menerapkan Panduan Kurikulum

Bagaimana Menggunakan Kurikulum dalam panduan ini?

Panduan Kurikulum ini berisi sumber penting untuk mengajari pelajar tentang keselamatan pasien. Panduan ini mengidentifikasi topik yang harus diajarkan, bagaimana untuk mengajarkannya, dan bagaimana Anda dapat menilai berbagai topik dalam kurikulum. Pengalaman pasien dan studi kasua yang tersedia di bagian awal dan akhir dari setiap topik. Kasus ini dapat digunakan untuk menunjukkan aspek tertentu dari topik yang didiskusikan. Kami menyadari bahwa belajar terbaik terjadi ketika studi kasus mencerminkan pengalaman lokal; oleh karena itu, kami mendorong pendidik untuk memodifikasi kasus sehingga bisa mencerminkan pengalaman penyedia

layanan kesehatan dan sumber daya lokal yang yang dekat dengan proses pembelajaran. Panduan Kurikulum ini dirancang untuk pelajar di bidang profesional kesehatan dan, oleh karena itu, pendidik profesi medis harus menggunakan literatur profesional yang relevan untuk menunjang pembelajaran pelajar. Bagian dari panduan Kurikulum ini bertujuan untuk membantu staf pendidik paham dengan konsep keselamatan pasien dan prinsip-prinsipnya sehingga mereka dapat mulai untuk mengintegrasikan pelajaran keselamatan pasien di seluruh kegiatan pendidikan. Membangun kapasitas fakultas dan staf pendidik membutuhkan waktu dan komitmen. Bagan A.5.1 menggambarkan tahapan untuk proses itu.

Figure A.5.1. Mengintegrasikan Pendidikan Keselamatan Pasien dalam Kurikulum Profesional Kesehatan



Sumber : supplied by Merrilyn Walton, Professor, Sydney School of Public Health, University of Sydney, Sydney, Australia, 2010.

Bagaimana meninjau kurikulum menggunakan Pembelajaran Keselamatan Pasien

Identifikasi hasil belajar

Untuk memulai proses pengembangan atau perubahan kurikulum, sangat penting terlebih dahulu mengidentifikasi hasil pembelajaran keselamatan pasien. Bagian B berisi topik yang telah dipilih untuk panduan Kurikulum ini, termasuk hasil pembelajaran yang lebih jauh dibahas dalam bagian ini (Bagian A).

Ketahui apa yang sudah ada di kurikulum

Kami menggunakan teram "kurikulum" merujuk kepada spektrum luas pembelajaran dan praktik, termasuk strategi untuk mengembangkan keterampilan dan perilaku, serta menggunakan metode penilaian yang tepat untuk menguji apakah hasil pembelajaran telah dicapai. Pelajar akan dipandu dalam pembelajaran dengan kurikulum yang berisi syarat pengetahuan, ketrampilan dan perilaku yang diperlukan untuk menunjukkan kompetensi setelah menyelesaikan gelar profesional kesehatan pilihan mereka.

Sebelum materi baru diperkenalkan ke dalam kurikulum, sangat penting untuk mengetahui isi dari kurikulum yang ada, serta pengalaman pelajar di rumah sakit dan/atau di lingkungan kerja. Mungkin saja pelajar sudah mendapatkan beberapa pendidikan tentang keselamatan pasien di rumah sakit dan klinik. Kurikulum yang sudah ada mungkin sudah mencakupi beberapa aspek kurikulum keselamatan pasien ini, seperti protokol untuk membersihkan tangan untuk menghindari penularan infeksi atau memeriksa sistem untuk memastikan identifikasi pasien dengan benar. Mendapatkan gambaran tentang materi relevan yang ada dalam kurikulum diperlukan untuk mengidentifikasi

peluang untuk meningkatkan pendidikan keselamatan pasien.

Kurikulum keselamatan pasien dijelaskan dalam Bagian B buku ini. Kami telah mengidentifikasi topik, sumber, strategi pendidikan dan metode penilaian yang membuat lebih mudah untuk memperkenalkan dan mengintegrasikan ke dalam kurikulum pendidikan keselamatan pasien.

Kembangkan apa yang sudah ada dalam kurikulum

Pendekatan yang baik untuk pendidikan keselamatan pasien adalah dengan meningkatkan yang sudah ada dari kurikulum daripada mencari subjek pembahasan baru terkait keselamatan pasien. Terdapat beberapa elemen keselamatan pasien yang baru dan akan menjadi tambahan pada kurikulum yang ada, tetapi ada banyak aspek keselamatan pasien yang dapat ditambahkan ke atau dicapai dengan pengembangan lebih lanjut pada subjek dan topik yang sudah ada.

Kami menemukan bahwa pemetaan topik atau bidang pelajaran dalam kurikulum yang ada akan membantu mengidentifikasi peluang untuk memasukkan prinsip-prinsip dan konsep-konsep keselamatan pasien. Bidang pengembangan keterampilan, pengembangan profesional dan personal, hukum Kesehatan, etika, dan komunikasi adalah bidang-bidang yang cocok untuk diintegrasikan dalam prinsip-prinsip dan konsep-konsep keselamatan pasien. Tabel A.5.1 adalah template yang dikembangkan oleh University of Sydney Medical School (Australia) untuk meninjau materi ajar keselamatan pasien yang bisa diterapkan dalam sekolah kedokteran dan contoh-contohnya.

Table A.5.1. Mengidentifikasi Subjek Keselamatan Pasien dalam Kurikulum Pendidikan Medis yang Ada

Bidang ajar dalam kurikulum	Tahun	Subjek	Materi ajar keselamatan pasien yang potensial	Bagaimana keselamatan pasien diajarkan	Bagaimana Keselamatan Pasien Dinilai	Komentar
Etik	1	Menghormati otonomi pasien	Kejujuran dalam menghadapi Insidens	Kuliah	Esai tentang etika, Multiple Choice Questions (MCW), ujian klinis yang terstruktur objektif	Banyak prinsip keselamatan pasien yang bisa secara eksplisit digunakan

Bagaimana menilai kapasitas fakultas untuk mengintegrasikan pendidikan keselamatan pasien dalam kurikulum

Salah satu tantangan terbesar yang dihadapi semua profesi kesehatan adalah semakin berkurangnya ruang praktek ajar bagi pendidik. Hanya ada beberapa dari mereka yang paham bagaimana untuk mengintegrasikan prinsip-prinsip keselamatan pasien dan konsep-konsep menjadi terstruktur untuk diajarkan di area baru karena banyak subjek yang masih tidak familiar. Banyak profesional kesehatan yang berinisiatif mengadopsi metode keselamatan pasien ke dalam praktek kerja sehari-hari mereka, tapi mungkin tidak tahu bagaimana untuk mengartikulasikan apa yang mereka lakukan. Hal ini karena mereka melihat setiap diskusi tentang "sistem kesehatan" sebagai domain petugas administrator dan pengelola layanan kesehatan.

Pihak lain barangkali tidak berpikir bahwa pendidikan keselamatan pasien penting atau relevan untuk praktek bidang medis tertentu padahal isu keselamatan pasien telah menjadi keprihatinan semua pihak. Kebanyakan profesional kesehatan hari ini menjadi sadar akan kebutuhan untuk memahami dan mengajarkan keselamatan pasien, tetapi karena kajian dan kurikulumnya baru, maka menjadi tantangan tersendiri. Membangun kapasitas Fakultas untuk mengadopsi kurikulum keselamatan pasien akan membutuhkan proses yang lama, tetapi ada beberapa langkah cepat yang dapat diambil untuk melibatkan profesional kesehatan dalam pendidikan keselamatan pasien.

Survei

Salah satu cara untuk mengetahui pihak yang tertarik dalam mengajar keselamatan pasien adalah melakukan survei pada para pendidik medis. Di beberapa lembaga pendidikan mungkin ada ratusan pendidik atau beberapa saja. Mengidentifikasi para pendidik di tiap bidang medis untuk menggabungkan ajaran keselamatan pasien dan memastikan bahwa mereka terlibat dalam survei. Latihan pemetaan yang dijelaskan di atas akan membantu mengidentifikasi staf pendidik untuk mengintegrasikan konsep keselamatan pasien. Survei dapat mencakup pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan pengetahuan tentang keselamatan pasien dan praktek dalam metode keselamatan pasien. Proses ini juga bisa mengidentifikasi orang-orang yang tertarik dalam membentuk grup atau Komite untuk mengawasi pengembangan kurikulum keselamatan pasien dalam profesi medis tertentu di lingkungan fakultas Anda.

Fokus Grup

Menyelenggarakan fokus grup untuk profesional kesehatan dari profesi Anda berguna untuk memahami pengetahuan tentang keselamatan pasien yang sedang atau sudah diterapkan. Fokus Grup ini juga akan memberikan informasi tentang sikap dan pendapat mereka terhadap pelajaran

keselamatan pasien dalam kurikulum.

Pertemuan Tatap Muka

Pertemuan tatap muka dengan staf Fakultas akan membantu Anda untuk menyampaikan maksud yang jelas tentang pentingnya pendidikan keselamatan pasien. Pertemuan ini menjadi wadah untuk menjelaskan dasar dan urgensi isu keselamatan pasien dan membangun kerjasama ke depan.

Adakan Diskusi Round Table

Undanglah orang-orang dari profesi Anda yang Anda pikir mungkin tertarik dan mau berperan untuk berpartisipasi dalam diskusi meja bundar tentang pendidikan keselamatan pasien (Manfaat format diskusi ini adalah berbagai pihak dapat secara kolektif menyampaikan solusi tentang urgensi pendidikan keselamatan pasien.)

Selenggarakan Seminar tentang Keselamatan Pasien

Menyelenggarakan seminar di lokasi tertentu berguna untuk membangun pengetahuan baru. Seminar ini berguna untuk mengekspos pemahaman baru kepada praktisi medis, serta memperkenalkan ahli atau profesional medis yang ahli dan berpengetahuan tentang keselamatan pasien. Seminar dapat diselenggarakan setengah hari atau sehari penuh. Topik dapat mencakup: (i) Apakah itu keselamatan pasien?; (ii) bukti mengapa keselamatan pasien penting; (iii) bagaimana mengembangkan kurikulum untuk keselamatan pasien; (iv) bagaimana untuk mengajarkan keselamatan pasien; dan (v) Bagaimana cara menilai keselamatan pasien. Hal ini penting untuk mempertahankan tujuan program yakni untuk membangun kapasitas staf pendidik dan profesional untuk mengajarkan keselamatan pasien kepada pelajar. contohnya.

Bagaimana mengidentifikasi Pemahaman dan Ketertarikan Rekan Anda

Jika Anda melakukan kegiatan di atas untuk membangun kapasitas maka penting mengidentifikasi para pihak yang berpikiran sama yang tertarik untuk mengajar keselamatan pasien. Cara lain adalah dengan mengadakan pertemuan dan mengirim undangan terbuka kepada staf pendidik. Pastikan untuk menjadwalkan pertemuan di waktu yang nyaman untuk menarik perhatian. Cara lain adalah dengan menulis sebuah artikel dalam newsletter Fakultas atau universitas. Cara ini akan membuat orang paham tentang keselamatan pasien, dan bahkan jika mereka tidak tertarik untuk terlibat, artikel yang Anda tulis akan meningkatkan kesadaran akan kebutuhan untuk mengakomodir keselamatan pasien dalam kurikulum.

Mengajarkan keselamatan pasien memerlukan pendidik yang bertanggung jawab untuk melaksanakan program dan melibatkan profesional kesehatan yang tertarik dan

melibatkan profesional kesehatan yang tertarik dan berpengetahuan sebagai hasil dari proses membangun kesadaran mereka. Penting juga dilakukan untuk mengetahui ketersediaan ahli dari Fakultas disiplin ilmu lainnya, seperti teknik (faktor manusia pengetahuan), psikologi (perilaku psikologi, proses dan perbaikan teori), farmasi (obat keamanan), dan Keperawatan dan Kedokteran (pengendalian infeksi) untuk terlibat bersama mengembangkan kurikulum keselamatan pasien.

Teknik untuk Menyesuaikan Materi Ajar Keselamatan Pasien dalam Kurikulum

Proses brainstorming merupakan teknik yang dapat mendorong semua orang untuk menyampaikan ide-ide untuk memecahkan masalah. Masalahnya berupa bagaimana cara terbaik untuk memperkenalkan pembelajaran keselamatan pasien ke dalam kurikulum. Masing-masing Fakultas Kesehatan memiliki panduan, sumberdaya, kapasitas dan minat dalam keselamatan pasien. Di beberapa negara, keselamatan pasien mungkin tidak lagi menjadi perhatian masyarakat atau pemerintah dan urgensi untuk mencakup keselamatan pasien pendidikan tidak dianggap sebagai prioritas.

Mencapai Kesepakatan

Seperti dalam semua diskusi tentang konten kurikulum, akan ada pandangan yang berbeda tentang apa yang harus disertakan dan apa tidak. Yang penting adalah bagaimana memulai dan membangun diskusi. Hal ini berarti bahwa kompromi dalam jangka panjang lebih baik dilakukan daripada berdebat dan mendiskusikan masalah. Teknik lain adalah bagaimana memperkenalkan topik baru ke dalam kurikulum menggunakan contoh yang dapat mengidentifikasi masalah dan digunakan sebagai panduan menetapkan topik ajar. Hal ini juga memungkinkan anggota pendidik yang tidak paham dengan nilai keselamatan pasien belajar untuk terbiasa dengan gagasan baru. Bagian berikutnya adalah memberikan rincian lebih tentang pengembangan dan pengintegrasian panduan kurikulum keselamatan pasien dalam kurikulum yang sudah ada. Bagian berikutnya dalam buku ini akan memberikan detail tentang cara mengembangkan dan mengintegrasikan Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien dalam kurikulum yang sudah ada.

6. Bagaimana Mengintegrasikan Materi Ajar Keselamatan Pasien dalam Kurikulum Pendidikan Kesehatan

Pandangan Umum

Keselamatan pasien adalah disiplin medis yang relatif baru dan memperkenalkan materi baru ke dalam kurikulum yang ada. Apa yang harus diajarkan? Siapa yang harus mengajarkannya? Dimana dan bagaimana ia akan sesuai dengan kurikulum yang ada? Materi apa yang digantikan? Jika sekolah profesional medis Anda sedang dalam proses memperbaharui kurikulum yang ada atau jika Anda termasuk pendidik kesehatan baru, ini adalah waktu yang ideal untuk mengusulkan isu keselamatan pasien dalam pendidikan. Namun, kebanyakan sekolah kesehatan menerapkan kurikulum yang sudah terstruktur. Para pembuat kurikulum cenderung tak terbiasa member tempat pada pengembangan bidang baru.

Bagian ini menyajikan ide-ide tentang bagaimana mengintegrasikan keselamatan pasien dalam kurikulum yang sudah ada. Manfaat dan tantangan dari pendekatan

yang berbeda akan diatasi untuk membantu Anda menentukan kemungkinan paling cocok untuk sekolah Anda dan membantu Anda mengantisipasi dan merencanakan penerapan kurikulum keselamatan pasien.

Ciri Khas Pendidikan Keselamatan Pasien :

- mencakup beberapa bidang yang tidak tradisional untuk diajarkan pada, pelajar kesehatan seperti faktor manusia, sistem berpikir, perilaku kerjasama yang efektif dan pengelolaan kesalahan medis;
- Keterkaitan dengan banyak topik yang ada (ilmu terapan dan Sains klinis) (Lihat kotak A.6.1 untuk beberapa contoh);
- Berisi pengetahuan elemen baru (Lihat kotak A.6.2 untuk contoh);
- sangat kontekstual.

Bagan A.6.1. Keterkaitan Pendidikan Keselamatan Pasien dengan Materi Ajar Pendidikan Medis

Berikut adalah contoh bagaimana sebuah topik keselamatan pasien, seperti cara identifikasi pasien yang benar, memilih aplikasi spesifik dalam berbagai disiplin ilmu kedokteran.

Disiplin	Penerapan Keselamatan Pasien
Kandungan	Bagaimana mengidentifikasi bayi dengan ibunya sehingga tidak tertukar ketika meninggalkan rumah sakit
Bedah	Jika Seorang pasien membutuhkan transfuse darah, apa proses checking yang harus dilakukan agar Pasien menerima transfuse darah yang sesuai golongan darahnya
Etik	Bagaimana mendorong pasien untuk berani berbicara ketika Dokter melakukan tindakan medis yang tidak diperkirakan/tidak diinginkan?

Box A.6.2. Keterkaitan Pendidikan Keselamatan Pasien dengan Pengetahuan Baru dan Elemen Kinerja

Kompetensi keselamatan pasien untuk topik tertentu dapat dibagi menjadi persyaratan pengetahuan dan kinerja. Idealnya, pembelajarannya akan terjadi pada kategori kedua, misalnya identifikasi pasien secara benar.

Domain	Contoh Keselamatan Pasien
Pengetahuan Umum	Belajar cara pengidentifikasian pasien campur-baur, seperti menangani dua pasien pada waktu yang sama, pasien tidak bisa berkomunikasi dan staf medis diinterupsi kala bertugas. Situasi ini kerap terjadi terlebih ketika perawatan medis dilakukan oleh sebuah tim.
Pengetahuan terapan	Memahami pentingnya identifikasi pasien yang benar saat mengambil darah untuk pencocokan silang. Memahami bagaimana kesalahan dapat terjadi selama tugas ini dan belajar tentang strategi yang digunakan untuk mencegah kesalahan dalam situasi ini
Kinerja	Menunjukkan cara bagaimana mengidentifikasi pasien dengan benar dan bertanya kepada pasien nama mereka, seperti "Siapa namamu?" bukan pertanyaan tertutup, seperti "Apakah Anda John Smith?"

Bidang keselamatan pasien terdiri dari kajian yang luas. Mengingat luasnya dan perlunya mengkontekstualisasikan prinsip-prinsip keselamatan pasien, ada kemungkinan untuk mengembangkan pendidikan keselamatan pasien yang efektif dalam kurikulum yang sudah ada. Namun, beberapa bidang keselamatan pasien relatif baru untuk profesi kesehatan dan mungkin tidak begitu mudah untuk memasukkannya ke kurikulum kesehatan yang sudah ada sehingga perlu ada waktu khusus untuk membahasnya. Topik 2, mengapa penting menerapkan faktor manusia bagi keselamatan pasien mungkin sulit untuk diintegrasikan dalam subjek yang sudah ada. Pendekatan untuk topik ini membutuhkan waktu dan perlu mengundang ahli dari salah satu Fakultas Teknik atau psikologi untuk memberikan kuliah dan pembentukan kelompok diskusi.

Bagaimana Membangun Struktur Kurikulum yang Sesuai

Setelah Anda telah meninjau kurikulum yang ada, maka Anda perlu menentukan apakah bidang keselamatan pasien sudah diajarkan dan memutuskan topik keselamatan pasien apa yang Anda ingin diajarkan. Maka inilah saatnya untuk berpikir tentang bagaimana memasukkan konten ajar baru ke dalam kurikulum Anda.

Ketika berpikir tentang kurikulum kesehatan, Anda perlu mempertimbangkan pertanyaan-pertanyaan berikut:

- Bagaimana kurikulum kesehatan secara keseluruhan terstruktur?
- Kapan mata pelajaran tertentu dan topik diajarkan dan kemungkinan ditambahkannya konten keselamatan pasien?
- Bagaimana topik individu terstruktur
- Bagaimana metode penyampaian dan penilaian? Ketika pelajar paham bagaimana proses Pelayanan kesehatan dilakukan dengan benar mereka akan terbiasa dengan lingkungan kerja
- Pelajar juga akan lebih mungkin untuk mendorong mengubah praktek-praktek jika mereka memiliki

kesempatan untuk menggunakan apa yang telah mereka pelajari yang tercakup dalam kurikulum.

Saat mengajarkan topik keselamatan pasien, ada keuntungan jika persyaratan pengetahuan dan cara kerjanya dilakukan bersama. Pemahaman yang jelas tentang ruang lingkup masalah dalam keselamatan pasien akan memberikan motivasi dan wawasan ketika belajar tentang persyaratan kinerja. Pelajar juga cenderung tidak merasa kehilangan semangat tentang risiko yang dihadapi pasien dari sistem Pelayanan kesehatan karena mereka akan segera menjadi bagian dari prose situ. Jika mereka mengeksplorasi solusi (aplikasi) dan belajar strategi praktis (kinerja elemen) maka akan membuat mereka dapat bertindak sebagai penyedia Pelayanan kesehatan yang aman dan pada waktu yang sama, mereka akan lebih positif.

Jika kurikulum yang Anda pakai sifatnya tradisional, pengetahuan dan syarat praktek keselamatan pasien terbaik diajarkan ketika pelajar memiliki pengetahuan lebih tentang praktek profesional tentang bagaimana menangani pasien dan mendapatkan pelatihan keterampilan di lingkungan medis. Konteks pengetahuan dan syarat praktek harus sesuai dengan kemampuan pelajar. Pengetahuan awal tentang keselamatan pasien masih harus dimasukkan dalam tahun-tahun awal dalam mata pelajaran seperti kesehatan masyarakat, epidemiologi, etika, atau mata pelajaran berbasis ilmu pengetahuan lain. Topik yang cocok untuk pengenalan awal meliputi: (i) Apa keselamatan pasien itu?; dan (ii) sistem dan kompleksitas dalam Pelayanan kesehatan. Jika kurikulum terintegrasi dan pelajar diajarkan keterampilan klinis dari tahun pertama, maka topik keselamatan pasien dapat diajarkan di awal tahun dan terintegrasi secara vertikal sepanjang proses pendidikan. Hal ini membuat topik keselamatan pasien secara konstan diajarkan dan memberi kesempatan untuk menanamkannya sejak awal pembelajaran ilmu kesehatan. Idealnya, pelajar harus dikenalkan dengan prinsip keselamatan pasien sebelum mereka terjun ke dunia kerja

Bagaimana Menyesuaikan Pendidikan Keselamatan Pasien dalam Kurikulum

Setelah Anda telah meninjau kurikulum yang ada, maka dapat ditentukan apakah bidang keselamatan pasien sudah diajarkan sehingga dapat diputuskan topik keselamatan pasien apa yang akan diajarkan. Selanjutnya Anda perlu mempertimbangkan bagaimana memasukkan isu baru ke dalam kurikulum. Ketika mempertimbangkan penambahan isu dalam kurikulum Anda perlu memperhatikan hal-hal berikut :

- bagaimana kurikulum disampaikan?
 - Siapa yang bertanggung jawab menyampaikan pelajaran?
- Setelah Anda menjawab pertanyaan-pertanyaan ini, maka menjadi lebih jelas di mana dan bagaimana kurikulum keselamatan pasien dapat dipadukan pada kurikulum yang ada.

Bagaimana Struktur Kurikulum secara keseluruhan?

Apakah kurikulum tradisional disampaikan dalam kuliah pada kelompok besar pelajar?
Pelajar pertama kali belajar tentang ilmu-ilmu dasar dan perilaku kemudian pelajar berkonsentrasi pada bidang tertentu yang berkaitan dengan profesi. Sehingga pendidikan keselamatan pasien terkonsentrasi pula untuk biang medis tertentu. Dalam penyusunan kurikulum, unsur-unsur aplikasi dan prosedur keselamatan pasien mungkin terbaik disampaikan. Namun, pengetahuan tentang prinsip-prinsip keselamatan perlu diajarkan pada awal tahun pelajar belajar. Apakah kurikulum terintegrasi? Ilmu-ilmu dasar, perilaku, dan ketrampilan klinis terintegrasi dan diajarkan secara paralel.

Pengetahuan dan Syarat Kinerja dalam Menerapkan Keselamatan Pasien

Pembelajaran pelajar secara ideal dialami di tempat kerja. Relevansi pelajaran akan tersampaikan setelah pelajar memahami materi disampaikan dengan mendekati pelajar pada lingkungan praktek. Pelajar akan lebih mungkin untuk mengubah praktek-praktek jika mereka memiliki kesempatan untuk menggunakan apa yang telah mereka pelajari dalam kurikulum. Ketika mengajar topik keselamatan pasien, akan lebih mudah jika ada pemahaman bersama antara pendidik dan pelajarnya. Pemahaman yang jelas tentang ruang lingkup masalah dalam keselamatan pasien akan memberikan motivasi dan wawasan dalam praktek kerja.

Kapan dan di mana dalam kurikulum mata pelajaran tertentu dan topik diajarkan dan dimasukkan dalam pendidikan keselamatan pasien?

Setiap bidang pelajaran yang relevan dengan profesi tertentu dapat menjadi dasar prinsip keselamatan pasien jika contoh kasusnya relevan dengan disiplin ilmu. Sebagai contoh, sebuah kasus yang melibatkan kesalahan obat pada anak dapat digunakan sebagai titik awal untuk mengajar perawat tentang memahami dan belajar tentang keselamatan pasien sekaligus belajar ilmu pediatri. Demikian pula, selama pembelajaran tentang pengelolaan pasien saat operasi pinggul atau lutut, seorang pelajar fisioterapi bisa belajar tentang topik "keselamatan pasien dan prosedur invasif". Banyak bidang ajar bisa menjadi dasar topik dan "memahami serta belajar dari kesalahan" jika kasusnya relevan. Belajar bidang apapun tentunya memiliki relevansi untuk semua pelajar dan semua disiplin ilmu. Bagan A.6.3 menggambarkan integrasi bidang keilmuan dengan topik keselamatan pasien

Bagan A.6.3. Integrasi topik keselamatan pasien

Topik Keselamatan Pasien	Ilmu yang Mendasari Keselamatan Pasien
Meminimalisir Infeksi dengan Meningkatkan kontrol	Mikrobiologi Pelatihan kemampuan prosedural Penyakit infeksi Penempatan klinis
Meningkatkan keamanan obat	Farmakologi Therapeutik
Berperan efektif dalam tim	Program orientasi Pelatihan Kemampuan komunikasi Pelatihan praktek medis gawat darurat
Apa itu keselamatan pasien?	Etika Pengenalan Lingkungan klinis Pelatihan prosedur klinis

Bagaimana Topik Kurikulum disusun berdasarkan bidang berikut?

- Pembelajaran obyektif;
- Metode penyampaian;
- Metode penilaian.

Penerapan materi keselamatan pasien dalam kurikulum akan lebih efisien jika dikaitkan dengan pembelajaran obyektif dan metode penyampaian serta penilaian yang konsisten dengan struktur obyektif.

Bagaimana materi dalam kurikulum disampaikan?

- kuliah kelas
- Magang tempat kerja
- pembelajaran secara online
- Pendidikan dalam skala kecil
- Problem Based Learning
- Atau Pendidikan berbasis masalah
- Simulasi / Praktek laboratorium

- tutorial tradisional

Akan lebih mudah menghubungkan topik keselamatan pasien pada metode pendidikan yang ada jika pelajar familiar dengan cara tersebut.

Contoh model untuk penerapan

Contoh 1 : Materi Keselamatan Pasien berdiri sendiri yang diajarkan pada akhir tahun perkuliaahn . lihat contoh bagan 6.1.

- Metode pendidikan dapat dikombinasikan dan terdiri dari kuliah, diskusi kelompok kecil, workshop, atau simulasi berbasis latihan
- Menambahkan materi keselamatan pasien sebagai pengetahuan awal sebelum pelajar memasuki dunia kerja medis

Bagan A.6.1. Keselamatan Pasien sebagai subjek yang berdiri sendiri dan diajarkan pada akhir tahun perkuliahan



Contoh 2 2: Keselamatan pasien sebagai materi yang berdiri sendiri dalam kurikulum yang terintegrasi

dan terkait dengan materi lainnya misalnya perkuliahan awal yang disampaikan terdiri dari topik tertentu dan ditindaklanjuti dengan tutorial atau magang di lingkungan kerja medis sepanjang proses perkuliahan.

Keselamatan pasien dapat menjadi materi yang berdiri sendiri

Bagan A.6.2. Keselamatan Pasien sebagai materi tersendiri dalam kurikulum terintegrasi

Tahun 1	Topik1: Apa itu Keselamatan Pasien?	PBL/format penyampaian lain
Tahun 2	Topik 2, 3 dan 5: Mengapa menerapkan faktor manusia penting untuk keselamatan pasien, memahami sistem dan kompleksitasnya terhadap perawatan eksehatan, belajar dari kesalahan untuk mencegah bahaya medis	Workshop klinis dan magang
Tahun 3	Topik 4, 7, 9 and 10: Berperan efektif dalam tim; Menggunakan metode berkualitas untuk meningkatkan pelayanan kesehatan, pencegahan dan control infeksi; Keselamatan pasien dan prosedur invasif	
Tahun 4	Topik 6, 8 and 11: Memahami Dan mengelola risiko klinis, terlibat dengan pasien, meningkatkan keamanan obat	

Contoh 3: Mengintegrasikan materi keselamatan pasien dalam kurikulum baru Lihat bagan A.6.3.

Sejumlah mata pelajaran dapat dikesampingkan pada beberapa sesi dengan tujuan untuk mengajarkan topik keselamatan pasien. Pada tahun ke-empat perkuliahan

dapat diajarkan topik tentang keamanan pengobatan sebagai bagian dari therapeutics, administrasi keamanan obat. Perkuliahan dengan Problem Based Learning, atau format belajar kelompok yang membahas sifat multifaktorial kesalahan obat dapat efektif dilakukan untuk memberikan pemahaman yang komprehensif.

Bagan A.6.3. Penerapan keselamatan pasien sebagai materi pada kurikulum baru

Tahun 1	PBL					Patient safety case					
	Ketrampilan Klinis		Kegiatan Keselamatan Pasien								
	Kuliah	Topik keselamatan pasien									
Tahun 2	PBL					Patient safety case					
	Ketrampilan Klinis		Kegiatan Keselamatan Pasien								
	Kuliah	Topik keselamatan pasien									
Tahun 3	PBL					Patient safety case					
	Ketrampilan Klinis		Kegiatan Keselamatan Pasien								
	Kuliah	Topik keselamatan pasien									
Tahun 4	PBL					Patient safety case					
	Ketrampilan Klinis		Kegiatan Keselamatan Pasien								
	Kuliah	Topik keselamatan pasien									

Contoh 4: Mengintegrasikan Materi Keselamatan Pasien dalam Kurikulum Bari - Contoh B. Lihat Bagian A.6.4.

Mengkolaborasi dengan materi kuliah utama untuk menggabungkan unsur-unsur keselamatan pasien dalam perkuliahan yang dipilih. Meskipun fokus utama perkuliahan bukan topik keselamatan pasien namun topik

keselamatan pasien dapat disisipkan dalam materi perkuliahan. Untuk itu, sesi perkuliahan harus mencakup unsur keselamatan pasien. Lihat kotak A.6.4 untuk contoh. Topik-topik keselamatan lebih pasien diintegrasikan ke dalam kurikulum yang sudah disusun. Agar lebih mudah dipahami maka dapat ditambahkan materi persyaratan kinerja dan memberikan kasus kontekstual terkait konsep keselamatan pasien.

Bagan A.6.4. Penerapan keselamatan pasien sebagai materi pada kurikulum baru

Tahun 1	PBL		Patient safety case		Patient safety case		
	Ketrampilan Klinis	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien
	Kuliah	Topik keselamatan pasien					
Tahun 2	PBL			Patient safety case			Patient safety case
	Ketrampilan Klinis	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien
	Kuliah	Topik keselamatan pasien					
Tahun 3	PBL	Patient safety case		Patient safety case			
	Ketrampilan Klinis	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien
	Kuliah	Topik keselamatan pasien					
Tahun 4	PBL		Patient safety case			Patient safety case	
	Ketrampilan Klinis	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien	Kegiatan Keselamatan Pasien
	Kuliah	Topik keselamatan pasien					

Kotak A.6.4. Contoh bagaimana materi Keselamatan Pasien dapat Disisipkan dalam sesi perkuliahan

Sesi Kuliah	Komponen Materi Keselamatan Pasien
Pendidikan praktek pada tempat tidur pasien / klinik	Pasien diberikan penjelasan dan persetujuan untuk menjadi obyek pembelajaran tidur pasien / klinik pada awal sesi. Hal ini mengajarkan agar pelajar menghormati keinginan pasien. Dalam praktek ini, pasien dilibatkan sebagai bagian dari tim dan dapat diundang dalam sesi diskusi dengan pelajar.
Sesi pelatihan prosedur kanulasi intravena	Teknik mensterilkan dan pembuangan benda tajam diajarkan. Melibatkan pasien untuk berdiskusi tentang risiko infeksi.
Materi Transfusi Darah	Risiko pada pasien dan cara untuk meminimalisirnya diajarkan pada bagian perkuliahan. Selain itu, pelajar diajarkan protokol verifikasi pasien dan berlatih melibatkan keinginan pasien terkait prosedur medis yang dilakukan.
PBL kasus emboli-emboli yang bermula karena antikoagulan oral	Pelajar diajak untuk membahas pentingnya mendidik pasien ketika meresepkan obat yang berpotensi membahayakan pasien

Catatan Penting

Semakin materi keselamatan pasien diintegrasikan ke dalam kurikulum yang ada, semakin banyak materinya tak tersampaikan dengan baik karena banyaknya pendidik yang terlibat sehingga semakin sulit untuk mengkoordinasikan cara penyampaian materi yang efektif. Anda perlu menemukan keseimbangan antara integrasi materi baru dan kemampuan untuk mengkoordinasikan cara penyampaian efektif dengan para pendidik lain. Sehingga perlu membuat catatan terperinci tentang elemen keselamatan pasien apa yang akan diintegrasikan ke dalam kurikulum yang, bagaimana materinya diajarkan dan bagaimana pembelajarannya dinilai. Dari perspektif pendidikan, integrasi keselamatan pasien sangat ideal; Namun, tujuan ini perlu diimbangi oleh penerapan yang praktis pula.

Ketika ditanya oleh Universitas atau lembaga akreditasi tentang dimana dan bagaimana keselamatan pasien diajarkan kepada pelajar, Fakultas terkait perlu memiliki informasi yang cukup rinci untuk memungkinkan pengamat untuk menghadiri sesi perkuliahan dan melihat pendidikan keselamatan pasien disampaikan.

Setelah memiliki keseluruhan rencana apa, dimana dan bagaimana memasukkan keselamatan pasien ke dalam kurikulum, maka akan lebih mudah untuk menambahkan materinya dalam kurikulum dengan cara sedikit demi sedikit, topik per topik dari waktu ke waktu, daripada menambahkan materinya secara keseluruhan. Dengan cara ini maka pencapaian kecil dapat diraih setahap demi setahap.

Saran untuk memasukkan materi keselamatan pasien dalam pelajaran Problem Based Learning

Beberapa program kesehatan menggunakan PBL sebagai metode penyampaian pendidikan yang disukai. Program PBL, awalnya dirintis di Universitas McMaster di Kanada, yang mengharuskan para pelajar untuk bersama-sama

bekerja sama membahas topik tertentu. Metode ini dilakukan dengan cara memberika tugas pada pelajar kemudian meminta mereka memecahkan masalah bersama-sama dan mendiskusikan usaha mereka. Saran berikut menunjukkan bagaimana topik keselamatan pasien dapat diintegrasikan ke dalam PBL meliputi :

- informasi kasus yang berkaitan dengan masalah keselamatan pasien. Materi yang disampaikan termasuk aspek realitas sistem pelayanan kesehatan, yang akan memberikan kesempatan pelajar untuk menjelajahi isu-isu yang berkaitan dengan keselamatan pasien.
- Mengkaji kasus yang berkaitan dengan lingkungan kesehatan lokal
- Kasus kesalahan praktek medis atau Insidens
- Kasus tentang ancaman terhadap keselamatan pasien, sehingga membantu pelajar untuk mengenali bahaya dalam sistem

Kasus yang didiskusikan dapat melibatkan profesional medis diantaranya perawat, apoteker, bidan, dokter gigi atau dokter. Pembahasan kasus dapat membuat profesional menjadi tegas (berbicara) dengan orang-orang yang lebih senior untuk menerima intervensi oleh anggota staf junior dalam rangka peningkatan perawatan pasien. Masalah keselamatan pasien bisa saja menjadi komponen kecil atau besar dalam pendidikan metode PBL.

Contoh Kasus PBL

Jeremy So adalah seorang anak berusia 15 tahun yang tiba di klinik medis lokal dengan pernapasan terganggu dan gatal-gatal. Ayahnya mengatakan Jeremy baik-baik saja 30 menit yang lalu tiba-tiba sakit. Saat diperiksa, Jeremy terlihat tertekan dan gugup. Wajahnya bengkak, bibirnya membesar, dan ia tidak dapat membuka matanya karena bengkak. Ada bercak merah pada kulitnya, dan ia kerap menggaruk tubuhnya. Setiap kali ia bernafas suaranya nafasnya terdengar bising.

Contoh Kasus :kasus yang sama ditulis untuk mendiskusikan kesalahan medis serta menjawab pertanyaan-pertanyaan

Jeremy So adalah seorang anak berusia 15 tahun yang tiba di klinik medis lokal dengan pernapasan terganggu dan gatal-gatal. Ayahnya mengatakan Jeremy baik-baik saja 30 menit yang lalu tiba-tiba sakit. Saat diperiksa, Jeremy terlihat tertekan dan gugup. Wajahnya bengkak, bibirnya membesar, dan ia tidak dapat membuka matanya karena bengkak. Ada bercak merah pada kulitnya, dan ia kerap menggaruk tubuhnya. Setiap kali ia bernafas suaranya nafasnya terdengar bising.

Ayah Jeremy mengatakan anaknya pernah dalam kondisi ini sekali sebelumnya setelah minum obat yang disebut penisilin dan disarankan oleh dokter agar tidak mengonsumsi obat penisilin lagi karena bisa membunuhnya. Jeremy datang ke dokter pagi ini karena pilek, sakit tenggorokan, dan demam. Dokter meresepkan amoxicillin, yang Jeremy diminumnya lebih awal hari ini. Ayah Jeremy bertanya-tanya jika anaknya juga mungkin alergi terhadap obat amoxicillin.

Contoh Kasus : Kasus dapat menyertakan contoh bagaimana meningkatkan keselamatan pasien

Perawat, apoteker atau pelajar kedokteran memperhatikan beberapa informasi penting diabaikan oleh dokter. Contoh kasus dapat menggambarkan perawat (atau para profesional kesehatan kesehatan) berani dengan tegas menegur, dan dokter menerima peringatan perawat sehingga perawatan pasien perawatan meningkat lebih baik

Integrasi materi keselamatan pasien dalam program pelatihan kemampuan prosedural

Banyak prosedur dan perawatan berpotensi membahayakan pasien. Hal ini terjadi terutamanya karena pelajar yang masih kurang pengalaman terlibat dalam proses perawatan pasien. Prosedur yang salah dapat menyebabkan kerusakan pada tubuh pasien berupa komplikasi, rasa sakit dan tekanan emosional, dan perawatan menjadi tidak efektif. Pengetahuan, keterampilan dan perilaku tenaga medis dalam melakukan prosedur dapat membantu untuk meminimalkan beberapa potensi risiko untuk pasien. Mengintegrasikan pendidikan keselamatan pasien dengan pelatihan keterampilan prosedur di tingkat pendidikan sarjana akan membantu pelajar untuk menjadi sadar akan tanggung jawab mereka kepada pasien ketika memulai prosedur. Bagian ini memberikan beberapa saran tentang bagaimana mengintegrasikan pendidikan keselamatan pasien dengan pelatihan keterampilan prosedur. Sebagai titik awal, pertimbangkan pertanyaan-pertanyaan berikut:

1. Kapan, di mana dan bagaimana keterampilan prosedural\ diajarkan dalam program pendidikan?
2. Apa saja keterampilan yang diajarkan?
3. Kapan pelajar mulai melakukan praktek prosedur pada pasien? Idealnya, materi keselamatan pasien harus lebih dahulu disampaikan atau bersamaan dengan proses ini.

Topik Keselamatan Pasien yang dapat dimasukkan dalam materi Pelatihan Kemampuan Prosedur

Topik Keselamatan pasien yang luas relevan untuk semua prosedur:

- Memahami bahwa pelajar berpengalaman sekalipun kemungkinan dapat menyebabkan kerusakan dan atau gagal prosedur dibandingkan dengan praktisi berpengalaman. Strategi apa yang dapat digunakan untuk membantu meminimalkan kerugian pada pasien selama pembelajaran berlangsung? Misalnya, berperan dalam tahap persiapan prosedur, memahami latar belakang pengetahuan, mengamati orang lain yang melakukan prosedur medis, melakukan simulasi,

pengawasan, memberi umpan balik, dan tindak lanjut dari pasien (topik 2, 5 dan 6); latar belakang pengetahuan tentang prosedur kesehatan dipahami sebelum melakukan suatu tindakan/ prosedur (topik 6 dan 10);

- Sterilisasi sebagai tindakan pencegahan (topik 11);
- Mengkomunikasikan risiko medis kepada pasien (topik 6 dan 9);
- Mengidentifikasi pasien dan menempatkan pasien secara benar (topik 10);
- Umpan balik dan tindak lanjut (topik 2, 6, 9 dan 10).

Mempelajari keselamatan pasien dan mengaplikasikan kinerja dalam prosedur khusus, diantaranya sebagai berikut:

- masalah umum, bahaya/perangkap, pemecahan masalah (topik 2 dan 5);
- komplikasi biasa dan serius dan bagaimana untuk menanggulangnya (topik 1 dan 5);
- Nasehat untuk pasien mengenai tindak lanjut medis (topik 6 dan 9);
- peralatan medis yang familiar (2 topik);
- aplikasi-aplikasi spesifik pada topik keselamatan pasien yang luas (semua topik).

Contoh : Mengidentifikasi pasien secara benar ketika melakukan pengambilan sampel darah :

Bagaimana memberi label pada tabung darah agar terhindar dari kesalahan diidentifikasi jenis darah dan pasien:

- Memberi label pada ranjang pasien;
- Mengecek nama pasien dengan tipe pertanyaan terbuka
- Memastikan nama pasien sesuai dengan label dalam tabung darah

Berbagai metode pendidikan yang dapat digunakan untuk memperkenalkan topik-topik keselamatan pasien, misalnya sesi dalam kuliah, menyediakan bahan bacaan yang relevan, diskusi kelompok, tutorial ataupun kegiatan belajar online. Saat terbaik mempelajari pengetahuan dasar dan cara kinerja topik keselamatan pasien adalah dengan mempelajari prosedur keselamatan pasien. Pendidikan ini dapat dilakukan dengan cara tutorial praktis di ranjang tempat pasien dirawat, simulasi di laboratorium, tutorial langsung. Pelajar akan diminta untuk membaca sebuah artikel tertentu atau pedoman sebelum menghadiri sesi pendidikan.

Tutorial pada prosedur tertentu memberikan kesempatan yang sangat baik untuk memperkuat prinsip-prinsip generik, memahami detail aplikasi keselamatan pasien untuk prosedur tertentu, dan memberikan pemahaman pada pelajar tentang unsur kinerja keselamatan pasien. Misalnya, jika sekolah Anda menerapkan metode simulasi pelatihan untuk mempelajari manajemen bencana,

prosedur atau pengobatan tertentu, maka menggabungkan tim pelatihan dalam program tersebut dengan pelajaran keselamatan pasien. Sehingga materi keselamatan pasien dapat tersampaikan dengan baik karena menggunakan pendekatan simulasi. Sebagai contoh, memahami apa yang harus dilakukan dalam situasi darurat akan berbeda jika pelajar dihadapkan pada situasi yang sebenarnya, terutama ketika bekerja sebagai bagian dalam tim. Elemen-elemen nyata yang diperkenalkan pada pelajar saat mengalami situasi darurat medis adalah tekanan waktu, stres, kerja sama tim, komunikasi, mengenali peralatan medis, pengambilan keputusan dalam tindakan dan mengetahui lingkungan medis tempat bekerja.

Catatan: Skenario belajar berbasis risiko dengan menggunakan simulasi dapat menjadi cara yang sangat efektif bagi pelajar untuk belajar, tetapi dapat juga menjadi cukup sulit bagi pelajar yang tidak selalu nyaman dengan pola belajar tersebut. Perhatikan situasinya untuk menciptakan lingkungan belajar yang aman dan mendukung karena hal ini sangat penting jika metode pendidikan simulasi ingin berhasil digunakan. Lihat bagian tentang prinsip-prinsip dasar pendidikan keselamatan pasien untuk rincian lebih lanjut tentang cara menciptakan lingkungan belajar yang aman dan mendukung.

Program Pelatihan Keterampilan

Pelatihan keterampilan termasuk belajar bagaimana mencari tahu sejarah medis pasien, bagaimana melakukan pemeriksaan yang sesuai, bagaimana melakukan penalaran klinis, menginterpretasikan hasil tes, mempersiapkan obat, keterampilan prosedural dan komunikasi, seperti memberikan informasi, konseling dan memperoleh persetujuan pasien untuk melakukan tindakan medis. Berbagai metode yang dapat digunakan untuk mengajar keterampilan medis para profesional kesehatan yang relevan antara lain tutorial di tempat tidur pasien, persiapan obat di apotek, simulasi dengan pasien, berlatih dengan rekan belajar, mengamati video dari ahli kinerja, partisipasi dalam lingkungan klinis dan presentasi kasus.

Pertimbangkan kapan dan bagaimana institusi pendidikan memberikan program keterampilan kepada pelajar.

Sejumlah topik keselamatan pasien akan sesuai untuk dimasukkan dalam program keterampilan. Dan karena program dapat menawarkan kesempatan untuk berlatih unsur kinerja keselamatan pasien, sangat penting bahwa kebiasaan baik dikembangkan sejak awal. Perhatikan bahwa tutorial di ranjang rawat pasien dapat memberi kesempatan yang luas bagi pelajar untuk memahami materi dengan efisien serta menjamin praktek medis lebih aman. Beberapa materi yang dapat diajarkan pada metode tutorial di ranjang rawat pasien adalah komunikasi dengan pasien, menanamkan pentingnya kebersihan tangan, menggunakan sistem ceklist prosedur klinis dan protokol medis.

Pelatihan keterampilan dapat memberikan kesempatan bagi pelajar untuk mempelajari dan berlatih elemen kinerja keselamatan pasien berikut:

- Mengkomunikasikan risiko medis kepada pasien;
- Prosedur meminta izin kepada pasien;
- menerima penolakan pasien;
- bersikap jujur dengan pasien;
- memberdayakan pasien – membantu pasien menjadi peserta aktif dalam perawatan mereka sendiri;
- Memberi Informasi kepada pasien dan kerabat;
- Menjaga kebersihan tangan;
- Perawatan medis berfokus pada pasien dengan menganalisa riwayat medis pasien dan pemeriksaan yang tepat;
- Analisa klinis
- kesalahan diagnostik, pertimbangan risiko, manfaat prosedur, penyelidikan dan rencana pengelolaan.

Bagaimana bekerjasama dengan petugas klinis, pendidik medis di komunitas dan pendidik medis pada program profesional

Karena prinsip-prinsip keselamatan pasien diintegrasikan secara luas ke seluruh kurikulum, maka kerjasama dari banyak individu pendidik perlu dilakukan. Terutama jika pendidikan keselamatan pasien disampaikan dalam kelompok kecil dan dalam pendidikan keterampilan medis.

Kami telah sebutkan di awal bagian ini bahwa banyak pendidik barangkali tidak familiar dengan konsep-konsep keselamatan pasien dan pengetahuan khusus dan persyaratan kinerjanya. Sebagai contoh, pelajar mungkin melihat profesional kesehatan di tempat kerja menanyakan nama pasien dengan cara yang tergesa-gesa dan sopan, mengambil langkah medis yang mungkin membahayakan keselamatan pasien, atau menampilkan sikap "menyalahkan" ketika kesalahan medis terjadi. Sehingga pendidik perlu merenungkan praktek medis yang mereka lakukan jika mereka ingin menjadi pendidik materi keselamatan pasien yang efektif dan menjadi role model.

Strategi berikut dapat membantu pendidik untuk lebih memahami bagaimana cara mengajar topik keselamatan pasien: melakukan serangkaian lokakarya atau kuliah tentang keselamatan pasien pendidik; mengundang pembicara tamu untuk mempromosikan keselamatan pasien; melibatkan pendidik dalam proses mengintegrasikan materi keselamatan pasien dalam kurikulum; Pendidikan keselamatan pasien diajarkan secara paralel dalam program pascasarjana; penjelasan tentang materi keselamatan pasien dalam tugas pendidikan; dan yang terakhir menilai keselamatan pasien dalam ujian.

Menggunakan Contoh Kasus

Kami menyediakan sejumlah studi kasus untuk setiap topik yang dapat digunakan untuk menunjukkan mengapa topik tersebut relevan dengan keselamatan pasien.

Cara terbaik untuk menggunakan studi kasus adalah menginstruksikan pelajar membaca kasus dan kemudian membahas dalam kelompok kecil untuk mendiskusikan poin tertentu atau menjawab sejumlah pertanyaan yang berkaitan dengan kasus. Selain itu, sesi interaktif dengan grup besar juga dapat dilakukan. Kami telah menyertakan beberapa saran pertanyaan atau poin diskusi pada setiap studi kasus. Fokus dari pertanyaan ini adalah untuk membuat pelajar fokus pada faktor-faktor yang mendasari materi keselamatan pasien.

Menggunakan Kajian Kasus Medis Lokal

Studi kasus dapat menunjukkan bagaimana menghindari melakukan sesuatu yang dapat membahayakan pasien (belajar dari pengalaman negatif) atau bagaimana untuk melakukan sesuatu yang benar (belajar dari pengalaman positif). Sebagai contoh, jika sebuah studi kasus dikembangkan untuk topik "Berperan dalam tim yang efektif", maka studi kasus lokal dapat menjadi pilihan karena pelajar familiar dengan situasi lokal, lokasi dan setting klinik atau rumah sakit.

Langkah-langkah berikut akan membantu dalam membangun kasus-kasus lokal yang relevan dengan topik yang sedang diajarkan. Tinjaulah bagian-bagian dari setiap topik dalam panduan Kurikulum untuk menguraikan relevansi topik dalam lingkungan kerja institusi kesehatan dan tujuan pembelajaran topik tersebut. Tuliskan kegiatan pendidikan sekaligus tujuan yang ingin diraih. Studi kasus dapat diperoleh dari: panduan kurikulum; atau meminta perawat, bidan, dokter, apoteker, dokter dan profesional kesehatan lainnya di rumah sakit atau klinik untuk mengidentifikasi kasus tertentu yang relevan. Kasus tersebut dapat dikembangkan dalam cerita yang realistis yang mengandung unsur-unsur yang terkait dengan materi keselamatan pasien yang akan diujikan.

Konteks studi kasus harus familiar bagi pelajar dan profesional kesehatan. Sebagai contoh, jika tidak ada layanan farmasi yang tersedia pada lingkungan lokal, maka studi kasus harus mempertimbangkan kondisi ini untuk tidak mengambil kasus yang tak relevan dengan situasi lokal.

Bagaimana memodifikasi studi kasus dalam Panduan Kurikulum

Sebagian besar studi kasus yang ditulis dalam buku ini menggambarkan perilaku atau proses. Banyak kasus yang dipilih dan yang disediakan oleh anggota tim ahli yang memiliki kompetensi pada satu topik tertentu, seperti kesalahan pemahaman, komunikasi, kerjasama dan terlibat dengan pasien. Kami telah membuat daftar semua kasus di bawah setiap topik yang kami anggap dapat digunakan untuk mencapai tujuan pembelajaran yang tepat.

Jenis kasus digunakan, mulai dari layanan kesehatan yang sangat bergantung pada teknologi hingga pada

situasi layanan kesehatan dengan akses terbatas. Ini berarti bahwa banyak dari studi kasus akan sesuai untuk kebanyakan program pelayanan kesehatan; Jika tidak, studi kasus dapat dimodifikasi dengan mengubah situasi dan lingkungan di mana kasus berlangsung. Kasus juga dapat menggambarkan penyedia layanan kesehatan yang terlibat. Sebagai contoh, pasien dapat berubah dari laki-laki menjadi laki-laki atau perempuan menjadi laki-laki (menyesuaikan budaya setempat), apakah anggota keluarga hadir atau tidak, apakah pasien berasal dari daerah pedesaan atau kota. Setelah studi kasus telah dimodifikasi untuk menyesuaikan dengan unsur lokal, maka Anda bisa mendiskusikannya dengan kolega untuk menilai apakah kasusnya masuk akal dan relevan dengan topik, lingkungan lokal dan konteksnya.

7. Prinsip-Prinsip yang Penting untuk Pendidikan Keselamatan Pasien

Karena Pendidikan keselamatan pasien menghasilkan praktek medis yang aman dan meningkatkan kualitas hasil medis pada pasien maka pola pendidikannya harus memberikan kesan bagi pelajar. Sebagaimana pembelajaran lain, salah satu tantangan utama adalah untuk memastikan transfer pelajaran dari ruang kelas relevan dengan lingkungan kerja yang akan dialami pelajar. Apa yang bisa lakukan pendidik untuk mendorong pelajar untuk menerapkan pembelajaran mereka dengan cara yang praktis pada lingkungan kerja medis yang nyata? Strategi berikut dapat membantu Anda.

Konteks sangat relevan dalam pendidikan keselamatan pasien

Kontekstualisasikan Prinsip-Prinsip Keselamatan Pasien

Prinsip-prinsip keselamatan pasien harus dibuat relevan dengan kegiatan sehari-hari yang dialami oleh tenaga kesehatan. Hal ini bertujuan untuk menunjukkan kepada pelajar kapan dan bagaimana pengetahuan keselamatan pasien dapat diterapkan dalam praktek. Caranya bisa dengan menggunakan contoh-contoh yang dapat dipahami oleh pelajar.

Gunakan contoh yang realistik dengan situasi pembelajaran

Pikirkan tentang jenis pekerjaan yang sebagian besar akan dialami oleh pelajar setelah mereka lulus dan juga untuk menentukan konteks lingkungan yang diajarkan dalam pendidikan keselamatan pasien. Kasus tentang kekurangan gizi, obesitas yang morbid atau malaria tidak berguna jika kondisi ini sangat jarang terjadi pada lingkungan Anda. Gunakan situasi yang umum dan relevan dengan yang dialami para pelajar

Mengidentifikasi Penerapan Praktek

Bantulah pelajar mengidentifikasi situasi di mana mereka dapat menerapkan pengetahuan dan keterampilan mereka tentang keselamatan pasien. Dengan cara ini mereka akan lebih mengenali peluang menerapkan praktek medis yang aman di tempat kerja. Sebagai contoh, identifikasi pasien

yang benar penting dalam hal sebagai berikut :

- Mengirimkan sampel darah;
- Pemberian obat-obatan
- Menaruh label pada kolom permintaan;
- Menuliskan dalam file informasi tentang pasien;
- Menulis grafik obat pasien
- Mempraktekan prosedur
- Melayani dengan pasien yang mengalami kesulitan dengan komunikasi;
- Berkomunikasi dengan keluarga dan kerabat pasien;
- Melakukan rujukan kepada profesional Pelayanan kesehatan lainnya.

Gunakan contoh yang menarik dan relevan bagi Pelajar

Gambarkan situasi sehingga pelajar dapat menempatkan diri mereka ketika bertindak sebagai profesional kesehatan pemula atau sebagai pelajar magang dalam institusi medis tertentu. Misalnya, jika sesi pendidikan tentang menjadi pasien, jauh lebih baik menggunakan contoh seorang pelajar yang tegas dengan menegur dokter senior ketika melakukan kesalahan, daripada menggambarkan situasi dalam hal praktisi senior perlu bersikap tegas pada manajemen rumah sakit. Dengan cara ini, relevansi materi akan lebih jelas kepada pelajar, sehingga menumbuhkan motivasi belajar lebih baik. Lihat contoh berikut

Contoh Kasus

Sambil mengamati sebuah operasi bedah, seorang pelajar perawat memperhatikan saat ahli bedah melakukan penutupan luka, masih ada peralatan bedah yang tertinggal dalam tubuh pasien. Pelajar perawat ini tidak yakin apakah dokter bedah menyadarinya dan bertanya-tanya apakah boleh menegur dokter.

Berikan Kesempatan Pelajar Untuk menerapkan pengetahuan dan ketrampilan keselamatan pasien

Dengan memberi pelajar kesempatan untuk melatih praktek medis yang aman, maka akan menjadi kebiasaan dan pelajar dapat melakukan pendekatan klinis dengan pola pikir keselamatan pasien. Latihan praktek medis yang aman dapat dilakukan segera setelah pelajar memulai pelatihan mereka-misalnya dengan materi sebagai berikut :

- Tutorial atau studi individu, misalnya brainstorming menemukan solusi dalam situasi yang berbahaya;
- Simulasi pengaturan medis, misalnya simulasi laboratorium, simulasi peran;
- Lingkungan , misalnya membersihkan tangan ketika merawat pasien, identifikasi pasien yang benar ketika mengambil darah
- interaksi pasien – ketika menasihati, pelajar dapat berlatih mendorong pasien untuk terinformasikan secara tepat tentang situasi medis yang dialaminya dan menjadi proaktif mengajukan pertanyaan sehingga menjamin perawatan berlangsung seperti yang direncanakan

Ciptakan Lingkungan Belajar yang Aman

Aspek lingkungan belajar juga dapat memiliki dasar efektivitas pendidikan dan pembelajaran. Lingkungan belajar yang ideal adalah yang aman, mendukung, menantang dan menarik.

Lingkungan Belajar yang Aman dan Mendukung

Lingkungan belajar yang aman dan mendukung adalah salah satu di mana: pelajar merasa nyaman mengajukan pertanyaan "awam" tentang apa yang mereka tidak mengerti dan membagi apa yang mereka mengerti dalam cara yang jujur dan terbuka. Pelajar yang merasa aman dan didukung dalam proses pembelajaran cenderung terbuka pada materi-materi ajar, menikmati tantangan dan lebih siap berpartisipasi secara aktif dalam kegiatan belajar.

Jika para pelajar merasa tidak aman dan tidak didukung, mereka akan cenderung enggan untuk mengungkapkan materi apa yang kurang mereka pahami dan cenderung tidak terlibat secara aktif karena takut merasa malu. Pelajar akan cenderung menjadi mempertahankan diri daripada belajar. Untuk menciptakan lingkungan belajar yang aman dan mendukung tidak hanya membuat belajar menjadi lebih menyenangkan, tetapi juga penting membuat pembelajaran lebih efektif. Pendidik memiliki peran penting dalam membuat lingkungan yang nyaman bagi pelajar.

Saran-saran yang dapat membantu menciptakan lingkungan belajar yang aman dan mendukung adalah sebagai berikut :

- Perkenalkan diri Anda pada pelajar dan minta para pelajar untuk memperkenalkan diri dengan menunjukkan minat mendalam mereka sebagai individu serta menunjukkan minat dalam pembelajaran mereka.

- Pada awal sesi pendidikan Anda, jelaskan bagaimana sesi belajar akan dijalankan. Hal ini akan membuat para pelajar bisa memperkirakan apa yang dipelajari, dan juga apa yang diharapkan dari pelajar.
- Orientasikan peserta didik pada lingkungan belajar. Hal ini penting jika proses belajar dilakukan di tempat kerja, lingkungan klinis, atau lingkungan simulasi. Pelajar perlu mengetahui apa yang diharapkan dari mereka jika dihadapkan pada situasi baru.

Simulasi

Simulasi lingkungan dapat membingungkan karena ada beberapa aspek yang nyata, dan ada beberapa aspek yang tidak. Padahal pelajar diminta berpura-pura menghadapi aspek medis yang nyata. Pastikan bahwa peserta didik tahu sejauh mana mereka harus melibatkan diri yang diperlukan untuk memainkan peran sebagai tenaga medis. Anda mengharapkan mereka untuk mengobati situasi. Mungkin memalukan bagi seorang pelajar keperawatan untuk berbicara tentang Kanulasi Intravena (IV) dengan menyisipkan lengan seolah-olah menghadapi pasien nyata padahal niat pendidik hanya untuk menggunakan praktek penyesuaian lengan untuk berlatih aspek manual.

- Undang pelajar untuk mengajukan pertanyaan dan jelaskan jika ada sesuatu yang mereka tidak mengerti.
- Jangan pernah mengkritik atau mempermalukan seorang pelajar karena kurangnya pengetahuan atau kinerja yang buruk. Sebaliknya, hal itu harus dipandang sebagai kesempatan belajar. partisipasi aktif jika diperlukan dapat meminta pelajar secara sukarela berpendapat daripada memilih pelajar untuk mengungkapkan gagasannya.
- Pertimbangkan untuk menunjukkan bagaimana melakukan sesuatu sebelum meminta pelajar untuk melakukan hal tersebut. Sebagai contoh, ketika mengajar tentang cara membuat sebuah field steril sebelum memberikan suntikan, jauh lebih efisien untuk menunjukkan bagaimana untuk melakukannya dengan benar pada awal. Hal ini lebih baik daripada pelajar melakukannya di depan rekan-rekan mereka sebelum diajarkan dan membuat kesalahan yang perlu diperbaiki.
- Ketika mengajukan pertanyaan pada sekelompok pelajar, cara terbaik untuk mengajukan pertanyaan adalah memberikan pelajar waktu untuk berpikir tentang pertanyaan, dan kemudian mencari seseorang untuk memberikan respon. Hindari memilih seorang pelajar sebelum mengajukan pertanyaan.

- Beberapa pelajar akan mungkin ketakutan dengan pola tersebut dan mungkin mendapat kesulitan berpikir jernih jika seluruh kelas sedang menunggu tanggapan mereka.
- Jika sebagai pendidik, Anda ditanya dan tidak tahu jawabannya, jangan mencoba untuk menyembunyikan fakta ini atau meminta maaf karena tidak tahu. Menanggapi dengan cara demikian memberikan kesan kepada pelajar bahwa ketidaktahuan tidak dapat diterima. Sebuah kutipan yang berguna untuk diingat adalah, "tiga kata yang paling penting dalam pendidikan profesional kesehatan adalah "Saya tidak tahu" [1].

Menciptakan Lingkungan Belajar yang Menantang dan Menarik

Pelajar yang ditantang oleh pendidik cenderung mengalami kemajuan belajar lebih cepat. Lingkungan belajar yang menantang adalah di mana pelajar diajak untuk berpikir dan melakukan hal-hal dengan cara baru. Asumsi mereka ditantang dan keterampilan-keterampilan yang baru dikembangkan. Pelajar tentunya menyukai dan menganggap penting kegiatan belajar demikian. Penting untuk menekankan perbedaan antara lingkungan belajar yang menantang dan lingkungan belajar yang menakutkan. Lingkungan belajar yang aman dan mendukung merupakan prasyarat untuk menantang cara belajar. Ketika para pelajar merasa aman dan didukung mereka terbuka untuk ditantang dengan berbagai materi yang disajikan, ketika mereka tertantang dengan materi yang diajarkan mereka akan lebih cenderung untuk terlibat dalam proses.

Sisi penting lain untuk mengajar yang efektif adalah dengan melibatkan para pelajar pada kegiatan belajar yang membuat pelajar bisa melatih otak, mulut atau tangan, dan tidak hanya telinga mereka. Cobalah untuk menghindari aktivitas yang mana pelajar hanya pasif menerima informasi.

Lakukan pembelajaran dengan cara lebih aktif, karena belajar dengan cara demikian memiliki dampak yang lebih terasa. Pengalaman belajar kegiatan seperti wawancara pasien, berlatih keterampilan prosedural dalam lokakarya dan bermain peran sebagai tenaga medis biasanya sangat menarik karena berdasarkan fakta dan membuat pelajar melakukan kegiatan tertentu. Pembelajaran dalam kelompok kecil juga menarik karena kolaborasi aktivitas diskusi dapat menumbuhkan pertanyaan di benak para peserta didik dan mereka tertantang untuk memecahkan masalah

Akan sangat menantang untuk memberikan kuliah yang menarik bagi pelajar. Strategi berikut dapat membantu Anda untuk melakukannya:

- Menjadi interaktif;
- Mengajukan pertanyaan kepada pelajar;
- Pelajar membahas masalah atau berbagi pengalaman mereka;
- Menceritakan kasus untuk menggambarkan insidens medis;
- Menggunakan contoh-contoh kasus atau masalah yang pelajar dapat dengan memahaminya sebagai pembuka sesi kuliah;
- Menggunakan konsep teoritis yang berkaitan dengan contoh-contoh konkrit;
- Menggunakan media video untuk menyampaikan kasus, pernyataan, solusi atau masalah.

Kegiatan seperti mengamati aktivitas rumah sakit atau klinik, membaca sebuah artikel atau mengamati prosedur dapat dibuat lebih menarik jika pelajar mendapat tugas untuk diselesaikan sebagai bagian dari proses belajar. Idealnya, tugas akan membantu mengembangkan keterampilan refleksi kritis. Misalnya, jika pelajar diharuskan untuk menghadiri pertemuan kajian medis, mereka bisa memperoleh beberapa pertanyaan dan ide berdasarkan pengamatan mereka.

Gaya Mengajar

Pendidik cenderung untuk mengadopsi gaya mengajar pilihannya jikapun ada pilihan lain [2]. Pilihan gaya mengajar itu mungkin ditentukan oleh keyakinan pendidik tentang gaya apa yang bekerja terbaik, bakat dan yang paling membuat pendidik nyaman.

Gaya mengajar dapat berkisar mulai dari *teacher-led* dimana pendidik berperan sebagai ahli dan menyajikan informasi melalui kuliah atau mendemonstrasikan cara melakukan sesuatu melalui *role model*, sampai gaya *student-centered* dimana pendidik hanya memfasilitasi pelajar untuk belajar mandiri atau dalam kelompok—misalnya proyek kelompok kecil.

Gaya mengajar memiliki keuntungan dan kerugian tergantung pada substansi yang diajarkan, jumlah pelajar, gaya mengajar yang disenangi pelajar, kemampuan pendidik, waktu dan sumber daya yang tersedia pada saat sesi mengajar. Keuntungan menerapkan gaya mengajar yang berpusat pada pelajar diantaranya adalah kolaborasi antar pendidik dan pelajar untuk saling memberikan dorongan, komunikasi dan kemampuan proaktif kelompok dalam menyelesaikan masalah diantara peserta didik dan pengalaman penting untuk berperan dalam tim secara efektif. Anda harus menyadari tidak hanya gaya mengajar Anda, tapi juga gaya mengajar lainnya bisa sama bahkan lebih efektif dalam situasi tertentu. Diperlukan fleksibilitas untuk menyesuaikan gaya mengajar dengan keseluruhan disain penyampaian kurikulum dalam program Anda

Harden mengidentifikasi enam peran penting pendidik [3] :

- Penyedia informasi;
- Role model;
- Fasilitator;
- Penilai;
- Perencana;
- Pembentuk sumber daya

Sebagai penyedia informasi di bidang keselamatan pasien, sangat penting bagi pendidik memahami benar tentang keselamatan pasien. Pemahaman ini juga perlu didukung dengan pengetahuan tentang prinsip-prinsip dasar keselamatan pasien, mengapa keselamatan pasien perlu diterapkan di layanan kesehatan, dan apa yang dapat dilakukan untuk mempromosikan keselamatan pasien di layanan kesehatan. Merefleksi pada praktek medis yang Anda lakukan sendiri dan pendekatan yang Anda lakukan pada institusi medis tempat Anda bekerja akan membantu mengidentifikasi poin pendidikan yang relevan untuk pelajar.

Ada banyak cara yang dapat dilakukan pendidik untuk menunjukkan praktek medis yang aman. Ketika Anda berada di tempat praktek dengan pasien, pelajar akan melihat bagaimana Anda melakukan hal-hal berikut:

- berinteraksi dengan pasien dan keluarga;
- menghormati keinginan pasien dan keluarga;
- menginformasikan pasien dan keluarga tentang risiko medis;
- mempertimbangkan risiko medis dan rasio manfaat dalam menentukan rencana manajemen;
- merespon pertanyaan dari pasien dan keluarga
- membersihkan tangan ketika menangani pasien;
- mengadopsi pendekatan tim;
- menerima saran dari rekan-rekan tenaga medis lainnya;
- mematuhi protokol tempat kerja;
- mengakui ketidakpastian risiko medis;
- mengakui dan belajar dari kesalahan Anda sendiri dan orang lain [4];
- memecahkan masalah dalam kerangka sistem;
- menjaga diri dan kolega

Anda dapat menjadi seorang pendidik yang sangat efektif untuk mengajarkan materi keselamatan pasien hanya dengan menjadi seorang praktisi yang melakukan praktek medis secara aman.

Mempertimbangkan pasien dalam mengajarkan keselamatan pasien

Pendidikan Keselamatan pasien dapat digabungkan dalam banyak model pendidikan yang berbeda dari lingkungan praktek, dari mulai kuliah hingga tutorial di kamar pasien namun dengan menjadi sadar bagaimana kesempatan belajar tersebut dapat terjadi. Beberapa pertanyaan berikut mungkin memberi Anda ide-ide tentang saat yang tepat mengajarkan keselamatan pasien:

- Risiko medis berbahaya apa yang dapat terjadi bagi pasien di sini...

- Apa yang dibutuhkan untuk menyadari situasi medis yang berbahaya dalam
- Bagaimana cara meminimalkan risiko...
- hal apa saja yang akan membuat situasi ini lebih berisiko untuk pasien...
- apa yang harus kita lakukan jika situasi X harus terjadi...
- apa yang akan menjadi rencana B...
- apa yang akan kita katakan kepada pasien jika risiko terjadi...
- Apa saja tanggung jawab tenaga medis... Siapa tenaga medis lain yang dapat membantu situasi ini... staf kesehatan lainnya? Pasien?
- apa yang terjadi? Bagaimana menghindari situasi ini terjadi lagi di masa depan...
- apa yang bisa kita pelajari dari situasi ini...
- pelajari rasio risik dan manfaat atas saran rencana medis Anda ...

Beberapa pengalaman belajar yang terbaik mungkin berasal dari pasien sendiri. Peran mereka dalam pendidikan kesehatan memiliki sejarah yang panjang, biasanya berkaitan dengan pengalaman mereka atas suatu penyakit yang diderita. Namun, mereka dapat juga mengajarkan pelajar tentang komunikasi dan risikonya, etika, respons terhadap insidens, dan banyak lagi.

Catatan Penting

Ingat bahwa pelajar mungkin menjadi kehilangan semangat jika ada penekanan berlebihan pada risiko, kesalahan, dan bahaya yang dapat ditimbulkan pada pasien. Pendidik keselamatan pasien yang efektif akan mampu menyeimbangkan ini dengan menangani aspek positif pada bidang tersebut, seperti solusi atas masalah, apa saja kemajuan dalam keselamatan pasien, dan melengkapi pelajar dengan landasan strategi untuk meningkatkan kemampuan praktek mereka. Hal ini juga penting untuk memberi wawasan pada pelajar tentang keberhasilan proses perawatan pasien. Keselamatan pasien pada intinya adalah bagaimana membuat Pelayanan kesehatan lebih baik.

Sumber

Seri Teaching on the Run ini dikembangkan oleh dokter Australia dan relevan dengan pendidikan profesional kesehatan di tempat kerja dimana terdapat banyak tuntutan bagi pendidik yang juga bertindak sebagai penyedia layanan kesehatan (<http://www.meddent.uwa.edu.au/teaching/on-the-run/tips>; diakses 4 Januari 2011).

1. National Center for Patient Safety of the US Department of Veterans Affairs (www.patientsafety.gov; accessed 17 February 2011).
2. Cantillon P, Hutchinson L, Wood D, eds. *ABC of learning and teaching in medicine*, 2nd ed. London, British Medical Journal Publishing Group, 2010.

3. Sandars J, Cook G, eds. *ABC of patient safety*. Malden, MA, Blackwell Publishing Ltd, 2007.
4. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in Pelayanan kesehatan: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Referensi

1. "I don't know": the three most important words in education. *British Medical Journal*, 1999, 318:A.
2. Vaughn L, Baker R. Teaching in the medical setting: balancing teaching styles, learning styles and teaching methods. *Medical Teacher*, 2001, 23:610–612.
3. Harden RM, Crosby J. Association for Medical Education in Europe Guide No 20: The good teacher is more than a Kuliahr: the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*, 2000, 22:334–347.
4. Pilpel D, Schor R, Benbasset J. Barriers to acceptance of medical error: the case for a teaching programme. *Medical education*, 1998, 32:3–7.

8. Kegiatan untuk Membantu Pemahaman Keselamatan Pasien

Pengantar

Pelajar di bidang pelayanan kesehatan terbiasa untuk memahami informasi baru dengan belajar dan kemudian bekerja keras untuk menerapkan pengetahuan dan keterampilan baru dalam perawatan pasien mereka. Dalam hal keselamatan pasien, hanya "berusaha keras" tidak akan berhasil [1]. Oleh karena itu, harus ada pemikiran yang lebih untuk mendesain format dan waktu penyampaian.

Tujuan dari bab ini adalah untuk menjelaskan berbagai strategi yang dapat digunakan untuk membantu memahami keselamatan pasien. Strategi dalam bab ini sama dengan berbagai strategi yang digunakan untuk mengajar aspek-aspek pendidikan pelayanan kesehatan lainnya. Tantangan bagi pendidik adalah untuk melihat apakah elemen keselamatan pasien dapat dimasukkan ke dalam kegiatan pendidikan dan pembelajaran yang ada. Jika demikian, strategi yang diterapkan harus mencegah agar topik-topik keselamatan pasien yang dipandang sekedar tambahan pada kurikulum. Topik keselamatan pasien haruslah dipandang sebagai kajian yang komprehensi dengan pendekatan holistik untuk kesehatan pendidikan.

Prinsip mendasar, sesuai dengan prinsip-prinsip pendidikan yang efektif, adalah kesempatan untuk "aktif belajar" harus dimaksimalkan, di mana peserta didik terlibat dengan proses belajar dengan model dan proses yang bermakna, bukannya pasif menerima informasi. Pembelajaran aktif dapat diringkas dengan pernyataan berikut [2]:

Jangan beritahu pelajar jika Anda sedang menunjukkan prakteknya, dan jangan menunjukkan prakteknya jika pelajar bisa melakukannya sendiri

Lowman menguraikan beberapa strategi pendidikan untuk meningkatkan efektivitas pembelajaran secara aktif, diantaranya [3]:

- menggunakan informasi yang menarik bagi peserta didik yang melibatkan peristiwa pada kehidupan nyata;
- menyajikan materi yang dramatis atau provokatif;
- memberi reward kepada pelajar
- mengaitkan tema dengan topik sebanyak mungkin;

- meninjau pengetahuan yang dimiliki pelajar sebelumnya melalui pretes dan peta konsep serta mengumpulkan informasi latar belakang pengetahuan pelajar;
- menantang para peserta didik dengan menghadirkan topik-topik yang lebih sulit dari waktu ke waktu;
- menunjukkan sikap yang Anda harapkan dari pelajar.

Sesi Kuliah

Dalam sebuah kuliah [4], pendidik menyajikan topik kepada sekelompok pelajar. Perkuliahan biasanya terjadi dalam suasana tatap muka; Namun, baru-baru ini, beberapa universitas memberi pelajar pilihan kuliah online melalui podcasting.

Kuliah harus berisi:

- Tujuan umum : menunjukkan tema umum kuliah, misalnya tujuan dari kuliah ini adalah untuk memperkenalkan topik keselamatan pasien;
- Tujuan khusus : berhubungan langsung dengan pembelajaran dan yang harus dicapai pada akhir kuliah, misalnya pada akhir kuliah Anda akan mendapatkan daftar tiga studi utama yang menyoroti dampak dari cerdera yang ditimbulkan dalam pemberian pelayanan.

Kuliah harus berlangsung sekitar 45 menit karena daya konsentrasi menurun setelah waktu ini. Oleh karena itu, sangat penting bahwa kuliah tidak berisi terlalu banyak bahan-paling tidak empat atau lima pokok materi.

Kuliah seringkali disusun dengan tiga unsur utama sebagai berikut (pengantar, isi, kesimpulan):

- Pengantar adalah periode awal dari kuliah ketika dosen menjelaskan mengapa topik penting dan menguraikan tujuan ses kuliah;
- Isi adalah bagian konten utama dari kuliah;
- Kesimpulan harus meninjau kembali tujuan dan point point kunci dari kuliah tersebut.

Manfaat:

- Dapat menyampaikan informasi kepada pelajar dalam jumlah besar pada satu waktu;

- Berguna untuk memberikan gambaran tentang topik yang luas, untuk menyampaikan informasi faktual dan memperkenalkan konsep-konsep teoritis;
- Memberikan informasi mutakhir dan ide-ide yang tidak mudah diakses dalam teks atau kertas;
- Menjelaskan atau menguraikan konsep-konsep sulit dan ide-ide dan bagaimana harus diatasi.

Tantangan:

- Membuat sejumlah besar pelajar terlibat aktif;
- Pelajar senior dan staf junior umumnya lebih memilih lebih pengalaman teknik;
- Keterampilan presentasi;
- Biasanya ada beberapa ketergantungan pada teknologi;
- Isi materi (tentang bahaya perawatan kesehatan) dapat mengecilkan hati pelajar

Contoh

- Topik 1 : Apa itu Keselamatan Pasien
- Topik 2 : Mengapa menerapkan faktor manusia penting untuk keselamatan pasien

Belajar selama bekerja dan magang di layanan klinik

Pendidikan yang terjadi pada ronde bangsal pasien, klinik atau di samping tempat tidur pasien (*bedside teaching*)

Manfaat:

- Pendidikan di bangsal pasien memberikan kesempatan ideal untuk mengajar dan mengamati ketrampilan memeriksa dan melakukan anamnesis pasien. Selain itu pelajar juga dapat belajar komunikasi, keterampilan interpersonal – Pengajar juga dapat juga dapat menjadi role model dalam praktek medis yang aman, etis, dan aman
- Isu-isu keselamatan pasien terdapat di seluruh lingkungan kerja;
- Pembelajaran yang kontekstual;
- Sangat relevan;
- Menarik dan kerap menantang.

Tantangan

- Kurang waktu karena tekanan kerja;
- Kurang pengetahuan tentang bagaimana untuk menggabungkan topik keselamatan pasien ke dalam bedside teaching.
- Kesempatan - tidak mungkin untuk mempersiapkan dan menyampaikan kurikulum yang seragam.

Contoh :

- Topik 9 : Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (isu kebersihan tangan di tempat kerja)
- Topik 10 : Keselamatan Pasien dan Prosedur Invasif (termasuk proses identifikasi pasien)

Sumber

Seri Teaching On The Run ini dikembangkan oleh dokter dan relevan dengan pendidikan profesional kesehatan di tempat

kerja dimana terdapat banyak tuntutan perngajar yang juga bertindak penyedia layanan (<http://www.meddent.uwa.edu.au/teaching/on-the-run/tips>; diakses 4 Januari 2011).

Aktivitas Belajar pada Kelompok Kecil - Belajar dengan pihak lain

Aktivitas ini terjadi ketika belajar dalam sebuah kelompok kecil, biasanya dengan pendidik, tetapi juga dengan pasien. Elemen utama metode ini adalah partisipasi pelajar dan interaktivitasnya digunakan dalam hubungannya dengan masalah tertentu. Tetapi metode ini memberikan lebih banyak beban pada pelajar untuk bertanggung jawab pada pelajaran mereka sendiri, misalnya pekerjaan proyek.

Manfaat:

- Membagi cerita sendiri;
- Mendengarkan pasien bercerita;
- Belajar dari rekan-rekan pelajar lainnya;
- Multi perspektif
- Belajar keterampilan kerja tim dan komunikasi.

Tantangan:

- dinamika group;
- implikasi sumber daya dalam hal waktu pendidik yang terbatas;
- Keahlian dari pendidik.

Contoh:

- Topik 2: Mengapa menerapkan faktor manusia penting untuk keselamatan pasien (Pertimbangan faktor manusia dalam menggunakan peralatan medis)
- Topik 4: Berperan efektif dalam tim (kerja sama tim dalam organisasi pekerjaan atau lingkungan klinis)

Sumber Materi

Learning to use patient stories. NHS Evidence -innovation and improvement (<http://www.library.nhs.uk/improvement/viewResource.aspx?resID=384118>; accessed 4 January 2011).

Beyea SC, Killen A, Knox GE. Learning from stories—a pathway to patient safety. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 2004, 79, 224-226.

Panduan Kurikulum ini:

- Memungkinkan organisasi kesehatan dan tim mereka melaksanakan serangkaian intervensi untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima pasien;
- berbasis di sekitar pengumpulan dan penggunaan riwayat pasien;
- Menunjukkan metode untuk mengumpulkan cerita-cerita yang efektif dari semua anggota masyarakat-pasien, penjaga dan staf;
- Menunjukkan bahwa setiap orang memiliki persepsi yang berbeda berdasarkan pengalaman Pelayanan kesehatan yang dialami.

Diskusi Kasus

Hal ini terjadi ketika sekelompok pelajar – bersama dengan pendidik-membahas kasus klinis.

Manfaat:

- Dapat menggunakan kasus aktual atau menciptakan kasus untuk menggambarkan prinsip-prinsip keselamatan pasien;
- Konteksutual-membuat konsep nyata dan relevan;
- Belajar untuk memecahkan masalah yang timbul di tempat kerja;
- Dapat menghubungkan konsep-konsep abstrak ke situasi kehidupan nyata.

Tantangan:

- Dapat mengembangkan realistis kasus yang mendorong pelajar untuk menjadi aktif terlibat dalam diskusi;
- Menggunakan kasus secara efektif untuk menantang berpikir dan menghasilkan pembelajaran yang efektif dan bijak
- Mendorong pelajar untuk menghasilkan pemecahan masalah sendiri.

Sumber Materi

Analisa kecelakaan klinis dari rumah sakit, klinik dan lingkungan medis.

Agency for Healthcare Research and Quality weekly morbidity and mortality cases (<http://webmm.ahrq.gov/>; accessed 4 January 2011).

Game

Permainan dapat menyenangkan karena dapat mengembangkan kemampuan berperand alam situasi medis tertentu

Manfaat

- Menyengangkan
- Menantang
- Dapat mengilustrasikan kemampuan bekerja dalam tim dan komunikasi

Tantangan

- Mengaitkan game dengan tempat praktek medis
- Mendefinisikan tujuan game secara jelas di awal

Sumber Materi

<http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm>; accessed 4 January 2011.

Belajar Independen

Pembelajaran dilakukan dengan cara pelajar mengerjakan tugas seperti esai dan tugas-tugas lainnya

Manfaat

- Pelajar dapat mengerjakan dengan cara mereka

- Pelajar dapat fokus pada kemampuan penangkapan pengetahuan
- Kesempatan untuk merefleksi pengetahuan yang didapat
- Murah, mudah dijadwalkan
- Fleksibel untuk pelajar

Tantangan

- Motivasi
- Kurang exposure pada input pelajaran yang beragam
- Kurang menarik
- Menilai hasil kerja pelajar dan memberikan feedback dapat memakan waktu bagi pendidik

Menemani pasien yang menggunakan layanan kesehatan (rumah sakit, klinik, Kamar konsultasi pribadi, formularium): Melacak Pasien

Pelajar mendampingi pasien tertentu selama melakukan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Latihan mencakup yakni pelajar menemani pasien pada semua tahap klinis seperti penyelidikan, tes, dan prosedur.

Manfaat:

- Memberi kesempatan untuk belajar tentang sistem Pelayanan kesehatan;
- Melihat segala sesuatu dari perspektif pasien;
- Melihat perbedaan bidang kesehatan berinteraksi bersama-sama.

Tantangan :

- Menentukan waktu;
- Membentuk pengalaman menjadi suatu latihan pembelajaran;
- Kesempatan terbatas bagi pelajar untuk berbagi pembelajaran mereka dan mendapatkan umpan balik dari rekan-rekan serta mendapatkan penilaian.

Bermain Peran

Metode pendidikan ini terkenal karena memungkinkan pelajar untuk bertindak di luar peran profesional kesehatan pada situasi khusus. Metode ini terdiri dari dua tipe

- Pelajar berimprovisasi dialog dan tindakan untuk menyesuaikan skenario yang telah ditetapkan;
- Pelajar menjalani peran dengan dialog sesuai situasi pada studi kasus

Manfaat:

- Murah
- Membutuhkan sedikit pelatihan;
- Selalu tersedia;
- Interaktif – memungkinkan pelajar untuk mencoba skenario "Bagaimana jika";
- Kaya pengalaman-memperkenalkan peserta didik pada peran yang pasien, Keluarga, dan praktisi kesehatan, dan administrator dalam situasi keselamatan pasien;

- Membolehkan pelajar untuk mengadopsi peran yang lebih enior atau peran pasien;
- Dapat menunjukkan perspektif yang berbeda;
- Ideal untuk menjelajahi faktor dalam hubungannya dengan kerja tim interprofessional dan komunikasi dalam pencegahan ada kesalahan demi keselamatan pasien.

Tantangan:

- Menulis writing skenario atau script;
- Mengembangkan situasi yang cukup bermakna yang memungkinkan ada pilihan, keputusan, konflik;
- memakan waktu;
- Tidak semua pelajar terlibat (beberapa hanya pasif sebagai penonton);
- Pelajar bisa mendapatkan tidak memahami topik dan tujuan peran.

Sumber Materi

Kirkegaard M, Fish J. Doc-U-drama: using drama to teach about patient safety. *Family Medicine*, 2004, 36:628–630.

Simulasi

Dalam konteks Pelayanan kesehatan, simulasi didefinisikan sebagai " teknik pendidikan yang memungkinkan interaksi dan aktivitas mendalam dengan menciptakan semua atau bagian dari pengalaman klinis tanpa mengekspos risiko pasien yang terkait" [5]. Ada kemungkinan bahwa ada peningkatan akses ke berbagai bentuk latihan simulasi karena meningkatnya keharusan untuk menghindari bahaya pasien [6].

Sejumlah modalitas simulasi yang berbeda telah tersedia, diantaranya :

- simulator berbasis layar komputer;
- model atau manekin berteknologi rendah yang digunakan untuk latihan manuver fisik sederhana;
- Model pasien terstandar pasien (patient aktor);
- Simulator manekin pasien yang terkomputerisasi canggih
- Perangkat realitas virtual

Manfaat

- Tidak ada risiko untuk pasien;
- Banyak skenario dapat disajikan, termasuk situasi kritis yang jarang dimana respon yang cepat diperlukan;
- Peserta simulasi dapat melihat hasil dari keputusan dan tindakan mereka, kesalahan praktek medis dapat diperbolehkan terjadi dan bisa mencapai kesimpulan (dalam praktek nyata seorang dokter yang lebih senior akan campur tangan);
- skenario yang mirip dapat dipresentasikan kepada dokter dan tim yang berbeda;
- penyebab dasar situasi medis dapat diketahui.
- Dengan menggunakan Simulator berbasis manekin dokter dapat menggunakan peralatan asli, mengekspos keterbatasan tatap muka manusia dan mesin secara langsung;

- Penuh hiburan dari lingkungan klinis aktual karena memungkinkan untuk mengeksplorasi interaksi interpersonal yang lengkap dengan staf klinis lain dan memberikan pelatihan kerja tim, kepemimpinan dan komunikasi;
- Intensif dan sesi simulasi dapat direkam, termasuk rekaman suara dan rekaman gambar; serta tak ada persoalan mengenai data rahasia pasien dan kemudian hasil rekaman tersebut dapat disimpan untuk kepentingan penelitian, penilaian kerja atau akreditasi

Tantangan

- Beberapa peralatan simulasinya sangat butuh keahlian khusus untuk mengajar dan memelihara beberapa perangkat pelatihan.

Proyek Penyempurnaan

Peningkatan mutu adalah sebuah siklus yang terus-menerus seperti perencanaan, pelaksanaan strategi, mengevaluasi efektivitas strategi, dan refleksi untuk melihat peningkatan lebih lanjut yang dapat dilakukan. Proyek peningkatan mutu biasanya digambarkan dalam siklus plan-do-study-act (PDSA) [8] sebagai berikut:

- Plan-perubahan, berdasarkan kemampuan yang diperoleh untuk meningkatkan proses yang masih berlangsung
- Do-menerapkan perubahan;
- Study-menganalisis hasil perubahan;
- Action-apa yang perlu terjadi selanjutnya untuk melanjutkan proses perbaikan.

Pendekatan siklus PDSA ini mendorong kesehatan profesional untuk mengembangkan dan secara aktif terlibat dalam strategi peningkatan. Siklus PDSA juga mempromosikan evaluasi dari perubahan setelah strategi telah dilaksanakan. Oleh karena itu, strategi PDSA bisa menjadi sebuah pendekatan yang sangat berguna yang membuat pelajar yang belajar praktek kesehatan pada bangsal pasien atau klinik, sebagai bagian dari pendekatan multidisiplin untuk keselamatan pasien. Sebagian besar proyek peningkatan mutu mengandung elemen pendidikan keselamatan pasien.

Manfaat:

- Memotivasi;
- Memberdayakan;
- Belajar tentang perubahan manajemen;
- Belajar untuk bersikap proaktif;
- Belajar memecahkan masalah

Tantangan:

- Mempertahankan momentum dan motivasi;
- Komitmen waktu

Contoh:

Kebersihan Tangan di Lingkungan klinis

Sumber Materi

Bingham JW. Using a healthcare matrix to assess patient care in terms of aims for improvement and core competencies. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2005, 31:98–105.

US Agency for Healthcare Research and Quality mortality and morbidity web site (<http://www.webmm.ahrq.gov/>; accessed 17 February 2011).

Referensi

1. Kirkegaard M, Fish J. Doc-U-Drama: using drama to teach about patient safety. *Family Medicine*, 2004, 36:628–630.
2. Davis BG. *Tools for teaching*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1993.
3. Lowman J. *Mastering the techniques of teaching*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1995.
4. Dent JA, Harden, RM. *A practical guide for medical teachers*. Edinburgh, Elsevier, 2005.
5. Maran NJ, Glavin RJ. Low- to high-fidelity simulation a continuum of medical education? *Medical Education*, 2003, 37(Suppl. 1):S22–S28.
6. Ziv A, Small SD, Glick S. Simulation based medical education: an ethical imperative. *Academic Medicine*, 2003, 78:783–788.
7. Gaba, DM. Anaesthesiology as a model for patient safety in healthcare. *British Medical Journal*, 2000, 320:785–788.
8. Cleghorn GD, Headrick L. The PDSA cycle at the core of learning in health professions education. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1996, 22:206–212

9. Bagaimana Menilai Keselamatan Pasien

Tujuan Penilaian

Penilaian adalah bagian integral dari kurikulum apapun. Isi dan format prosedur penilaian sangat mempengaruhi perilaku belajar dan hasil belajar pelajar. Sangat penting bahwa penilaian mendukung hasil tujuan belajar, serta memberikan motivasi dan arah yang tepat bagi pelajar. Penilaian harus bermakna dan memberikan kepercayaan kepada pendidik, perencana kursus dan pemangku kepentingan eksternal, seperti badan akreditasi, Dewan Standardisasi dan pemberi kerja untuk pelajar di kemudian hari. Newble dan Cannon [1] menekankan bahwa kejelasan tentang tujuan dari penilaian itu sangat penting. Mereka mencatat berbagai tujuan penilaian. Berikut diantaranya :

- menilai penguasaan keterampilan esensial dan pengetahuan;
- memberi Peringkat pada pelajar;
- mengukur peningkatan belajar pelajar sepanjang waktu;
- mendiagnosis kesulitan pelajar;
- memberikan umpan balik kepada pelajar;
- mengevaluasi efektivitas program;
- memotivasi pelajar untuk belajar;
- pengaturan standar;
- kendali mutu untuk publik.

Dalam keselamatan pasien, membuat pelajar benar-benar melakukan tugas dan berlatih melakukannya lebih sulit daripada merancang instrumen penilaian untuk menunjukkan seberapa baik mereka melakukan aktivitas. Mengingat bahwa banyak profesional kesehatan belum kompeten dalam keselamatan pasien, fokus pada penilaian harus mendukung pengembangan pengetahuan dan keterampilan pelajar secara terus menerus dalam keselamatan pasien. Tidak ada pelajar yang dicegah untuk melanjutkan program mereka karena gagal mendapatkan penilaian dalam bidang keselamatan pasien kecuali hasilnya sangat buruk dan bisa berbahaya dalam melakukan praktek medis. Keselamatan pasien bukanlah bidang yang cocok untuk dipelajari sendiri oleh pelajar.

Keselamatan pasien tergantung pada yang kompleksitas seperangkat faktor yang bekerja dengan tim tepat, latihan

pelayanan kesehatanyang dirancang untuk meminimalkan kegagalan praktek medis, dan dukungan aktif untuk keselamatan pasien dari organisasi dan manajemen medis. Pelajar sebagai pemula diharapkan memiliki dasar pengetahuan dan keterampilan, mendapatkan model peran dan mentor yang sesuai, serta memperoleh pengalaman bekerja dalam tim yang berfungsi dengan baik. Pelajar akan menjadi lebih cerdas dan responsif terhadap lingkungan yang terdiri dari banyak faktor yang membuat perawatan pasien tidak aman. Konteks belajar pelajar tentang keselamatan pasien dan tujuan dari penilaian dalam keselamatan pasien harus memberikan umpan balik dan memotivasi pelajar untuk terlibat aktif dalam praktek keselamatan pasien. Proses penilaian harus mencerminkan hal ini.

Melibatkan pelajar dalam proses penilaian

Salah satu tantangan terbesar yang dihadapi lembaga pendidikan adalah menemukan instruktur atau kesehatan profesional yang tepat untuk mengajarkan keselamatan pasien di tempat kerja. Salah satu cara untuk mengatasi kesulitan ini adalah dengan mengimplementasikan kurikulum berbasis pelajar. Tapi alasan utama membuat pelajar melakukan tugas-tugas keselamatan pasien adalah melakukan pendidikan dengan metode yang paling efektif. Di University Sydney Medical School (Australia), pelajar diwajibkan untuk melaksanakan kegiatan keselamatan pasien mereka dua tahun terakhir sambil magang di rumah sakit.

Mereka disediakan dengan sumber materi berbasis web, yang berisi materi dasar untuk dipelajari dalam waktu singkat. Topik-topik yang disajikan oleh WHO dalam buku ini dapat diubah dengan format yang cocok di web sebagai bahan bacaan sebelum pelajar melakukan praktik kegiatan yang berhubungan dengan topik belajar. Pelajar mencatat pengalaman mereka dan menjawab pertanyaan yang diajukan untuk kegiatan tertentu pada satu halaman template. Pada akhir sesi, pelajar bertemu dalam kelompok kecil dengan pendidik mereka untuk mendiskusikan pengalaman dan pengamatan. Tutor atau atasan diperlukan dalam sesi ini untuk melakukan verifikasi.

Pelajar harus yang menyelesaikan penilaian formatif untuk topik tertentu. Di bawah ini adalah contoh Topik

(3) dari kurikulum, kegiatan yang harus dilakukan, serta persyaratan penilaian.

Bagan A.9.1. Konten Topik 3: The University of Sydney, Australia

Topik 3	Kegiatan	Penilaian
Memahami Sistem dan Akibat Kompleksitasnya Pada keselamatan pasien	Membaca materi topik, mengikuti pasien dari Waktu masuk rumah sakit Hingga keluar dan selesai perawatan	Kinerja partisipasi tatap muka

Bagan A.9.2 adalah template yang digunakan pelajar untuk membuat catatan ketika mereka

melakukan pengamatan pada pasien selama di rumah sakit / klinik .

Bagan A.9.2. Contoh laporan penilaian pelajar Topik 3: The University of Sydney, Australia

Tahap 3 (Tahun 3 program pascasarjana medis):
Topik 3: Memahami sistem

.....

Nama Pelajar

Nomor Pelajar

Tanggal Kegiatan

Ringkasan perawatan pasien:

3 observasi utama:

3 hal penting yang dipelajari:

Posisi pendidik yang menandatangani penilaian

Nama

Tanda tangan

Posisi

Tanggal

untuk didampingi oleh professional kesehatan untuk mengamati mereka berpartisipasi dalam kegiatan (misalnya rekonsiliasi obat, persiapan obat-obatan farmasi, pengamatan dari proses time-out sebelum prosedur). Profesional kesehatan yang mendampingi harus menandatangani formulir konfirmasi bahwa pelajar telah menyelesaikan tugas. Ada contoh penilaian pelajar dalam Bagian B, lampiran 1.

Salah satu manfaat dari kegiatan tersebut adalah menumbuhkan potensi untuk mengubah budaya professional medis tempat kerja. Ketika pelajar meminta staf apakah mereka dapat mengamati atau berpartisipasi dalam kegiatan tertentu dan alasannya mengapa, mereka dapat membuka diskusi tentang program keselamatan pasien. Banyak topik dapat disampaikan dengan menggunakan metode penyampaian oleh pelajar.

Peran pengukuran kemampuan dalam penilaian

Ada empat komponen langkah-langkah yang perlu dilakukan, diantaranya adalah: validitas (apakah metode penilaian yang valid?); keandalan (Apakah penilaian selalu menghasilkan hasil yang konsisten?); praktis (waktu dan sumber daya apa yang diperlukan?); belajar hasil positif (bagaimana berpraktek medis dari sudut pandang pelajar?) [1]. Untuk membaca lebih lanjut tentang pengukuran dalam penilaian, sumber berikut mungkin berguna.

Brown S, Glasner A, eds. *Assessment matters in higher education: choosing and using diverse approaches*. Buckingham, Society for Research into Higher Education and Open University Press, 1999.
Miller A, Imrie B, Cox K. *Student assessment in higher education: a handbook for assessing performance*. London, Kogan Page Ltd, 1998.

Penilaian Formatif

Penilaian formatif adalah bagian penting dan melekat proses pembelajaran bagi pelajar. Pembelajaran keselamatan pasien cocok diterapkan metode penilaian formatif. Berbagai kegiatan sangat mungkin menjadi satu komponen dalam program kesehatan. Penilaian diri adalah kemampuan pelajar untuk menilai pembelajaran berdasarkan kebutuhan mereka sendiri dan memilih kegiatan pendidikan yang memenuhi kebutuhan tersebut. (Bukti dominan menunjukkan bahwa pelajar memiliki kemampuan terbatas untuk secara akurat menilai diri sehingga perlu penilaian eksternal.)

Penilaian formatif harus terus-menerus dilakukan serta memberikan umpan balik kepada pelajar tentang kinerja mereka. Tujuan dari penilaian jenis ini adalah untuk membuat pelajar membuka diri tentang pengamatan mereka dan pengalaman berpraktek Pelayanan kesehatan. Kami ingin mereka merasa bebas untuk mengungkapkan kerentanan dan kelemahan mereka. Pendekatan penilaian dengan acara hukuman dapat membuat situasi sebaliknya. Hal itu dapat membuat pelajar menyembunyikan tingkat pengetahuan dan keterampilan. Mereka juga mungkin enggan untuk berbicara tentang pengamatan mereka, terutama ketika mereka menghadapi perawatan dan praktek medis tidak aman.

Penilaian Sumatif

Semua komponen penilaian yang harus dilalui oleh pelajar, atau harus diselesaikan sebelum berlanjut ke tingkat pelajaran/kursus yang lain, adalah bentuk penilaian sumatif. Secara umum, Penilaian sumatif terdiri dari dua jenis penilaian: ujian akhir kursus dan penilaian lapangan.

Contoh di atas dari University of Sydney adalah contoh penilaian sumatif. Para pelajar diminta untuk melakukan kegiatan-kegiatan dan dinilai melalui diskusi tatap muka atau pengamatan. Pelajar memiliki satu semester untuk menyelesaikan tugas-tugas penilaian sumatif lapangan. Penilaian tersebut biasanya bisa dilakukan tiap 8 minggu, akhir semester, akhir tahun, atau akhir program. Sebagian besar bab ini mencakup persyaratan penilaian akhir dalam kursus medis tertentu.

Penilaian Sumatif In-course

Ada berbagai metode penilaian yang dapat dengan mudah digunakan dalam kurikulum keselamatan pasien. Banyak program pendidikan kesehatan bisa menggabungkan elemen-elemen penilaian dalam bentuk "catatan prestasi".

Beberapa elemen praktek penilaian terbaik dalam Keselamatan Pasien

Prinsip-prinsip penilaian berikut ini akan berlaku untuk mencapai tujuan kurikulum keselamatan pasien. Penilaian harus:

- Mendorong belajar dalam arah yang dituju dan menghasilkan profesional kesehatan yang mampu member perawatan pasien yang aman;
- memiliki sebuah elemen formatif yang kuat, dengan adanya peluang untuk rehabilitasi dan konseling sepanjang proses kursus;
- Terintegrasi dengan, misalnya, kompetensi klinis dan kompetensi non disiplin medis;
- Termasuk dalam kompetensi pemeriksaan klinis dan perilaku profesional dalam semua tahap kursus;
- Termasuk ujian ilmu-ilmu dasar, misalnya terintegrasi dengan ilmu kesehatan masyarakat pada semua tahapan kursus;
- Progresif dan memastikan bahwa proporsi dari materi ajar dari tahap sebelumnya akan dimasukkan dalam semua ujian berikutnya;
- Dikembangkan dengan harapan bahwa penilaian akan memenuhi standar jaminan kualitas; klaim keadilan dengan melibatkan pelajar dan staf dalam proses pembangunan;
- Dapat memotivasi dan memberikan arahan untuk apa pelajar perlu belajar praktek medis dengan aman;
- Penilaiannya layak dan diterima oleh fakultas dan pelajar.

Menentukan apa yang diujikan

Menentukan kompetensi yang diujikan

Pelajar secara umum peduli tentang jumlah bahan dalam kurikulum yang harus mereka pelajari, sekaligus khawatir karena tidak tahu kompetensi apa yang mungkin akan dinilai.

Fakultas harus menggambarkan kisaran kompetensi (atau pengetahuan) yang akan diuji, yang biasanya akan ditarik langsung dari hasil pembelajaran kurikulum. Hal ini penting untuk memastikan bahwa penilaian direncanakan secara memadai sampai pada kisaran kompetensi akhir tingkat profesional kesehatan. Beberapa kompetensi harus sistematis dinilai untuk

memastikan bahwa pelajar membangun pengetahuan mereka dan mengintegrasikan pengetahuan yang dipelajari ke bidang praktek medis mereka. Tabel A.9.1 menunjukkan komponen yang berbeda dari keselamatan pasien yang dapat digunakan untuk penilaian akhir-dari-kursus seluruh program gelar profesional kesehatan dengan masa studi 4 tahun.

Table A.9.1. Cetak biru yang menunjukkan penilaian kursus tingkat akhir untuk komponen dalam kurikulum keselamatan pasien

Hasil pelajaran yang dapat dinilai	Tahun modul kurikulum dinilai			
	Tahun 1	Tahun 2	Tahun 3	Tahun 4
Apa itu keselamatan pasien?	X			
Sistem Pelayanan kesehatan		X		
Komunikasi		X		
Pelayanan kesehatanaman Terlibat dengan pasien Kerja Tim			X X X	
Pengembangan kualitas Kesalahan Pelayanan kesehatan Keamanan penggunaan obat				X X X

Pilih Metode tes yang sesuai

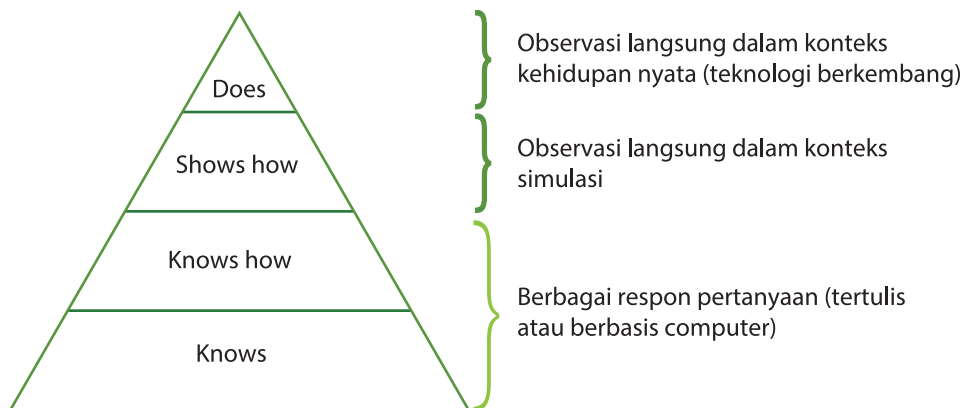
Penting untuk menekankan bahwa penilaian dalam keselamatan pasien sejajar dengan hasil pembelajaran yang telah disepakati. Tidak mungkin format penilaian cocok untuk menilai segala kompetensi yang butuh dinilai. Ada baiknya, untuk mengetahui berbagai metode penilaian dan membuat keputusan berdasarkan pemahaman tentang kekuatan dan keterbatasan metode penilaian tersebut. Tentukan tujuan penilaian, misalnya, "untuk menilai pengetahuan tentang pelaporan Insidens", pilihlah format, dapat dimodifikasi dengan esai pertanyaan (MEQ)

atau pertanyaan pilihan ganda (MCQ). Metode peningkatan kualitas cara terbaik dinilai melalui proyek pelajar. Ada beberapa konsep-konsep dasar dalam penilaian untuk membantu menentukan jenis format penilaian yang paling tepat. Salah satu yang paling terkenal adalah segitiga Miller, yang menunjukkan bahwa kinerja pelajar terdiri dari empat tingkat (Lihat gambar A.9.3):

- Know;
- Knows How;
- shows how;
- does.

Bagan A.9.3. Segitiga Miller

Sumber: Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine 1990 [2].



Misalnya, "shows how" berkaitan dengan kompetensi khusus untuk level ahli. Kompetensi khusus dapat diuji, misalnya dengan metode an objective structured clinical examination (OSCE) atau penilaian klinis yang objektif dan terstruktur. Berdasarkan bagan 3 tersebut, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan (tahu) dapat diuji dengan metode MCQs, misalnya. Format-format penilaian khas sekolah profesional kesehatan mencakup :

Tertulis :

- esai
- Item pilihan ganda (1-45)
- Extended Matching Questions (EMQ) atau pertanyaan mencocokkan
- Modified Essay question (MEQ) atay pertanyaan esai yang dimodifikasi
- Tugas menulis panjang
- portofolio atau buku

Kerja Praktek:

- Ujian multi station
- Observasi langsung hasil kinerja (observasi kasus medis yang panjang, letihan evaluasi klinis kecil)
- 36 derajat atau feedback multi nilai
- Laporan terstruktur
- presentasi lisan (proyek - diskusi berbasis kasus)
- self-assessment
- ujian lisan terstruktur

Ada beberapa kekuatan dan kelemahan pada format penilaian dan ini perlu dipertimbangkan ketika memilih penilaian yang tepat untuk hasil pembelajaran tertentu dalam kurikulum keselamatan pasien.

Tertulis

Esai

Esai tradisional familiar digunakan untuk penilaian. Keuntungan format penilaian ini adalah memungkinkan pelajar untu menuangkan pikiran kritis, keterampilan penalaran dan pemecahan masalah. Menulis esai memungkinkan para peserta didik untuk mengungkapkan pikiran mereka, meskipun sebagai metode penilaian sangat memakan waktu karena perlu tunduk kepada berbagai aturan. Kunci sukses menilai esai adalah memberikan umpan balik yang berkualitas. Hanya diberi tanda tanpa komentar akan mengecilkan hati pelajar yang ingin tahu apa landasan pikir pada sejumlah pertanyaan yang diajukan. Beberapa topik dalam panduan ini dapat digunakan dalam esai-jenis penilaian. Kecuali Fakultas memiliki sumber daya yang tersedia untuk memberikan feedback berkualitas bagi pelajarnya, metode ini harus dihindari.

Multiple choice question/extended matching question (MCQ/EMQ)

MCQ dan EMQ adalah format yang sangat menarik karena metode ini dapat menguji sampel berbagai kurikulum, dapat menandai mesin, dan memberikan penilaian dengan baik pada kemampuan pelajar. Namun, kelemahan utama metode ini dalam pengujian keselamatan pasien adalah bahwa metode ini cenderung untuk menguji pengetahuan saja. Sebagai contoh, metode ini dapat digunakan untuk menguji apakah seorang pelajar tahu karakteristik tim sukses, tetapi penilaian ini tidak dapat menguji apakah pelajar menerapkan salah satu pengetahuan ini dalam praktek. EMQ telah dirancang untuk mengatasi masalah untuk menebak dalam ujian pilihan ganda. Lihat bagian B, lampiran 2, untuk contoh MCQ

Modified essay questions/key feature

MEQs atau fitur kunci format dirancang untuk dijawab dalam 5 – 10 menit, dan membuat pelajar untuk membuat catatan singkat sebagai tanggapan sesuai skenario. Menetapkan model jawaban dan skema penilaian dapat mempertahankan Standardisasi jika penilaian dilakukan oleh beberapa penguji. Beberapa MEQs pada berbagai subyek yang berbeda dapat ditanyakan pada waktu menulis satu esai sampling dalam satu bidang kurikulum. Lihat bagian B, lampiran 2, misalnya perawat.

Portofolio/buku

Spektrum metode penilaian ini dapat dengan mudah terhubung dengan hasil kunci pembelajaran yang berkisar pada kegiatan profesional melalui catatan prestasi seluruh segmen program, dokumentasi pendukung penilaian tahunan lengkap dengan rencana belajar. Sebuah komponen yang sangat berguna dari penilaian model portofolio adalah kejadian kritis. Pelajar akan diminta untuk merefleksikan dengan cara yang terstruktur ketika mereka mengamati isu keselamatan pasien sebagai sebuah masalah. Pelajar menyerahkan portofolio buku untuk dinilai oleh tutor yang sesuai.

Praktek Klinis

Ada sejumlah besar bukti penelitian yang menunjukkan bahwa memiliki lebih dari satu pengamat meningkatkan akurasi penilaian kompetensi. Sangat penting bahwa pertimbangan keselamatan pasien dimasukkan dalam rubrik penilaian dan pemeriksa pelatihan serta umpan balik dari masing-masing penilaian digunakan sesuai konteks sekolah profesional kesehatan. Jika topik dinilai secara terpisah, ini akan mendorong pelajar untuk belajar keselamatan pasien sebagai sesuatu yang ekstra untuk ditambahkan pada materi yang mereka pelajari, bukan sebagai bagian integral dari perawatan pasien yang aman.

Objective structured clinical examination (OSCE)

OSCE terdiri dari simulasi pendek kasus-kasus klinis yang dinilai berdasar standar pasien atau pendidik instruktur klinis. Keselamatan pasien dapat dimasukkan sebagai satu item dalam skenario simulasi. Selain itu, satu kasus disertakan materi keselamatan pasien, misalnya, mengkomunikasikan pada pasien yang telah diberi obat yang salah. Kasus-kasus di mana pelajar diperlukan untuk melihat grafik pengobatan, hasil tes, X-ray atau penyelidikan disebut Stasiun statis. Hal ini memungkinkan, misalnya, kesalahan persepsian obat untuk menjadi simulasi dan tindakan pelajar direkam. Lihat bagian B, lampiran 2, untuk contoh OSCE.

Umpan Balik Multi Sumber atau Multisource feedback

MSF adalah kumpulan pandangan dari sejumlah pekerja Pelayanan kesehatan atau profesional lainnya tentang pelajar yang berpraktek pada lingkungan belajar. Idealnya, daftar item tentang perawatan pasien yang aman dan komunikasi yang baik akan dimasukkan dalam bentuk nilai.

Latihan Evaluasi Klinis Kecil / Mini clinical evaluation exercise (MCEE)

Mini-CEX adalah tempat pembimbing atau instruktur mengamati pelajar melakukan pemeriksaan, atau komunikasi latihan pada pasien nyata dan tingkat pelajar di atas beberapa domain. Nilai gabungan beberapa pertemuan digunakan untuk menentukan kompetensi pelajar. Sekali lagi, sangat penting untuk memastikan bahwa elemen keselamatan pasien termasuk dalam metode ini dengan bentuk rating. Untuk melaksanakan metode ini penting dilakukan persiapan yang baik oleh

penilai dan memastikan bahwa pelatih instruktur serta pengawas menyertakan referensi materi keselamatan pasien dalam sesi pelatihan.

Penilaian Magang Klinik akhir/ Rating Skala Global

Penilaian ini bertujuan untuk memberikan pandangan kredibel tentang kemajuan pelajar dan biasanya dilakukan oleh instruktur atau penyelia, yang didasarkan pada pengetahuan pribadi atau setelah konsultasi dengan kolega. Kriteria keselamatan pasien perlu disertakan.

Diskusi berbasis kasus

Diskusi berbasis kasus adalah diskusi terstruktur kasus oleh instruktur/supervisor yang berfokus pada alasan profesional klinis melakukan pengambilan keputusan medis. Dibutuhkan kasus nyata untuk menerapkan metode ini yang mana pelajar telah terlibat dalam proses. Ini adalah teknik yang relatif tidak tereksplorasi untuk memeriksa pemahaman tentang isu-isu keselamatan pasien yang terkait dengan kasus nyata

Penilaian pencocokan untuk menilai hasil belajar

Selalu penting untuk mencocokkan penilaian dengan hasil pembelajaran. Kebanyakan kurikulum berorientasi pada hasil belajar, beberapa lebih rinci daripada yang lain. Dalam tabel A.9.2, daftar lengkap hasil belajar keselamatan pasien dapat dengan mudah dicocokkan dengan penilaian yang tepat.

Table A.9.2. Contoh format penilaian akhir dalam program pendidikan profesional keselamatan pasien

Kompetensi	Format Penilaian
Perawatan Keselamatan Pasien : sistem Memahami interaksi kompleks di lingkungan Pelayanan kesehatan, profesional kesehatan dan pasien	Esai, Penilaian formatif menugaskan pelajar menemani pasien menjalani layanan medis diikuti dengan diskusi dalam kelompok kecil
Sadar tentang mekanisme meminimalisir eror, e.g. ceklis, kunjungan klinis	Penilaian formatif ditugaskan instruktur/instructor yang mana pelajar terlibat dalam kegiatan tertentu
Pelayanan kesehatan aman : risiko dan pencegahan	MCQ/MEQ
Tahu sumber utama risiko dan bahaya di tempat kerja	Esai/MEQ
Memahami bagaimana pembatasan personal berkontribusi pada risiko	Viva/Portfolio
Memajukan kesadaran risiko di tempat kerja dengan mengidentifikasi dan melaporkan risiko potensial kepada pasien dan staf	Portfolio

Format evaluasi dapat dikategorikan sebagai berikut : follows: proactive, clarificative, interactive, monitoring and impact [2]. Tentunya format dan bentuknya sesuai tujuan evaluasi

Perawatan Kesehatan Pasien Aman: Peristiwa Medis Berbahaya	
Memahami kerugian medis karena kesalahan praktek dan kegagalan sistem	Esai/MEQ
Memahami prinsip pelaporan peristiwa medis berbahaya yang sesuai dengan sistem pelaporan Kecelakaan lokal	MEQ
Memahami prinsip manajemen peristiwa medis berbahaya	MEQ
Memahami persoalan kunci kesehatan di komunitas	MEQ
Memahami prosedur memperingatkan pihak berwenang akan penyakit yang menjangkit	MEQ
Memahami prosedur manajemen penyebaran penyakit	MEQ
Pelayanan kesehatan Pasien Aman: Kontrol Infeksi	
Memahami antibiotik tepat sasaran/ seleksi antivirus	MCQ
Berlatih kebersihan tangan yang benar dan teknik aseptik	OSCE
Selalu menggunakan metode untuk meminimalkan penularan infeksi antara pasien	OSCE
Mengetahui risiko yang terkait dengan paparan investigasi dan prosedur radiologi	MCQ/MEQ
Tahu bagaimana untuk meminta penyelidikan dan prosedur radiologi yang tepat	MEQ
Pelayanan kesehatan Pasien Aman : Keamanan Pengobatan	
Mengetahui obat yang sering ada kesalahan resep dan administrasi obat	MCQ
Tahu cara untuk meresepkan dan memberikan obat-obatan dengan aman	OSCE
Mengetahui prosedur pelaporan kesalahan pengobatan sesuai dengan kebutuhan lokal	Portofolio
Komunikasi	
Interaksi Pasien: Konteks	
Memahami dampak lingkungan pada komunikasi, misalnya privasi	MEQ
Menggunakan komunikasi yang baik dan tahu perannya dalam hubungan perawatan efektif	OSCE
Mengembangkan strategi untuk menangani pasien sulit atau rentan	OSCE
Interaksi Pasien: Saling Menghormati	
Mengobati pasien secara sopan dan hormat, menunjukkan kesadaran dan kepekaan terhadap budaya dan latar belakang yang berbeda	OSCE/mini-CEX
Menjaga privasi dan kerahasiaan	
Memberikan informasi yang jelas dan jujur kepada pasien dan menghormati pilihan pengobatan	OSCE/mini-CEX
Interaksi Pasien: Menyediakan Informasi	
Memahami prinsip-prinsip komunikasi yang baik	OSCE/mini-CEX/MSF
Berkomunikasi dengan pasien dan perawat dengan cara yang mereka pahami	OSCE
Libatkan pasien dalam diskusi tentang perawatan mereka	Portofolio
Interaksi Pasien: Bertemu dengan keluarga dan penjaga	
Memahami dampak dari dinamika keluarga pada komunikasi yang efektif	Portofolio
Memastikan keluarga pengambilan keputusan yang relevan / wali tepat dalam pertemuan	Portofolio
Menghormati peran keluarga dalam Pelayanan kesehatan pasien	MEQ/portofolio
Interaksi Pasien: Bertemu dengan keluarga dan penjaga	
Memahami dampak dari dinamika keluarga pada komunikasi yang efektif	Portofolio
Memastikan keluarga pengambilan keputusan yang relevan / wali tepat dalam pertemuan	Portofolio
Menghormati peran keluarga dalam Pelayanan kesehatan pasien	MEQ/portofolio
Interaksi Pasien: Menyampaikan kabar buruk	
Memahami kerugian dan kematian	MEQ
Berpartisipasi menyampaikan berita buruk kepada pasien dan wali	OSCE
Menunjukkan empati dan kasih sayang	OSCE
Interaksi Pasien: Pengungkapan Terbuka	
Memahami prinsip pengungkapan terbuka	MEQ
Pastikan pasien didukung dan dirawat setelah peristiwa buruk	OSCE
Tampilkan pengertian kepada pasien setelah kejadian buruk	OSCE
Interaksi Pasien: Keluhan	
Memahami faktor-faktor cenderung mengarah pada keluhan	MEQ/portofolio
Merespons dengan tepat terhadap keluhan menggunakan prosedur lokal	OSCE
Mengadopsi perilaku untuk mencegah keluhan	OSCE

Sumber Materi

Newble M et al. Guidelines for assessing clinical competence. *Teaching and Learning in Medicine*, 1994, 6:213–220.

Roberts C et al. Assuring the quality of high stakes undergraduate assessments of clinical competence. *Medical Teacher*, 2006, 28:535–543.

Walton M et al. Developing a national patient safety education framework for Australia. *Quality and Safety in Pelayanan kesehatan* 2006 15:437-42.

Van Der Vleuten CP. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Advances in Health Science Education*, 1996, 1:41–67.

Southgate L et al. The General Medical Council's performance procedures: peer review of performance in the workplace. *Medical Education*, 2001, 35 (Suppl. 1):S9–S19.

Miller GE. The assessment of Ketampilan Klinis/competence/performance. *Academic Medicine*, 1990, 65 (Suppl.):S63–S67.

Mini clinical evaluation exercise

Norcini J. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX). *The Clinical Teacher*, 2005, 2:25–30.

Norcini J. The mini-CEX: a method for assessing Ketampilan Klinis. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:476–481.

Multisource feedback

Archer J, Norcini J, Davies H. Use of SPRAT for peer review of paediatricians in training. *British Medical Journal*, 2005, 330:1251–1253.

Violato C, Lockyer J, Fidler H. Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. *British Medical Journal*, 2003, 326:546–548.

Multiple choice questions

Case SM, Swanson DB. *Constructing written test questions for the basic and clinical sciences*. Philadelphia, National Board of Medical Examiners, 2001.

Objective structured clinical examination

Newble DI. Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations. *Medical Education*, 2004, 35:199–203.

Portfolio

Wilkinson T et al. The use of portfolios for assessment of the competence and performance of doctors in practice. *Medical Education*, 2002, 36:918–924.

Referensi

1. Newble D, Cannon R. A handbook for medical teachers, 4th ed. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 2001.
2. Miller GE. The assessment of Ketampilan Klinis competence/performance. *Academic Medicine*, 1990, 65 (Suppl.):63-67.

10. Bagaimana mengevaluasi kurikulum keselamatan pasien

Pengantar

Dalam bagian ini telah dirangkum beberapa prinsip umum evaluasi. Setelah publikasi dokumen ini, WHO berencana untuk membuat alat evaluasi standar untuk Kurikulum ini.

Sebagai individu, kita terlibat dalam evaluasi setiap hari: apa yang harus dimakan, apa pakaian yang harus dipakai, seberapa baik film itu. Evaluasi merupakan komponen penting dari setiap kurikulum dan harus dimasukkan dalam strategi menerapkan kurikulum keselamatan pasien di lembaga pendidikan atau di rumah sakit/kelas Anda. Evaluasi dapat dilakukan sesederhana dengan cara pelajar mengisi kuesioner setelah paparan sesi keselamatan pasien untuk melihat apa yang mereka pikirkan, atau mengkaji kurikulum Fakultas secara keseluruhan, yang mungkin melibatkan survei dan diskusi fokus grup dengan pelajar dan staf, melakukan pengamatan dari sesi pendidikan dan metode evaluasi lainnya.

Evaluasi melibatkan tiga langkah utama:

- mengembangkan rencana evaluasi;
- mengumpulkan dan menganalisis informasi;
- menyebarkan temuan stakeholder yang sesuai untuk tindakan.

Bagaimana Evaluasi berbeda dengan Penilaian

Informasi mengenai penilaian dan evaluasi dapat membingungkan karena fakta bahwa beberapa negara menggunakan dua istilah secara bergantian. Cara termudah untuk mengingat perbedaan antara penilaian dan evaluasi adalah penilaian itu tentang mengukur prestasi pelajar, sementara evaluasi tentang memeriksa bagaimana cara mengajar. Dalam penilaian, data yang dikumpulkan dari sumber tunggal (pelajar), sedangkan dalam evaluasi, data dapat dikumpulkan dari beberapa sumber (pelajar, pasien, pendidik, dan pemangku kepentingan lainnya).

Penilaian = Prestasi pelajar

Evaluasi = Kualitas kursus / program, kualitas pendidikan

Tahap 1: Mengembangkan rencana evaluasi

Apa yang dievaluasi?

Langkah pertama yang mendasar dalam mengembangkan rencana evaluasi adalah mengidentifikasi objek evaluasi: Apakah mengevaluasi sesi tunggal keselamatan pasien? Apakah seluruh kurikulum? Apakah mengevaluasi kapasitas fakultas untuk implementasi kurikulum keselamatan pasien? Apakah mengevaluasi kinerja pendidik terkait efektivitas mereka?. Objek evaluasi dapat diklasifikasikan sebagai kebijakan, program, produk atau individu [1]- dan semua dapat diterapkan dalam setting pendidikan.

Siapa saja para pihaknya?

Ada banyak pihak yang terlibat dalam evaluasi pendidikan keselamatan pasien. Namun, sangat penting untuk mengidentifikasi pihak utama sehingga berdampak pada pertanyaan yang sesuai dengan tujuan evaluasi. Sasaran utama bisa saja Universitas, Fakultas profesional yang relevan, administrasi rumah sakit, pendidik, pelajar atau pasien dan masyarakat. Misalnya, Anda mungkin pihak utama jika Anda adalah seorang pendidik yang ingin tahu bagaimana pelajar Anda merespon pendidikan pengenalan keselamatan pasien di program studi Anda.

Apa tujuan evaluasi?

Setelah mengidentifikasi pihak utama dalam evaluasi, langkah berikutnya adalah untuk memutuskan apa yang Anda coba capai dari evaluasi. Pertanyaan apa yang ingin dijawab dari evaluasi? Jenis pertanyaan bisa berbeda tergantung pada peran Anda dalam pendidikan keselamatan pasien. Tabel A.10.1 memberikan contoh-contoh dari jenis-jenis pertanyaan yang bisa diajukan bergantung pada pihak utama dalam evaluasi.

Tabel A.10.1. Contoh pertanyaan kepada para pihak dalam evaluasi

Para Pihak	Contoh Pertanyaan untuk evaluasi
Petugas rumah sakit/staf klinis	Apakah mengajar keselamatan pasien untuk profesional kesehatan mengakibatkan penurunan kejadian berbahaya?
Universitas/fakultas	Bagaimana cara terbaik mengimplementasikan kurikulum keselamatan pasien dalam lembaga kami?
Pendidik Individu	Apakah saya mengajarkan kurikulum secara efektif? Apakah siswa terlibat dalam pembelajaran tentang keselamatan pasien? Apakah mereka menerapkan prinsip-prinsip keselamatan pasien dalam praktek?

Format evaluasi dapat dikategorikan sebagai berikut :
 follows: proactive, clarificative, interactive, monitoring and

impact [2]. Tentunya format dan bentuknya sesuai tujuan evaluasi

Table A.10.2. Format Evaluasi

Purpose	Proactive	Clarificative	Interactive	Monitoring	Impact
Orientation	Synthesis	Clarification	Improvement	Justification Fine tuning	Justification Accountability
Major focus	Context for curriculum	All elements	Delivery	Delivery Outcomes	Delivery Outcomes
State of programme/ curriculum	None (not yet implemented)	Development phase	Development phase	Settled Implemented	Settled Implemented
Timing relative to implementation	Before	During	During	During	After
Key approaches	Needs assessment	Evaluation assessment	Responsiveness	Component analysis Devolved performance assessment Systems analysis	Objectives-based
	Review of the literature	Logic development	Action research		Needs-based
		Accreditation	Developmental Empowerment		Goal-free
			Quality review		Process-outcome
					Realistic
					Performance audit
Gathering evidence	Review of documents, data-bases	Combination of document analysis, interview and observation	On-site observation	A systems approach requires availability of management information systems the use of indicators, and the meaningful use of performance information	Pre-ordinate research designs
	Site visits		Questionnaires		Treatment and control groups where possible
	Focus groups, nominal group technique	Interviews	Observation		
	Delphi technique for needs assessment	Findings include programme plan and implications for organization. Can lead to improved morale	Focus groups		Tests and other quantitative data
			Degree of data structure depends on approach.		Determining all the outcomes requires use of more exploratory methods and qualitative evidence
			May involve providers (teachers) and programme participants (students)		

Types of questions	Is there a need for the programme?	What are the intended outcomes and how is the programme designed to achieve them?	What is the programme trying to achieve?	Is the programme reaching the target population?	Has the programme been implemented as planned?
	What do we know about the problem that the programme will address?	What is the underlying rationale for the programme?	How is it going?	Is implementation meeting stated objectives and benchmarks?	Have the stated goals been achieved?
	What is recognized as best practice?	What elements need to be modified to maximize intended outcomes?	Is the delivery working?	How is implementation going between sites?	Have the needs of students, teachers and others served by the programme been achieved?
		Is the programme plausible?	Is delivery consistent with the programme plan?	How is implementation now compared to a month / 6 months / 1 year ago?	What are the unintended outcomes?
		Which aspects of the programme are amenable to subsequent monitoring for impact evaluation?	How could delivery be changed to make it more effective?	Are our costs rising or falling?	How do differences in implementation affect programme outcomes?
			How could this organization be changed to make it more effective?	How can we fine tune the programme to make it more efficient? More effective?	Is the programme more effective for some participants than for others?
				Are there any programme sites that need attention to ensure more effective delivery?	Has the programme been cost-effective?

Sumber : Adapted from Owen J. *Program evaluation: forms and approaches*, 2006 [1].

Tahap 2 : Mengumpulkan dan Menganalisa Informasi

Mengumpulkan

Ada sejumlah sumber data dan metode pengumpulannya yang bisa dipertimbangkan dalam evaluasi kurikulum pendidikan keselamatan pasien. Berapa jenis metode dan mana yang Anda gunakan tergantung pada tujuan evaluasi, bentuk, Ruang lingkup dan skala. Potensi sumber data mencakup:

- pelajar (calon, saat ini, alumni);
- diri (terlibat dalam refleksi diri);
- rekan-rekan (mengajarkan mitra, tutor, pendidik eksternal ke lapangan);
- disiplin instruksional desain ahli;
- pengembangan profesional staf;
- lulusan dan atasan di tempat kerja (misalnya rumah sakit);
- dokumen-dokumen dan catatan (misalnya mengajarkan materi, catatan penilaian).

Data yang dapat dikumpulkan dari sumber tercantum di atas dengan berbagai cara, termasuk refleksi diri, kuesioner, focus grup, wawancara individu, pengamatan dan catatan dokumen.

Refleksi diri

refleksi diri merupakan aktifitas yang penting untuk semua pendidik dan memiliki peran penting dalam evaluasi. Metode yang efektif untuk refleksi melibatkan: menuliskan pengalaman mengajar (dalam pendidikan kasus keselamatan pasien atau umpan balik yang diterima dari orang lain; menjelaskan bagaimana Anda merasa dan apakah Anda bisa mengevaluasi kembali pengalaman Anda dalam konteks dengan asumsi-asumsi yang baik? Mengapa iya atau mengapa tidak?

Terlibat dalam refleksi diri akan memungkinkan untuk pengembangan perspektif baru dan komitmen yang lebih besar untuk bertindak dalam hal memperbaiki atau meningkatkan kurikulum dan/atau mengajar.

Kuisisioner

Kuesioner adalah metode mudah yang paling umum dari pengumpulan data, memberikan informasi mengenai pengetahuan masyarakat, kepercayaan, sikap, dan perilaku [4]. Jika Anda tertarik dalam penelitian dan menerbitkan hasil evaluasi, mungkin penting untuk menggunakan kuesioner yang sebelumnya sudah divalidasi dan diterbitkan. Ini akan menghemat waktu dan

sumber daya dan akan memungkinkan Anda untuk membandingkan hasil Anda dengan orang-orang dari studi-studi lain yang menggunakan instrumen yang sama. Hal ini selalu berguna sebagai langkah pertama untuk mencari literatur untuk penentuan metode itu yang mungkin sudah ada.

Fokus grup

Kelompok fokus berguna sebagai metode eksplorasi dan sarana menggali perspektif mahasiswa atau tutor [6]. Mereka sering memberikan lebih banyak informasi mendalam dari sekedar metode kuesioner dan memungkinkan untuk lebih fleksibel, interaktif dan mengeksplorasi sikap serta pengalaman perubahan kurikulum. Fokus grup dapat digunakan sebagai metode konjungsi dengan kuesioner atau metode pengumpulan data lain sebagai sarana untuk memeriksa atau triangulasi data, dan dapat bervariasi dalam hal struktur dan penyampaian dari percakapan secara fleksibel atau formal. Tergantung pada sumber daya yang tersedia dan tingkat analisis yang dicari, Anda juga bisa melakukan rekaman audio atau video kelompok fokus ataupun membukukan catatan.

Wawancara Individu

Wawancara individu memberikan kesempatan untuk lebih eksplorasi secara mendalam terhadap sikap atas potensi perubahan kurikulum dan pengalaman dengan kurikulum setelah diimplementasikan. Seperti dengan kelompok fokus, wawancara individu dapat menjadi tidak terstruktur, semi-terstruktur atau terstruktur dalam format. Meskipun wawancara individu memberikan informasi tentang lingkup sempit pengalaman daripada focus grup, wawancara individu juga memungkinkan wawancara untuk menjelajahi lebih mendalam pandangan dan pengalaman individu tertentu. Wawancara mungkin metode yang berguna untuk mendapatkan evaluasi data dari rekan-rekan, instruktur atau pengawas atau Fakultas pemimpin/administrator.

Observasi

Untuk beberapa bentuk evaluasi, metode ini mungkin berguna untuk melakukan pengamatan pada sesi pendidikan keselamatan pasien untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang bagaimana materi disampaikan oleh pendidik dan diterima oleh pelajar. Pengamatan harus melibatkan penggunaan jadwal untuk menyediakan kerangka untuk pengamatan. Jadwal dapat relatif terstruktur (misalnya menggunakan metode catatan) atau sangat terstruktur (misalnya, pengamatan nilai objek evaluasi dalam berbagai dimensi yang telah

ditetapkan dan membuat komentar pada masing-masing objek).

Dokumen/rekaman

Sebagai bagian dari evaluasi, Anda mungkin juga ingin memeriksa informasi dokumentasi atau statistik, seperti mengajar bahan yang digunakan atau data kinerja siswa yang dikumpulkan. Informasi lainnya seperti data kejadian buruk rumah sakit juga dapat bermanfaat, tergantung pada pertanyaan evaluasi yang diajukan.

Analisa

Pengumpulan data Anda mungkin melibatkan hanya salah satu metode lain atau metode yang tersebut di atas, atau ini mungkin melibatkan beberapa beberapa metode sekaligus. Dalam kedua kasus, ada tiga elemen yang saling berhubungan untuk dipertimbangkan dalam analisis data [1]: data tampilan – pengorganisasian dan perakitan informasi yang dikumpulkan dengan cara yang tertentu; data pengurangan – menyederhanakan dan mengubah informasi mentah menjadi bentuk yang lebih bisa diterapkan atau dapat digunakan; kesimpulan membangun arti dari data yang berkaitan dengan evaluasi pertanyaan (s).

Tahap 3: Menyebarkan temuan dan mengambil tindakan

Kesimpulan dan rekomendasi dari evaluasi kerap kali tidak dilakukan. Sebagai langkah pertama dalam menghindari ini adalah dengan memastikan bahwa informasi yang berharga ini akan dikembalikan kepada semua stakeholder. Jika evaluasi kualitas pengajaran keselamatan pasien, maka hasil (misalnya dari mahasiswa kuesioner, rekan pendidik, sesi pengajaran) harus disampaikan kepada mereka dan dibahas tidak hanya dengan administrasi, tetapi juga dengan para pendidik. Brinko [7] memberikan review yang sangat bagus dari praktik terbaik pada proses memberikan umpan balik baik untuk mahasiswa atau kolega. Penting bahwa setiap umpan balik yang diterima dengan cara untuk mendorong pertumbuhan atau perbaikan.

Jika evaluasi berfokus pada efektivitas kurikulum keselamatan pasien, segala kesimpulan dan rekomendasi untuk perbaikan harus dikomunikasikan ke semua yang berpartisipasi dalam menerapkan kurikulum (misalnya di lembaga, Fakultas, guru dan siswa). Format untuk penyebaran harus bermakna dan relevan. Komunikasi yang efektif hasil evaluasi, temuan dan rekomendasi adalah kunci katalis untuk perbaikan dalam desain pengajaran dan kurikulum keselamatan pasien.

Sumber Materi

DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Medical Education*, 2006,40:314–321.

Neuman WL. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*, 6th ed. Boston,

Pearson Educational Inc, Allyn and Bacon, 2006.

Payne DA. *Designing educational project and program evaluations: a practical overview based on research and experience*. Boston, Kluwer Academic Publishers, 1994.

University of Wisconsin-Extension. *Program development and evaluation*, 2008
(<http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/>; accessed 17 February 2010).

Wilkes M, Bligh J. Evaluating educational interventions. *British Medical Journal*, 1999, 318:1269–1272.

Referensi

1. Owen J. *Program evaluation: forms and approaches*, 3rd ed. Sydney, Allen & Unwin, 2006.
2. Boud D, Keogh R, Walker D. *Reflection, turning experience into learning*. London, Kogan Page Ltd, 1985.
3. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing and developing your questionnaire. *British Medical Journal*, 2004, 328:1312–1315.
4. Leung WC. How to design a questionnaire. *Student British Medical Journal*, 2001, 9:187–189.
5. Taylor-Powell E. *Questionnaire design: asking questions with a purpose*. University of Wisconsin-Extension, 1998 (<http://learningstore.uwex.edu/pdf/G36582.pdf>; accessed 17 February 2011).
6. Barbour RS. Making sense of focus groups. *Medical Education*, 2005, 39:742–750.
7. Brinko K. The practice of giving feedback to improve teaching: what is effective? *Journal of Higher Education*, 1993, 64:574–593

11. Sumber berbasis Website

Setiap topik dipilih dari beberapa sumber dalam website dan dirancang untuk membantu para profesional kesehatan dan pelajar untuk meningkatkan perawatan pasien. Kami menyediakan sumber-sumber yang tersedia secara bebas di Internet. Semua situs yang dapat diakses pada Januari 2011. Termasuk dalam daftar adalah contoh pedoman, Daftar-pembandingan, situs web, database, laporan, dan lembar fakta. Sangat sedikit dari sumber telah melalui proses validasi ketat. Pengukuran sumber cenderung tentang proses dan kualitas yang sesuai untuk kelompok-kelompok kecil pasien dalam lingkungan yang sangat kontekstual [1], seperti penjaga, unit rehabilitasi atau klinik

Inisiatif keselamatan pasien memerlukan profesional kesehatan untuk mengukur langkah-langkah yang mereka ambil dalam proses perawatan. Dengan melakukan ini, Anda dapat melihat jika perubahan yang direncanakan telah membuat perbedaan apapun untuk perawatan pasien atau hasil medis. Fokus pengukuran telah menjadi langkah yang perlu dan penting dalam mengajar keselamatan pasien; Jika Anda tidak mengukur, bagaimana Anda tahu bahwa perbaikan telah dibuat? Meskipun pelajar tidak dapat diharapkan untuk mengukur hasil mereka pada saat mereka lulus, mereka harus akrab dengan siklus PDSA yang membentuk dasar dari pengukuran. Banyak sumber di Internet yang berisi tentang siklus PDSA.

Referensi

1. Pronovost PJ, Miller MR, Wachter RM. Tracking progress in patient safety: an elusive target. *Journal of the American Medical Association*, 2006,6:696–699.

12. Bagaimana Mendorong Pendidikan Keselamatan Pasien secara Internasional

Efek Keselamatan Pasien di Semua Negara

Pada tahun 2002, negara-negara anggota WHO menyepakati resolusi Majelis Kesehatan Dunia tentang keselamatan pasien atas bukti yang kuat dari kebutuhan untuk mengurangi kerugian dan penderitaan pasien dan keluarga mereka, dan peningkatan keuntungan ekonomi keselamatan pasien. Tingkat kerusakan pada pasien dari Pelayanan kesehatan telah terbuka atas hasil publikasi internasional studi dari sejumlah negara termasuk Australia, Kanada, Denmark, Selandia Baru, United Kingdom (Inggris) dan Amerika Serikat (AS). Keprihatinan keselamatan pasien internasional dan diakui secara luas bahwa peristiwa merugikan banyak yang tidak dilaporkan.

Hampir semua penelitian keselamatan pasien telah dilakukan di Australia, Inggris dan Amerika Serikat dan sejumlah negara Eropa lain. Pendukung keselamatan pasien ingin melihat keselamatan pasien yang diadopsi di semua negara di seluruh dunia, bukan hanya pada Negara mereka yang telah memiliki sumber daya untuk belajar dan mempublikasikan inisiatif keselamatan pasien. Internasionalisasi isu keselamatan pasien memerlukan pendekatan baru untuk pendidikan dokter masa depan dan praktisi kesehatan.

Globalisasi

Gerakan global perawat, dokter dan profesional kesehatan lainnya telah menghasilkan banyak kesempatan untuk meningkatkan pendidikan dan pelatihan kesehatan sampai tingkat pascasarjana. Mobilitas pelajar dan pendidik, dan keterkaitan sevara internasional ahli dalam desain kurikulum, metode pendidikan dan penilaian, kerjasama kampus lokal dan klinis, telah menghasilkan penyesuaian dalam pendidikan Pelayanan kesehatan yang baik [1].

WHO telah mencatat secara global ada kekurangan 4,3 juta pekerja Pelayanan kesehatan. Kekurangan pekerja kesehatan semakin memperparah krisis kesehatan di negara berkembang. Ada bukti bahwa negara-negara

berkembang yang berinvestasi dalam pendidikan generasi masa depan pekerja Kesehatan telah dirugikan dengan sistem Pelayanan kesehatan yang tidak maksimal di negara-negara yang mengalami transisi atau Negara berkembang, terlebih saat mengalami kekurangan tenaga medis[2].

Globalisasi pelayanan kesehatan telah memaksa pendidik kesehatan mengenali tantangan untuk mempersiapkan semua pelajar kesehatan tidak hanya untuk bekerja di Negara mereka, tetapi juga untuk bekerja dalam sistem Pelayanan kesehatan lainnya.

Harden [3] menggambarkan model pendidikan kedokteran tiga dimensi, relevan dengan semua pendidikan profesional kesehatan, berdasarkan: pelajar (lokal atau internasional); Pendidik (lokal atau internasional); Kurikulum (lokal, impor atau internasional).

Dalam pendekatan tradisional untuk mengajar dan belajar keselamatan pasien, pelajar-pelajar dan pendidik lokal menggunakan kurikulum lokal. Lulusan internasional atau Pelajar Asing, pelajar dari satu negara mengejar kurikulum yang diajarkan di negara lain dan dikembangkan oleh pendidik-pendidik lain. Dalam model kampus cabang, pelajar, biasanya lokal, memiliki kurikulum yang dikembangkan dari kurikulum asing yang diajarkan oleh pendidik-pendidik lokal dan internasional.

Pertimbangan penting kedua untuk internasionalisasi pendidikan kesehatan adalah keterjangkauan teknologi e-learning yang memungkinkan interkoneksi global antara penyedia sumber daya pendidikan, pendidik, dan pelajar untuk melaksanakan pendidikan tidak harus di kampus, di rumah sakit atau di sebuah komunitas pada waktu yang sama. Gaya lama kurikulum menekankan mobilitas pelajar, pendidik dan kurikulum melintasi batas-batas dari kedua negara melalui kerjasama bilateral, dengan harapan tinggi bahwa negara tempat berpraktek akan memberikan banyak pelatihan ketika pelajar lulus.

Cara baru melibatkan internasionalisasi pendidikan keselamatan pasien terintegrasi dan tertanam dalam kurikulum adalah dengan melakukan kolaborasi antara sejumlah sekolah di negara yang berbeda. Dalam pendekatan ini, prinsip-prinsip keselamatan pasien diajarkan dalam konteks global daripada konteks satu negara. Model ini menawarkan serangkaian tantangan dan peluang untuk kerjasama internasional dalam pendidikan keselamatan pasien. Panduan Kurikulum ini berfungsi sebagai tempat yang sangat baik dalam hal ini. Penting bahwa standar kesehatan internasional lembaga pendidikan ditinjau untuk memastikan bahwa prinsip-prinsip keselamatan pasien disertakan. Pada tingkat yang lebih lokal, sangat penting bagi negara-negara untuk menyesuaikan dan beradaptasi dengan materi yang ada. Sebuah contoh yang baik dari pendekatan internasional untuk pendidikan kesehatan adalah pengalaman dengan sekolah-sekolah kedokteran virtual [4].

Di sini, sejumlah universitas internasional telah bekerjasama untuk membentuk sebuah sekolah medis virtual yang didedikasikan untuk peningkatan belajar dan mengajar. Model ini dapat diadaptasi untuk pendidikan keselamatan pasien. Rakyat terbuka akses pendidikan inisiatif: bangsa-uni (<http://www.peoples-uni.org/>; Diakses 17 Februari 2011) telah menetapkan kurikulum berbasis web pada keselamatan pasien untuk tenaga kesehatan yang tidak dapat mengakses program pascasarjana yang lebih mahal. Komponen umum dari kurikulum virtual keselamatan pasien antara lain:

- Perpustakaan virtual yang menyediakan akses ke sumber materi keselamatan pasien yang up-to-date, peralatan dan kegiatan belajar, dan akses ke sastra keselamatan pasien internasional (misalnya, topic keselamatan pasien);
- Fasilitas "bertanya--ahli" dengan akses online pada ahli keselamatan pasien dari negara yang berbeda;
- Bank kaus virtual keselamatan pasien dengan penekanan pada etika bahaya, pengungkapan dan permintaan maaf;
- sebuah pendekatan untuk keselamatan pasien yang sadar akan budaya dan menghormati kompetensi;
- Item penilaian keselamatan pasien untuk berbagi (misalnya, Hong Kong International Consortium for Sharing Student Assessment Banks adalah sekelompok sekolah-sekolah medis internasional yang mempertahankan bank formatif dan penilaian item sumatif yang meliputi seluruh aspek medis program.

Materi ahli dalam keselamatan pasien dan pendidikan pengembangan sedikit kerap kali diisolasi. Ini menghambat berbagi informasi, inovasi dan pengembangan dan sering mengakibatkan duplikasi yang tidak perlu pada sumber daya dan kegiatan belajar. Pendekatan pendidikan keselamatan pasien internasional akan memastikan bahwa ada kapasitas yang memadai

dalam pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien di seluruh dunia. Ini adalah salah satu cara bahwa negara-negara maju dapat berbagi sumber daya kurikulum mereka dengan negara-negara berkembang.

Referensi

1. Schwarz MR, Wojtczak A. Global minimum essential requirements: a road towards competency oriented medical education. *MedicalTeacher*, 2002, 24:125–129.
2. World Health Organization, *Working together for Health*, The World Health Report 2006 (http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf; accessed 15 June 2011).
3. Harden RM. International medical education and future directions: a global perspective. *Academic Medicine*, 2006, 81 (Suppl.):S22–S29.
4. Harden RM, Hart IR. An international virtual medical school (IVIMEDS): the future for medical education? *Medical Teacher*.





Bagian B

Topik

Panduan

Kurikulum

Panduan Kurikulum
Keselamatan Pasien:
Edisi Multi-
profesional

Definisi dan Konsep Kunci

The WHO Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (v.1.1). Final Technical Report 2009

1. **Reaksi /Efek samping** : kejadian tidak diharapkan setelah melakukan suatu tindakan yang dibenarkan dan sudah mengikuti proses yang benar dalam konteks di mana kejadian tersebut terjadi.
2. **Agen**: substansi, objek atau sistem yang menimbulkan.
3. **Atribut**: kualitas, ciri atau karakter dari seseorang atau sesuatu.
4. **Lingkungan**: situasi atau faktor yang dapat mempengaruhi **kejadian, agen**, atau seseorang
5. **Kelas**: sekelompok orang atau sesuatu yang sejenis
6. **Klasifikasi** : Pembagian **konsep-konsep** ke dalam **kelas-kelas** dan subdivisi yang terkait sehingga dapat mengekspresikan **hubungan semantik** antara mereka.
7. **Konsep**: pembawa atau perwujudan makna.
8. **Faktor kontributor** : **keadaan**, tindakan atau pengaruh yang diduga turut berperan sebagai sumber penyebab insidens atau meningkatkan **risiko insiden**.
9. **Derajat cedera** : keparahan dan durasi dari cedera, serta implikasi pengobatan yang ditimbulkan oleh sebuah **kejadian**.
10. **Deteksi** : suatu tindakan atau **keadaan** yang menghasilkan penemuan **insiden**.
11. **Cacat**: jenis gangguan struktur tubuh atau fungsi, keterbatasan dan / atau pembatasan aktivitas partisipasi dalam masyarakat, terkait dengan masa lalu atau **sekarang**.
12. **Penyakit** : disfungsi fisiologis atau psikologis.
13. **Kesalahan** : kegagalan untuk melaksanakan tindakan yang direncanakan sebagaimana dimaksud atau penerapan rencana yang salah.
14. **Event** : sesuatu yang terjadi atau melibatkan **pasien**.
15. **Cedera** : gangguan struktur atau fungsi tubuh dan / atau efek merusak yang ditimbulkannya termasuk penyakit, **cedera, penderitaan, cacat** dan kematian.
16. **Insiden Berbahaya (adverse event)**: sebuah insiden yang mengakibatkan **cedera** pada pasien.
17. **Hazard: keadaan, agen** atau tindakan yang berpotensi menyebabkan cedera.
18. **Kesehatan** : keadaan fisik lengkap, mental dan sosial kesejahteraan dan bukan hanya tidak adanya **penyakit** atau kelemahan.
19. **Pelayanan Kesehatan**: layanan yang diterima oleh individu atau masyarakat untuk mempromosikan, memelihara, memonitor atau memulihkan **kesehatan**.
20. **Cedera terkait pelayanan kesehatan**: cedera yang timbul dari atau terkait dengan rencana atau tindakan yang diambil selama penyediaan layanan kesehatan, dan bukan karena **penyakit** yang mendasarinya.
21. **Karakter insiden** : ciri-ciri khusus dari sebuah **insiden**
22. **Tipe insiden**: istilah deskriptif untuk kategori yang dibuat terhadap dibuat insiden yang bersifat umum, dan dikelompokkan berdasarkan ciri-ciri yang disepakati.
23. **Luka** : kerusakan jaringan yang disebabkan oleh **agen** atau **kejadian tertentu**
24. **Faktor mitigasi**: suatu tindakan atau **keadaan** yang mencegah atau mengurangi perkembangan **insiden** kearah yang merugikan **pasien**.

25. **Near miss** (Kejadian Nyaris Cedera = KNC): **insiden** dimana pasien tidak terpapar
26. **No harm incident** (Kejadian Tidak Cedera = KTC) : **insiden** dimana pasien terpapar, namun tidak mengalami cedera.
27. **Pasien**: orang yang menerima **pelayanan kesehatan**
28. **Karakteristik pasien**: Ciri-ciri yang dimiliki **pasien**
29. **Hasil pasien**: dampak pada pasien yang seluruhnya atau sebagian disebabkan oleh **insiden**.
30. **Keselamatan Pasien**: pengurangan risiko **cedera** yang tidak perlu yang berkaitan dengan **pelayanan kesehatan** dalam batas minimal yang dapat diterima.
31. **Insiden Keselamatan Pasien** : suatu peristiwa atau keadaan yang bisa mengakibatkan, atau yang telah menimbulkan cedera yang tidak perlu pada pasien
32. **Dapat dicegah** : dapat diterima oleh masyarakat sebagai kejadian yang dapat dicegah pada situasi tertentu.
33. **Keadaan yang dapat dilaporkan** : situasi di mana ada potensi yang signifikan untuk bahaya, tapi tidak ada insiden
34. **Risiko**: kemungkinan suatu **insiden** akan terjadi
35. **Keselamatan**: pengurangan risiko **bahaya** yang tidak perlu dalam batas minimum yang dapat diterima
36. **Hubungan Semantic**: cara di mana hal-hal (seperti sebagai **kelas** atau **konsep**) saling dikaitkan berdasarkan makna yang dimilikinya.
37. **Efek samping obat** : efek yang diketahui namun di luar dari yang diharapkan yang berkaitan dengan sifat farmakologi dari obat.
38. **Penderitaan**: pengalaman yang secara subjektif tidak menyenangkan.
39. **Pelanggaran** : penyimpangan yang disengaja dari pelaksanaan prosedur, standar atau aturan

Sumber: *WHO conceptual framework for the international classification for patient safety*. Jenewa, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/patientsafety/en/>; diakses pada 11 Maret 2011).

Definisi dari sumber lain

1. **Health Care Associated Infection atau Infeksi yang terkait dengan Pelayanan Kesehatan**: infeksi yang tidak ada atau terinkubasi pada saat pasien masuk rumah sakit, yang biasanya muncul lebih dari tiga malam setelah pasien masuk ke rumah sakit [1].
2. **Budaya Keselamatan Pasien**: budaya yang menunjukkan lima tingkat tinggi berikut atribut yang tenaga medis harus lakukan melalui penerapan sistem manajemen keselamatan pasien yang kuat;
 - 1) budaya di mana semua pekerja medis (termasuk staf garis depan, dokter, dan administrator menerima tanggung jawab atas keselamatan diri sendiri, rekan kerja mereka, pasien, dan pengunjung;
 - 2) budaya yang mengutamakan keselamatan di atas tujuan keuangan dan operasional;
 - 3) budaya yang mendorong dan memberikan penghargaan identifikasi, komunikasi, dan resolusi masalah keamanan;
 - 4) budaya yang menyediakan pembelajaran organisasi dari kecelakaan medis;
 - 5) budaya yang menyediakan sumber daya yang tepat, struktur, dan akuntabilitas untuk menjaga sistem keamanan yang efektif [2].

Referensi

1. National Audit Office. Department of Health. *A Safer Place for Patients: Learning to improve patient safety*. London: Comptroller and Auditor General(HC 456 Session 2005-2006). 3 November 2005.
2. Forum and End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association. *National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report*. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001.

Ikon Kunci Kurikulum

Nomor Slide 

Nomor Topik → 

Grup 

Kuliah 

Latihan Simulasi 

DVD 

Buku 

Pengantar Topik Panduan Kurikulum

Berpusat pada Pasien

Kurikulum berpusat pada pasien ini dirancang khusus untuk pelajar profesional kesehatan dan menempatkan pasien, klien dan perawat di pusat pembelajaran pelayanan kesehatan dan pelayanan. Fondasi dan pengetahuan terapan serta demonstrasi kinerja yang diperlukan ditetapkan dalam topik. Sehingga panduan kurikulum ini memungkinkan pelajar dan pekerja medis untuk berpikir tentang bagaimana menggabungkan konsep keselamatan pasien dan prinsip-prinsip ke dalam praktik sehari-hari.

Pasien dan masyarakat luas di semua negara yang mayoritas adalah pengamat pasif terhadap perubahan signifikan yang telah terjadi dalam pelayanan kesehatan. Banyak pasien masih tidak sepenuhnya berpartisipasi dalam keputusan tentang pelayanan kesehatan mereka. Mereka juga tidak terlibat dalam diskusi tentang cara terbaik untuk memberikan pelayanan kesehatan. Kebanyakan pelayanan kesehatan saat ini terus menempatkan para tenaga medis di pusat pelayanan. Model penyakit yang berfokus pada pelayanan menekankan peran manajemen tenaga medis dan organisasi tanpa pertimbangan yang tepat dari pasien yang menerima pelayanan kesehatan. Pasien harus berada di pusat pelayanan dan bukan sebagai pihak yang sekedar menerima pelayanan.

Ada bukti kuat bahwa pasien dapat secara efektif mengelola sendiri kondisi medis mereka dengan dukungan yang tepat. Penurunan perhatian pada pengaturan akut dan peningkatan perhatian atas pelayanan pasien di beberapa situs medis membutuhkan pekerja medis untuk menempatkan kepentingan pasien sebagai hal yang utama. Hal itu dapat dilakukan oleh pekerja medis dengan mencari dan memberikan informasi pasien dan riwayat medisnya yang lengkap; untuk menghormati perbedaan budaya dan agama mereka; untuk meminta izin dalam pengobatan dan bekerjasama dengan mereka; mengungkapkan secara jujur ketika sesuatu yang salah atau pelayanan medis tidak optimal; serta fokus pelayanan kesehatan yang mencegah dan meminimalisir risiko atau bahaya medis.

Perspektif Komunitas

Perspektif masyarakat terhadap pelayanan kesehatan mencerminkan perubahan kebutuhan untuk pelayanan

kesehatan pada siklus hidup individu secara menyeluruh untuk tetap sehat, semakin baik, hidup dengan penyakit atau kecacatan, dan mengatasi usia tua. Perubahan lingkungan kesehatan (model baru pelayanan kesehatan untuk mengobati penyakit kronis dan akut, perkembangan bukti medis dan inovasi teknologi, pelayanan kesehatan kompleks dilakukan oleh profesional kesehatan, dan keterlibatan dengan pasien dan perawat) telah menciptakan tuntutan baru untuk tenaga medis. Kurikulum ini mengakui perubahan lingkungan ini dan bertujuan untuk meng-cover berbagai kepentingan pasien dalam semua situasi dan lokasi yang menerima pelayanan kesehatan oleh pekerja medis.

Mengapa Pelajar dan Tenaga medis Perlu Mempelajari Keselamatan Pasien?

Penemuan ilmiah menyebut bahwa pelayanan kesehatan modern telah meningkatkan hasil medis yang optimal terhadap pasien. Namun, penelitian yang dilakukan di berbagai negara menunjukkan bahwa risiko yang signifikan untuk keselamatan pasien juga ada. Konsekuensi utama dari pengetahuan ini adalah adanya pengembangan keselamatan pasien sebagai disiplin khusus. Keselamatan pasien bukan disiplin yang berdiri sendiri. Justru, keselamatan pasien adalah salah satu disiplin yang dapat dan harus diintegrasikan ke dalam semua bidang pelayanan kesehatan. Sebagai dokter dan pemimpin dalam pelayanan kesehatan masa depan, pelajar perlu tahu tentang keselamatan pasien, termasuk bagaimana sistem berdampak pada kualitas dan keamanan pelayanan kesehatan dan bagaimana miskin komunikasi dapat menyebabkan kecelakaan medis.

Pelajar perlu belajar bagaimana mengelola tantangan ini dan bagaimana mengembangkan strategi untuk mencegah dan menanggapi kesalahan dan komplikasi, serta bagaimana mengevaluasi hasil untuk meningkatkan kinerja dalam jangka panjang. Program Keselamatan Pasien WHO bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien di seluruh dunia. Keselamatan pasien adalah urusan dan kepentingan setiap orang termasuk tenaga medis, manajer layanan medis, pembersih dan staf catering, administrator, konsumen hingga politisi.

Sebagai pelajar calon pemimpin Profesi medis masa depan, sangat penting bahwa mereka memiliki pengetahuan dan terampil dalam penerapan prinsip-prinsip keselamatan pasien dan konsepnya. Panduan Kurikulum ini melengkapi pelajar dengan pengetahuan penting tentang keselamatan pasien, serta menjelaskan keterampilan dan perilaku untuk membantu mereka melakukan yang diperlukan semua kegiatan profesional mereka dengan aman.

Waktu untuk membangun pengetahuan pelajar tentang keselamatan pasien yang tepat adalah pada awal program pelatihan mereka. Pelajar harus siap untuk mempraktikkan keterampilan keselamatan pasien dan perilaku segera setelah mereka masuk rumah sakit, klinik atau rumah pasien. Pelajar juga perlu kesempatan, bila memungkinkan, untuk mempertimbangkan isu-isu keamanan dalam lingkungan simulasi sebelum praktik yang sebenarnya di dunia nyata.

Dengan membuat pelajar untuk fokus pada setiap pasien, setelah mereka memperlakukan setiap pasien sebagai manusia yang unik, dan mempraktikkan menerapkan pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat bagi pasien, pelajar dapat menjadi panutan bagi orang lain dalam sistem pelayanan kesehatan. Kebanyakan pelajar-kesehatan masuk program pelatihan mereka dengan aspirasi yang tinggi. Namun, realitas sistem pelayanan kesehatan kadang mengempiskan optimisme mereka. Kami ingin pelajar untuk dapat mempertahankan optimisme mereka dan percaya bahwa mereka dapat membuat perbedaan baik dalam kehidupan individu pasien dan sistem pelayanan kesehatan.

Bagaimana Mengajar Keselamatan Pasien : Mengelola Hambatan

Pembelajaran pelajar yang efektif tergantung pada instruktur menggunakan rangkaian metode pendidikan, seperti menjelaskan konsep teknis, menunjukkan keterampilan dan menanamkan sikap-yang semuanya penting untuk pendidikan keselamatan pasien. Pengajar Keselamatan pasien menggunakan pembelajaran berbasis masalah (difasilitasi dengan membentuk kelompok belajar), pembelajaran berbasis simulasi (permainan peran dan game) dan pengajaran berbasis kuliah (interaktif / didaktik), serta pendampingan dan pembinaan (panutan).

Pasien menilai penyedia layanan kesehatan mereka tidak berdasar pada seberapa banyak yang mereka tahu tentang pelayanan kesehatan, tapi oleh bagaimana kinerja pelayanan kesehatan. Seperti kemajuan pelajar dalam lingkungan klinis dan kerja, tantangannya adalah untuk menerapkan pengetahuan ilmiah mereka untuk pasien tertentu. Dengan demikian, pelajar melampaui "apa" yang telah mereka pelajari di kelas untuk mengetahui "bagaimana" menerapkan pengetahuan mereka. Cara terbaik bagi pelajar untuk belajar adalah dengan melakukan praktik. Praktik keselamatan pasien mengharuskan pelajar untuk bertindak dengan aman-untuk memeriksa nama-nama, untuk mencari informasi tentang obat-obatan dan untuk mengajukan pertanyaan.

Cara terbaik bagi pelajar untuk belajar tentang keselamatan pasien adalah melalui profesional yang berpengalaman atau praktik dalam lingkungan simulasi.

Pelajar perlu mahir dalam pembinaan klinis bahkan melebihi dari kuliah dan pemahaman atas teori yang mendukung. Ketika instruktur mengamati kinerja pelajar dan memberikan umpan balik, pelajar akan terus meningkatkan kapasitas dan akhirnya menguasai banyak keterampilan penting untuk keselamatan pasien.

Mentoring dan pembinaan juga sangat relevan pada pendidikan keselamatan pasien. Pelajar secara alami mencoba untuk meniru model perilaku instruktur dan praktisi senior. Cara-cara di mana model peran berperilaku akan memiliki pengaruh besar pada bagaimana pelajar berperilaku dan bagaimana mereka akhirnya akan mempraktikkan ketika mereka menyelesaikan pelatihan mereka. Kebanyakan pelajar datang ke pelayanan kesehatan dengan cita-cita tinggi-ingin menjadi penyembuh, untuk menunjukkan kasih sayang, dan menjadi seorang tenaga medis yang kompeten dan etis. Namun, apa yang mereka sering lihat adalah pelayanan medis yang tergesa-gesa, kekasaran kepada rekan-rekan, dan kepentingan profesional. Perlahan-lahan, cita-cita yang tinggi mereka terganggu ketika mereka mencoba untuk menyesuaikan diri dengan budaya kerja di sekitarnya.

Panduan Kurikulum Pendidikan keselamatan pasien ini mengakui pengaruh-pengaruh yang kuat dan faktor yang ada di beberapa situasi medis. Kami percaya bahwa pengaruh negatif dapat dikelola dan diminimalkan dampaknya dengan menyampaikan pada pelajar tentang budaya kerja yang berlaku dan dampak dari budaya tersebut pada kualitas keselamatan pasien. Kami menyadari bahwa hambatan untuk keselamatan pasien dan menyampaikan isu tersebut akan memberikan pelajar pemahaman tentang sistem sebagai masalah (bukan profesional kesehatan yang terlibat dalam sistem yang menjadi masalah) dan memungkinkan mereka untuk melihat bahwa mengubah sistem menjadi lebih baik adalah mungkin dan tujuan layak diperjuangkan.

Hambatan tidak sama di setiap negara dan budaya atau bahkan di seluruh pengaturan klinis yang berbeda dalam satu wilayah. Hambatan-negara tertentu mungkin termasuk hukum dan peraturan yang mengatur sistem kesehatan. Hukum-hukum ini dapat mencegah pelaksanaan praktik keselamatan pasien tertentu. Budaya yang berbeda memiliki pendekatan berbeda dalam hierarki, kesalahan dan resolusi konflik. Sejauh mana pelajar didorong untuk bersikap tegas ketika di hadapan pada instruktur dan / atau dokter senior, terutama dalam situasi di mana pasien mungkin berada pada risiko bahaya, akan tergantung pada situasi dan kesiapan budaya profesional lokal untuk mengakomodir perubahan tersebut .

Dalam beberapa masyarakat, konsep keselamatan pasien mungkin tidak mudah cocok dengan norma-norma budaya. Hambatan ini dieksplorasi lebih mendalam kemudian dalam Topik ini (lihat bagian Menghadapi Dunia Nyata: Membantu Pelajar Untuk Menjadi Pemimpin Keselamatan Pasien).

Hambatan yang paling jelas bagi pelajar adalah mereka yang muncul selama penempatan profesional mereka dan pengaturan pengobatan dan berhubungan terutama untuk senior yang instruktur / supervisor atau tenaga medis yang tidak mampu beradaptasi dengan tantangan kesehatan baru atau yang aktif mencegah perubahan dalam menanggapi mereka. Perilaku mereka dapat mengubah pelajar dari advokat untuk keselamatan pasien menjadi buku teks pelajar pasif. Cara tenaga medis yang berbeda (perawat, apoteker, dokter gigi, dokter, dll) mempertahankan budaya profesional mereka sendiri, yang menghasilkan pendekatan silo untuk pelayanan kesehatan, juga merupakan hambatan yang signifikan. Kegagalan untuk berkomunikasi di seluruh disiplin ilmu dapat menyebabkan kesalahan pelayanan kesehatan. Pendekatan tim interdisipliner jauh lebih efektif dalam mengurangi kesalahan, meningkatkan komunikasi staf, dan mempromosikan lingkungan kerja yang sehat.

Karena instruktur dan pengawas familiar dengan Kurikulum ini, mereka dengan cepat akan menyadari bahwa pembelajaran pelajar tidak dapat dipraktikkan dalam pengaturan kehidupan nyata. Beberapa tenaga medis mungkin merasa bahwa mengajar keselamatan pasien kepada pelajar-pelayanan kesehatan merupakan tujuan yang tidak dapat tercapai karena banyaknya hambatan yang terlibat. Namun, sekali hambatan diidentifikasi dan dibahas, maka hambatan itu akan terlihat tidak begitu menakutkan. Bahkan diskusi antara kelompok pelajar tentang realitas dan hambatan dapat menginformasikan dan mengajarkan mereka tentang hambatan yang dihadapi. Setidaknya, mereka dapat mengajukan kritik konstruktif terhadap sistem pelayanan kesehatan dan waktu untuk refleksi tentang bagaimana pendidikan keselamatan pasien dapat dilakukan.

Bagaimana Topik dalam Panduan Kurikulum ini Berkaitan dengan Praktik Pelayanan Kesehatan

Tabel B1 menunjukkan bagaimana Topik di Panduan Kurikulum ini diintegrasikan ke dalam pelayanan kesehatan, misalnya bagaimana menerapkan praktik kebersihan tangan saat melayani pasien. Banyak prinsip-prinsip keselamatan pasien berlaku di seluruh pelayanan kesehatan, seperti kerja sama tim, keamanan obat, dan terlibat dengan pasien. Kami menggunakan contoh ini karena mengurangi penularan infeksi dapat dicapai dengan cara pekerja medis membersihkan tangan mereka dengan cara yang benar pada waktu yang tepat. Menggunakan praktik kebersihan tangan yang benar tampaknya menjadi hal yang jelas dan mudah untuk mencapai. Tapi, meskipun ratusan kampanye untuk mendidik tenaga medis, fakultas, pelajar dan staf lainnya tentang kewaspadaan standar universal, kita tampaknya tetap mengalami masalah ini dan tingkat infeksi terkait pelayanan kesehatan (HCAI) kian meningkat di seluruh dunia.

Setiap Topik kurikulum berisi pembelajaran penting bagi pelajar-pelayanan kesehatan pada bidang medis tertentu. Secara keseluruhan, Topik memberikan pengetahuan yang mendukung dan mempersiapkan pelajar-pelayanan kesehatan untuk menjaga penerapan teknik kebersihan tangan, serta untuk mengidentifikasi bagaimana melakukan perbaikan sistem.

Topik Panduan Kurikulum dan Kaitannya dengan Keselamatan Pasien

Sementara setiap topik berdiri sendiri dalam pembahasan Panduan Kurikulum ini, Tabel B1 menunjukkan bagaimana semua Topik yang diperlukan untuk pengembangan perilaku yang sesuai dengan tenaga medis. Contoh membersihkan tangan kala menangani pasien, kita menunjukkan bagaimana pelajaran dari masing-masing Topik diperlukan untuk mencapai dan mempertahankan pelayanan kesehatan yang aman.

Table B. I. 1. Bagaimana topik-topik saling berhubungan: Contoh kebersihan tangan

Bidang Masalah : Meminimalisir Penyebaran Infeksi

Topik Panduan Kurikulum yang Relevan untuk Dipraktikkan

Persoalan yang disebabkan oleh lemahnya kontrol infeksi

Topik 1: “Apa itu Keselamatan Pasien?” menjabarkan bukti dari penderitaan dan luka yang disebabkan oleh cedera. Karena pelajar belajar tentang disiplin keselamatan pasien dan peran mereka dalam mengurangi akibat dari cedera, mereka akan bisa menghargai pentingnya sikap dan perilaku mereka seperti misalnya menerapkan teknik kebersihan tangan yang benar untuk mencegah dan mengontrol infeksi.

Pekerja medis memahami bahwa infeksi adalah masalah. Namun hanya sekedar mengetahui tidak akan mengubah pola praktik. Orang-orang cenderung menggunakan teknik kebersihan tangan sementara saja tapi kemudian melupakannya.

Topik 2: “Mengapa Menerapkan Faktor Manusia Penting untuk Keselamatan Pasien?” menjelaskan bagaimana dan mengapa manusia bertindak dan mengapa manusia melakukan kesalahan. Pemahaman faktor manusia akan mendapatkan kesempatan untuk mengidentifikasi kesalahan dan membantu siswa untuk belajar bagaimana menghindari dan meminimalisir kesalahan. Memahami faktor manusia meliputi kesalahan dan akar penyebabnya sehingga akan membantu pelajar untuk memahami konteks tindakan mereka. Pelajar perlu mengetahui bagaimana tindakan mereka dalam konteks lingkungan kerja dan keterkaitannya dengan peralatan kerja yang mereka gunakan. Ketika pekerja medis percaya bahwa infeksi pasien dapat disebabkan oleh tindakan mereka, mereka akan mengubah cara kerja mereka dan menggunakan standar untuk menghindarinya.

Pekerja Medis ingin mengelola pencegahan infeksi secara tepat dan menerapkan prosedur kontrol tapi terlalu banyak pasien untuk dirawat dan keterbatasan waktu memungkinkan kurangnya penerapan praktek kebersihan tangan yang memadai.

Topik 3: "Memahami Sistem dan Efek Kompleksitasnya terhadap Pelayanan Pasien" menunjukkan bagaimana perawatan pasien melibatkan langkah dan hubungan yang berkaitan satu sama lain. Pasien bergantung pada profesional pelayanan kesehatan yang merawat mereka dengan cara yang tepat dan bergantung pada sistem pelayanan kesehatan itu sendiri. Pelajar perlu tahu bahwa pelayanan kesehatan yang baik membutuhkan usaha tim. Tapi pelajar juga perlu memahami bahwa membersihkan tangan bukan hal opsional tapi langkah penting untuk merawat pasien. Memahami bagaimana tindakan tiap orang dan tiap komponen perawatan dapat saling bertepatan dalam proses yang berkelanjutan terlepas dari hasilnya apakah baik (kondisi pasien lebih baik) ataupun hasilnya buruk (Pasien mengalami cedera) adalah dua hal pelajaran penting untuk keselamatan pasien. Ketika Pelajar memahami bahwa tindakan seseorang dalam tim dapat mengakibatkan pada hasil pelayanan pasien, pelajar akan dapat melihat bagaimana kerja mereka dalam konteks keselamatan pasien yang berbeda.

Tak ada alat cairan pembersih berbasis alkohol atau agen kebersihan yang bertugas karena staf lupa menyediakan cairan pembersih tersebut.

Topik 4: "Menjadi Pemeran Tim yang Efektif" menjelaskan pentingnya kerjasama diantara profesional medis. Jika cairan pembersih alkohol tersedia, maka tiap anggota tim memperhatikan ketersediannya untuk tiap anggota tim. Hanya mengeluhkan bahwa seseorang yang bertugas lupa menyediakannya tidak akan membantu kondisi pasien lebih baik. Menjadi bijak dalam bekerja dan melihat kesempatan untuk membantu pasien dan tim adalah bagian dari cara bertindak profesional dalam tim. Cedera pada pasien kerap kali disebabkan oleh hal yang terkesan sepele seperti tidak membesihkan tangan, tidak ada grafik medis yang disediakan dan keterlambatan kedatangan dokter. Mengingatkan staf untuk menyediakan cairan pembersih bukan hal yang sepele, tindakan itu dapat mencegah terjadinya infeksi.

Dokter bedah meninggalkan ruang operasi beberapa saat untuk menjawab telepon. Dia kembali ke dalam ruang operasi dan menggunakan sarung tangan yang sama dan melanjutkan operasi. Pasien kemudian mengalami luka infeksi setelah operasi.

Topik 5: "Belajar dari kesalahan untuk mencegah cedera" menunjukkan bagaimana menyalahkan orang tidak akan berhasil, dan bahwa jika orang takut dituduh melakukan kelalaian atau menyalahkan orang tersebut, mereka tidak ada yang akan melaporkan adanya potensi cedera atau belajar dari cedera pasien tersebut. Sebuah sistem Pendekatan kesalahan berusaha untuk mengidentifikasi penyebab kesalahan dan untuk memastikan bahwa kesalahan tidak diulangi. Pemeriksaan penyebab infeksi dapat menunjukkan bahwa ahli bedah meninggalkan ruang operasi dan tidak menggunakan teknik steril saat kembali ke ruang operasi. Menyalahkan orang saja tidak akan mencapai apa-apa. Analisis lebih lanjut mungkin menunjukkan bahwa ahli bedah dan tim lainnya telah secara rutin melanggar pedoman pengendalian infeksi karena mereka tidak berpikir infeksi adalah masalah. Tanpa data, mereka terbuai ke dalam rasa aman yang palsu.

Pasien dalam kasus di atas, yang terinfeksi, membuat pengaduan tertulis ke rumah sakit tentang perawatan nya.

Topik 6: "Memahami dan mengelola risiko klinis" menunjukkan kepada siswa pentingnya memiliki sistem untuk mengidentifikasi masalah dan memperbaiki potensi masalah sebelum terjadi. Keluhan dapat memberitahu dokter atau Manajer pelayanan kesehatan jika ada masalah tertentu. Surat dari pasien yang berisi keluhan infeksi adalah surat ke-10 dalam sebulan, yang bisa memberitahu rumah sakit bahwa ada masalah dengan pengendalian infeksi. pelaporan insiden dan efek samping juga merupakan cara sistematis mengumpulkan informasi tentang keamanan dan kualitas pelayanan.

Rumah sakit memutuskan bahwa pasien memiliki masalah dengan infeksi pada tertentu saat di ruang operasi dan ingin tahu lebih banyak tentang masalah tersebut.

Topik 7: "Menggunakan metode kualitas perbaikan untuk meningkatkan pelayanan" memberikan contoh metode untuk mengukur dan membuat perbaikan di perawatan klinis. Siswa perlu tahu bagaimana mengukur proses pelayanan dalam rangka untuk menentukan apakah perubahan telah membawa perbaikan.

Rumah sakit sekarang tahu satu ruang operasi yang memiliki infeksi lebih tinggi tingkatannya dibandingkan dari yang lain. pasien mengeluh dan masalah infeksi di rumah sakit tersebut telah menjadi perhatian media.

Topik 8: "Melibatkan pasien dan Keluarga" menunjukkan kepada siswa pentingnya komunikasi yang jujur dengan pasien setelah insiden terjadi dan pentingnya memberikan informasi lengkap kepada pasien tentang perawatan dan pengobatan mereka. Melibatkan pasien ini diperlukan untuk mempertahankan kepercayaan dari masyarakat.

Rumah sakit memutuskan bahwa infeksi adalah masalah khusus dan bahwa setiap orang perlu diingatkan pentingnya mematuhi standar tindakan pencegahan.

Topik 9: "pencegahan dan pengendalian infeksi"

menggambarkan jenis utama dan penyebab infeksi. Hal ini juga mencakup langkah yang relevan dan protokol untuk meminimalkan infeksi.

Rumah sakit memutuskan untuk meninjau pengendalian infeksi di ruang operasi karena infeksi situs bedah merupakan persentase yang signifikan dari total insiden yang dilaporkan oleh staf

Topik 10: "Keselamatan pasien dan prosedur invasif"

menunjukkan kepada siswa bahwa pasien yang menjalani operasi atau prosedur invasif lainnya berada pada risiko tinggi terkena infeksi atau menerima perlakuan yang salah. pemahaman kegagalan disebabkan oleh komunikasi yang buruk, kurang kepemimpinan, perhatian yang cukup untuk proses, tidak sesuai dengan pedoman, dan kerja paksa akan membantu siswa menghargai beberapa faktor yang berperan dalam operasi.

Catatan dari Petugas Bedah mengkaji menggunakan metode kualitas perbaikan (seseorang menayakan "apa terjadi? "bukan" siapa yang melakukannya? "), sebagai tim mencari intervensi yang mungkin bisa membantu tingkat infeksi agar berkurang. Tim belajar bahwa pemberian antibiotik profilaksis yang tepat dapat membantu mencegah infeksi. Tetapi praktik ini juga akan membutuhkan bahwa sejarah pengobatan yang lengkap tersedia untuk setiap pasien untuk menghindari interaksi dengan obat lainnya yang mungkin diresepkan.

Topik 11: "Meningkatkan keamanan obat" adalah penting karena kesalahan pengobatan menyebabkan proporsi yang signifikan terjadinya Insiden. Skala kesalahan pengobatan adalah besar dan siswa harus mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan kesalahan dan mengetahui langkah-langkah yang harus diambil untuk meminimalkan kesalahan pengobatan. Keselamatan Obat memastikan bahwa siswa tahu tentang potensi efek samping obat dan bahwa mereka mempertimbangkan semua faktor yang relevan ketika meresepkan, mengadministrasi, dan memantau efek obat.

Menghadapi Dunia Nyata : Membantu Pelajar Menjadi Pemimpin dalam Keselamatan Pasien

Salah satu tantangan utama untuk mereformasi keselamatan pasien adalah keterbukaan dari tempat kerja untuk cara-cara baru dalam memberikan pelayanan. Perubahan bisa sangat sulit untuk organisasi dan tenaga medis yang menerapkan pengobatan kepada pasien dengan cara tertentu. Mereka tidak selalu melihat sesuatu yang salah dengan bagaimana mereka memberikan pelayanan dan tidak yakin bahwa mereka perlu mengubah model pelayanan mereka. Mereka mungkin merasa terancam atau ketika seseorang menantang, terutama anggota staf junior, melihat dan bahkan melakukan hal-hal yang berbeda. Dalam keadaan ini, kecuali pelajar yang didukung dengan pembinaan positif dan diberi kesempatan untuk mendiskusikan pengalaman mereka, banyak pembelajaran tentang keselamatan pasien dalam program pelatihan akan tak berhasil.

Pelajar sangat cepat belajar bagaimana tenaga medis berperilaku dan apa yang diharapkan dari tenaga medis. Karena pelajar adalah pemula, mereka ingin masuk dalam kerja pelayanan ekshatansesegera mungkin. Pelajar dalam profesi kesehatan sering sangat tergantung pada instruktur dan pengawas untuk mendapatkan informasi dan dukungan profesional.

Bagi Pelajar, mempertahankan kepercayaan dari seorang instruktur atau pengawas adalah sangat penting. Perkembangan mereka tergantung pada laporan penagajar mereka berdasarkan umpan balik secara informal dan formal, penilaian subjektif dan objektif serta kompetensi dan komitmen mereka. Keselamatan pasien mengharuskan para tenaga medis mengungkap kesalahan mereka dan belajar dari kesalahan medis tersebut, tetapi para pelajar

mungkin takut bahwa mengungkapkan kesalahan mereka sendiri atau kesalahan dari profesional senior, instruktur atau supervisor mungkin memiliki dampak bagi mereka atau orang-orang yang terlibat. Ketergantungan berlebihan pada instruktur-kerja atau pengawas untuk mengajar dan mendapat penilaian dapat mendorong pelajar untuk menyembunyikan kesalahan mereka dan sekedar melakukan tugas-tugas yang diminta, bahkan ketika mereka tahu bahwa mereka belum kompeten untuk melakukan tugas-tugas medis tertentu.

Pelajar mungkin enggan untuk berbicara tentang keselamatan pasien atau mengungkapkan keprihatinan mereka tentang masalah etika dengan staf senior. Mereka mungkin takut menerima laporan yang tidak menguntungkan atau dilihat sebagai "kurang komitmen" atau "memiliki sikap buruk". Pelajar dapat kurang yakin atau ketakutan tidak berdasar ketika berkomunikasi dengan pasien atau mengungkapkan kesalahan sehingga dapat menyebabkan laporan yang tidak menguntungkan, penurunan kesempatan kerja dan / atau mengurangi kesempatan untuk mendapatkan akses ke program pelatihan lanjutan. Diskusi tentang kesalahan-pelayanan kesehatan memang sulit bagi semua tenaga medis di semua budaya. Keterbukaan untuk belajar dari kesalahan sering tergantung pada kepribadian dari para profesional senior yang terlibat. Dalam beberapa budaya dan organisasi, keterbukaan tentang kesalahan mungkin baru dan, oleh karena itu, sangat sulit bagi fakultas. Dalam kasus ini, mungkin tepat bagi pelajar untuk berbicara tentang kesalahan dalam sesi pembelajaran.

Di beberapa tempat, diskusi kesalahan medis diadakan dalam pertemuan tertutup dan dalam pendidikan lanjutan, yang mana tim dapat berbicara tentang kesalahan secara terbuka

dan memiliki banyak kebijakan untuk membantu pekerja Medis menavigasi cara pelayanan kesehatan mereka melalui kesalahan. Tapi, akhirnya, setiap kebudayaan harus menghadapi penderitaan manusia yang disebabkan oleh kesalahan medis. Karena penderitaan pasien secara terbuka diakui oleh tenaga medis yang bekerja di rumah sakit, klinik, dan masyarakat, akibat dari kesalahan medis, akan sulit untuk mempertahankan status quo. Banyak yang akan mengadopsi pendekatan yang berbeda pada hierarki dan layanan kesehatan pasien. Beberapa pendekatan baru melihat tim sebagai instrumen utama pelayanan kesehatan, menghadapi hirarki datar di mana setiap pekerja medis merawat pasien dengan tepat dan dapat memberikan kontribusi tepat.

Mempelajari kesalahan medis dapat membantu pelajar untuk memahami mengapa harapan dan sikap beberapa profesional senior dan dosen tampaknya bertentangan dengan apa yang telah mereka pelajari tentang keselamatan pasien. Pelayanan kesehatan belum dirancang dengan mempertimbangkan keselamatan pasien. Hal ini telah berkembang dari waktu ke waktu, yakni banyak aspek pelayanan menjadi konsekuensi dari tradisi daripada kekhawatiran eksplisit untuk keamanan pasien, efisiensi dan efektivitas dalam konteks pelayanan kesehatan kontemporer yang kini berlangsung.

Banyak sikap dalam pelayanan kesehatan telah berakar dalam budaya profesional yang berasal pada saat struktur hirarkis dalam pelayanan masyarakat-kesehatan dipandang sebagai panggilan hidup, terutama dokter, dianggap sempurna. Dalam kerangka konseptual, tenaga medis yang baik yang dianggap tidak mungkin membuat kesalahan, pelatihan dilakukan melalui magang, dan hasil medis pasien (baik dan buruk) dikaitkan dengan keterampilan profesional, bukan berasal dari pekerja medis yang bekerja dalam tim. Mereka tidak secara profesional bertanggung jawab kepada orang lain selain diri mereka sendiri dan, di beberapa tempat, pasien yang dirawat secara gratis dipandang utamanya sebagai bahan pembelajaran. Meskipun banyak yang berubah, beberapa sisa-sisa budaya lama telah bertahan

dan membentuk sikap tenaga medis yang terlatih dalam lingkungan budaya kerja yang demikian.

Masyarakat modern ingin aman, yakni adanya pelayanan kesehatan berkualitas yang dilakukan oleh para tenaga medis yang bekerja dengan pendekatan budaya keselamatan. Budaya keselamatan ini telah mulai menembus tempat kerja kesehatan di seluruh dunia dan pelajar akan menghadapi sikap tradisional dan mencerminkan budaya keselamatan. Tantangan bagi semua pelajar, terlepas dari budaya mereka, negara atau disiplin ilmu mereka adalah untuk berpraktik pelayanan kesehatan yang aman, bahkan ketika profesional medis di sekitar mereka tidak melakukan hal tersebut.

Hal ini membantu untuk dapat membedakan antara pendekatan usang tertentu yang negatif dan dapat mempengaruhi pelayanan pasien dibandingkan dengan praktik-praktik baru tertentu dengan pendekatan pelayanan kesehatan berpusat pasien. Hal ini juga penting untuk mengakui bahwa pergeseran budaya ini dapat menciptakan ketegangan untuk pelajar atau peserta pelatihan yang tertarik untuk berpraktik dengan pertimbangan keselamatan pasien, tetapi pihak senior medis tidak sadar atau mendukung pendekatan baru tersebut. Adalah penting bahwa pelajar berbicara dengan supervisor mereka sebelum mereka mulai menerapkan teknik-teknik baru yang disarankan.

Kami tidak mengharapkan pelajar untuk menempatkan diri mereka atau karir mereka berisiko untuk kepentingan mengubah sistem. Tapi kita mendorong pelajar untuk berpikir tentang bagaimana mereka bisa melakukan pendekatan terhadap pola pelatihan mereka dan mempertahankan perspektif keselamatan pasien pada waktu yang sama. Tabel B | 2 di bawah ini menyediakan kerangka kerja untuk memberikan pelajar beberapa ide untuk mengelola konflik yang mungkin mereka alami ketika melakukan tugas dan pelatihan medis.

Tabel B.I.2. Mengelola Konflik: Cara Lama dan Baru

Bidang Ciri	Contoh	Cara Lama	Cara Baru
hierarki dalam pelayanan kesehatan: kebersihan tangan	Seorang praktisi senior kesehatan tidak membersihkan / tangannya nya ketiga bertugas memeriksa di antara pasien.	Pelajar tidak mengatakan apa-apa Atas ketidaksesuaian praktek, lalu meniru Kebiasaan dokter senior.	(1) Carilah klarifikasi tentang "kapan dan bagaimana" Kebersihan tangan kepada dokter atau praktisi senior lainnya. (2) Jangan katakan apapun, tetapi gunakan teknik kebersihan tangan yang aman. (3) Katakanlah sesuatu secara hormat untuk dokter dan terus gunakan kebersihan tangan yang aman teknik

<p>Hirearki dalam Pelayanan Kesehatan : Situs Bedah</p>	<p>Dokter Bedah tidak berpartisipasi dalam memeriksa situs yang benar untuk operasi atau memverifikasi identitas pasien.</p> <p>Dokter bedah benci melakukan protokol pemeriksaan pra operasi dan percaya itu untuk membuang-buang waktu, dan menekan anggota tim yang lain untuk tergesa-gesa.</p>	<p>Mengadopsi pendekatan dari ahli bedah senior dan tidak berpartisipasi dalam pemeriksaan untuk memutuskan dan bahwa pemeriksaan adalah tugas yang tak penting</p>	<p>(1) Secara aktif membantu tim lainnya untuk menyelesaikan protokol pemeriksaan.</p>
<p>Hirearki dalam Pelayanan Kesehatan : Pengobatan</p>	<p>Pelajar menyadari bahwa pasien diketahui mengidap alergi serius penisilin dan mengamati seorang perawat senior akan memberikan pengobatan penisilin</p>	<p>Tidak mengatakan apa-apa karena takut jika terlihat tidak setuju dengan orang senior. menganggap bahwa perawat harus tahu apa yang dia lakukan.</p>	<p>(1) Segera berbagi keprihatinan tentang alergi dengan perawat. Pelajar memandang ini sebagai bagian membantu tim dan bentuk tanggung jawabnya sebagai advokat pasien.</p>
<p>Paternalisme : Persetujuan</p>	<p>Pelajar diminta untuk mendapatkan persetujuan dari pasien untuk pengobatan yang tidak pernah didengar sebelumnya</p>	<p>Terima tugas. Jangan biarkan staf senior mengetahui tingkat Anda ketidaktahuan tentang pengobatan. Berbicara dengan pasien tentang pengobatan adalah cara untuk memperoleh tanda tangan pasien pada formulir persetujuan</p>	<p>1) Tidak melakukan tugas dan menyarankan dokter beberapa Pengobatan yang lebih familiar yang lebih tepat untuk tugas ini.</p> <p>(2) Menerima tugas, tetapi menjelaskan Anda tahu sedikit tentang pengobatan dan akan memerlukan beberapa pelajaran tentang hal pertama, dan meminta salah satu supervisor datang bersama untuk membantu / mengawasi.</p>
<p>Paternalism : Peran Pasien dalam Perawatan Mereka</p>	<p>Para pasien yang diabaikan selama putaran bangsal dan tidak terlibat dalam diskusi tentang perawatan mereka. Anggota keluarga diminta untuk meninggalkan samping tempat tidur ketika dokter melakukan kunjungan lingkungan mereka.</p>	<p>Menerima situasi dan tidak melakukan apa-apa. Asumsikan bahwa ini adalah cara melakukan sesuatu. Sesuai dengan perilaku yang tidak melibatkan pasien dan keluarga mereka.</p>	<p>(1) Mengatakan ucapan kepada setiap pasien: "Halo Mr Ruiz, kita meninjau semua pasien kami pagi ini. Bagaimana perasaan Anda hari ini? "</p> <p>(2) Jika ada tekanan waktu untuk terus bergerak mengawasi, maka jelaskan kepada pasien dan / keluarganya, "Aku akan datang kembali untuk berbicara dengan Anda setelah putaran bangsal".</p> <p>(3) Cari tahu kekhawatiran pasien Anda sebelum putaran dan membahasnya dengan dokter senior pada putaran di samping tempat tidur, misalnya "Mr Carlton berharap untuk menghindari operasi, apakah ini merupakan pilihan baginya?".</p> <p>(4) Undang dan dorong pasien untuk berbicara selama putaran bangsal.</p> <p>(5) Mintalah atasan Anda apakah dia berpikir pasien dan keluarga mereka dapat menambahkan nilai ke diskusi putaran bangsal sehingga meningkatkan efisiensi unit</p>

<p>Kesempurnaan profesional medis: Jam kerja</p>	<p>Seorang staf junior di bangsal mengumumkan dengan bangga bahwa ia telah di tempat kerja untuk terakhir 36 jam.</p>	<p>Mengagumi anggota staf karena stamina dan komitmen untuk pekerjaannya.</p>	<p>(1) Bertanya pada anggota staf bagaimana perasaannya dan apakah itu bijaksana atau bahkan bertanggung jawab masih akan bekerja.</p> <p>(2) ketika ia selesai bekerja tanyakan bagaimana ia berencana untuk pulang. Apakah dia aman untuk mengemudi mobil?</p> <p>(3) Membuat beberapa saran yang bermanfaat: "Apakah ada seseorang yang dapat membawa Anda sehingga Anda bisa pulang dan mendapatkan waktu beristirahat? "Atau," Saya tidak berpikir staf diizinkan untuk bekerja berjam-jam seperti itu, Anda harus mengeluh tentang jam kerja Anda".</p>
<p>Kesempurnaan profesional medis: Sikap terhadap kesalahan</p>	<p>Kesalahan hanya dibuat oleh orang-orang yang tidak kompeten atau tidak etis. Profesional medis yang baik tidak membuat kesalahan.</p>	<p>Menerima budaya yang mengatakan tenaga kesehatan yang melakukan kesalahan adalah "buruk" atau "Tidak kompeten". Berusaha lebih keras untuk menghindari membuat kesalahan. Tetap diam, atau menemukan seseorang atau sesuatu yang lain untuk menyalahkan ketika Anda telah membuat kesalahan. Lihatlah kesalahan orang lain membuat dan mengatakan kepada diri sendiri bahwa Anda tidak akan bertindak bodoh.</p>	<p>(1) Memahami bahwa setiap orang akan membuat kesalahan pada beberapa waktu dan bahwa penyebab kesalahan adalah multifaktorial dan melibatkan faktor laten yang tidak segera jelas terlihat pada saat kesalahan itu dibuat. Jagalah pasien Anda, diri sendiri dan rekan-rekan Anda dalam hal kesalahan dan secara aktif mempromosikan belajar dari kesalahan.</p>
<p>Kesempurnaan profesional medis: Membuat kesalahan</p>	<p>Praktisi kesehatan senior yang melakukan kesalahan dan mengatakan pasien mengalami komplikasi. Staf tidak berbicara tentang kesalahan mereka dalam pertemuan peer-review.</p>	<p>Menerima bahwa cara untuk menangani kesalahan adalah untuk merasionalisasi sebagai masalah yang berhubungan dengan pasien, bukan perawatan yang diberikan. Cepat belajar bahwa staf senior tidak mengungkapkan kesalahan kepada pasien atau rekan-rekan mereka dan mencontoh perilaku Anda pada mereka.</p>	<p>(1) Berbicara dengan supervisor tentang pengungkapan terbuka untuk pasien dan apakah rumah sakit atau klinik memiliki kebijakan tentang memberikan informasi kepada pasien setelah terjadi insiden.</p> <p>(2) Minta pasien jika ia / dia ingin informasi lebih lanjut tentang perawatan mereka dan, jika demikian, menyarankan dokter bahwa pasien ingin informasi lebih lanjut.</p> <p>(3) Beritahu atasan atau pemimpin tim ketika Anda membuat kesalahan dan bertanya bagaimana kesalahan yang sama dapat dihindari di masa depan.</p> <p>(4) Mengisi formulir insiden, jika sesuai.</p>
<p>Kesempurnaan profesional medis: Kemahatahuan</p>	<p>Praktisi kesehatan yang bertindak "seperti dewa" dan melihat ke bawah pada profesional medis junior dan pasien.</p>	<p>Bercita-cita untuk menjadi seperti orang ini dan mengagumi bagaimana setiap orang menyembah kepadanya.</p>	<p>(1) Kenali arogansi sikap dan perilaku seperti model yang pada staf yang bekerja dalam tim dan berbagi pengetahuan dan tanggung jawab mereka.</p>
<p>Menyalahkan / Mempermalukan</p>	<p>Praktisi kesehatan yang membuat kesalahan yang diejek atau dipermalukan oleh atasan mereka. Sebuah rumah sakit mendisiplinkan anggota staf untuk kesalahan.</p>	<p>Tidak mengatakan apa-apa dan mencontoh perilaku staf lain yang berbicara negatif tentang profesional medis yang terlibat dalam insiden.</p>	<p>(1) Menawarkan dukungan dan memberi pemahaman kepada rekan yang terlibat dalam kejadian.</p> <p>(2) Bicaralah dengan rekan kerja dan atasan Anda tentang cara-cara yang lebih baik untuk memahami kesalahan dari sekedar menyalahkan orang yang terlibat.</p> <p>(3) Fokus pada kesalahan. Bertanya "apa yang terjadi?" Daripada "yang terlibat?". Mencoba untuk menghasilkan diskusi dalam kelompok tim / tutorial tentang beberapa faktor yang mungkin terlibat.</p>

<p>Kerjasama Tim: Tim saya adalah tim keperawatan (atau / farmasi / gigi tim kebidanan / medis)</p>	<p>Mahasiswa dan dokter junior mengidentifikasi bahwa hanya dokter dari disiplin yang sama yang dianggap sebagai bagian dari tim mereka. Dokter di bangsal melakukan putaran mereka tanpa anggota profesi lain yang hadir.</p>	<p>Mengubah perilaku untuk mencerminkan bahwa dokter yang perlu diidentifikasi adalah yang sama disiplin ilmunya.</p>	<p>(1) Menyadari bahwa tim dari perspektif pasien adalah setiap orang yang peduli dan memperlakukan pasien-perawat, staf lingkungan dan pekerja perawatan kesehatan bersekutu, serta pasien dan / anggota keluarganya.</p> <p>(2) Selalu memberikan saran walaupun kepada anggota tim yang berbeda tentang perawatan pasien.</p> <p>(3) Mengakui dan memaksimalkan manfaat dari tim interprofesional.</p>
---	--	---	---

Narasi Pasien

Penggunaan narasi dalam pelayanan kesehatan sebagai alat pembelajaran terbukti efektif untuk mengajar tenaga medis. Cerita tentang kedua rekan kerja berbakat dan rekan kerja yang sulit bekerjasama, tentang guru yang baik dan buruk, instruktur dan pengawas, tentang tips untuk bertahan pada pergeseran waktu kerja atau rotasi adalah beberapa contoh. Cerita-cerita ini berfokus terutama pada perspektif pelajar kesehatan. Hal yang biasanya tak ditemui pelajar justru narasi pasien. Padahal pengalaman pasien adalah pengingat bahwa mereka juga merupakan bagian dari tim kesehatan dan bahwa mereka juga memiliki sesuatu untuk ditawarkan dalam berkontribusi pada pelayanan kesehatan. Narasi pasien termasuk dalam setiap Topik belajar dalam Panduan Kurikulum ini yang dirancang untuk menyoroti pentingnya Topik dibahas dari perspektif pasien dan dengan memberikan beberapa contoh nyata dari apa yang bisa salah dalam pemberian pelayanan kesehatan yang tidak berfokus pada pasien.

Nama fiktif sengaja digunakan pada sebagian besar narasi pasien, kecuali izin telah diberikan oleh keluarga, seperti dalam kasus Caroline Anderson. Cerita-cerita nyata diambil dari Australian Patient Safety Education Framework (APSEF) 2005.

Topik 1

Apa itu Keselamatan Pasien?

Cerita Caroline

Pada tanggal 10 April 2001, Caroline (37 tahun), dirawat di Rumah Sakit Kota untuk melahirkan anak ketiganya dengan prosedur cesar yang rumit. Dr A adalah dokter kandungan dan Dr B adalah ahli Anestesi yang memasang kateter Epidural pada pasien. Pada tanggal 11 April, Caroline mengeluhkan sakit pada bagian tulang belakangnya karena secara tiba-tiba kateter epiduralnya terbentur pada malam sebelum kateter itu dilepas. Selama proses itu, Caroline terus menerus mengeluh kesakitan dan nyeri di daerah pinggang. Dr B memeriksa dia dan mendignosa sakit pada otot. Masih merasa sakit dan lemah, Caroline dibawa keluar dari Rumah Sakit pada tanggal 17 April.

Setelah tujuh hari kemudian, Caroline tinggal di rumah. Dia kemudian menelpon Dr A karena mengeluhkan panas yang dideritanya disertai rasa gemetar, sakit yang teramat pada bagian belakang tubuh dan kepala. Pada tanggal 24 April, petugas medis lokal, Dr C, memeriksa Caroline dan bayinya. Dr C merekomendasikan Caroline dan bayinya segera dibawa ke rumah sakit daerah untuk menanggulangi sakit dan kondisi kekuningan pada kulit akibat penurunan kadar darah merah.

Dokter yang menerima di rumah Sakit Kecamatan, Dr D, menyebut bahwa rasa sakit di bagian belakang tubuh yang dirasakan Caroline bukan berasal dari bekas anestesi epidural, tapi terjadi pada otot persendian S1. Pada tanggal 26 April, kondisi kekuningan pada bayi Caroline telah membaik, tapi Caroline belum juga diperiksa oleh Dr Umum, yakni Dr E, yang mengakui bahwa ia lupa memeriksa Caroline. Registrar Medis, Dr F, memeriksa Caroline dan mendiagnosa dia dengan penyakit Sakrolitis. Dr F lantas memberikan resep obat berupa oksikodonhidroklorida, parasetamol dan sodium diklofenak. Dr F juga menyampaikan informasi ini

kepada dokter kandungan Caroline, Dr A, terkait diagnosisnya.

Sakit yang diderita Caroline terus mendapatkan pelayanan medis. Hingga akhirnya pada tanggal 2 Mei, kondisi Caroline kian memburuk. Lalu, suami Caroline membawa dia ke rumah sakit sakit daerah lainnya sementara kondisi Caroline tak sadar dan terus mengigau. Segera setelah sampai di Rumah Sakit pada tanggal 3 Mei, Caroline mulai kejang-kejang dan terus mengigau tak jelas. Dr C, dalam catatan medisnya menyebutkan bahwa Caroline mengalami akibat dari “terlalu banyak penggunaan obat sakit sakroiliitis”. Kondisi Caroline kritis dan kemudian dibawa dengan Ambulan ke Rumah Sakit Provinsi.

Sesampainya di rumah sakit Provinsi, Caroline sudah tak sadar dan butuh intubasi. Pupil matanya tertutup dan dicoba untuk dibuka. Namun, kondisinya tak juga membaik hingga pada tanggal 4 Mei Caroline dipindahkan lagi ke rumah sakit kota. Pada Sabtu, 5 Mei pukul 1.30 waktu setempat, otak Caroline dinyatakan tak berfungsi dan alat bantuan medis ditarik, ia dinyatakan meninggal. Pemeriksaan postmortem mengungkap Caroline mengalami abses epidural dan meningitis yang berpengaruh pada bagian tubuh lainnya, yakni sumsum tulang belakang dari bagian dasar otak, sehingga mengakibatkan infeksi *Staphylococcus aureus* (MRSA). Perubahan pada liver, jantung dan limpa konsisten dengan diagnosa septicemia.

Hasil investigasi coronial menyimpulkan bahwa bengkak bernanah yang diderita Caroline dapat dan seharusnya didiagnosa terlebih dahulu. Perdebatan selanjutnya dari laporan coroner pada kematian Caroline Anderson menunjukkan banyak persoalan yang bisa dibahas dalam Edisi Kurikulum Keamanan Pasien WHO edisi Multiprofesional ini.

Pembahasan kasus Caroline

Observasi yang dangkal secara berulang dalam kisah Caroline ditandai dengan kurangnya detail catatan medis tiap peristiwa yang dialami oleh Caroline. Ahli Anestesi, Dr B, pada awalnya memperhatikan betul sakit tak biasa yang dialami oleh Caroline sampai dia mencari tahu penyebabnya di perpustakaan medis. Tapi sayangnya Dr B tidak mencatat analisa medisnya. Dr B juga gagal mengkomunikasikan pada Caroline tentang risiko yang dia tahu sebagai sakit neuropatik atau memastikan bahwa Caroline diperiksa secara menyeluruh sebelum dilakukan tindakan medis. Hal yang penting juga, Dr B tidak mengikuti petunjuk tindakan medis berdasarkan bukti sebelum memberikan anestesi epidural karena pandangan ahli independen menyatakan bahwa bakteri yang menyebabkan pembengkakan bernanah disebabkan dari pengaruh staf dan lingkungan Rumah Sakit Kota yang merawat Caroline.

Pada tahap selanjutnya pun jelas Caroline ditangani oleh tenaga medis berbeda setelah dia keluar dari rumah sakit tersebut. Terlebih, Caroline juga tidak dilibatkan sebagai pihak dalam pelayanan medisnya dengan memberikan instruksi secara medis dalam hal sakit pada punggungnya semakin memburuk. Sama halnya, tidak ada surat referensi atau panggilan telpon kepada Dr C, tenaga medis lokal yang merawat dia setelah keluar dari Rumah Sakit Kota.

Menurut pendapat Petugas Pemeriksa Kematian, Dokter yang memeriksa Caroline setelah dia kembali ke rumahnya, secara terburu-buru melakukan diagnose, dan diagnose itu diyakini betul salah, yang diagnose salah itu menjadi permasalahan utama atas kondisi medis Caroline yang kian memburuk. Dr C, misalnya, dia membuat pemeriksaan yang sepintas saja karena dia tahu Caroline telah diperiksa di Rumah Sakit Provinsi. Dr D, yang ditunjuk untuk menangani Caroline kemudian, menganggap ada kemungkinan 30% bahwa Caroline

mengalami pembengkakan bernanah akibat anestesi Epidural, namun juga tak melakukan pencatatan medis karena takut terlalu kentara. Pada tahap utama pelayanan medis, Dr E ditugaskan memeriksa Caroline namun lupa melakukannya.

Dan dokter terakhir yang memeriksa Caroline adalah petugas pencatat Medis, Dr F, yang memberi Caroline resep obat berupa analgesic kuat untuk sakit Saktorilis tanpa mencari tahu diagnosa sebelumnya. Berkaitan dengan keamanan medis, dr F menulis catatan yang ambigu dan tidak jelas dengan memberi instruksi agar Caroline meningkatkan dosis Oxycodone Hydrochloride jika sakitnya semakin parah, namun juga tetap memperhatikan perubahan tertentu jika terjadi pada tubuh Caroline.

Catatan yang dibuat oleh dr F pada secarik kertas juga merinci hasil pemeriksaannya dan kemungkinan diperlukannya MRI (magnetic resonance imaging), tidak pernah ditemukan. Seorang dokter yang dipercaya koroner bertanggung jawab penuh atas pelayanan Caroline adalah dokter kandungannya, dr A. Dia telah ditelpon sebanyak tiga kali setelah Caroline keluar dari Rumah Sakit Kota untuk melaporkan sakit Caroline yang terus berlanjut. Namun dr A gagal menyadari dan mengetahui kondisi Caroline yang cukup serius.

Sejak proses kelahiran anak hingga kematian Caroline 25 hari kemudian, Caroline telah dirujuk ke empat Rumah Sakit yang berbeda. Tentunya tak bisa dijamin ada pelayanan yang berlanjut dan layak jika dilakukan oleh staf medis dan rumah sakit yang berbeda. Kegagalan para petugas medis dalam menganalisa dan membuat catatan medis atas diagnose-diagnosa yang dilakukan, serta tindakan medis dan rujukan kepada Rumah Sakit lain secara umum menjadi penyebab utama kematian Caroline.

Source: Inquest into the death of Caroline Barbara Anderson, Coroner's Court, Westmead, Sydney, Australia, 9 Maret 2004. (Professor Marilyn Walton was given written permission by Caroline's family to use

Pengantar Mengapa Keselamatan Pasien Relevan dengan Pelayanan Kesehatan



Ada teramat banyak bukti bahwa banyak pasien yang mengalami cedera akibat pelayanan medis, dan dalam banyak kasus pula cedera medis tersebut mengakibatkan luka permanen, keluar-masuk rumah sakit berulang, masa rawat inap lebih lama di Rumah Sakit dan bahkan kematian. Selama beberapa abad terakhir, kita telah mempelajari bahwa peristiwa yang merugikan terjadi bukan karena tenaga medis sengaja melukai pasien, tapi karena kompleksitas sistem pelayanan kesehatan kini, yang mana keberhasilan perawatan pada tiap pasien bergantung pada beberapa faktor. Hal lain yang juga menjadi penentu keberhasilan pelayanan medis adalah kompetensi tenaga medis.

Dalam hal variasi tenaga medis yang beragam (Ahli fisik, bidan, dokter gigi, dokter bedah, perawat, ahli obat, petugas social, ahli diet dan lainnya) terlibat dalam pelayanan medis, maka akan lebih sulit memastikan pelayanan yang aman, kecuali ada sistem pelayanan yang didesain khusus untuk mengakomodir pertukaran informasi yang tepat dan menyeluruh diantara petugas medis yang terlibat dalam pelayanan pasien.

Keselamatan pasien adalah isu penting di tiap negara yang menyelenggarakan layanan kesehatan, terlepas apakah pelayanan kesehatan didanai privat atau didanai oleh pemerintah. Kegagalan dalam memeriksa identitas medis pasien atau memberikan resep antibiotik tanpa berdasarkan kondisi pasien, ataupun memberikan pengobatan lebih dari satu jenis tanpa memperhatikan kecelakaan medis obat yang mungkin timbul dapat menyebabkan luka pada pasien. Pasien tidak hanya dapat terluka karena salah penggunaan teknologi medis, tapi juga karena lemahnya komunikasi antara provider penyedia layanan kesehatan atau penanganan medis yang tertunda.

Situasi medis di Negara berkembang patut diberi perhatian lebih. Situasi minimnya infrastruktur dan peralatan medis, kurang tersedianya jumlah dan kualitas obat yang mencukupi, lemahnya kontrol infeksi dan manajemen pembuangan limbah medis, kurang terampilnya tenaga medis karena kurang termotivasi; atau minimnya pendanaan untuk layanan kesehatan membuat kemungkinan peristiwa medis yang merugikan pasien lebih besar dibandingkan dengan Negara-negara maju. Beberapa isu penting dalam keselamatan pasien meliputi – layanan kesehatan yang berkaitan dengan infeksi, luka karena pembedahan atau salah pembiusan, praktik penyuntikan yang tidak aman termasuk dalam pengambilan darah, praktik medis yang tidak aman untuk wanita hamil dan bayi. Di banyak keadaan rumah sakit, tantangan terkait dengan layanan kesehatan berbasis penyakit infeksi adalah penyebaran infeksi tersebut. Sehingga perlu satu ukuran dan standar untuk mengontrol penyebaran infeksi yang kerap kali secara kasat mata tidak ada. Hal ini karena hasil dari kombinasi faktor-faktor yang tak mendukung seperti minimnya higienitas dan sanitasi. Terlebih, kondisi sosial ekonomi yang tak

mendukung dan pasien juga mengalami malnutrisi serta infeksi penyakit lainnya, menambah risiko medis semakin tinggi untuk menangani penyakit karena infeksi.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa risiko medis karena pembedahan di negara-negara berkembang lebih tinggi dibandingkan dengan negara-negara maju dengan kisaran persentase 19% dibandingkan dengan 31% pada rumah sakit di Negara yang berbeda. WHO memperkirakan sekitar 25% obat yang digunakan di Negara-negara berkembang itu palsu. Hal ini tentunya menambah risiko pelayanan kesehatan yang tak aman semakin meningkat. Survei WHO terhadap pengobatan yang aman dan obat-obatan palsu dari 20 negara menunjukkan bahwa sekitar 60% kasus obat-obatan palsu terjadi di Negara-negara berkembang dan 40% di negara-negara maju. Beberapa penelitian WHO lainnya menunjukkan bahwa peralatan medis di semua rumah sakit di negara-negara berkembang tak layak pakai atau hanya setengahnya saja yang diperbaharui secara berkala. Di beberapa negara, sekitar 40% kasur di rumah sakit diletakkan pada struktur yang dibuat untuk tujuan lain, bukan untuk peletakan kasur atau ranjang yang layak. Hal ini upaya untuk membuat fasilitas medis terlindungi dari radiasi dan terkontrol dari infeksi sangat sulit dilakukan, sehingga kerap kali fasilitas medis tersebut dalam kondisi di bawah standar. Bahkan dalam hal bukti yang terbatas ataupun yang bisa diperkirakan terjadi di negara-negara berkembang, seperti upaya untuk dalam rangka peningkatan pendidikan dan pelatihan para tenaga medis yang bekerja di layanan kesehatan sangat dibutuhkan.

Keselamatan pasien di negara berkembang dan negara maju adalah persoalan luas yang bisa berkait dengan penggunaan teknologi medis mutakhir, seperti halnya pemberian resep medis elektronik, mendesain ulang klinik dan kondisi pasien pasca rawat inap dan juga memastikan tenaga medis mencuci tangan tiap kali melakukan pelayanan kepada pasien serta kesadaran tiap tenaga medis untuk mengetahui fungsi serta tugas masing-masing. Banyak elemen dalam program keselamatan pasien yang tidak perlu menaikkan anggaran medis, tapi lebih kepada menjalin komitmen dari para tenaga medis untuk memberikan pelayanan secara aman. Penyedia layanan kesehatan individu dapat meningkatkan keselamatan pasien dengan melibatkan pasien dan keluarganya dalam pelayanan medis sebagai bagian dari bentuk tanggung jawab, memeriksa prosedur secara tepat, belajar dari kesalahan dan menyampaikan permasalahan secara efektif dengan anggota medis lain dalam satu tim layanan kesehatan. Aktivitas tersebut dapat meminimalisir biaya serta kerugian yang mungkin timbul kepada pasien. Melaporkan dan menganalisa kesalahan dalam pelayanan medis dapat membantu dalam menentukan faktor utama penyebab kesalahan tersebut. Memahami faktor penyebab kesalahan adalah hal penting untuk mengambil tindakan perubahan pada skema pelayanan medis sehingga tidak berulang di kemudian hari.

Keywords

Keselamatan pasien, teori sistem, menyalahkan, budaya menyalahkan, kegagalan sistem, pendekatan orang, pelanggaran, model keselamatan pasien, interdisipliner dan berpusat pada pasien.

Sasaran Pembelajaran



Pelajar harus paham disiplin dalam menjaga keselamatan pasien dan perannya dalam meminimalisir kecelakaan dalam perawatan medis serta akibat yang ditimbulkan, sekaligus dapat melakukan tindakan pemulihan atas kecelakaan medis yang terjadi.

Hasil Pembelajaran : Pengetahuan dan Kinerja

Pengetahuan mengenai keselamatan pasien dan kecakapan untuk menguasainya meliputi banyak area seperti kerjasama tim yang efektif, komunikasi antar tenaga medis yang akurat dan tepat waktu, pengobatan yang aman, higienitas tangan saat melayani pasien dan kemampuan procedural serta pembedahan. Topik dalam Buku Panduan Kurikulum ini telah dipilih berdasarkan bukti yang relevan dan efektif. Dalam topik ini, kami menyajikan gambaran umum mengenai keselamatan pasien serangkaian contoh kasus untuk pembelajaran yang lebih mendalam terkait beberapa hal dalam hal keamanan pasien. Seperti contoh, kami memperkenalkan istilah sentinel event dalam topik ini, tapi kami lalu menyediakan pembahasan yang menyeluruh tentang arti dan relevansinya dengan keselamatan pasien dalam topik 5 (Belajar dari Kesalahan agar Terhindar Melukai Pasien) dan dalam topik 6 (Memahami dan Mengelola Risiko Klinis).

Syarat Pengetahuan



Pelajar harus paham :

- Luka atau kesalahan medis akibat salah memberikan layanan kesehatan dan kegagalan sistemnya
- Pembelajaran tentang kegagalan dan kesalahan pada sector industry lain
- Riwayat keselamatan pasien asal muasalnya
- Perbedaan antara kegagalan, kesalahan dan pelanggaran sistem kesehatan
- Model keamanan pasien

Syarat Kinerja



Pelajar perlu menerapkan pola berfikir tentang keselamatan pasien pada tiap aktivitas pelayanan medis profesional mereka. Para pelajar perlu menunjukkan kemampuan untuk mengenali peran dari keselamatan pasien dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Cedera Luka Pasien akibat Salah Pelayanan Kesehatan dan Kegagalan Sistem Medis



Meskipun berbagai peristiwa yang dapat merugikan sistem pelayanan medis yang ideal telah dikenali, namun tingkat pengetahuan dan pengelolaan terhadap situasi yang berpotensi merugikan pasien bisa sangat beragam pada kondisi sistem kesehatan dan sistem kerja profesional

sebuah institusi medis. Lemahnya informasi dan kurangnya pemahaman atas akibat dari cedera medis dan fakta bahwa hampir semua kesalahan medis tak menyebabkan cedera pada pasien ini menyebabkan mengapa butuh waktu lama untuk menyadari bahwa keselamatan pasien menjadi hal utama. Terlebih, kesalahan yang berakibat pada pasien pada waktu tertentu, dimana seorang staf medis yang menangani jarang mengalami kondisi tersebut ataupun mengamati kejadian medis yang berbahaya. Kesalahan dan kegagalan sistem medis tidak terjadi pada satu waktu dan di tempat yang sama, sehingga dapat terus berulang terjadi pada sistem pelayanan medis tertentu.

Pengumpulan dan penerbitan data pasien yang telah dirawat tidak dilakukan secara rutin oleh semua rumah sakit dan klinik. Padahal, sejumlah penelitian terkait dengan data pasien pasca pelayanan, dapat menunjukkan kejadian-kejadian medis yang berpotensi merugikan pasien dapat diketahui. Dalam berbagai penelitian pula, lebih dari dua per tiga situasi medis yang merugikan pasien dapat dihindari, 28% dari kasus pasien terluka karena pelayanan disebabkan oleh kelalaian tenaga medis dan 42% disebabkan oleh faktor selain kelalaian. Para peneliti menyimpulkan bahwa banyak pasien cedera dalam pelayanan medis sebagai akibat dari manajemen medis yang buruk dan pelayanan yang di bawah standar. Penelitian juga menemukan bahwa bahaya yang timbul akibat penggunaan obat sering terjadi namun sering pula bisa dihindari. Para peneliti lebih lanjut menemukan bahwa pasien yang terluka karena penggunaan obat rata-rata sekitar 6.5 per 100 orang yang dirawat di rumah sakit di Amerika Serikat. Meskipun hampir semua kejadian yang membahayakan pasien terjadi karena kesalahan pada penggunaan dan pemberian obat, banyak juga yang terjadi pada tahap administrasi obat. Peneliti menyimpulkan bahwa strategi pencegahan atas kondisi ini harus dilakukan terhadap proses pemberian obat. Penelitian ini, berdasarkan laporan-pribadi yang dilakukan oleh perawat dan ahli obat serta bagan review harian mereka.

Selain itu, banyak juga penelitian yang membenarkan bahwa kesalahan dalam pelayanan kesehatan terjadi secara merata pada sistem pelayanan medis dan biaya yang timbul karena hal itu pun cukup besar. Di Australia misalnya, kesalahan medis mengakibatkan kematian pada 18.000 orang dan 50.000 orang cacat. Di Amerika Serikat, kesalahan pelayanan kesehatan menyebabkan 44.000 orang dan mungkin kelipatannya, mati tiap tahunnya dan jutaan orang lainnya mengalami luka.

Pada tahun 2002, Negara-negara anggota WHO menyetujui Resolusi Dewan Kesehatan Dunia tentang keselamatan pasien sebagai pengakuan atas kebutuhan untuk mengurangi penyebab luka dan penderitaan pada pasien dan keluarganya akibat dari pelayanan medis yang tidak memadai. Resolusi ini juga menggarisbawahi bahwa keselamatan pasien penting untuk meminimalisir biaya lebih yang timbul akibat rawat ini yang berulang, biaya memperlakukan kasus dan biaya infeksi atas pelayanan medis.

Cacat tetap dan biaya medis yang tinggi mengakibatkan sejumlah Negara mengeluarkan dana lebih untuk pelayanan kesehatan akibat dari kesalahan pelayanan medis antara US\$ 6 juta hingga

US\$ 29 juta tiap tahunnya. Meluasnya kasus pasien terluka karena pelayanan medis ditunjukkan pada hasil penelitian internasional yang tertera pada table B.1.1.

Tabel B.1.1 Data Kejadian Malpraktek Pada Rumah Sakit di Australia, Denmark, Inggris dan Amerika Serikat

Penelitian	Tahun Pengumpulan Data	Jumlah Pasien di Rumah Sakit	Jumlah Kasus Malpraktik	Persentase Tingkat Malpraktik (%)
1 Amerika Serikat (Harvard Medical Practice Study)	1984	30.195	1.133	3.8
2 Amerika Serikat (Utah – Colorado)	1992	14.565	475	3.2
3 Amerika Serikat (Utah – Colorado Bag. 22)	1992	14.565	787	5.4
4 Australia (Penelitian "Quality in Australian Health Care Study)	1992	14.179	1.449	16.6
5 Australia (Penelitian "Quality in Australian Health Care Study Bag. 2)	1992	14.179	1.446	10.6
6 Inggris	1999-2000	1.014	119	11.7
7 Denmark	1998	1.097	176	9.0

Sumber: World Health Organization, Executive Board 109th session, provisional agenda item 3.4, 5. 2001, EB 109/9 [19].

Hasil penelitian yang tercantum dalam tabel B.1.1 menggunakan tinjauan laporan medis retrospektif untuk menghitung tingkat luka yang diderita pasien akibat malpraktik. Sejak saat itu, Kanada, Inggris dan Selandia Baru mempublikasikan data yang serupa. Meskipun tingkat luka pasien akibat dari malpraktik berbeda pada tiap Negara berdasarkan data yang ditunjukkan, namun ada persetujuan bahwa luka yang diakibatkan dari salah pelayanan medis tersebut menjad perhatian yang paling penting. Bencana kematian yang dilaporkan media, dan ketakutan keluarga serta tenaga medis terpengaruh, tak semuanya mewakili situasi yang terjadi akibat malpraktik layanan kesehatan. Pasien bisa saja hanya menderita luka yang tak serius, seperti luka infeksi, ataupun operasi yang tak berhasil. Pasien yang menjalani operasi bedah tentunya paling berisiko mengalami malpraktik dibandingkan yang lainnya. Untuk membantu manajemen medis dalam menangani situasi medis yang berbahaya bagi pasien, sejumlah sistem medis menerapkan pengkategorian berdasarkan level keseriusan kondisi medis pasien.

Kondisi medis berbahaya yang dapat menyebabkan luka serius bahkan kematian disebut "Sentinel Event". Di beberapa Negara, kondisi ini disebut "Kejadian yang tidak boleh terjadi". Banyak Negara yang kini menerapkan sistem untuk menganalisa dan melaporkan situasi dan kejadian medis yang berpotensi membahayakan pasien. Untuk lebih lanjut mengembangkan pelayanan kesehatan dalam jangka panjang, beberapa Negara diwajibkan untuk melaporkan Sentinel Events disertai dengan Root Cause Analyses (RCA) atau analisa sebab dasar untuk menentukan asal muasal kesalahan pelayanan medis. Alasan untuk mengkatagorikan situasi yang merugikan kesehatan pasien adalah untuk memastikan situasi sentinel events yang paling serius dan berpotensi terjadi berulang dapat dianalisa menggunakan metode yang berkualitas. Selain itu, hal ini untuk memastikan penyebab persoalan pelayanan medis tersebut diatasi dan mencegah kejadian serupa terjadi lagi. Metode terkait analisa 'Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis' ini akan didiskusikan lebih lanjut dalam Topik 7.

Tabel B.1.2 Beberapa Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis Yang Dilaporkan di Australia dan Amerika Serikat

Jenis Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis	Amerika Serikat <small>(Persentase dari 1.579 Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis)</small>	Australia <small>(Persentase dari 175 Total Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis)</small>
Pasien Bunuh Diri Setelah 72 Jam Keluar dari Rumah Sakit	29	13
Pembedahan pada Pasien yang Salah atau di Bagian Tubuh yang Salah	29	47
Pemberian Obat yang Mengakibatkan Kematian	3	7
Keadaan Pasien diperkosa, dilecehkan secara seksual dan pembunuhan	8	N/A
Transfusi Darah Tak Cocok	6	1
Persailnan Yang Berakhir Kematian	3	12
Penculikan Bayi atau Bayi Tertukar	1	-
Alat Medis Tertanam Dalam Tubuh Setelah Operasi	1	21
Kematian Bayi Yang Tak diantisipasi	-	N/A
Neonatal hyperbilirubinemia Akut	-	N/A
Flouroscopy Berkepanjangan	-	N/A
Emboli Intravascular	N/A	-

Sumber: Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 2007 [24].

Biaya Manusia dan Ekonomi

Terdapat biaya kemanusiaan dan ekonomi yang berkaitan dengan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis. The Australian Patient Safety Foundation memkirakan tuntutan biaya klaim dan premi asuransi karena peristiwa kelalaian medis di Australia Selatan mencapai 18\$ juta selama 1997-1998. The National Health Service di Inggris membayar sekitar 400 juta pundsterling tiap tahun untuk menanggulangi klaim akibat dari kelalaian medis tiap tahun. Pada Desember 1999, The United States Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) menyebut bahwa pencegahan atas kesalahan tindakan medis berpotensi meminimalisir dana kesehatan sekitar US\$ 8.8 miliar per tahun. Masih di tahun yang sama, The Institute of Medicine (IOM) dalam laporan seminar *To Error is Human* memperkirakan bahwa sekitar 44.000 – 98.000 orang meninggal dunia tiap tahun karena kesalahan medis di rumah sakit merupakan penyebab kematian tertinggi ke-8 di Amerika Serikat. IOM juga menyatakan bahwa us\$ 17 miliar dapat dihemat dengan melakukan pencegahan terhadap kesalahan praktik medis.

Biaya Kemanusiaan yang timbul dari sakit dan penderitaan akibat dari malpraktik mencakup hilangnya independensi perorangan dan tingkat produktivitas yang menurun atas diri pasien maupun keluarganya, termasuk kemunduran karir dan kerja yang mungkin terjadi. Sementara itu, perdebatan di lingkaran tenaga edis tentang metode yang digunakan untuk menentukan tingkat luka akibat malpraktik dan biaya yang dditimbulkan dalam sistem pelayanan kesehatan masih terus berlanjut. Hingga kini, banyak Negara yang mengakui bahwa keamanan dan keselamatan pasien dalam pelaynana medis harus menjaadi prioritas dan kebijakannya perlu direview serta direformasi.

Pelajaran tentang Kesalahan dan Kegagalan Sistem dari Industri Lain



Bencana teknologi skala besar yang melibatkan pesawat ruang angkasa, feri, platform pengeboran minyak lepas pantai, jaringan kereta api, pembangkit listrik tenaga nuklir instalasi kimia pada tahun 1980-an menyebabkan pengembangan kerangka organisasi lingkungan kerja dan budaya kerja yang lebih aman. Upaya ini didasari prinsip sentral untuk meningkatkan keselamatan adalah bahwa kecelakaan disebabkan oleh beberapa faktor, tidak tunggal dan faktor-faktor tersebut terisolasi. Faktor individu situasional, kondisi tempat kerja dan faktor organisasi laten dan keputusan manajemen biasanya terlibat. Analisis bencana ini juga menunjukkan bahwa lebih kompleks organisasi, ada potensi yang lebih besar terjadi kesalahan dalam sistem.

Turner, seorang sosiolog yang meneliti kegagalan organisasi pada tahun 1970-an, adalah orang pertama yang mengakui bahwa menelusuri "rantai peristiwa" adalah penting untuk memahami penyebab kecelakaan [32,33]. Alasan yang mendasari adalah teori kognitif kesalahan laten dan aktif dan risiko yang terkait dengan kecelakaan organisasi yang kemudian dibangun dalam penelitian ini[34, 35]. Alasan menganalisis elemen dari banyak bencana skala besar terjadi pada tahun 1980 dan tercatat bahwa kesalahan manusia laten lebih signifikan akibatnya daripada kegagalan teknis. Bahkan ketika peralatan atau komponen yang rusak terjadi, Turner mengamati bahwa tindakan manusia bisa dihindari untuk menghindari hasil yang buruk dan merugikan.

Sebuah analisis dari bencana Chernobyl [36] menunjukkan bahwa kesalahan organisasi dan pelanggaran prosedur operasi adalah bukti adanya "budaya keselamatan yang buruk" [37] di pabrik Chernobyl yang mana karakteristik organisasi berkontribusi atas terjadinya insiden itu. Pelajaran dari hasil penyelidikan Chernobyl adalah sejauh mana organisasi mentolerir pelanggaran aturan dan prosedur. Hal ini juga terjadi pada peristiwa lain yakni kecelakaan shuttle 'Challenger' [38]. Hasil penyelidikan atas kecelakaan menunjukkan bagaimana pelanggaran telah menjadi aturan, bukan pengecualian yang harus dihindari. (Komisi penyelidik menemukan kelemahan dalam desain pesawat ulang-alik dan komunikasi yang buruk memberikan kontribusi terhadap kecelakaan.) Vaughan menganalisis temuan kecelakaan 'Challenger' dan menggambarkan bagaimana pelanggaran adalah produk dari negosiasi lanjutan antara ahli untuk mencari solusi dalam lingkungan yang tidak sempurna dengan pengetahuan yang tidak lengkap. Vaughan menyarankan bahwa proses identifikasi dan negosiasi faktor risiko mengarah pada normalisasi penilaian berisiko.

Tabel B.1.1. Tabrakan Challenger

Pelanggaran yang Menyebabkan Kecelakaan Challenger

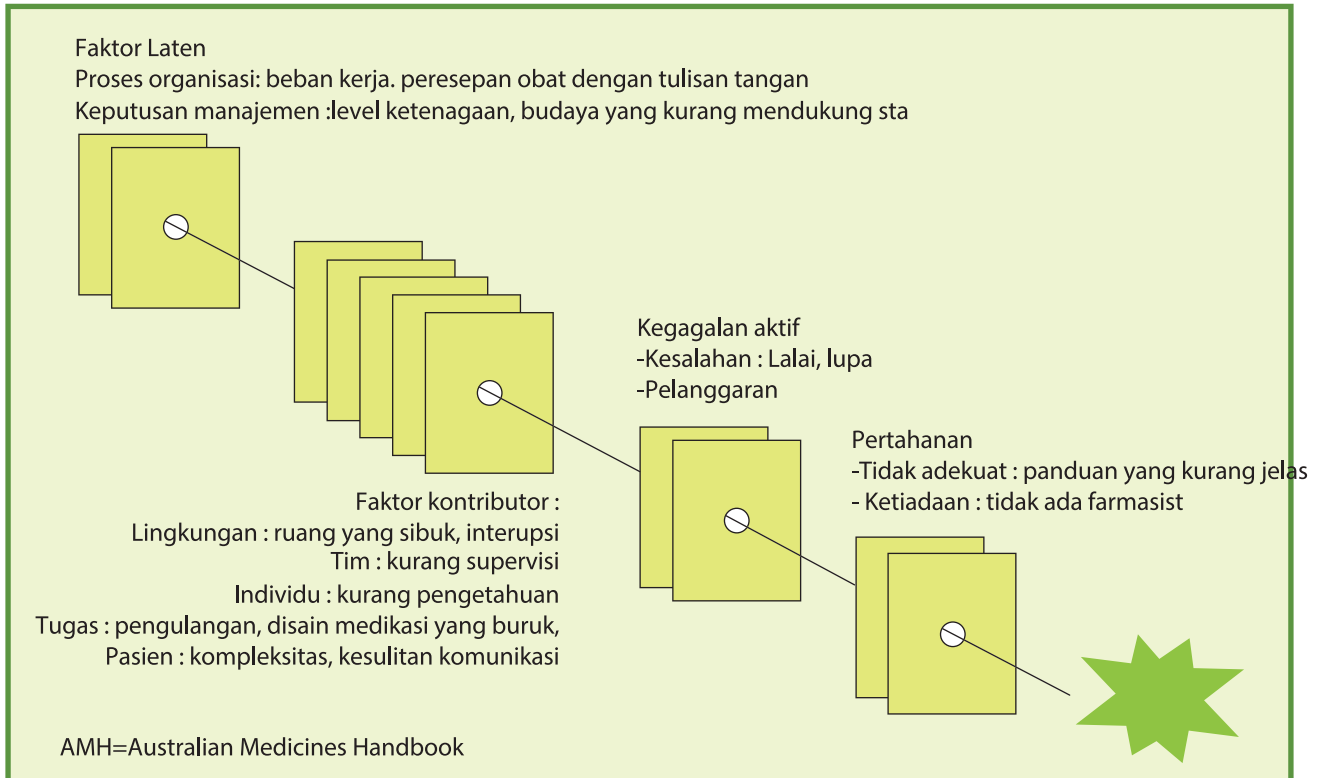
Selama hampir satu tahun sebelum misi terakhir Challenger, insinyur sedang mendiskusikan cacat desain di lapangan. Upaya dilakukan untuk mendesain ulang solusi terhadap masalah, pejabat dari NASA dan Thiokol (perusahaan yang dirancang dan dibangun para pendukung) menyatakan bahwa solid rocket booster aman untuk terbang. (Lihat: McConnell M. Challenger. Kerusakan besar London, Simon & Schuster, 1987: 7). The Challenger menyelesaikan sembilan misi sebelumnya sebelum kecelakaan fatal tersebut terjadi.

Reason [39] menggunakan pelajaran dari industri ini untuk memahami tingginya jumlah kecelakaan medis dalam lingkungan pelayanan kesehatan. Dia menyatakan bahwa hanya pendekatan sistem (sebagai lawan pendekatan individu yang menyalahkan individu) akan menciptakan budaya kesehatan yang lebih aman, karena lebih mudah untuk mengubah kondisi orang bekerja daripada mengubah perilaku manusia. Untuk menunjukkan pendekatan sistem, ia menggunakan contoh industri yang menunjukkan manfaat dari pembangunan pertahanan, perlindungan dan hambatan dalam sistem. Ketika sistem gagal, pertanyaan yang harus diajukan adalah mengapa gagal daripada mempertanyakan yang menyebabkannya gagal. Misalnya, sisi perlindungan mana yang gagal?. Reason menciptakan Model Swiss Cheese [40] untuk menjelaskan bagaimana kesalahan dalam lapisan yang berbeda dari suatu sistem dapat menyebabkan kecelakaan / kesalahan / insiden.

Reason Model Swiss Cheese di bawah ini (Gambar B.1.1) menggambarkan berbagai faktor (faktor laten, faktor kesalahan-memproduksi, kegagalan aktif dan pertahanan) yang terkait dengan terjadinya Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis.

Diagram menunjukkan bahwa kesalahan dalam satu lapisan organisasi biasanya tidak cukup untuk menyebabkan kecelakaan. Hasil buruk biasanya terjadi ketika sejumlah kesalahan terjadi di sejumlah lapisan yang berbeda (misalnya pelanggaran aturan, sumber daya yang tidak memadai, pengawasan tidak memadai dan pengalaman yang kurang) dan yang kemudian menanjak risikonya sehingga ada kesempatan terjadi kecelakaan. Sebagai contoh, jika seorang dokter junior yang benar diawasi secara tepat waktu, maka kesalahan pengobatan mungkin dihindari. Untuk menanggulangi kesalahan, Reason menyebutnya dalam bagan sebagai prinsip "pertahanan mendalam" [41], yang tiap lapisan terdiri diantaranya yakni perlindungan (pemahaman, kesadaran, alarm dan peringatan, pemulihan sistem, hambatan keamanan, penahanan, eliminasi, evakuasi, melarikan diri dan penyelamatan) dirancang untuk menjaga terjadinya kegagalan dari lapisan yang mendasarinya. Organisasi ini dirancang untuk mengantisipasi kegagalan, sehingga meminimalkan kondisi laten yang tersembunyi dan memungkinkan kegagalan serta kerusakan.

Gambar B.1.1. Model Swiss cheese: Langkah dan Faktor yang Berkaitan dengan Kejadian Tak Diharapkan (KTD)



Sejarah Keselamatan Pasien dan Asal Usul Budaya Menyalahkan



Cara kita mengelola kegagalan dan kesalahan secara tradisional dalam pelayanan kesehatan telah didasarkan pada pendekatan individu yang terlibat langsung dalam pelayanan pasien pada saat kejadian dan membuat individu tersebut bertanggung jawab atas kegagalan dan kesalahan. Tindakan "menyalahkan" dalam pelayanan kesehatan telah menjadi cara yang umum untuk menyelesaikan masalah. Kita lihat ini sebagai "budaya menyalahkan." Sejak tahun 2000, telah terjadi peningkatan dramatis pada jumlah referensi budaya menyalahkan dalam literatur kesehatan [42]. Hal ini mungkin karena kurangnya kesadaran bahwa perbaikan sistemik tidak bisa dibuat selama kita fokus pada menyalahkan individu. Budaya untuk menyalahkan dianggap salah satu kendala utama pada kemampuan sistem kesehatan untuk mengelola risiko [40, 43-46] dan meningkatkan kualitas pelayanan. Sebagai contoh, jika seorang pasien ditemukan telah menerima pengobatan yang salah dan menderita reaksi alergi, kita cenderung mencari individu, apoteker, perawat atau dokter yang memerintahkan pengobatan tersebut, lalu menyalahkan mereka atas kondisi pasien. Individu yang diidentifikasi sebagai pihak yang bertanggung jawab atas kesalahan

tersebut kemudian menjadi malu. Padahal, individu yang bertanggung jawab dapat menerima pelatihan perbaikan, wawancara disiplin atau diberitahu untuk tidak melakukannya lagi. Kita tahu bahwa meminta petugas kesehatan untuk berusaha lebih keras tidak akan berhasil mengatasi persoalan ini. Sebenarnya, kebijakan dan prosedur juga dapat diubah untuk membantu petugas kesehatan menghindari reaksi alergi pada pasien. Namun, fokus masih pada anggota staf individu bukan pada bagaimana sistem medis gagal melindungi pasien dan mencegah administrasi obat yang salah.

Mengapa Kita Menyalahkan?

Sebuah permintaan untuk jawaban mengapa peristiwa yang merugikan terjadi bukan merupakan respon biasa. Ini adalah sifat manusia untuk ingin menyalahkan seseorang dan itu jauh lebih emosional memuaskan bagi semua orang yang terlibat dalam menyelidiki insiden jika ada seseorang untuk disalahkan. Psikolog sosial telah mempelajari bagaimana orang membuat keputusan tentang apa yang menyebabkan peristiwa tertentu, menjelaskan sebagai teori atribusi. Premis teori ini adalah bahwa orang secara alami ingin memahami dunia. Jadi, ketika peristiwa tak terduga terjadi, secara otomatis kita mulai mencoba untuk mencari tahu penyebab mereka.

Permintaan untuk menjawab muncul mengapa peristiwa yang merugikan terjadi bukan merupakan respon biasa. Hal ini karena sifat manusia untuk ingin menyalahkan seseorang terlebih secara emosional akan lebih memuaskan bagi semua orang yang terlibat penyelidikan insiden jika ada seseorang untuk disalahkan. Psikolog sosial telah mempelajari bagaimana orang membuat keputusan tentang apa yang menyebabkan peristiwa tertentu yang disebut sebagai teori atribusi. Premis teori ini adalah bahwa orang secara alami ingin memahami dunia. Jadi, ketika peristiwa tak terduga terjadi, secara otomatis kita mulai mencoba untuk mencari tahu penyebab peristiwa tersebut.

Kebutuhan penting kita untuk menyalahkan adalah keyakinan bahwa tindakan hukuman memberi pesan yang kuat kepada orang lain bahwa kesalahan tidak dapat diterima dan bahwa mereka yang membuat kesalahan akan dihukum. Masalah dengan asumsi ini adalah bahwa hal itu didasarkan pada keyakinan bahwa pelaku entah bagaimana memilih untuk membuat kesalahan daripada mengadopsi prosedur yang benar: bahwa orang tersebut bermaksud untuk melakukan hal yang salah. Karena individu dilatih dan / atau memiliki status profesional / organisasi, kita berpikir bahwa mereka "seharusnya tahu lebih baik" [47]. Pengertian kita tentang tanggung jawab pribadi berperan dalam pencarian pihak yang bersalah. Tenaga medis menerima tanggung jawab atas tindakan mereka sebagai bagian dari pelatihan dan kode etik praktik. Lebih mudah memberikan tanggung jawab hukum terhadap peristiwa kecelakaan atau kesalahan medis pada tenaga medis yang berada dalam kontrol dibandingkan dengan mereka yang berada di tingkat manajerial [47].

Pada tahun 1984, Perrow [48] adalah salah satu yang pertama untuk menulis tentang perlunya untuk menghentikan "menunjuk kesalahan" pada individu ketika ia mengamati bahwa antara 60% dan 80% dari kegagalan sistem disebabkan "kesalahan operator" [5]. Pada saat itu, respon budaya yang berlaku untuk kesalahan adalah dengan menghukum individu daripada mengatasi masalah yang berhubungan dengan sistem yang mungkin juga memberi kontribusi pada kesalahan (s). Dasar praktik ini adalah keyakinan bahwa, karena individu dilatih untuk melakukan tugas-tugas, kegagalan tugas berhubungan dengan kegagalan individu pantas mendapat hukuman. Perrow percaya bahwa kerusakan sosial-teknis adalah konsekuensi alami dari sistem teknologi yang kompleks [31]. Ilmuwan lainnya [49] telah menambahkan teori ini dengan menekankan peran faktor manusia baik di tingkat individu dan institusi.

Reason [40], telah menyusun teori pada karya sebelum Perrow [48] dan Turner [33], mengajukan dua teori alasan yang mendasari kesalahan manusia. Pertama, tindakan manusia hampir selalu dibatasi dan diatur oleh faktor di luar kendali langsung dari individu. Misalnya, pelajar harus mengikuti kebijakan dan prosedur yang dikembangkan oleh staf perawat. Kedua, individu tidak dapat dengan mudah menghindari tindakan-tindakan yang mereka tidak berniat melakukannya. Misalnya, seorang pelajar gigi yang mungkin bermaksud untuk memperoleh persetujuan dari pasien

untuk operasi mungkin tidak menyadari aturan informed consent. Seorang pelajar mungkin tidak mengerti relevansi pemeriksaan untuk memastikan bentuk persetujuan pasien dengan cara ditandatangani pada catatan sebelum melakukan prosedur medis. Atau, pasien mungkin telah menunjukkan kepada pelajar bahwa dia tidak mengerti apa yang telah ditandatangani dan pelajar mungkin tidak memberitahukan hal ini ke dokter.

Kesalahan memiliki beberapa penyebab: personal, tugas-terkait, situasional dan organisasi. Misalnya, jika pelajar kedokteran gigi, pelajar kedokteran atau pelajar pelayan memasuki area steril tanpa benar-benar membersihkan diri, mungkin karena pelajar tidak pernah ditunjukkan cara yang benar atau melihat orang melakukan hal serupa yang tidak sesuai. Hal ini juga mungkin terjadi karena alat pembersih telah habis atau bahwa pelajar sedang tergesa-gesa untuk menanggapi keadaan darurat. Dalam tenaga kerja terampil, berpengalaman dan bertujuan baik, situasi lebih baik peningkatan dibandingkan individu dalam situasi tersebut. Misalnya, jika staf dicegah memasuki lokasi pelayanan medis sampai teknik pembersihan yang tepat diikuti, maka risiko infeksi akan berkurang. Reason memperingatkan untuk menjadi bijaksana menghadapi "Bias belakang" -karena kebanyakan orang yang terlibat dalam kecelakaan serius tidak berniat untuk melakukan kesalahan tapi justru melakukan apa yang tampaknya benar pada waktu itu, meskipun mereka "mungkin buta terhadap konsekuensi dari tindakan mereka" [35].

Hari ini, sebagian besar industri / manajer teknologi tinggi yang kompleks menyadari bahwa budaya menyalahkan tidak akan membawa masalah keamanan muncul [50]. Sementara banyak sistem pelayanan kesehatan mulai menyadari hal ini, kita belum berubah dengan penggunaan pendekatan berbasis individu dengan menunjuk kesalahan, menutupi kesalahan padahal seharusnya kita bisa terbuka untuk mengidentifikasi kegagalan atau memecahkan "pertahanan". Organisasi yang menempatkan hal utama pada keselamatan secara rutin menguji semua aspek sistem dalam hal terjadi kecelakaan, termasuk desain peralatan, prosedur, pelatihan dan elemen organisasi lainnya [51].

Pelanggaran

Penggunaan pendekatan sistem untuk menganalisis kesalahan dan kegagalan tidak berarti budaya menyalahkan hilang begitu saja. Dalam semua budaya, individu tenaga medis dituntut untuk bertanggung jawab atas tindakan mereka, mempertahankan kompetensi dan praktik etis. Dalam mempelajari cara pikir sistem, pelajar harus menghargai bahwa, sebagai tenaga medis yang dipercaya, mereka diwajibkan untuk bertindak secara bertanggung jawab dan bertanggung jawab atas tindakan mereka [44]. Bagian tersulit adalah bahwa banyak tenaga medis melanggar aturan profesional tiap hari, seperti menggunakan teknik kebersihan tangan yang salah atau membiarkan junior dan petugas medis yang kurang berpengalaman bekerja tanpa pengawasan yang tepat. Pelajar dapat melihat tenaga medis di bangsal atau di klinik yang menjalankan prosedur medis dengan jalan pintas dan berpikir bahwa hal tersebut adalah cara benar yang dilakukan.

Perilaku tersebut tidak dapat diterima. Reason mempelajari peran pelanggaran dalam sistem dan berpendapat bahwa, di samping pendekatan sistem untuk kesalahan manajemen, kita perlu regulator yang efektif dengan undang-undang yang sesuai, sebagai sumber daya dan alat untuk sanksi atas perilaku dokter yang tidak aman [40]. Reason mendefinisikan pelanggaran sebagai penyimpangan dari prosedur operasional, standar aman atau aturan yang berlaku [40]. Dia mengaitkan kategori pelanggaran rutin dan mengoptimalkan karakteristik pribadi dan pelanggaran yang berpotensi membuat kegagalan organisasi.

Pelanggaran Rutin

Tenaga medis yang gagal untuk berpraktik kebersihan tangan saat melayani pasien karena mereka merasa terlalu sibuk adalah contoh dari pelanggaran rutin. Reason menyatakan bahwa pelanggaran ini umum dan sering ditoleransi. Contoh lain dalam pelayanan kesehatan akan pertukaran informasi yang tidak memadai antara staf pada perubahan shift jam kerja (penyerahan atau pelimpahan pasien), tidak mengikuti protokol, dan tidak menjalani permintaan pelayanan.

Pelanggaran Optimal

Senior tenaga medis yang membiarkan pelajar melakukan prosedur tanpa pengawasan yang tepat karena mereka sibuk dengan pasien pribadi mereka adalah contoh dari pelanggaran optimal. Kategori ini melibatkan pelanggaran di mana seseorang dimotivasi oleh tujuan pribadi, seperti keserakahan atau kesenangan dalam pengambilan risiko, melakukan pelayanan eksperimental, dan melakukan prosedur yang tidak perlu.

Pelanggaran Karena Terpaksa

Perawat dan dokter yang kekurangan waktu sengaja melewati langkah penting dalam pemberian (atau resep) obat, atau bidan yang gagal untuk merekam kemajuan medis pasien perempuan karena keterbatasan waktu, contoh ini pelanggaran karena terpaksa. Seseorang yang dengan sengaja melakukan sesuatu yang mereka tahu bisa berbahaya tidak berniat menghasilkan pelayanan medis yang buruk. Tetapi dikarenakan kurangnya pemahaman kewajiban profesional dan infrastruktur yang lemah untuk mengelola perilaku tidak profesional tersebut memberikan lahan subur bagi tindakan medis menyimpang tersebut berlanjut.

Dengan menerapkan sistem berpikir untuk kesalahan dan kegagalan, kita dapat memastikan bahwa ketika peristiwa seperti itu terjadi, kita tidak secara otomatis segera menyalahkan individu yang berada pada kesalahan. Menggunakan pendekatan sistem, kita dapat memeriksa seluruh sistem pelayanan untuk mengetahui apa yang terjadi daripada menyalahkan individu. Hal itu dilakukan setelah memperhatikan beberapa faktor yang terkait dengan insiden sehingga ada penilaian apakah ada individu yang bertanggung jawab.

Model Keselamatan Pasien



Urgensi keselamatan pasien telah meningkat lebih dari satu dekade yang lalu, ketika United States IOM mengadakan National Roundtable on HealthCare Quality. Sejak itu, perdebatan dan diskusi tentang keselamatan pasien di seluruh dunia telah diinformasikan dengan pendekatan pelajaran dari industri lain, penerapan metode perbaikan kualitas untuk mengukur dan meningkatkan pelayanan pasien, dan pengembangan alat serta strategi untuk meminimalkan kesalahan dan kegagalan. Semua pengetahuan ini telah memperkuat posisi ilmu keselamatan dalam konteks pelayanan kesehatan. Kebutuhan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan merancang ulang proses pelayanan telah diakui oleh WHO dan negara-negara yang mewakilinya, serta oleh sebagian besar profesi kesehatan.

Munculnya keselamatan pasien sebagai disiplin tersendiri dapat mungkin terjadi berkat dukungan disiplin lain, seperti psikologi kognitif, psikologi organisasi, teknik dan sosiologi. Pengetahuan teoritis dan penerapan dari disiplin ilmu ini telah menyebabkan pengembangan program pascasarjana terkait kualitas dan keamanan pendidikan keselamatan pasien dalam program kejuruan profesi kesehatan.

Penerapan konsep dan prinsip keselamatan pasien di tempat kerja tidak memerlukan penyedia layanan kesehatan untuk memiliki kualifikasi formal dalam kualitas dan keselamatan. Sebaliknya, hal itu mengharuskan mereka untuk menerapkan berbagai keterampilan dan menyadari pertimbangan keselamatan pasien dalam setiap situasi, mengakui bahwa prosedur medis tertentu bisa salah. Tenaga medis harus membuat kebiasaan berbagi pengalaman mereka dalam menghadapi kecelakaan medis prosedur medis. Hari ini, sedang ada penekanan untuk menjadi anggota tim medis yang efektif, sebagaimana kita mempelajari lebih banyak tentang peran komunikasi yang akurat dan tepat waktu demi keselamatan pasien. Pelatihan untuk menjadi anggota tim yang sangat baik dimulai di sekolah profesional medis. Belajar bagaimana untuk menggantikan peran dan menghargai perspektif tenaga medis lain merupakan pusat kerja sama tim yang efektif.

Para ahli bidang keselamatan pasien telah mendefinisikan keselamatan pasien sebagai berikut "sebuah disiplin di sektor kesehatan yang berlaku metode ilmu keselamatan dengan tujuan untuk mencapai sistem pelayanan kesehatan yang dapat dipercaya. Keselamatan pasien juga merupakan atribut dalam sistem pelayanan kesehatan; meminimalkan kejadian dan dampak buruk bagi pasien, dan memaksimalkan pemulihan dari kecelakaan medis medis" [52].

Definisi ini memberikan ruang lingkup untuk model konseptual keselamatan pasien. Emanuel et al. [47] merancang model sederhana keselamatan pasien.

Model tersebut membagi sistem pelayanan kesehatan ke dalam empat domain utama sebagai berikut:

1. mereka yang bekerja di pelayanan kesehatan;
2. mereka yang menerima pelayanan kesehatan atau memiliki andil pada ketersediaan pelayanan kesehatan;
3. infrastruktur sistem untuk intervensi terapeutik (proses pengiriman layanan kesehatan);
4. metode untuk umpan balik dan perbaikan berkelanjutan

Model ini berkaitan dengan model berkualitas lainnya[53], termasuk pemahaman sistem pelayanan kesehatan, mengakui kinerja yang bervariasi di seluruh layanan dan fasilitas, memahami metode untuk perbaikan, termasuk bagaimana menerapkan dan mengukur perubahan, dan memahami individu yang bekerja dalam sistem dan hubungan mereka satu sama lain dalam organisasi.



Bagaimana Menerapkan Pertimbangan Keselamatan Pasien dalam semua Kegiatan Pelayanan Kesehatan

Ada banyak kesempatan bagi pelajar untuk mengaitkan pengetahuan keselamatan medis mereka dengan kerja medis yang mereka lakukan.

Mengembangkan Hubungan dengan Pasien



Semua orang, termasuk pelajartenaga medis, harus berhubungan dan berkomunikasi dengan pasien sebagai manusia yang unik dengan pengalaman medis serta sejarah penyakit mereka. Penerapan pengetahuan dan keterampilan yang dipelajari saja tidak akan menghasilkan hasil terbaik bagi pasien. Pelajar juga perlu berbicara dengan pasien tentang bagaimana mereka melihat penyakit mereka atau kondisi dan dampaknya terhadap mereka dan keluarga mereka. Pelayanan yang aman dan efektif tergantung pada pasien dalam mengungkapkan pengalaman mereka tentang penyakit yang mereka alami, keadaan sosial, sikap mereka terhadap risiko, dan nilai-nilai dan preferensi tentang bagaimana mereka ingin dirawat.

Pelajar dan instruktur harus memastikan bahwa pasien paham jika pelajar tidak memenuhi syarat sebagai tenaga medis. Ketika mereka diperkenalkan kepada pasien atau keluarga mereka. Hal ini penting untuk tidak menggambarkan pelajar sebagai "dokter gigi junior" atau "perawat junior", "pelajar dokter", "apoteker muda", "asisten" atau "rekan" karena hal ini dapat membuat pasien berpikir bahwa pelajar yang memenuhi syarat melakukan prosedur medis. Kejujuran sangat penting bagi keselamatan pasien. Adalah penting bahwa pelajar menyarankan pasien prosedur medis yang benar, bahkan jika itu berarti mengoreksi apa yang supervisor atau instruktur katakan.

Kerap kali instruktur memperkenalkan pelajar dengan cara yang dirancang untuk menanamkan kepercayaan pada pelajar ketika berhadapan dengan pasien, tanpa menyadari bahwa mereka mungkin terlalu bias dalam melakukannya. Mungkin saja pelajar akan canggung untuk mengoreksi kata-kata instruktur mereka saat perkenalan, sehingga akan sangat baik untuk memeriksa cara instruktur memperkenalkan pelajar kepada pasien, terutama saat pertama kali bekerja sama. Pelajar harus jelas menjelaskan kepada pasien dan keluarga mereka bahwa mereka berada dalam masa praktik sebagai pelajar.

Memahami Berbagai Faktor Berlipat yang Melibatkan Kesalahan Medis



Pelajar harus melihat lebih jauh bagaimana kesalahan pelayanan kesehatan atau kegagalan dalam pelayanan lalu memahami bahwa ada banyak faktor yang terkait dengan peristiwa yang merugikan pasien. Proses pemahaman ini melibatkan pelaja ragar mereka bisa mengajukan pertanyaan tentang faktor-faktor yang mendasari dan mendorong orang lain dalam mempertimbangkan kesalahan dari perspektif sistem. Misalnya, pelajar bisa menjadi yang pertama dalam pertemuan tim atau kelompok diskusi untuk mengajukan pertanyaan tentang kemungkinan penyebab kesalahan dengan menggunakan frase "apa yang terjadi?", Bukan "siapayang terlibat?". Lima pertanyaan "mengapa" adalah metode yang digunakan untuk menjaga diskusi tentang penyebab kesalahan medis dapat difokuskan pada sistem, bukan pihak yang terlibat.

Tabel B.1.2. Lima Pertanyaan Mengapa

Pernyataan: Perawat memberikan pengobatan yang salah.

Mengapa?

Pernyataan: Karena dia salah memahami obat yang diinstruksikan oleh dokter.

Mengapa?

Pernyataan: Karena dokter lelah dan itu terjadi pada tengah malam dan perawat tidak mengulang untuk bertanya kepada dokter.

Mengapa?

Pernyataan: Karena perawat tahu bahwa dokter akan marah jika dia mengulang pertanyaan.

Mengapa?

Pernyataan: Karena Dokter lelah dan telah melakukan operasi selama 16 jam.

Mengapa?

Karena...

Hindari Menyalahkan Jika Terjadi Kesalahan Medis

Penting bagi pelajar untuk saling mendukung diantara rekan-rekan dalam profesi kesehatan lain ketika mereka terlibat dalam peristiwa medis yang merugikan. Kecuali pelajar bersikap terbuka atas kesalahan medis yang terjadi, akan ada sedikit kesempatan belajar bagi mereka. Namun, pelajar tidak dilibatkan dalam pertemuan untuk mendiskusikan kecelakaan medis kesalahan medis yang terjadi. Bahkan, beberapa sekolah, rumah sakit dan klinik mungkin tidak melakukan pertemuan untuk mendiskusikan kesalahan medis yang terjadi tersebut. Meskipun hal ini bukan berarti dokter ingin menyembunyikan kesalahan medis yang mereka lakukan, namun karena mereka tidak terbiasa dengan strategi pembelajaran keselamatan pasien.

Dokter juga mungkin mengalami ketakutan atas risiko

hukum-medis dan khawatir tentang kemungkinan intervensi dari administrator. Untungnya, sebagai konsep keselamatan pasien telah dikenal secara luas dan dibahas dalam pelayanan kesehatan, sehingga akan ada lebih banyak kesempatan untuk meninjau pelayanan dan membuat perbaikan yang diperlukan untuk meminimalkan kesalahan. Pelajar dapat meminta pengawas mereka jika organisasi mereka melakukan pertemuan atau forum diskusi lain, seperti pertemuan morbiditas dan mortalitas di mana kecelakaan medis ditinjau. Pelajar, terlepas dari tingkat pelatihan dan pendidikan, harus menghargai pentingnya melaporkan kesalahan medis yang mereka perbuat kepada supervisor mereka.

Berpraktik Pelayanan Kesehatan Berbasis Bukti

Pelajar harus belajar bagaimana menerapkan praktik medis berbasis bukti. Mereka harus menyadari peran pedoman medis dan menghargai betapa pentingnya untuk mengikuti pedoman ketika melakukan prosedur medis. Ketika pelajar ditempatkan pada lingkungan klinis, maka pelajar harus mencari informasi tentang pedoman umum dan protokol yang digunakan. Pedoman ini dan protokol harus berdasarkan bukti bila memungkinkan.

Menjaga Kelangsungan Pelayanan Kesehatan Untuk Pasien

Sistem kesehatan terdiri dari banyak bagian yang saling berhubungan untuk menghasilkan keberlanjutan pelayanan kesehatan untuk pasien dan keluarga. Memahami perjalanan medis pasien dalam sistem pelayanan kesehatan diperlukan untuk memahami bagaimana sistem dapat gagal mengakomodir keselamatan pasien. Sehingga informasi penting terkait kesalahan medis yang pernah terjadi dapat terjawab. Jika tidak mendapat sumber informasi yang cukup, maka dapat menyebabkan pelayanan tidak memadai. Kelangsungan rantai pelayanan kemudian rusak, sehingga pasien rentan terhadap hasil medis yang buruk.

Waspada Pentingnya Menjaga Diri saat Melakukan Pelayanan Kesehatan

Pelajar harus bertanggung jawab untuk keselamatan mereka dan rekan-rekan mereka. Pelajar harus didorong untuk

memperoleh dokter pribadi dan memahami status kesehatan mereka. Jika seorang pelajar mengalami masalah kesehatan (penyakit mental atau gangguan obat dan alkohol), maka ia harus didorong untuk mencari bantuan profesional.

Bertindak Etis Setiap Hari

Belajar untuk menjadi tenaga medis yang baik memerlukan pengawasan dari tenaga medis senior, serta terlibat dengan pengalaman klinis pasien. Salah satu keistimewaan pelajar yang dimiliki oleh pelajar adalah adanya kesempatan untuk belajar dengan cara praktik pengobatan kepada pasien dalam lingkungan nyata. Kebanyakan pasien memahami bahwa pelajar harus belajar dan bahwa masa depan pelayanan kesehatan tergantung pada pelatihan kesehatan yang mereka jalani.

Namun, juga penting bahwa untuk mengingat bahwa kesempatan pelajar untuk mewawancarai, meneliti, dan mengobati pasien adalah hak istimewa yang diberikan oleh masing-masing individu. Dalam kebanyakan situasi, pasien tidak bisa diperiksa oleh pelajar kecuali pasien telah memberi persetujuan. Pelajar harus selalu meminta izin dari masing-masing pasien sebelum mereka secara fisik menyentuh atau mencari informasi medis dan pribadi dari pasien. Pelajar juga harus menyadari bahwa pasien mungkin tidak lagi setuju untuk ditangani oleh pelajar setiap saat dan meminta agar pelajar berhenti menangani mereka.

Bahkan di sebuah klinik pengajaran, penting bagi instruktur klinis untuk menyarankan pasien bahwa kerjasama mereka dalam kegiatan pendidikan sepenuhnya sukarela. Instruktur klinis dan pelajar harus mendapatkan persetujuan lisan dari pasien sebelum pelajar melakukan wawancara atau memeriksa pasien. Ketika pasien diminta apakah mungkin diperiksa oleh pelajar, pasien harus diberitahu bahwa pemeriksaan kesehatan untuk tujuan pendidikan. Contoh kata-kata yang tepat untuk meminta pasien diperiksa oleh pelajar adalah "akan Anda keberatan jika pelajar tersebut bertanya tentang penyakit dan / atau memeriksa Anda sehingga mereka dapat mempelajari lebih lanjut tentang kondisi Anda?".

Pun penting pula bagi semua pasien untuk memahami bahwa partisipasi mereka bersifat sukarela dan bahwa keputusan untuk tidak berpartisipasi tidak akan berakibat pada pelayanan kesehatan terhadap mereka. Persetujuan verbal dari pasien cukup untuk tujuan pendidikan bagi pelajar, namun akan ada saat-saat ketika persetujuan tertulis diperlukan. Pelajar harus bertanya jika mereka ragu tentang jenis izin dari pasien yang diperlukan.

Perhatian khusus harus dilakukan ketika melibatkan pasien dalam kegiatan pembelajaran pelajar karena manfaat kepada pasien hal kedua dibandingkan dengan kebutuhan pendidikan terhadap pelajar. Pelayanan pasien dan pengobatan biasanya tidak tergantung pada keterlibatan pelajar.

Pedoman yang jelas bagi pengajar praktisi medis dan pelajar dapat memberikan perlindungan bagi pasien, pelajar dan pengajar. Jika tidak ada pedoman ketika pelajar diperbolehkan mengobati pasien. Pedoman yang dirancang secara benar akan melindungi pasien, mempromosikan standar etika yang tinggi dan membantu setiap orang untuk menghindari kesalahpahaman.

Sebagian besar sekolah profesi kesehatan menyadari masalah "kurikulum tersembunyi" dalam pendidikan kesehatan. Studi menunjukkan bahwa pelajar pada penempatan klinis merasa tertekan untuk bertindak tidak etis [54] dan mereka melaporkan bahwa situasi ini sulit diselesaikan. Semua pelajar dan peserta pelatihan berpotensi menghadapi dilema etika yang sama. Pada kesempatan di mana seorang supervisor klinis mengarahkan pelajar untuk berpartisipasi dalam manajemen pasien yang dianggap tidak etis atau menyesatkan kepada pasien, staf pengajar harus menghadapi masalah tersebut. Banyak pelajar mungkin tidak cukup percaya diri untuk mengajukan keberatan kepada supervisor mereka dan sering tidak yakin bagaimana harus bertindak. Mengangkat masalah ini dalam pendidikan tentang keselamatan pasien sangat penting. Kebingungan peran ini dapat menyebabkan pelajar tertekan dan memiliki dampak negatif pada moral dan pengembangan profesionalisme pelajar. Hal ini juga dapat menempatkan pasien pada risiko medis. Belajar bagaimana melaporkan perhatian tentang pelayanan kesehatan yang tidak aman atau tidak etis merupakan hal mendasar untuk keselamatan pasien serta berkaitan dengan kapasitas sistem untuk mendukung pelaporan tersebut.

Pelajar harus menyadari kewajiban hukum dan etika mereka untuk menempatkan kepentingan pasien pada derajat pertama [12]. Hal ini termasuk menolak untuk mematuhi instruksi yang tidak pantas atau salah arah. Cara terbaik untuk menyelesaikan konflik tersebut (atau setidaknya mendapatkan perspektif yang berbeda) adalah pelajar untuk berbicara secara pribadi dengan tenaga medis atau staf yang bertanggung jawab. Pasien tidak harus menjadi bagian dari diskusi ini. Pelajar harus menjelaskan masalah (s) dan mengapa ia tidak dapat mematuhi instruksi atau arahan. Jika dokter atau staf medis yang bertanggung jawab mengabaikan hal tersebut dan terus menginstruksikan pelajar untuk melanjutkan, maka kebijaksanaan harus digunakan, apakah untuk melanjutkan atau menarik prosedur atas situasi medis tertentu. Jika memutuskan untuk melanjutkan, persetujuan pasien harus dikonfirmasi. Jika pasien tidak menyetujui, pelajar tidak harus melanjutkan prosedur medis yang diperintahkan.

Jika pasien tidak sadar atau dibius dan supervisor meminta seorang pelajar kedokteran atau keperawatan untuk memeriksa pasien, pelajar harus menjelaskan mengapa dia tidak bisa melakukan instruksi tersebut kecuali pasien telah memberikan persetujuan. Mungkin tepat dalam keadaan seperti itu untuk membahas situasi dengan orang lain di

fakultas atau staf medis di klinik. Jika pelajar tidak yakin tentang kepatutan perilaku orang lain yang terlibat dalam pelayanan pasien, mereka harus membicarakan masalah ini dengan anggota staf pengajar senior.

Semua pelajar yang merasa bahwa mereka telah mengalami perlakuan yang tidak adil karena penolakan mereka untuk melakukan sesuatu yang tampaknya salah harus meminta saran dari supervisor senior.

Kenali Peran Keselamatan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan



Waktu pelajar masuk ke dalam lingkungan klinis atau tempat kerja akan bervariasi di seluruh program pelatihan kesehatan. Sebelum memasuki lingkungan klinis, pelajar harus bertanya tentang bagian-bagian lain dari sistem kesehatan yang tersedia untuk pasien dan meminta informasi tentang proses-proses yang berada di bagian tersebut untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya kesalahan medis

Bertanya Tentang Sistem Kesehatan lain yang Tersedia Untuk Pasien.

Keberhasilan pelayanan dan pengobatan pasien tergantung pada pemahaman komprehensif pada sistem kesehatan yang tersedia untuk pasien. Jika rumah pasien tidak ada pendingin ruangan, kemudian mengirimkan h pasien pulang ke rumah dengan insulin yang perlu pendinginan maka hal tersebut tidak akan membantu pasien. Pemahaman tentang sistem (Topik 3) akan membantu pelajar menghargai bagaimana berbagai bagian dari sistem kesehatan yang terhubung dan bagaimana kesinambungan pelayanan bagi pasien bergantung pada semua bagian dari sistem yang berkomunikasi secara efektif serta tepat waktu.



Bertanya Informasi tentang Proses untuk Mengidentifikasi Kemungkinan Kesalahan Medis.

Sebagian besar rumah sakit atau klinik memiliki sistem pelaporan untuk mengidentifikasi jika terjadi kesalahan medis. Adalah penting bahwa pelajar menyadari peristiwa kesalahan medis dan memahami bagaimana hal tersebut dikelola oleh klinik. Jika tidak ada persyaratan pelaporan, pelajar dapat bertanya padatenaga medis yang tepat bagaimana peristiwa kesalahan medis tersebut dikelola. Paling tidak, hal ini dapat menghasilkan beberapa keuntungan dalam topik. (Pelaporan dan manajemen insiden yang termasuk dalam topik 3,4 dan 6)



Format dan Strategi Pengajaran

Data prevalensi yang digunakan dalam topik ini telah dipublikasikan dalam literatur dan mencakup sejumlah negara yang berbeda. Beberapa instruktur mungkin ingin membuat kasus keselamatan pasien menggunakan data prevalensi dari negara mereka sendiri. Jika data tersebut tidak tersedia dalam literatur tenaga medis, beberapa data yang relevan tersedia melalui database yang dikelola oleh dinas kesehatan setempat.

Sebagai contoh, ada banyak informasi yang tersedia di website untuk pengukuran tingkat kesalahan medis yang dirancang dalam membantu para tenaga medis mengukur tingkat kesalahan medis. Jika tidak ada langkah-langkah umum yang tersedia di negara atau lembaga tertentu, pengajar dapat mencari data terkait satu bidang pelayanan, seperti tingkat infeksi. Tingkat infeksi di negara tertentu mungkin tersedia dan dapat digunakan untuk menunjukkan tingkat penularan infeksi yang berpotensi dicegah. Mungkin juga ada literatur tentang kesalahan medis yang terkait dengan profesi tertentu. Sangat tepat untuk menggunakan data tersebut dalam proses pengajaran.

Topik ini dapat dipecah menjadi bagian-bagian yang akan dimasukkan dalam kurikulum yang ada. Topik dapat diajarkan dalam kelompok kecil atau sebagai mata kuliah yang berdiri sendiri. Jika topik disampaikan sebagai materi kuliah, maka slide pada akhir topik dapat membantu untuk menyajikan pengajaran kepada pelajar. Bagian A dari Panduan Kurikulum menyediakan berbagai metode pengajaran untuk keselamatan pasien, karena kuliah bukan selalu pendekatan yang terbaik.

Diskusi Kelompok Kecil

Instruktur mungkin ingin menggunakan salah satu kegiatan yang tercantum di bawah untuk merangsang diskusi tentang keselamatan pasien. Pendekatan lain adalah meminta pelajar mempersiapkan seminar tentang topik keselamatan pasien menggunakan informasi dalam topik ini. Pelajar kemudian dapat membuat diskusi tentang bidang medis yang tercakup dalam topik. Para pelajar bisa mengikuti judul yang diuraikan di bawah dan menggunakan salah satu kegiatan yang tercantum di bawah untuk menyajikan materi. Tutor memfasilitasi sesi ini dan harus familiar dengan substansi materi, sehingga ada informasi yang ditambahkan tentang sistem kesehatan lokal dan lingkungan klinis.

Cara untuk mengajarkan tentang bahaya yang disebabkan oleh peristiwa-pelayanan kesehatan yang merugikan dan kegagalan sistem:

- Penggunaan contoh dari media (surat kabar dan televisi);
- Penggunaan de-identifikasi contoh kasus dari rumah sakit dan klinik sendiri;
- Menggunakan studi kasus untuk membangun sebuah flowchart perjalanan medis pasien;
- Menggunakan studi kasus untuk melakukan brainstorming semua hal medis yang tidak benar dan pengambilan tindakan tertentu untuk mencegah hasil medis yang merugikan;
- mengundang seorang pasien yang mengalami peristiwa kesalahan medis untuk berdiskusi dengan pelajar.

Cara untuk mengajarkan perbedaan antara kegagalan sistem, pelanggaran dan kesalahan:

- Menggunakan studi kasus untuk menganalisis cara yang berbeda untuk mengelola peristiwa kesalahan medis;

- Meminta pelajar berpartisipasi dalam analisa atau mengamati akar penyebab kesalahan medis;
- Meminta pelajar menjelaskan pengaruh jika tidak menggunakan pendekatan tim medis interdisipliner.

Sesi Interaktif / Didaktif

Undanglah tenaga medis senior yang dihormati dari lembaga atau dari dalam negara untuk berbicara tentang kesalahan-kesehatan medis. Jika tidak tersedia, Anda dapat menggunakan video dari seorang praktisi yang berpengaruh dan dihormati yang menyampaikan kuliah tentang kesalahan dan bagaimana sistem pelayanan kesehatan menghadapinya. Video kuliah yang dibuat oleh para pakar keselamatan pasien banyak tersedia di Internet. Mneyimak tenaga medis berbicara tentang kesalahan dan bagaimana mereka mempengaruhi pasien dan staf adalah salah satu cara yang relevan untuk awal pendidikan keselamatan pasien. Pelajar dapat didorong untuk menanggapi video kuliah tersebut dan mendiskusikannya. Instruktur kemudian dapat menggunakan informasi dalam topik ini untuk menunjukkan kepada pelajar bagaimana dan mengapa perhatian terhadap keselamatan pasien adalah penting untuk praktik klinis secara aman.

Slide Power Point atau slide proyektor dapat digunakan dalam sesi ini. Mulailah sesi dengan studi kasus dan kemudian meminta pelajar untuk mengidentifikasi beberapa masalah yang disajikan dalam skenario studi kasus yang telah disajikan. Gunakan slide terdapat pada akhir topik ini sebagai panduan. Cara lain untuk menyajikan bagian yang berbeda dari topik tercantum di bawah ini.

Pelajaran tentang kesalahan dan kegagalan sistem dari industri lain

- Undanglah profesional dan ahli dari disiplin lain, seperti teknik atau psikologi, untuk menyampaikan kuliah tentang kegagalan sistem, budaya keselamatan dan peran pelaporan kesalahan.
- Mintalah seseorang dari industri penerbangan untuk memberi kuliah tentang respon bidangnya dalam menghadapi kesalahan manusia.

Sejarah keselamatan pasien dan asal-usul budaya menyalahkan

- Undang dokter senior yang dihormati untuk berbicara tentang kerugian yang disebabkan oleh budaya menyalahkan individu.
- Undang petugas penjaminan dan pengontrol medis untuk membahas sistem dalam rangka meminimalkan kesalahan dan mengelola kesalahan medis.

Simulasi

Skenario yang berbeda dapat dikembangkan terkait kesalahan medis dan kebutuhan untuk melaporkan dan menganalisis kesalahan tersebut. Untuk masing-masing skenario, pelajar dapat mengidentifikasi pada bagian mana sistem tidak bekerja, bagaimana masalah bisa dicegah dan langkah-langkah apa yang harus diambil jika kesalahan tersebut terjadi di masa depan.

Untuk masing-masing skenario, pelajar dapat mengidentifikasi pada bagian mana sistem tidak bekerja, bagaimana masalah bisa dicegah dan langkah-langkah apa yang harus diambil jika kesalahan tersebut terjadi di masa depan.

Kegiatan Belajar dan Mengajar Lainnya

Ada banyak peluang lain bagi pelajar untuk belajar tentang keselamatan pasien. Berikut ini adalah contoh kegiatan yang dapat dilakukan, baik sendiri atau berpasangan:

- Mengikuti perjalanan pasien melalui layanan-layanan kesehatan;
- Mengikuti keseharain seorang tenaga medis dari disiplin yang berbeda dan mengidentifikasi peran utama dan fungsi profesi itu;
- Mencari informasi secara rutin tentang penyakit atau kondisi dari sudut pandang pasien dengan cara berinteraksi dengan pasien;
- Menanyakan apakah layanan sekolah atau kesehatan memiliki proses atau tim untuk menyelidiki dan melaporkan kesalahan medis. Jika perlu, mintalah pelajar untuk mencari izin dari atasan yang bersangkutan untuk mengamati atau turut terlibat dalam kegiatan ini;
- Mengetahui apakah sekolah melakukan pertemuan mortalitas dan morbiditas atau forum kajian sesama rekan yang mendiskusikan kesalahan medis dan meninjau kualitas perbaikan layanan kesehatan;
- Mendiskusikan kesalahan klinis yang telah diamati menggunakan pendekatan tidak menyalahkan individu;
- Menanyakan tentang protokol utama yang digunakan oleh staf medis dalam pengaturan klinis di mana mereka ditempatkan. Pelajar harus bertanya bagaimana pedoman medis ditulis, bagaimana staf tahu tentang hal itu, bagaimana menggunakannya, dan bagaimana ketika menyimpang dari pedoman.

Studi Kasus

Kisah Caroline telah dijelaskan di awal topik ini. Kasus ini menggambarkan pentingnya kesinambungan pelayanan dan bagaimana sistem pelayanan dapat berakibat buruk pada pasien.

Sejak kelahiran anaknya hingga kematiannya 25 hari kemudian, Caroline dirawat di empat rumah sakit yang berbeda. Oleh karena itu, ada kebutuhan untuk memberikan pelayanan kesehatan berkesinambungan secara tepat dan melakukan serah terima pasien yang efisien antar satu staf medis dan kepelayanan yang lain. Kegagalan untuk menyimpan catatan yang memadai terkait diagnosa medis sementara / diferensial dan investigasi serta memberikan ringkasan tindakan medis telah menyebabkan keterlambatan dalam diagnosis abses yang mengancam jiwa dan, pada akhirnya, berujung pada kematian Caroline.

Mintalah pelajar untuk membaca kasus ini kemudian mengidentifikasi beberapa faktor yang mendasari dan

pelayanan yang diterima oleh Caroline.

Pelajar Kedokteran Gigi Tertekan

Kasus ini menggambarkan bagaimana rantai peristiwa dapat menyebabkan kesalahan yang tidak diinginkan. Dalam hal ini, jumlah tambalan gigi, kedekatan karies gigi pada pulpa, dan beberapa kesempatan yang dilewatkan oleh staf kesehatan untuk memeriksa tekanan darah pasien semua berkontribusi pada kesalahan medis.

Peter, seorang pria 63 tahun dengan riwayat hipertensi dan serangan jantung, dijadwalkan untuk mendapatkan pelayanan beberapa tambalan gigi. Pada pagi hari pengangkatannya di klinik gigi ia meminum obat antihipertensi biasa dan antikoagulan-nya.

Di klinik, pelajar gigi menyambut Peter lalu melakukan tambalan gigi. Pelajar gigi meminta izin atasannya untuk memberikan anestesi gigi untuk Peter, tapi ia gagal untuk memeriksa tanda-tanda vital nya sebelum pemberian obat bius. Peter diberikan dua kapsul 2% lidocaine dengan 1: 100 000 epinefrin kemudian dilanjutkan dengan membersihkan karies pada dua gigi atas. Pada salah satu gigi ini, karies ternyata sangat dekat dengan pulpa. Satu kapsul ketiga diberikan sebelum istirahat makan siang.

Kemudian, peter kembali pada sore hari untuk mendapatkan beberapa tambalan gigi lagi. Pelajar meminta izin dari atasannya untuk melakukan anestesi mandibula, tetapi kembali gagal untuk memeriksa tanda-tanda vital pasien. Secara keseluruhan, pasien menerima lima kartrid kapsul-jarum suntik anestesi (1,8 ml masing-masing) dengan total 180 mg lidokain dan 0,09 mg epinefrin selama lebih dari enam jam. Pada 15:00, Peter mulai merasa tidak nyaman, wajahnya memerah dan yg mengeluarkan keringat. Tekanan darahnya 240/140 dan denyut nadinya 88. Pelajar menghubungi atasannya dan mereka menelepon ambulans. Paramedis tiba dan Peter dibawa ke gawat darurat rumah sakit terdekat untuk mendapatkan pelayanan darurat atas hipertensi yang dialaminya.

Pertanyaan

- Faktor-faktor apa mungkin telah berkontribusi pada pelajarkedokteran gigi tidak memeriksa tanda-tanda vital Petrus selama sehari menjalani layanan medis?
- Apakah pelajar memberitahu pengawas tentang riwayat medis Petrus? Apakah telah menjadi rutinitas melewatkan pemeriksaan tanda-tanda vital di klinik itu?
- Sistem Apa yang bisa diterapkan untuk mencegah kejadian tersebut berulang di masa depan?

Sumber: Case supplied by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Keselamatan Pasien dalam Konteks Bidan

Kasus ini berkaitan dengan realita praktik medis dan konsekuensi menghadapi hasil medis yang penting.

Mary adalah seorang wanita yang hamil pada minggu ke-26 dan baru saja mulai kelas antenatal. Dia mengonsumsi suplemen zat besi untuk anemia ringan yang menyebabkannya kadang mengalami sembelit. Hal ini diatasi oleh Mary dengan mengubah pola dietnya. Mary juga mengalami beberapa infeksi vagina selama kehamilan, tapi tidak parah.

Pada awal minggu ke-27, kram perut Mary memburuk, sehingga dia menelepon bidannya. Bidan melakukan pemeriksaan vagina dan leher rahim dan menentukan bahwa leher rahimnya pada kondisi konsisten moderat, posisi pertengahan, tertutup dan panjang 1 cm. tapi bidan tidak mengajukan pertanyaan dalam jangka waktu berapa lama Mary mengalami kram. Bidan membuat diagnosis dan mengatakan Mary mengalami kontraksi Braxton-Hicks. Bidan berjanji akan memeriksa Mary lagi dalam dua hari.

Pada kunjungan dua hari kemudian, Mary mengatakan kram perut sudah berhenti, tapi dia mengalami beberapa perdarahan dan merasa sangat lelah. Bidan memberitahu Mary bahwa perdarahan vagina dalam jumlah kecil adalah normal setelah pemeriksaan vagina dan meminta Mary untuk banyak istirahat.

Empat hari setelah kunjungan terakhirnya, Mary menyadari bahwa sekresi vaginanya meningkat. Dia mengalami kram sporadis sehingga dia menghubungi bidan lagi melalui telepon. Bidan kemudian meyakinkan Mary bahwa kram adalah karena sembelit dan menjelaskan bahwa peningkatan sekresi vagina normal selama kehamilan. Beberapa jam kemudian, Mary mengalami kontraksi rahim lebih parah hingga kemudian ia dibawa ke rumah sakit bersalin untuk persalinan prematur dan melahirkan seorang bayi perempuan prematur.

Dua belas jam setelah lahir, bayi perempuan didiagnosis dengan pneumonia. Infeksi ini disebabkan oleh *Streptococcus agalactiae* (Grup B *Streptococcus*), yang didiagnosa karena vagina bengkak sesaat sebelum kelahiran pada saat masuk ke rumah sakit.

Pertanyaan

- Faktor-faktor apa yang menyebabkan bidan mempertahankan diagnosis awalnya tentang situasi medis Mary?
- Apakah faktor sistem yang mendasari yang terkait dengan bayi prematur Mary mengidap pneumonia?

Sumber: Case supplied by Teja Zaksek, Senior Lecturer and Head of Teaching and Learning, Midwifery Department, University of Ljubljana Health Faculty, Ljubljana, Slovenia

Sumber Materi



Finkelman A, Kenner C. *Teaching IOM: implementing Institute of Medicine reports in nursing education*, 2nd ed. Silver Spring, MD, American Nurses Association, 2009

Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1999.

Reason JT. *Managing the risks of organizational accidents*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: A guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Vincent C. *Patient safety*. Edinburgh, Elsevier Churchill Livingstone, 2006.

Emanuel L et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008:19-35.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999
(<http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=1579>; diakses pada 21 Februari 2011).

Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 2001.

Menilai Topik

Berbagai metode penilaian yang sesuai untuk topik ini, diantaranya adalah pertanyaan esai, pertanyaan pilihan ganda (MCQ), pertanyaan jawaban singkat (BAQ), diskusi berbasis kasus (CBD), dan penilaian sendiri. Buku dan jurnal juga dapat digunakan. Pengajar dapat mendorong pelajar untuk mengembangkan pendekatan portofolio dalam proses belajar tentang keselamatan pasien. Manfaat dari pendekatan portofolio adalah setiap pelajar dapat melakukan rangkaian kegiatan keselamatan pasien pada akhir program pelatihan pasien yang dapat digunakan dalam aplikasi pekerjaan dan karir masa depan mereka.

Penilaian pengetahuan tentang bahaya potensial untuk pasien, pelajaran dari industri lain, pelanggaran dan pendekatan bebas-menyalahkan individu dan model berpikir tentang keselamatan pasien semua bisa dinilai dengan menggunakan salah satu metode berikut:

- portofolio
- CBD
- Tujuan pemeriksaan klinis terstruktur stasiun (OSCE)
- Pengamatan tertulis tentang sistem kesehatan dan potensi kesalahan (pada umumnya).

Pelajar juga dapat diminta untuk menulis pernyataan reflektif tentang topik, misalnya:

- Kecelakaan medis kepercayaan pasien dalam pelayanan kesehatan;
- Respon masyarakat atas cerita di media tentang bahaya pasien dan kelalaian medis;
- Peran tenaga medis dalam mengawasi pelajar dan peran pasien dalam sistem pelayanan kesehatan.

Penilaian dapat berupa formatif atau sumatif; peringkat tanda dapat berkisar dari memuaskan / tidak memuaskan untuk. Silakan lihat bagian dalam Panduan Pengajar (Bagian A) untuk memilah penilaian yang cocok untuk topik keselamatan pasien. Contoh beberapa metode penilaian ini juga disediakan di Bagian B, Lampiran 2.

Mengevaluasi Pengajaran Topik Ini

Evaluasi ini penting untuk meninjau bagaimana sesi pengajaran berlangsung dan bagaimana perbaikan dapat dilakukan. Lihat Panduan Pengajar (Bagian A) terkait ringkasan evaluasi yang penting.

Referensi

1. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, *The burden of Health care-associated infection*, 2009; 6-7
2. World Health Organization Fact sheet NÆ275: *Substandard and counterfeit medicines*, 2003.
3. Issakov A, *Health care equipment: a WHO perspective*. In van Grutting CWG ed. *Medical devices: International perspectives on health and safety*. Elsevier, 1994.
4. Schultz DS, Rafferty MP, *Soviet health care and Perestroika*, *American journal of Public Health*, 1990, Feb; 80(2):193-197.
5. Steel K, Gertman PM, Crescenzi C, Anderson J. Iatrogenic illness on a general medical practice service at a university hospital. *New England Journal of Medicine*, 1981, 304:638–642.
6. Schimmel E. The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine*, 1964, 60:10–110.
7. United States Congress House Sub-Committee | on oversight and Investigation. *Cost and quality of health care: unnecessary surgery*. Washington, DC, United States Government Printing Office, 1976.
8. Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy – the price we pay. *Journal of American Medical Association*, 1956, 159:1452–1456.
9. Couch NP et al. The high cost of low-frequency events: the anatomy and economics of surgical mishaps. *New England Journal of Medicine*, 1981, 304:634–637.
10. Friedman M. Iatrogenic disease: Addressing a growing epidemic. *Postgraduate Medicine*, 1982, 71:123–129.
11. Dubois R, Brook R. Preventable deaths: who, how often, and why? *Annals of Internal Medicine*, 1988, 109:582–589.
12. McLamb J, Huntley R. The hazards of hospitalization. *Southern Medical Association Journal*, 1967, 60:469–472.
13. Bedell S et al. Incidence and characteristics of preventable iatrogenic cardiac arrests. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 265:2815–2820.
14. Leape L et al. Preventing medical injury. *Quality Review Bulletin*, 1993, 8:144–149.
15. Bates DW et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:29–
16. Weingart SN et al. Epidemiology of medical error. *British Medical Journal*, 2000, 320:774–777.
17. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
18. Expert group on learning from Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis in the NHS. *An organisation with a memory*. London, Department of Health, London, United Kingdom, 2000.
19. World Health Organization, Executive Board 109th session, provisional agenda item 3.4, 5 Desember 2001, EB 109/9.
20. Davis P et al. Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis in *New Zealand public hospitals: principal findings from a national survey*. Occasional Paper 3. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2001.
21. Brennan TA et al. Incidence of Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324:270–276
22. Wilson RM et al. The Quality in Australian Health Care Study. *Medical Journal of Australia*, 1995, 163:458–471.

23. Baker GR et al. The Canadian Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis Study: the incidence of Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2004, 170:1678–1686.
24. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. London, Ashgate Publishers Ltd, 2007.
25. Andrews LB et al. An alternative strategy for studying Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis in medical care. *Lancet*, 1997, 349:309–313.
26. Runciman W. *Iatrogenic injury in Australia: a report prepared by the Australian Patient Safety Foundation*. Adelaide, Australian Patient Safety Foundation, 2001 (<http://www.apsf.net.au/>; diakses pada 23 Februari 2011).
27. Eisenberg JM. *Statement on medical errors*. Before the Senate Appropriations Subcommittee on Labor, Health and Human Services and Education. Washington, DC, 13 Desember, 1999.
28. Thomas E, Brennan T. Errors and Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis in medicine: an overview. In: Vincent C, ed. *Clinical risk management: enhancing patient safety*. London, BMJ Books, 2002.
29. Haywood R, Hofer T. Estimating hospital deaths due to medical errors: preventability is in the eye of the reviewer. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286:415–420.
30. Thomas E, Studdert D, Brennan T. The reliability of medical record review for estimating adverse event rates. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136:812–816.
31. McDonald C, Weiner M, Sui H. Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:93–95.
32. Turner BA. The organizational and inter-organizational development of disasters. *Administrative Science Quarterly*, 1976, 21:378–397.
33. Turner BA. *Man-made disasters* London, Wykeham Science Press, 1978.
34. Reason J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B Biological Sciences*, 1990, 327:475–484.
35. Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1999.
36. Pidgen N. *Safety culture: transferring theory and evidence from major hazards industries*. Department of Transport Behavioural Research in Road Safety, 10th Seminar, London, 2001.
37. International Atomic Energy Agency. *The Chernobyl accident: updating of INSAG1*. INSAG7: International Nuclear Safety Group (INSAG), 1992:24.
38. Vaughan D. *The Challenger launch decision: risky technology, culture and deviance at NASA*. Chicago, University of Chicago Press, 1996.
39. Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768–770.
40. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
41. Coombes ID et al. Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. *Medical Journal of Australia*, 2008, 188:89–94.
42. Gault WG. *Experimental exploration of implicit blame attribution in the NHS*. Edinburgh, Grampian University Hospitals NHS Trust, 2004.
43. Millenson ML. *Breaking bad news Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:206–207.
44. Gault W. Blame to aim, risk management in the NHS. *Risk Management Bulletin*, 2002, 7:6–11.
45. Berwick D M. Improvement, trust and the health care workforce. *Quality and Safety in Health Care*, 2003, 12 (Suppl. 1):i2i6.
46. Walton M. Creating a 'no blame' culture: Have we got the balance right? *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:163–164.
47. Maurino DE, Reason J, Johnson N, Lee RB. *Beyond aviation human factors* Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1995.
48. Perrow C. *Normal accidents: living with high technologies*, 2nd ed. Princeton, NJ, Princeton University Press, 1999.
49. Douglas M. *Risk and blame: essays in cultural theory*. London, Routledge, 1992.
50. Helmreich RL, Merritt AC. *Culture at work in aviation and medicine*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, 1998.
51. Strauch B. Normal accidents—yesterday and today. In: Hohnson CW, ed. *Investigating and reporting of accidents*. Washington, DC, National Transportation Safety Board, 2002.
52. Emanuel L et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K, Battles J B, Keyes M A, Grady ML, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008:19–35.
53. Vincent C. *Patient safety*, 2nd ed. London, Blackwell, 2010.
54. Hicks LK et al. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: Questionnaire survey and focus group study. *British Medical Journal*, 2001, 322:709–710.

Slide untuk Topik 1: Apa itu Keselamatan Pasien?

Kuliah didaktik biasanya bukan cara terbaik untuk mengajarkan pelajar tentang keselamatan pasien. Jika kuliah merupakan metode yang dipertimbangkan, maka lebih baik merencanakan interaksi pelajar dan diskusi selama kuliah. Menggunakan studi kasus adalah salah satu cara untuk menghasilkan diskusi kelompok. Cara lain adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan pada pelajar tentang berbagai aspek pelayanan kesehatan yang solusi atas masalah yang terkandung dalam topik ini, seperti budaya menyalahkan, sifat kesalahan, dan bagaimana kesalahan dikelola oleh industri lain.

Slide untuk Topik 1 dirancang untuk membantu guru menyampaikan isi dari topik ini. Slide dapat diubah agar sesuai dengan lingkungan dan budaya lokal. Instruktur tidak harus menggunakan semua slide dan yang terbaik adalah untuk menyesuaikan konten slide yang sedang dibahas dalam sesi pengajaran.

Semua nama obat yang digunakan dalam panduan ini sesuai dengan *WHO International Nonproprietary Names for Pharmaceutical Substances* (<http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>; diakses pada 24 Maret 2011).

Topik 2

Mengapa Menerapkan Faktor Manusia Penting untuk Keselamatan Pasien

Sebuah Retraktor yang Tak Diperhitungkan

Suzanne memiliki riwayat kesehatan diantaranya mengalami empat operasi caesar pada periode 10 tahun. Operasi kedua dan ketiga dilakukan di rumah sakit B, dan yang keempat di rumah sakit C. Dua bulan setelah operasi caesar keempat, Suzanne dirawat di rumah sakit C karena menderita sakit parah anal.

Seorang dokter melakukan pelebaran anal dengan anestesi umum dan mengambil sebuah retractor bedah dari dalam rektum sepanjang 15 cm dan lebar 2 cm dengan ujung melengkung. Retraktor tersebut dari jenis yang biasa digunakan oleh rumah sakit di daerah dengan inisial terukir yang menunjukkan retractor tersebut berasal dari rumah sakit B. Dokter menganalisa bahwa retractor telah tertinggal dalam tubuh Suzanne setelah proses caesar dan telah masuk secara bertahap melalui peritoneum ke dalam rektum.

Selama operasi caesar keempat, ahli bedah mencatat adanya adhesi kotor, atau jaringan parut pada peritoneum. Padahal tidak ada jaringan parut ditemukan oleh dokter yang melakukan caesar ketiga dua tahun sebelumnya. Meskipun tidak diketahui secara pasti apa yang telah terjadi, alat itu kemungkinan besar telah tertinggal dalam tubuh Suzanne selama pada saat caesar ketiga dan tetap didalam tubuh selama lebih dari dua tahun.

Sumber: *Health Care Complaints Commission Annual Report 1999–2000*, New South Wales Government (Australia), 2001:58.

Pengantar– Mengapa Menerapkan Faktor Manusia Penting untuk Keselamatan Pasien



Studi faktor manusia yang meneliti hubungan antara manusia dan sistem yang berinteraksi [1]. Studi ini dilakukan dengan berfokus pada peningkatan efisiensi, kreativitas, produktivitas dan kepuasan kerja, dan bertujuan meminimalkan kesalahan. Kegagalan untuk menerapkan prinsip-prinsip faktor manusia adalah aspek kunci dari semua kesalahan medis yang (membahayakan pasien) dalam pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, semua pekerja kesehatan harus memiliki pemahaman dasar tentang prinsip-prinsip faktor manusia. Petugas kesehatan yang tidak memahami dasar-dasar faktor manusia seperti halnya ketiga pengendalian infeksi profesional yang tidak mengerti mikrobiologi.

Kata Kunci

Faktor Manusia, Ergonomi, sistem, kinerja manusia.

Tujuan Belajar



Pelajar harus memahami hubungan antara faktor-faktor manusia dengan keselamatan pasien dan menerapkan pengetahuan ini dalam pengaturan klinis / kerja tenaga medis.

Hasil Belajar: Pengetahuan dan Kinerja

Syarat Pengetahuan



Pelajar perlu mengetahui arti dari faktor manusia dan memahami hubungan antara faktor-faktor manusia dengan keselamatan pasien.

Syarat Kinerja



Pelajar perlu menerapkan pengetahuan mereka tentang faktor manusia dalam lingkungan kerja medis.

Kotak B.2.1 di bawah, yang diterbitkan oleh Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, menjawab beberapa pertanyaan dasar tentang faktor manusia dan hubungannya dengan pelayanan kesehatan.

Kotak B.2.1. Pertanyaan Dasar tentang Faktor Manusia dalam Pelayanan Kesehatan

Faktor Manusia dalam Pelayanan Kesehatan

Q. Apakah arti terminologi Faktor Manusia?

A. Faktor manusia berlaku di mana pun manusia bekerja. Faktor manusia mengakui sifat universal falibilitas manusia. Pendekatan tradisional untuk kesalahan manusia disebut model "kesempurnaan" yang mengasumsikan bahwa jika pekerja cukup peduli, bekerja cukup keras, dan dilatih cukup baik, kesalahan akan dihindari. Pengalaman kami, dan pakar internasional, mengatakan bahwa sikap ini adalah kontra-produktif dan tidak berhasil.

Q. Faktor Apa saja yang Terkait dengan Kajian Faktor Manusia

Faktor manusia adalah disiplin yang berupaya mengoptimalkan hubungan antara teknologi dan manusia, menerapkan informasi tentang perilaku manusia, kemampuan, keterbatasan, dan karakteristik lain untuk mendesain alat, mesin, sistem, tugas, pekerjaan dan lingkungan yang efektif, produktif, aman dan digunakan manusia dengan nyaman.

Q. Mengapa isu Faktor Manusia Penting dalam Pelayanan Kesehatan?

A. Masalah faktor manusia merupakan kontributor utama kesalahan medis dalam pelayanan kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan dan industri berisiko tinggi lainnya, seperti industri penerbangan, faktor manusia dapat memberi konsekuensi serius dan kadang-kadang fatal.

Namun, sistem pelayanan kesehatan dapat dibuat lebih aman dengan mengenali potensi kesalahan, dan dengan mengembangkan sistem serta strategi untuk belajar dari kesalahan yang padaakhirnya dapat meminimalkan terjadinya dan efek mereka.

Q. Apakah Mungkin Mengelola Faktor Manusia?

A. Ya, manajemen faktor manusia melibatkan penerapan teknik proaktif yang ditujukan untuk meminimalkan dan belajar dari kesalahan. Budaya kerja yang mendorong pelaporan kesalahan medis dalam pelayanan kesehatan memungkinkan sistem pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien meningkat.

Industri penerbangan adalah contoh yang baik karena telah menerapkan studi faktor manusia sebagai pendekatan untuk meningkatkan keamanan. Sejak pertengahan 1980-an, industri penerbangan telah menggunakan falibilitas manusia sebagai faktor yang tak dapat dihindari dan, daripada menuntut kesempurnaan konstan yang tidak berkelanjutan dan menghukum kesalahan, industri ini telah merancang sistem untuk meminimalkan dampak dari kesalahan manusia. Rekor keselamatan penerbangan saat ini merupakan bukti keberhasilan pendekatan ini. meskipun rata-rata 10 juta penerbangan dan pendaratan setiap tahun, terdapat kurang dari 10 kecelakaan fatal dalam setahun di seluruh dunia dalam penerbangan komersial sejak tahun 1965, dan banyak pola ini terjadi di negara berkembang.

Sumber: *Human factors in health care*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2006 ([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/\\$File/humanfact.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C5001E5610/$File/humanfact.pdf); diakses 21 Februari 2011).

Faktor Manusia dan Ergonomi



Istilah *ergonomi* dan *faktor manusia* digunakan untuk menggambarkan interaksi antara individu di tempat kerja, tugas yang ditangani, dan tempat kerja itu sendiri. Istilah-istilah ini dapat digunakan bergantian.

Studi tentang faktor manusia adalah ilmu tersendiri yang menggunakan banyak disiplin ilmu (seperti anatomi, fisiologi, fisika dan biomekanik) untuk memahami bagaimana orang-orang melakukan tindakan dalam

keadaan yang berbeda. Kami mendefinisikan faktor manusia sebagai: *studi tentang semua faktor yang membuatnya lebih mudah untuk melakukan pekerjaan dengan cara yang benar.*

Definisi lain dari faktor manusia adalah studi tentang keterkaitan antara manusia, alat dan peralatan yang mereka gunakan di tempat kerja, dan lingkungan di mana manusia bekerja [1].

Penerapan Pengatahuan Faktor Manusia

Seseorang dapat menerapkan pengetahuan faktor manusia di mana pun ia bekerja. Dalam pelayanan kesehatan, pengetahuan tentang efek dari faktor manusia dapat membantu kita untuk merancang proses yang membuatnya lebih mudah bagi penyedia layanan kesehatan melakukan pekerjaan mereka dengan benar. Penerapan prinsip-prinsip faktor manusia ini sangat relevan dengan keselamatan pasien karena, tertanam dalam disiplin faktor rekayasa manusia yang merupakan ilmu dasar keselamatan

Prinsip faktor manusia dapat membantu kita untuk memastikan bahwa kita menggunakan resep yang aman dan praktik pengeluaran medis, berkomunikasi dengan baik dalam tim, dan secara efektif berbagi informasi dengan tenaga medis lainnya serta pasien. Tugas-tugas ini, pernah dianggap dasar, telah menjadi cukup rumit sebagai akibat dari meningkatnya kompleksitas sistem pelayanan kesehatan. Banyak dari pelayanan kesehatan bergantung pada tenaga medis dalam menyediakan pelayanan. Ahli faktor manusia percaya bahwa kesalahan dapat dikurangi dengan berfokus pada penyedia layanan kesehatan dan mempelajari bagaimana mereka berinteraksi dan menjadi bagian dalam lingkungan mereka. Penerapan prinsip-prinsip faktor manusia dapat membuat penyedia layanan kesehatan lebih mudah untuk merawat pasien.

Prinsip faktor manusia dapat diterapkan dalam lingkungan dan industri seperti penerbangan, manufaktur, dan militer yang juga telah menerapkan pengetahuan faktor manusia untuk meningkatkan sistem dan layanan selama bertahun-tahun [2].

Pelajaran dan contoh dari industri lain menunjukkan bahwa, dengan menerapkan prinsip-prinsip faktor manusia-, kita dapat meningkatkan proses kerja dalam pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, penyebab kesalahan medis banyak berhubungan dengan miskomunikasi antara orang-orang dalam sistem dan tindakan mereka. Banyak orang berpikir bahwa kesulitan komunikasi antara anggota tim kesehatan terkait dengan fakta bahwa setiap orang memiliki sejumlah tugas yang harus dilakukan pada satu waktu. Penelitian rekayasa -faktor manusia menunjukkan bahwa yang penting adalah bukan jumlah tugas yang harus diselesaikan, tetapi sifat tugas-tugas. Seorang tenaga medis mungkin dapat menjelaskan langkah-langkah dalam prosedur sederhana untuk pelajar sambil dia melakukan prosedur itu, tetapi, dalam kasus yang rumit, dia mungkin tidak bisa melakukannya sambil berkonsentrasi menangani prosedur. Pemahaman tentang faktor manusia dan kepatuhan terhadap prinsip-prinsip faktor manusia merupakan dasar disiplin keselamatan pasien [3].

Ahli faktor manusia membantu memudahkan jangkauan penyedia layanan kesehatan secara luas untuk melakukan yang terbaik saat merawat pasien. Hal ini penting karena tujuan desain faktor manusia adalah untuk mengakomodasi semua orang yang menggunakan dan berinteraksi dengan sistem. Hal ini berarti berpikir tentang masalah desain sistem tidak hanya dalam hal kerentanan pasien, kegelisahan anggota keluarga, pola istirahat, dokter yang berpengalaman, tetapi juga pekerja pelayanan kesehatan berpengalaman yang mungkin mengalami stres, lelah dan tergesa-gesa melakukan prosedur medis.

Ahli faktor manusia menggunakan pedoman berbasis bukti dan prinsip-prinsip untuk merancang cara untuk memudahkan penyelesaian tugas medis secara lengkap dan aman seperti: (i) persepan dan pemberian obat; (ii) serah terima informasi medis; (iii) memindahkan pasien, (iv) menandai pengobatan dan instruksi elektronik lainnya; dan (v) menyiapkan obat. Jika tugas ini dibuat mudah bagi praktisi kesehatan, maka para praktisi akan mampu memberikan pelayanan kesehatan yang lebih aman. Tugas ini membutuhkan solusi desain yang mencakup perangkat lunak (sistem order terkomputerisasi dan program untuk mendukung pemberian obat), perangkat keras (IV pompa), alat (pisau bedah, jarum suntik, tempat tidur pasien) dan tata letak fisik sesuai wilayah kerja, termasuk pencahayaan yang tepat. Revolusi teknologi dalam pelayanan kesehatan telah meningkatkan relevansi faktor manusia dalam kesalahan karena potensi bahaya yang besar ketika teknologi dan perangkat pelayanan kesehatan salah penanganan[3]. Pengetahuan tentang faktor manusia juga memungkinkan pemahaman yang lebih baik dari dampak kelelahan pada manusia. Tenaga medis yang lelah lebih rentan terhadap penyimpangan memori dan kesalahan. Karena kelelahan dapat mengganggu kinerja dan menghasilkan perubahan suasana hati, kecemasan, depresi dan kemarahan [4, 5]. Jika seorang perawat harus bekerja secara shift tambahan karena kekurangan staf, maka salah dapat diprediksi bahwa perawat mengalami kurang tidur dan lebih rentan membuat kesalahan.

Dalam arti luas, studi tentang faktor manusia menggabungkan interaksi manusia dan mesin (termasuk desain peralatan) serta interaksi antar manusia, seperti komunikasi, kerja tim dan budaya organisasi. Rekayasa faktor manusia berusaha untuk mengidentifikasi dan mempromosikan kesesuaian antara orang dan lingkungan di mana mereka tinggal dan bekerja, terutama dalam kaitannya dengan teknologi dan desain fisik elemen yang ada di lingkungan kerja mereka.

Bidang ini mengakui bahwa tempat kerja perlu dirancang dan diselenggarakan untuk meminimalkan kemungkinan kesalahan dan dampak kesalahan.

Mengetahui bagaimana kelelahan, stres, komunikasi yang buruk, gangguan dan pengetahuan dan ketrampilan yang tidak memadai mempengaruhi tenaga medis adalah penting karena membantu kita untuk memahami karakteristik predisposisi yang mungkin berhubungan dengan kecelakaan medis dan kesalahan medis. Dasar fundamental studi faktor manusia berkaitan dengan masalah proses informasi manusia. Kita memperoleh informasi dari dunia di sekitar kita, menafsirkan dan memahami dan kemudian menanggapi. Kesalahan dapat terjadi pada setiap langkah dalam proses ini (lihat Topik 5).



Manusia bukanlah mesin; mesin, ketika dipelihara dengan baik, yang secara keseluruhan sangat dapat diprediksi dan dapat diandalkan. Bahkan, dibandingkan dengan mesin, manusia tidak bisa ditebak dan tidak bisa diandalkan, dan kemampuan kita untuk memproses informasi terbatas karena kapasitas memori kerja pun terbatas. Namun, manusia sangat kreatif, sadar diri, imajinatif dan fleksibel dalam pemikiran mereka [6].

Manusia juga mudah teralihkan, yang merupakan sebuah kekuatan dan kelemahan. Kemampuan mudah beralih membantu kita melihat ketika sesuatu yang tidak biasa terjadi. Kita dapat mengenali dengan sangat baik dan merespon situasi dengan cepat kemudian beradaptasi dengan situasi serta informasi baru. Namun, kemampuan kita yang mudah teralihkan ini juga menempatkan manusia rentan melakukan kesalahan. Karena ketika terganggu, kita mungkin tidak memperhatikan aspek yang paling penting dari tugas atau situasi. Coba pikirkan ketika pelajar kedokteran mengambil sampel darah dari pasien. Sembari melakukan proses membersihkan setelah mengambil sampel darah, pasien di tempat tidur sebelah memanggil bantuan. Pelajar berhenti melakukan pekerjaannya dan membantu pasien itu. Ia lupa bahwa tabung darah belum diberi label. Atau coba pikirkan ketika seorang apoteker yang mengambil pesanan obat melalui telepon terganggu oleh rekan kerjanya yang mengajukan pertanyaan. Dalam situasi seperti itu, apoteker dapat salah mendengar suara orang di ujung telepon sehingga salah memeriksa obat atau dosisnya sebagai akibat dari gangguan tersebut.

Otak kita juga dapat memainkan "trik" kesalahan persepsi situasi, sehingga berkontribusi pada terjadinya kesalahan.



Fakta bahwa kita dapat salah menanggapi situasi, meskipun tidak berniat mengakibatkan keputusan dan tindakan secara salah, akan mengakibatkan pada kesalahan konyol - terlepas dari tingkat pengalaman, kecerdasan, motivasi atau kewaspadaan. Dalam pengaturan pelayanan kesehatan, kita menggambarkan situasi ini sebagai kesalahan dan kesalahan ini menimbulkan konsekuensi untuk pasien.



Berikut pertimbangan penting untuk mengenali karena mengingat bahwa membuat kesalahan adalah sesuatu yang tak bisa dielakkan. Dalam istilah sederhana, kesalahan adalah karena penurunan kualitas otak. Reason [6] menjelaskan kesalahan sebagai kegagalan tindakan yang direncanakan untuk mencapai hasil yang diharapkan atau perbedaan antara apa yang sebenarnya dilakukan dan apa yang seharusnya dilakukan.



Keterkaitan Faktor Manusia dengan Keselamatan Pasien



Penting bagi semua petugas kesehatan untuk menyadari situasi yang meningkatkan kemungkinan kesalahan bagi manusia [7]. Sehingga sangat penting bagi pelajar dan staf junior berpengalaman lainnya untuk memahami hal ini juga.

Sejumlah faktor mempengaruhi kinerja individu manusia, sehingga seseorang cenderung melakukan kesalahan. Dua faktor dengan dampak terbesar adalah kelelahan dan stres. Ada bukti ilmiah yang kuat yang menghubungkan kelelahan dan gangguan kinerja membuatnya menjadi faktor risiko tinggi terkait dengan keselamatan pasien [8]. Bekerja dalam waktu yang berkepanjangan telah terbukti menghasilkan penurunan kinerja yang sepadan dengan terkandungnya tingkat alkohol darah 0,05 mmol / l. Orang dengan tingkat alkohol dalam darah sejumlah tersebut, di sejumlah negara dilarang untuk mengendarai mobil [9].




Hubungan antara stres dan kinerja juga telah dikuatkan melalui hasil penelitian. Sementara tingkat stres yang tinggi adalah sesuatu yang sering dihadapi oleh setiap orang, penting untuk mengenali tingkat stres rendah yang juga kontraproduktif. Karena tingkat stres yang rendah dapat menyebabkan kebosanan dan kegagalan untuk melaksanakan tugas dan tingkat kewaspadaan yang kurang.



Industri penerbangan mensyaratkan pilot menggunakan sejumlah daftar. Periksa pribadi untuk memantau pendekatan kinerja yang mereka lakukan yang dapat dengan mudah diadopsi oleh pekerja kesehatan.

Semua petugas kesehatan harus mempertimbangkan menggunakan serangkaian strategi pengurangan kesalahan pribadi untuk memastikan bahwa mereka bekerja maksimal di tempat kerja.

Singkatan IM SAFE ((illness, medication, stress, alcohol, fatigue, emotion) yang dikembangkan di industri penerbangan berguna sebagai teknik self assesment untuk menentukan apakah seseorang aman untuk bekerja ketika mereka hadir di tempat kerja. (Alat ini dibahas lebih lanjut dalam Topik 5). → 



Menggunakan Pengetahuan Faktor Manusia dalam Praktik Medis



Ada sejumlah cara yang dapat dilakukan pelajar untuk menggunakan pengetahuan mereka tentang faktor manusia dalam praktik pelayanan pasien.

Menerapkan Pemikiran Faktor Manusia dalam Lingkungan Kerja Medis (10)

Pelajar dapat menerapkan kerangka pikir faktor manusia ketika memasuki lingkungan pengajaran klinis. Selain itu, tips berikut dapat berguna untuk membatasi potensi kesalahan manusia.

Hindari Bergantung Pada Ingatan

Untuk melakukan dengan baik dalam ujian, pelajar harus mengingat banyak fakta-fakta dan informasi. Metode ini bagus untuk ujian tetapi, ketika mengobati pasien, hanya mengandalkan memori dapat berbahaya, terutama jika memungkinkan pasien menerima obat dan dosis yang. Pelajar harus melihat gambar dan diagram langkah terkait prosedur dan proses pengobatan. Melihat gambar atau diagram dapat mengurangi beban memori kerja, sehingga bisa membuat pelajar untuk fokus pada tugas yang ditangani, seperti memeriksa riwayat medis atau memberi obat yang tepat.

Hal ini adalah alasan utama mengapa protokol sangat penting dalam pelayanan kesehatan karena mengurangi ketergantungan pada memori. Di sisi lain, terlalu banyak protokol yang diterapkan tidak akan membantu, terutama jika protokol tidak diperbarui secara tepat waktu atau tidak berbasis bukti. Pelajar harus bertanya tentang protokol utama yang digunakan dalam pengaturan klinis di mana mereka bekerja, sehingga mereka dapat familiar dengan protokol tersebut. Penting untuk memeriksa kapan protokol terakhir kali dikaji ulang. Mencari tahu lebih lanjut tentang proses protokol diperbarui yang efektif, protokol harus menjadi dokumen hidup.

Membuat Segala Sesuatu Terlihat

Pelajar akan mengamati bahwa banyak bangsal dan klinik

mempunyai peralatan yang diperlukan untuk mendiagnosis, merawat dan menangani dengan pasien (misalnya unit X-ray, pompa infus, pisau bedah listrik, tabung oksigen). Pelajar akan banyak diminta untuk menggunakan peralatan tersebut. Sekali lagi, penggunaan gambar dan informasi tentang langkah-langkah untuk menyalakan dan mematikan alat dan membaca display akan membantu pelajar menguasai keterampilan terkait dengan prosedur tersebut. Contoh baik dari penggunaan pengingat visual adalah penggunaan instruksi gambar bagi staf dan pasien mengenai kebersihan tangan.

Meninjau dan Menyederhanakan Proses

Sederhana lebih baik. Pernyataan ini berlaku untuk semua lapisan masyarakat, termasuk pelayanan kesehatan. Beberapa tugas pelayanan kesehatan telah menjadi begitu rumit ditambah dengan adanya potensi kesalahan, diantaranya adalah prosedur serah terima pasien dan proses mengeluarkan pasien. Proses serah terima pasien dapat disederhanakan dengan menerapkan strategi komunikasi yang terarah, sehingga mengurangi kesalahan. Pelajar dapat membantu menyederhanakan proses komunikasi dengan mengulang kembali instruksi dan memastikan bahwa mereka memahami protokol yang digunakan. Jika tidak ada protokol untuk serah terima pasien, misalnya, pelajar bisa bertanya bagaimana para tenaga medis yang berbeda memastikan bahwa informasi yang dikomunikasikan diterima dan dipahami dengan benar dan bagaimana mereka yakin pasien telah dirawat dengan benar, serta yakin bahwa pasien atau pengasuh mereka telah menerima informasi yang akurat dan tepat waktu.

Contoh lain dari proses penyederhanaan dapat mencakup: (i) membatasi obat yang tersedia untuk peresepan; (ii) membatasi jumlah dosis yang berbeda dari obat yang tersedia; dan (iii) menjaga persediaan obat sering diberikan untuk pasien.

Menstandarkan Prosedur dan Proses

Bahkan pelajar yang bekerja di satu fasilitas dapat mengamati setiap departemen atau klinik melakukan hal-hal tertentu yang berbeda. Hal ini berarti bahwa mereka harus mempelajari kembali bagaimana hal tersebut dilakukan ketika pindah ke bidang yang baru. Fasilitas pelayanan kesehatan memiliki standar cara mereka melakukan hal-hal (jika perlu) untuk membantu staf medis dengan mengurangi ketergantungan staf medis pada memori, yang dapat meningkatkan efisiensi dan menghemat waktu. Formulir pembebasan pasien dari prosedur medis, konvensi resep dan jenis peralatan semua dapat dibakukan dalam rumah sakit, di daerah atau bahkan negara secara keseluruhan.

Secara Rutin Menggunakan Daftar Periksa

Penggunaan daftar periksa telah berhasil diterapkan di banyak bidang usaha manusia, seperti belajar untuk ujian, bepergian dan belanja. Menurut publikasi terbaru dari hasil riset yang diselenggarakan oleh WHO yang dimuat dalam *New England Journal of Medicine* mengenai penggunaan daftar periksa operasi yang aman [11], menyatakan bahwa penggunaan daftar periksa sudah umum dilakukan di banyak kegiatan pelayanan kesehatan. Pelajar harus terbiasa menggunakan daftar periksa dalam praktik mereka, terutama ketika ada cara berbasis bukti dalam memilih atau melaksanakan pengobatan.

Mengurangi ketergantungan Pada Kewaspadaan

Manusia cepat terganggu dan bosan jika ada tidak banyak terlibat dalam peristiwa. Pelajar harus waspada terhadap potensi kesalahan saat mereka terlibat dalam aktivitas berulang, rutin dan panjang. Dalam situasi seperti itu, sebagian besar dari kita akan cenderung kurang waspada ketika menangani tugas, terutama jika kita dalam keadaan lelah. Upaya untuk tetap fokus akan gagal di beberapa titik.

Ringkasan



Singkatnya, pelajaran dari studi tentang faktor manusia dalam industri lain relevan dengan keselamatan pasien di semua lingkungan pelayanan kesehatan. Studi ini termasuk memahami interaksi dan hubungan timbal balik antara manusia, alat alat dan mesin yang mereka gunakan. Memahami kesalahan dan berbagai kemampuan manusia menanggapi situasi tertentu adalah penting untuk mengetahui bagaimana penerapan prinsip-prinsip faktor manusia dapat meningkatkan pelayanan kesehatan.

Format dan Startegi Pengajaran

Topik ini mungkin akan sangat baru bagi kebanyakan orang, sehingga mungkin ide yang baik untuk pertama hadir sebagai topik yang berdiri sendiri. Topik ini memberikan kesempatan untuk mengajar imajinatif dan kreatif dalam lingkungan klinis dan idealnya diajarkan menggunakan latihan praktis daripada kuliah didaktik. Banyak staf pengajar tidak akan akrab dengan daerah ini dan mungkin ingin melibatkan guru dari fakultas lain seperti teknik atau psikologi. Fakultas ini mungkin memiliki ahli di bidang teknik faktor manusia yang akan mampu memberikan kuliah pengantar dari prinsip-prinsip.

Kuliah untuk Pengantar Umum



Karena topik ini merupakan pengetahuan baru bagi pelajar maka lebih tepat untuk mengundang seorang ahli faktor manusia untuk memberikan kuliah tentang prinsip-prinsip yang mendasari. Para ahli di faktor manusia adalah ahli disiplin teknik atau psikologi. Beberapa disiplin ilmu ini telah mengaitkan pelayanan kesehatan pada bidang mereka. Mungkin saja ada seorang dokter yang telah mempelajari faktor-faktor manusia dan menerapkan

pengetahuan itu untuk praktik medis. Undanglah profesional yang cocok untuk memberikan kuliah tentang pengetahuan dasar dan menggunakan studi kasus kesehatan dalam presentasi mereka.

Kegiatan Individu dan Kelompok Kecil



Instruktur dapat memilih untuk menggunakan latihan praktis yang mengeksplorasi faktor manusia dengan pertimbangan penggunaan peralatan klinis yang umum. Contoh baik dan buruk yang menggambarkan prinsip-prinsip faktor manusia dapat ditemukan di setiap dan setiap lingkungan klinis. Selain itu, instruktur dapat meminta pelajar untuk mengkaji dampak dari faktor manusia pada bidang non klinis, seperti kehidupan pribadi mereka, hubungan di sekolah dan pekerjaan masa lalu.

Contoh:

1. Mintalah pelajar untuk memeriksa peralatan di berbagai bagian dari fasilitas di mana mereka bekerja (misalnya unit rehabilitasi, gawat darurat, klinik, unit pelayanan intensif (ICU), departemen radiologi, farmasi, operasi gigi). Bagian mana yang menggunakan peralatan medis paling banyak? Apa bahaya yang berkaitan dengan penggunaan satu bagian dari peralatan untuk mengobati beberapa pasien? Apakah peralatan medis tersebut terawat? Bagaimana faktor manusia mempengaruhi efektifitas dan fungsi keamanan dari peralatan? Dalam berbagai bagian peralatan medis yang dianalisa oleh pelajar, pertimbangkan hal berikut:
 - Seberapa mudah untuk menghidupkan dan mematikan peralatan medis tersebut?
 - Seberapa mudah untuk menggunakan peralatan medis tersebut?
 - Apakah pelajar senior pelajar, dosen dan teknisi kesulitan untuk mengetahui bagaimana menggunakan peralatan?
2. Pertimbangkan penggunaan praktis alarm.
 - Seberapa sering alarm pada berbagai macam peralatan digunakan?
 - Seberapa sering alarm diabaikan?
 - Apa yang terjadi ketika alarm ditanggihkan dan berapa lama?
 - Apakah mematikan alarm secara otomatis atau apakah ada pendekatan sistematis untuk menemukan penyebabnya?
3. Pertimbangkan bagaimana desain sebuah peralatan berhubungan dengan keselamatan. Misalnya, bagaimana mudah untuk memprogram pompa infus tertentu dengan benar?
 - Bahaya Apa yang terkait dengan menggunakan lebih dari satu jenis pompa infus di area kerja / fasilitas yang sama?

4. Desainlah Daftar Periksa untuk melakukan prosedur klinis yang penting.

Gunakan metode investigasi untuk mengkaji masalah faktor manusia dalam kesalahan medis. (lihat Topik 5: Belajar dari Kesalahan untuk mencegah melukai pasien).

Perawat: Terlalu Lelah Untuk Berpraktik Aman?

Selasa, July 20, 2004

Berita. Apakah benar dokter bekerja sama baik dengan perawat: Perawat yang secara rutin bekerja lama, seringkali durasi kerja tak terduga, seperti pergeseran jam kerja yang melebihi 12 jam, membuat lebih banyak kesalahan daripada mereka yang bekerja dengan jam kerja yang lebih sedikit. Itulah kesimpulan dari sebuah penelitian yang didanai pemerintah federal dalam edisi Juli / Agustus jurnal *Health Affairs*. Penelitian ini adalah salah satu yang pertama untuk menguji hubungan antara kesalahan medis dan kelelahan antara perawat yang bertugas, yang memberikan besar pelayanan langsung kepada pasien di rumah sakit.

Penelitian. Ann Rogers, Professor University of Pennsylvania School of Nursing, dan rekan-rekannya mempelajari 393 perawat yang bekerja penuh waktu di rumah sakit di seluruh negeri. Hampir semua adalah perempuan dan sebagian besar berkulit putih, setengah baya, yang dipekerjakan oleh rumah sakit kota besar dan memiliki pengalaman lebih dari satu dekade. Selama dua minggu, setiap perawat dicatat rincian jam kerjanya, waktu istirahat dan kesalahan yang dilakukan. Secara keseluruhan, peneliti menemukan terjadinya 199 kesalahan dan 213 prosedur yang hampir salah terdeteksi, biasanya oleh perawat sendiri. Kebanyakan kesalahan atau prosedur yang hampir salah terkait dengan pemberian obat-obatan, termasuk obat yang salah, dosis yang salah, pasien yang salah, metode pemberian yang

Studi Kasus

Kasus berikut menggambarkan bagaimana kelelahan dapat membahayakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pekerja medis..

salah, waktu pemberian obat yang salah atau sama sekali tak memberikan pengobatan kepada pasien.

Kesalahan medis dan prosedur yang hampir salah meningkat terjadi ketika pergeseran waktu kerja perawat melebihi 12 jam per hari, ketika minggu kerja mereka melebihi 40 jam atau ketika mereka bekerja lembur yang tidak direncanakan pada akhir pergeseran waktu kerja biasa. "Perawat tidak berbeda dari kelompok pekerjaan lain" kata Rogers. "Ketika mereka bekerja lebih lama, risiko kesalahan meningkat."

Akibat pada Pasien. Seperti penelitian sebelumnya, yang satu ini tidak berusaha untuk menghubungkan kesalahan langsung dengan bahaya pada pasien. Sebuah studi sebelumnya yang dilakukan di Pennsylvania menemukan bahwa menambahkan tugas pembedahan pasien sebagai beban kerja perawat meningkatkan peluang pasiennya 'mati atau menderita komplikasi serius.

Dan Lebih Jauh. Kekhawatiran tentang prevalensi kesalahan medis dan efek kelelahan pada dokter magang telah menyebabkan aturan baru dalam beberapa spesialisasi yang membatasi waktu kerja mereka dalam seminggu adalah 80 jam dan pergeseran waktu kerja maksimum 24 jam. Beberapa negara sedang mempertimbangkan memberlakukan batas pergeseran perawat, yang telah diperpanjang dalam dekade terakhir karena pengurangan jumlah oleh rumah sakit serta kurangnya jumlah petugas medis secara nasional.

Sumber: Goodman SG. *Nurses: too tired to be safe?* *Washington Post*. Tuesday, 20 July 2004. © 2004 The Washington Post Company

Aktivitas

- Mintalah pelajar untuk membaca artikel yang diterbitkan di *Washington Post* dan merefleksikan kemungkinan faktor yang berhubungan dengan perawat lelah.

Pekerja Kesehatan yang Kurang Tidur

Setelah menyelesaikan shift kerja 36 jam dia di sebuah pusat medis yang besar akademik, seorang pekerja medis tahun pertama masuk ke mobilnya untuk pulang.

Saat perjalanan, pekerja medis tertidur dan menghantam sebuah mobil yang dikemudikan oleh seorang wanita 23 tahun yang menderita cedera kepala dan meninggalkan cacat permanen.

Wanita yang terluka (penggugat) mengajukan gugatan malpraktik medis terhadap pusat medis, menyatakan bahwa pusat "tahu, atau seharusnya tahu, bahwa pekerja medis telah bekerja 34 dari total 36 jam, dan pusat media seharusnya tahu, pekerja medis sudah lelah karena berlebihan bekerja dan meninggalkan rumah sakit dengan gangguan karena kekurangan tidur.

Pertanyaan

- Apakah Anda mengalami situasi yang sama dengan rekan-rekan Anda atau rekan kerja kesehatan lainnya?
- Jika Anda mengalami situasi yang sama, bagaimana Anda akan menyarankan pekerja ini setelah menyelesaikan shift kerja 36 jam?
- Apakah Anda setuju bahwa pusat medis bertanggung jawab untuk luka yang diderita oleh wanita?
- Tindakan apa yang akan Anda sarankan untuk mencegah insiden serupa terjadi?

Sumber: Case supplied by Professor Armando C. Crisostomo, Division of Colorectal Surgery, Department of Surgery, University of the Philippines Medical College/Philippines General Hospital, Manila, The Philippines.

Alat Medis Tertinggal Setelah Prosedur Episiotomi

Kasus ini menggambarkan kegagalan protokol pemeriksaan dalam ruang operasi

Sandra, seorang wanita 28 tahun, berkonsultasi dan mengeluh ke dokter kandungan karena selama tiga hari keputihannya berbau busuk. Sandra telah melahirkan seorang bayi laki-laki 10 hari sebelumnya. Dia menjalani prosedur episiotomi selama proses persalinan. Dokter kandungan yang memeriksa menduga ada infeksi saluran kemih dan meresepkan antibiotik selama lima hari.

Sandra kembali mengunjungi dokter kandungan seminggu kemudian dengan gejala yang sama. Dia telah menghabiskan obat antibiotik. Pemeriksaan vagina mengungkapkan ada pelembekan pada bagian tubuh episiotomi dan ada beberapa pembengkakan. Dokter kandungan melihat catatan kasus Sandra secara detail, terutama pada catatan yang berkaitan dengan proses kelahiran dan jumlah pembengkakan. Hasil dokumentasi catatan kasus telah diverifikasi oleh seorang perawat kedua. Sehingga tambahan antibiotik diresepkan.

Karena gejalanya tetap bertahan, Sandra memutuskan untuk mencari pendapat kedua dan pergi mengunjungi dokter kandungan yang berbeda. Dokter kandungan kedua menyarankan Sandra untuk menjalani pemeriksaan di bawah anestesi dan dilatasi dan kuretase. Dokter kandungan kedua menelepon dokter kandungan pertama setelah menemukan swab tertinggal pada bagian luka episiotomi.

Aktivitas

- Jika mengajar pelajar ke pelayanan, tanyalah tentang peran perawat dalam ruang operasi, terutama dalam kaitannya dengan swab yang tertinggal selama prosedur medis. Tanyalah tentang proses untuk menetapkan faktor yang mendasari yang mungkin terkait dengan kecelakaan medis medis.

Sumber: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools expert consensus group. Case supplied by Ranjit De Alwis, Senior Lecturer, International Medical University, Kuala Lumpur, Malaysia.

Perubahan Praktik Rutin Tanpa Memperhatikan Tim Pelayanan Kesehatan

Kasus ini menggambarkan pengaruh faktor manusia pada keselamatan pasien. Kejadian ini mencerminkan kurangnya komunikasi dalam tim klinis dan kegagalan untuk mengikuti protokol pengobatan yang disepakati sehingga mengarah pada terganggunya pelayanan pasien.

Maria adalah seorang dokter gigi dengan spesialisasi pelayanan saluran akar. Maria biasanya melakukan prosedur pelayanan secara keseluruhan dalam satu sesi, yang merupakan fakta yang diketahui oleh tim gigi nya. Suatu hari, dia merasa sakit saat melakukan prosedur pelayanan saluran akar molar atas pasien. Karena dia tidak merasa baik, ia memutuskan untuk tidak mengisi saluran akar gigi dan meninggalkan tugas ini untuk janji lain. Maria tidak menjelaskan situasi kepada asisten dokter gigi. Pada saat yang sama, asisten gigi tidak membubuhi keterangan kebutuhan untuk sesi pelayanan saluran akar baru.

Maria lupa tentang kasus ini. Pasien ditindaklanjuti pelayanan gigi dengan dokter gigi lain dan, karena riwayat kasus itu tidak cukup didokumentasikan, dokter gigi lain tidak khawatir tentang pelayanan saluran akar yang belum selesai. Dokter gigi lain kemudian mengisi rongga gigi tanpa memperhatikan bahwa saluran akar belum terisi.

Tiga bulan kemudian, pasien kembali dengan luka yang parah di dekat akar gigi dengan peradangan. Pada saat itu, pasien perlu untuk mendapatkan obat antibiotik sebelum penggalan molar.

Pertanyaan

- Nominasikan beberapa faktor yang mungkin telah berkontribusi terhadap dokumentasi lengkap dari pengobatan yang tidak lengkap.
- Faktor-faktor apa mungkin yang menyebabkan dokter gigi lain pada pelayanan berikutnya gagal untuk menganalisa saluran akar gigi yang tak terisi?
- Diskusikan tanggung jawab anggota tim yang berbeda (di bidang praktik Anda) yang berkaitan dengan merekam pembukuan dan dokumentasi.

Sumber: Case supplied by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Menilai Pengetahuan dari Topik Ini

Berbagai strategi penilaian yang cocok untuk digunakan dengan topik ini, termasuk soal pilihan ganda, esai, BAQ pendek, CBD, dan self assesment. Mintalah pelajar atau sekelompok pelajar memimpin diskusi kelompok kecil terkait masalah faktor manusia di bidang klinis yang berguna untuk memperoleh pemahaman mereka. Jika pelajar belajar di tempat praktik, mintalah agar mereka mengamati bagaimana teknologi digunakan dan apa langkah-langkah persiapan yang dilakukan untuk melatih pekerja kesehatan dalam menggunakannya.

Mengevaluasi Pengajaran dari Topik Ini

Evaluasi ini penting dalam meninjau bagaimana sesi pengajaran dilakukan dan bagaimana perbaikan dapat dilakukan. Lihat Panduan Pengajar (Bagian A) untuk ringkasan prinsip evaluasi yang penting.

Sumber Materi

Patient safety

National Patient Safety Education Framework, sections 4.2 and 4.5
([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/\\$File/framework0705.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf); diakses pada 21 Februari 2011).

Clinical human-factors group

<http://www.chfg.org>; diakses pada 18 Januari 2011. This site has a PowerPoint presentation clearly explaining human factors.

Human factors in health care. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2006

([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C501E5610/\\$File/humanfact.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/6A2AB719D72945A4CA2571C501E5610/$File/humanfact.pdf); diakses pada 21 Februari 2011).

Gosbee J. Human factors engineering and patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:352-354.

Artikel ini tersedia gratis di World Wide Web dan memberikan penjelasan dasar dari faktor manusia dan relevansi mereka untuk keselamatan pasien.

Mistake-proofing design

Grout J. *Mistake-proofing the design of health care processes* (prepared under an IPA with Berry College). AHRQ publication no. 070020. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, May 2007
(<http://www.ahrq.gov/qual/mistakeproof/mistakeproofing.pdf>; diakses pada 18 Januari 2011).

Health-care workers fatigue

Berlin L. Liability of the sleep deprived resident. *American Journal of Roentgenology*, 2008;190:845-851.

Referensi

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
2. Cooper N, Forrest K, Cramp P. *Essential guide to generic skills.* Malden, MA, Blackwell, 2006.
3. *National Patient Safety Education Framework*, sections 4.2 and 4.5
([http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/\\$File/framework0705.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/C06811AD746228E9CA2571C600835DBB/$File/framework0705.pdf); diakses pada 21 Februari 2011).
4. Pilcher JJ, Huffcutt AI. Effects of sleep deprivation on performance: A meta-analysis. *Sleep*, 1996, 19:318
5. Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *Journal of the American Medical Association*, 287:955-7 2002.
6. Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing, 2007.
7. Vincent C. *Clinical risk management—enhancing patient safety.* London, British Medical Journal Books, 2001.
8. Flin R, O'Connor P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills.* Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
9. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235-237.

10. Carayon P. *Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum, 2007.
11. Haynes AB et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491-499.

Slide untuk Topik 2: Mengapa Menerapkan Faktor Manusia Penting untuk Keselamatan Pasien

Kuliah didaktik bukan cara terbaik untuk mengajarkan pelajar tentang keselamatan pasien, tapi topik tertentu berisi beberapa prinsip-prinsip teoritis yang harus dipahami pelajar. Anda dapat mengundang seorang insinyur atau psikolog yang ahli dalam faktor manusia untuk memberikan gambaran dari faktor manusia. Jika metode kuliah digunakan, maka lebih baik untuk merencanakan interaksi pelajar dan diskusi selama kuliah. Menggunakan studi kasus adalah salah satu cara untuk menghasilkan diskusi kelompok. Ahli faktor manusia dapat memberikan contoh-contoh dari industri lain, seperti penerbangan dan transportasi. Jika contoh-contoh ini digunakan, sediakan juga contoh yang relevan dengan pelayanan kesehatan sehingga pelajar dapat melihat bagaimana teori berlaku. Cara lain adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada pelajar tentang berbagai aspek pelayanan kesehatan yang akan memberikan solusi atas masalah yang terkandung dalam topik ini. Slide untuk Topik 2 dirancang untuk membantu instruktur dalam menyampaikan kuliah terkait topik ini. Slide dapat diubah agar sesuai dengan lingkungan dan budaya lokal. Instruktur tidak harus menggunakan semua slide dan yang terbaik adalah untuk menyesuaikan slide pada bidang yang tercakup dalam sesi pengajaran

Topik 3

Memahami Sistem dan Efek Kompleksitasnya terhadap Pelayanan Kesehatan pada Pasien

Pasien diberi Pengobatan Solutif yang Salah

Jacqui telah menjalani prosedur eksplorasi disebut endoscopic retrograde cholangio pancreatography (ERCP) di sebuah rumah sakit besar untuk mengatasi diagnosa kandung empedu nya. Dengan dibius menggunakan anestesi umum, endoskopi dimasukkan ke dalam mulutnya melalui kerongkongan ke duodenum. Kanula dimasukkan melalui endoskopi ke dalam saluran empedu dan media berwarna kontras dimasukkan sehingga bisa dilakukan prosedur sinar-X.

Dua bulan kemudian, Jacqui diberitahu bahwa dia adalah salah satu dari 28 pasien yang telah disuntik dengan media kontras yang mengandung zat korosif, fenol. Departemen farmasi biasanya memesan 20 ml botol Conray 280. Namun, untuk jangka waktu sekitar

lima bulan mereka tidak memesan dengan benar dan memasok zat itu di ruang operasi dengan takaran 5 ml botol 60% Conray 28 dengan 10% fenol. Padahal pada label jelas menyatakan "penggunaan zat ini di bawah pengawasan ketat substansi - zat caustic dan botol dosis tunggal. Seorang perawat akhirnya melakukan kesalahan, yang terlewat dari pengawasan departemen farmasi serta staf medis lainnya.

Cara obat tersebut dipesan, disimpan, dikirim ke ruang operasi dan metode untuk memastikan bahwa obat yang benar diberikan kepada pasien melibatkan beberapa langkah sehingga ada banyak celah kesalahan yang bisa terjadi. Memahami kompleksitas sistem perlu untuk memahami di mana dan bagaimana setiap komponen langkah medis dilakukan.

Sumber: *Report on an investigation of incidents in the operating theatre at Canterbury Hospital* 8 Februari – 7 June 1999, Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales, Australia. September 1999:1–37 (<http://www.hccc.nsw.gov.au/Publications/Reports/default.aspx>; diakses pada 18 Januari 2011).

Pengantar - Mengapa Pertimbangan Sistem Penting dalam Keselamatan Pasien



Pelayanan kesehatan jarang dilakukan oleh individu tunggal. Pelayanan yang aman dan efektif tergantung tidak hanya pada pengetahuan, keterampilan dan perilaku pekerja pada garis depan, tetapi juga bergantung pada bagaimana para pekerja bekerja sama dan berkomunikasi dalam lingkungan kerja, yang biasanya merupakan bagian dari organisasi yang lebih besar. Dengan kata lain, keselamatan pasien bergantung pada banyak orang yang melakukan hal yang benar pada waktu yang tepat.

Dapat diartikan bahwa pasien bergantung pada sistem pelayanan [1]. Menjadi tenaga medis yang berpraktik aman memerlukan pemahaman tentang interaksi yang kompleks dan hubungan yang terjadi dalam pelayanan kesehatan. Kesadaran seperti itu, misalnya, dapat membantu para praktisi mengidentifikasi peluang terjadinya kesalahan yang dapat merugikan pasien dan klien dan mengambil langkah-langkah untuk mencegah kesalahan terjadi. Topik ini adalah tentang sistem kesehatan; bagaimana mengurangi kesalahan dibahas secara rinci dalam Topik 5.

Kata Kunci

Sistem, Sistem yang kompleks, High Reliability Organization (HRO)

Tujuan Belajar



Memahami bagaimana berpikir dalam sistem dapat meningkatkan pelayanan kesehatan dan mencegah terjadinya peristiwa yang merugikan pasien.

Hasil Belajar: Pengetahuan dan Kinerja

Syarat Pengetahuan



Pelajar harus mampu menjelaskan pengertian sistem dan sistem yang kompleks yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan mengapa pendekatan sistem untuk keselamatan pasien lebih unggul dibandingkan dengan pendekatan tradisional.

Syarat Kinerja



Pelajar harus mampu menjelaskan unsur-unsur sistem pelayanan kesehatan yang aman

Apa yang pelajar perlu ketahui tentang sistem dalam pelayanan kesehatan: menjelaskan apa yang dimaksud dengan istilah sistem dan sistem yang kompleks yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan

Apa itu Sistem?



Sistem kata adalah istilah yang luas yang digunakan untuk menggambarkan kumpulan dari dua atau lebih bagian yang berinteraksi atau "kelompok yang saling bergantung dan membentuk kesatuan yang utuh" [2].

Pelajartenaga medis akan terbiasa dengan konsep sistem dalam konteks sistem biologis dan organik. Sistem organik termasuk satu sel organisme yang lebih kompleks atau seluruh populasi. Sistem ini dalam keadaan terus menerus melakukan pertukaran informasi baik secara internal maupun eksternal. Proses terus menerus memasukkan informasi, transformasi internal, memberikan hasil dan umpan balik adalah karakteristik dari sistem ini. Karakteristik yang sama berlaku untuk beberapa sistem yang membentuk pelayanan kesehatan, serta sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Sistem yang Kompleks

Ketika pelajar pertama kali memasuki institusi klinis dengan organisasi besar, mereka sering kewalahan dengan kompleksitas jumlah penyedia layanan kesehatan yang besar, tenaga medis yang bekerjasama, spesialisasi klinis, keragaman pasien, departemen yang berbeda, karakteristik yang berbeda, dan lainnya. Pelajar mengamati lalu bereaksi terhadap fasilitas pelayanan kesehatan sebagai suatu sistem. Pelajar dapat memahami sistem tersebut kacau dan tak terduga, dan mereka akan kebingungan untuk beradaptasi dengan lingkungan. Kemudian, pelajar

ditugaskan mengunjungi bangsal pasien yang berbeda, departemen dan klinik yang berbeda pula sehingga pelajar familiar dengan cara kerja bidang dan disiplin medis. Pada akhirnya, pelajar kemudian dapat melupakan persoalan sistem yang sebenarnya.

Sebuah sistem yang kompleks adalah salah satu di mana ada begitu banyak bagian berinteraksi yang sulit, meskipun tidak mustahil untuk memprediksi perilaku sistem berdasarkan pengetahuan pada bagian komponennya [3].



Pemberian pelayanan kesehatan sesuai dengan definisi sistem yang kompleks, terutama pada fasilitas medis yang lebih besar. Fasilitas besar biasanya terdiri dari banyak bagian berinteraksi, termasuk manusia (pasien dan staf), infrastruktur, teknologi dan petugas terapeutik. Berbagai cara bagian-bagian dari sistem berinteraksi satu sama lain dan cara bagian-bagian tersebut bertindak secara kolektif akan tampak sangat kompleks dan bermacam-macam [3].

Oleh karena itu, semua tenaga medis harus memiliki pemahaman tentang sifat kompleksitas dalam pelayanan kesehatan, karena penting untuk mencegah kecelakaan medis dan membantu menganalisa situasi jika terjadi ganjalan dalam proses kerja sistem medis. (Hal ini dibahas secara lebih rinci dalam Topik 5.) Jika tidak, akan ada kecenderungan untuk menyalahkan hanya individu yang terlibat langsung dalam situasi medis, tanpa menyadari bahwa ada banyak faktor penyebab lainnya. Pelayanan kesehatan merupakan sistem yang kompleks karena [3]:

- Keragaman tugas yang terlibat dalam penyampaian pelayanan pasien;
- Ketergantungan penyedia layanan kesehatan pada satu tenaga medis dengan yang lain;
- Keragaman pasien, dokter dan staf lainnya;
- Luasnya hubungan antara pasien, perawat, penyedia layanan kesehatan, staf pendukung, administrator, keluarga dan anggota masyarakat;
- Kerentanan pasien;
- Variasi dalam tata letak fisik lingkungan klinis;
- Beraneka ragam atau kurangnya peraturan;
- Penerapan teknologi baru;
- Keragaman jalur pelayanan dan organisasi yang terlibat;
- Peningkatan spesialisasi profesional medis yang memungkinkan jangkauan yang lebih luas dari pelayanan pada pasien, juga memberikan lebih banyak kesempatan terjadinya kesalahan medis.

Pelajar yang merawat pasien akan lebih cepat memahami bahwa setiap pasien membutuhkan pelayanan dan pengobatan yang disesuaikan dengan kondisi khusus dan keadaan pasien tersebut. Seorang pelajar dapat dengan cepat melihat bahwa ketika semua layanan kesehatan individual digabungkan, mereka membentuk sistem pelayanan. Banyak layanan kesehatan tampil sebagai bangunan sistem, orang, proses, meja, peralatan, telepon.

Namun tanpa adanya pemahaman dari orang-orang yang terlibat tentang tujuan umum interaksi dalam sistem, sistem tidak akan beroperasi secara terpadu. Setiap individu dalam sistem lah yang mengikat dan memelihara sistem.

Pemahaman tentang sistem pelayanan kesehatan menuntut pelajar untuk berpikir di luar profesi yang mereka geluti. Agar sistem bekerja secara efektif, dokter, perawat, apoteker, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya perlu memahami peran dan tanggung jawab masing-masing. Fungsi dari sistem juga memerlukan pemahaman atas efek kompleksitas pada pelayanan pasien dan organisasi yang kompleks, seperti pelayanan kesehatan, kerentanan terhadap kesalahan. Misalnya, sampai saat ini, ada ratusan layanan yang diberikan kepada pasien di rumah sakit sebagai pelayanan yang berbeda yang terpisah antar satu dengan lainnya. Pekerjaan dokter terpisah dari perawat, apoteker dan ahli fisioterapi. Unit dan departemen juga dilihat sebagai entitas yang berbeda.

Jika departemen gawat darurat tidak dapat menangani pasien cukup cepat, kita mengira bahwa dengan mengobati luka secara cepat tanpa memperhatikan layanan lain yang berhubungan dengan itu bisa memecahkan masalah. Tapi, mungkin saja departemen gawat darurat tidak dapat mentransfer pasien ke bangsal pada waktu yang tepat karena tidak ada tempat tidur yang tersedia. Staf kesehatan memiliki terlalu banyak prioritas yang saling bertentangan yang menghambat kemampuan mereka untuk responsif terhadap kebutuhan pasien.



Meskipun tenaga medis menghadapi banyak tantangan di tempat kerja mereka sehari-hari dan bahkan mungkin memahami beberapa komponen dan hubungan yang rentan terhadap disfungsi, mereka sering mengalami kesulitan berpikir dalam hal sistem. Hal ini karena, biasanya, mereka belum terlatih untuk berpikir dalam konsep atau bahasa teori sistem, juga tidak menggunakan alat-alat untuk memahami sistem di mana mereka bekerja.

Pengetahuan tentang kompleksitas pelayanan kesehatan akan memungkinkan para tenaga medis untuk memahami bagaimana struktur dan proses kerja organisasi dapat berkontribusi pada keseluruhan kualitas pelayanan pasien. Sebagian besar pengetahuan tentang organisasi yang kompleks berasal dari disiplin lain, seperti psikologi organisasi. Dalam sebuah penelitian yang diterbitkan pada tahun 2000, United States IOM melaporkan bahwa proses organisasi, seperti penyederhanaan dan standarisasi yang mengakui prinsip keselamatan, jarang diterapkan dalam sistem pelayanan kesehatan [4].

Pendekatan sistem mengharuskan kita untuk melihat pelayanan kesehatan sebagai sistem keseluruhan, dengan segala kompleksitas dan saling ketergantungan, pergeseran fokus dari individu ke organisasi. Hal ini memaksa kita untuk menghindari budaya menyalahkan individu dan bergeser pada metode pendekatan sistem. Menggunakan pendekatan sistem, seorang profesional yang bekerjasama akan dapat memberitahu penyedia utama layanan kesehatan yang mungkin ada masalah dalam pemenuhan perintah prosedur medis dengan segera karena bersaing dengan tuntutan medis lainnya. Penyedia utama layanan kesehatan dan para tenaga medis dapat bekerjasama untuk menemukan solusi atas masalah ini, sehingga dapat memprediksi dan menghindari masalah di kemudian hari.

Singkatnya, pendekatan sistem memungkinkan kita untuk menguji faktor-faktor organisasi yang berkontribusi pada disfungsi pelayanan kesehatan dan kecelakaan / kesalahan (kurangnya proses, kurangnya desain yang jelas, kerja sama tim yang buruk, pembatasan keuangan dan faktor kelembagaan) daripada fokus pada individu yang terkait dengan kesalahan. Jenis pendekatan juga membantu kita untuk menghindari budaya menyalahkan menuju pemahaman dan meningkatkan transparansi proses pelayanan daripada berfokus hanya pada tindakan pelayanan medis tunggal.

Pendekatan Tradisional Ketika Kesalahan Terjadi - Menyalahkan dan Mempermalukan

Dalam lingkungan yang kompleks, tidak mengherankan bahwa banyak terjadi kesalahan secara teratur. Ketika ada sesuatu yang salah, pendekatan tradisional terjadi dengan menyalahkan petugas kesehatan yang secara langsung terlibat dalam pelayanan pasien, yang kerap kali mereka adalah pelajar magang atau staf junior. Kecenderungan untuk menyalahkan individu (pendekatan orang) [5] sudah sangat mengakar, padahal hal itu tidak membantu dan benar-benar kontraproduktif untuk dalam upaya memperbaiki pelayanan kesehatan. Apapun peran dari pekerja medis yang salah melakukan prosedur bisa jadi berubah dalam proses selanjutnya dan sangat tidak mungkin tindakan kesalahn itu disengaja untuk membahayakan pasien. (A kesengajaan disebut pelanggaran.) Lihat Topik 5: Belajar dari kesalahan untuk mencegah bahaya dan Topik 6: Memahami dan mengelola risiko klinis. →  

Sebagian besar pekerja pelayanan kesehatan yang terlibat dalam peristiwa kesalahan medis akan sangat kecewa bahwa tindakan medis mereka berkontribusi pada kerugian pasien. Hal terakhir yang mereka butuhkan adalah hukuman.



Wu menjelaskan bahwa pekerja pelayanan kesehatan sebagai "korban kedua" dalam keadaan seperti itu [6]. Kecenderungan alami dalam situasi seperti ini adalah untuk membatasi pelaporan. Pekerja akan ragu-ragu untuk melaporkan insiden jika mereka percaya bahwa mereka kemudian akan disalahkan untuk sesuatu yang tak diinginkan yang mungkin terjadi. Jika budaya seperti menyalahkan tetap bertahan, organisasi kesehatan akan mengalami kesulitan besar dalam mengurangi kemungkinan insiden yang merugikan atau sejenisnya terjadi lagi di masa depan (lihat Topik 5: Belajar dari kesalahan untuk mencegah bahaya).



Sayangnya, banyak tenaga medis, termasuk praktisi senior, profesional dan manajer, serta pandangan masyarakat luas berbeda untuk mendukung gagasan bahwa individu harus disalahkan dalam kaitan dengan kesalahan pelayanan medis. Ini merupakan tantangan besar, terutama untuk staf junior (lihat Pengantar Bagian B-Topik).

Tetapi menggunakan pendekatan sistem tidak berarti bahwa tenaga medis tidak harus bertanggung jawab

atas tindakan mereka. Pendekatan sistem mengharuskan kita memahami semua faktor yang mendasari yang berkontribusi pada terjadinya insiden medis. Karena hanya berfokus pada individu yang dianggap bersalah tidak akan bisa mengidentifikasi penyebab utama dan, karena itu, insiden medis yang sama kemungkinan akan terulang kembali.

Akuntabilitas

Semua tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab etika dan hukum yang harus diemban. Persyaratan etis dan hukum mungkin berbeda antar satu profesi medis dengan profesi medis lainnya serta dari satu negara ke negara lain. Standar etis dan hukum umumnya bertujuan untuk memberikan keyakinan kepada masyarakat bahwa tenaga medis dapat dipercaya untuk memiliki pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang ditetapkan oleh badan profesional yang relevan. Tanggung jawab etika dan hukum ini sering disalahpahami oleh para tenaga medis dan banyak dari mereka tidak yakin tentang perbedaan antara tindakan lalai, tindakan tidak etis dan tindakan salah. Tabel berikut menyajikan perbedaan mendasar.

Table B.3.1. Definisi Terminologi medico-legal

Jenis Kebiasaan Medico-Legal	Definisi	Komentar
Kelalaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kegagalan untuk melatih keterampilan, perawatan dan pembelajaran yang diharapkan dari penyedia layanan kesehatan cukup bijaksana [7]. 2. Perawatan yang disediakan gagal memenuhi standar perawatan yang diharapkan cukup dari seorang praktisi dan memenuhi syarat untuk merawat pasien yang bersangkutan, (SP-SQS 2005) atau pelayanan di bawah standar yang diharapkan dari dokter di komunitas mereka [8]. 3. Kegagalan untuk menggunakan pelayanan yang cukup bijaksana dan hati-hati dalam kondisi yang sama [9]. 4. Kegagalan (biasanya pada bagian dari dokter atau pelayanan profesional medis lainnya) untuk latihan biasa, wajar, biasa atau diharapkan perawatan, kehati-hatian atau keterampilan (yang akan biasanya atau lazim dilaksanakan oleh dokter terkemuka lainnya dalam merawat pasien yang sama) yang mana kinerja tugas diakui secara hukum, sehingga bahaya mendatang, cedera atau kerugian lain; tindakan kelalaian (yaitu tidak disengaja) atau penelantaran (yaitu disengaja), ditandai dengan kurangnya perhatian, kecerobohan, tidak disengaja, kesembroanoan atau kecerobohan; dalam perawatan kesehatan, kelalaian menyiratkan penyimpangan standar dari "standar praktek medis" yang akan dilakukan oleh seorang profesional yang dilatih di bawah kondisi yang sama [10]. 	Komponen kelalaian ditentukan oleh negara di mana tindakan terjadi.
Tindakan yang Tidak Profesional	(Dalam definisi malpraktik.) Kesalahan profesional yang tidak dapat diterima dari keterampilan dalam kinerja tindakan profesional, istilah yang dapat diterapkan untuk dokter, pengacara dan akuntan [10]. Profesional kesalahan terpisah dari malpraktek dan berhubungan dengan semua profesional medis. Hal ini didefinisikan secara berbeda di berbagai negara. Tindakan yang tidak profesional biasanya mengacu tindakan awal yang signifikan dari standar perawatan yang diharapkan dari seorang profesional medis.	Setiap negara akan memiliki sistem sendiri untuk mendaftarkan profesi kesehatan yang berbeda dan untuk mengelola keluhan tentang kompetensi profesional dan perilaku.

<p>Kesalahan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suatu tindakan yang mungkin persis sesuai rencana, namun rencana tersebut tidak memadai untuk mencapai hasil yang dimaksudkan nya [11]. 2. Sebuah kesalahan berdasarkan aturan atau berbasis pengetahuan yang merupakan kesalahan dari pikiran sadar. Kesalahan berbasis aturan biasanya terjadi selama pemecahan masalah ketika aturan yang salah dipilih-baik karena persepsi yang salah dari situasi dan dengan demikian penerapan aturan yang salah, atau karena penyalahgunaan kekuasaan, biasanya salah satu yang kuat (yang sering digunakan), yang tampaknya cocok memadai. Kesalahan berbasis pengetahuan muncul karena kurangnya pengetahuan atau salah tafsir dari masalah [12]. 3.. Kekurangan atau kegagalan dalam penilaian dan / atau proses inferensial yang terlibat dalam pemilihan tujuan atau dalam spesifikasi sarana untuk mencapainya, terlepas apakah tindakan diarahkan oleh keputusan-skema ini berjalan sesuai rencana; kesalahan sadar termasuk kesalahan berdasarkan aturan yang terjadi selama pemecahan masalah ketika aturan yang salah dipilih, dan kesalahan berbasis pengetahuan yang timbul karena kurangnya pengetahuan atau salah tafsir dari masalah [13]. 	<p>Kegagalan untuk jujur tentang kesalahan mungkin merupakan kesalahan profesional di beberapa negara. Di beberapa negara kesalahan dapat dihukum. Hal ini penting untuk mengetahui bagaimana negara Anda belajar pada kesalahan pelayanan kesehatan yang dikelola.</p>
------------------	---	---

Sebuah pendekatan sistem juga berarti bahwa pelajar dan tenaga medis syarat profesional bertanggung jawab atas tindakan mereka. Jika seorang pelajar kedokteran gigi memberi obat yang salah kepada pasien karena dia gagal mengikuti protokol pemeriksaan obat, apakah pelajar harus bertanggung jawab?. Analisis dari kasus tersebut dengan menggunakan pendekatan sistem untuk memeriksa faktor-faktor yang berkontribusi dalam menjawab persoalan mengapa pelajar melewati prosedur pemeriksaan obat: bagaimana jika pelajar yang baru praktik di klinik gigi tidak diawasi?; atau apakah pelajar tidak tahu langkah-langkah yang terlibat?; atau apakah dia tidak menyadari bahwa ada kebijakan untuk membantu memastikan obat yang benar diberikan kepada pasien?; atau jika dia / dia tidak yakin, tapi ada senior yang dapat ditanya dan apakah dia takut mendapatkan masalah jika menunda pemberian obat?. Metode berpikir dalam sistem akan menyarankan bahwa pelajar ini tidak siap untuk melakukan tugas pelayanan medis tersebut.

Tetapi jika pelajar sudah siap, diawasi oleh seorang dokter gigi dan menyadari protokol, tetapi tidak memeriksa obat karena dia malas atau ceroboh atau ingin menyelesaikan pekerjaan lebih awal, maka pelajar harus bertanggung jawab atas kesalahan. Petugas kesehatan yang tidak berpengalaman mungkin tidak selalu diawasi; dalam keadaan seperti itu, mereka harus mencari nasihat dari seorang rekan senior, meskipun ada tekanan melayani pasien. Sebagian besar keadaan disekitar kesalahan medis dan kecelakaan medisnya rumit, sehingga yang terbaik adalah menggunakan pendekatan sistem untuk memahami apa yang terjadi dan mengapa hal tersebut terjadi sebelum membuat keputusan tentang tanggung jawab pribadi.

Penting untuk diingat bahwa budaya tidak menyalahkan ini tidak hanya berlaku untuk pelajar, tetapi juga untuk staf lain, bahkan mereka yang telah dalam praktik untuk waktu yang lama dan memiliki pengalaman bertahun-tahun.

Akuntabilitas adalah kewajiban profesional dan tidak ada yang berpikir bahwa individu tidak harus bertanggung jawab. Namun, di samping tanggung jawab pribadi, ada juga akuntabilitas sistem. Akuntabilitas sistem mengharuskan sistem mengoreksi bagaimana sistem tersebut dijalankan. Sudah terlalu lama, sistem pelayanan kesehatan menggunakan mekanisme tanggung jawab untuk kesalahan sistem kepada petugas kesehatan.

Organisasi kesehatan baiknya memahami perbedaan antara pelanggaran dan kesalahan dan menerapkan mekanisme akuntabilitas yang adil, transparan dan dapat diprediksi, sehingga staf medis menyadari persoalan apakah yang mereka harus bertanggung jawab secara pribadi.

Pasien juga merupakan bagian dari sistem dan ketika sedikit perhatian dialokasikan untuk tingkat pemahaman atau latar belakang budaya pasien, maka pasien berisiko menerima pelayanan dan pengobatan suboptimal. Pasien-pasien ini tidak mungkin untuk mengeluh atau menyampaikan persoalan kepada tenaga medis. Pasien sebagai sebuah kelompok biasanya setidaknya menilai bagaimana pelayanan kesehatan harus dijalankan; pasien kerap menghadapi ketidaknyamanan, pelayanan yang tidak memadai dan pengobatan dan informasi yang tidak memadai.

Pasien kerap kali merasa siap dengan pelayanan kesehatan yang tidak memuaskan karena mereka memahami tekanan pekerja pelayanan kesehatan dan tidak ingin menyinggung perasaan mereka. Cukup sering, pasien tidak memahami kondisi mereka atau menghargai pentingnya mematuhi protokol pengobatan misalnya, mengikuti polapengobatan yang diresepkan. Sering terjadi ketika pasien merasa lebih baik, mereka berhenti meminum obat tanpa mengacu pada standar profesional medis. Oleh karena itu penting bahwa petugas kesehatan menjelaskan protokol pengobatan dan dampak ketidakpatuhan pasien pada protokol tersebut.

Pendekatan Baru

Ahli keselamatan pasien percaya bahwa meskipun sulit untuk mengubah aspek sistem yang kompleks, lebih sulit untuk mengubah perilaku dan proses berpikir manusia terkait kontribusi mereka terhadap kesalahan [5]. Oleh karena itu, respon utama untuk kesalahan harus dilakukan dengan mengubah sistem menggunakan pendekatan sistem [5]. Pendekatan sistem terkait kesalahan dalam pelayanan kesehatan memerlukan pemahaman tentang beberapa faktor yang terlibat dalam setiap bidang yang membentuk sistem pelayanan kesehatan.

Petugas kesehatan merupakan bagian dari sistem. Analisis kecelakaan pada industri lain menunjukkan bahwa jarang hanya ada satu penyebab kecelakaan. Sebaliknya, kegagalan sistem berasal dari berbagai faktor yang menyertainya. Tujuan dari pendekatan sistem dalam penyelidikan insiden adalah untuk memperbaiki desain sistem, mencegah kesalahan terjadi lagi di masa depan dan meminimalkan konsekuensinya.

Reason menguraikan berbagai elemen dari sistem yang harus dipertimbangkan sebagai bagian dari pendekatan "metode berpikir dalam sistem" penyelidikan kecelakaan dalam kategori berikut [14].

Faktor Pasien dan Penyedia Layanan Kesehatan (Provider)

Faktor ini terkait dengan karakteristik dari individu-individu yang terlibat, termasuk pasien. Penting untuk diingat bahwa penyedia pelayanan kesehatan, pelajar dan pasien adalah bagian dari sistem.

Faktor Tugas Medis

Faktor ini terkait dengan karakteristik dari tugas yang dilakukan penyedia layanan kesehatan, termasuk tugas-tugas yang didesain oleh penyedia layanan kesehatan, serta faktor-faktor seperti alur kerja, tekanan waktu, kontrol pekerjaan dan beban kerja.

Faktor Peralatan dan Teknologi

Faktor teknologi mengacu pada jumlah dan kualitas teknologi dalam organisasi. Faktor-faktor tersebut meliputi jumlah dan jenis teknologi dan ketersediaannya, kegunaan, aksesibilitas dan lokasi. Desain alat dan teknologi, termasuk integrasi dengan teknologi lainnya, pelatihan penggunaan,

kecenderungan kerusakan atau kecelakaan, responsif dan karakteristik desain juga termasuk dalam kategori ini.

Faktor Tim

Banyak Dari Pelayanan kesehatan dilakukan oleh tim multidisiplin. Faktor-faktor seperti komunikasi tim, kejelasan peran dan manajemen tim telah terbukti menjadi penting dan kepentingannya terhadap pelayanan kesehatan kini semakin diakui [15].

Faktor Lingkungan

Faktor ini terkait dengan elemen dari lingkungan di mana tenaga medis bekerja. Elemen-elemen ini termasuk pencahayaan, kebisingan dan ruang fisik dan tata letak.

Faktor Organisasi

Faktor ini adalah terkait dengan karakteristik struktural, kultural dan terkait kebijakan organisasi. Contohnya termasuk karakteristik kepemimpinan, budaya, peraturan dan kebijakan, tingkat hirarki dan pengawas 'rentang kendali.

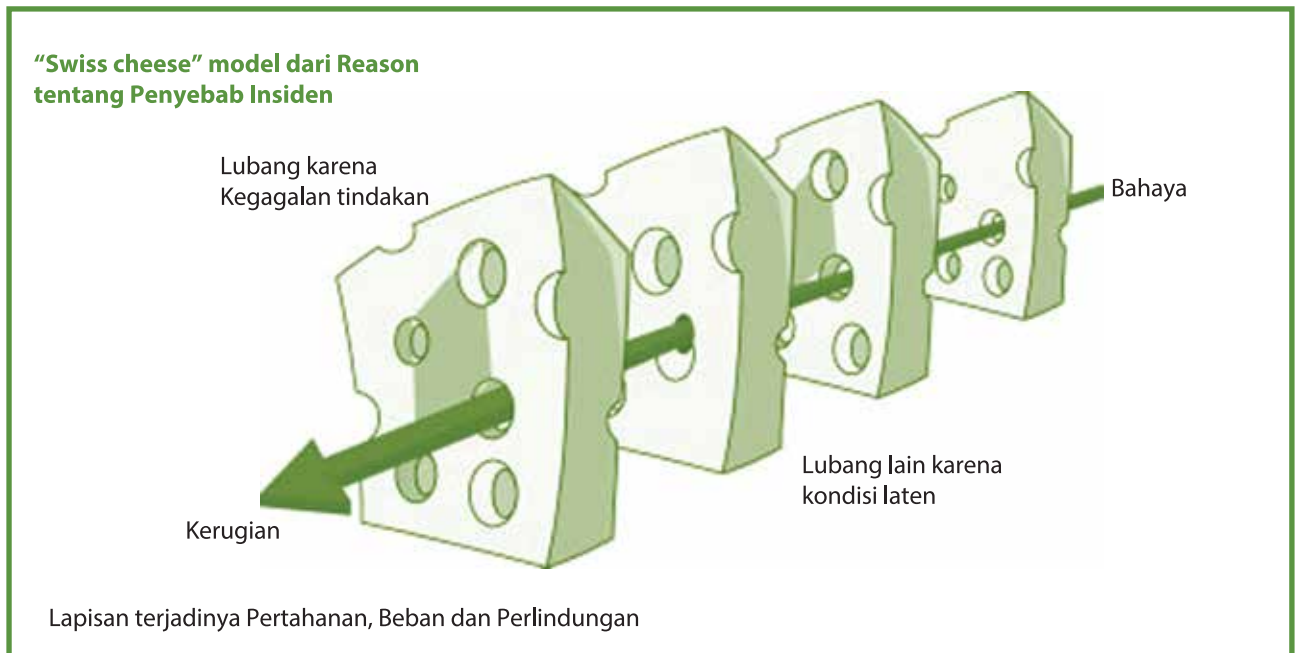
Model Swiss Cheese



Melihat kesehatan dalam rangkaian perspektif yang luas adalah dengan menyoroti sifat multifaktorial dari setiap insiden keselamatan pasien. Inilah sebabnya mengapa pelajar dalam profesi kesehatan harus hati-hati menjaga agar tidak menyalahkan individu jika ada kesalahan medis dan mempertimbangkan masalah sistemik yang terkait. Kebanyakan kesalahan medis melibatkan kedua faktor sistemik dan manusia. Reason menggunakan istilah kegagalan aktif untuk menggambarkan kesalahan yang dilakukan oleh pekerja yang memiliki kecelakaan medis langsung. Tapi dia juga menggambarkan prasyarat penting untuk terjadinya suatu peristiwa yang merugikan, yaitu, adanya satu atau lebih kondisi laten. Kondisi laten biasanya berupa hasil dari pengambilan keputusan yang buruk, minimnya desain dan protokol medis yang dikembangkan oleh praktisi medis selain mereka yang bekerja di garis depan. Kondisi ini sering terjadi pada tahap sebelum kesalahan medis terjadi. Contoh kondisi laten bagi staf kesehatan termasuk kelelahan, tingkat staf yang tidak memadai, peralatan yang rusak dan pelatihan dan pengawasan yang tidak memadai [16].

Reason menciptakan Model Swiss Cheese untuk menjelaskan bagaimana kesalahan dalam lapisan yang berbeda dari sistem menyebabkan insiden [5]. Model ini menunjukkan bagaimana kesalahan dalam satu lapisan dari sistem pelayanan biasanya tidak cukup untuk menyebabkan kecelakaan (lihat Gambar B.3.1) peristiwa. Kesalahan medis biasanya terjadi ketika sejumlah kesalahan terjadi di sejumlah lapisan (misalnya, pekerja lelah ditambah prosedur yang tidak memadai ditambah peralatan yang rusak) dan kemudian menyebabkan ada kecelakaan medis (ditunjukkan oleh panah di Gambar B.3.1).

Gambar B.3.1. Pertahanan, Beban dan Perlindungan

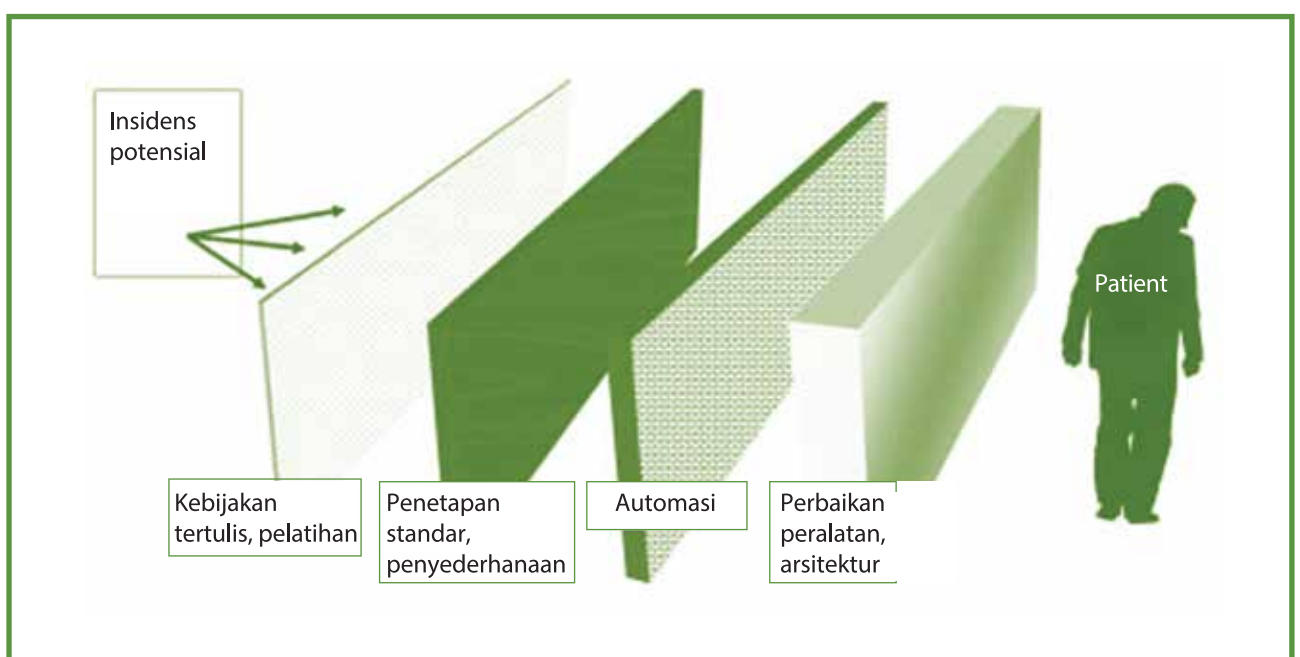


Sumber: Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*, 1997 [14].

Untuk mencegah kejadian-kejadian yang merugikan dari terjadi, Reason mengusulkan penggunaan beberapa pertahanan dalam bentuk lapisan perlindungan berlapis (pemahaman, kesadaran, alarm dan peringatan, pemulihan sistem, hambatan keamanan, penahanan, eliminasi, evakuasi, melarikan

diri dan penyelamatan), yang dirancang untuk menjaga kegagalan lapisan yang sebelumnya (lihat Gambar B.3.2). Keuntungan dari pendekatan sistem ini adalah untuk menyelidiki situasi yang meliputi semua lapisan, untuk melihat apakah ada cara yang salah atau ada lapisan yang perlu ditingkatkan.

Gambar B.3.2. Lapisan Pertahanan



Sumber: Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety <http://www.patientsafety.gov/> [17].

Bagaimana Pelajar dapat Menerapkan Pengetahuan Ini



Memahami terminologi high reliability organization (HRO)

Istilah HRO [18] mengacu pada organisasi yang beroperasi dalam kondisi berbahaya, tapi berhasil berfungsi dengan cara yang hampir sepenuhnya bebas dari kesalahan. Artinya, organisasi dijalankan dengan mengakibatkan sangat sedikit kecelakaan medis. Organisasi ini termasuk sistem kontrol lalu lintas udara, pembangkit listrik tenaga nuklir dan kapal induk angkatan laut. Meskipun ada banyak perbedaan antara industri dan pelayanan kesehatan, pelajaran untuk pelayanan kesehatan adalah dimungkinkan untuk mencapai kinerja secara konsisten yang aman dan efektif meskipun ada kompleksitas tingkat tinggi dan ketidakpastian dalam lingkungan kerja.

HRO menunjukkan bahwa organisasi kesehatan dapat meningkatkan keamanan dengan berfokus pada sistem yang digunakan. Perbedaan antara HRO yang dijelaskan di atas dan organisasi kesehatan adalah signifikansi dan mengatasi pada permasalahan yang ada. Sebagai penyedia layanan kesehatan, kita kerap tidak berpikir bahwa pelayanan kesehatan akan gagal. Kegagalan bukan bagian dari pola pikir profesional, kecuali itu ada hubungannya dengan pelayanan khusus. Seperti kita memberikan pelayanan, kita umumnya tidak sadar kemungkinan bahwa tenaga medis salah berkomunikasi atau ahli bedah mungkin sangat lelah setelah bekerja sepanjang malam atau tulisan tangan dokter mungkin tidak terbaca, sehingga apoteker mungkin mengeluarkan dosis yang salah dan perawat memberikan pengobatan yang salah pula. Salah satu dari hal tersebut dapat menjadi faktor terjadinya kesalahan medis. Tenaga medis harus dibiasakan untuk berbicara dengan pasien tentang risiko dalam kaitannya dengan kecelakaan medis dan kompleksitas medis, tetapi sayangnya tenaga medis tidak menerapkan penalaran yang sama untuk pelayanan yang disediakan oleh sistem secara keseluruhan. Sistem kesehatan mengharuskan tenaga medis berpikir tentang kedua jenis potensi risiko: risiko pengobatan dan risiko sistem

HRO juga dikenal dengan prinsip ketahanan yang mencoba untuk mendahului kegagalan dan mengambil langkah-langkah untuk mencegah kesalahan medis terjadi. Pasien adalah komponen yang paling tangguh dari sistem kesehatan dan banyak kecelakaan medis yang dapat dihindari karena ketahanan pasien sendiri. Pasien kadang menjadi lebih baik meskipun diberi obat yang salah atau pelayanan yang salah.

Kita belum memiliki budaya keselamatan dalam pelayanan kesehatan. HRO menempatkan banyak usaha dalam membangun dan mempertahankan budaya keselamatan, memberikan insentif dan penghargaan bagi para pekerja. Dalam HRO, orang dihargai jika mereka mengakui kesalahan karena pengakuan dan tindakan yang dihasilkan dapat

mencegah kesalahan serupa di masa depan terjadi lagi. Bayangkan sebuah sistem kesehatan di mana staf bebas bisa mengakui kesalahan mereka dan kita memiliki kapasitas untuk mengadopsi / menginstal elemen dan sumber daya, sehingga kesalahan yang sama bisa dicegah atau diminimalkan. Tingkat kecelakaan medis secara signifikan akan menurun, menyelamatkan banyak nyawa, mengurangi penderitaan dan meningkatkan semangat staf

Mengetahui karakteristik High Reliability Organization [18]

- Menghadapi kesalahan medis: mengenali dan merencanakan kemungkinan kegagalan karena berisiko tinggi, sifat rawan kesalahan dari prosedur medis;
- Komitmen untuk ketahanan: proaktif mencari ancaman yang tak terduga sebelum ancaman tersebut menyebabkan kerusakan;
- Kepekaan terhadap operasi: memperhatikan masalah yang dihadapi para pekerja medis di garis depan; dan budaya keselamatan di mana pekerja medis bisa memperhatikan adanya potensi bahaya atau kegagalan yang tanpa takut dikritik oleh senior.

Terapkan Pembelajaran dari HRO dalam Pelayanan Kesehatan



Organisasi pelayanan kesehatan dapat belajar dari HRO lainnya. Kita bisa belajar dari keberhasilan organisasi lain dan mempelajari faktor apa yang membuat organisasi medis tersebut berhasil. Kita juga dapat belajar dari kegagalan mereka, khususnya bagaimana kesalahan medis terjadi dan faktor-faktor apa yang biasanya muncul dari kesalahan tersebut.

Peran Regulasi

Karena sifat pekerjaan tenaga medis berkaitan erat dengan masyarakat, maka di banyak negara ada aturan tentang kerja tenaga medis. Peraturan tenaga medis melindungi masyarakat dengan mengharuskan praktisi untuk mencapai kompetensi yang dibutuhkan untuk praktik dan menegakkan standar praktik. Peraturan menetapkan kriteria untuk dimasukkan dalam register dan mengelola izin praktik medis. Peran regulator termasuk menerima dan menyelidiki keluhan terhadap praktisi kesehatan dan mengambil tindakan yang tepat jika diperlukan seperti suspensi, deregistrasi atau kondisi tertentu yang diterapkan pada praktik medis.

Ringkasan



Pendekatan sistem membantu kita untuk memahami dan menganalisis beberapa faktor yang mendasari kecelakaan medis atas kesalahan yang terjadi. Oleh karena itu, menggunakan pendekatan sistem untuk mengevaluasi situasi yang berbeda dibandingkan pendekatan individual akan memiliki kesempatan lebih besar untuk menghasilkan pembentukan strategi dalam rangka mengurangi kemungkinan kesalahan medis terjadi kembali di kemudian hari.

Studi Kasus

Pentingnya Melakukan Komunikasi Lintas Bidang Disipliner

Dalam banyak kasus kematian ibu diidentifikasi oleh UK Confidential Enquiry, seperti pelayanan terhambat oleh kurangnya kerjasama dan komunikasi lintas disiplin atau lintas instansi. Termasuk kerjasama yang buruk atau antara anggota tim, konsultasi melalui telepon yang tidak memadai, kegagalan untuk berbagi informasi yang relevan antara tenaga medis, termasuk antara dokter umum dan tim bersalin, dan keterampilan interpersonal yang buruk. Penelitian ini juga mengidentifikasi masalah pelayanan bidan yang gagal mengenali penyimpangan medis yang terjadi, yang mengakibatkan wanita tidak dirujuk untuk evaluasi medis yang tepat. Studi kasus berikut menyoroti pentingnya masalah ini.

Seorang pengungsi perempuan, usianya masih muda, yang tidak bisa berbahasa Inggris, dengan berat badan di bawah normal memiliki jumlah hemoglobin yang rendah dan dirujuk untuk dirawat oleh bidan. Suaminya, juga tak bisa berbahasa Inggris dengan lancar, bertindak sebagai penerjemah. Perempuan tersebut dirawat di rumah sakit pada akhir kehamilan dengan perdarahan dan nyeri perut. Ia didiagnosa mengalami sembelit, ditambah dengan hasil tes fungsi hati yang menunjukkan abnormal. Perempuan tersebut dikirim pulang ke rumah di bawah asuhan kebidanan. Dia kembali dirawat beberapa minggu kemudian, pada usia kehamilan akhir dengan sakit perut dan, meskipun uji darah lebih lanjut menunjukkan normal, tidak ada pemeriksaan medis oleh praktisi senior dan dia kemudian dipulangkan dari rumah sakit. Beberapa hari kemudian, perempuan muda tersebut mengakui mengalami in extremis, kondisinya cukup berat, pelayanan yang diterimanya tidak terkoordinasi dengan baik. Meskipun dia telah diperiksa oleh petugas medis senior rumah sakit, ia tetap ditempatkan di ruang persalinan. Wanita itu meninggal dua hari kemudian karena disseminated intravascular coagulation/DIC yang berhubungan dengan pembengkakan liver selama kehamilan.

Pertanyaan

- Menggunakan pendekatan sistem, menjelaskan faktor faktor yang mungkin terkait dengan bencana medis ini dan bagaimana kesalahan medis serupa mungkin dicegah di masa depan.

Sumber: The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH). Saving Mother's Lives 2005-2008, London, 2007 (www.cemach.org.uk/; diakses pada 21 Februari 2011).

Kegagalan untuk mengelola antibiotik profilaksis sebelum operasi pada waktu yang tepat sesuai dengan protokol

Contoh ini menyoroti bagaimana pelayanan kesehatan

kesulitan mengakomodasi perubahan gejala pada menit terakhir

Ahli anestesi dan ahli bedah membahas penggunaan antibiotik sebelum operasi yang diperlukan untuk pasien yang akan menjalani prosedur olesistektomi laparoskopik. Ahli anestesi memberitahu dokter bedah bahwa pasien alergi terhadap penisilin dan ahli bedah menyarankan penggunaan klindamisin sebagai antibiotik alternatif sebelum operasi.

Anestesi masuk ke koridor steril untuk mengambil antibiotik, namun kembali dan menjelaskan kepada perawat bahwa ia tidak bisa menemukan antibiotik yang sesuai dalam koridor steril. Perawat kemudian mendapat telepon untuk menyediakan antibiotik sebelum operasi. Dokter anestesi menjelaskan bahwa ia tidak bisa memesan antibiotik karena tidak ada formulir pemesanan. Perawat menegaskan bahwa antibiotik diminta untuk segera disediakan.

Kemudian pembedahan dilakukan terhadap pasien. Enam menit kemudian, antibiotik dikirim ke ruang operasi dan segera disuntikkan ke pasien. Injeksi ini terjadi setelah pembedahan pertama, yang bertentangan dengan protokol yang membutuhkan antibiotik diberikan sebelum pembedahan pertama untuk menghindari infeksi pada situs bedah.

Pertanyaan

- Apa yang bisa dilakukan untuk memastikan bahwa insiden ini tidak terjadi lagi?
- Bagaimana kasus ini dapat menggambarkan kebutuhan untuk komunikasi lintas disiplin?
- Siapa yang bisa menghentikan prosedur jika terjadi masalah?

Sumber: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools expert group. Case supplied by Lorelei Lingard, Associate Professor, University of Toronto, Toronto, Canada.

Kegagalan Sistem yang Menyebabkan Kematian

Contoh kasus ini menyoroti bagaimana lingkungan medis yang di bawah tekanan gagal untuk memberikan pelayanan dasar standar.

Nyonya Brown adalah asisten administrasi yang sudah 50 tahun bekerja di departemen pasokan rumah sakit. Dia kelebihan berat badan. Dia tergelincir di kebunnya pada saat akan mengambil koran koran dan kakinya terhantam keran taman. Dia menderita patah tulang fibula dan dirawat di rumah sakit karena bengkak dan sakit yang butuh diredakan. Prosedur ditunda karena ruang operasi sibuk dan cedera yang dialami oleh Nyonya Brown dianggap relatif kecil. Bangsal ortopedi penuh jadi dia ditempatkan di bangsal medis. Dua hari kemudian, fraktur berkurang dan kakinya dibungkus dengan plester.

Dua hari kemudian, fraktur berkurang dan kakinya dibungkus dengan plester. Ketika dia bangun untuk pulang dia pingsan dan meninggal. Pada otopsi ditemukan bahwa ia telah mengalami emboli paru yang cukup masif. Pada tahap itu tidak ada obat heparin diresepkan untuk pencegahan deep vein thrombosis atau tindakan pencegahan lainnya. Suaminya diberitahu bahwa ia telah meninggal akibat terbentuknya segumpal darah di paru-paru karena pembengkakan kaki dan trauma. Kurangnya tindakan pencegahan tidak disebutkan dalam kasus yang dialami Nyonya Brown.

Kegiatan

- Buatlah sebuah flowchart masuk Mrs Brown sejak kecelakaan hingga kematiannya.
- Identifikasi semua tenaga medis yang mungkin telah terlibat dalam pelayanan dan pengobatannya.
- Apa faktor yang mungkin telah berkontribusi terhadap kematiannya?

Sumber: Case study taken from Runciman B, Merry A, Walton M Safety and ethics in health care: a guide to getting it right. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008:78.

Rantai kesalahan yang mengarah ke salah-situs operasi gigi

Kasus ini menggambarkan bagaimana masalah laten dalam sistem dapat menyebabkan kesalahan pada titik pelayanan akhir.

Ahli bedah mulut yang melakukan operasi pengangkatan gigi molar ketiga, yang benar-benar berdampak. Tak satu pun dari gigi molar ketiga (di kedua sisi) yang terlihat.

Menurut catatan klinis, gigi molar ketiga sebelah kanan diekstraksi. Namun, X-ray pada kotak tampilan menunjukkan molar bawah ketiga sebelah kanan yang terkena dampak dan bahwa molar ketiga sebelah kiri bawah tidak berdampak.

Ahli bedah mulut membuat sayatan, mengangkat flap dan memulai prosedur osteotomy. Dampak molar tidak muncul, sehingga ahli bedah memperbesar osteotomy tersebut. Dokter bedah akhirnya menyadari bahwa molar ketiga sebelah kanan tidak ada dan bahwa ia telah membuat kesalahan ketika ia memeriksa catatan klinis sebelumnya dan merencanakan operasi. Asisten dokter gigi telah menampilkan X-ray di posisi yang salah, membalikkan sisi kiri dan kanan mulut pasien.

Pertanyaan

- Faktor-faktor apa yang menyebabkan ahli bedah memilih gigi yang salah?
- Apa yang mungkin telah menyebabkan asisten menempatkan X-ray di posisi yang salah?

- Apa yang bisa mencegah kesalahan ini?

Sumber: Case supplied by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Sumber Materi

Alat Penilaian Sistem Klinis Mikro

Batalden PB et al. Microsystems in health care: part 9. Developing small clinical units to attain peak performance. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 2003, 29:575–585
(<http://clinicalmicrosystem.org/materials/publications/JQIPart9.pdf>; diakses pada 20 Februari 2011).

Belajar Meningkatkan Kualitas Pelayanan dalam Sistem yang Kompleks

Headrick LA. Learning to improve complex systems of care. In: *Collaborative education to ensure patient safety*. Washington, DC, Health Resources and Services Administration/Bureau of Health Professions, 2000: 75–88.

Strategi Organisasi

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.

Format dan Strategi Pengajaran

DVD Interaktif

Lokakarya WHO tentang Learning from Error ada dalam DVD atau berkasnya bisa diunduh dalam situs (www.who.int/patientsafety/education) tentang vincristine intratekal, yang menggambarkan kasus pemberian vincristine intratekal dan isu-isu sistem yang berkontribusi pada evolusi kejadian ini. Tujuan dari lokakarya ini adalah: untuk meningkatkan kesadaran akan risiko administrasi vincristine; untuk mengembangkan pemahaman tentang perlunya penekanan baru pada keselamatan pasien di rumah sakit; untuk membekali peserta dengan keterampilan untuk berkontribusi pasien keselamatan pasien serta mengidentifikasi kebijakan dan prosedur lokal untuk membuat tempat kerja medis lebih aman. (Workshop ini juga berkaitan dengan sebagian besar topik di Panduan Kurikulum ini).

Kuliah tentang Sistem dan Kompleksitasnya

Diskusi Kelompok Kecil

Diskusi kelompok kecil dapat dilakukan untuk membahas tentang berbagai tingkat sistem di tempat kerja Anda.

Kelompok kecil bisa membahas artikel profesional yang relevan, seperti *pasien yang salah* [19], dengan tutor. Atau, kelompok bisa memilih salah satu dari kasus di atas untuk membahas menggunakan perspektif sistem. Sebagai bagian dari latihan ini, kelompok bisa mendiskusikan peran anggota tim yang berbeda

Kegiatan Belajar untuk Pelajar Lainnya

- Ikuti pasien sejak dia memasuki fasilitas layanan kesehatan sampai keluar dan mengidentifikasi semua langkah dan jenis pekerja pelayanan kesehatan yang terlibat dalam pengobatan pasien itu.
- Aturpelajar untuk bertemu dalam kelompok kecil dengan tutor dan mendiskusikan temuan dan pengamatan mereka.
- Diskusikan peran dan fungsi orang-orang dari berbagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan.
- Kunjungi bagian dari organisasi yang belum dikenali oleh pelajar.
- Berpartisipasi dalam pengamatan dan melakukan analisis akar penyebab masalah.

Menilai Pengetahuan dalam Topik Ini

Setiap pelajar dapat diminta untuk menulis cerita tentang pengalaman pasien, dengan cara pelajar mengikuti perjalanan pasien sepanjang proses pengobatannya.

Berbagai strategi penilaian yang cocok untuk topik ini, termasuk soal pilihan ganda, esai, BAQ pendek, CBD, dan self assesment. Mintalah pelajar atau sekelompok pelajar untuk memimpin diskusi kelompok kecil di berbagai tingkat sistem di tempat kerja mereka sendiri sehingga mereka memperoleh pemahaman yang komprehensif.

Mengevaluasi Pengajaran Topik Ini

Evaluasi ini penting untuk meninjau bagaimana sesi pengajaran berlangsung dan bagaimana perbaikan dapat dilakukan. Lihat Panduan Pengajar (Bagian A) tentang ringkasan prinsip evaluasi yang penting.

Referensi

1. University of Washington Center for Health Sciences. Best practices in patient safety education module handbook. Seattle, Center for Health Sciences, 2005.
2. Australian Council for Safety and Quality
3. Runciman B, Merry A, Walton M. Safety and ethics in health-care: a guide to getting it right, 1sted. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human: building a safer health system. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Reason JT. Human error. New York, Cambridge University Press, 1990.

6. Wu AW. Medical error: the second victim. British Medical Journal, 2000, 320:726–727.
7. Medical Event Reporting System for Transfusion Medicine (MERS-TM). Patient Safety and the “Just Culture”: A Primer for Health Care Executives. Prepared by David Marx. New York: Columbia University, 2001.
8. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324:370-376.
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations, editor. Lexicon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Health Organizations; 1998.
10. Segen JC. Current Med Talk: A Dictionary of Medical Terms, Slang & Jargon. Stanford, CT: Appleton and Lange, 1995.
11. Reason JT. Managing the Risks of Organizational Accidents. Aldershof, UK: Ashgate, 1997.
12. Leape LL. Error in medicine. In: Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle. Buckingham, UK: Open University Press, 1999, pp. 20-38.
13. Committee of Experts on management of Safety and Quality in Health care, Glossary of terms related to patient and medication safety - approved terms. Council of Europe. 2005.
14. Reason JT. Managing the risks of organisational accidents. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 1997.
15. Flin R, O'Connor P. Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
16. Cooper N, Forrest K, Cramp P. Essential guide to generic skills. Oxford, Blackwell Publishing, 2006.
17. Veteran Affairs (US) National Center for Patient Safety (<http://www.patientsafety.gov/>; diakses pada 24 May 2011).
18. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). High reliability organization strategy. Rockville, MD, AHRQ, 2005.
19. Chassin MR. The wrong patient. Annals of Internal Medicine, 2002, 136:826–833.

Slide Topik 3: Memahami Sistem dan Kompleksitasnya dalam Pelayanan Kesehatan

Kuliah didaktik bukan cara terbaik untuk mengajarkan pelajar tentang keselamatan pasien. Jika metode kuliah diterapkan, maka buatlah perencanaan interaksi pelajar dan diskusi selama sesi kuliah.

Menggunakan studi kasus adalah salah satu cara untuk menghasilkan diskusi kelompok. Cara lain adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada pelajar tentang berbagai aspek pelayanan kesehatan yang akan memberi solusi terhadap masalah yang terkandung dalam topik ini, seperti budaya menyalahkan, sifat kesalahan dan bagaimana kesalahan dikelola di industri lain.

Slide untuk Topik 3 dirancang untuk membantu instruktur memberikan pengajaran dari topik ini. Slide dapat diubah agar sesuai dengan lingkungan dan budaya lokal. Instruktur tidak harus menggunakan semua slide dan yang terbaik adalah untuk menyesuaikan slide sesuai materi yang tercakup dalam sesi pengajaran

Topik 4

Menjadi Anggota Tim yang Efektif

Tim Pelayanan Kesehatan Tidak Saling Berkomunikasi

Simon, seorang pria 18 tahun, dibawa dengan ambulans ke rumah sakit. Dia telah terlibat dalam perkelahian dan menderita cedera kepala serius ketika kepalanya membentur trotoar. Para petugas ambulans yang sangat sibuk dan tidak punya waktu untuk memberi informasi singkat kepada para tenaga medis di departemen darurat. Simon tidak bisa menyebutkan namanya atau mengucapkan kata-kata yang jelas ketika ia pertama kali diperiksa oleh perawat. Dokter yang hadir, magang, hanya baru beberapa minggu lulus dari sekolah kedokteran.

Dokter tidak memiliki pengawas pada malam itu dan ia dan staf pelayanan gagal untuk mengenali

keseriusan cedera kepala Simon. Simon telah minum dan dokter magang memutuskan bahwa dia hanya mabuk; diagnosis didukung oleh perilaku gaduh dan agresif dari Simon. Namun, perilaku tersebut juga dapat menunjukkan cedera kepala serius. Simon diresepkan obat untuk mual dan ditempatkan di bawah pengawasan. Pada beberapa kesempatan, para perawat dan dokter magang secara terpisah menguji kemampuan lisan dan tanggapan motoriknya.

Seiring waktu berlalu, para perawat mendokumentasikan kondisinya memburuk dalam catatan klinis tetapi tidak berkomunikasi ini langsung kepada dokter magang. Sayangnya, dokter magang mengandalkan komunikasi verbal dan tidak memperhatikan catatan. Simon meninggal empat setengah jam setelah masuk rumah sakit.

Sumber: National Patient Safety Education Framework, Commonwealth of Australia, 2005.

Pengantar– Mengapa Kerjasama Tim Merupakan Elemen yang Penting dalam Keselamatan Pasien



Kerja sama tim yang efektif dalam pemberian pelayanan kesehatan dapat memiliki dampak langsung dan positif pada keselamatan pasien [1]. Pentingnya tim yang efektif dalam pelayanan kesehatan meningkat karena faktor-faktor seperti:

- peningkatan kompleksitas insiden medis dan spesialisasi pelayanan;
- meningkatkan ko-morbiditas
- meningkatnya insiden penyakit kronis;
- kekurangan tenaga kerja global; dan (v) inisiatif untuk jam kerja yang aman.

Sebuah contoh khas dari pelayanan kompleks yang melibatkan beberapa tim adalah pengobatan wanita hamil dengan diabetes yang mengakibatkan emboli paru. Tim pelayanan kesehatannya termasuk perawat, bidan, dokter kandungan, seorang endokrinologi dan dokter pernapasan, serta wanita hamil itu sendiri.

Selain itu, para tenaga medis menjaganya di siang hari yang tidak sama dengan yang merawatnya di malam hari dan pada akhir pekan.

Dalam sebuah rumah sakit besar, akan ada tim dokter untuk setiap bidang medis khusus, yang semuanya harus mengkoordinasikan pelayanan dengan staf perawat, apoteker, penyedia layanan kesehatan lainnya yang bekerjasama sebagai tim pelayanan primer pasien. Di tempat di mana ada sumber daya yang terbatas, tim dapat menjadi perawat, bidan, dokter dan wanita hamil, tetapi sama pentingnya untuk mereka bertindak dengan cara yang terkoordinasi dan komunikasi yang baik setiap saat.

Banyak pelajar akan terbiasa dengan tim medis pada rumah sakit besar. Hierarchy tim medis dapat terdiri dari dokter paling senior yang paling junior. Dari perspektif pasien, tim ini lebih luas dari sekedar tim medis. Tim juga termasuk perawat, organisasi tenaga medis dan staf yang merawat dan mengobati pasien di bangsal.

Topik ini memperkenalkan pelajar di bagian awal dari program pelatihan bahwa tidak mungkin tenaga medis secara pribadi bekerja sebagai anggota tim kesehatan karena tiap individu memiliki sedikit pemahaman tentang bagaimana tim kesehatan dibangun dan beroperasi secara efektif. Dalam topik ini, kami bertujuan untuk mengambil pengalaman masa lalu pelajar dalam kerja tim dan melihat ke arah tim mereka sehingga mereka akan bisa berpartisipasi sebagai pelajar tingkat lanjut dan berpraktik dokter.

Kata Kunci

Tim, nilai-nilai, asumsi, peran dan tanggung jawab, gaya belajar, keterampilan mendengarkan, resolusi konflik, kepemimpinan, komunikasi yang efektif.

Tujuan Belajar



Pelajar harus memahami pentingnya kerja sama tim dalam pelayanan kesehatan dan tahu bagaimana menjadi anggota tim yang efektif. Kenali bahwa, sebagai pelajar, Anda akan menjadi anggota dari sejumlah tim kesehatan.

Hasil Belajar: Pengetahuan dan Kinerja

Syarat Pengetahuan



Persyaratan pengetahuan untuk topik ini mencakup pemahaman umum dari berbagai jenis tim dalam pelayanan kesehatan, bagaimana tim meningkatkan pelayanan pasien, bagaimana tim membentuk dan mengembangkan karakteristik tim yang efektif dan kepemimpinan yang efektif, teknik komunikasi untuk tim pelayanan kesehatan, teknik untuk menyelesaikan perselisihan dan konflik, hambatan untuk kerja sama tim yang efektif dan bagaimana menilai kinerja tim.

Syarat Kinerja



Penerapan prinsip-prinsip kerja sama tim berikut akan mempromosikan kesehatan yang efektif.

- Berhati-hati tentang bagaimana nilai-nilai seseorang dan asumsi mempengaruhi interaksi dengan orang lain. hal ini sangat penting ketika pasien dan staf berasal dari latar belakang budaya yang berbeda.
- Berhati-hati tentang bagaimana faktor-faktor psikososial dari anggota lain dari tim mempengaruhi interaksi tim.
- Menyadari dampak perubahan pada tim. Termasuk pasien dalam tim, serta / keluarganya.
- Gunakan teknik komunikasi yang tepat.
- Gunakan teknik saling mendukung.
- Selesaikan.
- Jadilah terbuka untuk berubah dan mengamati perilaku

Pengantar Tentang Tim Pelayanan Kesehatan

Apa itu Tim?



Sifat tim bervariasi dan kompleks. Dalam pelayanan kesehatan, tim yang paling efektif dari perspektif pasien adalah tim multidisiplin, tapi tim dapat berasal dari kelompok profesional tunggal. Anggota tim dapat bekerja sama dalam satu tempat atau berada di wilayah geografis yang sama. Beberapa tim memiliki satu set konstan anggota sedangkan keanggotaan tim lain mungkin sering berubah. Contoh tim termasuk paduan suara, tim olahraga, unit militer, awak pesawat dan tim tanggap darurat. Dalam pelayanan kesehatan, pasien dirawat di berbagai lingkungan-rumah, klinik, rumah sakit kecil dan rumah sakit pendidikan yang besar. Dalam setiap tempat-tempat ini seberapa baik tim berkomunikasi dengan satu sama lain dengan pasien akan menentukan seberapa efektif pelayanan dan pengobatan, serta bagaimana perasaan anggota tim tentang pekerjaan mereka.

Terlepas dari sifat mereka, tim kesehatan dapat dikatakan memiliki karakteristik tertentu. Diantaranya adalah:

- Mengetahui peran mereka dan peran orang lain dalam tim dan berinteraksi satu sama lain untuk mencapai tujuan bersama [2];
- Pembuatan keputusan [3];
- Memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus dan berfungsi dalam kondisi -beban kerja yang tinggi [4,5];
- Bertindak sebagai unit kolektif, sebagai hasil dari saling ketergantungan tugas yang dilakukan oleh anggota tim [6]. Sebuah tim tidak sama dengan beberapa kelompok kecil lainnya, seperti komite yang berasal dari berbagai latar belakang untuk tujuan tertentu dan biasanya tidak berhubungan dengan penanganan\ pelayanan pasien.

Salas mendefinisikan tim sebagai satu rangkaian yang terdiri dari dua atau lebih orang yang berinteraksi secara dinamis, saling bergantung dan adaptif terhadap tujuan umum, dan masing-masing memiliki peran khusus atau fungsi untuk melakukan dan yang memiliki jangka waktu keanggotaan [7].

Tenaga medis yang ada di dalam komite, yang dibentuk untuk membantu manajemen dengan masalah atau latihan perencanaan bukan merupakan sebuah tim.



Tipe Tim Berbeda yang Ditemukan dalam Pelayanan Kesehatan



Ada banyak jenis tim dalam pelayanan kesehatan. Tim ini termasuk ada dalam klinik pedesaan kesehatan, klinik wanita dan bayi, unit bersalin, ICU, bangsal medis, tim pelayanan primer yang bekerja di masyarakat, tim yang berkumpul untuk tugas tertentu, seperti tim tanggap darurat, dan tim multi-profesional, tim pelayanan kanker multidisiplin, yang bekerja bersama-sama untuk merencanakan dan mengkoordinasikan pelayanan pasien.

Tim dapat berasal dari lokasi geografis umum, seperti di klinik pedesaan atau rumah sakit, atau anggota tim dapat tersebar di beberapa lokasi, seperti pada tim multidisiplin kanker atau tim pelayanan kesehatan primer. Tim dapat mencakup disiplin tunggal atau melibatkan beberapa profesional dari berbagai disiplin ilmu, termasuk staf administrasi, dan pasien juga harus selalu dipertimbangkan sebagai bagian dari tim. Peran profesional akan bervariasi di dalam tim pada waktu yang berbeda. Peran individu di tim sering fleksibel dan oportunistik. Misalnya, kepemimpinan mungkin berubah tergantung pada keahlian yang dibutuhkan.

Untuk mendukung pelayanan pasien berpusat pada keselamatan pasien, pasien dan keluarga mereka harus dianggap sebagai anggota aktif dari tim kesehatan. Serta menjadi penting bagi pengambilan keputusan bersama dan persetujuan pasien. Dengan melibatkan pasien sebagai anggota tim dapat meningkatkan keselamatan dan kualitas pelayanan, karena pasien adalah sumber informasi yang berharga, dan menjadi satu-satunya anggota tim yang ada setiap saat selama pelayanan. Pasien juga orang-orang dengan keahlian dalam pengalaman penyakit atau kondisi medis tertentu.

Tim STEPPS [8] adalah program yang dikembangkan di Amerika Serikat untuk mengidentifikasi beberapa jenis tim yang berbeda, namun saling terkait yang mendukung dalam memberikan pelayanan kesehatan.



Tim Inti

Tim inti terdiri dari pemimpin tim dan anggota yang terlibat langsung dalam merawat pasien. Anggota tim inti meliputi penyedia layanan langsung seperti perawat, apoteker, dokter, dokter gigi, asisten dan, tentu saja, pasien atau pengasuh mereka. Anggota-anggota ini beroperasi pada klinik fasilitas kesehatan atau lingkungan. Anggota inti juga termasuk penyedia layanan kesehatan lanjutan yang mengelola pasien, misalnya, pengelola kasus medis. Tim inti dapat berubah, tetapi biasanya akan terdiri dari dokter dan perawat dan, tergantung pada

bidang kesehatan, juga dapat terdiri dari fisioterapis, dokter gigi dan / atau apoteker.

Tim Koordinasi

Tim Koordinasi adalah kelompok yang bertanggung jawab untuk manajemen operasional sehari-hari, memiliki fungsi koordinasi dan pengelolaan sumber daya untuk tim inti. Perawat sering mengisi peran koordinasi seperti di rumah sakit. Di daerah pedesaan dan klinik, tim koordinasi dapat terdiri manajer pelayanan kesehatan, perawat, dokter atau tenaga medis lainnya.

Tim Kontingensi

Tim kontingensi terbentuk untuk peristiwa medis tertentu (misalnya tim pemompa jantung, tim tanggap bencana, tim darurat obstetri, tim respon cepat). Para anggota tim kontingensi diambil dari berbagai tim inti.

Tim Layanan Tambahan

Tim layanan tambahan terdiri dari individu-individu seperti pembersih atau staf rumah tangga yang memberikan langsung setelah pelayanan medis, memiliki tugas tertentu, dan pelayanannya dalam waktu terbatas untuk mendukung layanan utama dan memfasilitasi pelayanan pasien. Para anggota tim ini sering tidak berada di tempat pasien menerima pelayanan rutin.

Tim layanan tambahan terutama tim pelayanan yang misinya adalah untuk mendukung tim inti. Hal ini tidak berarti bahwa mereka tidak harus berbagi tujuan yang sama. Hasil yang sukses operasi pasien membutuhkan informasi yang akurat tentang catering dan petunjuk dalam kaitannya dengan perintah "kebersihan mulut", sehingga pasien tidak akan menerima makanan yang dapat menimbulkan risiko tersedak. Secara umum, tim layanan tambahan berfungsi secara independen. Namun, mungkin ada saat-saat ketika mereka harus dianggap sebagai bagian dari tim inti.

Tim Layanan Pendukung

Tim layanan pendukung terdiri dari individu yang memberikan langsung, jasa-tugas tertentu di fasilitas pelayanan kesehatan. Para anggota tim layanan pendukung ini membantu untuk memfasilitasi pengalaman pelayanan kesehatan yang optimal bagi pasien dan keluarga mereka. Peran mereka terintegrasi untuk mengelola lingkungan, aset dan logistik dalam fasilitas medis. Layanan dukungan terutama terdiri dari tim-layanan yang berfokus dengan misinya adalah untuk menciptakan lingkungan pelayanan kesehatan yang efisien, aman, nyaman dan bersih, yang mempengaruhi tim pelayanan pasien, persepsi pasar, efisiensi operasional dan keselamatan pasien.

Administrasi

Administrasi meliputi pemimpin eksekutif dari unit atau fasilitas medis tertentu dan memiliki 24 jam akuntabilitas fungsi secara keseluruhan dalam manajemen organisasi. Administrasi membentuk iklim dan budaya sistem kerja sama tim untuk berkembang dengan membangun dan mengkomunikasikan visi, mengembangkan dan menegakkan kebijakan dan menyediakan sumber daya yang diperlukan untuk keberhasilan pelaksanaan kerja, menetapkan harapan untuk staf (peran dan tanggung jawab), memegang tanggung jawab dini atas kinerja mereka dan mendefinisikan budaya organisasi.

Bagaimana Menggunakan Tim untuk Meningkatkan Layanan Kesehatan



Pelayanan kesehatan secara tradisional melihat dokter individu sebagai bertanggung jawab untuk pelayanan dan pengobatan pasien. Namun, pasien saat ini jarang memandangnya hanya satu tenaga medis. Keselamatan pasien, dalam konteks sistem pelayanan kesehatan yang kompleks, mengakui bahwa kerja sama tim yang efektif sangat penting untuk meminimalkan kecelakaan medis yang disebabkan oleh miskomunikasi dengan orang lain yang merawat pasien dan kesalahpahaman dari peran dan tanggung jawab. Pasien memiliki kepentingan yang melekat dalam pelayanan

mereka sendiri dan mereka juga harus menjadi bagian dari jalur komunikasi; keterlibatan mereka telah terbukti juga meminimalkan kesalahan dan potensi kecelakaan medis.

Hubungan antara keterampilan non teknis, seperti kerja sama tim, dan kecelakaan medis sekarang jauh lebih mapan [9,10], seperti meningkatnya beban penyakit kronis, penyakit penyerta dan populasi yang menua. Tantangan-tantangan ini membutuhkan pendekatan yang terkoordinasi dan lintas multidisiplin untuk merawatnya [11].

Dalam kajian pelatihan tim, Baker et al. [1] mengatakan bahwa pelatihan tenaga medis sebagai tim "*merupakan pragmatis, strategi yang efektif untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mengurangi kesalahan medis.*"

Kerjasama tim telah dikaitkan dengan hasil yang lebih baik di berbagai bidang seperti pelayanan primer [12] dan pelayanan kanker [13]. Kerjasama tim juga telah dikaitkan dengan penurunan kesalahan medis [14, 15]. Seperti dirangkum dalam Tabel B.4.1, meningkatkan kerja sama tim dapat memberi manfaat peningkatan hasil pelayanan pasien dan keselamatan, termasuk manfaat bagi praktisi individu dalam tim dan tim secara keseluruhan, serta organisasi di mana tim berada [11].

Tabel B.4.1. Ukuran Kerja Tim yang Efektif

Hasil yang bisa diukur dari kerja Tim yang Efektif

Hasil yang bisa diukur dari kerja Tim yang Efektif		Manfaat Individu	
Manfaat bagi Organisasi	Manfaat bagi Tim	Pasien	Anggota Tim
Mengurangi waktu rawat inap dan biaya	Peningkatan koordinasi perawatan	Kepuasan pelayanan ditingkatkan	Peningkatan kepuasan kerja
Mengurangi penerimaan pasien yang tak terduga	Efisien penggunaan layanan kesehatan	Penerimaan pengobatan	Kejelasan peran yang lebih besar
Aksesibilitas yang lebih baik untuk pasien.	komunikasi meningkat dan keragaman profesional	Peningkatan hasil kesehatan dan kualitas pelayanan	Peningkatan kesejahteraan
		Kesalahan medis berkurang	

Sumber : Adapted from Mickan SM, Rodger SA. *Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions*. Journal of Interprofessional Care, 2005 [16].

Bagaimana Tim Terbentuk dan Berkembang



Penelitian tentang bagaimana tim terbentuk dan berkembang telah dilakukan di industri berisiko tinggi lainnya. Seperti yang dijelaskan pada Tabel B.4.2 ada empat tahap perkembangan tim: Pembentukan; Tantangan; Pengaturan; dan kinerja [17].

Tabel B.4.2. Tahap Pengembangan Tim

Tahap	Definisi
Pembentukan	Biasanya ditandai dengan ambiguitas dan kebingungan. Anggota tim mungkin tidak memiliki pilihan untuk bekerja sama dan dapat berkomunikasi yang terjaga, dangkal dan tindakan impersonal. Para anggota tim mungkin juga tidak jelas tentang tugas mereka.
Permasalahan	Sebuah keadaan sulit ketika ada konflik antara anggota tim dan beberapa pemberontakan terhadap tugas yang diberikan. Anggota tim yang mendapat posisi pemimpin mengalami frustrasi kurangnya kemajuan dalam tugas
Pengaturan	Komunikasi terbuka antara anggota tim dibangun dan tim mulai menghadapi tugas. Prosedur diterima secara umum dan pola komunikasi juga dibangun.
Pelaksanaan Kinerja	Tim berfokus pada semua perhatian pada pencapaian tujuan. Tim ini sekarang hubungannya dekat dan saling mendukung, terbuka dan saling percaya serta efektif

Sumber: Modified from Flin RH, O’Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills*, 2008 [18].

Serupa dengan industri lain, banyak tim pelayanan kesehatan, seperti tim darurat atau bedah, dituntut untuk bekerja bersama-sama dan harus berfungsi penuh waktu untuk membangun hubungan interpersonal dan melanjutkan fase pembentukan dan pengaturan yang dijelaskan di atas [18]. Untuk alasan ini, penting bahwa tenaga medis tahu bagaimana menjadi anggota tim yang efektif sebelum mereka bergabung dengan tim. Bagian berikut ini menjelaskan karakteristik tim yang efektif.

Karakteristik Tim yang Sukses



Ada banyak model untuk menggambarkan kerja sama tim yang efektif. Secara historis, kerja sama tim yang efektif datang dari industri lain, seperti Crew Resource Management (CRM) dari industri penerbangan. Kotak B.4.1 menetapkan karakteristik utama dari CRM yang dikembangkan dalam industri penerbangan.

Kotak B.4.1. Ringkasan Manajemen Sumber Daya Manusia / Crew Resource Management of crew resource management

Penerapan CRM dalam Pelayanan Kesehatan

CRM dikembangkan oleh industri penerbangan untuk meningkatkan komunikasi di dalam kokpit dan menerapkan pengambilan keputusan sistem tim yang terpusat. CRM didefinisikan sebagai "penggunaan semua sumber yang tersedia -Informasi, peralatan, dan orang-orang-untuk mencapai operasi penerbangan yang aman dan efisien." (Keselamatan Transportasi Dewan Nasional, USA). CRM telah digunakan dalam pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kerja tim dan komunikasi serta untuk memulai proses yang aman lainnya

Tim kesehatan berasal dari banyak situasi; beberapa sangat stabil, tetapi tim yang lain bisa sangat tidak stabil dengan perubahan keanggotaan yang seing. Setiap anggota tim akan memiliki berbagai tingkat pengetahuan dan keterampilan, yang harus diakomodasi. Mickan dan Roger [16] telah menjelaskan dalam daftar berikut karakteristik sederhana yang mendukung tim kesehatan yang efektif terlepas dari seberapa stabil tim tersebut.

Tujuan Umum

Anggota tim menghasilkan tujuan yang sama dan jelas yang mencakup kepentingan kolektif dan menunjukkan kepemilikan bersama.

Tujuan yang Terukur

Tim menetapkan tujuan yang terukur dan fokus pada tugas tim.

Kepemimpinan yang Efektif

Tim membutuhkan kepemimpinan yang efektif yang mengatur dan memelihara struktur, mengelola konflik, mendengarkan anggota dan mengakomodir kepercayaan dan dukungan anggota. Para penulis juga menyoroti pentingnya anggota tim menyetujui dan berbagi fungsi kepemimpinan.

Komunikasi Efektif

Tim pelayanan kesehatan yang baik berbagi ide dan informasi dengan cepat dan teratur, menyimpan catatan tertulis dan memberikan waktu untuk refleksi tim. Beberapa analisis mendalam tentang komunikasi tim interprofesional (seluruh disiplin ilmu dan bukan hanya di antara spesialisasi medis) telah difokuskan pada tim yang berisiko tinggi, seperti yang ditemukan dalam operasi [19, 20].

Perpaduan yang Bagus

Tim kohesif memiliki semangat tim yang unik dan dapat mengidentifikasi semangat dan komitmen dan memiliki kelangsungan kerjasama lebih besar karena anggota tim ingin terus bekerja sama.

Saling Menghormati

Tim yang efektif memiliki anggota yang menghormati bakat dan keyakinan masing-masing, sebagai tambahan atas kontribusi profesional mereka. Tim yang efektif juga menerima dan mendorong keragaman pendapat di antara anggota.

Syarat Tambahan

Persyaratan tambahan untuk tim yang efektif termasuk [8, 18, 21]:

- Kemampuan tugas individu (baik dari segi keterampilan teknis pribadi dan keterampilan kerja sama tim);
- Motivasi tugas;
- Fleksibilitas;
- Kemampuan untuk memantau kinerja mereka sendiri;
- Resolusi efektif dan belajar dari konflik;
- Keterlibatan dalam pemantauan situasi.

Kepemimpinan



Kepemimpinan yang efektif merupakan karakteristik kunci dari tim yang efektif. Pemimpin tim yang efektif memfasilitasi, melatih dan mengkoordinasikan kegiatan anggota tim lain dengan:

- Menerima peran kepemimpinan;
- Meminta bantuan yang sesuai;
- Terus-menerus memantau situasi;
- Prioritas mengatur dan membuat keputusan;
- Memanfaatkan sumber daya untuk memaksimalkan kinerja;
- Menyelesaikan konflik tim;
- Menyeimbangkan beban kerja dalam tim;
- Mendelegasikan tugas;
- Melakukan briefing;
- Anggota tim bisa berbicara secara bebas dan mengajukan pertanyaan;
- Menyelenggarakan kegiatan peningkatan dan pelatihan bagi tim;
- Inspirasi anggota lain dari tim dan mempertahankan budaya kelompok yang positif;
- Memastikan bahwa tim tetap di jalur dan memenuhi hasil yang diharapkan.

Melibatkan pasien sebagai anggota tim pelayanan kesehatan adalah sebuah konsep baru. Peran Tradisional pasien dianggap pasif sebagai penerima pelayanan kesehatan. Tapi kita tahu bahwa pasien memiliki keterampilan dan pengetahuan mereka sendiri tentang kondisi dan penyakit mereka. Pelajar dapat mulai menunjukkan kepemimpinan pada bidang ini dengan mencoba untuk memasukkan pasien dan keluarga mereka sesering mungkin. Membangun kontak mata dengan pasien, memeriksa dan mengkonfirmasi informasi dan mencari informasi tambahan semua bisa dilakukan saat pelayanan bangsa atau

konsultasi klinik. Termasuk dalam pemeriksaan keselamatan pasien adalah untuk memastikan bahwa informasi yang benar dan informasi yang lengkap tersedia untuk semua orang di tim.

Teknik Komunikasi bagi Tim Pelayanan Kesehatan



Penulis Irlandia-Inggris, George Bernard Shaw, terkenal dengan kalimatnya, "Masalah terbesar dengan komunikasi adalah ilusi yang telah dicapai". Kemampuan komunikasi yang baik merupakan inti dari keselamatan pasien dan kerja sama tim yang efektif. Strategi berikut dapat membantu anggota tim dalam berbagi informasi akurat dan memastikan fokus atas informasi yang disampaikan. Penggunaan alat yang disebut ISBAR (**I**ntroduction, **S**ituation, **B**ackground, **A**ssessment, **R**ecommendation) baru-baru ini telah menunjukkan peningkatan arahan melalui telepon oleh pelajar kedokteran di lingkungan simulasi [22]. Deskripsi dan contoh kasus berikut telah diambil dari program Team STEPPS [8].

ISBAR

ISBAR adalah teknik untuk mengkomunikasikan informasi penting tentang kekhawatiran pasien yang membutuhkan perhatian dan tindakan segera. Teknik ini dimaksudkan untuk memastikan bahwa informasi yang benar dan tingkat kepedulian dikomunikasikan antara tenaga medis

Introduction - Perkenalan

"Nama saya Mary Smith dan saya seorang perawat yang merawat Nyonya Joseph, yang di bangsal 4 di tempat tidur 5"

Situation - Situasi

Apa yang terjadi dengan pasien?

"Saya menelepon tentang Mrs Joseph di kamar 251. Keluhannya adalah sesak napas."

What is going on with the patient?

Background - Latar Belakang

Apa latar belakang klinis dan konteksnya?

"Pasien adalah perempuan berusia 62 tahun yang baru saja menjalani operasi perut hari pertama. Pasien tidak punya riwayat penyakit jantung atau paru-paru."

Assesment - Penilaian

Apa masalah yang terpikir ?

"Suara Nafas yang menurun di sisi kanan disertai dengan nyeri.

Ingin menyingkirkan pneumotoraks."

Recomendation - Rekomendasi

Apa yang akan saya lakukan untuk memperbaikinya?

"Saya merasa yakin bahwa bahwa pasien harus dinilai sekarang. Dapatkah Anda datang segera? "

Jika anggota tim pelayanan kesehatan tidak puas dengan tanggapan terhadap permintaan untuk hadir langsung, mereka harus mencari bantuan dan saran dari yang lain orang yang lebih senior.

Panggilan

Panggilan adalah strategi untuk mengkomunikasikan informasi penting atau kritis kepada semua anggota tim secara bersamaan selama situasi genting. Teknik ini membantu anggota tim mengantisipasi langkah berikutnya dan mengarahkan tanggung jawab kepada individu tertentu yang bertanggung jawab untuk melaksanakan tugas. Contoh dari pertukaran panggilan antara pemimpin tim dan anggotanya ditampilkan di bawah.

Pemimpin: *Status Airway?*
Anggota: *Airway jelas.*
Pemimpin: *Nafas terdengar?*
Anggota: *suara nafas menurun di sebelah kanan.*
Pemimpin: *Tekanan darah?*
Anggota: *BP 96/92.*

Memeriksa Kembali

Ini adalah teknik sederhana untuk memastikan bahwa informasi yang disampaikan oleh pengirim dipahami oleh penerima sebagaimana dimaksud [23]:

Langkah satu: Sender memulai pesan.
Langkah dua: Penerima menerima pesan dan memberikan umpan balik.
Langkah ketiga: Pengirim mengecek ulang untuk memastikan bahwa pesan telah dipahami.

Dokter: *Berikan 25 mg Benadryl IV bolus.*
Perawat: *25 mg Benadryl IV bolus?*
Dokter: *benar*

Serah Terima Pasien

Serah terima pasien adalah saat yang penting untuk pertukaran informasi yang akurat. Kesalahan dalam komunikasi dapat mengakibatkan pasien tidak dirawat dengan benar dan pasien mungkin menderita hasil medis yang buruk. Serah terima pasien dalam klinik mengacu pada pengalihan tanggung jawab profesional dan akuntabilitas untuk beberapa atau semua aspek pelayanan pasien atau kelompok pasien, kepada tenaga medis lain atau kelompok tenaga medis secara sementara atau permanen. "Saya menyerahkan tongkat pelayanan" atau I PASS THE BATON adalah strategi untuk membantu penyerahan pasien dalam waktu yang akurat

I	Introduction	Perkenalkan diri, peran dan pekerjaan dan nama pasien
P	Patient	Nama, pengidentifikasi, usia, jenis kelamin, lokasi
A	Assessment	Keluhan utama saat ini, tanda-tanda vital, gejala dan diagnosis
S	Situation	Status / keadaan saat ini, termasuk status kode, tingkat (ketidakpastian, perubahan terbaru dan respon terhadap pengobatan)
S	Safety concerns	Kritis nilai laboratorium / laporan, faktor sosial ekonomi, alergi dan peringatan (jatuh, isolasi, dll)
The		
B	Background	Komorbidity, episode sebelumnya, obat saat ini dan sejarah keluarga
A	Actions	Tindakan yang telah diambil atau diperlukan? Memberikan alasan singkat
T	Timing	Tingkat urgensi dan waktu eksplisit dan prioritas
O	Ownership	Mengidentifikasi siapa yang bertanggung jawab (orang / tim), termasuk pasien / keluarga
N	Next	Apa yang akan terjadi selanjutnya? Perubahan yang diduga? Apa rencananya? Apakah ada rencana darurat?

Memecahkan Pertentangan dan Konflik Tim



Kemampuan untuk menyelesaikan konflik atau perselisihan dalam tim sangat penting dalam keberhasilan kerja sama tim. Kemampuan ini akan sangat menantang bagi anggota junior tim, seperti pelajar, atau tim yang sifatnya sangat hierarkis.

Namun, penting bagi semua anggota tim dapat berkomentar ketika mereka menyaksikan tindakan yang akan berdampak pada keselamatan pasien.

Protokol berikut ini telah dikembangkan untuk membantu anggota tim mengungkapkan keprihatinan mereka dengan cara bertingkat

Keselamatan Psikologi

Keselamatan psikologi adalah sejauh mana orang memandang lingkungan kerja mereka sebagai lingkungan yang kondusif untuk mengambil risiko interpersonal [24].

Aturan dua Tantangan

Aturan dua-tantangan dirancang untuk memberdayakan semua anggota tim untuk menghentikan kegiatan jika mereka merasakan atau menemukan pelanggaran keselamatan yang penting. Ada saatnya ketika pendekatan dibuat untuk anggota tim, namun diabaikan atau dihentikan tanpa pertimbangan. Hal ini membutuhkan seseorang dari dalam tim untuk menyuarakan / keprihatinannya dengan menegaskan perhatian mereka setidaknya dua kali jika pernyataan awal diabaikan (yang disebut "aturan dua tantangan"). Kedua upaya dapat berasal dari satu orang atau dua anggota tim yang berbeda:

Tantangan pertama harus dalam bentuk pertanyaan.

Perawat: Saya khawatir tentang Nyonya Jones dirawat di bangsal 23. Sia terlihat tak sehat dan gejala yang dialaminya berbeda dari biasanya. Bisakah Anda memeriksanya?

Tantangan kedua harus berisi dukungan terhadap perhatian anggota tim tersebut.

Perawat: Saya benar-benar khawatir tentang Mrs Jones. Gejala yang dialaminya mengkhawatirkan saya. Saya pikir dia perlu diperiksa sekarang.

Ingat, ini adalah tentang advokasi untuk pasien. Taktik dua-tantangan memastikan bahwa kekhawatiran diungkapkan telah dan telah didengar, dipahami dan diakui.

Anggota tim ditantang untuk mengakui keprihatinan atas kondisi pasien.

Dokter: Dari apa yang Anda katakan, Anda tampak pkhawatir tentang Nyonya Jones. Saya akan memeriksanya sekarang.

Jika ini tidak mengakibatkan perubahan atau masih dapat diterima, maka anggota tim yang mengkhawatirkan kondisi pasien harus mengambil tindakan yang lebih kuat dengan menyampaikannya kepada supervisor atau pihak berikutnya rantai komando.

CUS

CUS adalah istilah untuk proses tiga langkah dalam membantu orang menghentikan kegiatan bermasalah.

I am **C**oncerned = Aku khawatir

I am **U**ncomfortable = Saya tidak nyaman

This is a **S**afety issue = Ini adalah masalah Keselamatan

Skripti DESC = Describe, Express, Suggest, Consequences

DESC menjelaskan proses konstruktif untuk menyelesaikan konflik. Tujuannya adalah untuk mencapai konsensus.

Describe : Gambarkan situasi tertentu atau sikap yang berisi

bukti nyata atau data.

Express : Ungkapkan bagaimana situasi yang anda rasakan dan apa kekhawatiran Anda.

Suggest : Sarankan alternatif lain dan mencari kesepakatan.

Consequences : Konsekuensi harus dinyatakan efeknya pada tujuan tim yang dibentuk atau efek terhadap keselamatan pasien.

Tantangan Kerjasama Tim



Sejumlah hambatan tertentu muncul dalam membangun dan memelihara kerja sama tim yang efektif dalam pelayanan kesehatan. Beberapa di antaranya dijelaskan di bawah ini :

Perubahan Peran

Pada banyak lingkungan pelayanan kesehatan terjadi perubahan yang cukup besar dan tumpang tindih dalam peran yang dimainkan oleh para tenaga medis yang berbeda. Contohnya termasuk perubahan dalam peran bidan, radiografer pembaca sinar-X ray biasa, perawat melakukan kolonoskopi, terapis gigi melakukan pencabutan dan prosedur restoratif sederhana gigi, dan praktisi perawat, perawat-bidan dan apoteker memberikan resep obat. Perubahan peran dapat muncul sebagai tantangan tim dalam hal alokasi peran dan pengakuan. Selain itu, mungkin ada anggota tim yang tidak memiliki kualifikasi tertentu seperti asisten gigi atau asisten perawat. Mereka adalah anggota penting dari tim yang harus dilatih dan didukung sebagai anggota tim yang sama. Dalam beberapa kasus mereka mungkin diperlukan untuk melaksanakan tugas-tugas yang mana mereka tidak pernah berpraktik untuk melakukannya. Jika hal ini terjadi mereka harus disiapkan dan didukung secara benar.

Perubahan Tata Letak dan Kelola

Sifat pelayanan kesehatan berubah dalam banyak hal, termasuk tata letak dan kelola peningkatan pemberian pelayanan dalam kondisi kronis dan transfer prosedur bedah banyak pada pusat-pusat rawat jalan. Perubahan ini membutuhkan pengembangan tim baru dan modifikasi dari tim yang ada

Hierearki Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan sifatnya sangat hirarkis, yang dapat menjadi kontraproduktif untuk berfungsi dengan baik dan berefek pada kontribusi tim yang efektif yang mana pandangan semua anggota tim 'harus dipertimbangkan dan pemimpin tim belum tentu seorang dokter. Meskipun telah ada pengakuan bahwa kerja tim adalah penting dalam pelayanan kesehatan, namun hal ini belum diterjemahkan ke dalam perubahan praktik medis, terutama di negara-negara di mana norma-norma budaya komunikasi mungkin tidak secara alami berkontribusi pada efektifitas kerja tim.

Sifat Individual Pelayanan Kesehatan

Banyak profesi kesehatan, seperti perawat, kedokteran gigi dan kedokteran, didasarkan pada hubungan otonom antara penyedia layanan kesehatan dan pasien. Meskipun hubungan ini tetap menjadi nilai inti, namun pola hubungan pelayan kesehatan dengan pasien menghadapi tantangan atas hadirnya konsep kerja sama tim dan pelayanan bersama. Hal ini dapat ditemui pada berbagai tingkatan, misalnya dokter tidak bersedia untuk berbagi pelayanan pasien sampai implikasi hukum atas tindakan medis yang berbasis tim.

Ketidakstabilan Tim

Seperti dibahas sebelumnya, tim kesehatan kerap kali sifatnya sementara, yang bekerjasama untuk tugas tertentu atau peristiwa tertentu saja (misalnya tim pemompa jantung). Sifat sementara dari tim ini sangat menekankan pada kualitas pelatihan untuk anggota tim, yang menimbulkan tantangan khusus dalam pelayanan kesehatan, di mana pendidikan dan pelatihan sering tidak cukup karena pekerja medis fokus pada pelayanan.

Kecelakaan pada Industri Lain



Ulasan insiden tingkat tinggi yang terjadi pada industri lain, seperti bencana penerbangan, telah mengidentifikasi tiga jenis utama dari kegagalan kerja tim yang berkontribusi terhadap kecelakaan, yaitu, kurangnya definisi jelas tiap peran, kurangnya koordinasi dan problem miskomunikasi lainnya [18,25]

Menilai Kinerja Tim



Menilai kinerja tim merupakan langkah penting dalam meningkatkan kinerja tim. Sejumlah langkah-langkah penilaian kerja sama tim tersedia di berbagai sumber [18, 26, 27]. Tim dapat dinilai dalam lingkungan simulasi, dengan pengamatan langsung terhadap prekem medis atau melalui penggunaan latihan kerja sama tim, seperti yang dijelaskan di bagian bawah pada pelajaran kerja tim.

Tim dapat dinilai baik pada tingkat kinerja individu dalam tim atau dalam tim itu sendiri sebagai kesatuan. Penilaian dapat dilakukan oleh seorang ahli atau melalui pihak yang berwenang menentukan peringkat kinerja.

Analisis gaya belajar atau kemampuan memecahkan masalah individu membuat kerja sama tim berguna dalam penilaian kinerja tim [28].

Ringkasan Syarat Pengetahuan



Kerja sama tim yang efektif tidak terjadi begitu saja. Hal ini membutuhkan pemahaman tentang karakteristik tim yang sukses, serta pengetahuan tentang bagaimana tim berfungsi dan cara untuk mempertahankan fungsi tim yang efektif. Ada berbagai metode yang telah dikembangkan

untuk mempromosikan komunikasi tim dan kinerja yang efektif, termasuk ISBAR, Metode panggilan, metode periksa kembali dan serah terima pasien.

Apa yang dibutuhkan Pelajar untuk Menerapkan Prinsip Kerjasama Tim



Pelajar dapat menerapkan prinsip-prinsip kerja tim segera setelah mereka mulai pelatihan medis. Banyak program pelayanan kesehatan didasarkan pada Problem Based Learning (PBL) atau melibatkan diskusi kelompok kecil yang mengharuskan pelajar untuk bekerja sama dalam tim dalam membangun pengetahuan dan memecahkan masalah. Melalui kegiatan ini, pelajar dapat mulai memahami bagaimana tim berfungsi dan apa yang membuat kelompok belajar bekerja efektif. Belajar untuk berbagi informasi, buku pelajaran dan catatan kuliah adalah cikal bakal berbagi informasi tentang pasien atau klien.

Menyadari bagaimana nilai seseorang dan asumsi mempengaruhi interaksi dengan anggota tim lainnya

Pelajar belajar dengan mengamati bagaimana para tenaga medis yang berbeda berinteraksi satu sama lain. Mereka akan menyadari bahwa meskipun tim dapat terdiri dari banyak kepribadian dan gaya praktik, belum tentu membuat tim bekerja kurang efektif. Sebaliknya, kekuatan tambahan dan kelemahan anggota yang berbeda dari tim dapat memfasilitasi pelayanan kesehatan berkualitas tinggi dan aman.

Menyadari peran anggota tim dan bagaimana faktor-faktor psikososial mempengaruhi interaksi tim dan mengakui pengaruh perubahan pada anggota tim

Mungkin akan sulit bagi pelajar (dan dokter praktik sekalipun) untuk menghargai peran yang berbeda dari tenaga medis yang berperan dalam tim, atau bagaimana tim menanggapi perubahan dan faktor psikososial. Pelajar dapat didorong untuk melakukan pengamatan terstruktur terhadap tim, untuk mengamati peran bahwa individu yang berbeda berperan dan bagaimana alokasi peran ini berkaitan dengan kedua karakteristik pribadi dan profesi anggota tim. Pelajar dapat didorong untuk berbicara dengan anggota tim yang berbeda tentang pengalaman mereka bekerja dalam sebuah tim. Fakultas dapat memerintahkan pelajar terlibat dalam tim dan ditugaskan melakukan peran medis tertentu, sehingga mereka dapat mengamati proses tim dari dalam. Sangat penting bahwa semua anggota tim memahami peran dan fungsi profesi yang berbeda sehingga arahan dan pengobatan yang tepat dilembagakan untuk pasien.

Libatkan Pasien sebagai Anggota Tim

Ketika pelajar mewawancarai pasien, memeriksa riwayat medisnya, melakukan prosedur atau memberikan

intervensi pelayanan untuk pasien, mereka harus berkomunikasi dan terlibat dengan pasien. Komunikasi meliputi berbicara dengan pasien tentang apa yang mereka lakukan atau berbicara tentang segala kecemasan atau kekhawatiran yang dirasakan pasien atau keluarganya. Pelajar secara aktif dapat melibatkan pasien di klinik dan kunjungan dari satu bangsal ke lainnya dan melibatkan pasien untuk berdiskusi dengan anggota tim lainnya.

Gunakan teknik saling mendukung, menyelesaikan konflik, menggunakan teknik komunikasi yang tepat dan mengubah dan mengamati perilaku

Pelajar dapat berpraktik semua kompetensi ini baik dalam pekerjaan mereka dengan rekan-rekan mereka dalam kelompok belajar atau dalam tim pelayanan kesehatan ketika mereka menjalani program pelatihan medis sehingga mereka semakin terlibat dalam pelayanan pasien. Seperti yang dijelaskan di bawah ini, banyak latihan kerja sama tim dapat digunakan dengan kelompok-kelompok pelajar dan praktisi untuk mengeksplorasi gaya kepemimpinan, teknik resolusi konflik dan keterampilan komunikasi. Sejauh mana pelajar dapat mengalami atau mengamati kegiatan ini akan tergantung pada seberapa aman tenaga medis mengangkat isu-isu atau masalah dengan tim atau pemimpin tim.

Sejumlah tips praktis disediakan untuk membantu pelajar meningkatkan keterampilan komunikasi mereka. Pelajar dapat mulai berpraktik kerja sama tim yang baik di awal pelatihan mereka. Komunikasi yang jelas dan saling menghormati adalah dasar untuk kerja sama tim yang baik. Selalu memperkenalkan diri kepada pasien dan yang bekerjasama adalah contoh baik, bahkan jika hanya akan bekerja sama selama beberapa menit. Pelajari nama-nama anggota tim dan gunakanlah nama untuk menyapa. Beberapa orang tidak repot-repot untuk mempelajari nama-nama anggota tim yang tidak terlibat banyak dalam tim, seperti gabungan pekerja kesehatan, dan menganggap bahwa mereka tidak penting. Namun, anggota tim akan memiliki hubungan yang lebih baik dengan anggota tim lain jika mereka menggunakan nama orang bukan merujuk periksa jika mereka memiliki informasi yang memungkinkan untuk melakukan tugas. Memanggil anggota tim secara asal merupakan praktik yang tidak aman karena maksud pembicaraan Anda tidak akan efektif. Gunakan bahasa yang obyektif, bukan bahasa subjektif.

Baca kembali petunjuk dan menutup lingkaran komunikasi dalam kaitannya dengan informasi-pelayanan pasien. Nyatakan secara jelas untuk menghindari kebingungan.

Perawat: Brown akan menjalani prosedur sinar-X.

Pelajar: *Jadi, kita akan menjalankan prosedur X-ray kepada Brown sekarang?*

Perawat : ya

Pelajar : Siapa yang akan melakukan prosedurnya?

Meminta penjelasan jika sesuatu tidak masuk akal. Ajukan pertanyaan dan terus mengklarifikasi. Memperjelas peran Anda dalam situasi yang berbeda.

Bersikap tegas bila diperlukan

Bersikap tegas adalah hal yang sulit, namun jika pasien berada pada risiko cedera serius, maka para tenaga medis, termasuk pelajar, harus berani mengungkapkannya.

Dokter senior akan bersyukur dalam jangka panjang jika salah satu dari pasien mereka terhindar dari kecelakaan medis serius. Ketika konflik terjadi, berkonsentrasi pada "apa" yang tepat untuk pasien, bukan mencari apa yang benar dan salah.

Beri bimbingan singkat sebelum tim melakukan aktivitas dan beri pembekalan setelah itu

Hal ini mendorong setiap anggota tim untuk berkontribusi dalam diskusi tentang bagaimana pelayanan medis telah dilakukan dan apa yang bisa dilakukan secara berbeda atau lebih baik waktu berikutnya.

Studi Kasus

Kesalahan Komunikasi Oleh Tim

Studi kasus ini menyoroti lemahnya kerjasama tim yang berakibat pada luka pada pasien .

Seorang dokter datang pada akhir minggu pertamanya di departemen darurat. Shift kerjanya telah berakhir satu jam sebelumnya, tapi departemen darurat sibuk dan registrar bertanya apakah dokter bersedia memeriksa satu pasien terakhir. Pasien adalah seorang pria 18-tahun. Dia bersama orang tuanya yang meyakini bahwa anaknya overdosis. Ibunya telah menemukan botol kosong parasetamol yang isinya penuh sehari sebelumnya. Dia pernah minum obat hingga overdosis sebelumnya dan kini berada di bawah pengawasan psikiater. Pasien bersikeras bahwa dia hanya mengambil beberapa tablet untuk sakit kepala. Ia mengatakan ia telah menjatuhkan tablet yang tersisa di lantai, dan kemudian membuangnya. Orangtua pasien mengatakan mereka telah menemukan botol kosong enam jam sebelumnya dan merasa yakin bahwa pasien seharusnya tidak bisa mengambil parasetamol lebih dari empat jam sebelum mereka menemukan botol (yaitu 10 jam sebelumnya).

Dokter menjelaskan bahwa mengosongkan lambung tidak akan tidak bermanfaat. Dokter kemudian mengambil tes darah untuk mengetahui tingkat parasetamol dan salisilat. Dokter meminta laboratorium untuk menelpon hasilnya secepat mungkin karena kondisi gawat darurat. Seorang pelajar perawat ada di meja ketika teknisi lab menelepon. Dia menulis hasil dalam buku pesan. Tingkat salisilat adalah negatif.

Ketika memeriksa hasil parasetamol, teknisi mengatakan, "dua," berhenti, dan kemudian berkata, "satu tiga." "Dua titik satu tiga," ulang perawat, dan meletakkan telepon. Dia menulis "2.13" dalam buku. Teknisi tidak mengatakan apakah tingkat ini adalah beracun dan dia tidak memeriksa apakah perawat mengerti. Saat dokter menemuinya, perawat membacakan hasil tes. Dokter memeriksa grafik di papan pengumuman yang menunjukkan bagaimana merawat overdosis.

Ada panduan atau protokol untuk melayani pasien overdosis parasetamol di papan pengumuman, tapi gambar protokolnya ditutupi oleh sebuah memo. Grafik menunjukkan bahwa 2,13 jauh di bawah level pengobatan dokter. Dokter berpikir sebentar untuk memeriksa dengan registrar, tapi registrar tampak sibuk. Sebaliknya ia mengatakan kepada perawat bahwa pasien perlu dirawat semalam, sehingga psikiater bisa meninjau keesokan harinya. Dokter pergi bertugas sebelum hasil tes keluar dari laboratorium. Bunyinya "tingkat parasetamol: 213". Kesalahan itu tidak ditemukan selama dua hari, saat pasien mulai mengalami gejala gagal hati. Karena tidak mungkin untuk menemukan donor hati untuk transplantasi, pasien meninggal seminggu kemudian. Jika pasien tidak ditangani seperti halnya dilakukan oleh dokter dan tim di departemen darurat, pasien tidak mungkin telah meninggal.

Dokter diberitahu apa yang telah terjadi oleh konsultan pada senin ketika ia mulai jam kerja berikutnya. Sementara masih dalam keadaan shock, dokter menjelaskan bahwa ia telah bertindak atas apa yang dia pikir hasil yang benar. Dia tidak menyadari, dia mengakui, bahwa tingkat parasetamol tidak pernah dilaporkan dengan titik desimal. Karena dia tidak melihat protokol, ia juga tidak mengira bahwa tepat untuk memulai pelayanan sebelum tingkat parasetamol meningkat, mengingat riwayat medis pasien, meskipun bertentangan, dokter menyarankan pasien hanya minum parasetamol dalam jumlah cukup.

Akan menjadi tidak adil untuk menyalahkan dokter, perawat atau teknisi laboratorium. Sebenarnya kelemahan adalah kurangnya pemeriksaan keamanan dalam sistem komunikasi hasil tes. Setidaknya tiga orang membuat serangkaian kesalahan kecil dan sistem gagal untuk mengakomodir kesalahan mereka.

Kegiatan

- Gambarlah diagram aliran informasi di antara para tenaga medis dalam cerita ini untuk menyoroti poin dari gangguan komunikasi.
- Diskusikan bagaimana perasaan dokter dan perawat bagaimana untuk membantu mereka melalui pembekalan tanpa menyalahkan.

Sumber: National Patient Safety Agency. London, Department of Health, 2005. Copyright and other intellectual property rights in this material belong to the NPSA and all rights are reserved. The NPSA authorises health-care organizations to reproduce this material for educational and non-commercial use.

Kegagalan untuk menyampaikan informasi antara staf dan mengkonfirmasi asumsi, sehingga hasil medis pasien merugikan

Contoh ini menyoroti bagaimana dinamika antara pelajar bedah dan staf dan gerakan staf keluar masuk ruang operasi dapat memungkinkan terjadinya kesalahan medis.

Sebelum pasien bedah lambung dibawa ke ruang operasi, satu perawat melaporkan seorang perawat kedua tentang pasien alergi terhadap "morfin dan staples bedah". Informasi ini diulang lagi kepada staf ahli bedah dan dokter anestesi sebelum memulai prosedur.

Sebelum operasi segera berakhir, staf ahli bedah meninggalkan ruang operasi, meninggalkan rekan staf bedah dan dua orang staf yang magang untuk menyelesaikan prosedur. Rekan ahli bedah kemudian juga meninggalkan ruang operasi, meninggalkan dua warga untuk menutup sayatan. Dua staf ahli bedah yang magang menutup sayatan panjang di sepanjang perut pasien. Mereka juga menutup tiga sayatan laparoskopi. Ketika staf magang mulai menjahit sayatan bedah, seorang pelajar kedokteran merobek selembar kertas grafik pasien dan membawanya kepada staf bedah magang. Pelajar kedokteran menepuk bahu staf bedah magang, memegang kertas untuknya dan mengatakan bahwa pasien alergi terhadap staples. Staf magang melihatnya dan berkata, "Anda tidak bisa alergi terhadap staples".

Staf ahli bedah kembali ke ruang operasi sementara staf magang menyelesaikan stapel tersebut. Dia melihat staf magang menjepit sayatan dan memberitahu mereka bahwa pasien tidak mau dipasang staples. Dia mengatakan kepada mereka bahwa mereka harus mengambil semua staples dan menjahit sayatan. Dia meminta maaf karena mengabaikan untuk memberitahu mereka tentang alergi ini. Salah seorang staf magang bertanya apakah Anda bisa alergi terhadap dan ahli bedah staf mengatakan, "Itu tidak masalah. Pasien yakin bahwa dia alergi." Staf ahli bedah mengatakan kepada staf magang bahwa mereka harus menghapus semua staples dan menjahit sayatan. Prosedur ini memakan waktu tambahan 30 menit.

Pembahasan

- Diskusikan bagaimana hal ini menunjukkan pentingnya komunikasi yang jelas antara semua anggota tim, serta isu kebutuhan dan preferensi pasien.

Sumber: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Case supplied by Lorelei Lingard, Associate Professor, University of Toronto, Toronto, Canada.

Resusitasi darurat membutuhkan kerja sama tim

Kasus ini menggambarkan pentingnya tim siap untuk melakukan resusitasi darurat yang efektif

Simon, seorang petugas medis, sedang di kantin makan siang. Setengah jalan makan, ada pengumuman terjadi serangan jantung dibuat dari pengeras suara. Dia berlari untuk menuju ke lantai kelima bangsal di mana kejadian darurat itu terjadi. Lantai lima pada jam tersebut ramai dan lift juga sibuk. Pada saat ia mencapai pasien, perawat telah mendorong di kereta pasien yang terkena serangan jantung dan perawat lain memasang masker oksigen pada pasien.

"Tekanan darah, denyut nadi, detak jantung?" Teriak dokter.

Seorang perawat meraih manset tekanan darah dan mulai mengembangkannya. Perawat memegang masker oksigen mencoba untuk menemukan denyut nadi di pergelangan tangan pasien. Petugas medis berteriak untuk memonitor elektrokardiogram untuk ditempatkan pada pasien dan menurunkan alas tidur kepala pasien. Para perawat berusaha mengikuti perintahnya; satu dari perawat berhenti berusaha untuk mendapatkan tekanan darah dan menurunkan tempat tidur. Hal ini membuat masker oksigen terjatuh karena pipa tertangkap di panel sisi tempat tidur.

Simon menjadi gelisah. Dia tidak tahu denyut jantung atau irama. Pasien tampaknya tidak akan bernapas. Monitor jantung datang dan menunjukkan fibrilasi ventrikel.

"Pads dan 50 joule", kata Simon.

Para perawat melihat dia dan berkata, "Apa?"

"Pads dan 50 joule, mulai!" Jawab Simon.

"Panggil dokter, dokter apapun, untuk datang dan membantu saya sekarang!" Teriaknya. Mereka tidak bisa menghidupkan kembali pasien.

Kegiatan

- Gambarkan kasus kebingungan ini dengan cara yang jelas. Identifikasilah faktor kunci dan hasilnya

Sumber: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Case supplied by Ranjit De Alwis, Senior Lecturer,

International Medical University, Kuala Lumpur, Malaysia.

Setiap orang diperhitungkan dalam Tim

Ini adalah contoh bagaimana sebuah inisiatif seperti tim pengarahan pra operasi dapat memberikan kesempatan bagi anggota tim operasi untuk memberikan informasi yang mempengaruhi hasil pasien. Pengarahan pra operasi adalah pertemuan singkat termasuk perawat, ahli bedah dan ahli anestesi diadakan sebelum dilakukan operasi dengan tujuan membahas masalah penting pasien pasien dan isu-isu prosedur yang relevan.

Dalam persiapan untuk reseksi anterior rendah dan ileostomy, tim interprofesional bertemu untuk briefing. Dokter bedah bertanya perawat apakah dia punya informasi. Perawat melaporkan bahwa pasien khawatir hernia nya. Menanggapi hal ini, ahli bedah mempertanyakan pasien (yang masih terjaga) tentang hernia. Dokter bedah kemudian menjelaskan kepada tim ruang operasi bagaimana ia akan melakukan prosedur pada bagian sekitar hernia dan bahwa dokter mungkin menggunakan mesh.

Pertanyaan

- Apakah tepat untuk diskusi dengan pasien sebelum mereka menjalani pra operasi?
- Apa jenis informed consent yang dapat diberikan pasien? Apa yang dimaksud dengan "pasien khawatir tentang hernia dia"?
- Haruskah perawat membawa informasi ini sebelum pasien tiba di ruang operasi?
- Haruskah informasi ini didokumentasikan dalam catatan medis dengan tindak lanjut?

Sumber: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Case supplied by Lorelei Lingard, Associate Professor, University of Toronto, Ontario, Canada.

Gawat Darurat di Ruang Pelayanan Dokter Gigi

Kasus ini menggambarkan pentingnya semua anggota tim secara cukup siap untuk bekerjasama menangani situasi medis darurat

Selama ekstraksi molar, pasien mulai berkeringat dan menjadi pucat. Pasien meminta dokter gigi untuk menghentikan pengobatan karena ia merasa sakit.

Dokter gigi menghentikan pengobatan dan menyandarkan pasien dan mengangkat kakinya. Dia kemudian mengambil denyut nadinya dan meminta peralatan darurat.

Asisten gigi yang bekerja di klinik itu baru saja beberapa minggu bekerja. Ia tidak diberitahu di mana peralatan darurat disimpan. Dia meninggalkan kantor gigi, meninggalkan dokter gigi dengan pasien sambil mencari peralatan darurat.

Situasi klinis pasien terus memburuk dengan cepat. Dokter gigi, yang sendirian di kantor tanpa peralatan darurat, pergi keluar untuk meminta bantuan.

Dua menit kemudian, dokter gigi kembali dengan asisten dokter gigi (yang membawa peralatan darurat) dan dua rekan lainnya

Pasien tampaknya tidak akan bernapas pada waktu itu. Dokter gigi mulai resusitasi cardiopulmonary (CPR). Asisten menelpon ambulans. Tim tidak dapat menyelamatkan pasien.

Pertanyaan

- Faktor apa yang berkaitan dengan insiden ini?
- Dengan cara apa komunikasi antara anggota tim dapat ditingkatkan untuk menghindari kematian pasien?

Sumber: Case supplied by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Format dan Strategi Pengajaran

Topik ini mencakup sejumlah strategi untuk belajar dan berpraktik kerja sama tim. Tim yang efektif tidak hanya terjadi dan ada lembaga substansial yang mendasari teori sehingga disampaikan dengan cara didaktik. Persyaratan pengetahuan yang tercantum di atas dapat menjadi dasar untuk presentasi didaktik.

Mengingat bahwa salah satu cara paling efektif untuk belajar tentang kerja sama tim adalah dengan berpartisipasi dalam sebuah tim, kami menyertakan sejumlah kegiatan berbasis tim yang dapat dengan mudah dijalankan dengan kelompok-kelompok kecil dengan sumber daya yang terbatas. Mengingat bahwa pelajar memiliki sedikit pengalaman untuk berpartisipasi dalam tim pelayanan kesehatan, kami menyertakan kegiatan di mana pelajar dapat merefleksikan pengalaman mereka dari kerja sama tim yang tidak terkait dengan kesehatan.

Untuk membiasakan pelajar dengan tim kesehatan yang sebenarnya, kami juga menyertakan kegiatan yang mengantisipasi jenis tim yang akan dihadapi pelajar ketika mereka maju dalam pelatihan dan karir mereka.

Sebuah tinjauan sistematis terbaru dari pelatihan kerja tim dikembangkan untuk pelajar kedokteran dan dokter junior, menemukan bahwa mengajarkan keterampilan kerja sama tim untuk pelajar dan dokter muda itu cukup efektif dalam jangka pendek dan tampaknya lebih efektif bila prinsip-prinsip kerja sama tim ditunjukkan dalam program pelatihan [29].

Setiap pendidikan tim dan program pelatihan harus mempertimbangkan perilaku budaya lokal yang dapat diterima, dalam hal berbicara di sebuah tim dan sifat hierarki di negara tertentu.

Kami menyimpulkan bagian ini dengan diskusi pendidikan interprofessional yang mungkin dapat menjadi pilihan untuk dipertimbangkan dalam kurikulum Anda.

Pendidikan Kerjasama Tim dalam Program Pelatihan

Sepanjang tahun program pelatihan, ada peluang untuk menstratifikasi mengajar dan belajar kerjasama tim.

Misalnya, program dapat terstruktur dengan cara berikut:

Awal tahun

Presentasi didaktik pada:



- dasar-dasar kerja tim dan gaya belajar;
- jenis tim dalam pelayanan kesehatan;
- gaya belajar yang berbeda

Aktivitas gorup kecil berfokus pada:



- bangunan keterampilan berbasis tim yang mendasar;
- menghargai pembelajaran yang berbeda dan gaya pemecahan masalah;
- merefleksikan pengalaman di tim luar pelayanan kesehatan;
- peran berbagai tim kesehatan.

Tengah Tahun

Presentasi Didaktik tentang:



- peran dan tanggung jawab tenaga medis yang berbeda dalam tim;
- karakteristik tim yang efektif;
- strategi untuk mengatasi hambatan kerja sama tim yang efektif.

Kegiatan kelompok kecil meliputi:



- partisipasi interprofessional;
- sokongan pada pengalaman berpartisipasi dalam tim pelayanan kesehatan sebagai pelajar;
- simulasi kerja tim dalam konteks pelayanan kesehatan (kesetiaan yang tinggi atau rendah)

Kegiatan Mengajar

Melibatkan role model

Mengingat bahwa kerja sama tim tidak selalu diakui atau dihargai di lingkungan pelayanan kesehatan yang dihadapi oleh pelajar, penting untuk melibatkan role model klinis dalam penyampaian pendidikan kerja sama tim. Jika memungkinkan, identifikasilah dokter dengan reputasi yang baik untuk bekerja dalam tim multidisiplin dan bertindak sebagai role model. Idealnya, role model ini harus menyajikan aspek yang berbeda dari teori di balik kerja sama tim dan memberikan contoh-contoh dari pengalaman mereka sendiri. Bila mungkin, role model harus diambil dari beberapa profesi kesehatan.

Kegiatan Refleksi tentang Pengalaman Kerjasama Tim

Sebuah cara sederhana untuk memperkenalkan konsep kerja sama tim padapelajar adalah dengan menugaskan mereka untuk merefleksikan tim yang mana mereka ikut serta di dalamnya selama sekolah atau universitas. Tim ini mungkin termasuk tim olahraga, tim kerja, paduan suara, dll. Latihan reflektif dapat mencakup penciptaan survei sederhana yang dapat digunakan untuk membuat pertanyaan tentang kerja sama tim.

Latihan reflektif juga dapat dibuat dengan contoh kegagalan kerja tim atau keberhasilan tertentu yang terdapat dalam masyarakat setempat. Latihan ini termasuk pengembangan kuis atau diskusi kelompok tentang artikel surat kabar yang menjelaskan kegagalan tim olahraga yang berhubungan dengan kegagalan kerja sama tim atau contoh profil kesalahan klinis karena kegagalan dalam kerja sama tim. Studi kasus yang disediakan untuk topik ini juga dapat digunakan untuk merefleksikan kegagalan dalam kerja tim.

Contoh kegagalan kerja sama tim dan keberhasilan luar kesehatan, seperti kecelakaan pesawat atau kegagalan stasiun tenaga nuklir, yang sering digunakan dalam pengajaran prinsip-prinsip kerja sama tim. Beberapa diantaranya dijelaskan secara rinci oleh Flin et al. [18].

Latihan Pembentukan Tim

Ada berbagai kegiatan yang dapat membantu mempromosikan pemahaman tentang dinamika tim dan gaya belajar yang berbeda. Pencarian sederhana dari internet akan memberikan banyak contoh. Hal ini dapat berguna untuk setiap peserta tim dan tidak memerlukan pengetahuan sebelumnya dari pelayanan kesehatan atau kerja sama tim. Latihan-latihan ini bisa menyenangkan dan memberikecelakaan medis positif dari kelompok pelajar. Ingat, salah satu bagian paling penting dari setiap latihan pembentukan tim adalah pembekalan pada akhir latihan. Tujuan daripembekalan adalah untuk

merenungkan hal apa yang bekerja dengan baik untuk tim, sehingga perilaku efektif tersebut dapat diperkuat. Tim juga harus merefleksikan kesulitan dan tantangan yang mereka hadapi. Strategi untuk mengelola tantangan harus dieksplorasi dan kemudian dipraktikkan dalam sesi berikutnya.

Membangun Menara dari Koran : Contoh Latihan

Membangun Kerjasama Tim

Ini adalah contoh dari sebuah latihan interaktif yang tidak memerlukan kontak fisik dan dapat bervariasi tergantung pada ukuran kelompok, dinamika dan waktu yang tersedia. Untuk memulai, bagilah kelompok pelajar menjadi 2-6 orang. Berikan setiap kelompok jumlah lembar koran yang sama (semakin sedikit lebih sulit, 20-30 lembar bisa untuk latihan selama 10-15 menit), beserta gulungan selotip. Tugasnya adalah untuk membangun menara berdiri setinggi mungkin dan dibuat hanya dari koran dan selotip dalam waktu yang ditentukan. Titik latihan adalah untuk menunjukkan pentingnya perencanaan (waktu, metode konstruksi, kreativitas) dan efek motivasi dari tugas tim. Instruksi harus sangat jelas. Misalnya, apakah menara harus berdiri bebas atau harus ada landasannya?. Anda dapat mengalokasikan sebanyak mungkin lembar koran yang Anda inginkan, tergantung pada tujuan utama dari latihan dan jumlah waktu yang tersedia serta jumlah individu pada setiap tim.

Sebagai aturan umum, lembar lebih sedikit harus digunakan ketika jumlah tim yang lebih kecil dan lebih sedikit waktu yang tersedia untuk latihan. Jangka waktu yang singkat dan tim besar, serta lembar koran yang banyak menyebabkan banyak kekacauan. Hal ini mungkin ideal untuk menunjukkan perlunya kepemimpinan dan manajemen. Kecuali fokus Anda adalah kepemimpinan dan pengelolaan tahap perencanaan, hindari kombinasi jumlah lembar koran yang sedikit dan tim besar. Tim kecil tidak perlu banyak lembar koran, kecuali Anda membuat aturan bahwa semua bahan harus digunakan, untuk memberikan tekanan pada perencanaan dan desain panggung.

Simulasi Lingkungan Pelayanan Kesehatan

Simulasi semakin digunakan untuk belajar dan berpraktik kerja sama tim dalam pelayanan kesehatan. Lingkungan simulasi ideal untuk belajar karena menggabungkan keselamatan- pasien tidak nyata -dengan kemampuan untuk menambah atau mengurangi kecepatan evolusi skenario, terutama jika teknik simulasi berbasis manekin digunakan. Ini sangat ideal untuk latihan kerja sama tim, sebagai pentingnya perilaku kerja sama tim dalam kondisi hampir nyata dalam keadaan darurat serta situasi dan waktu-kritis. Selain itu, pelajar mendapatkan kesempatan untuk mengalami dan mengelola situasi secara real time.

Idealnya, lingkungan simulasi dapat digunakan untuk mengeksplorasi kerja tim dan menggunakan kelompok campuran tenaga medis. Ketika menjelajahi kerja sama tim, fokus tidak harus pada keterampilan teknis pelajar, melainkan interaksi dan komunikasi mereka dengan satu sama lain. Cara terbaik untuk memastikan bahwa fokus latihan tetap ada adalah dengan memungkinkan pelajar untuk belajar dan berpraktik aspek teknis skenario bersama-sama sebelum skenario yang sebenarnya dilakukan, biasanya melalui lokakarya prosedural awal. Jika tim kesulitan memahami pengetahuan dan keterampilan dasar, maka peluang untuk membahas kerja sama tim bisa hilang, karena mungkin ada begitu banyak masalah klinis dan teknis yang penting untuk dibahas. Namun, jika pelajar diberi pemahaman dengan baik pada aspek teknis dari skenario sebelumnya, tantangannya adalah untuk menerapkan apa yang mereka ketahui ke dalam tindakan medis sebagai sebuah tim. Simulasi kemudian menjadi kesempatan yang baik untuk mengeksplorasi aspek non-teknis dari skenario, yaitu kerja sama tim, kepemimpinan dan masalah komunikasi yang muncul dalam skenario yang terungkap [18].

Sebagaimana latihan pembentukan tim dibahas di atas, sangat penting bahwa pembekalan terstruktur dilakukan untuk mengeksplorasi cara tim bertindak dalam latihan: Hal-hal apa yang bekerja dengan baik dan mengapa, apa yang sulit dan mengapa, dan apa yang bisa dilakukan untuk meningkatkan kinerja pada kesempatan berikutnya. Jika pelajar-pelayanan kesehatan yang berbeda bekerja sama dalam simulasi, peran yang berbeda, perspektif dan tantangan dari setiap profesi dapat dibahas dalam sesipembekalan. Kendala utama yang terkait dengan latihan simulasi adalah bahwa simulasi membutuhkan sumber daya intensif, terutama jika manekin yang digunakan terkomputerisasi atau pengaturan tempat belajar harus terlihat seperti lingkungan klinis.

Berpartisipasi dalam Tim Pelayanan Kesehatan

Pelajar, khususnya di bagian akhir dari program pelatihan, harus didorong untuk berpartisipasi dalam berbagai jenis tim pelayanan kesehatan di setiap kesempatan. Jika dokter dari departemen atau klinik tertentu mempertahankan silo tradisional (tidak multidisiplin) pendekatan untuk pelayanan kesehatan, seharusnya tidak mencegah pelajar untuk bekerja dengan tenaga medis lainnya sebagai bagian dari tim. Fakultas harus mengidentifikasi tim dimana pelajar akan disambut dan idealnya diberikan beberapa bentuk peran partisipatif. Tim-tim ini dapat mencakup tim perencanaan pelayanan multidisiplin, seperti yang ditemukan dalam kesehatan mental atau onkologi, atau tim lebih cair, seperti yang ditemukan di bagian gawat darurat. Mereka juga dapat terlibat dalam tim pelayanan kesehatan primer di masyarakat.

Hal ini penting bagi pelajar untuk merefleksikan pengalaman berbasis tim dalam pelayanan kesehatan dan berbagi pengalaman ini dengan rekan-rekan serta fakultas. Hal ini akan memungkinkan diskusi tentang aspek-aspek positif dan negatif dari pengalaman mereka. Pelajar harus diminta untuk mengidentifikasi model tim dan menjelaskan mengapa tim ini dapat diidentifikasi seperti itu. Mereka harus didorong untuk mengajukan pertanyaan seperti:

- apa yang menjadi kekuatan dari tim?
- apa profesi yang diwakili tim dan apa yang peran mereka?
- apakah tim memiliki tujuan yang jelas?
- adakah pemimpin yang jelas?
- Apakah semua anggota tim diizinkan untuk berpartisipasi?
- bagaimana anggota tim berkomunikasi dengan satu sama lain?
- bagaimana pelajar melihat tim meningkat?
- adalah peran pasien dalam tim?
- apakah hasilnya dan seberapa efektif?

Pelajar harus diminta untuk mengeksplorasi dan merefleksikan bidang kerja sama tim di mana kesalahan terjadi, seperti komunikasi antara penyedia layanan utama dan pelayanan sekunder atau selama serah terima pasien. Hal ini juga mungkin bagi pelajar untuk mengambil bagian dalam diskusi panel dengan tim multidisiplin yang efektif untuk membahas bagaimana fungsi tim dan kemudian bekerja bersama-sama.

Pendidikan Interprofessional

Kerjasama tim dalam pelayanan kesehatan tidak dapat dibahas tanpa menyebutkan peran penting pendidikan interprofessional (IPE) dalam pendidikan sarjana kesehatan. Inti dari IPE adalah persiapan praktisi masa depan untuk praktik berbasis tim yang efektif, dengan melibatkan pelajar dari berbagai disiplin ilmu bersama-sama selama pendidikan sarjana mereka untuk belajar dari dan dengan satu sama lain. Hal ini membantu pelajar belajar untuk menghargai dan menghormati peran yang berbeda dari tenaga medis sebelum mereka bergabung dengan kelompok tenaga medis tertentu.

Meskipun ada argumen yang kuat bahwa sarjana IPE harus meningkatkan kerja sama tim berikutnya, penelitian untuk mendukung argumen ini belum konklusif. Universitas telah mengambil pendekatan yang berbeda untuk memperkenalkan IPE ke dalam kurikulum mereka tergantung pada sumber daya yang tersedia, program sarjana yang tersedia dan tingkat dukungan untuk konsep di tingkat senior. Pendekatan berkisar pada penggunaan mesin medis penuh dan keselarasan dari semua kurikulum kesehatan melalui penambahan IPE sebagai modul ajar dan kegiatan untuk melengkapi kurikulum yang ada secara relatif oportunistik.

Sumber daya dan kegiatan yang termasuk dalam buku ini dimaksudkan agar berguna untuk mengajar pelajar dalam bidang profesional tertentu, serta kelompok-kelompok pelajar multi-profesional. Daftar bacaan lebih lanjut di IPE dan link ke universitas yang telah memperkenalkan IPE ke dalam kurikulum mereka disediakan di bagian ini.

Sumber Materi (IPE)

Greiner AC, Knebel E, eds. *Health professions education: a bridge to quality*. Washington, DC, National Academies Press, 2003.

Almgren G et al. *Best practices in patient safety education: a module handbook*. Seattle, University of Washington Center for Health Sciences Interprofessional Education, 2004.

Universities that have introduced major initiatives in IPE include:

- Faculty of Health Sciences, Linköping University, Sweden. (<http://www.hu.liu.se/?l=en>; diakses pada 20 Februari 2011).
- College of Health Disciplines, University of British Columbia, Canada. (<http://www.chd.ubc.ca/>; diakses pada 20 Februari 2011).

Permainan pembangunan tim dapat diunduh secara gratis dalam website berikut :

<http://www.businessballs.com/teambuildinggames.htm>; diakses pada 20 Februari 2011.

Ringkasan

Singkatnya, pelatihan tim untuk pelajar dalam profesi pelayanan kesehatan dapat didasarkan pada berbagai teknik, yang dapat disampaikan di dalam kelas atau di lingkungan simulasi.

Idealnya, pelajar harus mengambil bagian dalam tim nyata dan belajar melalui pengalaman serta refleksi terpadu dan pelatihan tim harus fokus pada banyak prinsip-prinsip kerja tim yang efektif

Sumber Materi

TeamSTEPPSi: Strategies and tools to enhance performance and patient safety.

United States Department of Defence, in collaboration with the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (<http://teamstepps.ahrq.gov/abouttoolsmaterials.htm>; diakses pada 20 Februari 2011). TeamSTEPPS also includes free access to a number of videos.

The SBAR Toolkit is available on the above-mentioned TeamSTEPPS web site (http://www.ahrq.gov/teamsteppstools/instructor/fundamentals/module6/igcommunication.htm#sbar_sl9; diakses pada 14 November 2010).

Menilai Pengetahuan Topik

Banyak modalitas yang berbeda dapat digunakan untuk menilai kerja sama tim. MCQ dapat digunakan untuk mengeksplorasi komponen pengetahuan. Portofolio dapat digunakan untuk merekam dan merefleksikan kegiatan tim yang dihadapi selama program pelatihan.

Tugas dapat dirancang khusus yang mensyaratkan ada kerja sama tim di antara pelajar. Penilaian termasuk pelajari mengerjakan proyek isu kesehatan atau non-kesehatan atau fakultas menyarankan proyek seperti perencanaan pengembangan sebuah apartemen untuk orang yang menggunakan kursi roda atau perencanaan pengembangan program penjangkauan pedesaan dalam hal kesehatan mulut. Dalam mengembangkan tugas, penekanannya adalah tidak begitu banyak pada hasil proyek, melainkan bagaimana pelajar bekerja sama.

Kemudian penilaian bisa lebih kompleks. Pelajar bisa meninjau tim dimana mereka telah bekerja dan memberi rekomendasi pengembangan tim dapat ditingkatkan.

Tugas menulis dapat mencakup identifikasi fungsi tim dengan mengikuti baik pasien menjalani pelayanan kesehatan di rumah sakit atau mengidentifikasi penyedia layanan kesehatan dan meninjau berapa banyak tim berinteraksi dengan serta apa peran individu di masing-masing tim.

Tim bisa diminta untuk mengidentifikasi masalah keamanan, mengumpulkan data tentang keamanan, menganalisis data dan menggambarkan intervensi untuk mencegah atau mengurangi masalah keamanan.

Tergantung pada sumber daya yang tersedia, latihan simulasi juga dapat digunakan untuk penilaian formatif dan sumatif tentang efektifitas kerja tim. Idealnya, beberapa penilaian mengharuskan pelajar dari profesi kesehatan yang berbeda untuk bekerja sama

Mengevaluasi Pengajaran Topik

Seperti halnya latihan evaluasi, sejumlah tahapan evaluasi perlu dipertimbangkan. Meliputi:

- analisis kebutuhan (atau calon evaluasi) untuk menilai berapa banyak instruksi kerja tim saat ini ada dan berapa banyak yang dibutuhkan;
- evaluasi proses selama penyampaian materi dalam program untuk memaksimalkan efektivitas;
- evaluasi dampak dari program pada pengetahuan dan kompetensi yang diperoleh pelajar selama program.

Lihat Panduan Pengajar (Bagian A) untuk informasi lebih lanjut tentang evaluasi.

Referensi

1. Baker DP et al. *Medical teamwork and patientsafety: the evidence-based relation. Literature review.* AHRQ Publication No. 050053. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2005 (<http://www.ahrq.gov/qual/medteam/>; diakses pada 20 Februari 2011).
2. Salas E, Dickinson TL, Converse SA. Toward an understanding of team performance and training. In: Swezey RW, Salas E, eds. *Teams: their training and performance.* Norwood, NJ, Ablex, 1992:3–29.
3. Orasanu JM, Salas E. Team decision making in complex environments. In: Klein GA et al, eds. *Decision making in action: models and methods.* Norwood, NJ, Ablex, 1993:327–345.
4. Cannon-Bowers JA, Tannenbaum SI, Salas E. Defining competencies and establishing team training requirements. In: Guzzo RA et al., eds. *Team effectiveness and decision-making in organizations.* San Francisco, Jossey-Bass, 1995:333–380.
5. Bowers CA, Braun CC, Morgan BB. Team workload: its meaning and measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement.* Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:85–108.
6. Brannick MT, Prince C. An overview of team performance measurement. In: Brannick MT, Salas E, Prince C, eds. *Team performance assessment and measurement.* Mahwah, NJ, Erlbaum, 1997:3–16.
7. Salas E et al. Toward an understanding of team performance and training. In: Sweeney RW, Salas E, eds. *Teams: their training and performance.* Norwood, NJ, Ablex, 1992.
8. Agency for Health Care Quality and Research. *TeamSTEPPS : strategies and tools to enhance performance and patient safety.* Rockville, MD, Agency for Healthcare Quality and Research, 2007.
9. Bogner M. *Misadventures in health care.* Mahwah, NJ, Erlbaum, 2004.
10. Lingard L et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety Health Care*, 2004, 13:330–334.
11. Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 2005, 29:211–217.
12. Stevenson K et al. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Family Practice*, 2001, 18:21–26.
13. Junor EJ, Hole DJ, Gillis CR. Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team matters. *British Journal of Cancer*, 1994, 70:363–370.
14. Morey JC, Simon R, Jay GD. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research*, 2002, 37:1553–1581.
15. Risser DT et al. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MedTeams Research Consortium. *Annals of Emergency Medicine*, 1999, 34:373–383.
16. Mickan SM, Rodger SA. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19:358–370.
17. Tuckman BW. Development sequence in small groups. *Psychological Review*, 1965, 63:384–399.
18. Flin RH, O'Connoer P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to nontechnical skills.* Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2008.
19. Lingard L et al. A theory-based instrument to evaluate team communication in the operating room: balancing measurement authenticity and reliability. *Quality and Safety in Health Care*, 2006, 15:422–426.
20. Lingard L et al. Perceptions of operating room tension across professions: building generalizable evidence and educational resources. *Academic Medicine*, 2005, 80 (Suppl. 10): S75–S79.
21. West M. *Effective teamwork: practical lessons from organisational research.* Leicester, Blackwell Publishing, 2004.
22. Marshall S, Harrison J, Flanagan B. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Quality and Safety in Health Care*, 2009, 18:137–140.
23. Barenfanger J et al. Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *American Journal of Clinical Pathology*, 2004, 121:801-803.
24. Edmondson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care* 2004;13:ii3-ii9.
25. Rouse WB, Cannon Bowers J, Salas E. The role of mental models in team performance in complex systems. *IEEE Transactions on Systems, Man and Cybernetics*, 1992, 22:1295–1308.

26. Stanton N et al. *Human factors methods: a practical guide for engineering and design*. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2005.
27. Salas E et al. Markers for enhancing team cognition in complex environments: the power of team performance diagnosis. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 2007, 78:5(Suppl. Sect. 11):B77–B85.
28. Honey P, Mumford A. *A manual of learning styles* Maidenhead, Peter Honey, 1986.
29. Chakraborti C et al. A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. *Journal of General Internal Medicine*, 2008, 23:846–853.

Slide untuk Topik 4: Menjadi Anggota Tim yang Efektif

Kuliah didaktik biasanya bukan cara terbaik untuk mengajarkan pelajar tentang keselamatan pasien. Jika metode kuliah digunakan, maka lebih baik merencanakan interaksi pelajar dan diskusi selama kuliah. Menggunakan studi kasus adalah salah satu cara untuk menghasilkan diskusi kelompok. Cara lain adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan padapelajar tentang berbagai aspek pelayanan kesehatan memberi solusi masalah yang terkandung dalam topik ini.

Slide untuk Topik 4 dirancang untuk membantu instruktur memberikan materi dari topik ini. Slide dapat diubah untuk menyesuaikan dengan lingkungan dan budaya lokal. Instruktur tidak harus menggunakan semua slide dan yang terbaik adalah untuk menyesuaikan slide ke bidang medis yang tercakup dalam sesi pengajaran.

Topik 5

Belajar dari Kesalahan Untuk Mencegah Cedera

Gangguan dapat menyebabkan konsekuensi bencana

Seorang anak 3 tahun, pada kunjungan pertamanya ke dokter gigi, diperiksa oleh seorang dokter gigi dan tidak menemukan karies gigi dan kemudian diserahkan anak itu kepada ahli kebersihan gigi untuk dilakukan prosedur pembersihan gigi. Setelah membersihkan gigi anak, ahli kebersihan gigi menggunakan lap untuk meratakan gel fluoride stannous sebagai tindakan pencegahan pembusukan.

Menurut ibu, ahli kebersihan gigi tampak asyik berbincang saat menangani sang anak dan, setelah menyerahkan secangkir air, tidak menginstruksikan sang anak untuk mencuci mulut dan meludakannya. Sang ibu mengatakan bahwa anaknya minum air tersebut.

Anak mulai muntah, berkeringat dan mengeluh sakit kepala dan pusing. Ibunya, komplain ke dokter gigi, karena dia diberitahu bahwa anak hanya diberikan

Sumber: Case supplied by a WHO Expert Committee participant Paris, October 2010.

pelayanan rutin. Namun, ibu anak itu masih belum puas, sehingga anak itu dikirim ke unit pelayanan rawat anak di dekatnya di gedung yang sama. Mereka menunggu di sana selama dua setengah jam. Sang ibu tetap mencari bantuan karena anak menjadi semakin sakit dan dia pikir tertidur, padahal sebenarnya koma

Akhirnya, anak itu diperiksa oleh seorang dokter yang dipanggil pengawas. Anak itu diberikan suntikan adrenalin langsung ke jantungnya untuk menyadarkannya. Ambulans dipanggil dan anak dipindahkan ke rumah sakit, sejauh lima menit berkendara.

Setelah tiba di rumah sakit, ibu dan anak menunggu lebih dari satu jam. Pada saat itu, anak itu telah kembali ke dalam koma. Para dokter mencoba untuk memompa perutnya, tapi anak itu mengalami serangan jantung dan meninggal. Menurut ahli toksikologi, anak tertelan 40 ml 2% larutan fluoride stannous; tiga kali lipat jumlah yang cukup agar bisa berakibat fatal.


Pengenalan-Mengenali istilah Kesalahan Kesehatan



Studi kasus ini mencerminkan faktor yang mendukung dari kematian tragis seorang anak 3 tahun. Jika kita menganalisis studi kasus di atas, kita akan mengungkap banyak kesalahan yang berkontribusi pada hasil tragis yang sebenarnya dapat dicegah dan mengidentifikasi langkah-langkah yang dapat diambil untuk mencegah hal itu terjadi lagi. Aspek yang paling penting dari analisis kesalahan adalah untuk menemukan apa yang terjadi dan bagaimana mencegahnya terjadi lagi. Untuk alasan ini, sangat penting

bahwa semua pelajar-kesehatan memiliki pemahaman dasar tentang sifat kesalahan. Semua petugas kesehatan perlu memahami berbagai jenis kesalahan dan bagaimana kesalahan terjadi. Hal ini penting sebagai strategi untuk mencegah dan menghindari kesalahan sebelum menyebabkan kerusakan pada pasien.

Pertimbangan yang sama pentingnya adalah belajar dari kesalahan-sendiri serta orang lain. Melalui investigasi kesalahan dan kondisi kesalahan yang menyebabkannya

terjadi dan bahwa perbaikan dalam desain sistem dapat diimplementasikan, dengan harapan mengurangi frekuensi dan dampak kesalahan. (Ini dibahas lebih lanjut dalam Topik 3: Memahami Sistem dan Pengaruh Kompleksitas Pada Pelayanan Pasien). → 

Kata Kunci

Kesalahan, Pelanggaran, kesalahan yang hampir terjadi, biasa penanganannya, analisis akar penyebab

Tujuan Belajar

Memahami sifat kesalahan penyedia layanan kesehatan dan bagaimana dapat belajar dari kesalahan untuk meningkatkan keselamatan pasien

Hasil Belajar : Pengetahuan dan Kinerja

Syarat Pengetahuan

Persyaratan pengetahuan untuk topik ini diantaranya adalah pelajar memahami bagaimana mereka bisa belajar dari kesalahan. Pemahaman istilah kesalahan, slip, selang, kesalahan, pelanggaran, kesalahan nyaris dan bias pelayanan adalah penting


Syarat Kinerja


Pada akhir kursus pelajar harus dapat:

- mengidentifikasi faktor-faktor situasional dan personal yang berkaitan dengan peningkatan risiko kesalahan;
- berpartisipasi dalam analisis kesalahan medis dan praktik strategi untuk mengurangi kesalahan terjadi lagi.





Kesalahan

Dalam istilah sederhana, kesalahan terjadi "ketika seseorang sedang mencoba untuk melakukan hal yang benar, tetapi sebenarnya melakukan hal yang salah" [1]. Dengan kata lain, ada penyimpangan tak disengaja dari apa yang dimaksudkan. Psikolog kognitif, James Reason, menyatakan fakta yang lebih formal dengan mendefinisikan kesalahan sebagai "urutan kegiatan mental atau fisik yang direncanakan dan gagal untuk mencapai hasil yang diinginkan, ketika kegagalan ini tidak dapat dikaitkan dengan intervensi dari beberapa kesempatan" [2]. Kesalahan dapat terjadi ketika hal yang salah dilakukan (komisi) atau ketika hal yang benar tidak dilakukan (kelalaian).

Pelanggaran berbeda dari kesalahan yang disebabkan oleh sistem. Pelanggaran disebabkan oleh penyimpangan yang disengaja oleh seorang individu dari protokol atau standar pelayanan. 

Kesalahan dan hasil tidak terkait erat. Pelajar akan sering mengamati pasien yang memiliki hasil medis yang buruk tanpa adanya kesalahan manusia. Beberapa komplikasi pengobatan diakui dapat terjadi bahkan pada saat ditangani dengan cara terbaik dan di bawah situasi yang terbaik. Dalam kasus lain, banyak kesalahan tidak dapat menyebabkan hasil yang buruk, selama tindakan dilakukan dalam waktu dan langkah yang tepat untuk menghindari kerusakan yang mungkin terjadi. Kadang-kadang, seperti yang disebutkan dalam Topik 3, pasien daya tahan tubuhnya tangguh dan mungkin baik-baik saja meskipun kesalahan dibuat, karena tubuh mereka sendiri atau sistem kekebalan tubuh telah bertahan dari pengobatan yang salah. 

Hal ini penting untuk menunjukkan bahwa tidak ada penyebutan hasil medis dalam definisi kesalahan, meskipun fakta (biasanya tak diinginkan) hasil medis seringkali apa yang menarik perhatian kita jika ada kesalahan telah terjadi. Memang, kebanyakan kesalahan dalam pelayanan kesehatan tidak menimbulkan bahaya bagi pasien karena kesalahan diidentifikasi sebelum bahaya terjadi dan situasi dapat diperbaiki. Tidak ada keraguan bahwa sifat hasil medis biasanya mempengaruhi persepsi kita tentang kesalahan. Hal ini sering disebabkan oleh fenomena bias di mana pengetahuan tentang hasil situasi medis mempengaruhi persepsi kita (biasanya tidak baik) dari standar pelayanan sebelum dan selama insiden tersebut terjadi [2].

Satu hal yang dianggap sebagai "kesalahan konyol" dalam kehidupan sehari-hari padahal kesalahan adalah keniscayaan sebagai fakta dasar kehidupan (lihat Topik 2: *Mengapa menerapkan faktor manusia penting bagi keselamatan pasien*). → 
→ 

Realitas menantang bagi petugas kesehatan adalah bahwa proses mental yang sama yang membawa kita untuk membuat "kesalahan konyol" di luar tempat kerja juga ketika kita berada di tempat kerja. Namun, konteks pekerjaan membuat konsekuensi yang sangat berbeda.

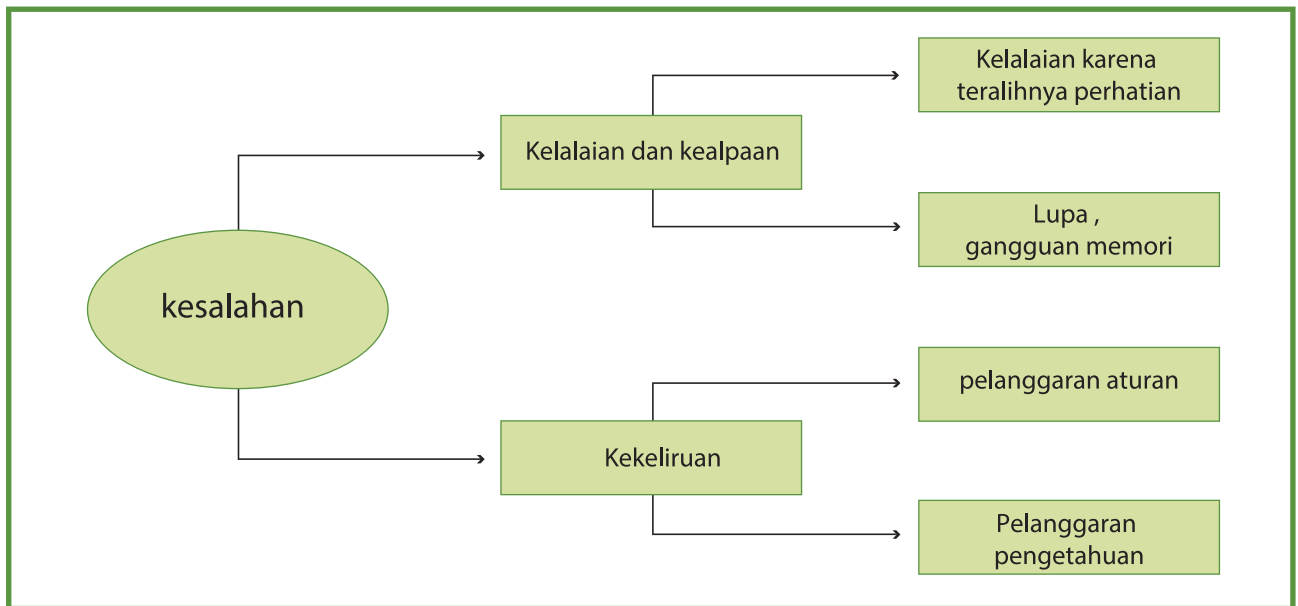
Istilah *kesalahan medis atau kesalahan pelayanan kesehatan* sedikit menyesatkan, karena dapat memberikan kesan bahwa jenis kesalahan yang dapat terjadi dalam pelayanan kesehatan. Pola-pola kesalahan yang terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan tidak berbeda dengan masalah dan situasi yang ada di bidang lainnya. Apa yang berbeda tentang pelayanan kesehatan adalah bahwa ada unsur budaya infalibilitas yang menyangkal prevalensi kesalahan. Elemen lain yang unik dari kesalahan terkait pelayanan kesehatan adalah bahwa ketika kegagalan terjadi (kelalaian), ada pasien yang menderita [3].

Situasi sebelum kesalahan terjadi yang disebut eksekusi dapat dijelaskan lebih lanjut sebagai salah karena terlewat, jika tindakan yang diamati, atau salah karena melompati prosedur/ selang, jika kesalahan tidak berhasil diamati. Contoh kesalahan sengajar adalah menekan tombol yang salah pada peralatan. Contoh dari selang adalah kegagalan memori, seperti lupa untuk mengelola obat.

Kegagalan yang terjadi ketika tindakan dimaksud sebenarnya tidak benar disebut *kesalahan*. Sebuah

kesalahan adalah kegagalan perencanaan (yaitu rencana salah). Hal ini dapat berupa, ketika aturan salah diterapkan, atau pengetahuan berbasis pada sesuatu yang salah, ketika seorang dokter tidak mengambil tindakan medis berbasis aturan. Contoh dari kesalahan berbasis aturan akan mengakibatkan diagnosis yang salah dan memberi rencana pengobatan yang tidak sesuai. Kesalahan berbasis pengetahuan cenderung terjadi ketika penyedia layanan kesehatan dihadapkan dengan situasi klinis asing (lihat Gambar B.5.1 bawah).

Gambar B.5.1. Tipe Kesalahan Utama



Sumber: Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000 [4].

penyimpangan dan kesalahan serius berpotensi dapat membahayakan pasien. Potensi sebenarnya untuk kerugian tergantung pada konteks di mana kesalahan terjadi. Situasi yang meningkatkan kemungkinan kesalahan serta kesalahan strategis serta cara mengurangi terjadinya kesalahan dijelaskan dalam Topik 2: Mengapa menerapkan faktor manusia penting bagi keselamatan pasien. Beberapa prinsip umum kesalahan-pengurangan lainnya diuraikan di bawah ini. Reason juga telah mempromosikan konsep "kesalahan bijak" [4] untuk pekerja medis pada garis depan, sebagai sarana untuk menilai risiko ini dalam konteks yang berbeda tergantung pada keadaan saat individu terlibat dalam kesalahan, sifat konteks dan potensi kesalahan dari penangan tugas.



Situasi yang berkaitan dengan peningkatan risiko kesalahan



Kita tahu dari berbagai penelitian bahwa pelajar dan dokter baru sangat rentan melakukan kesalahan dalam keadaan tertentu.

Tidak Berpengalaman

Hal ini sangat penting bahwa pelajar tidak melakukan prosedur pada pasien atau mengelola pengobatan untuk pertama kalinya tanpa persiapan yang tepat. Pelajar harus terlebih dahulu memahami apa yang mereka lakukan dan mempraktik dalam lingkungan simulasi. Jika prakrek dilakukan pertama kali, pelajar harus diawasi dengan benar saat melakukan prosedur atau memberikan pengobatan.

Dalam hal ini, pelajar berada dalam posisi istimewa. Pasien tidak mengharapkan pelajar untuk tahu banyak, mereka menghargai bahwa mereka belajar. Inilah sebabnya mengapa sangat penting mereka tidak berpura-pura atau membiarkan orang lain meminta mereka melakukan prosedur lebih banyak daripada yang mereka bisa.

Kekurangan Waktu

Tekanan waktu mendorong orang untuk mengambil jalan pintas padahal hal tersebut tidak seharusnya dilakukan. Tidak membersihkan tangan dengan benar adalah contoh dari tindakan mengambil jalan pintas. Contoh lain akan menjadi seorang apoteker tidak memberi informasi yang cukup kepada seseorang ketika menerima pengobatan, atau bidan tidak menginformasikan secara benar kepada wanita tentang tahap yang berbeda saat melahirkan.

Pengecekan yang Kurang

Tindakan sederhana pengecekan menghindari ribuan pasien menerima obat yang salah. Apoteker secara rutin memeriksa obat-obatan dan membantu anggota lain dari tim kesehatan dalam memastikan setiap pasien menerima dosis yang tepat dari obat yang benar dengan jalur yang benar. Pelajar (medis, gigi, kebidanan) harus menjalin hubungan baik dengan apoteker dan perawat yang melakukan rutinitas pengecekan. Memeriksa adalah hal sederhana yang mana pelajar dapat berpraktik segera setelah mereka ditempatkan ke dalam lingkungan klinis atau pelayanan masyarakat

Prosedur Buruk

Hal ini dapat berhubungan dengan sejumlah faktor persiapan yang tidak memadai, staf yang tidak cukup untuk menangani pasien tertentu. Pelajar mungkin perlu untuk menggunakan peralatan tanpa sepenuhnya memahami fungsinya atau bagaimana menggunakannya. Sebelum menggunakan peralatan untuk pertama kalinya, pelajar harus membiasakan diri dengan bertanya tentang prosedur yang digunakan dapat menjadi langkah yang sangat instruktif.

Informasi yang Tidak Cukup

Mutu pelayanan kesehatan dan pengobatan berkelanjutan tergantung pada masing-masing rincian catatan pasien secara akurat, dengan cara yang tepat waktu dan dalam tulisan tangan yang terbaca (rekam medis, grafik obat atau metode lain yang digunakan untuk menyimpan informasi pasien). Sangat penting bahwa pelajar terbiasa memeriksa informasi yang tercatat dan memastikan bahwa informasi yang mereka tulis terbaca, akurat dan up to date. Informasi yang keliru, salah dan informasi yang tidak memadai sering menjadi faktor yang berkontribusi terhadap kecelakaan medis. Transmisi informasi lisanyang akurat juga penting. Dengan begitu banyak tenaga medis yang

terlibat dalam merawat pasien, penting bahwa komunikasi verbal dan tertulis diperiksa dan akurat.

Faktor Individu yang Memberi Kecenderungan Pelajar (dan Pekerja Medis lainnya) Melakukan Kesalahan



Selain situasi diketahui rentan terhadap kesalahan, ada juga faktor-faktor individu yang mempengaruhi kesalahan.

Kapasitas Memori yang Terbatas

Bagaimana pelajar memandang diri untuk memilih profesi pelayanan kesehatan dan hirarki tempat kerja dapat berhubungan dengan sikap percaya diri dan kebersediaan untuk meminta bantuan. Meminta bantuan adalah hal yang diharapkan dari semua pelajar, namun dianggap masih sangat menantang. Hal ini pada gilirannya dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk mengenali keterbatasan mereka. Kurangnya kepercayaan diri bisa menjadi faktor yang signifikan dalam hal pelajar meminta bantuan untuk menguasai keterampilan baru. Jika pelajar tidak mau atau tidak memiliki kepercayaan diri untuk meminta bantuan dengan tugas-tugas sederhana, apakah akan mereka memiliki kepercayaan diri untuk meminta bantuan ketika mereka berada dalam kesulitan?

Belajar untuk meminta bantuan merupakan keterampilan penting untuk semua pelajar dan dokter baru. Para peneliti telah meneliti kesiapan pelajar kedokteran dan kepelayanan untuk praktik klinis. Studi ini telah mengungkapkan bahwa banyak pelajar kedokteran yang lulus di tahun-tahun awal memiliki kekurangan dalam keterampilan klinis dasar. Perawat yang magang pada tahun pertama juga kurang kompetensi dan stres. Hal ini mungkin karena keengganan untuk meminta bantuan. Pemahaman memadai dari tanda-tanda penting dari penyakit akut, obstruksi jalan napas, kesejahteraan janin dan ibu dan bantuan hidup dasar adalah contoh dari bidang tertentu di mana dokter baru memiliki pengetahuan dan keterampilan yang tidak memadai.

Banyak pelajar berpikir bahwa jika mereka dapat menggunakan informasi teknis yang disimpan dalam buku teks, mereka akan menjadi tenaga medis yang baik. Namun, hal ini tidak terjadi. Jumlah informasi yang diperlukan penyedia layanan kesehatan untuk mengetahui jauh melampaui apa yang dapat hafal. Otak manusia hanya mampu mengingat jumlah terbatas informasi. Pelajar tidak harus bergantung pada memori, terutama ketika ada sejumlah langkah yang harus dilakukan. Pedoman dan protokol telah dikembangkan untuk membantu para tenaga medis memberikan pelayanan berikut bukti terbaik yang tersedia. Pelajar harus memiliki kebiasaan untuk menggunakan daftar periksa dan tidak bergantung pada memori.

Kelelahan

Memori dipengaruhi oleh kelelahan. Kelelahan merupakan faktor yang dikenal dalam kesalahan yang juga terjadi pada praktisi kesehatan. Dalam pengakuan atas masalah yang disebabkan oleh kelelahan, banyak negara dalam proses reformasi kebijakan tentang jam bekerja berlebihan para dokter [5]. Hubungan antara kurang tidur karena pergeseran waktu kerja panjang dan gangguan sirkadian dan kesejahteraan dibuat tiga dekade lalu, namun baru-baru ini saja pemerintah dan regulator serius membatasi jam kerja tenaga medis. Sebuah studi tahun 2004 oleh Landrigan et al. [6] adalah salah satu yang pertama dari jenisnya yang mengukur efek dari kurang tidur pada kesalahan medis. Studi ini menemukan bahwa pekerja magang yang bekerja di unit intensif medis dan pelayanan koroner unit Brigham dan Rumah Sakit Wanita (Boston, MA, Amerika Serikat) membuat kesalahan substansial lebih serius ketika mereka bekerja shift selama 24 jam atau lebih dibandingkan dengan ketika mereka bekerja dalam pergeseran waktu yang lebih pendek. Studi lain menunjukkan bahwa kurang tidur dapat mendatangkan gejala yang mirip dengan keracunan alkohol [7-9]. Masalah dengan perawat yang bekerja dalam pergeseran kerja 12 jam dan penggunaan lembur, dan fakta bahwa praktik-praktik ini dapat menyebabkan peningkatan kesalahan, telah didokumentasikan dalam literatur profesional.

Stres, Lapar dan Sakit

Ketika pelajar merasa stres, lapar atau sakit, mereka tidak akan berperan dengan baik. Hal ini sangat penting bagi pelajar untuk memonitor status kesehatan mereka sendiri. Pelajar harus memperhatikan fakta bahwa jika mereka merasa tidak sehat atau stres, mereka lebih cenderung untuk membuat kesalahan. Kelelahan pada perawat baru telah menyebabkan kesalahan. Stres dan kelelahan juga menjadi faktor terkait.

Ada banyak perangkat untuk membantu pelajar memantau sendiri situasi medis mereka. HALT adalah salah satu bantuan untuk mengenali kondisi tersebut.

Perhatikan apakah Anda :



- H =Hungry
- A= Angry
- L= Late or
- T =Tired

Cara Belajar dari Laporan Kesalahan Medis

Insiden Pelaporan



Insiden pelaporan dan pemantauan melibatkan pengumpulan dan analisis informasi tentang setiap peristiwa yang merugikan atau tindakan merugikan pasien dalam pelayanan kesehatan organisasi klinis.

Sebuah sistem pelaporan insiden medis adalah komponen dasar bagi kemampuan organisasi untuk belajar dari kesalahan. Pelajaran melalui penggunaan prosedur ini memungkinkan organisasi untuk mengidentifikasi dan menghilangkan "jebakan kesalahan". (Informasi lebih lanjut tentang tanggung jawab organisasi untuk memantau kejadian disajikan dalam Topik 6: Memahami Dan mengelola risiko klinis). →

Insiden secara tradisional tidak dilaporkan, karena pendekatan individu dalam analisis insiden masih digunakan pelayanan kesehatan, dimana perawat lini depan, apoteker, dokter, dokter gigi atau bidan -dan pekerja medis yang terlibat dengan kesalahan-dikritik atas peran mereka dalam kesalahan medis tersebut. Seperti disebutkan di atas, situasi ini sering diperburuk oleh fenomena bias perawatan. Pendekatan indibidutelah terbukti kontraproduktif pada beberapa tingkatan. (Lihat Topik 3: Memahami sistem dan kompleksitasnya pada pelayanan pasien). →

Frekuensi pelaporan dan cara di mana insiden dianalisis-apakah pendekatan sistem atau individu yang digunakan-sangat bergantung pada kepemimpinan dan budaya organisasi. Dalam beberapa tahun terakhir, lebih banyak perhatian telah ditujukan kepada pentingnya budaya organisasi dalam pelayanan kesehatan [10], yang mencerminkan pembelajaran dari industri lain dalam kaitannya dengan keselamatan sistem. Ada korelasi antara budaya organisasi dari fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

Budaya organisasi mencerminkan nilai-nilai bersama dan keyakinan yang berinteraksi dengan struktur dan sistem kontrol organisasi untuk menghasilkan norma perilaku [11]. Organisasi dengan budaya pelaporan yang kuat dapat belajar dari kesalahan karena anggota staf merasa bebas untuk melaporkan masalah aktual atau potensial tanpa takut diejek atau ditegur. Pelajar dan dokter baru merupakan bagian dari budaya kerja. Mereka mungkin merasa bahwa mereka tidak memiliki kekuatan untuk mengubah atau mempengaruhi apa pun di lingkungan kerja. Namun, mereka juga dapat mencari cara untuk memperbaiki sistem. Hal ini dapat sesederhana saling menghormati antar anggota lain dari tim pelayanan kesehatan, termasuk pasien, dalam diskusi tentang pelayanan atau menanyakan apakah anggota tim lainnya ingin secangkir kopi jika pelajar membuat kopi untuk dirinya sendiri. Menahan diri untuk tidak menyalahkan individu yang terlibat dalam malpraktik adalah cara lain agar pelajar dapat membantu mengubah budaya pendekatan individu yang digunakan dalam sistem. Jika seorang pelajar mendengar staf berbicara tentang anggota staf tertentu yang telah membuat kesalahan, mereka bisa memindahkan fokus diskusi tentang faktor-faktor yang mendasari kesalahan yang terlibat.

Strategi sukses lainnya dalam hal pelaporan insiden dan pemantauan termasuk [7] pelaporan anonim, umpan balik tepat waktu, pengakuan terbuka tentang keberhasilan yang dihasilkan dari pelaporan insiden dan pelaporan kesalahan yang nyaris terjadi. Pelaporan tentang kesalahan yang nyaris terjadi berguna sebagai pembelajaran. Artinya, perbaikan sistem dapat dilembagakan sebagai hasil dari penyelidikan, tanpa pasien mengalami kerugian dan kerusakan.



Analisa Akar Masalah (Root Cause Analysis / RCA)



Lihat juga Topik 7: *Menggunakan metode peningkatan kualitas untuk meningkatkan pelayanan* → T7

Sejumlah model telah dikembangkan menggunakan analisis akar penyebab (RCA). Salah satu model tersebut, yang disebut Protokol London, dikembangkan oleh Charles Vincent dan rekan. Ini adalah model yang mudah dipahami yang menempatkan tim pada setiap langkah-langkah penyelidikan klinis. Lihat Kotak B.5.1 untuk garis besar langkah-langkah yang termasuk dalam protokol ini.

Kotak B.5.1. Protokol London

Detail Investigasi Analisa Kasus

Insiden yang harus diselidiki?

Meninjau catatan kasus

Framing masalah

wawancara staf

Bagaimana hal itu terjadi? - Mengidentifikasi masalah manajemen perawatan

Mengapa hal itu terjadi? - Mengidentifikasi faktor-faktor penyumbang

Jika protokol diikuti sistematis dan wawancara dan analisis yang dilakukan secara menyeluruh, laporan dan implikasi insiden itu harus muncul dari analisis secara relatif mudah. Kapan komposit selesai, harus ada ringkasan yang jelas tentang masalah dan keadaan yang mengarah ke sana, dan kelemahan dalam proses perawatan harus mudah terlihat. Bagian akhir dari laporan akan mempertimbangkan apa implikasi kejadian memiliki untuk departemen atau organisasi dan akan membuat rekomendasi untuk tindakan perbaikan.

Sumber: Vincent C et al. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *British Medical Journal*, 2000, 320: 777–781.

The Veterans Affairs National Center for Patient Safety of the United States Department of Veterans Affairs (VA) mengembangkan model lain, yang juga menggunakan pendekatan terstruktur dari RCA untuk mengevaluasi dan menganalisis kesalahan medis yang parah dan mengembangkan perbaikan sistem untuk mencegah terulangnya kesalahan medis [12]. Semua model berupa satu set pertanyaan yang saling berulang [1]:



- apa yang terjadi?
- siapa yang terlibat?
- kapan itu terjadi?
- di mana itu terjadi?
- seberapa parah dan apakah berupa bahaya aktual atau potensial?
- apakah ada kemungkinan kejadian terulang?
- apa konsekuensinya?

RCA berfokus pada sistem, bukan pekerja individu, dan mengasumsikan bahwa malpraktik yang merugikan pasien adalah kegagalan sistem. Sistem yang digunakan di Australia dan di tempat lain menggunakan kode penilaian tingkat keparahan agar laporan insiden dapat memastikan bahwa pekerja medis menunjukkan tindakan risiko paling serius ditangani paling awal. Model RCA berfokus pada pencegahan, tidak menyalahkan atau menghukum. (Proses lain yang digunakan ketika fokusnya adalah menghukum individu untuk bertanggung jawab atas tindakan mereka.) Fokus dari jenis analisis ini adalah pada tingkat kerentanan sistem yang bertentangan dengan kinerja individu. Model ini mengkaji beberapa faktor, seperti komunikasi, pelatihan, kelelahan, penjadwalan tugas / kegiatan dan personil, lingkungan, peralatan, aturan, kebijakan dan hambatan.

Karakteristik yang mendefinisikan analisis akar penyebab (RCA) termasuk [13]:

- kajian oleh tim interprofessional tentang proses yang terlibat dalam kesalahan tersebut;
- analisis sistem dan proses dibandingkan kinerja individu;
- analisis mendalam menggunakan pertanyaan "apa" dan "mengapa" sampai semua aspek dari proses ditinjau dan faktor yang dipertimbangkan;
- Mengidentifikasi perubahan potensial yang bisa dibuat dalam sistem atau proses untuk meningkatkan kinerja dan mengurangi kemungkinan kecelakaan medis yang sama berulang di masa depan.



Strategi Mengurangi Kesalahan

Pelajar dapat segera mulai berpraktik tindakan mengurangi kesalahan dengan menjaga kesehatan mereka sendiri.

Pelajar harus:

- menyadari ketika mereka lelah;
- familiar dengan lingkungan mereka bekerja'
- bersiaplah untuk mengetahui bahwa hal-hal yang tidak biasa dapat terjadi.

Kita tahu bahwa tidak mungkin setiap individu untuk mengetahui segala sesuatu, sehingga sangat penting bahwa pelajar menjadi terbiasa untuk mengajukan pertanyaan setiap kali mereka tidak tahu sesuatu yang relevan dan penting untuk pasien mereka. Berikut adalah beberapa strategi pengurangan kesalahan pribadi untuk pelajar:

- pelayanan untuk diri sendiri (makan dengan baik, tidur dengan baik dan menjaga diri sendiri);
- tahu lingkungan Anda;
- tahu tugas Anda (s);
- mempersiapkan dan rencana (bagaimana jika ...);
- menyusun pengecekan dalam rutinitas Anda;
- menanyakan jika Anda tidak tahu.

Pelajar perlu mengasumsikan bahwa kesalahan dapat terjadi. Hal ini dapat mengubah cara pandang karena di beberapa budaya, ada kepercayaan bahwa hanya penyedia layanan kesehatan yang tidak kompeten lah yang bisa melakukan kesalahan. Pelajar harus bertanggung jawab bahwa kesalahan bisa terjadi dan mempersiapkan diri untuk menghadapinya. Cara menghadapinya salah satunya adalah dengan mengidentifikasi kondisi dan keadaan yang memicu terjadinya kesalahan.

Sebagai contoh, penelitian telah mengidentifikasi situasi berisiko tinggi di mana pelajar yang melakukan kepelayaan berisiko membuat kesalahan dalam pemberian obat [14]. Situasi ini melibatkan:

- dosis non-standar atau dosis sekali pakai;
- dokumentasi non standar yang tidak benar;
- catatan administrasi medis tidak tersedia;
- perintah pemberian obat parsial;
- pengobatan berlangsung dan tidak kontinyu;
- pemantauan isu-misalnya, pelajar perlu memeriksa tanda-tanda vital sebelum memberikan obat;
- penggunaan cairan yang hanya untuk penggunaan oral, tapi kemudian diberikan dengan cara parenteral.

Hal ini penting untuk membuat rencana kontinjensi dalam mengatasi masalah, interupsi dan gangguan. Pelajar harus selalu berpraktik mental untuk menghadapi prosedur yang kompleks atau aktivitas yang melibatkan seorang pasien yang mana mereka menghadapi situasi tersebut untuk pertama kalinya.


Ringkasan



Kesalahan medis adalah masalah yang kompleks, tetapi kesalahan itu merupakan bagian tak terelakkan karena sifat manusia demikian. Tips ini berguna untuk membatasi potensi kesalahan yang disebabkan oleh manusia [15].

- Hindari ketergantungan pada memori
- Sederhanakan proses-proses
- Standarisasi proses dan prosedur umum
- gunakan daftar periksa secara rutin
- Turunkan ketergantungan pada kewaspadaan.

Lihat juga pembahasan di Topik 2:

Mengapa menerapkan faktor manusia adalah penting bagi keselamatan pasien → 

Belajar dari kesalahan dapat terjadi pada kedua tingkat individu dan tingkat organisasi melalui pelaporan dan analisis insiden medis. Hambatan untuk belajar dari kesalahan termasuk budaya menyalahkan yang menggunakan pendekatan orang untuk investigasi, serta fenomena bias lainnya. Pendekatan sistemik secara luas diperlukan untuk pembelajaran organisasi dan kemungkinan dilakukan perubahan sistem.

Analisis akar penyebab (Root Cause Analysis) adalah pendekatan sistemik yang sangat terstruktur untuk analisis insiden yang umumnya digunakan untuk menganalisa kasus pasien yang serius. Pelajar dapat berkesempatan untuk berpartisipasi atau mengamati proses Root Cause Analysis tetapi jika suatu saat nanti peajar bekerja di rumah sakit atau layanan kesehatan, mereka harus mencari peluang untuk terlibat dalam proses RCA.

Format dan Strategi Pengajaran

Latihan Simulasi

Skenario yang berbeda dapat dikembangkan tentang kecelakaan medis kesalahan medis dan kebutuhan untuk melaporkan dan menganalisis kesalahan tersebut. Latihan praktis dapat menunjukkan bagaimana kesalahan dihindari dan pelajar juga harus didorong untuk berpraktik strategi untuk mengelola kesalahan.

Kuliah Interaktif dan Didaktik

Gunakan slide yang disertai dengan panduan untuk memahami seluruh topik. Slide PowerPoint dapat digunakan atau dapat dimodifikasi menjadi slide overhead untuk proyektor. Mulailah sesi dengan studi kasus atau meminta pelajar mengidentifikasi beberapa kesalahan yang telah mereka lakukan dalam praktik.

Diskusi Kelompok Kecil

Sebuah diskusi kelompok kecil bisa berfokus untuk mendiskusikan kesalahan umum di tempat kerja. Satu orang pelajar atau lebih bisa diminta untuk memimpin diskusi tentang bidang yang tercakup dalam topik ini. Para pelajar bisa mengikuti judul seperti diuraikan di atas dan menyajikan materi. Tutor yang memfasilitasi sesi ini harus menguasai konten, sehingga informasi dapat ditambahkan yang sesuai dengan sistem kesehatan lokal dan lingkungan klinis.

Kegiatan Belajar Lainnya

Metode yang berbeda untuk mengangkat diskusi terkait bidang topik ini meliputi:

- Mintalahpelajar untuk menyimpan jurnal di mana mereka menulis tentang kesalahan yang diamati atau kesalahan yang nyaris terjadi (apa yang terjadi, katagorikan jenis kesalahan, buat rekomendasi yang mungkin dilakukan untuk mencegah hal yang sama terjadi lagi);
- Pilihlah studi kasus yang disajikan di atas yang setting nya sesuai untuk mendiskusikan tentang kesalahan yang paling umum terjadi dalam pelayanan kesehatan;
- Gunakan contoh kasus yang telah diterbitkan / disiarkan di media;
- Gunakan contoh kasus dari klinik atau lingkungan praktik
- Gunakan studi kasus untuk mendorong pelajar melakukan brainstorming tentang kemungkinan kesalahan dan faktor yang terkait;
- Gunakan contoh pelajaran tentang kesalahan dan kegagalan sistem dari industri lainnya;
- Undanglah profesional dari disiplin lain, seperti teknik atau psikologi, untuk membahas teori penyebab kesalahan, budaya keselamatan dan peran pelaporan kesalahan dalam keselamatan;
- Undanglah tenaga medis senior yang dihormati untuk berbicara tentang kesalahan mereka telah buat dalam praktik medis;
- Undanglah staf yang bertanggung jawab dalam peningkatan kualitas di rumah sakit untuk berbicara dengan pelajar tentang cara pengumpulan data, analisis dan hasil, serta peran anggota staf yang berbeda dalam proses perbaikan kualitas;
- Undanglah petugas untuk kualitas dan keamanan berbicara tentang sistem untuk meminimalkan kesalahan dan mengelola kecelakaan medis di fasilitas / sistem medis tertentu;
- Bahas perbedaan antara kegagalan sistem, pelanggaran dan kesalahan (lihat Topik 4);
- Gunakan studi kasus untuk menganalisis cara yang berbeda untuk mengelola peristiwa medis yang merugikan;
- Berpartisipasi dalam kegiatan RCA.

Kegiatan untuk Pelajar di Tempat Kerja atau Lingkungan Klinis Mereka

Pelajar dapat diminta untuk:

- Mengikuti proses penyelidikan RCA;
- Mengetahui apakah fasilitas pelayanan kesehatan mengadakan pertemuan mortalitas dan morbiditas atau menyelenggarakan forum kajian medis sesama rekan tentang kesalahan medis;
- Berbicara satu sama lain tentang kesalahan yang diamati di lingkungan kerja dengan menggunakan pendekatan yang tidak menyalahkan. Mintalahpelajar untuk mengidentifikasi tidak hanya kesalahan, tetapi juga kemungkinan strategi untuk pencegahan kesalahan terjadi;
- Pilih klinik atau pengobatan di mana pelajar dapat berpraktik dan bertanya tentang jenis utama kesalahan serta langkah-langkah yang diambil untuk meminimalkan kesalahan.

Studi Kasus

Peringatan Administrasi Obat Vincristine

Studi kasus berikut berhubungan dengan administrasi obat vincristine dan kecelakaan medis yang mungkin terjadi.

Hong Kong, 7 Juli 2007

Seorang wanita 21 tahun meninggal setelah diberikan obat vincristine melalui rute tulang belakang secara salah. Sebuah penyelidikan sedang berlangsung. Vincristine (dan alkaloid vinca lainnya) hanya boleh diberikan secara intravena melalui minibag. Vincristine, secara luas digunakan dalam kemoterapi, sebaiknya hanya diberikan secara intravena, dan tidak pernah melalui rute lain. Banyak pasien yang menerima IV vincristine juga menerima pengobatan ini melalui rute tulang belakang sebagai bagian dari protokol pengobatan mereka. Hal ini telah menyebabkan kesalahan medi.. Sejak tahun 1968, kesalahan ini telah dilaporkan 55 kali di berbagai pengaturan medis internasional. Ada peringatan berulang dari waktu ke waktu dan persyaratan pelabelan secara standar. Namun, kesalahan yang berhubungan dengan administrasi vincristine melalui rute tulang belakang terus terjadi.

Kematian dan kesalahan medis yang hamper terjadi:

Amerika Serikat, November 2005

Seorang pria 21 tahun dirawat karena limfoma non-Hodgkin. Sebuah jarum suntik yang mengandung vinkristin yang seharusnya diberikan kepada pasien lain disuntikkan kepada pasien pria itu. Seorang dokter memberikan vincristine tersebut rute tulang belakang, karena dokter menganggap itu obat yang tepat. Kesalahan tersebut tidak diakui dan pasien meninggal tiga hari kemudian.

Spain, Oktober 2005

Seorang wanita 58 tahun dirawat karena limfoma non-Hodgkin. Vincristine dimasukkan dalam jarum suntik 20 ml dan disuntikkan secara pakat yang berisi dua obat lain, termasuk methotrexate. Route administrasi tidak menunjukkan pengobatan itu adalah solusi. Prosedur intratekal diberikan pada siang hari. Ahli Hematologi pada saat itu sangat sibuk dan meminta bantuan dari dokter lain yang jarang melakukan prosedur intratekal. Pengobatan dilakukan di kamar pasien. Perawat yang membantu tidak familiar dengan prosedur intratekal. Jarum suntik 20 ml dengan vincristine mulai disuntikkan. Setelah pemberian sekitar 2 ml, ia melihat ukuran jarum suntik dan berhenti karena menyadari kesalahan. Pasien meninggal sekitar 100 hari kemudian.

Kasus Kematian dan Kesalahan yang Nyaris Terjadi Lainnya:

Australia 2004

Seorang pria 28 tahun dengan limfoma Burkitt menerima pengobatan metotreksat melalui rute tulang belakang. Dokter mencatat bahwa "vincristine dan methotrexate diberikan secara intrathecal seperti yang diminta". Label peringatan pada vincristine tidak lengkap, di cetak kecil dan dibaca di ruangan gelap. Kesalahan tidak diakui sampai lima hari kemudian sampai pasien mengalami kelumpuhan pada anggota tubuh bagian bawah. Pasien meninggal setelah 28 hari.

Pertanyaan

- Faktor-faktor apa mungkin muncul dan menyebabkan kesalahan dalam contoh-contoh di atas?
- Langkah-langkah apa yang bisa diambil oleh organisasi pelayanan kesehatan untuk memastikan bahwa peristiwa tersebut tidak terulang?
- Jika Anda adalah manajer rumah sakit apa yang akan Anda lakukan dalam setiap kasus?

Sumber: World Health Organization, SM/MC/IEA.115 (http://www.who.int/patientsafety/highlights/PS_alert_115_vincristine.pdf; diakses pada 20 Februari 2011).

Perawat Mengutarakan Kekhawatirannya untuk Menghindari Kesalahan lebih Lanjut dan Melindungi Pasien Menderita Karena Kesalahan Medis

Kasus ini menggambarkan pentingnya mengutarakan sesuatu jika ada kekhawatiran dalam hal keselamatan pasien.

Karena briefing tim pra operasi (diskusi tim sebelum prosedur bedah) segera berakhir, seorang perawat berbicara dan melaporkan bahwa "Pasien memiliki lensa kontak di mata kirinya." Ahli anestesi bertanya apakah itu permanen dan perawat memverifikasi bahwa lensa kontaknya disposibel. Ahli anestesi bertanya kepada pasien mengapa lensa kontak dipakai, tetapi pasien dibius tidak jelas ketika ia berusaha untuk menanggapi. Perawat menjelaskan bahwa pasien tidak dapat melihat tanpa lensa kontak. Ahli anestesi menjelaskan kepada tim ruang operasi bahwa pasien tidak bisa mengenakan lensa kontak dengan anestesi dan bahwa pasien tidak seharusnya dibius dengan itu. Salah satu anggota tim meminta dokter anestesi jika ia ingin lensa kontak dilepas dan dokter anestesi itu menjawab, "Ya, dia tidak bisa menjalani anestesi dengan lensa kontak." Staf bedah membantu pasien melepas lensa kontak dari matanya. Pasien meminta wadah untuk memasukkan lensa kontak dan petugas member kotak yang berisi larutan garam.

Pertanyaan

- Apa implikasi pelayanan sebelum operasi dalam kasus ini yang bisa terjadi kepada pasien? Apa yang mungkin dilakukan untuk mencegah insiden serupa terjadi di masa depan?

Sumber: The WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools working group. Case supplied by Lorelei Lingard, Associate Professor, University of Toronto, Toronto, Canada.

Pengobat yang salah di bangsal kerja

Studi kasus berikut ini menunjukkan bagaimana beberapa faktor dapat berujung pada kerugian pasien.

Sorang perempuan hamil muda berusia 25 tahun pada usia 32 minggu kehamilan tiba di Departemen Darurat dengan nyeri punggung yang parah. Dia diprioritaskan dan dikirim lingkungan kerja medis yang sibuk dan kekurangan tenaga. Strip pemantauan janin menunjukkan kontraksi setiap 8-10 menit. Dokter kandungan memeriksa pasien dan menyarankan agar iadiinfus terus dengan obat tokolitik untuk mengurangi aktivitas uterus dan menghindari kelahiran prematur bayi.

Semua bidan sibuk dengan pasien lain yang melahirkan sehingga pelajar sekolah kebidanan diminta untuk mempersiapkan infus. Dia tidak tahu riwayat kasus pasien kecuali bahwa pasien hamil dan cemas untuk bertanya kepada mentor kebidanan nya. Pelajar gagal menilai tinggi fundus. Pelajar kebidanan tersebut memberikan infus dengan oksitosin (untuk augmentasi persalinan) bukan obat tokolitik. Kesalahan tidak diakui selama berjam-jam dan hari berikutnya klien melahirkan bayi prematur dan harus dipindahkan ke unit pelayanan intensif neonatal karena masalah pernapasan yang parah.

Diskusi

- Diskusikan hal ini dengan memeriksa faktor-faktor berikut: faktor pelajar; faktor pasien; faktor mentor; faktor organisasi; dan faktor lingkungan.
- Bagaimana malpraktik ini harus dihindari?

Sumber: Case supplied by Andrea Stiefel, MSc, Zurich University of Applied Sciences, Winterthur, Swiss.

Kematian Anak

Baca studi kasus dalam pengantar topik ini dan minta para pelajar untuk mendiskusikan pertanyaan-pertanyaan berikut.

- Menggunakan pendekatan sistem, mempertimbangkan apa yang bisa dilakukan secara berbeda di berbagai titik

dalam cerita ini, di klinik gigi, klinik rawat jalan dan rumah sakit.

- Bagaimana bisa transfer (serah) antara klinik rawat jalan dan rumah sakit ditangani secara berbeda untuk memastikan bahwa pasien dirawat lebih cepat?
- Apa tindakan pencegahan yang dapat diambil dalam pengaturan klinis untuk mencegah keracunan disengaja pada anak-anak?

Source: Case supplied by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Sumber Materi

Berbagaisumber materitentangkesalahan medisdan topik terkaitdapat ditemukan diwebsiteAgency for Healthcare Research and Quality, New York Medical College, New York, USA (<http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm>; accessed 21 Februari 2011).

Menilai Pengetahuan Topik

Berbagai strategi penilaian yang cocok untuk topik ini, termasuk soal pilihan ganda, esai, BAQ pendek, CBD, dan self assesment. Mintalah pelajar atau sekelompok pelajar memimpin penyidikan kasus yang merugikan atau bahkan menganalisis akar penyebab kesalahan. Metode ini sangat baik untuk menanamkan pemahaman.

Mengevaluasi Pengajaran Topik

Evaluasi ini penting untuk meninjau bagaimana sesi pengajaran berlangsung dan bagaimana perbaikan dapat dilakukan. Lihat Panduan Pengajar (Bagian A) untuk informasi lebih lanjut tentang evaluasi.

Referensi

1. Runciman W, Merry A, Walton M. *Safety andethics in health-care: a guide to getting it right*, 1sted. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
2. Reason JT. *Human error*. New York, Cambridge University Press, 1990.
3. Reason JT. Human error: models and management. *British Medical Journal*, 2000, 320:768–770.
4. Reason JT. Beyond the organisational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:28–33
5. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436-441.
6. Landrigan CP et al. Effect of reducing interns’ working hours on serious medical errors in intensive care units. *New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838–1848.

7. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235.
8. Leonard C et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well being of pre-registration house officers. *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22–25.
9. Larson EB. Measuring, monitoring, and reducing medical harm from a systems perspective: a medical director's personal reflections. *Academic Medicine*, 2002, 77:993–1000.
10. Flin R et al. Measuring safety climate in health care. *Quality and Safety in Health Care*, 2006.
11. Reason JT. *Managing the risks of organisational accidents*, 3rd ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2000.
12. *Root cause analysis*. Washington, DC, Veterans Affairs National Center for Patient Safety, United States Department of Veterans Affairs (<http://www.va.gov/NCPS/curriculum/RCA/index.html>; diakses pada 20 Februari 2011).
13. University of Washington Center for Health Sciences. *Best practices in patient safety education module handbook*. Seattle, University of Washington Center for Health Sciences, 2005.
14. Institute for Safe Medication Practices. Error-prone conditions can lead to student nurse-related medication mistakes. *Medical News Today*, 20 October 2007 (<http://www.medicalnewstoday.com/articles/86983.php>; diakses pada 20 Februari 2011).
15. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.

Tambahan Bacaan



Symon A. *Obstetric litigation from A-Z*. Salisbury, UK, Quay Books, Mark Allen Publishing, 2001.

Wilson JH, Symon A. eds. *Clinical risk management in midwifery: the right to a perfect baby*, Oxford, UK, Elsevier Science Limited, 2002.

Slides untuk Topik 5: Memahami dan Belajar dari Kesalahan

Kuliah didaktik biasanya bukan cara terbaik untuk mengajarkan pelajar tentang keselamatan pasien. Jika kuliah digunakan, maka lebih baik merencanakan interaksi pelajar dan diskusi selama kuliah. Menggunakan studi kasus adalah salah satu cara untuk menghasilkan diskusi kelompok. Cara lain adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada pelajar tentang berbagai aspek pelayanan kesehatan yang akan member solusi atas masalah yang terkandung dalam topik ini, seperti budaya menyalahkan, sifat kesalahan dan bagaimana kesalahan dikelola di industri lain.

Slide untuk Topik 5 dirancang untuk membantu instruktur menyampaikan isi dari topik ini. Slide dapat diubah agar sesuai dengan lingkungan dan budaya lokal. Pengajar tidak harus menggunakan semua slide dan yang terbaik adalah untuk menyesuaikan slide dengan bidang yang tercakup dalam sesi pengajaran.

Topik 6

Memahami dan Mengelola Risiko Klinis

Hasil Medis yang Tidak Diinginkan dari Kaki yang Diperban

Seorang ayah membawa anaknya yang berusia 2 tahun, Hao, ke unit gawat darurat sebuah rumah sakit daerah pada hari Jumat malam. Hao memiliki riwayat medis yang dikenal dengan istilah "dada dingin" dan sudah pernah diperiksa sebagai pasien rawat jalan. Petugas medis menyatakan Hao menderita pneumonia. Sebuah kanula IV dimasukkan di kaki bagian atas kiri dan perban digunakan pada kaki tersebut. Dia kemudian dipindahkan ke bangsal selama akhir pekan dan

berada di bawah pelayanan tim perawat dan petugas medis. Perban di kakinya tidak dilepas sampai awal Minggu malam (hampir 48 jam kemudian), meskipun fakta bahwa kerusakan pada kulit merupakan faktor risiko pada bayi yang dapat terjadi dalam waktu 8 sampai 12 jam. Ada gejala nekrosis yang dicatat oleh petugas medis pada tumit kiri dan bisul yang membengkak di kaki kiri atas. Setelah dinyatakan boleh keluar dari rumah sakit dan rawat jalan lokal, Hao mengalami masalah perilaku sebagai hasil dari pengalaman medisnya.

Source: Case studies – investigations, *Health Care Complaints Commission Annual Report 1999-2000:59*, Sydney, New South Wales, Australia.

Pengantar–Mengapa Risiko Klinis Relevan Terhadap Keselamatan Pasien



Manajemen risiko adalah hal yang selalu ada di sebagian besar industri dan secara tradisional dikaitkan dengan membatasi biaya litigasi. Dalam pelayanan kesehatan, manajemen risiko biasanya berhubungan dengan tindakan hukum pasien terhadap kesalahan yang ditimbulkan tenaga medis atau rumah sakit sebagai akibat dari pelayanan dan pengobatan yang merugikan. Banyak perusahaan menerapkan strategi untuk menghindari kerugian finansial, penipuan atau kegagalan dengan memenuhi harapan produksi. Untuk menghindari masalah, seperti yang dijelaskan dalam studi kasus yang disebutkan di atas, rumah sakit dan organisasi kesehatan menggunakan berbagai metode untuk mengelola risiko. Namun, keberhasilan program manajemen risiko tergantung pada penciptaan dan pemeliharaan sistem pelayanan yang aman, yang dirancang untuk mengurangi kesalahan medis dan meningkatkan kinerja profesional [1].

Banyak rumah sakit, klinik, dan layanan kesehatan memiliki sistem mapan seperti pelaporan pasien terjatuh, kesalahan pengobatan, ditahan identifikasi pasien. Namun demikian, sebagian besar layanan kesehatan baru mulai fokus pada semua aspek pelayanan klinis dalam upaya untuk mengurangi risiko terhadap pasien.

Pelajar, bersama dengan orang lain yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan, memiliki tanggung jawab untuk mengambil tindakan yang benar ketika mereka melihat situasi atau lingkungan yang tidak aman. Mengambil langkah-langkah untuk memastikan lantai yang licin dan basah dikeringkan dan mencegah pasien jatuh adalah sama pentingnya dengan memastikan bahwa obat yang diminum adalah yang benar. Dalam hal pasien jatuh di lantai licin atau menerima obat yang salah, penting bagi pelajar melaporkan kejadian tersebut sehingga langkah dapat diambil untuk menghindari kejadian serupa di masa depan. Sementara itu, perawat telah lama menerapkan

pelaporan jenis insiden medis dan hari ini semua tenaga medis diharapkan untuk melaporkan insiden dan belajar dari perawat. Bahkan jika pelajar mengamati beberapa staf senior tidak melaporkan, mereka harus sadar bahwa layanan kesehatan dengan budaya pelaporan lebih aman dibandingkan dengan tidak ada pelaporan. Kepemimpinan oleh tenaga medis senior akan menunjukkan pelajar tentang pentingnya nilai budaya pelaporan.

Manajemen risiko yang efektif melibatkan setiap lapisan dan tingkat dalam pelayanan kesehatan. Untuk alasan ini, penting bahwa semua pekerja kesehatan memahami manajemen risiko dan tujuan strategi manajemen risiko serta relevansinya di tempat lingkungan kerja medis. Sayangnya, meskipun sebuah klinik atau rumah sakit memiliki kebijakan untuk melaporkan insiden medis, seperti kesalahan pengobatan dan pasien jatuh, pelaporan insiden ini sering sporadis. Beberapa perawat rajin melakukan pelaporan, sementara dokter di unit yang sama bersikap skeptis atas kepentingan pelaporan karena mereka tidak melihat perbaikan apapun. Pelajar dapat mulai berpraktik melaporkan insiden dengan berbicara dengan tim kesehatan tentang risiko kesehatan dan kesalahan serta strategi untuk mengelola dan menghindarinya.

Peran whistle-blower (orang yang memunculkan kepedulian tentang dugaan pelanggaran yang terjadi dalam suatu organisasi) dalam pelayanan kesehatan memiliki catatan riwayat yang kurang baik, meskipun ada bukti bahwa whistle blower biasanya mencoba untuk memperbaiki masalah melalui standar saluran yang tersedia. Penolakan atau ketidakmampuan organisasi untuk memperbaiki masalah memaksa whistle blower untuk membawa masalah tersebut ke otoritas yang lebih tinggi. Tidak semua negara memiliki hukum yang melindungi whistle blower. Meskipun tenaga medis tidak harus menjadi pahlawan whistle blower, mereka memiliki kewajiban untuk melindungi pasien mereka. Penelitian menunjukkan bahwa perawat lebih sering melaporkan insiden dari tenaga medis lainnya. Pelaporan tidak memadai mungkin karena budaya menyalahkan dalam pelayanan kesehatan mencegah pelaporan dilakukan. Kini, sebagian besar program manajemen risiko bertujuan untuk meningkatkan keamanan dan kualitas, selain meminimalkan risiko litigasi dan kerugian lainnya (semangat staf, kehilangan staf, reputasi berkurang). Namun, keberhasilan program ini tergantung pada banyak faktor.

Manajemen risiko klinis secara khusus peduli dengan peningkatan kualitas dan keamanan pelayanan kesehatan dengan mengidentifikasi keadaan dan situasi yang menempatkan pasien pada risiko bahaya dan kemudian bertindak untuk mencegah atau mengendalikan risiko tersebut. Berikut ini proses empat langkah sederhana yang biasa digunakan untuk mengelola risiko klinis:



1. mengidentifikasi risiko;
2. menilai frekuensi dan tingkat keparahan risiko;
3. mengurangi atau menghilangkan risiko;
4. menaksir jumlah biaya yang dikurangkan dengan mengurangi risiko dibandingkan dengan biaya tidak mengelola risiko.

Pelajar, bersama dengan semua tenaga medis lainnya harus peduli tentang risiko terhadap pasien. Topik 1 di Panduan Kurikulum ini menguraikan sejauh mana kerusakan telah dilakukan oleh pelayanan kesehatan. Hal ini melawan latar belakang bahwa organisasi peduli tentang pengelolaan risiko klinis. Manajemen risiko klinis memungkinkan untuk mengidentifikasi potensi kesalahan. Kesehatan itu sendiri secara inheren berisiko dan meskipun tidak mungkin untuk memberantas semua risiko, ada banyak kegiatan dan tindakan yang dapat dipelajari untuk meminimalkan peluang kesalahan terjadi. Manajemen risiko klinis relevan untuk pelajar karena pelayanan klinis dan pengobatan berisiko dan insiden negatif dapat terjadi. Pelajar (serta semua tenaga medis lainnya) harus aktif mempertimbangkan risiko untuk dapat diantisipasi dan manfaat dari setiap situasi klinis untuk kemudian mengambil tindakan. Hal ini termasuk mengenali keterbatasan kurangnya pengalaman petugas medis dalam melakukan pelayanan tanpa pengawasan. Pelajar harus mencari informasi tentang risiko klinis yang pernah terjadi dan secara aktif berpartisipasi dalam upaya untuk mencegah risiko tersebut terulang kembali. Misalnya, pelajar dapat mencari informasi mengenai kepatuhan terhadap protokol kebersihan tangan untuk meminimalkan penyebaran infeksi. Dalam hal ini, pelajar dapat bertindak proaktif untuk menghindari masalah, daripada dengan hanya bereaksi terhadap masalah yang muncul.

Kata Kunci

Risiko Klinis, melaporkan kesalahan yang hampir terjadi, melaporkan kesalahan medis, menilai risiko, kecelakaan medis, dan pengawasan.

Tujuan Belajar



Tahu bagaimana menerapkan prinsip-prinsip manajemen risiko dengan mengidentifikasi, menilai dan melaporkan bahaya dan potensi risiko di tempat kerja.

Hasil Pembelajaran : Pengatahuan dan Kinerja

Syarat Pengetahuan



Pelajar perlu:

- tahu bagaimana mengumpulkan informasi tentang risiko;
- memahami persyaratan kesehatan untuk berpraktik medis untuk profesi mereka dan tanggung jawab pribadi untuk mengelola risiko klinis;

- tahu bagaimana melaporkan risiko atau bahaya di tempat kerja;
- tahu kapan dan bagaimana untuk meminta bantuan dari instruktur, pengawas, praktisi kesehatan senior atau tenaga medis lainnya.

Syarat Kinerja



Pelajar perlu

- menyimpan catatan kesehatan yang akurat dan Lengkap;
- berpartisipasi dalam pertemuan untuk membahas manajemen risiko dan keselamatan pasien;
- merespon dengan tepat kepada pasien dan keluarga setelah peristiwa yang merugikan terjadi;
- merespon dengan tepat terhadap keluhan;
- menjaga kesehatan dan kesejahteraan sendiri.

Mengumpulkan Informasi Tentang Risiko



Pelajar mungkin tidak segera menyadari program manajemen risiko di rumah sakit, klinik atau tempat kerja mereka. Namun demikian, fasilitas pelayanan kesehatan di sebagian besar negara menggunakan berbagai mekanisme untuk mengukur kerugian yang mengakibatkan kerugian kepada pasien dan staf, serta cara menghindarinya. Beberapa negara berkembang memiliki rangkaian data nasional tentang insiden medis. Di Australia, Sistem Manajemen Insiden Lanjutan adalah pendekatan komprehensif untuk melaporkan insiden kesehatan dan menganalisis insiden tersebut. Di Amerika Serikat, Department of Veterans Affairs telah membentuk National Center for Patient Safety yang menggunakan pendekatan terstruktur disebut Root Cause Analysis (RCA) untuk mengevaluasi, menganalisis dan mengenali jenis masalah. (Lihat Topik 5 dan 7 untuk informasi tentang RCA).



Prinsip yang mendasari RCA adalah bahwa akar penyebab masalah tertentu sebenarnya jarang segera dikenali pada saat kesalahan atau insiden. Sebuah penilaian dangkal dan bias dari masalah biasanya tidak dapat memperbaiki masalah dan insiden lanjutan akan terjadi dalam situasi yang sama. Bagian penting dari setiap RCA adalah implementasi hasil temuan yang dianalisis. Banyak klinik, rumah sakit dan organisasi kesehatan gagal untuk menyelesaikan proses dengan baik rekomendasi melibatkan sumber daya yang tidak tersedia atau karena tidak ada komitmen dengan manajemen rumah sakit untuk melaksanakan rekomendasi

Beberapa organisasi kesehatan yang memerintahkan ada pelaporan insiden dapat mengalami kelebihan beban dengan adanya pelaporan insiden dan banyak insiden tidak dianalisa karena sumber daya yang tidak memadai. Untuk mengatasi masalah ini, banyak organisasi kesehatan telah memperkenalkan berbagai macam kode penilaian - untuk membantu mengidentifikasi insiden yang menunjukkan risiko yang paling serius.

Namun, bahkan pengenalan sistem insiden paling serius belum menyelesaikan persoalan dalam beberapa sistem. Beberapa kegiatan yang biasa digunakan untuk mengelola risiko klinis dijelaskan di bawah.

Mengawasi Insiden

Pelaporan insiden telah ada selama beberapa dekade. Banyak negara memiliki database nasional tentang kesalahan medis atau kecelakaan medis pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan bidang medis yang berbeda, seperti operasi, anestesi dan kesehatan ibu dan anak. WHO mendefinisikan sebuah insiden sebagai suatu peristiwa atau keadaan yang bisa menyebabkan kerusakan yang tidak diinginkan dan / atau yang tidak perlu kepada orang dan / atau menimbulkan keluhan, kehilangan atau kerusakan. Manfaat utama dari pelaporan insiden terletak pada pengumpulan informasi yang berguna untuk pencegahan kejadian serupa di masa depan. Lainnya, metode kuantitatif diperlukan untuk menganalisa frekuensi insiden yang terjadi.

Untuk memfasilitasi pemantauan insiden dapat mengacu pada mekanisme untuk mengidentifikasi, mengolah, menganalisis dan melaporkan insiden dengan maksud untuk mencegah insiden tersebut berulang[2]. Kunci untuk sistem pelaporan yang efektif agar staf secara rutin melaporkan insiden dan kesalahan medis yang nyari terjadi. Namun, anggota staf kecuali mempercayai bahwa organisasi akan menggunakan informasi untuk perbaikan dan tidak menyalahkan individu, mereka akan enggan melaporkan insiden yang terjadi. Kepercayaan juga mencakup keyakinan bahwa organisasi akan bertindak atas informasi tersebut. Jika pelajar melaporkan kejadian tersebut kepada instruktur, supervisor atau tenaga medis lainnya yang menolak upaya mereka, maka para pelajar akan cenderung tidak akan melakukan laporan tambahan di masa depan. Bahkan ketika hal ini terjadi, pelajar harus didorong oleh staf fakultas untuk terus melaporkan insiden. Pelajar akhirnya akan menjadi tenaga medis senior di masa depan yang tindakannya akan sangat mempengaruhi rekan mereka lainnya.

Memfasilitasi pelaporan insiden adalah proses untuk mengidentifikasi dan menganalisis proporsi yang lebih besar dari insiden dengan maksud untuk membuat perbaikan. Jenis pemantauan dapat berupa kegiatan yang dilakukan terus menerus oleh tim kesehatan yang melibatkan tindakan berikut:

- diskusi tentang insiden sebagai isu tersendiri di rapat mingguan staf;
- ulasan mingguan pada bidang mana kesalahan terjadi;
- pembahasan rinci tentang fakta-fakta insiden dan tindak lanjut yang diperlukan dengan fokus untuk memberikan pendidikan daripada berfokus untuk menyalahkan;
- Mengidentifikasi masalah sistem yang terkait, sehingga individu yang terlibat dapat ditangani dan staf lain dapat dibuat sadar akan potensi kesulitan.

Selain pelaporan insiden yang sebenarnya, beberapa organisasi mendorong pelaporan kesalahan yang nyaris terjadi. Hal ini arena nilai pelaporan tersebut berlaku untuk mengidentifikasi masalah baru dan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap insiden dan bagaimana insiden dapat dicegah sebelum bahaya serius terjadi kepada pasien. Sebuah peristiwa kesalahan yang nyaris terjadi adalah sebuah insiden yang tidak menyebabkan kerusakan. Beberapa orang menyebutnya nyaris melukai karena tindakan medis tertentu mungkin telah menyebabkan kecelakaan medis, tetapi tindakan korektif diambil sebelum pasien bereaksi negatif terhadap pengobatan yang salah tersebut. Dalam beberapa lingkungan di mana ada budaya

menyalahkan, mendiskusikan tentang kesalahan yang nyaris terjadi mungkin lebih mudah daripada berbicara tentang insiden medis yang memiliki hasil negatif karena. Hal ini karenapersitiwa kesalahan yang nyaris terjadi tidak ada hasil yang merugikan pasien. Sebagai contoh, lebih mudah untuk apoteker untuk membahas kesalahan pengeluaran obat yang salah dalam konteks kesalahan obat yang dibagikan dan digunakan dalam pemeriksaan. Dalam kasus ini, kesalahan tidak dibuat, tetapi bisa saja terjadi jika tidak ada sistem untuk mengidentifikasi dan mencegahnya. Lihat Tabel B.6.1 untuk analisis lebih dari pemantauan kejadian.

Table B.6.1. Tipe Masalah yang Diidentifikasi dari Pengawasan Insiden

Tipe Insiden	Persentase (%) ^a
Jatuh	29
Cedera selain jatuh (misalnya luka bakar, luka tekanan, serangan fisik, menyakiti diri)	13
Kesalahan pengobatan (misalnya kelalaian, overdosis, underdose, salah rute, obat yang salah)	12
Masalah proses klinis (misalnya diagnosis yang salah, pengobatan yang tidak pantas, perawatan yang buruk)	10
Masalah peralatan (misalnya peralatan tidak tersedia, peralatan tidak layak, desainnya buruk, penyalahgunaan, kegagalan, kerusakan)	8
Masalah Dokumentasi (misalnya tidak memadai, tidak benar, tidak lengkap, out-of-date, tidak jelas)	8
Lingkungan yang berbahaya (misalnya kontaminasi, kebersihan tidak memadai dan sterilisasi)	7
Sumber yang tidak memadai (misalnya tidak ada staf, tidak tersedia, kurang berpengalaman, orientasi kerja yang buruk)	5
Masalah logistik (misalnya masalah pasokan, pengobatan, transportasi, tanggapan dalam keadaan darurat)	4
Masalah administrasi (misalnya pengawasan tidak memadai, kurangnya sumber daya, keputusan manajemen yang buruk)	2
Masalah infus (misalnya kelalaian, pengukuran yang salah)	1
Masalah infrastruktur (misalnya listrik, tempat tidur tidak cukup)	1
Masalah gizi (misalnya makan saat puasa, makanan yang salah, makanan yang terkontaminasi, masalah ketika memesan)	1
Masalah koloid atau produk darah (misalnya kelalaian, underdose, overdosis, masalah penyimpanan)	1
Masalah oksigen (misalnya kelalaian, overdosis, underdose, penghentian prematur, kegagalan pasokan)	1

Sumber : Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 2007 [3].

Peristiwa Sentinel



Sebuah peristiwa sentinel adalah "malpraktik yang tidak boleh dibiarkan terjadi" [3] dan biasanya tak terduga dan melibatkan kematian pasien atau cedera fisik atau psikologis yang serius untuk pasien. Kecenderungan saat ini di banyak negara dalam menganalisis kecelakaan medis adalah dengan memberikan peringkat keseriusan peristiwa medis. Peristiwa Sentinel adalah sebutan bagi orang-orang mostserious. Banyak fasilitas kesehatan telah diminta melakukan pelaporan jenis peristiwa karena risiko yang signifikan terkait dengan pengulangan peristiwa tersebut terjadi.

Peristiwa ini sering diklasifikasikan ke dalam kategori (misalnya operasi pada pasien atau situs operasi yang salah, transfusi darah yang tidak kompatibel, kesalahan pengobatan yang menyebabkan kematian, pencabutan gigi yang salah, obat yang salah yang dibagikan, bayi baru lahir yang diberikan kepada ibu yang salah, dll). Peristiwa yang tidak cocok dengan kategori tersebut didefinisikan sebagai "peristiwa bencana lainnya". "Peristiwa bencana lainnya" ini terhitung terjadi setengahnya pada semua peristiwa sentinel yang dilaporkan di Amerika Serikat dan lebih dari dua-pertiga yang dilaporkan di Australia [3]. Penyebab kejadian sentinel mungkin telah beberapa dan tidak diperiksa, sehingga mengakibatkan hasil yang merugikan bagi pasien.

Peran Keluh dan dalam Meningkatkan Pelayanan



Keluhan didefinisikan sebagai ekspresi ketidakpuasan dari pasien, anggota keluarga atau pengasuh dengan pelayanan kesehatan yang disediakan. Karena pelajar akan mengobati pasien di bawah instruksi atau pengawasan, mereka dapat menjadi sasaran keluhan tentang pelayanan dan pengobatan. Seorang pelajar mungkin merasa rentan ketika hal ini terjadi dan khawatir bahwa mereka akan disalahkan atau bahwa karir mereka mungkin terancam.

Pelajar, sama dengan tenaga medis lainnya, mungkin merasa malu, menyesal, marah atau defensif jika mereka menjadi sasaran keluhan dan percaya bahwa pengaduan tersebut dibenarkan. Sementara keluhan dari pasien atau keluarga mereka mungkin tidak nyaman untuk dihadapi, maka sebenarnya hal itu adalah kesempatan yang sangat baik untuk meningkatkan praktik profesional dan memulihkan hubungan saling percaya antara pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan [4]. Keluhan sering menyoroti masalah yang perlu ditangani, seperti komunikasi yang buruk atau pengambilan keputusan suboptimal. Masalah komunikasi adalah penyebab umum dari keluhan, seperti masalah dengan pengobatan dan diagnosis. Keluhan dapat dihindari jika pelajar atau tenaga medis memastikan bahwa pasien mereka tidak pernah ada perasaan tidak diperhitungkan, dihilangkan atau dikurangi haknya dengan cara apapun.

Pelajar yang berada di awal karir pelayanan kesehatan mereka belajar tentang pengambilan keputusan klinis dan manajemen pasien serta melihat betapa kompleks tugas-tugas pelayanan yang dilakukan. Jadi, tidak mengherankan jika miskomunikasi atau pelayanan suboptimal terjadi. Keluhan pasien membantu untuk mengidentifikasi bidang dalam proses pelayanan yang dapat ditingkatkan. Keluhan dapat menyebabkan instruksi medis lebih baik atau pengawasan terhadap pelajar lebih baik pula dalam pengaturan tertentu. Informasi dari keluhan juga dapat digunakan untuk mendidik dan menginformasikan tenaga medis tentang masalah pada bidang medis tertentu. Selain manfaat di atas, keluhan juga [4]:

- membantu pemeliharaan standar yang tinggi;
- mengurangi frekuensi litigasi;
- membantu menjaga kepercayaan dalam profesi;
- mendorong self-assessment;
- melindungi masyarakat.

Pelajar harus menyadari bahwa sebagian besar tenaga medis akan menerima keluhan selama karir mereka dan bahwa ini bukan indikasi ketidakmampuan atau bahwa mereka adalah orang jahat. Bahkan tenaga medis yang paling teliti dan terampil tidak dapat terhindar dari membuat kesalahan. Kadang-kadang, pasien memiliki harapan yang tidak realistis dari pelayanan kesehatan yang

mereka terima. Kesalahan pelayanan kesehatan adalah bagian dari kesalahan manusia; semua manusia melakukan kesalahan.

Jika seorang pelajar terlibat dalam keluhan atau menerima keluhan saat bekerja sebagai tenaga medis, dia harus terbuka untuk membahas keluhan dengan orang yang membuat pengaduan tersebut. Hal ini adalah cara yang baik agar didampingi oleh seseorang yang lebih senior selama diskusi. Jika organisasi kesehatan memintapelajar untuk memberikan pernyataan tertulis tentang / tindakannya itu, penting bahwa hanya berupa pernyataan faktual yang berhubungan langsung dengan keterlibatan mereka. Hal ini penting untuk selalu memeriksa dengan instruktur atau supervisor jika pengaduan tertulis diterima dan pernyataan tertulis perlu dibuat. Fasilitas layanan kesehatan kemungkinan besar memiliki kebijakan untuk mengelola pengaduan.

Keluhan dan Kepedulian adalah Tanggung Jawab Pribadi

Dari perspektif pasien, pasien individu harus memiliki kepedulian terhadap pelayanan kesehatan yang mereka terima untuk melihat apakah telah terjadi penyimpangan dari standar profesional. Setelah pemeriksaan atau investigasi, akan menjadi jelas bahwa masalah sistem terkait dan menjadi inti dari masalah, tetapi profesional atau tim kesehatan yang merawat juga telah memberikan kontribusi terhadap hasil medis yang merugikan pasien. Dalam praktiknya tenaga medis bisa melakukan prosedur singkat dan melanggar protokol. Standar pelayanan bisa jadi rendah, sehingga pelayanan kurang optimal. Pedoman bisa jadi tidak diikuti atau fasilitas medis tertentu sudah rusak.

Misalnya, kegagalan anggota staf untuk menerapkan kebersihan tangan yang tepat dapat mengakibatkan transmisi infeksi dari satu pasien ke pasien lain. Pendekatan awal untuk penyelidikan insiden ini harus berbasis sistem, dan penting untuk diingat bahwa individu perlu untuk memenuhi tanggung jawab profesional mereka. Mungkin anggota staf memang bersalah karena gagal mematuhi standar pelayanan.

Investigasi Koronial

Sebagian besar negara memiliki sistem untuk menyelidiki penyebab kematian. Orang khusus yang ditunjuk, disebut koroner, yang bertanggung jawab untuk menyelidiki kematian dalam situasi di mana penyebab kematian tidak pasti atau diduga disebabkan oleh aktivitas yang tidak etis atau ilegal. Koroner memiliki wewenang lebih luas dari pengadilan dan, setelah koroner melaporkan fakta-fakta, dia akan membuat rekomendasi untuk mengatasi masalah sistem.

Persyaratan yang Kesehatan Untuk Praktik



Pelajar dan semua tenaga medis bertanggung jawab atas tindakan dan perilaku mereka dalam lingkungan pelayanan kesehatan. Mereka bertanggung jawab atas tindakan mereka sesuai dengan keadaan di mana mereka berpraktik. Maka penting untuk menerapkan konsep kesehatan dalam berpraktik. Mengapa kesehatan dalam praktik medis merupakan komponen penting untuk keselamatan pasien?

Dari sekian banyak faktor yang mendukung kesalahan medis, kesehatan adalah salah satu faktor yang berkaitan dengan kompetensi tenaga medis. Banyak kesalahan disebabkan kecelakaan medis yang berhubungan dengan kondisi kesehatan tenaga medis saat berpraktik. Apakah mereka kompeten? Apakah mereka berpraktik di luar tingkat pengalaman dan keterampilan? Apakah mereka tidak enak badan, menderita stres atau sakit? Sebagian besar negara punya sistem untuk mendaftarkan berbagai jenis tenaga medis, menangani keluhan dan mempertahankan standar. Penting bagi pelajar memahami dan memiliki kewaspadaan terhadap kebugaran tubuh mereka rekan-rekan mereka. Tugas profesi kesehatan adalah menjaga pasien mendapatkan pelayanan yang aman.

Memilih pelajar yang tepat untuk berpraktik dalam profesi kesehatan adalah langkah pertama dalam memastikan bahwa orang-orang yang terlatih untuk bekerja di bidang kesehatan memiliki atribut yang diperlukan untuk melakukan praktik aman dan etis. Banyak program pelatihan sekarang menggunakan proses OSCE (Objective Structured Clinical Examination) untuk membantu mengidentifikasi para pelajar, selain hasil pemeriksaan, juga sikap dan perilaku mereka agar sesuai untuk bekerja dalam pelayanan kesehatan. Atribut seperti kasih sayang, empati dan aspirasi dapat memberikan manfaat kepada masyarakat dan mempertahankan kualitas pelayanan.

Adalah penting bahwa tenaga medis terlibat dalam kegiatan belajar sepanjang karir mereka, dalam rangka untuk mempertahankan keahlian dan terinformasi dengan perkembangan di bidang keahlian mereka. Karena pelajar telah familiar dengan konsep dan prinsip-prinsip yang diuraikan dalam Panduan Kurikulum ini, mereka akan mendapatkan pemahaman yang lebih dalam dan menjadi lebih mahir untuk berpraktik dengan aman.

Tugas dari tenaga medis (dan pelajar) termasuk melaporkan rekan atau kolega yang berpraktik medis dengan tidak aman karena ketidakmampuan atau perilaku tidak profesional dan tidak etis. Beberapa negara menerapkan pelaporan wajib bagi praktisi jika mereka tidak layak praktik, sementara yang lain bergantung pada individu

untuk menggunakan hati nurani mereka dalam melaporkan hal ini.

Organisasi kesehatan berkewajiban untuk memastikan bahwa para tenaga medis yang berpartisipasi dalam pelayanan pasien dan pengobatan memiliki kualifikasi yang tepat dan kompeten. Pelayanan kesehatan perlu memeriksa bahwa profesional yang melakukan pelayanan kesehatan memiliki kualifikasi yang tepat dan pengalaman untuk berpraktik pada bidang medis tersebut. Proses untuk melakukan hal ini disajikan di bawah ini.

Credentialing

The Australian Council on Healthcare Standards mendefinisikan credentialing sebagai proses menilai dan mendiskusikan persetujuan atas kesesuaian seseorang untuk memberikan layanan konsumen / pelayanan pasien dan pengobatan khusus, dalam batas-batas yang ditentukan, berdasarkan lisensi, pendidikan, pelatihan, pengalaman, dan kompetensi. Banyak rumah sakit, klinik dan pelayanan kesehatan menerapkan proses credentialing untuk memeriksa apakah seorang profesional memiliki keterampilan yang diperlukan dan pengetahuan untuk melakukan prosedur tertentu atau pelayanan tertentu. Klinik dan rumah sakit akan membatasi jenis prosedur yang mereka tawarkan jika tidak ada teknisi ahli atau jika sumber daya yang tidak tersedia atau sesuai untuk kondisi atau pengobatan tertentu.

Akreditasi

Akreditasi adalah proses formal untuk memastikan pelayanan yang aman dan pelayanan kesehatan berkualitas tinggi berdasarkan standar dan proses yang dirancang dan dikembangkan oleh para tenaga medis. Hal ini dapat merujuk pada pengakuan publik atas prestasi organisasi pelayanan kesehatan sesuai persyaratan standar kesehatan nasional.


Registrasi (perizinan)

Sebagian besar negara mewajibkan praktisi kesehatan untuk didaftarkan pada otoritas pemerintah atau di bawah instrumen pemerintah, seperti Australian Health Practitioners Registration Agency, yang bertanggung jawab untuk mendaftarkan sebagian besar profesi kesehatan. Tujuan utama dari otoritas pendaftaran adalah untuk melindungi kesehatan dan keselamatan masyarakat melalui mekanisme yang dirancang untuk memastikan bahwa praktisi kesehatan layak praktik. Untuk mencapainya adalah dengan memastikan bahwa hanya para profesional terlatih yang terdaftar dan profesional yang terdaftar wajib mempertahankan standar, perilaku dan kompetensi yang tepat. Pendaftaran / lisensi yang sesuai merupakan bagian penting dari proses credentialing dan akreditasi yang disebutkan di atas.

Akuntabilitas Personal untuk Mengelola Risiko

Kebanyakan pelajar senior akan mulai membangun peran dan tanggung jawab yang jelas sebagai anggota tim kesehatan ketika mereka melakukan praktik medis lebih banyak di tempat kerja dan bekerja dengan pasien. Sebelum selesainya pelatihan mereka, banyak yang akan diminta untuk menunjukkan kompetensi dalam sejumlah tugas teknis dasar. Kegiatan berikut ini tidak lengkap atau memang preskriptif. Kegiatan berikut ini dapat memberikan beberapa gagasan tentang kompetensi pelajar harus dimilikii pada saat mereka menyelesaikan gelar mereka dan mulai bekerja di bidang yang mereka pilih.

Pelajar harus:

- Mempelajari cara mengatur rujukan atau meminta konsultasi dari penyedia layanan kesehatan atau tim kesehatan yang lain. Keterampilan ini meliputi menggunakan prosedur identifikasi yang benar dan memberikan ringkasan medis yang akurat tentang latar belakang pasien, masalah kesehatan / kesejahteraan, dan hasil investigasi apapun. Hal ini penting untuk menyertakan informasi yang relevan dan diperlukan dalam rujukan atau permintaan untuk konsultasi dan menuliskannya dalam kalimat yang terbaca.
- Mempelajari cara untuk membuat panggilan telepon ke dokter pelayanan primer atau anggota profesional lainnya dalam tim kesehatan. Awalnya pelajar harus memastikan mereka diawasi atau diamati oleh orang yang berpengalaman selama kegiatan ini. Mereka harus berpraktik memberikan informasi akurat tentang pasien, mengucapkan istilah yang relevan dan benar, menggunakan teknik untuk memastikan orang yang mereka ajak bicara telah memahami apa yang telah dikatakan, mencari informasi tentang kekhawatiran tenaga medis lain tentang kondisi pasien, dan menulis ringkasan dari percakapan telepon dalam rekam medis pasien. → 
- Belajar bagaimana menulis surat rujukan ketika pasien sedang ditransfer ke tim pelayanan yang lain. Surat itu harus berisi informasi yang relevan diantaranya hasil identifikasi pasien, tanggal masuk dan keluar / pengobatan dan nama tenaga medis yang bertanggung jawab dalam pengobatan, ringkasan akurat tentang pengobatan yang tersedia, diagnosis akhir, penyelidikan kunci, alasan pengobatan, dan status masalah klinis pasien. Jelaskan pengobatan dan intervensi yang dilakukan, hasilnya, pengaturan dan investigasi tindak lanjut. Surat itu harus mencakup daftar yang akurat dan lengkap yang terdiri dari terapi dan obat-obatan

termasuk dosis, rute dan durasi terapi. Hal ini sangat penting bahwa surat ini benar-benar dibaca dan ditandatangani oleh orang yang bertanggung \ jawab. Beberapa teknik tersebut dijelaskan dalam Topik 4 : Menjadi Anggota Tim yang Efektif

Akibat Kelelahan dan Kebugaran dalam Praktik Medis



Ada bukti ilmiah yang kuat yang menghubungkan kelelahan dan kinerja seseorang. Pelajar harus menyadari bahwa ketika mereka lelah mereka akan kurang waspada dan tidak dapat melakukan seperti biasa dalam berbagai tugas psikomotor.

Studi yang dilakukan di Irlandia dan Inggris telah menunjukkan bahwa kelelahan dapat mempengaruhi mental kesejahteraan penduduk medis (depresi, kecemasan, kemarahan dan kebingungan) [5]. Studi terkontrol terbaru telah mengkonfirmasi bahwa kurang tidur dapat berdampak negatif pada kinerja klinis [6]. Kelelahan juga telah dikaitkan dengan peningkatan risiko kesalahan [7-8] dan kecelakaan kendaraan bermotor. Sebuah studi tahun 2004 oleh Landrigan et al. [8] adalah salah satu yang pertama yang mengukur efek dari kurang tidur pada kesalahan medis. Studi ini menemukan bahwa pekerja di unit intensif medis dan pelayanan koroner unit Brigham and Women's Hospital (Boston, MA, Amerika Serikat) membuat kesalahan substansial lebih serius ketika mereka bekerja shift selama 24 jam atau lebih dibandingkan ketika mereka bekerja shift pendek. Penelitian lain menunjukkan bahwa kurang tidur dapat memiliki gejala mirip dengan keracunan alkohol [9].

Studi dari jam kerja perawat menunjukkan bahwa risiko membuat kesalahan meningkat secara signifikan ketika shift kerja lebih lama dari dua belas jam, ketika perawat bekerja lembur, atau ketika mereka bekerja lebih dari empat puluh jam per minggu [10].

Demikian juga apoteker bisa salah mengidentifikasi pemberian obat ada Kesalahan resep karena mereka lelah dan terpaksa bekerja. Hasilnya mereka bingung dengan nama-nama obat yang mirip [11].

Pelajar harus tahu hak-hak mereka tentang jadwal kerja dan istirahat. Organisasi tempat mereka bekerja memiliki tugas untuk memastikan bahwa mereka tidak bekerja lebih dari yang diizinkan kecuali ada keadaan khusus atau izin organisasi.

Stres dan Masalah Kesehatan Mental

Pelajar juga rentan terhadap stres yang disebabkan oleh pemeriksaan, pekerjaan paruh waktu, keluarga dan kekhawatiran kerja. Bukti kuat menunjukkan dokter yang rentan terhadap masalah kesehatan mental [12], terutama depresi, pada tahun pascasarjana pertama mereka dan pada tahun kemudian. Pelajar juga menderita stres dan masalah kesehatan yang berhubungan stress ketika mereka mulai berpraktik praktik medis. Staf yang stres dan staf dengan moral rendah diharapkan dalam pelayanan kesehatan karena merawat orang sakit dan rentan, bekerja dengan rekan-rekan yang bekerja terlalu keras lain dan memiliki beberapa tugas untuk diselesaikan pada setiap jam.

Sementara tingkat depresi dan masalah kesehatan mental di kalangan dokter lebih tinggi daripada yang dialami oleh masyarakat umum, literatur menunjukkan bahwa ketika tenaga medis magang yang didukung oleh petugas lainnya dan dokter senior, mereka akan cenderung berfungsi dengan baik tim, dan merasa terisolasi dan menderita stres.

Kinerja juga dipengaruhi oleh stres. Ada bukti kuat yang menunjukkan bahwa kurang tidur berkontribusi terhadap stres dan depresi, daripada jumlah jam kerja. Stres lainnya diidentifikasi dalam literatur termasuk status keuangan, utang pendidikan dan alokasi tekanan emosional yang disebabkan oleh tuntutan dari pasien, tekanan waktu dan gangguan pada kehidupan sosial seseorang.

Lingkungan Kerja dan Organisasi

Fasilitas pelayanan kesehatan bisa menjadi tempat yang sangat menegangkan bagi pendatang baru. Praktik kerja asing bisa sangat sulit di fase awal pekerjaan baru. Selain itu, jam kerja yang panjang dapat menyebabkan kelelahan.

Faktor-faktor tertentu dan periode waktu, seperti kerja shift, lembur, pergeseran perubahan kerja, malam dan akhir pekan, berkaitan dengan peningkatan jumlah kesalahan. Faktor-faktor yang mendukung kesalahan ini dapat berkisar dari kurangnya pengawasan dan instruksi atau pengawasan kelelahan. Pelajar harus ekstra waspada selama waktu tersebut.

Instruksi dan Supervisi

Instruksi atau pengawasan yang baik penting bagi setiap pelajar dan kualitas instruksi atau pengawasan akan menentukan keberhasilanpelajardalam mengintegrasikan dan menyesuaikan diri dalam rumah sakit atau lingkungan layanan kesehatan. Kegagalan tenaga medis untuk memberikan instruksi atau pengawasan yang

memadai untuk pelajar membuat pelajar lebih rentan untuk membuat kesalahan baik karena kelalaian (gagal melakukan sesuatu) atau kesalahan (melakukan hal yang salah). Pelajar harus selalu meminta orang yang lebih berpengalaman mendampingi jika itu adalah pertama kalinya bagi mereka mempraktikkan keterampilan atau prosedur pada pasien. Mereka juga harus memberitahu pasien bahwa mereka adalah pelajar dan meminta izin mereka untuk melanjutkan tindakan medis atau prosedur kepada pasien.

Hubungan interpersonal yang buruk antara pelajar, tenaga medis lainnya, staf junior, dan instruktur atau pengawas juga berkontribusi pada faktor kesalahan. Jika pelajar memiliki masalah dengan instruktur atau supervisor, dia harus mencari bantuan dari anggota fakultas lain yang mungkin dapat menengahi atau membantu pelajar untuk meningkatkan hubungan baik. Literatur menunjukkan bahwa pelajar yang memiliki masalah dengan akuisisi keterampilan memadai juga memiliki pengawasan yang buruk. Banyak tenaga medis yang belajar untuk melakukan prosedur tanpa pengawasan dan kemudian dinilai oleh supervisor secara buruk terkait penguasaan yang dianggap memadai dari prosedur tersebut. Pelajar tidak harus melakukan prosedur atau memanipulasi atau memeriksa pasien tanpa persiapan dan instruksi yang memadai.

Masalah Komunikasi → T4 T8

Tenaga medis, seperti perawat, bidan, dokter, dokter gigi, apoteker, ahli radiologi, semua harus membuat sebuah catatan akurat dari komunikasi mereka dalam sebuah catatan medis, termasuk hubungan dengan pegawai laboratorium. Mentransfer informasi, secara lisan dan tertulis merupakan proses yang kompleks dan tidak mudah. Beberapa fasilitas kesehatan memiliki standar komunikasi tersebut. Peran komunikasi yang baik dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan peran pelayanan standar komunikasi, keduanya harus didokumentasikan dengan baik. Bagaimana pasien berhasil diobati akan sering bergantung pada komunikasi informal di antara staf dan pemahaman mereka tentang tempat kerja [13]. Kesalahan pelayanan yang disebabkan oleh miskomunikasi dan komunikasi tidak ada atau tidak memadai terjadi setiap hari di semua fasilitas pelayanan kesehatan. Daftar periksa, protokol dan rencana pelayanan yang dirancang untuk secara efektif untuk mengkomunikasikan perintah pelayanan pasien.

Selain itu, kualitas komunikasi antara pasien dan tenaga kesehatan dalam penyediaan pelayanan medis mereka sangat berkorelasi dengan hasil pengobatan.

Bagaimana Memahami dan Mengelola Risiko Klinis



Tahu cara Melaporkan Risiko dan Bahaya di Tempat Kerja

Pelajar harus mencari informasi tentang sistem pelaporan insiden yang digunakan pada fasilitas di mana mereka berpraktik. Sistem itu biasanya berupa metode khusus untuk pelaporan-baik secara elektronik atau tradisional. Pelajar harus familiar dengan sistem dan mencari informasi tentang cara melaporkan insiden.

Jaga Akurasi dan Kelengkapan Catatan Medis

Sebuah catatan kesehatan (rekam medis, catatan pasien, grafik obat, obat grafik) adalah dokumen yang berisi berbagai jenis informasi tentang pasien. Pelajar harus menyadari bahwa catatan yang baik sangat penting untuk pelayanan dan pengobatan pasien. Catatan kesehatan akan menjadi subjek pemerintahan dan kelembagaan fasilitas khusus atau persyaratan mengenai siapa yang memiliki akses terhadap mereka, siapa yang dapat menulis di dalamnya, dan di mana catatan medis disimpan dan untuk berapa lama.

Pelajar memiliki kewajiban etika dan hukum untuk secara akurat merekam pengamatan dan temuan mereka untuk memastikan pelayanan pasien yang baik. Ketika menulis dalam catatan kesehatan, pelajar (dan semua tenaga medis lainnya) harus:

- Memberikan informasi yang cukup untuk mengidentifikasi pasien dan dengan siapa catatan medis tersebut berkaitan, sehingga anggota lain dari tim pelayanan kesehatan dapat terus merawat pasien;
- Mencatat informasi yang relevan untuk diagnosis atau pengobatan dan hasil pasien;
- Memastikan catatan up-to-date dan ditulis seakurat mungkin;
- Mencatat setiap informasi atau saran yang diberikan kepada pasien.

Mengetahui Kapan dan Bagaimana Meminta Bantuan dari Instruktur, Supervisor atau Petugas Medis Senior

Banyak pelajar takut bahwa jika mereka mengaku tidak mengetahui sesuatu, pengajar mereka akan menganggap mereka sebagai pelajar yang buruk dan memandang rendah mereka. Hal ini penting bagi pelajar untuk mengenali keterbatasan yang terkait dengan kurangnya pengetahuan serta pengalaman dan pentingnya mencari bantuan dan meminta informasi. Pasien dapat dirugikan oleh para tenaga medis berpengalaman. Pelajar harus memahami dengan jelas kepada siapa mereka melaporkan di tempat kerja dan kapan serta bagaimana petugas medis dapat dihubungi. Petugas senior ini akan dapat membantu pelajar jika mereka masuk ke situasi di luar pengetahuan dan keterampilan mereka saat ini. Adalah penting bahwa pelajar meminta bantuan bahkan jika mereka merasa tidak

nyaman melakukannya. Semua tenaga medis menghargai bahwa pelajar pada tahap awal karir mereka serta memiliki pengetahuan dan keterampilan yang terbatas. Mereka tidak mengharapkan pelajar atau tenaga medis baru memiliki kedalaman pengetahuan yang dibutuhkan untuk mengobati pasien secara independen. Mereka mengharapkan pelajar untuk meminta bantuan. Tapi bisa sangat sulit untuk menghubungi instruktur atau supervisor yang kerap kali sibuk. Jika hal ini terjadi, pelajar harus mencari orang yang tepat lain yang hadir di tempat kerja secara teratur. Hal ini dapat didiskusikan dengan supervisor, sehingga dia menyadari situasi tersebut.

Terlibat dalam Pertemuan yang Mendiskusikan Manajemen Risiko dan Keselamatan Pasien

Pada awalnya, mungkin tidak jelas dengan apa yang disebut sebagai program manajemen risiko yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan tertentu. Pelajar dapat meminta tenaga medis senior atau manajer kesehatan tentang program manajemen risiko dan apakah mungkin untuk menghadiri pertemuan untuk melihat bagaimana sistem bekerja untuk melindungi pasien.

Tanggapi Pasien dan Anggota Keluarganya secara Layak setelah Terjadi Kesalahan Medis

Pelajar tidak diharapkan untuk menerima tanggung jawab dalam mengungkapkan kejadian buruk kepada pasien atau keluarga mereka. Jika mereka diminta untuk melakukan hal ini, mereka harus segera mencari bantuan dari anggota fakultas atau instruktur senior. Banyak organisasi kesehatan sekarang memperkenalkan pedoman pengungkapan terbuka (pedoman untuk membantu komunikasi yang jujur dengan pasien setelah malpraktik). Sangat penting bahwa setiap proses pengungkapan terbuka dilakukan dengan tidak terburu-buru, transparan, dan melakukan langkah untuk memastikan bahwa kesalahan tidak dilakukan lagi.

Tanggapi Keluhan dengan Sesuai

Semua pelajar yang terlibat dalam pengaduan harus menulis laporan lengkap dan faktual tentang apa yang terjadi. Mereka harus jujur tentang peran atau tindakan serta meminimalkan pernyataan subjektif atau emosional.

Ringkasan



Tenaga medis bertanggung jawab untuk pengobatan, pelayanan dan hasil klinis pasien. Tanggung jawab ini terletak pada semua anggota tim-bukan hanya orang yang paling senior. Akuntabilitas pribadi adalah penting, karena setiap orang dalam rantai pelayanan mungkin menimbulkan risiko untuk pasien. Salah satu cara bagi para profesional untuk membantu mencegah kecelakaan medis adalah dengan mengidentifikasi bidang pelayanan yang rawan kesalahan.

Intervensi proaktif dari pendekatan sistem berguna untuk meminimalkan peluang kesalahan dan dapat mencegah kecelakaan medis. Individu juga dapat bertindak untuk memelihara lingkungan kerja klinis yang aman dengan menjaga kesehatan mereka sendiri serta merespon dengan tepat kekhawatiran dari pasien dan rekan.

Format dan Strategi Pengajaran

Kuliah Interaktif / Didaktik



Gunakan slide yang panduan ini yang mencakup seluruh topik. Slide PowerPoint dapat digunakan atau slide dapat dikonversi menjadi slide overhead projector. Mulailah sesi dengan studi kasus dan mintalah pelajar untuk mengidentifikasi beberapa masalah yang disajikan dalam studi kasus.

Diskusi Panel

Undanglah tenaga medis yang dihormati untuk memberikan ringkasan terkait upaya mereka untuk meningkatkan keselamatan pasien. Jika Anda mengajar pelajar farmasi, mengundang apoteker senior untuk membahas pengalaman dan praktik mereka; sama halnya untuk bidan dan dokter gigi. Tapi menyelenggarakan panel multidisiplin juga efektif untuk menyoroti masalah umum di semua profesi kesehatan. Mengundang pasien untuk berpartisipasi dalam diskusi juga untuk membahas potensi bahaya kepada mereka jika tidak ada strategi manajemen risiko dalam pelayanan kesehatan. Pelajar juga bisa membuat daftar pertanyaan tentang bagaimana mencegah dan mengelola kecelakaan medis. Ahli manajemen risiko di bidang profesional lainnya juga dapat diundang untuk berbicara tentang prinsip-prinsip umum manajemen risiko klinis dalam pekerjaan mereka.

Sesi Diskusi Kelompok Kecil



Kelas dapat dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil dan mintalah tiga pelajar dalam setiap kelompok untuk memimpin diskusi tentang salah satu jenis insiden yang dijelaskan pada Tabel B.6.1. Pelajar dapat fokus mendiskusikan alat dan teknik yang tersedia untuk meminimalkan peluang kesalahan, dan yang lainnya membahas peranan pertemuan mortalitas dan morbiditas. Tutor yang memfasilitasi sesi ini juga harus familiar dan paham dengan konten sehingga ada informasi tambahan tentang sistem kesehatan dan layanan kesehatan pada lingkungan setempat.

Latihan Simulasi



Skenario yang berbeda dapat dikembangkan mengenai kecelakaan medis dan teknik untuk meminimalkan peluang kesalahan, seperti berpraktik melakukan briefing, dan ketegasan untuk meningkatkan komunikasi.

Selain itu, pelajar bisa berperan dalam skenario pertemuan antar rekan pekerja medis atau dalam skenario pertemuan mortalitas dan morbiditas menggunakan pendekatan individu dan pendekatan sistem. Kegiatan bermain peran lainnya dapat didasarkan pada situasi di mana seorang pelajar memberitahukan ada sesuatu yang salah dan perlu mengungkapkannya.

Kegiatan Belajar Lainnya

- Pelajar bisa mengamati pertemuan manajemen risiko atau bertemu dengan orang-orang yang mengelola keluhan pada departemen atau fasilitas pelayanan kesehatan. Bagian dari latihan ini adalah dengan cara pelajar bertanya tentang kebijakan memfasilitasi keluhan dan apa yang biasanya terjadi ketika keluhan diterima. Atau, pelajar dapat mengambil bagian dalam proses pengungkapan terbuka.
- Setelah kegiatan ini, pelajar harus diminta untuk bertemu secara berpasangan atau kelompok kecil dan berdiskusi dengan tutor atau instruktur apa yang mereka amati dan apakah elemen atau teknik yang dipelajari ada atau tidak, serta apakah teknik yang digunakan efektif.

Studi Kasus

Praktik Manajemen Sistem yang Tidak Sesuai dalam Operasi Ortopedik

Catatan yang akurat dan dapat dibaca sangat penting untuk menjaga kesinambungan pelayanan.

Brian dirawat oleh spesialis baru dan petugas medis yang merawatnya membutuhkan catatan medis dari ahli bedah ortopedi yang mengoperasi lutut dua tahun sebelumnya. Ketika catatan medis tersedia, dokter yang merawat Brian menginformasikan padanya bahwa catatan medisnya tidak lengkap.

Catatan yang didokumentasikan sangat kurang dan tanpa catatan berarti mengenai pembahasan persetujuan untuk operasi Brian. Ada juga kesenjangan dalam informasi yang tercatat dalam laporan operasi dan tidak ada dokumentasi saran lisan ahli bedah ortopedi tentang risiko dan komplikasi dari operasi tersebut. Brian kecewa karena mengetahui ahli bedah tidak menindaklanjuti ulasan pasca operasi.

Pertanyaan

- Faktor-faktor apa yang muncul yang menghasilkan dokumentasi medis yang buruk dalam operasi pertama Brian?

Sumber: Case adapted from: Payne S. Case study: managing risk in practice. United Journal, 2003, Spring:19.

Pengakuan Kesalahan Medis

Kasus ini menunjukkan nilai dari pengungkapan terbuka.

Frank adalah pasien yang telah dirawat lama dalam pelayanan kesehatan. Suatu malam, seorang perawat keliru memberi insulin kepada Frank, meskipun Frank tidak menderita diabetes. Perawat segera mengakui kesalahan tersebut dan mengungkapkannya kepada staf lain, dan kemudian memberitahu Frank dan keluarganya. Manajemen rumah sakit kemudian mengambil tindakan segera untuk membantu Frank dan mengatur perpindahan perawatan Frank ke sebuah rumah sakit di mana dia dirawat dan diperiksa sebelum dikembalikan ke rumah sakit itu lagi. Perawat tersebut dipuji atas tindakannya karena segera mengungkapkan prosedur insulin yang salah. Setelah kejadian ini, perawat melakukan pelatihan lebih lanjut meminimalkan kemungkinan kesalahan yang sama terjadi di masa depan.

Pertanyaan

Kemungkinan penyebab kesalahan yang tidak jelas. Asumsi muncul bahwa perawat melakukan atau tidak melakukan sesuatu yang menyebabkan kesalahan. Dalam kasus semacam ini, penting untuk menggunakan pendekatan sistem untuk mempelajari lebih lanjut tentang apa yang sebenarnya terjadi.

- Apa faktor lingkungan dan budaya organisasi yang diterapkan di mana perawat nyaman dalam pengungkapan kesalahan pengobatan?

Sumber: Open disclosure. Case studies. Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales, 2003, 1:16–18.

Ruang Praktik Umum Tidak Sesuai Standar

Kasus ini menunjukkan pentingnya keluhan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan

Ketika Denise mengunjungi praktik medis setempat, dia terkejut melihat praktik medis di tempat itu tidak higienis seperti yang dia harapkan. Praktik medis yang dilakukan begitu buruk sehingga mengeluh kepada Departemen Kesehatan New South Wales. Seorang inspektur kesehatan mencatat bahwa chloroxynol (desinfektan cair) disimpan dalam wadah minuman, obat-obatan yang disimpan telah kadaluwarsa, tidak ada peralatan pemacu adrenalin dalam operasi untuk mengobati serangan jantung. Selain itu, pasien seringkali memiliki akses tanpa pengawasan untuk hingga adanya tas medis dokter yang mengandung narkotika suntik, lembaran kertas di atas meja pemeriksaan tidak diganti pada saat ada perubahan perawatan pasien, dan dokter tidak membersihkan tangannya pada saat

melakukan pemeriksaan.

Komisi Pengaduan Pelayanan Kesehatan yang dikonseling oleh Dewan Medis New South Wales dalam kunjungannya memberikan nasihat kepada staf pada Departemen Kesehatan tentang pedoman pengendalian infeksi dan memastikan bahwa langkah yang tepat diambil untuk melindungi kesehatan masyarakat. Denise senang karena pusat membuat perbaikan sebagai hasil dari keluhan nya.

Diskusi

- Mintalah pelajar untuk mengidentifikasi jenis-jenis pengaduan yang dibuat tentang tempat kerja medis (Rumah sakit, klinik, apotek) dan mendiskusikan metode untuk menyerahkan keluhan tersebut.

Sumber: Review of investigation outcomes. Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales. Annual Report 1998–1999:39–40.

Manajemen Keluhan yang Tidak Sesuai

Kasus ini menunjukkan pentingnya perhatian tepat waktu terhadap keluhan.

Alexandra berkonsultasi pada seorang psikolog yang berpraktik di rumah sakit swasta. Selama konsultasi pertama dan kedua, psikolog telah melanggar kerahasiaan pasien dengan membahas rincian pribadi tentang pasien kepada pihak lain. Alexandra merasa terganggu dan memutuskan untuk menyampaikan keluhannya kepada rumah sakit. Dia melakukan pertemuan dengan perwakilan rumah sakit tentang keluhannya, termasuk para psikolog. Beberapa bulan terlewat tanpa ada tanggapan tertulis dari rumah sakit yang merinci tindakan yang dijanjikan akan dilakukan. Dengan bantuan dari Patient Support Office, Alexandra menghadiri pertemuan dengan CEO dan wakil kepala eksekutif rumah sakit. Rumah sakit meminta maaf kepada Alexandra dan membuat komitmen untuk melakukan pelatihan staf yang sedang berlangsung terkait manajemen keluhan. Mereka juga mendorong Alexandra untuk mengajukan keluhan resmi kepada Dewan Pendaftaran psikolog mengenai perilaku psikolog tersebut.

Aktivitas

- Gunakan pendekatan sistem untuk mengidentifikasi apa yang bisa dilakukan secara berbeda dalam kasus ini dan apa yang dapat rumah sakit lakukan untuk membantu mencegah insiden serupa di masa mendatang.

Sumber: Patient Support Service, Health Care Complaints Commission, Sydney, New South Wales. Annual Report 1999–2000:37–46.

Perawat yang Ceroboh

Kasus ini menunjukkan mengapa petugas medis perlu mengelola kesehatannya dalam melakukan praktik medis. Selama operasi, seorang perawat yang ditugaskan untuk merawat Alan diketahui menggantikan fentanil obat penghilang rasa sakit dengan air. Perawat ini menempatkan Alan dalam bahaya fisik karena kebutuhan perawat tersebut untuk mendapatkan obat yang memuaskan kecanduan narkobanya.

Ini bukan pertama kalinya perawat telah mencuri obat terlarang untuk keperluan pengobatan. Sejumlah keluhan telah dibuat tentang perawat tersebut ketika ia bekerja di rumah sakit lain, termasuk kesalahan profesional, penurunan kecanduan narkoba dan kurangnya karakter yang baik, yang menyarankan perawat tidak layak untuk praktik.

Pertanyaan

- Langkah-langkah apa yang bisa diambil tenaga medis untuk membantu perawat yang dalam kesulitan?
- Kebijakan Apa yang harus dilakukan oleh institusi pelayanan kesehatan harus melindungi pasien dari para tenaga medis yang kecanduan narkoba atau mengalami gangguan?

Sumber: Swain D. The difficulties and dangers of drug prescribing by health practitioners. *Health Investigator*, 1998, 1:14–18.

Kegagalan Mengecek Status Kehamilan to check pregnancy status

Kasus hipotetis ini menggambarkan mengapa kemungkinan kehamilan harus dipertimbangkan pada semua pasien wanita sebelum dilakukan operasi yang dapat menimbulkan risiko untuk ibu atau janin. Kebijakan pra operasi harus ditinjau untuk memastikan bahwa status kehamilan diperiksa dalam periode pra operasi. Pengecekan harus dicatat dalam dokumentasi pra operasi saat melakukan pemeriksaan akhir klinis dan pengecekan identitas sebelum dilakukan prosedur intervensi bedah.

Hannah, seorang wanita 28 tahun, memiliki riwayat nyeri perut berulang dan ada dalam daftar tunggu selama beberapa bulan agar menjalani prosedur laparoskopi untuk mendiagnosis masalah. Dia dirawat secara patut dan operasi investigasi dilakukan di bawah anestesi umum. Sebelum keluar dari rumah sakit, Hannah mengalami kram parah dan pendarahan pada vagina. Perawat yang bertugas mengatakan bahwa ia mengalami keguguran.

Pertanyaan

- Faktor-faktor apa mungkin telah muncul yang menyebabkan kegagalan diagnosa atas kehamilannya?

Latar belakang dan sumber: antara Oktober 2003 dan November 2009, Dinas Nasional Keselamatan Pasien Inggris menerima 42 laporan dari pasien yang menjalani prosedur tanpa pemeriksaan kehamilan dan didokumentasikan dalam periode pra-operasi. Tiga kasus aborsi spontan dilaporkan karena prosedur ini (Department of Health gateway reference NPSA/2010/RRR011. Issue date, 28 April 2010. Current information may be found at <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=73838>; diakses 21 Februari 2011).

Administrasi Pengobatan Bayi yang baru lahir

Seperti ditunjukkan dalam penelitian hipotesis kasus ini, ada kebutuhan untuk penggunaan gentamisin intravena pada bayi yang baru lahir. Insiden keselamatan pasien telah dilaporkan terjadi karena pengobatan gentamisin yang salah, kesalahan resep dan pemeriksaan tingkat kandungan darah.

Edward, bayi prematur dengan gangguan pernapasan yang membutuhkan ventilasi, diresepkan gentamisin intravena untuk infeksi serius. Perawat pelayanan intensif dan dokter anak yang sangat sibuk karena menangani bayi kembar prematur. Obat itu diberikan 90 menit lebih lama dari yang disyaratkan.

Diskusikan

- Identifikasi semua kemungkinan faktor yang muncul pada saat kejadian ini.
- Haruskah kejadian ini dilaporkan?
- Diskusikan metode yang berbeda untuk melaporkan insiden.

Latar Belakang: review insiden obat pada bayi yang baru lahir dan dilaporkan kepada UK Reporting and Learning System antara April 2008 dan April 2009 menunjukkan ada 507 insiden keselamatan pasien terkait dengan penggunaan gentamisin intravena. Insiden ini menyumbang 15% dari semua insiden obat kepada bayi yang baru lahir yang dilaporkan selama periode ini.

Buruknya Komunikasi

Kasus ini adalah contoh kesalahan umum, di mana pasien diberi resep antibiotik dan salah yang justru diberikan obat anti diabetes, yang menyebabkan syok hipoglikemik.

Seorang dokter meresepkan pasien dengan antibiotik dan analgesik setelah pencabutan gigi. Antibiotik yang diresepkan adalah amoksisilin. Nama obat ditulis dengan buruk pada resep dan tidak terbaca sehingga apoteker salah memberikan obat glibenclamide, yang merupakan obat anti-diabetes. Malam itu, pasien harus dilarikan ke ruang gawat darurat untuk pengobatan syok hipoglikemik.

Pertanyaan

- Apa faktor yang berkontribusi terhadap sakit yang dialami pasien ini?
- Kepada siapa kesalahan ini harus dilaporkan?
- Siapa yang harus melakukan pelaporan?
- Bagaimana seharusnya informasi digunakan?

Sumber: Case supplied by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Sumber Materi

'Menjadi Terbuka'

An e-learning package from the UK National Health Service National Patient Safety Agency, 2009. Being open, communicating with patients, their families and carers following a patient safety incident.

Issue date, 19 November 2009

(<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/alerts/?entryid45=65077>; diakses pada 21 Februari 2011).

Sentinel event

A useful glossary of terms for a sentinel event can be found at:

http://en.wikipedia.org/wiki/Sentinel_event; diakses pada 21 Februari 2011.

Sumber Materi Lainnya

Better practice guidelines on complaints management for health care services. Australian Commission for Safety and Quality, 2006

([http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F3D3F3274D393DFCCA257483000D8461/\\$File/guidecomplnts.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F3D3F3274D393DFCCA257483000D8461/$File/guidecomplnts.pdf);

diakses pada 21 Februari 2011).

Complaint or concern about a clinician: principles for action.

Department of Health, New South Wales, 2006 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2006/GL2006_002.html;

diakses pada 21 Februari 2011).

Johnstone M, Kanitsaki O. Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. *Nurse Education Today*, 2007, 27:185–191.

Safer use of gentamicin for neonates. National Health Service National Patient Safety Agency. Patient safety alert no.

NPSA/2010/PSA001. Issue date, 30 Maret 2010

(http://www.dhsspsni.gov.uk/hsc_sqsd_4_10.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).

Menilai Pengetahuan Topik

Berbagai metode penilaian yang cocok untuk digunakan dengan topik ini diantaranya adalah laporan pengamatan, pernyataan reflektif tentang kesalahan bedah, esai, pertanyaan pilihan ganda, pertanyaan singkat, diskusi berbasis kasus dan self assesment. Pelajar dapat didorong untuk mengembangkan pendekatan portofolio untuk belajar keselamatan pasien. Manfaat dari pendekatan portofolio adalah pada akhir pelatihan, pelajar akan mendapatkan pengalaman dalam semua kegiatan keselamatan pasien. Pelajar akan dapat menggunakan pengalaman ini untuk membantu aplikasi pekerjaan dan karir masa depan mereka.

Pengetahuan tentang manajemen risiko klinis dapat dinilai dengan menggunakan salah satu metode berikut:

- portofolio;
- Diskusi berbasis kasus,
- pengamatan tertulis tentang aktivitas manajemen risiko, seperti proses pengungkapan terbuka atau sistem pengawasan insiden medis;
- Pelajar juga dapat diminta untuk menulis pernyataan reflektif tentang bagaimana keluhan dikelola di rumah sakit atau klinik, bagaimana sistem untuk melaporkan kesalahan pelayanan kesehatan atau bagaimana dokter belajar dari kesalahan.

Penilaian dapat berupa formatif atau sumatif; peringkat dapat berkisar dari memuaskan / tidak memuaskan memberikan tanda. Lihat bentuk di Bagian B, Lampiran 2 untuk contoh penilaian.

Mengevaluasi Pengajaran Topik ini

Evaluasi ini penting dalam meninjau bagaimana sesi pengajaran berlangsung dan bagaimana perbaikan dapat dilakukan. Lihat Panduan Guru (Bagian A) untuk ringkasan prinsip evaluasi yang penting.

Referensi

1. Reason JT. Understanding Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis: the human factor. In: Vincent C, ed. *Clinical riskmanagement*. London, British Medical Journal Books, 2001:9–14.
2. Barach P, Small S. *Reporting and preventing medical mishaps: lessons from nonmedical near miss reporting systems*. *British Medical Journal*, 2000, 320:759–763.
3. Runciman B, Merry A, Walton M. *Safety and ethics in health care: a guide to getting it right*, 1st ed. Aldershot, UK, Ashgate Publishing Ltd, 2007.
4. Walton M. Why complaining is good for medicine. *Journal of Internal Medicine*, 2001, 31:75–76.
5. Samkoff JS. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. *Academic Medicine*, 1991, 66:687–693.

6. Deary IJ, Tait R. Effects of sleep disruption on cognitive performance and mood in medical house officers. *British Medical Journal*, 1987, 295:1513–1516.
7. Leonard C et al. The effect of fatigue, sleep deprivation and onerous working hours on the physical and mental well being of pre- registration house officers. *Irish Journal of Medical Sciences*, 1998, 176:22–25.
8. Landrigan CP et al. Effect of reducing interns' working hours on serious medical errors in Intensive Care Units. *The New England Journal of Medicine*, 2004, 351:1838–1848.
9. Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*, 1997, 388:235.
10. Rogers AE et al. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 2004, 23: 202–212.
11. Peterson GM, Wu MS, Bergin JK. Pharmacist's attitudes towards dispensing errors: their causes and prevention. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 1999, 24:57–71.
12. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 2002, 10:154–165.
13. Spath PL, ed. *Error reduction in health care: systems approach to improving patient safety*. San Francisco, Jossey-Bass, 1999.

Slide untuk Topik 6: Memahami dan Mengelola Risiko Klinis

Kuliah didaktik biasanya bukan cara terbaik untuk mengajarkan pelajar tentang keselamatan pasien. Jika kuliah digunakan, maka lebih baik merencanakan interaksi pelajar dan diskusi selama kuliah. Menggunakan studi kasus adalah salah satu cara untuk memunculkan diskusi kelompok. Cara lain adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada pelajar tentang berbagai aspek pelayanan kesehatan yang memberi solusi pada masalah yang terkandung dalam topik ini, seperti budaya menyalahkan, sifat kesalahan dan bagaimana kesalahan dikelola di industri lain.

Slide untuk Topik 6 dirancang untuk membantu guru menyampaikan isi dari topik ini. Slide dapat disesuaikan agar sesuai dengan lingkungan dan budaya lokal. Instruktur tidak harus menggunakan semua slide dan yang terbaik adalah untuk menyesuaikan slide dalam bidang materi yang tercakup dalam sesi pengajaran.

Semua nama obat yang digunakan sesuai dengan WHO International Non proprietary Names for Pharmaceutical Substances

(<http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>;

diakses pada 24 Maret 2011)

Topik 7

Menggunakan Metode Peningkatan Kualitas untuk Meningkatkan Pelayanan Kesehatan

Pengantar–Mengapa Pelajar perlu mengetahui metode untuk mengurangi risiko medis dan meningkatkan pelayanan kesehatan?



Sejak penelitian pertama tentang sejauh mana kerugian medis terjadi pada pasien, keselamatan pasien telah berkembang menjadi disiplin dengan dasar dan ilmu teoritis tentang metode keselamatan telah dirancang untuk mengukur kecelakaan medis. Hal ini dalam rangka melakukan perbaikan yang berarti dan berkelanjutan untuk mencegah peristiwa serupa terjadi di masa depan [1]. Tidaklah cukup kita sekedar mengakui adakecelakaan medis medis yang terjadi, kita juga harus memahami penyebabnya dan membuat perubahan yang diperlukan untuk mencegah kerugian pada pasien lebih lanjut. Emmanuel et al. menggambarkan ilmu keselamatan sebagai metode pengetahuan tentang keselamatan yang diperoleh dan diterapkan untuk menciptakan sistem yang kompeten untuk mengakomodir keselamatan. High Reliability Organization menerapkan perencanaan dalam menghadapi kesalahan medis dengan merancang operasi sistem yang relevan. Berbagai metode yang dikembangkan untuk tujuan ini banyak diantaranya berasal dari luar bidang kesehatan, seperti bidang teknik, psikologi, fisiologi manusia dan manajemen.

Kebanyakan pelajar akan terbiasa dengan praktik berbasis bukti, serta percobaan terkontrol secara acak, yang memungkinkan para peneliti untuk menentukan apakah pengobatan tertentu divalidasi dengan bukti atau hanya bersandar pada keyakinan praktisi. Metode penelitian ilmiah, seperti percobaan terkontrol secara acak, digunakan untuk mengukur efektivitas klinis; cara ini adalah standar emas dalam penelitian klinis. Penelitian tentang metode berkualitas menggunakan metodologi yang dirancang untuk mengukur elemen unik yang terkait dengan malpraktik, komponen kontekstual atau proses pelayanan yang dapat mengakibatkan kecelakaan medis dan kesalahan medis,

serta pengembangan dan pengujian solusi yang tepat. Hal ini dilakukan dengan cara tidak hanya menghitung frekuensi terjadinya suatu peristiwa kesalahan medis. Ketika masalah medisnya jelas dan pasien dirawat, maka pengobatan harus dilakukan sesegera mungkin. Seseorang tidak dapat mengontrol kejadian seperti dalam studi eksperimental. Dalam rangka untuk memahami apa yang terjadi dan mengapa hal itu terjadi, salah satu caranya adalah dengan mempelajari dan menganalisis peristiwa tertentu. Pengamatan dan kesimpulan kemudian digunakan untuk merancang sistem yang lebih aman. Selanjutnya dalam topik ini, Kami telah menggambarkan perbedaan pengukuran antara penelitian dan perbaikan proses.

Metode perbaikan kualitas telah digunakan selama beberapa dekade di industri lain. Sebaliknya, pelajar profesi kesehatan mungkin kurang familiar dengan tujuan peningkatan kualitas pelayanan, yang melibatkan perubahan cara pelayanan pekerja kesehatan dan fungsi sistem untuk mencapai hasil yang lebih baik pada pasien [2].

Keselamatan pasien memerlukan pemahaman mendalam tentang proses pelayanan pasien, serta kemampuan untuk mengukur hasil pasien dan menguji apakah prosedur medis yang digunakan efektif. Jika hasil dari pelayanan pasien tidak diukur, sulit untuk mengetahui apakah langkah-langkah yang diambil oleh petugas kesehatan sebenarnya memperbaiki situasi medis pasien. Hanya menerapkan protokol medis tidak memperbaiki masalah; karena bisa jadi ada faktor-faktor lain yang berkontribusi terhadap masalah selain fakta bahwa petugas medis tidak mengikuti langkah-langkah serta protokol medis yang benar. Memahami beberapa penyebab kecelakaan medis dan kesalahan medis memerlukan penggunaan metode yang dirancang untuk memahami semua kemungkinan penyebab kesalahan.

Ilmu keselamatan mencakup langkah-langkah untuk mencegah kecelakaan medis terjadi. Metode penelitian ilmiah perbaikan-terfokus dapat menggabungkan berbagai metodologi dan biasanya mempertimbangkan konteks dan kompleksitas perubahan sosial [1].

Pelaksanaan metode peningkatan paling berkualitas melibatkan tim dari orang-orang yang bekerja bersama-sama menggunakan proses untuk memperbaiki atau mencegah masalah tertentu. Tapi, pertama-tama, anggota tim perlu setuju bahwa masalah yang sedang ditangani adalah masalah yang layak diperbaiki. Pelajar didorong untuk mengetahui apakah fasilitas kesehatan di mana mereka bekerja memiliki program perbaikan kualitas dan apakah mereka bisa mengamati atau bergabung dalam tim untuk melakukan kegiatan perbaikan.

Pelajar dapat mulai memahami peran peningkatan kualitas dengan:

- bertanya dan belajar tentang alat-alat yang dapat digunakan untuk meningkatkan keselamatan pasien;
- mengakui bahwa ide positif tentang pengembangan keselamatan bisa berasal dari siapa pun;
- menyadari bahwa lingkungan lokal merupakan faktor kunci dalam proses perbaikan;
- menyadari bahwa cara berpikir dalam sistem dan cara individu bereaksi sama pentingnya dengan struktur dan proses di layanan medis;
- menyadari bahwa praktik inovatif dilakukan dengan mengadopsi proses baru;
- pemahaman bahwa pengukuran hasil pasien diperlukan untuk mendesain strategi yang tepat dan untuk mengevaluasi perbaikan.

Prinsip utama yang mendasari peningkatan pelayanan kesehatan adalah bahwa kualitas pelayanan bukan sesuatu yang dikendalikan dan ditentukan pada akhir proses, tapi bergantung pada seluruh proses. Topik ini menjelaskan beberapa teori yang mendasari prinsip ini.

Upaya tradisional untuk mempengaruhi tenaga medis untuk mengubah perilaku mereka, seperti memastikan kepatuhan terhadap protokol atau mempromosikan program kewaspadaan dalam hal interaksi obat sulit dicapai bagi banyak profesi kesehatan, seperti kedokteran, kedokteran gigi dan keperawatan. Tetapi dalam bidang seperti farmasi, lebih berhasil. Ada ribuan rekomendasi oleh ratusan komite dan kelompok profesional medis untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas pelayanan pasien selama beberapa dekade terakhir, namun kita telah melihat bahwa penerbitan bukti dalam jurnal kajian medis tidak dengan sendirinya menyebabkan dokter mengubah mereka Praktik yang lebih aman [3].

Serangkaian metode perbaikan telah dirancang untuk mengatasi kesenjangan ini dan memberikan para tenaga medis pandangan untuk:

(i) mengidentifikasi masalah; (ii) mengukur masalah; (iii) mengembangkan berbagai intervensi yang dirancang untuk memperbaiki masalah; dan (iv) menguji apakah intervensi medis tersebut efektif.

Identifikasi dan pemeriksaan dari setiap langkah pelayanan kesehatan adalah dasar dari metode perbaikan. Ketika setiap langkah dalam proses diperiksa, maka seseorang dapat memahami bagaimana faktor-faktor yang berbeda terhubung, berinteraksi dan bagaimana faktor tersebut dapat diukur. Pengukuran sangat penting untuk perbaikan keselamatan.

Kata Kunci

Peningkatan kualitas, siklus PDSA, konsep perubahan, variasi, metode perbaikan kualitas, alat perbaikan, flowchart, diagram sebab dan akibat (diagram Ishikawa / tulang ikan), grafik Pareto, histogram, menjalankan grafik.

Tujuan Pembelajaran

Menjelaskan prinsip-prinsip perbaikan dan metode dasar serta alat-alat yang digunakan untuk mengukur peningkatan keselamatan pasien

Hasil Pembelajaran : Pengetahuan dan Kinerja

Adalah penting bagi pelajar untuk memahami informasi yang disajikan dalam topik ini karena perbaikan hanya dapat dicapai melalui pengukuran kontinyu. Namun, topik menjadi salah satu yang paling sulit untuk diajarkan karena banyak organisasi kesehatan tidak memiliki sumber daya atau pengetahuan untuk mengukur aspek-aspek tertentu dari pelayanan kesehatan. Cara yang efektif bagi pelajar untuk memahami manfaat menggunakan metode perbaikan adalah dengan mengamati atau berpartisipasi dalam kegiatan perbaikan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pelajar juga dapat menerapkan prinsip-prinsip dan alat-alat yang disajikan dalam topik ini untuk menjalankan kegiatan untuk perbaikan diri mereka, seperti meningkatkan kebiasaan belajar, mengembangkan latihan, menghabiskan lebih banyak waktu dengan keluarga atau teman-teman.

Syarat Pengetahuan

Pelajar harus mampu menjelaskan:

- ilmu perbaikan;
- konsep dasar perubahan
- prinsip perbaikan;
- peran pengukuran dalam perbaikan.

Syarat Kinerja

- Mengidentifikasi peluang menggunakan ilmu keselamatan untuk menganalisis kesalahan.
- Menghargai berbagai metode perbaikan yang tersedia untuk mengurangi kerugian bagi pasien.
- Terapkan setidaknya satu cara perbaikan dalam konteks klinis tertentu.
- Berpartisipasi dalam kegiatan perbaikan (jika mungkin).

Perkembangan Ilmu Pengetahuan



Ilmu perbaikan berasal dari karya W.

Edwards Deming, Bapak Teori Perbaikan. Dia menggambarkan empat komponen berikut pengetahuan yang mendukung peningkatan [4]: apresiasi sistem; pengertian variasi; teori pengetahuan; dan psikologi.

Deming menyatakan bahwa kita tidak perlu memahami komponen secara mendalam untuk menerapkan pengetahuan [5]. Sebuah analogi yang digunakan oleh para ahli perbaikan adalah bahwa kita bisa mengendarai mobil tanpa memahami cara kerjanya [4, 6]. Pelajar memulai karir pelayanan kesehatan mereka hanya perlu pemahaman dasar tentang ilmu perbaikan. Yang paling penting adalah bahwa mereka tahu ada metode untuk meningkatkan proses pelayanan [7].

Menghargai Sistem

Dalam menerapkan konsep Deming untuk pelayanan kesehatan, kita harus ingat bahwa sebagian besar hasil pelayanan pasien melibatkan sistem yang kompleks mulai dari interaksi antara tenaga medis, prosedur dan peralatan, budaya organisasi, dan pasien. Oleh karena itu, penting bahwa pelajar memahami saling ketergantungan dan hubungan antara semua komponen ini (dokter, dokter gigi, apoteker, bidan, perawat, bersekutu tenaga medis, pasien, pengobatan, peralatan, prosedur, ruang perawatan dan sebagainya), sehingga meningkatkan akurasi atas prediksi mereka tentang dampak perubahan pada sistem.

Memahami Variasi

Variasi adalah perbedaan antara dua atau lebih hal yang sama, seperti tingkat yang berbeda dari keberhasilan pengobatan usus buntu yang dilakukan pada dua daerah yang berbeda dari negara atau tingkat yang berbeda dari kerusakan gigi pada dua wilayah yang berbeda. Ada variasi yang luas dalam pelayanan kesehatan, dan hasil pasien dapat berbeda dari satu lingkungan ke yang lain, dari satu rumah sakit ke yang lain, dari satu daerah ke daerah lain dan dari satu negara ke negara lain. Namun kita harus ingat bahwa variasi adalah elemen dari kebanyakan sistem. Kekurangan personil, peralatan, obat-obatan atau tidur dapat menyebabkan variasi pelayanan. Pelajar bisa membiasakan diri untuk bertanya pada guru dan pengawas mereka tentang hasil yang diharapkan dari pengobatan atau prosedur tertentu. Apakah tiga wanita yang dipindahkan ke rumah sakit setelah melahirkan bayi mereka di sebuah klinik pedesaan menunjukkan ada masalah dalam proses melahirkan? Apakah perawat yang bertugas ekstra waktu membuat perbedaan dalam pelayanan pasien? Apakah kegagalan menempatkan mahkota gigi restoratif menunjukkan adanya masalah dengan proses? Apakah ada kesalahan pengobatan yang

lebih sedikit saat apoteker terlibat dalam kunjungan bangsal antar pasien? Kemampuan untuk menjawab pertanyaan tersebut dan lainnya adalah bagian dari tujuan kegiatan peningkatan.

Teori Pengetahuan

Deming mengatakan bahwa teori pengetahuan mengharuskan kita untuk memprediksi bahwa perubahan yang kita buat akan menyebabkan hasil yang lebih baik. Memprediksi hasil perubahan merupakan langkah penting dalam proses perencanaan awal. Banyak pelajar akan memiliki pengalaman dengan prediksi tersebut, seperti membuat rencana studi tertulis untuk memprediksi informasi apa yang mereka perlu tahu untuk lulus ujian. Mereka dengan pengalaman tertentu dapat melakukan prediksi lebih baik dengan fokus tertentu. Misalnya, tenaga medis yang bekerja dalam situasi pelayanan kesehatan tertentu, seperti klinik pedesaan, mungkin lebih baik untuk memprediksi hasil perubahan dalam lingkungan tertentu. Karena mereka memiliki lebih banyak pengetahuan tentang klinik ini dan bagaimana cara mereka berfungsi (atau harus berfungsi), mereka dapat memprediksi cara perubahan tertentu dengan lebih baik dan akan memberikan pengaruh terhadap pasien dan keluarga mereka. Ketika tenaga medis memiliki pengalaman dan pengetahuan tentang bidang yang ingin ditingkatkan, perubahan yang mereka usulkan dapat menghasilkan perbaikan yang lebih baik. Membandingkan hasil dengan prediksi merupakan kegiatan pembelajaran penting. Membangun pengetahuan dengan membuat perubahan dan kemudian mengukur hasil atau mengamati perbedaan adalah dasar dari ilmu perbaikan.

Psikologi

Komponen terakhir adalah pentingnya memahami psikologi bagaimana orang berinteraksi satu sama lain dalam sistem. Setiap perubahan, besar atau kecil, akan berdampak dan pengetahuan psikologi dapat membantu kita memahami bagaimana orang akan bereaksi dan mengapa mereka mungkin menolak perubahan. Sebuah bangsal medis di rumah sakit, misalnya, terdiri dari sejumlah pasien yang akan sangat bervariasi dan begitu pula variasi reaksi mereka dalam situasi serupa, seperti pengenalan sistem pengawasan insiden untuk melacak kecelakaan medis. Potensi reaksi yang berbeda harus dipertimbangkan ketika perubahan dibuat.

Keempat komponen berikut membentuk pengetahuan sistem yang mendasari perbaikan. Menurut Deming, tidak mungkin terjadi perbaikan tanpa tindakan berikut: mengembangkan; menguji; dan menerapkan perubahan.

Konsep Dasar Perubahan



Nolan dan Schall [6] mendefinisikan konsep perubahan sebagai gambaran umum dengan keuntungan yang terbukti dan memiliki landasan ilmiah atau logis yang dapat merangsang ide-ide spesifik untuk perubahan yang mengarah pada perbaikan. Mereka mengidentifikasi berbagai sumber untuk berpikir tentang kemungkinan perubahan yang bisa berasal dari mana saja seperti berpikir kritis tentang sistem; berpikir kreatif; mengamati proses; ide dari literatur; saran pasien; atau wawasan yang diperoleh dari bidang ilmu yang sama sekali berbeda atau situasi yang berbeda.

Banyak orang secara intuitif menggunakan konsep perubahan dalam kehidupan mereka sehari-hari, seperti meminta perubahan untuk meningkatkan situasi tertentu, misalnya, kebiasaan belajar yang buruk, ketegangan dengan anggota keluarga atau kesulitan di tempat kerja. Mereka bertanya, "apa yang bisa saya lakukan untuk membuat situasi lebih baik, untuk membuat perbaikan?". Sebuah tim kesehatan yang ingin meningkatkan pelayanan pasien dapat mengambil konsep abstrak dan berusaha untuk menerapkannya pada lingkungan setempat, situasi tertentu atau tugas mereka atau meningkatkan kerja medis. Proses ini akan memperhitungkan aspek-aspek tertentu dari situasi lokal. Langkah ini penting karena melibatkan tim lokal dalam proses perbaikan. Anggota tim yang ambil bagian dalam proses akan lebih berkomitmen untuk melakukan proyek perbaikan.

Kotak B.7.1. Contoh Penerapan Perubahan Konsep

Penerapan CRM dalam Pelayanan Kesehatan

Sebuah tim kesehatan ingin mematuhi rekomendasi dari Pedoman WHO tentang Anak dalam Pelayanan Kesehatan. Mereka percaya pedoman itu adalah ide yang baik, khususnya karena Pedoman ini didasarkan pada bukti yang terdokumentasikan dalam literatur ilmiah dan pendapat ahli. Seseorang bisa memprediksi bahwa jika Pedoman ini digunakan, akan ada perbaikan selanjutnya, yaitu penurunan penularan infeksi melalui tangan oleh petugas kesehatan !

Pedoman A adalah contoh dari sebuah konsep abstrak. Tim kemudian akan membuat rencana yang lebih spesifik untuk menerapkan pedoman di tempat kerja mereka. Artinya, mereka akan menerapkan konsep abstrak untuk tujuan praktis yakni mengurangi infeksi di tempat kerja mereka. Jika konsep perubahan adalah abstrak, maka pedoman harus didukung dengan literatur dan bukti. Karena konsep dapat bersifat lokal dan praktis (terapan), harus semakin konkrit, secara logis terhubung dan peka terhadap situasi lokal.

Model Prinsip yang Mendasari untuk Perbaikan

Peningkatan kualitas mencakup setiap proses atau alat yang bertujuan untuk mengurangi kesenjangan kualitas dalam fungsi sistemik atau organisasi. Prinsip-prinsip dasar peningkatan kualitas yang cukup intuitif diantaranya adalah berfokus pada pasien / pelanggan, kepemimpinan yang kuat, keterlibatan semua anggota tim, penggunaan pendekatan proses, penggunaan pendekatan manajemen sistem, perbaikan terus-menerus, pendekatan faktual untuk pengambilan keputusan dan hubungan yang saling menguntungkan bagi semua pihak.

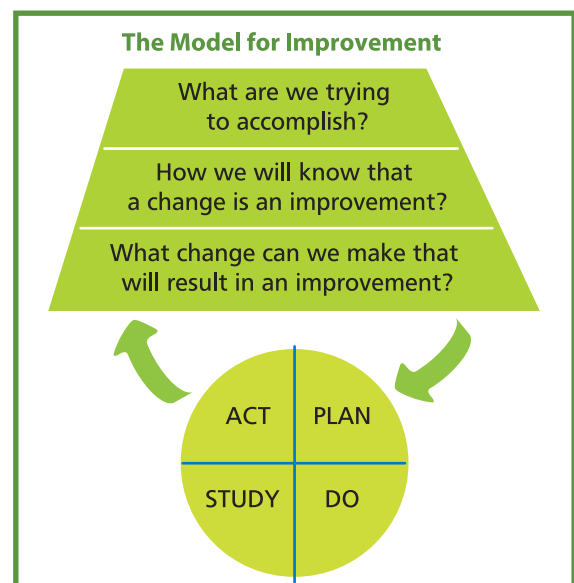
Peningkatan terdiri dari pengembangan pengetahuan dan menerapkan pengetahuan. Hampir semua model perbaikan terdiri dari fase pertanyaan siklus PDSA yang dijelaskan oleh Deming (lihat Gambar B.7.1 bawah).

Pertanyaan kunci dalam setiap proses perbaikan adalah:

1. apa yang kita coba untuk capai?
2. bagaimana kita tahu bahwa perubahan yang dibuat adalah perbaikan?
3. Perubahan apa yang bisa kita buat untuk menghasilkan perbaikan?

Memang bukan hal yang biasa untuk menggunakan pendekatan trial-and-error dalam membuat perubahan yang lebih baik. Pendekatan yang sama ini mendasari proses PDSA yang digunakan untuk membuat segala macam

Gambar B.7.1. Model Pengembangan



Sumber: Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

1. Apa yang kita coba untuk capai?

Mengajukan pertanyaan ini membantu fokus tim kesehatan pada bidang yang tertentu untuk ditingkatkan atau diperbaiki. Adalah penting bahwa setiap orang dalam tim setuju bahwa masalah ada dan yang akan lebih bermanfaat untuk mencoba dan memperbaikinya. Beberapa contoh diantaranya adalah:

- i. kita semua setuju bahwa tingkat infeksi pada pasien yang menjalani operasi lutut terlalu tinggi?
- ii. kita semua setuju bahwa kita membutuhkan sistem penunjukan yang lebih baik bagi menggunakan fasilitas klinik?
- iii. kita semua setuju bahwa cara obat disimpan di klinik gigi berisiko pada kerusakan obat?

Konfirmasi masalah mengharuskan adanya bukti pendukung (kualitatif atau kuantitatif) yang menunjukkan sejauh mana masalah terjadi. Misalnya, dengan contoh masalah di atas:

- i. Apakah kita memiliki angka yang menunjukkan tingkat infeksi yang tinggi?
- ii. Apakah ada keluhan tentang sistem janji yang digunakan di klinik?
- iii. Apakah ada obat yang tersimpan di klinik gigi

Memang bukan ide yang baik untuk menempatkan banyak usaha pada sesuatu yang hanya satu orang berpikir tentang masalah itu.

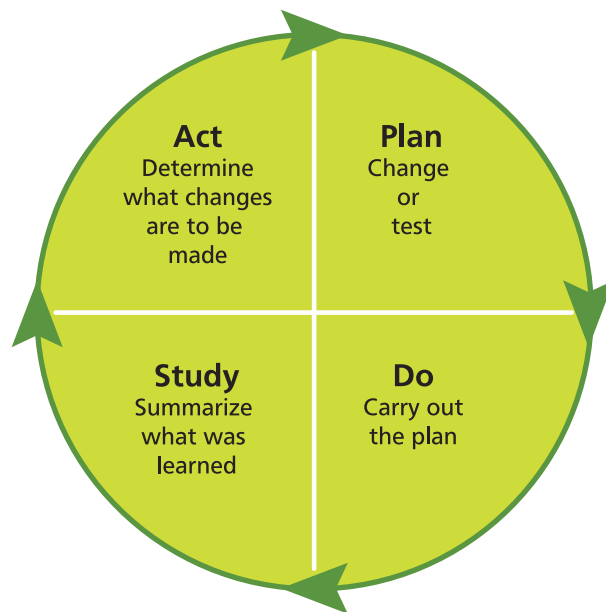
Banyak negara memiliki database nasional dan internasional tentang indikator penyakit tertentu. Database ini sangat berguna, terutama untuk melakukan benchmarking. Data-data ini penting karena memungkinkan tim untuk memfokuskan upaya mereka pada bidang pelayanan yang benar. Dalam beberapa kasus, mungkin tidak banyak data yang tersedia. Namun, terlepas dari sejauh mana informasi tersedia, cobalah untuk membuat perubahan sesederhana mungkin.

2. Bagaimana kita tahu bahwa perubahan yang dibuat adalah perbaikan?

Tenaga medis dan pelajar perlu untuk mengukur hasil / parameter sebelum dan setelah perubahan terjadi untuk melihat apakah tindakan tim yang diambil telah membuat perbedaan. Perbaikan yang terjadi dapat dibenarkan ketika data yang dikumpulkan menunjukkan bahwa situasi telah membaik dari waktu ke waktu. Perbaikan harus

dipertahankan sebelum tim dapat yakin bahwa perubahan mereka sudah efektif. Hal ini melibatkan tim untuk menguji intervensi yang berbeda yang memang dirancang sebelumnya dan diimplementasikan. Siklus PDSA yang ditunjukkan dalam diagram di bawah ini menjelaskan metode yang digunakan untuk membantu dalam cara pengujian untuk melihat apakah intervensi telah efektif.

Gambar B.7.2.
Siklus plan-do-study-act



Sumber : Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

Siklus dimulai dengan rencana dan berakhir dengan tindakan. Tahap studi ini dirancang untuk memperoleh informasi dan pengetahuan baru. Ini merupakan langkah penting dalam ilmu perbaikan karena informasi baru memungkinkan untuk melakukan prediksi yang lebih baik tentang efek perubahan. Penerapan model PDSA dapat sederhana atau kompleks, formal atau informal. Contoh-contoh praktis dari situasi di mana siklus PDSA dapat digunakan antara lain memperbaiki waktu menunggu di klinik, penurunan tingkat infeksi bedah di ruang operasi, mengurangi masa tinggal setelah operasi, meminimalkan kecelakaan gigi, mengurangi jumlah hasil tes dikirim pada orang yang salah dan meningkatkan proses melahirkan bagi perempuan. Kegiatan perbaikan memerlukan dokumentasi rinci, alat yang lebih kompleks untuk analisis data atau waktu lebih banyak untuk membuat diskusi dan mempertemukan tim. Model PDSA bergantung pada format yang berulang-ulang sampai perbaikan telah dibuat dan berkelanjutan.

Masalah yang harus dipertimbangkan ketika memulai proyek perbaikan

Aspek berikut dapat dipertimbangkan ketika menetapkan metode perbaikan.

Sebuah tim perlu dibentuk

Melibatkan orang yang tepat pada tim proses perbaikan sangat penting agar perbaikan berjalan sukses. Tim dapat bervariasi ukuran dan komposisinya, dan bangunan organisasi tim disesuaikan dengan kebutuhan sendiri. Misalnya, jika tujuan dari proyek ini adalah untuk meningkatkan perencanaan proses keluar pasien dari layanan medis, maka tim harus dari orang-orang yang tahu tentang proses tersebut seperti perawat, dokter pelayanan primer, apoteker, dokter gigi atau bidan (tergantung pada pasien yang bersangkutan).

Tim perlu menentukan tujuan obyektid proses perbaikan

Proses perbaikan memerlukan penentuan tujuan dan sasaran. Tujuan pada waktu tertentu dan harus terukur dan juga harus mendefinisikan populasi spesifik pasien yang akan terpengaruh. Hal ini membantu tim untuk fokus.

Tim perlu membangun bagaimana cara mengukur perubahan

Tim menggunakan ukuran kuantitatif untuk menentukan apakah perubahan tertentu sebenarnya mengarah ke perbaikan

Tim perlu memilih perubahan yang akan dibuat

Semua perbaikan memerlukan perubahan, tetapi tidak semua perubahan menghasilkan perbaikan. Organisasi, oleh karena itu, harus mengidentifikasi perubahan yang paling mungkin diperbaiki.

Tim perlu mengetes perubahan

Siklus PDSA adalah istilah untuk menguji perubahan dalam pengaturan kerja nyata, termasuk merencanakan perubahan, mencoba, mengamati hasil dan bertindak atas apa yang telah dipelajari. PDSA adalah contoh dari metode ilmiah.

Tim perlu menerapkan perubahan

Setelah menguji perubahan dalam skala kecil, belajar dari setiap tes dan menyempurnakan perubahan melalui beberapa siklus PDSA, tim dapat menerapkan perubahan pada skala yang lebih luas misalnya, untuk populasi percontohan pada seluruh fasilitas pelayanan kesehatan.

Tim perlu meluaskan jangkauan perubahan

Keberhasilan pelaksanaan perubahan pada populasi contoh atau seluruh unit kemudian dapat diperluas jangkauan perubahan ke bagian lain dari organisasi atau organisasi lain

Peran Pengukuran Perubahan

Kegiatan perbaikan kualitas membutuhkan tenaga medis untuk mengumpulkan dan menganalisis data yang dihasilkan dari proses pelayanan kesehatan. Misalnya, pelajar tidak bisa belajar perubahan kebiasaan belajar tanpa mendapatkan beberapa informasi tentang kebiasaan mereka saat belajar dan lingkungan di mana mereka tinggal dan belajar. Mereka harus terlebih dahulu memeriksa data untuk melihat apakah ada masalah dengan kebiasaan belajar mereka. Kemudian mereka harus memutuskan informasi apa yang diperlukan untuk mengukur apakah perbaikan telah dibuat.

Tabel B.7.1. Pengukuran yang Berbeda untuk Tujuan yang Berbeda



	Pengukuran untuk Penelitian	Pengukuran untuk Pembelajaran dan Proses Pengembangan
Tujuan	Untuk menemukan pengetahuan baru	Untuk membawa pengetahuan baru dalam praktek sehari-hari
Tes	Satu tes besar	Banyak berurutan, tes pengamatan
Bias	Kontrol untuk sebanyak mungkin bias berurutan, tes yang bisa diamati	Menstabilkan bias dari tes untuk menguji
Data	Kumpulkan data sebanyak mungkin "Untuk berjaga-jaga"	Kumpulkan hanya cukup data untuk belajar dan lengkap dari siklus lain
Durasi	Membutuhkan waktu yang lama untuk mendapatkan hasil	Tes kecil perubahan signifikan untuk mempercepat tingkat perbaikan

Sumber: Institute for Healthcare Improvement

(<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Measures/> [8]).

Dalam analogi ini, tujuan dari proyek perbaikan adalah untuk membuat perubahan kebiasaan belajar pelajar, yang mengarah kepada keberhasilan ujian, bukan hanya mengidentifikasi pelajar kebiasaan belajar yang buruk.

Studi pengukuran merupakan komponen penting perbaikan karena membuat orang untuk melihat apa yang mereka lakukan dan bagaimana mereka melakukannya. Semua metode perbaikan mengandalkan pengukuran. Sebagian besar kegiatan dalam pelayanan kesehatan dapat diukur, meskipun sekarang belum. Ada bukti kuat yang menunjukkan bahwa ketika orang menggunakan alat yang tepat untuk mengukur perubahan, perbaikan signifikan dapat dibuat. Para pelajar dalam contoh di atas hanya akan mengetahui apakah mereka telah meningkatkan kebiasaan belajar mereka dengan mengukur sebelum dan setelah situasi perubahan dilakukan. Tabel B.7.1 memberikan contoh beberapa perbedaan dalam pengukuran antara penelitian dan perbaikan.

Ada tiga jenis langkah-langkah yang digunakan dalam perbaikan: ukuran hasil; mengukur hasil; dan menyeimbangkan ukuran.



Mengukur Hasil

Contoh mengukur hasil meliputi mengukur frekuensi kecelakaan medis, jumlah kematian yang tak terduga, survei kepuasan pasien dan proses lainnya yang mengukur pengalaman pasien dan keluarga mereka. Cara ini termasuk survei, audit catatan medis dan metode lainnya, seperti wawancara, untuk memastikan kejadian kecelakaan medis atau persepsi masyarakat 'atau sikap mengenai layanan dan tingkat kepuasan dengan fasilitas pelayanan kesehatan.

Beberapa contoh spesifik meliputi:

- akses: janji dan waktu tunggu pemeriksaan;
- pelayanan kritis: jumlah kematian di departemen darurat atau jumlah peristiwa yang mendekati kematian karena perdarahan postpartum atau eklampsia;
- sistem pengobatan: jumlah dosis obat atau kesalahan administrasi yang terjadi atau terdeteksi.

Dalam audit catatan medis, tanda merah digunakan untuk mengidentifikasi dan mengukur frekuensi kecelakaan medis.

Mengukur Proses

Mengukur proses mengacu pada pengukuran sistem kerja. Pengukuran berfokus pada komponen sistem yang terkait dengan hasil negatif tertentu dan bertentangan dengan kejadian tersebut. pengukuran ini biasanya digunakan

ketika tenaga medis senior atau manajer layanan medis ingin mengetahui seberapa baik bagian atau aspek dari pelayanan kesehatan atau sistem bekerja yang dilakukan.

Beberapa contoh spesifik:

- pelayanan bedah: waktu penyelesaian jahit bedah;
- pemberian obat: keterlambatan pemberian obat, memperhitungkan faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian resep, dan pemberian obat;
- keterlambatan transfer pasien dalam bangsal medis;
- akses: jumlah hari dimana ICU penuh dan tidak ada tempat tidur cadangan.

Menyeimbangkan Ukuran

Pengukuran ini digunakan untuk memastikan bahwa perubahan tidak menciptakan masalah tambahan. Pengukuran digunakan untuk memeriksa layanan atau organisasi dari perspektif yang berbeda. Sebagai contoh, jika pelajar mengubah kebiasaan belajar mereka dengan cara yang mengurangi waktu bertemu dengan teman-teman, mungkin ada efek negatif pada kesejahteraan mereka. Sebuah contoh dari menyeimbangkan ukuran dalam konteks kesehatan adalah memastikan bahwa upaya untuk mengurangi lama tinggal di rumah sakit pada sekelompok pasien tertentu tidak menyebabkan peningkatan tingkat rawat lanjutan pasien yang disebabkan karena pasien tidak mengetahui cara tepat untuk merawat diri mereka sendiri.

Contoh Metode Perbaikan



Ada sejumlah contoh metode perbaikan dalam pelayanan kesehatan. Banyak pelajar akan familiar dengan metode yang digunakan dalam tempat kerja mereka masing-masing saat fase kerja mereka berlanjut. Dr Brent James (USA) [9] telah membuat peningkatan yang signifikan dalam pelayanan kesehatan menggunakan metode yang disebut perbaikan praktik klinis (Clinical Practice Improvement). Dua metode populer lainnya yang digunakan di banyak negara adalah penyebab analisis akar (Root Cause Analysis) dan failure modes and effects analysis (FMEA). Ketiga model untuk perbaikan dijelaskan secara singkat di bawah.

Pengembangan Praktek Klinis : Clinical practice improvement (CPI)

Metodologi CPI digunakan oleh para tenaga medis untuk meningkatkan kualitas dan keamanan pelayanan kesehatan. metode dilakukan melalui pemeriksaan rinci dari proses dan hasil dalam pelayanan klinis. Keberhasilan proyek CPI tergantung pada tim yang terdiri dari masing-masing lima tahap berikut.

Fase Proyek

Anggota tim perlu bertanya pada diri sendiri apa yang mereka ingin perbaiki atau capai. Mereka dapat melakukannya dengan mengembangkan pernyataan misi atau tujuan yang menjelaskan apa yang mereka ingin lakukan dalam beberapa kalimat. Pasien harus selalu dianggap sebagai anggota tim. Pada tahap ini, tim harus mempertimbangkan jenis tindakan yang akan mereka lakukan.

Fase diagnosa

Beberapa masalah yang menjengkelkan namun tidak layak diperbaiki karena manfaat yang sedikit atas perbaikan. Oleh karena itu, tim perlu menanyakan apakah masalah yang mereka identifikasi layak diperbaiki. Tim harus menetapkan tingkat masalah dengan mengumpulkan sebanyak mungkin informasi tentang masalah. Tim juga perlu memahami harapan para peserta. Sebuah latihan Brainstorming pada tim dapat menghasilkan perubahan yang menyebabkan perbaikan. Keputusan tentang bagaimana mengukur perbaikan apapun harus dilakukan selama fase ini.

Fase Intervensi



Pada fase ini, tim akan bekerja pada masalah yang dianggap ada dan solusi yang mungkin ditawarkan. Setiap solusi yang diusulkan harus diuji melalui proses trial-and-error, menggunakan siklus PDSA untuk menguji perubahan, mengamati hasil dari perubahan ini dan menjaga tim tetap bekerja.

Fase hasil dan implementasi



Fase ini adalah waktu untuk mengukur dan mencatat hasil percobaan intervensi. Apakah intervensi menghasilkan perbedaan?

Efek dari semua perubahan perlu diukur, sehingga perubahan bisa dianggap membuat perbedaan. Jika tidak, kita tidak bisa mengesampingkan kemungkinan bahwa setiap perkembangan positif bukanlah hasil dari kebetulan atau kejadian satu-kali. Tujuannya adalah untuk memperkenalkan perubahan yang menghasilkan perbaikan yang berkelanjutan. Data yang menunjukkan hasil perubahan ditampilkan dengan menggunakan grafik dan metode statistik yang sesuai. Menggunakan kebiasaan belajar pelajar sebagai contoh, kita dapat mengatakan bahwa pelajar telah meningkatkan kebiasaan belajar mereka jika mereka telah mempertahankan perubahan kebiasaan belajar selama beberapa bulan dan tidak kembali ke kebiasaan lama.

Fase Perbaikan dan Melanjutkan



Tahap akhir tim perlu mengembangkan dan menyepakati proses pengawasan dan merencanakan perbaikan

terus-menerus. Perbaikan yang dilakukan sekarang akan menjadi kegagalan di masa depan jika tidak ada rencana bagaimana perbaikan akan dipertahankan. Fase ini melibatkan standarisasi proses dan sistem kerja yang, serta dokumentasi kebijakan, prosedur, protokol dan pedoman yang relevan. Fase ini juga dapat melibatkan pengukuran dan tinjauan untuk memungkinkan perubahan menjadi rutinitas, serta pelatihan dan pendidikan staf.

Contoh Proyek CPI

Contoh proyek CPI berikut akan membantu pelajar memahami metode ini dan bagaimana metode ini digunakan dalam proses perbaikan. Kasus yang digunakan di bawah ini menggambarkan proyek yang dilaksanakan dalam program CPI oleh Northern Centre for Health-care Improvement (Sydney, New South Wales, Australia). Nama rumah sakit dan nama-nama peserta telah dihapuskan. Judul proyek adalah Accelerated Recovery from Colectomy Surgery atau Percepatan Pemulihan Bedah Kolektomi .

Hal pertama yang dilakukan tim adalah mengidentifikasi apa yang perlu diperbaiki. Apakah lama rawat inap pasien operasi kolektomi lebih lama dari yang seharusnya? Berikut pernyataan misi:

Untuk mengurangi lama tinggal pasien yang menjalani operasi kolektomi dari 13 hari sampai 4 hari dalam waktu enam bulan di rumah sakit pusat.

Langkah berikutnya dalam proses ini adalah memastikan bahwa tim yang tepat dipilih untuk melaksanakan proyek ini. Anggota tim harus memiliki pengetahuan dasar yang diperlukan untuk menangani tugas.

Anggota tim pembimbing:

- manajer pelayanan kesehatan;
- pejabat eksekutif rumah sakit;
- direktur pelayanan untuk rumah sakit;
- konsultan perawatan klinis daerah (manajemen sakit);
- mengunjungi petugas medis (dokter bedah).

Anggota tim proyek:

- Konsultan perawatan klinis daerah, Manajer penyakit (pemimpin tim);
- dokter bedah umum;
- dokter anestesi;
- Perawat penyakit akut;
- Klinik perioperatif;
- Perawat petugas operasi yang terdaftar;
- apoteker;
- fisioterapis;
- ahli gizi;
- pasien.

Kami akan kembali dengan contoh ini nanti dalam bab ini

Root cause analysis - Analisa Akar Penyebab

Banyak rumah sakit dan institusi pelayanan kesehatan menggunakan proses yang disebut analisis akar penyebab (RCA) untuk menentukan penyebab dari kesalahan medis. RCA pertama kali dikembangkan di bidang teknik dan sekarang digunakan di banyak industri, termasuk pelayanan kesehatan. RCA digunakan setelah insiden terjadi untuk mengungkap penyebab utama. Karena itu, fokusnya adalah pada insiden tertentu dan keadaan sekitarnya. Namun, ada banyak pelajaran yang bisa diperoleh dari proses retrospektif ini yang dapat mencegah insiden serupa terjadi di masa depan.

RCA adalah proses tertentu yang bertujuan untuk mengeksklore faktor yang mungkin terjadi terkait dengan kecelakaan dan mempertanyakan apa yang terjadi, mengapa terjadi dan apa yang bisa dilakukan untuk mencegahnya terjadi lagi.

Pekerja medis perlu mendapatkan pelatihan terkait metode ini sebagaimana halnya dengan metode CPI. Banyak negara telah memperkenalkan program pelatihan untuk membantu pekerja medis mengembangkan kemampuan dalam melakukan metode RCA. Institusi medis di Amerika dan rumah sakit di Australia telah mengadopsi metode RCA untuk menginvestigasi kesalahan medis. Model yang diterapkan di Amerika Serikat telah menjadi prototip untuk organisasi pelayanan kesehatan di seluruh dunia.

Sulit bagi tim tenaga medis untuk melakukan RCA tanpa dukungan dari organisasi, termasuk dukungan personal, waktu, manajer, dokter, dan kepala eksekutif. Model RCA di Amerika Serikat telah mengembangkan panduan untuk staf tentang bidang tertentu dan pertanyaan untuk mengungkap faktor yang mungkin terlibat dalam insiden.

1. Komunikasi: Apakah pasien diidentifikasi dengan benar? Apakah informasi penilaian pasien dilakukan secara bersama-sama oleh anggota tim pelayanan secara tepat waktu?
2. Lingkungan: Apakah lingkungan kerja didesain untuk mendukung fungsinya? Apakah ada penilaian risiko lingkungan?
3. Peralatan: Apakah peralatan dirancang untuk tujuan tertentu? Apakah ada ulasan tentang risiko keselamatan didokumentasikan dan dilakukan pada peralatan?
4. Hambatan: Apa hambatan dan kontrol yang terkait dengan kejadian ini? Apakah hambatan dan kontrol dirancang untuk melindungi pasien, staf, peralatan dan lingkungan?
5. Aturan, kebijakan dan prosedur: Apakah ada rencana manajemen secara keseluruhan untuk mengatasi risiko dan menentukan tanggung jawab risiko? Apakah ada

audit sebelumnya dilakukan pada kejadian medis serupa? Jika demikian, apa saja penyebab yang telah diidentifikasi dan apakah intervensi yang efektif dikembangkan dan diimplementasikan secara tepat waktu?

6. Kelelahan / penjadwalan: Apakah tingkat getaran, kebisingan dan kondisi lingkungan lainnya sesuai? Apakah pekerja medis mendapatkan tidur yang cukup?

Semua rekomendasi harus mengatasi akar penyebab masalah. Rekomendasi harus spesifik, konkret dan mudah dipahami. Rekomendasi harus realistis dan mungkin melaksanakannya. Peran dan tanggung jawab untuk pelaksanaannya harus didefinisikan secara jelas, bersama dengan kerangka waktu untuk pelaksanaannya.

Failure mode and effect analysis (FMEA)

Latar Belakang

Tujuan dari FMEA adalah untuk mencegah masalah pelayanan muncul sebelum masalah terjadi. FMEA awal mulanya berasal dari militer Amerika Serikat di bawah Prosedur Militer MIL-P-1629, dan sekarang digunakan sebagai Standar Militer 1629a, Prosedur untuk menganalisa efek modus kegagalan dan analisis kekritisan situasi [10]. Pada tingkat yang paling dasar, FMEA berguna untuk mengidentifikasi efek dari kegagalan komponen. Karena kegagalan ini belum terjadi, kegagalan dinyatakan dalam notasi probabilitas dari kemungkinan dan signifikansi dampak. Tim kemudian menggunakan informasi ini untuk melakukan perbaikan kualitas dalam organisasi masing-masing. Pelaksanaan perbaikan kualitas FMEA berbasis pelayanan kesehatan mulai digunakan pada tahun 1990-an. Sejak itu, penggunaan FMEA telah diperluas, terutama dalam pengaturan rawat inap. Pertumbuhan ini domain pelayanan kesehatan adalah karena untuk fakta bahwa domain itu sekarang digunakan oleh organisasi yang mengakreditasi rumah sakit, serta penjabaran berdasarkan teknik-bahasa FMEA ke dalam bahasa lebih mudah untuk diakses oleh para tenaga medis.

FMEA: Gambaran Besar

FMEA adalah sebuah pendekatan yang berusaha untuk menemukan dan mengidentifikasi kemungkinan kegagalan dalam sistem dan menerapkan strategi untuk mencegah kegagalan dari terjadi. FMEA biasanya berupa komponen untuk peningkatan kualitas yang lebih besar yang dilakukan oleh organisasi kesehatan dan melibatkan proses tiga langkah:

1. Penilaian Risiko
 - a) identifikasi kerusakan-melibatkan pertimbangan bukti dan proses hasil pertanyaan terkait bahaya.
 - b) analisis sistem-meliputi diagram proses pelayanan.

keseluruhan yang ada dan menilai setiap potensi risiko yang terkait bahaya. Dalam langkah ini FMEA dilakukan

c) karakterisasi Risiko- temuan dari dua langkah pertama diintegrasikan. Pada langkah ini, asumsi, ketidakpastian dan penilaian disajikan. Berdasarkan persetujuan, daftar tindakan yang harus diambil untuk mengurangi risiko tersebut kemudian dikembangkan.

2. Pelaksanaan

3. Evaluasi.

Pengetahuan dan Kemampuan Dasar

Untuk memahami dasar-dasar FMEA, pelajar harus memahami konsep pemetaan proses dan peran kerja tim. Pemetaan proses adalah proses yang digunakan dalam semua bidang produksi, tetapi dalam pelayanan kesehatan hal itu hanya mengacu pada identifikasi semua langkah yang terlibat dalam memberikan pelayanan dan mendapatkan gambaran yang jelas tentang cara pelayanan kesehatan diatur dan dioperasikan.

Tujuan dari tim pemecahan masalah adalah untuk melakukan brainstorming semua cara di mana langkah-langkah tertentu dalam proses pelayanan bisa gagal. Sebuah elemen khusus dari FMEA adalah tim dapat mengukur modus kegagalan dengan mengambil contoh kegagalan, kejadian dan deteksi skor untuk menghasilkan sejumlah risiko-prioritas. Masing-masing dari tiga bilangan biasanya dinilai pada skala 1-10. Jumlah prioritas risiko memfasilitasi peringkat perintah, yang membantu tim pemecahan masalah untuk mengarahkan upaya mereka pada komponen proses yang perlu dan paling mudah diatasi.

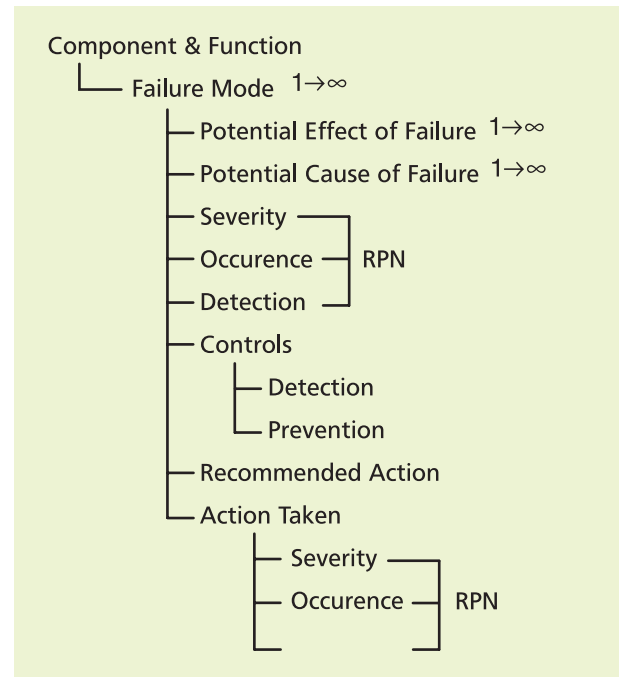
Membangun FMEA adalah kegiatan tim yang didorong dengan aktif yang dapat meemakan beberapa sesi musyawarah. Elemen penting dari metode ini adalah bahwa pemecahan masalah terjadi dalam tim yang terdiri dari orang-orang dengan beragam keterampilan, latar belakang, dan keahlian. Kelompok lebih baik berupa tim pemecah masalah daripada individu, terutama ketika tugas yang kompleks dan memerlukan pertimbangan dan integrasi dari banyak komponen. Selanjutnya, keputusan kelompok dicapai melalui musyawarah koperasi dan saling menghormati secara konsisten keputusan yang dibuat oleh individu atau kelompok sebagai kebijakan mayoritas [11].

Masalah yang dieksplorasi dimulai pada tahap orientasi, diikuti dengan evaluasi tim atau penilaian dari masalah. Akhirnya, keputusan dibuat dan kesepakatan dicapai tentang tindakan yang diambil. Tim pemecahan masalah yang efektif harus merumuskan tujuan pekerjaan mereka,

dan memungkinkan ekspresi terbuka atas perbedaan dan pemeriksaan perbandingan serta perbedaan alternatif. Para anggota tim yang efektif mendengarkan dan mendukung satu sama lain.

Ada banyak template dan format FMAE yang tersedia, tetapi semuanya mengikuti struktur dasar yang ditunjukkan pada Gambar B.7.3.

Gambar B.7.3.
FMEA Komponen dan Fungsi



Sumber: FMEA [web site] <http://www.fmea-fmeca.com/index.html>[12].

Risk Priority Number (RPN) adalah ukuran yang digunakan ketika menilai risiko untuk membantu mengidentifikasi mode kegagalan kritis terkait dengan desain atau proses. Nilai-nilai RPN berkisar dari 1 (terbaik) sampai 1000 (terburuk mutlak). FMEA RPN umumnya digunakan dalam industri otomotif dan itu agak mirip dengan nomor kekritisan yang digunakan di Mil-Std-1629A (Standar Militer Amerika Serikat untuk melakukan FMEA). Grafik di atas menunjukkan faktor-faktor yang membentuk RPN dan bagaimana dihitung untuk setiap mode kegagalan [12].

Alat untuk Menilai Masalah yang mendasari dan progres

Berikut adalah alat untuk mengorganisir dan menganalisa data yang umum digunakan dalam upaya perbaikan kualitas pelayanan kesehatan. Alat tersebut semuanya relatif mudah digunakan.

Banyak layanan kesehatan, seperti rumah sakit dan klinik, secara rutin mengumpulkan dan menggunakan data tentang layanan yang disampaikan dan data analisa statistik untuk melaporkan kepada otoritas kesehatan setempat atau kepala dinas kesehatan.

Alat berikut yang umum digunakan dalam upaya kualitas perbaikan: flowchart; sebab dan akibat diagram (juga dikenal sebagai Ishikawa atau diagram tulang ikan); Grafik Pareto; dan grafik berjalan. Penjelasan dari alat ini disediakan di bawah ini.

Flowchart

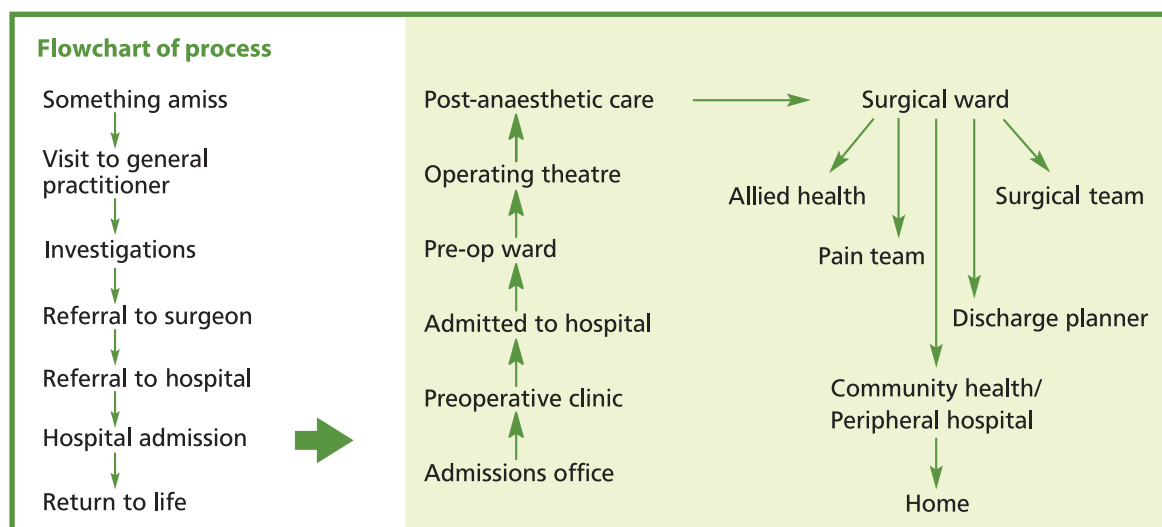
Flowchart memungkinkan tim untuk memahami langkah-langkah yang terlibat dalam berbagai proses pelayanan kesehatan untuk pasien, seperti pasien yang menjalani pengobatan atau prosedur tertentu. Sebuah flowchart adalah metode bergambar yang menunjukkan semua langkah atau bagian dari sebuah proses. Sistem pelayanan kesehatan yang sangat kompleks dan, sebelum kita bisa memperbaiki masalah, kita perlu memahami bagaimana bagian-bagian yang berbeda dari sistem yang bersangkutan berkaitan dan fungsi. Flowchart lebih akurat ketika sejumlah orang membangun dan memberikan kontribusi untuk pengembangannya. Akan sangat sulit jika hanya satu orang yang membangun sebuah flowchart akurat karena dia mungkin tidak familiar dengan berbagai tindakan yang terjadi dalam situasi tertentu atau memiliki akses ke dokumentasi layanan yang disediakan. Ketika beberapa anggota tim terlibat dalam konstruksi flowchart, maka flowchart adalah cara yang baik untuk menggambarkan apa yang sebenarnya dilakukan tiap individu di tempat kerja, bukan apa yang orang lain pikir mereka lakukan.

Meskipun tindakan dijelaskan oleh anggota tim mungkin berbeda dari posisi resmi organisasi, adalah penting bahwa flowchart menggambarkan apa yang sebenarnya terjadi. Flowchart ini kemudian dapat memberikan titik referensi dan bahasa umum bahwa semua anggota tim dapat berbagi. Konstruksi yang tepat dari flowchart memungkinkan gambaran yang akurat dari proses. flowchart menggambarkan proses nyatanya, bukan yang diinginkan satu sama lain.

Ada dua jenis flowchart, flowchart tingkat tinggi dan flowchart rinci, dan keduanya memiliki berbagai manfaat. keduanya dapat digunakan untuk menjelaskan proses yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Flowchart juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi langkah-langkah yang tidak menambah nilai proses, termasuk keterlambatan, kerusakan dalam komunikasi, keperluan penyimpanan dan transportasi, pekerjaan yang tidak perlu, duplikasi dan biaya tambahan lainnya. Flowchart dapat membantu petugas kesehatan mengembangkan pemahaman bersama tentang proses dan menggunakan pengetahuan ini untuk mengumpulkan data, mengidentifikasi masalah, membuat fokus diskusi dan mengidentifikasi sumber. Grafik ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk merancang cara baru untuk memberikan pelayanan kesehatan. Petugas kesehatan yang mendokumentasikan proses tersebut juga mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang peran dan fungsi masing-masing.

Tidak semua flowchart terlihat sama. Gambar B.7.4 menunjukkan flowchart yang dikembangkan oleh tim yang ingin mengurangi lama rawat inap pasien kolektomi di rumah sakit dari 13 hari sampai 4 hari dalam waktu enam bulan.

Gambar B.7.4. Contoh Flowchart



Sumber: Example of a flow chart from: Accelerated Recovery Colectomy Surgery (ARCS) North Coast Area Health Service, Australia.

Diagram Sebab Akibat



Diagram sebab dan akibat digunakan untuk mengeksplorasi dan menampilkan semua kemungkinan penyebab efek tertentu. Jenis diagram juga disebut Ishikawa atau diagram tulang ikan. Grafik diagram sebab akibat menampilkan hubungan penyebab terhadap efek dan satu sama lain. Diagram ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi beberapa faktor yang dapat

menyebabkan efek. Jenis diagram ini dapat membantu fokus tim pada bidang tertentu untuk dilakukan perbaikan. Isi dari masing-masing lengan diagram yang dihasilkan oleh anggota tim saat mereka melakukan brainstorming tentang kemungkinan penyebab. Diagram tulang ikan yang ditunjukkan pada Gambar B.7.5 adalah hasil brainstorming tim tenaga medis yang bekerja untuk mengurangi lamanya rawat inap pasien kolektomi di rumah sakit.

Gambar B.7.5. Contoh Diagram Sebab Akibat



Sumber: Example of a flowchart from: Accelerated Recovery Colectomy Surgery (ARCS) North Coast Area Health Service, Australia.

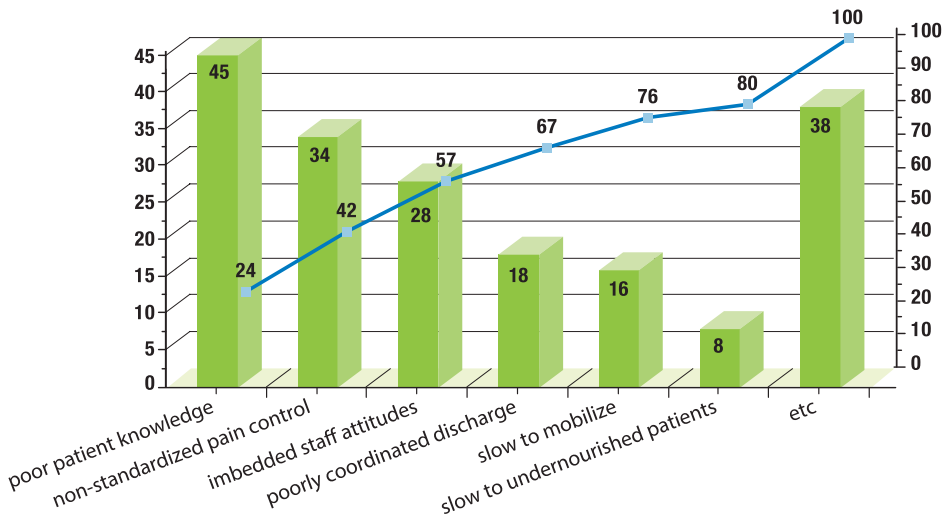
Diagram Pareto



Pada tahun 1950, Dr Joseph Juran [13] menggunakan istilah Prinsip Pareto untuk menggambarkan sebagian besar masalah kualitas yang disebabkan oleh sejumlah kecil penyebab. Prinsip ini menyatakan bahwa beberapa jumlah faktor yang berkontribusi pada sebagian besar efek yang digunakan untuk memfokuskan upaya pemecahan masalah tim. Hal ini dilakukan dengan memprioritaskan masalah, menyoroti fakta bahwa sebagian besar masalah dipengaruhi oleh beberapa faktor dan menunjukkan cara

memecahkan masalah dan dalam rangka apa. Diagram Pareto adalah diagram batang di mana beberapa faktor yang berkontribusi terhadap efek keseluruhan disusun dalam urutan, menurut besarnya efek relatif. Urutan faktor merupakan langkah penting karena membantu tim berkonsentrasi pada upaya faktor-faktor yang memiliki dampak terbesar. Hal ini juga membantu mereka untuk menjelaskan alasan mengapa berkonsentrasi pada bidang tertentu.

Gambar b.7.3. FMEA Komponen dan Fungsi



Sumber: Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

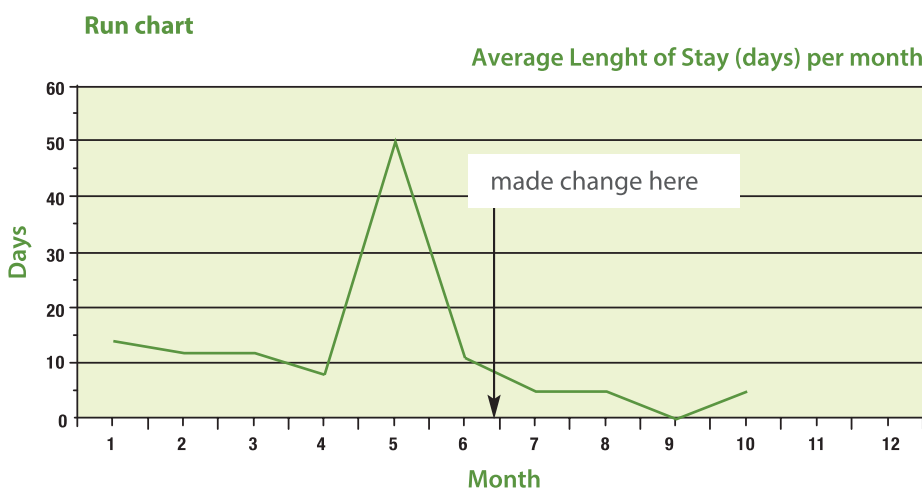
Diagram Berjalan



Gambar B.7.7 menunjukkan diagram berjalan yang dihasilkan oleh tim dasar rumah sakit yang melacak perbaikan dari waktu ke waktu. Diagram berjalan atau plot waktu adalah grafik dari data yang dikumpulkan dari waktu ke waktu yang dapat membantu tim menentukan apakah perubahan telah menghasilkan perbaikan dari waktu ke waktu atau apakah hasil yang diamati merupakan fluktuasi acak (yang mungkin salah diinterpretasikan sebagai peningkatan yang signifikan). Grafik membantu

untuk mengidentifikasi apakah ada tren pada kejadian tertentu. Sebuah tren terbentuk ketika serangkaian poin berturut-turut terus menurun atau naik. Diagram berjalan dapat membantu tim menilai bagaimana proses tertentu telah dilakukan dan mengidentifikasi ketika perubahan telah menghasilkan peningkatan yang benar.

Gambar b.7.7. Contoh Grafik Berjalan



Sumber : Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

Histogram

Histogram adalah jenis grafik batang. Sebuah histogram adalah representasi grafis dari distribusi variabel probabilitas, yang menunjukkan frekuensi titik data dalam wilayah diskrit

Strategi untuk Mempertahankan Perbaikan



Membuat perbaikan bukanlah akhir dari proses; perbaikan perlu dipertahankan dari waktu ke waktu. Ini berarti harus ada pengukuran terus-menerus dan penyesuaian melalui siklus PDSA. Strategi berikut diidentifikasi oleh tim yang ingin mengurangi lama rawat inap pasien kolektomi di rumah sakit setelah operasi:

- Mendokumentasikan lama masing-masing pasien tinggal di rumah sakit;
- menghitung rata-rata lama menginap bulanan;
- Menempatkan diagram berjalan yang terus diperbarui tentang penggunaan ruang operasi bulanan;
- mengadakan pertemuan tim dua bulanan untuk membahas perkembangan positif dan negatif;
- terus memperbaiki jalur klinis;
- melaporkan hasil-hasil kepada kelompok klinis yang berwenang;
- menyebar praktik ini untuk semua tim bedah di rumah sakit dan di seluruh wilayah.

Dengan menerapkan strategi ini, tim berhasil mengurangi lama rawat inap pasien operasi kolektomi di rumah sakit. Dengan melakukannya, tim telah meningkatkan kualitas pelayanan pasien secara signifikan, mengurangi risiko infeksi dan mempercepat pemulihan. Ada juga penghematan biaya. Meski begitu, tim perlu untuk mempertahankan perbaikan ini. Tim berencana untuk terus memantau lama rawat inap pasien tinggal di rumah sakit dan akan menganalisis data ini secara bulanan.

Ringkasan

Ada bukti kuat bahwa pelayanan pasien membaik dan kesalahan dapat diminimalkan ketika tenaga medis menggunakan metode kualitas perbaikan. Hanya ketika metode ini dan alat-alat yang digunakan akan upaya tim dihargai secara, maka akan ada perbaikan berkelanjutan dalam pelayanan kesehatan. Topik ini menetapkan metode untuk peningkatan kualitas dan menjelaskan berbagai alat yang digunakan dalam peningkatan kualitas. Alat-alat ini dapat diterapkan pada pengaturan-klinik terpicil pedesaan atau ruang operasi yang sibuk di sebuah rumah sakit kota besar.

Strategi Pengajaran

Metode pengajaran perbaikan kualitas untuk pelajar dapat menantang karena memerlukan pengajar dari tenaga kesehatan yang telah memiliki pengalaman nyata dengan alat dan metode, dan paham dengan manfaat yang terkait dengan penggunaannya. Cara terbaik untuk mengajar topik ini adalah meminta pelajar menggunakan alat dan metode perbaikan kualitas dan mengatur pembinaan individual dalam metode kualitas perbaikan. Pelajar juga harus didorong untuk bergabung dalam proyek yang ada dan mengalami kerja sama tim dalam proyek ini dan bagaimana keselamatan pasien dapat ditingkatkan secara signifikan bila metode ini digunakan.

Topik ini dapat diajarkan dengan berbagai cara.

Kuliah Interaktif/ Didaktik



Topik ini berisi banyak informasi teoritis dan terapan yang cocok untuk kuliah didaktik interaktif. Gunakan slide yang dapat ditemukan di situs WHO sebagai panduan untuk mengajarkan seluruh topik. Slide PowerPoint dapat digunakan atau slide dapat dikonversi untuk digunakan pada overhead projector

Panel discussions

Undanglah panel ahli kesehatan yang telah menggunakan metode perbaikan (CPI, RCA atau FMEA) untuk berbicara tentang proses perbaikan dan apakah metode ini memungkinkan penambahan wawasan meskipun pelajar belum mengalaminya. Pasien juga harus diikutsertakan dalam panel untuk menambahkan perspektif mereka. Beberapa organisasi layanan kesehatan telah melibatkan pasien dalam tim RCA dan CPI karena pasien memiliki kontribusi yang unik untuk membuat perbaikan.

Diskusi Kelompok Kecil



Kelas dapat dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil. Tiga pelajar dalam setiap kelompok kemudian diminta untuk memimpin diskusi tentang peningkatan kualitas secara umum serta manfaat metode peningkatan kualitas dan kapan metode dapat digunakan.

Latihan Simulasi



Skenario yang berbeda dapat dikembangkan untuk pelajar, termasuk berpraktik teknik brainstorming dan / atau merancang grafik berjalan, diagram sebab dan akibat atau histogram.

Kegiatan Belajar Mengajar lainnya

Topik ini terbaik diajarkan dengan memintapelajar untuk berpraktik menggunakan alat dan teknik perbaikan kualitas dalam proyek perbaikan diri pribadi mereka sendiri. Berikut ini adalah contoh proyek perbaikan diri:

- Mengembangkan kebiasaan belajar yang lebih baik;
- Menghabiskan lebih banyak waktu dengan keluarga;
- Berhenti merokok;
- Menurunkan atau menambah berat badan;
- Melakukan pekerjaan rumah tangga.

Pelajar dapat menerapkan siklus PDSA agar sesuai dengan keadaan pribadi mereka sendiri dan memperoleh pemahaman yang lebih baik dari proses. Prinsip-prinsip dan metode yang digunakan akan relevan dalam pekerjaan profesional mereka kemudian. Pelajar dapat mulai bereksperimen dengan alat-alat dan melihat bagaimana menggunakannya dan apakah membantu mereka.

Salah satu pembelajaran yang terbaik terjadi ketika pelajar dapat berpartisipasi atau mengamati proses perbaikan kualitas medis yang sebenarnya. Hal ini memerlukan pelajar untuk bertanya pada instruktur mereka, supervisor atau tenaga medis lainnya jika fasilitas pelayanan kesehatan mereka melakukan proyek-proyek perbaikan kualitas secara rutin. Mereka juga bisa mencari manajer dalam pelayanan kesehatan dan menanyakan apakah mereka dapat mengamati aktivitas perbaikan kualitas.

Setelah kegiatan ini, pelajar harus diminta untuk bertemu secara berpasangan atau dalam kelompok kecil dan berdiskusi dengan tutor atau praktisi medis tentang apa yang mereka amati, apakah elemen atau teknik yang mereka pelajari, dan apakah elemen itu efektif.

Kegagalan Pengajaran dan Analisa Efeknya

Sebelum FMEA dapat diajarkan, pelajar harus diajarkan kemampuan dasar dalam membangun diagram proses. Bagian FMEA topik ini dimaksudkan untuk diajarkan dalam dua bagian. Bagian pertama adalah kuliah. Tujuan dari instruktur selama kuliah ini adalah untuk memperkenalkan pelajar prinsip-prinsip dasar FMEA. Kuliah harus menunjukkan bagaimana membangun sebuah dasar FMEA berdasarkan pada diagram proses yang sederhana, serta untuk menekankan bagaimana mengidentifikasi beberapa mode kegagalan potensial dan penyebabnya per komponen atau per fungsi. Contoh timbangan untuk menentukan keparahan kejadian juga harus ditekankan.

Bagian kedua dari pelajaran adalah contoh kasus aktual. Para pelajar harus dipecah menjadi kelompok tidak kurang dari empat orang; kelompok lebih besar sebenarnya lebih baik, karena kelompok yang lebih besar akan mencakup pandangan yang lebih berbeda dan pelajar harus bekerja lebih keras untuk mencapai konsensus. Studi kasus yang digunakan harus relevan dengan kelompok profesional. Tujuan dari masing-masing kelompok pelajar adalah untuk membangun sebuah FMEA berdasarkan studi kasus. Kegiatan ini memakan waktu tidak lebih dari 30 menit. Tujuannya bukan penyelesaian proses, melainkan pelajar

mempraktikkan apa yang telah mereka pelajari. Setiap kelompok kemudian menyajikan FMEA a, dengan isu-isu peringkat perintah oleh RPN, dari yang paling signifikan hingga yang kurang signifikan

Sumber Materi



Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. New York, NY; Jossey-Bass, 1996.

Reid PP et al, eds. *Building a better delivery system: a new engineering/health care partnership*. Washington, DC, National Academies Press, 2005

(http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11378; diakses pada 21 Februari 2011).

Bonnabry P et al. Use of a prospective risk analysis method to improve the safety of the cancer chemotherapy process. *International Journal for Quality in Health Care*, 2006; 18: 9–16.

Root cause analysis

Root cause analysis. Washington, DC, United States Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety, 2010

(<http://www.va.gov/NCPS/rca.html>; diakses pada 21 Februari 2011).

Clinical improvement guide

Easy guide to clinical practice improvement: a guide for health professionals. New South Wales Health Department, 2002

(http://www.health.nsw.gov.au/resources/quality/pdf/cpi_easyguide.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).

Mozena JP, Anderson A. *Quality improvement handbook for health-care professionals*. Milwaukee, WI, ASQC Quality Press, 1993.

Daly M, Kermode S, Reilly D Evaluation of clinical practice improvement programs for nurses for the management of alcohol withdrawal in hospitals. *Contemporary Nurse*, 2009, 31:98-107.

Failure mode effects analysis

McDermott RE, Mikulak RJ, Beauregard MR. *The basics of FMEA*, 3rd ed. New York, CRC Press, 2009.

Menilai Pengetahuan Topik

Berbagai metode penilaian dapat sesuai untuk topik ini. Pelajar dapat diminta untuk menyelesaikan sebuah proyek perbaikan diri dan melaporkan pengalaman atau menulis pernyataan reflektif tentang pengamatan kegiatan perbaikan yang mereka telah diamati atau berpartisipasi dalam kegiatan tersebut.

Mengevaluasi Pengajaran Topik

Evaluasi ini penting dalam meninjau bagaimana sesi pengajaran berlangsung dan bagaimana perbaikan dapat dilakukan. Lihat Panduan Guru (Bagian A) tentang ringkasan prinsip evaluasi yang penting.

References

1. Emanuel L et al. What exactly is patient safety? In: Henriksen K et al, eds. *Advances in patientsafety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008;219-235.
2. Davidoff F, Batalden P. Toward stronger evidence on quality improvement: draft publication guidelines: the beginning of a consensus project. *Quality & Safety in Health Care*, 2005, 14:319–325.
3. Lundberg G, Wennberg JA. JAMA theme issue on quality in care: a new proposal and a call to action. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:1615–1618.
4. Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. New York, NY; Jossey-Bass, 1996.
5. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436-441.
6. Nolan TW et al. *Reducing delays and waiting timethroughout the health-care system*, 1st ed. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 1996.
7. Walton, M. *The Deming management method*. New York, Penguin Group, 1986.
8. Source: Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Measures/>; diakses pada 21 Februari 2011).
9. White SV, James B. Brent James on reducing harm to patients and improving quality. *Healthcare Quality*, 2007, 29:35-44.
10. Military standard procedures for performing a failure mode, effects and criticality analysis (http://goes-r.gov/procurement/antenna_docs/reference/MIL-STD-1629A.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).
11. Bales, RF, Strodtbeck FL. Phases in group problem solving. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1951, 46, 485-495.
12. FMEA [web site] (<http://www.fmea-fmeqa.com/index.html>; diakses pada 18 November 2010).
13. Juran J. **Managerial breakthrough**. New York, McGraw Hill, 1964.

Slide untuk Topik 7: Pengantar Metode Perbaikan Kualitas

Kuliah didaktik biasanya bukan cara terbaik untuk mengajarkan keselamatan pasien. Jika kuliah digunakan maka lebih baik merencanakan interaksi pelajar dan diskusi selama kuliah. Menggunakan studi kasus adalah salah satu cara untuk menghasilkan diskusi kelompok. Cara lain adalah dengan memberipelajar pertanyaan tentang berbagai aspek pelayanan kesehatan yang memunculkan solusi dari masalah yang terkandung dalam topik ini, seperti prinsip-prinsip manajemen perubahan dan pentingnya pengukuran.

Slide untuk Topik 7 dirancang untuk membantu instruktur menyampaikan isi dari topik ini. Slide dapat diubah agar sesuai dengan lingkungan dan budaya lokal. Instruktur tidak harus menggunakan semua slide dan yang terbaik adalah untuk menyesuaikan slide dalam bidang-bidang yang tercakup dalam sesi pengajaran.

Topik 8

Melibatkan Pasien dan Keluarga

Seorang Perempuan menderita kehamilan ektopik terganggu

Samantha, hamil usia 6 minggu (melalui donor inseminasi) ketika ia dirujuk oleh dokter umum untuk menjalani USG. Hasil USG abdomen dan USG trans-vagina menunjukkan ada kehamilan ektopik pada sisi kanan. Selama menjalani prosedur USG radiografer bertanya Samantha kapan dia berkonsultasi kepada bidan atau dokter. Dia mengatakan bahwa akan berkonsultasi pada tengah hari berikutnya. Satu-satunya pembahasan yang dilakukan apakah samantha akan membawa film atau apakah kurir klinik mengantarkannya pada penyedia layanan kesehatan tempat Samantha berkonsultasi. Akhirnya diputuskan bahwa Samantha akan membawa hasil film USG bersamanya.

Samantha diberi film dalam amplop tertutup ditandai "Untuk dibuka hanya oleh dokter yang merujuk". Pada waktu itu dia tidak disarankan tentang keseriusan kondisinya atau harus melaporkan kepada dokter segera. Ketika Samantha tiba di rumah dia memutuskan untuk membuka amplop dan membaca laporan USG. Dia segera memahami keseriusan situasinya segera menelpon dokter yang menyarankan bahwa dia perlu dirawat di rumah sakit segera.

Pada pukul 9 malam dia dirawat di rumah sakit dan menjalani operasi perut besar karena terjadi kehamilan ektopik terganggu. Kisah ini menyoroti pentingnya keterlibatan penuh dengan pasien dan kebutuhan untuk berkomunikasi dengan mereka setiap saat.

Source: Case studies – investigations, *Health Care Complaints Commission Annual Report 1999-2000:59*, Sydney, New South Wales, Australia.

Penjaga Memecahkan masalah pelayanan kesehatan ibunya

Maria, berusia 82, menderita patah tulang kecil pada pinggulnya setelah jatuh dan dirawat di rumah sakit. Hingga saat ini, Maria telah aktif dan menerima pelayanan di rumah dari anaknya, Nick. Setelah dua hari, rumah sakit membuat penilaian Maria yang menemukan ketidaksesuaian kondisinya untuk rehabilitasi. Maria berbicara sedikit bahasa Inggris dan tidak ada penerjemah untuk menjelaskan penilaian rumah sakit padanya. Maria cepat kehilangan kepercayaan di rumah sakit. Nick berpikir bahwa terlalu dini untuk meramalkan prognosis ibunya untuk pemulihan dan marah karena rumah sakit menolak untuk memberikan salinan laporan X-ray nya untuk dokter umum. Nick menghubungi layanan pendukung pasien ketika ia mengetahui bahwa rumah sakit merencanakan mencari perwalian untuk memfasilitasi transfer Maria ke panti jompo.

Pertemuan direncanakan antara petugas pendukung pasien, Nick, dan anggota kunci dari tim yang mengobati. Maka diputuskan untuk melakukan percobaan untuk melihat apakah Maria bisa direhabilitasi. Tim juga setuju untuk memberikan laporan X-ray. Maria dipindahkan ke unit rehabilitasi dan berhasil melakukan terapi. Dia kemudian dikembalikan ke rumah untuk dibawah perawatan Nick dengan dukungan berbasis masyarakat. Hasil yang baik ini tidak mungkin terjadi tanpa keterlibatan Nick dan ibunya dalam diskusi tentang pelayanannya.

Sumber: Case studies. Health Care Complaints Commission, 2003, 1:11. Sydney, New South Wales, Australia.

Pengantar–Mengapa Melibatkan Pasien dan Keluarga Penting



Pelayanan kesehatan modern mengaku berpusat pada pasien, tetapi kenyataan bagi banyak pasien adalah jauh dari visi ini. Pandangan tentang tingkat keterlibatan pasien harus dalam pelayanan mereka sendiri, merupakan kendala utama bagi pasien dan konsumen. Air pasang sudah berubah dan, di banyak negara di seluruh dunia, suara konsumen dalam pelayanan kesehatan tidak hanya didengar, tapi diakui oleh pemerintah dan penyedia layanan kesehatan.

Intervensi kesehatan memiliki unsur ketidakpastian apakah akan meningkatkan kesehatan pasien. Setiap orang memiliki hak untuk menerima informasi bermanfaat tentang kualitas pelayanan yang mereka terima, terutama jika pelayanan berupa intervensi invasif. Jika pasien setuju, anggota keluarga atau pengasuh juga harus dilibatkan dalam pertukaran informasi. Informed consent memungkinkan pasien, dalam kolaborasi dengan tenaga medis, untuk membuat keputusan tentang prosedur intervensi dan risiko yang terkait dengan intervensi tersebut. Intervensi tersebut dapat mencakup pemberian obat atau prosedur invasif.

Sementara sebagian besar pelayanan kesehatan dan intervensi memiliki hasil yang baik, atau setidaknya tidak membahayakan, hasil yang buruk memang terjadi dan sering dikaitkan dengan kesalahan acak atau sistemik; yang hampir semua melibatkan manusia. Kualitas sistem pelayanan kesehatan dapat dinilai dengan cara menangani kesalahan-kesalahan. Keberhasilan organisasi keandalan tinggi dapat diukur dalam hal seberapa baik organisasi mengatasi kegagalan medis. Ketika organisasi kesehatan gagal untuk mengintegrasikan keterlibatan konsumen dalam mengelola risiko sistemik, mereka kehilangan akses atas informasi pasien yang penting yang tidak dapat diperoleh dari sumber lain.

Pengungkapan Terbuka atau Open Disclosure adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan komunikasi yang jujur dengan pasien dan perawat setelah mereka menderita kerugian. Penggunaan proses pengungkapan terbuka dalam banyak sarana pelayanan kesehatan mencerminkan pentingnya profesionalisme dan kejujuran dalam berkomunikasi dengan pasien dan keluarga mereka. Hal ini, pada gilirannya, meningkatkan peluang kemitraan dengan pasien.

Banyak organisasi konsumen sekarang mengalihkan perhatian mereka pada kegiatan organisasi yang mempromosikan atau mendukung pelayanan pasien yang aman. WHO initiative for Patient Safety [1] diarahkan pada konsumen dan berfokus pada pendidikan tentang

keselamatan pasien dan peran yang dimainkan oleh sistem pelayanan kesehatan sebagai faktor yang berkontribusi terhadap kecelakaan medis dan kesalahan medis. Ketika tenaga medis mengundang pasien dan perawat untuk menjadi mitra dalam pelayanan kesehatan, tindakan tersebut mengubah sifat pelayanan kesehatan dan pengalaman tenaga medis.

Berada di perjalanan bersama-sama dapat meningkatkan pengalaman pasien dan mengurangi perbedaan antara pelayanan dan pengobatan yang diberikan serta pengalaman aktual pasien. Kecelakaan medis dan kesalahan medis berkurang, ketika itu dilakukan, pasien dan keluarga lebih mungkin memahami penyebab penyakit.

Banyak pasien menjalani pelayanan, terutama ketika dirawat di rumah sakit, dalam keadaan psikologis yang rentan, bahkan ketika pengobatan mereka berjalan sesuai rencana. Gejala mirip dengan gangguan stres pasca-trauma dapat terjadi bahkan ketika secara rutin terus dirawat. Ketika seorang pasien mengalami peristiwa kesalahan medis yang dapat dicegah, trauma emosional mungkin sangat berat. Selain itu, trauma yang timbul dari proses bagaimana pasien dan keluarga diterima dan dikomunikasikan saat mengalami malpraktik atau kesalahan medis kadang-kadang bisa lebih merugikan pasien. Topik ini akan memberikan gambaran tentang kegiatan keterlibatan konsumen yang secara alami terbagi menjadi dua dimensi: (i) kesempatan untuk belajar dan penyembuhan setelah peristiwa medis yang merugikan; dan (ii) keterlibatan pasien dalam mencegah bahaya.

Kata Kunci

Kecelakaan medis, pengungkapan terbuka, maaf, komunikasi, keluhan, norma-norma budaya, pengungkapan, pendidikan, kesalahan, ketakutan, keputusan yang tepat, kewajiban, pasien dan keluarga,, pemberdayaan berpusat pada pasien, keterlibatan pasien, hak pasien, kemitraan, pelaporan, pertanyaan .

Tujuan Pembelajaran



Tujuan dari topik ini adalah agar pelajar mengetahui dan memahami cara-cara di mana pasien dan perawat dapat bekerja sebagai mitra dalam pelayanan kesehatan, baik dalam mencegah bahaya dan belajar dari kesalahan medis.

Hasil Belajar : Pengetahuan dan Kinerja

Syarat Pengetahuan



Pelajar perlu memahami teknik komunikasi dasar, prosedur persetujuan / pilihan informasi dan prinsip-prinsip keterbukaan.

Syarat Kinerja



Pelajar perlu:

- a) aktif mendorong pasien dan perawat untuk berbagi informasi;
- b) aktif berbagi informasi dengan pasien dan perawat;
- c) menunjukkan empati, kejujuran dan menghormati pasien dan keluarga;
- d) berkomunikasi secara efektif; mendapat informasi pasien dan memperoleh persetujuan untuk pelayanan dan intervensi, dan dukungan pasien dalam membuat keputusan;
- f) menghormati perbedaan masing-masing pasien, agama, budaya, keyakinan pribadi dan kebutuhan individu;
- g) menjelaskan dan memahami langkah-langkah dasar dalam proses pengungkapan terbuka;
- h) memenuhi keluhan pasien dengan hormat dan terbuka;
- i) menerapkan pertimbangan untuk melibatkan pasien dalam semua kegiatan klinis;
- j) menunjukkan kemampuan untuk mengenali pentingnya keterlibatan pengasuh dan pasien untuk manajemen klinis yang baik.

Teknik Komunikasi Dasar

Mengkaji Prinsip Komunikasi yang baik

Sebelum masuk ke rincian pengungkapan terbuka, akan berguna untuk mengkaji prinsip-prinsip komunikasi yang baik dan persetujuan pasien jika pelajaran ini belum tercakup dalam pelatihan.

Informed consent

Akan ada beberapa kesempatan di mana persetujuan bukan merupakan aspek penting dari hubungan antara profesional medis dan pasien atau klien. Tindakan memberi nasihat, melakukan pengobatan atau intervensi dapat menimbulkan konsep untuk menghormati otonomi pasien. Menghormati otonomi mengacu hak seseorang untuk membuat pilihan dan bertindak sesuai dengan nilai-nilai mereka dan sistem kepercayaan sendiri. Ini berarti bahwa itu tidak etis jika seorang tenaga medis mengintervensi pilihan pasien kecuali pasien tidak sadar atau dalam situasi yang mengancam jiwa. Proses persetujuan adalah barometer yang baik untuk menilai bagaimana melibatkan pasien dengan pengobatannya. Banyak dari pelayanan kesehatan yang diberikan lebih mengandalkan persetujuan lisan daripada persetujuan tertulis, yang biasanya disediakan untuk pelayanan atau prosedur di rumah sakit. Tetapi bahkan persetujuan lisan membutuhkan berbagi informasi lengkap dan akurat dengan pasien. Beberapa pelajar dan tenaga medis percaya bahwa persyaratan persetujuan terpenuhi dengan pengenalan awal dirinya sendiri atau penandatanganan formulir persetujuan, tetapi persetujuan bukan sekedar tanda tangan pada formulir atau diskusi sepiantas.

Proses persetujuan memungkinkan pasien (atau keluarga mereka) untuk mempertimbangkan semua pilihan yang mereka miliki kaitannya dengan pelayanan dan pengobatan mereka, termasuk alternatif untuk pengobatan yang diusulkan. Karena ini adalah sebuah proses yang penting, pedoman telah dikembangkan untuk membantu para tenaga medis kompeten menyelesaikan tugas ini.

Sayangnya, tekanan waktu dan, kadang-kadang, sikap terhadap pasien mempersingkat proses ini. Proses persetujuan telah dikembangkan dari waktu ke waktu dan memperhatikan hukum setempat. Pada dasarnya, proses persetujuan memiliki dua fase utama [2], unsur-unsur yang diinformasikan pasien dan unsur yang memungkinkan proses pengambilan keputusan pasien. Unsur-unsur yang diinformasikan kepada pasien termasuk informasi yang diberikan oleh praktisi kesehatan dan pemahaman informasi oleh pasien. Elemen yang memungkinkan pasien untuk membuat keputusan termasuk waktu memahami informasi yang diungkapkan dan mungkin berkonsultasi dengan keluarga / pengasuh, kesempatan untuk membuat pilihan bebas dan sukarela terkait kompetensi penyedia layanan.

Pelajar di berbagai bidang kesehatan akan mengamati proses persetujuan ketika mereka ditugaskan untuk rumah sakit, kantor dokter gigi, apotek atau klinik. Beberapa akan mengamati contoh yang sangat baik dari para profesional dan pasien dalam mendiskusikan pilihan pengobatan dan pasien menyetujui atau menerima atau menolak intervensi atau pengobatan, tetapi banyak juga akan melihat pasien memberikan persetujuan dengan informasi minimal atas tindakan medis tertentu. Hal ini tidak biasa bagi pasien untuk mendiskusikan persetujuannya dengan apoteker, perawat dan tenaga medis lainnya sebelum atau setelah mereka berdiskusi dengan dokter gigi atau dokter mereka. Perawat harus menyampaikan kepentingan pasien dengan dokter yang mengobati untuk memastikan komunikasi yang terbuka dan kebutuhan pasien terpenuhi secara efektif. Orang yang bertanggung jawab untuk melakukan prosedur atau pengobatan harus memastikan bahwa pasien sepenuhnya memahami sifat dari pengobatan atau prosedur dan telah sepenuhnya diberitahu tentang risiko yang terkait dan manfaatnya.

Banyak pelajar mungkin khawatir tentang berapa banyak dan jenis informasi apa yang harus diungkapkan dan seberapa baik harus dipahami sebelum dapat dikatakan bahwa pasien telah terinformasi. Bagaimana praktisi tahu bahwa keputusan pasien secara intelektual tak terhalang dan sukarela, serta bebas dari unsur intrinsik (stres, kesedihan) dan unsur ekstrinsik (uang, ancaman) tekanan? Pertimbangan keuangan sangat penting bagi pasien yang mungkin tidak memiliki asuransi kesehatan atau sumber daya keuangan lainnya.

Apa yang harus diketahui pasien



Tenaga medis secara luas dianjurkan untuk menggunakan pelayanan kesehatan berbasis bukti. Bagi banyak pelayanan, ada bukti tentang kemungkinan keberhasilan dan kemungkinan bahaya. Jika informasi tersedia, adalah penting bahwa informasi tersebut dikomunikasikan kepada pasien dengan cara yang mereka bisa mengerti. Ketika ada sumber daya untuk membantu pengambilan keputusan tertulis maka cara ini harus digunakan. Sebelum pasien memutuskan apakah atau menerima atau menolak pelayanan dan pengobatan, mereka harus memiliki informasi tentang isu-isu berikut :

Diagnosa masalah utama

Diagnosa ini termasuk hasil tes dan prosedur. Tanpa diagnosis atau penilaian dari masalah medis, sulit bagi pasien untuk mengambil keputusan tentang apakah pengobatan atau solusi yang diambil akan bermanfaat. Jika pengobatan adalah eksplorasi, maka harus diungkapkan.

Tingkat ketidakpastian diagnosa atau masalah

Pemberian layanan kesehatan secara inheren rawan kesalahan. Karena gejala yang muncul dan informasi lebih lanjut akan ada, sehingga diagnosis dapat dikonfirmasi atau diubah, atau masalah dirumuskan kemudian. Mengungkapkan ketidakpastian sangat penting.

Risiko yang terlibat dalam perawatan dan solusinya

Agar pasien untuk membuat keputusan sesuai dengan mereka, mereka perlu tahu tentang kecelakaan medis atau komplikasi yang berhubungan dengan pengobatan atau prosedur, serta setiap potensi hasil yang mungkin mempengaruhi kesejahteraan fisik / mental mereka. Pasien perlu mengetahui sifat risiko pengobatan dan solusi direncanakan, serta kemungkinan konsekuensi tak tersedianya pengobatan. Salah satu cara untuk mengkomunikasikan risiko dan manfaat dari pengobatan adalah dengan mengganti informasi umum tentang pengobatan atau prosedur dengan informasi spesifik tentang risiko dan manfaat (dan ketidakpastian) terkait dengan pengobatan atau prosedur tertentu, dan kemudian menyampaikan kekhawatiran tertentu atas kebutuhan informasi dari pasien atau pengasuh.

Pasien perlu mengetahui berbagai pilihan, bukan hanya satu yang disukai oleh praktisi.

Secara khusus, mereka perlu tahu:

- pengobatan yang diusulkan;
- manfaat yang diharapkan;
- kapan pengobatan akan mulai;
- lama pengobatan;
- biaya yang dihabiskan;

- apakah ada pengobatan alternatif yang dapat dipertimbangkan;
- manfaat pengobatan; dan
- risiko tak adanya pengobatan.

Beberapa pengobatan, bersandingan dengan risiko tertentu, lebih baik daripada tidak ada pengobatan karena kemungkinan konsekuensi akan muncul jika tidak melakukan tindakan medis.

Informasi waktu pemulihan

Jenis pengobatan atau keputusan untuk melakukan pengobatan atau prosedur dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor lain dalam kehidupan pasien, seperti pekerjaan, tanggung jawab keluarga, masalah keuangan dan lokasi pengobatan.

Nama, posisi, kualifikasi dan pengalaman petugas medis yang menyediakan pelayanan atau pengobatan

Pasien berhak untuk mengetahui tingkat pelatihan dan pengalaman dari para tenaga medis yang melayani mereka. Jika seorang praktisi tidak berpengalaman, maka pengawasan menjadi lebih penting dan informasi tentang pengawasan dapat menjadi bagian dari informasi yang dipertukarkan.

Ketersediaan layanan dan pengobatan serta biayanya

Pasien mungkin membutuhkan jasa penyedia layanan kesehatan tambahan. Dalam beberapa kasus, pasien mungkin memerlukan bantuan non-medis setelah mereka, mulai dari perjalanan pulang dari pengobatan rawat jalan yang membutuhkan anastes, atau yang dapat membantu dengan tugas sehari-hari setelah pulih dari operasi besar. Pelayanan tertentu mungkin juga memerlukan serangkaian pelayanan tindak lanjut

Alat untuk Komunikasi yang baik



Beberapa alat telah dikembangkan untuk meningkatkan komunikasi yang baik. Salah satunya adalah kerangka Segue yang dikembangkan oleh Northwestern University (Chicago, IL, USA) [3]:

Set the stage - set panggung

Elicit information - memperoleh informasi

Give information - memberikan informasi

Understand the patient's perspective - memahami perspektif pasien

End the encounter - mengakhiri pertemuan

Kompetensi Budaya



The Australian Patient Safety Education Framework (APSEF), menjelaskan makna kompetensi budaya sebagai pengetahuan, keterampilan dan sikap seorang

pekerja kesehatan yang diperlukan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang memadai dan tepat untuk semua orang dengan cara menghormati pemahaman khusus berbasis budaya dan pendekatan untuk kesehatan dan penyakit [4].

Budaya adalah istilah yang luas yang mencakup bahasa dan adat istiadat, serta nilai-nilai, keyakinan, perilaku, praktik, lembaga dan cara-cara di mana orang berkomunikasi. Pelajar dapat mengamati pendekatan yang berbeda untuk berpakaian dan kebiasaan makanan antara teman-teman sekelas mereka yang mungkin terkait dengan budaya atau agama. Ketidakjelasan bagi mereka akan menjadi sistem kepercayaan yang mendasari bahwa teman sekelas mereka mematuhi hal tersebut.

Di banyak negara di seluruh dunia, penyedia layanan kesehatan dan pasien baru saja mulai berpikir tentang keselamatan pasien dan keterlibatan pasien. Ada banyak perdebatan tentang bagaimana transformasi ini akan mempengaruhi pelayanan kesehatan. Sementara tenaga medis harus kompeten secara budaya, juga harus diakui bahwa, di banyak negara, gerakan keselamatan pasien adalah tentang perubahan budaya dalam sistem pelayanan kesehatan.

Kompetensi budaya [5] dalam memberikan pelayanan kesehatan menuntut pelajar untuk:

- menyadari dan menerima perbedaan budaya;
- menyadari nilai-nilai budaya mereka sendiri;
- mengakui bahwa orang-orang dari latar belakang budaya yang berbeda memiliki cara yang berbeda untuk berkomunikasi, berperilaku, menafsirkan informasi dan memecahkan masalah;
- mengakui bahwa keyakinan budaya mempengaruhi bagaimana pasien memandang kesehatan mereka, bagaimana mereka mencari bantuan, bagaimana mereka berinteraksi dengan praktisi kesehatan, dan bagaimana mereka mematuhi pelayanan atau rencana pelayanan
- memahami tingkat literasi pasien;
- Dapat dan bersedia untuk mengubah cara kerja yang sesuai dengan latar belakang budaya atau etnis pasien, dalam rangka memberikan pelayanan yang optimal;
- Menyadari bahwa kompetensi budaya termasuk orang-orang dari latar belakang pasien yang terpinggirkan secara sosial-ekonomi cenderung lebih pasif dan enggan untuk menyuarakan pendapat atau preferensi mereka dan mungkin kurang bersedia untuk mempercayai penilaian mereka sendiri.

Keterlibatan Pasien dan Penjaga

Dibandingkan dengan profesi kesehatan dan penyedia layanan kesehatan lainnya, pasien layanan kesehatan adalah pemangku kepentingan dalam upaya keselamatan kesehatan dan perbaikan kualitas. Ingat bahwa pasien dan

keluarga adalah entitas yang ada di seluruh pelayanan dan melihat proses dengan sudut pandang yang berbeda. Tidak adanya keterlibatan dengan pasien dan pengasuh membuat pelayanan kesehatan kekurangan sumber dan data real serta pengalaman yang nyata, yang dapat mengungkapkan kesenjangan prosedur keselamatan pasien dengan tingkat keselamatan pasien.

Karena pasien dan keluarga mereka tidak diorganisasikan sebagai kelompok stakeholder lainnya, kepentingan dan kebutuhan mereka belum ditangkap dengan baik atau terintegrasi dengan baik ke dalam kegiatan penelitian, pengembangan kebijakan, kurikulum pendidikan keselamatan pasien, pendidikan pasien, atau pelaporan kesalahan dan bahaya medis. Baru-baru ini, ahli di bidang keselamatan pasien telah mengamati bahwa kurangnya kemajuan terkait hal ini mungkin disebabkan, kegagalan untuk secara efektif melibatkan pasien/pelayanan kesehatan sebagai mitra dalam memastikan keselamatan pelayanan.

Efek Keterlibatan Pasien

Meskipun ada banyak pernyataan etis tentang pentingnya keterlibatan dengan pasien, ada sedikit penelitian tentang sejauh mana keterlibatan pasien mengurangi timbulnya kesalahan. Sebuah studi oleh Gallagher et al. [6] menunjukkan kemauan yang kuat oleh pasien di rumah sakit (91%) untuk terlibat dalam kegiatan pencegahan kesalahan medis. Tingkat kenyamanan mereka berbeda untuk masalah yang berbeda. Pasien cenderung nyaman sebanyak (85%) bertanya tentang tujuan pengobatan, meskipun hampir setengah (46%) merasa tidak nyaman untuk bertanya apakah petugas medis telah mencuci tangan mereka.

Dalam sebuah artikel 2005 oleh Gallagher dan Lucas [7] tentang mengungkapkan kesalahan medis kepada pasien, para penulis mencatat ada tujuh studi yang menilai sikap pasien untuk pengungkapan kesalahan. Studi ini melaporkan kesenjangan antara 'preferensi dan profesional medis' dengan kekhawatiran pasien bahwa berbagi informasi dengan pasien akan mengekspos mereka untuk melakukan tindakan medis-hukum. Untungnya, banyak upaya telah dilakukan ke dalam pengembangan kebijakan pengungkapan terbuka dan, sejak tahun 2005, banyak rumah sakit telah menerapkan kebijakan pengungkapan terbuka tanpa efek negatif.

Bagaimana Pasien dapat terlibat dengan pelayanan medis mereka

Pasien dan keluarga adalah pihak yang terus ada di seluruh pelayanan kesehatan, sedangkan berbagai profesional bergantian tugas untuk mempraktikkan keahlian khusus mereka. Kita juga tahu kurangnya integrasi intervensi medis dan rencana pelayanan dengan hasil bahwa tujuan pelayanan tidak selalu tercapai.

Kehadiran pasien secara terus menerus bersamaan dengan adanya pengakuan pasien sebagai gudang informasi dan sebagai sumber daya yang berharga dalam rencana pelayanan. Sehingga hal ini mendukung argumen untuk melibatkan pasien dan keluarga dalam pelayanan kesehatan yang aman.

Keberlanjutan Pelayanan

Sebagian besar tenaga medis memiliki kontak dengan pasien ketika pasien sedang dirawat di bangsal medis, apotek, klinik gigi, ataupun klinik umum.

Tapi pasien berpindah melalui berbagai layanan kesehatan di lingkungan klinik, rumah sakit, klinik rawat jalan, hingga ruang dokter. Pelajar perlu memahami bagaimana komunikasi yang dan kerja sama tim yang buruk dapat berdampak pada kelangsungan pelayanan pasien.

Informasi yang tidak akurat atau tidak lengkap dapat menyebabkan pasien dirawat tidak benar, baik karena informasi itu tidak tersedia atau informasi yang diberikan salah. Pasien adalah satu-satunya pihak yang tetap ada dalam transisi pelayanan dari satu tenaga medis ke lainnya dalam satu lingkungan pelayanan kesehatan. Melibatkan pasien dalam pertukaran informasi setiap saat akan membantu keakuratan komunikasi ini. Informasi yang akurat penting setiap saat terutama saat serah terima pasien dan pergeseran perubahan pelayanan medis.

Dalam rangka meningkatkan kualitas transisi pasien dari satu tenaga medis ke yang lain, Pelajar dapat diminta untuk:

- memberikan informasi kepada orang yang tepat pada waktu yang tepat untuk memastikan bahwa pasien menerima pelayanan dan pengobatan berkelanjutan;
- mencatat informasi dengan jelas dan terbaca;
- membuat catatan pasien yang menunjukkan kemajuan pasien;
- Secara akurat mentransfer informasi tentang status dan rencana pelayanan pasien untuk anggota tim lain atau dalam tim kesehatan;
- Mengkomunikasikan temuan klinis yang jelas kepada anggota lain dalam tim pelayanan kesehatan;
- Melakukan serah terimapelayanan pasien kepada pekerja pelayanan kesehatan
- memastikan koordinasi pelayanan terjadi terus menerus untuk semua pasien;
- secara efektif mengelola pengobatan.

Kisah Pasien yang Inspiratif

Ahli bidang faktor manusia telah menyatakan cukup hati-hati tentang memberikan tanggung jawab kepada pasien atau keluarga tanpa pemahaman yang lebih jelas

tentang apa peran mereka dalam mencegah bahaya. Kami belum serius meneliti peran pasien dalam meminimalkan kesalahan atau memang apakah ada peran tersebut dalam proses ini. Namun demikian, banyak cerita yang diceritakan oleh pasien yang menderita kecelakaan medis dan bahaya medis menunjukkan bahwa jika penyedia layanan kesehatan mendengarkan keprihatinan mereka, kecelakaan medis mungkin dapat dihindari. Cerita-cerita ini membawa pesan yang kuat bagi penyedia layanan kesehatan. Pelajar harus bisa menggali cerita pengalaman medis pasien, terlibat dengan cerita ini dan merefleksikan pengalaman pasien serta memasukkan pemahaman baru dalam praktik profesional mereka sendiri. Cerita pasien juga dapat menjadi alat yang ampuh dalam mendukung dan memperkuat materi dari buku teks dan kuliah.

Pengalaman Pasien dapat Mengajarkan Kita

Kita belum memandang pengalaman pasien sebagai sumber materi belajar. Ada semakin banyak bukti bahwa cerita dan pengalaman dari penyakit dan kondisi pasien dapat diajarkan kepadapelajar dan praktisi profesional, termasuk peran kunci pasien dalam berkontribusi misalnya: (I) dalam membantu diagnosis; (ii) dalam memutuskan tentang pelayanan yang tepat; (lii) dalam memilih penyedia layanan yang berpengalaman dan aman; (Iv) dalam memastikan bahwa pelayanan yang tepat diberikan; dan (v) dalam mengidentifikasi kecelakaan medis dan memberi tahunya sesegera mungkin[8].

Banyak pelajar mengingat apa yang mereka pelajari dari pasien karena kebenaran aspirasi pasien dan peran pelajar untuk mempromosikan pelayanan yang berpusat pada pasien. Ada juga bahan anekdot yang menyoroti kekhawatiran dan pertanyaan yang mengarah ke kecelakaan medis dan kesalahan medis pasien yang belum terselesaikan.

Saat ini, sistem kesehatan kurang memanfaatkan keahlian pasien yang dapat menjembatani kemitraan kesehatan. Selain pengetahuan tentang gejala pasien itu sendiri, preferensi dan sikap terhadap risiko, hal tersebut dapat menjadi tambahan informasi jika sesuatu yang tidak terduga terjadi [9].

Apa itu Pengungkapan Terbuka dan Informasi apa yang harus ditutupi



Pengungkapan terbuka adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan proses menginformasikan pasien dan keluarga mereka tentang hasil buruk pengobatan, yang berbeda dari hasil yang diharapkan dari penyakit atau cedera. Sejumlah definisi yang ada, yang mencerminkan diskusi seputar pedoman pengungkapan terbuka sedang dikembangkan dan diterapkan di banyak negara.

Di Australia, definisi keterbukaan adalah:

Proses memberikan pendekatan terbuka, konsisten untuk berkomunikasi dengan pasien dan mendukung mereka akibat terjadinya insiden yang melibatkan pasien. Proses ini termasuk mengekspresikan penyesalan atas apa yang telah terjadi, menjaga pasien tetap terinformasi dan memberikan umpan balik pada penyelidikan, termasuk langkah-langkah yang diambil untuk mencegah kejadian serupa terjadi di masa depan. Hal ini juga untuk menyediakan informasi yang timbul dari kejadian atau penyelidikan terkait dengan perubahan sistem pelayanan dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien [10].

Pengungkapan terbuka adalah komunikasi yang jujur dengan pasien dan / atau keluarganya setelah peristiwa medis yang buruk terjadi, dan itu bukan tentang menyalahkan orang lain. Kejujuran merupakan kewajiban etis dan termasuk kode etik praktik. Namun, banyak negara belum mengembangkan pedoman pengungkapan terbuka untuk tenaga medis. Pertanyaan dasar yang harus ada dalam panduan pengungkapan terbuka ini meliputi: "Apa hal yang benar untuk dilakukan dalam situasi ini?"; "Apa yang akan saya inginkan dalam situasi yang sama?" Dan "Apa yang akan saya inginkan jika orang yang saya sayangi mengalami malpraktik?"

Apakah pasien ingin pengungkapan terbuka atas peristiwa medis yang merugikan atau kesalahan medis hampir terjadi?

Sebuah studi penting oleh Vincent et al. diterbitkan pada tahun 1994 [11] meneliti dampak dari cedera medis pada pasien dan keluarga mereka dan alasan mereka mengambil tindakan hukum setelah insiden tersebut. Temuan penelitian ini memberikan dorongan untuk mempertimbangkan peran dan pengalaman pasien. Para peneliti mewawancarai 227 (dari populasi sampel dari 466 atau 48,7%) pasien dan keluarga pasien yang mengambil tindakan hukum (pada tahun 1992) melalui lima firma hukum untuk menggugat kelalaian medis. Mereka menemukan bahwa lebih dari 70% responden telah serius mengalami kerugian atas insiden yang menyebabkan mereka menuntut, dengan efek jangka panjang pada pekerjaan mereka, kehidupan sosial dan hubungan keluarga. Hasil survei menunjukkan bahwa peristiwa ini membangkitkan emosi yang intens, yang bertahan untuk waktu yang lama. Keputusan untuk mengambil tindakan hukum didasarkan pada cedera yang dialami dan dipengaruhi oleh penanganan sensitif dan komunikasi yang buruk setelah peristiwa cedera terjadi. Pun ketika diberi penjelasan tentang cedera medis yang dialami, kurang dari 15% pasien menganggapnya memuaskan.

Empat tema utama yang muncul dari analisis alasan litigasi adalah sebagai berikut [11]:

- perhatian atas standar pelayanan yang dialami pasien dan keluarga dan keinginan mencegah insiden serupa di masa mendatang;
- kebutuhan untuk penjelasan- untuk mengetahui bagaimana cedera terjadi dan mengapa;
- kompensasi-kerugian yang sebenarnya, rasa sakit dan penderitaan atau untuk memberikan pelayanan di kemudian hari yang lebih terluka;
- akuntabilitas-keyakinan bahwa staf atau organisasi harus memperhitungkan tindakan mereka dan pasien ingin kejujuran tentang apa yang terjadi, pengakuan atas trauma yang mereka alami dan jaminan bahwa para tenaga medis belajar dari pengalaman tersebut.



Setelah terjadi malpraktik, pasien ingin penjelasan tentang apa yang terjadi, pengakuan tanggung jawab, permintaan maaf, jaminan pencegahan kejadian serupa yang mempengaruhi orang lain di masa depan dan, dalam beberapa kasus, hukuman dan kompensasi.

Tantangan umum kejujuran terhadap pasien setelah terjadi kecelakaan medis

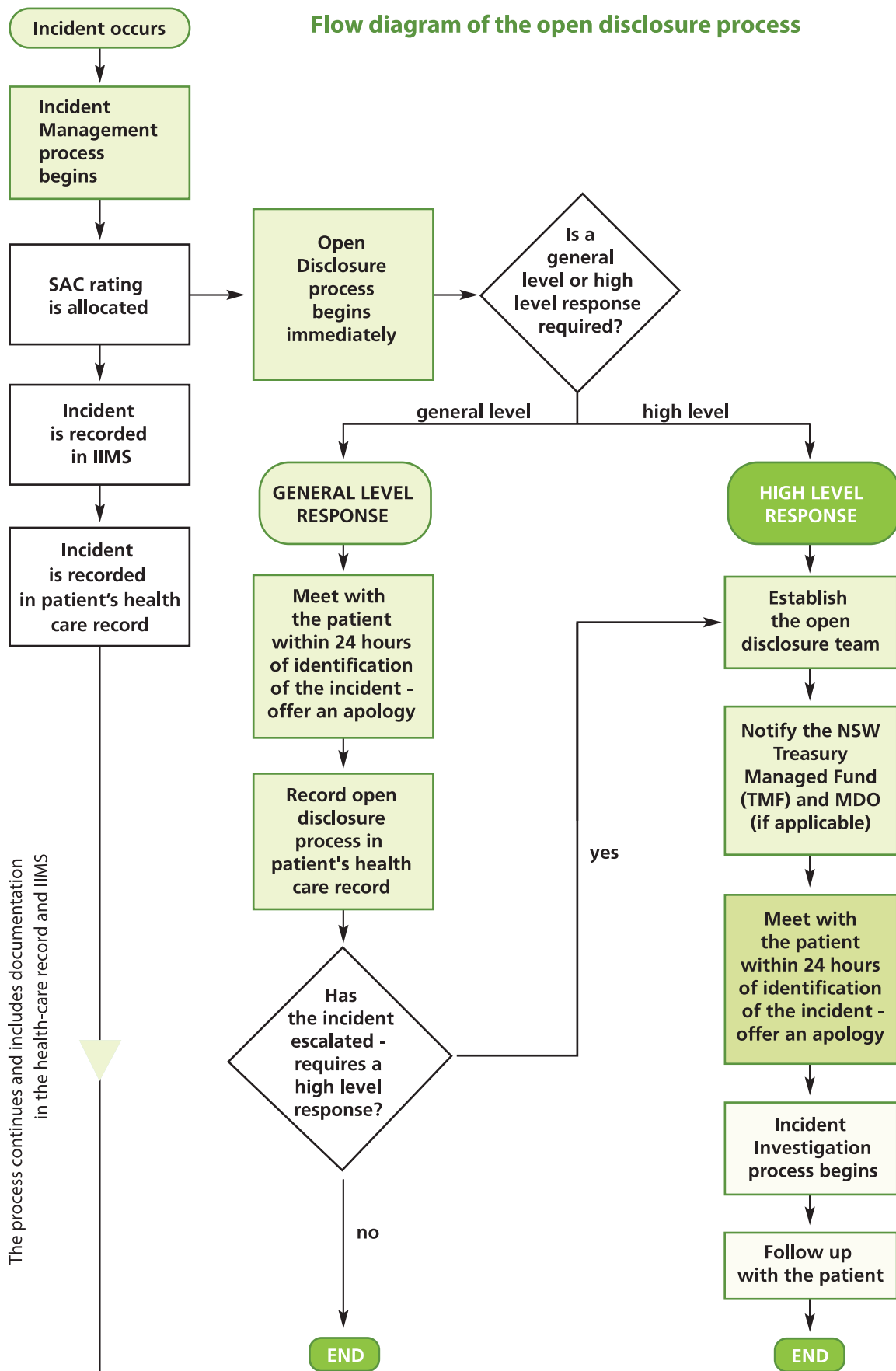
Penyedia layanan kesehatan mungkin ingin memberikan informasi yang akurat dan tepat waktu kepada pasien tentang kecelakaan medis, namun takut jika komunikasi tersebut dapat mengakibatkan tindakan hukum atau, konfrontasi dengan pasien atau anggota keluarga yang marah. Target pendidikan tentang proses pengungkapan dapat lebih mempersiapkan para tenaga medis untuk dapat menghadapi kondisi tersebut. Penyedia layanan kesehatan mungkin juga malu dan / atau takut menyebabkan pasien lebih tertekan, serta hilangnya reputasi, pekerjaan dan kepercayaan. Pengungkapan bukan tentang menerima atau menyalahkan, ini adalah tentang integritas dan menjadi bagaimana menjadi benar-benar profesional.

Prinsip Kunci Pengungkapan Terbuka

- keterbukaan dan ketepatan waktu komunikasi;
- pengakuan insiden;
- ekspresi penyesalan / permintaan maaf;
- pengakuan dari ekspektasi yang wajar dari pasien dan keluarga;
- dukungan untuk staf;
- kerahasiaan

Proses Pengungkapan terbuka mencakup   banyak langkah. Tenaga medis senior yang bertanggung jawab harus terlibat dalam proses ini dan pelajar tidak boleh diberi tanggung jawab untuk memberitahu pasien dan keluarga tentang kecelakaan medis. Mereka harus mencoba untuk mengamati proses komunikasi dengan pasien untuk belajar tentang proses dan nilai yang berguna untuk pasien dan keluarga mereka. Gambar B.8.1 adalah diagram alur dari proses pengungkapan terbuka yang digunakan di New South Wales (Australia) yang dimulai pada tahun 2007

Gambar B.8.1. Proses Pengungkapan Terbuka, New South Wales, Australia



Sumber: Adapted from flow diagram of the open disclosure process
http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf [12].

Kerangka Kerja Harvard untuk Pengungkapan Terbuka [13]



Kerangka Kerja Harvard untuk Pengungkapan terbuka meliputi tujuh langkah: persiapan; untuk memulai percakapan; menyajikan fakta-fakta; mendengarkan secara aktif; mengakui apa yang telah dikatakan; menyimpulkan pembicaraan; dan mendokumentasikan percakapan. Sebelum percakapan pengungkapan terbuka dilakukan, penting untuk meninjau semua fakta yang terlibat. Pihak yang berwenang menyampaikan pengungkapan terbuka perlu diidentifikasi dan situasi yang sesuai harus didiskusikan terlebih dahulu.

Pada awal pembicaraan untuk pengungkapan terbuka, penting untuk menentukan pasien dan / atau keluarga siap untuk berpartisipasi dalam diskusi dan untuk menilai tingkat literasi kesehatan dan kemampuan mereka untuk memahami, serta tingkat pemahaman umum. Tenaga medis yang menyampaikan harus memberikan penjelasan tentang apa yang terjadi, menghindari istilah teknis dan medis. Hal ini penting untuk tidak memberi pasien atau pengasuh mereka dengan informasi yang tidak dimengerti. Tenaga medis harus berhati-hati untuk berbicara perlahan dan jelas serta menggunakan bahasa tubuh yang sesuai. Setelah kecelakaan medis diceritakan, penting untuk menjelaskan hasilnya dan menjelaskan langkah-langkah selanjutnya yang akan diambil. Tenaga medis secara tulus harus mengakui penderitaan pasien dan keluarga.

Hal ini penting bagi tenaga medis untuk mendengarkan dengan seksama dan menghormati pasien dan keluarga. Praktisi medis harus berhati-hati untuk tidak memonopoli percakapan dengan mengurangi waktu dan kesempatan bagi pasien dan keluarga mereka untuk mengajukan pertanyaan dan mendapatkan jawaban secara tepat.

Pada akhir pembicaraan, proses pembicaraan harus dirangkum dan pertanyaan kunci yang muncul dalam pembicaraan harus diulang. Rencana tindak lanjut harus ditetapkan pada saat itu. Setelah itu, hasil pembicaraan dan tindakan selanjutnya harus didokumentasikan dengan benar.

Teknik Komunikasi Lanjutan dan Pengungkapan Terbuka

Penting untuk dicatat bahwa ada konteks emosional yang kuat dari terjadinya kecelakaan medis. Pasien sering takut dan mungkin merasa rentan, marah atau frustrasi. Pelajar perlu membangun keterampilan komunikasi dasar mereka untuk mengembangkan kepercayaan diri dalam menghadapi situasi emosional. Ada banyak cara dan program pelatihan untuk membantu pelajar-pelayanan kesehatan dan praktisi medis dalam berkomunikasi dengan pasien dan penjanganya.

Sesi pengajaran komunikasi biasanya termasuk pembinaan bagi pelajar untuk mengajukan pertanyaan yang tepat,

menghindari cara yang "terlalu defensif", dan menunjukkan pasien bagaimana kekhawatiran mereka telah didengarkan dan dipahami.

Cara untuk melibatkan pasien dan penjanganya

Ketika pelajar bekerjasama dengan pasien, mereka harus :

- i. secara aktif mendorong pasien dan perawat untuk berbagi informasi;
- ii. menunjukkan empati, kejujuran dan menghormati pasien dan keluarga;
- iii. berkomunikasi secara efektif;
- iv. memperoleh persetujuan dengan cara yang tepat;
- v. ingat bahwa pertukaran informasi adalah suatu proses bukan peristiwa-pelajar harus selalu membuka kesempatan bagi pasien untuk mengajukan lebih banyak pertanyaan;
- vi. menghormati perbedaan masing-masing pasien, keyakinan agama, budaya dan kebutuhan individu;
- vii. memahami dan menjelaskan langkah-langkah dasar dalam proses pengungkapan terbuka;
- viii. menerapkan pertimbangan keterlibatan pasien dalam semua kegiatan klinis;
- ix. menunjukkan kemampuan untuk mengenali tempat keterlibatan pasien dan pengasuh dalam manajemen klinis yang baik

SPIKES: Alat Komunikasi



Alat komunikasi 'Setting, Perception, Information, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary' (SPIKES) [14] digunakan untuk membantu tenaga medis menyampaikan berita buruk dalam situasi di mana pasien berada di akhir hidup mereka. Tapi SPIKES dapat digunakan lebih umum untuk membantu komunikasi dengan pasien dan perawat mereka dalam berbagai situasi untuk mengelola konflik, pasien usia lanjut, pasien yang sulit atau orang-orang dari latar belakang sosial-budaya yang berbeda.

Pelajar dapat mulai berpraktik beberapa atau semua teknik di bawah ini. Selain daftar sederhana di bawah ini, pelajar dapat merefleksikan dan bertanya pada diri sendiri: "Apakah dengan cara ini bagaimana saya ingin anggota keluarga saya diperlakukan?"

Langkah 1: setting (S) atau Situasi

Privasi

Pelajar akan melihat bahwa di banyak rumah sakit, klinik gigi, apotek dan tempat pelayanan kesehatan lainnya, aspek privasi pelayanan dan pengobatan pasien mungkin tidak optimal. Hal ini penting jika hal sensitif dibahas. Pasien harus mampu mendengarkan dan mengajukan pertanyaan dengan intervensi yang minimal. Hal ini sangat penting bahwa tenaga medis dan pasien sepenuhnya terlibat satu sama lain. Sebagai contoh, jika sebuah televisi atau radio aktif, mintalah dengan sopan agar pasien mematinkannya. Hal ini akan membantu setiap orang fokus pada pembicaraan yang sedang berlangsung.

Melibatkan orang lain yang penting

Pasien harus selalu ditanya apakah mereka ingin agar anggota keluarga mereka mendukung dan membantu dengan informasi medis. Beberapa pasien, terutama yang lemah dan rentan, mungkin perlu seseorang untuk membantu mereka memahami informasi. Hal ini sangat penting untuk membiarkan pasien tahu bahwa mereka dapat didampingi seseorang jika mereka ingin.

Duduk

Pelajar sering waspada terhadap masalah yang disebabkan karenatenaga medis berdiri di atas pasien atau duduk di belakang meja dan sering mempertanyakan hal ini pada bagian awal dari pelatihan mereka. Namun, seiring waktu, mereka memahami bahwa cara ini adalah normal dan bagaimana hal tersebut dilakukan. Pelajar harus berpraktik meminta izin pasien untuk duduk sebelum melakukan prosedur. Pasien menghargai praktisi kesehatan untuk duduk karena memungkinkan untuk komunikasi langsung dan mengimplikasikan kepada pasien bahwa tenaga medis tidak segera pergi sebelum prosedur selesai.

Penting untuk selalu tampil tenang dan mempertahankan kontak mata jika hal ini sesuai dengan budaya setempat. Kadang-kadang, jika pasien menangis, yang terbaik adalah untuk melihat dari jauh dan memungkinkan pasien untuk mendapatkan waktu privasi untuk menenangkan diri..

Mendengarkan

Peran penting dari penyedia layanan kesehatan adalah mendengarkan pasien dan tidak menginterupsi ketika pasien berbicara. Mempertahankan kontak mata yang baik dan tetap tenang adalah cara yang baik untuk menunjukkan perhatian dan minat kepada pasien.

Langkah 2: perception (P) atau Persepsi

Hal ini sering membantu pada awalnya dengan menanyai pasien apa yang dia pikir sedang terjadi. Hal ini dapat membantu penyedia layanan untuk memahami bagaimana situasi pemahaman pasien dengan kondisi mereka.

Langkah 3: information (I) atau Informasi

Banyak pelajar khawatir tentang berapa banyak informasi yang mereka harus ungkapkan kepada pasien. Negara yang berbeda memiliki aturan yang berbeda untuk proses ini. Aturan umum yang mungkin berlaku untuk sebagian besar negara dan budaya adalah fokus pada setiap individu pasien yang membutuhkan informasi. Pasien sangat beragam seperti manusia dan akan berbeda tentang kebutuhan seberapa banyak informasi yang mereka inginkan atau atasi. Pelajar harus dibimbing oleh supervisor mereka pada bidang ini. Guru dan pengawas yang berbeda akan memberikan informasi lebih atau kurang.

Mengamati pendekatan tenaga medis yang berbeda adalah kesempatan yang baik bagi pelajar untuk mengamati cara

melayani berbagai jenis pasien. Ingat bahwa pasien adalah orang utama; pelajar perlu berkonsentrasi pada setiap pasien untuk mengetahui apa yang mereka ingin tahu dan seberapa baik informasi yang mereka inginkan. Pelajar tidak harus mengasumsikan bahwa pasien tidak ingin tahu.

Kebutuhan informasi dari pasien berbeda. Jika pasien memiliki riwayat keluarga gagal jantung, dokter perlu menghabiskan lebih banyak waktu berbicara tentang risiko terkait rencana pengobatan tertentu dan memperhatikan setiap kecemasan pasien yang dimiliki.

Sebuah aturan sederhana untuk diingat tentang risiko adalah bahwa semua pasien harus diberikan informasi tentang pelayanan setiap kali ada potensi bahaya yang signifikan, bahkan jika risiko itu kecil, dan ketika ada kecelakaan medis, meskipun kecil yang sering terjadi. Penerapan aturan ini akan membantu sebagian besar praktisi untuk mencocokkan informasi yang diberikan dengan kebutuhan informasi pasien. Pendekatan ini meningkatkan komunikasi antara pasien dan timtenaga kesehatan serta mendorong diskusi.

Pelajar juga akan melihat bahwa informasi terlalu banyak sekaligus dapat membingungkan pasien. Penyampaian informasi harus hati-hati dan sesuai untuk situasi pasien. Informasi yang berlebihan harus dihindari dengan menanyakan beberapa pertanyaan sederhana atau membuat beberapa pernyataan sederhana pada awal konsultasi, misalnya:

"Saya akan memeriksa Anda untuk memastikan bahwa saya telah memberikan informasi yang cukup tentang diagnosis dan / atau pelayanan"

Atau: *Jika, pada titik tertentu, Anda merasa Anda memiliki informasi yang cukup untuk saat ini, tolong katakan pada saya.*

Pelajar akan cepat belajar bahwa pasien tidak akan menyimpan informasi penting pada tingkat serius, terutama jika diagnosis penyakit sulit dilakukan. Beberapa pasien mungkin tidak ingin menyampaikan terlalu banyak informasi atau untuk membuat keputusan tentang pengobatan mereka. Namun, diskusi, penjelasan dan pertanyaan masih diperlukan untuk mempertahankan penghormatan terhadap otonomi pasien. Beberapa pasien memiliki daftar pertanyaan yang mereka ingin diskusikan dengan penyedia layanan kesehatan. Pelajar tidak harus merasa terancam dengan daftar pertanyaan yang diajukan pasiendan dengan tenang menjawab setiap pertanyaan, sebaiknya dengan didampingi instruktur atau supervisor. Jika tidak ada instruktur yang tersedia, sarankan pada pasien bahwa Anda akan mengecek pertanyaan dengan instruktur atau supervisor.

Langkah 4: knowledge (K) atau Pengetahuan

Komunikator yang efektif akan selalu memberi pertanda kepada pasien bahwa mereka akan menyampaikan beberapa informasi yang tidak baik. Berikan waktu bagi pasien untuk mempersiapkan, bahkan jika hanya beberapa saat, misalnya dengan menyatakan: Tuan Smith, sayangnya, saya punya berita buruk untuk Anda

Langkah 5: empathy (E) atau Empati

Empat langkah berikut akan membantu pelajar memperhatikan kebutuhan emosional pasien mereka.

- Dengarkan dan identifikasi emosi pasien (s). Jika Anda tidak yakin tentang emosi yang dinyatakan atau yang mereka alami, ajukan pertanyaan seperti: Bagaimana hal perasaan Anda tentang hal itu?
- Mengidentifikasi sumber emosi.
"Ini adalah berita yang sulit. Apakah Anda ingin berbicara tentang apa yang Anda rasakan? Jika Anda mau, saya bisa kembali lagi nanti dan kita bisa bicara lagi ketika Anda jika Anda mau untuk membicarakannya. Saya akan melakukan yang terbaik untuk menjawab setiap pertanyaan yang Anda miliki".
- Tunjukkan pasien bahwa Anda mengenali emosinya dan dari mana emosi itu berasal.
- Diam-kadang hanya berada di dekat pasien dan membiarkan pasien menyerap informasi dan memberikan mereka kesempatan untuk merumuskan pertanyaan penting.

Tak dipungkiri memang ada beberapa pasien yang lebih sulit ditangani dari lainnya. Pelajar akan mengamati bahwa beberapa pasien dan anggota keluarga lebih mudah untuk berkomunikasi daripada yang lain yang mungkin lebih menuntut dan sulit. Ini bisa jadi karena mereka telah memiliki pengalaman kesehatan yang buruk sebelumnya dan marah. Mereka bisa menjadi frustrasi karena mereka harus menunggu untuk mendapat pengobatan. Mereka mungkin juga terpengaruh oleh obat-obatan atau alkohol atau memiliki penyakit mental. Ketika pelajar menemukan pasien seperti itu, mereka harus mencoba untuk mengingat bahaya stereotip atau menghakimi.

Hal ini tidak biasa bagi kelompok tertentu terdiskriminasi dalam pelayanan fasilitas medis yang. Ketika kelompok pasien atau pasien tertentu (misalnya, pengguna narkoba suntik) distereotip buruk oleh tim kesehatan, sangat penting bahwa pelajar menyadari bagaimana prasangka mereka sendiri atau preferensi dapat mengganggu objektivitas dan pengambilan keputusan medis. Sehingga, kepedulian diperlukan dalam kasus ini, paling tidak karena pendapat dan sikap pribadi dapat mempengaruhi penilaian klinis obyektif, yang dapat mengakibatkan pengobatan yang salah atau misdiagnosis.

Langkah 6: Strategy and summary (S) atau Strategi dan Ringkasan

Adalah ide yang baik untuk merangkum informasi yang dibahas pada akhir konsultasi. Pasien dapat mengajukan pertanyaan tambahan atau mengingat sesuatu yang penting. Jika isu-isu baru muncul di menit terakhir ini, berikan waktu untuk pertemuan lain.

Pelajar harus didorong untuk berpraktik kegiatan ini segera setelah mereka mulai bekerja dengan pasien. Mengumpulkan riwayat medis dari pasien atau bertanya tentang keprihatinan utama mereka adalah kesempatan awal untuk secara aktif terlibat dengan mendengarkan, mengajukan pertanyaan secara tertutup dan terbuka, dan menanyai pasien jika mereka memahami kondisi atau situasi mereka. Mendorong pasien untuk mengajukan pertanyaan adalah langkah pertama.

Mempromosikan Keterlibatan Pasien dalam Perawatan Mereka

Pasien yang berperan aktif dalam pengelolaan kondisi kesehatan kronis tampaknya menikmati hasil yang lebih baik dibandingkan pasien yang memainkan peran yang lebih pasif dalam pelayanan mereka [15-17]. Pasien dan keluarga mereka dapat diberi pemahaman tentang kesempatan mereka untuk terlibat dalam pencegahan kecelakaan medis melalui kegiatan peningkatan kesadaran dan pendidikan tentang risiko bahaya yang dapat dicegah. Mereka harus didorong untuk berbicara dengan penyedia tentang masalah keamanan.

Strategi dan Kegiatan Pengajaran

Topik ini dapat dipialh menjadi bagian-bagian yang akan dimasukkan dalam kurikulum yang ada atau dapat diajarkan sebagai kegiatan belajar yang berdisi sendiri. Jika topik diajarkan sebagai sesi terpisah, maka dapat diajarkan dalam berbagai cara seperti yang tercantum di bawah ini

Kuliah Interaktif dan didaktik



Gunakan slide dalam panduan ini untuk menyampaikan seluruh topik. Slide Power Point dapat digunakan atau dikonversi untuk digunakan pada overhead projector. Mulailah sesi dengan studi kasus dan mintala hpelajar untuk mengidentifikasi beberapa masalah yang disajikan dalam cerita

Diskusi Kelompok Kecil



Satu pelajar atau lebih dapat diminta untuk memimpin diskusi tentang bidang yang tercakup dalam topik. Para pelajar bisa belajar dengan mengikuti judul seperti yang diuraikan di atas dan menyajikan materi tersebut. Tutor yang memfasilitasi sesi ini juga harus paham dengan materi, sehingga informasi tertentu dapat ditambahkan tentang sistem kesehatan lokal dan lingkungan klinis.

Latihan Simulasi



Skenario yang berbeda dapat dikembangkan mengenai kecelakaan medis dan kebutuhan untuk melaporkan dan menganalisis kesalahan. Bermain peran yang melibatkan diskusi antara pasien dan pelajar dalam situasi yang berbeda dapat berupa situasi di mana ada konflik informasi, situasi di mana pelajar tidak memiliki informasi yang ingin diketahui pasien atau situasi di mana pasien mengeluh tentang pelajar. Bermain peran juga dapat didasarkan pada pembekalan pelajar yang telah menerima keluhan

Kegiatan Belajar Lainnya


Ada beberapa metode yang berbeda untuk menghasilkan diskusi tentang berbagai bidang dalam topik ini. Akan sangat berguna jika pasien bisa menyampaikan kepada pelajar tentang pengalamannya dengan sistem pelayanan kesehatan, terutama yang berkaitan dengan isu-isu spesifik yang diangkat dalam Panduan Kurikulum ini. Kegiatan belajar lainnya yang berfokus pada isu-isu spesifik yang dibahas dalam topik ini adalah sebagai berikut.

Belajar tentang masalah hukum dan etika yang terkait dengan pengungkapan berikut kecelakaan medis

Sebagian besar contoh dalam Panduan Kurikulum ini berasal dari Australia, Inggris dan Amerika Serikat. Namun, undang-undang dan harapan budaya mengenai pengungkapan dapat berbeda menurut negara.

- Lihatlah laporan etis asosiasi profesional nasional Anda. Apa yang dimaksud tentang pengungkapan? Bandingkan dengan perguruan tinggi, praktisi medis atau asosiasi medis anda.
- Cari tahu tentang lembaga representasi konsumen di negara Anda.
- Lihatlah media lokal tentang cerita dari pasien yang memperjuangkan hak-hak medis mereka.
- Undang anggota dari sebuah lembaga yang menyediakan asuransi tanggung jawab profesional di bidang Anda untuk berbicara tentang kesalahan dan strategi untuk mengurangi kesalahan secara umum.

Belajar tentang prosedur untuk merespon keluhan pasien

(lihat topik 6) → 

- Undang dokter senior yang dihormati untuk berbicara tentang bagaimana keluhan ditangani dalam praktik mereka.
- Gunakan studi kasus di topik ini atau kasus nyata yang terjadi di bidang Anda, dan mintalah pelajar untuk menulis surat permintaan maaf.
- Lihat salah satu riwayat kasus. Hitung kemungkinan biaya jika pasien mengalami kecelakaan medis dan biaya untuk pemulihan. Misalnya, kehilangan pekerjaan, pelayanan berkelanjutan atau bahkan kematian.
- Secara informal tanyakan kepada tenaga kesehatan apa yang mereka pikirkan tentang pasien yang

membuat pengaduan. Berpraktik argumen dengan sesama pelajar mengapa mendengarkan suara konsumen bisa menjadi hal yang baik.

- Undang pasien yang telah terlibat dalam proses komplain untuk mendiskusikan tentang pengalaman mereka.

Belajar tentang komunikasi dan kerahasiaan

Kondisikan pelajar secara berpasangan atau dalam kelompok kecil, dimana satu pelajar ambil peran sebagai pasien yang mengalami kecelakaan medis yang serius yang telah terjadi. Sementara itu pelajar lainnya ambil bagian sebagai dokter yang mengkomunikasikan kesalahan. Setelah ini latihan peran dilakukan, bimbinglah para pelajar untuk mengetahui bagaimana perasaan mereka dan apa yang telah mereka pelajari. Pendekatan lain adalah dengan bertanya pada pelajar tentang contoh dimana pasien dan keluarganya terlibat dalam pelayanan kesehatan dan apa yang mereka alami. Sebuah metode pengajaran yang efektif dapat melibatkan pasien atau anggota keluarga yang telah mengalami kecelakaan medis dan meminta mereka untuk menyampaikan pengalamannya kepada pelajar. Pasien dapat memberi pelajaran tentang keselamatan pasien dengan sangat baik.

Belajar tentang Pemberdayaan Pasien

Mintalah pelajar secara berpasangan atau dalam kelompok kecil untuk mengumpulkan informasi dari pasien tentang aspek pelayanan apa yang membuat mereka membuat merasa aman dan, sebaliknya aspek apa yang membuat mereka merasa tidak aman. Atau, pasangkan pelajar untuk bisa berbicara dengan pasien tentang cara-cara mereka untuk bisa berkontribusi pada keselamatan mereka sendiri (misalnya dengan memeriksa obat). Mintalah pelajar dalam kelompok untuk menyajikan temuan mereka.

Belajar tentang Kompetensi Budaya

Dalam kelompok-kelompok kecil, mintalah pelajar untuk mempertimbangkan bagaimana penyedia layanan kesehatan harus berkomunikasi dengan pasien dari kelompok budaya yang berbeda. Berikan contoh situasi di mana pasien memiliki penyakit yang mengancam jiwa (misalnya kanker). Diskusikan dengan pelajar setiap perbedaan budaya yang mungkin mempengaruhi apa yang harus diinformasikan kepada. Ulangi latihan di mana pasien mengalami peristiwa kecelakaan medis. Diskusikan dengan pelajar apakah ada perbedaan budaya pada pasien dan cara bereaksi terhadap peristiwa semacam itu.

Aktivitas untuk Pelajar Magang di Fasilitas Medis

- Ikuti perjalanan pasien dalam perawatan pelayanan kesehatan.
- Ikuti penyedia layanan kesehatan yang mendapat persetujuan pasien untuk melakukan prosedur bedah dan refleksi praktik dalam kaitannya dengan kerangka kerja untuk informed consent.


- Mintalah pelajar untuk mengikuti kegiatan sehari-hari seorang tenaga medis (dokter, perawat, fisioterapis, terapis gigi, pekerja sosial, apoteker, ahli gizi, juru bahasa) dan memahami beberapa cara bagaimana profesi tertentu terlibat dengan pasien dan keluarga.
- Tanyakan kepada pelajar yang berinteraksi dengan pasien untuk secara rutin mencari informasi tentang penyakit atau kondisi dari sudut pandang pasien.
- Tanyakan kepada pelajar yang berinteraksi dengan pasien untuk secara rutin bertanya: Apa tiga hal yang paling bermanfaat dan tiga hal yang akan Anda ubah dalam kaitannya dengan pelayanan yang Anda terima?
- Mintalah pelajar untuk membuat pertanyaan dari lembaga atau pelayanan kesehatan, apakah ada proses atau tim untuk menyelidiki dan melaporkan kecelakaan medis. Bila memungkinkan, mintalah pelajar untuk mencari izin dari atasan yang bersangkutan untuk mengamati atau ambil bagian dalam kegiatan ini.
- Mintalah pelajar untuk mengetahui apakah layanan medis melakukan pertemuan mortalitas dan morbiditas atau forum kajian antar rekan medis di mana kecelakaan medis ditinjau.
- Mintalah pelajar untuk berdiskusi dengan pelajar lainnya tentang kesalahan mereka telah amati di fasilitas pelayanan kesehatan, dan bagaimana menggunakan pendekatan tidak menyalahkan individu.
- Mintalah pelajar untuk menanyakan tentang protokol utama yang digunakan oleh staf dalam tempat pelayanan medis di mana mereka bekerja. Mintalah pelajar bertanya bagaimana pedoman dituliskan dan bagaimana anggota staf tahu tentang hal itu, serta bagaimana menggunakannya dan tahu kapan harus menyimpangi pedoman.
- Mintalah pelajar untuk menulis esai reflektif tentang dampak kecelakaan medis pada pasien.

Memperhatikan kekhawatiran pasien dan pengasuh mereka, bahkan ketika tidak sepenuhnya diungkapkan secara verbal, adalah keterampilan kunci yang perlu dikuasai. Pasien dan anggota keluarga dapat kadang-kadang dapat tidak dilibatkan dalam perawatan karena terlalu cemas menghadapi prosedur medis. Namun, kita tidak boleh mengabaikan atau gagal untuk memberikan pertimbangan penuh pada kekhawatiran yang muncul dan kita harus selalu memperhatikan keprihatinan mereka secara serius. Kita seharusnya tidak membuat pasien atau keluarga mereka merasa bahwa keprihatinan mereka tidak pantas diekspresikan.

Studi Kasus

Pengakuan Kesalahan Pengobatan

Kasus ini menggambarkan respon kesalahan medis dalam fasilitas pelayanan kesehatan untuk orang tua.

(lihat Topik 6). → 

Frank adalah pasien yang dirawat dalam provider kesehatan untuk orang tua. Suatu malam, seorang perawat keliru memberi insulin kepada Frank, meskipun Frank tidak menderita diabetes. Perawat segera mengakui kesalahan tersebut dan mengungkapkannya kepada staf lain, dan kemudian memberitahu Frank dan keluarganya. Manajemen

rumah sakit kemudian mengambil tindakan segera untuk membantu Frank dan mengatur perpindahan perawatan Frank ke sebuah rumah sakit di mana dia dirawat dan diperiksa sebelum dikembalikan ke rumah sakit itu lagi. Perawat tersebut dipuji atas tindakannya karena segera mengungkapkan prosedur insulin yang salah. Setelah kejadian ini, perawat melakukan pelatihan lebih lanjut meminimalkan kemungkinan kesalahan yang sama terjadi di masa depan.

Pembahasan

- Mintalah pelajar untuk membaca kasus ini dan membahas manfaat dari tindakan yang jujur dari perawat dari perspektif pasien dan keluarganya, dari fasilitas pelayanan usia, perawat yang terlibat dan manajemen provider medis.

Sumber: Open disclosure. Case studies. Health Care Complaints Commission, 2003, 1:16–18. Sydney, New South Wales, Australia.

Pentingnya mendengarkan seorang ibu

Kasus ini menggambarkan pentingnya untuk merawat tiap pasien sebagai individu dan mendengarkan kekhawatiran anggota keluarga mereka

Rachel, seorang ibu tunggal, melahirkan anak pertamanya. Ia melahirkan seorang bayi yang sehat pada 37 minggu kehamilan dengan berat 2700 gram. Rachel menjalani kelahiran normal dan bayi dalam kondisi stabil satu jam setelah melahirkan. Dia diberitahu oleh perawat bahwa semuanya baik-baik saja.

Proses menyusui dilakukan enam jam setelah melahirkan. Perawat secara lisan memberitahu kepada dokter tentang beberapa masalah pada payudara Rachel dan bayi tampak terlalu mengantuk. Aturan rumah sakit menentukan bahwa ibu yang melahirkan dapat segera dikeluarkan dari rumah sakit 36 jam setelah lahir, sehingga saat itu Rachel siap untuk pulang ke rumah.

Rachel diberitahu oleh Dokter A yang semuanya baik-baik saja dan bahwa bayi kulit bayi tampak kekuningan yang akan hilang dalam beberapa hari karena tidak ada ketidakcocokan antara jenis darah bayi dan ibu. Dokter mengatakan kepada Rachel bahwa menyusui bayi harus segera dilakukan beberapa hari ke depan pada bayinya.

Dokter lain (B) menyuruhnya untuk kembali ke rumah sakit dalam seminggu. Saat tinggal di rumah, Rachel mengalami kesulitan menyusui terus menerus dan gejala penyakit kuning bayi menjadi lebih parah. Rachel takut dan membawa bayi ke ruang gawat darurat saat bayi berusia 72 jam. Dokter di ruang gawat darurat tidak memeriksa berat badan bayi, tetapi meminta uji kadar serum bilirubin pada bayi. Hasilnya adalah 13,5 mg / dl (231 μ mol / l). Dokter mengatakan bahwa kadar ini cukup tinggi untuk bayi yang berusia tiga hari, tapi tidak perlu khawatir. Dia menyarankan Rachel untuk kembali dalam seminggu dan berkata, tertawa: "Bayi Anda baik-baik saja, jangan khawatir. Saya tahu apa yang saya katakan, saya dokter".

Selama beberapa hari ke depan, bayi disusui setiap setengah jam dan payudara Rachel tampak kosong. Teman Rachel, yang tidak memiliki anak, mengatakan, "Jika dokter mengatakan semuanya baik-baik saja, segala sesuatu harus baik-baik saja. Jangan khawatir".

Ketika bayi berumur 10 hari, Rachel membawanya ke rumah sakit lagi, karena dia telah diperintahkan oleh Dokter B. Pada titik ini, berat badannya menurun 20% dan uji bilirubin-nya menunjukkan kadar 35 mg / dl. Selama pemeriksaan klinis, bayi menunjukkan tanda-tanda yang jelas mengidap bilirubin encephalopathy.

Dewan penasehat rumah sakit mencoba untuk memahami bagaimana situasi yang berkembang ini dapat dicegah.

Pertanyaan

- Mintalah pelajar untuk menganalisis kasus ini. Apa yang terjadi dan pada titik apa? Apa yang bisa dilakukan untuk mencegah hal ini dan kapan?

Sumber: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools working group. Case supplied by Professor Jorge Martinez, Project Leader and Functional Analyst, Universidad Del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

Surat dari Pasien

Surat ini menyajikan perspektif pasien tentang pengalaman perawatan di rumah sakit

Nama saya Alice, saya berusia 25 tahun. Saya mengalami sakit perut selama enam hari dan saya benar-benar takut karena tahun kakak saya mengalami gejala yang sama dan sekarang menderita kanker usus dan menjalani pelayanan yang sangat agresif.

Saya memutuskan untuk pergi sendiri ke rumah sakit agar tidak menakut-nakuti seluruh keluarga. Saya tiba di rumah sakit pagi. Saya tidak tahu persis apa yang harus dilakukan atau harus menemui siapa; itu adalah pertama kalinya saya di rumah sakit. Semua orang tampak seperti mereka terburu-buru dan mereka tampak sangat tidak ramah. Beberapa dari mereka tampak seperti ketakutan seperti saya.

Saya menarik napas dalam-dalam dan meminta seorang wanita muda, yang melihat saya dan tersenyum, dan bertanya apakah dia tahu di mana departemen gastrointestinal terletak. Dia tertawa kecil dan berkata, "Saya seorang pelajar dan saya juga tersesat. Mari kita mencoba untuk menemukannya bersama-sama. Saya harus pergi ke tempat yang sama. Dai berkata "Mengapa kita tidak pergi ke kantor informasi? ".

Saya pikir itu adalah ide yang baik dan, tiba-tiba saya mulai merasa saya dilindungi. Seseorang yang saya dianggap

sebagai tenaga medis bersama dengan saya.

Kami tiba di kantor informasi yang penuh sesak dengan banyak orang-orang berteriak, beberapa dari mereka marah. Hanya ada satu orang yang memberikan informasi. Lucy, pelajar, mengatakan, "Saya pikir kita tidak akan mendapatkan tempat jika kita mencoba untuk mendapatkan informasi di sini". Saya menyarankan agar kita mengikuti tanda-tanda yang saya lihat di pintu masuk utama.

Setelah berjalan melalui kerumunan, kami tiba di pintu masuk utama. Kami akhirnya tiba di departemen gastrointestinal. Lucy mengatakan, "Oh, Ya, ini adalah tempatnya, tanyalah perawat di sana saya harus pergi ke kelas saya, semoga beruntung".

Perawat mengatakan kepada saya bahwa saya seharusnya tidak datang langsung ke departemen gastrointestinal. Dia bilang saya harus menuju ke unit gawat darurat, di mana mereka akan memutuskan tentang kondisi saya. Jadi, saya harus kembali ke ruang gawat darurat. Ketika saya tiba, banyak orang sedang menunggu. Mereka bilang saya harus menunggu. "Anda harus datang lebih awal," kata perawat. (Aku datang lebih awal !!)

Seorang praktisi umum akhirnya memeriksa saya dan melakukan prosedur sinar-X dan tes laboratorium. Tidak ada yang mengatakan apa-apa dan tidak ada penjelasan yang diberikan kepada saya. Pada saat itu, saya lebih takut daripada ketika saya terbangun dengan rasa sakit.

Saya berada di rumah sakit sepanjang hari, pergi dari satu tempat ke tempat lain. Pada akhir hari, seorang dokter datang dan mengatakan kepada saya, dalam beberapa kata, bahwa saya baik-baik saja dan bahwa saya tidak perlu khawatir, dan kemudian saya mulai "bernapas" lagi.

Saya ingin mengatakan kepada pihak berwenang rumah sakit bahwa mereka harus menyadari bahwa setiap orang yang datang ke rumah sakit, bahkan jika mereka tidak memiliki penyakit yang penting, perasaan stres dan sering tidak enak badan kerap kami alami. Kami membutuhkan orang-orang yang ramah mengurus kami, yang mencoba untuk memahami cerita kita dan mengapa kita merasa khawatir. Kami perlu komunikasi yang jelas antara pekerja medis dan pasien. Kami membutuhkan informasi yang jelas tentang bagaimana kita harus menggunakan fasilitas rumah sakit. Saya memahami bahwa Anda tidak dapat menyembuhkan orang semuanya, Anda bukan dewa-tapi saya yakin bahwa Anda bisa ramah kepada pasien. Dokter dan perawat memiliki kekuatan yang luar biasa dalam hal itu, dengan kata-kata mereka, gerakan dan pemahaman terhadap situasi pasien, mereka dapat membuat pasien merasa aman dan lega. Jangan lupa kekuatan ini yang sangat berguna bagi manusia yang masuk rumah sakit Anda.

Dengan segala hormat saya,

Alice

Diskusi

- Mintalah pelajar untuk mendiskusikan bagaimana mereka dapat mengatasi kecemasan pasien.

Sumber: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools working group. Case supplied by Professor Jorge Martinez, Project Leader and Functional Analyst, Universidad Del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

Tantangan Bahasa

Studi kasus ini melibatkan hambatan bahasa di kantor dokter gigi. Dalam contoh ini, komunikasi yang buruk antara dokter dan pasien (karena hambatan bahasa) menyebabkan tekanan emosional pada pasien

Seorang pria berusia 18 tahun pergi dengan ibunya ke dokter gigi untuk merawat rongga gigi. Dokter gigi mendiagnosis molar pertama di sebelah kanan bawah membusuk setelah melakukan sinar-X, dokter mengatakan pasien membutuhkan pelayanan saluran akar.

Dokter gigi dimulai prosedur rongga akses untuk menemukan lokasi yang tepat dari kanal. Ternyata, pasien tidak memiliki rongga gigi biasa. Begitu dokter gigi mencapai jaringan pulpa yang sangat sensitif, pasien tersentak kesakitan. Pasien kemudian mulai menuduh dokter gigi memperlakukan dia dengan buruk. Pasien menolak pelayanan lebih lanjut dan meninggalkan operasi gigi untuk mendaftarkan keluhan resmi dengan administrasi fasilitas dokter gigi. Saat itu ditemukan bahwa pasien tidak berbicara bahasa Inggris selain dari beberapa kata-kata seperti "OK" dan "terima kasih".

Pasien dan ibunya terus mengeluh bahwa dokter gigi tidak efektif berkomunikasi dengan dia, serta tidak menjelaskan prosedur dengan jelas.

Pertanyaan

- Faktor-faktor apa ada sehingga dokter gigi tidak menentukan apakah pasien mengerti bahasa Inggris?
- Faktor-faktor apa mencegah pasien dan ibunya mengungkapkan ketidakpahamannya sebelum pengobatan dimulai?

Sumber: This case study was provided by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Melahirkan di rumah

Kasus ini menggambarkan pelibatan anggota keluarga yang penting dalam keputusan medis

Marie seang hamil anak keduanya. Anak pertamanya lahir di rumah sakit setempat tanpa komplikasi. Selama kehamilan ini, pelayanan antenatal telah dilakukan oleh bidan. Semua check-up menunjukkan kehamilan yang sehat dan, pada usia kehamilan 36 minggu, Marie dan bidan membahas rencana melahirkan.

Marie mengatakan dia ingin melahirkan di rumah, tetapi suaminya merasa sedikit tidak pasti tentang hal itu. Bidan menjelaskan bahwa melahirkan di rumah adalah pilihan karena semuanya baik-baik saja dengan kehamilan dan Marie telah mengalami kelahiran rumit pada pertama kalinya. Ketika Marie mencapai usia 39 minggu kehamilan, kontraksinya mulai dan dia memanggil bidan untuk mengunjunginya di rumah. Kelahiran berkembang dengan cepat dan dalam waktu dua jam Marie mulai kelelahan. Ketika Marie mulai mendorong, bidan mendengar detak jantung bayi turun. Dia pindah ke sisi kiri Marie dan memintanya untuk tidak mendorong. Dalam waktu lima menit, denyut jantung membaik dan kepala bayi ada di posisi yang sesuai. Satu menit kemudian, seorang bayi perempuan yang sehat lahir. Ibu dan bayi yang dalam kondisi yang dengan baik di jam pertama setelah lahir.

Keesokan harinya, bidan mengunjungi Marie dan suaminya di rumah. Mereka berbicara tentang kelahiran. Suami Marie mengatakan ia memuji bidan yang sangat berpengalaman, tapi ia masih terguncang dengan apa yang telah terjadi dengan detak jantung bayi. Suaminya tidak ingin lagi Marie melahirkan di rumah.

Pertanyaan

- Bagaimana Bidan bisa memastikan bahwa Marie terinformasi dengan baik tentang proses melahirkan di rumah?
- Bagaimana keluarga bisa (dalam contoh ini suami) terlibat dalam pilihan dan keputusan?
- Apa yang akan menjadi cara yang baik untuk bidan untuk mengatasi masalah kekhawatiran suami?

Sumber: Case supplied by Marianne Nieuwenhuijze, RM MPH, Head, Research Department, Midwifery Science, Faculty of Midwifery Education and Studies, Zuyd University, Maastricht, Belanda.

Sumber Materi

Farrell C, Towle A, Godolphin W. *Where's the patients' voice in health professional education?*

Vancouver, Division of Healthcare Communication, University of British Columbia, 2006

(<http://www.chd.ubc.ca/dhcc/sites/default/files/documents/PtsVoiceReportbook.pdf>; diakses pada 21 Februari 2011).

Workshop Keselamatan Pasien

Building the future for patient safety: developing consumer champions—a workshop and resource guide. Chicago, IL, Consumers Advancing Patient Safety. Funded by the Agency for Healthcare Research and Quality

(<http://patientsafety.org/page/102503/>; diakses pada 21 February 2011).

Perawatan Berpusat pada Pasien

Agency for Healthcare Research and Quality. Expanding patient-centred care to empower patients and assist providers. Research in Action. 2002, issue 5,

(<http://www.ahrq.gov/qual/ptcareria.pdf>; diakses pada 21 Februari 2011).

Leape et al. Transforming healthcare: a safety imperative. *Qualiy & Safety in Health Care*, 2009, 18:424–428.

Kesalahan Medis

Talking about harmful medical errors with patients.

Seattle, University of Washington School of Medicine

(<http://www.ihl.org/IHI/Topik/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/Tools/TalkingaboutHarmfulMedicalErrorswithPatients.htm>; diakses pada 21 Februari 2011).

Pengungkapan Terbuka

Open disclosure education and organisational support package. Open Disclosure Project 2002–2003, Australian Council for Safety and Quality in Health care

([http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F5F0F61AB647786CCA25775B0021F555/\\$File/OD-LiteratureReview.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F5F0F61AB647786CCA25775B0021F555/$File/OD-LiteratureReview.pdf); diakses pada 21 Februari 2011).

Open Disclosure. Australian Commission for Safety and Quality, 2 Desember 2010

(<http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/PriorityProgram-02>; diakses pada 21 Februari 2011).

Open disclosure guidelines. Sydney, New South Wales, Australia, Department of Health, May 2007

(http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).

Menilai Pengetahuan Topik

Rincian penilaian keselamatan pasien ada dalam Panduan Pengajar (Bagian A). Namun, berbagai metode penilaian yang sesuai untuk Topik ini diantaranya esai, pertanyaan pilihan ganda, pertanyaan pendek, diskusi berbasis kasus dan self assesment. Pelajar dapat didorong untuk mengembangkan pendekatan portofolio pasien untuk belajar keselamatan. Manfaat dari pendekatan portofolio adalah bahwa pada akhir pelatihan pelajaran memiliki koleksi dari semua kegiatan keselamatan pasien. Pelajar akan dapat menggunakan ini untuk membantu aplikasi pekerjaan dan karir masa depan mereka.

Penilaian pengetahuan tentang keterlibatan pasien dan pengungkapan terbuka dapat mencakup penggunaan:

- portofolio;
- Diskusi berbasis kasus;
- stasiun OSCE;
- pengamatan tertulis tentang sistem kesehatan (secara umum) dan potensi kesalahan;
- pernyataan reflektif tentang peran pasien di rumah sakit atau klinik, konsekuensi dari paternalisme, peran dokter senior dalam proses pengungkapan terbuka, dan / atau peran pasien sebagai guru.

Penilaian dapat berupa formatif atau sumatif; peringkat dapat berkisar dari memuaskan / tidak memuaskan untuk memberikan tanda. (Lihat form di Bagian B, Lampiran 2).

Akan menjadi penting untuk menyertakan perwakilan pasien dalam tim penilai.

Mengevaluasi Pengajaran topik

Evaluasi ini penting dalam meninjau bagaimana sesi pengajaran berlangsung dan bagaimana perbaikan dapat dilakukan. Lihat Panduan Pengajar (Bagian A) untuk ringkasan prinsip evaluasi yang penting.

Referensi

1. *Patients for patient safety: statement of case.* Jenewa, World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/en/index.html; diakses pada 21 Februari 2011).
2. Kerridge I, Lowe M, McPhee J. *Ethics and law for the health professions*, 2nd ed. Annandale, NSW, Federation Press, 2005:216–235.
3. Emmanuel L et al, eds. *The patient safety education project (PSEP) core curriculum.* Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
4. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National patient safety education framework.* Commonwealth of Australia, 2007.

4. Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National patient safety education framework* Commonwealth of Australia, 2007.
5. Genao I et al. Building the case for cultural competence. *The American Journal of Medical Sciences*, 2003, 326:136-140.
6. Gallagher TH et al. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289:1001-1007.
7. Gallagher TH, Lucas MH. Should we disclose harmful medical errors to patients? If so, how? *Journal of Clinical Outcomes Management*, 2005, 12:253-259.
8. Davis RE et al. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*, 2007, 10:259-267.
9. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:76-80.
10. *Open disclosure health care professionals' handbook: a handbook for health care professionals to assist with the implementation of the open disclosure standard* Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Commonwealth of Australia, 2003 (www.health.gov.au/internet/safety/.../hlthcareprofbk.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).
11. Vincent CA, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? *Lancet*, 1994, 343:1609-1613.
12. *Open disclosure guidelines*. Sydney, New South Wales, Australia, Department of Health, May 2007 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).
13. Harvard Hospitals. *When things go wrong, responding to Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis, a consensus statement of the Harvard Hospitals*. Cambridge, MA, Harvard University, 2006.
14. Developed by Robert Buckman, MD, Associate Professor of Medical Oncology, University of Toronto, Toronto, Canada. Modified from: Sandrick K. Codified principles enhance physician/patient communication. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 1998, 83:13-17.
15. Bower P et al. The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 2001, 51:838-845.
16. Morrison A. Effectiveness of printed patient educational materials in chronic illness: a systematic review of controlled trials. *Journal of Managed Pharmaceutical Care*, 2001, 1:51-62
17. Montgomery P et al. Media-based behavioural treatments for behavioural problems in children. *Cochrane Database Systematic Review*, 2006, 1:CD002206.

Slide untuk Topik 8: Terlibat dengan Pasien dan Penjaganya

Kuliah didaktik tidak biasanya bukan cara terbaik untuk mengajarkan pelajar tentang keselamatan pasien. Jika Kuliah digunakan sebagai metode, maka lebih baik merencanakan interaksi pelajar dan diskusi selama Kuliah. Menggunakan studi kasus adalah salah satu cara untuk menghasilkan diskusi kelompok. Cara lain adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada pelajar tentang berbagai aspek pelayanan kesehatan yang memberi solusi masalah yang terkandung dalam topik ini, seperti budaya menyalahkan, sifat kesalahan dan bagaimana kesalahan dikelola di industri lain.

Slide untuk Topik 8 dirancang untuk membantu instruktur menyampaikan isi Topik ini. Slide dapat disesuaikan untuk lingkungan dan budaya lokal. Instruktur tidak harus menggunakan semua slide dan yang terbaik adalah untuk menyesuaikan slide ke bidang-bidang yang tercakup dalam sesi pengajaran.

Pengantar Topik 9 -11

Menempatkan pengetahuan ke dalam praktik: pengendalian infeksi, prosedur invasive dan keamanan obat

Tiga topik berikut sebaiknya diajarkan ketika pelajar memulai pelatihan di lingkungan praktik medis, seperti rumah sakit, klinik atau masyarakat .

Banyak pengetahuan baru bagi pelajar yang terkandung dalam Panduan Kurikulum ini. Namun, kecuali mereka menerapkan pengetahuan baru dalam praktik, sedikit perubahan bisa dilakukan terkait kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pelajar dan tenaga medis terhadap pasien. Pelajar perlu berpraktik teknik kerja yang dijelaskan dalam Panduan Kurikulum ini. Tiga topik berikut tentang pengendalian infeksi, prosedur invasif dan keamanan obat telah dikembangkan dari perspektif keselamatan pasien dan pedoman yang berbasis bukti terbaru. Topik dirancang untuk memaksimalkan kemampuan pelajar untuk menerapkan konsep keselamatan dan prinsip-prinsip saat bekerja di masyarakat, rumah sakit, klinik atau situasi pelayanan kesehatan lainnya. Sebelum belajar Topik ini, akan sangat membantu bagi pelajar untuk mendapatkan paparan konsep yang disajikan di awal Topik, khususnya Topik tentang kerja tim, mempertimbangkan kesalahan medis dalam perspektif sistem.

Topik 4: Menjadi anggota tim yang efektif adalah pembelajaran penting yang harus dipahami sebelumnya untuk masing-masing Topik berikutnya. Tanggapan yang tepat untuk masalah yang disajikan di setiap Topik ini tergantung pada setiap anggota tim kesehatan (termasuk pelajar) untuk mengetahui relevansi dan pentingnya komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis maupun lisan dengan orang lain, termasuk pasien dan keluarga mereka. Pelajar harus familiar dengan teknik seperti memeriksa, membuat daftar periksa, melakukan

briefing sebelum prosedur, memberi umpan balik dan serah terima pasien secara tepat waktu dan sebagainya.

Ketika pelajar melihat relevansi teknik tersebut, mereka akan cenderung untuk menggunakannya. Tiga topik berikut sangat bergantung pada pelaksanaan pedoman yang tepat dan relevan. Karena pelajar belajar untuk memahami pedoman dan mengapa peran penting untuk pelayanan kesehatan, mereka akan memahami bagaimana hasil positif terhadap pasien bergantung pada semua anggota tim kesehatan untuk melakukan perawatan kesehatan dengan standar yang sama. Pedoman ini dirancang untuk membantu pengelolaan pasien menggunakan bukti terbaik yang tersedia. Praktik menggunakan bukti medis terbaik yang tersedia akan mengurangi variasi dalam praktik dan mengurangi risiko untuk pasien. Ada banyak bukti yang menunjukkan bahwa penggunaan pedoman klinis yang tepat dapat meminimalkan kesalahan medis dan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) [1, 2].

Referensi

1. *Clinical evidence* [web site]. London, British Medical Journal Publishing Group Ltd, 2008 (<http://www.clinicalevidence.bmj.com>; diakses pada 26 November 2008).
2. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academies Press, 2001

Topik 9

Pencegahan dan Pengendalian infeksi

Topik ini mengakui karya WHO Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care, Geneva, Switzerland.

Hepatitis C: Menggunakan Kembali Jarum yang Sudah Terpakai

Kasus ini menunjukkan bagaimana mudahnya secara tidak sengaja menggunakan kembali jarum yang sudah dipakai

Sam, seorang pria berusia 42 tahun, dirawat karena penyakit endoskopi di klinik lokal. Sebelum prosedur, dia disuntik dengan obat penenang. Namun, setelah beberapa menit, perawat menyadari bahwa Sam tampak tidak nyaman dan perlu sedasi tambahan. Dia menggunakan jarum suntik yang sama, mencelupkannya ke dalam botol obat penenang yang terbuka dan kembali menyuntikkan jarum tersebut. Prosedur terus dilakukan seperti biasa. Beberapa bulan kemudian, Sam, menderita pembengkakan hati, sakit perut, kelelahan dan penyakit kuning, dan dia didiagnosis dengan hepatitis C.

Pusat Pengendalian Pencegahan Penyakit (CDC) dihubungi karena 84 kasus penyakit hati lainnya terjadi terkait pada klinik yang sama. Lembaga tersebut percaya bahwa botol obat penenang telah terkontaminasi arus balik ke jarum suntik dan bahwa virus telah diteruskan dari botol yang terkontaminasi. Beberapa pekerja medis berkomentar bahwa menggunakan kembali jarum suntik pada pasien yang sama (dan dengan demikian mencelupkan jarum suntik bekas ke dalam botol umum) adalah praktik umum.

Sumber: Sonner S. CDC: syringe reuse linked to hepatitis C outbreak. Reno, NV, The Associated Press, 16 May 2008.

Pengantar– Pengendalian Infeksi Penting untuk Keselamatan Pasien



Penyakit infeksi sifatnya dinamis dan tetap muncul kembali dari waktu ke waktu. Sekarang, karena munculnya penyakit serius seperti human immunodeficiency virus (HIV) dan hepatitis B, C dan D, sehingga fokus pengendalian infeksi telah berubah. Di masa lalu, pengendalian infeksi utamanya difokuskan untuk melindungi pasien, terutama selama operasi, tapi sekarang juga penting untuk melindungi penyedia layanan kesehatan dan orang lain dalam masyarakat. Penyebaran infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan mempengaruhi ratusan juta orang di seluruh dunia. Infeksi ini meningkatkan penderitaan pasien dan dapat memperpanjang lama tinggal di rumah sakit. Banyak pasien yang terinfeksi menderita cacat tetap dan sebagian besar mati. Peningkatan jumlah infeksi disebabkan oleh resisten mikroba terhadap pengobatan konvensional. Infeksi terkait pelayanan kesehatan (Health Care Associated Infection – selanjutnya disebut HCAI) juga meningkatkan biaya untuk pasien dan rumah sakit. Tinggal di rumah sakit lebih lama dan kebutuhan perawatan medis yang lebih meningkat bisa menekan sistem kesehatan. Tren yang mengkhawatirkan ini telah menyebabkan penyedia layanan kesehatan, manajer layanan kesehatan, lembaga dan pemerintah untuk meningkatkan perhatian terhadap upaya mencegah infeksi.

WHO [1] mendefinisikan infeksi terkait pelayanan kesehatan (juga disebut infeksi rumah sakit) sebagai infeksi pada pasien yang diperoleh di rumah sakit saat dirawat yang mana infeksi sebelumnya tidak muncul atau terinkubasi pada saat masuk rumah sakit. Infeksi jenis ini tidak hanya muncul saat pasien masuk rumah sakit, tetapi muncul juga saat pasien keluar rumah sakit, serta infeksi yang muncul dari staf dan fasilitas pelayanan kesehatan.

Beberapa statistik WHO tentang peristiwa HCAI seluruh dunia disajikan dalam kotak di bawah. Semua orang, tenaga medis, pasien dan anggota masyarakat lainnya, memiliki tanggung jawab untuk mengurangi peluang kontaminasi infeksi dari tangan dan peralatan. Selain itu, pelajar-pelayanan kesehatan medis dan lainnya perlu tahu metode sterilisasi peralatan dan teknologi yang memungkinkan mereka untuk menggunakan instrumen yang aman untuk digunakan pada pasien. Pencegahan infeksi harus selalu menjadi prioritas semua pekerja medis dan menjadi kunci dari program keselamatan pasien. Topik ini membahas tentang infeksi silang yang terjadi dan mengidentifikasi kegiatan dan perilaku yang dapat mengurangi infeksi HCAI jika rutin dilakukan oleh semua orang.

Box B.9.1.

Health care-associated infection: Scala dan Biaya

- Di negara maju, HCAI terjadi sebesar 5-15% ada pasien rawat inap dan dapat mempengaruhi 9-37% dari mereka mengaku infeksi terjadi pada unit perawatan intensif (ICU) [3].
- Sekitar 5 juta HCAI diperkirakan terjadi di rumah sakit perawatan di Eropa setiap tahunnya, sehingga menyebabkan masa tinggal di rumah sakit 25 juta hari lebih lama [3].
- Di Inggris, lebih dari 100 000 kasus HCAI menyebabkan lebih dari 5000 kematian berkaitan dengan dengan infeksi setiap Tahun [3].
- Diperkirakan tingkat kejadian HCAI di Amerika Serikat adalah 4,5% pada tahun 2002; sekitar 100.000 kematian dikaitkan dengan HCAI [3].
- Angka infeksi tidak sama untuk negara-negara berkembang. Ada peningkatan risiko HCAI di negara-negara berkembang. Data dikumpulkan dari sejumlah penelitian di rumah sakit menunjukkan prevalensi HCAI menjadi 15,5% dan sebesar 47,9 per 1.000 pasien per hari di ICU [4].
- Risiko infeksi bedah (Surgical Site Infection - SSI) di negara-negara berkembang secara signifikan lebih tinggi daripada yang terjadi di negara maju.
- Risiko kumulatif SSI adalah 5,6 per 100 prosedur bedah, yang merupakan infeksi utama yang terjadi di rumah sakit [4].
- Data dari Eropa menunjukkan bahwa HCAI menimbulkan beban ekonomi 13-24 miliar Euro per tahun [3].
- Biaya ekonomi tahunan HCAI di Amerika Serikat pada tahun 2004 adalah sekitar US \$ 6500000000 [3].

Kata Kunci

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, kebersihan tangan, transmisi, infeksi silang, infeksi terkait pelayanan kesehatan / Health Care Associated Infection, resistensi antimikroba (Anti Microba Resistent), organisme resisten, infeksi MRSA (Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus), teknik aseptik, tindakan pencegahan standar.

Tujuan Pembelajaran

Menunjukkan pengaruh buruk pencegahan dan control infeksi yang tidak memadai dalam pelayanan kesehatan untuk menunjukkan bagaimana pelajar sebagai anggota tim pelayanan kesehatan dapat membantu meminimalkan risiko kontaminasi dan infeksi untuk meningkatkan keselamatan pasien.

Hasil Pembelajaran : Pengetahuan dan Kinerja

Pencegahan dan pengendalian infeksi adalah aplikasi mikrobiologi dalam praktik klinis dan keberhasilannya bergantung pada pengetahuan teoritis mikrobiologi yang mendasari praktik klinis secara aman dan persepsian obat antimikroba.

Syarat Pengetahuan

Pelajar perlu tahu:

- luasnya masalah;
- penyebab utama dan jenis HCAI;
- cara penularan infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan;
- prinsip-prinsip utama dan metode untuk pencegahan dan pengendalian HCAI

Syarat Kinerja

Pelajar perlu:

- menerapkan standar kewaspadaan;
- memastikan kepatuhan terhadap langkah langkah pencegahan dan pengendalian infeksi yang diperlukan;
- menerapkan prinsip-prinsip aseptik;
- Terimunisasi hepatitis B;
- menggunakan dan membuang pakaian pelindung dan peralatan secara tepat;
- tahu apa yang harus dilakukan jika terkena darah atau cairan tubuh lainnya;
- menggunakan dan membuang benda tajam secara benar;
- bertindak sebagai panutan bagi staf pelayanan kesehatan lainnya;
- mendidik anggota masyarakat bagaimana mereka dapat membantu mencegah infeksi;
- mendorong orang lain untuk menggunakan tindakan pencegahan standar untuk mencegah dan mengontrol HCAI;
- memahami beban sosial, ekonomi dan emosional potensi HCAI pada pasien, dan bertindak secara sesuai;
- dapat mendiskusikan HCAI dengan pasien dan keluarga dengan mempertimbangkan sensitivitas dan kejelasan.

Keluasan Masalah dan Kepentingannya

Keadaan Mendesak

Seperti dijelaskan sebelumnya, HCAI adalah ancaman besar bagi keselamatan pasien di seluruh dunia, dampak terhadap keluarga, masyarakat dan sistem kesehatan. Biaya akibat HCAI tetap tinggi meskipun ada peningkatan kesadaran dan tindakan untuk mengurangi infeksi ini. Infeksi ini paling sering disebabkan oleh berbagai jenis bakteri, termasuk yang menyebabkan tuberkulosis, jamur dan virus (misalnya HIV, hepatitis B). Peningkatan terjadinya HCAI diamati di negara berkembang dan maju selama masa 20 Tahun dan telah memunculkan tantangan baru untuk pelayanan kesehatan modern. Saat ini, antibiotik sering tidak efektif dan lebih dari 70% dari bakteri dalam HCAI resisten terhadap obat yang biasa digunakan untuk mengobati infeksi tersebut. Sejumlah organisme AMR yang ditemukan dalam pengaturan rumah sakit, seperti MRSA dan *Enterococcus* yang resisten Vancomisin (VRE), sangat sulit untuk diobati.

Ini berarti bahwa sekelompok besar pasien yang terinfeksi tinggal di rumah sakit lebih lama dan dirawat lebih lama dengan obat-obatan yang kurang efektif, lebih beracun atau lebih mahal. Beberapa pasien yang terinfeksi tidak sembuh, serta lainnya mengalami komplikasi jangka panjang karena pilihan perawatan yang salah atau keterlambatan untuk memberi pengobatan yang benar. Beban keseluruhan dari semua aspek masalah tidak sepenuhnya diketahui, tetapi pasti sangat tinggi.

Multidrug-resistant tuberkulosis (TB) merupakan masalah yang signifikan karena obat standar yang telah digunakan untuk mengobati penyakit ini tidak lagi efektif. HCAI adalah masalah utama dalam pelayanan kesehatan dan pelayanan masyarakat.

Solusi praktis sebenarnya sudah ada tersedia. Ada beberapa praktik yang harus digunakan untuk menghindari kontaminasi, menghilangkan mikroorganisme dari peralatan dan lingkungan, dan mencegah transmisi silang. Penggunaan beberapa metode ini secara bersamaan diperlukan untuk pencegahan dan pengendalian HCAI secara efektif. Namun, intervensi kesehatan yang semakin kompleks membuat pengendalian infeksi menjadi tantangan tersendiri.

Tenaga medis harus waspada dalam menerapkan berbagai metode pencegahan untuk mengendalikan berbagai patogen di semua lingkungan pelayanan kesehatan, bukan hanya di rumah sakit. Ketika pelajar bekerja di bangsal pasien, mengunjungi klinik atau melakukan kunjungan rumah, mereka berpotensi bisa mentransmisikan infeksi seperti halnya pekerja medis lainnya. Organisme AMR

tidak bisa dibedakan dan biasanya ditemukan dalam perawatan medis akut. Mikroba jenis ini dapat muncul atau ditransmisikan saat pasien dirawat di layanan kesehatan. Hubungan antara kebersihan tangan dan penyebaran penyakit telah dibangun sekitar 200 Tahun yang lalu. Beberapa bukti menunjukkan bahwa kebersihan tangan merupakan metode yang sederhana dan efektif yang dapat berkontribusi untuk mengurangi HCAI.

Beban Ekonomi

Biaya yang berkaitan dengan merawat dan mengobati pasien yang menderita HCAI cukup signifikan dan membebani secara substansial anggaran pelayanan kesehatan di semua negara, serta menambah beban ekonomi yang ditanggung oleh pasien dan keluarga. Dampak ekonomi per tahun akibat HCAI di Amerika Serikat adalah sekitar US \$ 6,5 miliar pada tahun 2004 [5]. Biaya yang terkait dengan infeksi-kateter terkait aliran darah (CR-BSI), infeksi situs bedah dan ventilator pneumonia diperkirakan mencapai angka di atas US\$ 5.500 per episode.

CR-BSI yang disebabkan oleh MRSA dapat mencapai US \$ 38000 per episode [6]. Studi juga menunjukkan bahwa untuk setiap 1 Poundsterling UK yang dihabiskan untuk antiseptik berbasis alkohol, UK9-20 dapat disimpan untuk pengeluaran teikoplanin [7]. Biaya ini dapat mewakili persentase yang signifikan dari jumlah anggaran kesehatan negara-negara ini dan, sekali lagi, cenderung lebih tinggi di negara-negara berkembang [4].

Respon Global

Menyadari krisis di seluruh dunia ini, WHO menetapkan kampanye *SAVE LIVES: Clean Your Hands* untuk mengatasi tingkat HCAI tinggi. Fokus utama dari kampanye ini adalah untuk meningkatkan kebersihan tangan di semua jenis fasilitas pelayanan kesehatan di seluruh dunia melalui implementasi serta rekomendasi yang disajikan dalam WHO *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care* [1]. Beberapa pedoman lainnya yang menyajikan panduan praktis juga telah dikembangkan oleh WHO untuk memfasilitasi pelaksanaan rekomendasi yang berbeda.

Amerika Serikat CDC sedang melakukan kampanye untuk mencegah AMR. Kampanye ini bertujuan untuk mencegah perkembangan AMR di fasilitas pelayanan kesehatan melalui penggunaan berbagai strategi untuk mencegah infeksi, mendiagnosis dan mengobati infeksi, menggunakan antimikroba dengan bijaksana, dan mencegah penularan infeksi. Kampanye ini ditargetkan untuk dokter yang mengobati kelompok pasien tertentu, seperti orang dewasa yang dirawat di rumah sakit, pasien dialisis, pasien bedah, anak-anak yang dirawat di rumah sakit dan pasien yang dalam perawatan jangka panjang [8].

Kampanye The Institute of Healthcare Improvement (IHI), *5 Million Lives* [9], yang bertujuan untuk mengurangi infeksi MRSA dilakukan dengan menerapkan lima strategi intervensi utama:

1. Kebersihan tangan;
2. Dekontaminasi lingkungan pengobatan dan peralatan medis;
3. Budaya pengawasan secara aktif;
4. Tindakan pencegahan kontak untuk pasien yang terinfeksi dan dikolonialisasi;
5. Menyesuaikan dengan protokol untuk menggunakan kateter vena sentral dan ventilator bundel secara tepat.

Hingga Juni 2011, 124 negara telah menandatangani pernyataan dengan WHO, berjanji untuk mengatasi HCAI[10], dan sebanyak 43 kampanye kebersihan tangan nasional dan sub-nasional di berbagai negara telah dimulai untuk menggabungkan langkah-langkah pencegahan HCAI ke rumah sakit tingkat nasional[11].

Pencegahan

Satu rangkaian *Universal Precaution* atau pencegahan darah dan cairan tubuh kewaspadaan universal diterbitkan oleh CDC untuk melindungi pekerja Medis dari infeksi HIV. Rangkaian tindakan pencegahan ini dirancang untuk mencegah penularan HIV, hepatitis B virus (HBV), dan patogen yang ditularkan melalui darah selama pertolongan medis pertama atau pelayanan kesehatan. Di bawah Universal Precautions, darah dan cairan tubuh tertentu dari semua pasien dianggap berpotensi menularkan HIV, HBV dan penyakit yang ditularkan melalui darah lainnya[12]. Tindakan pencegahan ini meliputi penggunaan Personal Protective Equipment atau alat pelindung diri, seperti sarung tangan, masker, baju dan kacamata yang sesuai dengan risiko yang diantisipasi, dan kebersihan tangan, serta tindakan pencegahan untuk menghindari luka jarum suntik pada pasien maupun petugas medis.

Rekomendasi baru untuk pencegahan meliputi standar kewaspadaan dua tingkat dan pencegahan berbasis transmisi infeksi.

Standar Pencegahan

Standar Pencegahan dimaksudkan untuk diterapkan dalam perawatan semua pasien di semua fasilitas pelayanan kesehatan, terlepas dari adanya infeksi yang dikhawatirkan timbul atau tidak. Tindakan pencegahan ini merupakan strategi utama untuk pencegahan infeksi. Standar pencegahan didasarkan pada prinsip bahwa semua darah dan cairan tubuh lainnya, sekresi dan ekskresi, termasuk keringat, mungkin berisi infeksi menular. Tindakan pencegahan ini meliputi: kebersihan tangan; penggunaan sarung tangan, baju, masker, pelindung mata atau pelindung wajah, tergantung pada paparan infeksi yang diantisipasi serta praktik injeksi yang aman. Juga, peralatan atau barang-barang di lingkungan pasien yang dapat terkontaminasi dengan cairan tubuh menular harus

ditangani dengan tepat untuk mencegah penularan infeksi. Kebersihan pernapasan/etiket batuk (dijelaskan kemudian di Topik ini) juga bisa menjadi bagian dari standar pencegahan.

Pencegahan Berbasis Transmisi Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi berbasis transmisi harus digunakan ketika merawat pasien yang diketahui atau diduga terinfeksi. Dalam situasi ini, tindakan pengendalian tambahan perlu dilakukan untuk secara efektif mencegah penularan. Infeksi yang sudah terjadi sering tidak diketahui pada saat pasien masuk ke fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga tindakan pencegahan ini diterapkan sesuai dengan sindrom klinis dan jenis infeksi yang muncul, dan kemudian tindakan pencegahan dilakukan berdasarkan hasil tes. Ada tiga kategori tindakan pencegahan berbasis transmisi infeksi, yakni: tindakan pencegahan kontak; tindakan pencegahan tetesan cairan; dan tindakan pencegahan transmisi melalui udara. Tiga tindakan pencegahan yang berbeda ini dibahas secara lebih rinci selanjutnya dalam topik ini.

Health care-associated infections HCAI atau Infeksi Berkaitan dengan Pelayanan Kesehatan –Sebab Infeksi dan Rute Transmisi



HCAI dapat disebabkan oleh bakteri, virus dan jamur. Penyebab tersebut dapat berasal dari sumber manusia atau lingkungan. Sumber infeksi berbasis manusia termasuk berasal dari pasien, pekerja medis dan pengunjung. Individu yang memiliki infeksi aktif, infeksi otomatis, dan dalam periode inkubasi infeksi, atau terpapar mikroorganisme jenis tertentu dapat menjadi sumber penyebab HCAI. Endogenous Flora dari pasien juga dapat menyebabkan HCAI. Sumber lingkungan termasuk makanan yang terkontaminasi, air atau obat (misalnya cairan IV). Kontaminasi tersebut biasanya menyebabkan wabah, bukan menginfeksi secara individu.

Karena proses infeksi tengah berlangsung, mikroorganisme yang menular perlu ditransfer dari sumber ke situs entri yang rentan, di mana mikroorganisme tersebut dapat berkembang biak dan terpapar sehingga menyebabkan penyakit.

Mikroorganisme dapat ditularkan dalam berbagai cara dalam setting pelayanan kesehatan. Beberapa contoh tercantum di bawah ini:

Transmisi melalui Kontak Langsung

Penularan dari orang ke orang dapat terjadi ketika mikroba ada dalam darah atau cairan tubuh lain dari pasien dan masuk ke dalam tubuh pekerja kesehatan (atau sebaliknya) dan dapat melalui kontak dengan selaput lendir atau luka terbuka pada kulit.

Transmisi Tidak Langsung

Infeksi dapat ditularkan secara tidak langsung melalui

perangkat seperti termometer, peralatan lainnya yang terkontaminasi, peralatan medis atau mainan, atau dari pekerja medis yang menaangani satu pasien ke pasien lain. Transmisi ini adalah modus yang paling umum dari penularan dalam setting pelayanan kesehatan.

Transmisi dari Tetesan Cairan



Tetes pernapasan membawa patogen infeksi yang dihasilkan ketika orang yang terinfeksi batuk, bersin atau berbicara, serta selama prosedur seperti suctioning dan intubasi endotrakeal. Tetesan ini menular langsung dari saluran pernapasan dari individu yang terinfeksi pada permukaan mukosa penerima yang rentan dalam jarak pendek. Masker wajah dapat mencegah penularan jenis ini

Transmisi Udara

Transmisi udara penyakit menular terjadi melalui penyebaran baik tetesan udara (partikel yang timbul dari pengeringan tetesan pernapasan) atau partikel kecil yang terhirup dan mengandung infeksi yang tetap infeksius selama waktu dan jarak tertentu (misalnya spora *Aspergillus* spp dan *Mycobacterium tuberculosis*). Infeksi ini dapat tersebar dalam jarak jauh oleh arus udara dan dapat terhirup oleh individu yang tidak memiliki kontak langsung dengan sumber.

Paparan Melalui Kulit

Paparan melalui kulit dapat terjadi melalui benda tajam yang terkontaminasi.

Populasi Pasien yang dicurigai mengalami HCAI 
Pasien rentan terhadap kolonisasi dan infeksi 
termasuk pasien dengan penyakit medis parah, pasien yang operasi atau pasien yang ditanam peralatan medis tertentu dalam tubuhnya, seperti kateter urin atau tabung endotrakeal. Sebab infeksi dari empat kondisi berikut ini terjadi lebih dari sekitar 80% dari semua total HCAI yang terjadi, diantaranya adalah infeksi saluran kemih, biasanya berhubungan dengan kateter; infeksi situs bedah; infeksi aliran darah yang terkait dengan penggunaan perangkat intravaskular; dan pneumonia terkait dengan ventilator. Infeksi saluran kemih terkait dengan kateter adalah yang paling sering, terhitung sekitar 36% dari semua HCAI [13]. Infeksi luka operasi terhitung sekitar 20% dari semua HCAI. Infeksi aliran darah yang terkait dengan penggunaan perangkat intravaskular dan pneumonia yang terkait dengan ventilator terjadi sekitar 11 % dari total HCAI.

Bukti menunjukkan bahwa tingkat infeksi dapat dikurangi jika pekerja medis menerapkan pedoman pencegahan

dan pengendalian infeksi secara benar dan pasien meninggalkan rumah sakit sesegera mungkin. Banyak pasien HCAI (sekitar 25%) berada di ICU dan lebih dari 70% dari infeksi pada pasien ini disebabkan oleh mikroorganisme resisten terhadap satu atau lebih antibiotik [13].

Mencegah health care-associated infection (HCAI)– Lima Bidang Pelatihan untuk Pelajar

Selama pelatihan mereka, pelajar akan bekerja banyak lingkungan di mana ada risiko penularan infeksi. Pelajar harus mendekati setiap situasi yang memiliki potensi infeksi dari pasien atau pekerja Medis lainnya, termasuk dirinya. Hal ini berarti bahwa pelajar harus secara rutin melakukan kegiatan untuk mencegah infeksi, seperti menggunakan teknik kebersihan yang benar, menggunakan Peralatan perlindungan diri (misalnya sarung tangan dan baju) secara tepat, memastikan bahwa instrumen dan perangkat telah digunakan direkomendasikan prosedur sterilisasi, dan mengikuti kebijakan dan rekomendasi untuk mencegah infeksi dalam situasi tertentu, termasuk penggunaan teknik aseptik yang tepat dan berpraktik pengelolaan sampah yang aman, terutama mengenai pembuangan benda tajam.

Bidang prioritas di mana semua pekerja medis, termasuk pelajar, harus mengambil tindakan dijelaskan di bawah ini

Kebersihan Lingkungan



Kebersihan lingkungan di rumah sakit sangat penting untuk meminimalkan infeksi. Fasilitas pelayanan kesehatan harus tampak bersih. Peningkatan kebersihan sangat penting ketika ada wabah yang bersumber dari lingkungan. Pilihan metode untuk membersihkan potensi infeksi akan tergantung pada banyak faktor dan setiap fasilitas harus menerapkan kebijakan yang ada dan prosedur terkait kebersihan. Pelajar harus membiasakan diri dengan prosedur untuk membersihkan tumpahan dan kontaminasi pada muntahan, urin, dll. Pelajar harus mencari saran dan informasi tentang desinfektan yang berbeda dan aplikasi desinfektan yang tepat dari apoteker atau profesional medis lain.

Sterilisasi / pembersihan peralatan dan instrument medis Peralatan, perangkat dan instrumen medis harus benar-benar disterilkan secara ketat sesuai dengan rekomendasi prosedur. Pelajar perlu mengetahui prinsip-prinsip dasar mengenai prosedur tersebut dan juga bagaimana untuk memverifikasi apakah rekomendasi serta prosedur ini telah diikuti untuk perawatan pasien.

Peralatan Medis yang dilabeli penggunaan tunggal

Perangkat berlabel "sekali pakai" dirancang oleh produsen dengan maksud bahwa peralatan tersebut tidak bisa digunakan kembali setelah penggunaan pertama. Misalnya, jarum suntik sekali pakai tidak boleh digunakan kembali karena risiko infeksi sangat tinggi. Data lapangan dari negara-negara berkembang menunjukkan bahwa penggunaan kembali jarum suntik adalah sumber utama infeksi HIV dan hepatitis[14].

Suntikan adalah prosedur kesehatan yang paling umum di seluruh dunia dan pelajar perlu tahu bahwa penggunaan tunggal perangkat injeksi sangat penting untuk perawatan pasien. Perangkat injeksi sekali pakai dan steril termasuk jarum suntik steril, jarum suntik auto-disable untuk tujuan imunisasi, jarum suntik dengan elemen pencegahan penggunaan ulang untuk. Pelajar harus membiasakan diri dengan peraturan dan rekomendasi untuk menggunakan perangkat injeksi tunggal yang dipromosikan oleh WHO[14,15].

Kebersihan Tangan



Setiap orang yang bekerja dalam pelayanan kesehatan, baik di rumah sakit, klinik atau rumah pasien, perlu menyadari pentingnya kebersihan tangan. Kebersihan tangan adalah intervensi yang paling penting sehingga setiap pekerja kesehatan berpraktik medis untuk mencegah terjadinya HCAI. Pekerja Medis harus menasihati pasien dan keluarga mereka tentang pentingnya kebersihan tangan dan memberi mereka izin untuk mengingatkan staf tentang kebersihan tangan. Pada saat yang sama, staf dan pelajar tidak perlu merasa terancam ketika anggota pasien atau keluarga meminta atau mengingatkan mereka tentang kebersihan tangan.

Apa yang pelajar perlu ketahui tentang Kebersihan Tangan

Pelajar perlu tahu:

- alasan untuk melakukan kebersihan tangan;
- indikasi untuk kebersihan tangan sesuai dengan rekomendasi WHO;
- metode untuk melakukan kebersihan tangan dalam situasi yang berbeda;
- teknik untuk kebersihan tangan;
- bagaimana melindungi tangan dari Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD);
- bagaimana mempromosikan kepatuhan atas pedoman dan rekomendasi kebersihan tangan.

Institusi medis harus menyediakan alcohol pembersih tangan di samping tempat tidur. Antiseptik berbasis alcohol cepat membunuh patogen dan meminimalisir risiko Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) untuk staf. Namun, ketika tangan terlihat kotor, menggosok tangan bukan merupakan pengganti untuk mencuci tangan dengan sabun dan air. Untuk alasan ini, infrastruktur untuk mencuci tangan juga harus mudah diakses.

Kenapa Seorang Harus Mempraktikkan Kebersihan Tangan?

Banyak studi telah mengkonfirmasi bahwa patogen yang muncul dalam HCAI dapat diisolasi dari kulit tangan. Mikroba dapat muncul pada kulit, yang hidup dalam jangka panjang di bawahsel-sel superfisial epidermis. Secara umum, mikroba tersebut adalah bagian dari flora transient pada permukaan kulit, yang meliputi bakteri, virus dan jamur yang diperoleh melalui kontak kulit langsung atau kontak dengan permukaan yang terkontaminasi. Mikroorganisme ini dapat dengan mudah menular dari tangan pekerja medis pada pasien atau pada lingkungan. Mikroorganisme ini dapat dihilangkan dari kulit jika kebersihan tangan yang memadai dipraktikkan. Ada bukti yang menunjukkan bahwa kebersihan tangan dapat memutus rantai penularan patogen di fasilitas pelayanan kesehatan dan dapat mengurangi timbulnya HCAI, serta tingkat kolonisasi.

Kenapa Seseorang harus Melakukan Kebersihan Tangan?

Tujuan dari kebersihan tangan adalah untuk mencegah kolonisasi dan infeksi pada pasien dan pekerja medis, serta pencemaran lingkungan. Oleh karena itu, indikasi untuk kebersihan tangan muncul setiap kali ada kemungkinan transfer mikroorganisme dari satu kulit atau permukaan benda mati ke permukaan lain. Untuk mengidentifikasi dengan mudah kapan kebersihan tangan harus dilakukan, WHO telah mengembangkan model My 5 Moments for Hand Hygiene [16].

Waktu tersebut adalah:

1. sebelum menyentuh pasien;
2. sebelum melakukan prosedur kebersihan/aseptik;
3. setelah terpapar cairan tubuh yang berisiko;
4. setelah menyentuh pasien;
5. setelah menyentuh lingkungan pasien.

Mengolesi atau mencuci tangan?

Menggosok tangan dengan antiseptik berbasis alcohol adalah metode yang dipilih dalam kebanyakan pekerjaan klinis sehari-hari. Hal ini karena alcohol bertindak lebih cepat dari sabun untuk menonaktifkan mikroorganisme, efeknya berlangsung lama, dan prosedur pembersihan tangan membutuhkan waktu yang lebih sedikit. Pada penggunaan berulang, seperti halnya diperlukan dalam kondisi pelayanan kesehatan, Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD), seperti pengeringan dan scaling, maka metode menggosok tangan digunakan akan kurang efektif jika dibandingkan dengan mencuci tangan berulang-ulang dengan sabun dan air. Keuntungan lain bahwa menggosok tangan lebih mudah dilakukan pada titik perawatan karena tidak tergantung pada ketersediaan air bersih, sabun dan handuk. Namun, ada situasi tertentu di mana mencuci tangan dianjurkan.

Panduan WHO tentang Kebersihan Tangan dalam Pelayanan Kesehatan

Rekomendasi WHO tentang Kebersihan Tangan dalam Pelayanan Kesehatan adalah sebagai berikut :

- Sebelum pekerjaan klinis rutin dimulai, menghapus semua pergelangan tangan dan perhiasan tangan dan penutup luka dan lecet dengan perban tahan air. Kuku harus dijaga pendek dan kuku palsu tidak harus dipakai.
- Cuci tangan dengan sabun dan air setiap kali terlihat kotor atau terlihat kotor dengan darah atau cairan tubuh lain dan setelah menggunakan toilet.
- Ketika paparan infeksi potensial membentuk spora patogen seperti saat ada wabah *Clostridium difficile*, mencuci tangan dengan sabun dan air adalah metode yang lebih efektif.
- Gunakan antiseptik berbasis alkohol sebagai sarana pilihan untuk antiseptik tangan secara rutin ketika tangan tidak tampak kotor. Jika antiseptik berbasis alkohol tidak tersedia, mencuci tangan dengan sabun dan air dapat menjadi metode yang efektif.

Mempromosikan praktik terbaik adalah kepentingan semua orang. Pelajar didorong untuk merujuk pada panduan WHO tersebut , khususnya rekomendasi konsensus yang dapat ditemukan di halaman 152-154, dan untuk menggabungkan panduan ini dalam praktik sehari-hari mereka serta mendorong orang lain untuk melakukan hal yang sama.

Teknik Kebersihan Tangan

Kepatuhan terhadap teknik kebersihan tangan yang direkomendasikan, seperti volume produk yang akan digunakan, permukaan tangan untuk membersihkan dan durasi mencuci tangan dan menggosok tangan, adalah penting untuk efektivitas teknik kebersihan. Sabun dan antiseptik berbasis alkohol tidak dianjurkan untuk digunakan bersamaan.

Mengolesi Tangan

Oleskan antiseptik berbasis alkohol pada permukaan tangan dan menutupi seluruh permukaan tangan. Gosok tangan sampai kering. Ilustrasi dari teknik ini tersedia dalam brosur kebersihan tangan WHO, *Hand hygiene: why, how and when*, yang juga tersedia secara online [17].

Mencuci Tangan

Basahi tangan dengan air dan gunakan pembersih tangan untuk menutupi semua permukaan. Bilas tangan dengan air dan keringkan secara menyeluruh dengan handuk sekali pakai. Hindari menggunakan air panas, karena penggunaan air panas secara berulang dapat meningkatkan risiko dermatitis. Gunakan handuk untuk mematikan keran. Ilustrasi dari teknik ini tersedia dalam brosur WHO yang diterbitkan.

Kebersihan Tangan, Mengapa, Bagaimana dan Kapan [17]. Karena tangan basah mudah tertempel dan menyebarkan mikroorganisme, pengeringan tangan secara tepat sangat penting. Pastikan handuk tidak digunakan beberapa kali atau oleh beberapa orang. Perawatan dilakukan untuk menghindari kontaminasi ulang dari tangan saat pengeringan dan saat mematikan kran. Bentuk sabun cair, bubuk maupun batangan. Ketika batang sabun digunakan, rak sabun kecil dapat digunakan sebagai tempat agar sabun kering kembali sebelum digunakan kemudian.

Bagaimana Melindungi Kulit

Tangan dengan retak dan kasar yang disebabkan oleh kekeringan rentan bagi bakteri untuk masuk ke dalam tubuh. Iritasi dan kekeringan yang berkaitan dengan kebersihan tangan dapat dikurangi dengan memilih produk yang mengandung humektan dan telah terbukti cocok dengan kondisi kulit. Kebutuhan dan penggunaan produk perawatan kulit untuk dermatitis tangan dapat bervariasi sesuai dengan kondisi pelayanan kesehatan, negara, dan kondisi iklim. Praktik-praktik tertentu, seperti mengenakan sarung tangan saat tangan basah atau menggunakan antiseptik berbasis alkohol pada tangan basah, dapat meningkatkan kemungkinan iritasi [18].

Penggunaan Alat Pelindung Diri



Alat pelindung diri (APD) termasuk baju, sarung tangan, celemek, pelindung mata, sepatu dan masker wajah. Penggunaan Alat pelindung diri biasanya didasarkan pada penilaian risiko transmisi mikroorganisme dari pasien ke perawat dan sebaliknya. Seragam pelajar harus bersih dengan memperhatikan kebersihan pribadi.

Sarung tangan

Sarung tangan sekarang merupakan alat sehari-hari yang digunakan dalam praktik klinis dan merupakan komponen penting dari standar pencegahan. Jenis-jenis sarung tangan termasuk: sarung tangan bedah; sarung tangan pemeriksaan sekali pakai; sarung tangan utilitas; atau sarung tangan untuk tugas medis berat.

Penggunaan sarung tangan yang tepat adalah penting karena penggunaan yang tidak merusak semua upaya untuk mempertahankan kebersihan tangan. Ketika memeriksa pasien berisiko infeksi tinggi, sarung tangan harus digantisaat memeriksa pasien lain. (Pedoman WHO untuk penggunaan sarung tangan disajikan pada Tabel B.9.1.)

Ada dua indikasi utama untuk memakai sarung tangan dalam pengaturan klinis: yakni melindungi tangan dari kontaminasi dengan bahan organik dan mikroorganisme dan mengurangi risiko penularan mikroorganisme kepada pasien, Staf dan lain-lain.

Mengenakan sarung tangan tidak menggantikan kebutuhan untuk kebersihan tangan. Sarung tangan bisa rusak dan kadang-kadang bocor. Studi menunjukkan bahwa bahkan ketika sarung tangan digunakan, tangan dapat terkontaminasi. Jika sarung tangan rusak atau bocor, pelajar harus melepas sarung tangan, membersihkan tangan dan kemudian mengenakan sarung tangan baru. Sarung tangan harus dibuang tepat (ke dalam aliran limbah yang benar) setelah menyelesaikan tugas medis dan tangan kemudian harus dibersihkan. Hal ini karena sarung tangan yang dibuat untuk digunakan sekali dapat membawa mikroorganisme di permukaan tangan.

Tenaga medis perlu menilai apakah sarung tangan perlu digunakan dalam situasi tertentu. Sarung tangan harus dikenakan untuk prosedur invasif, kontak dengan pasien yang membutuhkan kondisi steril, dan kontak dengan kulit yang luka atau selaput lendir, serta kegiatan yang ada risiko paparan darah, cairan tubuh, sekresi dan ekskresi (kecuali keringat), dan / atau aktivitas yang melibatkan benda tajam yang terkontaminasi. Sarung tangan harus dikenakan hanya sekali dan harus digunakan segera sebelum kegiatan perawatan dan dilepas segera setelah selesai merawat

pasien sebelum kemudian melakukan perawatan pada pasien lainnya. Sarung tangan harus dibuang sebagai limbah klinik dan tangan harus dibersihkan setelah sarung tangan dilepas.

Sarung tangan dapat digunakan dalam situasi lain juga. Misalnya, kontak dengan pasien yang diketahui terpapar atau terinfeksi patogen yang dapat menular melalui kontak fisik langsung (misalnya VRE, MRSA). Pelajar harus menyadari bahwa infeksi tertentu dapat muncul dan saran penggunaan sarung tangan dapat diberikan sesuai kondisi yang terjadi.

Berbagai jenis sarung tangan tersedia. Sarung tangan steril yang diperlukan untuk prosedur invasif dan untuk tugas lain yang membutuhkan kondisi steril. Bagi kebanyakan prosedur lainnya, sarung tangan untuk proses pemeriksaan sudah cukup memadai. Penggunaan sarung tangan penting diperhatikan saat melakukan prosedur berat seperti berhadapan dengan benda tajam, mengolah dan menangani limbah yang terkontaminasi dengan zat tertentu.

Tabel B.9.1.
Panduan WHO Menggunakan Sarung Tangan

Peruntukan Sarung Tangan Steril	<ul style="list-style-type: none"> - Prosedur bedah; persalinan pervaginam; prosedur radiologi invasif; Akses vaskular dan prosedur (garis tengah); persiapan nutrisi parenteral total dan agen kemoterapi.
Peruntukan Sarung Tangan Bersih	<ul style="list-style-type: none"> - Potensi menyentuh darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi dan barang-barang tampak kotor oleh cairan tubuh. - Paparan pasien langsung: kontak dengan darah; kontak dengan selaput lendir dan kulit yang tidak utuh; potensi keberadaan organisme yang sangat menular dan berbahaya; - epidemi atau situasi darurat; IV penyisipan dan penghapusan; menggambar garis darah; penghentian garis vena; pemeriksaan panggul dan vagina; penyedotan sistem non-tertutup tabung endotrakeal. - Paparan pasien tidak langsung: mengosongkan cekungan emesis; instrumen penanganan / pengeringan; penanganan limbah; membersihkan tumpahan cairan tubuh.
Peruntukan Umum	<ul style="list-style-type: none"> - Paparan pasien langsung: mengambil tekanan darah, suhu dan denyut nadi; melakukan (kecuali untuk kontak subkutan dan injeksi intramuskular, mandi dan berpakaian pasien; tindakan pencegahan) mengangkut pasien; merawat mata dan telinga (tanpa sekresi); manipulasi jalur pembuluh darah di adanya kebocoran darah. - Paparan pasien tidak langsung: menggunakan telepon; menulis di grafik pasien; memberikan obat oral; mendistribusikan atau mengumpulkan nampan makanan pasien; menghapus dan mengganti linen untuk tidur pasien; menempatkan peralatan ventilasi non-invasif dan kanula oksigen; memindahkan perabotan pasien. Tidak ada potensi terpapar darah atau cairan tubuh, atau lingkungan yang terkontaminasi. - Sarung tangan harus dipakai sesuai dengan kewaspadaan standar dan kontak. Kebersihan tangan harus dilakukan pada saat yang tepat, terlepas dari indikasi untuk pemakaian sarung tangan.

Sumber: *Glove use information leaflet*. World Health Organization, 2009 [20].

Leaflet Informasi Penggunaan Sarung Tangan dari WHO merekomendasikan perilaku berikut untuk pemakaian sarung tangan[19]:

- Penggunaan sarung tangan tidak menggantikan kebutuhan untuk kebersihan tangan dengan baik seperti menggosok tangan atau mencuci tangan
- sarung tangan dipakai untuk mengantisipasi kontak dengan darah atau bahan yang berpotensi menular lainnya seperti mukosa, atau kulit yang terluka.
- Lepas sarung tangan setelah merawat pasien.
- Jangan memakai sepasang sarung tanganyang sama untuk merawat lebih dari satu pasien.
- Saat mengenakan sarung tangan, lepas sarung tangan selama perawatan pasien dimana Anda melakukan prosedur pada satu bagian tubuh yang terkontaminasi dan pada bagian tubuh lain yang tidak terkontaminasi (termasuk kulit yang terluka, selaput lendir atau perangkat medis)
- Penggunaan kembalisarung tangantidak dianjurkan. Dalam kasuspenggunaan kembalisarung tangan, terapkan metodepengolahanyang paling aman.

Baju dan Masker Wajah

Penggunaan baju dan masker wajah dapat menjadi bagian dari tindakan pencegahan transmisi infeksi dan melindungi bagian tubuh pekerja medis jika terpapar. Baju mencegah kontaminasi pakaian inti dengan darah, cairan tubuh dan materi yang berpotensi menular. Kebutuhan dan jenis baju didasarkan pada sifat interaksi pasien dan potensi penetrasi cairan darah dengan tubuh. Pelajar harus berpedoman dengan kebijakan yang ada di lingkungan kerja mereka dan oleh instruktur klinis mereka. Kebijakan lokal harus selalu ditaati.

Pedoman menunjukkan bahwa profesional pelayanan kesehatan dan pelajar harus:

- memakai celemek plastik sekali pakai ketika melakukan kontak erat dengan pasien, bahan atau peralatan, atau ketika ada risiko pakaian terkontaminasi;
- membuang celemek plastik setelah melakukan rangkaian perawatan atau prosedur. Pakaian pelindung non-sekali pakai harus dicuci;
- memakai pakaian yang menutupi seluruh tubuh, baju anti cairan ketika ada risiko percikan darah, cairan tubuh, sekresi atau ekskresi, kecuali keringat. Dalam situasi di mana percikan darah atau cairan terpapar (misalnya di ruang kerja saat melahirkan), sepatu juga harus dikenakan;
- masker wajah dan pelindung mata harus dipakai bila ada risiko darah, cairan tubuh, sekresi dan / atau ekskresi terpercik ke wajah dan mata.

Langkah Kebersihan Pernapasan dan Etika Batuk

Siapun dengan tanda-tanda dan gejala infeksi pernapasan, terlepas dari penyebabnya, harus mengikutiatu diinstruksikan untuk mengikuti kebersihan pernapasan / etika batuk sebagai berikut

- menutupi hidung / mulut saat batuk atau bersin;
- Menggunakan tisu untuk menahan sekresi pernapasan;
- membuang tisu di wadah sampah terdekat setelah digunakan;
- jika tidak ada tisu yang tersedia, tutupi batuk dan bersi dengan siku bagian dalam bukan tangan;
- Praktik membersihkan tangan setelah kontak dengan sekret pernapasan dan terkontaminasi benda / bahan.

Penggunaan dan pembuangan peralatan medis tajam



Pelajar harus menyadari masalah yang signifikan luka karena penggunaan jarum suntik. Luka jarum suntik adalah hal yang lazim dari mulai cedera pada hingga terpapar zat berbahaya. Banyak pekerja medis terinfeksi oleh virus yang ditularkan melalui darah, meskipun infeksi ini dapat dicegah melalui penggunaan praktik-praktik berikut:

- Menggunakan benda tajam seminimal mungkin;
- tidak menggunakan kembali, membengkokkan atau mematahkan jarum setelah digunakan;
- membuang setiap jarum langsung ke 'wadah benda tajam (kotak khusus pembuangan benda tajam) segera setelah digunakan. (*Selalu tempatkan tempat sampah benda tajam dekat dengan pasien untuk membantu ini.*);
- tidak membuat overload tempat sampah benda tajam jika penuh;
- tidak meninggalkan tempat sampah benda tajam di mana anak-anak dapat mencapainya;
- jarum yang dikumpulkan dari pasien harus ditempatkan dalam wadah benda tajam di dalam kotak aman untuk meminimalkan risiko pada apoteker;
- selalu melaporkan cedera penggunaan jarum suntik sesuai dengan kebijakan lokal.

Orang menggunakan tajam harus bertanggung jawab untuk membuangnya dengan aman. Langkah-langkah keamanan ini dijelaskan dalam daftar periksa berikut untuk upaya tindakan pencegahan standar.

Tuberculosis (TB)

TB dapat menyebar dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Penyakit ini menyebar melalui batuk, bersin, berbicara atau meludah, yang menyebarkan basil TB ke udara. Orang-orang kemudian bernapas dengan kontaminasi basil ini. Beberapa orang tidak akan mengalami infeksi karena sistem kekebalan tubuh mereka mampu menjaga patogen aktif. Ketika sistem kekebalan tubuh gagal, penyakit ini dapat menjadi aktif dan orang yang menghirup basil tersebut kemudian menjadi terinfeksi. Pelajar harus menerapkan tindakan pencegahan standar setiap saat. Tindakan pencegahan ini dijelaskan nanti dalam Topik ini. Jika TB adalah masalah besar di negara Anda, maka penting untuk memberikan informasi tambahan tentang prevalensi TB di negara Anda dan strategi untuk mengelola penyebaran TB selama pelayanan kesehatan. Situs web WHO menyajikan berbagai laporan yang menggambarkan prevalensi TB

dan pengaruh dan penderitaan yang sangat buruk yang disebabkan oleh penyakit ini.

Penggunaan Prosedur Sterilisasi yang Efektif

Lembaga CDC Amerika Serikat menyarankan bahwa "secara umum, alat kesehatan atau alat pelayanan kesehatan pasien dapat digunakan kembali meskipun sudah digunakan dalam sistem pembuluh darah atau melalui aliran darah yang kemudian harus disterilkan sebelum digunakan".

Sterilisasi berarti penggunaan prosedur fisik atau kimia untuk menghancurkan mikroba, termasuk endospora atau bakteri yang resisten. Pelajar harus tahu bagaimana menggunakan metode sterilisasi peralatan yang beragam dan teknologi yang digunakan untuk membuat instrumen yang aman digunakan pada pasien[21].

Antibiotik Profilaksis

Pelajar akan mengamati bahwa beberapa pasien dokter dan dokter gigi diberikan antibiotik profilaksis ketika menjalani prosedur bedah atau bedah gigi. Penggunaan antibiotik yang tepat diketahui dapat mencegah infeksi pasca operasi bedah atau operasi gigi, tetapi jika antibiotik diberikan dengan tidak tepat, maka juga dapat berbahaya. Antibiotik yang diberikan pada waktu yang salah, diberikan terlalu sering, atau tidak diberikan cukup atau tidak tepat, terjadi dalam beberapa kasus. Pemberian yang salah atau pemberian berkepanjangan antibiotik profilaksis membuat semua pasien berada pada risiko kesehatan lebih besar karena perkembangan patogen yang resisten terhadap antibiotik.

Apa yang perlu dilakukan pelajar



Pelajar memiliki tanggung jawab untuk melakukan segala upaya untuk meminimalkan penyebaran infeksi dan untuk mendorong pasien serta pekerja medis lainnya untuk secara aktif terlibat dalam praktik-praktik yang meminimalkan penyebaran infeksi baik di masyarakat, di rumah sakit dan klinik.

Pelajar perlu untuk:

- Mewaspadai standar praktik, termasuk kebersihan tangan,
- Mendapat imunisasi hepatitis B;
- tahu apa yang harus dilakukan jika mereka mengalami 'cedera benda tajam atau terkena cairan darah atau cairan tubuh, atau mendapat eksposur lain potensial dari patogen,
- mengambil tindakan pencegahan yang tepat ketika mereka sendiri sakit untuk terhindar dari menginfeksi pasien dan / atau mencemari lingkungan kerja;
- bertindak sebagai model peran bagi praktik klinis yang baik dan keselamatan pasien dan mendorong orang lain untuk menggunakan tindakan pencegahan yang tepat;
- mahir dalam penggunaan metode sterilisasi peralatan dan teknologi yang beragam

Menerapkan standar pencegahan termasuk kebersihan tangan

Dalam rangka untuk melatih tindakan pencegahan standar, pelajar tidak harus membuat diri mereka dalam keadaan berisiko. Oleh karena itu, menjaga kebersihan tangan, penting bagi pelajar untuk melaporkan dan mencari pengobatan atas kondisi kulit, terutama yang mempengaruhi kebersihan tangan. Kebersihan tangan, baik mencuci tangan atau penggunaan antiseptik berbasis alkohol, tidak dapat dilakukan jika kondisi kulit tertentu (misalnya mengalami dermatitis atau eksim) muncul, dan ini membuat pekerja pelayanan kesehatan dan pasien berada pada risiko infeksi. Sarung tangan bukan menjadi pengganti dalam keadaan ini dan setiap pelajar dengan kondisi kulit yang bermasalah harus dirujuk ke departemen kesehatan untuk pengobatan dan menjaga kontak dengan pasien sampai kondisi teratasi.

Kebersihan tangan sebelum menyentuh pasien

Hal ini penting untuk melindungi pasien dari mikroorganisme berbahaya. Pelajar dapat terkontaminasi mikroorganisme dengan menyentuh permukaan kulit yang terkontaminasi dari pasien lain atau orang lain.

Kebersihan tangan sebelum prosedur aseptik

Penting bagi pelajar untuk mempraktikkan kebersihan tangan segera sebelum melakukan prosedur aseptik, termasuk mempersiapkan obat yang steril. Hal ini diperlukan untuk mencegah mikroorganisme berbahaya, termasuk mikroorganisme dari pasien sendiri, memasuki tubuh pasien. Pelajar harus terlindungi dari penularan melalui kontak dengan selaput lendir, seperti dalam perawatan mulut / gigi, memberikan tetes mata dan sekresi aspirasi. Kontak dengan kulit yang terluka, termasuk perawatan kulit, ganti luka dan injeksi, dapat menimbulkan transmisi virus atau mikroba. Kontak dengan perangkat, seperti memasukkan kateter atau membuka akses vaskular atau sistem drainase, harus dilakukan dengan persiapan yang cermat, karena perangkat ini berpotensi menyimpan mikroorganisme yang berpotensi membahayakan pasien. Pelajar juga harus membersihkan tangan ketika menyiapkan makanan, obat-obatan.

Beberapa pelajar pasti akan melakukan kontak dengan membran mukosa dan kulit yang terluka. Memahami risiko akan membantu pelajar untuk berpraktik pelayanan kesehatan yang aman. Mereka juga mungkin melakukan kontak dengan perangkat atau sampel klinis, misalnya, membawa atau memanipulasi setiap sampel cairan, membuka sistem pengeringan, memasukkan atau menghapus tabung endotrakeal atau penyedotan. Kebersihan tangan setelah terekspos cairan tubuh berisiko Pelajar harus terbiasa membersihkan tangan mereka segera setelah risiko terpapar cairan tubuh dan setelah melepas sepasang sarung tangan.

Hal ini penting untuk menjaga kemungkinan pelajarnya terinfeksi. Hal ini juga diperlukan untuk pemeliharaan lingkungan pelayanan kesehatan yang aman. Kasus penularan penyakit dapat terjadi bahkan pada saat pekerja medis menggunakan sarung tangan. Seringkali, pelajar perlu untuk membersihkan urin pasien, feses atau muntahan pasien. Pelajar bisa mengalami saat mereka harus menangani limbah (perban, pembalut wanita, bantalan inkontinensia) atau membersihkan bahan atau lokasi perawatan (wc, instrumen medis) yang terkontaminasi dan tampak-kotor. Mereka harus sangat menyadari pentingnya membersihkan tangan segera setelah kegiatan tersebut, serta pentingnya metode pembuangan limbah yang tepat.

Kebersihan tangan setelah menyentuh pasien

Semua pelajar harus berpraktik kebersihan tangan setelah menyentuh pasien. Kegiatan yang melibatkan kontak fisik langsung, selain yang disebutkan di atas, praktik menyentuh pasien termasuk membantu pasien untuk bergerak atau membersihkan dan memijat. Pemeriksaan klinis, seperti memeriksa denyut nadi atau tekanan darah, auskultasi dada dan palpasi perut, semua tindakan tersebut ada peluang untuk transmisi mikroorganisme yang menular.

Kebersihan tangan setelah menyentuh benda pada lingkungan pasien

Mikroorganisme juga dapat bertahan hidup pada benda mati. Untuk alasan ini, penting membersihkan tangan setelah menyentuh benda atau furnitur di sekitar pasien ketika meninggalkan pasien itu, bahkan jika pasien tidak tersentuh. Pelajar yang melakukan tugas untuk membantu staf lain, mengganti sprei, menyesuaikan kecepatan perfusi, memantau alarm, memegang rel tempat tidur atau benda bergerak di atas meja di samping tempat tidur untuk pasien. Setelah melakukan tugas-tugas tersebut, tangan harus dibersihkan.

Lupa untuk mempraktikkan kebersihan tangan dapat menyebabkan pasien terpapar dan terinfeksi, sehingga pelajar menjadi rentan terpapar dan terinfeksi dan ada kemungkinan mikroorganisme menyebar ke seluruh lingkungan.

Metode Perlindungan Pribadi

Pelajar harus:

- mengikuti panduan dan mencari informasi tentang penggunaan prosedur perlindungan pribadi dan peralatan;

- Menggunakan sarung tangan ketika melakukan kontak dengan cairan tubuh, kulit yang terluka dan membran mukosa;
- memakai masker wajah, pelindung mata, penutup kepala dan baju luaran jika ada potensi darah atau cairan tubuh lainnya terpercik;
- Memberi tahu pihak yang tepat tentang pasokan Alat Pelindung Diri yang habis;
- Mencontoh model praktik penyedia layanan kesehatan senior yang dihormati dan aman;
- secara teratur melakukan penilaian diri atas penggunaan peralatan keselamatan pribadi dan perhatikan apakah telah ada penggunaan yang tidak pantas;
- menutup semua luka dan lecet;
- selalu membersihkan tumpahan darah dan cairan tubuh sesuai rekomendasi yang sesuai;
- mewaspada bagaimana limbah pada tempat praktik kesehatan mereka bekerja diolah.

Diimunisasi Hepatitis B

Pelajar, seperti halnya Pekerja Medis, dapat berisiko terinfeksi virus yang ditularkan melalui darah. Risiko infeksi baik staf dan pasien tergantung pada prevalensi penyakit pada populasi pasien dan sifat frekuensi paparan. Pelajar harus diimunisasi segera setelah mereka mulai merawat pasien pada , klinik atau pengaturan masyarakat, termasuk rumah pasien, dan melakukan tes pasca-vaksinasi, jika memungkinkan.

Tahu apa yang dilakukan jika terpapar virus

Jika seorang pelajar tidak sengaja terkena atau terinfeksi dengan patogen yang ditularkan melalui darah, mereka yang harus segera memberitahukan staf yang tepat dalam pengaturan praktik, serta pengawas. Adalah penting bahwa pelajar menerima perawatan medis yang tepat sesegera mungkin.

Tahu apa yang dilakukan jika mengalami gejala muntah dan diare

Pelajar harus melaporkan insiden diare dan muntah, terutama jika mereka yang terpengaruh. Wabah diare dan muntah (norovirus) umum terjadi di rumah sakit dan dapat ditularkan oleh staf yang terkena paparan patogen dan mengalami gejala tertentu. Pelajar harus menyadari jika mereka memiliki gejala, mereka dapat menularkan infeksi pada pasien yang rentan dan staf lain. Oleh karena itu, pelajar tidak boleh bekerja. Pelajar harus mematuhi kebijakan lokal.

Mematuhi Langkah Pencegahan dan Kontrol Infeksi

Pelajar harus memastikan bahwa instrumen dan perangkat yang mereka gunakan secara tepat disterilkan / didesinfeksi. Mereka juga harus memastikan bahwa pedoman untuk prosedur tertentu diikuti, misalnya, saat memasukkan kateter kemih.

Mendorong pihak lain untuk berpartisipasi dalam Kontrol Infeksi



Pelajar dapat mendorong orang lain untuk menggunakan teknik kebersihan tangan yang benar. Pelajar dapat menjadi panutan dan pemimpin untuk hal ini. Kadangkala orang lain hanya perlu diingatkan untuk menyadari bahwa kondisi tertentubisa tidak aman.

Pelajar juga dapat mengajarkan pasien tentang pentingnya tangan yang bersih karena mereka terlibat dengan pasien daripada dengan sesama rekan medis. Ini juga merupakan kesempatan yang baik untuk berpraktik mendidik pasien tentang pelayanan kesehatan serta pencegahan dan pengendalian infeksi. Pelajar juga dapat memiliki kesempatan untuk mendidik anggota masyarakat lainnya (kerabat dan pengunjung pasien) tentang bagaimana mereka dapat membantu untuk mencegah dan mengendalikan infeksi melalui kebersihan tangan yang benar.

Mempengaruhi Sikap Profesional Pelayanan Kesehatan

Pelajar dapat mengalami bekerja di lingkungan di mana para praktisi medis tidak mengikuti pedoman institusional atau profesional untuk pencegahan dan pengendalian infeksi. Mereka bahkan mungkin mengamati staf senior tidak membersihkan tangan mereka atau tidak menjaga lingkungan steril. Hal ini dapat sangat sulit bagi pelajar untuk mengungkapkan kepeduliannya pada kesempatan tersebut. Landasan budaya, mungkin menyulitkan bagi anggota junior staf untuk menegur anggota staf yang lebih senior. Namun, hal ini dapat dilakukan dengan cara yang lebih sensitif. Pelajar dapat berbicara dengan tim pencegahan infeksi lokal atau staf senior dalam memberi saran pencegahan infeksi.

Pelajar dapat mengamati staf medis yang tidak memberishkan tangan

Bagaimana cara pelajar mengatasi dengan situasi ini akan tergantung pada hubungan pelajar dengan para anggota staf medis lainnya, budaya pengaturan kesehatan tertentu dan budaya masyarakat sekitarnya. Mungkin akan membantu untuk mengeksplorasi dan memahami kemungkinan alasan kelalaian. Bisa jadi seorang pekerja kesehatan begitu sibuk sehingga ia secara tidak sengaja lupa mencuci tangan nya. Jika pelajar tahu orang tersebut atentif, maka mungkin tepat untuk menyampaikan masalah ini dengan atau membantu mereka dengan memberikan antiseptik berbasis alkohol atau pembersih lainnya untuk digunakan.

Pelajar dapat mengamati staf medis yang melalaikan prosedur kontrol infeksi yang benar

Pelajar mungkin ingin bertanya pada pemimpin atau pengawas tim untuk menyampaikan isu pencegahan dan pengendalian infeksi dalam bentuk diskusi. Atau, mereka bisa bertanya kepada kepala departemen apakah seorang ahli bisa dihadirkan untuk berbicara dengan staf untuk membantu memastikan bahwa semua orang menyadari pedoman pengendalian infeksi.

Ringkasan



Dalam rangka meminimalkan kejadian HCAI, maka hal berikut perlu diperhatikan:

- mengetahui pedoman utama lingkungan klinis di mana Anda bekerja;
- menerima tanggung jawab untuk meminimalkan peluang transmisi infeksi;
- menerapkan kewaspadaan transmisi standar;
- memberi tahu staf jika pasokan tidak memadai atau habis;
- mendidik pasien dan keluarga mereka / pengunjung tentang tangan yang bersih dan transmisi infeksi.

Beberapa tindakan ini, seperti memperingatkan staf atas kekurangan pasokan alat pelindung diri, mungkin sulit untuk diterapkan dalam situasi di mana dana tidak tersedia dan persediaan umumnya kurang. Beberapa kebijakan rumah sakit juga tidak menyediakan alat pelindung diri bagi pelajar ketika mereka berpraktik di rumah sakit. Dalam kasus ini, pelajar harus mencari nasihat dari supervisor mereka.

Strategi dan Format Pengajaran


Topik ini dapat disampaikan dalam berbagai cara, tapi cara terbaik untuk mengajarkan materi ini adalah meminta pelajar untuk melakukan praktik pencegahan dan teknik pengendalian infeksi dalam lingkungan simulasi

Latihan Simulasi



Skenario yang berbeda dapat ditulis untuk menekankan komponen pendidikan pencegahan dan pengendalian infeksi. Misalnya, pelajar yang menghadiri Israel Center for Medical Simulation mempraktikkan mencuci tangan dan tangan mereka kemudian ditutupi dengan gel biru khusus dan diletakkan di bawah cahaya ultraviolet. Cahaya ini menunjukkan bagian tangan yang luput ketika dicuci. Pelajar terkejut melihat seberapa luas bagian tangan yang tidak bersih.

Skenario yang berbeda dapat dikembangkan untuk menekankan komponen pendidikan pencegahan dan pengendalian infeksi. Misalnya, pelajar bisa berpraktik teknik ketegasan dalam situasi yang berbeda, seperti:

Untuk masing-masing skenario, pelajar dapat bermain peran menggunakan pendekatan orang dan kemudian pendekatan sistem dalam menanggapi pelanggaran protokol infeksi. (Pendekatan ini dijelaskan secara rinci dalam Topik 3). → 

Kuliah Interaktif / Didaktik



Gunakan slide dalam panduan yang mencakup seluruh Topik. Slide dapat dalam format PowerPoint atau dikonversi untuk digunakan dengan overhead projector. Mulailah sesi dengan studi kasus yang dipilih dari *bank kasus* dan mintalah pelajar untuk mengidentifikasi beberapa isu yang disajikan dalam studi kasus.

Diskusi Panel

Undanglah dalam diskusi panel profesional medis yang dihormati untuk menyajikan ringkasan upaya mereka untuk meminimalkan penularan infeksi. Pelajar bisa membuat daftar pertanyaan tentang pencegahan dan manajemen infeksi.

Pembelajaran Berbasis Masalah

Beberapa aspek Topik ini dapat dikembangkan sesuai dengan pendekatan pembelajaran berbasis masalah. Misalnya, pasien yang telah terinfeksi luka bedahnya dapat digunakan sebagai pemicu presentasi masalah.

Diskusi Kelompok Kecil



Kelas dapat dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil dan tiga pelajar dalam setiap kelompok kemudian diminta untuk memimpin diskusi tentang penyebab dan jenis infeksi. Pelajar lain di kelompok bisa fokus pada alasan mengapa beberapa fasilitas pelayanan kesehatan mempromosikan kebersihan tangan lebih dari yang lain. Tutor yang memfasilitasi sesi ini harus paham dengan materi, sehingga informasi dapat ditambahkan tentang sistem kesehatan setempat dan lingkungan praktik.

Kegiatan Belajar Lainnya

Topik ini menawarkan banyak kesempatan untuk kegiatan terpadu selama pelajar ditugaskan pada tempat praktik tertentu. Kegiatan ini dapat mulai pada tahun pertama pelajar ditugaskan di lingkungan praktik.

- Pelajar dapat mengunjungi pasien yang terinfeksi akibat perawatan gigi atau pelayanan kesehatan. Mereka bisa berbicara dengan pasien tentang dampak infeksi pada kesehatan dan kesejahteraan pasien. Pertemuan tidak akan membahas bagaimana atau mengapa pasien terinfeksi, melainkan untuk membahas dampak dari infeksi.

- Pelajar bisa menghadiri pertemuan pencegahan dan pengendalian infeksi kemudian mengamati dan merekam kegiatan apa yang dilakukan oleh tim untuk memastikan bahwa setiap orang sesuai dengan pedoman pengendalian infeksi.
- Pelajar bisa mengamati tim yang mengobati pasien yang diketahui mengalami HCAI.
- Pelajar bisa mengikuti pasien melalui proses perioperatif dan mengamati kegiatan yang bertujuan untuk meminimalkan penularan infeksi.
- Pelajar dapat memeriksa dan mengkritik protokol yang digunakan untuk pencegahan dan pengendalian infeksi untuk prosedur aspecific, termasuk pengamatan pengetahuan tim serta kepatuhan terhadap protokol.
- Pelajar Farmasi juga bisa bertemu dengan pasien sebagai bagian dari kuliah praktik mereka
- Setelah kegiatan ini, pelajar harus diminta untuk bertemu secara berpasangan atau kelompok kecil dan berdiskusi dengan tutor atau dokter tentang apa yang mereka amati, apakah elemen atau teknik yang diajarkan muncul atau tidak, dan apakah mereka efektif.

Studi Kasus

Manset Berdarah

Kasus ini menggambarkan pentingnya mengikuti pedoman kontrol infeksi. Kasus ini juga menggambarkan kenapa orang harus mengadopsi prosedur dan mengira kemungkinan transmisi penyakit.

Jack, 28 Tahun, dan Sarah, 24 Tahun, terlibat dalam tabrakan kendaraan bermotor yang parah di mana mobil Jack menabrak pilar semen. Mereka dibawa ke gawat darurat, Jack menderita luka besar dan Sarah dengan luka parah bagian atas tubuhnya akibat pecahan kaca mobil. Jack mengeluarkan darah dengan deras ketika ia ditempatkan di ruang trauma. Tekanan darahnya diambil dan manset (terbuat dari nilon dan kain) penuh dengan darah, begitu banyak darahnya sehingga tidak bisa dikeringkan. Ia dibawa ke ruang operasi, tetapi kemudian meninggal.

Sarah, dengan luka pada bagian atas tubuhnya, ditempatkan di tempat yang sama di mana Jack dirawat.

Manset yang sama yang digunakan pada Jack dan penuh dengan darah dipasang pada bahu Sarah.

Pembahasan

- Gunakan studi kasus untuk memulai diskusi tentang implikasi kecelakaan ini dan identifikasi proses-proses yang dapat dicegah penggunaan kembali manset yang telah digunakan pada pasien lain.

Sumber: Agency for Healthcare, Research and Quality. Web M&M: mortality and morbidity rounds on the web (<http://www.webmm.ahrq.gov/caseArchive.aspx>; diakses pada 3 Maret 2011).

Kegagalan Memeriksa Situs Operasi pada Anak

Kasus ini menggambarkan percabangan infeksi yang terkait dengan layanan kesehatan pada pasien.

Seorang ayah membawa putrinya yang berusia, Chloe, ke unit gawat darurat sebuah rumah sakit daerah pada hari Jumat malam. Chloe menderita dada dingin dan sudah pernah diperiksa lalu kemudian dirawat sebagai pasien rawat jalan. Petugas medis mengatakan agar Chloe menjalani pengobatan pneumonia. Sebuah kanula IV dimasukkan di kaki bagian atas kiri yang diperban. Chloe dirawat di unit dan berada di bawah perawatan staf perawat, dokter umum dan petugas medis yang memeriksa selama akhir pekan.

Situs IV kanula tidak diperiksa sampai awal pada hari Minggu malam (hampir 48 jam kemudian), meskipun fakta bahwa kerusakan pada kulit merupakan faktor risiko pada bayi yang dapat terjadi dalam waktu 8 sampai 12 jam. Ada luka nekrosis pada tumit kiri dan bisul tumbuh di kaki kiri atas. Setelah dikeluarkan dari rumah sakit dan menjalani pengobatan rawat jalan, Chloe akhirnya dirawat di rumah sakit anak-anak di mana ia harus menjalani pengobatan lanjutan. Chloe mengalami perilaku sebagai hasil dari pengalaman medisnya.

Diskusi

- Gunakan studi kasus untuk mendorong diskusi tentang infeksi situs kanula dan bagaimana infeksi dapat diminimalkan.

Sumber: Case studies—investigations. Sydney, New South Wales, Australia, Health Care Complaints Commission Annual Report 1999–2000: 59.

Sumber Materi

Kebersihan Tangan

WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a summary. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.07_eng.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).

Hand hygiene: why, how & when. Geneva, World Health Organization, August 2009 (http://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).

Institute for Healthcare Improvement (IHI) (in collaboration with the Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology and the Society of Healthcare Epidemiology of America). How-to guide: improving hand hygiene. Boston, MA, IHI, 2006 (<http://www.ihl.org/IHI/Topik/CriticalCare/IntensiveCare/Tools/HowtoGuideImprovingHandHygiene.htm>; diakses pada 21 Februari 2011).

Boyce JM et al. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51(RR16):1–45.

Panduan Isolasi

Siegel JD et al. and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings.* Public Health Service and United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2007 (<http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html>; diakses pada 21 Februari 2011).

Pencegahan dan Kontrol Infeksi

Clean care is safer care: tools and resources. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>; diakses pada 21 Februari 2011)

Ducel G et al. *Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/whocdscsreph200212.pdf>; diakses pada 21 Februari 2011).

Infection control, prevention of health care-associated infection in primary and community care. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care, National Institute for Clinical Excellence (NICE), London, UK, 2010
(<http://guidance.nice.org.uk/CG2>; diakses pada 21 Februari 2011).

AIDE-MEMOIRE: standard precautions in health care. Epidemic and Pandemic Alert and Response, Geneva, World Health Organization, October 2007
(http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).

Policy on TB infection in health-care facilities, congregate settings and households. Geneva, World Health Organization, 2009
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323_eng.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).

Infeksi Bedah

Prevent surgical site infections. 5 Million Lives campaign. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2001.
(<http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/SSI.htm>; diakses pada 21 Februari 2011).

Tools. Surgical site infections. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 2006
(<http://www.ihl.org/IHI/Topik/PatientSafety/SurgicalSiteInfections/Tools/>; diakses pada 21 Februari 2011).

Strategi Nasional

National strategy to address health care-associated infections operational template. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, June 2005
(www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/addprecautionsjun05.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).

Sumber Tambahan

Allegranzi B et al. Burden of endemic health care-associated infections in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2011, 377:228–241.

Pratt RJ et al. Epic 2: national evidence-based guidelines for preventing health care-associated infections in NHS hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, 2007, 65 (Suppl.):S1–S64.

Burke JP. Patient safety: infection control, a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*, 2003, 348:651–656.

Menilai Pengetahuan Topik

Pengetahuan tentang pengendalian infeksi pelajar dapat dinilai dengan menggunakan salah satu metode berikut:

- a. portofolio;
- b. diskusi berbasis kasus;
- c. stasiun OSCE;
- d. pengamatan tertulis tentang bagaimana fasilitas pelayanan kesehatan mempraktikkan pencegahan dan pengendalian infeksi;
- e. MCQ, esai dan / atau jawaban terbaik singkat (SBA);
- f. pengamatan berikut:
 - Pelajar melakukan kebersihan tangan menggunakan Pedoman WHO (7 langkah);
 - Pelajar mengenakan sarung tangan untuk pemeriksaan penggunaan tunggal;
 - Pelajar mengenakan sarung tangan untuk teknik steril (untuk prosedur bedah).

Pengetahuan pelajar juga dapat dinilai dengan meminta mereka untuk menulis pernyataan reflektif tentang bagaimana fasilitas pelayanan kesehatan mendidik staf tentang pencegahan dan pengendalian infeksi, bagaimana hirarki di tempat kerja mempengaruhi pencegahan dan pengendalian infeksi, sistem di tempat untuk melaporkan pelanggaran pencegahan infeksi dan kebijakan pengendalian, peran pasien dalam meminimalkan penularan infeksi, dan / atau efektivitas pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi.

Penilaian dapat berupa formatif atau sumatif; peringkat dapat berkisar dari memuaskan / tidak memuaskan untuk memberikan tanda. (Lihat bentuk di Bagian B, Lampiran 2).

Mengavaluasi Pengajaran Topik

Evaluasi ini penting dalam meninjau bagaimana sesi pengajaran berlangsung dan bagaimana perbaikan dapat dilakukan. Lihat Pengajar (Bagian A) untuk ringkasan prinsip evaluasi yang penting.

Referensi

1. Ducl G et al. *Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide.* 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002.
2. *WHO guidelines on hand hygiene in health care.* Geneva, World Health Organization, 2009
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).
3. *WHO guidelines on hand hygiene in health care.* Geneva, World Health Organization, 2009:6-7
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).

4. Allegranzi B et al. Burden of endemic health care associated infections in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2011, 377:228–241.
5. Stone PW, Braccia D, Larson E. Systematic review of economic analyses of health care-associated infections. *American Journal of Infection Control*, 2005, 33:501–509.
6. Stone PW et al. The economic impact of infection control: making the business case for increased infection control resources. *American Journal of Infection Control*, 2005, 33:542–547.
7. MacDonald A et al. Performance feedback of hand hygiene, using alcohol gel as the skin decontaminant, reduces the number of inpatients newly affected by MRSA and antibiotic costs. *Journal of Hospital Infection*, 2004, 56:56–63.
8. Centers for Disease Control and Prevention campaign to prevent antimicrobial resistance in healthcare settings. Atlanta, GA, CDC, 2003
(<http://www.cdc.gov/drugresistance/healthcare/>; diakses pada 21 Februari 2011).
9. Institute for Healthcare Improvement (IHI). *The Five Million Lives campaign*. Boston, MA, IHI, 2006
(<http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>; diakses pada 21 Februari 2011).
10. Countries or areas committed to address health care associated infection. Geneva, World Health Organization, 2011
<http://www.who.int/gpsc/statements/countries/en/index.html>; diakses pada 16 Maret 2011).
11. WHO CleanHandsNet. Geneva, World Health Organization.
(http://www.who.int/gpsc/national_campaigns/en/; diakses pada 16 Maret 2011).
12. Centers for Disease Control and Prevention. *Universal precautions for prevention of transmission of HIV and other bloodborne infections*. Atlanta, GA, CDC, 1996
(<http://www.cdc.gov/niosh/Topik/bbp/universal.html>; diakses pada 21 Februari 2011).
13. Burke J. Infection control: a problem for patient safety. *New England Journal of Medicine*, 2003, 348:651–656.
14. *Medical device regulations: global overview and guiding principles*. Geneva, World Health Organization, 2003;2930
(www.who.int/entity/medical_devices/publications/en/MD_Regulations.pdf; diakses pada 11 Maret 2011).
15. *Guiding principles to ensure injection device security* Geneva, World Health Organization, 2003
(www.who.int/entity/injection_safety/WHOGuidPrinciplesInjEquipFinal.pdf; diakses pada 11 Maret 2011).
16. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva, World Health Organization, 2009:122–123
(<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html> diakses pada 21 Februari 2011).
17. *Hand hygiene: why, how and when*. Geneva, World Health Organization, August 2009
(http://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).
18. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva, World Health Organization, 2009:61–63
(<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>; diakses pada 21 Februari 2011).
19. *Glove Use Information Leaflet (revised August 2009) on the appropriate use of gloves with respect to hand hygiene*. Geneva, World Health Organization.
(http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).
20. *Glove use information leaflet*. Geneva, World Health Organization, 2009:3
(http://www.who.int/gpsc/5may/Glove_Use_Information_Leaflet.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).
21. Centers for Disease Control and Prevention. *Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities*, 2008. Atlanta, GA, CDC, 2008
(http://www.cdc.gov/hicpac/Disinfection_Sterilization/3_0disinfectEquipmnt.html; diakses pada 21 Februari 2011).

Slide untuk Topik 9: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Kuliah didaktik bukanlah cara terbaik untuk mengajarkan pelajar tentang keselamatan pasien. Jika Kuliah digunakan sebagai metode, maka lebih baik merencanakan interaksi pelajar dan diskusi selama Kuliah. Menggunakan studi kasus adalah salah satu cara untuk menghasilkan diskusi kelompok. Cara lain adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada pelajar tentang berbagai aspek pelayanan kesehatan yang memberi solusi atas masalah yang terkandung dalam topik ini, seperti budaya menyalahkan, sifat kesalahan dan bagaimana kesalahan yang dikelola di industri lain.

Slide untuk Topik 9 dirancang untuk membantu pengajar dalam menyampaikan isi Topik ini. Slide dapat disesuaikan agar sesuai dengan lingkungan dan budaya lokal. Guru tidak harus menggunakan semua slide dan yang terbaik adalah untuk menyesuaikan slide pada bidang yang tercakup dalam sesi pengajaran.

Topik 10

Keselamatan Pasien dan Prosedur Invasif

Arthroscopy dilakukan pada lutut yang salah

Brian mengalami cedera pada lutut kirinya saat latihan dan dirujuk oleh dokter setempat untuk diperiksa oleh ahli bedah ortopedi. Dokter bedah ortopedi memperoleh persetujuan untuk melakukan pemeriksaan lutut kiri dengan anestesi sebagai prosedur operasi biasa. Sebagai bagian dari proses pra operasi biasa, dua perawat yang terdaftar menegaskan bahwa tanda tangannya harus dibubuhkan pada formulir persetujuan untuk pemeriksaan elektif pada lutut kirinya.

Dokter bedah berbicara dengan Brian sebelum ia memasukiruangoperasi,tapitidakmengkonfirmasi bahwa lutut harus dioperasi. Brian dibawa ke ruang operasi dan dibius. Perawat anestesi melihat tourniket menutupi kaki kanannya. Dia dan anggota staf lain memasang perban untuk mengurangi aliran darah keluar. Perawat yang bertugas memeriksa sisi yang dimaksudkan pada daftar operasi sehingga bisa ditindaklanjuti. Ketika ia melihat dokter bedah ortopedi mempersiapkan operasi kaki kanan, ia mengatakan kepadanya bahwa kaki yang lain adalah situs operasi yang dimaksudkan. Dokter tmendengar dari kedua perawat dan mangatakan bahwa bgian kanan adalah (salah) lutut yang dioperasi.

Sumber: Case studies–professional standards committees. *Health Care Complaints Commission Annual Report 1999–2000*:64. Sydney, NewSouth Wales, Australia.

Pengantar – Keselamatan Pasien dan prosedur invasif



Lebih dari 230 juta operasi besar dilakukan di seluruh dunia setiap Tahun [1]. Bukti menunjukkan bahwa ada 0,4-0,8% dari operasi ini pasien meninggal sebagai akibat langsung dari prosedur bedah dan pasien mengalami komplikasi setelah operasi sebesar 3-16% . Ini setara dengan 1 juta kematian dan 6 juta pasien cacat setiap Tahun di seluruh dunia [2-5]. Ini bukan karena ahli bedah, proseduralis atau tenaga medis yang ceroboh atau tidak kompeten; melainkan karena ada banyak kesempatan untuk hal-hal yang bisa salah dari banyak langkah yang terlibat dalam prosedur tersebut. Selain itu, masalah yang disebabkan oleh infeksi situs bedah menyumbang angka proporsi yang signifikan dari semua kejadian HCAI. Topik ini akan membantu pelajar memahami bagaimana prinsip-prinsip keselamatan pasien dapat membantu dalam meminimalkan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) terkait dengan prosedur invasif. Ada banyak alat divalidasi yang tersedia untuk membantu tim kesehatan dalam memberikan perawatan bedah yang aman. Ini termasuk, WHO Surgical Safety Check list yang saat ini sedang digunakan di seluruh dunia [6].

Terlepas dari pelajar kedokteran dan keperawatan mungkin tidak ada banyak kesempatan bagi pelajar kesehatan untuk menerapkan banyak langkah-langkah dalam meningkatkan hasil bedah selama program pelatihan mereka. Meskipun demikian, mereka dapat mengamati bagaimana tenaga medis berkomunikasi dengan satu sama lain dan teknik apa yang mereka gunakan untuk memastikan mereka memperlakukan pasien yang tepat dengan pengobatan yang tepat atau melakukan prosedur pada bagian tubuh yang benar. Mereka juga dapat mengamati apa yang terjadi ketika profesional pelayanan kesehatan tampaknya tidak mengikuti protokol.

Kata Kunci

Infeksi bedah dan prosedural situs, kesalahan bedah/prosedural, pedoman, kegagalan komunikasi, proses verifikasi, kerja sama tim.

Tujuan Belajar



Untuk memahami penyebab utama Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) dalam perawatan prosedural dan bedah invasif dan bagaimana penggunaan pedoman, proses verifikasi dan kerja sama tim dapat memfasilitasi pasien yang benar menerima pengobatan yang tepat pada waktu dan tempat yang tepat.

Meskipun prinsip-prinsip yang diuraikan dalam topik ini penting untuk kedua prosedur invasif bedah dan lainnya, sebagian besar ada bukti dalam literatur yang berkaitan dengan perawatan bedah.

Hasil Pembelajaran : Pengetahuan dan Kinerja

Syarat Pengetahuan



Pelajar perlu mengetahui jenis utama dari Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) yang berhubungan dengan prosedur invasif dan familiar dengan proses verifikasi yang dapat digunakan untuk meningkatkan pelayanan prosedur 'bedah dan invasif.

Syarat Kinerja



Pelajar harus menunjukkan kemampuannya untuk :

- Mengikuti proses verifikasi tindak untuk menghindari pasien yang salah, sisi yang salah dan kesalahan prosedur salah (misalnya menggunakan daftar periksa bedah);
- Teknik latihan yang mengurangi risiko dan kesalahan (misalnya timeout, briefing, briefing, menyatakan keprihatinan);
- Berpartisipasi dalam proses pendidikan untuk meninjau mortalitas dan morbiditas;
- Aktif terlibat sebagai anggota tim;
- Aktif terlibat dengan pasien setiap saat.

Penyebabab Kecelakaan medis yang berkaitan dengan bedah dan prosedur invasif lainnya



Pelajar perlu mengetahui jenis utama dari kesalahan yang berkaitan dengan pelayanan prosedural bedah dan prosedur invasif. Cara tradisional menjelaskan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) yang terkait dengan operasi dan prosedur invasif lainnya biasanya berkaitan dengan keterampilan dokter bedah atau orang yang melakukan prosedur dan usia serta kondisi fisik pasien. Vincent et al. [4] berpendapat bahwa bedah (dan prosedural lainnya) memberikan hasil yang merugikan pada pasien dengan banyak faktor lainnya, seperti desain tempat kerja dan hubungan orang-orang yang bekerja di sana, kerja tim dan budaya organisasi. Pelajar dapat belajar tentang penggunaan pendekatan sistem dalam Topik 3, serta

kompetensi yang dijelaskan dalam Topik tentang kerja sama tim dan pengendalian infeksi, yang semuanya sangat relevan dengan topik ini. →

Operasi yang aman membutuhkan kerja tim yang efektif hal ini berarti bahwa dokter, perawat dan staf lainnya memiliki peran dan tanggung jawab yang jelas dan bahwa setiap anggota tim tahu peran anggota lain dari tim.

Pendekatan *sistem* kesalahan medis pada prosedur bedah mengharuskan kita untuk memeriksa kedua faktor laten, seperti kerja sama tim dan kepemimpinan yang tidak memadai, dan faktor-faktor tingkat akhir pelayanan kesehatan seperti komunikasi selama serah terima pelayanan pasien dan kurangnya pengetahuan tentang riwayat medis pasien. (Lihat Topik 4) . →

Tiga penyebab utama Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) dalam perawatan prosedural dijelaskan di bawah.

Kontrol Infeksi yang Lemah

The Harvard Medical Practice Study II [5] menemukan bahwa infeksi luka operasi merupakan kategori kesalahan medis yang terbesar kedua dan dtelah lama diyakini bahwa infeksi stafilokokus di rumah sakit merupakan risiko besar bagi pasien, terutama bagi pasien yang menerima perawatan bedah. Pelaksanaan praktik pengendalian infeksi yang lebih baik, seperti administrasi antibiotik profilaksis yang sesuai, telah mengurangi kejadian infeksi pasca operasi. Selain itu, ada upaya untuk meningkatkan kesadaran dan perhatian untuk risiko penularan terhadap pekerja medis tentang bagaimana mereka dapat meminimalkan risiko infeksi silang.

Setiap orang memiliki tanggung jawab untuk mengurangi peluang terjadinya kontaminasi pada pakaian, tangan dan peralatan yang berkaitan dengan transmisi patogen. (Pengendalian infeksi dibahas secara rinci dalam topik 9).



Selama pelatihan, banyak pelajar akan terlibat dalam operasi atau prosedur invasif atau menemukan pasien rentan terinfeksi saat menjalani prosedur bedah atau prosedur invasif. Mereka harus mematuhi pedoman pengendalian infeksi dan berpraktik tindakan untuk pencegahan standar. Tim yang efektif mendorong semua anggota tim, terlepas dari profesi mereka atau tingkat pengalaman mereka, bertanggung jawab untuk praktik yang aman. Tim melakukan hal ini dengan memberikan izin kepada anggota individu untuk mengungkapkan jika ada kekhawatiran tentang keselamatan-bahkan ketika mereka anggota paling junior dari tim.

Manajemen Pasien yang tidak cukup

Ruang operasi dan lingkungannya terdiri dari kegiatan medis yang kompleks dan melibatkan berbagai praktisi medis dan harus selalu melibatkan pasien dalam pelayanan medis saat sadar.

Hal ini menjelaskan mengapa ada lebih banyak kesalahan medis yang berhubungan dengan prosedur bedah daripada prosedur pada departemen rumah sakit lainnya.

Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis utama yang terkait dengan perawatan bedah diantaranya adalah infeksi dan sepsis pasca operasi, komplikasi kardiovaskular, komplikasi pernapasan dan komplikasi tromboemboli.

Ketika peristiwa ini telah dianalisis, berbagai kondisi yang sudah ada sebelumnya (faktor laten) telah diidentifikasi.

Faktor laten meliputi:

- Pelaksanaan protokol atau pedoman secara memadai;
- Kepemimpinan yang buruk;
- Kerja sama tim yang buruk;
- Konflik antara departemen yang berbeda / kelompok dalam organisasi;
- Pelatihan yang tidak memadai dan persiapan staf yang kurang;
- Sumber daya yang tidak memadai;
- Kurangnya praktik berbasis bukti;
- Budaya kerja yang buruk;
- Terlalu banyak pekerjaan;
- Kurangnya sistem untuk mengelola kinerja.

Selain faktor laten, individu yang bekerja pada akhir prosedur perawatan perioperatif rentan terhadap kesalahan jenis berikut diketahui menyebabkan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis:

- Kegagalan untuk mengambil tindakan pencegahan untuk mencegah cedera yang disengaja;
- Penundaan pengobatan;
- Kegagalan untuk menganalisa riwayat medis yang memadai atau melakukan pemeriksaan fisik;
- Kegagalan untuk menggunakan tes menunjukkan;
- Kegagalan untuk bertindak atas hasil temuan atau tes;
- Berpraktik di luar bidang keahlian (kegagalan untuk berkonsultasi, merujuk, mencari bantuan, transfer informasi);
- Kegagalan komunikasi.

Kegagalan komunikasi termasuk situasi di mana informasi yang disampaikan terlambat sehingga tidak lagi efektif, informasi tidak konsisten atau tidak akurat, dan tenaga medis kunci tidak menerima informasi yang diperlukan, serta situasi di mana ada masalah yang belum terselesaikan dalam tim. Melibatkan pasien sebagai bagian dari tim adalah penting; praktisi medis harus terus berbagi dan memeriksa informasi selama memungkinkan. Selain itu, pelajar perlu memeriksa bahwa setiap pasien mengerti tentang apa yang mereka alami dengan meminta mereka untuk mengulang kembali informasi yang disediakan. Kegagalan Penyedia Pelayanan Kesehatan Untuk Menginformasikan Pelayanan Kesehatan sebelum, selama dan setelah prosedur.

Miskomunikasi adalah salah satu masalah terbesar dalam lingkungan operasi.

Miskomunikasi telah mengakibatkan pasien salah menjalani operasi, pasien dioperasi di sisi tubuh yang salah, dan prosedur yang salah yang dilakukan. Kegagalan untuk berkomunikasi tentang perubahan kondisi pasien dan kegagalan untuk menggunakan antibiotik profilaksis juga mengakibatkan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD). Selain itu, perbedaan pendapat tentang penghentian prosedur dan insiden atau kesalahan tidak dilaporkan dan didokumentasikan secara benar.

Dalam ruang operasi, praktisi medis sering diharuskan untuk menangani banyak tugas. Tim bedah yang terdiri dokter dan perawat dipandang oleh sebagian besar peserta pelatihan dan pelajar sebagai tim yang sangat sibuk. Selain beban kerja yang tinggi, lingkungan perioperatif ditandai dengan berbagai tingkat pengalaman dan kemampuan staf. Kombinasi faktor ini dapat mempengaruhi kemampuan tim secara serius untuk berkomunikasi secara akurat dan tepat waktu. Masalah komunikasi terjadi pada semua tahap. Tapi khususnya sangat bermasalah ketika komunikasi yang tidak efektif terjadi ketika pasien dipindahkan dari satu tahap perawatan ke tahap yang lain. Kompleksitas juga terjadi ketika pasien menderita suatu peristiwa yang merugikan selama prosedur atau pengobatan. Hal ini penting untuk tidak melupakan kebutuhan pasien untuk sepenuhnya diberitahu tentang apa yang telah terjadi dan bagaimana pasien akan dirawat. Seorang pasien mungkin perlu untuk berbicara tentang pengalaman medis mereka. Sebagai buntut dari peristiwa yang merugikan, staf mungkin enggan untuk duduk dan mendengarkan pasien, tetapi penting bagi mereka untuk melakukannya. Ada lebih banyak dampak tentang Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis dalam Topik 8:

Melibatkan Pasien dan Penjaga

Banyak negara sekarang mengumpulkan data tentang pasien menjalani prosedur invasif yang salah. Telah dirumuskan bersama bahwa cara terbaik untuk mengurangi kesalahan identifikasi adalah dengan menggunakan pedoman praktik terbaik untuk memastikan bahwa pasien menerima pengobatan yang benar dan tepat. Bukti meyakinkan menunjukkan bahwa ketika para praktisi medis mengikuti panduan yang berlaku dan paham dengan prinsip-prinsip yang mendasari pendekatan yang seragam untuk untuk mengobati dan merawat pasien, pasien dapat mendapatkan hasil yang secara signifikan meningkat.

Kompleksitas lingkungan bedah merupakan faktor utama yang mendukung kesalahan komunikasi dan kesalahan ini terjadi pada semua tingkatan. Sebuah studi oleh Lingard et al. [7] menjelaskan berbagai jenis kegagalan komunikasi yang melibatkan dokter.

Dalam penelitian ini, 36% dari kegagalan komunikasi mengakibatkan efek yang tampak, seperti ketegangan tim, inefisiensi, sumber daya yang terbuang, kesalahan

prosedural dan ketidaknyamanan kepada pasien. (Contoh jenis kegagalan komunikasi disajikan pada Tabel B.10.1).

Tabel B.10.1.

Tipe Kegagalan Komunikasi yang Berkaitan dengan Dokter: Contoh Ilustrasi dan Catatan

Tipe Kegagalan	Definisi	Contoh ilustrasi dan Catatan
Peristiwa	Masalah dalam situasi atau konteks aktivitas komunikasi	Staf ahli bedah bertanya kepada ahli anestesi apakah antibiotik telah diberikan. Pada titik ini, prosedur telah berlangsung selama lebih dari satu jam. Sejak antibiotik secara optimal diberikan dalam waktu 30 menit sebelum bedah, waktu penyelidikan ini tidak efektif dan lebih baik lebih cepat sebagai ukuran redundansi keselamatan.
Isi	Kurangnya atau ketidaktepatan jelas dalam informasi yang ditransfer	Ketika mereka sedang mempersiapkan untuk prosedur ini, ahli anestesi bertanya pada ahli bedah staf apakah tempat tidur ICU telah disediakan untuk pasien. Staf ahli bedah menjawab bahwa "tidur mungkin tidak diperlukan, dan tidak ada kemungkinan salah satu yang tersedia, jadi kami hanya akan melanjutkan prosedur". Informasi yang relevan hilang dan pertanyaan yang tersisa yang belum terselesaikan: tempat tidur ICU diminta, dan apa yang akan menjadi rencana jika pasien tidak membutuhkan perawatan kritis dan tempat tidur ICU tidak tersedia? (Catatan: contohnya diklasifikasikan dengan baik sebagai konten dan kegagalan tujuan.)
Audiens	Kesenjangan dalam komposisi kelompok yang terlibat dalam komunikasi	Para perawat dan ahli anestesi membahas bagaimana pasien harus diposisikan untuk operasi tanpa partisipasi dari perwakilan bedah. Ahli bedah memiliki kebutuhan posisi tertentu, sehingga mereka harus terlibat dalam diskusi ini. Keputusan yang dibuat dengan tidak adanya ahli bedah dapat menyebabkan perlunya reposisi
Tujuan	Aktivitas komunikasi yang tujuannya tidak jelas, tidak tercapai atau tidak sesuai	Selama reseksi donor hati, dua perawat mendiskusikan apakah es diperlukan di lembah yang mereka sedang persiapkan untuk hati. Tidak ada diskusi lebih lanjut terjadi. Tujuan komunikasi ini adalah untuk mengetahui apakah es diperlukan tidak tercapai. Tidak ada rencana untuk mencapainya diartikulasikan.

Sumber: Lingard L et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care*, 2004 [7].

Proses Verifikasi untuk meningkatkan pelayanan bedah : Pedoman, Protokol dan Daftar Periksa



Metode yang efektif untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pasiendiantaranya adalah melaksanakan prosedur medis berbasis bukti, pedoman, protokol atau daftar periksa. Meskipun ketiga alat ini membantu praktisi medis dalam mengelola kondisi medis tertentu, ada perbedaan tipis antara mereka. Pedoman A memberikan rekomendasi tentang Topik tertentu, sedangkan protokol adalah seperangkat langkah-langkah berurutan yang harus diikuti dalam urutan tertentu, yang memungkinkan tugas diselesaikan. Tujuan dari daftar periksa adalah untuk

memastikan item wajib tertentu tidak dilupakan. Alat berbasis bukti ini sering dikembangkan oleh kelompok ahli multidisiplin menggunakan bukti terbaru dan dapat disahkan di tingkat nasional atau internasional.

Pedoman yang baik mudah disebarluaskan dan dirancang untuk mempengaruhi praktik profesional medis dalam skala yang luas. Pedoman yang baik memiliki sejumlah karakteristik. Pedoman menentukan pertanyaan yang paling penting yang berkaitan dengan praktik di bidang tertentu dan berusaha untuk mengidentifikasi semua pilihan keputusan yang mungkin dan konsekuensi dari keputusan-keputusan medis tersebut.

Mereka mengidentifikasi setiap titik keputusan diikuti dengan program masing-masing tindakan sesuai dengan penalaran, penilaian dan pengalaman praktisi medis. Pedoman tersebut didasarkan pada nilai-nilai yang mendorong untuk mengidentifikasi setidaknya prosedur invasif / intervensi medis yang berisiko sesuai dalam situasi dan memungkinkan untuk menghormati pilihan pasien ketika ada pilihan (yaitu pasien adalah mitra dalam proses pengambilan keputusan). Pedoman harus ditinjau dan direvisi seperlunya, atau setidaknya setiap tiga tahun.

Luasnya variasi dalam praktik pelayanan kesehatan telah diidentifikasi sebagai masalah besar oleh Institute of Medicine (IOM) [8]. Variasi yang berlebihan, sedikit digunakan dan penyalahgunaan pelayanan kesehatan dapat diatasi dengan praktik berbasis bukti, yang menggunakan bukti terbaik yang tersedia dengan tujuan mengurangi variasi dan mengurangi risiko untuk pasien. Praktisi medis yang bekerja di rumah sakit dan klinik tidak memiliki waktu, sumber daya atau keahlian yang tersedia untuk masing-masing menghasilkan rangkaian pedoman. Sebaliknya, dokter didorong untuk mengadopsi pedoman yang sudah mapan dan kemudian memodifikasinya sesuai dengan praktik dan lingkungan lokal mereka.

Pedoman diperlukan karena kompleksitas pelayanan kesehatan dan tingkat spesialisasi berbagai praktisi medis yang terlibat, telah membuat pendapat pribadi atau preferensi subjektif profesional dan organisasi berlebihan dan tidak aman. Sekarang ada ratusan pedoman divalidasi untuk membantu para praktisi medis berpraktik dengan aman, mencegah pembedahan pada situs yang salah, prosedur yang salah dan pengobatan pada pasien yang salahsah, serta infeksi pada situs tubuh.

Pelajar tidak selalu diberitahu tentang pedoman yang digunakan dpada bidang perawatan medis tertentu. Meskipun demikian, mereka harus menyadari bahwa, dalam banyak bidang praktik, terutama yang berhubungan dengan pengelolaan penyakit kronis, ada pedoman untuk mengidentifikasi cara terbaik untuk mengobati pasien. Pedoman mungkin tidak dapat diakses oleh tim memerlukannya; tim bahkan mungkin tidak menyadari ada pedoman untuk prosedur medis tertentu. Akan menjadi hal yang tidak terbiasa jika organisasi kesehatan menerbitkan pedoman, tetapi tidak memastikan bahwa semua orang tahu tentang pedoman tersebut.

Seringkali dengan begitu banyak pedoman yang perlu diikuti, pekerja medis tidak melihat relevansi atau pentingnya pedoman tersebut. Ajarkan pelajar untuk menyadari pentingnya menggunakan pedoman yang tepat. Langkah pertama adalah buatlah pelajar mempertanyakan fungsi pedoman dan kemudian menggunakan pedoman dalam praktik. Pedoman yang paling efektif adalah pedoman yang memperhitungkan lingkungan lokal dan profil pasien serta memberikan rekomendasi yang dapat

dengan mudah disesuaikan dengan tempat kerja lokal. Pedoman berbasis bukti ada untuk sebagian prosedur yang melibatkan risiko yang signifikan, seperti penggunaan transfusi darah yang aman. Kegagalan untuk menggunakan darah yang aman atau kegagalan untuk memastikan bahwa pasien menerima darah yang tepat bisa menjadi bencana bagi pasien.

Perawatan yang aman mensyaratkan bahwa semua anggota tim tahu apa yang diharapkan dari mereka ketika mereka menerapkan pedoman. Pedoman, protokol atau daftar periksa harus dapat diakses. (Apakah mereka di atas kertas atau diakses secara online?). Mereka juga harus berlaku untuk tempat kerja di mana mereka akan digunakan. (Apakah mereka mengakui perbedaan dalam sumber daya dan tenaga kesehatan sudah tersedia?) Untuk alat efektif, staf harus tahu tentang hal itu dan dapat mengaksesnya dengan mudah dan kemudian menerapkannya.

Untuk berbagai alasan yang berkaitan dengan sumber daya, kondisi lokal dan jenis pasien, beberapa langkah dalam proses verifikasi tertentu mungkin tidak praktis dalam situasi tertentu. Dalam kasus tersebut, tim multidisiplin mungkin perlu menyesuaikan pedoman, protokol dan daftar periksa agar sesuai dengan lingkungan atau keadaan. Ketika ini terjadi, semua orang perlu tahu tentang perubahan sehingga mereka dapat menerapkannya.

Jika pedoman, daftar periksa dan protokol tidak diikuti secara konsisten oleh seluruh tim atau jika para pihak secara rutin melewati langkah-langkah, alat ini tidak akan melindungi pasien dari Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis yang mungkin terjadi. Adalah penting bahwa setiap orang, termasuk pelajar, mematuhi pedoman, protokol dan daftar periksa. Komitmen oleh seluruh tim diperlukan untuk keberhasilan pelaksanaan pedoman, protokol atau daftar.

Beberapa dokter mungkin mempertanyakan nilai dari proses verifikasi, terutama ketika otonomi profesional mereka sedang dikompromikan dan dipertanyakan. Dokter juga mungkin merasa kebijaksanaan mereka dikurangi ketika pendekatan tim diperkenalkan. Berbagi pengetahuan dan informasi dan bersikap terbuka terhadap masukan dari anggota tim lainnya adalah mutlak diperlukan untuk kelangsungan perawatan, pengambilan keputusan yang aman, dan mencapai hasil terbaik bagi pasien.

Sebuah studi global yang dilakukan pada tahun 2007/2008, melihat efek dari daftar bedah sederhana di delapan negara yang berbeda. Pengaturan sumber daya independen mengatur bahwa komplikasi pasca operasi dan kematian berkurang lebih dari sepertiga ketika daftar periksa digunakan [9].

Pusat keberhasilan daftar periksa adalah adanya peningkatan komunikasi untuk memastikan bahwa orang yang tepat menjalani prosedur yang benar di tempat yang benar dan bahwa prosedur yang dilakukan oleh tim kesehatan adalah benar.

Sebuah tinjauan singkat dari proses operasi menunjukkan banyak langkah yang membutuhkan percakapan tatap muka secara aktif antar praktisi medis, terutama untuk persetujuan dan tanda dan / atau mengidentifikasi obat-obatan dan peralatan yang sesuai untuk digunakan.

Tim-ahli bedah, asisten, dokter anastesi, perawat yang bertugas (perawat pramuka), terapis pernapasan, bidan (sebagaimana berlaku) dan pihak lain di ruang operasi- semua harus tahu sifat prosedur yang direncanakan, sehingga semua orang menyadari rencana pengelolaan, harapan para anggota tim yang berbeda dan hasil yang

dapat diantisipasi untuk pasien. Untuk alasan ini, diperlukan yang berlangsung di ruang operasi di mana prosedur akan dilakukan sebelum prosedur dijadwalkan akan dimulai merupakan bagian integral dari daftar bedah [6].

Operasi aman mengharuskan setiap anggota tim bedah mengetahui daftar utama atau protokol yang digunakan di daerah praktik. Jika tidak ada proses verifikasi di tempat, maka anggota tim bisa meminta diskusi pada pertemuan tim tentang apakah protokol atau daftar bisa digunakan.


Ada kesepakatan universal bahwa pendekatan terbaik untuk meminimalkan kesalahan yang disebabkan oleh kesalahan identifikasi pasien adalah implementasi alat praktik terbaik untuk memastikan pasien benar menerima pengobatan yang tepat. Sejumlah protokol dan daftar telah dikembangkan untuk mengatasi masalah ini.

Kotak B.10.1. WHO: Operasi Aman Menyelamatkan Hidup

10 Tujuan Penting untuk Operasi yang Aman	
Tujuan 1	Tim akan mengoperasi pasien yang benar di lokasi yang benar.
Tujuan 2	Tim akan menggunakan metode yang dikenal untuk mencegah bahaya dari administrasi anastesi, sekaligus melindungi pasien dari rasa sakit.
Tujuan 3	Tim akan mengenali dan secara efektif mempersiapkan hilangnya mengancam jiwa dari saluran napas atau fungsi pernapasan.
Tujuan 4	Tim akan mengenali dan secara efektif mempersiapkan risiko kehilangan darah tinggi.
Tujuan 5	Tim akan menghindari merangsang reaksi obat alergi atau yang merugikan yang diketahui berisiko yang signifikan untuk pasien.
Tujuan 6	Tim konsisten akan menggunakan metode yang dikenal untuk meminimalkan risiko infeksi situs bedah.
Tujuan 7	Tim akan mencegah retensi spons atau instrumen pada luka bedah.
Tujuan 8	Tim akan mengamankan dan secara akurat mengidentifikasi semua spesimen bedah.
Tujuan 9	Tim akan efektif berkomunikasi dan bertukar informasi tentang pasien yang penting untuk pelaksanaan operasi yang aman.
Tujuan 10	Rumah sakit dan sistem kesehatan masyarakat akan membangun pengawasan yang rutin kapasitas bedah, volume dan hasil.

Sumber: WHO Guidelines for Safe Surgery, 2009 http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/index.html [10].

Gambar B.10.1. WHO: Contoh Daftar Periksa Operasi yang Aman

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

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

Revised 1/2009

©WHO, 2009

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


Apa Yang Perlu dilakukan Pelajar

Mengikuti Proses Verifikasi untuk Mengurangi Kesalahan pelayanan pada pasien, kesalahan situs bedah dan kesalahan prosedur

Pelajar di beberapa bidang akan memiliki kesempatan untuk mengunjungi kamar operasi dan mengamati bagaimana tim bedah bekerja bersama-sama. Mereka juga akan mengamati bagaimana

tim mengelola proses sebelum, selama dan setelah operasi. Selama rotasi bedah atau istilah lain yang sesuai, pelajar harus:

- menemukan protokol utama dan daftar periksa yang digunakan di unit bedah atau pengobatan tertentu;
- berbagi dan memeriksa informasi dengan pasien atau pengasuh mereka;

- dapat mengidentifikasi langkah-langkah dalam proses verifikasi, termasuk pemilihan pasien yang tepat, situs yang benar dan prosedur yang benar;
- dapat mengidentifikasi langkah-langkah dalam Daftar Periksa Keselamatan Bedah WHO;
- mengetahui peran setiap anggota tim;
- mengidentifikasi bagaimana konflik diselesaikan dalam tim. (Lihat Topik 4). → 

Mempraktikkan Teknik Di Ruang Operasi untuk mengurangi Risiko Kesalahan



Topik 4 tentang kerja tim memberikan analisis rinci seberapa efektif tim bekerja sama dan tindakan yang anggota tim dapat lakukan secara efektif yang berkontribusi terhadap peningkatan kinerja dan keamanan. Dalam lingkungan bedah, atribut tertentu dan tindakan tertentu perlu diterapkan untuk meningkatkan kerja sama tim. Jika pelajar tidak dapat langsung berpartisipasi dalam kegiatan tim, maka mereka setidaknya dapat mengamati bagaimana fungsi tim. Pelajar harus secara aktif mencoba untuk menjadi bagian dari tim. Mereka hormat dapat meminta pemimpin tim jika mereka bisa menjadi bagian dari tim bahkan jika mereka tidak memiliki fungsi atau peran tertentu. Menjadi disertakan memungkinkan pelajar untuk lebih melihat dan mendengar bagaimana anggota tim berkomunikasi dengan satu sama lain. Jika memungkinkan, pelajar harus berpraktik berpartisipasi dalam briefing tim dan briefing. Selama pertemuan ini, pelajar harus mengamati dan mencatat bagaimana para praktisi medis berpartisipasi dalam proses dirancang untuk menjaga pasien aman. Misalnya, apakah mereka menggunakan daftar periksa?

Pelajar harus mengevaluasi kontribusi mereka sendiri untuk tim diskusi tentang status pasien, termasuk identitas, tempat operasi, kondisi pasien dan rencana untuk pemulihan.

Pelajar perlu belajar cara tepat berbagi informasi. Hal ini sangat penting bahwa semua informasi yang berhubungan dengan penilaian dan pengobatan pasien dibagi secara lisan dengan semua anggota tim kesehatan. Pelajar harus mengetahui karakteristik utama dari prosedur dan rencana untuk mengelola perawatan pasien, termasuk protokol yang relevan.

Pelajar harus aktif mempertanyakan anggota tim dengan cara yang tepat dan hormat, termasuk membuat penilaian tentang waktu dan kapan saat yang tepat untuk bertanya. Pelajar harus berpartisipasi dan mengambil kesempatan untuk mengajukan pertanyaan ketika tim bertemu untuk membahas prosedur yang direncanakan. Jika pelajar berpikir sesuatu yang tidak benar, maka dia harus

menyampaikan persoalan ini kepada instruktur senior atau atasan pada saat itu.

Adalah penting bahwa pelajar belajar untuk berbicara dan menyatakan diri secara tepat. Pelajar harus mampu mengungkapkan pendapat atau meminta pendapat dari setiap anggota tim melalui pertanyaan atau pernyataan pendapat selama periode kritis. Pelajar harus memahami pernyataan yang tidak termasuk laporan rutin atau pertanyaan tentang denyut jantung pasien, nada, warna, dan pernapasan (ini merupakan bagian dari berbagi informasi atau penyelidikan). Pelajar harus belajar bagaimana untuk "mengungkapkan rantai komando" ketika mereka menjadi praktisi, terutama jika pasien mungkin dirugikan melalui kesalahan potensial.

Sebagai contoh, seorang perawat mungkin merasa terintimidasi untuk mengingatkan dokter bedah untuk memeriksa sesuatu (misalnya apakah pasien perlu menjalani prosedur yang akan dilakukan). Jika ahli bedah menolak peringatan perawat, organisasi kesehatan harus mendukung perawat jika pernyataannya merupakan bagian dari rantai komando.

Pelajar harus berpraktik berbagi informasi tentang niat dengan anggota tim dan mencari umpan balik sebelum menyimpang dari norma. Hal ini penting untuk mengingatkan seluruh tim tentang tindakan yang direncanakan yang tidak rutin. Pelajar harus menyadari bahwa mengajar merupakan bagian integral dari perawatan bedah. Pengajaran bisa dalam berbagai format pendek atau pertukaran informasi informal serta dipandu dengan praktik langsung. Pelajar harus siap untuk belajar dari masing-masing anggota tim yang berbeda. Pelajar juga harus menghargai bahwa tugas didistribusikan di antara anggota tim sesuai dengan keahlian profesional, tingkat pengetahuan dan keterampilan.

Terlibat dalam Proses Pendidikan untuk Mengkaji Mortalitas Dan Morbiditas



Pelajar kesehatan harus meminta fasilitas kesehatan mereka jika ada sistem peer-review untuk membahas kasus sehingga pelajaran dapat dipelajari dan dibagi. Banyak rumah sakit mengadakan pertemuan ulasan bedah, sering disebut pertemuan mortalitas dan morbiditas. Ini adalah forum untuk membahas insiden dan kasus-kasus sulit dan metode peer-review utama untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pasien di masa depan. Pertemuan seperti ini biasanya membahas komplikasi bedah dan audit yang diperlukan untuk meningkatkan praktik di departemen bedah. Pertemuan-pertemuan ini dapat diadakan setiap minggu, dua minggu atau bulanan dan memberikan kesempatan yang baik untuk belajar tentang kesalahan dalam operasi.

Karena keselamatan pasien adalah disiplin yang relatif baru, banyak dari pertemuan ini belum mengadopsi pendekatan sistem bebas menyalahkan untuk mendiskusikan kesalahan. Sebaliknya, beberapa tetap fokus pada orang yang membuat kesalahan dan menggunakan pendekatan hukuman untuk membahas Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD). Ketika pertemuan mengadopsi pendekatan orang untuk diskusi tentang kesalahan, mereka sering ditutup untuk anggota lain dari tim operasi, seperti dokter junior, perawat, teknologi pernapasan dan pelajar, dan hanya mencakup ahli bedah.

Meskipun potensi unsur menyalahkan, pertemuan mortalitas dan morbiditas tempat yang sangat baik untuk belajar tentang kesalahan dan membahas cara-cara untuk mencegahnya di masa depan. Pelajar harus mencari tahu apakah fasilitas pelayanan kesehatan di mana mereka pelatihan memiliki pertemuan tersebut dan meminta sesuai senior yang profesional jika mereka dapat hadir sebagai pengamat. Jika hal ini mungkin, pelajar harus memperhatikan untuk melihat apakah prinsip-prinsip keselamatan pasien dasar sebagai berikut ditunjukkan:

- adakah pertemuan terstruktur sehingga masalah' mendasar dan faktor yang terkait dengan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) yang menjadi fokus diskusi, ketimbang individu yang terlibat?
- apa penekanan pada pendidikan dan pemahaman, bukan a menyalahkan individu?
- adakah tujuan dari diskusi pencegahan kejadian serupa terjadi di masa depan? Hal ini memerlukan diskusi yang tepat waktu dari peristiwa yang baru saja terjadi;
- apakah pertemuan ini dianggap sebagai kegiatan inti untuk tim bedah, termasuk teknisi dan manajer, serta dokter (medis, keperawatan, farmasi, asosiasi profesi kesehatan)?
- apakah semua orang yang telah terlibat dengan insiden / daerah memiliki kemampuan untuk menghadiri pertemuan tersebut?
- apakah profesional media yang junior, termasuk pelajar, didorong untuk menghadiri dan berpartisipasi? Sesi ini memberikan kesempatan yang sangat baik bagi pelajar untuk belajar tentang kesalahan dan proses untuk meningkatkan perawatan dan prosedur tertentu;
- apakah semua kematian yang melibatkan prosedur bedah di fasilitas diidentifikasi dan dibahas?
- adakah ringkasan tertulis dari diskusi terus, termasuk rekomendasi yang dibuat untuk perbaikan atau meninjau?

Ringkasan

Topik ini menguraikan nilai pedoman dalam mengurangi kesalahan dan meminimalkan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD). Tapi pedoman hanya berguna jika orang-orang menggunakannya percaya dan mengerti mengapa

penggunaannya mengarah ke pelayanan kesehatan pasien yang lebih baik. Protokol dapat mencegah pasien yang salah dari menerima perlakuan yang salah, serta memfasilitasi komunikasi yang lebih baik antara anggota tim, termasuk pasien.

Strategi dan Format Pengajaran

Kuliah Interaktif / Didaktik

Gunakan slide yang menyertai sebagai panduan untuk menutupi seluruh Topik. Slide Power Point dapat digunakan atau slide dapat dikonversi untuk digunakan dengan overhead projector. Mulailah sesi dengan salah satu studi kasus dan memiliki pelajar untuk mengidentifikasi beberapa masalah yang disajikan dalam kasus itu.

Diskusi Panel

Undanglah panel praktisi medis yang tepat dari bidang praktik profesional untuk memberikan ringkasan upaya mereka untuk meningkatkan keselamatan pasien dan berbicara tentang peran dan tanggung jawab mereka. Hal ini dapat membantu pelajar menghargai peran kerja sama tim dalam prosedur. Pelajar juga bisa menyiapkan daftar pertanyaan tentang mencegah dan mengelola Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD), dengan waktu yang dijadwalkan untuk pertanyaan-pertanyaan mereka.

Diskusi Kelompok Kecil

Kelas dapat dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil dan tiga pelajar dalam setiap kelompok diminta untuk memimpin diskusi tentang satu kategori kejadian buruk yang terkait dengan prosedur. Pelajar lain dapat fokus pada alat dan teknik yang tersedia untuk meminimalkan peluang untuk kesalahan dan lain bisa melihat peran pertemuan mortalitas dan morbiditas. Selenggarakanlah sesi ini dengan pelajar dari berbagai disiplin ilmu untuk menambahkan perspektif praktik nyata yang penting dan membantu setiap profesi dalam memahami dan menghormati orang lain. Tutor yang memfasilitasi sesi ini juga harus familiar dengan konten sehingga informasi dapat ditambahkan tentang sistem kesehatan lokal dan lingkungan klinis.

Latihan Simulasi

Skenario yang berbeda dapat dikembangkan mengenai Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) dalam perawatan dan prosedur tertentu, seperti pasien yang salah menerima pengobatan atau rute yang salah yang diusulkan untuk pemberian obat, dan teknik untuk meminimalkan peluang untuk kesalahan. Ini terutama tentang staf junior harus berbicara kepada staf yang lebih senior, asosiasi profesi kesehatan atau perawat berbicara agar dokter dapat mencegah terjadinya insiden, atau apoteker berbicara dengan dokter senior atau perawat.

Skenario yang berbeda dapat dikembangkan untuk pelajar. Pelajar bisa berpraktik briefing, pembekalan dan ketegasan untuk meningkatkan komunikasi di ruang operasi menggunakan sistem formal menanamkan informasi pasien yang relevan (seperti Isbar) dalam situasi mendesak, seperti transfer. Bermain peran juga merupakan alat yang berharga. Pelajar bisa bermain peran dalam pertemuan morbiditas dan mortalitas menggunakan pendekatan orang dan kemudian pendekatan sistem, atau situasi di ruang operasi di mana pelajar pemberitahuan sesuatu yang salah dan perlu berbicara.

Ruang operasi dan Pelayanan di Bangsal Pasien

Topik ini menawarkan banyak kesempatan untuk kegiatan terpadu selama waktu ketika pelajar memiliki kesempatan untuk mengamati prosedur yang dilakukan. Kegiatan ini akan sering dilakukan pada bagian akhir dari program pelatihan mereka. Namun demikian, tidak ada alasan bagi pelajar untuk mempelajarinya pada tahun pertama studi mereka. Pelajar dapat:

- menghadiri prosedur dan mengamati dan merekam kegiatan yang dilakukan oleh tim untuk memastikan bahwa pasien yang dioperasi atau menjalani prosedur adalah pasien yang benar dan bahwa pasien menjalani prosedur yang dilakukan pada waktu yang tepat;
- mengamati tim bedah atau prosedural, mengidentifikasi anggota tim, bagaimana mereka berfungsi, dan bagaimana mereka berinteraksi satu sama lain dan dengan pasien;
- menghadiri pertemuan mortalitas dan morbiditas dan menulis laporan singkat yang menjelaskan apakah prinsip-prinsip keselamatan pasien dasar yang diterapkan selama pertemuan, mengambil pendekatan sistem daripada pendekatan menyalahkan;
- mengikuti pasien melalui proses perioperatif dan mengamati kegiatan atau tugas yang berfokus pada keselamatan pasien;
- memeriksa dan mengkritik protokol / daftar periksa yang digunakan untuk proses verifikasi pasien, termasuk pengamatan pengetahuan tim dari protokol / daftar periksa dan kepatuhan;
- mengamati bagaimana informasi pasien dikomunikasikan dari bangsal ke kamar operasi dan kembali ke bangsal.

Setelah kegiatan ini, pelajar harus diminta untuk bertemu secara berpasangan atau kelompok kecil dan berdiskusi dengan tutor atau profesional medis tentang apa yang mereka amati dan apakah elemen atau teknik yang diamati ada atau tidak, dan apakah elemen tersebut efektif. Lakukanlah hal ini dalam sebuah kelompok interdisipliner pelajar untuk menambahkan manfaat belajar tentang peran masing-masing profesi dan mendapatkan rasa hormat pada profesi lain.

Studi Kasus

Operasi Rutin yang Mengakibatkan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD)

Kasus Ini Menggambarkan Risiko Anestesi

Seorang wanita 37 tahun, dalam kesehatan yang baik dijadwalkan untuk operasi sinus non-darurat di bawah anestesi umum. Konsultan ahli anestesi berpengalaman selama 16 tahun serta telah berpraktik dengan spesialisasi telinga, hidung dan tenggorokan serta dokter bedah yang menaganginya telah berpengalaman selama 30 tahun, dan tiga dari empat perawat ruang operasi juga sangat berpengalaman.

Ruang operasi memiliki perlengkapan yang sangat baik. Anestesi diinduksi pada 08:35, tapi tidak mungkin memasukkan laring masker melalui saluran napas. Dua menit kemudian, oksigenasi pasien mulai memburuk dan ia tampak mengalami sianosis (berubah biru). Saturasi oksigennya saat itu adalah 75% (kurang dari 90% secara signifikan dianggap rendah) dan denyut jantungnya meningkat.

Pada pukul 08:39, saturasi oksigennya telah memburuk sampai 40% (tingkat yang sangat rendah). Upaya untuk ventilasi paru-paru dengan oksigen 100% menggunakan masker wajah dan napas oral terbukti sangat sulit. Ahli anestesi, yang bergabung dengan rekan konsultan, mencoba tapi gagal mencapai intubasi trakea untuk mengatasi masalah jalan napas. Pada pukul 08:45, masih belum ada akses jalan napas dan situasi telah menjadi "tidak bisa intubasi, tidak ada ventilasi", dalam praktik anestesi dan pedoman yang tersedia situasi ini dianggap darurat. Para perawat yang hadir tampaknya telah mengakui beratnya situasi; satu membawa naman tracheostomy dan lain pergi untuk mengatur tempat tidur di ICU.

Upaya intubasi para dokter terus menggunakan laryngoscopes berbeda, tetapi ini juga tidak berhasil dan prosedur ditinggalkan dan pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Saturasi oksigennya tetap tinggal kurang dari 40% selama 20 menit. Meskipun kemudian dipindahkan ke ICU, dia tidak pernah sadarkan diri dan meninggal 13 hari kemudian akibat kerusakan otak yang parah.

Pertanyaan

- Apa teknik yang perlu dilakukan oleh tim sebelum pasien diberi anestesi umum?
- Apa manfaat dari daftar periksa?

Sumber: Bromiley M. Have you ever made a mistake? Bulletin of the Royal College of Anaesthetists, 2008, 48:2442–2445. DVD available from the Clinical

Human Factors Group web site (www.chfg.org; diakses pada 21 Februari 2011).

Operasi Ginjal yang Salah Meskipun Pelajar sudah Mengingat

Kasus ini menggambarkan pentingnya penggunaan protokol untuk memastikan pelayanan yang benar terhadap pasien, operasi di bagian tubuh yang benar dan prosedur yang benar.

Seorang pasien laki-laki berusia 69 Tahun dirawat untuk menjalani operasi pengangkatan ginjal kronis (nefrektomi). Karena kesalahan administrasi, pencatatan medis saat masuk menuliskan situs operasi pada sebelah "kiri". Daftar operasi itu ditranskrip dan memasukkan catatan medis. Pasien tidak terbangun dari tidur untuk diperiksa situs operasi yang benar pada saat sebelum operasi. Sisi kiri yang akan dioperasi tidak diperiksa dengan catatan atau mendapatkan persetujuan dari pasien. Kesalahan diperparah di ruang operasi ketika pasien diposisikan untuk menjalani nefrektomi di sebelah kiri. Dokter bedah registrar senior yang mulai mengangkat ginjal kiri. Seorang pelajar kedokteran mengamati operasi dan menyarankan ahli bedah karena mengangkat ginjal yang salah, tapi diabaikan. Kesalahan itu tidak diketahui sampai dua jam setelah operasi ketika pasien tidak menghasilkan urin apapun. Dia kemudian meninggal.

Pertanyaan

- Identifikasilah peluang untuk memeriksa lokasi operasi.
- Mengapa Anda berpikir ahli bedah mengabaikan pelajar kedokteran
- Diskusikan apakah tindakan dokter bedah adalah pelanggaran atau kesalahan sistem.

Sumber: Dyer O. Doctor suspended for removing wrong kidney. *British Medical Journal*, 2004, 328, 246.

Kegagalan Melakukan prosedur Antibiotik Profilaksis sebelum Operasi secara tepat waktu sesuai dengan protokol

Kasus ini menggambarkan pentingnya perencanaan dan pengecekan sebelum prosedur dilakukan dan bagaimana menggunakan protokol yang dapat mengurangi risiko infeksi.

Seorang dokter anestesi dan ahli bedah sedang mendiskusikan antibiotik sebelum operasi yang diperlukan untuk melangsungkan prosedur kolesistektomi laparoskopis. Dokter anestesi memberitahu dokter bedah bahwa pasien alergi terhadap penisilin dan ahli bedah menyarankan antibiotik sebelum operasi alternatif. Dokter anestesi masuk ke koridor steril untuk mengambil antibiotik, namun

kembali dan menjelaskan kepada perawat yang bertugas bahwa ia tidak bisa menemukan antibiotik yang sesuai dalam koridor steril. Perawat yang bertugas menelpon untuk meminta antibiotik sebelum operasi. Dokter anestesi menjelaskan bahwa ia tidak bisa memesan antibiotik karena tidak ada formulir pemesanan (dia melihat melalui folder file bentuk). Perawat yang bertugas menegaskan bahwa antibiotik yang diminta sedang diantar. Sayatan bedah dilakukan.

Enam menit kemudian, antibiotik dikirim ke ruang operasi dan segera disuntikkan ke pasien. Injeksi ini terjadi setelah waktu sayatan pertama dibuat, yang bertentangan dengan protokol yang membutuhkan antibiotik untuk diberikan sebelum insisi bedah untuk menghindari infeksi situs bedah. Selanjutnya, perawat mengingatkan dokter bedah bahwa prosedurnya salah dan menyebabkan perubahan dalam perencanaan operasi.

Pertanyaan

- Faktor-faktor apa yang berkontribusi terhadap keterlambatan pemberian antibiotik?
- Apa yang bisa tim lakukan untuk menghindari hal ini terjadi lagi?

Sumber : WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools working group. Case supplied by Lorelei Lingard, Associate Professor, University of Toronto, Toronto, Canada.

Pengoperasian gigi pada sisi yang salah dan ekstraksi kista

Kasus ini menunjukkan bagaimana pengoperasian pada gigi yang salah telah dilakukan oleh tenaga medis tanpa supervisi dari seniornya atau oleh konsultan bedah gigi yang menimbulkan kesakitan dan kekhawatiran pada pasien.

Seorang perempuan berusia 38 dengan masalah lama dari gusi yang terinfeksi pada sekitar molar ketiga dan rasa sakit yang terkait di sisi kirinya dirawat oleh dokter perawatan primer. Rasa sakit dikaitkan dengan rasa asin yang dirasakan pada situs yang terinfeksi.

Hasil pemeriksaan menunjukkan gigi membusuk dan berdampak pada gigi dan kista sehingga Pasien dirujuk ke ahli bedah mulut yang merekomendasikan pasien untuk menjalani ekstraksi bedah gigi yang berdampak dan kista di bawah anestesi umum. Pada hari operasi, dokter bedah mulut melakukan pembahasan prosedur dengan peserta operasi senior dan junior. Para ahli bedah tidak menyadari bahwa sinar-X tidak menggambarkan dengan benar atas kondisi pasien.

Tenaga medis junior mulai melakukan prosedur di sisi kanan tanpa meninjau catatan medis. Pada saat yang sama, ahli bedah meninggalkan ruangan dan tenaga medis senior dipanggil untuk menangani keadaan darurat. Tenaga medis junior terus mengeluarkan flap dan mengekstraksi gigi dari sisi kanan. Dia mencoba untuk menemukan kista yang akan dihapus dan ketika ahli bedah kembali ke ruang operasi, ia melihat bahwa tenaga medis junior melakukan operasi di sisi yang salah dan tidak sedang diawasi. Petugas medis dan ahli bedah menutup luka di sisi kanan dan kemudian menorehkan dan berhasil diekstrak gigi dan kista dari sisi kiri. Segera setelah operasi, pasien mulai melaporkan nyeri di sisi kanan mulutnya. Ahli bedah memberitahu pasien bahwa mereka telah berpisah jaringan dan tulang di sisi kiri, serta sisi kanan. Dia bertanya apakah gejala barunya terkait dengan operasi.

Dokter bedah meremehkan kemungkinan itu. Pasien mengunjungi kantor dokter bedah dua kali setelah operasi karena mengalami nyeri pasca operasi, tapi tidak puas dengan respon dokter bedah. Pasien meminta kompensasi, menyatakan bahwa ahli bedah dan petugas medis senior dan junior melakukan operasi tidak benar.

Pertanyaan

- Apa faktor yang mendasari kesalahan ini, dan bagaimana bisa dicegah?
- Apa yang mungkin menjadi konsekuensi, untuk pasien dan ahli bedah, karena tidak terbuka tentang kesalahan dan penyebab rasa sakitnya?

Sumber: This case was provided by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

Mengkomunikasikan Oxytocin

Kasus ini menyoroti masalah komunikasi dan kebutuhan untuk menerapkan prosedur administrasi untuk pengobatan yang berpotensi berbahaya

Seorang bidan yang mengawasi bidan pelajar melakukan perbaikan dari laserasi tingkat dua setelah kelahiran. Seorang perawat datang ke ruangan untuk meminta bidan apakah dia bisa meningkatkan oksitosin untuk wanita yang berbeda, Nyonya M, karena kontraksi rahim nya, yang muncul setiap dua sampai tiga menit, tidak merasa sangat kuat. Wanita itu berada dalam kondisi pelebaran 4 cm selama tiga jam terakhir. Perawat menyatakan bahwa oksitosin telah dilansungkan selam 10 mu / min dan belum meningkat selama dua jam terakhir. Bidan menjawab bahwa ini tampak seperti rencana yang masuk akal.

Setelah perawat itu pergi, bidan pelajar yang berpengalaman dan telah berfokus pada penjahitan, bertanya bidan apa yang diinginkan perawat. Dia menjawab bahwa ia ingin meningkatkan oksitosin Mrs M karena intensitas kontraksi yang tidak memadai dan kurangnya dilatasi serviks. Pelajar mengatakan, "Oh, saya memeriksa Nyonya M tepat sebelum kelahiran ini dan dia telah mengalami pelebaran sampai 6 cm tapi karena aku harus buru-buru ke kelahiran ini, saya tidak punya waktu untuk menulis catatan saya." Namun demikian, bidan percaya pada perawat dan bersama bidan pelajar menyelesaikan perbaikan dan perawatan bagi pasien.

Ketika mereka pergi untuk melihat Mrs M 30 menit kemudian, seorang dokter dan dua perawat berada di dalam ruangan dan denyut jantung janin berada di pada kisaran 70-an. Bidan memandang pompa infus dan menemukan skalanya pada angka 20 mu / menit, bukan 12 mu / min. Langkah-langkah untuk meningkatkan denyut jantung janin tidak berhasil dan Mrs M menjalani operasi caesar carurat. Seorang bayi laki-laki lahir dengan skor Apgar dari 3 di salah satu menit, 6 di lima menit, dan 8 di sepuluh menit.

Pertanyaan

- Apa sistem kesalahan yang menyebabkan wanita ini memiliki caesar yang tidak perlu?
- Apakah penggunaan rutin protokol daftar periksa untuk meningkatkan oksitosin dapat meminimalisir banyak kesalahan ini?
- Jika demikian, apa elemen kunci yang harus menjadi bagian dari daftar oksitosin infus?

Sumber: This case was supplied by Mary Barger, Assistant Professor, Department of Family Health Care Nursing, University of California, San Francisco, CA, USA American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2007,197:480e1-e5.

Sumber Materi

WHO guidelines for safe surgery 2009. Safe surgery saves lives. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf; diakses pada 21 Februari 2011).

Protokol Universal untuk Mencegah Operasi pada sisi yang salah, prosedur salah dan pengoperasian pada pasien yang salah

Carayon P, Schultz K, Hundt AS. Righting wrong-site surgery. Journal on Quality & Safety, 2004, 30:405-10.

Contoh kehidupan nyata bagaimana kesalahan dapat terjadi selama prosedur bedah.

<http://www.gapscenter.va.gov/stories/WillieDesc.asp>;

diakses pada 21 Februari 2011.

Alat Untuk Operasi pada sisi yang salah

Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)

([http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/](http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/CorrectSiteSurgeryToolKit/)

[CorrectSiteSurgeryToolKit/](http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/CorrectSiteSurgeryToolKit/); diakses pada 21 Februari 2011).

Tool kit serah terima pasien secara benar

Association of Perioperative Registered Nurses

(AORN) and the United States Department of

Defense Patient Safety Program

([http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/](http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/PatientHandOffToolKit/)

[PatientHandOffToolKit/](http://www.aorn.org/PracticeResources/ToolKits/PatientHandOffToolKit/); diakses pada 21 Februari 2011).

WHO Operasi yang aman menyelamatkan nyawa

The Second Global Patient Safety Challenge

(<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html>;

diakses pada 21 Februari 2011).

Haynes AB et al. A surgical safety daftar periksa to reduce

morbidity and mortality in a global population. *New*

England Journal of Medicine, 2009, 360:491–499.

Sumber Tambahan

Calland JF et al. Systems approach to surgical safety.

Surgical Endoscopy, 2002, 16:1005–1014.

Cuschieri A. Nature of human error: implications for surgical

practice. *Annals of Surgery*, 2006, 244:642–648.

Menilai Pengetahuan Topik

Berbagai metode yang cocok untuk menilai pemahaman pelajar tentang Topik ini, diantaranya adalah laporan pengamatan, laporan reflektif tentang kesalahan bedah, esai, pertanyaan pilihan ganda, pertanyaan pendek dengan jawaban terbaik, diskusi berbasis kasus dan penilaian diri. Pelajar dapat didorong untuk mengembangkan pendekatan portofolio untuk belajar keselamatan pasien. Manfaat dari pendekatan portofolio adalah bahwa pada akhir pelatihan pelajar akan memiliki koleksi dari semua kegiatan keselamatan pasien yang telah mereka pratikkan. Pelajar akan dapat menggunakan ini untuk membantu aplikasi pekerjaan dan karir masa depan mereka. Penilaian pengetahuan tentang perawatan prosedural dan potensi bahaya kepada pasien, penggunaan pendekatan sistem untuk meningkatkan hasil dan teknik untuk meminimalkan peluang kesalahan prosedural dan bedah semua bisa dinilai dengan menggunakan salah satu metode berikut:

- portofolio;
- CBD;

- stasiun OSCE;
- pengamatan lingkungan perioperatif dan potensi kesalahan tertulis.

Pelajar juga bisa diminta untuk menulis pernyataan reflektif tentang ruang operasi dan peran kerja sama tim untuk meminimalkan kesalahan, peran hirarki di ruang operasi dan efeknya pada keselamatan pasien, sistem untuk melaporkan kesalahan bedah, peran pasien dalam proses bedah, efektivitas pertemuan mortalitas dan morbiditas dan / atau metode komunikasi yang berkontribusi terhadap perawatan yang aman.

Penilaian dapat berupa formatif atau sumatif; peringkat dapat berkisar dari memuaskan / tidak memuaskan untuk memberikan tanda. Lihat bentuk di Bagian B, Lampiran 2.

Mengevaluasi Pengajaran Topik

Evaluasi ini penting untuk meninjau bagaimana sesi pengajaran berlangsung dan bagaimana perbaikan dapat dilakukan. Lihat Guru Panduan (Bagian A) untuk ringkasan prinsip evaluasi yang penting.

Referensi

1. Weiser TG et al. An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*, 2008, 372:139–144.
2. Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, 1999, 126:66–75.
3. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis in surgical patients in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:269–276.
4. Vincent C et al. Systems approaches to surgical quality and safety: from concept to measurement. *Annals of Surgery*, 2004, 239:475–482.
5. Leape L et al. The nature of Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) medis in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine*, 1991, 323:377–384.
6. *WHO surgical safety daftar periksa*. Geneva, WorldHealth Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590_eng_Daftar_periksa.pdf; diakses pada 18 Januari 2010).
7. Lingard L et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality & Safety in Health Care*, 2004, 13:330–334.

8. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC, National Academies Press, 2001.
9. Haynes et al. A surgical safety daftar periksa to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360:491–499.
10. *WHO Guidelines for Safe Surgery*, 2009, 10 (<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools/resources/en/index.html>; diakses pada 24 May 2011).

Slide Untuk Topik 10: Keselamatan Pasien dan Prosedur Invasif

Kuliah didaktik biasanya bukan cara terbaik untuk mengajarkan pelajar tentang keselamatan pasien. Jika kuliah digunakan sebagai metode, cara terbaik adalah merencanakan interaksi pelajar dan diskusi selama Kuliah. Menggunakan studi kasus adalah salah satu cara untuk menghasilkan diskusi kelompok. Cara lain adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada pelajar tentang berbagai aspek pelayanan kesehatan yang akan membawa keluar masalah yang terkandung dalam topik ini, seperti budaya menyalahkan, sifat kesalahan dan bagaimana kesalahan dikelola di industri lain.

Slide untuk Topik 10 dirancang untuk membantu instruktur menyampaikan isi topik ini. Slide dapat diubah agar sesuai dengan lingkungan dan budaya lokal. Instruktur tidak harus menggunakan semua slide dan dapat menyesuaikan slide dalam bidang yang tercakup dalam sesi pengajaran.

Topik 11

Meningkatkan Keamanan Pengobatan

Pengobatan Tidak Sesuai untuk Anak yang Menderita Nuse

Saat liburan, anak Heather yang berusia 8 tahun, Jane, merasa tidak enak dan mulai muntah. Heather membawanya ke klinik kesehatan setempat untuk diperiksa dokter yang mengatakan bahwa Jane menderita asma sehingga perlu pengobatan nebulizer. Dokter mendiagnosa mual sekunder untuk infeksi telinga dan meresepkan antibiotik. Dia menyuntikkan klor-promazin, metoclopramide, dan atropin untuk mengobati mual. Jane kemudian tak sadarkan diri dan dirawat di rumah sakit setempat kecil. Dia kemudian dipindahkan ke rumah sakit yang lebih besar karena gejala pernapasannya memburuk.

Dokter di klinik berpikir dia melakukan hal yang benar, setelah belajar tentang pengobatan itu saat magang. Namun, obat tidak sesuai untuk mual pada anak-anak karena potensi Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) dan kesulitan dalam memantau kondisi anak. Dokter juga tidak memberikan informasi yang cukup tentang obat kepada Heather

Sumber: Walton M. Well being: how to get the best treatment from your doctor. Sydney, New South Wales, Australia, Pluto Press, 2002:51.

Overdosis Metadon

Ketika Matius memeriksakan dirinya di klinik, ada tiga perawat yang bertugas. Dua perawat gagal mengidentifikasi Matius secara benar dan memberikan metadon tanpa memperhatikan dosis yang tepat.

Dosis metadon yang diberikan adalah 150 mg padahal seharusnya 40 mg. Para perawat juga gagal untuk memberitahu dokter yang menangani ketika mereka menyadari dosis metadon berlebihan. Mereka kemudian menginstruksikan perawat ketiga untuk memberikan Matius dosis metadon untuk dibawa pulang sebesar 20 mg, meskipun menyadari dosis itu berlebihan dan tanpa otorisasi dari praktisi medis. Matius meninggal pada dini pagi hari berikutnya karena keracunan metadon.

Sumber: Case studies. Health Care Complaints Commission Annual Report 1995 –1996:38. Sydney, New South Wales, Australia.

Pengantar - Mengapa Perlu Fokus Pengobatan



Obat telah terbukti sangat bermanfaat untuk mengobati penyakit dan mencegah penyakit. Keberhasilan ini telah mengakibatkan peningkatan dramatis dalam penggunaan obat. Sayangnya, peningkatan ini juga mengakibatkan peningkatan bahaya, kesalahan dan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) terkait dengan penggunaan obat-obatan.

Untuk sejumlah alasan, penggunaan obat-obatan juga menjadi semakin kompleks. Telah ada peningkatan besar dalam jumlah dan berbagai variasi obat yang tersedia. Obat-obat dianjurkan dikonsumsi dengan cara yang berbeda serta berbagai tindakan variabel (long-acting, short-acting). Kadang-kadang rumusan yang sama dari obat tertentu dijual dengan lebih dari satu nama dagang, dan ini dapat menyebabkan kebingungan.

Meskipun pengobatan ditingkatkan untuk penyakit kronis yang sekarang tersedia, banyak pasien sekarang mengonsumsi beberapa obat dan banyak diantara mereka meninggal karena pengobatan. Hal ini meningkatkan kemungkinan adanya interaksi obat, Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) dan kesalahan dalam administrasi.

Proses pemberian obat untuk pasien sering melibatkan berbagai praktisi medis. Kegagalan komunikasi dapat menyebabkan kesenjangan dalam kelangsungan proses. Praktisi medis yang meresepkan dosis obat yang lebih besar harus familiar dengan jenis pengobatan itu. Ada terlalu banyak informasi untuk praktisi medis untuk dapat diingat dalam cara yang dapat diandalkan tanpa bantuan bahan referensi. Perawat, apoteker, dokter gigi dan dokter yang merawat pasien seringkali mendapatkan resep obat dokter lain (sering spesialis) dan, karenanya, mereka mungkin tidak paham dengan efek dari semua obat yang dikonsumsi pasien.

Selain apoteker, profesional yang meresepkan obat memainkan peran utama dalam penggunaan obat. Peran mereka termasuk memberikan resep dan memberikan obat, monitoring Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) dan bekerja sama dalam tim. Praktisi medis yang bertugas berpotensi memenuhi peran kepemimpinan di tempat kerja, dalam kaitannya dengan penggunaan obat dan meningkatkan perawatan pasien.

Sebagai praktisi medis masa depan, pelajar harus memahami sifat dari kesalahan pengobatan, belajar apa bahaya yang terkait dengan penggunaan obat dan belajar apa yang dapat dilakukan untuk membuat penggunaan obat lebih aman. Apoteker, dokter dan perawat memainkan peran utama dalam mengurangi kesalahan pengobatan,

tapi semua orang yang terlibat dalam penggunaan obat memiliki tanggung jawab untuk bekerja sama untuk meminimalkan kerugian yang disebabkan oleh obat terhadap pasien.

Kata Kunci

Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD), reaksi yang merugikan, kesalahan, peristiwa buruk, peristiwa karena pengaruh obat yang merugikan, kesalahan pengobatan, resep, administrasi dan pemantauan.

Tujuan Pembelajaran



Topik ini memberikan gambaran keamanan obat. Hal ini dirancang untuk mendorong pelajar untuk terus belajar dan berpraktik cara-cara untuk meningkatkan keamanan penggunaan obat.

Hasil Pembelajaran : Pengetahuan dan Kinerja

Syarat Pengetahuan



Pelajar harus tahu:

- Skala kesalahan pengobatan;
- Bahwa penggunaan obat dikaitkan dengan risiko;
- Sumber umum kesalahan;
- Di mana dalam proses kesalahan dapat terjadi;
- Tanggung jawab terkait dengan resep dan pemberian obat;
- Bagaimana mengenali situasi berbahaya yang umum;
- Cara untuk membuat penggunaan obat lebih aman;
- Manfaat dari pendekatan multidisiplin untuk keselamatan penggunaan obat.

Syarat Kinerja



Keamanan obat adalah Topik yang luas. Seorang praktisi medis yang memahami masalah dan risiko yang terlibat dalam penggunaan obat-obatan akan:

- Menggunakan nama generik;
- Membuat resep untuk setiap pasien;
- Memeriksa riwayat obat menyeluruh;
- Tahu mana obat yang berisiko tinggi;
- Sangat paham dengan obat ia resepkan atau berikan kepada pasien;
- penggunaan alat bantu memori;
- Berkomunikasi dengan jelas;
- Mengembangkan kebiasaan untuk memeriksa;
- Mendorong pasien untuk secara aktif terlibat dalam proses pengobatan;
- Melaporkan dan belajar dari kesalahan;
- Memahami dan mempraktikkan perhitungan obat, termasuk penyesuaian berdasarkan parameter klinis (misalnya peresepan obat ginjal);
- Mendeteksi potensi / aktual obat-obat dan interaksi obat dan makanan



Efek Samping

Sebuah Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) adalah efek yang diketahui, selain itu terutama ditujukan, yang berkaitan dengan sifat farmakologi dari obat [1]. Misalnya, Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) yang umum dari analgesik opiat adalah mual.

Reaksi yang Bervariasi

Reaksi yang merugikan terjadi ketika hasil yang berbahaya yang tak terduga dari tindakan pengobatan yang sesuai, dimana proses pengobatan yang benar telah dilakukan [1]. Contoh ini misalnya adalah reaksi alergi yang tak terduga pada pasien yang minum obat untuk pertama kalinya.

Kesalahan

Kesalahan adalah kegagalan untuk melakukan tindakan yang direncanakan sebagaimana dimaksud atau penerapan rencana yang salah [1].

Insiden Medis

Kecelakaan dimana Pasien terluka [1].

Insiden Obat

Sebuah peristiwa merugikan akibat obat yang dapat dicegah (misalnya kesalahan obat) atau mungkin tidak dicegah (misalnya reaksi alergi yang tak terduga pada pasien yang minum obat untuk pertama kalinya, seperti dijelaskan di atas).

Reaksi Pengobatan yang Buruk

Setiap respon terhadap obat yang berbahaya dan tidak diinginkan. Definisi WHO ini termasuk cedera yang dinilai disebabkan oleh cedera obat dan tidak termasuk karena pengobatan yang salah.

Kesalahan Pengobatan

Setiap peristiwa yang dapat menyebabkan atau menimbulkan bahaya bagi pasien meskipun pemberian obat dalam kontrol profesional medis, pasien atau konsumen [2]. Peristiwa tersebut mungkin terkait dengan praktik profesional, produk pelayanan kesehatan, prosedur dan sistem, termasuk: resep; komunikasi pemesanan obat; label produk, kemasan dan nomenklatur; peracikan; pengeluaran; distribusi; administrasi; pendidikan; pemantauan; dan penggunaan.

Peresepan

Resep A adalah untuk mengambil obat-obatan tertentu. Di banyak negara, orang yang meresepkan obat memiliki tanggung jawab hukum untuk perawatan klinis pasien,

serta berperan dalam memantau keamanan dan kemanjuran oba. Peresepan obat membutuhkan praktisi medis untuk membuat keputusan tentang obat, rejimen obat, dokumentasi obat dalam catatan kesehatan, dan pemesanan. Praktisi medis yang membantu peresepan obat harus memastikan obat yang tepat diberikan dengan tepat kepada pasien yang tepat. Tapi di samping itu, praktisi medis juga diminta untuk mempertimbangkan preferensi pasien, nilai-nilai dan keadaan ekonomi. Dalam beberapa pengaturan, mungkin ada juga sumber daya dan pembatasan terbatas pada apa yang dapat dan tidak dapat diberikan kepada pasien.

Kesalahan yang diketahui terjadi pada tahap resep dan sering dikaitkan dengan pengalaman praktisi medis adalah karena kurangnya pengetahuan tentang obat, kegagalan untuk mengikuti protokol yang disepakati, atau faktor-faktor lain seperti kelelahan dan lupa.

Selain peresepan obat, konsumen dapat meresepkan obat sendiri dan menggunakan obat-obatan yang mereka beli. Kadang-kadang obat ini dapat menyebabkan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) terutama ketika dikonsumsi bersamaan dengan obat lain. Konsumen harus selalu mencari nasihat dari apoteker ketika mereka berniat untuk mencampur obat tertentu dengan resep obat mereka.

Kesalahan Pengobatan

Sebuah kesalahan pengobatan dapat mengakibatkan:

- Suatu peristiwa buruk, di mana seorang pasien dirugikan;
- Hampir terjadi insiden, di mana seorang pasien hampir dirugikan;
- Kesalahan lain atau potensi bahaya.

Kesalahan pengobatan merupakan penyebab umum dari bahaya pasien yang tidak dapat dicegah. IOM memperkirakan bahwa di Amerika Serikat ada satu kesalahan pengobatan per pasien rawat inap per hari [3], dan 1,5 juta kasus tidak dapat dicegah terjadinya Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) karena obat per Tahun [3], dan 7000 kematian per Tahun dari kesalahan pengobatan di rumah sakit di negara itu [4].

Para peneliti di negara-negara lain di seluruh dunia di mana kejadian kesalahan pengobatan insiden obat telah diteliti menunjukkan statistik yang mengkhawatirkan [5]. Hanya 15% dari kesalahan resep yang dibuat oleh pasien, sisanya disebabkan oleh apoteker dan petugas kesehatan lainnya. Fakta ini menggarisbawahi pentingnya kerja sama tim. Dengan bekerja sama, penyedia layanan kesehatan dapat mencegah banyak Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD).

Pembuatan, distribusi dan pemasaran

Sebelum obat dapat digunakan pada manusia, mereka harus diuji untuk memastikan obat tersebut aman. Pengembangan dan pembuatan obat-obatan telah diatur di banyak negara.

Langkah Penggunaan Pengobatan



Ada sejumlah langkah diskrit dalam menggunakan obat: resep, pengeluaran, administrasi dan pemantauan yang merupakan empat proses utama. Dokter, apoteker, pasien dan praktisi medis lainnya semua memainkan peran utama dalam proses ini. Sebagai contoh, beberapa pasien mungkin meresepkan sendiri obat over-the-counter, mengelola obat itu sendiri dan memonitor efek obat tersebut terhadap mereka. Atau, misalnya, di rumah sakit, ketika dokter meresepkan obat, apoteker memberikan obat, perawat akan mengelola obat dan perawat dan dokter yang berbeda memantau kemajuan pasien dan membuat keputusan tentang rejimen obat yang sedang dikonsumsi oleh pasien. Dalam praktik kolaboratif, apoteker dapat menyesuaikan dosis. Komponen utama dari masing-masing empat langkah yang disebutkan di atas adalah sebagai berikut.

Pereseapan



Dalam meeseapkan obat, profesional medis harus memilih obat yang tepat untuk situasi klinis tertentu, mempertimbangkan faktor individu pasien, seperti alergi. Prescriber juga perlu untuk memilih yang paling tepat cara pemberian obat, dosis, waktu dan rejimen. Rencana ini harus dikomunikasikan kepada siapa pun yang akan mengelola pengobatan tersebut (komunikasi ini dapat ditulis, verbal atau keduanya) dan rencana harus didokumentasikan dengan benar.

Dispensi

Seorang apoteker akan menuliskan resep yang ditulis oleh praktisi medis dan pemeriksa transkripsi. Apoteker kemudian akan memilih obat, memeriksa resep, dan dokumen / pekerjaannya.

Administering

Pemberian obat dapat mencakup perolehan obat dan setelah itu dalam bentuk penerimaan obat yang siap digunakan. Hal ini meliputi penghitungan, pencampuran, label atau mempersiapkan obat dalam beberapa cara. Siapapun yang memberikan obat harus selalu memeriksa alergi dan memeriksa bahwa mereka memberikan dosis yang benar dan obat yang tepat untuk pasien yang benar melalui rute yang benar pada waktu yang tepat. Pihak tenaga medis yang mengelola obat harus mendokumentasikan apa yang dia telah melakukan.

pengawasan

Pemantauan melibatkan mengamati pasien untuk menentukan apakah obat tersebut bekerja, digunakan dengan benar dan tidak menyebabkan kerusakan. Kegiatan

pemantauan juga harus didokumentasikan, seperti semua langkah-langkah lain dalam proses pengobatan. Ada potensi terjadi kesalahan pada setiap langkah dari proses. Ada berbagai cara bahwa kesalahan dapat terjadi pada setiap langkah.

Penggunaan Pengobatan yang Berisiko



Penggunaan pengobatan melibatkan beberapa risiko. Risiko dan kesempatan ada kesalahan yang berbeda berkaitan dengan langkah dalam proses pengobatan



Pereseapan

Pengetahuan yang tidak memadai tentang indikasi obat, kontraindikasi dan interaksi obat dapat menyebabkan kesalahan resep. Ini telah menjadi masalah yang meningkat karena jumlah obat yang digunakan telah meningkat. Sehingga tidak mungkin untuk praktisi medis individu untuk mengingat semua rincian yang relevan yang diperlukan untuk resep yang aman, tanpa mengacu pada referensi bahan. Cara alternatif untuk mengakses informasi obat yang diperlukan. Kegagalan untuk mempertimbangkan faktor-faktor fisik, kognitif, emosional dan sosial yang mungkin mengubah resep, seperti alergi, kehamilan, penyakit yang menyertai, pemahaman tentang kesehatan dan obat lain yang dikonsumsi pasien adalah sumber kesalahan.

Kesalahan mungkin melibatkan persepan obat untuk pasien yang salah, resep dengan dosis yang salah, resep obat yang salah, resep obat dengan rute yang salah atau waktu yang salah dalam pemberian obat. Kesalahan ini dapat kadang-kadang terjadi karena kurangnya pengetahuan, tetapi lebih umum adalah hasil dari "kesalahan konyol" atau "kesalahan sederhana", yang disebut sebagai slip atau selang. Ini adalah jenis kesalahan yang lebih mungkin terjadi pada pukul 04:00, atau jika dokter yang meresepkan sedang terburu-buru, bosan atau lelah, dan tidak sepenuhnya berkonsentrasi pada tugas yang ditangani.

Komunikasi yang tidak memadai adalah sumber kesalahan resep juga. Komunikasi yang ambigu dapat disalahartikan (misalnya singkatan tertentu). Kesalahan bisa terjadi akibat tulisan tidak terbaca atau kesalahpahaman sederhana dalam komunikasi verbal. Kesalahan matematika dibuat dalam menghitung dosis sehingga dapat menyebabkan kesalahan pengobatan. Kesalahan ini dapat menjadi hasil dari kecerobohan atau kelelahan, tetapi juga bisa menjadi hasil dari kurangnya pelatihan dan ketidakbiasaan dengan cara memanipulasi volume, jumlah, konsentrasi dan unit dan / atau kurangnya akses ke parameter obat. Kesalahan perhitungan yang melibatkan obat dengan jenis terapi yang sempit dapat menyebabkan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) terjadi lebih besar.

Tidak jarang, kesalahan perhitungan dapat terjadi ketika mengubah satuan unit (misalnya dari mikrogram ke miligram). Jenis kesalahan perhitungan dapat mengakibatkan 1000 kali kesalahan. Kompetensi dengan perhitungan dosis sangat penting dalam bidang pediatri, di mana sebagian besar dosis yang ditentukan sesuai dengan berat anak.

Dispensi

Sebuah studi tahun 2007 menunjukkan beban kerja farmasi yang lebih tinggi, yang menjabarkan karena jumlah resep obat yang ditangani per jam kerja apoteker sehingga menyebabkan peningkatan risiko pengeluaran obat yang berpotensi tidak aman. Berikut adalah langkah-langkah yang [6] dapat diambil oleh apoteker untuk mengurangi risiko kesalahan pengeluaran obat:

- Memastikan masuknya resep yang benar;
- Mengkonfirmasi bahwa resep yang diajukan benar dan lengkap;
- Waspada terhadap, obat dengan penyebutan nama yang mirip (nama obat yang sama berakibat pada potensi kesalahan satu sepertiga dari total jumlah kesalahan pengobatan);
- Berhati-hati dengan nol dan singkatan;
- Mengatur tempat kerja;
- Mengurangi gangguan bila memungkinkan;
- Fokus untuk mengurangi stres dan menyeimbangkan beban kerja yang berat;
- Meluangkan waktu untuk menyimpan obat dengan benar;
- Benar-benar memeriksa semua resep;
- Selalu memberikan konseling kepada pasien secara menyeluruh.

Administering

Kesalahan pemberian obat yang klasik adalah dosis yang salah dari obat yang diberikan kepada pasien yang salah, dengan rute yang salah, pada waktu yang salah, atau obat yang salah digunakan. Tidak memberikan obat yang diresepkan adalah bentuk lain dari kesalahan administrasi. Kesalahan ini didapat dari hasil dari komunikasi yang tidak memadai, slip dan penyimpangan, kurangnya prosedur pemeriksaan, kurangnya kewaspadaan dan perhitungan kesalahan, serta tempat kerja suboptimal dan desain kemasan obat. Dalam kasus ini, sering ada kombinasi faktor penyumbang.

Dokumentasi yang tidak memadai juga dapat menyebabkan kesalahan administrasi. Sebagai contoh, jika obat diberikan, namun belum dicatat, anggota staf lain juga memberikan obat kepada pasien karena berpikir bahwa obat itu belum diberikan. Kesalahan perhitungan IV obat (misalnya tetes / h atau tetes / menit, ml / jam atau ml / menit) yang lain adalah kesalahan administrasi.



Pengawasan

Kesalahan di bidang ini mencakup pemantauan memadai untuk Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD), tidak menghentikan pemberian obat saat dinyatakan telah selesai atau jelas tidak membantu pasien dan tidak menyelesaikan resep obat. Kesalahan pemantauan terjadi ketika tingkat obat tidak diukur atau diukur tetapi tidak diperiksa atau ditindaklanjuti.

Kesalahan ini sering melibatkan faktor kegagalan komunikasi. Ada risiko tertentu dari kegagalan komunikasi ketika ada perubahan penyedia layanan, misalnya, ketika pasien berpindah dari rumah sakit ke fasilitas lainnya atau sebaliknya.

Faktor yang berkontribusi pada Kesalahan Obat

Kejadian obat yang merugikan sering karena sifat multifaktorial. Seringkali ada kombinasi peristiwa yang bersama-sama mengakibatkan cedera pada pasien. Hal ini penting untuk memahami sejumlah alasan. Dalam mencoba memahami mengapa terjadi kesalahan, penting untuk mencari semua faktor yang berkontribusi, bukan alasan yang paling jelas atau langkah terakhir dalam proses. Strategi untuk meningkatkan keselamatan obat juga perlu menargetkan beberapa poin dalam proses.



Faktor Pasien

Pasien tertentu sangat rentan terhadap kesalahan pengobatan. Ini termasuk pasien dengan kondisi tertentu (misalnya kehamilan, disfungsi ginjal, dll); pasien yang memakai beberapa obat, terutama jika obat-obat ini telah diresepkan oleh lebih dari satu penyedia layanan kesehatan; pasien dengan sejumlah masalah kesehatan; dan pasien yang tidak mengambil minat aktif dalam mendapat informasi tentang kesehatan dan obat-obatan mereka sendiri. Pasien dengan masalah memori (misalnya pasien Alzheimer) dan pasien yang tidak dapat berkomunikasi dengan baik, termasuk pasien tidak sadar, bayi dan anak-anak, dan pasien yang tidak berbicara bahasa yang sama dengan staf medis, juga sangat rentan terhadap kesalahan pengobatan. Anak-anak dan bayi, terutama neonatus memiliki risiko yang meningkat dari paparan kesalahan pengobatan karena perhitungan obat dosis yang dibutuhkan berbeda ketika merawat mereka.



Faktor Staf Medis

Faktor staf yang meningkatkan risiko kesalahan pengobatan termasuk tenaga berpengalaman; tergesa-gesa, seperti dalam situasi darurat; multitasking; terganggu saat pertengahan tugas; dan kelelahan, kebosanan dan kurangnya kewaspadaan.

Kurangnya memeriksa dan tidak menerapkan kebiasaan double-check atau mengecek oleh individu yang berbeda juga dapat menyebabkan kesalahan pengobatan, seperti halnya kerja sama tim yang buruk, komunikasi yang buruk antara rekan-rekan dan keengganan untuk menggunakan alat bantu memori.

Faktor Desain Tempat Kerja



Faktor desain tempat kerja juga berkontribusi terhadap kesalahan pengobatan, termasuk tidak adanya budaya keselamatan di tempat kerja. Hal ini dapat dibuktikan dengan kurangnya sistem pelaporan dan kegagalan untuk belajar dari masa lalu yang mengakibatkan terjadi Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD). Faktor desain tempat kerja lainnya termasuk tidak adanya instrument bantuan memori yang tersedia untuk staf dan / atau informasi lain pada obat tertentu, kurangnya atau tidak ada akses ke data diagnostik untuk tim farmasi dan penyimpanan obat yang tidak pantas, misalnya obat yang berbeda dengan nama yang membingungkan dan mirip disimpan dan dekat satu sama lain atau obat-obatan tidak disimpan dalam bentuk yang mudah digunakan atau tidak disimpan di tempat yang biasa. Staf yang tidak memadai adalah masalah desain tempat kerja lain yang dapat menyebabkan kesalahan pengobatan meningkat.

Faktor Desain Pengobatan



Faktor desain obat tertentu juga dapat meningkatkan risiko kesalahan pengobatan. Beberapa obat dapat membingungkan, seperti pil yang mirip dalam penampilan (misalnya warna, bentuk). Obat dengan nama yang mirip juga dapat membingungkan. Contoh masalah ini termasuk obat dengan nama celecoxib (anti-inflamasi), fosphenytoin (antikonvulsan) dan citalopram hidrobromida (antidepresan), yang ketika nama merek mereka digunakan mungkin membingungkan (Celebrex, Cerebyx dan Celexa); serta efedrin dan epinefrin. Pelabelan ambigu adalah sumber kebingungan. Persiapan yang berbeda atau dosis obat yang sama mungkin memiliki nama yang mirip atau kemasan yang juga mirip. Misalnya, phytanadione 1 mg dan 10 mg sangat mirip. Beberapa obat slow release dapat membedakan diri dari bentuk rilis biasa dengan akhiran. Sayangnya, ada banyak akhiran yang berbeda digunakan untuk menyiratkan sifat yang mirip, seperti slow release, rilis tertunda atau long-acting (misalnya LA, XL, XR, CC, CD, ER, SA, CR, XT dan SR).

Masalah desain obat berkontribusi pada kesalahan administrasi, termasuk label yang terlalu kecil untuk dibaca dan sulit-untuk-membaca informasi dosis di botol. Kurangnya alat ukur (misalnya sendok untuk sirup) adalah masalah lain.

Faktor Teknis Lainnya

Faktor teknis lainnya juga dapat berkontribusi untuk kesalahan pengobatan. Misalnya, konektor identik untuk

jalur IV dan garis intratekal memungkinkan untuk obat yang akan diberikan melalui rute yang salah.

Beberapa Cara untuk Menggunakan Pengobatan yang Aman



Menggunakan Nama Generik



Obat memiliki k nama dagang (nama merek) dan nama generik (bahan aktif). Formulasi obat yang sama dapat diproduksi oleh perusahaan yang berbeda dan diberi beberapa nama dagang yang berbeda. Biasanya nama dagang muncul dalam huruf besar pada kotak / botol dan nama generik muncul di cetak kecil. Hal ini cukup sulit membiasakan diri dengan semua obat generik yang digunakan; dapat hampir mustahil untuk mengingat semua nama dagang yang terkait. Untuk meminimalkan kebingungan dan menyederhanakan komunikasi, akan sangat membantu jika staf hanya menggunakan nama generik. Namun, penting untuk menyadari bahwa pasien akan sering menggunakan nama dagang karena nama dagang adalah apa yang muncul di cetak besar pada kemasan. Hal ini dapat membingungkan bagi staf dan pasien. Misalnya, ketikapasien keluar dari rumah sakit dengan resep untuk obat yang biasa mereka konsumsi, tetapi dengan nama dagang yang berbeda. Pasien mungkin tidak menyadari bahwa obat mereka diresepkan pada sama dengan yang mereka konsumsi saat masuk dan karenanya terus minum obat itu juga, karena tidak ada yang mengatakan kepada mereka untuk berhenti atau bahwa itu adalah sama dengan obat baru. Hal ini penting untuk dokter yang meresepkan dan apoteker untuk menjelaskan kepada pasien bahwa beberapa obat dapat memiliki dua nama.

Dokter dan staf medis lainnya harus meresepkan obat dengan nama generik mereka. Pasien harus didorong untuk menyimpan daftar obat mereka, termasuk nama dagang dan nama generik dari masing-masing obat.

Buat Peresepan Obat untuk tiap individu pasien



Sebelum meresepkan obat, selalu berhenti dan berpikir, "apakah ada sesuatu tentang pasien ini yang harus mengubah pilihan saya dalam memberikan obat?". Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan termasuk alergi, kehamilan, menyusui, komorbiditas, obat lain yang dikonsumsi pasien, dan ukuran dan berat dari pasien.

Belajar dan Berprakteik Mengumpulkan Riwayat Pengobatan yang Lengkap



Riwayat Obat harus diambil oleh praktisi medis yang meresepkan obat dan apoteker. Ketika mengumpulkan riwayat obat, pedoman berikut harus diikuti.

- Sertakan nama, dosis, rute, frekuensi dan durasi setiap obat yang dikonsumsi pasien.
- Tanyakan tentang kapan berhenti mengonsumsi obat itu.

- Tanyakan tentang over-the-counter obat itu, suplemen makanan dan obat-obatan yang saling melengkapi.
- Tanyakan pasien apakah ada obat yang mereka telah disarankan untuk dikonsumsi, tetapi tidak mereka konsumsi.
- Pastikan apa yang pasien benar-benar butuhkan sesuai daftar Anda. Sangat berhati-hati saat transisi perawatan. Berpraktik rekonsiliasi obat pada saat pasien masuk dan keluar dari rumah sakit, karena ada risiko tinggi untuk terjadinya kesalahan [7] karena kesalahpahaman, mengambil riwayat yang tidak memadai dan komunikasi yang buruk.
- Carilah informasi tentang obat yang tidak Anda ketahui sebelumnya. Anda dapat mencari dari sumber berbasis bukti informasi dan / atau kontak praktisi medis lainnya (misalnya apoteker).
- Pertimbangkan obat-obat dan interaksi obat-makanan, obat yang dapat menghentikan dan obat-obatan yang mungkin menyebabkan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD).
- Selalu masukkan riwayat alergi secara menyeluruh. Ketika mengumpulkan riwayat alergi, ingat bahwa jika pasien memiliki alergi yang serius dan kondisi Anda ingin meresepkan obat itu, maka ini adalah situasi berisiko tinggi. Ingatkan pasien dan juga staf lain.

Ketahui Pengobatan mana yang digunakan pada bidang Anda dan kaitannya dengan risiko medis dari Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD)



Beberapa obat memiliki reputasi karena menyebabkan insiden obat. Hal ini mungkin karena sempitnya jenis terapi, farmakodinamik tertentu atau farmakokinetik, atau kompleksitas dosis dan pemantauan. Contoh obat-obat ini termasuk insulin, antikoagulan oral, agen neuromuscular blocking, digoxin, kemoterapi, kalium dan antibiotik aminoglikosida. Sehingga mungkin berguna untuk meminta seorang apoteker atau staf lain yang relevan di bidang Anda tentang obat apa yang cenderung atau paling sering merugikan pasien. (Pengajar mungkin ingin waktu lebih banyak untuk mengajar tentang hal ini)

Pahami Pengobatan yang Anda resepkan



Jangan pernah meresepkan obat yang Anda tidak tahu banyak tentang obat itu. Dorong pelajar untuk melakukan pekerjaan rumah tentang obat yang sering mereka gunakan dalam praktek. Mereka harus terbiasa dengan farmakologi, indikasi, kontraindikasi, Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD), tindakan pencegahan khusus, dosis dan rejimen obat tesis. Jika Anda perlu untuk meresepkan obat yang Anda tidak pahami, bacalah tentang obat itu sebelum meresepkan. Anda memerlukan bahan referensi yang tersedia dalam pengaturan klinis. Lebih baik untuk tahu lebih banyak tentang meresepkan beberapa obat

daripada banyak meresepkan tapi pemahaman dangkal. Misalnya, daripada belajar tentang lima obat anti-inflamasi non-steroid yang berbeda, prescriber mungkin hanya tahu satu secara rinci dan resep yang satu itu. Apoteker, bagaimanapun, harus paham dengan banyak obat.

Gunakan Ingatan Anda



Mungkin di masa lalu mengingat sebagian besar pengetahuan obat utama yang digunakan sangat diperlukan. Namun, dengan pertumbuhan jumlah obat yang tersedia yang cepat dan meningkatnya kompleksitas resep, mengandalkan memori saja tidak cukup.

Pelajar harus didorong untuk memiliki ambang yang rendah untuk melihat hal-hal itu. Mereka harus paham dengan pilihan obat, alat bantu memori berdasarkan bukti dan menggunakannya. Pelajar harus mengandalkan bantuan memori sebagai penanda praktik aman daripada tanda bahwa pengetahuan mereka tidak memadai. Contoh alat bantu memori termasuk buku teks, farmakope berukuran saku dan teknologi informasi, seperti perangkat lunak komputer dan asisten pribadi digital. Contoh sederhana dari bantuan memori kartu dengan semua nama dan dosis obat yang mungkin diperlukan dalam kasus serangan jantung. Kartu ini dapat disimpan di saku prescriber dan disebut dalam keadaan darurat, ketika tidak ada waktu untuk memeriksa buku teks atau komputer untuk mengetahui dosis obat. (Perhatikan bahwa alat bantu memori juga disebut sebagai alat bantu kognitif).

Ingatlah 5 Benar ketika Meresepkan dan Menggunakan Pengobatan



Di banyak bagian dunia, program pelatihan telah menekankan pentingnya memeriksa 5 Benar sebelum pengeluaran dan pemberian obat. 5 Benar adalah: obat yang tepat, rute yang tepat, waktu yang tepat, dosis yang tepat dan pasien yang tepat. Pedoman ini adalah relevan untuk semua praktisi medis yang meresepkan dan mengelola obat. Dua penambahan ini 5 Benar adalah dokumentasi yang tepat dan hak dari anggota staf, pasien atau pengasuh untuk mempertanyakan peresepan obat.

Komunikasikan Secara Efektif



Penting untuk diingat bahwa penggunaan yang aman dari obat adalah kegiatan tim dan bahwa pasien juga anggota tim. Jelas, komunikasi jelas akan membantu untuk meminimalkan asumsi yang dapat menyebabkan kesalahan. Sebuah pepatah yang berguna untuk diingat ketika berkomunikasi tentang obat adalah untuk menyatakan yang jelas kepada dokter atau apoteker, pasien atau perawat dan sebaliknya.

Tulisan tangan yang buruk dapat menyebabkan kesalahan pengeluaran. Praktisi medis harus menulis dengan jelas dan terbaca termasuk nama dan rincian kontak. Apoteker yang tidak bisa membaca tulisan harus menghubungi orang yang menandatangani resep untuk memeriksa rincian.

Mengingat 5 Benar (seperti dijelaskan di atas) adalah cara yang berguna untuk mengingat poin penting tentang obat yang perlu dikomunikasikan. Misalnya, dalam situasi darurat, dokter mungkin perlu memberikan perintah obat verbal untuk perawat, "bisa tolong beri ini pasien 0,3 ml dari 1: 1000 epinefrin sesegera mungkin" jauh lebih baik daripada mengatakan, "cepat, mendapatkan beberapa adrenalin".

Strategi lain komunikasi yang berguna adalah untuk *menutup loop*. Hal ini mengurangi kemungkinan kesalahpahaman. Dalam contoh kita, perawat akan menutup loop dengan mengatakan, "OK, saya akan memberikan pasien 0,3 ml dari 1: 1000 epinefrin sesegera mungkin".

Kembangkan Kebiasaan untuk mengecek



Hal ini membantu untuk mengembangkan kebiasaan memeriksa di awal. Agar hal ini terjadi, kebiasaan ini perlu diajarkan di tingkat sarjana. Contoh kebiasaan pemeriksaan adalah untuk selalu membaca label pada ampul sebelum menyusun obat. Jika pemeriksaan menjadi kebiasaan, maka itu lebih mungkin terjadi bahkan jika dokter tidak aktif menjadi waspada.

Memeriksa harus menjadi bagian penting dari resep, pengeluaran dan memberikan obat-obatan. Anda bertanggung jawab untuk setiap resep yang Anda tulis dan setiap obat yang Anda berikan. Periksa 5 Rs dan alergi. Obat berisiko tinggi dan situasi yang membutuhkan kewaspadaan ekstra dengan memeriksa dan melakukan double-checking, misalnya, ketika obat darurat sangat ampuh yang digunakan untuk mengobati pasien sakit kritis. Mengecek tindakan rekan, serta tindakan Anda sendiri, memberikan kontribusi untuk kerja sama tim yang efektif dan memberikan perlindungan tambahan. (Namun, sangat penting bahwa setiap orang pertama memeriksa / pekerjaannya sendiri, seperti mendelegasikan pemeriksaan dapat menyebabkan kesalahan.)

Ingat bahwa resep komputerisasi tidak menghapus kebutuhan untuk memeriksa. Sistem komputerisasi memecahkan beberapa masalah (misalnya tulisan tangan terbaca, kebingungan nama generik dan merk, informasi interaksi obat), tetapi juga menyajikan tantangan baru [8]. dorong pasien untuk secara aktif terlibat dalam

perawatan mereka sendiri dan proses pengobatan. Didiklah pasien tentang pengobatan mereka dan bahaya yang terkait. Berkomunikasi rencana jelas dengan pasien. Ingat bahwa pasien dan keluarga mereka sangat termotivasi untuk menghindari masalah. Jika mereka dibuat sadar akan peran penting mereka dalam proses pengobatan, mereka dapat memberikan kontribusi yang signifikan untuk meningkatkan keamanan penggunaan obat. Informasi bisa lisan dan tertulis dan harus mencakup aspek-aspek berikut:

- nama obat generik;
- tujuan dan aktivitas obat;
- dosis, rute dan jadwal administrasi;
- instruksi khusus, arah dan tindakan pencegahan;
- Efek samping yang umum dan interaksi;
- bagaimana efek dari obat (misalnya khasiat, Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD), dll) akan dipantau.

Mendorong pasien untuk menjaga catatan tertulis dari obat yang mereka konsumsi dan rincian dari setiap alergi atau masalah dengan obat mereka di masa lalu. Daftar ini harus disajikan setiap kali mereka berinteraksi dengan sistem pelayanan kesehatan.

Laporkan dan pelajari kesalahan pengobatan

Menemukan lebih lanjut tentang bagaimana dan mengapa terjadi kesalahan pengobatan merupakan hal mendasar untuk meningkatkan keamanan obat. Setiap kali insiden obat terjadi atau nyaris terjadi, ada kesempatan untuk belajar dan meningkatkan perawatan. Ini akan sangat membantu bagi pelajar jika mereka memahami pentingnya berbicara secara terbuka tentang kesalahan dan menyadari proses di tempat dalam program pelatihan mereka atau di fasilitas di mana mereka bekerja untuk memaksimalkan belajar dari kesalahan dan kemajuan dalam keamanan obat.

Pelaporan kesalahan difasilitasi ketika ada kepercayaan dan rasa hormat yang terbentuk antara praktisi medis. Misalnya, apoteker lebih mungkin untuk melaporkan dan menjelaskan kesalahan ketika resep obat diungkapkan untuk mendengarkan penjelasan mereka.

Ketrampilan Praktik Aman untuk Pelajar

Meskipun pelajar umumnya tidak diizinkan untuk meresepkan atau mengelola obat sampai setelah lulus, ada banyak aspek keselamatan obat yang dapat mulai dipraktikkan pelajar dan mempersiapkan. Diharapkan bahwa daftar kegiatan dapat diperluas di beberapa tahap selama pelatihan pelajar. Setiap tugas sendiri bisa membentuk dasar dari sesi pendidikan penting (ceramah, lokakarya, tutorial). Cakupan menyeluruh topik ini adalah di luar lingkup sesi pengantar untuk keselamatan obat.

Pemahaman tentang bahaya yang melekat dengan menggunakan obat-obatan akan mempengaruhi bagaimana seorang dokter melakukan banyak tugas sehari-hari. Berikut adalah petunjuk agar bagaimana dokter sadar tentang keselamatan dan akan melakukan tugas yang berbeda.

Peresepan Obat

Pertimbangkan 5 Rs, mengetahui obat yang Anda resepkan dengan baik dan menyesuaikan keputusan pengobatan untuk pasien. Mempertimbangkan faktor-faktor individu pasien yang dapat mempengaruhi pilihan atau dosis obat, menghindari penggunaan obat yang tidak perlu dan mempertimbangkan hubungan risiko-manfaat.

Dokumentasi

Dokumentasi harus jelas, terbaca dan tidak ambigu. Mereka yang susah menulis rapi harus mencetak. Pertimbangkan penggunaan resep elektronik, jika tersedia. Sertakan nama pasien, nama obat dan dosis, rute, waktu dan jadwal untuk administrasi sebagai bagian dari dokumentasi. Hal ini juga penting untuk memasukkan rincian kontak dari resep dokter, dalam rangka memfasilitasi komunikasi antara apoteker dan prescriber tersebut.

Penggunaan Ingatan

Memiliki ambang yang rendah untuk melihat hal-hal, tahu bagaimana memilih alat bantu memori dan mencari dan menggunakan solusi teknologi yang efektif, jika tersedia.

Kerjasama dan komunikasi dengan sekitar untuk penggunaan pengobatan

Ingat bahwa penggunaan obat adalah kegiatan tim. Berekomunikasi dengan orang-orang lain yang terlibat dalam proses dan memastikan bahwa asumsi yang salah tidak dibuat. Lihatlah keluar jika terjadi kesalahan dan dorong seluruh tim untuk waspada dari tindakan mereka sendiri dan orang lain.

Mengelola Pengobatan

Pahami potensi bahaya dan tindakan pencegahan yang berhubungan dengan pemberian obat oleh rute-oral yang berbeda, sublingual, bukal, dihirup, nebulisasi, transdermal, subkutan, intramuskular, intravena, intratekal, per rektum dan per vaginanya. Periksa 5 Rs setiap kali Anda memberikan obat.

Libatkan dan didik pasien tentang pengobatan mereka

Mencari peluang dan cara untuk membantu pasien dan perawat membantu meminimalkan kesalahan. Mendengarkan dengan cermat apa yang mereka katakan.

Belajar dan Mempraktikkan Kalkulasi Obat

Pahamilah cara memanipulasi unit dan menyesuaikan volume, konsentrasi dan dosis. Berpraktik menghitung penyesuaian berdasarkan parameter klinis. Dalam stres tinggi dan / atau situasi berisiko tinggi, pertimbangkan cara-cara untuk mengurangi kemungkinan kesalahan perhitungan, seperti menggunakan kalkulator, menghindari melakukan aritmatika di kepala Anda (bukan menggunakan pena dan kertas,), meminta seorang rekan untuk melakukan perhitungan yang sama untuk melihat apakah Anda setuju dan menggunakan teknologi lain yang tersedia. Ketika memberikan obat, penting untuk selalu memeriksa dosis.

Mengumpulkan Riwayat Pengobatan

Selalu mengambil riwayat pengobatan menyeluruh sebelum memberikan resep dan teratur meninjau daftar obat 'pasien, terutama pasien yang membutuhkan beberapa jenis obat. Hentikan semua obat yang tidak perlu. Selalu mempertimbangkan obat sebagai kemungkinan penyebab gejala selama proses diagnostik. Ketika pasien tidak dapat memberikan / riwayat pengobatannya (misalnya pasien tidak sadar), catatan ini mungkin tersedia dari pasien tersebut, apoteker nya atau dokter umum. Dalam beberapa situasi, riwayat pengobatan mungkin dikumpulkan oleh seorang apoteker sebelum pasien diperiksa oleh dokter.

Mendeteksi dan mengurangi interaksi yang mungkin atau kontradiksi pengobatan

Mengumpulkan Riwayat Alergi Pasien

Selalu bertanya tentang alergi sebelum memberikan resep obat apa pun. Jika pasien memiliki alergi obat yang serius, berhenti dan berpikir apakah pasien yang berisiko ingin diberikan resep obat tersebut. Sebagai contoh, jika seorang dokter komunitas mengirim pasien ke rumah sakit dengan dugaan usus buntu dan pasien memiliki alergi penisilin serius, adalah mungkin bahwa akan ada beberapa momentum dalam rumah sakit untuk memberikan penisilin pasien. Dalam situasi ini, penting untuk menekankan alergi dalam komunikasi dengan staf rumah sakit, memperingatkan pasien bahwa pengobatan biasa untuk usus buntu melibatkan antibiotik berbasis penisilin dan mendorong pasien untuk waspada terhadap obat yang sedang diberikan dan untuk menyampaikan keinginannya jika seseorang mencoba untuk memberinya / penisilinya. Risiko lintas alergi juga harus disebutkan. Hal ini juga penting bagi para praktisi medis untuk bertanya tentang alergi sebelum memberikan obat.

Pengawasan Pasien untuk Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD)

Pahami Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) dari efek samping obat yang meresepkan / Dispense / mengelola dan proaktif dalam mencari mereka. Mendidik pasien tentang potensi Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD): bagaimana mengenalinya dan tindakan yang tepat harus dilakukan. Selalu mempertimbangkan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) dari pengobatan sebagai bagian dari diagnosis diferensial ketika menilai pasien dengan masalah klinis yang berbeda.

Pelajari Kesalahan Pengobatan

Belajar dari kesalahan melalui penyelidikan dan pemecahan masalah. Jika kesalahan dapat terjadi sekali, itu bisa terjadi lagi. Pertimbangkan strategi untuk mencegah terulangnya kesalahan pada kedua tingkat praktisi individu dan tingkat organisasi. Jadilah familiar dengan cara melaporkan kesalahan, Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) dan efek samping yang melibatkan obat-obatan. Apoteker mungkin mempertimbangkan menjalankan pertemuan multidisiplin untuk membahas kesalahan umum dan mengidentifikasi metode / prosedur untuk menghindari kesalahan-kesalahan ini (misalnya tidak termasuk obat suara-sama dari formularium rumah sakit).

Ringkasan

Obat dapat sangat berperan dalam meningkatkan kesehatan bila digunakan secara bijak dan benar. Namun demikian, kesalahan pengobatan yang umum dan menyebabkan penderitaan manusia dapat dicegah dan biaya keuangan yang timbul dapat dihindari. Ingat bahwa menggunakan obat untuk membantu pasien bukanlah aktivitas yang bebas risiko. Tahu tanggung jawab dan bekerja keras untuk membuat penggunaan obat yang aman bagi pasien Anda.

Strategi dan Format Pengajaran



Ada berbagai cara untuk mengajarkan pelajar tentang keselamatan obat dan kombinasi pendekatan adalah mungkin yang paling efektif. Pilihannya termasuk: ceramah interaktif, diskusi kelompok kecil, belajar berbasis masalah, lokakarya praktis, tutorial, pekerjaan proyek termasuk tugas yang dilakukan di lingkungan klinis dan di samping tempat tidur pasien, paket pembelajaran online, membaca dan analisis kasus.

Presentasi Kuliah / Diskusi Kelompok



Presentasi Power Point termasuk dalam paket ini dirancang untuk digunakan sebagai kuliah pengantar interaktif keselamatan obat atau diskusi kelompok kecil yang dipimpin oleh guru. Hal ini dapat dengan mudah disesuaikan untuk lebih interaktif dan Anda dapat

menyesuaikan untuk pengaturan klinis dengan hanya

memasukkan contoh lokal, isu-isu lokal dan sistem lokal. Serangkaian pertanyaan yang diselengi dalam seluruh presentasi dapat mendorong pelajar untuk secara aktif terlibat dengan topik dan kasus juga mengajukan pertanyaan dan jawaban yang dapat tertanam dalam perkuliahan atau disediakan untuk pelajar sebagai latihan terpisah.

Dibawah ini adalah beberapa metode pendidikan dan ide-ide yang dipertimbangkan untuk digunakan untuk mengajar tentang keselamatan obat

Problem-based learning

Gunakan kasus yang mengangkat isu-isu yang relevan dengan keamanan obat. Pelajar dapat diminta untuk menanggapi pertanyaan reflektif setelah membaca kasus. Atau, pelajar harus bekerja melalui serangkaian masalah perhitungan obat.

Kegiatan Belajar Mengajar Tambahan

– *Wokrshop Praktik*

Pelajar dapat melatih kemampuan mereka di bawah tekanan waktu, meniru situasi darurat. Topik lokakarya yang disarankan meliputi pemberian obat, resep dan perhitungan obat.

– *Kerja Proyek*



Proyek yang mungkin termasuk pelajar melakukan satu atau semua hal berikut:

- apoteker wawancara untuk mengetahui kesalahan apa yang sering mereka lihat;
- menemani seorang perawat pada saat pemberian obat pada pasien;
- mewawancarai perawat atau dokter yang mengelola banyak obat (misalnya anestesi) dan bertanya pada mereka tentang pengalaman dan pengetahuan kesalahan pengobatan dan strategi apa yang mereka gunakan untuk meminimalkan kemungkinan kesalahan mereka;
- penelitian obat yang memiliki reputasi untuk menjadi penyebab umum dari Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) dan menyajikan temuan Anda untuk sesama pelajar;
- menyiapkan formularium obat pribadi yang mungkin sering diresepkan pada tahun-tahun awal pasca sarjana;
- melakukan riwayat pengobatan menyeluruh pada pasien yang mengonsumsi beberapa obat. Melakukan beberapa pekerjaan rumah untuk mempelajari lebih lanjut tentang masing-masing obat itu, kemudian mempertimbangkan potensi Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD), interaksi obat dan apakah ada obat

yang bisa berhenti. Diskusikan pengalaman anda dengan apoteker atau dokter dan berbagi apa yang telah Anda pelajari dengan sesama pelajar;

- mencari tahu apa yang dimaksud dengan istilah medication reconciliation dan berbicara dengan staf rumah sakit untuk mencari tahu bagaimana ini dicapai di fasilitas Anda. Mengamati dan, jika mungkin, berpartisipasi dalam proses selama masuk dan keluarnya pasien dan mempertimbangkan bagaimana proses dapat mencegah kesalahan dan juga apakah ada celah atau masalah dengan proses.

Latihan Peran

Latihan bermain peran dengan alat pendidikan yang berharga untuk mengajar siswa tentang keselamatan obat.

Skenario I: pemberian Keliru obat

Deskripsi Peristiwa

Selama proses ini pada pergantian jam kerja pagi, perawat shift pagi diberikan 100 unit insulin reguler subkutan, bukan 10 unit seperti yang ditulis oleh dokter. Kesalahan berasal dari tulisan tangan pasien .

Tulisan tidak terbaca oleh dokter dokter, yang menderita demensia, itu tidak kooperatif dan tampaknya tertidur. Selama pemeriksaan rutin perawat, ia menemukan pasien benar-benar tidak responsif. Sebuah tes darah menegaskan bahwa pasien berada dalam keadaan shock hipoglikemik. Dokter yang berjaga dipanggil dan kesalahan ditemukan.

Bermain Peran

Pagi itu, anak pasien, pengacara, datang untuk mengunjungi ayahnya. Tampak gelisah, ia berpaling ke perawat bertanya, "Apa yang terjadi dengan ayahku?" Teman sekamar ayahnya telah mengatakan kepadanya bahwa adah masalah dan bahwa telah banyak orang di samping tempat tidur ayahnya sejak pagi. Perawat yang memberi insulin dipanggil untuk berbicara dengan anak pasien.

Perawat menjelaskan rantai peristiwa, mengambil tanggung jawab untuk mengakui kesalahannya , anak pasien tidak akan menenangkan dan akan menjawab: "Apa tingkat perawatan yang ayah saya terima?"; "Jenis perawat apa yang bekerja di tempat ini?"; "Aku tidak akan diam. Aku akan mengambil tindakan "; "Saya menuntut untuk berbicara dengan dokter kepala segera!"; "Saya menuntut untuk melihat laporan pelayanan ini!" Jika perawat tidak menjelaskan kesalahan secara rinci, anak pasien akan marah dan tidak mau menerima penjelasan berikutnya.

Seorang dokter lewat sengaja mendengar percakapan. Dokter memasuki ruangan dan sang anak bertanya pada dokter. Jika sang anak tidak bertanya pada dokter, dokter akan memasuki ruangan setelah sekitar 8 menit (skenario 12 menit). Dokter akan memasuki ruangan dan bertanya tentang peristiwa yang sedang dibahas. Perawat akan mengulangi cerita dan percakapannya dengan anak pasien (baik di hadapannya atau tidak, tergantung pada dokter dan perawat).

Deskripsi Karakter

Seorang pria berusia 45 tahun adalah anak seorang pengacara dan tampak berpakaian rapi. Ia mengunjungi ayahnya bila memungkinkan. Dia tertarik segala sesuatu yang terjadi di sekelilingnya, tapi mengalami kesulitan menerima keadaan medis baru ayahnya. Dia merasa bingung, diabaikan dan sedikit sedih. Dia benar-benar ingin membantu tetapi tidak tahu bagaimana. Sebuah percakapan dengan pekerja sosial mengungkapkan bahwa sebelumnya tidak pernah ada kebutuhan baginya untuk merawat ayahnya, tapi sejak ibunya jatuh dan patah kaki dan situasi ayahnya mulai memburuk, beban perawatan mereka ada di pundaknya sendiri

Tips untuk Aktor

Aktor ini harus mengeluh ke dokter kepala dan penghilangan fakta dan mengancam publisitas negatif (akan tekan) (yaitu "Anda hampir membunuhnya! Anda beruntung itu tidak berakhir seperti itu!")

Skenario II: Kematian akibat perawatan medis yang keliru

Deskripsi Peristiwa

Sarah, seorang wanita 42 tahun, dioperasi, non-metastatik karena tumor ganas duodenum.

Sarah sebelumnya sehat, tanpa riwayat keluarga dengan penyakit ganas. Dia setuju untuk operasi dan perawatan lain yang dianggap perlu berdasarkan hasil patologi.

Pada pagi hari operasi, pasien mengatakan selamat tinggal pada suami dan dua anak-anak (usia 13 dan 8). Daging kecil direseksi secara keseluruhan lalu dikirim ke unit patologi untuk diagnosis. Dua jam dalam operasi, pasien menunjukkan tanda-tanda penurunan saturasi, takikardia dan hipotensi. Pasien menerima IV cairan, sementara ahli bedah memeriksa ulang situs reseksi dengan tanda-tanda perdarahan, merobek atau emboli. Setelah tidak menemukan apa-apa, ahli bedah menjahit situs sesuai dengan protokol.

Setelah kembali ke bangsal, pasien dengan cepat mulai mengalaih demam tinggi, yang tetap tidak berubah selama seminggu. Sebuah resep antibiotik ditulis:

IV. Gentamisin 80 MGR X 3 P / D

Perawat disalin dengan urutan sebagai berikut:

IV. Gentamisin 80 MGR X 3 P / DOSIS

Perawat yang menyalin resep mengira huruf "D" berarti "dosis", sedangkan dokter yang menuliskannya dengan D dimaksud "hari". Selama 10 hari berikutnya, pasien menerima 240 mg gentamisin, tiga kali sehari.

Selama waktu itu, pasien mulai menunjukkan tanda-tanda gagal ginjal dan gangguan pendengaran. Pada hari kesepuluh pengobatan, karena manajer perawat mengambil stok obat diberikan, kesalahan ditemukan. Pengobatan dihentikan, tetapi status umum pasien memburuk akibat gagal ginjal akut. Sepuluh hari kemudian, pasien meninggal karena kegagalan organ umum.

Keluarga pasien memprotes staf perawat di seluruh rumah sakit, menyalahkan mereka atas malpraktik. Mereka menyatakan kemarahan mereka kepada manajer perawat dan kepala departemen.

Setelah pasien meninggal, suaminya diminta untuk berbicara dengan kepala perawat. Dia menyalahkan perawat untuk kesalahan dan malpraktik yang memuncak dalam kematian istrinya. Ia mengaku telah menemukan yang perawat yang salah melakukan penyalinan resep dan mengancam akan menuntut dia.

Deskripsi Karakter

Suami pasien adalah seorang pekerja keras yang bekerja di toko. Dia memiliki kesulitan menyediakan kebutuhan finansial bagi keluarganya dan sedang berjuang untuk memenuhi kebutuhan. Dia adalah seorang pria yang mudah marah dan gelisah yang belum berdamai dengan diagnosis kanker istrinya. Dia marah dengan semua orang dan terutama dengan staf perawat, setelah istrinya mengatakan bahwa ia menerima "terlalu banyak antibiotik karena perawat tidak bisa melakukan penghitungan matematika". Dia ingin tahu apa yang membunuh istrinya, siapa yang salah dan siapa yang akan membayar untuk itu. Dia ingin manajemen rumah sakit bertanggung jawab atas siapa saja yang terlibat dan ingin bantuan untuk anak-anaknya. Dia sangat marah dan berteriak ke semua orang.

Skenario III:-kesehatan pasien komunikasi pekerja

Deskripsi Peristiwa

Kirk, berusia 54-tahun, menderita keluhan nyeri dada sementara. Dia sebelumnya telah dirawat di ICU karena sakit koroner akut. Kali ini, hasil tes awal tidak meyakinkan dan rasa sakitnya tidak separah sebelumnya. Dokter telah memerintahkan istirahat total dan monitoring jantung 48 jam terus menerus. Kirk adalah seorang perokok berat dan kelebihan berat badan. Dia belum mengonsumsi obat yang diresepkan untuk membantu dengan tekanan darah tinggi dan kolesterol tinggi.

Tuntutan pasien untuk segera diizinkan pulang dari rumah sakit. Dia takut rumah sakit itu dapat menyebabkan dia kehilangan pekerjaannya di sebuah pabrik mobil.

Kemarahannya diarahkan pada perawat yang bertugas dari berjaga pada waktu malam. Ia mengatakan bahwa tidak perlu baginya untuk dipantau atau untuk istirahat total. Dia tidak kooperatif. Dia telah meyakinkan perawat lain untuk membiarkan dia meninggalkan bangsal untuk waktu yang singkat. Sekarang, ia menuntut untuk meninggalkan bangsal lagi dan menolak untuk tetap di kamarnya. Dia menuntut untuk merokok dan ingin dikeluarkan dari rumah sakit. Dia marah dan berteriak ke arah stasiun perawat.

Dengan asumsi perawat yang bertugas menegaskan dia untuk tetap tinggal di bangsal, pasien akan menuduhnya menjadi sensitif dan akan mengklaim perawat lain adalah lebih baik dan lebih berempati dan memiliki pemahaman.

dokter yang jaga kemudian dipanggil tetapi tidak campur tangan dan terus merawat pasien lain (beberapa di antaranya dekat dengan stasiun perawat tempat acara berlangsung).

Deskripsi Karakter

Kirk mengalami kelebihan berat badan dan perokok berat. Dia menikmati mendapatkan perhatian dengan berteriak. Dia sangat khawatir bahwa ia tidak akan bisa bekerja sebanyak yang ia telah lakukan dan mungkin akan dipecat. Dia sangat takut operasi, karena sahabatnya meninggal di meja operasi dua tahun lalu di rumah sakit yang sama

Source: These scenarios were supplied by Amitai Ziv, The Israel Center for Medical Simulation, Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel.

Studi Kasus

Kesalahan Peresepan



Obat

Kasus ini menggambarkan pentingnya mengumpulkan riwayat medis

Seorang pria berusia 74 tahun memeriksakan diri ke dokter komunitas untuk pengobatan onset angina stabil. Dokter belum pernah bertemu pasien ini sebelumnya dan mengambil riwayat dan obat riwayat secara penuh. Ia menemukan bahwa pasien telah sehat dan hanya membutuhkan obat untuk sakit kepala. Pasien tidak bisa mengingat nama obat sakit kepala. Dokter menganggap itu analgesik bahwa pasien minum setiap kali ia mengalami sakit kepala. Tapi obat itu sebenarnya beta-blocker yang pasien minum setiap hari untuk migrain. Seorang dokter yang berbeda telah memberikan resep obat ini.

Dokter meresepkan aspirin selain beta-blocker untuk angina tersebut. Setelah mulai minum obat baru, pasien mengembangkan bradikardi dan hipotensi postural. Sayangnya, pasien jatuh tiga hari kemudian karena pusing pada saat berdiri dan retak pinggulnya.

Pertanyaan

- Bagaimana kesalahan umum pengobatan terjadi?
- Bagaimana orang bisa mencegah kesalahan ini terjadi?
- Apakah ada peran untuk pasien dalam mencegah kesalahan

Sumber: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva, World Health Organization, 2009:242-243.

Kesalahan Administrasi



Obat

Riwayat kasus ini menggambarkan pentingnya memeriksa prosedur saat memberikan obat-obatan, serta pentingnya komunikasi yang baik antara anggota tim. Hal ini juga menunjukkan pentingnya menjaga semua bahan dalam wadah akurat yang berlabel.

Seorang wanita berusia 38 tahun datang ke rumah sakit dengan 20 menit dari ruam merah gatal dan pembengkakan wajah. Dia memiliki riwayat reaksi alergi yang serius. Seorang perawat menyusun obat adrenalin (epinefrin) 10 ml 1:10 000 dalam jarum suntik 10 ml (1 mg total) dan meninggalkannya di samping tempat tidur siap pakai, hanya dalam kasus dokter akan meminta obat itu. Sementara itu, dokter menyisipkan kanula IV. Dokter melihat jarum suntik 10 ml dengan cairan jelas dan bahwa perawat telah sediakan dan mengasumsikan itu normal saline.

Tidak ada komunikasi antara dokter dan perawat pada saat ini.

Dokter memberikan semua 10 ml adrenalin (epinefrin) melalui kanula IV, berpikir ia menggunakan garam untuk menyiram baris. Pasien tiba-tiba mulai merasa tidak enak dan cemas.

Dia menjadi kejang dan kemudian tak sadar tanpa denyut nadi. Dia ditemukan berada di ventrikel takikardia, disadarkan dan, untungnya, membuat pemulihan yang baik. Dosis yang dianjurkan adrenalin (epinefrin) di anafilaksis adalah 0,3-0,5 mg IM. Pasien ini menerima 1 mg IV.

Diskusi

- Faktor-faktor apa yang mungkin berhubungan dengan Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) ini?
- Jelaskan bagaimana tim bisa berfungsi lebih baik?

Sumber: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva, World Health Organization, 2009:242-243.

Kesalahan Pengawasan



Studi kasus ini menggambarkan pentingnya berkomunikasi dengan pasien tentang obat mereka.



Pasien harus selalu disarankan untuk berapa lama mengonsumsi obat yang diresepkan. Studi kasus ini juga menggambarkan pentingnya mengumpulkan riwayat pengobatan yang akurat dan menyeluruh, untuk menghindari hasil negatif.

Seorang pasien memulai pengobatan antikoagulan oral di rumah sakit untuk perawatan dari trombosis vena dalam mengikuti fraktur pergelangan kaki. Tentu saja perawatan dimaksudkan adalah tiga sampai enam bulan. Namun, baik pasien maupun dokter komunitas menyadari durasi rencana pengobatan. Pasien terus minum obat ini selama beberapa tahun, yang tidak perlu dan terkena peningkatan risiko perdarahan yang berhubungan dengan obat ini. Di beberapa titik, pasien diberi resep antibiotik untuk infeksi gigi. Sembilan hari setelah ia mulai meminum antibiotik, pasien menjadi tidak sehat dengan keluhan nyeri punggung dan hipotensi, sebagai akibat dari retroperitoneal perdarahan spontan, dan diperlukan rawat inap dan transfusi darah. Sebuah tes pembekuan darah mengungkapkan hasilnya terlalu tinggi; antibiotik telah diperkuat dengan efek antikoagulan.

Pertanyaan

- Apa faktor utama yang terkait dengan peristiwa buruk ini?

- Bagaimana mungkin hal yang merugikan dapat dicegah?

Sumber : WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Geneva, World Health Organization, 2009:242-243.

Kesalahan Peresepan yang menimbulkan efek buruk

Dalam hal ini, dokter gigi meremehkan status imunodefisiensi sistemik pasien dan, dalam melakukannya, gagal untuk mengambil tindakan yang tepat untuk mencegah Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) akibat efek antibiotik sistemik.

Seorang pria dengan HIV-positif berusia 42 tahun memeriksakan ke dokter gigi untuk perawatan gigi yang terdiri dari perawatan saluran akar, perawatan penyakit gusi dan ekstraksi gigi karena pembusukan parah.

Setelah mengambil riwayat medis dan gigi, dokter gigi memutuskan bahwa status medis pasien stabil dan diresepkan antibiotik profilaksis sebelum melakukan perawatan gigi. Pada kunjungan kedua, selama pemeriksaan intraoral, dokter gigi melihat bahwa pasien telah mengembangkan lesi oral menyerupai jamur (Candida) infeksi.

Ketika ia menganggap kondisi sistemik pasien, ia menyadari bahwa ia telah gagal untuk fokus pada peningkatan risiko infeksi jamur pada orang dengan HIV / AIDS saat mengambil antibiotik sistemik dan lupa untuk meresepkan obat antijamur yang tepat bersama dengan antibiotik untuk mencegah lesi tersebut. Lebih lanjut ia menyadari bahwa ia telah mempertimbangkan kondisi sistemik pasien stabil tanpa konsultasi dokter pasien sebelumnya. Dengan demikian, ia telah meremehkan status imunodefisiensi pasien. Dia memin untuk pengobatan lesi jamur mulut dan pasien menerima perawatan yang diperlukan. Perawatan gigi pasien ditunda sampai kondisi kesehatan sistemik dan mulut pasien sesuai.

Pertanyaan

- Faktor-faktor apa mungkin telah hadir yang mempengaruhi rencana pengobatan awal dokter gigi dalam isolasi dari dokter yang mengobati?
- faktor-faktor apa yang menyebabkan dokter gigi meremehkan status imunodefisiensi pasien?
- Faktor-faktor apa mungkin telah mencegah dokter gigi meresepkan obat antijamur dengan antibiotik sistemik bagi pasien HIV-positif ini?

Sumber: Case supplied by Nermin Yamalik, Professor, Department of Periodontology, Dental Faculty, Hacettepe University, Ankara, Turkey.

Komunikasi itu penting antara pekerja medis dan pasien

Dalam hal ini, seorang apoteker, menyadari bahwa pasien tidak mengerti bagaimana obat berinteraksi, ia menghabiskan beberapa waktu menjelaskan kepada pasien setiap obat yang dikonsumsi dan penggunaan yang tepat.

Maria adalah seorang wanita berusia 81 tahun dan mengidap penyakit kronis, yang disebabkan oleh nyeri punggung yang serius termasuk osteoporosis; penyakit jantung koroner dan depresi, yang disebabkan oleh rasa sakit yang konstan dan kurangnya kepercayaan pada obat. Obat nya termasuk resep yang diberikan oleh ahli saraf nya, endokrinologi, dua dokter umum dan rheumatologist. Dia diresepkan total 18 obat yang berbeda. Banyak obat yang untuk nyeri. Karena frekuensi nya minum obat (NSAID) untuk nyeri, dia menderita gastritis (radang selaput perut).

Ini membuatnya sangat berhati-hati dengan analgesik, yang ia minum dari waktu ke waktu. Maria mengunjungi apotek yang berbeda untuk membeli obat pengurang rasa sakit yang berbeda (parasetamol, ibuprofen dll). Maria khawatir dengan obat pengurang rasa sakit dia minum karena gastro-toksitas; beberapa kali dia menggunakan semua obat itu, sementara juga mengambil 'over the counter' (OTC) obat yang dibeli di apotek.

Meskipun demikian, Maria tidak merasa lebih baik. Maria takut reaksi obat yang merugikan tramadol dan tidak menggunakannya secara teratur. Untuk menghilangkan rasa sakit yang kuat dia menggunakan parasetamol, tapi pembunuh rasa sakit memiliki pengaruh yang kecil. Demikian pula, ia melihat ada perbaikan dengan citalopram antidepresan, bahkan setelah seminggu pemakaian teratur; sub-sequently dia menggunakan obat kadang-kadang. Kotak B.11.1 daftar semua obat-obatan yang Maria sedang konsumsi.

Seorang apoteker, menyadari bahwa Maria tidak mengerti bagaimana obat itu berinteraksi, menghabiskan beberapa waktu menjelaskan kepadanya masing-masing obat dan penggunaan yang tepat. Ia membicarakan dengannya penggunaan yang bukan kombinasi dari NSAID, dan khususnya:

1. penggunaan yang tepat dari metamizol dengan dosis yang lebih tinggi dari parasetamol jika dia tidak memiliki masalah hati;
2. rencana untuk mengevaluasi efek dari citalopram satu bulan setelah inisiasi saja;
3. pentingnya menginformasikan dokter tentang obat dan riwayat medisnya;
4. kebutuhan untuk mengevaluasi interaksi o bat untuk meminimalkan risiko reaksi obat yang merugikan;

Kotak B.11.1. Daftar obat-obatan untuk pasien

Neurologist:

Gabapentin
tramadol + paracetamol (for pain relief)
thiaprofenic acid (for pain relief)

OTC drugs with paracetamol (for pain relief)

Endocrinologist:

levothyroxine
omeprazole
colecalfiferol+ Ca+Zn+Mn
colecalfiferol
atorvastatin
strontium ranelate
diclofenac (for pain relief)

General practitioners:

citalopram
bromazepam (for phobia)
nimesulide (for pain relief)
tramadol (for pain relief)
metamizol (for pain relief)
metoprolol
indobufen

Rheumatologist:

Meloxicam (for pain relief)

5. kebutuhan untuk meninjau kontraindikasi dan menggunakan obat OTC tepat.

Dengan kunjungan kedua ke apoteker, Mary puas dengan manajemen rasa sakit.

Pertanyaan

- Apa kesalahan komunikasi mungkin terjadi yang menghasilkan Maria menyalahgunakan obat nya?
- Apa masalah yang terkait dengan berbagi informasi yang tidak memadai dan tidak lengkap antara praktisi medis?
- Apakah semua pasien dididik tentang obat mereka?
- Mekanisme apa yang bisa dilakukan untuk memastikan bahwa setiap berobat ke praktisi medis, pasien menyadari obat yang diresepkan?
- Apa tanggung jawab seorang praktisi medis yang mengatur atau memberikan obat untuk pasien?
- Apa tanggung jawab apoteker dalam memberikan saran mengenai penggunaan obat? Apa yang memaksimalkan efek menguntungkan dari obat bebas dan meminimalkan potensi risiko?

Sumber: Jiri Vlcek, Professor of Clinical Pharmacy and Pharmaceutical Care. Clinical pharmacists on internal department in teaching hospital in Hradec Kralove Charles University, Prague, Faculty of Pharmacy, Department of Social & Clinical Pharmacy.

Sumber Materi

Solusi Pasien WHO

Ini adalah dokumen ringkasan merinci solusi untuk masalah keselamatan pasien. Sejumlah dari masalah obat menjadi perhatian.

Solusi 1 – Dengar kan dan perhatikan dengan seksama obat dengan nama yang mirip.

Solusi 5 - Kontrol larutan elektrolit pekat.

Solusi 6 - Menjamin akurasi pengobatan di transisi dalam perawatan.

Solusi 7 - Menghindari kateter dan tabung salah penyambungan.

Solusi 8 - Penggunaan Tunggal perangkat injeksi.

Dokumen-dokumen ini tersedia di Internet (<http://www.who.int/patientsafety/solutions/en/>; diakses 21 Februari 2011).

Referensi Lainnya

The Agency for Healthcare Research and Quality (United States Department of Health and Human Services, Rockville, MD) maintains an online case archive that can be used as a source of case studies that may be helpful in your teaching (<http://www.webmm.ahrq.gov>). Other useful online references include the sites maintained by the Institute for Safe Medication Practices (Horsham, PA) (<http://www.ismp.org>) and the National Patient Safety Agency (<http://www.npsa.nhs.uk>).

DVD Pengajaran

DVD ini berlangsung selama 10 menit dan merupakan cara yang ampuh untuk melibatkan para pelajar dalam isu keamanan obat. Video ini terdiri dari dokter, perawat dan apoteker berbicara tentang kesalahan pengobatan serius yang mereka telah terlibat dalam peristiwanya. DVD ini tersedia untuk pembelian melalui Institute for Safe. Praktik pengobatan (<http://www.ismp.org>; diakses 21 Februari 2011).

WHO Belajar dari Kesalahan Lokakarya termasuk DVD penggambaran obat kesalahan administrasi vincristine intratekal. DVD ini menggambarkan sifat multifaktorial kesalahan.



Vicente K. The human factor. London, Routledge, 2004:195–229.

Cooper N, Forrest K, Cramp P. Essential guide to generic skills. Oxford, Blackwell Publishing Ltd, 2008.

Institute of Medicine. Preventing medication errors: quality chasm series. Washington, DC, National Academies Press, 2006 (<http://www.iom.edu/?id=35961>; diakses pada 21 Februari 2011).

Menilai Pengetahuan Topik

Berbagai metode penilaian dapat digunakan untuk menilai pengetahuan obat keselamatan dan kinerja di bidang ini, termasuk:

- MCQ;
- kuis perhitungan obat;
- pertanyaan jawaban singkat;
- refleksi ditulis pada studi kasus yang melibatkan kesalahan obat, mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi, dan mempertimbangkan strategi untuk mencegah kekambuhan;
- pekerjaan proyek dengan disertai refleksi atas hasil dari kegiatan belajar;
- Stasiun OSCE.

Stasiun OSCE mungkin termasuk latihan resep / pengeluaran / administrasi. Stasiun-stasiun ini dapat digunakan untuk: mengevaluasi kemampuan pelajar untuk mengumpulkan obat dan riwayat alergi; mengelola obat, memeriksa 5 Rs dan alergi; dan mendidik pasien tentang obat baru.

Perhatikan bahwa beberapa penilaian topik tidak dibahas secara rinci dalam presentasi Power Point yang menyertainya. Mereka termasuk di sini sebagai ide untuk penilaian di bidang keamanan obat dengan asumsi bahwa pelajar akan menerima instruksi tambahan pada aspek-aspek tertentu dari keamanan obat

Mengevaluasi Pengajaran Topik

Evaluasi ini penting dalam meninjau bagaimana sesi pengajaran berlangsung dan bagaimana perbaikan dapat dilakukan. Lihat Panduan Pengajar (Bagian A) untuk ringkasan prinsip evaluasi yang penting.

Referensi

1. *The conceptual framework for the international classification for patient safety*. Geneva, World Health Organization Patient Safety Programme, 2009 (<http://www.who.int/patientsafety/en/>; diakses pada 21 Februari 2011).
2. Cousins DD. Developing a uniform reporting system or preventable adverse drug events. *Clin Therap* 1998; 20 (suppl C): C45-C59.
3. Institute of Medicine. Preventing medication errors *Report brief*. Washington, DC, National Academies Press, 2006.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, 1999.
5. Runciman WB et al. Adverse drug events and medication errors in Australia. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15(Suppl. 1):S49–S59.
6. Nair RP, Kappil D, Woods TM. 10 strategies for minimizing dispensing errors. *Pharmacy Times*, 20 Januari 2010 (<http://www.pharmacytimes.com/issue/pharmacy/2010/Januari2010/P2PDispensingErrors0110>; diakses pada 21 Februari 2011).
7. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, 15:122–126.
8. Koppel R, Metlay JP, Cohen A. Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 293:1197–1203.

Slide untuk topik 11: Meningkatkan Keamanan Pengobatan

Kuliah didaktik bukan cara terbaik untuk mengajarkan pelajar tentang keselamatan pasien. Jika kuliah digunakan, itu adalah ide yang baik untuk merencanakan interaksi pelajar dan diskusi selama kuliah. Menggunakan studi kasus adalah salah satu cara untuk menghasilkan diskusi kelompok. Cara lain adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada pelajar tentang berbagai aspek pelayanan kesehatan yang akan membawa keluar masalah yang terkandung dalam topik ini seperti budaya menyalahkan, sifat kesalahan dan bagaimana kesalahan yang dikelola di industri lain. Slide untuk Topik 11 dirancang untuk membantu instruktur memberikan isi dari topik ini.

Slide dapat disesuaikan untuk lingkungan dan budaya lokal. Instruktur tidak harus menggunakan semua slide dan yang terbaik adalah untuk menyesuaikan slide ke bidang yang tercakup dalam sesi pengajaran.

Semua nama obat yang digunakan adalah sesuai dengan Daftar nama obat WHO (<http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>; diakses 24 Maret 2011).



Lampiran

Panduan Kurikulum
Keselamatan
Pasien Edisi : Multi
Profesional

Lampiran 1

Link untuk Australian Patient Safety Education Framework (ASPEF)

The Australian Patient Safety Education Framework memiliki volume terpisah yang berisi literatur tentang cara membangun kerangka kerja atau framework. Literatur dikaji dengan menggunakan Campbell Collaboration untuk melaporkan hasil kajiannya. Sumber pustaka ini tersedia bebas untuk setiap orang yang akan memandu Pengajar untuk mengembangkan kurikulum dan riset tentang keselamatan pasien.

Sumber pustaka tersebut dapat diakses secara online pada :

[http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/60134B7E120C2213CA257483000D8460/\\$File/frameworkbibli0705.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/60134B7E120C2213CA257483000D8460/$File/frameworkbibli0705.pdf); diakses pada 14 Maret 2011.

Contoh 2: Pertanyaan Pilihan Ganda (Topik 4 and 8)

Sebagai pelajar, Anda diundang untuk mengamati operasi pergelangan kaki pada pasien perempuan yang berusia lanjut. Sehari sebelum operasi, Anda berbicara kepada pasien dan ingat telah diberitahu tentang masalah pada pergelangan kaki kirinya yang membuat pasien tidak bisa berjalan dan ingin masalah itu diperbaiki. Dalam ruang operasi, Anda mendengar dokter bedah berkata pada asistennya bahwa mereka akan mengoperasi pergelangan kaki kanan.

Apa yang harus Anda lakukan selanjutnya sebagai pelajar?

1. Tidak melakukan apapun karena kemungkinan Anda bingung dengan pasien lain
2. Mencari dan mengkaji catatan medis tentang sisi kaki mana yang harus dioperasi
3. Tak mengatakan apapun karena Anda tidak ditanya tentang kondisi pasien itu
4. Tak mengatakan apapun karena rumah sakit tidak pernah salah dan mungkin Anda salah mendengar
5. Memberitahu dokter bedah apa yang Anda pikirkan bahwa pasien ingin pergelangan kaki kirinya yang dioperasi
6. Tetap diam karena dokter bedah sepertinya mengetahui apa yang dia lakukan.

Komentar: Semua orang memiliki peran dalam menjamin keselamatan pasien. Setiap orang memiliki kewajiban untuk berbicara ketika mereka berpikir ada kesalahan potensial yang mungkin merugikan pasien. Anggota junior tim pelayanan kesehatan adalah pemberi informasi yang penting untuk tim dan kontribusi mereka dapat meminimalkan jumlah kesalahan dalam sistem. Operasi yang salah-situs adalah jenis penting dari kecelakaan medis. Sebagian besar negara memiliki akses pada pedoman klinis untuk membantu identifikasi yang benar dari pasien dan lokasi operasi. Pedoman ini merupakan pegangan bagi anggota junior tim untuk bersikap tegas jika kemungkinan kesalahan terjadi.

Contoh 3: OSCE station terkait Keselamatan Pasien (Topik 8 and 6)

Station No.

Komunikasi Pasien : Kejadian yang Tidak Diinginkan (KTD) Medis

Instruksi untuk Pelajar

Pasien baru saja keluar dari operasi rutin untuk perbaikan hernia inguinalis. Selama operasi, dokter bedah peserta pelatihan memiliki beberapa kesulitan dalam melakukan prosedur. The mengawasi bedah mengambil alih dan operasi dilaporkan sebagai sukses. Namun, ada memar yang luas di sekitar lokasi bekas luka. Anda telah diminta untuk mendiskusikan kekhawatiran pasien dengan dia.

NB: Harap ingat untuk menyerahkan label identifikasi untuk pemeriksa

Lanjutan contoh 3 :
OSCE station Terkait Keselamatan Pasien

Station No.
**Komunikasi Pasien : Peristiwa Kejadian yang Tidak
Diinginkan (KTD) Medis**

Instruksi kepada orang bertindak sebagai pasien
Silakan baca petunjuk Anda hati-hati sebelum dimulainya pemeriksaan.

Anda telah datang ke rumah sakit untuk menghilangkan darurat usus buntu Anda. Anda sebelumnya fit dan baik dan bekerja sebagai tukang ledeng.

Ketika Anda sedang pulih dari anestesi, perawat teater menjelaskan bahwa dokter pelatihan menemukan bahwa operasi melalui sayatan kecil lebih sulit dari yang diharapkan. Konsultan ahli bedah kemudian mengambil alih dan semua berjalan lancar selama laparotomi.

Situs bekas luka lebih besar dari yang Anda harapkan dan menyakitkan, tetapi Anda telah diberikan beberapa obat penghilang rasa sakit, yang membantu. Anda tertarik untuk membahas apa yang terjadi pada Anda secara lebih rinci.

Awal, Anda menunjukkan minat dalam mak-ing keluhan resmi tentang perawatan yang Anda terima

Lanjutan contoh 3 :
OSCE station Terkait Keselamatan Pasien

Station No.
Komunikasi Pasien : Sebuah Peristiwa Insiden

Instruksi untuk Penilai
Silakan baca dengan seksama instruksi berikut ini

Sapa pelajar dan berikan instruksi tertulis.

Pelajarai interaksi antara ppelajar dan stimulasi pasien dan lengkapi fomrulir penilaian.

Jangan berintraksi dengan pelajar atau pasien selama menjalani tugas ini.

Tujuan dari tugas ini adalah menilai kemampuan pelajar mendiskusikan insiden dengan pasien.

Lanjutan contoh 3:
OSCE terkait keselamatan pasien

Station No.

Formulir Penilaian:

Komunikasi Pasien: peristiwa insiden

Nama Pelajar :

.....
.....

Nama Penilai:

.....
.....(Huruf Besar)

Sapalah Pelajar dan berikan instruksi tertulis pada pelajar.

Ingatlah untu bertanya pada pelajar tentang label identifikasi mereka dan lampirkan label pada lembar penilaian.

Lingkari tanda yang sesuai pada setiap kriteria

Contoh inii adalah standar yang diharapkan pada pelajar lulusan sekolah medis atau perawat.

Lingkari sesuai kriteria yang sesuai

	Performed competently	Performed but not fully competently	Not performed or incompetent
Initial approach to the patient (introduces him/herself, explains what he/she will be doing)	2	1	0
Communicates with patients & carers in ways they understand	2	1	0
Demonstrates the principles of "open disclosure"	2	1	0
Ensures patients are supported & cared for after an adverse event	2	1	0
Shows understanding to patients following adverse events	2	1	0
Manages the factors likely to lead to complaints	2	1	0
Total			

Overall rating on station	Clear Pass	Borderline	Clear Fail
---------------------------	------------	------------	------------

Contoh 4: Pertanyaan jawaban singkat

Pertanyaan berikut ini adalah bagian dari penilaian untuk pelajar perawat dan bidan, namun dapat diterapkan untuk pelajar medis.

Pasien menjalani operasi, dan riwayat kasus adalah bagian dari ujiannya.

A menyiapkan Nyonya D untuk operasi, Anda mengetahui formulir persetujuannya belum ditandatangani.

Q1

Menjelaskan peran Anda untuk memastikan Formulir persetujuan Nyonya D ditandatangani.

Q2

Mendaftar unsur-unsur persetujuan yang valid.

Q3

Mengidentifikasi cara sehingga persetujuan sah dapat diperoleh.

Q4

Nyonya D tidak yakin kapan ia terakhir makan. Jelaskan risiko yang terkait dengan tidak puasa sebelum operasi.

Nyonya D ditransfer kembali ke lingkungan Anda pasca operasi di sore yang sama. Operasinya berjalan lancar. Dia memakai perkat sederhana untuk menutupi lukanya

Q5

Daftar tiga (3) penilaian keperawatan pascaoperasi yang Anda akan lakukan pada Nyonya D dan memberikan pemikiran untuk setiap penilaian.

Q6

Kontrol Infeksi apa yang cocok untuk Nyonya D?



Penghargaan

Panduan Kurikulum
Keselamatan Pasien:
Multi-professional
Edition

Penghargaan

Kontributor buku ini didaftar secara alfabetik

Tim inti, Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien

Bruce Barraclough

Patient Safety Curriculum Guide Expert Lead
Melbourne, Australia

Benjamin Ellis*

Panduan Keselamatan Pasien WHO Consultant
London, United Kingdom of Great Britain and
Northern Ireland

Agnès Leotsakos

Panduan Keselamatan Pasien WHO
Geneva, Switzerland

Merrilyn Walton

Patient Safety Curriculum Guide Lead Author
Sydney School of Public Health
University of Sydney Sydney, Australia

Kontributor Konten

Asosiasi Profesi

FDI World Dental Federation

Nermin Yamalik
Department of Periodontology
Hacettepe University
Ankara, Turkey

International Confederation of Midwives (ICM)

Mary Barger
Department of Family Health Care Nursing
University of California
San Francisco, United States of America

International Council of Nurses (ICN)

Jean Barry
Nursing and Health Policy
International Council of Nurses
Geneva, Switzerland

International Pharmaceutical Federation (FIP)

Marja Airaksinen
Division of Social Pharmacy
Faculty of Pharmacy
University of Helsinki
Helsinki, Finland

Organization for Safety, Asepsis and Prevention (OSAP)

Enrique Acosta-Gio
School of Dentistry
National University of Mexico (UNAM)
Mexico D.F., Mexico

Organisasi Pelajar

Representative of four student associations:
Satyanarayana Murthy Chittoory
International Pharmaceutical Students' Federation (IPSF)
International Association of Dental Students (IADS)
International Council of Nurses - Student Network (ICN-SN)
International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA)

World Medical Association (WMA)

Julia Rohe
Agency for Quality in Medicine (AQuMed)
Berlin, Germany

External Lead, Patients for Patient Safety, WHO

Margaret Murphy
WHO Patients for Patient Safety Programme
Cork, Ireland

Ahli WHO di beberapa negara

Armando Crisostomo, WPRO Representative College of Medicine-Philippine General Hospital University of the Philippines, Manila, The Philippines

Mohammed-Ali Hamandi, EMRO Representative
Makassed General Hospital
Beirut, Lebanon

Taimi Nauiseb, AFRO Representative
Faculty of Health & Medical Sciences
University of Namibia, Windhoek, Namibia

Roswhita Sitompul, SEARO Representative
School of Nursing
Universitas Pelita Harapan (UPH)
Jakarta, Indonesia

Jiri Vlcek, EURO Representative
Department of Social and Clinical Pharmacy, Charles
University, Heyrovskeho, Czech Republic

Ahli, Panduan Keselamatan Pasien WHO

Carmen Audera-Lopez
Gerald Dziekan
Cyrus Engineer *
Felix Greaves *
Ed Kelley
Claire Kilpatrick
Itziar Larizgoitia
Claire Lemer *
Elizabeth Mathai
Douglas Noble *

Panduan Keselamatan Pasien WHO, Jenewa, Swiss

Konsultan, Panduan Keselamatan Pasien WHO

Donna Farley
Sr. Health Policy Analyst and Consultant Adjunct staff with
RAND Corporation McMinville, United States of America

Rona Patey
University of Aberdeen, Scotland, United Kingdom of Great
Britain and Northern Ireland

Hao Zheng
Panduan Keselamatan Pasien WHO,
Jenewa, Swiss

Kontributor, Studi Kasus

Shan Ellahi
Ealing and Harrow Community Services
National Health Service
London, United Kingdom of Great Britain and
Northern Ireland

Kajian Rekan Medis**FDI World Dental Federation (FDI)**

Julian Fisher
Education and Scientific Affairs
FDI World Dental Federation
Jenewa, Swiss

International Confederation of Midwives (ICM)

Ans Luyben
Education Standing Committee
Bern University of Applied Sciences BFH
Bern, Swiss

Reviewers, ICM Education Committee

Marie Berg, University of Gothenburg, Sweden
Manus Chiai, Hamdard Najar, New Delhi, India
Geri McLoughlin, University College Cork, Ireland
Angelo Morese, University of Florence, Italy
Marianne Nieuwenhuijze, Zuyd University, Maastricht,
Belanda
Elma Paxton, Glasgow Caledonian University, United
Kingdom
Jane Sandall, King's College London, United Kingdom
Bobbi Soderstrom, Association of Ontario Midwives,
Toronto, Canada
Andrea Stiefel, Zurich University of Applied Sciences,
Winterthur, Swiss
Joeri Vermeulen, Erasmus University College, Brussels,
Belgium
Teja Zaksek, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

International Council of Nurses (ICN)

Jean Barry
Nursing and Health Policy,
International Council of Nurses
Jenewa, Swiss

International Pharmaceutical Federation (FIP)

Luc Besancon
Scientific and Professional Affairs

Xuanhao Chan
Public Health Partnership

International Pharmaceutical Federation
The Hague, Belanda.

The World Medical Association (WMA)

Julia Seyer
World Medical Association
Ferney-Voltaire, France

Editors

Rebecca Bierman
Freelance editor
Jerusalem, Israel

Rosalind levins
WHO Patient Safety Programme
Geneva, Switzerland

Rosemary Sudan
Freelance editor
Geneva, Switzerland

Editorial supervision

Agnès Leotsakos
WHO Patient Safety Programme
Geneva, Switzerland

Production adviser

Eirini Rousi
WHO Patient Safety Programme
Geneva, Switzerland

Administrative contributions

Esther Adeyemi
Caroline Ann Nakandi Laura Pearson

WHO Patient Safety Programme
Geneva, Switzerland

Special thanks

The Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide was based on the 2009 Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. Special thanks go to those who contributed with content and valuable comments to the 2009 edition: Mohamed Saad, Ali-Moamary, Riyadh, Saudi Arabia; Stewart Barnet, New South Wales, Australia; Ranjit De Alwis, Kuala Lumpur, Malaysia; Anas Eid, Jerusalem, Palestinian Territories; Brendan Flanagan, Victoria, Australia; Rhona Flin, Scotland, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland; Julia Harrison, Victoria, Australia; Pierre Claver Kariyo, Harare, Zimbabwe; Young- Mee Lee, Seoul, Republic of Korea; Lorelei Lingard, Toronto, Canada; Jorge César Martínez, Buenos Aires, Argentina; Rona Patey, Scotland, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland; Chris Robert, New South Wales, Australia; Tim Shaw, New South Wales, Australia; Chit Soe, Yangon, Myanmar; Samantha Van Staalduinen, New South Wales, Australia; Mingming Zhang, Chengdu, China; Amitai Ziv, Tel Hashomer, Israel

* *WHO Patient Safety Project at Johns Hopkins University School of Medicine*

* *These experts formerly served as Clinical Advisors for the WHO Patient Safety Programme*

