



PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR 115/UN4.24.0/2022
TENTANG

PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UNHAS

- Menimbang :
1. Bahwa untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan Rumah Sakit Unhas, maka diperlukan pengaturan tentang keselamatan pasien di RS Unhas
 2. Bahwa untuk memberikan acuan bagi rumah sakit dalam memberikan pelayanan bermutu dan berfokus keselamatan pasiendi RS Unhas, diperlukan adanya peraturan direktur tentang pedoman keselamatan pasien di Rumah Sakit Unhas
 3. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam poin 1 dan poin 2, maka dipandang perlu ditetapkan peraturan Direktur yang berfokus pada keselamatan pasien.
- Mengingat :
1. Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 ayat (1) yang menerangkan bahwa Setiap Orang Berhak Memperoleh Pelayanan Kesehatan, dan pasal 34 ayat (3) yang menerangkan bahwa negara bertanggungjawab atas Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Umum yang Layak.
 2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang praktik Kedokteran (Lembaga Negara RI Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4431)
 3. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
 4. UU No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
 5. Keputusan Presiden Republik Indonesi Nomor 40 Tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit
 6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal
 7. Permenkes RI No. 004 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit
 8. Permenkes RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
 9. Kepmenkes RI Tahun 2010 tentang Pusat Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan

- 10.Keputusan Menteri Kesehatan No.1204/ Menkes/ SK/ X/ 2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.
- 11.Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit
- 12.Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit, Tahun 2012, Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI
- 13.Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Tahun 1998, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI
14. Indikator Kinerja Rumah Sakit, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI Tahun 2005
- 15.Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin No. 28261/ UN4.1/ OT.04/ 2017 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

Memutuskan

Menetapkan : Peraturan Direktur Rumah Sakit Universitas Hasanuddin tentang Pedoman Keselamatan Pasien

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur ini yang dimaksud dengan:

1. Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
2. Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut Insiden, adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien.
3. Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang selanjutnya disingkat dengan RSUH, merupakan unit kerja di dalam lingkungan Universitas Hasanuddin yang berfungsi sebagai unit penunjang akademik yang bertugas untuk mengkoordinasikan dan/ atau menyelenggarakan kegiatan pendidikan, pelayanan dan penelitian dalam sejumlah disiplin ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kedokteran dan kesehatan atau yang terkait yang mengedepankan efisiensi dan produktivitas.
4. Rektor adalah organ Unhas yang memimpin penyelenggaraan dan pengelolaan Unhas
5. Direktur adalah Direktur Utama yang memimpin penyelenggaraan rumah sakit dan bertanggung jawab kepada Rektor.
6. Komite Mutu yang selanjutnya disingkat SPM adalah organ yang bertanggung jawab kepada Direktur Utama RS Unhas dalam memimpin dan

menyelenggarakan sistem mutu rumah sakit yang mencakup *patient safety*, mutu klinis, mutu manajerial dan mutu keselamatan pasien, pengendalian infeksi, kesehatan dan keselamatan kerja, serta kesehatan lingkungan.

7. Komite Mutu adalah organ yang bertanggung jawab kepada Komite Mutu RSUD serta memiliki tanggung jawab terhadap penyelenggaraan perencanaan, pelaksanaan dan monitoring dan evaluasi mutu, manajemen risiko, dan keselamatan pasien

Pasal 2

Pengaturan keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang tersedia di RSUD.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 3

1. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit melalui penerapan manajemen risiko dan pengukuran mutu dan keselamatan pasien dalam seluruh aspek pelayanan
2. Mendorong rumah sakit agar melakukan perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien

BAB III PENYELENGGARAAN

Bagian Kesatu
Standar, Tujuh Langkah Menuju keselamatan pasien dan Sasaran
Keselamatan Pasien

Pasal 4

1. Rumah sakit menyelenggarakan keselamatan pasien
2. Penyelenggaraan keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan:
 - a. Standar keselamatan pasien,
 - b. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien
 - c. Sasaran keselamatan pasien
3. Sistem pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 harus menjamin pelaksanaan:
 - a. Asuhan pasien lebih aman, melalui upaya yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien
 - b. Pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya
 - c. Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.
4. Standar keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 2 huruf a meliputi standar:
 - a. Hak pasien;

- b. Pendidikan bagi pasien dan keluarga;
 - c. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan;
 - d. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien;
 - e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien;
 - f. Pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien; dan
 - g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien
5. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 2 huruf b terdiri atas:
- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
 - b. Memimpin dan mendukung staf
 - c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
 - d. Mengembangkan sistem pelaporan
 - e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
 - f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
 - g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien
6. Sasaran keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 2 huruf c meliputi tercapainya hal-hal:
- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar
 - b. Meningkatkan komunikasi yang efektif
 - c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai
 - d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
 - e. Mengurangi risiko infeksi akibat pelayanan kesehatan
 - f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

Pasal 5

1. Standar hak pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat 4 huruf a merupakan hak pasien dan keluarganya untuk mendapatkan informasi tentang diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan, dan perkiraan biaya pengobatan.
2. Kriteria standar hak pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi:
 - a. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan
 - b. Rencana pelayanan dibuat oleh dokter penanggung jawab pelayanan
 - c. Penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan.

Pasal 6

1. Standar pendidikan kepada pasien dan keluarga sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat 4 huruf b berupa kegiatan mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien dan memastikan pasien dan keluarga memahami isi edukasi yang diberikan dan dapat menerapkannya.
2. Kriteria standar pendidikan kepada pasien dan keluarga sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi:
 - a. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap, dan jujur

- b. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga
- c. Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- d. Memahami konsekuensi pelayanan
- e. Mematuhi nasihat dokter dan menghormati tata tertib fasilitas pelayanan kesehatan
- f. Memerlihatkan sikap saling menghormati dan tenggang rasa
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

Pasal 7

1. Standar keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat 4 huruf c merupakan upaya rumah sakit di bidang keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
2. Kriteria standar keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi:
 - a. Pelayanan secara menyeluruh dan terkoordinasi mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, pemindahan pasien, rujukan, dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan
 - b. Koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan ketersediaan sumber daya fasilitas pelayanan kesehatan
 - c. Koordinasi pelayanan dalam meningkatkan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, asuhan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi, rujukan, dan tindak lanjut lainnya
 - d. Komunikasi dan penyampaian informasi antar profesi kesehatan sehingga tercapai proses koordinasi yang efektif

Pasal 8

1. Standar penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat 4 huruf d merupakan kegiatan mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang telah ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.
2. Kriteria standar penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi:
 - a. Rumah sakit harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik
 - b. Rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, dan keuangan
 - c. Rumah sakit harus melakukan evaluasi semua insiden dan secara proaktif melakukan evaluasi 1 (satu) proses kasus risiko tinggi setiap tahun
 - d. Rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil evaluasi dan analisis untuk menentukan perubahan sistem (redesain) atau membuat sistem baru yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

3. Proses perancangan (desain) yang baik sebagaimana dimaksud pada ayat 2 huruf a dilakukan dengan mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan tujuh langkah menuju keselamatan pasien.

Pasal 9

1. Standar peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat 4 huruf e merupakan kegiatan pimpinan rumah sakit dalam:
 - a. Mendorong dan menjamin implementasi keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien
 - b. Menjamin berlangsungnya kegiatan identifikasi risiko keselamatan pasien dan menekan atau mengurangi insiden secara proaktif
 - c. Menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien
 - d. Mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien
 - e. Mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusi setiap unsur dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
2. Kriteria standar peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi:
 - a. Terdapat tim antar disiplin yaitu champion untuk mengelola keselamatan pasien
 - b. Tersedia kegiatan atau program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden
 - c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam keselamatan pasien
 - d. Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko, dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis
 - e. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah Kejadian Nyaris Cedera (KNC), KTD, dan kejadian sentinel pada saat keselamatan pasien mulai dilaksanakan
 - f. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan kejadian sentinel
 - g. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin
 - h. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut
 - i. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

Pasal 10

1. Standar pendidikan kepada staf tentang keselamatan pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat 4 huruf f merupakan kegiatan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.
2. Kriteria standar pendidikan kepada staf tentang keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat 1 memiliki:
 - a. Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing
 - b. Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan pelatihan/ magang dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden
 - c. Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama tim (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

Pasal 11

1. Standar komunikasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat 4 huruf g merupakan kegiatan rumah sakit dalam merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal yang tepat waktu dan akurat.
2. Kriteria standar komunikasi sebagaimana dimaksud pada ayat 1 memiliki:
 - a. Tersedianya anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien
 - b. Tersedianya mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

Pasal 12

Ketentuan lebih lanjut mengenai Standar Keselamatan Pasien, Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien, dan Sasaran Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 sampai dengan Pasal 12 tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Direktur ini.

Bagian Kedua Manajemen Risiko

Pasal 13

1. Ruang lingkup Manajemen Risiko meliputi:
 - a. Risk Register
 - b. *Failure Mode Effect and Analyse* (FMEA)
 - c. *Root Cause Analysis* (RCA) dan PDSA dari risiko

2. Risk Register sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf a adalah program asesmen risiko rumah sakit secara keseluruhan (klinis dan non klinis, termasuk finansial) yang dilakukan setahun sekali
3. FMEA sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf c merupakan salah satu teknik yang digunakan untuk memperbaiki suatu sistem, secara proaktif, yang bertujuan untuk mencegah kegagalan proses dan produk sebelum terjadi.
4. RCA sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf b adalah proses untuk mengidentifikasi faktor-faktor dasar atau penyebab yang mendasari suatu potensi risiko. Akar penyebab masalah adalah faktor penyebab yang paling mendasar, atau faktor yang jika dikoreksi atau dihapus akan mencegah terulangnya kejadian yang sama.

Pasal 14

1. Proses pada manajemen risiko meliputi:
 - a. Menegakkan konteks/ membangun konteks
 - b. Mengidentifikasi risiko
 - c. Menganalisa risiko
 - d. Mengevaluasi risiko
 - e. Mengelola risiko
2. Langkah-langkah dalam RCA ini meliputi:
 - a. Mengidentifikasi masalah dan pengumpulan data.
 - b. Membentuk Tim RCA
 - c. Menyelidiki lebih lanjut melalui penyusunan kronologi dan wawancara
 - d. Memahami apa yang terjadi, bila perlu dilakukan rekonstruksi
 - e. Menganalisa akar penyebab
 - f. Membuat rencana untuk menghilangkan akar masalah
 - g. Mengevaluasi efektifitas tindakan.
3. Berikut langkah-langkah FMEA:
 - a. Menentukan proses yang mempunyai risiko tinggi berdasarkan kategori risiko
 - b. Membentuk tim
 - c. Menggambarkan alur proses dan sub proses
 - d. Membuat analisis hazard dari identifikasi akar masalah penyebab kegagalan sub proses dengan memberi score potensi efek, potensi kejadian, dan kemudahan mendeteksi, lalu membuat skala prioritas kegiatan yang akan dilakukan
 - e. Mendesain ulang proses (*redesign the process*) dari rekomendasi tindakan yang akan dilakukan dan penentuan indikator keberhasilan (dalam pengelolaan risiko)
 - f. Implementasi dari rekomendasi diatas
 - g. Menganalisis dan melakukan tindak lanjut perbaikan

Paragraf 1
Umum

Pasal 15

1. Pelaporan Insiden di rumah sakit yang harus dianalisis dan ditindaklanjuti meliputi:
 - a. Kondisi Potensial Cedera Signifikan (KPCS);
 - b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC);
 - c. Kejadian Tidak Cedera (KTC); dan
 - d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
 - e. *Sentinel event*
2. Kondisi Potensial Cedera Signifikan (KPCS) sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf a merupakan kondisi yang sangat berpotensi atau signifikan untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf b merupakan terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien dan segera disadari dan diperbaiki oleh petugas RS yang termasuk dan tidak terbatas pada kasus KNC :
 - a. Salah jenis operasi
 - b. Salah posisi operasi
 - c. Salah diagnosis pra operasi
 - d. Salah jumlah pemberian obat
 - e. Salah pemberian informasi kepada dokter
 - f. Salah cara pemberian obat
 - g. Salah dosis obat
 - h. Salah pencampuran obat
 - i. Salah sampling
 - j. Salah identifikasi pasien pada saat pengambilan sample
 - k. Salah menginput hasil
 - l. Salah pengoperasian alat
 - m. Salah pencampuran reagen
 - n. Salah golongan darah
 - o. Salah jenis darah
 - p. Salah menyampaikan hasil pemeriksaan (termasuk pemeriksaan penunjang)
 - q. Salah pembacaan resep
4. Kejadian Tidak Cedera (KTC) sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf c merupakan Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena "keberuntungan" (misal; pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau "peringanan" (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).
5. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf d merupakan Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien yang termasuk dan tidak terbatas pada:
 - a. Semua reaksi transfusi darah yang sudah dikonfirmasi
 - b. Semua kejadian serius akibat efek samping obat
 - c. Semua kesalahan pengobatan yang signifikan, tidak sesuai dengan 7B

- d. Semua perbedaan besar antara diagnosis pra dan post operasi
 - e. Efek samping atau pola efek samping selama sedasi moderat atau mendalam dan pemakaian anestesi
 - f. Kejadian lain seperti outbreak infeksi atau pasien psikiatrik yang melarikan diri dari ruang perawatan keluar dari lingkungan RS
 - g. Kejadian lainnya yang mencederai pasien
6. *Sentinel event* sebagaimana dimaksud pada ayat 1 huruf e merupakan suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius seperti cacat permanen yang meliputi
- a. Kematian yang tidak diduga yang termasuk dan tidak terbatas hanya pada:
 - 1) Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi pasien seperti kematian akibat infeksi pasca operasi/emboli paru
 - 2) Kematian bayi aterm
 - 3) Bunuh diri
 - b. kehilangan permanen fungsi tubuh yang tidak terkait penyakit pasien atau kondisi pasien
 - c. Operasi salah tempat, salah prosedur, salah pasien
 - d. Terjangkit penyakit kronik atau penyakit fatal akibat transfusi darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan
 - e. Penculikan anak termasuk bayi atau anak termasuk bayi dikirim ke rumah bukan rumah orangtuanya
 - f. Perkosaan, kekejaman di tempat kerja seperti penyerangan (berakibat kematian atau kehilangan fungsi secara permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, anggota staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan, pengunjung atau vendor/pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit.

Paragraf 2

Penanganan Insiden

Pasal 16

1. Setiap rumah sakit harus melakukan penanganan Insiden sebagaimana dimaksud dalam Pasal 15 Paragraf 2.
2. Penanganan insiden di rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dilakukan berdasarkan Grading insiden.
3. Investigasi insiden sejak terlapor di rumah sakit berdasarkan Grading Risiko sebagaimana yang dimaksud pada ayat 2 adalah:
 - a. Grading risiko dengan warna biru ditangani oleh Kepala Ruangan dengan maksimal 1 minggu
 - b. Grading risiko dengan warna hijau ditangani oleh Kepala Instalasi/ Unit dengan maksimal 2 minggu
 - c. Grading risiko dengan warna kuning ditangani oleh Komite Mutu dengan maksimal 45 hari
 - d. Grading risiko dengan warna merah ditangani oleh Komite Mutu (SPM) Bersama Direktur terkait atau Dirut dengan maksimal 45 hari
4. Pelaporan insiden keselamatan pasien dilakukan secara internal via online di Rumah Sakit Unhas dan dilakukan secara eksternal ke Komite Nasional Keselamatan Pasien Kemenkes RI dilengkapi analisis, rekomendasi dan solusi dan pelaporan ke KARS paling lambat 5x24 jam setelah tanggal kejadian.

5. Unit kerja melaporkan insiden keselamatan pasien paling lambat 2x24 jam ke Komite Mutuvia online

Pasal 17

1. Penanganan insiden sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16 ayat 1 ditujukan untuk menciptakan pelayanan yang mengutamakan keselamatan pasien, mengetahui akar penyebab kejadian mencegah terulangnya kejadian yang sama dan melaksanakan perbaikan pelayanan terintegrasi dan upaya peningkatan kinerja rumah sakit
2. Dalam melakukan penanganan insiden sebagaimana dimaksud pada ayat 3 setelah investigasi maka dilakukan kegiatan pertemuan untuk menyusun perbaikan sistem layanan berupa perbaikan dalam hal pelaporan dan analisis penyebab insiden tanpa menyalahkan, menghukum, dan memermalukan seseorang serta berupaya menemukan solusi yang dapat diimplementasikan untuk mencegah insiden serupa terulang kembali.
3. Pelaporan hasil pertemuan KTD dan sentinel sejak terjadi dan tindak lanjut insiden dengan RCA paling lambat 45 hari dilaporkan ke Dirut RS dan dewasa dan rekomendasi pertemuan didesiminasikan hasilnya ke unit kerja terkait. Pelaporan KTD telah diintegrasikan dengan aplikasi SISMADAK dan Excell.
4. Kompensasi yang terjadi pada pasien yang mengalami KTD adalah berupa pembebasan biaya perawatan terkait insiden KTD di Rumah Sakit Unhas.

BAB IV RUANG LINGKUP

Pasal 18

Ruang lingkup Peraturan Direktur tentang pedoman keselamatan pasien ini tercakup dalam sistem mutu dan keselamatan pasien secara keseluruhan yang meliputi:

1. *Planning*
 - a. Penyusunan Pedoman PMKP meliputi manajemen mutu, manajemen risiko dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit
 - b. Koordinasi dengan:
 - 1) Direktur Utama
 - 2) Seluruh Direksi
 - 3) Seluruh Kepala Bidang
 - 4) Komite Medik
 - 5) Komite Etik dan Hukum
 - 6) Komite Keperawatan
 - 7) Komite Farmasi dan Terapi Rasional
 - 8) Satuan Penjaminan Mutu
 - 9) Satuan Pemeriksaan Internal
 - 10) Para Kepala Instalasi/ unit kerja
 - 11) Para Kepala Ruangan/koordinator
 - 12) Komite/Tim Nakes lainnya

- c. Penyusunan berbagai Kebijakan dan Prosedur terkait manajemen mutu, manajemen risiko dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit
 - d. Penyusunan berbagai program kerja manajemen mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien.
 - e. Pengorganisasian kegiatan dan aktivitas
2. *Action*
- a.** Pelaksanaan keselamatan pasien, manajemen risiko dan penjaminan mutu di seluruh instalasi/ unit kerja di RS Unhas
 - b.** Pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien, manajemen risiko dan penjaminan mutu untuk seluruh staf rumah sakit
3. *Monitoring dan Evaluasi*
- Rumah Sakit Universitas Hasanuddin melakukan monitoring atau supervisi indikator mutu dilakukan secara berjenjang yang dilakukan oleh Kepala instalasi/unit kerja, kemudian dimonitoring dan dievaluasi oleh Direksi dan Kepala Bidang dan diteruskan pelaporan ke Dirut dan Dewas. Indikator mutu yang dimonitoring dan dievaluasi antara lain indikator mutu Nasional, Indikator mutu prioritas RS, Indikator Mutu Prioritas Unit, Indikator mutu Kontrak dan indikator mutu Program Nasional yang ditetapkan oleh pimpinan RS. Sedangkan monitoring dan evaluasi pengelolaan risikonya dilakukan oleh kepala instalasi/unit kerja yang juga diaudit oleh Bagian Keselamatan Pasien . Pencatatan dan pelaporan insiden KTD, KNC, KTC, KPC dan *sentinel event* dilakukan secara online via website RS yang akan direview dan diregrading ulang oleh Bagian Keselamatan Pasien . Jika grading biru dan hijau maka diinvestigasi oleh Kepala instalasi/unit kerja dengan metode investigasi sederhana dan jika grading kuning dan merah akan diinvestigasi oleh Divisi Mutu dan Keselamatan dengan metode RCA. Monitoring tindaklanjut dari rekomendasi dan investigasi sederhana dan RCA dilakukan oleh Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien.
4. *Analisa dan Rekomendasi*
- Pada prinsipnya pengolahan data dan analisa data dilakukan triwulan oleh seluruh kepala instalasi/unit kerja sebagai PJ data dan dikumpulkan dengan menggunakan aplikasi oleh Komite Mutu(Satuan Penjaminan Mutu). Sebelumnya, data ini juga dianalisa dan dilaporkan secara berjenjang ke Direksi masing-masing. Rekomendasi dari direksi diperbaiki oleh ka instalasi/unit dan dilaporkan dalam rapat Dewas. Hasil rekomendasi/notulensi dari rapat dewas akan diteruskan ke seluruh unit. Feed back rekomendasi dari rapat dewas dimonitoring oleh Bagian Keselamatan Pasien .
5. *Continuous Improvement Plan*
- Adalah monitoring atau supervisi rencana pelaksanaan tindak lanjut atau sebagai kegiatan perbaikan dari rekomendasi dilakukan oleh Komite Mutuberkoordinasi dengan kepala instalasi/kepala ruangan di unit kerja untuk mencegah insiden berulang

ORGANISASI

Pasal 19

Unit kerja yang menangani keselamatan pasien di RS Unhas adalah Komite Mutuyang dibawah oleh Satuan Penjaminan Mutu.

Pasal 20

1. Dalam penyelenggaraan perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi mutu, manajemen risiko dan keselamatan pasien dilakukan Bagian Keselamatan Pasien .
2. Komite Mutubertanggung jawab kepada Satuan Penjaminan Mutu, yang kemudian Ketua Komite Mutubertanggung jawab kepada Direktur Utama
3. Komite Mutusebagaimana dimaksud pada ayat 1 menjalankan fungsi:
 - a. Penggerak penyusunan program keselamatan pasien di rumah sakit sebagai bagian dari program PMKP;
 - b. Penyusunan regulasi terkait pengawasan dan penerapan program keselamatan pasien rumah sakit;
 - c. Melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja
 - d. Membantu dan melakukan koordinasi dengan Kepala instalasi/unit kerja dalam memilih Indikator mutu prioritas RS (IMP-RS) dan Indikator Mutu Prioritas Unit yang terkait dengan 6 Sasaran Keselamatan Pasien, prioritaskan, pelaksanaan dan pengukuran indikator mutu, pelaserta tindaklanjut perbaikannya
 - e. Melakukan koordinasi dengan seluruh unit dalam penyusunan profil, metode analisis dan validasi data indikator mutu terkait sasaran keselamatan pasien
 - f. Melakukan monitoring dan evaluasi proses pengumpulan data indikator mutu di aplikasisismdak/excel
 - g. Menjalin komunikasi dengan seluruh unit dan pimpinan RS terkait pelaksanaan program keselamatan pasien termasuk monitoring tindaklanjut dari insiden dan pengukuran budaya keselamatan pasien
 - h. Melaksanakan edukasi, pelatihan, konsultasi, program mutu dan keselamatan pasien rumah sakit;
 - i. Melakukan komunikasi ke seluruh unit terkait deminasi informasi dan tindaklanjut yang telah dilakukan terkait capaian 6 sasaran keselamatan pasien
 - j. Mereview pelaporan, verifikasi, investigasi dan analisa penyebab insiden keselamatan pasien dari unit kerja serta melaksanakan RCA (grade kuning dan merah)
 - k. Melakukan koordinasi dalam penyusunan program manajemen risiko RS
 - l. Mengkoordinasika secara berjenjang pelaporan indikator mutu sasaran keselamatan pasien dari kepala instalasi, direksi, dirut dan dewas serta monitoring tindaklanjutnya
 - m. Pemberian masukan dan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam rangka pengambilan kebijakan mutu keselamatan pasien rumah sakit

Pasal 21

1. Komite Mutu bertanggung jawab dalam menyusun perencanaan manajemen mutu, risiko dan keselamatan pasien rumah sakit yang disetujui oleh Direktur Utama. Perencanaan tersebut meliputi pembuatan program PMKP, regulasi, penetapan prioritas program kerja PMKP termasuk terkait 6 sasaran keselamatan pasien. penetapan prioritas pemantauan kegiatan, penetapan proses atau mekanisme pengawasan terhadap program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
2. Komite Mutu bertanggung jawab dalam mengkoordinasikan penyelenggaraan manajemen mutu, risiko dan keselamatan pasien rumah sakit sesuai dengan standar yang telah ditetapkan
3. Komite Mutu berpartisipasi dalam pemantauan program keselamatan pasien, manajemen risiko dan penjaminan Mutu
4. Komite Mutu bertanggung jawab untuk mengkoordinasi hasil capaian program manajemen mutu, risiko dan keselamatan pasien kepada Direktur Utama.
5. Komite Mutu berkoordinasi dengan Tim Champion Keselamatan Pasien dan Penanggung Jawab Data Mutu serta pengumpul data di setiap instalasi/ unit kerja dalam pelaksanaan manajemen keselamatan pasien di setiap unit.
6. Direksi RSUH mendukung penggunaan teknologi pengumpulan dan pengolahan data indikator 6 sasaran keselamatan pasien dan membandingkan hasil capaian melalui aplikasi SISMADAK dan menggunakan fasilitas sesuai dengan sumber daya rumah sakit.

BAB VI PENGAWASAN

Pasal 22

1. Rektor, Dewan Pengawas, Direktur Utama, Ketua SPM, dan Ketua Komite Mutu melakukan pengawasan dan pembinaan secara berjenjang
2. Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 ditujukan untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien

Pasal 23

Direktur Utama dan Dewas RS Universitas Hasanuddin secara berkala triwulan wajib melakukan evaluasi terhadap kegiatan keselamatan pasien di rumah sakit

BAB VII PELAPORAN

Pasal 24

1. Setiap individu yang terlibat/menyaksikan atau mendengar insiden baik staf RS Unhas/ peserta didik/ peneliti/ pasien/ keluarga/ pengunjung/ stakeholder dapat melakukan pelaporan insiden via website <https://rs.unhas.ac.id/mutu/>
2. Setiap insiden harus dilaporkan secara internal kepada Komite Mutu dalam waktu paling lambat 2x24 (dua kali dua puluh empat) jam dengan menggunakan format laporan sebagaimana tercantum pada Formulir 1.

3. Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dikomunikasikan ke Kepala instalasi sebagai *Champion* Keselamatan Pasien sekaligus Penanggung Jawab Data Mutu untuk memastikan kebenaran adanya Insiden.
4. Setelah melakukan verifikasi laporan sebagaimana dimaksud pada ayat 2, kepala instalasi untuk melakukan investigasi sederhana dalam bentuk wawancara dan pemeriksaan dokumen (jika memberi grading hijau dan biru) dan regrading oleh Bagian Keselamatan Pasien . Jika grading kuning dan merah maka dilakukan RCA oleh Bagian Keselamatan Pasien .
5. Hasil rekomendasi dari investigasi sederhana dan *Root Cause Analysis* (RCA), kemudian dimonitoring pelaksanaan tindaklanjutnya oleh Komite Mutu
6. Penanganan insiden sebagaimana pada ayat 4 sesuai dengan pasal 17 ayat 3
7. Pemberian rekomendasi keselamatan pasien kepada pimpinan rumah sakit berdasarkan hasil *Root Cause Analysis* (RCA) sebagaimana dimaksud pada ayat 5.
8. Ketentuan lebih lanjut mengenai *Root Cause Analysis* (RCA) diatur dalam lampiran yang tidak terpisahkan dalam Peraturan Direktur ini.

Pasal 25

1. Pelaporan insiden sebagaimana dimaksud pada pasal 24 ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem layanan dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak untuk menyalahkan orang (*non blaming*) dan tidak menghukum (*no punishment*) baik pada pelapor maupun terlapor.
2. Pelaporan insiden sebagaimana dimaksud pada ayat 1 harus dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas) dan tidak mudah diakses oleh orang yang tidak berhak.
3. Pelaporan insiden diatur dalam lampiran yang tidak terpisahkan dalam Peraturan Direktur ini

Pasal 26

Setelah menerima pelaporan insiden sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 ayat 1, Komite Mutu melakukan pengkajian dan memberikan umpan balik (*feedback*) berupa verifikasi insiden keselamatan pasien dalam rangka mencegah berulangnya kejadian yang sama di rumah sakit.

Pasal 27

Setiap dokumen pelaporan dan analisis Insiden sebagaimana dimaksud dalam Pasal 26 dan Pasal 27 tidak diperuntukkan sebagai alat bukti hukum dalam proses peradilan.

**BAB VIII
PENUTUP**

Pasal 28

Dengan berlakunya Peraturan ini, maka Peraturan Direktur Utama Rumah Sakit Unhas Nomor 34/ UN4.24/ 2019 tanggal 30 Desember 2019 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pasal 29

Peraturan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan .

Ditetapkan di Makassar
pada tanggal 26 Oktober 2022
DIREKTUR UTAMA



ANDI MUHAMMAD ICHSAN

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UNHAS
NOMOR 115/UN4.24.0/2022
TANGGAL 26 OKTOBER 2022
TENTANG KESELAMATAN PASIEN

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan (safety) telah menjadi isu global dan isu nasional. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (safety) yang telah kita ketahui antara lain keselamatan pasien (patient safety), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di Rumah Sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (*green productivity*) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan "bisnis" yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Ke lima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan terutama dalam pelayanan kesehatan. Namun harus diakui operasional pelayanan kesehatan dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan yang pada akhirnya mempengaruhi citra Rumah Sakit.

Harus diakui, pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah untuk menyelamatkan pasien sesuai dengan yang diucapkan Hippocrates kira-kira 2400 tahun yang lalu yaitu *Primum, non nocere* (First, do no harm). Namun semakin berkembangnya ilmu dan teknologi pelayanan kesehatan menjadi semakin kompleks dan berpotensi terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan - KTD (Adverse event) apabila tidak dilakukan dengan hati-hati. Rumah Sakit merupakan sistem yang kompleks karena pelayanan melibatkan ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat memungkinkan terjadi KTD. Mengingat keselamatan pasien sudah menjadi tuntutan masyarakat maka pelaksanaan program keselamatan pasien perlu dilakukan. Karena itu diperlukan acuan yang jelas untuk melaksanakan keselamatan pasien tersebut.

B. Tujuan Pedoman

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di Rumah Sakit
2. Menurunnya insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit.
3. Tidak terulangnya insiden keselamatan pasien
4. Terlaksananya program-program pencegahan yang merupakan prioritas dan komitmen pimpinan dan staf RS
5. Meningkatnya akutanbilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat

C. Definisi

Keselamatan pasien (patient safety) adalah suatu sistem dimana Rumah Sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi : assessmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindaklanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

BAB II

RUANG LINGKUP

Ruang lingkup pelayanan keselamatan pasien meliputi pelayanan yang diberikan sejak pasien memasuki lingkungan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin sampai pasien pulang atau keluar dari lingkungan Rumah Sakit Universitas Hasanuddin. Secara umum, implementasi keselamatan pasien dilakukan di seluruh ruangan/ bagian klinis (keperawatan, penunjang medik, gizi, unit khusus) maupun non-klinis (registrasi, tempat pendaftaran pasien, rekam medis, administrasi dan pembukuan)

BAB III

KEBIJAKAN

Adapun landasarn hukum terkait Keselamatan Pasien antara lain:

1. Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 ayat (1) yang menerangkan bahwa Setiap Orang Berhak Memperoleh Pelayanan Kesehatan, dan pasal 34 ayat (3) yang menerangkan bahwa negara bertanggungjawab atas Penyediaan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Umum yang Layak.
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang praktik Kedokteran (Lembaga Negara RI Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4431)
3. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
4. UU No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
5. Keputusan Presiden Republik Indonesi Nomor 40 Tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal
7. Permenkes RI No. 004 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit
8. Permenkes RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
9. Kepmenkes RI Tahun 2010 tentang Pusat Sarana, Prasarana dan Peralatan Kesehatan
10. Keputusan Menteri Kesehatan No.1204/ Menkes/ SK/ X/ 2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.

- 11.Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit
12. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit, Tahun 2012, Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI
- 13.Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Tahun 1998, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI
14. Indikator Kinerja Rumah Sakit, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI Tahun 2005
- 15.Keputusan Rektor Universitas Hasanuddin No. 28261/ UN4.1/ OT.04/ 2017 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

BAB IV

TATA LAKSANA

A. STANDAR KESELAMATAN PASIEN

Masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di rumah sakit, maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit untuk melaksanakan kegiatannya.

Standar keselamatan pasien wajib diterapkan rumah sakit dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan instrumen akreditasi.

Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

- a. Hak pasien.
- b. Mendidik pasien dan keluarga.
- c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
- d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Ketujuh standar keselamatan pasien dalam implementasinya dijelaskan sebagai berikut:

Standar 1. Hak pasien

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

Kriteria:

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

Standar 2. Mendidik Pasien Dan Keluarga

Kriteria:

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

- a. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
- b. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
- c. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
- d. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
- e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan fasilitas pelayanan kesehatan.

- f. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

Standar 3. Keselamatan Pasien Dalam Kesenambungan Pelayanan

Kriteria:

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

Standar 4. Penggunaan Metode-Metode Peningkatan Kinerja Untuk Melakukan Evaluasi Dan Program Peningkatan Keselamatan Pasien

Kriteria:

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

Standar 5. Peran Kepemimpinan Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien

Kriteria:

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.
- c. Insiden meliputi Kondisi Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

Selain Insiden diatas, terdapat KTD yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien yang dikenal dengan kejadian sentinel

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

Selain contoh kejadian sentinel diatas terdapat kejadian sentinel yang berdampak luas/nasional diantaranya berupa

Kejadian yang sudah terlanjur di "*blow up*" oleh media, Kejadian yang menyangkut pejabat, selebriti dan publik figure lainnya, Kejadian yang melibatkan berbagai institusi maupun rumah sakitlain, Kejadian yang sama yang timbul di berbagai rumah sakitdalam kurun waktu yang relatif bersamaan, Kejadian yang menyangkut moral, misalnya: perkosaan atau tindakan kekerasan.

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

Standar 6. Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien

Kriteria:

- a. Setiap fasilitas pelayanan kesehatanterutama rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru

yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.

- b. Setiap rumah sakit terutama rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan in-service training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- c. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

Standar 7. Komunikasi Sebagai Kunci Bagi Staf Untuk Mencapai Keselamatan Pasien

Kriteria:

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

B. TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN

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

Dalam pelaksanaan, tujuh langkah tersebut tidak harus berurutan dan tidak harus serentak. Pilih langkah-langkah yang paling strategis dan paling mudah dilaksanakan sesuai kondisi pelayanan di Rumah Sakit Unhas. Bila langkah-langkah ini berhasil maka kembangkan langkah-langkah yang belum dilaksanakan. Bila tujuh langkah ini telah dilaksanakan dengan baik Puskesmas dapat menambah penggunaan metoda-metoda lainnya.

C. TATA LAKSANA SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

Untuk meningkatkan perbaikan masalah keselamatan pasien yang berdasarkan evidence based dan memberikan rekomendasi/solusi berdasarkan analisa dari para pakar/praktisi dengan cara melakukan perbaikan desain sistem pelayanan yang diharapkan memberikan perbaikan keseluruhan system pelayanan rumah sakit secara terintegrasi.

Sasaran Keselamatan Pasien Nasional yang terdiri dari:

- SKP.1 Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar
- SKP.2 Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif
- SKP.3 Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai
- SKP.4 Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar
- SKP.5 Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan
- SKP.6 Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

SASARAN 1 MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR

Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan. Keadaan dapat membuat identifikasi tidak benar adalah jika pasien dalam keadaan terbius, mengalami disorientasi, tidak sepenuhnya

sadar, dalam keadaan koma, saat pasien berpindah tempat tidur, berpindah kamar tidur, berpindah lokasi di dalam lingkungan rumah sakit. terjadi disfungsi sensoris, lupa identitas diri, atau mengalami situasi lainnya.

Proses identifikasi yang digunakan di rumah sakit mengharuskan terdapat paling sedikit **2 (dua) dari 4 (empat) bentuk identifikasi, yaitu nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medik, nomor induk kependudukan atau bentuk lainnya (misalnya, barcode/QR code). Nomor kamar pasien tidak dapat digunakan dan Pasien dengan nama yang sama tidak diperbolehkan dalam satu ruang perawatan** untuk mencegah terjadinya potensi kesalahan. Untuk identifikasi pasien dua (2) bentuk identifikasi ini digunakan di semua area layanan rumah sakit seperti rawat jalan, rawat inap, unit gawat darurat, kamar operasi, pelayanan intensif dan pelayanan khusus seperti hemodialisis dan kemoterapi, unit layanan diagnostic, layanan laboratorium, layanan Gizi, Farmasi, Bank Darah, Kamar bersalin.

a. Maksud dan Tujuan:

- 1) Memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan,
- 2) Menyelaraskan tindakan sesuai kebutuhan oleh pasien.

b. Kegiatan yang dilaksanakan:

- 1) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- 2) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

c. Ruang lingkup:

- 1) Identifikasi pasien

Secara umum, identifikasi dilakukan di seluruh ruangan/ bagian klinis (keperawatan, penunjang medik, gizi, unit khusus) maupun non-klinis (registrasi, tempat pendaftaran pasien, rekam medis, administrasi dan pembukuan).

Pemberian gelang identitas pasien harus disertai edukasi tujuan pemberian gelang.

Melakukan identifikasi pasien menggunakan minimal 2 dari 4 identitas, yaitu:

- a) Aktif (verbal) dilakukan pada saat pertama kali bertemu atau memberikan pelayanan kepada pasien dengan menggunakan pertanyaan terbuka kepada pasien yaitu meminta pasien menyebutkan minimal 2 dari 4 antara lain:

• **Nama lengkap (sesuai KTP/ paspor/ SIM) (diutamakan)**

• **Tanggal lahir pasien (diutamakan)**

• **Nomor rekam Medis**

• **Nomor induk kependudukan (KK/paspor)**

- b) Pasif (visual) dilakukan jika telah memberikan pelayanan/visite/kunjungan berulang maka petugas melakukan identifikasi dengan hanya melihat pada gelang/map rekam medis/etiket obat/etiket darah dan seterusnya. Identifikasi secara pasif digunakan pada:

1. Pasien rawat inap/IGD, pelayanan intensif dan pelayanan khusus yang sudah berulang dikunjungi oleh petugas RS, pasien yang tidak sadar seperti pada pasien koma, pasien anak <5 th atau pasien tidak kompeten, geriatri, disfasia, pasien

ICU/ HCU, pasien tanpa ada pendamping keluarga/petugas yang mengantar, pasien yang tidak terdapat identitas nama (pasin korban bencana/kecelakaan)

- Pada pasien Rawat Jalan dengan cara pemanggilan nama lengkap pasien dulu dan meminta pengulangan kembali dengan pertanyaan terbuka terkait identitas pasien (minimal nama lengkap pasien dan tanggal lahir) saat pasien tiba di depan petugas dan menanyakan tanggal lahir
 - c) Aktif dan pasif (campuran) dilakukan pada saat interaksi pertama kali dengan pasien baru dengan menanyakan pertanyaan terbuka dan mencocokkan dengan data yang ada seperti gelang pengenal dan rekam medis atau meminta KTP/ SIM/ paspor pasien. Untuk pertemuan selanjutnya, cukup dilakukan dengan visual (melihat gelang)

Yang termasuk identifikasi visual dibutuhkan jika pasien dalam kategori pasien tidak kompeten/ tidak sadar adalah sebagai berikut:

- a) Gangguan jiwa
- b) Gangguan kesadaran
- c) Retardasi mental
- d) Hambatan berbicara (disartria)
- e) Hambatan bahasa
- f) Anak < 5 th
- g) Geriatri > 80 th
- h) Tuna rungu
- i) Tuna wicara
- j) Dalam kondisi tersedasi
- k) Meninggal dunia

Informasi yang tertera pada label gelang identitas/ struk pendaftaran pasien di Rumah Sakit Unhas meliputi:

- a) Nama lengkap pasien (sesuai identitas resmi: e-KTP/ SIM/ paspor)
- b) Tanggal lahir jika tidak tahu tanggal lahir maka dituliskan tanggal kedatangan pasien ke RS sampai diketahui tanggal lahir sebenarnya
- c) Nomor rekam medis
- d) Jenis Kelamin
- e) Alamat Pasien
- f) Nama RS Unhas

2) Warna pada Gelang Pengenal dan Tanda Risiko

Warna gelang Identitas Pasien sesuai jenis kelamin pasien, yaitu merah muda untuk perempuan dan biru muda untuk laki laki. Pada kondisi khusus ditambahkan TANDA RISIKO antara lain:

- a) stiker warna merah dengan tulisan jenis alergi baik obat, makanan, atau lainnya pada gelang dengan menggunakan spidol marker
- b) stiker kuning jika pasien berisiko jatuh
- c) stiker warna ungu dengan tulisan DNR (*Do not Resusitation*) pada Gelang Identitas Pasien Jika pasien meminta agar tidak dilakukan Tindakan resusitasi jika mengalami fase terminal (henti nafas dan henti jantung) atas pesersetujuan pasien/keluarga menyatakan tidak bersedia dilakukan resusitasi
- d) Tanda stiker magenta dipasang jika pasien mengalami fraktur
- e) Stiker abu-abu dan atau disertai surat pernyataan jika pasien terpasang implant/face maker

3) Proses Identifikasi

Minimal dua (2) bentuk identifikasi dari 4 identitas pasien harus dilakukan dalam setiap keadaan sebelum intervensi kepada pasien anatra lain:

- a. **Sebelum pemberian obat**
- b. **Sebelum melakukan tindakan intervensi/terapi**
- c. **Sebelum pemberian obat**
- d. **Sebelum pemberian transfuse darah/produk darah**
- e. **Sebelum pengambilan spesimen untuk pemeriksaan klinis**
- f. **Sebelum pemberian makanan/diet tertentu**
- g. **Sebelum pemberian radioterapi/terapi radiasi**
- h. **Sebelum pemasangan jalur atau pemberian cairan IV**
- i. **Sebelum hemodialisis**
- j. **Sebelum tindakan kateterisasi jantung**
- k. **Sebelum pemeriksaan penunjang diagnostik (laboratorium dan radiologi)**
- l. **Sebelum penyerahan hasil penunjang diagnostik (laboratorium dan radiologi)**
- m. **Sebelum melakukan tindakan terhadap pasien koma**
- n. **Sebelum melakukan pemeriksaan pelayanan laboratorium penunjang**
- o. **Sebelum pemberian label pada botol ASI**

Proses identifikasi dilakukan pada seluruh kondisi di atas dan juga termasuk pada kondisi dibawah ini:

- a) Pendaftaran rawat jalan
- b) Pendaftaran rawat inap
- c) Pendaftaran di IGD
- d) Perpindahan pasien antar unit
- e) Merujuk pasien ke rumah sakit lain
- f) Penyerahan organ tubuh
- g) Identifikasi bayi baru lahir
- h) Bayi kembar
- i) Pelayanan administrasi
- j) Terjadi bencana/ KLB**
- k) Konfirmasi kematian dan penyerahan jenazah

4) Alur Proses Identifikasi Pasien

- a)** Setiap pasien baru harus diidentifikasi secara lengkap, benar, jelas dan terperinci sesuai prosedur yang telah ditetapkan dengan pertanyaan terbuka. **Jangan staf RS menyebutkan dan tanggal lahir** dan meminta pasien untuk mengkonfirmasi dengan jawaban **ya/ tidak**
- b) Jika ada perubahan data identitas pasien pada kunjungan berikutnya maka identitas pertama harus diubah dengan identitas yang baru.
- c) Setiap dilakukan pemasangan gelang petugas harus menjelaskan manfaat pemasangan gelang pasien dan konsekuensi bahayanya jika menolak, melepas dan menutupi gelang. Meminta pasien/keluarga melaporkan ke staf RS penggantian gelang jika gelang sudah rusak/ tulisan kabur
- d) Saat edukasi pemasangan gelang, dijelaskan risiko kesalahan identitas/identifikasi yang mungkin terjadi.

- e) Pastikan pasien/keluarga terlibat saat identifikasi dengan meminta pasien dan keluarga untuk turut mem-verifikasi identitasnya.
- a) Meminta pasien untuk aktif bertanya dan mencocokkan pemeriksaan, tindakan medis, atau obat-obatan dan sebagainya sebelum diberikan pelayanan.
- b) Mendorong pasien dan keluarga untuk berperan aktif dalam keseluruhan proses identifikasi dan menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan ketepatan jenis layanan yang mereka terima dan kesesuaiannya dengan kondisi penyakit mereka
- c) melakukan edukasi warna gelang dan makna tanda risiko yang diberikan
 - a) Lokasi pemasangan gelang diupayakan pada tangan yang tidak terpasang infus demi kenyamanan pasien atau pada bagian ekstremitas lain yang tidak ada luka
 - b) Pada pasien dengan fistula arterio-vena (pasien hemodialisis), gelang pengenalan tidak boleh dipasang di sisi lengan yang terdapat fistula.
 - c) Jika tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, pakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi di mana tidak dapat dipasang di pergelangan kaki, gelang pengenalan dapat pasang di depan Map RM. Memberi edukasi perawatan gelang agar terhindar dari cairan kimia
 - d) Pada pasien bencana, jika tidak ada kartu identitas, pasien tidak sadar dan tidak ada keluarga yang mendampingi, maka diberikan identitas X dan Y dan tanggal masuk IGD, selanjutnya dikoordinasikan dengan pihak kepolisian terkait pasien bencana. jika identitas pasien bencana telah diketahui, maka gelang pasien segera diganti.
 - e) Pada pasien yang tidak kompeten dalam berkomunikasi sehingga tidak dapat menyebutkan minimal 2 data identitasnya yaitu nama lengkap dan tanggal lahirnya maka dapat diminta keterangan kepada keluarganya/petugas yang mengantar/PJ pasien atau hanya memperlihatkan KTP/SIM.
 - f) Jika pasien kecelakaan dan tidak sadar, maka diberikan identitas sementara seperti Ny.X atau Tn Y dengan tambahan jam masuk IGD sampai mendapat identitas pasti dari pihak kepolisian
 - g) Pada saat pasien menyebutkan identitasnya, maka cocokkan jawaban pasien/ keluarga/petugas yang mengantar dengan identitas yang tertera pada gelang yang dipakai pasien (nama lengkap, tanggal lahir, no RM), label pendaftaran pasien (poli rawat jalan & farmasi rawat jalan), label identitas pada form pemeriksaan penunjang (bagian penunjang medik & laboratorium), etiket obat dan etiket gizi, registrasi bayi
 - h) Staf RS segera mengganti gelang pasien jika terdapat kesalahan penulisan data, dengan meminta gelang ke admisi rawat inap
 - i) **Jangan melakukan prosedur** apapun jika pasien tidak memakai gelang pengenalan.
 - j) Pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang pengenalan dikarenakan berbagai macam sebab, seperti:
 - o Menolak penggunaan gelang pengenalan
 - o Gelang pengenalan menyebabkan iritasi kulit
 - o Gelang pengenalan terlalu besar/ terlalu kecil
 - o Pasien melepas gelang pengenalan
 - o Kasus-kasus dengan penyulit, misalnya: luka bakar luas, fraktur multiple

Maka gelang pasien dipasang di depan map rekam medis dengan harus tetap diberikan edukasi kepada pasien terkait risiko yang dapat terjadi jika gelang pengenalan tidak dipakai. Alasan pasien harus dicatat pada rekam medis dan ada tanda tangan penolakan pemasangan gelang.

- k. Staf RS harus selalu menggunakan metode identifikasi pasien secara aktif/verbal yaitu dengan menanyakan nama dan tanggal lahir dan dicocokkan dengan rekam medis, setiap melakukan tindakan pelayanan.
- l. Jika pasien adalah **rujukan parsial** dari tempat pelayanan kesehatan lain yang sudah menggunakan gelang identitas dari RS lainnya, maka gelang RS perujuk tetap dikenakan selama mendapat pelayanan penunjang di RS Unhas.
 - a) Jika pasien rawat jalan tidak dapat mengidentifikasi dirinya sendiri, verifikasi data dengan menanyakan keluarga/pengantar pasien.
 - b) Jika terdapat ≥ 1 pasien dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan urutan nomor rekam medis, alamat rumah, agama, dan nama keluarga terdekat dan pastikan saat memanggil pasien menggunakan identifikasi aktif/verbal

Selain hal di atas, ketentuan tambahan antara lain:

Identifikasi Pasien Poli

- a. Untuk pasien rawat jalan, identifikasi harus dilakukan setiap pemberian pelayanan per poli
- b. Prosedur identifikasi aktifverbal harus dilakukan oleh setiap petugas yang melayani pasien poli

Identifikasi Pasien rawat inap/pelayanan bersalin/khusus/intensif/operasi/kamar bersalin

- c. Sebelum pengambilan specimen oleh laboran atau sebelum Tindakan radioterapi, ketepatan identifikasi sesuai prosedur sudah dilakukan saat serah terima pasien.
- d. Pengecekan kelengkapan dokumen dan form RM yang harus dilengkapi dan kesesuaiannya dengan identitas pasien dan kesesuaian tindakan yang akan dilakukan
- k) Jika terdapat pasien dengan nama yang sama, harus diinformasikan pada setiap shift operan kepada perawat yang bertugas
- l) Pasien yang memiliki nama yang sama, tidak diperbolehkan disatukan dalam satu ruangan
 - a. Pemberian label pada botol ASI yang tersimpan di kulkas di nurse station kamar bersalin harus mencantumkan minimal 2 dari 4 identitas bayi (contoh Bayi Ny....) disertai tgl dan jam ASI ada di botol.

Identifikasi pasien yang akan operasi

- a) jika diperlukan untuk melepas gelang pengenalan selama dilakukan operasi, seorang perawat dalam tim bedah di kamar operasi untuk bertanggungjawab melepas dan mengganti dengan gelang pengenalan pasien baru dengan identitas yang sama.
- b) Gelang pengenalan yang dilepas harus ditempelkan di depan rekam medis pasien
- c) Jika data identitas tidak lengkap maka prosedur operasi tidak boleh dilakukan
- d) Identifikasi penyerahan bagian tubuh pasien operasi juga memuat data, yaitu nama lengkap pasien, tanggal lahir dan nomor rekam medis sesuai yang ada dalam gelang pengenalan

Identifikasi saat Prosedur Pengambilan Spesimen Laboratorium/bank darah

- a) Identifikasi saat pengambilan, pengiriman, penerimaan, dan penyerahan komponen darah (transfusi) harus dilakukan dengan metode aktif/verbal
- b) Memastikan data pada form permintaan dan keterangan keluarga pasien sesuai dan juga dicek kembali saat penyerahan kantong darah, jenis darah, golongan darah pada pasien dan yang tertera pada kantong darah, waktu kadaluarsanya, dan identitas pasien pada surat penrmintaan.

Identifikasi saat Prosedur Pemberian diet

- a) Petugas gizi menggunakan metode aktif/verbal (menanyakan langsung nama pasien kepada pasien/ keluarganya) lalu mencocokkan dengan buku diet dan etiket diet pasien pada nampan dengan yang yang sudah tersedia
- c) Staf Gizi RS yang kompeten harus memastikan kebenaran: data etiket makanan serta alergi makanan dan pantangan.
- d) Jikaa pasien karena kondisinya tidak bisa verbal dan tidak ada pendamping pasien, maka petugas gizi harus melakukan metode ke gelang pasien dan konfirmasi dari keluarga.
- e) Jika staf RS tidak yakin/ ragu akan kebenaran identitas pasien, maka berkoordinasi dengan perawat PJ pasien mengenai kepastian identitas pasien.

Identifikasi Saat Pelayanan Farmasi

- a) Prosedur identifikasi pasien harus dilakukan di setiap tahapan proses kefarmasian seperti menyiapkan obat, petugas farmasi harus selalu memperhatikan 7 benar (benar pasien, obat, dosis, rute, cara pemberian, informasi dan dokumentasi) sampai pada saat akan diserahkan kepada pasien
- b) Petugas farmasi melakukan double check independent pada obat yang termasuk HAM (*High Alert Medications*) atau LASA (*Look Alike Sound Alike*) dengan petugas yang lain. Petugas farmasi yang menyiapkan obat harus berbeda dengan petugas farmasi yang menyerahkan obat sehingga verifikasi telaah obat dilakukan dengan benar.
- c) Saat akan penyerahan obat petugas melakukan metode aktif/verbal harus mencocokkan dan menanyakan identitas yang ada di resep obat, dan kemasan obat

Identifikasi pada Bayi Baru Lahir atau Neonatus

- a) Petugas segera menyiapkan gelang yang berisi stiker identitas nama ibu pada gelang bayi (Bayi Ny... dan tgl lahir bayi dan no RM bayi) segera setelah bayi lahir, gelang identitas bayi warna merah muda untuk jika bayi lahir perempuan dan gelang warna biru untuk bayi laki laki dan dipasang di pergelangan tangan/kaki kanan jika dalam keadaan tidak ada kelainan pada tangan kanan.
- b) Untuk bayi kembar, bayi yang lahir pertama dianggap sebagai bayi pertama (ditulis angka Romawi I), dan bayi berikutnya sebagai bayi kedua dan seterusnya (ditulis angka Romawi II dan seterusnya) dengan menggunakan satu gelang masing-masing yaitu gelang nama ibu sama pada bayi kembar
- c) Pada kondisi di mana jenis kelamin bayi sulit ditentukan, maka bayi dianggap berjenis kelamin yang lebih dominan terlihat
- d) Jika gelang terlalu besar maka gelang pengenal berisi identitas bayi harus disesuaikan dengan ukuran tangan/kaki pasien dan identitas ibu bayi juga tercantum di inkubator

- e) Selain gelang identitas, petugas RS harus mengambil cap kaki kiri dan kanan bayi dan jempol tangan kanan ibu bayi dan dibubuhkan di dalam lembar rekam medis

Identifikasi pasien Tidak Diketahui (kecelakaan)

- a) Pasien akan dilabel sebagai Tn.NN , Ny. NN, Nn. NN sesuai dengan jenis kelamin
- b) Tanggal yang tercantum pada gelang adalah tanggal saat masuk ke IGD RS
- c) No RM sesuai dengan ketentuan.
- d) Saat pasien sudah dapat diidentifikasi, berikan gelang pengenalan baru dengan identitas yang benar.

Identifikasi pasien Bencana

- a) Pasien yang tidak memiliki identitas maka akan dilabel sebagai Tn.NN , Ny. NN, Nn. NN sesuai dengan jenis kelamin
- b) Tanggal yang tercantum pada gelang adalah tanggal saat masuk ke IGD RS
- c) No RM sesuai dengan ketentuan.
- d) Saat pasien sudah dapat diidentifikasi, berikan gelang pengenalan baru dengan identitas yang benar.
- e) Pengisian rekam medis pada pasien bencana saat covid, dilakukan setelah petugas RS selesai jadwal jaga dan melepas APD.

Identifikasi Pasien yang Meninggal

- a. Gelang identitas pasien tetap terpasang
- b. Pasang Identitas Jenazah RS Unhas di kaki pasien berisikan Nama, Tanggal Lahir, Nomor Rekam Medis, Alamat, Asal Ruangan, Tanggal dan jam meninggal dengan cara menempelkan di jempol kaki jenazah.
- c. Cocokkan data pada Identitas Jenazah dengan Gelang Identitas Pasien, data rekam medik dan surat kematian yang sudah ditandatangani oleh dokter, kemudian tempelkan identitas jenazah tersebut pada jempol kaki jenazah.

Identifikasi Saat Serah Terima Jenazah

- d. Pada saat keluarga pasien yang meninggal akan mengambil jenazah untuk dibawa pulang, dilakukan Identifikasi verifikasi oleh petugas Pemulasaran Jenazah dengan menanyakan nama Jenazah, tanggal lahir atau alamat. Dicocokkan dengan Identitas Jenazah dan Gelang Identitas
- e. Petugas mencatat identitas keluarga yang mengambil jenazah sesuai Identitas yang tertera pada e-KTP/ KK/ SIM/ Paspor pada buku serah terima jenazah
- f. Pelepasan Gelang Identitas pada Jenazah dilakukan oleh petugas pemulasaran jenazah, disaksikan dan diverifikasi oleh keluarga, saat jenazah akan dimasukkan ke dalam ambulan Jenazah untuk dilakukan transportasi ke rumah duka

Identifikasi Serah Terima Potongan Tubuh/ Jaringan Pasien

- a. Potongan tubuh pasien/ jaringan dimasukkan dalam wadah yang diberi label identitas pasien ditunjukkan kepada keluarga dengan terlebih dahulu melakukan identifikasi terhadap keluarga yang akan melakukan serah terima.
- b. Petugas kamar bedah memberi edukasi apakah potongan tubuh/ Jaringan hasil operasi akan dibawa pulang atau tidak, jika akan dibawa pulang maka petugas menjelaskan bahwa jaringan tersebut

harus dikubur, tetapi jika keluarga tidak membawa pulang dan meminta petugas kamar bedah untuk mengelola maka dijelaskan bahwa potongan tubuh tersebut akan dilakukan pemusnahan dengan menggunakan incinerator,

- c. Jika keluarga setuju maka keluarga harus menandatangani surat pernyataan setuju dilakukan pemusnahan. Pemusnahan jaringan/potongan tubuh hasil operasi dilakukan pemusnahan dengan menggunakan insenerator sesuai prosedur.
- d. Jika potongan jaringan tersebut akan dijadikan sebagai bahan penelitian atau pendidikan, maka keluarga pasien diedukasi dan diminta persetujuannya (informed consent)

D. Pelaporan Insiden/Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien

- a. Setiap petugas yang menemukan adanya kesalahan dalam identifikasi pasien harus segera melapor kepada PJ shift/kepala instalasi yang berwenang di ruang perawatan tersebut, kemudian membuat laporan insiden via website
- b. Petugas RS berdiskusi dengan Kepala ruangan/Kepala Instalasi dan Divisi Mutu dan Keselamatan Pasien mengenai insiden dan menghubungi humas RS terkait pemberitahuan insiden ke keluarga pasien.
- c. Contoh
 1. kesalahan identifikasi yang dapat terjadi adalah:
 - a. Kesalahan penulisan alamat di rekam medis
 - b. Kesalahan informasi/ data di gelang pengenalan
 - c. Tidak adanya gelang pengenalan di pasien
 - d. Misidentifikasi data/ pencatatan di rekam medis
 - e. Misidentifikasi pemeriksaan radiologi (*rontgen*)
 - f. Misidentifikasi laporan investigasi
 - g. Misidentifikasi perjanjian (*appointment*)
 - h. Registrasi ganda saat masuk rumah sakit
 - i. Salah memberikan obat ke pasien
 - j. Pasien menjalani prosedur yang salah
 - k. Salah pelabelan identitas pada sampel darah
 2. Kesalahan pada administrasi/ tata usaha
 - a. Salah memberikan label
 - b. Kesalahan mengisi formulir
 - c. Kesalahan memasukkan nomor/ angka pada rekam medis
 - d. Penulisan alamat yang salah
 - e. Pencatatan yang tidak benar/ tidak lengkap/ tidak terbaca
 3. Kegagalan verifikasi
 - a. Tidak adekuatnya/ tidak adanya protokol verifikasi
 - b. Tidak mematuhi protokol verifikasi
 4. Kesulitan komunikasi
 - a. Hambatan akibat penyakit pasien, kondisi kejiwaan pasien, atau keterbatasan bahasa
 - b. Kegagalan untuk pembacaan kembali
 - c. Kurangnya kultur / budaya organisasi
 5. Pastikan dilakukan pelaporan paling lambat 2x24 jam sejak terjadi insiden.

SASARAN 2 MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF ANTAR PPA (PERINTAH LISAN/VIA ELEKTRONIK DAN PELAPORAN NILAI KRITIS/HAND OVER)

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal/ lisan/ telpon dan atau

komunikasi melalui telpon antar profesional pemberi asuhan (PPA) dan pelaporan nilai kritis dan *hand over/* operan PPA.

a. Maksud dan Tujuan:

Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (*ambiguous*), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.

Komunikasi dapat berbentuk verbal/lisan, elektronik, atau tertulis. Komunikasi yang jelek dapat membahayakan pasien. Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan adalah saat perintah lisan atau perintah melalui telepon, komunikasi verbal, saat menyampaikan hasil pemeriksaan kritis yang harus disampaikan lewat telpon. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan aksen dan dialek. Pengucapan juga dapat menyulitkan penerima perintah untuk memahami perintah yang diberikan. Misalnya, nama-nama obat yang rupa dan ucapannya mirip (*look alike, sound alike*), seperti *phenobarbital* dan *phentobarbital*, serta lainnya.

Pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis juga merupakan salah satu isu keselamatan pasien. Pemeriksaan diagnostik kritis termasuk, tetapi tidak terbatas pada

- 1) Pemeriksaan laboratorium;
- 2) Pemeriksaan radiologi;
- 3) Pemeriksaan kedokteran nuklir;
- 4) Prosedur ultrasonografi;
- 5) *Magnetic resonance imaging*;
- 6) Diagnostik jantung;
- 7) Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan di tempat tidur pasien, seperti hasil tanda-tanda vital, *portable radiographs, bedside ultrasound*, atau *transesophageal echocardiograms*.

Hasil yang diperoleh dan berada di luar rentang angka normal secara mencolok akan menunjukkan keadaan yang berisiko tinggi atau mengancam jiwa. Sistem pelaporan formal yang dapat menunjukkan dengan jelas bagaimana nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dikomunikasikan kepada staf medis dan informasi tersebut terdokumentasi untuk mengurangi risiko bagi pasien. Tiap-tiap unit menetapkan nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostiknya.

Untuk melakukan komunikasi secara verbal atau melalui telpon dengan aman dilakukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Pemesanaan obat atau permintaan obat secara verbal sebaiknya dihindari;
- 2) Dalam keadaan darurat karena komunikasi secara tertulis atau komunikasi elektronik tidak mungkin dilakukan maka harus ditetapkan panduannya meliputi permintaan pemeriksaan, penerimaan hasil pemeriksaan dalam keadaan darurat, identifikasi dan penetapan nilai kritis, hasil pemeriksaan diagnostik, serta kepada siapa dan oleh siapa hasil pemeriksaan kritis dilaporkan;
- 3) Prosedur menerima perintah lisan atau lewat telpon meliputi penulisan secara lengkap permintaan atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi, penerima membaca kembali permintaan atau hasil pemeriksaan, dan pengirim memberi konfirmasi atas apa yang telah ditulis secara akurat.

Penggunaan singkatan-singkatan yang tidak ditetapkan oleh rumah sakit sering kali menimbulkan kesalahan komunikasi dan dapat berakibat fatal. Oleh karena itu, rumah sakit harus memiliki daftar singkatan yang diperkenankan dan dilarang.

Serah terima asuhan pasien (*hand over*) di dalam rumah sakit terjadi:

- 1) Antar-PPA seperti antara staf medis dan staf medis, antara staf medis dan staf keperawatan atau dengan staf klinis lainnya, atau antara PPA dan PPA lainnya pada saat pertukaran shift;
- 2) Antar berbagai tingkat layanan di dalam rumah sakit yang sama seperti jika pasien dipindah dari unit intensif ke unit perawatan atau dari unit darurat ke kamar operasi; dan
- 3) Dari unit rawat inap ke unit layanan diagnostik atau unit tindakan seperti radiologi atau unit terapi fisik.

Gangguan komunikasi dapat terjadi saat dilakukan serah terima asuhan pasien yang dapat berakibat kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*) atau kejadian sentinel. Komunikasi yang baik dan terstandar baik dengan pasien, keluarga pasien, dan pemberi layanan dapat memperbaiki secara signifikan proses asuhan pasien.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/ atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk: menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi; penerima membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat. Untuk obat-obat yang termasuk obat NORUM/ LASA dilakukan eja ulang. Kebijakan dan/ atau prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan kembali (*read back*) tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat/ emergensi di IGD atau ICU.

b. Kegiatan yang dilaksanakan:

- 1) Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- 2) Perintah lisan dan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali (*read back*) oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- 3) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut dengan memberikan tanda tangan
- 4) Adanya prosedur yang mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon

c. Ruang Lingkup:

- 1) Komunikasi efektif
Komunikasi antar PPA terkait pelayanan kesehatan yang akan diberikan kepada pasien juga dibahas dalam Pedoman Komunikasi Efektif di RS (pelatihan komunikasi efektif termasuk pelaporan lisan/via telp dan pelaporan nilai kritis/shift operan)
- 2) Metode TBaK

Metode komunikasi pada saat menerima perintah yang digunakan agar komunikasi antara petugas kesehatan berjalan dengan baik dengan menggunakan metode **Tulis** pesan diterima, **Baca Kembali** untuk memastikan pesan yang diterima sesuai dengan yang dimaksudkan oleh pengirim pesan, bahkan kalau perlu dieja perintah yang spesifik sesuai regulasi eja yang ditetapkan oleh dirut seperti nama obat, dan **Konfirmasi kembali** isi pesan dengan pengirim pesan, apakah sudah sesuai kebenaran pesan yang ingin disampaikan dengan mengulang kembali (*repeat back*) dan mendokumentasikan dalam rekam medis dengan memberikan tandatangan pemberi perintah.

3) Metode SBAR (*situation, Background, Assessment, Recommendation/ Request*)

d. Metode komunikasi SBAR yang digunakan pada saat pada **saat melaporkan kondisi pasien yang sementara kritis** dari petugas laboratorium/radiologi/farmasi ke DPJP/perawat PPJA yang melaporkan **situasi pasien** (besaran nilai kritis dan hasil diagnostic kritis), **latar belakang penyakitnya, pengkajian/ tindakan apa yang telah dilakukan** dan **minta saran atau meminta** petugas berikutnya untuk melakukan tindakan yang tepat dengan batas maksimal 30 menit pasien sudah harus diberi intervensi. Jika pelaporan belum berhasil di 10 menit terakhir dari 30 menit, maka PPJA menghubungi Direktur Pelayanan Medik untuk menunjuk dokter yang dapat memberikan pertolongan darurat kepada pasien.

e. Serah terima shift antar petugas

Metode SBAR juga dilakukan pada saat serah terima atau **shift operan** antara petugas shift sebelum dan petugas yang akan menggantikan, petugas, yang akan menyerahkan dan yang akan menerima tugas melakukan handover verbal di nurse station (*verbal handover*) dan juga melakukan *bedside handover* yang harus melibatkan pasien dengan cara petugas shift sebelum dan berikutnya bersama-sama mengunjungi pasien untuk menjelaskan adanya pertukaran tanggung jawab dan memperkenalkan petugas yang akan bertugas selanjutnya. Hal ini dilakukan untuk memberikan kenyamanan dan rasa aman pasien/ keluarganya agar mengetahui dan memudahkan menghubungi petugas rumah sakit yang sementara bertugas. Evaluasi *hand over* harus dilakukan oleh PJ shift dan Kepala ruang dengan menandatangani buku shift operan, dan disupervisi oleh divisi Mutu dan KP.

4) Sasaran

Adalah komunikasi yang dilakukan antar PPA (dokter, perawat, bidan, analis kesehatan, radiografer, petugas rehabilitasi medik, ahli gizi, fisioterapis) dan staf pendukung pelayanan kesehatan lainnya

5) Tempat

Semua tempat pelayanan pasien di rumah sakit, baik di Unit Rawat inap, Rawat Jalan, Kamar Bedah, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Gizi, Keamanan dan sebagainya

6) Pelaksana

Semua tenaga kesehatan (Dokter, perawat, bidan, analis kesehatan, radiographer, petugas rehabilitasi medik, ahli gizi dll) staf administrasi dan staf pendukung pelayanan kesehatan lainnya

7) Waktu

Ada berbagai titik dalam proses perawatan pasien, dimana terjadi komunikasi antar petugas seperti:

a) Perpindahan pasien pada tingkat perawatan

6. Pasien masuk RS dari bagian gawat darurat atau poliklinik, rujukan dokter
7. Perpindahan pasien dari ruang intensif atau pelayanan khusus (kemoterapi/hemodialysis) ke bangsal atau sebaliknya
8. Perpindahan rawat sementara
9. Pengiriman pasien dari bangsal ke ruang operasi, ruang radiologi, fisioterapi dan lainnya
10. Penyerahan pasien dari kamar operasi ke bangsal/ ruangan
11. Pasien pulang
12. Pasien dirujuk ke RS lain
13. Atas indikasi medis karena pasien harus mendapatkan fasilitas yang lebih tinggi sesuai kebutuhan medisnya
14. Pasien pulang

b) Perubahan petugas yang merawat (*Hand Over*)

15. Pergantian tugas perawat/ bidan
16. Pergantian tugas dokter jaga
 - c) Penyampaian informasi hasil pemeriksaan penunjang yang memerlukan tindakan segera/ mengancam nyawa.
 - d) Komunikasi antara perawat/ bidan dan dokter atau antar dokter dalam proses konsultasi medis
- 8) Kewajiban dan tanggung jawab
 - a) Seluruh staf rumah sakit
17. Memahami dan menerapkan prosedur peningkatan komunikasi efektif pasien
18. Memastikan komunikasi efektif pasien yang benar ketika pelaporan.
 - b) Perawat IGD atau ruang antara (Ruang Penerimaan pasien)
19. Bertanggungjawab dalam pelaporan kepada DPJP dan memastikan bahwa telah dilakukan *Read Back*.
20. Melakukan pelaporan dengan sistem SBAR kepada perawat ruangan yang akan diserahterimakan saat pasien alih ruang
 - c) Bidan penerima Bayi Baru Lahir di Kamar Bersalin/ Kamar Bedah Bertanggung jawab melaporkan kondisi pasien kepada DPJP spesialis anak yang dikehendaki keluarga
 - d) Kepala Ruang/ PJ shift
21. Memastikan seluruh staf di ruangan memahami prosedur komunikasi efektif dan menerapkannya
22. Melakukan pengecekan ulang terhadap pendokumentasian di rekam medis, dimana perintah DPJP tercatat.
 - e) Kepala instalasi
23. Memantau dan memastikan proses komunikasi efektif dikelola dengan baik oleh Kepala Ruang Perawatan dengan menghadiri morning breafing dan rapat mingguan internal dengan Direktur pelayanan medik dan keperawatan dan Kepala bidang.
24. Menjaga standarisasi dalam sistem pelaporan kondisi pasien kepada DPJP dan komunikasi yang baik dengan case manager
 - f) Direksi
Direktur utama menetapkan pedoman Keselamatan Pasien yang disosialisasikan ke seluruh pimpinan RS dan unit kerja.

SASARAN 3 MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBATAN YANG HARUS DIWASPADAI

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.

a. Maksud dan Tujuan

Bila obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar penting/ krusial untuk memastikan keselamatan pasien. Setiap obat jika salah penggunaannya dapat membahayakan pasien, bahkan bahayanya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien, terutama obat-obat yang perlu diwaspadai. Obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila kita salah menggunakan dan dapat menimbulkan kerugian besar pada pasien.

Pengelompokan obat yang perlu diwaspadai terdiri atas:

- 1) Obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan (*error*) dapat menimbulkan kematian atau kecacatan seperti insulin, heparin, atau kemoterapeutik;
- 2) Obat yang nama, kemasan, label, penggunaan klinis tampak/ kelihatan sama (*look alike*), bunyi ucapan sama (*sound alike*) seperti *Xanax* dan *Zantac* atau *hydralazine* dan *hydroxyzine* atau disebut juga nama obat rupa ucapan mirip (NORUM);
- 3) Elektrolit konsentrat: *potassium* fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml dan natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 50% atau lebih
- 4) Elektrolit dengan konsentrasi tertentu: *potassium* klorida dengan konsentrasi 1 mEq/ml atau lebih dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40%, atau lebih.

Ada banyak obat yang termasuk dalam kelompok NORUM. Nama-nama yang membingungkan ini umumnya menjadi sebab terjadi *medication error* di seluruh dunia.

Penyebab hal ini adalah

- 1) Pengetahuan tentang nama obat yang tidak memadai;
- 2) Ada produk baru;
- 3) Kemasan dan label sama;
- 4) Indikasi klinis sama;
- 5) Bentuk, dosis, dan aturan pakai sama;
- 6) Terjadi salah pengertian waktu memberikan perintah.

Daftar obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) tersedia di berbagai organisasi kesehatan seperti the *World Health Organization* (WHO) dan *Institute for Safe Health Medication Practices* (ISMP), di berbagai perpustakaan, serta pengalaman rumah sakit dalam hal KTD atau kejadian sentinel.

Kesalahan dapat terjadi jika petugas tidak memperoleh orientasi cukup baik di unit perawatan pasien dan apabila perawat tidak memperoleh orientasi cukup atau saat keadaan darurat. Cara paling efektif untuk mengurangi atau menghilangkan kejadian ini adalah dengan menetapkan proses untuk mengelola obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) dan memindahkan elektrolit konsentrat dari area layanan perawatan pasien ke unit farmasi.

Rumah sakit membuat daftar semua obat *high alert* dengan menggunakan informasi atau data yang terkait penggunaan obat di dalam rumah sakit, data tentang “kejadian yang tidak diharapkan” (*adverse event*) atau “kejadian nyaris cedera” (*near miss*) termasuk risiko terjadi salah pengertian tentang Nama Obat Rupa Ucapan Mirip (NORUM). Informasi dari kepustakaan seperti dari *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP), Kementerian Kesehatan, dan lainnya. Obat-obat ini dikelola sedemikian rupa untuk menghindari kekuranghatian dalam menyimpan, menata, dan menggunakannya termasuk administrasinya, contoh dengan memberi label atau petunjuk tentang cara menggunakan obat dengan benar pada obat-obat *high alert*.

Untuk meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai, rumah sakit perlu menetapkan risiko spesifik dari setiap obat dengan tetap memperhatikan aspek peresepan, menyimpan, menyiapkan, mencatat, menggunakan, serta monitoringnya. Obat *high alert* harus disimpan di instalasi farmasi. Bila rumah sakit ingin menyimpan di luar lokasi tersebut, disarankan disimpan di satelit farmasi yang berada di bawah tanggung jawab apoteker.

b. Kegiatan yang dilaksanakan:

- 1) Regulasi seperti pedoman keselamatan pasien dan prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai
- 2) Supervisi dari kepatuhan implementasi regulasi
- 3) Elektrolit konsentrat tidak diperbolehkan berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan emergency seperti ruang IGD, OK dan ICU. Hal ini dilakukan untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut. Penyimpanan elektrolit konsentrat hanya ada di instalasi farmasi, depo farmasi dan Gudang Obat.
- 4) Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).

c. Ruang Lingkup:

- 1) Instalasi Farmasi
 - a) Staf farmasi harus mengetahui pasti cara penyimpanan dan pengelolaan obat *High Alert* serta obat LASA dengan pendokumentasian yang lengkap (*stock opname*)
 - b) Staf farmasi melakukan pelabelan pada obat *High Alert* dan pada tempat penyimpanan obat LASA baik di lemari obat maupun di *trolley emergency*
- 2) Ruang Perawatan, Poliklinik dan IGD
 - a) Apoteker dan Perawat harus melakukan proses *double check* pada saat pemberian obat High Alert yang sesuai dengan prosedur
 - b) Apoteker Perawat harus meningkatkan kewaspadaan pada pemberian obat LASA serta harus memastikan bahwa obat yang diberikan sesuai dengan permintaan dokter penulis resep dan apoteker sudah memberikan edukasi kepada perawat dan pasien/keluarga sebelum obat diberikan

d. Tata laksana Penyimpanan

- a. Supervisi terhadap penyimpanan dilakukan oleh Apoteker secara berkala. Hal-hal yang disupervisi sebagai berikut:
 1. Suhu ruangan dan Lemari pendingin.
 2. Kebersihan ruangan dan alat racikan
 3. Label obat
 4. Label sitostatika
 5. Label High Alert
 6. Label LASA
 7. Label bahan beracun dan berbahaya (B3)
 8. Lemari narkotika dan psikotropika terkunci
 9. Pencatatan pemakaian obat narkotik/psikotropik
 10. Pengaturan FIFO/FEFO dan alfabetis
 11. Kesesuaian jumlah stok
 12. ED \leq 1 bulan
 13. Kelengkapan kit/trolley emergensi
 14. Pencatatan pemakaian obat dan BMHP kit/trolley emergency
 15. Penggantian kembali obat dan BMHP kit/trolley emergency
 16. Kunci trolley emergensi
- b. Penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai di instalasi farmasi Rumah Sakit Unhas:
 1. Penyimpanan menggunakan sistem First Expired First Out (FEFO), First In First Out (FIFO) dan penyimpanan berdasarkan alfabetis.
 2. Obat kedaluwarsa yang menunggu waktu pemusnahan disimpan di tempat khusus atau lemari khusus di Tempat Pembuangan Sampah (TPS).
 3. Tempat penyimpanan obat tidak digunakan untuk penyimpanan barang lainnya yang menyebabkan kontaminasi.

Ruang penyimpanan obat harus diprioritaskan untuk mendapat pasokan listrik cadangan/genset apabila terjadi pemadaman listrik. Jika terjadi pemadaman listrik, dilakukan tindakan pengamanan terhadap obat dengan memindahkan obat tersebut ke tempat yang memenuhi persyaratan.

- 1) Aspek yang perlu diperhatikan dalam hal kestabilan obat:
 - a. Penyimpanan dilakukan berdasarkan kestabilan, bentuk sediaan, jenis sediaan farmasi alat kesehatan dan bahan medis habis pakai.
 - b. Tersedia sistem pendingin yang menjaga suhu ruangan di bawah 25°C.
 - c. Tersedia lemari pendingin untuk penyimpanan obat-obat termolabil.
 - d. Tersedia alat pemantau suhu ruangan dan lemari pendingin terkalibrasi.
 - e. Pemantauan suhu ruangan dan lemari pendingin dilakukan dua kali sehari serta dilakukan pencatatan dalam bentuk grafik suhu ruangan dan lemari pendingin.
 - f. Suhu penyimpanan obat harus dipantau setiap hari termasuk hari libur.
 - g. Bila ditemukan suhu di luar rentang normal, maka petugas mengidentifikasi dan menindaklanjuti kemungkinan penyebab suhu penyimpanan di luar rentang normal, contoh: pintu ruangan/lemari pendingin yang tidak tertutup rapat/terbuka, penempatan sensor termometer yang tidak tepat, karet pintu lemari pendingin yang sudah rusak. Jika masalah tidak dapat diatasi, maka petugas farmasi melaporkan kepada bagian teknik atau unit kerja terkait untuk ditindaklanjuti.

- 2) Aspek yang diperhatikan dalam menjaga keamanan dan kebersihan obat:
 - a. Kerapihan dan kebersihan ruang penyimpanan selalu dijaga.
 - b. Area penyimpanan obat di gudang dan satelit farmasi tidak boleh dimasuki selain oleh petugas farmasi yang diberi kewenangan.
 - c. Area penyimpanan obat di ruang perawatan tidak boleh dimasuki selain oleh petugas yang diberi kewenangan oleh kepala ruangan.
 - d. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dilindungi dari kehilangan atau pencurian di semua area rumah sakit. Tempat penyimpanan dilengkapi dengan CCTV, semua obat dan bahan medis habis pakai dilengkapi dengan kartu stok.
 - e. Secara berkala dilakukan stok opname untuk semua sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang terdapat diinstalasi farmasi.
 - f. Setiap transaksi sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dilakukan dengan menggunakan sistem teknologi informasi.
- 3) Aspek yang diperhatikan dalam penempatan tata letak penyimpanan obat:
 - a. Tersedia rak/lemari dalam jumlah cukup untuk memuat sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai.
 - b. Jarak antara barang yang diletakkan di posisi tertinggi dengan langit-langit minimal 50 cm
 - c. Langit-langit tidak berpori dan tidak bocor
 - d. Tersedia pallet yang cukup untuk melindungi sediaan farmasi dari kelembaban lantai
 - e. Tersedia alat pengangkut sesuai kebutuhan (forklift, troli)
 - f. Ruangan harus bebas dari serangga dan binatang pengganggu
 - g. Dinding terbuat dari bahan yang kedap air, tidak berpori dan tahan benturan
 - h. Lantai terbuat dari bahan yang tidak berongga vinyl/floor hardener (tahan zat kimia)
 - i. Luas ruangan memungkinkan aktivitas pengangkutan dilakukan secara leluasa
 - j. Lokasi penyimpanan bebas banjir
 - k. Obat dan bahan kimia yang digunakan diberi label yang secara jelas terbaca memuat nama, tanggal pertama kemasan dibuka, tanggal kadaluwarsa dan peringatan khusus.
- 4) Berikut jenis sediaan farmasi yang memerlukan perhatian khusus dalam pengelolaan dan penyimpanan:
 - 1) Obat yang perlu diwaspadai (*High Alert*). Obat High Alert adalah obat yang harus diwaspadai karena berdampak serius pada keselamatan pasien jika terjadi kesalahan dalam penggunaannya. Pengelolaan obat High Alert diatur khusus mengingat sifat dari obat-obat tersebut.
Berikut pengelolaan obat-obat *High Alert* dari penerimaan di gudang hingga monitoring penggunaannya:
 - A. Penerimaan Obat *High Alert*
Petugas gudang menerima obat-obat *High Alert* diterima sesuai dengan prosedur operasional standar penerimaan.
 - B. Penandaan Obat *High Alert*
Semua obat yang termasuk *High Alert* diberi label khusus *High Alert*. Berikut ini adalah penanda *High Alert*.

1. Untuk obat sitostatika penandaan dapat diberikan tanda/label sesuai standar dan tidak perlu diberikan lagi tanda/label *High Alert*.
2. Pada setiap tempat penyimpanan obat LASA diberi stiker LASA tulisan warna putih dengan dasar warna hijau. Daftar Obat LASA terlampir.
3. Penanda *High Alert* ditempelkan pada kemasan satuan terkecil.
4. Penandaan label High Alert dilakukan oleh petugas gudang.
5. Untuk obat *High Alert* yang diserahkan kepada pasien rawat jalan, maka tidak perlu di tempelkan stiker disetiap satuan terkecil.



Penanda *High Alert* Rumah Sakit UNHAS



Penanda sitostatika Rumah Sakit UNHAS



Penanda LASA Rumah Sakit UNHAS

C. Penyimpanan Obat *High Alert*

1. Obat *High Alert* hanya disimpan di instalasi farmasi kecuali pada tempat yang ditetapkan (*restricted area*) yaitu di trolley dan kit emergency. **Untuk elektrolit konsentrat dan konsentrasi tertentu dilarang disimpan selain di instalasi farmasi.**
2. Menyimpan obat *High Alert* pada lemari khusus. Sesuai dengan persyaratan kondisi penyimpanan yang dicantumkan dalam brosur obat.
3. Obat *High Alert* yang tergolong LASA tidak diletakkan pada tempat yang berdekatan.

D. Peresepan dan penyiapan obat *High Alert*

1. Instruksi pemberian obat *High Alert* secara tertulis atau e-resep. Resep atau e-resep harus memenuhi elemen peresepan.
2. Apoteker melakukan pengkajian resep, memverifikasi dan menelaah resep obat *high alert*. Verifikasi 7 benar meliputi benar pasien, benar obat, benar dosis, benar rute, benar waktu pemberian, benar informasi dan benar dokumentasi.

3. Petugas farmasi yang melakukan penyiapan obat *High Alert* haruslah orang yang berbeda dengan petugas yang melabeli atau membuat etiket obat *High Alert*.
4. Sebelum memberikan obat ke perawat apoteker/asisten apoteker melakukan verifikasi kembali 7 benar yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar route, benar waktu pemberian, benar informasi dan benar dokumentasi.
5. Petugas farmasi wajib menuliskan nama dan paraf disetiap langkah penyiapan obat *High Alert*.
6. **Pengenceran obat *High Alert* yang termasuk elektrolit konsentrat dilakukan oleh petugas farmasi.**
7. **Pencampuran obat sitostatika hanya dilakukan oleh petugas farmasi yang terlatih dan diberi wewenang.**
8. **Pencampuran obat harus dilaksanakan oleh apoteker yang terlatih dan diberi wewenang**

E. Pemberian

1. Sebelum perawat memberikan obat *high alert* kepada pasien maka perawat lain harus melakukan pemeriksaan kembali yang terdiri dari: Identifikasi pasien dan Kesesuaian antara obat dengan instruksi dokter dan dengan resep.
2. Sebelum pemberian obat *High Alert* perawat harus melakukan **double cek** dengan perawat lainnya dan terdokumentasikan dalam rekam medik (Kontrol pemberian obat)

F. Pengawasan (Monitoring)

1. Untuk mengontrol semua obat yang termasuk dalam *High Alert*, maka diperlukan pengendalian dengan cara mengontrol kesesuaian stok fisik obat dengan jumlah yang tertera dalam kartu stok manual dan jumlah stok di komputer. Kartu stok yang harus selalu diisi oleh staf farmasi setiap mengambil dan menambahkan jumlah stok. Selain itu, dilakukan stok opname untuk obat *High Alert* sesuai dengan kebijakan stok opname.
2. Di lakukan pengawasan mengenai efek terapi obat setelah pemberian obat *high alert*.

No	Kategori	Nama Generik	Bentuk Sediaan	Nama Dagang	Kekuatan	
1	Adrenergik agonis (Vasokonstriktor)	Ephinephrin	Injeksi	Ephinephrin	1 mg/ml	
2		Norephinephrin	Injeksi	Norepinephrine inj	1 mg/ml	
3		Ephedrine	Injeksi	Ephedrine	50 mg/ml	
4	Adrenergik antagonis (Vasodilator)	Propranolol	Injeksi			
5	Obat Anestesi	Bupivacain HCl	Injeksi	Bunascan Epidural	0,5% 20 ml	
6				Bunascan spinal	0,5% 4 ml	
7		Ketamin	Injeksi	Ketamin Hameln	50 mg/ml	
8		Propofol	Injeksi	Propofol	10 mg/ml	
9		Sevoflurane	Inhalasi	Sevoflurane	250 ml	
10		Isoflurane	Inhalasi	Isoflurane	250 ml	
11	Anti aritmia	Lidocain	Injeksi	Lidocain	20% 20 mg/ml	
12		Amiodaron	Injeksi	Amiodarone	150 mg/3ml	
13				Tiaryt inj	150 mg/3ml	
14		Midazolam	Injeksi	Miloz	5 mg/ml	
15	Antikoagulan	Warfarin	Tablet	Simarc	2 mg	
16		Heparin	Injeksi	Heparin	5000 IU/ml	
17				Inviclot	25000 IU/5 ml	
18	Low molecular weight heparin	Enoksaparin	Injeksi	Lovenox	40 mg/0,4 ml	
19				Antiten	60 mg/0,6 ml	
20	Penghambat Faktor Xa	Fondaparinux	Injeksi	Arixtra	2,5 mg/0,5 ml	
21		Rivaroxaban	Tablet	Xarelto	10-20 mg	
22	Dextrosa hypertonic 40%	Dextrose	Injeksi	D40%	40% 25 ml	
23	Larutan dyalisa					
24	Agen inotropik	Digoxin	Injeksi	Fargoxin	0,25 mg/ml	
25		Dobutamin	Injeksi	Dobutamin	250 mg/5ml	
26		Dopamin	Injeksi	Dopamin Giulini	200 mg	
27	Insulin	Insulin Aspart	Injeksi subkutan	Novorapid flexpen	300 IU/3 ml	
28		Insulin Glulisine	Injeksi subkutan	Apidra flexpen	300 IU/3 ml	
29		Insulin Detemir	Injeksi subkutan	Levemir flexpen	300 IU/3 ml	
30		Insulin	Insulin Glurgine	Injeksi subkutan	Lantus flexpen	300 IU/3 ml
31					Ezelin Pre-filled	300 IU/3 ml
32		Insulin Aspart	Injeksi subkutan	Novomix flexpen	300 IU/3 ml	

No	Kategori	Nama Generik	Bentuk Sediaan	Nama Dagang	Kekuatan
33		Insulin Degludec/Insulin Aspart	Injeksi subkutan	Ryzodeg penfil	300 IU/3 ml
34	Agen Sedasi Moderate	Midazolam	Injeksi	Miloz	5 mg/ml
35				Miloz	15 mg/ml
36	Opioid intravena	Morfin HCl	Injeksi	Morfin HCl	10 mg/ml
37		Pethidin HCl	Injeksi	Pethidin HCl	50 mg/ml
38		Fentanil	Injeksi	Fentanyl 0,05 mg/10ml	0,5 mg/ml
39				Fentanyl 0,05 mg/2ml	0,025 mg/ml
40	Opioid oral	Morfin sustained	Tablet	MST	10 mg
41				MST	15 mg
42	Opioid transdermal	Fentanil	Patch transdermal	Durogesic Patch	12 mcg
43				Durogesic Patch	25 mcg
44	Penghambat neuromuskular	Atrakurium besilat	Injeksi	Atracurium Hameln	25 mg/2,5 ml
45				Atracurium Hameln	50 mg/5 ml
46	Penyiapan Nutrisi Parenteral				
47	Sulfonilurea hipoglikem	Glimepiride	Tablet	Glimepiride	1 mg - 4 mg
48		Gliclazide	Tablet	Diamicron MR 60 mg	60 mg
49				Fonylin MR	60 mg
50		Glibenklamide	Tablet	Glibenklamide	5 mg
51	Stimulasi Kontraksi/Penginduksi	Oxytocin	Injeksi	Oxytocin	10 IU/ml
52	Hyperkalemia/hipokalemia	Ca Gluconat	Injeksi	Ca Gluconat	100 mg/ml
53	Elektrolit pekat	Kalium klorida	Injeksi	Otsu KCL 7,46	7,46% 25 ml
54		Natrium Klorida	Injeksi	Otsu Saline 3	3% 500 ml
55	Elektrolit pekat	Magnesium sulfat	Injeksi	Otsu MGSO4 20%	20%
56				Otsu MGSO4 40%	40%
57				Natrium bikoarbonat	Injeksi
58	Aqua Bidestilata, inhalasi dan irigasi (dalam kemasan > 100 ml)				
59	Obat kemoterapi yang tersedia di Rumah Sakit Unhas (daftar terlampir)				
60	Obat-obat LASA				

25. Daftar obat mengandung babi

No.	Nama Obat	Bentuk Sediaan	Keterangan
1.	Enoksaparin Sodium	Injeksi	Untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut
2.	Nadroparin	Injeksi	

26. Daftar stabilitas obat setelah direkonstitusi

27. Antimikroba

No	Nama Obat	Penyimpanan		Keterangan
		Lemari Pendingin (2-8°C)	Suhu Kamar (15-25°C)	
1.	Acyclovir injeksi	-	12 Jam	Tidak boleh disimpan dalam lemari pendingin karena dapat mengkristal
2.	Amoxycillin-Clavulanat acid Injeksi	-	20 Menit	Segera digunakan setelah direkonstitusi
3.	Ampicillin Injeksi	4 Jam	1 jam	Dianjurkan penggunaan berbagi (<i>sharing use</i>) dan sisanya dibuang
4.	Ampicillin-Sulbactam Injeksi	-	1 Jam	Dosis dihitung terhadap kandungan Ampicillin
5.	Amphoterin Injeksi	7 Hari	24 Jam	Terlindung cahaya
6.	Aztreonam Injeksi	7 Hari	48 jam	-
7.	Cefazolin Injeksi	10 Hari	24 Jam	Terlindung dari cahaya
8.	Cefipim Injeksi	7 Hari	24 Jam	Jika berubah warna menjadi kekuningan tidak mempengaruhi potensi boleh digunakan
9.	Cefoperazon Injeksi	5 Hari	24 Jam	-
10.	Cefoperazon-Sulbactam Injeksi	5 Hari	24 Jam	-
11.	Cefotaxim Injeksi	7 Hari	24 jam	Jika serbuk/larutan menjadi berwarna gelap tidak boleh digunakan lagi karena potensinya hilang
12.	Cefuroxim injeksi	48 Jam	24 Jam	Jika berubah warna, boleh digunakan
13.	Ceftriaxone Injeksi	10 Hari	3 Hari	-
14.	Ceftazidim Injeksi	7 Hari	24 Jam	-
15.	Cloxacillin Injeksi	72 Jam	24 Jam	-
16.	Fosfomicin Injeksi	-	24 Jam	-
17.	Gancyclovir Injeksi	-	12 jam	Tidak boleh disimpan di lemari pendingin karena dapat mengkristal
18.	Meropenem Injeksi	12 Jam	2 jam	Segera digunakan setelah direkonstruksi
19.	Penicillin Procain Crystal (PPC) Injeksi	7 Hari	-	Sebaiknya dibuat baru atau penggunaan berbagi

				(<i>sharing use</i>) karena pada penyimpanan yang lama dapat terbentuk senyawa polimer/ konjugasi yang dapat menyebabkan reaksi alergi sensitasi
20.	Piperacillin Tazobactam Injeksi	48 Jam	24 Jam	-
21.	Ticarcillin-Clavulanat Potassium Injeksi	72 Jam	6 Jam	Sebaiknya digunakan dalam waktu 30 menit setelah direkonstitusi
22.	Streptomycin Injeksi	-	7 Hari	Terlindung cahaya
23.	Vancomycin Injeksi	14 Hari	14 Hari	-

a) Penyimpanan Obat *High Alert Medications*

Penyimpanan elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu dilarang di luar instalasi/ satelit farmasi. Kecuali di *trolley* dan *kit emergency* di ruangan perawatan yang telah ditentukan seperti ruangan perawatan biasa, IGD, ICU, OK, NICU, Obgyn, Hemodialisa dan Kemoterapi.

Penyimpanan yang dilakukan dengan cara:

28. Disimpan pada lemari khusus penyimpanan obat *High Alert* yang jauh dari jangkauan (*restricted area*).
29. Sesuai dengan persyaratan kondisi penyimpanan yang dicantumkan dalam brosur obat.
30. Khusus untuk penyimpanan narkotika dengan menggunakan lemari dengan dua pintu dengan kunci yang berbeda dan syarat lainnya sesuai prosedur penyimpanan narkotika dan memiliki kartu stok yang berisi tanggal, nama pasien, nama dokter, jumlah obat yang masuk atau keluar, sisa stok obat dan nama petugas.
31. Kunci dipegang oleh apoteker penanggungjawab shift. Serah terima kunci dilakukan tiap shift disertai dengan pengisian laporan sisa stok.
32. Diberi label/ stiker khusus *High Alert* (tulisan warna putih dengan dasar warna merah pada tempat penyimpanan untuk masing-masing obat *High Alert*. Label yang dibuat berupa stiker khusus HIGH ALERT

Berikut ini adalah label khusus HIGH ALERT :

HIGH ALERT

b) Pengendalian obat *High Alert*

Untuk mengontrol semua obat yang termasuk dalam *High Alert*, maka diperlukan pengendalian dengan cara mengontrol kesesuaian stok fisik obat dengan jumlah yang tertera dalam kartu stok manual dan jumlah stok di komputer. Kartu stok yang harus selalu diisi oleh staf farmasi setiap mengambil dan menambahkan jumlah stok. Selain itu, dilakukan *stok opname* untuk obat *High Alert* sesuai dengan kebijakan stok opname.

c) Penyiapan dan Pengeluaran obat *High Alert*

33. Instruksi pemberian obat *High Alert* diusahakan secara tertulis. Jika tidak memungkinkan secara tertulis, maka instruksi dilakukan secara verbal dengan cara mengeja berulang nama obat *High Alert* dengan cara eja sesuai ketentuan yang berlaku di RS Unhas.
34. Instruksi ini harus mencakup minimal :
35. Nama pasien, tanggal lahir dan nomor rekam medis
36. Tanggal dan waktu instruksi dibuat
37. Nama obat (generik), dosis, jalur pemberian, dan tanggal pemberian setiap obat

38. Kecepatan atau durasi pemberian obat
39. Dokter harus mempunyai diagnosa, kondisi, dan indikasi penggunaan setiap obat *High Alert* secara tertulis.
40. Dispensing injeksi dilakukan di ruang tersendiri (*restricted area*).
41. Elektrolit konsentrat diencerkan sesuai dengan protokol pemberian masing-masing obat

d) Pemberian obat *High Alert*

Hal-hal yang perlu mendapat perhatian khusus pada pemberian obat *High Alert*:

42. Petugas apotek harus selalu melakukan pengecekan ganda (*independent double check*) terhadap semua obat *High Alert* sebelum diberikan kepada perawat. Lain petugas apotek yang mengambil obat di tempat penyimpanan dan lain petugas apotek yang memberikan edukasi ke perawat.
43. Perawat harus selalu melakukan pengecekan ganda (*independent double check*) terhadap semua obat *High Alert* sebelum diberikan kepada pasien. Pengecekan ini dilakukan oleh dua perawat yang berbeda
44. Pemberian obat *high alert* kepada pasien sesuai dengan prinsip pemberian obat Tujuh Benar.
45. Pemberian elektrolit konsentrat, kalsium IV, streptokinase harus berdasarkan protokol pemberian dan dipantau secara berkala dengan Form Pemantauan masing-masing obat.

Daftar Obat High Alert di RS Unhas terlampir

1) LASA (*Look Alike Sound Alike*)

a) Penggolongan obat LASA

Obat-obat yang memiliki beberapa kekuatan obat juga memiliki kemiripan rupa (*look alike*), maka dilakukan pengaturan penyimpanan untuk mencegah kesalahan pengambilan obat. Cara penyimpanannya adalah :

46. Tidak diletakkan pada tempat yang berdekatan, minimal dengan jeda minimal satu jenis obat yang berbeda
47. Obat yang mempunyai beberapa kekuatan obat diberi label kekuatan obat lebih dari satu macam.

Contoh :

Glimepiride memiliki 3 kekuatan obat yaitu : 1 mg, 2 mg, 3 mg, maka label penyimpanannya adalah :

Glimepiride 1 mg

1 mg - 3

Glimepiride 2 mg

2 mg - 3

Glimepiride 3 mg

3 mg - 3

b) Pemilihan dan Pengadaan

Sistem computer dengan penulisan master nama obat *sound alike* dengan system *Tall Man Lettering*, yaitu ejaan obat yang berbeda, dikapitalkan.

c) Peresepan, Permintaan dan Penyalinan

Semua permintaan obat LASA harus secara tertulis, tidak menggunakan permintaan secara lisan atau telepon.

d) Penyimpanan

48. Obat LASA tidak ditempatkan di area yang berdekatan, dengan diberi jeda minimal satu jenis obat berbeda sebelum diletakkan obat yang termasuk kategori LASA.
49. Pada setiap box penyimpanan obat LASA diberi stiker LASA termasuk ampul atau vial tulisan warna putih dengan dasar warna hijau. Daftar Obat LASA terlampir.

Berikut ini adalah label khusus LASA :

LASA

- e) Penyiapan dan Pengeluaran
 50. Obat-obat LASA diberi stiker LASA berwarna hijau seperti di atas dan untuk nama obat LASA ditulis dengan huruf *kapital*.
 51. Jika mengalami keraguan terhadap resep yang dituliskan, dilakukan verifikasi ulang oleh apoteker kepada dokter yang menulis resep.
 52. Pengeluaran resep dengan cara:
 53. Menyebutkan ulang obat yang ditulis dengan cara mengeja obat yang ditulis dokter, sesuai kebijakan komunikasi efektif TBak (menggunakan regulasi standar eja alfabet yang sudah di-SK-kan)
 54. Jika indikasi obat berbeda, dapat menyebutkan indikasi obat yang dimaksudkan.
 55. Jika obat merek dagang dapat menyebutkan isi obat atau nama generik obat
- f) Pemberian
 56. Perawat meningkatkan kewaspadaan saat pemberian obat LASA.
 57. Perawat memastikan obat yang diberikan oleh apoteker sesuai dengan permintaan dokter penulis resep dengan prinsip 7 benar dan sesuai dengan indikasi obat yang diberikan.

Daftar Obat LASA di RS Unhas terlampir

SASARAN 4 MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur dan Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur.

a. Maksud dan Tujuan

Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini terjadi antara lain akibat

- 1) Komunikasi yang tidak efektif dan tidak adekuat antar anggota tim bedah
- 2) Tidak ada keterlibatan pasien untuk memastikan ketepatan lokasi operasi dan tidak ada prosedur untuk verifikasi
- 3) Asesmen pasien tidak lengkap
- 4) Catatan rekam medik tidak lengkap
- 5) Budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah
- 6) Masalah yang terkait dengan tulisan yang tidak terbaca, tidak jelas, dan tidak lengkap
- 7) Penggunaan singkatan yang tidak terstandarisasi dan dilarang.

Tindakan bedah dan prosedur invasif memuat semua prosedur investigasi dan atau memeriksa penyakit serta kelainan dari tubuh manusia melalui mengiris, mengangkat, memindahkan, mengubah atau memasukkan alat laparaskopi/ endoskopi ke dalam tubuh untuk keperluan diagnostik dan terapeutik.

Rumah sakit harus menentukan area-area di dalam rumah sakit yang melakukan tindakan bedah dan prosedur invasif. Sebagai contoh, kateterisasi jantung, radiologi intervensi, laparaskopi, endoskopi, pemeriksaan laboratorium, dan lainnya. Ketentuan rumah sakit tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien berlaku di semua area rumah sakit di lokasi tindakan bedah dan invasif dilakukan baik di kamar operasi maupun di luar kamar operasi seperti tindakan invasive di rawat jalan.

Rumah sakit diminta untuk menetapkan prosedur yang seragam sebagai berikut:

- 1) Pemberian tanda di tempat operasi
Pemberian tanda di tempat dilakukan operasi atau prosedur invasif melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang tepat serta dapat dikenali. Tanda yang dipakai harus konsisten digunakan di semua tempat di rumah sakit, harus dilakukan oleh individu yang melakukan prosedur operasi, dilakukan saat melakukan pasien sadar dan terjaga jika mungkin atau operasi elektif, serta harus masih terlihat jelas setelah pasien sadar. Pada semua kasus, lokasi tempat operasi harus diberi tanda, termasuk pada sisi lateral (lateral), daerah struktur multipel (multiple structure), jari tangan, jari kaki, lesi, atau tulang belakang.
- 2) Dilakukan verifikasi praoperasi (*sign-in*)
Tujuan proses verifikasi praoperasi adalah
 - 1) Memastikan ketepatan tempat, prosedur, dan pasien;
 - 2) Memastikan bahwa semua dokumen yang terkait, foto (imaging), dan hasil pemeriksaan yang relevan diberi label dengan benar dan tersaji;
 - 3) Memastikan tersedia peralatan medik khusus dan atau implan yang dibutuhkan.Beberapa elemen proses verifikasi praoperasi dapat dilakukan sebelum pasien tiba di tempat praoperasi, seperti memastikan dokumen, imaging, hasil pemeriksaan, dokumen lain diberi label yang benar, dan memberi tanda di tempat (lokasi) operasi.
- 3) Melakukan *Time Out* sebelum insisi kulit dimulai.
Time-Out yang dilakukan sebelum dimulainya insisi kulit dengan semua anggota tim hadir dan memberi kesempatan untuk menyelesaikan pertanyaan yang belum terjawab atau ada hal yang meragukan yang perlu diselesaikan. *Time-Out* dilakukan di lokasi tempat dilakukan operasi sesaat sebelum prosedur dimulai dan melibatkan semua anggota tim bedah. Rumah sakit harus menetapkan prosedur bagaimana proses *Time-Out* berlangsung.
- 4) Melakukan *sign out* dengan perhitungan alat atau BHP oleh 2 orang perawat scrub dan instrumen.
Salah-lokasi, salah-prosedur, dan salah-pasien operasi adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan dapat terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu, juga asesmen

pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antaranggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan penulisan di instruksi pengobatan/ resep yang tidak terbaca (*illegible hand writing*), serta pemakaian singkatan yang tidak terstandarisasi atau yang dilarang merupakan faktor-faktor yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/ atau prosedur yang efektif di dalam meminimalkan risiko ini. Kebijakan ini termasuk definisi tindakan operasi yang lengkap sesuai dengan cakupan pelayanan rumah sakit. Kebijakan ini berlaku di setiap lokasi rumah sakit dimana prosedur ini dijalankan

b. Kegiatan yang dilaksanakan:

Rumah sakit menggunakan penandaan yaitu suatu tanda yang jelas yaitu **tanda checklist** (√) dan dapat dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan/pemberi tanda. Penandaan **tidak dilakukan** pada **neonatus** dengan pertimbangan sensitifitas kulit.

- 1) Rumah sakit menggunakan form checklist surgical safety checklist untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
- 2) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/ time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/ tindakan pembedahan.
- 3) Regulasi ini untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan invasive seperti WSD, pengobatan gigi/ dental yang **dilaksanakan di luar kamar operasi**.

c. Ruang Lingkup

- 1) Sasaran
Semua pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahan
- 2) Tempat
 - a) Di dalam kamar bedah
 - b) Diluar kamar bedah (Klinik rawat jalan, klinik gigi, IGD dan Radiologi)
- 3) Pelaksana
 - a) Perawat perioperatif (Scrub dan sirkuler) dan perawat di luar kamar bedah
 - b) Dokter operator
 - c) Dokter anestesi
- 4) Kewajiban dan Tanggung Jawab
 - a) Dokter operator
Berkewajiban memberikan tanda pada sisi operasi sebelum pasien dibawa ke kamar operasi. Jika dokter operator berhalangan dan diwakili oleh dokter yang lain, maka saat *time out*, operator harus hadir sebelum masuk ke kamar operasi atau dalam kamar operasi untuk memastikan ketepatan sisi operasi.
 - b) Dokter anestesi dan perawat perioperatif (*Scrub* dan sirkuler)

Berkewajiban mengikuti prosedur daftar tilik keselamatan pasien (*surgical safety checklist*) operasi dengan dipandu oleh perawat sirkuler. Dokter anestesi harus hadir pada saat prosedur *Sign in*.

- c) Perawat di luar kamar bedah
Perawat berkewajiban memimpin jalannya prosedur daftar tilik keselamatan pasien operasi di luar kamar operasi seperti rawat jalan
- d) Kepala Instalasi dan kepala ruangan kamar bedah
- 58. Memastikan seluruh staf di Instalasi memahami prosedur prosedur daftar tilik keselamatan pasien operasi
- 59. Melakukan evaluasi pelaksanaan penandaan sisi operasi dan pelaksanaan prosedur daftar tilik keselamatan pasien operasi.
- e) Direktur pelayanan medis dan keperawatan
Melakukan evaluasi terhadap standarisasi dalam penerapan tepat pasien, tepat sisi dan tepat prosedur operasi dengan mengevaluasi laporan dari instalasi Bedah Sentral
- f) Direksi
Direktur utama menetapkan kebijakan Keselamatan Pasien yang mengatur pelaksanaan tepat pasien, tepat sisi dan tepat prosedur operasin baik di dalam maupun di luar kamar operasi.

d. Tata Laksana

- 1) Penandaan Sisi Operasi
 - a) Prinsip-prinsip penandaan sisi operasi
- 60. Penandaan sisi operasi dilakukan dengan menggunakan spidol kulit permanen yang tidak hilang jika terkena air dengan menggunakan tanda checklist (√). Jika selama prosedur berlangsung, penanda hilang, maka dokter operator harus memberikan penandaan ulang.
- 61. Penandaan sisi operasi dilakukan oleh dokter operator di ruang perawatan sehari sebelumnya sampai sebelum dikirim ke kamar bedah jika operasi elektif. Penandaan dilakukan di ruang pre-operasi jika operasi cyto.
- 62. Penandaan sisi operasi pada pasien rawat jalan dilakukan segera sebelum tindakan dilakukan.
- 63. Penandaan sisi/ lokasi operasi (site marking) dilakukan pada semua kasus termasuk sisi lateralisasi, multipel struktur (jari jari kaki/ tangan, lesi kulit, tulang belakang)
- b) Tata laksana
- 64. Pasien dewasa dengan tingkat kesadaran penuh
- 65. Dokter operator melakukan identifikasi pasien sesuai dengan prosedur
- 66. Dokter operator melakukan asesmen lengkap pada pasien sesuai dengan prosedur
- 67. Dokter operator memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang hasil asesmen/ pemeriksaan dan rencana tindakan bedah yang akan diambil sesuai dengan prosedur
- 68. Dokter operator harus memberikan edukasi dan meminta persetujuan kepada pasien dan atau keluarga untuk melakukan tindakan/ operasi sesuai dengan asesmen yang ditemukan sesuai dengan prosedur
- 69. Setelah pasien setuju untuk dilakukan tindakan operasi, dokter operator menanyakan kembali sisi mana yang sakit/ akan dibedah
- 70. Dokter operator memberikan informasi tindakan dan tujuan kepada pasien bahwa akan dilakukan penandaan sisi yang akan dioperasi dengan menggunakan spidol permanen (Skin marker)

71. Jika kedua belah pihak telah sepakat tentang sisi yang akan dioperasi, dokter operator segera melakukan penandaan dengan menggunakan spidol permanen dengan tanda √ tepat pada sisi yang dioperasi
72. Dokter melakukan dokumentasi penandaan pada catatan terintegrasi pasien di berkas Rekam Medis
73. Pasien dewasa dengan tingkat kesadaran apatis sampai dengan koma
74. Dokter operator melakukan identifikasi pasien sesuai dengan prosedur
75. Dokter operator melakukan asesmen lengkap pada pasien sesuai dengan prosedur
76. Dokter operator memberikan informasi kepada keluarga tentang hasil asesmen/ pemeriksaan dan rencana tindakan bedah yang akan diambil sesuai dengan prosedur
77. Dokter operator harus memberi edukasi dan meminta izin kepada keluarga untuk melakukan tindakan/ operasi sesuai dengan asesmen yang ditemukan sesuai dengan prosedur
78. Dokter operator memberikan informasi tindakan dan tujuan kepada keluarga bahwa akan dilakukan penandaan sisi yang akan dioperasi dengan menggunakan spidol permanen (Skin marker)
79. Jika kedua belah pihak telah sepakat tentang sisi yang akan dioperasi, dokter operator segera melakukan penandaan dengan menggunakan spidol permanen dengan tanda √ tepat pada sisi yang akan dioperasi
80. Dokter operator melakukan dokumentasi penandaan pada catatan terintegrasi pasien di berkas Rekam Medis

81. Pada pasien bayi dan anak balita
82. Dokter operator melakukan identifikasi pasien sesuai dengan prosedur
83. Dokter operator melakukan asesmen lengkap pada pasien sesuai dengan prosedur
84. Dokter operator memberikan informasi kepada keluarga tentang hasil asesmen/ pemeriksaan dan rencana tindakan yang akan diambil sesuai dengan prosedur
85. Dokter operator harus memberi edukasi dan meminta izin kepada keluarga untuk melakukan tindakan/ operasi sesuai dengan asesmen yang ditemukan sesuai dengan prosedur
86. Setelah keluarga pasien setuju untuk dilakukan tindakan operasi, dokter operator menanyakan kembali sisi mana yang sakit
87. Dokter operator memberikan informasi tindakan dan tujuan kepada keluarga bahwa akan dilakukan penandaan sisi yang akan dioperasi dengan menggunakan spidol permanen (Skin marker)
88. Jika kedua belah pihak telah sepakat tentang sisi yang akan dioperasi, dokter operator segera melakukan penandaan dengan menggunakan spidol permanen dengan tanda √ tepat pada sisi yang akan dioperasi
89. Dokter operator melakukan dokumentasi penandaan pada catatan terintegrasi pasien di berkas Rekam Medis
90. Pada pasien dengan kondisi khusus seperti pada patah tulang dengan terpasang spalk dan luka bakar, penandaan dilakukan dengan memberikan tanda √ pada anggota badan yang lain pada sisi tubuh yang sama
91. Pada pasien di ruang poliklinik spesialis bedah

- Penandaan sisi operasi pada pasien klinik dilakukan seragam/ sama dengan pasien yang akan dilakukan operasi di kamar operasi
92. Klinik gigi
Penandaan pada pasien dengan tindakan di klinik gigi selain pada sisi yang akan di operasi, penandaan juga dilakukan pada pada gambar foto panoramic gigi, yaitu pada gigi mana akan dilakukan tindakan
 93. Pada pasien dengan kondisi emergensi dan tidak ada keluarga
Dokter operator tetap melakukan penandaan sisi operasi sesuai dengan hasil asesmen
- 2) Serah terima Pasien Operasi
- a) Prinsip- Prinsip
 94. Semua pasien yang masuk dan keluar kamar operasi harus dilakukan serah terima
 95. Serah terima pasien kamar operasi harus menggunakan lembar serah terima pasien operasi
 - b) Tata laksana
 96. Perawat ruangan melengkapi lembar serah terima pasien operasi dengan mengisi lembar ceklist sesuai dengan identitas pasien, rencana operasi dan kelengkapan persiapan operasi dari ruang perawatan dengan memberikan tanda (√) pada kolom ceklist pada item persiapan yang dilakukan dan tanda (-) pada item yang tidak dilakukan
 97. Perawat kamar operasi melakukan serah terima dengan melakukan verifikasi ulang terhadap kebenaran identitas sesuai dengan prosedur, rencana dan sisi yang akan dioperasi serta kelengkapan data penunjang dan data administrasi yang disertakan dengan memberikan tanda (√) pada kolom ceklist dan tanda (-) pada item yang tidak ada/ dilakukan
 98. Apabila terjadi ketidaksesuaian persiapan operasi maka perawat ruangan wajib melengkapi dan melakukan persiapan sesuai dengan kebutuhan operasi
- 3) Prosedur daftar tilik keselamatan pasien Operasi
- a) Prinsip- prinsip:
 99. Semua tindakan pembedahan harus menjalankan prosedur daftar tilik keselamatan operasi
 100. Semua tindakan pembedahan yang dilakukan di ruang bersalin, IGD, ICU, klinik rawat jalan dan gigi harus menjalankan prosedur daftar tilik keselamatan operasi
 101. Dokter anestesi harus ada pada saat *sign in*
 102. Prosedur daftar tilik keselamatan operasi di dalam kamar operasi di pimpin oleh perawat sirkuler
 103. Jika tindakan operasi dilakukan di luar kamar operasi, maka prosedur daftar tilik keselamatan operasi di koordinir oleh perawat poliklinik yang ditunjuk
 - b) Tata laksana
Daftar keselamatan pasien operasi dilaksanakan pada setiap pasien yang akan dioperasi, dipimpin oleh seorang koordinator yang ditunjuk atau perawat sirkuler. Daftar keselamatan operasi ini dibagi menjadi tiga bagian yang merupakan alur normal prosedur operasi yaitu sebelum dilakukan induksi atau SIGN IN, sebelum dilakukan insisi atau TIME OUT, dan periode segera setelah luka ditutup sebelum meninggalkan ruang operasi atau

SIGN OUT. Dalam setiap fase seorang koordinator harus diijinkan untuk melakukan konfirmasi bahwa tim sudah melakukan tugas awalnya sebelum melanjutkan prosedur selanjutnya. Sebagai kesatuan tim operasi harus terbiasa dengan langkah-langkah/prosedur sesuai dengan daftar keselamatan pasien operasi. Tim harus dapat mengintegrasikannya kedalam pola kerja setiap tindakan operasi dan tim secara verbal harus mengatakan bahwa semua langkah sudah dilakukan dan tidak ada intervensi eksplisit dari koordinator ceklist. Setiap tim harus selalu berusaha melaksanakan daftar pemeriksaan keselamatan pasien operasi pada semua tindakan operasi dengan mempertimbangkan efisiensi waktu yang semaksimal mungkin dan meminimalisir terganggunya proses operasi melalui langkah-langkah yang efektif. Semua langkah akan diperiksa secara lisan dengan personil yang tepat untuk memastikan bahwa tindakan-tindakan utama telah dilakukan.

Pada fase sebelum induksi anestesi atau "*Sign In*", perawat sirkuler atau koordinator secara lisan akan melakukan pengecekan pada pasien bahwa identitasnya telah dikonfirmasi, bahwa prosedur dan sisi yang akan dioperasi benar dan bahwa persetujuan untuk operasi telah diberikan. Koordinator secara visual akan mengkonfirmasi bahwa sisi yang akan di operasi telah ditandai (jika sesuai), dan sebuah Pulse oksimeter sudah terpasang pada pasien dan berfungsi. Koordinator juga akan melakukan konfirmasi secara lisan dengan profesi anestesi (Dokter anestesi) apakah pasien memiliki resiko kehilangan darah, kesulitan bernafas/ gangguan pernafasan dan reaksi alergi dan apakah peralatan anestesi keamanan cek telah selesai. Idealnya dokter bedah hadir untuk fase "SIGN IN", sebagai ahli bedah mungkin memiliki ide yang lebih baik untukantisipasi kehilangan darah, adanya alergi, atau faktor penyulit pada pasien. Namun, kehadiran dokter bedah tidak begitu penting untuk dapat menjawab daftar tilik keselamatan pada fase ini.

Untuk fase "*Time Out*", setiap anggota tim harus memperkenalkan dirinya dengan nama dan perannya. Jika sudah bersama-sama melalui hari dengan menjadi satu tim operasi tanpa ada pergantian anggota tim, tim cukup mengkonfirmasi bahwa semua orang di ruangan sudah diketahui satu sama lain atau tim sudah diperkenalkan. Tim akan berhenti sejenak untuk berdoa dan melakukan konfirmasi verbal dengan suara lantang bahwa mereka melakukan operasi yang benar pada pasien yang benar dan pada sisi yang benar sebelum sayatan kulit dimulai untuk melakukan konfirmasi. Tim juga akan mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya dan bahwa pencitraan penting/ hasil radiologi sudah ditampilkan.

Pada fase "*Sign Out*", tim akan bersama-sama melakukan konfirmasi prosedur operasi yang sudah dilakukan, penghitungan jumlah kasa/ spon, jumlah instrumen, dan jarum serta pelabelan dari setiap spesimen bedah yang diperoleh. Pada fase ini juga dilakukan pemeriksaan peralatan/ instrumen apakah ada kerusakan atau masalah yang perlu ditangani segera. Pada akhir fase ini, tim akan menyampaikan rencana pokok dan mendasar untuk manajemen pengelolaan pasca operasi dan pemulihannya sebelum pasien dipindahkan dari ruang operasi.

Keberhasilan proses pelaksanaan daftar tilik keselamatan pasien operasi ini akan tercapai jika ada satu orang pemimpin proses/ koordinator daftar tilik.

DAFTAR PERIKSA KESELAMATAN OPERASI SEBELUM INDUKSI ANESTESI (SIGN IN)

Pada fase SIGN IN ini seorang dokter Anestesi harus hadir, atau jika tidak memungkinkan perawat Anestesi harus ada. Pada fase ini koordinator dapat menjalankan tugasnya sampai selesai proses sebelum induksi atau bertahap sesuai dengan prosedur yang akan dilakukan. Secara terperinci langkah masing masing point pada lembar daftar periksa fase SIGN IN adalah sebagai berikut:

- 1) Apakah Pasien sudah di konfirmasi tentang identitasnya, sisi yang akan dioperasi, prosedur yang akan dilakukan, dan persetujuan operasi. Koordinator/ perawat sirkulasi melakukan konfirmasi secara lisan tentang identitas pasien sesuai dengan prosedur identifikasi pasien, jenis prosedur yang direncanakan sesuai dengan program operasi yang sudah dibuat, lokasi yang akan dilakukan operasi dan persetujuan tindakan operasi dan persetujuan anestesi sudah diberikan apa belum. Walaupun mungkin terlihat mengulang ulang pertanyaan namun langkah ini merupakan langkah yang paling mendasar untuk mencegah salah pasien, salah sisi operasi dan bahkan salah prosedur operasi. Pada pasien anak-anak, atau pada pasien yang tidak dapat berkomunikasi dengan baik ataupun pasien dengan penurunan kesadaran, konfirmasi dapat dilakukan dengan keluarga terdekat, pada kasus khusus misalnya pada pasien di UGD yang tidak ada anggota keluarga maka langkah ini bisa di lewati.
- 2) Sisi yang akan dioperasi sudah ditandai atau penandaan tidak dapat diterapkan
Koordinator/ perawat sirkulasi harus melakukan konfirmasi secara visual apakah dokter operator sudah memberikan tanda pada sisi yang akan dioperasi. Penandaan sisi operasi dilakukan dengan menggunakan spidol marker permanen. Penandaan dilakukan hampir pada semua kasus, termasuk sisi lateralisai, multiple struktur (jari kemari tangan/ kaki, lesi kulit, tulang belakang). Langkah penandaan yang dilakukan secara konsisten dapat digunakan sebagai cek dan ricek prosedur dan sisi yang akan dioperasi
- 3) Mesin dan obat-obat anestesi sudah di cek dan dan lengkap
Koordinator/perawat sirkuler melakukan konfirmasi dengan dokter anestesi dan tim apakah seperangkat mesin dan peralatan anestesi sudah dilakukan pengecekan (*safety check*) baik kelengkapan mesin dan aksesorisnya maupun cek fungsi untuk memastikan alat siap dan aman digunakan, termasuk apakah obat obatan anestesi dan bahkan obat resusitasi sudah sudah dipersiapkan dan lengkap.

Pulse oximeter sudah terpasang pada pasien dan berfungsi
Koordinator/ perawat sirkuler melakukan konfirmasi bahwa *pulse oxymetry* sudah terpasang pada pasien dan berfungsi dengan baik sebelum induksi anestesi dilaksanakan. *Pulse oxymetry* merupakan peralatan yang harus ada untuk memastikan asuhan anestesi yang aman sesuai dengan rekomendasi WHO, *pulse oxymetry* harus terlihat oleh semua anggota tim operasi, *pulse oxymetri* juga harus

menggunakan sistem suara untuk memperingatkan pada tim operasi akan nilai frekuensi nadi dan saturasi oksigen pasien

- 4) Tanyakan apakah pasien mempunyai riwayat alergi
Perawat sirkuler secara langsung menanyakan apakah pasien mempunyai atau pernah mengalami alergi baik itu obat, makanan, maupun cuaca, jika diketahui ada riwayat alergi dan mungkin jika dokter anestesi belum mengetahuinya, maka perawat segera melaporkan pada dokter anestesi untuk dapat dipersiapkan obat dan alat yang di butuhkan pasien
- 5) Apakah pasien ada resiko kesulitan bernafas/ resiko aspirasi
Perawat sirkuler melakukan konfirmasi pada dr anestesi apakah selama asesmen pasien didapati ada resiko kesulitan bernafas , kesulitan bernafas dan atau kegagalan membuka jalan nafas yang menyebabkan kematian merupakan sebuah bencana bagi anesthesiolog, sebagaiantisipasi kejadian tidak diinginkan, anesthesiolog dapat menggunakan alat bantu untuk pengkajian dan evaluasi adanya kesulitan bernafas pasien dengan score mallampati, score thyromental distance atau score bellhouse-dore untuk selanjutnya dapat ditentukan jenis anestesi. Resiko tersedak juga harus dikaji dengan sungguh sungguh. Jika pasien diketahui memiliki riwayat refluk gaster, atau mungkin lambung pasien yang penuh, maka anestetist harus mempersiapkan tindakan untuk kemungkinan aspirasi, atau mungkin anestetist akan mempertimbangkan untuk modifikasi rencana anestesi sehingga resiko dapat ditekan. Proses induksi dapat dijalankan jika tersedia peralatan emergency yang adekuat dan siap pakai seta asisten anestesi yang siap siaga
- 6) Apakah pasien memiliki resiko kehilangan darah > 500ml (7ml/kgbb pada anak)
Koordinator/ Perawat Sirkuler melakukan konfirmasi kepada dokter anestesi apakah pasien memilki resiko kehilangan darah lebih dari 500 cc selama prosedur operasi. Tujuannya adalah untuk mendeteksi dan mempersiapkan tindakan tindakan yang dibutuhkan pada kejadian kritis. Pada pasien yang di operasi, kehilangan darah 500ml atau lebih dapat menyebabkan terjadinya syok hipovolemik, sehingga untuk mencegah dan mengatasinya perlu dilakukan persiapan untuk resusitasi cairan. ahli bedah tidak selalu menyampaikan adanya resiko kehilangan darah pada dokter anestesi dan staff perawat, karena itu jika dokter anestesi tidak mengetahui adanya resiko kehilangan darah yang banyak pada pasien maka ia harus bertanya pada dokter bedah tentang adanya resiko kehilangan darah sebelum induksi anestesi dimulai. Jika ada resiko yang besar dari kehilangan darah lebih dari 500 ml, maka sangat disarankan untuk pemasangan infus 2 jalur dengan iv catheter berukuran besar atau perlu dilakukan pemasangan kateter vena sentral sebelum tindakan insisi operasi dimulai. selain itu tim juga harus mengkonfirmasi ketersediaan darah dan cairan resusitasi (catatan: bahwa adanya kehilangan darah akan di konfirmasi lagi pada dokter bedah pada saat TIME OUT, sehingga akan dilakukan lagi pengecekan keselamatan yang kedua, baik pada dokter bedah, dokter anestesi maupun perawat. Jika semua daftar tilik pada proses sign-in telah lengkap maka proses induksi dapat segera dilakukan.

DAFTAR PERIKSA KESELAMATAN OPERASI SEBELUM INSISI KULIT (TIME OUT)

Pada fase ini dilakukan sesaat sebelum proses insisi kulit/prosedur dimulai oleh ahli bedah. Seluruh anggota tim ikut terlibat. Secara terperinci berikut adalah langkah langkah TIME OUT:

- 1) Konfirmasi seluruh anggota tim telah memperkenalkan nama dan perannya masing-masing
Setiap anggota tim operasi akan selalu berubah pada satu pasien ke pasien berikutnya sehingga dibutuhkan suatu manajemen yang baik untuk menghadapi segala situasi pada saat operasi berlangsung. Suatu manajemen yang efektif mensyaratkan bahwa setiap anggota tim harus memahami peran dan fungsi masing masing anggota tim. Sebuah perkenalan sederhana dapat mencapai hal ini. Koordinator/ perawat sirkuler meminta setiap orang yang berada didalam kamar operasi harus memperkenalkan dirinya dengan menyebut nama dan perannya. Satu Team yang sudah familiar dengan satu sama lain dapat mengkonfirmasi bahwa semua anggota sudah memperkenalkan, tetapi jika ada anggota baru sejak operasi terakhir atau yang sedang berjalan, maka anggota baru tersebut harus memperkenalkan dirinya, termasuk mahasiswa, koass dan atau personil yang lain.
- 2) Konfirmasi nama pasien, prosedur dan dimana lokasi insisi akan dibuat
Koordinator/ perawat sirkuler harus melakukan konfirmasi secara verbal tentang nama pasien, pembedahan/ prosedur yang akan dilakukan, sisi yang akan dioperasi, dan bahkan posisi pasien dengan tujuan untuk mencegah salah pasien, salah tindakan bahkan salah sisi. Sebagai contoh adalah misalnya perawat sirkulasi mengumumkan “sebelum kita melakukan insisi...” kemudian dilanjutkan “apakah semua setuju bahwa nama pasien ini adalah X, akan dilakukan tindakan hernioraphy kanan?”. dr bedah, dokter anestesi dan perawat harus memberikan konfirmasi ulang bahwa benar pasien, benar tindakan dan benar sisi yang akan dilakukan operasi. Pada pasien yang tidak mendapatkan tindakan sedasi , konfirmasi dapat dilakukan pada pasien secara langsung.
- 3) Apakah antibiotik profilaksis sudah diberikan 60 menit sebelumnya
Berdasar pada bukti kuat dan adanya konsensus bahwa antibiotik profilaksis dapat mencegah infeksi pada luka akan lebih efektif jika antibiotik pada serum dan atau level pada jaringan dapat di capai. Dokter bedah tidak selalu memberikan antibiotik profilaksis 1jam sebelum tindakan insisi kulit, untk mengurangi resiko infeksi luka operasi, koordinator/ perawat sirkuler harus menanyakan dengan suara keras apakah antibiotik profilaksis sudah diberikan 60 menit sebelumnya. Anggota tim akan menjawab tentang pemberian antibiotik profilaksis ini, biasanya dokter anestesi harus memberikan jawaban konfirmasi. Jika belum/ tidak diberikan, maka mereka harus segera memberikan sebelum insisi kulit dilakukan. Jika sudah diberikan lebih dari 60 menit sebelumnya, maka tim harus memberikannya ulang. Jika antibiotik profilaksis tidak disarankan misalnya pada tindakan tanpa insisi kulit, atau mungkin pada kasus infeksius yang sudah mendapatka antibiotik untuk perawatan, maka pada pilihan kotak tidak dapat dterapkan dapat di centang.

4) Antisipasi kejadian kritis.

Komunikasi yang efektif di dalam sebuah tim merupakan suatu komponen terpenting dalam keselamatan bedah, tim kerja yang efisien dan merupakan upaya pencegahan komplikasi secara umum. Untuk memastikan terjalinya komunikasi yang efektif dalam tim tentang masalah masalah kritis untuk keselamatan pasien, seorang koordinator/ perawat memimpin diskusi cepat bersama dokter bedah, dokter anestesi dan staff dan staff perawat tentang hal hal kritis dan berbahaya serta rencana operasi yang dilakukan. Diskusi dapat dilakukan hanya dengan pertanyaan sederhana kepada anggota tim dengan pertanyaan spesifik yang dilakukan dengan keras. Urutan pertanyaan tidak menjadi masalah, tetapi setiap disiplin klinis harus memberikan informasi tentang hal-hal khusus yang perlu diperhatikan dan dilakukan. Selama prosedur dilakukan sama seperti yang dilakukan setiap harinya atau mungkin jika seluruh tim sudah terbiasa melakukannya, dokter bedah dapat menyatakan:” kasus ini sama seperti biasanya, dengan durasi tindakan X menit. Dan kemudian tanyakan juga kepada dokter anestesi dan perawat apakah mereka memiliki hal yang perlu mendapat perhatian khusus terkait dengan jalanya operasi

a) Untuk dr Bedah

104. Langkah apa yang dilakukan untuk jika terjadi keadaan kritis (pada prosedur yang tidak biasa dilakukan/ non routine steps)?

Sebuah diskusi kecil tentang situasi kritis/ situasi yang tak terduga atau prosedur yang tidak biasa dilakukan (*critical or non routine step*) sangat dibutuhkan, minimal dengan memberitahukan pada semua anggota tim tentang beberapa langkah prosedur yang menempatkan pasien pada berisiko tinggi kehilangan darah, cedera/ *injury* atau masalah besar yang lain. Fase ini merupakan kesempatan untuk menjelaskan langkah-langkah yang mungkin memerlukan instrumen/ peralatan khusus, implant ataupun persiapan lain yang dibutuhkan, sehingga jika terjadi situasi kritis, semua peralatan dan implan yang dibutuhkan sudah tersedia.

105. Berapa lama prosedur ini dilakukan?

Koordinator/ perawat sirkuler menanyakan pada dokter operator berapa lama tindakan operasi dilakukan

106. Antisipasi kehilangan darah/ *blood loss*?

Koordinator/ perawat sirkuler menanyakan pada dokter operator tindakan dan persiapan apa yang perlu dilakukan jika terjadi perdarahan

b) Untuk Dokter Anestesi

Apakah ada hal khusus yang dikhawatirkan pada pasien ini?

Pada pasien yang berisiko kehilangan banyak darah, ketidak stabilan hemodinamik, atau penyakit lain yang berat anggota tim anestesi harus memberikan penjelasan dengan keras tentang langkah-langkah yang diambil jika memerlukan tindakan resusitasi termasuk penggunaan produk darah, penjelasan juga termasuk adanya beberapa penyulit khusus yang ada pada pasien seperti penyakit jantung, paru, aritmia, kelainan darah dan lain lain. hal -hal tersebut harus di pahami bahwa beberapa pasien yang dioperasi yang tidak memiliki resiko kritis dan atau tidak membutuhkan perhatian khusus, juga harus di informasikan kepada anggota tim. Pada beberapa kasus misalnya dokter

anestesi dapat mengatakan: “pada kasus ini, tidak ada perhatian/keawatiran khusus yang harus saya lakukan”.

c) Untuk Perawat

107. Apakah keseterilan alat sudah di konfirmasi?

108. Apakah ada alat yang perlu diperhatikan khusus dan atau dalam masalah?

Seorang perawat instrumen/ *scrub nurse* yang mempersiapkan set alat harus melakukan konfirmasi secara verbal bahwa alat sudah dalam kondisi steril dengan berpedoman pada indikator fisik pada set instrumen untuk yang menggunakan autoclave. Adanya keraguan tentang keseterilan alat harus dilaporkan pada tim sebelum digunakan. Pada fase ini juga dapat digunakan untuk membahas adanya masalah pada instrumen dan perlunya persiapan-persiapan khusus lain yang dibutuhkan untuk pembedahan, atau jika perawat memiliki keawatiran khusus yang dapat berpengaruh pada keselamatan pasien harus disampaikan kepada dokter operator dan dokter anestesi. Jika tidak ada keawatiran khusus perawat dapat mengatakan: “peralatan dalam kondisi steril, dan tidak ada keawatiran khusus pada alat dan persiapan lain”

109. Apakah X-Ray, MRI, CT-Scan sudah terpasang

Hasil imaging radiologi, merupakan salah satu bagian penting yang digunakan untuk memastikan ketepatan rencana beberapa jenis operasi, misalnya pada kasus orthopedi, tulang belakang, ataupun tindakan pada dinding dada dan beberapa pada reseksi tumor. Koordinator atau Perawat Sirkuler harus bertanya pada dokter bedah apakah hasil radiologi dibutuhkan pada kasus ini, jika memang dibutuhkan, koordinator/ Perawat Sirkuler harus mengumumkan bahwa hasil radiologi ada dan sudah terpasang pada box lampu baca radiologi untuk digunakan selama operasi. Jika pasien memiliki hasil radiologi tertinggal di bangsal, maka hasil radiologi harus ditunggu sampai ada di kamar operasi. Pada fase ini jika telah lengkap, maka tim boleh memulai prosedur operasi.

DAFTAR PERIKSA KESELAMATAN OPERASI SEBELUM MENINGGALKAN KAMAR OPERASI (SIGN OUT)

Daftar periksa ini harus dilakukan pada saat pasien akan meninggalkan ruang operasi. Adapun tujuannya adalah untuk memberikan kemudahan dalam melakukan transfer informasi yang penting kepada seluruh anggota tim yang melakukan asuhan pada pasien post operasi. Proses ini dapat dilakukan oleh koordinator/ perawat sirkuler, dokter operator, atau dokter anestesi dan harus dilakukan sebelum dokter operator meninggalkan kamar operasi, misalnya dapat dilakukan sebelum proses penutupan luka.

1) Perawat melakukan konfirmasi secara verbal dengan tim:

a) Nama prosedur tindakan

Ketika prosedur tindakan selesai, koordinator/perawat sirkuler harus melakukan konfirmasi kepada dokter bedah dan tim tentang prosedur tindakan yang sudah dikerjakan. Langkah ini dapat dilakukan dengan cara menanyakan : “prosedur apa yang sudah dilakukan?” atau sebagai konfirmasi verbal : “kita telah melakukan prosedur X, apakah benar?”

- b) Instrumen, jumlah kassa dan jarum telah di hitung dan lengkap dan benar. Perhitungan dilakukan oleh dua orang perawat sucrub dan instrument.
Tertinggalnya instrumen, kassa dan jarum merupakan kejadian yang jarang, tetapi jika terjadi kesalahan berpotensi besar menimbulkan bahaya/ bencana bagi petugas maupun pasien. Perawat instrumen dan atau perawat sirkuler secara verbal harus melakukan konfirmasi kelengkapan jumlah kassa, dan jarum. Pada kasus yang membuka rongga tubuh seperti pada laparotomi, jumlah instrumen juga harus dihitung dan lengkap. Jika ada ketidak lengkapan, maka harus diberitahukan kepada tim, sehingga dapat diambil langkah-langkah misalnya masih berada pada duk, terbuang di tempat sampah ataupun masih diatas luka atau jika diperlukan dapat dilakukan tindakan imaging dengan C-Arm
- c) Spesimen telah diberi label (termasuk nama pasien dan asal jaringan spesimen)
Kesalahan dalam penulisan label spesimen patologi dapat menjadi sebuah ancaman bencana bagi pasien dan merupakan sumber kesalahan laboratorium yang paling sering. Perawat sirkulator harus melakukan konfirmasi kebenaran label spesimen patologi dengan membacakan dengan keras nama pasien, diskripsi spesimen dan fiksator spesimen
- d) Adakah masalah pada instrumen/ peralatan selama operasi
Instrumen bermasalah merupakan kejadian yang sudah umum pada kamar operasi, tetapi identifikasi yang tepat tentang sumber masalah pada alat/ instrumen adalah sangat penting dalam mencegah alat untuk digunakannya kembali tanpa ada perbaikan/ penggantian yang baru. Perawat sirkuler harus memastikan bahwa adanya masalah pada instrumen selama digunakan sudah diidentifikasi oleh tim.

- 2) Dokter operator, dokter anestesi dan perawat bersama sama melakukan review singkat tentang apa yang menjadi fokus perhatian utama pada proses pemulihan dan menegemen pasien pasca operasi dan proses pemulihan pasien dari pengaruh anestesi. Target dari langkah ini adalah efisiensi dan ketepatan dalam transfer informasi yang penting untuk semua tim dalam pemberian asuhan yang aman.

SASARAN 5 MENGURANGI RISIKO INFEKSI AKIBAT PELAYANAN KESEHATAN

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan “*evidence-based hand hygiene guidelines*” untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan

a. Maksud dan tujuan:

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan sebuah tantangan di lingkungan fasilitas kesehatan. Kenaikan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan bagi pasien dan petugas kesehatan. Secara umum, infeksi terkait pelayanan kesehatan terjadi di semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh/aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan ventilator.

Upaya terpenting menghilangkan masalah infeksi ini dan infeksi lainnya adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan. Pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) tersedia dari *World Health Organization* (WHO). Rumah sakit mengadopsi pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) dari WHO ini untuk dipublikasikan di seluruh rumah sakit. Staf diberi pelatihan melakukan cuci tangan dengan benar dan prosedur menggunakan sabun, disinfektan, serta handuk sekali pakai (*towel*), tersedia di lokasi sesuai dengan pedoman cuci tangan yang berlaku.

b. Kegiatan yang dilaksanakan:

- 1) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (misalnya dari *WHO Patient Safety*).
- 2) Rumah sakit melakukan supervise dalam menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
- 3) Adanya regulasi untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

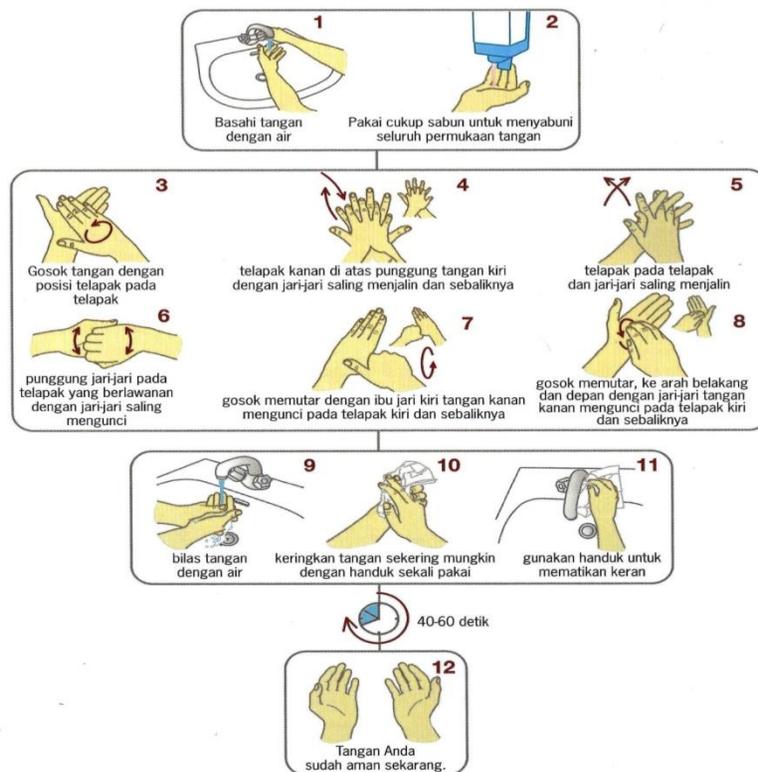
c. Ruang Lingkup:

- 1) Cakupan Ruang Lingkup
 - a) Semua staf harus mampu melakukan kebersihan Tangan (cuci tangan 6 langkah menurut WHO) sesuai dengan Panduan yang berlaku
 - b) Kebersihan Tangan bisa menggunakan air mengalir dalam waktu 40-60 detik atau alkohol handrub sebagai pengganti cuci tangan secara sosial dalam waktu 20-30 detik
 - c) Kebersihan tangan dengan air mengalir jika tangan terlihat kotor, sedangkan kebersihan tangan dengan handrub berbasis alkohol jika tangan terlihat bersih
 - d) Kebersihan tangan secara aseptik dilakukan bila petugas akan melakukan suatu prosedur yang aseptik dengan menggunakan sabun yang mengandung chlorheksidin 2% dalam waktu 40-60 detik
 - e) Kebersihan tangan surgical dilakukan di Unit Kamar Bedah atau di luar kamar operasi jika petugas akan melakukan prosedur pembedahan dengan sabun yang mengandung chlorheksidin 4% dalam waktu 3-5 menit
 - f) Sebelum melakukan kebersihan tangan wajib melepaskan perhiasan di tangan dan menjaga kuku tetap pendek, menggunakan air mengalir dan cairan pembersih yang disyaratkan sesuai dengan tindakan yang akan dilakukan
 - g) Kebersihan tangan dilakukan saat 5 moment yaitu sebelum kontak dengan pasien, setelah kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah memegang darah dan cairan tubuh pasien dan setelah kontak dengan lingkungan pasien
 - h) Di setiap kamar/ ruangan/ *nurse station*/ kamar tindakan/ kamar periksa/ OK tersedia:
110. Wastafel dengan air yang mengalir
111. Larutan chlorhexidine 2 % di Poli rawat jalan, Poli gigi, Poli bedah, HCU, ICU, Kamar bayi, Hemodialisa, IGD (non tindakan), Ruang

keperawatan, Kamar Jenazah, CSSD, Kamar cuci, Unit penunjang medik (Rontgen, laboratorium, Rehabilitasi Medik, MCU).

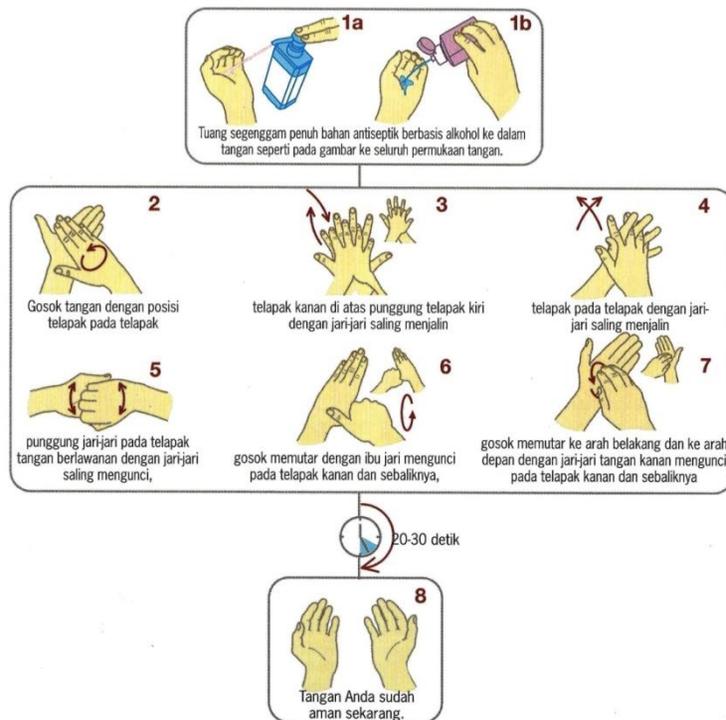
112. Larutan chlorhexidine 4 % di IGD (area tindakan), Kamar Bedah, Kamar Bersalin. Larutan chlorhexidine 2% di semua ruang perawatan.
 113. Larutan berbahan dasar alkohol (*handrub*) di setiap tempat tidur pasien di ruang ICU, di setiap pintu masuk kamar pasien, di kamar pasien dan di meja trolley tindakan.
 - i) Melakukan monitoring compliance kebersihan tangan dengan cara melakukan kepatuhan kebersihan tangan pada petugas klinis maupun non klinis setiap 6 bulan.
 - j) Kepatuhan kebersihan tangan melibatkan petugas klinis maupun non klinis dengan sasaran masing-masing profesi.
 - k) Melakukan program edukasi pasien dan pengunjung yang merupakan salah satu bagian dari proses penerimaan pasien baru
 - l) RS Universitas Hasanuddin mengadakan program pelatihan kebersihan tangan secara berkesinambungan yang wajib diikuti oleh seluruh karyawan rumah sakit baik melalui program orientasi maupun program Mandatory Training
 - m) Seluruh proses kebersihan tangan bagian klinis maupun non klinis di RS Universitas Hasanuddin mengacu kepada Kebijakan Kebersihan Tangan dan prosedur (SPO) Kebersihan Tangan yang telah ada.
- 2) Alur Kebersihan Tangan

CARA MENCUCI TANGAN DENGAN SABUN DAN AIR



Diadaptasi dari WHO *guidelines on hand hygiene in health care : First Global Patient Safety Challenge*, World Health Organization, 2009

CARA KEBERSIHAN TANGAN DENGAN ANTISEPTIK BERBASIS ALKOHOL



Diadaptasi dari WHO *guidelines on hand hygiene in health care : First Global Patient Safety Challenge, World Health Organization, 2009*

d. Tata Laksana:

1) Sarana Kebersihan Tangan

Sarana kebersihan tangan atau peralatan yang dibutuhkan untuk mencuci tangan adalah :

a) Air mengalir

Sarana utama untuk cuci tangan adalah air mengalir dengan saluran pembuangan atau bak penampung yang memadai. Dengan guyuran air mengalir tersebut maka mikroorganisme yang terlepas karena gesekan mekanis atau kimiawi saat mencuci tangan akan terhalau dan tidak menempel lagi di permukaan kulit. Air yang digunakan haruslah air mengalir tapi bukan berarti harus air PAM, namun harus bersih, tidak berbau, dan berwarna.

b) Sabun

Bahan dasar sabun yang digunakan adalah bahan dasarnya yang diharapkan dapat menghambat dan mengurangi jumlah mikroorganisme dengan jalan mengurangi tegangan permukaan sehingga mikroorganisme terlepas dari permukaan kulit dan mudah terbawa oleh air. Mencuci tangan dengan sabun sesering mungkin dapat mengurangi jumlah mikroorganisme di tangan akan tetapi memiliki efek samping yakni lapisan lemak kulit akan hilang dan membuat kulit kering dan pecah-pecah.

c) Larutan antiseptik

Larutan antiseptik atau disebut juga antimikroba topikal, dipakai pada kulit atau jaringan hidup lainnya untuk menghambat aktivitas atau membunuh mikroorganisme pada kulit. Antiseptik memiliki bahan kimia yang memungkinkan untuk digunakan pada kulit dan selaput mukosa. Antiseptik memiliki keragaman dalam hal efektivitas, aktivitas, akibat dan rasa pada kulit setelah dipakai

sesuai dengan keragaman jenis antispetik tersebut dan reaksi kulit masing-masing individu.

d) Tissue atau lap tangan

Tissue atau lap tangan digunakan untuk mengeringkan tangan setelah mencuci tangan. Syarat tissue atau lap tangan digunakan adalah tissue atau lap tangan yang bersih dan kering. Jika menggunakan lap tangan maka menggunakan lap sekali pakai.

2) *Five Moment* Melakukan Kebersihan tangan

Five Moment atau 5 saat yaitu :

- a) Sebelum kontak dengan pasien
- b) Sebelum melakukan tindakan aseptik
- c) Setelah terkena cairan tubuh pasien
- d) Setelah kontak dengan pasien
- e) Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

Selain dari *five moment* di atas terdapat juga indikasi-indikasi lain untuk melakukan cuci tangan yaitu :

- a) **Segera** : setelah tiba di tempat kerja
- b) **Sebelum**:
 114. Kontak langsung dengan pasien
 115. Memakai sarung tangan sebelum pemeriksaan klinis dan tindakan invasif (pemberian suntikan intra vaskuler)
 116. Menyediakan/ mempersiapkan obat-obatan
 117. Mempersiapkan makanan
 118. Memberi makanan pasien
 119. Meninggalkan rumah sakit
- c) **Diantara**: prosedur tertentu pada pasien yang sama dimana tangan terkontaminasi, untuk menghindari kontaminasi silang
- d) **Setelah**:
 120. Kontak dengan pasien
 121. Melepas sarung tangan
 122. Melepas alat pelindung diri
 123. Kontak dengan darah, cairan tubuh, sekresi, ekskresi, eksudat luka dan peralatan yang diketahui atau kemungkinan terkontaminasi dengan darah, cairan tubuh, eksresi (bedpen, urinal apakah menggunakan atau tidak menggunakan sarung tangan.
124. Menggunakan toilet, menyentuh/melap hidung dengan tangan.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam melakukan kebersihan tangan :

- a) Kuku harus dijaga tetap pendek, tidak lebih dari 3 mm melebihi ujung jari.
- b) Tidak menggunakan kuku buatan dan cat kuku.
- c) Melepas semua perhiasan (jam tangan, gelang, cincin).
- d) Menutup luka dengan plester kedap air.
- e) Menutup kran dengan handuk cuci tangan yang telah digunakan , agar tangan yang sudah bersih tidak terkontaminasi lagi.

Dalam pelaksanaannya agar semua petugas mengerti dan memahami mengenai kebersihan tangan yang benar sehingga dapat menurunkan risiko infeksi di rumah sakit

3) Teknik Kebersihan Tangan Dengan Air Mengalir

Mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir haruslah memperhatikan jenis sabun yang digunakan dan memastikan air yang digunakan adalah air yang mengalir serta lap tangan atau tissue yang bersih, kering, dan tidak digunakan berkali-kali.

Sabun yang digunakan sebaiknya adalah sabun yang mengandung antiseptic sebab sabun biasa hanya bisa menghambat dan mengurangi jumlah mikroorganisme di tangan tapi tidak memubuh mikroorganisme. Sedangkan sabun yang memiliki kandungan antiseptic dapat menghambat aktivitas atau membunuh mikroorganisme pada kulit.

Kemenkes (2011) penggunaan sabun juga terkadang mengakibatkan iritasi pada kulit sehingga dalam memilih jenis sabun antiseptic hendaklah memperhatikan yaitu :

- a) Memiliki efek yang luas, menghambat atau merusak mikroorganisme secara luas
- b) Efektivitas
- c) Kecepatan aktivitas
- d) Efek residu, seberapa lama kemampuan antiseptic tersebut untuk mencegah pertumbuhan mikroorganisme
- e) Tidak mengiritasi kulit
- f) Tidak menyebabkan alergi
- g) Dapat diterima secara visual dan estetik.

Rumah sakit mengadopsi teknik kebersihan tangan menurut WHO, 2009:

- a) Lepaskan semua perhiasan yang ada (jam tangan, cincin, gelang).
- b) Basahi tangan dengan air mengalir yang bersih.
- c) Tekan 1 sampai 2 kali sabun cair dengan punggung tangan untuk menyabuni seluruh permukaan tangan.
- d) Ratakan dengan kedua telapak tangan.
- e) Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
- f) Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari.
- g) Jari –jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.
- h) Gosok ibu jari berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya.
- i) Gosok dengan memutar ujung jari – jari di telapak tangan kiri dan sebaliknya.
- j) Bilas kedua tangan dengan air mengalir.
- k) Keringkan dengan handuk cuci tangan sampai benar-benar kering.
- l) Gunakan paper towel untuk menutup kran.

4) Teknik Kebersihan Tangan Dengan *Handrub* Berbasis Alkohol

Alternatif lain dari mencuci tangan dengan air mengalir adalah mencuci tangan dengan *Handrub* berbasis alcohol. *Handrub* antiseptic tidak menghilangkan kotoran atau zat organik sehingga jika tangan sangat kotor atau terkontaminasi darah atau cairan tubuh harus mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir dulu, tidak ada alternative lain. Syarat *handrub antiseptic* yang baik mengandung emolien seperti gliserin, glisol propelin, atau sorbitol yang melindungi kulit dan melembutkan kulit (CDC Guideline, 2002).

Hal ini sejalan dengan Kemenkes (2011) bahwa kelebihan dari mencuci tangan dengan *handrub antiseptic* sangat efektif dan mudah. Namun jika mencuci tangan dengan *handrub antiseptic* tidak mampu menghilangkan kotoran atau zat organik, sehingga jika tangan tampak sangat kotor terlihat harus mencuci tangan dengan sabun dan air terlebih dahulu.

Mencuci tangan dengan *handrub* berbasis alcohol dilakukan oleh petugas jika dalam keadaan:

- a) Fasilitas untuk mencuci tangan tidak ada atau jauh dari petugas
- b) Tangan terlihat bersih tetapi petugas akan kontak dengan pasien lain atau melakukan prosedur yang lain
- c) Untuk mengurangi penumpukan emollient pada tangan setelah pemakaian *handrub* berulang, tetap diperlukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir setiap 6 kali aplikasi *handrub*.

Langkah-langkah cuci tangan dengan cairan berbahan dasar alcohol:

- a) Tuangkan *handrub* berbasis alcohol untuk dapat mencakup seluruh permukaan tangan dan jari (3 s/d 5 cc), satu kali keluaran jika memakai container yang bersensor, atau 1 x tekanan jika menggunakan *Push Container*
 - b) Ratakan dengan kedua telapak tangan
 - c) Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kanan dengan tangan kiri dan sebaliknya
 - d) Gosok kedua telapak dan sela-sela jari
 - e) Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci
 - f) Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya
 - g) Gosok dengan memutar ujung jari-jari telapak tangan kiri dan sebaliknya
 - h) Biarkan tangan mengering dengan sendirinya
- 5) Teknik Kebersihan Tangan Aseptik dengan air dan larutan berbahan chlorheksidin 2%
- a) Lepaskan semua perhiasan yang ada (jam tangan, cincin, gelang).
 - b) Basahi tangan dengan air mengalir yang bersih.
 - c) Tekan 1 – 2 kali sabun cair antiseptik dengan punggung tangan untuk menyabuni seluruh permukaan tangan.
 - d) Ratakan dengan kedua telapak tangan.
 - e) Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
 - f) Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari.
 - g) Jari –jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.
 - h) Gosok ibu jari berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya.
 - i) Gosok dengan memutar ujung jari – jari di telapak tangan kiri dan sebaliknya.
 - j) Bilas kedua tangan dengan air mengalir.
 - k) Keringkan dengan paper towel sampai benar-benar kering.
 - l) Gunakan paper towel untuk menutup kran.

6) Teknik Kebersihan Tangan Surgikal (Steril)

a) Definisi

Mencuci tangan steril adalah mencuci tangan secara steril khususnya jika akan melakukan tindakan steril

b) Tujuan

- 125. Mencegah infeksi silang
- 126. Membebaskan kuman dan mencegah kontaminasi tangan

c) Konsep

- 127. Perawat yang bekerja dalam area steril seperti ruang operasi, ruang bersalin harus melakukan cuci tangan persiapan bedah.
- 128. Tekniknya memerlukan upaya lebih dari mencuci tangan rutin.
- 129. Selama penyikatan atau scrub bedah, perawat mencuci area yang lebih luas, dari ujung jari ke siku.
- 130. Biasanya lama penyikatan 5 – 10 menit untuk memastikan bahwa semua permukaan kulit dibersihkan dengan menyeluruh.
- 131. Untuk pembersihan maksimal dan menghilangkan bakteri, perawat melepaskan semua perhiasan dari jarinya dan tangan serta mempertahankan agar kukunya tetap pendek, bersih dan bebas dari pewarna kuku.

d) Cara

- 132. Alat
- 133. Bak cuci tangan dengan kran air mengalir
- 134. Sabun antimikrobia
- 135. Sikat tangan
- 136. Handuk steril
- 137. Cara cuci tangan Surgical
- 138. Lepaskan perhiasan
- 139. Kenakan masker wajah, pastikan bahwa masker menutupi hidung dan mulut dengan baik
- 140. Bila memungkinkan atur aliran air pada suhu hangat
- 141. Alirkan air. Hidupkan kran dengan siku atau tangan dengan sebelumnya bagian atas kran ditutupi handuk atau tisu
- 142. Inspeksi kuku dan permukaan kulit apakah ada luka
- 143. Berdiri di depan wastafel jaga agar tangan dan seragam tidak menyentuh wastafel
- 144. Seragam yang digunakan harus tetap kering
- 145. Tuangkan sabun 2 – 5 cc kedalam tangan, sabun tangan lengan hingga 5 cm di atas siku
- 146. Bersihkan kuku bila kotor dengan kikir dan letakan pada tempat atau bengkok
- 147. Basahi sikat/ spon dan beri sabun kembali
- 148. Jumlah gerakan 20 gerakan untuk tangan, 30 gerakan untuk kuku, sikat di pegang tegak lurus terhadap kuku
- 149. Sikat jari-jari termasuk sela jari, sikat telapak tangan, punggung tangan
- 150. Basahi sikat dan beri sabun kembali
- 151. Bagi tangan menjadi 3 bagian, 1/3 pergelangan tangan bawah dengan arah memutar, lanjutkan 1/3 bagian tengah dan 1/3 bagian atas. tangan dalam posisi fleksi dengan jari-jari menghadap ke atas selama prosedur
- 152. Ulangi langkah ini pada yang satunya lagi (tangan kiri)
- 153. Dengan tangan posisi fleksi bilas dengan seksama ujung jari ke siku tangan kiri dan ulangi pada tangan kanan
- 154. Matikan kran dengan siku

155. Ambil handuk steril yang ada di atas kemasan pastikan tidak ada apapun atau benda dekat dari jangkauan anda
156. Buka handuk steril secara maksimal pagang satu bagian putar dari jari ke siku
157. Dengan hati-hati pindahkan handuk ke lengan satunya
158. Buang handuk pada tempat yang disediakan
159. Bila akan menggunakan sarung tangan steril dapat dikeringkan hanya dengan kertas tissue

7) Audit *Hand Hygiene*

Audit *hand hygiene* merupakan cara yang dilakukan untuk mengobservasi dan mengukur kepatuhan para petugas kesehatan dalam melakukan *hand hygiene* yang merupakan perilaku mendasar dalam upaya mencegah timbulnya infeksi silang. Dari pelaksanaan audit *hand hygiene* yang dilaksanakan secara rutin di setiap instalasi di rumah sakit.

- a) Petugas Auditor
Auditor adalah seorang IPCN atau IPCLN jika IPCN tidak mencukupi untuk melakukan audit. IPCLN yang melakukan audit kebersihan tangan diberi pendidikan bagaimana cara melakukan audit kebersihan tangan di ruangnya dengan menggunakan formulir Audit Kebersihan tangan
- b) Sasaran
Sasaran petugas yang diaudit adalah petugas yang langsung memberikan pelayanan kepada pasien secara langsung kepada pasien yaitu perawat, dokter, pekary, dan petugas kesehatan lain
- c) Waktu
Audit dilakukan setahun 2 kali yaitu di bulan Januari dan Juli, dilakukan pada jam kerja
Pengamatan dilakukan pada jam-jam sibuk pelayanan, dilakukan observasi selama 10-30 menit terhadap setiap petugas kesehatan yang sedang memberikan pelayanan kepada pasien.
- d) Tempat
Dilakukan diseluruh area rumah sakit yang melayani pasien
- e) Jumlah Populasi
Jumlah populasi adalah 30% dari semua jumlah populasi karyawan RS Universitas Hasanuddin disetiap bagian.
- f) Pelaksanaan
Yang melakukan audit adalah IPCN dan IPCLN yang ada di unit masing masing kemudian hasil audit dilaporkan kepada IPCN untuk dilakukan analisa data dan evaluasi
- g) Analisa
Setelah dilakukan audit hasil dikumpulkan dan dianalisa berapa proses jumlah kepatuhan petugas melakukan kebersihan tangan.
160. Berapa proses jumlah yang tidak melakukan, apa sebabnya petugas tidak patuh melakukan kebersihan tangan (korelasi dengan survey kelengkapan)
161. Unit mana yang pelaksanaan kebersihan tangan paling bagus dan mana yang paling rendah nilainya, apa yang menyebabkan
162. Dibuat dalam bentuk laporan
 - h) Pelaporan
Hasil analisa yang telah dibuat dalam bentuk laporan, diserahkan kepada komite PPI dan direktur utama, tembusan kepada Direktur Pelayanan Medik dan keperawatan, Kepala instalasi, Satuan Penjaminan Mutu (Bagian Keselamatan Pasien). Umpan balik dari direktur utama akan disampaikan kepada unit terkait.

i) Rencana Tindak Lanjut

Rencana tindak lanjut dibuat berdasarkan hasil analisa, umpan balik direktur. Rencana tindak lanjut meliputi Sosialisasi Ulang, monitoring Pelaksanaan Kebersihan tangan, audit setiap 6 bulan sekali.

8) Audit Kelengkapan Fasilitas

Audit kelengkapan fasilitas kebersihan cuci tangan dilakukan untuk mengobservasi ketersediaan fasilitas cuci tangan setiap ruangan dan proses disinfeksi di rumah sakit sehingga diketahui berapa jumlah sarana kebersihan tangan yang sesuai standar lengkap dan berapa yang kurang lengkap, untuk kemudian sebagai sarana pengajuan program kelengkapan sarana kebersihan tangan di rumah sakit. Selain itu audit kelengkapan fisik juga bertujuan untuk mengetahui apakah petugas dalam melakukan kebersihan tangan mengalami kesulitan karena sarana yang kurang lengkap.

a) Cara melakukan Audit

163. IPCN menggunakan formulir kelengkapan sarana kebersihan tangan yang berisikan 8 item diatas, melakukan audit disemua unit / tempat rumah sakit
164. IPCN melakukan pencatatan di Form Audit Kelengkapan Sarana kebersihan Tangan yang meliputi:
165. Wastafel dengan air mengalir
166. Sabun Cuci tangan
167. Tissue untuk mengeringkan tangan
168. Tempat sampah non infeksius model injak
169. Handrub disetiap kamar pasien/ pintu masuk/ tempat tidur pasien untuk pasien di ruang HDN dan ICU
170. Gambar/ petunjuk kebersihan tangan

b) Analisa

Jika hasil audit sudah terkumpul dilakukan analisa berapa persen Sarana kebersihan tangan yang lengkap atau yang kurang memadai. Analisa meliputi jumlah sarana kebersihan tangan, kelengkapan, kelayakan dan kesiapan sarana.

c) Pelaporan

Melakukan pelaporan kepada komite PPI dan Direktur untuk minta umpan balik, dan melakukan umpan balik kepada unit terkait dengan memberikan beberapa rekomendasi dari komite PPI

d) Rencana Tindak Lanjut

Melakukan rencana tindak lanjut berdasarkan hasil audit dan analisa meliputi program penambahan kelengkapan sarana, Audit reguler setiap tahun sekali.

9) Korelasi Efektifitas Kebersihan Tangan dengan Hasil Surveilans

Surveilans yang dilakukan Komite PPI antara lain VAP, ISK, IDO, Plebitis dan IADP

a) Cara Melakukan Korelasi

Adalah dengan melihat hasil surveilans dengan analisanya, apakah dengan program dan monitoring kebersihan tangan berdampak pada penurunan hasil surveilans yang dilakukan di rumah sakit.

- b) Analisa
Analisa mengacu kepada analisa hasil surveilans, menghubungkan apakah jika kepatuhan melakukan kebersihan tangan baik atau meningkat akan terjadi penurunan infeksi dilihat dari hasil surveilans. Berkoordinasi dengan Komite Mutudalam mengevaluasi hasil surveillance PPI dan tindak lanjut yang akan dilakukan.
- c) Pelaporan
IPCN melakukan pelaporan kepada komite PPI dan Direktur utama untuk minta umpan balik dan tembusan ke Komite Mutudan diseminasi umpan balik kepada unit terkait dengan memberikan beberapa rekomendasi dari komite PPI.
- d) Rencana Tindak lanjut
Melakukan rencana tindak lanjut berdasarkan hasil surveilans, meliputi monitoring kepatuhan pelaksanaan kepatuhan kebersihan tangan.

SASARAN 6 MENGURANGI RISIKO CEDERA PASIEN AKIBAT TERJATUH

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengurangi risiko pasien jatuh.

a. Maksud dan tujuan

Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh. Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain:

- 1) Kondisi pasien;
- 2) Gangguan fungsional pasien (contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif);
- 3) Lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit;
- 4) Riwayat jatuh pasien;
- 5) Konsumsi obat tertentu;
- 6) Konsumsi alkohol.

Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi dan/ atau anestesi, perubahan mendadak kondisi pasien, serta penyesuaian pengobatan. Banyak pasien memerlukan asesmen seiaman dirawat inap di rumah sakit. Rumah sakit harus menetapkan kriteria untuk identifikasi pasien yang dianggap berisiko tinggi jatuh.

Contoh situasional risiko adalah jika pasien yang datang ke unit rawat jalan dengan ambulans dari fasilitas rawat inap lainnya untuk pemeriksaan radiologi. Pasien ini berisiko jatuh waktu dipindah dari brankar ke meja periksa radiologi, atau waktu berubah posisi sewaktu berada di meja sempit tempat periksa radiologi.

Lokasi spesifik dapat menyebabkan risiko jatuh bertambah karena layanan yang diberikan. Misalnya, terapi fisik (rawat jalan dan rawat inap) memiliki banyak peralatan spesifik digunakan pasien yang dapat menambah risiko pasien jatuh seperti *parallel bars* di unit rehabilitasi medik, *freestanding staircases* (tangga tanpa pegangan tangan, dan peralatan lain untuk latihan).

Rumah sakit melakukan evaluasi tentang pasien jatuh dan melakukan upaya mengurangi risiko pasien jatuh. Rumah sakit membuat program untuk mengurangi pasien jatuh yang meliputi manajemen risiko dan asesmen ulang secara berkala di populasi pasien dan atau lingkungan tempat pelayanan dan asuhan itu diberikan.

Rumah sakit harus bertanggung jawab untuk identifikasi lokasi (seperti unit terapi fisik), situasi (pasien datang dengan ambulans, transfer pasien dari kursi roda atau *cart*), tipe pasien, serta gangguan fungsional pasien yang mungkin berisiko tinggi untuk jatuh.

Rumah sakit menjalankan program pengurangan risiko jatuh dengan menetapkan regulasi yang sesuai dengan lingkungan dan fasilitas rumah sakit. Program ini mencakup monitoring terhadap kesengajaan dan atau ketidak-sengajaan dari kejadian jatuh. Misalnya, pembatasan gerak (*restrain*) atau pembatasan *intake* cairan.

b. Kegiatan yang dilaksanakan:

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

c. Ruang Lingkup:

Keselamatan pasien merupakan hal utama dalam pelayanan di Rumah Sakit. Salah satu sasaran keselamatan pasien yaitu sasaran ke enam adalah pengurangan resiko pasien jatuh. Tujuan dari keselamatan pasien adalah agar rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan yang aman bagi pasien yang dirawat. Maksud dari aman adalah terbebas dari cedera yang tidak perlu, contohnya cedera akibat jatuh.

Resiko jatuh dapat dicegah, namun mencegah resiko jatuh bukan berarti pasien harus membatasi mobilitas dan aktivitasnya (contohnya berjalan, mandi, BAB, BAK dan sebagainya) dan mengharuskan pasien untuk berada di tempat tidur saja. Oleh karena itu, pencegahan resiko jatuh membutuhkan intervensi dan modifikasi sesuai kebutuhan individual pasien berdasarkan hasil pengkajian terhadap faktor resiko jatuh pasien.

Pengurangan resiko pasien jatuh memerlukan komitmen yang tinggi dari pimpinan dan seluruh staf. Rumah sakit harus memiliki budaya aman agar setiap orang sadar dan memiliki tanggung jawab terhadap keselamatan pasien karena pencegahan pasien jatuh merupakan tanggung jawab seluruh staf di RS baik medik maupun non medik, tetap dan tidak tetap. Seluruh karyawan harus waspada terhadap risiko jatuh pasien dan berpartisipasi dalam melakukan tindakan pencegahan diseluruh area rumah sakit dimana pasien berada, baik area klinis/perawatan maupun area non klinis (contohnya: area parkir, ruang tunggu, koridor RS, ruang administrasi, dll).

Ruang lingkup panduan ini meliputi:

1) Identifikasi Umum Resiko jatuh

Semua pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin diidentifikasi resiko jatuh. Identifikasi dilakukan dengan cara visual kemudian dilanjutkan dengan pengkajian resiko jatuh lebih lanjut dengan menggunakan Formulir Pengkajian Risiko Jatuh

2) Faktor Resiko jatuh

Sebagai upaya pengurangan risiko jatuh dan cedera yang ditimbulkan akibat jatuh maka RS menetapkan langkah-langkah sebagai berikut:

- a) Mengenali faktor risiko jatuh dan melakukan penilaian risiko melalui pengkajian awal dan pengkajian ulang
- b) Melakukan intervensi pencegahan resiko jatuh
- c) Memonitor risiko jatuh

Untuk melakukan pengkajian risiko jatuh maka harus diketahui faktor risiko apa saja yang dapat mengakibatkan pasien jatuh. Mengenali faktor risiko jatuh yang terdapat pada pasien penting dilakukan karena faktor risiko jatuh adalah hal-hal yang melatar belakangi terjadinya jatuh pada pasien.

Faktor risiko jatuh terbagi menjadi kategori:

- a) Ekstrinsik: berhubungan dengan kondisi fisik dan psikologis pasien
- b) Intrinsik: berhubungan dengan lingkungan
- c) Dapat diantisipasi: faktor risiko yang dapat diperkirakan
- d) Tidak dapat diantisipasi: faktor risiko yang tidak dapat diperkirakan

Risiko	Intrinsik (berhubungan dengan kondisi pasien)	Ekstrinsik (berhubungan dengan lingkungan)
Dapat diperkirakan	<ul style="list-style-type: none"> - Riwayat jatuh sebelumnya - Inkontinensia - Gangguan kognitif/psikologis - Gangguan keseimbangan/mobilitas - Usia > 65 tahun - Anak-anak < 5 th - Osteoporosis - Status kesehatan yang buruk 	<ul style="list-style-type: none"> - Lantai basah/ silau, ruang berantakan, pencahayaan kurang, kabel longgar/lepas - Alas kaki tidak pas - Dudukan toilet yang rendah - Kursi atau tempat tidur beroda - Rawat inap berkepanjangan - Peralatan yang tidak aman - Peralatan rusak - Tempat tidur ditinggalkan dalam posisi tinggi
Tidak dapat diperkirakan	<ul style="list-style-type: none"> - Kejang - Aritmia jantung - Stroke atau Serangan Iskemik Sementara (<i>Transient Ischaemic Attack-TIA</i>) - Pingsan - `Serangan jatuh' (<i>Drop Attack</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Reaksi individu terhadap obat-obatan

- 3) Pengkajian Risiko Jatuh
Pengkajian resiko jatu dilakukan pada setiap pasien dengan menggunakan Formulir Pengkajian awal risiko jatuh. Semua pasien anak < 5 tahun, geriatri >60 th, ibu hamil, pasien cacat fisik, pasien ICU, pasien pelayanan intensif, pasien berisiko tinggi seperti pasien hemodialisis telah ditetapkan adalah pasien berisiko jatuh
- 4) Intervensi Risiko Jatuh
Intervensi dilakukan bagi pasien yang dalam pengkajian dikategorikan pasien resiko jatuh.
- 5) Monitoring dan Evaluasi Risiko Jatuh
Monitoring dan evaluasi harus dilakukan untuk mengetahui perkembangan , sehingga intervensi mungkin akan berubah
- 6) Strategi Pencegahan Resiko Jatuh
Rumah sakit menggunakan strategi dalam mencegah pasien jatuh yang dapat dilakukan oleh seluruh petugas seperti mengedukasi pasien
- 7) Penanganan Pasien Jatuh
Penanganan pasien jatuh dilakukan sesuai prosedur

d. Tata Laksana:

- 1) Skrining pasien Jatuh
 - a) Semua pasien rawat jalan, IGD dan pasien rawat inap harus diidentifikasi risiko jatuh dengan benar sebelum dilakukan segala tindakan atau pengobatan.
 - b) Semua pasien anak < 5 tahun, geriatri >60 th, pasien ICU, pasien hemodialisis, pasien kemoterapi atau pasien yang dirawat di unit resiko tinggi adalah pasien berisiko jatuh. Identifikasi pasien resiko jatuh harus diidentifikasi dengan memasang pita kuning “fall risk” di lengan kiri pada pasien rawat jalan dan tanda sticker risiko jatuh kuning yang dipasang pada gelang ID pasien rawat inap dan pasien IGD
 - c) Jika pasien tidak memungkinkan untuk menjawab pertanyaan maka tanyakan kepada penjaga/ wali/ keluarga terdekatnya
 - d) Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang proses identifikasi pasien resiko jatuh ini, kegunaannya dan resiko jika menolak dipasangkan tanda risiko jatuh.
 - e) Sebelum dilakukan pemasangan tanda kuning, keterangan tentang nama lengkap, tanggal lahir dan nomor rekam medis pasien harus diperiksa dengan cara bertanya dan dikonfirmasi antara data rekam medis dan gelang pasien.
 - f) Apabila di ruang rawat inap ditemukan pasien jatuh (sebelum reassesmen), maka perawat melakukan penanganan pasien pasca jatuh sesuai prosedur dan dipasang gelang kuning, didokumentasikan pada catatan perkembangan terintegrasi kemudian membuat laporan insiden menggunakan formulir pelaporan insiden keselamatan pasien dan melaporkan online ke Komite Mutubagian Keselamatan Pasien paling lambat 2x24 jam.
 - g) Pasien jatuh di luar area lain RS dilakukan penanganan terlebih dahulu di tempat kejadian, jika memerlukan penanganan lebih lanjut pasien dibawa ke Unit Gawat Darurat RS
 - h) Pasien berisiko jatuh seperti di ruang radiologi atau fisioterapi dilakukan pemasangan sabuk pengaman sebelum dilakukan pemotretan dan sesudah dilakukan pemotretan, sabuk pengaman dilepas kemudian pasien dipindahkan ke tempat tidur pasien atau

penyediaan fasilitas alat bantu kursi roda dan di bantu oleh petugas fisiotherapi.

2) Pengkajian Awal Risiko Jatuh

Setiap pasien yang masuk dan dirawat di rumah sakit memiliki risiko untuk jatuh yang terkait dengan penyakitnya atau alasan pasien dirawat. Oleh karena itu, pengkajian risiko jatuh dilakukan untuk mengidentifikasi/mengenali apakah pasien memiliki kemungkinan besar untuk jatuh (berisiko tinggi jatuh) atau tidak (berisiko rendah jatuh). Untuk pasien rawat jalan juga harus dinilai resiko jatuh dengan melihat kondisi pasien sehingga dapat dilakukan intervensi terhadap kondisi pasien tersebut.

- a) Ketika menanyakan skala resiko jatuh sesuai pertanyaan yang ada di skala penilaian dan dari hasil pengamatan, kemudian dihitung skor total sehingga didapatkan kriteria resiko jatuh
- b) Pasien berisiko jatuh dilakukan pada pengkajian awal masuk IGD/Poli dan dilakukan pengkajian ulang oleh rawat inap. Penilaian kembali dilakukan jika pasien ditransfer di unit lain dan setiap terjadi perubahan kondisi pasien seperti terdapat penurunan kesadaran, mendapatkan obat – obat efek sedasi, post operasi, mengalami jatuh saat dirawat atau jika pasien rawat inap > 30 hari
- c) Penilaian risiko jatuh menggunakan Skala Humpty Dumpty (modifikasi) untuk pasien anak – anak dan Skala Morse (modifikasi) untuk pasien dewasa dan geriatri.
- d) Penilaian dilakukan saat pasien akan dirawat
- e) Penilaian ulang dilakukan:
 - Perawat wajib mengisi kolom ke 2 dst pada form asesmen pasien sesuai dengan tingkat grading risiko jatuh. Misalnya pasien A berisiko jatuh tinggi pada tgl 12 maret jam 10.00 maka pada kolom 2 diisi tgl 12 maret jam 12.00 karena pasien ini harus diasesmen kembali setiap 2 jam.
 - Jika akan transfer ke unit lain, unit baru membuat penilaian ulang
 - Jika pasien jatuh saat dalam masa perawatan di RS
 - Terjadi perubahan status klinis meliputi perubahan kondisi fisik, fisiologis, dan psikologis; contohnya perubahan kesadaran, perubahan pola eliminasi, perubahan perilaku, hipotensi, hipoglikemi, kelemahan fisik, dll.
 - Dilakukan apabila pasien mendapat penambahan obat-obat yang mengakibatkan kelemahan umum, penurunan tekanan darah, penurunan kadar gula, dan yang mengakibatkan mengantuk. Diantaranya: obat-obat anesthesia, sedative, hipnotik, diuretik, antidiabetik, dan antihipertensi
 - Post operasi
 - Setelah 30 hari rawat inap
- f) Pasien untuk risiko jatuh dilakukan intervensi dan monitoring setiap shift.
- g) Untuk mengubah kategori berisiko jatuh menjadi tidak berisiko, dinilai ulang setiap shift

Pengkajian Risiko Jatuh Pada Anak

a) Pengkajian Awal Risiko Pada Anak

Perawat IGD atau rawat jalan melakukan pengkajian awal resiko jatuh pada saat menerima pasien baru form Penilaian Resiko Jatuh Anak. Perawat mengkaji faktor resiko meliputi:

171. Usia
172. Jenis kelamin
173. Diagnosa medis
174. Faktor lingkungan
175. Pemakaian obat (anestesia, antihistamin, anti kejang, narkotik/ psikotropika, diuretik)

b) Penilaian Risiko Jatuh

Setelah melakukan pengkajian, perawat menentukan resiko jatuh pasien dengan cara menjumlahkan skor yang ada:

176. Skor : 7-11 Risiko Rendah
177. Skor : ≥ 12 Risiko Tinggi

c) Intervensi

Setelah menentukan resiko jatuh pasien, perawat melakukan intervensi setiap shift yang meliputi:

178. Penjelasan mengenai resiko jatuh
179. Memastikan bell pemanggil perawat berfungsi dan dalam jangkauan tangan pasien
180. Menempatkan tempat tidur dalam posisi rendah, roda terkunci, dan bed side rail terpasang semua
181. Membantu pasien saat transfer/ambulasi
182. Memasang tanda resiko jatuh untuk resiko jatuh di bed pasien atau depan pintu
183. Memasang gelang kuning pada pasien
184. Menjelaskan obat-obat yang berefek anestesia, anti histamin, anti kejang, psikotropika/ narkotika, diuretik, dll

d) Pengkajian Ulang

- Perawat juga wajib melakukan pengkajian ulang secara rutin sewaktu-waktu apabila:
 - a. Terjadi perubahan status klinis meliputi perubahan kondisi fisik, fisiologis, maupun psikologis
 - b. Pasien pindah ruang/unit
 - c. Penambahan obat yang tergolong beresiko jatuh
 - d. Post operasi
 - e. Pasien mengalami insiden jatuh saat dirawat
 - f. Setelah 30 hari rawat inap

Tabel 1 : SKALA HUMPTY DUMPTY (modifikasi)

Faktor Risiko	Skala	Poin	Skor Pasien
Umur	Kurang dari 3 tahun	4	
	3 tahun – 7 tahun	3	
	7 tahun – 13 tahun	2	
	Lebih 13 tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki – laki	2	
	Perempuan	1	
Diagnosa	Kelainan Neurologi	4	
	Perubahan dalam oksigenasi (masalah saluran napas, dehidrasi, anemia, anoreksia, syncope / sakit kepala, dll)	3	
	Kelainan Psikis / Perilaku	2	
	Diagnosa lain	1	
Gangguan Kognitif	Keterbatasan daya pikir	3	
	Pelupa, berkurangnya orientasi sekitar	2	
	Dapat menggunakan daya pikir tanpa hambatan	1	
Faktor Lingkungan	Riwayat jatuh atau bayi / balita yang ditempatkan di tempat tidur	4	
	Pasien yang menggunakan alat bantu / bayi balita dalam ayunan / box / mebel	3	
	Pasien di tempat tidur standar	2	
	Area pasien rawat jalan / diluar ruang rawat	1	
Respon terhadap pembedahan, sedasi, dan anestesi	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
	Lebih dari 48 jam / tidak ada respon	1	
Penggunaan obat-obatan	Berbagai macam – macam obat yang digunakan (> satu obat): Penggunaan bersamaan sedative (kecuali pasien ICU yang menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, barbiturate, fenotiazin, anti depresan, diuretik, narkotik	3	
	Salah satu dari obat di atas	2	
	Obatan –obatan lainnya / tanpa obat	1	
TOTAL			

Keterangan :

Skor minimal : 7

Skor maksimal : 23

Skor : 7-11 Risiko Rendah

Skor : \geq 12 Risiko Tinggi

Pengkajian Risiko Jatuh Dewasa

Langkah-langkah pencegahan resiko jatuh adalah melakukan pengkajian resiko jatuh pasien dewasa menggunakan form Penilaian

Resiko Jatuh Dewasa, menetapkan nilai resiko jatuh, memberikan intervensi yang sesuai, dan melakukan pengkajian ulang.

a) Pengkajian Awal Risiko pada Dewasa

Perawat IGD/rawat jalan melakukan pengkajian awal resiko jatuh pada saat menerima pasien baru form Penilaian Resiko Jatuh Dewasa. Perawat mengkaji faktor resiko meliputi:

185. Riwayat jatuh dalam 6 bulan terakhir
186. Diagnosa medis/ penggunaan obat: anesthesia, antihistamin, anti kejang, narkotik/ psikotropika, diuretik)
187. Usia
188. Alat bantu jalan
189. Terpasang infus
190. Gaya jalan
191. Kondisi mental

b) Penilaian Risiko Jatuh

Setelah melakukan pengkajian, perawat menentukan resiko jatuh pasien dengan cara menjumlahkan skor yang ada:

Skor 0 : Tidak berisiko

Skor 1 – 24 : Risiko jatuh rendah

Skor 24 - 50 : Risiko jatuh sedang

Skor \geq 50 : Risiko jatuh tinggi

c) Intervensi

Setelah menentukan resiko jatuh pasien, perawat melakukan intervensi setiap shift yang meliputi :

192. Penjelasan mengenai resiko jatuh
193. Memastikan bell pemanggil perawat berfungsi dan dalam jangkauan tangan pasien
194. Menempatkan tempat tidur dalam posisi rendah, roda terkunci, dan *bed side rail* terpasang semua
195. Membantu pasien saat transfer/ ambulasi
196. Memasang gelang kuning pada gelang identitas pasien
197. Menjelaskan obat-obat yang berefek anestesia, anti histamin, anti kejang, psikotropika/ narkotika, diuretik, dll

d) Pengkajian Ulang

Perawat melakukan pengkajian ulang secara rutin setiap 3 hari sekali atau sewaktu-waktu apabila:

198. Terjadi perubahan status klinis meliputi perubahan kondisi fisik, fisiologis, maupun psikologis
199. Pasien pindah ruang/ unit
200. Penambahan obat yang tergolong berisiko jatuh
201. Post operasi
202. Pasien mengalami insiden jatuh saat dirawat

Tabel 2 : SKALA MORSE FALL SCORE (modifikasi)

Faktor risiko	Skala	Poin	Skor pasien
Riwayat jatuh dalam 3 bulan terakhir	Ya	25	
	Tidak	0	
Diagnosis sekunder	Ya	15	
	Tidak	0	
Alat bantu	Berpegangan pada benda – benda sekitar	30	
	Alat penopang, tongkat / walker	15	
	Bedrest / dibantu perawat	0	
Mendapat terapi heparin / Terpasang infus	Ya	20	
	Tidak	0	
Gaya berjalan / cara berpindah	Gangguan pergerakan	20	
	Lemah	10	
	Normal / tirah baring / imobilisasi	0	
Status mental	Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki / disorientasi	15	
	Sadar akan kemampuan diri sendiri / orientasi baik	0	
Total			

Keterangan:

Skor 0 : Tidak berisiko

Skor 1 – 24 : Risiko jatuh rendah

Skor 24 - 50 : Risiko jatuh sedang

Skor \geq 50 : Risiko jatuh tinggi

Risiko Jatuh pada Lansia/ geriatri:

Asesmen risiko jatuh pada pasien geriatri menggunakan penilaian risiko jatuh pasien lanjut usia sesuai Juknis Geriatri Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri Kemenkes 2017 sebagai berikut:

Risiko	Skor	Skoring
Gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, berayun)	4	
Pusing/ pingsan pada posisi tegak	3	
Kebingungan setiap saat	3	
Nocturia/ Inkontinen	3	
Kebingungan intermiten	2	
Kelemahan umum	2	
Minum Obat-obat berisiko tinggi (diuretik, narkotik, sedatif, anti psikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, antihipertensi, obat hipoglikemik, antidepresan, neuroleptik, NSAID)	2	
Riwayat jatuh dalam waktu 12 bulan sebelumnya.	2	
Osteoporosis.	1	
Gangguan pendengaran dan atau penglihatan.	1	
Usia 70 tahun ke atas	1	
Total Skor		

Interpretasi Skor :

Total Skor 1 - 3 : Risiko Rendah

Total Skor > 3 : Risiko Tinggi

Penilaian Resiko Jatuh Rawat Jalan dan Radioterapi

- Semua pasien rawat jalan dan Radioterapi diskriming risiko jatuh oleh petugas sekuriti RS
- Perawat melakukan **asesmen awal** risiko jatuh RS

c) Penilaian dilakukan secara visual dengan melihat kondisi secara umum dari pasien, cara datang ke RS, cara mobilitas/ memerlukan alat bantu/ tidak, gaya jalan, hambatan dalam berjalan.

Skrining risiko jatuh pada pasien rawat jalan dan instalasi Radioterapi sebagai berikut:

Penilaian			
Penilaian		Ya	Tidak
1	Apakah Anda merasa tidak stabil ketika berdiri atau berjalan?		
2	Apakah Anda khawatir akan jatuh?		
3	Apakah Anda pernah jatuh dalam setahun terakhir?		

Hasil			
No	Hasil	Penilai	Keterangan
1	Tidak berisiko	Tidak Ditemukan salah satu (a)/ (b)	
2	Risiko rendah	Ditemukan salah satu (a) / (b)	
3	Risiko tinggi	Ditemukan (a) dan (b)	

Tindakan				
No	Hasil	Penilai	Ya	Tidak
1	Tidak berisiko	Tidak ada tindakan		
2	Risiko rendah	Edukasi Risiko jatuh		
3	Risiko tinggi	Pasang penanda risiko jatuh		
		Edukasi Risiko Jatuh		

3) Intervensi Risiko Jatuh

Memberikan edukasi sesuai dengan dengan grading risiko jatuh pasien dan memasang tanda risiko jatuh pada gelang pasien rawat inap/IGD ataupun kuning pada pasien rawat jalan, memasang tanda risiko pada cover berkas rekam medis pasien, pintu pasien dan tempat tidur pasien

4) Monitoring dan Evaluasi

Pasien dengan resiko jatuh perlu dimonitor, diintervensi dan dilakukan Tindakan pencegahan setiap shift. Monitoring pelaksanaan pencegahan cedera pada pasien beresiko jatuh dilakukan berdasarkan hasil pengkajian yang telah didapatkan. Monitoring pelaksanaan risiko jatuh dilakukan berdasarkan grade risiko jatuh yaitu Risiko jatuh tinggi, sedang dan rendah serta dilakukan intervensi setiap shift.

- a. Pada pasien risiko jatuh rendah dilakukan setiap terjadi perubahan kondisi pasien. Misalnya penurunan kesadaran, penggunaan obat berefek sedasi, post operasi, transfer ke unit lain, mengalami jatuh saat dirawat.
- b. Pada pasien risiko jatuh sedang dilakukan re-asessment pada pasien/ 24 jam / shift dan apabila pasien dipindahkan dari ruangan sat uke ruangan lainnya.
- c. Pada pasien risiko jatuh tinggi dilakukan re-asessment/ 8 jam/ shift.

Semua pasien anak <5 tahun, pasien ICU, pasien berisiko tinggi adalah pasien berisiko jatuh tidak dilakukan penilaian, tidak dipasang gelang kuning tetapi langsung dilakukan intervensi.

MONITORING DAN EVALUASI PELAKSANAAN PROTOKOL PEMANTAUAN RISIKO JATUH NEONATUS											
NO	TINDAKAN PENCEGAHAN	DILAKUKAN									
		Tgl :									
		Jam :									
1	Memasang gelang risiko jatuh										
2	Memasang tanda resiko jatuh pada box/inkubator										
3	Mendekatkan box bayi dengan ibu										
4	Memastikan lantai dan alas kaki tidak licin										
5	Melakukan orientasi ruangan pada orangtua/keluarga										
6	Memastikan selalu ada pendamping										
7	Melakukan kontrol rutin oleh perawat/bedan										
8	Bila dirawat dalam inkubator/box atau infant warmer, pastikan semua jendela terkunci dan pengaman bed terpasang										
9	Memberikan edukasi kepada orangtua/keluarga										
Catatan :		Untuk pernyataan item 1-9 diisi dengan tulisan Ya atau Tidak									
EVALUASI : Apakah terjadi insiden jatuh ?		<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak									
Nama Petugas											
Paraf Petugas											

5) Strategi Pencegahan Resiko Jatuh

a) Peningkatan Pelayanan Kepada Pasien

203. Melakukan monitoring 1-3 jam sekali

Secara periodik melakukan pemantauan untuk:

204. Menjamin kebutuhan eliminasi pasien terpenuhi, misalnya dengan secara periodik menawarkan bantuan BAB/BAK

205. Menjamin barang-barang yang dibutuhkan pasien agar berada dalam jangkauan, misalnya mendekatkan gelas air minum, remote, tissue, bel

206. Menjamin kenyamanan pasien dengan mengatur atau merubah posisi tidur pasien.

207. Melakukan pemantauan medikasi

Berkolaborasi dengan farmasi klinis untuk:

208. Meninjau obat-obat yang diresepkan

209. Mengevaluasi pasien yang mendapat obat-obat atau kombinasi obat yang memungkinkan terjadinya jatuh, dan obat yang meningkatkan resiko cedera akibat jatuh (misalnya antikoagulan).

210. Memberikan usulan kepada dokter yang merawat untuk mempertimbangkan antara manfaat dan risiko jatuh akibat obat yang digunakan

211. Meningkatkan kondisi pasien

212. Mobilisasi dini sesuai kondisi pasien, peningkatan kekuatan dan fungsi otot dan keseimbangan

213. Pemenuhan nutrisi dan cairan yang adekuat

214. Penatalaksanaan medis untuk penyakit pasien, misalnya gangguan jantung, cedera otak, masalah persendian dan tulang, dll.

215. Edukasi

216. Pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga perlu diedukasi secara langsung dan menggunakan leaflet yang berisikan cara pencegahan jatuh yang dapat dilakukan oleh pasien dan keluarga

217. Staff
Staff diedukasi mengenai cara mengidentifikasi pasien berisiko jatuh, intervensi yang harus dilakukan dan tindakan yang harus dilakukan apabila pasien jatuh
218. Peningkatan keamanan saat ambulasi
219. Pindahkan pasien ke sisi yang lebih stabil
220. Anjurkan pasien menggunakan pegangan
221. Anjurkan pasien memanggil petugas jika ingin turun dari tempat tidur
222. Ajarkan penggunaan alat bantu jalan, gunakan alat bantu yang sesuai dengan pasien
- b) Penataan Lingkungan dan Fasilitas
223. Perbaiki lingkungan fisik
Yang dapat dilakukan untuk mengurangi resiko pasien jatuh antara lain :
224. Pencahayaan yang terang pada gang/koridor, tangga, kamar mandi dan jalan masuk. Cahaya jangan menyilaukan mata.
225. Mengurangi penghalang dengan mengurangi penggunaan benda-benda atau furnitur yang tidak perlu dan merapikan kabel listrik.
226. Kursi dan furnitur yang digunakan untuk menopang pada saat pasien duduk dan bangkit berdiri tidak terlalu rendah atau tinggi.
227. Pengontrolan bahaya yang mungkin terjadi yang terdapat dikamar mandi seperti: pegangan yang mudah terlihat dan aman serta perekat yang berwarna mencolok sehingga mudah terlihat dan tidak licin, lantai tidak berlumut dan licin, letak toilet yang ditinggikan/ toilet duduk posisinya tidak rendah dan terdapat pegangan tangan arah vertikal
228. Menyiapkan alas kaki yang layak
229. Kursi dan kursi roda
Memasang sabuk pengaman pada saat duduk di kursi roda/kursi, menggunakan kursi khusus yaitu kursi geriatri untuk pasien geriatri, memasang latex agar pasien tidak tergelincir, dan menggunakan kursi dengan tinggi sandaran tangan yang tepat supaya dapat digunakan untuk duduk dan berdiri.
230. Tempat tidur
Memasang tempat tidur dalam posisi rendah, mengunci rem dengan baik, dan tempat tidur mempunyai pagar pengaman. Pagar pengaman hendaknya memagari sebagian saja, sebab bila pagar tempat tidur penuh, memungkinkan pasien yang bingung untuk loncat dari tempat tidur. Kasur, alas kasur dan sprei tidak licin.

6) Penanganan Pasien Pasca Jatuh

Apabila pasien mengalami kejadian jatuh maka berikut ini adalah langkah-langkah penanganannya:

a) Kaji adanya cedera dan tentukan tingkat cedera

Tingkat Cedera	
0	Tidak ada cedera
1	Minor: abrasi, memar, laserasi minor yang membutuhkan jahitan
2	Mayor: fraktur, trauma kepala/spinal
3	Meninggal

- b) Kaji tanda-tanda vital, tingkat kesadaran, perubahan ROM (*Range Of Motion*) dan lakukan pemeriksaan GDS (Gula Darah Sewaktu) khususnya pada pasien DM
- c) Pindahkan pasien dari posisi jatuh dengan aman dan perhatikan adanya resiko cedera spinal dan kepala
- d) Beritahu dokter dan kepala ruang
- e) Observasi pasien secara berkala
- f) Dokumentasikan tindakan yang dilakukan dalam catatan keperawatan
- g) Lakukan pengkajian ulang resiko jatuh
- h) Komunikasikan kepada seluruh petugas kesehatan dan keluarga pasien bahwa pasien mengalami jatuh dan berisiko untuk jatuh lagi
- i) Buat laporan insiden keselamatan pasien dan laporkan ke KKPRS dalam waktu 2x24 jam.
- j) Lakukan investigasi pasien jatuh menggunakan format investigasi pasien jatuh untuk mengetahui faktor intrinsik dan ekstrinsik yang berkontribusi terhadap jatuhnya pasien.

7) Kewajiban dan Tanggung Jawab

- a) Seluruh staf rumah sakit
231. Memahami dan mengerti hasil identifikasi pasien jatuh dengan melihat Gelang Resiko Jatuh yang di kenakan pasien (Gelang warna kuning atau pita kuning di lengan kiri pasien poliklinik)
 232. Mematuhi intervensi yang telah ditetapkan sesuai hasil identifikasi pasien jatuh yang dilakukan
 233. Melaporkan kejadian pasien jatuh ditempat tugasnya dengan menggunakan Laporan Insiden
- b) Perawat IGD/rawat inap (ruang penerima pasien)
234. Melakukan Assesmen awal/ Identifikasi pasien resiko jatuh
 235. Menuliskan hasil dan melakukan intervensi pasien jatuh jika hasil identifikasi ditemukan pasien dengan resiko jatuh
 236. Memasang sticker berwarna kuning pada gelang pasien, dengan terlebih dahulu menerangkan kepada pasien maupun keluarganya alasan dipasang gelang tersebut
 237. Menginformasikan hasil Identifikasi jatuh saat serah terima dengan perawat ruang rawat inap
- c) Perawat Ruangan (Perawat Penanggung jawab Pasien)
238. Menerima informasi hasil identifikasi pasien jatuh selama pasien di ruang IGD/ruang rawat inap dan memastikan apakah pasien sudah mengenakan gelang berwarna kuning atau perawat poli dengan melihat pita kuning di lengan kiri.
 239. Melakukan penilaian ulang/ Identifikasi ulang jika diindikasikan oleh perubahan kondisi pasien atau pengobatan atau yang lainnya, dan mencatat dalam lembar catatan Perawatan
 240. Melakukan perubahan Intervensi pasien jatuh, jika hasil identifikasi ulang mengalami perubahan
 241. Memberikan penjelasan/ informasi tentang hasil identifikasi pasien risiko jatuh kepada pasien jika memungkinkan maupun keluarga dan menjelaskan intervensi yang akan dilakukan kepada pasien dan keterlibatan keluarga
 242. Melaporkan kejadian pasien jatuh di tempat tugasnya dengan menggunakan laporan insiden online
- d) Kepala Ruang dan PJ shift
243. Memastikan seluruh staf di ruangan memahami prosedur skoring/ penilaian pasien resiko jatuh

244. Mengontrol apakah gelang resiko pasien jatuh warna kuning sudah terpasang pada pasien yang beresiko jatuh
245. Memastikan apakah perawat telah melakukan Intervensi pasien jatuh pada pasien yang beresiko
246. Mengontrol apakah pasien memperoleh sarana yang dibutuhkan sesuai intervensi pasien jatuh yang telah di tetapkan.
247. Menyelidiki semua insiden kejadian pasien jatuh.
 - e) Kepala instalasi
248. Memantau dan memastikan panduan intervensi pasien jatuh dikelola dengan baik oleh Kepala Ruang.
249. Menjaga standarisasi dalam menerapkan panduan intervensi pasien jatuh
 - f) DireksiMenetapkan kebijakan keselamatan pasien dengan salah satu sasaran adalah pencegahan pasien jatuh.

C. TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN

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

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien terdiri dari :

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.
Ciptakan budaya adil dan terbuka
- b. Memimpin dan mendukung staf.
Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit.
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko.
Bangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan
- d. Mengembangkan sistem pelaporan
Pastikan staf mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien.
Dorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien
Pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks seperti Rumah sakit untuk mencapai hal-hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

Berikut rincian penjelasan tujuh langkah menuju keselamatan pasien :

LANGKAH 1 BANGUN BUDAYA KESELAMATAN

- a. Segala upaya harus dikerahkan di rumah sakit untuk menciptakan lingkungan yang terbuka dan tidak menyalahkan sehingga aman untuk melakukan pelaporan.
- b. Ciptakan budaya adil dan terbuka.
- c. Dimasa lalu sangat sering terjadi reaksi pertama terhadap insiden di rumah sakit adalah menyalahkan staf yang terlibat, dan dilakukan tindakan-tindakan hukuman. Hal ini, mengakibatkan staf enggan melapor bila terjadi insiden. Penelitian menunjukkan kadang-kadang staf yang terbaik melakukan kesalahan yang fatal, dan kesalahan ini berulang dalam lingkungan rumah sakit. Oleh karena itu, diperlukan lingkungan dengan budaya adil dan terbuka sehingga staf berani melapor dan penanganan insiden dilakukan secara sistematis. Dengan budaya adil dan terbuka ini pasien, staf dan rumah sakit akan memperoleh banyak manfaat.

Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat rumah sakit:

- a. Ada kebijakan yang menyatakan apa yang harus dilakukan oleh staf apabila terjadi insiden, bagaimana dilakukan investigasi dan dukungan apa yang harus diberikan kepada pasien, keluarga, dan staf.
- b. Dalam kebijakan tersebut ada kejelasan tentang peran individu dan akuntabilitasnya bila terjadi insiden.
- c. Melakukan survei budaya keselamatan untuk menilai budaya pelaporan dan pembelajaran di rumah sakit.

Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat Unit/ Pelaksana :

- a. Memastikan teman kerja merasa mampu berbicara tentang pendapatnya dan membuat laporan apabila terjadi insiden.
- b. Tunjukkan kepada tim anda tindakan-tindakan yang sudah dilakukan oleh rumah sakit menindak lanjuti laporan-laporan tersebut secara adil guna pembelajaran dan pengambilan keputusan yang tepat.

LANGKAH 2 PIMPIN DAN DUKUNG STAF

Keselamatan pasien melibatkan setiap orang dalam rumah sakit. Membangun budaya keselamatan sangat tergantung kepada kepemimpinan yang kuat dan dukungan organisasi untuk mendengarkan pendapat seluruh staf di unitnya.

Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat rumah sakit:

- a. Ada champion yang bertanggung jawab tentang keselamatan pasien di unit kerja.
- b. Adanya pertemuan rutin antara champion dan Satuan Penjaminan Mutu.
- c. Masukkan materi keselamatan pasien ke dalam program-program pelatihan wajib bagi staf dan pastikan ada pengukuran terhadap efektifitas pelatihan-pelatihan tersebut dengan pre- dan post test.
- d. Memberikan motivasi terkait etos kerja sehingga staf merasa dihargai dan merasa mampu berbicara terkait insiden dan potensi risiko.

LANGKAH 3 INTEGRASIKAN KEGIATAN MANAJEMEN RISIKO

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

Sistem manajemen risiko akan membantu rumah sakit mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Keselamatan pasien adalah komponen kunci dari manajemen risiko, dan harus diintegrasikan dengan keselamatan staf, manajemen komplain, penanganan litigasi dan klaim serta risiko keuangan dan lingkungan. Sistem manajemen risiko ini harus di dukung oleh strategi manajemen risiko rumah sakit, yang mencakup program-program asesmen risiko secara pro-aktif dan risk register.

Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat rumah sakit:

- a. Penyusunan risk register di setiap unit kerja
- b. Menyusun rekap risk register di tingkat rumah sakit
- c. Mengintegrasikan risiko dengan komite lainnya dan Satuan pemeriksa Internal.
- d. Mengembangkan indikor-indikator kinerja unit berdasarkan risiko dan menyusun strategi untuk memastikan capaian indikator mutu unit tercapai
- e. Menggunakan aplikasi sismadak untuk sistem pelaporan insiden dan pencatatan serta pelaporan indikator mutu untuk perbaikan pelayanan pasien secara pro-aktif.

LANGKAH 4 BANGUN SISTEM PELAPORAN

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

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

Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat rumah sakit:

Bangun dan implementasikan sistem pelaporan yang menjelaskan bagaimana dan cara rumah sakit melaporkan insiden secara nasional ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP).

Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat Unit/ Pelaksana :

Dorong kolega anda untuk secara aktif melaporkan insiden-insiden keselamatan pasien via online atau sismadak baik yang sudah terjadi maupun yang upaya pencegahan tetapi bisa berdampak penting untuk pembelajaran.

LANGKAH 5 LIBATKAN DAN BERKOMUNIKASI DENGAN PASIEN DAN MASYARAKAT

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

Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.

Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat rumah sakit:

- a. Memastikan pasien dan keluarganya mendapatkan edukasi apabila terjadi insiden dan pasien mengalami cedera sebagai akibatnya.
- b. Berikan dukungan kepada staf dan memberikan pelatihan PMKP dan dorongan agar mereka mampu melaksanakan keterbukaan kepada pasien dan keluarganya .

Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat Unit/ Pelaksana :

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

LANGKAH 6 BELAJAR DAN BERBAGI TENTANG PEMBELAJARAN KESELAMATAN

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

Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat rumah sakit:

- a. Yakinkan staf yang sudah terlatih melakukan investigasi insiden secara tepat sehingga bisa mengidentifikasi akar masalahnya.
- b. Adanya regulasi yang mencakup kriteria kapan rumah sakit harus melakukan *Root Cause Analysis* (RCA).

Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat Unit/Pelaksana :

- a. Lakukan pembelajaran di dalam lingkup unit anda dari analisa insiden keselamatan pasien dengan mengadakan pertemuan internal memnahas akar maslaah dari insiden
- b. Identifikasi unit lain yang kemungkinan terkena dampak dan berbagilah proses pembelajaran anda secara luas. Diseminasikan hasil rekomendasi dan solusi agar staf lain atau unit lain juga belajar dari kesalahan tersebut

LANGKAH 7 IMPLEMENTASIKAN SOLUSI-SOLUSI UNTUK MENCEGAH CIDERA

Melakukan supervise dari hasil pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau system untuk menciptakan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat rumah sakit:

- a. Gunakan informasi yang berasal dari sistem pelaporan insiden, asesmen risiko, investigasi insiden, audit dan analisa untuk menetapkan solusi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Hal ini mencakup redesigning sistem dan proses, penyelarasan pelatihan staf dan praktek klinik.
- b. Lakukan asesmen tentang risiko-risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan (FMEA)
- c. Monitor dampak dari perubahan-perubahan tersebut
- d. Implementasikan solusi-solusi yang sudah dikembangkan eksternal. Hal ini termasuk solusi yang dikembangkan oleh KNKP atau Best Practice yang sudah dikembangkan oleh rumah sakit lain.

Kegiatan yang dilaksanakan untuk tingkat Unit/ Pelaksana :

- a. Libatkan tim champion untuk membuat FMEA dari hasil kajian akar masalah dan rencana perbaikan tindak agar asuhan pasien lebih baik dan lebih aman.
- b. Kaji ulang perubahan-perubahan system lay yang diterapkan untuk memastikan keberlanjutannya
- c. Pastikan staf unit kerja menerima feedback pada setiap followup dari hasil pelaporan insiden.

d. MANAJEMEN RISIKO

Keselamatan pasien di rumah sakit adalah suatu sistem yang mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman dan menurunkan risiko. Risiko merupakan keadaan yang mungkin terjadi yang dapat berpengaruh negatif terhadap RS. Jika risiko sudah dinilai dengan tepat, maka proses ini akan membantu RS, pemilik dan para praktisi untuk menentukan prioritas dan perbaikan dalam pengambilan keputusan untuk mencapai keseimbangan optimal antara risiko, keuntungan, dan biaya. Adapun kategori risiko meliputi risiko strategi, performa, keuangan dan reputasi.

Banyaknya kejadian tidak diharapkan (KTD) yang sebenarnya dapat dicegah di RS telah lama menjadi pusat perhatian. *The Joint Commission on Accreditation of Health Organization* (JCAHO) mewajibkan rumah sakit untuk melakukan setidaknya 1 (satu) *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA) setiap tahun untuk dapat mengidentifikasi berbagai upaya pencegahan.

Program perbaikan pelayanan kesehatan yang dapat bertahan lama dan dapat mengurangi kemungkinan kegagalan hanya dapat dicapai melalui perbaikan sistem. FMEA merupakan teknik yang berbasis tim, sistematis dan proaktif yang digunakan untuk mencegah permasalahan dari proses atau produk sebelum permasalahan tersebut muncul/terjadi. FMEA dapat memberikan gambaran, tidak hanya mengenai permasalahan apa saja yang mungkin terjadi namun juga mengenai tingkat keparahan yang akan ditimbulkan.

a. Maksud dan Tujuan

- 1) Tujuan umum
 - a) Mencegah dan memprediksi kesalahan.
 - b) Mengantisipasi kesalahan dan meminimalkan dampak buruk
 - c) Meningkatkan perilaku untuk mencari peluang perbaikan sebelum suatu masalah terjadi
- 2) Tujuan khusus
 - a) Pengendalian terhadap timbulnya adverse event
 - b) Meningkatkan perencanaan, kinerja dan efektivitas serta efisiensi.
 - c) Meningkatkan informasi yang akurat untuk pengambilan keputusan.
 - d) Memperbaiki citra serta proteksi terhadap tuntutan.

b. Ruang Lingkup

Ruang lingkup Manajemen Risiko meliputi :

- 1) Risk Register
Rumah sakit harus mempunyai risk register yang berisi program asesmen risiko rumah sakit secara keseluruhan (klinis dan non klinis, termasuk finansial) yang dilakukan setahun sekali
- 2) *Root Cause Analysis* (RCA)
RCA adalah proses untuk mengidentifikasi faktor-faktor dasar atau penyebab yang mendasari suatu insiden. Akar penyebab masalah adalah faktor penyebab yang paling mendasar, atau faktor yang jika dikoreksi atau dihapus akan mencegah terulangnya kejadian yang sama.
- 3) *Failure Mode Effect and Analyse* (FMEA)
FMEA merupakan salah satu teknik yang digunakan untuk memperbaiki suatu sistem, secara proaktif, yang bertujuan untuk mencegah kegagalan proses dan produk sebelum terjadi.
FMEA merupakan aktivitas kelompok yang sistematis dan proaktif, bertujuan untuk mencegah kegagalan proses dan produk sebelum terjadi. Menitikberatkan pada apa yang menyebabkan kegagalan terjadi bukan siapa yang menyebabkan. FMEA merupakan proses proaktif dimana kesalahan dapat dicegah dan diprediksi atau mengantisipasi kesalahan bila terjadi akan meminimalkan dampak buruk

c. Tata Laksana

Langkah-langkah menyusun risk register

- 1) Proses pada manajemen risiko meliputi :
 - a) Menegakkan konteks/ membangun konteks
 - b) Mengidentifikasi risiko
 - c) Menganalisa risiko
 - d) Mengevaluasi risiko
 - e) Mengelola risikoRumah sakit harus mempunyai risk register yang dibuat setiap tahun sekali sebagai acuan untuk membuat program manajemen risiko seluruh rumah sakit.
- 2) Risk register ini berisi :
 - a) Risiko yang diidentifikasi dalam satu tahun
 - b) Informasi insiden keselamatan pasien, klaim litigasi dan komplain, investigasi eksternal dan internal dari insiden, hasil internal dan external audit ataupun dari surveyor Komite Akreditasi RS (KARS)
 - c) Informasi potensial risiko maupun risiko aktual menggunakan RCA dan FMEA.
- 3) Form Risk Register (Terlampir):
 - a) Aktivitas/ Kegiatan yang berpotensi menimbulkan risiko.
 - b) Bahaya : potensi bahaya yang mungkin timbul terkait aktifitas/ kegiatan
 - c) Risiko : potensi terjadinya suatu peristiwa yang dapat menimbulkan kerugian dalam suatu institusi.

- d) Severity (tingkat keparahan) :besaran dampak atau keparahan yang timbul akibat suatu peristiwa di institusi.
- e) Probability (seberapa sering terjadi) : banyaknya suatu peristiwa terjadi di suatu institusi, dinyatakan dalam jumlah kejadian tiap hari/ minggu/ tahun.
- f) Nilai Risiko adalah fungsi perkalian dari severity dengan probability
- g) Kategori Risiko : Klasifikasi hasil nilai , untuk menentukan apakah aktivitas/ objek tersebut termasuk ke dalam bahaya yang signifikan atau tidak. Penilaian dilakukan dengan melihat MATRIX tingkat risiko.
- h) Kontrol Eksisting
 - 250. Peralatan/ Infrastruktur
 - 251. Administrasi/ Regulasi
 - 252. Personil/ SDM
- i) Upaya Pengendalian : terkait peralatan, administrasi dan personil
- j) Outcome : hasil yang diharapkan setelah dilakukan pengendalian
- k) PIC (person in charge) : unit/ person yang bertanggungjawab
- l) Scoring 2 : penilaian ulang paska intervensi

Contoh : Form Risk Register RS

No.	Insiden	Dampak (D)					Probabilitas (P)					Skor Risiko (D x P) 1-25	Bands				Rangking Risiko	Tindakan	Penanggung Jawab	
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		L	M	H	E				

- 4) Alur Pembuatan Risk Register :
- a) Tiap Unit Kerja/ Komite/ Instalasi menganalisis kejadian yang mungkin terjadi di pekerjaannya.
 - b) Unit Kerja/ Komite/ Instalasi merekapitulasi dan memberikan skor kejadian yang terjadi di perkerjaannya.
 - c) Unit Kerja/ Komite/ Instalasi melaporkan ke Komite Mutu(Bagian Keselamatan Pasien)
 - d) Komite Mutuselanjutnya membawa masalah ini untuk dibahas dalam Rapat Tinjauan Manajemen dan dibahas bersama Direksi & Dewas.
 - e) Dari hasil rapat, ditetapkan Risk Register RS tahunan yang disk-kan Direktur Utama RS Unhas

ROOT CAUSE ANALYSIS

RCA dilakukan setelah terjadi :

- 1) Insiden keselamatan pasien :
 - a) Sentinel,
 - b) Kejadian yang Tidak Diharapkan/ KTD termasuk semua kematian yang tidak diharapkan dan semua insiden yang diduga mengakibatkan cedera permanen, kehilangan fungsi atau kehilangan bagian tubuh.
 - c) Kejadian Nyaris Cidera/ KNC dan Kejadian Tidak Cedera (KTC) yang terjadi lebih dari 3 kali.
 - d) Kejadian Potensial Cidera/ KPC
- 2) Ditemukannya kegagalan, masalah atau hasil yang buruk, dan hal ini tidak diharapkan lagi
- 3) Diterimanya komplain pelanggan (internal ataupun yang eksternal yang valid)
- 4) Saat membuat identifikasi akar masalah dari risiko kegagalan (FMEA)

Langkah-langkah dalam RCA ini meliputi :

- 1) Mengidentifikasi masalah dan pengumpulan data.
- 2) Membentuk Tim RCA
- 3) Menyelidiki lebih lanjut melalui penyusunan kronologi dan wawancara
- 4) Memahami apa yang terjadi, bila perlu dilakukan rekonstruksi
- 5) Menganalisa akar penyebab
- 6) Membuat rencana untuk menghilangkan akar masalah
- 7) Mengevaluasi efektifitas tindakan.

Berikut rincian langkah-langkah RCA :

1) Identifikasi Masalah dan Pengumpulan Data

Alasan suatu insiden harus diinvestigasi secara detil adalah :

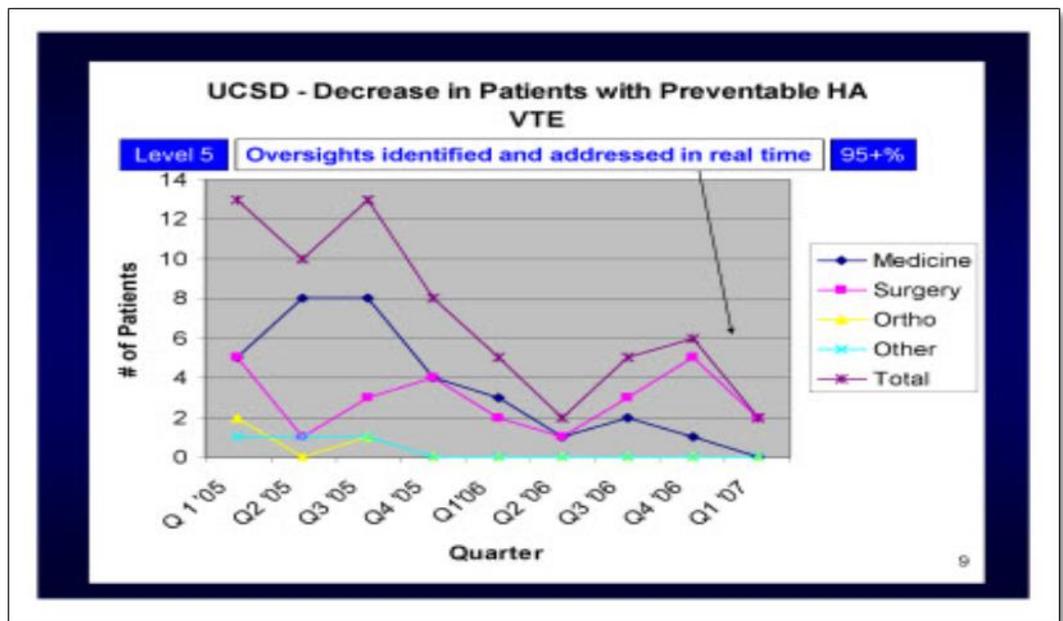
- a) Masalah serius atau membahayakan pasien atau rumah sakit
- b) Masalah potensial untuk pembelajaran dalam unit atau organisasi yang lebih luas.

Dalam mengidentifikasi masalah perlu pengumpulan data atau bukti, bisa dengan data dalam bentuk *run chart*, *histogram* atau *pareto*.

a) *Run chart*

Tujuan : untuk melihat tren dan pola pada proses dalam periode waktu tertentu

Digunakan untuk Investigasi masalah untuk mengetahui perbandingan dari beberapa hal atau area sehingga dapat mengidentifikasi area yang membutuhkan perbaikan atau sudah mengalami peningkatan.



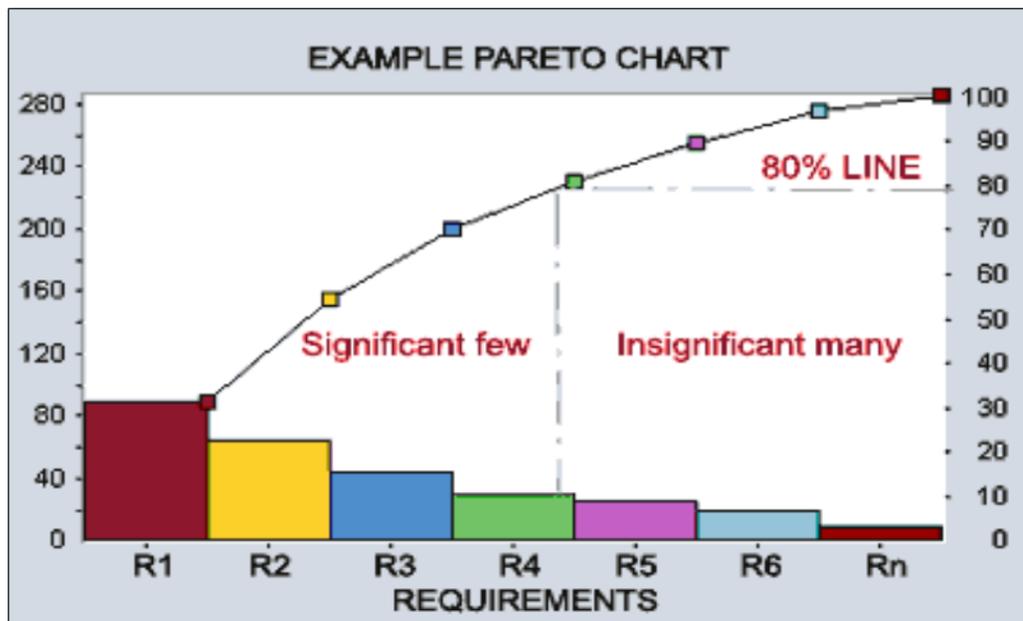
b) Histogram

Tujuan : untuk memberikan gambaran distribusi data pada nilai rentang tertentu dan gambaran variasi dalam proses tertentu serta menyarankan pada upaya perbaikan yang perlu dilakukan. Digunakan untuk investigasi masalah jika terdapat banyak data dan kita hendak mengetahui bagaimana sebaran data tersebut.



c) Pareto

Tujuan : untuk menunjukkan kejadian yang paling sering terjadi dan karenanya memiliki dampak terbesar. Digunakan menentukan masalah mana yang harus diselesaikan terlebih dahulu.



Selain itu pengumpulan data bisa dilakukan dengan cara :

- Observasi langsung, dengan cara mengunjungi langsung tempat insiden terjadi untuk mengetahui keadaan , posisi, dan hal-hal yang berhubungan dengan insiden.
- Dokumentasi, untuk mengetahui apa yang terjadi sesuai data, observasi, dan inspeksi.
- Interview, untuk mengetahui kejadian secara langsung untuk pengecekan pada hasil observasi dan data dokumentasi.

2) Membentuk Tim RCA

Pembentukan tim terdiri dari unit yang terkait, staf yang mempunyai keahlian dalam pembuatan RCA dan orang yang mempunyai kompetensi/ keahlian sesuai kasus. Tim RCA terkait insiden selain staf yang terkait langsung dengan insiden. Idealnya Tim terdiri dari 3-4 orang

3) Investigasi Lanjut (Menyusun Kronologi dan Rekonstruksi)

Tim RCA dalam mengumpulkan data/bukti didukung dengan menyusun kronologi insiden tersebut terjadi serta melakukan wawancara kepada staf yang terlibat.

Sangat membantu bila kronologi insiden dipetakan dalam sebuah bagan kronologi kejadian yang menceritakan secara rinci terjadinya kejadian dari waktu ke waktu secara sistematis

Contoh Kronologi narasi : Kasus pasien Jatuh di rawat inap

4) Memahami apa yang terjadi, bila perlu dilakukan rekonstruksi

Setelah menyusun kronologi dan melengkapinya dengan wawancara oleh Tim RCA dengan beberapa pihak serta melihat langsung di tempat kejadian, maka supaya lebih paham proses insiden terjadi dapat dilakukan rekonstruksi.

Dalam rekonstruksi dilakukan :

- Simulasi kejadian seperti yang sudah dicatat dalam kronologi.
- Melibatkan orang yang terlibat saat kejadian dan menggunakan metode yang sama dengan saat kejadian.
- Pengamatan lingkungan sekitar saat rekonstruksi , pengamatan interaksi antar personel , pengamatan pekerjaan yang dilakukan ,

pengamatan interupsi yang mungkin timbul, dan pengamatan peralatan yang digunakan.

- d) Pencatatan setiap hal yang dianggap berpotensi memberikan kontribusi pada kejadian.

5) Menganalisa Akar Penyebab

Dalam melakukan analisa penyebab akar masalah bisa menggunakan beberapa tools antara lain :

- a) *Brainstorming*
- b) *Affinity Diagram*
- c) *Cause & effect diagram (fishbone diagram)*

Berikut rinciannya:

a) BRAINSTORMING

Brainstorming digunakan jika diinginkan ide atau solusi yang tidak terbatas untuk menemukan akar masalah dari semua pihak dalam proses perbaikan.

Tujuan melakukan brainstorming ini untuk menghasilkan beberapa ide-ide dalam waktu minimum, melalui proses kreatif dalam kelompok.

Brainstorming dilakukan oleh dalam rapat Tim RCA bersama pihak yang terlibat serta tenaga lain yang dianggap kompeten dan memahami tentang kejadian yang akan dilakukan RCA

b) AFFINITY DIAGRAM

Analisa akar penyebab masalah dengan menggunakan affinity diagram jika untuk membantu mendiagnosa masalah yang rumit , mengorganisasikan fakta, opini, dan isu, ke dalam kelompok alaminya, sehingga dapat ditemukan akar penyebab masalah.

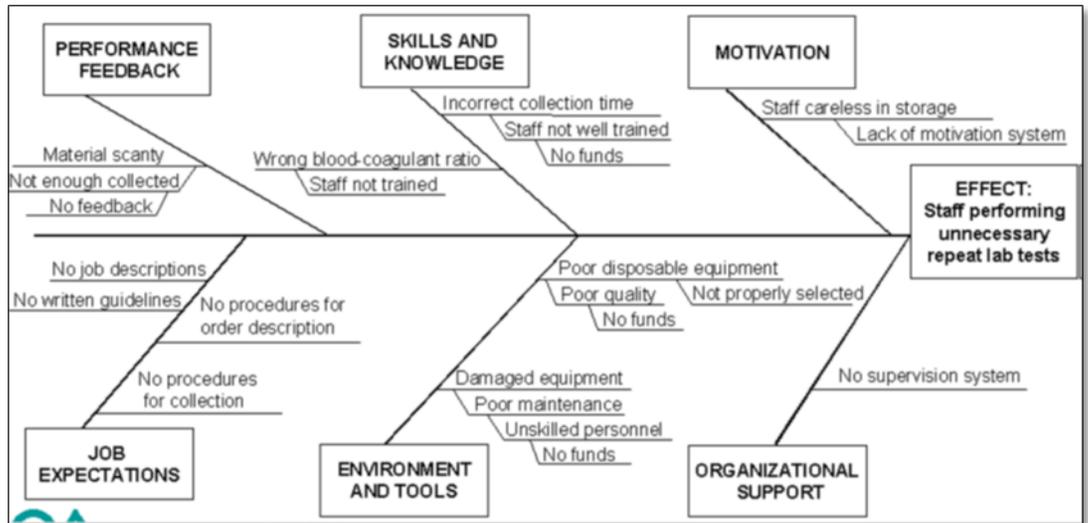
Tujuan penggunaan affinity diagram ini adalah untuk menghasilkan sejumlah besar ide atau isu secara kreatif, dan kemudian mengaturnya dalam kelompok yang bermakna.

c) CAUSE AND EFFECT DIAGRAM

Melakukan analisa akar masalah yaitu mencari faktor yang berperan dengan memasukkan akar masalah ke dalam duri ikan (*fish bone*) dengan pengelompokan 4M (*man, money, material, methode*) dan 1 E (*environment*)

Analisa akar penyebab masalah dengan menggunakan diagram ini, jika masalah yang timbul memiliki beberapa penyebab.

Tujuan menggunakan diagram ini adalah untuk menampilkan gambaran yang jelas dari beberapa hubungan sebab akibat antara hasil dan faktor yang mempengaruhi.



Pada setiap “tulang ikan” tersebut , untuk mencari akan penyebab masalah perlu bertanya dengan menggunakan “5 WHY” yang bertujuan secara konstan bertanya “mengapa?” melalui lapisan penyebab sehingga mengarah ke akar permasalahan dari problem yang teridentifikasi.

Analisa akar masalah dilakukan oleh Tim RCA serta tenaga ahli lain yang dianggap kompeten dan memahami tentang kejadian yang akan dilakukan RCA.

Contoh

MASALAH	Alat defibrilator rusak ketika mau digunakan untuk menangani pasien dengan kegawatan jantung
Mengapa alat rusak ?	Karena perawatannya jarang dilakukan
Mengapa perawatan jarang dilakukan ?	karena belum ada jadwal perawatan berkala
Mengapa belum ada jadwal perawatan yang berkala ?	Karena staf tidak memahami berapa jangka waktu perawatan alat tersebut
Mengapa staf tidak memahami berapa jangka waktu perawatan alat ?	Karena belum ada standar waktu perawatan alat

Ketika sudah tidak dapat menjawab dengan kata “mengapa” maka jawaban tersebut dianggap sebagai akar penyebab masalah. Dengan mengkoreksi akar penyebab masalah tersebut diharapkan insiden serupa tidak akan terjadi.

6) Membuat rencana untuk menghilangkan akar masalah

Untuk setiap akar penyebab masalah yang berkontribusi perlu dibuat langkah-langkah korektifnya, dan ditetapkan siapa PIC (*personal of charge*) dan kapan tenggat waktunya. Bila perlu , ada rencana yang dikembangkan untuk diuji cobakan dulu, namun perlu ditetapkan cara pengukurannya dan jangka waktu pengujian tersebut. Dan bila hasilnya baik, maka bisa dijadikan standar proses.

Contoh : Form rekomendasi dan rencana tindakan

Akar masalah	Tindakan	Tingkat rekomendasi (individu, direksi)	PIC (penganggung jawab)	Tenggat waktu	Sumber daya yang dibutuhkan	Bukti penyelesaian	Paraf

7) Mengevaluasi efektifitas tindakan

Waktu untuk melakukan evaluasi dan mengukur hasil harus ditetapkan. Evaluasi dilakukan untuk menilai apakah langkah-langkah tindakan yang direncanakan tersebut sudah dapat mencegah masalah atau insiden terjadi kembali . Bila langkah-langkah tersebut belum efektif untuk mengkoreksi atau mencegah masalah/insiden terjadi lagi, maka perlu dilakukan revisi terhadap plan of actionnya atau dianalisa ulang untuk kembali dicari akar permasalahannya. Hasil tindak lanjut dari unit terkait akan dimonitoring keefektifannya. Bila didapatkan hasilnya tidak efektif maka akan dilakukan RCA ulang.

FAILURE MODE EFFECT AND ANALYSIS (FMEA)

Untuk menilai potensi kegagalan dari risiko yang belum terjadi maka dilakukan FMEA.

FMEA adalah:

- 1) Adalah metode perbaikan kinerja dgn mengidentifikasi dan mencegah potensi kegagalan sebelum terjadi. Hal tersebut didesain untuk meningkatkan keselamatan pasien.
- 2) Adalah proses proaktif, dimana kesalahan dpt dicegah & diprediksi.
- 3) Upaya Mengantisipasi kesalahan akan meminimalkan dampak buruk
- 4) Sistem yang dapat mengukur kegagalan, mengapa ini menjadi gagal, dan bagaimana ini dapat dicegah. (*Patient safety: Essentials for health care _JCHAO 2003*)
- 5) *Failure* (F): Saat sistem atau bagian dari sistem tidak sesuai yg diharapkan baik disengaja maupun tidak
- 6) *Mode* (M): Cara atau perilaku yang dapat menimbulkan kegagalan
- 7) *Effects* (E): Dampak atau konsekuensi modus kegagalan
- 8) *Analysis* (A): Penyelidikan suatu proses secara detail
- 9) FMEA bisa dilakukan pada :
 - a) Proses yang telah dilakukan saat ini (tdk berjalan optimal)
 - b) Proses yang belum dilakukan atau baru akan dilakukan, misalnya:
 253. Implementasi Elektronik RM
 254. Pembelian alat baru
 255. Redesain kamar operasi, dll

Tujuan menyusun FMEA antara lain:

- 1) FMEA telah terbukti dapat mengurangi resiko kesalahan dan meningkatkan proses kinerja yang berhasil (performa menjadi lebih baik)
Mengurangi kemungkinan munculnya kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien/ pekerja (dapat mencegah error dan insiden *nearmiss* → mencegah pasien cedera)
- 2) Meningkatkan kinerja atau *performance* (proses efektifitas dan efisiensi)
- 3) Meningkatkan mutu pelayanan
- 4) Meningkatkan *performance financial* (aman dan akuntabel sesuai keinginan konsumen, regulator, pembayar)
- 5) Sebuah pendekatan dengan tim (kerja tim)
- 6) Jika FMEA telah digunakan, segala kerentanan dibawah ini dapat ditanggulangi dan dicegah:
 - a) Kegagalan pada pusat pelayanan mayor medis. (contoh: Mati lampu RS)
 - b) Rel Bed (TT) dan Penghalang Bed (*Restrain*)
 - c) Penggunaan gas medis
- 7) Bertujuan untuk mencegah terjadinya tragedy kesalahan
- 8) Tidak memerlukan pengalaman buruk sebelumnya atau data sebelumnya
- 9) Membuat sistem yang lebih kuat
- 10) Mencegah toleransi kesalahan

Terdapat metode modifikasi dari FMEA yang disebut HFMEA (Health Failure Mode Effect Analysis) dari VA NCPS yang lebih berfokus pada:

- 1) Fokus pada pencegahan dampak, meningkatkan keselamatan, meningkatkan outcome yg positif dan meningkatkan kenyamanan pasien
- 2) Tujuannya : untuk melihat dimana terjadi kegagalan proses
- 3) Pertanyaan: Apa yang dapat/kemungkinan terjadi bukan apa yang terjadi
- 4) Analisis prospektif modifikasi dari :
 - a) FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*)
 - b) HACCP (*Hazard Analysis Critical Control Points*)
 - c) RCA (*Root Cause Analysis*)

Berikut langkah-langkah FMEA:

- 1) Menentukan proses yang mempunyai risiko tinggi berdasarkan kategori risiko
Kategori risiko terdiri atas :
 - a) Risiko pelayanan pasien
Contoh risiko yang berkaitan dengan pelayanan pasien:
 256. Pelayanan medis yang kurang tepat atau salah
 257. pelepasan rahasia pasien oleh RS atau Staf
 258. kurangnya perlindungan keamanan (misal bayi diculik) penelantaran dan kekerasan terhadap pasien
 259. kurangnya edukasi risiko kepada pasien
 260. pemberian pengobatan yang diskriminatif
 261. Triase yang tidak tepat dan transfer pasien dari IGD
 262. Tidak adanya informed consent tindakan/penelitian klinis
 263. Pemulangan pasien yang tidak tepat

- b) Risiko terhadap staf
Contoh risiko yang berhubungan dengan tenaga medis:
 - 264. Kredensial terhadap staf medis yang tidak tepat
 - 265. Tindakan medis yang tidak sesuai kompetensi dan prosedur
 - 266. Manajemen pasien yang tidak tepat
 - 267. Training staf yang tidak adekuat
 - 268. Tuduhan malpraktik
 - c) Risiko asset/ lingkungan
Contoh risiko yang berhubungan dengan aset (*property related risks*):
 - 269. Risiko kerugian aset dari akibat kebakaran, banjir, dll
 - 270. Risiko kerusakan/ kehancuran/ kerahasiaan dokumen Kertas/ elektronik dan rekam medis pasien → pemeliharaan file
 - 271. Risiko keamanan penanganan uang tunai dan barang berharga RS
 - 272. Risiko tidak adanya perlindungan asuransi untuk melindungi fasilitas tertentu dari kerugian
 - d) Risiko terhadap keuangan/ bisnis
Contoh risiko keuangan:
 - 273. Pasien kabur
 - 274. Keterlambatan pembayaran pasien/payer
 - 275. Pengurangan pendanaan
 - 276. Manajemen arus kas yang buruk
 - 277. Kurangnya nilai uang/naiknya suku bunga
 - 278. Penipuan/ pencurian
 - 279. Hutang
 - 280. Krisis MoneterContoh risiko bisnis/ tata kelola organisasi:
 - 281. Kurangnya pengawasan
 - 282. Pemisahan tugas yang tidak didefinisikan secara formal
 - 283. Memastikan kepatuhan dengan syarat dan ketentuan pemberi dana
 - 284. Kepatuhan dengan undang-undang yang berlaku
 - 285. Perlindungan individu yang rentan
 - 286. Hukum Perpajakan
 - 287. Perlindungan Data
 - 288. Hukum Kesehatan & Keselamatan
 - e) Risiko terhadap lingkungan
Potensi risiko/ bahaya lingkungan di rumah sakit:
- BIOLOGI**
- 289. Virus:
 - 290. Hepatitis B,C
 - 291. HIV/AIDS
 - 292. SARS
 - 293. Bakteri:
 - 294. TBC
 - 295. Jamur, Parasit
- FISIK**
- 296. Radiasi Pengion
 - 297. Radiasi nonpengion
 - 298. Suhu panas
 - 299. Suhu dingin
 - 300. Pencahayaan
 - 301. getaran

KIMIA

- 302. Ethylene Oxide
- 303. Formaldehyde
- 304. Glutaraldehyde
- 305. Obat Kemoterapi
- 306. Gas Anestesi
- 307. Mercury, Chlorine

ERGONOMIK

- 308. Posisi Statis,
- 309. Mengangkat,
- 310. Membungkuk
- 311. Mendorong

PSIKOSOSIAL

- 312. Kerja Shift
- 313. Stress
- 314. Kekerasan
- 315. Lingkungan
 - f) Komplain
 - g) Risiko lainnyaContoh risiko lainnya (*other risks*):
- 316. Tuntutan hukum dan perubahan peraturan
- 317. Risk Penurunan reputasi → *Reputational risk*/Citra

2) Membentuk tim

- a) Tim terdiri dari multi disipliner, tidak lebih dari 10 orang (idealnya 4-8 orang)
- b) Memiliki pengetahuan tentang proses yang akan dianalisis dan unit yang akan terkena perubahan
- c) Mewakili bidang yang akan dianalisis dan unit yang terkena perubahan
- d) Mengikutkan orang yang tidak terlibat dalam proses tapi memiliki kemampuan analisis
- e) Setidaknya ada satu pembuat keputusan (*leader*)
- f) Satu orang yang memiliki "*critical thinking*".

Anggota tim tersebut terdiri atas :

- a) Team leader atau pemimpin tim
 - b) Fasilitator
318. Fasilitator bisa merangkap sebagai pemimpin tim, bisa juga tidak. Akan lebih baik bila pemimpin tim bukan berasal dari area yang akan dianalisa.
319. Fasilitator membantu tim dalam setiap proses.
320. Fasilitator memastikan bahwa anggota tim menyelesaikan semua langkah-langkah proses dan mendokumentasikan hasilnya.
321. Setiap anggota tim perlu merasa nyaman dengan pemimpin tim tersebut.
- c) Tenaga ahli terkait proses tersebut atau pemilik proses
Personil ini adalah orang yang mengerti atau familiar terhadap proses dan terbuka terhadap perubahan proses.
 - d) Wakil dari disiplin kesehatan tertentu (multidisipliner)
 - e) Notulen
322. Bertanggung jawab mencatat dan membagikan notulen
323. Peran sebagai notulis bisa bergantian , kecuali pemimpin tim.
324. Alasan mengapa notulis dilakukan bergantian, karena peran sebagai notulis dapat menghambat kemampuan orang tersebut dalam mengemukakan pendapat.

325. Notulensi mencantumkan tanggal penyelesaian laporan FMEA

Agenda tim FMEA/HFMEA

Pra meeting	Identifikasi topik dan beri motivasi pada tim
Rapat ke 1	Gambarkan proses, identifikasi subproses, verifikasi ruang lingkup
Rapat ke 2	Kunjungi unit kerja untuk observasi proses, verifikasi semua langkah proses & subproses apakah sudah benar
Rapat ke 3	Brainstorming modus kegagalan, tugaskan anggota tim untuk berdiskusi dengan petugas pada unit yang terlibat
Rapat ke 4	Identifikasi penyebab modus kegagalan, tugaskan anggota tim untuk berdiskusi dengan petugas pada unit yg terlibat dalam proses untuk memperoleh masukan tambahan
Rapat ke 5	Tuangkan modus kegagalan, dampak dan penyebab pada lembar kerja FMEA, hitung RPN
Rapat ke 6, 7, 8...	Tugaskan anggota tim untuk menindaklanjuti PIC untuk setiap tindakan perbaikan
Rapat	Tindakan perbaikan berbasis umpan balik
Rapat	Uji perubahan yang diajukan
Rapat	Pertemuan dgn pimpinan untuk persetujuan semua tindakan perbaikan
Rapat	MONEV

3) Menggambarkan alur proses dan sub proses

- a) Buat dan verifikasi alur diagram proses
- b) Pastikan setiap langkah dalam alur proses diberi nomor
- c) Jika prosesnya kompleks identifikasi proses yg akan di fokuskan
- d) Identifikasi semua sub proses untuk setiap alur diagram
- e) Pastikan setiap sub proses teridentifikasi
- f) Buat alur diagram sub proses (pindahkan dalam kotak)

Ketika membuat alur proses, tim harus menjawab beberapa pertanyaan:

- a) Apa langkah-langkah dalam proses?
326. Jika proses sudah ada, bagaimana langkah-langkah yg sudah dikerjakan?
327. Jika proses belum ada, bagaimana seharusnya dikerjakan?
- b) Bagaimana hubungan antar langkah dalam proses?
(misalnya, berurutan atau simultan)
 - c) Bagaimana proses berhubungan dengan proses yg lain?
 - d) Apa tools yg digunakan dalam membuat alur/ diagram proses?

Buat alur proses, bila perlu dibuat sub proses dan buat masing-masing diagramnya.

- a) Bila Proses baru: Bagaimana seharusnya
 - b) Bila Proses lama: Bagaimana saat ini
 - c) Buat *flowchart* untuk diagram proses
- Prilaku yg dapat mengakibatkan kegagalan
- a) Tanyakan bagaimana bisa gagal?

- b) Identifikasi semua modus kegagalan
- c) Beberapa langkah dapat tdk memiliki modus kegagalan
- d) Beberapa langkah bisa memiliki banyak modus kegagalan

Elemen yang harus dipertimbangkan Tim ketika brainstorming modus kegagalan:

- a) *People* (tingkat kepegawaian, pelatihan, penjadwalan, komunikasi, masalah penilaian kompetensi)
- b) *Materials* (masalah yang terkait dengan persediaan atau persediaan yang salah tempat)
- c) *Equipment* (masalah yang terkait dengan ketersediaan peralatan yang sesuai)
- d) *Methods* (masalah yang terkait dengan proses dan prosedur yang digunakan oleh staf)
- e) *Environment* (masalah yang terkait dengan keamanan lingkungan seperti pencegahan dan pengendalian infeksi atau limbah berbahaya)

LANGKAH 3A GAMBARKAN ALUR PROSES

Tahapan Proses :
Jelaskan proses setiap kegiatan sesuai kebijakan dan prosedur yang berlaku
Jika proses terlalu kompleks, anda dapat memilih satu proses atau sub proses untuk ditindak lanjuti

1 2 3 4 5 6

Cantumkan beberapa sub proses untuk setiap tahapan proses

| Tahapan Sub Proses |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| A. _____ |
| B. _____ |
| C. _____ |
| D. _____ |
| E. _____ |

HFMEA : Healthcare Failure Mode Effect and Analysis

SKORING Kegawatan

DAMPAK	MINOR 1	MODERAT 2	MAYOR 3	KATATROSPIK 4
Pasien	Kegagalan yang tidak mengganggu proses pelayanan kepada pasien	Kegagalan dapat mempengaruhi proses dan menimbulkan kerugian ringan	Kegagalan menyebabkan kerugian berat	Kegagalan menyebabkan kerugian besar
	<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada cedera, Tidak ada Perpanjangan LOS 	<ul style="list-style-type: none"> Cedera ringan Ada Perpanjangan hari rawat 	<ul style="list-style-type: none"> Cedera luas/ berat Perpanjangan hari rawat lebih lama (>1 bln) Berkurangnya fungsi permanen organ tubuh (sensorik/ motorik/ psikcologik/ intelektual) 	<ul style="list-style-type: none"> Kematian Kehilangan fungsi tubuh secara permanent (sensorik, motorik, psikologik atau intelektual) Operasi pada bagian atau pada pasien yang salah, Tertukarnya bayi
Pengunjung	<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada cedera Tidak ada penanganan Terjadi pada 1-2 org Pengunjung 	<ul style="list-style-type: none"> Cedera ringan Ada Penanganan ringan Terjadi pada 2 -4 Pengunjung 	<ul style="list-style-type: none"> Cedera luas/ berat Perlu dirawat Terjadi pada 4 -6 orang Pengunjung 	<ul style="list-style-type: none"> Kematian Terjadi pada > 6 orang Pengunjung
Staf	<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada cedera Tidak ada penanganan Terjadi pada 1-2 staf Tidak ada kerugian waktu / kec kerja 	<ul style="list-style-type: none"> Cedera ringan Ada Penanganan/ Tindakan Kehilangan waktu/ kec kerja : 2-4 staf 	<ul style="list-style-type: none"> Cedera luas/ berat Perlu dirawat Kehilangan waktu/ kecelakaan kerja pada 4-6 staf 	<ul style="list-style-type: none"> Kematian Perawatan > 6 staf
Fasilitas	Kerugian <1,000,000 atau tanpa menimbulkan dampak terhadap pasien	Kerugian 1,000,000 - 10,000,000	Kerugian 10,000,000 - 50,000,000	Kerugian > 50,000,000

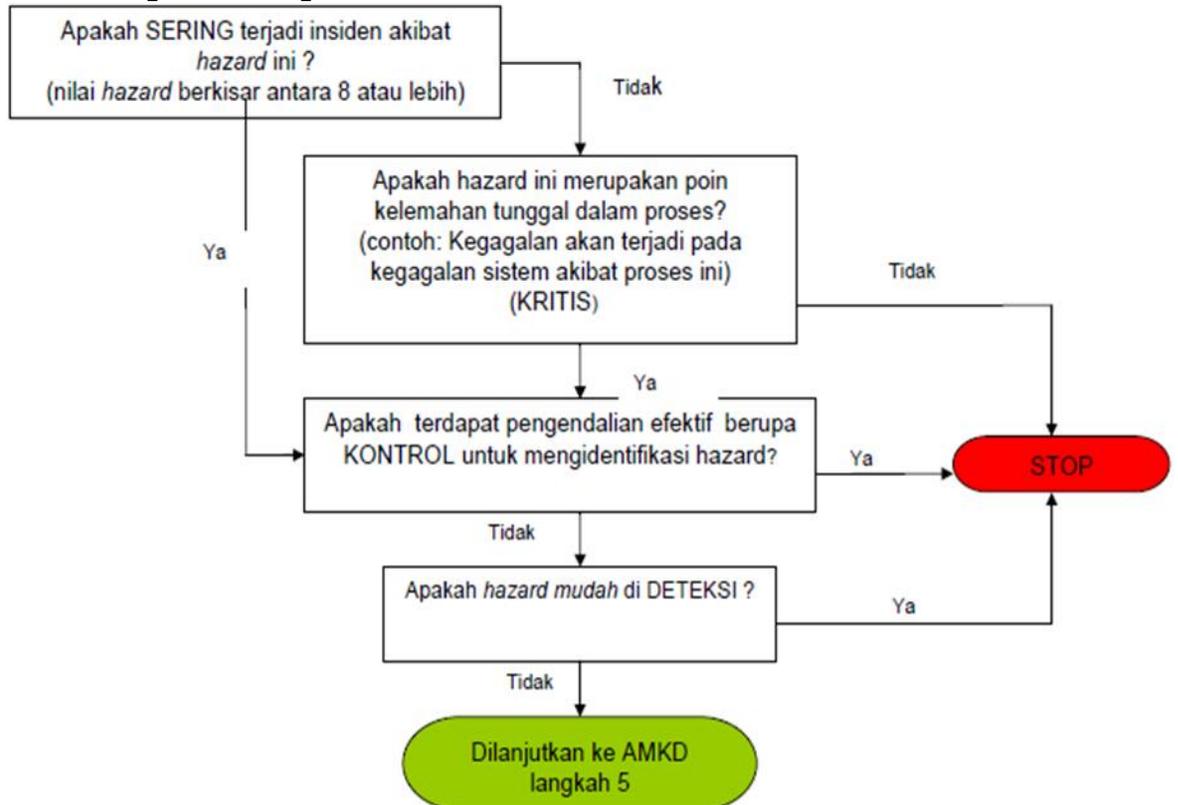
SKORING Probabilitas

LEVEL	DESKRIPSI	CONTOH
4	Sering (<i>Frequent</i>)	Hampir sering muncul dalam waktu yang relative singkat (mungkin terjadi beberapa kali dalam 1 tahun)
3	Kadang-kadang (<i>Occasional</i>)	Kemungkinan akan muncul (dapat terjadi beberapa kali dalam 1 sampai 2 tahun)
2	Jarang (<i>Uncommon</i>)	Kemungkinan akan muncul (dapat terjadi dalam >2 sampai 5 tahun)
1	Hampir Tidak Pernah (<i>Remote</i>)	Jarang sekali terjadi (dapat terjadi dalam > 5 sampai 30 tahun)

SKORING Nilai Hazard

	TINGKAT BAHAYA			
	KATASTROPIK 4	MAYOR 3	MODERAT 2	MINOR 1
SERING 4	16	12	8	4
KADANG 3	12	9	6	3
JARANG 2	8	6	4	2
HAMPIR TIDAK PERNAH 1	4	3	2	1

Analisis pohon keputusan



5) Mendesain ulang proses (*redesign the process*) dari rekomendasi tindakan yang akan dilakukan dan penentuan indikator keberhasilan (dalam pengelolaan risiko)

a) Pada langkah ini tujuan yang perlu dicapai adalah :

328. Mendeteksi kegagalan sebelum mencapai pasien/ staf (meningkatkan angka kemungkinan deteksi/ *detection*).

329. Mencegah kegagalan terjadi (memperkecil frekuensi kejadian / *occurrence*)

330. Menurunkan tingkat kefatalan dari akibat (memperkecil severity)

b) Cara-cara yang harus dilakukan untuk membuat desain/ rancangan ulang proses antara lain sebagai berikut :

331. Mengurangi variasi

332. Menetapkan standar

333. Menyederhanakan proses

334. Mengoptimalkan kelebihan (sebagai *back up*)

335. Menggunakan teknologi untuk otomatisasi

336. Dokumentasi yang baik

337. Mengurangi keterikatan antar langkah-langkah proses.

- c) Langkah-langkah yang ditempuh guna menyusun rancangan ulang proses meliputi :
 - 338. Mengenali seluruh aspek dari masalah dan penyebabnya
 - 339. Mengembangkan beberapa alternatif solusi
 - 340. Melakukan rincian apa saja yang dibutuhkan untuk implementasi solusi
 - 341. Melakukan evaluasi terhadap solusi yang diusulkan
 - 342. Melakukan ujicoba secara objektif dan melakukan revisi terhadap solusi yang diusulkan
 - 343. Finalisasi dan menyusun daftar solusi potensial.
 - d) Solusi yang baik akan menghasilkan rancangan ulang proses yang menuju pada perbaikan. Ciri-ciri dari solusi yang baik adalah sebagai berikut :
 - 344. Jelas untuk failure mode yang mana
 - 345. Merupakan solusi jangka panjang
 - 346. Dampak positif dari penerapan solusi lebih besar daripada dampak negatifnya
 - 347. Objektif dan terukur
 - 348. Jangka waktu yang jelas
 - 349. Dapat diimplementasikan oleh staf dengan jelas; siapa melakukan apa.
 - e) Setelah desain ulang proses berhasil disusun, perlu dilakukan kegiatan evaluasi dan penentuan prioritas elemen desain ulang, dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut :
 - 350. Peluang untuk berhasil
 - 351. Kekuatan bertahan dari solusi yang diusulkan
 - 352. Reliabilitas dari solusi yang diusulkan
 - 353. Risiko yang merupakan dampak dari penerapan solusi
 - 354. Kemungkinan untuk dilaksanakan
 - 355. Penghalang selama implementasi
 - 356. Kesesuaian dengan tujuan dan misi organisasi
 - 357. Ketersediaan sumber daya
 - 358. Jangka waktu untuk implementasi
 - 359. Kemampuan untuk dapat diukur dan objektivitas.
- 6) Implementasi dari rekomendasi diatas (pengamatan setiap bulan dan pelaporan setiap triwulan)

Strategi perubahan :

- a) Buat *sense of urgency*
- b) Bentuk tim pemandu
- c) Buat visi dan strategi
- d) Komunikasikan visi yang berubah, jika ada perubahan
- e) Mendorong semua orang melakukannya
- f) Buat sasaran jangka pendek
- g) Mendata hasil perubahan dan gunakan untuk evaluasi perubahan lain
- h) Masukkan pendekatan baru tersebut dalam budaya rumah sakit

Strategi pemantauan :

- a) Seluruh hasil proses yang baru/ desain ulang didokumentasikan dan dimasukkan ke dalam prosedur (sehingga menjadi standar yang baru).
- b) Memberikan training dan sosialisasi menyeluruh
- c) Menjaga kestabilan proses selama beberapa waktu untuk memastikan konsistensinya.
- d) FMEA di-update kembali minimal 3-6 bulan setelah rencana tindak lanjut (*plan of action*) dilakukan.

Jika hasil pemantauan baik, maka lakukan sosialisasi dan standarisasi proses sehingga menjadi budaya rumah sakit. Selanjutnya lakukan pemantauan ulang apakah terjadi penurunan atau tidak. Apabila terjadi penurunan maka dianggap tindak lanjut yang diambil kurang tepat, proses kembali seperti awal.

7) Menganalisis dan melakukan tindak lanjut perbaikan

- a) Panduan pada tahap analisis adalah sebagai berikut :
 - 360. Bagaimana proses baru tersebut dapat diterapkan
 - 361. Tujuan desain baru harus diketahui supaya dapat dikomunikasikan
 - 362. Kapan desain/proses baru akan diterapkan
 - 363. Siapa yang akan bertindak dan yang bertanggung jawab
 - 364. Dimana desain/proses baru tersebut akan diterapkan
- b) Risiko-risiko yang mungkin terjadi akibat desain ulang/ proses baru adalah :
 - 365. Ketidaksesuaian antara input dan output
 - 366. Terlalu sederhana
 - 367. Menambah kerumitan
 - 368. Menimbulkan sistem yang tidak dapat dipercaya
 - 369. Menimbulkan keterkaitan yang erat
 - 370. Variasi dari norma atau kebiasaan umum.
- c) Beberapa strategi yang dapat diterapkan untuk menguji proses antara lain adalah:
 - 371. Pengujian di atas kertas : Dilakukan dengan menerapkan FMEA lagi pada langkah 2, 3, dan 4 terhadap proses redesain ulang kemudian dilakukan penghitungan RPN, apakah ada penurunan nilai RPN.
 - 372. Simulasi: diterapkan pada kondisi bebas risiko dan memungkinkan penerapan proses desain ulang tanpa membahayakan pasien.
 - 373. Pilot-testing : mengetahui efektifitas penerapan proses desain ulang di dunia nyata
 - 374. Strategi pengumpulan data : tinjauan terhadap catatan hasil pengujian, survei pre dan post perubahan, sistem pelaporan , observasi lapangan, *focus group discussion* (FGD), kehadiran di program pendidikan, penilaian/ evaluasi kompetensi

Contoh: Belum berjalannya Monitoring tindak lanjut dari hasil PDSA dan rencana tindak lanjut insiden di unit lain

FMEA BAGIAN KESELAMATAN PASIEN

LANGKAH 1 Judul : Belum berjalannya Monitoring tindak lanjut dari hasil PDSA dan rencana tindak lanjut insiden di unit lain

LANGKAH 2 Tim FMEA:

Ketua : Dr. Herlina A. Hamzah, SKM, MPH

Anggota : 1. Dr. Anshory Sahlan, SP.KFR

2. Alia Sri Wahyuni, SKM

Apakah semua area yang terkait sudah terwakili ? YA

Apakah macam-macam & tingkat pengetahuan yang berbeda, sudah diwakili didalam Tim tersebut? YA

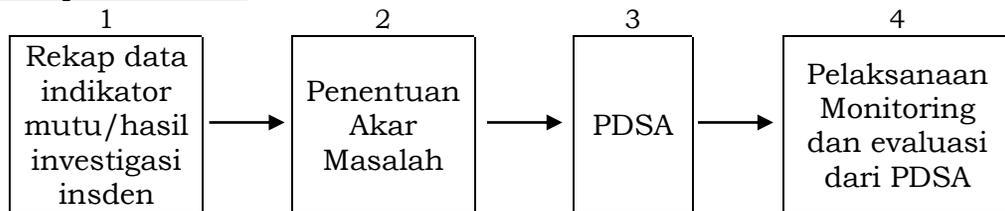
Notulen: Alia Sri Wahyuni, SKM

Tanggal dimulai 8 Desember 2019

Tanggal dilengkapi 10 Desember 2019

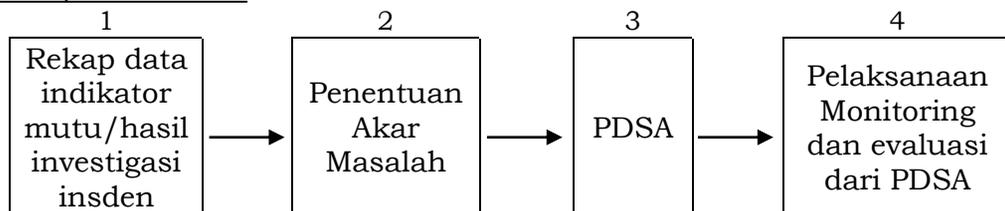
LANGKAH 3A GAMBARKAN ALUR PROSES

Tahapan Proses :



LANGKAH 3b GAMBARKAN ALUR SUB PROSES

Tahapan Proses :



Modus Kegagalan	Modus Kegagalan	Modus Kegagalan	Modus Kegagalan
a. Kesalahan penginputan data b. Aplikasi sismadak bermasalah c. Hasil investigasi/ indikator mutu belum lengkap	a. Kurangnya pengetahuan unit untuk menentukan akar masalah (<i>metode fishborne</i>) b. Kesalahan dalam menentukan akar masalah c. Tidak semua unit terkait indikator/ insiden terlibat dalam rapat	Kurangnya pengetahuan unit untuk menyusun PDSA	a. Terbatasnya staf monev b. Ka. instalasi/ Karu sementara sibuk saat monev dilakukan

LANGKAH 4. LEMBAR AMKD - Analisis Modus Kegagalan & Dampak (FORM HFMEA - *Healthcare Failure Mode Effect And Analysis*)

No	MODUS KEGAGALAN	POTENSI EFEK	SKOR KEPARAHAN	POTENSI PENYEBAB	SKOR KEJADIAN	SKOR PENDETEKSIAN	APR (Angka Prioritas Risiko)	PERINGKAT	REKOMENDASI	PJ
1	Tidak konsisten monev tindak lanjut	Tidak melakukan monev setelah rapat hasil investigasi dan PDSA	4	1. Beban kerja berlebihan 2. jumlah staf div mutu masih kurang	5	4	80	1	1. Checklist monev 2. Sosialisasi monev 3. Jadwal Pelaksanaan monitoring	Div Mutu dan KP
2	Ka. instalasi/ Karu sementara sibuk saat monev dilakukan	Tidak sampainya temuan hasil monev	4	Jadwal monev bersamaan saat ruang perawatan full	3	2	24	2	Re-schedule monev sesuai jadwal Ka. Instalasi	Div Mutu dan KP serta Ka. Inst

e. INSIDEN

a. Ruang Lingkup

Ruang lingkup manajemen klinis meliputi:

- 1) Pelaporan insiden
Identifikasi insidens yang akan diinvestigasi, dimana alasan suatu insidens harus diinvestigasi secara detail adalah masalah serius, membahayakan pasien atau RS, masalah potensial untuk pembelajaran dalam unit. Metode identifikasi risiko yang dikembangkan adalah sistem pelaporan insidens yang terstruktur.
- 2) Melakukan *risk grading*
Penilaian matriks grading risiko adalah suatu metode kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya
- 3) Melakukan analisa akar penyebab masalah/ *Root Cause Analysis* (RCA)
RCA wajib dilakukan pada semua kematian yang tidak diharapkan dan semua insiden yang diduga mengakibatkan cedera permanen, kehilangan fungsi atau kehilangan bagian tubuh.
- 4) Mengambil rencana tidak lanjut dari RCA
Merupakan upaya melakukan hasil rekomendasi dari proses RCA yang telah berjalan
- 5) Monitoring dan tindak lanjut RCA
Merupakan upaya memonitor hasil pelaksanaan rekomendasi dari RCA yang telah dibahas dan dilakukan evaluasi ulang
- 6) Sosialisasi dari RCA
Merupakan upaya menginformasikan hasil RCA yang ada kepada seluruh unit kerja sehingga meminimalkan kejadian yang sama terulang kembali.

b. Tata Laksana

- 1) Pelaporan Insiden

Identifikasi insidens yang akan diinvestigasi, dimana alasan suatu insidens harus diinvestigasi secara detail adalah masalah serius, membahayakan pasien/ RS, masalah potensial untuk pembelajaran dalam unit. Metode identifikasi risiko yang dikembangkan adalah sistem pelaporan insidens yang terstruktur. Hal ini membuat staf perduli akan bahaya/ potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan insiden penting karena merupakan awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali. Sistem pelaporan insiden meliputi alur pelaporan dan prosedur pelaporan yang disosialisasikan pada seluruh karyawan. Seluruh insidens harus dilaporkan termasuk yang tidak menyebabkan Cidera pada pasien akibat ada yang menyadari dan mencegah terjadinya insiden.

Adapun alur pelaporan insiden adalah sebagai berikut: Apabila terjadi insiden, maka dalam 1x24 jam laporkan kepada Kepala Unit Kerja terkait. Kepala Unit kemudian mengisi Laporan Insiden Keselamatan Pasien hingga ditentukan gradingsnya. Laporan diserahkan ke Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dan ditindak lanjuti dan dilaporkan ke Direktur Utama. Setiap 1 tahun sekali, dilaporkan Ke KKP-PERSI.

Jenis Insiden yang dilaporkan antara lain :

a) KTD (*Adverse Event*)

Suatu kejadian yang tidak diharapkan yang dapat mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis yang tidak dapat dicegah. Suatu KTD akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah dengan pengetahuan yang muktahir.

b) KNC (Kejadian Nyaris Cedera/ *Near Missed*)

Suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat menciderai pasien, tetapi Cedera serius tidak terjadi, karena “keberuntungan” (misal : pasien menerima suatu obat kontraindikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), karena “pencegahan” (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), atau “peringanan” (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan) dan lebih dari 3 kali terjadi

c) Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)

Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti operasi pada bagian tubuh yang salah. Kata “**Sentinel**” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan atau prosedur yang berlaku.

d) Kejadian Potensial Cedera (KPC)

Suatu kejadian yang mana akan menyebabkan cedera namun dapat dicegah sehingga tidak terjadi cedera. KPC akan diadakan RCA apabila lebih dari 3 kali terjadi.

e) Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Suatu kejadian cedera yang terjadi pada pasien namun tidak membawa dampak karena faktor “keberuntungan”.

2) *Risk Grading*

Penilaian matriks grading risiko adalah suatu metode kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya

a) Dampak dimana penilaiannya adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada Cedera sampai meninggal.

Tabel 1. Penilaian dampak klinis/ *Severity*

Level	Dampak	Deskripsi
1	Insignificant	Tidak ada Cidera, kerugian keuangan kecil
2	Minor	Dapat diatasi dengan pertolongan pertama Kerugian keuangan sedang
3	Moderate	Berkurangnya fungsi motorik/ sensorik, psikologis atau intelektual secara semi permanen/ reversible/ tidak berhubungan dengan penyakit Setiap kasus memperpanjang masa perawatan
4	Major	Cidera luas Kehilangan fungsi utama permanen (motorik, sensorik, psikologis, intelektual) reversible/ tidak berhubungan dengan penyakit Kerugian keuangan besar
5	Cathastrophic	Kematian yang tidak berhubungan dengan penyakit Kerugian keuangan sangat besar

b) Probabilitas adalah seberapa sering insiden tersebut terjadi

Tabel2. Penilaian Probabilitas

Level	Frekuensi	Keterangan
1	Sangat jarang terjadi	Dapat terjadi dalam lebih dari 5 tahun
2	Jarang terjadi	Dapat terjadi dalam 2-5 tahun
3	Mungkin terjadi	Dapat terjadi dalam 1-2 tahun
4	Sering/ sangat mungkin	Dapat terjadi beberapa kali dalam setahun
5	Hampir terjadi	Terjadi dalam minggu/bulan

Skor risiko adalah Risiko = Dampak x Probability

Cara menghitung risiko:

Untuk menentukan skor risiko digunakan matriks grading risiko:

375. Tetapkan frekuensi pada kolom kiri
376. Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan
377. Tetapkan warna gradingsnya, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak.
Skala prioritas risiko :
378. **Biru:** rendah/ *low*
379. **Hijau:** sedang/ *moderate*
380. **Kuning:** tinggi/ *high*
381. **Merah:** sangat tinggi/ *extreme*

Tabel 3. Risiko grading matriks

Frekuensi/ Probabilitas	Dampak				
	Insignifikan 1	Minor 2	Moderate 3	Major 4	Catastrophic 5
Sangat sering terjadi Tiap minggu/bulan 5	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Sering terjadi (beberapa x/th) 4	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Mungkin terjadi (1-2 tahun/x) 3	Low	Moderate	High	Extreme	Extreme
Jarang terjadi (2-5 tahun/x) 2	Low	Low	Moderate	High	Extreme
Sangat jarang terjadi (>5 tahun/x) 1	Low	Low	Moderate	High	Extreme

Lalu anda cocokkan warna apa yang yang sesuai, yang menggambarkan tindakan apa yang harus dilakukan.

Tabel 4. Tindakan sesuai Tingkat dan pita risiko

Level/ Bands	Tindakan
Extrem	Dilakukan RCA, paling lama 45 hari, dengan kajian mendalam dan membutuhkan tindakan segera oleh Dewan Direksi
High	Dilakukan RCA, paling lama Dilakukan RCA, paling lama 45 hari, dengan kajian mendalam dan membutuhkan tindakan segera oleh Direksi terkait
Moderate	Dilakukan investigasi sederhana, paling lama 2 minggu, Kepala Bagian atau Dokter yang merawat melakukan penilaian dampak ekonomi
Low	Dilakukan investigasi sederhana, paling lama 1 minggu, dapat diatasi dengan prosedur yang ada

Contoh :

- 382. Pasien jatuh dari tempat tidur dan meninggal, kejadian seperti ini di RS terjadi 2 tahun yang lalu
- 383. Nilai dampak : 5 (catastrophic) karena pasien meninggal
- 384. Nilai probabilitas: 3 (mungkin terjadi) 1-2 tahun/x
- 385. Skor risiko : merah (exteme)
- 386. Investigasi: RCA dengan *fish bone analysis*.

3) Analisa Penyebab Masalah/ RCA

RCA wajib dilakukan pada semua:

- a) Setelah terjadinya insiden (Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Sentinel dan semua insiden yang diduga mengakibatkan cedera permanen, kehilangan fungsi atau kehilangan bagian tubuh)
- b) Setelah ditemukannya kegagalan, masalah atau hasil yang buruk, dan hal ini yang tidak diharapkan terjadi lagi.
- c) Setelah diterimanya komplain pelanggan (internal/eksternal) yang valid.

Langkah Pembuatan RCA:

- a) Tentukan tim investigator
Perlu orang yang ahli dalam investigasi insiden. Idealnya terdiri dari 3-4 orang. Anggota tim dengan ketrampilan berbeda dan komit terhadap waktu investigasi.
Tim idealnya terdiri dari: Ahli dalam investigasi insidens dan analisa, *external expert*, *senior manager expert*/ Direktur medis dan keperawatan, *Senior clinical expertise*, seseorang yang mengetahui unit atau departemen dengan baik, walau orang tersebut tidak langsung terlibat dengan insiden.
- b) Kumpulkan data baik dari observasi, dokumentasi maupun interview
Dapat dengan observasi langsung dengan kunjungan untuk mengetahui posisi atau hal-hal yang berhubungan dengan insiden, Dokumentasi untuk mengetahui apa yang terjadi sesuai dengan data observasi dan inspeksi, interview untuk mengetahui kejadian secara langsung.

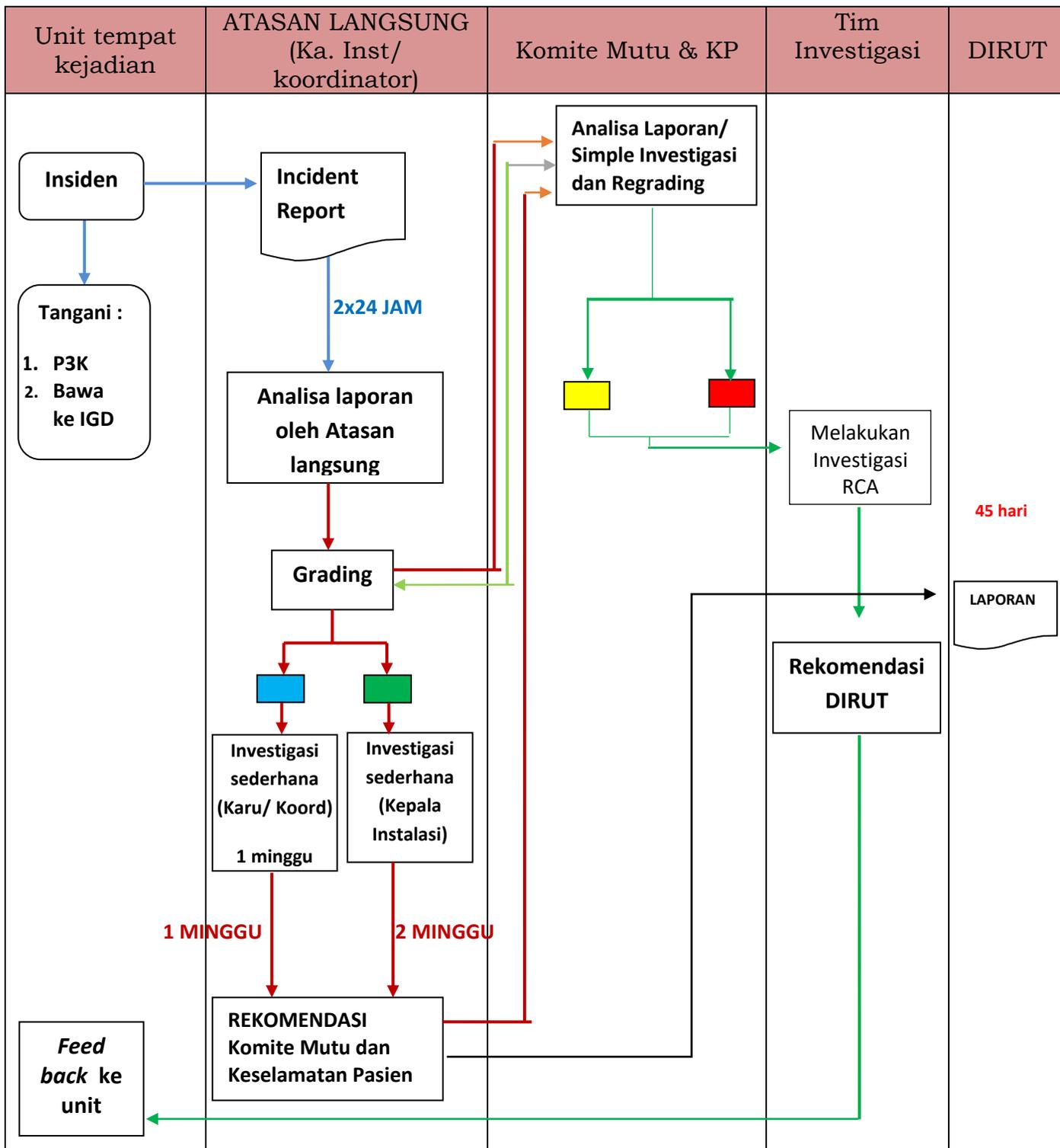
Tujuan pengumpulan informasi pada tahap ini:

387. Mengamankan informasi untuk memastikan dapat digunakan selama investigasi
388. Identifikasi kebijakan dan prosedur yang relevan
389. Mengorganisasi informasi
390. Memberikan petunjuk pada tim investigasi
391. Semua bukti yang berhubungan dengan insiden dikumpulkan segera: rekam medis, hasil pemeriksaan yang berhubungan, dokumentasi dan formulir pelaporan insiden, Kebijakan dan prosedur, *integrated pathway* yang berhubungan, pernyataan dan observasi, interview dengan yang terlibat insiden, bukti fisik, daftar staf yang terlibat, informasi kondisi yang mempengaruhi insiden (contoh: pergantian jaga, ada atau tidaknya staf yang terlatih).
- c) Petakan kronologi kejadian melalui: *timeline*, *Time person grid* atau narasi kronologis
Sangat membantu dengan memetakan dalam sebuah bagan.
392. Kronologi narasi: kronologi insiden sangat berguna pada laporan akhir insiden. Diceritakan berdasarkan tanggal dan waktu kejadian
Kronologi cerita dibangun berdasarkan kumpulan data saat investigasi. Digunakan untuk kejadian sederhana, dimana masalah dan kontribusinya sederhana
393. *Timeline*: metode untuk menelusuri rantai insiden secara kronologis. Memungkinkan investigator menemukan bagian dalam proses dimana masalah terjadi
Terdiri dari tanggal, waktu dan cerita kejadian asal, beserta masalah yang terjadi. Berguna pada insidens yang berlangsung lama

394. *Time person grids*: memungkinkan untuk melacak gerak/ kehadiran orang sebelum dan sesudah insiden
Dipakai jika dalam insidens melibatkan banyak orang, waktu dalam jangka waktu pendek.
Cara: dengan membuat tabel, paling kiri daftar staf yang terlibat dan kolom berisi waktu kejadian, baris dibawah diisi tempat kejadian.
- d) Identifikasi masalah dengan brain storming
Masalah yang terjadi dalam pelayanan baik melakukan tindakan atau tidak melakukan tindakan. Prinsip dasar:
395. Pelayanan yang menyimpang dari prosedur yang ditetapkan
396. Penyimpangan memberikan dampak langsung atau tidak langsung pada *adverse event*.
- e) Analisis informasi dengan: 5 “WHY”, analisis perubahan, analisis penghalang, *fish bone analysis*
397. 5 “WHY”: tujuan untuk secara konstan bertanya mengapa melalui lapisan penyebab sehingga mengarah ke akar permasalahan dari problem yang teridentifikasi
Buat kolom efek dan tentukan penyebab dikolom sampingnya
398. Analisis perubahan: berguna untuk menganalisis proses yang tidak berjalan sesuai dengan rencana, mencari dampak perubahan
Langkah: pelajari prosedur normal, petakan alur insiden yang terjadi dibandingkan dengan yang normal dikolom1, bandingkan proses kolom1 dan 2 apakah ada perbedaan dan identifikasi apakah merupakan suatu masalah. Catat akar masalah.
399. Analisis penghalang: untuk mengidentifikasi penghalang mana yang seharusnya untuk mencegah insiden dan mengapa penghalang gagal, serta penghalang apa yang efektif untuk mencegah insiden terulang kembali.
Type barrier:
 - *Barrier fisik*: misalnya bar code
 - *Natural barrier*: misalnya: diagnosa MBO oleh 2 dokter dan tunggu 6 jam
 - *Human action barrier*: pengecekan mark site
 - *Administrative barrier*: SOP supervisi dan training, pengecekan obat oleh 2 orang dan diberikan parafLangkah: kolom pertama diisi penghalang yang sudah ada, kolom kedua dituliskan apakah penghalang berfungsi dan ketiga mengapa penghalang terabaikan.
400. Fish bone analysis
Dilakukan pada yang kompleks penyebabnya dicaari dari faktor pasien, individu, komunikasi, team dan sosial, faktor organisasi dan strategi, kondisi kerja dll.
- 4) Mengambil Rencana Tidak Lanjut dari RCA
Merupakan upaya melakukan hasil rekomendasi dari proses RCA yang telah berjalan

- 5) **Monitoring dan Tindak Lanjut RCA**
Merupakan upaya memonitor hasil pelaksanaan rekomendasi dari RCA yang telah dibahas dan dilakukan evaluasi ulang.
- 6) **Sosialisasi dari RCA**
Merupakan upaya menginformasikan hasil RCA yang ada kepada seluruh unit kerja sehingga meminimalkan kejadian yang sama terulang kembali. Hasil dari RCA akan disosialisasikan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien ke Kepala Unit/ Bagian melalui hasil notulen, dan penyampaian kepada staf unit/ bagian oleh Kepala Unit/ bagian melalui rapat bulanan dengan hasil ditulis di notulen rapat.
RCA akan ditindaklanjuti oleh Kepala Unit/ Bagian.

Alur Pelaporan Insiden Pasien RS Unhas



Daftar Phonetic Alfabeth RS Unhas

A	Alfa	N	November
B	Bravo	O	Oscar
C	Charlie	P	Papa
D	Delta	Q	Quebec
E	Echo	R	Romeo
F	Foxtrot	S	Sierra
G	Golf	T	Tango
H	Hotel	U	Uniform
I	India	V	Victor
J	Juliet	W	Whiskey
K	Kilo	X	X ray
L	Lima	Y	Yankee
M	Mike	Z	Zulu

f. PENUTUP

Pedoman keselamatan pasien di Rumah Sakit Unhas disusun sebagai acuan dalam peningkatan keselamatan pasien dan mutu pelayanan Rumah Sakit Unhas melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan. Melalui pedoman ini, diharapkan mampu mendorong Rumah Sakit Unhas melakukan perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien.

Tim penulis menyadari bahwa walaupun telah berusaha maksimal untuk menyelesaikan pedoman ini, tetapi masih terdapat kekurangan dan untuk itu saran dan masukan yang membangun senantiasa diperlukan untuk memperbaiki pedoman kesehatan lingkungan ini.



Ditetapkan di Makassar
Pada tanggal 26 Oktober 2022
DIREKTUR UTAMA,

sel
ANDI MUHAMMAD ICHSAN *∞*
NIP 197002122008011013