

PEDOMAN
KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT



RSUP Dr. KARIADI
SEMARANG
2022

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Daftar Isi	ii
Keputusan Direktur Utama RSUP Dr Kariadi	1
BAB I PENDAHULUAN	4
A. Latar belakang	4
B. Tujuan	4
C. Ruang Lingkup	4
D. Dasar Hukum	5
E. Pengertian	5
BAB II KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT	7
A. Standar Keselamatan Pasien	7
B. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien	8
C. Pendekatan dalam Penanganan Kesalahan (Error) ...	10
1. Pendekatan Personal	11
2. Pendekatan Sistem	12
BAB III INSIDEN KESELAMATAN PASIEN.....	13
A. Kejadian Sentinel	13
B. Kondisi Potensial Ciderea Signifikan (KPCS).....	15
C. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).....	15
D. Kejadian Tidak Cidera (KTC)	17
E. Kejadian Nyaris Cidera (KNC)	17
F. Kondisi Potensial Cidera (KPC)	25
G. Analisa Mendalam.....	26
BAB IV SASARAN KESELAMATAN PASIEN	30
1. Sasaran I : Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar	30
2. Sasaran II : Meningkatkan Komunikasi yang Efektif....	31
3. Sasaran III : Meningkatkan Keamanan Obat = Obat yang Harus Diwaspadai (Hight Allert Medication).....	33
4. Sasaran IV : Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang	

Benar, Pembedahan pada Pasien Yang Benar34
5. Sasaran V: Mngurangi Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan	36
6. Sasaran VI : Pengurangan Risiko Pasien Jatuh	37
BAB V KESELAMATAN PASIEN DALAM KEFARMASIAN	40
H. Cidera Akibat Obat	40
B. Medication Error.....	42
C. Proses Manajemen Obat	44
BAB VI PENCATATAN DAN PELAPORAN	49
A. Prinsip Pelaporan Insiden.....	49
B. Alur Pelaporan Insiden l.....	50
C. Analisis Matrik Grading Risiko	52
D. Skor Risiko	54
E. Band Risiko	55
F. Rencana Tindak Lanjut (Rekomendasi)	56
BAB VII Penutup	57
DAFTAR PUSTAKA	58



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DOKTER KARIADI

Jl. Dr. Sutomo No. 16 Semarang, PO BOX 1104

Telp: (024) 8413476 (Hunting), Fax : (024) 8318617, Call Center: (024) 8450800

Website : <http://www.rskariadi.co.id>, Email: info@rskariadi.co.id



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. KARIADI

NOMOR : HK.02.03/I.V/828/2022

TENTANG

PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN

DI RSUP Dr. KARIADI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. KARIADI,

Menimbang : a. bahwa upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit yang komprehensif pada semua staf rumah sakit untuk membuat asuhan pasien lebih aman;

b. bahwa agar keselamatan pasien rumah sakit dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Pedoman Keselamatan Pasien di RSUP. Dr. Kariadi;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur RSUP. Dr. Kariadi tentang Pedoman Keselamatan Pasien di RSUP Dr. Kariadi;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja;

3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja;

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;

5. Peraturan ...

5. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitian;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/MENKES/PER/X/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor KP.03.03/MENKES/5662/2021 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Dari dan Dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama di Lingkungan Kementrian Kesehatan;

Memperhatikan:

1. Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Kementerian Kesehatan, Tahun 2015;
2. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Tahun 2015;

M E M U T U S K A N :

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. KARIADI TENTANG PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN DI RSUP Dr. KARIADI.

KESATU ...

- KESATU** : Mencabut Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Kariadi Nomor HK.02.03/I.V/1333/2017 tanggal 14 Juli 2017 tentang Pemberlakuan Pedoman Keselamatan Pasien di RSUP Dr. Kariadi dan dinyatakan tidak berlaku lagi.
- KEDUA** : Menetapkan pengaturan tentang Pedoman Keselamatan Pasien RSUP Dr. Kariadi sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Utama ini.
- KETIGA** : Pedoman Keselamatan Pasien RSUP Dr. Kariadi digunakan oleh semua staf terkait, sebagai acuan dalam memberikan pelayanan secara profesional, efisien, efektif kepada pasien dengan pelayanan bermutu tinggi dan sesuai standar keselamatan pasien.
- KEEMPAT** : Keputusan Direktur Utama ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Semarang

Pada tanggal 13 Mei 2022


DIREKTUR UTAMA
FARICHAH HANUM

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
NOMOR : HK.02.03/I.V/828/2022
TANGGAL : 13 Mei 2022

PEDOMAN KESELAMATAN PASIEN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Rumah Sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan modern *merupakan* suatu organisasi yang sangat kompleks karena padat modal, padat teknologi, padat karya, padat profesi, padat sistem, dan padat mutu serta padat resiko. Di samping itu rumah sakit juga terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, sehingga sangat beresiko tinggi untuk terjadinya Kejadian Tidak Diinginkan (KTD = *missed = adverse event*) berakibat terjadinya injuri bahkan sampai kematian pada pasien.

Agar dalam pelaksanaan gerakan keselamatan pasien di RSUP Dr. Kariadi dapat berjalan secara komprehensif perlu disusun suatu pedoman keselamatan pasien di RSUP Dr. Kariadi yang menjangkau seluruh unit kerja di rumah sakit sebagai standar yang dapat dijadikan acuan bersama oleh seluruh pemangku kepentingan RSUP Dr. Kariadi.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum :

Meningkatkan kualitas kesehatan dengan meningkatkan mutu gerakan keselamatan pasien di rumah sakit agar dapat berjalan secara komprehensif dan responsive pada semua aspek pelayanan

2. Tujuan Khusus :

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunkan angka insiden keselamatan pasien

C. Ruang lingkup

Pedoman keselamatan rumah sakit ini diterapkan oleh seluruh unit di rumah sakit yang meliputi seluruh pemangku kepentingan dan seluruh

sistem yang berlaku di rumah sakit, baik klinis maupun non klinis yang terkait dalam pemberian layanan kepada pasien.

D. Dasar hukum

1. Undang Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
2. Permenkes Nomor 11 tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
3. Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Kemenkes, tahun 2015
4. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, tahun 2015.

E. Pengertian

1. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen 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 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, terdiri dari Kondisi Potensial Cedera, Kondisi Potensial Cedera Signifikan, Kejadian Nyaris Cedera , Kejadian Tidak Cedera, Kejadian Tidak Diharapkan dan Sentinel.
3. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
4. Kondisi Potensial Cedera Signifikan (KPCS) adalah suatu kondisi (selain dari proses penyakit atau kondisi pasien itu sendiri) yang berpotensi menyebabkan kejadian sentinel.
5. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
6. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

7. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
8. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.
9. Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran.

BAB II

KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT

Saat ini keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (*safety*) di rumah sakit yaitu : 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” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Ke lima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien, karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan.

A. Standar Keselamatan Pasien

1. Hak Pasien

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

2. Mendidik Pasien dan Keluarga

Rumah Sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

3. Keselamatan Pasien dan Kestinambungan Pelayanan

Rumah Sakit menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

4. Penggunaan Metoda Peningkatan Kinerja untuk Melakukan Evaluasi dan Program Peningkatan Keselamatan Pasien

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

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien

a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program

keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.

- b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
 - c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
 - e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
6. Mendidik Staf tentang Keselamatan Pasien
- a. Rumah Sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
 - b. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.
7. Komunikasi Merupakan Kunci bagi Staf untuk Mencapai Keselamatan
- a. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
 - b. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat

B. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
 - a. Rumah Sakit
 - 1) RS memiliki Kebijakan bila terjadi insiden
 - 2) Tumbuhkan Budaya Pelaporan dan Belajar Insiden
 - 3) Lakukan asesmen dan survey penilaian KP
 - b. Tim / Unit
 - 1) Staf berani melaporkan
 - 2) Proses pembelajaran

2. Pimpin dan dukung staf anda

a. Rumah Sakit

- 1) Pastikan ada Direksi / Pimpinan yang bertanggungjawab akan keselamatan pasien
- 2) Identifikasi orang yg diandalkan untuk menjadi “penggerak”→gerakan keselamatan pasien
- 3) Prioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda rapat Direksi/Pimpinan, rapat manajemen
- 4) Masukkan Keselamatan Pasien dalam semua program latihan staf di rumah sakit.

b. Tim/Unit

- 1) Nominasikan “penggerak” dalam tim untuk memimpin Gerakan Keselamatan Pasien
- 2) Jelaskan kepada tim relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi mereka dengan menjalankan gerakan Keselamatan Pasien
- 3) Tumbuhkan sikap ksatria yang menghargai pelaporan

3. Integrasikan aktivitas pengelolaan resiko

a. Rumah Sakit

- 1) Telaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan nonklinis
- 2) Kembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh direksi
- 3) Gunakan informasi yang benar dan jelas

b. Tim / Unit

- 1) Mendiskusikan isu-isu Keselamatan Pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen
- 2) Pastikan ada penilaian risiko pada individu pasien
- 3) Lakukan proses asesmen risiko secara teratur
- 4) Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sbg masukan ke proses asesmen & pencatatan risiko RS

4. Kembangkan sistem pelaporan

a. Rumah Sakit

Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam dan keluar untuk dilaporkan ke KN-KPRS

b. Tim/Unit

Berikan semangat untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi.

5. Libatkan & berkomunikasi dengan pasien

a. Rumah Sakit

- 1) rumah sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka
- 2) Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas bila terjadi insiden.

6. Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya

a. Tim/Unit

- 1) Pastikan tim menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden
- 2) Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat
- 3) Pastikan, segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya .

7. Belajar & berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien

a. Rumah Sakit

- 1) Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
- 2) Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas criteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (*root cause analysis/RCA*) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum satu kali per tahun melakukan *Failure Modes and Effects Analysis (FMEA)* untuk proses risiko tinggi

b. Tim/Unit

- 1) Diskusikan dalam tim pengalaman dari hasil analisis insiden.
- 2) Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan bagilah pengalaman tersebut secara lebih luas.

C. Pendekatan dalam Penanganan Kesalahan (*Error*)

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu gerakan dimana rumah sakit membuat pasien terhindar dari kecelakaan/

injury akibat *error* yang sebenarnya dapat dicegah seperti dikemukakan oleh Institute Of Medicine (IOM) yang mendefinisikan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) sebagai *freedom from accidental injury*. *Accidental injury* disebabkan karena *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. *Accidental injury* juga akibat dari melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*).

Accidental injury dalam prakteknya akan berupa Kejadian Tidak Diinginkan (KTD = *missed = adverse event*) atau hampir terjadi kejadian tidak diinginkan/Kejadian Nyaris Cedera (*near miss*). *Near miss* ini dapat disebabkan karena : keberuntungan (misal : pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), pencegahan (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), atau peringatan (suatu obat dengan over dosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya).

KTD dan KNC timbul karena *error* yang sering ditimpakan pada manusianya sebagai penyebab atau biasa disebut sebagai *human error* dan selanjutnya berujung pada hukuman bagi pihak-pihak (pegawai/ karyawan) yang dianggap bersalah. Pada teori yang dikembangkan oleh *James Reason* dan *Cook dan Rasmussen* dikatakan bahwa *error* bisa terjadi karena keterlibatan berbagai faktor yang saling kait mengkait sehingga tidak dapat ditimpakan pada pihak tertentu sebagai penyebabnya.

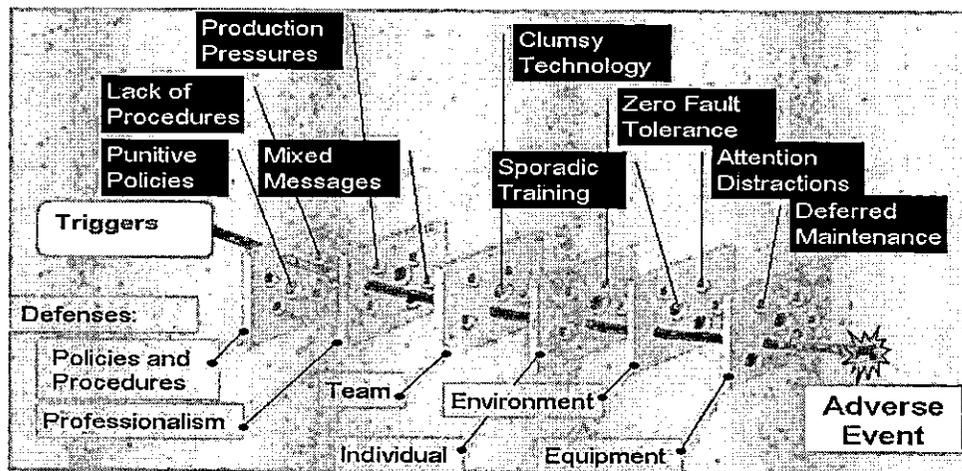
Menurut *James Reason* dalam *Human error management : models and management* dikatakan ada dua pendekatan dalam penanganan *error* atau KTD atau KNC :

1. Pendekatan personal.

Pendekatan ini memfokuskan pada tindakan yang tidak aman, melakukan pelanggaran prosedur dari orang-orang yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan (dokter, perawat, ahli bedah, ahli anestesi, farmasis dll). Tindakan tidak aman ini dianggap berasal dari proses mental yang menyimpang seperti mudah lupa, kurang perhatian, motivasi yang buruk, tidak hati-hati, alpa dan ceroboh. Sehingga bila terjadi suatu KTD akan dicari siapa yang berbuat salah. Pendekatan inilah yang disebut budaya menyalahkan (BLAMING CULTURE) dan harus dibuang/dihindari jauh-jauh.

2. Pendekatan system.

Pemikiran dasar dari pendekatan ini yaitu bahwa manusia adalah dapat berbuat salah dan karenanya dapat terjadi kesalahan. Disini kesalahan dianggap lebih sebagai konsekuensi daripada sebagai penyebab. Dalam pendekatan ini diasumsikan bahwa kita tidak akan dapat mengubah sifat alamiah manusia ini, tetapi kita harus mengubah kondisi dimana manusia itu bekerja. Pemikiran utama dari pendekatan ini adalah pada pertahanan sistem yang digambarkan sebagai model keju Swiss (gambar 1). Dimana berbagai pengembangan pada kebijakan, prosedur, profesionalisme, tim, individu, lingkungan dan peralatan akan mencegah atau meminimalkan terjadinya KTD. Pendekatan inilah yang harus dilakukan, berupa budaya tidak mudah menyalahkan atau budaya keselamatan (*NO BLAMING CULTURE* atau *SAFETY CULTURE*)



Gambar 1. *Multi-Causal Theory "Swiss Cheese" diagram (Reason, 1991)*

BAB III

INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, maka ditetapkan definisi sebagai berikut :

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan 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.

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, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kondisi Potensial Cedera, Kondisi Potensial Cedera Signifikan dan Kejadian Sentinel.

A. Kejadian Sentinel

Kejadian sentinel adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan dan mengakibatkan kematian atau cedera yang serius yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau penyakit yang mendasarinya yang terjadi pada pasien.

Kejadian sentinel merupakan salah satu jenis insiden keselamatan pasien yang harus dilaporkan yang menyebabkan terjadinya hal-hal berikut ini:

1. Kematian.
2. Cedera permanen.
3. Cedera berat yang bersifat sementara/*reversible*.

Cedera permanen adalah dampak yang dialami pasien yang bersifat ireversibel akibat insiden yang dialaminya misalnya kecacatan, kelumpuhan, kebutaan, tuli, dan lain-lainnya.

Cedera berat yang bersifat sementara adalah cedera yang bersifat kritis dan dapat mengancam nyawa yang berlangsung dalam suatu kurun waktu tanpa terjadi cedera permanen/gejala sisa, namun kondisi tersebut

mengharuskan pemindahan pasien ke tingkat perawatan yang lebih tinggi/ pengawasan pasien untuk jangka waktu yang lama, pemindahan pasien ke tingkat perawatan yang lebih tinggi karena adanya kondisi yang mengancam nyawa, atau penambahan operasi besar, tindakan, atau tata laksana untuk menanggulangi kondisi tersebut.

Kejadian yang termasuk dalam sentinel *event* adalah sebagai berikut:

1. Bunuh diri oleh pasien yang sedang dirawat, ditatalaksana, menerima pelayanan di unit yang selalu memiliki staf sepanjang hari atau dalam waktu 72 jam setelah pemulangan pasien, termasuk dari Unit Gawat Darurat (UGD) rumah sakit;
2. Kematian bayi cukup bulan yang tidak diantisipasi;
3. Bayi dipulangkan kepada orang tua yang salah;
4. Penculikan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan pelayanan;
5. Kaburnya pasien (atau pulang tanpa izin) dari unit perawatan yang selalu dijaga oleh staf sepanjang hari (termasuk UGD), yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat bagi pasien tersebut;
6. Reaksi transfusi hemolitik yang melibatkan pemberian darah atau produk darah dengan inkompatibilitas golongan darah mayor (ABO, Rh, kelompok darah lainnya);
7. Pemerksaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan pasien yang sedang menerima perawatan, tata laksana, dan layanan ketika berada dalam lingkungan rumah sakit;
8. Pemerksaan, kekerasan (yang menyebabkan kematian, cedera permanen, atau cedera sementara derajat berat) atau pembunuhan anggota staf, praktisi mandiri berizin, pengunjung, atau vendor ketika berada dalam lingkungan rumah sakit
9. Tindakan invasif, termasuk operasi yang dilakukan pada pasien yang salah, pada sisi yang salah, atau menggunakan prosedur yang salah (secara tidak sengaja);
10. Tertinggalnya benda asing dalam tubuh pasien secara tidak sengaja setelah suatu tindakan invasif, termasuk operasi;
11. Hiperbilirubinemia neonatal berat (bilirubin >30 mg/dL);
12. Fluoroskopi berkepanjangan dengan dosis kumulatif >1.500 rad pada satu medan tunggal atau pemberian radioterapi ke area tubuh yang

salah atau pemberian radioterapi >25% melebihi dosis radioterapi yang direncanakan;

13. Kebakaran, lidah api, atau asap, uap panas, atau pijaran yang tidak diantisipasi selama satu episode perawatan pasien;
14. Semua kematian ibu intrapartum (terkait dengan proses persalinan); atau
15. Morbiditas ibu derajat berat (terutama tidak berhubungan dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi lain yang mendasari) terjadi pada pasien dan menyebabkan cedera permanen atau cedera sementara derajat berat.

Semua kejadian sentinel harus dilakukan analisis akar masalah (RCA = *root cause analysis*). Analisis dan rencana tindakan harus selesai dalam waktu 45 hari setelah kejadian.

B. Kondisi Potensial Cedera Signifikan (KPCS)

Kondisi Potensial Cedera Signifikan (KPCS) adalah suatu kondisi (selain dari proses penyakit atau kondisi pasien itu sendiri) yang berpotensi menyebabkan kejadian sentinel.

C. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD, adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

1. Beberapa contoh KTD yang tidak dapat dicegah (*unpreventable*) adalah sebagai berikut :
 - a. Anestesi
 - 1) Pasang infus hematoma, phlebitis
 - 2) Reaksi tranfusi : alergi, demam
 - 3) Pasang ET terjadi gigi patah, false route, vagal reflek, trauma jalan nafas, cardiac arrest
 - 4) Ventilator terjadi VAP, barotrauma, atelektasis
 - 5) CVC terjadi false route, Pneumothorax, perdarahan , cardiac arrest
 - 6) Sedasi terjadi alergi, Hipotensi, Bradikardi, cardiac arrest
 - 7) Arteri line terjadi perdarahan, hematoma, phlebitis
 - 8) PDT terjadi trauma jalan nafas, perdarahan, infeksi, Cardiac Arrest, vagal reflek, apnoe

- 9) Cricotiroidectomi terjaditrauma jalan nafas, perdarahan, infeksi, Cardiac Arrest, vagal reflek
 - 10) Obat-obatan → efek samping sesuai masing2 jenis obat, syok anafilaksis, Cardiac arrest, alergi
- b. Kardiologi
- 1) Fraktur pada saat resusitasi Jantung Paru (RJP).
 - 2) Trauma post Defibrilator
 - 3) Stroke post Defibrilator
 - 4) Hematuria/perdarahan post heparinisasi
 - 5) Infective endokardiotis post TPM
 - 6) Instent restenosis post PCI karena Clopidogrel Non DPHO
 - 7) Tamponade post bed site Pericardiosintesis
- c. Interna
- 1) Pemberian anti platelet terjadi perdarahan
 - 2) Pungsi Asites syok hipovolemik
 - 3) Hipoglikemia karena insulin/OHO
 - 4) Hipotensi → anti hipertensi inj/oral
 - 5) Reaksi tranfusi
 - 6) Pungsi Efusi pleura → perdarahan/ pneumothorak
 - 7) Syok anafilaktik
 - 8) Pemasangan kateter → ISK
 - 9) Dekubitus
 - 10) Oedema : terapi cairan
- d. Neurologi
- 1) Obat anti platelet/ koagulan → Hematomeses / melena
 - 2) lumbal punksi → herniasi , infeksi, radang
 - 3) Obat penghenti kejang → depresi pernafasan, Hipotensi
 - 4) Inj. Prostigmin untuk Myastemia Gravis → Bradicardi
- e. Anak dan Bayi
- 1) Pasang CVC → perdarahan, hematoma, salah masuk arteri, Compartement Syndrom
 - 2) Venasektie → perdarahan
 - 3) Tranfusi → alergi, demam, anafilaktik syok
 - 4) Intubasi → vagal reflek/ bradikardi, perdarahan, salah masuk faring, letak terlalu dalam
 - 5) Infus tali pusat/ umbilikel → perdarahan, emboli, salah masuk arteri, letak terlalu dalam

- 6) lumbal punksi → herniasi , trauma saraf, perdarahan
- 7) VTP / bagging → udara masuk lambung
- 8) RJP → Fraktur sternum, Hematom

f. Keperawatan

- 1) Melakukan Oral hygiene, resiko aspirasi cairan ke lambung / jalan nafas
- 2) Restrain, resiko luka lecet
- 3) Tirah baring, resiko luka tekan
- 4) Melakukan nebulizer pada pasien terpasang ventilator, resiko infeksi
- 5) Melakukan suction pada pasien terpasang ETT, resiko infeksi, resiko desaturasi
- 6) Kompresi jantung , resiko fraktur kosta
- 7) Memberikan makanan lewat sonde, resiko muntah
- 8) Memberikan injeksi, resiko syok anafilaktik

2. Beberapa contoh KTD yang dapat dicegah/tidak seharusnya terjadi (*preventable*) adalah sebagai berikut :

- a. LOS panjang lebih dari 9 hari
- b. Kejadian Dekubitus
- c. Pasien Jatuh
- d. Kejadian Operasi Salah Sisi
- e. Kejadian Salah Orang / Pasien
- f. Kejadian Salah Tindakan Operasi
- g. Kejadian benda asing tertinggal pada tubuh pasien setelah operasi
- h. Komplikasi anastesi karena salah over-dosis dan salah penempatan endotrakeal tube

D. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera

E. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

Berdasarkan tipe insiden adalah sebagai berikut :

1. Administrasi klinis

- a. Proses

- 1) Serah terima
 - 2) Perjanjian
 - 3) Daftar tunggu / Antrian
 - 4) Rujukan / Konsultasi
 - 5) Admisi
 - 6) Keluar / Pulang dari Rawat Inap-RS
 - 7) Transfer Perawatan (Transfer of care)
 - 8) Identifikasi Pasien
 - 9) Consent
 - 10) Pembagian tugas
 - 11) Respons terhadap kegawatdaruratan
- b. Masalah
- 1) Tidak performance ketika dibutuhkan/ indikasi
 - 2) Tidak lengkap / Inadekuat
 - 3) Tidak tersedia
 - 4) Salah pasien
 - 5) Salah proses / pelayanan
2. Proses/prosedur klinis
- a. Proses
- 1) Skrening / Pencegahan / Medical check up
 - 2) Diagnosis / Assessment
 - 3) Prosedur / Pengobatan / Intervensi
 - 4) General care / Management
 - 5) Test / Investigasi
 - 6) Spesimen / Hasil
 - 7) Belum dipulangkan (Detention / Restraint)
- b. Masalah
- 1) Tidak perform ketika dibutuhkan / indikasi
 - 2) Tidak lengkap / Inadekuat
 - 3) Tidak tersedia
 - 4) Salah pasien
 - 5) Salah proses/pengobatan/prosedur
 - 6) Salah bagian tubuh/sisi
3. Dokumentasi
- a. Dokumentasi yang terkait
- 1) Order/permintaan
 - 2) Chart/Rekam medik/Assessment/konsultasi

- b. Checklist
 - 1) Form/Sertifikat
 - 2) Instruksi/Informasi/Kebijakan/SPO/Guideline
 - 3) Label/stiker/identifikasi bands/Kartu
 - 4) Surat/email/rekaman komunikasi
 - 5) Laporan/hasil/images
 - c. Masalah
 - 1) Dokumen hilang/tidak tersedia
 - 2) Terlambat mengakses dokumen
 - 3) Salah dokumen/salah orang
 - 4) Tidak jelas/membingungkan/Illegible/informasi dalam dokumen tidak lengkap
4. Infeksi terkait pelayanan kesehatan
- a. Tipe mikroorganisme
 - 1) Bakteri
 - 2) Virus
 - 3) Jamur
 - 4) Parasit
 - 5) Protozoa
 - 6) Rickettsia
 - 7) Prion (Partikel protein yg infeksius)
 - 8) Organisme tidak teridentifikasi
 - b. Tipe/bagian infeksi
 - 1) Bloodstream
 - 2) Bagian yang dioperasi
 - 3) Abses
 - 4) Pneumonia
 - 5) Kanul IV
 - 6) Protesis infeksi
 - 7) Drain / tube urin
 - 8) Jaringan lunak
5. Medikasi/Cairan Intravena
- a. Medikasi/cairan infus yang terkait
 - 1) Daftar medikasi
 - 2) Daftar cairan infus
 - b. Proses penggunaan medikasi/cairan infus
 - 1) Peresepan

- 2) Persiapan/Dispensing
- 3) Pemaketan
- 4) Pengantaran
- 5) Pemberian
- 6) Suply/pesan
- 7) Penyimpanan
- 8) Monitoring

c. Masalah

- 1) Salah pasien
- 2) Salah obat
- 3) Salah dosis / kekuatan / frekuensi
- 4) Salah formulasi / presentasi
- 5) Salah rute pemberian
- 6) Salah jumlah / kuantitas
- 7) Salah Dispensing Label / Instruksi
- 8) Kontraindikasi
- 9) Salah penyimpanan
- 10) Omitted medicine or dose
- 11) Obat kadaluarsa
- 12) Adverse drug reaction

6 Darah atau produk darah

a. Tranfusi darah / produk darah terkait

- 1) Produk selular
- 2) Faktor clothing
- 3) Albumin / Plasma protein
- 4) Immunoglobulin
- 5) Proses tranfusi darah / produk darah terkait

b. Test pre transfusi

- 1) Peresepan
- 2) Persiapan / Dispensing
- 3) Pengantaran
- 4) Pemberian
- 5) Penyimpanan
- 6) Monitoring
- 7) Presentasi / Pemaketan
- 8) Suply / Pesan

- c. Masalah
 - 1) Salah pasien
 - 2) Salah Darah / Produk darah
 - 3) Salah dosis / Frekuensi
 - 4) Salah jumlah
 - 5) Salah label dispensing / Instruksi
 - 6) Kontraindikasi
 - 7) Salah penyimpanan
 - 8) Obat atau Dosis yang diabaikan
 - 9) Darah kadaluarsa
 - 10) Efek samping (Adverse effect)
- 7. Nutrisi
 - a. Nutrisi yang terkait
 - 1) Diet umum
 - 2) Diet khusus
 - b. Proses Nutrisi
 - 1) Peresepan / Permintaan
 - 2) Pesiapan / Manufactur / Proses memasak
 - 3) Suply / order
 - 4) Presentation
 - 5) Dispensing / Alokasi
 - 6) Pengantaran
 - 7) Pemberian
 - 8) Penyimpanan
 - c. Masalah
 - 1) Salah pasien
 - 2) Salah diet
 - 3) Salah jumlah
 - 4) Salah Frekuensi
 - 5) Salah konsistensi
 - 6) Salah penyimpanan
- 8 Oksigen/gas/uap
 - a. Oksigen/gas terkait
 - b. Daftar oksigen/gas terkait
 - c. Proses
 - 1) Label Cilinder/warna kode/Index pin
 - 2) Peresepan

- 3) Pemberian
- 4) Pengantaran
- 5) Suply/order
- 6) Penyimpanan
- d. Masalah
 - 1) Salah pasien
 - 2) Salah gas
 - 3) Salah rate / flow / konsentrasi
 - 4) Salah mode pengantaran
 - 5) Kontraindikasi
 - 6) Salah penyimpanan
 - 7) Gagal pemberian
 - 8) Kontaminasi
9. Alat medis/alat kesehatan/equipment property
 - a. Tipe Alat medis/alat kesehatan/equipment property
 - b. Daftar Alat medis/alat kesehatan/equipment property
 - c. Masalah
 - 1) Presentation / Pemaketan tidak baik
 - 2) Ketidaktersediaan
 - 3) Inapropriate for task
 - 4) Tidak bersih/Tidak steril
 - 5) Kegagalan/Malfungsi
 - 6) Dislodgement/Miskoneksi/Removal
 - 7) User error
10. Perilaku
 - a. Perilaku pasien
 - 1) Tidak kooperatif
 - 2) Tidak pantas / Sikap bermusuhan / Kasar
 - 3) Berrisiko/Sembrono/Berbahaya
 - 4) Masalah dengan penggunaan substansi/Abuse
 - 5) Mengganggu (Hazzardssment)
 - Diskriminasitif / Berprasangka,
 - Berkeliaran, Melarikan diri
 - 6) Sengaja mencederai diri, Bunuh diri
 - b. Agression/assault
 - 1) Agresi verbal
 - 2) Kekerasan fisik

- 3) Kekerasan seksual
- 4) Kekerasan terhadap mayat
- 5) Ancaman nyawa

11. Jatuh

- a. Tipe jatuh
 - 1) Tersandung
 - 2) Selip
 - 3) Kolaps
 - 4) Hilang keseimbangan
- b. Keterlibatan
 - 1) Veltbed / pengaman tempat tidur
 - 2) Tempat tidur
 - 3) Kursi
 - 4) Strecher Toilet
- c. Peralatan terapi
 - 1) Tangga
 - 2) Dibawa / dibantu oleh orang lain

12. Kecelakaan pasien

- a. Benturan tumpul
 - 1) Kontak dengan benda/binatang
 - 2) Kontak dengan orang
 - 3) Hancur, remuk
 - 4) Gesekan kasar
- b. Serangan tajam/tusukan
 - 1) Cakaran, Sayatan
 - 2) Tusukan
 - 3) Gigitan, sengatan
 - 4) Serangan tajam lainnya
- c. Other machanical force
 - 1) Struck by Explosive Blast
 - 2) Contact with Machinery
- d. Thermal Mechanism
 - 1) Excessive Heat
 - 2) Excessive Cooling
- e. Threat to breathing
 - 1) Mechanical Threat to Breathing
 - 2) Drowning/Near Drowning

- 3) Confinement to Oxygen-Deficient Place
 - f. Exposure to Chemical or Other Substance
 - 1) Poisoning by Chemical or Other Substance
 - 2) Corrosion by Chemical or Other Substance
 - g. Other Specified Mechanism of Injury
 - 1) Exposure to Electricity/Radiation
 - 2) Exposure to Sound/Vibration
 - 3) Exposure to Air Pressure
 - 4) Exposure to Low Gravity
 - h. Exposure to (Effect of) Weather, Natural Disaster, or Other Force of Nature
13. Infrastruktur/bangunan
- a. Structure/Building/Fixture Involved
 - 1) Daftar struktur
 - 2) Daftar Bangunan
 - 3) Daftar Fixture
 - b. Masalah
 - 1) Inadekuat
 - 2) Damaged/Faulty/Worn
14. Sumber-sumber / manajemen organisasi
- a. Matching of Workload Management
 - b. Bed / Service Availability / Adequacy
 - c. Human Resource /
 - d. Staff Availability / Adequacy
 - e. Organization of Teams / People
 - f. Protocols / Kebijakan / SOP Guideline
 - g. Ketersediaan / Adequacy
15. Laboratorium/patologi
- a. Pick up
 - b. Transport
 - c. Sorting
 - d. Data entry
 - e. Prosesing
 - f. Verifikasi/Validasi
 - g. Hasil

16. Outcome pasien

a. Jenis kerugian/bahaya (harm)

1) Patofisiologi

- International Classification of Diseases
- International Classification of Primary Care 2nd ed

2) Luka

- International Classification of Diseases
- International Classification of External Causes of Injury

b. Derajat kerugian/bahaya (harm)

1) tidak ada

2) ringan

3) moderat

4) hebat (severe)

5) Kematian

c. Dampak sosial dan atau ekonomi

17. International Classification of Functioning .

18. Disabilitas dan Kesehatan

19. Outcome organisasi

a. Kerugian harta milik (property)

b. Bertambahnya tuntutan Alokasi Sumber bagi Pasien

1) Length of Stay bertambah

2) Admisi ke Area Perawatan Khusus

3) Pengobatan / Pemeriksaan tambahan

4) Alur kerja yang terganggu / Kelambatan bagi pasien lain

5) Perlu tambahan staf

6) Perlu tambahan peralatan

c. Perhatian Media

1) Keluhan Formal

2) Reputasi yang rusak

E. Kondisi Potensial Cedera (KPC)

Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

F. Analisa Mendalam

Analisis mendalam (*Intense Analysis*) adalah penelaahan secara mendalam terhadap pola dan tren kejadian tertentu yang telah ditetapkan rumah sakit. Kejadian-kejadian tersebut adalah sebagai berikut :

a. Reaksi transfusi

Reaksi transfusi adalah efek samping yang terjadi yang menyertai transfusi darah oleh karena terjadi penolakan dari resipien.

Seluruh kejadian Reaksi Transfusi dicatat pada Unit Transfusi Darah (UTD) menggunakan Lembar Monitoring Transfusi Darah / Produk Darah. UTD melakukan rekapitulasi dan analisis serta mengirimkan laporan kejadian Reaksi Transfusi pada Tim Keselamatan Pasien setiap bulan. Tim Keselamatan pasien akan melaporkan rekapitulasi kejadian pada Bagian Perencanaan dan Evaluasi. Bagian Perencanaan dan Evaluasi akan mengirimkan rekapitulasi kejadian tersebut ke Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

b. Efek Samping Obat

Efek Samping Obat adalah efek obat yang dapat diprediksi, tergantung pada dosis, yang bukan efek tujuan obat.

Seluruh kejadian Efek Samping Obat dilaporkan pada Tim Farmasi Terapi melalui petugas Farmasi Klinik menggunakan Lembar Monitoring Efek Samping Obat (MESO). Tim Farmasi Terapi melakukan rekapitulasi dan analisis serta mengirimkan laporan kejadian Efek Samping Obat pada pada Tim Keselamatan Pasien setiap bulan. Tim Keselamatan pasien akan melaporkan rekapitulasi kejadian pada Bagian Perencanaan dan Evaluasi. Bagian Perencanaan dan Evaluasi akan mengirimkan rekapitulasi kejadian tersebut ke Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

c. Kesalahan pemberian obat (*Medication Error*)

Medication Error adalah kejadian yang sebenarnya dapat dicegah akibat kesalahan penggunaan obat, yang menimbulkan dampak pada pasien, saat obat tersebut masih berada dalam tanggung jawab staf rumah sakit.

Seluruh kejadian *Medication Error* dilaporkan pada Tim Keselamatan Pasien menggunakan Lembar Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Tim Keselamatan pasien akan melaporkan rekapitulasi kejadian pada Bagian Perencanaan dan Evaluasi. Bagian

Perencanaan dan Evaluasi akan mengirimkan rekapitulasi kejadian tersebut ke Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

d. Perbedaan besar diagnosis sebelum dan sesudah operasi

Perbedaan besar diagnosis sebelum dan sesudah operasi adalah perbedaan diagnosis yang mempengaruhi perawatan pasien secara signifikan, serta menimbulkan :

- 1) Hambatan dalam operasi akibat :
 - Perubahan jenis operasi yang signifikan
 - Perbedaan alat/instrumen operasi yang dibutuhkan
- 2) Perubahan terapi signifikan
- 3) Membutuhkan operasi ulangan (re-operasi)

Kejadian perbedaan besar diagnosis sebelum dan sesudah operasi dicatat oleh Instalasi Bedah Sentral (IBS) menggunakan form Laporan Perbedaan Besar Diagnosis Sebelum dan Sesudah Operasi dan dilaporkan kepada Tim Keselamatan Pasien setiap bulan,.

Insiden Sedasi Anestesi Tim Keselamatan pasien akan melaporkan rekapitulasi kejadian pada Bagian Perencanaan dan Evaluasi. Bagian Perencanaan dan Evaluasi akan mengirimkan rekapitulasi kejadian tersebut ke Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

e. Insiden Sedasi Anestesi

Insiden Sedasi Anestesi adalah suatu Kejadian Tidak Diharapkan yang dialami oleh pasien disebabkan pemberian obat – obatan sedasi dan atau anestesi dimulai dari sejak pemberian obat – obatan sedasi dan atau anestesi sampai waktu pemulihan pasien dari obat – obatan tersebut yang tidak dapat diatasi sehingga mengubah kualitas hidup pasien yang tidak diperkirakan sebelumnya. Kategori kejadian yang dilaporkan sebagai Insiden Sedasi Anestesi :

- 1) Gangguan Respirasi
- 2) Gangguan Kardiovaskuler
- 3) Gangguan Neurologis

Insiden Sedasi Anestesi dilaporkan menggunakan Form Laporan Pemantauan Pelayanan Sedasi Ruangan, Form Laporan Pemantauan Pelayanan Anestesi Ruangan, Form Laporan Insiden Sedasi Anestesi. Rekap dari masing-masing Instalasi dilaporkan pada Bidang Pelayanan Medik. Bidang Pelayanan Medik melakukan analisis serta mengirimkan laporan pada Tim Keselamatan Pasien setiap bulan, yang akan diteruskan pada Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

f. *Outbreak* penyakit menular dan *Healthcare-Associated Infections* (HAIs)

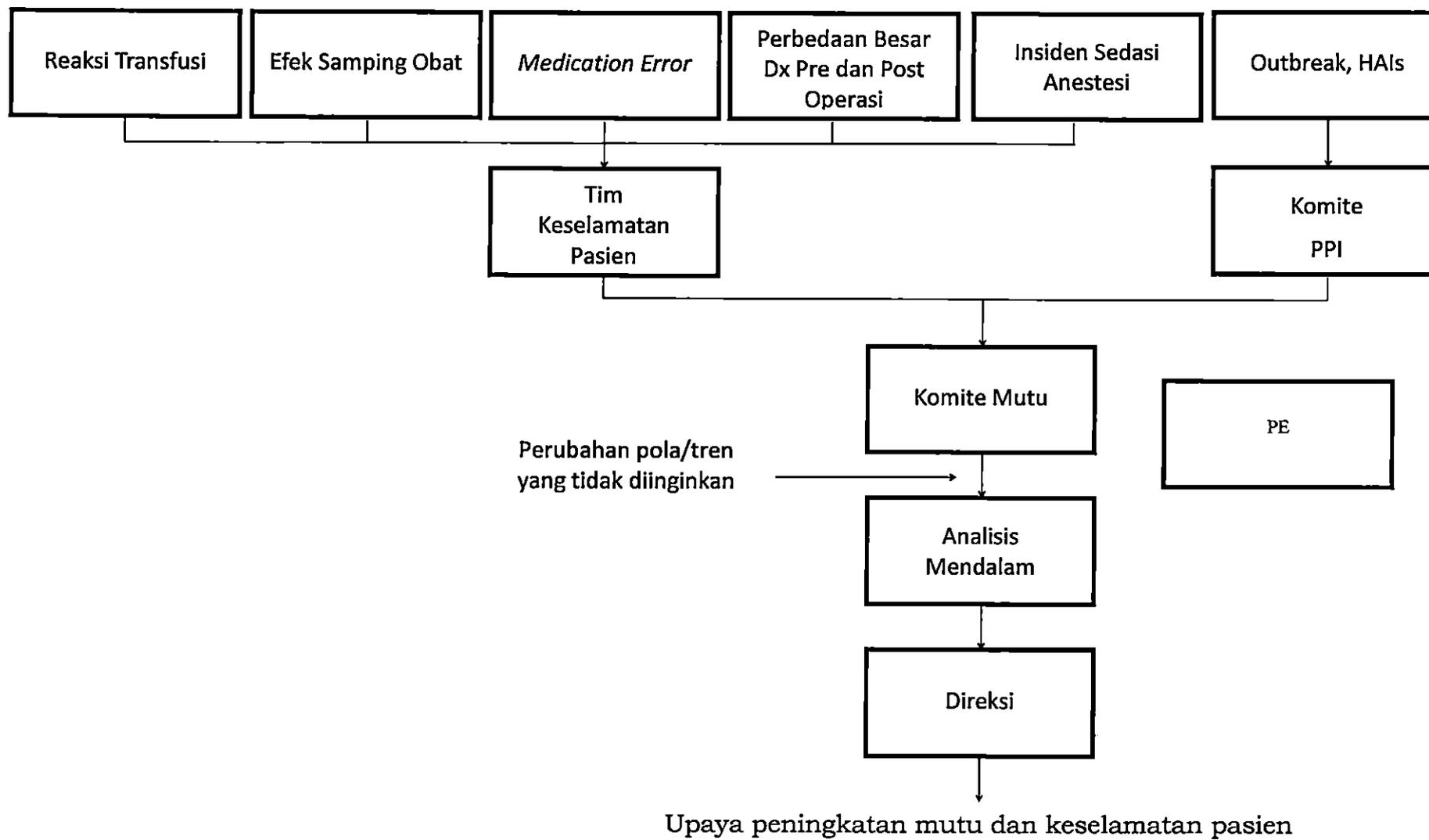
Batasan *Outbreak*/Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah :

- 1) Bila ada 2 atau lebih kasus infeksi yang berhubungan, dimana satu kasus saja dapat mengakibatkan kondisi berat/berpotensi menimbulkan penularan, harus dianggap sebagai *outbreak* (contoh : Flu Burung, SARS)
- 2) Bila terjadi peningkatan signifikan (≥ 3 kali dari periode sebelumnya)
- 3) Bila ada 2 atau lebih kasus yang berkaitan terhadap infeksi yang sama, tanpa konfirmasi laboratorium
- 4) Timbul penyakit (menular) yang belum ada sebelumnya

Seluruh kejadian *outbreak* penyakit menular dilaporkan pada Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sesuai mekanisme pelaporan *outbreak* penyakit menular.

HAIs/Infeksi Rumah Sakit (IRS) adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lain, yang tidak ditemukan dan tidak dalam masa inkubasi saat pasien masuk rumah sakit. Kejadian HAIs dilaporkan melalui Penegakan Diagnosis HAIs menggunakan Algoritma HAIs. Komite PPI melakukan rekapitulasi dan analisis serta mengirimkan laporan pada Komite Mutu setiap bulan.

g. Kejadian tidak di harapkan berkaitan dengan identifikasi pasien .



BAB IV

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit disebutkan bahwa terdapat 6 sasaran keselamatan pasien yang wajib diupayakan untuk dipenuhi.

1. Sasaran I : Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar.

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien. Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek / tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbius / tertedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur / kamar / lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori, atau akibat situasi lain. Maksud sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu: pertama, untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.

Kebijakan dan / atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, dan Nomor Induk Kependudukan. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Dua (2) bentuk identifikasi ini digunakan di semua area layanan rumah sakit, seperti di pelayanan rawat jalan, rawat inap, unit gawat darurat, unit layanan diagnostik, ruang operasi dan lainnya. Proses identifikasi dilakukan dengan cara mencocokkan 2 (dua) dari 4 (empat) identitas dengan alat identifikasi pasien. Alat identifikasi pasien di RSUP Dr. Kariadi menggunakan:

- a. Aplikasi Kariadi Mobile
- b. Gelang identitas pasien
- c. Foto diri pasien dilengkapi identitas pasien
- d. E-KTP

Dua (2) bentuk identifikasi harus dilakukan dalam setiap keadaan terkait intervensi kepada pasien. Misalnya, identifikasi pasien dilakukan sebelum memberikan tindakan, radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katektisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, terapeutik, dan identifikasi terhadap pasien koma. Identifikasi pasien juga dilakukan sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet.

Suatu proses kolaboratif digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan / atau prosedur agar dapat memastikan semua kemungkinan situasi untuk dapat diidentifikasi.

2. Sasaran II : Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telpon antar-PPA. Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan 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

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.

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis. Hasil pemeriksaan diagnostik 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. Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi “Serah Terima” (handover).

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

- a. 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;
- b. 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;
- c. Dari unit rawat inap ke unit layanan diagnostik atau unit tindakan seperti radiologi atau unit terapi fisik

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

- a. pemesanan obat atau permintaan obat secara verbal sebaiknya dihindari;
- b. 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;

- c. 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

Kebijakan dan / atau prosedur pengidentifikasian juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (read back) bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan situasi gawat darurat di IGD atau ICU.

3. Sasaran III : Meningkatkan Keamanan Obat – obat yang harus Diwaspadai (*High Allert Medication*)

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai. Obat yang perlu diwaspadai adalah obat-obatan yang memiliki persentase kesalahan dan/atau kejadian sentinel yang tinggi, begitu juga obat-obat dengan risiko tinggi untuk penyalahgunaan atau luaran yang tidak diharapkan.

Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas:

- a. obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan (error) dapat komplikasi atau membahayakan pasien secara signifikan seperti, insulin, heparin, atau kemoterapeutik, obat anestesi, trombolitik, agonis adrenergik, antagonis adrenergik, antiaritmia, analgetik narkotika, cairan kardioplegia, nutrisi parenteral (Dekstrosa 40%).
- b. Obat – obat yang memiliki nama, pengucapan, kemasan dan label, atau penggunaan klinis (kekuatan, dosis, frekuensi pemberian,

rute) yang serupa atau obat *look Alike and Sound Alike* (LASA) atau Nama Obat Rupa Ucapan Mirip (NORUM).

- c. Elektrolit konsentrat atau elektrolit pekat adalah golongan HAM yang memiliki kandungan atau konsentrasi ion tinggi seperti NaCl 3%, KCL 7,46%.
- d. Elektrolit dengan konsentrasi tertentu adalah golongan HAM yang memiliki kandungan atau konsentrasi ion dalam kadar tertentu. Elektrolit dengan konsentrasi tertentu yang terdapat di RSUP Dr Kariadi adalah MgSO₄ 20% dan MgSO₄ 40 %.

Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan / atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja / kurang hati-hati.

4. Sasaran IV : Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien sebelum menjalani tindakan dan atau prosedur.

Salah lokasi, salah-prosedur, pasien-salah pada operasi, adalah sesuatu yang menkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak

melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (site marking), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Di samping itu, asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (*illegible handwriting*), tidak lengkap dan pemakaian singkatan tidak terstandarisasi adalah faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

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.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktek berbasis bukti, seperti yang digambarkan di Surgical Safety Checklist dari WHO Patient Safety (2009), juga di The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery.

Rumah sakit diminta untuk menetapkan prosedur yang seragam sebagai berikut:

1. Beri tanda di tempat operasi;
2. Dilakukan verifikasi praoperasi;
3. Melakukan *Time Out* sebelum insisi kulit dimulai

Pasien terlibat secara aktif dalam proses penandaan lokasi jika memungkinkan dan tanda tersebut harus tetap dapat terlihat walaupun setelah pasien dipersiapkan dan telah ditutup kain. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit. Penandaan dilakukan oleh DPJP Operator, atau Asisten DPJP yang akan melakukan prosedur tindakan operasi sebelum proses sign in. Peserta didik (*trainee*) dapat melakukan penandaan lokasi, misalnya ketika peserta didik akan melakukan keseluruhan tindakan, tidak memerlukan supervisi atau memerlukan supervisi minimal dari operator/dokter penanggung jawab. Pada situasi tersebut, peserta didik dapat menandai lokasi operasi. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang).

Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk :

1. Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;
2. Memastikan bahwa semua dokumen, foto (imaging), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang; dan
3. Melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan / atau implant² yang dibutuhkan.

Tahap “Sebelum insisi” (Time out) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. Time out dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, misalnya menggunakan checklist.

5. Sasaran V : Mengurangi Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan *evidencebased hand hygiene guidelines* untuk menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (blood stream infections) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis).

Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (hand hygiene) yang tepat. Pedoman hand hygiene bisa dibaca kepustakaan WHO, dan berbagai organisasi nasional dan internasional.

Rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk hand hygiene yang diterima secara umum dan untuk implementasi petunjuk itu di rumah sakit.

6. Sasaran VI : Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh. Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh.

Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain:

- a. kondisi pasien;
- b. Gangguan fungsional pasien (contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif);
- c. lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit;
- d. riwayat jatuh pasien;
- e. konsumsi obat tertentu;
- f. 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 selama 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*, *freestanding staircases*, 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 kebijakan dan prosedur yang sesuai dengan lingkungan dan fasilitas rumah sakit. Program ini mencakup

monitoring terhadap kesengajaan dan atau ketidakkesengajaan dari kejadian jatuh. Misalnya, pembatasan gerak (*restrain*) atau pembatasan *intake* cairan.

BAB V
KESELAMATAN PASIEN DALAM PELAYANAN KEFARMASIAN

Dalam membangun keselamatan pasien banyak istilah-istilah yang perlu difahami dan disepakati bersama. Istilah-istilah tersebut diantaranya adalah:

- Kejadian Tidak Diharapkan/KTD (*Adverse Event*)
- Kejadian Nyaris Cedera/KNC (*Near miss*)
- Kejadian Sentinel
- *Adverse Drug Event*
- *Adverse Drug Reaction*
- *Medication Error*
- *Efek samping obat*

Menurut Nebeker JR dkk. dalam tulisannya *Clarifying Adverse Drug Events: A Clinician's Guide to terminology, Documentation, and Reporting*, serta dari *Glossary AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)* dapat disimpulkan definisi beberapa istilah yang berhubungan dengan cedera akibat obat sebagaimana yang disajikan dalam Tabel 1.

A. Cidera Akibat Obat

TABEL 1

Ringkasan definisi yang berhubungan dengan cedera akibat Obat

Istilah	Definisi	Contoh
Kejadian yang tidak diharapkan (<i>Adverse Event</i>)	Kejadian cedera pada pasien selama proses terapi / penatalaksanaan medis. Penatalaksanaan medis mencakup seluruh aspek pelayanan, termasuk diagnosa, terapi, kegagalan diagnosa / terapi, sistem, peralatan untuk pelayanan. <i>Adverse event</i> dapat dicegah	Iritasi pada kulit karena penggunaan perban. Jatuh dari tempat tidur.

	atau tidak dapat dicegah.	
Reaksi obat yang tidak diharapkan (<i>Adverse Drug Reaction</i>)	Kejadian cedera pada pasien selama proses terapi akibat penggunaan obat.	Steven-Johnson Syndrom : Sulfa, Obat epilepsi dll
Kejadian tentang obat yang tidak diharapkan (<i>Adverse Drug Event</i>)	Respons yang tidak diharapkan terhadap terapi obat dan mengganggu atau menimbulkan cedera pada penggunaan obat dosis normal. Reaksi Obat Yang Tidak Diharapkan (ROTD) ada yang berkaitan dengan efek farmakologi/mekanisme kerja (efek samping) ada yang tidak berkaitan dengan efek farmakologi (reaksi hipersensitivitas).	<ul style="list-style-type: none"> • Syok anafilaksis pada penggunaan antibiotik golongan penisilin • Mengantuk pada penggunaan CTM
Efek obat yang tidak diharapkan (<i>Adverse drug effect</i>)	Respons yang tidak diharapkan terhadap terapi obat dan mengganggu atau menimbulkan cedera pada penggunaan obat dosis lazim Sama dengan ROTD tapi dilihat dari sudut pandang obat. ROTD dilihat dari sudut pandang pasien.	Syok anafilaksis pada penggunaan antibiotik golongan penisilin. Mengantuk pada penggunaan CTM
<i>Medication Error</i>	Kejadian yang dapat dicegah akibat penggunaan obat, yang menyebabkan cedera.	Peresepan obat yang tidak rasional. Kesalahan perhitungan dosis pada peracikan. Ketidakpatuhan pasien sehingga terjadi dosis berlebih.
Efek Samping	Efek yang dapat diprediksi, tergantung pada dosis, yang bukan efek tujuan obat.	

Berdasarkan laporan IOM (*Institute of Medicine*) tentang *adverse event* yang dialami pasien, disebutkan bahwa insiden berhubungan dengan pengobatan menempati urutan utama. Disimak dari aspek biaya, kejadian 459 *adverse drug event* dari 14732 bernilai sebesar \$348 juta, senilai \$159 juta yang dapat dicegah (265 dari 459 kejadian). Sebagian besar tidak menimbulkan cedera namun tetap menimbulkan konsekuensi biaya.

B. Medication Error

Studi yang dilakukan Bagian Farmakologi Universitas Gajah Mada (UGM) antara 2001-2003 menunjukkan bahwa *medication error* terjadi pada 97% pasien *Intensive Care Unit (ICU)* antara lain dalam bentuk dosis berlebihan atau kurang, frekuensi pemberian keliru dan cara pemberian yang tidak tepat. Lingkup perpindahan/perjalanan obat (meliputi obat, alat kesehatan, obat untuk diagnostik, gas medis, anastesi) : obat dibawa pasien di komunitas, di rumah sakit, pindah antar ruang, antar rumah sakit, rujukan, pulang, apotek, praktek dokter.

Problem multidisiplin dipetakan dalam proses penggunaan obat pasien/*care giver*, dokter, apoteker, perawat, tenaga asisten apoteker, dan mahasiswa. Kejadian *medication error* dimungkinkan tidak mudah untuk dikenali, diperlukan kompetensi dan pengalaman, kerjasama-tahap proses.

Tujuan utama farmakoterapi adalah mencapai kepastian keluaran klinik sehingga meningkatkan kualitas hidup pasien dan meminimalkan risiko baik yang tampak maupun yang potensial meliputi obat (bebas maupun dengan resep), alat kesehatan pendukung proses pengobatan (*drug administration devices*). Timbulnya kejadian yang tidak sesuai dengan tujuan (*incidence/hazard*) dikatakan sebagai *drug misadventuring*, terdiri dari *medication errors* dan *adverse drug reaction*.

Ada beberapa pengelompokan *medication error* sesuai dengan dampak dan proses (tabel 2 dan 3). Konsistensi pengelompokan ini penting sebagai dasar analisa dan intervensi yang tepat.

Tabel 2 .

Indeks *medication errors* untuk kategorisasi *errors* (berdasarkan dampak)

<i>Errors</i>	Kategori	Hasil
<i>No error</i>	A	Kejadian atau yang berpotensi untuk terjadinya kesalahan
<i>Error, no</i>	B	Terjadi kesalahan sebelum obat mencapai pasien
<i>Harm</i>	C	Terjadi kesalahan dan obat sudah diminum / digunakan pasien tetapi tidak membahayakan pasien
	D	Terjadinya kesalahan, sehingga monitoring ketat harus dilakukan tetapi tidak membahayakan pasien
<i>Error, harm</i>	E	Terjadi kesalahan, hingga terapi dan intervensi lanjut diperlukan dan kesalahan ini memberikan efek yang buruk yang sifatnya sementara
	F	Terjadi kesalahan dan mengakibatkan pasien harus dirawat lebih lama di rumah sakit serta memberikan efek buruk yang sifatnya sementara
	G	Terjadi kesalahan yang mengakibatkan efek buruk yang bersifat permanen
	H	Terjadi kesalahan dan hampir merenggut nyawa pasien, contoh syok anafilaktik
<i>Error, death</i>	I	Terjadi kesalahan dan pasien meninggal dunia

Tabel 3 . Jenis-jenis *medication errors* (berdasarkan alur proses pengobatan)

Tipe <i>Medication Errors</i>	Keterangan
<i>Unauthorized drug</i>	Obat yang terlanjur diserahkan kepada pasien padahal diresepkan oleh bukan dokter yang berwenang
<i>Improper dose/quantity</i>	Dosis, <i>strength</i> atau jumlah obat yang tidak sesuai dengan yang dimaksud dalam resep
<i>Wrong dose preparation Method</i>	Penyiapan/ formulasi atau pencampuran obat yang tidak sesuai
<i>Wrong patient</i>	Obat diserahkan atau diberikan pada pasien yang keliru yang tidak sesuai dengan yang tertera di resep
<i>Omission error</i>	Gagal dalam memberikan dosis sesuai permintaan, mengabaikan penolakan pasien atau keputusan klinik yang mengisyaratkan untuk tidak diberikan obat yang bersangkutan
<i>Extra dose</i>	Memberikan duplikasi obat pada waktu yang berbeda
<i>Prescribing error</i>	Obat diresepkan secara keliru atau perintah diberikan secara lisan atau diresepkan oleh dokter yang tidak berkompeten
<i>Wrong administration technique</i>	Menggunakan cara pemberian yang keliru termasuk misalnya menyiapkan obat dengan teknik yang tidak dibenarkan (misalkan obat im diberikan iv)
<i>Wrong time</i>	Obat diberikan tidak sesuai dengan jadwal pemberian atau diluar jadwal yang ditetapkan

C. Proses Manajemen Obat

JCAHO (2007) menetapkan tentang keamanan terhadap titik kritis dalam proses manajemen obat : sistem seleksi (*selection*), sistem penyimpanan sampai distribusi (*storage, distribution*), sistem

permintaan obat, interpretasi dan verifikasi (*ordering and transcribing*), sistem penyiapan, labelisasi/etiket, peracikan, dokumentasi, penyerahan ke pasien disertai kecukupan informasi (*preparing dan dispensing*), teknik penggunaan obat pasien (*administration*), pemantauan efektifitas penggunaan (*monitoring*). Didalamnya termasuk sistem kerjasama dengan tenaga kesehatan terkait baik kompetensi maupun kewenangannya, sistem pelaporan masalah obat dengan upaya perbaikan, informasi obat yang selalu tersedia, keberadaan apoteker dalam pelayanan, adanya prosedur khusus obat dan alat yang memerlukan perhatian khusus karena dampak yang membahayakan.

WHO dalam *developing pharmacy practice focus on patient care* membedakan tentang praktek farmasi (berhubungan dengan pasien langsung) dan pelayanan farmasi (berhubungan dengan kualitas obat dan sistem proses pelayanan farmasi)

1. Praktek pekerjaan kefarmasian meliputi obat-obatan, pengadaan produk farmasi dan pelayanan kefarmasian yang diberikan oleh apoteker dalam sistem pelayanan kesehatan.
2. Pelayanan kefarmasian meliputi semua pelayanan yang diberikan oleh tenaga farmasi dalam mendukung pelayanan kefarmasian. Di luar suplai obat-obatan, jasa kefarmasian meliputi informasi, pendidikan dan komunikasi untuk mempromosikan kesehatan masyarakat, pemberian informasi obat dan konseling, pendidikan dan pelatihan staf.
3. Pekerjaan kefarmasian meliputi penyediaan obat dan pelayanan lain untuk membantu masyarakat dalam mendapatkan manfaat yang terbaik.

Klasifikasi aktivitas apoteker (*American Pharmacists Association/APha*)

1. Memastikan terapi dan hasil yang sesuai
 - a. Memastikan farmakoterapi yang sesuai

- b. Memastikan kepatuhan / kepatuhan pasien terhadap rencana pengobatannya
- c. Monitoring dan pelaporan hasil
- 2. *Dispensing* obat dan alat kesehatan
 - a. Memproses resep atau pesanan obat
 - b. Menyiapkan produk farmasi
 - c. Mengantarkan obat atau alat kesehatan
- 3. Promosi kesehatan dan penanggulangan penyakit
 - a. Pengantaran jasa penanggulangan klinis
 - b. Pengawasan dan pelaporan issue kesehatan masyarakat
 - c. Promosi penggunaan obat yang aman dalam masyarakat
- 4. Manajemen sistem kesehatan
 - a. Pengelolaan praktek
 - b. Pengelolaan pengobatan dalam sistem kesehatan
 - c. Pengelolaan penggunaan obat dalam sistem kesehatan
 - d. Partisipasi dalam aktivitas penelitian
 - e. Kerjasama antardisiplin

Pada tahun 1998, FIP menerbitkan suatu statemen tentang standar profesional mengenai kesalahan pengobatan yang berhubungan dengan peresepan obat dengan tujuan mendefinisikan istilah "kesalahan pengobatan" dan untuk menyarankan suatu tata nama standar untuk mengkategorikan hal-hal seperti kesalahan dan disain sistemnya untuk meningkatkan keselamatan dalam pabrikan, pemesanan, pelabelan, penyiapan, administrasi dan penggunaan obat.

Dalam relasi antara dokter sebagai penulis resep dan apoteker sebagai penyedia obat (pelayanan tradisional farmasi), dokter dipercaya terhadap hasil dari farmakoterapi. Dengan berubahnya situasi secara cepat di sistem kesehatan, praktek asuhan kefarmasian diasumsikan apoteker bertanggung jawab terhadap pasien dan masyarakat tidak hanya menerima asumsi tersebut.

Dengan demikian apoteker bertanggung jawab langsung pada pasien tentang biaya, kualitas, hasil pelayanan kefarmasian. Dalam aplikasinya, praktek pelayanan kefarmasian untuk keselamatan pasien terutama *medication error* adalah menurunkan risiko dan promosi penggunaan obat yang aman.

Berbagai metode pendekatan organisasi sebagai upaya menurunkan *medication error* yang jika dipaparkan menurut urutan dampak efektifitas terbesar adalah :

1. Mendorong fungsi dan pembatasan (*forcing function& constraints*) : suatu upaya mendesain sistem yang mendorong seseorang melakukan hal yang baik, contoh : sediaan potasium klorida siap pakai dalam konsentrasi 10% Nacl 0.9%, karena sediaan di pasar dalam konsentrasi 20% (>10%) yang mengakibatkan fatal (henti jantung dan nekrosis pada tempat injeksi)
2. Otomasi dan komputer (*Computerized Prescribing Order Entry*) : membuat statis / robotisasi pekerjaan berulang yang sudah pasti dengan dukungan teknologi, contoh : komputerisasi proses penulisan resep oleh dokter diikuti dengan ”/tanda peringatan” jika di luar standar (ada penanda otomatis ketika digoxin ditulis 0.5g)
3. Standard dan protokol, standarisasi prosedur : menetapkan standar berdasarkan bukti ilmiah dan standarisasi prosedur (menetapkan standar pelaporan insiden dengan prosedur baku). Kontribusi apoteker dalam Panitia Farmasi dan Terapi serta pemenuhan sertifikasi/akreditasi pelayanan memegang peranan penting.
4. Sistem daftar tilik dan cek ulang : alat kontrol berupa daftar tilik dan penetapan cek ulang setiap langkah kritis dalam pelayanan. Untuk mendukung efektifitas sistem ini diperlukan pemetaan analisis titik kritis dalam sistem.

5. Peraturan dan Kebijakan : untuk mendukung keamanan proses manajemen obat pasien. contoh : semua resep rawat inap harus melalui supervisi apoteker
6. Pendidikan dan Informasi : penyediaan informasi setiap saat tentang obat, pengobatan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan tentang prosedur untuk meningkatkan kompetensi dan mendukung kesulitan pengambilan keputusan saat memerlukan informasi
7. Lebih hati-hati dan waspada : membangun lingkungan kondusif untuk mencegah kesalahan, contoh : baca sekali lagi nama pasien sebelum menyerahkan.

BAB VI PENCATATAN DAN PELAPORAN

Setiap kegiatan pelayanan di rumah sakit, diharapkan melakukan pencatatan dan pelaporan semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien meliputi KPC, KPCS, KTD, KNC, dan Kejadian Sentinel. Pelaporan di rumah sakit dilakukan sesuai dengan Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang dikeluarkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit - Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI).

Tujuan dilakukan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien adalah untuk menurunkan Insiden Keselamatan Pasien yang terkait dengan KTD, KNC dan Kejadian Sentinel serta meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Sistem pelaporan mengharuskan semua orang dalam organisasi untuk peduli terhadap bahaya/potensi bahaya yang dapat terjadi pada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi lebih lanjut.

Pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali. Setiap kejadian dilaporkan kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit menggunakan formulir yang sudah disediakan di rumah sakit

A. Prinsip Pelaporan Insiden

- 1 Sistem pelaporan insiden dilakukan di internal rumah sakit dan kepada Komite Nasional KPRS.
- 2 Pelaporan eksternal insiden keselamatan pasien dilakukan setelah analisis & mendapatkan rekomendasi & solusi dari KMRS.

- 3 Rumah Sakit harus dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas), tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak.
- 4 Ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak untuk menyalahkan orang (*non blaming*).
- 5 Setiap insiden harus dilaporkan secara internal kepada KMRS dalam waktu paling lambat 2x24 jam sesuai format laporan.
- 6 KMRS melakukan analisis dan memberikan rekomendasi serta solusi atas insiden yang dilaporkan
- 7 KMRS melaporkan hasil kegiatannya kepada kepala rumah sakit.
- 8 Rumah sakit harus melaporkan insiden, analisis, rekomendasi dan solusi
- 9 Insiden keselamatan pasien kecuali insiden KPC dilaporkan kepada Komite Nasional KPRS sesuai format laporan (*e-reporting*).
- 10 Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan pengkajian dan memberikan umpan balik (*feedback*) dan solusi atas laporan tsb.

B. Alur Pelaporan Insiden

1. Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.
2. Laporan insiden dapat dibuat oleh siapa saja atau staf yang pertama kali menemukan kejadian atau terlibat dalam kejadian.
3. Pelaporan dilakukan dengan mengisi “Formulir Laporan Insiden” yang bersifat rahasia yang terdapat pada Sistem Informasi Rumah Sakit.
4. Insiden Sentinel, wajib dilaporkan ke direksi paling lambat 1 X 24 jam tanpa melalui grading risiko.
5. Apabila terjadi suatu insiden (KPC, KPCS, KTD, KTC, KNC) terkait dengan keselamatan pasien. wajib segera ditindak lanjuti (dicegah/

- ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
6. Laporkan kepada Tim Keselamatan Pasien dengan mengisi formulir Laporan Insiden Internal, melalui atasan langsung/sub tim di tingkat Instalasi, dalam waktu 2 X 24 jam.
 7. Pimpinan Unit/Instalasi/Sub Tim Keselamatan Pasien, melakukan *grading risiko/grading matrix* terhadap insiden yang dilaporkan.
 8. Hasil *grading* akan menentukan tindak lanjut laporan :
 - **Grading biru** : Investigasi sederhana oleh Kepala Unit dan atau Kepala Instalasi, tidak melebihi 7 (tujuh) hari
 - **Grading hijau** : Investigasi sederhana oleh Kepala Unit dan atau Kepala Instalasi tidak melebihi 14 (empat belas) hari
 - **Grading kuning** : Investigasi komprehensif / *Root Cause Analysis* (RCA) oleh Tim KP RS, waktu maksimal 45 hari
 - **Grading merah** : Investigasi komprehensif / *Root Cause Analysis* (RCA) oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
 9. Grading biru dan hijau, Setelah selesai dilakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke KMRS, sesuai batas waktu yang ditentukan.
 10. KMRS akan menganalisis kembali hasil investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan *regrading*, untuk investigasi lanjutan *Root Cause Analysis* (RCA)
 11. Grading kuning / merah, KMRS akan melakukan *Root Cause Analysis* (RCA)
 12. Hasil *Root Cause Analysis* (RCA), rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi / Pimpinan Rumah Sakit

13. Pimpinan Rumah Sakit akan menindaklanjuti laporan ke Dewan Pengawas untuk dijadikan dasar dalam pembuatan kebijakan yang mengacu pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
14. KMRS akan membuat rekomendasi perbaikan serta “pembelajaran” berupa : Petunjuk / *Safety alert* untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali
15. Rekomendasi untuk “Perbaikan dan Pembelajaran” diberikan umpan balik kepada instalasi pelapor.

C. Analisis Matriks Grading Risiko

Penilaian matriks risiko bertujuan untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya.

1. Dampak

Penilaian dampak adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal, seperti tabel berikut.

Tabel 4. Penilaian Dampak Klinis / Konsekuensi / Severity

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak	
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera	
2	Minor	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Cedera ringan mis. Luka lecet ➢ Dapat diatasi dengan pertolongan pertama 	➢
3	Moderat	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Cedera sedang mis. Luka robek ➢ Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual 	➢

		(reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit ➤ Setiap kasus yang memper-panjang waktu perawatan	
4	Mayor	➤ Cedera luas/berat mis. cacat, lumpuh ➤ Kehilangan fungsi motorik / sensorik/ psikologis atau intelektual (irreversibel), tidak berhubungan dengan penyakit	➤
5	Katastropik	➤ Kematian yang tidak berhu-bungan dengan perjalanan penyakit	➤

(Sumber : Pedoman Pelaporan IKP PERSI)

2. Probabilitas

Penilaian tingkat probabilitas adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi, seperti tabel berikut.

Tabel 5. Penilaian Probabilitas / Frekuensi

Tingkat Risiko	Deskripsi
1	Sangat jarang / <i>Rare</i> (>5 thn/kali)
2	Jarang / <i>Unlikely</i> (2-5 thn/kali)
3	Mungkin / <i>Possible</i> (1-2 thn/kali)
4	Sering / <i>Likely</i> (beberapa kali/thn)
5	Sangat sering / <i>Almost certain</i> (tiap minggu/bulan)

(Sumber : Pedoman Pelaporan IKP PERSI)

Setelah nilai dampak dan probabilitas diketahui, masukkan dalam Tabel Matriks Grading Risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna *brands* risiko.

D. Skor Risiko

$\text{SKOR RESIKO} = \text{Dampak} \times \text{Probabilitas}$

Untuk menentukan skor risiko, digunakan matriks grading risiko seperti tabel berikut.

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

Tabel 6. Matriks Grading Risiko

Probabilitas	Tidak Signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katastropik 5
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (beberapa kali/thn) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1-2 thn/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (2-5 thn/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

Sangat jarang terjadi (>5 thn/kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
--	--------	--------	---------	--------	---------

Sumber : Pedoman Pelaporan IKP PERSI

E. Bands Risiko

Skor risiko akan menentukan prioritas risiko. Jika pada penilaian risiko ditemukan dua insiden dengan hasil skor risiko yang nilainya sama, maka untuk memilih prioritasnya, dapat menggunakan warna bands risiko.

Skala prioritas bands risiko adalah :

1. Bands Biru : rendah / *low*
2. Bands Hijau : Sedang / *Moderat*
3. Bands Kuning : Tinggi / *High*
4. Bands Merah : Sangat Tinggi / *Ekstreme*

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu : Biru, Hijau, Kuning dan Merah, dimana warna akan menentukan investigasi yang akan dilakukan.

1. Bands Biru dan Hijau : Investigasi sederhana
2. Bands Kuning dan Merah : Investigasi Komprehensif / RCA

Tabel 7. Tindakan sesuai Tingkat dan Bands risiko

Level / Bands	Tindakan
Ekstrim (sangat tinggi)	Risiko ekstrim, dilakukan RCA paling lama 45 hari Membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur
High (tinggi)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari Kaji dengan detil & perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian Direktur

Moderat (sedang)	Risiko sedang, dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer / Pimpinan klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya dan kelola risiko
Low (rendah)	Risiko rendah, dilakukan investigasi sederhana, paling lama 1 minggu, diselesaikan dengan prosedur rutin

Sumber : Pedoman Pelaporan IKP PERSI

F. Rencana Tindak Lanjut (rekomendasi)

Sebagai tindak lanjut terhadap Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit akan melakukan kegiatan monitoring dan evaluasi di unit kerjanya secara berkala. Monitoring merupakan kegiatan pemantauan terhadap pelaksanaan program Keselamatan Pasien. Evaluasi merupakan proses penilaian kinerja program Keselamatan Pasien.

Tujuan dilakukan monitoring dan evaluasi agar program keselamatan pasien yang dilakukan sesuai dengan kaidah keselamatan pasien dan mencegah terjadinya kejadian yang tidak diinginkan dan berulang dimasa yang akan datang.

Monitoring dan evaluasi dilakukan terhadap :

1. Sumber daya manusia (SDM)
2. Laporan yang didokumentasikan.

Dari hasil monitoring dan evaluasi dilakukan intervensi berupa rekomendasi dan tindak lanjut terhadap hal-hal yang perlu diperbaiki seperti perbaikan kebijakan, prosedur, peningkatan kinerja SDM, sarana dan prasarana ataupun organisasi. Hasil dari rekomendasi dan tindak lanjut ini harus diumpun balikkan ke semua pihak yang terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit.

BAB VII PENUTUP

.Untuk mengukur keberhasilan program kegiatan yang telah ditetapkan diperlukan indikator, suatu alat/tolok ukur yang menunjuk pada ukuran kepatuhan terhadap prosedur yang telah ditetapkan.

Indikator keberhasilan program keselamatan pasien dapat dilihat dari

1. Meningkatnya budaya keselamatan pasien
2. Menurunnya angka kejadian tidak diinginkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian sentinel yang berulang.
3. Menurunnya KTD, KNC dan Kejadian Sentinel yang berulang.
4. Meningkatnya kepatuhan pada 6 sasaran keselamatan pasien di rumah sakit
5. Meningkatnya pengetahuan petugas tentang keselamatan pasien

Semua laporan yang telah dibuat harus didokumentasikan di Sekretariat Tim Keselamatan Pasien untuk bahan monitoring, evaluasi dan tindak lanjut.


DIREKTUR UTAMA,
FARICHAH HANUM

DAFTAR PUSTAKA

1. 2004 ASHP Leadership Conference on Pharmacy Practice Management Executive Summary: Improving patient care and medication safety Am J Health-Syst Pharm. 2005; 62:1303-10)
2. Anonim. *Himpunan Peraturan Perundang-undangan Bidang Kesehatan Khusus Farmasi*. Direktorat Jendral Pelayanan Kefarmasian dan Alat kesehatan RI. Jakarta. 2005 hal 91
3. Anonim. Modul - 9 *Manajemen Risiko K3 Rumah Sakit*. Pusat Pendidikan dan Latihan Kesehatan Depkes & Kessos RI. Jakarta 2000
4. Anonim. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Kemenkes 2015
5. Anonim. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS). Jakarta. 2015
6. Anonim. *Managing The Risks From Medical Product Use*. U.S Food and Drug Administration. 1999.
7. Ashcroft D., Morecroft C., Parker D., Noyece P., *Patient Safety in Community Pharmacy : Understanding Errors and Managing Risk*, Pharmacy and Pharmaceutical Sciences & Department of Psychology, University of Manchester, May 2005
8. Bates, D.W., Cullen, D.J, Laird, N., Petersen, L.A., Small, S.D., Servi, D., Laffel, G., Sweizer, B.J., Shea, B.F., Hallisey, R., Vliet, M.V., Nemeskal, R., Leape, L.L. (1995) *Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: Implications for prevention*. Journal of American Medical Association 274:29-34
9. Cohen MR. *Medication Errors*, The American Pharmaceutical Association 1999
10. *Effect Of Pharmacist-Led Pediatrics Medication Safety Team On Medication- Error Reporting*, Am J Health-Sist Pharm, 2007, vol64;1422-26.

11. Erin L. St. Onge, Pharm.D., Assistant Dean and Director, Mabel Dea, Pharm.D. candidate, Renee L. Rose, Pharm.D., Assistant Director — *Medication errors and strategies to improve patient safety*, An ongoing CE program of The University of Florida College of Pharmacy and Drug Topics, Orlando Campus, University of Florida College of Pharmacy, Gainesville
12. FIP Statement on Patient Safety Mark SM and Mercado MC. *Medication Safety*. ASHP (American Society of Health-System Pharmacists, 2006
13. Jackie Biery, Pharm.D., *Medication Safety Pharmacist*, University of Washington, Feb 21, 2006
14. Nebeker JR, Barach P, Samore MH. *Clarifying Adverse Drug Events: A Clinician's Guide to terminology, Documentation, and Reporting. Improving Patient Care*. American Colleges of Physicians, 2004.
15. Patient Safety in Community Pharmacy: *Understanding Errors and Managing Risk*, Darren Ashcroft, Charles Morecroft, Dianne Parker, Peter Noyece, School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences & Department of Psychology, University of Manchester, May 2005.
16. Schyve PM. *Systems Thinking and Patient Safety. Advances in Patient Safety Vol.2*,
17. Simmons RL. *Reducing Medical Errors : An Organizational Approach*. P&T, Vol 28 No. 12, 2003.
18. Siregar, C. J. P. 2006. *Farmasi Klinik. Teori & Penerapan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
19. The Society of Hospital Pharmacists of Australia (SHPA), *Position Statement Hospital pharmacy services improve medication safety*, 2003
20. United States Department of Health and Human Services. *Glossary AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) www.ahrq.gov. Safe Practices for Better Health Care, Agency for Healthcare Research*

and Quality Advancing Excellence in Health Care www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf

21. www.books.nap.edu/catalog/11623.html. *Committee on Identifying and Preventing Medication Errors*, Aspden, P., Wolcott, J., Bootman, J. L., Cronenwett, L. R. (eds). 2007. Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series.
22. www.ismp.org/orderforms/reporterrortoISMP.asp. USP-ISMP *Medication Errors Reporting Program (MERP)*. 2008 Institute for Safe Medication Practices. 15 Januari 2008 09.58.