



Mengenali dan berespon terhadap adverse events

Riyantinah, S Kep, Ners, ETN, FISQua



Kemampuan Akhir yang diharapkan

Sub-CPMK.4.3.1 Mampu mengenali dan berespon terhadap *adverse events* meliputi: Mengenali dan berespon terhadap *adverse events*

1. Penggunaan teknologi dalam peningkatan keselamatan pasien
2. Peran kerja tim untuk keselamatan pasien
3. Peran pasien dan keluarga sebagai *partner* di pelayanan kesehatan untuk mencegah terjadinya bahaya dan *adverse events*
4. Penyakit akibat kerja pada perawat: penyakit menular & tidak menular
5. Penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja pada perawat
6. Upaya pencegahan penyakit akibat kerja pada perawat
(C2, P2, A3)

Kriteria Indikator capaian

4.3.1 Ketepatan dalam menjelaskan mengenali dan berespon terhadap *adverse events* (C2, P2, A3)

4.3.2 Ketepatan dalam menjelaskan penggunaan teknologi dalam peningkatan keselamatan pasien (C3, P2, A3)

4.3.3 Ketepatan dalam menjelaskan Peran kerja tim untuk keselamatan pasien (C1, P2, A3)

4.3.4 Ketepatan dalam menjelaskan peran pasien dan keluarga sebagai *partner* di pelayanan kesehatan untuk mencegah terjadinya bahaya dan *adverse events* (C1, P2, A3)

4.3.5.1 Ketepatan dalam menjelaskan penyakit akibat kerja pada perawat: penyakit menular, penyakit akibat kecelakaan kerja pada perawat, upaya pencegahan penyakit kerja pada perawat.(C1, P2, A3)



Apa yang dimaksud dengan adverse event ?

Adverse event

Kejadian yang tidak diharapkan yang terjadi selama perawatan medis dan penggunaan produk Kesehatan yang dapat menyebabkan cedera atau kerugian bagi pasien, mencakup

1. Kejadian yang tidak diharapkan
2. Cedera atau kerugian : kejadian yang menyebabkan cedera atau kerugian bagi pasien
3. Kaitan dengan perawatan : kejadian yang terkait dengan perawatan medis atau produk kesehatan

Insiden keselamatan pasien

Suatu kejadian atau situasi yang tidak diharapkan dan dapat atau telah menyebabkan cedera atau kerugian selama proses perawatan, meliputi :

1. **Kejadian yang dapat dicegah** : kejadian yang dapat dicegah dengan Tindakan yang tepat
2. **Kejadian yang tidak dapat dicegah** : kejadian yang tidak dapat dicegah tetapi dapat diminimalkan dampaknya

Contoh : Kesalahan pengobatan, HAIs /Infeksi Rumah Sakit, cedera fisik, reaksi alergi dan kejadian yang tidak diharapkan lainnya

Dapat disebabkan : kesalahan manusia, kegagalan system, factor lingkungan

KILAS Jakarta Bandung Bogor Jogja Solo Semarang Surabaya Malang Bali Aceh Medan Pekanbaru Batam

Home

Regional

Jawa & Bali

Bayi Tertukar di Bogor, 3 Perawat RS Diduga Lalai, Baru Terungkap Setelah Bayi Berusia Satu Tahun

Jumat, 11 Agustus 2023 17:14 WIB

Editor: [Abdul Muhaimin](#)

Hotman Paris Skakmat RS Sentosa, Sindir Soal Ganti Rugi Bayi Tertukar: Kalau Saya Mah Triliunan

Sabtu, 2 September 2023 14:01 WIB

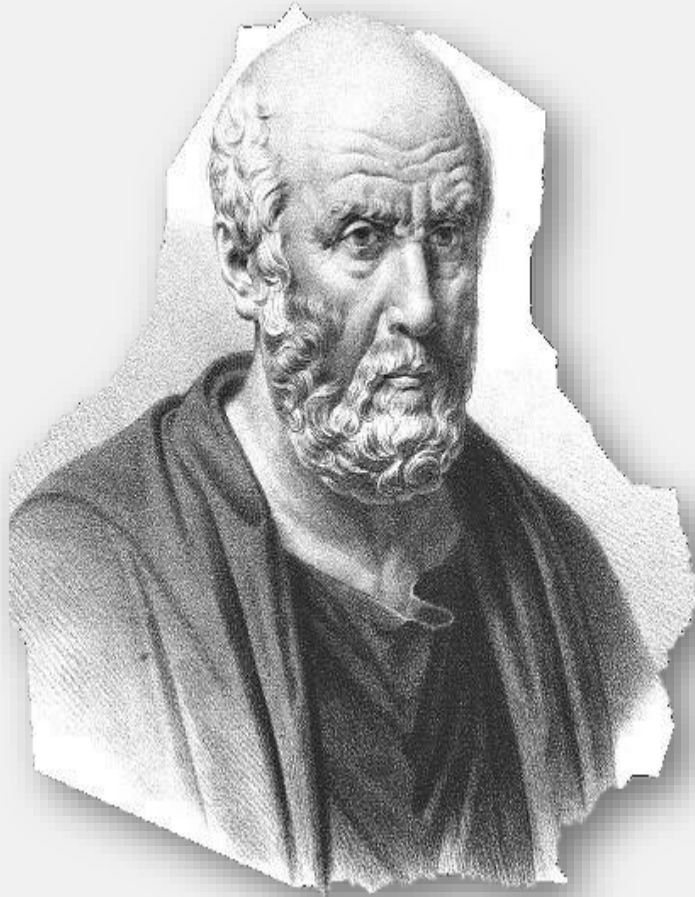
Editor: [Septirina Ayu Simanjanjang](#)



Rumah Sakit Sentosa Bogor kena skakmat Hotman Paris soal kasus bayi tertukar.



No	Patient Safety Risk in Hospital	
1.	Bloodborne Pathogens	5.9 work-related injuries & illness for every 100 employees
2.	Catheter-Associ Urinary Tract Infect (CAUTI)	449,334/year, and 13,000 deaths annually
3.	Diagnostic Errors	Third lead cause of death in U.S / 10% death
4.	Hacked Medical Devices	In 2020, <u>46 hospitals were hit</u> in just 1 attack
5.	Venous Thromboembolism (HA-VTE)	VTE affects about 900,000 people / year
6.	Hospital-Acquired Pneumonia	Every day, one out of every 31 patients in U.S
7.	Medication Errors	700,000 ED visits & 100,000 hospitalization /year
8.	Methicil Resistant Staphyl. Aureus (MRSA)	More than 323,000 cases/year & 10,600 deaths.
9.	Post-Discharge Adverse Events	20% patients complication within 3 weeks of being discharged
10.	Sepsis	1,700,000 get sepsis each year, and about 270,000 die



HIPPOCRATES
469-370 SM

KONSEP KESELAMATAN PASIEN
“PRIMUM NON NOCERE”
FIRST, DO NO HARM

BUKU EPIDEMICS (400 SM)
BUKU I BAB XI

“Declare the past, diagnose the present, foretel the future, practice the acts. As the diaseases, make the habit of two things, to help or at least to do no harm”

“Gali masa lalu pasien, tentukan diagnose sekarang, meramalkan masa depan, mempraktikkan tindakan. Sebagai penyakit, biasakan dua hal penting, untuk membantu atau setidaknya tidak membahayakan”

FLORENCE NIGHTINGALE

HISTORICALLY

PATIENT
SAFETY

PELOPOR KEPERAWATAN MODERN
“LADY WITH THE LAMP”
NOT OF NURSING

JASANYA YANG TANPA KENAL TAKUT
MENGUMPULKAN KORBAN PERANG
PADA MASA PERANG DI SEMENANJUNG KRIMEA, RUSIA.

BANYAK PRAJURIT MENINGGAL AKIBAT BURUKNYA KONDISI DI
BARAK-BARAK.

TULISAN DAN LAPORAN FLORENCE
KELAK MENGUBAH SISTEM PERAWATAN RUMAH SAKIT.



FLORENCE NIGHTINGALE
1820 - 1910

HIPOCRATES

FLORENCE NIGHTINGALE

HISTORICALLY

PATIENT
SAFETY

4

27 OKTOBER 2004

WHO MEMIMPIN GERAKAN KESELAMATAN PASIEN
(WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY)

1 JUNI 2005 : PERSI MEMBENTUK BADAN NASIONAL KKPRS

21 AGUSTUS 2005 PENCANANGAN GERAKAN KESELAMATAN PASIEN OLEH MENTERI
KESEHATAN RI DI JAKARTA

TAHUN 2008

KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT MELALUI PROSES
AKREDITASI RUMAH SAKIT

TAHUN 2009

LAHIR UNDANG UNDANG RS (NOMOR 44 TAHUN 2009)
KESELAMATAN PASIEN WAJIB DILAKSANAKAN OLEH RUMAH SAKIT

FAKTA KESELAMATAN PASIEN (WHO)

Pasien cedera merupakan **penyebab ke 14 beban penyakit global** (TBC & malaria).

Lebih dari 1 juta pasien paska operasi meninggal akibat komplikasi operasi

HAI's (Healthcare Associated Infections-penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan): **14 dari 100 pasien** yang dirawat di rumah sakit.

Penggunaan obat yang tidak aman membahayakan jutaan dan **biaya miliaran dolar** setiap tahun.

1 dari 10 pasien yang dirawat di **RS, cedera** akibat insiden keselamatan, **50% dapat dicegah**

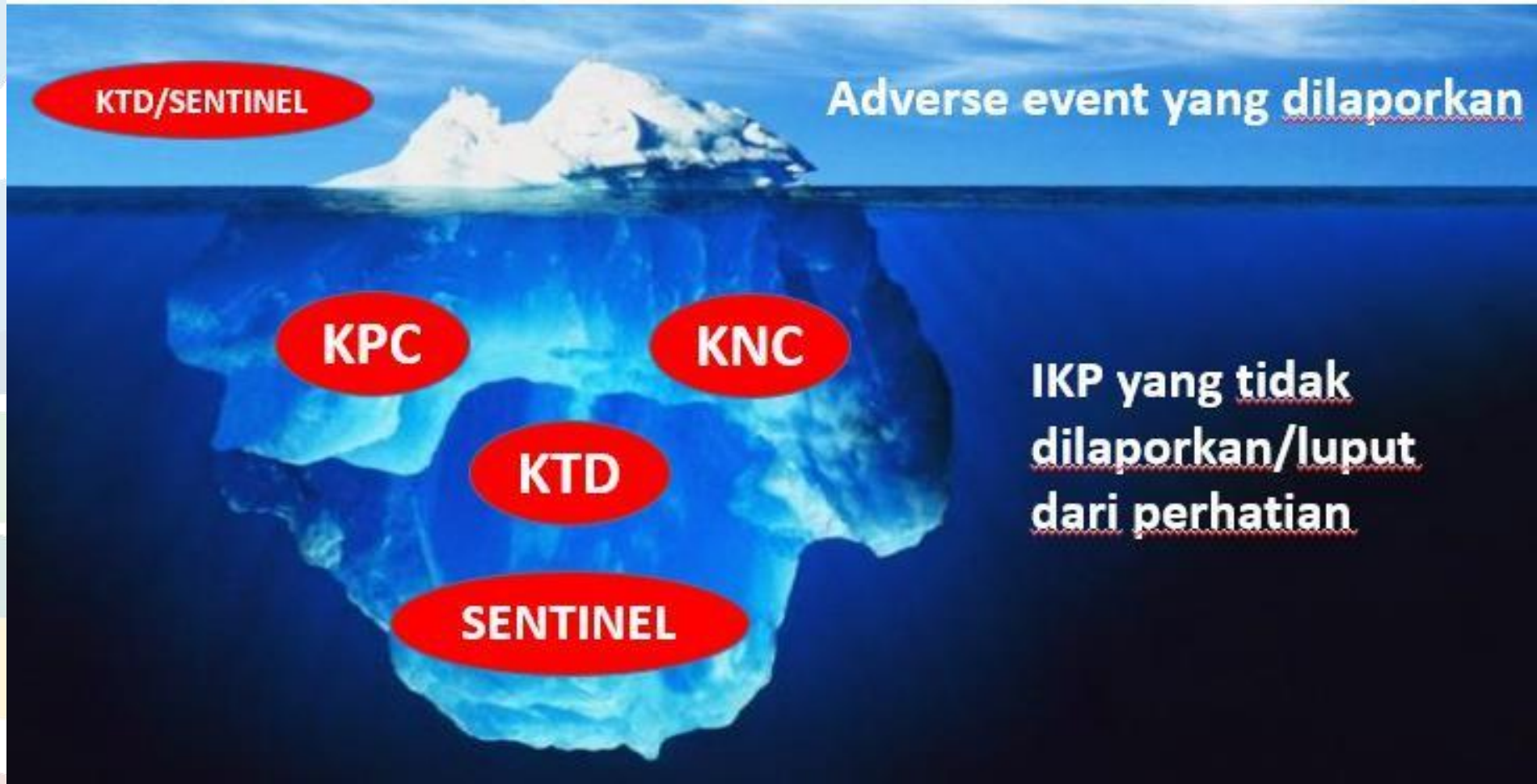
Ketidak akuratan dan keterlambatan diagnosis, membahayakan pasien

Investasi dalam **upaya menurunkan insiden keselamatan pasien** mengakibatkan penghematan keuangan yang signifikan

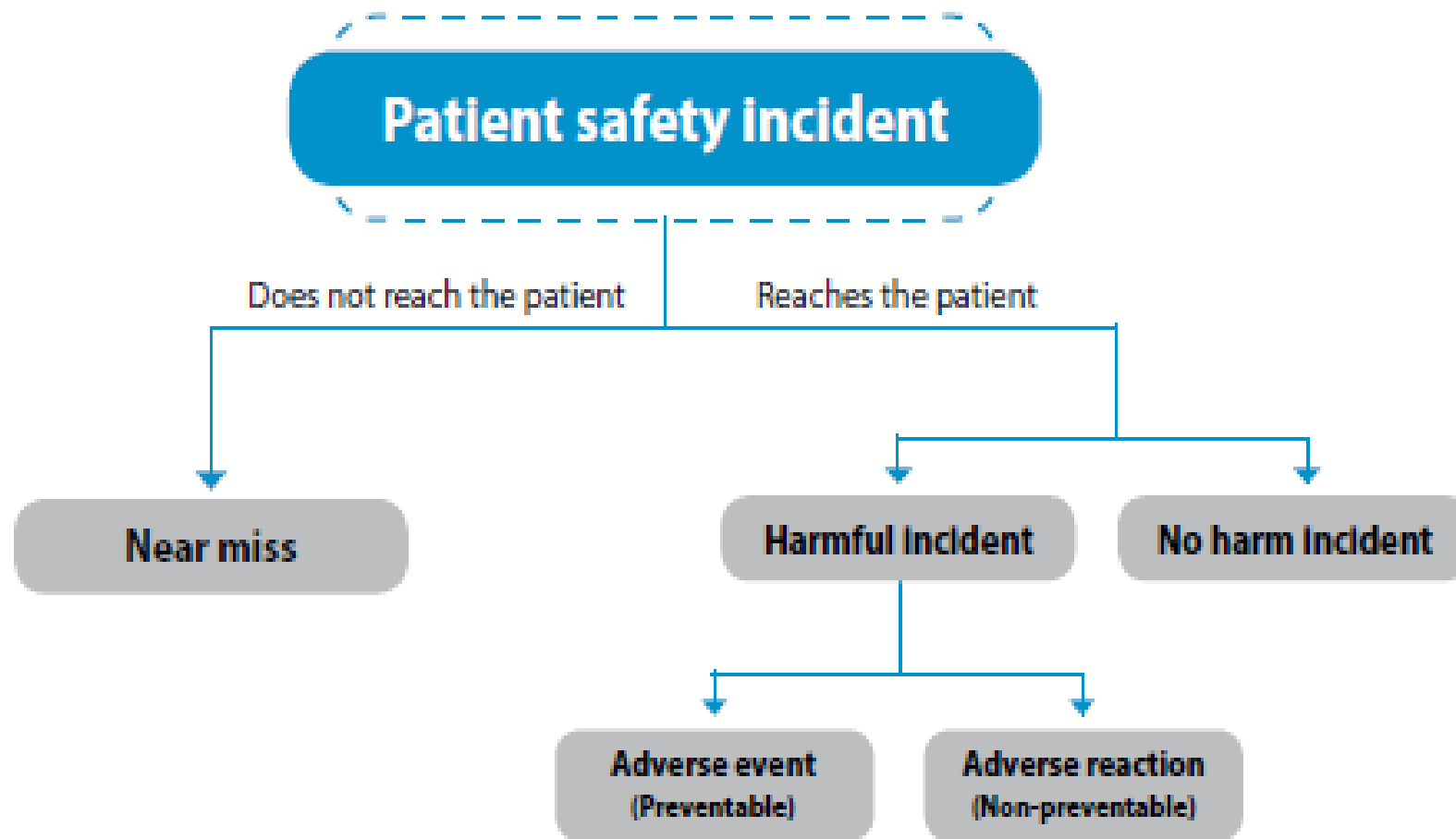
15% biaya kesehatan terpakai untuk mengatasi kejadian yang tidak diharapkan

Kesalahan administratif merupakan penyebab sampai dengan **separuh kesalahan** di pelayanan primer

The Iceberg Phenomenome



Classification of patient safety incidents

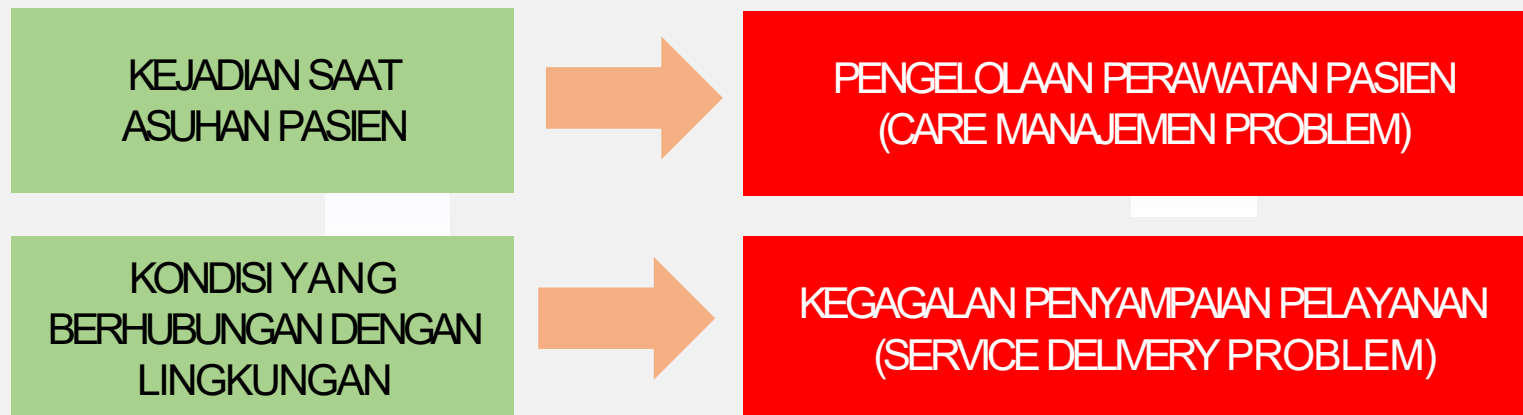


Source: World Health Organization

DEFINISI INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017

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.



JENIS

INSIDEN

SENTINEL

INSIDEN DAN
ERROR

INSIDEN
PAPARAN
CEDERA

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 Pasal 14

KEJADIAN SENTINEL

Insiden yang tidak diinginkan yang menyebabkan kematian atau cedera serius

KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD)

Insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

KEJADIAN TIDAK CEDERA (KTC)

Insiden yang sudah terpapar pada pasien tapi tidak menimbulkan cedera

KEJADIAN NYARIS CEDERA (KNC)

Insiden yang belum terpapar pada pasien

KONDISI POTENSIAL CEDERA (KPC)

Kondisi yang berpotensi menimbulkan cedera signifikan tapi belum sampai terjadi insiden

**Insiden Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (KMK 1128 STANDAR
AKREDITASI KEMENKES 2022)**

**Kondisi Potensial
Cedera
Significans (KPCS)**

Suatu kondisi (selain dari proses penyakit atau kondisi pasien itu sendiri) yang berpotensi menyebabkan kejadian sentinel

**Kejadian Nyaris
Cedera (KNC)**

Terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

**Kejadian Tidak
Cedera (KTC)**

Insiden keselamatan pasien yang sudah terpapar pada pasien namun tidak menyebabkan cedera.

**Kejadian Tidak
Diharapkan (KTD)**

Insiden keselamatan pasien yang menyebabkan cedera pada pasien.

Kejadian sentinel

Suatu kejadian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau penyakit yang mendasarinya yang terjadi pada pasien

- a. Kematian yang tidak terduga termasuk namun terbatas pada:
 - Kematian yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit/sebab alamiah.
 - Kematian atas **bayi cukup bulan**.
 - **Bunuh diri**.
- b. **Kehilangan fungsi tubuh** pasien yang luas dan permanen yang **tidak terkait** dengan perjalanan alamiah penyakit atau penyakit dasarnya
- c. **Salah lokasi, salah prosedur, salah pasien** ketika tindakan operasi.
- d. **Penularan penyakit** yang kronis atau fatal **akibat infus darah** atau produk darah atau **transplantasi organ** atau jaringan yang terkontaminasi.
- e. **Penculikan bayi atau bayi** yang dipulangkan pada orang tua yang salah,
- f. **Perkosaan, kekerasan** di tempat kerja seperti penyerangan (menyebabkan kematian atau kehilangan fungsi tubuh yang permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa Latihan, pengunjung atau vendor, pihak ketiga Ketika ada di lingkungan Rumah Sakit.

DEFINISI

JENIS

INSIDEN

SENTINE

INSIDEN DAN ERROR

4



PROSES OF CARE
ERROR

Kesalahan Proses
Dapat Dicegah
Plan Action tidak lengkap
Plan Action yang salah
Karena berbuat (Commission)
Karena Tidak Berbuat (Omission)

PROSES OF CARE
NON ERROR

PASIEN TIDAK **TERPAPAR**

KNC-Kejadian Nyaris Cedera
ERROR, diketahui, dibatalkan
(Prevention)

NEAR MISS

TIDAK CEDERA

KTC-Kejadian Tidak Cedera
Dapat Obat, tidak timbul (chance)
Dapat Obat, diketahui, beri antinya (Mitigation)

NO HARM EVENT

PASIEN **TERPAPAR**

CEDERA

KTD-Kejadian Tidak Diharapkan
Dapat Dicegah

ADVERSE EVENT

**SIGNIFICANT POTENTIAL
FOR HARM SITUATION**

TIDAK CEDERA

KPC
Kondisi Potensial Cedera

**REPORTABLE
CIRCUMSTANCE**

PASIEN TERPAPAR

PASIEN CEDERA

KTD-Kejadian Tidak Diharapkan
Tidak Dapat Dicegah

ADVERSE EVENT

Kondisi Potensial Cidera Signifikan

Kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden



Contoh...
Obat-obatan LASA (look a like sound a like) disimpan berdekatan



Kejadian Nyaris Cidera

Terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien

Contoh...

Seorang Cleaning Service sedang membersihkan lantai tidak memasang tanda peringatan





Kejadian Tidak Cidera



Insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi **tidak timbul cedera**

Contoh . . .

Insiden kesalahan posisi pemeriksaan
Insiden kesalahan memberikan hasil pemeriksaan



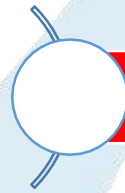
Kejadian Tidak Diharapkan Adverse event

Insiden yg mengakibatkan cedera yg tidak diharapkan pada pasien.

→ karena suatu tindakan (***commission***) atau tidak mengambil suatu tindakan yg seharusnya diambil (***omission***) dan bukan karena ***underlying disease***/kondisi pasien.

Contoh...

- ✓ Tahap diagnostic → kesalahan atau keterlambatan diagnose menggunakan cara pemeriksaan yang sudah tidak dipakai atau tidak bertindak atas hasil pemeriksaan atau observasi
- ✓ Tahap pengobatan : prosedur pengobatan, pelaksanaan terapi, metode penggunaan obat, dan keterlambatan merespon hasil pemeriksaan asuhan yang tidak layak kegagalan berkomunikasi, kegagalan alat atau system yang lain.



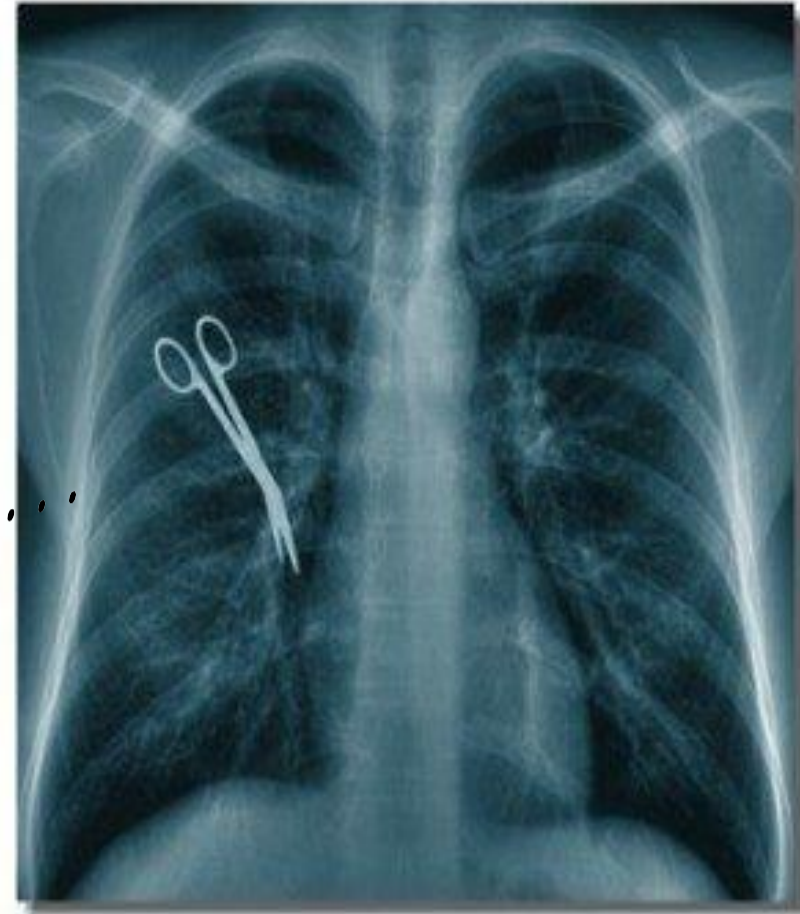
Sentinel

Suatu KTD yang mengakibatkan **kematian atau cedera yang serius**; biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima (operasi pada bagian tubuh yang salah, amputasi pada kaki yang salah dll)

Kejadian sentinel b.d :

- a) Kematian.
- b) Cedera permanen.
- c) Cedera berat yang bersifat sementara/reversible

Contoh...



Peran kerja tim dalam keselamatan pasien

1. **Mengidentifikasi risiko** : mengidentifikasi potensi risiko dan bahaya yg dpt mempengaruhi keselamatan pasien
2. **Mengembangkan kebijakan** untuk meningkatkan keselamatan pasien
3. **Mengimplementasikan kebijakan** : memastikan bahwa kebijakan dan prosedur diimplementasikan dengan benar
4. **Mengawasi dan memantau** , melakukan analisis kejadian yang tidak diharapkan
5. **Meningkatkan kesadaran** staf RS tentang keselamatan pasien dan promosi budaya kesehatan
6. **Mengembangkan pelatihan**
7. **Menginvestigasi kejadian** dan melakukan Tindakan korektif untuk mencegah kejadian serupa dimasa depan

INSIDEN

PASIEN



LAPORAN INSIDEN (INTERNAL)
KE ATASAN (2X24 JAM)
JENIS INSIDEN: SENTINEL, KTD, KNC,
KTC, KPC

GRADING MATRIX

INVESTIGASI - LEMBAR KERJA
INVESTIGASI
(SEDERHANA/KOMPREHENSIF-RCA)

LAPORAN INSIDEN (EKSTERNAL) KE KNKP
JENIS INSIDEN : SENTINEL, KTD, KNC, KTC

KELUARGA PASIEN
PENGUNJUNG
KARYAWAN



LAPORAN INSIDEN KE PJ K3



GAMBARAN

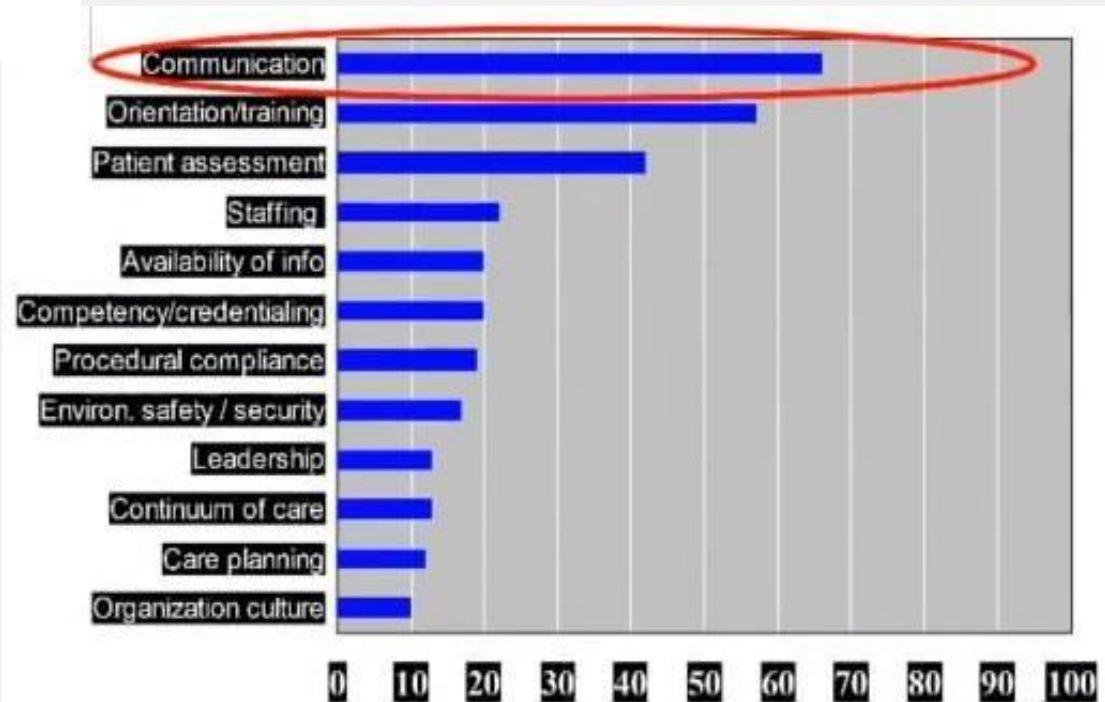
PIHAK
TERKAIT

ALUR PELAPORAN

3548 Sentinel Event
Januari 1995-Desember 2005
Join Commission International

Root Causes Sentinel Event
Januari 1995-Desember 2005
Join Commission International

464 inpatient suicides
455 events of surgery at the wrong site
444 operative/post op complications
358 events relating to medication errors
269 deaths related to delay in treatment
189 patient falls
138 deaths of patients in restraints
121 assault/rape/homicide
109 perinatal death/injury
94 transfusion-related events
67 infection-related events
66 deaths following elopement
65 fires
58 anesthesia-related events
651 "other" ♦



PIHAK PENANGGUNG JAWAB PELAPORAN INSIDEN

Staf Rumah Sakit yang **pertama kali menemukan** kejadian atau insiden.

Staf Rumah Sakit yang **terlibat langsung** dalam kejadian atau insiden.

Supervisor atau Atasan langsung dari petugas yang pertama menemukan/terlibat.

Tim Keselamatan Pasien **memberikan rekomendasi** keselamatan pasien kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan hasil Root Cause Analysis (RCA)

ANALISA INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

ANALISA MATRIKS

DAMPAK

PROBABILITY

BANDS (KRITERIA)

- **Penilaian matriks risiko**

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

- **Dampak (Consequence)**

Penilaian dampak/ akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal.

- **Probabilitas/ Frekuensi/ Likelihood**

Penilaian Probabilitas/ Frekuensi risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi.

- **Band Risiko**

Band Risiko adalah derajat resiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu : Biru, Hijau, Kuning dan Merah “Bands” akan menentukan investigasi yang akan dilakukan.

DAMPA
K

PROBABILITY

BANDS (KRITERIA)

DAMPAK

2

Level	DESKRIPSI	CONTOH DESKRIPSI
1	Insignificant	Tidak ada cedera
2	Minor	Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Moderate	• Berkurangnya fungsi motorik / sensorik / psikologis atau intelektual secara semipermanent / reversibel / tidak berhubungan dengan penyakit • Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Major	• Cedera luas • Kehilangan fungsi utama permanent (motorik, sensorik, psikologis, intelektual), permanen / irreversibel/ tidak berhubungan dengan penyakit
5	Cathastropic	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

KTC
KNC

KTD



SENTINEL

PROBABILITY

BANDS (KRITERIA)

Level	Frekuensi	Kejadian aktual
1	Sangat jarang	Dapat terjadi dalam lebih dari 5 tahun
2	Jarang	Dapat terjadi dalam 2 – 5 tahun
3	Mungkin	Dapat terjadi tiap 1 – 2 tahun
4	Sering	Dapat terjadi beberapa kali dalam setahun
5	Sangat sering	Terjadi dalam minggu / bulan

ROOTCASE ANALYSIS

TERMINOLOGI

INVESTIGASI

LANGKA PENYUSUNAN

IDENTIFIKASI

- Metode evaluasi terstruktur untuk **identifikasi akar masalah** dari KTD dan **tindakan adekuat** untuk **mencegah** kejadian yang sama berulang kembali.
- Metode proses analisis yang dapat digunakan secara **retrospektif** untuk mengidentifikasi **faktor-faktor yang menyebabkan KTD**.

FOKUS PADA PROBLEM SOLVING
SUATU SISTEM

KAPAN ?
1. KETIKA ADA INSIDEN
2. PENINGKATAN MUTU

INVESTIGASI

LANGKAH PENYUSUNAN

IDENTIFIKASI

PRINSIP RCA

- Menggali lebih dalam tentang:
 - Apa yang terjadi (**aktual**)
 - Apa yang harusnya terjadi (**kebijakan**)
 - **Mengapa terjadi** dan apa yang dapat dilakukan → **mencegahnya** (tindakan/outcome)
 - Bagaimana mengetahui bahwa tindakan dapat meningkatkan keselamatan pasien?

INVESTIGASI

LANGKAH PENYUSUNAN

IDENTIFIKASI

- Investigasi adalah **pengkajian lebih lanjut** Laporan Insiden dengan mencatat **kronologi** kejadian , **mengidentifikasi masalah** (CMP/SDP), mencatat **staf yang terlibat**, menentukan siapa yang akan diinterview, dan **pembatasan kejadian**.

Misalnya: Pasien Cedera karena salah obat

Insiden → Pasien Cedera

Masalah → Tidak dilakukan Identifikasi pasien awal
Salah Label Produk
Teknik Pemberian Obat Tidak Tepat

- Investigasi dapat berupa **Investigasi Sederhana**, **Investigasi Komprehensif** dan **Investigasi Sentinel Nasional**

BISA SAJA 1 INSIDEN
MASALAH LEBIH DARI 1



- Alasan suatu insiden harus diinvestigasi secara detil:
 - Masalah serius/membahayakan pasien/RS
 - Masalah potensial untuk pembelajaran dalam lingkup lebih luas
- Awali dengan Identifikasi **Penyebab Langsung**. Gali data lebih pada sistem daripada human error **sampai tidak dapat lagi diidentifikasi (akar masalah) → JANGAN BERHENTI**
- Ciri sudah ketemu Akar Masalah:
 - Akankah masalah timbul jika penyebab tersebut tidak ada?*
 - Akankah masalah timbul jika penyebab tersebut dikoreksi?*
 - Akankah koreksi/eliminasi penyebab menimbulkan insiden serupa?*

Semua NO : ketemu Penyebab Akar Masalah
Ada yang YES : Penyebab Kontributor

PROXIMATE CAUSE/DIRECT CAUSE/PENYEBAB LANGSUNG
CONTRIBUTING CAUSE
ROOT CAUSE

- Orang ekspert untuk investigasi insiden (terlatih RCA), idealnya 4-6 orang
- Identifikasi anggota tim dengan keterampilan berbeda dan komitmen terhadap waktu investigasi.
- Tim investigasi dapat dibebastugaskan dari pekerjaan rutin, fokus pada investigasi insiden dan analisis.

Tim ideal investigasi insiden sentinel:

1. Orang yang ekspert dalam investigasi insiden dan analisis
2. External expert (seorang non medis)
3. Senior management expert (mis: Direktur Medis, Direktur Keperawatan)
4. Seseorang yang mengetahui unit atau departemen dengan baik, walau orang tersebut tidak langsung terlibat insiden.

PENGUMPULAN
DATA

MAPPING KRONOLOGI

TABULAR
TIMELINE

OBSERVASI LANGSUNG

- Kunjungan langsung untuk mengetahui keadaan, posisi, hal-hal yang berhubungan dengan insiden.

DOKUMENTASI

- Mengetahui apa yang terjadi sesuai data, observasi dan inspeksi

INTERVIEW

- Mengetahui kejadian secara langsung untuk pengecekan pada hasil observasi dan data dokumentasi

INSIDEN DIPETAKAN :

1. Kronologi narasi
2. Timeline, metode menelusuri rantai insiden secara kronologis. Investigator menemukan bagian dlm proses masalah
3. Tabular Timeline, sama dengan timeline tetapi lebih detail menginformasikan good practice, CMP dll.
4. Time Person Grids, memungkinkan melacak gerak/kehadiran orang sebelum dan sesudah insiden.



TGL	5-1-2015	5-1-2015	5-1-2015
WAKTU	07.45 WIB	08.00 WIB	08.10 WIB
Kejadian	Pasien datang ke pendaftaran IGD untuk berobat dengan keluhan sakit perut hebat.	Petugas pendaftaran melakukan wawancara untuk mendapat data identitas pasien. Pasien sudah tidur di ruang pemeriksaan.	Petugas mencetak lembar identitas dan memasukkan dalam rekam medis. Saat itu, ada 3 pasien dan petugas hanya 1 orang.
Informasi tambahan	Keluarga pasien yang mengantar 2 orang.	Ada 3 pasien yang harus diwawancara pada saat yang bersamaan.	Petugas menyerahkan ekam medis ke perawat IGD.
Good Practice (seharusnya)			

**TIME PERSON
GRID**

STAFF YG TERLIBAT	07.45 WIB	08.00 WIB	08.10 WIB
Dokter jaga IGD	Tidak ada keterangan	Tidak ada keterangan	Memeriksa pasien dan memberikan tindakan medis injeksi, foto pelvis.
Perawat kepala IGD	Berada di kantor perawat	Berada di kantor perawat	Berada di kantor perawat
Perawat jaga kamar IGD	Sedang periksa pasien	Memeriksa pasien	
Petugas pengantar pasien			
Keluarga pasien	Tidak ada keterangan	Tidak ada keterangan	Tidak ada keterangan

**CARE MANAJEMEN
PROBLEM**

ANALISIS INFORMASI

**METODE 5
WHY**

- Masalah yang terjadi dalam pelayanan baik itu melakukan tindakan (*commision*) atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya (*ommission*). Suatu insiden bisa terdiri dari beberapa CMP
- Identifikasi CMP untuk mengetahui serangkaian kejadian yang mengakibatkan insiden.
- Prinsip dasar Care Manajemen Problem adalah:
 1. Pelayanan yg menyimpang dari standar
 2. Penyimpangan memberikan dampak langsung/tidak pada adverse event

Adverse event yang berdampak pada pasien langsung/tidak langsung:

- Kegagalan dalam observasi/tindakan
- Penanganan yang tidak tepat
- Tidak mencari bantuan saat dibutuhkan
- Kesalahan dalam menggunakan peralatan
- Tidak mengikuti SPO
- Kesalahan memberikan pengobatan

Why Do Adverse Events Keep Happening?

Many events are not reported

- Current System is not user friendly
- Continued fear of blame
- Need to re-engage and support a high-reliability culture

Causes of the events were not identified

- Event Reporting data not being shared to facilitate learning
- Lack of Consistent Approach to investigation and classification

Corrective actions to prevent recurrence

- Do not effectively address the root causes
- Are not fully implemented
- Are not effective or sustained

Penggunaan teknologi dlm peningkatan keselamatan pasien :

1. **Sistem Rekam Medis Elektronik** : memungkinkan akses cepat dan akurat ke informasi pasien, mengurangi risiko kesalahan medis akibat catatan yg tidak lengkap dan hilang
2. **Teknologi barcode** : digunakan untuk identifikasi pasien, pengelolaan obat obatan, pelacakan peralatan medis sehingga mengurangi kesalahan pemberian obat
3. **Sistem administrasi obat barcode** : memverifikasi bahwa obat yang tepat diberikan kepada pasien yang tepat, pada waktu yang tepat, mengurangi kesalahan pengobatan
4. **Perangkat medis terhubung** : memantau kondisi pasien secara real time memungkinkan deteksi dini dan intervensi dini pada potensi masalah Kesehatan
5. **Teknologi robotika** : digunakan dalam tugas2 yg berisiko tinggi seperti desinfeksi ruangan dan prosedur medis yang memerlukan ketelitian tinggi untuk mengurangi paparan pathogen dan kesahan manusia
6. **Sistem pelaporan berbasis aplikasi** : memungkinkan staf RS melaporkan insiden secara langsung dari smartphone, memungkinkan manajemen RS mengidentifikasi dan menindaklanjuti potensi masalah lebih cepat
7. **Kecerdasan buatan /AI**; menganalisis data pasien dan memprediksi risiko, memungkinkan intervensi lebih tepat waktu dan efektif

Peran pasien dan keluarga dalam mencegah adverse event

1. **Mengajukan pertanyaan** : pasien dan keluarga dapat mengajukan pertanyaan tentang diagnosis, pengobatan dan perawatan
2. **Menginformasikan Riwayat medis** : pasien dan keluarga dapat memberikan informasi yang akurat tentang Riwayat medis pasien, alergi, obat2 yg sedang digunakan
3. **Mengikuti instruksi** : pasien dan keluarga mengikuti instruksi dari staf Kesehatan tentang pengobatan, perawatan dan prosedur
4. **Mengawasi keselamatan** : memastikan pasien tidak terjatuh dan cidera
5. **Melaporkan kejadian** : pasien dan keluarga dpt melaporkan kejadian yang tidak diinginkan atau bahaya yang mereka alami kepada staf Kesehatan
6. **Mengikuti rencana perawatan** : mengikuti rencana perawatan yang telah disepakati dan memastikan pasien menerima perawatan yang tepat

Penyakit akibat kerja pada perawat: penyakit menular & tidak menular

Penyakit menular

- a. HAIs
- b. Hepatitis
- c. HIV
- d. TBC

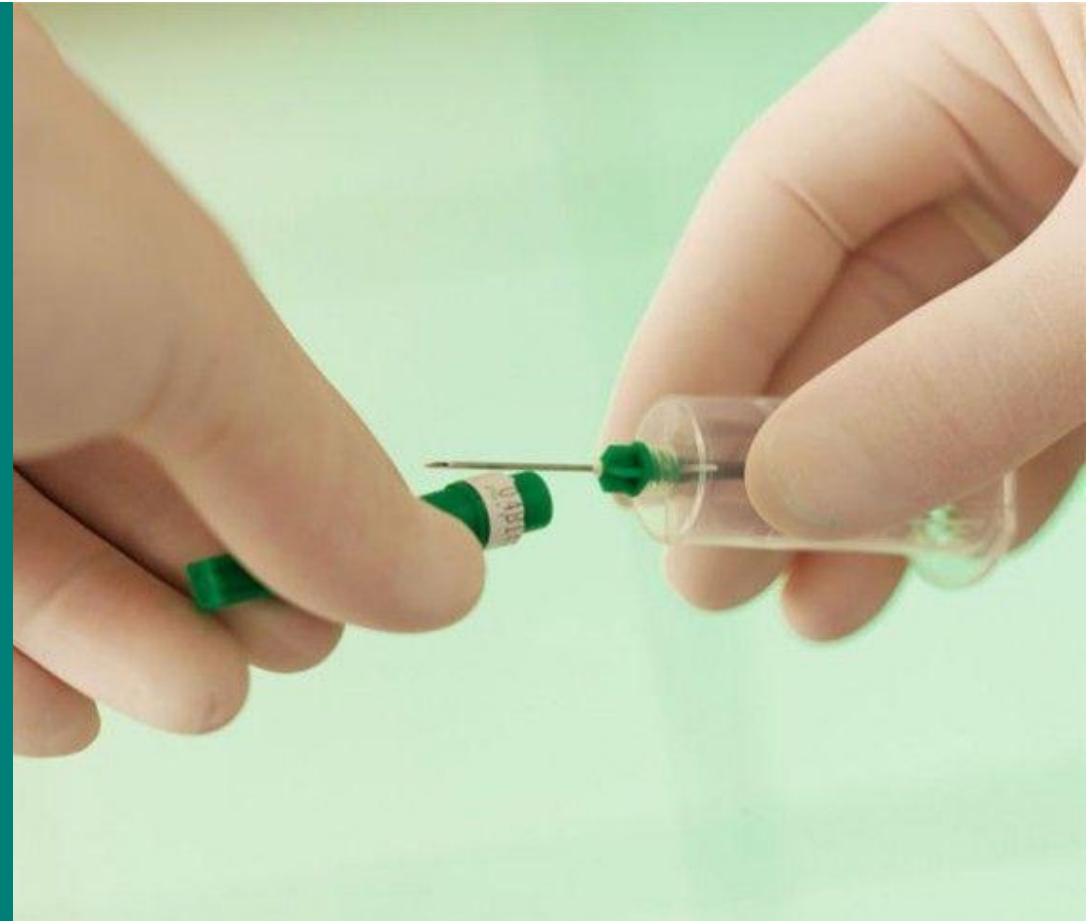
Penyakit tidak menular

- a. Cidera musculoskeletal
- b. Stres dan kelelahan
- c. Paparan bahan kimia
- d. Cidera akibat kecelakaan kerja, terjatuh

Laporan National Safety Council (NSC) :

- Kecelakaan di RS 41% lebih besar dari pekerja di industri lain
- Kasus tersering tertusuk jarum atau needle stick injury (NSI), terkilir, sakit pinggang, tergores/terpotong, luka bakar, penyakit infeksi

Indonesian Journal of Public Health and Community Medicine Vol. 1, No. 3 Juli 2020



BACK INJURY *among* HEALTHCARE WORKERS

*Causes,
Solutions,
and
Impacts*

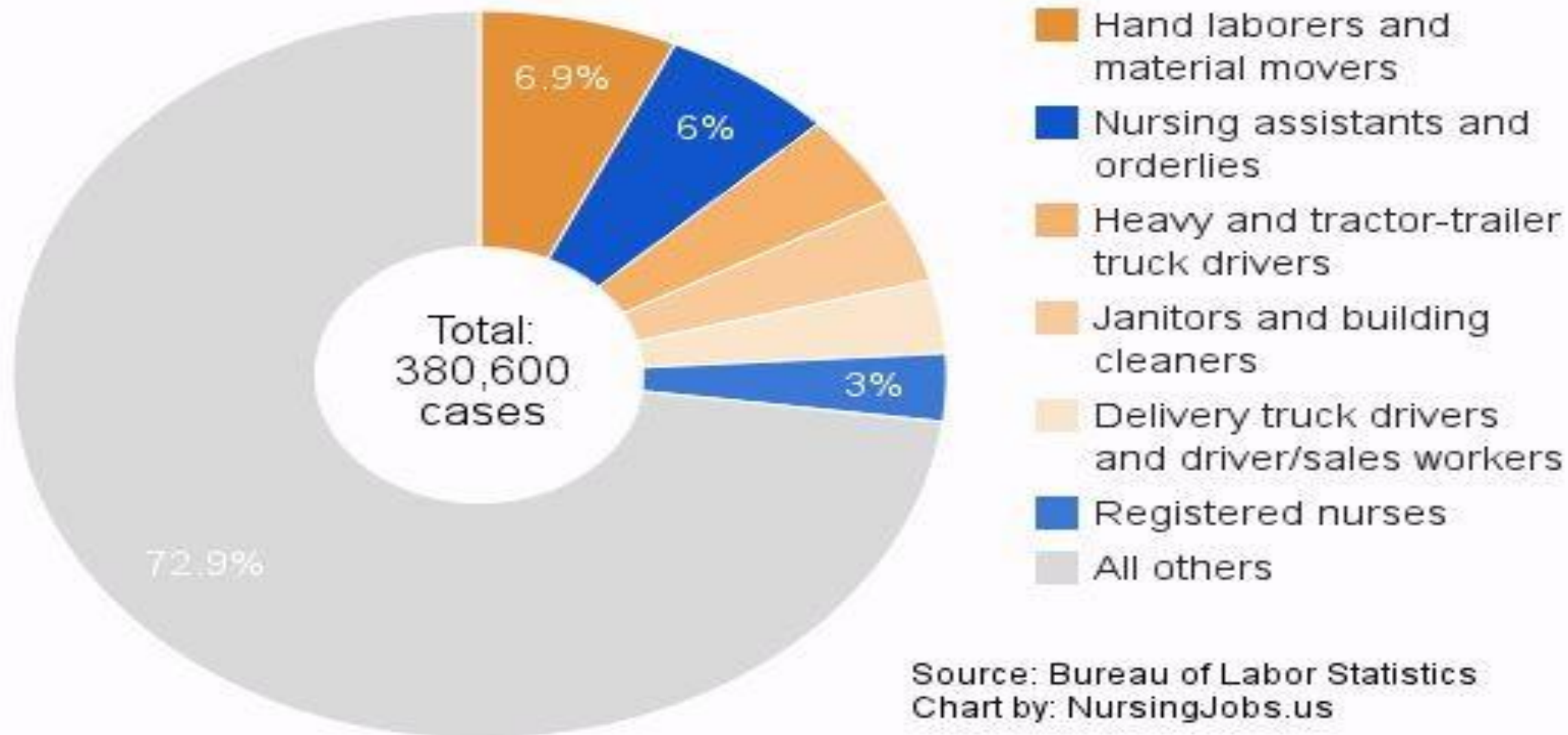


Edited by
William Charney
Anne Hudson

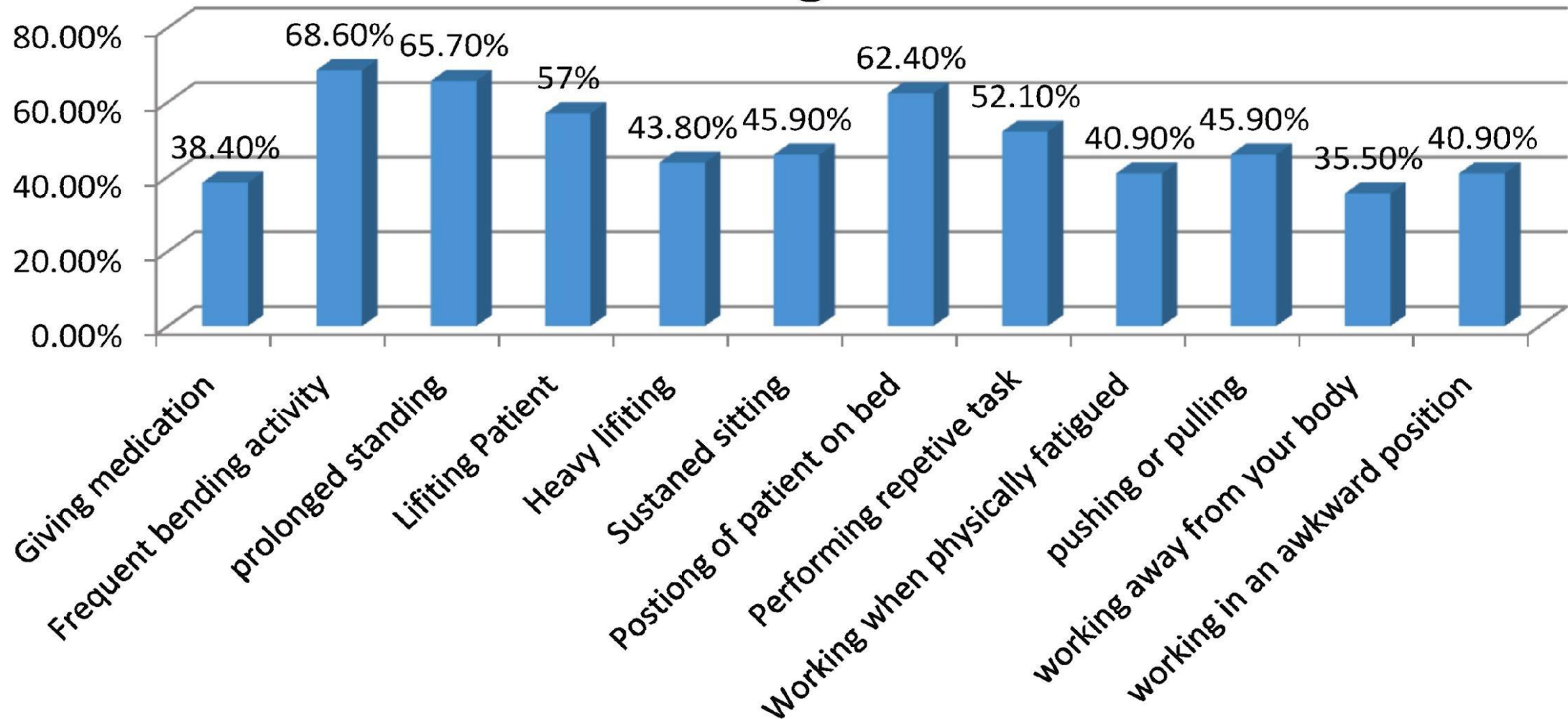


LEWIS PUBLISHERS

Musculoskeletal work injuries by occupation (2013)



Work related ergonomic factor



Source : Banga et al, 2024

- SDM di RS, pasien dan pengunjung/ pengantar, kontraktor maupun masyarakat sekitar RS perlu mendapat **perlindungan dari gangguan kesehatan dan kecelakaan /kecelakaan kerja** yang dapat ditimbulkan oleh proses kegiatan pemberian pelayanan maupun kondisi lingkungan RS.
- Rumah sakit dalam kegiatannya harus menciptakan **kondisi yang aman, nyaman dan sehat.**



BAHAYA K3 di fASYANKES



Bahaya Kimia



Bahaya Fisik



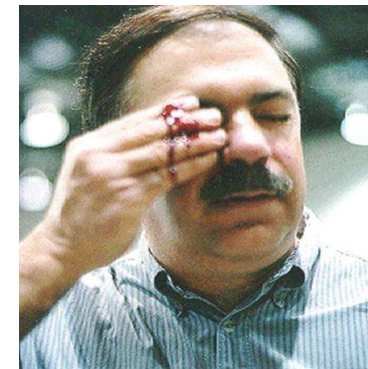
Bahaya Biologi



Bahaya Ergonomis



Bahaya Psikososial



**Bahaya kecelakaan
kerja**

getaran



tekanan



**Bahaya
FISIK**

Bising



radiasi



**Suhu
ekstrim**



Contoh Bahaya Fisik

No.	Bahaya Fisik	Lokasi	Pekerja Yang Paling Berisiko
1	Bising	IPS-RS, laundry, dapur, CSSD, gedung genset- boiler, IPAL	Karyawan yang bekerja di lokasi tsb
2	Getaran	Ruang mesin-mesin dan peralatan yang menghasilkan getaran (ruang gigi dll)	Perawat, cleaning service dll
3	Debu	Genset, bengkel kerja, laboratorium gigi, gudang rekam medis, incinerator	Petugas sanitasi, teknisi gigi, petugas IPS dan rekam medis
4	Panas	CSSD, dapur, laundry, incinerator, boiler	Pekerja dapur, pekerja laundry, petugas sanitasi dan IP-RS
5	Radiasi	X-Ray, OK yang menggunakan c-arm, ruang fisioterapi, unit gigi	Ahli radiologi, radioterapist dan radiografer, ahli fisioterapi dan petugas roentgen gigi.
6	Bahaya gravitasi (terpeleset, tersandung, jatuh)	Area dengan level ketinggian lantai yang berbeda atau lantai yang licin	Cleaning service, perawat
7	Bahaya listrik	Area kerja yang menggunakan peralatan elektronik seperti ruang pendaftaran yang menggunakan computer, ruang operasi yang menggunakan lampu dengan daya listrik yang tinggi, dll	Staf administrasi dan pendaftaran, mekanik listrik

Hazardous drugs
Gas anestesi
Asap pembedahan
disinfectant
Merkuri

KIMIA



What is Surgical Smoke/Plume?

- Smoke Plume or Smoke Aerosol is the vaporization of substances (i.e. tissue, fluid, blood) into a gaseous form and are the by-products of surgical instruments used to destroy tissue.
- Instruments: Lasers, Electrosurgery, Orthopedic, and Ultrasonics Devices.
- Chemical Mixes - may produce plume or aerosols



CONTOH BAHAYA KIMIA

No.	Bahaya Kimia	Lokasi	Pekerja Yang Paling Berisiko
1	Disinfektan	Semua area	Petugas kebersihan, perawat
2	Cytotoxics	Farmasi, tempat pembuangan limbah, bangsal	Pekerja farmasi, perawat, petugas pengumpul sampah
3	Ethylene Oxide	Kamar operasi	Dokter, perawat
4	Formaldehyde	Laboratorium, kamar mayat, gudang farmasi	Petugas kamar mayat, petugas laboratorium dan farmasi
5	Methyl : Methacrylate, Hg (Amalgam)	Ruang pemeriksaan gigi	Petugas/dokter gigi, dokter bedah, perawat
6	Solvents	Laboratorium, bengkel kerja, semua area di RS	Teknisi, petugas laboratorium, kebersihan
7	Gas-Gas Anaestesi	Ruang operasi gigi, OK, ruang pemulihan (RR)	Dokter gigi, perawat, dokter bedah, dokter/perawat anaestesi
8	Gas-gas sisa pembakaran (CO, CO ₂ , Sox, NO _x)	Pemakaian genset dengan menggunakan bahan bakar fosil	

Exposure: Drug Preparation

- Unpacking / stocking hazardous drugs
- Handling drug vials
- Breaking open ampoules
- Reconstituting / mixing drugs
- Expelling air or HDs from syringes
- Transferring drugs between containers
- Needle sticks
- Crushing oral forms
- Contacting HD residue present on PPE or other garments



ERGONOMI

Posisi janggal
Statis
Gerak berulang
Manual
handling



Contoh Bahaya Ergonomi

No.	Bahaya Ergonomi	Lokasi	Pekerja Yang Paling Berisiko
1	Pekerjaan yang dilakukan secara manual	Area pasien dan tempat penyimpanan barang (gudang)	Petugas yang menangani pasien (mengangkat dan memindahkan pasien) dan barang
2	Postur yang salah dalam melakukan pekerjaan	Kantor/administrasi	Postur tubuh yang salah saat duduk lama di kantor
		Poli Gigi	Dokter gigi saat melakukan pemeriksaan rongga mulut
3	Pekerjaan yang berulang	Semua area	Dokter gigi, petugas pembersih, fisioterapis, sopir, operator komputer, yang berhubungan dengan pekerjaan juru tulis

Principles Of Ergonomics

Work at proper heights



© Corbis Photo - (up) 11/10/10



Bahan berbahaya dan infeksius

Beban kerja

Jam kerja panjang

Kerja gilir

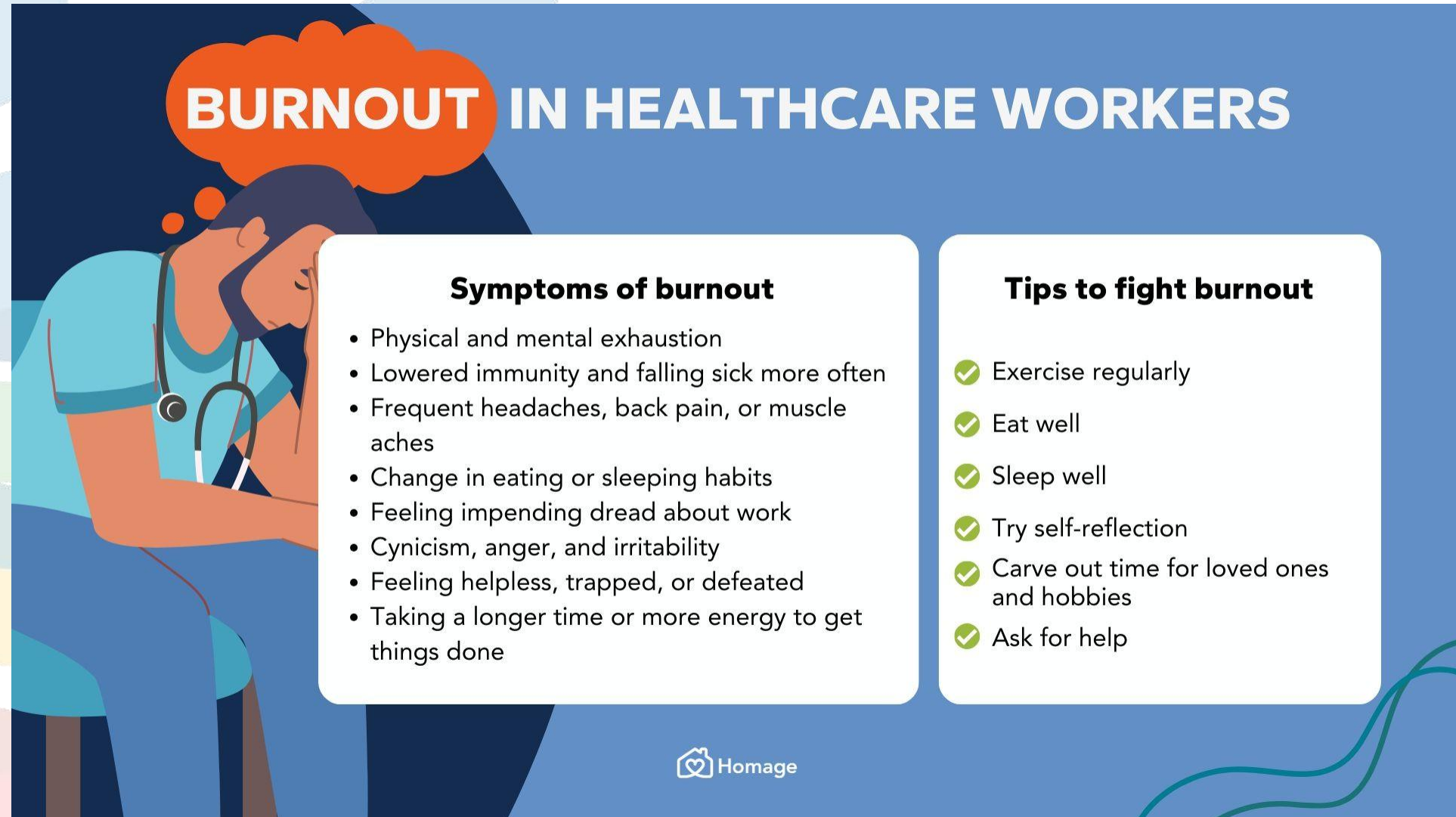
Kondisi kritis

Konflik peran

Understaffing
dll



Burnout pd petugas Kesehatan suatu kondisi Kesehatan fisik, emosional, dan mental yang disebabkan oleh stress berkepanjangan dan tidak terkelola dgn baik. Sering terjadi pada dokter, perawat dan nakes lainnya



PREVENTING NURSE BURNOUT: STRATEGIES FOR PROMOTING WELL-BEING IN THE HEALTHCARE INDUSTRY



Biohazard- Defination

- **Biological hazards**, also known as **biohazards**, refer to biological substances that pose a threat to the health of living organisms, primarily that of humans.
- includes medical waste or samples of a microorganism, virus or toxin (from a biological source) that can affect human health (a biological contamination).



Labell.com
Bioscience Resource Project

Classification of Biohazards



- Microorganisms
 - Examples: viruses, bacteria, fungi, protozoa, algae
 - Reactions: infection, exposure, allergic reactions
- Arthropods
 - Examples: crustaceans, arachnids, insects
 - Reactions: skin inflammation, allergic reactions, systemic intoxication, transmission of infectious agents
- Allergens
 - Examples: from higher plants
 - Reactions: Dermatitis, rhinitis, asthma
- Protein Allergens
 - Examples: vertebrate animals (urine, feces, hair, saliva, dander)
 - Reactions: allergic reactions
- Parasites
 - Examples: ticks, hookworms, pinworms
 - Reactions: skin reaction, inflammatory response, allergic reaction

CONTOH BAHAYA BIOLOGI

No.	Bahaya Biologi	Lokasi	Pekerja Yang Paling Berisiko
1	AIDS, Hepatitis B dan Non A Non B	IGD, kamar Operasi, ruang pemeriksaan gigi, laboratorium, laundry	Dokter, dokter gigi, perawat, petugas laboratorium, petugas sanitasi dan laundry
2	Cytomegalovirus	Ruang kebidanan, ruang anak	Perawat, dokter yang bekerja di bagian Ibu dan anak
3	Rubella	Ruang ibu dan anak	Dokter dan perawat
4	Tuberculosis	Bangsas, laboratorium, ruang isolasi	Perawat, petugas laboratorium, fisioterapis

Upaya pencegahan penyakit menular

1. Penggunaan APD
2. Sterilisasi desinfeksi, untuk mencegah penyebaran penyakit
3. Vaksinasi, hepatitis B
4. Pengawasan Kesehatan / MCU secara teratur untuk mendeteksi penyakit pada tahap awal

Penggunaan APD sesuai transmisi penyakit

KEWASPADAAN STANDAR

Kebersihan Tangan

Hygiene Respirasi dan Etika Batuk

Penempatan pasien

Alat Pelindung Diri

Teknik Aseptik

Penyuntikan yang aman dan pencegahan luka benda tajam

Kebersihan Lingkungan

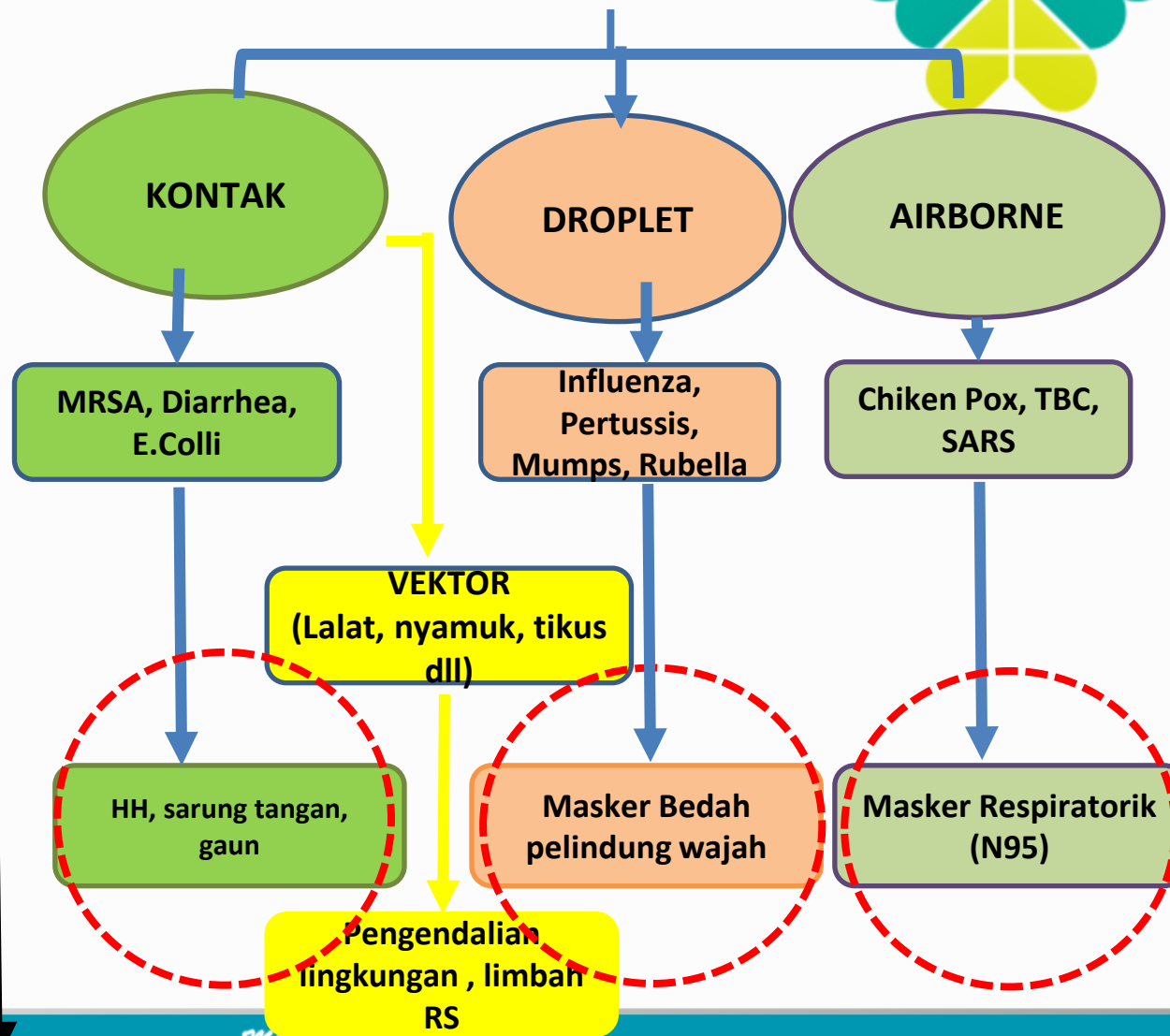
Linen dan Laundry

Manajemen Limbah

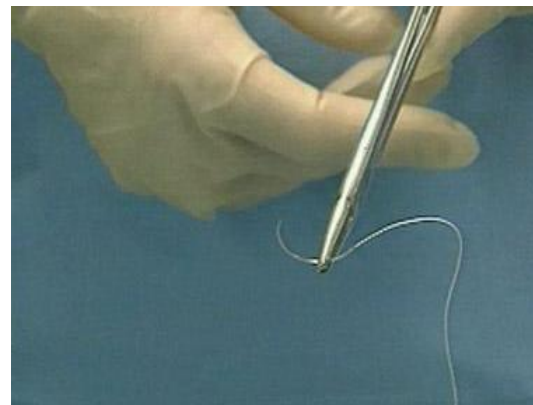
Dekontaminasi Alat

WHO, 2022

KEWASPADAAN TRANSMISI



SAFETY (kecelakaan kerja)



Sharps Safety

- Prepare to use the device the moment the sharp is first opened
- Take precautions while using sharps
- Take precautions during cleanup
- Take precautions during disposal

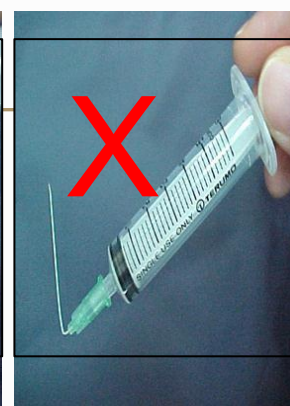
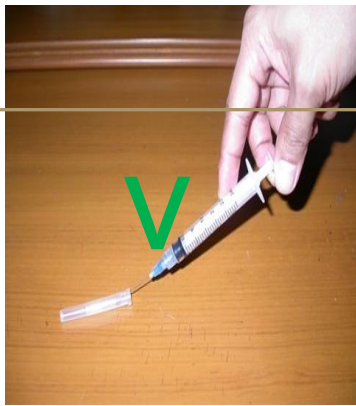
www.cdc.gov/infectioncontrol



Penyuntikan yang Aman

Pencegahan Tertusuk Jarum

- Jangan memasukan kembali jarum bekas suntikan dengan dua tangan → teknik one hand
- Jangan menekuk / mematahkan jarum yg telah dipakai
- Segera buang jarum/ needle ke dalam wadah yg telah ditentukan dan dibuang langsung oleh sipemakai ke tempat benda tajam tahan tusuk dan tahan air tanpa di *recapping*
- Kontainer benda tajam diletakan dekat lokasi tindakan → Maksimal $\frac{3}{4}$ penuh.



PREVENT NEEDLE-STICK INJURIES TO THE PROVIDER

Prevent the possibility of sudden patient movement during and after injection.

Avoid recapping and other hand manipulations of needles.



If recapping is necessary, use a single-handed scoop technique.

Discard used syringes as a single unit in a sharps container immediately.



Collect used syringes and needles at the point of use in an enclosed sharps container that is puncture and leak proof, and seal before completely full.

DO NOT RECAP NEEDLES

Don't bend, break, or detach from syringe

NO!!



NO!!



- Discard needles **directly** into sharps container
- Do not overfill the sharps box – close and replace when $\frac{3}{4}$ full
- Never attempt to re-open a closed sharps box

Penyuntikan yang Aman

Ketika *Needle-stick Injuries* Terjadi

Jika tertusuk jarum, segera ikuti langkah berikut :

- Cuci area tertusuk jarum dengan menggunakan air dan sabun, **JANGAN DI PENCET.**
- Lapor kepada atasan dan ikuti mekanisme pelaporan alur pasca pajanan yang berlaku
- Identifikasi sumber pajanan, siapa yang harus di periksa HIV, Hepatitis B, Hepatitis C.

Note: tests should be carried out after patient counselling and consent.

- Be tested for HIV, hepatitis B and hepatitis C infections.
- Read *WHO best practices for injections and related procedures toolkit*

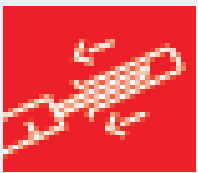


PENYEBAB:

Sudden patient movement during the injection



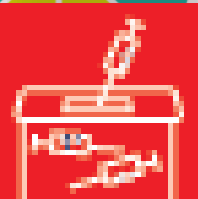
Recapping the needles



Transferring body fluids between containers



Failing to dispose of used needles properly in a puncture-proof safety box



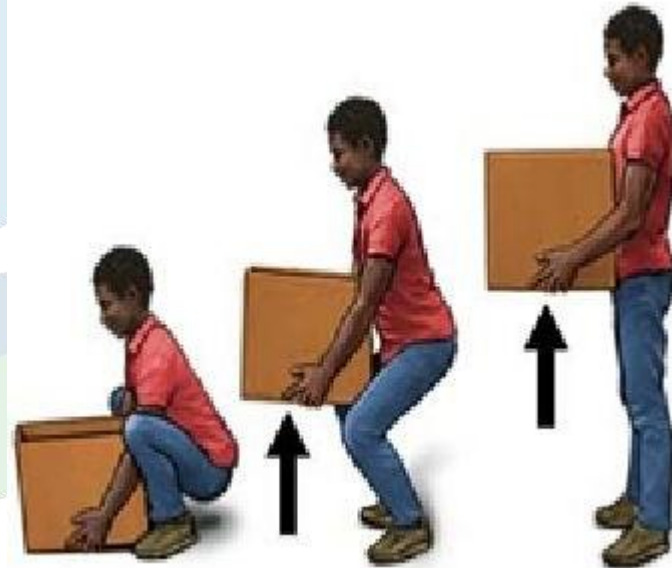


Dasar Proteksi Radiasi

Tujuan Proteksi Radiasi

- ♦ Mencegah terjadinya efek non-stokastik yang berbahaya, dan membatasi peluang terjadinya efek stokastik hingga pada nilai batas yang dapat diterima masyarakat;
- ♦ Meyakinkan bahwa pekerjaan atau kegiatan yang menggunakan zat radioaktif atau sumber radiasi dapat dibenarkan.

Implementasi proper body mechanic & manual handling



Berat beban maksimum yang dapat diangkat oleh pekerja adalah 23 kg (constant load) - NIOSH

PINDAH PASIEN TEMPAT TIDUR KE BRANKAR



PINDAH PASIEN DENGAN BRANKAR



Buku Saku Seri Ergonomi Fasyankes. Postur dalam Mobilisasi Pasien, DitKesjaor Tahun 2022

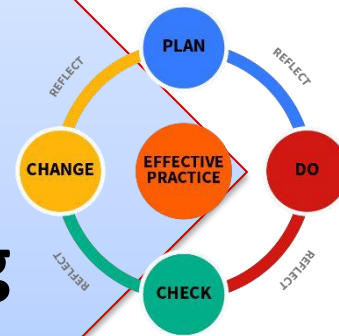
Contoh Kasus (2) Tertusuk Benda Tajam

**Proses
investigasi**

**Penanganan
pasca paparan
(PEP)**

**Penguatan
prosedur dan
sosialisasi ulang**

SOP





TERIMA KASIH

SEMOGA BERMANFAAT

