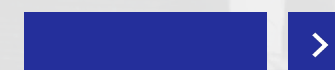




SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
NOTOKUSUMO
YOGYAKARTA

PRINSIP-PRINSIP RESIKO KLINIK, NYARIS CELAKA, KESALAHAN, PENILAIAN RISIKO DAN PEMANTAUAN INSIDEN



www.stikes-notokusumo.ac.id



Jl. Bener No. 26 Tegalrejo Yogyakarta

STIKES NOTOKUSUMO

OUTLINE:

1. Prinsip-prinsip risiko klinik
2. Nyaris celaka
3. Kesalahan
4. Penilaian risiko
5. Pemantauan insiden





PRINSIP-PRINSIP RISIKO KLINIK

Definisi Resiko Klinik



Risiko klinik adalah kemungkinan terjadinya cedera atau kerugian pada pasien akibat proses pelayanan kesehatan, baik karena kesalahan manusia, sistem, maupun faktor lingkungan.

Dalam konteks keselamatan pasien (patient safety), risiko klinik berkaitan erat dengan:

- *Adverse event* (kejadian tidak diharapkan)
- *Near miss* (nyaris celaka)
- *Error* (kesalahan)

Prinsip Utama Risiko Klinik



- ❑ *Patient-centered safety*
- ❑ *System-based approach* (bukan menyalahkan individu)
- ❑ *Prevention over reaction*
- ❑ *Continuous quality improvement*
- ❑ *Learning organization* (belajar dari insiden)

“Pendekatan modern menekankan bahwa sebagian besar kesalahan terjadi akibat kegagalan sistem, bukan individu”



NYARIS CELAKA

Definisi Nyaris Celaka (*Near Miss*)



❑ Near miss adalah kejadian yang berpotensi menyebabkan cedera pada pasien, tetapi tidak terjadi karena keberuntungan atau intervensi tepat waktu.

Karakteristik *Near Miss*:

- Ada kesalahan yang terjadi
- Tidak menimbulkan cedera
- Dicegah sebelum mencapai pasien atau sebelum berdampak
- Menjadi indikator penting keselamatan pasien



Menurut penelitian, kejadian *near miss*:

- 7–100 kali lebih sering dibanding *adverse event*
- Menjadi “*early warning system*” untuk risiko klinik

Contoh dalam Keperawatan:

- Salah obat tetapi terdeteksi sebelum diberikan
- Identifikasi pasien hampir tertukar
- Dosis salah tetapi dicek ulang oleh perawat lain



***Near miss* sangat penting karena:**

- Mengungkap kelemahan sistem
- Memberikan peluang pembelajaran tanpa membahayakan pasien
- Mendukung budaya keselamatan

KASUS



Seorang pasien laki-laki (65 tahun) dirawat di ruang ICU dengan diagnosis gagal jantung. Dokter meresepkan **Dobutamin 5 mcg/kgBB/menit**.

Perawat A menyiapkan obat, tetapi:

- Salah mengambil **Dopamin** karena kemasan mirip
- Sudah hampir diberikan ke pasien
- Namun, perawat B melakukan ***double-check*** dan menyadari kesalahan tersebut sebelum obat diberikan

Akhirnya obat tidak jadi diberikan.



Identifikasi Masalah :

- Jenis insiden: *Near Miss* (Nyaris Celaka)
- Potensi dampak: Gangguan hemodinamik serius
- Risiko kematian

ANALISIS KASUS



FAKTOR PENYEBAB	BARRIER YANG BERHASIL	PEMBAHASAN
• Human factor: kurang teliti • Look alike sound alike (LASA) obat • Sistem: Penyimpanan obat tidak terpisah • Label tidak jelas	• <i>Double-check</i> oleh perawat lain • Budaya kerja kolaboratif	Kasus ini menunjukkan bahwa: • <i>Near miss</i> adalah indikator penting kelemahan sistem • <i>Double-check</i> adalah strategi efektif dalam patient safety • Sistem harus diperbaiki, bukan menyalahkan individu Rekomendasi: • Pisahkan obat LASA • Gunakan label warna • Terapkan prinsip 6 benar obat • Perkuat budaya pelaporan



KESALAHAN (MEDICAL ERROR)

Definisi Kesalahan / *Medical Error*



❑ Kesalahan adalah kegagalan dalam pelaksanaan tindakan yang direncanakan atau penggunaan rencana yang salah untuk mencapai tujuan.

Jenis Kesalahan:

1. Human error

- Slip (tidak sengaja)
- Lapse (lupa)
- Mistake (salah keputusan)

2. System error

- SOP tidak jelas
- Beban kerja tinggi
- Komunikasi buruk

Model Swiss Cheese (*Reason Model*)



Kesalahan terjadi karena:

- Lubang dalam sistem (*latent error*)
- Kesalahan aktif (*active error*)
- Tidak adanya *barrier* (*defense failure*)

Dampak Kesalahan:

- Cedera pasien
- Kematian
- Penurunan kepercayaan
- Beban psikologis tenaga kesehatan

KASUS



Seorang pasien anak (8 tahun, BB 20 kg) dirawat dengan diagnosis pneumonia. Dokter meresepkan:

- **Ceftriaxone 50 mg/kgBB/hari**
- Perawat salah menghitung dosis dan memberikan:
- **Ceftriaxone 2 gram/hari** (seharusnya 1 gram/hari)
- Setelah pemberian: Pasien mengalami reaksi efek samping (mual, muntah, gangguan fungsi hati ringan)

ANALISIS KASUS



JENIS KESALAHAN	FAKTOR PENYEBAB	KEGAGALAN SISTEM	PEMBAHASAN
<i>Mistake</i> (kesalahan perhitungan klinis)	- Kurangnya kompetensi perhitungan dosis pediatrik - Tidak dilakukan double-check - Beban kerja tinggi	- Tidak ada sistem validasi dosis - Tidak tersedia panduan cepat (<i>drug calculation chart</i>)	Kesalahan dosis pada pasien pediatrik sangat berisiko karena: - Margin keamanan sempit - Bergantung pada berat badan Rekomendasi: - Wajib <i>double-check</i> dosis obat anak - Gunakan kalkulator dosis standar - Pelatihan perhitungan obat - Implementasi <i>clinical decision support system (CDSS)</i>



PENILAIAN RISIKO

Definisi Penilaian Risiko (*Risk Assessment*)



❑ Proses sistematis untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mengevaluasi risiko dalam pelayanan kesehatan.

Tahapan Penilaian Risiko:

1. Identifikasi risiko

Apa yang bisa salah?

2. Analisis risiko

- Seberapa besar kemungkinan terjadi?
- Seberapa berat dampaknya?

3. Evaluasi risiko

Apakah risiko dapat diterima?

4. Kontrol risiko

- Eliminasi
- Substitusi
- Engineering control
- Administrative control
- PPE



Tools yang Digunakan

- ❑ *Risk matrix (likelihood x severity)*
- ❑ *Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)*
- ❑ *Root Cause Analysis (RCA)*

Contoh Klinik:

- Risiko jatuh pasien
- Risiko infeksi nosokomial
- Risiko kesalahan pemberian obat

KASUS

Seorang pasien laki-laki (75 tahun) dirawat di ruang rawat inap dengan diagnosis stroke ringan.

Kondisi:

- Lemah ekstremitas kanan
- Riwayat jatuh 1 bulan lalu
- Menggunakan obat antihipertensi
- Sering ingin ke kamar mandi

Namun:

- Tidak dilakukan penilaian risiko jatuh saat masuk
- Tidak ada tanda risiko jatuh
- Tidak ada intervensi pencegahan

Hari ke-2 pasien ditemukan jatuh di kamar mandi.



IDENTIFIKASI RISIKO PADA KASUS

Risiko utama: **Risiko jatuh**

Outcome: **Adverse event (cedera pasien)**



ANALISIS KASUS



TAHAPAN YANG GAGAL	FAKTOR RISIKO	PEMBAHASAN	PEMBELAJARAN
Identifikasi risiko tidak dilakukan Analisis risiko tidak dilakukan Evaluasi dan kontrol tidak ada	• Usia lanjut • Gangguan mobilitas • Riwayat jatuh • Obat antihipertensi	Kasus ini menunjukkan kegagalan total dalam proses <i>risk assessment</i>. ✓ Seharusnya dilakukan Skrining menggunakan <i>Morse Fall Scale</i> Klasifikasi risiko: tinggi Intervensi: • Side rail • Pendampingan • Edukasi	Penilaian risiko harus dilakukan sejak awal pasien masuk



PEMANTAUAN INSIDEN

Definisi Pemantauan Insiden (*Incident Monitoring*)

- ❑ Proses pelaporan, analisis, dan evaluasi kejadian keselamatan pasien untuk mencegah kejadian berulang.

Jenis Insiden:

- Near miss
- No harm incident
- Adverse event
- Sentinel event



Sistem Pelaporan

- ☐ *Non-punitive* (tidak menyalahkan)
- ☐ Rahasia
- ☐ Mudah diakses
- ☐ Berbasis pembelajaran

Tujuan Pemantauan

- ☐ Mengidentifikasi pola kesalahan
- ☐ Meningkatkan sistem pelayanan
- ☐ Mengembangkan budaya keselamatan



Prinsip WHO

- ☐ Pelaporan insiden adalah indikator organisasi pembelajar yang baik

Tujuan Pemantauan

- ☐ Mengidentifikasi pola kesalahan
- ☐ Meningkatkan sistem pelayanan
- ☐ Mengembangkan budaya keselamatan



Format yang umum digunakan di rumah sakit:

- ☐ Identitas pelapor
- ☐ Waktu dan tempat kejadian
- ☐ Jenis insiden
- ☐ Kronologi kejadian
- ☐ Dampak terhadap pasien
- ☐ Tindakan segera
- ☐ Faktor penyebab (awal)
- ☐ Rekomendasi sementara



CONTOH KASUS *SENTINEL EVENT* (SALAH PASIEN)



❑ Pasien menerima transfusi darah yang salah.

1. Identitas Pelapor

Perawat C

2. Waktu & Tempat

20 Maret 2026, ICU

3. Jenis Insiden

Sentinel Event

4. Kronologi

Perawat tidak melakukan identifikasi dua parameter.

Darah diberikan kepada pasien yang salah.

5. Dampak

Reaksi transfusi serius

6. Tindakan Segera

- Hentikan transfusi
- Stabilkan pasien
- Laporkan ke tim keselamatan pasien

7. Faktor Penyebab Awal

- Tidak mengikuti SOP identifikasi pasien
- Tidak ada double-check

8. Rekomendasi

- Wajib 2 identitas pasien
- Audit kepatuhan SOP

Pembahasan:

- Termasuk **kejadian serius (sentinel event)**
- Wajib investigasi mendalam
- Dampak tinggi → prioritas utama keselamatan pasien



ආචාර්ය ආචාර්ය

MATUR NUWUN