

PATIENT SAFETY

Patient Safety

Hajjul Kamil

¹Bagian Keilmuan Keperawatan Dasar Dasar Keperawatan, Program Studi Ilmu Keperawatan,
Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh.

¹Basic Nursing Department, School of Nursing, Faculty of Medicine,
Syiah Kuala University, Banda Aceh.

Email: hk_psik@yahoo.com

ABSTRAK

Patient Safety didefinisikan sebagai “*freedom from accidental injury*” yang berfokus pada pencegahan hasil pelayanan kesehatan yang merugikan pasien atau yang tidak diinginkan. Khusus di negara berkembang dan negara transisi/konflik, ada kemungkinan bahwa jutaan pasien seluruh dunia menderita cacat, cedera atau meninggal setiap tahun karena pelayanan kesehatan yang tidak aman. Tujuan dari penulisan makalah ini adalah untuk meningkatkan pemahaman tentang konsep *Patient Safety* secara lebih baik dan memahami upaya yang dapat dilakukan tenaga kesehatan khususnya perawat dalam menurunkan insiden yang tidak perlu. Makalah ini di tulis dengan pendekatan artikel non penelitian dalam bentuk studi kepustakaan.

Kata kunci: *patient safety*.

ABSTRACT

Patient Safety is defined as “*freedom from accidental injury*” that focuses on the prevention of the patient damaged or unwanted health service results. Especially in developing and transition/conflict countries, there are possibilities that million patients worldwide handicapped, injury, or die each year due to unsafe health services. The objective of this paper is to improve the understanding about the better *Patient Safety* concept and to understand the effort that can be conducted by health providers especially nurses in decreasing unnecessary incidents. This paper is written by non research approach in literature review.

Keywords: *patient safety*.

PENDAHULUAN

Patient Safety atau keselamatan pasien merupakan isu global yang mempengaruhi negara-negara di semua tingkat pembangunan. Meskipun perkiraan ukuran permasalahan masih belum pasti, khususnya di negara berkembang dan negara transisi/konflik, ada kemungkinan bahwa jutaan pasien seluruh dunia menderita cacat, cedera atau meninggal setiap tahun karena pelayanan kesehatan yang tidak aman. Mengurangi kejadian yang membahayakan bagi pasien merupakan masalah dalam pelayanan kesehatan bagi setiap orang, dan terdapat banyak hal yang harus dipelajari dan dibagi antara negara-negara maju dengan negara-negara berkembang dan negara dalam transisi/konflik tentang masalah keselamatan pasien (*World Health Organization*, 2009). WHO juga mengingatkan bahwa "keselamatan pasien tidak hanya tentang data statistik tetapi melibatkan kerusakan yang nyata pada kehidupan orang-orang". Oleh karenanya

semua strategi dan program keselamatan pasien harus menjadi prioritas dalam pelayanan kesehatan. Pasien, profesional kesehatan dan pembuat kebijakan semua harus bekerja sama untuk membangun sistem kesehatan yang lebih aman.

Menurut *National Health Performance Committee* (NHPC, 2001, dikutip dari *Australian Institute Health and Welfare* (AIHW, 2009) mendefinisikan keselamatan pasien adalah menghindari atau mengurangi hingga ketingkat yang dapat diterima dari bahaya aktual atau risiko dari pelayanan kesehatan atau lingkungan di mana pelayanan kesehatan diberikan. Fokus dari definisi ini adalah untuk mencegah hasil pelayanan kesehatan yang merugikan pasien atau yang tidak diinginkan. *Institute of Medicine* (2000) mendefinisikan keselamatan pasien adalah “*freedom from accidental injury*”. Sedangkan Kelley dan Hurst (2006, dikutip dari AIHW, 2009) mendefinisikan keselamatan pasien adalah tingkat dimana menghindari, mencegah, dan

memperbaiki hasil atau cedera yang merugikan dari proses pelayanan kesehatan.

Elder dan Dovey (2002), membuat sistem klasifikasi kesalahan dalam pelayanan kesehatan yang seharusnya dapat dicegah terkait dengan pelayanan primer dan kesalahan dalam proses, adalah; 1) Klasifikasi kesalahan pada pelayanan primer, meliputi; a) Terkait dengan diagnosis; salah mendiagnosis dan tertunda mendiagnosis. b) Pengobatan; salah obat, salah dosis, tertunda administrasi, tanpa administrasi, sedangkan non-obat; ketidaktepatan, terlambat, dihilangkan, komplikasi. c) Pelayanan pencegahan; terlambat, ditiadakan, komplikasi. 2) Klasifikasi kesalahan pada proses; a) Faktor dokter; kesalahan penilaian klinis, kesalahan prosedur keterampilan, b) Faktor perawat; kesalahan komunikasi dan kesalahan prosedur keterampilan, c) Kesalahan komunikasi; dokter-pasien, dokter-dokter atau sistem dan personil pelayanan kesehatan lainnya, d) Faktor administrasi; dokter, farmasi, perawat, terapi fisik, terapi pekerjaan, pengaturan kantor. e) Faktor akhir; pribadi dan masalah keluarga, dokter, perawat dan staf, peraturan perusahaan asuransi, peraturan pemerintah, pembiayaan, fasilitas dan lokasi *praktek*, dan sistem umum pelayanan kesehatan.

Menurut Chang, Schyve, Croteau, O'leary, dan Loeb (2005) menyatakan bahwa beberapa metode telah dikembangkan untuk menentukan dan mengklasifikasi kesalahan medis, efek samping, dan lainnya terkait dengan konsep keselamatan pasien. Namun, metode-metode tersebut cenderung menjadi sempit dan terutama hanya berfokus pada bidang tertentu pelayanan kesehatan, seperti; kesalahan obat, reaksi transfusi, perawatan primer, dan pelayanan keperawatan.

Chang, et al. (2005) mengembangkan dan menerapkan metode klasifikasi yang didasarkan pada evaluasi dari taksonomi dan pelaporan sistem dengan umpan balik dari individu yang akan menggunakan taksonomi tersebut. Pendekatan ini berusaha mengidentifikasi kesamaan dan kesenjangan dalam terminologi dan klasifikasi untuk membuat sebuah taksonomi multidimensional yang meliputi pengaturan beragam sistem pelayanan kesehatan dan pelaporan. Klasifikasi kesalahan tersebut

meliputi; 1) Dampak; hasil atau efek dari kesalahan medis dan kegagalan sistem, biasanya disebut sebagai kerugian kepada pasien, 2) Jenis; hal yang tersirat atau terlihat dari proses yang salah atau gagal, 3) Domain; karakteristik pengaturan terjadi insiden dan individu yang terlibat, 4) Penyebab; faktor dan agen yang menyebabkan insiden, 5) Pencegahan dan mitigasi atau tindakan yang diusulkan dilakukan untuk mengurangi insiden dan dampak kejadian yang merugikan.

Sistem

Kecelakaan lebih mungkin terjadi dalam beberapa jenis sistem. Ketika kesalahan terjadi, merupakan kegagalan dalam cara merancang sistem. Tujuan utama dari desain sistem agar kecelakaan tidak terjadi dan jikapun kesalahan terjadi dapat meminimalkan kerusakan. Dalam sistem yang kompleks, salah satu komponen sistem dapat berinteraksi dengan beberapa komponen lain, kadang-kadang dalam cara yang tak terduga atau tak terlihat. Meskipun semua sistem memiliki banyak bagian yang berinteraksi, masalah muncul ketika salah satu bagian sistem melayani banyak fungsi, dan jika bagian sistem ini gagal, maka semua fungsi akan gagal juga. Sistem yang kompleks ditandai oleh spesialisasi dan keterkaitan menerima informasi secara tidak langsung, dan karena spesialisasi ada sedikit kemungkinan mengganti atau pemindahan personil atau sumber daya lainnya

a. Semua sistem memiliki interaksi linear, namun beberapa sistem memiliki kompleksitas tambahan dan pengalaman yang lebih. Kompleksitas interaksi berkontribusi terhadap kecelakaan karena dapat membingungkan dalam pelaksanaannya. Karena kompleksitas dan rangkaian sistem yang panjang, kegagalan kecil dapat berkembang menjadi kecelakaan besar. Pelayanan kesehatan adalah sistem yang kompleks, kegiatan khas di ruang gawat darurat, ruang bedah, atau unit perawatan intensif memberikan contoh kompleksitas sistem pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, jasa pelayanan kesehatan dengan sistem yang tidak tertata dengan baik dapat diklasifikasikan sebagai suatu industri yang rentan terhadap kecelakaan dan kesalahan.

Kondisi

Meskipun keputusan manajerial yang baik diperlukan untuk keamanan dan produksi yang efisien, namun itu tidak cukup. Kebutuhan untuk memiliki peralatan yang tepat, terpelihara dengan baik dan dapat diandalkan, tenaga kerja yang terampil dan berpengetahuan, jadwal kerja yang masuk akal, pekerjaan yang dirancang dengan baik; panduan yang jelas pada kinerja yang diinginkan dan tidak diinginkan, dan sebagainya.

Faktor-faktor seperti ini merupakan pelopor atau prasyarat untuk proses produksi yang aman. Setiap prasyarat yang diberikan tidak jelas dapat memberi kontribusi kepada sejumlah besar tindakan yang tidak aman. Misalnya, personil yang kurang pelatihan, beban kerja tinggi, tekanan waktu berlebihan, persepsi yang tidak tepat tentang bahaya, atau kesulitan motivasi. Desain pekerjaan, pemilihan dan penggunaan peralatan, prosedur operasional, jadwal kerja, dan sebagainya, semua faktor ini dalam proses produksi dapat dirancang dalam memperbaiki kondisi untuk lebih menjamin keselamatan.

Manusia

Faktor manusia didefinisikan sebagai studi tentang keterkaitan antara manusia, alat-alat yang mereka gunakan, dan lingkungan dimana mereka tinggal dan bekerja. Dalam konteks ini, pendekatan faktor manusia digunakan untuk mengetahui di mana dan mengapa sistem atau proses rusak.

Mempelajari kinerja manusia bisa menghasilkan penciptaan sistem yang aman dan menurunkan kondisi yang menyebabkan kesalahan. Namun, tidak semua kesalahan terkait dengan faktor manusia. Meskipun desain peralatan dan bahan harus mempertimbangkan cara orang dalam menggunakannya, faktor manusia tidak dapat mengatasi kerusakan peralatan atau kegagalan material. Sebagian besar mempelajari faktor manusia adalah untuk peningkatan hubungan antara sistem dengan manusia, dengan merancang sistem dan proses yang lebih baik. Termasuk; menyederhanakan dan standardisasi prosedur tindakan, meningkatkan

komunikasi dan koordinasi di dalam tim, atau merancang ulang peralatan untuk meningkatkan hubungan antara manusia dengan mesin.

Teknologi

Menurut Carstens (2008) salah satu penyebab kesalahan pada pelayanan kesehatan adalah persoalan teknologi. Untuk mendukung pengetahuan manajemen dan pekerja pada layanan kesehatan agar mengurangi risiko kesalahan, meningkatkan keselamatan pasien, dan memperbaiki seluruh mutu pelayanan pasien diperlukan perbaikan teknologi. Carstens memperkenalkan model teknologi yang dapat mengurangi kesalahan dalam pelayanan kesehatan, dengan nama **SHELL** model; *Software* (Prosedur, Kebijakan/Peraturan, Regulasi), *Hardware* (Bahan, Peralatan, Fasilitas), *Environment* (Fisik, Ekonomi, Politik), *Liveware/Worker* (Pembatasan Fisik, Keterbatasan Mental, Pengetahuan/Skill, Sikap) dan *Liveware/Teamwork* (Komunikasi, Kepemimpinan, Norma Kelompok)

Tindakan yang Tidak Tepat

Masalah keselamatan pasien dari berbagai jenis terjadi selama pelayanan kesehatan berlangsung. Termasuk kesalahan transfusi dan efek samping obat, salah operasi dan luka bedah, pengendalian terkait cedera atau kematian, infeksi terkait perawatan rumah sakit, jatuh, luka bakar, ulkus decubitus, dan kesalahan identitas pasien.

Leape, Lucian, Lawthers, Brennan, Troyen (1993 dikutip dari IOM, 2000) menyebutkan ciri jenis kesalahan yang mengakibatkan cedera; 1) Diagnostik; kesalahan atau keterlambatan diagnosis, kegagalan untuk menggunakan hasil dari tes diagnostik, penggunaan tes diagnostik atau terapi yang sudah ketinggalan zaman, kegagalan untuk bertindak berdasarkan hasil pemantauan atau pengujian. 2) Pengobatan; kesalahan dalam pelaksanaan operasi, prosedur, atau uji, kesalahan dalam mengelola perawatan, kesalahan dalam dosis atau metode menggunakan obat, keterlambatan dalam pengobatan atau dalam menanggapi tes abnormal, dan tidak menunjukkan kepedulian. 3) Pencegahan; kegagalan untuk memberikan perawatan

profilaksis, pemantauan yang tidak memadai atau tindak melanjutkan pengobatan. 4) Lain-lain; kegagalan komunikasi, kegagalan peralatan, kegagalan sistem

Kesalahan obat

Memastikan penggunaan obat yang sesuai merupakan proses yang kompleks melibatkan beberapa organisasi dan para profesional dari berbagai disiplin ilmu, misalnya; pengetahuan obat, akses yang tepat terhadap informasi obat, pasien yang akurat, dosis yang tepat, cara yang benar, kegagalan untuk memberikan obat yang diresepkan dan serangkaian keputusan yang saling terkait selama periode waktu pengobatan. Pasien juga membuat kesalahan dalam masalah obat, khususnya pada pasien atau masyarakat yang mengalami perawatan jangka panjang, dan mengalami ketergantungan lebih besar pada terapi obat yang kompleks. Kesalahan obat sering dapat dicegah, meskipun untuk mengurangi kesalahan pada tingkat yang signifikan memerlukan beberapa intervensi.

Roy, Gupta, Srivastava (2005), mengidentifikasi bidang-bidang berikut dalam pengelolaan obat sebagai potensi penyebab kesalahan pengobatan; kegagalan dalam komunikasi, salah distribusi obat, permasalahan peningkatan tekanan di lingkungan tempat kerja, rancangan teknologi yang buruk, akses pada obat oleh personil non-farmasi, salah dalam perhitungan dosis, kurangnya informasi kepada pemberi resep, kurangnya informasi kepada pasien, dan kurangnya pemahaman pasien tentang terapi mereka.

Menurut IOM (2000) Selain konsekuensi kesehatan yang tidak menguntungkan yang diderita oleh banyak orang sebagai akibat kesalahan medis, ada biaya langsung dan tidak langsung yang ditanggung oleh masyarakat secara keseluruhan sebagai akibat kesalahan medis. Biaya langsung merujuk kepada pelayanan kesehatan lanjutan yang membutuhkan pengeluaran biaya yang lebih tinggi, sedangkan biaya tidak langsung meliputi faktor-faktor seperti hilangnya produktivitas, pemborosan biaya karena kecacatan, dan biaya perawatan pribadi.

Thomas, Studdert, dan Newhouse (1991) memperkirakan total biaya akibat kehilangan pendapatan, kehilangan produksi rumah tangga, cacat dan biaya perawatan

kesehatan menjadi hampir \$ US 662 juta. Berdasarkan *ekstrapolasi* untuk semua penerimaan rumah sakit di Amerika Serikat, diperkirakan biaya nasional yang dikeluarkan karena pelayanan kesehatan yang buruk mencapai \$ US 37,6 miliar, dan karena efek samping yang seharusnya dapat dicegah menjadi \$ US 17 miliar. Total biaya nasional yang harus dikeluarkan terkait dengan dampak buruk dari pelayanan kesehatan sekitar 4 persen dari total pengeluaran kesehatan nasional pada tahun 1996. Pada tahun 1992, biaya langsung dan tidak langsung kejadian buruk yang sedikit lebih tinggi daripada biaya langsung dan tidak langsung merawat orang dengan HIV dan AIDS.

Telah diperkirakan bahwa untuk setiap dolar yang dihabiskan pada pengobatan rawat jalan, sekian dolar lainnya dihabiskan untuk mengobati masalah kesehatan baru yang disebabkan oleh pengobatan. Studi pembiayaan langsung dari kesalahan pengobatan berhubungan dengan tiga kategori; (1) Studi berdasarkan populasi pasien dalam suatu komunitas atau rencana kesehatan; (2) Studi tentang kesalahan pengobatan yang berhubungan dengan kesalahan yang terjadi dalam rumah sakit; dan (3) Studi terkait kesalahan pengobatan yang terjadi dalam keperawatan di rumah (IOM, 2000).

Penelitian lain menguatkan tingginya biaya pengobatan yang berhubungan dengan kesalahan pelayanan. Satu studi yang dilakukan di rumah sakit pusat universitas berafiliasi medis, diperkirakan bahwa biaya tahunan membayar 1.911 macam obat yang bermasalah diidentifikasi melalui sistem pelaporan sukarela rumah sakit pada tahun 1994 mencapai \$ US 1,5 miliar.

Bloom (1998) memperkirakan bahwa \$ US 3.9 miliar dihabiskan pada tahun 1983 untuk mengelola pencegahan efek samping yang merugikan dari obat *anti-inflamasi nonsteroid* terhadap sistem pencernaan. Terkait kesalahan obat juga terjadi di rumah-rumah jompo dan fasilitasan pengobatan narkoba.

Kesalahan dalam tindakan pelayanan kesehatan tidak hanya membebani dari aspek ekonomi, tetapi juga dari sosial dan psikologis; mempengaruhi keluarga pasien, teman dan-rekan kerja. Produktivitas pasien akan berkurang, hilangnya kualitas hidup,

depresi, traumatik dan mungkin meningkatkan ketakutan mereka akibat kesalahan dalam penggunaan pelayanan kesehatan di masa depan. Sementara pemberi pelayanan kesehatan juga akan merasakan isu yang sama setelah berbuat kesalahan. Mereka merasa kesal dan bersalah tekah merugikan pasien, kecewa tentang kegagalan dalam menerapkan standar mereka sendiri, takut mungkin akan digugat, dan cemas terhadap reputasi mereka dampak dari kesalahannya (Gallagher, Waterman & Ebers, 2003).

Gallagher, et al. (2003) juga menunjukkan fakta bahwa, beberapa dokter dan perawat memiliki pergolakan emosional akibat melakukan kesalahan, yang menyebabkan sulit untuk tidur, kesulitan berkonsentrasi dan kecemasan sampai harus meminta bantuan atau mencari konseling. Kebanyakan dari mereka berjuang untuk memaafkan diri sendiri, beberapa mengunjungi pasien untuk memberi dukungan atas kesalahan yang telah dilakukan dan meminta maaf.

The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2007) mendefinisikan *The Patient Safety Indicators (PSIs)* adalah seperangkat tindakan untuk mencegah efek samping pada pasien sebagai akibat dari pajanan terhadap sistem pelayanan kesehatan. AHRQ (2007), membagi indikator PSIs pada dua tingkat: *Provider-Level Indicators* dan *Area-Level Indicators*.

Provider-Level Indicators

Provider-Level Indicators memberikan ukuran pencegahan yang dapat dilakukan terhadap risiko komplikasi untuk pasien yang menerima perawatan awal dan komplikasi perawatan di rumah sakit. Indikator ini hanya mencakup kasus-kasus di mana sebuah diagnosis sekunder merupakan risiko komplikasi yang dapat dicegah. Indikator ini meliputi; insiden tertusuk atau luka, trauma jalan lahir, trauma neonatal, komplikasi anestesi, ulkus dekubitus, kegagalan untuk penyelamatan kehidupan, pneumotoraks iatrogenik, trauma vagina dengan instrumen, trauma vagina tanpa instrumen, trauma bedah *caesar*, pasca operasi fraktur, perdarahan atau hematoma pasca operasi, perawatan luka pasca operasi, gangguan metabolik dan fisiologis pasca operasi, kegagalan pernapasan pasca

operasi, emboli paru pasca operasi atau *Deep Vein Trombosis*, sepsis pasca operasi, infeksi dalam perawatan medis, dan reaksi transfusi.

Area-Level Indicators

Area-Level Indicators mengukur semua kasus risiko komplikasi yang dapat dicegah yang terjadi di daerah tertentu (misalnya, wilayah metropolitan atau daerah *rural*) baik pada saat rawat inap atau akibat setelah rawat inap. Indikator ini ditetapkan termasuk untuk diagnosis utama serta diagnosa sekunder yang dapat menyebabkan komplikasi dalam perawatan. Spesifikasi ini dapat mengetahui kasus-kasus di mana pasien berisiko terjadi komplikasi di rumah sakit terpisah atau berbeda-beda. Indikator ini meliputi; insiden tertusuk atau luka, pneumotoraks iatrogenik, perawatan luka pasca operasi, infeksi dalam perawatan medis, dan reaksi transfusi.

WHO (2007) memperkenalkan tata cara penanganan untuk menjamin keselamatan pasien yang dikenal dengan *Nine Patient Safety Solutions (9-PSS)*, yaitu: 1) Melihat-sama, menyebut-sama tentang nama obat, 2) Identifikasi pasien dengan benar, 3) Komunikasi saat pasien berpindah tangan, 4) Benar prosedur benar bagian tubuh, 5) Kontrol konsentrasi cairan dan elektrolit, 6) Ketelitian pengobatan saat peralihan perawatan, 7) Menghindari *chateter* dan selang tersumbat atau tidak tersambung, 8) Penggunaan alat suntik sekali pakai, 9) Menjaga kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi

Sedangkan *Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2009)*, membagi indikator keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan sangat spesifik dan luas, meliputi; keselamatan berdasarkan indikator prioritas kesehatan nasional dan daerah, indikator beban kelompok penyakit, indikator bidang utama pengeluaran biaya kesehatan, indikator penyakit utama dan kelompok cedera yang berkontribusi terhadap pengeluaran biaya kesehatan, indikator ketersediaan perbandingan internasional, dan indikator oleh kebutuhan domain.

AIHW merekomendasikan enam indikator keselamatan pasien yang lebih spesifik, meliputi; indikator pelayanan kesehatan primer dan komunitas (meliputi 13 butir indikator), indikator pelayanan

rumah sakit (meliputi 25 butir indikator), indikator pelayanan kesehatan spesialisik (meliputi 6 butir indikator), indikator pelayanan kesehatan di rumah jompo (meliputi 5 butir indikator), indikator multi pelayanan (meliputi 8 butir indikator), dan indikator semua pelayanan (meliputi 3 butir indikator). Namun AIHW juga menyimpulkan bahwa Indikator keselamatan pasien dan penerapannya dalam pelaporan nasional dan internasional, mencakup; Infeksi akibat perawatan medis, ulkus dekubitus, komplikasi anestesi, patah tulang pinggul pasca operasi, emboli paru pasca operasi atau *Deep Vein Thrombosis*, sepsis pasca operasi, kesulitan melaksanakan prosedur teknis, kegagalan pernapasan pasca operasi, pneumotoraks iatrogenik, reaksi transfusi, masuknya mikroorganisme asing selama prosedur, trauma lahir, cedera pada neonatus, kelahiran dengan bantuan alat, kelahiran tanpa bantuan alat, dan trauma *sectio caesaria*.

Selama 20 - 25 tahun terakhir kekhawatiran tentang keselamatan pasien dan staf dalam pelayanan keperawatan telah menjadi topik utama secara internasional. Restrukturisasi rumah sakit dan pelaksanaan kebijakan serta prosedur baru untuk mengendalikan biaya dan mengelola pelayanan telah diperburuk oleh keprihatinan tentang kemampuan industri kesehatan untuk memastikan kualitas perawatan dan keamanan dapat menjamin keselamatan pasien (Lohr, 1990; Wunderlick, Sloan, & Davis, 1996).

Organisasi profesi seperti *American Nurses Association* (ANA) merupakan salah satu organisasi profesi keperawatan yang sangat serius memperkenalkan tentang peran keperawatan dalam menjamin keselamatan pasien. Rowell (2003) menyatakan bahwa salah satu tujuan utama paling prioritas dari ANA adalah untuk mempromosikan keselamatan pasien. Beberapa kegiatan penting terkait dengan isu keselamatan pasien, ANA telah memperkenalkan kepada perawat tentang peran penting untuk keselamatan pasien, yaitu; 1) Mengembangkan dan menyebarkan dokumen dasar tentang keselamatan pasien, 2) Pernyataan kebijakan sosial keperawatan, 3) Pengembangan lingkup paktik dan standar, 4) Kode etik untuk perawat, 5) Advokasi untuk pasien dan masalahnya, 6)

Dokumentasi keperawatan pasien, 7) Melakukan lobi untuk peraturan perundang-undangan, 8) Akreditasi, sertifikasi dan mekanisme *credentialing*.

Sementara pada tingkat manajerial keperawatan, *The American Organizations of Nurses Executive* (AONE) (2007) telah melakukan berbagai perubahan peran pada tingkat pimpinan keperawatan dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien, antara lain; 1) merubah budaya kepemimpinan tentang keselamatan pasien, 2) membangun kepemimpinan yang dapat mengayomi perawat dibawahnya, 3) membangun kemitraan eksternal, 4) mengembangkan kompetensi kepemimpinan tentang keselamatan pasien.

Kreimer (2010), memperkenalkan *10 Best Practices for Patient Safety* untuk perawat, meliputi; 1) Batasi penyebaran infeksi, 2) Identifikasi pasien secara benar, 3) Gunakan obat-obatan secara aman, 4) Hindari kesalahan penanganan luka bedah, 5) Cegah tromboemboli vena, 6) Perencanaan pulang dari rumah sakit, 7) Perhatikan desain ruangan rumah sakit dengan prinsip aman, 8) Membangun tim yang lebih baik dan sistem respon cepat, 9) Berbagi data untuk peningkatan kualitas, 10) Budaya komunikasi terbuka.

Pada institusi pendidikan, menurut Bakken, Cook, Curtis, Desjardins, Hyun, Jenkins, John, Klein, Paguntalan, Roberts, Soupios (2004) *Columbia University School of Nursing* pada awal tahun 2000 telah memasukkan materi keselamatan pasien ke dalam kurikulum utama dengan metode pembelajaran *Personal Digital Assistant* (PDA).

Tahun 2008, *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) menerbitkan sebuah buku pegangan untuk perawat dengan judul "*Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*", menurut buku ini Keselamatan pasien merupakan hal terpenting dalam perawatan kesehatan berkualitas tinggi. Banyak pekerjaan mendefinisikan keselamatan pasien dan praktek yang mencegah bahaya telah berfokus pada hasil negatif dari perawatan, seperti mortalitas dan morbiditas. Perawat sangat penting untuk pengawasan dan koordinasi yang mengurangi hasil merugikan tersebut. Banyak pekerjaan yang harus dilakukan dalam mengevaluasi

dampak dari asuhan keperawatan pada indikator kualitas yang positif, seperti perawatan diri yang tepat dan langkah-langkah lain bagi peningkatan status kesehatan. Karena keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, maka isu-isu terkait dengan keselamatan pasien identik dengan yang terjadi dalam pelayanan kesehatan pada umumnya.

Berdasarkan pembahasan diatas, dapat disimpulkan bahwa *Patient Safety* atau keselamatan pasien merupakan isu global yang mempengaruhi negara-negara di semua tingkat pembangunan. Meskipun perkiraan ukuran permasalahan masih belum pasti, khususnya di negara berkembang dan negara transisi/konflik, ada kemungkinan bahwa jutaan pasien seluruh dunia menderita cacat, cedera atau meninggal setiap tahun karena pelayanan kesehatan yang tidak aman. Faktor yang paling berkontribusi terhadap pelayanan kesehatan yang tidak aman antara lain: sistem, kondisi, manusia, teknologi, dan faktor lain yang berkontribusi misalnya; tindakan yang tidak tepat dan atau kesalahan obat. Dampak dari pelayanan yang tidak aman terhadap faktor *socioeconomic* telah lama di laporkan mencapai angka kerugian dan pemborosan yang sangat fantastis, dan hal ini tentunya akan dapat ditekan apabila pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien dapat terjamin keamanannya dan bermutu. Perawat sebagai garda terdepan selama 24 jam di unit pelayanan kesehatan merupakan salah satu profesi yang memiliki peran cukup besar dalam menjaga keselamatan pasien.

KEPUSTAKAAN

- AHRQ Quality Indicators. (2007). *Guide to patient safety indicators*. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality, March 2003 Version 3.1 Retrieved on March 12, 2007, from: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2009). *Towards national indicators of safety and quality in health care*. © Australian Institute of Health and Welfare, PO Box 570 Canberra ACT 2601, Phone: (02) 6244 1058, E-mail: Earl.Dudley@aihw.gov.au.
- Bakken, S., Cooka, S. S., Curtis, L., Desjardinsa, K., Hyuna, S., Jenkinsa, M. et al. (2004). Promoting patient safety through informatics-based nursing education. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 581 - 589.
- Bloom, B. S. (1998). Cost of treating arthritis and NSAID-related gastrointestinal side-effects. *Aliment Pharmacol Therapy*, 1(2), 131 - 138.
- Carstens, D. S. (2008). Patient safety technology gap: Minimizing errors in healthcare through technology innovation, systemic, cybernetics, and informatics. Vol 3(3).
- Chang, A., Schyve, P. M., Croteau, R. J., O'leary, D. S., & Loeb, J. M. (2005). The JCAHO patient safety event taxonomy: A standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *International Journal for Quality in Health Care*, © International Society for Quality in Health Care and Oxford University Press 2005.
- Elder, N. C., & Dovey, S. M. (2002). Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: A synthesis of the literature. *The Journal of Family Practice*, 51(1).
- Gallagher, T. H., Waterman, A. D., & Ebers, A. G. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *Journal of the American Medical Association*, 289. Retrieved on November 16, 2008, from: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/289/8/1001>
- Institute Of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Copyright by the National Academy of Sciences.
- Kreimer, S. (2010). 10 best practices for patient safety. AMN Healthcare, Inc.

- Lohr, K. (1990). Medicare: A strategy for quality assurance (Vol. 1), report of a study. Washington DC: National Academy Press.
- Rowell, P. (2003). Professional nursing association's role in patient safety. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8 (3).
- Roy, V., Gupta, P., & Srivastava, S. (2005). Medication errors; Causes & prevention. *Health Administrator* 19(1), 60 - 64.
- Thomas, E. J., Studdert, D. M., & Newhouse, P. (1999). Costs of medical injuries in Utah and Colorado. *Inquiry*, 36, 255 - 264.
- The American Organizations of Nurses Executive. (2007). *Role of the nurse executive in patient safety; Guiding principles*. Publisher Juli 2007.
- WHO Collaborating Centre. (2007). *Patient safety solutions preamble*. WHO Publisher.
- Wunderlick, G., Sloan, F. & Davis, C. (1996). *Nursing staff in hospitals and nursing homes: Is it adequate?*. Washington DC: Institute of Medicine.