



TESIS

HEALTHCARE FAILURE MODE EFFECT AND ANALYSIS (HFMEA):

PROSES PELAYANAN PASIEN OPERASI DI RUMAH SAKIT X

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister

PROGRAM STUDI MAGISTER MANAJEMEN RUMAH SAKIT



Oleh:

INDIATI

NIM.106070200111011

PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2012

**JUDUL TESIS:****HEALTHCARE FAILURE MODE EFFECT AND ANALYSIS (HFMEA):
PROSES PELAYANAN PASIEN OPERASI DI RUMAH SAKIT X**

Nama Mahasiswa : INDIATI
NIM : 106070200111011
Program Studi : Magister Manajemen Rumah Sakit

KOMISI PEMBIMBING:

Ketua : DR. dr. Sri Andarini, M.Kes
Anggota : dr. Viera Wardhani, M.Kes

TIM PENGUJI:

Dosen Penguji 1 : Prof. Dr.dr Achmad Rudijanto, SpPD-KEMD,
FINASIM
Dosen Penguji 2 : Dr. Indah Winarni, MA

Tanggal Ujian : 27 Juni 2012

SK Penguji : 1478/ST/UN10.7/KP-TESES. MMRS/2012



PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, didalam Naskah TESIS ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi, dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata dalam Naskah TESIS ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur PLAGIASI, saya bersedia TESIS ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (MAGISTER) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. (UU No. 20 Tahun 2003, pasal 25 ayat 2 dan pasal 70).

Malang, 27 Juni 2012

Mahasiswa,

NAMA : **INDIATI**

NIM : **106070200111011**

PS : **Manajemen Rumah Sakit**

PPSKUB



RIWAYAT HIDUP

Indiati, lahir di Banyuwangi, 16 Juli 1964, putri pertama dari empat bersaudara, anak dari ayah H. Soepardi (Alm) dan ibu Hj. Hapipah. Pendidikan dimulai dari SD lulus tahun 1976, SMP lulus tahun 1980 di Kota Rogojampi Banyuwangi dan SMA lulus tahun 1983 di Kota Genteng Banyuwangi. Pendidikan Perguruan Tinggi di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang dimulai tahun 1984 dan mendapat gelar dokter pada tahun 1991. Pada awal tahun 1992 selama 6 bulan, bekerja di Rumah Sakit PT Perkebunan XXVII Kota Jember, setelah itu pada tahun yang sama diangkat sebagai pegawai tidak tetap di Puskesmas Panarukan Kabupaten Situbondo Propinsi Jawa Timur sampai dengan mei 1995. Pada akhir 1995 diterima sebagai dokter di Rumah Sakit Al Huda Genteng Kabupaten Banyuwangi dan ditempatkan di Rumah Sakit Yasmin Banyuwangi selama 15 bulan dan pada tahun 1998 sampai dengan sekarang kembali bertugas di Rumah Sakit Al Huda Genteng Kabupaten Banyuwangi.

Malang, 27 Juni 2012

Penulis



Ucapan Terima Kasih

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes selaku pembimbing utama, dr. Viera Wardhani, M.Kes selaku pembimbing kedua, Prof. Dr.dr Achmad Rudijanto, SpPD-KEMD., FINASIM dan Dr. Indah Winarni, MA selaku tim penguji dalam ujian tesis saya.

Dr. dr. Lukman Hakim, Sp.KK(K) selaku ketua Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit.

Dr. dr. Karyono Mintaroem, SpPA selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya malang.

dr. Hj. Faida, MMR CEO Rumah Sakit Al Huda Genteng yang telah memfasilitasi pendidikan Magister saya sampai dengan selesai.

Sujud dan terima kasih yang dalam kepada ayahanda (Alm) dan ibunda tercinta atas segala doa, dukungan dan motivasinya serta segala apa yang telah diberikan kepada penulis sehingga terwujud cita-cita penulis.

Ucapan terima kasih yang khusus kepada suami tercinta Drs. Jus Resqie Ferdaus, ananda Afina Fitra Firdaus, Faishal Dary Firdaus dan Adani Izzan Firdaus yang telah mengikhhlaskan waktu perhatian saya terbagi, serta senantiasa sabar mendampingi, memberikan doa, dukungan, semangat yang tiada henti sehingga semua ini dapat terselesaikan dengan baik.

Penulis juga mengucapkan terima kasih yang tulus kepada seluruh Staf MMRS FKUB dan RS Al Huda Genteng atas segala bantuannya selama proses pendidikan, penelitian dan penyusunan tesis ini berlangsung sehingga dapat diberikan kemudahan dan berjalan lancar.

Semoga tesis ini dapat berguna dan bermanfaat sebagaimana mestinya.

Malang, 27 Juni 2012

penulis



ABSTRAK

INDIATI, 106070200111011, Magister Manajemen Rumah Sakit, Program Pasca Sarjana Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang, *Healthcare Failure Mode Effect And Analysis (HFMEA): Proses Pelayanan Pasien Operasi Di Rumah Sakit X*, Komisi Pembimbing, Ketua: DR. dr. Sri Andarini, M.Kes, Anggota: dr. Viera Wardhani, M.Kes

Latar belakang: Sebagian besar kejadian *medical error* di Rumah Sakit X merupakan *preventable incident*. Keberhasilan pencegahan terletak pada kemampuan sistem untuk mengidentifikasi potensi risiko kejadian sedini mungkin dan menetapkan suatu mekanisme *barrier*.

Tujuan: Mengidentifikasi risiko insiden keselamatan pasien (*failure mode*) pelayanan pasien operasi, penyebab *failure mode* di setiap tahapan proses dan strategi pencegahannya.

Metode: Menggunakan *Healthcare Failure Mode Effect And Analysis (HFMEA)* pada proses pasien operasi. Cara pengumpulan data dengan melakukan observasi, wawancara, pemeriksaan dokumen dan diskusi kelompok terfokus (FGD) terhadap kelompok dokter jaga, dokter spesialis, perawat kamar operasi, dan informan pendukung petugas laborat, petugas radiologi, kbid keperawatan, total informan ada 18 orang. Fokus penelitian adalah proses pelayanan pasien operasi di rawat inap dan di kamar operasi.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan alur proses pelayanan pasien operasi di RS X terdiri dari tujuh subproses yang terbagi atas 29 aktivitas. Terdapat 25 aktivitas yang tidak dilakukan dengan lengkap menimbulkan 26 risiko potensial kegagalan. Faktor penyebab terjadinya potensi risiko adalah kompetensi perawat yang kurang, tidak adanya dokter operator tetap, kurangnya supervisi, monitor dan evaluasi serta banyaknya transisi yang mendorong terjadinya pengabaian prosedur komunikasi pada setiap transisi antar bagian atau antar shift. Semua faktor menggambarkan belum berkembangnya budaya *patient safety* pada dimensi *organizational learning, hospital handoffs and transitions (serah terima), openness* (keterbukaan), respon *non-punitif* terhadap kesalahan, frekuensi pelaporan kejadian.

Kesimpulan: Manajemen perlu melakukan *redesign* proses pelayanan pasien operasi, pengembangan budaya *patient safety* meliputi pelatihan komunikasi dan refreshing berkala, pemenuhan kualifikasi tenaga perawat dan pengadaan dokter operator tetap.

Kata kunci: potensi insiden keselamatan pasien (*failure mode*), *HFMEA*, transisi perawatan, budaya keselamatan pasien, komunikasi, proses operasi.

ABSTRACT

INDIATI, 106070200111011, Master of Hospital Management, Postgraduate Program in faculty of medicine, University of Brawijaya Malang, *Healthcare Failure Mode Effect And Analysis (HFMEA): Surgical Patient Process In The X Hospital*, the Commission Advisor, Chairman: DR. dr. Sri Andarini, M.Kes, Member of: dr. Viera Wardhani, M.Kes

Background: Most of medical errors are preventable incident. The fact of high adverse event and near miss in X Hospital also show chance for improvement by implementing patient safety management, emphasizing in system approach and prevention focus. The success in prevention and system approach is based on the ability of system to identify potential risk, recognize event as early as possible, and set a barrier mechanism.

Objective: This research was aimed to identify the risk patient safety incident (Failure Mode), in patient caring process which is undergo operation, the cause of failure mode in every stage and prevention strategy.

Methods: Using healthcare failure mode effect and analysis (HFMEA) surgical patient process. The data collected by observation (time motion study in surgery preposition and procedure), interviews (surgeon, general practitioner, analyst, radiographer, nurses), study document and Focus Group Discussions (FGD). The focus of this research is the surgery process in wards and operating theatre.

Result: The result of research identify 7 subprocess 29 activities in surgery process, but there are 25 activities which were not performed or incomplete performed lead to 26 potential failure risk. The underlying cause of potential risk in most subprocess is ineffective communication. It's caused by neglected or violation, due to frequent transition among departments and between shift, lack of supervision, lack of competency nurse, and no stand by surgeon. These finding reveal lack of patient safety culture.

Conclusion: Management needs to redesign surgery process, develop patient safety culture by communication training and regular refreshing, continues program development, and recruit stand by surgeon in order to minimize potential failure risk in patient surgery care in X Hospital.

Key words: failure mode, HFMEA, care transition, patient safety culture, communication, surgery process.



KATA PENGANTAR

Peneliti memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas limpahan Rahmat, Hidayah dan Ridho-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "*Healthcare Failure Mode Effect And Analysis (HFMEA) Proses Pelayanan Pasien Operasi Di Rumah Sakit X*". Tesis ini merupakan tugas akhir sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Manajemen Rumah Sakit pada Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.

Penelitian ini dilakukan di salah satu rumah sakit swasta di Kabupaten Banyuwangi mulai bulan Februari 2012, dengan dibimbing penuh oleh Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes dan dr. Viera Wardhani, M.Kes serta melibatkan banyak pihak yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materiil. Tesis ini disusun melalui proses yang panjang dan memberikan pelajaran yang berharga tentang bagaimana mengidentifikasi potensi risiko insiden dalam suatu proses pelayanan kesehatan. Penulis berharap tesis ini mampu meningkatkan kesadaran tentang arti sebuah risiko insiden keselamatan pasien bagi semua yang terlibat, bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit dan bisa menjadi acuan dalam mengembangkan HFMEA di unit pelayanan yang lain.

Sangat disadari bahwa penulis memiliki banyak keterbatasan. Walaupun telah dicurahkan seluruh kemampuan yang dimiliki penulis masih terdapat kekurangan dan kelemahan. Kritik dan saran merupakan bagian dari proses peningkatan mutu berkelanjutan.

Malang, 27 Juni 2012

Penulis



DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
ABSTRACT	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
DAFTAR SINGKATAN	ix
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Kesalahan Medis (<i>Medical Error</i>).....	9
2.1.1 Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ <i>Near Miss</i>	10
2.1.2 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ <i>Adverse Event</i>	11
2.2 Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety</i>).....	15
2.3 Budaya Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety Culture</i>).....	17
2.4 <i>Healthcare Failure Mode Effect and Analysis</i> (HFMEA).....	19
2.4.1 <i>Hazard</i>	22
2.4.2 Proses Pelayanan Pasien Operasi.....	22
BAB III. KERANGKA KONSEP PENELITIAN	26
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	26
BAB IV. METODE PENELITIAN	31
4.1 Metode dan Alasan Menggunakan Metode.....	31
4.2 Fokus Penelitian.....	31
4.3 Tempat Penelitian.....	33
4.4 Data dan Sumber Data Penelitian.....	34
4.4.1 Informan.....	34
4.4.2 Dokumen.....	36
4.5 Instrumen Penelitian dan Keterbatasan Penelitian.....	37
4.6 Teknik Pengambilan Data.....	38
4.6.1 Observasi.....	38
4.6.2 Wawancara Semi Terstruktur.....	39
4.6.3 <i>Focus Group Discussion</i> (FGD).....	39
4.6.4 Studi Dokumen.....	40
4.7 Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....	41
4.7.1 Data dan Analisa Data.....	41
4.7.2 <i>Data Collection</i> (Pengumpulan Data).....	41
4.7.3 <i>Data Reduction</i> (Reduksi Data).....	41
4.7.4 <i>Data Display</i> (Penyajian Data).....	42
4.7.5 Kesimpulan dan Verifikasi.....	42
4.8 Pohon Keputusan (<i>Decision Tree</i>).....	44
4.9 Identifikasi Tindakan dan Outcome.....	45



4.10	Jadwal Penelitian.....	47
BAB V. HASIL PENELITIAN.....		48
5.1	Identifikasi Potensi Risiko Insiden Keselamatan Pasien, Penyebab dan Analisa Hazard Pelayanan Pasien Operasi.....	48
5.1.1	Alur Proses Pelayanan Pasien Operasi.....	48
5.1.2	Potensi Risiko Insiden Keselamatan Pasien.....	51
5.2	Identifikasi Penyebab Potensi Risiko Insiden Keselamatan Pasien (<i>Failure Mode</i>).....	54
5.2.1	Subproses Persiapan Pengiriman Pasien.....	54
5.2.2	Subproses Serah Terima Pasien di Kamar Operasi oleh Perawat Ruang Rawat Inap kepada Petugas Kamar Operasi.....	55
5.2.3	Subproses Persiapan sebelum Dilakukan Anestesi (<i>Sign In</i>).....	57
5.2.4	Subproses Persiapan sebelum Dilakukan Insisi (<i>Time Out</i>).....	58
5.2.5	Subproses sebelum Pasien Meninggalkan Ruang Operasi.....	59
5.2.6	Subproses selama Pasien di Ruang RR.....	60
5.2.7	Subproses Serah Terima Pasien dari RR ke Perawat Rawat Inap.....	60
5.2.8	<i>Root Cause Analysis</i> (RCA) Faktor Penyebab.....	63
5.2.9	Identifikasi Solusi Potensial Risiko insiden Keselamatan Pasien.....	71
5.3	Redesign Prosedur Pelayanan Pasien Operasi.....	77
BAB VI. PEMBAHASAN.....		82
6.1	<i>Failure Mode</i> pada Proses Pelayanan Operasi.....	82
6.2	Faktor Penyebab <i>Failure Mode</i> pada Proses Pelayanan Operasi.....	84
6.3	Redesign Prosedur Pelayanan Pasien Operasi.....	87
6.4	Keterbatasan Penelitian.....	89
BAB VII. KESIMPULAN DAN SARAN.....		90
7.1	Kesimpulan.....	90
7.2	Saran.....	91
DAFTAR PUSTAKA.....		93
LAMPIRAN.....		96



DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul	Halaman
1.1	Jenis dan Dampak Insiden Keselamatan Pasien di rumah Sakit X.....	2
2.1	Proses Pelayanan Operasi.....	23
2.2	Sepuluh Sasaran penting Operasi Aman.....	24
2.3	Lima Fakta Tindakan Operasi.....	25
4.1	Kriteria Pengukuran Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Insiden Keselamatan Pasien.....	33
4.2	Analisis <i>Hazard</i> Tingkat Bahaya.....	43
4.3	Analisis <i>Hazard</i> Tingkat Probabilitas.....	43
4.4	<i>Matrix Grading Ratio</i>	44
4.5	Kriteria Matrix Solusi.....	46
4.6	Jadwal Penelitian.....	47
5.1	HFMEA SubProses Persiapan Pengiriman Pasien.....	55
5.2	HFMEA SubProses Serah Terima Pasien di Kamar Operasi oleh Perawat Ruang Rawat Inap kepada Petugas Kamar Operasi.....	56
5.3	HFMEA SubProses Persiapan Sebelum Dilakukan Anestesi (<i>Sign In</i>).....	57
5.4	HFMEA SubProses Persiapan Sebelum Dilakukan Insisi (<i>Time Out</i>).....	58
5.5	HFMEA SubProses Sebelum Pasien Meninggalkan Ruang Operasi.....	59
5.6	HFMEA SubProses Selama Pasien di Ruang RR.....	60
5.7	HFMEA SubProses Serah Terima Pasien dari RR ke Perawat Rawat Inap.....	61
5.8	<i>Risk Grading Matrix</i>	62
5.9	Analisa Kebutuhan Perawat Kamar Operasi.....	64
5.10	Karakteristik Petugas Kamar Operasi.....	65
5.11	Jumlah Operasi Tahun 2011.....	66
5.12	Komposisi Tim Operasi.....	66
5.13	Identifikasi Tindakan & <i>Outcome</i>	71
5.14	Tindakan yang Direkomendasikan.....	72
5.15	Kriteria Matrix Solusi.....	75
5.16	<i>Plan of Action</i> (POA).....	76



DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Judul	Halaman
2.1	Pertahanan sistem yang digambarkan sebagai model <i>swiss cheese</i> ...	13
3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	28
3.2	Proses pelayanan Pasien Operasi.....	29
3.3	Pelayanan Pasien Operasi.....	30
4.1	Pohon Keputusan (<i>Decision Tree</i>).....	45
5.1	Bagan Alur Proses Pelayanan Pasien Operasi di Rumah Sakit X.....	50
5.2	Alur Utama Prosedur Layanan Operasi.....	51
5.3	Perbandingan Alur Tindakan Operasi dan Alur Ideal (WHO).....	52
5.4	Jumlah Pasien Operasi Perhari Maret 2012.....	67
5.5	Alur Akar Masalah.....	69
6.1	Redesign Alur Pelayanan Pasien Operasi.....	80



DAFTAR LAMPIRAN

No.	Lampiran	Judul	Halaman
1		Panduan Pengambilan Data	96
2		Data dan Sumber Data Penelitian.....	98
3		Panduan Observasi, wawancara, dan pemeriksaan dokumen.....	100
4		Panduan FGD dalam HFMEA.....	102
5		Karakteristik Anggota Tim.....	103
6		Form HFMEA.....	104
	1.	Alur Proses Pelayanan Pasien di Rawat Inap	104
	2.	Alur Proses Pelayanan Pasien di Kamar Operasi.....	105
7		Analisa Data Hasil Wawancara dan Diskusi tentang Faktor Penyebab Potensi Risiko Insiden Alur Proses Pelayanan Pasien Operasi.....	106
8		Analisa Triangulasi Data Observasi Alur Pasien Operasi.....	109
	1.	OBS-07032012-OK.....	109
	2.	OBS2-15032012-RIOK.....	111
9		Hasil HFMEA Analisa Hazard	115
10		Analisa Data Pemeriksaan Dokumen	123
	1.	Standar tenaga Keperawatan Kamar Operasi.....	123
	2.	Analisa Data Jumlah Operasi Harian.....	126
11		Hasil Redesign Checklist Proses Pelayanan Operasi.....	127
	1.	Checklist Persiapan Pengiriman Pasien Operasi.....	127
	2.	Checklist <i>Sign In</i>	128
	3.	Checklist <i>Time Out</i>	129
	4.	Checklist <i>Sign Out</i>	130
12		Transkripsi Hasil Observasi Alur Pasien Operasi.....	131
	1.	Catatan Lapangan Observasi Alur Pasien Operasi.....	131
	2.	Catatan Lapangan Observasi Alur Pasien Operasi.....	134
13		Transkripsi Wawancara.....	136
	1.	WWSP-27022012-TS.....	136
	2.	WWKRO-27022012-Sn.....	138
	3.	WKBKSBK-020420120-ldBg.....	140
	4.	Wawancara Perawat tentang Proses Serah Terima.....	142
	5.	Wawancara BB.....	143
14		Transkripsi FGD	144
	1.	Catatan Lapangan FGD tentang Alur Pasien Operasi dan Potensi <i>Failure Mode</i>	144
	2.	FGD tentang Alur Pasien Operasi dan HFMEA.....	156
	3.	Transkripsi FGD tentang Redesign Proses Pelayanan Operasi.....	158
15		Analisa Data Hasil Observasi dan Dokumentasi.....	160

**DAFTAR SINGKATAN****Singkatan****Kepanjangan Singkatan**

AHRQ

Healthcare Research and Quality

AMKD

Analisis Modus Kegagalan dan Dampaknya

CRM

Crew Resources Management

Dr

Dokter

ECG

Electro Cardio Graphy

ET

Endo Tracheal Tube

FGD

Focus Group Discuss

FKUB

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

FMEA

Failure Mode Effect and Analysis

HACCP

Hazard Analysis Critical Control Points

HFMEA

HealthCare Failure Mode Effect and Analysis

ICU

Intensive Care Unite

IGD

Instalasi Gawat Darurat

IOM

Institute Of Medicine's

JCAHO

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare

Organization

KKPRS

Komisi Keselamatan Pasien Rumah Sakit

KNC

Kejadian Nyaris Cedera

KPRS

Keselamatan Pasien Rumah Sakit

KTD

Kejadian Tidak Diharapkan

LJD

Luar Jam Dinas

MOU

Memorandum of Understanding



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Institute of Medicine (1999) mendefinisikan *medical error* sebagai suatu kegagalan tindakan medis yang disebabkan kegagalan perencanaan atau kegagalan tindakan (Aspden 2007). Kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien, berupa *near miss* (nyaris cedera) atau *adverse event* (Kejadian Tidak Diharapkan/ KTD). Kejadian tidak diharapkan adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*ommission*), dan bukan karena “*underlying disease*” atau kondisi pasien. Nyaris cedera merupakan kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi. Tercegahnya cedera pada nyaris cedera dapat disebabkan “keberuntungan”, “pencegahan”, atau “peringanan” (DepKes 2008)

Rumah sakit merupakan organisasi yang sangat kompleks. Banyaknya jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur, serta jumlah pasien dan staf yang cukup besar, meningkatkan risiko terjadinya *medical error*. *Medical error* bisa terjadi pada proses diagnosis ataupun proses terapi. Contoh *medical error* pada proses diagnosis diantaranya keterlambatan diagnosis, tidak menerapkan prosedur standar, atau prosedur sudah tidak berlaku, dan tidak bertindak berdasar hasil pemeriksaan atau hasil observasi. Pada proses terapi dapat terjadi kesalahan prosedur terapi, kesalahan pemberian obat, ataupun keterlambatan respon



terhadap hasil pemeriksaan serta adanya hambatan komunikasi, sistem, ataupun alat yang bermasalah (Stern, Greifinger & Mellow 2010).

Menekan angka *medical error* akan meningkatkan mutu dan mengurangi biaya perawatan di bidang pelayanan medis. Di Amerika Serikat setiap tahunnya hampir 100 ribu kematian di rumah sakit yang seharusnya dapat dicegah, menimbulkan kerugian mencapai \$ 9 miliar pertahun. Dari angka kejadian tersebut, 50% sd 96% tidak dilaporkan. Angka ini melebihi gabungan kematian yang diakibatkan kecelakaan di jalan tol, kecelakaan udara, bunuh diri, jatuh maupun keracunan (Paul & Small 2000). Meskipun tidak ada data secara nasional, angka kejadian *medical error* di Indonesia diperkirakan cukup tinggi sejalan dengan semakin maraknya pemberitaan di media. Laporan di Rumah Sakit X juga menunjukkan tingginya angka kejadian *medical error* pada tahun 2010 dan tahun 2011 (Tabel 1.1).

Tabel 1.1 Jenis dan Dampak Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit X

Klasifikasi ME	Kasus bedah		Kasus non bedah	
	Th 2010	Th 2011	Th 2010	Th 2011
Dampak <i>Medical Error</i>				
1. Meninggal/ KTD	2	1	1	1
2. Cacat tetap/ KTD	1	3	1	1
3. Tidak cedera/ NM	3	2		2
Penyebab				
1. Salah diagnosis	2	4	1	1
2. Salah terapi	4	2	1	3
Jumlah	6 (75%)	6 (60%)	2 (25%)	4 (40%)

Sumber: Data Primer 2011

Keterangan: KTD: Kejadian Tidak Diharapkan

NM : Near Miss (nyaris cedera)

Laporan insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit X nampak lebih dari separuh masuk dalam kategori KTD, sebagian besar 75% di tahun 2010 dan



60% pada tahun 2011 adalah kasus bedah atau pasien dengan tindakan operasi (KKPRS 2011). Bila dilihat dari faktor penyebab terjadinya, jumlah insiden keselamatan pasien antara akibat salah diagnosis hampir sama dengan akibat salah terapi yaitu kurang lebih 50%. Rumah Sakit X adalah rumah sakit tipe C berdiri sejak tahun 1991, dengan 160 TT dan rata rata tindakan operasi 5 pasien perhari.

Beberapa insiden keselamatan pasien tersebut menyebabkan keluhan pelanggan yang penyelesaiannya memerlukan waktu, tenaga dan biaya yang besar. Penegakan diagnosis yang terlambat akan menunda operasi, memperpanjang lama rawat inap dengan pembengkakan biaya yang harus ditanggung pasien dan rumah sakit. Secara medis keterlambatan diagnosis jika melewati *golden periode* akan menurunkan *survival probability* (tingkat keberhasilan) sehingga menyebabkan morbiditas bahkan mortalitas.

Perpanjangan waktu rawat inap yang harus ditanggung pasien yang tertunda operasinya, *golden period* yang terlewat akan memerlukan perawatan lebih lama, biaya lebih besar dengan kemungkinan hasil yang tidak sempurna dibandingkan bila operasi segera dilaksanakan. Kejadian insiden keselamatan pasien yang tidak dikelola pasti akan berdampak pada performa pelayanan, meningkatnya biaya perawatan yang akan berakibat menurunnya angka kunjungan di rumah sakit tersebut, meningkatnya angka komplain bahkan bisa berdampak pada adanya tuntutan hukum.

Pelayanan medis di rumah sakit bersifat kompleks karena melibatkan begitu banyak profesi, obat dan jenis pemeriksaan. Diluar kompleksitas tersebut setiap tindakan medis yang dilakukan terhadap pasien pasti berisiko, mulai dari yang ringan sampai berat. Risiko tersebut dapat menimbulkan kecacatan bahkan kematian, sehingga memerlukan tindakan khusus untuk mengatasinya. Oleh karena itu semua rumah sakit perlu menerapkan sistem keselamatan pasien.



Sistem keselamatan pasien (*patient safety*) Rumah Sakit merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien di rumah sakit menjadi lebih aman. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya dilakukan (DepKes 2008). *Patient safety* bukan sesuatu yang baru dan seharusnya sudah menyatu dengan proses perawatan pasien itu sendiri. Perawatan yang aman bukanlah pilihan, tapi merupakan hak setiap pasien yang mempercayakan kesehatannya kepada kita.

Manajemen keselamatan pasien menekankan pembelajaran berkelanjutan untuk mengidentifikasi berbagai faktor penyebab insiden keselamatan pasien. Manajemen keselamatan pasien meliputi identifikasi dan pengukuran risiko, pelaporan dan analisis insiden, melakukan pembelajaran dari insiden yang akan menjadi dasar untuk meminimalisir dan mencegah terjadinya risiko insiden berikutnya. Sistem ini diharapkan bisa mengubah *blaming culture* menjadi *safety culture* dan mengurangi kasus tuntutan hukum (Hillary.RC & Obama.B 2006).

Aktifitas utama yang mendasari manajemen keselamatan pasien adalah kemauan belajar dari kesalahan untuk mencegah berulangnya kejadian yang serupa. Hal ini hanya akan bisa terwujud bila ada keterbukaan dan saling mempercayai dalam menyikapi insiden yang terjadi. Belajar dari insiden keselamatan pasien bisa berhasil jika setiap permasalahan tidak dilihat sebagai kesalahan individu tetapi dilakukan pendekatan sistem dan pemahaman faktor manusia. Sebagian besar sistem pelayanan kesehatan saat ini tidak didesain untuk mencegah atau mendeteksi potensi *error*. Untuk itu perlu ditekankan pada upaya mencari apa yang salah, mengapa bisa terjadi kesalahan, apa konsekuensinya, bagaimana untuk memperbaiki dan tindakan apa yang perlu dilakukan untuk mencegah terulangnya insiden keselamatan pasien (DeRosier et al. 2002). Sebagai upaya menerapkan sistem keselamatan pasien di Rumah



Sakit X telah dilakukan berbagai program. Program tersebut diantaranya pemenuhan standar akreditasi rumah sakit, pembentukan komite keselamatan pasien, pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien.

Meskipun upaya keselamatan pasien sudah dilakukan tapi budaya keselamatan pasien belum sepenuhnya disadari oleh seluruh karyawan di rumah sakit ini. Hal ini terlihat dari perilaku sehari-hari, masih ada hambatan komunikasi, masih ada perasaan takut untuk menceritakan secara terbuka ketika melihat atau mengetahui sesuatu yang tidak seperti seharusnya. Karyawan juga tidak selalu mendapatkan informasi tentang insiden keselamatan pasien yang terjadi sebagai pembelajaran agar tidak terulangnya kejadian yang sama. Audit medis dan mencari akar permasalahan (*Root Cause Analysis*) yang seharusnya dilakukan setiap ada insiden, hanya dilakukan bila ada komplain. Gambaran tersebut menunjukkan bahwa penekanan program keselamatan pasien masih berfokus pada sifat reaktif bukan pro aktif atau preventif sebagaimana seharusnya sifat manajemen keselamatan pasien. Pendekatan reaktif seperti ini cenderung membuat provider merasa diaudit, sehingga akan menutupi kesalahan.

Sebagian besar kejadian *medical error* merupakan *preventable incident* (Dubois 1988). Fakta tingginya KTD dan KNC di Rumah Sakit X juga menunjukkan potensi pencegahan. Pendekatan manajemen keselamatan pasien menekankan pada pendekatan sistem dan pencegahan. Keberhasilan pencegahan dan pendekatan sistem terletak pada kemampuan sistem untuk mengidentifikasi potensi risiko, mengenali kejadian sedini mungkin dan menetapkan suatu mekanisme *barrier* (penghambat).

Patient safety adalah fenomena kultur budaya internasional. Sejak satu dekade Institute Of Medicine's (IOM) merilis tentang *medical error* dalam proses perawatan pasien, masalah keselamatan pasien tidak bisa diabaikan. Disamping



mutu pelayanan, perlindungan pasien dari efek samping pemeriksaan dan pengobatan harus diutamakan. Tidak boleh ada lagi pasien yang dirugikan akibat dari kesalahan proses pengobatan bukan akibat dari penyakitnya sendiri (Adams 2011).

Pendekatan pencegahan pada keselamatan pasien adalah dengan proaktif melakukan pendekatan sistematis untuk mengidentifikasi dan mencegah proses yang berisiko tinggi. Salah satu metode yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi dan mencegah proses yang berisiko tinggi adalah *Health Care Failure Mode Effect and Analysis* (HFMEA). Metode HFMEA merupakan suatu metode untuk mengenali proses yang berisiko tinggi, penyebab kesalahan dan strategi untuk mencegah kesalahan tersebut secara sistematis (McDonough 2002). Saat ini sebagian besar sistem pelayanan kesehatan tidak didesain untuk mencegah atau mengatasi *error*. Begitupun di Rumah Sakit X, belum pernah dilakukan HFMEA guna mengidentifikasi proses yang potensial menyebabkan insiden. Hal ini menyebabkan belum dapat diidentifikasi proses mana pada suatu tindakan pelayanan kesehatan yang potensial terjadi insiden keselamatan pasien. Dengan melakukan HFMEA diharapkan dapat melakukan penilaian potensi risiko sehingga bisa mengantisipasi terjadinya kegagalan pada proses atau subproses sehingga cukup aman dan bisa menjamin keamanan hasil klinis yang diharapkan.

1.2 Perumusan Masalah

Sebagai rumah sakit yang sedang mengembangkan berbagai pelayanan, Rumah Sakit X harus bisa menurunkan atau mengendalikan risiko insiden keselamatan pasien. Penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi proses yang menyebabkan terjadinya insiden keselamatan pasien dengan melakukan analisa modus potensi kegagalan dan dampaknya pada proses pelayanan kesehatan/



HFMEA di Rumah Sakit X. Dengan mengetahui apa yang salah, mengapa bisa terjadi kesalahan, apa konsekuensinya, diharapkan rumah sakit tersebut lebih siap dalam mendeteksi potensial terjadinya insiden serupa agar tidak terulang lagi. Karena luasnya permasalahan dan banyaknya faktor yang berpengaruh terhadap keselamatan pasien, peneliti membatasi melakukan HFMEA pada insiden keselamatan pasien pada pasien bedah atau pasien yang memerlukan tindakan operasi di Rumah Sakit X. Pilihan pembatasan pada kasus/pasien dengan tindakan operasi karena tingginya insiden dan dampak yang ditimbulkan dibandingkan dengan kasus non operasi. Disisi lain pelayanan operasi melibatkan proses yang lebih kompleks dari berbagai bagian, keahlian dan pengalihan antara sistem di rumah sakit. Kompleksitas tersebut menyebabkan potensi risiko insiden keselamatan pasien yang lebih tinggi, lama perawatan yang memanjang dan biaya perawatan yang tinggi.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi potensi risiko insiden keselamatan pasien (*failure mode*) pada prosedur pelayanan pasien operasi, penyebab *failure mode* disetiap tahapan proses dan strategi pencegahannya.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi potensi risiko insiden keselamatan pasien atau *failure mode* pada proses pelayanan operasi.
- b. Untuk mengidentifikasi penyebab potensi risiko insiden keselamatan pasien (*failure mode*) disetiap tahapan proses tindakan operasi.
- c. Merekomendasikan tindakan yang diperlukan untuk mereduksi dan mengeliminasi potensi risiko insiden termasuk mengusulkan *redesign* prosedur pelayanan pasien operasi dengan tindakan yang lebih aman.



1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi perkembangan ilmu

Diharapkan penulisan ini dapat menambah fakta epidemiologi insiden keselamatan pasien dan potensial insiden dengan melakukan *Health Care Failure Mode Effect and Analysis* (HFMEA) di rumah sakit.

2. Manfaat bagi Rumah Sakit X

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi upaya peningkatan mutu pelayanan medis, dengan mengetahui tipe insiden keselamatan pasien dan proses pelayanan pasien dengan tindakan operasi yang potensial sering terjadi kesalahan sehingga bisa mengetahui cara untuk mencegahnya.

3. Manfaat bagi peneliti

Peneliti dapat menerapkan seluruh ilmu pengetahuan dan teori pada waktu kuliah yang digunakan untuk menyelesaikan penelitian ini. Disamping itu penelitian ini menambah wawasan bagi peneliti tentang tipe insiden keselamatan pasien dan proses pelayanan pasien dengan tindakan operasi yang potensial sering terjadi kesalahan dan cara untuk mencegahnya, sehingga bisa sebagai bekal dalam melaksanakan tugas di tempat kerjanya.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kesalahan Medis (*Medical error*)

Kesalahan medis atau *medical error* didefinisikan sebagai suatu kegagalan tindakan medis yang telah direncanakan untuk diselesaikan tidak seperti yang diharapkan (yaitu, kesalahan tindakan) atau perencanaan yang salah untuk mencapai suatu tujuan (yaitu, kesalahan perencanaan). Kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis ini akan mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien, bisa berupa *Near Miss* atau *Adverse Event* (Kejadian Tidak Diharapkan/ KTD) (IOM 2000).

Definisi tersebut menggambarkan bahwa setiap tindakan medis yang dilaksanakan tetapi tidak sesuai dengan rencana atau prosedur sudah dianggap sebagai *medical error*. Disisi lain melakukan upaya medik melalui prosedur yang keliru juga dianggap sebagai *medical error*. Pada dasarnya setiap tindakan medis yang dilakukan terhadap pasien pasti berisiko, mulai dari yang ringan sampai berat menimbulkan kecacatan bahkan kematian, dan memerlukan tindakan khusus untuk mengatasinya (Prahasto 2004).

Pada diskusi panel yang diselenggarakan ahli dari *Institute of Medicine the National Academy of Sciences* terungkap, *medical error* telah membunuh 44000 sampai 98000 penduduk Amerika dalam setahun. Angka yang sangat menakutkan, kematian, cacat permanen dan penderitaan yang seharusnya tidak terjadi akibat *medical error* pada sistem pelayanan medis yang menjanjikan “*do no harm*” (Charatan 1999). Selain membahas tentang Willie King yang telah mengalami kesalahan amputasi kaki di *Universitas Community Hospital* di



Tampa, Florida, pada tahun 1995, diskusi juga menemukan bahwa lebih dari 7000 orang Amerika meninggal akibat kesalahan obat yang sebagian disebabkan kekeliruan dalam membaca tulisan dokter pada resep.

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya *medical error* di pelayanan kesehatan (Reason 1997, 2000) adalah faktor organisasi dan manajemen, lingkungan pekerjaan, tim, individu, penugasan, karakteristik pasien.

Faktor organisasi dan manajemen, adalah keterbatasan keuangan (misalnya tidak terpeliharanya alat diagnostik yang berisiko terjadinya *diagnostic error* atau kesalahan pembacaan hasil diagnosis), struktur organisasi, standar dan tujuan kebijakan, *safety, culture*.

Lingkungan pekerjaan, seperti kualifikasi staf dan tingkat keahlian, beban kerja dan pola shift, desain, ketersediaan dan pemeliharaan alat kesehatan, dukungan administrasi dan manajerial. tim, adanya hambatan komunikasi verbal, komunikasi tulisan (misalnya mengakibatkan kekeliruan interpretasi oleh petugas apotek), kurangnya supervisi dan pemanduan, struktur tim.

Individu (staf), faktor yang berperan adalah kemampuan dan keterampilan, kesehatan mental dan fisik. Penugasan, adalah desain penugasan dan kejelasan struktur penugasan, ketersediaan dan pemanfaatan prosedur yang ada. Karakteristik pasien, faktor bahasa dan komunikasi, faktor sosial serta faktor person.

2.1.1 Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *Near Miss*

Near miss merupakan suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederaikan pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi.

Tidak timbulnya cedera pada KNC dapat disebabkan "keberuntungan" misalnya, pasien menerima suatu obat yang merupakan kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat. Faktor lain adalah "pencegahan" misalnya suatu obat dengan over



dosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan. *Near miss* juga dapat disebabkan “peringanan” misalnya suatu obat dengan over dosis lethal diberikan, tetapi diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya sehingga tidak menimbulkan cedera (DepKes 2008).

2.1.2 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse event*

Kejadian tidak diharapkan (*Adverse Event*) suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*ommision*), dan bukan karena “*underlying disease*” atau kondisi pasien.

Studi yang dilakukan di Utah dan Colorado menunjukkan 66 % KTD yang terjadi adalah kasus bedah, dengan 54% kasus seharusnya dapat dicegah (Gawande et al. 1999; Makary et al. 2006). Sedangkan studi yang dilakukan The Harvard Medical Practice yang melibatkan 30121 responden yang dipilih secara acak dari 51 rumah sakit di New York pada tahun 1984, KTD yang terjadi sekitar 3,7% pada pasien rawat inap, 27,6% akibat kelalaian, meskipun 70,5% pulih setelah 6 bulan tapi 13,6% akhirnya meninggal dan 2,6% menimbulkan kecacatan permanen. Komplikasi paling sering akibat obat (19%), infeksi karena luka operasi (14%) dan akibat timbulnya masalah teknis tindakan operasi (Brennan et al. 1991; Makary et al. 2007).

Dari berbagai studi yang pernah dilakukan nampak kesalahan medis atau *medical error* bagaikan fenomena gunung es yang terlihat hanya puncaknya saja, karena yang terdeteksi seringkali adalah KTD yang diketahui secara kebetulan.

Sebagian besar kasus jarang dilaporkan, tidak dikenali, tidak tercatat bahkan seringkali diabaikan karena dianggap sebagai sesuatu yang biasa.

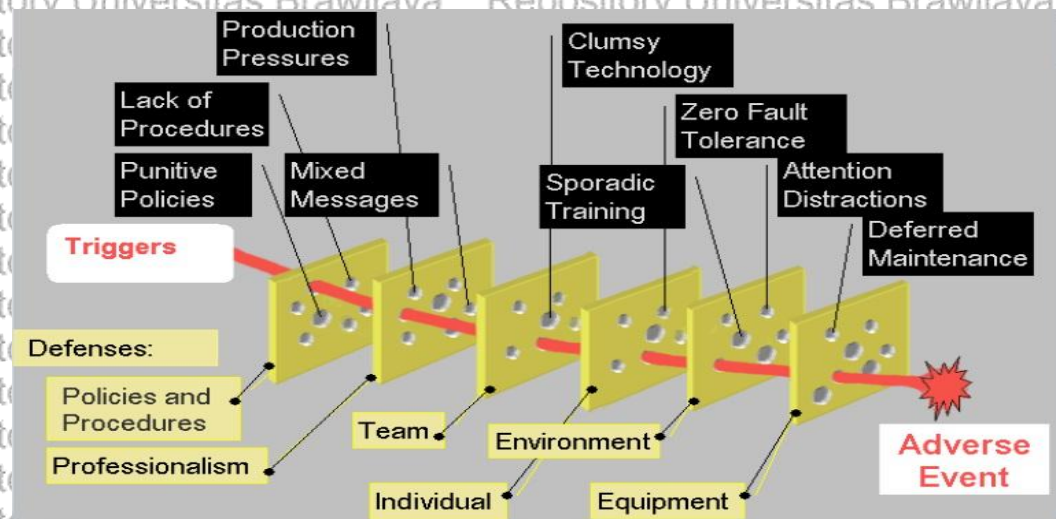
Beberapa hal yang dianggap bisa menyebabkan terjadinya KTD (Phimister et al. 2000; Reason 1997) adalah tindakan yang tidak aman dan kondisi laten.

Tindakan yang tidak aman meliputi *human error*, *violation* dan sabotase. *Human Error* yaitu: *Slips*, *Error* sebagai akibat kurang atau teralihnya perhatian atau salah persepsi. *Lapses*: *Error* yang terkait dengan kegagalan memori lupa atau tidak ingat. *Mistakes*: Kesalahan yang terkait dengan proses mental dalam *assessment* informasi yang terjadi, kesalahan dalam merencanakan asuhan, kesalahan dalam menetapkan tujuan, kesalahan dalam mengambil keputusan klinis. *Violation* (pelanggaran atau pengabaian): misalnya aborsi tanpa indikasi medis. Sabotase: misal mogok kerja

Kondisi laten disebabkan sistem yang kurang tertata yang menjadi predisposisi terjadinya *error*, seperti SPO (Standar Prosedur Operasional) tidak jelas, tata ruang yang tidak jelas. Sumber daya yang tidak memenuhi persyaratan (thermometer yang hanya punya satu untuk banyak pasien, dokter umum melakukan *Caesar/ appendectomy*).

Menurut Reason dalam *Human error management: models and management* dikatakan ada dua pendekatan dalam penanganan *error* atau KTD. Pendekatan personal memfokuskan pada tindakan yang tidak aman, melakukan dan 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 yang bersifat individual seperti mudah lupa, kurang perhatian, motivasi yang buruk, tidak hati-hati, alpa dan ceroboh yang disebabkan kelelahan, stress, lapar, sakit dan hambatan budaya juga bahasa. Faktor yang berhubungan dengan situasi kerja diantaranya belum terbiasa dengan tugasnya, pengalaman yang kurang, adanya keterbatasan waktu, prosedur yang tidak memadai dan keterbatasan interaksi dengan alat. Pada pendekatan personel bila terjadi suatu KTD akan dicari siapa yang berbuat salah.

Pendekatan kedua adalah pendekatan sistem. Pemikiran dasar dari pendekatan ini adalah bahwa manusia selalu dapat berbuat salah dan karenanya dapat terjadi kesalahan. Pada pendekatan sistem 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 (Phimister et al. 2000).



Gambar 2.1 Pertahanan sistem yang digambarkan sebagai model *swiss cheese* dari Reason (Reason 2000)

Kecelakaan dalam bidang medis dapat berawal dari buruknya sistem manajemen dan proses dalam organisasi pelayanan kesehatan yang disebut *latent failure*. Hal ini diakibatkan oleh berbagai faktor seperti beban kerja petugas yang terlalu tinggi (*work load*), tidak adanya mekanisme supervisi, buruknya sistem komunikasi antar petugas, peralatan medik yang tidak adekuat, keterbatasan pengetahuan dan kemampuan petugas.

Dari berbagai faktor tersebut dapat memunculkan *active failure* berupa tindakan yang membahayakan pasien. Beberapa contoh *active failure* dalam menetapkan suatu tindakan, gagal dalam melakukan tindakan medis yang

memadai (*action slips/ failures*) salah memberikan obat, *cognitive failures* seperti salah diagnosis, salah dalam mengambil keputusan klinis, pelanggaran, kesenjangan (sabotase mogok kerja). Apabila telah terjadi kecelakaan medis maka akan muncul mekanisme *defensif* atau ada upaya untuk menutupi kesalahan yang terjadi bukan karena kesalahan petugas.

Ada beberapa upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya *adverse event* dan *medical error* (Prahasto 2004), Langkah pertama adalah pengukuran kinerja dan penerapan *performance improvement system*. Pengukuran kinerja ini dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain pengumpulan data dan monitoring terhadap *outcome* spesifik yang menjadi salah satu target potensial terjadinya *medical error*. Hal ini sebenarnya bisa dilakukan rutin di tingkat rumah sakit atau bahkan pelayanan kesehatan yang lebih rendah. Tujuannya untuk mendeteksi terjadinya *medical error* dan sekaligus menetapkan upaya perbaikan berdasarkan masalah yang dihadapi. Selain itu dapat dikembangkan program manajemen risiko atau istilah lainnya adalah *disease management* atau *outcome management*. Program ini merupakan respon terhadap kejadian *medical error* yang sebenarnya dapat dicegah apabila prosedur dilaksanakan secara benar.

Salah satu tujuan dari manajemen risiko akibat tindakan medis. Namun demikian apabila tidak dapat dicegah maka upaya untuk pengentasan masalah harus dilakukan secara adekuat. Contoh adalah mengatasi risiko shock anafilaksis akibat pemberian obat perinjeksi. Program pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit merupakan bentuk lain dari pengukuran kinerja dan sekaligus menyediakan instrument untuk mencegah hal tersebut.

Langkah kedua, menetapkan strategi pemecahan berbasis pada fakta yaitu mengidentifikasi dan memantau kesalahan pada sekelompok pasien dengan risiko tinggi serta memahami bagaimana kesalahan bisa terjadi, khususnya yang bersifat *preventable*, melakukan analisis, interpretasi, dan mendesiminasikan





data yang ada ke para klinisi maupun *stakeholders*. Menetapkan strategi untuk mengurangi risiko terjadinya *medical error*. Dengan mempertimbangkan bagaimana strategi tersebut dapat diterapkan dalam sistem pelayanan kesehatan yang ada. Jika diperlukan dapat mengundang para ahli di bidang klinis, epidemiologi klinis, atau management training. Untuk eksplorasi dan sekaligus memformulasikan solusi pemecahan. Jika keempat langkah tersebut telah dilakukan, tahap berikutnya adalah melakukan evaluasi dampak program terhadap keselamatan pasien.

Langkah terakhir pencegahan *error* adalah, menetapkan standar kinerja untuk keselamatan pasien. Pengembangan dan tersedianya standar keselamatan pasien, antara lain bertujuan meminimalkan terjadinya risiko keselamatan pasien. Standar kinerja dimaksudkan juga untuk menjamin konsistensi dan keseragaman prosedur bagi setiap petugas kesehatan dalam melakukan upaya medis, sehingga bila tetap terjadi kesalahan harus ditelusuri kembali apakah standar yang ditetapkan adekuat. Disamping itu pengembangan standar kinerja juga untuk menjamin bahwa pelaksanaan standar (yang merepresentasikan kesepakatan seluruh petugas yang ada) adalah dalam kerangka profesionalisme dan akuntabilitas.

2.2 Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Menurut IOM keselamatan pasien (*patient safety*) adalah *freedom from accidental injury* yang disebabkan *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. *Error* bisa juga akibat dari melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, berupa *near miss* atau *adverse event* (IOM 2000). Komisi Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) mendefinisikan

keselamatan pasien adalah bebas dari cedera/ *harm* yang seharusnya tidak terjadi atau potensial cedera akibat dari pelayanan kesehatan (KKPRS 2008).

Keselamatan pasien rumah sakit (KPRS) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan perawatan pasien lebih aman, baik bagi pasien, karyawan maupun masyarakat sekitarnya. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Tujuan keselamatan pasien adalah mengurangi risiko terjadinya cedera pasien akibat proses pelayanan pasien. Tujuan sistem keselamatan pasien di rumah sakit adalah, terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya insiden keselamatan pasien dan tidak terulangnya insiden keselamatan pasien (DepKes 2008).

WHO Collaborating Centre For Patient Safety dalam panduan “*Nine Life-Saving Patient Safety Solution*” menetapkan sembilan solusi yang harus dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pasien. Solusi tersebut meliputi (DepKes 2008):

1. Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*).
2. Pastikan identifikasi pasien.
3. Komunikasi secara benar saat serah terima/ pengoperan pasien.
4. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar.
5. Kendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*).
6. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan.
7. Hindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*).
8. Gunakan alat injeksi sekali pakai.
9. Tingkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk Pencegahan Infeksi Nosokomial.



Keselamatan pasien sangat penting, *issue* yang sangat mendunia saat ini adalah bagaimana melindungi pasien dari cedera selama perawatan. Suatu tindakan medis, apapun bentuknya haruslah “do no harm” baik bagi pasien maupun tenaga kesehatan yang terlibat di dalamnya.

2.3 Budaya Keselamatan Pasien (Patient Safety Culture)

Budaya keselamatan didefinisikan sebagai produk nilai-nilai individu dan kelompok yang meliputi sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku yang menentukan komitmen terhadap manajemen keselamatan organisasi kesehatan. Organisasi dengan budaya keselamatan yang positif ditandai dengan komunikasi yang baik, saling percaya, persamaan persepsi bersama akan pentingnya keselamatan dan dengan keyakinan dalam efektifitas tindakan pencegahan (Guldenmund 2000).

Suatu budaya keselamatan pasien yang kuat dapat membantu meminimalkan kesalahan medis (IOM 2001). Budaya keselamatan pasien di rumah sakit sangat besar pengaruhnya terhadap citra, tanggung jawab sosial, moral serta kinerja rumah sakit. Budaya organisasi akan mengarahkan perilaku anggotanya dalam mencapai sasaran organisasi oleh karena itu sudah selayaknya implementasi budaya keselamatan dilakukan secara efektif tidak hanya melalui slogan, simbol, dan upacara-upacara, tetapi secara strategis dikaitkan dengan sistem sosialiasasi, strategi SDM, teknologi, pelatihan-pelatihan dan keteladanan. Budaya organisasi merupakan suatu pendorong yang mempengaruhi berbagai aspek organisasi, misalnya strategi sumber daya manusia, dan kebijakan-kebijakannya.

Budaya keselamatan pasien adalah budaya rumah sakit yang berorientasi pada keselamatan pasien. Layanan medis dijalankan secara profesional dan hati-hati agar KTD/ *adverse event* tidak terjadi. Budaya keselamatan pasien



akan menurunkan KTD secara signifikan sehingga akuntabilitas rumah sakit dimata pasien dan masyarakat akan meningkat, pada akhirnya kinerja rumah sakit pun akan meningkat. Nieva dan Sora mengemukakan dua dimensi *safety culture* yang memiliki beberapa subdimensi (Nieva & Sorra 2003).

Safety culture dimensions (unit level) terdiri dari sub dimensi: Tindakan meningkatkan *safety, organizational learning, team work, openness* (keterbukaan), umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, respon *non-punitif* terhadap kesalahan, *staffing* (ketenagakerjaan), dan dukungan manajemen (*management support*) terhadap keselamatan pasien. *Safety culture dimensions (hospital-wide)* terdiri dari sub dimensi: tim (lintas unit), *hospital handoffs and transitions* (serah terima)

Budaya keselamatan pasien menjadi satu kunci dalam menciptakan keselamatan pasien. Pelayanan kesehatan sebagaimana pendidikan kedokteran dibangun dengan menanamkan pemahaman, bahwa dokter adalah makhluk super yang mampu menolong dan tidak boleh membuat kesalahan. Membuat kesalahan adalah aib yang harus dihindari dan disembunyikan, sehingga menimbulkan budaya mencari siapa yang salah, dan menyalahkan. Faktor budaya lain adalah kebiasaan kita untuk mendiamkan ketika melihat suatu kesalahan dengan berbagai alasan. Studi membuktikan hal ini sebagai *silence kill*, diamnya kita telah mengakibatkan kematian. Karyawan kesehatan cenderung takut untuk melaporkan kesalahan karena takut akan hukuman (Sexton 2000). Budaya respon kesalahan waktu itu adalah menghukum orang, bukan mengamati masalah sistem yang menyebabkan *error*. Reason memperingatkan agar orang bersikap bijak setelah terjadi suatu *error*, karena banyak orang yang terlibat dalam suatu kecelakaan serius tidak ingin melakukan kesalahan dan umumnya menganggap benar di saat itu (Reason 2000).



2.4 Healthcare Failure Mode Effect and Analysis (HFMEA)

Healthcare *Failure Mode Effect And Analysis* (HFMEA) atau analisis modus kegagalan dan dampaknya (AMKD) adalah metode perbaikan kinerja dengan mengidentifikasi dan mencegah potensi kegagalan sebelum terjadi, atau proses proaktif dimana kesalahan dapat dicegah dan diprediksi sehingga bisa meminimalkan dampak buruk bagi pasien (DeRosier et al. 2002). HFMEA adalah analisa prospektif modifikasi dari FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*), HACCP (*Hazard Analysis Critical Control Points*), dan RCA (*Root Cause Analysis*).

FMEA dikembangkan pertama kali pada tahun 60'an oleh NASA pada proyek pendaratan manusia di bulan, pada tahun 70'an diadopsi dan dikembangkan oleh FORD suatu industri otomotif sebagai reaksi terhadap turunnya mutu dan kehandalan produknya. Pada periode berikutnya banyak diadopsi dan digunakan pada industri yang menekankan pada keselamatan, kehandalan dan mutu seperti penerbangan, otomotif, elektronik dan komputer. Untuk dunia kesehatan hal ini termasuk hal baru, hingga saat ini sebagian sistem pelayanan kesehatan belum didesain untuk mencegah atau mengatasi *error*.

University Medical Center Utrecht, The Nederland, gabungan rumah sakit anak-anak dan fakultas kedokteran, dengan 9000 karyawan merupakan organisasi perawatan kesehatan terbesar kedua di Belanda. Pada tahun 2004 organisasi ini melakukan HFMEA pada ruang onkologi anak, yang dilatar belakangi adanya tingkat kesalahan pengaturan pemberian obat pasien rawat inap yang sangat tinggi (Tilburg et al 2006). Dari proses ini didapatkan tiga bagian utama: peresepan, proses di bagian farmasi dan administrasi. Dihasilkan 61 potensi kegagalan dengan kriteria risiko 14 termasuk risiko tinggi, dan 10 bisa diselesaikan dengan prosedur yang ada. Dari potensi kegagalan yang ditemukan kemudian dibuat 5 rekomendasi yang sebagian besar bisa diterapkan oleh

manajemen dan diharapkan memiliki efek yang menguntungkan pada prosedur pengobatan yang lain. Kesulitan selama HFMEA di ruang onkologi anak ini, adalah sebagian besar kesalahan pengobatan yang dianggap sesuatu yang umum dan tidak dilaporkan.

Gawande dkk melakukan HFMEA pada kasus tertinggalnya kasa dan instrument dalam tubuh pada pasien operasi. Dari proses ini teridentifikasi 57 potensi kegagalan yang berkaitan dengan persiapan operasi, penghitungan kasa dan instrument pada awal dan akhir operasi, adanya penambahan pada saat operasi berlangsung, kemudian dibuat rekomendasi dimana 26 potensi kegagalan bisa ditutupi dengan prosedur yang ada (Gawande et al. 2003). Dari dua penelitian tersebut, HFMEA terbukti menjadi pendekatan praktis dan bisa diterima kalangan tenaga kesehatan. Analisis sistematis oleh tim multidisiplin adalah metode proaktif yang berguna untuk mendeteksi potensi kegagalan suatu proses pelayanan.

HACCP (*Hazard Analysis And Critical Control Points*) merupakan bentuk lain dari analisa proaktif yang bermanfaat untuk meningkatkan keselamatan yang digunakan secara luas dalam produksi pangan dan jasa makanan di seluruh dunia (McDonough 2002).

Metode HFMEA berfokus pada pencegahan dampak, meningkatkan keamanan pasien dan meningkatkan kepuasan pasien. Tujuannya adalah untuk melihat dimana terjadi kegagalan proses, apa yang dapat terjadi bukan apa yang telah terjadi. Ada lima tahapan yang harus dilakukan dalam HFMEA (DeRosier & Nudell 2001), menetapkan topik atau proses yang berisiko tinggi, membentuk tim, menggambarkan alur proses, analisa *hazard*, menentukan tindakan dan pengukuran *outcome*. Tahapan pertama menetapkan topik atau proses yang berisiko tinggi. Proses baru misalnya; proses mengoperasikan alat baru yang sebelumnya tidak ada. Proses yang sedang berjalan misalnya, proses pengadaan





dan penyimpanan gas medik rumah sakit. Proses dalam klinis misalnya, proses pemberian obat injeksi di ruang perawatan. Proses non klinis misalnya, proses mengkomunikasikan hasil pemeriksaan (Radiologi, laboratorium) kepada dokter.

Tahapan kedua membentuk tim, anggotanya tidak boleh lebih 10 orang, multidisiplin, harus memiliki pengetahuan tentang proses yang akan dianalisa, ada orang yang memiliki kewenangan untuk memutuskan.

Tahapan ketiga menggambarkan alur proses, menjelaskan proses setiap kegiatan sesuai kebijakan dan prosedur yang berlaku. Jika proses terlalu kompleks, bisa memilih satu proses atau subproses untuk ditindak lanjuti. Cantumkan beberapa subproses untuk setiap tahapan proses, dan dibuat alur diagram subproses.

Tahapan keempat analisa *hazard*, pada langkah ini dicari modus kegagalannya, kemudian menentukan *hazard score* dengan mengalikan dampak dengan probabilitasnya. Melakukan *brainstorming* modus kegagalan dengan memikirkan proses sebagai suatu sistem yang terfokus pada hubungan tiap bagian subproses yang tak terpisahkan satu dengan yang lain.

Tahapan kelima menentukan tindakan dan pengukuran *outcome*. Langkah ini menentukan apakah proses potensial penyebab modus kegagalan akan dikontrol, eliminasi atau diterima. Harus dijelaskan tindakan untuk setiap potensial modus kegagalan yang akan dieliminasi atau dikontrol. Melakukan identifikasi pengukuran *outcome* yang digunakan untuk analisa dan uji redesain proses. Menentukan penanggung jawab untuk melaksanakan tindakan tersebut, sekaligus menentukan apakah membutuhkan dukungan top manajer untuk rekomendasi tersebut.

Dengan mempertimbangkan tingkat bahaya pada *matrix grading ratio* yang dihasilkan, tim akan memprioritaskan tingkat bahaya yang paling tinggi (katastropik) dalam merekomendasikan tindakan dan *outcome* hasil HFMEA.

Berdasarkan rekomendasi yang dibuat tim HFMEA pihak manajemen akan memutuskan rekomendasi yang akan ditindak lanjuti dengan mempertimbangkan faktor keuangan, hukum, teknik pelaksanaan dan juga faktor yang berpengaruh terhadap proses lain dengan menggunakan kriteria matrix solusi.

2.4.1 Hazard

Hazard adalah keadaan, perubahan atau tindakan yang dapat meningkatkan risiko pada pasien. Pengertian “keadaan” adalah setiap faktor yang berhubungan atau mempengaruhi suatu peristiwa keselamatan pasien (*patient safety event*), personal atau *agent* (substansi, obyek, atau sistem yang menyebabkan perubahan) (KKPRS 2008). *Hazard* adalah situasi yang menimbulkan tingkat ancaman terhadap kehidupan, kesehatan, properti, atau lingkungan (MacCollum 2006). Seringkali *hazard* bersifat potensial, bila “aktif” bisa menciptakan situasi darurat, *hazard* yang telah terjadi disebut insiden.

Hazard diklasifikasikan menjadi tiga: *Dormant*, yaitu situasi yang memiliki potensi untuk menjadi berbahaya. *Armed*, yaitu orang, properti, atau lingkungan berada dalam bahaya potensial. *Active*, yaitu sebuah *hazard* yang telah terjadi dan menjadi suatu insiden berbahaya. Dan biasa disebut sebagai kecelakaan, kejadian darurat atau bencana.

2.4.2 Proses Pelayanan Pasien Operasi

Proses perawatan pasien merupakan segala tindakan yang dilakukan dokter, perawat dan petugas kesehatan lain dalam merawat pasiennya. Dalam proses perawatan pasien, akan terjadi suatu interaksi antara pasien dengan para petugas ini. Tindakan operasi adalah tindakan yang melibatkan multidisiplin, melibatkan berbagai keahlian dan pengalihan antara sistem di rumah sakit yang lebih kompleks. Kompleksitas ini berisiko lebih tinggi terhadap terjadinya KTD. Dalam proses pelayanan pasien operasi terbagi dalam beberapa tahapan proses

yang berurutan yaitu: proses diagnosis, proses persiapan operasi, proses operasi dan proses perawatan setelah operasi (post operasi).

Pada masing-masing proses terdapat faktor yang mempengaruhi yaitu: faktor provider, faktor prosedur, faktor peralatan dan faktor pasien.

Tabel 2.1 : Proses Pelayanan Pasien Operasi

Proses Faktor	Diagnosis	Persiapan operasi	Operasi	Perawatan post op
<i>provider</i>	Dokter jaga, Dokter spesialis konsultan	Perawat rawat inap, dokter konsultan	Tim operasi; dokter bedah, anestesi, asisten operasi, perawat bedah, prwt circuler	Dokter bedah, petugas anestesi, dokter jaga, perawat rawat inap
<i>procedure</i>	Pemeriksaan pasien, pemeriksaan penunjang, konsultasi dr spesialis	Persiapan pasien operasi, penjadwalan operasi,	Sign in, time out, sign out	Perawatan pasca operasi, observasi vital sign, balance cairan
<i>equipment</i>	Kelengkapan fasilitas pemeriksaan penunjang	Ketersediaan alat/ implant, ketersediaan obat	ketersediaan alat operasi (instrument) yang sesuai standard, design kamar operasi	Ketersediaan fasilitas observasi
Pasien	Kondisi, kerjasama dan dukungan keluarga	Kerjasama dan dukungan keluarga, kondisi, persetujuan tindakan	Kondisi fisik	Kondisi fisik dan mental, dukungan keluarga

Sumber: (WHO 2009)

Menurut WHO tindakan operasi yang aman akan menyelamatkan nyawa.

Pada setiap tindakan operasi kita harus memastikan bahwa yang diterima pasien adalah: tindakan operasi yang benar, anestesi yang aman, pencegahan terhadap

infeksi dan adanya tim operasi yang efektif. Ada 10 sasaran penting untuk tindakan operasi yang aman, 5 faktor dan satu cek list untuk masing-masing prosedur operasi (WHO 2009).

Tabel 2.2 : Sepuluh Sasaran Penting Tindakan Operasi yang Aman

No	Objectives
1	Operasi pada pasien yang benar, dan tempat yang benar
2	Mencegah kesalahan tindakan anestesi sambil melindungi pasien dari rasa nyeri.
3	Menjaga fungsi <i>airway</i> dan <i>respirotary</i> selama operasi
4	Melindungi dari risiko perdarahan yang tinggi
5	Memperhatikan reaksi obat pada pasien yang berisiko alergi.
6	Meminimalisir risiko infeksi luka operasi
7	Mencegah tertinggalnya instrumen dan kasa pada luka operasi.
8	Menjamin keamanan dan ketepatan <i>specimen</i> operasi
9	Adanya komunikasi yang efektif selama melakukan tindakan operasi
10	Rumah sakit dan sistem kesehatan masyarakat harus rutin mengadakan penelitian tentang kemampuan, jumlah dan hasil dari tindakan operasi.

Sumber: (WHO 2009)

Kesalahan pada tindakan operasi bisa terjadi pada saat persiapan operasi, selama operasi dan pasca operasi. Kesalahan bisa terjadi akibat kesalahan operator dalam mengoperasi organ tubuh yang salah ataupun salah pasien. Prosedur operasi yang benar bisa membantu meminimalisir kesalahan tersebut.

Tabel 2.3 : Lima Fakta Tentang Tindakan Operasi yang Aman

No	Facts
1	Komplikasi pasca operasi mencapai 25% pasien
2	Pelaporan angka kematian setelah operasi besar adalah 0,5 sd 5%.
3	Di 25ndust 25ndustry, hampir setengah KTD pada pasien yang dirawat di rumah sakit adalah pasien operasi.
4	Hampir setengahnya merupakan kasus yang sebenarnya dapat dicegah
5	Diketahui dasar-dasar operasi yang aman tidak dilakukan secara konsisten pada kebanyakan operasi yang canggih.

Sumber: (WHO 2009)

Ceklist operasi yang aman, adalah alat yang disusun bersama antara ahli bedah, ahli anestesi, perawat untuk meningkatkan mutu dan mengurangi kesalahan serta komplikasi pasca operasi. Prosedur standar operasi dibuat sederhana, sangat mudah diaplikasikan dan ditujukan untuk potensial risiko kesalahan.





BAB III

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan laporan insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit X, peneliti mencoba melakukan *Healthcare Failure Mode Effect And Analysis* (HFMEA) atau analisis modus kegagalan dan dampaknya (AMKD) dengan mengidentifikasi dan mencegah potensi risiko kegagalan sebelum terjadi, sehingga bisa meminimalkan dampak buruk bagi pasien.

Ada 5 tahapan HFMEA yang dilakukan (DeRosier & Nudell 2001):

1. Menetapkan topik atau proses yang berisiko tinggi.
2. Membentuk tim.
3. Menggambarkan alur proses pelayanan (*process of care*).
4. Membuat *hazard analysis*.
5. Menentukan tindakan dan pengukuran *outcome*.

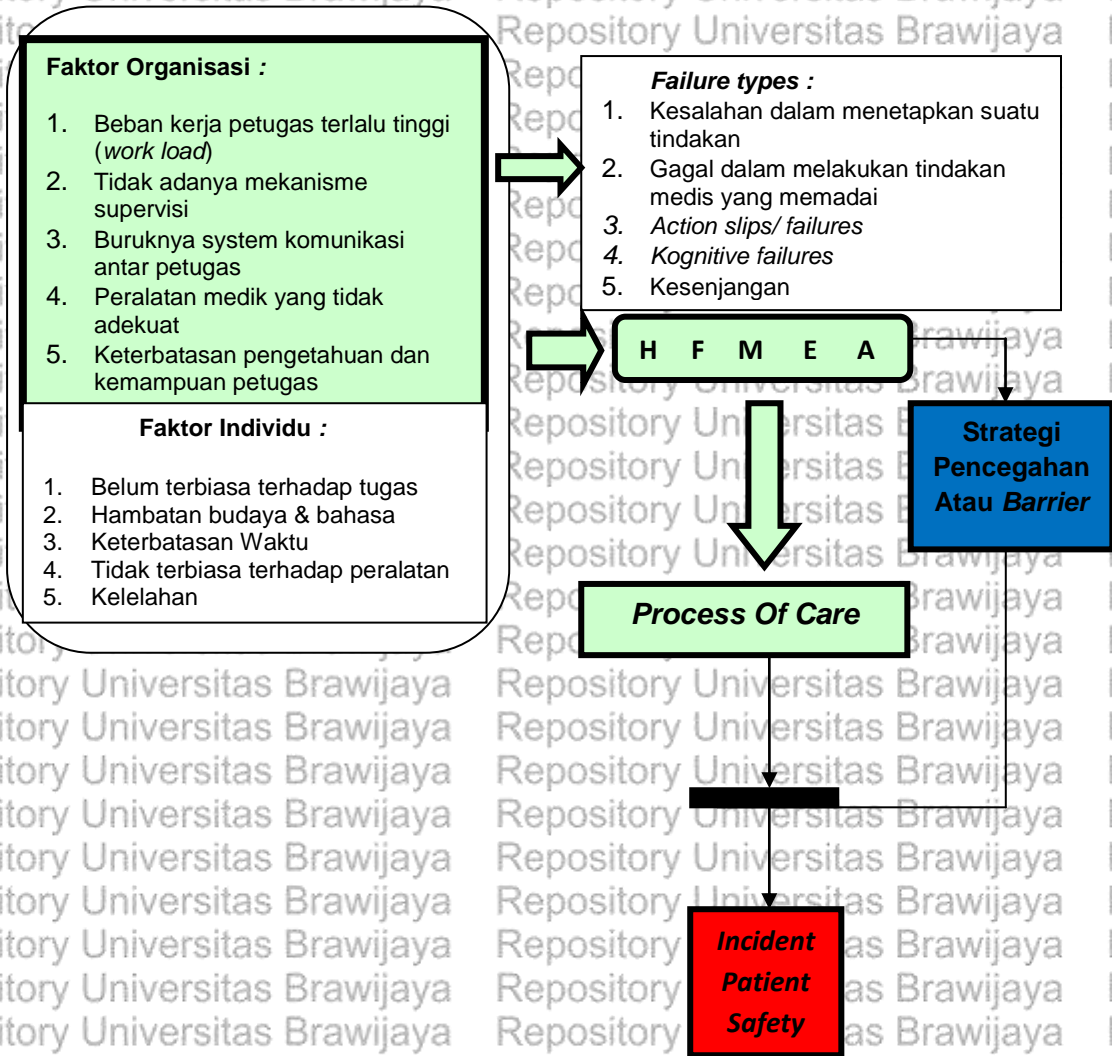
Dengan mengetahui tahapan proses yang berisiko terjadinya kegagalan, peneliti melakukan *analisa* terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya insiden keselamatan pasien.

Proses perawatan pasien operasi merupakan segala tindakan yang dilakukan dokter, perawat dan petugas kesehatan lain dalam merawat pasiennya sampai pasien sembuh. Dalam proses perawatan pasien, akan terjadi suatu interaksi antara pasien dengan para petugas tersebut yang keberhasilannya dipengaruhi beberapa faktor.

Berdasarkan kajian pustaka (Bab II), peneliti mencoba memfokuskan pada faktor sistem dan manajemen dalam organisasi pelayanan kesehatan yaitu: beban kerja petugas yang terlalu tinggi (*work load*), tidak adanya mekanisme supervisi, buruknya sistem komunikasi antar petugas, peralatan medik yang tidak adekuat, keterbatasan pengetahuan dan kemampuan petugas.

Dari berbagai faktor tersebut kemudian dapat memunculkan *active failure* berupa tindakan yang membahayakan pasien. Beberapa contoh *active failures* adalah kesalahan dalam menetapkan suatu tindakan, kegagalan dalam melakukan tindakan medis yang memadai, *action slips/ failures*, *cognitive failures*, dan kesenjangan.

Dengan mengetahui tahapan proses yang berisiko terjadinya kegagalan dan penyebab potensial, selanjutnya dapat diidentifikasi strategi pencegahan atau penghambat (*barrier*) yang bisa meminimalisir terjadinya insiden keselamatan pasien berdasarkan pendekatan sistem yang berfokus pada kondisi dan lingkungan, membangun toleransi terhadap kesalahan, dan menciptakan sistem yang lebih baik. Dalam pendekatan ini diasumsikan bahwa kita tidak akan dapat mengubah sifat alamiah manusia ini, tetapi kita harus mengubah kondisi dimana manusia itu bekerja menjadi lebih baik.



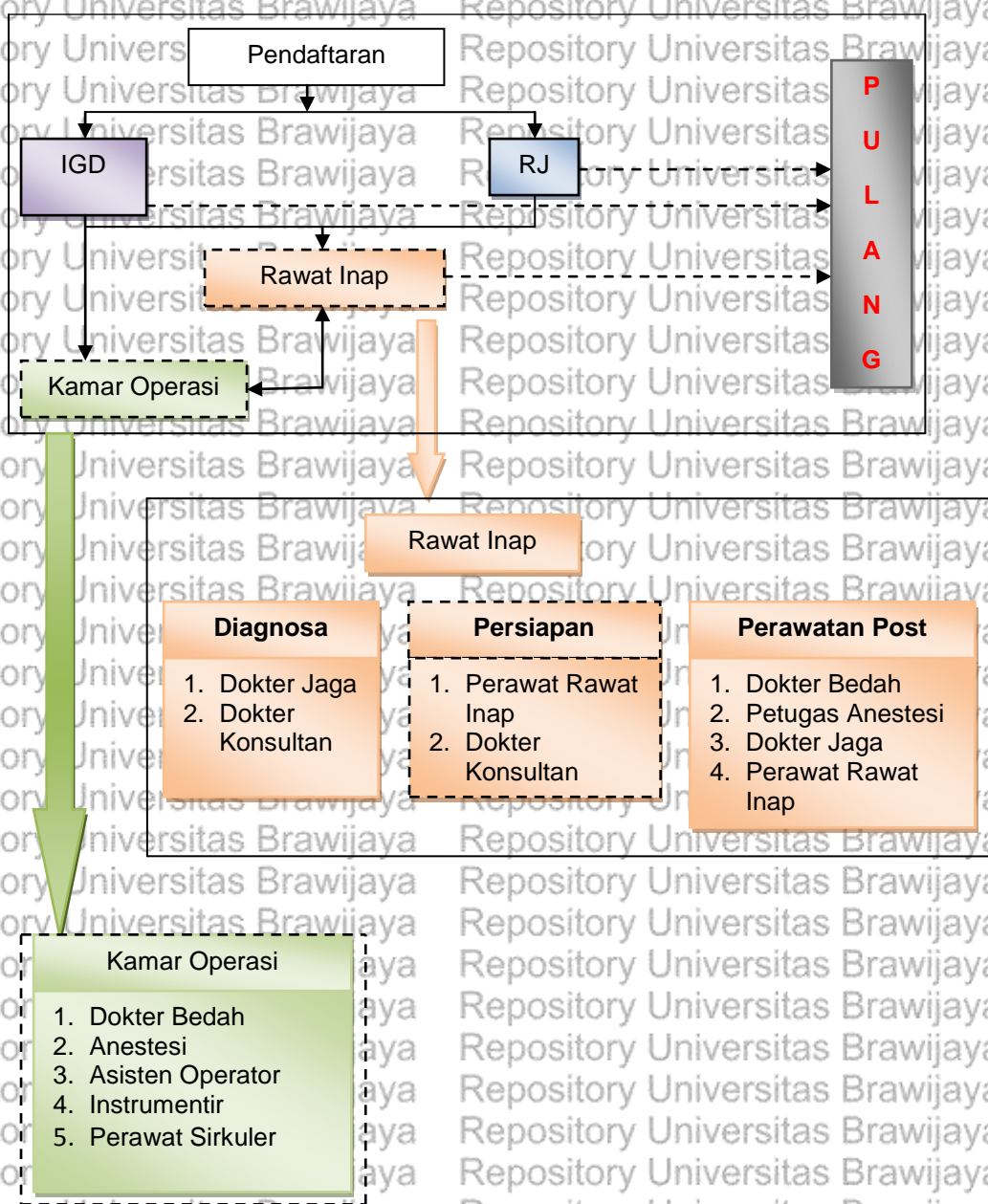
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



<u>Provider</u>	Dokter jaga, Dokter spesialis konsultan	Perawat rawat inap, dokter konsultan	Tim operasi: dokter bedah, anestesi, asisten operasi, perawat bedah, perawat sirkuler	Dokter bedah, petugas anestesi, dokter jaga, perawat rawat inap
<u>Prosedur</u>	Pemeriksaan pasien, pemeriksaan penunjang, konsultasi dr spesialis	Persiapan pasien operasi, penjadwalan operasi,	<i>Sign in, time out, sign out</i>	Perawatan pasca operasi, observasi vital sign, balance cairan
<u>Peralatan</u>	Kelengkapan fasilitas pemeriksaan penunjang	Ketersediaan alat/ implant, ketersediaan obat	ketersediaan alat operasi (<i>instrument</i>) yang sesuai standar, desain kamar operasi	Ketersediaan fasilitas observasi
<u>Pasien</u>	Kondisi, kerjasama dan dukungan keluarga	Kerjasama dan dukungan keluarga, kondisi, persetujuan tindakan	Kondisi fisik	Kondisi fisik dan mental, dukungan keluarga

Gambar 3.2 Proses Pelayanan Pasien Operasi





Gambar 3.3 Pelayanan Pasien Operasi

Keterangan

IGD (Instalasi Gawat Darurat), RJ (Rawat Jalan).

Area Pengamatan: Rawat inap dan kamar operasi yang ditandai garis putus-putus ---



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Metode dan Alasan Menggunakan Metode

Healthcare Failure Mode Effect And Analysis (HFMEA) atau analisis modus kegagalan dan dampaknya (AMKD) termasuk penelitian yang menggunakan rancangan kualitatif dengan pendekatan melalui studi kasus (*case study*). Cara pengumpulan data pada penelitian ini diantaranya dengan melakukan observasi, wawancara, pemeriksaan dokumen dan diskusi kelompok terfokus/ *Focus Group Discuss* (FGD) terhadap kelompok dokter jaga, dokter spesialis dan informan pendukung lainnya yang termasuk dalam tim dengan tujuan untuk menelaah dan menemukan makna sebuah tema menurut pemahaman kelompok, untuk menghindari pemaknaan yang keliru dari seorang peneliti (Bungin 2010).

Penelitian kualitatif memusatkan perhatian pada proses yang berlangsung dan hasilnya (Patilima 2005). Dengan melakukan tahapan pada HFMEA diharapkan bisa diketahui lebih jauh sebuah proses pelayanan yang potensial terjadinya risiko insiden keselamatan pasien. Hasil HFMEA akan mengidentifikasi proses mana yang perlu dikontrol, dieliminasi, ataupun diterima.

Kegiatan penelitian meliputi menetapkan topik atau proses yang berisiko tinggi, membentuk Tim, menggambarkan alur proses, membuat *hazard analysis*, menentukan tindakan perbaikan dan pengukuran perbaikan *outcome* pasien yang memerlukan tindakan operasi.

4.2 Fokus Penelitian

Fokus penelitian adalah proses pelayanan pasien dengan tindakan operasi, penyebab *failure mode* disetiap tahapan subproses dan strategi pencegahannya.

Proses tersebut dibatasi pada pelayanan pasien operasi di rawat inap dan di kamar operasi. Proses pelayanan pasien di rawat inap terdiri dari beberapa

subproses mulai dari persiapan pasien operasi, sampai serah terima pasien ke dan dari kamar operasi. Proses pelayanan pasien operasi di kamar operasi terdiri dari beberapa proses mulai dari penjadwalan pasien operasi serah terima pasien masuk dari dan ke rawat inap, persiapan tindakan operasi, tindakan operasi, pemeriksaan penunjang sampai pembuatan laporan operasi, sedangkan penyebab kegagalan difokuskan pada faktor sistem dan manajemen dalam pelayanan pasien operasi.

Terjadinya insiden keselamatan pasien dipengaruhi faktor individu dan sistem. Pendekatan sistem dalam keselamatan pasien mengkaji faktor manusia yang bersifat individual seperti belum terbiasa terhadap tugas, keterbatasan waktu, tidak terbiasa dengan peralatan, kelelahan dan hambatan budaya serta bahasa terhadap potensial terjadinya insiden keselamatan pasien. Disamping itu juga mengkaji hubungan faktor sistem dan manajemen dalam organisasi pelayanan kesehatan yaitu: Buruknya sistem manajemen dan proses dalam organisasi pelayanan kesehatan (*latent failure*), beban kerja petugas yang terlalu tinggi (*work load*), tidak adanya mekanisme supervisi, buruknya sistem komunikasi antar petugas, peralatan medik yang tidak adekuat, keterbatasan pengetahuan dan kemampuan petugas bisa mempengaruhi potensial terjadinya insiden keselamatan pasien. Pada penelitian ini difokuskan pada faktor sistem dan faktor individu yang mempengaruhi. Indikator evaluasi faktor individu dan sistem secara kuantitatif disajikan pada tabel 4.1 sebagai pelengkap data kualitatif.

Tabel 4.1 : Kriteria Pengukuran Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Insiden Keselamatan Pasien

Faktor-faktor	Kriteria
Sistem	Pengukuran
Beban kerja petugas yang terlalu tinggi (<i>work load</i>)	Dokter: dihitung berdasarkan jumlah pasien, durasi operasi, tingkat kesulitan operasi Perawat: dihitung berdasarkan perbandingan perawat yang bertugas dan jumlah pasien pada satu shift didasarkan pada tingkat ketergantungan pasien minimal parsial total
Tidak ada mekanisme supervisi	Monitoring indikator klinis
Buruknya sistem komunikasi antar petugas	Tertulis; kelengkapan laporan dan RM pasien Verbal; adanya kegiatan operan langsung, adanya komunikasi yang membahayakan
Keterbatasan pengetahuan dan kemampuan petugas	Adanya sertifikasi kompetensi, selalu mengikuti perkembangan ilmu (<i>up grade up date</i>)

Sumber: (Reason 2000)

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian difokuskan ditempat *Nurse Station (NS)*, kamar operasi dan ruang perawatan dengan beberapa pertimbangan. *Nurse Station* merupakan pusat kegiatan dari tim medis termasuk informan yang dituju dan sebagai tempat informan utama melakukan kegiatan pengelolaan pasien bedah yang akan dioperasi. Pengamatan di NS diharapkan dapat mengidentifikasi alur proses pengelolaan pasien termasuk pada pengambilan keputusan dokter tertentu. Tempat ini juga merupakan tempat kolaborasi dan berinteraksinya dokter spesialis dengan tim medis yang ada (dokter jaga dan perawat) dalam menerima instruksi dan konsultasi pasien.

Kamar Operasi dipilih dengan alasan bahwa anggota tim yang akan melakukan HFMEA lebih sering berada di unit kamar operasi untuk berinteraksi dengan tim medis lain yang ada di unit ini. Dokter spesialis bedah juga lebih banyak berada di tempat ini, hanya melakukan interaksi dengan perawat ruangan pada waktu visit atau kunjungan ke pasien saja. Oleh sebab itu NS dipilih

sebagai salah satu area penelitian untuk memudahkan peneliti mendapat informasi yang dibutuhkan.

Ruang perawatan rawat inap dipilih dengan alasan bahwa interaksi anggota tim HFMEA dengan pasien dan keluarga pasien berada di unit ini. Kegiatan persiapan pasien operasi dan perawatan pasien post operasi juga dilakukan di tempat ini. Pengamatan di tempat ini diharapkan dapat memberikan informasi yang dibutuhkan.

4.4 Data dan Sumber Data Penelitian

Data penelitian didapatkan dari hasil observasi, wawancara, diskusi dalam kelompok (FGD) dan Dokumen yang mengungkapkan risiko terjadinya insiden keselamatan pasien.

Sumber data pada penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Dalam menentukan responden (informan) dalam tim diambil dengan batasan konteks dan jumlah yang terbatas. Sesuai dengan tahapan pada HFMEA bahwa anggotanya tidak boleh lebih 10 orang, multidisiplin, harus memiliki pengetahuan tentang proses yang akan dianalisa, ada orang yang memiliki kewenangan untuk memutuskan (McDonough 2002).

4.4.1 Informan

Informan pada penelitian ini adalah dokter jaga sebanyak 3 orang, perawat kamar operasi 3 orang, kepala ruangan 2 orang, perawat supervisor 2 orang, kbid jangmed 1 orang, kasubid SDM keperawatan 1 orang, dokter operator 3 orang, petugas laboratorium senior 1 orang, petugas radiologi senior 1 orang, kasubid 34 kriteria medis keperawatan 1 orang. Jumlah keseluruhan sebanyak 18 orang dan yang termasuk anggota tim sebanyak 10 orang. Dibawah ini dijelaskan dasar pemilihan informan kunci.



a. Dokter Jaga

Rumah Sakit X mempunyai 9 orang dokter jaga dengan status dokter tetap yang bertugas secara bergantian pada pagi sore dan malam hari di Instalasi Gawat Darurat (IGD), rawat inap dan bagian poli rawat jalan dan 1 dokter jaga honorer yang bertugas dibagian IGD di luar jam kerja dokter jaga tetap. Dan yang dianggap mewakili dalam tim ini 3 orang dokter jaga yang disamping bertugas di IGD juga di rawat inap dan rawat jalan juga memiliki jabatan sebagai ketua Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS), kepala instalasi rawat inap, kepala instalasi rawat jalan atau kepala instalasi gawat darurat.

Dokter jaga IGD dan rawat inap mempunyai frekwensi mendapatkan kasus pasien bedah lebih banyak dan diharapkan dapat memberikan informasi dalam hal pengelolaan pasien operasi. Sedangkan ketua Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan kepala instalasi mempunyai kewenangan menetapkan suatu alur proses untuk dikontrol, dieliminasi atau dihilangkan. Pada informan ini diharapkan dapat menjawab pada pertanyaan mengenai alur proses pelayanan pasien yang memerlukan tindakan operasi, bisa mengidentifikasi dan menganalisa proses yang berisiko terjadinya insiden keselamatan pasien.

b. Perawat kamar operasi

Keberadaan perawat kamar operasi di rumah sakit ini sangat berpengaruh terhadap proses alur dan kelancaran pengelolaan pasien operasi. Informan ini diharapkan dapat menjawab pertanyaan mengenai alur proses pelayanan pasien yang memerlukan tindakan operasi, identifikasi dan analisa proses yang berisiko terjadinya insiden keselamatan pasien.

c. Kasubid keperawatan, kepala ruangan, perawat supervisor,

Keberadaan kasubid keperawatan adalah staf yang mengetahui tentang kualifikasi SDM dan alur proses rekrutmen perawat. Kepala ruangan adalah melanjutkan instruksi keperawatan dari dokter jaga sehingga ada keterkaitan



dalam pengelolaan pasien yang akan dioperasi. Perawat supervisor adalah petugas yang berwenang sebagai kepala ruangan di luar jam dinas rutin. Dari informan ini diharapkan jawaban atas pertanyaan mengenai alur proses pelayanan pasien yang memerlukan tindakan operasi, identifikasi dan analisa proses yang berisiko terjadinya insiden keselamatan pasien.

d. Dokter operator

Semua dokter operator merupakan dokter tamu. Mereka melakukan kegiatan praktek poli spesialis dan kegiatan pembedahan. Dari informan ini diharapkan jawaban atas pertanyaan mengenai alur proses pelayanan pasien yang memerlukan tindakan operasi, identifikasi dan analisa proses yang berisiko terjadinya insiden keselamatan pasien.

e. Petugas laboratorium dan petugas radiologi

Keberadaan petugas ini berpartisipasi dalam diskusi kelompok mengenai alur proses yang berhubungan dengan tugas mereka. Dari informan ini diharapkan jawaban atas pertanyaan mengenai alur proses pelayanan pasien yang memerlukan tindakan operasi, identifikasi dan analisa proses yang berisiko terjadinya insiden keselamatan pasien.

4.4.2 Dokumen

Dokumen yaitu bentuk dokumentasi yang digunakan dalam kegiatan pencatatan di kamar operasi dan ruang perawatan, Standar Prosedur Operasional (SPO) pengelolaan pasien bedah, untuk melengkapi informasi yang diperlukan oleh peneliti. Dokumen tersebut diantaranya adalah: hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi, catatan jumlah operasi, jenis operasi, nama dokter operator, laporan jaga perawat kamar operasi, laporan insiden keselamatan pasien, jadwal jaga dokter jaga dan dokter spesialis, jadwal jaga perawat. SPO pengelolaan pasien operasi. Dokumen di unit rawat inap (Nurse station) meliputi catatan harian perawat, status pasien,

laporan jaga keperawatan, jadwal jaga dokter jaga dan dokter spesialis, jadwal jaga perawat dan SPO pengelolaan pasien operasi. Dari dokumen tersebut diharapkan bisa dibuat alur proses setiap kegiatan sesuai kebijakan dan prosedur yang berlaku. Jika proses terlalu kompleks, bisa memilih satu proses atau sub proses untuk ditindak lanjuti, dan dibuat alur diagram subproses.

4.5 Instrumen Penelitian dan Keterbatasan Penelitian

Instrumen penelitian adalah peneliti sendiri, peneliti adalah dokter umum yang bekerja sebagai dokter jaga di rawat jalan, rawat inap selama 15 thn dan pernah bertugas di IGD, pernah bertugas sebagai asisten bedah di kamar operasi dan saat ini menjabat sebagai kepala bidang pelayanan medis. Peneliti adalah mahasiswa program magister manajemen rumah sakit di Universitas Brawijaya Malang yang dalam masa pendidikannya telah mendapatkan teori maupun praktek mengenai manajemen rumah sakit, dengan demikian peneliti dianggap sudah memenuhi persyaratan untuk melakukan penelitian.

Pada penelitian ini peneliti menggunakan *Healthcare Failure Mode Effect And Analysis* (HFMEA) atau analisis modus kegagalan dan dampaknya (AMKD) dengan 5 tahapan yaitu:

1. Menetapkan topik atau proses yang berisiko tinggi,
2. Membentuk Tim
3. Menggambarkan alur proses pelayanan (*process of care*)
4. Membuat *hazard analysis*
5. Menentukan tindakan dan pengukuran *outcome*

Keterbatasan penelitian dalam hal ini adalah tidak dapat meneliti seluruh proses pelayanan pasien dengan tindakan operasi mulai dari pasien masuk sampai dengan pasien pulang dan seluruh faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien. Peneliti memfokuskan pada proses

yang berbeda yaitu pasien dengan diagnosis ruptur tendon yang dilakukan operasi debridement dan pasien appendicitis perverasi yang dilakukan laparotomi.

4.6.2 Wawancara Semi Terstruktur

Wawancara yang diajukan kepada informan didasarkan pada butir-butir pertanyaan yang telah dibuat peneliti disamping ada pertanyaan yang berdasarkan perkembangan suasana atau situasi yang berlangsung, namun masih berkaitan. Wawancara jenis ini adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka dengan meminta pendapat dan ide dari informan. Semua hasil wawancara direkam kemudian ditranskripsikan. Rekaman dilakukan dengan terbuka dan tersembunyi terutama untuk peristiwa yang dianggap tidak lazim untuk direkam. Untuk mendapatkan data yang akurat peneliti membuat kondisi responden nyaman mungkin. Beberapa responden bersedia di wawancarai namun menolak untuk direkam peneliti melakukan wawancara terhadap dokter spesialis pada saat mereka selesai melakukan tindakan operasi atau pada saat selesai visite di ruang rawat inap. Beberapa wawancara dilakukan melalui BBM (Blackberry Massanger).

4.6.3 Focus Group Discussion (FGD)

FGD yang dilakukan membahas tentang alur proses pelayanan pasien operasi, identifikasi risiko insiden keselamatan pasien dan potensi penyebab pada setiap tahapan subproses serta *redesign* prosedur pelayanan pasien operasi. Dalam melakukan FGD peneliti dibantu oleh seorang sekretaris yang mencatat jalannya diskusi. Anggota tim yang terlibat bervariasi antara 10 orang sampai dengan 13 orang yang terdiri dari dokter operator, dokter jaga, perawat kamar operasi, perawat ruang rawat inap, petugas laborat, dan petugas radiologi.

FGD dijadwal sesuai dengan kesepakatan tiap kali FGD tidak boleh lebih dari 2 jam. Kesulitan dalam melakukan FGD ini adalah ketika peneliti harus



menyesuaikan waktu antara anggota tim yang terlibat. Seringkali FGD tidak diikuti sampai selesai terutama oleh dokter spesialis, untuk menyasiasi hal yang demikian peneliti melakukan verifikasi dengan cara wawancara secara pribadi.

Mengingat HFMEA adalah proses baru, perlu dilakukan pelatihan dan penyamaan persepsi tentang HFMEA kepada semua anggota tim. Peneliti menyiapkan form HFMEA sesuai dengan proses yang dipilih untuk dianalisa.

FGD dilakukan pada setiap tahapan proses.

1. Menggambarkan alur proses dan subproses pelayanan pasien sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang berlaku di lapangan.
2. Mengidentifikasi modus kegagalan disetiap tahapan proses dan subproses.
3. Melakukan analisa *hazard*, berdasarkan tingkat bahaya dan probabilitasnya, melakukan skoring untuk menentukan apakah suatu proses perlu dikontrol, diterima atau dihilangkan.

4.6.4 Studi Dokumen

Studi dilakukan dengan mempelajari beberapa dokumen yang terkait dengan proses yang dikaji. Dokumen yang dikaji meliputi dokumen yang digunakan dalam kegiatan pencatatan di kamar operasi dan rawat inap serta Standar Prosedur Operasional (SPO) pengelolaan pasien operasi untuk melengkapi informasi yang diperlukan oleh peneliti. Dokumen tersebut diantaranya adalah status rekam medis pasien, hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi, catatan jumlah operasi, jenis operasi, nama dokter operator, laporan jaga perawat kamar operasi, laporan jaga perawat kamar operasi, jadwal jaga dokter jaga dan dokter spesialis, jadwal jaga perawat, SPO pengelolaan pasien operasi. Dokumen di ruang rawat inap (*Nurse station*) meliputi catatan harian perawat, status pasien, laporan jaga keperawatan, jadwal jaga dokter jaga dan dokter spesialis, jadwal jaga perawat, dan SPO pengelolaan pasien operasi.



4.7 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

4.7.1 Data dan Analisis Data

Data berupa catatan lapangan hasil observasi, *interview* dan pengumpulan dokumen. Catatan lapangan hasil observasi utamanya digunakan untuk menjawab permasalahan penelitian nomor satu. Catatan hasil *interview* sebagian besar dimaksudkan untuk menjawab permasalahan penelitian nomor dua dan tiga, walaupun ketiga teknik pengumpulan data merupakan triangulasi untuk keabsahan data yang dikumpulkan untuk menjawab semua permasalahan penelitian.

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah konsep analisa data yang dikembangkan oleh Miles and Huberman (1994) yang merupakan kegiatan yang berkesinambungan dari *data collection*, *data reduction*, *data display*, *conclusion verification* dan *conclusion drawing* (Miles & Huberman 1994)

4.7.2 Data Collection (Pengumpulan Data)

Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung, dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Pada saat wawancara, peneliti sudah melakukan analisis terhadap jawaban yang diwawancarai. Bila jawaban yang diwawancarai setelah dianalisis dianggap belum memuaskan, maka peneliti akan memberikan pertanyaan lagi sampai diperoleh data yang kredibel, kegiatan ini yang dimaksud dengan *iterative*, *rolling* dan *progressing*. Aktifitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus – menerus sehingga data sudah jenuh (Miles & Huberman 1994).

4.7.3 Data Reduction (Reduksi Data)

Data yang diperoleh dari lapangan jumlahnya sangat banyak, untuk itu perlu dicatat secara teliti dan rinci. Semakin lama peneliti di lapangan maka jumlah data akan semakin banyak, kompleks dan rumit. Untuk itu perlu dilakukan



analisis data melalui reduksi data. Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal – hal yang pokok, memfokuskan pada hal – hal yang penting untuk kemudian dicari tema dan polanya. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya.

4.7.4 Data Display (Penyajian Data)

Setelah data direduksi, maka langkah selanjutnya adalah menyajikan data. Menurut Miles dan Huberman dengan menyajikan data, maka akan mempermudah untuk memahami apa yang akan terjadi sehingga dapat merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami. Penyajian data dilakukan dalam bentuk uraian singkat, diagram, hubungan antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya (Miles & Huberman 1994).

4.7.5 Kesimpulan dan Verifikasi

Kesimpulan awal yang dikemukakan masih bersifat sementara, dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti – bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data. Tetapi bila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal, didukung oleh bukti – bukti yang *valid* dan konsisten maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang *valid*.

Dari hasil FGD pada setiap tahapan proses maupun subproses yang ditentukan diidentifikasi potensial modus kegagalan yang terjadi. Selanjutnya berdasarkan kesepakatan tim ditentukan tingkat probabilitas kejadian dan tingkat bahayanya mengacu pada definisi analisa *hazard* (DeRosier et al. 2002).

Pada analisa *Hazard* berdasarkan dampak terhadap pasien pengunjung dan staf, tingkat bahaya terbagi atas bahaya minor dilambangkan warna hijau, moderat warna kuning, mayor warna orange dan katastrofik warna merah.

Tabel 4.2 : Analisis *Hazard* Tingkat Bahaya

DAMPAK	MINOR 1	MODERAT 2	MAYOR 3	KATASTROPIK 4
	(Kegagalan yang tidak disadari oleh pasien dan tidak menimbulkan dampak dalam pelayanan kesehatan)	(Kegagalan dapat mempengaruhi proses pelayanan kesehatan tetapi menimbulkan kerugian minor)	(Kegagalan menyebabkan kerugian yang lebih besar terhadap pasien)	(Kegagalan menyebabkan kematian atau kecacatan)
Pasien	Tidak ada cedera, atau tidak adanya perpanjangan hari rawat	Perpanjangan hari rawat atau perpanjangan kualitas pelayanan untuk 1 atau 2 pasien	Kerugian terhadap fungsi organ tubuh (sensorik, motorik, psycologic atau intelektual), diperlukan operasi lanjut, perpanjangan hari rawat untuk 3 atau lebih pasien, peningkatan level pelayanan untuk 3 atau lebih pasien:	Kematian atau kerugian permanenterhadap fungsi tubuh (sensorik, motorik, physiologic atau intelektual), bunuh diri, pemerkosaan, reaksi transfusi, operasi pada bagian atau pada pasien yang salah, pemberian bayi pada orang tua yang salah
Pengunjung	Dievaluasi dan tidak dibutuhkan penanganan	Evaluasi dan penanganan untuk 1 atau 2 pengunjung	Perawatan untuk 1 atau 2 pengunjung	Kematian; atau perawatan 3 atau lebih
Staf:	Hanya penanganan ringan tanpa kerugian waktu atau tidak menimbulkan kecelakaan kerja	Pengeluaran Medis, kehilangan waktu atau ada kecelakaan kerja untuk 1 atau 2 staf	Perawatan 1 atau 2 staf atau 3 atau lebih, terjadi kecelakaan kerja	Kematian atau perawatan 3 atau lebih staf

Sumber: (DeRosier et al. 2002)

Sedangkan bila dilihat dari probabilitasnya terbagi pada level hampir tidak pernah warna hijau, level jarang warna kuning, level kadang-kadang warna orange dan level sering warna merah.

Tabel 4.3 : Analisis *Hazard* Tingkat Probabilitas

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

Sumber: (DeRosier et al. 2002)

Skor ditentukan dengan *matrix grading ratio*, angka yang didapatkan menentukan tindakan suatu tahapan proses dengan modus kegagalannya dikontrol, diterima atau dihilangkan. Nilai *hazard* 8 atau lebih menunjukkan probabilitas dan tingkat bahaya tinggi dan perlu dianalisa lebih lanjut.

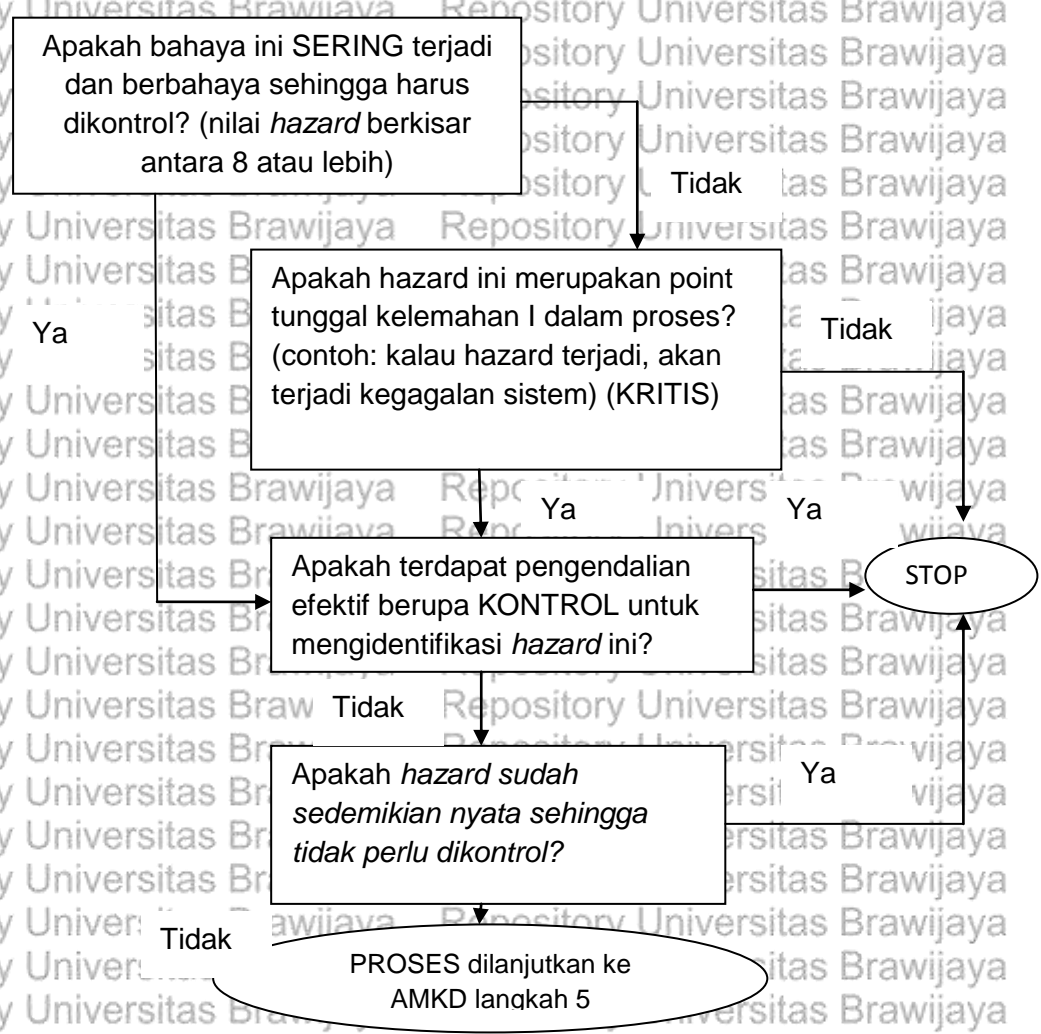
Tabel 4.4 Matrix Grading Ratio

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

Sumber: (DeRosier et al. 2002)

4.8 Pohon Keputusan (*Decision Tree*)

Setelah dilakukan analisa terhadap modus kegagalan suatu proses, digunakan pohon keputusan untuk menentukan apakah diperlukan tindakan lebih lanjut, apakah bahaya ini sering terjadi dan berbahaya sehingga harus dikontrol, apakah *hazard* ini merupakan poin tunggal kelemahan dalam proses, apakah terdapat pengendalian efektif untuk mengidentifikasi *hazard*, ataukah *hazard* sangat nyata sehingga tidak perlu dikontrol. Untuk proses dengan analisa modus kegagalan yang menghasilkan jawaban positif harus dilakukan eliminasi, dan dibuatkan rekomendasi untuk melakukan perubahan proses.



Gambar 4.1 Pohon Keputusan (Decision Tree) (DeRosier et al. 2002)

Keterangan: AMKD (Analisa Modus Kegagalan dan Dampaknya)

4.9 Identifikasi Tindakan dan Outcome

Dengan mempertimbangkan tingkat bahaya pada *matrix grading ratio* yang dihasilkan, tim memprioritaskan tingkat bahaya yang paling tinggi (katastropik) dalam merekomendasikan tindakan dan *outcome* hasil HFMEA. Berdasarkan rekomendasi yang dibuat tim HFMEA pihak manajemen akan memutuskan rekomendasi yang akan ditindak lanjuti dengan mempertimbangkan faktor keuangan, hukum, teknik pelaksanaan, dan juga faktor yang berpengaruh terhadap proses lain dengan menggunakan kriteria *matrix solusi* (PALMETTO 2009)

Tabel 4.5 : Kriteria Matrix Solusi

Tindakan		Bobot	Rekomendasi 1	Rekomendasi 2	Rekomendasi 3
MUSTS	Hukum	0,4	3 (skore tinggi = ada 46aying hukumnya)	3	3
	Ekonomi	0,2	3 (skore tinggi =murah)	0,6 3	0,6 3
	Teknik	0,1	1 (skore tinggi = mudah)	0,1 2	0,2 3
	sosial	0,1	5 (skore tinggi = berpengaruh terhadap proses lain)	0,5 3	0,3 4
	Jumlah	1		2,4	2,3
WANT	Ketersediaan SDM	0,4	2 (skore tinggi =banyak tersedia SDM)	0,6 2	0,8 2
					0,8

Sumber: (PALMETTO 2009)





BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil penelitian sesuai dengan tujuan penelitian. Dalam penelitian ini terdapat tiga tujuan yaitu, (1) mengidentifikasi potensi risiko insiden keselamatan pasien atau *failure mode* pada proses pelayanan operasi, (2) Mengidentifikasi penyebab potensi risiko insiden keselamatan pasien (*failure mode*) disetiap tahapan subproses pelayanan tindakan operasi, (3) Melakukan desain ulang prosedur pelayanan pasien dengan tindakan operasi yang lebih aman.

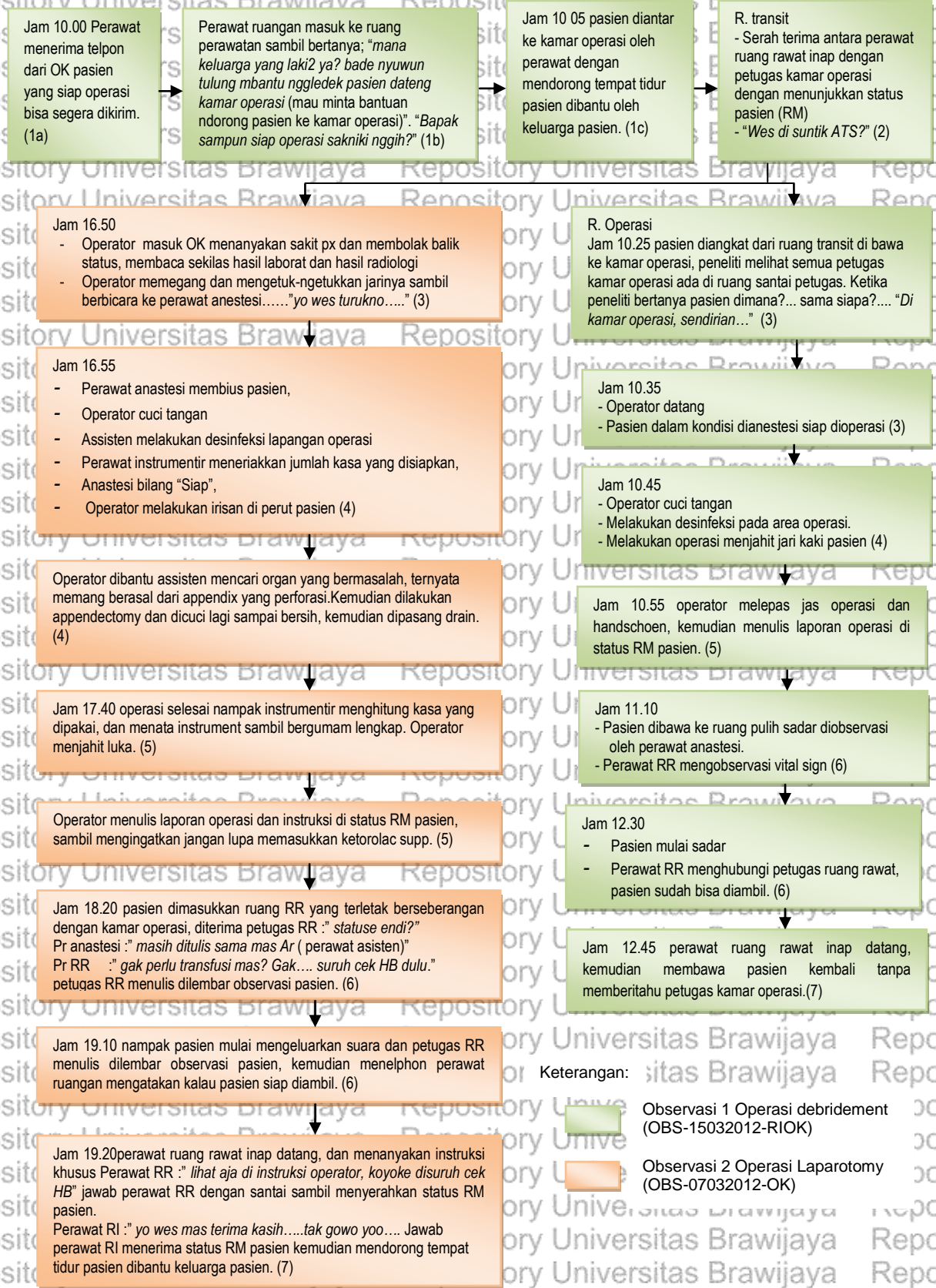
5.1 Identifikasi Potensi Risiko Insiden Keselamatan Pasien, Penyebab dan Analisa Hazard Pelayanan Pasien Operasi

Bagian ini mengidentifikasikan risiko potensial insiden keselamatan pasien, penyebab dan analisa *hazard* pada pelayanan pasien operasi sesuai dengan tahapan pada HFMEA. Untuk mengidentifikasi potensi risiko insiden keselamatan pasien atau *failure mode* pada proses pelayanan operasi perlu diketahui alur proses pelayanan pasien operasi yang sebenarnya.

5.1.1 Alur Proses Pelayanan Pasien Operasi

Bagian ini mendeskripsikan alur proses pelayanan pasien yang memerlukan tindakan operasi. Dengan mengetahui alur proses pelayanan pasien operasi dapat menjawab tujuan penelitian yaitu identifikasi risiko insiden keselamatan pasien atau *failure mode* pada proses pelayanan operasi.

Penelitian ini memfokuskan pada alur proses pelayanan pasien yang memerlukan tindakan operasi di rawat inap dan di kamar operasi. Pada tahap ini terdapat beberapa proses yang perlu dikaji yaitu, proses pelayanan pasien



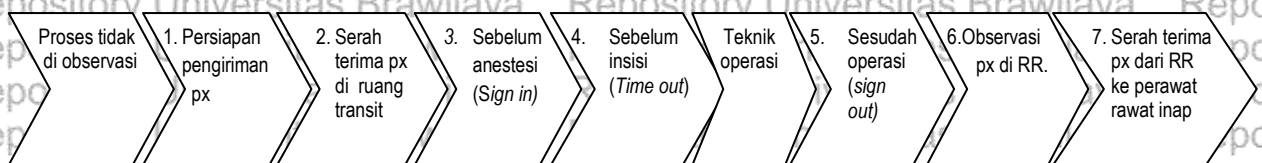
Keterangan:

- Observasi 1 Operasi debridement (OBS-15032012-RIOK)
- Observasi 2 Operasi Laparotomy (OBS-07032012-OK)

Sumber: Data primer 2012

Gambar 5.1 Bagan Alur Proses Pelayanan Pasien Operasi di Rumah Sakit X

Gambar 5.1 menunjukkan bahwa proses pelayanan operasi di rumah sakit X dimulai dari pengiriman pasien dari rawat inap menuju kamar operasi oleh perawat rawat inap. Sebelumnya telah dilakukan persiapan yang tidak diobservasi mulai dari penegakkan diagnosis sampai dengan pasien siap dibawa ke kamar operasi. Dilakukan serah terima pasien di ruang transit kamar operasi oleh perawat ruang rawat inap kepada petugas kamar operasi. Kemudian dilakukan persiapan sebelum pasien dianestesi, persiapan sebelum pasien diinsisi, sebelum pasien meninggalkan ruang operasi yang ketiga-tiganya dilakukan di kamar operasi oleh tim operasi. Subproses selanjutnya adalah observasi pasien di ruang pulih sadar/ *Recovery Room* (RR) yang dilanjutkan sub proses pengembalian pasien dari RR ke perawat rawat inap dilakukan di ruang transit kamar operasi.

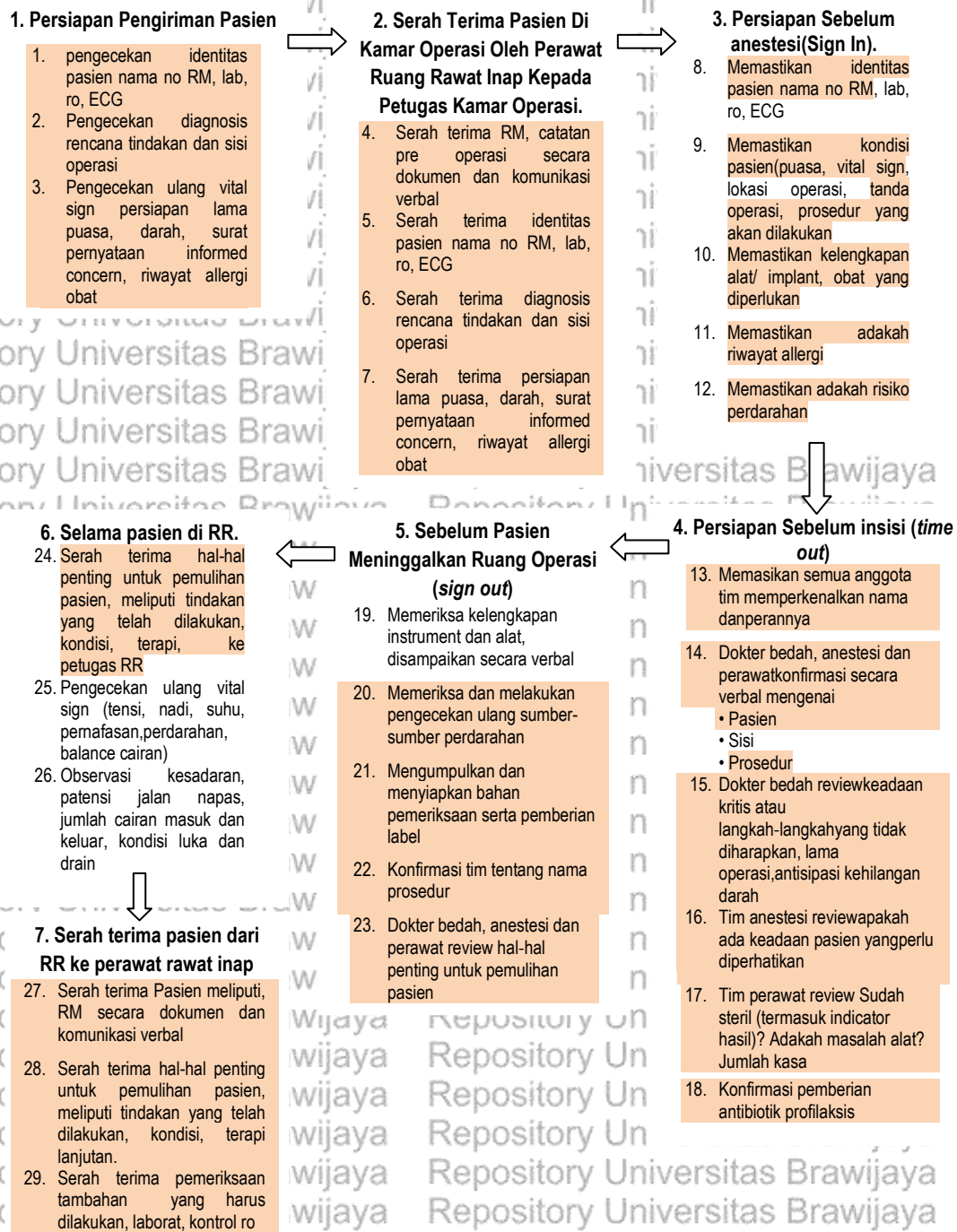


Sumber: Data primer 2012

Gambar 5.2 Alur Utama Prosedur Layanan Operasi

5.1.2 Potensi Risiko Insiden Keselamatan Pasien

Berdasarkan hasil dua observasi non partisipatif pada operasi pembersihan luka kotor (*debridement*) dan operasi *laparotomy appendicitis* perforasi yang membuka rongga perut ada beberapa perlakuan yang berbeda. Pada operasi membuka rongga tubuh dilakukan proses penghitungan kasa oleh instrumentir dan pengecekan diagnosis oleh operator sedangkan pada operasi *debridement* aktivitas penghitungan kasa dan pengecekan diagnosis tidak dilakukan. Peneliti mencoba membandingkan dengan standar prosedur operasional (SPO) di rumah sakit X serta standar keselamatan pasien WHO



Sumber: Data primer 2012

Gambar 5.3 Perbandingan Alur Tindakan Operasi dan Alur Ideal (WHO)

Keterangan: warna merah adalah subproses yang tidak dilakukan atau dilakukan dengan kurang lengkap pada proses pelayanan operasi di RS X



Dari 29 aktifitas pada 7 subproses pelayanan operasi, teridentifikasi 25 aktifitas yang tidak dilakukan ataupun dilakukan dengan tidak lengkap pada proses pelayanan pasien operasi di rumah sakit X dan menimbulkan 26 potensi risiko kegagalan. Ketika hal itu diklarifikasi pada perawat kamar operasi dan operator dalam wawancara tidak terstruktur tentang proses operasi *sign in, time out* dan *sign out*, keduanya memang menyatakan hal yang senada.

TS : "kata siapa?...jane mulai dulu ya ada...Cuma kitanya aja karena menganggap itu dah pekerjaan rutin jadi jarang dikerjakan...."

TS : "Iya yaitu tadi....saya juga... kalau operasi cek kecek(sederhana diperkirakan tanpa penyulit) jarang melakukan itu (time out), kalau operasi rodok rumit...baru kita kerjakan....jane mestine kabeh operasi kudune perlakuan sama....."
Jadi yo gak heran kadang malah operasi yang kelihatannya enak-enak aja malah bermasalah....lanjut beliau....

TS : " harus!!!!(kata beliau dengan nada penuh penekanan)....tapi ya itu tadi manusia.....kalau gak pernah kena masalah gak mau hati-hati dan seringkali menganggap pekerjaan sebagai rutinitas saja....padahal lho....sing diadepi nyowo...." (WSP-27022012-TS)

Sn : "kadosé nggeh sami mawon dok....., tergantung tim operasinya dan kasusnya...ada operator yang melakukan itu.....meskipun gak sedetil standar tapi kebanyakan gak....apalagi kasus-kasus mudah....waduh bisa-bisa mulai dari persiapan sd selesai hanya membutuhkan waktu 15 menit padahal operasi besar lho dok....." (sambil mengangkat alis mata dan bahu....) (WKRO-270212-Sn)

Kutipan wawancara tersebut menunjukkan bahwa anggota tim operasi termasuk operator tidak melakukan prosedur transisi sesuai dengan standar yang seharusnya. Tim operasi menganggap sebagai suatu rutinitas yang sering dilakukan, sehingga menjadikan pengecekan jarang dilakukan. Bahkan pada beberapa diskusi yang dilakukan dengan beberapa anggota tim operasi tergambar bahwa hampir semua bagian tidak melakukan prosedur transisi pasien antar bagian dengan benar.

Sn : "mereka sih melakukan serah terima lihat ceklist....tapi gak ngecek bener gaknya....yaaa....akhirnya kayak masalah persediaan darah yang tadi." (WKRO-270212-Sn)

AR : "Pada dasarnya sudah tau, untuk pemahaman masalah itu. Namun dengan berjalannya waktu dan keadaan yang... apa ya, istilahnya memang kita akui itu dari personal masing – masing orang juga. Jadi dari saya sendiri juga

kalau serah terima juga ya ndak sesempurna itu karena memang mungkin tadi betul belum pernah ketatalan tapi dengan processing seperti ini diharapkan memang perbaikan nanti bisa dilakukan, semua yang melakukan serah terima disini ya memang hampir hampir seperti yang dilihat Dr. Indi itu memang seperti itu jadi kita masih ngecek, kita ngecek ke status tapi memang tidak sedalam sampai menanyakan ke pasien.”

Sn : “Tapi ngeceknnya, ngecek. Tapi nggak nyampek tanya ke pasiennya namanya betul apa nggak seperti itu memang ndak. Hayo pingin ruh aku sopo sing serah terima sampek detil kayak gitu”

AR : “Ini saya juga nggak tau kenapa saya ndak melakukannya.”

(FGDALOP-07042012-OK)

Kutipan hasil diskusi di atas menggambarkan bahwa dengan berjalannya waktu, suatu aktifitas yang seringkali dilakukan dan tidak menimbulkan masalah menyebabkan seseorang akan terlena dan melupakan potensi risiko yang bisa terjadi. Pengecekan kembali dilakukan bila baru terjadi insiden, bisa disimpulkan reaktif dan bukan preventif.

5.2 Identifikasi Penyebab Potensi Risiko Insiden Keselamatan Pasien (Failure Mode)

Bagian ini mendeskripsikan identifikasi penyebab potensi insiden keselamatan pasien (*failure Mode*) yang diharapkan dapat menjawab tujuan kedua dari penelitian ini. Terdapat 7 subproses yang terdiri dari: 1. Subproses persiapan pengiriman pasien. 2. Subproses serah terima pasien di ruang transit kamar operasi oleh perawat ruang rawat inap kepada petugas kamar operasi. 3. subproses *sign in*. 4. Subproses *time out*. 5. Subproses *sign out*. 6. Subproses selama pasien di ruang RR. 7. Subproses serah terima pasien dari RR ke perawat rawat inap. Dan melakukan *Root Cause Analysis (RCA)* faktor penyebab.

5.2.1 Subproses Persiapan Pengiriman Pasien

Pada subproses persiapan pengiriman pasien dari rawat inap ke kamar operasi teridentifikasi 3 *potensial failure* yang disebabkan tidak dilakukan

pengecekan dokumen sebelum pengiriman atau tidak ada pengecekan identitas dengan komunikasi verbal terhadap pasien, karena perawat merasa yakin dan hafal dengan pasiennya. Seperti tergambar dalam diskusi alur pasien operasi dan HFMEA.

Hp : "Nanti tolong dibahas sebenarnya semua operasi prosedurnya sama dan sudah ada pakemnya yang nggak boleh di otak – atik, Cuma... disini kan operasinya nggak banyak sehari paling 5 itupun 24 jam lho... jadi... tek nggak apa pasienen yo kenemenen." (FGDHF-11042012-OK)

Tabel 5.1 : HFMEA Subproses Persiapan Pengiriman Pasien

HFMEA Langkah 4 - Analisis Hazard								
MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum	Potensi Penyebab	SKORING			Analisis Pohon Keputusan			
		Kegawatiran	Probabilitas	Nilai Hazard	Poin Tunggal Kekalahan ?	Adakah Kontrol/ Pengendalian ?	Apakah mudah di deteksi ?	Proses ?
Persiapan ngirim pasien (px) operasi								
a. Kesalahan identitas	Tidak dilakukan pengecekan sebelum pengiriman/ tidak ada komunikasi verbal merasa yakin dan hafal dengan px.	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
b. Kesalahan diagnosis dan sisi	Tidak dilakukan pengecekan sebelum pengiriman/ tidak ada komunikasi verbal, tidak melibatkan pasien	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
c. Kesalahan persiapan	Tidak dilakukan pengecekan sebelum pengiriman/ tidak ada komunikasi verbal	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya

Sumber: Data primer 2012

5.2.2 Subproses Serah Terima Pasien di Kamar Operasi oleh Perawat Ruang Rawat Inap kepada Petugas Kamar Operasi.

Dari analisa pada subproses serah terima pasien di ruang transit kamar operasi oleh perawat ruang rawat inap kepada petugas kamar operasi

teridentifikasi 4 *potensial failure* yang disebabkan karena tidak melakukan aktivitas cek dan recek secara tulisan maupun verbal terhadap pasien. Terdapat satu *potensial failure* dengan risiko ekstrim yaitu terjadinya perdarahan dan reaksi alergi karena tidak dilakukan pengecekan langsung maupun tulisan dan tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien.

Tabel 5.2 : HFMEA Subproses Serah Terima Pasien di Kamar Operasi oleh Perawat Ruang Rawat Inap kepada Petugas Kamar Operasi

HFMEA Langkah 4 - Analisis Hazard								
MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum	Potensi Penyebab	SKORING			Analisis Pohon Keputusan			
		Kegawatan	Probabilitas	Nilai Hazard	Poin Tunggal Kekemahan ?	Adakah Kontrol/ Pencegahan ?	Apakah mudah di deteksi ?	Proses ?
Serah terima pasien di kamar operasi oleh perawat ruang rawa tinap kepada petugas kamar operasi								
a. Ketidakeengkapan catatan RM	Tidak dilakukan pengecekan langsung tulisan/ tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
b. Kesalahan identitas	Tidak dilakukan pengecekan langsung tulisan/ tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien, dianggap rutinitas biasa	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
c. Kesalahan diagnosis, sisi operasi	Tidak dilakukan pengecekan langsung tulisan/ tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
d. Terjadinya perdarahan, terjadinya reaksi alergi	Tidak dilakukan pengecekan langsung tulisan/ tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien	4	2	8	Ya	Tidak	Tidak	Ya

Sumber: Data primer 2012

5.2.3 Subproses Persiapan sebelum Dilakukan Anestesi (*Sign in*)

Dari analisa pada subproses persiapan sebelum pasien dianestesi (*sign in*) di ruang operasi oleh tim operasi, terdapat 5 *potensial failure* yang disebabkan karena tidak melakukan adanya aktivitas cek dan recek secara tulisan maupun verbal terhadap pasien, dianggap prosedur rutin yang sudah biasa dikerjakan.

Pada subproses ini terdapat satu potensi risiko ekstrim terjadinya perdarahan karena tidak dilakukan pengecekan persediaan darah.

Tabel 5.3 : HFMEA Subproses Persiapan sebelum Dilakukan Anestesi (*Sign In*)

HFMEA Langkah 4 - Analisis Hazard								
MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum	Potensi Penyebab	SKORING			Analisis Pohon Keputusan			
		Kegawatan	Probabilitas	Nilai Hazard	Poin Tunggal Kekeliruan ?	Adakah Kontrol/ Pencegahan ?	Apakah mudah di deteksi ?	Proses ?
Sebelum dilakukan anestesi (<i>sign in</i>)								
a. Kesalahan identitas	Tidak dilakukan pengecekan langsung tulisan/ tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
b. Kesalahan sisi operasi	Tidak dilakukan komunikasi verbal, dianggap prosedur rutin	3	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
c. Kekurangan/ tidak tersedianya alat, implant, obat.	Tidak dilakukan pengecekan persiapan alat	4	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya
d. Terjadinya reaksi alergi durante op	Tidak dilakukan pengecekan langsung tulisan/ tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
e. Terjadinya perdarahan selama proses operasi	Tidak dilakukan pengecekan persediaan darah	4	2	8	Ya	Tidak	Tidak	Ya

Sumber: Data primer 2012

5.2.4 Subproses Persiapan Sebelum Insisi (*Time Out*)

Dari analisa pada sub proses persiapan sebelum pasien diinsisi/ *time out* di ruang operasi oleh tim operasi, terdapat 6 *potensial failure* yang disebabkan karena tidak melakukan adanya aktivitas cek dan recek secara tulisan maupun verbal terhadap pasien, dianggap prosedur rutin yang sudah biasa dikerjakan.

Tabel 5.4 : HFMEA Subproses Persiapan Sebelum Diinsisi (*Time Out*)

HFMEA Langkah 4 - Analisis Hazard								
MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum	Potensi Penyebab	SKORING			Analisis Pohon Keputusan			
		Kegawatan	Probabilitas	Nilai Hazard	Poin Tunggal Kalaupun ?	Adakah Kontrol/ Pengendalian ?	Apakah mudah di deteksi ?	Proses ?
Sebelum dilakukan insisi (<i>time out</i>)								
a. Tidak adanya komunikasi yang efektif selama melakukan tindakan operasi	Tidak dilakukan pengenalan secara verbal dan dokumen tim kecil, mereka sudah saling kenal	3	1	3	Ya	Tidak	Tidak	Ya
b. Terjadinya kekeliruan pasien, sisi lokasi operasi atau prosedur yang dilakukan	Tidak dilakukan konfirmasi secara verbal, menganggap sebagai suatu rutinitas	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
c. Tidak siapnya tim dalam mengantisipasi kejadian yang bersifat emergensi	Tidak dilakukan review keadaan kritis atau langkah-langkah yang tidak diharapkan	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
d. Tidak mengantisipasi kegawatan anestesi	Tidak dilakukan review keadaan kritis atau langkah-langkah yang tidak diharapkan	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
e. Tertinggalnya alat atau kasa di dalam rongga tubuh, adanya alat yang bermasalah.	Tidak dilakukan review tentang kesiapan dan jumlah alat yang tersedia	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
f. Belum diberikannya antibiotic profilaksis yang akan meningkatkan infeksi	Tidak dilakukan konfirmasi pemberian antibiotic profilaksis	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya

Sumber: Data primer 2012

5.2.5 Subproses Sebelum Pasien Meninggalkan Ruang Operasi

Dari analisa pada subproses sebelum pasien meninggalkan ruang operasi, terdapat 4 *potensial failure* yang disebabkan karena tidak melakukan adanya aktivitas cek dan recek secara tulisan maupun verbal terhadap tindakan yang sudah dilakukan. Pada subproses setelah operasi terdapat dua potensi risiko yang ekstrim.

Tabel 5.5 : HFMEA Subproses Sebelum Pasien Meninggalkan Ruang Operasi

HFMEA Langkah 4 - Analisis Hazard								
MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum	Potensi Penyebab	SKORING			Analisis Pohon Keputusan			
		Kegawatan	Probabilitas	Nilai Hazard	Poin Tunggal Kelemahan ?	Adakah Kontrol/ Penggendalian ?	Apakah mudah di deteksi ?	Proses ?
Sebelum pasien meninggalkan ruang operasi								
a. Terjadinya perdarahan dari jaringan yang dipotong.	Tidak dilakukan pengecekan ulang secara verbal	4	2	8	Ya	Tidak	Tidak	Ya
b. Tidak terambilnya atau hilangnya bahan pemeriksaan.	Tidak dilakukan konfirmasi secara verbal	4	2	8	Ya	Tidak	Tidak	Ya
c. Terjadinya kekeliruan observasi/ perawatan lanjutan untuk pemulihan pasien.	Tidak dilakukan konfirmasi ulang prosedur yang telah dikerjakan	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya
d. Terjadinya kekeliruan terapi dan perawatan lanjutan untuk pemulihan pasien	Tidak dilakukan review secara verbal dan dokumen oleh tim tentang hal – hal penting untuk pemulihan	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya

Sumber: Data primer 2012

5.2.6 Subproses Selama Pasien di Ruang RR

Dari analisa pada subproses selama pasien di ruang RR, terdapat 1 *potensial failure* yang disebabkan karena tidak melakukan adanya aktivitas cek dan recek secara tulisan maupun verbal terhadap tindakan yang sudah dilakukan, dan tidak melakukan observasi pasca operasi secara benar.

Tabel 5.6 : HFMEA Subproses Selama Pasien di Ruang RR

HFMEA Langkah 4 - Analisis Hazard								
MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum	Potensi Penyebab	SKORING			Analisis Pohon Keputusan			
		Kegawatan	Probabilitas	Nilai Hazard	Poin Tunggal Kematian ?	Adakah Kontrol/ Pengendalian ?	Apakah mudah di deteksi ?	Proses ?
Selama pasien di ruang pulih sadar / <i>recovery room</i> (RR) a. Terjadinya kekeliruan terapi dan perawatan lanjutan untuk pemulihan pasien	Tidak dilakukan proses serah terima secara verbal dan dokumen	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya

Sumber: Data primer 2012

5.2.7 Subproses Serah Terima Pasien dari RR ke Perawat Rawat Inap

Dari analisa pada subproses serah terima pasien dari RR ke perawat rawat inap di ruang transit kamar operasi, terdapat 3 *potensial failure* yang disebabkan karena tidak melakukan adanya aktivitas cek dan recek secara tulisan maupun verbal terhadap tindakan yang sudah dilakukan, dan tidak melakukan observasi pasca operasi secara benar.

Tabel 5.7 : HFMEA Subproses Serah Terima Pasien dari RR ke Perawat Rawat Inap

HFMEA Langkah 4 - Analisis Hazard								
MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum	Potensi Penyebab	SKORING			Analisis Pohon Keputusan			
		Kegawatan	Probabilitas	Nilai Hazard	Poin Tinggi/ Kelemahan ?	Adakah Kontrol/ Pengendalian ?	Apakah mudah di deteksi ?	Proses ?
Serah terima pasien dari RR ke perawat rawat inap.								
a. Terjadinya kesalahan pasien dan kelengkapan dokumen	Tidak dilakukan serah terima secara verbal dan dokumen	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
b. Terjadinya kesalahan terapi dan perawatan lanjutan	Tidak dilakukan serah terima secara verbal dan dokumen	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya
c. Tidak dilakukan pemeriksaan tambahan yang diadviskan	Tidak dilakukan serah terima secara verbal dan dokumen	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya

Sumber: Data primer 2012

Dari hasil FGD alur proses pelayanan pasien operasi dari 7 subproses didapatkan 26 aktifitas yang berpotensi terjadi kegagalan. Setelah melakukan scoring didapatkan *hazard score* antara 3 sampai dengan 8 seperti terlihat pada *bands* risiko yaitu derajat risiko yang digambarkan dalam 4 warna (biru, hijau, kuning, merah) seperti digambarkan pada tabel 5.8

1. *Bands* biru dan hijau : memerlukan investigasi sederhana
2. *Bands* kuning dan merah : memerlukan investigasi komprehensif/ RCA

Tabel 5.8 : Risk Grading Matrix

No.	Sub Proses	Extreme(8)	High(6)	Moderate(4)	Low(3)
1	Persiapan pengiriman pasien		1	2	
2	Serah terima pasien di kamar operasi oleh perawat ruang rawat inap kepada petugas kamar operasi	1		3	
3	Persiapan sebelum pasien dianestesi/ sign in	1	1	3	
4	Persiapan Sebelum Pasien Diinsisi/ time out		1	4	1
5	Sebelum Pasien Meninggalkan Ruang Operasi	2	2		
6	Selama pasien di ruang pulih sadar/ recovery room (RR)		1		
7	Serah terima pasien dari RR ke perawat rawat inap		2	1	
Jumlah		4	8	13	1

Sumber: Data primer 2012

Skor 8 (ekstrim) Risiko ekstrim, dilakukan RCA paling lama 45 hari, membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke top manager (direktur). Pada HFMEA proses pasien operasi di RS X teridentifikasi 4 potensi risiko insiden.

1. Risiko perdarahan selama proses operasi pada subproses serah terima pasien di kamar operasi oleh perawat ruang rawat inap kepada petugas kamar operasi karena tidak dilakukan pengecekan persediaan darah.
2. Risiko perdarahan selama proses operasi pada subproses persiapan sebelum pasien dianestesi/ sign in, karena tidak dilakukan pengecekan persediaan darah.
3. Risiko perdarahan dari jaringan yang dipotong pada subproses sebelum pasien meninggalkan kamar operasi (sign out) karena tidak dilakukan pengecekan ulang perdarahan dan tidak ada komunikasi verbal oleh seluruh anggota tim.

4. Tidak terambilnya atau hilangnya bahan pemeriksaan pada subproses sebelum pasien meninggalkan kamar operasi (*sign out*) karena tidak dilakukan komunikasi verbal dan pengecekan ulang dokumen.

5.2.8 *Root Cause Analysis* (RCA) Faktor Penyebab

Secara keseluruhan faktor penyebab di semua subproses adalah tidak dilakukannya pengecekan langsung atau terjadi kegagalan komunikasi terutama pada saat transisi. Bagian ini menganalisa faktor penyebab mengapa petugas kamar operasi di Rumah Sakit X tidak melakukan prosedur operasi sesuai standar terutama masalah serah terima (*hands off*). Berdasarkan diskusi dan wawancara peneliti menangkap beberapa faktor yang membuat mereka tidak melakukan pengecekan langsung terutama pada saat transisi prosedur standar operasi. Faktor-faktor tersebut adalah: 1. Faktor beban kerja (*workload*) yang berlebih, 2. Kompetensi petugas yang tidak sesuai, 3. Waktu operasi seringkali malam hari menimbulkan kelelahan, 4. Budaya patient safety pada petugas yang belum berkembang

a. Faktor beban kerja (*workload*) yang berlebih.

Beberapa diskusi dan wawancara yang menggambarkan beban kerja yang berlebihan.

Sn : "iya dok.....tapi benerpetugas kita memang masih kurangbelum bisa full tim on site semuaapalagi ketambahan RR.....hhhhh"(WKRO-270212-Sn)

Id : "kalau dihitung pershift harus on site semua ya jelas kurang dok....."

Bg : "satu tim khan minimal harus ada anestesi, asisten, instrument dan omloop berarti minimal harus ada 4 perawat jaga tiap shift....."(Wkbksbk-02042012-IdBg)

Hasil kesimpulan analisa beban kerja berdasarkan cara analisis cara *Demand* (Setyowati 2008). Hasil pemeriksaan dokumen laporan kegiatan kamar operasi tahun 2011 didapatkan rata-rata pasien dalam sehari 5 sd 6 pasien.

Tabel 5.9 : Analisa Kebutuhan Perawat Kamar Operasi

Perawatan	Pasien (hari)	Waktu (jam)	Total	Jam kerja/hari (jam)	Tenaga (tindakan)	Tenaga	Pembulatan
Operasi besar/khusus	4,04	5	20,2	7	4	11,2	11
Operasi sedang	1,4	2	2,6	7	4	1,5	2
Operasi kecil	0	0	0	7	4	0	0
Jumlah	5,44	7	22,8			12,7	13

Sumber: data laporan tahunan kamar operasi th 2011

Jumlah tenaga kamar operasi saat ini 14 orang, bila satu kali operasi memerlukan 4 orang yang terdiri dari 1 perawat anestesi, 1 perawat asisten, 1 perawat instrumentir, 1 perawat sirkuler maka sehari terbagi 3 shift terpenuhi kelebihan 1 sebagai kepala urusan yang lebih banyak mengurus manajemen. Bila ada satu shift yang cuti, libur atau sakit maka kekurangan 4 orang. Jadi setelah diperhitungkan dikurangi perawat cuti, libur, sakit serta pengembangan (pelatihan dll), kamar operasi membutuhkan perawat 17 orang, jadi kurang 4 orang perawat.

b. Kompetensi petugas yang tidak sesuai

Beberapa diskusi dan wawancara yang menggambarkan adanya kompetensi petugas yang tidak sesuai dan ketidak pahaman mereka tentang cara transisi dan komunikasi yang benar (belum pernah mengikuti training atau pelatihan dan hanya mengikuti senior).

Id : "Sebenarnya kalau jumlah tenaga cukup dok, cuma kompetensinya yang belum sesuai....tenaga kamar operasi yang full di OK ada 14 orang, 10 sudah pernah mengikuti pelatihan 3 orang perawat anestesi dan 7 orang dasar-dasar bedah umum, yang empat orang belum pernah mengikuti pelatihan....(W kbksbk-02042012-ldBg)

Sn : "Hhmm....mungkin belum semua tahu Memang sosialisasi untuk masalah itu kadang kita cuma belum sempat untuk mendudukkan teman – teman seperti ini. Mau saya sebenarnya pada waktu rapat – rapat seperti ini karena SPO yang kita buat itu sebenarnya juga SPO dadakan kan dulu kita bikinnya pada waktu, kalau SPO yang lama – lama sudah dari dulu ada dan dari dulu lama, mungkin yang baru – baru ini memang dadakan waktu kita mau akreditasi itu sehingga

sebagian memang sudah paham untuk masalah itu terutama untuk teman – teman yang sudah pernah di rumah sakit lain seperti pelatihan dan bagaimana sistemnya itu mereka sudah paham dengan itu tapi bagi teman – teman yang baru – baru memang banyak yang belum paham disosialisasikan. (WKRO-270212-Sn)

Klarifikasi dengan pemeriksaan dokumen kualifikasi tenaga perawat di kamar operasi tahun 2012. Pemeriksaan data tersebut menunjukkan 4 orang yang belum pernah mengikuti pelatihan dasar-dasar bedah umum dengan masa kerja di kamar operasi kurang dari satu (1) tahun di tugaskan sebagai perawat sirkuler. Peneliti juga melakukan klarifikasi tentang materi kuliah pada perawat maupun dokter dengan melakukan wawancara dengan dokter dan perawat. Ternyata memang belum ada yang mengajarkan kuliah tentang proses serah terima yang benar.

Id : " materi kuliah kusus gak ada dok...ya ikut-ikutan seniornya...di orientasi karyawan juga cuma disinggung sedikit..." (WPR-30042012-Id)

HP : " gak ada buk... paling yo melok-melok kakak kelas gitu..." (WBB-01052012-HP)

Tabel 5.10 : Karakteristik Petugas Kamar Operasi

	Kuantitas	Kualifikasi
Operator	SpB 3 orang SpOG 3 orang SpOT 2 orang SpBM 1 orang SpTHT 2 orang Semuanya berstatus PNS *	Memiliki ijazah STR dan SIP. Tiap tahun mengikuti PIT (pertemuan ilmiah tahunan). masa kerja Spesialis : 4 orang 15 th, 3 orang 7 th, 3 orang 3 th, 1 Orang 1 th.
Perawat Anestesi	3 orang dinas OK 1 orang diluar OK	Pendidikan D3 Kep semua. Memiliki ijazah, SIK, SIPP. Memiliki sertifikat Anestesi PPGD, BCLS, BTLS Masa kerja anestesi : 2 orang 9 th, 2 orang 3 th
Perawat asisten	2 orang dinas OK 1 orang diluar OK 1 orang di CSSD	Pendidikan D3 Kep semua. Memiliki ijazah, SIK, SIPP. Memiliki sertifikat Dasar - Dasar Bedah Umum, PPGD, Teknik sterilisasi (1 orang) Masa kerja asisten : 1 orang 8 th, 1 orang 6 th, 1 orang 3 th, 1 orang 1 th
Perawat instrument	4 orang dinas OK	Pendidikan D3 Kep. Memiliki ijazah, SIK, SIPP Memiliki sertifikat dasar dasar bedah umum Masa kerja instrument: 1 orang 8 th, 1 orang 5 th, 1 orang 4 th, 1 orang 1 th
Perawat sirkular	4 orang dinas OK 3 orang di luar OK (orientasi)	Pendidikan D3 Kep. Memiliki Ijazah SIK, SIPP. Memiliki sertifikat BLS, BCLS Masa kerja P. sirkuler: semua 1 th.

Sumber: Data ketenagaan kamar operasi th 2012

Jadwal dinas perawat kamar operasi satu hari terbagi dalam 3 shift yaitu shift pagi jam 07.00 – 14.00 WIB, shift sore jam 14.00 – 21.00 WIB, dan shift malam jam 21.00 – 07.00 WIB.

c. Waktu operasi seringkali malam hari menimbulkan kelelahan.

Seluruh operator berstatus dokter tamu bisa menjalankan tugas di RS X diluar jam dinasnya yaitu diatas jam 14.00 – 07.00 WIB, Mempengaruhi jadwal operasi, dimana operator lebih sering melakukan operasi pada shift sore dan malam.

Tabel 5.11 : Jumlah Operasi Tahun 2011

	Tahun 2011		
		%	
Jenis pembedahan	a. Operasi ringan	0	0,0%
	b. Operasi sedang	453	23,6%
	c. Operasi berat	1443	75,3%
	d. Operasi khusus	21	1,1%
Jumlah	1917	100%	
Jam operasi	a. Shift pagi	541	28,2%
	b. Shift sore	612	31,9%
	c. Shift malam	764	39,9%
Jumlah	1917	100,0%	

Sumber: Laporan Tahunan Kamar Operasi 2011

Petugas kamar operasi ada yang merangkap dinas di bagian lain beberapa tidak sesuai kualifikasi, sehingga semua petugas mendapatkan jadwal dinas diluar jam dinas mereka. Dinas *on call* membuat petugas tidak mengikuti proses dari awal, tidak dalam kondisi siaga dan memperpanjang rantai transisi.

Tabel 5.12 : Komposisi Tim Operasi

Tim operasi	Tahun 2011		%	
	ON SITE	ON CALL	ON SITE	ON CALL
a. Anestesi	630	1249	34%	66%
b. Asisten	616	1289	32%	68%
c. Instrument	772	1141	40%	60%
d. Omloop	381	1536	20%	80%
Jumlah	2399	5215	32%	69%

Sumber: Laporan Tahunan Kamar Operasi 2011

Beberapa wawancara juga menunjukkan faktor kelelahan yang dialami tim kamar operasi yang seringkali melakukan operasi pada malam hari.

TS : "SC.....iki operasi yang ke dua, jik kurang loro (2) maneh.....ket mambengi aku operasi 7, RSU 3 kene 4.....iki mau tak sambil visite bar iki tak mulih sik, mugo-mugo gak ada cito op.....lanjutnya sambil menggeliatkan badannya, nampak kalau beliau memang kecapekan. (WSP-27022012-TS)

Sn : "Niki dokmbahas operasi mulai tadi malam gak leren....sepagian tadi SC 3 cystectomy 1...."

All : "nggeh... semalam pak H operasi 4, mulai jam 9 sampai jam 2, sorenya pak Y operasi Orif Femur dan p M herniotomy...."

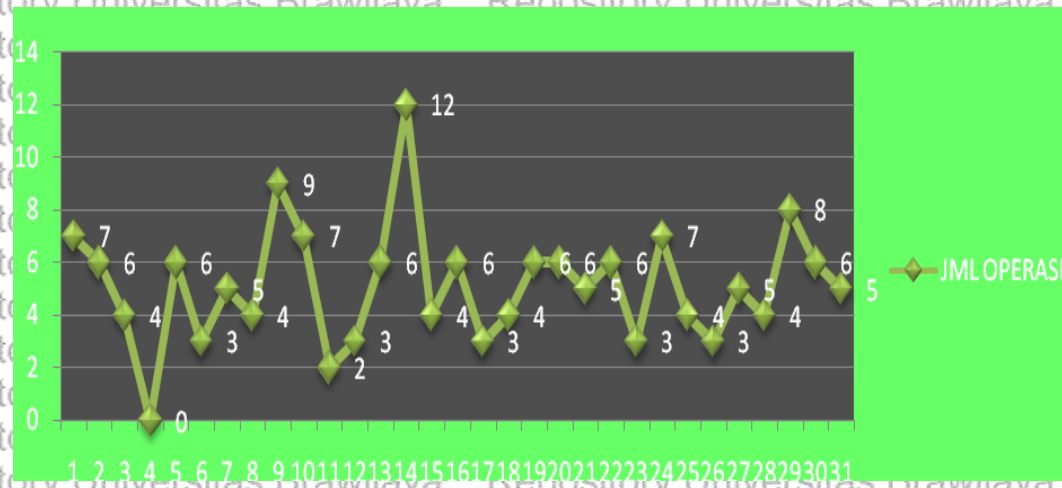
Al : "nggeh sering dok...."

Sn : "masalahnya dok, setelah operasi marathon kayak gitu....kayaknya 2 minggu capeknya belum hilang"

(WKRO-270212-Sn)

Peneliti mengklarifikasi dengan menganalisa dokumen operasi harian bulan maret 2012 yang menunjukkan bahwa jumlah operasi perhari yang melebihi 6

pasien dalam sebulan terjadi dalam 5 hari, bahkan ada yang mencapai 12 pasien. (Gambar 5.4)



Sumber: Data primer 2012

Gambar 5.4 Jumlah Pasien Operasi Perhari Maret 2012

d. Budaya patient safety pada petugas

Beberapa diskusi dan wawancara yang menunjukkan adanya kebiasaan Tim operasi, dokter operator dan petugas lain yang tidak mendukung adanya budaya *patient safety*, terutama pada dimensi budaya *Organizational learning*, *hospital handoffs and transitions* (serah terima), *Openness* (keterbukaan), *Respon non-punitif* terhadap kesalahan, frekuensi pelaporan kejadian.

Wr : "Mereka nggak fokus dengan kelimuannya masing-masing. Instrumenter fokus pada instrumennya, asistennya fokus membantu operator, anestesinya itu fokus pada penanganan pasiennya selama di anastesi. Tolong tidak usah diperintah ya... Masak Kita harus tiap hari mengingatkan..."

Sn : *“Jadi memang mungkin budaya untuk terutama dokter – dokter kita yang sudah senior – senior mungkin perlu lagi, awal – awalnya mungkin pahit ya Bu Indi ya... Karena mungkin pasti ditertawakan ‘apa – apaan sih rek – rek...’ mungkin seperti itu, karena memang budaya kita memang seperti itu kadang – kadang dokternya masih diruang mana ‘tidurkan pasiennya’ itu yang sering seperti itu. Jadi kita kadang – kadang ya sudah mungkin memang budaya kita sekarang ini sudah mengarah pada budaya coboy.”*

Ar : *“Kalau yang saya rasakan masalah serah terima itu kenapa tidak berjalan dengan sesuai prosedur, disatu sisi saya tetap menganggap serah terima dengan cara ini itu sudah cukup dan selama ini tidak ada masalah itu yang pertama. Yang jelas pendapat itu yang salah tapi itu yang kami rasakan memang begitu lho yang penyebabnya itu. Yang kedua, serah terima yang sedetail itu memang makan waktu itu yang belum terbudaya pada kita.” (FGDALOP-07042012-OK)*

Gambaran tentang belum berkembangnya budaya *patient safety* di rumah sakit X nampak pada beberapa diskusi dan wawancara dimana terungkap di bagian lainpun sering terjadi potensi risiko kegagalan dan belum ada mekanisme proaktif untuk mengantisipasi risiko ini yang terjadi adalah pendekatan reaktif.

Ts : *“Tapi hebat lho.....anak-anak sini kerjone tetap bagus lumayan disiplin...yo kl ada nggleore yo maklum....lha gak tau ditunggoki... (WWSP-27022012-TS)*

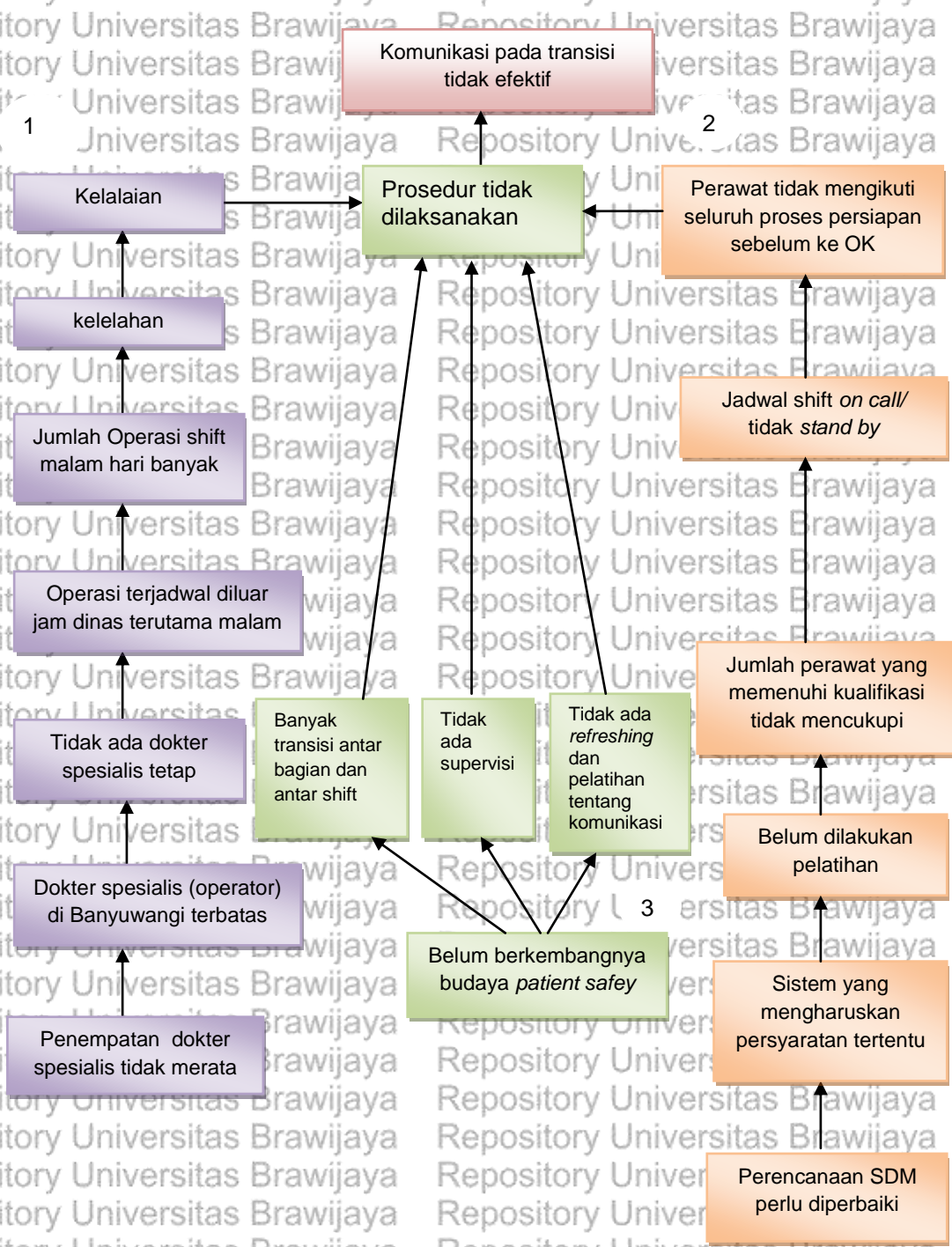
Sr : *“Lha seperti masalah serah terima, kayaknya Cuma seperti itu, tapi khan sering kita menemukan tertukarnya hasil laborat atau radiologi...”*

Sp : *“Iya Dok... Kapan hari ada yang kehilangan hasil CT scan...” (FGDHP-11042012-OK)*

Kk : *“Sebenarnya kami juga sudah membuat ekspedisi serah terima untuk laborat tapi ya gitu... Kosong nggak pernah diisi... Pada saat dibutuhkan kita cari... Eeee... Kosong.”*

Id : *“Betul... Mungkin evaluasi kita yang kurang, biasanya khan anget – anget tai ayam kalau ada masalah semua bergerak buat ini itu... setelah itu lupa.” (FGDHP-11042012-OK)*

Dari hasil RCA, peneliti mencoba menuangkan dalam suatu bagan alur akar masalah penyebab potensi risiko insiden keselamatan pasien operasi, sebagai berikut:



Gambar 5.5 Alur Akar Masalah

Berdasarkan skema dan hasil RCA ditetapkan rumusan akar masalah;

1. Tidak lengkapnya perawat OK yang memenuhi kualifikasi menyebabkan jadwal dinas jaga sebagian dibuat *on call*, sehingga tidak mengikuti proses sejak awal, prosedur tidak dilaksanakan dapat menyebabkan komunikasi yang tidak efektif dan menimbulkan potensi risiko insiden keselamatan pasien.
2. Semua operator berstatus dokter tamu sehingga operasi banyak dilakukan sore atau malam hari menyebabkan *overwork*. Hal ini menimbulkan keteledoran, menyebabkan penurunan ketelitian, dan cenderung melewati prosedur pengecekan yang berakibat terjadinya potensi risiko insiden keselamatan pasien.
3. Belum berkembangnya budaya *patient safety* pada dimensi *Organizational learning, hospital handoffs and transitions* (serah terima), *Openness* (keterbukaan), Respon *non-punitif* terhadap kesalahan, frekuensi pelaporan kejadian, menyebabkan tidak berkembangnya supervisi dan prosedur serah terima yang benar. Banyaknya transisi pada satu bagian dan antar bagian selama prosedur operasi, menyebabkan prosedur tidak dilaksanakan, menimbulkan dampak risiko kehilangan atau tidak tersampainya informasi penting secara lengkap.

5.2.9 Identifikasi Solusi Potensi Risiko Insiden Keselamatan Pasien

Bagian ini merupakan langkah ke 5 tahapan HFMEA, yaitu mengidentifikasi tindakan perbaikan dan outcome yang diperlukan dalam solusi potensi risiko insiden keselamatan pasien seperti dalam tabel 5.13

Tabel 5.13 : Identifikasi Tindakan & Outcome

HFMEA Langkah 5 - Identifikasi Tindakan & Outcome					
No	Tipe Tindakan (Kontrol, terima, Eliminasi)	Tindakan / Alasan untuk mengakhiri	Ukuran Outcome	Yang Bertanggung Jawab	Dukungan Manajemen
1 sd 4 (Risiko Ekstrem/ <i>Extreme</i>)	Kontrol	Menambah SDM, Supervisi, pelatihan transisi dan <i>refreshing</i> berkala, <i>morning report</i> , <i>redesign</i> prosedur	Berkembangnya budaya <i>patient safety</i> prosedur dilaksanakan sesuai standar dan konsisten. Tidak ada insiden	CEO/ kabid yanmed	Fasilitas dan pelatihan, penyesuaian kebijakan prosedur.
5 sd 12 (Risiko Tinggi/ <i>High</i>)	Kontrol	Menambah sdm,Supervisi, pelatihan transisi, <i>refreshing</i> berkala, <i>morning report</i> , <i>redesign</i> prosedur	Berkembangnya budaya <i>patient safety</i> prosedur dilaksanakan sesuai standar dan konsisten. Tidak ada insiden	Ceo/ kabid yanmed	Fasilitas dan pelatihan, penyesuaian kebijakan prosedur.
13 sd 25 (Risiko Sedang/ <i>Moderate</i>)	Kontrol	Menambah sdm,Supervisi, pelatihan transisi, <i>refreshing</i> berkala, <i>morning report</i> , <i>redesign</i> prosedur	Berkembangnya budaya <i>patient safety</i> prosedur dilaksanakan sesuai standar dan konsisten. Tidak ada insiden	ka inst	Fasilitas dan <i>refreshing</i>
26 (Risiko Rendah/ <i>Low</i>)	Kontrol	Menambah sdm,Supervisi, pelatihan transisi, <i>refreshing</i> berkala, <i>morning report</i> , <i>redesign</i> prosedur	Berkembangnya budaya <i>patient safety</i> prosedur dilaksanakan sesuai standar dan konsisten. Tidak ada insiden.	Ka inst	Fasilitas dan <i>refreshing</i>

Sumber: Data primer 2012

Setelah teridentifikasi adanya potensi risiko insiden dan penyebab potensial kemudian dilakukan identifikasi tindakan dan *outcome* yang diharapkan, berdasarkan *hazard score* dan analisa pohon keputusan. Semua direkomendasikan untuk ditindak lanjuti karena prosedur operasi adalah prosedur

yang saling terkait (*tight couple*). Bila dari awal ada kekeliruan akan terus salah sampai proses berakhir, sedangkan *outcome* yang diharapkan adalah kesadaran seluruh petugas yang terlibat untuk dikerjakannya semua prosedur operasi sesuai dengan standar secara konsisten, dengan melakukan komunikasi efektif dan memperpendek rantai transisi antar bagian dan antar shift sehingga bisa meminimalisir adanya insiden pada semua aktifitas subproses pelayanan pasien operasi di RS X.

Tabel 5.14 : Tindakan yang Direkomendasikan

Akar Masalah	Tindakan	
	Jangka Pendek	Jangka Panjang
Jumlah perawat yang memenuhi kualifikasi tidak mencukupi	Memindahkan perawat yang sesuai dari unit lain ke OK	Pelatihan Evaluasi sistem pengembangan SDM Rekrutmen perawat sesuai kualifikasi yang dibutuhkan
Tidak ada dokter spesialis tetap	penawaran kerjasama dengan operator tidak terikat dengan institusi pemerintah	Advokasi ke pemda tentang pengadaan dokter spesialis MOU dengan center-center pendidikan
Belum berkembangnya budaya <i>patient safety</i>	Mengadakan <i>refreshing</i> berkala, supervisi rutin dengan waktu yang tidak ditentukan, morning report atau audit medis	Monitoring dan evaluasi berkala
Banyak transisi antar bagian dan antar shift	<i>Redesign</i> prosedur	Evaluasi monitoring rutin berkala tentang pelaksanaan prosedur

Sumber: data primer 2012

1. Mengirimkan perawat kamar operasi untuk mengikuti pelatihan.

Mengirimkan 4 empat orang perawat yang belum pernah mengikuti pelatihan perawat kamar operasi, dengan tujuan untuk melengkapi tim operasi sehingga tidak ada lagi jadwal yang *on call*. Upaya mencari informasi tempat pendidikan

dan biaya pendidikan untuk diajukan ke pihak manajemen. Sementara menunggu perawat yang dilatih kekosongan formasi bisa diisi tenaga perawat yang memiliki kualifikasi kamar operasi dari unit lain.

2. *Melakukan pelatihan tentang transisi dan komunikasi.*

Melakukan *inhouse training* tentang transisi dan komunikasi efektif bagi seluruh karyawan, yang dimaksudkan untuk meningkatkan komunikasi antar dan inter bagian di seluruh rumah sakit dengan harapan berkembangnya dimensi budaya *hospital handoffs and transitions* (serah terima), *openness* (keterbukaan) Mencari informasi tentang pelatihan dan biaya yang dibutuhkan.

3. *Refreshing berkala, morning report.*

Menjadwalkan refreshing rutin tentang komunikasi dan keselamatan pasien untuk menumbuhkan kepekaan dan kepedulian terhadap potensi risiko insiden keselamatan pasien. Penjadwalan rutin morning report yang bertujuan untuk melakukan pembelajaran yang merupakan dimensi budaya *organizational learning* sebagai dasar untuk meminimalisir dan mencegah terjadinya insiden berikutnya.

4. *Supervisi, monitoring dan evaluasi.*

Supervisi rutin yang diadakan dengan tidak terjadwal diharapkan bisa meningkatkan kepedulian terhadap masalah keselamatan pasien, memperlihatkan bahwa keselamatan pasien menjadi prioritas dan membantu membangun budaya keterbukaan dan salah satu cara untuk mengumpulkan dan berbagi informasi. Monitoring dan evaluasi dilakukan berkala untuk melihat perkembangan kinerja yang berdasarkan kepedulian terhadap keselamatan pasien.

5. *Redesign prosedur pasien operasi.*

Menyusun prosedur baru yang direkomendasikan badan dunia (WHO), dengan tetap mempertimbangkan keseimbangan antara instruksi pusat dan kearifan



lokal, karena dikawatirkan kompleksnya suatu prosedur akan menimbulkan budaya ketidak patuhan. Mencari sumber referensi dan menyusun prosedur dengan melibatkan seluruh anggota tim terkait.

6. *Rekrutmen operator tetap.*

Melakukan advokasi tentang penempatan dokter spesialis pada PEMDA setempat dan mengajukan kerjasama dengan center-center pendidikan dokter spesialis. Sementara itu jangka pendek bisa membuat penawaran kerjasama dengan operator yang tidak terikat dengan institusi pemerintah sehingga bisa melakukan tugas secara benar tanpa harus melakukan pemendekan siklus prosedur yang bisa mengakibatkan adanya potensi risiko.

Beberapa kutipan hasil FGD tentang *redesign* dan usulan tindakan yang diperlukan menggambarkan betapa pentingnya segera membangun budaya *patient safety* terutama pada dimensi *organizational learning, hospital handoffs and transitions* (serah terima), *openness* (keterbukaan), respon *non-punitif* terhadap kesalahan, frekuensi pelaporan kejadian.

Id : "Betul... Mungkin evaluasi kita yang kurang, biasanya khan anget – anget tai ayam kalau ada masalah semua bergerak buat ini itu... setelah itu lupa."

All : "Ha...haha..."

Sr : "Refreshing perlu kita adakan lagi, sepertinya dua tahun ini kita vacuum. Maksud saya refreshing tentang protap – protap."

Dv : "Gimana ya caranya supaya kita nggak males melakukan hal – hal yang sesuai standard? Saya juga banyak melihat... Ya saya sendiri juga namanya operan itu kok gimana ya..."

Dv : "Maksud saya... Saya tahu itu berisiko tapi mau mengerjakan detil itu kok seperti ada yang nggandoli." (FGDHP-11042012-OK)



Tabel 5.15 Kriteria Matrix Solusi Potensi Risiko Insiden Keselamatan Pasien

Tindakan	Bobot	Melakukan Rekrutment Tenaga Operator	Mengirimkan Tenaga OK untuk Mengikuti Pelatihan	Melakukan Pelatihan Tentang Transisi Dan Komunikasi	Refreshing Berkala dan morning report	Supervisi, Monitoring dan Evaluasi	Redesign Procedure Pasien Operasi	
MUSTS	Efektive	0,4	2	0,8	4	1,6	3	1,2
	Ketersediaan uang	0,2	1	0,2	2	0,4	3	0,6
	Kemudahan	0,1	1	0,1	2	0,2	3	0,1
	Pengaruh terhadap lingkungan	0,1	3	0,3	3	0,3	3	0,3
	Jumlah		1,4	2,5	2,2	3,1	3	2,7
WANT	Ketersediaan SDM	0,4	1	0,4	3	1,2	4	1,6
Jumlah			1,8	3,7	3,8	4,3	4,2	4,3

Sumber: Data primer 2012

Dari 6 rekomendasi setelah dilakukan kriteria matrix solusi skor >4 berdasarkan persetujuan manajemen untuk segera ditindak lanjuti.

1. *Refreshing* berkala dan morning report kasus sebagai proses pembelajaran yang akan dilakukan sebulan sekali dengan materi bervariasi dan selalu disertai materi tentang program keselamatan pasien.
2. *Redesign* prosedur pasien operasi diharapkan bisa meminimalisir potensi risiko yang ada.
3. Supervisi, monitoring dan evaluasi segera dilaksanakan.

Tabel 5.16 : Plan of Action (POA)

No	Akar masalah	Tindakan		Tingkat rekomendasi	Penanggung jawab	Sumber daya yang dibutuhkan
		Jangka Pendek	Jangka Panjang			
1	Jumlah perawat yang tidak memenuhi kualifikasi tidak mencukupi	Memindahkan perawat yang sesuai kualifikasi dari unit lain ke OK	- Pelatihan - Evaluasi sistem pengembangan SDM - Rekrutmen perawat sesuai kualifikasi yang dibutuhkan	Individu	CEO	SDM, Dana
2	Tidak ada dokter spesialis tetap	penawaran kerjasama dengan operator yang tidak terikat dengan institusi pemerintah	Advokasi ke pemda tentang pengadaan dokter spesialis MOU dengan fakultas kedokteran	Tim	CEO	SDM, Dana
3	Belum berkembangnya budaya <i>patient safety</i>	Mengadakan <i>refreshing</i> berkala, supervisi rutin dengan waktu yang tidak ditentukan, <i>morning report</i> atau audit medis	Monitoring dan evaluasi berkala	RS	Kabid Yanmed	SDM, Dana
4	Banyak transisi antar bagian dan antar shift	<i>Redesign</i> prosedur dan pelatihan <i>refreshing</i> berkala tentang komunikasi dan transisi.	Evaluasi, monitoring rutin berkala tentang pelaksanaan prosedur	RS	Kabid Yanmed	SDM

Sumber: Data primer 2012



5.3 Redesign Prosedur Pelayanan Pasien Operasi

Bagian ini menyajikan *redesign* prosedur pelayanan pasien operasi yang sudah disesuaikan dengan standar WHO yang diharapkan dapat menjawab pertanyaan penelitian tentang *redesign* prosedur pasien operasi. Untuk menghindari terjadinya ketidak patuhan dalam melaksanakan prosedur, *redesign* yang dilakukan tetap mengacu pada kemampuan dan kesepakatan tim operasi Rumah Sakit X. Dalam setiap tahapan subproses ditentukan tindakan apa yang harus dilakukan, terhadap siapa tindakan harus dilakukan, siapa yang mengerjakan dan alat apa yang diperlukan harus sudah ditentukan dalam *checklist*.

Hasil diskusi yang menggambarkan adanya kesepakatan untuk melakukan prosedur operasi sesuai standar tapi tetap mengacu pada kemampuan yang ada.

Ar : "Hmmm... Anu Dok... kayaknya alur yang ditunjukkan Dokter tempo hari yang mmm... kagungane WHO... video niku lho Dok... Jane lek dikerjakne tenanan ya sip... jadi kita buat check list"

Hp : "O... Iyo... Aku barusan ikut pelatihnannya, apik Bu... Paling tidak ada hal-hal yang bisa dikerjakan di RS. Kayak itu lho... ada briefing, de briefing, sign in, time out dan sign out...tapi ya...gak perlu sedetil itu..."

Sn : "Saya kemarin sudah membicarakan sama teman – teman OK, kita sepakat yang serah terima dan yang melakukan pengecekan dan koordinator *checklist* untuk melihat ituomloop saja soalnya dia khan yang paling bebas bergerak."

Sr : "Perawat yang ngirim adalah perawat yang ngecek persiapan Px... Jadi... dia khan harus ngecek kondisi Px sesuai dengan *checklist* sesaat sebelum dikirim." (FGDRD-19052012-OK)

Beberapa *checklist* yang harus diadakan yaitu, *checklist* persiapan pengiriman pasien dari rawat inap, *check list sign in*, *check list time out* dan *check list sign out*. Diperlukan adanya kebijakan atau standar prosedur operasional (SPO).

1. Kebijakan identitas pasien.

Minimal 2 identitas pasien, nama pasien dan nama orang tua laki-laki, nomor RM dan umur (tanggal lahir), gelang nama pasien. Identifikasi pasien dilakukan sebelum melakukan transisi, tindakan atau pengobatan.

2. Kebijakan komunikasi efektif

Dalam setiap menerima instruksi pada akhir pembicaraan harus melakukan "read back" baik itu instruksi lisan/ telephon atau melaporkan hasil tes. Setiap informasi yang disampaikan membutuhkan verifikasi oleh orang yang menerima informasi dengan "hear back"/ baca ulang apa yang di dengar. Dalam keadaan emergensi: penerima order mengulang kembali nama pasien, diagnosis, tindakan, obat dan dosis, mengeja. mis : 16 menjadi satu-enam.

Penerimaan dan pengiriman pesan: mencatat tanggal, jam dan tanda tangan.

Prosedur persiapan pasien masuk ruang operasi/ sign in

1. Koordinator *checklist* (perawat sirkuler) secara lisan melakukan konfirmasi dengan pasien (bila memungkinkan) tentang identitasnya, sisi bedah serta prosedur yang akan dijalankan, & *informed consent* untuk operasi sudah ada.
2. Koordinator akan mengkonfirmasi/ melihat bahwa sisi yang akan dioperasi sudah ditandai (bila sesuai)
3. *Anesthesia safety check*: mereview bersama staf anestesi mengenai risiko pasien kehilangan darah, kesulitan pada jalan nafas dan alergi, juga apakah sudah dilakukan *safety check* secara lengkap terhadap alat dan bahan-bahan anestesi.
4. Cek pulsasi oximeter terpasang dan berfungsi
5. Idealnya, operator bedah hadir untuk 'Sign In', karena ahli bedah mempunyai gagasan yang lebih jelas mengenai antisipasi perdarahan/ kehilangan darah (>500 ml, 7 ml/kg pada anak) → perlu dua IV line & satu central venous catheter. Dalam kesepakatan operator tidak harus selalu mengikuti proses *sign in*.
6. Cek potensi alergi/ faktor – faktor potensial terjadinya komplikasi.

Prosedur sebelum Insisi/ time out

1. Seluruh anggota tim memperkenalkan diri, baik nama dan perannya, tidak harus dilakukan mengingat seluruh anggota tim sudah saling mengenal dan mengetahui tugas masing – masing.
2. Tim akan mengambil jeda sesaat sebelum insisi kulit untuk melakukan konfirmasi dengan suara lantang: tentang operasi yang benar, pasien yang benar dan sisi yang benar.
3. Operator review: kemungkinan langkah yang menyebabkan KTD, durasi operasi, keperluan alat khusus/ implants dsb.
4. Review tim anestesi: blood loss, hemodinamik tidak stabil.
5. Perawat review: sterilitas alat/ perlengkapan.
6. Mereka juga akan mengkonfirmasi bahwa antibiotika profilaktik sudah diberikan 60 menit sebelumnya.
7. Cek imaging telah dipampang sesuai kebutuhan.

Prosedur sebelum keluar kamar operasi/ sign out

1. Perawat review: nama prosedur/ operasi yang telah dilakukan.
2. Review kelengkapan instrument, spons dan jarum dengan benar.
3. Memastikan pemberian label pada setiap *speciment* bedah sudah dilakukan.
4. Mereview perlengkapan: setiap alat yang tidak/ kurang berfungsi atau hal – hal penting yang perlu diberi perhatian.

Operator, staf anestesi dan perawat mereview pemulihan post op rencana pokok serta perhatian pada pengelolaan pasca operasi dan masa *recovery* sebelum memindahkan pasien dari kamar bedah.

1. Persiapan Pengiriman Pasien

- 1. Pengecekan identitas pasien nama no RM, lab, ro, ECG secara dokumen dan verbal
- 2. Pengecekan diagnosis rencana tindakan dan sisi operasi melibatkan pasien secara dokumen dan verbal
- 3. Pengecekan ulang vital sign persiapan lama puasa, darah, surat pernyataan informed concern, riwayat alergi obat

2. Serah Terima Pasien Di Kamar Operasi Oleh Perawat Ruang Rawat Inap Kepada Petugas Kamar Operasi.

- 4. Serah terima RM, catatan pre operasi secara dokumen dan komunikasi verbal
- 5. Serah terima identitas pasien nama no RM, lab, ro, ECG
- 6. Serah terima diagnosis rencana tindakan dan sisi operasi
- 7. Serah terima persiapan lama puasa, darah, surat pernyataan informed concern, riwayat alergi obat

3. Persiapan Sebelum anestesi (Sign In).

- 8. Memastikan identitas pasien nama no RM, lab, ro, ECG
- 9. Memastikan kondisi pasien (puasa, vital sign, lokasi operasi, tanda operasi, prosedur yang akan dilakukan)
- 10. Memastikan kelengkapan alat/ implant, obat yang diperlukan
- 11. Memastikan adakah riwayat alergi
- 12. Memastikan adakah risikoperdarahan

6. Selama pasien di RR

- 24. Serah terima hal-hal penting untuk pemulihan pasien, meliputi tindakan yang telah dilakukan, kondisi, terapi, kepetugas RR
- 25. Pengecekan ulang vital sign (tensi, nadi, suhu, pernafasan, perdarahan, balance cairan)
- 26. Observasi kesadaran, patensi jalan napas, jumlah cairan masuk dan keluar, kondisi luka dan drain

5. Sebelum Pasien Meninggalkan Ruang Operasi (sign out)

- 19. Memeriksa kelengkapan instrument dan alat, disampaikan secara verbal
- 20. Memeriksa dan melakukan pengecekan ulang sumber-sumber perdarahan
- 21. Mengumpulkan dan menyiapkan bahan pemeriksaan serta pemberian label
- 22. Konfirmasi tim tentang nama prosedur
- 23. Dokter bedah, anestesi dan perawat review hal-hal penting untuk pemulihan

4. Persiapan Sebelum insisi (time out)

- 13. Memastikan semua anggota tim memperkenalkan nama dan perannya
- 14. Dokter bedah, anestesi dan perawat konfirmasi secara verbal mengenai
 - Pasien
 - Sisi
 - Prosedur
- 15. Dokter bedah review keadaan kritis atau langkah-langkah yang tidak diharapkan, lama operasi,antisipasi kehilangan darah
- 16. Tim anestesi review apakah ada keadaan pasien yang perlu diperhatikan
- 17. Tim perawat review Sudah steril (termasuk indikator hasil)? Adakah masalah alat? Jumlah kasa
- 18. Konfirmasi pemberian antibiotik profilaksis

7. serah terima pasien dari RR ke perawat rawat inap

- 27. Serah terima Pasien meliputi, RM secara dokumen dan komunikasi verbal
- 28. Serah terima hal-hal penting untuk pemulihan pasien, meliputi tindakan yang telah dilakukan, kondisi, terapi lanjutan.
- 29. Serah terima pemeriksaan tambahan yang harus dilakukan, laborat, kontrol ro

Sumber: Data primer 2012

Gambar 5.6 Redesign Alur Pelayanan Pasien Operasi

Keterangan: Warna hijau adalah tindakan pada subproses yang diperbarui (redesign) yang harus dikerjakan secara lengkap.

Untuk meminimalisir potensi risiko kegagalan dan memperpendek rantai transisi, ditetapkan perawat rawat inap yang mengirim pasien ke OK adalah perawat yang sama yang melakukan pengecekan sebelum mengirim pasien.

Petugas OK yang menerima pasien atau yang melakukan serah terima dengan perawat ruangan adalah perawat sirkuler yang sekaligus bertugas sebagai koordinator *checklist* untuk melakukan konfirmasi perawat pada subproses *sign in*, *time out* maupun *sign out*. Sedangkan kesepakatan yang lain operator tidak harus selalu mengikuti subproses *sign in* dan tidak perlu melakukan perkenalan terlebih dahulu antar anggota tim operasi. Beberapa hasil diskusi yang menggambarkan kesepakatan alur proses pelayanan pasien operasi yang baru.

Wr : “Yo nggak lah... kayak di video itu lho khan yang melakukan serah terima sampai melakukan verifikasi *checklist* dulu satu orang.”

Sr : “Sebetulnya untuk mengurangi risiko pada proses serah terima itu yang dikurangi ya... proses serah terimanya maksudnya kalau bisa dikerjakan satu orang khan enak nggak usah di operkan ke orang lain.”

Sr : “Perawat yang ngirim adalah perawat yang ngecek persiapan Px. Jadi dia khan harus ngecek kondisi Px sesuai dengan *checklist* sesaat sebelum dikirim.”

Hp : “Betul... Betul... Setuju. Jangan ngeceknnya 2 jam sebelum Px dikirim kalau ada perubahan kondisi khan nggak tahu..”

Sn : “Artinya semua setuju kalau pada proses yang baru ini ditetapkan bahwa yang ngirim... Pr Ri yang ngecek persiapan sebelum Px dikirim, sedangkan yang menerima di OK dan yang menjadi koordinator verifikasi *checklist*...omloop saja.” (FGDRD-19052012-OK)





BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang hasil penelitian alur proses pelayanan operasi di Rumah Sakit X, *failure mode*, penyebab *failure mode* dan pengembangan rancangan proses pelayanan operasi yang baru. Dalam proses pelayanan pasien operasi terbagi dalam beberapa tahapan proses yang berurutan, pada masing-masing proses terdapat subproses yang terdiri dari beberapa aktifitas. Pada penelitian ini didapatkan alur proses pelayanan pasien operasi terdiri dari 7 subproses dimana masing-masing subproses terdiri dari 29 aktifitas. 25 aktifitas tidak dilakukan secara lengkap bahkan ada yang tidak dilakukan sama sekali. Ketidakefektifan pelaksanaan aktifitas bisa menimbulkan potensi risiko kesalahan. Penelitian Berwick menemukan bila proses terdiri 1 langkah kemungkinan salah 1%, bila proses 25 langkah, kemungkinan salah 22% dan bila proses terdiri dari 100 langkah, kemungkinan salahnya 63% (WHO 2009).

Menurut WHO tindakan operasi adalah tindakan yang melibatkan multi disiplin, melibatkan berbagai keahlian dan pengalihan antara sistem di rumah sakit yang lebih kompleks. Kompleksitas pelayan operasi berisiko lebih tinggi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien (WHO 2009). Pada penelitian ini secara keseluruhan prosedur pelayanan pasien operasi di Rumah Sakit X sudah sesuai dengan yang distandarkan WHO akan tetapi ada 25 aktifitas yang tidak dilakukan atau dilakukan dengan tidak yang berpotensi untuk terjadinya risiko kegagalan.

6.1 *Failure Mode* pada Proses Pelayanan Operasi

Dari hasil penelitian ini prosedur pelayanan pasien operasi di Rumah Sakit X diawali dari persiapan pengiriman pasien dari ruang rawat inap, dikirim ke kamar

operasi, dilanjutkan subproses di kamar operasi yang terdiri dari subproses *sign in*, *time out* dan *sign out*, sampai diserahkan kembali ke rawat inap. Dari masing-masing subproses transisi antara rawat inap ke kamar operasi ataupun pada subproses di kamar operasi, sebagian besar aktifitas terutama pengecekan ulang terhadap persiapan maupun tindakan yang akan dilakukan tidak dilaksanakan baik secara verbal maupun dokumen. Pengecekan ulang yang tidak dilakukan ini mengakibatkan banyak informasi yang tidak tersampaikan sehingga menimbulkan potensi risiko kegagalan (*Failure Mode*).

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Gawande dkk, yang menemukan 57 potensi kegagalan terkait dengan gagalnya komunikasi karena tidak mengikuti prosedur dan tidak melakukan pengecekan ulang saat serah terima pada proses *sign in*, *time out* dan *sign out*. Kesalahan itu mengakibatkan risiko tertinggalnya kasa dan instrumen pada saat operasi (Gawande et al. 2003).

Pada tahun 2011 Siagian meneliti tentang pelaksanaan *Surgical Patient Safety* terhadap *adverse events* pascaoperasi bedah digestif di instalasi bedah RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. Penelitian tersebut menyimpulkan pelaksanaan prosedur *Surgical Patient Safety* pada semua tahapan *sign in*, *time out*, dan *sign out* tidak dilaksanakan secara lengkap. Pelaksanaan prosedur yang tidak lengkap ini berhubungan signifikan dengan terjadinya kehilangan darah selama operasi, mengakibatkan terjadinya perdarahan post operasi yang bisa menyebabkan kematian (Siagian 2011). Pada tahun 2003 sebuah pusat akademi kesehatan melakukan penelitian terhadap kepatuhan tim bedah dalam menjalankan prosedur keamanan terpadu yang diadopsi dari *crew resources management (CRM) aviation*. Dari 30 tim bedah yang diobservasi, hanya 60% yang menjalankan prosedur keselamatan *perioperative* (France et al. 2008).

Menurut teori tindakan operasi yang aman akan menyelamatkan nyawa, pada setiap tindakan operasi kita harus memastikan bahwa yang diterima pasien



adalah; tindakan operasi yang benar, anestesi yang aman, pencegahan terhadap infeksi dan adanya tim operasi yang efektif. Ada 10 sasaran penting untuk tindakan operasi yang aman, 5 faktor dan satu cek list untuk masing-masing prosedur operasi (WHO 2009). Pada penelitian ini ketidak patuhan terhadap pelaksanaan prosedur menimbulkan 26 potensi risiko kegagalan yang 4 diantaranya berupa risiko ekstrim yang membutuhkan tindakan segera dengan melibatkan top manajer.

6.2 Faktor Penyebab *Failure Mode* pada Proses Pelayanan Operasi

Faktor penyebab *Failure Mode* pada penelitian ini adalah faktor sistem dan faktor individu. Faktor sistem yaitu komunikasi yang tidak efektif antar petugas, keterbatasan pengetahuan dan kemampuan petugas, banyaknya transisi antar bagian dan antar shift, kurangnya supervisi, monitoring dan evaluasi yang kesemuanya menggambarkan belum berkembangnya budaya *patient safety* pada dimensi *Organizational learning, hospital handoffs and transitions* (serah terima), *Openness* (keterbukaan), Respon *non-punitif* terhadap kesalahan, frekuensi pelaporan kejadian. Dari berbagai faktor sistem muncul faktor individu yang berupa pengabaian atau *violation*. Hasil temuan pelaksanaan prosedur proses pelayanan pasien operasi di Rumah Sakit X terungkap, akibat kebiasaan anggota tim yang menganggap tindakan yang sudah biasa dikerjakan tidak perlu dilakukan pengecekan lagi, menimbulkan potensi risiko kegagalan yang tinggi. Hampir semua tahapan subproses serah terima pada proses pelayanan operasi di Rumah Sakit X, tidak melakukan pengecekan ulang secara tertulis maupun verbal. Tidak dilakukannya pengecekan ulang terutama pada proses transisi karena merasa sudah biasa mengerjakan sehingga tidak perlu melakukan lagi secara lengkap. Penelitian Hellings di lima rumah sakit di Belgia yang menggunakan konsep *nieva* dan *sora* secara umum menunjukkan tiga nilai

utama adalah dimensi budaya kerjasama dalam unit, keterbukaan dan tindakan safety. Sedang tiga nilai yang memiliki skor terendah adalah *staffing*, *non punitive respons* terhadap kesalahan dan *hospital transitions* (Hellings et al. 2007).

Seperti halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Beatty tentang pelanggaran prosedur keselamatan pasien yang rutin dilakukan oleh petugas anestesi yaitu, tidak melakukan kunjungan pasien sebelum melakukan operasi, tidak melakukan pemeriksaan peralatan anestesi sebelum melakukan anestesi dan mematikan alarm selama anestesi berlangsung. Faktor yang berpengaruh terhadap perilaku itu adalah norma pribadi mereka. Studi ini menunjukkan bahwa mereka tidak menyadari telah melakukan pelanggaran dan tidak dimaksudkan untuk melakukan kejahatan hanya merupakan suatu kebiasaan (Beatty 2004).

Temuan pada penelitian ini juga sesuai dengan laporan *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ 2008)* yang melakukan analisis terhadap 2.966 kejadian yang tidak diharapkan, disimpulkan bahwa akar permasalahan KTD diantaranya masalah komunikasi 65%, kurangnya pelatihan atau orientasi 55%, berkaitan dengan pasien 40%, berhubungan dengan tenaga kerja 21%, kompetensi petugas 20%, ketidaktaatan terhadap prosedur 19%, berhubungan dengan kepemimpinan 12%.

Dari semua masalah diatas komunikasi merupakan penyebab utama terjadinya insiden. Berdasarkan temuan itu *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) National Patient Safety Goal* telah menetapkan komunikasi efektif sebagai salah satu strategi untuk mengurangi kejadian yang tidak diharapkan dalam asuhan medis. Strategi yang diterapkan oleh JCAHO dalam rangka proses komunikasi yang efektif adalah standarisasi komunikasi *hands off*. Meskipun komunikasi antar karyawan atas pasien yang dirawat merupakan hal yang sudah menjadi kebiasaan dan pekerjaan sehari-hari, namun *awareness* terhadap proses komunikasi ini dirasakan masih kurang.

Beberapa teori mengatakan kecelakaan dalam bidang medis dapat berawal dari buruknya sistem manajemen dan proses dalam organisasi pelayanan kesehatan yang disebut *latent failure*. Hal ini diakibatkan oleh berbagai faktor seperti beban kerja petugas yang terlalu tinggi (*work load*), tidak adanya mekanisme supervisi, buruknya sistem komunikasi antar petugas, peralatan medik yang tidak adekuat, keterbatasan pengetahuan dan kemampuan petugas.

Dari berbagai faktor tersebut dapat memunculkan *active failure* berupa tindakan yang membahayakan pasien. Beberapa contoh *active failure* dalam menetapkan suatu tindakan, gagal dalam melakukan tindakan medis yang memadai (*action slips/ failures*) salah memberikan obat, *cognitive failures* seperti salah diagnosis, salah dalam mengambil keputusan klinis, pelanggaran, maupun pengabaian atau *violation* (Reason 1997, 2000).

Human Error bisa dibedakan disengaja dan tidak disengaja. *Human error* yang tidak disengaja termasuk *slips* atau salah persepsi, *error* sebagai akibat kurang atau teralihnya perhatian. *Lapses*, *error* yang terkait kegagalan memori atau lupa. Sedangkan yang disengaja yaitu, *mistakes* dan *violation*. *Violation* (pelanggaran atau pengabaian) tindakan yang sengaja tapi tidak bermaksud untuk melakukan kejahatan. *Routine violations*: ditoleransi organisasi sebagai budaya dan tidak dimaksudkan untuk berbuat jahat, menyakiti individu bahkan tidak menyadari bahwa mereka melakukan pelanggaran, biasa terjadi jika budaya organisasi telah mendarah daging (*Habit*) (Phimister et al. 2000).

Budaya keselamatan didefinisikan sebagai produk nilai-nilai individu dan kelompok yang meliputi sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku yang menentukan komitmen terhadap manajemen keselamatan organisasi kesehatan.

Organisasi dengan budaya keselamatan yang positif ditandai dengan komunikasi yang baik, saling percaya, persamaan persepsi bersama akan pentingnya keselamatan dan dengan keyakinan dalam efektifitas tindakan pencegahan



(Guldenmund 2000). Suatu budaya keselamatan pasien yang kuat dapat membantu meminimalkan kesalahan medis (IOM 2001). Budaya keselamatan pasien di rumah sakit sangat besar pengaruhnya terhadap citra, tanggung jawab sosial, moral serta kinerja rumah sakit. Budaya organisasi akan mengarahkan perilaku anggotanya dalam mencapai sasaran organisasi oleh karena itu sudah selayaknya implementasi budaya keselamatan dilakukan secara efektif dan strategis.

Sama halnya dengan pengecekan yang tidak dilakukan atau dilakukan dengan tidak lengkap pada hampir semua tahapan transisi pada proses pelayanan pasien operasi di Rumah Sakit X, yang dianggap sebagai hal biasa karena rutinitas bukan bermaksud untuk berbuat kejahatan tapi berakibat terjadinya potensi risiko kegagalan, hal ini menunjukkan belum berkembangnya dimensi budaya organizational learning dan *hospital handoffs and transitions* (serah terima), *openness* (keterbukaan).

6.3 Redesign Prosedur Pelayanan Pasien Operasi

Prosedur pelayanan pasien operasi di Rumah Sakit X secara garis besar sudah sesuai dengan standar prosedur pelayanan operasi yang direkomendasikan WHO. Namun pada pelaksanaan aktifitas di masing – masing subproses tidak dilakukan dengan lengkap bahkan ada yang diabaikan. Aktifitas yang diabaikan tersebut adalah pengecekan ulang secara verbal maupun dokumen di hampir semua tahapan subproses.

Untuk meminimalisir ketidakpatuhan terhadap prosedur pada penelitian ini disusun suatu rancangan standar prosedur operasional baru yang sesuai dengan standar WHO tetapi tetap memperhatikan kemampuan dan mengacu pada kesepakatan tim operasi Rumah Sakit X. Diantara kesepakatan tersebut yaitu adanya ketetapan bahwa perawat ruangan yang mengantarkan pasien ke OK adalah



perawat yang melakukan pengecekan *checklist* sesaat sebelum pasien diantar ke kamar operasi. Perawat OK yang menerima pasien dan ditugaskan sebagai koordinator *checklist* adalah perawat sirkular. Kesepakatan ini berdasarkan pemikiran semakin sedikit proses transisi kemungkinan terjadinya kehilangan informasi akan semakin kecil.

Kesepakatan yang lain, tidak semua proses *sign in* harus diikuti oleh operator dan tidak perlu melakukan perkenalan antar tim pada proses *time out*, mengingat semua anggota tim operasi sudah saling mengenal dan mengetahui peran masing-masing. Tidak ikut sertanya operator dalam proses *sign in* meskipun masih berpotensi terjadi risiko insiden, diharapkan masih bisa diminimalisir dengan adanya kepatuhan tim terhadap prosedur yang lain.

Pada penelitian yang dilakukan *University Medical Center Utrecht*, The Nederland, dari 61 potensi kegagalan dengan kriteria risiko 14 termasuk risiko tinggi, dan 10 bisa diselesaikan dengan prosedur yang ada, potensi kegagalan yang lain dibuat 5 rekomendasi berupa *redesign* proses yang sebagian besar bisa diterapkan oleh manajemen (Tilburg et al. 2006). Pada penelitian lain tentang proses perawatan bedah, 41 dari 132 kegagalan diklasifikasikan sebagai ekstrim, 26 di antaranya cukup ditutupi oleh protokol saat ini sedangkan 15 potensi risiko yang tersisa dibuat rekomendasi berupa *redesign* proses yang disesuaikan dengan kemampuan manajemen (Gawande et al. 2003).

Menurut Reason dalam *Human error management: models and management* dikatakan bahwa sifat alamiah manusia adalah berbuat salah dan karenanya dapat terjadi kesalahan. Dalam pendekatan sistem diasumsikan bahwa kita tidak akan dapat mengubah sifat alamiah manusia ini, tetapi kita harus mengubah kondisi dimana manusia itu bekerja salah satunya dengan melakukan *redesign* proses berdasarkan standar dan kondisi yang ada (Phimister et al. 2000).

Pada penelitian ini *redesign* proses dilakukan dengan merancang ulang beberapa standar prosedur operasional dan *checklist* yaitu, *checklist* persiapan pengiriman pasien operasi, *checklist sign in*, *time out* dan *sign out* serta menentukan koordinator *checklist* berdasarkan beberapa kesepakatan tim.

6.4 Keterbatasan Penelitian

Hasil akhir penelitian hanya sampai pada usulan rencana solusi dan *plan of action* dari solusi yang salah satunya adalah *redesign* proses standar prosedur operasional (SPO) pelayanan pasien operasi, sehingga belum bisa membuktikan apakah implementasi rancangan yang baru ini bisa meminimalisir potensi risiko insiden keselamatan. Penelitian selanjutnya diharapkan bisa menggali lebih jauh tentang dampak implementasi rancangan yang baru terhadap kepatuhan tim OK dalam melaksanakan prosedur keselamatan pasien, dan menurunkan insiden keselamatan pasien.

Penelitian tentang faktor penyebab potensi risiko pada proses pelayanan operasi sebelum pasien dipersiapkan untuk dikirim dan setelah pasien kembali ke ruang perawatan masih sangat diperlukan. Identifikasi potensi risiko pada proses tersebut diharapkan bisa meningkatkan *safety* pasien operasi di Rumah Sakit X, mengingat proses pelayanan operasi adalah proses yang saling terkait. Kedua penelitian diatas sangat diperlukan sehingga bisa lebih bermanfaat bagi pencegahan risiko kegagalan pada proses pelayanan pasien operasi di Rumah Sakit X.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian pelaksanaan alur proses pelayanan pasien operasi di RS X dapat disimpulkan, alur proses dan subproses pelayanan pasien operasi di RS X secara garis besar sudah sesuai prosedur yang distandarkan WHO. Namun hampir semua aktifitas pada tahapan subproses tidak dilakukan secara lengkap terutama tidak dilakukan pengecekan ulang secara verbal maupun dokumen. Ketidak lengkapan aktifitas ini bisa menimbulkan potensi risiko insiden keselamatan.

Terdapat 25 aktivitas pada 7 sub proses yang tidak dilakukan ataupun dilakukan dengan tidak lengkap dan menimbulkan 26 potensi risiko kegagalan.

Dari ke 26 potensi risiko kegagalan terdapat 4 potensi risiko ekstrim pada subproses sign in dan sign out yang memerlukan tindakan segera dan perhatian dari top manajer. Penyebab terjadinya potensi risiko pada hampir seluruh subproses adalah komunikasi searah akibat dari proses transisi yang tidak dilakukan dengan benar.

Akar masalah dari proses transisi yang tidak dilakukan dengan benar adalah faktor sistem dan faktor individu. Faktor individu yaitu komunikasi yang tidak efektif antar petugas, keterbatasan pengetahuan dan kemampuan petugas.

Faktor sistem banyaknya transisi antar bagian dan antar shift, kurangnya supervisi, monitoring dan evaluasi yang kesemuanya menggambarkan belum berkembangnya budaya *patient safety* pada dimensi *organizational learning*, *hospital handoffs and transitions* (serah terima), *openness* (keterbukaan), respon *non-punitif* terhadapkesalahan, frekuensi pelaporan kejadian, adanya perawat kamar operasi yang tidak memenuhi kualifikasi dan tidak adanya dokter spesialis

tetap. Faktor-faktor sistem tersebut mengakibatkan munculnya faktor individu berupa kelalaian dan menimbulkan pengabaian atau *violation*.

Untuk meminimalisir potensi risiko ini diperlukan suatu solusi berdasarkan faktor penyebab. Beberapa solusi yang ditawarkan adalah *redesign* prosedur, pengembangan budaya *patient safety* berupa supervisi, pelatihan dan *refreshing* berkala tentang komunikasi efektif dalam proses transisi serta pembelajaran kasus dengan *morning report* yang diharapkan bisa memacu berkembangnya budaya *patient safety*, pemindahan petugas yang memiliki kompetensi kamar operasi tapi masih bertugas di unit lain, pengiriman perawat untuk pelatihan dan pengadaan dokter spesialis tetap.

Redesign proses yang diusulkan mengacu pada standar prosedur WHO dengan memperpendek rantai transisi antar shift pada beberapa tindakan, yang disesuaikan dengan kesepakatan tim dan mampu dilaksanakan oleh anggota tim dan manajemen. Diharapkan dengan adanya proses baru tim operasi akan lebih patuh dalam menjalankan prosedur sehingga potensi risiko insiden keselamatan pasien bisa diminimalisir bahkan dihilangkan.

7.2 Saran

Penelitian ini menunjukkan adanya potensi risiko kegagalan pada prosedur pelayanan operasi hampir pada semua sub proses, untuk meminimalisir potensi risiko ini diperlukan suatu *effort* yang besar dari seluruh petugas yang terlibat. Faktor-faktor yang menjadi penyebab terjadinya potensi risiko bisa menjadi bahan pertimbangan bagi manajemen dalam melakukan tindak lanjut untuk mengeliminir terjadinya risiko kegagalan proses pelayanan pasien operasi di Rumah Sakit X.

Manajemen perlu mempertimbangkan usulan solusi yang ditawarkan dalam penelitian ini. Usulan tentang *redesign* proses, pengembangan budaya *patient safety* berupa pelatihan komunikasi dan *refreshing* berkala bisa langsung





diimplementasikan dengan mengoptimalkan Sumber Daya Manusia yang ada.

Sedangkan pelatihan tenaga kamar operasi dan pengadaan dokter spesialis yang membutuhkan waktu dan dana lebih besar bisa disiasati dengan implementasi usulan jangka pendek yaitu pemindah tugas tenaga yang punya kualifikasi kamar operasi dan penawaran kerjasama dengan dokter spesialis yang tidak terikat sebagai tenaga pemerintah.

Dengan diterapkannya usulan solusi diharapkan potensi risiko insiden keselamatan pasien pada proses pelayanan pasien operasi di Rumah Sakit X bisa diminimalisir bahkan dihilangkan, sehingga akuntabilitas dan kredibilitas rumah sakit bisa dipertahankan bahkan ditingkatkan.

DAFTAR PUSTAKA

Adams, JSK, Denise 2011, 'Global Patient Safety Efforts', *Hispanic Health Care International*, vol. Vol.-9, No. 3. editorial.

AHRQ , PM 2008 '*Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2008 Comparative Database Report.* , Agency for Healthcare Research and Quality, pp. No 08-0039.

Aspden, PW, Julie A. J. Lyle Bootman, Linda R. Cronenwett 2007, *Preventing Medication Errors*, THE NATIONAL ACADEMIES PRESS Washington, DC

Beatty, P, C, W, Beatty2,S, F 2004, 'Anaesthetists' intentions to violate safety guidelines', *Anaesthesia*, vol. 59, pp. 528-40.

Brennan, TA, Leape, LL, Laird, NM, Hebert, L, Localio, AR, Lawthers, AG, Newhouse, JP, Weiler, PC & Hiatt, HH 1991, 'Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I.', *New England Medical Journal* vol. 6, pp. 324-70.

Charatan, F 1999, 'Medical errors kill almost 100000 Americans a year', *British Medical Journal*, vol. 319, p. 1456.

DepKes, R 2008, 'Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)', Jakarta.

DeRosier, J & Nudell, T 2001, *The Basics of Healthcare Failure Mode and Effect Analysis*, VA National Center for Patient Safety Michigan.

DeRosier, J, Stalhandske, E, P, J & Nudell, T 2002, 'Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis™: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System', vol. 28.

Dubois, RW, Brook, Robert. H 1988, 'Preventable Deaths: Who, How, Often, and Why?', *Ann Intern Med.*, vol. 109, pp. 582-9.

France, DJ, Lee, SL, Jackson, T, Feistritzer, NR & Higgins, MS 2008 'An observational analysis of surgical team compliance with perioperative safety practices after crew resource management training', *The American Journal of Surgery* vol. 195, pp. 546-53.

Gawande, A, Studdert, D, Orav, E, Brennan, T & Zinner, M 2003, 'Risk factors for retained instruments and sponges after surgery', *Departments of Surgery, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA 02115, USA.*

Gawande, A, Thomas, EJ, Zinner, MJ & Brennan, TA 1999, 'The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992', *Surgical outcomes research*, vol. 126.

Golafshani, N 2003, 'Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research', *The Qualitative Report*, vol. 8, pp. 597-607.



Goldenmund, FW 2000, 'The Nature Of Safety Culture: A Review Of Theory And Research', *Safety Science*, vol. 34, pp. 215-57.

Hellings, J, Schrooten, W, Klazinga, N & Vleugels, A 2007, 'Challenging patient safety culture'

Hillary.RC & Obama.B 2006, 'Making Patient Safety the Centerpiece of Medical Liability Reform', *New England J Med*, vol. 354, p. 21.

IOM 2000, *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, National Academy Press, Washington DC.

IOM 2001, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* National Academy Press, Washington DC.

KKPRS, KKPRS 2008, 'Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (*Patient Safety Incident Report*)', Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS), Jakarta

KKPRS, KKPRS 2011, *Laporan tahunan*, Rumah Sakit AlHuda

MacCollum, D 2006, 'Construction Safety Engineering Principles: Designing and Managing Safer Job Sites'. McGraw-Hill Professional, London.

Makary, MA, Mukherjee, A, Sexton, JB, Syn, D, Goodrich, E, Hartmann, E, Rowen, L, Behrens, DC, Marohn, M & Pronovost, PJ 2007, 'Operating Room Briefings and Wrong-Site Surgery', *American College of surgeons*, vol. 204.

Makary, MA, Sexton, JB, Freischlag, JA, Millman, EA, Pryor, D, Holzmueller, C & Pronovost, PJ 2006, 'Patient Safety in Surgery', *American College of surgeons*.

McDonough, JE 2002, 'Proactive Hazard Analysis and Health Care Policy'.

Miles, m & Huberman, MA 1994, *Qualitative Data Analysis*, second edn, SAGE Publication, London.

Nieva, VF & Sorra, J 2003, 'Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Organizations', *The international journal of healthcare improvement*, vol. 12, pp. 17-23.

PALMETTO, A 2009, 'Solution Identification and Verification of Effectiveness'. www.palmettoasq.org/presentations/verificationofeffectiveness february 17th 2012.

Patilima, H 2005, *Metode Penelitian Kualitatif*, ALFABETA, Bandung.

Paul, B & Small, SD 2000, 'Reporting and preventing medical mishaps: lessons from nonmedical near miss reporting systems', *British Medical Journal* vol. 320 pp. 1 - 5. CLINICAL REVIEW.



Phimister, JR, Oktem, U, Kleindorfer, PR, Kunreuther, H & Koo, CY 2000, 'Near-Miss System Analysis: Phase I'.

Prahasto, ID 2004, 'Medical Error di Rumah Sakit dan Upaya untuk Meminimalkan Resiko', *JMPK*, vol. 07.

Reason, J 1997, 'Understanding Adverse Events, In Vincent CA, Ed. Clinical Risk Management', *British Medical Journal*, vol. 31, p. 54.

Reason, J 2000, 'Human Error: Models and Management', *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 768-70.

Setyowati, A 2008, *Analisis kebutuhan tenaga keperawatan di rumah sakit*.

Sexton, JB, Thomas, Eric j, Helmreich, Robert L 2000, 'Error, Stress, and Teamwork in Medicine and Aviation: Cross Sectional Syrveys', *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 745-9.

Siagian, E 2011, *Pelaksanaan Surgical Patient Safety terhadap Adverse Events Pasca Operasi Bedah Digestif di Instalasi Bedah RSUP DR. Sardjito Yogyakarta*, Gadjah Mada.

Stern, MF, Greifinger, RB & Mellow, J 2010, 'Patient Safety: Moving the Bar in Prison Health Care Standards', *American Journal of Public Health*, vol. 100.

Sugiyono 2010, *Memahami Penelitian Kualitatif*, CV, Alfabeta, Bandung.

Tilburg, CMV, Leistikow, IP, Rademaker, CMA, Bierings, MB & Dijk, ATHv 2006 'Health care failure mode and effect analysis: a useful proactive risk analysis in a pediatric oncology ward', *Qual Saf Health Care*, vol. 15, pp. 58-63.

WHO 2009, *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009 Safe Surgery Saves Lives* Geneva Switzerland.





LAMPIRAN 1

PANDUAN PENGAMBILAN DATA

A. Persiapan Penelitian

- Persiapan penelitian dilakukan dengan mempersiapkan hal-hal yang berhubungan dengan kebutuhan pencarian data, mengamati proses pelayanan pasien operasi, menentukan proses yang potensial terjadinya risiko insiden keselamatan pasien, penyusunan anggota tim, pelatihan dan penyamaan persepsi tentang HFMEA, mempersiapkan form HFMEA serta setting lokasi dan subyek penelitian.
- Peneliti melakukan pendekatan secara akrab atau informal kepada calon informan atau anggota tim, meminta mereka untuk menjadi anggota tim HFMEA, memberitahukan tujuan HFMEA dan target yang ingin dicapai. Mempelajari alur kerja dan kebiasaan yang ada di lokasi (kamar operasi, *nurse station*, ruang perawatan/ rawat inap).
- Pendekatan ini bertujuan agar tidak ada kesan mereka sedang diaudit.
- Peneliti menentukan setting area yang menjadi sasaran pengambilan data yaitu; *nurse station*, kamar operasi, rawat inap dengan beberapa informan yang sudah dipilih.
- Membuat perjanjian waktu secara khusus kepada informan untuk melakukan FGD.
- Persiapan kebutuhan untuk lapangan menyiapkan formulir HFMEA, alat tulis, alat rekam, alat dokumentasi seperti kamera, semua peralatan dalam kondisi siap pakai.
- Menentukan waktu memulai pencarian data berkoordinasi dengan seluruh anggota tim.
- Mengkonfirmasi ulang jadwal diskusi yang telah disepakati dengan seluruh anggota tim.



B. Di Lokasi Penelitian

Nurse Station, Kamar Operasi dan Ruang Rawat Inap

- Tetap menjaga suasana keakraban dengan anggota tim dan unsur-unsur di lingkungan lokasi penelitian.
 - Melakukan kegiatan observasi dengan cara alami sehingga mereka tidak merasa diawasi dan diperhatikan.
 - Mengupayakan kehadiran peneliti tidak disadari sedang melakukan penelitian, sehingga tidak ada kesan sedang mengaudit kegiatan mereka.
 - Secara aktif mengikuti kegiatan masing-masing anggota tim.
 - Secara aktif mengikuti proses pelayanan pasien operasi.
 - Merekam, mencatat dan mendokumentasikan setiap langkah-langkah dan peristiwa yang terjadi di lokasi.
 - Mengikuti kegiatan pertemuan rutin guna mengetahui kendala proses pelayanan yang dihadapi unit.
- Membuat jadwal diskusi dengan anggota tim terutama dr spesialis karena kesibukannya agar tidak mengganggu jadwal kegiatan lainnya.

LAMPIRAN 2

Data dan Sumber Data Penelitian

Pertanyaan penelitian/ tujuan	Data	Sumber Data	Metode Pengumpulan Data	Alat
Mengetahui alur proses pelayanan pasien yang memerlukan tindakan operasi;	1. Rekam medis pasien 2. Catatan lapangan proses persiapan operasi 3. Dokumen proses persiapan operasi	Hasil pengamatan di Ruang rawat inap	Pengamatan ; <i>Time motion study</i>	Alat tulis Jam tangan
1. Proses pengiriman pasien ke kamar operasi 2. Proses penerimaan pasien dari kamar operasi	4. Catatan lapangan proses pengiriman pasien ke kamar operasi 5. Catatan lapangan proses penerimaan pasien dari kamar operasi 6. Penuturan informan	dokumen informan	Studi dokumen wawancara	Kamera Alat tulis Alat tulis, perekam m/ tape recorder
Mengetahui alur proses pelayanan pasien yang memerlukan tindakan operasi;	1. Catatan lapangan proses penerimaan pasien di kamar operasi 2. Dokumen proses penerimaan pasien di kamar operasi 3. Catatan lapangan persiapan operasi 4. Dokumen proses persiapan operasi 5. Catatan lapangan tindakan operasi 6. Dokumen proses tindakan operasi 7. Catatan lapangan penyerahan pasien ke RI	Hasil pengamatan di kamar operasi dokumen informan	Pengamatan ; <i>Time motion study</i> Studi dokumen wawancara	Alat tulis Jam tangan Alat tulis Kamera Alat tulis, perekam/ tape recorder
1. Proses penerimaan pasien dari RI 2. Proses persiapan operasi 3. Proses tindakan operasi 4. Proses penyerahan pasien ke RI	8. Dokumen proses penyerahan pasien ke RI 9. Penuturan informan			

Pertanyaan penelitian/ tujuan	Data	Sumber Data	Metode Pengumpulan Data	Alat
-------------------------------	------	-------------	-------------------------	------

Bisa mengidentifikasi dan analisa proses yang berisiko terjadinya insiden keselamatan pasien.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penuturan informan 2. Catatan lapangan dan dokumen tahapan proses yang potensial risiko 3. Catatan lapangan dan dokumen potensial risiko yang memerlukan rekomendasi untuk disusun ulang. 4. Catatan lapangan dan dokumen potensial risiko yang memerlukan rekomendasi untuk dihilangkan. 5. Catatan lapangan dan dokumen potensial risiko yang memerlukan rekomendasi untuk dikontrol 6. Dokumen SPO dan kebijakan yang berlaku 7. Catatan lapangan pelaksanaan SPO dan kebijakan 	Informan	Wawancara FGD	Alat tulis Alat perekam form HFMEA hazard score DeRosir pohon keputusan alat tulis Kamera
		dokumen	Studi dokumen	
		hasil pengamatan di ruang rawat inap dan kamar operasi	Pengamatan	Alat tulis kamera

Bisa diidentifikasi strategi pencegahan atau penghambat (<i>barrier</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penuturan informan 2. Dokumen SPO dan Kebijakan yang berlaku 3. Catatan lapangan pelaksanaan SPO dan kebijakan 4. Dokumen SDM 	informan	Wawancara FGD	Alat tulis Alat perekam Kriteria Matrix Solusi Alat tulis Kamera
		hasil pengamatan di Ruang rawat inap dan kamar operasi	Pengamatan	
		dokumen	Studi dokumen	Alat tulis kamera





LAMPIRAN 3

Panduan observasi, wawancara, dan pemeriksaan dokumen

A. Observasi

- a) Observasi tentang alur proses pelayanan pasien operasi
- b) Bagaimana alur proses pelayanan pasien operasi, apakah sudah sesuai dengan standard dan SPO?
- c) Melihat bagaimana komunikasi perawat dengan pasien, apakah sudah sesuai dengan SPO?
- d) Melihat siapa yang melakukan proses persiapan pasien operasi, apakah sesuai SPO?
- e) Bagaimanakah komunikasi antar anggota tim operasi dengan verbal atau dokumen, apakah sudah sesuai dengan SPO?
- f) Bagaimanakah komunikasi antar perawat ruang rawat inap dan tim operasi, apakah dengan verbal atau dokumen? Apakah sudah sesuai standard?

B. Wawancara semi terstruktur tentang alur proses pelayanan pasien operasi

- a) Bagaimana menurut anda tentang alur proses pelayanan operasi?
- b) Bagaimana proses transisi antar bagian, apakah sudah sesuai dengan SOP?
- c) Bagaimanakah komunikasi pasien dengan perawat? Apakah sudah sesuai dengan SPO?
- d) Bagaimanakah tahapan proses pelayanan pasien operasi, apakah sudah sesuai dengan SPO?

C. Pemeriksaan dokumen

- a) Jumlah pasien dalam satu bulan
- b) Jenis operasi dan jam pelaksanaan operasi
- c) Laporan tahunan kegiatan kamar operasi



LAMPIRAN 4

PANDUAN FGD dalam HFMEA

1. Mengundang seluruh anggota tim yang sudah ditentukan.
 2. Menyiapkan form HFMEA
 3. Menggambarkan alur proses dan subproses pelayanan pasien operasi sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang berlaku di unit rawat inap.
 4. Menggambarkan alur proses dan subproses pelayanan pasien operasi sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang berlaku di kamar operasi.
 5. Mengidentifikasi modus kegagalan masing-masing proses dan subproses
 6. Mengidentifikasi potensi penyebab masing-masing modus kegagalan.
 7. Melakukan skoring berdasarkan tingkat probabilitas dan bahayanya.
 8. Melakukan analisa pohon keputusan.
- Membuat rekomendasi untuk tindakan yang perlu dilakukan, dikontrol, diterima atau dihilangkan.

LAMPIRAN 5

KARAKTERISTIK ANGGOTA TIM

- Informan pada penelitian ini adalah dokter jaga sebanyak 3 orang, perawat kamar operasi 3 orang, kepala ruangan 1 orang, dokter spesialis bedah 1 orang, dokter SpOG 2 orang, petugas laboratorium senior 1 orang, petugas radiologi senior 1 orang, perawat supervisor 1 orang. Jumlah keseluruhan sebanyak 18 orang.
- Pelaksanaan FGD dipimpin peneliti sendiri dibantu sekretaris, seorang perawat anggota komite keselamatan pasien rumah sakit.
- Karakteristik informan

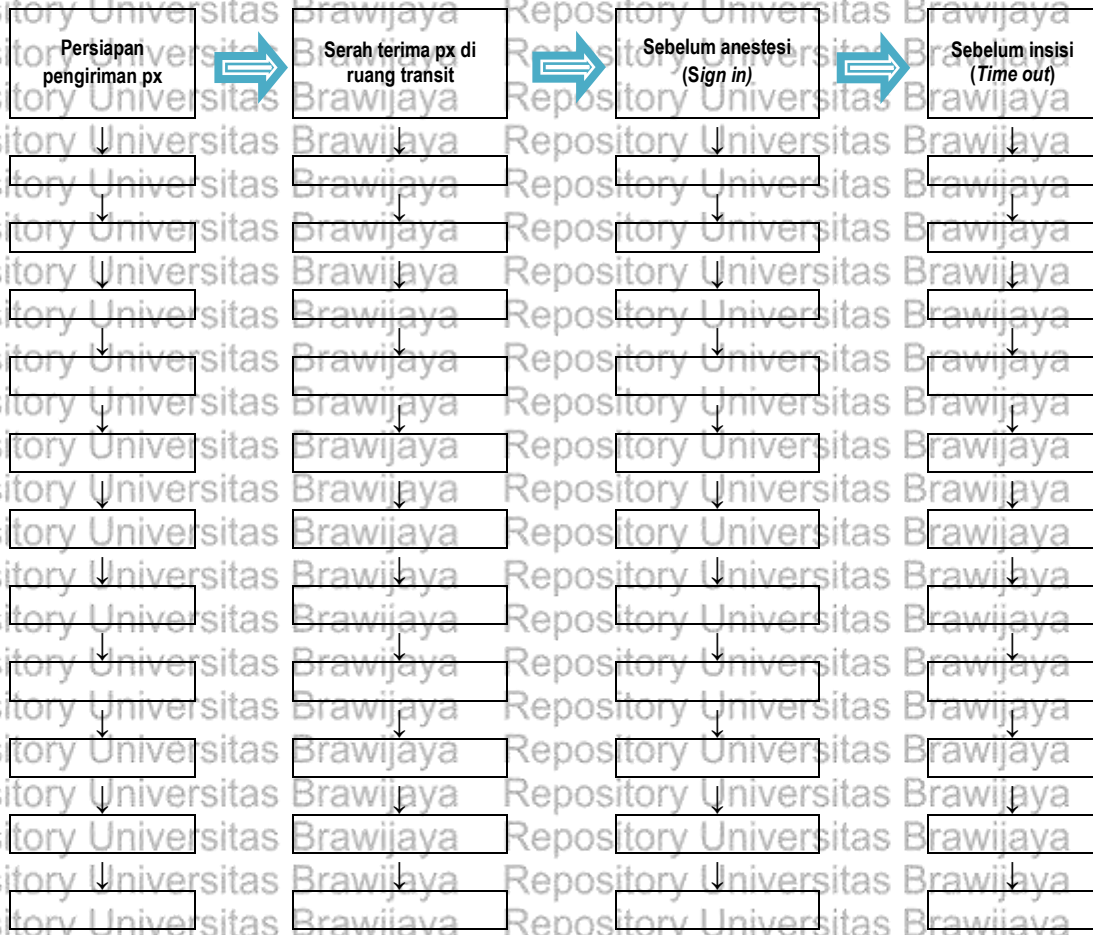
No	Initial Informan	Jenis Kelamin	Umur (Tahun)	Pendidikan	Masa Kerja (Tahun)
1	DV	Laki-laki	34	Dr.umum	8
2	TS	Laki-laki	58	Dr. SpOG	17
3	HP	Laki-laki	50	Dr. SpOG	10
4	SR	Laki-laki	43	Dr. umum	13
5	ML	Laki-laki	64	Dr. SpB	19
6	IM	Perempuan	29	Dr. Umum	4
7	SN	Laki-laki	36	Kaur OK	5
8	RS	Laki-laki	42	Pr OK	16
9	SP	Perempuan	33	Pr sprvisor	10
10	RN	Perempuan	39	Ptgs radiologi	18
11	KK	Perempuan	42	Ptgs laborat	20
12	AR	Laki-laki	33	Pr OK	8
13	WR	Laki-laki	39	Pr OK	13
14	ID	Perempuan	36	Ksubid SDM	10
15	BG	Laki-laki	33	Ksubid Igmed	10
16	LS	Perempuan	40	Kabid jmed	16
17	WF	laki – laki	29	Pr OK	5
18	FC	Laki – laki	27	Pr RR	3

Sumber: Data Primer 2011

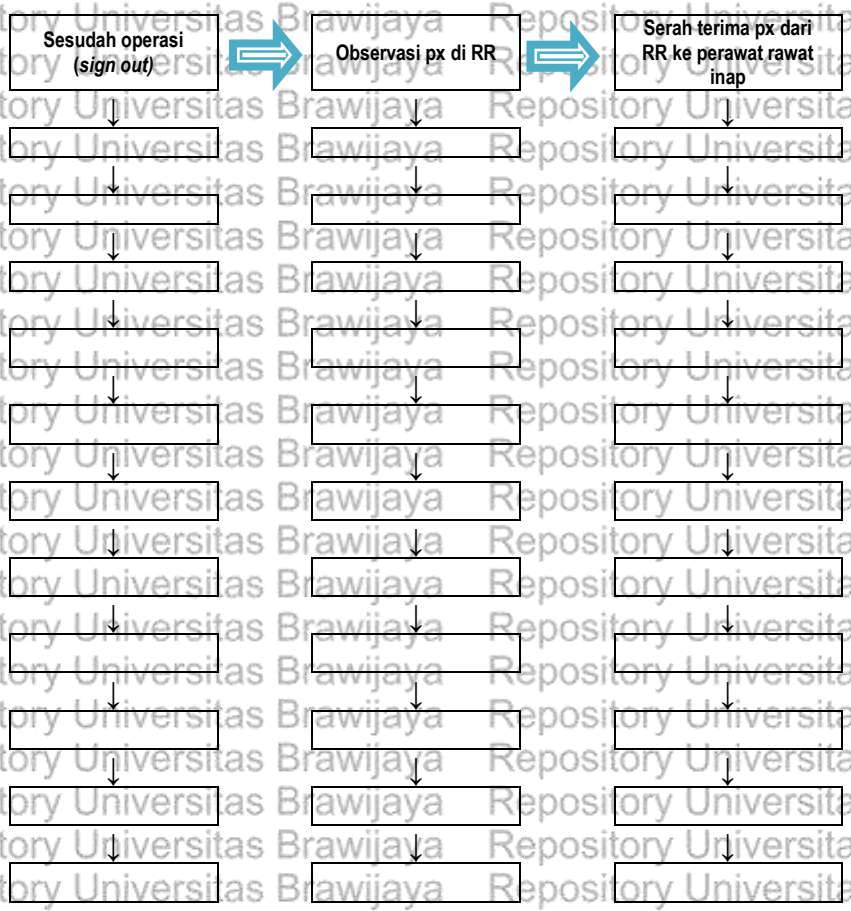


LAMPIRAN 6
FORM. HFMEA

1. Alur Proses Pelayanan Pasien Operasi



2. Alur Proses Pelayanan Pasien Operasi



LAMPIRAN 7

1. Analisa Data Hasil Wawancara dan Diskusi tentang Faktor Penyebab Potensi Risiko Insiden Alur Proses Pelayanan Pasien Operasi

1. Faktor Pengabaian/ Violation

TS : "kata siapa?...jane mulai dulu ya ada...Cuma kitanya aja karena menganggap itu dah pekerjaan rutin jadi jarang dikerjakan....."

TS : " lha yaitu tadi....saya juga... kalau operasi cek kecek(sederhana diperkirakan tanpa penyulit) jarang melakukan itu (time out), kalau operasi rodok rumit....baru kita kerjakan....jane mestine kabeh operasi kudune perlakuan sama...lanjut beliau sambil mengusap- ngusap kepala..."

Jadi yo gak heran kadang malah operasi yang kelihatannya enak-enak aja malah bermasalah....lanjut beliau....

TS : " harus!!!!(kata beliau dengan nada penuh penekanan)...tapi ya itu tadi manusia....kalau gak pernah kena masalah gak mau hati-hati dan seringkali menganggap pekerjaan sebagai rutinitas saja....padahal lho....sing diadepi nyowo....walah buk sampeyan jak ngomong-ngomong masalah ini aku kok jadi ngeri tho.... (WSP-27022012-TS)

Sn : "kadose nggeh sami mawon dok....., tergantung tim operasinya dan kasusnya...ada operator yang melakukan itu....meskipun gak sedetil standar tapi kebanyakan gak....apalagi kasus-kasus mudah....waduh bisa-bisa mulai dari persiapan sd selesai hanya membutuhkan waktu 15 menit padahal operasi besar lho dok...."(sambil mengangkat alis mata dan bahu...)" (WKRO-270212-Sn)

Sn : "mereka sih melakukan serah terima lihat ceklist....tapi gak ngecek bener gaknya....yaaa....akhirnya kayak masalah persediaan darah yang tadi."(WKRO-270212-Sn)

AR : "Pada dasarnya sudah tau, untuk pemahaman masalah itu. Namun dengan berjalannya waktu dan keadaan yang... apa ya, istilahnya memang kita akui itu dari personal masing – masing orang juga. Jadi dari saya sendiri juga kalau serah terima juga ya ndak sesempurna itu karena memang mungkin tadi betul belum pernah ketatalan tapi dengan processing seperti ini diharapkan memang perbaikan nanti bisa dilakukan untuk proses ndak usah orang lain, semua yang melakukan serah terima disini ya memang hampir hampir seperti yang dilihat Dr. Indi itu memang seperti itu jadi kita masih ngecek, kita ngecek ke status tapi memang tidak sedalam sampai menanyakan ke pasien, kalau ngecek ke status ngecek untuk nama, laborat, SPO dan lain – lain kita ngecek."

Sn : "Tapi ngeceknnya, ngecek. Tapi nggak nyampek tanya ke pasiennya namanya betul apa nggak seperti itu memang ndak. Hayo pingin ruh aku sopo sing serah terima sampek detil kayak gitu"

AR : "Ini saya juga nggak tau kenapa saya ndak melakukannya." (FGDALOP-07042012-OK)

Hp : "Nanti tolong dibahas sebenarnya semua operasi prosedurnya sama dan sudah ada pakemnya yang nggak boleh di otak – atik, Cuma... disini kan operasine nggak banyak sehari paling 5 itupun 24 jam lho... jadi... lek nggak apal pasiene yo kenemenen." (FGDHF-11042012-OK)

2. Faktor Kompetensi Petugas yang Kurang

Sn : "iya dok...tapi bener...petugas kita memang masih kurang...belum bisa full tim on site semua...apalagi ketambahan RR... hhhhh"(WKRO-270212-Sn)

Id : "kalau dihitung pershift harus on site semua ya jelas kurang dok....."

Bg : "satu tim khan minimal harus ada anastesi, asisten, instrument dan omloop berarti minimal harus ada 4 perawat jaga tiap shift...."(Wkbsbk-02042012-IdBg)



Id : "sebenarnya kalau jumlah tenaga cukup dok, cuma kompetensinya yang belum sesuai.....tenaga kamar operasi yang full di OK ada 14 orang, 10 sudah pernah mengikuti pelatihan 3 orang perawat anestesi dan 7 orang dasar-dasar bedah umum, yang empat orang belum pernah mengikuti pelatihan....(Wkbksbk-02042012-IdBg)

Sn : "hhmm....mungkin belum semua tahu Memang sosialisasi untuk masalah itu kadang kita cuma belum sempat untuk mendudukan teman – teman seperti ini. Mau saya sebenarnya pada waktu rapat – rapat seperti ini karena SPO yang kita buat itu sebenarnya juga SPO dadakan kan dulu kita bikinnya pada waktu, kalau SPO yang lama – lama sudah dari dulu ada dan dari dulu lama, mungkin yang baru – baru ini memang dadakan waktu kita mau akreditasi itu sehingga sebagian memang sudah paham untuk masalah itu terutama untuk teman – teman yang sudah pernah di rumah sakit lain seperti pelatihan dan bagaimana sistemnya itu mereka sudah paham dengan itu tapi bagi teman – teman yang baru – baru memang banyak yang belum paham disosialisasikan.(WKRO-270212-Sn)

Id : " materi kuliah kusus gak ada dok....ya ikut-ikutan seniornya...di orientasi karyawan juga cuma disinggung sedikit..."(WPR-30042012-Id)

HP : "gak ada buk....paling yo melok-melok kakak kelas gitu..."(WBB-01052012-HP)

3. Faktor Beban Kerja yang Berlebih

TS : "SC.....iki operasi yang ke dua, jik kurang loro (2) maneh.....ket mambengi aku operasi 7, RSU 3 kene 4.....iki mau tak sambi visite bar iki tak mulih sik, mugo-mugo gak ada cito op....lanjutnya sambil menggeliatkan badannya, nampak kalau beliau memang kecapekan. (WSP-27022012-TS)

Sn : "Niki dokmbahas operasi mulai tadi malam gak leren....sepagian tadi SC 3 cystectomy 1..."

All : "nggeh... semalam pak H operasi 4, mulai jam 9 sampai jam 2, sorenya pak Y operasi Orif Femur dan p M herniotomy..."

All : "nggeh sering dok..."

Sn : "masalahnya dok, setelah operasi marathon kayak gitu.....kayaknya 2 minggu capeknya belum hilang" (WKRO-270212-Sn)

4. Faktor Budaya Patient Safety

Wr : "Mereka nggak fokus dengan kelimuannya masing-masing. Instrumenter fokus pada instrumennya, asistennya fokus membantu operator, anestesiya itu fokus pada penanganan pasiennya selama di anestesi. Tolong tidak usah diperintah ya... Masak Kita harus tiap hari mengingatkan..."

Sn : "Jadi memang mungkin budaya untuk terutama dokter – dokter kita yang sudah senior – senior mungkin perlu lagi, awal – awalnya mungkin pahit ya Bu Indi ya... Karena mungkin pasti ditertawakan "apa – apaan sih rek – rek..." mungkin seperti itu, karena memang budaya kita memang seperti itu kadang – kadang dokternya masih diruang mana "tidurkan pasiennya" itu yang sering seperti itu. Jadi kita kadang – kadang ya sudah mungkin memang budaya kita sekarang ini sudah mengarah pada budaya coboy."

Ar : "kalau yang saya rasakan masalah serah terima itu kenapa tidak berjalan dengan sesuai prosedur, disatu sisi saya tetep menganggap serah terima dengan cara ini itu sudah cukup dan selama ini tidak ada masalah itu yang pertama. Yang jelas pendapat itu yang salah tapi itu yang kami rasakan memang begitu lho yang penyebabnya itu. Yang kedua, serah terima yang sedetail itu memang makan waktu itu yang belum terbudaya pada kita." (FGDALOP-07042012-OK)

Ts : "Tapi hebat lho.....anak-anak sini kerjone tetep bagus lumayan disiplin....yo-kl ada nggleore yo maklum....lha gak tau ditunggoki... (WWSP-27022012-TS)

Sr : "Lha seperti masalah serah terima, kayaknya Cuma seperti itu, tapi khan sering kita menemukan tertukarnya hasil laborat atau radiologi..."



- Sp : “Iya Dok... Kapan hari ada yang kehilangan hasil CT scan...” (FGDHP-11042012-OK)
- Kk : “Sebenarnya kami juga sudah membuat ekspedisi serah terima untuk laborat tapi ya gitu... Kosong nggak pernah diisi... Pada saat dibutuhkan kita cari... Eeee... Kosong.”
- Id : “Betul... Mungkin evaluasi kita yang kurang, biasanya khan anget – anget tai ayam kalau ada masalah semua bergerak buat ini itu... setelah itu lupa.” (FGDHP-11042012-OK)

2. Analisa Data Hasil FGD *Redesign* Proses Pelayanan Pasien Operasi

1. *Redesign* Proses Pelayanan Pasien Operasi

- Ar : “Hmmm... Anu Dok... kayaknya alur yang ditunjukkan Dokter tempo hari yang mmm... kagugane WHO... video niku lho Dok... Jane lek dikerjakne tenanan ya sip... jadi kita buat check list”
- Hp : “O... Iyo... Aku barusan ikut pelatihannya, apik Bu... Paling tidak ada hal-hal yang bisa dikerjakan di RS. Kayak itu lho... ada briefing, de briefing, sign in, time out dan sign out...tapi ya...gak perlu sedetil itu...” (FGDRD-19052012-OK)
- Id : “Betul... Mungkin evaluasi kita yang kurang, biasanya khan anget – anget tai ayam kalau ada masalah semua bergerak buat ini itu... setelah itu lupa.”
- All : “Ha...haha...”
- Sr : “Refreshing perlu kita adakan lagi, sepertinya dua tahun ini kita vacuum. Maksud saya refreshing tentang protap – protap.”
- Dv : “Gimana ya caranya supaya kita nggak males melakukan hal – hal yang sesuai standard? Saya juga banyak melihat... Ya saya sendiri juga namanya operan itu kok gimana ya...”
- Pn : “Gimana apanya Pak?”
- Dv : “Maksud saya... Saya tahu itu berisiko tapi mau mengerjakan detil itu kok seperti ada yang nggandoli.” (FGDHP-11042012-OK)
- Sn : “Saya kemarin sudah membicarakan sama teman – teman OK, kita sepakat yang serah terima dan yang melakukan pengecekan dan koordinator *checklist* untuk melihat itu omloop saja soalnya dia khan yang paling bebas bergerak.”
- Ar : “Ya Dok... Alasannya biasanya pada saat yang lain operasi dalam kondisi steril yang paling mobile khan omloop misalnya menelphon ruangan untuk menyiapkan operasi berikutnya, informasi macem-macem yang bisa langsung menerima khan dia Dok...”
- Wr : “Yo nggak lah... kayak di video itu lho khan yang melakukan serah terima sampai melakukan verifikasi *checklist* dulu satu orang.”
- Sr : “Sebetulnya untuk mengurangi risiko pada proses serah terima itu yang dikurangi ya... proses serah terimanya maksudnya kalau bisa dikerjakan satu orang khan enak nggak usah di operkan ke orang lain.”
- Sr : “Perawat yang ngirim adalah perawat yang ngecek persiapan Px. Jadi dia khan harus ngecek kondisi Px sesuai dengan checklist sesaat sebelum dikirim.”
- Hp : “Betul... Betul... Setuju. Jangan ngeceknnya 2 jam sebelum Px dikirim kalau ada perubahan kondisi khan nggak tahu...”
- Sn : “Artinya semua setuju kalau pada proses yang baru ini ditetapkan bahwa yang ngirim... Pr Ri yang ngecek persiapan sebelum Px dikirim, sedangkan yang menerima di OK dan yang menjadi koordinator verifikasi *checklist*...omloop saja.” (FGDRD-19052012-OK)

LAMPIRAN 8 Analisa Triangulasi Data Observasi Alur Pasien Operasi

1. OBS-07032012-OK

No	Time	Lokasi	Aktifitas	Deskripsi Aktifitas	SPO RS	St WHO	Refleksi
1	16.30	Kamar operasi (OK)	Rencana operasi pasien dengan diagnosis suspect PAI (periappendicular infiltrate)	petugas OK (3 orang, pr Ar, pr Yd, Pr Aw) sudah siap dengan baju OK yang berwarna hijau lengkap dengan topinya.	+	+	
2	16.50	Kamar operasi (OK)	Persiapan operasi	PN masuk ruangan OK yang didominasi warna hijau. pasien di atas meja operasi sedang diajak ngomong Pr. Dr M langsung menuju ke arah pasien sambil menanyakan sakitnya. Operator nampak membolak balik status, membaca sekilas hasil laborat dan hasil radiologi. Tim yang lain cuci tangan di ruangan sebelah kamar operasi	+	+	Sign in Memastikan diagnosis dan identitas pasien
3	16.55	Kamar operasi (OK)	Melakukan tindakan operasi	Pr anastesi membius pasien. Assisten melakukan desinfeksi lapangan operasi kemudian bekerja sama dengan instrumentir mempersempit lapangan operasi. Operator melakukan irisan di perut pasien dari bawah ke atas. Assisten memegang kasa dan ces untuk menghentikan perdarahan yang timbul. Operator dibantu asisten mencari organ yang bermasalah. Dilakukan appendectomy dan dicuci lagi sampai bersih, kemudian dipasang drain	+	+	
4	17.40	Kamar operasi (OK)	Operasi selesai	Instrumentir menghitung kasa yang dipakai, dan menata instrument. Operator menjahit luka, sambil meminta anastesi untuk memasukkan ceftriaxon 2 gram dan metronidasole 1 gram	+	+	Time out memastikan jumlah alat dan kasa yang dipakai

No	Time	Lokasi	Aktifitas	Deskripsi Aktifitas	SPO RS	St WHO	Refleksi
5	17.55	Kamar operasi (OK)	Mengakhiri tindakan operasi	Operator melepas jas operasi kemudian keluar menuju ruang cuci untuk cuci tangan.	+	+	Melakukan proses sign out secara tulisan
				Asisten membersihkan luka operasi dan menutup luka dengan kasa steril dan perekat			
				Operator menulis laporan operasi dan instruksi di status RM pasien, sambil mengingatkan jangan lupa memasukkan ketorolac supp			
6	18.10	Kamar operasi (OK)	Operator pulang	Operator pamit			
7	18.20	Kamar operasi (OK)	Pasien dimasukkan ruang RR yang terletak berseberangan dengan kamar operasi	Pasien diterima petugas RR	+		Observasi pasca operasi
8	19.10	Ruang RR	Pasien siap diambil	Pasien mulai mengeluarkan suara.	+	+	Observasi pasca operasi untukantisipasi adanya kegawatan
				Petugas RR menulis dilebar observasi pasien, kemudian menelpon Pr ruangan.			Tidak melakukan serah terima secara verbal dan tidak melakukan cek dan recek
9	19.20	Ruang RR	Pr ruang rawat inap datang	Pr RR dengan santai sambil menyerahkan status RM pasien.	+	+	Tidak melakukan serah terima secara verbal dan tidak melakukan cek dan recek
				RI menerima status RM pasien kemudian mendorong tempat tidur pasien dibantu keluarga pasien.			
				PN melihat catatan register kamar operasi kemudian pamit untuk pulang kepada Pr OK yang sedang menulis buku laporan			

Refleksi : Secara keseluruhan subproses alur pelayanan pasien operasi sudah sesuai dengan standar WHO, akan tetapi hampir semua aktifitas tidak dilakukan secara lengkap bahkan diabaikan atau dilewati terutama masalah serah terima atau pengecekan ulang pada proses transisi.

2. OBS2-15032012-RIOK

no	time	lokasi	aktivitas	Deskripsi aktivitas	SPO RS	St WHO	Refleksi
1	10.00	Ruang Rawat inap (RI)	Persiapan pengiriman pasien (px) operasi.	Perawat ruangan (Pr RI) mengambil status px, menanyakan kesiapannya dan minta bantuan keluarga px untuk mengantarkan px ke kamar operasi	1. Pr R menyiapkan status RM px. Pemeriksaan penunjang lab, Ro, ECG 2. mencocokkan nama px, diagnosis, no register, melakukan cek ulang vital sign, persiapan darah (bila diperlukan)		Tidak Melakukan pengecekan ulang/ tidak menjalankan SPO lengkap. (sesuai check list pre op) Mencocokkan nama pasien, nomor register, diagnosis, periksa vital sign, lama puasa, persiapan darah
2	10.05	Ruang transit (OK)	Serah terima px dari Pr RI ke Petugas OK (POK)	1. serah terima antara Pr RI dengan P OK menunjukkan status RM px 2. P OK hanya menanyakan tentang injeksi ATS terhadap Px?	1. Px dibawa ke kamar operasi (OK), Pr RI melakukan serah terima Kelengkapan status RM px (Persetujuan Tindakan Medis/ RM 15, Lembar Konsultasi/ RM 14, Laborat, TF, USG, EKG, Catatan Pre Operasi) Vital sign terakhir sebelum dibawa ke Kamar operasi		Proses serah terima px oleh Pr RI ke P OK, Pr RI dan POK berhadapan di depan px, melakukan serah terima nama px, no register, diagnosis, vital sign, lama puasa, persiapan darah
3	10.25	Ruang operasi	Memindahkan px ke ruang operasi	px diangkat dari ruang transit di kamar operasi, dan ditinggal sendirian.	Dilakukan pengecekan kondisi pasien (Puasa cukup, gigi palsu, perhiasan pasien/ Maag slang bila puasa kurang, Lokasi operasi/ lokasi penyakit baju operasi	Pasien sudah dipastikan : • Identitas • Sisi Operasi • Prosedur • informed Consent Tanda operasi ada/tidak Cek Keselamatan Anestesi Oximeter siap dan berfungsi Apakah pasien alergi? Ya Tidak Adakah risiko aspirasi? Ya Tidak Adakah risiko perdarahan? > 500 ml (7ml/kg BB pada anak) Tidak Ya, sudah direncanakan transfusi	Proses pengecekan masuk ruang operasi/ sebelum dilakukan anestesi. Perawat mencocokkan identitas px, operator mencocokkan identitas px, diagnosis, lokasi operasi, prosedur tindakan yang direncanakan, anestesi mempersiapkan kesiapan keamanan anestesi. Alat obat dan persiapan darah.



No	Time	Lokasi	Aktifitas	Deskripsi Aktifitas	SPO RS	St WHO	Refleksi
4	10.35	Di ruang operasi	Proses sebelum insisi sd Tindakan operasi selesai	1. Pasien kelihatn sudah dalam kondisi siap dioperasi, sudah teranestesi. Tidak ada acara time out 2. Sambil menunggu operator cuci tangan tim ok yang nampaknya sudah siap langsung melakukan desinfeksi pada area operasi. 3. operator melakukan operasi menjahit jari kaki pasien sekitar 10 menit. Selama operasi terjadi obrolan ringan yang diselingi canda antar tim operasi dengan operator yang terkesan bahwa mereka terjaln keakraban.	Pasien dipindahkan ke meja operasi. Dipasang monitor. Dipasang tempat deken doek dan harnest. Dipastikan lokasi operasi oleh tim kamar operasi dan dicross check dengan pemeriksaan penunjang di premedikasi sesuai dengan kasus. Sebelum induksi pasien dianjurkan untuk berdoa. Pasien di induksi Instrumentir, Asisten dan operator cuci tangan scrubing, memakai jas dan handschoen steril. Instrumentir menyiapkan peralatan dan dihitung. Assisten dan instrumentir menghitung kassa yang akan dipakai Daerah operasi didesinfeksi dengan menggunakan betadine, dilokalisasi dengan doek steril. Sisa betadin dibersihkan dengan alcohol 70%. Dilakukan insisi pada daerah operasi, perdarahan dihentikan dengan couterisasi. Setelah selesai, luka operasi dicuci dengan PZ steril. Dilakukan penghitun gan kassa dan instrument. Dilakukan penutupan luka operasi tingkat demi tingkat (Jahit fascia, otot, lemak, kulit) Luka operasi dicuci kembali dengan PZ steril dan ditutup dengan kassa steril dan dihipavix.	Pastikan semua anggota tim memperkenalkan nama dan perannya. Dokter bedah, anestesi dan perawat. Konfirmasi secara verbal mengenai • Pasien • Sisi • Prosedur.	Time Out sebelum pasien dilakukan insisi Dokter bedah, anestesi dan perawat Konfirmasi mengenai identitas px, diagnosis, sisi operasi dan prosedur yang akan dilakukan serta kondisi kritis yang perlu diantisipasi. review keadaan kritis atau langkah-langkah yang tidak diharapkan, lama operasi, antisipasi kehilangan darah Tim anestesi review apakah ada keadaan pasien yang perlu diperhatikan? Tim perawat review Sudah steril (termasuk indikator hasil) ? Adakah masalah alat? Apakah antibiotik profilaksis telah diberikan Ya Tidak Apakah ada hasil imaging?



No	Time	Lokasi	Aktifitas	Deskripsi Aktifitas	SPO RS	St WHO	Refleksi
5	10.55	Ruang operasi	Akhir tindakan operasi	operator melepas jas operasi dan handschoen, kemudian menulis laporan operasi di status RM pasien, selesai menulis laporan operator keluar OK. Px dibersihkan dan luka operasi ditutup kasa oleh perawat asisten dan instrumentir. Perawat anestesi menghentikan anestesi, melepas mesin anestesi, melihat tekanan darah px di monitor dan mencatat di statusRM px.	Anestesi dihentikan, dilakukan oksigenasi dan diberikan injeksi analgesic. Perjalan operasi di tulis di F.OK.01, RM 26 dan RM 28b Px dibersihkan dari sisa darah dan betadin Px dipindahkan ke tempat tidur RR, diselimuti dan dirapikan Px dipindahkan ke ruang recoveri oleh anestesi dan asisten	Perawat konfirmasi dengan tim: Nama prosedur yang tercatat. Kebenaran jumlah instrumen, kassa, jarum. Bagaimana spesimen diberi label (termasuk nama px) Apakah ada masalah pada alat Dokter bedah, anestesi dan Perawat review hal-hal penting untuk pemulihan px	Sebelum px meninggalkan ruang operasi. Perawat Memastikan identitas px prosedur yang telah dilakukan, jumlah instrument, kasa, pemberian label spesimen, Operator, anestesi, mengulangi hal-hal yang perlu diperhatikan untuk pemulihan px yang maksimal.
6	11.10	Ruang pulih sadar (RR)	Observasi post op	1. Px dibawa ke ruang pulih sadar diobservasi oleh perawat anestesi.	Dilakukan timbang terima oleh perawat anestesi ke petugas RR Jenis operasi Vital sign durante operasi Jumlah perdarahan dan cairan yang sudah masuk Drain/ maagslang/ atau penyulit bila ada Dipasang monitor, Oksigen dan cairan dijalankan sesuai dengan instruksi operator Dilakukan observasi vital sign setiap 15 menit dan ditulis di RM 25 Observasi kesadaran, patensi jalan napas, jumlah cairan masuk dan keluar, kondisi luka dan drain	Observasi post operasi di RR. Meliputi kesadaran, jumlah pemafasan, perdarahan, keseimbangan cairan, jumlah drain, maag slang, produksi urin, kondisi luka operasi.	
7	12.30	RR	Observasi post op	pasien mulai sadar dan mengeluarkan suara mengeluh, perawat anestesi mengukur tensi dan mencatat di lembar laporan anestesi. Perawat keluar ruangan menuju ruang administrasi menghubungkan petugas rawat, pasien sudah diambil.	Bila kesadaran Compos mentis, GCS 456 dan vital sign stabil, pasien dikeluarkan dari ruang recoveri ke ruang transit	Observasi post operasi di RR. Meliputi kesadaran, jumlah pemafasan, perdarahan, keseimbangan cairan, jumlah drain, maag slang, produksi urin, kondisi luka operasi	



No	Time	Lokasi	Aktifitas	Deskripsi Aktifitas	SPO RS	St WHO	Refleksi
8	12.45	Ruang transit OK	Serah terima px dari P OK ke Pr RI	Pr RI datang kemudian membawa kembali. Peneliti tidak melihat adanya serah terima. Bahkan langsung membawa tanpa memberitahu OK.	Dilakukan serah terima px dari RR ke Pr RI. Jenis operasi vital sign selama di RR, vital sign terakhir sebelum px dikeluarkan. Kesadaran px, Jumlah perdarahan dan cairan yang sudah masuk Drain/ maagslang/ atau penyulit bila ada. Terapi lanjutan bila ada dari operator Kontrol Ro, Pemeriksaan tambahan lain laborat (PA, cek HB) Pesan khusus operator. Px dibawa ke ruangan oleh Pr RI		Serah terima px post operasi dari P OK ke Pr RI dengan berhadapan di depan px, meliputi nama px, no register, diagnosis, vital sign, tindakan yang telah dilakukan, hal-hal penting yang perlu diperhatikan untuk pemulihan pasien.

Refleksi : Secara keseluruhan subproses alur pelayanan pasien operasi sudah sesuai dengan standar WHO, akan tetapi hampir semua aktifitas tidak dilakukan secara lengkap bahkan diabaikan atau dilewati terutama masalah serah terima atau pengecekan ulang pada proses transisi.

Lampiran 9 Hasil HFMEA Analisa Hazard

FGD HFMEA

HFMEA Langkah 4 - Analisis Hazard

MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum	Potensi Penyebab	SKORING			Analisis Pohon Keputusan			
		Kegawatan	Probabilitas	Nilai Hazard	Poin Tinggi Kelemahan ?	Adakah Kontrol/Pengendalian ?	Apakah mudah di deteksi ?	Proses ?
1. Persiapan ngirim pasien (px) operasi								
a. Kesalahan identitas	Tidak dilakukan pengecekan identitas sebelum pengiriman/ tidak ada komunikasi verbal.	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
b. Kesalahan diagnosis dan sisi	Tidak dilakukan pengecekan sebelum pengiriman/ tidak ada komunikasi verbal tidak melibatkan pasien	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
c. Kesalahan persiapan	Tidak dilakukan pengecekan sebelum pengiriman/ tidak ada komunikasi verbal	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya
2. Serah terima pasien di kamar operasi oleh perawat ruang rawa tinap kepada petugas kamar operasi								
a. ketidak lengkapan catatan RM	Tidak dilakukan pengecekan langsung/ tidak ada komunikasi verbal dihadapan pasien	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
b. Kesalahan identitas	Tidak dilakukan pengecekan langsung/ Tidak ada komunikasi verbal, dianggap rutinitas biasa	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
c. Kesalahan diagnosis, sisi operasi	Tidak dilakukan pengecekan langsung/ Tidak ada komunikasi verbal verbal langsung dihadapan pasien	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
d. Terjadinya perdarahan, terjadinya reaksi alergi	Tidak ada pengecekan lisan/ tertulis langsung/ Tidak ada komunikasi verbal langsung dihadapan pasien	4	2	8	Ya	Tidak	Tidak	Ya



HFMEA Langkah 4 - Analisis Hazard

MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum	Potensi Penyebab	SKORING			Analisis Pohon Keputusan			
		Kegawatan	Probabilitas	Nilai Hazard	Poin Tunggal Kelemahan ?	Adakah Kontrol/ Pengendalian ?	Apakah mudah di deteksi ?	Proses ?
3. Sebelum dilakukan anestesi (<i>sign in</i>)								
a. Kesalahan identitas	Tidak dilakukan pengecekan langsung tulisan/ tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
b. Kesalahan sisi operasi	Tidak dilakukan komunikasi verbal, dianggap prosedur rutin	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
c. Kekurangan/ tidak tersedianya alat, implant, obat.	Tidak dilakukan pengecekan persiapan alat	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya
d. Terjadinya reaksi alergi durante op	Tidak dilakukan pengecekan langsung tulisan/ tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
e. Terjadinya perdarahan selama proses operasi	Tidak dilakukan pengecekan persediaan darah	4	2	8	Ya	Tidak	Tidak	Ya

HFMEA Langkah 4 - Analisis Hazard

MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum	Potensi Penyebab	SKORING			Analisis Pohon Keputusan			
		Kegawatan	Probabilitas	Nilai Hazard	Poin Tunggal Kelemahan ?	Adakah Kontrol/Pengendalian ?	Apakah mudah di deteksi ?	Proses ?
4. Sebelum dilakukan insisi (<i>time out</i>)								
a. Tidak Adanya komunikasi yang efektif selama melakukan tindakan operasi	Tidak dilakukan perkenalan secara verbal dan dokumen tim kecil, mereka sudah saling kenal	3	1	3	Ya	Tidak	Tidak	Ya
b. Terjadinya kekeliruan pasien, sisi lokasi operasi atau prosedur yang dilakukan	Tidak dilakukan konfirmasi secara verbal, menganggap sebagai suatu rutinitas	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
c. Tidak siapnya tim dalam mengantisipasi kejadian yang bersifat emergensi	Tidak dilakukan review keadaan kritis atau langkah-langkah yang tidak diharapkan.	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
d. Tidak mengantisipasi kegawatan anestesi	Tidak dilakukan review keadaan kritis atau langkah-langkah yang tidak diharapkan	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
e. Tertinggalnya alat atau kasa di dalam rongga tubuh, adanya alat yang bermasalah.	Tidak dilakukan review tentang kesiapan dan jumlah alat yang tersedia	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
f. Belum diberikannya antibiotic profilaksis yang akan meningkatkan infeksi	Tidak dilakukan konfirmasi pemberian antibiotik profilaksis	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya



HFMEA Langkah 4 - Analisis Hazard

MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum	Potensi Penyebab	SKORING			Analisis Pohon Keputusan			
		Kegawatan	Probabilitas	Nilai Hazard	Poin Tunggal Kelemahan ?	Adakah Kontrol/Pengendalian ?	Apakah mudah di deteksi ?	Proses ?
5. Sebelum pasien meninggalkan ruang operasi								
a. Terjadinya perdarahan dari jaringan yang dipotong.	Tidak dilakukan pengecekan ulang secara verbal	4	2	8	Ya	Tidak	Tidak	Ya
b. Tidak terambilnya atau hilangnya bahan pemeriksaan.	Tidak dilakukan konfirmasi secara verbal	4	2	8	Ya	Tidak	Tidak	Ya
c. Terjadinya kekeliruan observasi/ perawatan lanjutan untuk pemulihan pasien.	Tidak dilakukan konfirmasi ulang prosedur yang telah dikerjakan	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya
d. Terjadinya kekeliruan terapi dan perawatan lanjutan untuk pemulihan pasien	Tidak dilakukan review secara verbal dan dokumen oleh tim tentang hal – hal penting untuk pemulihan	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya
6. Selama pasien di ruang pulih sadar / recovery room (RR)								
a. Terjadinya kekeliruan terapi dan perawatan lanjutan untuk pemulihan pasien	Tidak dilakukan proses serah terima secara verbal dan dokumen	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya
7. Serah terima pasien dari RR ke perawat rawat inap								
a. Terjadinya kesalahan pasien dan kelengkapan dokumen	Tidak dilakukan serah terima secara verbal dan dokumen	4	1	4	Ya	Tidak	Tidak	Ya
b. Terjadinya kesalahan terapi dan perawatan lanjutan	Tidak dilakukan serah terima secara verbal dan dokumen	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya
c. Tidak dilakukan pemeriksaan tambahan yang diadviskan	Tidak dilakukan serah terima secara verbal dan dokumen	3	2	6	Ya	Tidak	Tidak	Ya



Hasil FGD alur proses pelayanan pasien operasi dari 7 proses didapatkan 26 sub proses yang berpotensi terjadi kegagalan. Setelah melakukan scoring didapatkan *hazard score* antara 3 sampai dengan 8 seperti tabel di bawah.

No Proses	Nilai				Jumlah
	3	4	6	8	
1		2	1		3
2		3		1	4
3		3	1	1	5
4	1	4	1		6
5			2	2	4
6			1		1
7		1	2		3
Jumlah	1	13	8	4	26

Sumber: Data primer 2012

Skor 8 ada 4 potensial insiden

1. Terjadinya perdarahan, terjadinya reaksi alergi pada proses serah terima pasien di kamar operasi oleh perawat ruang rawa tinap kepada petugas kamar operasi karena tidak dilakukan pengecekan langsung tulisan/ tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien.
2. Terjadinya perdarahan selama proses operasi pada proses sebelum dilakukan anestesi (*sign in*) karena tidak dilakukan pengecekan persediaan darah.
3. Terjadinya perdarahan dari jaringan yang dipotong pada proses sebelum pasien meninggalkan ruang operasi karena tidak dilakukan pengecekan ulang secara verbal.
4. Tidak terambilnya atau hilangnya bahan pemeriksaan pada proses sebelum pasien meninggalkan ruang operasi karena tidak dilakukan konfirmasi secara verbal.

Skor 6 ada 8 potensial insiden

1. Kesalahan persiapan pada proses persiapan ngirim pasien (px) operasi karena tidak dilakukan pengecekan sebelum pengiriman/ tidak ada komunikasi verbal.



2. Kekurangan/ tidak tersedianya alat, implant, obat. pada proses sebelum dilakukan anestesi (*sign in*) karena tidak dilakukan pengecekan persiapan alat.
3. Belum diberikannya antibiotik profilaksis yang akan meningkatkan infeksi pada proses sebelum dilakukan insisi (*time out*) karena tidak dilakukan konfirmasi pemberian antibiotic profilaksis.
4. Terjadinya kekeliruan observasi/ perawatan lanjutan untuk pemulihan pasien pada proses sebelum pasien meninggalkan ruang operasi karena tidak dilakukan konfirmasi ulang prosedur yang telah dikerjakan.
5. Terjadinya kekeliruan terapi dan perawatan lanjutan untuk pemulihan pasien pada proses sebelum pasien meninggalkan ruang operasi karena tidak dilakukan review secara verbal dan dokumen oleh tim tentang hal – hal penting untuk pemulihan.
6. Terjadinya kekeliruan terapi dan perawatan lanjutan untuk pemulihan pasien pada proses selama pasien di ruang pulih sadar/ *recovery room* (RR) karena tidak dilakukan proses serah terima secara verbal dan dokumen.
7. Terjadinya kesalahan terapi dan perawatan lanjutan pada proses serah terima pasien dari RR ke perawat rawat inap karena tidak dilakukan serah terima secara verbal dan dokumen.
8. Tidak dilakukan serah terima secara verbal dan dokumen pada proses serah terima pasien dari RR ke perawat rawat inap karena tidak dilakukan serah terima secara verbal dan dokumen.

Skor 4 ada 13 potensial insiden

1. Kesalahan identitas pada proses persiapan ngirim pasien(px) operasi karena tidak dilakukan pengecekan sebelum pengiriman/ tidak ada komunikasi verbal merasa yakin dan hafal dengan px.



2. Kesalahan diagnosis dan sisi pada proses persiapan pengiriman pasien operasi karena tidak dilakukan pengecekan sebelum pengiriman/ tidak ada komunikasi verbal, tidak melibatkan pasien.
3. Ketidaklengkapan catatan RM pada proses serah terima pasien di kamar operasi oleh perawat ruang rawat inap kepada petugas kamar operasi karena tidak dilakukan pengecekan langsung tulisan/ tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien.
4. Kesalahan identitas pada proses serah terima pasien di kamar operasi oleh perawat ruang rawa tinap kepada petugas kamar operasi karena tidak dilakukan pengecekan langsung tulisan/ tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien, dianggap rutinitas biasa.
5. Kesalahan diagnosis, sisi operasi pada proses serah terima pasien di kamar operasi oleh perawat ruang rawa tinap kepada petugas kamar operasi karena tidak dilakukan pengecekan langsung tulisan/ tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien.
6. Kesalahan identitas pada proses sebelum dilakukan anestesi (*sign in*) karena tidak dilakukan pengecekan langsung tulisan/ tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien.
7. Kesalahan sisi operasi pada proses sebelum dilakukan anestesi (*sign in*) karena tidak dilakukan komunikasi verbal, dianggap prosedur rutin.
8. Terjadinya reaksi alergi *durante* op pada proses sebelum dilakukan anestesi (*sign in*) karena tidak dilakukan pengecekan langsung tulisan/ tidak ada komunikasi verbal di hadapan pasien.
9. Terjadinya kekeliruan pasien, sisi lokasi operasi atau prosedur yang dilakukan pada proses sebelum dilakukan insisi (*time out*) karena tidak dilakukan konfirmasi secara verbal, menganggap sebagai suatu rutinitas.

10. Tidak siapnya tim dalam mengantisipasi kejadian yang bersifat emergensi pada proses sebelum dilakukan insisi (*time out*) karena tidak dilakukan review keadaan kritis atau langkah-langkah yang tidak diharapkan.
11. Tidak mengantisipasi kegawatan anestesi pada proses sebelum dilakukan insisi (*time out*) karena tidak dilakukan review keadaan kritis atau langkah-langkah yang tidak diharapkan.
12. Tertinggalnya alat atau kasa di dalam rongga tubuh, adanya alat yang bermasalah pada proses sebelum dilakukan insisi (*time out*) karena tidak dilakukan review tentang kesiapan dan jumlah alat yang tersedia.
13. Terjadinya kesalahan pasien dan kelengkapan dokumen pada proses serah terima pasien dari RR ke perawat rawat inap karena tidak dilakukan serah terima secara verbal dan dokumen.

Skor 3 ada 1 potensial insiden

1. Tidak adanya komunikasi yang efektif selama melakukan tindakan operasi pada proses sebelum dilakukan insisi (*time out*) karena tidak dilakukan pengenalan secara verbal dan dokumen tim kecil, mereka sudah saling kenal. Setelah teridentifikasi adanya potensial insiden dan penyebab potensial kemudian dilakukan identifikasi tindakan dan outcome yang diharapkan berdasarkan *hazard score* dan analisa pohon keputusan. Semua direkomendasikan untuk ditindak lanjuti karena berdasarkan analisa observasi, wawancara dan data dokumen disebabkan oleh kebiasaan/ budaya personal.

LAMPIRAN 10 Analisa Data Pemeriksaan Dokumen

1. STANDAR TENAGA KEPERAWATAN KAMAR OPERASI

Jumlah Jam Perawatan yang dibutuhkan Pasien / hr =

$$\text{Jam perawatan} = \{(A1 \times \text{jmlh px/hr}) + (A2 \times \text{jmlh px/hr}) + (A3 \times \text{jmlh px/hr})\}$$

A1 : Waktu operasi besar/ khusus 5 jam

A2 : Waktu operasi sedang 2 jam

A3 : Waktu operasi kecil 1 jam

Px/hr : Jumlah pasien

$$\text{Jam perawatan} = (5 \times 4,04) + (2 \times 1,4) + (1 \times 0)$$

$$= 20,2 + 2,6 + 0$$

$$= 22,8 \text{ jam}$$

Jumlah perawat = 4 orang

Jumlah hari kerja efektif / tahun = 365 – jumlah hari kerja non efektif dalam 1 tahun.

Jumlah hari kerja non efektif dalam 1 tahun :

Jumlah hari minggu = 52 hari

Jumlah libur nasional = 11 hari

Jumlah cuti tahunan = 12 hari

Cuti sakit = 5 hari

Pengembangan = 5 hari

Total = 85

hari

Jumlah hari kerja efektif / tahun = 365 – 85

$$= 280 \text{ hari}$$





Jumlah tenaga yang diperlukan :

$\frac{\text{Jam perawatan / hari} \times 365 \times \text{Jumlah perawat}}{\text{Hari kerja efektif / tahun} \times \text{jam kerja / hari}}$

$\frac{22,8 \times 365 \times 4}{280 \times 7}$

$= \frac{33288}{1.960}$

$= 16,9$

$= 16,9$

$= 16,9$

$= 16,9$ dibulatkan menjadi 17 orang

ketersediaan tenaga ok saat ini 14 orang jadi kurang 3 Orang.

Kalau dilihat waktu operasi

Shift pagi: 28%

Shift sore: 32%

Shift malam: 40%

Bila dihitung berdasarkan kebutuhan rata-rata harian:

Jam perawatan perhari:

Operasi berat : $5 \times 4,04 = 20,2$ jam

Operasi sedang : $2 \times 1,4 = 2,6$ jam

Operasi kecil : $1 \times 0 = 0$ jam

Jam kerja efektif 7 jam

Jumlah tenaga pertindakan 4 orang

Kebutuhan tenaga kamar operasi : $20,2 + 2,6 = (22,8 \times 4) / 7 = 91,2 / 7 = 13,2$

Dibulatkan jadi 13.

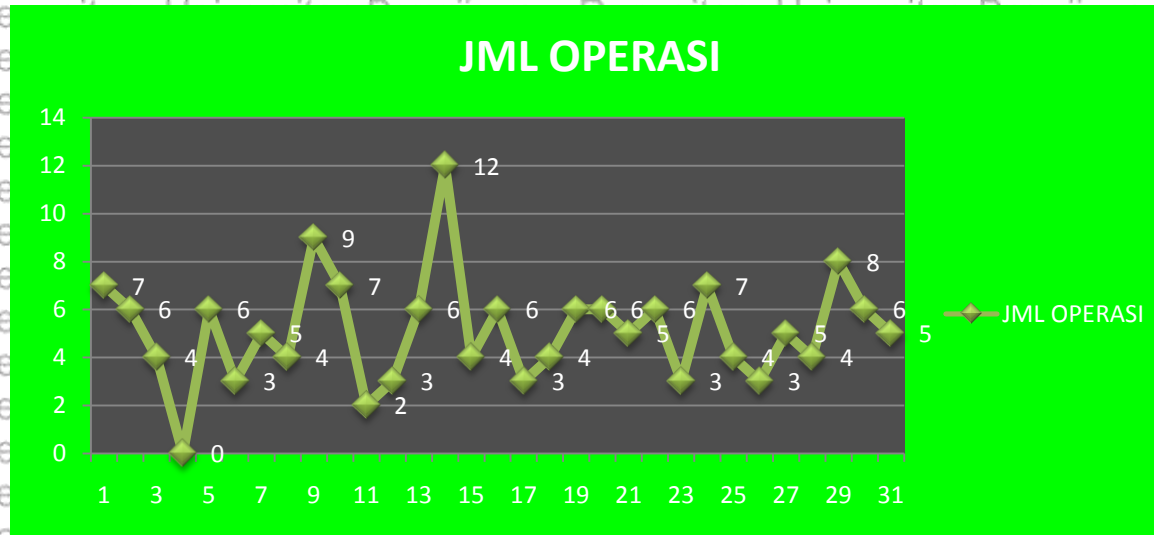


Jumlah tenaga kamar operasi saat ini 14 orang, bila satu kali operasi memerlukan 4 orang yang terdiri dari 1 perawat anestesi, 1 perawat asisten, 1 perawat instrumentir, 1 perawat omloop maka sehari terbagi 3 shift terpenuhi kelebihan 1 sebagai kepala urusan yang lebih banyak mengurus manajemen. Bila ada satu shift yang cuti, libur atau sakit maka kekurangan 4 orang. Jadi setelah diperhitungkan dikurangi perawat cuti, libur, sakit serta pengembangan (pelatihan dll), kamar operasi membutuhkan perawat 17 orang, jadi kurang 4 orang perawat.

2. Analisa Data Jumlah Operasi Harian

JUMLAH OPERASI HARIAN DALAM BULAN MARET 2012

TANGGAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
JML OPERASI	7	6	4	0	6	3	5	4	9	7	2	3	6	12	4	6	3	4	6	6	5	6	3	7	4	3	5	4	8	6	5	159
RATA-RATA																															5.129032258	



LAMPIRAN 11 Hasil Redesign Checklist Proses Pelayanan Operasi

1. Checklist Persiapan Pengiriman Pasien Operasi

RUMAH SAKIT X	
CATATAN PRA OPERASI	NO. RM : NAMA : NAMA ORANG TUA : UMUR : L(P*)
Diagnosa prabedah : Rencana Tindakan : Konsul Anaesthesi : <input type="checkbox"/> Sudah <input type="checkbox"/> Belum Bagian/ Sisi :	
KEADAAN UMUM	
Kesadaran : Tekanan darah : Suhu : Nadi : Respirasi : Berat badan :	
PEMERIKSAAN PENUNJANG	
HB : Leukosit : Gol. Darah : Foto Ro : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak EKG : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak Darah : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak	
PERSIAPAN	
Puasa : <input type="checkbox"/> Sudah <input type="checkbox"/> Belum Cukur daerah operasi : <input type="checkbox"/> Sudah <input type="checkbox"/> Belum Pasang catheter : <input type="checkbox"/> Sudah <input type="checkbox"/> Belum Lavement : <input type="checkbox"/> Sudah <input type="checkbox"/> Belum Premedikasi : <input type="checkbox"/> Sudah <input type="checkbox"/> Belum Informed concert : <input type="checkbox"/> Sudah <input type="checkbox"/> Belum Seragam operasi : <input type="checkbox"/> Sudah <input type="checkbox"/> Belum Gigi palsu : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak	
Perawat Ruangan	Genteng, Telah dicek kembali oleh, Perawat Kamar Operasi/ Koordinator <i>checklist</i>
*) Coret yang tidak perlu <input type="checkbox"/> Genteng sesuai dengan kondisi	

2. Checklist Sign In

Checklist Masuk Ruang Operasi/ Sign In

Verifikasi dilakukan mulai jam:

		Verifikator		
		() Dr Anestesi	() Perawat	() Dr Bedah
1.	Pasien sudah dipastikan:			
	a. Identitas	()	()	()
	b. Sisi operasi	()	()	()
	c. Prosedur	()	()	()
	d. Informed consent	()	()	()
2.	Tanda operasi ada/tidak	()	()	()
3.	Cek keselamatan anestesi	()	()	()
4.	Oximeter siap dan berfungsi	()	()	()
5.	Apakah pasien alergi?	()	()	()
	a. Ya			
	b. Tidak			
6.	Adakah risiko aspirasi?	()	()	()
	a. Ya			
	b. Tidak			
7.	Adakah risiko perdarahan? >500 ml (7 ml/kg BB pada anak)	()	()	()
	a. Tidak			
	b. Ya, sudah direncanakan transfuse			
Koordinator Checklist		Verifikasi selesai Pk :		
		Verifikator		
		()	()	()



3. Checklist Time Out

Checklist Sebelum Insisi/ Time Out

Verifikasi dilakukan mulai jam:

		Verifikator		
		() Dr Anestesi	() Perawat	() Dr Bedah
a.	Pastikan semua anggota tim memperkenalkan nama dan Perannya	()	()	()
b.	Dokter bedah, anestesi dan perawat Konfirmasi secara verbal mengenai <ul style="list-style-type: none"> • Pasien • Sisi • Prosedur 	()	()	()
c.	Antisipasi keadaan kritis <ul style="list-style-type: none"> • Dokter bedah review keadaan kritis atau langkah-langkah yang tidak diharapkan, lama operasi, antisipasi kehilangan darah • Tim anestesi review apakah ada keadaan pasien yang perlu diperhatikan? • Tim perawat review Sudah steril (termasuk indicator hasil) ? Adakah masalah alat? 	()	()	()
d.	Apakah antibiotik profilaksis telah diberikan? <ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak 	()	()	()
e.	Apakah ada hasil imaging? <ul style="list-style-type: none"> • Ya • Tidak 	()	()	()
Koordinator Checklist		Verifikasi selesai Pk: _____ Verifikator		
()		() () ()		



4. Checklist Sign Out

Checklist Sebelum Pasien Meninggalkan Ruang Operasi/ Sign Out

Verifikasi dilakukan mulai jam:

Verifikator		
<input type="checkbox"/> Dr Anestesi	<input type="checkbox"/> Perawat	<input type="checkbox"/> Dr Bedah

Perawat konfirmasi dengan tim:

- | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Nama prosedur yang tercatat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Kebenaran jumlah instrumen, kassa, jarum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Bagaimana spesimen diberi label (termasuk nama pasien). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Apakah ada masalah pada alat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Dokter bedah, anestesi dan Perawat review hal-hal penting untuk pemulihan pasien. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Koordinator Checklist

Verifikasi selesai Pk :

Verifikator



Lampiran 12 Transkripsi Hasil Observasi Alur Pasien Operasi

No	Tanggal	Jam	Tempat	Kode
1	07 Maret 2012	16.30 – 19.20 wib	Kamar operasi	OBS-07032012-OK
2	15 Maret 2012	10.00 – 12.45 wib	Nurse station rawat inap dan kamar operasi	OBS2-15032012-RIOK

1. Catatan Lapangan Observasi Alur Pasien Operasi

Lokasi : Kamar Operasi

Waktu : Rabu 07 Maret 2012 jam: 16.30-19.20 WIB

Metode : Observasi (Time Motion Study Pasien Operasi)

OBS-07032012-OK

Peneliti mengetahui kalau sore itu jam 16.30WIB rabu 07 maret 2012 ada rencana operasi pasien dengan diagnosis suspect PAI (*peri appendicular infiltrate*). Tepat jam 16.30 peneliti sudah sampai ke kamar operasi nampak petugas OK (3 orang, Ar, Yd, Aw) sudah siap dengan baju OK yang berwarna hijau lengkap dengan topinya sedang duduk - duduk di ruang istirahat.

Pn : "Assalamualaikum...."

All : "Waalaikumsalam....jawab mereka serempak sambil melihat kearah peneliti...."

Ar : "Belum pulang dok?" Bertanya sambil melihat jam dinding yang menunjukkan jam 16.30 WIB

Pn : "Belum.... mau iku toperasi boleh nih?"

All : "Boleh – boleh dok....ini masih nunggu ML SpB (operator)

Pn : "Pasiennya mana?"

Yd : "Di OK sama Jd dok...."

Pn : "Ooooo....jam berapa tadi dikirim dari ruangan?"

Yd : "Baru saja, sama ML(operator) disuruh langsung masukkan OK

Ar : "Ganti baju dulu dok....(sambil berdiri mengambilkan satu stel baju OK berwarna hijau, topi dan maskernya dar ialmari yang terletak di dalam ruangan itu)."

Pn : "Terima kasih ya....(sambil berdiri menuju ruang ganti wanita)"

Ketika sedang ganti baju peneliti mendengar kalau operator yang ditunggu datang....

ML : "Pundi pasiene?..."

All : "Sampun teng lebet dok....(sudah di dalam dok)"

Pn : "Ngapunten dokter....mohon ijin untuk ikut operasi boleh? (peneliti keluar dari ruang ganti baju menuju ML)"

ML : "Monggo - monggo.... (menoleh kearah peneliti dengan wajah kaget dan heran)....kok tumben bu...."

Pn : "Iya ini ada tugas dari kampus untuk ambil gambar pasien operasi...."

ML : "Ooo... masih lama apa sudah hampir selesai ?.... lama yaa.... Gak ketemu njenengan.... hehe....(dengan tawa khas beliau menanyakan studi peneliti)"

Pn : "Mudah – mudahan gak lama lagi....doakan bisa tepat waktu ya pak..."

ML : "Nggeh - nggeh.... hehehe.... monggo bu....(mengajak peneliti masuk OK)"

Jam 16.50 WIB peneliti masuk ruangan OK yang didominasi warna hijau, nampak pasien di atas meja operasi sedang diajak ngomong perawat (menenangkan kata perawat waktu dikonfirmasi peneliti). ML langsung menuju ke arah pasien sambil menanyakan sakitnya.

ML : "Pundine sing sakit pak?"

Px : "Niki...(sambil tangannya memegang perut menunjukkan sakitnya)"

Operator memegang dan mengetuk – ngetukkan jarinya sambil berbicara ke perawat anastesi....."yo wes turukno...." sambil berjalan mengambil status rekam medis pasien yang terletak di atas trolis tempat suction. Operator nampak membolak balik status, membaca sekilas hasil laborat dan hasil radiologi.

Tim yang lain cuci tangan di ruangan sebelah kamar operasi. Ruang cuci tangan terletak di samping kamar operasi, merupakan ruangan berukuran 1,5 x 2,5m di apit dua kamar operasi. Terdapat 2 krans air dengan botol sabun disampingnya. Nampak perawat instrument dan asisten mengguyurkan air sampai kesikunya kemudian mengambil sabun menggosok – gosokkan keseluruhan telapak tangan dan menyikat kuku jari. Sekitar 4 menit mereka melakukan tindakan itu kemudian membilas kedua tangan dengan air yang mengalir dari kran.

Jam 16.55 perawat anastesi membius pasien, perawat instrument masuk diikuti perawat asisten setelah cuci tangan membuka lipatan linen nampak setumpuk jas operasi, duk, berwarna hijau semua. Setelah memakai jas, dibantu omloop mengaitkan tali jas kemudian memakai sarung tangan dan menata instrument di meja instrument.

Nampak operator menuju ruang cuci sejenak kemudian (3 menit) masuk, memakai jas dan sarung tangan dengan cara yang sama, asisten melakukan desinfeksi lapangan operasi kemudian bekerja sama dengan instrumentir mempersempit lapangan operasi dengan duk lebar berjumlah 2 dan duk yang ukuran lebih kecil 2 masing – masing dijepit klemp 6 buah.

Perawat instrumentir meneriakan jumlah kasa yang disiapkan, anastesi bilang Siap, operator melakukan irisan di perut pasien dari bawah keatas, asisten memegang kasa dan ces untuk menghentikan perdarahan yang timbul.

Begitu rongga perut dibuka (sedikit) keluar cairan kental kekuningan dan tercium bau busuk.... pus (gumam asisten sambil menyedot cairan dengan suction).

ML : "Peritonitis niki....siapkan pz cuci dulu...."

AW : "Siap dok...." Sambil membuka pz steril dan mengucurkan diatas luka sambil disuction.

ML : "Siapkan slaber" (darm khas dan kasa tebal untuk membersihkan sisa – sisa cairan di dalam rongga perut)

Operator dibantu asisten mencari organ yang bermasalah, ternyata memang berasal dari appendix yang perforasi. Kemudian dilakukan appendectomy dan dicuci lagi sampai bersih, kemudian dipasang drain.

Setelah sekitar satu jam (17.40) operasi selesai, nampak instrumentir menghitung kasa yang dipakai, dan menata instrument sambil bergumam lengkap. Operator menjahit luka, sambil meminta anastesi untuk memasukkan ceftriaxon 2 gram dan metronidasole 1 gram.

Jam 17.55 operator melepas jas operasi kemudian keluar menuju ruang cuci untuk cuci tangan, asisten membersihkan luka operasi dan menutup luka dengan kasa steril dan perekat.

Operator menulis laporan operasi dan instruksi di status RM pasien, sambil mengingatkan jangan lupa memasukkan ke torolac supp.

Ar : "Nggeh dok...."

Jam 18.10 operator pamit, "monggo bu....saya duluan"

Pn : "Monggo pak, matur nuwun yaa...."

ML : "Nggeh sama - sama...."

Jam 18.20 pasien dimasukkan ruang RR yang terletak berseberangan dengan kamar operasi, di terima petugas RR : "statuse endi?"



Yd : "Masih ditulis sama mas Ar (perawat asisten)"

Fc : "Gak perlu transfusi mas? Gak.... Suruh cek HB dulu."

Jam 19.10 nampak pasien mulai mengeluarkan suara dan petugas RR menulis dilembar observasi pasien, kemudian menelpon perawat ruangan mengatakan kalau pasien siap diambil.

Jam 19.20 perawat ruang rawat inap datang, dan menanyakan instruksi khusus

Fc : "Lihat aja di instruksi operator, koyoke disuruh cek HB" jawab perawat Fc dengan santai sambil menyerahkan status RM pasien.

As : "Yo wes mas terima kasih..... tak gowo yoo...." Jawab perawat RI menerima status RM pasien kemudian mendorong tempat tidur pasien dibantu keluarga pasien.

Peneliti melihat catatan register kamar operasi kemudian pamit untuk pulang kepada perawat OK yang sedang menulis buku laporan: "Pak, saya pulang dulu ... terima kasih ya"

Ar : "Monggo dok ...sama - sama..."

Refleksi : secara keseluruhan subproses pelayanan pasien operasi dijalankan sesuai dengan standar WHO, tetapi masing-masing aktifitas tidak dijalankan atau dijalankan secara tidak lengkap terutama proses transisi antar bagian atau antar shift sehingga menimbulkan potensi risiko insiden.



2. Catatan Lapangan Observasi Alur Pasien Operasi

Lokasi : *Nurse Station* Rawat Inap dan Kamar Operasi

Waktu : Kamis 15 Maret 2012 jam: 10.00-12.45

Metode : Pengamatan (Time Motion Study Pasien Operasi)

OBS-15032012-RIOK

Peneliti sedang mencari data alur pasien operasi dengan melakukan pengamatan di ruang rawat inap pasien laki laki klas 3. Kebetulan hari itu kamis 15 maret 2012 ada pasien yang direncanakan operasi.

Jam 10.00 telphon ruangan berdering ternyata dari kamar operasi menyatakan bahwa pasien yang siap operasi bisa segera dikirim. Perawat ruangan masuk ke ruang perawatan sambil bertanya; "mana keluarga yang laki2 ya? bade nyuwun tulung mbantu nggledek pasien dateng kamar operasi (mau minta bantuan ndorong pasien ke kamar operasi)". "Bapak sampun siap operasi sakniki nggih? (Bapak sudah siap operasi sekarang ya?)".... Pasien hanya tersenyum sambil menganggukkan kepala.

Jam 10.05 pasien diantar ke kamar operasi oleh perawat dengan mendorong tempat tidur pasien dibantu oleh keluarga pasien. Tidak ada pembicaraan selama proses penghantaran pasien ke kamar operasi baik keluarga pasien, pasien maupun perawat hanya diam saja. Sesampainya di kamar operasi di ruang depan ada tempat tidur kosong. Ketika peneliti bertanya ke petugas OK yang kelihatan sedang input data di komputer, barusan ada operasi kiste oleh spog dan pasien masih di ruang RR. Kemudian terjadi serah terima antara perawat ruang rawat inap dengan petugas kamar operasi dengan menunjukkan status pasien (rekam medik). Petugas OK menanyakan, "wes disuntik ATS? Koyoke wes, jawab perawat ruangan sambil membolak balik status pasien, oh wes iki catetane ATS 3000. Petugas OK mengingatkan perawat ruangan jangan lupa menulis di buku serah terima pasien Pre Op, ketika peneliti menanyakan apakah ada buku serah terima post op?".... "dereng wonten dok, apa perlu saya buatkan?" Peneliti balik bertanya, "Iha menurut sampeyan gimana...., perlu nggak?".... Sebetulnya ya perlu banget Iha ini khan g nyambung, ada buku serah terima pre op kok post opnya gak ada..... nggih dok segera saya buatkan. Jawabnya sambil tersenyum.

Jam 10.17 salah seorang petugas OK bertanya, operator apa sudah dihubungi, kok belum datang? Belum kata petugas yang satunya. Petugas yang bertanya kemudian keluar waktu peneliti bertanya katanya mau menghubungi operator.

Jam 10.25 pasien diangkut dari ruang transit di bawa ke kamar operasi, peneliti melihat semua petugas kamar operasi ada di ruang santai petugas. Ketika peneliti bertanya pasien dimana?... sama siapa?... "Di kamar operasi, sendirian..." jawab salah seorang petugas sambil saling melihat antara mereka. Kemudian semua petugas masuk kamar operasi.

Jam 10.35 operator datang peneliti menyapa, apa kabar pak? Baik jawabnya sambil tersenyum, kemudian beliau bertanya apa masih sering ke luar kota? Ya kadang kadang jawab peneliti. "Monggo nopo bade nderek operasi maleh?, namung debridement kok.....operator menawarkan" nggih pak, masih perlu foto-foto operasi lagi....ikut lagi boleh ya?"....boleh....boleh...jawab operator sambil masuk ruang ganti baju, peneliti juga mengambil skort topi dan masker kemudian ikut masuk ruang operasi. Ruangan operasi RS X sebuah ruangan berukuran 6x6 m, berwarna hijau muda, meja operasi



berada di tengah dengan pasien di atasnya dikelilingi tim OK. Pasien kelihatan sudah dalam kondisi siap dioperasi. Ada lampu operasi yang tergantung dua buah besar dan kecil, mesin anestesi yang berada di posisi dekat kepala pasien disamping monitor. Sedangkan instrument operasi berada di dekat kaki pasien. Perawat sirkuler mengarahkan cahaya lampu ke arah area yang akan dilakukan tindakan.

Jam 10.45 Sambil menunggu operator cuci tangan tim ok yang nampaknya sudah siap langsung melakukan desinfeksi pada area operasi, operator melakukan operasi menjahit jari kaki pasien sekitar 10 menit. Selama operasi terjadi obrolan ringan yang diselingi canda antar tim operasi dengan operator yang terkesan bahwa diantara mereka sudah terjalin keakraban.

Jam 10.55 operator melepas jas operasi dan handschoen, kemudian menulis laporan operasi di status RM pasien, selesai menulis laporan operator keluar OK. Pasien dibersihkan dan luka operasi ditutup kasa oleh perawat asisten dan instrumentir. Perawat anestesi menghentikan anestesi, melepas mesin anestesi, melihat tekanan darah pasien di monitor dan mencatat di status pasien.

Jam 11.10 pasien dibawa ke ruang pulih sadar diobservasi oleh perawat anestesi. Ruang pulih sadar berada di depan ruang operasi berukuran 6x5 m ada, dua tempat tidur satu monitor vital sign, troli peralatan, satu meja tulis. Peneliti melihat kegiatan di ruang pulih sadar dari dinding kaca yang berada di depan

Jam 11.20 nampak perawat asisten operasi membuat laporan di buku register dan buku laporan kamar operasi, sedangkan perawat instrument mencatat pemakaian alat dan obat-obatan yang dipakai selama operasi di lembar status pasien.

Jam 12.30 pasien mulai sadar dan mengeluarkan suara mengeluh, perawat anestesi mengukur tensi dan mencatat di lembar laporan anestesi. Perawat keluar ruangan menuju ruang administrasi menghubungi petugas ruang rawat, pasien sudah bisa diambil.

Jam 12.45 perawat ruang rawat inap datang, kemudian membawa pasien kembali. Peneliti tidak melihat adanya proses serah terima seperti pada saat serah terima pasien pre operasi. Bahkan perawat ruangan langsung membawa pasien tanpa memberitahu petugas kamar operasi.

Refleksi : Secara keseluruhan subproses alur pelayanan pasien operasi sudah sesuai dengan standar WHO, akan tetapi hampir semua aktifitas tidak dilakukan secara lengkap bahkan diabaikan atau dilewati terutama masalah serah terima atau pengecekan ulang pada proses transisi.



LAMPIRAN 13 Transkripsi Wawancara

No	Nara Sumber	Tanggal	Jam	Tempat	Kode
1	Dr Ts	27 Februari 2012	06.45 – 07.30 wib	Ruang istirahat kamar operasi	WWSP-27022012-TS
2	Sn	27 Februari 2012	12.45 – 13.30 wib	Ruang istirahat Kamar operasi	WWKRO-270212-Sn
3	Id, Bg	02 April 2012	06.45 – 07.30 wib	Ruang kerja kapid keperawatan	WKBKSBK-02042012-IdBg
4	Id	30 April 2012	12.00 – 13.00 wib	Ruang rawat inap	WPR-30042012-Id
5	Dr Hp	01 Mei 2012		Malang	WBB-01052012-HP

1. WWSP-27022012-TS

Nara Sumber	Tanggal	Jam	Tempat	Kode
Dr Ts	27 Februari 2012	06.45 – 07.30 wib	Ruang istirahat kamar operasi	WWSP-27022012-TS

NO	PERTANYAAN	JAWABAN	REFLEKSI
1	Habis operasi apa, kok keliatan loyo gitu?	"SC....iki operasi yang ke dua, jik kurang loro(2) maneh.....ket mambengi aku operasi 7, RSU 3 kene 4.....iki mau tak sambi visite bar iki tak mulih sik, mugo-mugo gak ada cito op.....lanjutnya sambil menggeliatkan badannya, nampak kalau beliau memang kecapekan.	Beban kerja petugas yang terlalu tinggi (<i>work load</i>)
2	Komentar tentang petugas instrument yang sedang hamil.	gak, mesakne aku ...gak diganti wae tho.....opo dines liyane gak usah munggah(operasi)...sing asisten kon gantian jadi instrument.... kayaknya sekarang perawat instrument memang tinggal 3 orang dengan indah pak....	Beban kerja petugas yang terlalu tinggi (<i>work load</i>)
3	Dokter spesialis yang lain kemana?	Biasa tho, kalau minggu ya pulang ke surabaya....sambang lha orangnya mek loro(2).... aku khan memang dokter jogo abadi.....jane yo kuesel....katanya sambil tertawa.....	Kurangnya dokter spesialis
4	Kepedulian terhadap program <i>patient safety</i>	waduh bu....aku ini kalau ada kegiatan yang bisa bermanfaat bagi kebaikan orang banyak....(ttg <i>patient safety</i>).....gak usah diminta, pasti aku menawarkan diri.....jawab beliau sambil tertawa....	Kesediaan dr Spesialis untuk mendukung program <i>patient safety</i>
5	Menanyakan tentang kepekaan terhadap insiden keselamatan pasien operasi	dan biasane sing dilaporke sing jueelaas bermasalah tho?sing ra ketok(kelihatan) yo ra ketahuan.....hnhhh.....	Belum memahami/ belum ada Kesadaran tentang pentingnya keselamatan pasien
6	Komentar tentang performa petugas	tapi hebat lhoanak-anak sini kerjone tetep bagus lumayan disiplin....yo kl ada nggleore yo maklum....lha gak tau ditunggoki....lanjut beliau sambil tersenyum.	Tidak ada mekanisme supervisi
7tempohari kok gak ada semua diganti dr novancuti kemana pak?	oooo.....acara rutin tahunan b lndi (PIT/ Pertemuan Ilmiah Tahunan POGI) kita ini khan di daerah ben gak ketinggalan nemen yorutin lah ikut acara begituan sekalian refreshing	pengetahuan dan kemampuan petugas/ operator. selalu mengikuti perkembangan ilmu (up grade up date)
8	Jasa terlambat? Pengaruh terhadap performa kerja?	dulu khan jasa kita keluar tiap minggu....sekarang ini gakbahkan yang bulan Desember satu bulan gak keluar....padahal khan diantara kita ini ada yang sudah punya pos pos rutin untuk jasa itu...." aku kuwafir temen-temen kerjanya jadi gak semangat, ini bukan operator aja lho.....termasuk anggota tim OK yang lain juga....."	Motivasi kerja yang buruk

NO	PERTANYAAN	JAWABAN	REFLEKSI
9	jaman saya dulu khan gak ada time out dll, kalau sekarang ada gak pak?...	kata siapa?...jane mulai dulu ya ada...Cuma kitanya aja karena menganggap itu dah pekerjaan rutin jadi gak pernah dikerjakan..... saya juga... kalau operasi cek kecek(sederhana diperkirakan tanpa penyulit) jarang melakukan itu (time out), kalau operasi rodok rumit...baru kita kerjakan...jane mestine kabeh operasi kudune perlakuan sama...lanjut beliau sambil mengusap-ngusap kepala....	Tidak melaksanakan SPO karena dianggap sebagai sesuatu rutinitas yang mudah dikerjakan.
10	sebenarnya alur operasi yang betul itu seperti apa tho pak?	piye yo buk...hmhm...sing jelas mulai sebelum masuk kamar operasi harus selalu dilakukan cross check...semua anggota tim harus terlibat kuwi.... jane khan sebelum pasien ditidurkan(dianestesi) harusnya semua anggota tim, operator, anestesi, asisten, instrument melakukan pengecekan kabeh hmhm....nama px...identitasnya,...diagnosisnya,...bagian sing arep dioperasi.....opo kuwi istilahhe.....hmhm....	Proses sign in Pengecekan identitas px, diagnosis, sisi operasi, keamanan anestesi persediaan alat, obat atau darah bila diperlukan
11		terus sebelum pasien diiris....ada lagi time out yang tadi njenengan tanyakan...kalau itu disini masih sering dilakukanterutama untuk kasus operasi berat.....	Proses time out meliputi pengecekan identitas px, diagnosis, sisi operasi, prosedur yang akan dilakukan, jumlah instrument, kasa, kesiapan alat, darah yang diperlukan.
12	apa kalau melakukan itu lama dan ribet gitu tah pak?..	sebenarnya ya gak.....mbalik lagi ke sifat manusia.....hmhm...kalau sering melakukan terus sembrono.....nggampangne....	
13	kalau proses sign out.....itu lho review semua tindakan yang telah dilakukan dll...pernah nggak njenengan melakukan itu??...	kalau saya ya ...meski gak detail sihbiasane bar operasi tak pesenkan apa-apa yang perlu diawasi...terutama kalau ada risiko perdarahan, terapinya, mengingatkan kalau ada pemeriksaan PA (patologi anatomi).....kalau yang lain aku gak ngerti..... mestine yo melakukan minimal untuk kasus-kasus yang memang butuh perhatian....	Proses sign out, review hal-hal penting yang perlu diperhatikan untuk mempercepat pemulihan pasien.

Refleksi : secara keseluruhan subproses pelayanan pasien operasi sesuai dengan standar WHO akan tetapi aktifitas di masing-masing subproses tidak dilakukan atau dilakukan secara tidak lengkap sehingga menimbulkan potensi risiko insiden. Terutama proses transisi dilakukan tergantung kasus karena dianggap sebagai rutinitas.

2. **WWKRO-270212-Sn**

Nara Sumber	Tanggal	Jam	Tempat	Kode
Sn	27 Februari 2012	12.45 – 13.30 wib	Ruang istirahat Kamar operasi	WWKRO-270212-Sn

NO	PERTANYAAN	JAWABAN	REFLEKSI
1	Waduh lagi santai ya....	Niki dokmbahas operasi mulai tadi malam gak leren....sepagian tadi SC 3 cystectomy 1...	
2	Pak ITS ya....	Nggeh... semalam pak H operasi 4, mulai jam 9 sampai jam 2, sorenya pak Y operasi Orif Femur dan p M hemiotomy.....	
3	Sering gak kejadian kayak gini	Nggeh sering dok...(saling berpandangan untuk saling menguatkan)	
4	Sebulan kira-kira berapa kali kejadian seperti ini? bisa nggak saya minta datanya	Bisa dok, nanti dibuatkan....(sambil menoleh ke arah salah satu petugas) tolong rek hitungno.....	
5	Bulan apa dok?	Satu bulan terakhir saja....suwun yo...(lanjut peneliti)...	
6	Bisa kita lanjutkan acara wawancaranya pak?	Dah siap mulai tadi kok...hehe Tapi mboten wonten sing nyrempet-nyrempet nggeh.....	
7	Nyrempet piye pak?	Ya...barangkali nanti berdampak ke kondit nopo priipun ngaten lho....	
8	Kemarin siang katanya ada kejadian operasi pasien dengan internal bleeding ternyata tidak ada persediaan darah....jane piye tho kuwi?...kok bisa....	Gini dok, pasien KLL dari igd suspect internal bleeding, diperiksa HB seri ternyata memang hasilnya menurun significant, dimotivasi untuk operasi menunggu keluarga, pasien dikirim ke ruangan.... gimana persiapannya saya juga tidak tahu kata temen-temen waktu operan, 'Ada Mas, 2 di laborat'....ya kita langsung ngerjakan ternyata durante op....darah tidak ada....laborat juga belum dipeseni	Tidak ada persiapan darah karena tidak melakukan cek dan recek
9	Terus...sudah dicari yang pesen siapa terus yang bilang katanya di laborat ada...?	Sudah dok informasi sementara ...katanya perawat rawat inap....waktu operan dengan perawat IGD persiapan sudah siap semua tinggal nunggu ACC keluarga.....	
10	Tiba'e?....	Yaaa...ternyata seperti ini...teman-teman masih buat kronologis(di RS X setiap ada insiden terutama yang berpotensi bermasalah diharuskan membuat kronologis bagi seluruh petugas terkait)	
11	Coba sih pak ceritakno...sebenarnya proses operan itu seperti apa sih?	Pasien dibawa ke ruang serah terima, perawat ruangan handed over ke perawat OK <ul style="list-style-type: none"> • Kelengkapan status pasien (Persetujuan Tindakan Medis/ RM 15, Lembar Konsultasi/ RM 14, Laborat, TF, USG, EKG, Catatan Pre Operasi) • Vital sign terakhir sebelum dibawa ke Kamar operasi Dilakukan pengecekan kondisi pasien • Puasa cukup, gigi palsu, perhiasan pasien/ Maag slang bila puasa kurang • Lokasi operasi/ lokasi penyakit • Baju operasi Idealnya sih seperti itu dok.....tapi....hhhhh	SPO serah terima
12	Tapi kenapa pak?...	Ya itu tergantung masing-masing orang juga...	
13	Maksudnya mereka gak melakukan sesuai SPO?....	Mereka sih melakukan serah terima lihat ceklist...tapi gak ngecek bener gaknya....yaaa...akhirnya kayak masalah persediaan darah yang tadi.	Serah terima tanpa melakukan cek dan recek
14	SPOnya ada pak?	Ada dok	
15	Mereka tahu semua? Sudah pernah disosialisasikan?	Hhmm....mungkin belum semua tahu masalah itu kadang kita cuma belum sempat untuk mendudukkan teman – teman seperti ini. Mau saya sebenarnya pada waktu rapat – rapat seperti ini karena SPO yang kita buat itu sebenarnya juga SPO dadakan kan dulu kita bikinnya pada waktu, kalau SPO yang lama – lama sudah dari dulu ada dan dari dulu lama, mungkin yang baru – baru ini memang dadakan waktu kita mau akreditasi itu sehingga sebagian memang sudah paham untuk masalah itu terutama untuk teman – teman yang sudah pernah di rumah sakit lain seperti pelatihan dan bagaimana sistemnya itu mereka sudah paham dengan itu tapi bagi teman – teman yang baru – baru memang banyak yang belum paham disosialisasikan.	SPO dibuat karena mau akreditasi bukan berdasarkan kesadaran akan pentingnya standar prosedur



NO	PERTANYAAN	JAWABAN	REFLEKSI
16	Sekarang jumlah person berapa, yang baru berapa orang?	14 orang dok yang baru 6 orang.....	
17	Kalau proses di OKnya sendiri pak, apakah proses sign in time out dan sign out dilakukan?....	Kadose nggeh sami mawon dok.... tergantung tim operasinya dan kasusnya...ada operator yang melakukan itu.....meskipun gak sedetil standar tapi kebanyakan gak....apalagi kasus-kasus mudah.....waduh bisa-bisa mulai dari persiapan sd selesai hanya membutuhkan waktu 15 menit padahal operasi besar lho dok.....!(sambil mengangkat alis mata dan bahu...)	Sign in sign out dilakukan tergantung kasus.
18	Hahoperasi opo? Sopo?.....	Pak...(menyebut nama operator) pernah SC 15 menit sudah nutup luka...saya pernah ikut...waktu itu beliau memang sedang kesusu ditunggu operasi di RSUD".....	Adanya overload pekerjaan operator
	Hasile piye pak? Aman?	Alhamdulillah aman....tapi khan yang ikut ini kepontalandan kalau dipikir-pikir operasi seperti itu khan berisiko dok....	
19	Lha kalau sudah terburu-buru seperti itu...bagaimana mau melaksanakan operasi seperti prosedur yang distandarkan?	Sebenarnya kalau kita ini dok, manut apa kata operator...kita matikan jaga mood mereka supaya kalau operasi suasana tetap kondusif.....nah kalau kita gak ikut kemauan beliau-beliau...wah kalau pas badmood....kacau dok...	Suasana hati operator ternyata besar pengaruhnya
20	Apa masih ada yang sering badmood?....	Masihdok"....ada juga operator yang mentertawakan kita	
21	Lho kok?...	Maksudnya kalau kita melakukan time out ada yang tertawa sambil berkomentar "apa – apaan sih rek – rek..."	
22	Ketemu pak?....	Koyoke sering, tapi ternyata bulan ini satu kali ya yang tadi malam...bulan kemarin satu kali....tapi setelah itu 2 hari gak ada operasi.	
23	sudah pernah buat analisa kebutuhan tenaga? Pernah diusulkan untuk ngirim pelatihan lagi?	sampun dok, tapi belum di acc....	

Refleksi : secara keseluruhan subproses pelayanan pasien operasi sesuai dengan standar WHO akan tetapi aktifitas di masing-masing subproses tidak dilakukan atau dilakukan secara tidak lengkap sehingga menimbulkan potensi risiko insiden. Terutama proses transisi dilakukan tergantung kasus karena dianggap sebagai rutinitas aktifitas yang sering dilakukan.

3. WKBKSBK-02042012-IdBg

Nara Sumber	Tanggal	Jam	Tempat	Kode
Id, Bg	02 April 2012	06.45 – 07.30 wib	Ruang kerja kaidid keperawatan	WKBKSBK-02042012-IdBg

NO	PERTANYAAN	JAWABAN	REFLEKSI
1	Ini tentang teman-teman di kamar operasi...menurut anda berdua bagaimana jumlah mereka saat ini?	Id : Kalau dihitung pershift harus on site semua ya jelas kurang dok.... Bg : Satu tim khan minimal harus ada anastesi, asisten, instrument dan omloop berarti minimal harus ada 4 perawat jaga tiap shift.....	
2	Kalau berdasarkan beban kerja?....	Id & Bg : Kayaknya kurang juga dok...pemah saya hitung yang tahun 2011 itu kurang 9 orang perawat....	
3	Operasi kita perhari rata-rata berapa pasien?	Bg : Lima dok....	
4	Setiap kali operasi butuh waktu berapa lama?	Bg : Nggak mesti dok operasi besar, seperti laparotomy atau ORIF rata-rata 3 jam, kalau SC 2 jam, hemiotomy tanpa penyulit ya....1,5 sd 2 jam	
5	Itu mulai persiapan sd pasien keluar kamar operasi?....	Bg : Iya dok,...tidak termasuk di RR lho....	
6	Rata-rata lima itu satu OK?	Bg : Hampir iya....masalahnya kita jarang sekali buka OK 2....paling kalau ada operasi cito bersamaan....kita panggil tim cadangan.... Id : Sebenarnya kalau jumlah tenaga cukup dok, Cuma kompetensinya yang belum sesuai.....	Kompetensi perawat kamar operasi kurang
7	Maksudnya mbak?....	Id : Tenaga kamar operasi yang full di OK ada 14 orang, 10 sudah pernah mengikuti pelatihan 3 orang perawat anastesi dan 7 orang dasar-dasar bedah umum, yang empat orang belum pernah mengikuti pelatihan yang dibutuhkan tenaga OK.	
8	Terus selama ini ngaturnya gimana mbak?	Id : Satu tim itu khan terdiri dari 1 perawat anastesi, 1 perawat instrument, 1 perawat assistent, 1 perawat omloop...berarti seharusnya ada 4 tim, 3 tim dinas jaga sementara 1 tim libur, cuti atau pengembangan. Lha saat ini kita ngaturnya....4 orang yang belum pelatihan kita plot sebagai perawat omloop dan yang sudah memiliki sertifikat kompetensi, kita sesuaikan dengan kompetensinya....apalagi sekarang khan RR aktif terus dok tambah kurang....	
9	Jik kurang yo...?terus piye?	Bg : RR saja minimal butuh 4 perawat, selama ini ...ada yang full tim terutama pagi, tapi untuk sore dan malam kita panggil teman yang tidak jaga (LJD)....operasi kita khan masih banyak malam hari dok....mungkin lebih 40%....(lanjutnya)	Jadwal jaga on call
10	Kok bukan yang malam yang full tim?....	Bg : Yang tugas pagi sekalian merangkap tugas managerial dok...seperti ngurusi bon-bonan rutin, laporan, pertemuan koordinasi antar bagian dll	
11	Hmhm....capek yo....itu juga mungkin yang membuat temen-temen males melaksanakan prosedur sesuai standar....	Bg : Khan kalau LJD jasanya besar....capek sih memang.....apalagi kalau sampai semalaman....besoknya harus kerja...yaa...gimana lagi....demi dapur dok....hhhhh	
12	Hmhmhm.....sering gak?	Bg : Gak jugakhan jadwalnya gantian dok...rata-rata sebulan 8 kali.	
13	Seingat saya dulu khan ada proses uji coba trial dulu sebelum suatu barang dipake di Ok?	Bg : Seharusnya seperti itu....tapi kayaknya ini sudah lama gak dilakukan....	
14	Hmhm...opoo...yo?...menurut informasi temen-temen waktu trial merk(menyebut nama merk)...tapi yang masuk lain...kok tiba-tiba bisa masuk Gimana ceritanya?	Bg : Kalau itu saya gak tahu betul dokter...tempohari saya nanya mbak F(kaur Farmasi) kok bisa masukkatanya kebetulan barang di PBF kosong...terus kita Minta yang ada dulu.....karena lama gak ada complaindianggapnya oke-oke saja....jadi yaa...diteruskan....	
15	Jane prosedur yang betul itu seperti apa sih?	Bg : Ya...mestinya kalau ada barang baru harus lewat bagian pengadaan dulu untuk dilakukan trial...."tim pengadaan rapat kemudian memberikan rekomendasi ke CEO....	
16	Tim pengadaan siapa saja anggotanya....	Bg : Itu lho dokter yang tempohari kita buat.... ya termasuk dokter sebagai user ada dari keperawatan, temen-temen apoteker....dll	





NO	PERTANYAAN	JAWABAN	REFLEKSI
17	Terus kalau proses trial itu kapan dilakukan?....	Bg : Di rapat pengadaan itu biasanya kita undang supplier untuk presentasi barang-barang habis pakai yang kita butuhkan kemudian kita minta mereka memberi contoh produk yang akan kita uji coba dulu sesuai dengan yang diharapkan user....	
18	Terus kalau gak cocok??...	Bg : Cocok atau gak cocok kami buat laporan...dan memberikan rekomendasi kepada CEO...barang ini bisa masuk atau tidak...pertimbangannya bukan Cuma cocok gak cocok dok....harga...discount...kontrak dan hubungan baik juga berpengaruh lho dok...hehe....	
19	Maksudnya kontrak dan hubungan baik??	Bg : Misalnya manajemen sudah terlanjur kontrak dengan produsen/ supplier tertentu dengan nilai tertentu, khan kita harus memenuhi target kontrak tersebut. Bila ada produk bermasalah, ya kita mengganti dengan produk yang lain sampai target Terpenuhi.....hmm....kalau hubungan baik...khan ada supplier yang nggak fleksibel kaku, sulit kalau ada retur-retur, servis after sale gak beres...nah yang kayak gitu....kalau gak terpaksa yaaa...males pakeknya...	
20	Untuk masalah ini yang paling ngerti siapa ya ?	Bg & Id : Mungkin bu L...beliau Khan yang selama ini ngurusi masalah pengadaan...	

Refleksi : Jumlah tenaga perawat kamar operasi cukup hanya kualifikasi tidak terpenuhi mengakibatkan jadwal operasi sebagian dibuat oncall sehingga petugas tidak bisa mengikuti proses persiapan operasi sejak awal dan memperbanyak proses transisi.

4. Wawancara Perawat tentang Proses Serah Terima

Hari/ Tanggal : Sabtu, 30 April 2012 Jam : 12.00 – 13.00 WIB

Tempat : Ruang Rawat Inap

Nara Sumber : Id

Nara Sumber	Tanggal	Jam	Tempat	Kode
Id	30 April 2012	12.00 – 13.00 wib	Ruang rawat inap	WPR-30042012-Id

WPR-30042012-Id

Siang itu peneliti meminta waktu untuk wawancara dengan perawat 1 tentang proses serah terima

Pn : "Maaf Mbak, ada yang perlu tak tanyakan lagi."

Id : "Nggeh Dok..."

Pn : "Sebenarnya temen – temen selama ini serah terimanya seperti apa ya?"

Id : "Ya lihat ceklist Dok... Cuma memang nggak sedetil seperti dokter bicarakan itu."

Pn : "Apakah waktu kuliah diajarkan?"

Id : "Seingat saya... Tidak. Paling ya ikut – ikutan senior saja."

Pn : "Kalau di orientasi karyawan baru kita?"

Id : "Hmmm... Cuma disinggung dikit."

Pn : "Selama ini ada nggak refreshing atau pelatihan tentang serah terima disini?"

Id : "Belum pernah nggeh Dok... Kadosse perlu nggeh..."

Refleksi: Menunjukkan kalau materi proses serah terima tidak ada di materi kuliah bidang kesehatan maupun materi orientasi karyawan di rumah sakit.

5. Wawancara BB

Tanggal : 01 Mei 2012

Tempat : Malang

Ns. Sumber : Hp

Nara Sumber	Tanggal	Jam	Tempat	Kode
Dr Hp	01 Mei 2012		Malang	WBB-01052012-HP

WBB-01052012-HP

Kebetulan ada hal – hal yang perlu dilanjutkan tentang materi serah terima dan komunikasi efektif di kurikulum pendidikan tenaga perawat.

Peneliti usulkan penelitian tentang refreshing rutin yang diisi beliau kebetulan peneliti tidak bisa mengikuti

Pn : “Pak maaf ya... Aku nggak bisa nemenin acara njenengan, ada acara lain yang nggak bisa ditinggal.”

Hp : “Waduh aku sedih nggak onok Bu Indi...”

Pn : “Sorry... sorry Pak... Matur nuwun, ojek kapok lho...”

Hp : “Iya Bu Indi... selama bisa aku terus memberikan ilmu yang saya punya (Cek ilah...)”

Pn : “Mantap!! Gimana pelatihan safetynya?”

Hp : “Apik Bu... masio rodok ribet, terutama pelaporannya. Tapi akeh sing isok dipelajari. Aku dadi malih ngerti seperti di Syukur bel pasien nggak bunyi itu juga termasuk potensial celaka lho... Ha...Ha...”

Pn : “Iya... Oh ya... Pak nanya, di kuliah bidan, perawat atau dokter ada materi serah terima atau komunikasi efektif nggak ya?”

Hp : “Kalau ndak salah di materi Px safety ada Bu...”

Pn : “Iya, maksudku... sepengetahuan njenengan apakah materi itu ada di kurikulum pendidikan kesehatan?... Sepengetahuanku sih nggak ada, njenengan kan pengajar, barangkali tau.”

Hp : “Oalah... Nggak ada Bu... Paling yo melok – melok kakak kelas gitu...”

Pn : “O... Ya wes suwun ya...”

Hp : “Sami – sami...”

Refleksi: Tidak tercantumnya materi tentang serah terima dan komunikasi efektif pada kurikulum pendidikan tenaga kesehatan.

Lampiran 14 Transkripsi FGD

No	Anggota Tim	Tanggal	Jam	Tempat	Kode
1	Wr, Dr Sr, Dr Dv, Sn, Ar, Ky, Ar, Rn, Yd, Dr Im	07 April 2012	07.00 – 09.15 WIB	Ruang Istirahat Kamar Operasi	FGDALOP-07042012-OK
2	Yd, Dr Hp, Dr Dv, Sp, Id, Kk, Dr ML, Ar, RN, Sn, Dr Im	11 April 2012	07.00 – 08.15 WIB	Ruang Istirahat Kamar Operasi	FGDHP-11042012-OK
3	Sn, Dr Sr, Dr Hp, Wr, Dr Dv, Ar, Yd, Sp, Kk	19 Mei 2012	07.30 – 08.30 WIB	Ruang pertemuan OK	FGDRD-19052012-OK

1. Catatan lapangan FGD tentang alur pasien operasi dan potensi failure mode

Lokasi : Ruang Istirahat Kamar Operasi

Waktu : Sabtu, 7 April 2012 Jam : 07.00 – 09.15 WIB

Metode : FGD

FGDALOP-07042012-OK

Pagi itu PN mengadakan kesepakatan untuk melakukan FGD (focus group discuss) bertepatan dengan waktu pertemuan rutin sebulan sekali yang diadakan oleh petugas kamar operasi, begitu Pn sampai di ruang pertemuan kamar operasi ternyata seluruh anggota tim yang terdiri dari: Tim OK, 2 orang dokter jaga, kabid. Keperawatan, Kaur rawat inap sudah menunggu.

Pn : "Assalammualaikum..."

All : "Waalaikumsalam..."

Pn : "Waduh sudah menunggu ya...maaf tadi mampir ambil fotocopy...(sambil melambaikan lembaran kertas)"

All : "Kita juga baru datang kok..."

Pn : "Diteruskan aja pak...tadi lagi ngomongin apa?"

Sr : "Pasien yang tempohari....internal bleeding...apik tho?"

Ar : "Alhamdulillah.....pulang baik dok...."

Pn : "Oooo....sing gak onok persiapan darah kuwi?"

Sr : "Iyo...."

Pn : "Nah makanya...melanjutkan pertemuan kita tempohari tentang alur pasien operasi....mudah-mudahan bisa mengurangi kejadian kayak gitu."

Pn : "Tolong mbak bagikan ini (lembaran formulir HFMEA)....tolong dilihat dan dipelajari disitu ada alur pasien operasi, mulai dari pengiriman pasien dari rawat inap sampai dengan pasien keluar kamar operasi dan diterima kembali oleh rawat inap...hmmh"

Dv : "Maaf bu...ini ibu susun berdasarkan apa?..."

Pn : "Hmmh...sebenarnya saya menyusun berdasarkan SPO, pengamatan dan beberapa kali diskusi kita.....lha lek langsung disusun di forum kayak gini...biasane ra mari-mari....okeh nggleore...."

All : "Hahaha...."

Pn : "Maksud saya kali ini kita mendiskusikan alur yang saya susun..... mohon konfirmasi apakah setuju atau ada yang perlu diluruskan alur itu..... sekalian kita diskusikan kira-kira proses atau subproses mana yang potensial menyebabkan insiden?"

Semua nampak menyimak alur proses pasien operasi yang disusun PN, kebanyakan manggut-manggut....dan

Sr : "Setuju.....idealnya memang seperti ini.....tapi....suk aku takok....ada gak yang melakukan seluruh rangkaian proses ini?"

Sn : "Gak selengkap itu dok.....apalagi kalau disusu-susu....hnhhhh"

All : "Iya... hahaha.....kok kayaknya sulit kalau harus seperti ini."

Pn : "Iya...saya sendiri sudah melakukan pengamatan.... dan nampaknya hampir semua proses dan sub proses dikerjakan dengan tidak sempurna bahkan seringkali tidak dikerjakan sama sekali....."

Dv : "Kalau lihat semua proses dan sub proses disini, sepertinya hampir semuanya potensial bu..."

All : "iya dok...."

Dv : "Sepertinya saya juga tidak pernah ngecek hasil laborat yang ada di status dan mencocokkan nama orang di lembar hasil dan menanyakan nama langsung ke pasiennya....."

Sr : "Usul bu...lembar ini saya bawa dulu untuk kita pelajari sekaligus mengingat kembali yang kita kerjakan selama ini, dua hari lagi kita jadwal pertemuan seperti ini.....sori hari ini aku ada keperluan jadi gak bisa lama-lama."

Pn : "Gimana yang lain?.....saya piker gak masalah ya....kita lanjutkan aja tanpa dr sr.....sekalian membicarakan masalah rutin OK."

All : "Ngggeh dok...ini memang jadwal pertemuan kita kok...."

Dv : "Kalau gituakan saya pelajari bu...tapi rasane saya kok yakin hampir semuanya potensial terjadi kegagalan hnhhhh...."

Pn : "Setidaknya lumayanlah... kita mulai menyadari adanya potensi kegagalan....ben rodok ati-ati hehehe....."

All : "Iya yaa....."

Sepeninggal dr sr dan dr Dv diskusi dilanjutkan dengan pembicaraan masalah OK

Pn : "Gimana pakada masalah apa dengan kamar operasi...?"

Sn : "Gini.... Mas Arif menyampaikan tentang kalau dari dulu kan ada dua hal, yang disampaikan tentang kita kan punya teman – teman orientasi instrument yang juga masuk pada bidang kedua sehingga teman – teman instrumentir itu sudah mulai naik pada kedua dan karena teman – teman instrumentir masuk instrument dua secara otomatis tanggung jawab tetep pada instrument satu. Begitu juga nanti waktu bulan ketiga walaupun teman – teman itu ada yang orientasi nanti itu naik ke instrument satu tetep tanggung jawab adalah pada instrument seniornya, jadi itu nggak ada ke orientasi. Jadi semua perlengkapan dan sebagainya kecuali kalau mereka yang orientasi itu sudah lulus baru mereka misalnya ada suatu kesalahan dan sebagainya itu kemudian dia tanggung jawab penuh tapi kalau selama masa orientasi tanggung jawab kepada orientator, apa yang ilang dan sebagainya itu harus diawasi pada saat mau praktikum. Kedua tentang masalah yang menyangkut tentang tenaga kita, Alhamdulillah sebenarnya tenaga kita cukup banyak ada enam kalau nggak salah insya Allah ya, baik dari kamar operasi. Memang kita lihat pada hari – hari ini kinerja dari kumpul – kumpul kita itu sudah mulai mengabaikan hal – hal yang sangat penting, hal kecil tapi kadang bisa sangat besar, jadi prinsip mereka ternyata sudah mulai agak membelokkan jalan. Jadi,OMLOOP itu apa dan sebagainya itu sudah mulai berubah arah, saya



nggak tau kenapa seperti itu doktrin siapa saya juga nggak tau. Pokoknya yang jelas kita dulu waktu mengorientasikan mereka, bahwa tenaga OMLOOP itu tidak berhak untuk mengajukan hal – hal yang tidak benar. Jadi, tanggung jawab OMLOOP itu sebenarnya sangat luas sekali, ya... Jadi, bukan cuma menyiapkan peralatan tapi mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar itu juga mempunyai tanggung jawab disana termasuk juga masalah konsumsi bagi operator aktif itu adalah tanggung jawab penuh. Jadi, kenapa ini semua tanggung jawab penuh? karena omloop adalah general. dia adalah circulating nurse yaitu perawat yang bisa berputar – putar pada saat itu, ya itu sangat – sangat... Isilahnya tanggung jawabnya malah lebih luas sebenarnya. Jadi, kalau nanti instrument, dia yang ngakses dan handle handed over itu”.

Wr : “Mereka nggak fokus Pak dengan...”

Sn : “Keilmuannya masing – masing, instrumenter fokus pada instrumennya, asistennya fokus membantu operator, anestesinya itu fokus pada penanganan pasiennya selama di anastesi. kalau yang bebas pada saat itu hanya satu, sehingga kalau sesuatu yang berhubungan dengan dunia luar kamar operasi itu tanggung jawab dari omloop ya... itu dari awal mungkin waktu orientasi dulu semua sudah paham jadi dinyatakan kembali tolong tidak usah diperintah ya... Kalau memang ada orang tidak punya contohnya seperti pagi ini Dokter Tri punya acara, dua saya lihat dimeja itu masih ndak ada. Masak Kita harus tiap hari mengingatkan, jadi tolonglah itu sudah hak mereka dan kita disiapapun sebenarnya ada jatahnya untuk tim itu, sehingga secara otomatis saja kalau ada acara siapapun kalau dua operator ya bikinkan dua ya... Kalau memang kebetulan pada saat itu jamnya orang lagi lapar, silahkan... Masakan telur, direbus sambil ditaruh disitu kalau beliau mengijinkan untuk makan telur, silahkan, kalau ndak ya kita ndak. Jadi terus masalah kebersihan masalah tadi ya, itu sudah seharusnya kita ndak perlu ngomong lagi... Masalah selang masih banyak darahnya, masih berdarah – berdarah dikirim kebelakang, banyak barang kebelakang. Saya kemarin malah sempet ditegur sama Pak... Saya sering ditegur sama Pak Cip gara – gara banyak barang yang ditaruh kebelakang. Kemarin yang vital itu sandal, sandal kita itu ikut kebelakang satu.”

Wr : “Sampean tau harganya sandal itu berapa?”

Sn : “Rp. 400.000 sepasang. Kalau hilang Rp. 200.000 itu sudah dibelakang itu. Untungnya Pak Cip itu walaupun beliau marah – marah ya, Beliau mengantarkan kesini masih mau. Jadi ditumpuk, biasanya teman – teman kalau naruh baju itu nggak ditaruh ditempatnya, dibruk dibawah ditarik. Jadi, tolonglah ambil satu – satu, siapa tau didalam baju itu masih ketinggalan biasanya barang – barang temannya, ada HP kadang ada uang tolong diperiksa juga lah. Jadi kita ikut care lah sebenarnya, nanti ada yang ketinggalan HPnya terus dibawa kebelakang, HPnya direndam sama Pak Cip dibelakang, mati HPnya ya... Jadi seperti itu untuk teman – teman, maaf lagi kebersihan ruangan, kebersihan peralatan, sehingga secara otomatis nggak usah kesusu. Saya juga pernah mengalami seperti itu omloop datangnya paling awal pulangny paling akhir itu sudah jelas memang dari job deskripsinya seperti itu sudah ada. jadi, kalau sekarang saya lihat kadang – kadang malah omloop pulang duluan, jadi acara belum selesai, baru start kata teman – teman diringkas jadi kadang – kadang malah pasien masih pakai maagslang kita mau pakai maagslangnya, akhirnya sudah nggak ada botolnya, saya sempat memarahi itu karena kita mau narik maagslang itu harus disuction kalau ndak, cairan di maagslangnya itu waktu narik, jadi sebelum anda ringkas – ringkas tanyakan dulu pada yang mencatat, misalnya anda mau

meringkas linen, mau meringkasi kasa, mau meringkasi instrument yang sedang dipakai, tanyakan dulu itu masih dipakai atau ndak, sudah selesai apa belum. soalnya takutnya kayak kemarin begitu diringkasi semua ternyata masih ada bleeding, akhirnya kita butuh jahit tambahan ternyata sudah ndak ada alatnya, jadi itu salah satu saja, jadi pastikan pasien betul – betul save pada saat semua alat sudah di on kan Emmm....tanyakan dulu atau obsevasi dulu masih ada pendarahan, kalau misalnya masih pendarahan kita butuh, sisakanlah! Jarum, gunting kalau misalnya kelihatannya cuma membutuhkan itu.

Wr : “Ada lagi, operasi belum selesai, kulit belum dijahit cauter sudah dilepasi semua waktu mau jahit kulit masih ada pendarahan dikit – dikit ndak bisa ngeces!”

: “Tolong itu jadi kita disini bisa seperti ini yang membayar pasien. Kalau kita tidak memperlakukan pasien kita sebagai seorang yang betul – betul istilahnya pasien adalah raja, akhirnya nanti lambat laun pasien akan lari dan itu pasti berimbas sekali pada anda – anda semua. Itu yang pertama dari Mas Arif yang saya simpulkan selanjutnya mungkin dari Mas Doyo mungkin ada yang mau ditanyakan mari kita bahas lagi, silahkan.”

Sn : “Mungkin sebagian dari kita siap pro aktif dengan akreditasi, sebagian juga sudah tau. Memang sosialisasi untuk masalah itu kadang kita cuma belum sempat untuk mendudukkan teman – teman seperti ini. Mau saya sebenarnya pada waktu rapat – rapat seperti ini karena SPO yang kita buat itu sebenarnya juga SPO dadakan kan dulu kita bikinnya pada waktu, kalau SPO yang lama – lama sudah dari dulu ada dan dari dulu lama, mungkin yang baru – baru ini memang dadakan waktu kita mau akreditasi itu sehingga sebagian memang sudah paham untuk masalah itu terutama untuk teman – teman yang sudah pernah di rumah sakit lain seperti pelatihan dan bagaimana sistemnya itu mereka sudah paham dengan itu tapi bagi teman – teman yang baru – baru memang banyak yang belum paham disosialisasikan semua ada yang kita bagi satu per satu pada rekan – rekan dan saya harapkan apa yang diberikan apa yang disampaikan itu dibaca, karena sering lembaran – lembaran seperti itu ke satu per satu person kadang – kadang belum semuanya dibaca dan ini saya dapat PR besar ini saya harus menilai anak buah saya, satu per satu orang disini tentang standar kompetensi perawat kamar operasi.”

Sn : “Secara global ya, tapi macam – macam penilaiannya. Ada penilaian kerja perawat global ya, perawat secara keseluruhan maksudnya. Ada yang penilaian per sub bidang, anestesi dan instrument kan... Ini kalau kita baca salah satunya ini mungkin untuk omloop, ada 15 item yang dinilai yang pertama dilihat secara umum ya mampu menyelami falsafah visi, misi, motto dan tujuan rumah sakit. Yang kedua, visi, misi, dan motto kamar operasi. Yang ketiga, memahami pelayanan kamar operasi, memahami identifikasi pasien masuk kamar operasi.”

Ar : “Pada dasarnya sudah tau, untuk pemahaman masalah itu. Namun dengan berjalannya waktu dan keadaan yang... apa ya, istilahnya memang kita akui itu dari personal masing – masing orang juga. Jadi dari saya sendiri juga kalau serah terima juga ya ndak sesempurna itu karena memang mungkin tadi betul belum pernah ketatalan tapi dengan processing seperti ini diharapkan memang perbaikan nanti bisa dilakukan untuk proses ndak usah orang lain, semua yang melakukan serah terima disini ya memang hampir hampir seperti yang dilihat Dr.Indi itu memang seperti itu jadi kita masih ngecek, kita ngecek ke status tapi memang tidak sedalam sampai menanyakan ke pasien, kalau ngecek ke status ngecek untuk nama, laborat, SPO dan lain – lain kita ngecek.”



Pn : “Yang dicek kan ceklistnya saja, ndak ngecek laboratnya namanya benar apa ndak.”

Sn : “O iya ndak.”

Pn : “Ndak kan.”

Sn : “Tapi ngeceknya, ngecek. Tapi nggak nyampék tanya ke pasiennya namanya betul apa nggak seperti itu memang ndak. Hayo pingin ruh aku sopo sing serah terima sampek detil kayak gitu”

All : “hahaha.....”

Ar : “Ini saya juga nggak tau kenapa saya ndak melakukannya.”

All : “Hehehe..”

Ar : “Budaya Bu Indi... Jadi saya mendengar dulu pernah kita berusaha untuk seperti itu tapi malah ditertawakan sama operatornya.”

Sn : “Jadi memang mungkin budaya untuk terutama dokter – dokter kita yang sudah senior – senior mungkin perlu lagi, awal – awalnya mungkin pahit ya Bu Indi ya... Karena mungkin pasti ditertawakan ‘apa – apaan sih rek – rek..’ mungkin seperti itu, karena memang budaya kita memang seperti itu kadang – kadang dokternya masih diruang mana ‘tidurkan pasiennya’ itu yang sering seperti itu. Jadi kita kadang – kadang ya sudah mungkin memang budaya kita sekarang ini sudah mengarah pada budaya coboy.”

Pn : “Nha... Karena itu ya, karena kita tau operator kita seperti itu harusnya barrier terakhir itu kita harus bertanggung jawab ya, jangan ikut – ikutan coboy! Karena yang kena kita, mereka memang belum, coba kalau sudah tertanggor kayak gitu gimana, ...”

Sn : “Nggeh.”

Pn : “Jadi saya minta tolong kita sebagai barrier, lama – lama nanti mereka akan hormat kalau kita tetep teguh memegang amanah seperti itu saya yakin itu, karena kedepan budaya *patient safety* ini yang diutamakan, inikan budaya *patient safety* sebenarnya, keselamatan pasien ya yang kita utamakan. Jadi kalau kita sudah memulai hal – hal yang baik seperti ini ya harus teguh iman, jangan sampai cuma diejek seperti itu terus luntur, jangan seperti itu! Karena yang pusing yang membuat kronologis dan lain sebagainya ini lho kita. Iya kan?”

Sn : “Iya.”

Ar : “Mungkin kalau ngejek mungkin nggak Dokter, tapi...”

Sn : “Kadang kita sebenarnya senang kalau ada orang – orang yang lurus – lurus disini ada beberapa oranglah, yang pasti bukan Bapak. Hehe... Ndak – ndak Pak... Bercanda.”

Ar : “Jangan menyebut namanya.”

ALL : “Hehehe...”

Ar : “Ini saya mewakili temen – temen sebenarnya disatu sisi kita itu mengakui bahwa sebuah pekerjaan yang kita lakukan dengan procedural akan lebih aman dan nyaman, itu semua tau sudah walaupun omloop, asisten, instrument, operatorpun tau kalau itu. Kalau kita melihat ada itupun sebenarnya kita senang kita akui bahwa operator ada yang melakukan sesuatu yang lama, kalau kita kecapaian itukan ada kepuasan tersendiri begitu, ada ketenanganlah setelah operasi karena kita merasa operator kita sudah melakukan sesuatu yang sesuai prosedur, walaupun makan waktu lama. Tapi biasanya kalau itu menempa pada diri kita, jadi saya contohkan pada diri saya sendiri istilahnya ya, kalau saya yang harus menghadapi operasi itu sendiri misalnya ada operan kurang sempurna misalnya Bagus, mungkin kalau saya harus operan sendiri muncul



rasa malas itu Dok. Itu memang ya semua tapi malas itu penyebabnya sebenarnya Dok.”

Pn : “Malas itu karena apa?”

Ar : “Ya penyebabnya itu.”

Pn : “Ya karena apa? Kamu belum tau.”

Wr : “Karena menunggu, karena menunggu yang lama. Jadi kalau kita datang pasien ngebel ‘kirim’ gitu aja sudah dari telpon sampai pasien dikirim itu jangka waktunya ndak lama ngeceknnya itu kita tetep semangat. Tapi kalau sudah ‘kirim’ sampai setengah jam belum sampai ke OK, akhirnya mulai sudah timbul rasa malas itu, habis itu pasien datang telpon operator, operator masih lama lagi nunggunya itu sudah tambah ndak selesai – selesai ini nanti, akhirnya jadi waktu mau operan saja dengan ruangan lain sudah ngeliat perawatnya ngirim aja sudah males rasanya seperti itu, liat yang ngirim aja sudah males ada aja yang bilang seperti itu.”

Pn : “Padalah kalau misalnya orangnya keliru bagaimana terusan?”

Ar : “Kalau saya punya pandangan lain masalah kata males yang saya sampaikan tadi ya, sebenarnya itu bisa disamakan dengan kebiasaan hidup sehari – hari itu lho Dok. Kalau prosedur orang mau tidur sebenarnya kan harus cuci tangan, sikat gigi, cuci muka kan seperi itu. Karena itu tidak terbudaya dan memakan waktu akhirnya sering kali disini bisa dihitunghlah walaupun orang kesehatan yang melakukan prosedur itu sebelum tidur itu bisa dihitung juga. Jadi memang sebenarnya pembudayaan mungkin pembudayaan dari awal saya bilang malesnya itu disitu. Disatu sisi saya juga disini kebetulan sebagai asisten yang kedua juga sebagai ketua pelaksana kurang lebih saya mempunyai istilahnya sikap yang beda juga dengan temen – temen dalam melakukan serah terima pasien kalau yang saya rasakan masalah serah terima itu kenapa tidak berjalan dengan sesuai prosedur, disatu sisi saya tetep menganggap serah terima dengan cara ini itu sudah cukup dan selama ini tidak ada masalah itu yang pertama. Yang jelas pendapat itu yang salah tapi itu yang kami rasakan memang begitu lho yang penyebabnya itu. Yang kedua, serah terima yang sedetail itu memang makan waktu itu yang belum terbudaya pada kita.”

Pn : “Kalau menurut kamu, kamu merasakan itu tidak pernah salah kan? Kamu ndak menganggap bahwa kayak persediaan darah tidak ada apa itu tidak menganggap sesuatu yang keliru, padahal sudah serah terima kan, sudah ada kata anak UGD sudah ada persediaan darah padahal ternyata.....”

Sn : “Kita merasa nggak salah ya, namanya merasa kan itu bisa jadi itu memang sebenarnya salah.”

Wr : “Nggeh, ini kan kita bicara...”

Ky : “Tunggu dengerin dulu. Kita sudah merasa ngecek dan kita juga tidak bisa 100 persen tidak percaya kepada orang yang operan dengan kita gitu lho. Misalnya Andika sebagai penerima ‘Ini apa darahnya sudah ada?’ ‘Ada Mas, 2 di laborat’ maaf ya, kita membayangkan kita ini yang kita ceritakan yang kita pelajari hari ini. Kita nggak bicara ideal atau prosedur betapa repotnya kalau harus saya ngecek ke laborat ngecek ke orang yang berangkat atau keluarganya atau dicek ‘Sudah terima ambil darahnya Pak?’ itu satu urusan darah saja gitu, itu yang kita lakukan selama ini seperti itu. Kalau masalah ngecek saya yakin ngecek apalagi jelas kasusnya misalnya internal bleeding atau yang jelas ada resiko perdarahan dalam atau nanti durate onnya ada perdarahan tapi memang kita akui selama ini kita sudah cukup dengan pengecekan itu maksudnya menanyakan dengan ceklistnya dengan perawatnya, kita memang





ndak, ya pernahlah saya yakin juga gak pernah melakukan sampai ngecek ke laborat menanyakan ke pasiennya langsung memang tidak pernah. Ya kalau memang prosedurnya seperti itu harus sedalam itu kita melakukannya mungkin pembudayaan yang harus di digalakan lagi. Kita merasa operan misalnya dengan perawat ruangan kalau SPO kita ngecek langsung misalnya yang selalu sulit ngecek itu tadi persediaan darah, persediaan darah 'Darahnya ada ya rek ini ya?' 'Iya Mas, punya 2' misalnya."

Pn : "Gimana caranya?"

Wr : "Kalau yang dimaksud sama Arif tadi terlalu jauh ya... Kalau yang harus dadakan tadi itu masih darah yang masih dalam proses dalam persiapan."

Ar : "He'em..."

Wr : "Kalau yang dimaksud dengan persiapan operasi yang sudah siap itu darah yang sudah ada maksudnya darah yang sudah ada disini dan sudah di laborat itu kan tadi ngecek ke laborat, jadi dalam operan itu sebenarnya sudah lengkap di status jadi saat operan selain catatan perawat tadi itu kita buka kalau memang sudah dikatakan ada persediaan darah itu ada lembar penerimaan darah dari PMI itu sudah ada."

Pn : "Berarti kita kan bisa ngecek itu ya."

Wr : "Jadi kita ndak perlu ke laboratorium. Jadi darah yang sudah masuk berapa, darah yang diterima pasien itu berapa itu sudah bisa dihitung."

Pn : "Statusnya ada ya?"

Wr : "Iya."

Pn : "Berarti itu mungkin perlu sosialisasi ke temen – temen yang lain untuk urusan itu."

Wr : "Sebenarnya kalau saya operan saya bisa, cuma kita salahnya kita ndak pernah mengecek namanya, yang penting ada gitu saja."

Sn : "Namanya orang itu bener apa ndak, nggak tau."

Ar : "Itu ndak pernah memang. Saya pengen tau orangnya kalau ada yang pernah kayak gitu."

Pn : "Hehe..."

Ky : "Ya untuk serah terima pasien itu memang prosedurnya kayak gini, dimana – mana itu kita memang harus sabar artinya sabar jangan di buru – buru, ya kadang kan kita perlu ditanya dan setuju, sekarang dicek kemungkinan itu tadi. Apalagi kalau masalah bersambung beruntun kita kadang pasien sudah disini takutnya siapa yang ngantar kita ndak tau, karena kita urusan didalam belum selesai kadang yang didalam itu masih jahit apa gitu pasien sudah kesini, kita kan ndak tau karena kita masih focus pada job deskripsi kita masing – masing. Waktu pasien ini sudah datang, yang ngantar siapa yang nerima siapa kita ndak tau. Kalau memang prosedur itu dijalankan, jadi hal – hal seperti itu istilahnya terburu – buru itu tadi sebaiknya kita kurangilah atau ditata sebaik mungkinlah, jadi kalau memang bisa ya oke. Jadi mulai dari operasi, operan semua bikin seperti itu. Jadi kalau kita ngecek pasien, ya memang serah terima harusnya idealnya seperti itu jadi kita harus punya lebih banyak waktu."

Wr : "Ya memang itu, ya makanya saya tadi kan bicara realita, memang itu yang kita lakukan."

Ky : "Ini tadi ada info Bu Indi, mungkin masalah ... Pasien pre op Mungkin kasusnya emergency kita maklumlah kita cari dokter yang saat itu ada misalkan bleeding malam pas Pak Hanan misalkan pas ada acara itu kita setuju walaupun jamnya Pak Mul dialihkan ke Pak Hanan karena kalau Pak Mul diatas jam 10 itu mungkin 'besok aja' tadi diagnosa itu belum jelas, kan hasilnya masih

ngambang itu kita sepakati seperti apa enaknyanya karena kita ndak tau kan, kemarin kan Pak Hanan ngerjakan acaranya kan ada 2 sebenarnya itu yang satunya pasien kemarin memang hanya Pak Hanan waktu itu saya tanya ke Hadi 'Jamnya siapa sekarang Mas? Dikasih ke siapa ini?' ya kalau saya pasien itu selama itu ndak emergency, malamnya siapa dokter yang jaga oke siapkan besok, kalau menurut saya. Tapi kalau pasiennya emergency kasihkan yang terdekat yang segera dikerjakan. Lha... tadi malam ada lagi, tadi malam itu suspect appendix konsul dengan persiapan, tadi malam kan jamnya Pak Mul itu artinya dokter bedah belum 'ini ternyata perlu dibuka' takutnya nanti dibuka sudah ndak apa – apa, jadi kita juga repot Dokter Hanan ndak tau sekalian pasien itu seperti apa, cuma 'Oh itu Pak Hanan' padahal pasien itu belum jelas. Dan nggak enaknyanya lagi, pasien nunggu di UGD Pak Hanan datang, harapan kita Pak Hanan ngeliat dulu pasien yang di UGD karena palu itu ada di beliau ini operasi sekarang, operasi besok, atau operasi apa ndak itu beliau. Sebenarnya Pak Hanan ndak berkenan melihat, padahal pasien sudah siap, kalau mau sekalian aja dikirim gitu kan. Kalau ndak mau operasi ya ke Pak Mul aja, mungkin Pak Hanan juga mikirnya ini jamnya Pak Mul mungkin lho ya. Jadi kemarin sudah dilihat pasien itu, pasiennya mangguk – mangguk saya itu nggak enak rasanya, jadi sekarang saya kepengen mumpung ada Bu Indi kesepakatannya seperti apa kalau ada pasien seperti itu, kalau saya pribadi ya saya ikut itu tadi."

Pn : "Setuju saya, kalau memang ada kasus emergency yang ada pada saat itu siapa ya diberikan saja."

Ar : "Ini kemarin saya juga ada kasus sebenarnya ada kasus emergency kemudian kita telpon Pak Mul katanya Dokter David mungkin kita bisa langsung kesana tapi kan butuh SpPD juga pada waktu sekitar jam 12 malam pasiennya baru datang kita telpon Pak Mul pertama nyambung terus mati nggak di angkat, yang kedua di reject dan pada waktu itu juga kasusnya emergency, yang kedua berani ndak kalau ndak ada SpPD, ternyata berani tapi kan Pak Mul di telpon besoknya 'ini belum SpPD Dok' tapi ternyata sudah masuk, ternyata datanya sudah kembali masuk, kayak gini 'Telpon kok malem – malem, berani nggak kalau malam itu langsung di naikkan' seperti itu, kalau tanpa SpPD berani nggak, kalau dari dokter jaga sudah berani kan kita juga bilang sama dokter David, kalau dari dokter jaga dari hasil pemeriksaannya sudah ndak ada apa – apa kok kita berani, lha tapi Dokter Mul 'Kalau semalam anu berani ndak?' pertanyaan Dokter Mul, dan kalau diruangan itu sudah disarankan operasi kenapa kok masih diberi makan itu yang selalu ditanyakan. Operasi itu kan ada Pak Hanan 'ini kok belum diet?' belum puasa gitu lho maksudnya, ah sudah lagu lama. Itu dari Dokter Mul bilangnyanya seperti itu, kalau yang emergency tadi tanpa SpPD gimana jalan keluarnya?"

Pn : "Ya itu tadi kan... Dokter jaga sudah melihat kalau penunjang baik ya ndak masalah."

Ar : "Itu juga ada sebagian dokter jaga juga ndak berani, selama ini kalau nggak ada SpPDnya nggak berani sini kan..."

Wr : "Soalnya dokter Hanan juga pernah seperti itu. Kalau Dokter Hanan biasanya lihat status lihat pemeriksaan biasanya kalau kelainan beliaunya minta SpPD dulu, tapi kalau Dokter Hanan melihat sepertinya ndak ada kelainan apa – apa, langsung."

Ar : "Ya... Tapi dokter jaganya ndak berani."

Pn : "Kalau malam ya?"

Ar : "Iya Dok, yang kejadian kan diatas jam 10 malam Dok."

Pn : "Kejadiannya sering ndak?"

Sn : "Kalau untuk kasus – kasus emergency itu kan datangnya kadang ndak pada saat – saat dimana dokter ada diatas jam 12 misalnya, lha mungkin pada waktu itu kalau ada dokter jaga yang sudah senior, Dokter David itu kita biasanya langsung kalau memang ini emergency ya keputusan pada dokter jaga, dokter jaga kan bisa melihat dari pemeriksaannya itu kira – kira pasien ini memang betul – betul layak untuk dilakukan operasi atau memang kondisinya di operasi tidak ada hasilnya istilahnya di operasi meninggal tidak di operasi ya meninggal seperti itu mungkin sudah bisa deteksi atau bagaimana. Karena apa, kalau malam seperti itu misalnya pasien keluar kondisinya kita mau menghubungi dokter dalam itu nggak mungkin katakan sehingga akhirnya itu yang menyebabkan pasien itu tertunda dan di operasi pada saat keesokan hari."

Pn : "Gini aja, sementara ini ya, ini bukan kebijakan pasti ya ini sementara aja karena saya juga belum bisa memastikan mungkin saya akan mencoba menghubungi kita punya SpPD baru kan... Dokter Heri itu ya... Jadi mungkin saya mau komunikasi sama beliau, beliau bisa ndak dikonsuli via MMS, kayak Pak Yahya sekarang mau kan kalau dikirim gambar kayak gitu – gitu ya... Barangkali kalau ada hasil pemeriksaan seperti ini – ini beliau bisa, SpPD seperti ini, TFnya seperti ini kan enak... Tapi sementara kalau memang pasien itu kondisinya baik, maksud saya usia muda yang tidak HIGH RISK untuk usia mungkin kita sebetulnya anestesi saya yakin paham."

Sn : "Kita nggak mempermasalahkan kalau usia muda Bu..."

Pn : "He'em..."

Sn : "Yang sering itu 50an lah."

Pn : "Lha iya, kalau misalnya ini dokter umumnya ndak berani operatornya juga tidak berani ya lakukan pertolongan pertama untuk pasien itu."

Sn : "Saya ndak bermasalah untuk masalah penggantian operator – operator yang lain, teman – teman udah lumayan paham jadi dalam kasus cito/ emergensi ya kita carikanlah dokter – dokter dekat yang ada itu, cuma masalahnya sekarang itu kan kadang – kadang terbentur lagi sama masalah SpPD mungkin itu yang perlu dibicarakan lebih lanjut nanti ada Bu Indi dan temen – temen yang lain jadi bagaimana nanti mencari solusinya. Kalau okelah nanti yang jaga itu Dokter David itu enak, jadi kita kan membutuhkan tangan dingin kalau ada gitu aja saya pikir kita lihat kondisi seperti itu kadang ada pertimbangan yang lain mungkin kita membutuhkan dari dokter jaga kalau SpPD yang sudah bicara itu sudah jelas mungkin tapi kalau cuma anestesi yang bicara 'Wah pasiennya kok kayak gini ya' akhirnya kita membutuhkan dari kompeten, jadi kalau memang akhirnya mengerucut pada oke naik, berarti dengan segala keputusan kita naik. Mungkin begitu saja Bu Indi, terima kasih. Ini ada beberapa hal dari Pak Wardoyo, saya berikan waktu. Jadi kembali lagi akan kita focus pada apa yang kita bicarakan untuk masalah serah terima memang kita akan segera membudayakan pelan – pelan kita budayakan jadi pertama mungkin saat ini yang kita lakukan hanya pengecekan pada status itu aja setelah rapat ini kita akan berusaha untuk mulai mendekati ke pasien, operan ke antar ruangan ini kita segera mendatangi pasien untuk nama, statusnya, kelengkapannya, SPO dan sebagainya kita akan disana setelah itu berdua kita akan menuju ke pasien dan ini adalah tanggung jawab dari orang yang kita bina kalau misalnya orang sudah dibina sudah naik ini adalah tanggung jawab omloop, jadi omloop nanti yang akan operan karena kita sekarang ini kadang – kadang anak yang kita



bina itu kita semua naik jika ada tanggungan dibelakangnya itu kan kita nggak mungkin akan operasi. Jadi saya sudah tau dan sering mengatakan tolong petugas RR berada di tempatnya jadi nanti ada pembahasannya lagi, kita membahas satu per satu dulu. Jadi kalau saat itu kita karena biasanya apa biasanya telpon masuknya ke arah OK ke dalam dan tidak ada telpon di RR kalau memang pada saat itu RR bebas dan dia itu dinas saya tadi katakan kalau semua masih ada pekerjaan maka yang berhak operan adalah omloop dan omloop nanti akan mengoperkan kepada yang dinas ya... Tapi kalau RR pada saat itu tidak ada itu lain lagi dia kan sedang dinas jadi dia mutlak untuk operan saya katakan lagi kalau yang sedang dinas itu semua naik, maksudnya naik itu entah RR karena telpon masuk dari ruangan atau kita waktu nelpon ke ruangan untuk mengirim pasien itu pasti telpon OK ya, jadi nanti tolong kalau datang misalnya baru datang segera menghubungi nomor yang disana jadi telpon dari luar sini sehingga tidak ada tiba – tiba pasiennya ada dan statusnya ada terus yang operan nggak ada jadi begitu turun nanti pasien sudah dikirim ke OK nggak ada orang, anda telpon ke nomor 341 jadi gitu. Jadi untuk masalah operan itu nanti yang omloop itu kan dia kan sambil aja melaporkan kepada yang disitu ‘Mas pasiennya sudah datang dengan kondisi ini, saya cek pasiennya bener, ini – ini...’ itu awal yang akan kita lakukan sekarang, kita nggak bisa langsung tapi pelan – pelan kita akan membudayakan. Jadi itu untuk masalah operan ya, selanjutnya untuk tanggung jawab masing – masing baik asisten, instrument, RR, omloop. Anda saya tunjuk untuk menjadi petugas RR ini bukan tanpa pertimbangan, pertimbangan yang matang ini bisa ditaruh di RR. Pergantianpun waktu itu misalnya petugasnya sedang tidak ada saya menurunkan siapa itu untuk diturunkan itu dengan pertimbangan jadi kita semua basicnya sama punya ilmu yang sama, semua dari perawat lain saya yakin semua tau tentang penanganan pasien seperti itu yang sekarang itu sering ada karena kita lupa karena sudah terbiasa dengan jati diri kita, jika kita lupa dengan jati diri kita sebenarnya siapa kita itu perawat jadi siapapun yang kita taruh disana itu harus paham terhadap penanganan pasien seperti itu minimal kasih tau clientnya itu siapa, saya sering menanyakan ‘Ada pasien di RR tolong di jaga’ saya ndak mau sebenarnya berargumen, tapi apapun bisa terjadi pada pasien yang lagi dilakukan tindakan pembiusan, mungkin muntah. Jadi tolong pasien tetep dibantu sampai keluar.” (VIDEO 0816)

Sn : “Ruangan mungkin butuh forum seperti sistem OK, sehingga kalau saya ngomong person ke person kadang – kadang nggak didengarkan.”

Pn : “Anak – anak ini telinganya pake headset semua kok nggak pada denger semua.”

Sn : “Jadi saya sebenarnya kadang – kadang memendam rasa. Tolong, saya ngomong itu kadang – kadang itu bukan ingin saya menilai, bukan. Itu cuma untuk pasien kalau saya ngomong seperti itu cuma untuk pasien jadi tolonglah ya, semua yang anestesi khususnya terus mulai dari saya sendiri ya mungkin saya juga sering menjumpai ya, sering juga kadang – kadang teledor, apalagi sekarang apa yang harus kita lakukan tolong dikembalikan pada posisi masing – masing jadi apa yang harus kita ambil darimanapun itu kembalikan lagi pada tempatnya, apapun juga ya itu kita sudah kita kasih tempat sendiri – sendiri, tempat obat disini tempatnya ET disana tempatnya laryngoscope disana. Nha... kalau sudah kita pake, habis pake kembali kesitu kan enak pada waktu kita mendadak istilahnya kita tau tempatnya dimana tapi kadang – kadang itu sering



lho pindah tempat karena itu kita harus nyari, kita nyari di sana – sana ternyata ada dibawahnya.”

Pn : “Mungkin dibuat kayak trolinya ICU itu apa tulisannya sirkulasi yang kayak itu.”

Ar : “Itu sudah ada.”

Pn : “O... Sudah ada...”

Sn : “Itu dari kesepakatannya tempatnya di itu – itu...”

Pn : “Ada tulisannya Pak?”

Sn : “Kalau tulisannya memang nggak ada.”

Pn : “Makanya perlu ditulis aja, ya...”

Sn : “Alat – alat yang sudah tidak terpakai misalnya keleleran, saya sudah siapkan kotak itu untuk tempatnya pembungkus linen atau sebagainya.”

Pn : “Kok kayak gudang rusak semua Rek... Ya Allah, nggak rapi sama sekali.”

Sn : “Yang pertama itu supaya terlihat rapi. Sering ketemu kayak gitu jadi pas sandal ada disana terus digudang itu mungkin ada yang punya disana pada waktu dibangunkan pasien mulai ketinggalan. Sebenarnya ini maunya apa sih, masak masalah sepele seperti ini mengembalikan ke tempatnya kok nggak bisa, jadi tolong untuk semuanya saja kalau ada saya sendiri misalkan lupa boleh ditegur tapi saya ingin semua bersikap dewasa mengertilah mana yang bener mana yang nggak, barang – barang ini tempatnya disini ya ditaruh disini. Terutama ini lagi sekarang ada kecaman keras dari pengelolaan limbah ya yang dibelakang itu karena ternyata istilahnya kita itu sudah ada pelupaan ya, dan itu penyebabnya adalah botol obat yang ikut terbakar. Saya sudah menyiapkan kotak digudang, itu kalau botol ditaruh disana jadi itu sudah saya siapkan sebenarnya tapi mungkin ada yang lupa dibuang ke tempat sampah sehingga akhirnya terbakar di incenerator meledak ledakan itu merusak incenerator dan untungnya itu masih bisa diperbaiki. Itu mahal, 100 juta bisa melayang.”

Pn : “Kok juta, milyar itu!”

Sn : “Makanya tolong kita sudah siapkan kotaknya disana ya! Karena apa ternyata yang meledak – meledak itu adalah pihak – pihak yang tidak terbuka tapi kalau yang sudah terbuka terus anulah itu tidak akan meledak saya kira jadi tolong itu sudah disediakan Mas Wahyu kemarin, ada kotak tambahan lagi kemarin ada kotak jarum itu benda tajam, tolong yang dimasukkan juga cuma jarumnya bukan sama spuit – spuitnya... karena cepet banyak, kalau disana jarumnya saja dibuka terus spuitnya ditaruh di tempat sampah biasa karena spuitnya tidak berbahaya yang berbahaya itu jarumnya terus teman – teman instrument juga saya minta kalau buang jarum bekas pakai itu minta tolong temannya yang tangannya tipis masukkan itu.”

All : “Hehehe...”

Ar : “Tapi saya ingin kembali pada bagian job deskripsi kita masing – masing sesuai jalurnya aman kita nyaman bekerja enak ya! Itu ya tempat instrument kita tempat penyimpanan itu juga sudah pecah tolong saya minta teman – teman kalau naruh barang berat jangan diatas itu sudah pecah, itu barang kita itu barang pinjaman ya itu udah pecah saya nggak mau ngomong kalau sudah pecah nggak tau sudah diperbaiki apa belum sama yang bersangkutan, itu tanggung jawab kita, kita harus mengembalikan pada posisi karena apa, pemotong yang besar itu ditaruh disana.”

Wr : “Tapi kalau pelan – pelan juga nggak pecah.”



Sn : “Ya itu makanya saya minta temen – temen untuk ikut care lah ini semua punya kita sendiri ya yang merawat semua, jadi ini rumah kita. Kita bekerja disini kalau semuanya itu tertata dengan baik kita juga enak kerjanya nyaman tapi kalau rusak, hilang, pecah, dan sebagainya kita menggunakan tidak bisa jadi tolonglah dijaga itu masing – masing personnya care kepada apa yang kita punya ya. Terus ini ada titipan mungkin dari Pak Wardoyo ya tentang masalah pencucian instrument kita ternyata malah luar biasa ya tolong mungkin kalau memang masalahnya pada sikat padahal sikat yang kita gunakan untuk nyikat itu sudah tidak bagus, minta ke saya, saya punya cadangan untuk membersihkan instrument, soalnya instrument itu waktu di cek ternyata masih banyak sekali noda – noda darah, masih banyak sisa – sisa jaringan yang disana terutama canulnya ya itu mohon dibersihkan betul – betul ya untuk para instrumenter ya tolong itu diperhatikan karena kalau banyak jaringan yang tertinggal itu...”

Pn : “Lagian ndak steril Pak.”

Sn : “Terus alat – alat yang rusak segera bikin laporan. Pak Wafa bilang katanya kemarin ada PINSET sudah patah, disini padahal Cuma satu kalau Mas bagus yang nunggu 3 bulan baru turun.”

Ar : “Itu akan kita ganti, itu nominalnya terlalu tinggi dan itu Cuma satu sehingga itu bisa kita carikan diluar kemarin sudah ngomong ke Pak Wahyu.”

Sn : “Untuk sekali lagi untuk penjadwalan ya, saya minta kepada teman – teman yang sudah terjadwal nanti kalau memang tidak bisa operan dan pastikan yang dioperi itu bisa mungkin saya juga sering ya nggak bisa untuk melakukan tapi saya operkan kalau bisa orang yang saya operi itu bisa. Saya sering operan ke Mas ros dan itu saya pastikan, jadi jangan ada alasan ‘HPku rusak nggak bisa dihubungi dan sebagainya’ itu bukan alasan ya, yang repot itu akhirnya teman – teman yang sedang tidak dinas kasihan mereka butuh istirahat, itu misalkan dikembalikan kepada anda yang saat itu sedang tidak di on call pas enak – enaknya lagi sama keluarga kumpul – kumpul bareng pas ditelpon, itu pasti mengeluh.” (VIDEO 0927)

Sn : “Kalau memang ada keperluan dan keperluan itu bukan mendadak carilah waktu pada saat itu bebas ya bukan pada saat anda terjadwal kalau memang ditunda dulu tolong di operkan kepada orang atau teman kita dan pastikan yang dioperi itu bisa jangan tiba – tiba ‘sudah saya kasihkan sana’ ternyata pas ditelpon orangnya di jember. Jadi jangan gitulah kasian pada yang lain. Jadi kalau kita sudah dijadwal disana ikutilah kalau kita mau keluar silahkan keluar tapi dalam ring yang kita mudah sekali untuk dijangkau, ya misalnya minggu kita mau ada acara tapi kita jangan jauh – jauh ya, Atlanta ini kan dekat sekali jadi mudah sekali untuk dikontak. Tapi kadang – kadang ya saya lihat disini Mas Huda ya maaf sering ndak bisa.”

Pn : “Saya cuma pesen satu aja, jadilah orang yang amanah ya...”

Sn : “Nggeh.”

Pn : “Saya ingin mulai detik ini setelah ini amanat terhadap apa saja, ya amanat misalnya habis pake sandal ambilnya dari mana ya dikembalikan dimana ya...cuma itu saja. Jadi semua pegang amanah sesuai dengan job deskripsi masing – masing dan tanggung jawab masing – masing jangan jadi orang pengecut ya... Ini orang – orang pilihan semua.”

Diskusi diakhiri dengan doa bersama dan kesepakatan bahwa semua mau berusaha untuk bekerja sesuai dengan prosedur yang sudah disusun dan disepakati.



Refleksi : Pelaksanaa prosedur pelayanan operasi secara garis besar sudah sesuai dengan standar who namun beberapa aktifitas terutama masalah transisi atau serah terima sering diabaikan karena tidak memahami atau kurangnya sosialisasi standar prosedur yang ada dan adanya kebiasaan malas untuk melakukan pengecekan ulang karena menganggap hal rutin yang sudah biasa dikerjakan.

2. FGD tentang alur pasien operasi dan HFMEA

Lokasi : Ruang Istirahat Kamar Operasi

Waktu : Rabu 11 April 2012

Jam : 07.00 – 08.15 WIB

Metode : FGD

FGDHP-11042012-OK

Pn : “Assalamu’alaikum...”

All : “Wa’alaikumsalam...”

Pn : “Sesuai dengan kesepakatan kita akan melanjutkan diskusi tentang alur pasien operasi. Silahkan anda cermati form yang sudah anda terima tempo hari. Sesuai dengan janji kita akan mempelajari alur pasien operasi yang sudah kita sepakati berdasarkan hasil diskusi kita. Menurut saudara sekalian gimana?”

HP : “Sebentar Bu saya boleh komen dulu ya... sorry soale kesusu ada operasi di RSU, nanti tolong dibahas sebenarnya semua operasi prosedurnya sama dan sudah ada pakemnya yang nggak boleh di otak – atik, Cuma... disini kan operasine nggak banyak sehari paling 5 itupun 24 jam lho... jadi... lek nggak apal pasiene yo kenemenen.”

Yd : “Betul... ya kalau kayak di Soetomo itu OKnya aja berapa... yang mau dioperasi berapa nganti berderet.”

Sr : “Iya sih, tapi bukan masalah keliru orang lha kalau kayak yang dulu pernah px sudah dipuaskan nggak jadi di operasi karena belum didaftarkan ke ok....gak ada yang ngecek...lolos”

All : “Hmmm...”

Pr : “Berarti tetep aja ya... perlu dilakukan semua proses.... Lak suwe yo...”

Hp : “kalau menurut saya, pada akhirnya kita buat ini sudah oke... potensinya pun saya setuju tapi piye carane supaya semuanya bisa dikerjakan, tidak makan waktu lama dan nggak ribet.”

All : “Setuju... Aahhahaha...”

Sp : “Gimana Dok? (Tanya ke peneliti) bisa nggak ya?”

Pn : “Ya ayo kita pikir bareng – bareng.. piye carane bisa kita lakukan seperti yang diinginkan semua.”

Id : “Ya nggak apa – apa Dok kalau memang seandainya seperi itu ya harus kita lakukan daripada kena masalah...”

All : “Halah gayane... Hahaha...”

Id : “Lho iya... lha gimana... kalau kita tidak melakukan pasti suatu saat potensi itu bisa terjadi.”

Sn : “Poko’e nggak ribet nemen.... maksude kayak pengenalan antar tim itu kan nggak perlu, orang kita sudah kenal semua?”





- Yd : “Yo wes... Sing jelas aku setuju... untuk sing urusan dengan perdarahan perlu jadi perhatian jangan sampek operasi internal bleeding nggak ada persediaan darah.”
- Sn : “Sebenarnya kita melakukan selama ini aman – aman, mungkin itu yang membuat kita sembrono...”
- Pn : “Oke... Formnya sudah diisi semua?”
- Sr : “Sepertinya semua memang perlu ditindaklanjuti Bu... soale berkaitan terus.”
- All : “Iya...”
- Sr : “Lha seperti masalah serah terima, kayaknya Cuma seperti itu, tapi khan sering kita menemukan tertukarnya hasil laborat atau radiologi...”
- Sp : “Iya Dok... Kapan hari ada yang kehilangan hasil CT scan...”
- RN : “O... Itu ternyata masih tertinggal di IGD...”
- Ar : “Berarti itu khan serah terimanya nggak teliti.”
- Yd : “Paling nggak serah terima.”
- All : “Hahaha...”
- Pn : “Baik berarti kita sepakat memang proses serah terima penting ya... jadi perlu dilakukan dengan lengkap?”
- All : “Setuju...”
- ML : “Sorry saya pamit dulu, pesanku ya itu jangan lupa yang berhubungan dengan perdarahan harus diutamakan... punya saya skornya tinggi lho...”
- Pn : “Baik Dok... maturnuwun ya...”
- Sepeninggal operator, kami melanjutkan diskusi
- Kk : “Sebenarnya kami juga sudah membuat ekspedisi serah terima untuk laborat tapi ya gitu... Kosong nggak pernah diisi... Pada saat dibutuhkan kita cari... Eeee... Kosong.”
- All : “Hahaha...”
- Pn : “Bagaimana dengan evaluasi... Refreshing?”
- Id : “Betul... Mungkin evaluasi kita yang kurang, biasanya khan anget – anget tai ayam kalau ada masalah semua bergerak buat ini itu... setelah itu lupa.”
- All : “Ha...haha...”
- Sr : “Refreshing perlu kita adakan lagi, sepertinya dua tahun ini kita vacuum. Maksud saya refreshing tentang protap – protap.”
- pn : “Minta tolong kumpulkan form yang sudah diisi (kearah notulen).”
- Sp : “Baik Dok...”
- Dv : “Gimana ya caranya supaya kita nggak males melakukan hal – hal yang sesuai standard? Saya juga banyak melihat... Ya saya sendiri juga namanya operan itu kok gimana ya...”
- Pn : “Gimana apanya Pak?”
- Dv : “Maksud saya... Saya tahu itu berisiko tapi mau mengerjakan detil itu kok seperti ada yang nggandoli.”
- All : “Hahaha... Iya Dok...”
- Pn : “Baik... dari hasil form ini tadi memang kelihatan semua sepakat yang berhubungan dengan perdarahan level extreme mungkin karena baru kejadian ya... Jadi saat ini memang sudah dilakukan investigasi... ya khan?”
- All : “Ya... memang.”
- Pn : “baiklah terima kasih waktunya kita akan melanjutkan pertemuan kita minggu depan gimana? Enaknya hari apa?”
- All (operator) : “Terserah Dok... Kayaknya bisa terus tapi nggak tahu dengan dokter Hp...”
- Pn : “Bagaimana kalau rabu pagi.”

Refleksi : *Redesign* proses pelayanan pasien operasi disesuaikan dengan standar WHO namun tetap memperhatikan kondisi yang ada di Rumah Sakit X untuk menghindari ketidak patuhan dalam menjalankan prosedur.

3. Transkripsi FGD Tentang *Redesign* Proses Pelayanan Operasi

Lokasi : Ruang pertemuan OK

Waktu : Sabtu, 19 Mei 2012 Jam : 07.30 – 08.30 WIB

Metode : FGD

FGDRD-19052012-OK

Pagi itu diruang pertemuan OK diadakan FGD yang telah disepakati satu hari sebelumnya. Sudah siap anggota tim Dr jaga, Kaur OK, perawat OK, salah seorang operator yang sudah berjanji mengikuti proses ini ijin datang agak terlambat.

FGD kali ini membahas tentang *redesign* proses pasien operasi

Pn : “Assalamu’alaikum... Matur nuwun sudah bersedia meluangkan waktu untuk berdiskusi, mudah – mudahan ini yang terakhir... Tapi kalau misalnya saya butuh data lagi jangan kapok lho ya... Kali ini kita berbicara tentang gimana caranya supaya proses operasi itu aman, nggak ada informasi yang hilang...”

Ar : “Hmmm... Anu Dok... kayaknya alur yang ditunjukkan Dokter tempo hari yang mmm... kagungane WHO... video niku lho Dok... Jane lek dikerjakne tenanan ya sip... jadi kita buat check list...”

Pn : “Lha apa selama ini nggak kayak gitu?”

Ketika peneliti berbicara operator yang ijin terlambat, datang

Hp : “Assalamu’alaikum... Maaf telat... piye – piye apa yang bisa saya bantu?”

Pn : “Ini lho Pak... kita lagi membicarakan masalah Px safety di OK.”

Hp : “O... Iyo... Aku barusan ikut pelatihannya, apik Bu... Paling tidak ada hal – hal yang bisa ditegaskan di RS. Kayak itu lho ada briefing, de briefing, sign in, time out dan sign out.”

Pn : “Lha apa selama ini nggak pernah ngerjain itu?”

All : “Hahaha...”

Hp : “Sebetulnya semua dilakukan, Cuma begitu ada pelatihannya jadi lebih terarah. Kalau suruh bantu – bantu melatih in house training aku gelem khan masih ada Bu Indi sebagai championnya ha...ha...”

Aku punya materinya nanti bisa kita adop untuk OK kita ya....tapi tetep di sesuaikan kayak pengenalankoyoke gak perlu yo... Mbuh lek wes dokter dan petugas laine Okeh

All : “Hahaha... Setuju Dok..”

DV : “Sing ribet laporannya, sampai ke PERSI dan untuk solusinya ujung – ujungnya diut khan ya...”

Pn : “Nah... Itulah Pak... Kali ini kita akan melanjutkan diskusi terakhir tentang solusi potensi yang kita dapatkan kemarin, piye carane supaya teman-teman ini ngerjakan prosedur dengan senang hati dan aman buat semua.”

Sn : “Saya kemarin sudah membicarakan sama teman – teman OK, kita sepakat yang serah terima dan yang melakukan pengecekan dan koordinator *checklist* untuk melihat itu omloop saja soalnya dia khan yang paling bebas bergerak.”

Ar : “Ya Dok... Alasannya biasanya pada saat yang lain operasi dalam kondisi steril yang paling mobile khan omloop misalnya menelpon ruangan untuk menyiapkan operasi berikutnya, informasi macam-macam yang bisa langsung menerima khan dia Dok..”

Pn : “Lho... Jane yo nggak opo – opo... Tapi lak tambah banyak pekerjaane omloop (katanya sambil garuk – garuk kepala).”

Wr : “Yo nggak lah... kayak di video itu lho khan yang melakukan serah terima sampai melakukan verifikasi *checklist* dulu satu orang.”

Sr : “Sebetulnya untuk mengurangi risiko pada proses serah terima itu yang dikurangi ya... proses serah terimanya maksudnya kalau bisa dikerjakan satu orang khan enak nggak usah di operkan ke orang lain.”

Pn : “Jadi...?”

Sr : “Perawat yang ngirim adalah perawat yang ngecek persiapan Px. Jadi dia khan harus ngecek kondisi Px sesuai dengan *checklist* sesaat sebelum dikirim.”

Hp : “Betul... Betul... Setuju. Jangan ngeceknnya 2 jam sebelum Px dikirim kalau ada perubahan kondisi khan nggak tahu...”

Sn : “Artinya semua setuju kalau pada proses yang baru ini ditetapkan bahwa yang ngirim... Pr Ri yang ngecek persiapan sebelum Px dikirim, sedangkan yang menerima di OK dan yang menjadi coordinator verifikasi *checklist*... omloop saja.”

All : “Setuju...”

Sn : “Gimana Dok...? Kita lakukan seperti itu ya?”

Pn : “Setuju Pak tapi harus kita buat SPOnya lho.”

All : “Bener Dok...”

Pn : “Baiklah kalau semua sepakat kita akhiri diskusi kita. Terima kasih...”

Wassalamu’alaikum.”

Diskusi berjalan (±) selama satu jam

Refleksi : *Redesign* prosedur pelayanan pasien operasi yang sudah disesuaikan dengan standar WHO dengan tetap mengacu pada kemampuan dan kesepakatan tim operasi Rumah Sakit X. Dalam setiap tahapan subproses ditentukan tindakan apa yang harus dilakukan, terhadap siapa tindakan harus dilakukan, siapa yang mengerjakan dan alat apa yang diperlukan harus sudah ditentukan dalam *checklist*. Beberapa *checklist* yang harus diadakan yaitu, *checklist* persiapan pengiriman pasien dari rawat inap, *check list sign in*, *check list time out* dan *check list sign out*.



LAMPIRAN 15. Analisa Data Hasil Observasi dan Dokumentasi

a. Perawat RI sedang Mempersiapkan Status RM Pasien Operasi



Keterangan:

Perawat RI menerima telpon dari petugas OK, kemudian mempersiapkan status pasien yang akan dioperasi. (OBS-15032012-RIOK)

Kelamin	U0/80	mm Hg	Leukosit	6, 80 (P)
Tekanan Darah	36/90		Gol. Darah	+
Suhu	36,4°C		Foto Ro	+
Nama	20/1/2012		EKG	+
Respirasi			Darah	golf
Berat Badan			Puasa	2 jam
Cukur Daerah Operasi				
Pasang Catheter	+			
Lavement				
Premedikasi	+			
Surat Persetujuan Op.	+			
Gigi Palsu	-			
Baju & Topi Operasi	+			

Genteng. DS AKRIKUS DSD

Piket Kepala, _____ Perawat Kamar Operasi, _____

Keterangan:

Checklist pre op yang tidak jelas dan tidak ada tanda tangan serah terima antara perawat RI dan perawat OK. (OBS-15032012-RIOK)

b. Serah Terima Perawat RI dan Perawat OK



Foto Serah Terima di Ruang Transisi OK

Keterangan:

R. transit

Serah terima antara perawat ruang rawat inap dengan petugas kamar operasi dengan menunjukkan status pasien (RM) tanpa melakukan pengecekan secara verbal, dengan melibatkan pasien. Petugas OK hanya menanyakan apakah sudah di suntik ATS. (OBS-15032012-RIOK)

c. Subproses sebelum dianestesi



Keterangan:

Operator datang menanyakan kondisi pasien, kemudian mempersilakan petugas anestesi untuk melakukan pembiusan. (OBS-07032012-OK)

e. FGD HFMEA tentang Identifikasi Risiko Potensial, Penyebab dan Analisa Hazard Pelayanan Pasien Operasi



Keterangan:
Pelaksanaan prosedur pelayanan operasi secara garis besar sudah sesuai dengan standar who namun beberapa aktifitas terutama masalah transisi atau serah terima sering diabaikan karena tidak memahami atau kurangnya sosialisasi standar prosedur yang ada dan adanya kebiasaan malas untuk melakukan pengecekan ulang. (FGDALOP-07042012-OK)

f. FGD tentang Redesign Proses Pelayanan Operasi



**Keterangan:**

Redesign prosedur pelayanan pasien operasi yang sudah disesuaikan dengan standar WHO dengan tetap mengacu pada kemampuan dan kesepakatan tim operasi Rumah Sakit X. Dalam setiap tahapan subproses ditentukan tindakan apa yang harus dilakukan, terhadap siapa tindakan harus dilakukan, siapa yang mengerjakan dan alat apa yang diperlukan harus sudah ditentukan dalam *checklist*. Beberapa *checklist* yang harus diadakan yaitu, *checklist* persiapan pengiriman pasien dari rawat inap, *check list sign in*, *check list time out* dan *check list sign out*. (FGDRD-19052012-OK)