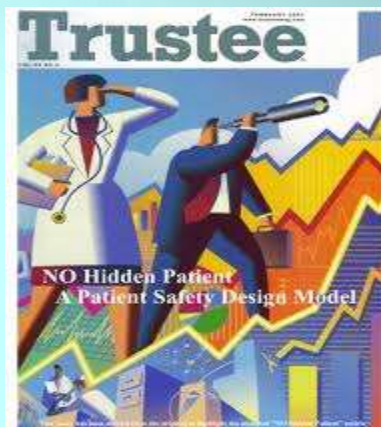




HEALTHCARE FAILURE MODE EFFECT AND ANALYSIS (HFMEA): PROSES PELAYANAN PASIEN OPERASI DI RUMAH SAKIT X

INDIATI

NIM 106070200111011



PENDAHULUAN



High Safety Incident/ Medical Error

Di Amerika : Hampir 100 ribu kematian → kerugian \$ 9 miliar/tahun

Di Indonesia : Angka pasti tidak ada → Pemberitaan / diperkirakan cukup tinggi

Di Rumah Sakit X : Tahun 2010 75% KTD dan tahun 2011 60% KTD → Kasus operasi

Preventable Incident

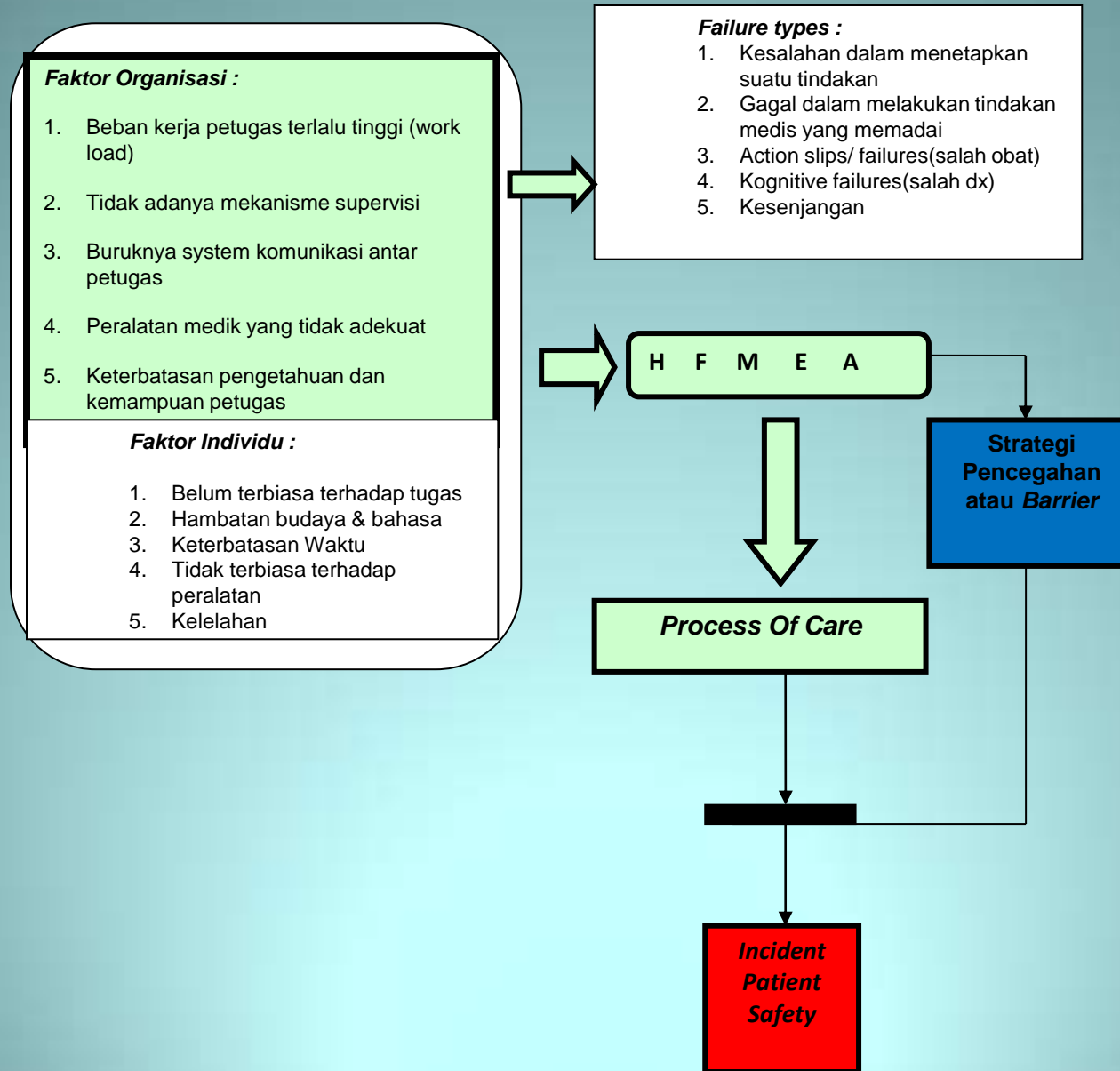
HFMEA

Failure Mode

Strategi Pencegahan



Kerangka Konsep Penelitian





Metode Penelitian

Desain

- Case Study

Metode

- HFMEA

Fokus

- Proses pelayanan pasien dengan tindakan operasi di rawat inap dan di kamar operasi

Instrumen

- Peneliti

Sumber data

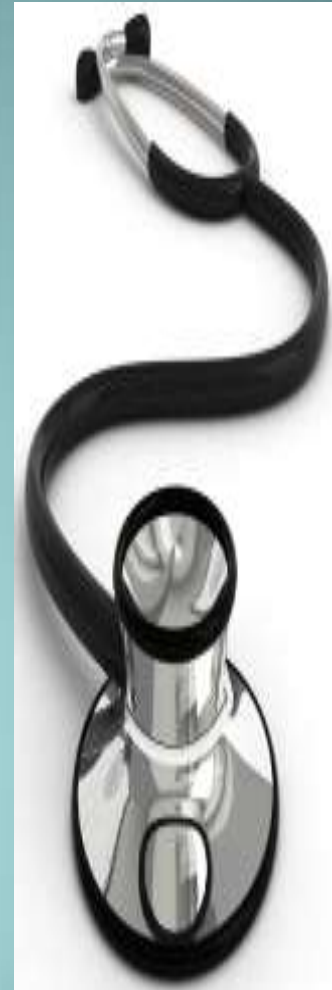
- Informan
- Dokumen

Pengambilan data

- Observasi - FGD
- Wawancara - Pemeriksaan dokumen

Analisa data

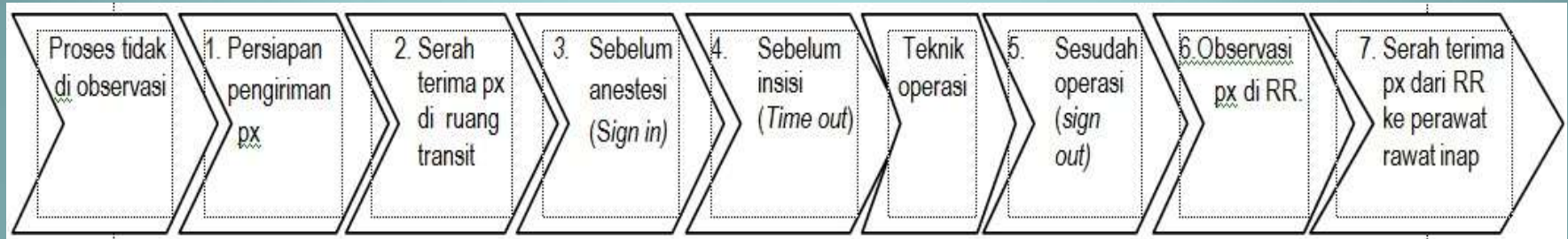
- Data reduksi
- Data display
- kesimpulan



Hasil Penelitian



Alur Proses Pelayanan Pasien Operasi



Identifikasi Risiko Potensial, Penyebab dan Analisa *Hazard* Pelayanan Pasien Operasi



Failure Mode

*“kata siapa?...jane mulai dulu ya ada.... Cuma kitanya aja karena menganggap itu dah pekerjaan rutin jadi jarang dikerjakan.....
“ 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.....” (WSP-27022012-TS)
”kadose nggeh sami mawon dok....., tergantung tim operasinya dan kasusnya...ada operator yang melakukan itu.....meskipun gak sedetil standar tapi kebanyakan gak.....”
”mereka sih melakukan serah terima lihat ceklist....tapi gak ngecek bener gaknya.....yaaa....akhirnya kayak masalah persediaan darah yang tadi.” (WKRO-270212-Sn)
Hayo pingin ruh aku sopo sing serah terima sampek detil kayak gitu” (FGDALOP-07042012-OK)*





Pernyataan Akar Masalah

Akar Masalah

Kompetensi petugas yg tidak sesuai

"sebenarnya kalau jumlah tenaga cukup dok, cuma kompetensinya yang belum sesuai.... yang empat orang belum pernah mengikuti pelatihan....(W kbksbk-02042012-IdBg)

"Tapi bagi teman – teman yang baru – baru memang banyak yang belum paham disosialisasikan." (WKRO-270212-Sn)

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

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

Kelelahan

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

(WKRO-270212-Sn)



Budaya patient safety

Wr : "Masak Kita harus tiap hari mengingatkan..."

Sn : "Awal – awalnya mungkin pahit ya Bu Indi ya... Karena mungkin pasti ditertawakan 'apa – apaan sih rek – rek...' mungkin seperti itu. Mengarah pada budaya coboy. menganggap serah terima dengan cara ini itu sudah cukup dan selama ini tidak ada masalah." (FGDALOP-07042012-OK)

Ts : "Sering kita menemukan tertukarnya hasil laborat atau radiologi..."

Kk : "Membuat ekspedisi serah terima untuk laborat tapi ya gitu... Kosong nggak pernah diisi..."

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

(FGDHP-11042012-OK)

Tindakan yang Direkomendasikan



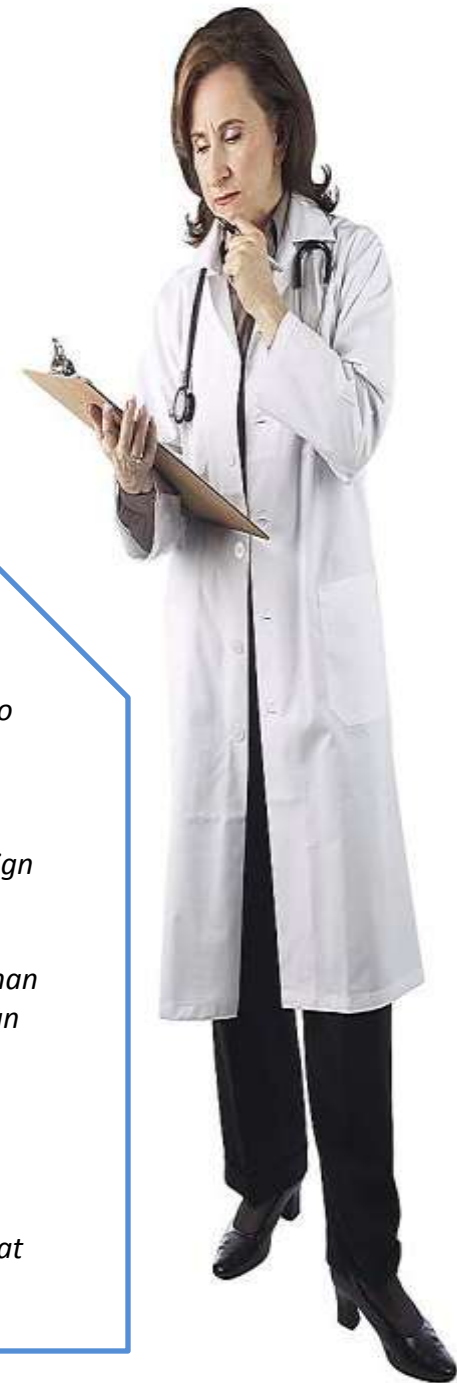
Akar Masalah	Tindakan	
	Jangka Pendek	Jangka Panjang
Jumlah perawat yang memenuhi kualifikasi tidak mencukupi	Memindahkan perawat yang sesuai kualifikasi dari unit lain ke OK	<ul style="list-style-type: none">- Pelatihan- Evaluasi sistem pengembangan SDM- Rekrutment perawat sesuai kualifikasi yang dibutuhkan
Tidak ada dokter spesialis tetap	penawaran kerjasama dengan operator yang 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 refreshing 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

Redesign Prosedur Pelayanan Pasien Operasi

Redesign Alur Pelayanan Pasien Operasi

Penyusunan checklist dan SPO pada setiap tahapan sub proses pelayanan pasien operasi

"Hmmm... Anu Dok... kayaknya alur yang ditunjukkan Dokter tempo hari yang mmm... kagungane WHO... video niku lho Dok... Jane lek dikerjakne tenanan ya sip..."
"O... Iyo... Aku barusan ikut pelatihannya, apik Bu... Kayak itu lho... ada briefing, de briefing, sign in, time out dan sign out...tapi ya...gak perlu sedetil itu..."
"Saya kemarin sudah membicarakan sama teman – teman OK, kita sepakat yang serah terima dan yang melakukan pengecekan dan koordinator checklistuntuk melihat ituomloop saja soalnya dia khan yang paling bebas bergerak."
"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)



PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Terdapat 7 subproses, yang terdiri dari 29 aktifitas (26 aktifitas tidak dilakukan) → potensi risiko kesalahan.

Berwick : bila proses terdiri 1 langkah kemungkinan salah 1%, bila proses 25 langkah, kemungkinan salah 22%, dan bila proses terdiri dari 100 langkah, kemungkinan salah 63%

WHO : tindakan operasi adalah tindakan yang melibatkan multi disiplin, melibatkan berbagai keahlian dan pengalihan antar sistem di rumah sakit yang lebih kompleks. Kompleksitas pelayanan operasi berisiko lebih tinggi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien (WHO 2009)

Failure Mode pada Proses Pelayanan Operasi

Hasil Penelitian : Terdapat 26 potensi kegagalan → Tidak melakukan pengecekan ulang secara tulisan maupun verbal.

Mengakibatkan banyak informasi yang tidak tersampaikan sehingga menimbulkan potensi risiko kegagalan.

Gawande, dkk : Terdapat 57 potensi kegagalan → gagalnya komunikasi karena tidak mengikuti prosedur dan tidak melakukan pengecekan ulang.

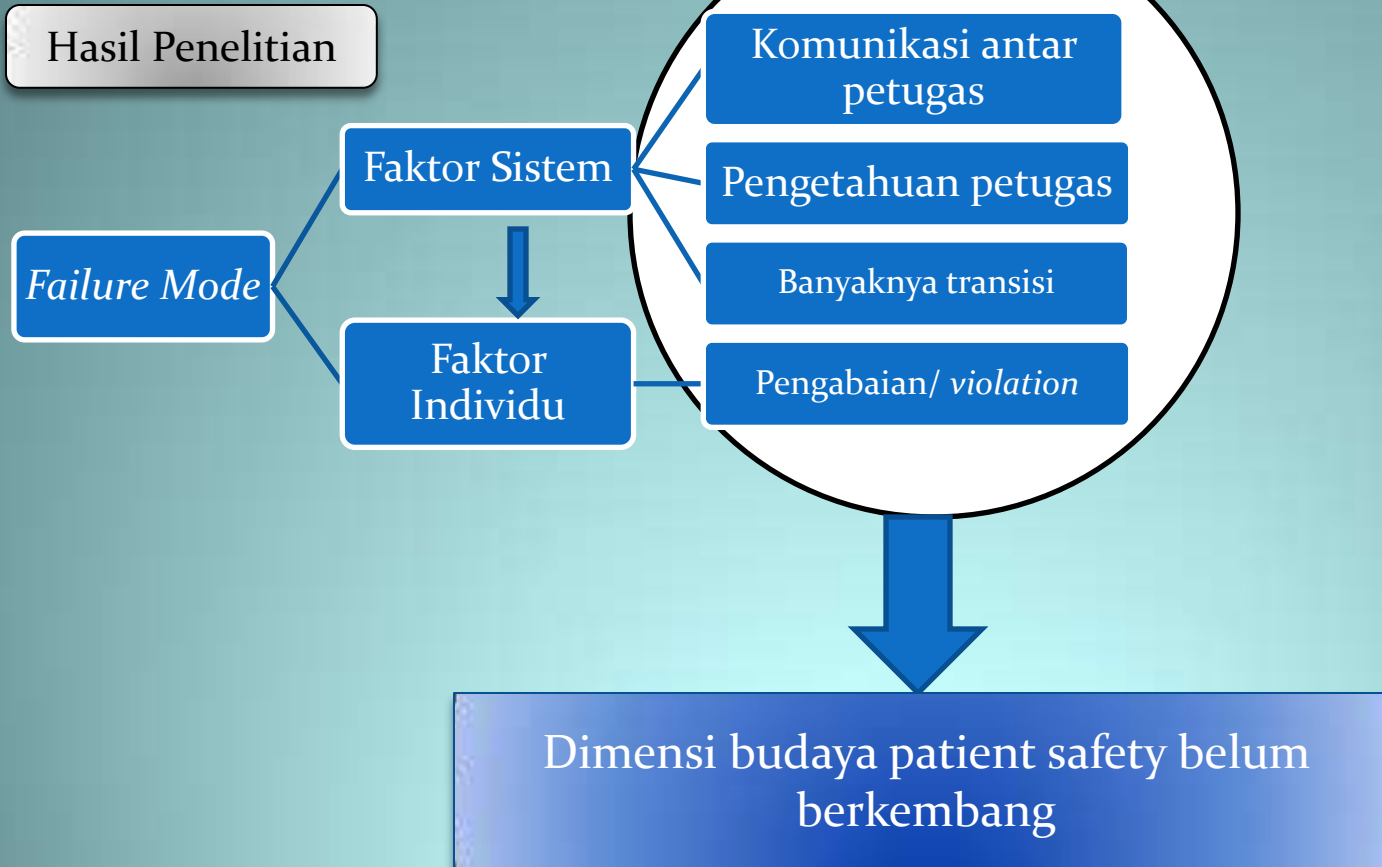
Mengakibatkan risiko tertinggalnya kasa dan instrumen saat operasi

Siagian (2011) : Tidak melakukan *sign in*, *time out*, dan *sign out* secara lengkap → risiko potensi kegagalan berupa perdarahan post op yang berhubungan dengan kematian

France (2008) : Dari 30 tim bedah yang melakukan prosedur keselamatan perioperative hanya 60%

Teori (WHO) : Operasi yang aman akan menyelamatkan nyawa → check list pada setiap prosedur operasi harus dijalankan

Faktor Penyebab *Failure Mode* pada Proses Pelayanan Operasi



Beatty (2004)	AHRQ (2008)	Hellings (2007)
Pelanggaran prosedur keselamatan rutin dilakukan tim anestesi → tidak menyadari telah melakukan pelanggaran/ violation	Akar permasalahan KTD → 60% masalah komunikasi	tiga nilai utama adalah dimensi budaya kerjasama dalam unit, keterbukaan dan tindakan safety. Sedang tiga nilai yang memiliki skor terendah adalah <i>staffing</i> , <i>non punitif respons</i> terhadap kesalahan dan <i>hospital transitions</i>



Redesign Prosedur Pelayanan Pasien Operasi

Hasil penelitian

Menyusun kebijakan ttg identitas px dan ttg komunikasi efektif, menyusun checklist sesuai dengan standar WHO dan mengacu pada kesepakatan tim operasi Rumah Sakit X.



- a) Adanya kesepakatan bahwa perawat ruangan yang mengantar 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 sirkuler. Kesepakatan ini berdasarkan pemikiran semakin sedikit proses transisi kemungkinan terjadinya kehilangan informasi akan semakin kecil.
- b) 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.

Tillburg (2006)	Gawande (2003)	Human error teori
<p>61 potensi kegagalan 14 risiko tinggi. 10 diselesaikan dengan prosedur yang ada. 5 rekomendasi redesign proses</p>	<p>132 kegagalan 41 risiko ekstrim 26 diselesaikan dengan prosedur yang ada. 15 rekomendasi redesign proses</p>	<p>Sifat alamiah manusia sulit berubah. Tetapi kondisi tempat kerja lebih mudah diubah salah satunya dengan redesign</p>



Keterbatasan Penelitian



- Usulan rencana solusi dan *plan of action* dari solusi yang salah satunya adalah *redesign* proses pelayanan pasien operasi.
- Kesesuaian dan keberhasilan implementasi rancangan yang baru dalam meminimalisir potensi risiko insiden keselamatan, perlu dikaji lebih lanjut.

KESIMPULAN DAN SARAN

KESIMPULAN

1. Alur proses pelayanan Px operasi di RS X terdapat 7 sub proses yang terdiri dari 29 aktivitas. 25 aktivitas tidak dilakukan secara lengkap bahkan ada yang tidak dilakukan sama sekali.
2. Terdapat 26 potensi risiko kegagalan yang diakibatkan tidak ada pengecekan ulang pada saat transisi secara tulisan maupun verbal → komunikasi tidak efektif.
3. Akar masalah adalah :
 - Belum berkembangnya budaya patient safety terutama pada proses transisi antar shift dan antar bagian
 - Kurangnya kualifikasi perawat yang sesuai
 - Tidak ada dokter operator tetap
4. Salah satu solusi
 - Redesign proses yang diusulkan mengacu pada standar prosedur WHO dengan memperpendek rantai transisi antar shift pada beberapa tindakan, disesuaikan dengan kemampuan dan kesepakatan tim.

SARAN

Redesign proses (checklist dan SPO) pelatihan komunikasi serah terima dan refreshing berkala memungkinkan langsung diimplementasikan dengan mengoptimalkan SDM yang ada. Pelatihan tenaga kamar operasi dan pengadaan dokter spesialis yang membutuhkan waktu dan dana lebih besar disiasati dengan implementasi usulan jangka pendek; pemindah tugas tenaga yang punya kualifikasi kamar operasi, penawaran MOU dengan dokter spesialis yang bukan PNS.



