

**POST GRADUATE PROGRAM IN PUBLIC HEALTH, FACULTY OF MEDICINE,
UNIVERSITAS GADJAH MADA, YOGYAKARTA**

COURSE TITLE : Patient Safety and Clinical Governance
KUI : 6691
Credit : 2 sks
Course type : wajib
Semester : I

CLASS SESSIONS

Class Day : Lihat Jadwal
Class Start Time : Lihat Jadwal
Class Location : MMR Prodi S-2 IKM HPM

COURSE COORDINATOR(S)

Name : Prof. dr. IwanDwiprahasto, MMedSc, PhD
NIDN : 0008046207
Phone/Fax : 0811293963
Email : iwan_dwiprahasto@yahoo.co.uk,
Office Location : Gedung Pusat lantai 2 Ruang Warek 1 UGM
Office Hours : 8.00 AM-4.00 PM

ANGGOTA DOSEN PENGAMPU (bila ada)

Drs.Mulyadi, MSc.,Akt
dr. Ova Emilia, SpOG.,PhD
dr. Andaru Dahesih, SpS.,M.Kes.
DR.Budi Wahyuni, MA.,MM.
Yayi Suryo Prabandari.,SPsi.,PhD
dr. Andreasta Meliala, DPH.,M.Kes.,M.AS

PRASARAT

Tidak ada

URAIAN SINGKAT MATA KULIAH

Salah satu prasyarat fundamental dalam pelayanan kesehatan adalah menjamin bahwa tindakan medik yang diputuskan tidak hanya terbukti paling efficacious tetapi juga harus aman. Jaminan akan keamanan ini sering sulit diungkapkan secara faktual. Secara alamiah setiap upaya medik pasti memiliki risiko, hanya saja derajatnya bisa bervariasi mulai dari yang ringan (tanpa gejala spesifik) hingga yang berat (memerlukan terapi khusus, menyebabkan kecacatan, atau bahkan kematian).

Idealnya setiap pasien mengerti dan memahami setiap kemungkinan risiko dan manfaat (*risk and benefit*) dari tindakan atau prosedur yang akan dijalannya. Namun demikian hal ini juga tidak selalu mudah, karena sebagian pasien justru akan menolak dilakukan tindakan medik apabila mengetahui segala risikonya secara rinci. Lain pula halnya dengan dokter, meskipun

sebelum operasi setiap pasien telah dijelaskan mengenai prosedur yang akan dilaksanakan, tetapi sangat jarang dokter mendiskusikan kemungkinan terjadinya risiko akibat kesalahan dalam sistem (*system fault*). Sebagai contoh adalah infeksi pasca operasi atau infeksi nosokomial yang umumnya terjadi akibat kesalahan dalam sistem (keperawatan, tidak adanya *risk management*, dan tidak terdeteksinya bakteri yang resisten (misalnya *MRSA-methycillin resistant Staphylococcus aureus*, ataupun *VRE-vancomycin resistant enterococcus*).

Berbagai studi akhir-akhir ini menunjukkan bahwa dalam sistem pelayanan kesehatan telah terjadi masalah ketidakamanan (*unsafeness*) yang sifatnya kronis di berbagai belahan dunia. Salah satu yang cukup dramatik adalah bahwa di Amerika Serikat *medical error* diduga mengakibatkan kematian pada 100.000 orang pertahun. Angka ini jauh lebih besar dari kematian akibat kecelakaan lalu lintas (43.458 kasus), kanker payudara (42.397), atau akibat AIDS (16.516). Tentu saja hal ini tidak sebanding dengan jumlah korban tragedi World Trade Centre yang hanya sekitar 6.000 orang, tetapi justru direspons secara sangat eksekutif.

Hampir setiap tindakan medik menyimpan potensi resiko. Banyaknya jenis obat, jenis pemeriksaan dan prosedur, serta jumlah pasien dan staf Rumah Sakit yang cukup besar, merupakan hal yang potensial bagi terjadinya kesalahan medis (*medical errors*). Menurut Institute of Medicine (1999), *medical error* didefinisikan sebagai: The failure of a planned action to be completed as intended (i.e., error of execution) or the use of a wrong plan to achieve an aim (i.e., error of planning). Artinya kesalahan medis 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).

Kesalahan tersebut bisa terjadi dalam tahap diagnostic seperti kesalahan atau keterlambatan diagnose, tidak menerapkan pemeriksaan yang sesuai, menggunakan cara pemeriksaan yang sudah tidak dipakai atau tidak bertindak atas hasil pemeriksaan atau observasi; tahap pengobatan seperti kesalahan pada prosedur pengobatan, pelaksanaan terapi, metode penggunaan obat, dan keterlambatan merespon hasil pemeriksaan asuhan yang tidak layak; tahap preventive seperti tidak memberikan terapi profilaktik serta monitor dan follow up yang tidak adekuat; atau pada hal teknis yang lain seperti kegagalan berkomunikasi, kegagalan alat atau system yang lain.

Dalam kenyataannya masalah *medical error* dalam sistem pelayanan kesehatan mencerminkan fenomena gunung es, karena yang terdeteksi umumnya adalah *adverse event* yang ditemukan secara kebetulan saja. Sebagian besar yang lain cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat, atau justru luput dari perhatian kita semua.

Pada November 1999, *the American Hospital Association (AHA) Board of Trustees* mengidentifikasi bahwa keselamatan dan keamanan pasien (*patient safety*) merupakan sebuah prioritas strategik. Mereka juga menetapkan capaian-capaian peningkatan yang terukur untuk *medication safety* sebagai target utamanya. Tahun 2000, Institute of Medicine, Amerika Serikat dalam “TO ERR IS HUMAN, Building a Safer Health System” melaporkan bahwa dalam pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit ada sekitar 3-16% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/*Adverse Event*). Menindaklanjuti penemuan ini, tahun 2004, WHO mencanangkan *World Alliance for Patient Safety*, program bersama dengan berbagai negara untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

Di Indonesia, telah dikeluarkan pula Kepmen nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit, yang tujuan utamanya adalah untuk tercapainya pelayanan medis prima di rumah sakit yang jauh dari *medical error* dan memberikan keselamatan bagi pasien. Perkembangan ini diikuti oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) yang berinisiatif melakukan pertemuan dan mengajak semua stakeholder rumah sakit untuk lebih memperhatikan keselamatan pasien di rumah sakit.

Mempertimbangkan betapa pentingnya misi rumah sakit untuk mampu memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik terhadap pasien mengharuskan rumah sakit untuk berusaha mengurangi *medical error* sebagai bagian dari penghargaannya terhadap kemanusiaan, maka dikembangkan system *Patient Safety* yang dirancang mampu menjawab permasalahan yang ada.

TUJUAN PEMBELAJARAN

- [insert]

LUARAN PEMBELAJARAN

Students who successfully complete this course will be able to:

- [insert]
- [insert]
- [insert]
- [insert]
- [insert]

PENILAIAN PRESTASI BELAJAR

Proses evaluasi akan diterapkan dan komponen-komponen berikut akan memberikan kontribusi terhadap nilai akhir pada mata kuliah ini: Kehadiran tidak boleh kurang dari 75% dari sesi mata kuliah. Mereka yang kehadirannya kurang dari 75% tidak diijinkan untuk mengikuti ujian akhir.

Student grades will be based on:

[Insert] [#] points [or percentage]

[Insert] [#] points [or percentage]

[Insert] [#] points [or percentage]

[Insert] [#] points [or percentage]

[Insert description of assessment methods]

COURSE REQUIREMENTS

[Insert expectations related to class performance and policies related to late assignments, attendance, original work, citations, incomplete grades, etc.]

PROSES PEMBELAJARAN

Proses pembelajaran meliputi interaksi tatap muka (pemberian pelajaran, diskusi, dan praktikum). Sesi interaktif digunakan untuk menambah pemahaman tentang konsep dan penerapannya melalui contoh-contoh yang ada di jurnal atau dengan pembacaan jurnal. Presentasi dan diskusi juga digunakan untuk meningkatkan proses pembelajaran

UGM POLICIES AND EXPECTATIONS

Students and faculty have a shared commitment to the UGM's mission, values and oath.

Academic Integrity

Students are required to adhere to the UGM Code, available online at <http://>

KEGIATAN KULIAH

Blok	Jumlah Sesi	Topik	Tujuan Pembelajaran	Referensi/Reading	Pengajar
1	1	<i>Patient safety</i> sebagai masalah global, regional dan nasional di bidang pelayanan kesehatan			Prof.dr.Iwan Dwiprahasto, M.MedSc.,PhD

	1	Definisi dan Klasifikasi <i>Patient Safety</i>			Prof.dr.Iwan Dwiprahasto, M.MedSc.,PhD
	1	Budaya <i>Patient Safety</i>			Prof.dr.Iwan Dwiprahasto, M.MedSc.,PhD
	1	Pengukuran <i>Medical Error</i> dan <i>Patient Safety Indicator</i>			Prof.dr.Iwan Dwiprahasto, M.MedSc.,PhD /Tim
	1	<i>Patient Empowerment</i>			DR. Dra. Budi Wahyuni, MA, MM
	1	Bentuk bentuk <i>Patient Participation</i> dan <i>Patient Empowerment</i> di rumah sakit			DR. Dra. Budi Wahyuni, MA, MM
	1	<i>Patient Education and Information on Patient Safety</i>			Dr. Ova Emilia, MMed, PhD, SpOG
	2	Paradigma dan Implementasi <i>Clinical Governance</i>			Prof.dr.Iwan Dwiprahasto, M.MedSc.,PhD/Tim
	2	<i>Patient Safety Rounds</i>			Prof.dr.Iwan Dwiprahasto, M.MedSc.,PhD/Tim
	2	Penerapan <i>Patient safety</i>			Prof.dr.Iwan Dwiprahasto, M.MedSc.,PhD/Tim
	1	Review Blok 1			
2	1	<i>Clinical Guidelines</i> dan <i>Clinical Pathway</i>			Rizaldi Pinson Taslim,DR.,dr. M.Kes., Sp.S.
	1	<i>Case Study Clinical Pathway Stroke</i>			Rizaldi Pinson Taslim,DR.,dr. M.Kes., Sp.S.
	1	<i>Patient Satisfaction</i> dan <i>Complain Management system</i>			Prof.dr.Iwan Dwiprahasto, M.MedSc.,PhD/Tim

4	1	Pengorganisasian dan Peran <i>Clinical Governance</i> dalam merespon perubahan lingkungan			Drs. Mulyadi , MSc.,Akt
5	1	Kasus: Tantangan <i>Clinical Leadership</i>			Andreasta Meliala, dr., DPH.,M.Kes.,M.AS

Referensi Utama:

1. Donaldson, L., *An international language for patient safety: Global progress in patient safety requires classification of key concepts*. International Journal for Quality in Health Care 2009. 21(1): p. 1.
2. World Alliance for Patient Safety and World Health Organization. 2009 [cited 2009 8 October].
3. Fifty-fifth World Health Assembly, *Res.WHA55.18*. 2002.
4. The World Alliance For Patient Safety Drafting Group, *Towards an international classification for patient safety: the conceptual framework*. International Journal for Quality in Health Care, 2009. 21(1): p. 2-8.
5. World Alliance for Patient Safety, *The conceptual framework for the international classification for patient safety*. 2009, WHO: Geneva.
6. Philip Aspden, Janet M. Corrigan, Julie Wolcott, Shari M. Erickson. 2004. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care, Washington, D.C.:The National Academies Press
7. AHRQ Quality Indicators – Guide to Patient Safety Indicators. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. AHRQ Pub.03-R203
8. The Joint Commission. *Sentinel events statistics*. 2008 10 October 2009]; Available from: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>.
9. Lingard L, et al., *Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects*. Qual Saf Health Care, 2004. 13: p. 330-334.
10. Christian CK, Gustafson ML, and Roth EM, *A prospective study of patient safety in the operating room*. . Surgery, 2006. 139: p. 159-173.
11. Levinson W, et al., *Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons*. JAMA, 1997. 277: p. 553-559.
12. Hickson GB, et al., *Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries*. JAMA, 1992. 267: p. 1359-1363.
13. Neff KE, *Understanding and managing physicians with disruptive behavior*, in *Enhancing physicians performance: advance principles of medical management*, Ransom SB, Pinsky WW, and Tropman JE, Editors. 2000, American College of Physician Executives: Tampa FL.
14. Taylor-Adams S and C. Vincent, *Systems analysis of clinical incidents. The London protocol*. 2004, Clinical Safety Research Unit: London.
15. Gallagher TH and et.al., *Patients and physicians attitudes regarding the disclosure of medical error*. JAMA, 2005. 289(8): p. 1001-1007.
16. Vincent CA and Coulter A, *Patient safety: what about the patient*>. Qual Saf Health Care, 2002. 11(1): p. 76-80.
17. Healthcare, A.C.o.S.a.Q.i., *Open Disclosure Standard*. 2003.
18. Harvard Hospitals, *When things go wrong: responding to adverse events, a consensus statement of the Harvard hospitals*. 2006, Cambridge: Harvard University.
19. Brennan TA, Leape LL, Laird L, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370.6.
20. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The quality in Australian healthcare study. *Med J Aust* 1995;163:458.71.

21. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;322:501.2
22. Institute of Medicine. *To err is human: building a safety health system*. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
23. Charatan F. Medical errors kill almost 100,000 Americans a year. *BMJ* 1999;319:1519.
24. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, (Eds) *To Err Is Human. Building a Safer Health System*. National Academy Press. Washington, DC, 1999.
25. Bhasale AL, Miller GC, Reid SE, Britt HC. Analysing potential harm in Australian general practice: an incident monitoring study. *Med J Aust* 1998;169:73-6.
26. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. *JAMA* 1995;274:29.34.
27. Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Gottlieb L, Krizek C, Vargish T, et al. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet* 1997;349:309.13.
28. Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung CL, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med* 1995;23:294.300
29. Dwiprahasto I. Antibiotic utilization in the treatment of ARI in children under 10 years of age seen in private practices. Thesis, master degree, Newcastle University Australia, 1991.
30. Utarini A. Medical error in health care organizations and quality system in higher education institutions of health personnels. Laporan Penelitian, Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta, 2000 (unpublished)
31. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Lloyd JF, Burke JP. Adverse drug events in hospitalized patients: excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *JAMA* 1997;277:301.6.
32. Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA, et al. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. *JAMA* 1997;277:307-11.
33. Johnson JA, Bootman JL. Drug related morbidity and mortality and the economic impact of pharmaceutical care. *Am J Health Syst Pharm* 1997;54:554.8