

Assalaamu'alaikum warrahmatullaahi wabarakaatuh

Yang terhormat,

*Direktur Jendral Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia,
Dewan Pengawas RSUP Dr. Sardjito,
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta,
Dekan Fakultas Kedokteran, Dekan Fakultas Kedokteran Gigi, dan
Dekan Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada,
Para Guru Besar,
Direktur Utama dan para Direktur RSUP Dr Sardjito,
Para Ketua Komite, Ketua SPI, Kepala Divisi, Kepala Instalasi,
Ketua SMF dan Pejabat Eselon III-IV RSUP Dr. Sardjito,
Segenap Karyawan dan Karyawati RSUP Dr. Sardjito, dan
Para Tamu Undangan yang Berbahagia,*

Puji syukur ke hadirat Allah SWT yang melimpahi kita dengan rahmat dan karunia-Nya sehingga pada hari ini kita dapat memperingati Hari Ulang Tahun RSUP Dr. Sardjito yang ke 30. Pada kesempatan yang berbahagia ini, saya menghaturkan terima kasih kepada Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito atas kepercayaannya dan perkenankanlah saya menyampaikan orasi ilmiah berjudul:

Pasien dan Masyarakat sebagai Mitra Menuju Rumah Sakit Berstandar Internasional

Judul ini merupakan sebuah harapan terhadap RSUP Dr. Sardjito untuk memperkuat strategi yang mengedepankan pasien dan masyarakat. Sistematika orasi ini diawali dengan perkembangan global keselamatan pasien, peran pasien-masyarakat dalam keselamatan pasien, ruang lingkup pasien-masyarakat sebagai mitra rumah sakit, serta standar-praktek internasional dalam upaya meningkatkan keterlibatan pasien-masyarakat. Pada naskah ini, saya berusaha menggunakan ilustrasi pengalaman ketika menunggu keluarga yang menjalani operasi di rumah sakit. Hal ini semata-mata bertujuan untuk merefleksikan perspektif pasien-masyarakat.

Hadirin yang saya hormati,

Perkembangan Global Keselamatan Pasien

Dalam 10 tahun terakhir keselamatan pasien selalu menjadi tujuan bersama yang ingin dicapai oleh rumah sakit, dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya, serta pasien dan masyarakat. Terlepas dari prinsip “*First, do no harm*”, masalah keselamatan pasien berkembang secara eksponensial sebagai masalah kesehatan masyarakat di tingkat global. Publikasi “*To Err is Human*” yang diterbitkan pada tahun 2000 (Kohn *et al.*, 2000) menggugah kesadaran masyarakat internasional akan besarnya masalah kejadian yang tidak diharapkan (KTD) serta dampaknya.

Perhatian terhadap masalah keselamatan pasien sesungguhnya telah dimulai sejak lama. Ernest A. Codman (1869-1940), seorang ahli bedah bijak, melakukan refleksi terhadap pengalamannya dalam melakukan tindakan pembedahan. Dalam penelusurannya selama lima tahun (1911-1916), ia menemukan 123 kesalahan (KTD) dari 337 pasiennya. Dengan kata lain lebih dari sepertiga pasiennya (36,5%) mengalami KTD dengan derajat keparahan yang bervariasi (Neuhauser, 2002). Dengan kearifannya fakta ini diinformasikan kepada publik. Sebuah keputusan yang bijak dan arif dari seorang ahli bedah yang menjadi tonggak bersejarah lahirnya konsep keselamatan pasien dan akreditasi rumah sakit di Amerika.

Masalah keselamatan pasien cenderung meningkat selama periode 1980-2011. Dengan menggunakan *Global Trigger Tool*, suatu metode pengukuran keselamatan pasien, dilaporkan bahwa 32% atau 1 dari 3 pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami KTD (Classen *et al.*, 2011). Angka ini tidak berbeda dengan yang dilaporkan Ernest A. Codman 100 tahun yang lalu. Sebuah ironi yang terus menggelayut selama 1 abad lamanya. Jenis KTD yang paling sering adalah kesalahan pengobatan, diikuti dengan kesalahan operasi, prosedur dan infeksi nosokomial. Studi yang dilakukan Landrigan *et al.* (2010) di 10 rumah sakit di North Carolina, menemukan KTD pada 1 dari 4 admisi yang 63% diantaranya dapat dicegah. Angka ini hampir 10 kali lebih tinggi dibanding hasil studi pada periode 1990-2005, yaitu 3,9% dan 2,7% di Amerika (Brennan *et al.*, 1991; Thomas *et al.*, 2000), 11,7% di Inggris (Vincent *et al.*, 2001), 16,6% di Australia (Wilson *et*

al., 1995) dan 7,5% di Canada (Baker *et al.*, 2004). Pembelajaran yang diperoleh di Amerika adalah bahwa kebijakan dan aksi keselamatan pasien ternyata memerlukan implementasi yang “simultan dan dipimpin” serta sistem monitoring dan sistem pelaporan keselamatan pasien rumah sakit yang lebih tepat di tingkat nasional (The Lancet, 2011; Landrigan *et al.*, 2010).

Bukti keselamatan pasien terbaru lainnya adalah studi IBEAS (*Iberoamerican study of adverse events*) di Amerika Latin (Aranaz-Andres *et al.*, 2011; WHO, 2011). Studi ini dilakukan di 58 rumah sakit di 5 negara dan melibatkan 11.379 pasien rawat inap. Prevalensi KTD ditemukan sebesar 10,5%. Tragisnya, hampir sepertiga kasus (28%) mengakibatkan kecacatan dan 6%nya berakhir dengan kematian. Lebih dari separoh KTD (60%) bersifat dapat dicegah, dengan proporsi tertinggi KTD yang dapat dicegah adalah di Obstetri. Studi ini juga menunjukkan bahwa unit perawatan pasien (terutama ICU, Bedah), lama perawatan, ko-morbiditas serta faktor risiko lainnya sangat mempengaruhi frekuensi KTD. Ilustrasi berikut menggambarkan pengalaman pribadi mengenai keselamatan pasien. Ketika menunggu keluarga yang operasi beberapa bulan yang lalu, hingga dua jam sebelum operasi saya tidak melihat adanya penanda operasi (*marker*) pada ekstremitas yang akan dioperasi. Lebih mengagetkan lagi, ternyata terdapat perbedaan informasi mengenai jenis tindakan anestesi yang akan dilakukan. Padahal pasien adalah seorang dokter spesialis dan dirawat di ruang VVIP. Alhamdulillah operasi berhasil baik dan pasien terhindar dari KTD.

Suatu survei yang dilakukan oleh Harvard School of Public Health pada tahun 2002 melaporkan bahwa KTD juga terjadi pada dokter. Dalam survei tersebut ditemukan bahwa 1 dari 3 dokter melaporkan KTD pada dirinya sendiri atau keluarganya ketika menerima pelayanan kesehatan (US Time Magazine, 2010). Pelajaran berharganya adalah, KTD ternyata tidak hanya terjadi pada pasien, tetapi bisa juga menimpa Dokter dan keluarganya, tanpa kecuali.

Bagaimana halnya dengan studi keselamatan pasien di Indonesia? Di Indonesia keselamatan pasien telah menjadi perhatian serius. Penelitian pertama dilakukan di 15 rumah sakit dengan 4500 rekam medik. Hasilnya menunjukkan angka KTD yang sangat bervariasi, yaitu 8,0-98,2% untuk kesalahan diagnosis dan 4,1-91,6%

untuk kesalahan pengobatan (Utarini *et al.*, 2000). Sejak itu, secara sporadis bukti-bukti tentang keselamatan pasien di Indonesia pun semakin banyak. Sayangnya, studi keselamatan pasien yang berskala nasional belum tersedia di Indonesia. Hal ini sangat perlu dimiliki sebagai data dasar ataupun ukuran keberhasilan gerakan keselamatan pasien yang telah dicanangkan sejak tahun 2005. Harapan saya, riset fasilitas kesehatan (Rifaskes) yang dilakukan oleh Balitbangkes tahun 2010 dapat mendorong pengembangan aspek keselamatan pasien yang lebih konkrit dan operasional.

Hadirin yang berbahagia,

Peran pasien dan masyarakat dalam keselamatan pasien

Kembali ke ilustrasi pengalaman pribadi, beberapa jam sebelum keluarga menjalani operasi, saya (sebagai keluarga) disodori sebuah formulir. Saya diminta untuk memberikan tandatangan lengkap di bagian kanan bawah lembar tersebut serta memberikan paraf di setiap baris yang mengandung informasi tindakan anestesi sebelum operasi (lebih kurang 6-7 paraf). Saya pun menanyakan, apakah hal-hal tersebut sudah diinformasikan kepada pasien? Jawabannya belum. Mengejutkan memang, tetapi inilah realita yang terhampar dihadapan saya. Petugas pun kemudian menjelaskan kepada pasien setelah saya mengingatkan hal itu.

Upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan kesehatan memerlukan peran aktif pasien, keluarga atau orang lain yang menemani-merawat pasien (*carers*) dan masyarakat (untuk selanjutnya disebut pasien-masyarakat). Pasien dapat melakukan banyak peran penting ketika menerima pelayanan kesehatan. Pasien dapat berperan untuk membantu menemukan diagnosis yang akurat, memutuskan pengobatan yang dipilih, menetapkan dokter/rumah sakit yang kompeten, memastikan monitoring dan kepatuhan pengobatan, serta mengidentifikasi efek samping dan melakukan tindakan yang tepat (Vincent & Coulter, 2002).

Secara umum, peran aktif pasien-masyarakat dalam meningkatkan keluaran (*outcome*) klinis telah terbukti. Sebagai contoh dalam penanganan penyakit kronis, edukasi pasien dan penggunaan *reminder* bagi pasien untuk melakukan suatu tindakan tertentu terkait penyakitnya meningkatkan pengendalian penyakit kronis. Intervensi edukasi dalam penatalaksanaan mandiri asma pada anak dapat meningkatkan fungsi paru dan menurunkan tingkat absensi sekolah. Demikian pula pelatihan bagi pasien Diabetes Melitus tipe 2 efektif untuk menurunkan kadar gula darah puasa dan terapi medikamentosa untuk penanganan Diabetes (Balik *et al.*, 2011; Longtin *et al.*, 2010).

Dalam meningkatkan keselamatan pasien, perspektif pasien-masyarakat pun semakin penting. WHO (2008) mengidentifikasi 23 topik penelitian keselamatan pasien yang merupakan agenda prioritas, salah satunya adalah keterlibatan pasien. Berbagai publikasi pun secara spesifik menunjukkan bahwa pasien dapat terlibat aktif. Contohnya dengan melaporkan KTD, membantu mengecek ulang ketepatan obat, dosis dan waktu pemberian, melaporkan komplikasi operasi serta mendapat informasi mengenai kemungkinan yang dapat terjadi pascaoperasi, mengingatkan tenaga kesehatan untuk mencuci tangan, dan menyampaikan identitasnya untuk mencegah tindakan/pemberian obat pada pasien yang keliru. Pasien juga dapat menyimpan daftar penyakit yang pernah diderita, obat yang diminum dan obat yang menimbulkan reaksi alergi (Koutantji *et al.*, 2005, Longtin *et al.*, 2010).

Sebuah studi di Australia pada tahun 2004-2005 mengukur insidensi KTD berdasarkan pelaporan mandiri dari masyarakat. Dari 3.522 pasien dewasa, diperoleh insidensi KTD sebesar 4,2%, dengan jenis KTD utama berupa kesalahan pengobatan (45,5%). Angka insidensi ini secara bermakna lebih rendah daripada yang dilaporkan secara mandiri pada tahun 2002, yaitu 6,5% (Adams *et al.*, 2009). Contoh lain adalah dalam proses admisi pasien rawat inap, pasien diminta menanyakan mengenai kebiasaan cuci tangan petugas kesehatan. Konsumsi sabun cuci tangan meningkat dari 34% menjadi 94% (McGuckin *et al.*, 2004). Pengembangan pengukuran budaya keselamatan pasien di tingkat organisasi serta pelaporan KTD juga sedang dikembangkan menggunakan persepsi pasien (*patient measure*

of organizational safety, patient incident reporting system tool).

Peran aktif pasien-masyarakat untuk mencegah dan mengenali KTD sedini mungkin hanya dapat dioptimalkan apabila diberi edukasi dan informasi yang memadai mengenai keselamatan pasien. [Sebelum operasi, pasien mengatakan “Sebetulnya saya ingin tahu apa yang sebenarnya akan dilakukan, mana yang akan diambil ketika operasi nanti, seperti apa gambarannya”]. Pasien-masyarakat yang memahami keselamatan pasien diharapkan dapat bekerjasama sebagai mitra tim pelayanan kesehatan untuk menjamin keselamatan pasien. Bila terjadi KTD, pasien-masyarakat diharapkan dapat lebih mudah memahami dan menerima risiko yang terjadi, bahkan mengurangi keinginan pasien-keluarga untuk memproses secara hukum. Pengalaman di MCG Health System di Georgia, Amerika Serikat, menunjukkan bahwa pelibatan pasien-masyarakat secara aktif di tingkat rumah sakit dapat menurunkan klaim malpraktek dan litigasi dari >80 pada tahun 2003 menjadi <5 pada tahun 2006 (Johnson *et al.*, 2008).

Pentingnya edukasi pasien-masyarakat mengenai keselamatan pasien telah mendorong berbagai organisasi internasional untuk mengembangkan model komunikasi yang efektif (Utarini *et al.*, 2010). Model 5 langkah untuk pelayanan kesehatan yang lebih aman (*US Department of Health and Human Services*, 1999), kampanye SPEAK-UP (*Speak up your concerns, Pay attention to the care, Educate yourself, Ask your advocate, Know what medicines, Use hospital, and Participate in all decisions*) oleh JCAHO (JCAHO, 2009), *Being Open* (National Patient Safety Agency, 2005) dan kampanye menurunkan 5 juta kematian oleh IHI merupakan contoh-contoh inisiatif yang perlu kita adopsi di rumah sakit.

Meskipun peran keterlibatan pasien-keluarga sangat penting, terdapat berbagai tantangan dalam implementasinya, baik dari faktor pasien, profesi kesehatan maupun rumah sakit. Kravitz dan Melnikow (2001) melontarkan tiga pertanyaan utama dalam memutuskan pengobatan: Apakah pasien mampu mengambil peran utama dalam membuat keputusan? Apakah pasien ingin berperan aktif? Bagaimana bila dokter tidak sependapat dengan pilihan pasien?

Pertanyaan tersebut tidak dapat direspons dengan mudah. Review yang dilakukan oleh Longtin *et al.*, (2010) menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi partisipasi pasien antara lain penerimaan terhadap peran pasien yang baru, tingkat kesadaran akan kesehatan, pengetahuan, keyakinan akan kemampuannya, jenis keputusan, keluaran klinis, jenis penyakit dan komorbiditas, usia, jenis kelamin, tingkat sosial ekonomi, budaya, penggunaan kedokteran alternatif, dan spesialisasi profesi kesehatannya. Sedangkan faktor penghambat di sisi profesi kesehatan adalah keinginan untuk memegang kendali, keterbatasan waktu untuk memberikan edukasi dan merespon pasien, jenis penyakit, kepercayaan, spesialisasi-profesinya, budaya dan kurangnya pelatihan keterampilan untuk mendorong partisipasi pasien.

Apakah pasien ingin berperan aktif? Dalam sebuah studi yang meminta pendapat pasien, 23% berpendapat bahwa pasien seharusnya mengikuti instruksi tim pelayanan. Selain itu, pasien harus bertanya, memahami kondisi penyakit dan pengobatannya, mengharapkan pelayanan yang kompeten dan tidak perlu berperan aktif dalam menjaga keselamatannya. [Pasien mengatakan: “Semalam, dokter bedah sudah menjelaskan bahwa tindakan anestesi spinal. Paginya dokter anestesi datang kemari, tetapi saya tidak terlalu memperhatikan. Manut saja lah nanti” Ketika saya (sebagai keluarga) diminta menandatangani formulir dan tertulis bahwa anestesi adalah anestesi umum, pasien pun berkomentar “wah...untung dibaca ya”].

Diperlukan strategi yang bervariasi untuk merespons keinginan, minat dan tingkat kenyamanan pasien yang bervariasi pula (Davis *et al.*, 2011; Rathert *et al.*, 2011; Schwappach, 2010). Pasien memerlukan dorongan ekstra oleh karena cenderung segan mengambil peran aktif dalam keselamatan pasien. Sebagai ilustrasi pasien akan lebih mudah dan tidak segan bertanya “Bagaimana hasil pemeriksaan darah saya?”, dibandingkan dengan bertanya “Apakah dokter sudah mencuci tangan?”. Edukasi bagi pasien-masyarakat saja tidak cukup untuk meningkatkan keterlibatan mereka dalam keselamatan pasien. Pelibatan pasien-masyarakat membutuhkan: (1) Pemberdayaan sehingga mereka memahami, mampu dan menginginkannya; (2)

Kemitraan yang kuat antara pasien dengan dokter-tim klinis; dan (3) Teknik dan keterampilan untuk memberdayakan pasien-masyarakat (Aujoulat *et al.*, 2007; Chatzimarkakis, 2010).

Hadirin yang saya muliakan,

Ruang lingkup pelibatan pasien-masyarakat sebagai mitra rumah sakit

Kesadaran profesi kesehatan dan manajemen akan pentingnya keselamatan pasien menjadi salah satu faktor penting untuk mengembangkan *patient-centered care* atau pelayanan yang berfokus pada pasien. Konsep ini menjadikan pasien-masyarakat sebagai mitra untuk mencapai keluaran klinis yang optimal. Oleh karena itu dibutuhkan strategi yang proaktif yang dapat melibatkan pasien di berbagai tingkat, mulai dari individu hingga organisasi (Utarini *et al.*, 2010).

Adaptasi model NHS Trust (2007) mendeskripsikan tingkat dan tujuan keterlibatan pasien-masyarakat (tabel 1). Dari perspektif rumah sakit, tingkat partisipasi pasien dibedakan menjadi tiga, yaitu (1) menginformasikan (*informing*), (2) mengkonsultasikan ke pasien-keluarga (*consulting*) dan (3) bermitra (*partnership*). Dalam adaptasi model ini ditambahkan menanyakan (*asking*). Selama ini partisipasi pasien-masyarakat seringkali diartikan terlalu sederhana, yaitu “Rumah sakit telah meminta pasien-keluarga mengisi kuesioner survei kepuasan pasien”. Pelibatan pasien-masyarakat selain bermanfaat untuk kepentingan individual pasien, juga bermanfaat untuk kepentingan pengembangan pelayanan, dan kepentingan organisasi. Pelibatan pasien-masyarakat juga secara signifikan melindungi dokter dari berbagai kemungkinan tuntutan hukum akibat KTD yang dapat dicegah (*preventable*).

Kerangka keterlibatan pasien-masyarakat dapat digunakan untuk memetakan aktivitas yang dilakukan. Sebagai contoh, pada tingkat individual pasien, klinisi dapat menanyakan riwayat pengobatan (menanyakan), memastikan agar pasien diberi edukasi mengenai

pilihan pengobatan (menginformasikan), serta memfasilitasi pasien untuk mengambil keputusan (bermitra). Peran pasien pada tingkat individual ini sangat banyak memperoleh perhatian (terutama dalam penyakit kronis) dan berbagai strategi telah dikembangkan. Pada tingkat pelayanan, pasien-masyarakat dapat berpartisipasi untuk mendesain fasilitas, memperbaiki antrean, atau bahkan mengikuti visite pasien (bermitra). Demikian pula organisasi dapat meminta pasien mengisi kuesioner (menanyakan) sampai dengan melibatkan pasien dalam merencanakan perbaikan (bermitra). Keterlibatan wakil masyarakat dalam dewan pengawas rumah sakit merupakan contoh di tingkat lingkungan yang dapat mendorong rumah sakit mengimplementasikan keselamatan pasien secara lebih nyata.

Tabel 1. Keterlibatan pasien-masyarakat sebagai mitra rumah sakit

Tingkat partisipasi	Tujuan keterlibatan pasien-masyarakat:			
Menanyakan Menginformasikan Mengkonsultasikan Bermitra	Membantu proses diagnosis dan pengobatan (tingkat individual)	Mengembangkan pelayanan (tingkat pelayanan)	Membuat keputusan strategik (tingkat organisasi)	Mendorong lingkungan luar rumah sakit (tingkat lingkungan)

Hadirin yang berbahagia,

Strategi dan praktek internasional dalam melibatkan pasien-masyarakat sebagai mitra rumah sakit

Bagian ini menjadi substansi terpenting dalam orasi ilmiah ini. Istilah pelibatan pasien-masyarakat, kolaborasi, partisipasi, *engagement*, pemberdayaan di berbagai tingkatan rumah sakit atau yang dituangkan dalam terminologi pelayanan yang berfokus pada

pasien (*patient-centered care*) mempunyai multi-interpretasi. Pemahaman yang parsial dapat menimbulkan *masking effect* bagi yang mengucapkannya dan menjadi analgesik verbal yang mengkamufase sakit yang sesungguhnya (Berwick, 2009).

Bagaimana mendefinisikan *patient-centered care*? The Picker Institute mendefinisikan secara ringkas, yaitu meningkatkan pelayanan kesehatan melalui perspektif pasien. Institute for Patient and Family-Centered Care menunjukkan karakteristik *patient-centered care*, yaitu: (1) Pasien ditangani secara bermartabat dan dihormati harga dirinya; (2) Penyedia pelayanan berkomunikasi dan memberikan informasi yang lengkap dan tidak bias kepada pasien-keluarga dengan cara yang meyakinkan; (3) Pasien-keluarga menggunakan pengalamannya untuk memperkuat kendali dan kemandiriannya; dan (4) membangun kolaborasi antar pasien-keluarga-penyedia pelayanan dalam penyusunan kebijakan, pengembangan program, pendidikan profesi kesehatan dan pemberian pelayanan.

Berwick (2009) mengemukakan tiga aspek penting *patient-centered care*: (1) Mengutamakan kebutuhan pasien terlebih dahulu; (2) Tidak melakukan sesuatu tanpa melibatkan pasien (*no decision about me without me*); dan (3) Setiap pasien diperlakukan sedemikian rupa sehingga merasa menjadi satu-satunya pasien yang ditangani. [Pascaoperasi, pasien bertanya “Apakah saya sudah boleh minum?” Petugas menjawab akan saya tanyakan pada dokternya. Satu jam berlalu, pasien belum memperoleh jawaban]. Berwick (2009) mengusulkan definisi *patient-centered care* sebagai berikut:

Pengalaman pasien yang transparan, individual, diakui, dihargai, dijunjung martabatnya, dan diberi pilihan dalam berbagai hal, tanpa perkecualian, yang terkait dengan individu, dan berbagai situasi yang terkait dengan pelayanan kesehatan diterima.

Definisi tersebut sejalan dengan tujuh dimensi pelayanan yang berfokus pada pasien yang dikembangkan oleh Picker Institute. Tujuh dimensi tersebut adalah: (1) Menghargai nilai-nilai, preferensi dan kebutuhan pasien; (2) Koordinasi dan integrasi pelayanan; (3) Informasi, komunikasi dan edukasi; (4) Kenyamanan fisik; (5) Dukungan emosional dan mengurangi rasa takut dan cemas; (6)

Pelibatan keluarga dan teman; serta (7) Transisi dan kontinuitas pelayanan.

Pada tataran konseptual dan paradigma, konsep pelayanan yang berfokus pada pasien diterima secara positif oleh manajemen, profesi kesehatan maupun pasien-masyarakat. Sayangnya, implementasinya tidak selalu nyata. Berbagai mitos di pihak manajemen dapat melemahkan implementasi *patient-centered care* di rumah sakit, antara lain (Balik *et al.*, 2011; Frampton *et al.*, 2008; Turner, 2010):

- Terlalu mahal, banyak makan waktu
- Bagus, tetapi tidak penting
- Penting untuk organisasi tetapi tidak bagi staf
- Itu kan pekerjaan utama perawat
- Perlu tambahan staf
- Itu dapat diterapkan di rumah sakit kecil
- Pasien dapat menghambat pelayanan dan membahayakan upaya pengendalian infeksi
- Perlu membangun ruang khusus
- Membiarkan pasien membaca rekam mediknya berarti melanggar prinsip kerahasiaan
- Pasien tidak mengeluh, jadi pasti mereka telah terpenuhi kebutuhannya
- Penting untuk keputusan tertentu tetapi tidak untuk lainnya
- Perubahan yang dihasilkan sangat sedikit
- Rumah sakit ini sudah mendapat *Quality Awards* (akreditasi, sertifikasi ISO), jadi sudah pasti *patient-centered*

Rumah sakit yang berstandar internasional tidak sekedar mempunyai sertifikasi internasional, melainkan rumah sakit yang menerapkan standar dan praktek-praktek internasional berbasis bukti, termasuk dalam melibatkan pasien-masyarakat. Dalam konteks internasional ini, RSUP Dr Sardjito yang sedang mengusulkan pelayanan kanker berstandar internasional (*International Cancer Centre*) ke Kementerian Kesehatan diharapkan juga mampu mewujudkan *patient-centered care*.

Untuk memberikan ilustrasi strategi dan praktek internasional

dalam mendorong pelibatan pasien-masyarakat di berbagai tingkat, akan digunakan konsep rantai upaya peningkatan mutu oleh Berwick (2002). Rantai ini berawal dari tingkat pengalaman pasien/masyarakat, tingkat pelayanan klinis pada sistem mikro, tingkat organisasi, serta tingkat lingkungan eksternal organisasi. Aplikasi konsep Berwick dalam pelibatan pasien-masyarakat adalah sebagai berikut (Conway *et al.*, 2006):

- (1) Pada tingkat pengalaman pasien-masyarakat: menghargai pasien, menjamin saling tukar menukar informasi, dan mendorong partisipasi pasien-keluarga. Pasien-keluarga dapat berpartisipasi dalam proses mengumpulkan informasi dan merespons hasilnya.
- (2) Pada tingkat sistem mikro klinis: Pasien dan keluarga berpartisipasi dalam tim peningkatan mutu, mulai dari merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi perubahan. Desain tersebut mengoptimalkan kenyamanan pasien-keluarga, akses terhadap pelayanan, kesempatan untuk berpartisipasi dan mendorong komitmen untuk mencapai tujuan keluaran klinis.
- (3) Pada tingkat organisasi: Perspektif pasien-keluarga sangat penting dalam upaya perbaikan mutu, pengembangan kebijakan dan program pada tingkat organisasi. Pasien dan keluarga dapat berpartisipasi dalam komite yang terkait dengan keselamatan pasien, desain fasilitas, peningkatan mutu, edukasi pasien-keluarga, etika dan penelitian, serta program pendidikan bagi profesi tenaga kesehatan dan manajer rumah sakit.
- (4) Pada tingkat lingkungan eksternal: Pasien dan keluarga dapat mendorong lembaga perijinan dan akreditasi untuk mengembangkan sistem yang mendukung keterlibatan pasien-keluarga di seluruh tingkatan. Demikian pula dalam kebijakan mengenai pendidikan profesi kesehatan dan manajemen rumah sakit. Pemerintah mendukung inisiatif yang meningkatkan keterampilan komunikasi dan kolaborasi pada pasien, keluarga, profesi kesehatan dan lembaga yang mewakili pasien-keluarga.

Berikut adalah deskripsi di setiap rantai upaya perbaikan mutu.

Hadirin yang saya muliakan,

1. Tingkat pasien dan masyarakat

Setiap kali berkunjung ke rumah sakit, pasien selalu berharap untuk memperoleh pengalaman yang positif. Artinya pasien menerima pengobatan yang tepat secara nyaman, penuh perhatian, dalam lingkungan yang aman dan dengan sikap yang tenang namun meyakinkan; memiliki informasi yang diperlukan untuk menentukan pilihan, merasa percaya diri dan mempunyai kendali; diajak berbicara dan didengarkan secara setara; dan ditangani dengan penuh ketulusan, dihormati, dan diperhatikan harga dirinya (NHS, 2009).

Keterlibatan pasien-masyarakat pada tingkat ini bertujuan untuk kepentingan individual pasien (yaitu diagnosis, pengobatan, keselamatan pasien). Bukti-bukti mengenai hal ini banyak diperoleh dari penanganan penyakit kronis. Seperti diketahui, *Non-Communicable Diseases* (NCD) merupakan penyebab kematian terbesar di dunia, dengan kematian tertinggi oleh karena penyakit kardiovaskuler, diikuti dengan kanker, penyakit paru kronis dan diabetes. Sebesar 80% kematian akibat NCD terdapat di negara-negara berpendapatan rendah-menengah. Asia Tenggara diproyeksikan memiliki jumlah angka kematian tertinggi pada tahun 2020 (WHO, 2010).

Model pelayanan penyakit kronis (*the Chronic Care Model*) telah bergeser dari ketergantungan pasien terhadap rumah sakit ke arah adaptasi kehidupan sehari-hari pasien. Konsekuensinya, pasien harus berperan aktif dalam penanganan penyakitnya, misalnya melakukan perubahan gaya hidup, menggunakan teknologi medis sederhana (seperti *self-monitoring blood glucose* pada pasien diabetes) dan mengubah terapi sesuai hasil diskusi dengan dokter (Chatzimarkakis, 2010). Dampak partisipasi pasien terbukti meningkatkan keluaran klinis dan menurunkan biaya pengobatan penyakit-penyakit kronis.

Agar berperan aktif, pasien memerlukan informasi tentang penyakitnya. Pengembangan berbagai sumber informasi untuk mengedukasi pasien penting dilakukan, khususnya terkait dengan proses diagnosis dan pengobatan penyakit (Crawford *et al.*, 2002). Materi edukasi bagi pasien sangat banyak dikembangkan. Akan tetapi, akan sangat efektif apabila materi edukasi, alat bantu mengambil

keputusan, dan rencana tindakan untuk penanganan mandiri, merupakan suplemen dan bukan menggantikan interaksi antara pasien dengan klinisi (Coulter and Ellins, 2004). Oleh karenanya, pelibatan pasien sangat memerlukan dukungan para klinisi. Klinisi perlu meningkatkan kompetensi dalam memberikan pelayanan yang berfokus pada pasien dan keterampilan berkomunikasi.

2. Tingkat sistem mikro pelayanan

Tingkat sistem mikro pelayanan merupakan kunci keberhasilan bisnis rumah sakit. Pada tingkatan ini, terjadi interaksi langsung antara pasien dengan tim penyedia pelayanan. Harapan pasien akan kesembuhan penyakitnya sangat bertumpu pada tingkat ini.

Menyederhanakan prosedur perjanjian, memperpanjang jam buka, meningkatkan fasilitas transport dan akses bagi pasien difabel merupakan contoh peningkatan akses yang berkembang dari partisipasi pasien-masyarakat pada tingkat pelayanan. Pembentukan *patient support group* bermanfaat untuk kepentingan individu pasien ataupun kepentingan pengembangan pelayanan. Contohnya, keluarga pasien hemodialisis membentuk kelompok untuk saling berbagi, memperkuat motivasi berobat dan menggalang dana untuk membantu biaya transportasi pasien hemodialisis yang kurang mampu. Hal ini ternyata dapat meningkatkan keteraturan hemodialisis yang pada gilirannya juga memperpanjang usia pasien.

Strategi lain di tingkat mikro adalah melibatkan pasien-keluarga dalam kegiatan *clinical governance*, yaitu dalam pengembangan pedoman praktek klinis (*clinical practice guideline*). Partisipasi pasien-keluarga meningkatkan kesesuaian pedoman praktek klinis dengan kebutuhan pasien. Identifikasi pendapat dan preferensi pasien merupakan salah satu praktek internasional dalam evaluasi penyusunan pedoman klinis (The AGREE Collaboration, 2003). Selain itu, pasien merupakan kelompok pemangku kepentingan yang harus terwakili dalam tim penyusun pedoman praktek klinis. (Freithem *et al.*, 2006). Pertanyaannya adalah bagaimana teknisnya?

Pasien dapat berpartisipasi dalam berbagai aspek seperti (1) survei preferensi pasien, (2) diskusi kelompok terarah untuk penyusunan pedoman praktek klinis, (3) memberikan umpan balik

terhadap draf pedoman praktek klinis, (4) menghadiri lokakarya penyusunan pedoman klinis, (5) meminta agar pedoman yang disusun dapat diakses oleh masyarakat, serta (6) mendorong penyusunan versi pedoman praktek klinis bagi pasien (Bovenkamp dan Trappenburg, 2009).

Mendorong partisipasi pasien dalam penyusunan pedoman praktek klinis memang tidak mudah. Oleh sebab itu National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) menyusun pedoman dan panduan dalam bentuk pertanyaan bagi pasien-masyarakat yang terlibat. Contoh pertanyaannya adalah: “Apakah pedoman telah mencakup masalah pengobatan-pelayanan yang dialami pasien dengan kondisi tersebut?”. Hasil akhir pedoman praktek klinis pun disusun dalam 2 versi, yaitu versi lengkap untuk profesi kesehatan dan versi khusus bagi pasien. Pedoman klinis bagi pasien menekankan pada rekomendasi kunci yang disusun dengan bahasa yang lebih mudah dimengerti oleh pasien (tabel 2).

Tabel 2. Contoh rekomendasi kunci dalam pedoman klinis Kanker Payudara (NICE, 2002a-b)

Versi lengkap (113 halaman)	Versi bagi pasien (4 halaman)
Tim kerja multidisipliner	Setiap perempuan harus ditangani oleh tim multidisipliner
Meminimalkan keterlambatan Tindak lanjut	Setiap perempuan harus segera ditangani Pelayanan yang lebih konsisten
Review pelayanan untuk pasien yang diskriming dan simtomatik	Tindak lanjut secara intensif yang dilakukan di rumah sakit tidak bermanfaat

Hadirin yang berbahagia,

3. Tingkat organisasi rumah sakit

Rumah sakit seharusnya tidak sekedar melakukan survei kepuasan pasien, memasang kotak keluhan pasien, memampangkan hak-hak pasien, dan menyodorkan lembar *informed consent*. Rumah sakit sekaliber RSUP Dr. Sardjito, tentu dapat mengembangkan

strategi untuk menciptakan pelayanan yang berfokus pada pasien. Studi mengenai *patient-centredness* yang dilakukan di 351 rumah sakit di Eropa menunjukkan bahwa sebagian besar rumah sakit mempunyai kebijakan mengenai hak-hak pasien (85,5%) dan *informed consent* (93%). Namun demikian, hanya 71% dan 66% rumah sakit yang menerapkan strategi untuk melibatkan pasien dan pembelajaran dari pengalaman pasien (Groene *et al.*, 2009).

Berbagai organisasi seperti Institute of Healthcare Improvement, Institute for Family-Centered Care telah mengembangkan piranti untuk penilaian mandiri di tingkat organisasi rumah sakit (Balik *et al.*, 2011; Elwyn *et al.*, 2003; Frampton *et al.*, 2008). Survey pengalaman pasien juga banyak dilakukan oleh rumah sakit ataupun lembaga di luar rumah sakit. Pengukuran pengalaman pasien menjelaskan pengalaman nyata akan hal-hal yang dianggap penting oleh pasien. Sebagai contoh, apabila pasien ditanya “Bagaimana kepuasannya selama dirawat di rumah sakit”, maka mungkin sebagian besar pasien akan menjawab puas. Akan tetapi, apabila pasien ditanya pengalamannya, seperti “Apakah petugas kesehatan memberikan penanganan dengan menghargai pasien?”, maka hasilnya dapat berbeda dengan kepuasan pasien. Hasil survei pengalaman pasien di rumah sakit di Aceh menunjukkan bahwa meskipun 96,4% pasien rawat inap menyatakan puas terhadap pelayanan rumah sakit, hanya 23% yang menyatakan selalu ditangani dengan penuh respek dan dihargai (Zurijah, 2012).

Berbagai strategi dapat dilakukan untuk melibatkan pasien-masyarakat. Institute for Patient- and Family- Centered Care merekomendasi hal-hal berikut pada rumah sakit (Johnson *et al.*, 2008):

- Menjamin keterlibatan pasien-keluarga di seluruh tingkat pelayanan rumah sakit
- Menjamin bahwa perspektif pasien-keluarga (termasuk pengalaman ketika menerima pelayanan kesehatan), merupakan pendorong utama dalam meningkatkan proses dan struktur pelayanan
- Mengintegrasikan filosofi pelayanan yang berfokus pada pasien-keluarga dalam misi, visi, nilai-nilai, definisi mutu, rencana strategis dan praktek pelayanan kesehatan

- Memberikan informasi dan pelatihan kepada tim pemberi pelayanan, staf rumah sakit, manajemen, dewan pengawas, pasien dan keluarga untuk menciptakan dan mempertahankan kemitraan yang efektif, dan
- Khusus bagi rumah sakit pendidikan, melibatkan pasien-keluarga dalam pendidikan profesi kesehatan dan manajer pelayanan kesehatan di masa mendatang.

4. Tingkat Lingkungan Eksternal Rumah Sakit

Lingkungan eksternal dapat mendorong rumah sakit untuk berubah, antara lain melalui: (1) Undang-undang dan regulasi yang semakin kuat implementasinya, (2) sistem akreditasi rumah sakit yang lebih berfokus pada pasien, (3) strategi nasional peningkatan mutu, (4) kebijakan pelaporan data kinerja rumah sakit kepada publik, dan (5) survei populasi yang dipersyaratkan oleh lembaga jaminan-asuransi pelayanan kesehatan.

Di antara berbagai upaya untuk meningkatkan pelibatan pasien-masyarakat, salah satu kebijakan yang menarik adalah yang dikembangkan di NHS, Inggris melalui “*No decision about me without me*” (UK Department of Health, 2010).

Standar akreditasi internasional rumah sakit yang dikembangkan oleh *Joint Commission International* (JCI) juga menegaskan pentingnya pelayanan yang berfokus pada pasien. Bagian pertama standar akreditasi JCI memfokuskan pada *Patient-centered standards*, diikuti dengan *Health Care Organization Management standards* pada bagian kedua. Dalam *Patient-centered standards*, terdapat dua fungsi (yaitu hak-hak pasien-keluarga dan edukasi pasien-keluarga) yang terkait dengan pelibatan pasien-masyarakat di tingkat mikro dan organisasi (JCI, 2010).

Perkembangan kebijakan di Indonesia juga menjanjikan. Lingkungan eksternal rumah sakit telah semakin kuat dalam menuntut mutu pelayanan yang tinggi bagi semua lapisan masyarakat. Kebijakan jaminan pembiayaan bagi seluruh masyarakat Indonesia akan semakin meningkatkan akses dan tuntutan akan mutu pelayanan. Undang-undang Rumah Sakit meningkatkan implementasi regulasi perijinan, akreditasi dan keselamatan pasien. Setelah 16 tahun

pengembangan akreditasi rumah sakit (Soepojo *et al.*, 2002), Indonesia akan menerapkan standar akreditasi yang lebih berfokus pada pasien.

Pengaruh sistem akreditasi terhadap mutu pelayanan klinis perlu diperkuat. Meskipun 84% dari 84 rumah sakit di Indonesia setuju bahwa akreditasi bermanfaat untuk upaya peningkatan mutu, namun hanya 62% yang setuju akreditasi dapat memperbaiki kinerja klinis rumah sakit (Irfianti, 2011). Pengukuran indikator klinis yang lebih objektif dapat dilakukan menggunakan pelaporan periodik indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit ataupun indikator lainnya. Sayangnya, data keluaran pelayanan di setiap rumah sakit belum tersedia, sehingga manfaat akreditasi untuk peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien belum dapat dievaluasi (Utarini, 2011). Meskipun indikator SPM rumah sakit telah disusun, perlu dikembangkan panduan operasional, piranti pengumpulan data yang terstandarisasi serta sistem pelaporan yang efektif.

Terbentuknya Badan Pengawas Rumah Sakit dan Dewan-dewan pengawas rumah sakit memberikan harapan yang tinggi bagi pasien dan masyarakat. Akankah pelayanan rumah sakit menjadi semakin berfokus pada pasien? Di Amerika, *Getting Boards on Boards* merupakan satu-satunya intervensi non-klinis dalam kampanye menurunkan lima juta KTD di rumah sakit. Setiap anggota Dewan Pengawas, harus mengikuti pelatihan mutu dan keselamatan pasien dalam waktu 6 bulan sejak dilantik. Setiap kali rapat dewan pengawas, diharapkan minimal 25% waktu digunakan untuk membahas masalah mutu dan keselamatan pasien. Selain itu, setiap tahun sekali seluruh dewan pengawas berkomunikasi dengan sekurangnya satu pasien/keluarga yang mengalami KTD yang serius (Conway, 2008).

Dewan pengawas rumah sakit harus melakukan 6 aksi sebagai berikut (Conway, 2008; IHI, 2008):

- Menetapkan tujuan-target yang spesifik untuk menurunkan KTD;
- Mereview kualitas data dan mendengarkan pengalaman pasien;
- Mengembangkan indikator rumah sakit, memantau, memperbarui dan menginformasikannya ke publik;
- Melakukan perubahan lingkungan, kebijakan dan budaya;
- Mempelajari praktek terkini dewan pengawas yang lain bersama eksekutif dan pemimpin klinis untuk menurunkan KTD; dan

- Menetapkan akuntabilitas eksekutif rumah sakit.

Saya berharap hal-hal ini juga dipraktekkan oleh Dewan Pengawas di RSUP Dr. Sardjito. Peran strategis Dewan Pengawas rumah sakit akan semakin kuat dengan adanya Badan Pengawas Rumah Sakit di tingkat Pusat. Sebagai lembaga yang dibentuk atas amanah Undang-Undang Rumah Sakit, diharapkan penyusunan tugas pokok dan fungsi Badan Pengawas Rumah Sakit ini dapat menggunakan proses konsultasi yang menyuarakan kepentingan pasien dan masyarakat. Sebagai contoh, saat ini masyarakat Indonesia menggunakan pelayanan di 1.772 rumah sakit, akan tetapi sampai dengan akhir 2010 baru 602 dari 1.378 (44%) rumah sakit yang terakreditasi. Percepatan pertumbuhan rumah sakit tak terkejar oleh kapasitas lembaga akreditasi rumah sakit (Utarini, 2011).

Hadirin yang terhormat,

Penutup: Mendorong keterlibatan pasien-masyarakat sebagai strategi menuju rumah sakit berstandar internasional

Para pengambil kebijakan akan terus mendorong agar pasien-keluarga memperhatikan pelayanan yang diterima. Para pakar dan peneliti akan terus menghasilkan bukti-bukti mengenai peran pasien dalam keselamatan pasien. Badan pengawas dan Dewan pengawas rumah sakit akan gencar memperoleh informasi mengenai mutu pelayanan rumah sakit dari masyarakat penggunanya. Direksi dan manajer rumah sakit terus mendapat tantangan untuk menciptakan atmosfer yang nyaman bagi interaksi dokter-pasien yang produktif dan memastikan bahwa setiap keluhan pasien diperhatikan dan ditindaklanjuti. Klinisi akan terus dilatih berkomunikasi dengan efektif dan berkolaborasi dengan pasien-keluarga. Pasien semakin menuntut pelayanan yang bermutu tinggi, dan masyarakat pun semakin terbuka dan kritis.

Dengan demikian, tidak ada pilihan lain. Keterlibatan pasien-masyarakat harus menjadi sebuah orkestrasi yang dipimpin. Rumah sakit harus memperkuat kepemimpinan dan strategi agar pasien-masyarakat dapat lebih aktif berperan sebagai mitra rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Ucapan Terima Kasih

“Cara untuk memulai adalah berhenti membicarakan dan mulai melakukan (*Walt Disney*)”. Di akhir presentasi ini, perkenankan saya menghaturkan terima kasih kepada Direktur Utama RSUP Dr. Sardjito beserta seluruh jajarannya atas kepercayaan dan kesempatan yang diberikan untuk menyampaikan orasi ilmiah ini. Rumah sakit ini adalah rumah sakit yang selalu saya banggakan, saya percaya mutu pelayanan klinisnya dan saya gunakan ketika sakit.

Terima kasih pula saya sampaikan kepada Iwan Dwiprahasto, Ari Probandari, Trisasi Lestari, Hanevi Djasri dan tim di Minat utama Manajemen Rumahsakit FK-UGM (Aris Setyowati, Andhy Setyo Nugroho, dan Pramudho Gunardono) atas bantuan yang efektif dalam proses penyusunan naskah ini serta koordinasi dengan pihak panitia HUT.

Akhir kata, Dirgahayu RSUP Dr. Sardjito ke 30. **“Maju terus bersama rakyat menuju rumah sakit berstandar internasional”**. Semoga kebaikan, kekuatan, berkah, rahmat dan karunia Allah SWT selalu dicurahkan kepada Dewan Pengawas, Direktur Utama dan Direksi RSUP Dr. Sardjito beserta jajarannya dalam menjalankan amanah untuk memberikan pelayanan terbaik bagi seluruh lapisan masyarakat yang membutuhkan. Mohon maaf atas segala kekurangan dalam penyampaian orasi ilmiah ini.

Wabillaahittaufiq wal hidayah,

Wassalaamu ‘alaikum warrahmatullaahi wabarokaatuh.

Daftar Pustaka

- Adams, R.J., Tucker, G., Price, K., Hill, C.L., Appleton, S.L., Wilson, D.H., Taylor, A.W., and Ruffin, R.E., 2009. Self-reported adverse events in health care that cause harm: a population-based survey. *MJA* 190: 484-488.
- Aranaz-Andre's, J.M., Aibar-Remo'n, C., Limo'n-Rami'rez, R., Restrepo, F.R., Urroz, O., Sarabia, O., Garci's-Corcuera, L.V., Terol-Garci'a, E., Agra-Varela, Y., Gonseth-Garci'a, J., Bates, D.W., Larizgoitia, I and IBEAS team, 2011. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf* 20:1043e1051.doi:10.1136/bmjqs.2011.051284.
- Aujoulat, I., d'Hoore, W., and Deccache, A. 2007. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling* 66: 13-20.
- Baker, G.R., Norton, P.G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., *et al.*, 2004. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 170(11): 1678-1686.
- Balik, B., Conway, J., Zipperer, L., Watson, J., 2011. *Achieving an Exceptional Patient and Family Experience of Inpatient Hospital Care*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011.
- Berwick, D.M., 2002. A user's manual for the IOM's 'quality chasm' report. *Health Affairs* 21(3): 80-90.
- Berwick, D.N., 2009. What 'patient-centered' should mean: Confessions of an extremist. *Health Affairs* 28(4): w555-w565.
- Bovenkamp van de, H.M. and Trappenburg, M.J., 2009. Reconsidering patient participation in guideline development. *Health Care Anal* 17: 198-216.
- Brennan, T.A. and Leape, L.L., 1991. Adverse events, negligence in hospitalized patients: Results from the Harvard Medical Practice Study. *Perspect Healthc Risk Manag* 11(2): 2-8.
- Chatzimarkakis, J., 2010. Why patients should be more empowered: A European perspective on lessons learned in the management of diabetes. *Journal of Diabetes Science and Technology* 4(6):

1570-1573.

- Classen, D.C., Resar, R., Griffin, F., Federico, F., Frankel, T., *et al.*, 2011. ‘Global Trigger Tool’ shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Affairs* 30 (4): 581-589.
- Conway, J., 2008. Getting boards on board: Engaging governing boards in quality and safety. *J Comm J Qual Patient Safety* 34(4): 214-220.
- Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P., and Simmons, L., 2006. *Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: A roadmap for the future*. Bethesda, Institute for Family-Centered Care and Institute for Healthcare Improvement.
- Coulter, A. and Ellins, J., 2007. Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients. *BMJ* 335: 24-27.
- Crawford, M.J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N., Tyrer, P., 2002. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 325: 1263-1267.
- Davis, R.E., Sevdalis, N., Vincent, C.A., 2011. Patient involvement in patient safety: How willing are patients to participate? *BMJ Qual Saf* 20:108-114.doi:10.1136/bmjqs.2010.041871.
- Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., Hood, K., Atwell, C., Grol, R., 2003. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care* 12: 93-99.
- Frampton, S., Guastello, S., Brady, C., Hale, M., Horowitz, S., Smith, S.B., and Stone, S., 2008. *Patient-centered care improvement guide*. USA, Planetree dan Picker Institute.
- Fung, C.H., Lim, Y.W., Mattke, S., Damberg, C., Shekelle, P.G., 2008. Systematic review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine* 148: 111-123.
- Groene, O., Lombarts, M.J.M.H., Klazinga, N., Alonso, J., Thompson, A., Sunol, R., 2009. Is patient-centredness in European hospitals related to existing quality improvement strategies? Analysis of a

- cross-sectional survey (MARQuIS study). *Qual Saf Health Care* 18(Suppl D):i44-i50. doi:10.1136/qshc.2008.029397.
- Hovey, R.B., Dvorak, M.L., Burton, T., Worsham, S., Padilla, J., Hatlie, M.J. and Morck, A.C., 2011. Patient safety: A consumer's perspective. *Qual Health Res* 21(5): 662-672.
- Institute for Patient and Family-Centered Care, 2011. *Partnering with patients and families to enhance safety and quality: A mini toolkit*. Bethesda, Institute for Patient and Family-Centered Care.
- Irfianti, I., 2011. Evaluasi akreditasi rumah sakit di Indonesia oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Tesis. Yogyakarta, MMR Program Studi S2 IKM, FK-UGM.
- JCAHO, 2009. *Facts about speak up initiatives*. Available at www.jointcommission.org. Accessed on August 21, 2009.
- JCI, 2011. Joint commission international accreditation standards for hospitals. 4th edition. Illinois, Joint Commission International.
- Johnson, B., Abraham, M., Conway, J., Simmons, L., Edgman-Levitan, S., Sodomka, P., Schlucter, J., and Ford, D., 2008. *Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: Recommendations and promising practices*. Bethesda, Institute for Family-Centered Care.
- Kementerian Kesehatan RI, 2010. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010*. Jakarta, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (eds); Committee in Health Care Quality in America, Institute of Medicine, 2000. *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC, National Academy Press.
- Koutjantji, M., Davis, R., Vincent, C., and Coulter, A., 2005. The patient's role in patient safety: Engaging patients, their representatives, and health professionals. *Clinical risk* 11:99-104.
- Kravitz, R.L. and Melnikow, J., 2001. Engaging patients in medical decision making. The end is worthwhile, but the means need to be more practical. *BMJ* 323: 584-5.
- Landrigan, C.P., Parry, G.J., Bones, C.B., Hackbarth, A.D.,

- Goldmann, D.A., *et al.*, 2010. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med* 363: 2124-2134.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L.L., Sheridan, S.E., Donaldson, L. And Pittet, D., 2010. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc* 85(1): 53-62.
- McGuckin, M., Taylor, A., Martin, V., Porten L., Salcido, R., 2004. Evaluation of a patient education model for increasing hand hygiene compliance in an inpatient rehabilitation unit. *Am J Infect Control* 32(4): 235-238.
- National Patient Safety Agency, 2005. *Safer practice notice 10. Being open when patients are harmed*. United Kingdom, NHS.
- National Health Service Trust, 2007. *Being open policy*. Tameside and Glossop Acute Services. National Health Service Trust.
- National Health Service, 2009. *Putting people at the heart of care: the vision for public and patient experience and engagement in health and social care*. United Kingdom, National Health Service.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006. *A guide for patients and carers: Contributing to a NICE clinical guidelines*. London, United Kingdom, National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Clinical Excellence, 2002a. *Guidance on cancer services. Improving outcomes in breast cancer: Manual update*. London, United Kingdom, National Institute for Clinical Excellence.
- National Institute for Clinical Excellence, 2002b. *Healthcare services for breast cancer*. London, United Kingdom, National Institute for Clinical Excellence.
- Neuhauser, D., 2002. Ernest Amory Codman MD. *Qual Saf Health Care* 11: 104-105.
- Schwappach, D. L. B., 2010. Engaging patients as vigilant partners in safety: A systematic review. *Medical Care Research and Review* 67(2), 119–148.
- Soepojo, P., Koentjoro, T. dan Utarini, A., 2002. Benchmarking of hospital accreditation system in Indonesia and Australia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 5(2): 93-101.

- The AGREE Collaboration, 2003. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 12: 18-23.
- The Lancet, 2011. Medical errors in the USA: human or systemic? (Editorial). *The Lancet* 377: 1289.
- Thomas, E. J., Studdert, D.M., Burstin, H.R., Orav, E.J., Zeena, T., *et al.*, 2000. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 38(3): 261-271.
- Turner, P. D., 2010. An action research study of patient and public involvement (PPI) in the NHS: How can PPI influence healthcare planning and decision making? Dissertation. United Kingdom: School of Nursing and Midwifery, University of East Anglia.
- UK Department of Health, 2010. *Equity and excellence: Liberating the NHS*. United Kingdom, Department of Health.
- US Department of Health and Human Services, 2010. *National actional plan to improve health literacy*. Washington DC: US Department of Health and Human Services.
- US Department of Health and Human Services, 2010. *National strategy for quality improvement in health care: Report to Congress*. Washington DC: US Department of Health and Human Services.
- US Time Magazine, 2006. *What scares a doctor? A: Being the patient*. Sunday, April 23.
- Utarini, A., Koentjoro, T., At Thobari, J., 2000. *Accreditation of health care organization, health professional and higher education institution for health personnel, Health Project V, Central Java Province*. Yogyakarta, Centre for Health Service Managament, Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada.
- Utarini A., Schmidt-Ehry, G., and Hill, P., 2010. *Hospital Management Training: New ways to improve services in Indonesia. A textbook and guide*. Jakarta, GTZ and Hospital Management UGM.
- Utarini, A., 2011. *Mutu pelayanan kesehatan di Indonesia: Sistem regulasi yang responsif*. Yogyakarta, Universitas Gadjah Mada, Pidato Pengukuhan Guru Besar, 25 Juli 2011.

- Vincent. C., Neale, G., and Woloshynowych, M., 2001. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 322: 517-519.
- Vincent C.A. and Coulter, A. 2002. Patient safety: What about the patient? *Qual Saf Health Care* 11: 76-80.
- World Health Organization, 2008. *Summary of evidence on patient safety: Implications for research*. Geneva, World Health Organization, The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety
- World Health Organizaton, 2010. Global status report on non-communicable diseases. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization, 2011. *IBEAS: a pioneer study on patient safety in Latin America; Towards safer hospital care*. Geneva, World Health Organization.
- Zurijah, T.I., 2012. *Pengalaman pasien rawat inap di badan layanan umum RSUD Meuraza, Kota Banda Aceh*. Naskah Seminar Hasil Tesis. Yogyakarta, MMR, Program Studi S2 IKM, FK UGM.

Lampiran 1. Peran pasien di rumah sakit dan aktivitas yang dapat dilakukan

Peran pasien	Aktivitas
Dewan pengawas rumah sakit	Berperan sebagai anggota dewan pengawas <ul style="list-style-type: none"> • Memastikan bahwa keselamatan pasien selalu menjadi agenda utama (25% waktu untuk membahas keselamatan pasien) • Berbicara secara langsung dengan pasien-keluarga dan tenaga kesehatan untuk menggali ide mengenai keselamatan pasien • Secara periodik, terlibat dalam visite keselamatan pasien
Komite keselamatan pasien atau kelompok kerja terkait lainnya	Wakil pasien-keluarga duduk dalam komite <ul style="list-style-type: none"> • Terlibat dalam tim untuk pengembangan sistem mencegah kesalahan pengobatan • Terlibat dalam tim keselamatan pasien atau peningkatan mutu • Terlibat dalam proses <i>root-cause analysis</i> • Membuat program untuk mendukung pasien-keluarga yang mengalami KTD
Mengubah konsep keluarga sebagai pengunjung rumah sakit	Bekerja bersama komite di rumah sakit untuk menjadikan pasien-keluarga sebagai mitra dalam keselamatan pasien dan peningkatan mutu <ul style="list-style-type: none"> • Terlibat dalam komite rumah sakit yang menjamin bahwa pasien-keluarga terlibat dalam pengambilan keputusan klinis • Terlibat dalam pengembangan keselamatan pasien pada saat pemulangan, transisi antar unit dst.

Sumber informasi dan edukasi bagi pasien-keluarga	<p>Membantu rumah sakit mengembangkan cara untuk memberikan informasi dan edukasi kepada pasien-keluarga tentang berbagai risiko pelayanan dan peran yang dapat dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta pendapat pasien-keluarga dalam pengembangan materi edukasional dan program keselamatan pasien dan melibatkan mereka dalam proses selanjutnya • Mengajak pasien-keluarga untuk mengecek apakah materi edukasional dapat dipahami oleh seluruh lapisan masyarakat dari berbagai tingkat pendidikan • Melatih pasien-keluarga menjadi pemimpin dalam program edukasi bagi pasien-keluarga • Mengundang pasien-keluarga dalam program pengembangan website rumah sakit untuk menjamin tersedianya informasi yang bermanfaat bagi pasien-keluarga dalam meningkatkan keselamatan pasien
Persepsi terhadap pelayanan kesehatan	<p>Terlibat dalam mengembangkan survei kepuasan atau survei pengalaman pasien serta merespons hasil survei tersebut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan masalah keselamatan pasien, kesalahan dan risiko dalam tindak lanjut kunjungan/telpun setelah dirawat inap atau kunjungan ke rumah sakit
Pendidikan profesi kesehatan	<p>Mengundang pasien-keluarga untuk menceritakan pengalamannya pada waktu orientasi staf atau pelatihan internal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terlibat dalam pelatihan bagi staf dan dokter mengenai kolaborasi dengan pasien-keluarga dalam meningkatkan keselamatan pasien dan mutu • Melatih pasien-keluarga untuk berpartisipasi sebagai aktor dan pelatihan simulasi bagi klinisi dan staf • Terlibat dalam pendidikan dokter, residen, perawat, tenaga kesehatan lainnya mengenai bagaimana menyampaikan informasi mengenai KTD atau kesalahan yang nyaris terjadi kepada pasien-keluarga
Kampanye keselamatan pasien	<p>Terlibat dalam merancang bentuk kegiatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menemani staf rumah sakit ketika menemui tokoh masyarakat, pemberi dana, dan pembuat kebijakan lainnya

(Sumber: Institute of Patient and Family-Centered Care, 2008)