

Implementasi *Surgical Safety Checklist* dari World Health Organization



Diajukan kepada:

Direktur RS di Indonesia¹

Disusun oleh:

Indonesian Healthcare Quality Network (IHQN)

Magister Manajemen Rumahsakit (MMR) UGM

Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) FK-UGM

Pendahuluan: *Safe Surgery Saves Lives*

Komplikasi dan kematian akibat pembedahan menjadi salah satu masalah kesehatan global. World Health Organization (WHO) memperkirakan sedikitnya ada setengah juta kematian akibat pembedahan yang sebenarnya bisa dicegah.^{1,2} Di Inggris dan Wales, *National Patient Safety Agency* (NPSA) melaporkan 127.419 insiden terkait pembedahan pada tahun 2007.³ Di negara bagian Minnesota, AS, yang hanya berpenduduk kurang dari 2% dari total populasi AS, dilaporkan terjadi 21 operasi pada sisi yang salah hanya dalam satu tahun (Oktober 2007 s/d Oktober 2008).⁴ Keadaan sesungguhnya kemungkinan besar lebih parah lagi karena sebagian besar insiden tidak dilaporkan.⁵

Pada Juni 2008, WHO meluncurkan kampanye “Safe Surgery Saves Lives”. *Surgical Safety Checklist* digunakan untuk memastikan bahwa seluruh tim operasi mempunyai pemahaman yang sama terhadap tindakan operasi yang akan dilakukan dan kondisi pasiennya, serta memastikan bahwa intervensi seperti antibiotik profilaksi dan pencegahan *deep vein thrombosis* sudah diberikan.² *Checklist* ini berisi 19 hal yang harus dilakukan dalam tiga tahap, sebelum induksi anesthesia (sign in), sebelum insisi kulit (time out), dan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi (sign out). Hal-hal yang tercantum dalam checklist ini harus dikonfirmasi secara verbal kepada pasien dan anggota tim operasi.

Kelompok studi WHO *Safe Surgery Saves Lives* telah mempublikasikan laporan studi uji coba checklist di delapan rumah sakit di enam regio WHO dengan 3733 pasien sebelum dan 3955 pasien setelah implementasi.⁶ Setelah uji coba implementasi checklist, kematian akibat operasi berkurang 47% dan komplikasi berkurang 36%. Penurunan terjadi di kedelapan rumah sakit tempat penelitian yang mewakili Negara berpendapatan tinggi, sedang, dan rendah. Selain penggunaan checklist, kelompok studi ini juga melakukan intervensi pengenalan tim operasi, briefing dan de-briefing. Safety briefing memungkinkan anggota tim saling memperkenalkan diri dan perannya dalam tim, kondisi pasien, potensi penyulit yang mungkin muncul, kebutuhan peralatan khusus, posisi pasien, dll. Tanpa pengenalan yang cukup, tim operasi bisa jadi bekerja tanpa saling mengetahui nama masing-masing. Akibatnya, akan sulit bagi anggota tim untuk bertanya, mengingatkan atau memberitahu jika ada masalah yang terjadi. Meskipun masih banyak dokter dan perawat yang masih menganggap proses ini tidak penting, tetapi pada kenyataannya briefing berhasil meningkatkan level komunikasi dalam tim, mengurangi terjadinya error dan keterlambatan yang tidak diharapkan.⁷ Selain itu, teamwork yang kurang baik diketahui berhubungan dengan peningkatan komplikasi dan kematian (OR 4.82).⁸ Pada penelitian lain, satu tim bedah melaporkan penurunan delay sebesar 82% setelah implementasi briefing.⁹

¹ Proposal ini diajukan secara terbuka kepada seluruh RS baik Pemerintah maupun Swasta

Studi implementasi WHO *Surgical Safety Checklist* paska ujicoba, yang dilakukan di delapan RS yang sama didapatkan penurunan komplikasi pada operasi emergency sebesar 63.6%, penurunan angka kematian dirumah sakit akibat operasi dari 3.7% menjadi 1.4%, angka *surgical site infection* turun dari 11.2% menjadi 6.6% dan kehilangan darah lebih dari 500mL turun dari 20.2% menjadi 13.2%.¹⁰

Tujuan: Implementasi *Surgical Safety Checklist* di Indonesia

Kegiatan ini bertujuan untuk mengajak rumah sakit bersama-sama mengimplementasikan *surgical safety checklist* dengan menggunakan metode *breakthrough* dari **Institute for Health Improvement**. Pada inisiatif ini, beberapa rumah sakit bergabung menjadi satu kelompok yang kemudian secara bersama-sama merumuskan metode implementasinya, berbagi pengalaman dan hasil yang dicapai setelah implementasi, dan kemudian merumuskan kembali perbaikan-perbaikan yang bisa dilakukan. Semangat dari inisiatif ini adalah dari rumah sakit untuk rumah sakit. Kami akan membantu memfasilitasi dan menjaga supaya proses perbaikan bisa terus terjadi. Secara khusus tujuan kegiatan ini adalah:

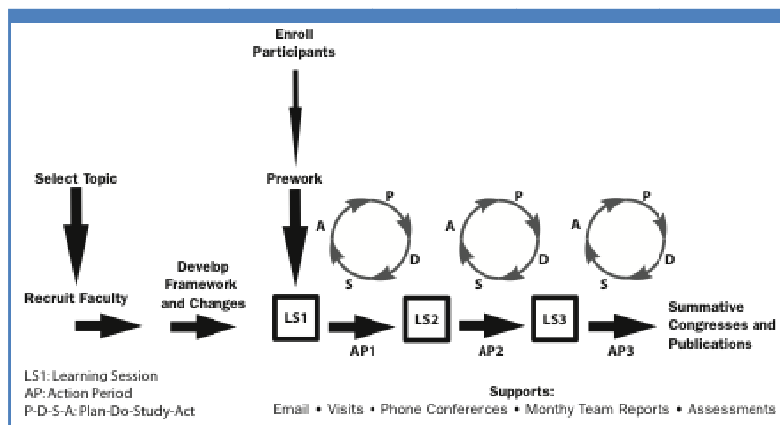
1. Sosialisasi WHO *Surgical Safety Checklist* ke RS
2. Meningkatkan mutu pelayanan dan *patient outcome* pada tindakan operasi dengan mengimplementasikan WHO *Surgical Safety Checklist*.
3. Meningkatkan kualitas kerjasama tim operasi dengan implementasi *briefing* dan *de-briefing*

Hasil yang ingin dicapai: *Safe Surgery*

1. Semua operasi dilakukan pada pasien yang benar di sisi yang benar.
2. Menurunkan angka kematian akibat operasi
3. Menurunkan angka *Surgical Site Infections*, sesuai criteria CDC USA.
4. Menurunkan kejadian komplikasi pada tindakan operasi
5. Menurunkan jumlah pasien dengan estimasi kehilangan darah lebih dari 500mL akibat operasi
6. Perbaikan nilai budaya patient safety yang diukur dengan instrumen AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture

Tahapan kegiatan: *Breakthrough initiative*

Kegiatan *breakthrough initiative* ini diadaptasi dari metode serupa yang telah dikembangkan oleh IHI (gambar 1), dan telah terbukti efektif untuk digunakan dalam berbagai intervensi peningkatan mutu di rumah sakit. Kegiatan akan dilaksanakan dalam waktu 5 bulan (mulai Juli s/d November 2010) yang terdiri dari 10 tahap (tabel 1)



Gambar 1. Metode breakthrough dari Institute for Health Improvement (IHI)¹¹

Detail kegiatan pada setiap tahap

Kegiatan	Detail	Tempat dan Waktu
1. Pemilihan topik	Implementasi WHO Surgical Safety Checklist di Rumah Sakit	Telah ditetapkan dalam proposal ini
2. Rekrutmen	<p>Kegiatan ini ditawarkan secara terbuka dan bersifat sukarela kepada rumah sakit dalam kegiatan Forum Mutu 2010. RS yang bergabung akan didaftarkan ke WHO sebagai RS yang berpartisipasi dalam kampanye <i>Safe Surgery Saves Lives</i>.</p> <p>RS yang bergabung selanjutnya juga merekrut anggota tim implementasi, yang terdiri dari <i>team leader, full time data collector, supervisor, dan team member</i>. Jumlah <i>data collector</i> dan <i>team member</i> disesuaikan dengan kebutuhan RS. Jumlah ruang operasi yang akan diikutsertakan disesuaikan dengan kemampuan tim.</p>	Forum Mutu IHQN, Hotel Menara Peninsula, 23-24 Juni 2010
3. Membuat kerangka kerja dan mengadaptasi checklist	Tim Fasilitator dan ketua tim dari masing-masing rumah sakit akan bekerjasama untuk mengadaptasi WHO <i>Surgical Safety Checklist</i> , membuat prosedur pelaksanaannya, dan menetapkan indikator-indikator untuk mengukur keberhasilan program.	Salah satu RS peserta Juli, 2010
4. Sesi pembelajaran 1: Penjelasan WHO Surgical Safety Checklist dan implementasinya	Tim Fasilitator akan memberikan paparan kepada semua anggota/perwakilan tim RS mengenai WHO Surgical Safety Checklist, metode implementasinya, dan pengalaman dari berbagai rumah sakit di Negara lain yang sudah mengimplementasikan checklist. <i>Data collector</i> akan diberikan pelatihan cara mengukur <i>safety</i> dalam ruang operasi dengan menggunakan <i>checklist</i> . Materi tentang <i>teamwork</i> dan budaya <i>patient safety</i> dalam tim juga akan disampaikan dalam sesi ini.	Salah satu RS peserta Agustus, 2010
5. Action 1: Pengumpulan baseline data	Tim RS berkoordinasi dengan seluruh anggota tim dan pihak RS terkait untuk menjelaskan tujuan dan detail kegiatan. <i>Data collector</i> mulai mengukur baseline data di ruang operasi terpilih, dengan menggunakan form yang sudah ditetapkan. Formulir yang sudah diisi diserahkan ke Tim Fasilitator untuk dianalisis bersama.	Masing-masing RS Agustus 2010
6. Sesi pembelajaran 2: Laporan baseline data, pengalaman dari tim RS (data collector) dan usulan perbaikan metode pengumpulan data.	Tim RS melaporkan hasil pengumpulan baseline data dan mengukur surgical outcome-nya. <i>Data collector</i> memaparkan pengalaman dan kesulitan-kesulitan yang dihadapi saat mengumpulkan data. Usulan perbaikan metode pengumpulan data didiskusikan pada sesi ini. Usulan intervensi lain, selain WHO surgical safety checklist, bisa diusulkan untuk mengatasi temuan-temuan dari baseline study.	Salah satu RS peserta September, 2010
7. Action 2: Uji coba Implementasi WHO Surgical Safety Checklist di RS	Tim rumah sakit memperkenalkan <i>WHO Surgical Safety Checklist</i> kepada seluruh anggota tim yang bertugas di kamar operasi, ahli bedah, anastesi, perawat, asisten anastesi, dll. Metode yang digunakan: seminar, pembagian buku panduan, dan pemutaran video contoh implementasi surgical safety checklist di	Masing-masing RS September, 2010

	<p>salah satu rumah sakit. Penjelasan tentang briefing dan debriefing sebagai metode perbaikan komunikasi dalam tim juga disampaikan. Diskusi dan Tanya jawab dengan tim.</p> <p>Uji coba dilakukan selama 1 bulan, dengan petugas data collector yang sama. Supervisi dilakukan oleh team leader RS secara teratur. Tim juga akan mensupervisi jalannya kegiatan di RS.</p>	
8. Sesi pembelajaran 3: Laporan progress report, pengalaman dari tim RS dan usulan perbaikan.	<p>Pada sesi ini RS akan diminta berbagi pengalaman mengenai ujicoba implementasi WHO surgical safety checklist di RS masing-masing. Kesulitan yang dihadapi dalam pengumpulan data, motivasi anggota tim dalam melaksanakan checklist, sampai surgical outcome yang dicapai akan dilaporkan dan didiskusikan bersama dalam sesi ini. Alternatif perbaikan metode pengumpulan data, perubahan indikator, dll, bisa didiskusikan dalam sesi ini juga.</p>	<p>Salah satu RS peserta Oktober 2010</p>
9. Action 3: Implementasi WHO Surgical Safety Checklist	<p>Implementasi WHO Surgical Safety Checklist di RS dan pengumpulan data surgical outcome sesuai dengan indikator yang telah ditetapkan untuk mengukur keberhasilan program.</p>	<p>Masing-masing RS Oktober 2010</p>
10. Diseminasi hasil implementasi WHO Surgical Safety Checklist di RS	<p>Tim akan mengundang RS lain untuk mendengarkan hasil implementasi WHO Surgical Safety Checklist di RS anggota tim, dan membuka kesempatan bagi RS lain untuk bergabung kedalam tim <i>breakthrough initiative</i>. Tim RS yang sudah berhasil mengimplementasikan WHO Surgical Safety Checklist dan berhasil meningkatkan outcome operasinya akan diminta untuk menjadi mentor bagi rumah sakit lainnya.</p>	<p>Hotel (akan ditentukan kemudian) November 2010</p>

Tim Fasilitator: “The A Team”

Tim fasilitator terdiri dari para ahli dibidang yang terkait dengan manajemen mutu pelayanan klinik (*clinical quality management*), ilmu bedah dan anestesi. Anggota tim merupakan gabungan antara konseptor, praktisi dan implementator.

- Prof. dr. Adi Utarini, MSc, MPH, PhD: Profesor dalam bidang Public Health, saat ini sebagai direktur Magister Manajemen Rumahsakit di Universitas Gadjah Mada
- dr. Endro Basuki, SpBS, MKes: Dokter spesialis bedah syaraf, saat ini sebagai Kepala Instalasi Bedah Sentral RSUP Sardjito
- dr. Jalil Matondang, SpAn: Dokter spesialis anestesi, saat ini sebagai Ketua Komisi Mutu RSUP Persahabatan
- dr. Hanevi Djasri, MARS: Konsultan manajemen mutu pelayanan kesehatan, saat ini sebagai koordinator IHQN
- dr. Trisasi, MSc: Konsultan manajemen mutu pelayanan kesehatan, saat ini sebagai staf di PMPK-FKUGM

Biaya: Dari kita untuk kita

Konsep pembiayaan untuk kegiatan ini adalah pembiayaan mandiri dan not-for-profit. Total biaya akan ditanggung bersama, sehingga semakin banyak RS yang bergabung dalam kegiatan ini maka akan semakin kecil biaya untuk masing-masing RS (namun tetap dibatasi maksimal 8 RS).

Perkiraan biaya untuk masing-masing RS sebesar Rp 46 juta (bila peserta terdiri dari 4 RS) atau Rp 36 juta (6 RS) atau Rp 31 juta (8 RS)

Biaya termasuk:

- Kepesertaan dalam Forum Mutu 2010 untuk 4 anggota tim “breakthrough” dari masing-masing RS
- 5 kali sesi pertemuan (1 sesi persiapan, 3 sesi pembelajaran dan 1 sesi desiminasi hasil) untuk 4 anggota tim “breakthrough” dari masing-masing RS
- Materi (referensi, artikel, tools) yang terkait dengan kegiatan ini dalam bentuk CD
- Pendaftaran sebagai RS yang berpartisipasi dalam kampanye *Safe Surgery Saves Lives* ke website WHO
- Penyusunan laporan dalam format artikel pada jurnal ilmiah internasional yang siap diajukan untuk publikasi (terlampir contoh laporan) dengan perwakilan penulis dari masing-masing RS

Biaya tidak termasuk:

- Biaya perjalanan dan akomodasi
- Biaya implementasi di masing-masing RS

Informasi lebih lanjut

Hanevi Djasri (Koordinator IHQN)

0816-191-3332

hanevi_pmpk@yahoo.com



Referensi

1. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet* 2008;372(9633):139-44.
2. WHO. *Safe surgery saves lives*, 2008.
3. National Patient Safety Agency. National reporting and learning system: Putting patient safety first, 2008.
4. Minnesota Department of Health. Adverse health events in Minnesota. *Fifth annual public report*, 2009.
5. Sari AB, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. *BMJ* 2007;334(7584):79.
6. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360(5):491-9.
7. Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR, Doran D, et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg* 2008;143(1):12-7; discussion 18.
8. Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT, Bonacum D, Brookey J, Graham S, et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. *Am J Surg* 2009;197(5):678-85.
9. Nundy S, Mukherjee A, Sexton JB, Pronovost PJ, Knight A, Rowen LC, et al. Impact of preoperative briefings on operating room delays: a preliminary report. *Arch Surg* 2008;143(11):1068-72.
10. Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, Berry WR, Lipsitz SR, Gawande AA. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Ann Surg*;251(5):976-80.
11. Institute for Health Improvement. White Paper: The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement, 2003.