

VARIASI INSIDEN BERDASARKAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT

^{1,2*}Savitri Citra Budi, ^{2*}Rani Rismayani, ³Sunartini, ⁴Lutfan Lazuardi, ⁵Fatwa Sari Tetra

^{1, 3, 4, 5}Program Doktorat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, UGM,

² Departemen layanan dan Informasi Kesehatan, Sekolah Vokasi, UGM

email: ¹savitri@ugm.ac.id, ²rani.rismayani@mail.ugm.ac.id

ABSTRAK

PENDAHULUAN: Insiden keselamatan pasien menjadi salah satu indikator mutu pelayanan di rumah sakit. Monitoring variasi insiden sebagai kontrol dalam melakukan upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk menyajikan informasi variasi dan persentase jumlah insiden berdasarkan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit.

METODE: Penelitian ini suatu penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan penelitian dengan cross-sectional. Lokasi penelitian di rumah sakit tipe B Pendidikan di Kota Wates Kabupaten Kulon Progo. Populasi penelitian berupa laporan insiden tahun 2017. Analisis data menggunakan analisis univariate.

HASIL: Berdasarkan hasil studi dokumentasi ditemukan berbagai variasi insiden berdasarkan sasaran keselamatan pasien, pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 1 terdapat 14 variasi insiden (31,88%, n=44), pada SKP 2 terdapat 8 variasi insiden (7,97%, n=11), pada SKP 3 terdapat 14 variasi insiden (41,30%, n=57), pada SKP 4 terdapat 3 variasi insiden (2,90%, n=4), pada SKP 5 terdapat 1 variasi insiden (1,45%, n=2), dan pada SKP 6 terdapat 6 variasi insiden (13,04%, n=18).

KESIMPULAN: Monitoring perlu ditingkatkan terutama pada SKP 3 yang memiliki persentase insiden tertinggi.

Kata kunci: Insiden, Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), Keselamatan Pasien, Mutu Pelayanan

ABSTRACT

INTRODUCTION: The incidence of patient safety is one indicator of the quality of care in hospitals. Monitoring variations in incidents as controls in making efforts to improve quality and patient safety. This study aims to present information on variations and percentages of the number of incidents based on patient safety goals at the hospital.

METHOD: This research is a descriptive study with a quantitative approach. Research design with cross-sectional. The location of the study in Type B Education hospitals in the City of Wates in Kulon Progo Regency. The study population was in the form of a 2017 incident report. Data analysis used univariate analysis.

RESULTS: Based on the results of the documentation study found a variety of incidents based on patient safety goals, in the Patient Safety (PS) Target 1 there were 14 variations in incidence (31.88%, n = 44), in PS 2 there were 8 variations of incidents (7.97%, n=11), in PS 3 there were 14 variations of incidents (41.30%, n = 57), in PS 4 there were 3 variation of incident (2.90%, n =4), in PS 5 there was 1 variation of incident (1.45%, n = 2), and in PS 6 there were 6 variation of incident (13.04%, n = 18).

CONCLUSION: Monitoring need to be increased especially at PS 3 which has the highest percentage of incidents.

Keywords: Incidents, Patient Safety (PS), Patient Safety Indicator, Service Quality

PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan pelayanan kesehatan dimana terdapat banyak jenis obat, bermacam-macam tes, berbagai alat kesehatan dan teknologinya, serta berbagai profesi yang memberikan pelayanan kepada pasien. Keberagaman tersebut dapat mengakibatkan suatu insiden apabila tidak dikelola dengan baik (Depkes, 2008). Insiden Keselamatan Pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Kementerian Kesehatan, 2017).

Institute of Medicine (IOM) melaporkan adanya kesalahan medis 10% mulai dari proses penerimaan pasien di rumah sakit. Penelitian di Rumah Sakit Utah Colorado menemukan kejadian tidak diharapkan pada 2,9% rawat inap dengan 6,6% menyebabkan kematian. Penelitian di New York dengan angka insiden 3,7% rawat inap dengan 13,6% diantaranya meninggal (Depkes, 2008). Laporan lain dari *World Alliance for Patient Safety, Forward Programme* menyebutkan kejadian tidak diharapkan dengan rentang 3,2 – 16,6% terjadi di negara Amerika, Inggris, Denmark dan Australia (WHO, 2009). Forster *et al* (2004) menyatakan bahwa di Ottawa Hospital tiga pasien meninggal karena KTD yang disebabkan oleh terapi obat, komplikasi operasi, dan infeksi nosokomial. Menurut JCAHO (2007) 65 % dari KTD yang terjadi di rumah sakit berdampak pada kematian pasien. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) melaporkan dalam rentang waktu 2006-2011 terdapat 877 insiden (RSUDZA dalam Harsul, 2018). Untuk itu perlu dilakukan upaya peningkatan keselamatan pasien.

Keselamatan pasien adalah salah satu indikator mutu pelayanan di Rumah Sakit. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien saling berhubungan, semakin tinggi keselamatan pasien maka semakin baik mutu suatu rumah sakit. *Patient safety* dan mutu rumah sakit berkorelasi positif (Sumarni, 2017). Keselamatan pasien di Indonesia diatur dalam Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009 pasal 43 bahwa rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien. Ketentuan lebih lengkap mengenai keselamatan pasien diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 yang menyatakan setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan keselamatan pasien. Terdapat enam sasaran keselamatan pasien di Indonesia yaitu Ketepatan identifikasi pasien; Peningkatkan komunikasi efektif; Peningkatan keamanan obat yang harus diwaspadai; Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi; Pengurangan risiko infeksi; dan Pengurangan risiko pasien jatuh. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) menjadi indikator dalam penilaian Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) dan dikembangkan berdasarkan standar pada *Joint Commision International* (KARS, 2017).

Pelaporan keselamatan pasien merupakan salah satu alat yang paling efektif untuk melakukan perbaikan dalam insiden keselamatan pasien, sehingga petugas dapat belajar dari insiden yang telah terjadi dan insiden tersebut tidak akan terulang kembali. Beberapa rumah sakit di wilayah Yogyakarta sudah melakukan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien, baik secara manual maupun elektronik sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 tahun 2017 (Budi, 2018). Termasuk yang dilaporkan disini adalah insiden terkait enam sasaran keselamatan pasien yang berisiko terhadap pasien.

Berdasarkan studi pendahuluan, di rumah sakit tipe B Pendidikan di Kota Wates Kabupaten Kulon Progo telah menjalankan program keselamatan pasien dibuktikan dengan dibentuknya Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS). Adanya laporan insiden menunjukkan belum optimalnya program keselamatan pasien sehingga rumah sakit perlu suatu upaya untuk memantau serta meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Monitoring variasi insiden sebagai kontrol dalam melakukan upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk menyajikan informasi variasi dan persentase jumlah insiden berdasarkan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit.

METODE

Penelitian ini suatu penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan penelitian adalah cross-sectional. Lokasi penelitian di rumah sakit tipe B Pendidikan di Kota Wates Kabupaten Kulon Progo. Populasi dalam penelitian ini semua laporan insiden tahun 2017 dengan total 144 laporan. Pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling*. Sampel penelitian adalah laporan yang memenuhi kriteria inklusi yaitu laporan insiden tahun 2017 yang terdokumentasi dengan lengkap sebanyak 138 laporan. Teknik pengumpulan data yaitu studi dokumentasi dengan instrumen lembar studi dokumentasi dari laporan insiden. Analisis data menggunakan analisis univariat. Analisis univariat berupa analisis persentase yang dilakukan terhadap variabel penelitian untuk melihat distribusi frekuensi dan hasil statistik deskriptif. Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti.

HASIL

Berdasarkan hasil studi dokumentasi terhadap laporan insiden tahun 2017, ditemukan berbagai variasi insiden yaitu insiden terkait fasilitas di rumah sakit dan insiden terkait enam sasaran keselamatan pasien.

Penelitian ini hanya membahas variasi dan persentase insiden terkait enam sasaran keselamatan pasien yang dijabarkan di bawah ini:

1. Insiden Terkait SKP 1 (Ketepatan Identifikasi Pasien)

Keamanan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan salah satunya dimulai dari ketepatan identifikasi pasien. Kesalahan identifikasi pasien di awal pelayanan akan berdampak pada kesalahan pelayanan pada tahap selanjutnya. Insiden terkait Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 1 sangat bervariasi. Tabel 1 menyajikan variasi insiden dan persentasenya:

Tabel 1. Persentase Variasi Insiden terkait SKP 1

No	Variasi Insiden terkait SKP 1 (Ketepatan identifikasi pasien)	Jumlah	Persentase
1.	Gelang identitas lepas	4	2,90%
2.	Kesalahan identifikasi tim gizi	2	1,45%
3.	Ketidaksesuaian identitas hasil pemeriksaan penunjang pada RM	1	0,72%
4.	Ketidaksesuaian identitas hasil pemeriksaan penunjang pada sampel	1	0,72%
5.	Ketidaksesuaian identitas pada etiket obat	5	3,62%
6.	Ketidaksesuaian identitas pada gelang	3	2,17%
7.	Ketidaksesuaian identitas pada resep	3	2,17%
8.	Ketidaksesuaian identitas pada RM	1	0,72%
9.	Ketidaksesuaian identitas pada sampel	4	2,90%
10.	Ketidaksesuaian identitas saat pemberian obat	2	1,45%
11.	Ketidaksesuaian pelaporan identitas hasil pemeriksaan penunjang	2	1,45%
12.	Ketidaksesuaian warna gelang	5	3,62%
13.	Sampel darah tanpa identitas	1	0,72%
14.	Tidak terpasang gelang	10	7,25%
TOTAL		44	31,88%

Tabel 1 menunjukkan pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 1 terdapat 14 variasi insiden (31,88%, n=44). Insiden pada SKP 1 didominasi dengan tidak terpasangnya gelang identitas yang disebabkan karena perawat lupa memasangkan gelang pada pasien. Insiden sering dilaporkan oleh perawat rawat inap karena insiden diketahui ketika pasien sudah masuk ruang perawatan. Bahkan yang lebih berpotensi menimbulkan cedera yaitu terdapat insiden dimana pasien tidak terpasang gelang hingga saat pemulangan pasien.

2. Insiden Terkait SKP 2 (Komunikasi Efektif)

Kegagalan komunikasi merupakan salah satu faktor penyebab insiden keselamatan pasien. Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh penerima akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Variasi insiden terkait SKP 2 (Komunikasi efektif) dan persentasenya ditampilkan pada tabel 2 berikut:

Tabel 2. Persentase Variasi Insiden terkait SKP 2

No	Variasi Insiden terkait SKP 2 (Komunikasi Efektif)	Jumlah	Persentase
1.	Insiden akibat riwayat alergi	1	0,72%
2.	Kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium	1	0,72%

No	Variasi Insiden terkait SKP 2 (Komunikasi Efektif)	Jumlah	Persentase
3.	Kesalahan komunikasi antara perawat dengan petugas laboratorium	3	2,17%
4.	Ketidaksesuaian hasil pemeriksaan antara laboratorium dengan BDRS	2	1,45%
5.	Ketidaksesuaian jadwal fototerapi	1	0,72%
6.	Pasien kabur sebelum operasi	1	0,72%
7.	Percobaan bunuh diri pada pasien	1	0,72%
8.	Sampel darah hilang	1	0,72%
	TOTAL	11	7,97%

Tabel 2 menunjukkan pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 2 terdapat 8 variasi insiden (7,97%, n=11). Insiden terkait komunikasi efektif disebabkan oleh komunikasi antara tenaga kesehatan (perawat dan petugas laboratorium) yang tidak akurat. Hasil pemeriksaan yang diberikan oleh petugas laboratorium tidak sesuai dengan permintaan perawat. Kesalahan komunikasi juga terjadi antara petugas laboratorium dan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) dimana terjadi perbedaan dalam melaporkan hasil pemeriksaan. Hal ini dapat menimbulkan cedera yang fatal karena kesalahan hasil pemeriksaan dapat berakibat pada kesalahan pengobatan dan tindakan yang diberikan kepada pasien.

3. Insiden Terkait SKP 3 (Peningkatan Keamanan Obat Yang Harus Diwaspadai)

Kesalahan pemberian obat dapat terjadi jika petugas kesehatan termasuk perawat tidak tepat dalam pemberian obat. Ketidaktepatan dalam proses pemberian obat dapat berdampak pada rendahnya tingkat keselamatan pasien (*patient safety*). Tabel 3 menunjukkan variasi insiden yang terjadi dalam SKP 3:

Tabel 3. Persentase Variasi Insiden terkait SKP 3

No	Variasi Insiden terkait SKP 3 (Peningkatan keamanan obat yang harus diwaspadai)	Jumlah	Persentase
1.	Duplikasi pemberian vaksin	1	0,72%
2.	Injeksi tidak diberikan	1	0,72%
3.	Ketidaksesuaian dosis injeksi	5	3,62%
4.	Ketidaksesuaian dosis obat	15	10,87%
5.	Ketidaksesuaian jadwal pemberian obat	6	4,35%
6.	Ketidaksesuaian obat atau injeksi	18	13,04%
7.	Ketidaksesuaian obat dan dosis obat	2	1,45%
8.	Ketidaksesuaian penyerahan obat	2	1,45%
9.	Ketidaksesuaian rute pemberian obat	2	1,45%
10.	Obat kadaluarsa	1	0,72%
11.	Obat tidak diberikan	1	0,72%
12.	Pemberian obat kurang	1	0,72%
13.	Penggunaan obat berlebih (overuse)	1	0,72%
14.	Perubahan warna obat	1	0,72%
	TOTAL	57	41,30%

Tabel 3 menunjukkan pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 3 terdapat 14 variasi insiden (41,30%, n=57). Ketidaksesuaian obat merupakan variasi insiden dengan persentase paling tinggi pada SKP 3 yaitu mencapai 18 kasus. Hal ini terjadi ketika obat yang diterima pasien berbeda dengan yang tertulis di resep. Petugas yang terlibat insiden berasal dari berbagai profesi di rumah sakit seperti perawat dan petugas farmasi. Ketidaksesuaian obat banyak terjadi pada pasien rawat jalan maupun rawat inap. Pada pasien rawat inap terjadi karena kesalahan perawat saat mengambil obat di farmasi. Pada pasien rawat jalan dimana petugas farmasi tidak memberikan obat sesuai resep juga menambah jumlah insiden yang terjadi akibat ketidaksesuaian obat. Hal ini dikarenakan nama obat yang mirip (*ampicillin* dengan *amikacin*, *bisoprolol* diambalikan *bisakodyl*, *cetirizine* tetapi ternyata obat terisi *cef xime*, *cetirizine* diambalikan *simvastatin*. Peletakan obat *Look Alike Sound Alike* (LASA) dalam satu area memiliki potensi menyebabkan cedera karena kesalahan pengambilan obat menjadi semakin meningkat. Perlu dilakukan juga pengecekan ketertiban pengecekan ganda oleh petugas saat mengemas atau menyerahkan obat.

4. Insiden Terkait SKP 4 (Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi)

Salah satu aspek yang penting dalam keselamatan pasien adalah tindakan pembedahan. Pembedahan merupakan tindakan medis yang penting dalam pelayanan kesehatan namun pembedahan yang dilakukan juga dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan nyawa. Hasil penelitian menunjukkan adanya insiden pada SKP 4 yang disajikan dalam tabel 4:

Tabel 4. Persentase Variasi Insiden terkait SKP 4

No	Variasi Insiden terkait SKP 4 (kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi)	Jumlah	Persentase
1.	Insiden yang terjadi setelah dilakukan operasi	2	1,45%
2.	Kesalahan pasien rencana operasi	1	0,72%
3.	Kesalahan prosedur dalam operasi (alat konslet)	1	0,72%
TOTAL		4	2,90%

Tabel 4 menunjukkan pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 4 terdapat 3 variasi insiden (2,90%, n=4). Insiden yang terjadi berupa kesalahan pasien rencana operasi. Insiden bermula ketika perawat ruang bedah menelepon perawat ruangan untuk mengantar pasien dengan diagnosis medis *hemangioma* rencana ekstirpasi. Setelah pasien sampai di ruangan operasi, perawat bedah melakukan identifikasi pasien dengan mencocokkan gelang pasien dengan rekam medis pasien tetapi ternyata tidak cocok. Diketahui bahwa pasien yang diantar adalah pasien dengan diagnosis medis *post hydroceletomy* hari ke 2 dengan rencana tindakan jahit luka. Insiden juga terjadi saat tindakan operasi dimana pasien mengalami luka bakar di paha kanan dan kiri derajat I akibat konsleting alat.

5. Insiden Terkait SKP 5 (Pengurangan Risiko Infeksi)

Rata-rata pasien yang dilakukan rawat inap mendapatkan terapi cairan melalui infus. Pemberian terapi tersebut dapat menimbulkan insiden salah satunya *phlebitis*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pasien yang mengalami *phlebitis* saat mendapatkan terapi cairan melalui infus.

Tabel 5. Persentase Variasi Insiden terkait SKP 5

No	Variasi Insiden terkait SKP 5 (Pengurangan Risiko Infeksi)	Jumlah	Persentase
1.	Phlebitis	2	1,45%
TOTAL		2	1,45%

Tabel 5 menunjukkan pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 5 terdapat 1 variasi (1,45%, n=2). Insiden yang terjadi yaitu *phlebitis* karena pasien mengalami gelisah, infus tercabut lalu dilakukan pemasangan infus kembali namun terlihat adanya *phlebitis*.

6. Insiden Terkait SKP 6 (Pengurangan Risiko Pasien Jatuh)

Pelaksanaan pengkajian risiko jatuh pada pasien yang tidak terlaksana dengan baik dapat menyebabkan suatu bahaya bagi pasien. Hasil penelitian pada tabel 6 menunjukkan bahwa terdapat insiden pasien jatuh:

Tabel 6. Persentase Variasi Insiden terkait SKP 6

No	Variasi Insiden terkait SKP 6	Jumlah	Persentase
1.	Pasien jatuh dari bed	3	2,17%
2.	Pasien jatuh di kamar	7	5,07%
3.	Pasien jatuh di kamar mandi	1	0,72%
4.	Pasien jatuh di rumah sakit	3	2,17%
5.	Pasien jatuh pingsan saat menunggu antrian	3	2,17%
6.	Pasien kejang dan jatuh saat menunggu antrian	1	0,72%
TOTAL		18	13,04%

Tabel 6 menunjukkan pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 6 terdapat 6 variasi (13,04%, n=18). Pasien terjatuh paling banyak terjadi di kamar saat rawat inap. Pasien sudah dimotivasi untuk *bedrest* dan diedukasi risiko jatuh oleh perawat tetapi pasien memaksa untuk turun dari tempat tidur. Selain itu juga karena kurangnya pengawasan dari keluarga pasien hal ini terbukti dari pasien yang terjatuh dari bed ditemukan pertama kali oleh petugas (pramusaji dan cleaning service) karena keluarga pasien sedang berada di luar kamar. Cidera yang ditimbulkan yaitu luka robek diatas alis panjang luka sekitar 3cm dan yang cukup fatal yaitu terdapat insiden dimana pasien kemudian direncanakan reposisi dengan GA di ruang operasi keesokan harinya. Pada pasien rawat jalan juga terjadi insiden dimana kelelahan tidak mendapat tempat duduk saat menunggu antrian periksa.

PEMBAHASAN

1. Insiden Terkait SKP 1 (Ketepatan Identifikasi Pasien)

Fasilitas pelayanan kesehatan harus menjamin proses identifikasi berjalan dengan benar sejak pertama kali pasien terdaftar (Umaternate, 2015). Hasil penelitian menunjukkan insiden terkait ketepatan identifikasi pasien sebesar (31,88%, n=44). Menurut KARS (2017) capaian ketepatan identifikasi pasien harus 100% sehingga dapat disimpulkan bahwa capaian terhadap ketepatan identifikasi pasien sudah dilaksanakan namun belum optimal dan tidak sesuai dengan KARS.

Variasi insiden terkait SKP 1 didominasi oleh tidak terpasangnya gelang (7,25%, n=10). Hal ini sejalan dengan penelitian Setiyani (2016) sebesar (24,2%, n=8) pasien tidak menggunakan gelang identitas. Penelitian Sakinah (2017) juga menjelaskan ketepatan identifikasi pasien di RSPAD Gatot Soebroto pada tahun 2016 belum berjalan maksimal dikarenakan perawat tidak memberikan gelang identitas.

Pada SKP 1 juga ditemukan insiden berupa ketidaksesuaian identitas pada gelang (2,17%, n=3) dimana terdapat kesalahan penulisan nama pasien ataupun alamat pada gelang identitas. Sejalan dengan penelitian Lestari (2015) bahwa (13,5%, n=5) pasien memakai gelang yang tidak sesuai identitas. Penelitian Pasaribu (2017) menyatakan belum semua pasien menggunakan gelang identitas dengan identitas yang benar, karena petugas tidak menuliskan identitas penting pasien seperti tanggal lahir dan nomor rekam medis. Sedangkan menurut Permenkes No 11 Tahun 2017 dalam melakukan identifikasi pasien terdapat sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan *barcode*.

Insiden gelang identitas lepas mencapai (2,90%, n=4). Seharusnya gelang pasien yang digunakan memenuhi pertimbangan kualitas, daya tahan dan keamanan gelang (Apriliawanti, 2010). Insiden sampel tanpa identitas mencapai (0,72%, n=1) sejalan dengan Lestari (2015) dimana dari hasil penelitian terdapat pengambilan sampel yang tidak diberi identitas pasien.

Insiden kesalahan identifikasi tim gizi sehingga terjadi ketidaksesuaian pemberian diet sebesar (1,45%, n=2). Hal ini tidak disesuaikan dengan KARS (2017) dimana dalam elemen penilaian SKP 1 dijelaskan bahwa pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, spesimen dan pemberian diet. Dalam proses penyajian diet, tindakan identifikasi meliputi mencocokkan nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medis dengan diet yang seharusnya diterima perlu dilakukan oleh pramusaji sebagai petugas distribusi makanan yang langsung berhubungan dengan pasien untuk menghindari adanya kesalahan pemberian diet.

2. Insiden Terkait SKP 2 (Komunikasi Efektif)

Komunikasi efektif merupakan kunci untuk mencapai keselamatan pasien di rumah sakit. Apabila komunikasi tidak dilakukan dengan baik akan menjadi ancaman bagi keselamatan pasien (WHO, 2009). Hasil penelitian menunjukkan insiden terkait SKP 2 sebesar (7,97%, n=11) sedangkan KARS (2017) menyatakan capaian komunikasi efektif harus 100% sehingga dapat disimpulkan bahwa capaian komunikasi efektif belum memenuhi standar KARS 2017. Penelitian Leonard *et al* (2004) dan Reader *et al* (2007) menyatakan bahwa komunikasi tidak efektif sebagai penyebab utama yang membahayakan pasien dalam banyak laporan insiden.

Insiden yang terjadi pada SKP 2 disebabkan oleh komunikasi antara tenaga kesehatan (perawat dan petugas laboratorium) tidak akurat. Hasil pemeriksaan yang diberikan oleh petugas laboratorium tidak sesuai dengan permintaan perawat. Hal ini sejalan dengan penelitian AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) yang menyatakan bahwa komunikasi yang tidak akurat antar petugas kesehatan merupakan salah satu penyebab terjadinya Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

Menurut penelitian Kamil (2011) ketidaktepatan komunikasi juga dapat terjadi antar perawat. *Handover* yang tidak efektif dapat berkontribusi terhadap kesalahan dan pelanggaran dalam keselamatan perawatan pasien. Berdasarkan hasil penelitian, komunikasi yang diberikan perawat saat pertukaran *shift* dalam perawatan pasien telah dilakukan dengan baik karena tidak ditemukan insiden ketika proses *handover*.

Menurut Nazri (2015) ketidaktepatan komunikasi lainnya dapat terjadi antara dokter dengan perawat. Permasalahan komunikasi yang tidak efektif disebabkan oleh beberapa faktor. Studi ini menemukan bahwa perawat sering mengalami masalah komunikasi dokter melalui telepon karena persoalan kolaborasi, logistik, etika, bahasa, dan persiapan komunikasi.

3. Insiden Terkait SKP 3 (Peningkatan keamanan obat yang harus diwaspadai)

Kepmenkes No 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit bahwa standar tidak adanya kesalahan pemberian obat adalah 100%. Hasil penelitian menunjukkan insiden terkait SKP 3 sebesar (41,30%, n=57) sehingga capaian terhadap peningkatan keamanan obat yang harus diwaspadai belum optimal dan tidak sesuai standar pelayanan minimal.

Insiden terkait SKP 3 merupakan insiden dengan persentase tertinggi dibandingkan dengan SKP lainnya sehingga perlu dilakukan upaya peningkatan keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Perwitasari (2010) yang menjelaskan bahwa kejadian *medication errors* merupakan masalah yang penting dalam perawatan pasien dimana hasil penelitian menunjukkan dari 229 resep pasien rawat jalan di rumah sakit di Yogyakarta ditemukan 226 dengan *medication error*.

Variasi insiden yang mendominasi pada SKP 3 yaitu insiden ketidaksesuaian obat (13,04%, n=18). Menurut Cheung (2009), Harkanen (2018) dan Holmstrom (2018) insiden terkait keamanan obat yang harus diwaspadai berupa ketidaksesuaian dosis dan ketidaksesuaian obat. Penyebab kesalahan dalam pemberian obat ke pasien salah satunya adalah nama obat yang mirip (Cheung, 2009). Harkanen (2018) dan Holmstrom (2018) menambahkan adanya kejadian ketidaksesuaian rute pemberian obat sedangkan Cheung (2009) menambahkan adanya kejadian ketidaksesuaian jadwal pemberian obat, ketidaksesuaian jumlah obat dan obat kadaluarsa.

Ketidaksesuaian dosis obat juga perlu mendapat perhatian karena cukup banyak terjadi insiden (10,87%, n=15). Penelitian Perwitasari (2010) membedakan insiden ketidaksesuaian dosis obat

menjadi dua yaitu insiden *overdose* sebesar (0,87%, n=2) dan *under dose* (2,15%, n=5). Prinsip benar dosis ini penting mengingat efek obat yang akan didapat pasien tergantung benar atau sesuai dosis yang dibutuhkan, karena setiap pasien berbeda-beda. Sebelum memberikan obat perawat harus memastikan dosisnya, jika ada yang meragukan perawat harus berkonsultasi dengan dokter pemberi resep atau dengan apoteker (Tambayong, 2005).

Insiden dimana pasien tidak diberi obat, duplikasi pemberian vaksin dan penggunaan obat berlebih sejalan dengan penelitian Kusharwanti (2014). Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Insani (2018) yang menyatakan pelaksanaan SKP 3 di RSUD Queen Latifa telah maksimal atau telah mencapai 100% dalam pemakaian obat dengan kewaspadaan tinggi.

4. Insiden Terkait SKP 4 (Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi)

Menurut Kepmenkes No 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal bahwa standar tidak adanya kejadian operasi salah sisi, salah orang, dan salah tindakan adalah 100%. Hasil penelitian ditemukan insiden sebesar (2,90%, n=4) sehingga capaian terhadap kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi belum optimal sesuai standar pelayanan minimal. Tepat pasien merupakan prosedur pemastian ketepatan pasien sebelum dilakukan tindakan pembedahan dengan tahapan pertama melakukan identifikasi pasien (*cross check*), kedua mencocokkan identitas tersebut dengan rekam medis, ketiga identifikasi pasien dan prosedur, sebelum anestesi, dan sebelum dilakukan tindakan insisi dan yang terakhir memastikan kelengkapan pemeriksaan penunjang (Panduan Penandaan Area Operasi, 2014).

Insiden bermula ketika perawat ruang bedah menelepon perawat ruangan untuk mengantar pasien dengan diagnosis medis *hemangioma* rencana *ekstirpasi*. Setelah pasien sudah sampai di ruangan operasi, kemudian perawat bedah melakukan identifikasi pasien dengan mencocokkan gelang pasien dengan rekam medis pasien tetapi ternyata tidak cocok. Dapat disimpulkan bahwa perawat di ruang inap tidak teliti dalam melakukan konfirmasi identitas pasien sedangkan perawat ruang bedah teliti dengan mengkonfirmasi identitas dengan data rekam medis. Hasil penelitian Siregar (2014) bahwa seluruh (100%) petugas (perawat dan dokter) mengkonfirmasi atau menayakan identitas pasien akan tetapi hanya (15,1%) petugas kesehatan yang mengkonfirmasi dengan data rekam medis dan tidak ada (0%) yang konfirmasi lisan tentang jenis dan lokasi tindakan yang direncanakan kepada pasien.

Berdasarkan hasil penelitian tidak ditemukan insiden terkait salah sisi. Hal ini berbeda dengan analisis WHO tahun 2005 dimana pada 126 terdapat kasus salah sisi, salah prosedur, salah pasien. Salah sisi sebesar 76%, salah prosedur 11% dan salah pasien 13% (WHO, 2009). Berbeda dengan hasil penelitian Insani (2018) menyatakan bahwa pelaksanaan SKP 4 di RSUD Queen Latifa telah maksimal dengan hasil 100% dilihat dari hasil observasi dokumen ditemukan *checklist* untuk verifikasi saat preoperasi dan SOP.

5. Insiden Terkait SKP 5 (Pengurangan Risiko Infeksi)

Infeksi yang terjadi pada pelayanan kesehatan selama masa perawatan merupakan hal yang harus dibatasi penyebarannya dan tindakan pengurangan terhadap risiko infeksi dilaksanakan *hand hygiene* sesuai aturan adalah cara yang paling efektif untuk dilakukan (KARS, 2017). Angka kejadian infeksi nosokomial atau infeksi baru selama perawatan berlangsung rentan terjadi di rumah sakit (Iswati, 2013). Hasil penelitian menunjukkan insiden terkait risiko infeksi sebesar (1,45%, n=2) yaitu flebitis. Menurut standar pelayanan minimal bahwa angka kejadian infeksi nosokomial pasien rawat inap 1,5% sehingga disimpulkan bahwa telah memenuhi standar pelayanan minimal.

Persentase insiden terkait risiko infeksi di lokasi penelitian (1,45%, n=2) lebih kecil dibandingkan dengan penelitian di RSUD Pangkep dimana penderita yang mengalami *phlebitis* akibat pemasangan infus ketika dirawat di rumah sakit mencapai (54,8%, n=23) (Arifudin, 2013). Karakteristik angka kejadian flebitis yang terjadi berdasarkan penyebabnya masih variatif, penyebab yang sering terjadi pada pasien sering dipengaruhi oleh faktor usia, penyakit kronis (misal *diabetes mellitus*, hipertensi, gagal ginjal kronik, kanker), jenis cairan yang diberikan (osmolaritas cairan), juga teknik pemasangan yang salah serta masih ditemukan petugas yang tidak melakukan dressing atau perawatan luka infus yang seharusnya dilakukan setiap hari. *Phlebitis* merupakan masalah yang serius tetapi tidak

menyebabkan kematian karena dapat merugikan pasien dengan menambah kesakitan pada pasien dan tingginya biaya karena lamanya perawatan di rumah sakit (Nurjanah, 2011).

6. Insiden Terkait SKP 6 (Pengurangan Risiko Pasien Jatuh)

Standar *Joint Commission International (JCI)* terdapat upaya penanggulangan kejadian pasien jatuh di rumah sakit. Terutama disebutkan pada *International Patient Safety Goals (IPSG)*, yaitu mengurangi risiko pasien jatuh. Menurut Kepmenkes No 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) RS bahwa standar tidak adanya pasien jatuh adalah 100%. Hasil penelitian menunjukkan insiden terkait pengurangan risiko pasien jatuh sebesar (13,04, n=18) sehingga dapat disimpulkan perlu adanya upaya untuk mengurangi risiko jatuh.

Sebagian besar cedera pada pasien terjadi karena jatuh di kamar, dimana dalam hal ini pihak rumah sakit seharusnya melaksanakan assesmen risiko jatuh, evaluasi risiko pasien terhadap jatuh dan segera bertindak mengurangi risiko terjatuh serta cedera yang diakibatkannya menjadi sangat diperlukan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa risiko jatuh menimbulkan cedera yang cukup fatal hingga pasien harus dilakukan reposisi dengan GA keesokan harinya. Hal ini sejalan dengan *Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care* bahwa di Amerika Serikat sekitar 700.000 hingga 1.000.000 pasien jatuh dilaporkan di rumah sakit setiap tahun. Beberapa kasus mengakibatkan patah tulang, luka robek, atau perdarahan internal dengan menambah biaya dan sumberdaya (Ganz, 2013). Hal ini juga sesuai dengan pernyataan Stanley (2006) dimana dampak dari tidak terlaksananya penerapan *patient safety* risiko jatuh yaitu mengakibatkan berbagai jenis cedera, kerusakan fisik dan psikologis. Kerusakan fisik yang paling ditakuti dari kejadian jatuh yaitu patah tulang panggul. Fraktur yang sering terjadi akibat jatuh adalah fraktur pergelangan tangan, lengan atas dan *pelvis* serta kerusakan jaringan lunak. Dampak psikologis adalah *syok*, pembatasan dalam aktivitas sehari-hari dan *fobia* jatuh.

SIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa ditemukan berbagai variasi insiden berdasarkan sasaran keselamatan pasien, pada Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) 1 terdapat 14 variasi insiden (31,88%, n=44) didominasi oleh tidak terpasangnya gelang identitas, pada SKP 2 terdapat 8 variasi insiden (7,97%, n=11) dengan insiden terbanyak yaitu kesalahan komunikasi antara perawat dengan petugas laboratorium, pada SKP 3 terdapat 14 variasi insiden (41,30%, n=57) didominasi dengan ketidaksesuaian obat, pada SKP 4 terdapat 3 variasi insiden (2,90%, n=4) didominasi oleh insiden yang terjadi setelah operasi, pada SKP 5 terdapat 1 variasi insiden (1,45%, n=2) yaitu flebitis, dan pada SKP 6 terdapat 6 variasi insiden (13,04%, n=18) dengan insiden yang paling mendominasi adalah pasien jatuh di kamar. Monitoring perlu ditingkatkan terutama pada SKP 3 yang memiliki persentase insiden tertinggi diantara SKP lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Apriliawanti, A. (2010). Manfaat Technology Emar (Electronic Medication Administration Record) dengan Barcode dalam Medikasi yang Aman. Jakarta : Universitas Indonesia.
- Arifuddin, H., E. Kadrianti, Y. Haskas. (2013). Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Plebitis Pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Pangkep. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*. Vol 2 (2): 80-86.
- Budi, S.C., Fatmah. (2018). Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Studi Literatur Riview. *Prosiding Seminar And Workshop Public Health Action (Swopha)*. 10 Oktober 2018. Semarang. Hal 49.
- Cheung KC, Bouvy ML, and Smet PAGMD. (2009). Medication Errors: The Importance of Safe Dispensing. *British Journal of Clinical Pharmacology*. Vol67 (6): 676–680.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Jakarta. Depkes RI.
- Forster, A.J, Asmis TR, Clark HD, et al. (2004). Ottawa Hospital Patient Safety Study: Incidence & training of adverse events in patient safety admitted to a Canadian teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal*. Vol 170 (8).

- Ganz, D.A., Huang, C., Saliba, D., *et al.* (2013). *Preventing Falls in Hospitals : A Toolkit for Improving Quality of Care*. Boston. AHRQ Publication.
- Harkanen, M. (2018). Medication administration errors and mortality: Incidents reported in England and Wales between 2007 2016. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. Elsevier.
- Harsul,W., S.Syahrlul, A.Majid. (2018). Penerapan Budaya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Tipe B Provinsi Sulawesi Selatan. Vol 2(2):119-126.
- Holmstrom, A.R *et al.* (2018). Inter-rater reliability of medication error classification in a voluntary patient safety incident reporting system HaiPro in Finland. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. Elsevier.
- Insani, T.H.N. (2018). Analisis Pelaksanaan Keselamatan Pasien oleh Perawat. *Journal of Health Studies*. Vol 2(1). 84-95.
- Iswati. (2013). Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit. Akademi Keperawatan Adi Husada. Hal 59-63.
- JCAHO. (2007). Patient safety matters information and communication. *Spesial Issue*. 2 (1).
- Kamil, H. (2011). Handover dalam pelayanan keperawatan. Vol 4(11):102-116.
- KARS. (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit*. Edisi 1. Jakarta. Depkes RI.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- Kusharwanti, W., S.C. Dewi, M.K. Setiawati. (2014). Pengoptimalan Peran Apoteker dalam Pemantauan dan Evaluasi Keselamatan Pasien. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*. Vol 3(3):67-76.
- Leonard, M., Graham, S, Bonacum D. (2004). The Human Factor: The Critical Importance Of Effective Teamwork And Communication In Providing Safe Care. *BMJ*.
- Lestari, S., Q. Aini. (2015). Pelaksanaan Identifikasi Pasien Berdasarkan Standar Akreditasi JCI guna meningkatkan program *patient safety* Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. *Jurnal Medicoeticolegal Manajemen Rumah Sakit*. Vol 4(1).
- Nazri, F., S. Juhariah, M. Arif. (2015). Implementasi Komunikasi Efektif Perawat-Dokter dengan Telepon di Ruang ICU Rumah Sakit Wawa Husada. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. Vol 28(2).
- Nurjanah, D.Kristiyawati, S.P.Solechan, Achmad. (2011). Hubungan Antara Lokasi Penusukan Infus dan Tingkat Usia dengan Kejadian Phlebitis di Ruang Rawat Inap Dewasa RSUD Tugurejo Semarang. *Karya Ilmiah S.1 Ilmu Keperawatan*. Vol 1(1).
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. www.kemhan.go.id. Diakses tanggal 1 November 2018.
- Pasaribu, A.T.U. (2017). Gambaran Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien Oleh Perawat Di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD Pasar Minggu Tahun 2017. *Skripsi*. Program Studi Kesehatan Masyarakat, UIN, Jakarta.
- Pitoyo, A.Z., T.Hariyanto, N.Yuliansyah. (2016). Kebijakan Sistem Penyimpanan Obat LASA, Alur Layanan, dan Formulir untuk Mencegah Dispensing Error. Vol 29(3) : 235-244.
- Perwitasari, D.A., J.Abror, I.Wahyuningsih. (2010). Medication errors in outpatients of a government hospital in yogyakarta Indonesia. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*. Vol 1(1). Yogyakarta
- Reader TW, Flin R, Cuthbertson BH. (2007). Communication skills and error in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*. Vol 13(6):732-736

- Sakinah, S., P.A.Wigati, S.P.Arso. (2017). Analisis Keselamatan Pasien Dilihat Dari Aspek Pelaksanaan Identifikasi Pasien dan Keamanan Obat Di RS Kepresidenan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol 5(4):147.
- Setiyani, M. D., Zuhrotunida, Syahridal. (2016). Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Tangerang. *JKFT*. 59-69.
- Siregar, R., W. Utomo, Misrawati. (2014). Analisis Pelaksanaan Marking Pra Bedah Di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. *Jurnal Online Mahasiswa*. Vol 1(2).
- Stanley. (2006). Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 2. Jakarta. EGC.
- Sumarni. (2013). Analisis Implementasi *Patient Safety* Terkait Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*. Vol 5(2): 91-99.
- Tambayong, J. (2005). *Farmakologi: untuk keperawatan*. Jakarta. Widya Medika.
- Umaterate, T.S., Kumaat, L.T, Mulyadi. (2015). Hubungan Pelaksanaan Identifikasi Pasien Secara Benar dengan Kepuasan Pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *E-Journal Keperawatan*. Vol 3(2): 1-6
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. www.depkes.id. Diakses tanggal 1 Desember 2018.
- WHO. (2009). *WHO Guidelines for Safe Surgery: Safe Surgery Saves Lives*. Geneva.
- WHO. (2009). *World alliance for patient safety : Forward Programme 2008-2009*. www.who.int/iris/handle/10665/70460.