

Penulis:
Nabilatul Fanny, SKM., MKM
Liss Dyah Dewi Arini, S.Si., M.Si

Patient Safety (Keselamatan Pasien)



PATIENT SAFETY

(Keselamatan Pasien)

Penulis:

Nabilatul Fanny, SKM., MKM

Liss Dyah Dewi Arini, S.Si., M.Si



Patient Safety (Keselamatan Pasien)

Penulis:

Nabilatul Fanny, SKM., MKM
Liss Dyah Dewi Arini, S.Si., M.Si

ISBN : 978-623-8676-20-0

Editor:

Liss Dyah Dewi Arini, S.Si., M.Si

Penerbit :

Yayasan Drestanta Pelita Indonesia
Anggota IKAPI No. 276/Anggota Luar Biasa/JTE/2023

Redaksi:

Jl. Kebon Rojo Selatan 1 No. 16, Kebon Batur.

Mranggen, Demak

Tlpn. 081262770266

Fax . (024) 8317391

Email: isbn@yayasandpi.or.id

Hak Cipta dilindungi Undang Undang
Dilarang memperbanyak Karya Tulis ini dalam bentuk apapun.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk draft buku dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Draft buku ini disusun oleh sejumlah mahasiswa dan mahasiswi. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja.

Sistematika buku Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja ini mengacu pada pendekatan konseptoris dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan book chapter ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran di perguruan tinggi dan sejenis lainnya.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan draft buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Surakarta, Juli 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii	
DAFTAR ISI.....	.iv	
KONSEP DASAR, RUANG LINGKUP, DAN SEJARAH		
PERKEMBANGAN KESELAMATAN PASIEN.....		1
Pendahuluan.....	1	
Evidence Base Practice	5	
Regulasi Terkait Pasien Safety.....	9	
Konsep Model dan Perkembangan Pasien Safety	12	
Global Patient Safety Action Plan 2021–2030.....	18	
KEBUTUHAN DASAR KESELAMATAN PASIEN.....		30
SASARAN, STANDAR DAN PRINSIP KESELAMATAN PASIEN		40
Sasaran Keselamatan Pasien	40	
SKP 1 Mengidentifikasi Pasien dengan Benar.....	41	
SKP 2 Peningkatan Komunikasi yang Efektif	42	
SKP 3 Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu diwaspadai.....	43	
SKP 4 Kepastian Tepat Lokasi Prosedur dan Tepat Pasien Operasi	46	
SKP 5 Pengurangan Risiko Infeksi terkait Pelayanan Kesehatan	48	
SKP 6 Pengurangan Risiko Pasien Jatuh	49	
Standar Keselamatan Pasien.....	50	
Prinsip Keselamatan Pasien.....	57	
MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN DAN KEBIJAKAN		
KESELAMATAN PASIEN.....		62
Pendahuluan.....	62	

Manajemen Keselamatan Pasien	63
Kebijakan Keselamatan Pasien	64
Peran Perawat dalam Manajemen Keselamatan Pasien	67

KAJIAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DALAM PERSPEKTIF PATRICIA BANNER	72
Pendahuluan	72
Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	73
Hazard/Bahaya	75
Jenis Pelaporan	76
Metode Pelaporan	77
Alur Pelaporan	77
Grading Risiko Insiden Keselamatan Pasien	80
Formulir Laporan Kejadian Keselamatan Pasien	82
Aplikasi Konsep Patricia Banner dalam Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	83

SOLUSI KESELAMATAN PASIENDAN RESIKO PASIEN

JATUH	89
Solusi Keselamatan Pasien	89
Pembahasan 9 Solusi Keselamatan Pasien	91
Resiko Pasien Jatuh	96
Faktor Risiko Jatuh	97
Dampak dan Probabilitas Risiko Pasien Jatuh	98
Manajemen Risiko Pasien Jatuh	99
Pengkajian dan Intervensi Risiko Jatuh	99
Intervensi Pencegahan Pasien Jatuh	103

KONSEP DASAR, RUANG LINGKUP, DAN SEJARAH PERKEMBANGAN KESELAMATAN PASIEN

Pendahuluan

Keselamatan dan kesehatan kerja merupakan suatu sistem yang berhubungan dengan pencegahan cedera dan penyakit. Potensi dampak terhadap masyarakat sekitar dan lingkungan. Untuk memastikan keberhasilan penerapan strategi keselamatan pasien; kebijakan yang jelas, kapasitas kepemimpinan, data untuk mendorong peningkatan keselamatan, profesional perawatan kesehatan yang terampil dan keterlibatan pasien yang efektif dalam perawatan mereka, semuanya diperlukan. Organizational health OH Dalam organisasi kesehatan mana pun, karakteristik organisasi di lingkungan kerja menghasilkan perilaku profesional kesehatan dan kinerja organisasi, seperti kematian pasien, infeksi terkait perawatan kesehatan, efek samping, kesalahan medis, pasien keselamatan, budaya keselamatan pasien, dll. Keselamatan dan kesehatan kerja, dipengaruhi oleh banyak faktor seperti kecepatan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, dunia pekerjaan yang beragam dan terus berubah, dan ekonomi. Risiko kesehatan dan keselamatan kerja merupakan risiko yang mengancam keberlangsungan bisnis dan kemampuannya

untuk bertahan Memiliki pengaruh yang signifikan terhadap keterlibatan dalam patient safety management activities PSMA karena itu, rumah sakit harus bertujuan untuk menciptakan lingkungan kerja yang sehat untuk mempromosikan keterlibatan dalam PSMA, pentingnya strategi yang berfokus pada keselamatan budaya di rumah sakit. Budaya keselamatan yang penting bagi organisasi kesehatan untuk memahami persepsi profesional kesehatan tentang keselamatan pasien dalam lingkungan kerja (Huang,et.al., 2020).

Keselamatan pasien diukur dengan menggunakan Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) dan The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). (AbuAlRub & Abu Alhijaa, 2014)(Huang et al., 2020; Kwon & Soon, 2019; Mihdawi, Al-Amer, et.al., 2020; Sturm et al., 2019) Menurut WHO Keselamatan Pasien adalah “*Patient safety is the absence of preventable harm to a patient during the process of health care.*” Keselamatan pasien sangat penting untuk memberikan layanan kesehatan esensial yang berkualitas. Memang, ada konsensus yang jelas bahwa layanan kesehatan berkualitas di seluruh dunia harus efektif, aman, dan berpusat pada masyarakat. Selain itu, untuk mewujudkan manfaat pelayanan kesehatan yang bermutu, pelayanan kesehatan harus tepat waktu, merata, terpadu dan efisien (ILO, 2015, 2022; Luis & Moncayo, 2008; Meliza, 2011).

Pandemi COVID-19 yang sedang berlangsung telah secara signifikan memperburuk risiko kesalahan pengobatan dan bahaya terkait pengobatan. '*Medication Safety*' dipilih sebagai tema Hari Keselamatan Pasien Sedunia 2022, dengan slogan '*Medication Without Harm*' pada 17 September 2022. Pada Mei 2019, *World Health Assembly* ke-72 mengesahkan penetapan Hari Keselamatan Pasien Sedunia, yang diperingati setiap tanggal 17 September. Hari Keselamatan Pasien Sedunia bertujuan untuk meningkatkan kesadaran tentang pentingnya keselamatan pasien, merangkul keterlibatan orang dan masyarakat dalam memberikan perawatan kesehatan berkualitas tinggi, mengurangi terjadinya dan biaya tinggi

kesalahan medis, dan menegaskan kembali prinsip dasar medis “*First, do no harm*”.

Tujuan Hari Keselamatan Pasien Sedunia 2022:

Meningkatkan kesadaran ingginya beban kerugian terkait pengobatan karena kesalahan pengobatan dan praktik yang tidak aman, dan menawarkan tindakan segera untuk meningkatkan keamanan pengobatan.

Libatkan pemangku kepentingan dan mitra utama dalam upaya mencegah kesalahan pengobatan dan mengurangi bahaya terkait pengobatan. pasien dan keluarga untuk secara aktif terlibat dalam penggunaan obat yang aman.

Peningkatan implementasi Keselamatan Pasien sebagai tantangan Global: 'Medication Without Harm (WHO, 2022; World Health Assembly, 2019; World Health Organization, 2019, 2020)

Keamanan, keselamatan, dan kesehatan kerja merupakan hal yang sangat penting untuk di ketahui dan di laksanakan oleh rumah sakit di Indonesia (Sari, 2019). Terjadinya efek samping akibat perawatan yang tidak aman kemungkinan merupakan salah satu dari 10 penyebab utama kematian dan kecacatan di dunia. Prosedur perawatan bedah yang tidak aman menyebabkan komplikasi pada hingga 25% pasien. kurangnya keselamatan pasien merupakan salah satu dari sepuluh penyebab utama kematian dan kecacatan; di negara-negara berpenghasilan tinggi, 50% dari peristiwa ini dapat dicegah. Menurut Morris dan O'Riordan (2017), di antara efek samping ini, jatuh rawat inap merupakan insiden keselamatan yang paling sering dilaporkan di rumah sakit *National Health Service (NHS)*; *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* melaporkan bahwa 700.000 hingga satu juta pasien rawat inap mengalami jatuh setiap tahun. Laporan lain merinci tingkat jatuh sebagai 3-5 per 1000 hari tidur; sekitar sepertiga dari jatuh ini mengakibatkan cedera, seperti trauma kepala dan patah tulang. Infeksi terkait perawatan kesehatan (*Healthcare-associated infection/HCAIs*) merupakan kejadian buruk utama lainnya yang berasal dari perawatan yang tidak aman. Hampir 1,7 juta pasien

rawat inap memperoleh HCAI saat menerima perawatan], dan beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa peningkatan kebersihan tangan dapat secara signifikan mengurangi infeksi ini (sekitar 50%). Hampir 7 juta pasien bedah menderita komplikasi yang signifikan setiap tahun, 1 juta di antaranya meninggal selama atau segera setelah operasi. Praktik penyuntikan yang tidak aman di tempat perawatan kesehatan dapat menularkan infeksi, termasuk HIV dan hepatitis B dan C, dan menimbulkan bahaya langsung bagi pasien dan petugas kesehatan; mereka bertanggung jawab atas beban kerugian yang diperkirakan mencapai 9,2 juta tahun kehidupan yang hilang akibat kecacatan dan kematian di seluruh dunia (dikenal sebagai *Disability Adjusted Life Years* (DALYs)). Pada tahun 1999, 8% - 12% pasien yang dirawat di rumah sakit menderita efek samping saat menerima perawatan, publikasi 'to err is human' menyarankan pendekatan yang komprehensif pendekatan dalam meningkatkan keselamatan pasien. WHO dan Komisi Eropa serta badan resmi lainnya telah menyarankan penerapan strategi nasional untuk mengatasi masalah utama yang berkaitan dengan peningkatan keselamatan pasien. Ini termasuk bidang intervensi seperti organisasi, kebijakan dan personel perkembangan, langkah-langkah pemantauan dan langkah-langkah untuk meningkatkan kesadaran publik. Selain itu, dalam sistem perawatan kesehatan kita harus mempertimbangkan perbedaan pembiayaan lingkungan, budaya, profesional dan perawatan kesehatan.

Table 1 WHO - 10 Facts on patient safety

1	Patient safety is a serious global public health issue
2	One in 10 patients may be harmed while in hospital
3	Hospital infections affect 14 out of every 100 patients admitted
4	Most people lack access to appropriate medical devices
5	Unsafe injections decreased by 88% from 2000 to 2010
6	Delivery of safe surgery requires a teamwork approach
7	About 20% - 40% of all health spending is wasted due to poor-quality care
8	A poor safety record for health care
9	Patient and community engagement and empowerment are key
10	Hospital partnership can play a critical role

Source: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/erv
Accessed 11-Nov-2014.

(Sendlhofer & Kamolz, 2015)

Evidence Base Practice

Kesalahan diagnostik terjadi pada sekitar 5% orang dewasa dalam pengaturan perawatan rawat jalan, lebih dari setengahnya berpotensi menyebabkan masalah kesehatan. Praktik transfusi yang tidak aman pada pasien akan berisiko mengalami reaksi transfusi yang merugikan pasien dan berisiko mengalami penularan infeksi. Data tentang reaksi transfusi yang merugikan dari sekelompok

21 negara menunjukkan kejadian rata-rata 8,7 reaksi serius per 100.000 komponen darah yang didistribusikan. Sebuah tinjauan dari 30 tahun data yang diterbitkan tentang keamanan dalam radioterapi memperkirakan bahwa kejadian kesalahan secara keseluruhan adalah sekitar 15 per 10.000 program pengobatan. Berdasarkan data dari lebih dari 400.000 pasien dan survei dari 26.000 perawat di seluruh Eropa, Setelah disesuaikan untuk pasien dan rumah sakit lainnya karakteristik, setiap peningkatan 10% dalam perawatan yang terlewatkan dikaitkan dengan 16% risiko kematian yang lebih besar (Ball & Griffiths, 2018) Sepsis sering tidak didiagnosis cukup dini untuk menyelamatkan hidup pasien. Karena infeksi ini sering resisten terhadap antibiotik, mereka dapat dengan cepat menyebabkan memburuknya kondisi klinis, mempengaruhi sekitar 31 juta orang di seluruh

dunia dan menyebabkan lebih dari 5 juta kematian per tahun. Tromboemboli vena (pembekuan darah) adalah salah satu penyebab cedera pasien yang paling umum dan dapat dicegah, berkontribusi pada sepertiga dari komplikasi yang dikaitkan dengan rawat inap. Setiap tahun, diperkirakan ada 3,9 juta kasus di negara-negara berpenghasilan tinggi dan 6 juta kasus di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Di negara-negara berpenghasilan tinggi, diperkirakan satu dari setiap 10 pasien terluka saat menerima perawatan di rumah sakit. Kerusakan dapat disebabkan oleh berbagai efek samping, dengan hampir 50% dari mereka dapat dicegah. Setiap tahun, 134 juta efek samping terjadi di *hospitals in low- and middle-income countries* (LMICs), karena perawatan yang tidak aman, yang mengakibatkan 2,6 juta kematian.

Secara global, sebanyak 4 dari 10 pasien dirugikan dalam pelayanan kesehatan primer dan rawat jalan. Hingga 80% dari bahaya dapat dicegah, Kesalahan yang paling merugikan adalah terkait dengan diagnosis, persepsian dan penggunaan obat. Satu dari sembilan kontrak orang dewasa infeksi di rumah sakit. Satu dari sembilan pasien menerima obat yang salah atau dosis yang salah. Lebih banyak kematian setelah mengalami yang merugikan kejadian di rumah sakit daripada kematian akibat Kanker payudara, kendaraan bermotor dan HIV digabungkan. Menurut laporan WHO, satu dari sepuluh pasien dirugikan selama rawat inap, 14 dari setiap 100 pasien yang terkena dampak Infeksi yang Didapat di Rumah Sakit. 2% pasien harus menjalani pembedahan komplikasi untuk 234 juta operasi operasi yang dilakukan setiap tahun, 6,3 peristiwa per hari pasien di AS setiap tahun karena alat kesehatan. 20-40% kesehatan pengeluaran menjadi sia-sia karena kualitas yang buruk kegagalan perawatan dan keselamatan. Infeksi nosokomial menambah biaya perawatan pasien, memperpanjang periode rawat inap dan secara signifikan meningkatkan resiko kematian (Cecilia, Elizabeth, & Rukweza, 2019; Kamil, 2009). Kesalahan medis adalah penyebab utama kematian kedelapan di Amerika Menurut statistik keselamatan pasien tahun 1999, yang dikeluarkan oleh *Institute for Health Care Improvement*

(2013) jumlah orang Amerika meninggal setiap tahun karena kesalahan medis dalam perawatan kesehatan setinggi 98,000. Telah ditemukan bahwa sebagian besar kasus insiden keselamatan pasien itu adalah sistem, kondisi, prosedur, kendala, dan lingkungan yang sering dihadapi pasien, yang mengarah pada masalah keamanan. Kurangnya komitmen manajemen dan organisasi personel juga akan menyebabkan peningkatan tingkat insiden keselamatan pasien dalam *health care setting* (Kadhim, 2017)

Patient Safety Culture in Turkish General Hospitals: Nurse Study Patient Safety Perception

Table 1 Safety Culture Dimensions at Unit and Hospital Levels

Safety culture dimensions (unit level)	Safety culture dimensions (hospital level)	Outcome dimensions
1. Supervisor/Manager Expectations and Actions Promoting Safety	8. Hospital Management Support for Patient Safety	11. Frequency of Event Reporting
2. Organizational Learning-Continuous Improvement	9. Teamwork Across Hospital Units	12. Overall Perceptions of Safety
3. Teamwork Within Units	10. Hospital Handoffs and transitions	13. Patient Safety Grade (of the Hospital Unit)
4. Feedback and Communication about Error		14. Number of events reported
5. Nonpunitive Response to Error		
6. Staffing		
7. Communication Openness		

Table 3 Average Percentages of Positive Responses on the Patient Safety Culture Dimensions

Patient safety culture dimensions	Average % of positive responses in our study
Hospital management support for patient safety	80 ^a
Supervisor/manager expectations and actions promoting patient safety	79 ^a
Organizational learning-continuous improvement	72
Teamwork within units	70
Feedback and communication about error	67
Overall perceptions of safety	61
Staffing	54
Teamwork across hospital units	52
Nonpunitive response to error	49
Communication openness	46
Frequency of events reported	40
Hospital handoffs and transitions	32

^a Strength area

Table 2 Patient safety culture composites and definitions

Patient safety culture composite	Definition: <i>The extent to which...</i>
1. Communication openness	Staff freely speak up if they see something that may negatively affect a patient, and feel free to question those with more authority
2. Feedback and communication about error	Staff are informed about errors that happen, given feedback about changes implemented, and discuss ways to prevent errors
3. Frequency of events reported	Mistakes of the following types are reported: (1) mistakes caught and corrected before affecting the patient, (2) mistakes with no potential to harm the patient, and (3) mistakes that could harm the patient, but do not
4. Handoffs and transitions	Important patient care information is transferred across hospital units and during shift changes
5. Management support for patient safety	Hospital management provides a work climate that promotes patient safety and shows that patient safety is a top priority
6. Nonpunitive response to error	Staff feel that their mistakes and event reports are not held against them, and that mistakes are not kept in their personnel file
7. Organizational learning Continuous improvement	There is a learning culture in which mistakes lead to positive changes and changes are evaluated for effectiveness
8. Overall perceptions of patient safety	Procedures and systems are good at preventing errors and there is a lack of patient safety problems
9. Staffing	There are enough staff to handle the workload and work hours are appropriate to provide the best care for patients
10. Supervisor/manager expectations and actions promoting safety	Supervisors/managers consider staff suggestions for improving patient safety, praise staff for following patient safety procedures, and do not overlook patient safety problems
11. Teamwork across units	Hospital units cooperate and coordinate with one another to provide the best care for patients
12. Teamwork within units	Staff support one another, treat each other with respect, and work together as a team

Source: Sorra et al. (2008, pp. 13-14)

(Top & Tekingündüz, 2015)

(Top & Tekingündüz, 2015)

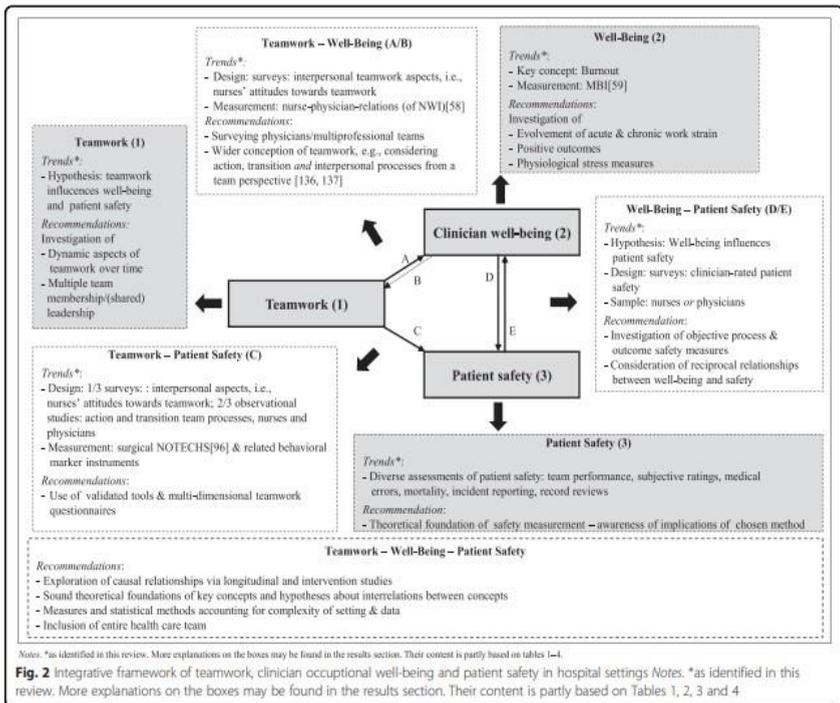


Fig. 2 Integrative framework of teamwork, clinician occupational well-being and patient safety in hospital settings. Notes. *as identified in this review. More explanations on the boxes may be found in the results section. Their content is partly based on Tables 1, 2, 3 and 4.

Hubungan substansial antara **kombinasi dua dari tiga konsep kerja tim, kesejahteraan, dan keselamatan pasien**, yang menunjukkan bahwa ketiganya mungkin mempengaruhi satu sama lain, mengidentifikasi tren untuk mengatasi kesenjangan ini. Merujuk pada tiga rekomendasi utama (yaitu, pendekatan komprehensif untuk kerja tim, kesejahteraan klinisi, dan pasien) keamanan; pertimbangan dari seluruh tim kesehatan dan eksplorasi hubungan kausal) akan menghasilkan penelitian yang secara substansial mengeksplorasi dan mendukung hubungan hipotesis antara kerja tim, kesehatan kerja dokter dan keselamatan pasien. Perspektif integratif dari sinergi antara kerja tim, kesejahteraan dan keselamatan pasien akan menginformasikan penelitian masa depan, dan tujuan untuk memberi manfaat bagi tenaga medis dan pasien. (Welp & Manser, 2016). Memelihara budaya keselamatan kerja mendorong sumber daya penting untuk meningkatkan kesejahteraan staf, sehingga berkontribusi untuk membangun dan mempertahankan lingkungan

yang sehat dan tenaga kerja yang tangguh. Sekarang adalah waktu untuk mengubah krisis COVID-19 menjadi peluang untuk membangun ketahanan rumah sakit dan individu. Keselamatan Pasien dan Kesejahteraan Staf: Budaya Organisasi sebagai sebuah Sumber Daya. Dalam pascapandemi, institusi kesehatan harus menyusun ulang strategi untuk menumbuhkan sikap suportif dan lingkungan yang aman untuk kesejahteraan pasien dan staf. Misalnya, manajer harus mengalihkan lebih banyak sumber daya untuk membantu perawat dan orang-orang dari etnis minoritas untuk mengatasinya stres dan kelelahan yang disebabkan oleh pandemi (Lu et al., 2022).

Regulasi Terkait Pasien *Safety*

Standar keselamatan pasien rumah sakit yang disusun ini mengacu pada “*Hospital Patient Safety Standards*” yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahsakit di Indonesia. Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan rumah sakit dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi Rumah Sakit. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

1. Hak pasien
2. Mendidik pasien dan keluarga
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan Pasien (Kemenkes RI, 2015)

Isu, Elemen, dan Akar Penyebab Kesalahan yang Paling Umum dalam Patient safety;

1. Lima isu penting terkait keselamatan (hospital risk) yaitu:
 - a. keselamatan pasien;
 - b. keselamatan pekerja (nakes);
 - c. keselamatan fasilitas (bangunan, peralatan);
 - d. keselamatan lingkungan;
 - e. keselamatan bisnis.
2. Elemen Patient safety
 - a. Advers drug events (ADE)/ medication error (ME) ketidakcocokan obat/ kesalahan pengobatan)
 - b. Restraint use (kendali penggunaan)
 - c. Nosocomial infections (infeksi nosokomial)
 - d. Pressure ulcers (tekanan ulkus)
 - e. Blood Product safety / administration
 - f. Pressure ulkus (tekanan ulkus)
 - g. Blood product safety administration (keamanan produk darah/administrasi)
 - h. Antimicrobial resistance (resistensi antimikroba)
 - i. Immunization program (program imunisasi)
 - j. Falls (terjatuh)
 - k. Blood stream-vaskular catheter care (aliran darah-perawatan kateter pembuluh darah)
 - l. Systematic review, follow-up, and reporting of patient/visitor incident reports (tinjauan sistematis, tindakan lanjutan, dan pelaporan pasien/pengunjung laporan kejadian)
3. Most Common Root Causes of Errors (Akar Penyebab Kesalahan yang Paling Umum):
 - a. Communication problems (masalah komunikasi)
 - b. Inadequate information flow (arus informasi yang tidak memadai)
 - c. Human problems (masalah manusia)
 - d. Patient-related issues (isu berkenaan dengan pasien)
 - e. Organizational transfer of knowledge (organisasi transfer pengetahuan)
 - f. Staffing patterns/work flow (pola staf/alur kerja)
 - g. Technical failures (kesalahan teknis)
 - h. Inadequate policies and procedures (kebijakan dan prosedur yang tidak memadai) [AHRQ (Agency for Health care Research and Quality) Publication, 2003]

(Adventus, Mahendra, & Martajaya, 2019)

Sejarah Patient Safety

Gerakan keselamatan pasien sebagai sebuah revolusi sosial dalam praktek kedokteran dan rumah sakit adalah kenyataan yang harus dihadapi para dokter dan organisasi profesi. Meskipun gerakan keselamatan pasien yang berawal di Amerika muncul sebagai sebuah keterpaksaan karena tekanan publik, namun gerakan ini merupakan gerakan yang mengandung nilai mortalitas.

Pada akhirnya, gerakan selamatan pasien adalah sebuah kewajiban. Menerima keselamatan pasien sebagai nilai baru dalam budaya organisasi berarti setiap dokter dan petugas kesehatan lainnya serta organisasi profesi harus berani berubah dari *blamming culture* menjadi *safety culture*.

Pada tahun 2001 The NPSA (*National Patient Safety Agency*) merbitkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien dapat membantu penerapan program keselamatan pasien di tingkat institusi layanan kesehatan sebagai daftar tilik dan acuan dalam membantu merencanakan kegiatan serta mengukur keberhasilan penerapan program.

Kini gerakan keselamatan pasien telah menggema ke seluruh dunia dan telah ditindaklanjuti, khususnya oleh Negara-negara maju dengan membentuk bagai organisasi yang bertujuan untuk menurunkan angka kejadian kesalahan medis (*medical error*).

Penerapan program keselamatan pasien di Indonesia juga masih relatif baru. Sekarang ini, PERSI bersama Departemen Kesehatan sedang gencar berkampanye mengenai program keselamatan pasien dan akhirnya terdeklarasi pada tanggal 21 Agustus 2005.

(Isnati, 2017)

Adapun istilah insiden keselamatan pasien yang telah dikenal secara luas berikut definisinya yaitu:

Insiden Keselamatan Pasien (IKP) / *Patient Safety Incident* adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi.

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / *Adverse Event* adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan ("*commission*") atau karena tidak bertindak ("*omission*"), bukan karena "*underlying disease*" atau kondisi pasien.

Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / *Near Miss* adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.

Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena “keberuntungan” (misal: pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau “peringanan” (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).

Kondisi Potensial Cedera (KPC) / “reportable circumstance” adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) yaitu suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misalnya Amputasi pada kaki yang salah, dan sebagainya) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku (Tutiany, Lindawati, & Krisanti, 2017).

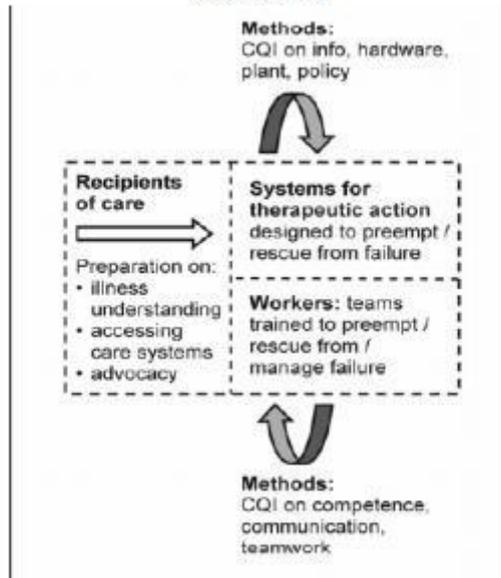
Konsep Model dan Perkembangan Pasien Safety

Vincent (2010) menawarkan model sederhana berikut untuk melihat keselamatan pasien. Ini membagi sistem perawatan kesehatan menjadi empat domain:

1. Mereka yang bekerja di bidang kesehatan
2. Mereka yang mendapat perawatan kesehatan atau memiliki saham dalam ketersediaannya
3. Infrastruktur sistem untuk intervensi terapeutik (proses pemberian layanan kesehatan,
4. Metode umpan balik dan perbaikan terus menerus

Keempat domain ini diwakili secara grafis pada Gambar 1. Setiap domain berinteraksi dengan domain lain dan lingkungan, seperti yang digambarkan oleh divisi semipermeable (garis putus-putus) di antara keduanya dan di sisi luarnya. Hasilnya adalah inti, model menyeluruh untuk keselamatan pasien.

Gambar 1



Sumber: Emanuel, Berwick & Conway (2008)

Model ini konsisten dengan definisi keselamatan pasien yang disebutkan di atas: Apa? dan dimana? Sesuai dengan domain ketiga, yaitu "Sistem untuk tindakan terapeutik:" Bagaimana? Sesuai dengan Keempat, "Metode"; Siapa? Sesuai dengan yang pertama dan kedua, yaitu "orang-orang yang bekerja dalam perawatan kesehatan" dan "orang-orang yang menerimanya atau memiliki saham dalam ketersediaannya". Model ini juga konsisten dengan kerangka berfikir yang ada yang mendukung pasien. Vincent (2010) mengidentifikasi tujuh elemen yang mempengaruhi keselamatan:

1. Faktor organisasi dan manajemen.
2. Faktor lingkungan kerja.
3. Faktor tim.
4. Faktor individu
5. Karakteristik Pasien
6. Faktor lingkungan eksternal.

Faktor-faktor ini menyebar di antara tiga domain; Sistem untuk tindakan terapeutik, orang-orang yang bekerja di bidang perawatan kesehatan, dan orang-orang yang menerimanya atau memiliki saham dalam ketersediaannya. Model nasional untuk akreditasi dan kualitas keselamatan pasien (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare / ACSQH, 2010) Pada bulan November 2006, ACSQH memulai tinjauan terhadap sistem dan standar keselamatan dan kualitas nasional, dan mengusulkan sebuah paket reformasi termasuk seperangkat standar nasional dimana layanan kesehatan dapat dinilai. Tahap pertama pelaksanaan reformasi akreditasi telah difokuskan pada pengembangan seperangkat Standar Pelayanan Kesehatan Keselamatan dan Mutu Nasional. Standar tersebut juga menyediakan sarana untuk menilai kinerja organisasi. Draft Standar telah dikembangkan untuk:

1. Tata Kelola untuk Keselamatan dan Mutu dalam Organisasi Pelayanan Kesehatan
2. Infeksi terkait kesehatan
3. Keamanan obat
4. Identifikasi Pasien dan Prosedur Pencocokan; dan
5. Timbang terima (Handover) Klinis

Lima topik tambahan saat ini dalam pengembangan, mencakup:

1. Darah dan keamanan darah
2. Bermitra dengan Konsumen
3. Pencegahan dan Penatalaksanaan Ulkus Tekanan
4. Mengakui dan Menanggapi Kerusakan Klinis; dan
5. Keselamatan dari jatuh.

WHO telah berperan penting dalam pembuatan panduan teknis dan sumber daya seperti Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien Multi-Profesional, Daftar Periksa Persalinan Aman, Daftar Periksa Keselamatan Bedah, solusi Keselamatan Pasien, dan 5 Momen untuk

Keamanan Obat (tersedia dalam bentuk cetak dan dalam bentuk Aplikasi).

Untuk mempromosikan solidaritas global, WHO juga telah mendorong penciptaan jaringan dan inisiatif kolaboratif seperti Jaringan Keselamatan Pasien Global dan Kolaborasi Keselamatan Pasien Global. Menyadari pentingnya keterlibatan aktif pasien dalam tata kelola, kebijakan, peningkatan sistem kesehatan, dan perawatan mereka sendiri, WHO juga menetapkan program Pasien untuk Keselamatan Pasien untuk mendorong keterlibatan pasien dan keluarga (WHO, 2019).

Keselamatan dan kualitas harus menjadi pekerjaan setiap orang yang bekerja di bidang kesehatan. Dengan tidak adanya kepemimpinan yang efektif, individu yang mungkin memiliki motivasi tinggi mungkin tidak memiliki kekuatan pendorong yang diperlukan untuk menerapkan motivasi mereka dalam latihan dan mungkin menjadi tindakan yang sesuai. Ketidakpastian tidak kondusif bagi perawatan pasien berkualitas tinggi yang aman Meskipun banyak yang telah dikatakan dalam beberapa tahun terakhir tentang **perlunya menciptakan "budaya yang adil" untuk mendorong keterbukaan dan kejujuran**, ada juga argumen yang mendukung penerapan terhadap kompetensi dan kinerja tersebut telah jatuh di bawah apa yang mungkin cukup diharapkan dari mereka.

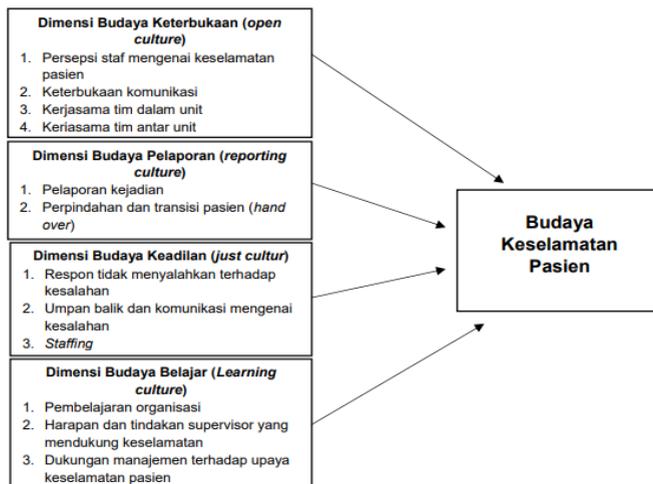
Masalah budaya terkadang diidentifikasi sebagai penghalang bagi perubahan sistem di seluruh dunia. Dilihat secara negatif, isu-isu budaya ini mengacu pada sikap dan perilaku profesional dan organisasi yang tahan terhadap gangguan yang dirasakan dan mewujudkan antipati terhadap perubahan. Sebaliknya, **budaya keselamatan positif ditandai oleh komunikasi terbuka, saling percaya, persepsi bersama tentang pentingnya keselamatan dan kepercayaan diri terhadap kemanjuran tindakan pencegahan**. Upaya yang meningkat diperlukan di Irlandia untuk memperbaiki budaya nasional, profesional dan organisasional sehingga keselamatan pasien dipahami, dipromosikan dan didukung di semua tingkat. Pengalaman dari sistem lain menunjukkan bahwa kepemimpinan profesional yang

efektif sangat penting dalam mencapai perubahan budaya yang diperlukan untuk menyediakan layanan berkualitas tinggi yang aman.

Menurut Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien, standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

1. Hak pasien
2. Pendidikan bagi pasien dan keluarga
3. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan
4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
6. Pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

(Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, 2019)



Gambar 2.1 – Kerangka Teori

Sumber: AHRQ Hospital Survey On Patient Safety Culture 2016

Paul Bate, Peter Mendel, dan Glenn Robert. Berdasarkan studi kasus multi-level dari tujuh rumah sakit terkemuka (termasuk dari Inggris dan Belanda), penelitian ini menemukan bahwa rumah sakit terbaik mampu mencapai, dan kemudian mempertahankan, tingkat kualitas karena mereka diakui dan telah sangat berhasil dalam menanggapi – secara berkelanjutan – enam umum tantangan. Enam tantangan umum yang diidentifikasi dari studi kasus adalah:

1. Struktural – kualitas pengorganisasian, perencanaan dan koordinasi;
2. Politik – menyikapi dan menanggapi politik perubahan seputar setiap upaya peningkatan kualitas;
3. Budaya – memberikan kualitas makna, nilai kolektif bersama dan signifikansi dalam organisasi;
4. Edukatif – menciptakan proses pembelajaran yang mendukung peningkatan;
5. Emosional – melibatkan dan memobilisasi orang dengan menghubungkan kualitas upaya peningkatan sentimen batin dan komitmen serta keyakinan yang lebih dalam; dan
6. Fisik dan teknologi – perancangan sistem fisik dan infrastruktur teknologi yang mendukung dan menopeng upaya kualitas.

Model DISC menggambarkan enam kriteria tingkat organisasi untuk: budaya keselamatan yang baik (bagian dalam dari Gambar 2).

1. Keselamatan adalah nilai asli dalam organisasi dan mencerminkan untuk pengambilan keputusan dan aktivitas sehari-hari
2. Keselamatan dipahami sebagai fenomena yang kompleks dan sistemik
3. Bahaya dan persyaratan tugas ini mudah dipahami secara menyeluruh.
4. Organisasi berhati-hati dalam praktiknya.
5. Tanggung jawab untuk fungsi yang aman dari seluruh sistem adalah diambil.
6. Kegiatan diatur dengan cara pengelolaan yang tepat

Model DISC juga menggambarkan fungsi: kepemimpinan, manajemen bahaya, strategi, pro-aktivitas, proses kerja, kondisi kerja, kompetensi, pengawasan, hubungan kontraktor, dan manajemen perubahan (bagian luar dari disk pada Gambar. 2) yang perlu dilakukan dengan tepat di organisasi agar dapat mendekati enam tujuan.

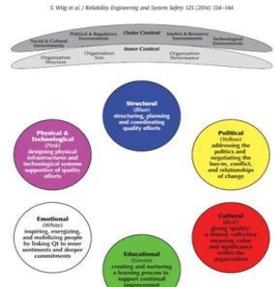


Fig. 1. Six common challenges (10)



Fig. 2. The DISC model (adapted from (10)(11))

(Ball & Griffiths, 2018)

Peningkatan kualitas membutuhkan kolaborasi antara profesional dan manajer dari disiplin ilmu yang berbeda. Ini menantang karena mereka memiliki perhatian dan tujuan yang berbeda dan menggunakan kosakata profesional yang berbeda. Dalam studi kasus rumah sakit, model bertindak sebagai objek, membantu kolaborasi dengan menghadirkan strategi perubahan yang koheren, dan mengarahkan perhatian ke arah pemikiran organisasi-sistem, dan budaya. Hal ini sejalan dengan penelitian terbaru yang menekankan pentingnya faktor-faktor ini dalam meningkatkan kualitas dan keamanan di kesehatan (Wiig et al., 2014).

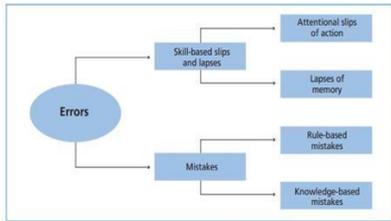


Dalam mendorong *Third Global Patient Safety Challenge*, WHO akan memberikan dukungan dengan tindakan di 10 bidang utama.

1. Memimpin tindakan untuk memastikan kunci keberhasilan dari tantangan;
2. Memfasilitasi program negara;
3. Untuk menugaskan laporan ahli untuk merencanakan dan memandu tindakan yang akan diambil;
4. Untuk mengembangkan strategi, pedoman, rencana dan alat tentang praktik pengobatan yang aman;
5. Untuk mempublikasikan strategi yang menstapakan penelitian prioritas dan memobilisasi sumber daya untuk penelitian internasional tentang rumah sakit penerima yang dihasilkan dari efek samping terkait obat;
6. Mengadakan peluncuran regional untuk mengemukakan komitmen politik, sebagai tindak lanjut dari peluncuran global;
7. Menciptakan komunikasi dan advokasi strategi, di samping kampanye global dengan materi promosi dan pendidikan untuk penggunaan di dalam negeri;
8. Memastikan pasien dan keluarga dekat terlibat dalam semua aspek Tantangan, termasuk dalam perkembangan peralatan pasien;
9. Untuk memantau dan mengevaluasi dampak dari Tantangan;
10. Untuk memobilisasi sumber daya untuk mengaktifkan keberhasilan pelaksanaan Tantangan

Global Patient Safety Action Plan 2021–2030

Tujuh puluh empat Majelis Kesehatan Dunia juga meminta Direktur Jenderal untuk melaporkan kembali kemajuan dalam implementasi rencana aksi global ke Majelis Kesehatan Dunia Ketujuh puluh enam pada tahun 2023 dan sesudahnya setiap dua tahun sampai tahun 2031 (World Health Organization, 2021)



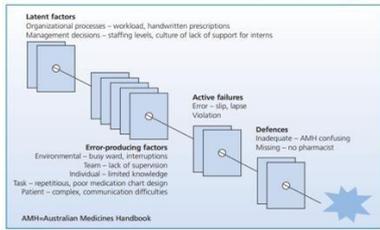
Source: Reason JT. Human error: models and management. British Medical Journal, 2000 [4].

Figure A.2.2. The Canadian Framework The Safety Competencies – Enhancing patient safety across the health professions



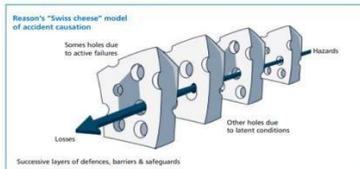
Source: The Safety Competencies, Canadian Patient Safety Institute, 2009 [2].

Figure B.1.1. Swiss cheese model: steps and factors associated with adverse events [7]



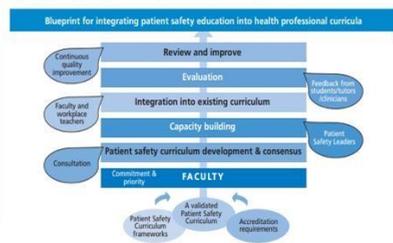
Source: Combes ID et al. Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. Medical Journal of Australia, 2008 (Adapted from Reason's model of accident causation) [4].

Figure B.3.1. Defences, barriers and safeguards



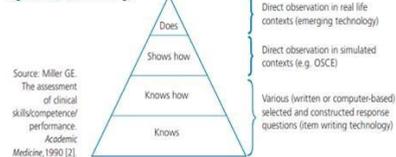
Source: Reason JT. Managing the risks of organisational accidents, 1997 [14].

Figure A.5.1. Integrating patient education into health professional curricula



Source: supplied by Marilyn Walton, Professor, Sydney School of Public Health, University of Sydney, Sydney, Australia, 2010.

Figure A.9.3. Miller's triangle

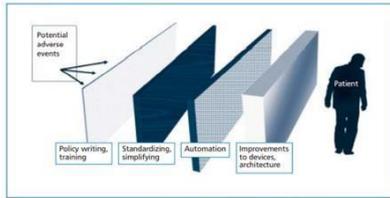


Source: Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine, 1990 [2].

Table B.3.1. Definitions of medico-legal terms

Type of medico-legal behaviour	Definitions	Comments
Negligence	<ol style="list-style-type: none"> Failure to exercise the skill, care and training expected of a reasonably prudent health-care provider [7]. Care provided failed to meet the standard of care reasonably expected of an average practitioner qualified to care for the patient in question (SP-KD 2000) or that fell below the standard expected of physicians in their community [8]. Failure to use such care in a reasonable prudent and careful person would use under similar circumstances [9]. The failure usually on the part of a physician or other health-care professional to exercise ordinary, reasonable, usual or expected care, prudence or skill that would usually or customarily be exercised by other reputable physicians treating similar patients in the performance of a legally recognized duty, resulting in foreseeable harm, injury or loss to another; negligence may be an act of omission (i.e. conscientious) or commission (i.e. intentional), characterised by inattention, recklessness, inconsideration, thoughtlessness or carelessness. In health care, negligence implies a substantial deviation from the "standard of medical practice" that would be exercised by a similarly trained professional under similar circumstances [10]. 	The components of negligence are determined by the country in which the action takes place.
Professional misconduct	(In the definition for malpractice.) Professional misconduct or unreasonable lack of skill in the performance of a professional act, a term that may be applied to physicians, lawyers and accountants [10]. Professional misconduct is separate from malpractice and relates to all health professionals. It is defined differently in many countries. Professional misconduct usually refers to a significant departure from the standard of care expected of a health professional.	Each country will have its own system for registering the different health professions and for managing complaints about professional competence and conduct.
Mistakes	<ol style="list-style-type: none"> An action that may conform exactly to the plan, but the plan is inadequate to achieve its intended outcome [11]. A rule-based or knowledge-based error that is an error of conscious thought. Rule-based errors usually occur during problem-solving when a wrong rule is chosen either because of a misperception of the situation and thus the application of the wrong rule, or because of misapplication of a rule, usually one that is strong (frequently used), that seems to fit adequately. Knowledge-based errors arise because of a lack of knowledge or misinterpretation of the problem [12]. A deficiency or failure in the judgement and/or inferential processes involved in the selection of an objective or in the specification of the means to achieve it, irrespective whether or not the actions directed by this decision-scheme run according to plans: errors of conscious, including rule-based errors that occur during problem solving when a wrong rule is chosen, and knowledge-based errors that arise because of lack of knowledge or misinterpretation of the problem [13]. 	Failure to be honest about errors may constitute professional misconduct in some countries. In some countries mistakes may be punishable. It is important to know how the country you are studying manages health-care mistakes.

Figure B.3.2. Layers of defences



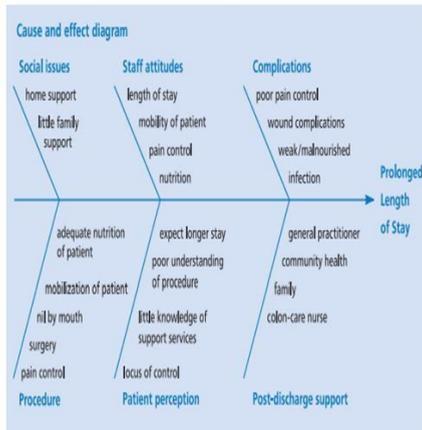
Source: Veterans Affairs (US) National Center for Patient Safety <http://www.patientfalls.org/> [17]

Figure B.7.1. Model for improvement



Source: Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

Figure B.7.5. Example of a cause and effect diagram



Source: Example of a flowchart from: Accelerated Recovery Colectomy Surgery (ARCS) North Coast Area Health Service, Australia.

Table B.4.1. Measures of effective teamwork

Measurable outcomes of effective teamwork		Individual benefits	
Organizational benefits	Team benefits	Patients	Team members
Reduced hospitalization time and costs	Improved coordination of care	Enhanced satisfaction with care	Enhanced job satisfaction
Reduced unanticipated admissions	Efficient use of health-care services	Acceptance of treatment	Greater role clarity
Better accessibility for patients	Enhanced communication and professional diversity	Improved health outcomes and quality of care	Enhanced well-being
		Reduced medical errors	

Source: Adapted from Muckan SM, Rodge SA. Effective health care teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 2005 [16]

Table B.4.2. Stages of team development

Stage	Definition
Forming	Typically characterized by ambiguity and confusion. Team members may not have chosen to work together and may communicate in a guarded, superficial and impersonal manner. They may be unclear about the task.
Storming	A difficult stage when there may be conflict between team members and some rebellion against the tasks assigned. Team members may jockey for positions of power and there may be frustration at a lack of progress in the task.
Norming	Open communication between team members is established and the team starts to confront the task at hand. Generally-accepted procedures and communication patterns are established.
Performing	The team focuses all of its attention on achieving the goals. The team is now close and supportive, open and trusting, resourceful and effective.

Source: Modified from Eli BH, O'Connor P, Crichton M. *Safety at the sharp end: a guide to non-surgical skills*, 2008 [18]

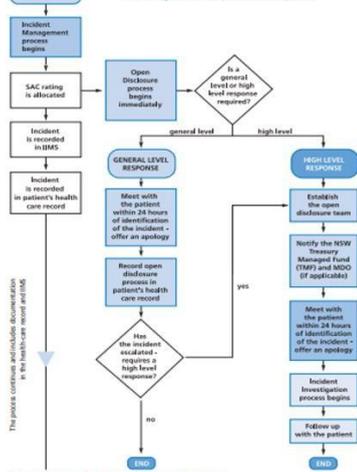
Figure B.7.A. Example of a flowchart



Source: Example of a flow chart from: Accelerated Recovery Colectomy Surgery (ARCS) North Coast Area Health Service, Australia.

Figure B.8.1. Open-disclosure process, New South Wales, Australia

Flow diagram of the open disclosure process



Source: Adapted from flow diagram of the open disclosure process: https://www.health.nsw.gov.au/healthcareopen/disclosure/2017_002.pdf [12].

(WHO, 2011)

Latar belakang keselamatan pasien Gerakan keselamatan pasien modern dimulai dalam beberapa tahun terakhir abad ke-20 dan telah mendapatkan momentum selama dua dekade pertama abad baru. Laporan utama dari Amerika Serikat, *To err is human*: membangun sistem kesehatan yang lebih aman (1) dan Kerajaan Inggris Raya dan Irlandia Utara, Sebuah organisasi dengan kenangan (2) lingkup subjek, menarik perhatian pada skala

masalah, kesejajaran dengan yang lain industri berisiko tinggi dan kelemahan sistem kesehatan dalam memprovokasi kesalahan manusia. Sekitar pada saat yang sama, serangkaian studi observasional di berbagai negara (3–5) menilai tingkat apa yang disebut "kesalahan medis" dalam perawatan rawat inap rumah sakit. Telah dirangsang oleh keterlibatan yang lebih besar dari akademisi dan praktisi dari lapangan keselamatan di luar perawatan kesehatan, dan oleh kepedulian publik tentang tingkat bahaya yang dapat dihindari selama perawatan pasien, banyak sistem perawatan kesehatan di seluruh dunia meluncurkan program yang ditujukan untuk: meningkatkan keselamatan pasien. Selama periode pengembangan keselamatan pasien ini, secara luas dinyatakan – dan tidak kritis diterima – bahwa langkah kunci dalam mengurangi risiko yang terkait dengan perawatan kesehatan adalah belajar dari hal-hal yang salah. Ini dengan cepat mengarah pada pembentukan insiden keselamatan pasien sistem pelaporan di tingkat fasilitas perawatan kesehatan dan, di beberapa negara, di tingkat nasional.

Optimisme yang mendorong terburu-buru untuk menempatkan sistem pelaporan di jantung keselamatan pasien program di seluruh dunia telah digantikan oleh skeptisisme (lahir lebih dari satu dekade pengalaman sistem semacam itu) bahwa pelaporan bukanlah mekanisme yang berdiri sendiri untuk mengurangi risiko dan meningkatkan keselamatan. Itu perlu menjadi bagian dari budaya keingintahuan dan pemahaman secara keseluruhan tentang bagaimana bahaya terjadi, tekad untuk mengekspos semua sumber risiko kepada pasien, ditambah dengan aturan dan proses investigasi yang dipahami dengan baik dan metode yang efektif untuk diterapkan perubahan berdasarkan pembelajaran ini (bagian yang paling sulit dari semuanya) untuk meningkatkan keselamatan.

Selain itu, tujuan dari banyak sistem kesehatan adalah untuk lebih memberdayakan pasien dan keluarga mereka sehingga bahwa mereka memainkan peran penting dalam mengidentifikasi sumber risiko dan potensi bahaya serta

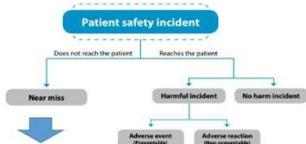
membantu untuk merancang sistem yang lebih aman, selain sepenuhnya terlibat dalam perawatan mereka sendiri untuk mencegah bahaya dan mengurangi risiko bahaya bagi mereka saat menerima perawatan kesehatan. Sistem pelaporan dan pembelajaran: status terkini Ada informasi sistemik terbatas yang tersedia tentang jenis bahaya terkait perawatan kesehatan terjadi di negara- negara berpenghasilan rendah dan menengah. Informasi yang tersedia dari berpenghasilan tinggi negara menunjukkan kesamaan dalam jenis kerusakan terkait perawatan kesehatan yang terjadi. Di Amerika Utara, Eropa, Australasia, dan banyak bagian Asia dan Timur Tengah, analisis informasi dalam laporan insiden keselamatan pasien dan temuan studi penelitian menunjukkan pola yang sangat konsisten.

Di seluruh dunia, pasien menderita kerugian di fasilitas perawatan kesehatan dan meninggal secara tidak wajar. Mereka cedera atau cacat yang dapat dihindari karena infeksi yang didapat, kesalahan dalam penggunaan obat atau dalam pelaksanaan prosedur. Mereka dapat terluka karena jatuh, menderita diagnosa yang tidak terjawab atau mengalami hal yang buruk manajemen klinis penyakit akut mereka. Mereka dapat dirugikan oleh boroktekanan, rusak atau peralatan yang disalahgunakan, atau staf yang tidak kompeten. Ini hanya beberapa sumber yang dapat dihindari menyakiti. Skala setiap jenis kerusakan bervariasi. Beban keseluruhan belum berkurang secara dramatis selama dekade terakhir, terlepas dari prioritas yang belum pernah terjadi sebelumnya yang telah diberikan untuk keselamatan pasien dalam sistem kesehatan ini. Banyak dari peristiwa berbahaya ini berpotensi dapat dihindari. Itu biaya manusia untuk pasien dan keluarga menjadi perhatian serius. Sedikit yang diketahui tentang tingkat dan sifat bahaya dalam perawatan primer, meskipun pekerjaan penting adalah meningkatkan pemahaman itu. Secara global, sebanyak empat dari 10 pasien terluka dalam pengaturan perawatan primer dan rawat jalan saat menerima perawatan kesehatan. Hingga 80% dari bahaya adalah dapat dicegah. Beberapa kesalahan yang paling

merugikan terkait dengan diagnosis, resep, dan penggunaan obat-obatan.

Dalam *Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)* negara, keragan pasien dapat mencapai lebih dari 6% dari hari-hari tempat tidur rumah sakit dan lebih dari 7 juta penerimaan. Di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, kurangnya infrastruktur, fasilitas dan akses memantulkan penyebab keragan tambahan dan sangat mendasar. Hal ini juga membantu untuk mengingat konseptualisasi insiden keselamatan pasien menjadi tiga: jenis – nyata celaka, tidak ada insiden yang membahayakan, insiden yang merugikan – seperti yang dijelaskan dalam *World Health Kerangka konseptual Organisasi (WHO)* untuk Klasifikasi Internasional untuk Pasien Safety (Gambar 1).

Figure 1. Classification of patient safety incidents



Pengertian dari ketiga jenis tersebut adalah

1. Hampir celaka (Near miss): insiden yang tidak sampai ke pasien (misalnya, satu unit darah terhubung ke jalur intravena pasien yang salah, tetapi kesalahan terdeteksi sebelum transfusi dimulai);
2. Tidak ada insiden yang membahayakan: insiden di mana suatu peristiwa mencapai pasien, tetapi tidak dapat dibedakan mengakibatkan keragan (misalnya, jika unit darah ditransfusikan, tetapi tidak tidak kompatibel);
3. Insiden yang merugikan: insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien (misalnya, pasien) unit darah yang salah ditransfusikan, dan pasien meninggal karena hemolitik reaksi).

Source: World Health Organization

Source: Reproduced, with the permission of the publisher, from Macrae (13)

Table 1. Mismatch between principles and practices of incident reporting: other industries and health care

Key principles in other industries	Common practices in health care
Focus on reporting incidents that provide serious, specific or surprising insights into system safety	Encourage reporting on any and all incidents that may in some way relate to safety concerns
Avoid swamping the reporting system to ensure thorough review of all reported incidents	Celebrate large quantities of incident reports and aim for ever-increasing overall reporting rates
Use incident report to identify and prioritize significant, new or emerging risks	Quantify, count and chart different categories of incident report to monitor performance trends
Harness the social processes of reporting to generate increased awareness and reporting of current risks	Aim to increase reporting rates to address perceived epidemiological or statistical biases in reported data
Expect reports to be inaccurate or incomplete; focus on the investigation as the means of obtaining complete picture	Improve accuracy of incident reports through more comprehensive data collection processes
Apply pragmatic incident taxonomies that support basic analysis, improvement action and retrospective search	Expect incident taxonomies to accurately explain and map complex realities
Ensure incident reporting systems are managed and coordinated by an operationally independent group	Incidents reported to direct supervisors or other operational managers within organization
Reporting constitutes one component of broad range of conversations and activities focused on safety and risk	Incident reporting represents the most visible safety activity for many organizations
Create regimes of mutual accountability for improvement and peer review of actions around incidents	Use reported incident data as an indicator to monitor organizational safety performance

Pekerjaan WHO pada keselamatan pasien pelaporan insiden dan pembelajaran Kerangka konseptual untuk Internasional Klasifikasi Keselamatan Pasien adalah “seperangkat konsep yang dihubungkan oleh hubungan semantik. Ini menyediakan struktur untuk mengatur informasi yang akan digunakan untuk berbagai tujuan lain, termasuk nasional statistik, studi deskriptif, dan penelitian evaluatif”.

Berkenaan dengan insiden berbahaya, “kejadian buruk” adalah insiden yang mengakibatkan bahaya yang dapat dicegah pada pasien; sebuah “reaksi yang merugikan” adalah bahaya yang tidak dapat dicegah yang dihasilkan dari tindakan yang dibenarkan di mana proses yang benar diikuti untuk konteks di mana insiden terjadi Meningkatkan proses belajar dari insiden Kemampuan terpenting dari sistem pelaporan dan pembelajaran insiden keselamatan pasien pasti efektivitasnya dalam mengurangi bahaya di masa depan dari jenis yang dilaporkan itu (Gambar 2).

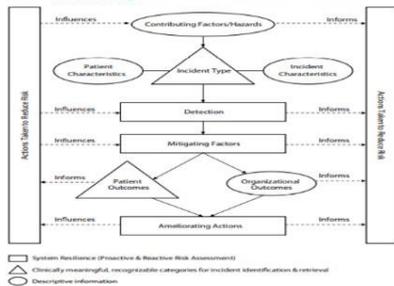
Figure 2. Responding to a patient safety incident report



Source: World Health Organization

Pekerjaan klasifikasi dilakukan oleh panel internasional dan melibatkan ekstensif konsultasi dan tinjauan oleh para ahli di bidang keselamatan, rekayasa sistem, kesehatan kebijakan, kedokteran dan hukum. Ini terbukti menjadi tugas yang panjang dan kompleks yang tidak mengarah pada klasifikasi yang lengkap tetapi malah menghasilkan laporan teknis, pada tahun 2009, menetapkan kerangka konseptual. Ini terdiri dari 10 kelas tingkat tinggi yang terdiri dari kerangka kerja konseptual untuk Klasifikasi Internasional untuk Keselamatan Pasien (Gambar 3). Kerangka kerja tersebut bertujuan untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang domain keselamatan pasien dan untuk mewakili siklus pembelajaran dan perbaikan yang menekankan pada identifikasi risiko, pencegahan, deteksi, pengurangan risiko, pemulihan insiden, dan ketahanan sistem, yang semuanya terjadi di seluruh dan pada setiap titik dalam kerangka konseptual.

Figure 3. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety



Source: World Health Organization

10 *high-level classes of patient safety* adalah:

1. Jenis insiden
2. Hasil pasien
3. Karakteristik pasien
4. Karakteristik insiden
5. Faktor/bahaya yang berkontribusi
6. Hasil organisasi
7. Deteksi
8. Faktor-faktor yang meringankan
9. Tindakan perbaikan
10. Tindakan yang diambil untuk mengurangi risiko.

Figure 7. Complex combination of factors contributing to Lac-Mégantic runaway train accident



Source: Reproduced from Transportation Safety Board of Canada (24).

Gambar 7 menunjukkan kombinasi kompleks faktor yang berkontribusi terhadap Lac-Mégantic kecelakaan kereta api kabur tahun 2013 (24). Kereta 72 gerbong berisi minyak mentah minyak bumi berguling menuruni bukit dan tergelincir dengan kecepatan tinggi di dekat area pemukiman kota, menyebabkan kecelakaan fatal kereta api. Penyelidikan berikutnya mempertimbangkan banyak faktor penyebab selain faktor mekanis masalah, termasuk sistem audit, budaya keselamatan dan faktor manusia.

Tindakan korektif dalam mengurangi risiko secara nyata dan berkelanjutan dari pengendalian analisis kumpulan insiden dapat memberikan wawasan memungkinkan empat jenis kegiatan (Gambar 5).

Tip 1: kegiatan surveilans. Wawasan sistemik berasal dari agregasi yang sangat besar jumlah laporan insiden memiliki nilai paling tidak langsung dalam bertindak atas sumber-sumber tertentu menyakit. Namun, ini sangat berharga dalam kegiatan pengawasan dan pemantauan skala besar. Analisis semacam itu menunjukkan pengaruh luas yang meningkatkan kemungkinan bahaya, yang solusinya umumnya jangka panjang dan bersifat perkembangan.

Tip 2: mendeteksi kegagalan kinerja sistem. Wawasan sistemik yang berasal dari analisis kumpulan laporan insiden yang menyoroti bidang perawatan yang menimbulkan bahaya bisa sangat berharga. Mereka membuka jendela pada aspek perawatan terbatas di mana bahaya adalah pengelompokan. Oleh karena itu, fokus perhatiannya sangat jelas dan dipahami dengan baik analisis umumnya tidak menentukan secara tepat sumber bahaya, sebagai penyebab yang mendasarinya cenderung bertip ganda. "Tampikan" dari jendela harus memiliki tujuan besar dan investigasi kegagalan kinerja layanan untuk memahami mengapa skala besar kerusakan sedang terjadi. Ini dapat diikuti oleh aksi lokal yang terkoordinasi secara nasional, baru peraturan, perubahan kebijakan dan prosedur klinis, atau tindakan lain yang mungkin tentang pengurangan besar dalam risiko untuk pasien.

Tip 3: menyelidiki kerusakan dalam ketahanan. Wawasan sistemik ke dalam situasi di mana tindakan pencegahan atau pengendalian harus dilakukan tetapi jika kerusakan telah terjadi mekanisme pertahanan adalah penggunaan penting lainnya dari data laporan insiden gabungan.

Tip 4: mengidentifikasi sumber bahaya baru yang serius. Database insiden keselamatan pasien yang lebih besar sangat berharga dalam kemampuan mereka untuk mendeteksi kelompok peristiwa langka dalam ruang dan waktu yang tidak akan mudah dikenal dari kejadian individu di tempat tempat kecil. Tipe ini wawasan sistemik muncul ketika sumber bahaya yang tampaknya baru terlihat dari analisis.

Figure 9. Uses and limitations of aggregated patient safety incident data

ACTIVITY	SOURCE OF ANALYSIS	STRENGTHS	WEAKNESSES
 Surveillance	All incident types	Highlights broad patterns and trends	Weak on systemic insights into immediately actionable
 Performance assessment	Incidents covering particular fields of care	Creates opportunity for system redesign and improved safety within a field of care	Requires extensive further investigation to assess nature of performance weaknesses
 Breakdown in resilience	Incidents pointing to failures in standards or control measures	Enables correction of breaks in defences	Caution can be wide ranging and restorative action complex
 New and uncommon sources of serious harm	Incidents of novel type showing clustering in time and space	Immediate opportunity to block harm and protect future patients	Needs highly active mining of data

Source: World Health Organization

(World Health Organization, 2020)

Komitmen kepemimpinan terhadap keselamatan diperlukan, dan ini dapat mencakup pengembangan dokumen struktural untuk memandu secara teratur pemantauan dan pemutakhiran (yaitu, kebijakan, prosedur, rencana, dan pedoman); pelatihan dan pendidikan staf yang komprehensif lalu Manajer dan staf harus bekerja sama untuk mengembangkan dan rencana pelatihan berkelanjutan yang akan memastikan keterlibatan setiap orang dalam membangun budaya keselamatan bersama. Di era teknologi ini, organisasi perawatan kesehatan perlu memperluas layanan dan, misalnya, meluncurkan platform virtual untuk memfasilitasi kolaborasi antara para profesional di dalam atau di seluruh fasilitas yang berbeda sebagai faktor penting dalam mendukung keselamatan pasien. Banyak penelitian telah menemukan bahwa peran yang muncul dari rekayasa faktor manusia dalam pemberian layanan kesehatan dapat memperbaiki kondisi kerja dan meminimalkan kesalahan medis yang terkait dengan efek samping (Aljaffary, Albaalharith, Alumran, Alrawiai, & Hariri, 2022). Banyak intervensi telah diterapkan secara luas di lingkungan rumah sakit untuk meningkatkan keselamatan pasien. Salah satu metode tersebut memerlukan promosi budaya keselamatan; lain melibatkan perbaikan aspek tertentu dari pemberian perawatan yang staf mengidentifikasi sebagai berbahaya bagi pasien. Beberapa penelitian telah menilai tren terbaru dari pemanfaatan IoT dalam perawatan kesehatan

untuk meningkatkan keselamatan pasien. Ahmadi dkk. (2019) menegaskan bahwa *Internet Of Think* (IoT) dapat digunakan untuk mencapai beberapa tujuan dalam manajemen rumah sakit, termasuk mencegah infeksi Internet hal-hal dalam perawatan kesehatan Penerapan IoT di bidang medis terus berkembang. Pada tahun 2014, Xu dkk. melakukan survei untuk memberikan tinjauan rinci tentang arsitektur IoT (bersama dengan teknologi utama lainnya) yang merevolusi layanan kesehatan. Pada tahun 2015, Islam dkk. mensurvei metodologi kerja dan penggunaan IoT dalam perawatan kesehatan, dengan mempertimbangkan berbagai layanan dan aplikasi IoT untuk kondisi medis tunggal dan berkelompok. Tinjauan lain mencatat bahwa IoT dapat memberdayakan individu dengan memberikan perawatan yang hemat biaya dan personal baik dalam perawatan klinis (untuk pasien rawat inap) dan pemantauan jarak jauh. Satu studi menilai arsitektur yang mendasari aplikasi IoT baru-baru ini dalam perawatan kesehatan, seperti pil pintar yang mengukur kepatuhan medis, kehidupan berbantuan ambient untuk pasien lanjut usia, dan m-health interaktif untuk pasien diabetes. Dimitrov merinci bagaimana industri farmasi bermitra dengan industri teknologi untuk mengembangkan sistem perawatan kesehatan berbasis IoT yang meningkatkan perawatan pasien.

Sementara banyak peneliti fokus pada arsitektur dan pengembangan berbagai aplikasi perawatan kesehatan berbasis IoT, beberapa penelitian berfokus pada bagaimana IoT berdampak pada aspek-aspek tertentu dari lingkungan rumah sakit, seperti keselamatan pasien dan efisiensi kerja. Banyak penelitian menegaskan bahwa IoT dapat secara signifikan meningkatkan keselamatan pasien, karena berbagai sistem alarm dapat memperingatkan penyedia layanan untuk mengembangkan kondisi pasien, memungkinkan mereka untuk bertindak sesuai. Dan Manfaat yang menjanjikan dari IoT dalam keselamatan pasien, analisis lebih lanjut yang mencakup data terbaru tentang Resiko pasien jatuh, kepatuhan Smart Hand Hygiene (HH), dan tingkat infeksi akan memberikan temuan lebih lanjut.(Yesmin, Carter, & Gladman, 2022).

Daftar Pustaka

- Adventus, Mahendra, D., & Martajaya, I. M. (2019). Modul Manajemen Pasien Safety. *Modul Manajemen Pasien Safety*, 22. Retrieved from <http://repository.uki.ac.id/2730/1/BUKUMODULMANAJEMENPASIENSAFETY.pdf>
- Aljaffary, A., Albaalharith, M. A., Alumran, A., Alrawiai, S., & Hariri, B. (2022). Patient Safety Culture in Primary Healthcare Centers in the Eastern Province of Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 15(February), 229–241. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S336117>
- Ball, J., & Griffiths, P. (2018). Missed Nursing Care: A Key Measure for Patient Safety. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 1(January 2005), 363.
- Cecilia, M., Elizabeth, M., & Rukweza, J. (2019). *Patient Safety Concept*. 2(1), 28–43. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3595155>
- Huang, Chih-Hsuan Wu, Hsin-Hung, Yii-Ching Lee, Inneke Van Nieuwenhuyse, M.-C. L., & Wu, C.-F. (2020). Patient safety in Work Environments: Perceptions of Pediatric Healthcare Providers in Taiwan. *Journal of Pediatric Nursing*, 53(6), 13.
- Huang, C. H., Wu, H. H., Lee, Y. C., Van Nieuwenhuyse, I., Lin, M. C., & Wu, C. F. (2020). Patient safety in work environments: Perceptions of pediatric healthcare providers in Taiwan. *Journal of Pediatric Nursing*, 53, 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.03.005>
- ILO. (2015). Occupational safety and health management systems. In *Safety and Health in Agriculture: A code of practice*. https://doi.org/10.5848/ilo.978-9-221249-71-9_6
- ILO. (2022). Enchancing social dialogic towards a culture of safety and health, What have we learned from the COVID-19 crisis? WORLD DAY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK 2022 REPORT.
- Kadhim, J. J. (2017). *Patient Safety in Primary Care : A Concept Analysis in Nursing*. 7(1), 17–28.

- Kamil, H. (2009). Patient Safety Hajjul Kamil. *Idea Nursing Journal*, 1(1), 1–8.
- Kemendes RI. (2015). Pedoman nasional keselamatan pasien rumah sakit Edisi III. *Depkes RI. (2008). Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety) Edisi 2. KKP-RS. Jakarta : Departemen Kesehatan RI*, 1–54. Retrieved from <http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/PEDOMAN-NASIONAL-KESELAMATAN-PASIEN-RS-EDISI-III-2015-1.pdf>
- Kwon, M. R., & Soon, M. (2019). The Effects of Operating Room Nurses' Perceptions of Organizational Health, Safety Climate, and the Nursing Working Environment on Engagement in Patient Safety Management Activities.
- Lu, L., Ko, Y. M., Chen, H. Y., Chueh, J. W., Chen, P. Y., & Cooper, C. L. (2022). Patient Safety and Staff Well-Being: Organizational Culture as a Resource. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063722>
- Luis, F., & Moncayo, G. (2008). FUNDAMENTAL PRINCIPLES OF OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY SECOND EDITION.
- Meliza, S. (2011). Konsep Dasar Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) dalam Asuhan Keperawatan. 1–11.
- Mihdawi, M., Al-Amer, R., Darwish, R., Randall, S., & Afaneh, T. (2020). The Influence of Nursing Work Environment on Patient Safety. *Workplace Health and Safety*, 68(8), 384–390. <https://doi.org/10.1177/2165079920901533> Isnati. (2017). *MANAJEMEN RISIKO DAN PATIENT SAFETY Sejarah dan Perkembangan Patient Safety di Dunia*. Universitas Andalas.
- Poltekkes Kemenkes Palangka Raya. (2019). *MODUL TEORI 1 Manajemen pasien safety 2019*.
- Sari, K. J. (2019). *Peraturan Tentang Kebijakan Keselamatan Kerja Di Rumah Sakit*. Retrieved from <https://osf.io/preprints/gwtpy/>
- Sendlhofer, G., & Kamolz, L. P. (2015). Get in touch with safety in health. *Safety in Health*, 1(1). <https://doi.org/10.1186/2056-5917-1-1>

- Sturm, H., Rieger, M. A., Martus, P., Ueding, E., Wagner, A., Holderried, M., & Maschmann, J. (2019). Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. *PLoS ONE*, 14(1), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209487>
- Top, M., & Tekingündüz, S. (2015). Patient Safety Culture in a Turkish Public Hospital: A Study of Nurses' Perceptions About Patient Safety. *Systemic Practice and Action Research*, 28(2), 87–110. <https://doi.org/10.1007/s11213-014-9320-5>
- Tutiary, Lindawati, & Krisanti, P. (2017). Bahan Ajar Keperawatan: Manajemen Keselamatan Pasien. *Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*, 297. Retrieved from <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/MANAJEMEN-KESELAMATAN-PASIEN-Final-DAFIS.pdf>
- Welp, A., & Manser, T. (2016). Integrating teamwork, clinician occupational well-being and patient safety - Development of a conceptual framework based on a systematic review. In *BMC Health Services Research* (Vol. 16). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1535-y>
- WHO. (2011). Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition. *Acoustics Australia*, 32(3), 111–116.
- WHO. (2019). Patient Safety. Retrieved from Patient Safety website: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Wiig, S., Robert, G., Anderson, J. E., Pietikainen, E., Reiman, T., Macchi, L., & Aase, K. (2014). Applying different quality and safety models in healthcare improvement work: Boundary objects and system thinking. *Reliability Engineering and System Safety*, 125, 134–144. <https://doi.org/10.1016/j.res.2014.01.008>
- World Health Organization. (2020). *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems*.

- World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. In *World Health Organization*. Retrieved from <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- WHO. (2022). Hari Keselamatan Pasien Sedunia 2022. World Health Assembly. (2019). Wha72.6. (May 2019), 1–5. Retrieved from https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf
- World Health Organization. (2019). WHO | Patient safety. Retrieved from Who website: <https://www.who.int/patientsafety/en/>
- World Health Organization. (2020). World Patient Safety Day 2020.
- Yesmin, T., Carter, M. W., & Gladman, A. S. (2022). Internet of things in healthcare for patient safety: an empirical study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07620-3>

KEBUTUHAN DASAR KESELAMATAN PASIEN

Sistem asuhan yang diperlukan oleh fasilitas kesehatan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang baik yaitu perlu adanya pengetahuan yang mendasar tentang kebutuhan dasar keselamatan pasien terutama lingkungan rumah sakit karena lingkungan tersebut rentan dengan penyebaran sumber infeksi yang dapat mempengaruhi sistem kekebalan tubuh manusia (Mulyatiningsih and Sasyari, 2021). Media komunikasi sangat penting ketika seseorang berada di area rumah sakit khususnya jika pasien atau keluarga membutuhkan informasi tentang aturan dan mekanisme pelayanan kesehatan. Maka itu segala prosedur yang telah ditetapkan oleh fasilitas kesehatan perlu dijaga dengan baik oleh semua petugas kesehatan atau keluarga pasien maupun pasien yang dirawat di pelayanan kesehatan (KEMENKES, 2016). Adapun langkah-langkah Peningkatan keselamatan pasien, yaitu:

1. Membangkitkan kesadaran tentang Keselamatan Pasien;
2. Membangun budaya pemimpin yang profesional dan mendukung staf dalam melaksanakan tugas
3. Memadukan kegiatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan segala resiko dalam pelayanan kesehatan

4. Membangun segala sistem pelaporan yang sistematis
5. Menyertakan dan membangun komunikasi yang baik dengan pasien
6. Menanamkan kepercayaan dengan pasien dengan belajar serta berbagi pengalaman dengan pasien
7. Membangun budaya keselamatan pasien untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja

Meninjau adanya peningkatan persoalan keselamatan yang terjadi saat ini, maka perlu diatasi oleh semua fasilitas kesehatan, dengan demikian setiap fasilitas kesehatan harus mengikuti dan menerapkan standar keselamatan sesuai dengan standar yang berlaku, yaitu:

1. Hak dan Kewajiban

Perencanaan pelayanan terhadap pasien wajib diketahui oleh keluarga pasien dan pasien, dengandemikian segala informasi tentang bahaya resiko kejadian yang tidak diinginkan dan efek pelayanan serta kasus yang tidak diharapkan. Dengan demikian bahwa tujuan utama adalah upaya preventif kuratif dan promotif serta rehabilitatif. Relasi yang baik antara petugas medis serta pasien pada dasarnya bertumpu pada upaya untuk memperkirakan tentang kondisi diri sendiri dan pasien wajib menerima informasi yang lengkap (Permenkes, 2017).

Kriteria Hak Pasien yang wajib diterima:

a. Hak Pasien

- 1) Segala informasi tentang aturan dan prosedur yang telah berlaku di fasilitas kesehatan;
- 2) Hak dan kewajiban harus diinformasikan kepada pasien
- 3) Semua bentuk pelayanan yang diterima oleh pasien sesuai dengan norma dan etik yang berlaku dan yang diutamakan adalah keadilan dan kejujuran tanpa membeda-bedakan sesuai agama/ras, dll

- 4) Petugas memperhatikan Pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan memperhatikan SOP (standar operasional prosedur) profesi
- 5) Pelayanan yang didapatkan oleh pasien harus efisien sehingga tidak terjadi kerugian dalam bentuk fisik maupun materi
- 6) Pengajuan kritikan terhadap segala pelayanan yang diterima selama pengobatan atau perawatan
- 7) Setiap pasien dapat memilih jenis perawatan sesuai dengan kepentingan pasien, yang dimulai dari pendaftaran, pengobatan serta pengontrolan penyakit yang telah berlaku di fasilitas kesehatan
- 8) Setiap petugas kesehatan yang memberikan pelayanan harus menjaga rahasia informasi tentang penyakit dan data-data tentang penyakit
- 9) Pelayanan yang aman sehingga pasien merasa dilindungi
- 10) memiliki hak untuk memberikan saran dan kritikan terhadap pelayanan kesehatan

b. Kewajiban Pasien

- 1) Tata tertib yang berlaku di pelayanan kesehatan wajib dipatuhi oleh semua elemen di fasilitas kesehatan
- 2) Informasi yang diberikan oleh dokter dan perawat wajib dilaksanakan selama proses pengobatan
- 3) Pasien mengungkapkan informasi yang lengkap pada dokter atau perawat tentang penyakit sesuai dengan keadaan yang dialami dengan jujur.
- 4) Memenuhi kewajiban untuk membayar/membereskan jasa yang telah

diterima selama pengobatan di fasilitas kesehatan.

- 5) Mengikuti amanah dan informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan

2. Pendidikan Pasien dan Keluarga

Menurut (Permenkes, 2017) pemberian pelayanan yang optimal tentang keselamatan dapat ditingkat dengan melibatkan semua elemen terkait proses pelayanan demi mendukung sistem yang baik. Maka itu setiap tempat pelayanan kesehatan wajib memiliki system dan mekanisme pengajaran pada pasien serta keluarga tentang informasi kewajiban dan jaminan serta komitmen dalam asuhan yang diterima pasien. Tempat pelayanan kesehatan wajib memberikan pendidikan yang benar pada setiap pengunjung pelayanan kesehatan baik itu pasien maupun keluarga pasien tentang kewajiban & tanggung jawab pasien dalam memberikan asuhan pasien dengan memperhatikan kriteria keselamatan pasien, yaitu:

- a. Petugas menyampaikan segala informasi sesuai dengan prosedur yang berlaku dengan benar, lengkap dan jelas serta jujur
- b. Semua elemen di rumah sakit wajib memahami keharusan serta tanggung jawab yang telah ditetapkan oleh fasilitas kesehatan
- c. Informasi yang tidak dipahami oleh pasien dapat bertanya ke petugas kesehatan
- d. Informasi tentang konsekuensi jasa kesehatan yang diberikan oleh petugas harus dapat dipahami oleh pasien
- e. Peraturan yang berlaku di fasilitas kesehatan harus diindahkan dan ditaati
- f. setiap orang menunjukkan sikap sesuai norma dan etika
- g. Setiap pasien yang telah mendapatkan pelayanan wajib melunasi finansial sesuai dengan aturan

3. Kesenambungan dalam Pelayanan

Menurut (Rocha *et al.*, 2021) untuk meningkatkan kedisiplinan tentang keselamatan pasien maka perlu dilakukan komunikasi yang efektif. Pelaksanaan evaluasi pelayanan wajib secara menyeluruh dapat dievaluasi mulai ketika pertama pasien masuk pelayanan kesehatan, saat pasien melakukan pemeriksaan, pasien mendapatkan diagnosis medis, perencanaan pelayanan kesehatan serta tindakan pengobatan (Permenkes, 2017).

Instansi Pelayanan kesehatan boleh menjamin kontinuitas bentuk pelayanan serta mendukung koordinasi antar tenaga serta antar unit pelayanan yang mendukung sistem keselamatan pasien, maka kriteria yang perlu diperhatikan, yaitu:

- a. Sistem bentuk pelayanan menyeluruh yang disesuaikan dengan kepentingan pasien dan ketersediaan sumber daya untuk memajukan fasilitas pelayanan kesehatan
- b. Sistem pelayanan dalam meningkatkan komunikasi sesuai dengan kebutuhan dan formalitas kemampuan bagi setiap elemen di fasilitas pelayanan kesehatan untuk memfasilitasi dukungan keluarga dan asuhan dalam pelayanan social dan konsultasi maupun rujukan, serta tindak lanjut lainnya
- c. Cara mentransfer informasi diantara lintas keilmuan berjalan dengan tertib sehingga menciptakan suatu sistem yang efektif.

4. Peningkatan Layanan Kinerja

Pelayanan kinerja keselamatan pasien di fasilitas kesehatan dapat dilihat berdasarkan kegiatan evaluasi terhadap hasil pemantauan program yang telah dijalankan pada fasilitas kesehatan. Dengan demikian setiap pelayanan medis berdasarkan atas program design terbaru atau memperbaiki rangkaian kegiatan yang telah berjalan untuk mencapai metode keselamatan pasien yang sesuai standar. Dengan

demikian kriteria peningkatan layanan kinerja menurut (Permenkes, 2017), yaitu:

- a. Semua proses perancangan (desain) fasilitas pelayanan kesehatan wajib menunjukkan yang baik;
- b. Program pelayanan kesehatan yang telah berjalan selalu diberikan evaluasi berupa pelaporan tentang semua kejadian yang terjadi di fasilitas kesehatan dan mampu menganalisis factor-faktorresiko yang data terjadi terkait dengan keselamatan pasien untuk meningkatkan mutu pelayanan
- c. Kegiatan evaluasi kejadian dan analisis manajemen resiko di fasilitas kesehatan perlu diselenggarakan dengan rutin setiap tahun
- d. Sarana pelayanan kesehatan wajib memberikan perubahan sistem berdasarkan hasil analisis resiko untuk mencapai suatu kinerja yang baik tentang keselamatan pasien.

5. Peran Kepemimpinan dalam Keselamatan Pasien

Pemimpin di pelayanan kesehatan mempunyai peran yang optimal dapat meningkatkan sistem keselamatan pasien. Untuk itu standar mutu keselamatan pasien dibuktikan dengan adanya peran kepemimpinan dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien dapat dilakukan yaitu (Hadi., 2016):

- a. Pengendalian Keselamatan Pasien harus adanya kerjasama dari semua profesi;
- b. Pengelolaan introduksi yang proaktif dalam bentuk aktivisasi program menjadi aktif untuk pengenalan resiko dan mengurangi kejadian yang tidak diinginkan
- c. Pengendalian mutu keselamatan pasien dengan mendukung mekanis kerja dari semua komponen fasilitas pelayanan kesehatan terpadu

- d. Prosedur yang aktif untuk kejadian yang terjadi di pelayanan kesehatan yang meliputi asuhan pada pasien yang melakukan pengobatan dan informasi tentang resiko yang benar terjadi selama pasien menjalankan pengobatan (Al-Jabri et al., 2021).
 - e. mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan Insiden termasuk informasi yang akurat dan terpercaya tentang analisis penyebab terjadi Kejadian Nyaris Cedera (KNC), KTD, dan kejadian sentinel ketika proses pelaksanaan Keselamatan Pasien harus dilaporkan secara benar kepada petugas
 - f. Terdapat metode untuk menangani berbagai jenis kejadian, atau kegiatan yang aktif untuk mengurangi risiko untuk mendukung staf dalam kaitan dengan kejadian sentinel
 - g. Kerjasama dan komunikasi terbuka diantara unit serta diantara pengelola pelayanan di dalam fasilitas pelayanan kesehatan dengan pendekatan antar disiplin
 - h. Terdapat sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan perbaikan Keselamatan Pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut
 - i. Adanya sasaran harus terukur, serta pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif dengan tujuan mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta Keselamatan Pasien. Dengan demikian rencana tindak lanjut dan implementasinya juga dapat diukur.
6. Pendidikan Terhadap Staf Dalam Keselamatan Pasien
- Jasa kesehatan seperti rumah sakit maupun klinik harus merencanakan dan menyelenggarakan program penguatan pembinaan dan pendidikan yang berorientasi pada staf baru tentang program keselamatan pasien serta bentuk pelaporan yang

tepat sehingga setiap petugas terpapar informasi yang sama untuk menciptakan mutu yang berkualitas. Penyelenggaraan kerjasama tim (*teamwork*) dapat memberikan dampak interdisiplin dalam menjalankan tugas dan tanggungjawab. Oleh karena itu pendidikan terhadap staf yang perlu diperhatikan yaitu:

- a. Program pendidikan atau kegiatan pelatihan dan orientasi tentang topik baru terkait keselamatan pasien wajib diberikan oleh pihak fasilitas pelayanan kesehatan
- b. Pelayanan kesehatan yang diberikan fasilitas kesehatan wajib memadukan topik keselamatan untuk pelatihan/magang dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan setiap kejadian yang terjadi di rumah sakit
- c. Fasilitas pelayanan kesehatan wajib mengadakan pelatihan tentang kerjasama tim (*teamwork*) demi mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

7. Komunikasi Kunci Keselamatan Bagi Staf

Penyerapan kesetiaan tinggi adalah berawal dari prinsip komunikasi SBAR dan peningkatan dalam kejelasan komunikasi terjadi terutama dalam studi kelas (Lo, Rotteau and Shojania, 2021). Pendidikan dalam pengaturan klinis yang mencapai dampak di luar komunikasi biasanya melibatkan intervensi mul yang lebih luas. Dengan demikian Upaya masa depan untuk meningkatkan komunikasi menggunakan SBAR pertama-tama harus mengkonfirmasi serapan prinsip kesetiaan tinggi dalam pengaturan klinis daripada mengasumsikan kejadian keselamatan pasien.

Salah satu strategi untuk meningkatkan keselamatan pasien adalah komunikasi yang baik antara petugas kesehatan dengan pasien. Dengan demikian komunikasi merupakan salah satu media untuk mengurangi kecelakaan yang tidak diinginkan di rumah sakit atau pelayanan kesehatan, komunikasi

yang efektif dapat mengurangi kesalahan pengobatan. Menurut (KEMENKES, 2016) strategi komunikasi yang efektif adalah:

- a. Tersedianya anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan Keselamatan Pasien
- b. Tersedianya mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.
- c. S: *Situation*; yaitu penjelasan tentang uraian kejadian yang sarasanya pada pasien.
- d. B: *Background*; yaitu segala laporan tentang pasien yang mencakup tentang latar belakang dan kondisi pasien
- e. A: *Assessment*; yaitu reaksi dari pasien tentang kondisi hasil yang actual dan terbaru.
- f. R: *Recommendation*; adalah hasil pertimbangan berupa rekomendasi tentang solusi terhadap masalah yang dialami oleh pasien.

Daftar Pustaka

- Al-Jabri, F. *et al.* (2021) ‘Quality of care and patient safety at healthcare institutions in Oman: quantitative study of the perspectives of patients and healthcare professionals.’, *BMC health services research*, 21(1), p. 1109. doi: 10.1186/s12913-021-07152-2.
- Hadi., I. (2016) *BUKU AJAR MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN*. Jawa tengah.
- KEMENKES (2016) *Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*. Available at: <http://www.bphn.go.id/data/documents/16pmkes006.pdf>.
- Lo, L., Rotteau, L. and Shojania, K. (2021) ‘Can SBAR be implemented with high fidelity and does it improve communication between healthcare workers? A systematic review.’, *BMJ open*, 11(12), p. e055247. doi: 10.1136/bmjopen-2021-055247.
- Mulyatiningsih, S. and Sasyari, U. (2021) ‘Gaya Kepemimpinan yang Efektif dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien’, *JURNAL ILMIAH KEPERAWATANALTRUISTIK*, 4(1), pp. 27–35.
- Permenkes (2017) ‘PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK Indonesia 2017, NOMOR 11 TAHUN TENTANG KESELAMATAN PASIEN’.
- Rocha, R. C. *et al.* (2021) ‘Patient safety in nursing technician training.’, *Revista brasileira de enfermagem*. Brazil, 75(1), p. e20201364. doi: 10.1590/0034-7167-2020-1364.

SASARAN, STANDAR DAN PRINSIP KESELAMATAN PASIEN

Sasaran, standar dan prinsip keselamatan pasien di pelayanan kesehatan disusun untuk memperbaiki dan meminimalkan terjadinya insiden keselamatan pasien. Pelaksanaannya mengacu pada regulasi yang berlaku saat ini, yaitu Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien. Berdasarkan peraturan tersebut dalam Bab III tentang Penyelenggaraan Keselamatan Pasien pada Pasal 5 bahwa keselamatan pasien harus diselenggarakan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan, dimana harus menerapkan standar, sasaran dan tujuh langkah/prinsip agar dapat mewujudkan keselamatan pasien.

Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) bertujuan untuk melakukan perbaikan pelayanan Kesehatan dengan berfokus pada solusi atas masalah keselamatan pasien di pelayanan kesehatan. Berdasarkan (Kemenkes RI., 2017) semua penyedia pelayanan kesehatan di Indonesia wajib memberlakukan enam sasaran keselamatan pasien yang terdiri dari:

1. SKP 1 Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar
2. SKP 2 Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif
3. SKP 3 Meningkatkan Keamanan Obat-Obat Yang Harus Diwaspadai

4. SKP 4 Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar
5. SKP 5 Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan
6. SKP 6 Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Menurut Larasati, A. & Dhamanti, I., (2021), Penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Indonesia masih tergolong rendah, hal ini berhubungan dengan factor kepatuhan petugas, komitmen manajemen serta sarana prasarana yang masih kurang, sehingga diperlukan pembinaan dan dukungan sarana prasarana.

SKP 1 Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

Identifikasi pasien merupakan proses mencocokkan data pasien secara tepat sebagai langkah awal sebelum pasien mendapatkan intervensi diseluruh rangkaian perawatan. Tujuan penerapan sasaran ini agar sebelum menjalani pengobatan pasien dapat diidentifikasi serta memastikan pasien menerima pengobatan semestinya. Hampir semua rumah sakit sudah menerapkan sistem identifikasi pasien namun menurut Pasaribu (2017) masih didapatkan penerapan identifikasi yang belum optimal, ini terjadi karena rendahnya pemahaman petugas tentang standar operasional prosedur identifikasi pasien. Kegagalan atau kesalahan dalam prosedur identifikasi menurut (Kemenkes RI, 2017) dapat terjadi pada kondisi berikut:

1. Pasien mendapat pengobatan dan transfusi darah.
2. Pasien diambil darahnya/specimen lainnya untuk diperiksa.
3. Penyerahan bayi setelah dilahirkan kepada orang yang bukan keluarganya.
4. Pasien yang sedang menjalani pembiusan.
5. Pasien mengalami penurunan kesadaran.
6. Pasien menukar tempat tidur/kamarnya tanpa sepengetahuan petugas di rumah sakit.

7. Pasien mengalami gangguan sensori, atau masalah lainnya.

Adapun tindakan yang dapat dilakukan supaya dapat mengidentifikasi pasien dengan benar antara lain:

1. Pasien dilakukan identifikasi sedikitnya dengan dua cara, misalnya dengan mengecek nama pasien dengan nomor rekam medis, atau dengan tanggal lahirnya.
2. Identifikasi pasien tidak boleh dilakukan menggunakan nomor kamar pasien,
3. Konfirmasi secara verbal pasien meskipun memakai gelang tangan, lakukan identifikasi pasien dengan bertanya misalnya, “siapa nama ibu?”.
4. Tanyakan kepada keluarga/penunggunya jika pasien tidak dapat menyebutkan Namanya.
5. Pasien yang tidak ditunggu oleh keluarganya, tidak memakai gelang identitas, tidak mampu menyebut nama, tetap harus diidentifikasi dengan mengecek rekam medik oleh dua orang petugas.

SKP 2 Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Komunikasi yang sering dilakukan adalah komunikasi lisan, tertulis dan elektronik. Kesalahan sering terjadi saat komunikasi secara lisan atau via telepon, dan melaporkan hasil pemeriksaan klinis yang bersifat *cito via* telepon ke unit perawatan. Tujuan sasaran ini mengurangi kesalahan saat berkomunikasi, sehingga meningkatkan keselamatan pasien jika dilakukan secara efektif, akurat, tepat waktu, jelas dan lengkap. Salah satu tindakan untuk meningkatkan komunikasi yang efektif dengan cara menulis perintah, membaca ulang, dan konfirmasi kembali (*write – read back – repeat back*). Apabila situasi gawat darurat misalnya di kamar operasi dan IGD atau ICU diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali (*read back*) bila tidak memungkinkan (Kemenkes RI., 2017). Metode lain yang dapat dipakai adalah SBAR, (Beckett, C. D., & Kipnis, G., 2009) menyatakan bahwa alat komunikasi yang direkomendasikan oleh *World Health Organization* (WHO) yang dapat digunakan dalam serah

terima/*handover* adalah SBAR, pemakaian SBAR dapat meningkatkan mutu pelayanan dan kualitas *handover* sehingga dapat menekan *medical error*. (Sammer, Lykens, Singh, Mains, & Lackan, 2010) menyatakan teknik *Situation-Background-Assessment-Recommendation (SBAR)* dilakukan sebelum *handover*/serah terima. Persiapan yang harus dilakukan antara lain memeriksa pasien terlebih dahulu, mengecek dokter penanggungjawab yang akan dihubungi, periksa diagnosis medik pasien, baca terlebih dahulu instruksi dokter dan dokumentasi perawat sebelumnya, pastikan rekam medik pasien tersedia baru melaporkan kondisipasien dengan teknik SBAR. Awal dari *situation*, *background*/latar belakang, *assessment*/penilaian terakhir *recommendation*.

SKP 3 Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu diwaspadai

Perawat memiliki peran penting untuk menyiapkan dan memberikan obat sehingga perlu waspada agar tidak terjadi kesalahan dalam memberikan obat (Potter & Perry, 2010). Tujuan penerapan sasaran ini mencegah terjadinya kesalahan pemberian obat kepada pasien sehingga meningkatkan keselamatan pasien. Beberapa kesalahan pemberian obat dapat terjadi pada kondisi sebagai berikut:

1. Obat yang membingungkan (nama obat, rupa dan ucapan mirip (NORUM) atau *look alike sound alike (LASA)*, misalnya xanax dan zantac merupakan penyebab paling sering dalam kesalahan obat (*medication error*).
2. Teridentifikasi enam obat yang berisiko menimbulkan *medication error*, berdasarkan hasil survei analisis obat *Watchdog Institute for safe medication practices (ISMP)* antara lain: *injeksi kalium klorida atau konsentrat kalium fosfat, Insulin, heparin, opioid, blocking agen neuromuskuler*, obat kemoterapi (Cohen, 2007).

Tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah kesalahan pengobatan menurut (Cohen, 2007) antara lain:

1. Batasi stock *high-alert drugs* dan rute administrasi. Meniadakan atau membatasi jumlah, variasi, dan konsentrasi pada unit perawatan pasien untuk mengurangi terjadinya kesalahan obat (Insulin, heparin, opioid, injeksi kalium klorida atau konsentrat kalium fosfat, *blocking agen neuromuskuler*, obat kemoterapi). Obat-obatan yang memerlukan kewaspadaan tinggi menurut (UPJM, RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, 2011): Golongan *opioid* (*fentanil, kodein Hcl, morfin HCL, morfin sulfat, petidin HCL, sufentanil*); Elektrolit pekat (*KCl 7,46%, Meylon 8,4%, MgSo4 20%, NaCl 3%*); *Antiarritmia* (*lidokain iv, amiodaron*); *Insulin/ obat hipoglikemia oral*; *Antikoagulan* (*heparin natrium, enoksaparin natrium*); *Trombolitik* (*streptokinase*); *Obat agonis adrenergik* (*epinefrin, norepinefrin*); Anestetik umum (*propofol, ketamin*); Kemoterapi; Obat kontras; Pelemas otot (*suksinilkolin, rokuronium, vekuronium*); Larutan *kardioplegia*.
2. *Praktik diferensiasi obat*, obat yang namanya mirip pisahkan/letakkan berjauhan misalnya heparin dan hespan. Injeksi kalium klorida atau konsentrat kalium fosfat jangan diletakkan berdekatan dengan cairan pelarut/*aqua bidest* apalagi jika bentuk kemasan sama.
3. Gunakan peralatan medis yang dirancang khusus agar dapat memberikan obat/cairan dengan tepat misalnya *syringe pump/infus pump*.
4. Libatkan pasien selama proses perawatan/pengobatan. Beri informasi kepada pasien tentang program pengobatan yang didapat untuk mengurangi kesalahan dalam pengobatan. Pendekatan lebih aman dengan menulis “alergi” pada gelang pasien karena terkadang penggunaan gelang warna kurang efektif.

5. Standarisasi prosedur akan sangat bermanfaat terutama bagi perawat baru.
6. Tempelkan label di sekitar obat yang memiliki risiko tinggi, “*for oral use only*”.
7. Resep yang saat *dientry* secara komputerisasi muncul peringatan sebagai obat yang harus diwaspadai, atau menggunakan *bar coding*.

Tindakan lain yang dapat dilakukan untuk meningkatkan keamanan obat dengan memperhatikan sepuluh benar menurut (Kozier, Er’s, Berman, & Snyder, 2012) antara lain:

1. Benar obat dilakukan dengan memeriksa instruksi dokter, cek riwayat alergi obat, mengecek label obat, dan hanya memberi obat yang disiapkan sendiri.
2. Benar dosis dilakukan dengan mengecek secara teliti order dokter, pastikan dosis dihitung dengan benar sebelum dicampur/diencerkan.
3. Benar waktu dengan memastikan obat diberikan tepat waktu serta tidak kadaluarsa.
4. Benar pasien dengan mengecek program pengobatan dari dokter, mengecek identitas pasien minimal dengan dua cara.
5. Benar cara pemberian, pastikan obat diberikan sesuai rute yang diinstruksikan misalnya iv, im, sc, atau peroral, cek label/kemasan obat.
6. Benar dokumentasi, jangan lupa tulis tindakan pengobatan yang telah diberikan dengan segera agar tidak lupa.
7. Benar edukasi, pastikan pasien telah mendapatkan penjelasan yang memadai sebelum terapi diberikan.
8. Benar alasan penolakan, jika pasien menolak pengobatan tidak boleh dipaksakan namun harus dipastikan telah mendapat penjelasan yang cukup risiko penolakan tersebut.

9. Benar pengkajian, sebelum memberikan obat lakukan pengkajian yang dibutuhkan misalnya tekanan darah sebelum memberikan obat hipertensi.
10. Benar evaluasi, setelah obat diberikan lakukan evaluasi untuk menilai keefektifan pengobatan atau respon pasien terhadap pengobatan.

SKP 4 Kepastian Tepat Lokasi Prosedur dan Tepat Pasien Operasi

Tujuan penerapan sasaran ini yaitu:

1. Memeriksa ketepatan lokasi, prosedur, dan pasien.
2. Memastikan dokumen penunjang (*foto/imaging*, hasil pemeriksaan darah dan lainnya) telah tersedia, dan diberi label dengan baik.
3. Memastikan alat khusus atau *implant* yang dibutuhkan dalam tindakan operasi telah tersedia.

Kondisi yang dapat menyebabkan terjadinya kesalahan dalam penentuan lokasi, prosedur pasien operasi menurut (Kemenkes RI., 2017) sebagai berikut:

1. Miskomunikasi dan tidak adanya informasi.
2. Pasien kurang/tidak dilibatkan dalam penandaan lokasi (*site marking*).
3. Tidak ada prosedur/kurang patuh dalam prosedur verifikasi.
4. Pasien tidak dikaji secara adekuat.
5. Catatan medis kurang ditelaah secara adekuat.
6. Komunikasi terbuka belum menjadi budaya diantara anggota tim bedah.
7. Tulisan tangan tidak jelas/kurang bisa dibaca (*illegible handwriting*).
8. Menggunakan singkatan yang kurang lazim.

Kebijakan dan/atau prosedur yang dapat dilakukan menurut (Kemenkes RI., 2017), antara lain:

1. Operasi yang dilakukan pada organ tubuh yang memiliki dua sisi (kiri atau kanan) harus ditandai (*marking*), *Multiple structures* (jari tangan, jari kaki), *Multiple level* (operasi tulang belakang: cervical, thorakal, lumbal); *Multiple lesi* yang pengerjaannya bertahap. Anjuran penandaan lokasi operasi menggunakan tanda yang telah disepakati, dokter yang akan melakukan operasi yang melakukan pemberian tanda pada atau dekat daerah insisi.
2. Marking atau menandai lokasi operasi dengan tanda yang tidak ambigu/membingungkan (contoh tanda yang ambigu: “x”). Gunakanlah penanda yang tidak mudah terhapus misalnya gentain violet, daerah yang tidak dioperasi jika tidak dibutuhkan tidak perlu ditandai.
3. (WHO, 2007) merekomendasikan tiga fase yang harus dilalui selama prosedur operasi yaitu: sebelum memberikan induksi anestesi ("*sign in*"), prosedur dan kondisi pasien, sebelum sayatan kulit dilakukan ("*time out*"), serta sebelum pasien keluar kamar operasi ("*sign out*"), Adapun contoh ceklist dapat dikembangkan dari ceklist yang dikeluarkan oleh WHO.

World Health Organization SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)		
Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
<p>SIGN IN</p> <p><input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED</p> <ul style="list-style-type: none"> • IDENTITY • SITE • PROCEDURE • CONSENT <p><input type="checkbox"/> SITE MARKED/NOT APPLICABLE</p> <p><input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED</p> <p><input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING</p> <p>DOES PATIENT HAVE A:</p> <p><input type="checkbox"/> KNOWN ALLERGY?</p> <p>NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?</p> <p>NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE</p> <p>RISK OF >500ML BLOOD LOSS (FM/LKG IN CHILDREN)?</p> <p>NO</p> <p><input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED</p>	<p>TIME OUT</p> <p><input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE</p> <p><input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM</p> <ul style="list-style-type: none"> • PATIENT • SITE • PROCEDURE <p>ANTICIPATED CRITICAL EVENTS</p> <p><input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?</p> <p><input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?</p> <p><input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?</p> <p>HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE</p> <p>IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?</p> <p><input type="checkbox"/> YES</p> <p><input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE</p>	<p>SIGN OUT</p> <p>NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM:</p> <p><input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED</p> <p><input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)</p> <p><input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)</p> <p><input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED</p> <p><input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT</p>

Sumber: (WHO, 2007)

Gambar 3.1: Prosedur *sign in*, *time out*, *sign out*

SKP 5 Pengurangan Risiko Infeksi terkait Pelayanan Kesehatan

Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan atau *Healthcare Associated Infections* (HAIs) dapat ditekan dengan melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi. Beberapa jenis infeksi yang sering terjadi di rumah sakit antara lain: Infeksi Daerah Operasi (IDO), Infeksi Aliran Darah (IAD), *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP), Infeksi Saluran Kemih (ISK) (Sitorus, A. M. S., 2020).

Tujuan penerapan sasaran ini yaitu:

1. Mengurangi/menekan angka kejadian infeksi terkait pelayanan kesehatan.
2. Mengurangi biaya yang dikeluarkan jika terjadi infeksi berhubungan dengan pelayanan kesehatan.

Kebijakan dan/atau prosedur yang dilakukan menurut (WHO, 2007), antara lain:

1. Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat, Pedoman *hand hygiene* dilakukan dengan lima langkah yang dijadikan standar oleh WHO yaitu: Pada saat sebelum dan sesudah menyentuh pasien, sebelum dan sesudah tindakan/ aseptik, setelah terpapar cairan tubuh pasien, sebelum dan setelah melakukan tindakan *invasif*, setelah menyentuh area sekitar pasien/ lingkungan.
2. Petugas menggunakan alat pelindung diri (APD) agar tidak terpajan langsung dengan darah, cairan tubuh ekskreta, dan selaput lendir pasien, misalnya dengan menggunakan sarung tangan, masker, tutup kepala, kaca mata pelindung, apron/jas dan sepatu pelindung.
3. Menyediakan cairan *alcohol-based hand-rubs* pada area pelayanan.
4. Menyediakan kran air untuk mencuci tangan pada area yang dibutuhkan.

5. Membudayakan cara mencuci tangan yang benar dengan terus menerus melakukan penyuluhan atau pendidikan kepada petugas di pelayanan kesehatan.
6. Mengevaluasi secara berkala kepatuhan penerapan kebersihan tangan.

SKP 6 Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Jatuh yang mengakibatkan cedera merupakan masalah keselamatan pasien yang lazim terjadi. Lansia dan pasien yang mengalami kelemahan bukan satu-satunya yang rentan mengalami risiko jatuh di fasilitas kesehatan. Setiap pasien dari segala usia atau mengalami ketidakmampuan fisik dapat berisiko untuk jatuh karena perubahan fisiologis akibat tindakan medis, obat-obatan, operasi, prosedur, atau pengujian diagnostik yang dapat membuat pasien menjadi lemah dan bingung. Faktor yang berkaitan dengan insiden jatuh antara lain: Pengkajian yang tidak memadai, kegagalan komunikasi, kurangnya kepatuhan terhadap prosedur keselamatan pasien, tidak adekuatnya orientasi staf, kurangnya supervisi, masalah lingkungan fisik, serta lemahnya kepemimpinan (*The Joint Commission, 2015*).

Tujuan penerapan sasaran ini yaitu:

1. Mengkaji risiko pasien jatuh pada pasien.
2. Melakukan tindakan yang tepat untuk meminimalkan cedera jika pasien jatuh

Beberapa tindakan yang dapat dilakukan perawat untuk mencegah terjadinya jatuh antara lain:

1. Melakukan pengkajian awal pada pasien dan jika dibutuhkan pengkajian ulang bila ada perubahan kondisi atau pengobatan.
2. Meletakkan stiker/symbol (*green smiling-face sticker*) yang ditempelkan di pintu pasien sebagai isyarat pasien berisiko jatuh.
3. Melakukan orientasikan saat pasien pertama kali MRS dan menjelaskan semua prosedur komunikasi di ruangan yang ditempati pasien.

4. Perawat mensupervisi pasien terutama pada malam hari pertama pasien dirawat.
5. Perawat melihat efek samping obat yang memungkinkan terjadinya jatuh.
6. Jika dibutuhkan pasien dapat memakai kaca mata sehingga dapat berjalan sendiri terutama pada malam hari.
7. Mendesain ruangan agar tidak banyak perabot.
8. Perawat memastikan pasien mendapat asupan cairan yang cukup.
9. Menyiapkan bel yang berfungsi baik di dekat pasien.
10. Menganjurkan pasien agar memakai alas kaki yang tidak licin.
11. Ruang pasien memiliki pencahayaan yang cukup terang.
12. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran wajib memakai pengaman/penghalang tempat tidur.
13. Menjaga lantai kamar mandi agar tidak licin.
14. Penggunaan *restrains* untuk immobilisasi pasien, baik manual ataupun mekanik.

Standar Keselamatan Pasien

Standar adalah kriteria ideal yang diinginkan, disusun oleh orang yang memiliki kewenangan serta dikomunikasikan kepada orang yang dipengaruhi oleh standar tersebut (Bustami, 2011; Marquis & Houston, 2012;). Standar keselamatan pasien harus mengacu kepada Permenkes RI No. 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu:

Tabel 3.1. Standar Keselamatan Pasien

No.	Standar	Pernyataan Standar	Kriteria
	Hak Pasien	<p>Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.</p>	<p>Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.</p> <p>Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.</p> <p>Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden.</p>
2.	Mendidik Pasien Dan Keluarga	<p>Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan keperawatan.</p>	<p>Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu di Rumah Sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan keperawatan. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:</p> <p>Memberikan info yang benar, jelas, lengkap dan jujur.</p>

			<p>Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab.</p> <p>Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.</p> <p>Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.</p> <p>Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan RS.</p> <p>Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.</p> <p>Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.</p>
3.	Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan	Fasilitas pelayanan kesehatan menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan	<p>Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.</p> <p>Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.</p> <p>Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan</p>

			<p>rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.</p> <p>Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.</p>
4.	<p>Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.</p>	<p>Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendisain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien</p>	<p>Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi dan tujuan pelayanan Kesehatan, kebutuhan pasien, petugas kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan factor- faktor lain yang berpotensi risiko, bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.</p> <p>Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.</p> <p>Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi, satu proses kasus risiko tinggi.</p>

			Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
--	--	--	---

No.	Standar	Pernyataan Standar	Kriteria
5.	Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien	<p>Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program melalui penerapan “7 Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.</p> <p>Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.</p> <p>Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.</p>	<p>Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.</p> <p>Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.</p> <p>Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.</p> <p>Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.</p>

		<p>Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.</p> <p>Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien</p>	<p>Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah (RCA) “Kejadian Nyaris Cedera” (<i>Near miss</i>) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.</p> <p>Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden. misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (<i>Sentinel Event</i>) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.</p> <p>Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.</p> <p>Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.</p> <p>Tersedia sasaran terukur, dan</p>
--	--	---	--

			<p>pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.</p>
6.	Mendidik staf tentang keselamatan pasien	<p>Fasilitas pelayanan kesehatan memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.</p> <p>Fasilitas pelayanan kesehatan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien</p>	<p>Setiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai tugasnya masing-masing.</p> <p>Setiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan inservice training dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.</p> <p>Setiap fasilitas pelayanan kesehatan menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (<i>teamwork</i>) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien</p>

No.	Standar	Pernyataan Standar	Kriteria
7.	Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien	Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat	Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien. Perlu disediakan mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

Sumber: Permenkes RI No. 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien

Prinsip Keselamatan Pasien

Prinsip keselamatan pasien mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien. Berdasarkan peraturan tersebut tercantum dalam Bab III tentang Penyelenggaraan Keselamatan Pasien pada Pasal 5 ayat 6, dimana terdapat 7 langkah yang harus ditempuh oleh rumah sakit dalam menerapkan keselamatan pasien antara lain:

1. Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien

Upaya membangun kesadaran akan pentingnya keselamatan pasien yang telah menjadi komitmen bersama di pelayanan kesehatan harus dilakukan terus menerus kepada semua karyawan dengan mewujudkan lingkungan yang kondusif dan tidak

menyalahkan dan memiliki kebijakan yang harus dilakukan jika terjadi insiden.

2. Memimpin dan Mendukung Staf

Pemimpin harus terlibat baik secara langsung atau tidak langsung untuk mendukung dan memberi perhatian kepada staf agar menerapkan keselamatan pasien baik melalui penetapan kebijakan, menunjuk champion/penggerak keselamatan pasien di tiap unit, menyusun komite keselamatan pasien di pelayanan kesehatan serta selalu menempatkan keselamatan pasien dalam agenda pertemuan ataupun pelatihan di pelayanan kesehatan.

3. Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko

Fasilitas pelayanan kesehatan harus memperhatikan manajemen risiko terkait keselamatan pasien, upaya yang dapat dilakukan dengan mengembangkan indikator kinerja manajemen risiko, serta menggiatkan forum diskusi terkait isu manajemen risiko keselamatan pasien.

4. Mengembangkan Sistem Pelaporan

Insiden keselamatan pasien yang terjadi dalam waktu 2x24 jam harus dilaporkan ke tim keselamatan pasien. Tim keselamatan pasien melakukan verifikasi, investigasi, grading/menentukan derajat insiden, menentukan akar masalah/root cause analysis (RCA), serta memberikan rekomendasi ke pimpinan pelayanan kesehatan. Selanjutnya pelayanan kesehatan harus memberikan laporan baik secara tertulis/online kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien. Komite Nasional Keselamatan Pasien akan memberikan feedback rekomendasi untuk mencegah kejadian berulang.

5. Melibatkan Dan Berkomunikasi Dengan Pasien

Keselamatan pasien dapat ditingkatkan melalui pemberdayaan pasien dan keterlibatannya dalam proses pemberian perawatan dengan mendengarkan pasien melalui pendekatan komunikasi terbuka.

6. Belajar Dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien

Ketika suatu insiden keselamatan pasien terjadi maka yang harus dipertanyakan adalah bagaimana dan mengapa insiden itu terjadi, bukan siapa yang melakukan. Sehingga berdasarkan informasi yang ada dapat dikembangkan akar masalah/root cause analysis (RCA) dan selalu belajar berdasarkan analisa kejadian tersebut.

7. Mencegah Cidera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Implementasi sistem keselamatan pasien dilaksanakan dengan melibatkan semua anggota tim yang ada di tiap unit agar melakukan tindakan yang dapat membuat asuhan kepada pasien menjadi lebih aman.

Daftar Pustaka

- Beckett, C. D., & Kipnis, G. (2009). Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality*, 31(5), 19–28. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2009.00043.x>
- Bustami. (2011). *Penjaminan mutu pelayanan kesehatan & akseptabilitasnya*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Cohen.2007. Protecting patients from harm: Reduce the risks of high alert drugs. <http://www.nursing2007.com>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*. Jakarta.
- Kozier, B.E.G & Erb's.G., Berman, A. & Snyder, S. (2012). *Fundamentals nursing: Concepts, process & practice*. Ninth edition. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Larasati, A. & Dhamanti, I., (2021). Studi Literatur: Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit di Indonesia. *Media Gizi Kemas*, Vol. 10. No. 1, Juni 2021: Hal.: 138-148.
- Pasaribu, A. T. (2017) *Gambaran Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien Oleh Perawat di Instalasi Rawat Inap di Kelas III RSUD Pasar Minggu Tahun 2017*. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Available at: http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/37396/1/Ade_Triani_Utami_Pasaribu_Fikik.pdf.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Fundamental of nursing: Concepts, process & practice*. St. Louis: Mosby Year Book. Inc.
- Marquis, B.L. & Houston, C.J. (2012). *Leadership roles & management functions in nursing: Theory & application* Seven edition: Philadelphia: Lippincott.

- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D., & Lackan, N., (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42:2, 156–165.
- Sitorus, A. M. S. (2020, October 23). "Penerapan Tindakan Precaution Oleh Tenaga Kesehatan Sebagai Upaya Memutus Rantai Infeksi Di Rumah Sakit". <https://doi.org/10.31219/osf.io/4mf6e>.
- The Joint Commission (2015). Sentinel Alert Event: Preventing falls and fallrelated injuries in health care facilities. Diunduh dari https://www.jointcommission.org/sea_issue_55/ pada 11 Oktober 2016.
- Unit Pelayanan Jaminan Mutu. (2011). *Buku saku quality & safety*. Jakarta: RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo.
- WHO. (2007). WHO collaborating center for patient safety. Joint commission & Joint commission international solution. <http://www.who.int.com>

MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN DAN KEBIJAKAN KESELAMATAN PASIEN

Pendahuluan

Pemerintah Republik Indonesia telah menetapkan sebuah Kebijakan berupa Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Di dalam peraturatan tersebut dijelaskan bahwa bahwa yang dimaksudkan dengan Keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem ini dibuat untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, sehingga dibutuhkan tindakan yang komprehensif dan responsif terhadap kejadian tidak diinginkan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan dan menjamin layanan yang diberikan adalah lebih aman. Penyelenggaraan

Keselamatan Pasien dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan standar Keselamatan Pasien, sasaran Keselamatan Pasien, dan tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien. Penerapan tersebut dilakukan oleh semua komponen yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan baik Pengelola maupun pelaksana, antar profesi/disiplin maupun antar unit. Perawat merupakan salah satu profesi yang memiliki peran dan tanggung jawab yang sangat Penting untuk menjamin keselamatan pasien selama perawatan. Setiap asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, menegakkan diagnose Keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi dirancang dan dilaksanakan secara professional sehingga dipastikan aman dan terhindar dari insiden yang tidak diharapkan. Asuhan Keperawatan yang diberikan dilakukan secara mandiri dan kolaborasi antar profesi.

Manajemen Keselamatan Pasien

Manajemen secara etimologis berasal dari kata “*to manage*” yang berarti mengatur. Tetapi secara umum, manajemen merupakan ilmu dan seni didalam pengelolaan sumberdaya untuk mencapai suatu tujuan melalui kegiatan yang dilakukan oleh orang lain. Manajemen adalah sebuah proses yang didalamnya mengatur segala sesuatu yang dilakukan oleh perusahaan atau organisasi untuk mencapai tujuan dari perusahaan atau organisasi tersebut. Manajemen keperawatan yakni suatu bentuk koordinasi dan integrasi sumber daya keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk dapat mencapai tujuan asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan. Manajemen Keperawatan adalah salah satu tugas khusus yang harus dilaksanakan oleh pengelola keperawatan untuk merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan serta mengawasi sumber daya yang ada sehingga dapat memberikan suatu pelayanan keperawatan yang efektif kepada pasien, keluarga dan masyarakat.

Manajemen Keselamatan pasien adalah adalah pengelolaan sistem pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dengan tujuan membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi

dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Untuk mencapai tujuan tersebut maka setiap pemberi pelayanan bertanggung jawab untuk melaksanakan manajemen Keselamatan pasien termasuk Perawat. Pelayanan keperawatan merupakan pelayanan profesional sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan mengacu pada sejauh mana layanan kesehatan dapat meningkat dan konsisten sesuai perkembangan pengetahuan profesional Sebagai pemberi asuhan Keperawatan Profesional Perawat penting memperhatikan manajemen Keselamatan pasien. Setiap perawat perlu dibekali pengetahuan yang memadai baik pengetahuan Keperawatan maupun pengetahuan yang berkaitan dengan manajemen Keselamatan pasien.

Sistem pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan harus menjamin pelaksanaan:

1. Asuhan pasien lebih aman, melalui upaya yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien;
2. Pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya; dan
3. Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Kebijakan Keselamatan Pasien

Kebijakan Keselamatan pasien secara khusus ditepkan melalui Menteri Kesehatan RI nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Sedangkan Aspek hukum terhadap “*patient safety*” atau keselamatan pasien adalah

Undang-Undang Tentang Kesehatan & Undang-Undang Tentang Rumah Sakit.

1. Keselamatan Pasien sebagai Isu Hukum a.

Pasal 53 (3) UU No.36/2009

“Pelaksanaan Pelayanan kesehatan harus mendahulukan keselamatannya pasien.”

b. Pasal 32n UUNo.44/2009

“Pasien berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit.”

c. Pasal 58 UUNo.36/2009

1) “Setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam Pelayanan kesehatan yang diterimanya.”

2) “.....tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat.”

2. Tanggung jawab Hukum Rumah Sakit

a. Pasal 29b UUNo.44/2009

“Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah Sakit.”

b. Pasal 46 UUNo.44/2009

“Rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan tenaga kesehatan di RS.”

c. Pasal 45 (2) UU No.44/2009

“Rumah sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.”

3. Bukan tanggung jawab Rumah Sakit

Pasal 45 (1) UU No.44/2009 Tentang Rumah sakit

“Rumah Sakit Tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan/atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif. “

4. Hak Pasien

a. Pasal 32d UUNo.44/2009

“Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional”

b. Pasal 32e UUNo.44/2009

“Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi”

c. Pasal 32j UUNo.44/2009

“Setiap pasien mempunyai hak tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan”

d. Pasal 32q UUNo.44/2009

“Setiap pasien mempunyai hak menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana”

5. Kebijakan yang mendukung keselamatan pasien
Pasal 43 UU No.44/2009
 - a. RS wajib menerapkan standar keselamatan pasien
 - b. Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidakdiharapkan.
 - c. RS melaporkan kegiatan keselamatan pasien kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan olehmenteri
 - d. Pelaporan insiden keselamatan pasien dibuat secara anonym dan ditujukan untuk mengoreksi system dalam rangka meningkatkan keselamatanpasien.

Peran Perawat dalam Manajemen Keselamatan Pasien

Undang-Undang no.38 tahun 2014 tentang keperawatan menjelaskan Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Peran dapat diartikan sebagai perangkat perilaku yang diharapkan oleh individu sesuai dengan status sosialnya. Jika ia seorang perawat, peran yang diharapkan adalah peran sebagai perawat bukan sebagai dokter. Selain itu peran yang dijalani seseorang juga bergantung pada status kesehatannya. Peran yang dijalani individu (Asmadi, 2008).Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhankepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat (RI, 2014a). Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan Perundang-undangan (RI, 2014a).

Jenis perawat menurut (RI, 2014a) terdiri atas:

1. Perawat vokasi, yaitu perawat dengan pendidikan diploma tiga keperawatan.
2. Perawat profesi, terdiri atas ners dan ners spesialis.

Peran perawat:

1. *Care provider* (pemberi asuhan) yaitu dalam memberikan asuhan keperawatan perawat dituntut menerapkan keterampilan berpikir kritis dan pendekatan sistem untuk penyelesaian masalah serta pembuatan keputusan keperawatan dalam konteks pemberian asuhan keperawatan komprehensif dan logistik berdasarkan aspek etik dan legal (RI, 2017).
2. *Manager* dan *Community leader* (pemimpin komunitas) yaitu dalam menjalankan peran sebagai perawat dalam suatu komunitas/kelompok masyarakat, perawat terkadang dapat menjalankan peran kepemimpinan, baik komunitas profesi maupun komunitas sosial dan juga dapat menerapkan kepemimpinan dan manajemen keperawatan dalam asuhan klien (RI, 2017).
3. *Educator* yaitu dalam menjalankan perannya sebagai perawat klinis, perawat komunitas, maupun individu, perawat harus mampu berperan sebagai pendidik klien dan keluarga yang menjadi tanggung jawabnya (RI, 2017).
4. *Advocate* (pembela) yaitu dalam menjalankan perannya perawat diharapkan dapat mengadvokasi atau memberikan pembelaan dan perlindungan kepada pasien atau komunitas sesuai dengan pengetahuan dan kewenangannya (RI, 2017).
5. *Researcher* yaitu dengan berbagai kompetensi dan kemampuan intelektualnya perawat diharapkan juga mampu melakukan penelitian sederhana di bidang keperawatan dengan cara menumbuhkan ide dan rasa ingin tahu serta mencari jawaban terhadap fenomena yang terjadi pada klien di komunitas maupun klinis (RI, 2017).

Penerapan patient safety di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh peran perawat. Hal ini karena perawat merupakan komunitas terbesar di rumah sakit dan perawat adalah orang yang paling dekat dengan pasien. Adapun hal-hal yang harus diperhatikan adalah:

1. Sebagai pemberi pelayanan keperawatan, perawat mematuhi standart pelayanan dan SOP yang ditetapkan.
2. Menerapkan prinsip-prinsip etik dalam pemberian pelayanan keperawatan.
3. Memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarga tentang asuhan yang diberikan.
4. Menerapkan kerjasama tim kesehatan yang handal dalam pemberian pelayanan kesehatan.
5. Menerapkan komunikasi yang baik terhadap pasien dan keluarganya. peka, proaktif dan melakukan penyelesaian masalah terhadap kejadian tidak diharapkan.
6. Mendokumentasikan dengan benar semua asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga.

Manfaat penerapan sistim keselamatan pasien antara lain:

1. Budaya *safety* meningkat dan berkembang
2. Komunikasi dengan pasien berkembang
3. Kejadian tidak diharapkan menurun. Peta KTD selalu ada dan terkini,
4. Risiko klinis menurun,
5. Keluhan dan litigasi berkurang,
6. Mutu pelayanan meningkat,
7. Citra rumah sakit dan kepercayaan masyarakat meningkat.

Kewajiban perawat secara umum terhadap keselamatan pasien adalah

1. Mencegah malpraktek dan kelalaian dengan mematuhi standart.
2. Melakukan pelayanan keperawatan berdasarkan kompetensi. Menjalinkan hubungan empati dengan pasien.
3. Mendokumentasikan secara lengkap asuhan. Teliti, obyektif dalam kegiatan. Mengikuti peraturan dan kebijakan institusi. Peka terhadap terjadinya cedera
 - a. Pelaporan dan analisis insiden
 - b. Kemampuan belajar dari insiden
 - c. Tindak lanjut dan implementasi solusi meminimalkan risiko

Daftar Pustaka

- Asmadi. (2008), Konsep Dasar Keperawatan, Jakarta: EGC
- Gina M., Kurniawan Y. (2019). Field Experience: Manajemen Strategis pada Proses Manajemen Keperawatan. Edia Karya Kesehatan, Volume 2, Nomor 6, 204-217.
- Hadi., I. (2016) BUKU AJAR MANAJEMEN KESELAMATAN PASIEN. Jawa tengah)
- Kemendes RI (2016) Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit. Available at: <http://www.bphn.go.id/data/documents/16pmkes006.pdf>.
- Permenkes (2017) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 2017, Nomor 11 Tahun Tentang Keselamatan Pasien'.
- Riama M. S., dkk. (2021). Manajemen Keperawatan. Yayasan Kita Menulis.
- Undang-undang (UU) No. 44 tentang Rumah Sakit Tahun 2009
- Undang-Undang (UU) No 18 tentang Keperawatan tahun 2014
- Undang-Undang (UU) No. 36 tentang Tenaga Kesehatan Tahun 2014

KAJIAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DALAMPERSPEKTIF *PATRICIA BANNER*

Pendahuluan

Keselamatan pasien saat ini telah menjadi standar mutlak dalam penetapan kualitas suatu layanan kesehatan. Tingginya tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan yang berkualitas menjadikan pihak penyedia layanan harus memperhatikan kompetensi para petugasnya. Hal ini dapat mencegah terjadinya *adverse event* (Insiden Keselamatan Pasien). Data terjadinya *adverse event* belumlah menggambarkan kondisi sebenarnya, hal ini disebabkan karena selain sifatnya rahasia namun juga disebabkan karena rendahnya kesadaran petugas dalam melakukan pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien. Konsep “*No Blaming*” dalam kondisi kejadian *adverse event* banyak tidak dipahami baik dari pihak organisasi struktural maupun oleh petugas kesehatan sendiri. Pencatatan maupun pelaporan atas kejadian Insiden Keselamatan pasien sangat bermanfaat dalam pemetaan resiko sehingga menjadi langkah antisipasi dalam mencegah terulangnya kembali kejadian tersebut. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Nur Sa’dah dkk tahun 2021 didapatkan hasil analisis *fishbone* diagnosis permasalahan budaya pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu kurangnya pengetahuan, persepsi takut disalahkan, kurang kesadaran untuk

melapor dan kurang mengerti alur pelaporan. Melalui pemaparan ini akan diulas berbagai hal tentang pelaporan insiden keselamatan pasien melalui kajian hasil-hasil riset dan perspektif model konsep Patricia Banner.

Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Banyak sekali konsep teori yang menjelaskan tentang arti dari Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden. Menurut Kementerian Kesehatan, 2011 menjelaskan bahwa pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan rangkaian sistem dalam pendokumentasian pelaporan insiden keselamatan pasien, yang selanjutnya akan dianalisis untuk mencari solusi dalam proses pembelajaran. Selain itu ada banyak pengertian dari pelaporan insiden keselamatan pasien yang terangkum dalam panduan Departemen Kesehatan RI, 2008 antara lain:

1. Keselamatan atau *safety* adalah bebas dari bahaya (*hazard*) atau risiko.
2. Keselamatan pasien atau *patient safety* adalah pasien bebas dari *harm*/ cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari *harm* yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian dan lain-lain), terkait dengan pelayanan kesehatan.
3. Cedera atau *harm* adalah dampak yang terjadi akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh dapat berupa fisik, sosial dan psikologis. Cedera atau *harm* terdiri dari: penyakit, trauma, penderitaan, cacat, dan kematian. Adapun masing-masing penjelasannya adalah sebagai berikut:
 - a. Penyakit/ *disease* merupakan disfungsi fisik atau psikis.
 - b. Trauma/ *injury* merupakan kerusakan jaringan yang diakibatkan oleh agen atau keadaan.
 - c. Penderitaan/ *suffering* merupakan pengalaman atau gejala yang tidak menyenangkan termasuk

nyeri, malaise, mual, muntah, depresi, agitasi dan ketakutan.

- d. Cacat/ disability merupakan segala bentuk kerusakan struktur atau fungsi tubuh, keterbatasan aktifitas dan atau restriksi dalam pergaulan sosial berhubungan dengan cedera yang terjadi sebelumnya atau saat ini.

Pelaporan insiden keselamatan pasien dapat ditarik artinya adalah sebuah mekanisme pencatatan kejadian yang tidak diharapkan yang terjadi di pusat pelayanan yang kemudian akan dipelajari sumber penyebab kejadian dan akan menjadi dasar dalam pembenahan kualitas pelayanan sehingga kejadian serupa tidak terulang. Hasil literature review oleh Aco Mursid dkk tahun 2021 menemukan daftar yang menghambat pelaporan insiden yaitu *impact* negatif yang di dapatkan pelapor, kekurangan waktu dalam membuat pelaporan insiden, umpan balik yang kurang, ragam insiden yang terjadi, kurang pengetahuan, melapor dianggap bukan kewajiban, tidak memahami siapa yang harus melapor, kurang pemahaman untuk kerahasiaan nama, dan sistem pelaporan yang belum optimal. Adapun langkah untuk mengatasi hambatan adalah melakukan pengembangan dan meningkatkan mekanisme pelaporan, pemberian *feed back*, menerapkan kerahasiaan nama, memerlakukan *reward*, pendidikan dan pelatihan tentang sistem pelaporan insiden dan penting adanya komitmen para pembuat kebijakan memainkan peran penting dalam meningkatkan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien. Sedangkan hasil riset yang dilakukan di 23 rumah sakit dari Sembilan nagara yang dilakukan oleh Tamaamah dkk tahun 2020 didapatkan hasil factor-factor yang menghambat pelaporan insiden keselamatan pasien adalah ketakutan terhadap hukum dan intimidasi, tidak memahami prosedur pelaporan, umpan balik positif yang minim dari manajemen dan tidak adanya undang-undang yang melindungi pelapor. Kesimpulan dari riset ini menyebutkan adanya factor yang berasal dari individu, organisasi dan pemerintah sehingga mengganggu budaya pelaporan insiden keselamatan pasien. Adapun factor

individu yang terkaji sebagai penghambat dijelaskan oleh Deskania dk tahun 2020. Didapatkan faktor yang berhuungan dengan motivasi perawat dalam melakukan pelaporan antara lain rasa tanggung jawab, pengakuan oleh organisasi, kebijakan yang dikeluarkan dan kondisi kerja yang mempengaruhi.

Hazard/Bahaya

Bahaya atau *hazard* sendiri merupakan sebuah kondisi akibat perubahan tindakan yang menimbulkan risiko yang mempengaruhi keselamatan pasien selama perawatan. Kondisi yang dimaksud adalah setiap faktor yang berhubungan atau mempengaruhi suatu peristiwa keselamatan pasien/ *patient safety event*, agent atau personal. Agen adalah substansi, obyek atau sistem yang menyebabkan perubahan. Sedangkan Insiden keselamatan pasien/ *patient safety incident* merupakan kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang tidak seharusnya terjadi (dapat dicegah). Adapun beberapa jenis insiden adalah sebagai berikut:

1. Kejadian tidak diharapkan (KTD)/ *adverse event* yaitu insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis.
2. Kejadian nyaris cedera (KNC)/ *near miss* merupakan suatu insiden yang tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), dapat terjadi karena:
 - a. "Keberuntungan" (misalnya pasien yang menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat).
 - b. "Pencegahan" (misalnya secara tidak sengaja pasien akan diberikan suatu obat dengan dosis

lethal, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan).

- c. "Peringatan" (misalnya pasien secara tidak sengaja telah diberikan suatu obat dengan dosis lethal, segera diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya, sehingga tidak menimbulkan cedera yang berarti).

Hazard dapat terus terjadi jika tidak ada mekanisme *barrier* yang diterapkan dalam memutuskan rantai terjadinya insiden keselamatan pasien. Sehingga mekanisme pelaporan ini menjadi relevan untuk diterapkan sehingga mampu mencegah munculnya kejadian hazard yang berulang. Penelitian yang dilakukan oleh Rahma tahun 2022 menyimpulkan bahwa budaya keselamatan pasien erat kaitannya dengan kejadian insiden keselamatan pasien. Dengan meningkatnya budaya keselamatan pasien insiden keselamatan pasien dapat diminimalkan. Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien untuk meminimalkan insiden keselamatan pasien adalah dengan melaporkan keselamatan insiden pasien, baik Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Potensial Cedera, Kejadian Tidak Cedera apalagi Kejadian Tidak Diharapkan.

Jenis Pelaporan

Dalam buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008), dalam kegiatan pencatatan dan pelaporan rumah sakit wajib untuk melakukan pencatatan dan pelaporan insiden yang meliputi kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC) dan kejadian sentinel. Pelaporan insiden dilakukan secara internal dan eksternal. Pelaporan internal dilakukan dengan mekanisme/ alur pelaporan keselamatan pasien rumah sakit di lingkungan internal rumah sakit. Pelaporan eksternal dilakukan dengan pelaporan dari rumah sakit ke KKP-RS nasional. Dalam lingkup rumah sakit, unit kerjakeselamatan pasien rumah sakit melakukan pencatatan kegiatan yang telah dilakukan dan membuat laporan kegiatan kepada Direktur rumah sakit.

Metode Pelaporan

Banyak metode yang digunakan mengidentifikasi resiko, salah satu caranya adalah dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis insiden keselamatan pasien. Sehingga, dapat dipastikan bahwa sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya/potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya *error* sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya. Beberapa ketentuan terkait pelaporan insiden sesuai dengan Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2008) akan dijabarkan sebagai berikut:

1. Insiden sangat penting dilaporkan karena akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
2. Memulai pelaporan insiden dilakukan dengan membuat suatu sistem pelaporan insiden di rumah sakit meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan pada seluruh karyawan.
3. Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.
4. Pelapor adalah siapa saja atau semua staf rumah sakit yang pertama menemukan kejadian atau yang terlibat dalam kejadian.
5. Karyawan diberikan pelatihan mengenai sistem pelaporan insiden mulai dari maksud, tujuan dan manfaat laporan, alur pelaporan, bagaimana cara mengisi formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian-pengertian yang digunakan dalam sistem pelaporan dan cara menganalisa laporan.

Alur Pelaporan

Alur pelaporan yang ada saat ini dan masih dikembangkan didasarkan pada buku Pedoman Pelaporan Insiden

Keselamatan Pasien RI Tahun 2015. Adapun alur pelaporan secara Internal dan Eksternal adalah sebagai berikut:

1. Pelaporan internal

- a. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/KTC/KPC) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ ditangani) untuk mengurangi dampak/ akibat yang tidak diharapkan.
- b. Setelah ditindaklanjuti, segera dibuat laporan insiden dengan mengisi formulir laporan insiden pada akhir jam kerja/ shift yang ditujukan kepada atasan langsung (paling lambat 2 x 24 jam). Diharapkan jangan menunda laporan.
- c. Setelah selesai mengisi format laporan, segera serahkan kepada atasan langsung pelapor. Atasan langsung disepakati sesuai keputusan manajemen, yaitu: supervisor/ kepala Bagian/ instalasi/ Departemen/unit.
- d. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading resiko terhadap insiden yang dilaporkan.
- e. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut:
 - 1) Grade biru: Investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.
 - 2) Grade hijau: Investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu.
 - 3) Grade kuning: Investigasi komprehensif/analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP (Keselamatan Pasien) di RS, waktu maksimal 45 hari.
 - 4) Grade merah: Investigasi komprehensif/ analisis akar masalah/RCA (*Root Cause Analysis*) oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.

- f. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS.
- g. Tim KP di RS akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan *re-grading*.
- h. Untuk grade kuning/merah, Tim KP di RS akan melakukan analisis akar masalah/ RCA.
- i. Setelah melakukan RCA, Tim KP di RS akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta “pembelajaran” berupa petunjuk “*safety alert*” untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
- j. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi.
- k. Rekomendasi untuk “perbaikan dan pembelajaran” diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di rumah sakit.
- l. Unit Kerja membuat analisis dan trend kejadian di satuan kerjanya masing - masing.
- m. Monitoring dan evaluasi perbaikan oleh tim KP di RS.

Selain dilakukannya pendokumentasian di tingkat internal Rumah Sakit, tim yang dibentuk dalam komite keselamatan pasien akan menindaklanjuti pelaporan insiden keselamatan pasien ini sendiri ke dalam sistem yang sudah terintegrasi dengan data base pusat dalam departemen kesehatan.

2. Pelaporan eksternal

Adapun pelaporan eksternal yang dilaksanakan setelah proses pelaporan internal adalah sebagai berikut: Laporan hasil investigasi sederhana/analisis akar masalah/RCA yang terjadi pada pasien dilaporkan oleh Tim KP di RS (Internal)/Pimpinan RS ke KKP-RS Nasional dengan mengisi formulir laporan

insiden keselamatan pasien dan melakukan *entry* data (*e-reporting*) melalui website resmi KKPRS: www.buk.depkes.go.id.

Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien digital di rumah sakit pernah diujicobakan oleh Dirwan, dkk tahun 2021 dan didapatkan hasil implementasi dan analisis pada petugas kesehatan dengan hasil bahwa para civitas hospitalia memperoleh kemudahan untuk pelaporan IKP dan PPI, sedangkan pihak manajemen RS yang memperoleh laporan tersebut secara cepat dan akurat serta dapat segera untuk ditindaklanjuti guna mencegah kejadian serupa pada unit yang sama atau berbeda. Catatan dalam hasil publikasi tersebut disebutkan pentingnya dukungan para pimpinan dan manajemen untuk mencapai perubahan yang baik. Pelaporan melalui digital sistem ini mudah diterima dan memiliki potensi untuk terus dimanfaatkan sebagai proses pembelajaran organisasi RS.

Grading Risiko Insiden Keselamatan Pasien

Pada saat melaporkan sebuah kejadian keselamatan pasien diperlukan prosedur analisis grading risiko kejadian keselamatan pasien untuk menentukan tindak lanjut dari sebuah insiden yang telah terjadi terkait bentuk investigasi insiden. Penilaian matriks risiko adalah suatu metode analisis kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya. Penilaian dampak/akibat (*concequences*) suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dan tidak ada cedera sampai meninggal (table 5.1). Penilaian tingkat probabilitas/frekuensi (*likelihood*) risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi (tabel 5.2).

Tabel 5.1
Penilaian Dampak/Akibat (*Concequences*) Suatu Insiden

Grade	Deskripsi	Keterangan Deskripsi
1	Insignificant	Tidak ada cedera
2	Minor	a. Cedera ringan mis. Luka lecet b. Dapat diatasi dengan pertolongan pertama

3	Moderate	<p>a. Cedera sedang mis. Luka robek Berkurangnya fungsi motorik / sensorik</p> <p>b. / psikologis atau intelektual secara reversibel dan tidak berhubungan dengan penyakit.</p> <p>Setiap kasus yang memperpanjang perawatan</p>
4	Major	<p>a. Cedera luas/berat mis. Cacat, lumpuh Kehilangan fungsi motorik, sensorik,</p> <p>b. psikologis, intelektual/irreversibel, tidak berhubungan dengan penyakit.</p> <p>Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit</p>
5	Cathastropic	yang mendasarinya

(Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien RI, 2015)

Adapun penilaian tingkat probabilitas terjadinya sebuah insiden dapat digambarkan pada tabel 2.2 berikut ini.

Tabel 5.2 Penilaian Tingkat Probabilitas/
Frekuensi (*Likelihood*) Suatu Insiden

Grade	Frekuensi	Kejadian Aktual
1	Sangat Jarang	Dapat terjadi dalam lebih dari 5 tahun
2	Jarang	Dapat terjadi dalam 2 – 5 tahun
3	Mungkin	Dapat terjadi tiap 1 – 2 tahun
4	Sering	Dapat terjadi beberapa kali dalam setahun
5	Sangat Sering	Terjadi dalam minggu / bulan

(Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien RI, 2015)

Setelah nilai dampak dan probabilitas diketahui, dimasukkan dalam tabel matriks grading risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna *bands* risiko. *Bands* risiko adalah derajat risiko yang digambarkan

dalam empat warna yaitu: Biru, Hijau, Kuning dan Merah. Warna Bands akan menentukan investigasi yang akan dilakukan. *Bands* warna biru dan hijau akan mengarahkan tindak lanjut insiden dengan investigasi sederhana. *Bands* kuning dan merah suatu insiden harus dilakukan investigasi komprehensif/ RCA (tabel 5.3).

Tabel 5.3 Matrik *Grading* Risiko (*Bands* Risiko)

		Dampak/ <i>Consequences</i>				
Frekuensi/ <i>Likelihood</i>	<i>Insignificant</i>	<i>Minor</i>	<i>Moderate</i>	<i>Major</i>	<i>Catastropic</i>	
	1	2	3	4	5	
Sangat Sering (Tiap Minggu/ bulan) 5	<i>Moderate</i>	<i>Moderate</i>	<i>High</i>	<i>Extreme</i>	<i>Extreme</i>	
Sering (Beberapa kali/thn) 4	<i>Moderate</i>	<i>Moderate</i>	<i>High</i>	<i>Extreme</i>	<i>Extreme</i>	
Mungkin (1-<2 thn/kali) 3	<i>Low</i>	<i>Moderate</i>	<i>High</i>	<i>Extreme</i>	<i>Extreme</i>	
Jarang (>2-<5 thn) 2	<i>Low</i>	<i>Low</i>	<i>Moderate</i>	<i>High</i>	<i>Extreme</i>	
Sangat jarang (>5 thn/kali) 1	<i>Low</i>	<i>Low</i>	<i>Moderate</i>	<i>High</i>	<i>Extreme</i>	

(Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien RI, 2015)

Formulir Laporan Kejadian Keselamatan Pasien

Proses pelaporan insiden keselamatan pasien menggunakan formulir khusus yang telah diterbitkan oleh KKP-RS Nasional (Departemen Kesehatan RI, 2008b). Formulir Laporan Insiden terdiri dan dua macam:

1. Formulir laporan insiden internal: adalah formulir laporan yang dilaporkan ke Tim KP di RS dalam waktu maksimal 2 x 24 jam/ akhir jam kerja/ shift. Laporan berisi: data pasien, rincian kejadian, tindakan

yang akan dilakukan saat terjadi insiden, akibat insiden, Pelapor dan penilaian grading.

2. Formulir laporan insiden eksternal: adalah formulir laporan yang dilaporkan ke KKP-RS Nasional setelah dilakukan analisis dan investigasi.

Aplikasi Konsep Patricia Banner dalam Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Sebelum kita membahas perspektif Patricia Banner dalam keselamatan pasien, sebelumnya kita harus memiliki perspektif yang sama mengenai konsep teori yang dikemukakan Banner. Benner (1997) mengeluarkan sebuah teori yang disebut Teori “*From Novice To Expert*” yang artinya tahapan dalam profesi dari *novice* (pemula) ke tahapan *expert* (berpengalaman). Konsep teori “*From Novice To Expert*” yang dikembangkan oleh Patricia Benner diambil dari “Model Dreyfus” yang dikemukakan oleh Hubert Dreyfus dan Stuart Dreyfus (1986). Teori *From Novice to Expert* menjelaskan 5 tingkat/tahap akuisisi peran dan perkembangan profesi meliputi: (1) *novice*, (2) *advance beginner*, (3) *competent*, (4) *proficient*, dan (5) *expert*. Hal ini dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Novice

Tingkat *Novice* pada akuisisi peran pada Dreyfus Model, adalah seseorang tanpa latar belakang pengalaman pada situasinya. Dalam hal ini Benner mengklasifikasikan perawat pada level *novice* jika ditempatkan pada area atau situasi yang tidak familiar dengannya. Perintah yang jelas dan atribut yang obyektif harus diberikan untuk memandu penampilannya. Pada penelitian ini, jenjang keperawatan pada tingkatan *novice* tidak dilibatkan karena metode yang akan diajarkan membutuhkan perawat dengan pengetahuan dan keterampilan mandiri selama memberikan pelayanan keperawatan di rumah sakit.

2. Advanced beginner

Advance Beginner dalam Model Dreyfus (1986) adalah ketika seseorang menunjukkan penampilan

mengatasi masalah yang dapat diterima pada situasi nyata. Situasi klinis ditunjukkan oleh perawat pada level *advance beginner* sebagai ujian terhadap kemampuannya dan permintaan terhadap situasi pada pasien yang membutuhkan dan responnya. *Advance beginner* mempunyai responsibilitas yang lebih besar untuk melakukan manajemen asuhan pada pasien, sebelumnya mereka mempunyai lebih banyak pengalaman. Benner menempatkan perawat yang baru lulus pada tahap ini.

Dalam penelitian ini, tingkatan perawat *Advance beginner* belum juga dilibatkan sama halnya dengan *Novice* karena dalam penelitian mensyaratkan kriteria inklusi dengan masa kerja minimal 1 tahun.

3. *Competent*

Tahap *competent* dari model Dreyfus (1986) ditandai dengan kemampuan mempertimbangkan dan membuat perencanaan yang diperlukan untuk suatu situasi dan sudah dapat dilepaskan. Perawat *competent* dapat menunjukkan reponsibilitas yang lebih pada respon pasien, lebih realistik dan dapat menampilkan kemampuan kritis pada dirinya. *Competent* harus dapat mengetahui alasan dalam pembuatan perencanaan dan prosedur pada situasi klinis. Untuk dapat menjadi *proficient*, *competent* harus diizinkan untuk memandu respon terhadap situasi.

4. *Proficient*

Perawat pada tahap ini menunjukkan kemampuan baru untuk melihat perubahan yang relevan pada situasi, meliputi pengakuan dan mengimplementasikan respon keterampilan dari situasi yang dikembangkan. Mereka akan mendemonstrasikan peningkatan percaya diri pada pengetahuan dan keterampilannya. Pada tingkatan ini mereka banyak terlibat dengan keluarga dan pasien.

5. *Expert*

Benner menjelaskan pada tingkatan ini perawat expert mempunyai pegangan intuitif dari situasi yang terjadi sehingga mampu mengidentifikasi area dari masalah tanpa kehilangan pertimbangan waktu untuk membuat diagnosa alternatif dan penyelesaian. Perubahan kualitatif pada expert adalah “mengetahui pasien” yang berarti mengetahui tipe pola respon dan mengetahui pasien sebagai manusia. Aspek kunci pada perawat expert adalah:

- a. Menunjukkan pegangan klinis dan sumber praktis
- b. Mewujudkan proses *know-how*
- c. Melihat gambaran yang luas
- d. Melihat yang tidak diharapkan

Laporan Institute of Medicine (IoM) (Kohn, Corrigan & Donaldson 1999) menyatakan, perawat menjadi ujung tombak perawatan pasien, sering menjadi kemungkinan baris terakhir pertahanan dalam mencegah kesalahan perawatan pasien. Dalam studi baru keselamatan pasien oleh Dewan Nasional Dewan Negara Keperawatan (Malloch, Benner & Weeks) mendefinisikan: turunan dari praktek keperawatan dalam upaya menyelesaikan gangguan pada salah satu aspek praktek yang terjadi yang melibatkan individu, tim kesehatan atau sistem perawatan kesehatan yang tidak hadir maka penting untuk memperhatikan unsur-unsur berikut:

- a. Administrasi pengobatan yang aman.

Perawat mengelola dosis yang tepat dari obat yang tepat melalui rute yang tepat kepada pasien yang tepat pada waktu yang tepat untuk alasan yang tepat.

- b. Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan memberikan informasi yang relevan tentang pasien dan tindakan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan mereka.

c. *Perhatian / Surveillance.*

Perawat memantau apa yang terjadi dengan pasien dan staf. Perawat mengamati kondisi klinis pasien, jika perawat tidak mengamati pasien, maka dia tidak bisa mengidentifikasi perubahan yang dialami pasien dan perawat akan sulit membuat keputusan keperawatan.

d. *Penalaran klinis.*

Perawat menafsirkan tanda-tanda, gejala, dan respon pasien terhadap terapi. Perawat mengevaluasi relevansi perubahan tanda dan gejala pada pasien dan memastikan bahwa perawatan pasien telah disesuaikan dengan tepat.

e. *Pencegahan*

Perawat memiliki langkah-langkah untuk mencegah risiko, bahaya, atau komplikasi karena sakit atau rawat inap. Ini termasuk tindakan pencegahan pasien jatuh, mencegah bahayaimobilitas dan kontraktur.

f. *Intervensi.*

Perawat melakukan tindakan keperawatan dengan benar. Interpretasi dengan tepat. Perawat menafsirkan perintah dengan tepat.

g. *Tanggung jawab/advokasi Pasien.*

Perawat menunjukkan tanggung jawab profesional dan memahami sifat dari hubungan perawat-pasien. Advokasi mengacu pada ekspektasi bahwa perawat bertindak secara bertanggung jawab dalam melindungi pasien dan kerentanan keluarga pada kebutuhan pasien atau masalah pasien dapat tertangani (Benner Sheets, Uris, Malloch, Schwed & Jamison 2006).

Daftar Pustaka

- Benner, P., Hughes, R. G., & Sutphen, M. (2008). Clinical Reasoning, Decisionmaking, and Action: Thinking Critically and Clinically. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.*, 6, 87–110. <https://doi.org/NBK2643> [bookaccession]
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Thinkin-in-Action and Reasoning-in-Transition: An Overview. Clinical Wisdom and Intervention in Acute and Critical Care.*
- Benner, P., Malloch, K., Sheets, V., & Bitz, K. (2006). TERCAP: Creating a national database on nursing errors. *Harvard Health Policy Review*, 7(1), 48–63. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:TERCAP:+Creating+a+national+database+on+nursing+erros#0>
- Cousins, D. H., Gerrett, D., & Warner, B. (2012). A review of medication incidents reported to the National Reporting and Learning System in England and Wales over 6 years (2005-2010). *British Journal of Clinical Pharmacology*, 74(4), 597–604. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2011.04166.x>
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Formulir Laporan insiden keselamatan pasien ke KKP-RS.* Jakarta.
- Depkes. (2008). *Pedoman Pelaporan Insiden keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report)* (2nd ed.). Jakarta.
- Habibah, T., & Dhamanti, I. (2021). Faktor yang Menghambat Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Literature Review. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 9(4), 449-460.
- Jumila, R. (2021). SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN SEBAGAI UPAYA BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT. *Jurnal Cakrawala Ilmiah*, 1(5), 931-938.

- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Pedoman Penyelenggaraan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Jakarta.
- Mursid, A., Sjattar, E. L., & Arafat, R. (2021). Hambatan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien: A Literature Review. *Jurnal Penelitian Kesehatan" SUARA FORIKES"(Journal of Health Research" Forikes Voice"*, 12(3), 231-235.
- Nashifah, N. S. A., & Adriansyah, A. A. (2021). Analisis Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien: Studi Kasus Di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya. *MOTORIK Jurnal Ilmu Kesehatan*, 16(2), 50-55.
- Paramita, D. A., Arso, S. P., & Kusumawati, A. (2020). FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN MOTIVASI PERAWAT DALAM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT X KOTA SEMARANG. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*, 8(6), 724-730.
- Soularto, D. S., Arini, M., & Listiowati, E. (2021). Digital System Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit. In *Prosiding Seminar Nasional Program Pengabdian Masyarakat*.
- Tristantia, A. D. (2018). Evaluasi Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6(2), 83-94.

SOLUSI KESELAMATAN PASIENDAN RESIKO PASIEN JATUH

Solusi Keselamatan Pasien

Konsep keselamatan pasien (*patient safety*) secara mendasar diartikan sebagai “*freedom from accidental injury*” oleh *Institute Of Medicine* (IOM). Sejalan dengan batasan tersebut, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai bebas dari cedera (*harm*) yang seharusnya tidak terjadi atau potensial cedera akibat dari pelayanan kesehatan yang disebabkan *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan (Wardhani, 2017). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

WHO Collaborating Centre for Patient Safety pada tanggal 2 Mei 2007 resmi menerbitkan “*Nine Life Saving Patient Safety Solutions*” (Sembilan Solusi Life-Saving).

Keselamatan Pasien Rumah Sakit). Panduan ini mulai disusun sejak tahun 2005 oleh pakar keselamatan pasien dan lebih 100 negara, dengan mengidentifikasi dan mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien. Sebenarnya petugas kesehatan tidak bermaksud menyebabkan cedera pasien, tetapi fakta tampak bahwa di bumi ini setiap hari ada pasien yang mengalami KTD (Kejadian Tidak Diharapkan). KTD, baik yang tidak dapat dicegah (*non error*) maupun yang dapat dicegah (*error*), berasal dari berbagai proses asuhan pasien. Solusi keselamatan pasien adalah sistem atau intervensi yang dibuat, mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien yang berasal dari proses pelayanan kesehatan.

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) mendorong RS-RS di Indonesia untuk menerapkan Sembilan Solusi Life-Saving Keselamatan Pasien Rumah Sakit, atau 9 Solusi, langsung atau bertahap, sesuai dengan kemampuan dan kondisi RS masing-masing.

Kesembilan solusi tersebut adalah:

1. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (*Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*).
2. Pastikan Identifikasi Pasien.
3. Komunikasi Secara Benar saat Serah Terima / Pengoperan Pasien.
4. Pastikan Tindakan yang benar pada Sisi Tubuh yang benar.
5. Kendalikan Cairan Elektrolit Pekat (*concentrated*).
6. Pastikan Akurasi Pemberian Obat pada Pengalihan Pelayanan.
7. Hindari Salah Kateter dan Salah Sambung Slang(*Tube*).
8. Gunakan Alat Injeksi Sekali Pakai.
9. Tingkatkan Kebersihan Tangan (*Hand hygiene*) untuk Pencegahan Infeksi Nosokomial.

Pembahasan 9 Solusi Keselamatan Pasien

1. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (*Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*)

Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM), yang membingungkan staf pelaksana adalah salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (medication error) dan ini merupakan suatu keprihatinan di seluruh dunia. Dengan puluhan ribu obat yang ada saat ini di pasar, maka sangat signifikan potensi terjadinya kesalahan akibat bingung terhadap nama merek atau generik serta kemasan. Solusi NORUM ditekankan pada penggunaan protokol untuk pengurangan risiko dan memastikan terbacanya resep, label, atau penggunaan perintah yang dicetak lebih dulu, maupun pembuatan resep secara elektronik.

Contoh Nama Obat Mirip:

a. Stimuno	Stamino
b. Reskuin	Resochin
c. Piracetam	Piroxicam
d. Metoclopramide	Chlorpropamide
e. Proza	Prozac
f. Farmabes	Farmabex
g. Antipres	Antiprestin
h. Leschol	Leschicol

2. Pastikan Identifikasi Pasien

Kegagalan yang meluas dan terus menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan pengobatan, transfusi maupun pemeriksaan, pelaksanaan prosedur yang keliru orang, penyerahan bayi kepada bukan keluarganya, dan sebagainya. Rekomendasi ditekankan pada metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses ini, standarisasi dalam metode identifikasi di semua

rumah sakit dalam suatu sistem layanan kesehatan, dan partisipasi pasien dalam konfirmasi ini, serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

Contoh identifikasi:

- a. Pemakaian gelang identitas pasien dibedakan berdasarkan warna
 - b. Pemasangan gelang identifikasi dan penanda pada pasien, cara identifikasi sebelum:
 - 1) Pemberian obat, darah atau produk darah
 - 2) Pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis
 - 3) Pemberian pengobatan, dan tindakan/prosedur
3. Komunikasi Secara Benar saat Serah Terima / Pengoperan Pasien

Komunikasi adalah sebuah proses penyampaian pikiran atau informasi dari seseorang kepada orang lain melalui suatu cara sehingga orang lain tersebut mengerti betul apa yang dimaksud oleh penyampai pikiran-pikiran atau informasi. Komunikasi akan efektif apabila pesan diterima dan dimengerti sebagaimana dimaksud oleh pengirim pesan, pesan ditindaklanjuti dengan sebuah perbuatan oleh penerima pesan dan tidak ada hambatan untuk hal itu (Hardjana, 2003). Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima/ pengoperan pasien antara unit-unit pelayanan, dan didalam serta antar tim pelayanan, bisa mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial dapat mengakibatkan cedera terhadap pasien. Rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan protokol untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis; memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat

serah terima, dan melibatkan para pasien serta keluarga dalam proses serah terima.

4. Pastikan Tindakan yang benar pada Sisi Tubuh yang benar

Penyimpangan pada hal ini seharusnya sepenuhnya dapat dicegah. Kasus-kasus dengan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah sebagian besar adalah akibat dan miskomunikasi dan tidak adanya informasi atau informasinya tidak benar. Faktor yang paling banyak kontribusinya terhadap kesalahan-kesalahan macam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra-bedah yang distandardisasi. Rekomendasinya adalah untuk mencegah jenis-jenis kekeliruan yang tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi pra-pembedahan, pemberian tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur, dan adanya tim yang terlibat dalam prosedur “Time out” sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur dan sisi yang akan dibedah.

Contoh: penandaan lokasi operasi pada lokasi tubuh yang ada lateralisasi dan adanya *sign in, time out, dan sign out*.

5. Kendalikan Cairan Elektrolit Peekat (*Concentrated*)

Sementara semua obat-obatan, biologics, vaksin dan media kontras memiliki profil risiko, cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi khususnya adalah berbahaya. Rekomendasinya adalah membuat standardisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah; dan pencegahan atas campur aduk / bingung tentang cairan elektrolit pekat yang spesifik.

Selain itu untuk obat-obatan sitostatika harus ditangani dengan hati-hati oleh setiap petugas yang menyimpan dan mendistribusikan.

Contoh daftar obat yang perlu diwaspadai

PHARMACOLOGY CATEGORY	GENERIC NAME
Anticoagulants, IV, Low-molecular-weight	Heparin, Enoxaparin
Insulin, subcutaneous and IV	Insulin
Narcotics/opiates, IV	Morphin, Pethidine. Fentanyl
Potassium chloride for injection concentrate	Potassium chloride
Sodium chloride for injection, hypertonic (greater than 0,9% concentration)	Sodium chloride

6. Pastikan Akurasi Pemberian Obat pada Pengalihan Pelayanan

Kesalahan medikasi terjadi paling sering pada saat transisi / pengalihan. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (*medication errors*) pada titik-titik transisi pasien.

Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dan seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut sebagai "*home medication list*", sebagai perbandingan dengan daftar saat admisi, penyerahan dan / atau perintah pemulangan bilamana menuliskan perintah medikasi; dan komunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan yang berikut dimana pasien akan ditransfer atau dilepaskan.

Contoh: Adanya formulir transfer pasien pada rekam medis yang berisi catatan tentang obat yang diberikan bila pasien dipindahkan keruangan rawat lain/ transfer.

7. Hindari Salah Kateter dan Salah Sambung Slang (*Tube*)

Slang, kateter, dan spuit (syringe) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) yang bisa menyebabkan cedera atas pasien melalui penyambungan spuit dan slang yang salah, serta memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Rekomendasinya adalah menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara detail / rinci bila sedang mengerjakan pemberian medikasi serta pemberian makan (misalnya slang yang benar), dan bilamana menyambung alat-alat kepada pasien (misalnya menggunakan sambungan & slang yang benar).

Contoh: SPO pemasangan NGT, SPO pemasangan kateter urine

8. Gunakan Alat Injeksi Sekali Pakai

Salah satu keprihatinan global terbesar adalah penyebaran dan HIV, HBV, dan HCV yang diakibatkan oleh pakai ulang (*reuse*) dari jarum suntik. Rekomendasinya adalah perlunya melarang pakai ulang jarum di fasilitas layanan kesehatan; pelatihan periodik para petugas di lembaga-lembaga layanan kesehatan khususnya tentang prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga mereka mengenai penularan infeksi melalui darah; dan praktek jarum sekali pakai yang aman.

Contoh: Kebijakan single use untuk jarum suntik

9. Tingkatkan Kebersihan Tangan (*Hand hygiene*) untuk Pencegahan Infeksi Nosokomial

Diperkirakan bahwa pada setiap saat lebih dari 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita infeksi yang diperoleh di rumah-rumah sakit. Kebersihan Tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang primer untuk menghindari masalah ini. Rekomendasinya adalah mendorong implementasi penggunaan cairan "alcohol-based hand-rubs" tersedia pada titik-titik

pelayan tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar mengingatkan penggunaan tangan bersih ditempat kerja; dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan / observasi dan tehnik-tehnik yang lain.

Contoh: Kebijakan dan SPO tentang *hand hygiene*.

Resiko Pasien Jatuh

Berdasarkan *National Database of Nursing Quality Indicators* (NDNQI) dalam penelitian Bouldin *et al* (2014), kejadian pasien jatuh merupakan kejadian yang tidak direncanakan dengan atau tanpa cedera di unit rawat inap. Orang tua dan pasien yang lemah bukan satu- satunya yang berisiko jatuh di rumah sakit. Setiap kelompok umur memiliki risiko jatuh karena adanya perubahan kondisi fisiologisnya. Di Amerika Serikat insiden jatuh di rumah sakit dan pusat kesehatan dilaporkan sebanyak 1.000 pasien per harinya. Dari 345.800 kejadian jatuh yang terjadi di ruang rawat inap selama penelitian, 315.817 orang dilaporkan mengalami cedera (Bouldin *et al*, 2014). Rata-rata kejadian jatuh terjadi pada pasien di atas 56 tahun, dan sebanyak 32% adalah wanita (Cutler, 2017). Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPPRS), di Indonesia sendiri kejadian risiko jatuh terbanyak terjadi di Provinsi DKI Jakarta dengan 37,9% diikuti Jawa Tengah 15,9%, dan DI Yogyakarta 13,8%. Kejadian ini paling banyak ditemukan di unit rawat inap penyakit dalam, bedah, dan anak sebesar 56,7% (Ariastuti, 2013). Risiko jatuh juga termasuk dalam sasaran keselamatan pasien, Sasaran pasien merupakan syarat yang harus diterapkan di semuarumah sakit yang telah terakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Penyusunan sasaran ini mengacu pada *Nine LifeSaving Patient safety Solution* dari WHO *Patient Safety* 2007, yang juga digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI) dan dari *Joint Comission International* (JCI). Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah untuk mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien.

Sasaran keselamatan pasien mencakup sasaran keselamatan pasien (Kemenkes, 2017), yaitu:

1. Mengidentifikasi pasien dengan benar
2. Meningkatkan komunikasi efektif
3. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai
4. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
5. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
6. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

Faktor Risiko Jatuh

Jatuh merupakan suatu kejadian yang tidak disengaja. Oleh karena itu banyak faktor yang mempengaruhi sehingga terjadinya insiden pasien jatuh di rumah sakit. Berdasarkan hasil penelitian Dewi dan Richa (2018), faktor-faktor yang menyebabkan risiko pasien jatuh, yaitu (1) pengetahuan dari tenaga kesehatan mengenai standar operasional prosedur (SOP) pelaksanaan pencegahan pasien jatuh; (2) rasio serta beban kerja perawat yang tidak sesuai; (3) sarana dan prasarana yang mendukung seperti bel dan *bed side rel*; (4) lingkungan. Berdasarkan *clinical guideline* yang dikeluarkan oleh *The Royal Children's Hospital Melbourne* faktor-faktor yang mempengaruhi pasien risiko jatuh meliputi: (1) lingkungan seperti sisi pengaman ranjang yang tidak terpasang, lantai yang basah, dll lokasi tombol bantuan yang terlalu jauh dari pasien, letak peralatan yang tidak rapi; (2) usia; (3) diagnosis klinis dimana kondisi klinis pasien yang berbeda sesuai diagnosis masing-masing pada pasien yang mana mempengaruhi meningkatnya risiko jatuh; (4) status mental; (5) gangguan mobilitas; (6) penggunaan medikasi yang mana pada beberapa jenis obat mempengaruhi pasien sehingga berisiko untuk jatuh seperti Barbiturat, phenothiazines, sedative, hipnotik, antidepresan, dll.

Dampak dan Probabilitas Risiko Pasien Jatuh

Berdasarkan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2015), dalam menilai suatu analisa kualitatif dalam menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya. Penilaian dampak dari suatu insiden dinilai dari seberapa berat akibat yang dialami oleh pasien. sedangkan dalam penilaian probabilitas dinilai seberapa sering insiden tersebut terjadi. Berikut jenis-jenis dampak dan probabilitas risikoberdasarkan tingkatannya:

Tabel 6.1 Tingkat Dampak Dan Probabilitas Risiko Pasien Jatuh

Tingkat Risiko	Dampak	Probabilitas (frekuensi)
Tidak Signifikan	Tidak terdapat luka	Sangat jarang (>5tahun)
Minor	Cedera ringan misal luka lecet (dapat diatasi dengan pertolongan pertama)	Jarang/ <i>unlikely</i> (>2-5 tahun/kali)
Moderat	Cedera sedang misal luka robek, memperpanjang perawatan pasien, menyebabkan berkurangnya fungsi motoric/sensorik/psikologi/intelektual	Mungkin/ <i>possible</i> (1-2 tahun/kali)
Mayor	Cedera luas/berat missal cacat, lumpuh, kehilangan fungsi motoric/sensorik/psikologi/intelektual	Sering/ <i>likely</i> (beberapa kali/tahun)
Katas-tropik	Kematian tanpa berhubungan dengan perjalanan penyakit yang diderita pasien	Sangat sering/ <i>almost certain</i> (tiap minggu/bulan)

Sumber: KPPRS (2015)

Manajemen Risiko Pasien Jatuh

Manajemen risiko merupakan upaya dalam menganalisis suatu sistem terhadap potensi terjadinya kesalahan sehingga mencegah terjadinya insiden. Manajemen risiko terdiri dari prosen identifikasi, penyusunan prioritas risiko, analisis, serta pengurangan potensi risiko yang mungkin terjadi baik pada pasien, pengunjung, staff, maupun asset organisasi (Kavaler & Spiegel, 2003). Melalui proses ini akan memfasilitasi proses pengambilan keputusan. Keputusan ini dapat berupa kebijakan yang dapat diterapkan oleh rumah sakit untuk mencegah terjadinya KTD dalam pelayanan kesehatan (Yulianingtyas, 2016). Mengintegrasikan kegiatan manajemen risiko merupakan bagian dari tujuh langkah keselamatan pasien. keselamatan pasien merupakan komponen penting dari manajemen risiko serta harus diintegrasikan dengan keselamatan staf, manajemen complain, penganganan litigasi, dank lain. Program- program asesmen risiko merupakan bagian dari strategi manajemen risiko di fasilitas kesehatan. Kegiatan ini di unit pelaksana dapat berupa melakukan asesmen risiko pasien secara individual. Dalam kasus pasien jatuh, terdapat berbagai macam asesmen pasien. risiko jatuh yang dapat digunakan sesuai dengan masing-masing rumah sakit. Kemudian dalam proses selanjutnya dapat dilakukan tindakan sesuai dengan hasil pengkajian yang didapatkan (PMK No 11 tahun 2017). Manajemen risiko pasien jatuh ini dilaksanakan sejak pasien mendaftar hingga pasien pulang. Pengkajian ini dilakukan untuk mengidentifikasi akar masalah penyebab risiko pasien jatuh, mengembangkan alternative solusi dan melakukan uji dari alternative solusi tersebut (Budiono, 2014).

Pengkajian dan Intervensi Risiko Jatuh

Program pencegahan pasien risiko jatuh merupakan suatu hal yang sangat kompleks. Berdasarkan *Agency for Healthcare Research and Quality* (2013) pelaksanaan program pencegahan pasien jatuh berupa tindakan pencegahan yang dilakukan kepada seluruh pasien baik dengan atau tanpa risiko jatuh. Hal ini menjadikan lingkungan pasien menjadi aman dan nyaman. Beberapa

institusi telah menciptakan masing-masing pengkajian yang dapat digunakan sebagai penilaian pada pasien risiko jatuh. *Morse Fall Scale* merupakan pengkajian yang paling banyak digunakan pada pasien dewasa dan *Humpty Dumpty Fall Scale* merupakan pengkajian yang sering digunakan pada pasien anak. Ketika dilakukan penilaian dengan benar, pengkajian ini akan memberikan data untuk perencanaan perawatan selanjutnya. Masing-masing rumah sakit dapat memilih pengkajian yang sesuai dengan kondisi rumah sakit.

1. *Morse Fall Scale* (MFS)

Morse Fall Scale digunakan untuk memprediksi risiko jatuh yang dikembangkan sendiri oleh Morse di Alberta, Kanada pada tahun 1985. Asesmen ini terdiri dari 6 variabel, yaitu: riwayat jatuh, diagnosis sekunder, penggunaan alat bantu, terpasang infus, gaya berjalan, serta status mental. Penggunaan MFS ini dapat membantu dalam pengambilan keputusan, menyesuaikan intervensi yang akan dilakukan kepada masing-masing pasien, memfasilitasi perencanaan tindakan keperawatan, serta sebagai transmisi informasi antara professional kesehatan (Cruz et al, 2015).

Tabel 6.2 *Morse Fal Scale*

No	Faktor Risiko	Skala	Skor
1	Riwayat Jatuh; maksimal 3 bulan terakhir	Tidak Ya	0 25
2	Diagnosa Sekunder	Tidak Ya	0 15
3	Alat Bantu	<i>Bed rest</i> /bantuan perawat Tongkat/tripod Kursi/perabot	0 15 30
4	IV line	Tidak Ya	0 20

5	Gaya Berjalan	Normal/ <i>bedrest</i> /kursi roda	0
		Lemah	10
		Terganggu	25
6	Status Mental	Menyadari kemampuan	0
		Tidak menyadari keterbatasan	15

(Sumber: Agency for Healthcare Research and Quality, 2013).

Setiap interpretasi memiliki tindakan yang berbeda kepada pasien. Pasien tanpa risiko jatuh cukup dilakukan tindakan perawatan dasar. Pada pasien dengan risiko rendah dilakukan tindakan standar pencegahan pasien jatuh. Sedangkan pasien dengan risiko tinggi dilakukan tindakan pencegahan yang lebih intens pada pasien (Agency for Healthcare Research and Quality, 2013). Setiap interpretasi memiliki tindakan yang berbeda kepada pasien. Pasien tanpa risiko jatuh cukup dilakukan tindakan perawatan dasar. Pada pasien dengan risiko rendah dilakukan tindakan standar pencegahan pasien jatuh. Sedangkan pasien dengan risiko tinggi dilakukan tindakan pencegahan yang lebih intens pada pasien (Agency for Healthcare Research and Quality, 2013).

2. *Humpty Dumpty Fall Scale* (HDFS)

Humpty Dumpty Fall Scale dan *Patient Falls Safety Protocol* merupakan salah satu asesmen yang banyak digunakan di rumah sakit khusus anak-anak yang mana merupakan pengembangan dari program *Humpty Dumpty Fall Prevention*. Pengkajian ini mengkategorikan pasien anak-anak dalam pasien risiko rendah dan risiko tinggi. Dalam penilaiannya *Humpty Dumpty Fall Scale* memiliki 7 variabel. Setelah dilakukan pengkajian ini, maka tindakan pencegahan yang dapat dilakukan sesuai *Patient Falls Safety Protocol* seperti penggunaan alas kaki yang tidak licin, orientasi ke ruangan, tempat tidur dalam posisi rendah, terkunci, pinggiran tempat tidur 2-4x lebih tinggi dll. (Rodriguez, 2009).

Tabel 6.3 Humpty Dumpty Fall Scale

No	Parameter	Kriteria	Skor
1	Usia	< 3 tahun	4
		3-7 tahun	3
		7-13 tahun	2
		≥13 tahun	1
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	2
		Perempuan	1
3	Diagnosis	Diagnosis Neurologi	4
		Berhubungan dengan oksigenasi (diagnosis paru, dehidrasi, anemia, <i>syncope</i> dll)	3
		Gangguan psikologi	2
		Diagnosis lainnya	1
4	Gangguan Kognitif	Tidak menyadari keterbatasan	3
		Lupa mengenai keterbatasan	2
		Mengetahui batas kemampuan	1
5	Faktor Lingkungan	Riwayat jatuh atau bayi yang diletakkan di tempat tidur	4
		Pasien yang menggunakan alat bantuan	3
		Pasien yang diletakkan di tempat tidur	2
		Pasien rawat jalan	1
6	Respon terhadap tindakan bedah/sedative/anestesi	Dalam 24 jam	3
		Dalam 48 jam	2
		Lebih dari 48 jam/tidak sama sekali	1

Penggunaan obat	Penggunaan lebih dari 1 obat-obatan berikut: Sedatif, hipnotik, barbiturate, phenothiazines, antidepressan, diuretic, narkotik	3
	Penggunaan salah satu obat diatas	2
	Penggunaan obat lainnya atau tidak sama sekali	1

(Sumber: Rodriguez, 2009)

Intervensi Pencegahan Pasien Jatuh

Tindakan intervensi pencegahan jatuh menurut Pearson & Andrew (2011), melakukan perubahan fisiologis pasien seperti perubahan aktivitas toileting pada pasien dewasa tua dengan gangguan kognitif atau inkontenesia urin; perubahan lingkungan seperti menaikkan batas tempat tidur, menurunkan kasur, melapisi lantai dengan matras, dan restrain pasien secara terbatas berdasarkan keperluan; dilanjutkan pendidikan dan pelatihan staf kesehatan dalam program pencegahan pasien jatuh.

Menurut Ziolkowski (2014), Intervensi pencegahan pasien risiko jatuh dapat dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Intervensi Risiko Rendah

- a. Intervensi lanjutan akan dilakukan pada semua pasien rawat inap.
- b. Orientasi pasien/keluarga dengan lingkungan dan kegiatan rutin.
- c. Tempatkan lampu panggilan (alarm pemberitahuan) dalam jangkauan dan mengingatkan pasien untuk meminta bantuan.
- d. Pastikan tempat tidur pasien dalam posisi rendah dan terkunci.

- e. Bed alarm diaktifkan pada semua pasien saat pasien tidur (selain unit kelahiran anak) kecuali pasien menolak.
 - f. Menyediakan alas kaki anti selip yang dibutuhkan pasien untuk berjalan.
 - g. Minimalkan pasien berjalan atau bahaya tergelincir.
 - h. Kunjungi pasien lebih sering (setiap jam) dan nilai keamanan dan kenyamanan pasien.
 - i. Pertimbangkan pencahayaan tambahan.
2. Intervensi Risiko Tinggi atau Sedang.
- a. Identifikasi secara visual pasien dengan memasang gelang kuning pada pergelangan tangan.
 - b. Pertimbangkan penempatan ruangan pasien pada area dengan visibilitas tinggi atau dekat dengan ruang jaga perawat.
 - c. Monitor pasien dan ruangan untuk keamanan kira-kira setiap satu jam. Tempatkan lampu panggilan dan secara terus-menerus menempatkan barang pribadi dalam jangkauan pasien.
 - d. Rintis *Fall Risk Care Plan*; Sebuah rencana perawatan yang dikembangkan dengan intervensi tepat sesuai kebutuhan pasien.
 - e. Aktifkan alarm bed sepanjang waktu saat pasien di tempat tidur. Pastikan bed terhubung dengan sistem lampu panggilan juga pasang alarm pada kursi yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
 - f. Awasi pasien secara langsung (dengan observasi visual) saat menuju kamar mandi atau kamar kecil.
 - g. Bantu pasien dengan atau pengawasan semua transfer dan *ambulatory* menggunakan *gait belt* dan alat bantu jalan lainnya.

- h. Jika pasien menunjukkan sikap impulsif, memiliki risiko jatuh sedang atau tinggi atau riwayat jatuh, mungkin dibutuhkan tempat tidur khusus dengan tambahan tikar atau matras pada sisi tempat tidurnya untuk mencegah bahaya sekunder dari jatuh.
- i. Sediakan dan review (ulangi) edukasi pencegahan jatuh kepada pasien dan keluarga.

Teori pencegahan jatuh pada anak menurut Setiawati (2017) adalah:

1. Pengkajian
 - a. Kaji mobilitas anak.
 - b. Kaji usia, tingkat perkembangan, kemampuan memahami prosedur dan kemampuan kooperatif.
2. Diagnosis keperawatan yang terkait dengan pencegahan jatuh adalah Risiko Jatuh.
3. Faktor risiko:
 - a. Usia kurang dari 2 tahun.
 - b. Riwayat jatuh.
 - c. Penurunan tingkat kesadaran.
 - d. Lingkungan tidak aman.
4. Perencanaan

NOC: Ciptakan lingkungan yang aman bagi anak

 - a. Lantai tidak licin.
 - b. Hindari benda-benda yang membahayakan.
 - c. Pencahayaan cukup.
 - d. Adanya pengaman tempat tidur: *side rail*
 - e. Bel berfungsi dengan baik.
 - f. Kondisi diruangan tenang dan aman.
 - g. Kondisi di ruangan yang bersih.
 - h. Anak didampingi oleh orangtua/keluarga

5. Implementasi
 - a. Menjelaskan kepada orangtua tentang pentingnya menciptakan lingkungan yang aman bagi anak.
 - b. Menganjurkan orang tua untuk selalu mendampingi anak.
 - c. Memasang *side rail* tempat tidur sesuai kebutuhan.
 - d. Berdiskusi pada orang tua terkait pencegahan jatuh pada anak.
 - e. Memberikan *reinforcement* atas tindakan positif yang sudah dilakukan orangtua.
6. Evaluasi
 - a. Mengevaluasi respons anak dan orang tua.
 - b. Mengevaluasi pencegahan jatuh yang sudah dilakukan orang tua.
7. Dokumentasi: Melakukan pendokumentasian dengan tepat.

Daftar Pustaka

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2013). Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. Boston University School of Public Health.
- Agus, M. Hardjana. (2003). Komunikasi Intrapersonal & Komunikasi Interpersonal. Yogyakarta: Kanisius.
- Ariastuti, N. (2013). Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perawat dalam Melaksanakan Patient Safety di Kamar Bedah RS Tegalrejo Semarang. Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan.
- Boulding ED, et al. (2013). Falls among Adult Patients Hospitalized in the United States: Prevalence and Trends. *J Patient Saf.* Vol. 9.
- Budiono S, Arief A, Tri WS. (2014). Pelaksanaan Program Manajemen pasien dengan Risiko Jatuh di Rumah Sakit. Universitas Brawijaya Malang. *Jurnal Kedokteran Brawijaya.* Vol 28.
- Cuttler SJ, Jill Barr-Walker, Cuttler L. (2017). Reducing Medical-Surgical Inpatient Falls and Injuries with Videos, Icons, and Alarm. *BMJ Open Quality.* 6:1–9.
- Cruz S, Carvalho AL, Barbosa P, Lamas B. (2015). Morse Fall Scal User's Manual: Quality in Supervision and in Nursing Practice. *Social and Behavioral Sciences.*
- Dewi T dan Richa N. 2018. Phenomenologi Study: Risk Factors Related to Faal Incident in Hospitaliced Pediatric Patient with Theory Faye G Abdellah. *NurseLine Journal.* Vol 3 (2): 81–8.
- Kavaler F dan Spiegel AD. (2003). Risk Management in Health Care Institutions: A Strategic Approach 2nd Ed. Jones and Bartlett Publisher.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI;2017

- Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017. Tentang Keselamatan Pasien. Diakses dari www.bprs.kemkes.go.id pada tanggal 10 April 2022.
- [KKPRS] Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 2015. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report). Jakarta: KKPRS
- Patient safety solution, (2007). WHO Collaborating Centre For Patient Safety Solution, Volume I.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
- Person, K.B., Andrew, F.C. (2011). Evidence-based Falls Prevention in Critical Acces Hospitals. Felx mentoring team.
- Rodriguez DH, Messmer PR, Williams PD, Zeller RA, Williams AR, Wood M, et al. (2009). The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study. JSPN. Vol 14 (1):22–32.
- Setiawati, Santun. (2017). Keterampilan Khusus Praktik Keperawatan Anak. Jakarta: Salemba Medika.
- Tutiany, dkk. (2017). Bahan Ajar Keperawatan-Manajemen Keselamatan Pasien edisi pertama. Jakarta. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2017.
- Wardhani, Viera. (2017). Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien. Malang: UB Press.
- Yulianingtyas R, Putri AW, Anneke S. (2016). Analisis Pelaksanaan Manajemen Risiko di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Jurnal Kesehatan Masyarakat. Vol 4.
- Ziolkowski, D. (2014). Fall Prevention and Indentification of patients at Risk For Falling. Diakses tanggal 04 mei 2019 dari <http://www.stjoesonoma.org/documens/Students Instructors/PVHFallPreevention.pdf>.

SOAL LATIHAN

1. Sebutkan 3 Standar Keselamatan pada pasien?
2. Sebutkan Faktor keselamatan pada pasien?
3. Bagaimana kebijakan pemerintah tentang Keselamatan pada pasien?
4. Bagaimana sistem yang harus diberlakukan di RS untuk membuat pasien menjadi aman?
5. Apa saja pencegahan pasien risiko jatuh?

Buku Ajar ini yang berjudul “Patient Safety (Keselamatan Pasien)” merupakan bentuk integrasi dari hasil penelitian kami tahun 2024 yang berjudul “Analisis Komunikasi Interpersonal, Motivasi Dan Sikap Terhadap Pelaksanaan *Patient Safety* Di Rawat Inap Rumah Sakit Mojosongo 2 Karanganyar”.

Adapun hasil penelitian kami tersebut adalah sebagai berikut :

1. Tingkat Pemahaman dan penerapan patient safety di Rawat Inap Rumah Sakit Jati Husada Karanganyar sudah baik, dimana sebesar 57,6% untuk tingkat pemahaman dan penerapan sudah diterapkan dengan menunjukkan bahwa variabel komunikasi interpersonal, motivasi dan sikap mampu menjelaskan variabel *patient safety* perawat di ruangan rawat inap Rumah Sakit.
2. Pada variabel Komunikasi Interpersonal, Motivasi, dan Sikap secara simultan berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan patient safety di Rawat Inap Rumah Sakit Jati Husada Karanganyar yang artinya semakin tinggi nilai komunikasi interpersonal, motivasi dan sikap maka semakin disiplin perawat dalam melaksanakan prosedur *patient safety*.
3. Pada variabel Komunikasi Interpersonal dan Sikap berpengaruh signifikan terhadap pelaksanaan *patient safety* di Rawat Inap Rumah Sakit Jati Husada Karanganyar, dimana pengaruhnya positif yang artinya semakin baik sikap perawat dalam melaksanakan prosedur keselamatan pasien maka akan semakin tinggi tingkat pelaksanaan keselamatan pasien.
4. Pada variabel Motivasi tidak berpengaruh secara signifikan terhadap pelaksanaan *patient safety* di Rawat Inap Rumah Sakit Jati Husada Karanganyar.

Dengan adanya buku ajar “*Patient Safety (Keselamatan Pasien)*” ini diharapkan dapat menjadi tambahan ilmu, pengetahuan, wawasan maupun acuan di dalam mempelajari, meningkatkan kemampuan dalam menerapkan patient safety di instalasi kesehatan seperti puskesmas, klinik dan rumah sakit.



Nabilatul Fanny, SKM., MM lulus dari Universitas Diponegoro jurusan Ilmu Kesehatan pada tahun 2010, kemudian melanjutkan ke jenjang S2 di Universitas yang sama program Kesehatan Masyarakat dan lulus pada tahun 2017. Sejak tahun 2010 sampai dengan sekarang bekerja sebagai tas akademik di Universitas Duta Bangsa Surakarta dan mengajar mata kuliah Penyuluhan Kesehatan Rumah Sakit, Manajemen Unit Pelayanan Rumah Sakit, Manajemen Penunjang Medis, Biostatistik, Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit, Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit dan Inovasi dan Kreatif.



Liss Dyah Dewi Arini, S.Si., M.Si lulus dari Fakultas MIPA jurusan Biologi Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2009, kemudian melanjutkan ke jenjang S2 di Universitas yang sama program Biosain dan lulus tahun 2013. Sejak tahun 2014 sampai saat ini bekerja sebagai staf akademik di Prodi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta dan mengajar mata kuliah Anatomi Fisiologi untuk semester 1, 2, 3 dan 4. Penulis juga mengajar pada prodi S1 maupun D3 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta pada mata kuliah Biomedik dan Mikrobiologi serta Parasitologi. Penulis juga menjadi tutor di Universitas Terbuka Surakarta dari tahun 2014 sampai dengan sekarang pada program studi S1 PGSD dan S1 PAUD dan mata kuliah Pembelajaran IPA di SD, Konsep Dasar IPA di SD, Praktikum IPA di SD, Matematika dan Sains serta Ilmu Gizi dan Kesehatan, Komputer dalam Kegiatan Pengembangan AUD.

Patient Safety

(Keselamatan Pasien)

Penulis:

Nabilatul Fanny, SKM., MKM
Liss Dyah Dewi Arini, S.Si., M.Si

Biodata Penulis



Nabilatul Fanny, SKM., MM lulus dari Universitas Diponegoro jurusan Ilmu Kesehatan pada tahun 2010, kemudian melanjutkan ke jenjang S2 di Universitas yang sama program Kesehatan Masyarakat dan lulus pada tahun 2017. Sejak tahun 2010 sampai dengan sekarang bekerja sebagai tas akademik di Universitas Duta Bangsa Surakarta dan mengajar mata kuliah Penyuluhan Kesehatan Rumah Sakit, Manajemen Unit Pelayanan Rumah Sakit, Manajemen Penunjang Medis, Biostatistik, Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit, Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit dan Inovasi dan Kreatif.



Liss Dyah Dewi Arini, S.Si., M.Si lulus dari Fakultas MIPA jurusan Biologi Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2009, kemudian melanjutkan ke jenjang S2 di Universitas yang sama program Biosain dan lulus tahun 2013. Sejak tahun 2014 sampai saat ini bekerja sebagai staf akademik di Prodi D3 Rekam Medik dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta dan mengajar mata kuliah Anatomi Fisiologi untuk semester 1, 2, 3 dan 4. Penulis juga mengajar pada prodi S1 maupun D3 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta pada mata kuliah Biomedik dan Mikrobiologi serta Parasitologi. Penulis juga menjadi tutor di Universitas Terbuka Surakarta dari tahun 2014 sampai dengan sekarang pada program studi S1 PGSD dan S1 PAUD dan mata kuliah Pembelajaran IPA di SD, Konsep Dasar IPA di SD, Praktikum IPA di SD, Matematika dan Sains serta Ilmu Gizi dan Kesehatan, Komputer dalam Kegiatan Pengembangan AUD.



PENERBIT :
Yayasan Drestanta Pelita Indonesia
Jl. Kebon Rojo Selatan 1 No. 16,
Kebon Batur, Mranggen - Demak
Email. isbn@yayasandpi.or.id



Yayasan Drestanta Pelita Indonesia
No Anggota. No. 276/JTE/2023

ISBN 978-623-8676-20-0 (PDF)



9 786238 676200