

GAMBARAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN: LITERATUR REVIEW

SKRIPSI



RATNA DWI RAHMAWATI

19.0603.0043

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2022

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Keselamatan pasien adalah 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 (PERMENKES RI, 2017). Keselamatan pasien (patient safety) merupakan suatu variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan di rumah sakit. Sejak malpraktik menggema di seluruh belahan bumi melalui berbagai media baik cetak maupun elektronik hingga ke jurnal-jurnal ilmiah ternama, dunia kesehatan mulai menaruh kepedulian yang tinggi terhadap issue keselamatan pasien. Program keselamatan pasien adalah suatu usaha untuk menurunkan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang sering terjadi pasien selama dirawat di rumah sakit sehingga sangat merugikan baik pasien itu sendiri maupun pihak rumah sakit (Nursalam, 2016).

Insiden Keselamatan Pasien yang selanjutnya disebut Insiden, adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Insiden keselamatan pasien adalah kejadian atau situasi yang dapat menyebabkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang seharusnya tidak terjadi. Insiden Keselamatan Pasien di rumah sakit memiliki jenis-jenis yang berbeda terdiri dari: Kejadian Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau adverse event dan Kejadian Sentinel atau *sentinel event*. Rumah sakit memiliki Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang tergabung di Komite Mutu dan Keselamatan Pasien yaitu organisasi non struktural dan bertanggung

jawab melaksanakan tugas salah satunya adalah melapor kepada Direktur Rumah Sakit secara langsung. TKPRS melaksanakan tugas salah satunya adalah melakukan pencatatan, pelaporan Insiden, analisis insiden termasuk *melakukan Root Cause Analysis(RCA) / Analisis Akar Masalah* dan mengembangkan solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien (PERMENKES RI, 2017).

Pada pelaksanaannya bila terjadi insiden keselamatan pasien TKPRS mengikuti alur penanganan insiden keselamatan pasien sebagai berikut : (1) setiap insiden harus dilaporkan secara internal kepada Tim Keselamatan Pasien (TKP) dalam waktu paling lambat 2×24 (dua kali dua puluh empat) jam dengan menggunakan format laporan, (2) Laporan diverifikasi oleh TKPRS untuk memastikan kebenaran adanya insiden, (3) setelah melakukan verifikasi laporan TKPRS melakukan investigasi dalam bentuk wawancara dan pemeriksaan dokumen, (4) berdasarkan hasil investigasi tim keselamatan pasien menentukan derajat insiden (*grading*) dan melakukan *Root Cause Analysis* (RCA) dengan metode baku untuk menentukan akar masalah, (5) Tim keselamatan pasien harus memberikan rekomendasi keselamatan pasien kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan hasil *Root Cause Analysis* (RCA) (PERMENKES RI, 2017).

Rumah sakit perlu meningkatkan mutu pelayanan untuk mengembalikan kepercayaan masyarakat. Terjadinya insiden keselamatan pasien di suatu rumah sakit, akan memberikan dampak yang merugikan bagi pihak rumah sakit, staf dan pasien khususnya karena sebagai penerima pelayanan adapun dampak yang ditimbulkan lainnya adalah menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan (Hadi, 2017).

Banyak manfaat yang dapat diperoleh dari penerapan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), salah satunya adalah kepuasan pasien meningkat (Maryam 2009). Diperjelas oleh Lumenta (KKPRS, 2008) yang menyatakan

bahwa keuntungan dari penerapan KPRS di rumah sakit adalah komunikasi dengan pasien berkembang, risiko klinis menurun, keluhan pasien berkurang serta mutu pelayanan dan citra RS meningkat.

Rumah Sakit harus menerapkan program keselamatan pasien dan sesuai dalam PMK No. 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit bahwa terjadinya insiden keselamatan pasien standarnya adalah 0% atau 100% tidak terjadi di rumah sakit. Namun, insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit masih terjadi berdasarkan pada publikasi penelitian tentang insiden keselamatan pasien dan pelaporannya terdapat 3000 artikel yang telah dipublikasikan. Pada pelayanan kesehatan, kesalahan dapat disebabkan oleh beberapa pelaku pelayanan kesehatan, seperti dokter, perawat, teknisi, dan lain-lain, yang berada pada pelaksanaan atau tindakan, bertanggung jawab pada pasien. Potensi untuk menyebabkan insiden keselamatan pasien sebenarnya sudah ada atau terjadi sebelum dilakukannya pelayanan kesehatan pada pasien dan perawat merupakan *barier* terakhir dalam terjadinya insiden tersebut pada pasien. Menurunnya angka insiden keselamatan pasien yang juga berarti bahwa mutu dari keselamatan pasien meningkat sehingga menumbuhkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit (Hadi, 2017).

Adanya kejadian terkait insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit yang dilaporkan ke KKPRS sepanjang tahun 2019 sebanyak 7465 kasus dari yang tidak berdampak cidera sampai cedera berat dan sentinel menunjukkan bahwa standar yang ditetapkan belum dapat terpenuhi secara maksimal, serta mengindikasikan bahwa terdapat kejadian yang berpotensi menimbulkan kerugian bahkan mengancam keselamatan pasien. Atas dasar tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang : “Gambaran Insiden Keselamatan Pasien: Literatur Review”.

1.2 Rumusan Masalah

Insiden keselamatan pasien merupakan kejadian yang tidak disengaja atau kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi cedera. Insiden keselamatan pasien juga merupakan akibat dari melaksanakan suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission). Namun demikian penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit sangat kompleks, melibatkan semua bagian dalam sistem yang berlaku dalam rumah sakit. Perawat dan petugas yang berhubungan langsung dengan pasien menjadi *barrier* terakhir dalam pencegahan insiden keselamatan pasien karena berhubungan langsung dalam pelayanan kesehatan.

Adapun pertanyaan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah gambaran insiden keselamatan pasien : literatur Review?”

1.3 Tujuan

Adapun Tujuan diadakannya penelitian antara lain:

a. Tujuan Umum

Tujuan yang diharapkan setelah penelitian ini selesai, peneliti dapat mendiskripsikan gambaran insiden keselamatan pasien.

b. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran insiden keselamatan pasien,
2. Mengidentifikasi gambaran penyebab insiden keselamatan pasien berdasarkan karakteristik perawat (usia, pengetahuan, komunikasi, kerjasama, implementasi SOP, gangguan/interupsi)

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dan dapat dijadikan tambahan kepustakaan dalam pengembangan penelitian selanjutnya.

1.4.2 Bagi Peneliti selanjutnya

Memberikan tambahan pengetahuan tentang gambaran insiden keselamatan pasien

1.4.3 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan masyarakat mengenai gambaran insiden keselamatan pasien.

1.5 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilaksanakan dengan penelusuran hasil penelitian studi kasus pada jurnal yang diperoleh melalui google cendekia pada bulan Agustus 2021.

1.6 Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
1.	Fitri Handayani	<i>Gambaran insiden keselamatan pasien berdasarkan karakteristik perawat, organisasi, dan sifat dasar pekerjaan di unit rawat inap rumah</i>	<i>Cross sectional</i>	Gambaran insiden keselamatan pasien berdasarkan karakteristik organisasi (komunikasi, implementasi SOP) dan berdasarkan karakteristik sifat dasar	Pada penelitian terdahulu menggunakan metode <i>cross sectional</i> sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan gambaran Insiden

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
		<i>sakit al-islam bandung pada periode 2012- 2016</i>		pekerjaan (desain kerjasama tim, gangguan/ interupsi yang dialami oleh perawat).	desain penelitian deskriptif, metode <i>literatur review</i>
2.	Nurlindawati: Jannah, Noraliyatun	<i>Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat Dalam Melaksanakan Pelayanan Di Ruang Rawat Inap</i>	Deskriptif ekploratif dengan desain <i>cross sectional study</i>	Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa gambaran budaya keselamatan pasien oleh perawat dalam melaksanakan pelayanan di ruang rawat inap berada pada kategori baik	Pada penelitian terdahulu menggunakan metode deskriptif ekploratif dengan desain <i>cross sectional study</i> Sedangkan pada penelitian yang akan datang yaitu gambaran insiden berdasarkan

No	Nama Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
					peran perawat, desain penelitian deskriptif, metode <i>literature</i> <i>review</i>

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keselamatan Pasien (Patient Safety)

2.1.1 Definisi

Menurut Permenkes RI tahun 2017, keselamatan pasien 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 adalah merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien menjadi lebih aman (PERMENKES RI, 2017). Sedangkan (Arini, 2019) mengemukakan bahwa keselamatan pasien menjadi prinsip dasar perawatan kesehatan di lembaga kesehatan yang terus membutuhkan peningkatan kualitas. Faktor penting dalam memastikan keselamatan pasien adalah kualitas keperawatan. Disimpulkan bahwa keselamatan pasien menjadi prinsip dasar perawatan kesehatan di lembaga kesehatan yang terus membutuhkan peningkatan kualitas sehingga tercipta sistem asuhan pasien yang lebih aman.

2.1.2 Tujuan program keselamatan pasien

Nursalam mengemukakan bahwa keselamatan pasien (patient safety) merupakan alat untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan. Program keselamatan pasien yang merupakan suatu usaha untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD) yang sering terjadi pada pasien selama dirawat di rumah sakit sehingga dapat merugikan pasien ataupun rumah sakit (Nursalam, 2016).

Menurut KKPRS tahun 2008, tujuan dari program keselamatan pasien di rumah sakit yaitu:

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit,

2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
3. Menurunnya kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian yang tidak diharapkan (KKPRS, 2008).

2.1.3 Konsep keselamatan pasien

Dalam Permenkes No. 11 tahun 2017, penyelenggaraan keselamatan pasien dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan:

2.1.3.1 Standar Keselamatan Pasien

a. Hak pasien;

Standar hak pasien merupakan hak pasien dan keluarganya untuk mendapatkan informasi tentang diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan, dan perkiraan biaya pengobatan.

b. Pendidikan bagi pasien dan keluarga

Standar pendidikan kepada pasien dan keluarga berupa kegiatan mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

c. Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan;

Standar Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan merupakan upaya fasilitas pelayanan kesehatan di bidang Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

d. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan Keselamatan Pasien;

Standar penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan Keselamatan

Pasien merupakan kegiatan mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang telah ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis insiden, dan

melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta Keselamatan Pasien.

- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien;

Standar peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien merupakan kegiatan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam:

- 1) Mendorong dan menjamin implementasi Keselamatan Pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien;
- 2) Menjamin berlangsungnya kegiatan identifikasi risiko Keselamatan Pasien dan menekan atau mengurangi insiden secara proaktif;
- 3) Menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang Keselamatan Pasien;
- 4) Mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan Keselamatan Pasien; dan
- 5) Mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusi setiap unsur dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan Keselamatan Pasien.

- f. Pendidikan bagi staf tentang Keselamatan Pasien; dan

Standar pendidikan kepada staf tentang Keselamatan Pasien merupakan kegiatan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan

untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai Keselamatan Pasien

Standar komunikasi merupakan kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan dalam merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi Keselamatan Pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal yang tepat waktu dan akurat (PERMENKES RI, 2017).

2.1.3.2 Sasaran Keselamatan Pasien

Dalam PERMENKES RI (2017) disebutkan bahwa sasaran keselamatan pasien meliputi tercapainya hal-hal berikut ini:

- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar.

Dalam hal ini fasilitas pelayanan kesehatan menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan identifikasi pasien. Dengan maksud agar kesalahan karena keliru-pasien yang terjadi di semua aspek diagnosis dan pengobatan dapat diminimalisir. Beberapa keadaan yang dapat mengarahkan terjadinya error/kesalahan dalam mengidentifikasi pasien contohnya adalah pasien yang dalam keadaan terbius / tertedasi, mengalami disorientasi, atau tidak sadar sepenuhnya; mungkin bertukar tempat tidur, kamar, lokasi di dalam fasilitas pelayanan kesehatan; mungkin mengalami disabilitas sensori; atau akibat situasi lain.

Tujuan dari mengidentifikasi pasien dengan benar adalah agar dalam mengidentifikasi pasien sebagai individu untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan dilakukan dengan cara yang dapat dipercaya/reliable dan yang kedua adalah untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Suatu proses kolaboratif perlu digunakan untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur untuk memastikan telah mengatur semua situasi yang memungkinkan untuk diidentifikasi, khususnya proses yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau memberikan pengobatan atau tindakan lain. Kebijakan dan/atau prosedur ini memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan dua nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (identitas pasien) dengan bar-code, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Dalam Kebijakan dan/atau prosedur ini juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda di fasilitas pelayanan kesehatan, seperti di pelayanan ambulatori atau pelayanan rawat jalan yang lain, unit gawat darurat, atau kamar operasi, identifikasi terhadap pasien koma yang tanpa identitas.

Kegiatan yang dapat dilakukan untuk mengidentifikasi pasien dengan benar yaitu:

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur.
4. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi (PERMENKES RI, 2017).

b. Meningkatkan komunikasi yang efektif.

Dapat didefinisikan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan perlu menyusun pendekatan agar komunikasi di antara para petugas pemberi perawatan semakin efektif. Komunikasi yang efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan mudah dipahami oleh resipien/penerima, akan mengurangi kesalahan, dan dapat meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan secara elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telpon. Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis menelpon unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera */cito*.

Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan melalui telepon termasuk: menuliskan (atau memasukkan ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi; penerima membacakan kembali (read back) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibacakan ulang dengan akurat. untuk obat-obat yang termasuk obat *NORUM/LASA* dilakukan eja ulang. Kebijakan dan/atau prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan kembali (read back) tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat/emergensi di IGD atau ICU.

Kegiatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan komunikasi yang efektif antara lain:

1. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
 2. Perintah lisan dan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
 3. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut
 4. Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon. (PERMENKES RI, 2017)
- c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.
- Dalam meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai, fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.
- Jika obat-obatan merupakan bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (high-alert medications) yaitu obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadi kesalahan/error dan/atau kejadian sentinel (sentinel event), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (adverse outcome) demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look-Alike Sound-Alike/ LASA). Obat-obatan yang sering disebut-sebut dalam isu keamanan obat adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium/potasium klorida [sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat]), kalium/potasium fosfat [(sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml)], natrium/sodium klorida [lebih pekat

dari 0.9%], dan magnesium sulfat [sama dengan 50% atau lebih pekat]. Kesalahan bisa terjadi bila staf tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit asuhan pasien, bila perawat kontrak tidak diorientasikan sebagaimana mestinya terhadap unit asuhan pasien, atau pada keadaan gawat darurat/emergensi. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan mengembangkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Fasilitas pelayanan kesehatan secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk menyusun daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan datanya sendiri. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana yang membutuhkan elektrolit konsentrat secara klinis sebagaimana ditetapkan oleh petunjuk dan praktek profesional, seperti di IGD atau kamar operasi, serta menetapkan cara pemberian label yang jelas serta bagaimana penyimpanannya di area tersebut sedemikian rupa, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja/kurang hati-hati.

Kegiatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai antara lain adalah

1. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai
2. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan
3. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan kebijakan.

4. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (restricted). (PERMENKES RI, 2017)
- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar.

Fasilitas pelayanan kesehatan dapat mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi pembedahan, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi.

Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (site marking), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (illegible handwriting) dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi. Fasilitas pelayanan kesehatan perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan termasuk definisi dari operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan/atau mengobati penyakit dan kelainan/disorder pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/terapeutik. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di fasilitas pelayanan kesehatan dimana prosedur ini dijalankan. Praktek berbasis bukti, seperti yang diuraikan dalam Surgical

Safety Checklist dari WHO Patient Safety (2009), juga di The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery. Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan; dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan; harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar; jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (laterality), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang).

Maksud dari proses verifikasi praoperatif adalah untuk :

1. Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar.
2. Memastikan bahwa semua dokumen, foto (images), dan hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang.
3. Memverifikasi keberadaan peralatan khusus dan/atau implant-implant yang dibutuhkan. Tahap "Sebelum insisi"/Time out memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau kesimpang-siuran dibereskan. Time out dilakukan di tempat tindakan akan dilakukan, tepat sebelum dilakukan tindakan.

Kegiatan yang dapat dilakukan untuk memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar antara lain:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.

2. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
3. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi. (PERMENKES RI, 2017)

e. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan.

Untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan suatu pendekatan.

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (blood stream infections) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (hand hygiene) yang tepat. Pedoman hand hygiene pelayanan yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, fasilitas kesehatan mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman hand hygiene yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di Fasilitas pelayanan Kesehatan.

Kegiatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan antara lain:

1. Fasilitas pelayanan Kesehatan mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari WHO Patient Safety).
 2. Fasilitas pelayanan Kesehatan menerapkan program hand hygiene yang efektif.
 3. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.(PERMENKES RI, 2017)
- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.
- Untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan suatu pendekatan.
- Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang diberikan, dan fasilitasnya, fasilitas pelayanan kesehatan perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa meliputi riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, penelitian terhadap gaya/cara jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien. Program ini memonitor baik konsekuensi yang dimaksudkan atau yang tidak sengaja terhadap langkah-langkah yang dilakukan untuk mengurangi jatuh. Misalnya penggunaan yang tidak benar dari alat penghalang atau pembatasan asupan cairan bisa menyebabkan cedera, sirkulasi yang terganggu, atau integrasi kulit yang menurun. Program tersebut harus diterapkan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Kegiatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh antara lain:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
2. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko.(PERMENKES RI, 2017)

2.1.3.3 Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien

Sangat penting bagi staf fasilitas pelayanan kesehatan untuk dapat menilai kemajuan yang telah dicapai dalam memberikan asuhan yang lebih aman. Dengan tujuh langkah menuju keselamatan pasien fasilitas pelayanan kesehatan dapat memperbaiki keselamatan pasien, melalui perencanaan kegiatan dan pengukuran kinerjanya. Melaksanakan tujuh langkah ini akan membantu memastikan bahwa asuhan yang diberikan seaman mungkin, dan jika terjadi sesuatu hal yang tidak benar bisa segera diambil tindakan yang tepat. Tujuh langkah ini juga bisa membantu fasilitas pelayanan kesehatan mencapai sasaran-sasarannya untuk tata kelola klinik, manajemen risiko, dan pengendalian mutu. Berikut ini adalah tujuh langkah yang digunakan untuk menuju keselamatan pasien:

- a. Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien.
- b. Memimpin dan mendukung staf.
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko.
- d. Mengembangkan sistem pelaporan.
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien.

- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien (PERMENKES RI, 2017).

2.2 Insiden Keselamatan Pasien

Menurut PMK No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera, dan kejadian potensial cedera. Adapun jenis-jenis insiden yang ditetapkan dalam PMK No. 11 Tahun 2017 adalah sebagai berikut:

- a. Kondisi Potensial Cedera (KPC) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Contohnya obat-obatan LASA (look a like sound a like) disimpan berdekatan.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) adalah suatu kejadian insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Contohnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan kepada pasien, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat tersebut diberikan kepada pasien.
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (comission) atau tidak mengambil tindakan yang seluruhnya diambil (omission) yang dapat mencederai pasien tetapi cedera tidak terjadi karena:
 1. “keberuntungan” (misalnya pasien yang menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat); dan
 2. “peringatan” (misalnya pasien secara tidak sengaja telah diberikan suatu obat dengan dosis lethal, segera diketahui secara dii lalu diberikan antidotumnya sehingga tidak menimbulkan cedera berat).
- d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) adalah kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (comission) atau tidak mengambil tindakan (omission) dan bukan karena penyakit dasarnya (underlying disease) atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh

kesalahan medis atau bukan kesalahan medis. Contoh KTD yaitu pasien yang diberikan obat A dengan dosis lebih kareba kesalahan saat membaca dosis obat pada resep sehingga pasien mengeluhkan efek samping dari obat tersebut.

- e. Kejadian Sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk memperthankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien. Kejadian sentinel biasanya dipakai untuk kejadian tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata sentinel terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi misalnya amputasi pada lokasi yang salah, dll, sehingga pencarian fakta-fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

2.2.1 Dampak Insiden

Harm/cedera adalah merupakan dampak yang terjadi akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh dapat berupa fisik, sosial dan psikologis. Yang termasuk harm adalah : "Penyakit, Cedera, Penderitaan, Cacat, dan Kematian".

- a. Penyakit/disease disfungsi fisik atau psikis.
- b. Cedera/injury kerusakan jaringan yang diakibatkan agent / keadaan.
- c. Penderitaan/suffering pengalaman/ gejala yang tidak menyenangkan termasuk nyeri, malaise, mual, muntah, depresi, agitasi,dan ketakutan.
- d. Cacat/disability segala bentuk kerusakan struktur atau fungsi tubuh, keterbatasan aktifitas dan atau restriksi dalam pergaulan sosial yang berhubungan dengan harm yang terjadi sebelumnya atau saat ini (KKPRS, 2015).

2.2.2 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

1. Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis, dan solusi untuk pembelajaran (PERMENKES RI, 2017). Menurut KKPRS (2015), KTD dan KNC sangat rentan terjadi di rumah sakit. Untuk mengevaluasi keberhasilan dari prosedur pengendalian insiden keselamatan pasien membutuhkan sebuah metode untuk mengidentifikasi risiko, salah satu cara yang dilakukan dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis. Sistem pelaporan ini dipastikan akan mengajak semua orang dalam organisasi kesehatan untuk peduli akan bahaya atau 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 KKPRS (2015) sebagai berikut:
2. Insiden sangat penting dilaporkan karena akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
3. 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.
4. Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.
5. Pelapor adalah siapa saja atau semua staf rumah sakit yang pertama menemukan kejadian atau yang terlibat dalam kejadian.

6. 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.

KKPRS menganalisis semua insiden keselamatan pasien yang telah dilaporkan oleh pihak rumah sakit setelah mendapatkan rekomendasi dan solusi dari TKPRS. Sistem pelaporan ini akan mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, menganalisis dan mencari solusi untuk dijadikan pembelajaran, sistem pelaporan yang bersifat rahasia, dijamin keamanannya, dibuat anonim, dan tidak mudah diakses oleh yang tidak berhak.

2.3 Alur Pelaporan Insiden

Berdasarkan buku pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang, adapun alur pelaporan insiden keselamatan pasien secara internal dan eksternal sebagai berikut:

1. Pelaporan Internal

- a. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan oleh pihak yang terkait.
- b. Setelah ditindak lanjuti, segera dibuat laporan insiden dengan mengisi laporan insiden pada akhir jam kerja/shift yang ditujukan kepada atasan langsung (paling lambat 2 x 24 jam). Pelaporan insiden tidak boleh ditunda terlalu lama.
- c. Setelah selesai mengisi format laporan, segera serahkan kepada atasan langsung pelapor. Atasan langsung disepakati sesuai keputusan manajemen, yaitu: supervisor/kepala unit/kepala instalasi/kepala bagian/Kepala SMF/ketua komite medis.

- 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 di RS, waktu maksimal 45 hari.
 - 4. Grade merah: Investigasi komprehensif/ analisis akar masalah / RCA 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.
- k. Unit Kerja membuat analisis dan trend kejadian di satuan kerjanya masing - masing.
- l. Monitoring dan evaluasi perbaikan oleh tim KP di RS..
- 2. Pelaporan Eksternal

- a. 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.
- b. Laporan dikirim ke KKP-RS lewat POS atau KURIR ke alamat: Sekretariat KPP-RS d/a Kantor Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) Jalan Boulevard Artha Gading Blok A-7A No 28, Kelapa Gading – Jakarta Utara 14240, Telp.(021) 45845303/304.

2.3.1 Faktor - Faktor yang Berkontribusi dalam Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien dihasilkan dari interaksi atau kecenderungan dari beberapa faktor yang diperlukan kecuali beberapa faktor yang tidak sesuai. Kekurangan pada faktor – faktor tersebut terlihat pada sistem, telah lama ada sebelum terjadi suatu insiden. Yang menjadi poin penting adalah pada pemahaman bahwa, ada kebutuhan untuk menyadari dan memahami fungsi dari banyaknya sistem yang masing – masing berkaitan dengan setiap penyedia layanan kesehatan dan bagaimana kebijakan, serta tindakan yang diambil pada suatu bagian (dalam sistem tersebut) akan berdampak pada keamanan, kualitas, dan efisiensi pada sistem bagian lainnya (Kohn, Linda T., Corrigan, Janet M., and Donaldson, 2000) Adanya laporan tersebut berdampak pada gerakan untuk melakukan program keselamatan pasien di setiap rumah sakit di seluruh dunia untuk mengatasi masalah insiden keselamatan pasien yang sering terjadi di berbagai rumah sakit yang ada di dunia.

Menurut (Carayon, Pascale. & Ayse, 2008), tipe error dan bahaya dapat terklarifikasi menurut domain atau kejadian dalam spectrum

pelayanan kesehatan. Akar permasalahan dari bahaya teridentifikasi menurut definisi berikut:

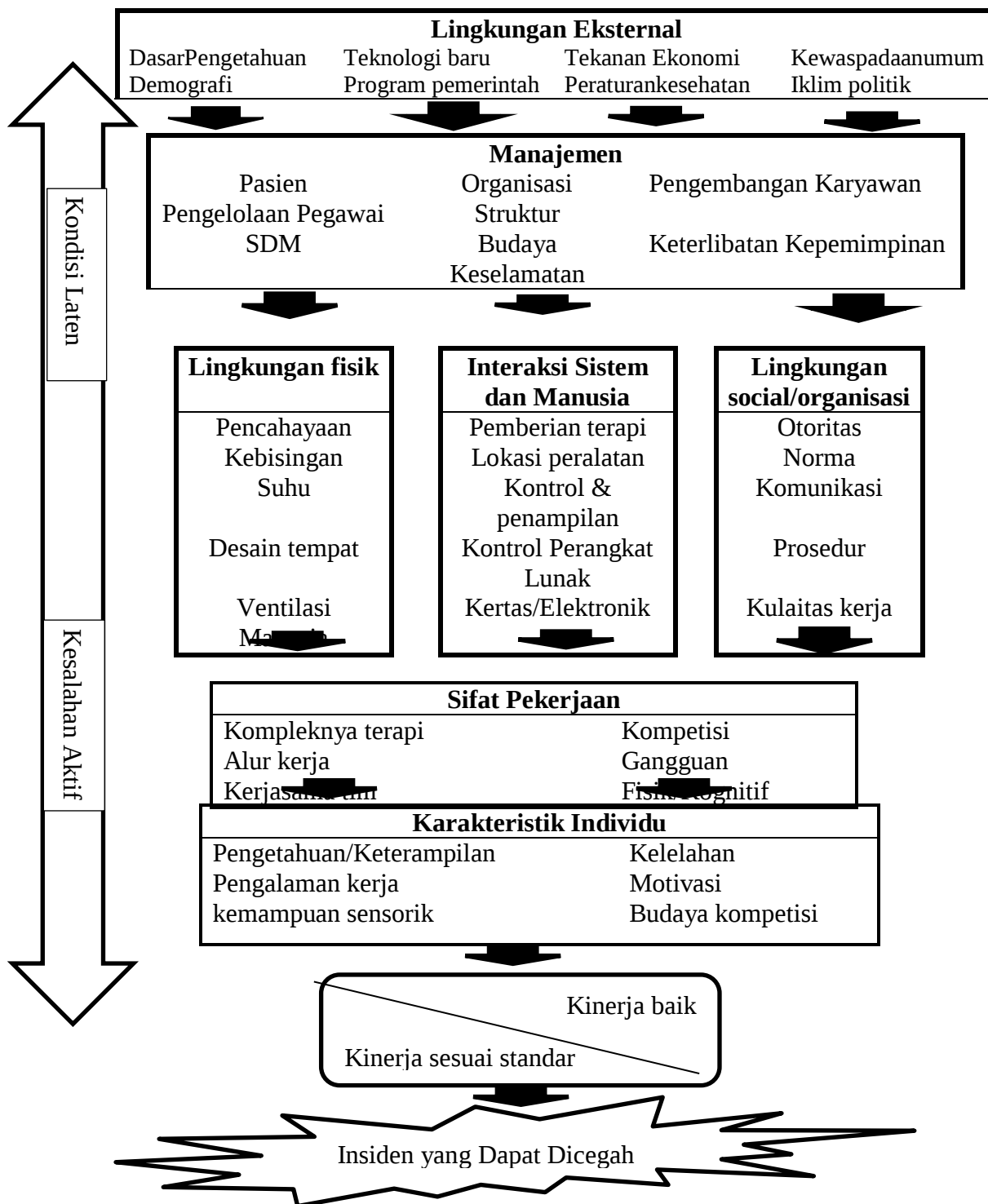
1. Latent Failure, yaitu melibatkan pengambilan keputusan yang mempengaruhi kebijakan, prosedur organisasi, dan alokasi sumber daya.
2. Active Failure, yaitu kontak langsung dengan pasien.
3. Organizational failure, yaitu kegagalan secara tidak langsung yang melibatkan manajemen, budaya, organisasi, proses atau protokol, transfer pengetahuan, dan faktor eksternal.
4. Technical failure, yaitu kegagalan secara tidak langsung dari fasilitas atau sumberdaya eksternal.

Beberapa peneliti telah mengusulkan beberapa model sistem dengan faktor. salah satunya yakni WHO tahun 2009 mengembangkan empat kategori faktor dengan sepuluh topik yang sangat berhubungan dengan penyebab insiden keselamatan pasien.

Faktor yang Berpengaruh terhadap Insiden Keselamatan Pasien (WHO, 2009)

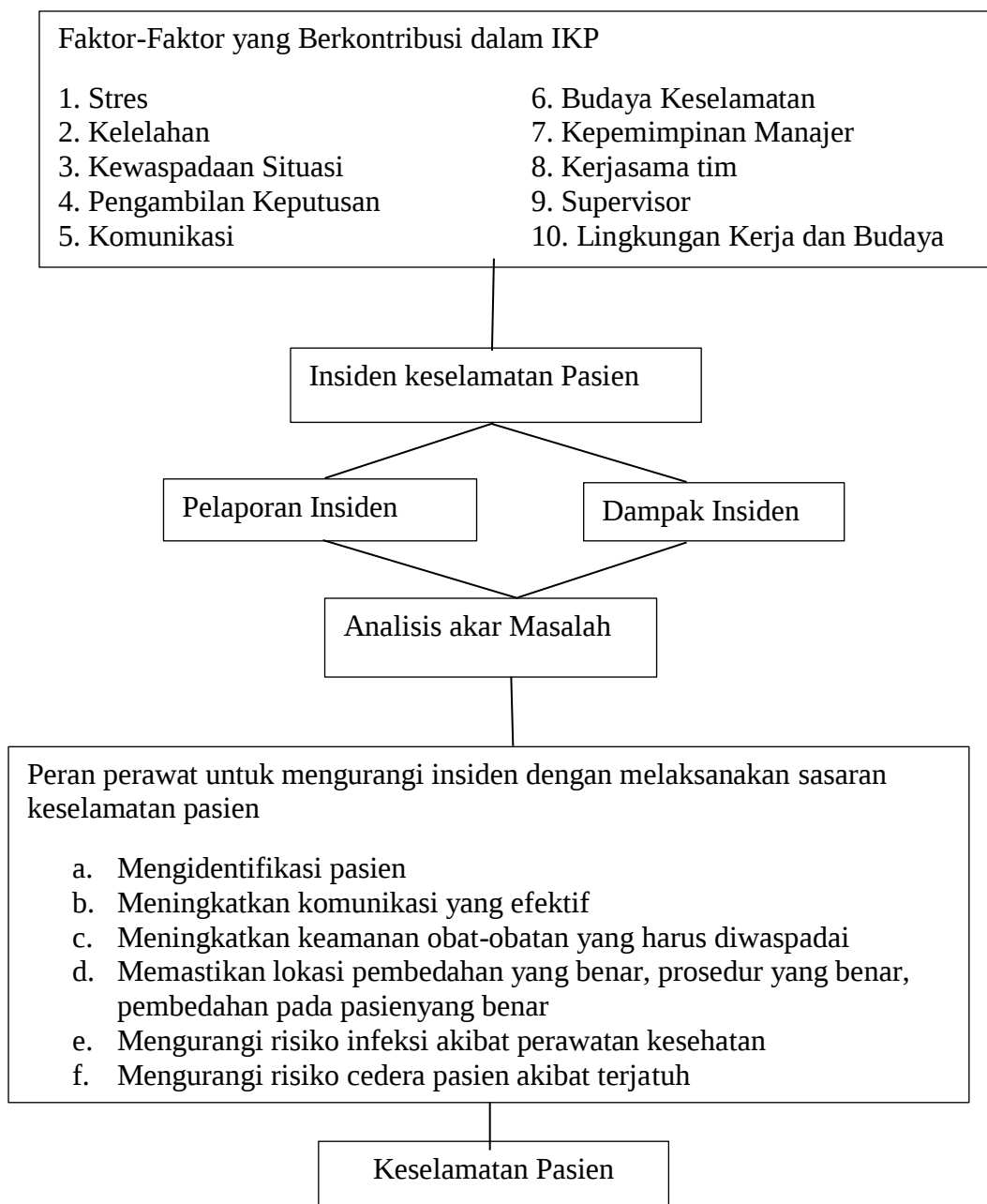
No	Kategori	Topik
1	Individu	1. Stres
		2. Kelelahan
		3. Kewaspadaan Situasi
		4. Pengambilan Keputusan
2	Organisasi	5. Komunikasi
		6. Budaya Keselamatan
		7. Kepemimpinan Manajer
3	Kerjasama Tim	8. Kerjasama tim
		9. Supervisor
4	Lingkungan	10. Lingkungan Kerja dan Budaya

Sedangkan menurut Henriksen,et all (2008), Pada gambar 2.1, menunjukkan bahwa komponen – komponen yang terdapat dalam sebuah sistem perlu dipahami tentang dasar terjadinya insiden keselamatan pasien. Setiap faktor saling berinteraksi satu sama lain. Ketika komponen – komponen tersebut berfungsi secara bersamaan akan terbentuk barrier atau sistem pertahanan terhadap insiden keselamatan pasien yang sebenarnya dapat dicegah. Namun, apabila terdapat kekuarangan atau ketidaksesuaian pada komponen – komponen tersebut dan satu sama lain bergerak terpisah, maka hal itulah yang menjadi kekurangan sistem sehingga adanya insiden keselamatan pasien (Gambar 2.1) juga menunjukkan akar permasalahan sampai penyebab langsung terjadinya insiden keselamatan pasien. Meski tersusun secara bertingkat, setiap faktor tersebut tetap memiliki pengaruh terhadap insiden keselamatan pasien.



Gambar 2.1 Faktor – Faktor yang Berkontribusi Pada Insiden Keselamatan Pasien di Pelayanan Kesehatan (Henriksen et al, 2008)

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.2 kerangka teori (WHO, 2009), (PERMENKES RI, 2017), (Henriksen, K., 2008)

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode literature review, pencarian literatur ilmiah yang diterbitkan diindeks dalam berbagai database yang bersumber dari google cendekia. Kriteria Inklusi

1. Framework

Framework yang digunakan yaitu strategi yang digunakan untuk mencari artikel jurnal dengan menggunakan PICOS

2. Problem / population, masalah yang akan di analisis atau populasi.

3. Intervention, tindakan yang dilakukan atau suatu tindakan penatalaksanaan terhadap kasus perorangan serta pemaparan tentang penatalaksanaan.

4. Comparation, penatalaksanaan yang digunakan sebagai pembanding.

5. Outcome, hasil atau luaran yang diperoleh pada penelitian

6. Study desain, desain dari penelitian

7. Kata Kunci

Pencarian artikel atau jurnal menggunakan keyword dan boolean operator (AND, OR NOT) yang digunakan untuk menspesifikkan pencarian, sehingga mempermudah dalam menentukan artikel atau jurnal yang digunakan. Kata kunci yang digunakan dalam penelitian ini yaitu, “gambaran” AND “insiden” AND “keselamatan” AND “pasien”.

8. Data Base

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh bukan dari pengamatan langsung, akan tetapi diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti-peneliti terdahulu. Sumber data sekunder yang didapat berupa artikel atau jurnal yang dipilih dengan data yang dimasukkan melalui publikasi google cendekia.

9. Kriteria inklusi

adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang akan diteliti (Nursalam, 2011).

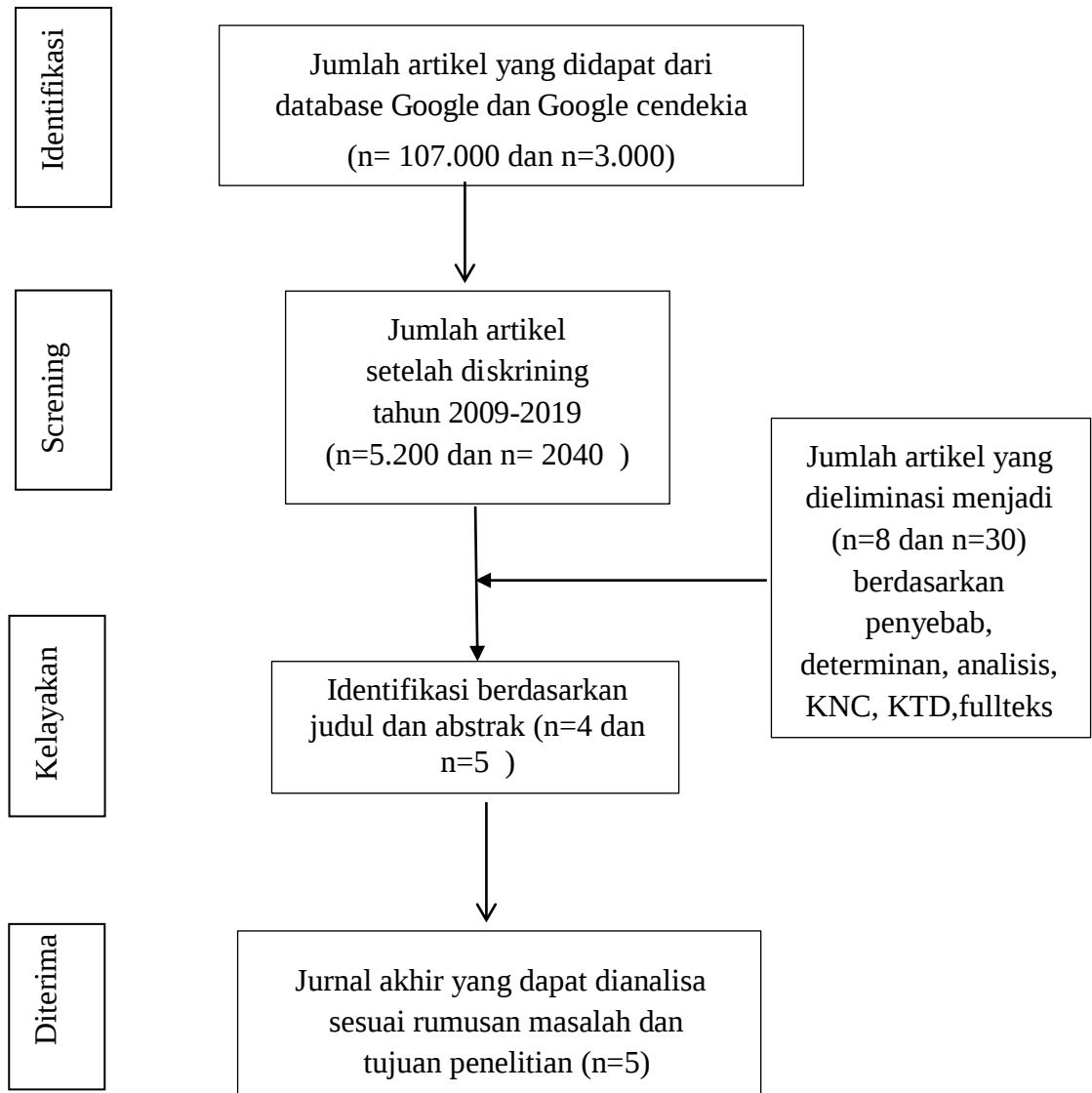
Tabel 3.1 Kriteria inklusi dan eksklusi dengan format PICOS

No	Framework	Kriteria Inklusi	Kriteria eksklusi
1	Problem/ Population	Jurnal internasional yang berhubungan dengan topik penelitian yaitu gambaran insiden keselamatan pasien dan faktor yang berhubungan, KNC, KTD.	Jurnal internasional yang tidak berhubungan dengan topik penelitian yaitu gambaran insiden keselamatan pasien dan factor yang berhubungan
2	Intervention	Tidak menggunakan intervensi	Menggunakan intervensi
3	Comparation	Tidak ada perbandingan	Ada perbandingan
4	Outcome	Adanya faktor penyebab insiden keselamatan pasien, factor determinan insiden keselamatan pasien	Tidak adanya faktor penyebab insiden keselamatan pasien
5	Study desain	Deskriptif, korelasi	Komparatif, literature review
6	Tahun terbit	Jurnal atau artikel yang terbit antara tahun 2009-2019	Jurnal atau artikel yang terbit diluar tahun 2009-2019
7	Bahasa	Bahasa Indonesia	Selain bahasa indonesia
8	Dapat didownload	Artikel tersedia dalam full text	Tidak fulltext
9	Tipe artikel	Original artikel	Selain original artikel

3.2 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas

1. Seleksi studi

Berdasarkan hasil pencarian literature melalui publikasi google dan goggle cendekia dengan memasukkan kata kunci yang digunakan dalam penelitian ini yaitu, “gambaran” AND “insiden” AND “keselamatan” AND “pasien”. Peneliti membuka google kemudian mengetik kata kunci “gambaran” AND “insiden” AND “keselamatan” AND “pasien” menemukan artikel sebanyak 107.000 artikel. Kemudian peneliti melakukan screening , terdapat 5200 artikel dieksklusi karena terbitan tahun 2009-2019, dieksklusi lagi menjadi 4730 artikel dengan memasukkan kata kunci “penyebab” AND “determinan” AND “analisis”AND “KNC” AND “KTD” dan setelah mengetik kata kunci “fullteks” ditemukan 8 artikel dalam 0,6 detik. Assessment kelayakan ada 3 artikel. Kemudian langkah kedua, peneliti membuka google cendekia memasukkan kata kunci “gambaran” AND “insiden” AND “keselamatan” AND “pasien” menemukan artikel sebanyak 3000 artikel. Kemudian peneliti melakukan screening , terdapat 2040 artikel dieksklusi karena terbitan tahun 2009-2019. Dieksklusi lagi menjadi artikel dengan memasukkan kata kunci “penyebab” AND “determinan” AND “analisis”AND “KNC” AND “KTD” jurnal yang ditemukan sejumlah 30. Assessment kelayakan ada 5 artikel . Namun karena duplikasi dan jurnal yang tidak sesuai dengan kriteria, sehingga didapatkan 5 jurnal yang akan dilakukan review.



Gambar 3.1 Diagram Prisma

3.3 Analisa Data.

1. Analisa Data

Analisa data menggunakan analisa review artikel dengan mengumpulkan data untuk mendapatkan teori maupun temuan-temuan yang dapat digunakan sebagai hasil atau kesimpulan untuk dapat menjawab tujuan penelitian.

2. Penyajian Data

Data disajikan dalam bentuk table dimana isi table mencakup judul, populasi, metode penelitian, dan hasil penelitian kemudian di narasikan.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian “Gambaran Insiden Keselamatan Pasien: Literatur Review” yang dilaksanakan pada bulan agustus 2021, menghasilkan simpulan sebagai berikut.

1. Berdasarkan review 5 artikel, menyebutkan bahwa jumlah kejadian IKP (IKP Positif) berjumlah sedikit lebih besar daripada jumlah tidak terjadi IKP (IKP Negatif). Ini menggambarkan bahwa insiden keselamatan pasien masih saja terjadi di rumah sakit yang mengindikasikan bahwa asuhan pasien masih jauh dari harapan.
2. Dari semua artikel, perawat yang berusia muda (< 30 tahun) menjadi salah satu penyebab dari insiden keselamatan pasien karena belum banyak pengalaman dalam melakukan pelayanan sehingga kurang memiliki kepekaan yang berdampak terjadinya insiden.
3. Dari simpulan 5 artikel, tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan terjadinya insiden keselamatan pasien. Adanya insiden yang dilakukan oleh perawat bisa disebabkan oleh kurangnya pelatihan ataupun masa kerja yang singkat sehingga belum mampu menerapkan pengetahuan yang dimilikinya.
4. Penyebab dari insiden keselamatan pasien salah satunya adalah komunikasi kurang efektif. Komunikasi yang kurang efektif karena kurangnya keterbukaan, kurangnya sikap positif, kurangnya diskusi bersama, kurangnya kesempatan untuk bertanya menyebabkan kegagalan dalam komunikasi yang bisa berakibat timbulnya insiden.
5. Penyebab dari insiden keselamatan pasien adalah kerjasama tim kurang, persepsi kurang terhadap SOP dan interupsi tinggi/ tidak nyaman.

5.2 Saran

1. Upaya yang dapat dilakukan oleh Rumah sakit yaitu dengan memberikan perhatian khusus pada perawat yang berusia muda (< 30

tahun), misalnya dengan diberikan pengawasan dan bimbingan langsung oleh supervisor.

2. Upaya yang dapat dilakukan oleh Rumah sakit yaitu dengan memberikan pelatihan berkala dan terorganisir kepada seluruh petugas.

DAFTAR PUSTAKA

- (IOM), I. of M. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington D.C.: The National Academies Press.
- Aprilia, S. (2011). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perawat dalam Penerapan IPSPG (Internasional Patient Safety Goal) Pada Akreditasi JCI (Joint Commission International) di Instalasi Rawat Inap RS Swasta X Tahun 2011*. FKM UI.
- Arini, D. (2019). Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat tentang Identifikasi dalam Patient Safety dengan Pelaksanaannya di Ruang Rawat Inap STIKES Hang Tuah Surabaya Email: diyaharini76@yahoo.co.id Pendahuluan Keselamatan pasien merupakan prinsip dasar perawatan kesehatan. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 14(2), 87–99.
- astriana, N.B.N., et all. (2014). *Hubungan Pendidikan, Masa Kerja, Dan Beban Kerja Dengan Keselamatan Pasien RSUD Masasar, Thesis: Makasar*.
- Cahyono, J. B. (2008). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Carayon, Pascale. & Ayse, P. G. (2008). . *Nursing Workload and Patient Safety – A Human Factors Engineering Perspective. Patient Safety and Quality: An Advance – Based Handbook for Nurses. Chapter 30 Vol.2*.
- Gunibala, M. T. (2015). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat dengan Penerapan Patient Safety di RSUD Prof. Dr. Hi. Aloi Saboe Kota Gorontalo. Fakultas Ilmu – Ilmu Kesehatan dan Keolahragaan Universitas Negeri Gorontalo*.
- Hadi, I. (2017). *Manajemen Keselamatan Pasien (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Deepublish.
- Handayani, F. (2017). *Gambaran insiden keselamatan pasien berdasarkan karakteristik perawat, organisasi, dan sifat dasar pekerjaan di unit rawat inap rumah sakit al-islam bandung pada periode 2012-2016*.
- Henriksen, K., et. al. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence Base Handbook for Nurses*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality Publications.
- KKPRS. (2008). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien*. Jakarta: KKPRS.
- KKPRS. (2015). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 25.
- Kohn, Linda T., Corrigan, Janet M., and Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Wahington, D.C.: The National

Academies Press.

- Mulyana, D. S. (2013). *Analisis Penyebab Insiden Kesehatan Pasien oleh Perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta*. Tesis: FKM UI.
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. (2016). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- PERMENKES RI. (2008). *STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT*.
- PERMENKES RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. *Ekp*, 13(3), 1576–1580.
- Setyarini, D. (2013). *Kepatuhan Perawat Melaksanakan Standar Prosedur Operasional Pencegahan Pasien Resiko Jatuh di Gedung Yosep 3 Dago dan Surya Kencana Rumah Sakit Borromeus*. *Jurnal Kesehatan*. STIKes Santo Borromeus.
- Swastikarini, S. (2018). Hubungan Umur, Tingkat Pendidikan dan Lama Kerja Perawat Pelaksana dengan Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien di Ruang Rawat Inap. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 8(2), 75–81.
<https://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/view/334>
- WHO. (2009). *Human Factors in patient safety review of topics and tools : Reportfor methods and measures working group of WHO patient safety*.