

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Landasan Teori

##### 1. Insiden Keselamatan Pasien dan Pelaporannya

Insiden Keselamatan Pasien (IKP) adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang seharusnya tidak terjadi. Adapun jenis IKP meliputi 5 hal yaitu Kondisi Potensial Cedera (KPC)/ *reportable circumstance*, Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *near miss*, Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse Event* dan kejadian Sentinel/ *sentinel event*. Kondisi Potensial Cedera (KPC)/ *reportable circumstance* adalah kondisi yang sangat berpotensi menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden, sedangkan Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *near miss* adalah suatu insiden yang belum terpapar ke pasien sehingga tidak menimbulkan cedera pada pasien. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak menimbulkan cedera dapat terjadi karena keberuntungan atau peringanan. Jika insiden yang terjadi kepada pasien mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan sebagai akibat suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*omission*) bukan karena *underlying disease* atau kondisi pasien maka disebut insiden jenis Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse Event*. Jika KTD menyebabkan kematian atau cedera serius maka disebut dengan insiden jenis sentinel (*sentinel event*)

Laporan insiden keselamatan pasien adalah pelaporan secara tertulis setiap Kondisi Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) ataupun sentinel event yang menimpa pasien. Laporan IKP dibuat oleh siapapun yang menemukan insiden atau orang yang terlibat langsung dalam insiden. Pelaporan IKP beserta analisis masalahnya merupakan salah satu metode yang digunakan untuk mengidentifikasi risiko.

Sistem pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) akan membuat setiap orang dalam organisasi peduli bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi pada pasien. Pelaporan juga penting digunakan dalam upaya memonitor pencegahan terjadinya kesalahan (error) sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya. Pelaporan insiden sangat penting karena laporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

Upaya pelaporan insiden keselamatan pasien salah satunya diupayakan oleh rumah sakit dengan menciptakan suatu sistem pelaporan mulai dari kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan, dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan terlebih dahulu kepada seluruh pegawai. Adapun sosialisasi tersebut meliputi maksud, tujuan, manfaat, alur pelaporan, bagaimana cara mengisi formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian-pengertian dalam sistem pelaporan serta cara menganalisa laporan. Beberapa masalah yang sering menghambat dalam pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu laporan dipersepsikan sebagai pekerjaan perawat, laporan sering disembunyikan/ underreport karena takut disalahkan, laporan sering terlambat dan bentuk laporan miskin data karena adanya budaya menyalahkan (blame culture)

Alur pelaporan insiden yaitu apabila terjadi suatu insiden (KPC/ KNC/ KTC/ KTD/ sentinel) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ ditangani) untuk mengurangi dampak/ akibat yang tidak diharapkan. Setelah ditindaklanjuti, petugas harus segera membuat laporan insiden dengan mengisi formulir laporan insiden pada akhir jam kerja/ shift kepada atasan langsung (paling lambat 2 x 24 jam ); diharapkan untuk tidak menunda laporan. Laporan diserahkan kepada atasan langsung pelapor (atasan langsung disepakati sesuai keputusan manajemen: Supervisor/ Kepala Bagian/ Instalasi/ Departemen/ Unit). Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan, lalu dari hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan. Laporan hasil investasi dan laporan insiden selanjutnya dikirim ke tim Keselamatan Pasien nRumah Sakit (KPRS). Tim KPRS akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan regrading. Setelah melakukan RCA, tim KPRS akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta pembelajaran berupa petunjuk /

"safety alert" untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada direksi, sedangkan rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di rumah sakit. Unit kerja terkait akan membuat analisa kejadian di satuan kerja masing – masing, sedangkan monitoring dan evaluasi perbaikan akan terus dilakukan oleh tim KPRS.

## 2. Keselamatan Pasien

Petugas kesehatan (perawat) mendedikasikan diri mereka untuk membantu pasien dalam tindakan pencegahan penyakit maupun pemulihan kesehatan. Upaya-upaya terbaik telah dilakukan namun masih banyak pasien yang secara tidak sengaja cedera oleh sistem pelayanan kesehatan di tempat mereka mencari bantuan. Sistem keselamatan pasien di rumah sakit hadir untuk memahami lebih jauh mengapa cedera dapat terjadi, bagaimana hal tersebut dapat terjadi dan bagaimana upaya untuk melakukan pencegahan.

Keselamatan pasien didefinisikan sebagai suatu upaya untuk menurunkan terjadinya cedera yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan hingga ke tingkat minimum yang dapat diterima (Panesar, Carson, Salvilla, & Sheikh, 2017). Tingkat minimum yang dapat diterima merujuk pada pengetahuan yang dimiliki saat ini, sumber daya yang tersedia, dan konteks dimana pelayanan diberikan. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 11 Th 2017 keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman yang 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.

Publikasi dari *Human Academy of Medicine* dari studi praktik kedokteran Harvard (1991) menyebutkan 44.000-98.000 orang Amerika meninggal setiap tahunnya akibat kesalahan medis. Hal ini setara dengan analogi bahwa satu buah jet penumpang terjatuh setiap harinya dan berakibat pada kematian masal. Studi terkini dari *Harvard*

*Medical Practice Study* menyebutkan kejadian cedera pada pasien lebih tinggi lagi yaitu sejumlah 210.000-440.000 setiap tahunnya.

Pengembangan lingkungan kerja dan budaya yang lebih aman di lingkungan pelayanan kesehatan sehingga keselamatan pasien dapat terjamin dilakukan melalui pendekatan pemikiran berdasarkan sistem (Panesar et al., 2017). Apabila terjadi kejadian yang tidak diharapkan pada pasien bukan berarti petugas kesehatan yang terlibat pada insiden tersebut yang dapat disalahkan, tetapi lingkungan dan sistem tempat mereka bekerja memiliki peranan yang penting. Seorang psikolog terkenal dari *University of Manchester* yang bernama James T. Reason mengembangkan suatu model yang disebut “keju Swiss”. Teori ini menjelaskan mengenai berbagai langkah dan faktor-faktor yang berhubungan dengan efek yang tidak diharapkan.

Teori tersebut mengatakan terdapat lapis pertahanan (*defence*), penghalang (*barrier*), dan perlindungan keamanan (*safeguard*) yang melindungi pasien dari bahaya. Lubang pada satu lapisan saja umumnya tidak menimbulkan dampak yang buruk, tetapi dampak yang buruk dapat terjadi apabila lubang-lubang pada berbagai lapisan berjajar sehingga memungkinkan terbentuknya serangkaian jalur kesempatan terjadinya insiden sehingga mendatangkan bahaya atau insiden pada pasien. Lubang-lubang pada berbagai lapisan muncul karena adanya kombinasi kegagalan aktif (penyebab langsung), prasyarat, dan kondisi laten (penyebab yang mendasari). Pendapat lain dikemukakan oleh Rasmussen yang mengatakan bahwa bahaya atau insiden muncul karena kurangnya ketrampilan / skill, kurangnya observasi peraturan dan kurangnya pengetahuan. Hal tersebut akan berdampak pada kejadian cedera yang mengancam keselamatan pasien.

### 3. Sasaran Keselamatan Pasien

Maksud dan tujuan dari sasaran keselamatan rumah sakit tidak lain adalah guna meningkatkan perbaikan supaya terjadi peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien meliputi 6 hal yaitu sebagai berikut:

#### a. Mengidentifikasi pasien dengan benar

Rumah sakit harus menetapkan minimal 2 identitas wajib yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien supaya kesalahan dalam pemberian layanan

kesehatan dapat dihindari. Identitas tersebut dapat berupa nama, tanggal lahir, nomor rekam medis, nomor register, nomor KTP atau bentuk identitas lainnya yang telah ditetapkan. Dua identitas tersebut digunakan di seluruh layanan rumah sakit mulai dari rawat jalan, rawat inap, kamar operasi, IGD, ruang pemeriksaan diagnostik maupun unit yang lainnya.

b. Meningkatkan komunikasi yang efektif

Rumah Sakit meningkatkan regulasi untuk melaksanakan proses peningkatan efektivitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telepon antar Profesi Pemberi Asuhan (PPA). Komunikasi yang efektif adalah yang tepat waktu, akurat, lengkap, tidak ambigu yang diterima oleh penerima informasi yang bertujuan untuk mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Sebagai upaya peningkatan komunikasi yang efektif, RS menerapkan regulasi mengenai pelaporan hasil kritis dan menetapkan serta melaksanakan komunikasi dalam proses *hand over* (serah terima).

c. Meningkatkan keamanan obat-obat yang harus diwaspadai (*High Allert Medications*)

Rumah Sakit menetapkan dan melaksanakan regulasi dalam upaya meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai. Obat-obat yang diwaspadai disini bisa dari golongan elektrolit konsentrat maupun obat-obatan lain yang bila terjadi kesalahan dalam penggunaannya dapat berakibat fatal serta membahayakan keselamatan pasien. Obat-obat yang termasuk dalam golongan obat HAM yaitu obat resiko tinggi; obat-obat yang nama, label dan kemasannya mirip (*look alike*) dan bunyi ucapannya sama (*sound alike*)serta jenis elektrolit konsentrat. Obat resiko tinggi yaitu obat obat yang bila terjadi kesalahan dalam pemberiannya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan seperti misalnya antikoagulan,, insulin, sitostatika, agonis adrenergik, analgesik narkotika, psikotropika, anti aritmia, kardioplejik, anti trombolitik dan agen radiokontras.

Obat-obatan yang termasuk golongan obat HAM dikelola sedemikian rupa mulai dari proses peresepan, penyimpanan, penataan dan penggunaannya. Saat

akan diberikan ke pasien petugas harus melakukan proses *double check*. Hal ini dilakukan untuk menghindari *medication error*.

- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar dan pembedahan pada pasien yang benar

Terjadinya kesalahan lokasi, prosedur maupun salah pasien pada tindakan pembedahan adalah suatu hal yang mungkin terjadi yang dapat berakibat fatal bagi pasien. Hal tersebut dapat terjadi oleh beberapa sebab seperti komunikasi yang tidak adekuat antar anggota tim, pasien tidak dilibatkan dalam memastikan ketepatan lokasi operasi dan tidak adanya prosedur verifikasi, asesmen pasien tidak lengkap, catatan rekam medis tidak lengkap, komunikasi terbuka antar anggota tim belum membudaya, tulisan dalam RM pasien tidak jelas, tidak lengkap atau tidak terbaca serta masih adanya penggunaan singkatan yang tidak terstandar.

Untuk meningkatkan keamanan dalam prosedur pembedahan maka ketetapan yang harus dipatuhi adalah memberikan penanda pada lokasi yang akan dilakukan pembedahan (*site marking*), melakukan verifikasi pra operasi dan melakukan proses *Time Out* sesaat sebelum melakukan insisi.

- e. Mengurangi Risiko Infeksi terkait Pelayanan Kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan salah satu tantangan di lingkungan fasilitas kesehatan. Kenaikan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan bagi pasien dan petugas kesehatan. Secara umum, infeksi terkait pelayanan kesehatan dapat terjadi di semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh/ aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan ventilator.

Upaya terpenting untuk menghilangkan masalah infeksi adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan. Pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) tersedia dari *World Health Organization* (WHO). Rumah sakit mengadopsi pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) dari WHO ini untuk dipublikasikan di seluruh rumah sakit. Staf diberi pelatihan bagaimana

melakukan cuci tangan dengan benar dan prosedur menggunakan sabun, disinfektan, serta handuk sekali pakai (*towel*) di lokasi sesuai dengan pedoman.

Adapun *five Momment* cuci tangan yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah kontak dengan pasien, setelah kontak cairan tubuh pasien dan setelah kontak lingkungan pasien. Kebersihan tangan dapat dilakukan melalui 2 cara yaitu *hand wash* (40-60 detik) dengan menggunakan sabun dan air mengalir dan *hand rub* (20-30 detik) dengan menggunakan cairan berbasis alkohol.

f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh

RS melakukan upaya untuk menurunkan risiko cedera akibat pasien jatuh salah satunya melalui skrining pasien risiko jatuh. Adapun skala pengukurannya yaitu *morse fall* pada pasien dewasa, *humpty dumpty* pada pasien anak-anak dan *edmonson* pada pasien psikiatri. Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain kondisi pasien, gangguan fungsional pasien (contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif), lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit, riwayat jatuh pasien, konsumsi obat tertentu dan konsumsi alkohol. Pasien yang pada saat skrining ditemukan terdapat risiko jatuh sedang atau tinggi maka harus mendapatkan intervensi yang sesuai supaya kejadian jatuh yang dapat menimbulkan cedera dapat diantisipasi.

4. Faktor-Faktor yang Menyebabkan Kejadian IKP

a. Sistem pelayanan kesehatan yang kompleks

Pelayanan kesehatan modern merupakan sistem yang sangat kompleks karena menghubungkan banyak orang, aktivitas dan teknologi dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Faktor-faktor terkait yang berada didalam sebuah sistem akan berkontribusi dalam keselamatan pasien sehingga agar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien bersifat aman dan mengutamakan keselamatan pasien maka sistem tersebut harus terbentuk dengan baik.

b. Mutu dan keselamatan yang kurang terjamin

Pelayanan kesehatan dikatakan bermutu apabila memiliki kemampuan untuk melakukan hal-hal yang tepat, untuk pasien yang tepat, pada saat yang tepat,

dengan hasil terbaik dan dengan biaya terjangkau. Mutu memiliki 8 dimensi yang terdiri dari ketepatan waktu, efektivitas, keselamatan, kesetaraan, efisiensi, kepedulian, pelayanan yang berkesinambungan dan berpusat pada pasien. Keselamatan adalah bebas dari cedera yang dapat dihindari. Tujuan dari keselamatan adalah untuk menghindari, mencegah dan mengurangi hasil yang tidak diharapkan yang muncul dari proses pelayanan. Tanpa adanya keselamatan maka pelayanan yang bermutu tidak akan tercapai.

c. Faktor manusia

Manusia merupakan pusat dari sebuah sistem yang bertugas merancang, mengoperasikan, memelihara teknologi serta menjaga prosesnya agar tetap berjalan dengan baik. Manusia juga memiliki tugas untuk mengambil keputusan, menghindari potensi kesalahan, menangkap kesalahan serta mengurangi efek dari kesalahan-kesalahan tersebut. Manusia harus bekerja sama dan saling mendukung satu sama lain untuk dapat mencapai tujuan yang ditetapkan dalam sebuah sistem.

Beberapa hal negatif yang mungkin terjadi dan akan sangat berdampak pada kinerja manusia yaitu misalnya efek terjadinya kelelahan dan beban kerja yang tinggi. Perbaikan dan peningkatan kontribusi kinerja manusia pada sebuah sistem dapat dicapai dengan cara menghindari hal-hal yang dapat berdampak negatif tersebut dan memilih orang yang tepat untuk sebuah tugas/ pekerjaan.

d. Kerjasama tim dan komunikasi yang kurang efektif

Organisasi yang handal yang mampu memberikan pelayanan yang menjamin keselamatan pasien dapat tercapai dengan adanya kerjasama tim yang baik dan komunikasi yang efektif. Sebuah tim memiliki karakteristik utama terdiri dari dua atau lebih individu, dimana masing-masing individu memiliki peran dan tugas yang spesifik, saling berinteraksi dan berkoordinasi untuk mencapai suatu hasil atau tujuan. Kerjasama tim adalah komponen kinerja yang saling bergantung satu sama lain untuk mengkoordinasikan kinerja dari tiap anggota tim secara efektif. Komunikasi adalah proses penyampaian informasi dari individu yang satu kepada yang lain melalui sebuah pesan. Komunikasi yang efektif adalah transmisi informasi yang akurat yang menyebabkan penerima pesan memahami apa yang disampaikan oleh pemberi pesan.

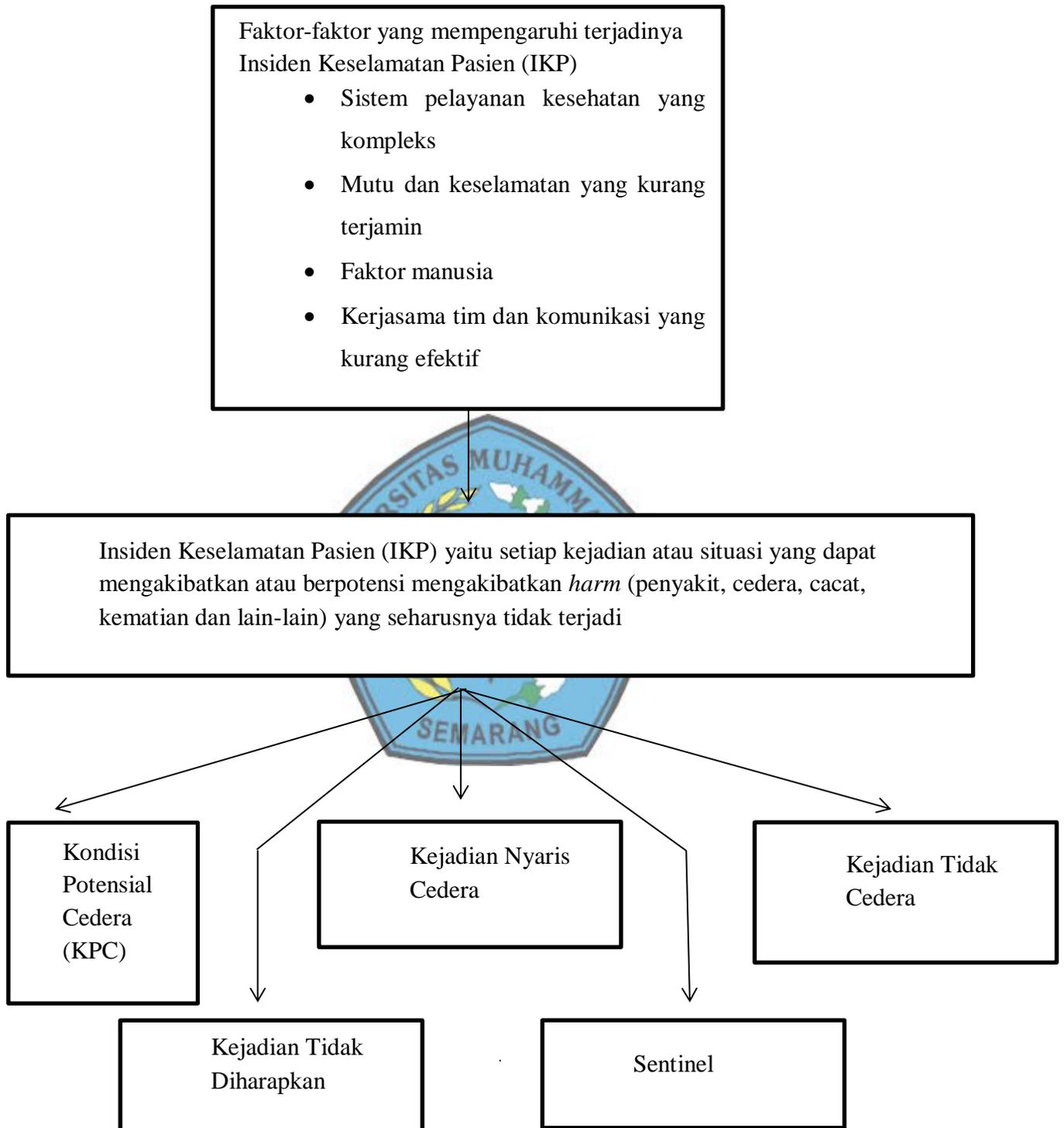
## 5. Sembilan Solusi Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Solusi keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang dibuat untuk mencegah atau mengurangi cedera pasien yang mungkin timbul sebagai akibat pelayanan rumah sakit. WHO telah menetapkan sembilan solusi keselamatan pasien di rumah sakit pada tahun 2007. Sembilan solusi keselamatan ini terdiri dari perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM)/ *Lool Alike, Sound Alike Medications names (LASA)*, pastikan identifikasi pasien, komunikasikan secara benar saat serah terima/ pengoperan pasien, pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar, kendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*), pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan, hindari salah kateter dan salah sambung selang (*tube*), gunakan alat injeksi sekali pakai serta tingkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial.

## 6. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI NO 11 Tahun 2017 ada tujuh langkah keselamatan pasien yang meliputi membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan sistem pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien serta mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

## B. Kerangka Teori



Bagan 2.1

Sumber: (Panesar et al., 2017).

### C. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari satu variabel/ variabel tunggal yaitu analisis dokumen pelaporan IKP di RSUP Dokter Kariadi Semarang

