

Tren Insiden Berdasarkan Sasaran Keselamatan Pasien Incident Trends Based On Patient Safety Targets

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

^{1,2,3,4}Program Doktorat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, UGM,

¹Departemen layanan dan Informasi Kesehatan, Sekolah Vokasi, UGM

email: ¹savitri@ugm.ac.id

Abstract

Incidents related to patient safety indicators for patients in hospitals. Monitoring incidents have done through analysis of incident reports. This article describes incidents based on 6 patient safety goals. Type of descriptive quantitative research with cross-sectional design. The research location is a one of Type B teaching hospital in the Special Region of Yogyakarta. The study population is a report on incidents in 2017. The number of incidents reported in 2017 was 138 incidents consisting of incidents related to SKP.1 to SKP.6 and facility-related incidents were 31.88%; 7.97%; 41.30%; 2.90%; 1.45%; 13.04%; and 1.45% of facilities related incidents. Conclusion: Regular monitoring of incident rates and timely reporting feedback processes are good learning to avoid second incidents.

Keywords: Trends, Incidents, Patient Safety Targets.

Abstrak

Insiden terkait keselamatan pasien menjadi salah satu indikator penilaian mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit. Monitoring insiden dilakukan melalui analisis laporan insiden. Artikel ini bertujuan untuk mendeskripsikan angka kejadian insiden berdasarkan 6 sasaran keselamatan pasien. Jenis penelitian kuantitatif deskriptif dengan rancangan *cross sectional*. Lokasi penelitian di salah satu rumah sakit tipe B Pendidikan di Daerah Istimewa Yogyakarta. Populasi penelitian adalah laporan insiden tahun 2017. Jumlah insiden yang dilaporkan pada tahun 2017 ada 138 insiden terdiri dari insiden terkait SKP.1 sampai SKP.6 dan insiden terkait fasilitas adalah 31,88 %; 7,97%; 41,30%; 2,90%; 1,45%; 13,04%; dan 1,45% insiden terkait fasilitas. Simpulan penelitian ini adalah Pemantauan angka insiden secara rutin dan proses umpan balik pelaporan yang tepat waktu menjadi pembelajaran yang baik untuk mencegah terjadinya insiden kedua.

Keywords : Tren, Insiden, Sasaran Keselamatan Pasien.

Pendahuluan

Isu keselamatan pasien muncul dari hasil penelitian yang menyampaikan banyaknya biaya perawatan yang dikeluarkan rumah sakit karena cedera pasien yang seharusnya tidak perlu dikeluarkan. Monitoring keselamatan pasien dilakukan melalui penerapan pelaporan insiden. Penerapan budaya pelaporan insiden ini sebagai salah satu upaya penjaminan mutu pelayanan (JCI, 2014). Proses pelaporan dimulai dari ditemukannya insiden untuk selanjutnya petugas yang menemukan membuat laporan. Laporan di validasi di tiap unit layanan, sebagai upaya *cross cek* kronologi insiden. Laporan ini ditindaklanjuti oleh Program Kerja (POKJA) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) untuk melakukan telaah dan manajemen insiden (KARS, 2017).

Keselamatan pasien di Indonesia mengacu pada beberapa regulasi seperti Undang-Undang Rumah Sakit Nomor 44 Tahun 2009 pasal 43 bahwa rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 yang menyatakan setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan keselamatan pasien. Selanjutnya, Komite Akreditasi Rumah Sakit merumuskan standar keselamatan pasien menjadi bagian dari standar akreditasi. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) meliputi: SKP.1 Mengidentifikasi pasien dengan benar; SKP.2 Meningkatkan komunikasi yang efektif; SKP.3 Meningkatkan keamanan obat-obat yang harus diwaspadai; SKP.4 Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar; SKP.5 Mengurangi risiko infeksi

akibat perawatan kesehatan; dan SKP.6 Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh (KARS, 2017).

Berdasarkan wawancara, salah satu rumah sakit tipe B Pendidikan di Daerah Istimewa Yogyakarta mengembangkan budaya pelaporan insiden dimulai pada tahun 2015. Satu tahun kemudian dokumentasi laporan insiden mulai diterapkan dan berjalan sampai sekarang. Format pelaporan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Berdasarkan gambaran tersebut, peneliti tertarik untuk mendeskripsikan angka kejadian insiden di salah satu rumah sakit tipe B Pendidikan di Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2017.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif deskriptif dengan rancangan *cross sectional*. Lokasi penelitian di salah satu rumah sakit tipe B Pendidikan di Daerah Istimewa Yogyakarta. Populasi penelitian ini adalah laporan insiden tahun 2017. Teknik pengumpulan data yaitu studi dokumentasi terhadap laporan insiden tahun 2017. Pengambilan sampel dilakukan dengan *purposive sampling*.

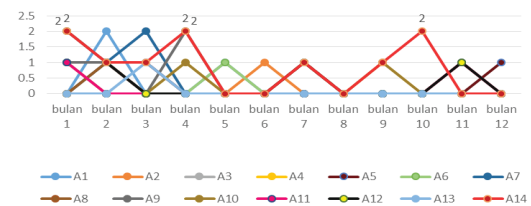
Hasil dan Pembahasan

Jumlah kejadian insiden yang dilaporkan pada tim mutu dan keselamatan pasien dalam kurun waktu tahun 2017 adalah 138 insiden. Berdasarkan studi dokumentasi laporan insiden yang diarsip oleh tim keselamatan pasien rumah sakit terdapat 136 insiden (9,86%) terkait SKP.1 sampai 6 dan 2 insiden (0,14%) terkait fasilitas. Berikut adalah variasi dan tren insiden terkait SKP.1 sampai 6:

1. Insiden Terkait SKP.1 Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

Kejadian insiden terkait SKP.1 pada tahun 2017 sebanyak 31,9% (44 insiden), dengan 14 jumlah variasi insiden sebagai berikut: Insiden gelang identitas lepas (A1), Kesalahan identifikasi tim gizi (A2), Ketidaksesuaian identitas hasil pemeriksaan penunjang pada rekam medis (A3), Ketidaksesuaian identitas hasil pemeriksaan penunjang pada sampel (A4), Ketidaksesuaian identitas pada etiket obat (A5), Ketidaksesuaian identitas pada gelang (A6), Ketidaksesuaian identitas pada resep (A7),

Ketidaksesuaian identitas pada rekam medis (A8), Ketidaksesuaian identitas pada sampel (A9), Ketidaksesuaian identitas pemberian obat (A10), Ketidaksesuaian pelaporan identitas hasil pemeriksaan penunjang (A11), Ketidaksesuaian warna gelang (A12), Insiden sampel darah tanpa identitas (A13), Tidak terpasang gelang (A14) (Budi, Rismayani, Lazuardi, & Tetra, 2017). Jumlah dan variasi insiden terkait SKP.1 yang terjadi pada tiap bulan pada tahun 2017 disajikan dalam Gambar 1.



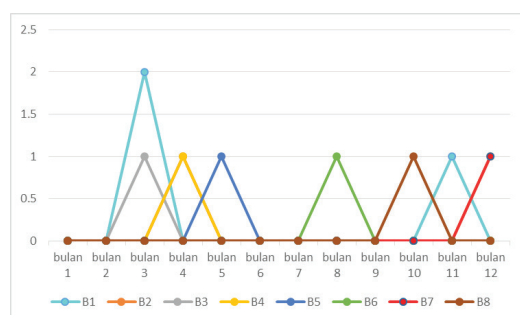
Gambar 1. Jumlah dan Variasi Insiden Terkait SKP.1

Pada tiap bulannya, variasi kejadian yang sama paling banyak terjadi sebanyak 2 insiden. Variasi insiden tersebut meliputi Gelang identitas lepas (bulan Februari), Ketidaksesuaian identitas pada resep (bulan Maret), Ketidaksesuaian identitas pada sampel (bulan April), Ketidaksesuaian warna gelang (bulan Januari), dan Tidak terpasang gelang (bulan Januari, April, Oktober) (Gambar 1).

Untuk mencegah terjadinya insiden terkait identifikasi ini, Indonesia menerapkan sasaran keselamatan pasien yang pertama yaitu ketepatan identifikasi pasien. Langkah pendekatan untuk meningkatkan ketelitian identifikasi pasien berupa kebijakan identifikasi pasien, pedoman identifikasi pasien yang dijadikan acuan seluruh unit, prosedur identifikasi pasien melalui pemasangan gelang identitas (minimal dua identitas), prosedur pemasangan dan pelepasan tanda identitas risiko bagi pasien yang datang ke rumah sakit, dan prosedur pemasangan dan pelepasan gelang identitas (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Peran tenaga kesehatan dalam melakukan identifikasi yang tepat dapat meminimalkan terjadinya insiden. Kesalahan identifikasi dapat disebabkan karena tiga hal, yaitu kesalahan dalam pemasangan lebel, kesalahan penulisan, dan kesalahan dalam konfirmasi identitas kepada pasien atau keluarga (Anggraeni, Hakim, & Widjiati, 2014).

2. Insiden Terkait SKP.2 Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

Sasaran meningkatkan efektifitas komunikasi verbal dan telepon sebagai upaya untuk mengurangi terjadinya insiden terkait SKP ini. Angka kejadian insiden terkait SKP.2 pada tahun 2017 sebanyak 7,97% (11 insiden) dengan 8 variasi insiden meliputi: Insiden akibat riwayat alergi (B1), Kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium (B2), Kesalahan komunikasi antara perawat dengan petugas laboratorium (B3), Ketidaksesuaian hasil pemeriksaan antara laboratorium dengan bank darah rumah sakit (B4), Ketidaksesuaian jadwal fototerapi (B5), Pasien kabur sebelum operasi (B6), Percobaan bunuh diri pada pasien (B7), dan Sampel darah hilang (B8) (Budi et al., 2017).



Gambar 2. Jumlah dan Variasi Insiden Terkait SKP.2

Berdasarkan Gambar 2. angka insiden paling tinggi terjadi pada bulan Maret dengan jumlah insiden 2 dan variasi berupa kesalahan komunikasi antara perawat dengan petugas laboratorium (B3).

Contoh kronologi insiden yang terjadi adalah perawat meminta petugas laboratorium yang mengambil sampel darah pasien pada pagi hari untuk melakukan pemeriksaan darah lengkap, tetapi pada siang hari disampaikan hasilnya hanya darah rutin saja. Petugas laboratorium belum melakukan pemeriksaan darah tambahan. Pada sore harinya pasien diambil darah lagi untuk pemeriksaan darah tambahan.

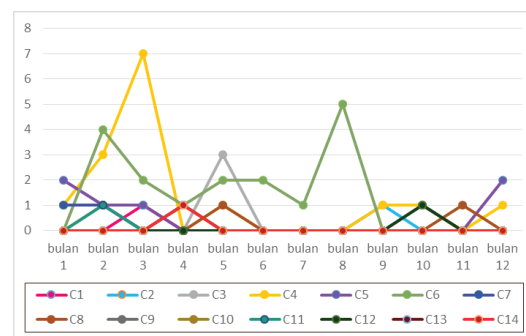
Komunikasi antar perawat dengan tenaga kesehatan lain dapat dibangun dengan memunculkan rasa empati, kejelasan komunikasi, dan humor secara signifikan mempengaruhi hasil kepuasan kerja perawat (Wanzer et al., 2009).

Insiden terkait prosedur pemeriksaan dilaboratorium ini dapat dikurangi dengan

meningkatkan komunikasi melalui program intervensi. Intervensi yang telah berhasil dilakukan terdiri dari: 1) melakukan peninjauan tes yang akan dilakukan, 2) meredesain formulir pesanan menjadi lebih efektif, 3) pendidikan staff medis, 4) melakukan simulasi, 5) pemantauan intensif hasil intervensi (Wanzer et al., 2009).

3. Insiden Terkait SKP.3 Meningkatkan keamanan obat-obat yang harus diwaspadai

Ketelitian petugas dalam memberikan obat diperlukan untuk menunjang keselamatan pasien. Pada tahun 2017, terdapat 57 insiden (41,30%) insiden terkait penggunaan obat. Ada 14 variasi insiden terkait SKP.3 ini meliputi: Duplikasi pemberian vaksin (C1), Injeksi tidak diberikan (C2), Ketidaksesuaian dosis injeksi (C3), Ketidaksesuaian dosis obat (C4), Ketidaksesuaian jadwal pemberian obat (C5), Ketidaksesuaian obat atau injeksi (C6), Ketidaksesuaian obat dan dosis obat (C7), Ketidaksesuaian penyerahan obat (C8), Ketidaksesuaian rute pemberian obat (C9), Obat kedaluarsa (C10), Obat tidak diberikan (C11), Pemberian obat kurang (C12), Penggunaan obat berlebihan (C13), Perubahan warna obat (C14) (Budi et al., 2017). Angka kejadian insiden terkait SKP.3 pada tahun 2017 disajikan pada Gambar 3.



Gambar 3. Jumlah dan Variasi Insiden Terkait SKP.3

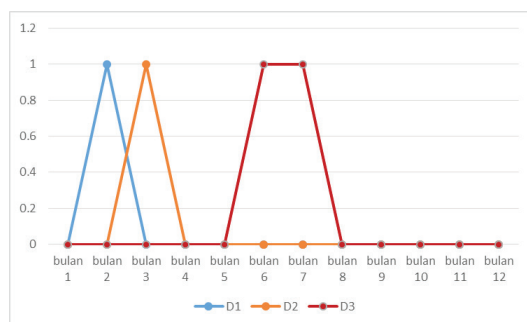
Pada Gambar 3 terlihat insiden paling tinggi pada SKP.3 terjadi pada bulan Maret dengan 7 insiden karena Ketidaksesuaian dosis obat (C4).

Faktor-faktor berikut berkontribusi terhadap kesalahan pengobatan yang melibatkan antikoagulan seperti: kurangnya standarisasi untuk penamaan, “pelabelan” dan “pengemasan antikoagulan menciptakan kebingungan”,

menjaga rejimen dosis yang berbeda untuk berbagai populasi pasien, “metode pengujian baru”, “daftar yang berkembang” interaksi obat “, dan” strategi pembalikan potensial dapat menjadi tantangan bagi penyedia layanan “, instruksi spesifik dan individual dan informasi pemantauan yang menyertai peresepan dan pemberian antikoagulan mungkin gagal didokumentasikan atau dikomunikasikan selama transfer dan pemberian, neonatus dan pasien anak lainnya bermasalah untuk diobati, “khususnya karena obat-obatan tersebut diformulasikan dan dikemas terutama untuk orang dewasa” (Joint Commission, 2008). Penggunaan resep elektronik dalam perawatan dapat mencegah cedera dan mengurangi biaya perawatan kesehatan di Massachusetts (Weingart, 2009).

4. Insiden Terkait SKP.4 Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar

Untuk melakukan tindakan medis diperlukan perencanaan sebelum, saat, dan sesudah tindakan medis dilakukan. Upaya ini dilakukan untuk meminimalisir bahkan menghindari kejadian yang tidak diharapkan. Pada tahun 2017 terjadi 4 insiden (2,90%) insiden terkait SKP ini. Terdapat 3 variasi insiden terdiri dari Kesalahan rencana operasi (D1), Kesalahan prosedur pengecekan peralatan operasi (D2), dan Insiden yang terjadi setelah dilakukan operasi (D3) (Budi et al., 2017). Gambar 4. Menyajikan angka kejadian insiden terkait SKP.4.



Gambar 4. Jumlah dan Variasi Insiden Terkait SKP.4

Pada tren setiap bulannya, terdapat 3 variasi insiden terkait SKP ini yang menyumbang masing-masing 1 insiden pada bulan yang berbeda yaitu: bulan Januari (D1), Maret (D2), Juni (D3), dan Juli (D3).

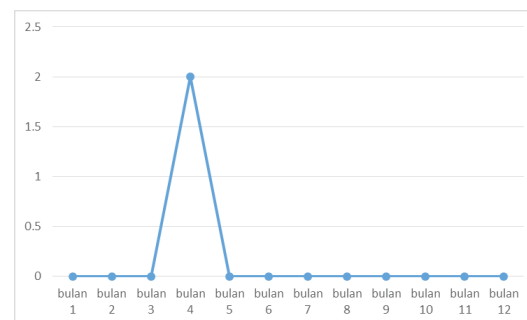
Salah satu contoh kronologi insiden yang dilaporkan adalah pasien setelah menjalani operasi laparotomy mengalami batuk-batuk dan terlihat baju bagian perut basah. Ketika dibuka ternyata usus pasien keluar. Perawat segera melaporkan insiden ini kepada dokter bedah dan memberikan pertolongan pertama.

Untuk melakukan tindakan medis diperlukan perencanaan sebelum, saat, dan sesudah tindakan medis dilakukan. Upaya ini dilakukan untuk meminimalisir bahkan menghindari kejadian yang tidak diharapkan. Monitoring insiden untuk proses pembelajaran perlu ditingkatkan sehingga mutu pelayanan dan keselamatan pasien semakin meningkat.

Rumah sakit mengembangkan dan mengimplementasikan prosedur yang dilakukan di ruang operasi segera sebelum dimulainya operasi untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien (JCI, 2014).

5. Insiden Terkait SKP.5 Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan Pengurangan

Risiko infeksi dapat timbul saat aktifitas pengobatan. Risiko ini dapat dicegah dengan manajemen risiko infeksi yang baik. Edukasi kepada pasien membantu mengurangi risiko infeksi selama pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pada tahun 2017, terdapat 2 insiden (1,45%) insiden terkait SKP.5 Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan, dengan 1 variasi insiden yaitu *phlebitis* (Budi et al., 2017).



Gambar 5. Jumlah dan Variasi Insiden Terkait SKP.5

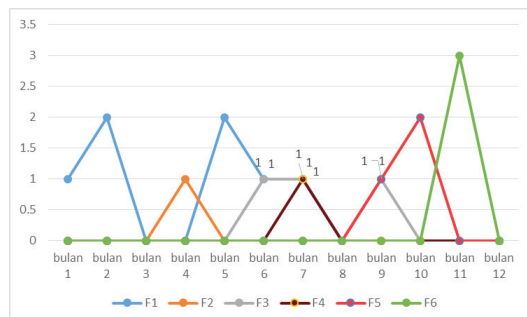
Phlebitis dilaporkan sebagai insiden sebanyak 2 kali pada bulan April 2017 (Gambar 5).

Risiko infeksi juga terjadi pada pasien saat pembedahan akibat dari tangan tenaga medis

yang tidak bersih (Jane & Sewell, 2000). Indonesia menerapkan sasaran keselamatan pasien ke lima (pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan) dengan indikator pengembangan kebijakan tentang pencegahan infeksi, pedoman pencegahan infeksi, SPO cuci tangan, rumah sakit melakukan sosialisasi alat bantu yang digunakan untuk pencegahan infeksi (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Indikator ini digunakan oleh seluruh rumah sakit di Indonesia berdasarkan ketentuan pedoman nasional keselamatan pasien rumah sakit “patient safety”.

6. Insiden Terkait SKP.6 Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

Kejadian pasien jatuh pada saat mendapatkan pelayanan baik rawat darurat, rawat jalan dan rawat inap termasuk dalam insiden terkait keselamatan pasien komponen ke enam. Pada tahun 2017, terdapat 18 insiden (13,04%) dengan 6 variasi insiden pasien jatuh. Variasi pasien jatuh meliputi: Pasien jatuh di kamar (F1), Pasien jatuh di kamar mandi (F2), Pasien jatuh saat menunggu antrian (F3), Pasien kejang dan jatuh saat pelayanan (F4), Pasien jatuh dari *bed* tempat tidur (F5), Pasien jatuh di lingkungan rumah sakit (F6) (Budi et al., 2017).



Gambar 6. Jumlah dan Variasi Insiden Terkait SKP.6

Variasi insiden jatuh di lingkungan rumah sakit (F6) pada bulan November paling banyak terjadi diantara variasi insiden lain (Gambar 6). Sebagai contoh kronologi insiden yang dilaporkan adalah pasien anak rawat inap sedang bermain tiup kantong plastik di luar kamar. Pasien mengejar kantong plastik yang terbang dan masuk ke selokan. Pasien tersungkur di selokan, terdapat luka robek pada bibir bawah. Perawat memberikan pertolongan untuk menghentikan pendarahan dan melapor pada dokter yang merawat.

Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan proses untuk mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh sebagai upaya mencegah terjadinya insiden ini (JCI, 2014). Tenaga kesehatan perlu mempertimbangkan faktor penyebab gangguan keseimbangan atau faktor lain sebagai penyebab pasien cedera akibat pasien jatuh dan diidentifikasi sebagai faktor risiko pengobatan (Barker, Kamar, Graco, Lawlor, & Hill, 2011; Chan, Wadsley, & Ferriere, 2017; Cumbler, Simpson, Rosenthal, & Likosky, 2013; Hoffmann, Neumann, Golgert, & von Renteln-Kruse, 2015; Hung et al., 2017; Latt, Loh, Ge, & Hepworth, 2016; Milisen et al., 2007; Oliver, Britton, Seed, Martin, & Hopper, 1997).

Simpulan

Salah satu rumah sakit tipe B Pendidikan di Daerah Istimewa Yogyakarta telah melaksanakan monitoring insiden terkait sasaran keselamatan pasien satu sampai enam. Budaya pelaporan dimulai dari tahun 2015 dan berjalan sampai sekarang. Persentase insiden berdasarkan SKP secara berurutan dari paling tinggi jumlah kejadiananya adalah SKP.3, SKP.1, SKP.6, SKP.2, SKP.4, dan SKP.5 dengan persentase berturut-turut adalah 41,30%; 31,88%; 13,04%; 7,97%; 2,90% dan 1,45%. Upaya terus ditingkatkan untuk memonitor insiden terkait sasaran keselamatan pasien.

Konflik Kepentingan

Penulis menyatakan tidak ada konflik kepentingan dalam penelitian ini.

Referensi

- Anggraeni, D., Hakim, L., & Widjiati, C. (2014). Evaluasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Evaluation on Patient Identification System Implementation in Hospital's Inpatient Unit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28.
- Barker, A., Kamar, J., Graco, M., Lawlor, V., & Hill, K. (2011). Adding value to the STRATIFY falls risk assessment in acute hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 450–457. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05503.x>

- Budi, S. C., Rismayani, R., Lazuardi, L., & Tetra, F. S. (2017). Variasi insiden berdasarkan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit, 59–69. Retrieved from <https://ojs.uadb.ac.id/index.php/smiknas/article/view/702/670>
- Chan, S. Q., Wadsley, M., & Ferriere, S. (2017). Quality assurance of falls reduction in an orthopaedic ward using a novel bedside trolley table set-up strategy. *Australasian Journal on Ageing*, 36(4), 318–323. <https://doi.org/10.1111/ajag.12428>
- Cumbler, E. U., Simpson, J. R., Rosenthal, L. D., & Likosky, D. J. (2013). Inpatient Falls. *The Neurohospitalist*, 3(3), 135–143. <https://doi.org/10.1177/1941874412470665>
- Hoffmann, V. S., Neumann, L., Golgert, S., & von Renteln-Kruse, W. (2015). Pro-active fall-risk management is mandatory to sustain in hospital-fall prevention in older patients - validation of the LUCAS fall-risk screening in 2,337 patients. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 19(10), 1012–1018. <https://doi.org/10.1007/s12603-015-0557-1>
- Hung, C.-H., Tang, T.-C., Wang, C.-J., Liu, L.-K., Peng, L.-N., & Chen, L.-K. (2017). Impact of living arrangements on clinical outcomes among older patients with dementia or cognitive impairment admitted to the geriatric evaluation and management unit in Taiwan. *Geriatrics & Gerontology International*, 17, 44–49. <https://doi.org/10.1111/ggi.13036>
- Jane, B., & Sewell, E. (2000). CESAREAN SECTION -- A BRIEF HISTORY The American College of Obstetricians and Gynecologists.
- JCI. (2014). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals standards-only version, 35.
- KARS. (2017). *Efektif 1 Januari 2018*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *National Guideliness for Hospital Patient Safety*.
- Latt, M. D., Loh, K. F., Ge, L., & Hepworth, A. (2016). The validity of three fall risk screening tools in an acute geriatric inpatient population. *Australasian Journal on Ageing*, 35(3), 167–173. <https://doi.org/10.1111/ajag.12256>
- Milisen, K., Staelens, N., Schwendimann, R., De Paepe, L., Verhaeghe, J., Braes, T., ... Dejaeger, E. (2007). Fall Prediction in Inpatients by Bedside Nurses Using the St. Thomas's Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients (STRATIFY) Instrument: A Multicenter Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 725–733. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01151.x>
- Oliver, D., Britton, M., Seed, P., Martin, F. C., & Hopper, A. H. (1997). Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 315(7115), 1049–1053. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9366729>
- Wanzer, M. B., Wojtaszczyk, A. M., Kelly, J., Bekelja, M., Wojtaszczyk, A. M., Nurses, J. K., ... Wojtaszczyk, A. M. (2009). Nurses' Perceptions of Physicians' Communication: The Relationship Among Communication Practices, Satisfaction, and Collaboration Nurses' Perceptions of Physicians' Communication: The Relationship Among Communication Practices, Satisfaction, and Collaboration, 0236(September 2015). <https://doi.org/10.1080/10410230903263990>