BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2.1.2 Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, rumah sakit memiliki fungsi sebagai berikut :

1. Pelayanan kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialistik dan atau subspesialistik
2. Penyelenggaraan pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan tenaga medis dan tenaga kesehatan serta pendidikan berkelanjutan secara multiprofesi
3. Penyelenggaraan penelitian dengan membentuk pusat penelitian guna pengembangan layanan kesehatan

2.1.3 Klasifikasi Rumah Sakit

Klasifikasi rumah sakit dibedakan menjadi dua, yaitu rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Berikut adalah klasifikasi rumah sakit berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Rumah Sakit Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit :

1. Rumah Sakit Umum :
    a. Rumah Sakit Umum Kelas A merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 (dua ratus lima puluh) buah.
    b. Rumah Sakit Umum Kelas B merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 (dua ratus) buah.
    c. Rumah Sakit Umum Kelas C merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah.

d. Rumah Sakit Umum Kelas D merupakan Rumah Sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 (lima puluh) buah

2. Rumah Sakit Khusus
   a. Rumah Sakit Khusus Kelas A merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 (seratus) buah.
   b. Rumah Sakit Khusus Kelas B merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 75 (tujuh puluh lima) buah.
   c. Rumah Sakit Khusus Kelas C merupakan Rumah Sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 25 (dua puluh lima) buah

2.2 Keselamatan Pasien *(Patient Safety)*

2.2.1 Definisi Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien menjelaskan bahwa Keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakitan. Keselamatan pasien *(patient safety)* adalah sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman (Salawati, 2020). Sistem tersebut merupakan *assesmen* risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Dengan adanya sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera oleh kesalahan dalam melaksanakan tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Ndahawali, 2023).

Keselamatan pasien adalah suatu sistem asuhan pasien lebih aman dalam upaya mencegah terjadinya cidera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang saharusnya diambil. Solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko yang berpotensial akan terjadi (Kurniadi, M. Noer and Suangga, 2023).

Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) yaitu Pasien bebas dari harm/cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari harm yang potensial terjadi (penyakit, cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian dll). Pelayanan kesehatan yang dimaksud dengan keselamatan pasien *(patient safety)* adalah proses dalam suatu

Rumah Sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Komite mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau direktur Rumah Sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit (Sutejo, Prasetijo and Agushybana, 2021).

2.2.2 Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan sistim keselamatan pasien menurut (Nugraheni, Yuliani and Veliana, 2021) adalah sebagai berikut :

a. Menciptakan budaya keselamatan pasien di rumah sakit
b. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
c. Menurunkan kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit, d) Melakukan pencegahan sehingga tidak akan terjadi kejadian yang tidak diharapkan

2.2.3 Standar Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien menyatakan bahwa standar keselamatan pasien merupakan Upaya fasilitas pelayanan Kesehatan di bidang keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan. Standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh yaitu :

1. Hak pasien dan keluarga mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.
2. Mendidik pasien dan keluarga yang harus mendidik tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien .
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan yang menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien dalam pelayanan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien"
b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden
c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien
d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien
e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
   a. Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
   b. Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien
   a. Merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
   b. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

2.2.4 Sasaran Keselamatan Pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan selain diwajibkan untuk melaksanakan standar keselamatan pasien, juga melakukan perbaikan tertentu dalam keselamatan pasien. Penyusunan sasaran keselamatan pasien mengacu pada *Nine Life safing Patient Safety Solution* dari WHO tahun 2007 dan *Internatonal Patient Safety Goals* (IPSGs) dari *Joint Commission International* (JCI). Tujuan SKP adalah untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien. Sasaran

sasaran dalam SKP menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasihat para pakar. Dengan mempertimbangkan bahwa untuk menyediakan perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi diperlukan desain sistem yang baik, sasaran biasanya sedapat mungkin berfokus pada solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem. Di Indonesia secara nasional untuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional (SKPN) (Kementerian Kesehatan, 2017), yang terdiri dari :

1. SKP 1 : Mengidentifikasi pasien dengan benar

Dijelaskan pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, bahwa elemen penilaian SKP 1 adalah sebagai berikut :

a. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
b. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
c. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur.
d. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2. SKP 2 : Meningkatkan komunikasi yang efektif

Dijelaskan pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, bahwa elemen penilaian SKP 2 adalah sebagai berikut :

a. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
b. Perintah lisan dan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
c. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
d. Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam

melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

3. SKP 3 : Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai

Dijelaskan pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, bahwa elemen penilaian SKP 3 adalah sebagai berikut :

a. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai.
b. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan
c. 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.
d. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (restricted).

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

Dijelaskan pada PMK No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, bahwa elemen penilaian SKP 4 adalah sebagai berikut :

a. 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.
b. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
c. 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.

5. SKP 5 : Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

Dijelaskan pada PMK No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien,

bahwa elemen penilaian SKP 5 adalah sebagai berikut :

a. Fasilitas pelayanan Kesehatan mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari WHO *Patient Safety*).
b. Fasilitas pelayanan Kesehatan menerapkan program hand hygiene yang efektif.
c. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan

6. SKP 6 : Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

Dijelaskan pada PMK No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, bahwa elemen penilaian SKP 6 adalah sebagai berikut :

a. Fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
b. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko

2.2.5 Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Dijelaskan pada PMK No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, bahwa Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien adalah sebagai berikut :

1. Membangun Kesadaran akan Nilai Keselamatan Pasien dengan menciptakan budaya adil dan terbuka.
2. Memimpin dan Mendukung Staf dalam megakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien diseluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan.
3. Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko dalam membangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengindentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan.
4. Mengembangkan Sistem Pelaporan dalam melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).
5. Melibatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien dalam mengembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.
6. Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien dengan

mendorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.

7. Mencegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien dengan pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat komplek seperti Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mencapai hal-hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

2.3 Insiden Keselamatan Pasien

2.3.1 Pengertian Insiden Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, dikatakan 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.

2.3.2 Jenis Insiden Keselamatan Pasien

Jenis insiden dapat dibagi sebagai berikut :

1. Kejadian tidak diharapkan (KTD)

   Suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan sautu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Kejadian tersebut dapat terjadi di semua tahapan dalam perawatan dari diagnosis, pengabotan dan pencegahan.

2. Kejadian nyaris cedera (KNC)

   Suatu Insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.

3. Kejadian tidak cedera (KTC)

   Insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena keberuntungan.

4. Kondisi potensial cedera (KPC)

   Kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

5. Kejadian sentinel

Suatu KTD yang menyebabkan kematian, cedera permanen atau cedera yang berat yang bersifat temporer dan membutuhkan penanganan untuk mempertahankan kehidupan, baik secara fisik maupun psikis.

2.3.3 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan suatu system untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan Solusi untuk pembelajaran. Pelaporan insiden keselamatan pasien dapat memperoleh informasi tentang keselamatan pasien yang dapat digunakan bagi pembelajaran organisasi dan individu. Pelaporan insiden keselamatan pasien mampu mendukung upaya dalam melakukan identifikasi risiko pada insiden yang berpotensi menyebabkan ancaman keselamatan pasien. Pelaporan insiden keselamatan pasien dilakukan secara internal dan eksternal. Pelaporan internal yaitu adanya laporan tentang insiden yang terjadi di lingkungan rumah sakit, sedangkan pelaporan eksternal yaitu dilakukan dengan pelaporan dari rumah sakit ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) nasional. Pelaporan insiden keselamatan digunakan untuk pengambilan keputusan dan dijadikan sebagai pembelajaran. Pengambilan keputusan tersebut agar dapat tepat sasaran, maka diperlukan evaluasi pelaporan insiden keselamatan pasien (Tristantia, 2018).

Laporan insiden keselamatan pasien Sub-Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit merupakan suatu pelaporan yang tertulis setia pada Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kondisi Potensial Cedera (KPC) atau Kejadian Nyaris Cedera (KNC) yang menimpa pasien atau kejadian lain yang menimpa keluarga dan pengunjung. Sedangkan laporan Insiden Keselamatan Pasien KKP-RS merupakan suatu pelaporan anonim dan tertulis ke KKP-RS setiap KTD atau KNC yang terjadi pada pasien yang kemudian dilakukan analisis penyebab, rekomendasi dan solusinya.

Pelaporan insiden keselamatan pasien yang dilakukan terlambat dari standar dapat memiliki dampak yang signifikan terhadap keselamatan pasien, kualitas pelayanan kesehatan, dan reputasi rumah sakit. Pelaporan yang terlambat dapat menyebabkan keterlambatan dalam mengidentifikasi dan mengatasi masalah

keselamatan pasien. Pelaporan yang terlambat dapat menghambat proses investigasi dan analisis insiden, sehingga menyulitkan identifikasi penyebab akar masalah dan pengembangan strategi pencegahan. Dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan kesehatan, sangat penting untuk melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien secara tepat waktu, akurat, dan lengkap. Oleh karena itu, rumah sakit harus memiliki sistem pelaporan yang efektif dan efisien untuk memastikan bahwa insiden keselamatan pasien dilaporkan secara tepat waktu dan ditangani dengan serius.

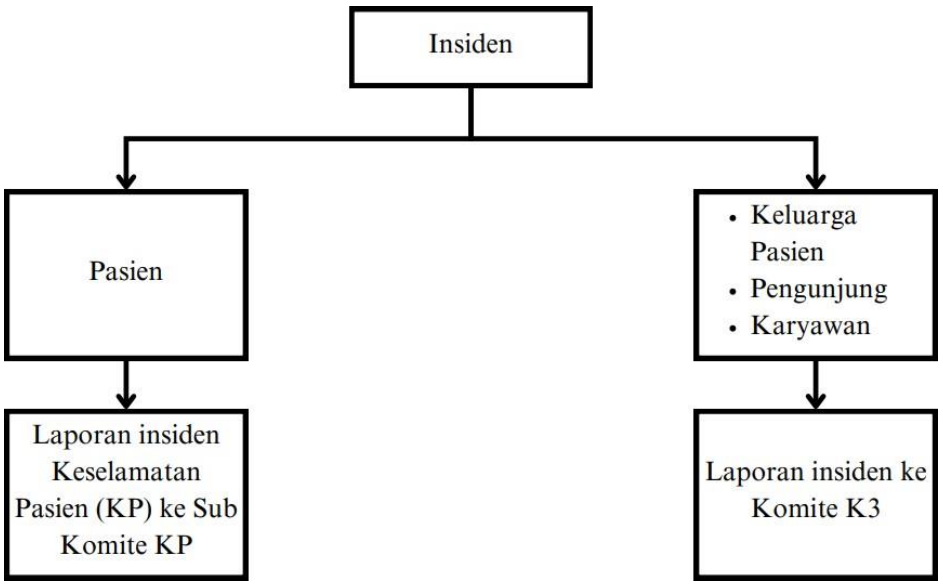
2.4 Pelaksanaan Keselamatan Pasien *(Patient Safety)* di RS X

2.4.1 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di RS X

Berdasarkan Panduan Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien (SP2-PKRS) Tahun 2022 Rumah Sakit X Surabaya, menjelaskan bahwa Insiden Keselamatan Pasien merupakan suatu kejadian yang tidak disengaja ketika memberikan asuhan kepada pasien *(Care Management Problem)* atau kondisi yang berhubungan dengan lingkungan di rumah sakit termasuk infrastruktur, sarana prasarana (*service delivery problem* (SDP)), yang berpotensi atau menyebabkan bahaya bagi pasien. Kejadian keselamatan pasien tidak selalu hasil dari kecacatan pada sistem atau rancangan proses, kerusakan sistem, kegagalan alat, atau kesalahan manusia.

Laporan insiden keselamatan pasien Rumah Sakit (Internal) merupakan pelaporan tertulis Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau Kejadian Tidak Cedera (KTC) atau kondisi potensial cedera (KPC) yang menimpa pasien. Setiap kejadian insiden dilaporkan oleh petugas yang melihat atau mengalami insiden dengan menggunakannnformulir laporan internal. Pelaporan insiden internal ini tersedia diseluruh unit pelayanan dan dilaporkan kepada atasan langsung atau kepala unit atau instalasi, palig lambat 24 jam setelah kejadian.

Dibawah ini merupakan alur pelaporan internal Insiden Keselamatan Pasien (IKP) :



Gambar 2. 1 Alur Pelaporan Internal IKP

Penentuan grading risiko dilakukan setelah penerimaan laporan, atasan langsung melakukan verifikasi laporan apakah laporan kejadian tersebut termasuk dalam insiden keselamatan pasien atau bukan (IK3RS). Kemudian dilkukan penilaian risiko (Grading Risiko) untuk menentukan derajat risiko insiden berdasarkan matrix dampak dan probabilitas.

1. Penilaian Dampak (*Consequences*) adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien, mulai dari tidak ada cidera sampai meninggal.

Tabel 2. 1 Penilaian Dampak Klinis/Konsekuensi/*Severity*

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak cidera
2	*Minor*	a. Cedera ringan misal luka lecet b. Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	*Moderate*	a. Cedera sedang misal luka robek b. Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (*reversibel*), tidak berhubungan dengan penyakit c. Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	*Mayor*	a. Cedera luas/berat misal cacat, lumpuh b. Kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (*irreversible*), tidak berhubungan dengan penyakit
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

Sumber : Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit X Surabaya

2. Probabilitas/Frekuensi/*Likelihood* adalah seberapa seringnya insiden terjadi.

Tabel 2. 2 Penilaian Probabilitas/Frekuensi

Tingkat Risiko	Probabilitas
1	Sangat jarang/*Rare* (>5 Tahun/kali)
2	Jarang/*Unlikely* (>2 – 5 Tahun/kali)
3	Mungkin/*Possible* (1 – 2 Tahun/kali)
4	Sering/*Likely* (Beberapa kali/tahun)
5	Sangat sering / *Almost certain* (Tiap minggu/bulan)

Sumber : Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit X Surabaya

Setelah nilai dari Dampak dan Probabilitas diketahui, maka dimasukkan dalam Tabel Matriks Grading Risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna bands risiko. Untuk menghitung Skor Risiko digunakan matriks grading risiko dengan menetapkan frekuensi pada kolom kiri, dan dampak pada baris kanan, serta menetapkan warna bands berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak.

SKOR RISIKO : Dampak X Probabilitas

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu: Biru, Hijau, Kuning dan Merah. Warna "*bands*" menentukan Investigasi yang akan dilakukan.

a. Bands BIRU dan HIJAU: Investigasi Sederhana
b. Bands KUNING dan MERAH :Investigasi Komprehensif/RCA

3. Matriks *Grading* Risiko

Setelah nilai dampak diketahui dari Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang dilaporkan, selanjutnya melakukan grading untuk menghitung skor risiko dan mencari warna bands risiko, menentukan investigasi sederhana/RCA, analisa (grading dan rekomendasi rekomendasi perbaikan dan pembelajaran) Sub Komite Keselamatan Pasien.

Tabel 2. 3 Matriks Grading Risiko

Probabilitas	Tidak Signifikan	Minor	Moderate	Mayor	Katastropik
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan)	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim

5					
Sering terjadi (Beberapa kali/tahun) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1 – 2 Tahun/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (>2 – 5 Tahun/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (>5 Tahun/kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

Sumber : Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit X Surabaya

4. Investigasi

Setelah menerima laporan insiden keselamatan pasien, maka dilakukkan investigasi sesuai dengan hasil matrix grading risiko, dan menentukkan insiden.

Tabel 2. 4 Investigasi dan Tindak Lanjut Berdasarkan Bands Risiko

Level/Bands	**Tindakan**
Extreme (Sangat Tinggi)	Risiko Ekstrim, Dilakukan RCA Paling Lama 45 Hari Membutuhkan Tindakan Segera Perhatian Sampai Ke Direktur
High (Tinggi)	Risiko Tinggi, Dilakukan RCA Paling Lama 45 Hari, Kaji Dengan Detail Dan Perlu Tindakan Segera Serta Membutuhkan Perhatian Top Manajemen
Moderate (Sedang)	Risiko Sedang, Dilakukan Investigasi Sederhana Paling Lama 2 Minggu, Manajer / Pimpinan Klinis Sebaiknya Menilai Dampak Terhadap Biaya Dan Kelola Risiko.
Low (Rendah)	Risiko Rendah, Dilakukan Investigasi Sederhana Paling Lama 1 Minggu Diselesaikan Dengan Prosedur Rutin.

Sumber : Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit X Surabaya

Kegiatan investigasi mencakup kegiatan mencatat kronologi kerjadian, mengidentifikasi masalah apakah masalah asuhan pasien (CMP : *Care Management Patient*) atau masalah pelayanan (SDP: *Service Delivery Problem*), menentukan siapa yang akan diidentifikasi, menentukan tim investigasi, mencatat staf yang terlibat dalam insiden. Investigasi terbagi menjadi 3 tingkat, yaitu: invetigasi sederhana (*Simple* RCA), investigasi komprehensif (RCA = Root Cause Analysis), investigasi sentinel yang berdampak nasional/luas.

Tabel 2. 5 Tim Investigator Sesuai Matriks Grading

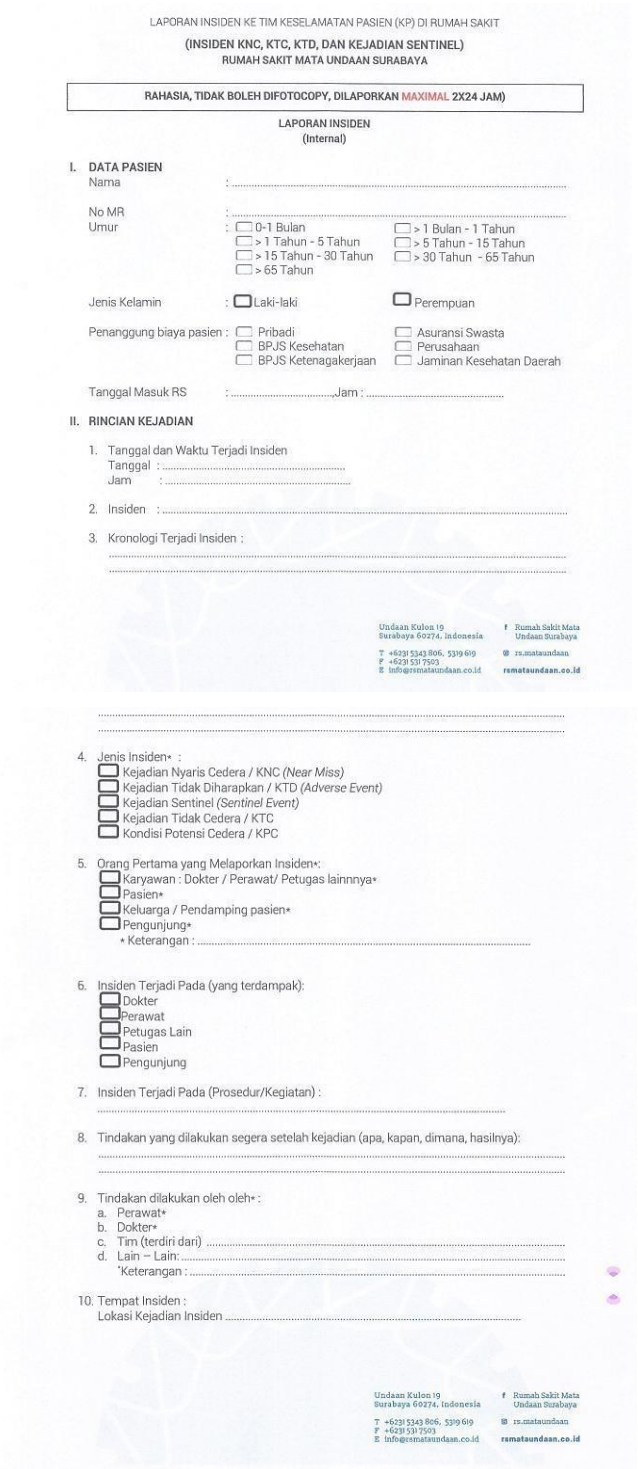
Frekuensi / Likelihood	*Potencial Concequences*				
	Insignificant 1	*Minor 2*	*Moderate 3*	*Major 4*	*Catastropic 5*
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (Beberapa kali/tahun) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1 – 2 Tahun/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (>2 – 5 Tahun/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (>5 Tahun/kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Can be manage by procedure (tindak lanjuti sesuai SPO	*Clinical Manager/ Lead Clinician should assess the consequences againts cost of treating the risk* (Manajer analisa dampak yg akan timbul lerkait cost)	*Detailed review & urgent treatment should be undertaken by senior management* (Analisa detail & urgent (RCA) oleh Manajemen senior)		*Immediate Review & action requiired at Board level. Director must be informed* (Analisa segera (RCA) di BOD. Dirut di informasikan	

Sumber : Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit X Surabaya

Laporan insiden keselamatan pasien KNKP (*Eksternal*) adalah pelaporan secara anonim secara elektronik ke KNKP setiap kejadian tidak diharapkan (KTD) dan Sentinel Event yang terjadi pada pasien, setelah dilakukan analisa penyebab rekomendasi dan solusinya. Semua informasi yang dilaporkan ke SP2KPN adalah laporan insiden yang sudah dianalisa, ditindak lanjuti dan dilakukan pembelajaran pada tingkat fasyankes. Laporan hasil investigasi yang terjadi pada pasien dan sudah mendapatkan rekomendasi dan solusi dari tim mutu rumah sakit (*internal*) dan pimpinan rumah sakit dikirim ke SP2KPN dengan melkaukan *entry* data (*e-reporting*) melalui *website* resmi SP2KPN https://mutufasyankes.kemkes.go.id.

2.4.2 Form Laporan Insiden Keselamatan Pasien di RS X

Dibawah merupakan formulir pelaporan Insiden Keselamatan Pasien berdasarkan Panduan Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Keselamatan Pasien (SP2-PKRS) :



LAPORAN INSIDEN KE TIM KESELAMATAN PASIEN (KP) DI RUMAH SAKIT

(INSIDEN KNC, KTC, KTD, DAN KEJADIAN SENTINEL)
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAXIMAL 2X24 JAM)

LAPORAN INSIDEN
(Internal)

I. DATA PASIEN
Nama :
No MR :
Umur : 0-1 Bulan; > 1 Bulan - 1 Tahun; > 1 Tahun - 5 Tahun; > 5 Tahun - 15 Tahun; > 15 Tahun - 30 Tahun; > 30 Tahun - 65 Tahun; > 65 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki; Perempuan
Penanggung biaya pasien : Pribadi; Asuransi Swasta; BPJS Kesehatan; Perusahaan; BPJS Ketenagakerjaan; Jaminan Kesehatan Daerah
Tanggal Masuk RS : ..... Jam : .....

II. RINCIAN KEJADIAN
1. Tanggal dan Waktu Terjadi Insiden
Tanggal : .....
Jam : .....
2. Insiden : .....
3. Kronologi Terjadi Insiden :
.....
.....

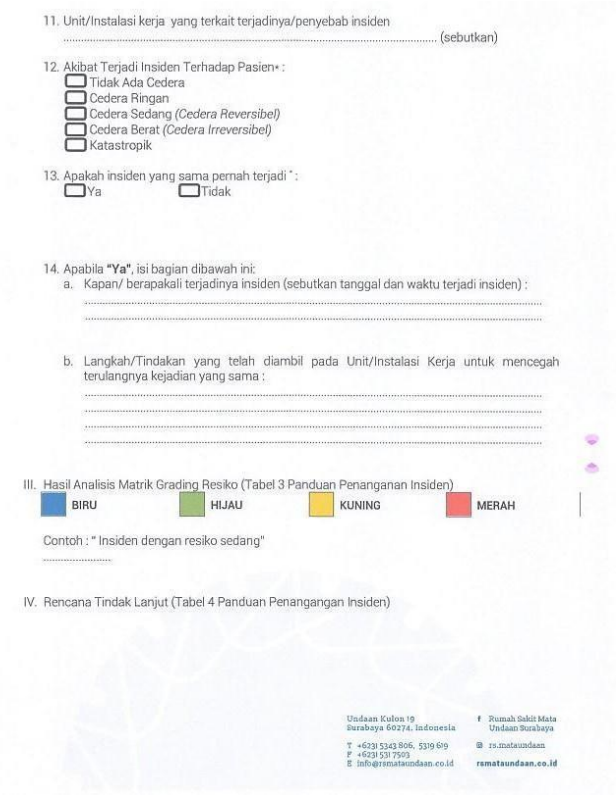
Undaan Kulon 19
Surabaya 60274, Indonesia
T +6231 5343 806, 5319 619
F +6231 531 7503
E info@rsmataundaan.co.id
Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya
rs.mataundaan
rsmataundaan.co.id

1.
2.

.....
.....
4. Jenis Insiden* :
Kejadian Nyaris Cedera / KNC *(Near Miss)*
Kejadian Tidak Diharapkan / KTD *(Adverse Event)*
Kejadian Sentinel *(Sentinel Event)*
Kejadian Tidak Cedera / KTC
Kondisi Potensi Cedera / KPC
5. Orang Pertama yang Melaporkan Insiden*:
Karyawan : Dokter / Perawat/ Petugas lainnnya*
Pasien*
Keluarga / Pendamping pasien*
Pengunjung*
* Keterangan : .....
6. Insiden Terjadi Pada (yang terdampak):
Dokter
Perawat
Petugas Lain
Pasien
Pengunjung
7. Insiden Terjadi Pada (Prosedur/Kegiatan) :
.....
8. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian (apa, kapan, dimana, hasilnya):
.....
.....
9. Tindakan dilakukan oleh oleh* :
a. Perawat*
b. Dokter*
c. Tim (terdiri dari) .....
d. Lain – Lain: .....
*Keterangan : .....
10. Tempat Insiden :
Lokasi Kejadian Insiden .....

Undaan Kulon 19
Surabaya 60274, Indonesia
T +6231 5343 806, 5319 619
F +6231 531 7503
E info@rsmataundaan.co.id
Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya
rs.mataundaan
rsmataundaan.co.id

3.



11. Unit/Instalasi kerja yang terkait terjadinya/penyebab insiden
..... (sebutkan)

12. Akibat Terjadi Insiden Terhadap Pasien* :
☐ Tidak Ada Cedera
☐ Cedera Ringan
☐ Cedera Sedang *(Cedera Reversibel)*
☐ Cedera Berat *(Cedera Irreversibel)*
☐ Katastropik

13. Apakah insiden yang sama pernah terjadi * :
☐ Ya ☐ Tidak

14. Apabila **"Ya"**, isi bagian dibawah ini:
a. Kapan/ berapakali terjadinya insiden (sebutkan tanggal dan waktu terjadi insiden) :
.....
.....

b. Langkah/Tindakan yang telah diambil pada Unit/Instalasi Kerja untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama :
.....
.....
.....
.....

III. Hasil Analisis Matrik Grading Resiko (Tabel 3 Panduan Penanganan Insiden)
BIRU HIJAU KUNING MERAH

Contoh : " Insiden dengan resiko sedang"
.....

IV. Rencana Tindak Lanjut (Tabel 4 Panduan Penangangan Insiden)

Undaan Kulon 19
Surabaya 60274, Indonesia
T +6231 5343 806, 5319 619
F +6231 531 7503
E info@rsmataundaan.co.id

Rumah Sakit Mata
Undaan Surabaya
rs.mataundaan
rsmataundaan.co.id

4.

V. Yang Membuat Laporan (Max 2x24 jam)
Nama :
Unit :
Tanggal Dilaporkan:
Paraf :

Undaan Kulon 19
Surabaya 60274, Indonesia
T +6231 5343 806, 5319 619
F +6231 531 7503
E info@rsmataundaan.co.id

Rumah Sakit Mata
Undaan Surabaya
rs.mataundaan
rsmataundaan.co.id

Gambar 2. 2 Format Formulir Pelaporan Insiden

2.4.3 Pencatatan dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien di RS X

Menurut pedoman Peningkatan Mutu Keselamatan Pasien Rumah Sakit X, Pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu setiap terjadi insiden keselamatan pasien unit langsung membuat laporan insiden untuk dilaporkan kepada Sub Komite Keselamatan Pasien. Setelah dilakukan grading insiden, jika perlu dilaksanakan RCA (*Root Cause Analysis*) maka hasilnya dilaporkan kepada Direktur.

2.4.4 Sasaran Keselamatan Pasien di RS X

Dalam pelaksanaannya, Rumah Sakit X telah menerapkan sasaran keselamatan pasien. Hal ini terbukti dari Standar Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit yang Indikatornya terkait SKP 1 hingga 6. Terkait elemen penilaian sasaran keselamatan pasien dan nama indikator SKP yang dimasukkan kedalam IMP-RS yaitu :

1. SKP 1 : Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

Dalam pelaksanaannya di Rumah Sakit X, sasaran 1 ini dibuktikan dengan adanya indikator Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP- RS) "Angka Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien" indikator ini dilakukan sebagai salah satu pemantauan mutu Rumah Sakit X Surabaya.

2. SKP 2 : Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

Dalam pelaksanaannya di Rumah Sakit X, sasaran 2 ini dibuktikan dengan adanya indikator Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP- RS) "Kepatuhan Petugas Melakukan Verbal Order Melalui Telepon" indikator ini dilakukan sebagai salah satu pemantauan mutu Rumah Sakit X Surabaya

3. SKP 3 : Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan Yang Harus Diwaspadai Dalam pelaksanaannya di Rumah Sakit X, sasaran 3 ini dibuktikan dengan adanya indikator Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP- RS) "Kepatuhan Kewaspadaan Obat High Alert" indikator ini dilakukan sebagai salah satu pemantauan mutu Rumah Sakit X Surabaya.

4. SKP 4 : Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar. Dalam pelaksanaannya di Rumah Sakit X, sasaran 4 ini

dibuktikan dengan adanya indikator Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) “Angka Kejadian Operasi Salah Lokasi/Orang/Prosedur” indikator ini dilakukan sebagai salah satu pemantauan mutu Rumah Sakit X Surabaya.

5. SKP 5 : Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

Dalam pelaksanaannya di Rumah Sakit X, sasaran 5 ini dibuktikan dengan adanya indikator Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP- RS) “Kepatuhan Penerapan Enam Langkah Cuci Tangan” indikator ini dilakukan sebagai salah satu pemantauan mutu Rumah Sakit X Surabaya.

6. SKP 6 : Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Dalam pelaksanaannya di Rumah Sakit X, sasaran 6 ini dibuktikan dengan adanya indikator Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP- RS) “Kepatuhan Petugas dalam Memasang Yellow Sign di Area Ruang Tunggu Poliklinik” indikator ini dilakukan sebagai salah satu pemantauan mutu Rumah Sakit X Surabaya.

2.4.5 Budaya Keselamatan Pasien di RS X

Budaya keselamatan pasien adalah produk dari nilai, sikap, kompetensi dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, *style* dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program keselamatan pasien (Kementrian Kesehatan, 2017). Budaya keselamatan pasien adalah persepsi yang dibagikan diantara anggota organisasi yang ditujukan untuk melindungi pasien dari kesalahan tata laksana maupun cidera akibat intervensi (Blegen, Pepper and Rosse, 2012). Persepsi ini meliputi kumpulan norma, standar profesi, kebijakan, komunikasi dan tanggungjawab dalam keselamatan pasien. Budaya ini kemudian mempengaruhi keyakinan dan tindakan individu dalam memberikan pelayanan. Budaya keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam keseluruhan budaya organisasi yang diperlukan dalam institusi kesehatan (Septiani,
2021).

Dalam pelaksanaannya di Rumah Sakit X, penerapan budaya keselamatan pasien telah dilaksanakan dengan baik dibuktikan dengan adanya survey budaya keselamatan pasien kepada seluruh staf yang bersangkutan dan berpotensi menyebabkan insiden keselamatan pasien. Survey budaya keselamatan

pasien dilaksanakan setiap akhir tahun, dan sebelum pelaksanaan Sub Komite Keselamatan Pasien akan melakukan sosialisasi ke unit-unit sebagai arahan dalam pelaksanaan survey.