

PELATIHAN *PATIENT SAFETY* & KOMUNIKASI SBAR UNTUK MENGETAHUI ANGKA KEJADIAN NYARIS CEDERA DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

Diah Ekawati¹, Elsy Maria Rosa²

¹ Mahasiswa Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Email: eka.ecool@yahoo.com, HP: 08121539305

² Dosen Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Abstrak

Latar belakang: Kejadian Nyaris Cedera merupakan suatu kejadian yang berhubungan dengan keamanan pasien dan terjadi lebih banyak dibandingkan dengan Kejadian Tidak Diinginkan. Buruknya komunikasi antara dokter dan perawat merupakan salah satu penyebab insiden. Upaya untuk menurunkan angka Kejadian Nyaris Cedera dalam mendukung *patient safety* dapat dilakukan dengan memberikan pelatihan *patient safety* dan komunikasi SBAR.

Tujuan penelitian untuk mengetahui jumlah Kejadian Nyaris Cedera setelah dilakukan pelatihan *patient safety* dan komunikasi SBAR, Mengetahui penyebab tersering KNC, dan memberikan rekomendasi untuk menurunkan KNC di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

Metode: *action research* dengan *purposive sampling*, yaitu sebanyak 30 orang perawat yang memenuhi kriteria inklusi.

Hasil: Siklus pertama partisipan terlihat memahami materi *patient safety* dan komunikasi SBAR. Siklus kedua didapatkan satu laporan KNC dan Siklus ketiga didapatkan satu laporan KNC, Penyebab tersering KNC terjadi di bagian farmasi pada saat melakukan screening penggunaan dan perawat yang sering menyebabkan KNC adalah perawat junior dengan masa kerja yang belum lama. **Kesimpulan:** Kejadian Nyaris Cedera yang dilaporkan didapatkan data insiden sebanyak 2 KNC setelah dilakukan pelatihan *patient safety* & komunikasi SBAR di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Penyebab tersering KNC terjadi di bagian farmasi saat screening penggunaan obat dan perawat yang sering menyebabkan KNC adalah perawat junior dengan masa kerja yang belum lama, rekomendasi untuk menurunkan angka KNC yaitu dengan meningkatkan budaya pelaporan dan penambahan jumlah staff farmasi.

Kata kunci: *patient safety*, komunikasi SBAR, Kejadian Nyaris Cedera

PENDAHULUAN

Menurut DepKes¹ setiap tenaga kesehatan di Rumah Sakit termasuk didalamnya perawat wajib menerapkan keselamatan pasien (*Patient safety*) untuk mencegah insiden keselamatan pasien. Di Indonesia, data tentang Kejadian Tidak Diinginkan apalagi Kejadian Nyaris Cedera masih sangat langka, namun terjadi peningkatan tuduhan malpraktek yang belum tentu sesuai dengan pembuktian akhir. Jika dibandingkan dengan negara-negara lain seperti Amerika dan Inggris yang memiliki standar pelayanan kesehatan yang lebih baik dari Indonesia, bisa dibayangkan angka Insiden di Indonesia bisa lebih besar pula. Survei pendahuluan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II tanggal 1 Juli 2013 didapat data IKP paling banyak dilaporkan adalah kesalahan pemberian obat dibanding dengan IKP lain, dimana tahun 2012 ada 2 insiden kesalahan pemberian obat oleh perawat di ruang rawat inap, 1 insiden di laboratorium salah pemberian label. Data tahun 2013 bulan Januari sampai Juni juga didapatkan laporan terbanyak IKP yaitu 2 insiden kesalahan pemberian obat di ruang rawat inap, masing-masing 1 kasus insiden pasien jatuh, kejadian nyaris cedera (KNC) salah transfusi darah pada pasien dan salah aff infus. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II pernah memberikan pelatihan terkait *patient safety* ataupun sejenis latihan lain pada sebagian perawat untuk meningkatkan keselamatan pasien.

Buruknya komunikasi antara dokter dan perawat merupakan salah satu penyebab insiden atau kejadian yang tidak diharapkan yang dialami oleh pasien yang dapat berdampak pada kematian pasien, terutama diruangan-ruangan intensif yang menangani kondisi kritis pada pasien. Miskomunikasi verbal antara dokter dan perawat menyebabkan 37% dari insiden². Kejadian nyaris cedera merupakan suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, yang disebabkan karena keberuntungan, pencegahan atau peringatan³.

Komunikasi yang efektif dan kerja sama tim telah diidentifikasi dalam literatur sebagai kunci pendukung dari keselamatan pasien. Proses *SBAR* terbukti telah menjadi alat komunikasi yang efektif dalam pengaturan perawatan akut untuk tingkatan komunikasi yang *urgent*, terutama antara dokter dan perawat, namun masih sedikit yang diketahui dari efektivitas dalam pengaturan tentang hal yang lain. Staf menemukan penggunaan alat *SBAR* yang disesuaikan kondisinya dapat membantu dalam komunikasi, baik individu dengan tim yang akhirnya dapat mempengaruhi perubahan dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien dari tim, sehingga ada dampak positif dan terlihat ada perbaikan pada pelaporan insiden keselamatan.

Upaya untuk menurunkan angka Kejadian Nyaris Cedera dapat dilakukan dengan pelatihan *patient safety* dan komunikasi *SBAR* pada perawat di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Melatih seseorang sehingga diharapkan akan meningkatkan seseorang dalam melaksanakan tindakan sesuai dengan standar prosedur operasional (SPO), sehingga memperlancar asuhan keperawatan dan meningkatkan *patient safety*.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul penelitian “Pelatihan *patient safety* dan

komunikasi *SBAR* untuk mengetahui angka Kejadian Nyaris Cedera di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II”.

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui Kejadian Nyaris Cedera yang dilaporkan setelah pelatihan *patient safety* dan komunikasi *SBAR* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengetahui penyebab tersering KNC serta memberikan rekomendasi untuk menurunkan KNC.

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan desain *action research*, atau penelitian tindakan merupakan salah satu bentuk rancangan penelitian, dalam penelitian tindakan peneliti mendeskripsikan, menginterpretasi dan menjelaskan suatu situasi sosial pada waktu yang bersamaan dengan melakukan perubahan atau intervensi dengan tujuan perbaikan atau partisipasi. *Action research* adalah proses spiral tiga siklus yang terdiri perencanaan, aksi, observasi, dan refleksi⁴. Sampel penelitian ini adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II serta memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang berjumlah 30 perawat. Kriteria inklusi dan eksklusi penelitian ini adalah kriteria inklusi : perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II, pendidikan DIII Keperawatan dan S1 Keperawatan serta bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Kriteria eksklusi yaitu perawat pelaksana yang sedang cuti, perawat yang mengikuti pendidikan lanjutan yang meninggalkan tugasnya di rumah sakit.

Variable independent: Pelatihan *Patient safety* & komunikasi *SBAR* dan *variable dependent*: Kejadian Nyaris Cedera. Pelatihan *patient safety* & komunikasi *SBAR* adalah Proses pelatihan dengan materi *patient safety* dan komunikasi kepada perawat untuk meningkatkan ketrampilan perawat dalam menggunakan komunikasi *SBAR* yang diberikan dengan ceramah selama 180 menit dan *role play* selama 60 menit dengan satu kali pelatihan. Kejadian Nyaris Cedera adalah kejadian yang berpotensi menimbulkan cedera atau kesalahan, yang dapat dicegah karena tindakan segera atau kebetulan, dimana hasil akhir pasien tidak cedera. Instrumen karakteristik perawat, meliputi antara lain: Nama, Jenis kelamin, usia, pendidikan dan lama bekerja perawat. Instrumen Penelitian yang digunakan adalah dengan materi pelatihan *patient safety*, komunikasi *SBAR*, KNC, format laporan kejadian KNC yang diisi selama siklus II dan III, dan wawancara. Analisa data yang digunakan dengan analisa isi untuk mengetahui hasil dari siklus satu, kedua dan ketiga. Hasil penelitian didapatkan satu laporan KNC Pada siklus kedua dan didapatkan satu laporan KNC pada siklus ketiga, penyebab tersering KNC yaitu pada bagian farmasi dan yang sering melakukan insiden adalah perawat junior dengan masa kerja yang belum lama. Etika penelitian yang dilakukan peneliti antara lain: Meminta surat izin penelitian ke Program Studi Magister Manajemen Rumah Sakit Program Pascasarjana, kemudian ke pejabat tempat penelitian, *Informed consent*, *Confidentiality*, *Anonimity* dan *Justice*.

HASIL PENELITIAN

1) Siklus I (Pertama)

Perencanaan siklus I: Pelatihan dengan materi komunikasi *SBAR* dan *patient safety* dan Insiden. Model pelatihannya adalah ceramah, diskusi dan tanya jawab, dan *role play* yang harus diikuti oleh semua partisipan.

Action/Pelaksanaan: Penjelasan materi pelatihan sesuai dengan perencanaan, model pelatihannya ceramah, diskusi tanya jawab, dan *role play*. Lama pelatihan pada siklus pertama sekitar 300 menit, di ruang pertemuan RS PKU Muhammadiyah unit II Yogyakarta yang dilaksanakan pada hari jumat tanggal 13 September 2013 dan hari sabtu tanggal 14 September 2013 dimulai pukul 08.30 dan diikuti oleh 60 peserta. Materi pelatihan siklus pertama dijelaskan tentang alasan penggunaan komunikasi dengan *SBAR*, Pengertian komunikasi *SBAR*, fungsi alat *SBAR* dalam proses komunikasi, waktu penggunaan komunikasi dengan *SBAR*, keuntungan dan hambatan komunikasi *SBAR*, contoh penggunaan komunikasi *SBAR* antara perawat dengan dokter, perawat dengan perawat serta diberikan contoh kasus serta laporan menggunakan komunikasi *SBAR*. Materi yang kedua adalah tentang *patient safety*, Kejadian Nyaris Cedera, dan juga contoh kasus dari KNC. Setelah materi selesai diberikan, dilanjutkan dengan diskusi serta tanya jawab antara partisipan dengan narasumber mengenai materi yang sudah diberikan. Setelah itu semua peserta pelatihan mengikuti *role play* dengan membentuk kelompok, dimana setiap kelompok terdiri dari 6-7 orang yang akan melakukan peran sebagai dokter dan perawat.

Monitoring/ Observasi: Proses Pelaksanaan pelatihan Observasi dilakukan oleh peneliti bersamaan dengan pemberian materi pelatihan, selama pelatihan dari awal sampai selesai penyampaian materi, semua partisipan menyimak dan mendengarkan materi mengenai penggunaan komunikasi *SBAR*, *patient safety*, dan KNC. Pada hari pertama pelatihan yang diikuti oleh 30 partisipan, selama berlangsung pelatihan dan diskusi, ada 3 partisipan yang bertanya kepada narasumber. Partisipan 1 saat berdiskusi sangat aktif bertanya mengenai materi komunikasi *SBAR*, Partisipan 2 sudah mulai terlibat untuk bertanya dan berdiskusi, Partisipan 3 aktif bertanya mengenai *patient safety* dan juga penggunaan komunikasi *SBAR* di RS. Partisipan lain menyimak serta mendengarkan dan beberapa partisipan juga antusias menulis materi serta hasil diskusi yang telah disampaikan dan beberapa juga terlihat mengantuk saat disampaikan materi karena habis jaga malam. Secara keseluruhan partisipan yang mengikuti pelatihan tersebut sudah mulai mengerti tentang apa yang disampaikan, dilihat dari pengamatan berlangsungnya pelatihan. Selama *role play* berlangsung semua partisipan ikut aktif melaksanakannya dan antusias memerankan peran mereka masing-masing, sebagai dokter, perawat, ataupun juga keluarga pasien. Pada hari kedua pelatihan yang diikuti oleh 30 partisipan, selama berlangsung pelatihan dan diskusi, ada 2 partisipan yang bertanya kepada narasumber. Partisipan 1 saat berdiskusi sangat aktif bertanya mengenai materi komunikasi *SBAR*, Partisipan 2 sudah mulai terlibat untuk bertanya dan berdiskusi, Partisipan lain menyimak serta mendengarkan dan beberapa partisipan juga antusias menulis materi serta hasil diskusi yang telah disampaikan. Secara keseluruhan partisipan yang mengikuti pelatihan tersebut sudah mulai mengerti tentang apa yang disampaikan, dilihat dari pengamatan berlangsungnya pelatihan. Selama demonstrasi berlangsung semua partisipan

Ikut aktif melaksanakannya dan antusias memerankan peran mereka masing-masing, sebagai dokter, perawat.

Refleksi/Evaluasi: setelah diberikan materi pelatihan dengan metode demonstrasi tersebut, semua partisipan yang awalnya belum mengetahui tentang komunikasi *SBAR*, *patient safety* serta KNC, partisipan memperhatikan dengan serius, dan lumayan aktif berdiskusi, dengan adanya berbagai pertanyaan. Dari 60 partisipan terdapat 5 partisipan yang bertanya aktif serta 55 partisipan lainnya menyimak serta sebagian menulis materi yang disampaikan.

2) Siklus II (Kedua)

Perencanaan Siklus II dilaksanakan pada hari Senin tanggal 23 September 2013, peneliti membagikan format laporan Kejadian Nyaris Cedera di bangsal wardah dan bangsal zaitun yang berjumlah 30 partisipan, pada siklus ini partisipan diharapkan untuk mengisi format laporan Kejadian Nyaris Cedera selama 10 hari kedepan yang kemudian akan dievaluasi.

Pelaksanaan: Menjelaskan kembali tentang cara pengisian format laporan Kejadian Nyaris Cedera serta memberikan format laporan KNC kepada 30 partisipan di bangsal zaitun & bangsal wardah.

Selama observasi partisipan di bangsal zaitun ada 4 partisipan yang menanyakan mengenai tujuan dari pengisian format, serta menanyakan juga contoh KNC seperti apa dan partisipan lain terlihat tidak menanyakan lagi, sedangkan di bangsal wardah tidak menanyakannya kembali mengenai pengisian format laporan KNC.

Pada evaluasi terdapat satu laporan KNC yaitu Obat pasien yang seharusnya mendapatkan obat frego 2x1 tab tetapi didalam bungkus obat frego tersebut terdapat obat vesitab, obat tersebut belum diberikan ke pasien, selanjutnya perawat melakukan konfirmasi atas kejadian tersebut ke farmasi. Setelah mengetahui kejadian tersebut maka insiden segera dicatat dan kemudian dilaporkan ke tim patient safety, kebanyakan kasus KNC biasanya terdapat di bagian farmasi.

3) Siklus III (ketiga)

Perencanaan Siklus III dilaksanakan pada mulai tanggal 3 Oktober 2013, pada siklus ini partisipan diharapkan untuk mengisi format laporan Kejadian Nyaris Cedera selama 10 hari kedepan yang kemudian akan dievaluasi.

Pada tahap pelaksanaan yaitu Menjelaskan kembali tentang cara pengisian format laporan Kejadian Nyaris Cedera.

Selama observasi partisipan di bangsal wardah dan bangsal zaitun tidak menanyakan kembali mengenai pengisian format laporan KNC. Pada Evaluasididapatkan satu laporan KNC yaitu Obat Curcuma pasien "x" ditempatkan pada loker obat pasien yang lainnya, kejadian tersebut belum sampai ke tangan pasien. Insiden tersebut dicatat dan kemudian dilaporkan ke tim *patient safety*.

Setelah *action research* tiga siklus selesai dilaksanakan, kemudian melakukan wawancara kepada kepala ruang bangsal wardah, kepala ruang bangsal zaitun RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Wawancara

dilakukan sebanyak tiga kali dengan kepala ruang bangsal wardah, kepala ruang bangsal zaitun dan apoteker RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Hasil wawancara dengan kepala ruang bangsal wardah dan kepala ruang bangsal zaitun RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II yaitu pelaksanaan komunikasi *SBAR* telah dilaksanakan antara dokter dengan perawat. Pelaporan insiden di bangsal dilaporkan ke tim *patient safety* dan juga dibahas pada rapat mingguan mengenai pelaporan insiden. Keberhasilan setelah dilakukan pelatihan tampak dengan adanya penggunaan komunikasi *SBAR* antara dokter dengan perawat dan juga perlu dilakukan evaluasi lagi untuk mengetahui keberhasilan dari pelatihan. Adanya insiden di bangsal setelah selesai pengumpulan format laporan yaitu terdapat satu insiden KTD dimana seorang pasien anak yang menderita diare yang seharusnya dapat asering malah dapat manitol, yang dikarenakan flabot manitol dan asering hampir sama, kejadian ini diketahui dan sudah terpasang, insiden tersebut dilakukan oleh perawat junior yang masih 3 minggu bekerja disitu. KNC bisa dilakukan oleh perawat senior atau junior, tetapi paling sering adalah perawat junior. KNC yang sering terjadi di bagian obat/farmasi dikarenakan jumlah petugas farmasi tidak begitu banyak. Pencegahan terjadinya KNC yaitu dengan adanya komunikasi yang baik antar tenaga medis dan juga SDM yang berkualitas. Rekomendasi dari kepala bangsal adalah sosialisasi mengenai komunikasi *SBAR* serta evaluasi tentang pemahaman perawat mengenai komunikasi *SBAR*, misalnya dengan kuisioner. Tugas apoteker di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah melakukan seleksi dan pengadaan obat, penerimaan dan penyimpanan obat, pendistribusian obat ke rawat jalan, rawat inap, unit lain (Hemodialisa, IBS, radiologi, ICU), Penggunaan obat yang terdiri dari 3 screening yaitu administrasi, Farmasetika, dan klinis. Insiden yang paling sering terjadi dibagian farmasi yaitu di bagian tahap penggunaan obat pada screening farmasetika. Apoteker hanya bekerja di satu tempat yang melayani rawat inap maupun rawat jalan, belum ada yang bertugas di unit lain karena SDM apoteker di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II hanya 1 orang. Pencegahan untuk mengurangi insiden adalah dengan cara menambah jumlah SDM di bagian farmasi.

PEMBAHASAN

1) Penyebab Tersering KNC

Penyebab tersering KNC di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II yaitu pada bagian farmasi pada saat melaksanakan tugas pada penggunaan obat, Insiden ini terjadi pada tahap screening. Karyawan di bagian farmasi tidak begitu banyak sehingga berdampak kelelahan yang dirasakan oleh karyawan dan dapat mengakibatkan KNC. Pelayanan farmasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II dilaksanakan oleh 8 karyawan yang terdiri dari 1 apoteker, 1 apoteker pendamping, 6 asisten apoteker. Pembagian shift dibagi menjadi 3, dimana shift pagi yang bertugas 4 karyawan, shift siang yang bertugas 2-3 karyawan dan shift malam 1 karyawan, sehingga pelayanan farmasi meminta bantuan perawat dalam melaksanakan tugasnya. Analisis

Beban kerja dengan kebutuhan Staff farmasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II menunjukkan bahwa staff farmasi belum mencukupi. Sejalan dengan penelitian suparti⁵ semakin besar rasio pasien-petugas dan makin lama siklus kerja petugas (shift), makin besar kemungkinan terjadi kelelahan sehingga makin besar kemungkinan terjadi KTD. Salah satu faktor utama terjadinya KTD adalah kelelahan. Hasil penelitian terjadinya insiden bisa disebabkan oleh perawat junior ataupun juga perawat senior, semua bisa menyebabkan insiden, tetapi insiden paling sering dilakukan oleh perawat junior dan masih muda dan didapatkan 1 KTD setelah pengumpulan format, yang dilakukan oleh perawat yang junior dengan masa kerja yang belum lama. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mustikawati⁶ bahwa semakin baru perawat bekerja maka kecenderungan melakukan KTD semakin besar atau semakin lama perawat bekerja maka kecenderungan melakukan KTD semakin kecil Perawat dengan masa kerja >16 tahun menimbulkan KTD sebesar 11.5% dan menimbulkan KNC sebesar 88.5%. Proporsi perawat dengan masa kerja 11-15 tahun menimbulkan KTD sebesar 31.8% dan KNC sebesar 68.2%. Proporsi responden pada masa kerja 6-10 tahun menimbulkan KTD sebesar 34.6% dan KNC 65.4%. Proporsi responden dengan masa kerja 3-5 tahun menimbulkan KTD sebesar 8.3% dan KNC sebesar 91.7%, sedangkan pada kelompok masa kerja 0-2 tahun menimbulkan KTD sebesar 55.6% dan KNC 44.4%. Masa bekerja berkaitan dengan lama seseorang bekerja menjalankan pekerjaan tertentu. Seseorang yang bekerja lebih lama dianggap lebih berpengalaman atau lebih senior dibandingkan dengan seseorang yang belum lama bekerja. Masa kerja memberikan seseorang kemampuan baik pengetahuan, ketrampilan dan tingkah laku yang menunjangnya dalam bekerja. Perawat dengan masa kerja yang lebih lama memiliki pengalaman yang lebih lama pula dalam menangani pasien dan masalah yang berhubungan dengan asuhan keperawatan. Perawat dengan pengalaman yang lebih lama lebih memahami pola kerja, mengetahui lingkungan kerja dengan baik, memiliki ketrampilan yang memadai, lebih sensitif dalam mengidentifikasi resiko, menganalisis resiko dan mengontrol resiko sehingga lebih cepat dalam mengantisipasi KNC dan KTD. Perawat dengan masa kerja yang baru beresiko menimbulkan KTD lebih besar hal ini dapat disebabkan karena kurangnya pengalaman, pengetahuan dan ketrampilan sehingga mengalami kesulitan dalam mengidentifikasi resiko, menganalisis resiko, mengontrol resiko dan dalam pengambilan keputusan⁶. Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Anugrahani⁷ yang menyatakan ada hubungan bermakna antara masa kerja dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Perawat yang patuh memiliki rata-rata masa kerja yang lebih lama dibandingkan dengan perawat yang masa kerja yang lebih rendah. Hal ini juga sesuai dengan pendapat Marpaung⁸ yang mengatakan masa kerja perawat pelaksana berhubungan dengan kepemimpinan efektif pada komunikasi dan pengambilan tindakan, terdapat hubungan yang bermakna tentang masa kerja perawat pelaksana dengan budaya kerja. Menciptakan budaya keselamatan kerja merupakan bagian dari *patient safety*. Pendapat lain disampaikan oleh Robbins⁹ yang

menyatakan produktivitas seseorang tidak hanya tergantung pada ketrampilan fisik saja tetapi juga dipengaruhi oleh pengalaman dan lama kerja. Masa kerja berkaitan dengan pengalaman kerja seseorang. Pengalaman sangat dibutuhkan dalam pendekatan dengan pasien dan menghindari resiko cedera. Ada korelasi positif antara masa kerja dengan motivasi kerja perawat dimana motivasi menjadi salah satu faktor yang berhubungan terhadap KNC dan KTD¹⁰. Pengalaman melibatkan kebijaksanaan dan kepekaan moral yang berkembang

11

Pada hasil penelitian yang melakukan insiden paling sering pada perawat yang masih muda. Staf dengan usia muda umumnya memiliki keunggulan dalam fisik yang lebih kuat, dinamis dan kreatif namun memiliki kekurangan karena cepat bosan, kurang tanggung jawab, *turn over* tinggi. Staff dengan usia lebih tua kondisi fisiknya kurang tetapi bekerja lebih ulet, tanggung jawab besar, serta *turn over* rendah¹². Sejalan dengan Hasil penelitian Mustikawati⁶ menyatakan bahwa semakin muda umur perawat maka peluang untuk menimbulkan kejadian tidak diharapkan 3.16 kali lebih besar dibandingkan perawat yang lebih tua. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Anugrahini⁷ yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara usia dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pedoman *patient safety*. Rata-rata usia perawat yang patuh dalam menerapkan pedoman *patient safety* 40.48 tahun dan perawat yang kurang patuh mempunyai rata-rata 34.42 tahun. Suhartini¹² berpendapat bahwa terdapat kecenderungan semakin tua usia perawat semakin etik dalam memberikan asuhan keperawatan. Penyebab insiden terjadi diilustrasikan dengan empat potongan keju swiss (*swiss chesse*) sebagai sistem barrier atau mekanisme pertahanan terhadap kesalahan atau pelanggaran yang dilakukan oleh manusia. Kondisi ideal mekanisme pertahanan manusia ini utuh tanpalubang. Lubang pada potongan ini dapat diartikan bahwa sistem pada pertahanan mampu diterobos. Lubang ini diakibatkan oleh kondisi kegagalan aktif dan kondisi laten¹³. Kegagalan aktif berupa faktor manusia yang melakukan pelanggaran, serta kondisi yang memudahkan terjadinya pelanggaran. Keempat potongan sistem pertahanan tersebut berupa: 1) pengaruh organisasi (proses manajemen, kepemimpinan, kebijakan dan prosedur). 2) pengawasan yang aman. 3) kondisi lingkungan yang mendukung keselamatan pasien (kerjasama tim, peralatan, komunikasi, serta lingkungan yang aman dan nyaman). 4) perilaku yang mendukung keselamatan pasien (profesionalisme, disiplin, taat terhadap aturan). Lubang pada sistem pertahanan ini dapat memberikan penjelasan bahwa kebijakan dan prosedur keamanan yang tidak tersedia atau yang tidak ditaati, kinerja tim yang terganggu, peralatan yang tidak berfungsi karena kurang pemeliharaan, serta kompetensi individual yang berada di bawah standar karena perencanaan pelatihan yang jarang dapat menyebabkan terjadinya insiden.

Faktor yang berkontribusi terhadap KNC diungkapkan oleh Vincent dalam Cahyono (2008) meliputi: 1) Organisasi dan manajemen (struktur organisasi, kultur organisasi, kebijakan, kepemimpinan dan komitmen, sumber daya manusia, finansial, peralatan dan teknologi), 2) Lingkungan kerja (fisik, lingkungan yang bising, banyak interupsi, beban kerja, tekanan waktu dan

psikologis, desain bangunan), 3) *Team work* (komunikasi, kerjasama, supervisor, pembagian tugas), 4) Individu (pengetahuan, skill, sikap, dan perilaku, kondisi fisik dan mental, kepribadian staf), 5) Task (Ketersediaan SOP, ketersediaan pedoman, desain tugas), 6) Pasien (kondisi pasien, kepribadian, kemampuan, gangguan mental).

2) Pelaporan KNC

Siklus kedua didapatkan satu laporan Kejadian Nyaris Cedera dan siklus ketiga didapatkan satu laporan Kejadian Nyaris Cedera. Siklus kedua dan ketiga ini tidak ada peningkatan jumlah pelaporan Kejadian Nyaris Cedera. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian suparti⁵ bahwa dengan adanya pelatihan ternyata dapat merubah sikap dari semua partisipan, yang awalnya semua partisipan takut untuk melaporkan, tidak tahu bagaimana cara melaporkan, tidak tahu manfaat pelaporan insiden, setelah dilakukan pelatihan, ternyata semua partisipan sudah berani melaporkan insiden yang terjadi.

Hasil penelitian ini memungkinkan ada beberapa penghambat aksi pelaporan kejadian diantaranya kurangnya pengetahuan partisipan mengenai pemahaman jenis insiden karena dengan pelatihan mengenai insiden yang diadakan belum begitu sering sehingga hasil insiden yang dilaporkan berpengaruh. Sesuai dengan teori Carroll¹⁴ penghambat aksi pelaporan kejadian antara lain disebabkan oleh: kurangnya pengetahuan tentang apa dan bagaimana melapor, kurangnya kepercayaan, sikap skeptis kalau melapor tidak akan membuat perubahan, keinginan untuk melupakan kejadian, ketakutan terhadap hukuman atau balas dendam, tekanan akibat waktu yang terbatas, serta kurangnya fokus terhadap kejadian. Sayangnya kejadian nyaris cedera banyak yang belum dilaporkan karena cedera yang diakibatkannya tidak nyata¹⁵. Mahajan¹⁶ menyebutkan beberapa faktor yang dapat menghambat pelaporan kesalahan medis, antara lain: adanya hukuman bagi individu yang mengalami kesalahan, budaya keselamatan yang buruk, kurangnya pengertian diantara klinisi tentang apa yang perlu dilaporkan dan bagaimana laporan kejadian dapat memberikan manfaat bagi perbaikan system pelayanan. Secara khusus, kurangnya analisis yang sistematis dan kurangnya umpan balik menyebabkan keterlibatan yang rendah dari para klinisi dalam pelaporan kejadian.

Beberapa studi yang dilakukan pada dokter dan perawat untuk mengetahui faktor yang menghalangi mereka untuk membuat laporan kesalahan pelayanan. Hasilnya menunjukkan respon yang negatif dalam organisasi (menyalahkan/hukuman) sehingga staf enggan untuk melapor¹⁷. Studi yang sama melaporkan bahwa perubahan system menjadi tidak menghukum dan lebih berfokus kepada perubahan, terjadi peningkatan laporan kejadian dalam 10 bulan.

Respon tidak menghukum merupakan komponen yang masih lemah di hampir semua rumah sakit. Hal ini juga dipengaruhi proses pendidikan yang menekankan kepada kesempurnaan kinerja, sehingga kesalahan merupakan pelanggaran. Disisi lain, kesalahan merupakan hal yang tidak dapat dihindari pada pelayanan pasien. Menghukum staf sebagai usaha perbaikan justru menurunkan laporan kesalahan pelayanan dan bukannya memperbaiki system yang ada dan memperkecil risiko kesalahan di masa depan.

Pelaporan kesalahan pelayanan yang tidak membawa dampak atau yang memberikan dampak minimal seringkali diabaikan sehingga tidak dilaporkan. Hasil penelitian Beginta¹⁸ menunjukkan bahwa telah ada kesadaran dari perawat pelaksana untuk melaporkan suatu kejadian yang dapat membahayakan pasien namun sempat dicegah. Perasaan sungkan dan kekuatiran untuk menjelekkan rekan kerja dapat menjadi faktor penghambat pada pelaporan kesalahan pelayanan, bila seorang perawat melihat rekan kerjanya melakukan/ mengalami kesalahan pelayanan. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, rekomendasi untuk menurunkan angka KNC yaitu dengan meningkatkan budaya pelaporan Insiden bisa dengan memberikan reward kepada setiap tenaga medis yang melaporkan, mengadakan pelatihan secara berkala untuk meningkatkan pengetahuan mengenai jenis-jenis insiden kepada tenaga medis di RS, adanya optimalisasi pelaporan yang baik dan sistematis, serta perlunya revisi mengenai protap yang berkaitan dengan pelaporan insiden, pencarian staff yang professional di bidangnya.

KESIMPULAN

1. Didapatkan laporan insiden sebanyak 2 KNC setelah dilakukan pelatihan *patient safety* & komunikasi *SBAR* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II
2. Penyebab tersering KNC terjadi di bagian farmasi saat melakukan screening penggunaan obat dan perawat yang sering menyebabkan KNC adalah perawat junior dengan masa kerja yang belum lama
3. Rekomendasi untuk menurunkan KNC yaitu dengan menambahkan staff di bagian farmasi untuk mengurangi kelelahan yang berdampak terjadinya insiden, meningkatkan budaya pelaporan Insiden bisa dengan memberikan reward kepada setiap tenaga medis yang melaporkan, mengadakan pelatihan secara berkala untuk meningkatkan pengetahuan mengenai jenis-jenis insiden kepada tenaga medis di RS, adanya optimalisasi pelaporan yang baik dan sistematis, serta perlunya revisi mengenai protap yang berkaitan dengan pelaporan insiden

Saran

- 1) Perlunya penambahan staff di bagian farmasi untuk mengurangi kelelahan kerja yang berdampak terjadinya insiden.

- 2) Perlunya dilakukan pelatihan lagi mengenai *patient safety*, komunikasi *SBAR* dan juga jenis-jenis insiden yang diikuti oleh seluruh tenaga medis RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II
- 3) Perlunya sosialisasi dan motivasi serta pemberian *reward* dalam implementasi pembuatan laporan
- 4) Perlunya perawat memahami tentang insiden *patient safety* serta mengetahui cara pencegahan insiden *patient safety*
- 5) Perlunya SOP mengenai komunikasi *SBAR* di bangsal oleh manajemen rumah sakit
- 6) Pencarian staf yang lebih profesional di bidangnya, agar kejadian insiden bisa berkurang
- 7) Penelitian selanjutnya bisa dilakukan penelitian yang berkaitan dengan *patient safety* dan komunikasi *SBAR* sampai menjadi budaya kerja perawat atau profesi kesehatan di rumah sakit sehingga dapat dievaluasi pelatihannya secara terus menerus.

DAFTAR PUSTAKA

1. DepKes, RI. 2008. *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit (patient safety)*. ed: 2. Jakarta.
2. Manojlovich, M., et al. (2007). Healthy work environment, nurse-physician communication, and patient's outcomes. *American Journal of Critical Care* vol. 16, pp. 536-43.
3. KKP RS. (2006). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*, Departemen Kesehatan RI.
4. Lewin, K. (1992). *Action research for educational Change*, Buckingham: Open university press.
5. Suparti. (2013). *Pelaporan insiden keselamatan pasien di IBS RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten*
6. Mustikawati, Y.H., 2012 *Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan di Unit perawatan RS Pondok Indah Jakarta*
7. Anugrahini, Sahar. (2010). *Faktor Individu dan Organisasi dengan Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Pedoman Patient Safety Di RSAB Harapan Kita Jakarta*, Perpustakaan Universitas Indonesia, Jakarta
8. Marpaung, J. (2005). *Persepsi perawat pelaksana tentang kepemimpinan efektif kepala ruang dan hubungannya dengan budaya kerja perawat pelaksana dalam pengendalian mutu pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSUP Adam Malik Medan. Tesis FK UI.*
9. Robbins, S.P. (2003). *Perilaku organisasi*, (Edisi ke-10). Jakarta: PT. Indeks Gramedia
10. Robbins, P.S., & Judge, T.A. (2008). *Perilaku organisasi*. ed:12. Jakarta: Salemba
11. Bishop, A., & Scudder, J. (2001). *Nursing ethics : Holistic caring practice* (2nd ed) Boston: Jones and Bartlett Publishers.

12. Suhartati. (2002). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan kode etik profesi keperawatan oleh perawat pelaksana di RS Metropolitan Medical Center Jakarta*. Tesis FK UI.
13. Henrikson, K., et al. (2008). *Patient safety and quality: an evidence base handbook for nurses*. Rockville MD: Agency for healthcare Research and Quality Publications.
14. Carroll, Roberta. Editor. (2009). Dalam: Risk management handbook for health care organization. Student edition. Jossey-Bass. San Francisco
15. Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ (1994). *Promoting patient safety by preventing medical error*. JAMA;280: 1444-1447
16. Mahajan RP (2010). *Critical incident reporting and learning*. *British Journal of Anaesthesia*;105:65-75
17. McCarthy D & Blumenthal D (2006). *Stories from the sharp end: case series in safety improvement*. Sitasi dari www.cmwf.org/cwf.quarterly.htm
18. Beginta, R. (2012). *Pengaruh Budaya Keselamatan pasien, Gaya kepemimpinan, Tim kerja, Terhadap persepsi pelaporan kesalahan pelayanan oleh perawat di unit rawat inap RSUD Kabupaten Bekasi Tahun 2011*. Tesis FKMUI

Patient safety, Komunikasi *SBAR*, Kejadian Nyaris Cedera