

Stikes Notokusumo Yogyakarta

KESELAMATAN PASIEN DALAM K3 DAN PELAPORAN INSIDEN

Dosen Pengampu

Ns. Suyamto, SST., MPH



NAMA ANGGOTA KELOMPOK 3

1. ANNISA DIVA RAMADHANTI	SKA42025314	8. MAYLAN NINDI W.	SKA42025342
2. ARDINANTA WIJAYAKUSUMA	SKA42025315	9. MAYLIA MITHA N	SKA42025343
3. DHEA AFRILIA AYUWANTI	SKA42025327	10. NINDYA FEBRIANAUDITA	SKA42025349
4. ELVIN DAMAYANTI	SKA42025329	11. NIKMATUL AINI	SKA42025348
5. HAPPY AMIN PUTRANTO	SKA42025334	12. RIRIN HARYANTI	SKA42025356
6. LUNA AMILIRA	SKA42025340	13. SILVI NUR AINI	SKA42025363
7. MAHARANI HELMALIA	SKA42025341		





PENGERTIAN INSIDEN

Insiden keselamatan pasien merupakan kejadian yang tidak disengaja yang dapat mengancam keselamatan pasien atau menimbulkan cedera yang seharusnya tidak terjadi dalam proses pelayanan kesehatan

KTD (KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN)

Sebuah insiden yang berlangsung dalam layanan kesehatan yang mengakibatkan pasien mengalami luka atau dampak negatif, di mana peristiwa tersebut tidak diantisipasi sebelumnya dan tidak sejalan dengan tujuan atau hasil yang seharusnya diraih dari suatu tindakan medis, prosedur perawatan, atau terapi obat yang diberikan.

KASUS :

1. Pasien diberikan obat yang salah dosis sehingga mengalami reaksi alergi yang serius.
2. Pasien menjalani operasi pada bagian tubuh yang salah.
3. Pasien mengalami infeksi nosokomial (infeksi yang didapat saat di rumah sakit) yang serius.



KNC (KEJADIAN NYARIS CEDERA)

Suatu peristiwa yang hampir menyebabkan cedera pada pasien, tetapi dapat dicegah pada saat kejadian.

Contoh:

- Infus pasien hampir terlepas, tetapi perawat segera menanganinya.
- Pasien hampir terjatuh dari tempat tidur, namun berhasil ditahan oleh perawat.
- Obat yang salah hampir diberikan kepada pasien, tetapi kesalahan tersebut terdeteksi sebelum obat diberikan.



KTC (KEJADIAN TIDAK CEDERA)

Insiden yang sudah terjadi pada pasien tetapi tidak menimbulkan cedera, baik karena keberuntungan maupun karena penanganan yang tepat sehingga tidak terjadi dampak.

Ciri-ciri KTC

- Insiden sudah terjadi pada pasien
- Tidak menimbulkan cedera atau gangguan kesehatan
- Tidak ada perubahan kondisi klinis pasien



CONTOH KTC

1. Pasien menerima obat yang salah, tetapi tidak menimbulkan efek samping
2. Dosis obat tidak tepat, namun tidak berdampak pada kondisi pasien
3. Kesalahan prosedur yang sudah terjadi, tetapi tidak menyebabkan cedera
4. Penggunaan alat medis kurang sesuai, namun pasien tetap aman
5. Hasil laboratorium pasien tertukar, tetapi segera diperbaiki sebelum memengaruhi tindakan
6. Pasien diberikan infus dengan jenis cairan yang kurang tepat, namun tidak menimbulkan reaksi atau gangguan

KPC (KEJADIAN POTENSIAL CEDERA)

kondisi yang memiliki risiko tinggi menyebabkan cedera, tetapi belum sampai menimbulkan kejadian yang merugikan pasien. Dengan kata lain, situasi ini merupakan tanda peringatan dini terhadap kemungkinan terjadinya insiden yang lebih serius.



CONTOH KASUS

Contoh KPC antara lain beban kerja di unit perawatan intensif (ICU) yang sangat tinggi dengan jumlah tenaga kesehatan yang terbatas, serta penempatan obat-obatan dengan nama atau tampilan yang mirip (Look Alike Sound Alike/LASA) secara berdekatan, meskipun belum terjadi kesalahan pemberian obat kepada pasien.



PENTINGNYA KLASIFIKASI

1. Klasifikasi insiden keselamatan pasien, seperti KPC, Kejadian Nyaris Cedera (KNC), dan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), memiliki peran yang sangat penting dalam sistem pelayanan kesehatan. Pertama, klasifikasi ini memungkinkan tenaga kesehatan untuk melakukan pembelajaran dari setiap insiden yang terjadi, sehingga dapat dilakukan upaya pencegahan agar kejadian serupa tidak terulang di masa mendatang.

2. Klasifikasi membantu dalam analisis risiko dengan mengidentifikasi tingkat keparahan dan prioritas penanganan insiden, sehingga rumah sakit dapat lebih fokus pada kejadian yang berpotensi menimbulkan dampak serius. Penerapan klasifikasi insiden juga berkontribusi dalam membangun budaya keselamatan (safety culture) di lingkungan rumah sakit. Tenaga kesehatan didorong untuk melaporkan setiap insiden, terutama KPC dan KNC, tanpa rasa takut akan sanksi, karena pendekatan yang digunakan berfokus pada perbaikan sistem, bukan pada kesalahan individu (no-blame culture).



PENGERTIAN PELAPORAN

merupakan kegiatan yang terus-menerus untuk mendokumentasikan kejadian-kejadian terkait keselamatan di lingkungan kerja. Proses ini berfungsi untuk mengenali bahaya, mengendalikan risiko, dan membangun budaya yang berfokus pada peningkatan keselamatan secara berkelanjutan. Pelaporan yang akurat sangat penting untuk memastikan kepatuhan dan membantu organisasi dalam mengambil langkah proaktif.



TUJUAN PELAPORAN

Tujuan dari pelaporan insiden keselamatan yaitu belajar dari setiap kejadian yang terjadi. Setiap laporan yang dibuat memberikan kesempatan bagi tim untuk melakukan analisis akar penyebab, mengenali pola, serta mengambil langkah korektif dan pencegahan. Baik insiden yang bersifat ringan maupun serius, data ini berfungsi untuk mengidentifikasi di mana kesalahan dalam proses, pelatihan, atau komponen mungkin terjadi.



PRINSIP PELAPORAN

1. Prinsip No Blaming (Tidak Menyalahkan)

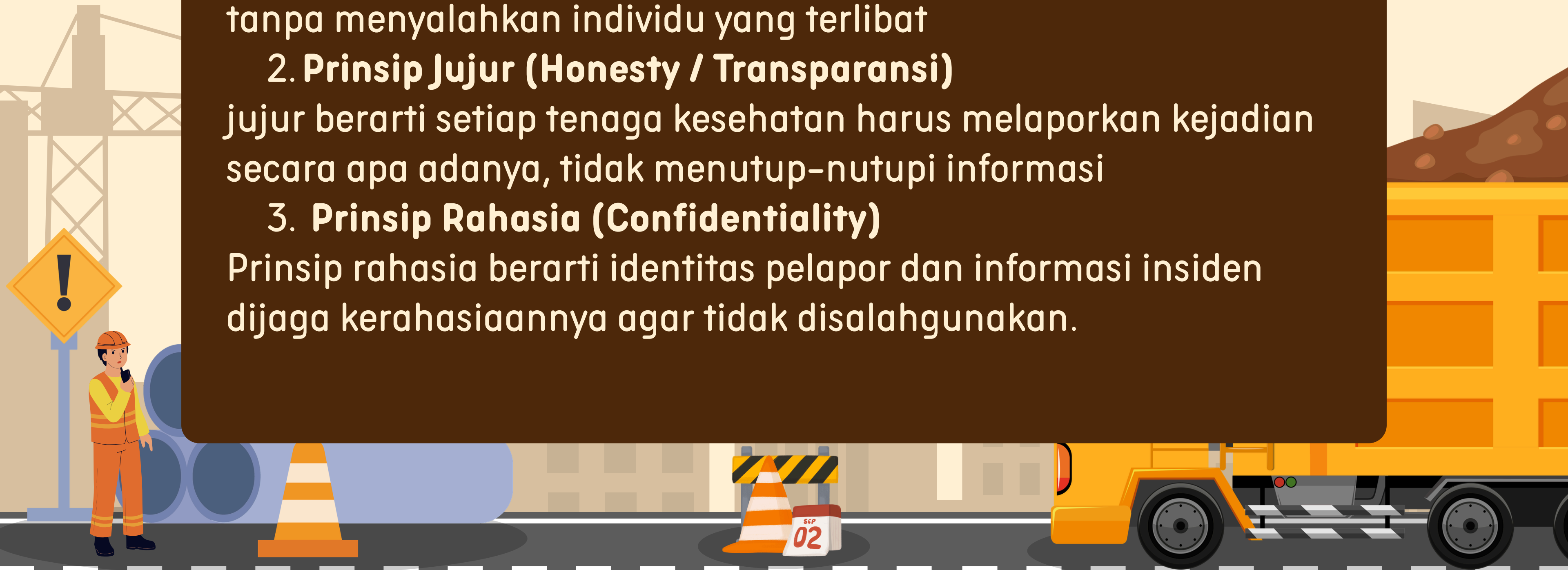
Prinsip no blaming berarti bahwa pelaporan insiden dilakukan tanpa menyalahkan individu yang terlibat

2. Prinsip Jujur (Honesty / Transparansi)

jujur berarti setiap tenaga kesehatan harus melaporkan kejadian secara apa adanya, tidak menutup-nutupi informasi

3. Prinsip Rahasia (Confidentiality)

Prinsip rahasia berarti identitas pelapor dan informasi insiden dijaga kerahasiaannya agar tidak disalahgunakan.



ALUR PELAPORAN

Alur pelaporan insiden dimulai dari terjadinya insiden atau kejadian berbahaya, kemudian tenaga kesehatan atau pekerja yang mengetahui kejadian tersebut segera melaporkan insiden kepada atasan langsung atau penanggung jawab unit kerja. Selanjutnya laporan dicatat dalam formulir pelaporan insiden yang berisi informasi mengenai waktu kejadian, lokasi, kronologi kejadian, serta dampak yang ditimbulkan. Setelah laporan diterima, tim K3 atau tim keselamatan pasien akan melakukan verifikasi dan analisis penyebab insiden (root cause analysis) untuk mengidentifikasi faktor penyebab utama terjadinya insiden. Hasil analisis tersebut kemudian digunakan untuk menyusun rekomendasi perbaikan sistem kerja dan tindakan pencegahan, sehingga kejadian serupa tidak terulang kembali. Tahap terakhir adalah evaluasi dan tindak lanjut, yaitu penerapan perbaikan serta pemantauan terhadap efektivitas tindakan yang telah dilakukan.



CONTOH KASUS

Seorang pasien di ruang rawat inap hampir terjatuh dari tempat tidur saat mencoba turun tanpa pengawasan dari perawat maupun keluarga. Beruntung, perawat segera melihat dan berhasil menahan pasien sebelum terjadi cedera.

1. Penemuan Insiden dan laporan awal

- segera setelah kejadian berbahaya tersebut diketahui, tenaga kesehatan atau pekerja yang menyaksikan wajib melaporkan insiden kepada atasan langsung atau penanggung jawab unit kerja yang dilakukan dengan prinsip No Blaming (tidak menyalahkan individu) agar perawat tidak takut untuk melapor demi perbaikan sistem.

2. Pendokumentasian dalam formulir

- Laporan tersebut kemudian dicatat secara resmi ke dalam formulir pelaporan insiden yang harus tercantum meliputi waktu kejadian, lokasi, kronologi lengkap bagaimana pasien hampir terjatuh, serta dampak yang ditimbulkan (dalam kasus ini: tidak ada cedera fisik/KTC)



3. Verifikasi dan Analisis (Root Cause Analysis – RCA)

Tim K3 atau tim keselamatan pasien melakukan verifikasi dan analisis untuk mencari faktor penyebab utama.

Dalam kasus ini, dilakukan analisis 5 Why (5 Mengapa) untuk menemukan akar masalah

- Why 1: Mengapa pasien hampir jatuh? Karena pasien turun dari tempat tidur tanpa pengawasan.
- Why 2: Mengapa tidak ada pengawasan? Karena pasien tidak teridentifikasi sebagai pasien risiko jatuh.
- Why 3: Mengapa tidak teridentifikasi? Karena perawat tidak melakukan pengkajian risiko jatuh pada pasien tersebut.
- Why 4: Mengapa tidak dilakukan pengkajian? Karena perawat tidak menjalankan prosedur kerja dengan baik.
- Why 5 (Akar Masalah): Mengapa prosedur tidak dijalankan? Karena Standar Operasional Prosedur (SOP) tidak diterapkan secara optimal di unit tersebut.



4. Penyusunan Rekomendasi dan Tindakan Pencegahan

- Berdasarkan akar masalah (SOP yang tidak optimal), disusunlah rekomendasi perbaikan sistem kerja.
- Contoh tindakannya: melakukan sosialisasi ulang mengenai SOP risiko jatuh, memperbaiki sistem pengawasan, atau memastikan ketersediaan alat pengaman tempat tidur yang memadai.

5. Evaluasi dan Tindak Lanjut

- Tahap terakhir adalah menerapkan perbaikan tersebut dan memantau efektivitasnya dalam jangka waktu tertentu.
- Tujuannya adalah menciptakan lingkungan kerja yang lebih aman dan memastikan kejadian yang sama tidak terulang kembali.



PENGERTIAN RCA

Root Cause Analysis (RCA) adalah sebuah metode analisis yang digunakan untuk mengidentifikasi dan menganalisis akar penyebab suatu permasalahan atau kejadian yang tidak diinginkan. Metode ini membantu memahami faktor – faktor yang berkontribusi pada terjadinya masalah, bukan hanya menangani gejala atau efek yang tampak.



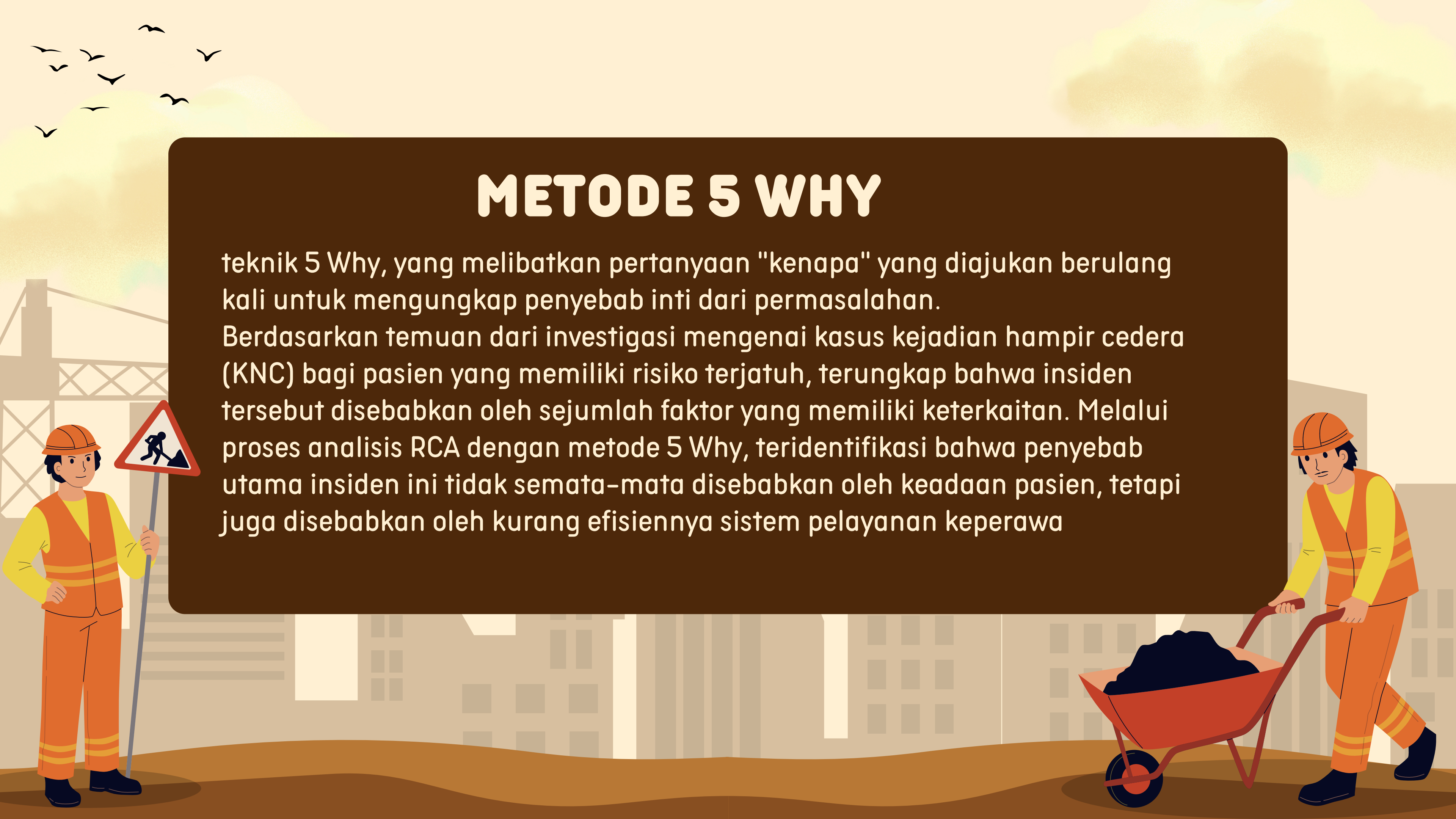
TUJUAN RCA

1. Mengidentifikasi Akar Penyebab Masalah
2. Memperbaiki dan Memberi Kompensasi
3. Pencegahan Masalah Masa Depan
4. Modifikasi Proses dan Sistem



METODE 5 WHY

teknik 5 Why, yang melibatkan pertanyaan "kenapa" yang diajukan berulang kali untuk mengungkap penyebab inti dari permasalahan. Berdasarkan temuan dari investigasi mengenai kasus kejadian hampir cedera (KNC) bagi pasien yang memiliki risiko terjatuh, terungkap bahwa insiden tersebut disebabkan oleh sejumlah faktor yang memiliki keterkaitan. Melalui proses analisis RCA dengan metode 5 Why, teridentifikasi bahwa penyebab utama insiden ini tidak semata-mata disebabkan oleh keadaan pasien, tetapi juga disebabkan oleh kurang efisiennya sistem pelayanan keperawa



CONTOH RCA

Seorang pasien di ruang rawat inap mengalami kejadian nyaris cedera (KNC) berupa hampir jatuh dari tempat tidur saat tidak ada pengawasan dari perawat maupun keluarga.

Why 1:

Kenapa pasien hampir jatuh?

Karena pasien turun dari tempat tidur tanpa pengawasan

Why 4:

Kenapa tidak dilakukan pengkajian?

Karena perawat tidak menjalankan prosedur dengan baik

Why 2:

Kenapa tidak ada pengawasan?

Karena pasien tidak teridentifikasi sebagai risiko jatuh

Why 5:

Kenapa prosedur tidak dijalankan?

Karena SOP tidak diterapkan secara optimal

Why 3:

Kenapa tidak teridentifikasi?

Karena tidak dilakukan pengkajian risiko jatuh



KESIMPULAN

Insiden keselamatan pasien merupakan kejadian yang tidak disengaja yang dapat mengancam keselamatan pasien atau menimbulkan cedera yang seharusnya tidak terjadi dalam proses pelayanan kesehatan. Jenis insiden keselamatan pasien mencakup beberapa klasifikasi, yaitu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), dan Kejadian Potensial Cedera (KPC). Untuk menganalisis masalah, digunakan metode Root Cause Analysis (RCA), seperti teknik 5 Whys, yang merupakan cara sistematis dan efektif untuk mencari penyebab utama dari suatu insiden, sehingga bisa mencegah terulangnya masalah di masa depan.



An illustration of a construction site. In the foreground, a yellow dump truck is on the left, and a red truck carrying orange construction materials is on the right. In the background, there are blue buildings, a large pile of brown earth, and an orange crane. The sky is a warm yellow-orange color with a few birds flying. The text "ADA PERTANYAAN KAH TEMAN-TEMAN ?" is written in large, bold, brown letters across the center of the image.

**ADA PERTANYAAN KAH
TEMAN-TEMAN ?**