

PERBANDINGAN RISK ASSASMENT KEGAGALAN PELAYANAN PASIEN OLEH PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT ISLAM SURABAYA

*Comparison of Risk Assasment of FailurePatient Care by Nurses in inpatient unit
at Rumah Sakit Islam Surabaya*

Dhevy Citra Ayu Lestari

¹S1 Kesehatan Masyarakat,Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga,
Surabaya

Email: dvcitra@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan : Setiap tindakan medis mengandung risiko didalamnyasehingga dalam upaya pencegahannya dilakukan dengan meminimalisir kemungkinan risiko yang akan terjadi. Diketahui bahwa angka probabilitas insiden keselamatan pasien di unit rawat inap dengan KNC sejumlah 22 kasus (68,75%)pada bulan Januari – Maret tahun 2016 di RS Islam Surabaya.Penelitian ini bertujuan untuk melakukan penilaian risiko (*risk assasment*)insiden keselamatan pasien dilihat dari proses pelayanan, potensi kegagalan, penyebab, dampak, dan tingkat risiko pada tahapan proses yang diprioritaskan. **Metode :** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan *crosssectional*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara pada kepala perawat, kepala unit rawat inap, kepala ruangan, dan perawat. Pengolahan data menggunakan *metode failure modes and effect analysis* (FMEA). **Hasil :** Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa nilai RPN tertinggi pada ruang ke-1 sebesar 168 pada kegagalan pemasangan gelang pasien,se sedangkan pada ruang ke-2 sebesar 126 pada kegagalan penentuan triage. **Pembahasan :** Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa kegagalan pelayanan tiap ruangan di unit rawat inap berbeda-beda tergantung potensi risiko proses pelayanan yang dilakukan.Perbaikan kegagalan yang perlu dilakukan adalah dengan menerapkan pelatihan secara periodik dan pelaksanaan supervisi dari pihak rumah sakit terkait kinerja perawat, serta mengembangkan metode *Failure Modes and Effect Analysis* untuk meminimalisir risiko yang terjadi sebelum terjadi insiden pada pasien.

Kata Kunci : potensi kegagalan, pelayanan rawat inap,penilaian risiko

ABSTRACT

Introduction : Every medical act to contain risk in it so that the prevention efforts made to minimize the possibility of risk that will happen. It is known that the probability figures of patient safety incidents in inpatient unit with KNC representatives of 22 cases (68.75%) in January-March 2016 at the RumahSakitIslam Surabaya. This study aims to conduct a risk assessment (*risk assasment*) patient safety incidents seen from the service process, the potential for failure, causes, impacts, and the level of risk in the process the priority. **Method :** This research is a descriptive cross sectional approach. The data collection is done by interviews with the head nurse, head of the inpatient unit, the head of the room, and the nurse. Processing Data using failure modes and effects analysis (FMEA) method. **Result :** Based on research results was RPN highest at the 1st room amounted to 168 at the installation failure patient wristbands, while the 2nd room for 126 at the failure determination triage. **Discussion :** From these results it can be concluded that the service failure every room in inpatient units vary depending on the potential risks ofservice failure process is done. Repair failure that needs to be done are apply the training periodically and supervision of the implementation of performance-related hospital nurses, and develop Failure Modes and Effects Analysis method to minimize the risk that occur before incidence to patients.

Keywords : failure potential, Inpatient service, risk assasment

PENDAHULUAN

Berbagai upaya peningkatan kualitas pelayanan di Rumah Sakit ditujukan untuk meningkatkan taraf kesehatan masyarakat

serta meminimalisir risiko yang terjadi pada pasien. Setiap tindakan medis mengandung risiko didalamnya, sehingga dalam upaya pencegahannya dilakukan meminimalisir kemungkinan risiko yang akan terjadi yang

kemungkinan dapat menyebabkan insiden keselamatan pasien. Keselamatan pasien didefinisikan sebagai “*the prevention of harm to patients*” yaitu pencegahan kerugian pada pasien dengan mencegah terjadinya kesalahan, belajar dari kesalahan yang pernah terjadi, dan dibangun diatas budaya keselamatan yang melibatkan para profesional medis, organisasi, dan pasien (Institution of Medicine, 2000). Serta terhindar dari berbagai kerugian yang tidak diinginkan atau potensi bahaya yang berhubungan dengan kesehatan yang meliputi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC), dan Kejadian Sentinel (KS). Hal tersebut dapat berakibat terhadap menurunnya loyalitas pasien terhadap pelayanan yang diberikan pihak rumah sakit serta penurunan tingkat keselamatan pasien (Depkes RI, 2008).

Di Indonesia, dari laporan insiden keselamatan pasien berdasarkan jenisnya dari 145 insiden yang dilaporkan didapatkan angka kejadian nyaris cedera (KNC) sebesar 69 kasus (47,6%), kejadian tidak diharapkan (KTD) sebanyak 67 kasus (46,2%), dan lain-lain sebanyak 9 kasus (6,2%). Meskipun telah ada laporan insiden yang diperoleh, perhitungan kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien masih terbatas (Lumenta, 2008). Angka tersebut diatas rata-rata yang seharusnya 0% atau zero accident yang ditetapkan oleh PERMENKES Nomor 1691 Tahun 2009 tentang keselamatan pasien (Kemenkes RI, 2011).

Penelitian ini dilakukan di RS Islam Surabaya, dimana berdasarkan hasil studi pendahuluan diketahui bahwa dari angka probabilitas insiden keselamatan pasien bulan Januari-Maret tahun 2016 berdasarkan lokasi kejadian yang memiliki angka tertinggi adalah Unit Rawat Inap dengan rerata sebesar 1,23%. Diketahui bahwa pada triwulan pertama selama bulan Januari sampai dengan Februari angka probabilitas insiden keselamatan pasien di ruang Rawat Inap cenderung meningkat antara 0,70% - 2,29 %. Berdasarkan data insiden yang terjadi dari 32 kasus yang terjadi di Unit Rawat Inap, didapatkan angka KNC sejumlah 22 kasus (68,75%), KTD sejumlah 3 kasus (9,37%), KTC sejumlah 6 kasus (18,75%), dan KS sejumlah 1 kasus (3,13%).

Salah satu metode yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi tingkat

risiko kegagalan proses pelayanan di ruang rawat inap untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien adalah menggunakan penilaian risiko (*risk assasment*) dengan didukung penggunaan metode *Failure Model and Effect Analysis* (FMEA). Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi proses pelayanan terkait potensi kegagalan, penyebab, dampak, dan tingkat risiko pada tahapan proses yang diprioritaskan di Unit Rawat Inap RS Islam Surabaya menggunakan metode *Failure Modes and Effect Analysis* (FMEA). Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi rumah sakit dan fakultas kesehatan masyarakat UNAIR tempat peneliti belajar terkait pengembangan teori analisis risiko peningkatan program keselamatan pasien menggunakan metode *Failure Modes and Effect Analysis* (FMEA).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif semi kuantitatif dengan menggunakan metode dalam menganalisis faktor – faktor resiko pada proses pelayanan yang dapat berisiko menimbulkan insiden keselamatan. Rancang bangun penelitian ini adalah penelitian deskriptif yang menggunakan pendekatan *crossectional*. Penelitian dilakukan sejak Desember 2015 – selesai. Pengumpulan data dan pelaksanaan penelitian dilakukan di Rumah Sakit Islam Surabaya, yang berlokasi di Jl Ahmad Yani Surabaya, Jawa Timur. Sumber informasi berasal dari berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan dengan Kepala Unit Rawat Inap, Kepala Ruang Rawat Inap, dan Kepala Bagian Keperawatan di Rumah Sakit Islam Surabaya.

Penelitian ini terdiri dari 3 tahapan *risk assasment* yaitu, pada tahapan pertama pada penelitian ini dilakukan identifikasi risiko (*risk identification*) dengan mengidentifikasi jenis kegagalan dan prioritas proses yang paling berisiko. Pada tahap kedua melakukan analisis risiko (*risk analysis*) gambaran alur proses pelayanan di Unit Rawat Inap, selanjutnya dilakukan identifikasi risiko pada *failure mode*, *potencial cause*, dan *effect failure* yang dapat timbul pada tahapan proses. Selain itu juga menghitung *severity*, *occurrence*, dan *detection* untuk menentukan *Risk Priority Number* (RPN). Pada tahapan

ketiga adalah prioritas risiko (*risk priority*) yaitu dengan menentukan prioritas tingkat *risk priority number* (RPN). Dari hasil *risk priority number* (RPN) akan diketahui kegagalan yang sangat berisiko untuk menimbulkan insiden keselamatan pasien yang diprioritaskan untuk diselesaikan terlebih dahulu.

Pengolahan semua data hasil penelitian akan dilakukan pengolahan dengan penerapan Metode *Failure Mode and Analysis Effect* (FMEA). Data hasil wawancara digunakan untuk identifikasi kegagalan yang timbul dari proses pelayanan rawat inap, penyebab kegagalan proses, dan menentukan dampak dari kegagalan tersebut. Selanjutnya data akan dianalisis menggunakan metode *Failure Modes and*

Effect Analysis (FMEA) untuk menentukan jumlah *Seferity* (Tingkat Keparahan), *Occurence* (Frekuensi kegagalan), dan *Detection* pada kegagalan proses yang dapat berdampak pada insiden keselamatan pasien. Dari hasil analisis menggunakan metode *Failure Mode and Analysis Effect* (FMEA) ditemukan seberapa besar potensi kegagalan proses yang diprioritaskan untuk dibandingkan antar ruangan yang diteliti. Parameter dalam menentukan tingkat *Seferity* (Tingkat Keparahan), *Occurence* (Frekuensi kegagalan), dan *Detection* berdasarkan *Guidlines For Failure Modes And Effect Analysis For Medical Devices* Tahun 2003 (Anonim, 2003). Dijelaskan yaitu sebagai berikut:

Tabel 1. Penentuan *Severity*

Rank	Efek	Penjelasan
10	Amat sangat berbahaya	Kegagalan dapat menyebabkan kematian pada pelanggan (pasien, pengunjung, karyawan, dll) dan menyebabkan kerusakan total sistem tanpa adanya tanda-tanda sebelumnya
9	Sangat berbahaya	Kegagalan dapat menyebabkan cedera berat atau permanen pada pelanggan, kerusakan pada sistem yang dapat menghentikan pelayanan dengan adanya tanda-tanda sebelumnya
8		
7	Berbahaya	Kegagalan menyebabkan cedera ringan hingga sedang dengan tingkat ketidakpuasan yang tinggi pada pelanggan dan atau menyebabkan gangguan sistem yang membutuhkan perbaikan berat atau pengulangan
6	Bahaya sedang	Kegagalan menyebabkan cedera ringan dengan sedikit ketidakpuasan pada pelanggan dan atau menimbulkan masalah pada sistem
5		
4	Ringan sampai sedang	Kegagalan menyebabkan cedera sangat ringan atau tidak cedera tetapi dirasa mengganggu pelanggan dan atau menimbulkan masalah ringan pada sistem yang dapat diatasi dengan modifikasi ringan
3		
2	Ringan	Kegagalan tidak menyebabkan cedera, pelanggan tidak menyadari adanya masalah tetapi berpotensi menyebabkan cedera ringan dan tidak berdampak pada sistem
1	Tidak ada	Kegagalan tidak menyebabkan cedera dan tidak memberikan dampak pada sistem

Tabel 2. Penentuan *Occurrence*

Rank	Frekuensi	Penjelasan
10	Kemungkinan terjadinya dapat dipastikan	Kegagalan terjadi paling tidak sekali sehari atau hampir setiap waktu
9	Hampir tidak dapat dihindarkan	Kegagalan dapat diprediksi terjadi setiap 3 atau 4 hari

8	Sangat tinggi	Kegagalan terjadi setiap satu kali dalam seminggu
7		
6	Tinggi	Kegagalan terjadi setiap sebulan sekali
5		
4	Sedang	Kegagalan terjadi setiap 3 bulan sekali
3		
2	Rendah	Kegagalan terjadi setiap satu tahun sekali atau jarang terjadi
1	Sangat rendah	Kegagalan hampir tidak pernah terjadi

Tabel 3. Penentuan *Detection*

Rank	Deteksi	Penjelasan
10	Tidak mungkin diketahui	Tidak ada mekanisme untuk mengetahui adanya kesalahan
9	Sangat sulit diketahui	Kegagalan dapat dideteksi hanya dengan inspeksi yang menyeluruh, tidak layak, dan tidak segera dapat dilakukan
8		
7	Sulit diketahui	Kegagalan dapat diketahui dengan inspeksi manual atau tidak ada proses yang baku untuk mengetahui, sehingga ketahuan karena kebetulan
6		
5	Sedang	Ada proses untuk <i>double check</i> atau inspeksi tetapi tidak otomatis atau dilakukan secara sampling
4	Tinggi	Dapat dipastikan terdapat proses inspeksi yang rutin tetapi tidak otomatis
3		
2	Sangat tinggi	Dapat dipastikan terdapat proses inspeksi yang rutin tetapi otomatis
1	Hampir pasti	Terdapat proses otomatis yang dapat menghentikan proses untuk mencegah kegagalan

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden

Unit Rawat Inap Rumah Sakit Islam Surabaya memiliki 9 ruang rawat inap yang dikepalai oleh 7 orang kepala ruang. Pada penelitian ini peneliti membatasi hanya 2 ruangan saja yang akan diteliti untuk dilakukan perbandingan, dimana kedua ruangan tersebut memiliki risiko insiden tertinggi dari 9 ruangan yang terdapat di Unit Rawat Inap RS Islam Surabaya. Responden pada penelitian ini terdiri 6 orang yang dilakukan wawancara dengan menggunakan instrumen panduan wawancara yang telah disusun oleh peneliti. Dari 4 responden tersebut terdiri atas 1 kepala unit rawat inap,

1 kepala bagian keperawatan, dan perwakilan 2 orang kepala ruang dari 2 ruangan yang berbeda di unit rawat inap RS Islam Surabaya.

Risk Identification

Pada tahap identifikasi risiko atau *risk identification* akan dilakukan identifikasi terkait jenis kegagalan yang timbul yang meliputi:

1. Pasien Masuk Rawat Inap
 - a. Kegagalan menentukan triage
 - b. Kegagalan dalam entri data jenis pasien
 - c. Kelengkapan persyaratan administrasi pasien

- d. *Malfunction* krane/tempat mengangkat pasien
- 2. Serah Terima Pasien
 - a. Kegagalan identifikasi status pasien
 - b. Kegagalan koreksi pemeriksaan penunjang yang belum dilakukan
 - c. Kegagalan pemasangan gelang pasien (belum terpasang)
 - d. Kegagalan konfirmasi kepada dr DPJP
- 3. Manajemen Asuhan Keperawatan
 - a. Kegagalan dalam personal brand perawat
 - b. MAKP yang belum bisa berjalan optimal oleh perawat
 - c. Kegagalan pelaporan ulang pada DPJP yang terlupakan

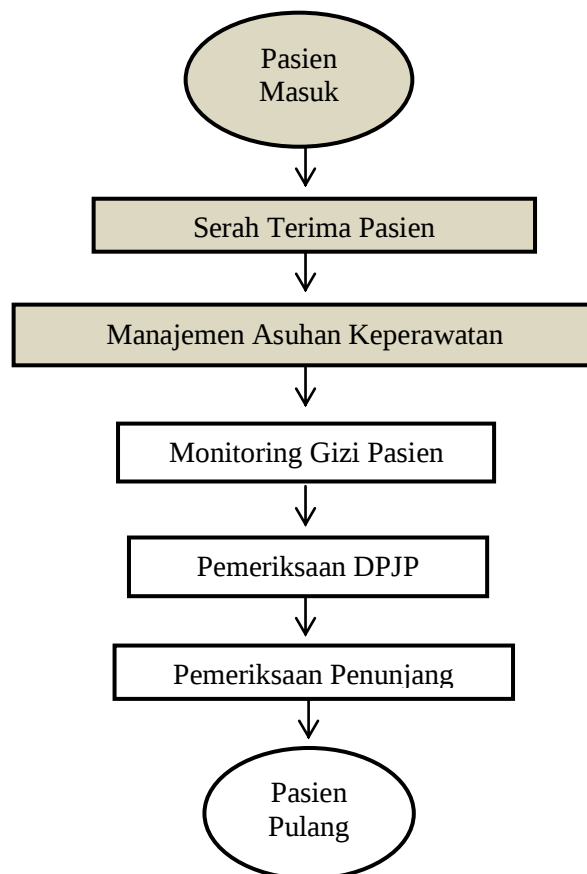
Risk Analysis

Dalam melakukan analisis risiko terkait merupakan tahapan penggunaan metode *failure modes and effect analysis* (FMEA) yaitu merupakan suatu metode yang

membantu mengidentifikasi potensi kegagalan pada sistem, desain, proses dan atau servis serta merekomendasikan tindakan korektif untuk memperbaiki kegagalan ini sebelum sampai kepada pelanggan (Stamatis, 2003)

Tahapan pelaksanaan *failure modes and effect analysis* (FMEA) sebagai berikut:

1. Identifikasi Proses pelayanan Rawat Inap
Pelaksanaan perawatan pada pasien yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Islam Surabaya dimulai dari pasien masuk rumah sakit yang ditentukan dari dua pintu utama yaitu melalui Instalasi Gawat Darurat (IGD) atau dari Rawat Jalan menuju ke Unit Rawat Inap dengan didukung oleh unit penunjang. Pada Gambar 1 adalah proses pelayanan pasien yang akan melakukan rawat inap mulai dari pasien masuk ruangan, mendapatkan perawatan dan pengobatan sampai dengan diijinkan untuk pulang.



Gambar 1. Alur pelayanan pasien rawat inap RS Islam Surabaya

Pada proses tersebut, peneliti hanya membatasi pada proses pasien masuk, serah terima pasien dan manajemen asuhan keperawatan (MAKP). Dimana proses tersebut merupakan sebagian besar tanggung jawab perawat yang bertugas. Penjelasan terkait alur proses pelayanan pasien rawat inap sebagai berikut:

a. Pasien masuk

Pada proses ini perawat dalam kinerjanya melalui beberapa tahapan proses dalam pelayanan yang diberikan pada pasien yang meliputi memastikan bahwa pasien harus rawat inap atau tidak melalui koordinasi dengan dokter IGD. Selanjutnya memastikan data pasien benar adanya dari *admission* TPPRI, dan memastikan pasien menuju ruang rawat inap dengan aman.

b. Serah terima pasien

Pada proses ini dilakukan serah terima status pasien dari perawat IGD pada perawat ruang rawat inap. selanjutnya perawat melakukan pengecekan apakah tindakan pemeriksaan awal dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan di IGD sudah dilakukan. Perawat memeriksa pemasangan gelang identitas pasien, dan melakukan pemberitahuan pada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).

c. Manajemen asuhan keperawatan

Perawat pada proses ini melakukan orientasi keluarga terkait peraturan rumah sakit, fasilitas, dan lain sebagainya. Perawat diwajibkan membuat asuhan keperawatan, serta melakukan pelaporan ulang kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Menentukan *failure modes*, *cause failure*, dan *effect failure*

Tabel 5. Kemungkinan kegagalan proses pelayanan pasien rawat inap secara

Proses (Tahapan)	<i>Failure mode</i>	<i>Cause failure</i>	<i>Effect failure</i>
1. Pasien masuk	1. Kegagalan menentukan triage 2. Kegagalan dalam entri data jenis pasien 3. Kelengkapan persyaratan administrasi pasien 4. <i>Malfunction</i> tempat mengangkut pasien	1. Kompetensi dan skill dokter yang menangani dalam menentukan triage 2. Kurangnya ketelitian petugas pendaftaran di TPPRI 3. Pasien tidak membawa kartu BPJS atau lainnya	1. Tidak dapat memprioritaskan pasien untuk rawat inap atau pulang 2. Biaya yang dikeluarkan pasien tinggi 3. Salah identitas pasien 4. Waktu tunggu pendaftaran pasien menjadi lama
2. Serah terima pasien	1. Kegagalan identifikasi status pasien 2. Kegagalan koreksi pemeriksaan penunjang yang belum dilakukan 3. Kegagalan pemasangan gelang pasien (belum terpasang) 4. Kegagalan konfirmasi kepada dr DPJP	1. Kurangnya ketelitian petugas koreksi kelengkapan pengisian status pasien 2. Kurangnya ketelitian petugas koreksi (tindakan tidak ditulis) 3. Kurangnya ketelitian petugas koreksi pemasangan gelang pasien 4. Dokter lupa karena banyak pasien, dokter tidak ditempat saat akan dikonfirmasi	1. Salah pasien, kesalahan pengobatan, perawatan, salah pemberian obat 2. Kesalahan tindakan lanjutan yang diberikan 3. Salah pasien, kesalahan pengobatan, perawatan, salah pemberian obat 4. Keterlambatan pasien mendapat

			pemeriksaan/visite
3. Manajemen Asuhan Keperawatan (MAKP)	1. Kegagalan dalam personal brand perawat (cara berkomunikasi, perilaku, dll) 2. MAKP yang belum bisa berjalan optimal oleh perawat 3. Kegagalan pelaporan ulang pada DPJP yang terlupakan	1. Kerapian pakaian perawat, ketepatan penyampaian informasi, kurangnya skill komunikasi. 2. Perawat kurang memprioritaskan penugasan yang dibebankan 3. Dokter tidak berada di tempat, atau sedang menangani banyak pasien 4. Perawat lupa melaporkan karena beban kerja yang tinggi	1. Informasi terkait orientasi yang diberikan tidak dipahami dan dilaksanakan oleh keluarga pasien 2. Pelayanan yang dijalankan tidak tertata dengan baik 3. Kondisi pasien tidak dapat diketahui jika ada perubahan klinis

2. Penilaian *severity*, *occurrence*, dan *detection*

Tabel 6. Penetapan kemungkinan tingkat risiko kegagalan proses pada pasien

No	Proses	Kegagalan	Ruang 1				Ruang 2			
			Sev	Oc c	Det	RP N	Sev	Oc c	Det	RP N
1.	Pasien Masuk Rawat Inap	1. Kegagalan menentukan triage	6	6	3	108	2	9	7	126
			1	5	4	20	2	3	6	36
		2. Kegagalan dalam entri data jenis pasien	1	5	4	20	2	3	6	36
		3. Kelengkapan persyaratan administrasi pasien	3	2	3	18	2	1	6	12
		4. <i>Malfunction</i> krane/tempat mengangkut pasien								
2.	Serah Terima Pasien	1. Kegagalan identifikasi status pasien	6	8	3	144	2	2	6	24
		2. Kegagalan koreksi pemeriksaan penunjang yang belum dilakukan	5	4	5	100	2	2	5	20
			7	6	4	168	2	3	6	36
		3. Kegagalan pemasangan gelang pasien (belum terpasang)	6	4	3	72	2	2	3	24
		4. Kegagalan konfirmasi kepada dr DPJP								
3.	Manajemen Asuhan Keperawatan	1. Kegagalan dalam personal brand perawat	3	2	8	48	2	3	3	18
		2. MAKP yang belum bisa berjalan optimal oleh perawat	6	5	3	90	4	2	1	8
		3. Kegagalan pelaporan ulang pada DPJP yang	3	2	4	24	4	2	1	8

		terlupakan								
--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Risk Priority

Tabel 7. Penentuan prioritas risiko kegagalan pada proses pelayanan rawat inap

No	Tahapan Proses	Kegagalan	RPN (R1)	RPN (R2)
1.	Pasien Masuk Rawat Inap	1. Kegagalan menentukan triage 2. Kegagalan dalam entri data jenis pasien 3. Kelengkapan persyaratan administrasi pasien 4. <i>Malfunction</i> krane/tempat mengangkut pasien	108 20 20 18	126 36 36 12
2.	Serah Terima Pasien	1. Kegagalan identifikasi status pasien 2. Kegagalan koreksi pemeriksaan penunjang yang belum dilakukan 3. Kegagalan pemasangan gelang pasien (belum terpasang) 4. Kegagalan konfirmasi kepada dr DPJP	144 100 168 72	24 20 36 24
3.	Manajemen Asuhan Keperawatan	1. Kegagalan dalam personal brand perawat 2. MAKP yang belum bisa berjalan optimal oleh perawat 3. Kegagalan pelaporan ulang pada DPJP yang terlupakan	48 90 24	18 8 8

Berdasarkan tabel 7. Diketahui bahwa tingkat prioritas tertinggi di ruang ke-1 yang memiliki tingkat kegagalan tertinggi pada pada kegagalan pemasangan gelang pasien dengan nilai RPN sebesar 168 pada proses serah terima pasien, sedangkan paada ruang ke-2 yang memiliki tingkat kegagalan tertinggi pada pada kegagalan menentukan triage dengan nilai RPN sebesar 126 pada proses pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan.

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Sebagian besar responden pada penelitian ini merupakan perawat dengan karakteristik yang berbeda-beda dan dari kategori pendidikan yang berbeda-beda. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa keseluruhan responden memiliki jenis kelamin perempuan dengan rata-rata berusia 20-50 tahun. Usia perawat menjadi indikator dalam mengambil keputusan dalam tindakan

yang dilakukan yang mengacu pada pengalamannya(Berg, 1996)

Dilihat dari pendidikan yang dimiliki responden, sebagian besar memiliki gelas S1 keperawatan, dan terdapat 1 orang responden yang berprofesi sebagai Dokter Umum. Tingkat pendidikan perawat sangat berpengaruh terhadap kinerja perawat (Yeni Warni Isesreni,,2009)

Sebagian besar perawat atau responden pada penelitian ini memiliki lama bekerja antara 2-30 tahun masa kerja. Masa kerja perawat berhubungan dengan kepemimpinan efektif pada komunikasi dan pengambilan tindakan, terdapat hubungan bermakna tentang masa kerja perawat pelaksana dengan budaya kerja. Masa kerja berhubungan dengan pengalaman kerja seseorang yang melibatkan kebijaksanaan moral dan kepekaan etik (A Bishop dan J Scudder, 2001)

Risk Identification

Risk Identification adalah proses untuk menentukan risiko yang secara potensial

menghalangi program untuk mencapai tujuannya (PR Garvey, 2008). Risiko-risiko pada penelitian ini merupakan kegagalan yang terjadi pada proses pelayanan rawat inap yang dapat berdampak pada keselamatan pasien dan mengganggu sistem pelayanan rawat inap.

1. Pasien masuk

Pada proses pasien masuk ruangan merupakan proses awal dalam melakukan identifikasi pada pasien. disini peran perawat dibutuhkan untuk melakukan pengecekan ulang pada pasien yang akan rawat inap. selain itu perawat diharapkan untuk memastikan keselamatan dan keamanan pasien saat dibawa dari IGD menuju ruangan rawat inap. salah satu kegagalan yang mungkin dapat terjadi adalah pasien jatuh dari tempat tidur atau kursi roda. Ketidaktepatan pihak admisi TPPRI juga perlu diperhatikan terkait input data pasien, sehingga perawat diharapkan memastikan kembali data pasien secara jelas.

2. Serah Terima Pasien

Pada proses serah terima pasien perawat IGD dan perawat ruangan rawat inap melakukan operan pasien dengan data status pasien yang diterima. Pada proses ini sebagian besar dapat berpotensi terjadinya kegagalan pada identifikasi pasien. Pada tahap ini perawat perlu meningkatkan tindakan korektif pada data-data pasien untuk menghindari adanya kesalahan pada identitas pasien. selain itu pengecekan gelang pasien juga diperlukan dalam hal pemberian pengobatan, apabila pemeriksaan dan pengobatan yang diberikan salah maka dapat berakibat pada memburuknya kondisi pasien.

3. Manajemen Asuhan Keperawatan

Manajemen asuhan keperawatan merupakan tahapan selanjutnya yang harus dilakukan perawat dalam mendukung kinerjanya. Tahapan manajemen asuhan keperawatan meliputi pengkajian data pasien, validasi, dan melakukan interpretasi data pasien. Selanjutnya melakukan diagnosa keperawatan, yaitu pengambilan keputusan dengan menganalisis data pasien yang telah dikumpulkan, yang didukung dengan pengetahuan fisiologi,

patologi, area keperawatan, objektif, serta kritis. Tahap selanjutnya adalah intervensi dan implementasi dari hasil perencanaan yang telah disusun sesuai dengan kondisi pasien dan lingkungan rumah sakit sesuai Standar Operasional yang berlaku. Tahap terakhir adalah evaluasi atas hasil kinerja yang dilakukan. Pada tahap ini memungkinkan perawat untuk mengalami beberapa halangan atau kegagalan dalam pelaksanaan proses salah satunya adalah kegagalan optimalisasi MAKP yang belum berjalan optimal dan pelaporan ulang DPJP yang terlupakan.

Risk Analysis

Analisis risiko adalah sebuah prosedur untuk mengenali satu ancaman dan kerentanan, kemudian menganalisisnya untuk memastikan hasil tindakan, dan menyoroti bagaimana dampak yang ditimbulkan sehingga dapat dihilangkan atau dikurangi.

1. Potensi kegagalan, penyebab, dan dampak

Analisis risiko kegagalan terkait jenis kegagalan dapat dilakukan dengan wawancara ada pihak yang secara langsung berhubungan dengan unit rawat inap atau melakukan observasi secara langsung. Berdasarkan penelitian ini diketahui bahwa pada setiap proses pelayanan memiliki tingkat kegagalan yang berbeda-beda tergantung dengan perilaku atau tindakan yang diberikan oleh tenaga medis dan kondisi pasien itu sendiri. Penyebab dan kegagalan tersebut dapat dilihat pada Tabel 5. dengan mendeskripsikan tiap proses yang kemungkinan menimbulkan kegagalan. Kedua ruangan yang diteliti memiliki kemungkinan keggalan yang hampir sama, hanya saja yang membedakannya terkait penentuan tingkat keparahan, frekuensi kegagalan, dan cara melakukan deteksi yang berbeda-beda.

2. Penilaian *severity*, *occurence*, dan *detection*

- a. Pasien masuk ruangan

Pada proses pasien masuk ruangan terdapat beberapa kemungkinan

kegagalan proses yang memiliki tingkat risiko tertinggi. Dari ruangan pertama risiko tertinggi terdapat pada kegagalan menentukan triage oleh dokter IGD dengan tingkat keparahan (*severity*) yang tergolong bahaya sedang, frekuensi kegagalan (*occurrence*) dikatakan tinggi yaitu kemungkinan dapat terjadi sebulan sekali, dan untuk Deteksi (*Detection*) dirasa tinggi untuk melakukan deteksi.

Sedangkan pada ruangan kedua risiko kegagalan tertinggi juga terdapat pada kegagalan penentuan triage. Dengan tingkat keparahan dirasa ringan, sering terjadi, akan tetapi cukup sulit untuk dideteksi.

b. Serah Terima Pasien

Pada tahapan serah terima pasien untuk ruangan pertama memiliki risiko yang tinggi yang hampir sama yaitu pada kegagalan pemasangan gelang pasien. pada ruang pertama tingkat keparahan memiliki bahaya sedang, dengan frekuensi kegagalan sangat tinggi, serta kemungkinan deteksi tinggi untuk diketahui. Sedangkan pada ruangan kedua dianggap memiliki tingkat keparahan yang ringan, dengan frekuensi kegagalan yang dimungkinkan bisa terjadi selang tiga bulan sekali, serta kemampuan deteksi yang sulit untuk diketahui.

c. Manajemen Asuhan Keperawatan

Keberhasilan pelayanan kesehatan tergantung pada partisipasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas bagi pasien (Potter PA, Perry, A.G. 2005). Pada ruangan pertama, tingkat risiko tertinggi pada kegagalan pelaksanaan MAKP yang belum bias berjalan optimal oleh perawat. Pada kegagalan tersebut memiliki tingkat keparahan dengan bahaya sedang, dengan frekuensi kegagalan tinggi, serta deteksi yang sulit untuk diketahui.

Sedangkan pada ruangan kedua untuk tingkat risiko tertinggi pada kegagalan dalam *personal brandy* yaitu perilaku dan tutur kata perawat, serta penampilan perawat dalam pelaksanaan pelayanan, dinilai apabila tidak dilakukan dengan baik dapat berdampak terhadap tingkat kepuasan

dan kenyamanan pasien, dengan tidak memiliki tingkat keparahan yang dapat menyebabkan cedera pada pasien, serta frekuensi kegagalan masuk pada kategori sedang, untuk deteksi yang dilakukan tergolong tinggi untuk diketahui.

Risk Priority

Prioritas risiko merupakan urutan atau prioritas penanganan risiko yang harus dilakukan terlebih dahulu, dengan memasukkan nomor respon risiko serta tingkat urgensi atau menetapkan risiko mana yang memiliki prioritas paling tinggi melalui identifikasi bahaya yang ditimbulkan (Bushido, 2010). Prioritas risiko diperoleh dari hasil RPN tertinggi yang akan diprioritaskan untuk ditangani. Risk Priority Number (RPN) didapatkan dari perkalian antara *severity*, *occurrence*, dan *detection* pada tahap sebelumnya.

Pada tahapan prioritas risiko tersebut, dari hasil penelitian yang dilakukan telah diketahui bahwa tingkat risiko kegagalan tertinggi antara kedua ruangan yang dianalisis untuk ruang pertama terdapat pada kegagalan pemasangan gelang identitas pasien (belum terpasang) dengan nilai RPN sebesar 168, untuk tingkat *severity* dikatakan berbahaya dimana dapat memungkinkan menyebabkan cedera berat atau permanen apabila tidak segera ditangani atau menimbulkan ketidakpuasan pasien. Sedangkan tingkat *occurrence* pada kategori tinggi atau frekuensi kegagalan sering terjadi, dan *detection* yang dapat dikatakan tinggi kemungkinan untuk dideteksi. Kegagalan tersebut disebabkan oleh kurangnya ketelitian petugas atau perawat pelaksana yang melakukan koreksi pemasangan gelang identitas pasien. Kegagalan tersebut dapat berdampak pada salah pasien, kesalahan pemberian pengobatan, perawatan, dan kesalahan pemberian obat. Menurut WHO (2007), (WHO, 2007) bahwa kegagalan terkait identifikasi pasien yang meluas dan terus menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan yang dapat menyebabkan insiden keselamatan pasien.

Sedangkan pada ruang kedua yang diteliti memiliki tingkat RPN yang berbeda yaitu sebesar 126 yang terdapat pada

kegagalan memastikan penentuan triage. Kegagalan tersebut memiliki tingkat *severity* yang tergolong masih ringan yaitu tidak menyebabkan cedera pada pasien ataupun tidak berdampak pada sistem pelayanan, sedangkan tingkat *occurrence* tergolong cukup sering terjadi, serta untuk tingkat *detection* masih tergolong sulit untuk diketahui. Kegagalan tersebut disebabkan oleh dimungkinkannya terkait kompetensi dan skill dokter yang menangani dalam menentukan triage dan kecekatan perawat dalam melakukan konfirmasi pada IGD. Dampak yang dapat dirasakan apabila kegagalan tersebut terjadi adalah Tidak dapat memprioritaskan pasien untuk rawat inap atau pulang.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap kedua ruangan rawat inap tersebut terkait kegagalan pelayanan terutama oleh perawat, akan dilakukan perbandingan pada keduanya untuk menentukan tingkat RPN tertinggi sehingga dapat diprioritaskan dalam melakukan perbaikan terlebih dahulu. Dapat diketahui bahwa tingkat RPN pada ruang pertama tergolong tinggi daripada ruang kedua dengan memiliki dampak yang cukup besar pada keselamatan pasien sehingga dapat ditentukan bahwa identifikasi pasien lebih diutamakan dilakukan penenganan terlebih dahulu.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kegagalan pelayanan tiap ruangan di unit rawat inap berbeda-beda tergantung potensi risiko proses pelayanan yang dilakukan. Perbaikan kegagalan yang perlu dilakukan adalah dengan pelatihan secara periodik dan pelaksanaan supervisi dari pihak rumah sakit terkait kinerja perawat, serta mengembangkan metode *Failure Modes and Effect Analysis* untuk meminimalisir risiko yang terjadi sebelum terjadi insiden pada pasien.

Saran

Untuk meminimalisir risiko insiden keselamatan pasien dan meningkatkan kualitas pelayanan di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam Surabaya maka

diperlukan adanya pelatihan secara periodik dan pelaksanaan supervisi dari pihak rumah sakit terkait kinerja perawat, khususnya Komite Penjaminan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) terkait risiko-risiko yang berpotensi menyebabkan insiden di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam Surabaya. Serta mengembangkan metode *Failure Modes and Effect Analysis* untuk meminimalisir risiko yang terjadi sebelum terjadi insiden pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Institution of Medicine, 2000. *To Err is Human : Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy press.
- Depkes RI. 2008. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Jakarta: Bhakti Husada.
- Bishop, A., Scudder, J. 2001 *Nursing ethics : Holistic caring practice (2nd ed)*. Boston : Jones and Bartlett Publisher.
- Lumenta, N.A. 2008. *State of the art patient safety*. Disampaikan pada workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko Klinis di RSAB Harapan Kita pada tanggal 1-3 April 2008.
- Kemkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien*. Jakarta : DepKes RI
- _____. 2003. *Guideline for Failure Modes and Effect Analysis for Medical Devices*. Ontario : Dyadem Press.
- Stamatis, D.H. 2003. *Failure Modes and Effect Analysis : FMEA from Theory to Execution*. ASQ Quality Press
- Berg. 1996. *Peranan Gizi dalam pembangunan nasional*. Jakarta: CV Rajawali
- Isesreni, Yeni Warni. 2009. *Hubungan Karakteristik Perawat Dengan Kinerja Perawat di RSJ Prof. HB. Sa'ani Padang*. MNM volume 1. Padang .
- Bishop, A., Scudder, J. 2001 *Nursing ethics : Holistic caring practice (2nd ed)*. Boston : Jones and Bartlett Publisher.
- Garvey, P.R.. 2008. *Analytical Methods for Risk Management : A Systems Engineering Perspective*. New York: Taylor & Francis Group (UK).

- Potter, P.A, Perry,A.G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik*. Edisi 4. Volume 1. Alih Bahasa: YasminAsih, dkk. Jakarta: EGC.
- Bushido. 2010. *Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)*. <http://bushido02.wordpress.com/2010/12/26/failure-mode-and-effect-analysis-fmea/>. [Diakses: 30 Juli 2016]
- WHO, 2007. *Nine Life Saving patient Savety Solution*. <http://www.who.int>. Diakses 26 juni 2016