BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pasal 43 ayat (1) mewajibkan Rumah Sakit menerapkan standar keselamatan pasien. Standar keselamatan pasien tersebut menurut pasal 43 ayat (2) dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.

Hasil telaah dokumen didapatkan bahwa RSHS telah mengeluarkan Keputusan Direktur Utama RSHS Nomor: HK.02.03/X.4.1.3/13762/2018 tentang Panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit di RSHS. Keputusan ini memuat tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit. Sesuai dengan keputusan direktur ini juga dibentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) RSHS. Dalam kebijakan tersebut dijabarkan Tim KPRS adalah satuan kerja yang dibentuk di bawah Direktur Medik dan Keperawatan yang berkoordinasi dengan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien guna mengintegrasikan program keselamatan pasien di RSHS. Peraturan Keselamatan Pasien bertujuan meningkatkan mutu dan pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko.

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif untuk menuju keselamatan pasien, sehingga tujuh langkah tersebut secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh rumah sakit.

Pada hasil penelitian dilakukan analisis data terhadap data yang diperoleh berkaitan dengan implementasi tujuh langkah menuju keselamatan pasien di Poli Obstetri dan Ginekologi di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung tahun 2019

::repository.unisba.ac.id::

sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Melalui penerapan tujuh langkah tersebut diharapkan hak pasien yang dijamin dalam Pasal 32 Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, terpenuhi. Hak tersebut antara lain untuk memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedural operasional serta layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi.

Data didapatkan melalui wawancara mendalam, telaah dokumen, dan observasi partisipatif. Informan yang terlibat terdiri dari Kepala Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan Ginekologi, Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi, Kepala Seksi Pelayanan Medik, Ketua Komite Etik, Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, Dokter, dan Bidan. Selanjutnya pengolahan terhadap data dilakukan sesuai dengan metode dan teknik analisis data yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya yaitu dengan metode kualitatif.

4.1 Langkah Pertama: Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien

Berdasarkan hasil telaah dokumen di Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS telah memiliki kebijakan tentang tata cara laksana/penanganan kepada pasien apabila terjadi insiden oleh staf sesuai dengan Keputusan Direktur Utama RSHS Nomor: HK.02.03/X.4.1.3/13762/2018 tentang Panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit di RSHS. Kebijakan ini juga diwajibkan dalam akreditasi KARS dan JCI RSHS telah memiliki kedua akreditasi tersebut. Sebagai contoh seperti yang di ungkapkan oleh seorang bidan dalam wawancara bahwa di Poli obstetric dan

::repository.unisba.ac.id::

ginekologi telah terdapat SPO dimana ketika terjadi pasien terjatuh dilaporkan ke pengawas kemudian ke komite keselamatan pasien.

Berdasarkan hasil telaah dokumen Kebijakan tata cara investigasi dan dukungan apa yang harus diberikan terhadap pasien, keluarga, dan staf telah dimiliki oleh Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS. Jika terjadi sesuatu yang harus diinvestigasi, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien akan meminta keterangan dari perawat, bidan, dan dokter untuk diketahui kronologis kejadiannya. Setelah pokok permasalahannya sudah jelas, kemudian akan dicari penyelesaian masalahnya. Di dalam kebijakan investigasi ini juga sudah terdapat kejelasan tentang peran individu dan pertanggungjawabannya. RSHS telah menetapkan Standar Prosedur Operasional tentang Prosedur Investigasi Sederhana Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Pimpinan unit kerja menerima laporan insiden keselamatan pasien dari staf yang menemukan atau terlibat dalam insiden.
2. Pimpinan unit kerja melakukan identifikasi masalah dan *grading* dari insiden yang terjadi (*grading* biru atau hijau).
3. Pimpinan unit kerja membentuk tim investigator.
4. Tim investigator melakukan observasi dan kunjungan langsung ke tempat insiden terjadi.
5. Tim investigator mengumpulkan data dan informasi dari semua dokumentasi yang ada (rekam medik, laporan kronologis kejadian, laporan insiden, dan bukti fisik yang lain).
6. Tim investigator melakukan interview kepada staf dan pihak yang terkait dan terlibat dalam insiden.

::repository.unisba.ac.id::

7. Tim investigator melakukan analisis dari hasil investigasi, membuat rekomendasi serta rencana tindak lanjut dan menyusun laporan hasil investigasi sederhana.
8. Tim investigator melaporkan hasil investigasi sederhana ke Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Selain itu berdasarkan hasil wawancara dengan seorang dokter di Poli Obstetri dan Ginekologi survey untuk menilai budaya pelaporan dan pembelajaran dalam rangka keselamatan pasien juga telah dilakukan secara rutin oleh Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS sesuai dengan yang diwajibkan dalam akreditasi JCI. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh seorang dokter di Poli Obstetri dan Ginekologi bahwa telah melakukan survey karena di Poli Obstetri dan Ginekologi sudah terdapat kelompok keselamata pasien.

Hasil wawancara dengan Kepala KSM Obstetri dan Ginekologi, Kepala Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan Ginekologi, dan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, jika terjadi insiden keselamatan pasien di Poli Obstetri dan Ginekologi, para petugas kesehatan baik perawat, bidan, dan dokter selalu membuat laporan tentang insiden tersebut. Apapun kasusnya, petugas kesehatan yang terkait wajib membuat laporan. Hal ini diungkapkan oleh Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi dan Kepala Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan Ginekologi menyatakan hal senada bahwa ketika terjadi insiden keselamatan pasien di instalasi rawat jalan petugas kesehatan sudah mampu membuat laporan.

Selain itu, Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS telah mendemonstrasikan tindakan-tindakan yang sudah dilakukan untuk menidaklanjuti laporan-laporan

::repository.unisba.ac.id::

kejadian keselamatan pasien. Hal ini dilakukan sebagai pembelajaran agar insiden keselamatan pasien tidak terulang lagi.

Berdasarkan wawancara mendalam yang dipaparkan sebelumnya dan telaah dokumen, Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS sudah melakukan upaya untuk membangun kesadaran dengan diberlakukannya Keputusan Direktur Utama RSHS Nomor: HK.02.03/X.4.1.3/13762/2018 tentang Panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit di RSHS. Keputusan ini mencakup Standar Keselamatan Pasien, Sasaran Keselamatan Pasien, serta Pelaporan Insiden, Analisis, dan Solusi. Meskipun begitu, keputusan ini tidak terdapat *reward* jika terjadi insiden keselamatan pasien. Rachmawati, Wigati, & Sriati (2017) dalam penelitiannya di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang mengungkapkan bahwa di RS tersebut diberlakukan sistem *reward* berupa uang bagi unit kerja yang melaporkan insiden hingga selesai sehingga lebih memacu para petugas kesehatan untuk sadar dan berperan aktif dalam keselamatan pasien.

Tabel 4.1 Observasi Langkah ke-1

No	Alat Ukur	Ada	Tidak Ada	Keterangan
1	Dokumen langkan-langkah pengumpulan fakta	V		
2	Pemeriksaan terhadap keselamatan pasien	V		
3	Jadwal turun ke ruangan	V		
4	Reward		V	
5	Punishment		V	

Berdasarkan hasil observasi sebagaimana terlihat pada tabel di atas, didapatkan bahwa di Poli Obstetri dan Ginekologi telah terdapat dokumen langkah-langkah pengumpulan fakta, pemeriksaan terhadap keselamatan pasien

::repository.unisba.ac.id::

dan jadwal turun ke ruangan. Data yang tidak didapatkan hanya berupa reward dan punishment.

4.2 Langkah Kedua: Memimpin dan Mendukung Staf

Berdasarkan hasil wawancara mendalam Komite Mutu dan Keselamatan Pasien adalah eksekutif yang bertanggungjawab terhadap keselamatan pasien sesuai dengan akreditasi JCI. Penanggung jawab atau *champion* juga terdapat di setiap unit baik di instalasi rawat inap maupun instalasi rawat jalan. *Champion* tidak hanya ada pada Poli Obstetri dan Ginekologi tetapi juga ada di semua departemen.

Hasil wawancara dokter di Poli Obstetri dan Ginekologi, Keselamatan pasien selalu dimasukkan dalam agenda rapat bulanan pada tingkat manajemen dan unit. Hal ini dilakukan karena keselamatan pasien adalah hal yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan. Memasukkan agenda keselamatan pasien dalam rapat juga merupakan kewajiban dalam rangka akreditasi. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh seorang dokter di Poli Obstetri dan Ginekologi bahwa tiap rapat memasukan aspek keselamatan pasien, rapat dilakukan perbulan.

Berdasarkan hasil wawancara pelatihan tentang keselamatan pasien rutin dilakukan setiap tahun dibagi menjadi per-angkatan. Setelah mengikuti pelatihan, para petugas kesehatan mendapatkan sertifikat. Pelatihan ini diadakan oleh Tim Keselamatan Pasien. Evaluasi/pengukuran terhadap pelatihan ini telah dilakukan dalam bentuk pengisian *form* evaluasi oleh peserta pelatihan. Evaluasi ini dilakukan sebagai tolak ukur efektivitas pelatihan. Selain itu, petugas kesehatan di Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS selalu mendapatkan penjelasan tentang

::repository.unisba.ac.id::

pentingnya keselamatan pasien baik pencegahan supaya insiden keselamatan pasien tidak terjadi maupun prosedur pelaporan dan penanganan jika terjadi insiden keselamatan pasien.

Menumbuhkan sikap yang menghargai pelaporan insiden sangat penting dilakukan sehingga staf merasa mampu berpendapat apabila terjadi insiden keselamatan pasien. Berdasarkan hasil wawancara perawat di Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS, di Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS, staf kesehatan telah mampu berpendapat dan melaporkan apabila terjadi insiden keselamatan pasien tanpa rasa takut. Sikap ini adalah bentuk keterbukaan demi keselamatan pasien. Hal ini seperti yang diungkpkan oleh seorang bidan di Poliklinik Obstetri dan Ginekologi bahwa pada awalnya mereka takut akan tetapi sekarang sudah tidak takut untuk melporkan apabila terajadi kejadian keselamatan pasien.

Tabel 4.2 Observasi Langkah Ke-2

No	Alat Ukur	Ada	Tidak ada	Keterangan
1	Surat Keputusan Tim Direktur	V		
2	Sertifikat Pelatihan	V		

Menurut observasi peneliti didapatkan bahwa Poli Obstetri dan Ginekologi sudah terdapat Surat keputusan Tim Direktur dan sertifikat pelatihan. Selain itu didapatkan kunjungan monitoring lapangan ke unit kerja oleh direksi dan Tim KPRS belum dilakukan secara rutin. Meskipun begitu, secara umum dengan dimasukkannya keselamatan pasien dalam agenda rapat bulanan pada tingkat manajemen dan unit menunjukkan bahwa para pimpinan cukup mendukung upaya peningkatan keselamatan pasien.

::repository.unisba.ac.id::

4.3 Langkah Ketiga: Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko

Berdasarkan hasil Wawancara Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi, petugas kesehatan di Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS telah mempelajari struktur dan proses pengelolaan risiko baik risiko klinis maupun risiko non-klinis tapi yang lebih memahami pengelolaan risiko yaitu pimpinan struktural di rumah sakit karena ada porsi berbeda antara pengawas dan pelaksana. Insiden keselamatan pasien maupun dari staf *complain* telah terintegrasi ke bagian keuangan dan bagian lingkungan terkait risiko keuangan dan risiko lingkungan. Hal ini seperti yamg diungkapkan oleh Kepala KSM Obstetri dan Ginekologi bahwa sudah terintegrasi di bagian lingkungan dan keuangan ketika terjadi insiden keselamatan pasien.

Indikator-indikator kinerja untuk sistem manajemen risiko juga sudah terhubung dengan pimpinan sehingga bisa dimonitor oleh pimpinan baik secara online maupun sistem *omonorasi* indeks kinerja individu yang dilaporkan setiap bulan.

Berdasarkan hasil wawancara Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS telah menggunakan informasi yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan assemen risiko agar kualitas pelayanan kepada pasien tidak turun. Sistem pelaporan insiden dan asesmen resiko yang dipergunakan sekarang sudah cukup lengkap sesuai dengan akreditasi JCI dan KARS. Hal ini seperti yang diungkpkan oleh Ketua Komite Keselamatan Pasien bahwa telah menggunakan informasi dari pelaporan insiden dan assessment resiko sehingga pelayanan terus meningkat.

::repository.unisba.ac.id::

Selain itu ada forum untuk membahas isu-isu manajemen risiko dan keselamatan pasien yang memberikan *feedback* kepada manajemen. Hal ini dilakukan agar pelayanan menjadi lebih baik dan insiden keselamatan pasien tidak terulang lagi. Misalnya ada pelaporan di bagian keperawatan maka akan dibicarakan secara internal, kemudian dilanjutkan ke KPRS dan ke Manajemen. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Ketua Komite dan Keselamatan Pasien bahwa terdapat pembahasan tentang keselamatan pasien diforum manajemen dan tingkat unit serta memberikan *feedback* ke manajemen.

Berdasarkan hasil wawancara Kepala Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan Ginekologi, sebelum melakukan tindakan medis Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS melakukan asesmen risiko pasien terlebih dahulu. Hal ini dilakukan dengan melihat rekam medis dan ada poin-poin yang harus diisi terlebih dahulu untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien. Asesmen risiko dilakukan untuk setiap jenis risiko karena setiap pasien pasti berbeda risikonya. Misalnya jika persalinan normal terjadi komplikasi maka dilakukan pembedahan. Hal ini seperti yang dinyatakan oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan Ginekologi bahwa pasien datang ke poliklinik kebidanan dilakukan assesmen risiko dan jenis risiko sehingga mengurangi kejadian tidak diharapkan.

Hasil wawancara dan telaah dokumen catatan asesmen risiko sudah masuk ke dalam proses asesmen risiko dan terhubung tidak langsung (tidak *online*) dengan tingkat organisasi dan *risk register* tetapi belum terhubung secara langsung (*online*). Catatan assesmen risiko tidak langsung (tidak *online*) ada di *risk register* yang terdapat di bagian komite mutu dan keselamatan pasien tetapi *risk* register masih berbentuk tidak langsung dan belum dilakukan secara *online*.

::repository.unisba.ac.id::

Tabel 4.3 Observasi Langkah ke-3

No	Alat Ukur	Ada	Tidak ada	Keterangan
1	Alur Pengelolaan Risiko	V		

Berdasarkan hasil observasi sebagaimana terlihat pada tabel di atas yang didapatkan Poli Obstetri dan Ginekologi sudah terdapat Alur pengelolaan risiko. Yang tidak terdapat merupakan *risk register* yang terhubung secara *online*.

4.4 Langkah Keempat: Mengembangkan Sistem Pelaporan

Berdasarkan hasil wawacara dokter Poli Obstetri dan Ginekologi, oleh Kepala KSM Obstetri dan Ginekologi didapatkan Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS, dan Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, telah melaksanaan pengisian pada sistem pelaporan yang menjelaskan bagaimana melaporkan insiden secara nasional terhadap ke KNKP dan terdapat juga sosialisasinya seperti yang diungkapkan oleh dokter di Poli Obsteri dan Ginekologi bahwa setelah mengisi formulir lalu dikirim ke Komite Keselamatan Pasien selanjutnya dilaporkan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien .

Sesama rekan sekerja juga saling mendukung untuk melaporkan insiden-insiden keselamatan pasien, baik yang sudah terjadi maupun sudah dicegah sesuai dengan pelatihan keselamatan pasien yang rutin dilaksanakan. Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan oleh Kepala KSM Obstetri dan Ginekologi dan Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien bahwa petugas kesehatan di Poliklinik Kebidanan mampu dan mendukung melaporkan insiden keselamatan pasien.

::repository.unisba.ac.id::

Berdasarkan hasil telaah dokumen RSHS telah menetapkan Standar Prosedur Operasional tentang Alur Pelaporan Eksternal dan Alur Pelaporan Internal insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Alur Pelaporan Eksternal adalah sebagai berikut:

1. Tim Keselamatan Pasien RS melaporkan hasil investigasi sederhana dari unit kerja dan hasil investigasi komprehensif kepada direksi.
2. Sesuai arahan dari direksi, Tim Keselamatan Pasien akan melaporkan laporan hasil investigasi sederhana/komprehensif insiden keselamatan pasien yang terjadi yang telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit atau Pimpinan Rumah Sakit ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) secara elektronik.
3. Petugas diberikan wewenang oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan *entry data* oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan *entry data* (*e-reporting*) melalui website resmi KKPRS (http://yankes.kemkes.go.id).

Sedangkan Alur Pelaporan *Internal* adalah sebagai berikut:

1. Setiap staf RS yang menemukan insiden atau yang terlibat dalam insiden segera menindaklanjuti (mencegah/menangani) apabila terjadi suatu insiden keselamatan pasien (KNC/KTD/KTC/KPC) di rumah sakit untuk mengurangi dampak yang tidak diharapkan.
2. Staf RS yang menemukan insiden atau yang terlibat dalam insiden segera membuat laporan insiden dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift (paling lambat 2 x 24 jam) dan segera menyerahkan laporan kepada atasan langsung (kepala bagian/instalasi/departemen/unit).

::repository.unisba.ac.id::

3. Staf RS yang menemukan insiden atau yang terlibat dalam insiden mencatat insiden pada “log insiden” sebagai catatan/data insiden di ruangan.
4. Pimpinan unit kerja/atasan langsung segera memeriksa laporan dan melakukan *grading* risiko insiden yang dilaporkan.
5. Hasil *grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisa insiden:
    a. *Grade* biru: investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu; Grade hijau: investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu;
    b. *Grade* kuning: investigasi komprehensif/analisis akar masalah oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit, waktu maksimal 45 hari;
    c. *Grade* merah: investigasi komprehensif/analisis akar masalah oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit, waktu maksimal 45 hari.
6. Unit kerja membuat analisa kejadian di unit kerja masing-masing dengan melakukan investigasi sederhana atau komprehensif.
7. Pimpinan unit kerja segera melaporkan laporan insiden dan hasil investigasi ke Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
8. Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit akan menganalisa kembali laporan insiden dan hasil investigasi untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (analisa akar masalah) dengan melakukan *re-grading*.
9. Untuk grade kuning/merah, Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit akan melakukan analisis akar masalah (RCA/ *Roof Cause Analysis*).
10. Setelah melakukan analisis akar masalah (RCA), Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta

::repository.unisba.ac.id::

pembelajaran berupa petunjuk untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.

11. Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit melaporkan hasil analisis akar masalah (RCA), rekomendasi dan rencana kerja kepada direksi.
12. Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit memberikan umpan balik berupa rekomendasi (yang sudah disetujui pimpinan Rumah Sakit) untuk perbaikan dan pembelajaran kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di Rumah Sakit.
13. Unit kerja melakukan tindak lanjut dan implementasi dari rekomendasi yang diberikan oleh direksi.
14. Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan monitoring dan evaluasi perbaikan.

Tabel 4.4 Observasi Langkah ke-4

No	Alat Ukur	Ada	Tidak ada	Keterangan
1	Dokumen Pelaporan	V		
2	Alur pelaporan	V		

Berdasarkan hasil observasi sebagaimana terlihat pada tabel di atas observasi Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS sudah terdapat dokumen pelaporan dan alur pelaporan terbagi menjadi dua yaitu alur pelaporan internal dan eksternal.

4.5 Langkah Kelima: Melibatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien

Berdasarkan hasil wawancara Kepala KSM Obstetri dan Ginekologi sebagai berikut, kebijakan yang mengulas dengan detail tentang cara berkomunikasi terbuka tentang insiden yang terjadi pada pasien kepada keluarganya telah dimiliki

::repository.unisba.ac.id::

oleh Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS. Sosialisasi/informasi petunjuk apabila terjadi insiden kepada pasien dan keluarganya juga sudah ada. Misalnya, *banner* tentang keselamatan pasien seperti risiko jatuh yang berisi tentang apa saja yang harus dilakukan oleh pasien dan keluarganya apabila insiden keselamatan pasien terjadi dan tindakan pencegahannya. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala KSM Obstetri dan Ginekologi bahwa terdapat informasi petunjuk penanggulanan untuk pasien seperti banner informasi tentang risiko jatuh dan petugas kesehatan terdapat pelatihan apabila terjadi keselamatan pasien.

Dari hasil wawancara Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, petugas kesehatan di Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS telah mendapatkan pelatihan tentang bagaimana berinteraksi dengan pasien dan keluarga pasien. Pasien dan keluarganya juga dilibatkan apabila terjadi insiden keselamatan pasien karena keluarga juga memiliki peran yang penting untuk kesembuhan pasien. Hal ini diungkapkan oleh Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien bahwa Poliklinik Obstetri dan Ginekologi memberikan dukungan kepada petugas untuk mengikuti palatihan dan petugas kesehatan Rumah Sakit Hasan Sadikin mapu terbuka kepada pasien dan keluarganya.

Berdasarkan hasil wawancara Ketua Komite Etik, pada awal pertemuan pasien dan keluarganya diberitahukan langkah-langkah yang harus dilakukan apabila terjadi insiden sebagai tindakan pencegahan. Misalnya, pasien memberitahukan kepada perawat/petugas kesehatan lalu dari perawat dilaporkan DPJP setelah itu ke keselamatan pasien tiap departmen lalu setelah pengisian formulir dilaporkan ke tim keselamatan rumah sakit. Ketua Komite Etik

::repository.unisba.ac.id::

menyatakan pada awal pertemuan selalu memberitahukan langkah yangh harus dilakukan pada pasien dan keluarga apabila terjadi insiden

Berdasarkan hasil wawancara Kepala Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan Ginekologi, pemberian informasi tentang insiden keselamatan pasien kepada pasien dan keluarganya dilakukan secara jelas, akurat, dan tepat waktu. Meskipun demikian, hal ini relatif tergantung pada pasien dan keluarganya karena mereka belum tentu mengerti dan volume pasien yang datang ke Rumah Sakit Hasan Sadikin banyak, sehingga pemberian informasi kurang efisien. Apabila terjadi insiden keselamatan pasien, pihak RSHS menjaga sikap dan meminta maaf kepada pasien dan keluarganya sebagai bentuk empati kepada mereka. Hal ini diungkapkan oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan Ginekologi bahwa petugas kesehatan di Rumah Sakit Hasan Sadikin selalu berempati dan memmbantu pasien hingga minta maaf ketika terjadi insiden keselamatan pasien

Tabel 4.5 Observasi Langkah Ke-5

No	Alat Ukur	Ada	Tidak ada	Keterangan
1	Blangko telah mendapatkan informasi	V		

Berdasarkan hasil observasi sebagaimana terlihat pada tabel di atas di Poli Obstetri dan Ginekologi telah didapatkan blangko telah mendapatkan informasi.

4.6 Langkah Keenam: Belajar dan Berbagi Pengalaman tentang Keselamatan Pasien

Bedasarkan hasil wawancara Kepala Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan Ginekologi, Kepala Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, staf kesehatan di Poli

::repository.unisba.ac.id::

Obstetri dan Ginekologi RSHS sudah terlatih untuk melakukan investigasi insiden secara tepat sehingga dapat mengidentifikasi akar masalah yang terjadi karena hal ini sudah ada pelatihannya seperti yang diungkapkan oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan Ginekologi dan Kepala Komite Mutu dan Keselamatan Pasien juga mengungkapkan hal yang senada bahwa Rumah Sakit Hasan Sadikin petugas kesehatan sudah terlatih dalam melakukan investigasi.

Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS telah memiliki standar yang harus dicapai oleh para staf sebagai penilaian mampu/tidak mampu dalam melakukan investigasi insiden dan ada evaluasi lagi ketika akreditasi rumah sakit.

Dari hasil telaah dokumen Rumah Sakit Hasan Sadikin telah mengembangkan kebijakan yang jelas kapan fasilitas kesehatan harus melaksanakan *Root Cause Analysis* (RCA) kapan tidak melakukan RCA. Dalam ruang lingkup unit, mereka melakukan pembelajaran dari hasil analisa insiden keselamatan pasien agar insiden ini tidak terulang. Standar Prosedur Operasional RCA di RSHS adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi insiden yang akan diinvestigasi
2. Tentukan Tim Investigator
3. Kumpulkan data & informasi
    a. Observasi
    b. Dokumentasi
    c. Interview
4. Petakan Kronologi kejadian
    a. *Narrative Chronology*,
    b. *Timeline*,

::repository.unisba.ac.id::

c. *Tabular Timeline*,

d. *Time Person Grid*.

5. Identifikasi CMP (*Care Management Problem*)

a. (*Brainstorming, Brainwriting*)

6. Analisis Informasi

a. 5 *Why's*,

b. Analisis Perubahan

c. Analisis Penghalang

d. *FishBone* / Analisis Tulang Ikan

7. Rekomendasi dan Rencana Kerja untuk *Improvement*

Hasil wawancara Kepala Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan Ginekologi, juga melakukan identifikasi keterkaitan yang mungkin terjadi pada unit lain sebagai dampak dari insiden yang mungkin terjadi. Misalnya, kasus kompleks seperti operasi maka akan dilakukan pertemuan dengan unit lain yang difasilitasi oleh Tim Keselamatan Pasien. Pertemuan antar unit ini merupakan bentuk pembelajaran agar insiden keselamatan pasien tidak terulang. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan Ginekologi bahwa terdapat keterkaitan terhadap unit lain ketika terjadi keselamatan pasien maka akan dilakukan pertemuan difasilitasi oleh tim keselamatan pasien.

Tabel 4.6 Observasi 7 langkah Menuju Keselamatan Pasien

No	Alat Ukur	Ada	Tidak ada	Keterangan
1	Adanya blangko metode pemecahan masalah	V		
2	Bukti melakukan diskusi dengan unit lain	V		

::repository.unisba.ac.id::

Berdasarkan hasil observasi sebagaimana terlihat pada tabel di atas didapatkan bahwa sudah terdapat blangko metode pemecahan masalah dan bukti melakukan diskusi dengan unit lain.

4.7 Langkah Ketujuh: Mencegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Berdasarkan hasil wawancara Kepala Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan Ginekologi, Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS telah menggunakan informasi/data yang berasal dari sistem pelaporan insiden, asesmen risiko, investigasi insiden, dan audit untuk menetapkan solusi jika terjadi insiden keselamatan pasien. Setiap ada perubahan-perubahan yang direncanakan juga dilakukan asesmen risiko-risiko yang mungkin terjadi. Dampak dari perubahan-perubahan ini juga selalu dimonitor. Jika ada solusi yang telah dikembangkan pihak luar dan dianggap baik, hal ini juga dicoba dikembangkan di Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS. Semua yang bertugas di Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS terlibat untuk mengembangkan dan mencari cara-cara asuhan/bantuan serta pendampingan pada pasien supaya lebih baik dan aman. Setiap perubahan yang terjadi juga dievaluasi untuk perbaikan. Setiap *follow-up* dalam pelaporan insiden selalu mendapatkan *feedback* dari Tim Keselamatan Pasien. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan Ginekologi bahwa terdapat f*eedback* yang memberikan feedback adalah tim keselamatan pasien.

::repository.unisba.ac.id::

Tabel 4.7 Observasi Langkah Ke-7

No	Alat Ukur	Ada	Tidak ada	Keterangan
1	Bukti adanya solusi terhadap keselamatan pasien	V		
2	Bukti melakukan pelatihan	V		

Berdasarkan hasil observasi sebagaimana terlihat pada tabel di atas didapatkan bahwa sudah terlaksana poin 1 dan 2 yaitu bukti adanya solusi terhadap keselamatan pasien dan bukti melakukan pelatihan.

4.8 Keterbatasan penelitian

Dalam penelitian ini peneliti mempunyai keterbatasan diantaranya Penelitian hanya meneliti tujuh langkah menuju keselamatan pasien seharusnya meneliti juga Standar keselamatan pasien dan Sasaran keselamatan Pasien.

::repository.unisba.ac.id::