

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai Pelaksanaan program keselamatan pasien di Poliklinik Kebidanan Rawat Jalan Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung Tahun 2019 maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Langkah pertama, membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien di Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS, baik dari sisi kebijakan maupun pelaksanaan sudah berjalan dengan baik. Hal-hal seperti tindakan staf segera setelah insiden, langkah-langkah pengumpulan fakta, serta dukungan kepada staf, pasien, dan keluarga telah berjalan. Peran dan akuntabilitas individual pada setiap insiden sudah jelas. Budaya pelaporan dan belajar dari insiden juga sudah membudaya. Petugas kesehatan sudah tidak takut lagi dalam melaporkan insiden. Mereka berbicara, peduli, dan berani lapor jika ada insiden. Asesmen untuk evaluasi keselamatan pasien dengan menggunakan survey juga sudah dilakukan.
2. Langkah kedua, Kepemimpinan dan dukungan kepada staf tentang insiden keselamatan pasien sudah berjalan dengan cukup baik. Kepemimpinan sangat penting di dalam membangun komitmen dan kesadaran tentang keselamatan pasien. Baik dari sisi kebijakan maupun implementasi telah ada sinergi. Hal ini dibuktikan dengan telah adanya direksi yang bertanggung jawab atas keselamatan pasien dan dibentuknya Tim KPRS, di setiap unit ada yang menjadi penggerak (*champion*) keselamatan pasien, keselamatan

pasien telah menjadi agenda rapat pada level unit maupun direksi, serta pelatihan-pelatihan tentang keselamatan pasien telah rutin dilaksanakan. Meskipun begitu, monitoring lapangan ke unit kerja oleh direksi dan Tim KPRS belum dilakukan secara rutin dan belum fokus pada keselamatan pasien.

3. Langkah ketiga, Pengintegrasian aktivitas pengelolaan risiko di Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS sudah berjalan dengan cukup baik. Sistem untuk pengelolaan risiko, pengidentifikasian masalah, dan asesmen hal-hal yang memiliki potensi bermasalah sudah dikembangkan dan diimplementasikan. Struktur dan proses manajemen risiko baik risiko klinis maupun non klinis telah mencakup keselamatan pasien. Indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko juga sudah ada. Informasi yang dihasilkan oleh sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko telah digunakan secara rutin oleh yang berwenang. Diskusi-diskusi isu keselamatan pasien dan *feedback* kepada manajemen sudah dilakukan. Begitu pula risiko pada setiap individu pasien selalu diidentifikasi sebelum dilakukan penanganan medis.
4. Langkah keempat, Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS telah dikembangkan dan diimplementasikan. Sistem pelaporan dibuat sedemikian rupa sehingga staf dengan mudah melaporkan insiden keselamatan pasien dan dengan mudah pula rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien.

5. Langkah Kelima, Pelibatan dan komunikasi dengan pasien dan keluarga telah dilakukan. Para staf kesehatan telah mendapatkan pelatihan tentang cara berkomunikasi dengan pasien dan keluarganya secara efektif dan berempati.
6. Langkah keenam, telah dilakukan di Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS supaya insiden keselamatan pasien tidak terulang dan terjadi peningkatan mutu pelayanan. Staf kesehatan telah mampu melakukan analisis akar masalah (*Root Cause Analysis*) sehingga bisa mengetahui mengapa kejadian itu timbul dan pencegahannya supaya tidak terjadi lagi.
7. Langkah ketujuh, pencegahan cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien telah berjalan dengan baik. Informasi yang ada tentang insiden keselamatan pasien sudah digunakan dengan baik. Asesmen risiko untuk setiap perubahan telah dilakukan. *Feedback* kepada staf dan pimpinan juga sudah dilakukan.

5.2 Saran

Berdasarkan analisa dan kesimpulan yang diperoleh, maka disampaikan saran-saran untuk perbaikan sebagai berikut:

1. Tim KPRS dan direksi diharapkan lebih sering turun ke bawah memantau dan membimbing staf tentang keselamatan pasien. Tim KPRS dan direksi diharapkan lebih sering melakukan dialog khusus secara rutin tentang keselamatan pasien dengan staf dalam rangka menunjukkan komitmen dan mempromosikan keselamatan pasien, meningkatkan kesadaran, serta membangun budaya terbuka dan adil.

2. Pemberian *reward* bagi staf kesehatan yang melakukan pelaporan dan investigasi jika terjadi insiden keselamatan pasien juga perlu dilakukan seperti halnya yang dilakukan di rumah sakit-rumah sakit lain. Hal ini akan memacu staf kesehatan untuk lebih bersemangat dan cepat tanggap ketika insiden keselamatan pasien terjadi.
3. Pelaporan dan identifikasi masalah tentang insiden keselamatan pasien sudah berjalan dengan baik. Begitu pula dengan kesadaran akan pentingnya keselamatan pasien sudah cukup tertanam dan membudaya di Poli Obstetri dan Ginekologi RSHS. Meskipun begitu, proses pembelajaran dan perbaikan sistem keselamatan pasien masih belum begitu tampak. Ke depannya diharapkan tidak hanya pelaporan dan identifikasi masalah saja tetapi juga perbaikan sistem juga perlu dilakukan sehingga insiden keselamatan pasien tidak terulang kembali dan melakukan Pembaharuan sistem *risk register* dari tidak online menjadi online.
4. Sejauh ini yang dilakukan oleh RSHS secara umum ketika terjadi insiden keselamatan pasien adalah dilakukannya *Root Cause Analysis* (RCA). RCA dilakukan setelah insiden terjadi sehingga perlu dilakukan sistem analisa lainnya seperti *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA) seperti yang diwajibkan di Amerika Serikat oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organization* (JCAHO) dengan lebih sering. FMEA di RSHS sendiri dilakukan hanya satu tahun sekali. FMEA lebih bersifat antisipasi dan pencegahan insiden keselamatan pasien. Program perbaikan pelayanan kesehatan yang dapat bertahan lama dan dapat mengurangi kemungkinan kegagalan hanya dapat dicapai melalui perbaikan sistem. FMEA merupakan

suatu teknik yang digunakan untuk perbaikan sistem yang telah terbukti dapat meningkatkan keselamatan. FMEA merupakan teknik yang berbasis tim, sistematis, dan proaktif yang digunakan untuk mencegah permasalahan dari proses atau produk sebelum permasalahan tersebut muncul/terjadi. FMEA dapat memberikan gambaran tidak hanya mengenai permasalahan-permasalahan apa saja yang mungkin terjadi namun juga mengenai tingkat keparahan dari akibat yang ditimbulkan.

5. Kelemahan dalam penelitian hanya meneliti tujuh langkah menuju keselamatan pasien seharusnya meneliti juga Standar keselamatan pasien dan Sasaran keselamatan Pasien