



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

Jalan Pasteur No. 38, Bandung 40131

Telepon : (022) 2034953, 2034454 (*hotline*) Faksimile : (022) 2032216, 2032533

Laman : www.rshs.or.id Pos-el : rsup@rshs.ykb.jid

SPS Nomor: 8611219555, Contact Center: 022 - 2511111, Reservasi: 022 - 2511111, Informasi: 022 - 2511111, Layanan: 022 - 2511111, 022 - 2511111



Untuk memperoleh keterangan lebih lanjut sebelum melaksanakan kegiatan, kami harap yang bersangkutan dapat menghubungi Ka Bagian Pendidikan & Penelitian melalui Ka Sub. Bag. Pendidikan dan Penelitian Medik RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

A.n. Direktur Utama
 Direktur SDM dan Pendidikan,

Yana Akhmad Supriatna, dr., SpPD-KP., MMRS
 NIP 196310281989031003

Tembusan:

1. Direktur Utama RSHS
2. Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan RSHS
3. Kepala Departemen/ KSM Obstetri dan Ginekologi
4. Kepala Instalasi Rawat Jalan c.q. Poliklinik Obgin
5. Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
6. Ketua Tim Keselamatan Pasien
7. Kepala Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana RSHS

Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami



Lampiran 2

Surat Permohonan Izin Penelitian & Pengambilan Data



UNIVERSITAS ISLAM BANDUNG
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jl. Taman Sari No. 22 Telp. (022) 4203368 (Hunting) Pes. 6905 Fax. (022) 4231213
 Bandung 40116



Nomor : 348/Dek/FK- k/P-Skr/VIII/2019
 Perihal : Permohonan Izin Penelitian & Pengambilan Data

23 Agustus 2019

Kepada Yth.
 Direktur RSUP Hasan Sadikin
 Di Tempat

*Bismillaahirrahmanirrahim
 Assalamu'alaikum Wr. Wb.*

Semoga Allah Subhanahu Wata'ala senantiasa melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah Nya kepada kita semua, baik dalam melaksanakan tugas maupun di dalam melaksanakan ibadah sehari-hari. Amiin.

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi para Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung Tahun Akademik 2018/2019 yang merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Sarjana Kedokteran (S.Ked); dengan ini kami hadapkan Mahasiswa yang namanya tersebut di bawah ini :

Nama Mahasiswa	: Agung Rahmat Priwardana
NPM	: 10100116202
Program Studi	: Pendidikan Dokter
Judul Penelitian	: Pelaksanaan Program Keselamatan Pasien di Poliklinik Kebidanan Rawat Jalan Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung Tahun 2019

Yang bersangkutan bermaksud melakukan Penelitian dan pengambilan data di RSUP Hasan Sadikin yang Bapak/Ibu Pimpin. Berkenaan dengan hal tersebut kami mohon Bapak/Ibu dapat mengijinkan dan dapat membantu yang bersangkutan baik berupa data maupun informasi yang dibutuhkan berhubungan dengan penelitian tersebut.

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih. *"Jazakumullah khairan katsiran"*.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.
 Dekan,



Prof. Dr. Ieva B. Akbar, dr., AIF.

Lampiran 3

Prosedur wawancara

PROSEDUR WAWANCARA MENDALAM PELAKSANAAN PROGRAM KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN 2019

Pengantar:

1. Memberi salam dan memperkenalkan diri dengan menyebutkan nama dan latar belakang pendidikan
2. Mengucapkan terimakasih atas ketersediaan memberikan informasi.
3. Menjelaskan tentang lamanya wawancara, yaitu kurang dari 60 menit
4. Menjelaskan secara singkat tentang tujuan wawancara.

Tujuan:

Melakukan wawancara tentang pelaksanaan program keselamatan pasien di poli Kebidanan Rawat Jalan Rumah Sakit Hasan Sadikin Kota Bandung tahun 2019

Prosedur:

1. Meminta izin untuk melakukan wawancara
2. Meminta kepada informan untuk memberikan pendapatnya baik positif maupun negatif
3. Menjelaskan prosedur wawancara bahwa wawancara akan dirkam dengan menggunakan *voice recorder*
4. Memberikan jaminan bahwa hasil wawancara hanya untuk tujuan penelitian dan dijamin kerahasiannya

Kesimpulan dan penutup

1. Pewawancara membuat rangkuman tentang hasil wawancara
2. Menanyakan kepada informan apakah ada informasi yang tertinggal
3. Mengucapkan terimakasih kepada informan atas informasi yang di berikan.

Lampiran 4

Hasil Wawancara

A. MEMBANGUN KESADARAN AKAN KESELAMATAN PASIEN

1. Apakah terdapat kebijakan tentang tata cara laksana/penanganan kepada pasien apabila terjadi insiden oleh staf di lingkungan fasilitas kesehatan di poli kebidanan?

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “ada bisa dilihat di arsip RSHS”

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “sudah terdapat dikarenakan kita sudah terakreditasi kars dan jci”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “ada semua kebijakan bisa dilihat di tim keselamatan pasien

(Ketua Komite etik): “ada di bagian patient safety di kprs”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “sudah terdapat semua file-fileterbaru dari spo sampe kebijakan bisa dilihat di tim keselamatan pasien”

(Dokter): “sudah terdapat bisa dilihat di tim keselamatan pasien”

(Bidan): “ada sop kalau misalnya pasien terjadi jadinya apabila pasien terjatuh akan dilaporkan ke pengawas lalu akan dilanjutkan ke komite keselamatan pasien”

2. Apakah ada kebijakan tatacara bagaimana dilakukan investigasi dan dukungan apa yang harus diberikan terhadap pasien, keluarga, dan staf ?

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “ada semua ada di arsip rshs apalagi di rshs udh jci”

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “sudah ada kebijakannya”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “sudah ada tinggal minta datanya ke tim keselamatan pasien”

(Ketua Komite etik): “ada di bagian tim keselamatan pasien segala kebijakannya”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “sudah terdapat semua file-fileterbaru dari spo sampe kebijakan bisa dilihat di tim keselamatan pasien”

(Dokter): “sudah ada kebijakannya misalnya faktor apa yang terjadi diije”

(Bidan): “ada misalnya sudah kejadian biasanya kita dipanggil komite diminta keterangan dari bidanya dari dokter lalu kita buat kronologis lalu buat penanganan masalahnya

3. Apakah dalam kebijakan tersebut ada kejelasan tentang peran individu dan pertanggung jawabannya?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “sudah ada kejelasnya”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “sudah ada”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “pasti sudah kejelasnya tidak mungkin tidak ada”

(Ketua Komite Etik): “sudah ada kejelasnya”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “ada di kebijakan tersebut peran individunya tidak mungkin tidak ada”

(Dokter): ada karena setiap disini diberlakukan dokter penjaga pasien atau disebut namanya dokter DPJP”

(Bidan): “sudah terdapat”

4. Apakah fasilitas kesehatan melakukan survei budaya keselamatan pasien untuk menilai budaya pelaporan dan pembelajaran?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “selalu melakukan survey kalau di poli kebidanan di IRJ”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “di irj sudah melakukan survey budaya keselamatan pasien”

(Kepala Seksi Pelayanan Medi): “sudah melakukan”

(Ketua Komite etik): “Ya sudah melakukan sesuai dengan akreditasi JCI”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pasti kita melakukan survey”

(Dokter): ya selalu karena kita disini di departemen obgin juga ada instalasi ada kelompok keselamatan pasien yang ada di rumah sakit jadi kita merupakan perpanjangan tangan dari kebijakan rumah sakit

(Bidan): “yak arena kita harus membuat laporan”

5. Apakah rekan kerja mampu berpendapat dan membuat laporan bila terjadi insiden?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “selalu apabila terjadi insiden keselamatan pasien rekan kerja baik dokter, perawat dan bidan harus mampu membuat laporan”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “sudah pada saat terjadi insiden keselamatan pasien di IRJ petugas kesehatan disana sudah mampum membuat laporan”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “pasti kita membuat laporan apabila terjadi insiden”

(Ketua Komite etik): “berani selalu tiap terjadi keselamatan pasien kita melaporkan”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pasti mampu dikarenakan itu sebagai kewajiban dari petugas kesehatan di RSHS apapun kasusnya kita membuat laporan”

(Dokter): “harus melakukan”

(Bidan): “ya harus melaporkan”

6. Apakah di tim mendemonstrasikan/menunjukkan tindakan-tindakan yang sudah dilakukan untuk menidak lanjuti laporan-laporan kejadian keselamatan pasien?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “di poli kebidanan sudah terdapat cara-cara mendemonstrasikan tindakan yang sudah dilakukan”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “pasti kita menndemostrasikan cara-cara menindak lanjutin insiden”

(Kepala Seksi Pelayanan Medi): “terdapat”

(Ketua Komite etik): “saya lupa lagi tapi setau saya ada karena di fasilitas kesehatan lain ada”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien):”pasti kita tunjukan tindakan apa saja yang sudah pernah dilakukan pada saat kejadian keselamatan pasien agar sebagai pembelajaran supaya kejadian tidak terulang lagi”

(Dokter): “ya ada misal cara pelaporanya apabila terjadi insiden:

(Bidan): “ya ada contohnya video tentang penanganan resiko jatuh yang”

B. MEMIMPIN DAN MENDUKUNG STAFF

1. Apakah terdapat Anggota Esekutif yang bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “ada komite keselamatan mutu dan keselamatan pasien”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “terdapat bisa dilihat di arsip kalau lebih memastikan”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): *Pasti ada penanggung jawabnya disini ada komite keselamatan pasien yang bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien didalamnya terdiri dari berbagai department*

(Ketua Komite etik): *“pasti ada karena kita Rumah Sakit Hasan Sadikit sudah terakreditasi JCI”*

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): *“sudah terdapat”*

(Dokter): *“ada penanggung jawab keselamatan pasien”*

(Bidan): *“ada direktur jadinya direktur mengawasi tim keselamatan pasien”*

2. Adakah penanggung jawab atau champion yang bertanggung jawab keselamatan pasien?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): *“di poli kebidanan terdapat penanggung jawab keselamatan pasien di tiap ruangan”*

(kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): *” ada di irj terdapat penanggung jawabnya”*

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): *“ada di tiap poli terdapat masing-masing penanggng jawab keselamata pasien”*

(Ketua Komite etik): *“ada di semua departemen tidak hanya poli kebidanan”*

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): *“pasti ada di tiap department baik di poli kebidanan dan department lain pasti ada penanggung jawab keselamatan pasien”*

(Dokter): *“ada di tiap unit misal di rawat jalan ataupun di ruang ruang rawat inap”*

(Bidan): *“ada champion tipa ruangan kalau di instalasi rawat jalan terdapat satu penangu jawab”*

3. Dalam agenda rapat memasukan keselamatan pasien pada tingkat manajemen dan unit?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): *“di agenda rapat kita di poli obgin memasukan keselamatan pasien Karena keselamatan pasien merupakan hal yang penting di poli kebidanan”*

(kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): *”tiap agenda kita selalu memasukan kesalama pasien”*

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): *“kita selalu memasukan keselamatan pasien karena merupak hal yang penting dalam pelayanan kesehatan”*

(Ketua Komite etik): *“ada tiap agenda rapat kita memasukan keselamatan pasien”*

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “di tiap rapat kita memasukan memasukan keselamatan pasien seperti laporan terjadinya insiden”

(Dokter): “selalu ada di tiap rapat memasukan aspek keselamatan pasien, untuk rapatnya ada rapat rutin bulanan nah disitu di masukan aspek-aspek keselamatan pasien gujuanya untuk akreditas juga”

(Bidan): “selalu kalau di irj kita paling rapat ada salah satunya tentang keselamatan pasien”

4. Apakah ada pelatihan tentang keselamatan pasien?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “ada yang menyelenggarakan tim keselamatan pasien”

(kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “ada di rshs ini selalu melakukan pelatihan-pelatihan baik keselamatan pasien maupun selain keselamatan pasien”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “ada yang menyelenggarakan tim keselamatan pasien”

(Ketua Komite etik): “ada rencana mengikuti pelatihan biasanya pertahun diselenggarakan”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “sudah terdapat yang ngebuat pendidikanya tim keselamatan pasien”

(Dokter): “ada setiap 1 tahun sekali diselenggarakan di bagi menjadi per-angkatan”

(Perawat): “terdapat setiap mengikuti pelatihan kita mendapatkan setifikat”

5. Apakah ada evaluasi/pengukuran terhadap efektifitas pelatihan tersebut?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “ada tiap pelatihan maupun keselamatan pasien ada tolak ukur pencapaiannya contohnya berbentuk fom”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “ ada dari diklit membuat form evaluasi agar pelatihan keselamatan pasien menjadi lebih baik”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “setiap melakukan pelatihan di RSHS pasti ada evaluasinya biasanya berbentuk form dari efektifitas pelatihan tersebut”

(Ketua Komite etik): “pasti ada setelah melakukan pelatihan”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “semua bentuk pelatihan di RSHS semua terdapat evaluasi dan efektifitas dari pelatihan tersebut”

(Dokter): “tiap bulanan di poli kebidanan selalu melaporkan tentang aspek

(Bidan): *“karena setiap pelatihan keselamatan pasien maupun tidak kalau sekarang dari diklit setiap sudah melakukan pelatihan ada form setelah pelatihan”*

6. Apakah terdapat champion/motor penggerak keselamatan pasien di Poli kebidanan rawat jalan?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): *“ada di rawat jalan penanggung jawab keselamatan pasien”*

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): *“ada di ruang IRJ poli kebidanan”*

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): *“pasti terdapat di tiap poli beserta ruangnya”*

(Ketua Komite etik): *“ada tiap ruang ada penanggung jawabnya”*

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): *“ada di tiap ruangan sudah penanggung jawab keselamatan pasien”*

(Dokter): *“pasti ada”*

(Bidan): *“sudah ada”*

7. Apakah terdapat penjelasan kepada Tim keterkaitan dan pentingnya keselamatan pasien?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): *“selalu kita jelasin pentingnya keselamatan pasien apalagi residence obgin dan ginekologi akan pentingnya keselamatan pasien”*

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): *“di IRJ kita selalu mengasih penjelasan kepada petugas kesehata akan pentingnya keselamatan pasien agar tidak terjadinya insiden keselamatan pasien”*

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): *“ada pasti kita jelasi di seluruh department selain kebidanan”*

(Ketua Komite etik): *“Ada pasti di seluruh fasilitas kesehatan selain poli kebidanan pasti selalu dikasih penjelasan terkait keselamatan pasien sampai ke ruang-ruangnya”*

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): *“pasti dijelasin kepada petugas kesehatan pentingnya keselamatan pasien agar pasien selamat dan terhindar dari kejadian tidak diharapkan”*

(Dokter): *“iya dikasih penjelasan misalnya kejadian tidak diharapkan ada beberapa prosedur yang harus dilakukan apabila terjadi kejadian pasien tidak diharapkan langsung kita laporkan k ke tim keselamtan pasien dari department lalu ke tim keselamatan pasien lalu tim keselamatan pasien bakal melakukan investigasi”*

(Bidan): “sudah ada penjelasannya pentingnya keselamatan dan itu wajib kita ketahi pentingnya keselamatan pasien”

8. Apakah Tim Menumbuhkan sikap yang menghargai pelaporan insiden sehingga staf merasa mampu berpendapat apabila insiden terjadi?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “ya sudah mampu berpendapat”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “di irj semua staff sudah mampu berpendapat apabila terjadi insiden dikarenakan sudah mendapatkan ilmu di pelajari dari pelatihan keselamatan pasien yang diadakan Tim keselamatan pasien”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “sudah mampu di setiap departementnya”

(Ketua Komite etik): “ya staff di RSHS sudah mampu menyamapikan pendapatnya apabila terjadi insiden”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “petugas-petugas kesehatan dikita sudah mampu berpendapat dan tidak takut untuk melaporkan apabila terjadi insiden”

(Dokter): “ya memang dibuat contohnya ada yang namanya laporan pagi sebagai tanda itu adalah salah satu sikap keterbukaan sehingga tidak takut untuk melaporkan kejadian keselamatan pasien”

(Bidan): “awal-awalnya takut karena takut ada punishment/hukuman tetapi sekarang tiap ada pasien jatuh atau yang lainnya sekarang selalu dan mampu melalaporkan”

C. MENG- INTEGRASIKAN KEGIATAN MANAJEMEN RESIKO

1. Apakah pelayanan kesehatan mempelajari kembali Struktur dan proses pengelolaan resiko klinis dan non klinis?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “sudah pasti kita pelajari”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “sudah”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “pasti”

(Ketua Komite Etik): “pasti kita pelajari”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “kita sudah pasti memepelajarinya struktur maupun prosesnya”

(Dokter): “sudah”

(Bidan): “kurang tau tapi setau saya sudah”

2. Apakah hal ini sudah terintegasi dengan keselamatan pasien dan staf complain dan risiko berikut resiko keuangan serta lingkungan?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “suda terintergrasi di bagian lingkung maupun keungan apabila terjadi keselamatan pasien”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “sudah terhubung”

(Ketua Komite Etik): “jelas sudah terhubung ke bagian-bagiannya lalu dilaporkan Tim keselamatan pasien”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “sudah terintegrasi”

(Dokter): “suda terintergrasi”

(Bidan): sudah karena apalagi di ruangan bed ada plang harus tertutup pabila pasien jatuh

3. Adakah pengembangan indikator-indikator kinerja untuk sistem manajemen resiko sudah terhubung langsung/tidak langsung dengan pimpinan sehingga bisa di monitor oleh pimpinan?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “sudah terhubung dengan pimpinanan sehingga pimpinan mengetahui”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “setau saya sudah terhubung”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “sudah terhubung”

(Ketua Komite Etik): “sudah terhubung langsung”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “sudah ada dan sudah dimonitor oleh pimpinan”

(Dokter): “ada kan kita dengan system omonorasi disana ada indeks kinerja individu yang akan dilaporkan setiap bulan”

(Bidan): “karena saya kan di ipsg di skp emang ada indikator2 ada pelaporan seudah terhubung online”

4. Apakah pelayanan kesehatan menggunakan informasi yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan assement resiko?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “ya sudang menggunak dengan baik kalau di poli kebidanan”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “kita sudah menggunakan berbagai informasi mauun assessment)”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “sudah menggunakan”

(Ketua Komite Etik): “sudah menggunakan”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pasti menggunakan informasi-informasi dari pelaporan-pelaporan insiden dan assessment resiko agar pelayanan kepadada pasien tidak turun”

(Dokter): “Ya kita suda menggunakan”

(Bidan): “sudah menggunakan dimana tiap bulan Tim selalu mengecek dan apabila

5. Apakah sistem pelaporan insiden dan asesment resiko yang dipergunakan sekarang sudah cukup lengkap?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “menurut saya sudah cukup lengkap”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “sudah lengkap dan sistematis”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “Sudah lengkap”

(Ketua Komite etik): “sudah lengkap kalau pelaporan-pelaporan ada di Tim KPRS”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “semua lengkap”

(Dokter): “yak arena sudah jci yang ke 2 dan kars jelas sistemnya sudah baik”

(Bidan): “sudah lengkap”

6. Adakah forum tertentu yang dibuat khusus membahas isu-isu manajemen resiko dan keselamatan pasien, memberikan feedback pada manajemen?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “kalau forum dan feedback ada agar fasilita pelayanan menjadi lebih baik”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “ada di forum kita membahas tentang keselamatan pasien disana terdapat pelaporan apabila terjadi keselamatan pasien lalu kita bahas buat feedback ada ke pihak manajemen agar kejadian tidak terulang lagi”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “kalau rapat adayang membahas tentang keselamatan pasien”

(Ketua Komite etik): “pasti ada kalau feedback harus misal ada pelaporan di bagian keperawatan kita bicarakan ke internal lalu ke kprs habis itu ke manajemen”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “ada kita pada saat forum manajemen maupun di unit membahas tentang keselamatan pasien dan kita juga memberikan feedback ke manajemen”

(Dokter): “kalau di forum kan sudah baku kita laporkan apabila ada kejadian keselamatan pasien lalu ada feedback ke manajemen”

(Bidan): “ya ada misal kejadian dari ruangan apabila terjadi insiden maka dikakukan pembuatan kronologis lalu dari situ dikirim keselamatan pasien lalu di bawa ke rapat, buat feedback ada buat pihak manajemen”

7. Apakah Tim melakukan proses asesment resiko pasien sebelum tindakan?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): *sebelum tindakan selalu melakukan assessment missal saat sebelum melakukan operasi*

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): *“sudah melakukan ada di rekam medis”*

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): *“pasti melakukannya sembelum tindakan tidak mungkin tidak melakukannya”*

(Ketua Komite etik): *“ya kalau misalnya berhubungan tentang tindakan dan rekam medis emua lengkap”*

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): *“pasti kita lakukan”*

(Dokter): *“ya itu harus kana da statuf patient disitu ada poin-poin yang harus diisi”*

(Bidan): *kalau disini pasiennya naik ke tempat tidur kita paling bilang hati-hati dikarena*

8. Apakah terdapat proses asesment resiko untuk tiap jenis resiko terhadap pasien?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): *“terdapat selalu setelah pemeriksaan diliat jenis resikonya”*

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): *“sudah terdapat tiap pasien datan ke ruangan kita asesement risiko dan jenisnya sehingga mengurangi Kejadian tidak diharapkan”*

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): *“pasti kita melakukan assessment tiap jenis resiko karena tiap pasien pasti berbeda resikonya”*

(Ketua Komite etik): *“ya jelas pasti dilakukan”*

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): *“pasti kita lakukan”*

(Dokter): *“ada selalu jenis-jenisya misal komplikasi kalau persalinanan normal ada komlikasi lalu ada tindakan pembedahan”*

(Bidan): *kalau di ruang kalau di poliklinik kita melakukan identifikasi resiko jatuh terus dibagi resiko kalau resiko tinggi selalu di cek setiap perubahan kondisi atau missal dari oka bakal dinilai dan di kaji lagi”*

9. Apakah catatan asesmen resiko sudah masuk ke dalam proses assessment resiko dan terhubung langsung (online) atau tidak langsung (tidak online) dengan tingkat organisasi dan risk register?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): *“sudah terhubung ke Tim keselamatan pasien dan di rekam medis”*

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “sudah terhubung langsung online maupun tidak online kalau laporan online tiap hari”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “sudah terhubung semuanya”

(Ketua Komite etik): “sudah terhubung”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “sudah”

(Dokter): “ada”

(Bidan): kalau tidak langsung ada di risk register di rekam medis kalau yang online dan laporan online tiap hari

D. BANGUN SISTEM PELAPORAN

1. Apakah Fasilitas kesehatan melaksanakan/pengisian pada sistem pelaporan yang menjelaskan bagaimana dan cara fasilitas kesehatan melaporkan insiden secara nasional terhadap ke KNKP dan terdapat juga sosialisasinya?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “ya sudah terlaksana dan terdapat juga sosialisasi dari Tim keselamatan Pasien”

(Kepala Seksi Pelayanan Medi): “dilaksanakan”

(Ketua Komite etik): “sudah dilaksnakan”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pasti kita melakukan system pelaporan yang baik dan benar lalu dihubungkan secara nasional”

(Dokter): “jadi kan kita ada formulir lalu kita isi habis itu ke komite keselamatan pasien yang melaporkan selanjutnya ke Komisi Nasional Keselamatan Pasien”

(Bidan): “kurang tau tetapi ada karena ada komitenya yang bertanggung jawab”

2. Apakah terdapat dukungan rekan sekerja untuk melaporkan insiden-insiden keselamatan pasien, baik yang sudah terjadi maupun sudah di cegah?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “untuk poli kebidanan rekan-rekan kerja kita sudah mampu dan saling mendukung untuk melaporkan insiden-insiden keselamatan pasien”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “di irj pasti kita dukung penuh petugas kesehatan kita untuk melaporkan”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “ada kita selalu mendukung rekan kerja kita untuk melaporkan insiden”

(Ketua Komite Medik): “ada standar operasionalnya juga ada”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pet kita dukung agar petugas-petugas kesehatan melporkan insiden dan petugas kesehatan kita sudah terlatih karena diberikan pendidikan pelatihan keselamatan pasien”

(Dokter): “ya ada terutama residence untuk selalu melaporkan kejadian keselamatan pasien”

(Bidan): “ada maupun tidak banyak tapi kadang ada pasien yang terjatuh di ruangan”

E. libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat

1. Apakah ada kebijakan yang mengulas dengan detail tentang cara berkomunikasi terbuka tentang insiden yang terjadi pada pasien dan keluarganya?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “sudah ada kebijakanya”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “sudah ada kebijakanya”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “ada semua kebijakanya bisa di cek di Tim keselamatan pasien”

(Ketua Komite etik): “ada “

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “semua kebijakan tentang cara berkomunikasi tentang insiden sudah ada di Rumah Sakit Hasan Sadikin”

(Dokter): “ya ada”

(Bidan): “paling kita edukasi di poli dan di ruangan ada form edukasi jadinya setelah mekakukan anamnesis dan pengkajian risiko jatuh khususnya yang berhubungan keselamat kita tulis di edukasi di rekam medis”

2. Apakah ada sosialisasi/informasi petunjuk apabila terjadi insiden kepada pasien dan keluarganya?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “udah ada informasi cara petunjuk penaggulan misal untuk pasien agar tahu terdapat banner informasi tenta risiko jatuh kalau buat petugas terdapat pelatihanya untunk menaggulangi apabila insiden terjadi”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “ada pada saat pelatihan sudah ada cara penggulangan apabila terjadi kejadi pasien”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “pasti ti department memberi informasi kepada pasien dan keluarga apabila terjadi insiden

(Ketua Komite Etik): “ada kejadinya contoh pada saat tindakan dam seusdah tindak ke pasien dan keluarga”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pasti kita mengasih tahu pasien apabila terjadi insiden pasien dan keluarganya haru melakukan apa”

(Dokter): “ada bisa dilihat di IRJ terdapat banyak informasi tentang mencegah kejadian keselamatan pasien”

(Bidan): “ya ada contohnya baner tentang keselamatan pasien seperti risiko jatuh”

3. Apakah ada dukungan kepada staf melakukan pelatihan untuk mampu meningkatkan kemampuan berinteraksi dengan pasien dan keluarga?

(Kepala KSM Obstetri dan Ginekologi): “ya di poli obgn ini kita mendukung staf kesehatan untuk melakukan pelatihan keselamatan pasien didalamnya terdapat materi itu”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “pasti kita dukung dan staf kesehatan di poli obgin terutama di IRJ selalu mengikuti pelatihan keselamatan pasien untuk meningkatkan salah satunya interaksi terhadap pasien dan keluarga”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “ada semua ada pada saat pelatihan”

(Ketua Komite Etik): “ya pasti didukung untuk melakukan pelatihan agar pelayan kesehatan menjadi lebih baik terus sehingga mutu RSHS tidak turun”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pasti kita memberikan dukung kepada petugas-petugas kita untuk mengikuti pelatihan dan petugas kesehatan Rumah sakit Hasan Sadikin mampu terbuka kepada pasien dan keluarga”

(Dokter): “terdapat pelatihanya untuk pelatihanya berkala”

(Bidan): “ada mas disini kita selalu mengikuti pelatihan-pelatihan keselamatan pasien nah disana ada tatacara berinteraksi kepada pasien dan keluarganya”

4. Apakah anggota Tim mendukung keterlibatan pasien maupun keluarganya apabila terjadi insiden?

(Kepala KSM Obstetri dan Ginekologi): “ya kita mendukung keterlibatan mereka”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “ya kita selalu melibatkan pasien maupun keluarga”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “wajib kita melibatkan pasien maupun keluarag”

(Ketua Komite Etik): “pasti kita mendukung keluarga untuk terlibat”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pasti kita melibatkan keluarga pasien ketika terjadi insiden karena keluarga mempunyai peran penting”

(Dokter): “ya pasti kita melibatkan pasien dan keluarga”

(Bidan): “ya keluar harus ikut dan gamungkin kita mengantar pasien ke lab, rontgen pasti kita libatkan keluarga agar mengerti keselamatan pasien”

5. Apakah di awal pertemuan pasien dan keluarganya diberitahukan langkah-langkah yang harus dilakukan apabila terjadi insiden?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “sudah dilakukan di awal pertemuan”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “pasti dilakukan agar tidak terjadi kejadian keselamatan pasien”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “pasti beritahukan tidakmungkin tidak diberitahukan”

(Ketua Komite Etik): “diawal pertemuan kita selalu memberitahukan langkah yang arus dilakukan pada paseien dan keluarga apabila terjadi insiden”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pasti kita beritahun informasinya”

(Dokter): “ya diberikan misalnya langkah-langkahnya pasien memberitahukan kepada perawat/petugas kesehatan lalu dari perawat dilaporkan dpjp habis ke keselamatan pasien tiap department lalu setelah pengisian formulir dilaporkan ke Tim keselamatan rumah sakit”

(Bidan): “sebetulnya kita lebih ke pencegahanya misal pasiennya lemah kita mengasih tau untuk berhati-hati agar tidak terjatuh”

6. Apakah pemberian informasi jelas, akurat dan tepat waktu kepada pasien maupun keluarga pasien?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “sudah jelas dan tepat waktu”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “sudah jelas di setiap pertemuan kita selalu memberi informasi yang jelas dan selalu mengulang apabila pasien tidak mengerti”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “sudah jelas”

(Ketua Komite Etik): “pemberian informasi sudah jelas tapi relative tergantung pasien karena pasien dan keluarganya belom tentu mengerti kadang ada pasien yang jawabanya iya doang tapi tidak mengerti”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “sudah jelas”

(Dokter): “harus tidak mungkin kita mengasih informasi yang tidak jelas”

(Bidan): “sudah dari awal dating kita kasih informasi yang jelas dan tepat waktu”

7. Menjaga sikap, berempati dan meminta maaf dengan apa yang terjadi pada pasien dan keluarganya selama di RS pada saat terjadi insiden keselamatan pasien?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “di poli obgin terutama di irj kita selalu berempati apabila terjadi insiden”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “kita selalu berempati apabila terjadi kejadian keselamatan pasien dari membantu pasien hingga meminta maaf”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “pasti kita lakukan”

(Ketua Komite Medik): “harus apabila terjadi insiden keselamatan pasien saya selalu meminta maaf apabila terjadi insiden”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pasti kita melakukan itu”

(Dokter): “pasti terutama berempati kepada pasien”

(Bidan): ya karena gini misal kejadiannya keluarga kemana pasiennya di tinggal sendiri tiba-tiba pasien lemah dan tidak damping lalu kita damping takutnya terjadi sesuatu”

F. BELAJAR DAN BERBAGI TENTANG PEMBELAJARAN KESELAMATAN

1. Apakah staf sudah terlatih untuk melakukan investigasi insiden secara tepat sehingga dapat mengidentifikasi akar masalah yang terjadi?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “sudah terlatih karena sudah mengikuti pelatihannya sehingga mampu untuk melakukan investigasi masalah yang terjadi”

(kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “di Instalasi Rawat Jalan semua petugas kesehatan sudah bisa melakukan ivstegasi dan mengidentifikasi akar masalahnya karena apabila terjadi kejadian keselamatan pasien kita harus langsung melakukan investigasi”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “sudah terlatih pada saat pelatihan dari keselamatan pasien dan pada saat pelatihan pit stop”

(Ketua Komite Etik): “ya pada saat melakukan pelatih pit stop”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “Di Rumah Sakit Hasan Sadikin petugas kesehatan sudah terlatih dalam melakukan investigasi karena di Rumah Sakit Hasan Sadikin terdapat pelatihannya”

(Dokter): “ya pasti sudah terlatih”

(Bidan): “ya termasuk sudah ada di pelatihan keselamatan pasien oleh KPRS”

2. Adakah terdapa standar yang harus dicapai oleh para staf sebagai penilaian mampu/tdk mampu dalam melakukan investigasi insiden?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “ada pada saat pelatihan disana ada tolak ukurnya mampu/tidak mempunya dan terdapat evaluasi lagi pada saat akreditasi rumah sakit”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “ada semua tolak ukurnya ada disana apabila staff tidak mampu maka bakal di ajar sampai petugas itu bisa melakukan ivestigasi”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “standarnya ada bisa diliha di Tim KPRS”

(Ketua Komite Etik): “kalau standarnya ada”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien); “ada standarnya dalam pelatihan yang di buat Tim keselamatan pasien sehingga petugas kesehatan mampu melakukan investigasi”

(Dokter): “biasanya kita ada evaluasi apalagi kalau sudah mau akreditasi”

(Bidan): paling dari pelaporan itu dilihat kaya pelaporan online itu dan pelatihan dan sosialisasi ke champion”

3. Apakah fasilitas kesehatan mengembangkan kebijakan yang jelas kapan fasilitas kesehatan harus melaksanakan Root Cause Analysis (RCA) di fasilitas pelayanan kesehatan?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “sudah dikembangkan kapan harus melakukannya”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “pasti kita harus tau kapan melakukan RCA atau tidak melakukan RCA”

(Kepala Seksi Pelayanan Medi): “sudah kita kembangkan”

(Ketua Komite Medik): “ada itu biasanya di pertemuan manajemen resiko”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “sudah kita kembangkan”

(Dokter): “ya sampai saat ini masih terdapat kebijaknya kapan melakukan RCA”

(Bidan): “ya harus kalau kejadiin harus di rca lalu ke komite keselamatan pasien”

4. Apakah Tim melakukan pembelajaran di ruang lingkup unit dari analisa insiden keselamatan pasien?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “ya kami mempelajarinya di ruang lingkup poli kebidan ini”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “pasti kita di irj melakukan pembelajaran agar memahami insiden keselamatan pasien”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “setiap department pasti melakukan pembelajaran agar tidak terulang kembali insiden keselamatan pasien”

(Ketua Komite Etik): “sebagai pengalaman yang harus dipahami agar insiden tidak terulang lagi”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “kita sudah mempelajarinya di tiap ruang lingkup dari analisa tersebut”

(Dokter): “ya kami sudah pasti mempelajarinya”

(Bidan): “ya kalau misalnya sudah kejadian kita dipanggil kepala ruangan, perawat, dokternya, residence dipanggil sama komite keselamatan pasien”

5. Apakah unit mengidentifikasi keterkaitan yang mungkin terjadi pada unit lain sebagai dampak dari insiden yang mungkin terjadi?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “pasti kita indetifikasi apabila terjadi kita bakal melakukan pertemuan dengan departtemen lain untuk membahas ini”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “pasti kita menyadari ada keterkaitan kalau ada kejadian seperti ini maka kita bakal melakukan pertemuan yang difasilitasi oleh tim keselamatan pasien”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “pasti ada keterkaitanya di seluruh department tidak hanya di poli kebidanan”

(Ketua Komite Etik): “Ada kaya operasi maka unit yang terkait harus ikut agar keselamatan pasien terjaga”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pasti ada keterkaitanya apabila terjadinya insiden yang terkait dengan unit lain maka kita bakal mengumpulkan department yang terkait”

(Dokter): “ya biasanya ketika kasusnya kompleks kita melakukan konferensi dengan departemen lain tentang kasus ini”

(Bidan): “ya karena khususnya di poli obgyn missal pasien dari poli kebidanan melakukan rontgen di bagian radiologi lalu jatuh di radiologi dipanggil poli kebidana sama radiologi oleh kprs”

6. Apakah ada pertemuan yang dibahas oleh antar unit sebagai bagian upaya dalam proses pembelajaran?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “ada pertemuannya yang memfasilitasinya tim keselamatan pasien agar dijadikan proses pembelajaran agar tidak terulang kembali”

(kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “pasti ada agar bisa mempelajari kejadian keselamatan pasien yang dimana kejadian keselamatan pasien tidak terulang kembali di saat nanti”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik: “ada di setiap unit supaya tidak terulang kembalinya kejadian keselamatan pasien”

(Ketua Komite etik): “ada biasanya ada dalam audit maternal biasanya bagian jantung anastesi kita undang kalau di kebidanan”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “ada pertemuannya”

(Dokter): “ya ada pembelajaran misal kalau ada kasus kita pelajari gimana pemecahannya kemudian apabila ada terjadi kita atasi sebagai bentuk tidak terulangnya kembali kejadian ini”

(Bidan): “ada kita dipanggil sama komite keselamatan pasien yang memfasilitasinya soalnya pernah”

G. IMPLEMENTASIKAN SOLUSI-SOLUSI UNTUK MENCEGAH CIDERA

1. Apakah fasilitas kesehatan menggunakan informasi/data yang berasal dari sistem pelaporan insiden, assesment resiko, investigasi insiden, audit untuk menetapkan solusi?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “ya sudah menggunakan segala informasi sehingga kita di poli kebidanan bisa mencari solusinya”

(kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “ya sudah sehingga kita bisa mencari solusinya”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “sudah”

(Ketua Komite Medik): “ya kita sudah kerjakan”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “kita pasti menggunakan informasi-informasi tersebut untuk mendapatkan solusi”

(Dokter): “sudah”

(Bidan): “sudah apabila terjadi kejadian pasien, ya ada kita dipanggil dan dirapatkan lalu mencari solusi.”

2. Apakah fasilitas kesehatan melakukan assesment tentang resiko-resiko untuk setiap perubahan yang direncanakan?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “pasti kita melakukannya”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “selalu kita assesment resiko-resiko setiap perubahan”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “sudah melakukan”

(Ketua Komite Medik): “mampu”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pasti kita lakukan”

(Dokter): “ya melakukan”

(Bidan): “ya ada jadinya kejadian tidak diharapkan tidak terulang lagi sehingga meminimalisir terjadi keselamatan pasien”

3. Apakah fasilitas kesehatan memonitor dari dampak dari setiap perubahan tersebut?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “pasti di monitor yang memonitor im keselamatan pasien”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “selalu kita monitor”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “pasti di monitor”

(Ketua Komite Medik): “ya pasti memonitoring evaluasi”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “kita pasti melakukan monitor”

(Dokter): “ya itu tugas Tim keselamatan pasien”

(Bidan): “ya memonitor dari dampak yang sudah terjadi”

4. Apakah solusi yang telah dikembangkan pihak luar dan Fasilitas Kesehatan lain telah dicoba dikembangkan di fasilitas kesehatan?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “di poli kebidanan melakukannya”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “sudah pernah kita implementasikan agar fasilitas di poli kebidanan dan rawat jalan memiliki fasilitas yang selalu baik”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “setau saya ada di poli kebidanan”

(Ketua Komite Etik): “kurang tau bisa ditanyakan kepala poli kebidanan”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “sudah kita kembangkan”

(Dokter): ya dicoba contohnya ada beberapa hal fasilitas lain dianggap baik maka dicoba di fasilitas di poli kebidanan

(Bidan): “ada tapi tidak semuanya contohnya pasien dipabel terus kita melihat dari jurnal lalu di coba disini”

5. Apakah dalam unit semua anggota terlibat untuk mengembangkan dan mencari cara-cara asuhan /bantuan serta pendampingan pada pasien lebih baik dan aman?

(Kepala KSM Obsterti dan Ginekologi): “di poli kebidanan petugas kesehatan harus memberikan asuhan kepada pasien agar aman”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “pasti kita libatkan semuanya”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “pasti dilibatkan di seluruh department”

(Ketua Komite Etik): “semua terlibat”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pasti kita kembangkan agar pasien aman”

(Dokter): “ada semua petugas kesehatan terlibat dan dari audit melakukan investigasi apa yang harus diperbaiki”

(Bidan): kita selalu mendukung risiko jatuh malah semua yang berhubungan tentang keselamatan

6. Apakah dilakukan proses evaluasi/pengkajian ulang untuk membahas bentuk pada setiap perubahan yang terjadi?

(Kepala KSM Obstetri dan Ginekologi): “pasti kita evaluasi setiap perubahan yang terjadi”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “pasti dilakukan evaluasi apabila terjadi perubah-perubah”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “pasti ada evaluasi”

(Ketua Komite Medik): “dilakukan”

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pasti kita melakukan evaluasi”

(Dokter): “ada proses evaluasi untuk perubahan-perubahan yang terjadi”

(Bidan): selalu pengkajian palagi di ruang selalu pas dilakukan pengobatan contoh obat hipertensi lalu dikaji apakah pasien resiko jatuh mendai rendah tidak terus pas balik dari oka selalu dikaji lagi

7. Pada setiap follow-up dalam pelaporan insiden Tim mendapatkan feedback?

(Kepala KSM Obstetri dan Ginekologi): “pasti diberikan”

(Kepala Sub Instalasi Rawat Jalan Obstetri dan ginekologi): “pasti mendapatkan feedback yang memberikan feedback adalah Tim keselamatan pasien”

(Kepala Seksi Pelayanan Medik): “setiap follow-up harus diberikan feedback setau saya yang memberikan Tim keselamatan pasien”

(Ketua Komite Medik): Kadang-kadang melakukan feedback

(Ketua Komite Mutu dan Keselamatan Pasien): “pasti ada feedback”

(Dokter): feedback diberikan oleh komite keselamatan pasien

(Bidan): “ya pasti setelah itu misal sama komite setelah dipanggil gimana-gimananya di kasih tau sama komite keselamatan pasien”

Lampiran 5
Hasil Observasi



Foto Pembuatan RCA



Diskusi Keselamatan Pasien

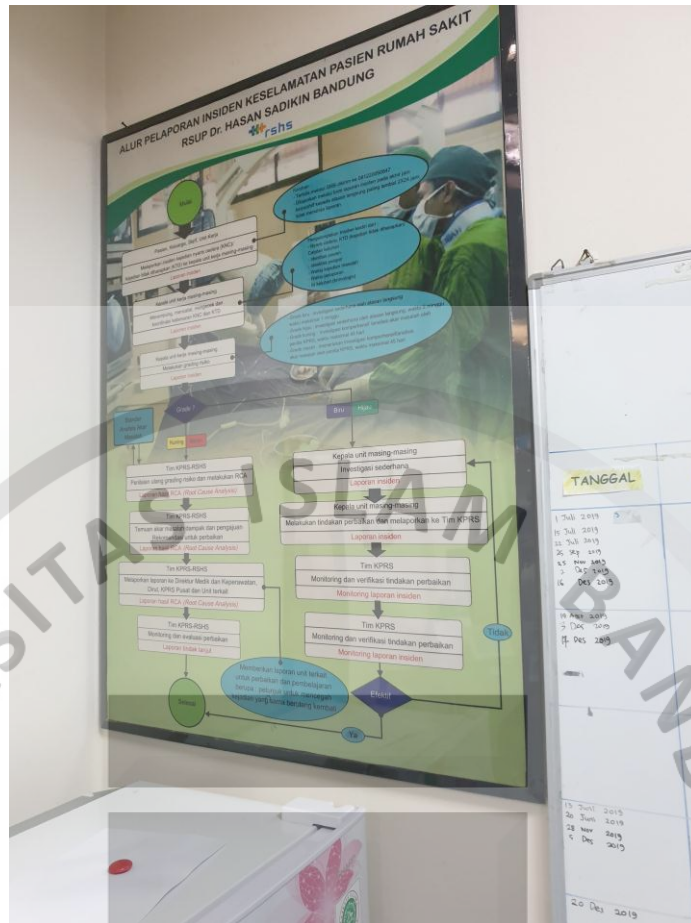


DAFTAR HADIR PIT STOP WAJIB (K3RS, BHD, PPIRS, KPRS)
 UNIT KERJA : 080720
 TANGGAL : 22 Januari 2019

NO	NIP	NAMA	Tempat :	EMAIL	TTD
1					
2	13042110006 13042117050	AGUEDA L CRUZ		cruzalut@gmail.com	
3		Artiff Karianda		kar_kar@yahoo.com	
4	13042114053	DEVI NOVIANTI		devi.novianti03@gmail.com	
5	13042115003	Santi Maria		maricaburhanuddin23@gmail.com	
6	13042117004	Huda Tong		huda.tong@gmail.com	
7	13042115006	Haruy mkyar		gototraw@yahoo.com	
8	13042115003	Windy Puspa Kusumah		matondang.dh@gmail.com	
9	130421160503	Imas Masitoh		windy.puspa@gmail.com	
10	13042115003	Eisy		imasmasitoh@gmail.com	
11	13042115003	Ansheer n.		ansheerachmanasy@yahoo.com	
12	13042115003	Kendy Saura		kendy.saura@gmail.com	
		Tri Karyadi		tri.flupad@gmail.com	
	13042115003	Egenvh		eggenvh@gmail.com	
		Tri Muya F		t.krosia@gmail.com	
		Josua		soskia_soraya@hotmail.com	
		Sefly		seflysurya@gmail.com	
		Penny		ramyadeputra@gmail.com	
		Imelda R. Nugraha		Imel1321@gmail.com	

Bukti melakukan pelatihan

PERPUSTAKAAN



Baner alur pelaporan



Laporan bukti melakukan pelatihan



Ruang Kebidanan



Ranjang Pasien



Gelang Risiko

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Di raih berdasarkan prinsip Subyektif, Objektif, Asesment dan Perencanaan (SOAP) Assessment, Diagnosis, Intervensi, Monitoring dan Evaluasi (ADIME)

IRJ RSHS

**KEBIDANAN & KANDUNGAN
KLINIK ONKOLOGI GINEKOLOGI
IRJ RSHS BANDUNG**

Diagnosis

1. Masalah kesehatan

2. Masalah psikologis

3. Masalah sosial

4. Masalah spiritual

5. Masalah lingkungan

6. Masalah lain

Assesment

1. Masalah kesehatan

2. Masalah psikologis

3. Masalah sosial

4. Masalah spiritual

5. Masalah lingkungan

6. Masalah lain

Intervensi

1. Masalah kesehatan

2. Masalah psikologis

3. Masalah sosial

4. Masalah spiritual

5. Masalah lingkungan

6. Masalah lain

Monitoring dan Evaluasi

1. Masalah kesehatan

2. Masalah psikologis

3. Masalah sosial

4. Masalah spiritual

5. Masalah lingkungan

6. Masalah lain

Handwritten notes:

1. Masalah kesehatan

2. Masalah psikologis

3. Masalah sosial

4. Masalah spiritual

5. Masalah lingkungan

6. Masalah lain

Signature:

Maria Yulha Anugrah, SST
NIP. 198003192000042019

Stamp:

IRJ RSHS BANDUNG

Footer:

*) Coret yang tidak perlu

RM.RI.05/17 Rev 04

Bukti melakukan pemeriksaan keselamatan pasien

Lampiran 6

Hasil Telaah Dokumen

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
 Jalan Pasteur No. 38, Bandung 40161
 Telepon : (022) 2034953, 2034954 (hunting) Faksimile : (022) 2032216, 2032533
 Laman : www.rshs.or.id Pos-el : rsup@rshs.web.id
 RSUP hotline : 0811220980, Contact Center : 022 - 2031110, Reservasi Online : rsup@rshs.or.id, rsup@rshs.or.id, rsup@rshs.or.id, rsup@rshs.or.id, rsup@rshs.or.id, rsup@rshs.or.id

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
NOMOR : HK.02.03/X.2.1.1/ 5263 /2019
TENTANG
TIM KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

Menimbang a. bahwa sehubungan adanya mutasi jabatan beberapa anggota tim dari dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, keselamatan kepada pasien serta untuk mengoptimalkan program keselamatan pasien rumah sakit maka dianggap perlu untuk membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit RSUP Dr. Hasan Sadikin;
 b. bahwa nama-nama pegawai yang tersebut dalam lampiran Keputusan ini dianggap mampu dan cakap untuk ditunjuk sebagai Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
 c. bahwa sehubungan dengan butir a-b tersebut diatas, dan untuk menunjang tertib administrasi, maka pembentukan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit tersebut perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Mengingat 1. Undang Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara;
 2. Undang Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Praktik Kedokteran;
 3. Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
 4. Undang Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
 5. Undang Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1673/MENKES/PER/XII/2005 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
 8. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1081/Menkes/SK/X/2007 tentang Susunan dan Uraian Jabatan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
 9. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit Departemen Kesehatan RI Tahun 2006.

Memperhatikan Pertimbangan Direksi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG TENTANG TIM KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG**

PERTAMA : Mencabut Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Nomor : HK.03.05/C011/J8310/XII/2016 tentang Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit disertai ucapan terima kasih atas jasa-jasanya selama melaksanakan tugas tersebut;

KEDUA....

Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami

Hard Copy Merupakan Uncontrolled Document

Surat keputusan direktur tentang tim keselamatan pasien

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT (RSUP) Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
NOMOR : HK.02.03/X.4.1.3/13762/2018
TENTANG
PANDUAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT
DI RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG,

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, maka perlu disusun kembali Panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana tersebut pada huruf a, maka Panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit tersebut perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
5. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1673/Menkes/Per/XII/2005 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/MENKES/PER/XI/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 436/MENKES/SK/VI/1993 tentang Berlakunya Standar Pelayanan di Rumah Sakit;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Memperhatikan : Pertimbangan Direksi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

MEMUTUSKAN ...

Kesehatan Anda Menjadi Prioritas Kami



Hard Copy Merupakan Uncontrolled Document

Surat keputusan direktur tentang panduan keselamatan pasien Rumah Sakit

 ALUR PELAPORAN EKSTERNAL INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT			
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	Nomor Dokumen HS.2.B34.9.0004	Nomor Revisi 01	Halaman 1/3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 21 Maret 2017	 Ditetapkan Direktur Utama  dr. Ayi Diahbarsari, MARS NIP.195711091984102001	
PENGERTIAN	<p>1. Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety</i>) adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.</p> <p>2. Insiden Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety Incident</i>) adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera (<i>harm</i>) berupa penyakit, cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian, dll., yang tidak seharusnya terjadi.</p> <p>3. Laporan insiden keselamatan pasien eksternal adalah pelaporan secara elektronik dan anonim kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit setiap Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau Kejadian Tidak Cedera (KTC) atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/Kejadian Sentinel) yang menimpa pasien setelah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya.</p>		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam alur pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUP Dr. Hasan		

Alur Pelaporan Eksternal

 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	ALUR PELAPORAN INTERNAL INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT		
	Nomor Dokumen HS.2.B34.9.0005	Nomor Revisi 01	Halaman 1/6
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 21 Maret 2017	Ditetapkan Direktur Utama  dr. Ayi Djembarsari, MARS NIP 195711091984102001	
PENGERTIAN	<p>1. Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety</i>) adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.</p> <p>2. Keselamatan Pasien meliputi bebas dari cedera (<i>harm</i>) yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera (<i>harm</i>) yang potensi akan terjadi, seperti penyakit, cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian, dll., yang terkait dengan pelayanan kesehatan.</p> <p>3. Insiden Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety Incident</i>) adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera (<i>harm</i>) berupa penyakit, cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian, dll., yang tidak seharusnya terjadi.</p> <p>4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / <i>Adverse Event</i> adalah kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan ("commission") atau karena tidak bertindak ("omission").</p>		


Alur Pelaporan internal

 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	PROSEDUR INVESTIGASI SEDERHANA INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT		
	Nomor Dokumen HS.2.B34.9.0003	Nomor Revisi 03	Halaman 1/2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal terbit 21 Maret 2017	Ditetapkan Direktur Utama   dr. Ayi Djembarsari, MARS NIP.195711091984102001	
PENGERTIAN	1. Investigasi sederhana adalah investigasi yang dilakukan pada insiden keselamatan pasien (KNC, KTC, KPC) dengan grating biru dan hijau. 2. Grating biru adalah insiden keselamatan pasien yang kemungkinan kejadiannya sangat jarang (sekali dalam > 5 tahun), dampak klinis tidak signifikan (tidak ada cedera). 3. Grating hijau adalah insiden keselamatan pasien yang kemungkinan kejadiannya jarang (sekali dalam 2-5 tahun), dampak klinis minor (cedera ringan, dapat diatasi dengan pertolongan pertama).		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam melakukan investigasi sederhana insiden keselamatan pasien di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.		
KEBIJAKAN	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 2. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) tahun 2015. 3. Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Nomor HK.02.04/E013/1886/XII/2015		

Prosedur Investigasi Insiden Keselamatan pasien


 PROSEDUR PENGELOLAAN KEJADIAN SENTINEL DENGAN MENGGUNAKAN ANALISIS AKAR MASALAH (ROOT CAUSE ANALYSIS)			
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung	No. Dokumen HS.2.A03.09.004	No. Revisi 02	Halaman 1/4
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Revisi 26 Maret 2015	 ditetapkan Ditandatangani oleh:  dr. Aylu Gunbarsari, MARS NIP. 19551091984102001	
PENGERTIAN	<p>1. Kejadian <i>sentinel</i> adalah suatu kejadian tidak diharapkan (KTD) yang tidak diantisipasi yang menyebabkan kematian atau cedera serius pada pasien, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> kematian tak terduga, termasuk, namun tidak terbatas pada: <ol style="list-style-type: none"> kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya (Misalnya, kematian akibat infeksi pasca operasi atau emboli paru yang didapat di rumah sakit); kematian bayi cukup bulan; dan bunuh diri; kehilangan anggota tubuh atau fungsi secara permanen yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya; tindakan bedah yang dilakukan salah tempat, salah prosedur dan salah pasien; penularan penyakit kronis atau fatal akibat dari transfusi darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan yang terkontaminasi; penjualan bayi atau penyerahan bayi kepada orang tua yang salah (bukan kepada orang tuanya) pada saat pulang; pemeriksaan, kekerasan di tempat kerja seperti penyerangan yang menyebabkan kematian atau kehilangan fungsi secara permanen atau pembunuhan dengan sengaja kepada pasien, pegawai, dokter, mahasiswa (kedokteran, keperawatan, dll), <i>trainee</i>, peserta pelatihan, pengunjung, atau <i>vendor</i> ketika berada di lingkungan rumah sakit; peralatan medis dan non medis yang mencederaikan pasien yang menyebabkan kematian atau cedera yang serius pada pasien; tertinggalnya instrumen atau benda lainnya (Mis.: kasa, jarum bedah, dll.) dalam rongga tubuh pasien setelah operasi dan memerlukan tindakan operasi ulang; reaksi hemolitik akibat ketidakcocokan golongan darah pada saat transfusi darah. <p>Kejadian dikatakan <i>sentinel</i> karena memerlukan investigasi dan respon yang cepat.</p>		

Prosedur Pengelolaan Kejadian Sentinel dengan menggunakan RCA



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

Jalan Pasteur No. 38, Bandung 40161
 Telepon : (022) 2034953, 2034954 (hunting) Faksimile : (022) 2032216, 2032533
 Laman : www.rshs.or.id Pos-el : humprrshs@gmail.com
 sms hotline : 08112335555



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
NOMOR : HK.02.04/E013/17731/XI/2015
TENTANG
PENGELOLAAN KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD)
DI RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

Menimbang : a. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, maka perlu Kebijakan Pengelolaan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana tersebut pada huruf a dan b, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama tentang Pengelolaan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;

2. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika;

3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;

4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;

5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;

6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;

7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1673/MENKES/PER/XII/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Hasan Sadikin Bandung;

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medik;

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/MENKES/PER/XI/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;

10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;



12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 436/MENKES/SK/VI/1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan di Rumah Sakit;

13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Memperhatikan : Pertimbangan Direksi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

MEMUTUSKAN

Surat keputusan direktur tentang pengelolaan kejadian tidak diharapkan


KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG


Jalan Pasteur No. 38, Bandung 40132
 Telepon : (022) 2034503, 2034954 (Surung); Faksimile : (022) 2032216, 2032533
 Laman : www.rsuhb.com | Pos-el : humas@rsuhb.com
 sms hotline : 08112335555

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
NOMOR : HK.02.04/E013/15426/IX/2015
TENTANG
PENGELOLAAN KEJADIAN NYARIS CEDERA (KNC) PADA KESELAMATAN PASIEN
DI RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG,

Menimbang : a. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada keselamatan pasien di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, maka perlu Pengelolaan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) pada Keselamatan Pasien di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama tentang Pengelolaan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) pada Keselamatan Pasien di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;

3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;

4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;

5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;

6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1673/MENKES/PER/XII/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;

7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medik;

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/MENKES/PER/XI/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran;

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;

10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Ijin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;

11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 436/MENKES/SK/VI/1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan di Rumah Sakit;

12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Memperhatikan : Pertimbangan Direksi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG TENTANG PENGELOLAAN KEJADIAN NYARIS CEDERA (KNC) PADA KESELAMATAN PASIEN DI RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG.**

Surat Keputusan Direktur tentang pengelolaan Kejadian nyaris cedera pada keselamatan pasien

RIWAYAT HIDUP



Peneliti bernama lengkap Agung Rahmat Priwardana, lahir di Bandung 18 Desember 1997. Penulis merupakan anak pertama dari dua bersaudara dari pasangan Drs. H. Cucu Supriyatna dan Suwarni. Penulis telah menempuh pendidikan sekolah dasar di SD Darul-Hikam Bandung 2003-2009, sekolah menengah pertama di SMP Negeri 12 Bandung pada tahun 2009-2012, Sekolah menengah atas di SMA Negeri 2 Bandung tahun 2012-2015, dan melanjutkan pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung dari tahun 2016 hingga sekarang.

Pengalaman organisasi dan kepanitian selama masa perkuliahan di Fakultas kedokteran Universitas Islam Bandung yaitu:

1. Regional coordinator Funding and Partnership Ikatan Senat Mahasiswa Kedokteran Wilayah 2 periode 2018/2019 dan 2019/2020.
2. Dirjen Sosial Kementerian Sosial&Politik Badan Eksekutif Mahasiswa Universitas Islam Bandung Periode 2019/2020.
3. Staff hubungan luar Badan Eksekutif Mahasiswa Fakultas Kedokteran periode 2019/2020.

4. Anggota INFOKOM Badan Eksekutif Mahasiswa Fakultas Kedokteran Periode 2017/2018 dan 2018/2019.
5. Ketua Pelaksana ISPRO 1 ISMKI Wilayah 2 pada tahun 2019 yang diselenggarakan di Universitas Islam Bandung

