



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PERBAIKAN ANGKA KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN  
DENGAN METODE SIX SIGMA DI  
INSTALASI RAWAT INAP RS ANNA MEDIKA  
BEKASI TAHUN 2011**

**TESIS**

**OLEH**

**RIZKI CINDERASUCI  
NPM: 0906591386**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
DEPOK  
JANUARI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PERBAIKAN ANGKA KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN  
DENGAN METODE SIX SIGMA DI  
INSTALASI RAWAT INAP RS ANNA MEDIKA  
BEKASI TAHUN 2011**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Administrasi Rumah Sakit**

**OLEH**

**RIZKI CINDERASUCI  
NPM: 0906591386**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
DEPOK  
JANUARI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri  
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar**

**Nama : Rizki Cinderasuci**

**NPM : 0906591386**

**Tanda Tangan :**



**Tanggal : 24 Januari 2012**

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Rizki Cinderasuci  
NPM : 0906591386  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul Tesis : Perbaikan Angka Kejadian Tidak Diharapkan dengan Metode Six Sigma di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika Bekasi Utara 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : DR. Ede S. Darmawan, SKM, MDM (.....)  
Penguji : Vetty Yulianty Permanasari SSi, MPH (.....)  
Penguji : Dr. Wirda Saleh, SH, MH.Kes, MARS (.....)  
Penguji : Drg. Indah Rosana, MKes (.....)

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 24 Januari 2012

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Rizki Cinderasuci  
NPM : 0906591386  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Tahun Akademik : 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan Plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**PERBAIKAN ANGKA KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN DENGAN  
METODE SIX SIGMA DI INSTALASI RAWAT INAP RS ANNA MEDIKA  
BEKASI TAHUN 2011**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Depok, 24 Januari 2012



Rizki Cinderasuci

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT atas Rahmat dan Karunia-Nya, alhamdulillah penulis dapat menyelesaikan tesis **Perbaikan Angka Kejadian Tidak Diharapkan dengan Metode Six Sigma di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika Bekasi Tahun 2011**. Penulisan tesis ini merupakan tugas akhir sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Unniversitas Indonesia (FKMUI).

Selama penyusunan tesis ini dilakukan, penulis telah mendapatkan bantuan baik moril, materil, bimbingan, pengarahan dan fasilitas dari berbagai pihak, maka dengan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. DR. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM, selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan banyak bantuan, bimbingan, arahan, dan dukungan kepada penulis sejak awal penulisan tesis hingga selesai,
2. Ketua Program Pascasarjana Kajian Administrasi RS FKMUI beserta para staf pengajar yang telah memberikan masukan wawasan dan ilmu selama penulis menjalani pendidikan,
3. Seluruh staf sekretariat Departemen AKK yang telah banyak membantu dan memberikan fasilitas selama penulis menjalani pendidikan,
4. Seluruh Tim Penguji Tesis yang telah memberikan banyak kritik, saran, dan masukan untuk kesempurnaan tesis ini.
5. Dr. Wirda Saleh, SH., MH.Kes, MARS selaku Direktur RS Anna Medika, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan penelitian di RSIA Anna Medika.
6. Seluruh Manajemen dan Staf RS Anna Medika yang telah bekerja sama dengan penulis selama pengambilan data dalam penelitian ini.

7. Suami tercinta, Ahmad Faisal, S.Si, yang selalu memberikan dukungan moril dan materiil selama penyusunan tesis berlangsung.
8. Ibunda tercinta, Ir. Tri Siwi Handayani, yang selalu memberikan dukungan dan doa selama penulis menjalani pendidikan.
9. Teman-teman kuliah peserta Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit FKMUI Angkatan 2009 dan 2010 yang banyak memberikan dorongan dan masukan kepada penulis.

Akhirnya, kepada seluruh pihak yang membantu penulis sejak awal pendidikan hingga selesainya tesis ini, penulis mengucapkan terima kasih. Semoga Allah SWT memberikan balasan dan berkah atas kebaikan hati dan dukungan yang telah diberikan.

Jakarta, Januari 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rizki Cinderasuci  
NPM : 0906591386  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

PERBAIKAN ANGKA KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN DENGAN  
METODE SIX SIGMA DI INSTALASI RAWAT INAP  
RS ANNA MEDIKA BEKASI UTARA 2011

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia atau memformatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 24 Januari 2011

Yang menyatakan



Rizki Cinderasuci



## ABSTRAK

Nama : Rizki Cinderasuci

Program Studi : Kajian Administrasi RS

Judul : Perbaikan Angka Kejadian Tidak Diharapkan dengan Metode Six Sigma di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika Bekasi Tahun 2011

Penelitian ini bertujuan memperbaiki angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di ruang rawat biasa Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika dengan metode Six Sigma. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif yang ditunjang dengan metode kuantitatif. Hasil penelitian menyarankan pengembangan yang paling tepat adalah pengawasan langsung kepada petugas kesehatan dan penempatan sabun disertai label peringatan di tiap wastafel kamar perawatan, disertai upaya untuk meminimalisir biaya pelatihan berkala, evaluasi hasil pengembangan, modifikasi komponen biaya, dan pemberdayaan seluruh petugas untuk mendukung program tersebut.

Kata Kunci :

Upaya Keselamatan Pasien, Kejadian Tidak Diharapkan, Six Sigma

## ABSTRACT

Name : Rizki Cinderasuci

Study Program : Hospital Administration Study

Title : Adverse Event Rate Improvement using Six Sigma Method in Inpatient Service of Anna Medika Hospital Northern Bekasi 2011

This research aims to improve adverse event rate in regular care on inpatient service of Anna Medika Hospital using Six Sigma method. Qualitative approach with quantitative method support is used in this research. The results suggest hospital to improve adverse event rate by observing of health workers' hand hygiene and procedures, and providing liquid soap with warning sign hand washing sink in every patient's room.

Keyword :

Patient Safety, Adverse Event, Six Sigma

## DAFTAR ISI

|   | Halaman   |
|---|-----------|
| HALAMAN JUDUL   | i         |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS   | ii        |
| HALAMAN PENGESAHAN  | iii       |
| SURAT PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT  | iv        |
| KATA PENGANTAR  | v         |
| LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR<br>UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS | vii       |
| ABSTRAK   | viii      |
| ABSTRACT  | ix        |
| DAFTAR ISI  | x         |
| DAFTAR TABEL  | xiii      |
| DAFTAR GAMBAR   | xiv       |
| DAFTAR LAMPIRAN   | xv        |
| <b>BAB I PENDAHULUAN</b>  | <b>1</b>  |
| 1.1 Latar Belakang  | 1         |
| 1.2 Rumusan Masalah   | 4         |
| 1.3 Pertanyaan Penelitian   | 5         |
| 1.4 Tujuan Penelitian   | 6         |
| 1.4.1 Tujuan Umum   | 6         |
| 1.4.2 Tujuan Khusus   | 6         |
| 1.5 Manfaat Penelitian  | 6         |
| 1.5.1 Manfaat Aplikatif   | 6         |
| 1.5.2 Manfaat Metodologis   | 6         |
| 1.6 Ruang Lingkup Penelitian  | 7         |
| <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>  | <b>8</b>  |
| 2.1 Upaya Keselamatan Pasien  | 8         |
| 2.1.1 Pengertian dan Tujuan Upaya Keselamatan Pasien                              | 8         |
| 2.1.2 Insiden Kejadian Tidak Diharapkan di Dunia                                  | 10        |
| 2.1.3 Upaya Keselamatan Pasien di Dunia   | 12        |
| 2.1.4 Upaya Keselamatan Pasien di Indonesia                                       | 14        |
| 2.2 Metode Six Sigma  | 16        |
| 2.2.1 Pengertian Six Sigma  | 16        |
| 2.2.2 Prinsip-prinsip dalam Metode Six Sigma                                      | 17        |
| 2.2.3 Implementasi Six Sigma dalam Bidang Kesehatan                               | 23        |
| <b>BAB III GAMBARAN UMUM RS ANNA MEDIKA</b>                                       | <b>26</b> |
| 3.1 Visi dan Misi   | 26        |
| 3.1.1 Visi  | 26        |
| 3.1.2 Misi  | 26        |
| 3.2 Sejarah   | 26        |

|   | Halaman   |
|---|-----------|
| 3.3 Lokasi dan Sarana Prasarana   | 26        |
| 3.4 Sumber Daya Manusia (SDM)   | 26        |
| 3.5 Pelayanan Medis   | 27        |
| 3.5.1 Rawat Jalan   | 27        |
| 3.5.2 Rawat Inap  | 29        |
| 3.5.3 Persalinan dan Operasi  | 30        |
| 3.6 Pelayanan Penunjang   | 30        |
| <b>BAB IV KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI ISTILAH</b>                                 | <b>31</b> |
| 4.1 Kerangka Pikir  | 31        |
| 4.2 Definisi Istilah  | 32        |
| 4.2.1 Upaya Keselamatan Pasien RS Anna Medika                                     | 32        |
| 4.2.2 <i>Define</i>   | 32        |
| 4.2.3 <i>Measure</i>  | 33        |
| 4.2.4 <i>Analyze</i>  | 34        |
| 4.2.5 <i>Improve</i>  | 35        |
| 4.2.6 <i>Control</i>  | 35        |
| 4.2.7 Rancangan Perbaikan Upaya Keselamatan Pasien<br>RS Anna Medika              | 36        |
| <b>BAB V METODE PENELITIAN</b>  | <b>37</b> |
| 5.1 Desain Penelitian   | 37        |
| 5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian   | 37        |
| 5.3 Pengumpulan Data  | 37        |
| 5.3.1 Data Primer   | 37        |
| 5.3.2 Data Sekunder   | 37        |
| 5.4 Tahapan penelitian  | 38        |
| 5.5 Narasumber, Subjek Penelitian, Populasi, dan Sampel<br>Penelitian             | 38        |
| 5.5.1 Narasumber dan Subjek Penelitian  | 38        |
| 5.5.2 Populasi dan Sampel Penelitian  | 39        |
| 5.6 Instrumen Penelitian  | 39        |
| 5.7 Sumber Data yang Dibutuhkan   | 40        |
| 5.8 Pemeriksaan Validitas dan Reabilitas Data                                     | 40        |
| 5.9 Pengolahan Data   | 41        |
| 5.10 Analisis Data  | 41        |
| 5.11 Pelaksanaan Pengumpulan Data   | 42        |
| <b>BAB VI HASIL PENELITIAN</b>  | <b>43</b> |
| 6.1 Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika                        | 43        |
| 6.1.1 Data Indikator Keselamatan Pasien di Instalasi<br>Rawat Inap RS Anna Medika | 43        |
| 6.1.2 Program Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat<br>Inap RS Anna Medika        | 45        |

|   | Halaman   |
|---|-----------|
| 6.2 Tahap <i>Define</i>   | 47        |
| 6.2.1 <i>Voice of Employee</i> Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika              | 47        |
| 6.2.2 Hasil Observasi Kegiatan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika | 49        |
| 6.3 Tahap <i>Measure</i>  | 50        |
| 6.3.1 Pemetaan Proses   | 51        |
| 6.3.2 Penilaian Keterkaitan Input   | 55        |
| 6.4 Tahap <i>Analyze</i>  | 57        |
| 6.4.1 <i>Failure Mode Effect Analysis</i>                                       | 57        |
| 6.4.2 <i>Current Reality Tree</i>   | 60        |
| 6.5 Tahap <i>Improve</i>  | 62        |
| 6.6 Tahap <i>Control</i>  | 66        |
| 6.7 Upaya Perbaikan Angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika            | 68        |
| <b>BAB VII PEMBAHASAN</b>   | <b>71</b> |
| 7.1 Keterbatasan Penelitian   | 71        |
| 7.2 Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika                      | 72        |
| 7.2.1 Data Indikator Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika     | 72        |
| 7.2.2 Program Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika            | 74        |
| 7.3 Tahap <i>Define</i>   | 76        |
| 7.4 Tahap <i>Measure</i>  | 78        |
| 7.5 Tahap <i>Analyze</i>  | 79        |
| 7.6 Tahap <i>Improve</i>  | 80        |
| 7.7 Tahap <i>Control</i>  | 81        |
| 7.8 Upaya Perbaikan Angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika            | 83        |
| <b>BAB VIII SIMPULAN DAN SARAN</b>  | <b>85</b> |
| 8.1 Kesimpulan  | 85        |
| 8.2 Saran   | 86        |
| 8.2.1 Bagi Rumah Sakit Anna Medika  | 86        |
| 8.2.2 Bagi Penelitian Selanjutnya   | 87        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b>   | <b>89</b> |

## DAFTAR TABEL

|   | Halaman |
|---|---------|
| Tabel 2.1 Angka Kejadian Tidak Diharapkan di Berbagai Negara  | 11      |
| Tabel 2.2 Kegiatan dan <i>Tools</i> yang dibutuhkan dalam tahap <i>Define</i>   | 17      |
| Tabel 2.3 Hierarchy dan Peran dalam Tim Six Sigma   | 18      |
| Tabel 2.4 Kegiatan dan <i>Tools</i> yang dibutuhkan dalam tahap <i>Measure</i>  | 20      |
| Tabel 2.5 Kegiatan dan <i>Tools</i> yang dibutuhkan dalam tahap <i>Analyze</i>  | 20      |
| Tabel 2.6 Kegiatan dan <i>Tools</i> yang dibutuhkan dalam tahap <i>Improve</i>  | 21      |
| Tabel 2.7 Kegiatan dan <i>Tools</i> yang dibutuhkan dalam tahap <i>Control</i>  | 22      |
| Tabel 3.1 Data Jumlah dan Kategori Pegawai RS Anna Medika   | 27      |
| Tabel 3.2 Kinerja Rawat Inap RS Anna Medika   | 30      |
| Tabel 6.1 Angka Kejadian Infeksi Nosokomial di Ruang Mawar dan Ruang Melati RS Anna Medika Periode Januari-Juni 2011                  | 44      |
| Tabel 6.2 Hasil Penelitian Persepsi Petugas terhadap Kecepatan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika | 48      |
| Tabel 6.3 <i>Cause Effect Matrix</i> Infeksi karena Jarum Infus di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika                                | 56      |
| Tabel 6.4 <i>Failure Mode Effect Analysis</i> Infeksi karena Jarum Infus di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika                       | 58      |
| Tabel 6.5 Peringkat Solusi untuk Mengatasi Infeksi karena Jarum Infus di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika                          | 65      |
| Tabel 6.6 Kelebihan Solusi Perbaikan Angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika   | 66      |
| Tabel 6.7 Kekurangan Solusi Perbaikan Angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika  | 67      |
| Tabel 6.8 Tahap Upaya Perbaikan Angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika  | 69      |

## DAFTAR GAMBAR

|            | Halaman   |    |
|------------|---|----|
| Gambar 3.1 | Diagram Jumlah Kunjungan Pasien Poliklinik RS Anna Medika Periode Februari-Desember 2010                            | 28 |
| Gambar 3.2 | Diagram Jumlah Pasien Ruang Rawat Inap RS Anna Medika Bulan Februari – Desember 2010                                | 29 |
| Gambar 4.1 | Diagram Kerangka Pikir Penelitian Upaya Perbaikan Angka KTD dengan Metode Six Sigma RS Anna Medika                  | 31 |
| Gambar 5.1 | Diagram Tahapan Penelitian Upaya Perbaikan Angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika dengan Metode Six Sigma | 38 |
| Gambar 6.1 | Diagram <i>Process Mapping</i> Pelayanan Rawat Inap RS Anna Medika  | 51 |
| Gambar 6.2 | Diagram Proses Pemasangan Infus   | 54 |
| Gambar 6.3 | Analisa Masalah dengan <i>Current Reality Tree</i>  | 61 |

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Struktur Organisasi RS Anna Medika
- Lampiran 2 Kondisi Pelayanan RSIA Anna Medika 10 Februari – 31 Desember 2010
- Lampiran 3 Data Pegawai Tetap RSIA Anna Medika
- Lampiran 4 Pedoman Wawancara Mendalam Direktur
- Lampiran 5 Pedoman Wawancara Mendalam Kepala Bagian Keperawatan
- Lampiran 6 Pedoman Wawancara Mendalam Koordinator Rawat Inap
- Lampiran 7 Pedoman Wawancara Mendalam Koordinator Farmasi
- Lampiran 8 Pedoman Wawancara Mendalam PJ Ruang Rawat Inap
- Lampiran 9 Kuisisioner Kekeperawatan Insiden Kejadian Tidak Diharapkan di RS Anna Medika
- Lampiran 10 Daftar Tilik Dokumen Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika
- Lampiran 11 Hasil Observasi Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika
- Lampiran 12 Matriks Wawancara Mendalam dengan Direktur RS
- Lampiran 13 Matriks Wawancara Mendalam dengan Kepala Bidang Keperawatan
- Lampiran 14 Matriks Wawancara Mendalam dengan Koordinator Rawat Inap
- Lampiran 15 Matriks Wawancara Mendalam dengan Koordinator Instalasi Farmasi
- Lampiran 16 Matriks Wawancara Mendalam dengan PJ Ruang Rawat Inap
- Lampiran 17 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuisisioner Kekeperawatan Insiden Kejadian Tidak Diharapkan di RS Anna Medika
- Lampiran 18 Proposal Program Pengawasan Langsung Kegiatan Cuci Tangan dan Prosedur Pemasangan Infus
- Lampiran 19 Proposal Program Penyediaan Sabun Cair disertai Label Peringatan Penggunaan Wastafel di Setiap Ruang Rawat Inap



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pada era globalisasi, persaingan pelayanan kesehatan semakin tinggi. Dalam persaingan antar organisasi pelayanan kesehatan, mutu merupakan aspek penting yang perlu diperhatikan. Semakin baik mutu dari suatu Rumah Sakit, akan semakin tinggi kesempatan untuk memenangkan persaingan yang ketat. Pelayanan kesehatan yang bermutu akan meningkatkan efektifitas dan efisiensi dari pelayanan yang diberikan oleh Rumah sakit kepada pelanggan.

Untuk meningkatkan mutu dan kinerja organisasi, evaluasi dan perbaikan terus menerus harus dilakukan oleh organisasi tersebut. Tiap organisasi yang akan melakukan perbaikan dalam proses mereka harus menjawab pertanyaan mengenai bagaimana dan di mana mereka harus memulai perbaikan proses, dan perangkat apa yang dapat digunakan untuk mendefinisikan, mengukur, menganalisa, memperbaiki, dan mengontrol perbaikan yang telah dilakukan. Rumah sakit sebagai salah satu perwujudan dari organisasi juga harus melakukan perbaikan terus menerus. Oleh karena itu, RS dapat mengadaptasi alat perbaikan proses dari bidang non-kesehatan.

Six sigma merupakan salah satu perangkat untuk perbaikan proses yang berasal dari bidang teknik. Six Sigma menggunakan kerangka *Define-Measure-Analyze-Improve-Control* (DMAIC) dalam perbaikan bidang yang diinginkan. Metode Six Sigma masih relatif baru dan belum banyak diterapkan dalam bidang kesehatan. Johnson, dkk. menyatakan seperti Six Sigma dapat diaplikasikan sebagai alat bantu perbaikan proses di bidang kesehatan.

Salah satu upaya peningkatan mutu di Rumah sakit adalah dengan menjalankan Program Keselamatan Pasien (*Patient Safety*). *Patient safety* menurut Panduan Nasional Keselamatan Pasien dari Departemen Kesehatan (sekarang Kementrian Kesehatan) RI merupakan program menjaga mutu dengan cara membuat asuhan pasien lebih aman. Program keselamatan pasien bertujuan mencegah teradinya cedera pasien yang disebabkan oleh kesalahan akibat

melakukan suatu tindakan, atau akibat tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

Menurut *The National Patient Safety Agency* (2003), keselamatan pasien adalah proses yang dijalankan oleh organisasi yang bertujuan membuat layanan kepada pasien menjadi lebih aman. Proses tersebut mencakup pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, dan kemampuan belajar dari suatu kejadian, menindaklanjuti suatu kejadian, dan menerapkan solusi untuk meminimalkan risiko berulangnya kejadian serupa.

Akhir-akhir ini, *patient safety* merupakan isu yang diperhatikan dalam penyelenggaraan rumah sakit. Berbagai organisasi yang khusus menangani masalah keselamatan pasien terbentuk di seluruh dunia. *World Health Organization* (WHO) membentuk *World Alliance for Patient Safety* pada tahun 2004 sebagai bentuk upaya peningkatan keselamatan pasien berskala internasional. Di Amerika Serikat, *Joint Commission on Hospital Accreditation* (JCAHO) setiap tahunnya menetapkan *National Patient Safety Goals* (NPGS) yang berisikan panduan kriteria untuk pencapaian tujuan keselamatan pasien. Di Indonesia, Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) membentuk secara khusus Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). KKPRS memiliki tugas pokok mendorong dan membina gerakan Keselamatan Pasien di seluruh sarana pelayanan kesehatan di Indonesia. {KKPRS, 2007 #1}

Keselamatan pasien di Indonesia diatur dalam Undang-Undang no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Ada banyak pasal yang berkaitan dengan upaya keselamatan pasien atau *patient safety*. Bahkan UURS memiliki bagian tersendiri, yaitu Bagian Kelima, yang secara khusus membahas keselamatan pasien. Di bagian tersebut disampaikan bahwa RS wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien, penjelasan singkat mengenai pelaksanaan Standar Keselamatan pasien, pelaporan kegiatan keselamatan pasien kepada komite khusus, pelaporan insiden keselamatan pasien yang dibuat secara anonim, dan penjelasan mengenai peraturan yang akan mengatur lebih lanjut ketentuan mengenai keselamatan.

Masalah keselamatan pasien sebenarnya bukan merupakan hal yang baru. Catatan paling awal mengenai pelaporan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sudah ada sejak tahun 1950an, dengan sebagian besar masalah berupa pengabaian

pasien. (World Alliance on Patient Safety, 2004). Pada tahun 1985, terbentuk *Anesthesia Patient Safety Foundation* (APSF) sebagai organisasi pertama multidisiplin yang independen yang didirikan untuk membantu mencegah KTD yang masih dapat dicegah, terutama yang berkaitan dengan kesalahan manusia. (Anesthesia Patient Safety Foundation, 2010)

Sekitar 100.000 kematian terjadi di Amerika Serikat akibat Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), dan 50% dari kematian tersebut masih dapat dicegah. Berdasarkan data dari *Utah Colorado Study* (UTCOS) pada tahun 1992, angka KTD di Amerika Serikat sebesar 5,4%. Sedangkan di Australia pada tahun yang sama, hasil penelitian *Quality in Australian Health Care Study* (QAHCS) mengenai angka persentase KTD adalah 16,6%. Sementara itu Di Inggris data KTD pada tahun 1999-2000 sebesar 11,7%. (World Alliance on Patient Safety, 2004).

Di Indonesia, pencatatan angka KTD dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) masih belum terdokumentasikan dengan baik. Walaupun demikian, angka kejadian tuntutan dugaan malpraktek semakin banyak terjadi. Dengan maraknya gugatan malpraktek tersebut, rumah sakit perlu menerapkan program keselamatan pasien agar terhindar dari masalah tersebut, sekaligus meningkatkan mutu, efisiensi, dan efektifitas pelayanan kesehatan yang diberikan.

Dalam praktik sehari-hari, KTD yang terjadi secara rutin dianggap kesalahan dari dokter atau perawat yang bertugas, dan kemungkinan bahwa kesalahan tersebut terkait dengan faktor organisasi atau sistem yang ada. (Connelly & Powers, 2005). Oleh karena itu, upaya keselamatan pasien RS yang ada di tiap sarana pelayanan kesehatan harus ditinjau dari perspektif sistem dan meniadakan budaya saling menyalahkan. Upaya keselamatan pasien di RS harus dilaksanakan secara terpadu, melibatkan berbagai disiplin, melibatkan seluruh karyawan rumah sakit, baik tenaga kesehatan maupun non kesehatan.

RS Anna Medika merupakan RS milik swasta yang baru beroperasi penuh sejak 16 September 2011, yang sebelumnya beroperasi dalam bentuk awal RSIA sejak Februari 2010. RS Anna Medika merupakan salah satu RS Milik Anna Group, yang sebelumnya telah mendirikan RSIA Anna. RS Anna Medika terletak di Jl. Perjuangan, Harapan Baru, Bekasi Utara. Visi RS Anna Medika

adalah menjadi rumah sakit yang berkualitas dan terkemuka yang dapat memberikan pelayanan terbaik kepada pasien. Sedangkan Misi RS Anna Medika adalah rumah sakit yang mampu memenuhi kebutuhan dan keinginan pasien, rumah sakit yang selalu memperhatikan kebutuhan dokter dan karyawannya, dan rumah sakit yang mampu berkembang dan dapat membuka cabang di tempat lain.

Upaya keselamatan pasien di RS Anna Medika belum banyak berjalan. Berdasarkan wawancara tidak terstruktur kepada Koordinator Rawat inap RS Anna Medika pada bulan Januari 2011, masih belum ada program keselamatan pasien yang disosialisasikan di RS tersebut. Pencatatan insiden juga masih belum baik, hanya mencakup insiden besar saja. Hal tersebut tidak sesuai dengan beberapa kriteria yang tercantum dalam Standar Keselamatan Pasien RS (Departemen Kesehatan R.I, 2006) yaitu tersedianya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, adanya mekanisme pelaporan internal dan eksternal, program pendidikan/pelatihan tentang *patient safety* dan lain sebagainya.

Berdasarkan wawancara tidak terstruktur terhadap 12 orang tenaga medis dan paramedis pada bulan Desember 2010-Januari 2011, 10 orang mengakui ada insiden KTD dan KNC di RS tersebut. Insiden yang paling sering adalah infeksi jarum infus, kesalahan pemberian dosis obat, dan kesalahan pemberian jenis obat. Insiden yang berakibat fatal yang pernah terjadi adalah tidak terpantaunya pemberian cairan intravena yang mengakibatkan pasien tersebut harus dirawat di ruang rawat intensif, dan insiden kesalahan diagnostik yang baru diketahui saat pasien menjalani operasi. Angka insiden tersebut belum tercatat, sehingga tidak sesuai dengan Standar Keselamatan Pasien RS yang diterbitkan Depkes tahun 2006. Standar tersebut menyatakan setiap RS harus mengumpulkan data kinerja yang terkait dengan pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, dan keuangan.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan temuan adanya beberapa insiden yang memiliki dampak cukup besar kepada pasien, insiden KTD ringan yang kerap berulang, dan masih minimnya dokumentasi yang berkaitan dengan keselamatan pasien,

penyelenggaraan upaya keselamatan pasien, khususnya upaya pencegahan KTD di RS Anna Medika masih memerlukan perbaikan. Instalasi Rawat Inap merupakan unit pelayanan yang memiliki kontak dengan pasien dalam jangka waktu yang paling panjang dibanding unit lain, sehingga keamanan dari layanan kesehatan yang diberikan sangat penting. Oleh karena itu, perbaikan angka KTD di RS Anna Medika dapat dimulai dari Instalasi Rawat Inap.

Solusi yang kerap ditawarkan untuk perbaikan angka KTD terkadang tidak mampu laksana dan tidak membudaya dalam pelaksanaan program sehari-hari. Untuk mencegah hal itu terjadi, upaya pengembangan suatu program lebih baik ditekankan kepada perbaikan proses, sehingga pengembangan dilakukan dengan pendekatan metode Six Sigma.

### 1.3 Pertanyaan penelitian

Pertanyaan penelitian ini adalah:

- a. Bagaimana upaya perbaikan angka KTD yang sedang berjalan di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika?
- b. Area mana saja yang terkait dengan upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika? (*Define*)
- c. Komponen proses apa saja yang terlibat dalam upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika yang menjadi prioritas perbaikan tersebut? (*Measure*)
- d. Apa saja penyebab masalah dalam proses pelaksanaan upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika? (*Analyze*)
- e. Solusi apa yang tepat untuk mengatasi masalah dalam pelaksanaan upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika? (*Improve*)
- f. Bagaimana cara memastikan pengembangan yang dilakukan dalam upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika dapat berjalan secara terus menerus? (*Control*)

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Tersusunnya pengembangan upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika dengan metode Six Sigma.

### **1.4.2 Tujuan Khusus**

- a. Diketuainya upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika
- b. Diketuainya area yang terkait dengan upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika
- c. Diketuainya komponen proses apa saja yang terlibat dalam area perbaikan angka KTD yang menjadi prioritas perbaikan di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika.
- d. Diketuainya penyebab masalah dalam proses pelaksanaan upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika
- e. Diketuainya solusi untuk meningkatkan upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika.
- f. Diketuainya cara untuk memastikan perbaikan yang dilakukan dalam upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika dapat berjalan secara terus menerus.
- g. Diketuainya rencana pengembangan upaya perbaikan angka KTD Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Manfaat Aplikatif**

Hasil penelitian ini menjadi masukan pihak manajemen RS Anna Medika untuk mengambil keputusan dalam upaya meningkatkan mutu dan kinerja rumah sakit., terutama dalam bidang keselamatan pasien.

### **1.5.2 Manfaat Metodologis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat dalam pengembangan konsep Six Sigma sebagai perangkat atau *tools* yang dapat dipakai dalam

perencanaan perbaikan kinerja suatu program di RS, khususnya program keselamatan pasien, yaitu upaya perbaikan angka KTD. Penelitian ini juga memberikan manfaat bagi pihak-pihak yang akan melakukan penelitian yang bertujuan untuk peningkatan kinerja pada suatu program atau unit, rumah sakit pada khususnya, dan dalam suatu organisasi pada umumnya.

### **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian campuran antara kualitatif dengan kuantitatif terkait dengan perbaikan angka KTD. Ruang lingkup keselamatan kepada pasien pada dasarnya mencakup dari sejak pasien datang hingga pasien pulang, baik aspek pelayanan kesehatan maupun aspek nonpelayanan kesehatan. Pada penelitian ini, upaya keselamatan pasien yang dimaksud adalah upaya pencegahan cedera pada pasien akibat melakukan tindakan atau akibat tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan dalam pemberian layanan kesehatan kepada pasien, khususnya upaya pencegahan terjadinya KTD. Variabel dalam penelitian ini mengikuti variabel alur dari metode Six Sigma, yaitu *Define-Measure-Analyze-Improve*-dan *Control*.

Penelitian akan dilakukan di RS Anna Medika. Unit yang akan diambil dalam penelitian ini adalah Instalasi Rawat Inap, yaitu Ruang Mawar dan Ruang Melati. Penelitian ini dilaksanakan dengan observasi, wawancara mendalam, diskusi, penelusuran dokumen yang ada, dan kuesioner. Hasil observasi tersebut kemudian akan dianalisa secara mendalam dengan prinsip Six Sigma.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Upaya Keselamatan pasien**

##### 2.1.1 Pengertian dan Tujuan Upaya Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien atau *Patient safety* memiliki banyak pengertian dari berbagai sumber. Menurut Panduan Nasional Pasien dari Departemen Kesehatan (sekarang Kementerian Kesehatan) RI (2006), keselamatan pasien adalah “suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman”. Menurut *The National Patient Safety Agency* (2003), keselamatan pasien adalah proses yang dijalankan oleh organisasi yang bertujuan membuat layanan kepada pasien menjadi lebih aman. Proses tersebut mencakup pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, dan kemampuan belajar dari suatu kejadian, menindaklanjuti suatu kejadian, dan menerapkan solusi untuk meminimalkan risiko berulangnya kejadian serupa. Sedangkan menurut Cooper tahun 2000, keselamatan pasien didefinisikan sebagai pencegahan, penghindaran, dan upaya perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan atau cedera akibat proses pelayanan kesehatan.

Berdasarkan berbagai definisi diatas, dapat disimpulkan keselamatan pasien adalah sistem yang bertujuan membuat asuhan pasien menjadi lebih aman, yang mencakup pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, dan kemampuan belajar dari suatu kejadian, menindaklanjuti suatu kejadian, dan menerapkan solusi untuk meminimalkan risiko berulangnya kejadian yang tidak diharapkan atau cedera akibat proses pelayanan kesehatan.

Ada beberapa istilah dalam yang digunakan dalam keselamatan pasien. Diantaranya adalah:

a. Kesalahan Medis atau *Medical Error*

Menurut Kohn (2000) kesalahan medis atau *medical error* adalah kesalahan yang terjadi dalam pemberian asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera kepada pasien.

Ada beberapa jenis kesalahan medis menurut , yaitu:

1) Kesalahan Peforma (*Performance Error*)



- a) Perisapan prosedur yang tidak adekuat
- b) Kurangnya pemantauan pasien paskaprocedur
- c) Penundaan terapi yang dapat dicegah
- 2) Kesalahan Diagnosis (*Diagnostic Error*)
  - a) Salah atau tertunda-nya diagnosis
  - b) Tidak melakukan pemeriksaan yang sesuai
  - c) Menggunakan cara pemeriksaan yang tidak valid atau sudah tidak dipakai
  - d) Tidak mengambil tindakan berdasarkan hasil pemeriksaan atau pengamatan kepada pasien.
- 3) Kesalahan Pengobatan (*Drug Treatment Error*)
  - a) Kesalahan cara pemakaian obat
  - b) Keterlambatan merespon hasil pemeriksaan
  - c) Pemberian pengobatan yang tidak tepat atau tidak layak
- 4) Kesalahan Pencegahan (*Preventable Error*)
  - a) Gagal menyediakan pencegahan penyakit
  - b) Monitor dan tindak lanjut yang tidak adekuat
- 5) Kesalahan Sistem
  - a) Sistem pemantauan yang kurang
  - b) Kegagalan peralatan
  - c) Kegagalan komunikasi
  - d) Kegagalan sistem lainnya

b. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event*.

Menurut Kohn (2000) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event* adalah kejadian yang mengakibatkan cedera pasien akibat pelaksanaan suatu tindakan atau akibat tidak melaksanakan tindakan yang perlu dilakukan, dan bukan karena penyakit dasar atau kondisi pasien

c. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau *Near Miss Incident*

Menurut JCAHO yang dikutip oleh The University Texas MD Anderson Cancer Center (UTMDACC) (2005), Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau *Near Miss Incident* adalah keadaan yang tidak menimbulkan KTD, namun memiliki

kesempatan besar untuk terjadinya KTD. Kriteria KNC adalah salah satu dari hal berikut:

- a) Adanya lepas tangan dan/atau komunikasi antara dua atau lebih departemen,
- b) Mengenai proses yang diketahui memiliki risiko tinggi, banyak dilaksanakan, atau mudah untuk terkena masalah,
- c) Kejadian tersebut dapat menjadi alasan perlunya edukasi keselamatan pasien pada suatu departemen
- d) Dan lain-lain sebagaimana dideskripsikan oleh komite/panitia mutu.

d. Kejadian Sentinel (KS) atau *sentinel event*

Menurut JCAHO yang dikutip oleh UTMDACC (2005), Kejadian Sentinel (KS) atau *sentinel event* adalah kejadian tidak terduga yang mengakibatkan kematian, cedera berat pada fisik atau psikologis, atau risiko yang mengarah ke kematian atau cedera berat. Istilah ini dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima. Contoh dari Kejadian Sentinel adalah tindakan operasi di bagian tubuh yang salah.

Berdasarkan Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang disusun oleh Departemen Kesehatan (sekarang Kementerian Kesehatan) tahun 2006, tujuan program keselamatan pasien antara lain:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatnya akutanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

### 2.1.2 Insiden Kejadian Tidak Diharapkan di Dunia

Berikut ini adalah data KTD dari layanan kesehatan di beberapa negara yang diambil dari *World Alliance on Patient Safety Forward Programme* (2005):

Tabel 2.1 Angka Kejadian Tidak Diharapkan di Berbagai Negara

| Penelitian   | Fokus penelitian<br>(tahun perawatan)             | Jumlah<br>rawat RS | Angka<br>KTD | Persentase<br>KTD<br>(%) |
|--|---|--------------------|--------------|--------------------------|
| Amerika Serikat<br>( <i>Harvard Medical Practise Study</i> )           | <i>Acute care hospital</i><br>(1984)              | 30.195             | 1.133        | 3,8                      |
| Amerika Serikat<br>( <i>Utah Colorado Study</i><br>(UTCOS))            | <i>Acute care hospital</i><br>(1992)              | 14.565             | 475          | 3,2                      |
| Amerika Serikat (UTCOS)  | <i>Acute care hospital</i><br>(1992)              | 14.565             | 787          | 5,4                      |
| Australia<br>( <i>Quality in Australian Health Care Study</i> (QAHCS)) | <i>Acute care hospital</i><br>(1992)              | 14.179             | 2.353        | 16,6                     |
| Australia (QAHCS)  | <i>Acute care hospital</i><br>(1992)              | 14.179             | 1.499        | 10,6                     |
| Inggris Raya   | <i>Acute care hospital</i><br>(1999-2000)         | 1.014              | 119          | 11,7                     |
| Denmark  | <i>Acute care hospital</i><br>(1998)              | 1.097              | 176          | 9,0                      |
| New Zealand  | <i>Acute care hospital</i><br>(1998)              | 6.579              | 849          | 12,9                     |
| Kanada   | <i>Acute and<br/>community hospital</i><br>(2001) | 3.720              | 279          | 7,5                      |

Sumber : World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2005

Sementara itu, berdasarkan dari area keselamatan pasien, data yang diperoleh dari WHO (2009) adalah:

a. Layanan Kesehatan Ibu Anak

Sekitar dua juta ibu dan bayi meninggal akibat komplikasi persalinan. Sebagian besar insiden tersebut terjadi pada negara berkembang, dan jumlah insiden yang dapat dicegah banyak.

b. Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial diperkirakan mengenai 1,4 juta orang. Di negara berkembang, rata-rata sekitar 5-10% pasien rawat inap terkena infeksi nosokomial.

c. Koordinasi dan Komunikasi

Berdasarkan penelitian pada tahun 2005, masalah komunikasi merupakan penyebab tunggal terbesar yang menyebabkan hampir 70% kejadian tidak diharapkan di RS.

d. Penggunaan alat suntik yang tidak aman

Sekitar 40% tindakan injeksi di seluruh dunia menggunakan alat suntik dan jarum yang tidak sekali pakai, tanpa proses pensterilan terlebih dahulu. Tindakan tersebut mengakibatkan 1,3 juta kematian tiap tahun di seluruh dunia, kehilangan 26 juta tahun usia hidup, dan beban biaya kesehatan langsung sebesar US\$ 535 juta per tahun.

e. Produk darah yang tidak aman

Diperkirakan sekitar 5-10% infeksi HIV di negara berkembang disebabkan oleh transfusi darah yang tidak aman.

f. Efek samping obat

Berdasarkan penelitian, diperkirakan sekitar 10% pasien mengalami efek samping obat yang sebagian besar dapat dicegah. Pada beberapa negara, angka rawat inap akibat efek samping obat mencapai lebih dari 10% total rawat inap.

### 2.1.3 Upaya Keselamatan Pasien di Dunia

Masalah keselamatan pasien sebenarnya bukan merupakan hal yang baru. Catatan paling awal mengenai pelaporan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sudah ada sejak tahun 1950an, dengan sebagian besar masalah berupa pengabaian pasien. (World Alliance on Patient Safety, 2004). Pada tahun 1985, terbentuk *Anesthesia Patient Safety Foundation* (APSF) sebagai organisasi pertama multidisiplin yang independen yang didirikan untuk membantu mencegah KTD yang masih dapat dicegah, terutama yang berkaitan dengan kesalahan manusia. (Anesthesia Patient Safety Foundation, 2010). Puncaknya, pada tahun 1999, Institute of Medicine menerbitkan *To Err is Human: Building a Safer Health System* sehingga yang memunculkan berbagai data yang menyebabkan keselamatan pasien menjadi perhatian utama pengambil kebijakan di bidang kesehatan. Pada tahun 2004, WHO mendirikan *World Alliance on Patient Safety*

untuk memberikan perhatian semaksimal mungkin dalam masalah keselamatan pasien. (World Health Organization)

*World Alliance for Patient Safety* pada tahun 2004 menerbitkan 6 program keselamatan pasien, dan tahun 2005 menambah 4 program lagi, sehingga keseluruhan 10 program WHO untuk keselamatan pasien adalah sbb :

1. *Global Patient Safety Challenge* :

*1st Challenge : 2005-2006 : Clean Care is Safer Care,*

*2<sup>nd</sup> Challenge : 2007-2008 : Safe Surgery Safe Lives*

2. *Patient for Patient Safety*

3. *Taxonomy for Patient Safety*

4. *Research for Patient Safety*

5. *Solutions for Patient Safety*

6. *Reporting and Learning*

7. *Safety in action*

8. *Technology for Patient Safety*

9. *Care of acutely ill patients*

10. *Patient safety knowledge at your fingertips*

Pada tgl 2 Mei 2007 WHO *Colaborating Centre for Patient Safety* resmi menerbitkan panduan “*Nine Life-Saving Patient Safety Solutions*” (“Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit”). Sembilan topik yang diberikan solusinya adalah sebagai berikut:

1. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (*Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*)
2. Pastikan Identifikasi pasien
3. Komunikasi secara benar saat serah terima/pengoperan pasien
4. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
5. Kendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*)
6. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan
7. Hindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*)
8. Gunakan alat injeksi sekali pakai

9. Tingkatkan kebersihan tangan (Hand hygiene) untuk pencegahan infeksi nosokomial

Di Amerika, JCAHO (2010) merumuskan *National Patient Safety Goals* (NPSG). NPSG merupakan formulasi titik fokus dari peningkatan upaya keselamatan pasien yang dilakukan pada tahun tersebut. NPSG yang terhitung berlaku mulai 1 Januari 2011 meliputi:

- a. Tujuan 1 : Memperbaiki keakuratan identifikasi pasien
- b. Tujuan 2 : Meningkatkan efektifitas komunikasi di antara pemberi layanan kesehatan
- c. Tujuan 3 : Meningkatkan keamanan penggunaan obat
- d. Tujuan 7 : Mengurangi risiko infeksi yang terkait dengan petugas kesehatan
- e. Tujuan 8 : memadukan pengobatan secara lengkap dan akurat pada keberlanjutan pengobatan
- f. Tujuan 15 : Rumah sakit mengidentifikasi risiko keselamatan dalam populasi pasien

#### 2.1.4 Upaya Keselamatan Pasien di Indonesia

Keselamatan pasien di Indonesia diatur dalam Undang-Undang no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Ada banyak pasal yang berkaitan dengan upaya keselamatan pasien atau *patient safety*. Bahkan UURS memiliki bagian tersendiri, yaitu Bagian Kelima, yang secara khusus membahas keselamatan pasien. Di bagian tersebut disampaikan bahwa RS wajib menerapkan standar keselamatan pasien, penjelasan singkat mengenai pelaksanaan standar keselamatan pasien, pelaporan kegiatan keselamatan pasien kepada komite khusus, pelaporan insiden keselamatan pasien yang dibuat secara anonim, dan penjelasan mengenai peraturan yang akan mengatur lebih lanjut ketentuan mengenai keselamatan pasien.

Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) untuk menangani masalah

keselamatan pasien di Indonesia. Visi KKPRS adalah meningkatnya keselamatan pasien dan mutu pelayanan rumah sakit. Sedangkan Misi KKPRS adalah:

- Mengangkat secara nasional fokus keselamatan pasien
- Mendorong terbentuknya kepemimpinan dan budaya Rumah Sakit yang mencakup keselamatan pasien dan peningkatan mutu pelayanan
- Mengembangkan standar pedoman keselamatan pasien berbasis riset dengan pengetahuan
- Bekerja sama dengan berbagai lembaga yang bertujuan meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan Rumah Sakit

KKPRS memiliki tugas pokok mendorong dan membina gerakan keselamatan pasien di seluruh sarana pelayanan kesehatan di Indonesia. (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2007)

Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit merupakan acuan bagi Rumah Sakit di Indonesia. Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit disusun oleh Departemen Kesehatan (sekarang Kementerian Kesehatan) pada tahun 2006. Tujuh Standar keselamatan pasien tersebut adalah:

- a. Hak pasien
- b. Mendidik pasien dan keluarga
- c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
- d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan Keselamatan pasien
- e. Peranan kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan pasien
- f. Mendidik staf tentang Keselamatan pasien
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai Keselamatan pasien

Mengacu pada Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit, KKPRS membuat Tujuh Langkah menuju Keselamatan pasien. Uraian Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

- a) Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
- b) Pimpin dan dukung staf anda
- c) Integrasikan aktifitas pengelolaan risiko
- d) Kembangkan sistem pelaporan

- e) Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- f) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
- g) Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien

## 2.2 Metode Six Sigma

### 2.2.1 Pengertian Six Sigma

Menurut Gasperz (2007) dan Konig, Verver, Heuvel, Bisgaard & Does (2006), Six Sigma merupakan manajemen strategi bisnis yang awalnya dikembangkan oleh Motorola pada tahun 1986. Menurut Gasperz (2007), Six sigma merupakan falsafah manajemen yang berfokus pada penghapusan kesalahan dengan penekanan pada pemahaman, pengukuran dan perbaikan proses sebesar 99,99966% atau 3,4 DPMO (*Deffect Per Million Opportu.* Penghapusan kesalahan tersebut dilakukan dengan menekan variabilitas dari proses yang telah terstandarisasi. (Premysis Consulting, 2010; Park, 2003)

Six sigma merupakan salah satu perangkat untuk perbaikan proses yang berasal dari bidang teknik. Six Sigma menggunakan kerangka *Define-Measure-Analyze-Improve-Control* (DMAIC) dalam perbaikan bidang yang diinginkan. Melalui Six Sigma, diharapkan berbagai masalah dapat terpecahkan sehingga efisiensi serta peluang untuk mempertahankan pelanggan, merebut pasar baru, dan membangun reputasi bagi organisasi. (Gasperz, 2007)

Metode Six Sigma digunakan apabila ada target yang menantang untuk masalah yang akan diselesaikan, ada sekelompok orang dari berbagai latar belakang yang memungkinkan saling kontribusi secara intelektual, ada keinginan untuk mendapatkan solusi kreatif dan lebih mantap, ada keinginan agar ide juga bermula dari bawah ke atas, dan ada keinginan semua orang ikut memiliki rasa memiliki terhadap suatu ide perbaikan. (Premysis Consulting, 2010)



### 2.1.2 Prinsip-prinsip dalam Metode Six Sigma

Six Sigma sebagai strategi bisnis digambarkan dalam persamaan:

$$Y = f(X_1, X_2, X_3, \dots)$$

Komponen X merupakan proses atau input yang mempengaruhi hasil, sedangkan komponen Y merupakan hasil yang diharapkan. Dari proses atau komponen X tersebut, dilakukan pemilihan proyek perbaikan, dengan metode Six Sigma.

Dalam metode Six Sigma, ada lima tahap yang terhimpun dalam suatu siklus. tahap tersebut adalah *Define* (Mendefinisikan), *Measure* (Mengukur), *Analyze* (Analisa), *Improve* (Memperbaiki), dan *Control* (Perbaikan). Kelima metode itu lebih dikenal sebagai DMAIC.

#### a. *Define*

Define merupakan tahapan pertama dalam proses DMAIC. Menurut Gasperz (2007), tahapan ini mendefinisikan secara formal sasaran peningkatan proses yang konsisten dengan permintaan atau kebutuhan pelanggan dan strategi perusahaan. Tahap ini bertujuan untuk menyatukan pendapat dari tim dan sponsor mengenai proyek yang akan dilakukan. Penyatuan pendapat tersebut termasuk ruang lingkup, tujuan, biaya dan target dari proyek yang akan dilakukan. Pada tim yang belum mengenal Six Sigma, dilakukan penjelasan mengenai Six Sigma

Menurut Park (2003) dan Premysis Consulting (2010), Kegiatan yang dilakukan dalam dalam Define beserta perangkat yang digunakan dalam tahap ini terjabar dalam tabel di bawah ini:

Tabel 2.2 Kegiatan dan *Tools* yang dibutuhkan dalam tahap *Define*

| Kegiatan   | Tools   |
|--|---|
| Klarifikasi dan penetapan Y (Proyek)   | Diagram Pareto, Analisa Murphy, <i>Project Charter</i> , Rencana Aksi, Peta Proses atau Diagram Alir, Diagram <i>Supplier-Input-Process-Output-Costumer</i> (SIPOC), FMEA, <i>Team Effectivement</i> , dll. |
| Penetapan Target Proyek  |   |
| Penentuan <i>Voice of Customer</i> (VOC) / <i>VoE</i> ( <i>Voice of Employee</i> ) |   |
| Penentuan Ruang Lingkup Y  |   |
| Pembentukan Tim  |   |
| Pembuatan Rencana Proyek   |   |

Tabel 2.2 Kegiatan dan *Tools* yang dibutuhkan dalam tahap *Define*

| Kegiatan                           | Tools |
|------------------------------------|-------|
| Penghitungan <i>Value Creation</i> |       |
| Pembaruan <i>Project Charter</i>   |       |

Berikut ini penjabaran lebih lanjut mengenai kegiatan-kegiatan dalam tahap *Define* dari suatu proyek Six Sigma:

- a) Klarifikasi dan penetapan Y (Proyek) , Penetapan Target Proyek, dan Penghitungan *Value of Creation*

Menurut Park (2003) dan Gasperz (2007), Proyek Six Sigma dipilih berdasarkan pokok-pokok permasalahan yang akan dianalisa. Oleh karena itu, diperlukan penetapan prioritas dari berbagai masalah atau berbagai kesempatan peningkatan kualitas yang akan ditangani terlebih dahulu.

- b) Pembentukan Tim

Menurut Gasperz (2007) dan Konig, Verver, Heuvel, Bisgaard & Does (2006), dan Premysis Consulting (2010), dalam proyek Six Sigma, terdapat beberapa orang atau kelompok orang dengan peran tertentu beserta gelar-gelar yang disandang. Penjabaran dari gelar dan peran tersebut dijelaskan dalam tabel di bawah ini:

Tabel 2.3 Hierarchy dan Peran dalam Tim Six Sigma

| Gelar   | Peran Umum   |
|---|--|
| <i>Senior Champion</i><br>/<br><i>Quality Council</i> | Meninjau secara periodik tentang kemajuan proyek Six Sigma, Menilai kemajuan dan mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dalam usaha Six Sigma.  |
| <i>Champion</i>                                       | Mengembangkan dan mengeksekusi rencana implementasi dan penyebarluasan Six Sigma dalam unit-unit bisnis strategis ( <i>Deployment Champion</i> )<br>Mengidentifikasi, memilih, menindaklanjuti, mengawasi Six Sigma yang ditangani oleh <i>Black Belt (Project Champion)</i> |
| <i>Master Black Belt</i>                              | Sebagai konsultan dalam menumbuhkembangkan dan menyebarluaskan strategi Six Sigma ke seluruh organisasi  |

Tabel 2.3 Hierarchy and Role in Six Sigma Team

| Gelar                                  | Peran Umum   |
|--|--|
| <i>Black Belt</i><br>(Pimpinan Proyek) | Memimpin tim dalam mengeksekusi aplikasi Six Sigma dan merealisasi manfaat-manfaat yang telah menjadi target.  |
| <i>Green Belt</i><br>(Anggota Proyek)  | Membantu <i>Black Belt</i> dalam menyebarluaskan keberhasilan teknik-teknik Six Sigma<br>Memimpin peningkatan berskala kecil dalam area kerja mereka |

c) Penentuan Proses Kunci Beserta Pelanggan

Gasperz (2007) menyatakan dalam proyek Six Sigma, proses dan subproses dari proyek yang digarap harus didefinisikan. Definisi tersebut juga mencakup interaksi atau keterlibatan pelanggan. Salah satu *tools* yang digunakan adalah diagram *Supplier-Input-Process-Output- Customer* (SIPOC)

d) Penentuan Kebutuhan Pelanggan

Gaspersz (2007) dan Park (2005) menyatakan bahwa kebutuhan pelanggan secara spesifik perlu dipahami untuk mendapatkan perbaikan proses yang memenuhi keinginan pelanggan. Kebutuhan tersebut meliputi karakteristik jasa/barang yang diterima oleh pelanggan dalam akhir proses (persyaratan output) dan merupakan petunjuk bagaimana pelanggan seharusnya diperlakukan dalam proses pemberian layanan/penyiapan produk (persyaratan pelayanan).

b. *Measure*

*Measure* menurut Gasperz (2007) merupakan tahap di mana kinerja proses yang sekarang (data dasar atau *baseline data*) dikumpulkan agar dapat dibandingkan dengan target yang ditetapkan. Masalah yang ada diterjemahkan secara kuantitatif menggunakan karakteristik CTQ (*critical to quality*). (Koning, Verver, Heuvel, Bisgaard, & Does, 2006)

Menurut Premysis Consulting tahun 2010, Kegiatan yang dilakukan dalam dalam *Measure* beserta perangkat yang digunakan dalam tahap ini terjabar dalam tabel di bawah ini:

Tabel 2.4 Kegiatan dan *Tools* yang dibutuhkan dalam tahap *Measure*

| Kegiatan   | Tools   |
|--|---|
| Perencanaan pengambilan data                             | Rencana Pengumpulan Data, MSA-  |
| Validasi sistem pengukuran                               | Gage R&R, <i>Value Stream Mapping</i> ,   |
| Pemetaan <i>Value Stream</i>                             | Diagram SIPOC, Diagram Kendali,   |
| Identifikasi <i>Quick Wins</i>                           | Matrix Sebab Akibat ( <i>CEM</i> ), Analisa                                       |
| Pengambilan data untuk mengukur kondisi baseline Y dan X | Kapabilitas, <i>Quick Win</i> , <i>Value of Speed</i> ( <i>WIP control</i> ), dll |
| Mengukur kestabilan dan kapabilitas proyek               |   |

Pengukuran dalam tahap *Measure* didahului dengan pengumpulan data. Data tersebut dapat dikumpulkan dengan menggunakan data sekunder maupun data primer. Data sekunder dapat diperoleh dari histori data yang masih perlu diolah lagi, atau data yang siap pakai yang telah terolah. Sedangkan data primer dapat diperoleh dengan melakukan observasi, survey, atau eksperimen. (Park, 2003) (Gasperz, 2007)

### c. *Analyze*

*Analyze* menurut Konig, Verver, Heuvel, Bisgaard, dan Does (2006) merupakan tahap penentuan masalah dilanjutkan dengan melibatkan identifikasi hubungan sebab-akibat antara input dengan CTQ.

Premysis Consulting (2010), menyebutkan dalam tahap *Analyze* atau menganalisa, kegiatan yang dilakukan antara lain tercantum dalam tabel di bawah ini.

Tabel 2.5 Kegiatan dan *tools* yang dipakai dalam tahap *Analyze*

| Kegiatan  | Tool  |
|---|---|
| Identifikasi dan penentuan prioritas X (akar masalah)   | <i>Brainstorming</i> , <i>Basic Improvement Tools</i> , FMEA, C/E Matrix, Pengujian |
| Identifikasi kegiatan yang tidak menambah besar masalah | Hipotesis, Matriks Solusi.  |

Tabel 2.5 Kegiatan dan *tools* yang dipakai dalam tahap *Analyze*

| Kegiatan   | Tool |
|--|------|
| Mencari solusi potensial dan memprioritaskan solusi. |      |
| Melakukan uji hipotesa “y vs x                       |      |

Pada tahap *Analyze*, masalah atau bias hasil pengukuran dari standar acuan dianalisa, target perbaikan perlu ditetapkan, dan penyebab masalah dicari dan ditentukan prioritasnya. Proses analisa masalah ini memerlukan data atribut atau data kontinu. Sedangkan target untuk perbaikan ditetapkan dengan cara identifikasi karakteristik kualitas (CTQ) yang berkaitan langsung dengan kebutuhan pelanggan. Dari masalah yang ada, dicari akar masalah atau penyebab masalah (X). Akar masalah tersebut diidentifikasi lebih lanjut menjadi dua kategori yaitu akar masalah yang dapat dikendalikan (*controllabel cause*) atau akar masalah yang tidak dapat dikendalikan (*uncontrolable cause*). (Park, 2003; Premysis Consulting, 2010)

#### d. *Improve*

Pada tahap *Improve*, disusun rencana pemecahan masalah. Personel *Green belts* atau *Black belts* merancang dan menjalankan perubahan atau penyesuaian proses untuk memperbaiki kinerja CTQ. (Koning, Verver, Heuvel, Bisgaard, & Does, 2006)

Premysis Consulting (2010) menyatakan pada tahap *Improve*, kegiatan dan *tools* yang dipakai adalah

Tabel 2.6 Kegiatan dan *tools* yang dipakai dalam tahap *Improve*

| Kegiatan   | Tool  |
|--|---|
| Memulai penyelesaian dalam skala kecil                   | Desain Percobaan, <i>Pilot Plan</i> , Uji Hipotesis, <i>Four Step Rapid Setup Method</i> , Pemeliharaan Produktif ( <i>Productive Maintenance</i> ), <i>Reliability</i> . |
| Penerapan penyelesaian masalah secara menyeluruh         |   |
| Verifikasi hasil perbaikan (dampak penyelesaian masalah) |   |

Pada tahap ini, rancangan atau rencana penyelesaian masalah disusun untuk meningkatkan kapabilitas Sigma suatu proses. Rancangan tersebut berupa rencana tindakan untuk meningkatkan kualitas proses tersebut. Rancangan tersebut juga mencakup deskripsi alokasi sumber daya serta tindakan-tindakan yang menjadi prioritas dalam penerapan rancangan tersebut. Alternatif tindakan yang dapat diterapkan dalam juga dijelaskan dalam rancangan tersebut. Target kinerja yang akan dicapai adalah Six Sigma atau 3,4 DPMO. (Park, 2003) (Gasperz, 2007)

e. *Control*

Tahap *Control* atau Pengendalian adalah tahap terakhir dalam DMAIC. Pada tahap ini, dilakukan pengembangan sistem kontrol untuk memastikan perbaikan yang dilakukan akan tetap terjaga, dan proses yang telah diperbarui tersebut dapat diserahkan kepada staf yang terlibat dalam proses itu sehari-hari.

Premysis Consulting (2010) menjelaskan dalam tahapan ini, kegiatan yang dilakukan dan perangkat yang dibutuhkan adalah:

Tabel 2.7 Kegiatan dan *tools* yang dipakai dalam tahap *Control*

| Kegiatan   | Tool   |
|--|--|
| Mengendalikan KPOV dan KPIV                            | Rencana Kendali ( <i>Control Plan</i> ), FMEA, Pembuktian Kesalahan ( <i>Mistake Proofing</i> ), Diagram Kendali ( <i>Control Chart</i> ), dan <i>Project Handover</i> . |
| Dokumentasi Proyek                                     |  |
| Hitung ulang <i>Value of Creation</i>                  |  |
| Rencanakan Duplikasi Solusi                            |  |
| Penutupan proyek dan pengalihan kepada pemilik proses. |  |

Pada tahapan ini, dilakukan rencana pengendalian, penyebarluasan hasil implementasi yang sukses, dan dokumentasi hasil implementasi sebagai suatu Standar Prosedur Operasional. Lembar kontrol dibuat untuk mengendalikan proses atau layanan sehingga target Six Sigma dapat tercapai dalam penerapan perbaikannya. Hasil implementasi yang sukses distandarisasi dan disebarluaskan ke unit terkait dan unit-unit lain. Dari hasil implementasi yang telah mengalami

standarisasi, disusun suatu Standar Prosedur Operasional untuk menjadi acuan pelaksanaan kegiatan pada unit terkait. (Gasperz, 2007) (Park, 2003)

### 2.2.3 Implementasi Six Sigma dalam Bidang Kesehatan

Penggunaan Six Sigma dalam pelayanan kesehatan sangat memberi keuntungan. Dengan Six Sigma, profesional di bidang kesehatan dapat mengenali ketidakkonsistenan dalam proses pelayanan kesehatan. Para profesional tersebut akan mampu merinci proses yang ada dan dengan mudah melakukan penyesuaian dan standarisasi proses tersebut.

Six Sigma diterapkan untuk perbaikan suatu proyek. Pemilihan proyek bergantung pada penerjemahan strategi perusahaan terhadap tujuan operasional. Pendekatan Six Sigma menyerupai pendekatan diagnosis medis, dengan didahului pengumpulan informasi yang relevan pada tahap *Define* dan *Measure*. Setelah ‘diagnosis’ ditetapkan pada tahap *Analyze*, disusunlah ‘rencana terapi’ dan pelaksanaan ‘terapi’ atau ‘pengobatan’ di tahap *Improve*. Sebagai penutup, dilakukan ‘kontrol’ atau ‘periksa’ ulang di tahap *Control* untuk mengetahui keberhasilan terapi. (Koning, Verver, Heuvel, Bisgaard, & Does, 2006)

Six Sigma dapat diterapkan antara lain pada kegiatan berikut: (Six Sigma, 2005) (Gasperz, 2007)

- a. Proses pembedahan.
  - a. Memberi kemudahan pendaftaran, akurasi prosedur operasi, dan efisiensi operasi
- b. Keselamatan pasien
  - a. Mengurangi angka KTD
- c. Pendaftaran rawat inap
  - a. Pendaftaran yang cepat dan akurat
- d. Pemulangan pasien rawat inap
  - a. Menurunkan lama rawat, meningkatkan *turnover* tempat tidur
- e. Prosedur pemeriksaan penunjang pra-rawat inap
  - a. Memastikan tes diagnostik yang diperlukan telah dilakukan, dan menghindari permintaan pemeriksaan penunjang yang tidak diperlukan.

- f. Penjadwalan tindakan/pemeriksaan penunjang
  - a. Mengurangi angka hilangnya pasien akibat lama antrian suatu pemeriksaan penunjang/tindakan.
- g. Kegiatan Instalasi Gawat Darurat
  - a. Meningkatkan pengelolaan IGD secara efektif dan efisien
- h. Layanan Rawat Jalan
  - a. Meminimalisir biaya yang tidak terlacak (*hidden cost*), memaksimalkan pendapatan
- i. Dan lain-lain

Six Sigma sudah diterapkan di beberapa rumah sakit di dunia. Di Belanda, salah satu yang menerapkan Six Sigma adalah RS Red Cross. (Koning, Verver, Heuvel, Bisgaard, & Does, 2006) Di Amerika Serikat, penggunaan Six Sigma juga diterapkan pada suatu rumah sakit di Texas untuk memperbaiki kinerja Gawat Darurat. (Johnson, et al.)

- a. RS Red Cross di Beverwijk, Belanda.

RS Red Cross merupakan rumah sakit umum berukuran sedang dengan kapasitas 384 tempat tidur yang memiliki 966 pegawai dengan anggaran tahunan €72,1 juta. RS Red Cross menggunakan Six Sigma pada tahun 2002 dan berhasil memberikan solusi pada berbagai masalah yang mereka alami. Kemajuan yang dicapai antara lain:

- 1) Memperpendek lama perawatan pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)
- 2) Mengurangi kesalahan dalam pembuatan atau penerimaan tagihan sementara.
- 3) Merevisi termin pembayaran
- 4) Merubah kebijakan sehingga pasien dewasa dengan pasien anak yang masih satu keluarga dapat ditempatkan dalam satu ruang perawatan
- 5) Mengurangi angka penggunaan antibiotik intravena
- 6) Mempersingkat waktu penyiapan obat-obat injeksi/infus
- 7) Mengurangi jumlah kesalahan dalam pembuatan tagihan/kuitansi.

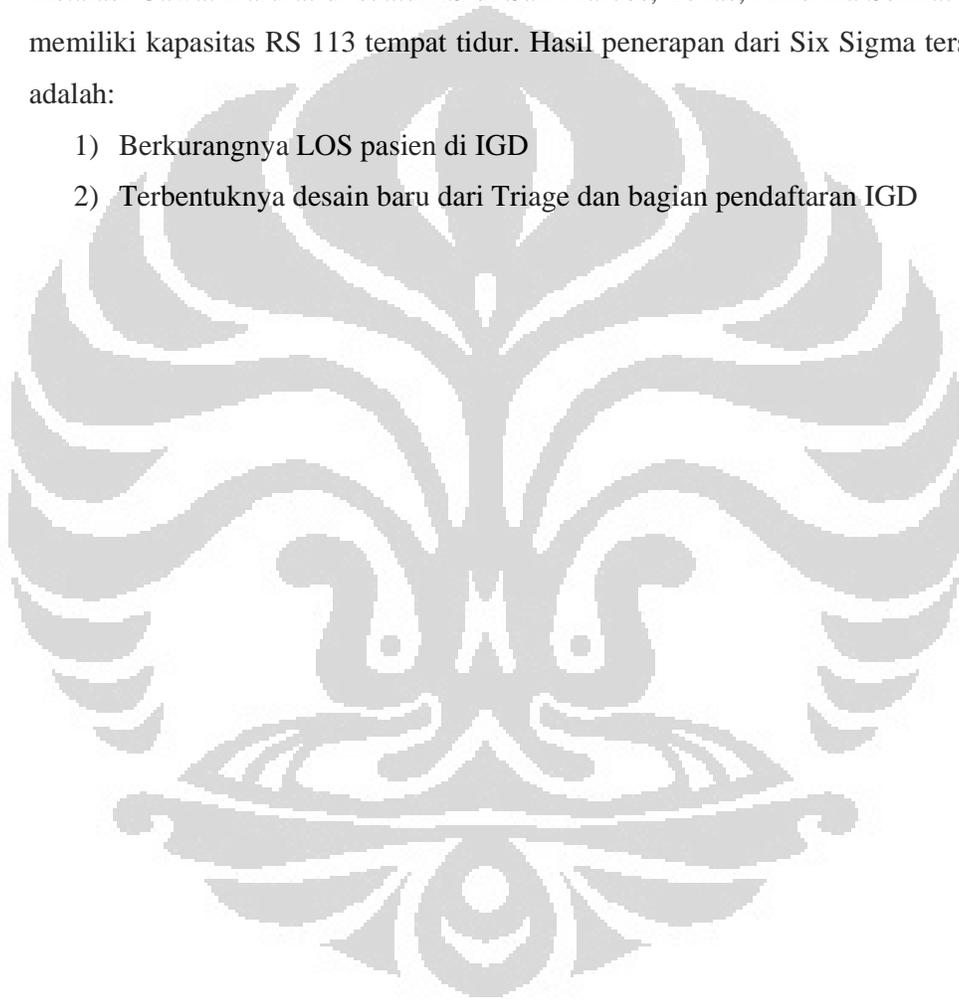


Berdasarkan hasil penerapan Six Sigma di RS Red Cross, dapat dilihat bahwa proyek Six Sigma mencakup masalah administratif dan masalah medis. (Koning, Verver, Heuvel, Bisgaard, & Does, 2006)

b. RS X di San Marcos, Texas, Amerika Serikat

Di Amerika Serikat, Six Sigma diterapkan untuk memperbaiki kinerja Instalasi Gawat Darurat di suatu RS di San Marcos, Texas, Amerika Serikat yang memiliki kapasitas RS 113 tempat tidur. Hasil penerapan dari Six Sigma tersebut adalah:

- 1) Berkurangnya LOS pasien di IGD
- 2) Terbentuknya desain baru dari Triage dan bagian pendaftaran IGD



## **BAB III**

### **GAMBARAN UMUM RS ANNA MEDIKA**

#### **3.1 Visi dan Misi**

##### **3.1.1 Visi**

Menjadi Rumah Sakit yang berkualitas dan terkemuka yang dapat memberikan pelayanan terbaik kepada pasien

##### **3.1.2 Misi**

- a. Rumah Sakit yang mampu memenuhi kebutuhan dan keinginan pasien,
- b. Rumah Sakit yang selalu memperhatikan kebutuhan dokter dan karyawannya, dan
- c. Rumah Sakit yang mampu berkembang dan dapat membuka cabang di tempat lain

#### **3.2 Sejarah**

RS Anna Medika merupakan RS kedua milik Anna Group. RS ini berawal dari sebuah RSIA yang mulai beroperasi sejak 10 Februari 2010. RSIA Anna Medika berkembang menjadi RS Anna Medika pada pertengahan tahun 2011 dan akan menjadi Rumah Sakit terbesar di wilayah Bekasi Utara.

#### **3.3 Lokasi dan Sarana Prasarana**

RS Anna Medika beralamat di Jl. Perjuangan no. 45, Kelurahan Harapan Baru, Bekasi Utara. RS Anna Medika terletak 2 km dari pusat kota Bekasi, dan 1 km dari Stasiun Kereta Bekasi. RS Anna Medika terletak di atas lahan seluas 800m<sup>2</sup>. RS Anna Medika juga dilengkapi masjid dan minishop.

#### **3.4 Sumber Daya Manusia (SDM)**

Jumlah pegawai tetap di RS Anna Medika sebanyak 199 orang. Jumlah tersebut terbagi menjadi 105 orang tenaga medis dan kesehatan 94 orang tenaga nonmedis dan nonkesehatan.

Tabel 3.1 Data Jumlah dan Kategori Pegawai RS Anna Medika

| Departemen      | Jumlah Pegawai | Kategori            | Keterangan  |
|-----------------|----------------|---------------------|---|
| Direktur        | 1              | Tenaga Medis        | Hanya memiliki fungsi struktural  |
| Umum            | 66             | Tenaga Nonkesehatan |   |
|                 | 4              | Tenaga Kesehatan    | Bagian Kesehatan Lingkungan   |
| Pelayanan Medis | 7              | Tenaga Medis        | Mayoritas dokter spesialis dan dokter jaga IGD yang ada adalah pegawai paruh waktu. |
| Keperawatan     | 65             | Tenaga Kesehatan    | Struktural maupun fungsional  |
| Penunjang Medis | 1              | Tenaga Medis        | Fungsi struktural   |
|                 | 27             | Tenaga Kesehatan    |   |
|                 | 11             | Tenaga Nonkesehatan |   |
| Keuangan        | 17             | Tenaga Nonkesehatan |   |

Diolah dari: Data Kepegawaian RS Anna Medika (2011)

### 3.5 Pelayanan Medis

#### 3.5.1 Rawat Jalan

##### a. Poliklinik

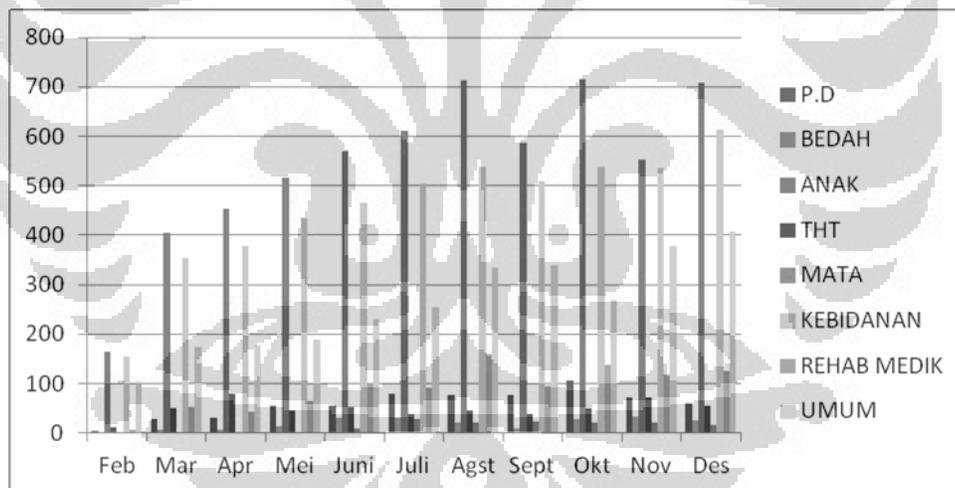
Pelayanan rawat jalan di RS Anna Medika meliputi poliklinik umum dan poliklinik spesialis. Kedua poliklinik tersebut buka setiap hari. Layanan spesialis di RS Anna Medika meliputi:

- a) Spesialis Kebidanan dan Kandungan
- b) Spesialis Anak
- c) Spesialis Penyakit Dalam
- d) Spesialis Bedah Umum

- e) Spesialis THT
- f) Spesialis Mata
- g) Spesialis Kulit-Kelamin
- h) Spesialis Rehabilitasi Medik
- i) Spesialis Paru
- j) Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah
- k) Dokter Gigi Spesialis

Dalam periode Februari hingga Desember 2010, Poliklinik RS Anna Medika melayani 19.670 pasien dengan jumlah pasien baru 11.423 orang dan pasien lama 8.247 pasien. Berdasarkan layanan, angka kunjungan tahun 2010 di poli umum adalah 2.851 pasien dan di poli spesialisistik adalah 13.536 orang.

Gambar 3.1 Diagram Jumlah Kunjungan Pasien Poliklinik RS Anna Medika Periode Februari – Desember 2010



Sumber: Laporan Bulanan RS Anna Medika

#### b. Unit Gawat Darurat

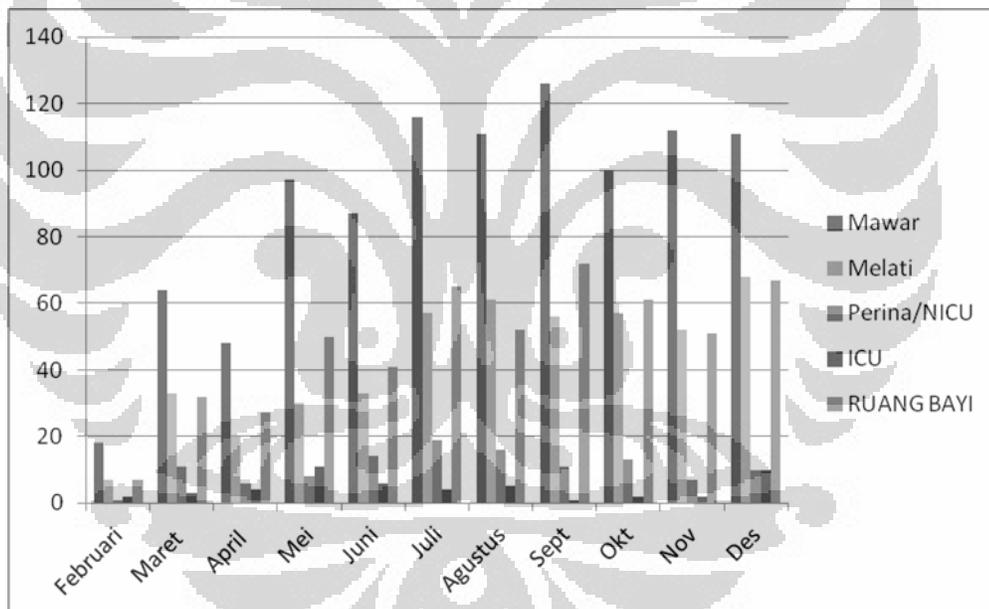
Layanan gawat darurat di RS Anna Medika ada setiap hari, selama 24 jam. Selama periode Februari-Desember 2010, UGD RS Anna Medika melayani 2.397 pasien. Dari jumlah pasien tersebut, 710 pasien atau 29,6% pasien menjalani perawatan lanjutan di rawat inap RS Anna Medika.

### 3.5.2 Rawat Inap

RS Anna Medika saat ini memiliki kapasitas 44 tempat tidur. Dalam rencana pengembangan RS, kapasitas rawat inap RS Anna Medika akan dikembangkan menjadi 100 tempat tidur. Ruang rawat di RS Anna Medika terbagi menjadi Ruang Rawat Mawar (Dewasa), Ruang Rawat Melati (Anak), *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU), ICU, dan Ruang Bayi. (RSIA Anna Medika, 2010)

Jumlah keseluruhan pasien rawat inap RS Anna Medika sepanjang bulan Februari – Desember 2010 adalah 2155 pasien. Distribusi pasien rawat inap pada tiap bulan dan tiap ruang rawat beserta kinerja rawat inap dapat dilihat dari diagram dan tabel di bawah ini:

Gambar 3.2 Diagram Jumlah Pasien Ruang Rawat RS Anna Medika  
Bulan Februari-Desember 2010



Sumber : Laporan Bulanan RS Anna Medika

Tabel 3.2 Kinerja Rawat Inap RS Anna Medika

| Ruang       | BOR | AVLOS    | TOI       | BTO       |
|-------------|-----|----------|-----------|-----------|
| Mawar       | 36% | 3,4 hari | 6,2 hari  | 38,1 kali |
| Melati      | 26% | 3,0hari  | 8,5 hari  | 31,6 kali |
| Perina/NICU | 25% | 4,7 hari | 14,3 hari | 19,3 kali |
| ICU         | 18% | 2,6 hari | 12,1 hari | 25 kali   |
| Total       | 31% | 3,4 hari | 7,6 hari  | 33,7 kali |

Diolah dari: Laporan Bulanan RS Anna Medika

### 3.5.3 Persalinan dan Operasi

#### a. Kamar Bersalin

Pada periode Februari-Maret 2010, kamar bersalin RS Anna Medika melayani 336 persalinan dan tindakan. Jumlah tersebut mencakup 117 persalinan normal, 44 persalinan dengan penyulit, dan 115 tindakan kuretase.

#### b. Ruang Operasi

RS Anna Medika telah melakukan 462 operasi sepanjang periode Februari hingga Desember 2010. Berdasarkan spesialisasi yang memberikan pelayanan, jumlah operasi RS Anna Medika secara rinci sepanjang periode Februari hingga Desember 2010 adalah 390 operasi bagian Kebidanan Kandungan, 54 operasi dari bagian Bedah Umum, 15 operasi dari bagian THT-KL, dan 3 operasi dari bagian Mata.

## 3.6 Pelayanan Penunjang

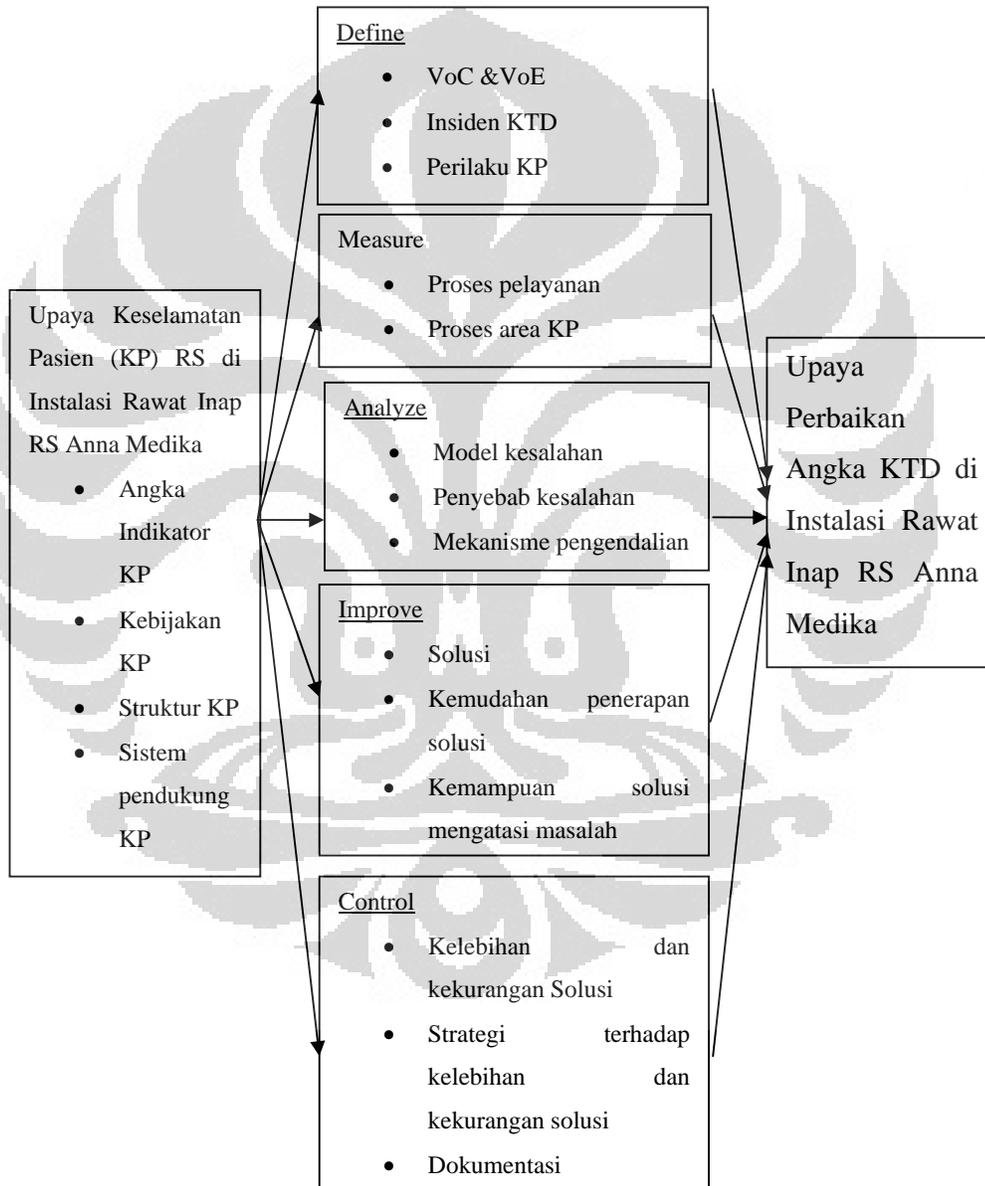
Pelayanan penunjang RS Anna Medika meliputi layanan laboratorium 24 jam, layanan radiologi 24 jam, dan fisioterapi.

## BAB IV

### KERANGKA PIKIR DAN DEFINISI ISTILAH

#### 4.1 Kerangka Pikir

Gambar 4.1 Diagram Kerangka Konsep Penelitian Upaya Perbaikan Angka KTD dengan Metode Six Sigma RS Anna Medika



## 4.2 Definisi Istilah

### 4.2.1 Upaya Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika

#### 1. Definisi Istilah

Upaya Keselamatan Pasien RS di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika adalah gambaran tentang sistem yang bertujuan membuat asuhan pasien menjadi lebih aman, yang mencakup pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, dan kemampuan belajar dari suatu kejadian, menindaklanjuti suatu kejadian, dan menerapkan solusi untuk meminimalkan risiko berulangnya kejadian yang tidak diharapkan atau cedera akibat proses pelayanan kesehatani di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika saat ini

#### 2. Teknik Penggalan Informasi

Data untuk penelitian ini diperoleh dengan cara:

- a. Wawancara mendalam
- b. Penelusuran Dokumen

#### 3. Narasumber / Sumber Data yang Diperlukan

Penelitian ini memerlukan:

- a. Narasumber untuk wawancara mendalam, yaitu Direktur, Ketua Komite Medik, Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Perawatan, dan Kepala Bagian Pelayanan Medis
- b. Angka Data Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

### 4.2.2 *Define*

#### 1. Definisi Istilah

*Define* atau mendefinisikan adalah penentuan secara formal area yang terkait dengan upaya perbaikan angka KTD yang paling perlu dikembangkan sesuai dengan permintaan atau kebutuhan pelanggan, keinginan manajemen dan strategi RS Anna Medika.

#### 2. Teknik Penggalan Informasi

Data untuk penelitian ini diperoleh dengan cara:



- a. Wawancara mendalam dengan narasumber dari pihak manajemen RS Anna Medika
- b. Kuesioner Persepsi Pegawai tentang Kecepatan Insiden Kejadian Tidak Diharapkan di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika

Skor jawaban dari setiap butir pertanyaan di kuesioner yang diberikan oleh seluruh responden akan dirata-rata. Skor yang diberikan adalah:

- |                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| 1 = Tidak pernah  | : tidak pernah ditemui  |
| 2 = Jarang        | : terjadi tetapi jarang |
| 3 = Sering        | : kadang-kadang terjadi |
| 4 = Sangat Sering | : terjadi berkali-kali  |

- c. Observasi kegiatan pelayanan di RS Anna Medika.

### 3. Narasumber / Sumber Data yang Diperlukan

Penelitian ini memerlukan

- a. Narasumber untuk wawancara mendalam, yaitu Direktur, Kepala Bagian Keperawatan, Koordinator Instalasi Rawat Inap, dan PJ Ruang Rawat Inap
- b. Dokter tetap, Perawat, dan bidan yang bekerja di Poliklinik, IGD, Rawat Inap, serta Kamar Bersalin/Ruang Operasi sebagai narasumber kuesioner
- c. Kegiatan pelayanan di RS Anna Medika.

#### 4.2.3 *Measure*

##### 1. Definisi Istilah

Measure atau pengukuran adalah penentuan kinerja keselamatan pasien dalam pencegahan KTD yang telah berlangsung di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika baik dalam tingkat input, proses, output, maupun *outcome*.

## 2. Teknik Penggalan Informasi

Data untuk penelitian ini diperoleh dengan cara:

- a) Wawancara mendalam dengan narasumber dari pihak manajemen RS Anna Medika
- b) Penelusuran Dokumen
- c) Observasi kegiatan pelayanan

## 3. Narasumber / Sumber Data yang Diperlukan

Penelitian ini memerlukan narasumber / sumber data

- a) Narasumber untuk wawancara mendalam, yaitu Direktur, Kepala Bagian Keperawatan, Koordinator Instalasi Rawat Inap, dan PJ Ruang Rawat Inap
- b) Kegiatan pelayanan kesehatan di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika
- c) Hasil penelitian tahap *define*

### 4.2.4 Analyze

#### 1. Defenisi Istilah

*Analyze* adalah verifikasi penyebab utama dari masalah yang dalam keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika.

#### 2. Teknik Penggalan Informasi

Data untuk penelitian ini diperoleh dengan cara wawancara mendalam dengan narasumber dari pihak manajemen RS Anna Medika

#### 3. Narasumber / Sumber Data yang Diperlukan

Penelitian ini memerlukan

- a. Narasumber untuk wawancara mendalam, yaitu Direktur, Kepala Bagian Keperawatan, Koordinator Rawat Inap, dan PJ Ruang Rawat Inap
- b. Kegiatan pelayanan kesehatan di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika.
- c. Hasil penelitian tahap *Measure*

#### 4.2.5 *Improve*

##### 1. Definisi Istilah

*Improve* adalah penyusunan rencana perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika.

##### 2. Teknik Penggalan Informasi

Penelitian ini memerlukan wawancara dengan pihak manajemen RS Anna Medika untuk informasi lebih lanjut, beserta penelusuran dokumen.

##### 3. Narasumber / Sumber Data yang Diperlukan

Penelitian ini memerlukan

- a. Hasil penelitian tahap *Analyze*
- b. Narasumber untuk wawancara mendalam, yaitu Direktur, Kepala Bagian Keperawatan, Koordinator Instalasi Rawat Inap, dan PJ Ruang Rawat Inap
- c. Dokumen yang terkait dengan rencana strategis RS Anna Medika

#### 4.2.6 *Control*

##### 1. Definisi Istilah

*Control* adalah mekanisme pengendalian rencana perbaikan angka KTD di RS Anna Medika agar solusi yang diperoleh memiliki keberhasilan tinggi. Untuk penelitian ini, diperlukan wawancara dan hasil dari penelitian tahap sebelumnya

##### 2. Teknik Penggalan Informasi

Penelitian ini memerlukan wawancara dengan pihak manajemen RS Anna Medika untuk informasi lebih lanjut.

##### 3. Narasumber / Sumber Data yang Diperlukan

Penelitian ini memerlukan:

- a. Hasil penelitian tahap *Improve*

- b. Narasumber untuk wawancara mendalam, yaitu Direktur, Kepala Bagian Keperawatan, Koordinator Instalasi Rawat Inap, dan PJ Ruang Rawat Inap

#### 4.2.7 Upaya perbaikan Angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika

##### 1. Definisi Istilah

Upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika adalah suatu usulan perbaikan angka KTD yang dapat diterapkan di RS Anna Medika berdasarkan metode Six Sigma. Usulan tersebut akan mencakup aspek solusi yang dapat diterapkan untuk memperbaiki RS Anna Medika dan aspek kontrol untuk memastikan pengembangan upaya perbaikan angka KTD dapat berjalan dengan baik. Rancangan ini juga akan mencakup perhitungan sumber daya dan biaya yang dibutuhkan untuk implementasi kegiatan-kegiatan yang diusulkan.

##### 2. Teknik Penggalan Informasi

Penelitian ini memerlukan wawancara mendalam dari pihak manajemen.

##### 3. Narasumber / Sumber Data yang Diperlukan

Penelitian ini memerlukan

- a) Hasil penelitian tahap *Improve* dan *Control*
- b) Narasumber untuk wawancara mendalam, yaitu Direktur, Kepala Bagian Keperawatan, Koordinator Instalasi Rawat Inap, dan PJ Ruang Rawat Inap

## **BAB V**

### **METODE PENELITIAN**

#### **5.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif yang ditunjang dengan metode kuantitatif. Untuk mendapatkan informasi yang mendalam, masalah-masalah terukur dalam penelitian ini diperoleh dari data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari beberapa narasumber dengan cara wawancara mendalam, kusioner, dan observasi . Informasi yang didapatkan dari narasumber diharapkan akan memberikan pemahaman lebih besar dalam upaya perbaikan angka KTD di RS Anna Medika dengan menggunakan metode Six Sigma.Sedangkan data sekunder didapatkan dari berbagai dokumen yang terkait untuk memberikan informasi yang lebih dalam untuk upaya perbaikan angka KTD.

#### **5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dibatasi hanya pada dua ruangan di Instalasi Rawat Inap, yaitu Ruang Mawar dan Ruang Melati. Waktu penelitian dilaksanakan bulan April-Desember 2011.

#### **5.3 Pengumpulan Data**

##### **5.3.1 Data Primer**

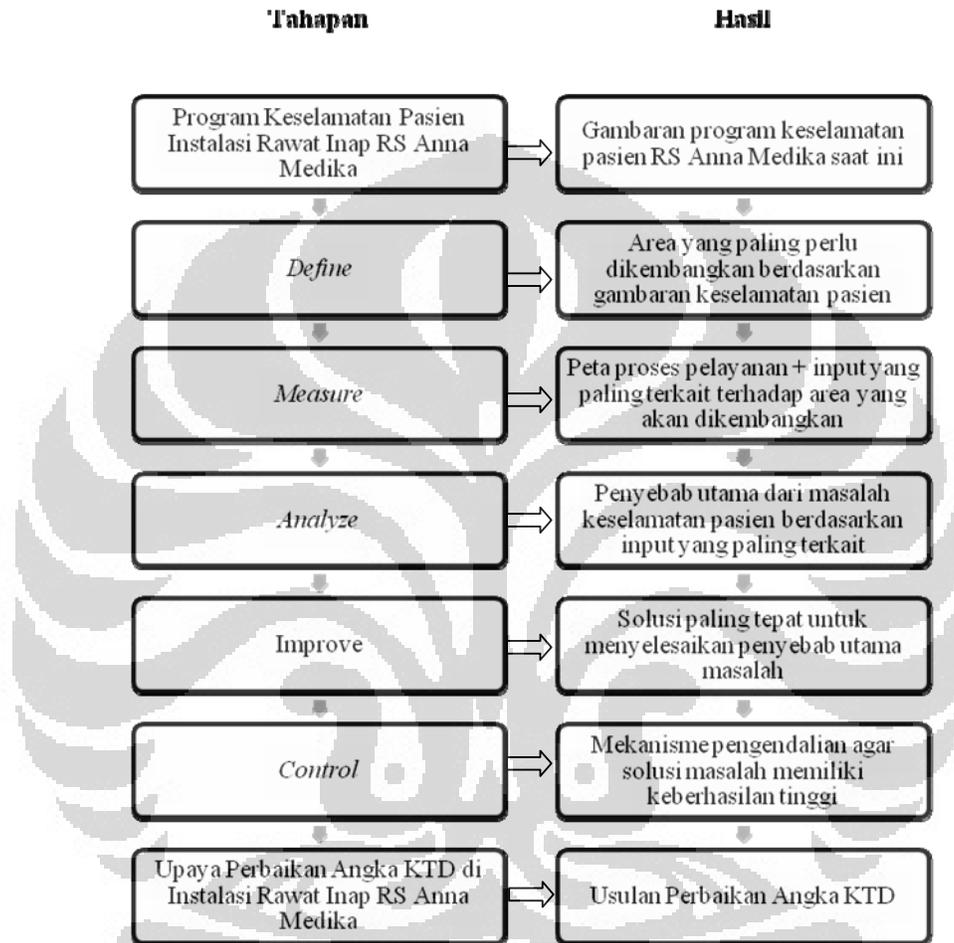
Data primer adalah data yang diperoleh dengan menggunakan wawancara mendalam dengan narasumber, observasi terhadap pelaksanaan keselamatan pasien, kuesioner untuk pelanggan, serta kuesioner pegawai untuk menggali informasi yang berguna dalam pembuatan upaya perbaikan angka KTD dengan metode Six Sigma di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika.

##### **5.3.2 Data Sekunder**

Data sekunder adalah data yang diperoleh melalui observasi terhadap dokumen yang terkait pembuatan upaya perbaikan angka KTD dengan metode Six Sigma di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika

## 5.4 Tahapan Penelitian

Gambar 5.1 Diagram Tahapan Penelitian Pengembangan Upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika dengan Metode Six Sigma



## 5.5 Narasumber, Subjek Penelitian, Populasi dan Sampel Penelitian

### 5.5.1 Narasumber dan Subjek Penelitian

Dalam penelitian ini, akan diambil lima orang narasumber yang dapat memberikan informasi yang lebih mendalam mengenai keselamatan pasien di RS Anna Medika sesuai dengan bidang kerja masing-masing. Narasumber tersebut terdiri dari:

- a. Direktur,
- b. Kepala Bidang Keperawatan ,
- c. Koordinator Instalasi Rawat Inap,

#### d. Kepala Ruang / Penanggung Jawab Ruang Rawat Inap

### 5.5.2 Populasi dan Sampel Penelitian

Selain wawancara, para narasumber juga mengisi kuesioner untuk mengetahui keinginan pelanggan internal akan peningkatan keselamatan pasien yang terjadi. Kecepatan insiden kejadian tidak diinginkan yang timbul di RS Anna Medika. Kuesioner tersebut disebarluaskan kepada petugas kesehatan yang ada.

Populasi penelitian ini adalah seluruh tenaga kesehatan dan tenaga medis yang pernah atau sedang bertugas di Ruang Mawar dan Ruang Melati RS Anna Medika. Sampel untuk penelitian ini adalah seluruh tenaga kesehatan dan tenaga medis yang pernah/sedang bertugas di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika yang masih bekerja hingga saat penelitian dilakukan.

Kriteria inklusi untuk penelitian ini adalah pegawai yang memiliki status pegawai tetap, dan telah/sedang bekerja di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika. Kriteria eksklusi untuk penelitian ini adalah pegawai yang sudah tidak bekerja lagi atau pegawai tidak tetap di RS Anna Medika saat penelitian dilakukan.

### 5.6 Instrumen Penelitian

Instrumen yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah panduan wawancara terstruktur dengan bantuan alat pencatat dan alat perekam (*digital recorder*), daftar tilik (*checklist*) observasi, dan kuesioner. Seluruh instrumen tersebut akan digunakan untuk menggali informasi yang dibutuhkan dalam upaya perbaikan angka KTD dengan metode Six Sigma di RS Anna Medika.

Uji coba instrumen wawancara mendalam tidak dilakukan, karena apabila ada item pertanyaan yang tidak dimengerti oleh narasumber, dapat dijelaskan langsung oleh peneliti. Uji coba kuesioner pegawai dilakukan kepada 8 orang petugas, yaitu 2 orang dokter, 3 orang perawat Ruang Mawar, dan 2 orang perawat Ruang Melati.

### **5.7 Sumber Data yang Dibutuhkan**

Data yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah

- a. Hasil wawancara dari narasumber
- b. Data persepsi pelanggan internal untuk keselamatan pasien
- c. Data sensus harian yang terkait Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika
- d. Alur pelayanan pasien Rawat Inap yang telah ada di RS Anna Medika
- e. Hasil observasi penerapan keselamatan pasien di Rawat Inap RS Anna Medika.
- f. Laporan bulanan RS Anna Medika
- g. Laporan Insiden Keselamatan Pasien RS Anna Medika

### **5.8 Pemeriksaan Validitas dan Reabilitas Data**

Pengecekan validitas dan reabilitas data untuk penelitian kualitatif dari penelitian ini dilakukan dengan cara triangulasi dan diskusi dengan sejawat.

- a. Triangulasi
  - 1) Triangulasi data dengan cara menggunakan berbagai sumber yaitu wawancara terstruktur lebih dari satu narasumber, observasi kegiatan keselamatan pasien, dan penelusuran dokumen terkait, untuk diperbandingkan antara data yang satu dengan data yang lain.
  - 2) Triangulasi pengamat, dengan meminta pendapat dari pengamat di luar peneliti untuk memeriksa dan memberikan masukan terhadap data yang dikumpulkan.
  - 3) Triangulasi metode dengan menggunakan tiga metode yaitu wawancara, penelusuran dokumen, dan observasi.
  - 4) Triangulasi teori, dengan menggunakan beberapa teori sebagai acuan pengumpulan data.
- b. Diskusi

Diskusi dilakukan dengan cara mempresentasikan hasil penelitian sementara di hadapan pembimbing dan sejawat.



Pengecekan validitas dan reliabilitas untuk penelitian kuantitatif berupa kuesioner dilakukan dengan cara uji coba instrumen. Uji coba tersebut akan dilakukan dengan bantuan perangkat lunak Microsoft Excell, untuk melihat nilai korelasi butir-butir pertanyaan terhadap skor total, dan untuk menilai reliabilitas berdasarkan uji Alpha-Chronbach yang juga dilakukan dengan bantuan perangkat lunak Micosoft Excell. Berdasarkan uji validitas yang dilakukan dengan membandingkan t-hitung dengan t-tabel, diperoleh angka t-hitung berkisar antara 1,97 – 13,49 dan t-tabel 1,73, sehingga seluruh butir pertanyaan valid. Uji reliabilitas juga dilakukan pada kuesioner dengan menggunakan metode Alfa-Chronbach dengan hasil reliabilitas 0,96 yang merupakan kategori reliabilitas sangat tinggi.

## 5.9 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan cara:

### a. Data Primer.

Data primer yang diperoleh dengan cara wawancara mendalam diolah menjadi transkrip yang akan menjalani kategorisasi dan disajikan dalam bentuk matriks. Sedangkan data primer dalam bentuk survey, akan diolah secara terkomputerisasi melalui tahap penyuntingan data (*editing*), *coding*, pemasukan data (*entry data*), dan pembersihan data (*cleaning data*).

### b. Data Sekunder.

Data sekunder yang diperoleh dengan cara penelusuran dokumen akan diolah secara manual, kemudian akan dideskripsikan.

## 5.10 Analisis Data

Dilakukan dua pendekatan berbeda untuk menganalisis data primer dan data sekunder. Pada data primer berupa hasil wawancara mendalam, data yang terangkum dalam matriks akan dianalisa sesuai dengan tujuan penelitian untuk dihubungkan dengan teori yang ada. Sedangkan pada data primer berupa kuesioner, dilakukan analisis statistik deskriptif atau univariat, untuk mendeskripsikan variabel-variabel penelitian nantinya akan memberikan gambaran informasi hasil pengamatan. Sementara itu, pada data sekunder,

dilakukan analisa pareto untuk mendapatkan gambaran pengelompokan dan pendistribusian masing-masing variabel.

Pada data primer dan data sekunder tersebut, analisa selanjutnya dilakukan menggunakan pendekatan metode Six Sigma dengan *tools* yang sesuai dengan tahapan *Define- Measure-Analyze-Improve-Control*.

### 5.11 Pelaksanaan Pengumpulan Data

Langkah-langkah yang direncanakan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

- a. Peneliti mengajukan ijin tertulis kepada RS Anna Medika
- b. Peneliti mengajukan program penelitian dan daftar narasumber serta data sekunder yang dibutuhkan kepada RS Anna Medika
- c. Pelaksanaan wawancara, dengan langkah
  - a) Peneliti membuat kesepakatan dengan narasumber mengenai pelaksanaan wawancara yang akan dilakukan
  - b) Wawancara akan dilakukan sesuai dengan jadwal yang telah disepakati
  - c) Peneliti meminta kesediaan narasumber untuk diwawancarai pada kesempatan lain apabila diperlukan informasi tambahan
- d. Pengumpulan data sekunder, dengan langkah
  - a) Peneliti menghubungi bagian terkait yang memiliki data tersebut
  - b) Peneliti dan pihak yang bertanggungjawab atas bagian tersebut menya
- e. Pengumpulan kuesioner pelanggan internal dengan langkah
  - a) Peneliti membuat kesepakatan dengan ruangan mengenai waktu penyebaran kuesioner
  - b) Peneliti menyebarkan kuesioner pada hari yang disepakati
  - c) Pelanggan mengisi kuesioner dengan didampingi oleh peneliti.

## **BAB VI**

### **HASIL PENELITIAN**

Hasil penelitian terdiri atas beberapa bagian, berturut-turut tentang: Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika, Tahap *Define*, Tahap *Measure*, Tahap *Analyze*, Tahap *Improve*, Tahap *Control*, dan Tahap Upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika.

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam, kuesioner, dan observasi. Hasil penyajian dilakukan dengan narasi dari wawancara mendalam, hasil kuesioner, penelusuran dokumen, dan observasi tentang keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika.

#### **6.1 Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika**

##### **6.1.1 Data Indikator Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika.**

Untuk mengetahui bagaimana upaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika, kita harus mengetahui terlebih dahulu angka indikator keselamatan pasien. Penelitian ini dilakukan untuk melihat kinerja dari bidang keselamatan pasien dengan menggunakan data sekunder, yaitu observasi dokumen.

##### **1. Data Angka Kejadian Infeksi Nosokomial Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika**

Data yang tercatat di RS Anna Medika adalah angka KTD berbagai infeksi nosokomial, yang dicatat dalam bentuk lembaran sensus harian. Dari lembaran tersebut, data setiap bulan direkapitulasi menjadi Laporan Triwulan Infeksi Nosokomial. Sejak Oktober 2010, RS Anna Medika meminta Instalasi Rawat Inap dan Instalasi Kamar Operasi dan Kamar Bersalin untuk mengisi sensus harian untuk melaporkan Kejadian Tidak Diharapkan.

Dalam pelaksanaan pengumpulan data, tidak seluruh laporan bulanan atau laporan triwulan dari setiap ruang rawat inap ditemukan. Untuk data dengan laporan bulanan yang lengkap dalam satu triwulan, peneliti mengambil data yang berasal dari laporan sensus harian setiap bulan, lalu mengolahnya menjadi angka

kejadian infeksi nosokomial setiap tiga bulan. Sedangkan untuk data dengan laporan bulanan yang tidak lengkap, peneliti mengambil data yang tercantum pada laporan triwulan. Hasil pencatatan laporan sensus harian tiap bulan pada periode Oktober-Desember 2010 yang ditemukan tidak mencakup pencatatan untuk seluruh ruang rawat inap. Oleh karena itu, penelitian ini hanya membatasi pada data infeksi nosokomial bulan Januari - Juni 2011. Hasil pengolahan data tersebut ditampilkan pada tabel di bawah ini:

**Tabel 6.1 Angka Kejadian Infeksi Nosokomial di Ruang Mawar dan Ruang Melati Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika Periode Januari-Juni 2011**

| Ruang:              |              | Mawar                    | Melati | Total  |
|---------------------|--------------|--------------------------|--------|--------|
| KTD                 | Bulan        | (jumlah KTD/denominator) |        |        |
| <b>Sepsis</b>       | Jan-Maret    | 0/203                    | 0/167  | 0/370  |
|                     | April-Juni   | 0/680                    | 0/101  | 0/781  |
| <b>Flebitis</b>     | Jan-Maret    | 0/203                    | 3/167  | 3/368  |
|                     | April – Juni | 36/680                   | 0/109  | 36/789 |
| <b>ISK</b>          | Jan-Maret    | 0/92                     | 0/3    | 0/95   |
|                     | April-Juni   | 0/242                    | 0/0    | 0/242  |
| <b>Pneumonia</b>    | Jan-Maret    | 0/203                    | 0/167  | 0/370  |
|                     | April – Juni | 0/680                    | 0/101  | 0/781  |
| <b>Dekubitus</b>    | Jan-Maret    | 0/0                      | 0/0    | 0/0    |
|                     | April – Juni | 0/0                      | 0/0    | 0/0    |
| <b>ILO</b>          | Jan-Maret    | 0/100                    | 0/1    | 0/101  |
|                     | April – Juni | 0/364                    | 0/4    | 0/368  |
| <b>Total</b>        |              |                          |        | 39     |
| <b>Total pasien</b> |              |                          |        | 4629   |

Diolah dari: Data Infeksi Nosokomial RS Anna Medika 2011

Berdasarkan tabel di atas, dengan mempertimbangkan angka kejadian Infeksi Nosokomial dibandingkan dengan jumlah pasien, angka kejadian Infeksi Nosokomial secara keseluruhan adalah 39 kejadian dari 1.151 orang pasien atau 3,39%, dengan KTD flebitis atau Infeksi karena Jarum Infus sebagai infeksi nosokomial tunggal yang terjadi di Instalasi Rawat Inap. Angka Infeksi karena

**Deleted:** Angka Kejadian Tidak Diharapkan

**Deleted:** berdasarkan jumlah kejadian dibandingkan dengan kesempatan KTD di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika

**Deleted:** adalah 7.592 DPMO. Nilai tersebut setara dengan 3.92 sigma untuk Keselamatan Pasien Rawat Inap secara keseluruhan. Sementara itu, berdasarkan persentase angka kejadian dengan total pasien yang tercatat di laporan, angka kejadian Kejadian Tidak Diharapkan di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika secara keseluruhan

**Deleted:** ¶

**Deleted:** Berdasarkan tabel di atas¶

Jarum Infus tercatat banyak di Ruang Mawar, yaitu 36 kejadian dari 883 lokasi pemasangan infus, atau 4,08%.

**Deleted:** atau sekitar 200.000 DPMO. Kapasitas sigma dari keselamatan pasien dalam pemasangan infus adalah 2,34 sigma.¶

## 2. Data Indikator Keselamatan Pasien Lain

Dari hasil observasi dokumen, tidak ditemukan data indikator keselamatan pasien lain.

### 6.1.2 Program Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika

Dalam mengetahui bagaimana berjalannya program keselamatan pasien yang sedang berjalan di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika, penulis melakukan wawancara, penelusuran dokumen, dan observasi terhadap pelayanan pasien di RS Anna Medika.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, RS Anna Medika belum memiliki kebijakan tertulis mengenai upaya meminimalkan risiko Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC). Kebijakan yang ada baru sebatas sosialisasi tentang apa KTD dan KNC, dan himbauan untuk mencatat insiden KTD dan KNC dalam bentuk sensus harian infeksi nosokomial. Mengenai kebijakan mengenai pelaporan, formulir pelaporan KTD/KNC, upaya *grading* risiko, kerangka acuan pengumpulan indikator klinik belum ada. Pihak manajemen menyatakan RS Anna Medika masih dalam proses penyusunan berbagai kebijakan tertulis, termasuk tentang keselamatan pasien. Untuk saat ini, sudah ada beberapa prosedur tetap antara lain Prosedur Tetap Asepsis Antiseptik dan Prosedur Tetap Pemasangan Infus, upaya pemastian identitas dan bagian tubuh pasien sebelum suatu prosedur atau tindakan yang tercantum dalam beberapa prosedur tetap, dan prosedur tetap untuk menangani masalah anafilaktik. Ketiadaan kebijakan tersebut diakui akibat masalah sumber daya manusia.

Dari wawancara dan observasi ditemukan belum ada struktur keselamatan pasien RS di RS Anna Medika. Struktur keselamatan tersebut menurut pihak manajemen tercakup dalam kepanitiaan dalam Komite Medik dan dalam Subbagian Mutu dalam Bagian Keperawatan, yang hingga saat ini masih belum terbentuk. Tim Penilai Indikator Klinik juga belum terbentuk berdasarkan observasi yang dilakukan oleh penulis.

Dari wawancara dan observasi ditemukan saat ini program keselamatan pasien dijalankan secara informal dengan pengumpulan data infeksi nosokomial melalui lembar sensus harian, pengolahan data dalam bentuk rekapitulasi triwulan dari sensus harian yang dibahas berkala di rapat, pengumpulan data pasien meninggal, dan evaluasi. Pada kasus pasien meninggal, dilakukan pembuatan kronologis dan dipresentasikan untuk mencari strategi pencegahan agar hal tersebut tidak terulang kembali. Di bagian keperawatan sudah dijalankan evaluasi berupa ujian pasien dan ujian teori untuk mengetahui kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien. RS Anna Medika juga mengirimkan stafnya untuk mengikuti pelatihan-pelatihan di luar RS yang berkaitan dengan keselamatan pasien RS seperti pelatihan infeksi nosokomial. Pihak manajemen juga berpendapat strategi keselamatan pasien berkaitan dengan komitmen dokter untuk menjalankan keselamatan pasien.

Program Keselamatan Pasien RS sudah dijalankan dalam pelaksanaan perawatan sehari-hari. Seluruh obat terpasang label berisikan nama, usia pasien, dan nomor kamar. Transfer informasi antar instalasi juga dilakukan, seperti operan informasi setiap pasien masuk rawat inap dari IGD atau Kamar Operasi atau Kamar Bersalin yang mencakup operan mengenai kondisi pasien dan rencana terapi pasien, penggunaan buku ekspedisi obat, dll. Komunikasi juga dilakukan antara profesi, seperti komunikasi antara instalasi farmasi dengan dokter apabila ada hal yang perlu dikonfirmasi dalam peresepan yang dokter buat, dan komunikasi tentang terapi secara lisan dan tulisan setiap dokter melakukan visite. Untuk keperluan komunikasi, di RS Anna Medika tersedia line telepon internal dan eksternal melalui operator.

Sistem pendukung untuk keselamatan pasien RS, diakui oleh pihak manajemen, belum banyak yang tersedia. Hal ini diakui oleh pihak manajemen karena RS Anna Medika masih sangat baru, yaitu berusia satu tahun-an, sehingga masih dalam proses pembentukan berbagai sistem sesuai dengan peraturan yang berlaku. Pihak manajemen menyatakan sebagian besar fasilitas di RS Anna Medika sudah disesuaikan dengan ketentuan dari dinas kesehatan untuk mencegah terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan. Contoh yang diberikan oleh pihak manajemen dari fasilitas tersebut adalah pemasangan *handrail* di kamar mandi

untuk mencegah risiko pasien jatuh, penempatan wastafel di tiap ruangan, penyediaan alat sterilisasi. Adapun beberapa masalah dari sistem pendukung tersebut adalah tempat tidur pasien yang belum seluruhnya dipasang pagar pengaman, serta masalah penempatan kamar, terutama apabila dalam perjalanan perawatan pasien memerlukan kamar khusus seperti kamar isolasi atau kamar perawatan intensif yang jumlahnya terbatas.

## 6.2. Tahap Define

Penelitian ini dilakukan untuk menentukan secara formal area yang terkait dengan keselamatan di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika yang akan dikembangkan sesuai dengan permintaan atau kebutuhan pelanggan internal dan eksternal, keinginan manajemen, dan strategi RS Anna Medika. Penelitian dilakukan dengan cara wawancara terstruktur, kuesioner, dan observasi pelayanan. Penyajian hasil dibagi menjadi dua yaitu dengan pemaparan hasil kuesioner, dan pemaparan hasil observasi terhadap kegiatan keselamatan pasien di RS Anna Medika

### 6.2.1 Voice of Employee Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui area yang terkait dengan upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika yang memerlukan pengembangan sesuai dilihat dari persepsi pelanggan internal, yaitu pegawai, yang dalam penelitian ini adalah petugas medis dan kesehatan yang bertugas di instalasi tersebut. Penelitian ini menggambarkan kekerapan secara semi-kuantitatif berdasarkan kepada persepsi pegawai. Penelitian ini dilaksanakan menggunakan metode *convinience* kepada dokter dan perawat di instalasi rawat inap yang ada pada tanggal 25, 27 dan 28 April 2010 yang bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Jumlah responden yang ikut serta adalah 13 orang, yang terdiri dari 4 orang dokter, 4 orang perawat Ruang Mawar, dan 5 orang perawat Ruang Melati.

Dari setiap pertanyaan yang diajukan, diberikan empat pilihan jawaban, yaitu:

- a. Tidak pernah (skor 1)

Deleted: 6.2

Formatted: Font: (Default) Times New Roman, Bold, Complex Script  
Font: Times New Roman, Bold

Formatted: Font: (Default) Times New Roman, Bold, Complex Script  
Font: Times New Roman, Bold

Formatted: Font: (Default) Times New Roman, Bold, Not Italic, Complex Script  
Font: Times New Roman, Bold, Not Italic

Formatted: Outline numbered + Level: 2 + Numbering Style: 1, 2, 3, ... + Start at: 2 + Alignment: Left + Aligned at: 0 cm + Tab after: 0 cm + Indent at: 0,63 cm, Tabs: Not at 2,54 cm

Formatted: Justified

Deleted: ¶  
*"Patient Safety dirasa agak kurang, namun tidak terlalu kurang, ada yang ada ada yang tidak"*¶  
*"Kinerja keselamatan pasien selama ini kurang lebih cukup, walau ada kurang-kurang sedikit karena belum ada protap yang jelas karena protapnya masih dalam proses pembuatan"*¶  
*"sangat belum optimal, karena ya SDMnya, tapi kami usaha sebisa mungkin karena kami tidak mengharapka adanya kejadian-kejadian yang tidak diharapkan tentunya. Apalagi dengan kondisi masyarakat sekarang yang semakin kritis, bertanya ini itu, ini untuk apa itu untuk apa. Tentunya kami perlu mempersiapkan diri untuk menyampaikan hal-hal yang demikian"*¶  
*"Kalau di sini masih kurang, seperti tempat tidurnya, di sini kan banyak pasien anak, kalau pasien anak kan tempat tidurnya harus tersendiri, kalau di sini kan tempat tidurnya besar, tidak ada pinggirannya. Kalau di sini seperti itu. Dan menurut saya sih agak kurang, tapi tidak tahu, ada yang ada, ada yang tidak."*¶  
*"Di dalam peraturan, ada sebetulnya mengenai keselamatan pasien, undang-undang juga sudah bicaranya begitu, cuma kita belum ke arah sana karena awal yang di sini, pertama yang saya kerjakan adalah membentuk dulu struktur organisasi"*¶  
 Hasil observasi dan pernyataan pendukung lain mengenai keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap di RSIA Anna Medika telah dibahas pada pembahasan sebelumnya.¶  
 Berdasarkan data di atas, secara keseluruhan kinerja keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika kurang baik, terutama berkaitan dengan kebijakan, struktur, dan strategi keselamatan pasien, dikarenakan SDM yang masih kurang dan belum selesainya pembuatan kebijakan.¶  
 Pada tahapan ini juga mulai diformulasikan penentuan masalah secara umum tentang masalah pelayanan ¶ ... [1]

- b. Jarang (skor 2)
- c. Sering (skor 3)
- d. Sangat sering (skor 4)

**Tabel 6.2 Hasil Penelitian Persepsi Petugas terhadap Kecepatan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika**

| No. | KTD yang dipertanyakan   | N  | Persentase skor |     |     |    | Modus | Skor Rerata | Peringkat |
|-----|--|----|-----------------|-----|-----|----|-------|-------------|-----------|
|     |  |    | 1               | 2   | 3   | 4  |       |             |           |
| 1   | <u>Pasien jatuh</u>  | 13 | 85%             | 15% | 0%  | 0% | 1     | 1,15        |           |
| 2   | <u>Infus blong</u>   | 13 | 46%             | 46% | 8%  | 0% | 1&2   | 1,62        |           |
| 3   | <u>Bengkak dan nyeri pada bagian tubuh yang diinfus (flebitis)</u>                           | 13 | 15%             | 38% | 46% | 0% | 3     | 2,31        | 1         |
| 4   | <u>Lecet akibab berbaring terlalu lama pada pasien yang tidak dapat bergerak (dekubitus)</u> | 13 | 85%             | 8%  | 8%  | 0% | 1     | 1,23        |           |
| 5   | <u>Nyeri berkemih akibab pemasangan kateter (Infeksi Saluran Kemih)</u>                      | 13 | 69%             | 23% | 8%  | 0% | 1     | 1,38        |           |
| 6   | <u>Tersengat listrik (Trauma elektrik)</u>   | 13 | 92%             | 0%  | 8%  | 0% | 1     | 1,15        |           |
| 7   | <u>Kesalahan pemberian obat (jenis obat yang salah)</u>                                      | 13 | 69%             | 15% | 15% | 0% | 1     | 1,46        |           |
| 8   | <u>Kesalahan pemberian informasi dari perawat/petugas lab kepada Dokter</u>                  | 13 | 54%             | 31% | 15% | 0% |       | 1,62        |           |
| 9   | <u>Kesalahan cara pemberian obat</u>   | 13 | 36%             | 48% | 15% | 0% |       | 1,77        | 3         |
| 10  | <u>Kesalahan dosis obat</u>  | 13 | 54%             | 23% | 23% | 0% |       | 1,69        |           |
| 11  | <u>Kesalahan pencampuran obat (cara pengoplosan obat yang salah)</u>                         | 13 | 62%             | 31% | 8%  | 0% |       | 1,46        |           |
| 12  | <u>Kesalahan pengambilan</u>   | 13 | 62%             | 31% | 8%  | 0% |       | 1,46        |           |

Deleted: -----Page Break-----

Deleted: 2

Deleted: Pasien jatuh

Deleted: Infus blong

Deleted: Flebitis

Deleted: Dekubitus

Deleted: Infeksi Saluran Kemih

Deleted: Trauma elektrik

Deleted: Kesalahan pemberian obat

Deleted: Kesalahan pemberian informasi dari perawat/petugas lab kepada Dokter

Deleted: Kesalahan cara pemberian obat

Deleted: Kesalahan dosis obat

Deleted: Kesalahan pencampuran obat



**Tabel 6.2 Hasil Penelitian Persepsi Petugas terhadap Kecepatan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika**

| No. | KTD yang dipertanyakan   | N  | Persentase skor |     |     |    | Modus | Skor Rerata | Peringkat |
|-----|--|----|-----------------|-----|-----|----|-------|-------------|-----------|
|     |  |    | 1               | 2   | 3   | 4  |       |             |           |
|     | <u>sampel pemeriksaan lab</u>                                    |    |                 |     |     |    |       |             |           |
| 13  | <u>Kesalahan identifikasi pasien saat pengambilan sampel lab</u> | 13 | 69%             | 31% | 0%  | 0% | 1,31  |             |           |
| 14  | <u>Kesalahan persiapan pemeriksaan penunjang</u>                 | 13 | 69%             | 15% | 15% | 0% | 1,46  |             |           |
| 15  | <u>Kesalahan persiapan operasi</u>                               | 13 | 46%             | 54% | 0%  | 0% | 1,54  |             |           |
| 16  | <u>Kesalahan pembacaan resep</u>                                 | 13 | 38%             | 38% | 23% | 0% | 1,85  | 2           |           |
| 17  | <u>Kesalahan penyerahan obat kepada pasien</u>                   | 13 | 62%             | 38% | 0%  | 0% | 1,38  |             |           |

Deleted: -----Page Break-----

Deleted: 2

Deleted: Kesalahan pengambilan sampel pemeriksaan lab

Deleted: Kesalahan identifikasi pasien saat pengambilan sampel lab

Deleted: Kesalahan persiapan pemeriksaan penunjang

Deleted: Kesalahan persiapan operasi

Deleted: Kesalahan pembacaan resep

Deleted: Kesalahan penyerahan obat pulang kepada pasien.

Keterangan: Peringkat diurutkan berdasarkan skor rerata dari yang paling besar ke yang paling kecil

Berdasarkan data diatas, KTD yang paling kerap terjadi menurut dokter dan perawat tetap yang bertugas di Rawat Inap RS Anna Medika adalah Infeksi karena Jarum Infus/ flebitis (skor rerata 2,48). Enam dari 13 responden atau 46% responden memberikan skor 3 dan 5 dari 13 responden atau 38% responden smemberikan skor 2 dalam mempersepsikan kecepatan Infeksi karena Jarum Infus.

### 6.2.2 Hasil Observasi Kegiatan Pelayanan di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika

Observasi kejadian, perilaku, dan kegiatan keselamatan RS dilakukan penulis untuk mengetahui keadaan pelayanan di RS Anna Medika. Observasi tersebut dilakukan setiap hari Senin, lima kali secara tidak berurutan di bulan April-Juli dan tiap minggu di bulan September hingga Oktober. Total pelaksanaan observasi adalah 14 hari observasi. Selama observasi tersebut ditemukan:

1. Delapan kejadian penulisan resep yang tidak jelas yang dilakukan sebanyak dua buah yang dilakukan oleh seorang dokter spesialis dan seorang dokter umum.

2. Adanya upaya konfirmasi mengenai resep yang mengalami kejanggalan kepada Dokter, yang dilakukan dengan menggunakan sambungan telepon internal.
3. Dua kejadian flebitis di Instalasi Rawat Inap, dengan riwayat pemasangan infus di IGD.
4. Enambelas kali upaya pemasangan infus lebih dari satu kali di IGD dari 43 pemasangan infus yang diamati.
5. Dua kali pelaksanaan kegiatan cuci tangan sebelum dilakukan pemasangan infus dari 43 pemasangan infus yang diamati.
6. Tidak pernah digunakan sarung tangan pada saat pemasangan infus dari 43 pemasangan infus yang diamati.
7. Delapan kali perilaku memastikan posisi vena dengan tangan yang lupa diantiseptiskan kembali dari 43 pemasangan infus dan 18 pengambilan darah yang diamati
8. Tidak ada kejadian kesalahan dosis obat, kesalahan pemberian obat.
9. Ada wastafel di setiap kamar perawatan dan di lorong ruang perawatan, namun tidak ada sabun yang terpasang di wastafel dalam kamar perawatan pasien.
10. Sudah ada tempat khusus jarum, pemisahan tempat sampah untuk sampah infeksius dan non infeksius walaupun masih banyak sampah non-infeksius yang masuk ke tempat sampah infeksius, sudah ada tisu walaupun tidak ditempatkan dekat wastafel.

### 6.3 Tahap Measure

Tahap *Measure* bertujuan menentukan kinerja dari bidang keselamatan pasien yang telah berlangsung di Instalasi Rawat Inap, baik dalam input, proses, output, maupun outcome. Hasil penelitian ini disajikan dalam dua tahap, yaitu pemetaan proses pelayanan, dan penilaian keterkaitan input terhadap KTD Infeksi karena Jarum Infus. Penelitian ini dilaksanakan dengan wawancara mendalam, penelusuran dokumen, dan observasi kegiatan pelayanan.

**Formatted:** Font: (Default) Times New Roman, Complex Script Font: Times New Roman

**Deleted:** Berdasarkan gambaran tersebut, dapat disimpulkan bahwa pasien/keluarga pasien paling mengkuatirkan KTD yang terkait dengan obat yang diterima oleh pasien.¶  
Data di atas mendukung hasil wawancara berikut:¶  
"Kalau obat, pasti pasien merasa (kuatir), jangan sampai pasien salah dikasih obat"¶  
"fatal sekali apabila ada kesalahan dosis yang diberikan dokter spesialis kepada pasien"¶  
Data di atas mendapat bantahan seperti yang disampaikan dalam kutipan wawancara mendalam di bawah ini:¶  
"Kalau menurut saya, yang dikuatirkan kan beda dengan yang dikuatirkan orang tua"¶  
Data di atas mendukung hasil wawancara berikut:¶  
"flebitis sebagai yang paling banyak, karena sering mendapat complain dari pasien"¶  
Data di atas mendapat bantahan dari berbagai pihak. Bantahan tersebut disampaikan dalam kutipan wawancara mendalam di bawah ini:¶  
"Untuk kesalahan pembacaan resep atau kesalahan dosis obat, saya sampai sekarang belum (pernah) mendapat complain"¶  
"Kalau sampai saat ini, saya belum mendapatkan info dari teman-teman perawat., apa mereka belum pernah (salah) memberikan dosis obat, apa mereka pernah tapi tidak melaporkan. Kalau secara risikonya, sangat kecil."¶  
"Kalau flebitis di sini jarang"¶  
"Selama ini sih (kelebihan dosis) itu nggak (pernah terjadi)"¶  
"Kesalahan dosis obat sepengetahuan saya tidak pernah terj adi di sini, kalaupun terjadi itu kan atas instruksi dari Dokter"¶  
"Kalau yang salah bagaimana (dosis/ pembacaan resep) sih nggak."

**Deleted:** Hasil wawancara yang mendukung adalah:¶  
"(hasil penelitian) Logis. Kekuatiran untuk flebitis, pasien rasanya tidak berpikir ke arah situ. Karena itu kan namanya side effect. Kalau obat, pasti pasien merasa (kuatir), jangan sampai pasien salah dikasih obat. Tetapi kalau persepsi (lain), saya sepakat. "¶  
"Pendapat mengenai hasil kuesioner, setuju dengan flebitis sebagai yang (skor) paling banyak, karena sering mendapat complain dari pasien"¶  
Hasil di atas juga mendapat bantahan dari beberapa pihak. Hal ini didapat dari wawancara mendalam berikut:¶  
" Untuk kesalahan pembacaan resep atau kesalahan dosis obat, saya sampai sekarang belum mendapat complain"¶  
"alhamdulillah di sini kan nggak, nggak sampai salah obat. Kalau flebitis ada"¶  
¶

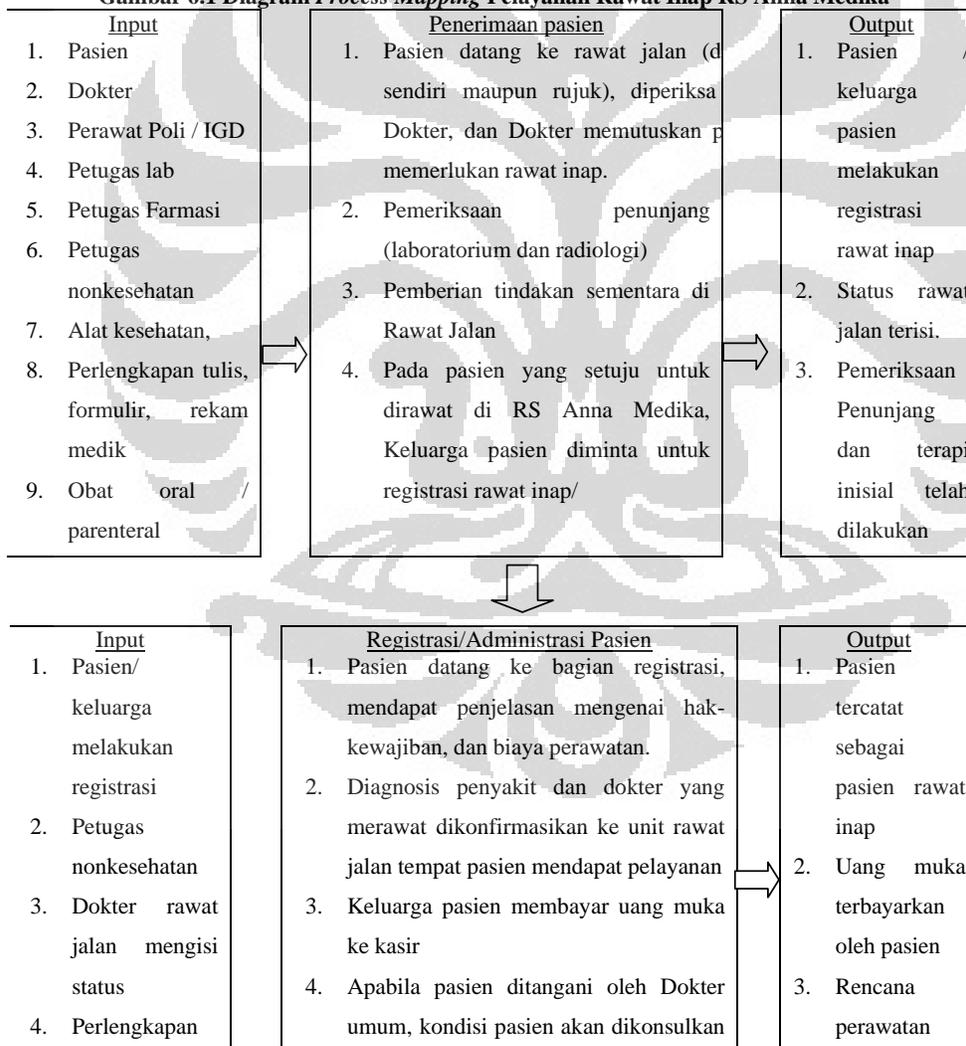
### 6.3.1 Pemetaan Proses

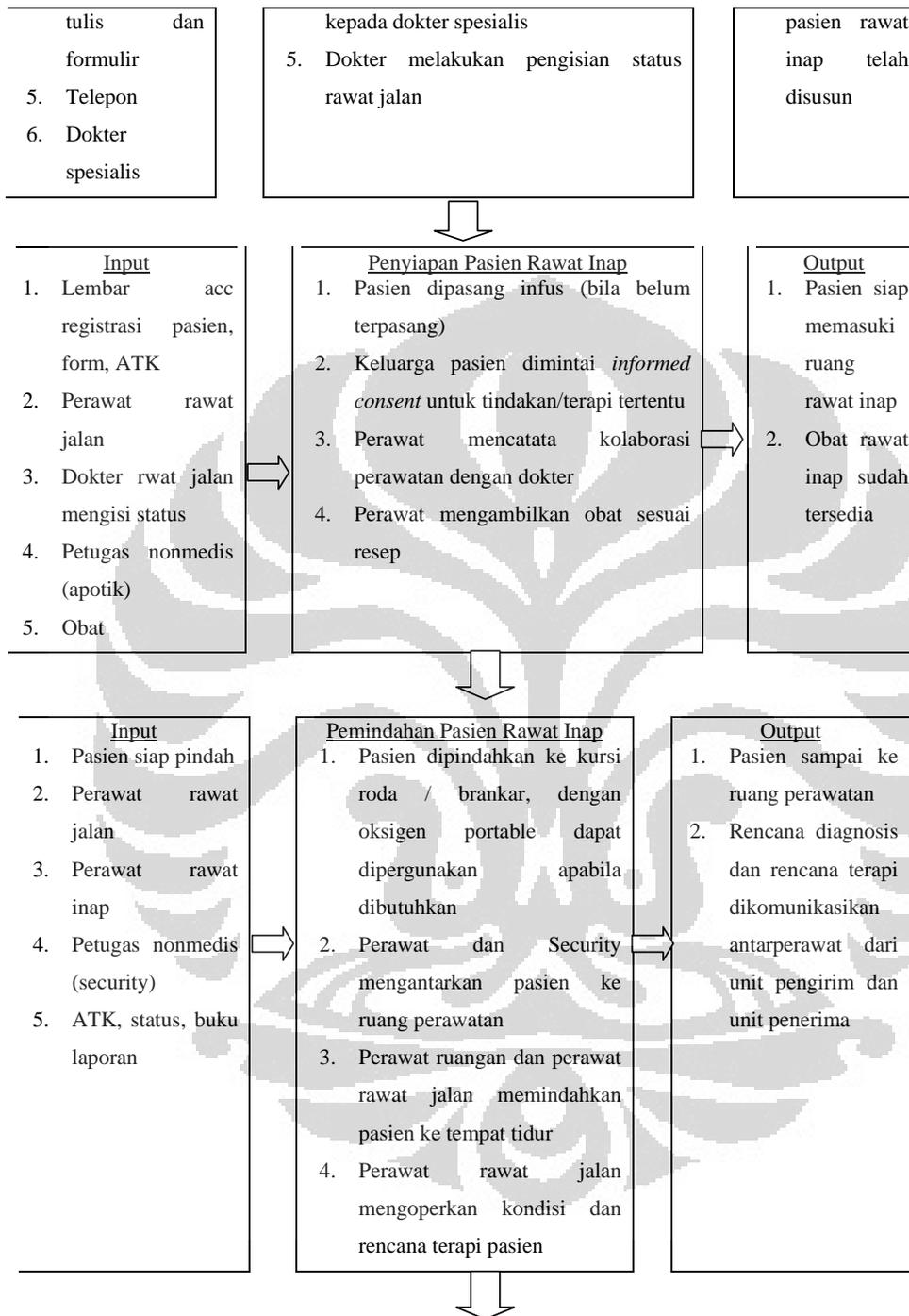
#### 1. Proses Umum Pelayanan Instalasi Rawat Inap

Untuk menentukan kinerja dari bidang keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika, input, proses, dan output dalam pelayanan di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika sejak pasien datang hingga pasien pulang perlu diketahui. Berdasarkan wawancara dengan Koordinator Rawat Inap dan observasi lapangan, disusun pemetaan proses pasien sejak masuk ke RS Anna Medika, menjalani perawatan di rawat inap RS Anna Medika, hingga keluar perawatan. Proses tersebut dipetakan secara lengkap sebagai berikut:

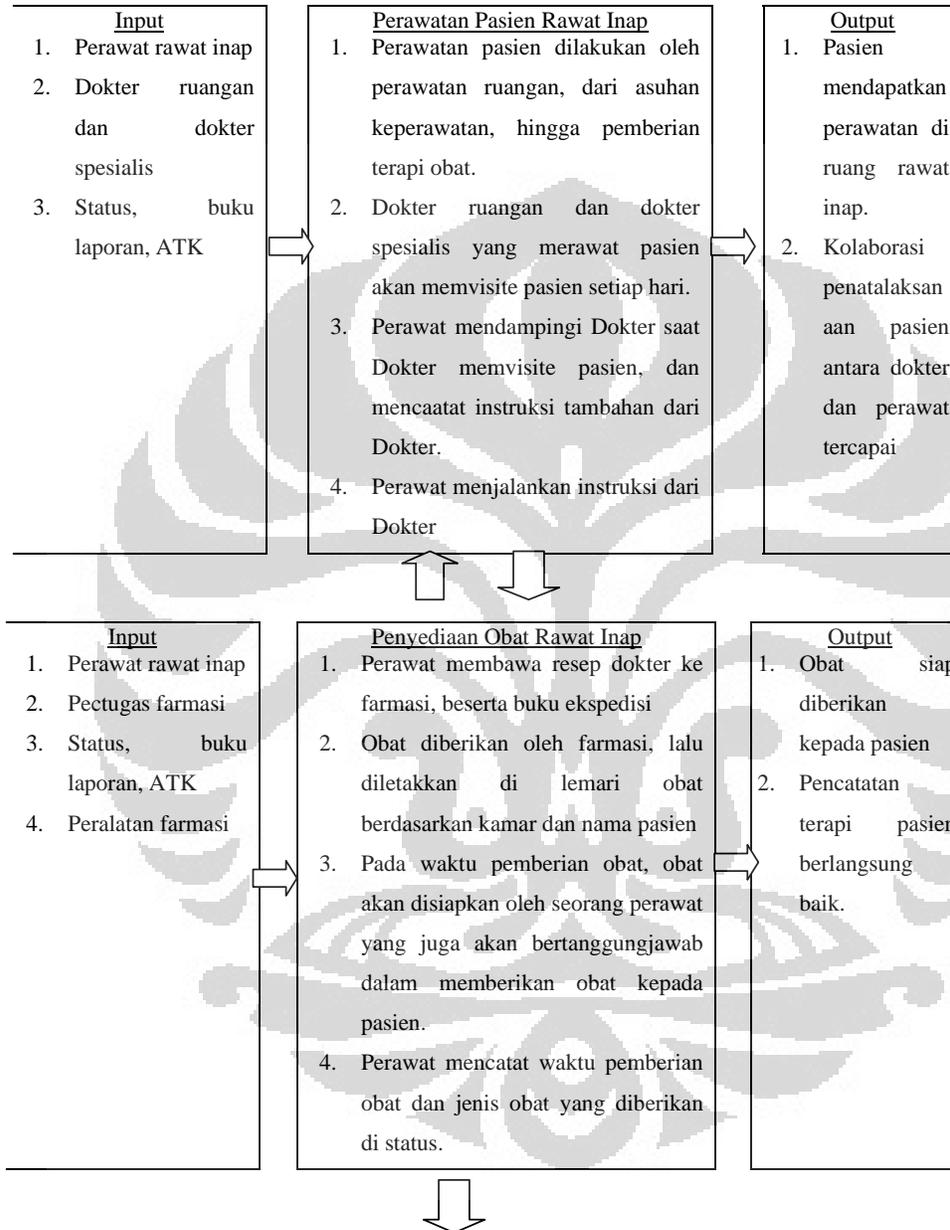
Deleted: Kepala Bagian Pelayanan Medik

**Gambar 6.1 Diagram *Process Mapping* Pelayanan Rawat Inap RS Anna Medika**

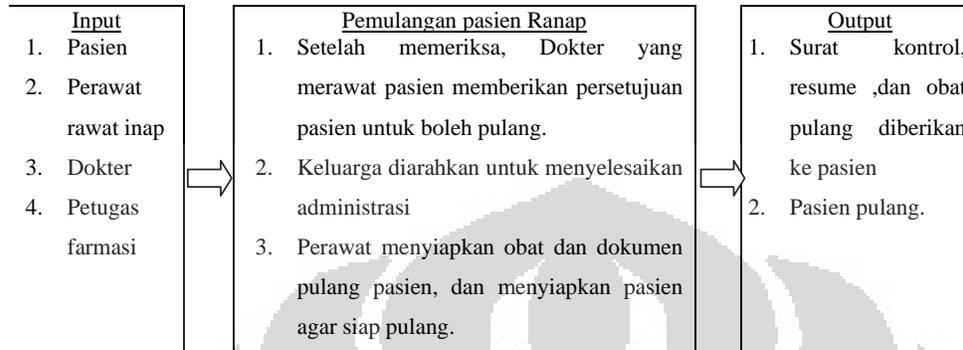




**Gambar 6.1 Diagram *Process Mapping* Pelayanan Rawat Inap RS Anna Medika**



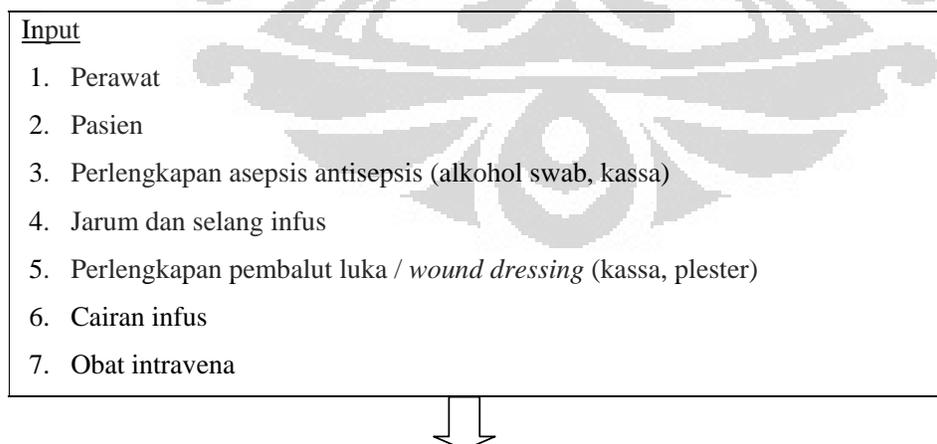
**Gambar 6.1 Diagram *Process Mapping* Pelayanan Rawat Inap RS Anna Medika**

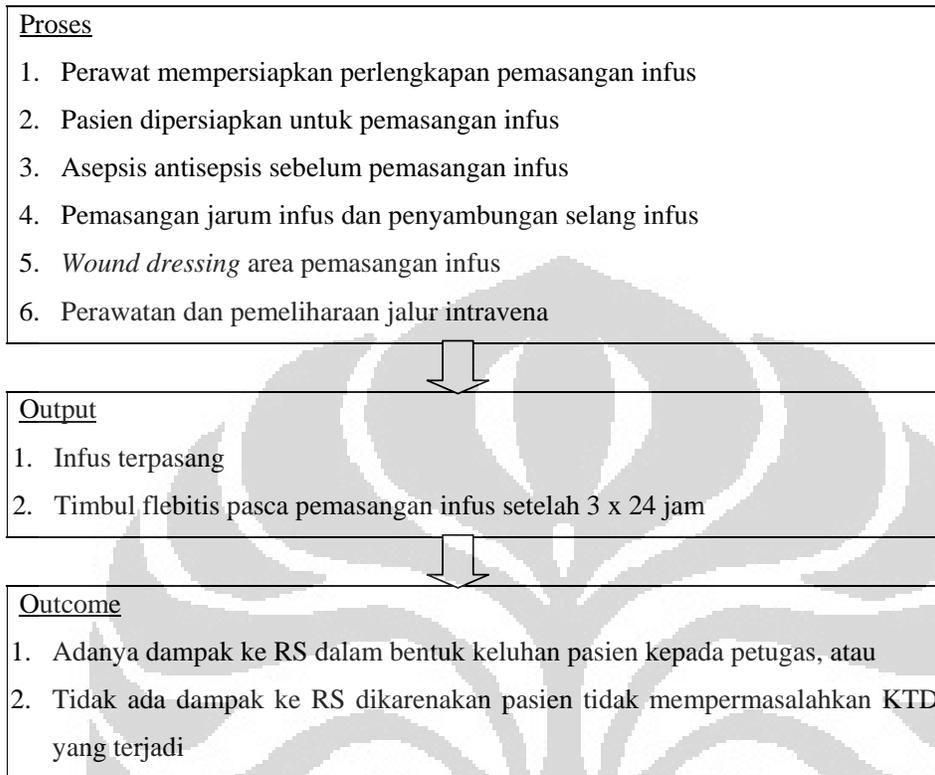


## 2. Pemetaan Proses Infeksi karena Jarum Infus

Infeksi karena Jarum Infus hanya dapat terjadi dalam kegiatan pemasangan infus. Kegiatan transfusi darah, pengambilan sampel darah, tindakan invasif intravena selain pemasangan infus, dan tindakan invasif intraarteri tidak dimasukkan ke dalam tindakan yang tergolong dapat menyebabkan infeksi karena jarum infus. Kegiatan pemasangan infus terjadi pada tahap penyiapan pasien rawat inap dan perawatan pasien rawat inap. Berdasarkan observasi terhadap kegiatan pelayanan, proses terjadinya Infeksi karena Jarum Infus tersebut terurai sebagai berikut:

**Gambar 6.2 Diagram Proses Pemasangan Infus**





### 6.3.2 Penilaian Keterkaitan Input

Untuk menganalisa penyebab masalah terjadinya Infeksi karena Jarum Infus, perlu ditinjau lebih lanjut keterkaitan input dari proses yang ada dengan area yang telah ditentukan dalam tahapan *Define*. Dalam hal ini adalah input dari Kejadian Infeksi karena Jarum Infus. Dengan menggunakan matriks ini, dapat ditemukan input yang paling terkait dengan masalah yang ada. Dalam memperoleh isian dari *Cause Effect Matrix*, didapat dari wawancara dengan pihak manajemen.

Berdasarkan wawancara dengan pihak manajemen, keterkaitan tersebut dijabarkan dalam tabel di bawah ini

**Tabel 6.3 Cause Effect Matrix Infeksi karena Jarum Infus di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika**

| Tahapan Proses  | Input proses                    | Skor Keterkaitan | Rating   |
|---|---------------------------------|------------------|----------|
| Penyiapan alat pemasangan Infus                             | Perawat                         | 0                |          |
|   | Perlengkapan aseptis antiseptis | 0                |          |
|   | Jarum dan selang infus          | 0                |          |
|   | Perlengkapan pembalut luka      | 0                |          |
| Penyiapan pasien untuk pemasangan infus                     | Cairan infus                    | 0                |          |
|   | Perawat                         | 0                |          |
| <b>Asepsis antiseptis sebelum pemasangan infus</b>          | Pasien                          | 0                |          |
|   | <b>Perawat</b>                  | <b>9</b>         | <b>1</b> |
|   | Pasien                          | 1                |          |
| <b>Pemasangan jarum infus dan penyambungan selang infus</b> | Perlengkapan aseptis antiseptis | 3                | 2        |
|   | <b>Perawat</b>                  | <b>9</b>         | <b>1</b> |
|   | Pasien                          | 3                | 2        |
|   | Jarum dan selang infus          | 1                |          |
| Wound dressing area pemasangan infus                        | Perlengkapan pembalut luka      | 0                |          |
|   | Cairan infus                    | 3                | 2        |
|   | Perawat                         | 3                |          |
|   | Perlengkapan pembalut luka      | 1                |          |
| Perawatan dan pemeliharaan jalur intravena                  | Perawat                         | 3                |          |
|   | Pasien                          | 1                |          |
|   | Cairan infus                    | 3                |          |
|   | Obat intravena                  | 3                |          |

Keterangan:

0 = tidak memiliki kaitan dengan KTD

1 = sedikit terkait dengan KTD

3 = cukup terkait dengan KTD

9 = sangat terkait dengan KTD

**Deleted:** maka potensi penyebab KTD yang paling besar adalah:

Berdasarkan tabel *Cause Effect Matrix*, ditemukan input yang paling terkait dengan kejadian Infeksi karena Jarum Infus adalah perawat. Adapun keterkaitan perawat paling tinggi terdapat pada tahapan proses aseptis dan antiseptis sebelum pemasangan infus dan serta pada tahapan proses pemasangan jarum infus dan penyambungan selang infus.



## 6.4 Tahap *Analyze*

Tahapan ini bertujuan untuk melakukan verifikasi penyebab masalah dalam upaya perbaikan angka KTD RS Anna Medika. Verifikasi dilakukan dengan cara melakukan analisa dengan menggunakan teknik *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA) dan dipertajam dengan menggunakan *Current Reality Tree* dari *Theory of Constraint*.

### 6.4.1 *Failure Mode Effect Analysis*

Analisa dilakukan untuk menggali model kesalahan potensial dari input yang paling berpengaruh terhadap Infeksi karena Jarum Infus, yaitu perawat, pada tahapan proses aseptis dan antisepsis sebelum pemasangan infus dan serta pada tahapan proses pemasangan jarum infus dan penyambungan selang infus.

Analisa yang dilakukan meliputi analisa terhadap

1. Model kesalahan potensial yang mungkin dilakukan oleh perawat
2. Dampak dari kesalahan potensial tersebut,
3. Keparahan dari dampak yang terjadi,
4. Kemungkinan penyebab dari kesalahan potensial yang dapat terjadi,
5. Kekekrapan penyebab kesalahan potensial tersebut dalam kegiatan pelayanan sehari-hari,
6. Mekanisme pengendalian untuk mencegah timbulnya penyebab kesalahan potensial,
7. Kemampuan mekanisme pengendalian yang ada untuk mencegah timbulnya penyebab kesalahan potensial.

Untuk melakukan ketujuh analisa di atas, penulis melakukan wawancara terstruktur kepada pihak manajemen. Hasil dari wawancara tersebut, diolah menjadi matriks FMEA berikut ini:

Tabel 6.4 *Failure Mode Effect Analysis* Infeksi karena Jarum Infus di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika

| LP   | I       | Kesalahan Potensial                                      | Dampak   | SEV | Penyebab   | OCC | Pengendalian   | DET | RPN | Rating |
|--|---------|--|----------|-----|--|-----|--|-----|-----|--------|
| Asepsis antiseptis sebelum pemasangan infus          | Perawat | Tidak cuci tangan  | Flebitis | 3   | Tidak mengerti prinsip pencegahan infeksi nosokomial   | 5   | Diberlakukannya tugas bergilir perawat nosokomial, sosialisasi                   | 7   | 105 | 3      |
|  |         |  |          | 3   | Tidak disiplin dalam menjalankan prosedur  | 9   | Evaluasi berkala dari bagian keperawatan dengan metode serupa ujian, sosialisasi | 9   | 243 | 1      |
|  |         | Cuci tangan tidak bersih                                 | Flebitis | 3   | Tidak pakai sabun, karena sabun yang telah disediakan untuk wastafel tidak diletakkan pada tempatnya, karena kuatir dipakai oleh keluarga pasien untuk mencuci botol | 7   | Upaya cuci tangan di wastafel luar   | 9   | 189 | 3      |
|  |         | Tidak menggunakan sarung tangan dalam melakukan tindakan | Flebitis | 3   | Teknik asepsis antiseptis yang salah   | 9   | sosialisasi  | 7   | 189 | 2      |
|  |         |  |          | 3   | Tidak disiplin dalam menjalankan prosedur  | 9   | Sosialisasi  | 9   | 243 | 1      |
| Pemasangan jarum infus dan penyambungan selang infus | Perawat | Memegang kembali bagian yang sudah dilakukan antiseptis  | Flebitis | 3   | Teknik asepsis antiseptis yang salah   | 7   | sosialisasi  | 7   | 147 | 3      |

Tabel 6.4 *Failure Mode Effect Analysis* Infeksi karena Jarum Infus di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika

| LP | I | Kesalahan Potensial         | Dampak   | SEV                                 | Penyebab                | OCC  | Pengendalian   | DET | RPN | Rating |
|----|---|-----------------------------|----------|-------------------------------------|-------------------------|--|--|-----|-----|--------|
|    |   | Tindakan penusukan berulang | flebitis | 3                                   | Kurang mahirnya perawat | 7  | Perawat junior dimotivasi untuk berlatih pemasangan infus kepada pasien yang bentuk vena nya mudah untuk dilakukan pemasangan infus. | 3   | 63  |        |
|    | 3 |                             |          | Bentuk badan dan bentuk vena pasien | 5                       | Meminta perawat senior atau perawat dari bagian lain untuk membantu (ICU/Perinatologi) | 3  | 45  |     |        |
|    | 3 |                             |          | Pasien tidak kooperatif             | 3                       | Meminta bantuan keluarga untuk menjaga pasien agar tidak banyak gerak                  | 3  | 27  |     |        |

Keterangan:

SEV = *Severity Score* atau skor keparahan dampak yang adaOCC = *Occurence Scori* atau skor kekerapan terjadinya penyebab masalahDET = *Detection Score* atau skor kemampuan deteksi dan pengendalian terhadap penyebab masalah

0 = tidak berdampak sama sekali // tidak akan pernah terjadi // tidak akan pernah gagal dalam mengendalikan masalah

1 = dampak / keparahan minimal // sangat jarang atau ada kemungkinan akan terja// ada dan sangat mampu mengendalikan masalah

3 = dampak / keparahan ringan – sedang // jarang // ada dan mampu mengendalikan masalah

5 = dampak / keparahan sedang // cukup sering // ada dan cukup mampu mengendalikan masalah

7 = dampak / keparahan sedang – berat // sering // ada, namun hanya sedikit mampu mengendalikan masalah

9 = dampak / keparahan berat // hampir selalu // ada, namun tidak dapat mengendalikan masalah

10 = dampak / keparahan sangat berat // selalu // tidak ada//

Berdasarkan hasil analisa dengan menggunakan teknik FMEA, didapati penyebab kesalahan potensial yang paling berpengaruh terhadap masalah keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika adalah:

1. Peringkat 1 (Skor 243)
  - a. Tidak disiplin dalam menjalankan prosedur sehingga perawat tidak cuci tangan sebelum melakukan pemasangan infus
  - b. Tidak disiplin dalam menjalankan prosedur sehingga perawat tidak mengenakan sarung tangan sebelum melakukan pemasangan infus
2. Peringkat 2 (Skor 189)
  - a. Tidak tersedianya sabun pada tempatnya akibat takut disalahkan oleh keluarga pasien sehingga cuci tangan yang dilakukan oleh perawat tidak bersih
  - b. Teknik aseptis antiseptis yang salah sehingga perawat tidak menggunakan sarung tangan saat melakukan pemasangan infus
3. Peringkat 3 (Skor 147)
  - a. Teknik aseptis antiseptis yang salah sehingga perawat memegang kembali bagian tubuh yang sudah dilakukan prosedur antiseptis

**Formatted:** Numbered + Level: 1 + Numbering Style: 1, 2, 3, ... + Start at: 1 + Alignment: Left + Aligned at: 0,63 cm + Tab after: 0 cm + Indent at: 1,27 cm, Tabs: Not at 2,54 cm

**Formatted:** Numbered + Level: 2 + Numbering Style: a, b, c, ... + Start at: 1 + Alignment: Left + Aligned at: 1,9 cm + Tab after: 0 cm + Indent at: 2,54 cm, Tabs: Not at 2,54 cm

**Formatted:** Numbered + Level: 1 + Numbering Style: 1, 2, 3, ... + Start at: 1 + Alignment: Left + Aligned at: 0,63 cm + Tab after: 0 cm + Indent at: 1,27 cm, Tabs: Not at 2,54 cm

**Formatted:** Numbered + Level: 2 + Numbering Style: a, b, c, ... + Start at: 1 + Alignment: Left + Aligned at: 1,9 cm + Tab after: 0 cm + Indent at: 2,54 cm, Tabs: Not at 2,54 cm

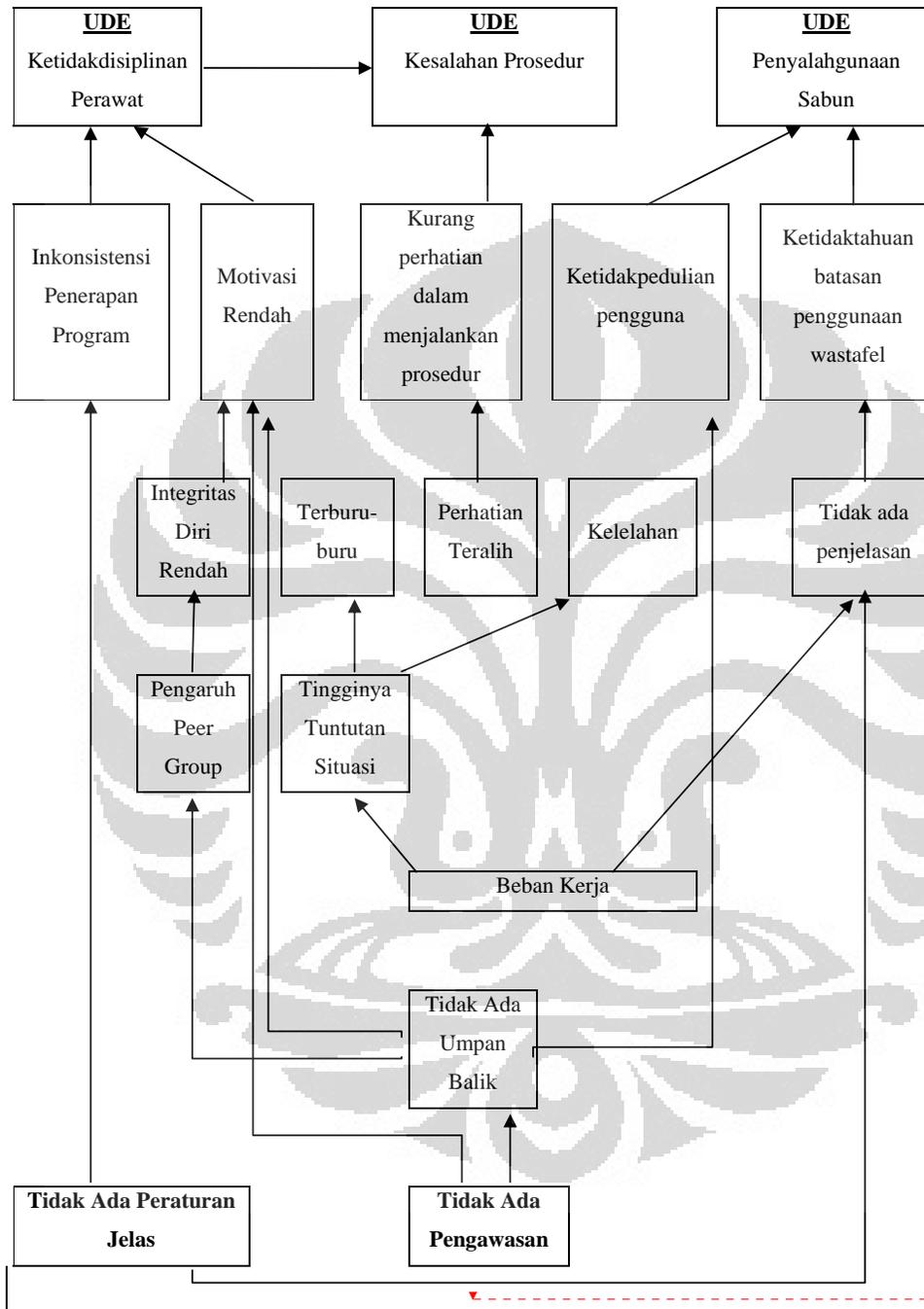
**Formatted:** Numbered + Level: 1 + Numbering Style: 1, 2, 3, ... + Start at: 1 + Alignment: Left + Aligned at: 0,63 cm + Tab after: 0 cm + Indent at: 1,27 cm, Tabs: Not at 2,54 cm

**Formatted:** Numbered + Level: 2 + Numbering Style: a, b, c, ... + Start at: 1 + Alignment: Left + Aligned at: 1,9 cm + Tab after: 0 cm + Indent at: 2,54 cm, Tabs: Not at 2,54 cm

**Formatted:** Font: (Default) Times New Roman, Complex Script Font: Times New Roman

#### 6.4.2 *Current Reality Tree*

Analisa mendalam dilakukan untuk mengetahui akar masalah dari ketidakdisiplinan petugas, kesalahan teknik aseptis antiseptis, dan ketidaktersediaan sabun. Diagram tersebut menggunakan teknik *Theory Of Constraint*, dengan penyebab masalah yang diperoleh dalam FMEA sebagai UDE atau *Undesirable Effect*.

Diagram 6.3 Analisa Akar Masalah dengan *Current Reality Tree*

**Deleted:** Ketidaksihplinan perawat dalam menjalankan prosedur pencegahan infeksi nosokomial seperti cuci tangan dan penggunaan srung tangan saat akan melakukan tindakan pemasangan infus. Teknik aseptis dan antisepsis yang salah dengan mengabaikan penggunaan sarung tangan dan cuci tangan tidak menggunakan sabun. Tidak adanya sabun di setiap wastafel karena takut disalahgunakan penggunaannya untuk mencuci botol oleh keluarga pasien.

## 6.5 Tahap *Improve*

Pada tahap ini, penelitian dilakukan untuk menyusun rencana perbaikan untuk memecahkan akar masalah dari keselamatan pasien di RS Anna Medika. Data dari penelitian ini diperoleh dari wawancara terstruktur. Wawancara dilakukan untuk mengatasi penyebab masalah Infeksi karena Jarum Infus, yaitu ketidakdisiplinan perawat untuk mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan akibat kurangnya pengawasan dan belum adanya peraturan yang jelas, teknik aseptis antiseptis sebelum pemasangan infus yang salah akibat kurangnya pengawasan dalam melakukan tindakan, dan ketidaktersediaan sabun di setiap wastafel di ruang perawatan akibat penyalahgunaan yang kerap dilakukan oleh pasien yang berasal dari ketidakjelasan batasan penggunaan wastafel dan tidak adanya pengawasan dari petugas dalam penggunaan sabun cair.

Untuk mengatasi penyebab masalah Infeksi karena Jarum Infus berupa ketidakdisiplinan perawat dan masalah teknik aseptis antiseptis yang kurang tepat, didapati alternatif penyelesaian berupa sosialisasi ulang beberapa prosedur kepada perawat atau petugas laboratorium, pengawasan dengan perawat nosokomial, dan pengawasan langsung tindakan pemasangan infus/intervensi intravena oleh Dokter. Sedangkan untuk mengatasi ketidaktersediaan sabun di setiap wastafel, penyelesaian masalah yang dapat digunakan adalah penggunaan tempat sabun yang permanen di wastafel, penempelan tanda peringatan di wastafel, dan penjelasan fasilitas kamar perawatan agar penggunaan sabun tersebut tidak disalahgunakan. Dari berbagai solusi tersebut, solusi yang dianggap paling tepat oleh pihak manajemen adalah sosialisasi ulang kepada petugas untuk mencuci tangan, dan pengawasan kegiatan cuci tangan dan tindakan pemasangan infus oleh petugas lain, dan penempatan tempat sabun cair permanen disertai edukasi penggunaan wastafel kepada pasien atau keluarga pasien secara lisan dan penempelan tanda peringatan tertulis di wastafel sehingga memperkecil penyalahgunaan penggunaan sabun dan pihak RS tetap termotivasi untuk menyediakan sabun di seluruh wastafel.

Untuk penerapan solusi tersebut, diperlukan alokasi sumber daya. Untuk menjalankan pengawasan terhadap tindakan cuci tangan dan pemasangan infus,

Formatted: Justified

Formatted: Font: (Default) Times New Roman, Complex Script Font: Times New Roman

diperlukan SDM dalam bentuk tenaga pengawas yaitu perawat nosokomial atau petugas lain yang terlatih. Untuk melakukan penyediaan sabun, sumber daya yang dibutuhkan adalah personel dari departemen logistik untuk pengadaan tempat sabun, alat dan bahan habis pakai berupa tempat sabun dan sabun cair, dan petugas pengisi sabun.

Penerapan solusi perlu dikaji dari segi biaya. Dari segi pembiayaan, biaya untuk kegiatan pengawasan yang ideal membutuhkan biaya yang tidak sedikit, yang diperlukan untuk mengirim petugas ke pelatihan dan menjalani sertifikasi perawat nosokomial. Namun pembiayaan tersebut masih dapat ditekan dengan melakukan pelatihan tentang keselamatan pasien, khususnya untuk pencegahan infeksi nosokomial, kepada petugas yang akan ditunjuk sebagai pengawas kegiatan cuci tangan dan tindakan pemasangan infus. Sementara itu, untuk pengadaan sabun, biaya pengadaan tempat sabun dan sabun cair dinilai menjadi kendala, namun faktor tersebut dapat diringankan dengan menekan harga alat atau perlengkapan yang diperlukan. Kedua solusi tersebut diperkirakan pihak manajemen dapat dilakukan sesegera mungkin dengan persiapan pengadaan yang lebih matang pada akhir tahun 2012.

Berdasarkan data tersebut, dapat dilakukan upaya untuk memperingkat solusi yang dapat diambil untuk diterapkan sesegera mungkin. Pemingkatan dapat dilakukan dengan mempertimbangkan kemudahan pelaksanaan solusi (*technical feasibility / TF*), perbaikan yang dicapai (*Improvement/ I*), dan biaya yang akan dikeluarkan (*cost/ C*). Pengisian skor di bawah ini diperoleh dari wawancara mendalam dengan pihak manajemen, dan dari hasil penelitian di berbagai RS.

Formatted: Justified

**Tabel 6.5 Peringkat Solusi untuk Mengatasi Penyebab Infeksi karena Jarum Infus di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika**

| <b>Solusi</b>                                     | <b>Technical Feasibility (TF)</b> | <b>Improvement (I)</b> | <b>Cost (C)</b> | <b>T x I / C</b> |
|---|-----------------------------------|------------------------|-----------------|------------------|
| Sosialisasi                                       | 5                                 | 1                      | 3               | 1,3              |
| Pengawasan langsung perawat nosokomial            | 3                                 | 3                      | 3               | 3                |
| <b>Pengawasan langsung oleh petugas terlatih.</b> | <b>5</b>                          | <b>3</b>               | <b>1</b>        | <b>15</b>        |
| Penempatan tempat sabun permanen                  | 5                                 | 1                      | 3               | 1,7              |
| Penyediaan sabun cair                             | 5                                 | 1                      | 1               | 5                |
| Tanda peringatan untuk pasien                     | 5                                 | 3                      | 1               | 15               |
| Penjelasan fasilitas pasien secara lisan          | 3                                 | 1                      | 1               | 3                |

**Keterangan:**

**TF** : 1 (sulit, banyak kendala), 3 (tingkat kemudahan sedang, ada kendala), 5 (mudah, tanpa kendala)

**I** : 1 (keberhasilan kecil / 0-25%), 3 (keberhasilan sedang / 26-50%), 5 (keberhasilan sedang/besar / >50%), diperoleh dari penelitian Naikoba dan Hayward (2001).

**C** : 1 (biaya sedikit/hampir tidak ada biaya), 3 (biaya sedang), 5 (biaya tinggi)

Hasil tabel di atas menyatakan solusi terbaik yang dapat dilakukan di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika untuk mengurangi ketidakdisiplinan perawat untuk mencuci tangan dan menggunakan sarung tangan akibat kurangnya pengawasan dan belum adanya peraturan yang jelas dan teknik aseptis antiseptis sebelum pemasangan infus yang salah akibat kurangnya pengawasan dalam melakukan tindakan adalah dari pengawasan langsung kegiatan tersebut oleh dokter atau perawat penanggungjawab shift yang telah mendapat pelatihan mengenai keselamatan pasien, khususnya pelatihan pencegahan infeksi

Formatted: Justified



nosokomial. Sedangkan solusi untuk ketidaktersediaan sabun di setiap wastafel di ruang perawatan akibat penyalahgunaan yang kerap dilakukan oleh pasien yang berasal dari ketidakjelasan batasan penggunaan wastafel dan tidak adanya pengawasan dari petugas dalam penggunaan sabun cair paling efektif bila dimulai dari penempatan label tanda peringatan di setiap wastafel kamar perawatan, yang juga harus disertai dengan penempatan sabun cair di setiap wastafel dalam kamar perawatan pasien.

### 6.6 Tahap Control

Penelitian tahap ini dilakukan untuk memastikan rencana upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika berjalan dengan semestinya. Data untuk penelitian ini diperoleh dengan cara wawancara terstruktur yang terkait dengan hasil dari penelitian tahap sebelumnya. Solusi yang terpilih pada tahap *Improve* adalah pengawasan langsung kegiatan cuci tangan dan kegiatan pemasangan infus, dan penyediaan sabun cair disertai label tanda peringatan di setiap wastafel kamar perawatan pasien.

Dari hasil wawancara, didapati beberapa kelebihan dan kekurangan dari solusi yang dipilih beserta dengan langkah-langkah yang dapat ditempuh untuk meningkatkan kelebihan dan meminimalisir kekurangan. Adapun kelebihan dan kekurangan dari solusi tersebut adalah:

Tabel 6.6 Kelebihan Solusi Perbaikan Angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika

| Solusi   | Kelebihan  | Langkah optimalisasi   |
|--|--|--|
| pengawasan kegiatan <u>cuci tangan</u> dan prosedur pemasangan infus | petugas akan membentuk kebiasaan baru yang berakar dari kesadaran bahwa dia sedang diawasi |  |
|  | biaya pelatihan petugas yang tidak terlalu tinggi  | dapat <u>dilakukan pelatihan internal</u> berkala <u>dalam bentuk sesi edukasi singkat dalam morning meeting</u> sebagai |

Formatted: Font: (Default) Times New Roman, Font color: Red, Complex Script Font: Times New

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | pengetahuan petugas yang melakukan pengawasan dapat meningkat | pembekalan bagi petugas yang mengawasi  |
| penyediaan sabun cair disertai label tanda peringatan di wastafel | <u>menambah informasi kepada pasien dan keluarga pasien</u>   |   |
|   | biaya yang diperlukan tidak terlalu besar                     | biaya penyediaan sabun dapat dibebankan kepada pasien dalam bentuk komponen <i>unit cost</i> barang habis pakai |

Tabel 6.7 Kekurangan Solusi Perbaikan Angka KTD di Instalasi Rawat Inap  
RS Anna Medika

| Solusi  | Kekurangan   | Langkah Meminimalisir   |
|---|--|---|
| pengawasan kegiatan cuci tangan dan prosedur pemasangan infus | <u>turnover tenaga perawat yang tinggi</u>   | <u>kerjasama menyeluruh untuk meningkatkan kunjungan yang akan meningkatkan pendapatan RS sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan petugas kesehatan</u> |
|   | pengawasan belum tentu dapat selalu dilakukan oleh petugas lain <u>karena kesibukan menangani pasien</u> |   |

**Tabel 6.7 Kekurangan Solusi Perbaikan Angka KTD di Instalasi Rawat Inap  
RS Anna Medika**

| Solusi  | Kekurangan   | Langkah Meminimalisir   |
|---|--|---|
|   | <u>tidak</u> semua petugas <u>tahu apa yang akan dilakukan</u>                   | sosialisasi modul mengenai pencegahan infeksi nosokomial dan apa-apa yang harus dilakukan dalam melakukan pengawasan harus dilakukan terlebih dahulu, dan bagian Diklat dari RS perlu dibentuk agar pendidikan dan pelatihan SDM lebih terorganisir |
| penyediaan sabun cair disertai label tanda peringatan di wastafel | kepatuhan pasien dan keluarga pasien terhadap peringatan tersebut tidak terjamin | seluruh petugas kesehatan dan nonkesehatan dihimbau untuk mengingatkan atau menegur pasien secara halus apabila menyaksikan penyalagunaan fasilitas wastafel dan sabun cair di kamar perawatan pasien.  |

Hasil implementasi dari solusi-solusi tersebut tidak semuanya dapat didokumentasikan. Untuk menilai kedisiplinan petugas terhadap prosedur dan teknik aseptis antisepsis yang tepat, evaluasi dapat dilakuakn melalui buku rapport individu, yang mencantumkan penilaian kinerja perawat, termasuk penilaian kedisiplinan, dan melalui evaluasi berkala berupa semacam 'ujian'. Untuk pengawasan penggunaan fasilitas masih sulit dilakukan sehingga penggunaan wastafel atau sabun yang tepat guna dapat dinilai dari frekuensi cuci tangan.

Solusi di atas dapat menjadi prosedur baru, terutama untuk pengawasan kegiatan cuci tangan dan tindakan pemasangan infus. Untuk menjadi prosedur baru, perlu tahap pengajuan dan perencanaan. Sosialisasi juga dilakukan agar semua lini tahu akan kebijakan tersebut. Solusi di atas selain diterapkan di ruang perawatan biasa di Instalasi Rawat Inap, dapat diterapkan pada ruang perawatan intensif Instalasi rawat Inap, dan unit yang berkaitan dengan tindakan seperti Kamar Bersalin dan Instalasi Gawat Darurat.

Formatted: Justified

Formatted: Font: Not Bold, Font color: Red, Complex Script Font: Not Bold

Formatted: Justified

## 6.7 Upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika

Deleted: ¶

Penelitian ini dilakukan untuk menyusun usulan upaya perbaikan angka KTD secara komprehensif yang dapat diterapkan di RS Anna Medika berdasarkan metode Six Sigma. Berdasarkan tahap *Define*, area keselamatan pasien yang paling memerlukan pengembangan adalah upaya pencegahan KTD Infeksi karena Jarum Infus. Setelah dilakukan pengukuran kinerja dengan tahap *Measure*, ditemukan proses yang terkait dengan KTD tersebut adalah pemasangan infus pada tahap penyiapan pasien rawat inap dan perawatan pasien rawat inap, dengan perawat yang memasang infus sebagai input yang paling terkait dengan KTD tersebut. Analisa yang dilakukan pada tahap *Analyze* memverifikasi ketidakdisiplinan petugas terhadap prosedur, teknik aseptis antiseptis yang salah, dan ketidaktersediaan sabun cair sebagai penyebab yang perlu diatasi untuk upaya perbaikan angka KTD. Dari tahapan *Improve*, upaya perbaikan angka KTD dapat dilakukan dengan dua cara, agar ketiga penyebab masalah tersebut dapat terselesaikan. Akhirnya, di tahap *Control*, ditemukan beberapa tambahan cara yang dapat memastikan upaya perbaikan angka KTD yang telah direncanakan dapat berjalan dengan semestinya.

Pengembangan yang pertama dilakukan pada pelaksanaan program keselamatan pasien untuk mengendalikan ketidakdisiplinan petugas dalam menjalankan prosedur pencegahan infeksi nosokomial akibat kurangnya pengawasan, yaitu pada saat cuci tangan sebelum tindakan dan penggunaan sarung tangan, dan melakukan koreksi pada prosedur aseptik antiseptik yang salah yang juga diakibatkan kurangnya pengawasan, terutama pada kegiatan pemasangan infus. Pengembangan yang kedua dilakukan pada sistem pendukung keselamatan pasien berupa fasilitas cuci tangan untuk mengatasi ketidaktersediaan sabun cair di setiap ruang perawatan akibat kekuatiran penyalahgunaan sabun oleh keluarga atau pengunjung pasien yang disebabkan ketidakjelasan batasan penggunaan wastafel dan kurangnya pengawasan penggunaan wastafel. Kedua pengembangan tersebut dapat dibagi secara garis besar, yaitu.

Tabel 6.8 Tahap Upaya Perbaikan Angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika

| Upaya Perbaikan   | Tahap Awal   | Tahap Akhir  |
|---|--|--|
| Pengembangan pelaksanaan program keselamatan pasien                           | Pengawasan kegiatan cuci tangan dan pemasangan infus oleh Kepala Ruangan / Perawat PJ Shift yang bertugas  | penyediaan perawat nosokomial sebagai pengawas prosedur  |
|   | pelatihan dapat dilakukan dalam <i>morning meeting</i> atau rapat rutin minggun yang telah berlangsung setiap hari Senin di RS Anna Medika, disertai dengan penyegaran materi secara berkala | Pelaksanaan pengawasan di ruang rawat intensif Instalasi Rawat Inap, Kamar Bersalin, dan Instalasi Gawat Darurat |
|   | Evaluasi dilakukan melalui buku rapor individu dan penilaian berkala berupa ujian praktik  | Evaluasi frekuensi cuci tangan petugas   |
| Pengembangan sistem pendukung keselamatan pasien berupa fasilitas cuci tangan | penyediaan sabun dapat menggunakan wadah sabun yang tidak permanen disertai penempelan tanda peringatan penggunaan sabun atau wastafel di wastafel setiap kamar perawatan                    | penyediaan tempat sabun cair permanen, tisu pengering tangan, cairan pembersih tangan berbasis alkohol,          |
|   | Biaya pengadaan sabun dapat dimasukkan ke dalam perhitungan tarif kamar atau ke dalam <i>unit cost</i> biaya habis pakai yang akan dibebankan ke pasien                                      | Pelaksanaan pengembangan di ruang rawat intensif Instalasi Rawat Inap, dan Kamar Bersalin                        |

**Tabel 6.8 Tahap Upaya Perbaikan Angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika**

| <b>Upaya Perbaikan</b> | <b>Tahap Awal</b>  | <b>Tahap Akhir</b>   |
|------------------------|--|--|
|                        | seluruh petugas RS dihibau untuk menegur pengunjung atau keluarga pasien yang memakai sabun untuk hal selain cuci tangan | penjelasan fasilitas singkat kepada pasien dan keluarga yang dilakukan saat pasien baru memasuki ruang perawatan |
|                        | Evaluasi belum dapat dilakukan   | Evaluasi dilakukan secara tidak langsung melalui pengamatan frekuensi cuci tangan                                |

Seiring berjalannya kedua kegiatan pengembangan tersebut, ada beberapa hal lain dalam keselamatan pasien yang perlu diperhatikan agar kedua pengembangan dapat terlaksana dengan lebih optimal. Hal-hal tersebut adalah kebijakan tertulis sebagai dasar dari program keselamatan pasien RS yang belum tersusun, struktur organisasi yang akan mengelola keselamatan pasien di RS Anna Medika yang belum dibentuk, dan sistem pendukung program keselamatan pasien RS masih belum banyak tersedia.

*“Patient Safety dirasa agak kurang, namun tidak terlalu kurang, ada yang ada ada yang tidak”*

*“Kinerja keselamatan pasien selama ini kurang lebih cukup, walau ada kurang-kurang sedikit karena belum ada protap yang jelas karena protapnya masih dalam proses pembuatan”*

*“sangat belum optimal.karean ya SDMnya, tapi kami usaha sebisa mungkin karena kami tidak mengharapkana adanya kejadian-kejadian yang tidak diharapkan tentunya. Apalagi dengan kondisi masyarakat sekarang yang semakin kritis, bertanya ini itu, ini untuk apa itu untuk apa. Tentunya kami perlu mempersiapkan diri untuk menyampaikan hal-hal yang demikian”*

*“Kalau di sini masih kuran. seperti tempat tidurnya, di sini kan banyak pasien anak, kalau pasien anak kan tempat tidurnya harus tersendiri, kalau di sini kan tempat tidurnya besar, tidak ada pinggirannya. Kalau di sini seperti itu. Dan menurut saya sih agak kurang, tapi tidak tahu, ada yang ada, ada yang tidak.”*

*“Di dalam peraturan, ada sebetulnya mengenai keselamatan pasien, undang-undang juga sudah bicaranya begitu, cuma kita belum ke arah sana karena awal yang di sini, pertama yang saya kerjakan adalah membentuk dulu struktur organisasi”*

Hasil observasi dan pernyataan pendukung lain mengenai keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap di RSIA Anna Medika telah dijabarkan pada pembahasan sebelumnya. Berdasarkan data di atas, secara keseluruhan kinerja keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika kurang baik, terutama berkaitan dengan kebijakan, struktur, dan strategi keselamatan pasien, dikarenakan SDM yang masih kurang dan belum selesainya pembuatan kebijakan.

Pada tahapan ini juga mulai diformulasikan penentuan masalah secara umum tentang masalah pelayanan pasien rawat inap. Dari wawancara didapati hasil berikut:

*“Kalau masalah ada sih, salah satunya tentang pelayanan. Misalnya dari luar, kondisinya dari luar memang kurang bagus. Intinya di masalah komunikasi”*

*“Kemudian masalah penempatan kamar, dan lain-lain. Penempatan ruangan, misalnya, ruangan penuh, pasien datang dengan GE, kemudian dalam perjalanan*

*perawatan 3 hari kemudian dia muncul penyakit lain, seperti Morbili yang perlu ruang isolasi, sementara ruang isolasi penuh.”*

*“Di sini kan banyak pasien anak, kalau pasien anak kan tempat tidurnya harus tersendiri, kalau di sini kan tempat tidurnya besar, tidak ada pinggirannya”.*

*“Komite medik SK-nya sudah ada, Tupoksinya juga sudah ada, cuma baru melakukan rapat pertama.(selain itu) Etika, ini juga menyangkut, bisa saja dokter itu melakukan hal-hal yang diluar kewenangannya, dia juga berkaitan juga nanti dengan mutu pelayanan. Kemudian juga mengenai disiplin, banyak sekali dokter yang tidak punya SIP tapi juga melakukan tindakan di kita. “*

*“Saya sih yang paling ditakuti ya dosis berlebih. Oleh karena itu, kita suka saling mengecek. Dan banyak obat, ‘polifarmasi’, karena kita kan di farmasi gak begitu, ya. Jadi kalau kita baca resep, kita suka berpikir, ini kenapa sih dikasih ‘ini’. Tapi sekali lagi, kembali ke dokter, saya pikir ya mau gimana lagi, saya kan sudah berusaha mengkomunikasikan”*

Berdasarkan wawancara diatas, permasalahan yang dianggap besar antara lain masalah komunikasi interpersonal dari petugas kesehatan dengan pihak pasien, dan keselamatan pasien yang mencakup infeksi nosokomial, risiko jatuh, kewenangan dan legalitas dokter, dan masalah polifarmasi.



## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Dari data yang dikumpulkan dalam penelitian dan tersaji di bab sebelumnya, dilakukan pembahasan lebih lanjut untuk mengkaji data-data tersebut. Pembahasan terbagi menjadi delapan bagian, yaitu keterbatasan penelitian, keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika, tahap *Define*, tahap *Measure*, tahap *Analyze*, tahap *Improve*, dan tahap *Control*.

#### **7.1 Keterbatasan Penelitian**

Ada beberapa keterbatasan dalam penelitian ini. Keterbatasan tersebut adalah:

- a. Waktu penelitian.
  - 1) Waktu penelitian yang terlalu panjang mengakibatkan adanya perubahan yang terjadi dalam rentang waktu pelaksanaan antara tahap penelitian yang satu dengan tahap yang lain.
  - 2) Observasi hanya dilakukan dalam satu hari yang sama dalam satu minggu, yang belum tentu menggambarkan kegiatan pelayanan yang terjadi untuk hari-hari lainnya.
- b. Sampel penelitian.

Sampel yang dipakai dalam metode kuantitatif dalam penelitian ini, yaitu pada pengumpulan *Voice of Customer* dan *Voice of Employee*, masih sangat sedikit dan tidak memenuhi syarat, sehingga kemungkinan untuk terjadi bias cukup tinggi.
- c. Pengumpulan data
  - 1) Observasi kegiatan pelayanan kesehatan dilakukan oleh observer tunggal, yaitu peneliti, sehingga dapat terjadi bias dan kekurangan pengumpulan data.
  - 2) Data Indikator Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap diperoleh dengan data sekunder berupa dokumen pencatatan kejadian tidak diharapkan dan bukan berdasarkan hasil observasi langsung di Instalasi Rawat Inap atau berdasarkan hasil pengolahan

isi rekam medik pasien rawat inap, sehingga masih ada kemungkinan kekurangan data yang terkumpulkan.

d. Analisa Data

- 1) Penelitian ini tidak menganalisa kemungkinan tidak seluruh kejadian dilaporkan atau dicatat, atau akibat kesalahan dalam melakukan pencatatan yang disebabkan ketidakseragaman persepsi akan definisi operasional indikator terhadap data Angka Kejadian Infeksi Nosokomial RS Anna Medika.
- 2) Penelitian ini tidak menganalisa faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan pencatatan data Angka Kejadian Infeksi Nosokomial RS Anna Medika
- 3) Penelitian ini tidak mengkaji keseluruhan penilaian risiko berdasarkan analisa gabungan dari dampak KTD dengan kekerapan KTD dikarenakan perbedaan responden dalam kuesioner tersebut.

## 7.2 Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika

### 7.2.1 Data Indikator Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, ditemukan ketidaklengkapan seluruh laporan triwulan atau bulanan, angka kejadian Infeksi karena Jarum Infus atau flebitis sebesar 4,08%, serta tidak ditemukannya data Indikator Keselamatan Pasien lainnya. Dari temuan diatas, dilakukan pembahasan dengan menggali lebih lanjut penyebab terjadinya temuan tersebut, apa yang harus ditindaklanjuti dari temuan tersebut, dan analisa serta interpretasi hasil temuan.

Dalam pelaksanaan pengumpulan data, tidak seluruh laporan triwulan dari setiap ruang rawat inap ditemukan. Ketiadaan laporan triwulan yang lengkap dapat dikarenakan penyimpanan dokumen yang kurang baik, atau tidak dilaksanakannya rekapitulasi data secara baik. Hal ini menunjukkan belum lengkapnya data keselamatan pasien dan transmisi informasi keselamatan pasien yang masih belum tepat waktu di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika.

Angka kejadian Infeksi karena Jarum Infus atau flebitis di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika adalah 4,08 %. Bila dibandingkan dengan standar angka

Infeksi karena Jarum Infus, angka kejadian di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika masih tergolong di bawah 5%, sehingga mutu pelayanan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika tergolong baik. Namun masih ada kemungkinan angka tersebut diakibatkan oleh tidak seluruh kejadian dilaporkan atau dicatat, atau akibat kesalahan dalam melakukan pencatatan yang disebabkan ketidakteraturan persepsi akan definisi operasional indikator tersebut.

Ada kejanggalan dalam pencatatan data tersebut. Salah satu kejanggalan adalah peningkatan bemakna angka kejadian flebitis di ruang rawat inap Mawar. Peningkatan angka kejadian flebitis dari 0 kejadian di triwulan I/2011 menjadi 36 kejadian di triwulan II/2011. Hal ini bisa dikarenakan kesadaran pencatatan yang baru muncul atau baru diberikan pelatihan kepada perawat. Namun hal ini juga bisa terjadi akibat pencatatan yang salah akibat ketidakteraturan pengetahuan petugas yang mencatat terhadap definisi flebitis yang dimaksud. Kejanggalan lain adalah tidak tercatatnya angka kejadian Infeksi Luka Operasi (ILO) yang menurut informasi dari pihak manajemen pernah terjadi di Instalasi Rawat Inap dalam periode pengumpulan data tersebut. Hal ini menunjukkan masih ada KTD yang tidak dilaporkan oleh petugas. Kejanggalan ini membuat data yang ada belum tentu merupakan data yang akurat.

Dari hasil observasi dokumen, tidak ditemukan data indikator keselamatan pasien lain. Bila dibandingkan dengan jenis Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Indikator pelayanan yang terkait dengan keselamatan pasien di instalasi rawat inap yang belum tercatat adalah Angka Kejadian Penyulit / Infeksi karena Transfusi Darah. (Departemen Kesehatan RI, 2001) Adapun Indikator Keselamatan Pasien lain seperti Angka Insiden Pasien Jatuh, Angka Insiden Infus Blong, Angka Insiden Kesalahan Pemberian Obat, Angka Insiden Kesalahan Pencampuran Obat, Angka Insiden Kesalahan Sampling, Angka Insiden Kesalahan Identifikasi Sampel, Angka Insiden Kesalahan Persiapan Pemeriksaan Penunjang, Insiden Luka Bakar Akibat Buli-Buli Panas, Angka Insiden Kesalahan Pembacaan Resep, atau Angka Insiden Kesalahan Penyerahan Obat, dan lain sebagainya.

Deleted: ¶

Berdasarkan tidak ditemukannya seluruh laporan triwulan atau bulanan secara lengkap, kejanggalan pencatatan data KTD, dan tidak ditemukannya data Indikator Keselamatan Pasien lain, maka pencatatan data KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika masih memerlukan perbaikan. Hal ini dapat disebabkan oleh pencatatan dan penyimpanan dokumen yang kurang baik, dan ketidakseragaman pengetahuan petugas akan definisi operasional dan cara pencatatan indikator tersebut.

#### 7.2.2 Program Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika

Hasil penelitian menunjukkan RS Anna Medika belum memiliki kebijakan tertulis untuk mengenai upaya meminimalkan risiko KTD dan KNC, belum memiliki struktur keselamatan pasien, masih menjalankan program keselamatan pasien secara informal, dan belum memiliki sistem pendukung untuk keselamatan pasien RS yang lengkap. Dari temuan diatas, dilakukan pembahasan dengan menggali lebih lanjut penyebab terjadinya temuan tersebut, apa yang harus ditindaklanjuti dari temuan tersebut, dan analisa serta interpretasi hasil temuan.

Kebijakan tertulis mengenai keselamatan pasien RS belum disusun walaupun RS telah memberikan pelayanan selama hampir dua tahun. Hal ini dapat dikarenakan kekurangan sumber daya untuk penyusunan kebijakan, dan program keselamatan pasien dianggap sebagai sesuatu yang seharusnya sudah diketahui petugas sehingga tidak menjadi prioritas untuk ditetapkan sebagai suatu kebijakan. Kebijakan mengenai keselamatan pasien seharusnya tetap menjadi prioritas sehingga tercipta kualitas pelayanan kesehatan yang baik dan aman, dengan adanya landasan untuk kegiatan pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisa insiden, dan belajar dari suatu kejadian, menindaklanjuti suatu kejadian, dan menerapkan solusi untuk meminimalkan risiko berulangnya kejadian yang tidak diharapkan atau cedera akibat proses pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan yang baik tersebut merupakan hasil pengelolaan layanan kesehatan yang baik, yang dapat meningkatkan daya saing RS.

Struktur Keselamatan Pasien RS masih belum terbentuk. Hal ini dapat dikarenakan pembentukan Komite Medis yang telah dilakukan belum disertai pembentukan subkomite dan panitia. Struktur keselamatan pasien RS dianggap perlu dibentuk agar program keselamatan pasien dapat berjalan dan dikembangkan secara berkesinambungan. Personel yang menempati struktur tersebut dapat diberi pelatihan tentang keselamatan pasien RS agar memiliki kemampuan dalam mengelola Program Keselamatan Pasien di RS Anna Medika.

Berjalannya program keselamatan pasien RS secara informal dinilai cukup baik. Upaya pemastian identitas pasien juga telah dilaksanakan, transfer informasi dan komunikasi juga telah berjalan dengan baik. Bila kegiatan tersebut dibuatkan dasar kebijakannya, maka pelaksanaan pelayanan akan lebih seragam dan lebih pelaksanaan program keselamatan pasien lebih terjamin. Pelaksanaan kegiatan yang ada juga dapat dievaluasi oleh struktur organisasi yang mengelola keselamatan pasien sehingga diperoleh masukan yang berguna untuk meningkatkan kinerja pelayanan.

Sistem pendukung untuk keselamatan pasien RS masih belum banyak tersedia. Walaupun sebagian besar fasilitas sudah sesuai ketentuan, namun fasilitas tersebut belum lengkap. Usia RS yang masih baru seharusnya tidak menjadi halangan dalam pembentukan sistem pendukung keselamatan pasien RS yang baik. Ketidakterseediaan beberapa fasilitas berpotensi menyebabkan KTD seperti pasien jatuh, atau infeksi nosokomial. Fasilitas yang dilengkapi seawal dapat menunjang kegiatan pelayanan yang berkualitas tinggi dan membentuk kultur kerja yang menjunjung keselamatan pasien RS.

Dengan belum adanya kebijakan maupun struktur keselamatan pasien, berjalannya program keselamatan pasien secara informal, dan belum kuatnya sistem pendukung untuk keselamatan pasien, kinerja keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika masih perlu ditingkatkan. Pihak manajemen juga menyatakan bahwa program keselamatan pasien di RS Anna Medika belum optimal. Oleh karena itu, agar pengembangan yang akan disusun dapat terlaksana dengan baik, bagian vital dari program keselamatan pasien seperti kebijakan dan struktur organisasi perlu dibentuk, dan sistem pendukung perlu diperkuat.

### 7.3 Tahap Define

Dari hasil penelitian dengan menggunakan kuesioner yang telah teruji valid dan memiliki reliabilitas tinggi, ditemukan KTD yang paling sering terjadi menurut persepsi petugas adalah Infeksi karena Jarum Infus dan Kesalahan Pembacaan Resep. Dari observasi kegiatan pelayanan, ditemukan KTD Infeksi karena Jarum Infus, rendahnya kegiatan cuci tangan, tidak digunakannya sarung tangan, dan adanya perilaku memastikan lokasi vena yang telah dibersihkan dan lupa dibersihkan kembali. Pembahasan di bawah ini dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan persepsi manajemen, menggali lebih lanjut penyebab timbulnya temuan tersebut, dan menilai perlunya pengembangan dalam upaya pencegahan beberapa KTD yang dinilai oleh pelanggan internal perlu mendapat perhatian lebih.

Data yang didapat dari hasil penilaian VoE, KTD yang paling kerap terjadi menurut persepsi dokter dan perawat tetap yang bertugas di Rawat Inap RS Anna Medika adalah Infeksi karena Jarum Infus/ flebitis (skor rerata 2,31). Apabila dilakukan pembulatan, maka skor rerata Infeksi karena Jarum Infus / flebitis, infus blong, dan kesalahan dosis obat menjadi bernilai 2, yang bermakna rata-rata pegawai menilai bahwa kejadian tersebut jarang terjadi. Hasil kuesioner menyatakan 46% responden memberikan skor 3, yang berarti mayoritas petugas menilai Infeksi karena Jarum Infus sering terjadi di Instalasi Rawat Inap. Angka tersebut hanya sedikit lebih tinggi dibanding jumlah peetugas yang berpersepsi Infeksi karena Jarum Infus jarang terjadi di RS Anna Medika, yaitu 38%. Menurut pihak manajemen, infeksi jarum infus merupakan kejadian dan ada dan sering terjadi di ruangan. Walaupun kejadian ini sering dikeluhkan oleh pasien, pihak manajemen berpendapat infeksi jarum infus bukan menjadi hal yang akan diperhatikan atau dianggap masalah yang perlu diperkarakan oleh pasien, sehingga tidak akan memberikan dampak yang bermakna bagi pasien.

Berdasarkan penelitian VoE, upaya pencegahan KTD Infeksi karena Jarum Infus, dan KTD Kesalahan Pembacaan Resep. Walaupun dampaknya terhadap RS tergolong kecil, pihak manajemen menyetujui KTD Infeksi Jarum Infus perlu dikaji lebih lanjut agar dapat diminimalisir angka kejadiannya.

Deleted: Hasil

Deleted: Pada tahapan ini juga mulai diformulasikan penentuan masalah secara umum tentang masalah pelayanan pasien rawat inap. Dari wawancara didapat hasil berikut:¶

“Kalau masalah ada sih, salah satunya tentang pelayanan. Misalnya dari luar, kondisinya dari luar memang kurang bagus. Intinya di masalah komunikasi”¶

“Kemudian masalah penempatan kamar, dan lain-lain. Penempatan ruangan, misalnya, ruangan penuh, pasien datang dengan GE, kemudian dalam perjalanan perawatan 3 hari kemudian dia muncul penyakit lain, seperti Morbili yang perlu ruang isolasi, sementara ruang isolasi penuh.”¶

“Di sini kan banyak pasien anak, kalau pasien anak kan tempat tidurnya harus tersendiri, kalau di sini kan tempat tidurnya besar, tidak ada pinggirannya.”¶

“Komite medik SK-nya sudah ada, Tupoksinya juga sudah ada, cuma baru melakukan rapat pertama. (selain itu) Etika, ini juga menyangkut, bisa saja dokter itu melakukan hal-hal yang diluar kewenangannya, dia juga berkaitan juga nanti dengan mutu pelayanan. Kemudian juga mengenai disiplin, banyak sekali dokter yang tidak punya SIP tapi juga melakukan tindakan di kita.”¶

“Saya sih yang paling ditakuti ya dosis berlebih. Oleh karena itu, kita suka saling mengecek. Dan banyak obat, ‘polifarmasi’, karena kita kan di farmasi gak begitu, ya. Jadi kalau kita baca resep, kita suka berpikir, ini kenapa sih dikasih ‘ini’. Tapi sekali lagi, kembali ke dokter, saya pikir ya mau gimana lagi, saya kan sudah berusaha mengkomunikasikan”¶

Berdasarkan wawancara diatas, permasalahan yang dianggap besar antara lain masalah komunikasi interpersonal dari petugas kesehatan dengan pihak pasien, dan keselamatan pasien yang mencakup infeksi nosokomial, risiko jatuh, kewenangan dan legalitas dokter, dan masalah polifarmasi.¶

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dampak dari suatu Kejadian Tidak Diharapkan terhadap organisasi (Rumah Sakit). Penelitian ini dilaksanakan menggunakan metode *convience* kepada pasien rawat inap yang ada pada tanggal 25 April dan 27 April 2010 kepada responden yang bersedia untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Jumlah responden yang ikut serta adalah 28 orang. Setiap responden mewakili satu pasien saja.¶

Dari setiap pertanyaan yang diajukan, diberikan empat pilihan jawaban, yaitu:¶ Tidak mempermasalahakan Kejadian ... [1]

Deleted: Keterangan: Peringkat diurutkan berdasarkan skor rerata dari yang paling besar ke yang paling kecil¶

Formatted: Font: 12 pt, Font color: Auto, Complex Script Font: 12 pt

Dari observasi, tidak ditemukan KTD kesalahan pembacaan resep dan pemberian obat dan adanya upaya konfirmasi persepan yang janggal dari pihak farmasi ke dokter. Upaya tersebut merupakan mekanisme untuk mengatasi KNC menjadi KTD. Pihak farmasi menyatakan upaya tersebut hampir selalu dapat menyelesaikan masalah kejanggalan persepan yang mencakup kejanggalan jenis, sediaan, maupun dosis obat.

Hasil observasi juga menunjukkan buruknya perilaku higiene tangan petugas dan kurang baiknya fasilitas. Jarang sekali cuci tangan dilakukan pada saat petugas akan memasang infus, dan sarung tangan juga tidak pernah digunakan dalam pemasangan infus. Sabun juga tidak tersedia di wastafel ruang rawat. Hal ini dapat menjadi faktor terjadinya Infeksi karena Jarum Infus, yang juga ditemukan dalam observasi. Bila petugas tidak cuci tangan, atau cuci tangan ala kadarnya tanpa menggunakan sabun, maka kuman di tangan petugas akan masih tetap banyak. Tidak digunakannya sarung tangan dalam pemasangan infus akan mengakibatkan kuman yang masih tetap banyak tersebut berpindah dengan mudah ke pasien. Tindakan invasif seperti pemasangan infus melukai kulit dan mengekspose pembuluh darah sehingga barrier pelindung tidak utuh dan kuman dapat masuk ke dalam tubuh langsung ke aliran darah dan menyebabkan peradangan di sekitar tempat masuk kuman, yaitu di sekitar tempat pemasangan infus.

Dengan adanya mekanisme pengendalian untuk mengendalikan KTD Kesalahan Pembacaan Resep, dan ditemukannya masih buruknya perilaku cuci tangan di kalangan petugas dan ketidaklengkapan fasilitas untuk cuci tangan yang dapat menjadi penyebab KTD Infeksi karena Jarum Infus, maka upaya pencegahan KTD Infeksi karena Jarum Infus menjadi prioritas untuk dikembangkan. Pengembangan dapat dilakukan dengan memperbaiki proses yang terjadi dalam pemasangan infus, dengan mengkaji input-input terkait dan menganalisa kesalahan yang mungkin terjadi yang terkait dengan input tersebut. Pengembangan untuk upaya pencegahan KTD Kesalahan Pembacaan Resep dapat dilakukan pada kegiatan pengembangan berikutnya.

**Deleted:**

Berdasarkan hasil perhitungan tabel di atas, Kejadian Tidak Diharapkan yang memiliki risiko yang paling tinggi adalah: Flebitis, Kesalahan Dosis Obat, dan Kesalahan Pembacaan Resep ¶  
 Hasil wawancara yang mendukung adalah: ¶  
 “(hasil penelitian) Logis. Kekuatiran untuk flebitis, pasien rasanya tidak berpikir ke arah situ. Karena itu kan namanya side effect. Kalau obat, pasti pasien merasa (kuatir), jangan sampai pasien salah dikasih obat. Tetapi kalau persepsi (lain), saya sepakat. ¶  
 “Pendapat mengenai hasil kuesioner, setuju dengan flebitis sebagai yang (skor) paling banyak, karena sering mendapat komplain dari pasien” ¶  
 Hasil di atas juga mendapat bantahan dari beberapa pihak. Hal ini didapat dari wawancara mendalam berikut: ¶  
 “ Untuk kesalahan pembacaan resep atau kesalahan dosis obat, saya sampai sekarang belum mendapat komplain” ¶  
 “alhamdulillah di sini kan nggak, nggak sampai salah obat. Kalau flebitis ada” ¶

#### 7.4 **Penelitian Tahap Measure**

Proses pelayanan di instalasi rawat inap berawal dari pasien masuk melalui instalasi rawat jalan yaitu poliklinik spesialis dan poli umum, serta instalasi gawat darurat. Keluarga pasien lalu melakukan registrasi dan pembayaran uang muka rawat inap. Pasien lalu menjalani persiapan rawat inap di IGD. Setelah siap, pasien lalu dipindahkan ke ruang rawat. Selama menjalani perawatan di ruangan, pasien divisit oleh dokter yang merawat, disertai perawat. Obat-obat untuk perawatan pasien diambil oleh perawat ke instalasi farmasi. Setelah pasien dinyatakan selesai menjalani perawatan, pasien dapat pulang dan diberikan obat pulang dan resume perawatan. Proses ini sama dengan sebagian besar RS Swasta lain, seperti RS MPH di Jakarta Barat, RS SA di Tangerang, dan RS MHT di Jakarta Pusat.

Dalam tahap penyiapan pasien rawat inap dan perawatan pasien rawat inap, dapat terjadi Infeksi karena Jarum Infus. Pada tahap penyiapan pasien rawat inap, infus dipasang ke pasien yang akan menjalani perawatan. Pada tahap perawatan, dapat terjadi pemasangan ulang atau penggantian lokasi infus. Input yang terkait adalah perawat, pasien, perlengkapan aseptis antiseptis, jarum infus, perlengkapan pembalut luka, cairan infus, dan obat intravena.

Dari penilaian input dengan menggunakan bantuan *Cause Effect Matrix*, input yang paling terkait dengan kejadian Infeksi karena Jarum Infus adalah perawat dalam tahapan proses aseptis dan antiseptis sebelum pemasangan infus dan serta pada tahapan proses pemasangan jarum infus dan penyambungan selang infus. Kesalahan atau eror yang terjadi dilakukan perawat pada tahap tersebut dinilai pihak manajemen sangat terkait dengan Infeksi karena Jarum Infus.

Berdasarkan pembahasan di atas, dapat disimpulkan bahwa proses pelayanan di instalasi rawat inap yang paling terkait dengan Infeksi Karena Jarum Infus adalah pada tahap penyiapan pasien rawat inap dan perawatan pasien rawat inap, pada saat pemasangan infus dilakukan, baik untuk pertama kali maupun pemasangan ulang. Input proses yang paling terkait adalah perawat yang melakukan pemasangan infus. Model kesalahan yang dapat dilakukan oleh input yang paling terkait, yaitu perawat, akan dikaji lebih dalam di tahap *Analyze*.

Deleted: Hasil P

Formatted: Justified

Deleted: Berdasarkan wawancara dengan Kepala Bagian Pelayanan Medik, disusun pemetaan proses pasien sejak masuk ke RSIA Anna Medika, menjalani perawatan di rawat inap RSIA Anna Medika, hingga keluar perawatan.¶ Proses tersebut dipetakan sebagai berikut:¶

Page Break

... [2]

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Formatted: Justified

Deleted: Sejak Oktober 2010, RS

... [4]



### 7.5 Penelitian Tahap Analyze

*Failure Mode Effect Analysis*(FMEA) merupakan metode untuk menganalisa penyebab masalah berdasarkan dampak suatu kesalahan / kegagalan proses, kekerapan penyebab masalah, dan seberapa besar kemampuan pengendalian masalah. Analisa dilakukan untuk mengkaji hasil yang didapat dan membandingkan hasil dengan keadaan di RS lain.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, penyebab kesalahan potensial yang dapat mengakibatkan terjadinya Infeksi karena Jarum Infus di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika adalah:

1. Ketidaksiplinan perawat dalam menjalankan prosedur pencegahan infeksi nosokomial seperti cuci tangan dan penggunaan sarung tangan saat akan melakukan tindakan pemasangan infus
2. Teknik aseptis dan antiseptis yang salah dengan mengabaikan penggunaan sarung tangan dan cuci tangan tidak menggunakan sabun.
3. Tidak adanya sabun di setiap wastafel karena takut disalahgunakan penggunaannya oleh keluarga pasien.

Ketidaksiplinan petugas kesehatan dalam hal higiene tangan memang banyak juga terjadi di berbagai RS. Penelitian Setiawati (2009) di ruang perinatologi RSUPN-CM memberikan hasil 65% petugas kesehatan tidak taat melakukan prosedur higiene tangan. Meengs, Giles, Chilsoms, Cordell, dan Nelson (1994), Muto, Sistrof dan Wurtz, Moye dan Jovanovic (1994), Farr (2000), Pitet, dkk(2000) menyatakan bahwa tingkat ketaatan petugas kesehatan seluruhnya 40%. (Setiawati, 2009). Dengan tingginya angka ketidaksiplinan tersebut, solusi yang dipilih harus sudah teruji keberhasilannya dalam menangani ketidaksiplinan perawat.

Dari hasil tersebut, dilakukan *Root Cause Analysis* menggunakan *Current Tree* dengan hasil akar masalah dari ketidaksiplinan terhadap prosedur dan kesalahan teknik aseptis antiseptis diakibatkan tidak adanya pengawasan dalam pelaksanaan prosedur dan penyalahgunaan sabun yang terjadi adalah akibat tidak adanya peraturan yang jelas mengenai penggunaan wastafel dan tidak ada pengawasan dalam penggunaan wastafel.

Deleted: Hasil Penelitian Tahap Analyze

Formatted: Normal, Indent: First line: 1 cm, No bullets or numbering

Deleted: k

Formatted: Numbered + Level: 1 + Numbering Style: 1, 2, 3, ... + Start at: 1 + Alignment: Left + Aligned at: 0,63 cm + Tab after: 0 cm + Indent at: 1,27 cm

Deleted: untuk mencuci botol

## 7.6 Penelitian Tahap *Improve*

Penentuan solusi yang akan diterapkan untuk mengatasi penyebab masalah Infeksi karena Jarum Infus dilakukan dengan mempertimbangkan kemudahan pelaksanaan solusi (*technical feasibility* / TF), perbaikan yang dicapai (*Improvement*/ I), dan biaya yang akan dikeluarkan (*cost*/ C). Berdasarkan pertimbangan tersebut, solusi terbaik yang dapat dilakukan di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika adalah dari pengawasan langsung kegiatan tersebut oleh dokter atau perawat penanggungjawab shift yang telah mendapat pelatihan mengenai keselamatan pasien, dan penyediaan sabun cair disertai penempatan label tanda peringatan di setiap wastafel di dalam kamar perawatan pasien. Pembahasan dilakukan untuk mengkaji lebih lanjut alasan pemilihan kedua solusi tersebut, dukungan dari penelitian lain, dan pengembangan tahap lanjut yang dapat dilakukan di kemudian hari.

Pengawasan langsung kegiatan cuci tangan dan pemasangan infus oleh petugas yang telah mendapat pelatihan mengenai keselamatan pasien dinilai oleh pihak manajemen dapat mengatasi masalah ketidakdisiplinan perawat dalam menjalankan prosedur dan masalah kesalahan teknik aseptis antiseptis karena mudah diterapkan. Solusi ini dinilai mudah diterapkan, teruji cukup berhasil dalam meningkatkan kepatuhan petugas, dan dapat dilaksanakan dengan biaya yang sedikit. Pihak manajemen menyatakan pengawasan kegiatan cuci tangan dan kegiatan pemasangan infus dianggap mampu laksana, dan dapat dilaksanakan sesegera mungkin di ruang rawat inap, sehingga unggul untuk diterapkan. Solusi ini juga terbukti cukup efektif, yang didukung dengan dengan penelitian Naikoba & Hayward tahun 2000 tentang efektivitas intervensi untuk meningkatkan cuci tangan pada petugas kesehatan yang menyatakan pengawasan atau umpan balik dapat meningkatkan kepatuhan cuci tangan sebesar 30-50%. Biaya yang diperlukan untuk melakukan pengawasan disertai pelatihan kepada petugas pengawas dinilai cukup rendah bila dibandingkan dengan biaya pengadaan perawat nosokomial secara khusus.

Penelitian Naikoba & Hayward tahun 2000 tentang efektivitas intervensi untuk meningkatkan cuci tangan pada petugas kesehatan juga menambahkan penggunaan beberapa metode sekaligus berupa edukasi petugas kesehatan disertai

tanda pengingat tertulis dan pengawasan sangat meningkatkan keberhasilan kepatuhan cuci tangan sebanyak 338%. Penggunaan beberapa metode berupa edukasi, pengawas, dan tanda pengingat tertulis, dapat digunakan sebagai pengembangan tahap lanjut dari upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika.

Penyediaan tanda peringatan dinilai oleh pihak manajemen dapat mengatasi keengganan petugas menyediakan sabun cair yang dikarenakan penyalahgunaan sabun oleh pasien atau keluarga pasien. Penyediaan tanda peringatan tersebut tentu saja perlu disertai dengan penyediaan sabun cair agar dapat memfasilitasi kegiatan cuci tangan yang dilakukan oleh petugas. Kedua solusi ini dinilai mudah diterapkan, cukup efektif dalam memperbaiki kegiatan cuci tangan, dan berbiaya rendah. Penyediaan sabun cair dinilai mudah dilakukan, dan penempatan tanda peringatan penggunaan sabun cair di wastafel kamar perawatan dinilai lebih mudah dilakukan dari pada melakukan edukasi penggunaan fasilitas kamar perawatan secara lisan, khususnya dalam penggunaan sabun dan wastafel. Biaya yang akan dikeluarkan untuk membuat tanda peringatan sederhana dan membeli sabun cair dianggap kecil, sehingga solusi ini semakin mudah diterapkan, dibandingkan dengan pengadaan sabun cair secara permanen.

Pihak manajemen menyatakan keinginan untuk melengkapi fasilitas wastafel dengan tempat sabun cair permanen, dan tisu pengering tangan. Selain itu, hasil penelitian Pittet, dkk (2001) menyatakan peningkatan kegiatan higiene tangan sebagian besar merupakan hasil dari peningkatan penggunaan cairan pembersih tangan berbasis alkohol. Penyediaan tempat sabun cair permanen, tisu pengering tangan, dan cairan pembersih tangan berbasis alkohol dapat digunakan sebagai pengembangan tahap lanjut dari upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika.

### 7.7 **Penelitian Tahap Control**

Dari penelitian tahap *Control*, ditemukan beberapa kelebihan dari solusi terpilih yang dapat ditingkatkan dan beberapa kekurangan dari solusi terpilih yang dapat diminimalisir, cara pendokumentasian hasil implementasi solusi, kemungkinan solusi terpilih menjadi prosedur baru, dan penjabaran unit atau

Deleted: Hasil

instalasi lain yang dapat mengadaptasi solusi terpilih tersebut. Pembahasan dilakukan untuk mengkaji ketepatan upaya peningkatan kelebihan dan meminimalisir kekurangan solusi, serta pengkajian cara pendokumentasian hasil implementasi.

Berdasarkan hasil penelitian, manajemen mengajukan upaya memaksimalkan\_ kelebihan solusi dengan cara pelatihan berkala di *morning meeting*, pengalokasian komponen biaya pengadaan sabun cair ke dalam *unit cost* barang habis pakai yang dapat dibebankan kepada pasien, dan bantuan petugas untuk mengingatkan kembali atau menegur secara halus apabila menyaksikan penyalahgunaan fasilitas, khususnya sabun cair dan wastafel, oleh pasien atau keluarga pasien. Manajemen juga mengajukan usaha untuk meminimalisir kekurangan dari solusi tersebut dengan cara menurunkan *turnover* petugas kesehatan melalui peningkatan kunjungan yang berdampak peningkatan kesejahteraan karyawan, sosialisasi modul infeksi nosokomial dan langkah-langkah pengawasan di rapat rutin, dan pembentukan bagian diklat. Hasil dari penelitian dari Dubbert, dkk (1990) dan penelitian dari Khatib, dkk (1999) tentang frekuensi cuci tangan setelah dilakukan intervensi berupa pelatihan memberikan hasil peningkatan kepatuhan cuci tangan yang terjadi hanya bertahan sesaat dan kembali ke tingkat awal dalam waktu tiga minggu. (Naikoba & Hayward, 2001) Oleh karena itu, pelatihan berkala dan rutin akan dapat menjaga kepatuhan cuci tangan. Biaya pengadaan sabun cair yang dimasukkan ke dalam *unit cost* barang habis pakai yang akan dibebankan kepada pasien dapat dijadikan satu dalam perhitungan tarif kamar perawatan, karena merupakan bagian dari fasilitas RS. Peneguran dari petugas apabila pasien/keluarga pasien ditemukan melakukan penyalahgunaan, akan memberikan efek sungkan bagi pasien/keluarga pasien untuk mengulangi perbuatannya.

Pihak manajemen merencanakan pendokumentasian hasil implementasi melalui buku rapport individu, evaluasi berkala, dan penilaian frekuensi cuci tangan. Bila dibandingkan dengan cara pendokumentasian untuk menilai keberhasilan upaya intervensi untuk meningkatkan kegiatan cuci tangan, Coignard, dkk (1998) menggunakan penilaian keberhasilan pelatihan cuci tangan dan pengingat tertulis berupa poster dan buletin RS tentang cuci tangan yang baik

dengan menghitung proporsi jumlah petugas yang melakukan cuci tangan , sedangkan Khatib, dkk (1999) dan Dubbert, dkk (1990) dalam penelitian yang sama melakukan penilaian kegiatan cuci tangan dengan menggunakan frekuensi cuci tangan petugas kesehatan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. (Naikoba & Hayward, 2001) Berbagai penelitian tersebut mendukung penggunaan frekuensi cuci tangan sebagai cara mendokumentasikan perubahan akibat penerapan solusi tersebut.

Perencanaan upaya meningkatkan kelebihan, memperkecil kekurangan solusi, dan melakukan dokumentasi hasil implementasi solusi telah dilakukan dengan baik. Dengan adanya mekanisme pengendalian yang telah direncanakan tersebut, solusi yang terpilih diharapkan memiliki keberhasilan tinggi dan mampu diimplementasikan dengan konsisten.

#### **7.8 Upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika**

Upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika dilakukan secara komprehensif berdasarkan metode Six Sigma. Upaya perbaikan angka KTD di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika yang diajukan terbagi menjadi dua kegiatan, yaitu dengan mengembangkan pelaksanaan program keselamatan pasien dan sistem pendukung keselamatan pasien. Namun, selain kedua pengembangan tersebut, ada hal-hal yang berkaitan dengan keselamatan pasien yang masih harus diperhatikan.

Pihak manajemen menyatakan program pengawasan langsung tersebut sangat bisa menjadi solusi masalah ketidakdisiplinan petugas dalam menjalankan prosedur dan teknik aseptis antiseptis yang salah. Mereka menyatakan perlunya informasi keselamatan dan pembinaan terutama kepada petugas dapat diwujudkan melalui program pengawasan langsung. Pengawasan langsung juga telah terbukti dapat meningkatkan kegiatan mencuci tangan petugas kesehatan. (Naikoba & Hayward, 2001) Sistem tersebut tidak memerlukan SDM tambahan sehingga mampu laksana dengan SDM yang ada.

Penyediaan sabun cair disetujui oleh pihak manajemen sebagai elemen dasar dalam kegiatan higiene tangan, khususnya cuci tangan. Penempatan label

**Formatted:** Font: Not Bold, Font color: Auto, Complex Script Font: Not Bold

peringatan juga disetujui sebagai solusi yang efektif karena petugas tidak selalu dapat mengawasi penggunaan wastafel di setiap kamar. Bagian logistik yang sudah ada di RS sebenarnya telah melakukan pengadaan sabun cair, sehingga hal ini tidak terlalu memberatkan bagi RS. Apabila dirasa masih memberatkan, pihak manajemen berpendapat penggunaan sabun tersebut dapat dimasukkan sebagai salah satu komponen biaya yang dapat dibebankan kepada pasien, seperti masuk dalam komponen biaya habis pakai.

Pengembangan dari kedua program tersebut dapat diperkirakan dapat dilakukan dengan persiapan dalam jangka waktu satu hingga dua bulan. Pengembangan ini mampu laksana seiring dengan meningkatnya jumlah kunjungan RS yang berdampak pada peningkatan pemasukan RS. Pihak manajemen berharap dalam kurun waktu lima tahun dapat dilaksanakan pengawasan langsung oleh perawat nosokomial, pembentukan bagian pendidikan dan pelatihan, dan pengadaan fasilitas untuk higiene tangan yang lengkap dengan menyediakan tidak hanya sabun cair, namun juga tisu dan cairan antiseptik tangan berbasis alkohol di setiap kamar.

Adapun hal-hal yang perlu diperhatikan yang berkaitan dengan keselamatan pasien seperti kebijakan tertulis, struktur keselamatan pasien, pelaksanaan program, dan sistem pendukung perlu ditindaklanjuti segera. Kebijakan tertulis diperlukan agar program keselamatan pasien RS memiliki dasar yang kuat di RS Anna Medika. Struktur organisasi perlu dibentuk agar kesinambungan program dan berbagai pengembangan keselamatan pasien RS dapat dilakukan. Pelaksanaan program harus mulai dijalankan secara formal, dengan berdasar pada kebijakan yang ada. Sistem pendukung harus mulai diperkuat dengan penyediaan berbagai fasilitas, sistem pengawasan, dan lain sebagainya.

Pada tahapan ini juga mulai diformulasikan penentuan masalah secara umum tentang masalah pelayanan pasien rawat inap. Dari wawancara didapati hasil berikut:

*“Kalau masalah ada sih, salah satunya tentang pelayanan. Misalnya dari luar, kondisinya dari luar memang kurang bagus. Intinya di masalah komunikasi”*

*“Kemudian masalah penempatan kamar, dan lain-lain. Penempatan ruangan, misalnya, ruangan penuh, pasien datang dengan GE, kemudian dalam perjalanan perawatan 3 hari kemudian dia muncul penyakit lain, seperti Morbili yang perlu ruang isolasi, sementara ruang isolasi penuh.”*

*“Di sini kan banyak pasien anak, kalau pasien anak kan tempat tidurnya harus tersendiri, kalau di sini kan tempat tidurnya besar, tidak ada pinggirannya”.*

*“Komite medik SK-nya sudah ada, Tupoksinya juga sudah ada, cuma baru melakukan rapat pertama.(selain itu) Etika, ini juga menyangkut, bisa saja dokter itu melakukan hal-hal yang diluar kewenangannya, dia juga berkaitan juga nanti dengan mutu pelayanan. Kemudian juga mengenai disiplin, banyak sekali dokter yang tidak punya SIP tapi juga melakukan tindakan di kita. “*

*“Saya sih yang paling ditakuti ya dosis berlebih. Oleh karena itu, kita suka saling mengecek. Dan banyak obat, ‘polifarmasi’, karena kita kan di farmasi gak begitu, ya. Jadi kalau kita baca resep, kita suka berpikir, ini kenapa sih dikasih ‘ini’. Tapi sekali lagi, kembali ke dokter, saya pikir ya mau gimana lagi, saya kan sudah berusaha mengkomunikasikan”*

Berdasarkan wawancara diatas, permasalahan yang dianggap besar antara lain masalah komunikasi interpersonal dari petugas kesehatan dengan pihak pasien, dan keselamatan pasien yang mencakup infeksi nosokomial, risiko jatuh, kewenangan dan legalitas dokter, dan masalah polifarmasi.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dampak dari suatu Kejadian Tidak Diharapkan terhadap organisasi (Rumah Sakit). Penelitian ini dilaksanakan menggunakan metode *convinience* kepada pasien rawat inap yang ada pada tanggal 25 April dan 27 April 2010 kepada responden yang bersedia untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Jumlah responden yang ikut serta adalah 28 orang. Setiap responden mewakili satu pasien saja.

Dari setiap pertanyaan yang diajukan, diberikan empat pilihan jawaban, yaitu:  
 Tidak memperlakukan Kejadian Tidak Diharapkan yang dialami  
 (skor 1)

Akan mengeluhkan kepada petugas kesehatan / petugas medis apabila mengalami  
 Kejadian Tidak Diharapkan (skor 2)

Akan mengeluhkan secara formal kepada pihak manajemen RS apabila mengalami  
 Kejadian Tidak Diharapkan (skor 3)

Akan menuntut secara hukum apabila mengalami Kejadian Tidak Diharapkan (skor  
 4)

**Tabel 6.1 Hasil Penelitian Persepsi Pasien terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di  
 Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika**

| <b>No.</b> | <b>KTD yang dipertanyakan</b>  | <b>Skor<br/>Rerata</b> | <b>Peringkat</b> |
|------------|--|------------------------|------------------|
| 1          | Pasien jatuh   | 1,74                   |                  |
| 2          | Infus blong  | 2,04                   |                  |
| 3          | Flebitis   | 1,89                   |                  |
| 4          | Dekubitus  | 1,48                   |                  |
| 5          | Infeksi Saluran Kemih  | 1,96                   |                  |
| 6          | Trauma elektrik  | 1,67                   |                  |
| <b>7</b>   | <b>Kesalahan pemberian obat</b>                                      | <b>2,44</b>            | <b>2</b>         |
| 8          | Kesalahan pemberian informasi dari perawat/petugas lab kepada Dokter | 2,19                   |                  |
| 9          | Kesalahan cara pemberian obat  | 2,37                   |                  |
| <b>10</b>  | <b>Kesalahan dosis obat</b>  | <b>2,7</b>             | <b>1</b>         |
| <b>11</b>  | <b>Kesalahan pencampuran obat</b>                                    | <b>2,44</b>            | <b>2</b>         |
| 12         | Kesalahan pengambilan sampel pemeriksaan lab                         | 1,89                   |                  |
| 13         | Kesalahan identifikasi pasien saat pengambilan sampel lab            | 2,37                   |                  |
| 14         | Kesalahan persiapan pemeriksaan penunjang                            | 1,93                   |                  |
| 15         | Kesalahan persiapan operasi  | 1,96                   |                  |



**Tabel 6.1 Hasil Penelitian Persepsi Pasien terhadap Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika**

| No. | KTD yang dipertanyakan                          | Skor Rerata | Peringkat |
|-----|---|-------------|-----------|
| 16  | Kesalahan pembacaan resep                       | 2,41        | 3         |
| 17  | Kesalahan penyerahan obat pulang kepada pasien. | 2,11        |           |

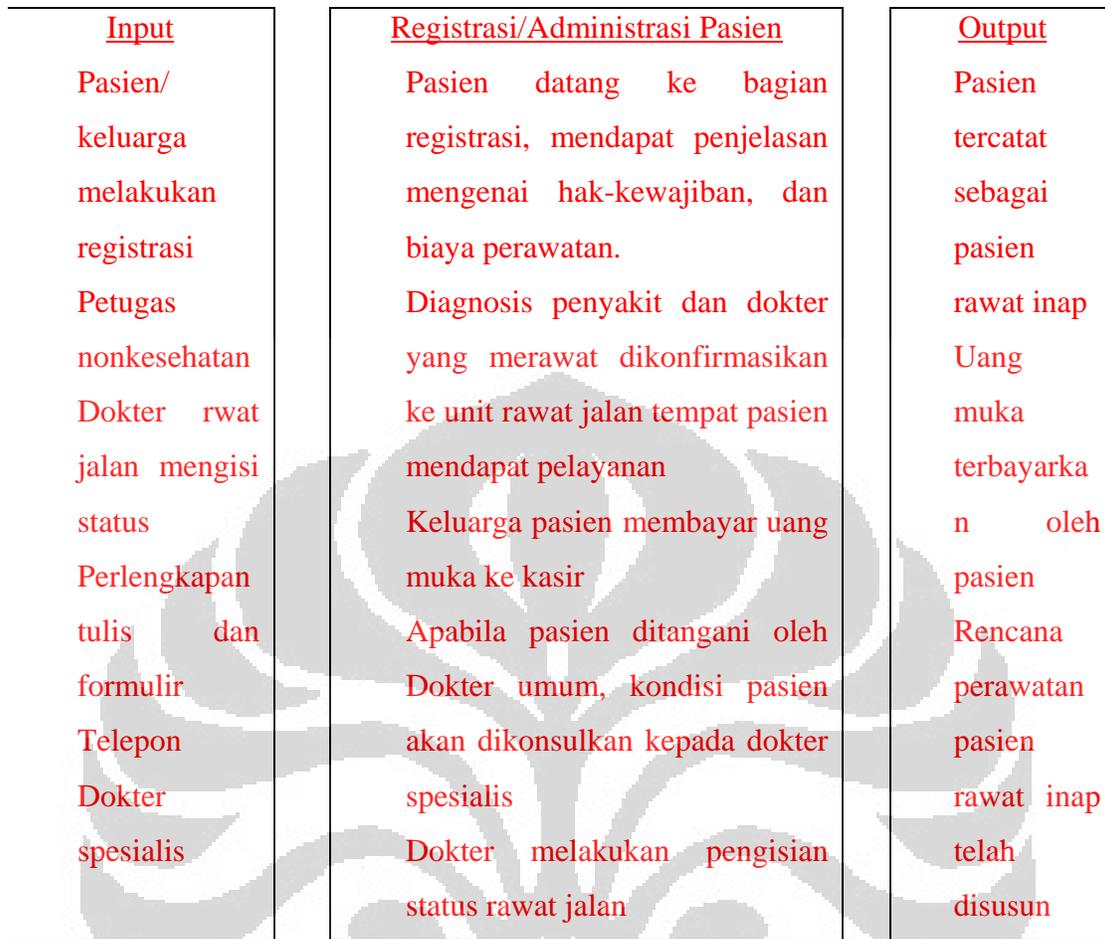
Berdasarkan wawancara dengan Kepala Bagian Pelayanan Medik, disusun pemetaan proses pasien sejak masuk ke RSIA Anna Medika, menjalani perawatan di rawat inap RSIA Anna Medika, hingga keluar perawatan.

Proses tersebut dipetakan sebagai berikut:

Page Break

Diagram 6.1 *Process Mapping* Pelayanan Rawat Inap RSIA Anna Medika

| <u>Input</u>  | <u>Penerimaan pasien</u>  | <u>Output</u>  |
|---|---|--|
| Pasien  | Pasien datang ke rawat jalan  | Pasien /   |
| Dokter  | (datang sendiri maupun rujukan)   | keluarga   |
| Perawat Poli / IGD  | diperiksa oleh Dokter, dan Dokter memutuskan pasien memerlukan rawat inap.                                      | pasien   |
| Petugas lab   |   | melakukan  |
| Petugas Farmasi   | Pemeriksaan penunjang (laboratorium dan radiologi)  | registrasi   |
| Petugas nonkesehatan                                      | Pemberian tindakan sementara di Rawat Jalan   | rawat inap   |
| Alat kesehatan, Perlengkapan tulis, formulir, rekam medik | Pada pasien yang setuju untuk dirawat di RSIA Anna Medika, Keluarga pasien diminta untuk registrasi rawat inap/ | Status rawat jalan terisi.                               |
| Obat oral / parenteral                                    |   | Pemeriksaan Penunjang dan terapi inisial telah dilakukan |



Page Break

Diagram 6.1 *Process Mapping* Pelayanan Rawat Inap RSIA Anna Medika

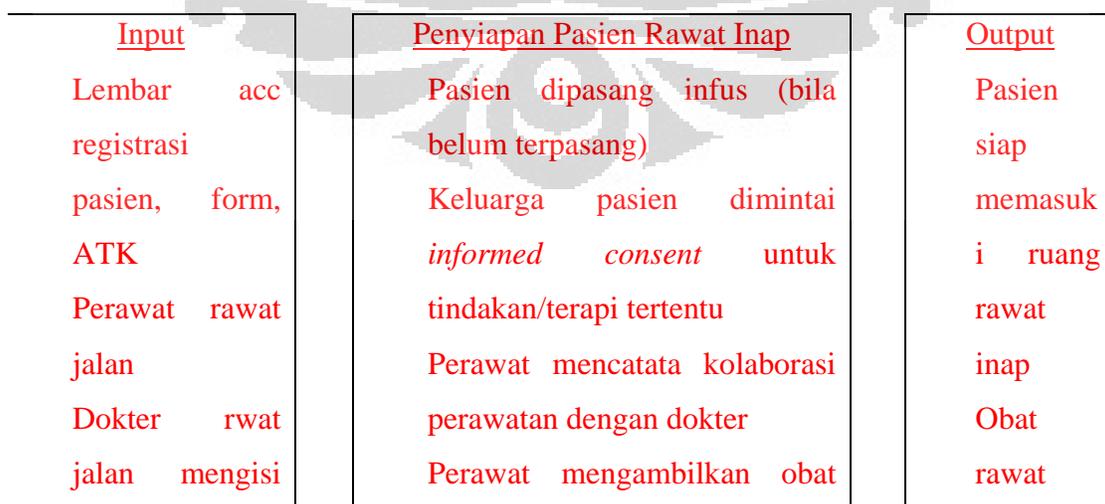




Diagram 6.1 *Process Mapping* Pelayanan Rawat Inap RSIA Anna Medika

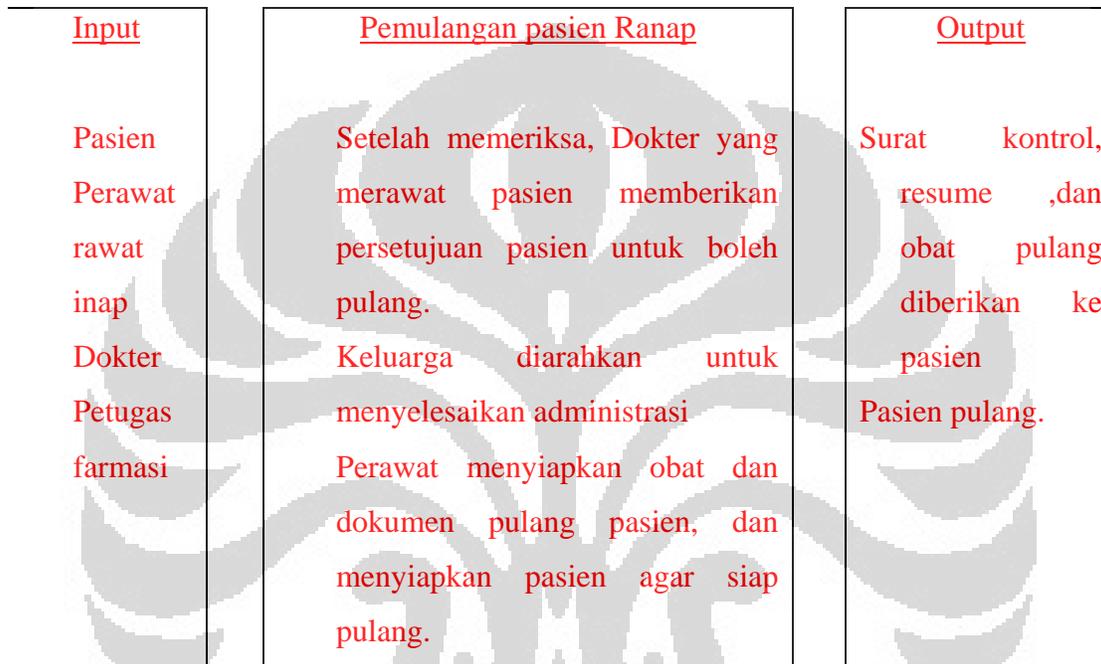


|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>Perawat rawat inap<br/>Dokter ruangan dan dokter spesialis<br/>Status, buku laporan, ATK</p> | <p>Perawatan pasien dilakukan oleh perawat ruangan, dari asuhan keperawatan, hingga pemberian terapi obat.<br/>Dokter ruangan dan dokter spesialis yang merawat pasien akan memvisite pasien setiap hari.<br/>Perawat mendampingi Dokter saat Dokter memvisite pasien, dan mencaatat instruksi tambahan dari Dokter.<br/>Perawat menjalankan instruksi dari Dokter</p> | <p>Pasien mendapatkan perawatan di ruang rawat inap.<br/>Kolaborasi penatalaksanaan pasien antara dokter dan perawat tercapai</p> |
|---|--|---|

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p><u>Input</u><br/>Perawat rawat inap<br/>Pectugas farmasi<br/>Status, buku laporan, ATK<br/>Peralatan farmasi</p> | <p><u>Penyediaan Obat Rawat Inap</u><br/>Perawat membawa resep dokter ke farmasi, beserta buku ekspedisi<br/>Obat diberikan oleh farmasi, lalu diletakkan di lemari obat berdasarkan kamar dan nama pasien<br/>Pada waktu pemberian obat, obat akan disiapkan oleh seorang perawat yang juga akan bertanggungjawab dalam memberikan obat kepada pasien.</p> | <p><u>Output</u><br/>Obat siap diberikan kepada pasien<br/>Pencatatan terapi pasien berlangsung baik.</p> |
|---|---|---|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | Perawat mencatat waktu pemberian obat dan jenis obat yang diberikan di status. |  |
|--|--|--|

Diagram 61 *Process Mapping* Pelayanan Rawat Inap RSIA Anna Medika



Page 78: [3] Formatted Rie Cinderasuci 12/1/2011 11:47:00 AM  
 Justified, Indent: First line: 1 cm

Page 78: [4] Deleted Rie Cinderasuci 12/1/2011 2:05:00 PM

Sejak Oktober 2010, RSIA Anna Medika meminta instalasi rawat inap dan instalasi kamar operasi dan kamar bersalin untuk mengisi sensus harian dari laporan Kejadian Tidak Diharapkan. Namun data tersebut tidak lengkap untuk seluruh ruang rawat inap. Mulai Januari 2011, Laporan Triwulan Infeksi Nosokomial yang berhasil dikumpulkan adalah sebagai berikut:

**Tabel 6.5 Angka Infeksi Nosokomial di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika  
 Periode Januari-Juni 2011**

| <b>Ruang:</b> | <b>Mawar</b>                        | <b>Melati</b> | <b>Perinatologi</b> | <b>ICU</b> | <b>Total</b> |
|---------------|-------------------------------------|---------------|---------------------|------------|--------------|
| <b>KTD</b>    | (jumlah KTD/jumlah pasien berisiko) |               |                     |            |              |
| <b>Bulan</b>  |                                     |               |                     |            |              |

|                     |              |        |        |      |      |          |
|---------------------|--------------|--------|--------|------|------|----------|
| <b>Sepsis</b>       | Jan-Maret    | 0/203  | 0/ 167 | 0/15 | 1/5  | 1/390    |
|                     | April-Juni   | 0/680  | 0/101  | 0/23 | 1/10 | 0/824    |
| <b>Flebitis</b>     | Jan-Maret    | 0/203  | 3/165  | 0/15 | 1/5  | 4/388    |
|                     | April – Juni | 36/680 | 0/109  | 0/23 | 2/10 | 38/822   |
| <b>ISK</b>          | Jan-Maret    | 0/92   | 0/3    | 0/0  | 0/1  | 0//96    |
|                     | April-Juni   | 0/242  | 0/0    | 0/0  | 0/4  | 0/246    |
| <b>Pneumonia</b>    | Jan-Maret    | 0/203  | 0/167  | 0/15 | 0/5  | 0/390    |
|                     | April – Juni | 0/680  | 0/101  | 0/23 | 0/10 | 0/824    |
| <b>Dekubitus</b>    | Jan-Maret    | 0/203  | 0/167  | 0/15 | 0/5  | 0/390    |
|                     | April – Juni | 0/680  | 0/101  | 0/23 | 0/10 | 0/824    |
| <b>ILO</b>          | Jan-Maret    | 0/100  | 0/1    | 0/0  | 0/0  | 0/101    |
|                     | April – Juni | 0/364  | 0/4    | 0/0  | 0/1  | 0/369    |
| <b>Total</b>        |              |        |        |      |      | 43/5.664 |
| <b>Total pasien</b> |              |        |        |      |      | 1.214    |

Data mengenai keselamatan pasien di RSIA Anna Medika seperti data sensus harian di Instalasi Farmasi belum dibuat.

## BAB VIII

### SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil analisis dan hasil pembahasan, maka dikemukakan beberapa kesimpulan dan saran sebagai berikut:

#### 8.1 Kesimpulan

Penelitian ini memberikan gambaran tentang pengembangan upaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika. Hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Upaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika masih perlu ditingkatkan dan bagian vital dari program keselamatan pasien seperti kebijakan dan struktur organisasi perlu dibentuk, serta sistem pendukung perlu diperkuat agar pengembangan yang akan disusun dapat terlaksana dengan baik.
2. Area yang terkait dengan upaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika yang masih perlu mendapat perhatian adalah upaya pencegahan untuk beberapa Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), terutama KTD Infeksi karena Jarum Infus.
3. Proses pelayanan di Instalasi Rawat Inap yang paling terkait dengan Infeksi karena Jarum Infus adalah pemasangan infus pada tahap penyiapan pasien rawat inap dan perawatan pasien rawat inap, dengan perawat yang memasang infus sebagai input yang paling terkait dengan KTD tersebut.
4. Penyebab masalah utama dalam proses pelaksanaan upaya keselamatan pasien adalah tidak adanya pengawasan tindakan dan tidak adanya ketentuan yang jelas mengenai penggunaan wastafel dan pengawasan penggunaan wastafel.
5. Solusi untuk meningkatkan upaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika adalah dengan melakukan pengawasan langsung kegiatan cuci tangan petugas dan tindakan pemasangan infus, dan penempatan sabun cair disertai label peringatan di setiap wastafel dalam kamar perawatan pasien.

6. Cara untuk memastikan perbaikan yang dilakukan dalam upaya keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika adalah dengan melakukan pengawasan kegiatan cuci tangan dan pemasangan infus oleh petugas terlatih dengan penyegaran ilmu berkala di morning meeting, evaluasi kedisiplinan dan ketepatan prosedur petugas secara berkala dengan buku rapor, mengevaluasi frekuensi cuci tangan petugas, pemasukan komponen biaya pengadaan sabun cair ke dalam *unit cost* yang dibebankan pasien, dan memberdayakan seluruh petugas untuk melakukan pengawasan penggunaan wastafel.
7. Rencana perbaikan angka KTD Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika dilakukan dengan mengembangkan pelaksanaan program keselamatan pasien dan sistem pendukung keselamatan pasien, yaitu dengan melakukan pengawasan petugas kesehatan dalam kegiatan cuci tangan dan pemasangan infus, penyediaan sabun cair disertai tanda peringatan di setiap wastafel ruang rawat, dan menindaklanjuti hal-hal lain yang terkait dengan keselamatan pasien RS.

## **8.2 Saran**

### **8.2.1 Bagi Rumah Sakit Anna Medika**

1. Perbaiki pencatatan dan penyimpanan data Kejadian Infeksi Nosokomial, dengan melakukan pencatatan pada laporan bulanan dan rekapitulasi data triwulan secara lengkap, sehingga diperoleh data yang lengkap dengan transmisi informasi yang tepat waktu.
2. Bila Tim Penilai Indikator Keselamatan Pasien belum terbentuk, beri pelatihan sebagai bekal petugas dalam mengumpulkan data berbagai Indikator Keselamatan Pasien seperti data Infeksi Nosokomial, sehingga pengetahuan petugas akan definisi operasional dan cara pencatatan data menjadi seragam.
3. Lakukan pencatatan berbagai data Indikator Keselamatan Pasien lain yang dapat dilakukan secara bertahap, sehingga RS Anna Medika dapat memiliki data keselamatan pasien yang lebih lengkap yang dapat menjadi bahan evaluasi untuk meningkatkan kinerja pelayanan Instalasi Rawat Inap.

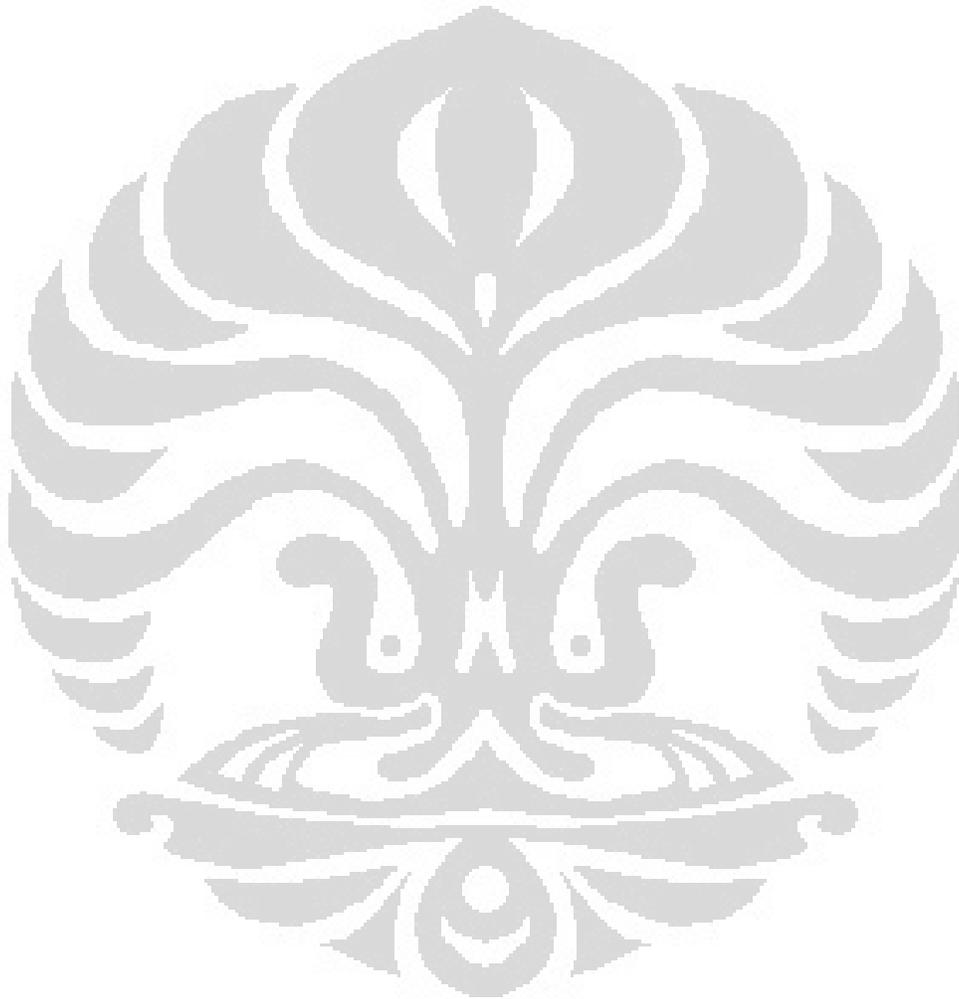


4. Bangun budaya pelaporan insiden yang tidak menyalahkan petugas yang dapat dilakukan dengan memberikan imbalan (*reward*) kepada petugas yang melaporkan, terutama yang bersedia melaporkan kesalahan yang dibuatnya sendiri, sehingga informasi tentang keselamatan pasien dapat diperoleh secara tepat dan akurat.
5. Lakukan upaya perbaikan angka KTD sesuai dengan program pengembangan yang diajukan dengan contoh proposal yang terlampir di belakang penelitian ini.

#### 8.2.2 Bagi Penelitian Selanjutnya

1. Melakukan pengumpulan data secara berkelompok agar dapat mempersingkat waktu penelitian sehingga belum banyak perubahan dalam RS sepanjang waktu penelitian berlangsung.
2. Melakukan penelitian observasi secara berturut-turut setiap hari sehingga hasil yang didapat dapat menggambarkan kegiatan pelayanan yang berjalan di RS.
3. Memperbanyak jumlah sampel pada penelitian *Voice of Customer* dan *Voice of Employee* untuk meminimalisir bias akibat sampel penelitian.
4. Menggunakan beberapa observer untuk melakukan observasi terhadap berjalannya pelayanan kesehatan, sehingga menurunkan kemungkinan bias.
5. Melakukan penelitian mengenai angka kejadian tidak diharapkan berdasarkan pengolahan data dari isi rekam medis, atau berdasarkan observasi langsung di lokasi penelitian.
6. Melakukan analisa kemungkinan tidak seluruh kejadian dilaporkan atau dicatat, atau akibat kesalahan dalam melakukan pencatatan yang disebabkan ketidakseragaman persepsi akan definisi operasional indikator terhadap data Angka Kejadian Angka Infeksi Nosokomial RS Anna Medika.

7. Melakukan penilaian derajat risiko keselamatan pasien dengan menganalisa gabungan dari dampak dan kekerapan risiko yang terjadi, yang dapat dilakukan dengan melakukan penilaian dampak dan kekerapan menggunakan sampel dan narasumber yang sama.

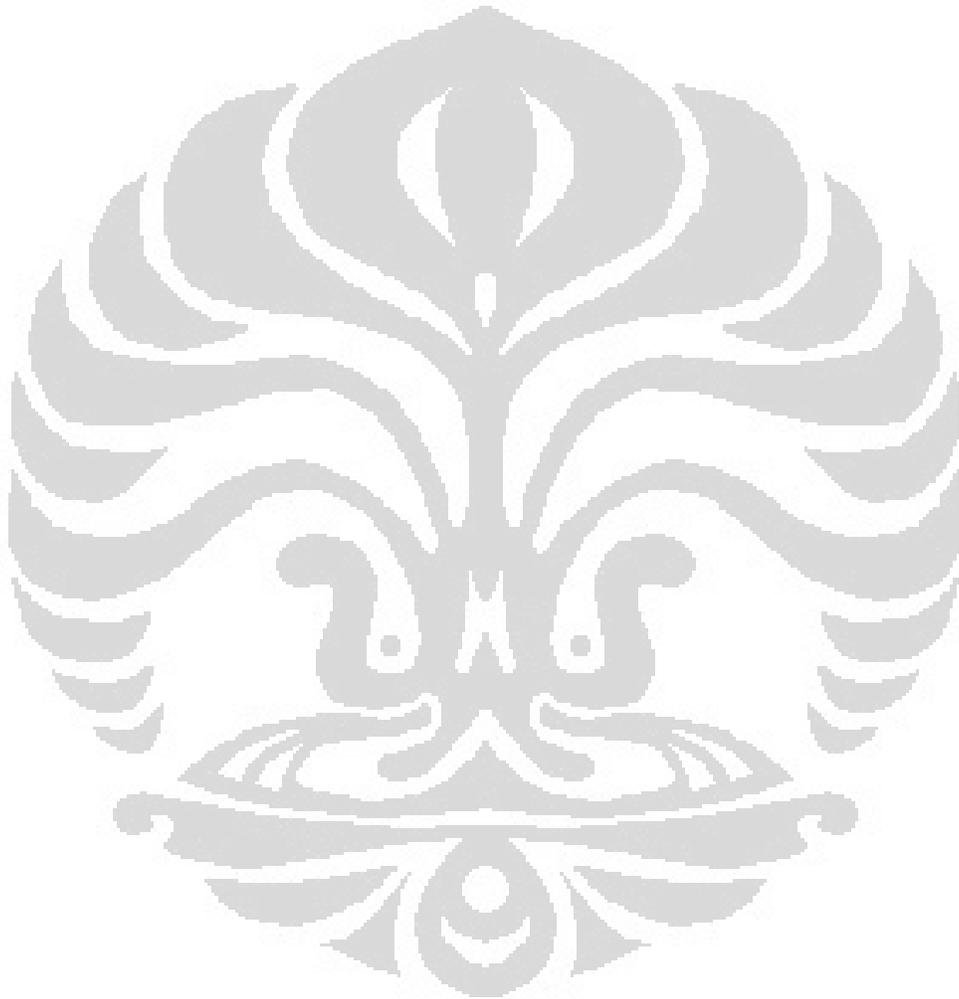


## DAFTAR PUSTAKA

- A Joint Effort of Management Science for Health and the United Nation Children's Fund. (1998). *The Guide to Managing for Quality: Causal Table*. Dipetik Agustus 27, 2010, dari Management Science for Health: <http://erc.msh.org/quality/pstools/pscausal.cfm>
- Anasthesia Patient Safety Foundation. (2010, September 22). *About APSF: Foundation History*. Dipetik Januari 7, 2010, dari Anasthesia Patient Safety Foundation: [http://www.apsf.org/about\\_history.php](http://www.apsf.org/about_history.php)
- Connelly, L., & Powers, J. L. (2005). On-line Patient Safety Climate Survey: Tool Development and Lesson Learned. Dalam AHRQ, *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation* (Vol. 4). Rockville: AHRQ.
- Departemen Kesehatan R.I. (2006). Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety). Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. (2001). *Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit* (Ed. 2 ed.). Jakarta: IDI.
- Direktorat Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. (2008). *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Gasperz, V. (2007). *Lean Six Sigma for Manufacturing and Services Industry*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Johnson, C., Shanmugam, R., Roberts, L., Zinkgraf, S., Young, M., Cameron, L., et al. *Linking Lean Healthcare to Six Sigma: An Emergency Department Case Study*. Case Study, Texas State University.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. (C. o. Health, Penyunt.) Institute Of Medicine.
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2007). *Visi dan Misi*. Dipetik Januari 6, 2010, dari Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit: <http://www.inapatsafety-persi.or.id/?show=data/visimisi>
- Koning, H. d., Verver, J. P., Heuvel, J. v., Bisgaard, S., & Does, R. J. (2006). Lean Six Sigma in Healthcare. *Journal for Healthcare Quality* , 28 (2), 4-11.
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., et al. (1991). The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine* (324), 377-384.
- Megawati. (2004). *Analisis Upaya Peningkatan Mutu Layanan dengan Metoda Six Sigma di Balai Laboratorium Kesehatan Palembang Tahun 2003*. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat. Depok: Universitas Indonesia.
- Muis, S. (2011). *Metodologi 6 Sigma: Menciptakan Produk Kelas Dunia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Naikoba, S., & Hayward, A. (2001). The Effectiveness of Intervention Aimed at Increasing Handwashing in Healthcare Workers. *Journal of Hospital Infection* , 47, 173-180.
- Narsih, E. S. (2010, Desember 24). Pengelolaan Tenaga Keperawatan di IGD RSIA Anna Medika. (R. Cinderasuci, Pewawancara)

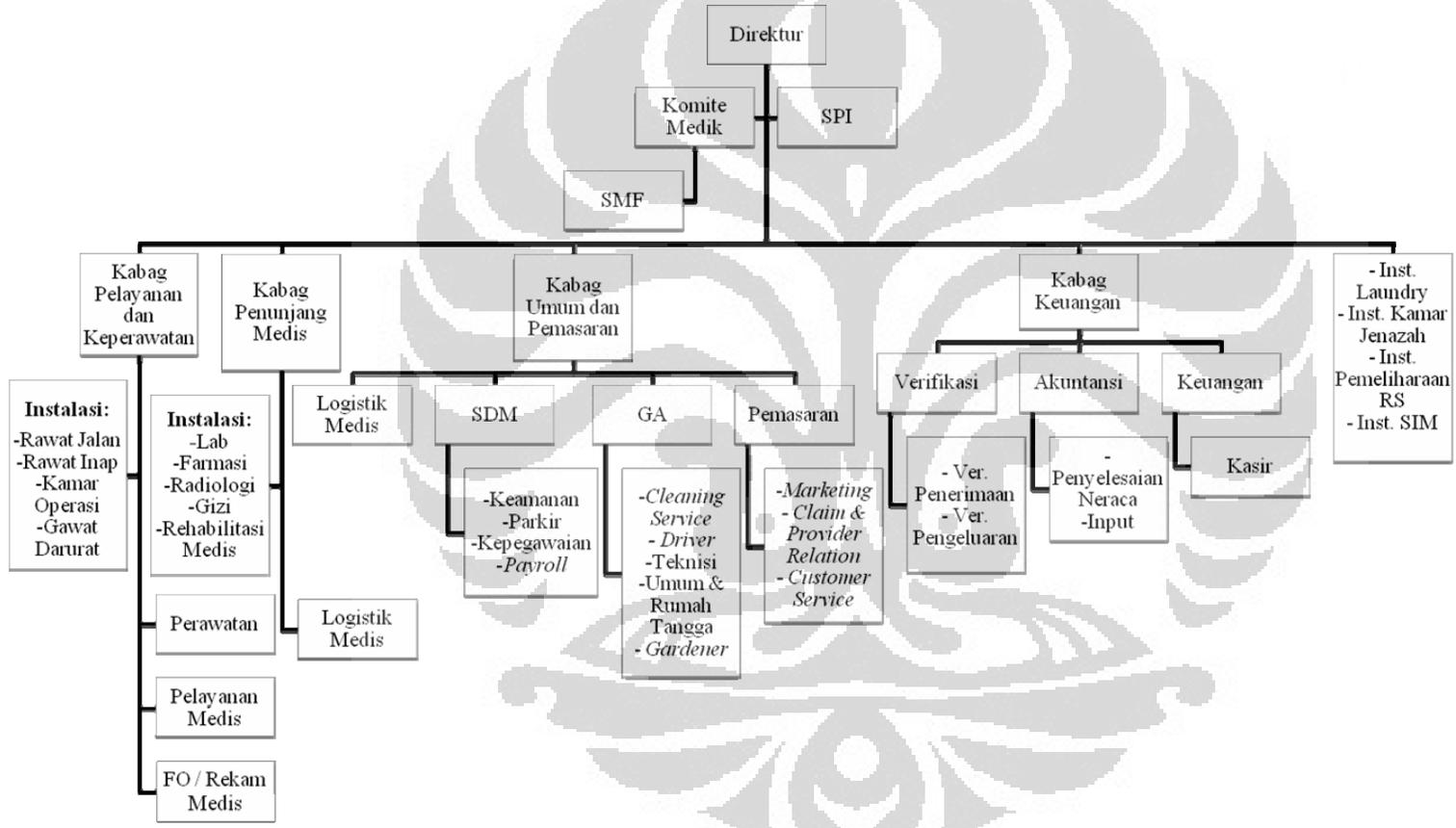
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Park, S. H. (2003). *Six Sigma for Quality and Productive Promotion*. Tokyo: Asian Productivity Organization.
- Pemerintah RI. (2009, Oktober). UU no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. *Undang-undang* . Jakarta, Indonesia: Sekretariat Negara RI.
- Pittet, D., Hugonnet, S., Harbart, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S., et al. (2000). Effectiveness of hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet* , 356, 1307-12.
- Premysis Consulting. (2010, 12 1). Lean Six Sigma-Cost Saving Project: Disiapkan untuk Universitas Indonesia. Jakarta: Six Sigma Center of Excellence.
- Raco, J. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif*. (A. L, Penyunt.) Jakarta: Gramedia Widiasarana Indonesia.
- RSIA Anna Medika. (2010). Profil RSIA Anna Medika. Bekasi.
- RSIA Anna Medika. (2010). Standar Prosedur Operasional Instalasi Gawat Darurat RSIA Anna Medika. *Standar Prosedur Operasional* . Bekasi, Jawa Barat: RSIA Anna Medika.
- SDM RSIA Anna Medika. (2011). *Data Kepegawaian*. Laporan intern, RSIA Anna Medika, Umum dan Pemasaran, Bekasi.
- Setiawati. (2009). *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketaatan Petugas Kesehatan Melakukan Hand Hygiene dalam Mencegah Infeksi Nosokomial*. Univeersitas Indonesia, Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan. Depok: Univeersitas Indonesia.
- Shaw, C. (2003). *How Can Hospital Performance Be Measured and Monitored*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: Health Evidence Network.
- Siahaan, H. (2009). *Manajemen Risiko pada Perusahaan dan Birokrasi*. (R. L. Toruan, Penyunt.) Jakarta: Kompas Gramedia.
- Six Sigma. (2005). *Six Sigma*. Dipetik Desember 28, 2010, dari Six Sigma Healthcare.
- Six Sigma Training Assistant. (2009). *Six Sigma and Its Use in Health Care*. (Aveta Business Institute) Dipetik December 27, 2011, dari Six Sigma Online.
- Subdepartemen Manajemen Kedokteran IKK FKUI. (2005). Panduan Evaluasi Program. Jakarta, Indonesia.
- The Joint Commission. (2010). National Patient Safety Goals 2011. *Acreditation Program: Hospital* . US.
- The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center. (2005, Agustus 8). *Sentinel Event and "Near Miss" Policy*. Dipetik Maret 13, 2011, dari The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center: <http://www2.mdanderson.org/app/ir/SACSHTML/DocumentAppendix/Appendix%20G/CLN0690.pdf>
- Universitas Indonesia. (2008). Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa UI. *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa UI* . Jakarta, Indonesia: Universitas Indonesia.
- World Alliance on Patient Safety. (2004, Oktober). *Forward Programme 2005*. Dipetik Januari 6, 2010, dari World Health Organization: [www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)

World Health Organization. (t.thn.). *Patient Safety: About Us*. Dipetik Januari 12, 2011, dari World Health Organization: <http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html>



Lampiran 1:

STRUKTUR ORGANISASI RSIA ANNA MEDIKA



**Lampiran 2:**

**KONDISI PELAYANAN RSIA ANNA MEDIKA  
10 FEBRUARI - 31 DESEMBER 2010**

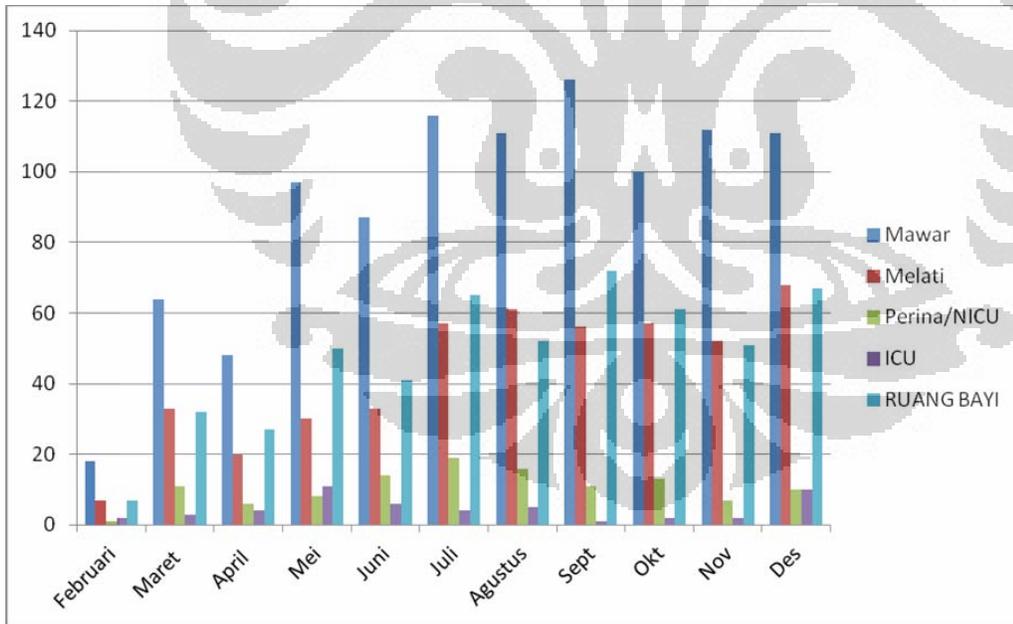
(Sumber: Laporan Bulanan RSIA Anna Medika Februari-Desember 2010)

**Jumlah Pasien Rawat Inap**

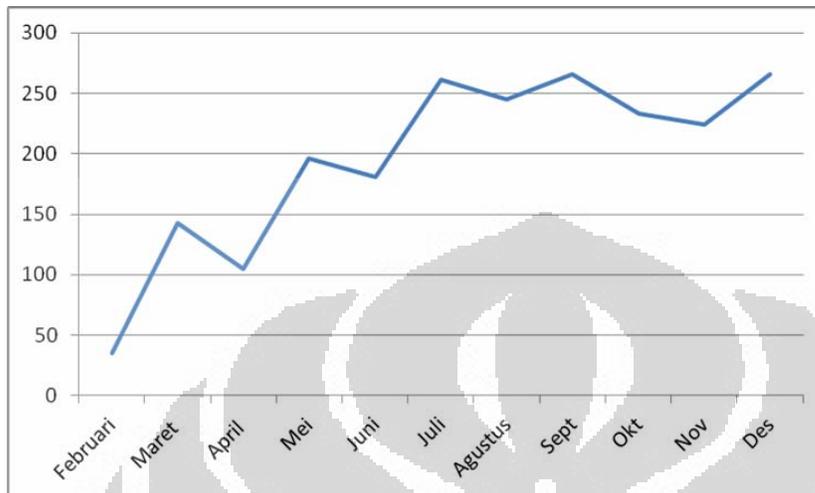
**A. Jumlah pasien di ruangan periode Februari – Desember 2010**

| Ruang              | Februari | Maret | April | Mei | Juni | Juli | Agustus | Sept | Okt | Nov | Des | TOTAL |
|--------------------|----------|-------|-------|-----|------|------|---------|------|-----|-----|-----|-------|
| <b>Mawar</b>       | 18       | 64    | 48    | 97  | 87   | 116  | 111     | 126  | 100 | 112 | 111 | 990   |
| <b>Melati</b>      | 7        | 33    | 20    | 30  | 33   | 57   | 61      | 56   | 57  | 52  | 68  | 474   |
| <b>Perina/NICU</b> | 1        | 11    | 6     | 8   | 14   | 19   | 16      | 11   | 13  | 7   | 10  | 116   |
| <b>ICU</b>         | 2        | 3     | 4     | 11  | 6    | 4    | 5       | 1    | 2   | 2   | 10  | 50    |
| <b>RUANG BAYI</b>  | 7        | 32    | 27    | 50  | 41   | 65   | 52      | 72   | 61  | 51  | 67  | 525   |
| <b>TOTAL</b>       | 35       | 143   | 105   | 196 | 181  | 261  | 245     | 266  | 233 | 224 | 266 | 2155  |

**DIAGRAM JUMLAH PASIEN DI RUANGAN PERIODE FEBRUARI –  
DESEMBER 2010**



**DIAGRAM JUMLAH TOTAL PASIEN DI RUANGAN  
PERIODE FEBRUARI – DESEMBER 2010**



**1. Ruang Melati**

| Bulan     | Umum | Asuransi / PT | Rujukan | Karyawan | Total |
|-----------|------|---------------|---------|----------|-------|
| Februari  | 7    | -             | -       | -        | 7     |
| Maret     | 31   | 2             | -       | -        | 33    |
| April     | 18   | 2             | -       | -        | 20    |
| Mei       | 18   | 12            | -       | 1        | 31    |
| Juni      | 25   | 9             | -       | -        | 34    |
| Juli      | 45   | 12            | -       | -        | 58    |
| Agustus   | 39   | 19            | -       | -        | 58    |
| September | 38   | 18            | -       | 1        | 57    |
| Oktober   | 37   | 18            | -       | -        | 55    |
| November  | 34   | 18            | -       | -        | 52    |
| Desember  | 45   | 23            | -       | -        | 68    |



## 2. Ruang Mawar

| Bulan     | Umum | Asuransi / PT | Rujukan | Karyawan | Total |
|-----------|------|---------------|---------|----------|-------|
| Februari  | 16   | 2             | -       | -        | 18    |
| Maret     | 60   | 3             | -       | 1        | 64    |
| April     | 44   | 4             | -       | -        | 48    |
| Mei       | 63   | 10            | 19      | -        | 92    |
| Juni      | 53   | 11            | 26      | 1        | 90    |
| Juli      | 57   | 18            | 40      | 1        | 116   |
| Agustus   | 64   | 17            | 30      | -        | 111   |
| September | 59   | 23            | 43      | 1        | 126   |
| Oktober   | 45   | 21            | 31      | 3        | 100   |
| November  | 62   | 20            | 26      | 4        | 112   |
| Desember  | 56   | 27            | 27      | 1        | 111   |

### B. Jumlah Lama Rawat

| Ruang       | Feb | Maret | April | Mei | Juni | Juli | Agustus | Sept | Okt | Nov | Des | TOTAL |
|-------------|-----|-------|-------|-----|------|------|---------|------|-----|-----|-----|-------|
| Mawar       | 46  | 152   | 113   | 295 | 294  | 352  | 373     | 397  | 313 | 303 | 383 | 3021  |
| Melati      | 27  | 131   | 44    | 82  | 58   | 150  | 184     | 153  | 168 | 120 | 168 | 1285  |
| Perina/NICU | 1   | 72    | 36    | 26  | 81   | 78   | 65      | 37   | 13  | 19  | 55  | 483   |
| ICU         | 1   | 6     | 11    | 32  | 9    | 16   | 11      | 6    |     |     | 23  | 115   |
| TOTAL       | 75  | 361   | 204   | 435 | 442  | 596  | 633     | 593  | 494 | 442 | 629 | 4904  |

Jumlah pasien ICU bulan Oktober & November masing-masing 1 orang dengan jumlah rawat 1 hari jadi tidak dihitung.

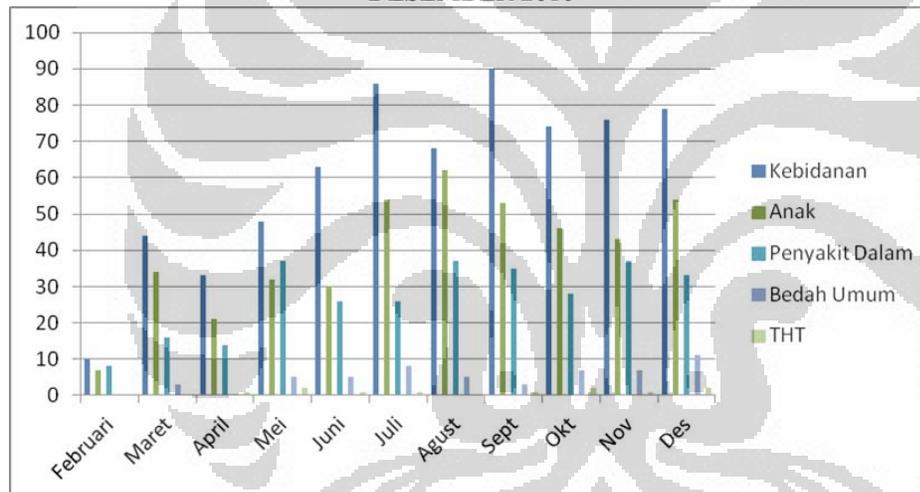
### C. Jumlah pasien meninggal di atas 48 Jam

| Ruang       | Februari | Maret | April | Mei | Juni | Juli | Agst | Sept | Okt | Nov | Des |
|-------------|----------|-------|-------|-----|------|------|------|------|-----|-----|-----|
| Mawar       | -        | -     | -     | -   | -    | -    | -    | -    | -   |     |     |
| Melati      | -        | -     | -     | -   | -    | -    | -    | -    | -   |     |     |
| Perina/NICU | -        | -     | -     | -   | -    | -    | -    | -    | -   |     |     |
| ICU         | -        | -     | 1     | -   | -    | -    | -    | -    | -   |     | 1   |
| TOTAL       | -        | -     | 1     | -   | -    | -    | -    | -    | -   |     | 1   |

#### D. Kasus Rawat Inap terbanyak

| Kasus          | Februari | Maret | April | Mei | Juni | Juli | Agust | Sept | Okt | Nov | Des | TOTAL |
|----------------|----------|-------|-------|-----|------|------|-------|------|-----|-----|-----|-------|
| Kebidanan      | 10       | 44    | 33    | 48  | 63   | 86   | 68    | 90   | 74  | 76  | 79  | 671   |
| Anak           | 7        | 34    | 21    | 32  | 30   | 54   | 62    | 53   | 46  | 43  | 54  | 436   |
| Penyakit Dalam | 8        | 16    | 14    | 37  | 26   | 26   | 37    | 35   | 28  | 37  | 33  | 297   |
| Bedah Umum     | 0        | 3     | 0     | 5   | 5    | 8    | 5     | 3    | 7   | 7   | 11  | 54    |
| THT            | 0        | 0     | 1     | 2   | 1    | 1    | 0     | 1    | 2   | 1   | 2   | 11    |

DIAGRAM KASUS RAWAT INAP TERBANYAK PERIODE FEBRUARI – DESEMBER 2010



#### E. Efisiensi Tempat Tidur dari Februari – Desember 2010

| Ruang       | Jumlah Hari Rawat | Jumlah Tempat Tidur | Rata-rata pemanfaatan per hari |
|-------------|-------------------|---------------------|--------------------------------|
| Mawar       | 3021              | 26                  | 35 %                           |
| Melati      | 1285              | 15                  | 26 %                           |
| Perina/Nicu | 483               | 6                   | 24 %                           |
| ICU         | 115               | 2                   | 17 %                           |

### Kamar Operasi

| Jenis Operasi   | Feb      | Mar       | April     | Mei       | Juni      | Juli      | Agst      | Sept      | Okt       | Nov       | Des       | Total      |
|-----------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Jenis Pelayanan |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| • Kebidanan     | 6        | 23        | 19        | 35        | 36        | 49        | 39        | 53        | 43        | 37        | 50        | 390        |
| • Bedah Umum    | -        | 1         | -         | 7         | 7         | 9         | 7         | 2         | 6         | 8         | 7         | 54         |
| • THT           | -        | -         | 1         | 2         | 1         | 1         | -         | 1         | 3         | 2         | 4         | 15         |
| • Mata          | -        | -         | -         | -         | -         | 1         | -         | 1         | -         | -         | 1         | 3          |
| <b>TOTAL</b>    | <b>6</b> | <b>24</b> | <b>20</b> | <b>44</b> | <b>44</b> | <b>60</b> | <b>46</b> | <b>57</b> | <b>52</b> | <b>47</b> | <b>62</b> | <b>462</b> |

### TINDAKAN OPERASI BERDASARKAN GOLONGAN OPERASI

| GOLONGAN OPERASI | Februari | Maret     | April     | Mei       | Juni      | Juli      | Agst      | Sept      | Okt       | Nov       | Des       | TOTAL      |
|------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Golongan Operasi |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |
| • Khusus Besar   | 6        | 23        | 19        | 36        | 35        | 51        | 39        | 53        | 43        | 37        | 51        | 393        |
| • Sedang         |          | 1         | 1         | 5         | 5         | 6         |           |           | 9         | 8         | 10        | 45         |
| • Kecil          |          |           |           | 3         | 4         | 1         |           |           |           | 2         | 1         | 11         |
| • ODC            |          |           |           |           |           | 2         |           |           | 1         |           | 2         | 5          |
| <b>TOTAL</b>     | <b>6</b> | <b>24</b> | <b>20</b> | <b>44</b> | <b>44</b> | <b>60</b> | <b>39</b> | <b>53</b> | <b>53</b> | <b>47</b> | <b>64</b> | <b>454</b> |

### Kamar Bersalin

| Kasus                  | Feb      | Mar       | Apr       | Mei       | Juni      | Juli      | Agst      | Sept      | Okt       | Nov       | Des       | TOTAL      |
|------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Normal                 | 1        | 13        | 9         | 18        | 13        | 21        | 18        | 29        | 25        | 16        | 14        | 177        |
| Normal dengan penyulit | 1        | 4         | 2         | 3         | 1         | 6         | 3         | 5         | 2         | 8         | 9         | 44         |
| Kuret                  | 4        | 12        | 9         | 18        | 9         | 6         | 16        | 14        | 8         | 10        | 9         | 115        |
| <b>TOTAL</b>           | <b>6</b> | <b>29</b> | <b>20</b> | <b>39</b> | <b>23</b> | <b>33</b> | <b>37</b> | <b>48</b> | <b>35</b> | <b>34</b> | <b>32</b> | <b>336</b> |

**JUMLAH TINDAKAN DAN PENANGANAN KEBIDANAN  
DI RSIA ANNA MEDIKA PERIODE FEB – DES 2010**

|                | <b>SC</b>   | <b>Partus Normal</b> | <b>Kuret</b> |
|----------------|-------------|----------------------|--------------|
| Total tindakan | 364         | 202                  | 113          |
| Rujukan bidan  | 253 (69.5%) | 90 (44.5%)           | 21 (18.6%)   |

**Jumlah Pasien Rawat Jalan**

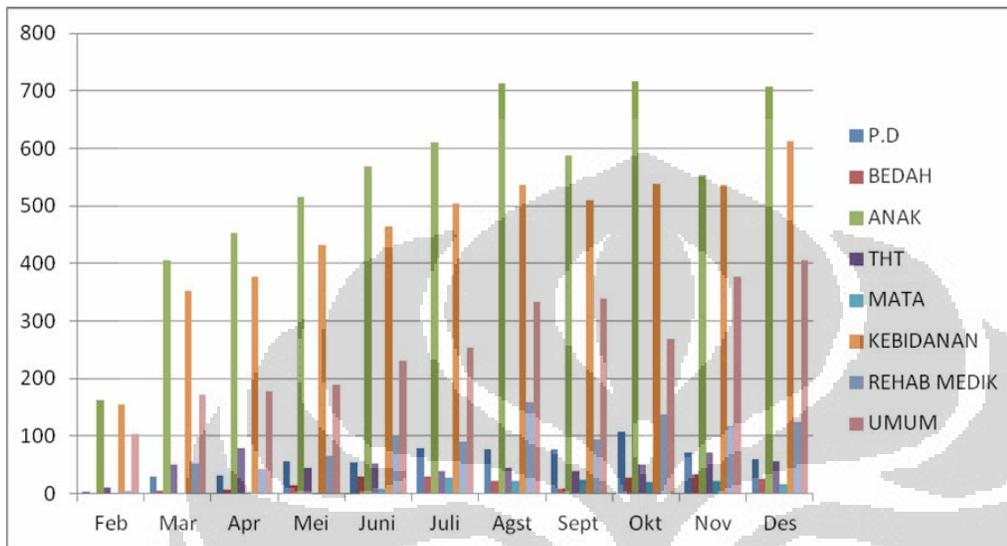
1. Total Kunjungan

| Pasien    | Februari | Maret | April | Mei  | Juni | Juli | Agust | Sept  | Okt   | Nov  | Des  |
|-----------|----------|-------|-------|------|------|------|-------|-------|-------|------|------|
| Lama      | 556      | 998   | 635   | 923  | 1078 | 967  | 1464  | 1302  | 1607  | 865  | 1028 |
| Baru      | 94       | 450   | 880   | 918  | 883  | 1236 | 1034  | 878   | 999   | 424  | 451  |
| Total     | 650      | 1448  | 1515  | 1841 | 1961 | 2203 | 2498  | 2180  | 2606  | 1289 | 1479 |
| Rata-rata | 23.2     | 48,2  | 50,5  | 59,3 | 65   | 71   | 83.3  | 72.66 | 84.06 | 43   | 48   |

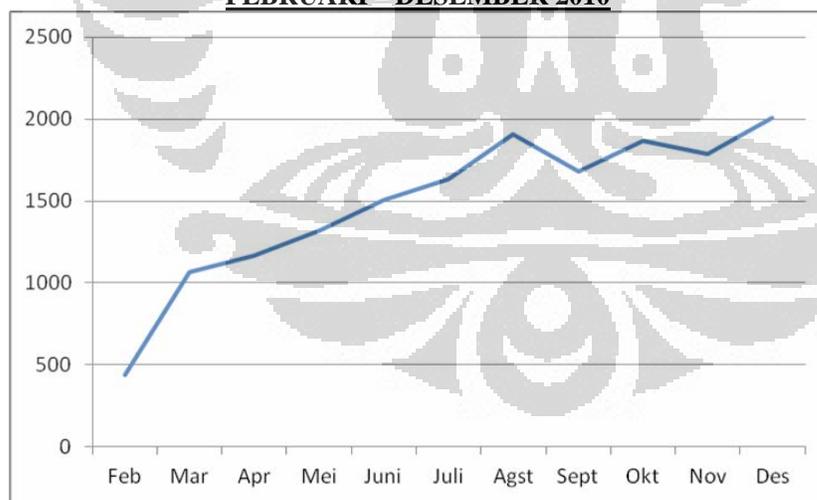
2. Jumlah Pasien berkunjung ke Poliklinik

| Poliklinik     | Feb | Mar  | Apr  | Mei  | Juni | Juli | Agst | Sept | Okt  | Nov  | Des  |
|----------------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| P.D            | 4   | 29   | 31   | 56   | 54   | 80   | 77   | 77   | 107  | 72   | 60   |
| BEDAH          | -   | 6    | 7    | 14   | 30   | 30   | 22   | 8    | 27   | 34   | 26   |
| ANAK           | 163 | 405  | 453  | 515  | 569  | 611  | 713  | 587  | 716  | 553  | 708  |
| THT            | 11  | 51   | 80   | 45   | 52   | 39   | 45   | 39   | 50   | 72   | 56   |
| MATA           | -   | -    | -    | -    | 8    | 27   | 22   | 24   | 20   | 22   | 16   |
| KEBIDANAN      | 155 | 353  | 377  | 433  | 465  | 504  | 537  | 509  | 538  | 536  | 613  |
| REHAB<br>MEDIK | 6   | 52   | 43   | 65   | 101  | 91   | 159  | 95   | 138  | 118  | 125  |
| UMUM           | 103 | 173  | 177  | 189  | 230  | 254  | 333  | 340  | 269  | 377  | 406  |
| <b>TOTAL</b>   | 442 | 1069 | 1168 | 1317 | 1509 | 1636 | 1908 | 1679 | 1865 | 1784 | 2010 |

**DIAGRAM JUMLAH KUNJUNGAN PASIEN POLIKLINIK  
PERIODE FEBRUARI-DESEMBER 2010**



**DIAGRAM JUMLAH TOTAL KUNJUNGAN PASIEN POLIKLINIK PERIODE  
FEBRUARI – DESEMBER 2010**



## Pelayanan UGD dan Poli umum

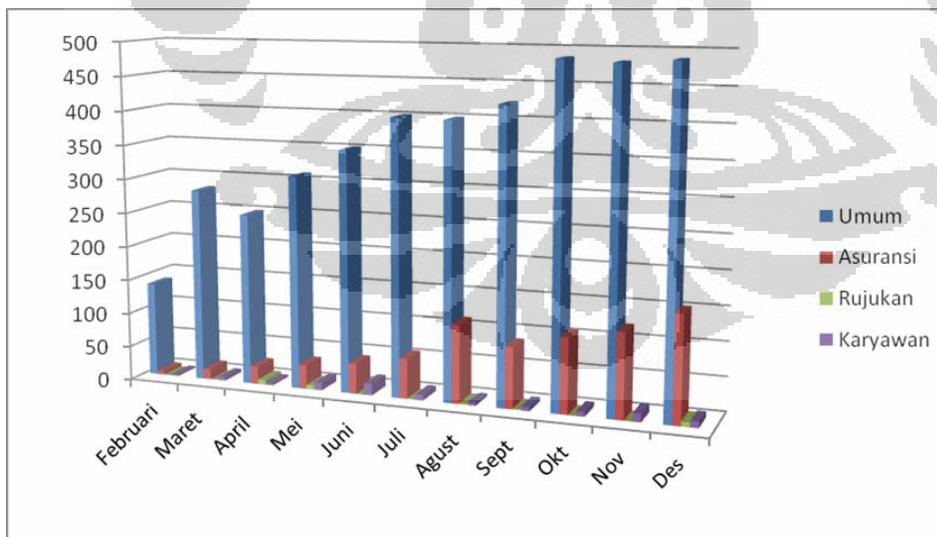
### 1. Jumlah Kunjungan

Jumlah pasien yang dilayani di UGD dan poli umum selama 11 bulan adalah 4404 Pasien. Terdiri dari 4018 pasien umum, 277 pasien asuransi, 25 pasien rujukan dan 84 pasien karyawan.

Kunjungan Pasien UGD & Poli Umum Berdasarkan Asal Pasien Periode Februari- Desember 2010

| Jenis    | Februari | Maret | April | Mei | Juni | Juli | Agust | Sept | Okt | Nov | Des | TOTAL |
|----------|----------|-------|-------|-----|------|------|-------|------|-----|-----|-----|-------|
| Umum     | 138      | 283   | 251   | 311 | 352  | 401  | 400   | 424  | 487 | 483 | 488 | 4018  |
| Asuransi | 5        | 15    | 26    | 35  | 44   | 58   | 114   | 89   | 109 | 123 | 154 | 277   |
| Rujukan  | 0        | 0     | 7     | 6   | 0    | 1    | 2     | 2    | 0   | 0   | 7   | 25    |
| Karyawan | 2        | 5     | 3     | 11  | 17   | 8    | 4     | 6    | 7   | 12  | 9   | 84    |
| TOTAL    | 145      | 303   | 287   | 363 | 413  | 468  | 520   | 521  | 603 | 618 | 658 | 4404  |

Diagram Kunjungan Pasien UGD & Poli Umum Berdasarkan Asal Pasien Periode Februari- Desember 2010



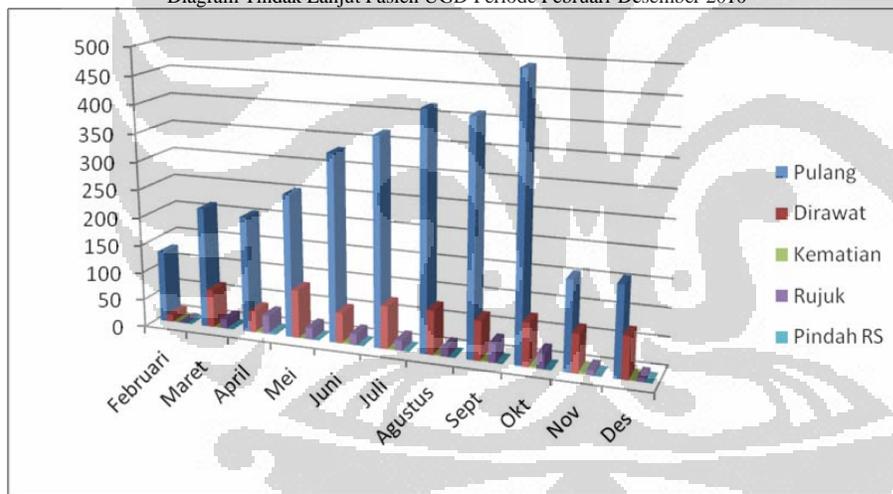
## 2. Tindakan Lanjut pasien UGD

Dari total seluruh pasien yang ditangani ternyata tindak lanjut yang terbanyak adalah pasien pulang, rata-rata kontribusi pasien UGD terhadap pelayanan rawat inap adalah 29 orang.

Tindak Lanjut Pasien UGD

|           | Februari | Maret | April | Mei | Juni | Juli | Agustus | Sept | Okt | Nov | Des | TOTAL |
|-----------|----------|-------|-------|-----|------|------|---------|------|-----|-----|-----|-------|
| Pulang    | 129      | 216   | 208   | 256 | 334  | 370  | 420     | 413  | 495 | 159 | 160 | 1462  |
| Dirawat   | 13       | 68    | 39    | 86  | 55   | 77   | 79      | 71   | 78  | 69  | 75  | 405   |
| Kematian  | 1        | 1     | 3     | 1   | 3    | 2    | 3       | 3    | 3   | 4   | 2   | 15    |
| Rujuk     | 2        | 17    | 34    | 21  | 20   | 19   | 17      | 34   | 27  | 9   | 7   | 110   |
| Pindah RS | 0        | 1     | 3     | 0   | 0    | 0    | 0       | 0    | 0   | 0   | 0   | 8     |
| DOA       |          |       |       |     |      |      |         |      |     |     | 1   |       |
| TOTAL     | 145      | 303   | 287   | 363 | 412  | 468  | 520     | 521  | 603 | 241 | 245 | 2000  |

Diagram Tindak Lanjut Pasien UGD Periode Februari-Desember 2010



## 3. Jumlah kunjungan Poliklinik & IGD

|            | Mei | Juni | Juli | Agustus | September | Oktober | November | Desember |
|------------|-----|------|------|---------|-----------|---------|----------|----------|
| POLIKLINIK | 189 | 230  | 254  | 333     | 340       | 269     | 377      | 406      |
| IGD        | 174 | 183  | 204  | 187     | 181       | 218     | 241      | 245      |
| TOTAL      | 363 | 413  | 458  | 520     | 521       | 487     | 618      | 651      |

#### 4. Kontribusi pasien UGD terhadap Rawat Inap Februari-Desember 2010

|                     | Februari | Maret | April | Mei | Juni | Juli | Agustus | Sept | Okt | Nov | Des |
|---------------------|----------|-------|-------|-----|------|------|---------|------|-----|-----|-----|
| Pasien UGD          | 145      | 303   | 287   | 174 | 183  | 209  | 187     | 181  | 242 | 241 | 245 |
| Pasien UGD Masuk RI | 13       | 68    | 39    | 86  | 55   | 77   | 79      | 71   | 78  | 69  | 75  |
|                     | 8%       | 22%   | 13.5% | 49% | 30%  | 36%  | 42%     | 39%  | 32% | 29% | 31% |

#### 5. Efisiensi di IGD

|                          | Feb | Maret | April | Mei | Juni | Juli | Agustus | Sept | Okt | Nov | Des |
|--------------------------|-----|-------|-------|-----|------|------|---------|------|-----|-----|-----|
| Jumlah pasien            | 145 | 303   | 287   | 363 | 413  | 468  | 520     | 512  | 603 | 241 | 245 |
| Kunjungan per hari       | 7   | 10    | 10    | 12  | 14   | 16   | 17      | 17   | 19  | 8   | 8   |
| Jumlah Tempat tidur      | 6   | 6     | 6     | 6   | 6    | 6    | 6       | 6    | 6   | 6   | 6   |
| Jumlah kunjungan/TT/hari | 1   | 2     | 2     | 2   | 2    |      |         |      |     |     |     |



**Lampiran 3:****DATA PEGAWAI TETAP RSIA ANNA MEDIKA**

(Sumber: Data Kepegawaian RSIA Anna Medika, 2011)

| NO | NAMA                 | DEPARTEMEN      | BAGIAN      |
|----|----------------------|-----------------|-------------|
| 1  | WIRDA SALEH, DR      |                 | DIREKTUR    |
| 2  | SRI DAMAYANTI        | UMUM            | GA          |
| 3  | NOVAN NUR RAHMAN     | UMUM            | GA          |
| 4  | ARY SARDIYANTO       | UMUM            | KESLING     |
| 5  | NURMALIA SUZANTI     | UMUM            | HRD         |
| 6  | RIZKY FEBRIYANTO     | UMUM            | HRD         |
| 7  | DR. WYWY K           | PELAYANAN MEDIS | DR PK       |
| 8  | DR. RUDYANTO         | PELAYANAN MEDIS | DR PK       |
| 9  | NURHAYATI, DR        | PELAYANAN MEDIS | DR UGD      |
| 10 | TARTILA, DR          | PELAYANAN MEDIS | DR UGD      |
| 11 | FREDERIK, DR         | PELAYANAN MEDIS | DR UGD      |
| 12 | FRINO,DR             | PELAYANAN MEDIS | DR UGD      |
| 13 | LIDYA,DR             | PELAYANAN MEDIS | DOKTER UMUM |
| 14 | YUSBAR               | UMUM            | LOGISTIK    |
| 15 | WARYONO              | UMUM            | LOGISTIK    |
| 16 | DIAN LISTRIANA       | UMUM            | LOGISTIK    |
| 17 | EVA GUSLINA (11 OKT) | UMUM            | KANTIN      |
| 18 | BUCHORI              | UMUM            | LAUNDRY     |
| 19 | HARYANTO             | UMUM            | LAUNDRY     |
| 20 | ADIMAN (7 JUL)       | UMUM            | LAUNDRY     |
| 21 | ABDUL LATIF          | UMUM            | LAUNDRY     |
| 22 | AMSANI               | UMUM            | GARDENER    |
| 23 | KANDAR               | UMUM            | GARDENER    |
| 24 | CHAIDIR              | UMUM            | GARDENER    |
| 25 | JUNAEDI              | UMUM            | MSJD        |
| 26 | ZAENUN               | UMUM            | TEKNISI     |
| 27 | SUPYAN               | UMUM            | TEKNISI     |

| <b>NO</b> | <b>NAMA</b>              | <b>DEPARTEMEN</b> | <b>BAGIAN</b> |
|-----------|--------------------------|-------------------|---------------|
| 28        | YUDI ANDRIYANI           | UMUM              | TEKNISI       |
| 29        | EKO PURWANTO             | UMUM              | TEKNISI       |
| 30        | M. GOZALI YUSUF          | UMUM              | TEKNISI       |
| 31        | NUR ANWAR                | UMUM              | CS            |
| 32        | DEDI                     | UMUM              | CS            |
| 33        | SUBANDI                  | UMUM              | CS            |
| 34        | M. RIYANTORO             | UMUM              | CS            |
| 35        | RONY (1 JAN 11)          | UMUM              | CS            |
| 36        | HEVI DIRSA AMELIA        | UMUM              | CS            |
| 37        | YENI FARIDAH             | UMUM              | CS            |
| 38        | ELA NURLAELA             | UMUM              | CS            |
| 39        | IYAR DAMAYANTI           | UMUM              | CS            |
| 40        | LIESTIA PUSPARINI        | UMUM              | CS            |
| 41        | CAS PURWANTO             | UMUM              | CS            |
| 42        | JUHANA (OBIN)            | UMUM              | DRIVER        |
| 43        | COCO CORKI               | UMUM              | DRIVER        |
| 44        | YUSUF RIYADI (15 JUNI)   | UMUM              | OB            |
| 45        | JIBENG (MADIH)           | UMUM              | PARKIR        |
| 46        | TYAS (SUNADIH)           | UMUM              | PARKIR        |
| 47        | PARDIH                   | UMUM              | PARKIR        |
| 48        | AHMAD DASUKI             | UMUM              | PARKIR        |
| 49        | NIMIN                    | UMUM              | PARKIR        |
| 50        | ZAENAL HABIBI (8 JAN 11) | UMUM              | PARKIR        |
| 51        | NURUL HIDAYAT            | UMUM              | SECURITY      |
| 52        | NURHIDAYAT               | UMUM              | SECURITY      |
| 53        | JOKO SANTOSO             | UMUM              | SECURITY      |
| 54        | YOGAHANA                 | UMUM              | SECURITY      |
| 55        | MULYANA                  | UMUM              | SECURITY      |
| 56        | AGUS RIYANTO             | UMUM              | SECURITY      |
| 57        | ALI AGUS TARUNA          | UMUM              | SECURITY      |
| 58        | TUTI HERAWATI            | UMUM              | SECURITY      |
| 59        | EDI WURYANTO (1 Sep)     | UMUM              | SECURITY      |

| NO | NAMA                       | DEPARTEMEN  | BAGIAN           |
|----|----------------------------|-------------|------------------|
| 60 | HARYANDI                   | UMUM        | SECURITY         |
| 61 | ALIM A. IRSAL              | UMUM        | KABID MKT        |
| 62 | ENDANG MULYANTO (3 JAN)    | UMUM        | SPV EDP          |
| 63 | DEWI MURNI                 | UMUM        | EDP              |
| 64 | ENDAH PRAVITASARI          | UMUM        | KLAIM            |
| 65 | MURYANTI                   | UMUM        | KLAIM            |
| 66 | ANING PUSPITA DEWI         | UMUM        | MKT              |
| 67 | REZA RAHMAN (3 JAN)        | UMUM        | MKT              |
| 68 | M. ARIF                    | UMUM        | P U              |
| 69 | ELA KUSMIATI               | UMUM        | FO               |
| 70 | EVI KUSMIATIN              | UMUM        | FO               |
| 71 | DYTA AGFAENI               | UMUM        | FO               |
| 72 | NANI NUR RAJABAENI (3 JAN) | UMUM        | FO               |
| 73 | TRISATI                    | UMUM        | FO               |
| 74 | CITRA AJENG                | UMUM        | FO               |
| 75 | YOZAR. A                   | UMUM        | FO               |
| 76 | NUNUNG NURMAWATI           | UMUM        | MEDREC           |
| 77 | NOVITA ERAWATI             | UMUM        | MEDREC           |
| 78 | RAMA NIRJAYA PUTRA         | UMUM        | MEDREC           |
| 79 | EUIS INDRIYANI (1 NOP)     | KEPERAWATAN | KEP. KEPERAWATAN |
| 80 | HASLAN RIA                 | KEPERAWATAN | POLIKLINIK       |
| 81 | DEWI NURHANDAYANI          | KEPERAWATAN | POLIKLINIK       |
| 82 | EVI ANGGRAENI              | KEPERAWATAN | POLIKLINIK       |
| 83 | SUWARTI                    | KEPERAWATAN | POLIKLINIK       |
| 84 | LILIANA                    | KEPERAWATAN | POLIKLINIK       |
| 85 | RINA MARIANA               | KEPERAWATAN | POLIKLINIK       |
| 86 | NESYIE LINDA (25 okt)      | KEPERAWATAN | POLIKLINIK       |
| 87 | NARSIH                     | KEPERAWATAN | UGD              |
| 88 | APRISAL                    | KEPERAWATAN | UGD              |
| 89 | MUHAMMAD FADLY             | KEPERAWATAN | UGD              |
| 90 | NURUL AMALIA               | KEPERAWATAN | UGD              |
| 91 | EVI APRIYANI               | KEPERAWATAN | UGD              |

| NO  | NAMA                       | DEPARTEMEN  | BAGIAN     |
|-----|----------------------------|-------------|------------|
| 92  | TAUFIK HIDAYAT             | KEPERAWATAN | UGD        |
| 93  | TITIN FIDIAWATI (11 OKT)   | KEPERAWATAN | UGD        |
| 94  | NESSY ELTISKA              | KEPERAWATAN | UGD        |
| 95  | ICIH                       | KEPERAWATAN | K. OPERASI |
| 96  | DIARTI                     | KEPERAWATAN | K. OPERASI |
| 97  | NUR AINI                   | KEPERAWATAN | K. OPERASI |
| 98  | DWINTA PUTRI F             | KEPERAWATAN | K. OPERASI |
| 99  | MARIA ULFAH                | KEPERAWATAN | K. OPERASI |
| 100 | PURWANTI                   | KEPERAWATAN | K. OPERASI |
| 101 | YAYUK (1 nop)              | KEPERAWATAN | K. OPERASI |
| 102 | NITA YUNIARTI              | KEPERAWATAN | K. OPERASI |
| 103 | TRI WIDIASTUTI             | KEPERAWATAN | VK         |
| 104 | CATUR PURWANTI             | KEPERAWATAN | VK         |
| 105 | DEWI CITRA                 | KEPERAWATAN | VK         |
| 106 | ARI PUJI LESTARI           | KEPERAWATAN | VK         |
| 107 | KARTINI TRYA (10 AGST)     | KEPERAWATAN | VK         |
| 108 | SASI MULIATI               | KEPERAWATAN | VK         |
| 109 | RIKA HANDAYANI             | KEPERAWATAN | VK         |
| 110 | ADE SITI. M                | KEPERAWATAN | VK         |
| 111 | SANTI FITRIA               | KEPERAWATAN | R. MAWAR   |
| 112 | WAHYUNINGSIH               | KEPERAWATAN | R. MAWAR   |
| 113 | DEWI SRI SURYANI           | KEPERAWATAN | R. MAWAR   |
| 114 | SULISTYOWATI               | KEPERAWATAN | R. MAWAR   |
| 115 | ILFI FITRIA                | KEPERAWATAN | R. MAWAR   |
| 116 | SRI BAETI JANUATI          | KEPERAWATAN | R. MAWAR   |
| 117 | YESSI MARDAWATI            | KEPERAWATAN | R. MAWAR   |
| 118 | SUSANA ANGGARAWATI (8 Sep) | KEPERAWATAN | R. MAWAR   |
| 119 | SRI ROSMALA DEWI           | KEPERAWATAN | R. MAWAR   |
| 120 | UMMIYAH                    | KEPERAWATAN | R. MELATI  |
| 121 | LUTFI RIZKIAH              | KEPERAWATAN | R. MELATI  |
| 122 | INDRAYANA MANURUNG         | KEPERAWATAN | R. MELATI  |
| 123 | IKA YULI (6 JAN)           | KEPERAWATAN | R. MELATI  |

| <b>NO</b> | <b>NAMA</b>                | <b>DEPARTEMEN</b> | <b>BAGIAN</b> |
|-----------|----------------------------|-------------------|---------------|
| 124       | YATI OKTAVIA (27 DES)      | KEPERAWATAN       | R. MELATI     |
| 125       | YULIANI EKA PRATIWI        | KEPERAWATAN       | R. MELATI     |
| 126       | SITI NURBAITI              | KEPERAWATAN       | R. MELATI     |
| 127       | SISKA NUR INDAH            | KEPERAWATAN       | R. MELATI     |
| 128       | GITA PUSPITA SARI (22 Sep) | KEPERAWATAN       | R. MELATI     |
| 129       | MUTMAINAH (18 OKT)         | KEPERAWATAN       | R. MELATI     |
| 130       | LILI (3 JAN)               | KEPERAWATAN       | R. MELATI     |
| 131       | SITI ISAROH                | KEPERAWATAN       | PERINA        |
| 132       | SECRING ROSDIANA           | KEPERAWATAN       | PERINA        |
| 133       | YANTI NUR                  | KEPERAWATAN       | R. BAYI       |
| 134       | ADAWIYATUL FIDHIAH         | KEPERAWATAN       | R. BAYI       |
| 135       | RISTANTI                   | KEPERAWATAN       | R. BAYI       |
| 136       | SISKA FITRIANA             | KEPERAWATAN       | R. BAYI       |
| 137       | LENNY ULFIYANI             | KEPERAWATAN       | R. BAYI       |
| 138       | DESY PURWANTI(10 Des)      | KEPERAWATAN       | R. BAYI       |
| 139       | AGUS NOVIYANTI (10 JAN)    | KEPERAWATAN       | R. BAYI       |
| 140       | MELVA DERASI A             | KEPERAWATAN       | ICU           |
| 141       | DIANA YULIA                | KEPERAWATAN       | ICU           |
| 142       | RENI MELINDA               | KEPERAWATAN       | ICU           |
| 143       | LESTARI DEWI (6 JAN)       | KEPERAWATAN       | ICU           |
| 144       | JANTIZERI MOEZAHAR         | PENUNJANG MEDIS   | KABID JANGMED |
| 145       | BUNI PRASEKTI YULIANI      | PENUNJANG MEDIS   | KA. APOTEK    |
| 146       | HARZAHWITA                 | PENUNJANG MEDIS   | ASS. APOTEKER |
| 147       | PUSPITASARI AMALIA         | PENUNJANG MEDIS   | ASS. APOTEKER |
| 148       | PRANTI ASIH                | PENUNJANG MEDIS   | ASS. APOTEKER |
| 149       | MUTIARA DWI APRILIANI      | PENUNJANG MEDIS   | ASS. APOTEKER |
| 150       | NURHAFNI NASUTION          | PENUNJANG MEDIS   | ASS. APOTEKER |
| 151       | NAWANG UTAMA SARI          | PENUNJANG MEDIS   | ASS. APOTEKER |
| 152       | DINA WILANDIATI            | PENUNJANG MEDIS   | ASS. APOTEKER |
| 153       | MEYLANI ASTUTI             | PENUNJANG MEDIS   | ASS. APOTEKER |
| 154       | MAESAROH                   | PENUNJANG MEDIS   | ASS. APOTEKER |
| 155       | DYAH WAHYU                 | PENUNJANG MEDIS   | ASS. APOTEKER |

| <b>NO</b> | <b>NAMA</b>            | <b>DEPARTEMEN</b>     | <b>BAGIAN</b>   |
|-----------|------------------------|-----------------------|-----------------|
| 156       | YOSI FITRIANA (1 Des)  | PENUNJANG MEDIS       | ASS. APOTEKER   |
| 157       | PUJI LESTARI (2 Des)   | PENUNJANG MEDIS       | ASS. APOTEKER   |
| 158       | NENENG ENDANG SAYEKTI  | PENUNJANG MEDIS       | ADM GDG APOTEK  |
| 159       | TRI HASTUTI YULIANA    | PENUNJANG MEDIS       | ANALIS          |
| 160       | DIAN SARI MULYANA      | PENUNJANG MEDIS       | ADM LAB         |
| 161       | SARAH SEPTIANA ANUGRAH | PENUNJANG MEDIS       | ANALIS          |
| 162       | ERNI ESTIYANTI         | PENUNJANG MEDIS       | ANALIS          |
| 163       | YAYAH                  | PENUNJANG MEDIS       | ANALIS          |
| 164       | RUMDYAH                | PENUNJANG MEDIS       | ANALIS          |
| 165       | RIZAL (8 SEP)          | PENUNJANG MEDIS       | ANALIS          |
| 166       | DWI ARIYANTI           | PENUNJANG MEDIS       | RADIOGRAFER     |
| 167       | ULYANA SINAGA (PPR)    | PENUNJANG MEDIS       | RADIOGRAFER     |
| 168       | IKE AMELIA (OKT)       | PENUNJANG MEDIS       | RADIOGRAFER     |
| 169       | RATIH AGUSTIN P        | PENUNJANG MEDIS       | AHLI GIZI       |
| 170       | TRI WIJAYANTI          | PENUNJANG MEDIS       | AHLI GIZI       |
| 171       | NENG SANTINI           | PENUNJANG MEDIS       | AHLI GIZI       |
| 172       | ANITA MAIWARNI         | PENUNJANG MEDIS       | DAPUR           |
| 173       | ELITA SOFYANITA        | PENUNJANG MEDIS       | DAPUR           |
| 174       | ARTI JAYATRI           | PENUNJANG MEDIS       | DAPUR           |
| 175       | SARIAH                 | PENUNJANG MEDIS       | DAPUR           |
| 176       | SUCI KARLINA WATI      | PENUNJANG MEDIS       | DAPUR           |
| 177       | KARTINI                | PENUNJANG MEDIS       | DAPUR           |
| 178       | ATI SUMIATI            | PENUNJANG MEDIS       | DAPUR           |
| 179       | UMI SALAMAH            | PENUNJANG MEDIS       | DAPUR           |
| 180       | NYAI DASIMAH           | PENUNJANG MEDIS       | DAPUR           |
| 181       | SRI REJEKI             | PENUNJANG MEDIS       | DAPUR           |
| 182       | DIANA                  | PENUNJANG MEDIS       | DAPUR           |
| 183       | JULAZRI MOEZAHAR       | KEUANGAN & ACCOUNTING | KABAG FIN & ACC |
| 184       | MEUTIA                 | KEUANGAN & ACCOUNTING | KEUANGAN        |
| 185       | FIKRI IRAWAN           | KEUANGAN & ACCOUNTING | KEUANGAN        |
| 186       | ADHITYA                | KEUANGAN & ACCOUNTING | KEUANGAN        |
| 187       | ADE KURNIAWAN          | KEUANGAN & ACCOUNTING | VER. DATA       |

| <b>NO</b> | <b>NAMA</b>               | <b>DEPARTEMEN</b>     | <b>BAGIAN</b> |
|-----------|---------------------------|-----------------------|---------------|
| 188       | RINI DWI MARTANTI         | KEUANGAN & ACCOUNTING | ACCOUNTING    |
| 189       | R. ILMAN                  | KEUANGAN & ACCOUNTING | ACCOUNTING    |
| 190       | SRI WAHYUNI               | KEUANGAN & ACCOUNTING | ACCOUNTING    |
| 191       | SILVANA                   | KEUANGAN & ACCOUNTING | ACCOUNTING    |
| 192       | SAIDAH AZIZAH             | KEUANGAN & ACCOUNTING | KASIR         |
| 193       | MURNI ASTUTI              | KEUANGAN & ACCOUNTING | KASIR         |
| 194       | ASTRID NURMALASARI        | KEUANGAN & ACCOUNTING | KASIR         |
| 195       | DINA ROSDIANA             | KEUANGAN & ACCOUNTING | KASIR         |
| 196       | HADIYANTO                 | KEUANGAN & ACCOUNTING | KASIR         |
| 197       | SITI CHODIJAH             | KEUANGAN & ACCOUNTING | KASIR         |
| 198       | HARTAWAN (14 OKT)         | KEUANGAN & ACCOUNTING | KASIR         |
| 199       | FADILA DAMAYANTI (14 OKT) | KEUANGAN & ACCOUNTING | KASIR         |

## Lampiran 4



## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

---

### I. IDENTITAS

Nama : Dr. dr. Wirda Saleh, M.Kes, M.H.Kes.  
Jabatan : Direktur

### II. PERTANYAAN

**Tahap *Define*:** Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana kebijakan mengenai keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
2. Bagaimana struktur upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
3. Bagaimana strategi upaya keselamatan pasien yang telah berjalan di RSIA Anna Medika?
4. Bagaimana sistem pendukung upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
5. Menurut Anda, bagaimana kinerja pelaksanaan keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
6. Apa saja kejadian atau masalah dalam keselamatan pasien yang mengakibatkan Anda turun tangan langsung dalam penanganan masalah tersebut?
7. Strategi apakah yang akan diterapkan dalam tahun 2011 untuk peningkatan upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika, khususnya Instalasi Rawat Inap?

**Tahap *Measure*** Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana pendapat Anda tentang beberapa KTD yang tergolong KTD risiko tinggi di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika berdasarkan kuesioner yang diedarkan kepada pasien dan pegawai?
2. Dari KTD tersebut, KTD manakah yang menurut Anda perlu mendapat perhatian paling besar untuk dicegah/ditangani?

**Tahap *Analyze*** Tanggal Wawancara :



1. Berdasarkan wawancara dengan Kabid Keperawatan, Koordinator Instalasi, Kepala Ruang, dan hasil observasi, telah disusun *process map* dalam pelayanan pasien di Instalasi Rawat Inap. Dari setiap input proses telah dilakukan skoring sehingga didapati beberapa input yang memiliki skor tiga besar berdasarkan Matriks CEA, dan didapati beberapa penyebab masalah yang timbul. Apakah sudah ada mekanisme identifikasi dan pengendalian yang dapat mencegah masalah tersebut untuk terjadi? Berapa besarkah kemampuan mekanisme pengendalian tersebut dalam mencegah penyebab masalah tersebut timbul? (ada dan tidak pernah gagal/ sangat mampu/mampu/cukup mampu/sedikit mampu/tidak dapat mengendalikan masalah, atau tidak ada)

#### **Tahap Improve**

Tanggal Wawancara :

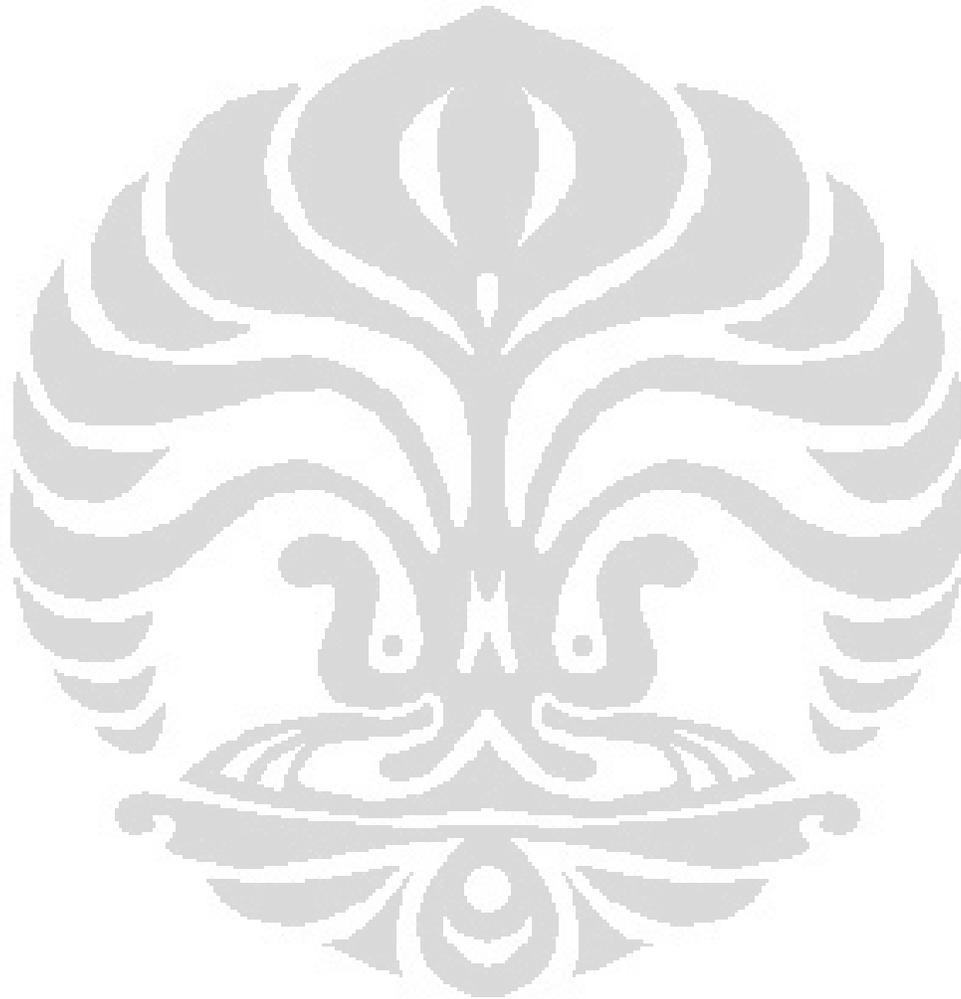
1. Berdasarkan matriks FMEA, didapati beberapa penyebab masalah yang memiliki skor tiga besar, apa saja solusi untuk mencegah masalah tersebut untuk terjadi?
2. Solusi apakah yang menurut anda paling tepat dan dapat menyelesaikan sebagian besar atau seluruh masalah tersebut?
3. Apa saja sumber daya yang dibutuhkan untuk penerapan solusi tersebut?
4. Bagaimana dengan biaya yang dibutuhkan untuk solusi tersebut? (besar biaya, alokasi biaya, pengajuan anggaran)
5. Siapa saja yang dapat menjadi anggota tim uji dalam upaya implementasi solusi tersebut?
6. Kapankah solusi tersebut mulai dapat diterapkan?

#### **Tahap Control**

Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana SWOT dari solusi yang Anda pilih?
2. Apa saja upaya yang mungkin dilakukan untuk meningkatkan *strenght* atau kekuatan dan *opportunity* atau kesempatan dari solusi tersebut?
3. Apa saja upaya yang mungkin dilakukan untuk mengurangi *weakness* atau kelemahan dan *opportunity* atau kesempatan dari solusi tersebut?
4. Bagaimana cara pendokumentasian hasil implementasi solusi yang paling tepat menurut Anda?
5. Apakah solusi ini dapat menjadi suatu Prosedur Tetap baru? Bila 'ya', bagaimana cara

6. Bagaimana cara sosialisasi prosedur baru / solusi kepada para pelaksana yang akan menjalankan prosedur tersebut sehari-hari?
7. Apakah solusi tersebut dapat diterapkan ke unit lain? Bila dapat, bagaimana cara penerapannya?



## Lampiran 5



### PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

---

#### I. IDENTITAS

Nama : Euis Indriyani, S.Kep  
Jabatan : Kepala Bagian Keperawatan

#### II. PERTANYAAN

**Tahap *Define*:** Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana kebijakan mengenai keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
2. Bagaimana struktur upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
3. Bagaimana strategi upaya keselamatan pasien yang telah berjalan di RSIA Anna Medika?
4. Bagaimana sistem pendukung upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
5. Menurut Anda, bagaimana kinerja pelaksanaan keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
6. Apa saja kejadian atau masalah dalam keselamatan pasien yang mengakibatkan Anda turun tangan langsung dalam penanganan masalah tersebut?
7. Strategi apakah yang akan diterapkan dalam tahun 2011 untuk peningkatan upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika, khususnya Instalasi Rawat Inap?

**Tahap *Measure*** Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana pendapat Anda tentang beberapa KTD yang tergolong KTD risiko tinggi di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika berdasarkan kuesioner yang didedarkan kepada pasien dan pegawai?
2. Dari KTD tersebut, KTD manakah yang menurut Anda perlu mendapat perhatian paling besar untuk dicegah/ditangani?

**Tahap Analyze**

Tanggal Wawancara :

1. Apa saja kemungkinan masalah/kesalahan yang terkait dengan input proses pelayanan rawat inap?
2. Apa efek/dampak yang diberikan oleh setiap masalah tersebut, dan berapa besar dampak yang diberikan ?
3. Apa saja penyebab dari setiap masalah tersebut, dan seberapa sering masalah tersebut terjadi?
4. Sudah adakah mekanisme identifikasi dan pengendalian yang dapat mencegah masalah tersebut untuk terjadi? Berapa besarkah kemampuan mekanisme pengendalian tersebut dalam mencegah penyebab masalah tersebut timbul?

**Tahap Improve**

Tanggal Wawancara :

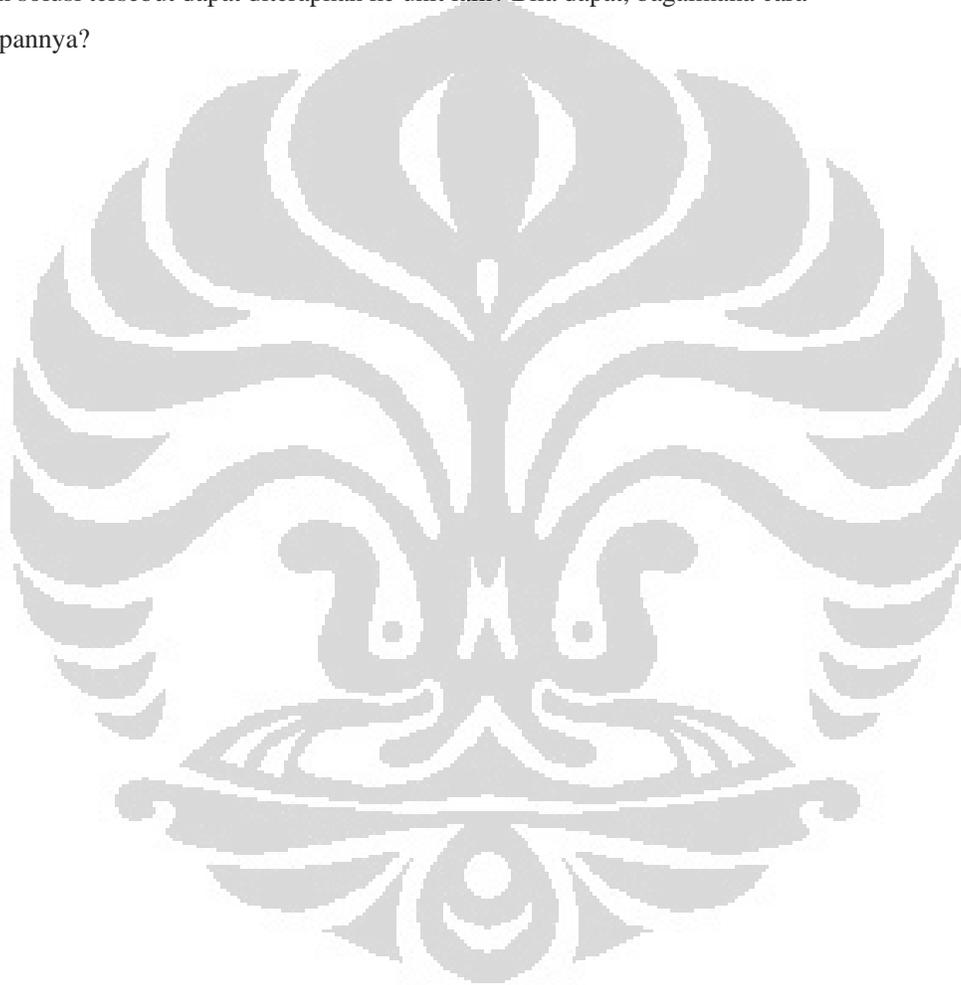
1. Berdasarkan matriks FMEA, didapati beberapa penyebab masalah yang memiliki skor tiga besar, apa saja solusi untuk mencegah masalah tersebut untuk terjadi?
2. Solusi apakah yang menurut anda paling tepat dan dapat menyelesaikan sebagian besar atau seluruh masalah tersebut?
3. Apa saja sumber daya yang dibutuhkan untuk penerapan solusi tersebut?
4. Bagaimana dengan biaya yang dibutuhkan untuk solusi tersebut? (besar biaya, alokasi biaya, pengajuan anggaran)
5. Siapa saja kah yang dapat menjadi anggota tim uji dalam upaya implementasi solusi tersebut?
6. Kapankah solusi tersebut mulai dapat diterapkan?

**Tahap Control**

Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana SWOT dari solusi yang Anda pilih?
2. Apa saja upaya yang mungkin dilakukan untuk meningkatkan *strenght* atau kekuatan dan *opportunity* atau kesempatan dari solusi tersebut?
3. Apa saja upaya yang mungkin dilakukan untuk megurangi *weakness* atau kelemahan dan *opportunity* atau kesempatan dari solusi tersebut?

4. Bagaimana cara pendokumentasian hasil implementasi solusi yang paling tepat menurut Anda?
5. Apakah solusi ini dapat menjadi suatu Standar Prosedur Operasional (SPO) baru? Bila 'ya', bagaimana cara pengerjaannya.
6. Bagaimana cara sosialisasi prosedur baru / solusi kepada para pelaksana yang akan menjalankan prosedur tersebut sehari-hari?
7. Apakah solusi tersebut dapat diterapkan ke unit lain? Bila dapat, bagaimana cara penerapannya?



## Lampiran 6:



### PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

---

#### I. IDENTITAS

Nama : dr. Frino Abriyanto  
Jabatan : Koordinator Instalasi Rawat Inap

#### II. PERTANYAAN

**Tahap *Define*:** Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana kebijakan mengenai keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
2. Bagaimana struktur upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
3. Bagaimana strategi upaya keselamatan pasien yang telah berjalan di RSIA Anna Medika?
4. Bagaimana sistem pendukung upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
5. Menurut Anda, bagaimana kinerja pelaksanaan keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
6. Apa saja kejadian atau masalah dalam keselamatan pasien yang mengakibatkan Anda turun tangan langsung dalam penanganan masalah tersebut?
7. Strategi apakah yang akan diterapkan dalam tahun 2011 untuk peningkatan upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika, khususnya Instalasi Rawat Inap?

**Tahap *Measure*** Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana pendapat Anda tentang beberapa KTD yang tergolong KTD risiko tinggi di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika berdasarkan kuesioner yang diedarkan kepada pasien dan pegawai?
2. Dari KTD tersebut, KTD manakah yang menurut Anda perlu mendapat perhatian paling besar untuk dicegah/ditangani?

3. Bagaimanakah proses dari pelayanan yang dapat memungkinkan terjadinya KTD tersebut ditinjau dari pendekatan input-proses-output tiap langkah pelayanan?
4. Bagaimana keterkaitan setiap input dari proses tersebut terhadap kemungkinan /kekerapan terjadinya KTD dan Dampak KTD?

#### **Tahap *Analyze***

Tanggal Wawancara :

1. Dari setiap input proses yang mendapat skor tiga besar berdasarkan Matriks CEA, apa saja kemungkinan masalah/kesalahan yang terkait dengan buruknya input proses tersebut?
2. Apa efek/dampak yang diberikan oleh setiap masalah tersebut, dan berapa besar dampak yang diberikan ?
3. Apa saja penyebab dari setiap masalah tersebut, dan seberapa sering masalah tersebut terjadi?
4. Sudah adakah mekanisme identifikasi dan pengendalian yang dapat mencegah masalah tersebut untuk terjadi? Berapa besarkah kemampuan mekanisme pengendalian tersebut dalam mencegah penyebab masalah tersebut timbul?

#### **Tahap *Improve***

Tanggal Wawancara :

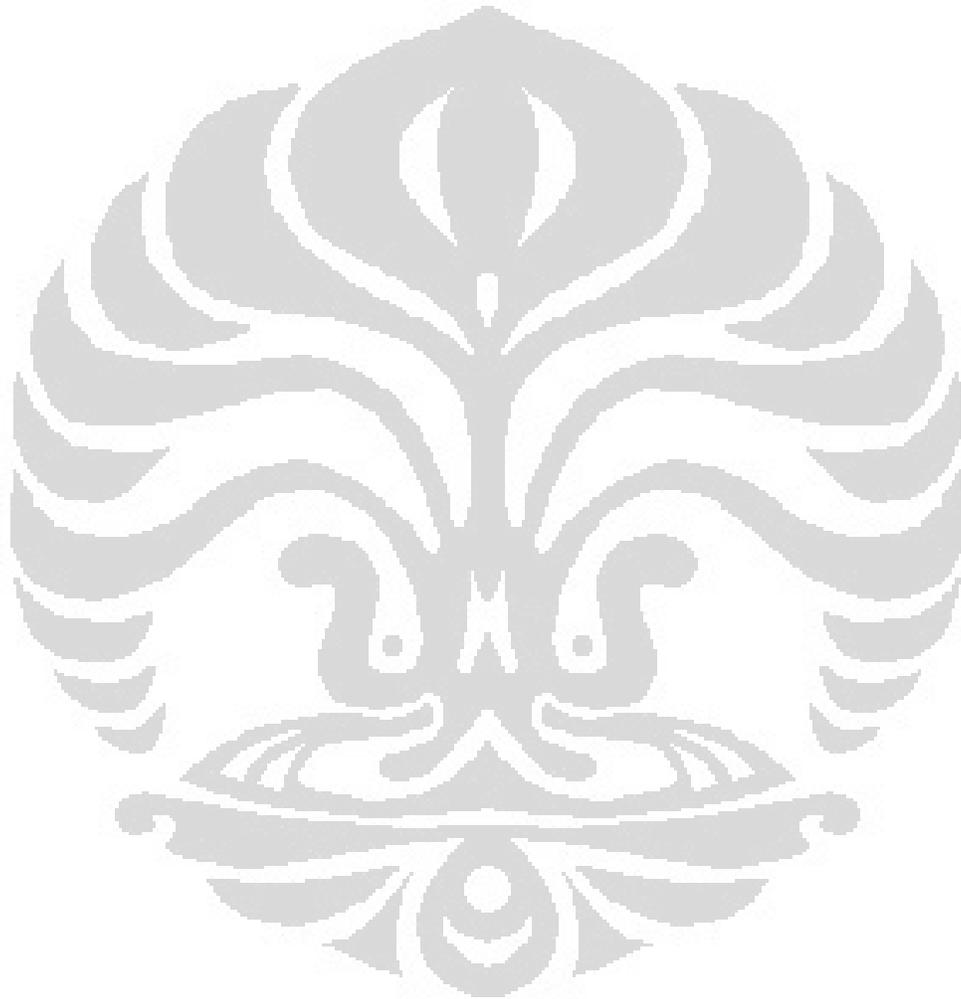
1. Berdasarkan matriks FMEA, didapati beberapa penyebab masalah yang memiliki skor tiga besar, apa saja solusi untuk mencegah masalah tersebut untuk terjadi?
2. Solusi apakah yang menurut anda paling tepat dan dapat menyelesaikan sebagian besar atau seluruh masalah tersebut?
3. Apa saja sumber daya yang dibutuhkan untuk penerapan solusi tersebut?
4. Bagaimana dengan biaya yang dibutuhkan untuk solusi tersebut?
5. Siapa saja kah yang dapat menjadi anggota tim uji dalam upaya implementasi solusi tersebut?

#### **Tahap *Control***

Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana SWOT dari solusi yang Anda pilih?
2. Apa saja upaya yang dapat Anda lakukan untuk meningkatkan *strenght* atau kekuatan dan *opportunity* atau kesempatan dari solusi tersebut?

3. Apa saja upaya yang dapat Anda lakukan untuk mengurangi *weakness* atau kelemahan dan *opportunity* atau kesempatan dari solusi tersebut?
4. Bagaimana cara pendokumentasian hasil implementasi solusi yang paling tepat menurut Anda?
5. Apakah solusi tersebut dapat diterapkan ke unit lain? Bila dapat, bagaimana cara penerapannya?





Lampiran 7:



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

---

**III. IDENTITAS**

Nama : Buni Prasekti Yuliani, Apt.  
Jabatan : Koordinator Instalasi Farmasi

**IV. PERTANYAAN**

**Tahap *Define*:** Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana kebijakan, struktur, dan sistem pendukung keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
2. Menurut Anda, bagaimana kinerja pelaksanaan keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
3. Apa saja kejadian atau masalah dalam keselamatan pasien yang mengakibatkan Anda turun tangan langsung dalam penanganan masalah tersebut?

**Tahap *Measure*** : Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana pendapat Anda tentang beberapa KTD yang tergolong KTD risiko tinggi di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika berdasarkan kuesioner yang diedarkan kepada pasien dan pegawai, terutama yang terkait dengan instalasi farmasi?
2. KTD manakah yang menurut Anda perlu mendapat perhatian paling besar untuk dicegah/ditangani?
3. Bagaimanakah proses dari pelayanan yang dapat memungkinkan terjadinya KTD tersebut ditinjau dari pendekatan input-proses-output tiap langkah pelayanan?
4. Bagaimana keterkaitan setiap input dari proses tersebut terhadap kemungkinan /kekerapan terjadinya KTD dan Dampak KTD?

**Tahap *Analyze*** : Tanggal Wawancara :

1. Apa saja kemungkinan masalah/kesalahan yang terkait dengan input proses pelayanan?
2. Apa efek/dampak yang diberikan oleh setiap masalah tersebut, dan berapa besar dampak yang diberikan ?
3. Apa saja penyebab dari setiap masalah tersebut, dan seberapa sering masalah tersebut terjadi?
4. Sudah adakah mekanisme identifikasi dan pengendalian yang dapat mencegah masalah tersebut untuk terjadi? Berapa besarkah kemampuan mekanisme pengendalian tersebut dalam mencegah penyebab masalah tersebut timbul?

#### **Tahap Improve**

Tanggal Wawancara :

1. Berdasarkan matriks FMEA, didapati beberapa penyebab masalah yang memiliki skor tiga besar, Apa saja solusi untuk mencegah masalah tersebut untuk terjadi?
2. Solusi apakah yang menurut anda paling tepat dan dapat menyelesaikan sebagian besar atau seluruh masalah tersebut?
3. Apa saja sumber daya yang dibutuhkan untuk penerapan solusi tersebut?
4. Siapa saja kah yang dapat menjadi anggota tim uji dalam upaya implementasi solusi tersebut?

#### **Tahap Control**

Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana SWOT dari solusi yang Anda pilih?
2. Apa saja upaya yang dapat Anda lakukan untuk meningkatkan *strenght* atau kekuatan dan *opportunity* atau kesempatan dari solusi tersebut?
3. Apa saja upaya yang dapat Anda lakukan untuk megurangi *weakness* atau kelemahan dan *opportunity* atau kesempatan dari solusi tersebut?
4. Bagaimana cara pendokumentasian hasil implementasi solusi yang paling tepat menurut Anda?
5. Apakah solusi tersebut dapat diterapkan ke unit lain? Bila dapat, bagaimana cara penerapannya?

## Lampiran 8



### PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

---

#### V. IDENTITAS

Nama : Zr. Ummiyah  
Jabatan : PJ Ruangan

#### VI. PERTANYAAN

**Tahap *Define*:** Tanggal Wawancara :

1. Menurut Anda, bagaimana kinerja pelaksanaan keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?
2. Berdasarkan pengalaman Anda, masalah dalam keselamatan pasien yang paling sering atau yang paling besar yang pernah terjadi pada Instalasi Rawat Inap?
3. Bagaimana respon pihak manajemen tingkat atas seperti kepala bagian pelayanan medik, kepala bidang pelayanan medik dan keperawatan, komite medik, dan direktur mengenai masalah keselamatan pasien tersebut?

**Tahap *Measure*** Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana pendapat Anda tentang beberapa KTD yang tergolong KTD risiko tinggi di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika berdasarkan kuesioner yang diedarkan kepada pasien dan pegawai?
2. Dari KTD tersebut, KTD manakah yang menurut Anda perlu mendapat perhatian paling besar untuk dicegah/ditangani?

**Tahap *Analyze*** Tanggal Wawancara :

1. Apa saja kemungkinan masalah/kesalahan yang terkait dengan buruknya input proses pelayanan di Rawat Inap?
2. Apa efek/dampak yang diberikan oleh setiap masalah tersebut, dan berapa besar dampak yang diberikan ?

Keterangan: berikan skor *severity* dampak dalam skala 1-10, dengan 10 mewakili dampak yang sangat besar.

3. Apa saja penyebab dari setiap masalah tersebut, dan seberapa sering masalah tersebut terjadi?

**Tahap *Improve***

Tanggal Wawancara :

1. Berdasarkan wawancara dengan pihak manajemen, dipilih solusi yang akan diterapkan. Kapankah kira-kira solusi tersebut mulai dapat diterapkan?

**Tahap *Control***

Tanggal Wawancara :

1. Bagaimana kelebihan dan kekurangan dari solusi yang telah terpilih?
2. Apa saja upaya yang mungkin dilakukan untuk meningkatkan kelebihan dari solusi tersebut?
3. Apa saja upaya yang mungkin dilakukan untuk mengurangi kekurangan dari solusi tersebut?

**Lampiran 9:**



**KUESIONER KEKERAPAN INSIDEN KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN  
DI INSTALASI RAWAT INAP RSIA ANNA MEDIKA**

---

Yth. Dokter/ Bapak/ Ibu /Saudara/i,

Untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan di RSIA Anna Medika, kami mohon bantuan Dokter/Bapak/Ibu/Saudara/i untuk memberikan informasi mengenai kekerapan insiden Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang Dokter/Bapak/Ibu/Saudara/i pernah temukan selama bekerja di Instalasi Rawat Jalan RSIA Anna Medika. Semoga informasi yang Anda berikan dapat memberikan manfaat bagi perbaikan kinerja rumah sakit.

Atas perhatian dan bantuan Dokter/Bapak/Ibu/Saudara/i, kami ucapkan terima kasih.

No. Kuesioner :

**I. IDENTITAS**

Nama :

Profesi : Dokter / Perawat / Bidan

Petunjuk Pengisian :

1. Berikan tanda silang (X) pada kolom yang sesuai. Hanya ada SATU JAWABAN untuk setiap butir pertanyaan.
2. Apabila terjadi kesalahan pengisian, coret tanda silang dengan satu garis (X), lalu berikan jawaban anda pada kolom yang anda inginkan.
3. Isilah dengan jujur, sesuai dengan pengalaman Anda, tidak ada jawaban yang salah atau ideal dalam penelitian ini.

## II. PERTANYAAN

Isilah pada kolom yang tersedia,sesuai dengan Kejadian Tidak Diharapkan yang pernah Anda temui selama bertugas di Rawat Inap RSIA Anna Medika.

Keterangan pengisian:

- a. Tidak pernah : tidak pernah ditemui dalam
- b. Sangat jarang : pernah terjadi, namun hanya sekali-sekali
- c. Jarang : terjadi tetapi jarang
- d. Sering : kadang-kadang terjadi
- e. Sangat Sering : terjadi berkali-kali

| No. | Indikator  | Kekerapan    |               |        |        |               |
|-----|--|--------------|---------------|--------|--------|---------------|
|     |  | Tidak Pernah | Sangat jarang | Jarang | Sering | Sangat Sering |
| 1.  | Pasien jatuh   |              |               |        |        |               |
| 2.  | Infus blong (habis tidak terpantau petugas)  |              |               |        |        |               |
| 3.  | Flebitis atau Infeksi Jarum Infus  |              |               |        |        |               |
| 4.  | Dekubitus (luka lecet akibat berbaring terlalu lama)   |              |               |        |        |               |
| 5.  | Infeksi Kateter (ISK setelah pemasangan kateter)   |              |               |        |        |               |
| 6.  | Trauma elektrik (tersetrum peralatan)  |              |               |        |        |               |
| 7.  | Kesalahan pemberian obat (tertukar obat dengan pasien lain atau salah waktu pemberian obat)                |              |               |        |        |               |
| 8.  | Kesalahan pemberian informasi dari perawat/petugas lab kepada Dokter                                       |              |               |        |        |               |
| 9.  | Kesalahan cara pemberian obat (contoh:obat IM menjadi IV, obat yang sebelum makan diberikan setelah makan) |              |               |        |        |               |
| 10. | Kesalahan dosis obat   |              |               |        |        |               |
| 11. | Kesalahan pencampuran obat   |              |               |        |        |               |

| No. | Indikator  | Kekerapan    |               |        |        |               |
|-----|--|--------------|---------------|--------|--------|---------------|
|     |  | Tidak Pernah | Sangat jarang | Jarang | Sering | Sangat Sering |
|     | (menggunakan pelarut obat yang salah atau memberikan obat yang tidak boleh diberikan dengan obat / makanan lain)   |              |               |        |        |               |
| 12. | Kesalahan pengambilan sampel pemeriksaan lab (terkadang memerlukan pengambilan sampel darah/urin/tinja ulang)  |              |               |        |        |               |
| 13. | Kesalahan identifikasi pasien saat pengambilan sampel lab (salah menaruh label nama pasien / tertukar)   |              |               |        |        |               |
| 14. | Kesalahan persiapan pemeriksaan penunjang (contoh: pasien belum diminta puasa sbelum pemeriksaan USG perut, dll, sehingga hasil pemeriksaan kurang akurat atau diundur kembali jadwalnya, atau memerlukan pemeriksaan ulang) |              |               |        |        |               |
| 15. | Kesalahan persiapan operasi (contoh: belum diperiksa darah, belum diedukasi untuk puasa, sehingga operasi tertunda / perlu penjadwalan ulang)  |              |               |        |        |               |
| 16. | Kesalahan pembacaan resep (dua obat yang namanya mirip salah dibaca, sehingga obat yang diberikan berbeda dengan obat yang dimaksud Dokter)  |              |               |        |        |               |
| 17. | Kesalahan penyerahan obat pulang kepada pasien. (jumlah obat / jenis obat yang diberikan kurang, obat yang diberikan tertukar dengan obat pasien lain, dsb)  |              |               |        |        |               |

Lampiran 10



**DAFTAR TILIK DOKUMEN KESELAMATAN PASIEN  
INSTALASI RAWAT INAP RSIA ANNA MEDIKA**

| NO  | DOKUMEN   | ADA | TIDAK ADA | KETERANGAN   |
|-----|---|-----|-----------|--|
| 1.  | Borang formulir pelaporan insiden KTD/KNC                     |     | X         |  |
| 2.  | Bukti pelaksanaan penanganan KTD                              |     | X         |  |
| 3.  | Bukti sosialisasi Kerangka Acuan Pengumpulan Indikator Klinik |     | X         |  |
| 4.  | Bukti Sosialisasi Komite Medik                                | X   |           |  |
| 5.  | Bukti sosialisasi Program Peningkatan Mutu RS                 |     | X         |  |
| 6.  | Bukti Sosialisasi Prosedur Tetap                              | X   |           |  |
| 7.  | Bukti Sosialisasi Standar Pelayanan Medik                     |     | X         |  |
| 8.  | Bukti Sosialisasi Subkomite/Panitia Mutu                      |     | X         |  |
| 9.  | Catatan insiden KTD/KNC                                       | X   |           | Dalam bentuk laporan lembar sensus harian dan rekapitulasi triwulan  |
| 10. | Daftar Anggota Tim Penilai Indikator Klinik                   |     | X         |  |
| 11. | Hasil evaluasi dan tindak lanjut penanganan KTD               |     |           | Dalam bentuk notulensi rapat <i>moorning meeting</i>   |
| 12. | Keputusan pengolahan data dan analisis KTD                    |     | X         | Dalam bentuk dekstriptif berupa rekapitulasi triwulan.<br>Analisa dilakukan dalam pembahasan rapat mingguan, dan dituangkan dalam notulensi rapat. |
| 13. | Kerangka acuan dari metode evaluasi dan analisis KTD          |     | X         |  |



|     |   |   |   |  |
|-----|---|---|---|--|
| 14. | Kerangka Acuan Pengumpulan Indikator Klinik                         |   | X |  |
| 15. | Program Peningkatan Mutu RS   |   | X |  |
| 16. | Prosedur Tetap / Alur Pemasangan Infus                              | X |   |  |
| 17. | Prosedur Tetap / Alur Pemeriksaan Pasien Rawat Inap                 | X |   |  |
| 18. | Prosedur Tetap / Alur Pemulangan Pasien                             |   | X |  |
| 19. | Prosedur Tetap / Alur Penerimaan Pasien Rawat Inap                  |   | X |  |
| 20. | Prosedur Tetap / Alur Penyediaan Farmasi Rawat Inap                 |   | X |  |
| 21. | Prosedur Tetap / Alur Perawatan/Pemberian Terapi Pasien Rawat Inap  | X |   |  |
| 22. | Prosedur Tetap Monitoring Pelayanan Pasien                          |   | X |  |
| 23. | Prosedur Tetap Pelaporan Insiden                                    |   | X |  |
| 24. | Prosedur Tetap Pelaporan KTD/KNC                                    |   | X |  |
| 25. | Prosedur Tetap Pemindahan Pasien                                    |   | X |  |
| 26. | Prosedur Tetap lainnya yang berkaitan dengan Keselamatan Pasien RS  | X |   | kegiatan aseptis antiseptis, upaya pemastian identitas pasien, pemastian bagian tubuh pasien yang akan menjalani suatu prosedur / tindakan, dan ada Prosedur Tetap untuk menangani masalah anafilaktik |
| 27. | Protap/Alur Permintaan Farmasi Rawat Inap                           |   | X |  |
| 28. | Rencana Anggaran RS 2011  |   | X |  |
| 29. | Risalah Rapat Komite Medik yang berkaitan dengan Keselamatan Pasien |   | X |  |
| 30. | Risalah Rapat Pembahasan Kasus dan / Kematian                       | X |   |  |

|     |  |   |   |  |
|-----|--|---|---|--|
| 31. | Risalah Rapat Subkomite/Panitia Mutu                                 |   | X |  |
| 32. | SK Direktur pemberlakuan Kerangka Acuan Pengumpulan Indikator Klinik |   | X |  |
| 33. | SK Direktur Pemberlakuan Program Peningkatan Mutu RS                 |   | X |  |
| 34. | SK Direktur Pemberlakuan Prosedur Tetap                              | X |   |  |
| 35. | SK Direktur Pemberlakuan SPM   |   | X |  |
| 36. | SK Pembentukan Tim Penilai Indikator Klinik                          |   | X |  |
| 37. | SK. Pembentukan Komite Medik   | X |   |  |
| 38. | SK. Pembentukan Subkomite/Panitia Mutu                               |   | X |  |
| 39. | SK. Pengangkatan Ketua Komite Medik                                  | X |   |  |
| 40. | SK. Uraian Tugas Komite Medik  |   | X |  |
| 41. | SPM keperawatan yang berkaitan dengan pemasangan infus               | X |   |  |
| 42. | SPM keperawatan yang berkaitan dengan pembelian                      |   | X |  |
| 43. | Struktur Komite Medik  | X |   |  |
| 44. | Struktur Rumah Sakit   | X |   | Namun tidak terpajang  |
| 45. | Struktur Subkomite/Panitia Mutu                                      |   | X |  |
| 46. | Visi Misi Rumah Sakit  | X |   | Namun tidak terpajang di ruangan   |
| 47. | Hak/Kewajiban Pasien   | X |   | Berupa lembaran yang ditandatangani saat pasien akan menjalani rawat inap  |
| 48. | Rekam Medik  | X |   | status pasien rawat inap, status keperawatan, dan lampiran: hasil pemeriksaan penunjang, status rawat jalan pasien, kartu terapi obat. |

Lampiran 11



**HASIL OBSERVASI KESELAMATAN PASIEN  
INSTALASI RAWAT INAP RSIA ANNA MEDIKA**

| NO  | URAIAN   | ADA | TIDAK ADA | KETERANGAN  |
|-----|--|-----|-----------|---|
| 1.  | Kejadian ditemukannya resep yang tidak jelas                 | X   |           | Jumlah 2 buah. Dari seorang dokter spesialis dan seorang dokter umum. |
| 2.  | Kejadian flebitis  | X   |           | Jumlah: 2 buah, di Rawat inap, dengan pemasangan infus di IGD         |
| 3.  | Kejadian kesalahan dosis obat                                |     | X         |   |
| 4.  | Kejadian kesalahan pemberian obat                            |     | X         |   |
| 5.  | Kejadian pemasangan infus lebih dari 1 kali                  | X   |           | 16 kali dari 43 pemasangan infus                                      |
| 6.  | Ketersediaan kartu indeks obat setiap pasien                 | X   |           |   |
| 7.  | Ketersediaan kertas resep                                    | X   |           |   |
| 8.  | Ketersediaan label obat                                      | X   |           |   |
| 9.  | Ketersediaan sabun pencuci tangan                            |     | X         |   |
| 10. | Ketersediaan saluran komunikasi dari apotik/farmasi – dokter | X   |           | Bentuk: saluran telepon.  |
| 11. | Ketersediaan tempat khusus jarum                             | X   |           |   |
| 12. | Ketersediaan tempat sampah infeksius dan noninfeksius        | X   |           |   |
| 13. | Ketersediaan Tisu / Pengereng tangan                         | X   |           | Tisu tidak di dekat wastafel  |
| 14. | Ketersediaan wastafel  | X   |           | Di setiap kamar dan di lorong bangsal. Tidak                          |

| NO  | URAIAN  | ADA | TIDAK ADA | KETERANGAN  |
|-----|---|-----|-----------|---|
|     |   |     |           | ada sabun di wastafel yang ada di kamar.  |
| 15. | Penggunaan minimal dua item identifikasi pasien                                     | X   |           | nama pasien dan nama penanggungjawab pasien   |
| 16. | Perilaku cuci tangan sebelum pemasangan infus                                       |     | X         | Hanya 2 dari 43 pemasangan yang diobservasi pada pasien masuk rawat inap (observasi di rawat jalan)   |
| 17. | Perilaku penggunaan sarung tangan saat pemasangn infus                              |     | X         | 0 dari 43 pemasangan yang diobservasi   |
| 18. | Perilaku melakukan tindakan aseptis antisepsis dengan benar                         | X   |           | Dari 14 pemasangan infus, didapati seluruhnya didahului dengan tindakan aseptis antisepsis. Didapati perilaku aseptis antisepsis yang kurang baik berupa tindakan memastikan posisi vena dengan tangan yang lupa diantiseptiskan kembali sebanyak 8 kali dari 43 pemasangan infus dan 18 pengambilan darah yang diamati |
| 18  | Perilaku dokumentasi jenis obat dan waktu pemberian obat kepada pasien              | X   |           | Selalu dilakukan  |
| 19. | Perilaku langsung membuang obat atau cairan tidak berlabel yang tidak jelas         | X   |           |   |
| 20. | Perilaku membandingkan terapi sebelum dan sesudah pemindahan unit perawatan         | X   |           |   |
| 21. | Perilaku memberi label untuk obat yang disiapkan, selain obat yang diberikan segera | X   |           |   |
| 22. | Perilaku membuang sampah sesuai kategorinya   | X   |           | Masih banyak sampah non-infeksius yang masuk ke tempat sampah infeksius, namun  |

| NO  | URAIAN   | ADA | TIDAK ADA | KETERANGAN  |
|-----|--|-----|-----------|---|
|     |  |     |           | tidak ditemukan sampah infeksius di tempat sampah non infeksius                           |
| 23. | Perilaku membuang sisa cairan suntik sekali pakai  |     | X         |   |
| 24. | Perilaku pembagian tugas antara personel yang menyiapkan obat berbeda dengan personel yang2 memberikan obat            |     | X         |   |
| 25. | Perilaku pereseapan yang tidak jelas   | X   |           | Hanya satu dokter spesialis dan satu dokter umum  |
| 26. | Perilaku sepsis antisepsis area tubuh tempat infus   | X   |           |   |
| 27. | Perilaku transfer informasi antar perawat dari unit pengirim dan unit penerima pasien                                  | X   |           | Secara lisan, menjelaskan kondisi dan terapi, dicocokkan dengan status                    |
| 28. | Perilaku verifikasi obat maupun cairan secara verbal maupun visual oleh dua orang.                                     |     | X         |   |
| 29. | Perilaku klarifikasi resep yang tidak jelas atau janggal   | X   |           | Dari farmasi dengan menggunakan telepon   |
| 30. | Perilaku menjelaskan hasil pelayanan, pengobatan, prosedur penatalaksanaan, dan kemungkinan KTD kepada keluarga pasien | X   |           | Dilakukan oleh sepuluh dari 10 dokter. Penjelasan kemungkinan KTD tidak pernah dilakukan. |
| 31. | Kegiatan pelatihan internal tentang keselamatan pasien   | X   |           | Dalam <i>morning meeting</i> . Peserta berasal dari berbagai disiplin ilmu.               |
| 32. | Kegiatan pelatihan eksternal tentang keselamatan pasien  | X   |           | Dengan mengirimkan pegawai ke seminar-seminar / pelatihan-pelatihan.                      |

## Lampiran 12

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Direkur RS

| No.  | Variabel   | Hasi Wawancara   |
|--|--|--|
| <b>Program Keselamatan Pasien RSIA Anna Medika</b> |  |  |
| 1.   | Bagaimana kebijakan mengenai keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?                 | Kalau sejauh SOP kan kita punya. Tapi kita belum sosialisasi sampai aware, sampai mereka paham.  |
| 2.   | Bagaimana struktur upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?                     | Keselamatan pasien ada sih sebetulnya di Komite Medik. Komite medik SK-nya sudah ada, Tupoksinya juga sudah ada, cuma baru melakukan rapat pertama. Kita sekarang kita belum membentuk kepanitian, misalnya infeksi nosokomial. Padahal kan nosokomial ini seharusnya berkesinambungan. Jadi kita harus punya tim.   |
| 3..  | Bagaimana strategi upaya keselamatan pasien yang telah berjalan di RSIA Anna Medika? | Jadi, saya belum bicara mengenai bagaimana cara kita keselamatan pasien karena (hal) ini berkaitan (dengan komitmen dokter). Kalau dokternya saja tidak komitmen, bagaimana kita mau mengembleng, memberi informasi mengenai keselamatan pasien.<br><br>Kalau secara lisan, itu sudah semua paham, sudah kita informasikan kita harus 'begini-begini'.   |
| 4.   | Bagaimana sistem pendukung upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?             | Kembali ke awalnya, Rumah Sakit ini sangat masih baru, masih baru setahun lebih, dan waktu pendiriannya pun sepertinya (Rumah Sakit) yang penting jalan dulu. Seharusnya kita mengerjakan segala sesuatu dari awal, tetapi waktu itu karena fisik sudah jadi, dokter juga sudah ingin praktek, tetapi kita belum mempersiapkan segala sesuatunya dengan lengkap, mulailah praktek, mulailah merawat pasien dan belakangan baru kita baru mau setup. Dari mulai SDM dan perawat, kemudian fisiknya dan sebagainya mulai kita sesuaikan dengan peraturan. Wastafel masih polos, belum ada sabun yang mengalir. |
| <i>Define</i>                                      |  |  |
| 1.   | Menurut Anda, bagaimana kinerja pelaksanaan keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?  | Di dalam peraturan, ada sebetulnya mengenai keselamatan pasien, undang-undang juga sudah   |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Direkur RS

| No.            | Variabel   | Hasi Wawancara  |
|----------------|--|---|
|                |  | bicaranya begitu, cuma kita belum ke arah sana karena awal yang di sini, pertama yang saya kerjakan adalah membentuk dulu struktur organisasi. kita sekarang kita belum membentuk kepanitian, misalnya infeksi nosokomial. Padahal kan nosokomial ini seharusnya berkesinambungan, tidak bisa sesaat kita meriksa hanya saat itu ternyata angka ILOnya tinggi, angka infeksi nosokomialnya tinggi. Jadi kita harus punya tim. Kita harus membentuk evaluasi.  |
| 2.             | Apa saja kejadian atau masalah dalam keselamatan pasien yang mengakibatkan Anda turun tangan langsung dalam penanganan masalah tersebut?   | Kita memang bekerja sama erat dengan komite medik ,karena keselamatan pasien itu yang paling bertanggung jawab kan dokter. Komite medik SK-nya sudah ada, Tupoksinya juga sudah ada, cuma baru melakukan rapat pertama. Kemarin saya minta kita rapat secara eksklusif sama ketua komite medik, ketua panitia mutu, panitia kredensial, sama satu lagi panitia etik disiplin. Etika ini juga menyangkut, bisa saja dokter itu melakukan hal-hal yang diluar kewenangannya, dia (etika) juga berkaitan juga nanti dengan mutu pelayanan. Kemudian juga mengenai disiplin, banyak sekali dokter yang tidak punya SIP tapi juga melakukan tindakan di kita. Ini yang kita tertibkan, selalu saya tidak putus-putus (untuk mengurusnya). Itu penting karena itu menyangkut legalitas. |
| 3.             | Strategi apakah yang akan diterapkan dalam tahun 2011 untuk peningkatan upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika, khususnya Instalasi Rawat Inap?                                  | Perencanaan secara keseluruhan memang belum (dilakkan). Baru jadi master plan untuk 5 tahun. Nanti kita akan breakdown tahun per tahun  |
| 4.             | Bagaimana pendapat Anda tentang beberapa KTD yang tergolong KTD risiko tinggi di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika berdasarkan kuesioner yang diedarkan kepada pasien dan pegawai? | Logis. Kekuatiran untuk flebitis, pasien rasanya tidak berpikir ke arah situ. Karena itu kan namanya <i>side effect</i> . Kalau obat, pasti pasien merasa (kuatir), jangan sampai pasien salah dikasih obat. Tetapi kalau persepsi (lain), saya sepakat.  |
| <b>Measure</b> |  |   |
| 1.             | Dari KTD tersebut, KTD manakah yang menurut  | Kita juga kuatir untuk terjadi kesalahan dosis, baca  |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Direkur RS

| No.            | Variabel   | Hasi Wawancara  |
|----------------|--|---|
|                | Anda perlu mendapat perhatian paling besar untuk dicegah/ditangani?  | resep.  |
| <b>Analyze</b> |  |   |
| 1.             | Berdasarkan wawancara dengan Kabid Keperawatan, Koordinator Instalasi, Kepala Ruangan, dan hasil observasi, telah disusun <i>process map</i> dalam pelayanan pasien di Instalasi Rawat Inap. Dari setiap input proses telah dilakukan skoring sehingga didapati beberapa input yang memiliki skor tiga besar berdasarkan Matriks CEA dan FMEA, didapati beberapa penyebab masalah yang timbul. Apakah sudah ada mekanisme identifikasi dan pengendalian yang dapat mencegah masalah tersebut untuk terjadi? Berapa besarkah kemampuan mekanisme pengendalian tersebut dalam mencegah penyebab masalah tersebut timbul? | (Mengenai masalah sabun yang tidak ditaruh di wastafel), idealnya nomor satu, jangan pakai sabun yang 'ini' (sabun cair portable). (Wadah) sabunya ditempel saja ke tembok, pakai sabun cair.<br>(Mengenai masalah disiplin), kita sudah melakukan sosialisasi berkali-kali.  |
| <b>Improve</b> |  |   |
| 1.             | Berdasarkan matriks FMEA, didapati beberapa penyebab masalah yang memiliki skor tiga besar, apa saja solusi untuk mencegah masalah tersebut untuk terjadi?   | (Mengenai masalah disiplin&teknik aseptis antiseptis yang salah), kita sudah melakukan sosialisasi berkali-kali.<br>(Mengenai masalah sabun yang tidak ditaruh di wastafel), idealnya nomor satu, jangan pakai sabun yang 'ini' (sabun cair portable). (Wadah) sabunya ditempel saja ke tembok, pakai sabun cair.<br>Jangka pendek, yang minimal air. Di mana-mana harus ada wastafel, sabun. Selanjutnya mungkin kita ingin pakai (sejenis) Antis®. Tapi (pelaksanaannya) nanti, mungkin setelah ini (penyediaan wastafel) jalan. Terutama di ruang bayi, bayi kan riskan sekali, bahaya |
| 2.             | Solusi apakah yang menurut anda paling tepat dan dapat menyelesaikan sebagian besar atau seluruh masalah tersebut?   | (masalah disiplin dan prosedur) sosialisasi<br>(masalah penempatan sabun) jangka pendek, yang minimal air. Di mana-mana harus ada wastafel, sabun. Air mengalir saja, pokoknya, wastafel ,sabun, sama paper towel.  |
| 3.             | Apa saja sumber daya yang dibutuhkan untuk penerapan solusi tersebut?  | (Pengadaan wastafel dan sabun) sudah diminta. Kita punya bagian logistik. kebutuhannya  |

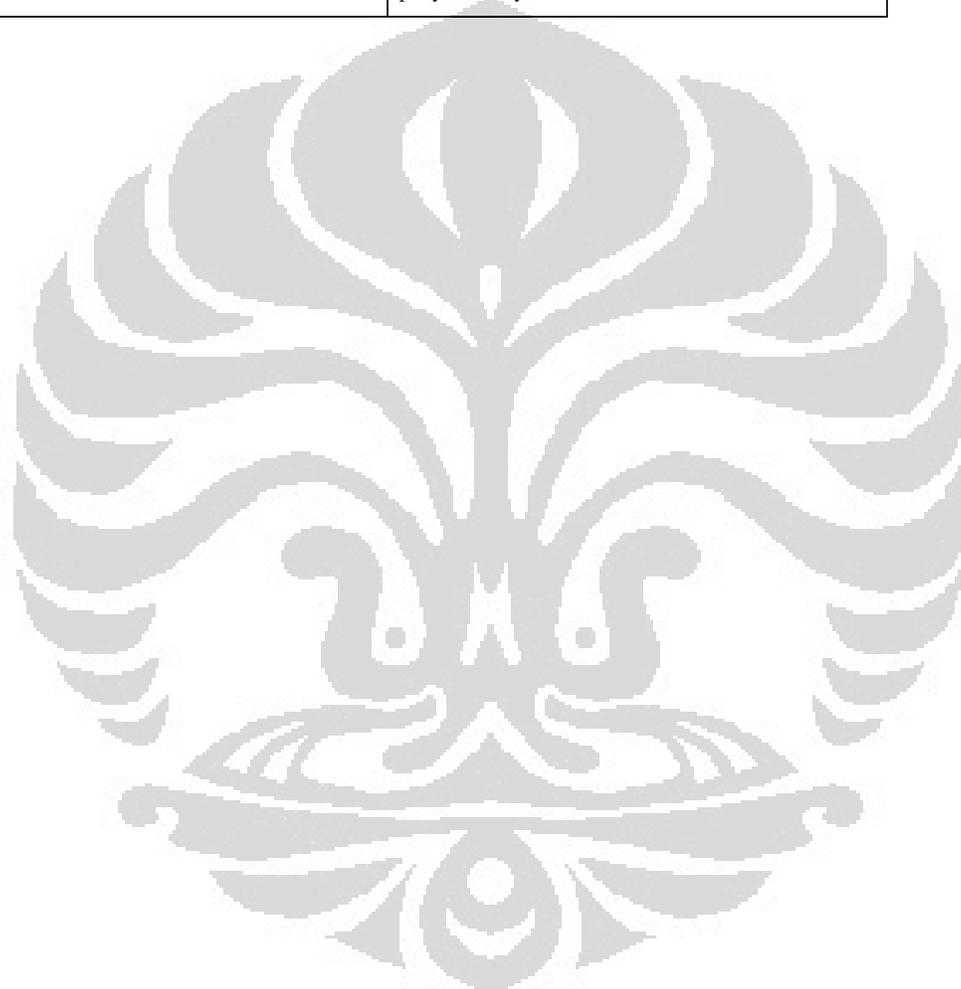


**Matriks Wawancara Mendalam dengan Direkur RS**

| No.            | Variabel  | Hasil Wawancara   |
|----------------|---|---|
|                |   | tergantung jumlah pasiennya.  |
| 4.             | Bagaimana dengan biaya yang dibutuhkan untuk solusi tersebut?                             | Kendala semua ujung-ujungnya biaya. Tapi janganlah akhirnya karena biaya kita tidak usah berbuat apa-apa.   |
| 5.             | Kapankah solusi tersebut mulai dapat diterapkan?  | Baru jadi master plan untuk 5 tahun. Nanti kita akan breakdown tahun per tahun. Tahun pertama, kita memang harus melakukan ini (pengajuan anggaran). Mungkin tahun kedua kita harus mempersiapkan pengadaannya.   |
| <b>Control</b> |   |   |
| 1.             | Bagaimana kelebihan dan kekurangan dari solusi yang Anda pilih?                           | (Strength) Cuci tangan itu 50% bisa menurunkan angka (infeksi) nosokomial.<br><br>(weakness) turnover di tingkat perawat.<br>Sekarang kita kan dana cuma ada segini, untuk (biaya) operasional saja masih kurang, apalagi untuk investasi. Jadi sambil berjalan Kendala semua ujung-ujungnya biaya.   |
| 2.             | Apa saja upaya yang dapat Anda lakukan untuk meningkatkan kelebihan dari solusi tersebut? | Jadi walaupun air mengalir juga memakaii sabun. Sabun sebaiknya tertera di situ. Bahkan sebaiknya, habis sabun ada pengering. Sebelah pengering ada alkohol. Tetapi kita paling tidak ada sabun, di sebelahnya mungkin ada kertas tisu  |
| 3.             | Apa saja upaya yang dapat Anda lakukan untuk mengurangi kekurangan dari solusi tersebut?  | Janganlah akhirnya karena biaya kita tidak usah berbuat apa-apa. Kita harus lakukan yang minimal turnover di tingkat perawat masih perlu kita evaluasi lagi. Turnover ini tentu terkait dengan suasana kerja, sistem penggajian, overload pekerjaan, dan sebagainya. Kita mesti lihat juga (alasanannya).<br>Caranya marketing harus (ber)jalan: Bagaimana caranya memasarkan (agar) pasien berobat ke kita. Itu semacam langkah untuk meningkatkan kunjungan. Kunjungan meningkat, perawatan pasti jg meningkat, pasti berdampak pula dengan kesejahteraan karyawan. kalau karyawan sudah kita sejahterakan, kita ngomong apapun dia akan mendengarkan. Tapi kalau dia tidak sejahtera, kita |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Direkur RS

| No. | Variabel   | Hasi Wawancara   |
|-----|--|--|
|     |  | suruh cuci tangan juga akan tidak mau.   |
| 4.  | Apakah solusi ini dapat menjadi suatu Prosedur Tetap baru? Bila 'ya', bagaimana caranya? | Kita usulan permintaan dari ruangan, kebutuhannya tergantung jumlah pasiennya. Mungkin nanti pengajuan tetap dari bawah. Minta. Logistik cuma menyediakan, tetapi perencanaan untuk penyediaannya sudah ada. |



### Lampiran 13

#### Matriks Wawancara Mendalam dengan Kepala Bidang Keperawatan

| No.  | Variabel   | Hasi Wawancara   |
|--|--|--|
| <i>Upaya Keselamatan Pasien RSIA Anna Medika</i> |  |  |
| 1.   | Bagaimana kebijakan mengenai keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?                 | Kalau untuk secara tertulis, kebijakan mengenai patient safety sendiri belum ada. Kalau untuk secara lisan, kebijakan patient safety mengenai apa itu KTD, KNC, near miss, sudah ada, dan sudah kami sosialisasikan. Hanya saja, untuk ke tingkat pelaporan, grading, dan lain-lain belum kami lakukan. Formulir pelaporan KTD KNC belum ada. Sebetulnya saya sudah pumya, karena saya pernah membuat untuk RS lain. Nanti ada pengkajian risikonya, apakah ringan-sedang-berat. Nanti langkahnya, apakah perlu precaution atau tidaknya. Sudah sampai sejauh itu sih saya pernah melakukan. Tapi untuk di sini, ya itu tadi, masalah ketenagaannya  |
| 2.   | Bagaimana struktur upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?                     | Struktur belum ada. Secara struktural, kami tidak ingin hanya strukturnya saja yang ada, tetapi juga orang untuk menempati struktur tersebut.  |
| 3.   | Bagaimana strategi upaya keselamatan pasien yang telah berjalan di RSIA Anna Medika? | Kalau untuk patient safety sebetulnya di keperawatan sendiri harusnya sudah termasuk dalam mutu. Dan kita juga sebetulnya seiring dengan berjalannya dengan waktu kami akan membentuk tim-nya sendiri, walaupun sebetulnya sekarang sudah berjalan dengan tidak resmi, seperti kemarin mengumpulkan data infeksi nosokomial. Hanya untuk kejadian-kejadian tidak diharapkan, kami sudah mempunyai data misalnya ada kasus pasien datang, kemudian pasien meninggal, dan lain –lain kami sudah buat pembahasan, dibuatkan kronologisnya, kemudian kami presentasikan. dengan harapan, ke depan tidak terulang lagi kejadian-kejadian yang sama. Formulir pelaporan KTD KNC belum ada..<br><br>Kami dalam menjalankan proses evaluasi, misalnya kenaikan status dari masa orientasi ke masa kontrak, kami akan melaksanakan evaluasi secara langsung bagaimana seorang perawat itu melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien, kita akna melihat. Karena yang namanya kebiasaan itu tidak akan tertinggal, pada saat dia melakuakn asuhan keperawatan |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Kepala Bidang Keperawatan

| No.           | Variabel  | Hasil Wawancara  |
|---------------|---|--|
| 4.            | Bagaimana sistem pendukung upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?  | Kalau untuk fasilitas tentunya kita sesuai dengan ketentuan dari dinas kesehatan, tentu untuk mencegah terjadinya KTD seperti di kamar mandi dipasang handrail, lalu juga kalau belum semuanya bed pasien pakai railing bed. Kemudian untuk kejadian nyaris cedera atau KTD di pelayanan keperawatan, kita sudah membekali dengan 10 benar, (yaitu) benar obat, benar pasien, benar dosis, dan lain-lain   |
| <b>Define</b> |   |  |
| 1.            | Menurut Anda, bagaimana kinerja pelaksanaan keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?   | Sangat belum optimal. Karena tim yang menyusun, kemudian sistem dan program kerjanya itu belum ada. Jadi belum optimal. Untuk membenahi SOP dan lain-lain tampaknya kami masih perlu waktu.  |
| 2.            | Apa saja kejadian atau masalah dalam keselamatan pasien yang mengakibatkan Anda turun tangan langsung dalam penanganan masalah tersebut?              | Kalau masalah ada sih, salah satunya tentang pelayanan. Misalnya dari luar, kondisinya dari luar memang kurang bagus. Tapi kalau untuk kasus-kasus kesalahan obat, lain-lain sih tidak ada. Intinya di masalah komunikasi.. Kemudian masalah penempatan kamar, dan lain-lain, misalnya pasien datang dengan GE, kemudian dalam perjalanan perawatan 3 hari kemudian dia muncul penyakit lain, seperti Morbili yang perlu ruang isolasi, sementara ruang isolasi penuh..  |
| 3.            | Strategi apakah yang akan diterapkan dalam tahun 2011 untuk peningkatan upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika, khususnya Instalasi Rawat Inap? | Untuk kejadian-kejadian tidak diharapkan, kami sudah mempunyai data, kami sudah buat pembahasan, dibuatkan kronologisnya, kemudian kami presentasikan. dengan harapan, ke depan tidak terulang lagi kejadian-kejadian yang sama apabila memang itu keterlambatan dari kami. Tapi apabila hal itu dinyatakan bukan keterlambatan atau kekurangan dari kami, kami tetap akan bahas untuk pembelajaran ke depan, bila menghadapi pasien-pasien seperti ini, maka langkah yang akan kami lakukan seperti apa.<br><br>Kami dalam menjalankan proses evaluasi, misalnya kenaikan status dari masa orientasi ke masa kontrak, kami akan melaksanakan evaluasi secara langsung bagaimana seorang perawat itu melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien, kita akan melihat. Karena yang namanya kebiasaan itu tidak akan tertinggal, pada saat dia melakukan asuhan keperawatan |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Kepala Bidang Keperawatan

| No.            | Variabel   | Hasi Wawancara   |
|----------------|--|--|
| 4.             | Bagaimana pendapat Anda tentang beberapa KTD yang tergolong KTD risiko tinggi di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika berdasarkan kuesioner yang diedarkan kepada pasien dan pegawai? | <p>Kalau kaitannya dengan masalah responden tadi, mungkin tadi saya lebih fokus ke masalah flebitis. Karena saya mesti kaji, flebitis lebih ke arah ketidakdisiplinan perawat dalam menjalankan teknik aseptik dan antisepsis, karena bila teknik itu yang mempengaruhi, tentunya bagaimana langkah yang saya harus terapkan ke teman-teman supaya tidak terjadi hal yang demikian. Mungkin ke depan sebetulnya dari hasil pendataan yang sudah kami peroleh, memang sebaiknya sih dievaluasi: ini tanggal sekian flebitisnya karena apa, dapat obatnya apa saja? Apakah dari pemasangan infus?</p> <p>Kesalahan dosis, tentunya saya mesti tahu, sebetulnya apakah dari perawatnya yang salah oplos barangkali, atau lainnya. Harapan saya, tentu dengan informasi-informasi yang terdata seperti ini, kalau ada hal-hal yang demikian, tentunya diinformasikan ke kami supaya langkah yang dilakukan ke depan agar tidak terulang kembali.</p> |
| <b>Measure</b> |  |  |
| 1.             | Dari KTD tersebut, KTD manakah yang menurut Anda perlu mendapat perhatian paling besar untuk dicegah/ditangani?  | <p>Kalau di Rawat Inap ya sebetulnya masalah kedisiplinannya dalam memberikan asuhan keperawatan. Karena, kalau dia melakukan tindakan atau asuhan keperawatan tidak sesuai prosedur, ada saja hal-hal yang terjadi. Salah satunya tadi, faktor flebitis, bisa saja mereka tidak pernah cuci tangan.</p>   |
| 2.             | Bagaimana keterkaitan setiap input dari proses pelayanan terhadap kemungkinan /kekerapan terjadinya KTD dan Dampak KTD   | <p>(Untuk masalah flebitis tentunya dari pihak keperawatan, karena yang melakukan tindakan adalah perawat. Keterkaitan perawat terhadap flebitis sangat terkait. Bukan hanya dari kalangan perawat, dari (petugas) pengambilan darah juga.</p> <p>Kalau untuk pembacaan resep, kaitannya dengan farmasi. Mengenai pembacaan resep, kita (perawat) tidak ada keterkaitan ya.</p> <p>Kalau kesalahan dosis obat dari segi pemberian dari perawatnya, perawat terkait. Karena yang memberikan obat kepada pasien di lapangan adalah perawat. Kalau kesalahan dosis obat karena dari dokternya terlalu tinggi, misalnya anak sekian, diberi dosis sekian, itu, keterkaitan perawat sangat kecil,</p> <p>Kalau pembacaan resep, secara keilmuan tidak ada. Kami hanya membantu saja untuk hal ini. (Tulisan dokter yang jelek) sangat berpengaruh tentunya, karena bisa terjadi</p>   |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Kepala Bidang Keperawatan

| No.            | Variabel  | Hasi Wawancara  |
|----------------|---|---|
|                |   | kesalahan obat.<br>Obat-obatan terhadap flebitis, terkait. Ini tergantung kondisi, saya tidak bisa mengatakan sedang, kecil, atau besar.  |
| <i>Analyze</i> |   |   |
| 1.             | Apa model kesalahan yang dapat dilakukan oleh setiap input tersebut, dan berapa besar dampak yang diberikan ?   | Mereka (perawat) melakukan tindakan apapun seharusnya disiplin untuk cuci tangan sebelum maupun sesudah tindakan atau (benar) teknik aseptik antiseptiknya, misalnya, dia sudah cuci tangan, setelah mereka apus dengan alkohol, karena mereka tidak yak,in, mereka pegang. Ya bukan hanya dari kalangan perawat ya,yang seperti itu. Dari (petugas) pengambilan darah juga<br>Obat2 yang konsentrasi tinggi, bisa menimbulkan konsentrasi (cairan intravena) yang tinggi, seperti biknat.<br>Untuk masalah obat, itu juga sama, tidak sesuai dengan prosedur.<br>(Kesalahan dosis obat akibat faktor perawat) Misalkan obat yang dia oplos 10 cc,dan dia memerlukan hanya sekian miligram, maka beberapa cc yang mesti mereka berikan.   |
| 2.             | Apa saja penyebab dari setiap masalah tersebut, dan seberapa sering masalah tersebut terjadi?                   | (Penyebab flebitis) kalau dari perilaku,kemungkinan besar bisa demikian, karena mereka tidak disiplin dengan prosedur. Mereka melakukan tindakan apapun seharusnya disiplin untuk cuci tangan sebelum maupun sesudah tindakan atau (benar) teknik aseptik antiseptiknya.<br>(Febitis akibat faktor obat) Kejadiannya jarang, hanya pada pasien-pasien tertentu yang butuh itu, terutama untuk pasien-pasien ICU, kemudian pasien-pasien ruangan yang menolak ICU.<br>Untuk masalah obat, itu juga sama, tidak sesuai dengan prosedur. itu juga bukan hanya prosedur, tapi juga keilmuannya (perawat). Kesalahan dosis obat akibat perawat salah memberikan dosis) Kalau sampai saat ini, saya belum mendapatkan info dari teman-teman perawat., apa mereka belum pernah, apa mereka pernah tapi tidak melaporkan. .<br>Kalau secara risikonya, sangat kecil. Tapi memang itu jarang terjadi, lebih sering ke resep. . |
| 3.             | Sudah adakah mekanisme identifikasi dan pengendalian yang dapat mencegah masalah tersebut untuk terjadi? Berapa | Kami juga baru memberikan tugas kepada masing-masing unit keperawatan untuk siapa yang bertugas infeksi nosokomial, walaupun pengetahuan tentang infeksi  |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Kepala Bidang Keperawatan

| No.            | Variabel  | Hasil Wawancara   |
|----------------|---|---|
|                | <p>besarkah kemampuan mekanisme pengendalian tersebut dalam mencegah penyebab masalah tersebut timbul?</p>  | <p>nosokomial belum tentu seluruhnya mereka mengerti. (Kesalahan dosis obat) ada hal-hal yang demikian saat saya rapat dengan mereka, saya akan coba me-<i>refresh</i> kembali, sebenarnya mereka tahu atau tidak. Kalau mereka memang tidak tahu maka ke depannya harus diberikan evaluasi. Kita sudah membekali dengan 10 benar, (yaitu) benar obat, benar pasien, benar dosis, dan lain-lain sehingga kami harapkan tidak ada kesalahan saat mereka memberikan obat. Pada saat mau memberikan obat, “Benar tidak pasiennya?,” “Benar tidak obatnya?,” “Tanggal expirednya dilihat apa tidak?,” “Benar tidak cara pemberiannya?,” “Waktu (pemberian)nya kapan?” (Kesalahan pembacaan resep) dokter biasanya memberi tahu “Obat nya ‘ini’ ya, kasih ‘ini’, kasih ‘ ini’, ini resep(nya)!”, nah, teman-teman perawat menulis di buku ekspedisi. Jadi misalnya amoxan berapa, berapa kali berapa, jumlahnya berapa, dengan nama pasiennya, nomer RM nya, Kalau kita mendampingi (dokter) kita akan tahu apa sih obatnya. Misalnya ‘ini obatnya nggak ada ya!”, atau “Mbak, ini tadi obatnya apa?” dari farmasi, kita bisa melihat catatan.</p> |
| <b>Improve</b> |   |   |
| 1.             | <p>Berdasarkan matriks FMEA, didapati beberapa penyebab masalah yang memiliki skor tiga besar, apa saja solusi untuk mencegah masalah tersebut untuk terjadi?</p> | <p>(masalah ketidakdisiplinan dan kesalahan teknik aseptis antiseptisi) yang pertama, kalau untuk ketidakdisiplinan, kita juga harus lihat dulu bagaimana, apakah semua perawat yang bekerja di satu unit tersebut memang tidak disiplin, atau memang 80% tidak disiplin, atau bagaimana. Sehingga, hal ini juga membuat masukan buat kami untuk selalu memberikan informasi atau pembinaan pada mereka sehingga mereka selalu disiplin pada prosedur tersebut. Yang mau saya selidiki, ketidakdisiplinannya karena apa, apakah karena tidak terkondisi, atau kurang pengawasan. Apakah mereka tidak tahu, kalau tidak tahu berarti kita perlu <i>refresh</i> ilmunya. Apakah mereka tidak mau, kalau tidak mau kenapa. Apakah mereka tidak mampu, tidak mungkin lah kalau hanya cuci tangan mereka tidak mampu. Jadi untuk cuci tangan ya kalau tidak tahu, ya tidak mau. Kalau tidak mau, kita cari tahu juga penyebabnya. Berarti kita harus motivasi.</p> <p>(masalah penggunaan botol) Satu, mungkin, diberikan label</p>  |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Kepala Bidang Keperawatan

| No. | Variabel   | Hasi Wawancara  |
|-----|--|---|
|     |  | 'tidak untuk cuci botol' dan lain-lain. Label peringatan itu satu. Terus, kalau yang sekarang itu kan sabun yang biasa ya. Kalau mungkin menggunakan tempat yang khusus memang tidak jaminan, tapi tetap harus digunakan. Kalau dipakai kan akan dipakai saja.  |
| 2.  | Solusi apakah yang menurut anda paling tepat dan dapat menyelesaikan sebagian besar atau seluruh masalah tersebut? | Pada saat kita melakukan evaluasi, memang ada beberapa yang sudah sesuai dengan prosedur, namun ada juga yang tidak, terutama masalah cuci tangan. Sering kali terlupakan, terutama karena mereka tidak biasa. Nah mungkin, untuk hal ini, solusi yang terbaik, dan ini pun tidak hanya di rumah sakit ini setahu saya, karena bila kita kumpul-kumpul dengan perawat nosokomial, memang di pengawasan itu yang paling utama.ada salah satu petugas yang khusus untuk masalah tersebut, bila kita ingin disiplin dalam masalah nosokomial. (Solusi tersebut juga bisa mengatasi masalah kesalahan teknik aseptis antisepsis?) Kalau menurut saya sangat bisa. (Penggunaan sabun) label 'tidak untuk cuci botol' dan lain-lain |
| 3.  | Apa saja sumber daya yang dibutuhkan untuk penerapan solusi tersebut?  | Betul (perlu tambahan SDM baru). Sebetulnya, dalam indikator mutu klinik, ada salah satu perawat yang seharusnya ditunjuk sebagai PPI, perawat infeksi, itu memang harus ada satu. Sehingga dia harus mengawasi kinerja teman-teman.  |
| 4.  | Bagaimana dengan biaya yang dibutuhkan untuk solusi tersebut?  | (Pengawasan langsung) perawat yang kita tunjuk sebagai perawat nosokomial tentunya harus dibekali dengan pelatihan. Dan pelatihan itu tidak butuh biaya yang sedikit. (Penempatan label dan tempat sabun permanen). Kalau biaya menurut saya sih tidak terlalu mahal. Kalaupun misalnya ini Rumah Sakit Swasta bicara masalah 'cost', kenapa tidak dimasukkan ke dalam suatu 'unit cost' ke pasien.   |
| 5.  | Siapa saja kah yang dapat menjadi anggota tim uji dalam upaya implementasi solusi tersebut?                        | Kalau untuk diterapkan ke semua, sebetulnya bisa. Tapi mungkin proses pengawasan itu yang agak sulit ya. Tapi akan kami coba terapkan di unit unit khusus dahulu, contohnya ruang bayi atau perina. Itu kan <i>minimal handling</i> , dan setiap memberikan asuhan keperawatan pada bayi harus cuci tangan. Di situ dulu.   |
| 6   | Kapankah solusi tersebut mulai dapat   | (pengawasan langsung) Kalau 6 bulan sih masih belum untuk   |



### Matriks Wawancara Mendalam dengan Kepala Bidang Keperawatan

| No.            | Variabel  | Hasi Wawancara  |
|----------------|---|---|
|                | diterapkan?   | sampai dalam kondisi ideal, karena kita lihat peningkatan angka kunjungan belum terjadi secara signifikan. Ya mungkin satu tahun kedepan, Tapi itu akan dimasukkan ke dalam rencana kami.   |
| <b>Control</b> |   |   |
| 1.             | Bagaimana kelebihan dan kekurangan dari solusi yang Anda pilih?                           | (kelebihan pengawasan petugas nosokomial ) Dengan adanya pengawasan, dia akan merasa 'oh iya, saya sedang diawasi nih'. Minimal dengan cara seperti itu,mulai dari hal yang merasa 'oh saya diawasi, saya takut salah, saya takut dikurangi nilai", diharapkan itu akan menjadi kebiasaan. (kelemahan pengawasan petugas nosokomial). mungkin di kami, kita lihat juga ya, yang namanya 'swasta' efisiensi itu sangat diperlukan, dan melihat jumlah kunjungan. Kalau kita bicara ideal sih seharusnya ada supervisi CI di setiap bagian, dan untuk menjadi CI itu tidak asal diangkat menjadi CI tetapi ada beberapa kriteria, salahsatunya adalah sertifikasi. Sertifikasi itu butuh biaya,karena harus ada pelatihan. Untuk itu pun, perawat yang kita tunjuk sebagai perawat nosokomial tentunya harus dibekali dengan pelatihan. Dan pelatihan itu tidak butuh biaya yang sedikit. |
| 2.             | Apa saja upaya yang dapat Anda lakukan untuk meningkatkan kelebihan dari solusi tersebut? | (Untuk membantu keberhasilan penempatan label) apabila ada tenaga yang melihat, apakah itu perawatnya, apakah itu <i>cleaning servicenya</i> , apakah itu <i>securitynya</i> , apabila melihat keluarga pasien melakukan hal yang tidak seharusnya seperti cuci botol dan lain-lain itu ditegur   |
| 3.             | Apa saja upaya yang dapat Anda lakukan untuk megurangi kelemahan dari solusi tersebut?    | untuk sementara hal ini belum dijalankan, mungkin nanti saya akan bekerja sama dengan kepala ruangan salah satunya ya untuk melihat hal-hal yang demikian. Apakah mereka bekerja sesuai prosedur atau tidak. Jadi memang ketidakdisiplinan untuk masalah ini masih tinggi, jadi saya akan melibatkan anak buah atau PJ shift dan kepala ruangan untuk mengingatkan pentingnya kita harus <i>merefresh</i> mereka Sebetulnya kalau di sini sudah ada diklat maupun mutu, mungkin bisa menjembatani kekurangan yang selama ini ada. Karena tim mutu bisa melihat sendiri.   |
| 4.             | Bagaimana cara pendokumentasian hasil implementasi solusi yang paling tepat               | (Pengawasan langsung) Mereka punya buku rapport. Yang namanya buku rapport, segala positif dan negatifnya   |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Kepala Bidang Keperawatan

| No. | Variabel   | Hasil Wawancara   |
|-----|--|---|
|     | menurut Anda?  | <p>dicantumkan. Ya itu tadi, kita sosialisasikan, apabila tidak sesuai dengan prosedur, tentunya akan mengurangi nilai yang ada di buku rapport tersebut. Dari penilaian kan ada disiplin, ada loyalitas, dan lain-lain lah instrumennya itu variabelnya macam-macam. Kedisiplinan itu banyak. Kedisiplinan kehadiran, kedisiplinan kinerja. Nah kedisiplinan kinerja itu salah satunya ini. Ya, jadi ketidakpatuhan untuk menjalankan prosedur itu tindakan indiscipliner, dan bisa dimasukkan ke dalam buku rapport. Itu kalau yang umum. Tapi kalau ada tenaga khusus, tinggal membuat saja lembar <i>checklist</i>, “oh,, di ruangan ‘anu’, siapa nama-namanya” ketika dinas kita lihat siapa yang dinas. Kita lihat, ‘oh, dia cuci tangan’. Ada lembar ceklist. Sehingga lebih tergambar, bahwa di ruangan ini, 70% perawatnya sudah melakukan cuci tangan, 30% belum, misalnya. Jadinya kita lebih mudah bila ada tenaga khusus, karena akan lebih fokus apa yang akan dia nilai.</p> <p>Sabun itu sebenarnya belum tentu dipakai untuk cuci tangan, ya, jadi untuk evaluasi, apakah tepat kegunaannya, tentu saja dari hasil pengawasan langsung frekuensi cuci tangan</p> |
| 5.  | Apakah solusi tersebut dapat menjadi suatu porsedur baru?                                      | <p>Sosialisasi itu sekecil apapun perlu karena semua lini harus tahu. Jadi bukan hanya beban di keperawatan saja, tapi semua harus tahu.</p>  |
| 6.  | Apakah solusi tersebut dapat diterapkan ke unit lain? Bila dapat, bagaimana cara penerapannya. | <p>(diterapkan di unit lain?) Kalau OK sudah pasti ya. Yang berkaitan dengan tindakan seperti VK, UGD. Kalau nggak cuci tangan misalnya pasiennya mau dilakukan <i>hecting</i>, dengan luka terbuka seperti itu apa tidak mengandung kuman. Misalnya habis pegang pasien sebelahnya, pasien hepatitis.</p> <p>(Tanda peringatan selain di wastafel instalasi rawat inap) ya di setiap wastafel.</p>   |

## Lampiran 14

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Koordinator Rawat Inp

| No.   | Variabel   | Hasi Wawancara  |
|---|--|---|
| <b>Upaya Keselamatan Pasiendi Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika</b> |  |   |
| 1.  | Bagaimana kebijakan mengenai keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?   | Kebijakan di RSIA Anna Medika sepertinya belum ada kebijakan untuk keselamatan pasien, masih dalam proses   |
| 2.  | Bagaimana struktur upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?   | Struktur keselamatan pasien di RSIA Anna Medika belum tahu atau kurang tahu sudah ada atau tidak  |
| 3.  | Bagaimana strategi upaya keselamatan pasien yang telah berjalan di RSIA Anna Medika?   | Strategi keselamatan pasien sudah ada, namun yang lebih banyak berperan bagian keperawatan. Contohnya, setiap bagian keperawatan ada ujian-ujian (seperti) ujian pasien atau ujian teori .Standar-standar seperti upaya pencegahan infeksi nosokomial, cuci tangan, atau pencegahan pasien jatuh sudah ada dari bagian keperawatan juga. SOP yang sudah ada antara lain sepsis antisepsis dan protap pemasangan infus.<br>Selama di ruang perawatan, pasien akan medapat visite dari dokter spesialis dan dokter ruangan untuk memantau kondisi selama perawatan atau kondisi penyakitnya mereka(apotik) konfirmasi ke dokter spesialis (mengenai kejeanggalan peresepan) |
| 4.  | Bagaimana sistem pendukung upaya keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?   | Sistem pendukung keselamatan pasien di RSIA Anna Medika yang pasti setiap ruangan ada wastafelnya, ada alat sterilisasi terutama untuk tempat tidur bayi, untuk tempat tidur bayi, walaupun belum semua ruangan ada, sudah ada tempat tidur dengan pengaman di pinggirnya atau pagar pengaman.  |
| <b>Define</b>   |  |   |
| 1.  | Menurut Anda, bagaimana kinerja pelaksanaan keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?  | Kinerja keselamatan pasien selama ini kurang lebih cukup, walau ada kurang-kurang sedikit karena belum ada protap yang jelas karena protapnya masih dalam proses pembuatan  |
| 2.  | Apa saja kejadian atau masalah dalam keselamatan pasien yang mengakibatkan Anda turun tangan langsung dalam penanganan masalah tersebut? | Belum pernah ada kejadian yang membuat saya harus turun tangan langsung   |
| 3.  | Strategi apakah yang akan diterapkan dalam tahun 2011 untuk peningkatan upaya keselamatan pasien di RSIA Anna                            | Strategi yang akan diterapkan di tahun 2011 ini belum tahu apa saja. Namun untuk protap sementara masih disusun   |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Koordinator Rawat Inp

| No.            | Variabel   | Hasi Wawancara  |
|----------------|--|---|
|                | Medika, khususnya Instalasi Rawat Inap?  |   |
| 4.             | Bagaimana pendapat Anda tentang beberapa KTD yang tergolong KTD risiko tinggi di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika berdasarkan kuesioner yang diedarkan kepada pasien dan pegawai? | Pendapat mengenai hasil kuesioner, setuju dengan flebitis sebagai yang paling banyak, karena sering mendapat komplain dari pasien... Untuk kesalahan pembacaan resep atau kesalahan dosis obat, saya sampai sekarang belum mendapat komplain.   |
| <b>Measure</b> |  |   |
| 1.             | Dari KTD tersebut, KTD manakah yang menurut Anda perlu mendapat perhatian paling besar untuk dicegah/ditangani?  | Sebenarnya ketiga KTD sama-sama penting, namun bila diurutkan adalah kesalahan dosis obat. Karena fatal sekali apabila ada kesalahan dosis yang diberikan dokter spesialis kepada pasien.   |
| 2.             | Bagaimanakah proses dari pelayanan yang dapat memungkinkan terjadinya KTD tersebut ditinjau dari pendekatan input-proses-output tiap langkah pelayanan?                                | <p>Pasien awal-awal dari UGD, ditangani dulu. Bila pasien lama, kita tinggal minta <i>medical recordnya</i>, kalau pasien baru, salah satu anggota keluarganya diminta daftar di depan. Setelah kita periksa, anamnesis, apabila ada kasus kegawatdaruratan yang harus ditangani, akan kita tangani terlebih dahulu. Setelah itu, setelah semua beres, kita golongan pasien masuk ke rawat inap bagian mana... Dari poliklinik spesialis hampir sama (prosesnya), dengan yang dari IGD. Pasien mampir IGD untuk pemasangan terapi seperti infus. Pasien rujukan akan ke IGD terlebih dahulu untuk dilihat kasusnya. Untuk kasus yang masih memadai (dapat ditangani) di sini, bisa diproses untuk rawat inap. Setelah pasien confirmed untuk rawat inap dan terapi yang dibutuhkan di IGD sudah dilakukan, maka pasien akan ditransfer ke rawat inap oleh petugas. Lalu dilakukan pemindahan pasien ke <i>bed</i> pasien. Kemudian perawat IGD yang mengantarkan pasien ke ruang rawat inap akan melakukan operan informasi ke perawat ruang rawat inap mengenai kondisi medis dan rencana terapi medis sesuai dengan instruksi dokter yang merawat.</p> <p>Alur dalam perawatan, selama di ruang perawatan, pasien akan mendapat visite dari dokter spesialis dan dokter ruangan untuk memantau kondisi selama perawatan atau kondisi penyakitnya, kemudian akan diberikan terapi sesuai dengan instruksi dokter yang merawat, kemudian akan dilakukan</p> |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Koordinator Rawat Inp

| No.            | Variabel   | Hasi Wawancara   |
|----------------|--|--|
|                |  | <p>pemeriksaan penunjang tambahan yang belum dilakukan di IGD, poliklinik umum, maupun poliklinik spesialis atau poliklinik umum.</p> <p>Untuk pemulangan pasien, keluarga pasien melakukan konfirmasi kepada dokter spesialis, apakah diijinkan pulang atau tidak. Keluarga pasien melakukan konfirmasi ke bagian administrasi atau kasir rumah sakit, sementara setelah semua konfirm atau selesai, maka perawat rawat inap akan melakukan pelepasan infus atau kateter dan memberikan obat pulang sesuai dengan instruksi dokter spesialis yang merawat, serta memberikan jadwal kontrol pasien yang pulang.</p>  |
| 3.             | Bagaimana keterkaitan setiap input dari proses tersebut terhadap kemungkinan /kekerapan terjadinya KTD dan Dampak KTD? | <p>flebitis itu kalau dari perawat ruangan. Kalau dari pasien karena pasiennya banyak gerak</p> <p>(Berkaitan dengan KTD kesalahan pembacaan resep) perawat kurang teliti.</p> <p>Kesalahan Dokter berkaitan dengan kesalahan dosis obat, sama paling penulisan resep tidak jelas.</p> <p>Petugas farmasi, salah membaca jenis obat.</p>   |
| <i>Analyze</i> |  |  |
| 1.             | Apa model kesalahan yang dapat dilakukan oleh setiap input tersebut, dan berapa besar dampak yang diberikan ?          | <p>flebitis, dampak keparahan sedang, sedang-berat lah. Fleebitis itu kalau dari perawat, dari pencarian vena. untuk aseptis-antiseptis dan persiapan sudah bagus.</p> <p>Dari pasien itu massa tubuh yang besar, gemuk, sehingga menyulitkan pencarian vena.</p> <p>(Pada kesalahan dosis obat) mungkin dari kesalahan baca dosis yang ditulis dokter yang merawat. kesalahan akibat lelah.</p> <p>Kesalahan Dokter) berkaitan dengan kesalahan dosis obat, ada, kesalahan hitung dosis terapi.</p> <p>Berkaitan dengan KTD kesalahan pembacaan resep) salah membaca instruksi dokter. perawat jadi kurang teliti (kesalahan pembacaan resep) bila terjadi fatal, ya, berat.</p> <p>(Dari) petugas farmasi, salah membaca jenis obat</p> <p>Penyebabnya salah membaca tulisan dokter</p> <p>(Kesalahan Dokter) penulisan resep tidak jelas.</p> |
| 2.             | Apa saja penyebab dari setiap masalah  | (flebitis akibat penusukan berulang) kalau dari perawat  |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Koordinator Rawat Inp

| No. | Variabel  | Hasi Wawancara  |
|-----|---|---|
|     | tersebut, dan seberapa sering masalah tersebut terjadi?   | <p>karena perawatnya kurang pengalaman, dan satu lagi Kalau dari pasien karena pasiennya banyak gerak, massa tubuh yang besar, gemuk. .(Kejadian penusukan berulang akibat pasien banyak gerak) cukup sering, (kejadian penusukan berulang akibat kurangnya jam terbang perawat), selalu terjadi</p> <p>(kesalahan baca dosis obat). karena jumlah perawat yang terbatas, kesalahan akibat lelah faktor yang paling sering. jarang terja.di sih, namun dapat terjadi di ruang rawat inap. Karena ilmu dokter terlalu lama, kurang diperbarui. Keparahannya berat/fatal.</p> <p>(kesalahan pembacaan resep) karena terlalu banyak jumlah pasien rawat inap sehingga perawat jadi kurang teliti (Kelebihan beban kerja perawat tersebut) jarang atau agak sering terjadi</p> <p>(tulisan dokter yang tidak jelas) jarang terjadi Memang bawaan pribadi dokterny masing-masing</p>   |
| 3.  | Sudah adakah mekanisme identifikasi dan pengendalian yang dapat mencegah masalah tersebut untuk terjadi? Berapa besarkah kemampuan mekanisme pengendalian tersebut dalam mencegah penyebab masalah tersebut timbul? | <p>(Flebitis)(Pasien banyak gerak dapat dicegah) dengan meminta bantuan keluarga atau perawat, belum pernah sih sampai pasien butuh sedasi.</p> <p>Untuk menanganinya (jam terbang perawat yang kurang), pasien-pasien yang pencarian vena-nya mudah diberikan kepada perawrat yang masih belum berpengalaman di bawah pengawasan perawat yang lebih senior. (Keberhasilan pelatihan perawat dalam mencegah flebitis) sebenarnya tergantung perawatnya, namun cukup berhasil, sebenarnya baru ada rencana pelatihan, belum ada, belum diterapkan di sini tergantung kesadaran dari perawat itu sendiri, apakah mau belajar.</p> <p>(Untuk mengatasi masalah bentuk badan pasien) biasanya meminta perawat senioratau perawat ICU, (metode ini) diterapkan di RS ini, (biasanya) berhasil kok untuk mengatasi itu. Bantuan keluarga/perawat lain dalam memegangi pasien) selalu berhasil mencegah.</p> <p>(Mekanisme pengendalian kesalahan dosis akibat kurangnya</p> |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Koordinator Rawat Inp

| No.            | Variabel   | Hasi Wawancara   |
|----------------|--|--|
|                |  | <p>pengetahuan dokter) di sini paling hanya pelatihan. Untuk pelatihan dokter spesialis kurang tahu, hanya pelatihan dokter umum saja. Dokter yang ga update ilmunya hanya satu dua orang, jadi sangat jarang ya.</p> <p>(Kesalahan pembacaan resep) karena jarang, belum ada pencegahan khusus, biasanya mereka konfirmasi ke dokter spesialis, selalu berhasil. (Mekanisme pengendalian untuk ketidaktepatan perawat) sejauh ini belum ada sih. untuk mencegah hal itu (kesalahan pembacaan resep oleh petugas farmasi) terjadi, dilakukan cek ulang</p>   |
| <b>Improve</b> |  |  |
| 1.             | Berdasarkan matriks FMEA, didapati beberapa penyebab masalah yang memiliki skor tiga besar, apa saja solusi untuk mencegah masalah tersebut untuk terjadi? | <p>Yang pertama, tentang perawat, itu juga mungkin kita sebagai dokter di ruangan maupun di IGD kurang memperhatikan. Nanti kedepannya, dokter ruangan / dokter IGD lebih berperan aktif setiap tindakan-tindakan medis perawat seperti pemasangan infus atau tindakan-tindakan medis lainnya. Terus yang untuk masalah asepsis, saya kira hampir sama ya jalan keluarnya..</p> <p>(ketiadaan sabun) Yang sabunya, kalau untuk sabun di tiap wastafel, itu nanti kita coba kerja sama dengan perawat-perawat ruangan khususnya yang menerima atau yang mengantar operan-operan pasien yang dirawat inap. Sehingga nanti setiap pasien yang akan dirawat inap akan diberi penjelasan untuk prosedural-prosedural di RS yang perlu diketahui oleh pasien. Kayak tempat cuci botol di mana, terus fungsinya wastafel apa. (cara lain) ya mungkin bisa pakai tempat yang menempel langsung di tembok ya. Sama paling dipasang ini sih sedikit ya semacam kertas peringatan</p> |
| 2.             | Solusi apakah yang menurut anda paling tepat dan dapat menyelesaikan sebagian besar atau seluruh masalah tersebut?   | <p>Dokter ruangan / dokter IGD lebih berperan aktif setiap tindakan-tindakan medis perawat</p> <p>paling bagus ya itu ya dari awal nerima pasien, pasien dijelaskan mana yang tidak boleh mana yang boleh digunakan.</p>   |
| 3.             | Apa saja sumber daya yang dibutuhkan untuk penerapan solusi tersebut?  | <p>sebenarnya sih kalau kayak gitu kan diperuntukkan sebenarnya sudah ada beberapa dokter yang sudah ikut pelatihan inok ya itu nanti kita coba sharing dengan dokter-dokter yang belum mengikuti pelatihan. Dari situ juga kita</p>   |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Koordinator Rawat Inp

| No.            | Variabel  | Hasi Wawancara   |
|----------------|---|--|
|                |   | bisa sharing ke perawat-perawat di ruang perawatan maupun emergency atau ICU.  |
| 4.             | Bagaimana dengan biaya yang dibutuhkan untuk solusi tersebut?                               | (pengawasan langsung) Secara biaya mungkin akan tidak terlalu memberatkan, karena ini akan memmakai dari anggota rumah sakit sendiri, jadi menurut saya tidak akan memberatkan. Kalau untuk pelatihan-pelatihan itu nanti masih bisa masuk dalam rencana ya, tapi nanti. Tapi untuk pelatihan-pelatihan masih nanti.<br>(penjelasan keluarga pasien) kalau untuk sementara mungkin by voice aja dulu lah (tidak perlu checklist)   |
| 5.             | Siapa saja kah yang dapat menjadi anggota tim uji dalam upaya implementasi solusi tersebut? | Itu, selain kepala keperawatan yang mengawasi, kita sebagai dokter IGD yang berperan langsung di ruangan turut mengawasi juga. Sama nanti jangan lupa mengingatkan perawat-perawat itu. kalau kita sih yang paling tepat IGD ya. Karena itu lini pertama yang menerima pasien, dari situ nanti kita lihat.<br>(untuk penjelasan pasien di ruangan) Mungkin yang ruangan perawatannya paling banyak, mungkin (perawat) ruang maternal sama anak ya terutama.  |
| <b>Control</b> |   |  |
| 1.             | Bagaimana kelebihan dan kekurangan dari solusi yang Anda pilih?                             | (pengawasan langsung) menambah pengetahuan kita sebagai dokter. Karena kita sharing ilmu akan ingat lah seperti tindakan-tindakan medis seperti itu<br>(weakness-pengawasan langsung)<br>Cuma ya kekurangannya ya tidak selalu ada waktu untuk mengawasi terus. Karena kita kan ada pasien, dan ada keperluan lain (pengawasan)di ruang rawat) dia emang agak susah. Kalau di ruang perawatan soalnya belum ada dokter ruangan sendiri.<br><br>(penjelasan kepada pasien) kekurangannya mungkin lebih ke arah kedisiplinan perawat ruangan ya. Kayak gitu kan ada yang mau menjelaskan lengkap, ada yang malas-malsan. Tapi kelebihanannya pasien ya lebih tahu (tentang fasilitas RS) |
| 2.             | Apa saja upaya yang dapat Anda lakukan untuk meningkatkan kelebihan dari solusi tersebut?   | Ada sesi di mana rapat itu selesai adalah sesi bergiliran ya, dari tiap ruangan ada perwakilan perawat. Semuanya perwakilan itu diberi seperti semacam penyuluhan penyegaran prosedur gitu. Tiap minggu siapa lagi gilirannya  |

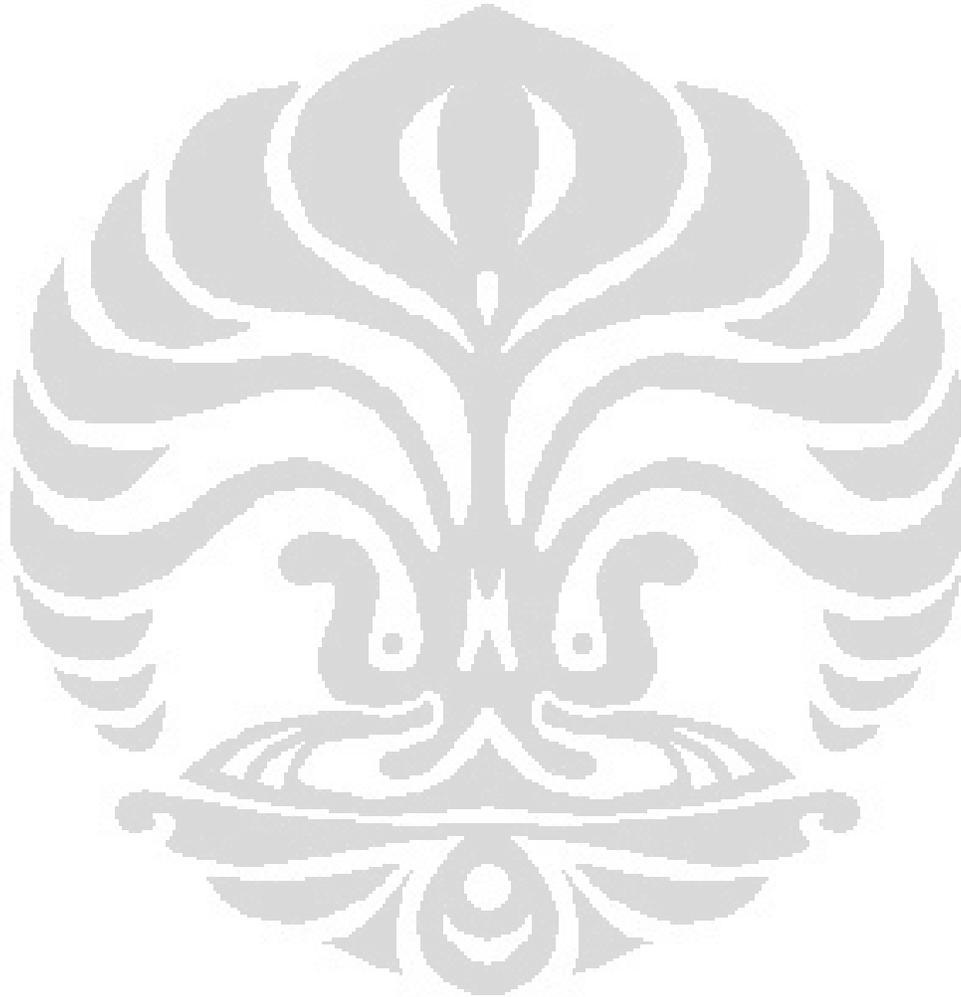


### Matriks Wawancara Mendalam dengan Koordinator Rawat Inp

| No. | Variabel   | Hasil Wawancara  |
|-----|--|--|
|     |  | <p>gitu aja. di rapat mingguan, pasti yang ngawasin pasti nanti dokter yang mungkin kebetulan hari itu jadwalnya tidak padat sekali. Yang pasti ada perwakilan dokter yang mengawasinya sih</p> <p>(meningkatkan tingkat pengetahuan pasien terhadap fasilitas) Kertas-kertas peringatan. Biar lebih lebih terorganisir (penggunaan fasilitas) jadinya. Sesuai dengan fungsinya lah.</p>   |
| 3.  | <p>Apa saja upaya yang dapat Anda lakukan untuk mengurangi kekurangan dari solusi tersebut?</p>  | <p>(kelemahan-pengawasan langsung)</p> <p>untuk meminimalisir biaya, bisa juga sih kita itu ada (pelatihan di) rapat mingguan rumah sakit. (tidak ada dokter jaga ranap)Tapi nanti kita coba deh ke PJ masing-masing ruangan supaya apa namanya mengasih seperti modul. Dari PJ nanti akan sharing ke anggota-anggota di bawahnya. Sementara itu dulu.</p> <p>(dokter tidak selalu dapat mengawasi tindakan perawat)</p> <p>pensosialisasian modul mungkin kita lebih ke arah perawat senior ya yang sudah lama di sini. Nanti kalau misalnya tiap jadwal jaga kan ada perawat senior satu orang ya. Jadi dari situ kalau dokternya kebetulanberhalangan, kita serahkan kita delegasikan ke perawat senior yang waktu itu juga bertugas untuk mengawasi juga.</p> <p>(mengatasi perawat yang hanya sedikit menjelaskan tentang fasilitas) Makannya saya bilang perlu dipasang semacam warning sign di situ ya. Kertas-kertas peringatan. Ditempel gitu di tembok dekat wastafel.</p> |
| 4.  | <p>Bagaimana cara pendokumentasian hasil implementasi solusi yang paling tepat menurut Anda?</p> | <p>jadi kayaknya sulit ya, mungkin nanti kita mengevaluasi bulanan atau per dwimingguan, mungkin nanti perawat-perawat yang sudah dapat pelatihan atau dapat modul atau sosialisasi ya mungkin kita evaluasi. Ya mungkin akan dilakuakn oleh kepala bagian keperawatan. Entah itu berupa kuis, atau berupa ujian. Untuk kedisiplinan mungkin annti ada yang akan mengawasi juga tetapi tidak secara langsung, tapi kita nilai sendiri gimana. Iya, kinerja. Nanti kalau kurang, peneguran akan lewat kepala keperawatan</p> <p>(cara mendokumentasi hasil penempatan sabun), itu nanti kita ini aja. sumber informasinya dari tiap—tiap perawat di ruangan sama itu nanti di bagian pengadaan</p>  |
| 5.  | <p>Apakah solusi tersebut dapat diterapkan</p>   | <p>Untuk unit lain, kalau OK VK itu agak-agak sulit ya,</p>  |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Koordinator Rawat Inp

| No. | Variabel   | Hasi Wawancara   |
|-----|--|--|
|     | ke unit lain? Bila dapat, bagaimana cara penerapannya? | masalahnya itu belum ada dokter ruangan per unit sih, jadi ya mungkin sementara ya kita pakai sosialisasi, modul, sama evaluasi dulu deh. Jadi yang diawasi dulu IGD nanti.<br>(penjelasan fasilitas ruangan) hanya di rawat inap, sih. Kalau di unit lain tidak bisa, karena mereka bukan observasi |



## Lampiran 15

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Koordinator Instalasi Farmasi

| No.   | Variabel   | Hasi Wawancara  |
|---|--|---|
| <b>Program Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika</b> |  |   |
| 1.  | Bagaimana kebijakan, struktur, dan sistem pendukung keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?  | Kalau prosedur tetap sih ada, tapi kalau SOP kan mesti disahkan oleh diterktur. (komite medis di sini) kayaknya belum (berjalan)  |
|   |  | Begitu kita terima resepnya, tidak 'sreg', kita akan konfirmasi, kompromi dengan dokternya  |
| <b>Define</b>   |  |   |
| 2.  | Menurut Anda, bagaimana kinerja pelaksanaan keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?  | Kalau kita sih, parameternya kerja di sini, begitu kita terima resep, kita periksa dulu, obatnya yang kayak mana, jumlahnya yang kayak mana, ydosisnya yang kayak mana, dan kalau ada masalah, kita hubungi Dokter ya. Jadi ada <i>crosscheck</i> .   |
| 3.  | Apa saja kejadian atau masalah dalam keselamatan pasien yang mengakibatkan Anda turun tangan langsung dalam penanganan masalah tersebut?   | Saya suka telepon Dokter, karena saya sebagai pharmacist tahu lah kira-kira (kejanggalaan peresepan). Ketika dokter memberikan alasan yang 'lain' dengan saya, tetapi karena yang mendeteksi kan Dokter, oke, saya terima. Dan itu kan jadi tanggung jawab dokter. Dan saya memutuskan, ya sudah, kerjakan sesuai resep yang diberikan Dokter |
| 4.  | Bagaimana pendapat Anda tentang beberapa KTD yang tergolong KTD risiko tinggi di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika berdasarkan kuesioner yang diedarkan kepada pasien dan pegawai? | Kalau yang salah bagaimana (dosis/pembacaan resep) sih nggak. Kalau agak banyak, polifarmasi sih.   |
| <b>Measure</b>  |  |   |
| 1.  | Dari KTD tersebut, KTD manakah yang menurut Anda perlu mendapat perhatian paling besar untuk dicegah/ditangani?  | Yang paling ditakuti ya dosis berlebih.   |
| 2.  | Bagaimanakah proses dari pelayanan yang dapat memungkinkan terjadinya KTD tersebut ditinjau dari pendekatan input-proses-output tiap langkah pelayanan?                                | Dari pengambilan obat sesuai yang tertera di resep, nanti setelah itu disiapkan di sini, begitu sudah diracik pun sama, nanti yang mengetik dan sebagainya masih diperiksa lagi sampai saat mau menyerahkan. Seperti itu sih. Biasanya sih (sekali shift) dua sampai tiga orang. Tapi ada pengawasan apoteker.                                |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Koordinator Instalasi Farmasi

| No.            | Variabel   | Hasi Wawancara   |
|----------------|--|--|
|                |  | (Resep) bila tidak jelas kan kita sudah tau kebiasaan Dokter   |
| 3.             | Bagaimana keterkaitan setiap input dari proses tersebut terhadap kemungkinan /kekerapan terjadinya KTD dan Dampak KTD? | (faktor pengetahuan dokter akan dosis obat) sangat terkait,ya<br>(Kelengkapan parameter resep )Pertama umur, berat badan, suhu juga, karena itu pertimbangan kenapa sih dokternya pakai paracetamol, atau ibuprofen, misalnya. Itu kan penting banget<br>(kesalahan pembacaan resep) si A di petugas depan,misaln ya dia tidak tahu, bingung (mengenai apa yang tertera di resep).   |
| <b>Analyze</b> |  |  |
| 1.             | Apa saja model kesalahan yang dapat dilakukan oleh setiap input tersebut, dan berapa besar dampak yang diberikan ?     | Kalau tulisannya nggak jelas sih nggak, tapi saat kami berkompromi dengan Dokter. Dokter itu kan tidak mau didikte. Berapa orang yang tidak jelas, ada yang memang tulisan jelek banget. Contohnya ada dokter yang menyingkat paracetamol.. 'p' sama 'l'.<br>Dokter tidak <i>identify</i> dengan berat badan atau parameter yang jelas<br>(kesalahan pembacaan resep) si A di petugas depan,misaln ya dia tidak tahu, bingung (mengenai apa yang tertera di resep). Apabila telfon tidak diangkat, biasanya sih kita mencari. . Tapi jarang banget |
| 2.             | Apa saja penyebab dari setiap masalah tersebut, dan seberapa sering masalah tersebut terjadi?                          | Mungkin dokter belum berpengalaman. yang sering sih, sediaan (tidak hafal). Mungkin karena mereka sibuk, banyak. Berapa orang yang tidak jelas, ada yang memang tulisan jelek banget. Kebiasaan Dokter.  |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan Koordinator Instalasi Farmasi

| No. | Variabel  | Hasil Wawancara   |
|-----|---|---|
| 3.  | Sudah adakah mekanisme identifikasi dan pengendalian yang dapat mencegah masalah tersebut untuk terjadi? Berapa besarkah kemampuan mekanisme pengendalian tersebut dalam mencegah penyebab masalah tersebut timbul? | <p>Kalau ada masalah, kita hubungi Dokter. ada <i>crosscheck</i> dari pengambilan obat sesuai yang tertera di resep.</p> <p>Alhamdulillah tidak terima resep dari luar, kalau dari 'dalam' itu kan kita sudah tau kebiasaan Dokter. begitu kita melihat (apabila petugas apotik bingung akan tulisan dokter), nanti kan di belakang ada temen-temennya, jadi bisa ditanyakan. Nanti misalnya tetap tidak tahu, dia pasti akan hubungi dokter yang bersangkutan.</p> |

## Lampiran 16

### Matriks Wawancara Mendalam dengan PJ Ruang Rawat Inap

| No.   | Variabel  | Hasi Wawancara   |
|---|---|--|
| <b>Keselamatan Pasien Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika</b> |   |  |
| 1   | Bagaimana strategi upaya keselamatan pasien yang telah berjalan di RSIA Anna Medika   | Dokter biasanya memberi tahu “Obat nya ‘ini’ ya, kasih ‘ini’, kasih ‘ ini’, ini resep(nya)!”, nah, teman-teman perawat menulis di buku ekspedisi. Jadi mmisalnya amroxan berapa, berapa kali berapa, jumlahnya berapa, dengan nama pasiennya, nomer RM nya, Kalau kita mendampingi (dokter) kita akan tahu apa sih obatnya. Misalnya ‘ini obatnya nggak ada ya!”, atau “Mbak, ini tadi obatnya apa?” dari farmasi, kita bisa melihat catatan |
| <b>Define</b>   |   |  |
| 1.  | Menurut Anda, bagaimana kinerja pelaksanaan keselamatan pasien di RSIA Anna Medika?   | Kalau di sini, masih kurang, kurang seperti tempat tidurnya. Di sini kan banyak pasien anak, kalau pasien anak kan tempat tidurnya harus tersendiri, kalau di sini kan tempat tidurnya besar, tidak ada pinggirannya. Kalau di sini seperti itu. Dan menurut saya sih agak kurang, tapi tidak tahu, ada yang ada, ada yang tidak. Kalau itu, biasanya kita masukkan ke inok.   |
| 2.  | Berdasarkan pengalaman Anda, masalah dalam keselamatan pasien yang paling sering atau yang paling besar yang pernah terjadi pada Instalasi Rawat Inap?  | Paling sering copot aja, bocor. Kalau bocor itu kan dari selang infus ya, sambungan dengan abocathnya. ). Berdasarkan pengalaman bekerja di sini, kejadian paling fatal di sini tidak ada. Alhamdulillah. Kecuali memang kondisinya sudah jelek.   |
| 3.  | Bagaimana respon pihak manajemen tingkat atas seperti kepala bagian pelayanan medik, kepala bidang pelayanan medik dan keperawatan, komite medik, dan direktur mengenai masalah keselamatan pasien tersebut? Bagaimana respon pihak manajemen tingkat atas seperti kepala bagian pelayanan medik, kepala bidang pelayanan medik dan keperawatan, komite medik, dan direktur mengenai masalah keselamatan pasien | Biasanya kita masukkan ke inok. (Apakah biasanya ada respon dari Kabid?). biasanya diobservasi dulu.   |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan PJ Ruang Rawat Inap

| No.            | Variabel   | Hasi Wawancara  |
|----------------|--|---|
|                | tersebut?  |   |
| 4.             | Bagaimana pendapat Anda tentang beberapa KTD yang tergolong KTD risiko tinggi di Instalasi Rawat Inap RSIA Anna Medika berdasarkan kuesioner yang diedarkan kepada pasien dan pegawai? | <p>Kalau menurut saya, yang dikuatirkan kan beda dengan yang dikuatirkan orang tua. Kalau dosis kan alhamdulillah di sini kan nggak, nggak sampai salah obat.</p> <p>Kalau flebitis ada, paling hanya satu dua.. Selama ini sih (menurut pengalaman, kelebihan dosis) itu nggak (pernah terjadi).</p>   |
| <b>Measure</b> |  |   |
| 1.             | Dari KTD tersebut, KTD manakah yang menurut Anda perlu mendapat perhatian paling besar untuk dicegah/ditangani?  | pasien jatuh  |
| 2.             | Bagaimana keterkaitan setiap input dari proses pelayanan terhadap kemungkinan /kekerapan terjadinya KTD dan Dampak KTD?  | <p>Flebitis, biasanya ada pengaruh (dari faktor perawat / petugas lab). (dari petugas lab) pengaruhnya sedang. Kalau dari perawat, pengaruhnya sedikit. Kalau obat cukup berpengaruh dengan flebitis. Kalau dari pasien sendiri, (pasien) anak.</p> <p>(Kesalahan dosis dan kesalahan pembacaan resep) itu betul (urusan dokter)</p>  |
| <b>Analyze</b> |  |   |
| 1.             | Apa model kesalahan yang dapat dilakukan oleh setiap input tersebut, dan berapa besar dampak yang diberikan ?  | <p>Kalau dari flebitis dampaknya sedang Kalau petugas lab ya ada sih, cara pengambilan yang salah. Kalau dari perawat, penyuntukan itu kan dari infus. Kalau dari petugas lab kan langsung ke vena.</p> <p>(perawat) Seharusnya pasang infus sih pakai hand scoen, tapi kalau pakai, kita suka susah meraba vena. Jadi sebelah pakai handscoen sebelah nggak.</p> <p>Kalau yang sudah mahir ga masalah Kadang-kadang biru itu tangannya (akibat penusukan berulang). Yang sering kan kita terima dari bawah, dari UGD.dengan kata lain seperti itu. Tergantung posisinya, cara kita menginfusnya.</p> <p>(Flebitis akibat faktor pasien). Karena macet, kita spool, karena darahnya menggumpal.</p> |

### Matriks Wawancara Mendalam dengan PJ Ruang Rawat Inap

| No.            | Variabel  | Hasi Wawancara  |
|----------------|---|---|
|                |   | Salah dosis ya sangat besar sekali. Kalau salah baca resep besar juga itu (dampaknya), bisa salah kasih obat juga.  |
| 2.             | Apa saja penyebab dari setiap masalah tersebut, dan seberapa sering masalah tersebut terjadi?   | <p>(Flebitis).</p> <p>Kalau yang sudah mahir ga masalah. Hanya kadang-kadang biru itu tangannya (akibat penusukan berulang). Yang sering kan kita terima dari bawah, dari UGD.dengan kata lain seperti itu. Jarang sih, jarang nbanget, tapi ada.</p> <p>Kalau dari pasien sendiri, anak,ya. Kalau anak kan suka bergerak-bergerak kalau banyak gerak kan infusannya macet. Kalau (petugas lab) yang sudah mahir (teknik pengambilannya) ga masalah.</p> <p>Pemberian biknat secara bolus itu jarang</p> <p>Jumlah wastafel di sini, setiap ruangan ada ya, menurut saya cukup. Sabun hand soap setiap ruangan ga ada. Adanya Cuma di wastafel sini aja. Karena kalau kita taruh, suka dibuat cuci botol susu. Kalau mau tindakan, kita cuci tangan dari luar.</p> <p>(kesalahan pembacaan resep).<br/>tidak semua. (tulisan dokter yang jelek) setau saya dokter anak sih tidak ada. Masih bisa kita baca. Mungkin Dokter S aja.</p> |
| 3.             | Sudah adakah mekanisme identifikasi dan pengendalian yang dapat mencegah masalah tersebut untuk terjadi? Berapa besarnya kemampuan mekanisme pengendalian tersebut dalam mencegah penyebab masalah tersebut timbul? | <p>(flebitis)</p> <p>Biasa kalau anak kecil (banyak gerak), ibunya diminta untuk menjagai, itu kadang-kadang berhasil, kadang-kadang tidak</p> <p>(Kesalahan pembacaan resep)</p> <p>Kadang kita tanya ulang kalau seperti itu. Buku register obat ditulis pas pasien baru, pasien masuk</p>  |
| <b>Improve</b> |   |   |
| 1.             | Berdasarkan wawancara dengan pihak  | (Penyediaan tempat sabun yang ditempel)   |



### Matriks Wawancara Mendalam dengan PJ Ruang Rawat Inap

| No.            | Variabel   | Hasi Wawancara  |
|----------------|--|---|
|                | manajemen, dipilih solusi yang akan diterapkan. Kapankah kira-kira solusi tersebut mulai dapat diterapkan? | kayaknya sih bisa saja. (segera dilakukan)<br>(Penjelasan pasien untuk fasilitas ruangan).<br>Mungkin saja sih. (segera dilakukan)<br>(Pengawasan langsung Dokter) perlu sih, tapi kalau memang pasiennya saat itu perlu segera dan saat itu tidak ada dokter ya apa boleh buat, tetap kita lakukan.  |
| <b>Control</b> |  |   |
| 1.             | Bagaimana kelebihan dan kekurangan dari solusi yang terpilih?  | Kalau kelebihan (tempat sabun yang menempel) lebih gampang.<br>(Penjelasan fasilitas ke keluarga pasien)<br>Kesulitannya, mungkin kalau pasien sedikit sih kita tidak terlalu 'ini' ya, tapi kalau pasien banyak, repot juga<br><br>(Pengawasan langsung Dokter) Kalau menunggu dokter, kapan datangnya. Karena belum ada dokter ruangan. Lagian kalau ada dokter ruangan pun, kalau pasang kateter dan sebagainya, bisa kita lakukan sendiri. Dokter kan, belum tentu dokternya paham betul apa yang akan dilakukan. |
| 2.             | Apa saja upaya yang dapat Anda lakukan untuk meningkatkan kelebihan dari solusi tersebut?                  | (Tempat sabun yang menempel di dinding wastafel) , kalau sabun cair lebih enak lagi.  |
| 3.             | Apa saja upaya yang dapat Anda lakukan untuk mengurangi kekurangan dari solusi tersebut?                   | (Penjelasan fasilitas ke keluarga pasien, dibantu dengan engan tanda larangan) Yang bikin sebaiknya bagian umum. Peermintaan sih dari perawatnya, minta dibuatkan seperti itu, Nanti kita akan menerapkan (mengingatkan kembali pasien).<br><br>(Kesulitan penerapan pengawasan Dokter) Jadi kita melakukan tindakan itu berdua. Kalau misalnya perawat yang satu sedang tidak terlalu sibuk, ya, kita bisa berdua.   |



Lampiran 17

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER PERSEPSI PEGAWAI

| No.       | P1    | P2    | P3    | P4    | P5    | P6    | P7    | P8    | P9    | P10   | P11   | P12   | P13   | I |  |  |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|--|--|
| 14        | 1     | 1     | 2     | 1     | 1     | 1     | 1     | 2     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     |   |  |  |
| 4         | 2     | 2     | 2     | 2     | 1     | 1     | 2     | 3     | 3     | 3     | 2     | 3     | 2     |   |  |  |
| 5         | 1     | 2     | 3     | 1     | 2     | 1     | 1     | 1     | 1     | 2     | 1     | 1     | 1     |   |  |  |
| 6         | 1     | 2     | 2     | 1     | 2     | 1     | 1     | 1     | 2     | 2     | 2     | 1     | 1     |   |  |  |
| 9         | 1     | 1     | 2     | 1     | 1     | 1     | 1     | 1     | 2     | 1     | 1     | 1     | 1     |   |  |  |
| 10        | 1     | 1     | 2     | 1     | 1     | 1     | 1     | 2     | 2     | 1     | 1     | 1     | 1     |   |  |  |
| 16        | 1     | 3     | 3     | 3     | 3     | 3     | 3     | 3     | 3     | 3     | 3     | 2     | 2     |   |  |  |
| corel     | 0,41  | 0,91  | 0,53  | 0,95  | 0,68  | 0,78  | 0,95  | 0,73  | 0,78  | 0,94  | 0,93  | 0,77  | 0,93  |   |  |  |
| t-hitung  | 1,97  | 9,82  | 2,73  | 13,49 | 4,04  | 5,51  | 13,49 | 4,60  | 5,35  | 12,12 | 10,69 | 5,31  | 10,76 |   |  |  |
| t-tabel   | 1,73  |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |   |  |  |
| VALIDITAS | valid | valid | valid | valid | valid | valid | valid | valid | valid | valid | valid | valid | valid | v |  |  |

| No.                                  | P1    | P2   | P3   | P4   | P5   | P6   | P7   | P8   | P9   | P10  | P11  | P12  | P13  | P14  | F |
|--------------------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| 1                                    | 1     | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1 |
| 2                                    | 1     | 1    | 2    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1 |
| 3                                    | 1     | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1    | 3    | 2    | 2    | 3    | 2    | 2    | 2    | 3 |
| 4                                    | 2     | 2    | 2    | 2    | 2    | 1    | 1    | 2    | 3    | 3    | 3    | 2    | 3    | 2    | 1 |
| 5                                    | 1     | 1    | 2    | 3    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1 |
| 6                                    | 1     | 1    | 2    | 2    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 2    | 2    | 2    | 1    | 1    | 1 |
| 7                                    | 1     | 1    | 2    | 3    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1 |
| 8                                    | 1     | 1    | 1    | 3    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 2    | 3 |
| 9                                    | 1     | 1    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1 |
| 10                                   | 1     | 1    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1 |
| 11                                   | 1     | 1    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 1    | 1 |
| 12                                   | 1     | 1    | 1    | 3    | 1    | 1    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1 |
| 13                                   | 1     | 1    | 1    | 3    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 3    | 1    | 1 |
| 14                                   | 1     | 1    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1 |
| 15                                   | 1     | 1    | 2    | 3    | 1    | 2    | 1    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 2    | 1    | 2 |
| 16                                   | 1     | 1    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 2    | 2    | 2 |
| 17                                   | 2     | 1    | 3    | 3    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 1    | 2    | 1    | 1 |
| 18                                   | 5     | 1    | 3    | 4    | 4    | 1    | 4    | 2    | 3    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 2 |
| 19                                   | 1     | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1 |
| 20                                   | 3     | 1    | 2    | 4    | 1    | 2    | 1    | 1    | 2    | 1    | 1    | 1    | 1    | 2    | 1 |
| 21                                   | 2     | 1    | 1    | 3    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 1 |
| Var Xi                               | 0,96  | 0,51 | 0,86 | 0,63 | 0,31 | 0,59 | 0,45 | 0,56 | 0,46 | 0,56 | 0,31 | 0,46 | 0,19 | 0,43 |   |
| Var Total                            | 52,13 |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |   |
| Reabilitas                           | 0,89  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |   |
| Kategori: realibilitas sangat tinggi |       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |   |

## Lampiran 18

### PROPOSAL PROGRAM PENGAWASAN LANGSUNG KEGIATAN CUCI TANGAN DAN PROSEDUR PEMASANGAN INFUS

#### 1. Latar Belakang

Pada era globalisasi, persaingan pelayanan kesehatan semakin tinggi. Untuk meningkatkan mutu dan kinerja organisasi, evaluasi dan perbaikan terus menerus harus dilakukan oleh organisasi tersebut. Rumah Sakit sebagai salah satu perwujudan dari organisasi juga harus melakukan perbaikan terus menerus. Salah satu upaya peningkatan mutu di Rumah Sakit adalah dengan menjalankan Program Keselamatan Pasien (*Patient Safety*). *Patient safety* menurut Panduan Nasional Keselamatan Pasien dari Departemen Kesehatan (sekarang Kementerian Kesehatan) RI merupakan program menjaga mutu dengan cara membuat asuhan pasien lebih aman.

Akhir-akhir ini, *patient safety* merupakan isu yang diperhatikan dalam penyelenggaraan Rumah Sakit. Keselamatan pasien di Indonesia diatur dalam Undang-Undang no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Sekitar 100.000 kematian terjadi di Amerika Serikat akibat Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), dan 50% dari kematian tersebut masih dapat dicegah. Di Indonesia, dengan maraknya gugatan malpraktek tersebut, Rumah Sakit perlu menerapkan program keselamatan pasien agar terhindar dari masalah tersebut, sekaligus meningkatkan mutu, efisiensi, dan efektifitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Upaya keselamatan pasien di RS harus dilaksanakan secara terpadu, melibatkan berbagai disiplin, melibatkan seluruh karyawan Rumah Sakit, baik tenaga kesehatan maupun non kesehatan.

Kegiatan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien merupakan kunci pencegahan infeksi nosokomial. Hingga saat ini, kepatuhan untuk mencuci tangan di tenaga kesehatan masih rendah. Berbagai penelitian menunjukkan upaya pengawasan langsung dan umpan balik berkala meningkatkan kepatuhan cuci tangan di petugas kesehatan secara bermakna.

Penelitian ini menemukan KTD yang memiliki derajat risiko tertinggi di RS Anna Medika adalah KTD flebitis. Setelah dilakukan berbagai analisa, penyebab utama flebitis di RS Anna Medika adalah ketidakdisiplinan dalam menjalankan prosedur sehingga petugas kesehatan tidak cuci tangan sebelum melakukan pemasangan infus, serta teknik aseptis antiseptis yang salah dari petugas kesehatan. Oleh karena itu, perlu dilakukan program untuk meningkatkan kepatuhan cuci tangan dan memastikan prosedur aseptis antiseptis yang tepat.

## 2. Nama Program

Pengawasan Langsung Kegiatan Cuci Tangan dan Prosedur Asepsis Antiseptis Pemasangan Infus

## 3. Bentuk Kegiatan

Kegiatan ini dilakukan dengan cara menyelenggarakan pengawasan langsung bagi para petugas dengan cara:

- a. Mengingatkan petugas untuk cuci tangan apabila mereka belum mencuci tangan saat akan melakukan tindakan.
- b. Memastikan cuci tangan dilakukan dengan menggunakan sabun.
- c. Memastikan cuci tangan yang dilakukan sudah sesuai dengan kaidah yang ditetapkan.
- d. Mengingatkan petugas yang memegang bagian tubuh tempat akan dilakukan pemasangan infus untuk melakukan antiseptis atau pengusapan ulang bagian tersebut dengan kapas alkohol sebelum melanjutkan tindakan pemasangan infus.

Pengawasan dilakukan oleh PJ shift yang bertugas, yang melaporkan hasil pengawasan kepada kepala ruangan. Kepala ruangan akan melaporkan progress program setiap bulan dalam evaluasi berkala di *morning meeting*.

## 4. Jangka Waktu Program

Program ini akan dijalankan dalam jangka waktu satu tahun, dengan evaluasi berkala setiap bulan di *morning meeting*.

## 5. Sasaran Program

Sasaran dari program ini adalah seluruh perawat yang melakukan pemasangan infus, di Instalasi Rawat Inap RS Anna Medika dan di Instalasi tempat pemasangan infus sebelum pasien pindah ke rawat inap yaitu Instalasi Gawat Darurat dan Kamar Bersalin.

## 6. Tujuan Program

### a. Tujuan Umum

Tujuan umum program ini adalah meningkatkan keselamatan pasien di RSIA Anna Medika dengan memperkecil risiko terjadinya flebitis.

### b. Tujuan Khusus

Tujuan khusus program ini adalah untuk:

- Meningkatkan kebiasaan mencuci tangan sebelum melakukan tindakan
- Meningkatkan kebiasaan mencuci tangan dengan sabun
- Meningkatkan kegiatan cuci tangan yang benar sesuai dengan kaidah yang ditentukan
- Menjamin dilakukannya teknik aseptis antiseptis yang tepat.

## 7. Manfaat Program

### a. Bagi RS Anna Medika

Pelaksanaan program ini dapat meningkatkan kebiasaan cuci tangan di kalangan petugas kesehatan. Dengan meningkatnya kebiasaan cuci tangan, diharapkan angka infeksi nosokomial menurun. Penurunan angka infeksi nosokomial tersebut meningkatkan keselamatan pasien di RS Anna Medika.

### b. Bagi Sasaran

Bagi petugas, kegiatan ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan akan teknik cuci tangan, dan teknik aseptis antiseptis yang tepat dengan adanya masukan dari pengawas. Selain itu, kegiatan ini akan melatih kedisiplinan petugas dalam menjalankan prosedur.

### c. bagi Pengawas

Bagi pengawas, kegiatan ini diharapkan dapat menyegarkan pengetahuan akan teknik cuci tangan, dan teknik aseptis antiseptis yang tepat.

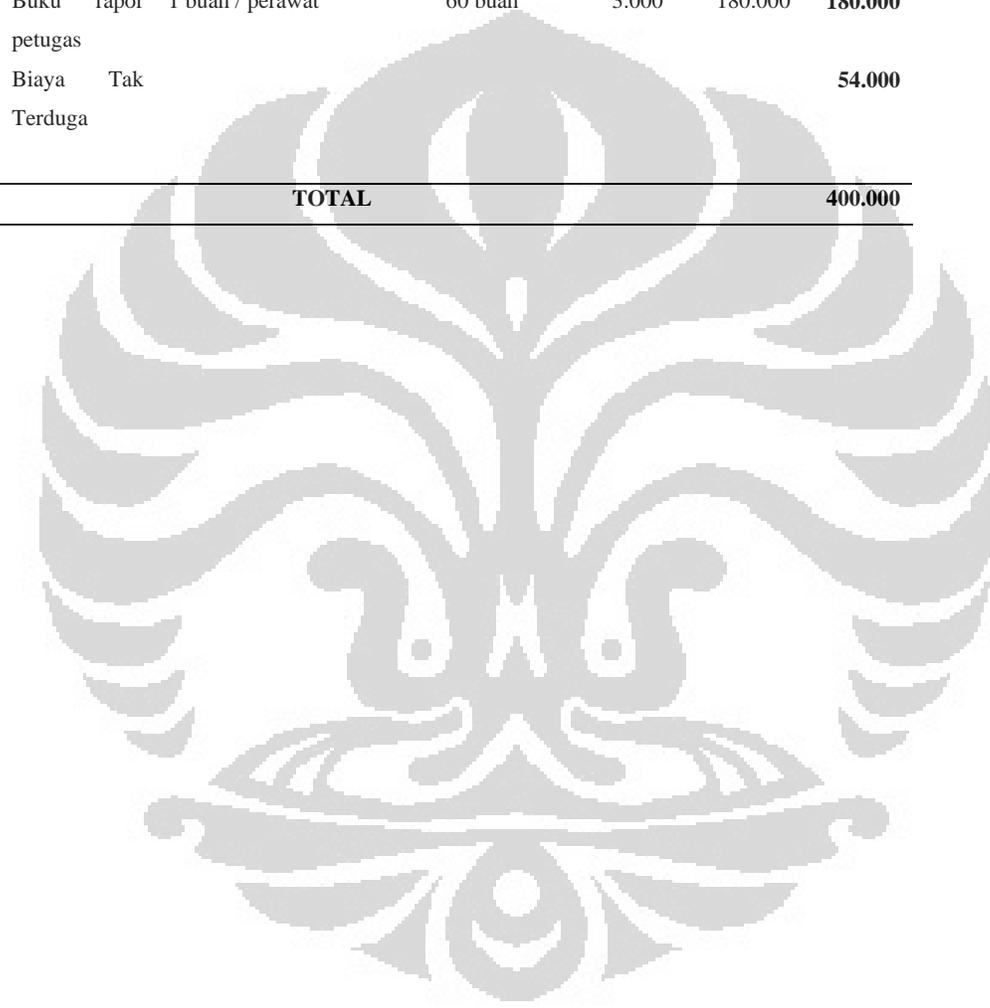
## 8. Anggaran biaya

Tabel 6.8 Anggaran Biaya Program Pengawasan Langsung Kegiatan Cuci Tangan dan Prosedur Aseptis Antiseptis Pemasangan Infus

| No. | Kegiatan          | Rincian  | Jumlah          | Harga Satuan (Rp) | Subtotal (Rp)   | Total (Rp)    |
|-----|-------------------|--|-----------------|-------------------|-----------------|---------------|
| 1.  | Penyiapan modul   | Pembuatan master modul<br>Penggandaan dan penjilidan modul   | 2 lbr<br>10 set | 1.000<br>5.000    | 2.000<br>50.000 | <b>52.000</b> |
| 2.  | Sosialisasi Modul | Menjadi satu dengan kegiatan <i>morning meeting</i>          |                 | 0                 | 0               | <b>0</b>      |
| 3.  | Evaluasi berkala  | Pembuatan laporan tertulis (1 lembar x 7 ruangan x 12 bulan) | 84 lembar       | 1.000             | 84.000          | <b>84.000</b> |

Tabel 6.8 Anggaran Biaya Program Pengawasan Langsung Kegiatan Cuci Tangan dan Prosedur Asepsis Antiseptis Pemasangan Infus

| No.          | Kegiatan           | Rincian                          | Jumlah  | Harga Satuan (Rp) | Subtotal (Rp) | Total (Rp)     |
|--------------|--------------------|----------------------------------|---------|-------------------|---------------|----------------|
|              |                    | Perlengkapan penyimpanan laporan | 1       | 30.000            | 30.000        | <b>30.00</b>   |
| 4.           | Buku rapor petugas | 1 buah / perawat                 | 60 buah | 3.000             | 180.000       | <b>180.000</b> |
| 5.           | Biaya Terduga      | Tak                              |         |                   |               | <b>54.000</b>  |
| <b>TOTAL</b> |                    |                                  |         |                   |               | <b>400.000</b> |





## Lampiran 19

### **PROPOSAL PROGRAM PENYEDIAAN SABUN CAIR DISERTAI LABEL PERINGATAN PENGGUNAAN WASTAFEL DI SETIAP RUANGAN RAWAT INAP**

#### 1. Latar Belakang

Pada era globalisasi, persaingan pelayanan kesehatan semakin tinggi. Untuk meningkatkan mutu dan kinerja organisasi, evaluasi dan perbaikan terus menerus harus dilakukan oleh organisasi tersebut. Rumah Sakit sebagai salah satu perwujudan dari organisasi juga harus melakukan perbaikan terus menerus. Salah satu upaya peningkatan mutu di Rumah Sakit adalah dengan menjalankan Program Keselamatan Pasien (*Patient Safety*). *Patient safety* menurut Panduan Nasional Keselamatan Pasien dari Departemen Kesehatan (sekarang Kementerian Kesehatan) RI merupakan program menjaga mutu dengan cara membuat asuhan pasien lebih aman.

Akhir-akhir ini, *patient safety* merupakan isu yang diperhatikan dalam penyelenggaraan Rumah Sakit. Keselamatan pasien di Indonesia diatur dalam Undang-Undang no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Sekitar 100.000 kematian terjadi di Amerika Serikat akibat Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), dan 50% dari kematian tersebut masih dapat dicegah. Di Indonesia, dengan maraknya gugatan malpraktek tersebut, Rumah Sakit perlu menerapkan program keselamatan pasien agar terhindar dari masalah tersebut, sekaligus meningkatkan mutu, efisiensi, dan efektifitas pelayanan kesehatan yang diberikan. Upaya keselamatan pasien di RS harus dilaksanakan secara terpadu, melibatkan berbagai disiplin, melibatkan seluruh karyawan Rumah Sakit, baik tenaga kesehatan maupun non kesehatan.

Kegiatan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien merupakan kunci pencegahan infeksi nosokomial. Kegiatan cuci tangan yang dianjurkan adalah cuci tangan dengan menggunakan sabun. Berbagai penelitian menunjukkan angka infeksi nosokomial menurun dengan meningkatkan kegiatan cuci tangan dengan sabun.

Penelitian ini menemukan KTD yang memiliki derajat risiko tertinggi di RS Anna Medika adalah KTD flebitis. Setelah dilakukan berbagai analisa, salah satu penyebab flebitis di RS Anna Medika adalah ketidaktersediaan sabun di tiap wastafel di ruang perawatan. Sabun tidak ditaruh di wastafel ruang perawatan dikarenakan petugas kesehatan sering menemukan keluarga/pengunjung pasien menggunakan sabun tersebut untuk kegiatan selain mencuci

tangan seperti mencuci pakaian atau mencuci botol susu. Oleh karena itu, perlu dilakukan program untuk meningkatkan memfasilitasi penyediaan sabun di setiap wastafel di ruang perawatan sekaligus mengendalikan penggunaannya.

## 2. Nama Program

Program Penyediaan Sabun Cair disertai Label Peringatan Penggunaan Wastafel di Setiap Ruang Rawat Inap

## 3. Bentuk Kegiatan

Program ini dilaksanakan dengan cara menempatkan sabun cair disertai label tanda peringatan di setiap wastafel yang ada di ruang perawatan pasien. Label tersebut merupakan peringatan untuk menggunakan wastafel secara tepat, seperti larangan mencuci botol atau pakaian di wastafel atau petunjuk penggunaan wastafel hanya untuk cuci tangan.

Seluruh petugas baik petugas kesehatan maupun nonkesehatan juga dihimbau untuk menegur pengguna wastafel apabila terjadi penyalahgunaan penggunaan wastafel dan sabun cuci tangan tersebut.

## 4. Jangka Waktu Program

Inisiasi program ini dapat dilaksanakan dalam waktu 1-2 minggu saja. Pemeliharaan program dapat dilakukan hingga seterusnya, dengan mengisi ulang sabun cair yang habis pakai dan mengganti label yang lepas atau hilang.

## 5. Sasaran Program

Sasaran dari penyediaan sabun cair dan penempatan label peringatan ini adalah setiap wastafel di ruang perawatan RS Anna Medika. Adapun jumlah wastafel yang akan dipasang tanda peringatan tersebut sebanyak:

- R. Mawar = 10 buah
- R. Melati = 5 buah
- R. Anggrek = 21 buah
- R. Perinatologi = 1 buah
- R. ICU = 1 buah
- +

TOTAL = 38 buah

## 6. Tujuan Program

### a. Tujuan Umum

Tujuan umum program ini adalah meningkatkan keselamatan pasien di RSIA Anna Medika dengan kegiatan cuci tangan dengan menggunakan sabun untuk mencegah infeksi nosokomial.

### b. Tujuan Khusus

Tujuan khusus program ini adalah untuk:

- Menyediakan fasilitas berupa sabun cair di setiap wastafel
- Upaya efisiensi penggunaan sabun cuci tangan
- Meningkatkan kegiatan cuci tangan dengan sabun

## 7. Manfaat Program

### a. Bagi RS Anna Medika

Pelaksanaan program ini dapat meningkatkan kegiatan cuci tangan dengan sabun baik di kalangan petugas kesehatan maupun di pengunjung/keluarga pasien. Dengan meningkatnya kegiatan cuci tangan dengan sabun tersebut, diharapkan angka infeksi nosokomial menurun. Penurunan angka infeksi nosokomial tersebut meningkatkan keselamatan pasien di RS Anna Medika, sehingga kinerja pelayanan di RS Anna Medika semakin meningkat.

Kegiatan ini juga merupakan upaya efisiensi penggunaan sabun cuci tangan. Dengan adanya tanda peringatan tersebut, diharapkan pengunjung/keluarga pasien tidak menggunakan wastafel dan sabun yang tersedia di wastafel untuk kegiatan selain cuci tangan.

### b. Bagi Petugas Kesehatan

Bagi petugas, kegiatan ini diharapkan dapat memfasilitasi kegiatan cuci tangan dengan menggunakan sabun. Dengan adanya sabun di setiap ruangan, setiap petugas kesehatan dapat melakukan kegiatan cuci tangan langsung di ruang perawatan.

### c. bagi Pasien

Penempatan label tersebut menjadi sumber informasi penggunaan wastafel dan sabun cuci tangan yang tepat guna.

### 8. Anggaran biaya

Tabel 6.9 Anggaran Biaya Program Penyediaan Sabun Cair disertai Label Peringatan Penggunaan Wastafel di Setiap Ruang Rawat Inap

| No.          | Kegiatan            | Rincian  | Jumlah      | Harga Satuan (Rp) | Subtotal (Rp) | Total (Rp)       |
|--------------|---------------------|--|-------------|-------------------|---------------|------------------|
| 1.           | Penyediaan sabun    | Penyediaan sabun cair botol 400mL  | 38 botol    | 16.500            | 627.000       |                  |
|              |                     | Sabun cair isi ulang 375 mL (2,5 ml x 10 kali/pasien x 70 tempat tidur x 50% BOR x 30 hari X 12 bulan) | 1.680 pouch | 4.000             | 6.720.000     | <b>7.347.000</b> |
| 2.           | Penyediaan label    | Print dan fotocopy   | 38 lbr      | 125               | 4.750         |                  |
|              |                     | Laminating   | 38 lbr      | 3000              | 114.000       | <b>118.750</b>   |
| 3.           | Sosialisasi Modul   | Menjadi satu dengan kegiatan <i>morning meeting</i>  | 0           | 0                 | 0             | <b>0</b>         |
| 3.           | Evaluasi berkala    | Menjadi satu dengan evaluasi frekuensi cuci tangan   | 0           | 0                 | 0             | <b>0</b>         |
| 4.           | Biaya tidak terduga |  |             |                   |               | <b>534.250</b>   |
| <b>TOTAL</b> |                     |  |             |                   |               | <b>8.000.000</b> |

Comment [R1]: