

TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**PENYUSUNAN *RISK REGISTER* BERDASARKAN ANALISIS
PATIENT SAFETY DAN *HAZARD RISK* PADA INSTALASI
RAWAT INAP DAN LABORATORIUM
RSUD SUNGAILIAT TAHUN 2012**



**TAPM Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
Gelar Magister Manajemen**

Disusun Oleh :

THEN SUYANTI

NIM. 016121683

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA
JAKARTA
2012**

ABSTRAK

Penyusunan *Risk Register* Berdasarkan Analisis *Patient Safety* dan *Hazard Risk* pada Instalasi Rawat Inap dan Laboratorium RSUD Sungailiat Tahun 2012

THEN SUYANTI

Universitas Terbuka

Rumah sakit merupakan tempat dilakukannya kegiatan pelayanan kesehatan yang mempunyai resiko yang sangat tinggi, baik terhadap pasien maupun terhadap rumah sakit itu sendiri sehingga diperlukan peran manajemen risiko. Penerapan manajemen risiko dalam rumah sakit diharapkan dapat mengurangi risiko yang mungkin terjadi dimasa depan dan bila terjadi insiden maka sudah tersedia alternatif keputusan yang dilihat dari berbagai sisi dilengkapi dengan pengetahuan akan konsekuensi dan dampak yang diakibatkannya. Manajemen risiko adalah suatu pendekatan terstruktur/metodologi dalam mengelola ketidakpastian yang berkaitan dengan ancaman; suatu rangkaian aktivitas manusia termasuk penilaian risiko, pengembangan strategi untuk mengelolanya dan mitigasi risiko dengan menggunakan pemberdayaan/pengelolaan sumberdaya. RSUD Sungailiat sampai saat ini belum memiliki manajemen risiko. Penelitian ini bertujuan untuk menyusun *risk register* berdasarkan analisis *patient safety* dan *hazard risk* pada instalasi rawat inap dan laboratorium RSUD Sungailiat yang merupakan bagian dari manajemen risiko.

Data penelitian diambil pada tahun 2012 dengan ruang lingkup penelitian instalasi rawat inap dan laboratorium. Penelitian ini menggunakan analisis deskripsi dengan metode kualitatif dan statistik deskripsi. Sumber data adalah data primer dengan menggunakan kuesioner sebanyak dua kali dan *focus discussion group*. Kuesioner pertama dibagikan kepada seluruh pegawai di instalasi rawat inap dan laboratorium sebanyak 100 kuesioner. Kuesioner kedua di bagikan kepada kepala ruangan dan dokter sebanyak 21 kuesioner.

Hasil penelitian berdasarkan analisis *patient safety* dari kuesioner laporan insiden sebanyak 16 kejadian. Satu dari 16 kejadian tidak *valid*. Ruangan tempat pasien mengalami kejadian yang terbanyak adalah ruangan kelas tiga. Pasien yang mengalami kejadian paling banyak umur >30-65 tahun. Pasien laki-laki dan perempuan jumlahnya sama banyak. Penanggung biaya pasien paling banyak adalah asuransi Jamkesda. Kejadian bulan Juni tahun 2012 yang paling banyak. Kejadian terjadi paling banyak pada pasien Penyakit Dalam. Jenis insiden yang paling banyak adalah Kejadian Tidak Diharapkan. Orang yang pertama yang melaporkan insiden paling banyak adalah perawat. Kejadian yang tidak menyebabkan cedera paling banyak. Berdasarkan tindakan yang dilakukan setelah terjadi insiden bervariasi dan hasil dari tindakan tersebut kondisi pasien dalam keadaan baik. Berdasarkan orang yang melakukan tindakan, paling banyak tindakan dilakukan oleh perawat. Kejadian yang paling sering terjadi adalah jatuh dari tempat tidur.

Hasil penelitian berdasarkan analisis *hazard risk* dari kuesioner kondisi potensi cedera bahwa kondisi potensi cedera yang paling sering terjadi pada transfusi darah sebanyak 21 kondisi, untuk itu perlu dilakukan pengelolaan risiko pada transfusi darah dengan menggunakan *Healthcare Failure Mode Effect and Analysis* (HFMEA). Analisis *hazard score failure mode* dilakukan pada instalasi rawat inap dan laboratorium yang disertai dengan tatalaksana dan pengukuran *outcome*.

Hasil penelitian menghasilkan *risk register* instalasi rawat inap dan *risk register* laboratorium serta pemetaan *hazard risk* pada instalasi rawat inap dan laboratorium. Pemetaan *hazard risk* menggunakan *risk matrix chart*. Hasil pemetaan *hazard risk* pada instalasi rawat inap dan laboratorium berada pada kuadran probabilitas tinggi dampak kecil.

Kata Kunci : *risk register*, *hazard risk*, analisis kualitatif deskriptif.

UNIVERSITAS TERBUKA

ABSTRACT

Preparation of Risk Register Based Analysis of Patient Safety and Hazard Installation Risk in Hospital Inpatient and Laboratory Sungailiat Year 2012

THEN SUYANTI

Universitas Terbuka

The hospital is a place where the health service activities that have a very high risk to both the patient and the hospital itself so that the necessary role of risk management. Application of risk management within the hospital is expected to reduce the risks that may occur in the future and if there is an incident it is readily available alternative decisions viewed from different sides are equipped with the knowledge of the consequences and the resulting impact. Risk management is a structured approach / methodology in managing uncertainty related to a threat: a sequence of human activities including risk assessment, developing strategies to manage and mitigate risk by using empowerment / resource management. Hospital Sungailiat has yet to have a risk management. This study aimed to develop risk registers based on the analysis of patient safety and hazard risk on the installation of hospitalization and hospital laboratories Sungailiat which is part of risk management.

The research data was taken in 2012 with the scope of research and laboratory installations hospitalization. This study used qualitative methods of analysis and description of the statistical description. Sources of data are primary data using questionnaires twice and focus group discussion. The first questionnaire was distributed to all employees in the plant laboratory hospitalizations and as many as 100 questionnaires. The second questionnaire was distributed to the head of the room and the doctor as much as 21 questionnaires.

The results based on the analysis of questionnaires patient safety incident reports as many as 16 events. One of 16 events invalid. The room in which patients have the highest incidence is three classrooms. Patients who experienced most age > 30-65 years. Patients were men and women as much amount. Insurers charge insurance patients most is Jamkesda. Genesis In June of 2012 the most. Incidence is greatest in patients with the disease. Type of incident is at most events are expected. The first person who reported the most incidents are nurses. Events that cause the most injuries. Based on the actions taken after the incident vary and the results of such actions the patient is in good condition. Based on the person doing the action, most of the actions performed by nurses. The most common occurrence is falling out of bed.

The results based on the analysis of hazard risk of potential injury questionnaires condition that the conditions of potential injuries most often occur in blood transfusion were 21 conditions, it is necessary for the management of risk in blood transfusion using Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA). Hazard score failure mode analysis performed on inpatients and installation, along with management of the laboratory and measuring outcomes.

The results produce a risk register and risk of hospitalization installation of laboratory registers and mapping the hazard risk of hospitalization and laboratory installations. Hazard risk mapping using a risk matrix chart. Hazard risk mapping results in hospitalization and laboratory installations located in quadrant high probability of minor impact.

Keywords: *risk register, hazard risk, analisis kualitatif deskriptif*

UNIVERSITAS TERBUKA

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI: MAGISTER MANAJEMEN

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul **PENYUSUNAN RISK REGISTER BERDASARKAN ANALISIS PATIENT SAFETY DAN HAZARD RISK PADA INSTALASI RAWAT INAP DAN LABORATORIUM RSUD SUNGAILIAT TAHUN 2012** adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Pangkalpinang, 9 Desember 2012
Yang Menyatakan



(Then Suyanti)
NIM 016121683

LEMBAR PERSETUJUAN TAPM

Judul TAPM : Penyusunan *Risk Register* Berdasarkan Analisis *Patient Safety* dan *Hazard Risk* pada Instalasi Rawat Inap dan Laboratorium RSUD Sungailiat Tahun 2012

Penyusun TAPM : Then Suyanti

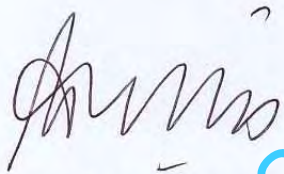
NIM : 016121683

Program Studi : Magister Manajemen

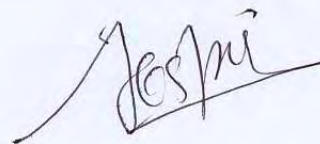
Hari/ Tanggal : Minggu/ 9 Desember 2012

Menyetujui:

Pembimbing I

Dr. Dewi Hanggraeni, SE, MBA

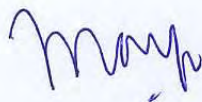
Pembimbing II

Dr. Etty Puji Lestari, SE, Msi.

Mengetahui,

Ketua Bidang Ekonomi dan Manajemen

Direktur Program Pascasarjana

Maya Maria, SE, MM.
NIP.19720501 199903 2 003Dr. Suciati, M.Sc

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER MANAJEMEN

PENGESAHAN

Nama : Then Suyanti
NIM : 016121683
Program Studi : Magister Manajemen
Judul Tesis : Penyusunan *Risk Register* Berdasarkan Analisis *Patient Safety* dan *Hazard Risk* pada Instalasi Rawat Inap dan Laboratorium RSUD Sungailiat Tahun 2012

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Penguji Tesis Program Pascasarjana, Program Studi Magister Manajemen, Universitas Terbuka pada:

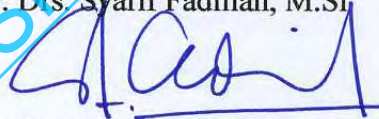
Hari/ Tanggal : Minggu/ 9 Desember 2012

Waktu : 10.00 - 12.00 WIB

Dan telah dinyatakan LULUS

PANITIA PENGUJI TESIS

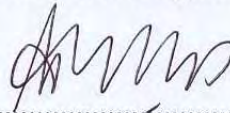
Ketua Komisi Penguji : Drs. Syarif Fadillah, M.Si



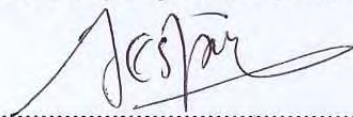
Penguji Ahli : Dr. Mahyus Ekananda S, MM



Pembimbing I : Dr. Dewi Hanggraeni, SE, MBA



Pembimbing II : Dr. Etty Puji Lestari, SE, Msi



KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan penulisan TAPM (Tesis) ini. Penulisan TAPM ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelas Magister Manajemen Program Pascasarjana Universitas Terbuka. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari mulai perkuliahan sampai pada penulisan penyusunan TAPM ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan TAPM ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Direktur Program Pascasarjana Universitas Terbuka;
- (2) Kepala UPBJJ-UT Pangkalpinang selaku penyelenggara Program Pascasarjana;
- (3) Pembimbing I Dr. Dewi Hanggraeni, SE, MBA dan Pembimbing II Dr. Ety Puji Lestari, SE.MSi. yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan TAPM ini;
- (4) Kabid Bidang Ekonomi dan Manajemen selaku penanggung jawab program Magister Manajemen;
- (5) Orangtua dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan materil dan moral;
- (6) Pasangan tercinta yang selalu memberikan dorongan setiap mengalami kesulitan dari awal perkuliahan sampai selesai, sehingga akhirnya bisa lulus bersama-sama;
- (7) Teman-teman satu angkatan program Magister Manajemen angkatan 2010 yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan penulisan TAPM ini;

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga TAPM ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Sungailiat, November 2012

Penulis

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|------------|
| Abstrak | i |
| Abstract | iii |
| Lembar Persetujuan | v |
| Lembar Pengesahan | vi |
| Kata Pengantar | vii |
| Daftar Isi | viii |
| Daftar Gambar | x |
| Daftar Tabel | xii |
| Daftar Lampiran | xiv |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang Masalah | 1 |
| B. Perumusan Masalah | 11 |
| C. Tujuan Penelitian | 13 |
| D. Manfaat Penelitian | 13 |
| E. Sistematika Penulisan | 14 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 16 |
| A. Kajian Teoritik | 16 |
| B. Kerangka Berpikir | 62 |
| C. Keaslian Penelitian | 63 |
| BAB III METODE PENELITIAN | 66 |
| A. Ruang Lingkup Penelitian | 66 |
| B. Desain Penelitian | 66 |
| C. Sumber Data | 66 |
| D. Tahapan Penelitian | 68 |
| E. Analisis dan Interpretasi Informasi | 70 |
| BAB IV GAMBARAN UMUM OBYEK PENELITIAN | 95 |
| BAB V TEMUAN DAN PEMBAHASAN | 107 |
| A. Laporan Insiden | 107 |
| B. Kondisi Potensi Cedera | 156 |
| C. <i>Risk Register</i> Instalasi Rawat Inap | 189 |
| D. <i>Risk Register</i> Laboratorium | 189 |

| | |
|---|-----|
| E. Pemetaan <i>Hazard Risk</i> Pada Instalasi Rawat Inap dan Laboratorium | 189 |
| BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN..... | 211 |
| A. Kesimpulan | 211 |
| B. Keterbatasa Penelitian | 213 |
| C. Saran..... | 213 |
| DAFTAR PUSTAKA | 215 |
| Gambar 3.1 | 69 |
| Gambar 4.1 | 99 |
| Gambar 5.1 | 108 |
| Gambar 5.2 | 109 |
| Gambar 5.3 | 110 |
| Gambar 5.4 | 111 |
| Gambar 5.5 | 112 |
| Gambar 5.6 | 113 |
| Gambar 5.7 | 114 |
| Gambar 5.8 | 115 |
| Gambar 5.9 | 116 |
| Gambar 5.10 | 117 |
| Gambar 5.11 | 118 |
| Gambar 5.12 | 119 |
| Gambar 5.13 | 120 |
| Gambar 5.14 | 121 |
| Gambar 5.15 | 122 |
| Gambar 5.16 | 123 |
| Gambar 5.17 | 153 |
| Gambar 5.18 | 157 |
| Gambar 5.19 | 158 |
| Gambar 5.20 | 159 |
| Gambar 5.21 | 160 |
| Gambar 5.22 | 160 |
| Gambar 5.23 | 177 |
| Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka | 178 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--|---------|
| Gambar 3.1 Tahapan Penelitian | 69 |
| Gambar 4.1 Struktur Organisasi RSUD Sungailiat | 99 |
| Gambar 5.1 Profil Responden Berdasarkan Umur | 108 |
| Gambar 5.2 Profil Responden Berdasarkan Jenis Kelamin | 109 |
| Gambar 5.3 Profil Responden Berdasarkan Pendidikan | 110 |
| Gambar 5.4 Profil Responden Berdasarkan Masa Kerja | 111 |
| Gambar 5.5 Profil Responden Berdasarkan Jabatan | 112 |
| Gambar 5.6 Profil Pasien Berdasarkan Ruang Tempat Kejadian.... | 113 |
| Gambar 5.7 Profil Pasien Berdasarkan Umur | 114 |
| Gambar 5.8 Profil Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin | 115 |
| Gambar 5.9 Profil Pasien Berdasarkan Penanggung Biaya Pasien | 116 |
| Gambar 5.10 Profil Pasien Berdasarkan Tanggal Masuk Pasien | 117 |
| Gambar 5.11 Diagram Data Insiden di RSUD Sungailiat | 118 |
| Gambar 5.12 Jenis Insiden di RSUD Sungailiat | 119 |
| Gambar 5.13 Profil Orang Pertama Melaporkan Insiden | 120 |
| Gambar 5.14 Profil Pasien Berdasarkan Kasus Penyakit | 121 |
| Gambar 5.15 Profil Pasien Berdasarkan Akibat Insiden | 122 |
| Gambar 5.16 Profil Orang Yang Memberikan Tindakan | 123 |
| Gambar 5.17 Jumlah Insiden Di RSUD Sungailiat | 155 |
| Gambar 5.18 Profil Responden Berdasarkan Umur | 157 |
| Gambar 5.19 Profil Responden Berdasarkan Jenis Kelamin | 158 |
| Gambar 5.20 Profil Responden Berdasarkan Pendidikan | 159 |
| Gambar 5.21 Profil Responden Berdasarkan Masa Kerja | 160 |
| Gambar 5.22 Profil Responden Berdasarkan Jabatan | 160 |
| Gambar 5.23 Alur Proses Permintaan Darah | 177 |
| Gambar 5.24 <i>Failure Mode</i> Alur Proses Permintaan Darah 1 | 178 |

| | | |
|-------------|---|-----|
| Gambar 5.25 | <i>Failure Mode</i> Alur Proses Permintaan Darah 2 | 179 |
| Gambar 5.26 | <i>Failure Mode</i> Alur Proses Permintaan Darah 3 | 180 |
| Gambar 5.27 | <i>Failure Mode</i> Alur Proses Permintaan Darah 4 | 181 |
| Gambar 5.28 | Pemetaan <i>Hazard Risk</i> Pada Instalasi Rawat Inap dan Laboratorium | 189 |

UNIVERSITAS TERBUKA

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|------------|---|
| Tabel 1.1 | <i>Data on Adverse Events in Health Care from Several Countries</i> 8 |
| Tabel 1.2 | Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Nasional 9 |
| Tabel 2.1 | Tinjauan Penelitian Sebelumnya 64 |
| Tabel 3.1 | Penilaian Dampak Klinis/ Konsekuensi/ <i>Severity</i> 71 |
| Tabel 3.2 | Penilaian Probabilitas/ Frekuensi 72 |
| Tabel 3.3 | Matriks <i>Grading</i> Risiko 73 |
| Tabel 3.4 | Tindakan Sesuai Tingkat dan <i>Bands</i> Risiko 74 |
| Tabel 3.5 | Tipe Insiden 74 |
| Tabel 3.6 | Faktor Kontributor Eksternal/ di Luar Rumah Sakit 86 |
| Tabel 3.7 | Faktor Kontributor Organisasi dan Manajemen 87 |
| Tabel 3.8 | Faktor Lingkungan Kerja 88 |
| Tabel 3.9 | Faktor Kontributor : Tim 89 |
| Tabel 3.10 | Faktor Kontributor : Petugas 89 |
| Tabel 3.11 | Faktor Kontributor : Tugas 90 |
| Tabel 3.12 | Faktor Kontributor : Pasien 91 |
| Tabel 3.13 | Faktor Kontributor : Komunikasi 92 |
| Tabel 3.14 | Analisis <i>Hazard</i> Tingkat Bahaya 93 |
| Tabel 3.15 | Analisis <i>Hazard</i> Tingkat Probabilitas 94 |
| Tabel 3.16 | Skor Hazard 94 |
| Tabel 4.1 | Indikator Pelayanan Kesehatan RSUD Sungailiat 104 |
| Tabel 4.2 | Data Kunjungan Pasien Rawat Inap RSUD Sungailiat Tahun 2011 106 |
| Tabel 4.3 | Data Kunjungan Pasien Poliklinik RSUD Sungailiat Tahun 2011 106 |
| Tabel 5.1 | Data Insiden di RSUD Sungailiat 118 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| Tabel 5.2 | Data Hasil Kuesioner Kondisi Potensi Cedera | 161 |
| Tabel 5.3 | Jumlah Kondisi Potensi Cedera Berdasarkan Data dari Responden | 175 |
| Tabel 5.4 | Analisis <i>Hazard Score Failure Mode</i> di Rawat Inap | 182 |
| Tabel 5.5 | Analisis <i>Hazard Score Failure Mode</i> di Laboratorium | 187 |
| Tabel 5.6 | <i>Risk Register</i> Instalasi Rawat Inap | 191 |
| Tabel 5.7 | <i>Risk Register</i> Laboratorium | 206 |

UNIVERSITAS TERBUKA

LAMPIRAN

| | Halaman |
|---|---------|
| Lampiran 1 Kuesioner Laporan Insiden | 217 |
| Lampiran 2 Kuesioner Kondisi Potensi Cedera | 221 |

UNIVERSITAS TERBUKA

BAB I

PENDAHULUAN

A.Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 tercantum jelas tentang cita-cita bangsa Indonesia yang sekaligus merupakan tujuan nasional bangsa Indonesia. Tujuan nasional tersebut adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan perdamaian abadi serta keadilan sosial. Untuk mencapai tujuan nasional tersebut diselenggarakanlah upaya pembangunan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh terarah dan terpadu, termasuk di antaranya pembangunan kesehatan.

Oleh karena itu, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan nasional. Upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya pada mulanya berupa

upaya penyembuhan penyakit, kemudian secara perlahan-lahan berkembang ke arah keterpaduan upaya kesehatan untuk seluruh masyarakat dengan mengikutsertakan masyarakat secara luas yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bersifat menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. Perkembangan ini tertuang kedalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) pada tahun 1982 yang selanjutnya disebutkan kedalam GBHN 1983 dan GBHN 1988 sebagai tatanan untuk melaksanakan pembangunan kesehatan (Undang-Undang Republik Indonesia no. 36 tahun 2009).

Berdasarkan cita-cita Bangsa Indonesia sebagaimana tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 adalah melindungi segenap Bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial. Kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum harus diwujudkan melalui berbagai upaya kesehatan dalam rangkaian pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu yang didukung oleh suatu sistem kesehatan nasional.

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dinyatakan bahwa rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang harus diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan dalam rumah sakit.

Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dan fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat. Dari aspek pembiayaan bahwa rumah sakit memerlukan biaya operasional dan investasi yang besar dalam pelaksanaan kegiatannya, sehingga perlu didukung dengan ketersediaan pendanaan yang cukup dan berkesinambungan. Antisipasi dampak globalisasi perlu didukung dengan peraturan pemerintah.

Rumah sakit adalah sarana upaya pelayanan kesehatan institusional yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan. Rumah sakit juga berfungsi untuk melaksanakan usaha pelayanan medis, rehabilitasi medis, pencegahan, peningkatan kesehatan perawatan, sistem rujukan dan tempat penelitian. Selain itu rumah sakit juga mempunyai pelayanan rawat inap yang dilakukan untuk meningkatkan derajat

kesehatan masyarakat, misalnya perawatan rawat inap, pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan fasilitas non medis (Suparto, 2003).

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dinyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pada pasal 2 disebutkan bahwa rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

RSUD Sungailiat berada di Kabupaten Bangka. Kabupaten Bangka berada di Propinsi Kepulauan Bangka Belitung yang diberikan kewenangan penyelenggaraan otonomi daerah sejak diberlakukannya Undang-undang Nomor 27 Tahun 2000 tentang pembentukan Propinsi Kepulauan Bangka Belitung. Sebelumnya Kabupaten Bangka merupakan bagian dari Propinsi Sumatera Selatan yang dibentuk berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 28 tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II dan Kota Praja di Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1821).

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 dan Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 yang mengatur tentang otonomi daerah dijelaskan bahwa otonomi daerah adalah kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus

kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundangan.

Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Bangka yang berada di Sungailiat dan telah lama dikenal oleh masyarakat baik di Kabupaten Bangka (Sungailiat) maupun di Pulau Bangka sejak zaman dahulu. Rumah sakit ini berawal dari sebuah Rumah Sakit Paru Milik Misi Katholik yang dinasionalisasikan dari Rumah Sakit Paru milik misi katolik dan diresmikan penggunaannya pada tanggal 12 November 1970 sebagai rumah sakit kelas D. Pada tahun 1996 dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 539/ Menkes/SK/VI/1997 ditingkatkan lagi kelasnya menjadi rumah sakit kelas C dan operasionalnya melalui Surat Keputusan Bupati Bangka Nomor:180/02/VI/1997 pada tanggal 24 Januari 1997 dan diresmikan pada tanggal 26 Februari 1997.

Dengan diberlakukannya Otonomi Daerah maka sesuai dengan Undang – Undang Nomor 22 Tahun 1999 dan Peraturan Daerah Nomor : 26 Tahun 2000, Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat ditetapkan sebagai Lembaga Teknis Daerah dengan struktur organisasi yang telah disesuaikan dengan prinsip kaya fungsi dan miskin struktur.

Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat mempunyai tugas membantu Bupati dalam penyelenggaraan Pemerintahan Kabupaten dibidang Pelayanan Rumah Sakit. Untuk menyelenggarakan tugas tersebut, maka Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat mempunyai fungsi yang merupakan suatu perumusan kebijakan teknis

sesuai dengan lingkup tugasnya, serta pelayanan penunjang penyelenggaraan Pemerintah Kabupaten Bangka.

Konsumen dalam hal ini pasien membutuhkan pelayanan yang profesional dan yang terbaik buat mereka, sehingga sudah sewajarnya rumah sakit harus berusaha memberikan yang terbaik pula. Di lain pihak, terjadi peningkatan tuntutan terhadap kelalaian kepada institusi kesehatan. Untuk menghindari tuntutan perlu dilakukan perubahan sistem pelayanan kesehatan terutama budaya kerja para pemberi layanan kesehatan. Risiko adalah peristiwa/kejadian-kejadian yang potensi untuk terjadi yang mungkin dapat menimbulkan kerugian pada suatu perusahaan. Risiko timbul karena adanya unsur ketidakpastian di masa mendatang, adanya penyimpangan, terjadinya sesuatu yang tidak diharapkan, atau tidak terjadinya sesuatu yang diharapkan. Risiko bersifat dinamis dan memiliki interdependensi satu sama lain. Dengan demikian dinamisme sifat risiko itu harus diantisipasi sejak awal (Hanggraeni, 2010).

Berdasarkan data laporan *Institute of Medicine* (IOM) Kohn et al dalam KKPRS (2008) rumah sakit di daerah Colorado dan Utah (1992) melaporkan bahwa sebanyak 2,9% dari pasien mengalami *Adverse Events* (kejadian yang tidak diharapkan) dan dari 2,9% tersebut, 6,6% mengakibatkan kematian. Demikian juga rumah sakit di daerah New York (1984) melaporkan bahwa sebanyak 3,7% dari pasien mengalami *Adverse Events* dan dari 3,7% tersebut, 13,6% mengakibatkan kematian. Jumlah pasien dalam satu tahun di USA terdata sebanyak 33,6 juta sehingga jumlah kematian pasien akibat *Adverse Events* terdata sebanyak 44.000 sampai 98.000 orang. Bila dibandingkan dengan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan sebanyak 43.458 orang, kanker

42.297 orang, AIDS 16.516 orang, angka kematian pasien akibat *Adverse Events* lebih tinggi. Angka tersebut dapat diasumsikan dengan satu pesawat jumbo jet berpenumpang 268 orang setiap hari jatuh selama satu tahun.

Berdasarkan data yang dikeluarkan oleh WHO tahun 2005 dalam (KKPRS, 2008), terlihat bahwa angka *Adverse Events* cukup tinggi. *Data on Adverse Events in Health Care from Several Countries* pada Tabel 1.1.

Berdasarkan data tersebut maka perlu perhatian serius dari kita semua untuk mengurangi risiko-risiko yang dapat terjadi. Di era globalisasi ini perkembangan ilmu dan teknologi sangatlah pesat termasuk ilmu dan teknologi kedokteran. Peralatan kedokteran baru banyak ditemukan demikian juga dengan obat baru. Keadaan tersebut berdampak terhadap pelayanan kesehatan, dimana dimasa lalu pelayanan kesehatan sangatlah sederhana, sering kurang efektif namun lebih aman. Pada saat ini pelayanan kesehatan sangatlah kompleks, lebih efektif namun apabila pemberi pelayanan kurang hati-hati dapat berpotensi terjadinya kesalahan pelayanan. Data di Amerika Serikat satu diantara 200 orang menghadapi risiko kesalahan pelayanan di rumah sakit, dibandingkan dengan risiko naik pesawat terbang yang hanya satu per 2.000.000 maka risiko mendapatkan kesalahan pelayanan di rumah sakit lebih tinggi (KKPRS, 2008).

Di Indonesia kasus yang paling sering terjadi adalah kesalahan obat yang tidak jarang menjadi tuntutan hukum dan berakhir di pengadilan. Kasus lainnya adalah salah diagnosis sehingga rumah sakit dituntut untuk terus mengembangkan diri dan meningkatkan mutu pelayanannya khususnya dalam program keselamatan pasien rumah sakit (KKPRS, 2008).

Tabel 1.1 Data on Adverse Events in Health Care from Several Countries

| No | Study | Study fokus(date of admissions) | No of Hosp Admission | No of Adverse Events | AE Rate(%) |
|----|---|---------------------------------|----------------------|----------------------|------------|
| 1. | USA(New York State)(Harvard Medical Practice Study)(1,2) | Acute care Hosp('84) | 30195 | 1133 | 3,8 |
| 2. | USA(Utah-Colorado Study(UTCOS))(10) | Acute care Hosp('92) | 14565 | 475 | 3,2 |
| 3. | USA (UTCOS)1(10) | Acute care Hosp('92) | 14565 | 787 | 5,4 |
| 4. | Australia (Quality in Australian Health Care Study (QAHCS)(3) | Acute care Hosp('92) | 14179 | 2353 | 16,6 |
| 5. | Australia (Quality in Australian Health Care Study (QAHCS)2(10) | Acute care Hosp('92) | 14179 | 1499 | 10,6 |
| 6. | UK(4) | Acute care Hosp('99-'00) | 1014 | 119 | 11,7 |
| 7. | Denmark(12) | Acute care Hosp('98) | 1097 | 176 | 9,0 |
| 8. | New Zealand(6,7) | Acute care Hosp('98) | 6579 | 849 | 12,9 |
| 9. | Canada(8) | Ac&Com. Hosp('01) | 3720 | 279 | 7,5 |

Sumber : World Alliance for Patient Safety, Forward Programme, 2005 dalam KKPRS (2008).

Data yang dikeluarkan dari Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) menunjukkan hal yang sama. Angkanya lebih kecil karena belum adanya sistem pelaporan yang memadai, ini disebabkan karena belum adanya kesadaran untuk melaporkan kejadian yang tidak kita harapkan. Pada Tabel 1.2

Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Nasional merupakan laporan Insiden Keselamatan Pasien Nasional yang memuat data tahun 2008 dan tahun 2009. Jumlah insiden yang dilaporkan selama tahun 2008 sebanyak 61 kasus yang terdiri dari Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebanyak 41 kasus, Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebanyak 19 kasus, lain-lain sebanyak satu kasus. Dari 61 kasus tersebut, dua kasus menyebabkan kematian. Sedangkan untuk tahun 2009 dilaporkan sebanyak 86 kasus yang terdiri dari KNC sebanyak 62 kasus, KTD sebanyak 24 kasus. Dari 86 kasus tersebut, 5 kasus menyebabkan kematian.

Tabel 1.2 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Nasional

| | | 2008 | 2009 | Total |
|----------------|---------------------|------|------|-------|
| Jenis IKP | KNC | 41 | 62 | 103 |
| | KTD | 19 | 24 | 43 |
| | Lain-lain | 1 | 0 | 1 |
| Akibat Insiden | Kematian | 2 | 5 | 7 |
| | Cedera Irreversibel | 0 | 2 | 2 |
| | Cedera Reversibel | 4 | 6 | 10 |
| | Cedera Ringan | 12 | 11 | 23 |
| | Tidak ada cedera | 42 | 62 | 104 |

Sumber : Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS)

Menurut Depkes RI (2008) sejak 2400 tahun yang lalu Hipocrates telah mengeluarkan fatwa : "Primum, Non Nocere" (*First, Do No Harm*). Fatwa ini mengamanatkan tentang keselamatan pasien yang harus diutamakan. Dari fatwa ini tersirat bahwa keselamatan pasien bukan hal yang baru dalam dunia pengobatan, karena pada hakekatnya tindakan keselamatan pasien itu sudah menyatu dengan proses pengobatan itu sendiri. Namun, dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran serta makin kompleksnya manajemen Rumah Sakit, unsur keselamatan pasien ini agak terabaikan. Dengan munculnya

laporan "*To Err is Human*" pada tahun 2000, dunia dikagetkan dengan kenyataan bahwa demikian banyaknya kasus-kasus Kejadian Tidak Diharapkan yang terjadi di Rumah Sakit. Sesudah laporan tersebut, keselamatan pasien menjadi issue global sampai saat ini, bahkan pada tahun 2004 WHO mencanangkan "*Global Alliance For Patient Safety*" yang mengangkat fatwa Hipocrates di atas.

Pada waktu ini upaya meningkatkan mutu pelayanan dan meningkatkan upaya keselamatan pasien di rumah sakit sudah merupakan sebuah gerakan universal. Berbagai negara maju bahkan telah menggeser paradigma "*quality*" kearah paradigma baru "*quality – safety*". Ini berarti bukan hanya mutu pelayanan yang harus ditingkatkan tetapi yang lebih penting lagi adalah menjaga keselamatan pasien secara konsisten dan terus menerus (Depkes RI, 2008).

Penanggulangan risiko dibutuhkan untuk memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan masyarakatnya. Manajemen risiko dapat digambarkan sebagai proses yang berkelanjutan dari identifikasi, evaluasi dan penatalaksanaan risiko dengan tujuan mengurangi dampak buruk bagi organisasi maupun individu. Penekanan difokuskan pada perubahan budaya kerja dari yang reaksioner dan penanggulangan menjadi pencegahan dan pengelolaan. Risiko yang dapat dicegah dalam pengelolaan manajemen risiko berupa risiko klinis dan non klinis sifatnya. Risiko klinis adalah seluruh risiko yang dapat dikaitkan langsung dengan layanan medis, maupun layanan lain yang dialami pasien selama dalam institusi kesehatan. Risiko non klinis adalah seluruh risiko yang tidak dikaitkan langsung dengan layanan medis, dapat berupa risiko bagi organisasi, maupun risiko finansial. Risiko organisasi biasanya berhubungan langsung dengan komunikasi, produk layanan, proteksi data, sistem informasi dan semua risiko yang dapat

mempengaruhi pencapaian tujuan organisasi. Risiko finansial berkaitan dengan finansial organisasi.

Kegiatan pelayanan kesehatan merupakan aktivitas yang berisiko tinggi, baik untuk pasien maupun untuk institusi penyedia layanan. Sehingga peran manajemen risiko sangat penting dalam institusi layanan kesehatan. Dengan adanya penerapan manajemen risiko dalam institusi kesehatan diharapkan dapat meminimalisir risiko yang mungkin terjadi dimasa depan. Bilamana terjadi insiden, maka sudah tersedia alternatif keputusan yang dilihat dari berbagai sisi dilengkapi dengan pengetahuan akan konsekuensi dan dampak yang diakibatkannya. Tujuan dari manajemen risiko ini pada akhirnya akan melindungi pasien, karyawan, pengunjung dan pemangku kepentingan lainnya dalam ruang lingkup institusi pelayanan kesehatan.

Rumah Sakit Umum Sungailiat sampai saat ini belum memiliki manajemen risiko, karena itu maka peneliti merasa perlu dan penting melakukan penyusunan *risk register* berdasarkan analisis *patient safety* dan *hazard risk* pada instalasi rawat inap dan laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat Bangka Tahun 2012.

B. Perumusan Masalah

Manajemen risiko adalah suatu pendekatan terstruktur/metodologi dalam mengelola ketidakpastian yang berkaitan dengan ancaman; suatu rangkaian aktivitas manusia termasuk: penilaian risiko, pengembangan strategi untuk mengelolanya dan mitigasi risiko dengan menggunakan pemberdayaan/pengelolaan sumberdaya. Strategi yang dapat diambil antara lain adalah memindahkan risiko kepada pihak lain, menghindari risiko, mengurangi

efek negatif risiko, dan menampung sebagian atau semua konsekuensi risiko tertentu.

Rumah sakit merupakan tempat dilakukannya kegiatan pelayanan kesehatan yang mempunyai risiko yang sangat tinggi baik terhadap pasien maupun terhadap rumah sakit itu sendiri sehingga diperlukan peran manajemen risiko. Penerapan manajemen risiko dalam rumah sakit diharapkan dapat mengurangi risiko yang mungkin terjadi dimasa depan dan bila terjadi insiden maka sudah tersedia alternatif keputusan yang dilihat dari berbagai sisi dilengkapi dengan pengetahuan akan konsekuensi dan dampak yang diakibatkannya.

Berdasarkan identifikasi masalah pada latar belakang penelitian ini dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana sistematika *risk register* instalasi rawat inap berdasarkan analisis *patient safety* dan *hazard risk* pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat Bangka?
2. Bagaimana sistematika *risk register* laboratorium berdasarkan analisis *patient safety* dan *hazard risk* pada laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat Bangka?
3. Bagaimana pemetaan *hazard risk* pada instalasi rawat inap dan laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat Bangka?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Menyusun sistematika *risk register* berdasarkan analisis *patient safety* dan *hazard risk* pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat Bangka.
2. Menyusun sistematika *risk register* berdasarkan analisis *patient safety* dan *hazard risk* pada laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat Bangka.
3. Memetakan *hazard risk* pada instalasi rawat inap dan laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat.

D. Manfaat Penelitian

Beberapa manfaat yang diharapkan dari penelitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Secara teoritis; Bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi teoritis berupa konsep-konsep maupun model serta hasil-hasil analisis untuk penyempurnaan penelitian selanjutnya serta dalam kaitannya dengan upaya peningkatan kinerja pemerintah daerah; dan bagi akademisi, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi empirik dalam hal menganalisis risiko yang terjadi di rumah sakit. Berdasarkan hasil-hasil analisis, maka risiko-risiko yang akan timbul, khususnya dalam rumah sakit, beserta upaya pengelolaan terhadap risiko bagi para pemangku kepentingan (*stakeholders*) dapat diidentifikasi secara jelas. Bagi perkembangan ilmu pengetahuan, penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi positif terhadap pengetahuan mengenai manajemen risiko rumah sakit. Kajian terhadap risiko yang terjadi di

rumah sakit merupakan pengayaan penelitian terhadap teori pada bidang-bidang yang relevan.

2. Secara praktis; Bagi manajemen rumah sakit, penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu bahan evaluasi bagi rumah sakit dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan dapat menjadi salah satu referensi dalam merencanakan pengembangan rumah sakit untuk menjadi lebih maju. Selain hal tersebut, hasil-hasil dari penelitian ini dapat bermanfaat bagi manajemen rumah sakit dalam rangka mengelola risiko. Hasil dari pengelolaan risiko diharapkan dapat menjadi sinyal positif bagi kemajuan rumah sakit dan peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk memberikan informasi tentang risiko-risiko yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat sehingga Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat dapat mengambil kebijakan untuk mengantisipasi terhadap risiko yang mungkin timbul dan mengelolanya.

E. Sistematika Penulisan

Untuk mempermudah proses pemahaman secara menyeluruh terkait dengan hasil penelitian maka sistematika pembahasan ini dapat dijelaskan sebagai berikut;

- BAB I** : Pendahuluan, membahas mengenai latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan sistematika pembahasan;
- BAB II** : Tinjauan pustaka membahas mengenai kajian teori, kerangka berpikir, tinjauan penelitian terdahulu;

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teoritik

1. Risiko

Risiko adalah suatu keadaan yang dihadapi seseorang atau perusahaan dimana terdapat kemungkinan yang merugikan (Wikipedia, 2012). Risiko berhubungan dengan ketidakpastian ini terjadi oleh karena kurang atau tidak tersedianya cukup informasi tentang apa yang akan terjadi. Sesuatu yang tidak pasti (*uncertain*) dapat berakibat menguntungkan atau merugikan. Menurut Wideman, ketidakpastian yang menimbulkan kemungkinan menguntungkan dikenal dengan istilah peluang (*opportunity*), sedangkan ketidakpastian yang menimbulkan akibat yang merugikan dikenal dengan istilah risiko (*risk*).

Hanggraeni (2010) menyatakan bahwa risiko adalah peristiwa/kejadian-kejadian yang potensi untuk terjadi yang mungkin dapat menimbulkan kerugian pada suatu perusahaan. Risiko timbul karena adanya unsur ketidakpastian di masa mendatang, adanya penyimpangan, terjadinya sesuatu yang tidak diharapkan, atau tidak terjadinya sesuatu yang diharapkan. Risiko bersifat dinamis dan memiliki interdependensi satu sama lain sehingga dinamisme sifat risiko itu harus diantisipasi sejak awal.

Fahmi (2011) menyatakan bahwa risiko dapat ditafsirkan sebagai bentuk keadaan ketidakpastian tentang suatu keadaan yang akan terjadi nantinya (*future*) dengan keputusan yang diambil berdasarkan berbagai pertimbangan pada saat ini.

Menurut Griffin dan Ebert dalam Fahmi (2011), risiko adalah *uncertainty about future events* sedangkan menurut Siegel dan Shim dalam Fahmi (2011), mendefinisikan risiko pada tiga hal yaitu:

- Pertama adalah keadaan yang mengarah kepada sekumpulan hasil khusus, dimana hasilnya dapat diperoleh dengan kemungkinan yang telah diketahui oleh pengambil keputusan,
- Kedua adalah variasi dalam keuntungan, penjualan, atau variabel keuangan lainnya, dan
- Ketiga adalah kemungkinan dari sebuah masalah keuangan yang mempengaruhi kinerja operasi perusahaan atau posisi keuangan, seperti risiko ekonomi, ketidakpastian politik, dan masalah industri.

Menurut Siegel dan Shim dalam Fahmi (2011), pengertian dari analisis risiko adalah proses pengukuran dan penganalisisan risiko disatukan dengan keputusan keuangan dan investasi.

Menurut Eiteman et al dalam Fahmi (2011), mengatakan bahwa risiko dasar adalah *the mismatching of interest rate bases for associated assets and liabilities*.

Menurut Bank Indonesia dalam Hanggraeni (2010), klasifikasi risiko dapat dikelompokkan dalam delapan jenis, yaitu:

- Risiko kredit/investasi
Risiko yang ditimbulkan akibat kegagalan pemenuhan kewajiban oleh *counterparty* atau debitur.
- Risiko pasar
Risiko yang ditimbulkan akibat adanya pergerakan variabel pasar yang bervariasi, seperti akibat suku bunga, nilai tukar dan komoditas.
- Risiko likuiditas
Risiko yang timbul karena ketidakmampuan dalam menempatkan/mengolah *liability* (kewajiban).
- Risiko kepatuhan
Risiko yang disebabkan oleh kegagalan mematuhi dengan atau tanpa menerapkan hukum, peraturan-peraturan atau ketentuan-ketentuan lainnya.
- Risiko operasional
Risiko yang disebabkan karena ketidakmampuan dan/atau tidak berfungsinya proses internal, kesalahan manusia, kegagalan sistem atau masalah-masalah eksternal lainnya.
- Risiko hukum
Risiko yang disebabkan karena kelemahan masalah hukum, mulai dari tuntutan hukum, tidak adanya kerangka hukum, dan kelemahan perjanjian.
- Risiko reputasi
Risiko muncul terkait dengan masalah publikasi atau persepsi-persepsi negatif.

- Risiko strategi

Risiko yang timbul akibat lemahnya pembentukan dan penerapan strategi perusahaan, lemahnya pengambilan keputusan dalam dunia bisnis atau kesenjangan reaksi dalam menghadapi perubahan.

Menurut Sadgrove dalam Hanggraeni (2010), klasifikasi risiko dapat dikelompokkan dalam empat jenis, yaitu:

- Risiko operasional, risiko yang berkaitan dengan proses produksi atau operasi perusahaan.
- Risiko strategi, merupakan isu yang besar yang mendorong perusahaan berpikir secara skala besar. Risiko ini dikelola pada level Direksi dan memerlukan perencanaan strategi.
- Risiko kepatuhan, merupakan risiko yang dihadapi perusahaan yang berhubungan dengan kepatuhan perusahaan terhadap aturan-aturan hukum serta aturan-aturan pemerintah untuk meningkatkan pengendalian risiko perusahaan sebagai perusahaan publik.
- Risiko keuangan internal, merupakan risiko yang dihadapi perusahaan yang berhubungan dengan keuangan.

Menurut Lam dalam Hanggraeni (2010), klasifikasi risiko dapat dikelompokkan dalam lima jenis, yaitu:

- Risiko pasar, risiko pergerakan harga yang berdampak negatif terhadap perusahaan.
- Risiko kredit, risiko kegagalan pelanggan, pihak ketiga, atau pemasok dalam memenuhi kewajibannya.

- Risiko operasional, risiko kegagalan orang, proses dan sistem atau risiko terjadinya suatu peristiwa eksternal (misalnya gempa bumi, dan kebakaran) yang berdampak negatif pada perusahaan.
- Risiko bisnis, risiko tidak tercapainya sasaran hasil-hasil operasi.
- Risiko organisasional, risiko yang timbul dari buruknya rancangan struktur organisasi atau tidak memadainya sumber daya manusia.

2. Manajemen risiko

Manajemen risiko adalah suatu pendekatan terstruktur/metodologi dalam mengelola ketidakpastian yang berkaitan dengan ancaman; suatu rangkaian aktivitas manusia termasuk: penilaian risiko, pengembangan strategi untuk mengelolanya dan mitigasi risiko dengan menggunakan pemberdayaan/pengelolaan sumberdaya. Strategi yang dapat diambil antara lain adalah memindahkan risiko kepada pihak lain, menghindari risiko, mengurangi efek negatif risiko, dan menampung sebagian atau semua konsekuensi risiko tertentu (Wikipedia, 2012).

Menurut Fahmi (2011), manajemen risiko adalah suatu bidang ilmu yang membahas tentang bagaimana suatu organisasi menerapkan ukuran dalam memetakan berbagai permasalahan yang ada dengan menempatkan berbagai pendekatan manajemen secara komprehensif dan sistematis.

Hanggraeni (2010) menyatakan bahwa manajemen risiko berkaitan erat dengan kelangsungan usaha perusahaan. Jika perusahaan melakukan manajemen risiko, perusahaan dapat terhindar dari kebangkrutan, atau bahkan dapat menghasilkan peningkatan laba. Manajemen risiko adalah suatu rangkaian

prosedur dan metodologi yang digunakan untuk mengidentifikasi, mengukur, memonitor dan mengontrol risiko yang timbul dari bisnis operasional suatu perusahaan.

Menurut Hanggraeni (2010), manajemen risiko mempunyai tujuan untuk memastikan adanya kesinambungan, profitabilitas dan pertumbuhan usaha sejalan dengan visi dan misi perusahaan. Perusahaan melakukan identifikasi dan membuat peta risiko (*risk mapping*), kuantifikasi dan pengukuran risiko (*risk measurement and assessment*), penanganan risiko (*risk treatment*), serta kebijakan manajemen risiko.

Menurut Fahmi (2011), manajemen risiko mempunyai beberapa manfaat yaitu :

- Perusahaan memiliki ukuran kuat sebagai pijakan dalam mengambil setiap keputusan, sehingga para manajer menjadi lebih berhati-hati (*prudent*) dan selalu menempatkan ukuran-ukuran dalam berbagai keputusan.
- Mampu memberi arah bagi suatu perusahaan dalam melihat pengaruh-pengaruh yang mungkin timbul baik secara jangka pendek dan jangka panjang.
- Mendorong para manajer dalam mengambil keputusan untuk selalu menghindari risiko dan menghindari dari pengaruh terjadinya kerugian khususnya kerugian dari segi finansial.
- Memungkinkan perusahaan memperoleh risiko kerugian yang minimum.

- Dengan adanya konsep manajemen risiko (*risk manajemen concept*) yang dirancang secara detail maka artinya perusahaan telah membangun arah dan mekanisme secara *sustainable* (berkelanjutan).

Menurut Fahmi (2011), manajemen risiko secara komprehensif ada beberapa tahapan yang harus dilaksanakan oleh suatu perusahaan, yaitu :

- Identifikasi risiko

Pada tahap ini pihak manajemen perusahaan melakukan tindakan berupa mengidentifikasi setiap bentuk risiko yang dialami perusahaan, termasuk bentuk-bentuk risiko yang mungkin akan dialami oleh perusahaan. Identifikasi ini dilakukan dengan cara melihat potensi-potensi risiko yang sudah terlihat dan yang akan terlihat.

- Mengidentifikasi bentuk-bentuk risiko

Pada tahap ini diharapkan pihak manajemen perusahaan telah mampu menemukan bentuk dan format risiko yang dimaksud. Bentuk-bentuk risiko yang diidentifikasi di sini telah mampu dijelaskan secara detail, seperti ciri-ciri risiko dan faktor-faktor timbulnya risiko tersebut. Pada tahap ini pihak manajemen perusahaan juga sudah mulai mengumpulkan dan menerima berbagai data-data baik bersifat kualitatif dan kuantitatif.

- Menempatkan ukuran-ukuran risiko

Pada tahap ini pihak manajemen perusahaan sudah menempatkan ukuran atau skala yang dipakai, termasuk rancangan model metodologi penelitian yang akan digunakan. Data-data yang masuk juga sudah dapat diterima, baik yang berbentuk kualitatif dan kuantitatif serta pemilahan data

dilakukan berdasarkan pendekatan metodologi yang digunakan. Dengan kepemilikan rancangan metodologi penelitian yang ada diharapkan pihak manajemen perusahaan telah memiliki fondasi kuat guna melakukan pengolahan data. Untuk dipahami bahwa pengguna ukuran dengan berdasarkan format metodologi penelitian yang digunakan harus dilakukan dengan sangat hati-hati dan penuh kecermatan karena jika salah atau tidak sesuai dengan kasus yang ditangani maka hasil yang akan diperoleh nantinya juga dianggap tidak akan akurat.

- Menempatkan alternatif-alternatif

Pada tahap ini pihak manajemen perusahaan telah melakukan pengolahan data. Hasil pengolahan kemudian dijabarkan dalam bentuk kualitatif dan kuantitatif beserta akibat-akibat atau pengaruh-pengaruh yang akan timbul jika keputusan-keputusan tersebut diambil. Berbagai bentuk penjabaran yang dikemukakan tersebut dipilah dan ditempatkan sebagai alternatif-alternatif keputusan.

- Menganalisis setiap alternatif

Pada tahap ini dimana setiap alternatif yang ada selanjutnya dianalisis dan dikemukakan berbagai sudut pandang serta efek-efek yang mungkin timbul. Dampak yang mungkin timbul baik secara jangka pendek dan jangka panjang dipaparkan secara komprehensif dan sistematis, dengan tujuan mampu diperoleh suatu gambaran secara jelas dan tegas. Kejelasan dan ketegasan sangat penting guna membantu pengambilan keputusan secara tepat.

- **Memutuskan satu alternatif**

Pada tahap ini setelah berbagai alternatif dipaparkan dan dijelaskan baik dalam bentuk lisan dan tulisan oleh para manajemen perusahaan maka diharapkan pihak manajer perusahaan sudah memiliki pemahaman secara khusus dan mendalam. Pemilihan satu alternatif dari berbagai alternatif yang ditawarkan artinya mengambil alternatif yang terbaik dari berbagai alternatif yang ditawarkan. Hal ini termasuk dengan menolak berbagai alternatif lain dengan pemilihan satu alternatif sebagai solusi dalam menyelesaikan berbagai permasalahan diharapkan pihak manajer perusahaan sudah memiliki fondasi kuat dalam menugaskan pihak manajemen perusahaan untuk bekerja berdasarkan konsep dan koridor yang ada.

- **Melaksanakan alternatif yang dipilih**

Pada tahap ini setelah alternatif dipilih dan ditegaskan serta dibentuk tim untuk melaksanakan ini, maka artinya manajer perusahaan sudah mengeluarkan Surat Keputusan (SK) yang dilengkapi dengan rincian biaya. Rincian biaya yang dialokasikan tersebut telah disetujui oleh bagian keuangan serta otoritas pengambilan penting lainnya.

- **Mengontrol alternatif yang dipilih tersebut**

Pada tahap ini alternatif yang dipilih telah dilaksanakan dan pihak tim manajemen beserta para manajer perusahaan. Tugas utama manajer perusahaan adalah melakukan kontrol yang maksimal guna menghindari timbulnya berbagai risiko yang tidak diinginkan.

- Mengevaluasi jalannya alternatif yang dipilih

Pada tahap ini setelah alternatif dilaksanakan dan kontrol dilakukan maka selanjutnya pihak tim manajemen secara sistematis melaporkan kepada pihak manajer perusahaan. Pelaporan tersebut berbentuk data-data yang bersifat fundamental dan teknikal serta dengan tidak mengesampingkan informasi yang bersifat lisan. Tujuan melakukan evaluasi dari alternatif yang dipilih tersebut adalah bertujuan agar pekerjaan tersebut dapat terus dilaksanakan sesuai dengan yang direncanakan.

Proses manajemen risiko umumnya dilakukan dengan melakukan *risk assessment* pada semua level dalam organisasi. Dilanjutkan dengan pendefinisian *project* atau *pool of activities*. Kegiatan ini dilakukan berdasarkan informasi yang diperoleh dari *processed historical data, output from other planning service, organizational level specific*. Kemudian dilakukan mengidentifikasi risiko. Identifikasi risiko dapat dilakukan dengan berbagai pendekatan yaitu dengan menggunakan kuesioner, interview terhadap *participant relevant stakeholder representative* (internal maupun eksternal), *focus group discussion* dan data sekunder perusahaan. Setelah dilakukan identifikasi selanjutnya dilakukan *risk measurement* atau pengukuran risiko (Hanggraeni, 2010).

Menurut Hanggraeni (2010), pengukuran risiko atau *risk measurement* dapat dilakukan secara kualitatif maupun secara kuantitatif yaitu:

a. Pengukuran kualitatif

- I) *Brainstorming*, berasal dari Madison Avenue pada tahun 1950. Setiap sesi *brainstorming* akan optimal bila berjumlah 12 orang dengan durasi

waktu 15 sampai 45 menit. Beberapa ketentuan dasar proses pengukuran yaitu:

- Penentuan batas waktu.
- Perumusan yang jelas terhadap masalah yang dihadapi.
- Metode pengumpulan ide, dengan menerapkan prinsip bahwa tidak ada ide yang buruk.
- Menunda dalam menganalisis ide, hanya mengumpulkan ide sebanyak mungkin tanpa melihat kualitas ide (evaluasi terhadap ide akan dilakukan setelahnya).
- Mendorong setiap partisipan untuk menghilangkan hambatan mereka dalam mengeluarkan ide dan membiarkan diri mereka bermimpi dengan harapan akan menghasilkan ide yang lebih bervariasi.
- Menggabungkan kelompok-kelompok ide dan mengembangkannya.

2) *Assumptions analysis*, merupakan teknik intuisi dan mengikutsertakan asumsi dalam pembuatan rencana kerja. Asumsi yang dibuat dalam perencanaan proyek sudah teridentifikasi terlebih dahulu. Kemudian dilakukan pengukuran terhadap dampak terhadap hasil akhir proyek bilamana asumsi tersebut menyimpang dari yang diharapkan. Kumpulan asumsi yang sensitif dan mempunyai kemungkinan salah akan digabungkan sebagai kumpulan daftar risiko.

- 3) *Delphi*, merupakan teknik untuk memprediksi kejadian atau hasil yang akan datang bersumber dari sekelompok ahli independen yang membuat perkiraan dan menghilangkan setiap pandangan yang terlalu berisiko.
- 4) *Interview*, merupakan teknik yang diperlukan untuk memperoleh informasi secara detail. Informasi langsung dikumpulkan dari individu.
- 5) *Hazard and Operability Studies (HAZOP)*, teknik ini dikembangkan oleh Imperial Chemical Ltd untuk mengidentifikasi risiko pada proses kimia tanaman. Teknik ini hampir sama dengan teknik *brainstorming* namun lebih terstruktur. Adanya suatu kelompok yang secara sistematis memeriksa elemen-elemen proses dan mendefinisikan tujuan dari masing-masing elemen (menurut Ansel dan Wharton dalam Hanggraeni, 2010). Frostdick dalam Hanggraeni (2010) mengutip beberapa kata kunci seperti “*not*”, “*more*”, dan “*less*” yang dipakai untuk identifikasi kemungkinan beberapa penyimpangan dari tujuan.
- 6) *Failure Modes and Effects Criticality Analysis (FMECA)*, merupakan teknik induktif yang dilakukan oleh seorang analis dengan pengetahuan mendalam tentang sistem yang diteliti.
- 7) *Checklist*, merupakan teknik deduktif yang berasal dari risiko sebelumnya yang dihadapi dan menyediakan sebuah pemahaman yang sederhana dengan tujuan agar pihak manajemen mampu melakukan identifikasi kemungkinan risiko dengan cepat.
- 8) *Prompt lists*, merupakan teknik deduktif yang mengklasifikasikan risiko kedalam tipe atau kelompok, dapat dikelompokkan secara umum, industri, atau secara spesifik.

- 9) *Risk registers*, merupakan upaya dokumentasi setiap rekaman risiko yang berkaitan dengan proyek atau investasi dan aset tertentu. Untuk memudahkan identifikasi, pada proyek yang mirip dapat menggunakan cara sama dengan cara teknik *checklists*. *Risk register* mampu mengumpulkan data selama proses pengumpulan dan penyimpanan identifikasi manajemen risiko sedang berlangsung.
- 10) *Risk mapping*, merupakan teknik yang menampilkan grafik risiko dalam bentuk dua dimensi dimana sumbu x terkait dengan potensi risiko dan sumbu y terkait dengan kemungkinan risiko tersebut dapat terjadi.
- 11) *Probability-impact tables*, teknik ini digunakan untuk menilai tingkat relatifitas kepentingan dari suatu risiko.
- 12) *Risk matrix chart*, matriks ini digunakan untuk memilah risiko berdasarkan tingkat daripada dampak yang ditimbulkan.
- 13) *Project risk management road mapping*
- b. Pengukuran kuantitatif
- 1) *Decision trees*
- Decision trees* dapat membantu manajemen untuk menilai pilihan yang harus diambil bilamana manajemen menghadapi beberapa pilihan tetapi hanya mampu memilih satu dari pilihan tersebut oleh karena sumber daya yang terbatas. Teknik ini menggali bermacam pilihan investasi yang tersedia kepada pengambil keputusan yang dilengkapi dengan kemungkinan risiko dan ketidakpastian yang tergambar dalam diagram keputusan dan kemungkinan kejadian.
- 2) *Controlled interval and memory technique*

Teknik ini menyediakan pemahaman matematika atas kombinasi beberapa peluang distribusi untuk risiko individu.

3) *Monte Carlo simulation*

Nama teknik ini diperoleh dari penggunaan peluang atau ketidakpastian situasi dan penggunaan nomor acak untuk mensimulasikan konsekuensinya. Simulasi merupakan suatu cara seni dan ilmiah perancangan terhadap sebuah model yang mempunyai perilaku yang sama dengan sistem aslinya. Model digunakan untuk menentukan reaksi sistem terhadap input yang berbeda.

4) *Sensitivity analysis*

Data yang digunakan pada tahap perencanaan akan bervariasi dan karena itu masuk dalam risiko. Analisis sensitivitas digunakan untuk menghasilkan nilai yang lebih realistis, didukung oleh berbagai kemungkinan alternatif yang mencerminkan setiap ketidakpastian dan menyediakan beberapa pengetahuan dari asumsi yang valid.

5) *Probability-impact Grid analysis*

6) *Statistic-probability analysis*

7) *Value at Risk (VAR)*

Menurut Hanggraeni (2010), dalam pengukuran risiko perlu dilihat dimensi risikonya dimana risiko merupakan perkalian antara *likelihood* dengan *consequence*. *Likelihood* adalah kemungkinan terjadinya risiko atau frekuensi berapa kali terjadi, yaitu *certain, likely, moderate, unlikely, rare*. *Consequence* merupakan ukuran risiko atau dampak besarnya konsekuensi dari risiko (*catastrophic, mayor, moderate, minor, dan insignificant*).

Setelah dilakukan pengukuran risiko, dilakukan tahap berikutnya yaitu *risk response/control* yang digunakan sebagai bahan membuat perencanaan manajemen risiko termasuk *risk budgeting*. Kemudian tahap akhir dilakukan *risk register* baik secara *corporate*, *Risk Management Unit* dan *Risk Taking Unit*, *project (activity)* (Hanggraeni, 2010).

Menurut Sadgrove dalam Hanggraeni (2010), proses risiko terdiri dari empat tahap, yaitu *risk awareness*, *asses*, *treat* dan *monitor*. Manajemen risiko dimulai dari kesadaran akan adanya risiko. Risiko tersebut harus dikelola. Setelah itu dilakukan *assessment/* menilai risiko yang akan dihadapi. Menilai risiko dapat dilakukan dengan banyak cara sesuai dengan karakteristik risiko tersebut. Risiko-risiko perlu didokumentasikan untuk melihat tren dan mengindikasikan kelalaian manajemen atau praktik kerja yang buruk.

Sasaran dari pelaksanaan manajemen risiko adalah untuk mengurangi risiko yang berbeda-beda yang berkaitan dengan bidang yang telah dipilih pada tingkat yang dapat diterima oleh masyarakat. Hal ini dapat berupa berbagai jenis ancaman yang disebabkan oleh lingkungan, teknologi, manusia, organisasi dan politik. Di sisi lain pelaksanaan manajemen risiko melibatkan segala cara yang tersedia bagi manusia, khususnya, bagi entitas manajemen risiko (manusia, staf, dan organisasi) (Wikipedia, 2012).

Manajemen risiko dimulai dari proses identifikasi risiko, penilaian risiko, mitigasi, monitoring dan evaluasi.

3. *Risk register*

Risk register adalah alat manajemen risiko yang umum digunakan dalam manajemen proyek dan penilaian risiko organisasi. Ini bertindak sebagai repositori

pusat untuk semua risiko yang teridentifikasi oleh proyek atau organisasi, termasuk informasi seperti probabilitas risiko, dampak, langkah-langkah yang dilakukan, pemilik risiko dan sebagainya (Wikipedia, 2012).

Risk register biasanya terdiri dari (Wikipedia, 2012):

- Deskripsi risiko
- Dampaknya bilamana hal tersebut terjadi
- Probabilitas dari kejadian
- Risiko skor (perkalian probabilitas dan dampak)
- Ringkasan dari respon yang direncanakan agar kejadian terjadi sesuai dengan seharusnya
- Ringkasan mitigasi (tindakan antisipasi yang harus dilakukan untuk mengurangi probabilitas dan/atau dampak dari kejadian)

Risk register mencatat rincian dari semua risiko yang teridentifikasi dari awal dan selama umur proyek, penilaian dalam hal kemungkinan terjadi dan keseriusan dampak pada proyek, rencana awal untuk mengurangi setiap risiko tingkat tinggi, biaya dan tanggung jawab dari strategi mitigasi yang ditentukan dan hasil selanjutnya. *Risk register* harus dipertahankan sepanjang proyek dan akan berubah secara berkala jika daftar risiko yang ada dipandang kurang dalam efektivitas dari strategi mitigasi, dan risiko baru diidentifikasi. Proyek-proyek yang lebih kecil menggunakan *risk register* sebagai Rencana Manajemen Risiko (Tasmanian Government Departement of Premier and Cabinet, 2008).

Sebuah *risk register* dikembangkan untuk (Tasmanian Government Departement of Premier and Cabinet, 2008):

- menyediakan alat yang berguna untuk mengelola dan mengurangi risiko yang teridentifikasi sebelum dan selama proyek;
- strategi mitigasi risiko dokumen dikerjakan dalam menanggapi risiko yang teridentifikasi dan *grading* mereka dalam hal kemungkinan dan keseriusan;
- menyediakan sponsor proyek, panitia pengarah / manajemen senior dengan kerangka didokumentasikan dari mana status risiko dapat dilaporkan;
- memastikan komunikasi mengenai isu manajemen risiko kepada pemangku kepentingan utama;
- menyediakan mekanisme untuk mencari dan bertindak atas umpan balik untuk mendorong keterlibatan pemangku kepentingan utama
- mengidentifikasi tindakan mitigasi yang diperlukan untuk pelaksanaan rencana manajemen risiko dan perhitungan biaya terkait.

4. Hazard risk

Hazard adalah agen biologi, kimia, mekanik, agen lingkungan atau fisik yang mungkin dapat menyebabkan kerugian atau kerusakan pada manusia, organisme lain atau lingkungan dengan tidak adanya kontrol (Wikipedia, 2012).

Hazard adalah suatu tindakan atau kondisi ancaman bahaya, misalnya gempa bumi atau badai. Bencana adalah peristiwa yang serius dan mungkin tiba-tiba pada skala tertentu bahwa masyarakat yang terkena membutuhkan upaya luar biasa untuk mengatasinya. Mengelompokkan peristiwa sebagai bencana berkaitan dengan bagaimana masyarakat adalah mampu mengatasi dampaknya. Gempa

bumi di daerah tidak berpenghuni, misalnya tidak akan selalu menjadi bencana. Namun gempa bumi berukuran sama di daerah perkotaan mungkin menuntut sumber daya jauh melampaui kemampuan masyarakat, peristiwa bahaya ini harus diklasifikasikan sebagai bencana. Bencana merupakan ancaman bagi kesehatan masyarakat karena dapat menyebabkan peningkatan penyakit, cedera, atau kematian secara mendadak. Selain itu juga dapat terjadi penghancuran infrastruktur kesehatan, perpindahan penduduk, psikologis stres, perubahan lingkungan (*UCLA Center for Public Health and Disasters*, 2006:1).

Berdasarkan Depkes RI (2008), *hazard*/bahaya adalah suatu “Keadaan, Perubahan atau Tindakan” yang dapat meningkatkan risiko pada pasien.

1) Keadaan

Adalah setiap faktor yang berhubungan atau mempengaruhi suatu “Peristiwa Keselamatan Pasien/ *Patient safety event*, Agent atau Personal”

2) Agent

Adalah substansi, obyek atau sistem yang menyebabkan perubahan

Hazard risk adalah risiko yang ditimbulkan oleh *hazard*, yang dalam penelitian ini definisi *hazard* lebih mengacu pada Depkes RI (2008).

Langkah pertama untuk kesiapsiagaan darurat dan mempertahankan tempat kerja yang aman adalah mendefinisikan dan menganalisis *hazard*. Meskipun semua *hazard* harus ditangani, keterbatasan sumber daya menjadi kendala. Penilaian risiko dapat digunakan untuk menetapkan prioritas sehingga situasi paling berbahaya yang ditangani terlebih dahulu. Selama penilaian risiko, *hazard* dievaluasi dalam hal kemungkinan bahwa masalah mungkin terjadi dan timbul kerusakan jika peristiwa semacam itu terjadi. Beberapa *hazard* mungkin

menyebabkan masalah dan mengakibatkan kerusakan yang lebih besar. Perbedaan ini diidentifikasi dengan melakukan analisis risiko. Hasil analisis dapat digunakan untuk menargetkan sumber daya pada jenis peristiwa yang paling mungkin terjadi dan / atau yang paling merusak. Situasi darurat yang sangat mungkin terjadi dan akan melakukan kerusakan besar kepada orang-orang dan properti harus ditargetkan untuk perbaikan segera dan / atau rencana harus dibuat untuk respon yang efektif apabila remediasi tidak mungkin. Potensi situasi yang jarang atau yang akan memiliki konsekuensi kurang parah diidentifikasi setelah bahaya lebih serius telah ditangani (Brnich and Mallet, 2003).

5. Keselamatan pasien (*patient safety*)

Keselamatan (*safety*) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (*safety*) di rumah sakit yaitu : keselamatan pasien (*patient safety*), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang dapat berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas, keselamatan lingkungan (*green productivity*) yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan “bisnis” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Ke lima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakitannya. Harus diakui, pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah untuk menyelamatkan pasien sesuai dengan yang diucapkan Hipocrates kira-kira 2400 tahun yang lalu yaitu *primum, non nocere (first, do no harm)*. Namun diakui

dengan semakin berkembangnya ilmu dan teknologi pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit menjadi semakin kompleks dan berpotensi terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan atau KTD (*Adverse Event*) apabila tidak dilakukan dengan hati-hati. Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat terjadi KTD. Pada tahun 2000 *Institute of Medicine* di Amerika Serikat menerbitkan laporan yang mengagetkan banyak pihak : “*TO ERR IS HUMAN*”, *Building a Safer Health System*. Laporan itu mengemukakan penelitian di rumah sakit di Utah dan Colorado serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan KTD (*Adverse Event*) sebesar 2,9 %, dimana 6,6 % diantaranya meninggal. Di New York KTD adalah sebesar 3,7 % dengan angka kematian 13,6 %. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap di seluruh Amerika yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 – 98.000 per tahun. Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di berbagai negara : Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang 3,2 – 16,6 %, dengan data-data tersebut berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien. Di Indonesia data tentang KTD apalagi Kejadian Nyaris Cedera (*Near Miss*) masih langka, namun dilain pihak terjadi peningkatan tuduhan “mal Praktek”, yang belum tentu sesuai dengan pembuktian akhir. Mengingat keselamatan pasien sudah menjadi tuntutan masyarakat maka pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit perlu dilakukan (Depkes RI, 2008).

Sejak awal tahun 1900 institusi rumah sakit selalu meningkatkan mutu pada 3 (tiga) elemen yaitu struktur, proses dan *outcome* dengan bermacam-macam konsep dasar, program regulasi yang berwenang misalnya antara lain penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit, penerapan *quality assurance*, *total quality management*, *countinuos quality improvement*, perizinan, akreditasi, kredensialing, audit medis, indikator klinis, *clinical governance*, ISO, dan lain sebagainya. Harus diakui program-program tersebut telah meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit baik pada aspek struktur, proses maupun *output* dan *outcome*. Namun harus diakui, pada pelayanan yang telah berkualitas tersebut masih terjadi KTD yang tidak jarang berakhir dengan tuntutan hukum. Oleh sebab itu perlu program untuk lebih memperbaiki proses pelayanan, karena KTD sebagian dapat merupakan kesalahan dalam proses pelayanan yang sebetulnya dapat dicegah melalui rencana pelayanan yang komprehensif dengan melibatkan pasien berdasarkan hak-nya. Program tersebut yang kemudian dikenal dengan istilah keselamatan pasien (*patient safety*), dengan meningkatnya keselamatan pasien rumah sakit diharapkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit dapat meningkat. Selain itu keselamatan pasien juga dapat mengurangi KTD, yang selain berdampak terhadap peningkatan biaya pelayanan juga dapat membawa rumah sakit ke arena *blamming*, menimbulkan konflik antara dokter/petugas kesehatan dan pasien, menimbulkan sengketa medis, tuntutan dan proses hukum, tuduhan malpraktek, *blow-up* ke mass media yang akhirnya menimbulkan opini negatif terhadap pelayanan rumah sakit, selain itu rumah sakit dan dokter bersusah payah melindungi dirinya dengan asuransi, pengacara dan sebagainya. Tetapi pada akhirnya tidak ada pihak yang menang, bahkan

menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit (Depkes RI, 2008).

Menurut Depkes RI (2008) dinyatakan bahwa tidak boleh ada pasien menderita cedera yang dapat dicegah (*that no patients should suffer preventable harm*), bahwa pasien adalah pusat dari semua upaya keselamatan pasien (*that patients are at the centre of all patient safety efforts*). Oleh karena itu keselamatan pasien perlu diperhatikan.

Definisi yang berhubungan dengan keselamatan pasien:

a. Keselamatan / *Safety*

Bebas dari bahaya atau risiko (*hazard*).

b. Keselamatan Pasien / *Patient Safety*

Pasien bebas dari *harm*/ cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari *harm* yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik / sosial / psikologis, cacat, kematian dan lain-lain), terkait dengan pelayanan kesehatan.

c. Keselamatan Pasien RS / *Hospital Patient Safety*

Suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk : asesmen risiko; pelaporan dan analisis insiden; kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

d. *Harm / cedera*

Dampak yang terjadi akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh dapat berupa fisik, sosial dan psikologis. Yang termasuk *Harm* adalah :
“Penyakit, Cedera, Penderitaan, Cacat, dan Kematian”.

1) Penyakit / *disease*

Disfungsi fisik atau psikis.

2) Cedera / *injury*

Kerusakan jaringan yang diakibatkan agent / keadaan.

3) Penderitaan / *suffering*

Pengalaman / gejala yang tidak menyenangkan termasuk nyeri, malaise, mual, muntah, depresi, agitasi, dan ketakutan.

4) Cacat / *disability*

Segala bentuk kerusakan struktur atau fungsi tubuh, keterbatasan aktifitas dan atau restriksi dalam pergaulan sosial yang berhubungan dengan *harm* yang terjadi sebelumnya atau saat ini.

e. Insiden keselamatan Pasien (IKP) / *Patient Safety Incident*

Setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm / cedera* yang tidak seharusnya terjadi.

f. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / *Adverse Event*

Suatu insiden yang mengakibatkan *harm / cedera* pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis yang tidak dapat dicegah.

g. Kejadian Nyaris cedera (KNC) / *Near Miss*

Suatu insiden yang tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), dapat terjadi karena “keberuntungan” (misalnya, pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), karena “pencegahan” (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), atau “peringanan” (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya. KNC (Kejadian Nyaris Cedera) adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien (pasien tidak cedera).

h. Kejadian Sentinel

Merupakan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

i. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Merupakan kejadian atau insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak menimbulkan cedera pada pasien.

j. Kondisi Potensial Cedera (KPC)

Kondisi Potensial Cedera merupakan kondisi atau situasi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden.

k. Laporan insiden RS

Pelaporan secara tertulis setiap Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang menimpa pasien atau kejadian lain

yang menimpa keluarga pengunjung, maupun karyawan yang terjadi di rumah sakit.

l. Faktor kontributor

Adalah keadaan, tindakan, atau faktor yang mempengaruhi dan berperan dalam mengembangkan dan atau meningkatkan risiko suatu kejadian (misalnya pembagian tugas yang tidak sesuai kebutuhan).

Contoh :

- 1) Faktor kontributor di luar organisasi (eksternal)
- 2) Faktor kontributor dalam organisasi (internal) misalnya tidak adanya prosedur,
- 3) Faktor kontributor yang berhubungan dengan petugas (kognitif atau perilaku petugas yang kurang, lemahnya supervisi, kurangnya *teamwork* atau komunikasi.
- 4) Faktor kontributor yang berhubungan dengan keadaan pasien.

m. Analisis akar masalah / *Root Cause Analysis* (RCA)

Adalah suatu proses berulang yang sistematis dimana faktor-faktor yang berkontribusi dalam suatu insiden diidentifikasi dengan merekonstruksi kronologis kejadian menggunakan pertanyaan 'kenapa' yang diulang hingga menemukan akar penyebabnya dan penjelasannya. Pertanyaan 'kenapa' harus ditanyakan hingga tim investigator mendapatkan fakta, bukan hasil spekulasi.

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi : asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko

pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Depkes RI, 2008). Tujuan dari keselamatan pasien ini adalah :

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatkan akuntabilitas 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.

Pada Januari 2002 *Executive Board* WHO telah menyusun usulan resolusi, dan kemudian diajukan pada *World Health Assembly* ke 55 Mei 2002, dan diterbitkan sebagai Resolusi WHA55.18. Selanjutnya pada *World Health Assembly* ke 57 Mei 2004, diputuskan membentuk aliansi internasional untuk peningkatan keselamatan pasien dengan sebutan *World Alliance for Patient Safety*, dan ditunjuk Sir Liam Donaldson sebagai Ketua. *World Alliance for Patient Safety* pada tahun 2004 menerbitkan 6 program keselamatan pasien, dan tahun 2005 menambahkan empat program lagi, keseluruhan sepuluh program WHO untuk keselamatan pasien adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2008) :

- a. *Global Patient Safety Challenge* :
 - 1st Challenge* : 2005-2006 : *Clean Care is Safer Care*,
 - 2nd Challenge* : 2007-2008 : *Safe Surgery Safe Lives*

- b. *Patients for Patient Safety*
- c. *Taxonomy for Patient Safety*
- d. *Research for Patient Safety*
- e. *Solutions for Patient Safety*
- f. *Reporting and Learning*
- g. *Safety in action*
- h. *Technology for Patient Safety*
- i. *Care of acutely ill patients*
- j. *Patient safety knowledge at your fingertips*

WHO Collaborating Centre for Patient Safety, dimotori oleh *Joint Commission International*, suatu badan akreditasi dari Amerika Serikat, mulai tahun 2005 mengumpulkan pakar keselamatan pasien dari lebih 100 negara, dengan kegiatan mengidentifikasi dan mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien, dan mencari solusi berupa sistem atau intervensi sehingga mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien dan meningkatkan keselamatan pasien. Pada tanggal 2 Mei 2007 *WHO Collaborating Centre for Patient Safety* resmi menerbitkan panduan “*Nine Life-Saving Patient Safety Solutions*” (“Sembilan Solusi Keselamatan Pasien Rumah Sakit”). Sembilan Topik tersebut yang diberikan solusinya adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2008) :

- a. Perhatikan Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip (*Look-Alike, Sound-Alike, Medication Names*)
- b. Pastikan Identifikasi Pasien
- c. Komunikasi secara Benar saat Serah Terima/Pengoperan Pasien
- d. Pastikan Tindakan yang benar pada Sisi Tubuh yang benar

- e. Kendalikan Cairan Elektrolit Pekat (*concentrated*)
- f. Pastikan Akurasi Pemberian Obat pada Pengalihan Pelayanan
- g. Hindari Salah Kateter dan Salah Sambung Slang (*Tube*)
- h. Gunakan Alat Injeksi Sekali Pakai
- i. Tingkatkan Kebersihan Tangan (*Hand Hygiene*) untuk Pencegahan Infeksi Nosokomial.

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di rumah sakit di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya. Standar keselamatan pasien rumah sakit yang disusun ini mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahnyasakit di Indonesia. Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan rumah sakit dan penilaiannya dilakukan dengan menggunakan Instrumen Akreditasi Rumah Sakit. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar (Depkes RI, 2008) yaitu :

- 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. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Uraian tujuh standar tersebut diatas adalah sebagai berikut :

Standar I. Hak pasien

- Standar :

Pasien dan keluarga mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.

- Kriteria :

- 1) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- 2) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- 3) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.

Standar II. Mendidik pasien dan keluarga

- Standar :

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

- Kriteria :

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Diharapkan dengan pendidikan tersebut pasien dan keluarga dapat :

- 1) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur
- 2) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga
- 3) Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- 4) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
- 5) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit
- 6) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
- 7) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

Standar III. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

- Standar :

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

- Kriteria :

- 1) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
- 2) Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
- 3) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.

- 4) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

Standar IV. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

- Standar :

Rumah sakit harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

- Kriteria :

- 1) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (design) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- 2) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan : pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
- 3) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua Kejadian Tidak Diharapkan, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.

- 4) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

Standar V. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

- Standar :

1. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
2. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan.
3. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
4. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
5. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

- Kriteria :

- 1) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- 2) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis-jenis Kejadian

yang memerlukan perhatian, mulai dari “Kejadian Nyaris Cedera” (*Near Miss*) sampai dengan “Kejadian Tidak Diharapkan” (*Adverse Event*).

- 3) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- 4) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- 5) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah (RCA) “Kejadian Nyaris Cedera” (*Near Miss*) dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
- 6) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (*Sentinel Event*) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.
- 7) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- 8) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan

pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.

- 9) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

Standar VI. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

- Standar :

- 1) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas
- 2) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

- Kriteria :

- 1) Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
- 2) Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in-service training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
- 3) Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

Standar VII. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

- Standar :

- 1) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
- 2) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat

- Kriteria :

- 1) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- 2) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada

Mengacu kepada standar keselamatan pasien, maka rumah sakit harus mendesign (merancang) proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Proses perancangan tersebut harus mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”. Uraian Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2008) :

a. Bangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien

Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.

Langkah penerapan :

1) Bagi Rumah Sakit :

Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah-langkah pengumpulan fakta harus dilakukan dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien dan keluarga

- Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden
- Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit
- Lakukan asesmen dengan menggunakan survei penilaian keselamatan pasien.

2) Bagi Unit/Tim :

- Pastikan rekan sekerja anda merasa mampu untuk berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden
- Demonstrasikan kepada tim anda ukuran-ukuran yang dipakai di rumah sakit anda untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat.

b. Pimpin Dan Dukung Staf Anda

Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang Keselamatan Pasien di rumah sakit anda.

Langkah penerapan :

1) Untuk Rumah Sakit :

- Pastikan ada anggota Direksi atau pimpinan yang bertanggung jawab atas Keselamatan Pasien
- Identifikasi di tiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi “penggerak” dalam gerakan Keselamatan Pasien
- Prioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda rapat Direksi/Pimpinan maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit
- Masukkan Keselamatan Pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit anda dan pastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya.

2) Untuk Unit/Tim :

- Nominasikan “penggerak” dalam tim anda sendiri untuk memimpin Gerakan Keselamatan Pasien
- Jelaskan kepada tim anda relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi mereka dengan menjalankan gerakan Keselamatan Pasien
- Tumbuhkan sikap kesatria yang menghargai pelaporan insiden.

c. Integrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko

Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.

Langkah penerapan :

1) Untuk Rumah Sakit :

- Telaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan non klinis, serta pastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan Keselamatan Pasien dan Staf
- Kembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh Direksi/Pimpinan rumah sakit
- Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.

2) Untuk Unit/Tim :

- Bentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu-isu Keselamatan Pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait
- Pastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko rumah sakit
- Lakukan proses asesmen risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko, dan ambillah langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut
- Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit.

d. Kembangkan Sistem Pelaporan

Pastikan staf anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS).

Langkah penerapan :

1) Untuk Rumah Sakit :

Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar, yang harus dilaporkan ke KPPRS – PERSI.

2) Untuk Unit/Tim :

Berikan semangat kepada rekan sekerja anda untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting.

e. Libatkan Dan Berkomunikasi Dengan Pasien

Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.

Langkah penerapan :

1) Untuk Rumah Sakit :

- Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya
- Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden
- Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.

2) Untuk Unit/Tim :

- Pastikan tim anda menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden

- Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat
- Pastikan, segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.

f. Belajar Dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien

Dorong staf anda untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.

Langkah penerapan :

1) Untuk Rumah Sakit :

- Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab
- Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (*Root Cause Analysis/RCA*) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum satu kali per tahun melakukan *Failure Modes and Effects Analysis (FMEA)* untuk proses risiko tinggi.

2) Untuk Unit/Tim :

- Diskusikan dalam tim anda pengalaman dari hasil analisis insiden
- Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan bagilah pengalaman tersebut secara lebih luas.

g. Cegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Langkah penerapan :

1) Untuk Rumah Sakit :

- Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi setempat
- Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien
- Lakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan
- Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh KKPRS – PERSI
- Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.

2) Untuk Unit/Tim

- Libatkan tim anda dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
- Telaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat oleh tim anda dan pastikan pelaksanaannya
- Pastikan tim anda menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.

Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif untuk menuju keselamatan pasien, sehingga tujuh langkah tersebut

secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit. Dalam pelaksanaan, tujuh langkah tersebut tidak harus berurutan dan tidak harus serentak. Pilih langkah-langkah yang paling strategis dan paling mudah dilaksanakan di rumah sakit. Bila langkah-langkah ini berhasil maka kembangkan langkah-langkah yang belum dilaksanakan. Bila tujuh langkah ini telah dilaksanakan dengan baik rumah sakit dapat menambah penggunaan metoda-metoda lainnya.

Deklarasi Jakarta pasien untuk keselamatan pasien di negara-negara South-East Asia Region berbunyi sebagai berikut:

Kami, pasien, konsumen pendukung, para profesional pelayanan kesehatan, pembuat kebijakan dan wakil lembaga swadaya masyarakat, asosiasi profesional dan dewan pengarah, setelah dipaparkan pada isu keselamatan pasien pada WHO regional workshop tentang “Pasien untuk Keselamatan Pasien”, 17 – 19 Juli 2007, di Jakarta, Indonesia. Mengacu pada *Resolution SEA/RC59/R3* tentang *Promoting Patient Safety in Health Care*, yang diadopsi pada Sesi yang 59th *Regional Committee* untuk Asia Tenggara, yang mencatat “keprihatinan atas banyaknya korban manusia dan biaya akibat Kejadian Tidak Diharapkan (*Adverse Events*)” dan lingkaran setan dari *Adverse Events*, tuntutan hukum dan praktek kedokteran yang *defensive*, dengan ini mendesak negara-negara Anggota untuk melibatkan para pasien, asosiasi konsumen, para pekerja pelayanan kesehatan dan asosiasi profesional dalam membangun sistem asuhan kesehatan yang lebih aman dan menciptakan suatu budaya keselamatan di dalam institusi pelayanan kesehatan. Dengan diilhami oleh *Patients for Patient Safety London Declaration* yang didukung oleh WHO *World Alliance for Patient Safety*.

Menimbang rekomendasi WHO *Regional Workshop* yang pertama tentang *Patient Safety*, 12 – 14 Juli 2006, di New Delhi, India:

- a. Menyatakan bahwa tidak boleh ada pasien menderita cedera yang dapat dicegah;
- b. Menyetujui bahwa pasien adalah pusat dari semua upaya keselamatan pasien;
- c. Menyatakan bahwa rasa takut disalahkan dan hukuman seharusnya tidak menghalangi komunikasi yang terbuka dan jujur antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan;
- d. Mengakui bahwa kami harus bekerja dalam pola kemitraan untuk mencapai perubahan perilaku utama dan sistem yang dibutuhkan untuk penerapan keselamatan pasien di regional kami;
- e. Percaya bahwa :
 - Transparansi, tanggung-jawab dan pendekatan manusiawi adalah yang utama pada suatu sistem pelayanan kesehatan yang aman;
 - Dasar hubungan adalah saling percaya dan saling menghormati antara para profesional pelayanan kesehatan dan pasien;
 - Pasien dan pendampingnya perlu mengetahui mengapa suatu pengobatan diberikan dan diberitahu tentang semua risiko, kecil atau besar, sehingga mereka dapat mengambil bagian di dalam keputusan-keputusan yang berhubungan dengan asuhan kepada mereka;
 - Pasien perlu mempunyai akses kepada rekam medis nya;
- f. Mengakui bahwa ketika cedera terjadi :
 - Harus ada suatu sistem dimana kejadian itu dapat dilaporkan dan diperiksa secara rahasia;

- Pasien dan keluarganya harus memperoleh informasi dan dukungan sepenuhnya;
 - Pemberi pelayanan yang terlibat pada cedera yang tak disengaja perlu juga menerima dukungan;
 - Tindakan korektif harus diambil untuk mencegah cedera di masa depan dan pelajaran yang didapat perlu disebarluaskan;
 - Harus ada suatu mekanisme untuk kompensasi yang wajar atas kerugian pasien dan keluarganya;
- g. Komit terhadap :
- Pemberdayaan konsumen melalui pendidikan yang jujur dan tulus;
 - Bekerjasama dengan media untuk mendorong pelaporan yang bertanggung jawab dan untuk berkesempatan mendidik masyarakat;
 - Partisipasi aktif konsumen di dalam pelaporan kejadian tidak diharapkan;
 - Komunikasi dua arah antar pasien dan pemberi pelayanan kesehatan untuk mendorong adanya tanya jawab;
 - Wakil pasien yang bermakna dalam komite keselamatan pasien dan forum-forum.
- h. Berikrar melalui upaya yang berkesinambungan untuk mencapai sasaran sbb :
- Berfungsinya sistem mutu dan keselamatan pasien pada setiap sarana pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, mulai dengan pembentukan suatu komite keselamatan pasien dan dalam suatu sistem pelaporan kejadian tidak diharapkan dan sistem tanggapannya;

- Taat pada pedoman berbasis bukti dan etik, dan menghindari pengobatan yang irrasional seperti pemberian obat, pemeriksaan dan operasi yang tidak perlu;
- Pendidikan kedokteran berkelanjutan untuk para profesional kesehatan;
- Konsep keselamatan pasien yang terintegrasi ke dalam pelatihan para profesional kesehatan;
- Sumber daya yang adekuat untuk keselamatan pasien;
- Profesional kesehatan yang termotivasi dan kompeten;
- Pasien dan pemberi pelayanan kesehatan yang puas.

6. Rumah sakit

Rumah sakit adalah sarana upaya pelayanan kesehatan institusional yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan. Rumah sakit juga berfungsi untuk melaksanakan usaha pelayanan medis, rehabilitasi medis, pencegahan, peningkatan kesehatan perawatan, sistem rujukan dan tempat penelitian. Selain itu rumah sakit juga mempunyai pelayanan rawat inap yang dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, misalnya perawatan rawat inap, pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan fasilitas non medik (Suparto, 2003).

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dinyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pada pasal dua disebutkan bahwa rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas,

manfaat keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Yang dimaksud dengan “nilai keselamatan pasien” adalah bahwa penyelenggaraan rumah sakit selalu mengupayakan peningkatan keselamatan pasien melalui upaya manajemen risiko klinik.

Pada pasal tiga juga disebutkan bahwa pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan:

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

Keselamatan pasien (*pasien safety*) adalah proses dalam suatu rumah sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen risiko, identifikasi, dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit disebutkan dalam BAB III tentang Tugas dan Fungsi Rumah Sakit di pasal empat dikatakan bahwa Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Pada pasal lima dikatakan bahwa untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

B. Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir dalam penelitian ini menggambarkan dimensi-dimensi antara lain adalah masalah yang dapat terjadi di rumah sakit. Masalah yang terjadi dapat menyebabkan makin meningkatnya potensi tuntutan yang berdampak pada reputasi rumah sakit. Selain itu makin bertambahnya rumah sakit mengakibatkan meningkatnya persaingan antar rumah sakit, bilamana reputasinya menurun dapat mengganggu kelangsungan hidup rumah sakit itu sendiri. Masalah-masalah dapat muncul karena adanya penyimpangan dari dokter, perawat, peralatan, lingkungan, bahan atau material, pasien, lokasi, waktu, tenaga non medis. Adanya penyimpangan menyebabkan timbulnya risiko. Risiko yang terjadi dapat menyebabkan cedera, nyaris cedera maupun potensi cedera. Risiko perlu diketahui dengan cara melakukan identifikasi risiko. Identifikasi risiko dilakukan dengan menggunakan kuesioner mengenai laporan insiden dan kondisi potensi cedera.

Analisis risiko dilakukan pada risiko yang teridentifikasi yang dijabarkan dalam *risk register* dengan menggunakan metode *Focus Discussion Group*. Setelah dianalisis, dilakukan langkah-langkah untuk memitigasi risiko.



Gambar 2.1 Kerangka Berpikir

C. Keaslian Penelitian

Sebelumnya penelitian ini sudah pernah dibahas oleh penelitian sebelumnya yang dimaksud diantaranya dapat dilihat dalam Tabel 2.1 Tinjauan Penelitian Sebelumnya.

Tabel 2.1 Tinjauan Penelitian Sebelumnya

| JUDUL PENELITIAN | PENELITI DAN TAHUN | METODE PENELITIAN | HASIL PENELITIAN |
|---|-----------------------------------|---|--|
| <i>Generic Health Care Hospital: The Road to an Integrated Risk Management System</i> | Burnaby, Hass, and O'Reilly, 2011 | Metode kualitatif untuk menganalisis risiko | Hasil kajian menunjukkan bahwa proses analisis risiko dan sistem kontrol untuk organisasi sangat diperlukan dalam penanganan rumah sakit |

| JUDUL PENELITIAN | PENELITI DAN TAHUN | METODE PENELITIAN | HASIL PENELITIAN |
|---|---------------------------|--|--|
| <i>Performance-Based Facility Management-An Integrated Approach</i> | Lavy, 2010 | Metode kuantitatif dan kualitatif | Hasil kajian menunjukkan bahwa implementasi IHFMM (Integrated Healthcare Facility Management Model) yang salah satu penekanannya pada manajemen risiko sangat diperlukan dalam penanganan fasilitas kesehatan. |
| <i>Pediatric Medical Errors Part 3: Safety Strategies Medication Use System to Analyze Errors</i> | Cohen, 2004 | Metode kualitatif untuk menganalisis kesalahan | Hasil kajian menunjukkan bahwa strategi yang aman diperlukan untuk mengatasi kesalahan penggunaan obat. |
| <i>Theory and practice of in-hospital patient risk management</i> | Hoefl, 2003 | Metode prospektif dan retrospektif | Hasil kajian menunjukkan bahwa manajemen risiko diperlukan di bagian <i>Haemodialysis</i> dan <i>Operating Room</i> |
| <i>Risk management and the medical profession</i> | O'Donovan, Margaret, 1997 | Metode kualitatif untuk menganalisis risiko | Hasil kajian menunjukkan bahwa manajemen risiko diperlukan di institusi pelayanan kesehatan terutama rumah sakit |

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hoeff (2003) yang menyatakan pentingnya manajemen risiko di rumah sakit. Hoeff (2003) melakukan penelitian di Rumah Sakit Catharina bagian *Haemodialysis* dan *Operating Room* sedangkan penelitian ini dilakukan di instalasi rawat inap dan laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat. Hoeff (2003) melakukan identifikasi risiko berdasarkan analisis *patient safety* dan *hazard risk* sama dengan penelitian ini. Hoeff (2003) menggunakan *Incident Reporting and Management System* (IRMS) atau laporan insiden sama dengan penelitian ini tapi menggunakan format laporan yang berbeda. Laporan insiden Hoeff (2003) berisi tentang *date of incident, time of incident, location of incident, IP number, name of patient, date, reporter, description of incident, recovery actions, possible suggestions, remarks/special circumstances*. Selain IRMS ada laporan lain yang digunakan Hoeff (2003) yaitu *Complication and Incident Reporting and Management System* (CIRMS), laporan ini adalah laporan insiden yang ditambah laporan dan analisis tentang komplikasi. Penelitian ini hanya menggunakan laporan insiden yang sudah mencakup laporan komplikasi (lampiran 1). Hoeff (2003) menggunakan laporan insiden sebagai dasar dilakukan *Critical Incident Interview* (CII) sama dengan penelitian ini. Hoeff (2003) menggunakan pendekatan *Causal Tree Analysis* (CTA) dalam menganalisis CII sedangkan penelitian ini hanya menggunakan investigasi sederhana karena semua risiko yang dianalisis masih didalam *bands* warna hijau (*moderate*) yang cukup dilakukan investigasi sederhana. Hoeff (2003) menggunakan *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA) sedangkan penelitian ini menggunakan *Healthcare Failure Mode and Effects Analysis* (HFMEA), hal ini sebenarnya sama hanya HFMEA biasanya digunakan di fasilitas kesehatan

sedangkan FMEA dapat digunakan di mana saja. Dua-duanya menggunakan pendekatan prospektif. Hoeff (2003) menggunakan *Eindhoven Classification Model of system failure* (ECM) sedangkan penelitian ini tidak menggunakan ECM. ECM menggunakan *failure mode* yang diklasifikasi menjadi tiga yaitu *technical, organisational and human failure*. Penilaian risiko juga dilakukan oleh Hoeff (2003) tapi hanya pada FMEA tidak pada CII sedangkan pada penelitian ini penilaian risiko dilakukan pada HFMEA dan laporan insiden. Kriteria dampak dan probabilitas pada FMEA di *Operating Room* mempunyai *range* nilai satu sampai sepuluh, sedangkan kriteria dampak dan probabilitas pada FMEA di *Haemodialysis* mempunyai *range* nilai satu sampai tiga. Berbeda dengan Hoeff (2003) penelitian ini menggunakan kriteria dampak dan probabilitas pada CII di instalasi rawat inap dan laboratorium dengan *range* nilai satu sampai lima (tabel 3.1 dan tabel 3.2) sedangkan kriteria dampak dan probabilitas pada HFMEA di instalasi rawat inap dan laboratorium dengan *range* nilai satu sampai empat (tabel 3.14 dan tabel 3.15). Penelitian ini menghasilkan *risk register*, sedangkan Hoeff (2003) tidak membuat *risk register* yang merupakan alat manajemen risiko. Penelitian ini juga melakukan pemetaan *hazard risk* pada instalasi rawat inap dan laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat sedangkan Hoeff (2003) tidak melakukan pemetaan *hazard risk* dalam penelitiannya.

Penelitian ini sejalan dengan *Risk Management Department* pada Rumah Sakit Royal Perth (2002) yang menyatakan pentingnya manajemen risiko di rumah sakit. Rumah Sakit Royal Perth berkomitmen untuk menerapkan strategi manajemen risiko yang efektif dan komprehensif bagi seluruh organisasi. Rumah Sakit Royal Perth menentukan kebijakan dan metode pengelolaan risiko untuk

mencapai tempat kerja yang efektif dan aman. Rumah Sakit Royal Perth melakukan *risk management* dengan ruang lingkup *audit management, building standards, clinical and non-clinical adverse occurrence minimisation strategies, contracting risks, crisis contingency planning, emergency preparedness, environment of care (eg. infection control, waste management), fire prevention, flood/water risk, fraud prevention, hospital property loss and damage, information and technology systems-general/management systems, information and technology system-clinical, insurance and fixed asset management programs, loss of intellectual property, management system inadequacies, occupational safety and health, physical security: risk of theft/ malicious damage, patient/client care; safety and security management, political issues, professional negligence, public liability, reputation and image, safe environment, security management/ policing issues, transport management, workplace industrial issues* sedangkan penelitian ini hanya dilakukan di instalasi rawat inap dan laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Sangailiat. *Risk registernya* terdiri dari *source of the risk, nature of the risk, existing controls, likelihood and consequences, initial rating, and vulnerability to external/internal factors*. Penilaian risiko juga dilakukan oleh Rumah Sakit Royal Perth. Kriteria dampak dan probabilitas mempunyai *range* nilai satu sampai lima sesuai dengan penelitian ini. Rumah Sakit Royal Perth membuat langkah-langkah mitigasi risiko yang harus dilakukan agar risiko dapat dikontrol, dicegah maupun dihilangkan.

Penelitian ini juga sesuai dengan Lavy (2010) yang menyatakan pentingnya manajemen risiko yang melakukan pendekatan terintegrasi mengenai keadaan fasilitas kesehatan dan sesuai dengan O' Donovan (1997) yang

-- menyatakan pentingnya manajemen risiko di institusi rumah sakit dan keuntungan menganalisis dan mengontrol risiko di rumah sakit. Selain itu penelitian ini juga sejalan dengan Burnaby, et al (2011) yang menyatakan bahwa pentingnya analisis risiko dan sistem kontrol untuk organisasi. Begitu banyak risiko di rumah sakit yang dapat menyebabkan cedera sehingga risiko perlu dikontrol. Burnaby, et al (2011), Lavy (2010) maupun O'Donovan (1997) melakukan pendekatan secara terintegrasi sesuai dengan yang dilakukan di Rumah Sakit Royal Perth, sedangkan penelitian ini belum melakukan pendekatan secara terintegrasi tetapi hanya dilakukan di instalasi rawat inap dan laboratorium. Demikian juga penelitian Hoeff (2003) hanya melakukan di bagian *Haemodialysis* dan *Operating Room*.

Penelitian di RSUD Sungailiat menemukan beberapa kejadian mengenai kesalahan penggunaan obat. Penelitian ini sejalan dengan Cohen (2004) yang menyatakan perlunya analisis kesalahan dengan menggunakan sistem strategi yang aman tentang menggunakan obat.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dibatasi ruang lingkup sebagai berikut:

1. Obyek penelitian dalam penyusunan penelitian ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat di jalan Jenderal Sudirman No. 195 Sungailiat, Bangka, Propinsi Kepulauan Bangka Belitung.
2. Waktu penelitian dilakukan pada Januari 2012 sampai dengan Juni 2012.
3. *Scope* penelitian hanya untuk instalasi rawat inap dan laboratorium
4. Risiko yang diidentifikasi hanya risiko operasional yang disebabkan oleh SDM, sistem, internal proses atau eksternal (Hanggraeni, 2010)

B. Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan studi analisis deskripsi dengan pendekatan kualitatif untuk mendapatkan informasi secara mendalam mengenai risiko atau kejadian yang tidak diharapkan di RSUD Sungailiat Bangka serta statistik deskripsi.

C. Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini meliputi data primer yang merupakan data yang diperoleh dari sumber pertama, baik individu atau perseorangan. Menurut Blaikie (2003:18), data primer adalah data yang dikumpulkan langsung oleh peneliti dari lapangan dan belum dilakukan pengolahan lebih lanjut. Penelitian ini

menggunakan hasil pengisian kuesioner oleh responden. Kuesioner dilakukan dua kali. Kuesioner pertama dibagikan kepada seluruh pegawai di instalasi rawat inap dan laboratorium sebanyak 100 kuesioner. Kuesioner kedua di bagikan kepada kepala ruangan dan dokter sebanyak 21 kuesioner.

1) Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data penelitian ini menggunakan *Focus Discussion Group*, kuesioner (angket), studi pustaka, dan dokumentasi.

2) Teknik Pengolahan Data dan Analisis Data

Untuk mendapatkan sampel yang representatif dalam penelitian ini digunakan semua data yang dikumpulkan dari kuesioner yang dibagikan ke ruang rawat inap dan laboratorium. Respondennya pegawai rumah sakit.

Menurut Cooper dan Schindle dalam Hanggraeni (2009), penarikan sampel responden dilakukan dengan dasar prosedur statistik inferensial yang mengasumsikan bahwa karakteristik populasi mengikuti distribusi normal. Dengan rumus dibawah ini:

$$\mu = X + Z_{\alpha/2}\sigma = p + Z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{pq}{n}} \quad (3.1)$$

$$Z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{pq}{n}} = x ; \text{ dengan } 0 < x < 1 \quad (3.2)$$

$$n = \frac{pq}{\left(\frac{x}{Z_{\alpha/2}}\right)^2} \quad (3.3)$$

Dimana:

μ = rata-rata populasi

x = rata-rata sampel

σ = standar deviasi sampel

p = proporsi sampel yang memiliki atribut tertentu

q = proporsi sampel yang tidak memiliki atribut tertentu

$Z_{\alpha/2}$ = nilai kritis distribusi normal baku pada tingkat kepercayaan 95%,
yaitu sebesar 1,96

x = interval kisaran nilai parameter populasi terhadap responden

n = jumlah sampel responden

Menurut Hanggraeni (2009), bila diasumsikan bahwa proporsi populasi responden yang memiliki atribut penelitian tidak diketahui maka dapat digunakan asumsi nilai $p = q = 0,5$, sehingga hasil perkalian antara p dan q menghasilkan 0,25. Dengan interval kisaran nilai parameter populasi terhadap responden maksimum 10 persen, maka jumlah responden yang dapat digunakan dalam penelitian ini dapat dihitung sebagai berikut.

$$n = \frac{0,25}{\left(\frac{0,10}{1,96}\right)^2} = 96,04 \approx 96 \text{ responden} \quad (3.4)$$

Berdasarkan perhitungan diatas maka target jumlah responden sebanyak 96 orang. Bila diasumsikan kemungkinan terjadinya data yang tidak valid maka perlu ditambahkan cadangan responden sebanyak 4, sehingga target responden yang diharapkan menjadi sebanyak 100 responden.

D. Tahapan Penelitian

Tahapan penelitian terdiri dari:

- Pengumpulan data

Penelitian ini dimulai dengan proses pengumpulan data yang meliputi data primer. Data primer dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner terdiri dari dua jenis yaitu:

o Kuesioner pertama

Kuesioner pertama ditujukan kepada pegawai RSUD yang berada di ruang rawat inap dan laboratorium. Kuesionernya mengenai laporan insiden. Berdasarkan hasil kuesioner pertama didapatkan :

- Karakteristik responden, yaitu umur responden, jenis kelamin responden, tingkat pendidikan responden, masa kerja responden dan jabatan responden.
- Karakteristik pasien yang dinilai dari segi ruangan tempat pasien mengalami kejadian, umur pasien, jenis kelamin pasien, penanggung biaya pasien, tanggal masuk pasien dan berdasarkan kasus penyakitnya.
- Karakteristik insiden yang dinilai dari segi jenis insiden, orang yang pertama yang melaporkan insiden, insiden terjadi pada siapa, insiden menyangkut pasien apa, tempat insiden, unit kerja penyebab insiden, akibat insiden, tindakan yang dilakukan setelah terjadi insiden dan orang yang melakukan tindakan.

o Kuesioner kedua

Kuesioner kedua ditujukan kepada kepala ruangan dan dokter. Kuesionernya mengenai kondisi potensi cedera. Berdasarkan hasil kuesioner kedua didapatkan :

- Karakteristik responden, yaitu umur responden, jenis kelamin responden, tingkat pendidikan responden, masa kerja responden dan jabatan responden.
 - Karakteristik insiden yang dinilai dari segi tipe insiden dan subtype insiden (tabel 3.5).
- Analisis data dan pembahasan

Tahap berikutnya setelah pengumpulan data selesai dilakukan adalah proses analisis data. Berdasarkan laporan insiden dapat dilakukan analisis yang lebih mendalam dengan *Focus Discussion Group* yang membahas tentang jenis insiden, tipe insiden (tabel 3.5), penyebab insiden (tabel 3.5), mitigasi risiko, penilaian risiko (tabel 3.1, tabel 3.2, tabel 3.3, tabel 3.4), *action plan* untuk mengurangi risiko (tabel 3.6, tabel 3.7, tabel 3.8, tabel 3.9, tabel 3.10, tabel 3.11, tabel 3.12, tabel 3.13), rangking risiko.

Berdasarkan kondisi potensi cedera dapat dilakukan analisis yang lebih mendalam dengan *Focus Discussion Group* yang membahas kondisi potensi cedera yang paling sering terjadi berdasarkan hasil kuesioner kedua. Pengelolaan risiko terhadap kondisi potensi cedera yang paling sering terjadi dilakukan dengan menggunakan *Healthcare Failure Mode Effect and Analysis* (HFMEA) atau Analisis Modus Kegagalan dan Dampaknya (AMKD) dengan tahapan sebagai berikut:

- Menentukan topik

- *Focus group discussion*

Dilakukan *Focus group discussion* yang terdiri dari kepala instalasi, kepala ruangan, kepala bidang dan kepala seksi yang terkait.

- Alur proses

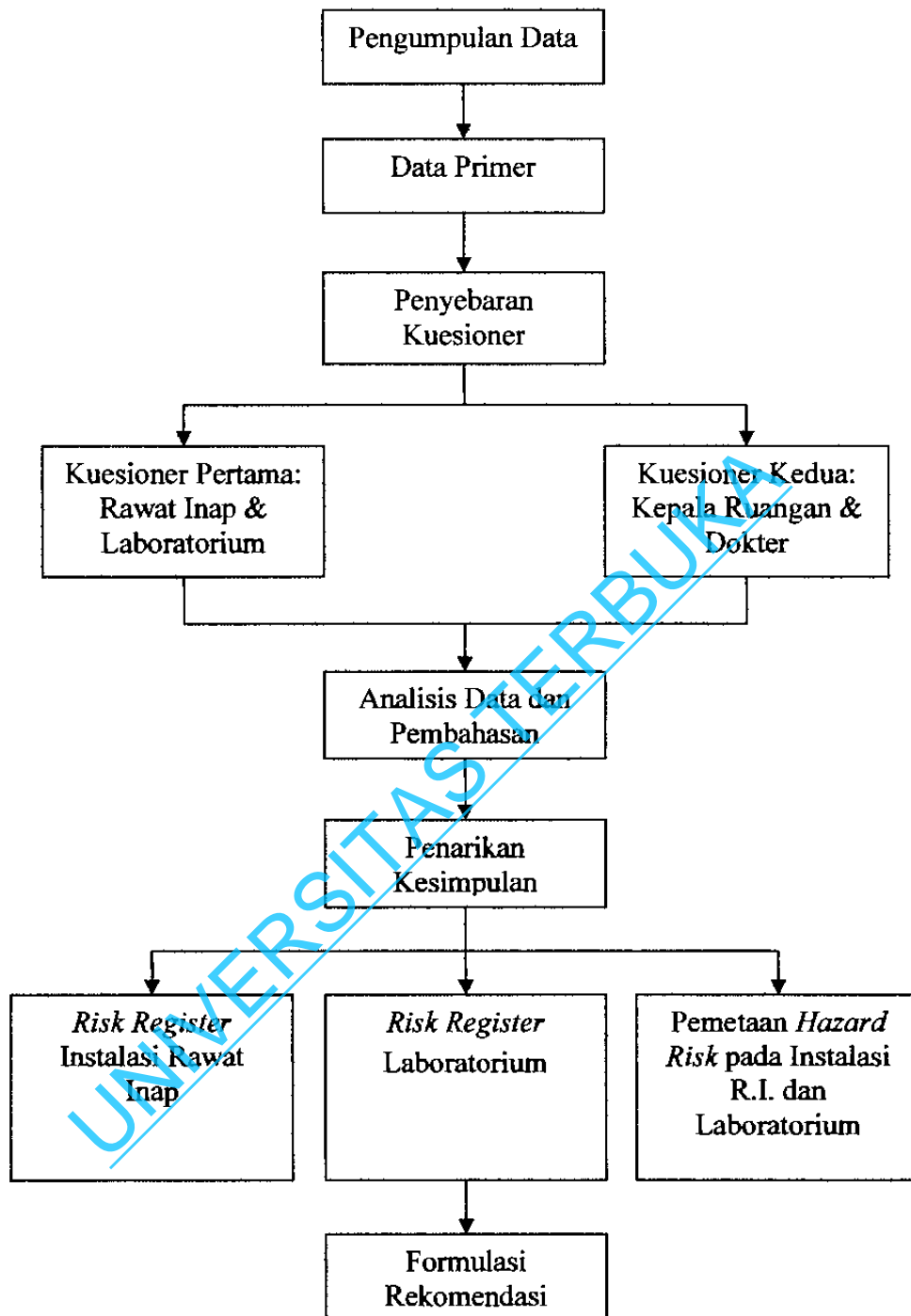
Alur proses dibuat secara bertahap dari proses dengan rincian sub proses untuk mengetahui kelemahan dari sistem.

- Analisis *hazard score*

Analisis *hazard score failure mode* dilakukan pada instalasi rawat inap dan laboratorium yang disertai dengan tatalaksana dan pengukuran *outcome* (tabel 3.14, tabel 3.15, tabel 3.16)

- Kesimpulan dan saran

Tahap berikutnya setelah proses analisis data dilanjutkan dengan proses penarikan kesimpulan penelitian yang meliputi penyusunan *risk register* serta pemetaan *hazard risk* instalasi rawat inap dan laboratorium. Pemetaan *hazard risk* menggunakan *risk matrix chart*. Berdasarkan kesimpulan dapat dilakukan saran terhadap RSUD maupun penelitian selanjutnya.



Gambar 3.1 Tahapan Penelitian

Setelah mendapatkan data, data tersebut dilakukan analisis. Analisis data merupakan proses untuk pengorganisasian data dalam rangka mendapatkan pola-pola keteraturan. Sedangkan interpretasi data adalah proses pemberian makna terhadap pola-pola tersebut.

Proses analisis dan interpretasi data meliputi:

- Pengolahan data, yang terdiri dari kategorisasi dan reduksi data,
Pengolahan dilakukan pada semua data yang didapatkan dari responden. Kemudian dilakukan kategorisasi terhadap data tersebut, setelah itu dilakukan reduksi data yang meliputi proses pemilihan data atas dasar tingkat relevansi dan kaitannya dengan setiap kelompok data, serta menyusun data dalam satuan sejenis.
- Penyajian data
Data dapat disajikan dalam bentuk matriks sehingga memudahkan untuk melihat pola hubungan satu data dengan data lainnya.
- Interpretasi data
Interpretasi data adalah proses pemberian makna terhadap pola-pola tersebut.
- Penarikan kesimpulan
Kesimpulan dilakukan atas data-data yang sudah diproses sesuai dengan pola pemecahan permasalahan yang dilakukan.

Pada penelitian ini data dapat segera dianalisis, tanpa harus mengumpulkan seluruh data responden. Proses dilakukan secara bertahap sehingga proses analisis

dan interpretasi tersebut dapat menghasilkan suatu kesimpulan yang dapat dipertanggungjawabkan.

Metode Analisis Matriks *Grading* Risiko

Penilaian matriks suatu risiko adalah suatu metode analisis kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan Dampak dan Probabilitasnya.

a. Dampak (*Consequences*)

Penilaian dampak/akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal dapat dilihat pada Tabel 3.1 Penilaian Dampak Klinis/Konsekuensi/*Severity*.

Tabel 3.1 Penilaian Dampak Klinis/Konsekuensi/*Severity*

| Tingkat Risiko | Deskripsi | Dampak |
|----------------|-------------|---|
| 2 | Minor | <ul style="list-style-type: none"> • Cedera ringan mis. Luka lecet • Dapat diatasi dengan pertolongan pertama |
| 3 | Moderat | <ul style="list-style-type: none"> • Cedera sedang mis. Luka robek • Berkurangnya fungsi motorik/ sensorik/ psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit. • Setiap kasus yang memperpanjang perawatan |
| 4 | Mayor | <ul style="list-style-type: none"> • Cedera luas/ berat mis. Cacat, lumpuh • Kehilangan fungsi motorik/ sensorik/ psikologis atau intelektual (irreversibel), tidak berhubungan dengan penyakit. |
| 5 | Katastropik | Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (*Patient Safety Incident Report*)

b. Probabilitas / Frekuensi / *Likelihood*

Penilaian tingkat probabilitas/frekuensi risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi, dapat dilihat pada Tabel 3.2 Penilaian Probabilitas/ Frekuensi.

Tabel 3.2 Penilaian Probabilitas/ Frekuensi

| TINGKAT RISIKO | DESKRIPSI |
|----------------|--|
| 2 | Jarang / Unlikely (>2-5 thn/kali) |
| 3 | Mungkin / Possible (1-2 thn/kali) |
| 4 | Sering / Likely (Beberapa kali/thn) |
| 5 | Sangat sering / Almost certain (Tiap minggu/bulan) |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (*Patient Safety Incident Report*)

Setelah nilai Dampak dan Probabilitas diketahui, dimasukkan dalam Tabel

3.3 Matriks *Grading* Risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna *bands* risiko.

a. Skor risiko

$$\text{Skor risiko} = \text{Dampak} \times \text{Probability} \quad 3.5$$

Cara menghitung skor risiko :

Untuk menghitung skor risiko digunakan matriks *grading* risiko (Tabel 3.3):

1. Tetapkan frekuensi pada kolom kiri,
2. Tetapkan dampak pada baris ke arah kanan,
3. Tetapkan warna *bands*nya, berdasarkan pertemuan antara frekuensi dan dampak.

b. *Bands* risiko

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu : biru, hijau, kuning dan merah. Warna "*bands*" akan menentukan

Investigasi yang akan dilakukan : (Tabel 3.4 Tindakan Sesuai Tingkat dan *Bands* Risiko)

- *Bands* biru dan hijau : Investigasi sederhana
- *Bands* kuning dan merah : Investigasi Komprehensif / RCA

Warna *bands* adalah hasil pertemuan antara nilai dampak yang diurut ke bawah dan nilai probabilitas yang diurut ke samping kanan.

Tabel 3.3 Matriks *Grading* Risiko

| Probabilitas | Tidak Signifikan 1 | Minor 2 | Moderat 3 | Mayor 4 | Katastropik 5 |
|---|-----------------------|------------|--------------|------------|------------------|
| Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) 5 | Moderat | Moderat | Tinggi | Ekstrem | Ekstrem |
| Sering terjadi (beberapa kali/thn) 4 | Moderat | Moderat | Tinggi | Ekstrem | Ekstrem |
| Mungkin terjadi (1-<2 thn/kali) 3 | | Moderat | Tinggi | Ekstrem | Ekstrem |
| Jarang terjadi (>2-<5 thn/kali) 2 | | | Moderat | Tinggi | Ekstrem |
| Sangat jarang terjadi (>5 thn/kali) 1 | | | Moderat | Tinggi | Ekstrem |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (*Patient Safety Incident Report*)

Tabel 3.4 Tindakan Sesuai Tingkat dan *Bands* Risiko

| Level / Bands | Tindakan |
|--------------------------------|--|
| Ekstrem (sangat tinggi) | Risiko ekstrem, dilakukan RCA paling lama 45 hari membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur, |
| High (tinggi) | Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari Kaji dengan detil & perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajemen, |
| Moderate (sedang) | Risiko sedang, dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer / Pimpinan Klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya dan kelola risiko |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (*Patient Safety Incident Report*)

Tipe insiden

Untuk mengisi tipe insiden, harus dilakukan analisis dan investigasi terlebih dahulu. Insiden dikategorikan menjadi tipe insiden dan subtipe insiden, yang dapat dilihat pada Tabel 3.5 Tipe Insiden.

Tabel 3.5 Tipe Insiden

| No. | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | |
|-----|---------------------|-----------------|--|
| 1. | Administrasi Klinik | a. Proses | i. Serah terima ii. Perjanjian iii. Daftar tunggu/ Antrian iv. Rujukan/ Konsultasi v. Admisi vi. Keluar/Pulang dari Ranap/RS vii. Pindah Perawatan (<i>Transfer of care</i>) |
| | | | viii. Identifikasi Pasien ix. Consent x. Pembagian tugas xi. Respons terhadap kegawatdaruratan |
| | | b. Masalah | i. Tidak performance ketika dibutuhkan/indikasi ii. Tidak lengkap / Inadkuat iii. Tidak tersedia iv. Salah pasien v. Salah proses / pelayanan |

| No. | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | |
|-----|---|-------------------------|---|
| 2. | Proses/ Prosedur Klinis | a. Proses | i. Skrening/ Pencegahan/ Medical check up ii. Diagnosis/ Assessment iii. Prosedur/ Pengobatan/ Intervensi iv. <i>General care/ Management</i> v. Test/ Investigasi vi. Spesimen/ Hasil vii. Belum dipulangkan (<i>Detention/ Restraint</i>) |
| | | b. Masalah | i. Tidak performance ketika dibutuhkan/ indikasi ii. Tidak lengkap/ Inadekuat iii. Tidak tersedia iv. Salah pasien v. Salah proses/ pengobatan/ prosedur Salah bagian tubuh/ sisi |
| 3. | Dokumentasi | a. Dokumen yang Terkait | i. Order/ Permintaan ii. Chart/ Rekam medik/ Assesmen/ Konsultasi iii. Check List iv. Form/ sertifikat v. Instruksi/ Informasi/ Kebijakan/ SOP/ Guideline vi. Label/ Stiker/ Identifikasi Bands/ Kartu vii. Surat/ E-mail/ Rekaman Komunikasi viii. Laporan/ Hasil/ Images |
| | | b. Masalah | i. Dokumen hilang/ tidak tersedia ii. Terlambat mengakses dokumen iii. Salah dokumen/ Salah orang iv. Tidak jelas/ Membingungkan/ Illegible/ Informasi dalam dokumen tidak lengkap |
| 4. | Infeksi Nosokomial (<i>Hospital Assosiated Infection</i>) | a. Tipe organisme | i. Bakteri ii. Virus iii. Jamur iv. Parasit v. Protozoa vi. Rickettsia vii. Prion (Partikel protein yg infeksius) viii. Organisme tidak teridentifikasi |

| No. | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | |
|-----|-------------------------------|---|--|
| | | b. Tipe/ Bagian infeksi | i. Bloodstream ii. Bagian yang dioperasi iii. Abses iv. Pneumonia v. Kanul IV vi. Protesis infeksi vii. Drain/ tube urin viii. Jaringan lunak |
| 5. | Medikasi/ Cairan Infus | a. Medikasi/ Cairan infus yang terkait | i. Daftar Medikasi ii. Daftar Cairan infus |
| | | b. Proses penggunaan medikasi/ Cairan infus | i. Peresepan ii. Persiapan/ Dispensing iii. Pemaketan iv. Pengantaran v. Pemberian vi. Suply/ pesan vii. Penyimpanan viii. Monitoring |
| | | c. Masalah | i. Salah pasien ii. Salah obat iii. Salah dosis / kekuatan/ frekuensi iv. Salah formulasi/ presentasi v. Salah rute pemberian vi. Salah jumlah/ kuantitas vii. Salah Dispensing Label/ Instruksi viii. Kontraindikasi ix. Salah penyimpanan x. <i>Omitted medicine or dose</i> xi. Obat kadaluarsa xii. <i>Adverse drug reaction</i> (reaksi efek samping obat) |
| 6. | Transfusi darah/ Produk darah | a. Transfusi darah/ Produk darah terkait | i. Produk selular ii. Faktor pembekuan (<i>clotting</i>) iii. Albumin/ Plasma protein iv. Imunoglobulin |
| | | b. Proses Transfusi darah/ Produk darah terkait | i. Test pre transfusi ii. Peresepan iii. Persiapan/ Dispensing iv. Pengantaran v. Pemberian vi. Penyimpanan vii. Monitoring viii. Presentasi/ Pemaketan |

| No. | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | |
|-----|--------------|-----------------------------------|--|
| | | | ix. Suply/ Pesan |
| | | c. Masalah | i. Salah pasien ii. Salah Darah/ Produk darah iii. Salah dosis/ Frekuensi iv. Salah jumlah v. Salah label dispensing/ Instruksi vi. Kontraindikasi vii. Salah penyimpanan viii. Obat atau Dosis yang diabaikan ix. Darah kadaluarsa x. Efek samping (<i>Adverse effect</i>) |
| 7. | Nutrisi | a. Nutrisi yang terkait | i. Diet umum ii. Diet khusus |
| | | b. Proses nutrisi | i. Peresepan/ Permintaan ii. Persiapan/ manufactur/ Proses memasak iii. Suply/ order iv. Presentation v. Dispensing/ Alokasi vi. Pengantaran vii. Pemberian viii. Penyimpanan |
| | | c. Masalah | i. Salah pasien ii. Salah diet iii. Salah jumlah iv. Salah Frekuensi v. Salah konsistensi vi. Salah penyimpanan |
| 8. | Oksigen/ Gas | a. Oksigen/ Gas terkait | Daftar oksigen/ gas terkait |
| | | b. Proses penggunaan oksigen/ Gas | i. Label Cilinder/ warna kode/ Index pin ii. Peresepan iii. Pemberian iv. Pengantaran v. Suply/ order vi. Penyimpanan |
| | | c. Masalah | i. Salah pasien ii. Salah gas iii. Salah rate/ flow/ konsentrasi iv. Salah mode pengantaran |

| No. | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | |
|----------------------------|---|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> v. Kontraindikasi vi. Salah penyimpanan vii. Gagal pemberian viii. Kontaminasi |
| 9. | Alat medis/ Alat kesehatan/ <i>Equipment property</i> | a. Tipe Alat medis/ Alat kesehatan/ <i>Equipment Property</i> | Daftar Alat medis/ Alat kesehatan/ <i>Equipment property</i> |
| b. Masalah | | <ul style="list-style-type: none"> i. <i>Presentation/</i> Pemaketan tidak baik ii. Ketidakterersediaan iii. <i>Inapropriate for task</i> iv. Tidak bersih/ Tidak steril v. Kegagalan/ Malfungsi vi. <i>Dislodgement/</i> Miskoneksi/ Removal vii. <i>User error</i> | |
| 10. | | a. Perilaku pasien | <ul style="list-style-type: none"> i. Tidak kooperatif ii. Tidak pantas/ Sikap bermusuhan/ Kasar iii. Berisiko/ Sembrono/ Berbahaya iv. Masalah dengan penggunaan substansi/ Abuse v. Mengganggu (<i>Harrassment</i>) vi. Diskriminatif / Berprasangka vii. Berkeliaran, Melarikan diri viii. Sengaja mencederai diri, Bunuh diri |
| | | b. Aggression/ Assault | <ul style="list-style-type: none"> i. Agresi verbal ii. Kekerasan fisik iii. Kekerasan seksual iv. Kekerasan terhadap mayat v. Ancaman nyawa |
| 11. | Jatuh | a. Tipe Jatuh | <ul style="list-style-type: none"> i. Tersandung ii. Slip iii. Kolaps iv. Hilang keseimbangan |
| b. Keterlibatan saat jatuh | | <ul style="list-style-type: none"> i. Velbed ii. Tempat tidur iii. Kursi iv. Strecher v. Toilet | |

| No. | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | |
|-----|--------------|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> vi. Peralatan terapi vii. Tangga viii. Dibawa/dibantu oleh orang lain |
| 12. | Kecelakaan | a. Benturan tumpul | <ul style="list-style-type: none"> i. Kontak dengan benda/binatang ii. Kontak dengan orang iii. Hancur, remuk iv. Gesekan kasar |
| | | b. Serangan tajam/tusukan | <ul style="list-style-type: none"> i. Cakaran, Sayatan ii. Tusukan iii. Gigitan, sengatan iv. Serangan tajam lainnya |
| | | c. Kejadian mekanik lain | <ul style="list-style-type: none"> i. Benturan akibat ledakan bom ii. Kontak dengan mesin |
| | | d. Peristiwa mekanik lain | |
| | | e. Mekanik Panas | <ul style="list-style-type: none"> i. Panas yang berlebihan ii. Dingin yang berlebihan |
| | | f. Ancaman pada pernafasan | <ul style="list-style-type: none"> i. Ancaman mekanik pernafasan ii. Tenggelam atau hampir tenggelam iii. Pembatasan oksigen-kekurangan tempat iv. <i>Confinement to Oxygen-Deficient Place</i> |
| | | g. Paparan bahan kimia atau substansi lainnya | <ul style="list-style-type: none"> i. Keracunan bahan kimia atau substansi lain ii. Bahan kimia korosif |
| | | h. Mekanisme spesifik yang lain menyebabkan cedera | <ul style="list-style-type: none"> i. Paparan listrik/radiasi ii. Paparan suara/getaran iii. Paparan tekanan udara iv. Paparan karena gravitasi rendah |
| | | i. Paparan karena dampak cuaca, bencana alam | |

| No. | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | |
|-----|--|--|--|
| 13. | Infrastruktur / Bangunan/ Benda lain terpasang tetap | a. Keterlibatan Struktur/ bangunan b. Masalah | i. Daftar Struktur ii. Daftar Bangunan iii. Daftar Furniture i. Inadekuat ii. <i>Damaged/Faulty/Worn</i> |
| 14. | Resource / Manajemen organisasi | a. Beban kerja manajemen yang berlebihan b. Ketersediaan/ keadudukan tempat tidur/ pelayanan c. Sumber Daya Manusia d. Ketersediaan/ keadudukan staf e. Organisasi/ Tim f. Protocols/ Kebijakan/ SOP Guideline g. Ketersediaan/ Adequacy | |
| 15. | Laboratorium/ Patologi | a. Pengambilan/ <i>Pick Up</i> b. Transport c. <i>Sorting</i> d. <i>Data entry</i> e. <i>Prosesing</i> f. Verifikasi/ Validasi g. Hasil | |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (*Patient Safety Incident Report*)

Metode Analisis Penyebab Insiden dan Rekomendasi

Penyebab insiden dapat diketahui setelah melakukan investigasi dan analisis baik investigasi sederhana (*simple investigation*) maupun investigasi

komprehensif (*root cause analysis*) (KPPRS, 2008). Penyebab insiden terbagi dua yaitu :

- Penyebab langsung (*immediate / direct cause*)

Penyebab yang langsung berhubungan dengan insiden / dampak terhadap pasien.

- Akar masalah (*root cause*)

Penyebab yang melatarbelakangi penyebab langsung (*underlying cause*)

Penyebab insiden dapat digolongkan berdasarkan penggolongan faktor kontributor seperti terlihat pada Tabel 3.6 Faktor Kontributor Eksternal/di Luar Rumah Sakit, Tabel 3.7 Faktor Kontributor Organisasi dan Manajemen, Tabel 3.8 Faktor Lingkungan Kerja, Tabel 3.9 Faktor Kontributor: Tim, Tabel 3.10 Faktor Kontributor: Petugas, Tabel 3.11 Faktor Kontributor: Tugas, Tabel 3.12 Faktor Kontributor: Pasien, Tabel 3.13 Faktor Kontributor: Komunikasi. Kontributor adalah faktor yang melatarbelakangi terjadinya insiden. Faktor kontributor dapat dipilih lebih dari satu (KPPRS, 2008).

Tabel 3.6 Faktor Kontributor Eksternal/di Luar Rumah Sakit

| Komponen |
|--------------------------------------|
| a. Regulator dan Ekonomi |
| b. Peraturan dan Kebijakan Depkes RI |
| c. Peraturan Nasional |
| d. Hubungan dengan Organisasi lain |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (*Patient Safety Incident Report*)

Tabel 3.7 Faktor Kontributor Organisasi dan Manajemen

| Komponen | SubKomponen |
|-------------------------------|---|
| Organisasi dan Manajemen | a. Struktur Organisasi b. Pengawasan c. Jenjang Pengambilan Keputusan |
| Kebijakan, Standar dan Tujuan | a. Tujuan dan Misi b. Penyusunan Fungsi Manajemen c. Kontrak <i>Service</i> d. Sumber Keuangan e. Pelayanan Informasi f. Kebijakan Diklat g. Prosedur dan Kebijakan h. Fasilitas dan Perlengkapan i. Manajemen Risiko j. Manajemen K3 k. <i>Quality Improvement</i> |
| Administrasi | Sistim Administrasi |
| Budaya Keselamatan | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Attitude</i> kerja • Dukungan manajemen oleh seluruh staf |
| SDM | <ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan • Tingkat pendidikan dan Keterampilan Staf yang berbeda • Beban Kerja yang optimal |
| Diklat | Manajemen Training Pelatihan / <i>Refreshing</i> |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (*Patient Safety Incident Report*)

Tabel 3.8 Faktor Lingkungan Kerja

| Komponen | SubKomponen |
|-------------------------------|--|
| Desain dan Bangunan | a. Manajemen pemeliharaan b. Penilaian Ergonomik c. Fungsionalitas |
| Lingkungan | a. <i>Housekeeping</i> b. Pengawasan Lingkungan Fisik c. Perpindahan Pasien antar Ruangan |
| Peralatan/ sarana / prasarana | a. Malfungsi Alat b. Ketidaktersediaan c. Manajemen Pemeliharaan d. Fungsionalitas e. Desain, Penggunaan dan Maintenance Peralatan |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (*Patient Safety Incident Report*)

Tabel 3.9 Faktor Kontributor: Tim

| Komponen | SubKomponen |
|---------------------------------|--|
| Supervisi dan Konsultasi | a. Adanya kemauan staf junior berkomunikasi b. Cepat tanggap |
| Konsistensi | a. Kesamaan tugas antar profesi b. Kesamaan tugas antar staf yang setingkat |
| Kepemimpinan dan Tanggung Jawab | a. Kepemimpinan Efektif b. <i>Job Desc</i> Jelas |
| Respon terhadap Insiden | Dukungan pers setelah insiden |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (*Patient Safety Incident Report*)

Tabel 3.10 Faktor Kontributor: Petugas

| Komponen | SubKomponen |
|---------------------------|--|
| Kompetensi | a. Verifikasi Kualifikasi b. Verifikasi Pengetahuan dan Keterampilan |
| Stressor Fisik dan Mental | a. Motivasi b. Stresor mental: efek beban kerja beban mental c. Stresor fisik: Efek beban kerja = Gangguan Fisik |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (*Patient Safety Incident Report*)

Tabel 3.11 Faktor Kontributor: Tugas

| Komponen | SubKomponen |
|--|--|
| Ketersediaan SOP | a. Prosedur Peninjauan dan Revisi SOP b. Ketersediaan SOP c. Kualitas Informasi d. Prosedur Investigasi |
| Ketersediaan dan akurasi hasil test | a. Test Tidak Dilakukan b. Ketidaksesuaian antara interpretasi hasil test |
| Faktor Penunjang dalam validasi alat medis | a. Ketersediaan, penggunaan, reliabilitas b. Kalibrasi |
| Desain Tugas | Penyelesaian tugas tepat waktu dan sesuai SOP |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (*Patient Safety Incident Report*)

Tabel 3.12 Faktor kontributor: Pasien

| Komponen | SubKomponen |
|--------------------------|---|
| Kondisi | Penyakit yang kompleks, berat, multikomplikasi |
| Personal | a. Kepribadian b. Bahasa c. Kondisi Sosial d. Keluarga |
| Pengobatan | Mengetahui risiko yang berhubungan dengan pengobatan |
| Riwayat | a. Riwayat Medis b. Riwayat Kepribadian c. Riwayat Emosi |
| Hubungan Staf dan Pasien | Hubungan yang baik |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (*Patient Safety Incident Report*)

Tabel 3.13 Faktor Kontributor: Komunikasi

| | |
|---------------------|---|
| Komunikasi Verbal | a. Komunikasi antar staf junior dan senior b. Komunikasi antar Profesi c. Komunikasi antar Staf dan Pasien d. Komunikasi antar Unit Departemen |
| Komunikasi Tertulis | Ketidakiengkapan informasi |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (*Patient Safety Incident Report*)

Metode Analisis *hazard risk*

Hazard risk dianalisis dengan menilai dampak terhadap pasien, pengunjung, staf, fasilitas atau perlengkapan kesehatan. Selain itu juga dilakukan penilaian tingkat probabilitas *hazard risk*. Setelah didapatkan penilaian atas dampak dan probabilitas, maka dilakukan perkalian untuk mendapatkan skor *hazard*. Dampak dikategorikan menjadi empat yaitu minor, moderat, mayor, katastrofik (Tabel 3.14 Analisis *Hazard* Tingkat Bahaya), sedangkan probabilitas

Tabel 3.14 Analisis *Hazard* Tingkat Bahaya

| DAMPAK | | MODERAT 2 | MAYOR 3 | |
|--|--|---|---|--|
| | (Kegagalan yang tidak disadari oleh pasien dan tidak menimbulkan dampak dalam pelayanan kesehatan) | (Kegagalan dapat mempengaruhi proses pelayanan kesehatan tetapi menimbulkan kerugian minor) | (Kegagalan menyebabkan kerugian yang lebih besar terhadap pasien) | (Kegagalan menyebabkan kematian atau kecatatan) |
| Pasien | Tidak ada cedera, atau tidak adanya perpanjangan hari rawat | Perpanjangan hari rawat atau perpanjangan kualitas pelayanan untuk 1 atau 2 pasien | Kerugian terhadap fungsi organ tubuh (sensorik, motorik, psycologic, atau intelektual), diperlukan operasi lebih lanjut, perpanjangan hari rawat untuk 3 atau lebih pasien, peningkatan level pelayanan untuk 3 atau lebih pasien | Kematian atau kerugian permanent terhadap fungsi tubuh (sensorik, motorik, physiologic atau intelektual), bunuh diri, pemerkosaan, reaksi tranfuse, operasi pada bagian atau pasien yang salah, pemberian bayi pada orang tua yang salah |
| Pengunjung | Dievaluasi dan tidak dibutuhkan penanganan | Evaluasi dan penanganan untuk 1 atau 2 pengunjung | Perawatan untuk 1 atau 2 pengunjung | Kematian atau perawatan 3 atau lebih pengunjung |
| Staf | Hanya penanganan ringan tanpa kerugian waktu atau tidak menimbulkan kecelakaan kerja | Pengeluaran medis, kehilangan waktu atau ada kecelakaan kerja untuk 1 atau 2 staf | Perawatan untuk 1 atau 2 staf atau 3 atau lebih, terjadi kecelakaan kerja | Kematian atau perawatan 3 atau lebih staf |
| Fasilitas atau Perlengkapan Kesehatan | Kerugian kurang dari \$10.000 atau tanpa menimbulkan dampak terhadap pasien | Kerugian lebih dari \$10.000 tetapi kurang dari \$100.000 | Kerusakan sama dengan atau lebih dari \$100.000 | Kerusakan sama dengan atau lebih dari \$250.000 |

Sumber: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS)

hampir tidak pernah (Tabel 3.15 Analisis *Hazard* Tingkat Probabilitas).
dikategorikan menjadi empat juga yang terdiri dari sering, kadang-kadang, jarang,

Tabel 3.15 Analisis *Hazard* Tingkat Probabilitas

| LEVEL | DESKRIPSI | CONTOH |
|-------|---------------------------------------|--|
| | Sering (<i>Frequent</i>) | Hampir sering muncul dalam waktu yang relative singkat (mungkin terjadi beberapa kali dalam 1 tahun) |
| 3 | Kadang-kadang (<i>Occasional</i>) | Kemungkinan akan muncul (dapat terjadi beberapa kali dalam 1 sampai 2 tahun) |
| 2 | Jarang (<i>Uncommon</i>) | Kemungkinan akan muncul (dapat terjadi dalam >2 sampai 5 tahun) |
| | Hampir tidak pernah (<i>Remote</i>) | Jarang terjadi (dapat terjadi dalam >5 sampai 30 tahun) |

Sumber: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS)

Tabel 3.16 Skor *Hazard*

| | TINGKAT BAHAYA | | | |
|-----------------------------|----------------|-------|---------|-------|
| | KATASTROPIK | MAYOR | MODERAT | MINOR |
| | 4 | 3 | 2 | 1 |
| SERING 4 | | | | 4 |
| KADANG-KADANG 3 | | | 6 | 3 |
| JARANG 2 | | 6 | 4 | 2 |
| HAMPIR TIDAK PERNAH 1 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Sumber: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS)

BAB IV

GAMBARAN UMUM OBYEK PENELITIAN

A. Sejarah RSUD Sungailiat Bangka

Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Bangka yang berada di Sungailiat dan telah lama dikenal oleh masyarakat baik di Kabupaten Bangka (Sungailiat) maupun di Pulau Bangka sejak zaman dahulu. Rumah sakit ini berawal dari sebuah Rumah Sakit Paru Milik Misi Katholik yang dinasionalisasikan dari Rumah Sakit Paru milik misi katolik dan diresmikan penggunaannya pada tanggal 12 November 1970 sebagai rumah sakit kelas D.

Pada tahun 1996 dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 539/ Menkes/SK/VI/1996 ditingkatkan lagi kelasnya menjadi rumah sakit kelas C dan operasionalnya melalui Surat Keputusan Bupati Bangka Nomor:180/02/VI/1997 pada tanggal 24 Januari 1997 dan diresmikan pada tanggal 26 Februari 1997.

Dengan diberlakukannya Otonomi Daerah maka sesuai dengan Undang – Undang Nomor 22 Tahun 1999 dan Peraturan Daerah Nomor : 26 Tahun 2000, Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat ditetapkan sebagai Lembaga Teknis Daerah dengan struktur organisasi yang telah disesuaikan dengan prinsip kaya fungsi dan miskin struktur.

B. Visi Rumah Sakit

“Menjadi Rumah Sakit Idaman dan Kebanggaan Masyarakat Bangka dan Sekitarnya”.

C. Misi Rumah Sakit

Misi Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat adalah sebagai berikut:

- Mengembangkan sarana dan prasarana Rumah Sakit Umum yang berpedoman pada Master Plan dengan prinsip sesuai aturan untuk meningkatkan mutu pelayanan.
- Memberikan pelayanan prima yang profesional sesuai standar pelayanan minimal.
- Meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia dengan pendidikan pelatihan berkelanjutan secara berkala dibidangnya.
- Meningkatkan kesejahteraan karyawan sebagai motivasi kerja dalam memberikan pelayanan prima.
- Melaksanakan sistem jaminan kesehatan dengan pola kemitraan Asuransi Kesehatan dan jaminan Kesehatan lainnya.
- Melengkapi berbagai jenis pelayanan Spesialis.

D. Tujuan RSUD Sungailiat Bangka

Tujuan RSUD Sungailiat adalah untuk “Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui peningkatan kesehatan secara promotif, preventif dan kuratif serta rehabilitatif secara terpadu di Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat”.

E. **Filosofi Rumah Sakit**

Filosofi RSUD Sungailiat dalam melaksanakan tugas dan fungsinya berdasarkan nilai fundamental nasional landasan idil dan konstitusional (Pancasila dan UUD 1945) dan nilai strategi operasional berupa peraturan perundang-undangan yang berlaku. Filosofi tersebut dalam beberapa aspek, yaitu sebagai berikut :

a. **Filosofi tentang pasien**

Pasien adalah orang yang paling penting dalam pekerjaan kita. Untuk merekalah kita semua berada dan bekerja di RS. Mereka bukan benda mati tetapi mereka memiliki jiwa raga dan perasaan seperti kita juga. Merekalah yang menyampaikan keluhannya kepada kita dan tugas kitalah menanganinya secara tulus dan penuh perhatian. Dari pengertian di atas diangkat satu kalimat filosofi tentang pasien yaitu: LAYANAN CEPAT, TEPAT, PROFESIONAL.

b. **Filosofi tentang karyawan**

- Karyawan adalah sumber manusia yang memperoleh kepuasan dalam bekerja karena terpilih, terlatih dan profesional dalam bidangnya.
- Karyawan adalah sumber daya manusia yang sangat berkepentingan terhadap peningkatan kinerja Rumah Sakit secara keseluruhan.
- Mereka mempunyai motivasi tinggi berprestasi dan berdedikasi serta mampu mengembangkan dirinya.

- Mereka bekerja dalam suasana kekeluargaan, keterbukaan, bekerja sama dengan semangat seperti sedulang (gotong royong) dan sejahtera sehingga menghasilkan produk jasa yang bermutu tinggi.

c. Filosofi tentang manajemen dan kepemimpinan

- Manajemen adalah suatu tindakan atau seni kepengurusan, memimpin, mengarahkan dan mengawasi dalam pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.
- Nilai-nilai dianut bersama (*Shared Values*) antara lain keterbukaan, manajemen keteladanan pemimpin, 11 asas kepemimpinan Pancasila dan Hastra Brata serta Trisatya.
- Mutu kepemimpinan dengan integrasi tinggi, adanya kemauan dan kemampuan untuk mewujudkan pencapaian tujuan merupakan kriteria utama dalam pemilihan dan penilaian manajer di semua tingkatan manajemen dan lini dalam struktur organisasi Rumah Sakit ini.

d. Filosofi tentang mutu pelayanan

- Kami berkeyakinan bahwa pelayanan yang bermutu tinggi dan memuaskan konsumen akan membuahkan keberhasilan.
- Tidak ada yang tidak dapat diperbaiki, oleh karena itu hari ini harus lebih baik dari hari kemarin dan hari esok akan lebih baik dari hari ini.
- Perencanaan yang matang dan rasional merupakan alat manajemen untuk membentuk masa depan lebih baik.

e. Filosofi tentang lingkungan

Lingkungan Rumah Sakit mempunyai peranan dalam pertumbuhan dan perkembangan Rumah Sakit. Karena itu kami akan cermat dalam menyikapi perubahan yang terjadi.

f. Filosofi tentang kemitraan

Kami berkeyakinan bahwa keberhasilan Rumah Sakit dalam memperbaiki jasa pelayanan adalah berkat dukungan para mitra yang dapat diandalkan. Oleh karena itu kami memperlakukan mereka sebagai bagian dari sistem Rumah Sakit secara keseluruhan.

F. Struktur Organisasi



Gambar 4.1 Struktur Organisasi RSUD Sungailiat

Sumber : Profil RSUD Sungailiat tahun 2011

Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUD telah disesuaikan dengan Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit kelas C berdasarkan PP 41 Tahun 2007 dan telah ditetapkan dengan Peraturan Daerah Kabupaten Bangka No.6 Tahun 2008, susunan organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat dipimpin oleh seorang direktur yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah. Dimana susunan organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat mengacu kelas C.

G. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di RSUD Sungailiat adalah sebagai berikut:

a. Pelayanan Medis :

1) Rawat jalan terdiri dari pelayanan:

- KIA,
- klinik gigi dan mulut,
- klinik gizi,
- klinik spesialis kebidanan dan kandungan,
- klinik spesialis anak,
- klinik umum,
- klinik spesialis penyakit dalam,
- klinik spesialis bedah,
- klinik spesialis syaraf,
- klinik spesialis mata, dan
- haemodialisa.

- 2) Rawat Inap terdiri dari pelayanan :
- Rawat inap penyakit dalam wanita,
 - rawat inap penyakit dalam laki-laki,
 - rawat inap bedah,
 - rawat inap anak,
 - rawat inap neonatal,
 - rawat inap syaraf,
 - rawat inap kebidanan dan kandungan,
 - rawat inap kelas I dan utama ,
 - rawat inap VIP,
 - rawat inap paviliun dan
 - ICU.
- 3) Unit Gawat Darurat
- 4) Bedah Central (umum dan kebidanan)
- b. Pelayanan Penunjang Medis terdiri dari pelayanan :
- Laboratorium,
 - radiologi,
 - farmasi,
 - fisioterapi dan akupuntur,
 - USG,
 - EKG.
- c. Pelayanan Non Medis terdiri dari pelayanan:
- Administrasi dan keuangan,

- IPSRS,
- sanitasi,
- gizi,
- laundry.

H. Ketenagaan

Berdasarkan profil RSUD Sungailiat tahun 2011, RSUD Sungailiat memiliki pegawai sebanyak 376 orang. Status pegawainya ada yang PNS/CPNS maupun honor/kontrak. Tenaga honor atau kontrak dibayar lewat APBD RSUD Sungailiat maupun lewat Dinas kesehatan Kabupaten Bangka melalui program JKSS (Jaminan Kesehatan Sepintu Sedulang). Pegawai RSUD Sungailiat dapat dirinci sebagai berikut:

- Tenaga medis : 24 Orang
 - Dokter umum : 13 orang
 - Dokter spesialis anak : 1 orang
 - Dokter spesialis bedah : 2 orang
 - Dokter spesialis penyakit dalam : 1 orang
 - Dokter spesialis saraf : 1 orang
 - Dokter spesialis kandungan : 3 orang
 - Dokter gigi : 3 orang
- Tenaga paramedis perawatan : 163 orang, yang terdiri dari:
 - S-1 Keperawatan Ners : 4 orang
 - S-1 Keperawatan : 2 orang
 - D IV Anastesi : 1 orang

- D IV Kegawatdaruratan : 1 orang
- D III Keperawatan : 104 orang
- D III Bidan : 12 orang
- D I Bidan : 2 orang
- SPK : 34 orang
- SPKU : 0 orang
- SPRG : 3 orang

- Tenaga paramedis non perawatan : 57 orang
- Tenaga non medis : 132 orang

Dengan rincian status kepegawaiannya sebagai berikut:

- Pegawai Negeri Sipil (PNS) : 174 orang
- Calon Pegawai Negeri Sipil : 65 orang
- Tenaga honor/JKSS : 137 orang

I. Indikator Kegiatan Pelayanan Kesehatan

Indikator kegiatan pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Sungailiat Bangka tahun 2007 sampai tahun 2011 menggunakan indikator sebagai berikut:

- *Bed Occupancy Rate* (BOR)
- *Bed Turn Over* (BTO)
- Jumlah kunjungan:
 - 1) Rata-rata penderita dirawat/hari
 - 2) Rata-rata lama penderita dirawat (ALOS)
 - 3) Rata-rata lamanya tempat tidur ditempati (TOI)
 - 4) Jumlah kunjungan total

- Angka Morbiditas :
 - 1) *Total Death Rate* (TDR)
 - 2) *Maternal Death Rate* (MDR)
 - 3) *Anesthesi Death Rate* (ADR)
 - 4) *Net Death Rate* (NDR)
 - 5) *Post Operative Death Rate* (PODR)

Tabel 4.1 Indikator Pelayanan Kesehatan RSUD Sungailiat

| NO | INDIKATOR | CAPAIAN | | | | | KET |
|----|--|---------|-------|-------|-------|-------|------|
| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | |
| 1 | <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR) | 59,35 | 48,28 | 86,03 | 70,48 | 64,70 | % |
| 2 | <i>Bed Turn Over</i> (BTO) | 72,16 | 56,89 | 79,26 | 68,10 | 63,7 | Kali |
| 3 | Rata-rata hari rawat/pasien(LOS) | 3,01 | 3,11 | 3,88 | 3,78 | 4 | Hari |
| 4 | Lamanya tempat tidur tidak ditempati (TOI) | 2,15 | 3,33 | 0,7 | 1,58 | 3 | Hari |
| 5 | <i>Gross Death Rate</i> (GDR) | 3,23 | 1,26 | 9,96 | 2,14 | 2,62 | % |
| 6 | <i>Maternal Death Rate</i> (MDR) | 0,48 | 0,15 | 1,3 | 0,13 | 0,46 | % |
| 7 | <i>Net Death Rate</i> (NDR) | 1,53 | 7,56 | 14,94 | 1,28 | 1,62 | % |
| 8 | <i>Anasthesi Death Rate</i> (ADR) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | % |
| 9 | <i>Post Operative Death Rate</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | % |

| NO | INDIKATOR | CAPAIAN | | | | | KET |
|----|--------------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | |
| 10 | Kunjungan Rawat Inap | 6.787 | 6.030 | 9.036 | 8.456 | 8.162 | Pasien |
| 11 | Kunjungan Rawat Jalan | 25.118 | 28.210 | 34.276 | 26.883 | 22.989 | Pasien |
| 12 | Jumlah Hari perawatan | 20.331 | 18.730 | 35.061 | 32.050 | 30.153 | Hari |
| 13 | Jumlah Pasien Dirawat /Hari | 18 | 18 | 20 | 18 | 22 | Pasien |
| 14 | Jumlah Pasien Dirujuk Keatas | 227 | 391 | 242 | 300 | 576 | Pasien |
| 15 | Jumlah Pasien Rujukan Dari PKM | 6.079 | 3.878 | 6.255 | 5.753 | 5.502 | Pasien |
| 16 | Meninggal < 48 Jam | 116 | 94 | 135 | 131 | 133 | Pasien |
| 17 | Meninggal > 48 Jam | 103 | 76 | 90 | 87 | 81 | Pasien |
| 18 | Jumlah Tempat Tidur | 106 | 106 | 114 | 124 | 158 | TT |

Sumber : Profil RSUD Sungailiat Tahun 2011

Tabel 4.2 Data Kunjungan Pasien Rawat Inap RSUD Sungailiat Tahun 2011

| NO | PELAYANAN | KUNJUNGAN RAWAT INAP | | | | | | | | | | | JUMLAH |
|----|--------------|----------------------|----------------------------|---------------------|----------------|---------------------|---------------|---------------|-----------------|----------------|---------------------|---------|--------|
| | | PA VI LI UN | BO UG EN VI LE | AN GG RE K | DA HL IA | KE NA NG A | OB GY N | MA WA R | ME RP ATI | GA RU DA | W K US UMA | IC U | |
| 1 | P. UMUM | 201 | 161 | 258 | 193 | 319 | 402 | 261 | 230 | 390 | 82 | 41 | 2.538 |
| 2 | P. ASKES | 230 | 179 | 252 | 171 | 61 | 173 | 78 | 45 | 31 | 24 | 13 | 1.257 |
| 3 | P. JAMKESMAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 18 | 88 | 18 | 17 | 23 | 7 | 213 |
| 4 | P. SKTM | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 117 | 1 | 13 | 0 | 4 | 0 | 142 |
| 5 | P. JKSS | 0 | 0 | 0 | 0 | 886 | 0 | 958 | 457 | 752 | 323 | 97 | 3.473 |
| 6 | P. JAMKESDA | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1 | 26 | 20 | 12 | 1 | 5 | 69 |
| 7 | P. JAMPERSAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 51 | 417 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 470 |
| | JUMLAH | 431 | 340 | 510 | 364 | 1.240 | 1.128 | 1.413 | 783 | 1.232 | 457 | 164 | 8.162 |

Sumber: Rekam Medik

Tabel 4.3 Data Kunjungan Pasien Poliklinik RSUD Sungailiat Tahun 2011

| NO | PELAYANAN | KUNJUNGAN POLIKLINIK | | | | | | | | JUMLAH |
|----|------------------|----------------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------------|--------|--------|
| | | DA LA AM | SY AR AF | GI RG I | UM UM M | AN NA K | MA TA A | OB S G Y N | | |
| 1 | P. UMUM | 710 | 1.030 | 1.119 | 1.722 | 3.162 | 543 | 1.252 | 9.538 | |
| 2 | P. ASKES | 2.046 | 1.234 | 400 | 151 | 568 | 668 | 449 | 5.516 | |
| 3 | P. JAMKESMAS | 118 | 91 | 2 | 10 | 34 | 9 | 19 | 283 | |
| 4 | P. SKTM/JAMKESDA | 13 | 8 | 0 | 17 | 4 | 1 | 3 | 46 | |
| 5 | P. JKSS | 1.306 | 946 | 209 | 124 | 1.634 | 231 | 229 | 4.679 | |
| 6 | P. JAMSOSTEK | 58 | 7 | 7 | 8 | 33 | 16 | 28 | 157 | |
| 7 | P. GML | 46 | 26 | 32 | 34 | 101 | 5 | 24 | 268 | |
| | JUMLAH | 4.297 | 3.342 | 1.769 | 2.066 | 5.536 | 1.473 | 2.004 | 20.487 | |

Sumber: Rekam Medik

BAB V

TEMUAN DAN PEMBAHASAN

Temuan dan pembahasan diharapkan dapat menjawab tujuan dari penelitian. Kuesioner dilakukan dua kali, yang pertama tentang laporan insiden dan yang kedua tentang kondisi potensi cedera.

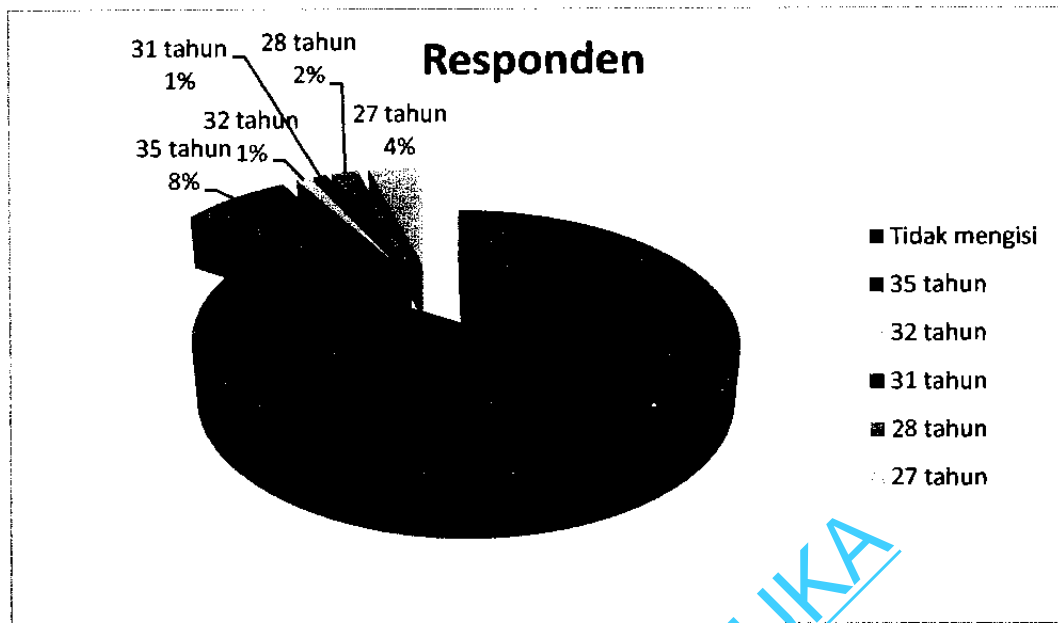
A. Laporan Insiden

1. Karakteristik responden

Kuesioner dibagikan ke seluruh ruangan untuk diisi bila ada kejadian yang tidak diharapkan. Dari 100 responden, yang mengisi kuesioner ada 16 orang. Tiga dari 16 kasus yang dilaporkan merupakan Kondisi Potensi Cedera (KPC), artinya pasien belum terpapar oleh kejadian yang dapat menyebabkan cedera tapi kondisi tersebut berpotensi menyebabkan cedera. Satu kasus dari 16 kasus yang dilaporkan tidak valid karena kasus yang terjadi itu diduga karena kerasukan setan. Sisa 84 responden menyatakan tidak ada kejadian. Berdasarkan data yang diperoleh dari responden, dapat dijabarkan tentang karakteristik responden yang mengisi kuesioner sebagai berikut:

- Umur

Responden berumur antara 27 tahun sampai 35 tahun. Profil responden berdasarkan umur dapat dilihat pada Gambar 5.1.



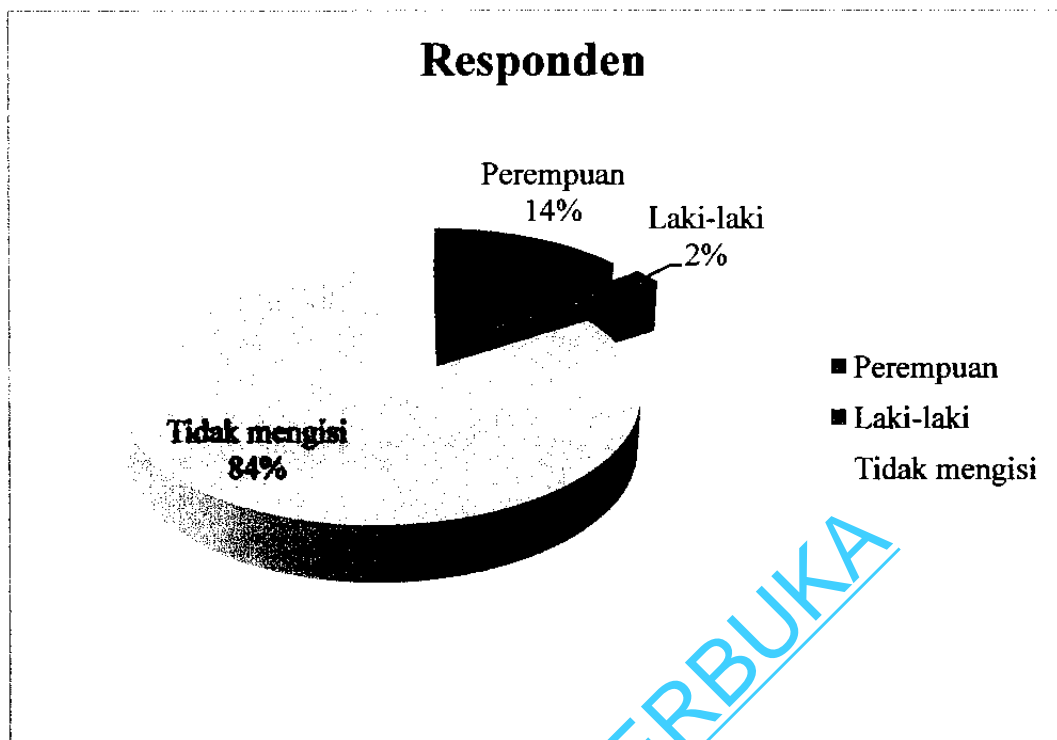
Gambar 5.1 Profil Responden Berdasarkan Umur

Sumber: Hasil Analisis Data Primer

Responden yang berumur 35 tahun paling banyak yaitu delapan orang (delapan persen). Responden yang berumur 32 sebanyak satu orang (satu persen). Responden yang berumur 31 sebanyak satu orang (satu persen). Responden yang berumur 28 sebanyak dua orang (dua persen). Responden yang berumur 27 sebanyak empat orang (empat persen).

- Jenis kelamin

Responden berjenis kelamin perempuan yang mengisi kuesioner sebanyak 14 orang (14 persen). Responden berjenis kelamin laki-laki yang mengisi kuesioner sebanyak dua orang (dua persen). Profil responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada Gambar 5.2.

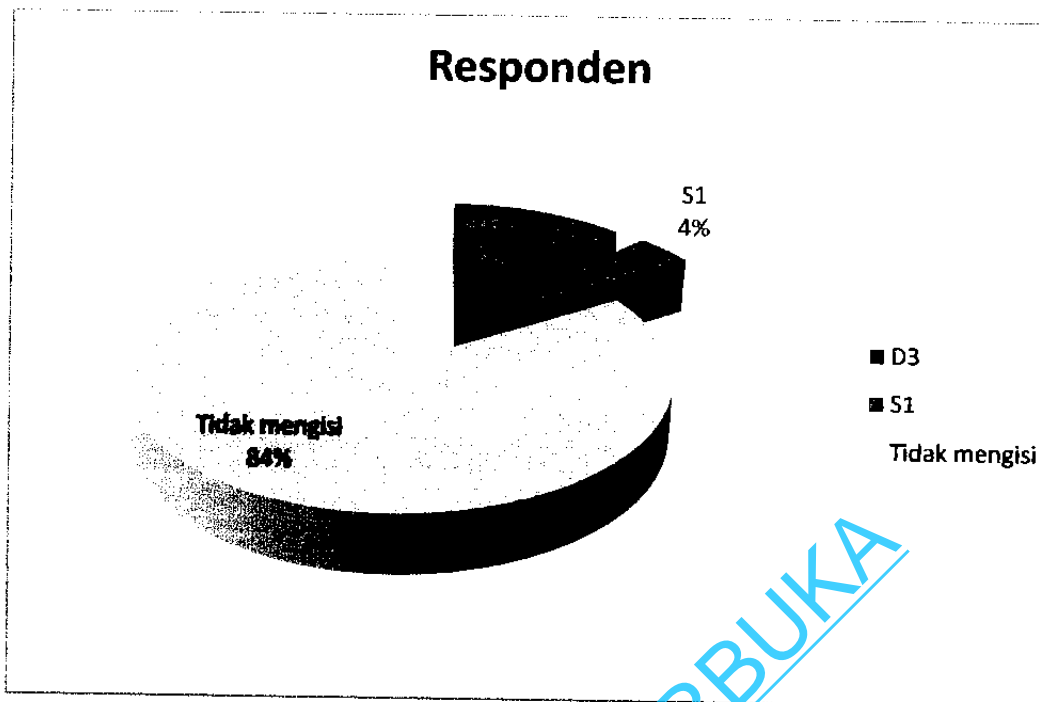


Gambar 5.2 Profil Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Tingkat pendidikan

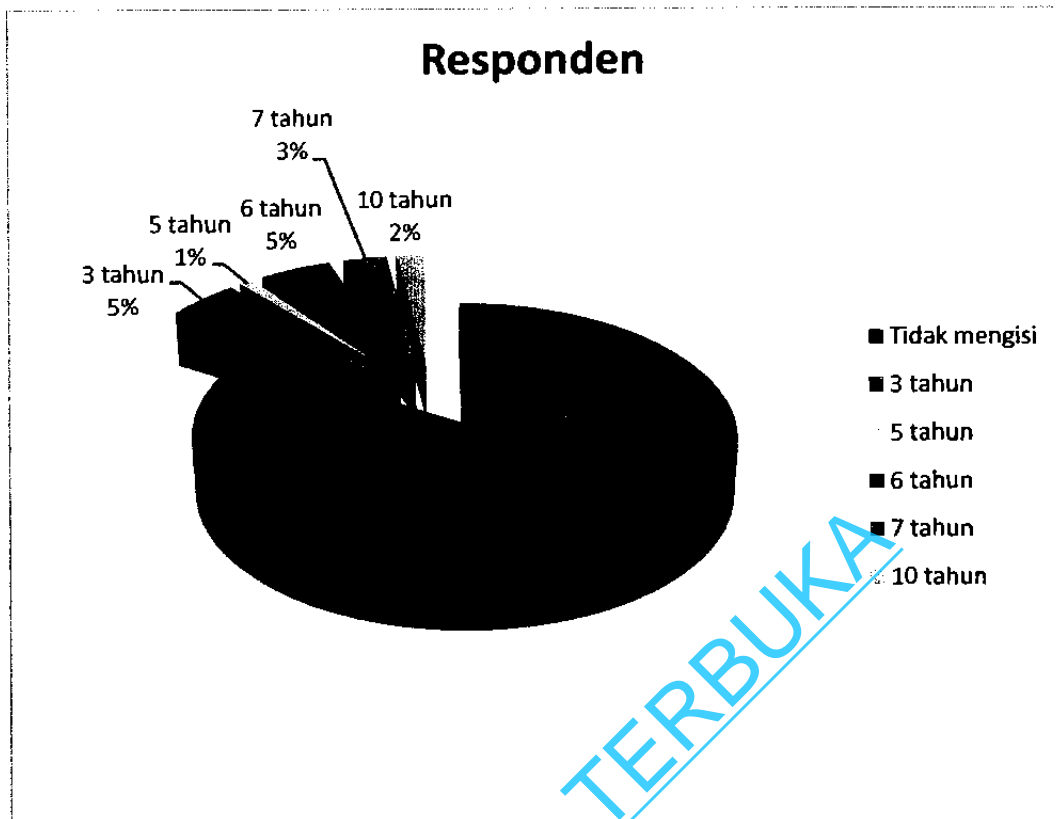
Tingkat pendidikan responden terdiri dari Diploma tiga (D3) yang mengisi kuesioner sebanyak 12 orang (12 persen), responden yang berpendidikan Strata satu (S1) yang mengisi kuesioner sebanyak empat orang (empat persen). Profil responden berdasarkan pendidikan dapat dilihat pada Gambar 5.3.



Gambar 5.3 Profil Responden Berdasarkan Pendidikan
Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Masa kerja

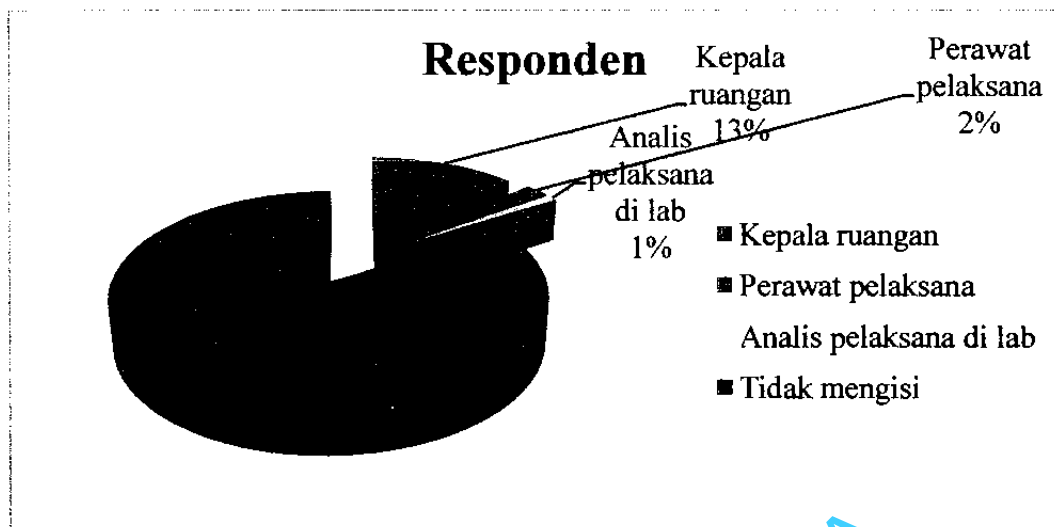
Masa kerja responden terdiri dari tiga tahun sampai dengan sepuluh tahun. Responden yang mempunyai masa kerja tiga tahun sebanyak lima orang (lima persen). Responden yang mempunyai masa kerja lima tahun sebanyak satu orang (satu persen). Responden yang mempunyai masa kerja enam tahun sebanyak lima orang (lima persen). Responden yang mempunyai masa kerja tujuh tahun sebanyak tiga orang (tiga persen). Responden yang mempunyai masa kerja sepuluh tahun sebanyak dua orang (dua persen). Profil responden berdasarkan masa kerja dapat dilihat pada Gambar 5.4.



Gambar 5.4 Profil Responden Berdasarkan Masa Kerja
Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Berdasarkan jabatan

Berdasarkan jabatan, 13 responden (13 persen) mempunyai jabatan sebagai kepala ruangan (salah satunya kepala ruangan laboratorium) dan dua responden (dua persen) sebagai perawat pelaksana serta satu responden sebagai analis pelaksana di laboratorium. Profil responden berdasarkan jabatan dapat dilihat pada Gambar 5.5.



Gambar 5.5 Profil Responden Berdasarkan Jabatan
Sumber: Hasil Analisis Data Primer

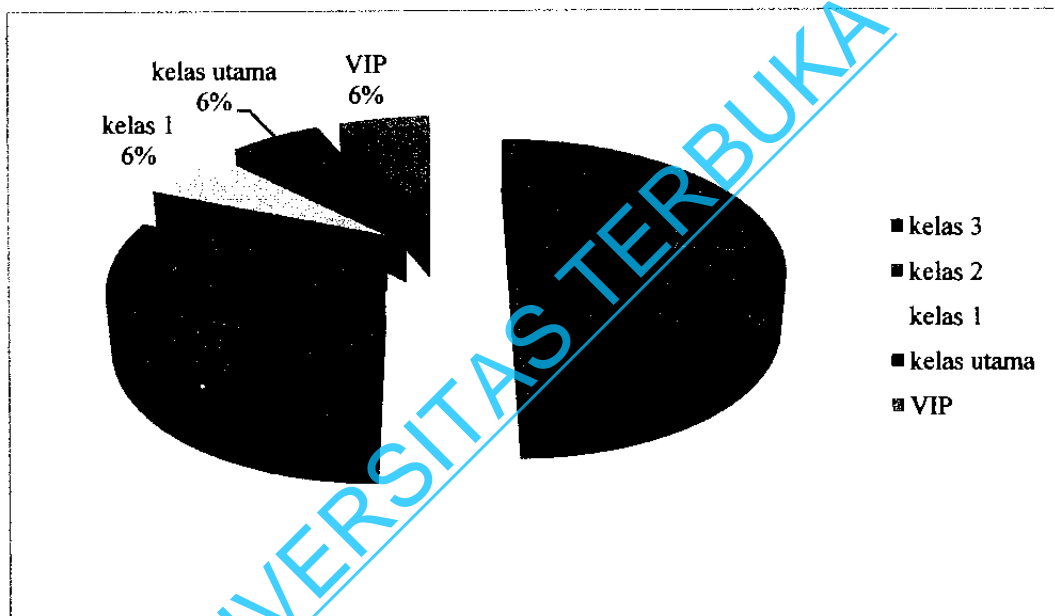
Berdasarkan hasil kuesioner didapatkan karakteristik responden yang dinilai dari segi umur, jenis kelamin, pendidikan akhir, masa kerja dan berdasarkan jabatan. Berdasarkan segi umur responden berusia diantara 27 sampai dengan 35 tahun. Hubungannya dengan jenis kelamin diperoleh gambaran bahwa sebagian besar responden adalah perempuan. Karakteristik masa kerja diperoleh gambaran bahwa responden mempunyai masa kerja antara tiga sampai sepuluh tahun, sedangkan karakteristik tingkat pendidikan didapatkan gambaran bahwa responden berpendidikan minimal Diploma tiga (D3). Mayoritas yang mengisi kuesioner adalah kepala ruangan. Hal ini menunjukkan bahwa responden yang mengisi kuesioner atau yang melaporkan kejadian yang tidak diharapkan adalah yang responden yang berusia matang dan produktif yang mempunyai kemampuan berpikir kritis dan terbuka serta mau untuk berusaha lebih baik.

2. Data hasil kuesioner laporan insiden

Berdasarkan hasil kuesioner didapatkan hasil sebagai berikut:

- Ruang tempat kejadian

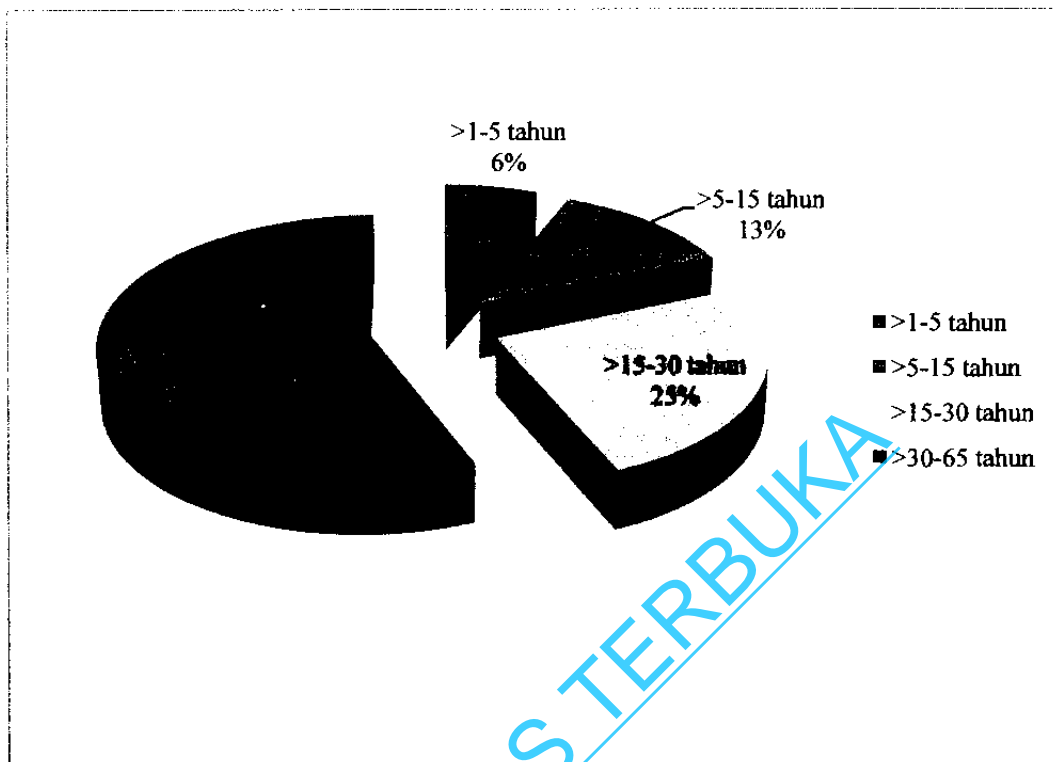
Ruang tempat kejadian terdiri dari ruang rawai inap kelas tiga sebanyak delapan kejadian (50 persen). Ruang kelas dua sebanyak lima kejadian (32 persen). Ruang kelas satu sebanyak satu kejadian (enam persen). Ruang kelas satu utama sebanyak satu kejadian (enam persen). Ruang VIP sebanyak satu kejadian (enam persen). Profil pasien berdasarkan ruangan tempat kejadian dapat dilihat pada Gambar 5.6 di bawah ini.



Gambar 5.6 Profil Pasien Berdasarkan Ruangan Tempat Kejadian
Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Berdasarkan umur pasien dapat dikategorikan sebagai berikut:
 - >1 tahun – 5 tahun sebanyak satu pasien (enam persen)
 - >5 tahun – 15 tahun sebanyak dua pasien (13 persen)
 - >15 tahun – 30 tahun sebanyak empat pasien (25 persen)
 - >30 tahun – 65 tahun sebanyak sembilan pasien (56 persen)

Profil pasien berdasarkan umur dapat dilihat pada Gambar 5.7.

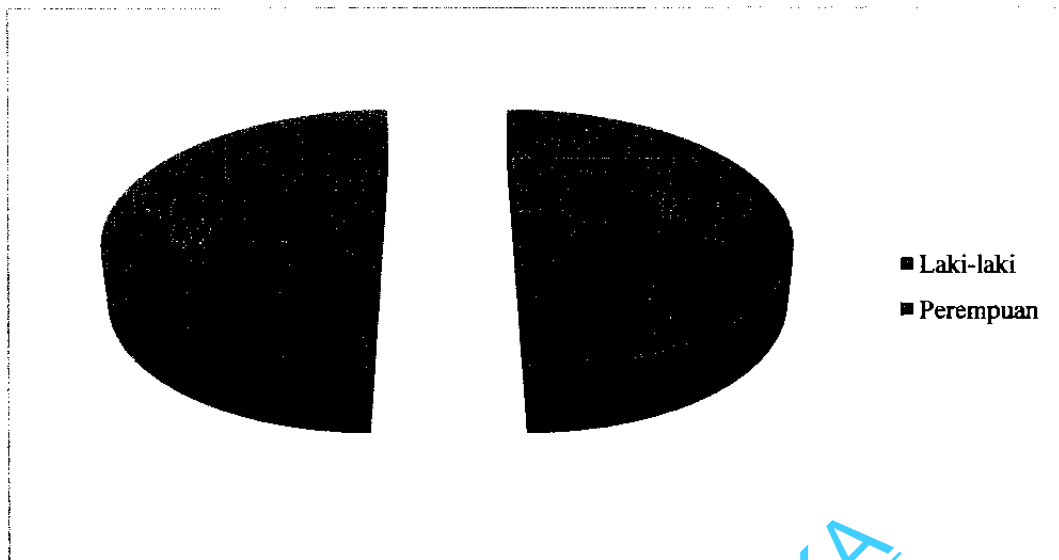


Gambar 5.7 Profil Pasien Berdasarkan Umur

Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Jenis kelamin pasien yang mengalami insiden

Berdasarkan jenis kelamin pasien yang mengalami kejadian, pasien yang berjenis kelamin laki-laki sama banyaknya dengan pasien yang berjenis kelamin perempuan. Masing-masing delapan kejadian (50 persen). Profil pasien berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada Gambar 5.8.

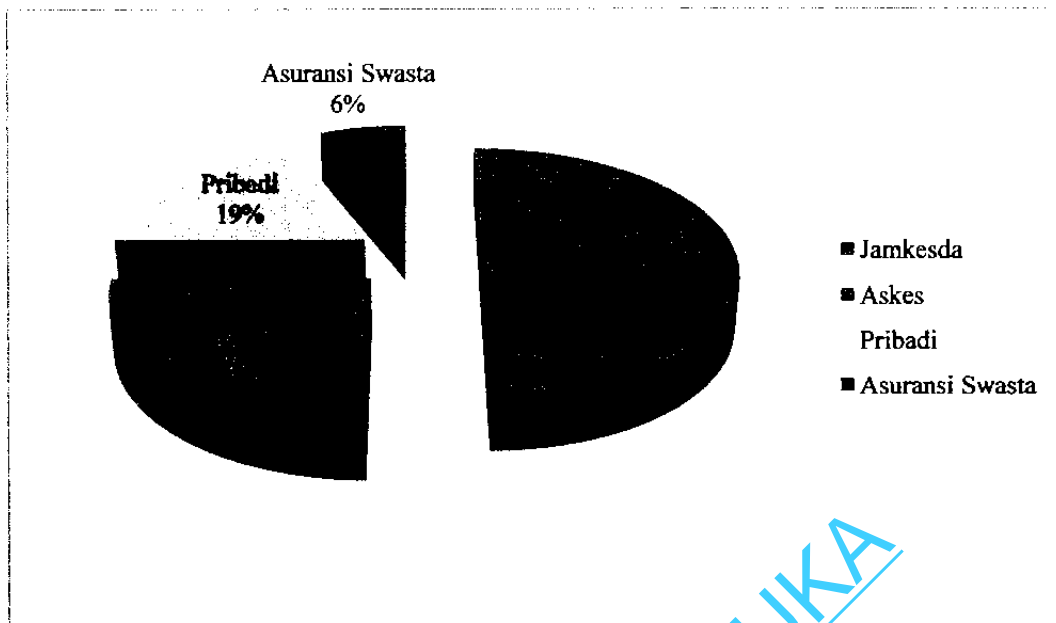


Gambar 5.8 Profil Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin

Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Penanggung biaya pasien

Berdasarkan penanggung biaya pasien, asuransi Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) paling banyak yaitu delapan pasien (50 persen). Diikuti oleh Asuransi Kesehatan Sosial (Askes) sebanyak empat pasien (25 persen). Kemudian biaya pribadi sebanyak tiga pasien (19 persen). Asuransi swasta sebanyak satu pasien (enam persen). Asuransi Jamkesda ini menanggung pasien dengan fasilitas kelas tiga. Sedangkan Askes menanggung pasien dengan fasilitas kelas dua ke atas. Peserta Askes ini adalah pegawai negeri. Profil pasien berdasarkan penanggung biaya pasien dapat dilihat pada Gambar 5.9.



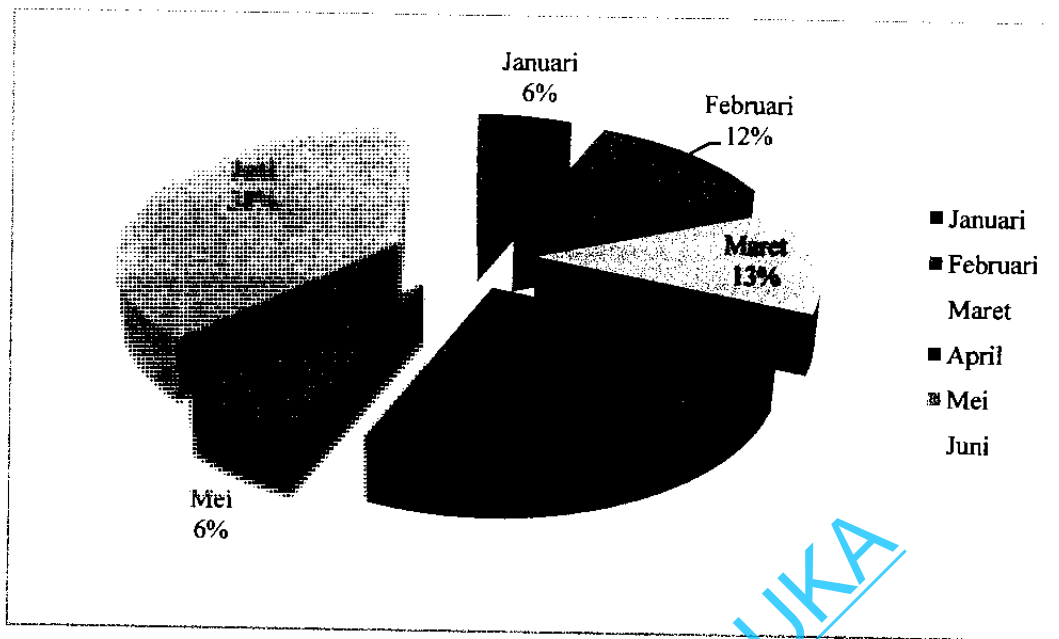
Gambar 5.9 Profil Pasien Berdasarkan Penanggung Biaya Pasien
Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Tanggal masuk pasien

Berdasarkan tanggal masuk pasien dapat dirinci sebagai berikut:

- bulan Januari 2012 ada satu kejadian (enam persen)
- bulan Februari 2012 ada dua kejadian (12 persen)
- bulan Maret 2012 ada dua kejadian (13 persen)
- bulan April 2012 ada empat kejadian (25 persen)
- bulan Mei 2012 ada satu kejadian (enam persen)
- bulan Juni 2012 ada enam kejadian (38 persen)

Profil pasien berdasarkan tanggal masuk pasien dapat dilihat pada Gambar 5.10.



Gambar 5.10 Profil Pasien Berdasarkan Tanggal Masuk Pasien
Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Jenis insiden

Berdasarkan jenis insiden dapat dikategorikan sebagai berikut:

- Kejadian Tidak Cedera atau KTC terjadi sebanyak dua kasus (12 persen). KTC adalah insiden sudah terpapar ke pasien, tetapi pasien tidak timbul cedera.
- Kejadian Nyaris cedera atau KNC terjadi sebanyak empat kasus (25 persen). KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- Kejadian Tidak Diharapkan atau KTD terjadi sebanyak enam kasus (38 persen). KTD adalah insiden yang mengakibatkan pasien cedera.
- Kejadian sentinel tidak ada. Kejadian sentinel adalah KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.
- Kondisi Potensi Cedera terjadi sebanyak tiga kasus (19 persen).

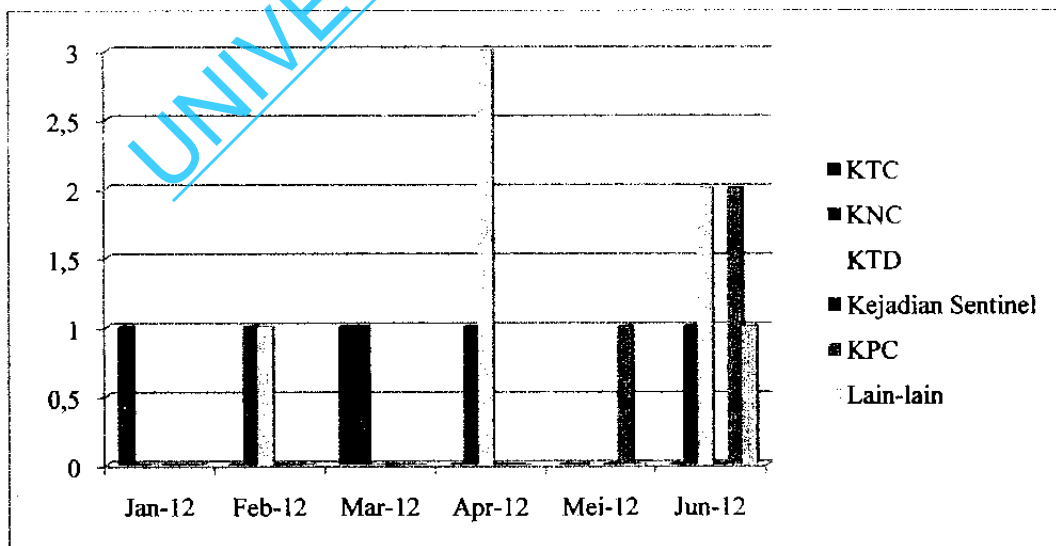
- Kejadian kesurupan sebanyak satu kasus (enam persen).

Data insiden perbulan di RSUD Sungailiat dapat dilihat pada Tabel 5.1 dan Gambar 5.11 di bawah ini. Demikian juga pada Gambar 5.12 Jenis Insiden di RSUD Sungailiat terlihat data tentang persentase jenis insiden.

Tabel 5.1 Data Insiden di RSUD Sungailiat

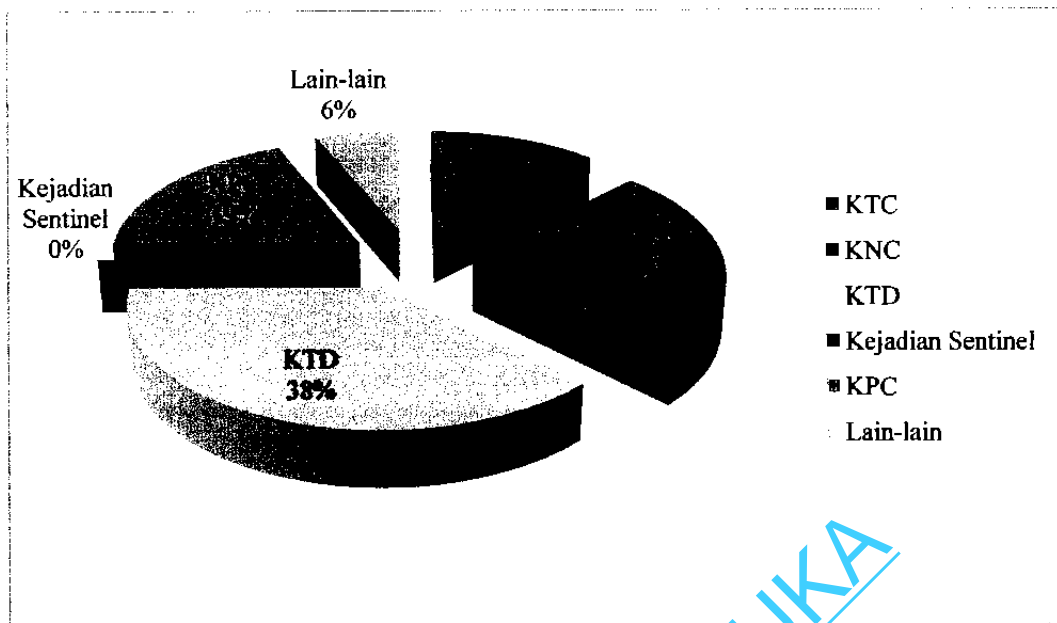
| Bulan | KTC | KNC | KTD | Kejadian Sentinel | KPC | Lain-lain |
|---------------|----------|----------|----------|-------------------|----------|-----------|
| Jan-12 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Feb-12 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Mar-12 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Apr-12 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Mei-12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Jun-12 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 |
| Jumlah | 2 | 4 | 6 | 0 | 3 | 1 |

Sumber: Hasil Analisis Data Primer



Gambar 5.11 Diagram Data Insiden di RSUD Sungailiat

Sumber: Hasil Analisis Data Primer

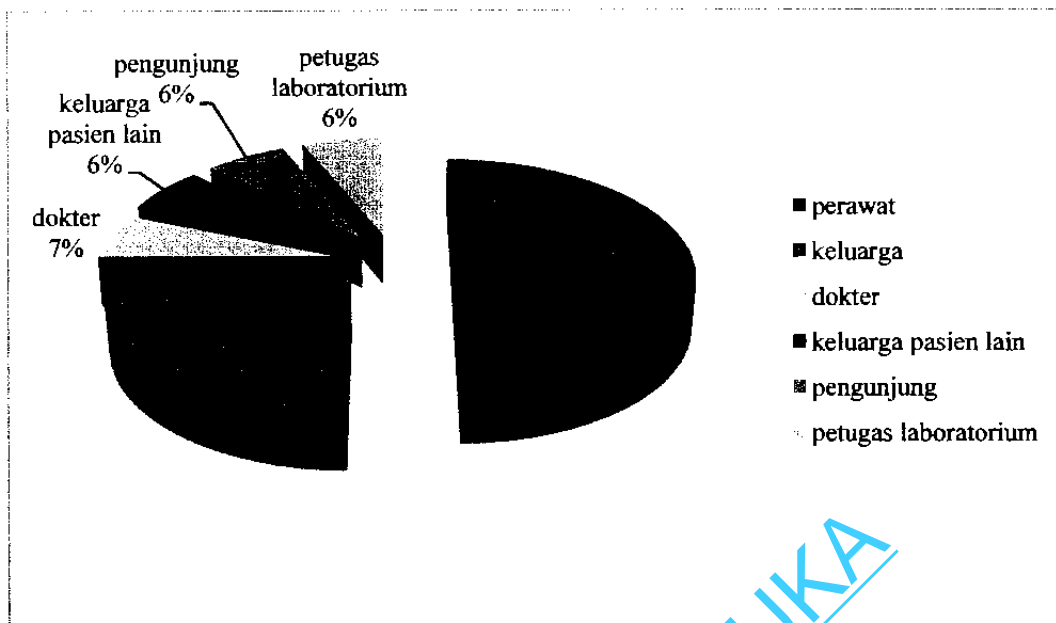


Gambar 5.12 Jenis Insiden di RSUD Sungailiat
Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Orang yang pertama yang melaporkan insiden

Berdasarkan orang yang pertama yang melaporkan insiden dapat dirinci sebagai berikut (Gambar 5.13 Profil Orang Pertama Melaporkan Insiden):

- Perawat sebanyak delapan kejadian (50 persen)
- Keluarga sebanyak empat kejadian (25 persen)
- Dokter sebanyak satu kejadian (tujuh persen)
- Keluarga pasien lain sebanyak satu kejadian (enam persen)
- Pengunjung sebanyak satu kejadian (enam persen)
- Petugas laboratorium sebanyak satu kejadian (enam persen)



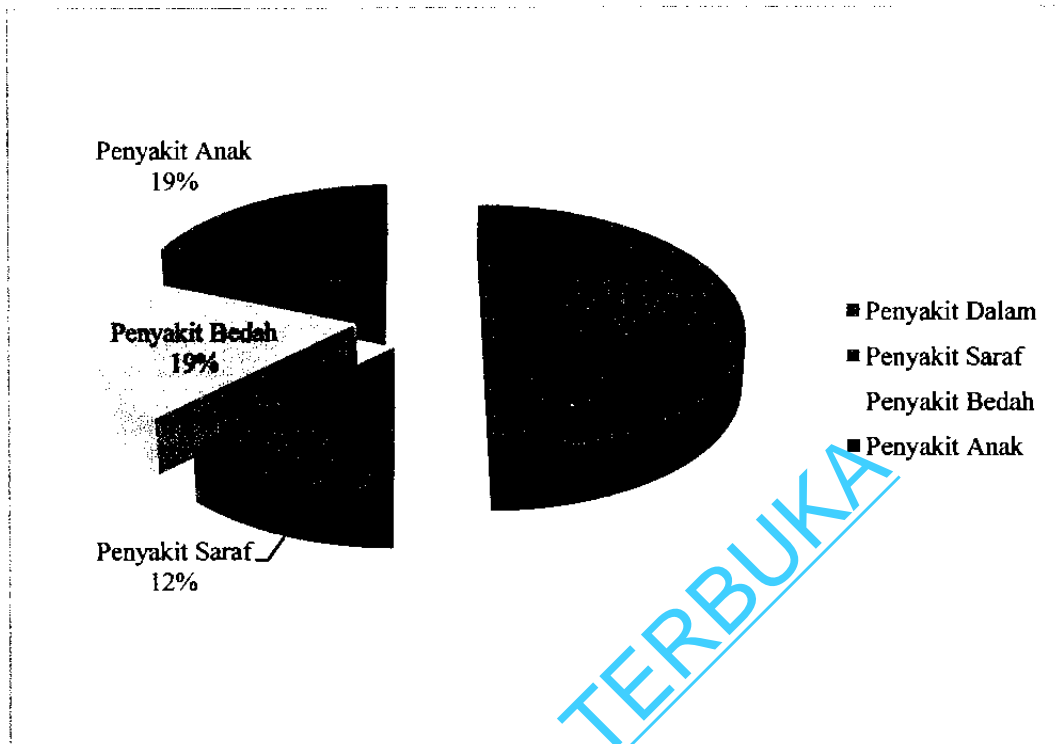
Gambar 5.13 Profil Orang Pertama Melaporkan Insiden

Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Semua insiden terjadi pada pasien (100 persen).
- Semua insiden yang terjadi mengenai pasien yang dirawat inap (100 persen)
- Tempat terjadinya insiden

Tempat terjadinya insiden dapat dirinci sebagai berikut: diruang rawai inap kelas tiga sebanyak delapan kejadian. Ruang kelas dua sebanyak lima kejadian. Ruang kelas satu sebanyak satu kejadian. Ruang kelas satu utama sebanyak satu kejadian. Ruang VIP sebanyak satu kejadian.

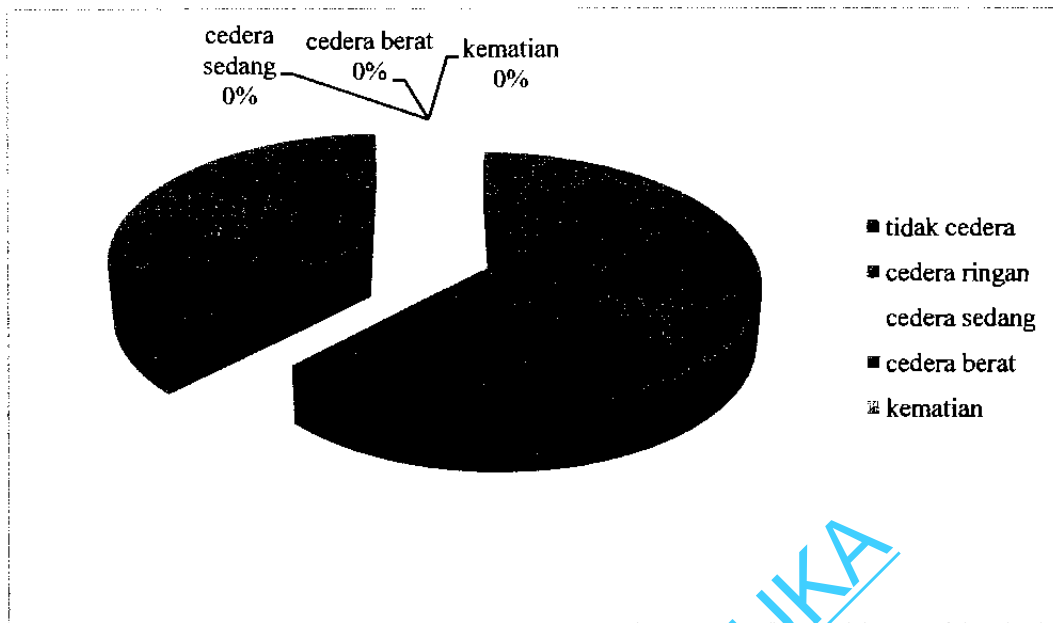
- Berdasarkan kasus penyakitnya, insiden terjadi pada pasien Penyakit Dalam sebanyak delapan pasien (50 persen). Penyakit Bedah sebanyak tiga pasien (19 persen). Penyakit Saraf sebanyak dua pasien (12 persen). Penyakit Anak sebanyak tiga pasien (19 persen). Profil pasien berdasarkan kasus penyakit pasien dapat dilihat pada Gambar 5.14.



Gambar 5.14 Profil Pasien Berdasarkan Kasus Penyakit

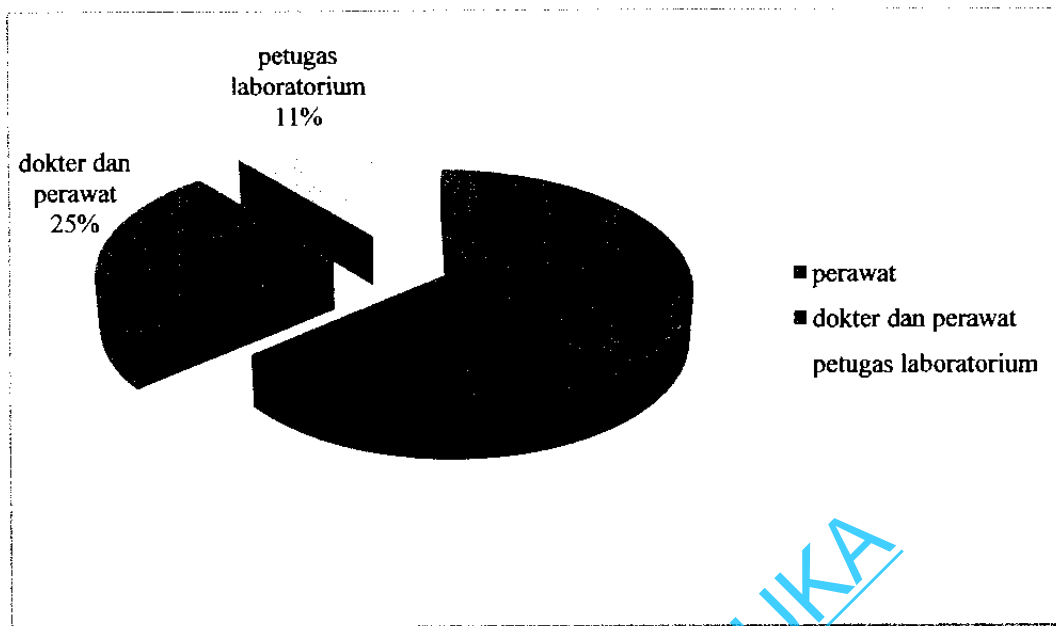
Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Unit atau departemen terkait yang menyebabkan insiden adalah ruang rawat inap dan laboratorium.
- Akibat insiden terhadap pasien maka insiden yang menyebabkan kematian tidak ada, cedera berat dan sedang tidak ada (nol persen). Insiden yang mengakibatkan cedera ringan sebanyak enam insiden (38 persen). Insiden yang tidak menyebabkan cedera sebanyak sepuluh kasus (62 persen). Profil pasien berdasarkan akibat insiden dapat dilihat pada Gambar 5.15.



Gambar 5.15 Profil Pasien Berdasarkan Akibat Insiden
Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian bervariasi, ada yang melakukan penggantian cairan infus, mengecek ulang daftar obat sebelum diberikan ke pasien, mengobservasi pasien, melaporkan ke dokter, mengobati luka, mengganti tempat tidur yang rusak, memasang pengaman di tempat tidur, meralat hasil laboratorium. Hasil dari tindakan tersebut semua kondisi pasien dalam keadaan baik.
- Tindakan dilakukan oleh perawat sebanyak sepuluh kasus (64 persen). Tindakan yang dilakukan oleh dokter dan perawat sebanyak tiga kasus (25 persen). Tindakan yang dilakukan oleh petugas laboratorium sebanyak tiga kasus (11 persen). Profil orang yang memberikan tindakan dapat dilihat pada Gambar 5.16.



Gambar 5.16 Profil Orang yang Memberikan Tindakan
Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Pertanyaan tentang kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain, dijawab tidak pernah oleh seluruh responden.
- Pertanyaan tentang tindakan yang telah diambil pada unit kerja tersebut untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama, tidak ada satu responden pun yang menjawab.

Berdasarkan data hasil kuesioner didapatkan karakteristik pasien yang dinilai dari segi ruangan tempat pasien mengalami kejadian, umur pasien, jenis kelamin pasien, penanggung biaya pasien, tanggal masuk pasien dan berdasarkan kasus penyakitnya. Selain itu juga didapatkan karakteristik insiden yang dinilai dari segi jenis insiden, orang yang pertama yang melaporkan insiden, akibat insiden, tindakan yang dilakukan setelah terjadi insiden dan orang yang melakukan tindakan.

Berdasarkan segi ruangan tempat pasien mengalami kejadian, ruangan yang terbanyak adalah ruangan kelas tiga sebanyak 50 persen. Hal ini sesuai dengan jumlah tempat tidur pasien kelas tiga paling banyak. Berdasarkan umur pasien, paling banyak umur >30-65 tahun sebanyak 56 persen. Berdasarkan jenis kelamin pasien, antara pasien laki-laki dan perempuan jumlahnya sama banyak. Berdasarkan penanggung biaya pasien, asuransi Jamkesda paling banyak yaitu 50 persen. Hal ini sesuai dengan jumlah pasien Jamkesda paling banyak dilayani di RSUD Sungailiat. Berdasarkan tanggal masuk pasien, kejadian bulan Juni tahun 2012 yang paling banyak yaitu 38 persen. Berdasarkan kasus penyakitnya, insiden terjadi paling banyak pada pasien Penyakit Dalam sebanyak 50 persen. Hal ini sesuai dengan jumlah pasien yang dilayani di RSUD Sungailiat paling banyak pasien Penyakit Dalam.

Selain itu juga didapatkan karakteristik insiden, berdasarkan jenis insiden KTD paling banyak yaitu 38 persen. Berdasarkan orang yang pertama yang melaporkan insiden, paling banyak perawat yaitu 50 persen. Berdasarkan akibat insiden, insiden yang tidak menyebabkan cedera paling banyak yaitu 62 persen. Berdasarkan tindakan yang dilakukan setelah terjadi insiden bervariasi dan hasil dari tindakan tersebut kondisi pasien dalam keadaan baik. Berdasarkan orang yang melakukan tindakan, paling banyak tindakan dilakukan oleh perawat yaitu 64 persen.

Berdasarkan laporan insiden yang terjadi di rawat inap dapat dianalisis sebagai berikut:

- 1) Pada tanggal lima Januari 2012 terjadi kesalahan pemberian cairan infus.

Setelah dilakukan *Focus group discussion* didapatkan hasil sebagai berikut:

- a) Jenis kejadiannya adalah kejadian tidak cedera.
- b) Tipe insidennya adalah medikasi/ cairan infus.
- c) Penyebab insidennya:
- medikasi/ cairan infus yang terkait: daftar cairan infus
 - proses penggunaan medikasi/ cairan infus: pemberian
 - masalah: salah obat
- d) Mitigasi risiko:
- Segera ganti cairan infus yang salah dengan cairan infus yang seharusnya.
 - Cek tensi, nadi, pernapasan dan keadaan umum pasien
 - Laporkan segera ke dokter bangsal
 - Observasi pasien dalam enam jam
 - Laporkan ke kepala ruangan
- Waktu: saat itu juga
- Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu
- e) Kejadian ini merupakan Kejadian Tidak Cedera, dampak dari kejadian bernilai satu karena tidak menimbulkan cedera. Probabilitas diberi nilai lima karena sangat sering terjadi. Perkalian antara dampak dan probabilitas menghasilkan skor lima. Berdasarkan matriks *grading* risiko, risiko kejadian ini masuk ke *brands* warna hijau (*moderate*)
- f) Target pengurangan risiko dari skor lima menjadi skor tiga sehingga perlu dilakukan *action plan*.
- g) *Action plan* :

- Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian pelayanan medis
- Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar dilakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek
- Fasilitas perlu dilengkapi dengan menyiapkan tempat penyimpanan obat di lemari pasien (*bed side cabinet*) lengkap dengan kunci
- Perlu adanya manajemen risiko.
- Perlu adanya kedisiplinan dan *attitude* kerja dalam membudayakan sadar risiko
- Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisis beban kerja
- Pendidikan perawat minimal diploma tiga diutamakan S1 profesi *Ners* dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan
- Perlu dilakukan analisis beban kerja
- Perlu dilakukan pelatihan atau *refreshing* secara rutin dan berkala
- Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak *miss communication*. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga

dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan

- Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan
 - Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisis beban kerja
 - Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai keharusan melakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek
- h) Rangkings risiko kejadian ini adalah tujuh dengan penanggung jawab adalah kepala ruangan.
- 2) Pada tanggal 14 Februari 2012 terjadi kesalahan pemberian obat. Setelah dilakukan *Focus group discussion* didapatkan hasil sebagai berikut:
- a) Jenis kejadiannya adalah kejadian nyaris cedera
 - b) Tipe insidennya adalah medikasi/cairan infus
 - c) Penyebab insidennya:
 - medikasi/cairan infus yang terkait : daftar medikasi
 - proses penggunaan medikasi/ cairan infus: pemberian
 - masalah: salah pasien
 - d) Mitigasi risiko
 - Cek rekam medik pasien untuk melihat daftar obat yang harus diberikan
 - Ganti obat yang salah dengan obat yang seharusnya dan ganti tulisan nama pasien pada obat pada plastik obat

- Laporan ke dokter bangsal
- Laporan ke kepala ruangan

Waktu: saat itu juga

Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu

- e) Kejadian ini merupakan Kejadian Nyaris Cedera, dampak dari kejadian bernilai satu karena tidak menimbulkan cedera. Probabilitas diberi nilai lima karena sangat sering terjadi. Perkalian antara dampak dan probabilitas menghasilkan skor lima. Berdasarkan matriks *grading* risiko, risiko kejadian ini masuk ke *brands* warna hijau (*moderate*).
- f) Target pengurangan risiko dari skor lima menjadi skor tiga sehingga perlu dilakukan *action plan*.
- g) *Action plan*:
- Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian medis
 - Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar dilakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek
 - Fasilitas perlu dilengkapi dengan menyiapkan tempat penyimpanan obat di lemari pasien (*bed side cabinet*) lengkap dengan kunci
 - Perlu adanya manajemen risiko
 - Perlu adanya kedisiplinan dan *attitude* kerja dalam membudayakan sadar risiko

- Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisis beban kerja
 - Pendidikan perawat minimal diploma tiga diutamakan S1 profesi *Ners* dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan
 - Perlu dilakukan analisis beban kerja
 - Perlu dilakukan pelatihan atau *refreshing* secara rutin dan berkala
 - Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak *miss communication*. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan
 - Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan
 - Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisis beban kerja
 - Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai keharusan melakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek
- h) Rangkings risiko kejadian ini adalah delapan dengan penanggung jawab adalah kepala ruangan.

3) Pada tanggal 17 Februari 2012 terjadi kesalahan pemberian cairan infus.

Setelah dilakukan *Focus group discussion* didapatkan hasil sebagai berikut:

- a) Jenis kejadiannya adalah kejadian tidak diharapkan.
- b) Tipe insidennya adalah medikasi/ cairan infus.
- c) Penyebab insidennya:
 - medikasi/ cairan infus yang terkait: daftar cairan infus
 - proses penggunaan medikasi/ cairan infus: pemberian
 - masalah: salah obat
- d) Mitigasi risiko:
 - Segera ganti cairan infus yang salah dengan cairan infus yang seharusnya.
 - Cek tensi, nadi, pernapasan dan keadaan umum pasien
 - Laporkan segera ke dokter bangsal
 - Observasi pasien dalam enam jam
 - Laporkan ke kepala ruangan

Waktu: saat itu juga

Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu
- e) Kejadian ini merupakan Kejadian Tidak Diharapkan, dampak dari kejadian bernilai dua karena menimbulkan cedera ringan. Probabilitas diberi nilai lima karena sangat sering terjadi. Perkalian antara dampak dan probabilitas menghasilkan skor sepuluh. Berdasarkan matriks *grading* risiko, risiko kejadian ini masuk ke *brands* warna hijau (*moderate*).

- f) Target pengurangan risiko dari skor sepuluh menjadi skor enam sehingga perlu dilakukan *action plan*.
- g) *Action plan*:
- Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian pelayanan medis
 - Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar dilakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek
 - Fasilitas perlu dilengkapi dengan menyiapkan tempat penyimpanan obat di lemari pasien (*bed side cabinet*) lengkap dengan kunci
 - Perlu adanya manajemen risiko.
 - Perlu adanya kedisiplinan dan *attitude* kerja dalam membudayakan sadar risiko
 - Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisis beban kerja
 - Pendidikan perawat minimal diploma tiga diutamakan S1 profesi *Ners* dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan
 - Perlu dilakukan analisis beban kerja
 - Perlu dilakukan pelatihan atau *refreshing* secara rutin dan berkala
 - Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan

dengan baik dan tidak *miss communication*. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan

- Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan
 - Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisis beban kerja
 - Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai keharusan melakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek
- h) Rangkings risiko kejadian ini adalah empat dengan penanggung jawab adalah kepala ruangan.
- 4) Pada tanggal 14 Maret 2012 terjadi kesalahan pemberian obat. Setelah dilakukan *Focus group discussion* didapatkan hasil sebagai berikut:
- a) Jenis kejadiannya adalah kejadian tidak cedera
 - b) Tipe insidennya adalah medikasi/cairan infus
 - c) Penyebab insidennya:
 - medikasi/cairan infus yang terkait : daftar medikasi
 - proses penggunaan medikasi/ cairan infus: pemberian
 - masalah: salah jumlah
 - d) Mitigasi risiko:
 - Cek tensi, nadi, pernapasan dan keadaan umum pasien
 - Laporkan segera ke dokter bangsal

- Observasi pasien dalam 12 jam
- Laporan ke kepala ruangan

Waktu: saat itu juga

Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu

- e) Kejadian ini merupakan Kejadian Tidak Cedera, dampak dari kejadian bernilai satu karena tidak menimbulkan cedera. Probabilitas diberi nilai lima karena sangat sering terjadi. Perkalian antara dampak dan probabilitas menghasilkan skor lima. Berdasarkan matriks *grading* risiko, risiko kejadian ini masuk ke *brands* warna hijau (*moderate*).
- f) Target pengurangan risiko dari skor lima menjadi skor tiga sehingga perlu dilakukan *action plan*.
- g) *Action plan*
- Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian medis
 - Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar dilakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek
 - Fasilitas perlu dilengkapi dengan menyiapkan tempat penyimpanan obat di lemari pasien (*bed side cabinet*) lengkap dengan kunci
 - Perlu adanya manajemen risiko
 - Perlu adanya kedisiplinan dan *attitude* kerja dalam membudayakan sadar risiko

- Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisis beban kerja
 - Pendidikan perawat minimal diploma tiga diutamakan S1 profesi *Ners* dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan
 - Perlu dilakukan analisis beban kerja
 - Perlu dilakukan pelatihan atau *refreshing* secara rutin dan berkala
 - Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak *miss communication*. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan
 - Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan
 - Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisis beban kerja
 - Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai keharusan melakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek
- h) Rangkings risiko kejadian ini adalah sembilan dengan penanggung jawab adalah kepala ruangan

- 5) Pada tanggal tiga April 2012 ada kejadian kepala pasien terbentur tempat tidur pasien. Setelah dilakukan *Focus group discussion* didapatkan hasil sebagai berikut:
- a) Jenis kejadiannya adalah kejadian tidak diharapkan
 - b) Tipe insidennya adalah kecelakaan
 - c) Penyebab insidennya adalah benturan tumpul: kontak dengan benda
 - d) Mitigasi risiko:
 - Pasien dibaringkan di tempat tidur
 - Pasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur
 - Obati luka pada pasien
 - Cek tensi, nadi, pernapasan, dan keadaan umum pasien
 - Laporkan ke dokter bangsal
 - Observasi dalam enam jam
 - Laporkan ke kepala ruangan

Waktu: saat itu juga

Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu
 - e) Kejadian ini merupakan Kejadian Tidak Diharapkan, dampak dari kejadian bernilai dua karena menimbulkan cedera ringan. Probabilitas diberi nilai lima karena sangat sering terjadi. Perkalian antara dampak dan probabilitas menghasilkan skor sepuluh. Berdasarkan matriks *grading* risiko, risiko kejadian ini masuk ke *brands* warna hijau (*moderate*).
 - f) Target pengurangan risiko dari skor sepuluh menjadi skor enam sehingga perlu dilakukan *action plan*.

g) *Action plan*

- Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian pelayanan medis
- Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar semua alat dapat dicek seluruhnya sebelum dipakai termasuk tempat tidur dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh
- Fasilitas perlu dilengkapi dengan cara memasang bel pada setiap tempat tidur pasien dan di dinding koridor rumah sakit perlu dipasang pegangan agar pasien dapat pegangan bilamana kehilangan keseimbangan
- Perlu adanya manajemen risiko
- Pembelian alat harus mengutamakan kualitas dari alat. Ditunjukkan dengan adanya standar ISO, registrasi alat, data distribusi alat minimal digunakan di sepuluh rumah sakit besar, *service* purna jual yang baik dan cepat, *sparepart* yang gampang tersedia
- Perlu adanya kedisiplinan dan *attitude* kerja dalam membudayakan sadar risiko
- Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisis beban kerja

- Pendidikan perawat minimal diploma tiga diutamakan S1 profesi *Ners* dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan
- Perlu dilakukan analisis beban kerja
- Perlu dilakukan pelatihan atau *refreshing* secara rutin dan berkala
- Perlu dilakukan pemeliharaan berkala diseluruh tempat tidur pasien
- Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak *miss communication*. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan
- Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan
- Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisis beban kerja
- Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai pemeliharaan berkala tempat tidur. Semua tempat tidur dicek dahulu sebelum dipakai dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh
- Pasien yang memiliki risiko jatuh menggunakan gelang kuning

- Perlu memberitahukan ke pasien dan keluarga pasien bahwa pasien tidak boleh turun sendiri, bilamana perlu harus membunyikan bel agar dapat dibantu oleh perawat
- h) Rangkings risiko kejadian ini adalah lima dengan penanggung jawab adalah kepala ruangan
- 6) Pada tanggal 26 April 2012 ada kejadian jatuh dari tempat tidur. Setelah dilakukan *Focus group discussion* didapatkan hasil sebagai berikut:
- a) Jenis kejadiannya adalah kejadian tidak diharapkan
 - b) Tipe insidennya adalah jatuh
 - c) Penyebab insidennya:
 - tipe jatuh : slip
 - keterlibatan saat jatuh : tempat tidur
 - d) Mitigasi risiko:
 - Pasien dibaringkan di tempat tidur
 - Pasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur
 - Obati luka pada pasien
 - Cek tensi, nadi, pernapasan, dan keadaan umum pasien
 - Laporkan ke dokter bangsal
 - Observasi dalam enam jam
 - Laporkan ke kepala ruangan
- Waktu: saat itu juga
- Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu

- e) Kejadian ini merupakan Kejadian Tidak Diharapkan, dampak dari kejadian bernilai dua karena menimbulkan cedera ringan. Probabilitas diberi nilai lima karena sangat sering terjadi. Perkalian antara dampak dan probabilitas menghasilkan skor sepuluh. Berdasarkan matriks *grading* risiko, risiko kejadian ini masuk ke *brands* warna hijau (*moderate*).
- f) Target pengurangan risiko dari skor sepuluh menjadi skor enam sehingga perlu dilakukan *action plan*.
- g) *Action plan*
- Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian pelayanan medis
 - Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar semua alat dapat dicek seluruhnya sebelum dipakai termasuk tempat tidur dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh
 - Fasilitas perlu dilengkapi dengan cara memasang bel pada setiap tempat tidur pasien dan di dinding koridor rumah sakit perlu dipasang pegangan agar pasien dapat pegangan bilamana kehilangan keseimbangan
 - Perlu adanya manajemen risiko
 - Pembelian alat harus mengutamakan kualitas dari alat. Ditunjukkan dengan adanya standar ISO, registrasi alat, data

- ...distribusi alat minimal digunakan di sepuluh rumah sakit besar, *service* prima jual yang baik dan cepat, *sparepart* yang gampang tersedia
- Perlu adanya kedisiplinan dan *attitude* kerja dalam membudayakan sadar risiko
 - Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisis beban kerja
 - Pendidikan perawat minimal diploma tiga diutamakan S1 profesi *Ners* dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan
 - Perlu dilakukan analisis beban kerja
 - Perlu dilakukan pelatihan atau *refreshing* secara rutin dan berkala
 - Dilakukan pemeliharaan berkala diseluruh tempat tidur pasien
 - Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak *miss communication*. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan
 - Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan
 - Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisis beban kerja

- Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai pemeliharaan berkala tempat tidur. Semua tempat tidur dicek dahulu sebelum dipakai dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh
 - Pasien yang memiliki risiko jatuh menggunakan gelang kuning
 - Perlu memberitahukan ke pasien dan keluarga pasien bahwa pasien tidak boleh turun sendiri, bilamana perlu harus membunyikan bel agar dapat dibantu oleh perawat
- h) Rangking risiko kejadian ini adalah satu dengan penanggung jawab adalah kepala ruangan
- 7) Pada tanggal 28 April 2012 ada kejadian jatuh dari tempat tidur. Setelah dilakukan *Focus group discussion* didapatkan hasil sebagai berikut:
- a) Jenis kejadiannya adalah kejadian tidak diharapkan
 - b) Tipe insidennya adalah jatuh
 - c) Penyebab insidennya:
 - Tipe jatuh : kolaps
 - keterlibatan saat jatuh : tempat tidur
 - d) Mitigasi risiko
 - Pasien dibaringkan di tempat tidur
 - Pasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur
 - Obati luka pada pasien

- Cek tensi, nadi, pernapasan, dan keadaan umum pasien
- Laporkan ke dokter bangsal
- Observasi dalam enam jam
- Laporkan ke kepala ruangan
- Tempat tidur yang rusak diganti

Waktu: saat itu juga

Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu

- e) Kejadian ini merupakan Kejadian Tidak Diharapkan, dampak dari kejadian bernilai dua karena menimbulkan cedera ringan. Probabilitas diberi nilai lima karena sangat sering terjadi. Perkalian antara dampak dan probabilitas menghasilkan skor sepuluh. Berdasarkan matriks *grading* risiko, risiko kejadian ini masuk ke *brands* warna hijau (*moderate*).
- f) Target pengurangan risiko dari skor sepuluh menjadi skor enam sehingga perlu dilakukan *action plan*.
- g) *Action plan*
- Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian pelayanan medis
 - Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar semua alat dapat dicek seluruhnya sebelum dipakai termasuk tempat tidur dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh

- Fasilitas perlu dilengkapi dengan cara memasang bel pada setiap tempat tidur pasien dan di dinding koridor rumah sakit perlu dipasang pegangan agar pasien dapat pegangan bilamana kehilangan keseimbangan
- Perlu adanya manajemen risiko
- Pembelian alat harus mengutamakan kualitas dari alat. Ditunjukkan dengan adanya standar ISO, registrasi alat, data distribusi alat minimal digunakan di sepuluh rumah sakit besar, *service* purna jual yang baik dan cepat, *sparepart* yang gampang tersedia
- Perlu adanya kedisiplinan dan *attitude* kerja dalam membudayakan sadar risiko
- Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisis beban kerja
- Pendidikan perawat minimal diploma tiga diutamakan S1 profesi *Ners* dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan
- Perlu dilakukan analisis beban kerja
- Perlu dilakukan pelatihan atau *refreshing* secara rutin dan berkala
- Dilakukan pemeliharaan berkala diseluruh tempat tidur pasien
- Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak *miss communication*. Operan tugas jaga

harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan

- Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan
 - Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisis beban kerja
 - Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai pemeliharaan berkala tempat tidur. Semua tempat tidur dicek dahulu sebelum dipakai dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh
 - Pasien yang memiliki risiko jatuh menggunakan gelang kuning
 - Perlu memberitahukan ke pasien dan keluarga pasien bahwa pasien tidak boleh turun sendiri, bilamana perlu harus membunyikan bel agar dapat dibantu oleh perawat
- h) Rangking risiko kejadian ini adalah dua dengan penanggung jawab adalah kepala ruangan

8) Pada tanggal sembilan Juni 2012 terjadi kesalahan penulisan nama obat.

Setelah dilakukan *Focus group discussion* didapatkan hasil sebagai berikut:

- a) Jenis kejadiannya adalah kejadian nyaris cedera
- b) Tipe insidennya adalah medikasi/cairan infus
- c) Penyebab insidennya:

- medikasi/cairan infus yang terkait : daftar medikasi
 - proses penggunaan medikasi/ cairan infus: pengantaran
 - masalah: salah label
- d) Mitigasi risiko
- Cek rekam medis pasien untuk melihat daftar obat yang harus diberikan (nama obat, dosis, cara penggunaannya)
 - Obat yang diterima dari farmasi dicek apakah sesuai dengan rekam medik pasien
 - Laporan ke bagian farmasi untuk mengganti obat sesuai dengan yang diresepkan
 - Laporan ke kepala ruangan
- Waktu: saat itu juga
- Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu
- e) Kejadian ini merupakan Kejadian Nyaris Cedera, dampak dari kejadian bernilai satu karena tidak menimbulkan cedera. Probabilitas diberi nilai lima karena sangat sering terjadi. Perkalian antara dampak dan probabilitas menghasilkan skor lima. Berdasarkan matriks *grading* risiko, risiko kejadian ini masuk ke *brands* warna hijau (*moderate*)
- f) Target pengurangan risiko dari skor lima menjadi skor tiga sehingga perlu dilakukan *action plan*.
- g) *Action plan*
- Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian medis

- Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar dilakukan cek dan ricek waktu mengeluarkan obat dari farmasi dengan menggunakan form cek dan ricek
- Fasilitas perlu dilengkapi dengan *software* yang akan menghubungkan antara dokter yang menulis resep dan bagian farmasi (*e-recipe*) serta menambah telepon yang dapat menghubungi luar tanpa operator
- Perlu adanya manajemen risiko
- perlu dilakukan pelatihan kepada petugas farmasi
- Perlu adanya kedisiplinan dan *attitude* kerja dalam membudayakan sadar risiko
- Jumlah petugas farmasi harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisis beban kerja
- Pendidikan petugas farmasi minimal diploma tiga
- Perlu dilakukan analisis beban kerja
- Perlu dilakukan pelatihan atau *refreshing* secara rutin dan berkala
- Perlu dilakukan supervisi secara berkala dan konsultasi apabila resepnya meragukan
- Daftar nama dokter beserta nomor teleponnya ditaruh ditempat yang gampang terlihat untuk konsultasi masalah obat
- Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada petugas farmasi berikutnya dapat

dikerjakan dengan baik dan tidak *miss communication*. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga

- Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan
 - Penambahan petugas farmasi sesuai dengan analisis beban kerja
 - Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai keharusan melakukan cek dan ricek waktu mengeluarkan obat dari farmasi dengan menggunakan form cek dan ricek
- h) Rangking risiko kejadian ini adalah sepuluh dengan penanggung jawab adalah kepala ruangan
- 9) Pada tanggal 11 Juni 2012 ada kejadian jatuh dari tempat tidur. Setelah dilakukan *Focus group discussion* didapatkan hasil sebagai berikut:
- a) Jenis kejadiannya adalah kejadian tidak diharapkan
 - b) Tipe insidennya adalah jatuh
 - c) Penyebab insidennya:
 - tipe jatuh : slip
 - keterlibatan saat jatuh : tempat tidur
 - d) Mitigasi risiko
 - Pasien dibaringkan di tempat tidur
 - Pasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur
 - Obati luka pada pasien
 - Cek tensi, nadi, pernapasan, dan keadaan umum pasien

- Laporkan ke dokter bangsal
- Observasi dalam enam jam
- Laporkan ke kepala ruangan

Waktu: saat itu juga

Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu

- e) Kejadian ini merupakan Kejadian Tidak Diharapkan, dampak dari kejadian bernilai dua karena menimbulkan cedera ringan. Probabilitas diberi nilai lima karena sangat sering terjadi. Perkalian antara dampak dan probabilitas menghasilkan skor sepuluh. Berdasarkan matriks *grading* risiko, risiko kejadian ini masuk ke *brands* warna hijau (*moderate*).
- f) Target pengurangan risiko dari skor sepuluh menjadi skor enam sehingga perlu dilakukan *action plan*
- g) *Action plan*
- Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian pelayanan medis
 - Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar semua alat dapat dicek seluruhnya sebelum dipakai termasuk tempat tidur dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh
 - Fasilitas perlu dilengkapi dengan cara memasang bel pada setiap tempat tidur pasien dan di dinding koridor rumah sakit perlu

dipasang pegangan agar pasien dapat pegangan bilamana kehilangan keseimbangan

- Perlu adanya manajemen risiko
- Pembelian alat harus mengutamakan kualitas dari alat. Ditunjukkan dengan adanya standar ISO, registrasi alat, data distribusi alat minimal digunakan di sepuluh rumah sakit besar, *service* purna jual yang baik dan cepat, *sparepart* yang gampang tersedia
- Perlu adanya kedisiplinan dan *attitude* kerja dalam membudayakan sadar risiko
- Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisis beban kerja
- Pendidikan perawat minimal diploma tiga diutamakan S1 profesi *Ners* dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan
- Perlu dilakukan analisis beban kerja
- Perlu dilakukan pelatihan atau *refreshing* secara rutin dan berkala
- Dilakukan pemeliharaan berkala diseluruh tempat tidur pasien
- Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak *miss communication*. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga

dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan

- Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan
 - Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisis beban kerja
 - Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai pemeliharaan berkala tempat tidur. Semua tempat tidur dicek dahulu sebelum dipakai dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh
 - Pasien yang memiliki risiko jatuh menggunakan gelang kuning
 - Perlu memberitahukan ke pasien dan keluarga pasien bahwa pasien tidak boleh turun sendiri, bilamana perlu harus membunyikan bel agar dapat dibantu oleh perawat
- h) Rangkang risiko kejadian ini adalah tiga dengan penanggung jawab adalah kepala ruangan

10) Pada tanggal 12 Juni 2012 ada kejadian jatuh di kamar mandi. Setelah dilakukan *Focus group discussion* didapatkan hasil sebagai berikut:

- a) Jenis kejadiannya adalah kejadian tidak diharapkan
- b) Tipe insidennya adalah jatuh
- c) Penyebab insidennya:
 - tipe jatuh : hilang keseimbangan

- keterlibatan saat jatuh : toilet

d) Mitigasi Risiko

- Pasien dibaringkan di tempat tidur
- Pasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur
- Obati luka pada pasien
- Cek tensi, nadi, pernapasan, dan keadaan umum pasien
- Laporkan ke dokter bangsal
- Observasi dalam enam jam
- Laporkan ke kepala ruangan

Waktu: saat itu juga

Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu

- e) Kejadian ini merupakan Kejadian Tidak Diharapkan, dampak dari kejadian bernilai dua karena menimbulkan cedera ringan. Probabilitas diberi nilai lima karena sangat sering terjadi. Perkalian antara dampak dan probabilitas menghasilkan skor sepuluh. Berdasarkan matriks *grading* risiko, risiko kejadian ini masuk ke *brands* warna hijau (*moderate*).

- f) Target pengurangan risiko dari skor sepuluh menjadi skor enam sehingga perlu dilakukan *action plan*

g) Mitigasi Risiko

- Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian pelayanan medis
- Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap dengan menggunakan gelang pasien

warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh

- Fasilitas perlu dilengkapi dengan cara memasang bel pada setiap tempat tidur pasien dan di dinding koridor rumah sakit serta kamar mandi perlu dipasang pegangan agar pasien dapat pegangan bilamana kehilangan keseimbangan
- Perlu adanya manajemen risiko
- Perlu adanya kedisiplinan dan *attitude* kerja dalam membudayakan sadar risiko
- Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisis beban kerja
- Pendidikan perawat minimal diploma tiga diutamakan S1 profesi *Ners* dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan
- Perlu dilakukan analisis beban kerja
- Perlu dilakukan pelatihan atau *refreshing* secara rutin dan berkala
- Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak *miss communication*. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan

- Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan
 - Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisis beban kerja
 - Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP yang mewajibkan menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh
 - Pasien yang memiliki risiko jatuh menggunakan gelang kuning
 - Perlu memberitahukan ke pasien dan keluarga pasien bahwa pasien tidak boleh turun sendiri, bilamana perlu harus membunyikan bel agar dapat dibantu oleh perawat
- h) Rangkings risiko kejadian ini adalah enam dengan penanggung jawab adalah kepala ruangan

Risiko yang sudah dilakukan *assessment* memiliki skor risiko antara lima dan sepuluh. Semuanya risiko masih didalam *bands* warna hijau (*moderate*).

Berdasarkan laporan insiden yang terjadi di laboratorium dapat dianalisis sebagai berikut:

- 1) Pada bulan Maret 2012 terjadi kesalahan penulisan hasil pemeriksaan. Setelah dilakukan *Focus group discussion* didapatkan hasil sebagai berikut:
 - a) Jenis kejadiannya adalah kejadian nyaris cedera
 - b) Tipe insidennya adalah laboratorium
 - c) Penyebab insidennya: hasil laboratorium
 - d) Mitigasi risiko

- Segera meralat hasil laboratorium dan melaporkan ke atasan (kepala ruangan)

Waktu: saat itu juga

Pelaksana: petugas laboratorium yang dinas pada saat itu

- e) Kejadian ini merupakan Kejadian Nyaris Cedera, dampak dari kejadian bernilai satu karena tidak menimbulkan cedera. Probabilitas diberi nilai lima karena sangat sering terjadi. Perkalian antara dampak dan probabilitas menghasilkan skor lima. Berdasarkan matriks *grading* risiko, risiko kejadian ini masuk ke *brands* warna hijau (*moderate*).
- f) Target pengurangan risiko dari skor lima menjadi skor tiga sehingga perlu dilakukan *action plan*
- g) *Action plan*
- Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian medis
 - Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar dilakukan cek dan ricek penulisan hasil pemeriksaan dengan menggunakan form cek dan ricek
 - Fasilitas perlu dilengkapi dengan *software* yang akan memberikan *warning* bilamana hasil pemeriksaan tidak normal
 - Perlu adanya manajemen risiko
 - perlu dilakukan pelatihan kepada petugas laboratorium secara berkala

- Perlu adanya kedisiplinan dan *attitude* kerja dalam membudayakan sadar risiko
 - Jumlah petugas laboratorium harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisis beban kerja
 - Pendidikan petugas laboratorium minimal diploma tiga
 - Perlu dilakukan analisis beban kerja
 - Perlu dilakukan pelatihan atau *refreshing* secara rutin dan berkala
 - Perlu dilakukan supervisi secara berkala dan konsultasi apabila hasil laboratorium meragukan
 - Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada petugas laboratorium berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak *miss communication*. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga
 - Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan
 - Penambahan tenaga petugas laboratorium sesuai dengan analisis beban kerja
 - Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai keharusan melakukan cek dan ricek penulisan hasil pemeriksaan laboratorium dengan menggunakan form cek dan ricek
- h) Rangka risiko kejadian ini adalah satu dengan penanggung jawab adalah kepala ruangan

2) Pada tanggal delapan April 2012 terjadi kesalahan penulisan hasil pemeriksaan. Setelah dilakukan *Focus group discussion* didapatkan hasil sebagai berikut:

- a) Jenis kejadiannya adalah kejadian nyaris cedera
- b) Tipe insidennya adalah laboratorium
- c) Penyebab insidennya: hasil laboratorium
- d) Mitigasi risiko
 - Segera meralat hasil laboratorium dan melaporkan ke atasan (kepala ruangan)

Waktu: saat itu juga

Pelaksana: petugas laboratorium yang dinas pada saat itu

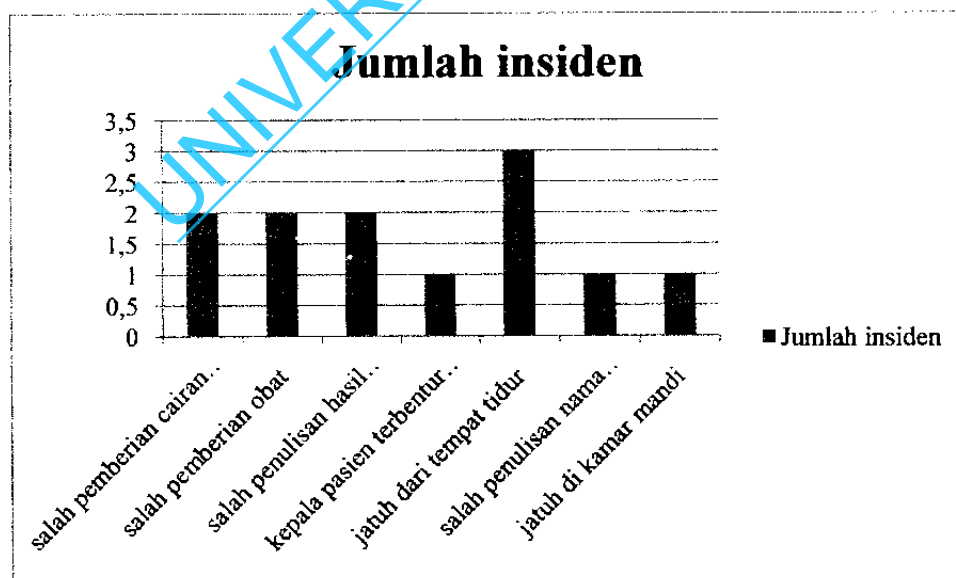
- e) Kejadian ini merupakan Kejadian Nyaris Cedera, dampak dari kejadian bernilai satu karena tidak menimbulkan cedera. Probabilitas diberi nilai lima karena sangat sering terjadi. Perkalian antara dampak dan probabilitas menghasilkan skor lima. Berdasarkan matriks *grading* risiko, risiko kejadian ini masuk ke *brands* warna hijau (*moderate*).
- f) Target pengurangan risiko dari skor lima menjadi skor tiga sehingga perlu dilakukan *action plan*
- g) *Action plan*
 - Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian medis

- Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar dilakukan cek dan ricek penulisan hasil pemeriksaan dengan menggunakan form cek dan ricek
- Fasilitas perlu dilengkapi dengan *software* yang akan memberikan *warning* bilamana hasil pemeriksaan tidak normal
- Perlu adanya manajemen risiko
- perlu dilakukan pelatihan kepada petugas laboratorium secara berkala
- Perlu adanya kedisiplinan dan *attitude* kerja dalam membudayakan sadar risiko
- Jumlah petugas laboratorium harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisis beban kerja
- Pendidikan petugas laboratorium minimal diploma tiga
- Perlu dilakukan analisis beban kerja
- Perlu dilakukan pelatihan atau *refreshing* secara rutin dan berkala
- Perlu dilakukan supervisi secara berkala dan konsultasi apabila hasil laboratorium meragukan
- Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada petugas laboratorium berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak *miss communication*. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga
- Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan

- Penambahan tenaga petugas laboratorium sesuai dengan analisis beban kerja
- Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai keharusan melakukan cek dan ricek penulisan hasil pemeriksaan laboratorium dengan menggunakan form cek dan ricek

h) Rangkings risiko kejadian ini adalah dua dengan penanggung jawab adalah kepala ruangan

Pada Gambar 5.17 terlihat bahwa insiden yang terbanyak adalah pasien jatuh dari tempat tidur sebanyak tiga kasus, yang diikuti oleh insiden salah pemberian cairan infus, salah pemberian obat, salah penulisan hasil pemeriksaan sebanyak masing-masing dua kasus. Sedangkan insiden kepala pasien terbentur tempat tidur pasien, salah penulisan nama obat, jatuh di kamar mandi masing-masing terjadi sebanyak satu kasus.



Gambar 5.17 Jumlah Insiden di RSUD Sungailiat

Sumber: Hasil Analisis Data Primer

Berdasarkan data insiden tersebut diidentifikasi risiko-risiko yang dapat terjadi yaitu:

- Jatuh dari tempat tidur
- Salah pemberian cairan infus
- Salah pemberian obat
- Salah penulisan hasil pemeriksaan
- Kepala pasien terbentur tempat tidur pasien
- Salah penulisan nama obat
- Jatuh di kamar mandi

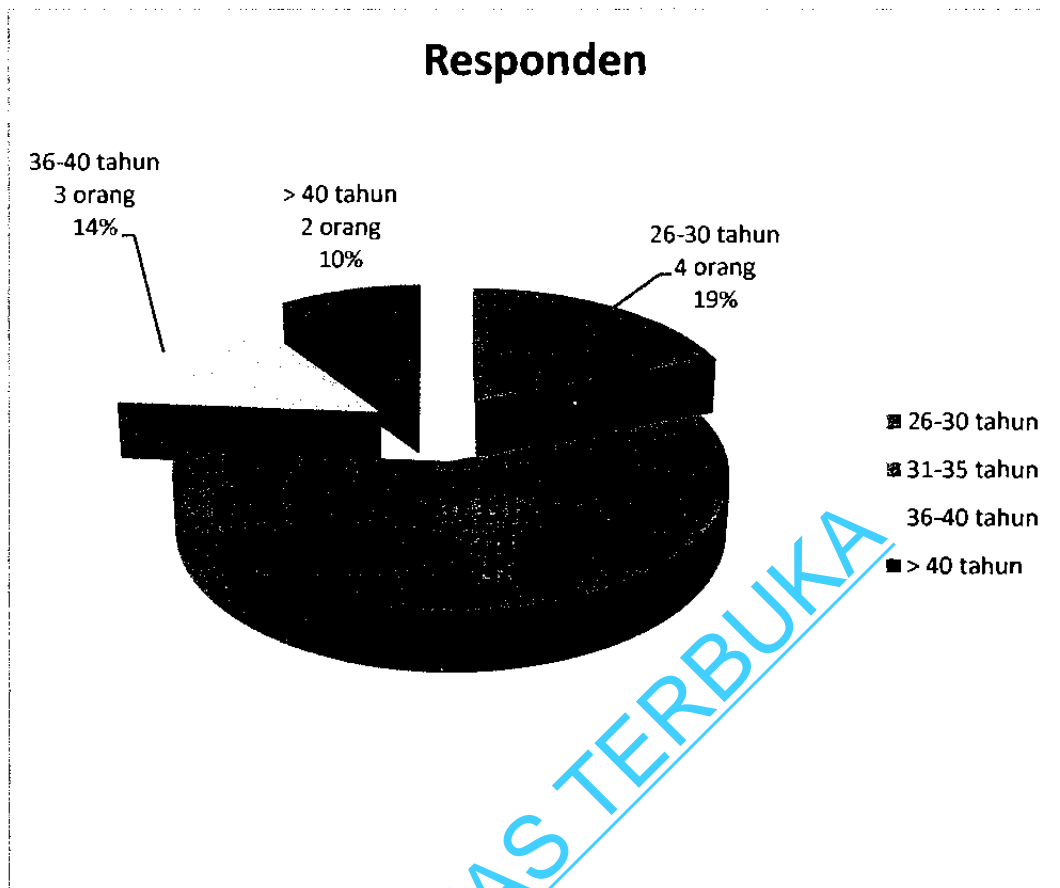
B. Kondisi Potensi Cedera

1. Karakteristik responden

Kuesioner dibagikan kepada kepala ruangan sebanyak 16 orang dan dokter umum sebanyak lima orang selaku penanggung jawab ruangan. Berdasarkan data yang diperoleh dari responden, dapat dijabarkan tentang karakteristik responden yang mengisi kuesioner sebagai berikut:

- Umur

Responden berumur antara 27 tahun sampai 46 tahun.



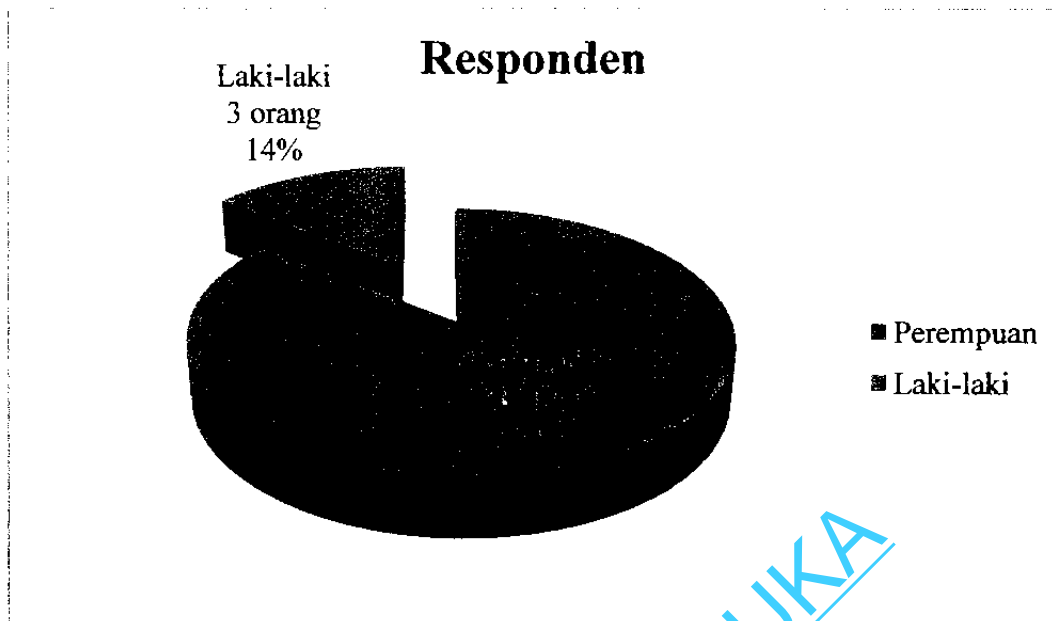
Gambar 5.18 Profil Responden Berdasarkan Umur

Sumber: Hasil Analisis Data Primer

Responden yang berumur 31-35 tahun paling banyak yaitu 12 orang (57 persen). Profil responden berdasarkan umur dapat dilihat pada Gambar 5.18.

- Jenis kelamin

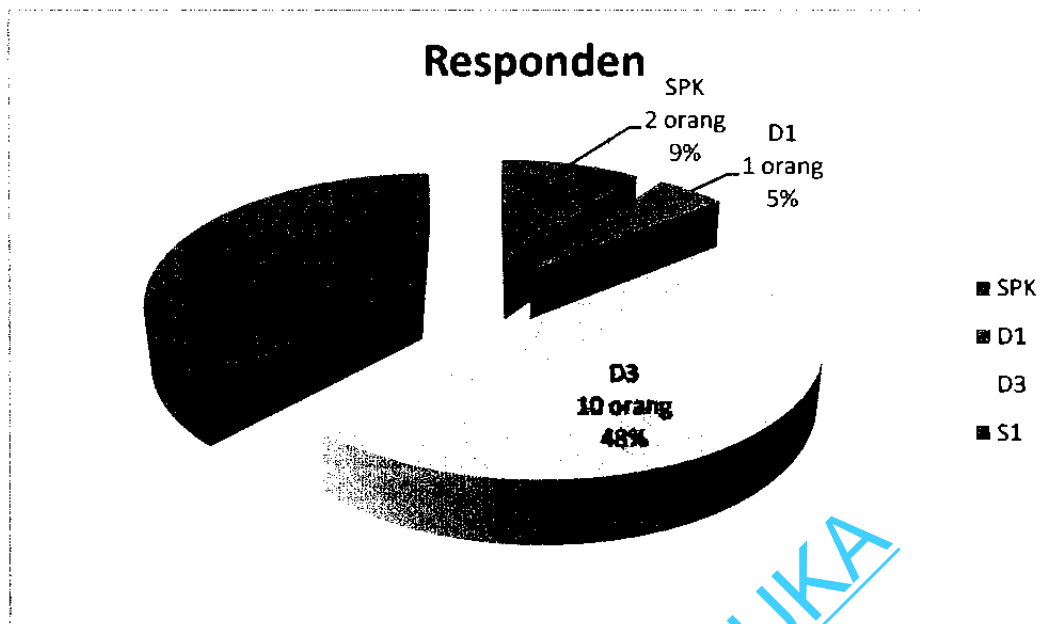
Responden berjenis kelamin perempuan yang mengisi kuesioner sebanyak delapan belas orang (86 persen). Responden berjenis kelamin laki-laki yang mengisi kuesioner sebanyak tiga orang (14 persen). Profil responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada Gambar 5.19.



Gambar 5.19 Profil Responden Berdasarkan Jenis Kelamin
Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Tingkat pendidikan

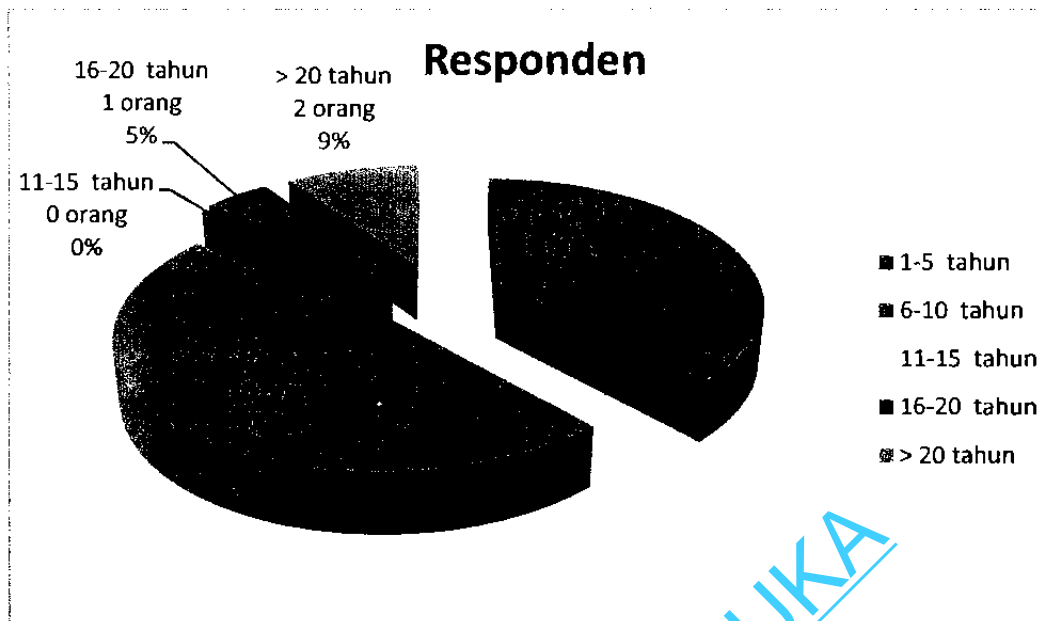
Tingkat pendidikan responden terdiri dari Diploma tiga (D3) yang mengisi kuesioner sebanyak sepuluh orang (44 persen), responden yang berpendidikan Strata satu (S1) yang mengisi kuesioner sebanyak delapan orang (38 persen). Responden yang berpendidikan SPK yang mengisi kuesioner sebanyak dua orang (sembilan persen). Responden yang berpendidikan Diploma satu sebanyak satu orang. Profil responden berdasarkan pendidikan dapat dilihat pada Gambar 5.20.



Gambar 5.20 Profil Responden Berdasarkan Pendidikan
Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Masa kerja

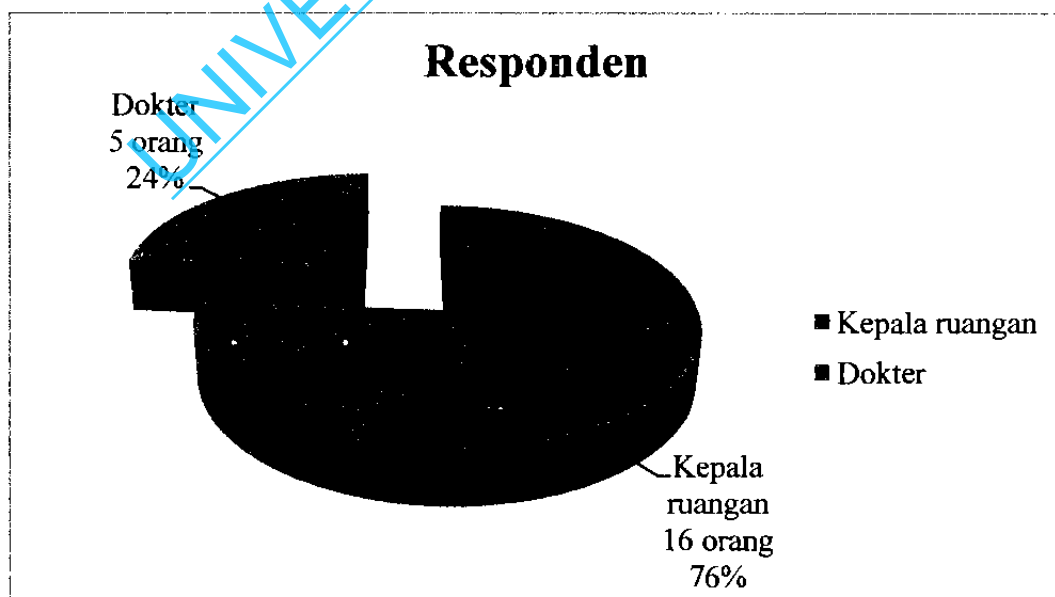
Masa kerja responden terdiri dari dua tahun sampai dengan 24 tahun. Responden yang mempunyai masa kerja satu sampai lima tahun sebanyak delapan orang (38 persen). Responden yang mempunyai masa kerja enam sampai sepuluh tahun sebanyak sepuluh orang (48 persen). Responden yang mempunyai masa kerja 16 sampai 20 tahun sebanyak satu orang (lima persen). Responden yang mempunyai masa kerja diatas dua puluh tahun sebanyak dua orang (sembilan persen). Profil responden berdasarkan masa kerja dapat dilihat pada Gambar 5.21.



Gambar 5.21 Profil Responden Berdasarkan Masa Kerja
Sumber: Hasil Analisis Data Primer

- Berdasarkan jabatan

Berdasarkan jabatan, 16 responden (76 persen) mempunyai jabatan sebagai kepala ruangan dan lima responden (24 persen) sebagai dokter. Profil responden berdasarkan jabatan dapat dilihat pada Gambar 5.22 di bawah ini.



Gambar 5.22 Profil Responden Berdasarkan Jabatan
Sumber: Hasil Analisis Data Primer

Berdasarkan hasil kuesioner didapatkan karakteristik responden yang dinilai dari segi umur, jenis kelamin, pendidikan akhir, masa kerja dan berdasarkan jabatan. Berdasarkan segi umur responden berusia diantara 27 sampai dengan 46 tahun. Hubungannya dengan jenis kelamin diperoleh gambaran bahwa sebagian besar responden adalah perempuan. Karakteristik masa kerja diperoleh gambaran bahwa responden mempunyai masa kerja antara dua sampai 24 tahun, sedangkan karakteristik tingkat pendidikan didapatkan gambaran bahwa responden berpendidikan paling banyak Diploma tiga (D3) sebanyak sepuluh orang (44 persen) yang diikuti responden yang berpendidikan Strata satu (S1) sebanyak delapan orang. Hal ini menunjukkan bahwa responden yang mengisi kuesioner adalah responden yang berusia matang dan produktif yang mempunyai kemampuan berpikir kritis dan terbuka serta mau untuk berusaha lebih baik.

2. Data hasil kuesioner

Berdasarkan hasil kuesioner didapatkan hasil sebagai berikut (Tabel 5.2):

Tabel 5.2 Data Hasil Kuesioner Kondisi Potensi Cedera

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | JUMLAH RESPONDEN |
|----|---------------------|-----------------|---|---|
| 1. | Administrasi Klinik | a. Proses | <input type="checkbox"/> Serah terima <input type="checkbox"/> Perjanjian <input type="checkbox"/> Daftar tunggu/ Antrian <input type="checkbox"/> Rujukan/ Konsultasi <input type="checkbox"/> Admisi <input type="checkbox"/> Keluar/Pulang dari Ranap/RS <input type="checkbox"/> Pindah Perawatan (<i>Transfer of care</i>) <input type="checkbox"/> Identifikasi Pasien <input type="checkbox"/> Consent <input type="checkbox"/> Pembagian tugas <input type="checkbox"/> Respons terhadap kegawatdaruratan | 1 1 3 2 1 1 1 2 1 1 1 |

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | JUMLAH RESPONDEN |
|----|-------------------------------|----------------------------|--|------------------|
| | | b. Masalah | <input type="checkbox"/> Tidak performance ketika dibutuhkan/indikasi | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Tidak lengkap / Inadekuat | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Tidak tersedia | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Salah pasien | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Salah proses / pelayanan | 1 |
| 2. | Proses/ Prosedur Klinis | a. Proses | <input type="checkbox"/> Skrening/ Pencegahan/ Medical check up | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Diagnosis/ Assessment | 2 |
| | | | <input type="checkbox"/> Prosedur/ Pengobatan/ intervensi | 3 |
| | | | <input type="checkbox"/> <i>General care/ Management</i> | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Test/ Investigasi | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Spesimen/ Hasil | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Belum dipulangkan (<i>Detention/ Restraint</i>) | - |
| | | b. Masalah | <input type="checkbox"/> Tidak performance ketika dibutuhkan/ indikasi | - |
| | | | <input type="checkbox"/> Tidak lengkap/ Inadekuat | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Tidak tersedia | - |
| | | | <input type="checkbox"/> Salah pasien | - |
| | | | <input type="checkbox"/> Salah proses/ pengobatan/ prosedur | 2 |
| | | | <input type="checkbox"/> Salah bagian tubuh/ sisi | - |
| 3. | Dokumentasi | a. Dokumen yang Terkait | <input type="checkbox"/> Order/ Permintaan | 3 |
| | | | <input type="checkbox"/> Chart/ Rekam medik/ Assesmen/ Konsultasi | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Check List | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Form/ sertifikat | - |
| | | | <input type="checkbox"/> Instruksi/ Informasi/ Kebijakan/ SOP/ Guideline | 2 |
| | | | <input type="checkbox"/> Label/ Stiker/ Identifikasi Bands/ | 1 |

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | JUMLAH RESPONDEN |
|----|---|---|--|--------------------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> Kartu <input type="checkbox"/> Surat/ E-mail/ Rekaman Komunikasi <input type="checkbox"/> Laporan/ Hasil/ Images | - 1 |
| | | b. Masalah | <input type="checkbox"/> Dokumen hilang/ tidak tersedia <input type="checkbox"/> Terlambat mengakses dokumen | 1 - |
| | | | <input type="checkbox"/> Salah dokumen/ Salah orang <input type="checkbox"/> Tidak jelas/ Membingungkan/ Illegible/ Informasi dalam dokumen tidak lengkap | 1 2 |
| 4. | Infeksi Nosokomial (<i>Hospital Assosiated Infection</i>) | a. Tipe organisme | <input type="checkbox"/> Bakteri <input type="checkbox"/> Virus <input type="checkbox"/> Jamur <input type="checkbox"/> Parasit <input type="checkbox"/> Protozoa <input type="checkbox"/> Rickettsia <input type="checkbox"/> Prion (Partikel protein yg infeksius) <input type="checkbox"/> Organisme tidak teridentifikasi | 1 3 2 - - - - - |
| | | b. Tipe/ Bagian infesi | <input type="checkbox"/> Bloodstream <input type="checkbox"/> Bagian yang dioperasi <input type="checkbox"/> Abses <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Kanul IV | - - 1 1 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Protesis infeksi <input type="checkbox"/> Drain/ tube urin <input type="checkbox"/> Jaringan lunak | - - - |
| 5. | Medikasi/ Cairan Infus | a. Medikasi/ Cairan infus yang terkait | <input type="checkbox"/> Daftar Medikasi <input type="checkbox"/> Daftar Cairan infus | - 2 |
| | | b. Proses penggunaan medikasi/ Cairan infus | <input type="checkbox"/> Peresepan <input type="checkbox"/> Persiapan/ Dispensing <input type="checkbox"/> Pemaketan <input type="checkbox"/> Pengantaran <input type="checkbox"/> Pemberian | 1 - 1 - 2 |

| NO | TIBE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | JUMLAH RESPONDEN |
|----|----------------------------------|--|---|----------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> Suply/ pesan <input type="checkbox"/> Penyimpanan <input type="checkbox"/> Monitoring | 1 1 2 |
| | | c. Masalah | <input type="checkbox"/> Salah pasien <input type="checkbox"/> Salah obat <input type="checkbox"/> Salah dosis / kekuatan/ frekuensi <input type="checkbox"/> Salah formulasi/ presentasi <input type="checkbox"/> Salah rute pemberian | 1 1 1 - 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Salah jumlah/ kuantitas <input type="checkbox"/> Salah Dispensing Label/ Instruksi <input type="checkbox"/> Kontraindikasi <input type="checkbox"/> Salah penyimpanan <input type="checkbox"/> <i>Omitted medicine or dose</i> <input type="checkbox"/> Obat kadaluarsa <input type="checkbox"/> <i>Adverse drug reaction</i> (reaksi efek samping obat) | - - - - - - |
| 6. | Transfusi darah/ Produk darah | a. Transfusi darah/ Produk darah terkait | <input type="checkbox"/> Produk selular <input type="checkbox"/> Faktor pembekuan (<i>clotting</i>) <input type="checkbox"/> Albumin/ Plasma protein <input type="checkbox"/> Immunoglobulin | 3 - - - |
| | | b. Proses Transfusi darah/ Produk darah terkait | <input type="checkbox"/> Test pre transfusi <input type="checkbox"/> Peresepan <input type="checkbox"/> Persiapan/ Dispensing <input type="checkbox"/> Pengantaran <input type="checkbox"/> Pemberian <input type="checkbox"/> Penyimpanan | 3 - 1 4 - 4 |
| | | | <input type="checkbox"/> Monitoring <input type="checkbox"/> Presentasi/ Pemaketan <input type="checkbox"/> Suply/ Pesan | 1 - 1 |
| | | c. Masalah | <input type="checkbox"/> Salah pasien <input type="checkbox"/> Salah Darah/ Produk darah <input type="checkbox"/> Salah dosis/ Frekuensi <input type="checkbox"/> Salah jumlah <input type="checkbox"/> Salah label dispensing/ Instruksi <input type="checkbox"/> Kontraindikasi | - - - 1 1 - |

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | JUMLAH RESPONDEN |
|----|--------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> Salah penyimpanan <input type="checkbox"/> Obat atau Dosis yang diabaikan <input type="checkbox"/> Darah kadaluarsa <input type="checkbox"/> Efek samping (<i>Adverse effect</i>) | - 1 1 - |
| 7. | Nutrisi | a. Nutrisi yang terkait | <input type="checkbox"/> Diet umum <input type="checkbox"/> Diet khusus | 1 2 |
| | | b. Proses nutrisi | <input type="checkbox"/> Peresepan/ Permintaan <input type="checkbox"/> Persiapan/ manufactur/ Proses memasak <input type="checkbox"/> Suply/ order <input type="checkbox"/> Presentation <input type="checkbox"/> Dispensing/ Alokasi <input type="checkbox"/> Pengantaran <input type="checkbox"/> Pemberian <input type="checkbox"/> Penyimpanan | 1 1 - - - 1 - 1 |
| | | c. Masalah | <input type="checkbox"/> Salah pasien <input type="checkbox"/> Salah diet <input type="checkbox"/> Salah jumlah <input type="checkbox"/> Salah Frekuensi <input type="checkbox"/> Salah konsistensi <input type="checkbox"/> Salah penyimpanan | 1 2 1 - - - |
| 8. | Oksigen/ Gas | a. Oksigen/ Gas terkait | <input type="checkbox"/> Daftar oksigen/ gas terkait | - |
| | | b. Proses penggunaan oksigen/ Gas | <input type="checkbox"/> Label Cilinder/ warna kode/ Index pin <input type="checkbox"/> Peresepan <input type="checkbox"/> Pemberian <input type="checkbox"/> Pengantaran <input type="checkbox"/> Suply/ order <input type="checkbox"/> Penyimpanan | - - - 2 1 - |
| | | c. Masalah | <input type="checkbox"/> Salah pasien <input type="checkbox"/> Salah gas <input type="checkbox"/> Salah rate/ flow/ konsentrasi <input type="checkbox"/> Salah mode pengantaran <input type="checkbox"/> Kontraindikasi <input type="checkbox"/> Salah penyimpanan <input type="checkbox"/> Gagal pemberian | - - 1 1 - - - |

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | JUMLAH RESPONDEN |
|-----|---|--|--|------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> Kontaminasi | 1 |
| 9. | Alat medis/ Alat kesehatan/ <i>Equipment property</i> | a. Tipe Alat medis/ Alat kesehatan/ <i>Equipment Property</i> | <input type="checkbox"/> Daftar Alat medis/ Alat kesehatan/ <i>Equipment property</i> | 2 |
| | | b. Masalah | <input type="checkbox"/> <i>Presentation/</i> Pemaketan tidak baik | - |
| | | | <input type="checkbox"/> Ketidaktersediaan | 4 |
| | | | <input type="checkbox"/> <i>Inapropriate for task</i> | - |
| | | | <input type="checkbox"/> Tidak bersih/ Tidak steril | 2 |
| | | | <input type="checkbox"/> Kegagalan/ Malfungsi | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Dislodgement/ Miskoneksi/ Removal | - |
| | | | <input type="checkbox"/> <i>User error</i> | - |
| 10. | Perilaku pasien | a. Perilaku pasien | <input type="checkbox"/> Tidak kooperatif | 7 |
| | | | <input type="checkbox"/> Tidak pantas/ Sikap bermusuhan/ Kasar | 3 |
| | | | <input type="checkbox"/> Berisiko/ Sembrono/ Berbahaya | - |
| | | | <input type="checkbox"/> Masalah dengan penggunaan substansi/ Abuse | - |
| | | | <input type="checkbox"/> Mengganggu (<i>Harrassment</i>) | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Diskriminasitif / Berprasangka | - |
| | | | <input type="checkbox"/> Berkeliaran, Melarikan diri | 3 |
| | | | <input type="checkbox"/> Sengaja mencederai diri, Bunuh diri | - |
| | | b. Aggression/ Assault | <input type="checkbox"/> Agresi verbal | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Kekerasan fisik | - |
| | | | <input type="checkbox"/> Kekerasan seksual | - |
| | | | <input type="checkbox"/> Kekerasan terhadap mayat | - |
| | | | <input type="checkbox"/> Ancaman nyawa | - |
| 11. | Jatuh | a. Tipe Jatuh | <input type="checkbox"/> Tersandung | 1 |
| | | | <input type="checkbox"/> Slip | - |
| | | | <input type="checkbox"/> Kolaps | - |
| | | | <input type="checkbox"/> Hilang keseimbangan | 5 |

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | JUMLAH RESPONDEN |
|-----|--------------|---|---|--------------------------------------|
| | | b. Keterlibatan saat jatuh | <input type="checkbox"/> Velbed <input type="checkbox"/> Tempat tidur <input type="checkbox"/> Kursi <input type="checkbox"/> Strecher <input type="checkbox"/> Toilet <input type="checkbox"/> Peralatan terapi <input type="checkbox"/> Tangga <input type="checkbox"/> Dibawa/dibantu oleh orang lain | - 1 - - 1 - 1 - |
| 12. | Kecelakaan | a. Benturan tumpul | <input type="checkbox"/> Kontak dengan benda/binatang <input type="checkbox"/> Kontak dengan orang <input type="checkbox"/> Hancur, remuk <input type="checkbox"/> Gesekan kasar | - - - 1 |
| | | b. Serangan tajam/tusukan | <input type="checkbox"/> Cakaran, Sayatan <input type="checkbox"/> Tusukan <input type="checkbox"/> Gigitan, sengatan <input type="checkbox"/> Serangan tajam lainnya | - - 4 - |
| | | c. Kejadian mekanik lain | <input type="checkbox"/> Benturan akibat ledakan bom <input type="checkbox"/> Kontak dengan mesin | - - |
| | | d. Peristiwa mekanik lain | <input type="checkbox"/> Peristiwa mekanik lain | - |
| | | e. Mekanik Panas | <input type="checkbox"/> Panas yang berlebihan <input type="checkbox"/> Dingin yang berlebihan | - - |
| | | f. Ancaman pada pernafasan | <input type="checkbox"/> Ancaman mekanik pernafasan <input type="checkbox"/> Tenggelam atau hampir tenggelam <input type="checkbox"/> Pembatasan oksigen-kekurangan tempat <input type="checkbox"/> <i>Confinement to Oxygen-Deficient Place</i> | - - - - |
| | | g. Paparan bahan kimia atau substansi lainnya | <input type="checkbox"/> Keracunan bahan kimia atau substansi lain <input type="checkbox"/> Bahan kimia korosif | - - |
| | | h. Mekanisme spesifik yang | <input type="checkbox"/> Paparan listrik/radiasi <input type="checkbox"/> Paparan suara/getaran | - - |

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | JUMLAH RESPONDEN |
|-----|--|--|---|---------------------------------|
| | | lain menyebabkan cedera | <input type="checkbox"/> Paparan tekanan udara <input type="checkbox"/> Paparan karena gravitasi rendah | - - |
| | | i. Paparan karena dampak cuaca, bencana alam | <input type="checkbox"/> Paparan karena dampak cuaca, bencana alam | - |
| 13. | Infrastruktur / Bangunan/ Benda lain terpasang tetap | a. Keterlibatan Struktur/ bangunan b. Masalah | <input type="checkbox"/> Daftar Struktur <input type="checkbox"/> Daftar Bangunan <input type="checkbox"/> Daftar Furniture <input type="checkbox"/> Inadekuat <input type="checkbox"/> <i>Damaged/Faulty/Worn</i> | - 1 - 1 - |
| 14. | Resource / Manajemen organisasi | a. Beban kerja manajemen yang berlebihan b. Ketersediaan/ keadkuatan tempat tidur/ pelayanan c. Sumber Daya Manusia d. Ketersediaan/ keadkuatan staf e. Organisasi/ Tim f. Protocols/ Kebijakan/ SOP Guideline g. Ketersediaan/ Adequacy | <input type="checkbox"/> Beban kerja manajemen yang berlebihan <input checked="" type="checkbox"/> Ketersediaan/ keadkuatan tempat tidur/ pelayanan <input type="checkbox"/> Sumber Daya Manusia <input type="checkbox"/> Ketersediaan/ keadkuatan staf <input type="checkbox"/> Organisasi/ Tim <input type="checkbox"/> Protocols/ Kebijakan/ SOP Guideline <input type="checkbox"/> Ketersediaan/ Adequacy | - 1 2 1 1 1 - |
| 15. | Laboratorium / Patologi | a. Pengambilan/ <i>Pick Up</i> b. Transport c. <i>Sorting</i> | <input type="checkbox"/> Pengambilan/ <i>Pick Up</i> <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> <i>Sorting</i> | 2 2 - |

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | JUMLAH RESPONDEN |
|----|--------------|--------------------------------|--|------------------|
| | | d. <i>Data entry</i> | <input type="checkbox"/> <i>Data entry</i> | 1 |
| | | e. <i>Prosesing</i> | <input type="checkbox"/> <i>Prosesing</i> | 1 |
| | | f. <i>Verifikasi/ Validasi</i> | <input type="checkbox"/> <i>Verifikasi/ Validasi</i> | - |
| | | g. <i>Hasil</i> | <input type="checkbox"/> <i>Hasil</i> | 1 |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (*Patient Safety Incident Report*) yang sudah diolah.

Kondisi potensi cedera merupakan risiko yang mana harus dikontrol, diterima atau dieliminasi. Begitu banyak risiko yang dapat terjadi maka dipilihlah kasus yang jumlahnya paling banyak terjadi berdasarkan data dari responden (Tabel 5.3).

Tabel 5.3 Jumlah Kondisi Potensi Cedera Berdasarkan Data dari Responden

| NO | Tipe insiden | Jumlah |
|----|---|--------|
| 1. | Administrasi Klinik | 20 |
| 2. | Proses/ Prosedur Klinis | 12 |
| 3. | Dokumentasi | 13 |
| 4. | Infeksi Nosokomial (<i>Hospital Assosiated Infection</i>) | 9 |
| 5. | Medikasi/ Cairan Infus | 14 |
| 6. | Transfusi darah/ Produk darah | 21 |
| 7. | Nutrisi | 11 |
| 8. | Oksigen/ Gas | 6 |
| 9. | Alat medis/ Alat kesehatan/ <i>Equipment property</i> | 9 |

| NO | Tipe insiden | Jumlah |
|-----|--|--------|
| 10. | Perilaku pasien | 15 |
| 11. | Jatuh | 9 |
| 12. | Kecelakaan | 5 |
| 13. | Infrastruktur / Bangunan/ Benda lain terpasang tetap | 2 |
| 14. | Resource / Manajemen organisasi | 6 |
| 15. | Laboratorium / Patologi | 7 |

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (*Patient Safety Incident Report*) yang sudah diolah.

Berdasarkan Tabel 5.3 terlihat bahwa kondisi potensi cedera yang paling sering terjadi pada transfusi darah sebanyak 21 kondisi, untuk itu perlu dilakukan pengelolaan risiko pada transfusi darah dengan menggunakan *Healthcare Failure Mode Effect and Analysis* (HFMEA).

Healthcare Failure Mode Effect and Analysis (HFMEA) atau Analisis Modus Kegagalan dan Dampaknya (AMKD) dilakukan untuk mengelola risiko dengan tahapan sebagai berikut:

- Topik

Topiknya tentang transfusi darah

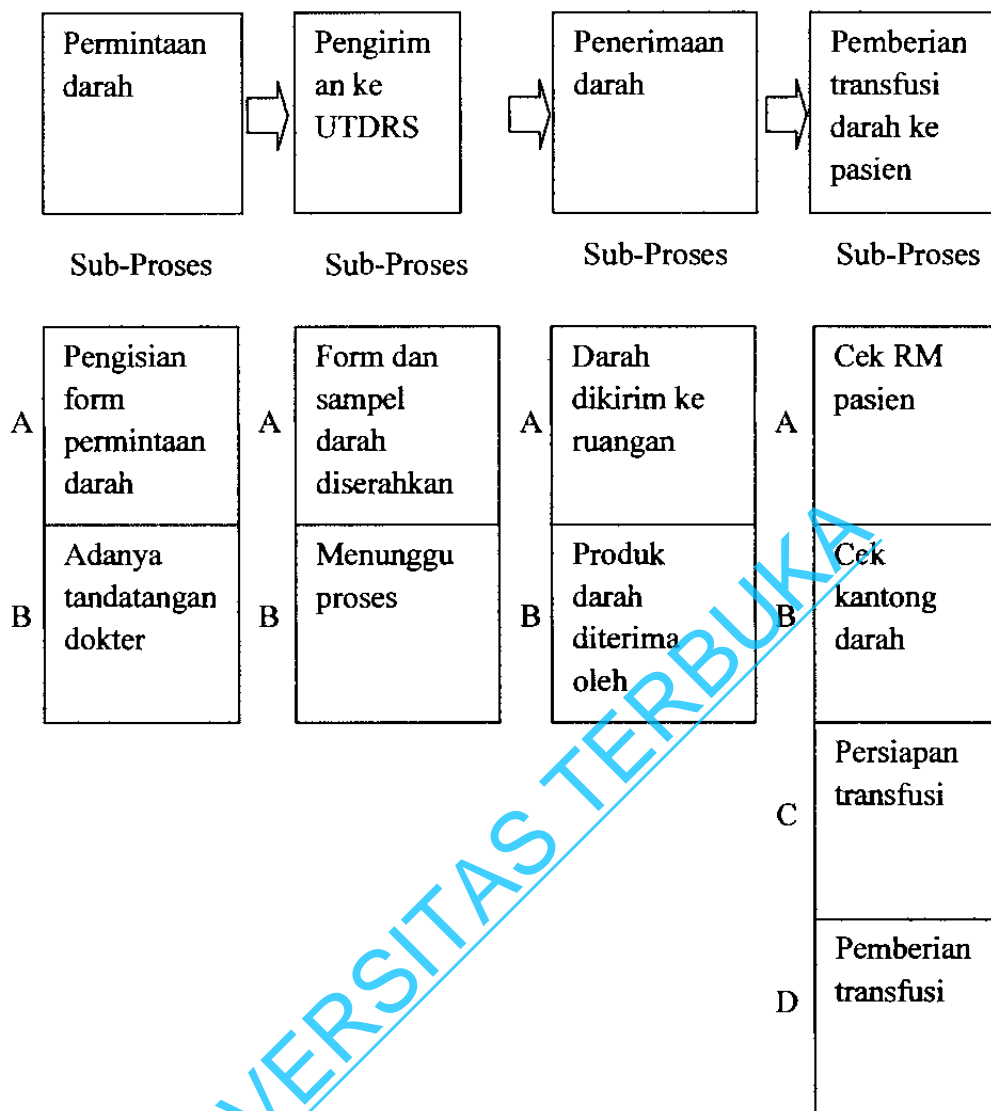
- *Focus group discussion*

Dilakukan *Focus group discussion* yang terdiri dari kepala instalasi transfusi darah, kepala ruangan , kepala bidang pelayanan, kepala seksi pelayanan medik, kepala seksi pengawasan dan pengendalian pelayanan medis, kepala bidang keperawatan.

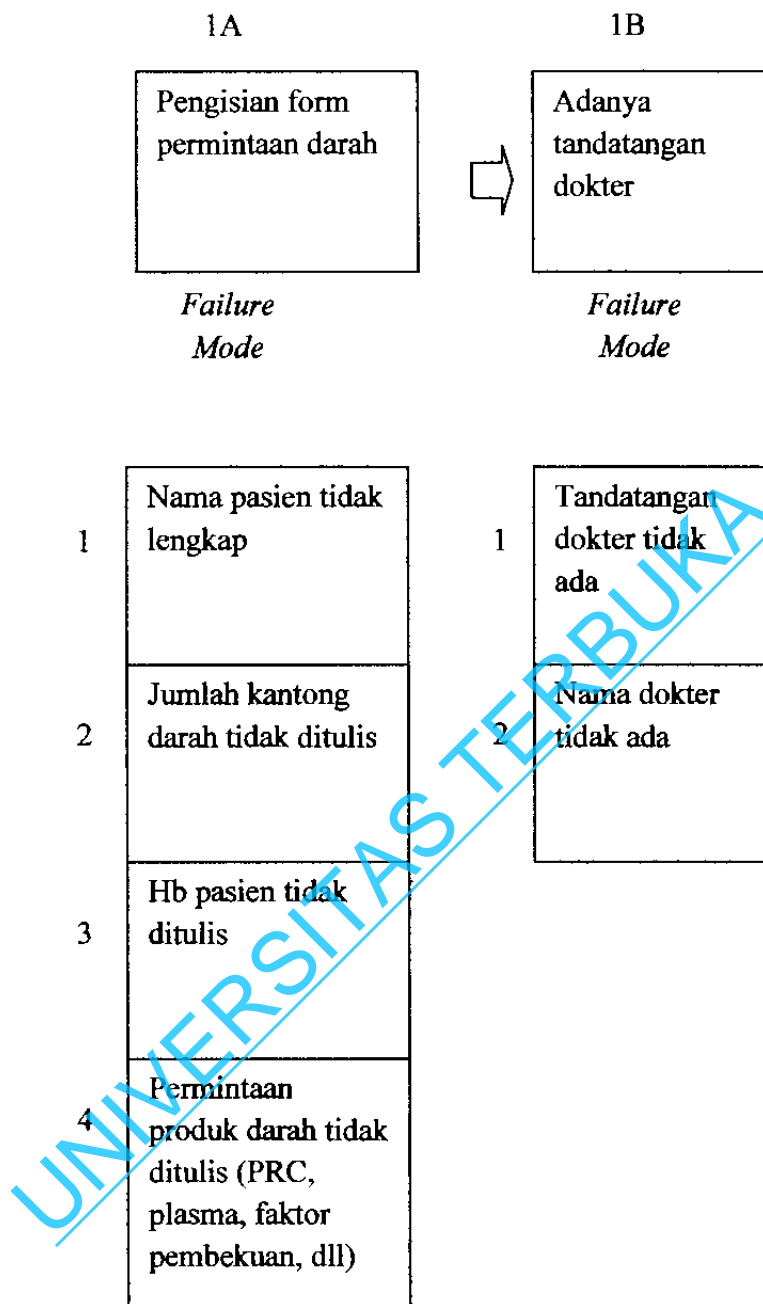
- Alur proses

Alur proses dibuat secara bertahap dari proses dengan rincian sub proses untuk mengetahui kelemahan dari sistem. Terlihat pada Gambar 5.23 Alur Proses Permintaan Darah, Gambar 5.24 *Failure Mode* Alur Proses Permintaan Darah 1, Gambar 5.25 *Failure Mode* Alur Proses Permintaan Darah 2, Gambar 5.26 *Failure Mode* Alur Proses Permintaan Darah 3, Gambar 5.27 *Failure Mode* Alur Proses Permintaan Darah 4.

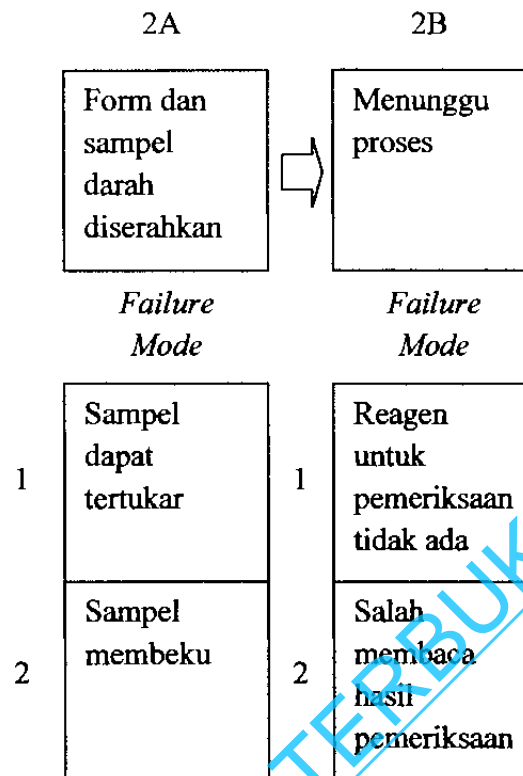
UNIVERSITAS TERBUKA



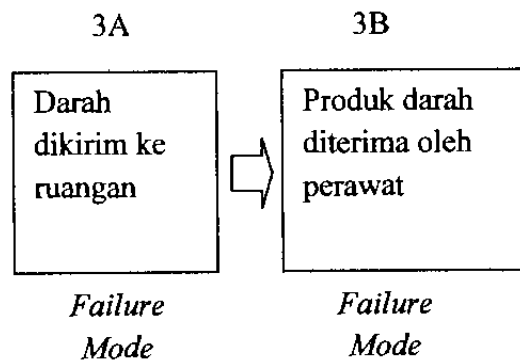
Gambar 5.23 Alur Proses Permintaan Darah



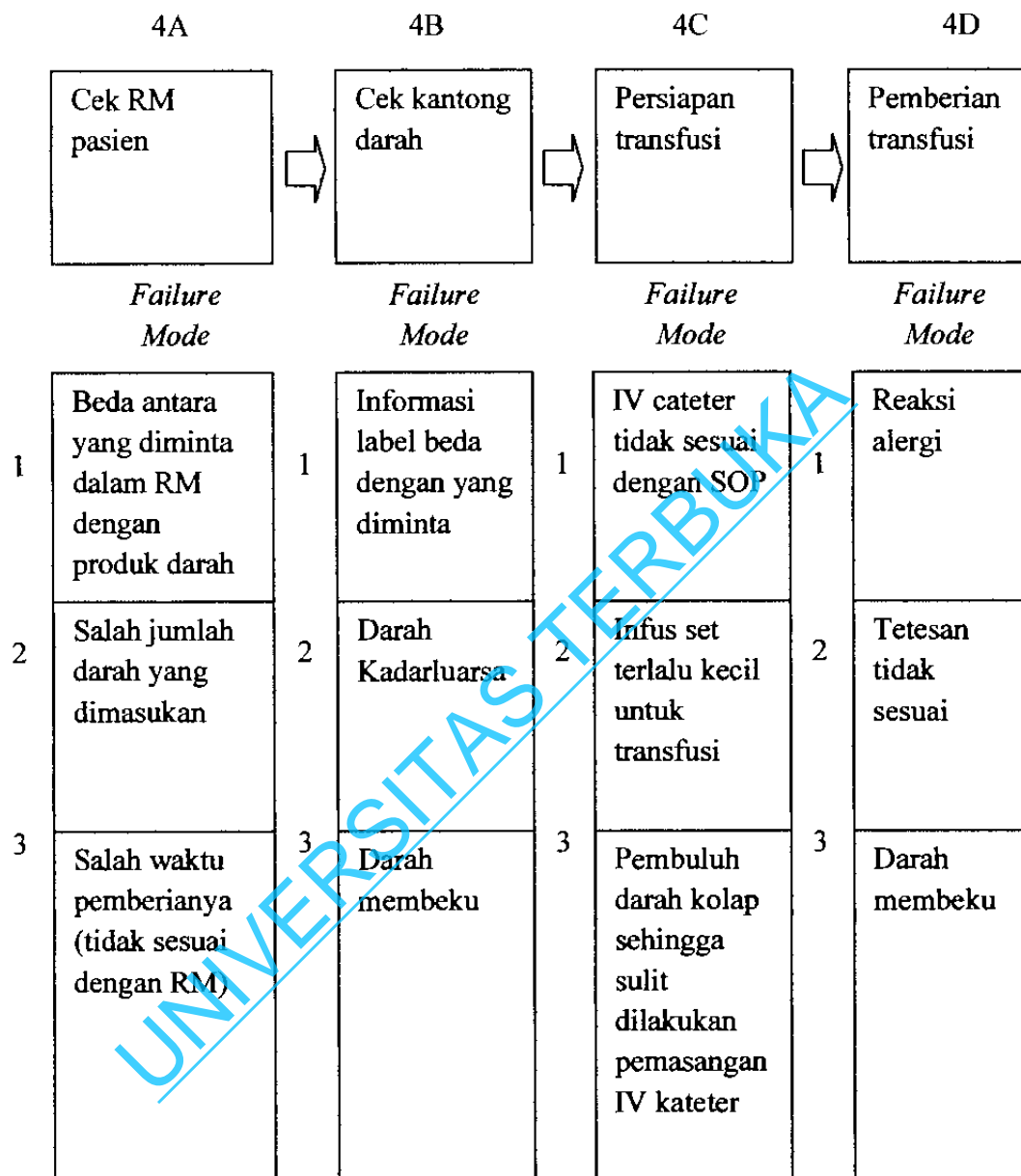
Gambar 5.24 *Failure Mode* Alur Proses Permintaan Darah 1



Gambar 5.25 *Failure Mode* Alur Proses Permintaan Darah 2



Gambar 5.26 *Failure Mode* Alur Proses Permintaan Darah 3

Gambar 5.27 *Failure Mode* Alur Proses Permintaan Darah 4

- Analisis *hazard score*

Analisis *hazard score failure mode* dilakukan pada instalasi rawat inap yang disertai dengan tatalaksana dan pengukuran *outcome* yang terlihat pada Tabel 5.4 Analisis *Hazard Score Failure Mode* di Rawat Inap. Analisis *hazard score failure mode* juga dilakukan pada laboratorium yang disertai dengan tatalaksana dan pengukuran *outcome* yang terlihat pada Tabel 5.5 Analisis *Hazard Score Failure Mode* di Laboratorium .

Tabel 5.4 Analisis *Hazard Score Failure Mode* di Rawat Inap

| AMKD - Analisis Hazard | | | | | AMKD - Identifikasi Tindakan & Outcome | | | | | | | |
|--|-----------------------|--------------------|--------------|--------------|--|---|---------------------------|----------|--|---------------------------------|--|----------------------------|
| MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum | POTENSI PENYERAB | SKORING | | | Analisis Pelebaran Keperawatan | | | | Tindakan Alasan untuk mengakhiri | Ukuran Outcome | Yang Bertanggung Jawab | Dukungannya Memastikan |
| | | Kegagalan (Bahaya) | Probabilitas | Nilai Hazard | Poin Tunggul / Adanya ? (Kritis) | Adakah Kontrol/Pengendalian ? (Dokter/Perini) | Apakah mudah di deteksi ? | Proses ? | | | | |
| Nama Pasien tidak lengkap | | 1 | | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | | | |
| | Petugas kurang banyak | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan petugas | Jumlah petugas bertambah | Kepala ruangan Direktur |
| | Petugas terbaru-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 orang | Adanya form cek dan ricek yang sudah diisi | Kepala ruangan Direktur |
| Jumlah kantong darah tidak ditulis | | | | | | | | | | | | |
| | Petugas kurang banyak | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan petugas | Jumlah petugas bertambah | Kepala ruangan Direktur |

| AMKD - Analisis Hazard | | | | | AMKD - Identifikasi Tindakan & Outcome | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------|--------------|--------------|--|---|-------------------------------------|----------|---|------------------------------------|--|------------------------|--------------------|--|
| MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum | POTENSI PENYEBAB | SKORING | | | Analisis Pohon Keputusan | | | | Tipe Tindakan (Kontrol, Terjema, Eliminasi) | Tindakan / Alasan untuk mengakhiri | Uraian Outcome | Yang Bertanggung Jawab | Dukungan Manajemen | |
| | | Kepastian (Bahaya) | Probabilitas | Nilai Hazard | Pola Tunggal Kematihan ? (Kehati) | Adakah Kontrol/Pengendalian ? (Kontrol Barrier) | Apakah mudah di deteksi ? (Deteksi) | Proses ? | | | | | | |
| | Petugas terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 orang | Adanya form cek dan ricek yang sudah diisi | Kepala ruangan | Direktur | |
| | HB pasien tidak ditulis | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan petugas | Jumlah petugas bertambah | Kepala ruangan | Direktur | |
| | Petugas terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 orang | Adanya form cek dan ricek yang sudah diisi | Kepala ruangan | Direktur | |
| | Permintaan produk darah tidak ditulis | | | | | | | | | | | | | |
| | Petugas kurang banyak | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan petugas | Jumlah petugas bertambah | Kepala ruangan | Direktur | |
| | Petugas terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 orang | Adanya form cek dan ricek yang sudah diisi | Kepala ruangan | Direktur | |
| | Tandatangan dokter tidak ada | | | | | | | | | | | | | |
| | Dokternya kurang banyak | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan dokter | Jumlah dokter bertambah | Kepala ruangan | Direktur | |
| | Dokter terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh kepala ruangan | Seluruh form ditandatangani dokter | Kepala ruangan | Direktur | |
| | Nama dokter tidak ada | | | | | | | | | | | | | |
| | Dokternya kurang banyak | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan dokter | Jumlah dokter bertambah | Kepala ruangan | Direktur | |

| AMKD - Analisis Hazard | | | | | AMKD - Identifikasi Tindakan & Outcome | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|--------------|--------------|--|--|-------------------------------------|----------|------------------------------------|---------------------------------|--|------------------|--|
| MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum | POTENSI PENYEBAB | SKORING | | | Analisis Pohon Keputusan | | | | Tindakan / Alasan untuk mengakhiri | Uraian Outcome | Yang Bertanggung Jawab | Dukung Manajemen | |
| | | Kepentingan (Bahaya) | Probabilitas | Nilai Hazard | Poin Tunggal Kematihan ? (Kritis) | Adakah Kontrol/Pengendalian ? (Kontrol/Berisi) | Apakah mudah di deteksi ? (Deteksi) | Proses ? | | | | | Tipe Tindakan (Kontrol, Terima, Eliminasi) |
| | Dokter terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh kepala ruangan | Seluruh form ditandatangani dokter | Kepala ruangan | Direktur |
| | Penyimpanan tidak di kulkas | | | | | | | | | | | | |
| | Kulkas tidak ada | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pembelian kulkas | Ada kulkas | Kepala ruangan | Direktur |
| | Kulkas rusak | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pemeliharaan berkala kulkas | Kulkas berfungsi baik | Kepala ruangan | Direktur |
| | Darah kadaluarsa | | | | | | | | | | | | |
| | Petugas kurang banyak | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan petugas | Jumlah petugas bertambah | Kepala ruangan | Direktur |
| | Petugas terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 orang | Adanya form cek dan ricek yang sudah diisi | Kepala ruangan | Direktur |
| | Darah membeku | | | | | | | | | | | | |
| | Salah penyimpanan | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pembelian kulkas | Adanya kulkas | Kepala ruangan | Direktur |
| | Darah kadaluarsa | | | | | | | | | | | | |
| | Petugas kurang banyak | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan petugas | Jumlah petugas bertambah | Kepala ruangan | Direktur |
| | Petugas terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 | Adanya form cek dan ricek yang | Kepala ruangan | Direktur |

| AMKD - Analisis Hazard | | | | AMKD: Identifikasi Tindakan & Outcome | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------|--------------|---------------------------------------|---|--|--|----------|--|---------------------------------------|---|-------------------|--|
| MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum | POTENSI PENYEBAB | SKORING | | | Analisis Pohon Keputusan | | | | Tindakan / Alasan untuk mengakhiri | Jumlah Outcome | Yang Berpengaruh Jarak | Dukung Manajemen | |
| | | Kepastian (Bahaya) | Probabilitas | Nilai Hazard | Pola Tindakan Kecelakaan ? (Kritis) | Adakah Kontrol/pengendalian ? (Kontrol Barrier) | Apakah mudah di deteksi ? (Deteksi) | Proses ? | | | | | Tipe Tindakan (Kontrol, terima, Efisiensi) |
| | | | | | | | | | | orang | sudah diisi | | |
| Beda RM dan produk darah | | | | | | | | | | | | | |
| | Perawat kurang banyak | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan Perawat | Jumlah Perawat bertambah | Kepala ruangan | Direktur |
| | Perawat terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 orang | Adanya form cek dan rick yang sudah diisi | Kepala ruangan | Direktur |
| Salah jumlah darah yang dimasukkan | | | | | | | | | | | | | |
| | Perawat kurang banyak | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan Perawat | Jumlah Perawat bertambah | Kepala ruangan | Direktur |
| | Perawat terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 orang | Adanya form cek dan rick yang sudah diisi | Kepala ruangan | Direktur |
| Salah waktu pemberian nya | | | | | | | | | | | | | |
| | Perawat kurang banyak | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan Perawat | Jumlah Perawat bertambah | Kepala ruangan | Direktur |
| | Perawat terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 orang | Adanya form cek dan rick yang sudah diisi | Kepala ruangan | Direktur |

| AMKD - Analisis Hazard | | | | | AMKD - Identifikasi Tindakan & Outcome | | | | | | | | |
|--|---------------------------|--------------------|--------------|--------------|--|--|--|----------|--|---------------------------------|---|----------------------|---|
| MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum | POTENSI PENYEBAB | SKORING | | | Analisis Pohon Keputusan | | | | Tindakan / Alasan untuk mengakhiri | Ukuran Outcome | Yang Berpengaruh Jarak | Ditangani Menjalanan | |
| | | Kegawatan (Bahaya) | Prohabilitas | Nilai Hazard | Pola Tanggal Kelelahan ? (Kritis) | Adakah Kontrol/Pengendalian ? (Kontrol/Barrier) | Apakah mudah di deteksi ? (Deteksi) | Proses ? | | | | | Tipe Tindakan (Kontrol, terima, Eliminasi) |
| Informasi label beda | | | | | | | | | | | | | |
| | Perawat kurang banyak | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan Perawat | Jumlah Perawat bertambah | Kepala ruangan | Direktur |
| | Perawat terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 orang | Adanya form cek dan rick yang sudah diisi | Kepala ruangan | Direktur |
| Darah kadarharsa | | | | | | | | | | | | | |
| | Perawat kurang banyak | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan Perawat | Jumlah Perawat bertambah | Kepala ruangan | Direktur |
| | Perawat terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 orang | Adanya form cek dan rick yang sudah diisi | Kepala ruangan | Direktur |
| Darah membeku | | | | | | | | | | | | | |
| | Salah penyimpanan | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penyimpanan di kulkas | Adanya kulkas | Kepala ruangan | Direktur |
| Iv caleter tidak sesuai dengan SOP | | | | | | | | | | | | | |
| | Perawat kurang pengalaman | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | pelatihan | Perawat jadi mahir | Kepala ruangan | Direktur |

| AMKD - Analisis Hazard | | | | | AMKD - Identifikasi Tindakan & Outcome | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------|--------------------|--------------|--------------|--|--|--|----------|---|------------------------------------|--------------------|------------------------|------------------|
| MODUS Kegagalan : | POTENSI PENYEBAB | SKORING | | | Analisis Pohon Keputusan | | | | Tipe Tindakan (Kontrol, terima, Eliminasi) | Tidak Akses untuk mengakhiri | Ukuran Outcome | Yang Bertanggung Jawab | Dukung Manajemen |
| | | Kegagalan (Bahaya) | Probabilitas | Nilai Hazard | Poin Tunggul Kelemahan ? (Kritis) | Adakah kontrol/Pengendalian ? (Kontrol Barrier) | Apakah mudah di deteksi ? (Deteksi) | Proses ? | | | | | |
| Evaluasi awal modus kegagalan sebelum | | | | | | | | | | | | | |
| Infus set terlalu kecil | | | | | | | | | | | | | |
| | Perawat kurang pengalaman | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | pelatihan | Perawat jadi mahir | Kepala ruangan | Direktur |
| Pembuluh darah kolap | | | | | | | | | | | | | |
| | Perawat kurang pengalaman | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | pelatihan | Perawat jadi mahir | Kepala ruangan | Direktur |
| Reaksi alergi | | | | | | | | | | | | | |
| | Perawat kurang pengalaman | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | pelatihan | Perawat jadi mahir | Kepala ruangan | Direktur |
| Teresan tidak sesuai | | | | | | | | | | | | | |
| | Perawat kurang pengalaman | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | pelatihan | Perawat jadi mahir | Kepala ruangan | Direktur |
| Darah membeku | | | | | | | | | | | | | |
| | Salah penyimpanan | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penyimpanan di kulkas | Ada kulkas | Kepala ruangan | Direktur |

Sumber: Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (diolah)

Tabel 5.5 Analisis Hazard Score Failure Mode di Laboratorium

| AMKD - Analisis Hazard | | | | | AMKD - Identifikasi Tindakan & Outcome | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------|--------------|--------------|--|--|-------------------------------------|----------|--|--|--|--------------------|--|
| MODUS Kegagalan : | POTENSI PENYEBAB | SKORING | | | Analisis Pohon Keputusan | | | | Tindakan / Aksi untuk mengakhiri | Uraian Outcome | Yang Bertanggung Jawab | Tindakan Manajemen | |
| | | Kepentingan (Bahaya) | Probabilitas | Nilai Risiko | Poin Tunggal Kelenahan ? (Kritik) | Adakah Kontrol/Pengendalian ? (Kontrol/ Barrier) | Apakah mudah di deteksi ? (Deteksi) | Proses ? | | | | | Tipe Tindakan (Kontrol, Terima, Eliminasi) |
| Evaluasi awal modul kegagalan sebelum | | | | | | | | | | | | | |
| Sampel darah tertukar | | | | | | | | | | | | | |
| | Tidak ada identitas pada sampel | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pembuatan SOP tentang perlakuan terhadap sampel | Adanya SOP tentang perlakuan sampel | Kepala ruangan | Direktur |
| Sampel membeku | Kesalahan pengambilan sampel | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengambilan sampel harus ditambah anti pembekuan | Tidak ada sampel yang membeku | Kepala ruangan | Direktur |
| Reagen untuk pemeriksaan tidak ada | | | | | | | | | | | | | |
| | Reagen rusak | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penyimpan reagen harus didalam kulkas reagen | Adanya kulkas reagen | Kepala ruangan | Direktur |
| | Reagen belum datang | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Laporan stok persediaan harus <i>up to date</i> | Adanya kartu stok reagen | Kepala ruangan | Direktur |
| Salah membaca hasil pemeriksaan | | | | | | | | | | | | | |
| | Petugas kurang banyak | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan petugas | Jumlah petugas bertambah | Kepala ruangan | Direktur |
| | Petugas terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 orang | Adanya form cek dan ricik yang sudah diisi | Kepala ruangan | Direktur |
| Pengiriman bukan oleh petugas UTDRS | | | | | | | | | | | | | |
| | Petugas kurang banyak | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan petugas | Jumlah petugas bertambah | Kepala ruangan | Direktur |

| AMKD - Analisis Hazard | | | | | AMKD - Identifikasi Tindakan & Outcome | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|--------------------|--------------|--------------|--|--|-------------------------------------|---------|--|--|--|------------------------|--------------------|--|
| MODUS Kegagalan : Evaluasi awal modus kegagalan sebelum | POTENSI PENYEDAB | SKORING | | | Analisis Pohon Keputusan | | | | | Tindakan / Alasan untuk mengakhiri | Ukuran Outcome | Yang Bertanggung Jawab | Dukungan Manajemen | |
| | | Kegawatan (Bahaya) | Probabilitas | Nilai Hazard | Poin Tanggal Kejadian ? (K/His) | Adakah Kontrol/Pengendalian ? (Kontrol/ Barrier) | Apakah mudah di deteksi ? (Deteksi) | Prona ? | Tipe Tindakan (Kontrol, Terima, Eliminasi) | | | | | |
| Salah ruangan /pasien | | | | | | | | | | | | | | |
| | Petugas kurang banyak | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan petugas | Jumlah petugas bertambah | Kepala ruangan | Direktur | |
| | Petugas terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 orang | Adanya form cek dan ricek yang sudah diisi | Kepala ruangan | Direktur | |
| Salah produk darah | | | | | | | | | | | | | | |
| | Petugas kurang banyak | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan petugas | Jumlah petugas bertambah | Kepala ruangan | Direktur | |
| | Petugas terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 orang | Adanya form cek dan ricek yang sudah diisi | Kepala ruangan | Direktur | |
| Penyimpanan tidak di kulkas | | | | | | | | | | | | | | |
| | Kulkas tidak ada | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pembelian kulkas | Ada kulkas | Kepala ruangan | Direktur | |
| | Kulkas rusak | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pemeliharaan berkala kulkas | Kulkas berfungsi baik | Kepala ruangan | Direktur | |
| Darah kadaluarsa | | | | | | | | | | | | | | |
| | Petugas kurang banyak | 2 | 4 | 8 | Y | N | N | Y | Kontrol | Penambahan petugas | Jumlah petugas bertambah | Kepala ruangan | Direktur | |
| | Petugas terburu-buru | 1 | 4 | 4 | Y | N | N | Y | Kontrol | Pengecekan oleh minimal 2 orang | Adanya form cek dan ricek yang sudah diisi | Kepala ruangan | Direktur | |

Sumber: Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (diolah)

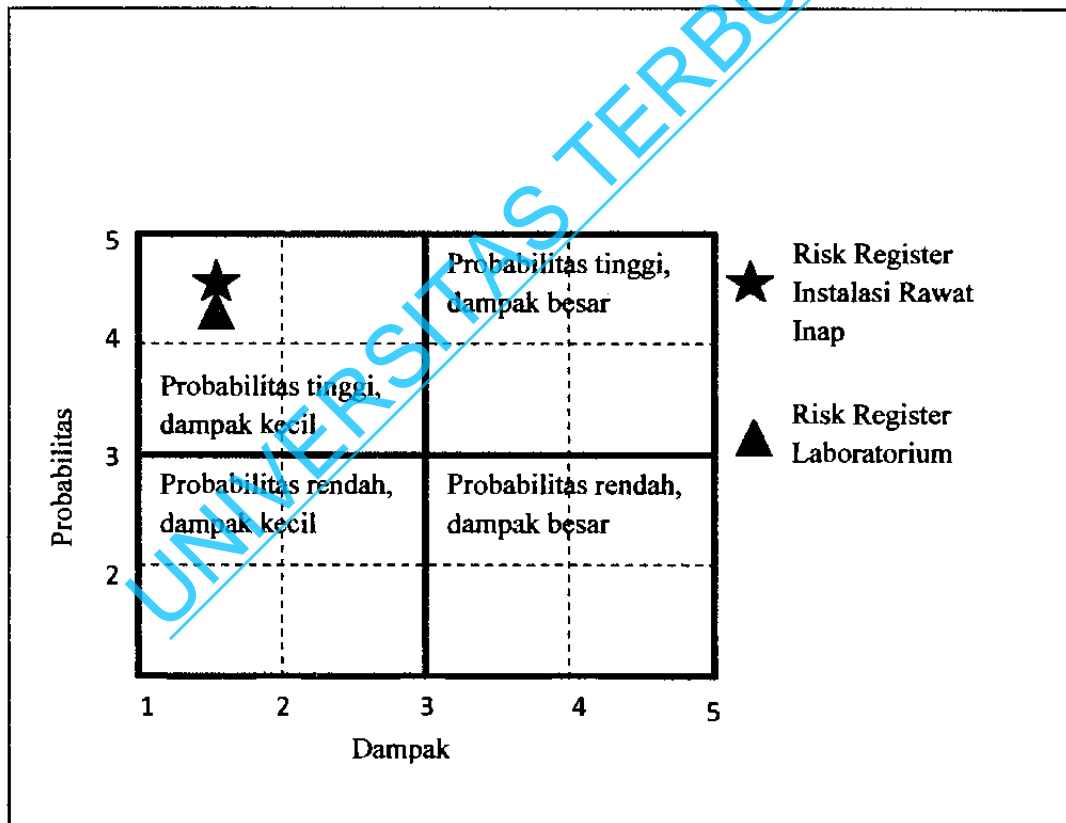
C. Risk Register Instalasi Rawat Inap

Berdasarkan analisis *patient safety* dan *hazard risk* maka disusunlah *risk register* instalasi rawat inap yang dapat dilihat pada Tabel 5.6 *Risk Register* Instalasi Rawat Inap.

D. Risk Register Laboratorium

Berdasarkan analisis *patient safety* dan *hazard risk* maka disusunlah *risk register* laboratorium yang dapat dilihat pada Tabel 5.7 *Risk Register* Laboratorium.

E. Pemetaan Hazard Risk Pada Instalasi Rawat Inap dan Laboratorium



Gambar 5.28 Pemetaan *Hazard Risk* pada Instalasi Rawat Inap dan Laboratorium

Sumber: Merna dan Thani dalam Hanggraeni(2010:24), diolah

Berdasarkan analisis *hazard risk* pada instalasi rawat inap didapatkan dampak rata-rata berada di satu koma lima dan probabilitas rata-rata berada di empat koma empat sehingga pemetaan *hazard risk* pada kuadran probabilitas tinggi dampak kecil. Berdasarkan analisis *hazard risk* pada laboratorium didapatkan dampak rata-rata berada di satu koma lima dan probabilitas rata-rata berada di empat koma dua sehingga pemetaan *hazard risk* pada kuadran probabilitas tinggi dampak kecil. Pemetaan *hazard risk* ini menggunakan *risk matrix chart* yang dapat dilihat pada Gambar 5.28 Pemetaan *Hazard Risk* pada Instalasi Rawat Inap dan Laboratorium.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Hoeff (2003) yang menyatakan pentingnya manajemen risiko di rumah sakit. Hoeff (2003) melakukan penelitian di Rumah Sakit Catharina bagian *Haemodialysis* dan *Operating Room* sedangkan penelitian ini dilakukan di instalasi rawat inap dan laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat. Hoeff (2003) melakukan identifikasi risiko berdasarkan analisis *patient safety* dan *hazard risk* sama dengan penelitian ini. Hoeff (2003) menggunakan *Incident Reporting and Management System* (IRMS) atau laporan insiden sama dengan penelitian ini tapi menggunakan format laporan yang berbeda. Laporan insiden Hoeff (2003) berisi tentang *date of incident, time of incident, location of incident, IP number, name of patient, date, reporter, description of incident, recovery actions, possible suggestions, remarks/special circumstances*. Selain IRMS ada laporan lain yang digunakan Hoeff (2003) yaitu *Complication and Incident Reporting and Management System* (CIRMS), laporan ini adalah laporan insiden yang ditambah laporan dan analisis tentang komplikasi. Penelitian ini hanya menggunakan laporan insiden yang

sudah mencakup laporan komplikasi (lampiran 1). Hoeff (2003) menggunakan laporan insiden sebagai dasar dilakukan *Critical Incident Interview* (CII) sama dengan penelitian ini. Hoeff (2003) menggunakan pendekatan *Causal Tree Analysis* (CTA) dalam menganalisis CII sedangkan penelitian ini hanya menggunakan investigasi sederhana karena semua risiko yang dianalisis masih didalam *bands* warna hijau (*moderate*) yang cukup dilakukan investigasi sederhana. Hoeff (2003) menggunakan *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA) sedangkan penelitian ini menggunakan *Healthcare Failure Mode and Effects Analysis* (HFMEA), hal ini sebenarnya sama hanya HFMEA biasanya digunakan di fasilitas kesehatan sedangkan FMEA dapat digunakan di mana saja. Dua-duanya menggunakan pendekatan prospektif. Hoeff (2003) menggunakan *Eindhoven Classification Model of system failure* (ECM) sedangkan penelitian ini tidak menggunakan ECM. ECM menggunakan *failure mode* yang diklasifikasi menjadi tiga yaitu *technical, organisational and human failure*. Penilaian risiko juga dilakukan oleh Hoeff (2003) tapi hanya pada FMEA tidak pada CII sedangkan pada penelitian ini penilaian risiko dilakukan pada HFMEA dan laporan insiden. Kriteria dampak dan probabilitas pada FMEA di *Operating Room* mempunyai *range* nilai satu sampai sepuluh, sedangkan kriteria dampak dan probabilitas pada FMEA di *Haemodialysis* mempunyai *range* nilai satu sampai tiga. Berbeda dengan Hoeff (2003) penelitian ini menggunakan kriteria dampak dan probabilitas pada CII di instalasi rawat inap dan laboratorium dengan *range* nilai satu sampai lima (tabel 3.1 dan tabel 3.2) sedangkan kriteria dampak dan probabilitas pada HFMEA di instalasi rawat inap dan laboratorium dengan *range* nilai satu sampai empat (tabel 3.14 dan tabel 3.15). Penelitian ini menghasilkan

risk register, sedangkan Hoeff (2003) tidak membuat *risk register* yang merupakan alat manajemen risiko. Penelitian ini juga melakukan pemetaan *hazard risk* pada instalasi rawat inap dan laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat sedangkan Hoeff (2003) tidak melakukan pemetaan *hazard risk* dalam penelitiannya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan *Risk Management Department* pada Rumah Sakit Royal Perth (2002) yang menyatakan pentingnya manajemen risiko di rumah sakit. Rumah Sakit Royal Perth berkomitmen untuk menerapkan strategi manajemen risiko yang efektif dan komprehensif bagi seluruh organisasi. Rumah Sakit Royal Perth menentukan kebijakan dan metode pengelolaan risiko untuk mencapai tempat kerja yang efektif dan aman. Rumah Sakit Royal Perth melakukan *risk management* dengan ruang lingkup *audit management, building standards, clinical and non-clinical adverse occurrence minimisation strategies, contracting risks, crisis contingency planning, emergency preparedness, environment of care (eg. infection control, waste management), fire prevention, flood/water risk, fraud prevention, hospital property loss and damage, information and technology systems-general/management systems, information and technology system-clinical, insurance and fixed asset management programs, loss of intellectual property, management system inadequacies, occupational safety and health, physical security: risk of theft/ malicious damage, patient/client care; safety and security management, political issues, professional negligence, public liability, reputation and image, safe environment, security management/ policing issues, transport management, workplace industrial issues* sedangkan penelitian ini hanya dilakukan di instalasi rawat inap dan laboratorium

Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat. *Risk registernya* terdiri dari *source of the risk, nature of the risk, existing controls, likelihood and consequences, initial rating, and vulnerability to external/internal factors*. Penilaian risiko juga dilakukan oleh Rumah Sakit Royal Perth. Kriteria dampak dan probabilitas mempunyai *range* nilai satu sampai lima sesuai dengan penelitian ini. Rumah Sakit Royal Perth membuat langkah-langkah mitigasi risiko yang harus dilakukan agar risiko dapat dikontrol, dicegah maupun dihilangkan.

Penelitian ini juga sesuai dengan Lavy (2010) yang menyatakan pentingnya manajemen risiko yang melakukan pendekatan terintegrasi mengenai keadaan fasilitas kesehatan dan sesuai dengan O' Donovan (1997) yang menyatakan pentingnya manajemen risiko di institusi rumah sakit dan keuntungan menganalisis dan mengontrol risiko di rumah sakit. Selain itu penelitian ini juga sejalan dengan Burnaby, et al (2011) yang menyatakan bahwa pentingnya analisis risiko dan sistem kontrol untuk organisasi. Begitu banyak risiko di rumah sakit yang dapat menyebabkan cedera sehingga risiko perlu dikontrol. Burnaby, et al (2011), Lavy (2010) maupun O'Donovan (1997) melakukan pendekatan secara terintegrasi sesuai dengan yang dilakukan di Rumah Sakit Royal Perth, sedangkan penelitian ini belum melakukan pendekatan secara terintegrasi tetapi hanya dilakukan di instalasi rawat inap dan laboratorium. Demikian juga penelitian Hoeff (2003) hanya melakukan di bagian *Haemodialysis* dan *Operating Room*.

Hasil penelitian di RSUD Sungailiat menemukan beberapa kejadian mengenai kesalahan penggunaan obat. Hasil penelitian ini sejalan dengan Cohen (2004) yang menyatakan perlunya analisis kesalahan dengan menggunakan sistem strategi yang aman tentang menggunakan obat.

Tabel 5.6 Risk Register Instalasi Rawat Inap

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|------------------------|------------------------------|-----------------------|-----|-----------------|--|-----------------|---|---------------|---|---------------------|---|--------------------------|---|--------------|----------|---------------|---|--------------------|---|------------------------|---|-------------------------|----------------|
| No. | 1 | Event/ Kejadian | salah pemberian cairan infus | Jenis Kejadian | KTC | Penyebab | <ul style="list-style-type: none"> • medikasi/cairan infus yang terkait : • daftar cairan infus • proses penggunaan imedikasi/ cairan infus: pemberian • masalah: salah obat | Mitigasi | <ul style="list-style-type: none"> • Segera ganti cairan infus yang salah dengan cairan infus yang seharusnya. • Cek tensi, nadi, pernapasan dan keadaan umum pasien • Laporkan segera ke dokter bangsal • Observasi pasien dalam enam jam • Laporkan ke kepala ruangan • Waktu: saat itu juga • Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu | Dampak | 1 | Probabilitas | 5 | Skor Risiko (DxP) | 5 | Bands | Moderate | Target | 3 | Action Plan | <ul style="list-style-type: none"> • Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian pelayanan medis • Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar dilakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek • Fasilitas perlu dilengkapi dengan menyiapkan tempat penyimpanan obat di lemari pasien (<i>bed side cabinet</i>) lengkap dengan kunci • Perlu adanya manajemen risiko. • Perlu adanya kedisiplinan dan <i>attitude</i> kerja dalam membudayakan sadar risiko • Perlu adanya kewaspadaan tentang perhitungan tentang analisa beban kerja • Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tiga profesi <i>Ners</i> dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan • Perlu dilakukan analisis beban kerja • Perlu dilakukan pelatihan atau <i>refreshing</i> secara rutin dan berkala • Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang diimpikan kepada perawat berikutnya dapat dikejakan dengan baik dan tidak <i>miss communication</i>. • Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan • Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan • Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisa beban kerja • Perlu adanya pembinaan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai keharusan melakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek | Rangking Risiko | 7 | Penanggung Jawab | kepala ruangan |
|------------|---|------------------------|------------------------------|-----------------------|-----|-----------------|--|-----------------|---|---------------|---|---------------------|---|--------------------------|---|--------------|----------|---------------|---|--------------------|---|------------------------|---|-------------------------|----------------|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|----------------------|-----------------|----------------|-----|----------|--|----------|---|--------|---|--------------|---|-------------------|---|-------|----------|--------|---|-------------|--|-----------------|---|------------------|----------------|
| No. | 2 | salah pemberian obat | Event/ Kejadian | Jenis Kejadian | KNC | Penyebab | <ul style="list-style-type: none"> • medikasi/cairan infus yang terkait : daftar medikasi • proses penggunaan medikasi/ cairan infus: pemberian • masalah: salah pasien | Mitigasi | <ul style="list-style-type: none"> • Cek rekam medik pasien untuk melihat daftar obat yang harus diberikan • Ganti obat yang salah dengan obat yang seharusnya dan ganti tulisan nama pasien pada obat pada plastik obat • Laporkan ke dokter bangsal • Laporkan ke kepala ruangan Waktu: saat itu juga Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu | Dampak | 1 | Probabilitas | 1 | Skor Risiko (DxP) | 5 | Bands | Moderate | Target | 3 | Action Plan | <ul style="list-style-type: none"> • Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian medis • Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar dilakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek • Fasilitas perlu dilengkapi dengan menyiapkan tempat penyimpanan obat di lemari pasien (<i>bed side cabinet</i>) lengkap dengan kunci • Perlu adanya manajemen risiko • Perlu adanya kedisiplinan dan <i>attitude</i> kerja dalam membudayakan sadar risiko • Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisa beban kerja • Pendidikan perawat minimal diploma tiga ditutamakan S1 profesi Ners dan sebelum ditempatkan dilakukan rovasi ke seluruh ruangan • Perlu dilakukan analisa beban kerja • Perlu dilakukan pelatihan <i>and refreshing</i> secara rutin dan berkala • Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak <i>miss communication</i>. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan • Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan • Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisa beban kerja • Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai keharusan melakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek | Rangking Risiko | 8 | Penanggung Jawab | kepala ruangan |
|-----|---|----------------------|-----------------|----------------|-----|----------|--|----------|---|--------|---|--------------|---|-------------------|---|-------|----------|--------|---|-------------|--|-----------------|---|------------------|----------------|

| | |
|--------------------------|--|
| Penanggung Jawab | kepala ruangan |
| Rangking Risiko | 4 |
| Action Plan | <ul style="list-style-type: none"> • Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian pelayanan medis • Perlu dilakukan pembuatan prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar dilakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek • Fasilitas perlu dilengkapi dengan menyiapkan tempat penyimpanan obat di lemari pasien (<i>bed side cabinet</i>) lengkap dengan kunci • Perlu adanya manajemen risiko. • Perlu adanya kedisiplinan dan <i>attitude</i> kerja dalam membudayakan sadar risiko • Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisa beban kerja • Pendidikan perawat minimal diploma tiga diutamakan S1 profesi Ners dan sebelum ditempatkan dilakukan roasi ke seluruh ruangan • Perlu dilakukan analisa beban kerja • Perlu dilakukan pelatihan atau <i>refreshing</i> secara rutin dan berkala • Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang diimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak <i>miss communication</i>. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan • Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan • Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisa beban kerja • Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai keharusan melakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek |
| Target | 6 |
| Bands | Moderate |
| Skor Risiko (DxP) | 10 |
| Probabilitas | 5 |
| Dampak | 2 |
| Mitigasi | <ul style="list-style-type: none"> • Segera ganti cairan infus yang salah dengan cairan infus yang seharusnya. • Cek tensi, nadi, pernapasan dan keadaan umum pasien • Laporkan segera ke dokter bangsal • Observasi pasien dalam enam jam • Laporkan ke kepala ruangan Waktu: saat itu juga Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu |
| Penyebab | <ul style="list-style-type: none"> • medikasi/cairan infus yang terkatil : daftar cairan infus • proses penggunaan medikasi/ cairan infus: pemberian • masalah: salah obat |
| Jenis Kejadian | KTD |
| Event/ Kejadian | salah pemberian cairan infus |
| No. | 3 |

| | |
|--------------------------|--|
| Penanggung Jawab | kepala ruangan |
| Rangking Risiko | 9 |
| Action Plan | <ul style="list-style-type: none"> • Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian medis • Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar dilakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek • Fasilitas perlu dilengkapi dengan menyiapkan tempat penyimpanan obat di lemari pasien (<i>bed side cabinet</i>) lengkap dengan kunci • Perlu adanya manajemen risiko • Perlu adanya kedisiplinan dan attitude kerja dalam membudayakan sadar risiko • Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisa beban kerja • Pendidikan perawat minimal diploma tiga ditamatkan S1 profesi Ners dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan • Perlu dilakukan analisa beban kerja • Perlu dilakukan pelatihan atau <i>refreshing</i> secara rutin dan berkala • Perlu pengawasan tentang peroperan tugas jaga sehingga tugas yang diimpalkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak <i>miss communication</i>. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan • Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan • Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisa beban kerja • Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai keharusan melakukan cek dan ricek pemberian obat dengan menggunakan form cek dan ricek |
| Target | 3 |
| Bands | Moderate |
| Skor Risiko (DxP) | 5 |
| Probabilitas | 5 |
| Dampak | 1 |
| Mitigasi | <ul style="list-style-type: none"> • Cek tensi, nadi, pernapasan dan keadaan umum pasien • Laporkan segera ke dokter bangsal • Observasi pasien dalam 12 jam • Laporkan ke kepala ruangan <p>Waktu: saat itu juga Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu</p> |
| Penyebab | <ul style="list-style-type: none"> • medikasi/cairan infus yang terkait : daftar medikasi • proses penggunaan medikasi/ cairan infus: pemberian • masalah: salah jumlah |
| Jenis Kejadian | KTC |
| Event/ Kejadian | salah pemberian obat |
| No. | 4 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-----------------|-----|----------------|--------------------------------------|----------|--|--------|--------------|-------------------|----------|--------|--|-----------------|------------------|
| No. | 5 | kepala terbenbur bed pasien | Event/ Kejadian | KTD | Jenis Kejadian | berturan tumpul: kontak dengan benda | Penyebab | Mitigasi | Dampak | Probabilitas | Skor Risiko (DxP) | Bands | Target | Action Plan | Rangking Risiko | Penanggung Jawab |
| | | | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dibaringkan di tempat tidur • Pasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur • Obati luka pada pasien • Cek tensi, nadi, pernapasan, dan keadaan umum pasien • Laporkan ke dokter bangsal • Observasi dalam enam jam • Laporkan ke kepala ruangan <p>Waktu: saat itu juga Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu</p> | 2 | 3 | 10 | Moderate | 6 | <p><i>Action Plan</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi: pengawasan dan pengendalian pelayanan medis • Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar semua alat dapat dicek seluruhnya sebelum dipakai termasuk tempat tidur dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh • Fasilitas perlu dilengkapi dengan cara memasang bel pada setiap tempat tidur pasien dan di disamping koridor rumah sakit perlu dipasang pegangan agar pasien dapat pegangan bilamana kebanyakan kesembangan • Perlu adanya manajemen risiko • Pemilihan alat harus mengutamakan kualitas dari alat. Ditunjukkan dengan adanya standar ISO, registrasi alat, dan distribusi alat minimal digunakan disepuluh rumah sakit besar, service purna jual yang baik dan cepat, sparepart yang gampang tersedia • Perlu adanya ke disiplin dan attitude kerja dalam membudayakan sadar risiko • Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisa beban kerja • Pendidikan perawat perlu ditambah tiga diutamakan S1 profesi Ners dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan • Perlu dilakukan analisa beban kerja • Perlu dilakukan pelatihan atau refreshing secara rutin dan berkala • Perlu dilakukan pemeliharaan bel agar tidak rusak • Perlu pengawasan tentang pengoperan jaga jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak miss communication. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan • Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan • Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisa beban kerja • Perlu adanya pembinaan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai pemeliharaan berkala tempat tidur. Semua tempat tidur dicek dahulu sebelum dipakai dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh • Pasien yang memiliki risiko jatuh menggunakan gelang kuning • Perlu memberitahukan ke pasien dan keluarga pasien bahwa pasien tidak boleh turun sendiri, bilamana perlu harus membunyikan bel agar dapat dibantu oleh perawat | 5 | kepala ruangan |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-------------------------|-----------------|----------------|-----|----------|---|----------|--|--------|--------------|---|-------------------|----|-------|----------|--------|---|-------------|--|-----------------|---|------------------|----------------|
| No. | 6 | jatuh dari tempat tidur | Event/ Kejadian | Jenis Kejadian | KTD | Penyebab | <ul style="list-style-type: none"> tipe jatuh : slip keterlibatan saat jatuh : tempat tidur | Mitigasi | <ul style="list-style-type: none"> Pasien dibaringkan di tempat tidur Pasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur Obati luka pada pasien Cek tensi, nadi, pernapasan, dan keadaan umum pasien Lapor ke dokter bangsal Observasi dalam enam jam Lapor ke kepala ruangan <p>Waktu: saat itu juga Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu</p> | Dampak | Probabilitas | S | Skor Risiko (DxP) | 10 | Bands | Moderate | Target | 6 | Action Plan | <ul style="list-style-type: none"> Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian pelayanan medis Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar semua alat dapat dicek seluruhnya sebelum dipakai termasuk tempat tidur dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh Fasilitas perlu dilengkapi dengan cara memasang bel pada setiap tempat tidur pasien dan di dinding koridor rumah sakit perlu dipasang pengaman agar pasien dapat pegangan bila merasa kesulitan keseimbangan Perlu adanya manajemen risiko Pembelian alat harus mengutamakan kualitas dari alat. Ditunjukkan dengan adanya standar ISO, registrasi alat, dan distribusi alat minimal digunakan di sepuluh rumah sakit besar, service prima jual yang baik dan tepat, sparepart yang gampang tersedia Perlu adanya kedisiplinan dan attitude kerja dalam membudayakan sadar risiko Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisa beban kerja Pendidikan perawat minimal diploma tiga ditamatkan S1 profesi Ners dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan Perlu dilakukan analisa beban kerja Perlu dilakukan pelatihan alat <i>restraint</i> secara rutin dan berkala Dilakukan pemeliharaan berkala di seluruh tempat tidur pasien Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas juga sehingga tugas yang diimpalkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak <i>miss communication</i>. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisa beban kerja Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai pemeliharaan berkala tempat tidur. Semua tempat tidur dicek dahulu sebelum dipakai dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh Pasien yang memiliki risiko jatuh menggunakan gelang kuning Perlu memberitahukan ke pasien dan keluarga pasien bahwa pasien tidak boleh turun sendiri, bila memang perlu harus meniburikan bel agar dapat dibantu oleh perawat | Rangking Risiko | 1 | Penanggung Jawab | Kepala ruangan |
|-----|---|-------------------------|-----------------|----------------|-----|----------|---|----------|--|--------|--------------|---|-------------------|----|-------|----------|--------|---|-------------|--|-----------------|---|------------------|----------------|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-------------------------|-----|---|---|---|---|----|----------|---|----------------------|----------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------|--|--|--|
| No. | jatuh dari tempat tidur | KTD | <ul style="list-style-type: none"> • tipe jatuh : kolaps • keterlibatan saat jatuh : tempat tidur | <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dibaringkan di tempat tidur • Pasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur • Obati luka pada pasien • Cek tensi, nadi, pernapasan, dan keadaan umum pasien • Laporkan ke dokter bangsal • Observasi dalam enam jam • Laporkan ke kepala ruangan • Tempat tidur yang rusak diganti <p>Waktu: saat itu juga Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu</p> | 2 | 5 | 10 | Moderate | 6 | <p>Target</p> | <p>Dampak</p> | <p>Probabilitas</p> | <p>Skor Risiko (DxP)</p> | <p>Bands</p> | <p>Action Plan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian pelayanan medis • Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar semua alat dapat dicek seluruhnya sebelum dipakai termasuk tempat tidur dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh • Fasilitas perlu dilengkapi dengan cara memasang bel pada setiap tempat tidur pasien dan di dinding koridor rumah sakit perlu dipasang pegangan agar pasien dapat pegangan bila mana diperlukan keseimbangan • Perlu adanya manajemen risiko • Berbagai alat harus menggunakan kualitas dari alat. Ditunjukkan dengan adanya standar ISO, registrasi alat, data distribusi alat minimal digunakan di sepuluh rumah sakit besar. service prima jual yang baik dan tepat, sparepart yang gampang tersedia • Perlu adanya pendidikan dan attitude kerja dalam membudayakan sadar risiko • Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisa beban kerja • Pendidikan perawat minimal diploma tiga ditamatkan S1 profesi Ners dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan • Perlu dilakukan analisis beban kerja • Perlu dilakukan pelatihan dan refreshing secara rutin dan berkala • Dilakukan pemeliharaan berkala di seluruh tempat tidur pasien • Perlu pengawasan tentang pengoperan juga jaga sehingga tugas yang diimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak miss communication. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan • Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan • Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisa beban kerja • Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai pemeliharaan berkala tempat tidur. Semua tempat tidur dicek dahulu sebelum dipakai dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh • Pasien yang memiliki risiko jatuh menggunakan gelang kuning • Perlu memberitahukan ke pasien dan keluarga pasien bahwa pasien tidak boleh turun sendiri, bila mana perlu harus membunyikan bel agar dapat dibantu oleh perawat | <p>Rangking Risiko</p> <p>2</p> | <p>Penanggung Jawab</p> <p>kepala ruangan</p> |
|-----|-------------------------|-----|---|---|---|---|----|----------|---|----------------------|----------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---------------------------|-----------------|-----|----------------|-----|----------|--|--|--------|--------------|-------------------|-------|--------|-------------|-----------------|------------------|---------------|
| No. | 8 | salah penulisan nama obat | Event/ Kejadian | KNC | Jenis Kejadian | KNC | Penyebab | <ul style="list-style-type: none"> • medikasi/cairan infus yang terkait : • daftar medikasi • proses penggunaan medikasi/ cairan infus: pengantaran • masalah: salah label | Mitigasi | Dampak | Probabilitas | Skor Risiko (DxP) | Bands | Target | Action Plan | Rangking Risiko | Penanggung Jawab | |
| | | | | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Cek rekam medis pasien untuk melihat daftar obat yang harus diberikan (nama obat, dosis, cara penggunaannya) • Obat yang diterima dari farmasi dicek apakah sesuai dengan rekam medik pasien • Laporkan ke bagian farmasi untuk menggantikan obat sesuai dengan yang diresepkan • Laporkan ke kepala ruangan Waktu: saat itu juga Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu | | 5 | Moderate | 3 | 3 | 3 | 3 | 10 | kepal ruangan |
| | | | | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian medis • Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar dilakukan cek dan ricek waktu mengeluarkan obat dari farmasi dengan menggunakan form cek dan ricek • Fasilitas perlu dilengkapi dengan <i>software</i> yang akan menghubungkan antara dokter yang menulis resep dan bagian farmasi (<i>e-recipe</i>) serta menambah telepon yang dapat menghubungi luar tanpa operator • Perlu adanya manajemen risiko • Perlu dilakukan pelatihan kepada petugas farmasi • Perlu adanya kedisiplinan dan <i>attitude</i> kerja dalam membudayakan sadar risiko • Jumlah petugas farmasi harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisa beban kerja • Pendidikan petugas farmasi minimal diploma tiga • Perlu dilakukan analisa beban kerja • Perlu dilakukan pelatihan atau <i>refreshing</i> secara rutin dan berkala • Perlu dilakukan supervisi secara berkala dan konsultasi apabila resepnya meragukan • Datarkan nama dokter beserta nomor teleponnya ditaruh ditempat yang gampang terlihat untuk konsultasi masalah obat • Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas juga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada petugas farmasi berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak <i>miss communication</i>. Operan tugas juga harus dibuktikan dengan buku operan jaga • Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan • Penambahan petugas farmasi sesuai dengan analisa beban kerja • Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai keharusan melakukan cek dan ricek waktu mengeluarkan obat dari farmasi dengan menggunakan form cek dan ricek | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-------------------------|-----------------|-----|----------------|----------|---|----------|--|--------|---|--------------|---|-------------------|----|-------|----------|--------|---|-------------|---|-----------------|---|------------------|----------------|
| No. | 9 | jatuh dari tempat tidur | Event/ Kejadian | KTD | Jenis Kejadian | Penyebab | <ul style="list-style-type: none"> • tipe jatuh : slip • keterlibatan saat jatuh : tempat tidur | Mitigasi | <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dibaringkan di tempat tidur • Pasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur • Obati luka pada pasien • Cek tensi, nadi, pernapasan, dan keadaan umum pasien • Laporkan ke dokter bangsal • Observasi dalam enam jam • Laporkan ke kepala ruangan | Dampak | 2 | Probabilitas | 5 | Skor Risiko (DxP) | 10 | Bands | Moderate | Target | 6 | Action Plan | <ul style="list-style-type: none"> • Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian pelayanan medis • Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar semua alat dapat dicek seluruhnya sebelum dipakai termasuk tempat tidur dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur. Menggunakan gelang pasien warna kuning untuk memandatkan pasien yang mempunyai risiko jatuh • Fasilitas perlu dilengkapi dengan cara memasang bel pada setiap tempat tidur pasien dan di pinggir koridor rumah sakit perlu dipasang pengaman agar pasien dapat pegangan bila mana kekilangan keseimbangan • Perlu adanya manajemen risiko • Peralatan alat harus menggunakan kualitas dari alat. Ditunjukkan dengan adanya standar ISO, registrasi alat, data distribusi alat minimal digunakan di sepuluh rumah sakit besar, service prima jual yang baik dan cepat, sparepart yang gampang tersedia • Perlu adanya disiplin dan attitude kerja dalam membudayakan sadar risiko • Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisa beban kerja • Pendidikan perawat minimal diploma tiga diutamakan S1 profesi Ners dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan • Perlu dilakukan analisa beban kerja • Perlu dilakukan pelatihan atau refreshing secara rutin dan berkala • Dilakukan pemeliharaan berkala di seluruh tempat tidur pasien • Perlu pengawasan tentang pengoperan jaga jaga sehingga tugas yang diimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak miss communication. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama sama dengan perawat operan • Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan • Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisa beban kerja • Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai pemeliharaan berkala tempat tidur. Semua tempat tidur dicek dahulu sebelum dipakai dan semua pasien tidur diwajibkan untuk memandatkan pasien yang mempunyai risiko jatuh • Warna kuning untuk memandatkan pasien yang mempunyai risiko jatuh • Pasien yang memiliki risiko jatuh menggunakan gelang kuning • Perlu memberitahukan ke pasien dan keluarga pasien bahwa pasien tidak boleh turun sendiri, bila mana perlu harus membunyikan bel agar dapat dibantu oleh perawat | Rangking Risiko | 3 | Penanggung Jawab | kepala ruangan |
|-----|---|-------------------------|-----------------|-----|----------------|----------|---|----------|--|--------|---|--------------|---|-------------------|----|-------|----------|--------|---|-------------|---|-----------------|---|------------------|----------------|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----------------------|-----|--|---|--------|---|--------------|---|-------------------|----|-------|----------|--------|---|---|-----------------|---|------------------|----------------|
| No. | jatuh di kamar mandi | KTD | • tipe jatuh : hilang keseimbangan • keterlibatan saat jatuh : toilet | • Pasien dibaringkan di tempat tidur • Pasang pengaman pada kedua sisi tempat tidur • Obati luka pada pasien • Cek tensi, nadi, pernapasan, dan keadaan umum pasien • Laporkan ke dokter bangsal • Observasi dalam enam jam • Laporkan ke kepala ruangan Waktu: saat itu juga Pelaksana: perawat yang dinas pada saat itu | Dampak | 2 | Probabilitas | 5 | Skor Risiko (DxP) | 10 | Bands | Moderate | Target | 6 | Action Plan <ul style="list-style-type: none"> • Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian pelayanan medis • Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap dengan menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh • Fasilitas perlu dilengkapi dengan cara memasang bel pada setiap tempat tidur pasien dan di dinding koridor rumah sakit serta kamar mandi perlu dipasang pegangan agar pasien dapat pegangan bilamana kehilangan keseimbangan • Perlu adanya manajemen risiko • Perlu adanya kedisiplinan dan <i>attitude</i> kerja dalam membudayakan sadar risiko • Jumlah perawat harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisa beban kerja • Pendidikan perawat minimal diploma tiga diutamakan ST profesi <i>Ners</i> dan sebelum ditempatkan dilakukan rotasi ke seluruh ruangan • Perlu dilakukan analisa beban kerja • Perlu dilakukan pelatihan atau <i>refreshing</i> secara rutin dan berkala • Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas juga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada perawat berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak <i>miss communication</i>. Operan tugas jaga harus dibulatkan dengan buku operan jaga. Selain itu juga dilakukan visit pasien secara bersama-sama dengan perawat operan • Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan • Penambahan tenaga perawat sesuai dengan analisa beban kerja • Perlu adanya peningkatan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP yang mewajibkan menggunakan gelang pasien warna kuning untuk menandakan pasien yang mempunyai risiko jatuh • Pasien yang memiliki risiko jatuh menggunakan gelang kuning • Perlu memberitahukan ke pasien dan keluarga pasien bahwa pasien tidak boleh turun sendiri, bilamana perlu harus membunyikan bel agar dapat dibantu oleh perawat | Rangking Risiko | 6 | Penanggung Jawab | kepala ruangan |
|-----|----------------------|-----|--|---|--------|---|--------------|---|-------------------|----|-------|----------|--------|---|---|-----------------|---|------------------|----------------|

| No. | Event/ Kejadian | Jenis Kejadian | Penyebab | Mitigasi | Dampak | Probabilitas | Skor Risiko (DxP) | Bands | Target | Action Plan | Rangking Risiko | Penanggung Jawab |
|-----|---------------------------------------|----------------|---|---|--------|--------------|-------------------|-------|--------|---|-----------------|------------------|
| 11 | Nama Pasien tidak lengkap | KPC | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas kurang banyak • Petugas terburu-buru | <ul style="list-style-type: none"> • Nama pasien ditulis lengkap sesuai dengan rekam medik | 1 | 4 | 4 | Minor | 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Penambahan petugas • Pengecekan oleh minimal 2 orang | 19 | kepala ruangan |
| 12 | Jumlah kantong darah tidak ditulis | KPC | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas kurang banyak • Petugas terburu-buru | <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah kantong ditulis sesuai dengan instruksi dokter di rekam medik | 1 | 4 | 4 | Minor | 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Penambahan petugas • Pengecekan oleh minimal 2 orang | 20 | kepala ruangan |
| 13 | HB pasien tidak ditulis | KPC | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas kurang banyak • Petugas terburu-buru | <ul style="list-style-type: none"> • HB pasien ditulis sesuai dengan hasil laboratorium yang ada di rekam medik pasien | 1 | 4 | 4 | Minor | 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Penambahan petugas • Pengecekan oleh minimal 2 orang | 21 | kepala ruangan |
| 14 | Permintaan produk darah tidak ditulis | KPC | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas kurang banyak • Petugas terburu-buru | <ul style="list-style-type: none"> • Permintaan produk darah ditulis sesuai dengan instruksi dokter di rekam medik | 1 | 4 | 4 | Minor | 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Penambahan petugas • Pengecekan oleh minimal 2 orang | 22 | kepala ruangan |

| No. | Event/ Kejadian | Jenis Kejadian | Penyebab | Mitigasi | Dampak | Probabilitas | Skor Risiko (DxP) | Bands | Target | Action Plan | Ranking Risiko | Penanggung Jawab |
|-----|------------------------------|----------------|--|--|--------|--------------|-------------------|----------|--------|---|----------------|------------------|
| 15 | Tandatangan dokter tidak ada | KPC | <ul style="list-style-type: none"> Dokternya kurang banyak Dokter terburu-buru | <ul style="list-style-type: none"> Tanda tangan dokter dimintakan ke dokter yang memberi instruksi | 1 | 4 | 4 | Minor | 3 | <ul style="list-style-type: none"> Penambahan dokter Pengecekan oleh kepala ruangan | 23 | kepala ruangan |
| 16 | Nama dokter tidak ada | KPC | <ul style="list-style-type: none"> Dokternya kurang banyak Dokter terburu-buru | <ul style="list-style-type: none"> Nama dokter harus ditulis | 1 | 4 | 4 | Minor | 3 | <ul style="list-style-type: none"> Penambahan dokter Pengecekan oleh kepala ruangan | 24 | kepala ruangan |
| 17 | Penyimpanan tidak di kulkas | KPC | <ul style="list-style-type: none"> Kulkas tidak ada Kulkas rusak | <ul style="list-style-type: none"> Darah segera digunakan (donor dilakukan bilamana darah sudah diperlukan) | 2 | 4 | 8 | Moderate | 6 | <ul style="list-style-type: none"> Pembelian kulkas Pemeliharaan berkala kulkas | 11 | kepala ruangan |
| 18 | Darah kadaluarsa | KPC | <ul style="list-style-type: none"> Petugas kurang banyak Petugas terburu-buru | <ul style="list-style-type: none"> Mengantikan stok darah yang sudah mau kadaluarsa dengan darah baru | 2 | 4 | 8 | Moderate | 6 | <ul style="list-style-type: none"> Penambahan petugas Pengecekan oleh minimal 2 orang | 12 | kepala ruangan |

| Penanggung Jawab | kepala ruangan | kepala ruangan | kepala ruangan | kepala ruangan |
|-------------------|---|--|--|--|
| Rangking Risiko | 13 | 14 | 15 | 16 |
| Action Plan | <ul style="list-style-type: none"> • Penyimpanan di kulkas | <ul style="list-style-type: none"> • Penambahan Perawat Pengecekan oleh minimal 2 orang | <ul style="list-style-type: none"> • Penambahan Perawat Pengecekan oleh minimal 2 orang | <ul style="list-style-type: none"> • Penambahan Perawat Pengecekan oleh minimal 2 orang |
| Target | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Bands | Moderate | Moderate | Moderate | Moderate |
| Skor Risiko (DxP) | 8 | 8 | 8 | 8 |
| Probabilitas | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Dampak | | 2 | 2 | 2 |
| Mitigasi | <ul style="list-style-type: none"> • Mengantikan stok darah yang membeku dengan darah baru | <ul style="list-style-type: none"> • Mengembalikan darah dan menggantinya sesuai dengan intruksi dokter dalam rekam medik | <ul style="list-style-type: none"> • Melaporkan ke dokter yang merawat dan kepala ruangan • Observasi pasien | <ul style="list-style-type: none"> • Melaporkan ke dokter yang merawat dan kepala ruangan • Observasi pasien |
| Penyebab | <ul style="list-style-type: none"> • Salah penyimpanan | <ul style="list-style-type: none"> • Perawat kurang banyak • Perawat terburu-buru | <ul style="list-style-type: none"> • Perawat kurang banyak • Perawat terburu-buru | <ul style="list-style-type: none"> • Perawat kurang banyak • Perawat terburu-buru |
| Jenis Kejadian | KPC | KPC | KPC | KPC |
| Event/ Kejadian | Darah membeku | Beda rekam medik dan produk darah | Salah jumlah darah yang dimasukkan | Salah waktu pemberiannya |
| No. | 19 | 20 | 21 | 22 |

| | | | | |
|--------------------------|---|---|---|--|
| Penanggung Jawab | kepala ruangan | kepala ruangan | kepala ruangan | kepala ruangan |
| Rangking Risiko | 25 | 26 | 27 | 28 |
| Action Plan | <ul style="list-style-type: none"> • Penambahan Perawat • Pengecekan oleh minimal 2 orang | <ul style="list-style-type: none"> • pelatihan | <ul style="list-style-type: none"> • pelatihan | <ul style="list-style-type: none"> • pelatihan |
| Target | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Bands | Minor | Minor | Minor | Minor |
| Skor Risiko (DxP) | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Probabilitas | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Dampak | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Mitigasi | <ul style="list-style-type: none"> • Mengecek ke bagian laboratorium/ UTDRS | <ul style="list-style-type: none"> • Mengganti Iv cateter yang sesuai dengan SOP | <ul style="list-style-type: none"> • Mengganti infus set yang sesuai | <ul style="list-style-type: none"> • Melaporkan ke dokter yang merawat dan kepala ruangan • Observasi pasien |
| Penyebab | <ul style="list-style-type: none"> • Perawat kurang banyak • Perawat terburu-buru | <ul style="list-style-type: none"> • Perawat kurang pengalaman | <ul style="list-style-type: none"> • Perawat kurang pengalaman | <ul style="list-style-type: none"> • Perawat kurang pengalaman |
| Jenis Kejadian | KPC | KPC | KPC | KPC |
| Event/ Kejadian | Informasi label beda | Iv cateter tidak sesuai dengan SOP | Infus set tertalu kecil | Pembuluh darah kolap |
| No. | 23 | 24 | 25 | 26 |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| Penanggung Jawab | kepala ruangan | kepala ruangan |
| Rangking Risiko | 17 | 18 |
| Action Plan | | |
| Target | 6 | 6 |
| Bands | Moderate | Moderate |
| Skor Risiko (DIR) | 8 | 8 |
| Probabilitas | 4 | 4 |
| Dampak | 2 | 2 |
| Mitigasi | <ul style="list-style-type: none"> • Melaporkan ke dokter yang merawat dan kepala ruangan • Observasi pasien | <ul style="list-style-type: none"> • Melaporkan ke dokter yang merawat dan kepala ruangan • Observasi pasien |
| Penyebab | <ul style="list-style-type: none"> • Perawat kurang pengalaman | <ul style="list-style-type: none"> • Perawat kurang pengalaman |
| Jenis Kejadian | KPC | KPC |
| Event/ Kejadian | Reaksi alergi | Tetesan tidak sesuai |
| No. | 27 | 28 |

Sumber: Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (diolah)

Tabel 5.7 Risk Register Laboratorium

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-----------------------------------|----------------|-----|----------|--------------------|----------|---|--------|---|--------------|---|-------------------|---|-------|----------|--------|---|-------------|---|-----------------|---|------------------|----------------|
| No. | 1 | salah penulisan hasil pemeriksaan | Jenis Kejadian | KNC | Penyebab | hasil laboratorium | Mitigasi | <ul style="list-style-type: none"> • Segera meralat hasil laboratorium dan melaporkan ke atasan (kepala ruangan) Waktu: saat itu juga Pelaksana: petugas laboratorium yang dinas pada saat itu | Dampak | 1 | Probabilitas | 5 | Skor Risiko (DxP) | 5 | Bands | Moderate | Target | 3 | Action Plan | <ul style="list-style-type: none"> • Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian medis • Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar dilakukan cek dan ricek penulisan hasil pemeriksaan dengan menggunakan form cek dan ricek • Fasilitas perlu dilengkapi dengan <i>software</i> yang akan memberikan <i>warning</i> bila mana hasil pemeriksaan tidak normal • Perlu adanya manajemen risiko • perlu dilakukan pelatihan kepada petugas laboratorium secara berkala • Perlu adanya kedisiplinan dan <i>attitude</i> kerja dalam membudayakan sadar risiko • Jumlah petugas laboratorium harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisa beban kerja • Pendidikan petugas laboratorium minimal diploma tiga • Perlu dilakukan analisa beban kerja • Perlu dilakukan pelatihan atau <i>refreshing</i> secara rutin dan berkala • Perlu dilakukan supervisi secara berkala dan konsultasi apabila hasil laboratorium meragukan • Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada petugas laboratorium berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak <i>miss communication</i>. Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga • Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan • Penambahan tenaga petugas laboratorium sesuai dengan analisa beban kerja • Perlu adanya peninjauan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai keharusan melakukan cek dan ricek penulisan hasil pemeriksaan laboratorium dengan menggunakan form cek dan ricek | Rangking Risiko | 1 | Penanggung Jawab | kepala ruangan |
|-----|---|-----------------------------------|----------------|-----|----------|--------------------|----------|---|--------|---|--------------|---|-------------------|---|-------|----------|--------|---|-------------|---|-----------------|---|------------------|----------------|

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-----------------------------------|--------------------|-----|--------------------------------|---|-------------|-------------------|------------------------|-------------------|-------------|-------------|--|
| No. | 2 | salah penulisan hasil pemeriksaan | Event/ Kejadian | KNC | Penyebab hasil laboratorium | Mitigasi • Segera meralat hasil laboratorium dan melaporkan ke atasan (kepala ruangan) Waktu: saat itu juga Pelaksana: petugas laboratorium yang dimas pada saat itu | Dampak 1 | Probabilitas 5 | Skor Risiko (DxP) 5 | Bands Moderate | Target 3 | Action Plan | <p>2</p> <p>kepala ruangan</p> <p>Rangking Risiko</p> <p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perlu dilakukan pengawasan yang lebih baik oleh kepala seksi pengawasan dan pengendalian medis • Perlu dilakukan pembuatan tentang prosedur pelayanan rawat inap yang lebih lengkap agar dilakukan cek dan ricek penulisan hasil pemeriksaan dengan menggunakan form cek dan ricek • Fasilitas perlu dilengkapi dengan <i>software</i> yang akan memberikan <i>warning</i> bila mana hasil pemeriksaan tidak normal • Perlu adanya manajemen risiko • Perlu dilakukan pelatihan kepada petugas laboratorium secara berkala • Perlu adanya kedisiplinan dan <i>attitude</i> kerja dalam membudayakan sadar risiko • Jumlah petugas laboratorium harus ditambah sesuai dengan perhitungan tentang analisa beban kerja • Pendidikan petugas laboratorium minimal diploma tiga • Perlu dilakukan analisa beban kerja • Perlu dilakukan pelatihan atau <i>refreshing</i> secara rutin dan berkala • Perlu dilakukan supervisi secara berkala dan konsultasi apabila hasil laboratorium meragukan • Perlu pengawasan tentang pengoperan tugas jaga sehingga tugas yang dilimpahkan kepada petugas laboratorium berikutnya dapat dikerjakan dengan baik dan tidak <i>miss communication</i> Operan tugas jaga harus dibuktikan dengan buku operan jaga • Perlu adanya motivasi terus menerus agar budaya sadar risiko terus ditingkatkan • Penambahan tenaga petugas laboratorium sesuai dengan analisa beban kerja • Perlu adanya peningkatan dan revisi SOP dengan menambahkan SOP mengenai keharusan melakukan cek dan ricek penulisan hasil pemeriksaan laboratorium dengan menggunakan form cek dan ricek |
|-----|---|-----------------------------------|--------------------|-----|--------------------------------|---|-------------|-------------------|------------------------|-------------------|-------------|-------------|--|

| No. | Event/ Kejadian | Jenis Kejadian | Penyebab | Mitigasi | Dampak | Probabilitas | Skor Risiko (DxP) | Bands | Target | Action Plan | Ranking Risiko | Penanggung Jawab |
|-----|------------------------------------|----------------|---|---|--------|--------------|-------------------|----------|--------|--|----------------|------------------|
| 3 | Sampel darah tertukar | KPC | <ul style="list-style-type: none"> Tidak ada identitas pada sampel | <ul style="list-style-type: none"> Mengambil identitas pada sampel | 1 | 4 | 4 | Minor | 3 | <ul style="list-style-type: none"> Pembuatan SOP tentang perlakuan terhadap sampel | 8 | kepala ruangan |
| 4 | Sampel membeku | KPC | <ul style="list-style-type: none"> Kesalahan pengambilan sampel | <ul style="list-style-type: none"> Mengambil ulang sampel | 1 | 4 | 4 | Minor | 3 | <ul style="list-style-type: none"> Pengambilan sampel harus ditambah anti pembekuan | 9 | kepala ruangan |
| 5 | Reagen untuk pemeriksaan tidak ada | KPC | <ul style="list-style-type: none"> Reagen rusak Reagen belum datang | <ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan dikirim ke luar | 2 | 4 | 8 | Moderate | 6 | <ul style="list-style-type: none"> Penyimpanan reagen harus didalam kulkas reagen Laporan stok persediaan harus up to date | 3 | kepala ruangan |
| 6 | Salah membaca hasil pemeriksaan | KPC | <ul style="list-style-type: none"> Perawat kurang banyak Perawat terburu-buru | <ul style="list-style-type: none"> Memperbaiki penulisan hasil pemeriksaan | 2 | 4 | 8 | Moderate | 6 | <ul style="list-style-type: none"> Penambahan Perawat Pengecekan oleh minimal 2 orang | 4 | kepala ruangan |

| | | | |
|--------------------------|--|---|---|
| Penanggung Jawab | kepala ruangan | kepala ruangan | kepala ruangan |
| Rangking Risiko | 10 | 11 | 5 |
| Action Plan | <ul style="list-style-type: none"> • Penambahan Perawat | <ul style="list-style-type: none"> • Penambahan Perawat • Pengecekan oleh minimal 2 orang | <ul style="list-style-type: none"> • Penambahan Perawat • Pengecekan oleh minimal 2 orang |
| Target | 3 | 3 | 6 |
| Bands | Minor | Minor | Moderate |
| Skor Risiko (DxP) | 4 | 4 | 8 |
| Probabilitas | 4 | 4 | 4 |
| Dampak | | 1 | 2 |
| Mitigasi | <ul style="list-style-type: none"> • Melaporkan ke kepala ruangan | <ul style="list-style-type: none"> • Mencari pasien dengan mengecek di rekam medik | <ul style="list-style-type: none"> • Mengganti dengan produk darah yang sesuai |
| Penyebab | <ul style="list-style-type: none"> • Perawat kurang banyak | <ul style="list-style-type: none"> • Perawat kurang banyak • Perawat terburu-buru | <ul style="list-style-type: none"> • Perawat kurang banyak • Perawat terburu-buru |
| Jenis Kejadian | KPC | KPC | KPC |
| Event/ Kejadian | Pengiriman bukan oleh petugas UTDRS | Salah ruangan /pasien | Salah produk darah |
| No. | 7 | 8 | 9 |

| | | |
|-------------------|--|--|
| Penanggung Jawab | kepala ruangan | kepala ruangan |
| Rangking Risiko | 6 | 7 |
| Action Plan | <ul style="list-style-type: none"> • Pembelian kulkas • Pemeliharaan berkala kulkas | <ul style="list-style-type: none"> • Penambahan Perawat • Pengecekan oleh minimal 2 orang |
| Target | 6 | 6 |
| Bands | Moderate | Moderate |
| Skor Risiko (DxP) | 8 | 8 |
| Probabilitas | 4 | 4 |
| Dampak | 2 | 2 |
| Mitigasi | <ul style="list-style-type: none"> • Darah segera digunakan (donor dilakukan bilamana darah sudah dibutuhkan) | <ul style="list-style-type: none"> • Mengganti stok darah yang sudah mau kadaluarsa dengan darah baru |
| Penyebab | <ul style="list-style-type: none"> • Kulkas tidak ada • Kulkas rusak | <ul style="list-style-type: none"> • Perawat kurang banyak • Perawat terburu-buru |
| Jenis Kejadian | KPC | KPC |
| Event/ Kejadian | Penyimpanan tidak di kulkas | Darah kadaluarsa |
| No. | 10 | 11 |

Sumber: Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien 2008 (diolah)

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil temuan dan pembahasan didapatkan hal sebagai berikut

1. *Risk register* instalasi rawat inap dihasilkan berdasarkan analisis *patient safety* dan *hazard risk* pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ruangan tempat pasien mengalami kejadian yang terbanyak adalah ruangan kelas tiga. Pasien yang mengalami kejadian paling banyak umur >30-65 tahun. Kejadian bulan Juni tahun 2012 yang paling banyak terutama pada pasien Penyakit Dalam. Jenis insiden yang paling banyak adalah Kejadian Tidak Diharapkan. Kejadian yang paling sering terjadi adalah jatuh dari tempat tidur.
2. *Risk register* laboratorium dihasilkan berdasarkan analisis *patient safety* dan *hazard risk* pada laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat. Hasil penelitian menunjukkan jenis insiden yang paling banyak adalah Kejadian Nyaris Cedera. Kejadian yang paling sering terjadi adalah salah penulisan hasil pemeriksaan.
3. Pemetaan *hazard risk* pada instalasi rawat inap dan laboratorium Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat berada pada kuadran probabilitas tinggi dampak kecil.

Dengan adanya penyusunan *risk register* dan pemetaan *hazard risk* maka diharapkan terjadi peningkatan keselamatan pasien dan mutu pelayanan kepada pasien dan menjadi pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama di kemudian hari.

B. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian adalah belum ada *database* risiko/ *risk register* selama ini dan juga adanya kendala pada saat diminta mengisi kuesioner, responden merasa malu bila mana diketahui adanya kejadian yang tidak diharapkan. Selain itu, responden takut dianggap melaporkan hal yang tidak semestinya terjadi. Responden takut dihakimi atas kejadian yang tidak diharapkan tersebut sehingga data yang diperoleh sangat terbatas. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan mengisi kuesioner mengenai kejadian yang tidak diharapkan yang terjadi sejak Januari tahun 2012 sampai Juni 2012, sehingga data yang diperoleh ada yang tidak lengkap waktu pengisian kuesioner dan sebagian sudah lupa kejadian dirinya.

C. Saran

Berdasarkan dari kesimpulan di atas, maka dikemukakan beberapa saran :

1. Bagi RSUD Sungailiat sebagai tempat penelitian :
 - a. Perlu dilakukan penerapan manajemen risiko yang terintegrasi (*Enterprise Risk Management*).
 - b. Perlu dilakukan sosialisasi dan identifikasi risiko secara menyeluruh sehingga dapat dipetakan risiko secara keseluruhan.
 - c. Perlu dilakukan *review* identifikasi risiko dan mitigasi risiko maupun *action plan* secara teratur.

- d. Perlu dibuat target keberhasilan dalam rangka memitigasi risiko dengan perumusan *Key Risk Indicator* (KRI) yang dikaitkan dengan kinerja rumah sakit.
 - e. Dilakukan penerapan budaya sadar risiko (*Risk Awareness*) pada pengelolaan rumah sakit.
2. Bagi akademisi, penelitian selanjutnya supaya mendapatkan hasil yang lebih detail disarankan :
- a. Melakukan identifikasi risiko dengan menambahkan pendekatan lain yaitu:
 - (a) *Brainstorming*, berasal dari Madison Avenue pada tahun 1950. Setiap sesi *brainstorming* akan optimal bila berjumlah 12 orang dengan durasi waktu 15 sampai 45 menit. Beberapa ketentuan dasar proses pengukuran yaitu:
 - (i) Penentuan batas waktu.
 - (ii) Perumusan yang jelas terhadap masalah yang dihadapi.
 - (iii) Metode pengumpulan ide, dengan menerapkan prinsip bahwa tidak ada ide yang buruk.
 - (iv) Menunda dalam menganalisis ide, hanya mengumpulkan ide sebanyak mungkin tanpa melihat kualitas ide (evaluasi terhadap ide akan dilakukan setelahnya).
 - (v) Mendorong setiap partisipan untuk menghilangkan hambatan mereka dalam mengeluarkan ide dan membiarkan diri mereka bermimpi dengan harapan akan menghasilkan ide yang lebih bervariasi.

- (vi) Menggabungkan kelompok-kelompok ide dan mengembangkannya.
- (b) *Assumptions analysis*, merupakan teknik intuisi dan mengikutsertakan asumsi dalam pembuatan rencana kerja. Asumsi yang dibuat dalam perencanaan proyek sudah teridentifikasi terlebih dahulu. Kemudian dilakukan pengukuran terhadap dampak terhadap hasil akhir proyek bilamana asumsi tersebut menyimpang dari yang diharapkan. Kumpulan asumsi yang sensitif dan mempunyai kemungkinan salah akan digabungkan sebagai kumpulan daftar risiko.
- (c) *Delphi*, merupakan teknik untuk memprediksi kejadian atau hasil yang akan datang bersumber dari sekelompok ahli independen yang membuat perkiraan dan menghilangkan setiap pandangan yang terlalu berisiko.
- (d) *Resource problem analysis*
- b. *Scope* penelitian bukan hanya risiko operasional tetapi *Enterprise Risk Management*.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi.(1998). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi Revisi 4. Rineka Cipta Jakarta.
- Brnich, Michael. Mallet, Launa. (2003). *Focus on Prevention: Conducting a Hazard Risk Assessment*. U.S. Departement of Health and Human Services.
- Burnaby. Hass and O'Reilly.(2011). *Generic Health Care Hospital: The Road to an Integrated Risk Management System*. Issues in Accounting Education Volume 26 No. 2, 2011,305-319.
- Cohen, Hedy.(2004). *Pediatric Medical Errors Part 3: Safety Strategies Medication Use System to Analyze Errors*. Pediatric Nursing Volume 30 No.4, Juli-August 2011, 334-335.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)* Edisi 2. Jakarta.
- Fahmi, Irham. (2011). *Manajemen Risiko*. Cetakan Ke 2. Alfabeta, Bandung.
- Hanggraeni, Dewi. (2010). *Pengelolaan Risiko Usaha*. Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia Jakarta.
- Hanggraeni, Dewi. (2009). *Pengaruh Privatisasi Terhadap Tata Kelola dan Kinerja Perusahaan PT. Indo Farma (Persero) Tbk*. Disertasi Doktoral, Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. (2008). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (Patient Safety Incident Report)*. Edisi 2, Jakarta.
- Lam, James.(2007). *Enterprise Risk Management From Incentives to Controls*. Published by John Wiley & Sons, Inc Hoboken, New Jersey, Published simultaneously by James Lam.
- Lavy, Sarel.(2010). *Performance-Based Facility Management-An Integrated Approach*. International Journal of Facility Management Volume 1 No.1, April 2010, 1-14.
- N.W.S.van der Hoeff.(2003). *Theory and practice of in-hospital patient risk management*. Thesis, Safety Science Group of the Technology, Policy and Management Faculty of the Delft University of Technology.
- O'Donovan, Margaret. (1997). *Risk management and the medical profession*. Journal of Management Development Volume 16 issues 2,125-133.
- Republik Indonesia.(2009). *Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*.

- Republik Indonesia.(2009). *Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*.
- Republik Indonesia. (2011). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/VIII Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*.
- Risk Management Department. (2002). *Risk Management, Occupational Safety and Health Policy and Procedures Manual*. Royal Perth Hospital.
- Royal Perth Hospital (2002) *Risk Management, Occupational Safety and Health Policy and Procedures Manual Issue 1 July 2002*.
- Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat. (2012). *Profil Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat Tahun 2011*.
- Sadgrove, Kit.(2005). *The Complete Guide to Business Risk Management*, Publisher Gower, United Kingdom- Second edition.
- Santoso, Singgih dan Tjiptono, Fandi.(2001). *Riset Pemasaran Konsep dan Aplikasi Dengan SPSS*. PT. Elex Media Komputindo, Jakarta.
- Singarimbun, Masri dan Efendi. Sofian.(1989). *Metode Penelitian Survey*. LP3ES, Jakarta.
- Sugiarto.(2001). *Teknik Sampling*. PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Suparto, Adikoesomo.(2003). *Manajemen Rumah Sakit*. Cetakan Kelima, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta.
- UCLA Center for Public Health and Disasters. (2006) *Hazard Risk Assessment Instrument First Edition January 2006*.
- Umar, Husein.(1999). *Pokok-pokok Materi Statistik 2: Statistik Interaktif*. Bumi Aksara, Jakarta.
- Tasmanian Government Departement of Premier and Cabinet (2008). *Project Risk Register Template & Guide Version 1.3 (April 2008)*.
- Trochim.(2006). *Research Methods Knowledge Base*. Penerbit kota, Jakarta.
- Wibisono, Darmawan.(2000). *Riset Bisnis*. PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Wikipedia.(2012). *Hazard risk*. Diambil 29 Maret 2012, dari situs World Wide Web ([http://en.wikipedia.org/wiki/Hazard_\(risk\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Hazard_(risk))).
- Wikipedia.(2012). *Manajemen risiko*. Diambil 29 Maret 2012, dari situs World Wide Web http://id.wikipedia.org/wiki/Manajemen_risiko.
- Wikipedia.(2012). *Risk Register*. Diambil 29 Maret 2012, dari situs World Wide Web http://en.wikipedia.org/wiki/Risk_register.

KUESIONER LAPORAN INSIDEN

I. DATA PASIEN

Nama :

No MR :

Ruangan :

Umur * : 0-1 bulan > 1 bulan – 1 tahun
 > 1 tahun – 5 tahun > 5 tahun – 15 tahun
 > 15 tahun – 30 tahun > 30 tahun – 65 tahun
 > 65 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

Penanggung biaya pasien :
 Pribadi Asuransi Swasta
 ASKES Pemerintah Perusahaan*
 JAMKESMAS JAMKESDA

Tanggal Masuk RS : Jam

.....

II. RINCIAN KEJADIAN

1. Tanggal dan Waktu Insiden

Tanggal : Jam

.....

2. Insiden :

3. Kronologis Insiden

.....

.....

.....

4. Jenis Insiden* :

- Kejadian Nyaris Cedera / KNC (*Near miss*)
- Kejadian Tidak cedera / KTC (*No Harm*)
- Kejadian Tidak diharapkan / KTD (*Adverse Event*) / Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*)

5. Orang Pertama Yang Melaporkan Insiden*

- Karyawan : Dokter / Perawat / Petugas lainnya
- Pasien
- Keluarga / Pendamping pasien
- Pengunjung
- Lain-lain(sebutkan)

6. Insiden terjadi pada* :

- Pasien
- Lain-lain(sebutkan)

Mis : karyawan / Pengunjung / Pendamping / Keluarga pasien, lapor ke K3 RS.

7. Insiden menyangkut pasien :

- Pasien rawat inap
- Pasien rawat jalan
- Pasien UGD
- Lain-lain(sebutkan)

8. Tempat Insiden

Lokasi kejadian (sebutkan)

(Tempat pasien berada)

9. Insiden terjadi pada pasien : (sesuai kasus penyakit / spesialisasi)

- Penyakit Dalam dan Subspesialisasinya
- Anak dan Subspesialisasinya
- Bedah dan Subspesialisasinya
- Obstetri Gynekologi dan Subspesialisasinya
- THT dan Subspesialisasinya
- Mata dan Subspesialisasinya
- Saraf dan Subspesialisasinya
- Anestesi dan Subspesialisasinya
- Kulit & Kelamin dan Subspesialisasinya
- Jantung dan Subspesialisasinya
- Paru dan Subspesialisasinya
- Jiwa dan Subspesialisasinya
- Lain-lain (sebutkan)

10. Unit / Departemen terkait yang menyebabkan insiden

Unit kerja penyebab (sebutkan)

11. Akibat Insiden Terhadap Pasien* :

- Kematian
- Cedera Irreversibel / Cedera Berat
- Cedera Reversibel / Cedera Sedang
- Cedera Ringan
- Tidak ada cedera

12. Tindakan yang dilakukan segera setelah kejadian, dan hasilnya :

.....

13. Tindakan dilakukan oleh* :

Tim : terdiri dari :

.....

Dokter

Perawat

Petugas lainnya

.....

14. Apakah kejadian yang sama pernah terjadi di Unit Kerja lain?*

Ya Tidak

Apabila ya, isi bagian dibawah ini.

Kapan ? dan Langkah / tindakan apa yang telah diambil pada Unit kerja tersebut

untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama?

.....

| | | | |
|-----------------|---------|------------------|---------|
| Pembuat Laporan | : | Penerima Laporan | : |
| Paraf | : | Paraf | : |
| Tgl Lapor | : | Tgl terima | : |

Grading Risiko Kejadian* (Diisi oleh atasan pelapor) :

BIRU

HIJAU

KUNING

MERAH

NB. * = pilih satu jawaban

Lampiran 2

Kuesioner Kondisi Potensi Cedera

Centanglah kondisi potensi cedera yang dapat menyebabkan insiden di tempat saudara, tuliskan keterangan bila ada

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | KETERANGAN |
|----|-------------------------|-----------------|---|------------|
| 1. | Administrasi Klinik | a. Proses | <input type="checkbox"/> Serah terima <input type="checkbox"/> Perjanjian <input type="checkbox"/> Daftar tunggu/ Antrian <input type="checkbox"/> Rujukan/ Konsultasi <input type="checkbox"/> Admisi <input type="checkbox"/> Keluar/Pulang dari Ranap/RS <input type="checkbox"/> Pindah Perawatan (<i>Transfer of care</i>) <input type="checkbox"/> Identifikasi Pasien <input type="checkbox"/> Consent <input type="checkbox"/> Pembagian tugas <input type="checkbox"/> Respons terhadap kegawatdaruratan | |
| | | b. Masalah | <input type="checkbox"/> Tidak performance ketika dibutuhkan/indikasi <input type="checkbox"/> Tidak lengkap / Inadekuat <input type="checkbox"/> Tidak tersedia <input type="checkbox"/> Salah pasien <input type="checkbox"/> Salah proses / pelayanan | |
| 2. | Proses/ Prosedur Klinis | a. Proses | <input type="checkbox"/> Skrining/ Pencegahan/ Medical check up <input type="checkbox"/> Diagnosis/ Assessment <input type="checkbox"/> Prosedur/ Pengobatan/ Intervensi <input type="checkbox"/> <i>General care/ Management</i> <input type="checkbox"/> Test/ Investigasi <input type="checkbox"/> Spesimen/ Hasil <input type="checkbox"/> Belum dipulangkan (<i>Detention/ Restraint</i>) | |
| | | b. Masalah | <input type="checkbox"/> Tidak performance | |

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | KETERANGAN |
|----|---|----------------------------|---|------------|
| | | | ketika dibutuhkan/ indikasi <input type="checkbox"/> Tidak lengkap/ Inadekuat <input type="checkbox"/> Tidak tersedia <input type="checkbox"/> Salah pasien <input type="checkbox"/> Salah proses/ pengobatan/ prosedur <input type="checkbox"/> Salah bagian tubuh/ sisi | |
| 3. | Dokumentasi | a. Dokumen yang Terkait | <input type="checkbox"/> Order/ Permintaan <input type="checkbox"/> Chart/ Rekam medik/ Assesmen/ Konsultasi <input type="checkbox"/> Check List <input type="checkbox"/> Form/ sertifikat <input type="checkbox"/> Instruksi/ Informasi/ Kebijakan/ SOP/ Guideline <input type="checkbox"/> Label/ Stiker/ Identifikasi Bands/ Kartu <input type="checkbox"/> Surat/ E-mail/ Rekaman Komunikasi <input type="checkbox"/> Laporan/ Hasil/ Images | |
| | | b. Masalah | <input type="checkbox"/> Dokumen hilang/ tidak tersedia <input type="checkbox"/> Terlambat mengakses dokumen <input type="checkbox"/> Salah dokumen/ Salah orang <input type="checkbox"/> Tidak jelas/ Membingungkan/ Illegible/ Informasi dalam dokumen tidak lengkap | |
| 4. | Infeksi Nosokomial (<i>Hospital Assosiated Infection</i>) | a. Tipe organisme | <input type="checkbox"/> Bakteri <input type="checkbox"/> Virus <input type="checkbox"/> Jamur <input type="checkbox"/> Parasit <input type="checkbox"/> Protozoa <input type="checkbox"/> Rickettsia <input type="checkbox"/> Prion (Partikel protein yg infeksius) | |

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | KETERANGAN |
|----|----------------------------------|--|---|
| | | | <input type="checkbox"/> Organisme tidak teridentifikasi |
| | | b. Tipe/ Bagian infeksi | <input type="checkbox"/> Bloodstream <input type="checkbox"/> Bagian yang dioperasi <input type="checkbox"/> Abses <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Kanul IV <input type="checkbox"/> Protesis infeksi <input type="checkbox"/> Drain/ tube urin <input type="checkbox"/> Jaringan lunak |
| 5. | Medikasi/ Cairan Infus | a. Medikasi/ Cairan infus yang terkait | <input type="checkbox"/> Daftar Medikasi <input type="checkbox"/> Daftar Cairan infus |
| | | b. Proses penggunaan medikasi/ Cairan infus | <input type="checkbox"/> Peresepan <input type="checkbox"/> Persiapan/ Dispensing <input type="checkbox"/> Pemaketan <input type="checkbox"/> Pengantaran <input type="checkbox"/> Pemberian <input type="checkbox"/> Suply/ pesan <input type="checkbox"/> Penyimpanan <input type="checkbox"/> Monitoring |
| | | c. Masalah | <input type="checkbox"/> Salah pasien <input type="checkbox"/> Salah obat <input type="checkbox"/> Salah dosis / kekuatan/ frekuensi <input type="checkbox"/> Salah formulasi/ presentasi <input type="checkbox"/> Salah rute pemberian |
| | | | <input type="checkbox"/> Salah jumlah/ kuantitas <input type="checkbox"/> Salah Dispensing Label/ Instruksi <input type="checkbox"/> Kontraindikasi <input type="checkbox"/> Salah penyimpanan <input type="checkbox"/> <i>Omitted medicine or dose</i> <input type="checkbox"/> Obat kadaluarsa <input type="checkbox"/> <i>Adverse drug reaction</i> (reaksi efek samping obat) |
| 6. | Transfusi darah/ Produk darah | a. Transfusi darah/ Produk darah terkait | <input type="checkbox"/> Produk selular <input type="checkbox"/> Faktor pembekuan (<i>clotting</i>) |

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | KETERANGAN |
|----|--------------|---|---|
| | | | <input type="checkbox"/> Albumin/ Plasma protein <input type="checkbox"/> Immunoglobulin |
| | | b. Proses Transfusi darah/ Produk darah terkait | <input type="checkbox"/> Test pre transfusi <input type="checkbox"/> Peresepan <input type="checkbox"/> Persiapan/ Dispensing <input type="checkbox"/> Pengantaran <input type="checkbox"/> Pemberian <input type="checkbox"/> Penyimpanan <input type="checkbox"/> Monitoring <input type="checkbox"/> Presentasi/ Pemaketan <input type="checkbox"/> Suply/ Pesan |
| | | c. Masalah | <input type="checkbox"/> Salah pasien <input type="checkbox"/> Salah Darah/ Produk darah <input type="checkbox"/> Salah dosis/ Frekuensi <input type="checkbox"/> Salah jumlah <input type="checkbox"/> Salah label dispensing/ Instruksi <input type="checkbox"/> Kontraindikasi <input type="checkbox"/> Salah penyimpanan <input type="checkbox"/> Obat atau Dosis yang diabaikan <input type="checkbox"/> Darah kadaluarsa <input type="checkbox"/> Efek samping (<i>Adverse effect</i>) |
| 7. | Nutrisi | a. Nutrisi yang terkait | <input type="checkbox"/> Diet umum <input type="checkbox"/> Diet khusus |
| | | b. Proses nutrisi | <input type="checkbox"/> Peresepan/ Permintaan <input type="checkbox"/> Persiapan/ manufactur/ Proses memasak <input type="checkbox"/> Suply/ order <input type="checkbox"/> Presentation <input type="checkbox"/> Dispensing/ Alokasi <input type="checkbox"/> Pengantaran <input type="checkbox"/> Pemberian <input type="checkbox"/> Penyimpanan |
| | | c. Masalah | <input type="checkbox"/> Salah pasien <input type="checkbox"/> Salah diet <input type="checkbox"/> Salah jumlah <input type="checkbox"/> Salah Frekuensi <input type="checkbox"/> Salah konsistensi <input type="checkbox"/> Salah penyimpanan |

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | KETERANGAN |
|-----|---|---|--|------------|
| 8. | Oksigen/ Gas | a. Oksigen/ Gas terkait | <input type="checkbox"/> Daftar oksigen/ gas terkait | |
| | | b. Proses penggunaan oksigen/ Gas | <input type="checkbox"/> Label Cilinder/ warna kode/ Index pin <input type="checkbox"/> Pereseapan <input type="checkbox"/> Pemberian <input type="checkbox"/> Pengantaran <input type="checkbox"/> Suply/ order <input type="checkbox"/> Penyimpanan | |
| | | c. Masalah | <input type="checkbox"/> Salah pasien <input type="checkbox"/> Salah gas <input type="checkbox"/> Salah rate/ flow/ konsentrasi <input type="checkbox"/> Salah mode pengantaran <input type="checkbox"/> Kontraindikasi <input type="checkbox"/> Salah penyimpanan <input type="checkbox"/> Gagal pemberian <input type="checkbox"/> Kontaminasi | |
| 9. | Alat medis/ Alat kesehatan/ <i>Equipment property</i> | a. Tipe Alat medis/ Alat kesehatan/ <i>Equipment Property</i> | <input type="checkbox"/> Daftar Alat medis/ Alat kesehatan/ <i>Equipment property</i> | |
| | | b. Masalah | <input type="checkbox"/> <i>Presentation/</i> Pemaketan tidak baik <input type="checkbox"/> Ketidakersediaan <input type="checkbox"/> <i>Inapropriate for task</i> <input type="checkbox"/> Tidak bersih/ Tidak steril <input type="checkbox"/> Kegagalan/ Malfungsi <input type="checkbox"/> Dislodgement/ Miskoneksi/ Removal <input type="checkbox"/> <i>User error</i> | |
| 10. | Perilaku pasien | a. Perilaku pasien | <input type="checkbox"/> Tidak kooperatif <input type="checkbox"/> Tidak pantas/ Sikap bermusuhan/ Kasar <input type="checkbox"/> Berisiko/ Sembrono/ Berbahaya <input type="checkbox"/> Masalah dengan penggunaan substansi/ Abuse <input type="checkbox"/> Mengganggu | |

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | KETERANGAN |
|-----|--------------|----------------------------|---|------------|
| | | | <i>(Harrassment)</i> <input type="checkbox"/> Diskriminasitif / Berprasangka <input type="checkbox"/> Berkeliaran, Melarikan diri <input type="checkbox"/> Sengaja mencederai diri, Bunuh diri | |
| | | b. Aggression/ Assault | <input type="checkbox"/> Agresi verbal <input type="checkbox"/> Kekerasan fisik <input type="checkbox"/> Kekerasan seksual | |
| | | c. | <input type="checkbox"/> Kekerasan terhadap mayat <input type="checkbox"/> Ancaman nyawa | |
| 11. | Jatuh | a. Tipe Jatuh | <input type="checkbox"/> Tersandung <input type="checkbox"/> Slip <input type="checkbox"/> Kelaps <input type="checkbox"/> Hilang keseimbangan | |
| | | b. Keterlibatan saat jatuh | <input type="checkbox"/> Verbed <input type="checkbox"/> Tempat tidur <input type="checkbox"/> Kursi <input type="checkbox"/> Strecher <input type="checkbox"/> Toilet <input type="checkbox"/> Peralatan terapi <input type="checkbox"/> Tangga <input type="checkbox"/> Dibawa/dibantu oleh orang lain | |
| 12. | Kecelakaan | a. Benturan tumpul | <input type="checkbox"/> Kontak dengan benda/binatang <input type="checkbox"/> Kontak dengan orang <input type="checkbox"/> Hancur, remuk <input type="checkbox"/> Gesekan kasar | |
| | | b. Serangan tajam/ tusukan | <input type="checkbox"/> Cakaran, Sayatan <input type="checkbox"/> Tusukan <input type="checkbox"/> Gigitan, sengatan <input type="checkbox"/> Serangan tajam lainnya | |
| | | c. Kejadian mekanik lain | <input type="checkbox"/> Benturan akibat ledakan bom <input type="checkbox"/> Kontak dengan mesin | |
| | | d. Peristiwa mekanik lain | <input type="checkbox"/> Peristiwa mekanik lain | |

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | KETERANGAN |
|-----|--|---|---|------------|
| | | e. Mekanik Panas | <input type="checkbox"/> Panas yang berlebihan <input type="checkbox"/> Dingin yang berlebihan | |
| | | f. Ancaman pada pernafasan | <input type="checkbox"/> Ancaman mekanik pernafasan <input type="checkbox"/> Tenggelam atau hampir tenggelam <input type="checkbox"/> Pembatasan oksigen-kekurangan tempat <input type="checkbox"/> <i>Confinement to Oxygen-Deficient Place</i> | |
| | | g. Paparan bahan kimia atau substansi lainnya | <input type="checkbox"/> Keracunan bahan kimia atau substansi lain <input type="checkbox"/> Bahan kimia korosif | |
| | | h. Mekanisme spesifik yang lain menyebabkan cedera | <input type="checkbox"/> Paparan listrik/radiasi <input type="checkbox"/> Paparan suara/getaran <input type="checkbox"/> Paparan tekanan udara <input type="checkbox"/> Paparan karena gravitasi rendah | |
| | | i. Paparan karena dampak cuaca, bencana alam | <input type="checkbox"/> Paparan karena dampak cuaca, bencana alam | |
| 13. | Infrastruktur / Bangunan/ Benda lain terpasang tetap | a. Keterlibatan Struktur/ bangunan b. Masalah | <input type="checkbox"/> Daftar Struktur <input type="checkbox"/> Daftar Bangunan <input type="checkbox"/> Daftar Furniture <input type="checkbox"/> Inadkuat <input type="checkbox"/> <i>Damaged/Faulty/Worn</i> | |
| 14. | Resource / Manajemen organisasi | a. Beban kerja manajemen yang berlebihan b. Ketersediaan/ keadkuatan tempat tidur/ pelayanan c. Sumber Daya Manusia d. Ketersediaan/ keadkuatan staf e. Organisasi/ Tim | <input type="checkbox"/> Beban kerja manajemen yang berlebihan <input type="checkbox"/> Ketersediaan/ keadkuatan tempat tidur/ pelayanan <input type="checkbox"/> Sumber Daya Manusia <input type="checkbox"/> Ketersediaan/ keadkuatan staf | |

| NO | TIPE INSIDEN | SUBTIPE INSIDEN | | KETERANGAN |
|-----|-------------------------|---|--|------------|
| | | f. Protocols/ Kebijakan/ SOP Guideline g. Ketersediaan/ Adequacy | <input type="checkbox"/> Organisasi/ Tim <input type="checkbox"/> Protocols/ Kebijakan/ SOP Guideline <input type="checkbox"/> Ketersediaan/ Adequacy | |
| 15. | Laboratorium / Patologi | a. Pengambilan/ <i>Pick Up</i> b. Transport c. <i>Sorting</i> | <input type="checkbox"/> Pengambilan/ <i>Pick Up</i> <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> <i>Sorting</i> | |
| | | d. <i>Data entry</i> e. <i>Prosesing</i> f. Verifikasi/ Validasi g. Hasil | <input type="checkbox"/> <i>Data entry</i> <input type="checkbox"/> <i>Prosesing</i> <input type="checkbox"/> Verifikasi/ Validasi <input type="checkbox"/> Hasil | |

UNIVERSITAS TERBUKA