

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204 Tahun 2004, Rumah Sakit merupakan sarana Pelayanan Kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan. Hal tersebut semakin diperjelas dalam Undang – Undang Republik Indonesia No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Pengertian Rumah Sakit pada Pasal 1 Undang – Undang No.44 Tahun 2009 adalah pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2.2. Tujuan Rumah Sakit

Menurut Undang – Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Tujuan dari diselenggarakannya Rumah Sakit, yaitu :

1. Mempengaruhi akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan Rumah Sakit, dan sumber daya manusia di Rumah Sakit.
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standart pelayanan Rumah Sakit.
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia Rumah Sakit, dan Rumah Sakit.

2.3. Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)

Keselamatan Pasien Rumah Sakit berdasarkan KKP-RS adalah suatu sistem dimana Rumah Sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini termasuk 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.

Pelaporan insiden keselamatan pasien ialah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis, dan solusi untuk pembelajaran. Sistem pelaporan diharapkan dapat mendorong individu di dalam Rumah Sakit untuk peduli akan bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi pada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan kesalahan (error) sehingga dapat mendorong dilakukan investigasi. Di sisi lain, pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang lagi.

Berdasarkan laporan IOM (Institute of Medicine) pada *kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS*, eds. *To err is human : building a safer health system* Washington, D.C : National Academy Press, 2000, terdapat kesalahan yang diakibatkan oleh faktor manusia dalam sistem pelayanan kesehatan yaitu terdapat kasus kematian pasien akibat adverse event (AE) paling sedikit 44.000 hingga 98.000 pertahun dengan estimasi biaya sekitar \$17-\$50 milyar pertahun atau 268 kasus perhari kematian akibat layanan Rumah Sakit akibat adverse event atau KTD atau AE, lebih tinggi dari kasus KLL (43.458), cancer (42.297) dan AIDS (16.516). Oleh karena itu upaya untuk menurunkan kegiatan insiden di Rumah Sakit (KPC, KTC, KTD, KNC dan Sentinel Event) perlu dilakukan, diantaranya dengan menyusun program keselamatan pasien di Rumah Sakit.

Program Keselamatan Pasien merupakan program yang harus diselenggarakan oleh Rumah Sakit dalam rangka mendukung upaya peningkatan kualitas pelayanan. Hal ini sejalan dengan UU Nomor 44 Tahun 2009 yang menyebutkan bahwa Rumah Sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien (pasal 43 ayat 1). Pelaksanaan standar tersebut harus melalui pelaporan insiden, analisa, dan penetapan pemecahan 5 masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan (pasal 43 ayat 2).

Dalam upaya menjalankan program keselamatan pasien yang bertujuan untuk menurunkan angka insiden keselamatan pasien maka diperlukan adanya Panduan Sistem Pelaporan Dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit (SP2KP RS). Panduan ini digunakan

sebagai pedoman dalam pelaporan dan pembelajaran dari insiden keselamatan pasien yang dilaporkan baik internal dan eksternal. Rumah Sakit juga berpartisipasi untuk melaporkan insiden keselamatan pasien yang telah dilakukan investigasi dan analisa serta dilakukan pembelajaran ke KNP sesuai peraturan perundang – undangan yang berlaku.

2.4. Tujuan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)

1. Tujuan Umum

Menciptakan proses yang aman dan mudah dalam sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Surabaya Jemursari.

2. Tujuan Khusus

- a. Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- b. Terselenggaranya sistem pembelajaran untuk perbaikan asuhan pasien maupun Manajemen Rumah Sakit.
- c. Terselenggaranya sistem pencegahan terulangnya kembali insiden keselamatan pasien yang sama.

2.5. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Pelaporan Insiden Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang 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 dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (KEMENKES, 2017).

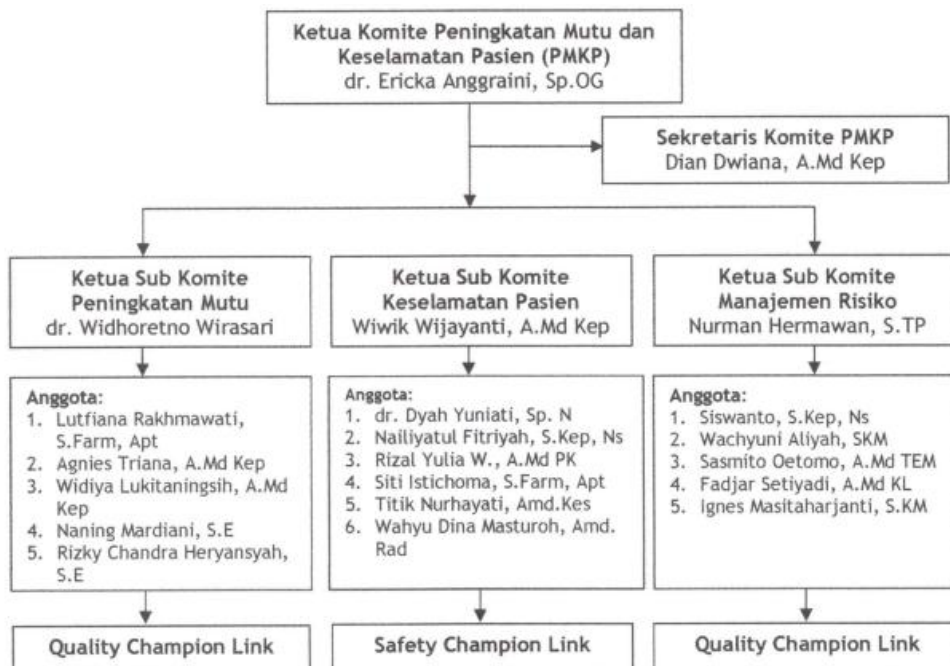
Tujuan keselamatan pasien menurut Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit Depkes RI, 2008 adalah :

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit

4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

2.6. Struktur Organisasi Unit Kerja

Adapun Struktur Organisasi Unit Kerja Rumah Sakit X Surabaya sebagai berikut :



Gambar 2. 1 Struktur Organisasi Komite Mutu

Uraian Tugas Komite Peningkatan Mutu :

1. Ketua Komite PMKP

- a. Sebagai motor penggerak penyusunan program PMKP Rumah Sakit.
- b. Melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja.
- c. Membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator.
- d. Melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas Rumah Sakit secara keseluruhan.

- e. Menentukan profil indikator mutu, metode analisis dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di Rumah Sakit.
 - f. Menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan.
 - g. Menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien
 - h. Terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP.
 - i. Bertanggungjawab untuk mengkomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf.
 - j. Menyusun regulasi terkait pengawasan dan penerapan program PMKP.
2. Ketua Sub Komite Peningkatan Mutu
- a. Membuat rencana program peningkatan mutu sesuai dengan strategi Rumah Sakit.
 - b. Melakukan pengorganisasian program peningkatan mutu rumah sakit.
 - c. Merencanakan implementasi dan pengembangan peningkatan mutu rumah sakit.
3. Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien
- a. Membuat rencana program keselamatan pasien sesuai dengan strategi rumah sakit.
 - b. Merencanakan implementasi dan pengembangan sistem manajemen keselamatan pasien rumah sakit.
 - c. Merencanakan, menggerakkan, melaksanakan, monitoring serta evaluasi Sasaran Keselamatan Pasien.
 - d. Menrencanakan dan memastikan program indikator Keselamatan Pasien Rumah Sakit dengan persyaratannya dilaksanakan dan ditindak lanjuti sesuai target.

- e. Merencanakan, menggerakkan, melaksanakan, monitoring serta evaluasi Insiden Keselamatan Pasien.
- f. Merencanakan, menggerakkan, melaksanakan, monitoring serta evaluasi RCA dan FMEA.
- g. Merencanakan kebutuhan sarana dan prasarana di Sub Komite Keselamatan Pasien.
- h. Melaksanakan design dan redesign yang tepat bila terjadi ketidaksesuaian antara pelaksana dan rencana daripada indikator keselamatan pasien.
- i. Melaksanakan analisa dan validasi dari indikator Sasaran Keselamatan Pasien sesuai program mutu.
- j. Memberikan motivasi, dukungan, bimbingan dan arahan kepada sekretaris dan anggota Sub Komite Keselamatan Pasien dalam rangka tata kelola keselamatan pasien rumah sakit.
- k. Mengelola dan mengembangkan sistem Manajemen Keselamatan Pasien sedemikian rupa sehingga mencapai sasaran yang telah ditetapkan oleh direksi.
- l. Memberikan masukan kepada direktur utama tentang pengelolaan Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- m. Menyusun kebijakan, panduan/pedoman dan prosedur tentang program keselamatan pasien di Rumah Sakit.
- n. Memberikan pelatihan pemahaman dan penerapan program keselamatan pasien rumah sakit.
- o. Melaksanakan kegiatan pendidikan keselamatan pasien di rumah sakit.
- p. Menyusun petunjuk teknis pelaksanaan pekerjaan untuk mendukung pencapaian program pekerjaan di Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- q. Menyusun dan melaksanakan rencana kerja dan anggaran tahunan di Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

- r. Melaksanakan program orientasi kepada tenaga baru yang akan bekerja di rumah sakit maupun di Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- s. Melakukan penilaian kinerja di Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- t. Melakukan pembagian tugas pekerjaan kepada sekretaris dan anggota dibawah koordinasi ketua Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- u. Membentuk kelompok kerja untuk membantu pelaksanaan program kerja Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- v. Melaksanakan monitoring insiden keselamatan pasien setiap bulan.
- w. Melakukan evaluasi pedoman, prosedur, instruksi kerja, dan Form Keselamatan Pasien dalam satu dan tiga bulan.
- x. Membuat laporan dan rekomendasi hasil pelaksanaan program Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit kepada Direktur.
- y. Melakukan koordinasi dengan seluruh unit Rumah Sakit baik secara rutin maupun insidental dalam pelaksanaan program Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- z. Melaksanakan kegiatan rapat rutin dan insidentil terkait kegiatan Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- aa. Mengambil langkah-langkah yang perlu dan menyelesaikan urusan yang terkait dengan bidang tugas Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- bb. Monitoring dan evaluasi kegiatan/program kerja di Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- cc. Melakukan laporan insiden keselamatan pasien (eksternal) ke KKPRS PERSI.
- dd. Melakukan laporan bulanan, tribulanan dan tahunan serta insidentil kepada Direktur dan yayasan.

4. Ketua Sub Komite Manajemen Risiko

- a. Membuat rencana dalam kegiatan manajemen risiko rumah sakit.
- b. Melakukan pengorganisasian program manajemen risiko rumah sakit.
- c. Melakukan identifikasi risiko dari seluruh unit dan tempat di rumah sakit bersama dengan quality champion link.
- d. Melakukan analisis risiko bersama dengan quality champion link.
- e. Melakukan evaluasi risiko bersama dengan quality champion link.
- f. Merencanakan implementasi dan tindak lanjut pengelolaan risiko yang mungkin dilakukan oleh rumah sakit.
- g. Melakukan evaluasi FMEA terhadap kegiatan/proses yang dinilai berisiko tinggi di rumah sakit.