BAB III

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Obyek Penelitian

Sebanyak 26 Puskesmas dari 27 Puskesmas yang tersebar di 19 kecamatan di Kabupaten Pekalongan sudah terakreditasi, dan hanya satu Puskesmas yang belum terakreditasi karena merupakanPuskemas baru. Puskesmas Kabupaten Pekalongan yang menjadi objek penelitian adalah PuskesmasWiradesa, Puskesmas Sragi I, Puskesmas Siwalan, Puskesmas Bojong I.

a. Profil Puskesmas Wiradesa

Visi dari Puskesmas Wiradesa yaitu Puskesmas Wiradesa menjadi puskesmas dengan pelayanaan prima menuju masyarakat Wiradesa yang sehat.

Misi:

1. Meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan melalui upaya kesehatan perorangan (UKP), kefarmasian dan laboratorium;
2. Meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan upaya kesehatan masyarakat (UKM) esensial dan keperawatan kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan;
3. Meningkatkan kualitas manajemen dan sumberdaya manusia;

4. Mengembangkan sistem informasi dan pencapaian akreditasi puskesmas.

Tata nilai Puskesmas Wiradesa adalah Profesionalisme, Unggul, Santun, Komitmen, Etika, Semangat, Manusiawi, Asuh, Simpati. Motto Puskesmas Wiradesa yaitu: ramah dalam melakukan pelayanan kesehatan pada masyarakat, dan bersahabat dalam melakukan tugas dan kewajiban yang diberikan.

Pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh sumber daya kesehatan dapat dilihat pada tabel 1

Tabel 1. Data SDM di UPTD PuskemasWiradesa

No	Jenis Tenaga	Jumlah
1.	Dokter umum	2
2.	Dokter gigi	1
3.	Bidan	26
4.	Perawat	9
5.	Nakes lain	9
6.	Staf dan administrasi	19
	Jumlah	66

Sumber: Data Sekunder Profil PuskesmasWiradesa, 2019

Tabel 2. Data Kunjungan Pasien

Pasien baru	Pasien lama	Total KunjunganTahun 2019
5.556	34.016	39.582

Sumber: Data Sekunder Profil Puskesmas Wiradesa, 2019

b. Profil Puskesmas Sragi I

Puskesmas Sragi I merupakan Puskesmas yang terletak di Kelurahan Sragi Kecamatan Sragi Kabupaten Pekalongan. Peta Wilayah Kerja Puskesmas Sragi I terdiri dari 6 Desa dan 1 Kelurahan dengan luas 1.315 m^2. Puskesmas Sragi I adalah Puskesmas Pedesaan Rawat Inap yang telah teregistrasi di Kementrian Kesehatan dengan Nomor

Register P3326100101.Visi dari Puskesmas Sragi I yaitu Mewujudkan pusat pelayanan kesehatan yang bermutu, profesional dan berkualitas menuju masyarakat mandiri untuk hidup sehat. Sedangkan Misinya yaitu:

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat;
2. Meningkatkan peran aktif masyarakat secara mandiri untuk hidup sehat melalui pembinaan dan pemberdayaan masyarakat;
3. Meningkatkan tata kelola puskesmas yang baik melalui perbaikan manajemen secara profesional, efektif, efisien, transparan dan akuntabel;
4. Meningkatkan kualitas SDM yang profesional dan berkomitmen tinggi, serta kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana dalam membangun sistem informasi dan manajemen puskesmas;
5. Meningkatkan dan mengembangkan kerjasama baik lintas sektor maupun lintas program dalam peningkatan kesehatan masyarakat.

Motto Puskesmas Sragi I yaitu “SMILE” (Semangat Melayani dengan Empati) , sedangkan Tata Nilai Puskesmas Sragi I yaitu:

a. Profesional: memiliki kompetensi dan kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik dan sesuai dengan nilai, standar, metode, prosedur dan harapan masyarakat;
b. Ramah: memiliki sikap yang sopan dan santun kepada seluruh masyarakat dan rekan sekerja;

c. Inisiatif dan inovatif: Memiliki kemampuan untuk bekerja mandiri dengan ide-ide kreatif serta memberi terobosan bagi peningkatan pelayanan kesehatan;

d. Sinergi: Komitmen untuk membangun dan memastikan hubungan kerjasama yang produktif serta kemitraan yang harmonis dengan para pemangku kepentingan untuk menemukan dan melaksanakan solusi terbaik, bermanfaat, dan berkualitas dalam peningkatan kesehatan;

e. Malu: Memiliki budaya malu bila tidak melaksanakan tugas dengan sebaik-baiknya;

f. Akuntabel: Memberikan pelayanan kesehatan sesuai pedoman dan standar pelayanan yang ditetapkan, dapat diukur dan dipertanggungjawabkan.

Tabel 3. Data SDM di UPTD Puskemas Sragi I

No	Jenis Tenaga	Jumlah
1	Dokter atau Dokter Layanan Primer	1
2	Dokter Gigi	1
3	Perawat	16
4	Bidan	14
5	Tenaga Promosi Kesehatan	0
6	Tenaga Kesehatan Lingkungan	1
7	Ahli Teknologi Laboratorium Medik	1
8	Tenaga Gizi (Nutrisionis)	1
	Tenaga Kefarmasian	
9	a. Apoteker	0
	b. Asisten Apoteker	1
10	Tenaga Administrasi	10
11	Rekam Medis	0
12	Tenaga Non Kesehatan	1
13	Kepala Puskesmas	1
14	Kepala TU	1
	JUMLAH	49

Sumber: Data Sekunder Profil Puskesmas Sragi I, 2019

Tabel 4. Data Kunjungan Pasien di UPTD Puskemas Sragi I

Pasien baru	Pasien lama	Total KunjunganTahun 2019
6.144	19.732	25.876

Sumber: Data Sekunder Profil Puskesmas Sragi I, 2019

c. Profil Puskesmas Siwalan

UPTD Puskesmas Siwalan merupakan Puskesmas yang terletak di jalan raya Pait-Sragi Kecamatan Siwalan Kabupaten Pekalongan. Peta Wilayah Kerja Puskesmas Siwalan terdiri dari 13 Desa dan 1 Kelurahan dengan luas 25.91 km^2.

Visi UPTD Puskesmas Siwalan adalah: ”Menjadi Puskesmas unggul menuju masyarakat Kecamatan Siwalan sehat dan mandiri”. Visi tersebut mengandung makna sebagai berikut:

1) **Puskesmas unggul**

Yang dimaksud dengan puskesmas unggul adalah UPTD Puskesmas Siwalan yang mempunyai keunggulan komparatif, dalam memberikan pelayanan, berpegang teguh pada tata nilai, mengembangkan budaya mutu, menjadi pelopor dalam peningkatan kualitas pelayanan secara berkesinambungan (*quality improvement*).

2) **Masyarakat Kecamaan Siwalan Sehat**

Yang dimaksud dengan masyarakat Kecamatan Siwalan sehat adalah masyarakat di wilayah Kecamatan Siwalan yang mempunyai kondisi fisik, psikologik, sosial, spiritual kultural yang optimal serta bebas dari kelemahan dan kecacatan sehingga bisa produktif.

3) **Masyarakat Kecamatan Siwalan Mandiri**

Yang dimaksud dengan masyarakat yang mandiri adalah masyarakat di wilayah Kecamatan Siwalan yang tahu, mau dan mampu memelihara kesehatannya secara mandiri

Misi UPTD Puskesmas Siwalan adalah:

1) Menyelenggarakan pelayanan administrasi dan manajemen yang berkualitas
2) Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan efisien

Adapun tujuan UPTD Puskesmas Siwalan adalah sebagai berikut:

1) Meningkatkan kualitas pelayanan administrasi perkantoran puskesmas;
2) Meningkatnya kualitas manajemen puskesmas dan kualitas SDM puskesmas, menyelenggarakan pelayanan administrasi dan manajemen yang berkualitas;
3) Meningkatnya kuantitas dan kualitas pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) esensial dan keperawatan kesehatan masyarakat;
4) Meningkatnya kuantitas dan kualitas pelayanan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP);
5) Meningkatnya Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Pengembangan;
6) Meningkatnya pelayanan Upaya Kesehatan.

Motto UPTD Puskesmas Siwalan adalah: ”**Lebih Sehat Bersama Puskesmas Siwalan”.**

Tabel 5. Data SDM di UPTD Puskemas Siwalan

No	JenisTenaga	Jumlah
1	Kepala Puskesmas	1 orang
2	Kepala Subag TU	1 orang
3	Dokter Umum	2 orang
4	Bidan	21 orang
5	Perawat	7 orang
6	Asisten Apoteker	1 orang
7	Nutrisionis	1 orang
8	Sanitarian	1 orang
9	Analis Kesehatan	1 orang
10	Penyuluh Kesehatan	1 orang
11	Administrasi umum	16orang
12	Perawat Gigi	1 orang
13	Pengemudi	2 orang
14	Cleaning service	2 orang
15	Penjaga malam	1 orang
	Jumlah tenaga Puskesmas	59 orang

Sumber: Data Sekunder Profil Puskesmas Siwalan, 2019

Tabel 6. Data Kunjungan Pasien

Pasien baru	Pasien lama	Total Kunjungan Tahun 2019
4.240	19.873	24.113

Sumber: Data Sekunder Profil Puskesmas Siwalan, 2019

d. Profil Puskesmas Bojong I

Visi dari Puskesmas Bojong I adalah "Menjadi Puskesmas yang Bermutu dan Profesional Menuju Masyarakat Bojong Sejahtera", sedangkan Misi dari Puskesmas Bojong I yaitu **"**Menyelenggarakan Administrasi dan Upaya Kesehatan yang Prima dan Optimal".

Tata Nilai Puskesmas Bojong I adalah : S E N Y U M

S: SEDERHANA

Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat tidak berbelit-belit

E: EFEKTIF DAN EFISIEN

Tepat guna dan berdaya guna serta tidak high cost

NY: NYAMAN

Suasana pelayanan berorientasi pada kepuasan pelayanan sehingga pasien merasa nyaman

U: UMUM

Pelayanan kesehatan bersifat universal lintas batas

M: MURAH

Pelayanan yang terjangkau oleh masyarakat

MOTTO:

4 S: Senyum, Sapa, Salam, Sehat

Tabel 7. Data Kunjungan Pasiendi UPTD Puskemas Bojong I

Pasien baru	Pasien lama	Total Kunjungan Tahun 2019
6.144	19.732	25.876

Sumber: Data Sekunder Profil Puskesmas Bojong I, 2019

Tabel 8. Data SDM di UPTD Puskemas Bojong I

No	JenisTenaga	Jumlah
1	Kepala Puskesmas	1 orang
2	Kepala Subag TU	1 orang
3	Dokter Umum	2 orang
4	Bidan	19 orang
5	Perawat	9 orang
6	Asisten Apoteker	2 orang
7	Nutrisionis	2 orang
8	Sanitarian	2 orang
9	Analis Kesehatan	1 orang
10	Dokter Gigi	1 orang
11	Administrasi Umum	9 orang
12	Perawat Gigi	2 orang
13	Pengemudi	2 orang
14	Cleaning Service	2 orang
15	Perekam Medis	1 orang
	Jumlah tenaga Puskesmas	56 orang

Sumber: Data Sekunder Profil Puskesmas Bojong I, 2019

Tabel 9. Data Insiden Keselamatan Pasien

No	Unit	Kejadian	Keterangan
1	Ruang Persalinan	Tanggal 04/01/2018 Kejadian Partus Mbrojol Ambulance pada saat merujuk ke Rumah sakit, petugas tidak membawa partus kit rujukan	UPTDPuskesmas Wiradesa
2	Pelayanan Laboratorium	Tanggal 08/01/2018 Terjadi kesalahan hasil pemeriksaan laboratorium an. Ny. S yaitu hasil px HBSAG di lab Pusk hasil positif tapi pada saat di cek ulang di lab Gajah Mada hasilnya negatif	
3	Ruang Persalinan	Tanggal 03/02/2018 Kejadian Pasien inpartu letak bokong kaki pembukaan sudah lengkap baru di rujuk ke Rumah sakit	
4	Pelayanan pendaftaran dan RM	Tanggal 14/03/2018 Kejadian kesalahan dalam penulisan identitas pasien. Bela Anugerah di unit Pel Kes Gi Lut	
5	Pelayanan pendaftaran dan RM	Tanggal 04/02/2019 Kejadian kesalahan identifikasi pasien. Pasien Ny. C No. RM 8014100, pasien berobat tapi di Resep obat tidak tertulis resep obat, tetapi tertulis Rujukan ke RS, sedangkan pasien Tn. D No. RM 10009100 minta rujukan ke Rumah Sakit tapi di Resep malah tertulis Resep obat sehingga pasien mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai, tetapi segera diklarifikasi oleh petugas yang menemukan kasus tersebut, sehingga dapat terselesaikan	

6		Tanggal 28/02/2019 Kesalahan pemberian dosis obat Pasien TN. A. No. RM 08067006 periksa dengan diagnosa J06 + 195 diberi obat omeprazol dengan dosis 3 x 1 sehari padahal seharusnya dosis pemakaiannya adalah maximal 2 x 1 sehari	
7		Tanggal 02/03/2019 Kejadian pemberian obat tidak sesuai dengan aturan pakai yaitu Pasien dengan diagnosa gastroenteritis usia 3 tahun di beri obat Zinc dengan dosis 1 x ½ tab, seharusnya dosis Zinc adalah Usia < 6 bulan : ½ tab sehari sekali Usia > 6 bulan : 1 tab sehari sekali Sehingga obat yang diberikan tidak adekuat untuk pengobatan tapi di Farmasi dosis obat di berikan sesuai dengan aturan	
8		Tanggal 04/03/2019 Kesalahan pemberian dosis obat Pasien A. F No. RM 04015604 pasien dengan diagnosa gastritis diberikan obat Ranitidin dengan dosis 3 x 1 sehari, padahal seharusnya diberikan dengan dosis 2 x 1 sehari	
9	Tata graha	Tanggal 26/06/2019 Kejadian jatuh pada pengunjung Puskesmas Pengunjung (penjaga warung) pada saat masuk ke puskesmas untuk mengantar pesanan minuman terjatuh akibat tergelincir cairan tumpahan/ muntahan dari pasien di depan ruang pelayanan KIA/ imunisasi, karena tumpahan tidak segera dibersihkan oleh	

		petugas CS dan tidak diberi tanda "Awas Licin" yang dipasang di dekat tumpahan cairan tersebut	
10	Ruang KIA	Tanggal 30/09/2019 Ada tumpahan cairan di depan ruang KIA dan Imunisasi yang beresiko menyebabkan pasien atau karyawan jatuh Karyawan jatuh di tangga ruangan jaga bidan karena tidak ada tanda warna merah yang menunjukkan tangga lebih jelas, dan adanya kabel yang berseliweran tidak Tertata	
11	Pelayanan Obat	Tanggal 05/10/2019 Ditemukannya kesalahan penulisan etiket di obat Belkaga yaitu di etiket tertulis untuk usia 15 s/d 70 tahun tetapi obat yang di dalamnya untuk usia 6 s/d 14 Tahun	
12	BP UMUM	Tanggal 12/06/2018 Petugas Loket salah mendistribusikan RM Perawat ruang BP memanggil tuan R sesuai dengan nomor antrian yang muncul di simpus. Saat tn R masuk ke ruang BP, RM Tn. R dicari tidak ketemu, perawat BP melakukan konfirmasi ke petugas loket pendaftaran, setelah di teliti ternyata RM tuan R salah masuk ke poli gigi.	UPTD Puskesmas Siwalan
13	Tangga samping ruang obat	Tanggal 15/12/2018 Paku Tercecer Hari Sabtu 15 Desember 2018 Jam 08.00 petugas jumantik menuruni tangga yang berada di samping ruang obat, petugas menemukan banyak paku berceceran di tangga yang	

		memungkinkan orang yang lewat tertusuk paku.	
14	Ruang Tunggu	Tanggal 04/01/2019 Pasien lansia terjatuh Ny R 65 th hendak periksa ke BP umum, pasien mengalami kesulitan berjalan,tidak ada alat bantu jalan seperti tongkat atau kursi roda yang tersedia bagi pasien poli. saat sedang berjalan menuju ruang tunggu pasien terjatuh, lecet dan memar di kaki pasien.	
15	Ruang Laboratorium	Tanggal 14/01/2019 Salah identitas blangko pemeriksaan laborat Ny Z periksa poli KIA diberi pengantar oleh bidan KIA untuk periksa lab. Di laboratorium petugas lab menemukan blangko pemeriksaan tidak lengkap, di blangko hanya tertulis nama tanpa ada alamat dan umur, dikhawatirkan jika terjadi kesalahan, petugas laborat melakukan konfirmasi ke unit KIA dan meminta petugas KIA untuk melengkapi blangko permintaan laborat.	
16	Ruang Laboratorium	Tanggal 14/01/2019 Salah identitas blangko pemeriksaan Laboratorium Ny M periksa poli KIA diberi pengantar oleh bidan KIA untuk periksa lab. Di laboratorium petugas lab memanggil pasien dengan mencocokkan identitas di blangko. Di blangko tertulis identitas bukan Ny M melainkan ny. R, petugas	

		laborat melakukan konfirmasi ke unit KIA dan membetulkan blangko permintaan laborat.	
17	Ruang Bersalin (VK)	Tanggal 16/01/2019 Bingung menentukan identitas bayi Keluarga pasien bingung menentukan yang mana bayinya karena bayi tidak memakai identitas. Keluarga Ny P menjenguk Ny. P dan bayinya yang baru lahir 2 jam yang lalu di ruang VK Puskesmas Siwalan, saat itu bidan sedang tidak berada di kamar persalinan, bidan sedang menyelesaikan menulis administrasi di ruang administrasi, keluarga pasien bingung yang mana bayi Ny. P karna saat itu ada 2 bayi yang tidak memakai identitas.	
18	Ruang Laboratorium	Tanggal 22/01/2019 Identitas blangko pemeriksaan laborat tidak sesuai Ny S periksa poli KIA diberi pengantar oleh bidan KIA untuk periksa lab. Di laboratorium petugas lab mengkonfirmasi identitas kepada pasien, di blangko tertulis S, pasien protes, yang betul S. Petugas laborat melakukan konfirmasi ke unit KIA dan meminta petugas KIA untuk membetulkan blangko permintaan laborat.	
19	Pelayanan Obat	Tanggal 15/02/2019 Salah pemberian obat Tn S 58 tahun periksa ke poli TB Kusta, setelah mendapatkan obat pasien pulang dan mengkonsumsi obat seperti biasa. Setelah mengkonsumsi obat pasien	

		mengalami pusing, muntah-muntah dan berkeringat dingin. Pasien melapor kepada petugas TB Kusta, bahwa obat yang diminum tidak seperti biasanya. Petugas TB kusta menyarankan untuk menghentikan obat untuk sementara, keesokan harinya petugas TB kusta melakukan kroscek ke bagian Pelayanan obat, obat apa saja yang di dapat pasien, ternyata ada kesalahan pemberian obat, seharusnya obat metal prednisolon yang diberikan obat metformin.	
20	Ruang Laboratorium	Tanggal 9/05/2019 Salah penulisan kwitansi pembayaran laborat Ny S hendak melakukan pemeriksaan Hemoglobin, pasien merupakan pasien umum. Setelah melakukan pembayaran di Kasir, pasien menuju ruang laborat. Di laborat di tanyakan kwitansi pembayaran. Saat di cocokkan ternyata di kwitansi tertulis pemeriksaan golongan darah, tidak sesuai dengan pemeriksaan yang hendak dilakukan, petugas laborat melakukan konfirmasi kepada kasir, ternyata kasir salah memasukkan jenis pemeriksaan.	
21	Posyandu	Tanggal 09/07/2019 E datang ke posyandu di balai desa blimbing wuluh mendapatkan imunisasi pentavalen 1. Saat di imunisasi bayi dalam keadaan sehat. Jam 17.00 pada hari yang sama bayi kejang tidak ada 1 menit, oleh neneknya diberi aroma	

		minyak telon, karena hanya mengira “kesambet” makhluk halus, kemudian bayi sadar seperti biasa. Hari rabu sampai dengan jumat terjadi kejang berulang diberikan terapi yang sama oleh nenek bayi. Hari minggu13 Juli 2019 terjadi kejang berulang berkali-kali sehingga pasien dibawa ke RSUD Kraton.	
22	Ruang Laboratorium	Tanggal 5/08/2019 Salah identitas blangko pemeriksaan Laboratorium Senin, 5 Agustus 2019. Ny M (28 th) alamat Mejasem periksa poli KIA diberi pengantar oleh bidan KIA untuk periksa lab. Di laboratorium petugas lab memanggil pasien dengan mencocokkan identitas di blangko. Di blangko tertulis identitas bukan Ny M umur 28 tahun alamat mejasem, melainkan ny T yang mana nyonya T ini baru saja di periksa lab oleh petugas laborat atas rujukan bidan KIA. Petugas Lab mencocokkan data dan langsung konfirmasi ke unit yang merujuk (KIA)	
23	Ruang Laboratorium	Tanggal 9/08/2019 Ny R 29 tahun periksa poli KIA diberi pengantar oleh bidan KIA untuk periksa lab. Di laboratorium petugas lab memanggil pasien dengan mencocokkan identitas di blangko. Di blangko tertulis umur 19 tahun, pasien menyanggah, yang betul 29 tahun, petugas laborat melakukan konfirmasi ke unit KIA dan membetulkan	

		blangko permintaan laborat.	
24		kasus pemberian obat yang kadaluarsa sehingga keluarga pasien marah	UPTD Puskesmas Sragi I
25		Pada kasus bayi yang dilahirkan di Puskesmas ternyata bidan lupa mengecek kondisi anus seharusnya setelah bayi lahir dilakukan pemeriksaan umum dengan memeriksa suhu pada anus untuk melihat kemungkinan adanya *anus imperforata* Namun hal itu lupa tidak dilakukan, ternyata setelah dibawa pulang kerumah oleh pasien bayi tersebut buang air besar dari lubang depan Orang tua bayi tersebut kembali lagi ke Puskesmas namun olehPuskesmas dirujuk ke Rumah Sakit yang tidak ada dokter spesialisnya sehingga pasien bolak-balik dirujuk.	UPTD Puskesmas Bojong I

Sumber: Data sekunder, Tahun 2019

Berdasarkan tabel insiden keselamatan di atas, maka dapat diketahui bahwa Puskesmas Wiradesa dan Puskesmas Siwalan sudah melaksanakan pencatatan dan pelaporan insiden, sedangkan Puskesmas Bojong I dan Puskesmas Sragi I masih belum memahami pentingnya budaya pelaporan ketika terjadi insiden keselamatan pasien.

Tabel 10. Hasil wawancara dengan narasumber (5 pasien rawat jalan di Puskesmas)

NO	URAIAN	WIRADESA	SIWALAN	BOJONG 1	SRAGI 1	%
1.	Tidak mendapatkan informasi mengenai hak dan kewajiban pasien	2	2	3	4	55
2.	Tidak mendapatkan penyuluhan kesehatan dengan pendekatan yang komunikatif dan bahasa yang mudah dipahami	2	3	4	4	65
3.	Pernah jatuh/terpeleset/cedera saat berada di puskesmas/mendapatkan pelayanan di puskesmas	0	1	0	0	5
4.	Merasa sudah puas dengan pelayanan di puskesmas	4	4	3	2	65
5.	Mengalami kesalahan pemberian obat/kesalahan pemanggilan nama pada saat di puskesmas	1	1	1	1	20

B. Pembahasan

1. Ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang Berkaitan dengan Manajemen Risiko Pelayanan Klinis dalam Menjamin Pelindungan Hukum kepada Pasien

Sesuai yang sudah dijelaskan pada Bab II, bahwa ketentuan perundang-undangan yang berkaitan mengenai pengertian asas pelindungan, diambil dari Penjelasan Pasal 2 (4) Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang bunyinya: “Asas pelindungan berarti

bahwa pembangunan kesehatan harus dapat memberikan pelindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

Penjelasan Pasal 6 Undang-undang No. 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan,yang dimaksud dengan "asas pengayoman" adalah bahwa setiap Materi Muatan Peraturan Perundang-undangan harus berfungsi memberikan pelindungan untuk menciptakan ketentraman masyarakat.

Pengaturan manajemen risiko pelayanan klinis dalam menjamin pelindungan hukum kepadapasien dilakukan dalam beberapa jenis regulasi baik ditingkat pusat dan daerah

a. Regulasi Tingkat Pusat

Peraturan perundang-undangan yang berkaitandengan manajemen risiko pelayanan klinis dalam menjamin pelindungan hukum kepada pasien di Puskesmas diatur dengan berbagai regulasi yang digunakan sebagai landasan pelaksanaan manajemen risiko di Puskesmas. Regulasi tertuang pada berbagai peraturan perundang-undangan sebagai berikut:

1) Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 2 menentukan: Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, pelindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan non diskriminatif dan norma-norma agama.

2) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 5 ayat (2) menyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau.

3) Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Praktik kedokteran dilaksanakan berasaskan Pancasila dan didasarkan pada nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan, serta perlindungan dan keselamatan pasien.

4) Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, Pasal 2 menentukan: Pengaturan Keselamatan Pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

   Pasal 18 ayat(1) menentukan: Setiap Insiden harus dilaporkan secara internal kepada tim Keselamatan Pasien dalam waktu paling lambat 2x24 (dua kali dua puluh empat) jam dengan menggunakan format laporan sebagaimana tercantum pada Formulir1.

   Berdasarkan pasal di atas, ada aturan yang ditujukan untuk peningkatan mutu. Peningkatan mutu ini merupakan bentuk pelindungan pasien dan keselamatan pasien yang merupakan hak pasien, artinya sudah ada aturan yang ditujukan untuk pelindungan

pasien.Ketentuan Pasal 2 Permenkes No. 11 Tahun 2017 sudah mengandung ketentuan mengenai pelindungan pasien.

5) Permenkes No. 27 Tahun 2017tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyebutkan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang selanjutnya disingkat PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan permenkes tersebut, kata meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, merupakan bentuk dari upaya untuk pelindungan pasien. Pasal 6 (1) Komite atau Tim PPI dibentuk untuk menyelenggarakan tata kelola PPI yang baik agar mutu pelayanan medis serta keselamatan pasien dan pekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan terjamin dan terlindungi.

Berdasarkan pasal di atas, sudah jelas disebutkan tujuan Tim PPI dibentuk agar menghasilkan mutu pelayanan medis serta keselamatan pasien. Jadi Permenkes No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan sudah mengandung ketentuan mengenai pelindungan pasien.

Berdasarkan peraturan di atas, regulasi tingkat pusat sudah mencukupi untuk memberikan pelindungan hukum dan keselamatan pasien. Pada taraf sinkronisasi vertikal antara undang-

undang dan peraturan menteri kesehatan tidak saling bertentangan. Pada taraf sinkronisasi horisontal antar undang-undang praktik kedokteran dengan undang-undang kesehatan tidak saling bertentangan, begitu juga antar peraturan menteri kesehatan juga tidak saling bertentangan.

b. Regulasi Tingkat Daerah

Jenis regulasi tingkat daerah tertuang pada peraturan sebagai berikut:

1) Peraturan Bupati Pekalongan Nomor 45 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan, Bab VI, Pasal 98 (1): Seksi Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan teknis dan supervisi, pemantauan, evaluasi dan pelaporan serta peningkatan mutu fasilitas pelayanan kesehatan di bidang pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan, pelayanan kesehatan tradisional dan pembiayaan dan jaminan kesehatan.

Dari hasil analisis peneliti ada aturan yang ditujukan untuk peningkatan mutu, peningkatan mutu ini merupakan bentuk pelindungan pasien dan keselamatan pasien yang merupakan hak pasien artinya sudah ada aturan yang dutujukan untuk pelindungan pasien, maka didalam ketentuan Peraturan Bupati Pekalongan Nomor 45 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi,

serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan sudah mengandung ketentuan mengenai pelindungan hukum.

2) Peraturan Bupati Pekalongan Nomor 79 Tahun 2017 tentang Penerapan Manajemen Risiko di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Pekalongan, namun di dalam peraturan ini tidak menyebutkan secara spesifik penerapan manajemen risiko di puskesmas.

3) Peraturan Bupati Pekalongan No. 37 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Pekalongan Nomor 101 Tahun 2017 Tentang Pembentukan Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit PelaksanaTeknis Daerah pada Dinas KesehatanPasal 9 (2) UPTD Pusat Kesehatan Masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipimpin oleh Kepala Puskesmas yang dijabat oleh Pejabat Fungsional Tenaga Kesehatan dengan diberikan tugas tambahan, berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan. Pasal 14B, Dalam menyelenggarakan fungsi penyelenggaraan UKP UPTD Pusat Kesehatan Masyarakat berwenang menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan kemanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung; Dari hasil analisis peneliti ada aturan yang ditujukan untuk peningkatan mutu, peningkatan mutu ini merupakan bentuk pelindungan pasien dan keselamatan pasien yang merupakan dari hak pasien artinya sudah ada aturan yang ditujukan untuk pelindungan pasien.

Berdasarkan peraturan di atas, regulasi tingkat daerah belum mencukupi untuk memberikan pelindungan hukum dan keselamatan pasien. Pada taraf sinkronisasi vertikal antara undang-undang dan peraturan daerah tidak saling bertentangan. Pada taraf sinkronisasi horisontal antar peraturan daerah tidak saling bertentangan.

Berdasarkan hasil penelitian, diperoleh iinformasi bahwa regulasi sebagaimana disebutkan di atas telah dipahami oleh pihak manajemen pada masing-masing Puskemas yang diteliti. Hal ini dibuktikan adanya tindak lanjut dari regulasi tersebut, yaitu tersedianya peraturan/dokumen internal Puskesmas dalam bentuk Surat Keputusan, SOP maupun Pedoman yang berkaitan dengan manajemen risiko pelayanan klinis.

Peraturan/dokumen internal masing-masing Puskesmas meliputi sebagai berikut.

a. PuskesmasWiradesa
   1) Keputusan Kepala UPTD Puskesmas Wiradesa No. 440 I/SK/210/III/2019 tentang Budaya Mutu dan Keselamatan Pasien dalam Pelayanaan Klinis;
   2) SOP No. 067/sop/067/III/2019 tentang Audit Klinis;
   3) Pedoman Manajemen Risiko Puskesmas Wiradesa Tahun 2019.
b. PuskemasSragi I
   1) Keputusan Kepala Puskesmas Sragi I No.800/SK/330/C/2018/231 tentang Penerapan Manajemen Risiko;

2) SOP No.C/IX/SOP/03/2019/226 tentang Penanganan KTD, KTC, KPC, KNC;

3) Pedoman Manajemen Risiko Puskesmas Sragi I tahun 2018.

c. Puskemas Siwalan

1) Keputusan Kepala Puskesmas Siwalan No. C/IX/SK/03/2019/092 tentang Peningkatan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien;

2) SOP No. 800/IX/C/SOPIV/2019/399 tentang penanganan KTD, KTC, KNC dan Risiko Pelayanan Klinis;

3) Pedoman Manajemen Risiko Klinis tahun 2019.

d. Puskesmas Bojong I

1) Keputusan Kepala Puskesmas Bojong I No.430/IX/C/2019/455 tentang Pembentukan Tim Peningkatan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien;

2) SOP No.800/IX/C/SOP IV/2019/324 tentang Distribusi Informasi dan Komunikasi Hasil Peningkatan Mutu Layanan Klinis dan Keselamatan Pasien;

3) Pedoman Manajemen Risiko dan Keselamatan Pasien Tahun 2019.

2. Implementasi Manajemen Risiko Pelayanan Klinis dalam Menjamin Pelindungan Hukum Pasien pada Puskesmas di Kabupaten Pekalongan

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa pelindungan hukum pasien sudah dilakukan melalui pengaturan namun pelaksanaannya belum optimal hal ini dapat diuraikan sebagai berikut.

a. Pasal 2 Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien menyebutkan Pengaturan Keselamatan Pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

b. Pasal 5 (3) Sistem pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus menjamin pelaksanaan: a. asuhan pasien lebih aman, melalui upaya yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien; b. pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya; dan c. 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

c. Pasal 18 (1) Setiap insiden harus dilaporkan secara internal kepada tim Keselamatan Pasien dalam waktu paling lambat 2x24 (dua kali dua puluh empat) jam dengan menggunakan format laporan sebagaimana tercantum pada Formulir.

   1) Puskesmas Wiradesa sudah mengimplementasikan manajemen risiko secara konsisten, yaitu melakukan identifikasi risiko dengan membuat register risiko. Identifikasi yang dilakukan adalah dengan melihat dan melaporkan setiap tempat yang dapat membuat pasien jatuh dan tertular penyakit, sarana prasarana yang berisiko menciderai pasien, keadaan sarana pra-sarana serta lingkungan

Puskesmas yang tidak sesuai standar bisa juga dari keluhan pelanggan (pasien) atau hasil audit internal maupun brain storming. Puskesmas Wiradesa juga selalu menerapkan budaya pelaporan melalui wawancara, Kepala Puskemas Wiradesa menjelaskan mengenai manajemen risiko sebagai berikut :[40]

Manajemen risiko merupakan upaya Puskesmas untuk melakukan deteksi terhadap segala resiko yang mungkin terjaditidak hanya dalam pelayanan klinis, tetapi juga pada pelayanan administrasi, manajemen dan UKM. Contoh penerapannya di admen adalah bagaimana manajemen resiko yang terkait dengan bangunan, mungkin terhadap ketepatan waktu sesuai dengan perjanjian, karena apabila tidak sesuai maka ada risiko yang harus ditanggung seperti resiko kerugian, resiko pemeriksaan, dll. Begitu juga di UKM seperti resiko keterlambatan pelayanan, jadual yang tidak sesuai. Intinya adalah upaya pencegahan terhadap semua resiko yang akan terjadi pada saat kita memberikan pelayanan baik kepada pelanggan internal maupun eksternal. Hambatannya, belum semua staf menyadari pentingnya budaya keselamatan pasien.

Pada insiden Pasien Ny. C No. RM 08014100, pasien berobat tetapi di Resep obat tidak tertulis resep obat, tetapi tertulis Rujukan ke RS, sedangkan pasien Tn. D No. RM 10009100 minta Rujukan ke Rumah Sakit tetapi di Resep malah tertulis resep obat sehingga pasien mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai. Namun hal ini segera diklarifikasi oleh petugas yang menemukan kasus tersebut, sehingga dapat terselesaikan dan langsung dibuat laporan insiden.

Pelaporan dan pencatatan insiden yang berupa Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Potensial Cedera (KPC),

[40] Wawancara dengan dr. FX Ferry Susanto, pada tanggal 18 Januari 2020

Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Tidak Cidera (KTC) dilaporkan 2x24 jam kepada kepala puskesmas. Ketika terjadi insiden masuk derajat merah atau kuning, maka tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang selanjutnya disingkat tim PMKP akan melakukan investigasi dengan menggunakan *root case analysis* (RCA). Analisis dan tindak lanjut diselesaikan dalam waktu 45 hari. Ketika terjadi insiden masuk derajat biru, maka unit kerja yang bersangkutan melakukan investigasi sederhana dan menindaklanjuti paling lambat satu minggu. Ketika terjadi insiden yang masuk derajat hijau, maka unit kerja yang bersangkutan melakukan investigasi sederhana dan menindaklanjuti dalam waktu paling lambat dua minggu. Selain itu, Puskesmas Wiradesa juga melakukan identifikasi risiko dengan membuat register risiko. Identifikasi yang dilakukan adalah dengan melihat dan melaporkan setiap tempat yang dapat membuat pasien jatuh dan tertular penyakit, sarana prasarana yang berisiko menciderai pasien, keadaan sarana pra-sarana serta lingkungan Puskesmas yang tidak sesuai standar bisa juga dari keluhan pelanggan (pasien) atau hasil audit internal maupun *brainstorming*. Dengan penerapan manajemen resiko, maka pasien terlindungi hak dan kepentingannya. Hal ini sesuai dengan salah satu misi Puskesmas Wiradesa yaitu “Meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan melalui upaya kesehatan perorangan (UKP), kefarmasian dan laboratorium.”

2) Manajemen risiko di Puskesmas Bojong I belum dilaksanakan secara konsisten. Hal ini dapat dilihat dari proses identifikasi risiko yang tidak dilakukan setelah proses penilaian akreditasi puskesmas, sehingga sistem belum berjalan sesuai dengan peraturan. Ketika terjadi insiden, tidak dilakukan pencatatan dan pelaporan, kadang dicatat di buku laporan insiden yang ada di masing-masing unit kerja, namun tidak langsung dilaporkan, dianalisis dan ditindaklanjuti.[41] Sosialisasi tentang pentingnya keselamatan dan manajemen risiko sudah dilakukan, namun masih banyak tenaga kesehatan yangbelum paham tentang pentingnya manajemen risiko.[42] Pada kasus bayi yang dilahirkan di Puskesmas ternyata bidan lupa mengecek kondisi anus, seharusnya setelah bayi lahir dilakukan pemeriksaan umum dengan memeriksa suhu pada anus untuk melihat kemungkinan adanya *anus imperforata*. Namun hal itu lupa tidak dilakukan, ternyata setelah dibawa pulang kerumah oleh pasien, bayi tersebut buang air besar dari lubang depan. Orang tua bayi tersebut kembali lagi ke Puskesmas, namun oleh Puskesmas dirujuk ke Rumah Sakit yang tidak ada dokter spesialisnya sehingga pasien bolak-balik dirujuk.Insiden ini juga tidak dibuat laporannya. Dari insiden ini dapat dilihat bahwa bidan yang bertugas tidak melaksanakan SOP pemeriksaan *neonatus* (bayi baru lahir) yang sesuai, sop ini merupakan bagian dari pelaksanaan manajemen risiko

[41] Wawancara bidan Puskesmas Bojong I, pada tanggal 31 Desember 2019
[42] Wawancara drg. Hendra kepala puskesmas Bojong I, pada tanggal 31 Desember 2019

sehingga akhirnya menimbulkan ketidaknyamanan keluarga pasien. Pendidikan dan pelatihan keselamatan pasien juga sudah pernah dilakukan bagi tenaga kesehatan demi menjamin keselamatan pasien selama pasien mendapatkan pelayanan kesehatan. Namun pelatihan tersebut tidak ada umpan baliknya sehingga yang memahami yang ikut pelatihan saja dan tidak diulang secara kontinyu sehingga banyak yang lupa. FMEA dibuat ketika akan dilakukan proses akreditasi dan reakreditasi, namun setelah penilaian data atau bukti telusur dilakukan FMEA hilang (tidak tersimpan dengan baik).[43.] Dengan sistem manajemen risiko yang belum berjalan secara baik ini mengakibatkan hasil penilaiaan reakreditasi tetap madya, tidak ada perubahan menjadi utama.

3) Puskesmas Sragi I, belum mengimplementasikan manajemen resiko secara konsisten.Hal ini dapat dilihat dari proses identifikasi risiko dan FMEA yang tidak dilakukan setelah proses penilaian akreditasi puskesmas, sehingga sistem belum berjalan sesuai dengan peraturan. Ketika terjadi insiden, tidak dilakukan pencatatan dan pelaporan. Insiden ditindaklanjuti, namun tidak dianalisis, sehingga memungkinkan insiden yang sama terulang kembali. Insiden yang terjadi, yang masih diingat adalah kasus pemberian obat yang kadaluarsa sehingga keluarga pasien marah.[44] Walaupun Puskesmas langsung mengganti obat, namun ternyata belum segera dibuat

[43] wawancara dr. Endah, Ketua Mutu Puskesmas Bojong I, pada tanggal 31 Desember 2019
[44] Wawancara dr.isti S ketua PMKP Puskesmas Sragi I, Pada tanggal 26 Desember 2019

laporan insiden. Laporan insiden tersebut baru dibuat delapan bulan setelah insiden, yaitu ketika akan dilakukan penilaian akreditasi. Dengan tidak segera dibuat laporan insiden maka akan berpotensi timbul kesalahan yang sama, dengan demikian juga berpotensi tidak adanya jaminan pelindungan hokum bagi pasien.

4) Manajemen Risiko di Puskesmas Siwalan belum dilaksanakan secara konsisten. Pada proses identifikasi risiko, telah dibuat register risiko dan FMEA, namun ketika ada insiden keselamtan pasien sering tidak dicatat, kalaupun dicatat insiden tersebut tidak dilaporkan karena langsung ditindaklanjuti saat itu juga.Misalnya pada insiden salah masuk rekam medis yang harusnya ke Ruang anak namun salah masuk ke ruang BP. Pada kasus Selasa, 9 Juli 2019 An. E dibawa oleh ibunya ke Posyandu di Balai Desa Blimbing wuluh mendapatkan imunisasi pentavalen 1. Saat diimunisasi bayi dalam keadaan sehat. Jam 17.00 pada hari yang sama bayi kejang tidak ada satu menit, oleh neneknya diberi aroma minyak telon, karena hanya mengira “kesambet” makhluk halus, kemudian bayi sadar seperti biasa. Hari Rabusampai denganJumat terjadi kejang berulang diberikan terapi yang sama oleh nenek bayi. Hari minggu terjadi kejang berulang kali, sehingga pasien dibawa ke RSUD Kraton. Insiden ini terjadi karena kurangnya sosialisasi oleh bidan yang bertugas tentang KIPI (Kejadian Pasca Imunisasi) kepada masyarakat, padahal sudah ada SOP yang harus dilakukan sebelum

melakukan imunisasi sehingga akhirnya menimbulkan ketidak nyamanan keluarga pasien. Insiden ini juga tidak langsung dilaporkan, dan baru dilaporkan dua bulan setelah insiden. Dengan tidak segera dibuat laporan insiden, maka akan berpotensi timbul kesalahan yang sama, dengan demikian juga berpotensi tidak adanya jaminan pelindungan hokum bagi pasien.

Menurut Philipus M. Hadjon, pelindungan hukum terhadap meliputi pelidungan hukum preventif dan pelindungan hukum represif. Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa pelindungan hukum preventif terhadap pasien dalam pelayanan klinis di Puskesmas Kabupaten Pekalongan sudah ada. Hal ini dibuktikan adanya peraturan di tingkat pusat, peraturan tingkat daerah dan peraturan internal Puskesmas dalam bentuk Surat Keputusan, SOP maupun Pedoman yang berkaitan dengan manajemen risiko pelayanan klinis. Pelindungan hukum preventif juga bisa dilihat dari dilakukannya identifikasi risiko yang berupa register risiko yang dilaksanakan satu tahun sekali dan membuat FMEA.

Selanjutnya dalam kaitan pelindungan hukum represif, dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa ada tindakan pelindungan hukum represif di Puskesmas. Contohnya pada kasus memberikan obat yang kadaluarsa di Puskesmas Sragi I, sehingga keluarga pasien marah. Tim keselamatan pasien langsung meminta maaf kepada pasien dan keluarganya, serta mengganti obat kadaluarsa tersebut dengan obat yang baru. Pelindungan hukum represif juga dilakukan dengan tindakan berupa teguran secara lisan oleh Kepala

Puskesmas kepada petugas yang melakukan kelalaian dalam pelayanan kefarmasian.

Pada kasus pasien anak yang kejang setelah mendapatkan imusisasi *pentavalen*,bidan yang bertugas di Puskesmas Siwalan melakukan pemberian obat penurun panas dan dirujuk ke RSUD Kraton.Pada kasus pasien yang terkena abses (infeksi) di Puskesmas Wiradesa setelah dilakukan *kontrasepsi implan*, petugas memberikan obatseperti antibiotik, anti inflamasi dan vitamin untuk meredakan infeksinya.

UNIVERSITAS KATOLIK SOEGIJAPRANATA