

SKRIPSI

**GAMBARAN PENERAPAN 6 (ENAM) SASARAN KESELAMATAN
PASIEN *INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS* (IPSG) DI RUMAH
SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**



Oleh :

**EKA FITRI TAHIR
C12114024**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2018**

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul:

**GAMBARAN PENERAPAN 6 (ENAM) SASARAN KESELAMATAN PASIEN
INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS (IPSG) DI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

disusun dan diajukan oleh:

**EKA FITRI TAHIR
C11214024**

disetujui untuk diseminarkan di dapan Tim Penguji Akhir Skripsi Program Studi Sarjana
Keperawatan Fakultas Universitas Hasanuddin

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Ilkafah, S.Kep., Ns., M.Kes

Pembimbing II

Nurhaya Nurdin, S.Kep., Ns., MN., MPH

Mengetahui,
Dekan Fakultas Keperawatan
Program Studi Sarjana Keperawatan

Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep., M.Si
NIP. 19680421 200101 2 002

HALAMAN PENGESAHAN

**GAMBARAN PENERAPAN 6 (ENAM) SASARAN KESELAMATAN PASIEN
INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS (IPSG) DI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada:

Hari/ tanggal : Senin, 06 Agustus 2018

Pukul : 13.00-14.00 WITA

Tempat : Ruang 405 Lantai 4 Fakultas Keperawatan Unhas

Oleh

EKA FITRI TAHIR

C12114024

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

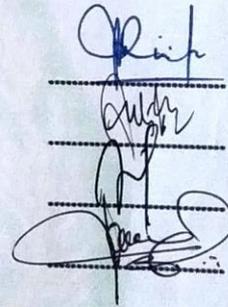
Tim Penguji Akhir:

Penguji I : Rini Rachmawaty, S. Kep.,Ns.,MN.,PhD

Penguji II : Nurmaulid, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Penguji III : Ilkafah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Penguji IV : Nurhaya Nurdin, S.Kep.,Ns.,MN.,MPH



Mengetahui:

**Dekan Fakultas Keperawatan
Program Studi Sarjana Keperawatan**



Dr. Arivanti Saleh, S.Kep., M.Si
NIP. 19680421 200101 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Eka Fitri Tahir

Nim : C12114024

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, 13 Agustus 2018

Yang membuat pernyataan,


(Eka Fitri Tahir)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Allah *subhanahu wa taala* atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Penerapan 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien *International Patient Safety Goals (IPSG)* Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit di RS Unhas ”, yang merupakan persyaratan akademis untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan pada Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin, Makassar.

Penyusunan skripsi ini tentunya menuai banyak hambatan dan kesulitan sejak awal hingga akhir penyusunan skripsi ini. Namun berkat bimbingan, bantuan, dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya hambatan dan kesulitan yang dihadapi peneliti dapat diatasi. Pada kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada kedua orang tua penulis, Ibunda Nasmawati dan Ayahanda Muhammad Tahir dengan kasih sayang tak bersyarat, dengan dukungan moril maupun materil serta do'a yang tiada henti.

Dengan segala hormat, penulis juga mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Unhas.
2. Ibu Ilkafah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing satu yang senantiasa memberikan masukan dan arahan-arahan dalam penyempurnaan skripsi ini.

3. Ibu Nuhaya Nurdin, S.Kep., Ns., MN. MPH selaku pembimbing dua yang senantiasa memberikan masukan dan arahan-arahan dalam penyempurnaan skripsi ini.
4. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan.
5. Teman-teman Cranial 2014 yang senantiasa *sharing*, memberikan masukan dan dukungan agar segera menyelesaikan tugas akhir ini.
6. Teman-teman KKN profesi kesehatan posko Desa Tamalanrea Kec. Bontotiro, Bulukumba Gel. 96 terima kasih atas motivasi dan dukungannya.
7. Sahabat-sahabat yang senantiasa memberi *support* Uyunul Jannah, Nurhidayah M, Yuni Astuti, Uni Ratna Sari, Jasmaunna, Hasbulla. Terima kasih atas motivasi dan dukungannya dalam menyelesaikan proposal ini.

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati peneliti menyadari bahwa peneliti hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari salah dan khilaf dalam penelitian dan penyusunan skripsi ini. Oleh karena itu, peneliti senantiasa mengharapkan masukan yang konstruktif sehingga peneliti dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang.

Makassar, Juli 2018

Eka Fitri Tahir

ABSTRAK

Eka Fitri Tahir. C12114024. **GAMBARAN PENERAPAN ENAM SASARAN KESELAMATAN PASIEN BERDASARKAN *INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS* (IPSG) DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN**, dibimbing oleh Ilkafah dan Nurhaya Nurdin. (xii + 97 halaman + 1 gambar + 2 tabel + 5 lampiran).

Latar Belakang: Program keselamatan pasien merupakan suatu usaha untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD) yang sering terjadi pada pasien selama dirawat di rumah sakit. Ketidakpedulian terhadap keselamatan pasien akan menimbulkan kerugian bagi pasien dan pihak rumah sakit, seperti biaya perawatan yang harus ditanggung pasien lebih banyak, waktu perawatan pasien yang lebih lama serta berdampak pada mutu kualitas pelayanan rumah sakit. Perawat sebagai salah satu sumber daya manusia kesehatan yang ada di rumah sakit dengan profesi yang memiliki waktu interaksi lebih lama dengan pasien dibandingkan dengan profesi lain, memiliki peran kritis yang sangat penting dalam praktik pemberian pelayanan kesehatan yang berfokus pada keselamatan pasien.

Tujuan Penelitian: Untuk mengetahui gambaran penerapan enam sasaran IPSG (*International Patient Safety Goals*) di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

Metode: Penelitian kualitatif deskriptif yang menggunakan teknik *purposive sampling*. Pengambilan data dilakukan dengan metode wawancara mendalam.

Hasil: Penelitian ini memuat enam buah tema penelitian diantaranya identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat *high alert*, keselamatan pasien rencana operasi, pencegahan infeksi dan pencegahan pasien jatuh.

Kesimpulan: Enam sasaran keselamatan pasien sebagian besar telah diterapkan sesuai standar yang ada, dan terdapat beberapa hambatan dalam pelaksanaannya.

Saran: Diharapkan pihak rumah sakit lebih memperhatikan kinerja staf dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien salah satunya dengan memberikan pelatihan secara rutin dan memperhatikan fasilitas yang mendukung pelaksanaan keselamatan pasien.

Kata kunci: *patient safety, perawat*

Sumber Literatur: 39 kepustakaan (2006-2018)

ABSTRACT

Eka Fitri Tahir. C12114024. **DESCRIPTION OF APPLICATION SIX PATIENT SAFETY GOALS BASED ON INTERNATIONAL PATIENT SAFETY GOALS (IPSG) IN HASANUDDIN UNIVERSITY HOSPITAL**, guided by Ilkafah and Nurhaya Nurdin. (xii + 97 pages + 1 pictures + 2 tables + 5 attachment).

Background: The patient's safety program is an attempt to reduce the unexpected event rate (KTD) that often occurs in patients during hospitalization. Indifference to patient safety will cause harm to patients and the hospital, such as the cost of care to be borne by more patients, longer patient care time and impact on the quality of hospital service quality. Nurses as one of the health human resources in hospitals with professions that have longer interaction time with patients than with other professions, have a critical role that is very important in the practice of providing health services that focus on patient safety.

Research Objectives: To know the experience of nurses in applying six targets IPSG (International Patient Safety Goals) at Hasanuddin University Hospital.

Method: Descriptive qualitative research with phenomenology approach using purposive sampling technique. Data collection is done by in-depth interview method.

Results: This study contains six themes of research including patient identification, effective communication, high alert drug safety, patient surgery plan, infection prevention and prevention of falling patients.

Conclusion: The six targets have been largely implemented according to existing standards, and there are several obstacles in their implementation.

Suggestion: It is expected that the hospital will pay more attention to the staff performance in implementing the patient's safety objective, one of them by giving training regularly and paying attention to facilities that support the implementation of patient safety.

Keywords: patient safety, nurse

Source of Literature: 39 literatures (2006-2018)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
BAB I <u>P</u> ENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
1. Tujuan Umum.....	7
2. Tujuan Khusus.....	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II <u>T</u> INJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Pengertian Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety</i>).....	9

B.	Macam Insiden Keselamatan Pasien (<i>patient safety incident</i>).....	10
C.	Standar Keselamatan Pasien (<i>patient safety</i>)	13
D.	Sasaran Keselamatan Pasien (<i>patient safety</i>)	20
1.	Ketepatan identifikasi pasien.....	20
2.	Peningkatan komunikasi efektif	21
3.	Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (<i>hight alert medication</i>)	24
4.	Ketepatan lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien bedah	26
5.	Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	27
6.	Pengurangan risiko pasien jatuh.....	29
E.	Tujuh Langkah-langkah Keselamatan Pasien (<i>patient safety</i>).....	29
BAB III METODE PENELITIAN.....		33
A.	Desain Penelitian.....	33
B.	Tempat dan Waktu Penelitian	33
C.	Partisipan.....	33
D.	Alur Penelitian	34
E.	Instrumen dan Teknik Pengumpulan Data.....	35
F.	Analisa Data	36
H.	Etika Penelitian	39
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		41

A. Deskripsi Partisipan Penelitian	41
B. Deskripsi Hasil Penelitian	42
C. Pembahasan.....	67
D. Keterbatasan penelitian	89
BAB V PENUTUP.....	90
A. Kesimpulan	90
B. Saran.....	92
DAFTAR PUSTAKA	94
Lampiran I: <i>Informed Consent</i>	98
Lampiran 2: Persetujuan Responden.....	99
Lampiran 3: Pertanyaan penelitian.....	100
Lampiran 4: Transkrip wawancara.....	101
Lampiran 5: Surat-surat.....	135

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. alur penelitian

DAFTAR TABEL

Tabel 1. karakteristik partisipan

Tabel 2. kata kunci dan tema penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien menjadi isu terkini dalam pelayanan kesehatan dan menjadi bagian dari program kesehatan dunia sejak malpraktik menggema di seluruh belahan bumi melalui berbagai media baik cetak maupun elektronik hingga ke jurnal-jurnal ilmiah ternama (Nursalam, 2011, 2014).

Nursalam (2011) menyebutkan bahwa program keselamatan pasien adalah suatu usaha untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD) yang sering terjadi pada pasien selama dirawat di rumah sakit sehingga sangat merugikan baik pasien itu sendiri maupun pihak rumah sakit. Menurut Triwibowo (2013) KTD merupakan suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*omission*), dan bukan karena *underlying disease* atau kondisi pasien.

Kejadian tidak diharapkan (KTD) merupakan dampak lebih lanjut dari kejadian nyaris cedera (KNC). Triwibowo (2013) mengemukakan bahwa KNC adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi karena

keberuntungan (misalnya pasien menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat).

Menurut Triwibowo (2013) KNC lebih sering terjadi dibandingkan dengan kejadian tidak diharapkan (KTD), frekuensi kejadian ini tujuh sampai seratus kali lebih sering terjadi. Kedua kondisi ini diawali dengan adanya kesalahan medis baik berupa kesalahan proses yang dapat dicegah, melaksanakan rencana kegiatan yang tidak lengkap, menggunakan rencana kegiatan yang salah, melakukan tindakan yang seharusnya tidak perlu dilakukan atau tidak melakukan suatu tindakan yang seharusnya diambil, yang dapat mengakibatkan pasien tidak cedera ataupun cedera. Pasien yang tidak mengalami cedera masuk dalam kelompok nyaris cedera (*near miss*) dan pasien yang mengalami cedera dalam kelompok yang mengalami kejadian tidak diharapkan (*adverse event*).

Sasaran keselamatan pasien (SKP) yang digunakan saat ini mengacu pada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari WHO (2007) yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organization*. Sasaran tersebut terdiri atas 6 (enam) poin yang juga digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS PERSI) sebagai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS, dulu dikenal dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit (SARS)). Adapun keenam sasaran tersebut antara lain: mengidentifikasi pasien dengan benar; meningkatkan komunikasi secara efektif; meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*); memastikan benar tempat, benar prosedur, dan benar

pembedahan pasien; mengurangi risiko infeksi; mengurangi risiko pasien jatuh (SARS, 2011; SNARS, 2017).

Pada kongres Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) tahun 2007, KKP-RS melaporkan insiden keselamatan pasien sebanyak 145 insiden yang terdiri dari KTD 46%, KNC (Kejadian Nyaris Cedera) 48% dan lain-lain 6% dan lokasi kejadian tersebut berdasarkan provinsi ditemukan Sulawesi Selatan berada pada urutan ke delapan yaitu 0,69% dan DKI Jakarta menempati urutan tertinggi yaitu 37,9%. Sedangkan pada tahun 2010 kasus KTD meningkat menjadi 63% dari 12 provinsi di Indonesia (dikutip dalam Handayani, 2013).

Triwibowo (2013) menyebutkan beberapa kondisi yang memudahkan terjadinya kesalahan dalam penerapan *patient safety* diantaranya tekanan mental dan fisik, keterbatasan fisik, gangguan lingkungan, supervisi dan *team work*. Selain itu, Prihatini (2015) dalam penelitiannya terkait hubungan *workload* dan *attitude* perawat dengan penerapan pencegahan infeksi menunjukkan hasil bahwa meskipun perawat memiliki *attitude* yang baik, rendahnya tingkat kepatuhan mencuci tangan dikarenakan kurang fasilitas serta kurang tepatnya penempatan fasilitas cuci tangan. Sehingga dalam hal ini, dapat disimpulkan bahwa fasilitas juga merupakan salah satu faktor yang dapat mendukung penerapan keselamatan pasien.

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap penanganan keselamatan pasien di rumah sakit meliputi organisasi dan manajemen (misalnya struktur organisasi, kultur organisasi, kebijakan, kepemimpinan dan komitmen,

sumber daya manusia, finansial, peralatan dan teknologi), lingkungan kerja (misalnya fisik, lingkungan bising, banyak interupsi, beban kerja, tekanan waktu dan psikologis, desain bangunan), *team work* (misalnya komunikasi, kerjasama, supervisi, pembagian tugas), individu (misalnya pengetahuan, skill, sikap dan perilaku, kondisi fisik dan mental, kepribadian staf), *task* (diantaranya ketersediaan SOP, ketersediaan pedoman, desain tugas), dan pasien (seperti kondisi pasien, kepribadian, kemampuan, gangguan mental) (Triwibowo, 2013). Menurut Mappanganro (2015) keselamatan pasien dapat dicapai jika pengetahuan, sikap, kecerdasan emosional, motivasi perawat dan supervisi kepala ruangan baik serta didukung oleh manajemen rumah sakit.

Selain itu, Aprilia (2011) dalam penelitiannya terkait faktor yang mempengaruhi perawat dalam penerapan IPSG (*International Patient Safety Goals*) pada akreditasi JCI menunjukkan hasil bahwa variabel individu (meliputi usia, status pernikahan, lama kerja di unit, lama kerja sejak lulus pendidikan, jenjang jabatan, frekuensi pelatihan *patient safety*, dan sosialisasi terkait mutu rumah sakit) memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku penerapan IPSG. Adapun variabel lain yang memiliki hubungan dengan penerapan IPSG adalah pengaruh organisasi dan pengetahuan.

Perawat sebagai salah satu sumber daya manusia kesehatan yang ada di rumah sakit dengan profesi yang memiliki waktu interaksi lebih lama dengan pasien dibandingkan dengan profesi lain, memiliki peran kritis yang sangat penting dalam praktik pemberian pelayanan kesehatan yang berfokus pada keselamatan pasien. Yoo dan Kim (2017) dalam penelitiannya terkait

sikap perawat dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien, mengemukakan bahwa salah satu upaya untuk memperbaiki lingkungan kerja dan keselamatan pasien adalah dengan meningkatkan sikap perawat dalam melaporkan suatu insiden.

Melaporkan setiap terjadi KTD merupakan upaya untuk memperbaiki sistem pelayanan dan peningkatan *patient safety* dengan memunculkan kesalahan, meskipun kesalahan tersebut tidak menimbulkan kerugian. Ketidakpedulian akibat keselamatan pasien akan menimbulkan kerugian bagi pasien dan pihak rumah sakit, seperti biaya perawatan yang harus ditanggung pasien lebih banyak, serta waktu perawatan pasien yang lebih lama. Sedangkan untuk rumah sakit berdampak pada mutu kualitas pelayanan rumah sakit yang memiliki kontribusi sangat besar dalam menciptakan citra rumah sakit (Nursalam, 2014).

Rumah Sakit Pendidikan Unhas (RSP Unhas) merupakan salah satu rumah sakit di Sulawesi Selatan yang mengembangkan nilai dasar kerjasama dan kebersamaan dalam mencapai visi misinya termasuk menjadi pelopor terpercaya dalam pemeliharaan kesehatan yang bertaraf internasional. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Bea, Noor & Pasinringi (2013) terkait Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien RS Unhas tergolong kuat dengan persentasi 71,57% dan sisanya dalam kategori sedang. Penelitian ini menunjukkan bahwa hampir semua instalasi pada RS Unhas berada dalam kategori budaya keselamatan pasien yang baik,

diantaranya instalasi kemoterapi, instalasi rawat inap, instalasi HCU & ICU, instalasi gawat darurat serta instalasi radiologi. Adapun instalasi dengan budaya keselamatan pasien sedang yaitu instalasi ambulatori dan evakuator, instalasi gizi, dan instalasi rekam medik.

Marianti (2014) dalam penelitiannya terkait hubungan budaya organisasi dengan perilaku perawat dalam melaksanakan keselamatan pasien menunjukkan adanya hubungan positif bermakna antara keduanya, dimana semakin baik budaya organisasi maka perilaku perawat akan semakin baik. Atas dasar hal tersebut di atas, peneliti tertarik untuk mengetahui gambaran penerapan enam sasaran keselamatan pasien IPSG (*International Patient Safety Goals*) di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin yang telah memiliki budaya keselamatan pasien yang baik.

B. Rumusan Masalah

Program keselamatan pasien merupakan suatu usaha untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD) yang sering terjadi pada pasien selama dirawat di rumah sakit (Nursalam, 2011). Ketidakpedulian akibat keselamatan pasien akan menimbulkan kerugian bagi pasien dan pihak rumah sakit, seperti biaya perawatan yang harus ditanggung pasien lebih banyak, serta waktu perawatan pasien yang lebih lama. Sedangkan untuk rumah sakit berdampak pada mutu kualitas pelayanan rumah sakit yang memiliki kontribusi sangat besar dalam menciptakan citra rumah sakit (Nursalam, 2014). Pengurangan angka kejadian tidak diharapkan (KTD) dapat dicegah dengan meningkatkan budaya keselamatan pasien (*patient*

safety culture) di rumah sakit. Budaya keselamatan pasien yang baik dapat mendorong perilaku perawat semakin baik pula dalam menerapkan keselamatan pasien. Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya, Rumah Sakit Unhas merupakan salah satu rumah sakit dengan budaya keselamatan pasien yang baik hampir pada semua instalasi perawatan. Atas dasar hal tersebut, peneliti merumuskan masalah bagaimana gambaran penerapan 6 (enam) sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran penerapan enam sasaran IPSG (*International Patient Safety Goals*) di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran penerapan ketepatan identifikasi pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
- b. Untuk mengetahui gambaran penerapan peningkatan komunikasi efektif di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
- c. Untuk mengetahui gambaran penerapan peningkatan keamanan obat yang harus diwaspadai di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
- d. Untuk mengetahui gambaran penerapan ketepatan lokasi, benar prosedur dan benar pasien pembedahan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

- e. Untuk mengetahui gambaran penerapan pengurangan risiko infeksi di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
- f. Untuk mengetahui gambaran penerapan pengurangan risiko pasien jatuh di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
- g. Untuk mengetahui faktor penghambat dan pendukung penerapan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat dalam bidang akademik, sebagai acuan pembelajaran dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan peserta didik terkait keselamatan pasien di Rumah Sakit.
2. Bagi Rumah Sakit dan pemberi layanan lainnya, dapat digunakan sebagai acuan dasar penyusunan kebijakan untuk menciptakan budaya keselamatan pasien (*patient safety*) di Rumah Sakit yang lebih baik.
3. Bagi peneliti selanjutnya, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Menurut WHO (2009, dalam Buku Saku Insiden Keselamatan Pasien, 2016) *patient safety* atau keselamatan pasien merupakan penurunan risiko sampai sekecil mungkin sampai batas yang bisa diterima bagi pasien, mulai dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau cedera yang potensial terkait dengan pelayanan kesehatan. Sedangkan keselamatan pasien rumah sakit (*hospital patient safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi assesemen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan, dan analisis insiden (Depkes RI, 2006). Keselamatan pasien juga merupakan atribut dalam sistem pelayanan kesehatan; meminimalkan kejadian dan dampak buruk bagi pasien, dan memaksimalkan pemulihan dari kecelakaan medis medis (WHO, 2011). Menurut Nursalam (2011) program keselamatan pasien adalah suatu usaha untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD) yang sering terjadi pada pasien selama dirawat di rumah sakit sehingga merugikan baik pasien tu sendiri maupun pihak rumah sakit.

Progam Keselamatan Pasien Rumah Sakit merupakan kegiatan yang cikal bakalnya telah lama ada, yakni dijamin Hippocrates 400 tahun sebelum Masehi, namun gerakan global baru dimulai oleh WHO tahun 2004 dengan dibentuk nya *Global Alliance for Patient Safety*. Dalam publikasinya tahun

2000 *Institute of Medicine, A.S. (IOM)* yang bertopik *too err is human*, diperkirakan antara 44.000 – 98.000 kematian tiap tahun di Amerika Serikat disebabkan oleh kesalahan medis, ini membuktikan bahwa problem keselamatan pasien adalah nyata dan tersebar luas. Di Indonesia sendiri, data tentang KTD apalagi Kejadian Nyaris Cedera (*near miss*) masih langka.

Dalam rangka peningkatan keselamatan pasien di rumah sakit, maka Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) mengambil inisiatif untuk membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) pada tanggal 1 Juni 2005. Komite ini mendorong pengembangan keselamatan pasien dan peningkatan mutu pelayanan rumah sakit melalui program Akreditasi Rumah Sakit.

Akreditasi rumah sakit Indonesia dikenal dengan status akreditasi nasional dan status akreditasi internasional. Selama ini, penilaian akreditasi menggunakan standar akreditasi berdasarkan tahun berapa standar tersebut mulai dipergunakan untuk penilaian. Namun, pada Januari 2018 mulai diberlakukan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1 (SNARS Edisi 1). SNARS ini merupakan standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia yang salah satu item penilaian didalamnya adalah 6 (enam) sasaran keselamatan pasien.

B. Macam Insiden Keselamatan Pasien (*patient safety incident*)

Insiden keselamatan pasien (IKP) merupakan setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang tidak seharusnya terjadi, meliputi KTD (Kejadian Tak Diharapkan), KNC

(Kejadian Nyaris Cedera), KTC (Kejadian Tidak Cedera), KPC (Kejadian Potensial Cedera) dan kejadian Sentinel (Buku Saku IKP, 2016).

1. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

KTD (dalam Buku Saku IKP, 2016) merupakan insiden yang mengakibatkan pasien cedera. Triwibowo (2013) juga mengemukakan bahwa KTD merupakan suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commision*) atau karena tidak bertindak (*omission*), dan bukan karena *underlying disease* atau kondisi pasien. KTD ada yang dapat dicegah dan ada yang tidak dapat dicegah. KTD yang dapat dicegah (*preventable adverse event*) berasal dari kesalahan proses asuhan pasien. Sedangkan KTD yang tidak dapat dicegah adalah suatu kesalahan akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah (*unpreventable adverse event*) walaupun dengan pengetahuan yang mutakhir (Cahyono, 2008).

2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

KNC (dalam Buku Saku IKP, 2016) merupakan insiden belum sampai terpapar ke pasien sehingga pasien tidak cedera. Triwibowo (2013) menyebutkan bahwa KNC berperan sebagai awal sebelum terjadinya KTD, dan KNC lebih sering terjadi daripada KTD. Contoh dari insiden KNC adalah adanya pencegahan (misalnya suatu obat dengan *overdosis lethal* akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan) atau dengan adanya peringatan (misalnya suatu

obat dengan *overdosis lethal* diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya).

3. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

KTC (dalam Buku Saku IKP, 2016) merupakan insiden terpapar ke pasien, tetapi pasien tidak cedera. Sedangkan menurut KKP-RS (2008, dalam Triwibowo, 2013) KNC adalah suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat mencederaikan pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi karena keberuntungan (misalnya pasien menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat).

4. Kejadian Potensial Cedera (KPC)

Kejadian Potensial Cedera (KPC)/ *reportable circumstance* merupakan kondisi yang sangat potensial untuk menimbulkan cedera, tapi belum terjadi insiden. Misalnya alat defibrilator standby di ICU tapi tidak berfungsi (Buku Saku IKP, 2016).

5. Kejadian Sentinel (*sentinel event*)

Sentinel event atau kejadian sentinel merupakan suatu kejadian tidak diharapkan yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima misalnya operasi bagian tubuh yang salah (Kemenkes RI, 2011; Buku Saku IKP, 2016).

C. Standar Keselamatan Pasien (*patient safety*)

Standar keselamatan pasien yang dipakai mengacu pada *Hospital patient safety standards* yang dikeluarkan oleh *Joint Commision of Accreditation of Health Organizations* tahun 2002 yang disesuaikan dengan kondisi rumah sakit yang ada di Indonesia. Berdasarkan Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2006; Standar Akreditasi Rumah Sakit, 2011) standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh standar yaitu:

1. Standar I. Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya cedera (KKP-RS, 2008 dalam Triwibowo, 2013). Kriteria dari standar ini adalah:

- a. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
- c. 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 KTD

2. Standar II. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan (KKP-RS, 2008 dalam Triwibowo, 2013). Melibatkan pasien yang merupakan mitra dalam

proses pelayanan dapat meningkatkan keselamatan pasien, selain itu dengan adanya pendidikan dari rumah sakit kepada pasien dan keluarga diharapkan:

- a. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur
- b. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga
- c. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- d. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan
- e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit
- f. Memperlihatkan sikap menghormati peraturan rumah sakit
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

3. Standar III. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Dalam hal ini, rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan (KKP-RS, 2008 dalam Triwibowo, 2013). Adapun kriteria terkait standar ke tiga ini adalah:

- a. Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit
- b. Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara kesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar

- c. 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
 - d. Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.
4. Standar IV. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Rumah sakit harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Kriteria dari standar IV ini adalah:

- a. Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan 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”
- b. Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan

- c. Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua KTD dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi
- d. Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

5. Standar V. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Menurut KKP-RS (2008, dalam Triwibowo, 2013) standar pemimpin dalam meningkatkan keselamatan pasien diantaranya, a) pimpinan mendorong dan menjamin implemementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”; b) pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi KTD; c) pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien; d) Pimpinan mengalokasi sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien; e) pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien. Adapun kriteria terkait standar V ini adalah:

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien

- b. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis-jenis kejadian yang memerlukan perhatian
- c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien
- d. 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
- e. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah (RCA) KNC dan kejadian sentinel pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan
- f. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan kejadian sentinel
- g. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin
- h. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan

pasien, termasuk evaluasi berkala terkait kecukupan sumber daya tersebut

- i. 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

6. Standar VI. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Mendidik staf yang dimaksud dalam hal ini adalah yang pertama, rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas, dan yang kedua adalah rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hadijah (2015) terkait hubungan model supervisi kepala ruangan dengan penerapan keselamatan pasien menunjukkan bahwa terdapat hubungan model supervisi kepala ruangan edukatif dengan pelaksanaan keselamatan pasien. Menurutnya, model supervisi ini merupakan model yang paling dominan berhubungan dengan penerapan keselamatan pasien dibandingkan model lain seperti model normatif dan model restoratif.

Kriteria dari standar VI ini adalah:

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

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

Rumah sakit merencanakan dan mendesign proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal serta proses transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat. Adapun kriteria standar ini adalah sebagai berikut:

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

D. Sasaran Keselamatan Pasien (*patient safety*)

Sasaran keselamatan pasien berdasarkan *International Patient Safety Goals* (IPSG) menurut *Joint Commission International* (JCI) dalam Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2006) yang juga terdapat dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (2017) adalah sebagai berikut:

1. Ketepatan identifikasi pasien

Identifikasi pasien adalah upaya yang dilakukan untuk membedakan pasien satu dengan yang lain sehingga memperlancar atau mempermudah pemberian pelayanan kepada pasien sehingga dapat mencegah kejadian-kejadian potensial cedera. Prosedur ini dikembangkan untuk memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan pasien. Identifikasi pasien dalam hal ini berperan sebagai cara yang dapat dipercaya/ reliable mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan serta cara untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Proses identifikasi yang digunakan di rumah sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 (dua) dari tiga (tiga) bentuk identifikasi yaitu nama pasien (tidak boleh disingkat), tanggal lahir, nomor rekam medik dan atau bentuk lainnya (misalnya, nomor induk kependudukan atau *barcode*) dalam hal ini, nomor kamar pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien. Dua (2) bentuk identifikasi harus dilakukan dalam setiap keadaan terkait intervensi kepada pasien, misalnya indentifikasi

pasien dilakukan sebelum memberikan radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, kateterisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma (Depkes RI, 2006; SNARS Edisi 1, 2017).

Adapun proses prosedur yang termasuk dalam proses identifikasi ini berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (2017) adalah sebagai berikut:

- a. Pasien diidentifikasi menggunakan minimal 2 (dua) identitas pasien (umumnya digunakan nama pasien, nomor identifikasi berupa nomor rekam medis atau tanggal lahir pasien), tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien dirawat.
- b. Pasien diidentifikasi sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik.
- c. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet.
- d. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisa, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, kateterisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.

2. Peningkatan komunikasi efektif

Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan dapat dipahami oleh penerima, akan mengurangi kesalahan dan

meningkatkan keselamatan pasien (WHO, 2011). Komunikasi dapat secara elektronik, lisan atau tertulis. Komunikasi yang paling sering menimbulkan kesalahan adalah komunikasi lisan atau melalui telepon. Berdasarkan Standar Akreditasi Rumah Sakit (2011) untuk meningkatkan keefektifan dalam berkomunikasi rumah sakit mestinya mengembangkan suatu kebijakan dan prosedur untuk perintah lisan atau melalui telepon dengan cara penerima menuliskan perintah/ hasil pemeriksaan secara lengkap, kemudian penerima membacakan kembali (*read back*) dan mengkonfirmasi kebenaran pesan yang ditulis dan dibaca tadi. Kebijakan dan/atau prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses pembacaan kembali (*read back*) tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam situasi gawat darurat/ *emergency* di IGD atau ICU.

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (2017) untuk melakukan komunikasi secara verbal dan atau melalui telepon dengan aman dilakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Pemesanan obat atau permintaan obat secara verbal sebaiknya dihindari
- b. Dalam keadaan darurat karena komunikasi secara tertulis atau komunikasi elektronik tidak mungkin dilakukan maka harus ditetapkan panduannya meliputi permintaan pemeriksaan, penerimaan hasil pemeriksaan dalam keadaan darurat, identifikasi dan penetapan nilai kritis (terkait hasil pemeriksaan diagnostik),

hasil pemeriksaan diagnostik, serta kepada siapa dan oleh siapa hasil pemeriksaan kritis dilaporkan

- c. Rumah sakit diminta memiliki daftar singkatan yang diperkenankan dan dilarang, hal ini karena penggunaan singkatan-singkatan yang tidak ditetapkan oleh rumah sakit sering kali menimbulkan kesalahan komunikasi dan dapat berakibat fatal.
- d. Tiap-tiap unit rumah sakit diminta menetapkan nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostiknya untuk mengurangi risiko bagi pasien karena perbedaan persepsi antar petugas kesehatan.

Adapun elemen penilaian dalam sasaran ini menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (2017) diantaranya:

- a. Pesan secara verbal atau lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan
- b. Penyampaian hasil pemeriksaan diagnostik secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan secara lengkap
- c. Rumah sakit menetapkan besaran nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan hasil diagnostik kritis
- d. Rumah sakit menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan dicatat di rekam medis

- e. Ada bukti tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara profesional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien (*hand over*)
- f. Ada bukti dilakukan evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien (*hand over*)

3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*)

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) adalah obat yang persentasinya tinggi untuk menimbulkan kesalahan/ kejadian sentinel, dan untuk obat beresiko tinggi yang menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) demikian pula obat-obat yang tampak mirip dan ucapan mirip (NORUM), atau biasa disebut dengan istilah *look alike sound alike* (LASA) (Kemenkes RI, 2011).

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (2017) obat yang perlu diwaspadai terdiri atas:

- a. Obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan dapat menimbulkan kematian atau kecacatan seperti insulin, heparin, atau kemoterapeutik.
- b. Obat yang nama, kemasan, label, penggunaan klinik tampak/ kelihatan sama (*look alike, sound alike* atau disebut juga NORUM, nama obat rupa ucapan mirip) seperti Xanax dan Zantac atau *hydralazine* dan *hydroxyzine*

- c. Elektrolit konsentrat seperti *potasium* klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 2mEq/ml, *potasium* fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3mmol/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0.9% dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40% atau lebih.

Berdasarkan Standar Akreditasi Rumah Sakit (2011) peningkatan keamanan penggunaan dan penyimpanan obat dapat ditingkatkan jika rumah sakit mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur untuk menyusun daftar obat-obatan yang perlu diwaspadai, mengidentifikasi area mana yang membutuhkan elektrolit konsentrat dan membuat prosedur penyimpanannya, serta menetapkan cara pemberian label obat yang jelas, sehingga dapat membatasi akses penyalahgunaan obat untuk mencegah pemberian obat yang salah secara tidak sengaja. Selain itu, rumah sakit perlu menetapkan risiko spesifik dari setiap obat dengan tetap memperhatikan aspek peresepan. Obat *high alert* harus disimpan di instalasi farmasi/unit/depo. Bila rumah sakit ingin menyimpan di luar lokasi tersebut, disarankan disimpan di depo farmasi yang berada di bawah tanggung jawab apoteker (SNARS, 2017).

Adapun elemen terkait prosedur pada sasaran ini menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (2017) diantaranya:

- a. Adanya kebijakan dan/atau prosedur yang dikembangkan untuk mengatur penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan dan penggunaan obat-obat yang perlu diwaspadai.

- b. Tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai
- c. Tempat penyimpanan, pelabelan, dan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai termasuk NORUM diatur di tempat aman
- d. Elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja/ instalasi farmasi atau depo farmasi

4. Ketepatan lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien bedah

Salah lokasi, salah prosedur dan salah pasien adalah kejadian mengkhawatirkan yang biasa terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini dapat terjadi akibat; komunikasi yang tidak efektif dan hubungan yang tidak adekuat antara anggota tim bedah; kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*) dan tidak adanya prosedur yang ditetapkan untuk memverifikasi lokasi operasi; assesmen pasien yang tidak optimal; penelaahan ulang catatan medis yang kurang cermat; budaya yang tidak mendukung terjadinya komunikasi terbuka antara tim bedah; pemakaian singkatan yang tidak jelas (Kemenkes RI, 2011; Triwibowo, 2013; SNARS, 2017).

Berdasarkan Standar Akreditasi Rumah Sakit (2011) penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh rumah sakit, dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan, harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar, jika memungkinkan tanda tersebut harus terlihat sampai pasien disiapkan dan selimuti. Adapun

elemen proses yang dapat dilihat dari sasaran keselamatan pasien ini diantaranya:

- a. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang segera dikenali untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan tersebut.
- b. Ada bukti bahwa penandaan lokasi operasi atau tindakan invasif dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien
- c. Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk melakukan verifikasi praoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat/benar serta bersifat fungsional.
- d. Rumah sakit menggunakan komponen "*Time out*" terdiri atas identifikasi tepat pasien, tepat prosedur, dan tepat lokasi, persetujuan atas operasi, dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan sebelum melakukan irisan
- e. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat atau mendokumentasikan prosedur "sebelum insisi" tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/ tindakan pembedahan.

5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar bagi tatanan pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih

akibat pemasangan kateter, infeksi aliran darah dan pneumonia akibat penggunaan ventilasi mekanis. Menurut WHO (2011) salah satu cara mengurangi angka kejadian infeksi adalah dengan meningkatkan budaya cuci tangan yang benar sesuai prosedur yang telah ditetapkan. Adapun lima momen/ saat cuci tangan (*five moment hand hygiene*) yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptik, setelah terkena cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien, dan setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien.

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (2017), yang termasuk bagian dari pengurangan risiko infeksi ini adalah sebagai berikut:

- a. Adanya pedoman *hand hygiene* terbaru yang dikembangkan oleh rumah sakit berdasarkan WHO.
- b. Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di seluruh rumah sakit
- c. Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur
- d. Ada bukti staf melaksanakan lima saat cuci tangan (*five moment hand hygiene*)
- e. Prosedur disinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan prosedur
- f. Ada bukti rumah sakit melakukan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan

6. Pengurangan risiko pasien jatuh

Kasus pasien jatuh dapat menjadi penyebab cedera pasien rawat inap. Rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko tersebut. Menurut Triwibowo (2013) evaluasi tersebut meliputi riwayat jatuh, obat yang dikonsumsi, konsumsi alkohol, gaya/ cara berjalan dan keseimbangan pasien serta alat bantu yang sedang digunakan oleh pasien. Adapun langkah-langkah penerapan pengurangan risiko ini menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (2017) adalah:

- a. Adanya proses assesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, dan lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh.
- b. Adanya proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien rawat inap berdasar atas catatan teridentifikasi risiko jatuh
- c. Adanya kebijakan atau prosedur dari rumah sakit yang diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dengan hasil assesmen yang dianggap berisiko.
- d. Adanya monitoring prosedur yang diberikan, baik tentang keberhasilan pengurangan risiko jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak sengaja.

E. Tujuh Langkah-langkah Keselamatan Pasien (*patient safety*)

Tujuh langkah dalam penerapan keselamatan pasien di rumah sakit menurut Kemenkes RI (2011) yaitu:

1. Pertama dengan membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
2. Memimpin dan mendukung staf, membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit. Membicarakan arti penting dan usaha untuk meningkatkannya dengan pertemuan, penyelidikan pendidikan/ pelatihan tentang keselamatan pasien.
3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko, mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan pengkajian hal yang berpotensi menjadi masalah. Mengecek status penyakit pasien dan mengidentifikasi terapi yang sudah diberikan.
4. Mengembangkan sistem pelaporan, memastikan staf agar dengan mudah melaporkan kejadian atau insiden, serta pelaporan Rumah Sakit kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
5. Melibatkan pasien dalam berkomunikasi serta mengembangkan cara-cara berkomunikasi yang terbuka dengan pasien.
6. Melakukan kegiatan belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.
7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien, menggunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Menurut Triwibowo (2013) tercapainya keselamatan pasien juga didukung oleh beberapa komponen yang dapat menentukan keberhasilan keselamatan pasien, meliputi:

1. Lingkungan eksternal, dalam konteks organisasi kesehatan, tekanan eksternal dapat bersumber dari tuntutan penerapan mutu keselamatan pasien (akreditasi), kompetisi dalam pelayanan, dan meningkatnya kesadaran masyarakat.
2. Kepemimpinan, pemimpin adalah pemegang kunci perubahan karena pimpinan memiliki tanggung jawab untuk memimpin perubahan, tanpa dukungan pimpinan yang kuat maka tidak akan pernah terjadi perubahan dalam organisasi.
3. Budaya organisasi, budaya keselamatan pasien merupakan pondasi keselamatan pasien, mengubah budaya keselamatan pasien dari *blaming culture* menjadi *safety culture* merupakan kata kunci dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
4. Praktik manajemen, mencakup perencanaan, pendanaan, organisasi, staf, pengendalian dan pemecahan masalah serta evaluasi.
5. Struktur dan sistem, dengan merancang sistem agar setiap kesalahan dapat dilihat (*making errors visible*) agar kesalahan dapat dikurangi (*mitigating the effects of errors*) agar tidak terjadi kesalahan (*error prevention*).
6. Lingkungan kerja, kebutuhan individu, dan motivasi. Lingkungan kerja yang kondusif dapat menumbuhkan motivasi kerja dan akan mempermudah implementasi keselamatan pasien.

7. Meningkatkan kemampuan kolaborasi kerja tim

Menurut kajian pelatihan tim oleh Baker et al. (dalam WHO, 2011) mengungkapkan bahwa pelatihan tenaga medis sebagai tim merupakan pragmatis, strategi yang efektif untuk meningkatkan keselamatan pasien dan mengurangi kesalahan medis. WHO (2011) menjelaskan bahwa kerjasama tim merupakan salah satu elemen penting dalam keselamatan pasien. Menurutnya, kerjasama tim telah dikaitkan dengan hasil yang lebih baik diberbagai bidang seperti pelayanan primer dan pelayanan kanker, penurunan kesalahan medis dan peningkatan hasil pelayanan pasien termasuk keselamatan pasien. Sehubungan dengan hal tersebut, Herdiana, Mulyati, & Rachman (2016) dalam penelitiannya terkait faktor determinan keselamatan pasien menemukan bahwa dukungan tim kerja menjadi salah satu faktor yang dapat meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif deskriptif. Hal yang dikaji dalam penelitian ini adalah deskripsi mengenai bagaimana penerapan 6 (enam) sasaran *International Patient Safety Goals* (IPSG) di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei 2018 di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

C. Partisipan

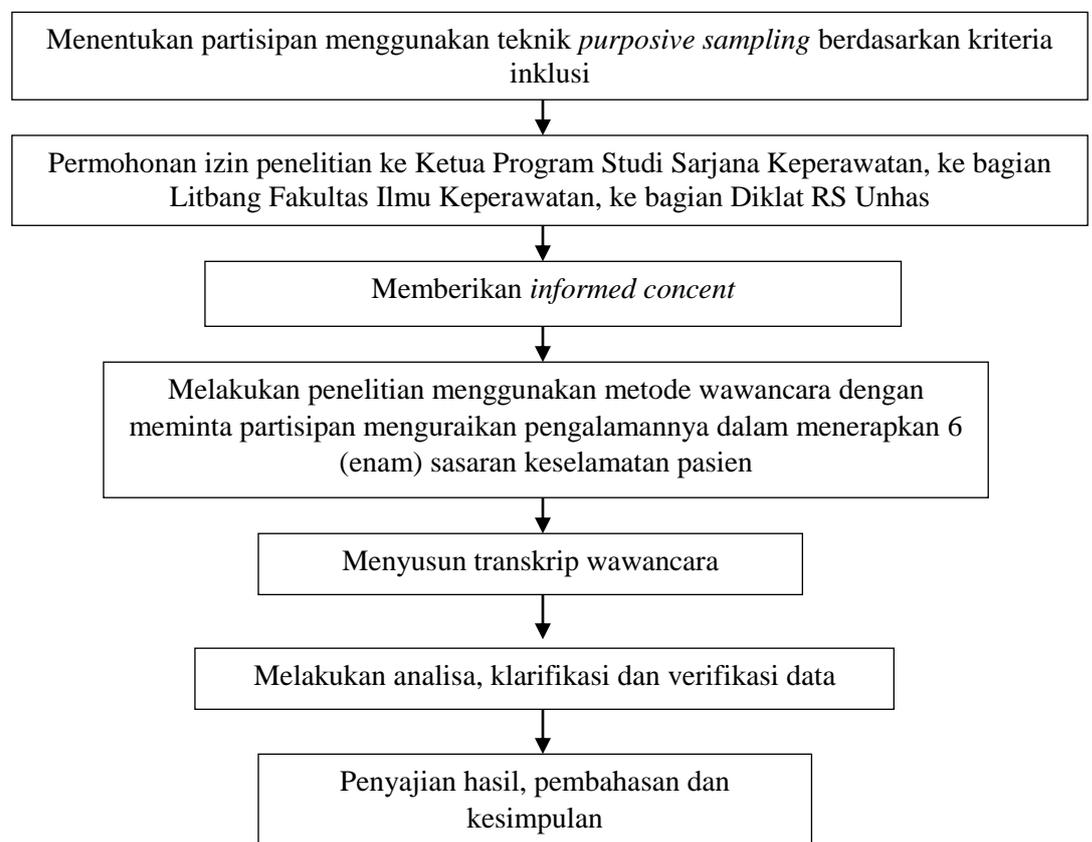
Partisipan dalam penelitian ini adalah perawat di rumah sakit Universitas Hasanuddin. Partisipan dalam penelitian ini dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*, dimana partisipan tersebut dipilih berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan yaitu sebagai berikut:

1. Bersedia menjadi partisipan
2. Perawat pelaksana yang telah bekerja lebih dari 1 (satu) tahun di Rumah Sakit Unhas
3. Perawat yang telah mengikuti pelatihan/ sosialisasi terkait keselamatan pasien

Creswell (dikutip dalam Saryono & Anggrani, 2013) dalam hal ini lebih merekomendasikan jumlah partisipan yang relatif kecil (kurang dari 10)

untuk studi kualitatif dengan mempertimbangkan kemampuan peneliti untuk menggali secara mendalam informasi dari partisipan dimungkinkan optimal dengan jumlah sampel yang relatif kecil. Penentuan jumlah sampel tergantung pada pengambilan data yang akan dihentikan ketika tidak ada informasi baru lagi, terjadi replikasi, atau kemiripan informasi, atau pengulangan informasi (datanya sudah jenuh/ titik saturasi).

D. Alur Penelitian



Gambar 1. alur penelitian

E. Instrumen dan Teknik Pengumpulan Data

1. Instrumen penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini disebut *human instrument* dimana peneliti sendiri yang menjadi instrumen yang berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih partisipan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data, dan membuat kesimpulan atas temuannya. Sebab peneliti sebagai instrumen, maka validasi dilakukan oleh peneliti itu sendiri sesuai pemahaman terhadap metode penelitian kualitatif, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, dan kesiapan peneliti untuk memasuki obyek penelitian baik secara akademik maupun logistiknya untuk melakukan penelitian dengan terjun langsung ke lapangan (Sugiyono, 2010).

Penelitian ini menggunakan teknik wawancara dengan metode *interview* atau langsung bertanya kepada partisipan. Pedoman wawancara sebagai instrumen tambahan berupa pertanyaan-pertanyaan umum terkait judul penelitian. Selain itu, peneliti juga menggunakan *tape recorder* untuk merekam semua percakapan selama wawancara berlangsung dengan partisipan.

2. Teknik pengumpulan data

Metode pengumpulan data pada penelitian kualitatif dibagi menjadi beberapa bagian yaitu:

a) Tahap persiapan pengumpulan data

Langkah awal yang dilakukan sebelum melakukan penelitian, peneliti meminta izin kepada pihak RS Universitas Hasanuddin untuk melakukan penelitian. Setelah partisipan diperoleh, selanjutnya peneliti melakukan pendekatan dengan partisipan dengan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta meminta kesediaannya menjadi partisipan. Setelah partisipan bersedia ikut serta dalam penelitian, selanjutnya peneliti dan partisipan menentukan tempat dan waktu untuk pertemuan selanjutnya.

b) Tahap pelaksanaan pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara semi terstruktur, dengan bantuan pedoman wawancara. Wawancara dilakukan sekitar 40-60 menit untuk mendapatkan hasil wawancara yang mendalam. Peneliti mencatat semua temuan di lapangan (*field note*).

c) Tahap terminasi

Setelah wawancara dilakukan, peneliti akan mengonfirmasi ulang jawaban partisipan yang mungkin akan dikoreksi jika terdapat kekeliruan, juga agar tidak terdapat perbedaan pemahaman antara partisipan dan peneliti.

F. Analisa Data

Setelah melakukan pengumpulan data melalui wawancara dari masing-masing partisipan, peneliti membuat transkrip hasil wawancara yang

selanjutnya dianalisa. Adapun tahapan proses analisa data dari Colaizzi (1978 dalam Saryono & Anggraeni, 2013) adalah sebagai berikut.

1. Gambaran fenomena yang diteliti harus jelas, yaitu pengalaman perawat dalam menerapkan enam sasaran keselamatan pasien di rumah sakit Universitas Hasanuddin.
2. Mencatat data yang diperoleh dari hasil wawancara dengan mengubah hasil rekaman dalam catatan. Masing-masing partisipan dibuatkan satu transkrip yang bertujuan untuk memudahkan peneliti.
3. Membaca secara berkala hasil dari transkrip wawancara.
4. Membaca transkrip untuk memperoleh kata kunci dari setiap partisipan dan memberi garis bawah pada setiap pernyataan yang penting kemudian dikelompokkan.
5. Menentukan pernyataan-pernyataan penting dari semua partisipan.
6. Kemudian memahami secara keseluruhan untuk menentukan tema utama.
7. Setelah merumuskan tema, peneliti mengintegrasikan hasil yang dibuat dalam bentuk deskriptif naratif.
8. Mengklarifikasi data hasil wawancara berupa transkrip yang dibuat kepada partisipan, untuk memberikan kesempatan kepada partisipan menambah informasi yang belum diberikan pada saat wawancara dan yang tidak ingin dipublikasikan.

9. Data baru yang diperoleh saat dilakukan validasi dan digabungkan dalam transkrip yang telah disusun oleh peneliti berdasarkan persepsi partisipan.

G. Keabsahan Data

Penelitian dapat dipercaya dan berguna ketika dilakukan keabsahan data yaitu dengan cara sebagai berikut (Saryono & Anggraeni, 2013).

1. Kredibilitas (*credibility*)

Kredibilitas merupakan kriteria untuk menentukan kebenaran dari informasi, dimana peneliti melakukan pengecekan kembali hasil wawancara apakah sudah sesuai dengan hasil rekaman dan catatan lapangan, kemudian partisipan diminta kembali untuk membaca hasil wawancara apakah sudah sesuai dengan yang disampaikan partisipan.

2. Transferabilitas (*transferability*)

Transferabilitas merupakan suatu hasil dari penelitian kualitatif yang dapat diterapkan atau diaplikasikan pada situasi yang lain. Kriteria ini digunakan dalam konteks *setting* yang memiliki tipologi, pada penelitian ini peneliti menguraikan hasil temuan secara sistematis dan dapat dipercaya, sehingga dapat dipahami oleh orang lain. Bila laporan penelitian yang disampaikan sudah jelas, maka prinsip ini sudah terpenuhi.

3. Dependabilitas (*dependability*)

Dependabilitas dalam penelitian ini adalah kriteria yang mengacu pada konsistensi peneliti dalam mengumpulkan data, membentuk dan

menggunakan konsep-konsep ketika membuat interpretasi untuk menarik kesimpulan. Teknik yang digunakan adalah *dependability audit* yaitu suatu penelaan data dan dokumen yang mendukung secara menyeluruh. Pada penelitian ini, peneliti melakukan *auditing* (pemeriksaan) dengan pembimbing sebagai orang yang berkompeten dibidangnya.

4. Konfirmabilitas (*confirmability*)

Konfirmabilitas dalam penelitian ini adalah bukti kebenaran dari penelitian dimana hasil penelitian sesuai dengan data yang dikumpulkan dan dicantumkan dalam laporan. Konfirmabilitas mengacu pada objektivitas, yaitu disepakati oleh dua orang yang independen. Data yang diperoleh harus mewakili informasi yang diberikan oleh partisipan. Dalam penelitian ini, untuk mencapai kriteria tersebut peneliti menunjukkan data transkrip yang disertai catatan lapangan dan analisi kepada pembimbing.

H. Etika Penelitian

Komisi nasional Etika Penelitian Kesehatan (2007) menyatakan bahwa etika penelitian meliputi:

1. *Respect for person* (prinsip menghormati harkat martabat manusia)

Merupakan penghormatan pada harkat dan martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan untuk memilih dan sekaligus bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusannya. Penelitian yang dilakukan memberikan otonomi kepada responden dan melindungi

responden dari gangguan terhadap otonominya atau berkurangnya otonomi responden. Peneliti menghormati hak subjek penelitian, apakah subjek tersebut bersedia untuk ikut serta dalam penelitian atau tidak, dengan memberikan *informed consent* (lembar persetujuan) pada subjek penelitian.

2. *Beneficence* (prinsip etik berbuat baik)

Penelitian yang dilakukan dengan memaksimalkan manfaat dengan meminimalkan kerugian, resiko penelitian harus wajar dibanding manfaat yang diharapkan, memenuhi persyaratan ilmiah, peneliti mampu melaksanakan penelitian serta tidak mencelakakan atau melakukan halhal yang merugikan (*non maleficence, do no harm*) subjek penelitian.

3. *Justice* (prinsip etik keadilan)

Penelitian yang dilakukan memperlakukan subjek penelitian dengan moral yang benar dan pantas, memperhatikan hak dari subjek penelitian serta distribusi seimbang dan adil dalam hal beban dan manfaat keikutsertaan dalam penelitian.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menggambarkan pengalaman perawat RS Unhas dalam menerapkan 6 (enam) sasaran keselamatan pasien dan informasi terkait karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian ini. Penelitian ini dilakukan pada hari Rabu 23 Mei 2018 sampai dengan hari Jumat 25 Mei 2018, yang dimulai dengan wawancara dua orang (masing-masing perawat ICU dan UGD) kemudian lima orang pada hari berikutnya (berturut-turut perawat UGD, perawat kelas 2&3, perawat kemoterapi, perawat kelas 1 (2 orang)). Pengambilan data dihentikan setelah tidak ada informasi baru lagi, terjadi replikasi atau kemiripan informasi, dan pengulangan informasi. Penelitian ini menghasilkan beberapa tema untuk setiap sasaran, namun tema-tema tersebut saling berkaitan satu sama lain untuk menggambarkan pengalaman perawat dalam menerapkan keenam sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan mengidentifikasi hasil penelitian dengan teori-teori, penelitian terdahulu serta standar nasional yang telah ditetapkan, yang dalam penelitian ini peneliti mengacu pada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS, 2017). Keterbatasan penelitian akan dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi yang sebenarnya.

A. Deskripsi Partisipan Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti menjamin kerahasiaan identitas dari partisipan karena menyangkut privasi dari partisipan tersebut, sehingga peneliti hanya akan menjelaskan bagaimana latar belakang dari partisipan

tanpa menyebutkan identitas. Setiap partisipan diberi kode (P) dan diberi nomor sesuai urutan wawancara sehingga kode partisipan terdiri dari P1-P7. Partisipan pada penelitian ini merupakan perawat di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin dan telah bekerja minimal 1 tahun dan telah mendapatkan sosialisasi terkait keselamatan pasien sebelumnya. Peneliti melakukan wawancara kepada setiap partisipan dengan waktu dan tempat berlangsungnya wawancara sesuai dengan keputusan partisipan.

Adapun partisipan yang turut serta secara sukarela dan tanpa paksaan dalam penelitian ini berjumlah 7 (tujuh) orang yaitu sebagai berikut:

Tabel 1 karakteristik partisipan

Kode partisipan	Jenis kelamin	Unit kerja	Umur (tahun)	Pendidikan terakhir	Lama bekerja	Lama wawancara
P1	Perempuan	ICU	28 tahun	Ners	5 tahun	14:29 menit
P2	Perempuan	IGD	28 tahun	Ners	5 tahun	22:23 menit
P3	Perempuan	IGD	29 tahun	S2 Keperawatan	5 tahun	26:03 menit
P4	Perempuan	kelas 2&3	28 tahun	Ners	4 tahun	18.55 menit
P5	Perempuan	Kemoterapi	27 tahun	Ners	3 tahun	22:18 menit
P6	Perempuan	Kelas 1	28 tahun	Ners	4 tahun	21:01 menit
P7	Perempuan	Kelas 1	26 tahun	Ners	3 tahun	22:05 menit

B. Deskripsi Hasil Penelitian

Pada deskripsi hasil penelitian ini, peneliti akan menampilkan temuan lapangan beserta kata kunci dari setiap jawaban partisipan pada setiap item pertanyaan penelitian yang terkait pengalaman partisipan dalam menerapkan

6 (enam) sasaran keselamatan pasien di RS Unhas yang kemudian dirumuskan menjadi tema penelitian. Hasil dari rekaman wawancara dan catatan lapangan dibuat dalam bentuk transkrip wawancara dari setiap partisipan, dianalisis dengan menggunakan teknik analisis data dengan metode fenomenologi yang dikembangkan oleh Colaizzi (1982-1983, dikutip dalam Saryono & Anggraeni, 2013). Setelah melakukan analisa jawaban partisipan, dihasilkan 6 (enam) buah tema yang disertai dengan sub tema per item. Tema-tema tersebut muncul berdasarkan pengalaman perawat dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien di rumah sakit Unhas. Secara singkat akan diuraikan pada tabel berikut:

Tabel 2 kata kunci dan tema penelitian

Variabel	Tema	Sub Tema	Kata Kunci
Pengalaman perawat dalam menerapkan ketepatan identifikasi pasien	Identifikasi pasien	Metode identifikasi	<ul style="list-style-type: none"> • Dipasangkan gelang identitas • Identifikasi dengan minimal dua identitas • Nama pasien • Nomor rekam medik (RM) • Tanggal lahir • Tanya pasien/ sebut nama • Cek gelang • Beda jenis kelamin, beda warna gelang • Di gelang ada tanda pasien alergi • Di gelang ada tanda risiko jatuh • Nomor bed pasien
		Waktu identifikasi	<ul style="list-style-type: none"> • Tiap ada tindakan • Tiap mau kasih obat • Pengambilan darah • Saat menerima pasien baru/ pertama masuk
		Hambatan	<ul style="list-style-type: none"> • Beda nama satu huruf • Beda tanggal lahir • Pasien tidak hapal tanggal lahir • Pasien susah diajak komunikasi • Pasien tidak sadar • Pasien tidak tahu bahasa Indonesia

Variabel	Tema	Sub tema	Kata kunci
Pengalaman perawat dalam menerapkan peningkatan komunikasi efektif	Komunikasi efektif	Jenis komunikasi	<ul style="list-style-type: none"> • SBAR-TBAK • Via telpon • Via lisan
		Prinsip komunikasi efektif	<ul style="list-style-type: none"> • Dicatat • Konfirmasi ulang/ baca kembali • Buku pelaporan nilai kritis
		Waktu penerapan komunikasi efektif	<ul style="list-style-type: none"> • Ada perintah • Situasi emergency pasien • Terima hasil lab nilai kritis
		Hambatan	<ul style="list-style-type: none"> • Rekan kerja susah dihubungi • Tanda tangan DPJP susah didapat • Pendokumentasian terlambat
Pengalaman perawat dalam menerapkan peningkatan keamanan obat <i>high alert</i>	Keamanan obat <i>high alert</i>	Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak diizinkan ada stok obat di lemari/ obat dipisah/ diapotik • 6 (enam) benar obat • Dihandle oleh farmasi/ apotik • Ada penanda <i>high alert</i>/ label • Kecuali UGD atau ICU, ada di trolley emergency
		Hambatan	<ul style="list-style-type: none"> • Kesalahan hampir terjadi • Beda nama dikemasan, beda isinya
Pengalaman perawat dalam menerapkan ketepatan lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien bedah	Pasien rencana pembedahan	Prosedur <i>preoperative</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ada <i>preoperative check list</i> • ada <i>marking site</i>
		Prinsip pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none"> • Ditandai pakai spidol diselebaran • Penandaan oleh dokter • Perawat sebagai saksi • Keluarga pasien dilibatkan
		Hambatan	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak pernah bertugas di kamar OK • Dokter kadang lupa isi semua item
Pengalaman perawat dalam menerapkan pengurangan risiko infeksi terkait layanan kesehatan	Pencegahan infeksi	Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hand hygiene</i> • Pakai handrub • Cuci tangan sebelum tindakan • Setelah tindakan • Pakai handskun • Ada sosialisasi/ monitoring RS • Ada waktu maksimal pemasangan kateter • Ada waktu maksimal pemasangan infus • Ada waktu maksimal pemasangan NGT • Penggunaan APD • Perawatan luka teknik aseptik

Variabel	Tema	Sub tema	Kata kunci
		Hambatan	<ul style="list-style-type: none"> • 6 langkah cuci tangan kurang diterapkan • <i>Five moment hand hygiene</i> kurang diterapkan • Tissue habis
Pengalaman perawat dalam menerapkan pengurangan risiko pasien jatuh	Pencegahan pasien jatuh	Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> • Ada pengkajian (<i>form</i> risiko jatuh) • Pemasangan <i>reil</i> tempat tidur • Direstrain (diikat) • Penanda pasien risiko jatuh (segitiga, 3 warna; merah, kuning, hijau) • Digelang stiker risiko jatuh • Ada poin-poin/ skor risiko jatuh • Pasien diedukasi • Ke WC ada yg menemani • Perhatikan lantai yg licin • Barang didekatkan ke tubuh pasien • Lampu penerangan dimaksimalkan • Tersedia tempat pegangan di dinding RS
		Waktu pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none"> • Assessmen awal masuk • Tergantung perubahan kondisi pasien
		Hambatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien bandel

1. Identifikasi pasien

Pada bagian ini, peneliti akan memamparkan hasil penelitian terkait identifikasi pasien berdasarkan hasil wawancara pada tujuh orang partisipan yang disajikan ke dalam beberapa sub tema yang telah dikelompokkan sebelumnya. Sub tema tersebut meliputi metode identifikasi, waktu identifikasi dan hambatan yang alami oleh perawat dalam menerapkan ketepatan identifikasi pasien. Selengkapnya sebagai berikut:

a. Metode identifikasi

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan pada 7 (tujuh) orang partisipan, ditemukan jawaban yang serupa terkait pengalaman mereka dalam menerapkan ketepatan identifikasi pasien.

Mereka mengaku bahwa metodeidentifikasi pasien yang mereka lakukan menggunakan minimal dua identitas pasien.

“...identifikasi pasien itu kita ada minimal dua yang kita lakukan. Yang pertama itu, nama kemudian tanggal lahir atau nama dengan nomor RMnya” (P3).

Identitas tersebut dapat dilihat dari gelang identitas yang diberikan kepada pasien sejak pertama masuk RS seperti yang diutarakan oleh partisipan berikut:

“...kalau identifikasi kan pertama masuknya pasien biasa lewat poli atau UGD biasa disitu dikasih memang gelangya“ (P4).

Gelang identitas tersebut memuat nama, tanggal lahir dan nomor RM, selain itu pada gelang identitas juga terdapat stiker resiko jatuh dan penanda pasien alergi. Sedangkan pembeda antara pasien wanita dan laki-laki terdapat pada warna gelang tersebut. Hal ini sesuai dengan pernyataan partisipan sebagai berikut:

“...di gelang itu ada nama pasien, nomor rekam medik, sama tanggal lahir. Terus pembedaan jenis kelaminnya itu dari warnanya pink untuk perempuan, biru untuk laki-laki. Terus di gelangya juga itu ada biasa tanda pasien alergi atau resiko jatuh” (P2).

Identifikasi dengan gelang identitas dilakukan perawat di RS Unhas dilakukan setiap akan memberikan intervensi terkait pasien. Selain melakukan pengecekan langsung pada gelang tersebut, partisipan menyebutkan bahwa terkadang mereka juga menanyakan atau menyebut langsung identitas tersebut kepada pasien, hal ini sesuai dengan pernyataan partisipan berikut:

“...jadi, sebelum melakukan tindakan itu, kita tanya dulu pasiennya pak siapa namata, lalu dicocokkan dengan identitasnya di gelang pasien” (P2).

“...identifikasi pasien itu mulai pasien masuk, pertama datang ke sini dicek gelangnya, nama, tanggal lahir, rekam medik. Itu juga kalau mau dilakukan juga tindakan selalu disebut nama, tanggal lahir, dilihat di gelang identitasnya. Ibu benarmi namata ini?”(P7).

Selain dengan cara di atas, beberapa partisipan mengaku bahwa terkadang mereka melakukan identifikasi dengan cara langsung mengecek gelang identitas yang dikenakan pasien atau hanya menyapa nama pasien saja yang telah mendapatkan perawatan lama dan sudah dikenal. Hal ini dilakukan dengan alasan takut pasien bosan ditanya terus setiap akan melakukan tindakan, sesuai dengan pernyataan partisipan berikut:

“...kalau dikenal mi pasiennya biasa namanya saja yang disebut kalau mau diberi tindakan, karena kan lamami dirawat jadi dihapalmi orangnya, bosan juga pasien kalau ditanya terus tiap ada tindakan pak siapa namata, jadi kadang disapa saja lalu diberimi tindakan” (P4).

“...untuk berikutnya kalau ada intervensi yang sama langsung lihat gelangya saja” (P5).

Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu partisipan menyebutkan bahwa identifikasi menggunakan nomor bed masih biasa ditemukan meskipun bukan menjadi penentu ketepatan identifikasi pasien.

“...biasa juga disini tambahannya nomor bed tapi kan itu tidak jadi penentu karena misalnya pasiennya pindah tempat, apalagi kalau banyak pasien. Satu kavling itu bisa dua pasien jadi biasanya bed 5 ada 5a, 5b karena kan terbatas cuma bednya ji yang banyak, kavling-kavlingnya cuma ada 12. Jadi haruski betul-betul tau namanya, kita cross check ulang digelangnya” (P3).

b. Waktu identifikasi

Proses identifikasi pasien diterapkan mulai saat pasien pertama masuk dan setiap ingin melakukan tindakan misalnya pemberian obat, pengambilan darah atau tindakan keperawatan lainnya seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut:

“...tiap mau tindakan, tiap mau kasih obat, kalau kemarin sih di kemo kan kalau mau kasih masuk obat kemonya kan selalu tiap botol itu pasti dicross check lagi anunya, mau ambil darah juga. Pokoknya tindakan-tindakan yang berhubungan dengan pasien dicek dulu identitasnya” (P1).

“...pada saat masuk, pada saat pemberian obat, setiap prosedur tindakan itu semua dilakukan identifikasi pasien” (P3).

c. Hambatan

Adapun hambatan yang kerap kali dialami oleh perawat dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien yang pertama ini diantaranya disebutkan oleh partisipan berikut:

“...entah di admisi pertama kali pasien masuk atau diterima, kadang beda nama sama tanggal lahirnya. Itu kadang namanya beda satu huruf. Tapi kan dipastikan lagi tanggal lahirnya sama nomor rekam mediknya. Hambatan lainnya, terkadang pasiennya sendiri tidak hapal tanggal lahirnya, jadi kalau ada keluarganya ya ditanya sama keluarganya” (P1).

“...terkadang ada pasien yang susah diajak komunikasi, tidak sadar, atau lansia tapi adaji biasa keluarganya, atau pasien yang tidak tahu bahasa Indonesia. Solusinya ya kita cari teman yang bisa bahasa daerahnya” (P6).

Hambatan-hambatan tersebut di atas bukan penghalang bagi perawat di RS Unhas untuk tetap melakukan identifikasi pasien secara tepat, hal ini terlihat dengan adanya solusi yang disebut

sertakan para partisipan pada setiap hambatan yang ada. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa perawat di RS Unhas sudah menerapkan ketepatan identifikasi pasien dengan baik sesuai standar yang ada.

Berdasarkan analisa informasi tersebut, peneliti menarik kesimpulan penerapan sasaran ketepatan identifikasi pasien di RS Unhas adalah sebagai berikut:

- a. Pasien di RS Unhas diidentifikasi menggunakan minimal 2 (dua) identitas pasien yaitu nama pasien, tanggal lahir, atau nomor rekam medik pasien.
- b. Pasien diidentifikasi pada gelang identitas pasien
- c. Pasien diidentifikasi setiap ingin melakukan tindakan atau intervensi
- d. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat
- e. Pasien diidentifikasi sebelum pengambilan darah
- f. Pasien tidak boleh diidentifikasi menggunakan nomor bed (tempat tidur) pasien saja

2. Komunikasi efektif

Berdasarkan hasil wawancara dan analisa data yang telah dilakukan, peneliti mengelompokkan penerapan peningkatan komunikasi efektif kedalam beberapa sub tema yang akan dibahas pada bagian ini. Sub tema tersebut berdasarkan kata kunci yang diberikan oleh partisipan, yaitu jenis komunikasi, waktu penerapannya, prinsip komunikasi efektif

serta hambatan yang dialami oleh partisipan dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien tersebut. Adapun penjabaran dari sub tema tersebut adalah sebagai berikut:

a. Jenis komunikasi

Hasil wawancara pada tujuh orang partisipan menunjukkan bahwa peningkatan komunikasi efektif di RS Unhas digunakan sistem komunikasi SBAR TBAK. Seperti pernyataan partisipan berikut:

“...komunikasi efektif itu ada TBAK SBAR” (P7).

“...komunikasi efektif itu yang SBAR TBAK. Pada saat via telpon”(P6).

“...yang paling banyak saya dapat itu komunikasi lisan langsung atau via telpon”(P2).

SBAR merupakan singkatan dari *situation-background- assesemnt-recommendation* yang digunakan dalam melaporkan kondisi pasien kepada dokter penanggung jawab. Sedangkan TBAK merupakan singkatan dari tulis baca kembali yang digunakan dalam menerima instruksi. Hal ini sejalan dengan penjelasan partisipan berikut:

“...SBAR itu situasi, background, assessment, rekomendasi. TBAK itu, tulis lalu dibaca kembali” (P7).

b. Waktu penerapan komunikasi efektif

Peningkatan komunikasi efektif melalui sistem SBAR-TBAK di RS Unhas diterapkan perawat dalam berkomunikasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Prosedur ini diterapkan untuk mengurangi

kesalahan dalam dalam proses serah terima informasi antar tenaga kesehatan. Sistem komunikasi SBAR TBAK digunakan setiap menerima instruksi lisan via telpon seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut:

“...TBAK SBAR itu misalnya kalau ada instruksi dari dokter via telpon” (P2).

Selain digunakan dalam menerima instruksi dari dokter, sistem komunikasi SBAR-TBAK juga digunakan dalam melaporkan kondisi pasien dan menerima laporan hasil pemeriksaan nilai kritis laboratorium pasien. Selengkapnya telah dijelaskan oleh partisipan berikut:

“...SBAR itu misalnya ada keluhan pasien demam, suhu 39, kalau kita telpon dokter kita melapor keluhannya to berarti itu sudah SBAR, misalnya ada instruksi beri PCT 1 gr itu TBAK, ada itu tulis baca kembali” (P6).

“...di HD biasa saya dapat hasil lab via telpon, jadi orang lab itu harus lapor dulu ke dokter penanggung jawab yang tanda tangan di lembar permintaan lab...jadi kalau misalnya saya yang angkat, dia tanyakan itu siapa namanya? Siapa namaku to, terus kalau sudah itu kalau misalnya dokternya tidak ada, ada di atas itu buku pelaporan nilai kritis, jadi di situ saya tulis, jam berapa di lapor, siapa yang lapor, siapa yang terima telpon, berapa nilai kritisnya, ituji terus siapa DPJP dokter penanggung jawabnya”(P2).

Sementara itu, partisipan lain yang saat penelitian berlangsung bekerja di ICU menyebutkan bahwa komunikasi SBAR-TBAK hanya digunakan dalam pelaporan nilai kritis sedangkan untuk komunikasi lainnya hanya menggunakan TBAK.

“...aturan yang baru di ICU, TBAK-SBAR itu dipakai Cuma untuk hasil lab kritis, kalau yang lainnya Cuma pakai TBAK, tidak tau kalau di ruangan lain”(P1).

c. Prinsip komunikasi efektif

Prosedur komunikasi SBAR TBAK diterapkan dengan cara penerima menuliskan perintah atau informasi yang diterima secara lengkap, kemudian penerima membacakan kembali (*read back*) dan mengkonfirmasi kebenaran pesan yang ditulis tadi kepada pemberi pesan. Hal ini sesuai dengan penjelasan partisipan berikut:

“...jadi apa instruksinya kita tulis, lalu kita konfirmasi ulang kita baca kembali betul ya dok ini instruksinya pemberian obat misalnya ceftriaxon 2 gram IV terus kita konfirmasi kemudian kita tanda tangan di situ ada tanggal, jam dan tanda tangan penerima instruksi sama pemberi instruksi”(P3).

Sedangkan untuk pelaporan nilai kritis, partisipan menyebutkan bahwa tersedia buku pelaporan yang biasa mereka gunakan untuk mendokumentasikan hasil laporan tersebut. Dalam buku tersebut memuat jam dilaporkannya, nama penerima laporan, nama pemberi laporan, apa instruksi selanjutnya, kemudian tanda tangan dokter penanggung jawab pasien yang kemudian distempel. Hal ini sesuai dengan penjelasan partisipan berikut:

“...pelaporan nilai kritis begitu ada memang bukunya, jadi kalau ada nilai kritis to orang lab langsung telponki dia laporkan bilang ada pasien ini ada nilai kritisnya, kemudian kita tulis jam dilaporkannya kemudian instruksinya apa ada juga stempelnya jadi dalam waktu 24 jam dokter harus tanda tangan sebagai pemberi perintah lisannya”(P4).

“...di buku nilai kritis itu ada jam diterima, siapa yang lapor, siapa yang terima telpon itu ditulis” (P7).

d. Hambatan

Adapun hambatan yang dikeluhkan partisipan seperti rekan yang susah dihubungi, susahnya mendapatkan tanda tangan DPJP, serta pendokumentasian yang kadang terkendala kesibukan masing-masing. Hal ini berdasarkan pernyataan partisipan berikut:

“...kadang ada rekan yang susah dihubungi, tidak stand by di ruangan pas kita lagi butuh”(P1).

“...kan harus ada tanda tangan dari pemberi instruksi nah itu kadang yang susah didapat”(P5).

“...tidak adaji hambatan yang ini, paling pendokumentasiannya ji kalau sibukmi. Tapi terkait pelaporan nilai kritis kan adaji memang bukunya jadi tidak iniji”(P4).

Berdasarkan uraian di atas, peneliti menyimpulkan penerapan peningkatan komunikasi efektif di RS Unhas yaitu sebagai berikut:

- a. Peningkatan komunikasi efektif di RS Unhas menggunakan sistem SBAR TBAK
- b. Pesan lewat telpon atau via lisan ditulis oleh penerima kemudian dibaca kembali menggunakan teknik TBAK
- c. Pelaporan kondisi pasien menggunakan sistem SBAR
- d. Penerimaan laporan nilai kritis laboratorium menggunakan teknik TBAK dengan mendokumentasikannya di buku pelaporan nilai kritis

3. Keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*)

Berdasarkan hasil wawancara terhadap 7 (tujuh) orang perawat RS Unhas, peneliti mengelompokkan jawaban partisipan kedalam dua sub tema yaitu prosedur dan hambatan sebagai berikut:

a. Prosedur

Hasil wawancara menunjukkan bahwa secara keseluruhan partisipan menyebutkan obat-obat *high alert* tidak diizinkan lagi untuk stand by di sekitar pasien dan sepenuhnya dihandle oleh pihak farmasi. Hal ini sesuai dengan pernyataan partisipan berikut:

“...kewaspadaan obat-obat itu khususnya yang high alert, kalau di perawatan tidak diizinkanmi ada obat seperti itu”(P4).

“...waktu di ruangan lama ji kemarin tidak diiznkanmi ada stok obat di lemari, semua dihandle sama farmasi”(P1).

“...kalau di sini tidak ada, kecuali ada resep, tidak ada stand by di ruangan. Nanti diresepkan baru ada, adanya di depo farmasi”(P6).

Adapun pengecualian untuk ruangan emergency seperti ICU dan UGD, obat *high alert* seperti NaCl 3%, epinefrin, dan heparin masih dapat dijumpai di trolley emergency namun tetap dalam pengawasan apoteker. Seperti yang diterangkan partisipan berikut:

“...kecuali di ICU atau UGD. Biasa ada tapi di trolley emergency ji, misalnya epinefrin dan lain-lain tapi kalau disekitar pasien itu tidak ada. Seperti cairan-cairan begitu tidak bisa di ruangan ini, di apotik ji bisa atau di ruangan emergency seperti ICU atau UGD” (P4).

“...ada di trolley emergency. Jadi obat-obat yang begitu kita yang kelola kerja sama dengan pihak apotik, tapi ada memang labelnya yang high alert”(P3).

“...cuma kalau di sini (ICU), di campurji, tapi tetap ada labelnya, penanda high alert sama yang LASA”(P1).

Untuk obat golongan LASA (*Look alike, sound alike* atau penampakan dan penyebutan yang hampir sama) dan obat dengan kewaspadaan tinggi (*high alert*), pihak apotik telah memberikan

label atau penanda untuk mengurangi kesalahan. Seperti yang diterangkan partisipan berikut:

“...obat LASA dan high alert, itu obatnya dipisah sama dikasih tanda, ada labelnya memang dari apotikmi” (P7).

Dalam hal peningkatan keamanan obat, beberapa partisipan mempunyai pengalaman hampir melakukan kesalahan, diantaranya:

“...biasa hampir masuk obatnya tapi bukan pasien itu yang dimaksud tapi alhamdulillah tidak sampai terjadi, Cuma hampir”(P4).

Berbeda dengan partisipan di atas, partisipan berikut menceritakan pengalamannya yang hampir melakukan kesalahan karena penampakan obat yang mirip , yaitu:

“...kan obat-obat LASA itu kadang penampakannya mirip, seperti metamizol itu mirip ampulnya dengan ranitidin, jadi saya pernah mau kasih masuk ranitidin tapi yang saya buka ampulnya itu bukan ranitidin, tapi itukan kalau kita mau kasih masuk obat itu labelnya ditempel, nah disitumi tau bilang saya salah setelah lihat labelnya, tidak jadinya” (P3).

Selain itu, pengalaman lain terkait peningkatan keamanan obat diceritakan oleh partisipan lain. Menurutnya tindakan invasif kepada pasien perlu *cross check* berulang kali untuk memastikan tidak ada kesalahan dan hal tersebut perlu menjadi kebiasaan seorang perawat. Meskipun sudah menjadi kebiasaan, partisipan tersebut mengaku masih sering salah dalam memberikan obat sesuai dosis yang sebenarnya, seperti pada penjelasan berikut:

“...waktu masih mahasiswa, saya pernah observasi terus saya lihat ada kesalahan jadi itumi sampai sekarang saya ingat terus tidak boleh ada kesalahan begitu. Kalaupun ada pengalamanku, itu biasanya dosis misalnya ceftriaxone kan biasanya itu resep dokter 1

gramji biasa per 12 jam, tapi biasa juga itu ada resep 2 gram per 24 jam, kalau banyak mi pasien, sibuk mi tidak diperhatikan mi itu biasa didalampi lagi baru diingat, baru ditambah 1 gramnya lagi”(P2).

b. Hambatan

Meskipun dalam penerapannya, penyediaan obat *high alert* sepenuhnya dihandle oleh pihak farmasi, namun untuk mencegah terjadinya kesalahan seperti yang disebutkan di atas perlu dilakukan pengecekan ulang terhadap setiap obat yang akan diberikan kepada pasien, hal ini didasarkan pada keterangan partisipan berikut:

“...kadang juga pengemasan dari apotiknya lain namanya dikemasan, lain isinya didalam jadi haruski juga periksa itu kembali cocokmi atau tidak”(P7).

Berdasarkan uraian di atas, peneliti menarik kesimpulan bahwa penerapan sasaran peningkatan keamanan obat *high alert* di RS Unhas adalah sebagai berikut:

- a. Obat *high alert* di RS Unhas sepenuhnya dikelola oleh pihak farmasi/ apotik
- b. Penyediaan obat *high alert* dilakukan oleh pihak apotik. Mulai dari pengemasan hingga pelabelan obat *high alert*.
- c. Selain di depo farmasi, obat *high alert* di RS Unhas hanya tersedia di ICU dan UGD dan ditempatkan di troli emergency.

4. Keselamatan pasien rencana pembedahan

Setelah wawancara dengan 7 (tujuh) orang partisipan yang merupakan perawat RS Unhas, peneliti menemukan bahwa tidak ada satupun dari partisipan yang ditemui memiliki pengalaman bekerja di

kamar operasi (OK). Adapun penerapan sasaran keempat ini difokuskan hanya pada persiapan *preoperative* saja yang dilakukan di ruang perawatan sebelum pasien dirujuk ke ruang operasi. 4 dari 7 partisipan yang ditemui menceritakan pengalaman mereka dalam merujuk pasien sedangkan 3 orang sisanya, 2 orang tidak menjelaskan apapun sebab memang tidak mempunyai pengalaman sebelumnya dan 1 orang partisipan hanya menyebutkan bahwa:

“...pernahji mengirim pasien tapi tidak adaji yang salah posisi, lokasi atau tindakan operasinya. Memang adaji ditandai pakai spidol itu”(P1).

Salah satu partisipan menyebutkan bahwa diruangan sebelumnya tempat beliau bekerja hanya menerapkan 5 sasaran saja, sasaran terkait ketepatan lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien bedah dihilangkan.

“...kalau di HD hanya 5 sasaran yang dipakai yang bagian ini dihilangkan” (P2).

Atas dasar hal tersebut di atas, pada bagian ini peneliti hanya menampilkan hasil terkait penerapan keselamatan pasien dengan rencana pembedahan yang kemudian dibagi kedalam beberapa sub tema yaitu prosedur *preoperative*, prinsip pelaksanaan dan hambatan yang dialami oleh partisipan, yang akan disajikan sebagai berikut:

a. Prosedur *preoperative*

Berdasarkan pengakuan keempat partisipan yang memiliki pengalaman dalam menerapkan sasaran ketepatan lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien bedah ini, peneliti menemukan bahwa penerapan sasaran tersebut dilakukan dengan adanya *preoperative*

check list yang didalamnya terdapat *marking site*. *Marking site* atau penandaan lokasi pembedahan dilakukan di ruang perawatan sebelum pasien diantar ke ruang pembedahan. Secara singkat dijelaskan oleh partisipan sebagai berikut:

“...kalau di sini itu pasien-pasien yang rencana operasi kan biasanya pasien poli kalau misalnya operasinya hari senin, itu pasiennya masuk UGD hari sabtu jadi itu untuk tepat operasinya itu ada memang **preoperative check list** itu adalah kayak format yang diisi sebelum dibawa ke ruang OK jadi itu sudah tercekli. Di *preoperative check list* itu ada namanya **marking site** jadi gambar *marking site* itu yang kita tandai”(P3).

Selain *marking site*, pada lembar *preoperative check list* juga terdapat informasi terkait pasien seperti nama pasien, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) pasien, kapan mulai puasa, informasi berat badan pasien, serta hasil pemeriksaan penunjang seperti USG dan pemeriksaan radiologi lainnya yang disebutkan oleh partisipan berikut:

“...ada namanya *preoperative check list*, ada *marking* sitenya, nama pasien, mulai puasanya kapan, bagaimana darahnya, informasi berat badannya pasien dab TTV terakhirnya pasien”(P4).

“...pemeriksaan tambahan juga, radiologinya, USGnya diperhatikan juga sebelum dibawa”(P6).

b. Prinsip pelaksanaan

Proses penandaan *marking site* pada lembar *preoperative check list* tersebut dilakukan pada selembar kertas yang terdapat gambar tubuh manusia. Proses penandaan tersebut dilakukan oleh dokter, disaksikan oleh perawat, pasien itu sendiri, serta keluarga

pasien yang kemudian akan bertanda tangan pada lembar persetujuan operasi. Seperti pada penjelasan partisipan berikut:

“...kita sebagai saksi dan dokter yang menandai, oh ini yang akan dioperasi kita sebagai perawat jadi saksi ikut juga tanda tangan sama keluarga pasien. jadi itu cara supaya tidak salah posisi. Dan kita tidak akan bawa itu pasien kalau belum terisi itu preoperative check list, harus memang terisi. Kalau dokternya ini, kita yang harus telpon kita yang ingatkan untuk isi ini preoperativ check list. Dan nanti di OK pun ketika diantar itu akan dicek lagi, jadi berlapis-lapis itu monitoringnya. Dan biasanya di OK itu ditandai organ yang akan dioperasi, kalau kita di ruangan Cuma diselebaran ditandai” (P3).

Dari penjabaran tersebut di atas, peneliti menyimpulkan bahwa penerapan sasaran ketepatan lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien bedah ini adalah sebagai berikut:

- a. Adanya *preoperative check list* yang wajib diisi sebelum pasien dirujuk ke ruang operasi
- b. *Marking site* pada lembar *preoperative check list* dilakukan oleh dokter, disaksikan oleh perawat, pasien serta keluarga pasien
- c. Hambatan

Adapun hambatan yang sering dialami partisipan yaitu terkait kelengkapan pengisian lembar *preoperative check list* oleh dokter penanggung jawab seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut:

“...biasa ada yang belum tercheck list jadi sisa diingatkan mami dokternya” (P4).

5. Pencegahan infeksi

Berdasarkan hasil wawancara dan hasil analisa jawaban partisipan, pada bagian penerapan pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan

kesehatan peneliti merumuskan tema pencegahan infeksi dan mengelompokkan jawaban partisipan kedalam dua sub tema yaitu prosedur dan hambatan. Adapun penjabaran keduanya adalah sebagai berikut:

a. Prosedur

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa di Rumah Sakit Unhas, kebiasaan mencuci tangan sudah menjadi budaya. Hal ini sejalan dengan pernyataan partisipan berikut:

“...di rumah sakit Unhas hand hygiene sudah jadi budaya” (P3).

Namun, meskipun sudah menjadi budaya masih terdapat beberapa partisipan mengaku masih belum menerapkan sesuai prosedur yang telah ditetapkan, diantaranya:

“...kan ada lima moment (lima saat mencuci tangan) itu kadang kalau mau ke pasien masih ini tapi kalau setelah ke pasien otomatis harus cuci tangan”(P1).

“...cuma kalau cuci tangan dalam keadaan emergency itu kadang sebelum ke pasiennya yang ini, tapi kalau setelah ke pasien itu pasti cuci tanganji. Tapi secara umumnya cuci tangan ji, kalau saya selalu terapkan sebelum dan setelah ke pasien”(P3).

“...kan harusnya cuci tangan sebelum ke pasien yang five moment itu, tapi biasa pakai hand druf saja”(P2).

Selain kurangnya penerapan lima saat mencuci tangan (*five moment*) tersebut, lainnya disebutkan oleh partisipan berikut terkait langkah-langkah mencuci tangan.

“...biasa langkah-langkahnya itu cuci tangan tidak berurut, yang 6 langkah itu. Tapi kalau yang five moment itu pastimi apalagi kalau sudah kita tau memang bilang ada infeksinya”(P4).

Berdasarkan hasil wawancara, selain menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan pakai sabun dan air mengalir, partisipan RS Unhas menyatakan bahwa terkadang mereka melakukan *hand hygiene* dengan menggunakan handrub saja. Seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut:

“...kalau tidak ada air pakai handrub”(P3).

“...handrub itu selaluji ada di dekat pasien, sekitar sini banyak ji tersedia” (P7).

Terkait pelaksanaan *hand hygiene* di RS Unhas, pihak PPI (pusat pengendalian infeksi) secara rutin menggelar sosialisasi dan monitoring staf melakukan *hand hygiene*. Sosialisasi ini biasanya dirangkaikan dengan hari-hari besar seperti hari *hand hygiene* sedunia. Dalam melakukan aksinya, pihak PPI bersosialisasi dengan mempraktekkan cara mencuci tangan kepada semua staf rumah sakit termasuk kepada pasien dan keluarganya. Hal ini diungkapkan oleh partisipan berikut:

“...kemarin hari *hand hygiene* sedunia itu ada keliling praktekkan cara cuci tangan biar pasien disuruh juga hapal, semuanya” (P2).

Selain budaya mencuci tangan, upaya lain yang ada di RS Unhas dalam mencegah terjadinya infeksi adalah dengan pemakaian APD, perawatan luka aseptik, dan adanya kebijakan dari rumah sakit terkait pencegahan flebitis dengan memberi waktu maksimal pemasangan infus, pemasangan kateter, dan pemasangan NGT yang secara singkat dijelaskan oleh partisipan berikut sebagai berikut.

“...pengendalian infeksi itu ada memang kebijakan dari rumah sakit, ganti infus itu hari ke-4 (itu infus set sama aboketnya dicabut dulu baru dipasang ulang), kateter hari ke-14,NGT tergantung jenisnya, kalau silikon itu 1bulan kalau yang jenis biasa itu 2 minggu” (P6).

“...kalau pasang infus begitu ada waktu maksimalnya 6 hari, jadi setelah 6 hari diganti lagi infus baru, ada kebijakan rumah sakit memang sampai hari ke-4 ji jadi kalau sudah hari ke-5 dipasang ulang sekalipun tidak ada tanda-tanda flebitis, untuk mencegah saja” (P4).

b. Hambatan

Penggunaan hand druf sebagai alternatif lain mencuci tangan di RS Unhas diakui partisipan salah satunya disebabkan oleh terbatasnya fasilitas seperti tissue. Ketersediaan stok tissue hampir dikeluhkan oleh semua partisipan yang ditemui, dikutip dari salah satu pernyataan partisipan bahwa:

“...hambatannya kalau mau cuci tangan itu tissue, jadi kalau habis tunggu kering dengan dikibas-kibas, kadang malasmu kalau mau ke pasien baru tunggu lagi kering jadi langsung pakai handskun saja. Tissue itu biasa dinas pagiji ada, kalau malam sudah habis” (P2).

Demikian pernyataan yang hampir dilontarkan oleh semua partisipan yang ditemui. Tetapi, partisipan lain meluruskan bahwa:

“...akhir-akhir ini selama sudah akreditasi jarangmi terjadi begitu. Sebelumnya ji kalau RS lagi krisis kadangji sabun diencerkan, tissue habis” (P5).

Dalam menjaga pelaksanaan *hand hygiene*, pihak PPI (pusat pengendalian infeksi) rumah sakit Unhas melakukan sosialisasi salah satunya pada hari *hand hygiene* sedunia. Seperti yang diungkapkan partisipan berikut:

“...kalau dari rumah sakit itu adaji biasa sosialisasi apalagi kemarin kan hari hand hygiene jadi rumah sakit sosialisasi di situ”(P1).

“...rumah sakit juga biasaji memantau yang PPI itu. Kayak kemarin hari hand hygiene sedunia itu ada yang keliling praktekan cara cuci tangan, biar pasien disuruh juga hapal, semuanya” (P2).

Berdasarkan penjabaran di atas, peneliti menyimpulkan bahwa penerapan pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan di RS Unhas yaitu:

- a. *Hand hygiene* menjadi budaya di RS Unhas
- b. Dalam pelaksanaannya masih terdapat beberapa kekurangan misalnya mencuci tangan tidak sesuai prosedur terkait 6 (enam) langkah cuci tangan dan 5 (lima) saat mencuci tangan
- c. Adanya kebijakan dari rumah sakit untuk pencegahan flebitis
- d. Adanya pemantauan dari rumah sakit terkait pelaksanaan *hand hygiene*

6. Pencegahan pasien jatuh

Berdasarkan hasil wawancara dengan 7 orang partisipan, peneliti merumuskan tema untuk penerapan pengurangan risiko pasien jatuh di RS Unhas yaitu pencegahan pasien jatuh. Jawaban partisipan terkait pencegahan pasien jatuh kemudian dikelompokkan ke dalam beberapa sub tema diantaranya prosedur, waktu pelaksanaan dan hambatan yang dialami partisipan yang akan dipaparkan secara bersamaan tanpa pemilahan seperti penyajian sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh sulitnya penyajian secara berkelompok berdasarkan sub tema oleh

peneliti. Dimana, peneliti berusaha menyajikan hasil tanpa mengurangi makna dari jawaban yang diberikan oleh partisipan, dan kata kunci untuk setiap sub tema penelitian tetap tergambar jelas.

Hasil wawancara dengan tujuh orang partisipan menunjukkan bahwa upaya pencegahan pasien jatuh di RS Unhas dilakukan dengan adanya form *assessmen* terkait risiko pasien jatuh seperti yang diterangkan oleh partisipan berikut:

“...kalau resiko pasien jatuh, ada pengkajian resiko jatuh to”(P5), “...ada memang formnya itu dek”(P6), “...itu ada memang pengkajiannya”(P7).

Pengkajian melalui *form* risiko jatuh yang mereka lakukan dimulai saat pasien pertama masuk, kemudian berkala sesuai dengan kategori risiko jatuh pasien tersebut. Pengkajian yang dilakukan dibedakan berdasarkan umur pasien, yang kemudian diberi skor risiko jatuh. Hal ini sejalan dengan pernyataan partisipan berikut:

“...di HD kalau kita yang terima pasien, kita yang kaji resiko jatuhnya, resiko jatuh sedangkah, tinggi atau rendah. ada juga pengkajian berdasarkan resiko jatuhnya ada di catatannya pasien itu, yang berat dikaji per 2 jam, sedang per 8 jam kayaknya, kalau yang ringan per 24 jam kalau tidak salah. Rawat inap kayaknya yang paling tau itu karena saya di UGD paling lama 8 jam pasien”(P2).

“...resiko jatuh itu ada dibagi-bagi ada untuk anak yang kurang dari 15 tahun, kemudian ada usia dewasa dan ada usia lansia yang umurnya 65 tahun keatas. Jadi kita ambil format itu sesuai dengan usia pasien kita kaji berapa skor resiko jatuhnya”(P3).

“...setelah dilakukan pengkajian, dikasih mi itu label, biasanya yang beresiko tinggi itu yang lansia, yang anak-anak, yang kurang kesadaran. Pengkajian resiko jatuh pertama pasien masuk, sama tiap hari karena ada memang pengkajiannya, ada lembar monitoringnya tergantung dia resiko apa”(P5).

“...kalau dia resiko rendah kan ada skornya kalau 25-50 itu dia sedang, kalau 0 itu tidak beresiko, kalau rendah dia sampai 25. Ini ada juga waktu-waktunya kalau dia rendah kita kaji per 24 jam, kalau dia sedang itu ada per 8 jam, kalau total yang per 2 jam”(P6).

Salah satu partisipan menyebutkan bahwa pengkajian yang dilakukan berdasarkan kondisi pasien, dan perkembangan pasien selanjutnya.

“...pas diidentifikasi pasien dikaji, kondisinya pasien itu apa ada resiko jatuh atau tidak awal masuknya. Biasanya kan kalau misalnya rencana operasi, awalnya dia tidak ada resiko jatuhnya masih bagus skornya, kan ada itu memang skornya. Nah kalau terpasangmi infusnya adami skor jatuhnya itu minimal 20 jadi masuk resiko rendah, kita lihat juga perkembangannya pasien apa ada resiko jatuhnya, bertahapki biasanya tergantung perubahannya pasien. ada juga monitoringnya”(P4).

“...kecuali kalau sudah terpasang infus sudah termasuk beresiko. Setiap ada perubahan itu dikaji lagi, ada memang itu biasa pasien awalnya tidak terpasang infus, besoknya sudah terpasang jadi dia sudah termasukmi itu”(P6).

Selanjutnya, hasil pengkajian tersebut digunakan untuk menetapkan intervensi yang akan diberikan . Beberapa intervensi yang disebutkan partisipan diantaranya, pemasangan sign resiko jatuh pada tempat tidur pasien bentuk segituga yang terdiri dari 3 warna, hijau untuk resiko jatuh ringan, kuning untuk sedang dan merah untuk resiko jatuh berat, adanya tanda resiko jatuh di gelang identitas pasien, menaikkan pengaman tempat tidur pasien, memaksimalkan pencahayaan ruangan, peringatan untuk lantai yang licin, edukasi pasien dan keluarga, serta mendekatkan barang pasien ke tubuh pasien.

“...di ICU sih ini jarang ji ada yang jatuh karena kan ini adaji rel tempat tidurnya. Kalaupun pasiennya aktif itu direstrain diikat. Itu yang ditempat tidurnya selalu dinaikkan nanti diturunkan kalau bad making

tapi selalu dinaikkan. Ada juga penandanya untuk pasien yang resiko jatuh, apa namanya itu sign. jadi itu ada 3 warna hijau kuning merah, kalau hijau itu ringan, kuning sedang, merah itu biasa yang berat “ (P1).

“...kalau misalnya tinggi kita pasang penanda resiko jatuh di bed nya sama di gelangnya ada stiker resiko jatuh warna kuning. jadi setelah dikaji itu pasien diedukasi, untuk selalu pasang pengaman tempat tidurnya supaya ketika dia tidur mengurangi resiko jatuh, terus kalau mau ke wc harus diperhatikan harus ada yang temani, lantainya juga kalau baru dipel belum kering hati-hati jangan dulu jalan, lampu penerangannya juga harus dimaksimalkan supaya itu tidak jadi hambatan untuk pasien, sama kalau di rumah sakit sini to di sekitar dinding perawatan itu ada tempat pegangan”(P3).

Adapun hambatan yang dialami partisipan dalam penerapan pengurangan risiko pasien jatuh di RS Unhas salah satunya disebutkan oleh partisipan berikut:

“...ada biasa pasien yang bandel, mau dipasang pot di tempat tidur tapi maunya di wc pi jadi itumi”(P6).

Dari uraian di atas, peneliti menyimpulkan bahwa penerapan pengurangan risiko pasien jatuh di RS Unhas yaitu sebagai berikut:

- a. Adanya proses assesmen terhadap semua pasien di RS Unhas yang dibedakan berdasarkan kondisi, umur, serta tingkat resiko jatuhnya.
- b. Assesesmen dilakukan saat pasien pertama masuk, kemudian dilakukan assesmen lanjutan dan assesmen ulang tergantung kondisi pasien.
- c. Intervensi untuk pengurangan pasien jatuh diberikan berdasarkan tingkat risiko jatuh pasien yang diperoleh berdasarkan hasil assesmen.

C. Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan karakteristik keseluruhan partisipan yang berbeda-beda, dimana terdapat unit kerja yang beragam. Namun meski demikian, informasi yang diberikan terkait penerapan 6 (enam) sasaran keselamatan pasien di RS Unhas memiliki kemiripan dan ditemukan informasi yang berulang. Peneliti menduga keseragaman informasi yang diberikan dipengaruhi oleh lama masa kerja yang dimiliki partisipan yang sama yaitu lebih dari 1 (satu) tahun. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Wijayanti (2017) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara lama bekerja dengan kinerja perawat. Artinya semakin lama perawat tersebut bekerja di suatu rumah sakit, maka kinerja perawat tersebut juga akan semakin baik. Kinerja tersebut salah satunya tercermin melalui kepatuhan terhadap SOP yang telah ditetapkan rumah sakit.

Keseragaman lain tercermin dari lamanya waktu wawancara yang dilakukan dengan partisipan. Partisipan 3 merupakan partisipan dengan waktu terlama yaitu 26 menit 03 detik sedangkan yang paling singkat adalah 14 menit 29 detik oleh partisipan 1. Adanya perbedaan tersebut menurut peneliti dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya, jenjang pendidikan. Partisipan 3 mampu memberikan informasi lebih banyak dibandingkan partisipan lain disebabkan oleh pendidikan terakhir beliau adalah S2 Keperawatan. Hal ini didukung oleh penelitian Wardani (2018) yang menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan semakin baik cara menerima informasi dan semakin banyak pula informasi yang dimiliki.

Sedangkan untuk partisipan 1 dengan waktu wawancara paling sedikit, peneliti menduga hal tersebut dikarenakan beliau adalah partisipan pertama yang peneliti temui. Dalam hal ini, peneliti belum mampu memancing partisipan untuk mengeksplor pengalaman mereka dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan yang ada.

Pada penelitian ini, salah satu kriteria pemilihan partisipan adalah telah mengikuti pelatihan terkait keselamatan pasien. Dari hasil yang ditemukan di lapangan, perawat di RS Unhas seluruhnya telah menerima sosialisasi terkait keselamatan pasien. Sosialisasi tersebut dilaksanakan oleh pihak diklat RS Unhas sebelum penerimaan pegawai baru, yang kemudian diulang menjelang proses akreditasi rumah sakit. Kandou, Porotu'o & Renoningsih (2016) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa pelatihan merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan penerapan *patient safety* pada perawat, dimana perawat yang pernah mengikuti pelatihan, maka penerapan *patient safety* akan 5,7 kali lebih baik dibandingkan dengan perawat yang tidak pernah mengikuti pelatihan. Menurutnya, perawat yang mengikuti pelatihan berbanding lurus dengan penerapan keselamatan pasien di rumah sakit, oleh sebab itu pelatihan harus senantiasa dilakukan perawat yang ada di rumah sakit.

Penelitian ini menghasilkan enam (6) buah tema utama yaitu identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat *high alert*, keselamatan pasien rencana pembedahan, pencegahan infeksi, dan pencegahan pasien jatuh. Keenam tema tersebut kemudian dijabarkan

kembali kedalam beberapa sub tema berdasarkan kata kunci jawaban yang diberikan oleh partisipan terkait pengalaman mereka dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Unhas.

1. Identifikasi pasien

Hasil penelitian yang telah dilakukan pada 7 (tujuh) orang partisipan menunjukkan penerapan ketepatan identifikasi pasien di RS Unhas terbilang cukup baik sesuai dengan standar yang ada. Jawaban dari hasil wawancara yang telah dilakukan kemudian dikelompokkan kedalam beberapa sub tema penelitian diantaranya metode identifikasi, waktu pelaksanaan, dan hambatan yang dialami perawat dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien tersebut.

a. Metode identifikasi

Menurut kamus besar bahasa indonesia (KBBI) metode merupakan cara teratur yang digunakan untuk melaksanakan suatu pekerjaan agar tercapai sesuatu yang dikehendaki atau cara kerja yang bersistem untuk memudahkan pelaksanaan suatu kegiatan guna mencapai tujuan yang ditentukan. Sedangkan identifikasi pasien adalah upaya yang dilakukan untuk membedakan pasien satu dengan pasien yang lain sehingga memperlancar atau mempermudah pemberian pelayanan kepada pasien sehingga dapat mencegah kejadian-kejadian potensial cedera yang dapat merugikan pasien (Triwibowo, 2013).

Metode identifikasi yang dimaksud pada penelitian ini adalah cara yang digunakan perawat dalam melakukan identifikasi pasien dengan tepat berdasarkan standar yang telah ditetapkan. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan beberapa metode yang digunakan partisipan dalam melakukan identifikasi di RS Unhas diantaranya melalui pemasangan gelang identitas, identifikasi dilakukan dengan minimal dua identitas pasien yaitu nama, tanggal lahir, atau nomor rekam medik (RM), terdapat perbedaan gelang wanita dan pria berdasarkan warna gelang, identifikasi dengan bertanya langsung kepada pasien (*“pak/ bu siapa namata?”*), mencocokkan dengan gelang identitas pasien, serta menggunakan nomor kamar pasien.

Identifikasi menggunakan minimal dua identitas pasien yang dapat dilihat dari gelang identitas yang dikenakan pasien sejalan dengan standar yang telah ditetapkan oleh Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (2017) yang menyebutkan bahwa proses identifikasi yang digunakan di rumah sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 (dua) dari 3 (tiga) bentuk identifikasi, yaitu nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medik, atau bentuk lainnya (misalnya nomor induk kependudukan atau barcode). Dua bentuk identifikasi ini digunakan di semua area pelayanan rumah sakit seperti di rawat jalan, rawat inap, unit darurat, kamar operasi, unit pelayanan diagnostik dan lainnya.

Dalam hal ini nomor kamar pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien namun kenyataannya di RS Unhas, masih sering dijumpai perawat melakukan identifikasi dengan cara tersebut. Meskipun partisipan menyebutkan bahwa metode identifikasi dengan nomor bed pasien bukanlah menjadi penentu identifikasi yang tepat sehingga harus tetap dibarengi dengan identifikasi yang lain misalnya pengecekan gelang identitas pasien.

Penggunaan nomor kamar pasien tidak ditetapkan sebagai metode identifikasi yang tepat juga telah diatur dalam Peraturan Direktur RS No. 265//Dir-SK/XII/2016 terkait kebijakan identifikasi pasien rumah sakit. Salah satu partisipan dalam penelitian ini menyebutkan bahwa penggunaan nomor kamar tidak diperuntukkan untuk proses identifikasi yang tepat karena rentan terjadi kesalahan yang dapat diakibatkan oleh pasien berpindah tempat.

b. Waktu identifikasi

Identifikasi pasien dimaksudkan untuk mengidentifikasi dengan benar dan tepat pasien yang akan diberi layanan atau pengobatan serta menjamin kesesuaian antara pasien yang menerima layanan dan jenis layanan atau pengobatan yang diberikan. Proses identifikasi tersebut dilakukan mulai saat pasien melakukan pendaftaran, memperoleh layanan sampai pasien

pulang (SNARS, 2017). Hasil penelitian ini menunjukkan proses identifikasi yang dilakukan perawat di RS Unhas dimulai saat pasien masuk dan setiap ingin memberikan tindakan keperawatan terkait pasien misalnya pemberian obat, dan pengambilan darah. Hal ini sejalan dengan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit yang mengharuskan melakukan identifikasi pasien sebelum tindakan, prosedur diagnostik dan terapeutik.

Sunarti (2016) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien diantaranya pengetahuan, sikap, faktor tim, faktor lingkungan kerja dan faktor manajemen dan organisasi. Menurutnya, faktor lingkungan kerja merupakan variabel yang memiliki hubungan yang kuat dalam pelaksanaan ketepatan identifikasi pasien. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Azzuhri & Ghofar (2015) yang menyebutkan bahwa terdapat pengaruh langsung antara lingkungan kerja terhadap kinerja perawat, dimana semakin baik tingkat lingkungan kerja maka semakin baik pula kinerja perawat. Lingkungan kerja yang kondusif dapat menumbuhkan motivasi kerja dan akan mempermudah implementasi keselamatan pasien (Triwibowo, 2013)..

c. Hambatan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui terdapat beberapa hambatan yang dialami perawat dalam menerapkan ketepatan

identifikasi pasien diantaranya terdapat perbedaan huruf pada nama dan tanggal lahir pasien, pasien susah diajak komunikasi, pasien tidak sadar, dan pasien yang tidak mengerti bahasa Indonesia.

Terkait perbedaan huruf pada nama pasien, dalam Peraturan Direktur RS NO. 265//Dir-SK/XII/2016 menegaskan jika hanya terdapat perbedaan huruf petugas dapat melakukan pemeriksaan ulang di berkas rekam medik pasien atau menanyakan langsung ke bagian pendaftaran pasien. Sedangkan untuk perbedaan identitas yang signifikan (seperti perbedaan nomor rekam medik, perbedaan nama) petugas yang menemukan hal tersebut segera melaporkan kepada Kepala Unit/ Kepala Ruangan/ Penanggung Jawab tim/ shift (Peraturan Direktur RS NO. 265//Dir-SK/XII/2016). Dalam pelaksanaannya, salah satu partisipan menyebutkan hal yang sama seperti di atas dalam menangani perbedaan huruf pada identitas pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

Identifikasi pasien dengan penurunan kesadaran dapat dilakukan dengan melibatkan pasien/ penunggu pasien. Sedangkan bagi pasien yang kesulitan memahami bahasa Indonesia, salah satu partisipan memberikan solusinya yaitu dengan menghadirkan rekan kerja yang mengerti bahasa daerah pasien tersebut.

2. Komunikasi efektif

Berdasarkan hasil wawancara di RS Unhas, jawaban yang diberikan partisipan terkait penerapan peningkatan komunikasi efektif dikelompokkan kedalam beberapa sub tema diantaranya jenis komunikasi, waktu penerapannya, prinsip komunikasi dan hambatan yang dialami partisipan.

a. Jenis komunikasi

Komunikasi efektif merupakan komunikasi tepat waktu, akurat, jelas dan dapat dipahami oleh penerima, yang akan mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien (WHO, 2011). Komunikasi dapat secara elektronik, lisan maupun tertulis. Komunikasi yang paling sering menimbulkan kesalahan adalah komunikasi lisan atau melalui telepon. Untuk mengurangi kesalahan tersebut, berdasarkan hasil penelitian di RS Unhas ditemukan teknik TBAK-SBAR sebagai bentuk upaya meningkatkan komunikasi yang efektif antar pemberi layanan kesehatan.

TBAK merupakan singkatan dari tulis, baca kembali dan konfirmasi. Komunikasi efektif dengan TBAK adalah teknik komunikasi lisan per telepon dengan menulis, membaca ulang dan melakukan konfirmasi pesan yang diterima oleh pemberi pesan. Sedangkan SBAR merupakan singkatan dari *situation*, *background*, *assessment* dan *recommendation* (Hartati, N.N.,

Rasdini, A. & Suardana, I.K., 2018). Adapun kerangka komunikasi dengan metode SBAR, meliputi *S-situation* (situasi yang menggambarkan kondisi pasien sehingga perlu dilaporkan), *B-background* (gambaran riwayat/ hal yang berhubungan dengan kondisi atau masalah pasien saat ini), *A-assessment* (kesimpulan dari analisa terhadap gambaran situasi), *R-recommendation* (usulan tentang alternatif tindakan yang akan dilakukan, kapan, dan dimana) (Leonard, 2014).

Aswardz & Widyanthi (2017) dalam penelitiannya menyebutkan komunikasi efektif dengan metode SBAR dan TBAK sangat berperan dalam meningkatkan budaya keselamatan pasien. menurutnya, dengan menggunakan metode ini SBAR dan TBAK dapat menurunkan kejadian tidak diharapkan (KTD).

b. Waktu penerapan komunikasi efektif

Sistem komunikasi SBAR TBAK digunakan dalam berkomunikasi sesama pemberi layanan kesehatan. Menurut Permanente (2011, dalam Hartati, N.N., Rasdini, A. & Suardana, I.K., 2018) komunikasi SBAR dipakai oleh team pelayanan kesehatan dalam melaporkan maupun menyampaikan keadaan pasien kepada teman sejawat sedangkan sistem TBAK digunakan untuk menerima dan mengonfirmasi pesan yang diberikan secara lisan. Komunikasi SBAR dilakukan saat timbangan terima (*hand over*), pindah ruangan maupun melaporkan kondisi pasien ke

dokter atau tim kesehatan lain (Ohio's Medicare, 2010 dalam Hartati, N.N., Rasdini, A. & Suardana, I.K., 2018). SBAR menyediakan metode komunikasi yang jelas mengenai informasi yang berkaitan tentang kondisi pasien antara tenaga kesehatan, mengajak semua anggota tim pelayanan kesehatan untuk memberikan masukan pada situasi/ kondisi pasien termasuk rekomendasi. Fase pemeriksaan dan rekomendasi memberikan kesempatan untuk diskusi diantara tim pelayanan (Leonard, 2014).

Dalam penerapannya di RS Unhas, SBAR-TBAK digunakan oleh perawat dalam menerima instruksi lisan dari dokter baik secara langsung maupun via telpon. Sedangkan SBAR digunakan untuk melaporkan kondisi pasien yang tidak memungkinkan. Selain kedua hal tersebut, sistem komunikasi SBAR TBAK ini juga diterapkan dalam proses serah terima laporan hasil pemeriksaan laboratorium yang berupa nilai kritis pasien.

Jika dibandingkan dengan teori yang ada, penerapan sistem komunikasi SBAR di RS Unhas belum memenuhi standar yang ada sebab selama penelitian berlangsung tidak ada satupun partisipan yang menyebutkan penerapan SBAR TBAK pada saat operan atau *hand over*. Sedangkan menurut Leonard (2014) SBAR juga dapat digunakan secara efektif untuk meningkatkan

serah terima antara shift atau antara staf di daerah klinis yang sama atau berbeda. Melalui metode SBAR ini, semua anggota tim dapat terlibat dalam memberikan masukan terhadap kondisi pasien.

c. Prinsip pelaksanaan

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi RS (2017) untuk melakukan komunikasi secara verbal dan atau melalui telepon dengan aman, pesan secara verbal atau lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan yang juga diterapkan dalam penyampaian hasil pemeriksaan diagnostik. Dan hal tersebut telah tercakup dalam komunikasi sistem SBAR-TBAK.

Hal lain yang ditekankan oleh SNARS terkait penyampaian hasil pemeriksaan diagnostik secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan secara lengkap serta rumah sakit menentukan siapa yang harus melapor dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik. Di RS Unhas berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil pemeriksaan nilai kritis dilaporkan oleh petugas laboratorium dengan melakukan panggilan via telpon kepada ruangan tempat pasien tersebut dirawat. Partisipan dalam penelitian ini yang merupakan perawat selaku dengan jam kerja yang lebih banyak dari petugas lainnya sering menerima laporan nilai kritis

kemudian mendokumentasikannya di buku pelaporan nilai kritis pasien. Salah satu partisipan menyebutkan jika dalam proses penerimaan laporan nilai kritis terdapat dokter penanggung jawab pasien stand by di ruangan, maka yang menerima laporan tersebut adalah dokter penanggung jawab pasien.

d. Hambatan

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan beberapa hambatan yang dialami partisipan dalam penerapan peningkatan komunikasi efektif diantaranya rekan kerja yang susah dihubungi, tanda tangan DPJP yang susah ditemukan serta pendokumentasian yang kerap kali terlambat dilakukan oleh partisipan.

Terkait pendokumentasian, salah satu partisipan menyebutkan bahwa proses pendokumentasian kadang terbengkalai oleh kesibukan perawat itu sendiri. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Supratman & Utami (2017) yang menunjukkan bahwa beban kerja perawat menjadi faktor risiko rendahnya pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan.

3. Keamanan obat *high alert*

Berdasarkan hasil penelitian, penerapan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert*) ditemukan dua sub tema berdasarkan jawaban yang diberikan oleh partisipan diantaranya terkait prosedur penerapannya dan hambatan yang dialami. Kedua sub tema tersebut akan dibahas pada bagian ini secara bersamaan tanpa dipisah seperti

penyajian sebelumnya. Hal ini dimaksudkan untuk mempertahankan efisiensi penyajian serta untuk mempertahankan makna yang sebenarnya dari jawaban yang diberikan partisipan.

Setelah melakukan wawancara pada 7 (tujuh) orang perawat, diketahui bahwa di RS Unhas telah menerapkan upaya peningkatan keamanan obat *high alert* sesuai standar yang telah ditetapkan. Dimana obat golongan *high alert* sepenuhnya dihandle oleh pihak farmasi atau apoteker, adapun ruangan emergency seperti ICU dan UGD obat semacam itu masih sering dijumpai di trolley emergency tetapi tetap dalam pantauan apoteker.

Standar Akreditasi Rumah Sakit (2011) menerangkan bahwa peningkatan keamanan penggunaan dan penyimpanan obat dapat ditingkatkan jika rumah sakit mengembangkan suatu kebijakan atau prosedur untuk menyusun daftar obat-obatan yang perlu diwaspadai, mengidentifikasi area mana yang membutuhkan elektrolit konsentrat dan membuat prosedur penyimpanannya, serta menetapkan cara pemberian label obat yang jelas, sehingga dapat membatasi akses penyalahgunaan obat untuk mencegah pemberian obat yang salah secara tidak sengaja. Selain itu, rumah sakit perlu menetapkan risiko spesifik dari setiap obat dengan tetap memperhatikan aspek peresepan. Obat *high alert* harus disimpan di instalasi farmasi/unit/depo. Bila rumah sakit ingin menyimpan di luar lokasi tersebut, disarankan

disimpan di depo farmasi yang berada di bawah tanggung jawab apoteker (SNARS, 2017).

Keterlibatan tenaga teknis kefarmasian dalam penerapan keselamatan pasien telah ditekankan oleh Depkes RI (2008) yang menyebutkan bahwa apoteker berperan dalam mewujudkan keselamatan pasien melalui dua aspek yaitu aspek manajemen dan aspek klinik. Pada aspek manajemen apoteker berperan dalam pemilihan pembekalan farmasi, pengadaan, penerimaan, penyimpanan dan distribusi, alur pelayanan dan psistem pengendalian (monitoring). Sedangkan pada aspek klinik peran apoteker meliputi skrining permintaan obat (resep atau bebas), penyimpanan obat dan obat khusus (termasuk *high alert*), penyerahan dan pemberian informasi obat (termasuk edukasi pasien dan keluarga terakit penggunaan obat). Penelitian Paryanti, Sarmalina, & Sonlimar (2017) menunjukkan bahwa partisipasi aktif dari tenaga teknis kefarmasian terbukti menurunkan angka kejadian medication error. Bentuk partisipasinya adalah dengan melakukan pengecekan kesesuaian antara catatan medik, resep, catatan pemberian obat perawat.

Berdasarkan pengalaman pribadi partisipan yang berhasil dirangkum peneliti, ditemukan beberapa kesalahan yang hampir terjadi diantaranya obat yang salah, dosis yang salah, dan pasien yang salah. Menurut Ann Rogers (dalam Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien, 2011) menyebutkan bahwa hal tersebut dapat terjadi akibat

perawat yang secara rutin bekerja lama membuat lebih banyak kesalahan terjadi daripada mereka yang bekerja dengan jam kerja lebih sedikit. Hal serupa juga ditunjukkan dalam penelitian Akili, Kawatu & Suwandi (2017) dan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja dengan kelelahan kerja yang dirasakan oleh perawat yang berdampak pada kinerja perawat itu sendiri.

Selain kesalahan yang hampir dilakukan oleh perawat, kesalahan lain juga diungkapkan oleh salah satu partisipan bahwa terkadang pengemasan dari apotik ada perbedaan antara kemasan dengan isinya, sehingga perawat harus melakukan pengecekan ulang. WHO (2011) menyebutkan hal ini dapat dipengaruhi karena kurangnya pengecekan yang dilakukan oleh apoteker. Dalam hal ini, apoteker diharuskan melakukan pengecekan secara rutin memeriksa obat-obatan dan membantu anggota lain dari tim kesehatan dalam memastikan setiap pasien menerima dosis yang tepat dari obat yang benar dengan jalur yang benar. Tindakan tersebut dapat menghindari ribuan pasien menerima obat yang salah.

4. Keselamatan pasien rencana pembedahan

Seperti yang telah dibahas sebelumnya pada bagian hasil, untuk sasaran ke empat ini partisipan yang ditemui oleh peneliti tidak ada yang memiliki pengalaman bertugas di ruang operasi (OK) sehingga peneliti hanya mampu mengumpulkan informasi terkait penerapan sebelum pasien ditransfer ke ruang pembedahan. Pada saat

pengumpulan informasi pun, peneliti hanya menemukan 4 dari 7 orang partisipan yang memberikan penjelasan mengenai penerapan ketepatan lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien bedah. Sedangkan 3 orang sisanya, 2 orang tidak menjelaskan apapun sebab memang tidak mempunyai pengalaman sebelumnya dan 1 orang (partisipan 1) hanya menyebutkan bahwa beliau pernah bertugas mengirim pasien ke kamar bedah namun tidak terjadi kesalahan apapun.

Hasil yang ditemukan dari jawaban empat partisipan terkait penerapan ketepatan lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien pembedahan kemudian dikelompokkan kedalam beberapa sub tema penelitian diantaranya terkait prosedur sebelum pembedahan, prinsip pelaksanaannya serta hambatan yang dialami oleh partisipan. Ketiga sub tema tersebut akan dibahas secara bersamaan tanpa dipisah seperti penyajian sebelumnya. Hal ini dimaksudkan untuk keefektifan penulisan serta untuk mempertahankan makna jawaban yang diberikan partisipan. Tiap sub tema akan terlihat jelas melalui kata kunci yang akan ditampilkan dalam setiap paragraf (lihat tabel 02).

Berdasarkan informasi dari keempat partisipan disimpulkan bahwa penerapan ketepatan lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien bedah di RS Unhas dilakukan dengan adanya *preoperative check list* yang di dalamnya terdapat *marking site*. Selain itu, pada lembar *preoperative check list* juga terdapat informasi seputar pasien seperti nama pasien, mulai puasa, tekanan darah, TTV, informasi berat badan

pasien, serta hasil pemeriksaan penunjang seperti USG, laboratorium dan pemeriksaan radiologi lainnya.

Marking site atau penandaan lokasi pembedahan dilakukan di ruang perawatan sebelum pasien diantar ke ruang pembedahan, penandaan tersebut dilakukan pada selembar kertas yang terdapat gambar tubuh manusia. Proses penandaan tersebut dilakukan oleh dokter, disaksikan oleh perawat, pasien itu sendiri serta keluarga pasien yang kemudian akan bertanda tangan pada lembar persetujuan operasi. Hal tersebut telah sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit (2011) yang menyebutkan bahwa penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dikenali. Selain itu, dalam SNARS (2017) rumah sakit dituntut menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk melakukan praoperasi tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien bedah dan semua dokumen yang diperlukan tersedia.

Menurut WHO (2011) metode yang efektif untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pasien salah satu diantaranya adalah melaksanakan daftar periksa (daftar *check list*) yang bertujuan untuk memastikan item wajib tertentu tidak dilupakan. Alat identifikasi yang berbasis bukti ini harus dikembangkan oleh kelompok multidisiplin antarprofesi pemberi layanan kesehatan. Yang artinya semua pihak yang bertanggung jawab terhadap pasien tersebut harus ikut berpartisipasi dalam pengisian daftar *check list* tersebut.

Dalam hal ini, partisipan yang merupakan perawat di rumah sakit Unhas telah menyebutkan bahwa salah satu kendala yang kerap kali mereka temui adalah adanya item penilaian pada lembar *preoperative check list* yang belum diisi oleh dokter penanggung jawab (DPJP), sehingga mengharuskan mereka untuk mengingatkan kembali DPJP untuk melengkapi item yang kurang sebelum pasien dirujuk ke kamar operasi. Terkait kerja sama tim, Herdiana, Mulyati, & Rachman (2016) dalam penelitiannya terkait faktor determinan keselamatan pasien menemukan bahwa dukungan tim kerja menjadi salah satu faktor yang dapat meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

5. Pencegahan infeksi

Hasil penelitian terkait penerapan pengurangan risiko infeksi di RS Unhas dirumuskan melalui tema pencegahan infeksi. Jawaban yang diberikan partisipan kemudian dikelompokkan kedalam dua buah sub tema penelitian yaitu prosedur dan hambatan. Prosedur pencegahan infeksi yang ditemukan dari hasil wawancara dengan partisipan meliputi pelaksanaan *hand hygiene* yang meliputi cuci tangan pakai sabun, penggunaan handrub, penggunaan APD, penggunaan handskun, perawatan luka teknik aseptik, serta adanya kebijakan dari rumah sakit terkait waktu maksimal pemasangan infus, pemasangan kateter dan pemasangan NGT (lihat tabel 02).

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar bagi tatanan pelayanan kesehatan. WHO (2011) menyebutkan bahwa salah satu cara mengurangi angka kejadian infeksi adalah dengan meningkatkan budaya cuci tangan yang benar sesuai prosedur yang telah ditetapkan.

Berdasarkan hasil wawancara salah satu partisipan menyebutkan bahwa kebiasaan mencuci tangan di RS Unhas telah menjadi budaya. Akan tetapi, dalam pelaksanaannya masih terdapat beberapa partisipan mengaku masih belum menerapkan sesuai prosedur yang telah ditetapkan misalnya tidak memenuhi *five moment* (lima saat mencuci tangan) yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptik, setelah terkena cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien, dan setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien.

Dalam penerapannya, beberapa partisipan mengemukakan bahwa dalam keadaan emergency, cuci tangan sebelum ke pasien masih kurang diterapkan. Selain itu, pelaksanaan *hand hygiene* ini juga kurang dalam penerapan sesuai 6 (enam) langkah yang telah ditetapkan. 6 (enam) langkah menurut WHO tersebut meliputi:

- 1) Tuang cairan *handrub* pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar.
- 2) Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian.
- 3) Gosok sela-sela jari tangan hingga bersih.

- 4) Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mngunci.
- 5) Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian.
- 6) Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan.

Menurut WHO (2011) salah satu penyebab tidak membersihkan tangan dengan benar dengan mengambil jalan pintas disebabkan oleh tekanan waktu yang singkat (kekurangan waktu). Sedangkan menurut Wandel, *et al.* (2010, dalam Azzuhri & Fauzi, 2015) kepatuhan melaksanakan *hand hygiene* dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor individu, faktor organisasi dan lingkungan. Faktor individu meliputi pengetahuan, sikap, motivasi dan beban kerja yang selaras dengan pernyataan dari WHO sebelumnya. Faktor organisasi meliputi ada tidaknya prosedur tetap, sanksi, penghargaan, dukungan, pelatihan dan ketersediaan fasilitas. Sedangkan faktor lingkungan meliputi air dan arsitektur bangunan.

Mengutip salah satu faktor yang disebutkan di atas terkait ketersediaan fasilitas, pada penelitian ini ditemukan salah satu hambatan yang dikeluhkan oleh partisipan adalah ketersediaan stok tisu. Menurut partisipan, kehabisan tisu menghambat mereka dalam melakukan cuci tangan sebelum ke pasien, sebab mereka harus menunggu kering dulu yang tentunya akan memakan waktu. Beberapa partisipan mengantisipasi hal tersebut dengan mengganti cuci tangan

pakai sabun dengan menggunakan handrub saja atau tetap mencuci tangan kemudian mengeringkannya dengan dikibas-kibas.

Hal lain yang ditemukan mengarah pada perbaikan fasilitas menjelang akreditasi rumah sakit. Mandawati (2018) menyebutkan bahwa salah satu dampak positif akreditasi adalah peningkatan perbaikan lingkungan kerja, fasilitas pelayanan dan kepatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP). Menurutnya, pandangan positif tersebut menjadi awal yang baik bagi rumah sakit untuk melanjutkan langkah perbaikan kualitas pelayanan selanjutnya.

6. Pencegahan pasien jatuh

Berdasarkan hasil wawancara dengan 7 (tujuh) orang partisipan diperoleh hasil terkait pencegahan pasien jatuh yang terdiri dari prosedur pelaksanaannya, waktu pelaksanaan dan hambatan yang dialami partisipan. Ketiga sub tema tersebut merupakan satu kesatuan yang saling berkaitan sehingga dalam pembahasan selanjutnya ketiga sub tema tersebut akan dibahas secara bersamaan.

Pencegahan pasien jatuh di RS Unhas dilakukan melalui *form assessment* risiko jatuh pasien. *Form* pengkajian risiko jatuh pasien tersebut digunakan dalam proses *assessmen* risiko jatuh pasien saat pertama kali pasien masuk, yang selanjutnya digunakan sebagai monitoring perkembangan pasien tergantung risiko jatuh yang dialami pasien. Jika dibandingkan dengan sasaran keselamatan yang lain, penerapan pengurangan risiko pasien jatuh ini termasuk salah satu

sasaran yang penerapannya telah terorganisir dengan adanya *form* pengkajian dan monitoring yang disediakan rumah sakit.

Pada lembar pengkajian dan monitoring tersebut terdapat rencana intervensi yang akan diberikan kepada pasien yang dicocokkan dengan skor risiko jatuh pasien. Beberapa intervensi tersebut diantaranya pemberian tanda risiko jatuh di tempat tidur pasien, pemasangan *reil bed* pasien, edukasi pasien dan keluarga, memperhatikan lantai yang licin, memaksimalkan lampu penerangan, serta mendekatkan barang pasien ke dekat tubuh pasien.

Pengadaan lembar pengkajian tersebut selaras dengan tuntutan SNARS (2017) yang menekankan adanya *assessmen awal*, *assessmen lanjutan*, *assessmen ulang* dari pasien rawat inap berdasar atas catatan teridentifikasi risiko jatuh, dan adanya kebijakan atau prosedur dari rumah sakit yang diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh pasien dengan hasil *assessmen* yang dianggap beresiko.

Dalam penerapannya, partisipan mengaku hampir tidak ada hambatan yang dirasakan. Adapun salah satu partisipan hanya menyebutkan adanya pasien yang bandel untuk tetap melakukan aktivitas ke WC meskipun perawat telah menyediakan pot di tempat tidur. Namun hal itu bukanlah hambatan yang berarti bagi partisipan sebab pada salah satu intervensi yang ditawarkan dalam lembar monitoring tersebut memuat edukasi pasien dan keluarga untuk selalu

menemani pasien ke WC serta melapor kepada perawat jika hendak bepergian.

D. Keterbatasan penelitian

Peneliti mengakui bahwa dalam penelitian ini masih banyak keterbatasan dan kekurangan. Keterbatasan yang dimaksud adalah sebagai berikut:

1. Dalam proses pengambilan data melalui wawancara terstruktur, peneliti hanya berfokus pada pertanyaan yang ada dan cukup sulit mengembangkannya sehingga banyak pernyataan partisipan yang masih perlu digali dan dikonfirmasi setelah didiskusikan dengan pembimbing.
2. Kondisi pekerjaan perawat yang cukup padat tidak memungkinkan untuk melakukan wawancara sehingga sering kali wawancara tertunda bahkan beberapa calon partisipan menolak untuk diwawancarai.
3. Kebisingan karena lokasi wawancara yang tidak memungkinkan seperti nurse station mempengaruhi hasil rekaman yang menyulitkan peneliti dalam menyusun transkrip wawancara.
4. Metode penelitian kualitatif dengan 6 (enam) variabel penelitian cukup menyulitkan peneliti dalam menyajikan hasil penelitian, selain itu terdapat beberapa jawaban partisipan yang saling berkaitan untuk tema tertentu sehingga dalam penyajiannya tema tersebut dibahas secara menyeluruh tanpa dipisah berdasarkan sub tema yang ada.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, dapat disimpulkan fenomena-fenomena yang terjadi sebagai berikut:

1. Karakteristik partisipan terdiri atas 7 (tujuh) orang perawat perempuan yang mempunyai unit kerja berbeda dan telah bekerja antara 3-5 tahun di RS Unhas serta pernah mengikuti pelatihan terkait keselamatan pasien.
2. Terdapat 6 buah tema utama pada penelitian ini yaitu identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat *high alert*, keselamatan pasien rencana operasi, pencegahan infeksi dan pencegahan pasien jatuh.
3. Identifikasi pasien terdiri atas 3 buah sub tema yaitu metode identifikasi meliputi pemasangan gelang identitas, identifikasi minimal dua identitas (nama, tanggal lahir dan nomor RM), cek gelang identitas/ menanyakan langsung, perbedaan warna gelang berdasarkan jenis kelamin, dan identifikasi dengan nomor kamar pasien; waktu identifikasi meliputi tiap ada tindakan terkait pasien seperti setiap pemberian obat, pengambilan darah dan pada saat menerima pasien baru; hambatan pelaksanaan identifikasi meliputi perbedaan huruf pada nama dan tanggal lahir pasien, pasien sulit diajak berkomunikasi (pasien tidak sadar atau pasien tidak mengerti bahasa Indonesia).

4. Komunikasi efektif terdiri atas 4 sub tema diantaranya jenis komunikasi meliputi komunikasi via telpon, via lisan dan sistem SBAR-TBAK; prinsip komunikasi efektif meliputi pesan dicatat/ ditulis, dikonfirmasi ulang/ baca kembali, pendokumentasian pelaporan nilai kritis; waktu penerapan komunikasi efektif meliputi tiap ada perintah/ instruksi, melaporkan situasi kritis pasien, dan pada saat menerima laporan nilai kritis laboratorium pasien; hambatan penerapan meliputi adanya rekan kerja yang sulit dihubungi, tanda tangan DPJP yang sulit didapatkan serta pendokumentasian terlambat.
5. Keamanan obat high alert memuat 2 sub tema yaitu prosedur dan hambatan. Prosedur pelaksanaan meliputi tidak diizinkan ada stok obat di lemari, obat *high alert* dipisah dan diberi label, dan semua prosedur terkait keamanan obat *high alert* dihandle oleh apoteker. Hambatan yang dialami partisipan diantaranya hampir melakukan kesalahan pemberian obat seperti salah dosis, salah obat dan salah pasien, serta kesalahan dari pengemasan obat dari apotek.
6. Keselamatan pasien rencana pembedahan memuat 3 sub tema utama yaitu prosedur *preoperative* seperti adanya *preoperative check list* dan *marking site*; prinsip pelaksanaan yaitu penandaan lokasi operasi dilakukan oleh dokter, disaksikan oleh perawat dan mengikut sertakan pasien dan keluarganya, selain itu semua item pada lembar *preoperative check list* harus terisi sebelum pasien dirujuk ke ruang pembedahan;

hambatan yang dialami adalah dokter kadang lalai tidak mengisi semua item *preoperative check list*.

7. Pencegahan infeksi memuat 2 sub tema yaitu prosedur dan hambatan. Prosedur pelaksanaan meliputi budaya *hand hygiene*, penggunaan APD, cuci tangan pakai handrub, memakai handskun, monitoring dari pihak RS, serta adanya kebijakan dari rumah sakit dalam mencegah flebitis seperti waktu maksimal pemasangan infus, kateter dan NGT. Hambatan yang ada diantaranya tissue habis, dan penerapan *hand hygiene* masih kurang dalam hal penerapan lima saat (*five moment*) mencuci tangan dan enam langkah mencuci tangan.
8. Pencegahan pasien jatuh terdiri atas 3 sub tema diantaranya prosedur pelaksanaan meliputi adanya pengkajian risiko jatuh, pemasangan *reil bed* pasien, pasien direstrain (diikat), pemasangan penanda risiko jatuh, pasien diedukasi, barang pasien didekatkan ke tubuh pasien, perhatikan lantai yang licin, dan tersedianya tempat pegangan disepanjang dinding ruang perawatan rumah sakit; waktu pelaksanaan terdiri dari assessment pada saat pasien pertama masuk dan monitoring berdasarkan perubahan kondisi pasien; hambatan yang dialami adalah adanya pasien yang bandel tidak mendengar nasehat perawat.

B. Saran

Mengingat pentingnya menjaga keselamatan pasien, diharapkan pihak rumah sakit lebih memperhatikan kinerja staf dalam menerapkan

sasaran keselamatan pasien salah satunya dengan memberikan pelatihan secara rutin dan memberikan fasilitas yang mendukung pelaksanaan keselamatan pasien. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan agar melakukan penelitian lanjutan dengan wawancara mendalam dan terstruktur untuk menggali lebih banyak informasi dan meminimalkan gangguan seperti kebisingan dalam melakukan wawancara.

DAFTAR PUSTAKA

- Akili, R.H., Kawatu, P.A. & Suawandi, A.W. (2017). Hubungan Antara Beban Kerja dan Stres Kerja dengan Kelelahan Kerja Pada Perawat Rumah Sakit Bhayangkara Tk. III Manado. *Media Kesehatan*, Vol. 9 (3).
- Anggraeni, R., Handayani, M. & Maidin, M. A. (2013). *Determinan Kepatuhan Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stella Maris Makassar*. Tesis. Makassar: Bagian Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- Anggraeni, D.M & Saryono. (2013). *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Aprilia, S. (2011). *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perawat dalam Penerapan IPSG (International Patient Safety Goals) pada Akreditasi JCI (Joint Commission International) di Instalasi Rawat Inap RS Swasta X*. Skripsi. Depok: Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Departemen Biostatistik dan Kependudukan FKM Universitas Indonesia.
- Aswardz & Widyanthi, H. (2017). *Hubungan Komunikasi Efektif dengan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin*. Skripsi. Universitas Hasanuddin.
- Azzuhri, M. & Ghofar, A. (2015). *Pengaruh Lingkungan Kerja Terhadap Kinerja Perawat Melalui Kepuasan Kerja Sebagai Variabel Intervening*. Malang: Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Brawijaya.
- Bea, I. F., Noor, N. B., & Pasinringi, S. A. (2013). *Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin*. Tesis. Makassar: Bagian Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- Cahyono, J. B. S. (2008). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktek Kedokteran*, [e-book], diakses tanggal 04 November 2017, dari <<http://www.books.google.co.id>>.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006). *Panduan Nasional Keselamatan Pasien (Patient Safety)*, Author, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI (2008). *Buku Saku Tanggung Jawab Apoteker Terhadap Keselamatan Pasien (Patient Safety)*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.

- Hadijah, HM. (2015). *Hubungan Model Supervisi Kepala Ruangan dengan Penerapan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Pangkep*. Makassar: Bagian Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
- Hartati, N.N., Rasdini, A. & Suardana, I.K. (2018). Pengaruh Metode Komunikasi Efektif SBAR terhadap Efektifitas Pelaksanaan Timbang Terima Pasien di Ruang Griyatama RSUD Tabanan. *Jurnal Skala Husada*, vol. 15 (1), p. 43-58.
- Herdiana, Y., Mulyati L., & Rachman, D. (2016). *Faktor Determinan yang Mempengaruhi Budaya Keselamatan Pasien di RS Pemerintah Kabupaten Kuningan*. Tesis. Jawa Barat: STIKes Kuningan.
- Iskandar, H., Maksum, H. & Nafisah (2014). Faktor Penyebab Penurunan Pelaporan Insiden Keselamatan Rumah Sakit. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, vol. 28, p. 72-77.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia Online (<https://kbbi.web.id> , diakses pada 18 Juli 2018)
- Kandou, G.D., Porotu'o, J. & Renoningsih, D.P. (2016). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan Patient Safety pada Perawat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pancaran Kasih GMIM Manado*. Tesis. Manado: Program Pascasarjana Universitas Sam Ratulangi Manado.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia & Komisi Akreditasi Rumah Sakit (2011). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, Author, Jakarta.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (2017). *Draft: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*, Author, Jakarta.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (2016). *Buku Saku Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*, Akreditasi Rumah Sakit, diakses tanggal 24 Januari 2018, <<http://akreditasi.my.id/buku-saku-ikp-keselamatan-pasien>>.
- Krisanti, P., Lindayanti & Tutiany (2017). *Bahan Ajar Manajemen Keselamatan Pasien*, Kementrian Kesehatan RI, Jakarta.
- Leonard, L. Berry. (2014). *Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality*. *Journal of Retailing*, Vol. 64.

- Mandawati, M. (2018). Dampak Akreditasi Rumah Sakit: Studi Kualitatif terhadap Perawat di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo. *Unissula Nursing Conference Call for Paper & National Conference*, Vol. 1 (1), p. 116-121.
- Mappanganro, A. (2015). *Faktor yang berhubungan dengan Kinerja Perawat Menerapkan Patient Safety Goals di Rumah Sakit Ibnu Sina YW-UMI Makassar*. Tesis tidak dipublikasikan. Makassar: Bagian Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
- Marianti, Henny L. (2014). *Hubungan Budaya Organisasi dengan Perilaku Perawat dalam Melaksanakan Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar*. Tesis tidak dipublikasikan. Makassar: Bagian Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2011). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1961 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional* (3th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* (4th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Paryanti, P., Saermalina, S. & Sonlimar, M. (2017). Pengaruh Partisipasi Tenaga Teknis Kefarmasian dalam Menurunkan Angka Kejadian Medication Error di Bangsal Penyakit Dalam RS RK Charitas Palembang. *Majalah Kesehatan Pharmamedika*, Vol. 3 (1), p. 211-216.
- Peraturan Direktur Rumah Sakit No: 265//Dir-SK/XII/2016 tentang Kebijakan Identifikasi Pasien Rumah Sakit
- Profil Rumah Sakit Unhas*. Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar, diakses tanggal 02 Desember 2017, <<http://www.rs.unhas.ac.id>>.
- Sugiyono (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta: Bandung.

- Sunarti, S. (2016). *Analisis Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien Oleh Perawat di RS X Pekanbaru*. Skripsi. Universitas Andalas.
- Supratman & Utami, Y.W. (2017). Pendokumentasian Asuhan Keperawatan ditinjau dari Beban Kerja Perawat. *Berita Ilmu Keperawatan*, Vol. 2 (1).
- Triwibowo, C. (2013). *Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit*. Jakarta: Trans Info Media.
- Wardani, Erika M. (2018). Hubungan Pendidikan dengan Pengetahuan Wanita Usia Subur tentang PAP Smear di Pondok Pesantren Al Hidayah Kendal Ngawi. *Journal of Health Sciences*, vol. 11 (1).
- Wijayanti, P. (2017). *Hubungan Antara Karakteristik Individu dengan Kinerja Perawat*. Undergraduate thesis, Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA.
- World Health Organization (2011). *Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien Edisi Multi Profesional*. Terjemahan oleh Afrisya Irviranty. Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan: Jakarta.
- Yoo, M. S., & Kim, K. J. (2017). Exploring the Influence Of Nurse Work Environment and Patient Safety Culture on Attitudes Toward Incident Reporting. *Journal of Nursing Administration* , 47 (9).

Lampiran I: *Informed Consent*

Penjelasan Penelitian

Kepada:

Calon Responden

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Eka Fitri Tahir
NIM : C12114024
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Sahabat 1

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Gambaran Penerapan 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien *International Patient Safety Goals* (IPSG) Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran penerapan enam sasaran keselamatan pasien *International Patient Safety Goals* di Rumah Sakit Unhas. Manfaat dari penelitian ini adalah sebagai bahan acuan pembelajaran dan penyusunan kebijakan untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

Pada penelitian ini peneliti tidak melakukan intervensi apapun hanya melakukan observasi dan wawancara dengan responden yang identitasnya (nama) tidak dicantumkan. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi Anda maupun keluarga. Jika Anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Hormat peneliti,

Eka Fitri Tahir
NIM C1211402

Lampiran 2: Persetujuan Responden

Formulir Persetujuan Mengikuti Penelitian

Gambaran Penerapan Enam Sasaran IPSTG (*International Patient Safety Goals*) di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama/ inisial :
Umur :
Alamat :
No. HP :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya telah mendapatkan penjelasan dan kesempatan bertanya mengenai hal-hal yang belum saya mengerti terkait penelitian ini. Penjelasan tersebut meliputi alur penelitian ini serta manfaat dan keuntungan dari penelitian ini.

Saya memahami penelitian ini dimaksudkan untuk kepentingan ilmiah rangka penyusunan skripsi bagi peneliti dan tidak merugikan saya serta jawaban yang saya berikan akan dijaga kerahasiaannya. Dengan demikian secara sukarela dan tidak ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya siap berpartisipasi dalam penelitian ini.

Makassar,/...../ 2018

Yang menyatakan,

Saksi,

Responden

(.....)

1.....

2.....

Penanggung jawab : Peneliti utama
Nama : Eka Fitri Tahir
Alamat : Jl. Sahabat 1
No. Hp/Tlp : 085398638529

Lampiran 3: Pertanyaan penelitian

Pertanyaan Penelitian Penerapan 6 (enam) Sasaran *International Patient Safety Goals* (IPSG)

1. Bagaimana pengalaman anda dalam mengidentifikasi pasien dengan tepat?
2. Bagaimana pengalaman anda dalam berkomunikasi dengan pasien?
3. Bagaimana pengalaman anda dalam menerapkan keamanan obat yang perlu diwaspadai?
4. Bagaimana pengalaman anda dalam memberikan obat kepada pasien?
5. Bagaimana pengalaman anda dalam menerapkan ketepatan identifikasi pasien bedah (tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien)?
6. Bagaimana pengalaman anda dalam mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan?
7. Bagaimana pengalaman anda dalam mengurangi risiko pasien jatuh?

Lampiran 4: Transkrip wawancara

Transkrip wawancara

Partisipan 1

Tanggal wawancara : 23 Mei 2018

Tempat/ waktu : Nurse station ICU RS Unhas

Identitas partisipan

Nama/ inisial : M

Umur : 28 tahun

Jenis kelamin : perempuan

Pendidikan terakhir : Ners

Lama bekerja : 5 tahun

Hasil wawancara

T: kalau boleh tau kak, kita pernah ikut pelatihan terkait keselamatan pasien?

J: pernah. Jadi inikan rumah sakit sering adakan inhouse training dan yang dibahas termasuk sasaran mutu itu.

T: jadi menurut kita kak 6 sasaran keselamatan pasien itu yang mana kak?

J: pertama itu komunikasi yang efektif, eh salah. Identifikasi pasien, komunikasi efektif, obat-obat yang high alert, lokasi operasi yang tepat, resiko jatuh, sama resiko infeksi.

T: bisa kita ceritakan kak pengalamanta dalam menerapkan ini 6 sasaran? Mulai dari identifikasi pasien.

J: kalau identifikasi pasien kak setiap ada tindakan apapun itu selalu di cek ininya, identitasnya minimal 2 nama sama nomor rekam medik bisa juga tanggal lahir. Biasanya kan kalau pasiennya lagi ini, cek digelangnya ji.

T: identifikasinya kapan dilakukan kak?

J: tiap mau tindakan, tiap mau kasih obat, kalau kemarin sih di kemo kan kalau mau kasih masuk obat kemonya kan selalu tiap botol itu pasti dicross check lagi anunya, mau ambil darah juga. Pokoknya tindakan-tindakan yang berhubungan dengan pasien dicek dulu identitasnya.

T: ada lagi kak yang mau kita share terkait identifikasi pasien? hambatan atau apanya kak?

J: nah, ini kadang entah di admisi pertama kali pasien masuk kadang beda ini, nama sama tanggal lahirnya.

T: jadi bagaimana kalau begitu kak?

J: kan adaji beberapa item yang diini kan. Itu kadang namanya beda satu huruf lah, Cuma kan dipastikan lagi betulmi kah tanggal lahirnya ini sama nomor RM nya. Cuma kadang pasien juga tidak hafal tanggal lahirnya to jadi kalau ada keluarganya ya ditanya sama keluarganya. Tapi kan ada ji juga RM nya to.

T: kalau sasaran yang kedua kak?

J: komunikasi di' ini yang lebih ke anu di' antar staf kesehatan ya. Yang jadi hambatan itu kadang ada yang susah dihubungi, tidak stand by diruangan pas kita lagi butuh. Ituji biasanya

T: kalau penerapannya kak bagaimana?

J: itu kalau biasanya kita pake TBAK SBAR.

T: bisa kita jelaskan kak yang bagaimana itu?

J: kalau aturan yang baru itu di ICU tidak tau kalau yang lain mungkin samaji juga, tebak SBARnya itu Cuma untuk yang hasil lab kritis. Kalau yang lainnya itu Cuma pakai TBAK tapi itu tetap harus dikonfirmasi ulang kalau misalnya ada perintah dari dokter, kita catat terus dikonfirmasi ulang benarmi atau tidak

T: masih ada lagi kak yang mau dishare? (partisipan diam berpikir lalu menggeleng) bisa lanjut ke sasaran selanjutnya kak?

J: itu di pemilahan obat-obat high alert. Sekarang kan ndak di inimi. Waktu di ruangan lama ji kemarin tidak diizinkan mi ada stok obat di lemari, semua di handle sama farmasi. Cuma kalau di sini dicampurji, Cuma kan tetap diperhatikan baik-baik sebelum masuk, adaji biasa penandanya high alert kayak yang LASA.

T: ada hambatan ta kak selama terapkan ini?

J: tidak adaji kayaknya. Alhamdulillah sih, kalau saya sendiri tidak pernah ji ada salah kasih masuk obat.

T: oh iye kak. Kalau sasaran selanjutnya kak terkait benar pasien bedah?

J: bagaimana di' saya tidak pernah bertugas di kamar OK. Tidak pernahka juga lihat bagaimana di sana. Nah di sini justru kami yang terima pasien dari kamar operasi. Pernah ji mengirim pasien tapi tidak adaji yang salah posisi lokasi atau tindakan operasinya. Memang adaji ditandai pakai spidol. Ituji

T: bagaimana dengan sasaran selanjutnya kak terkait pencegahan infeksi?

J: nah kalau di sini itu kendalanya diBHP nya, dari jam berapa itu tadi habis tissu jadi agak susah kalauki terapkan itu to kalau cuci tangan mau keringkannya bagaimana. Kalau mau jujur sih, kan ada lima moment itu kadang kalau mau ke pasien masih ini tapi kalau setelah ke pasien otomatis harus cuci tangan. Kalau dari rumah sakit itu adaji biasa sosialisasi apalagi kemarin kan hari hand hygiene jadi rumah sakit sosialisasi di situ.

T: kalau sasaran selanjutnya kak bagaimana?

J: pengurangan resiko jatuh di. Penerapannya yah kalau di ICU sih ini jarang ji ada yang jatuh karena kan ini adaji rel tempat tidurnya. Kalaupun pasiennya aktif itu direstrain diikat. Itu yang ditempat tidurnya selalu dinaikkan nanti diturunkan kalau bad making tapi selalu dinaikkan. Ada juga penandanya untuk pasien yang resiko jatuh, apa namanya itu sign jadi itu ada 3 warna hijau kuning merah, kalau hijau itu ringan, kuning sedang, merah itu biasa yang berat.

T: siapa yang kasih tanda itu kak?

J: yang terima pasien pertama kali, jadi dikaji dulu ada assesmennya ada point-pointnya itu. Ituji kayaknya.

Partisipan 2

Tanggal wawancara : 23 Mei 2018

Tempat/ waktu : Ruang Resusitasi UGD RS Unhas

Identitas partisipan

Nama/ inisial : NNR

Umur : 28 tahun

Jenis kelamin : perempuan

Pendidikan terakhir : Ners

Lama bekerja : 5 tahun

Hasil wawancara

T: kalau boleh tau kak, kita pernah ikut pelatihan terkait keselamatan pasien?

J: ya pernah. Pelatihan keselamatan pasien yang diikuti itu pelaksanaannya RS Unhas untuk semua pegawai

T: bisaki sebutkan kak 6 sasaran keselamatan pasien itu yang mana?

J: pertama identifikasi, kedua komunikasi, ketiga resiko jatuh, cocok? Keempat ketepatan lokasi bedah, kelima obat-obatan, penggunaan obat yang benar, keenam itu resiko infeksi

T: Bisa kita ceritakan kak pengalamanta terapkan satu-satu?

J: di UGD atau...

T: selama di RS Unhas kak

J: sebelumnya kan saya di HD, pernah juga di rawat inap. Jadi sebelum melakukan tindakan itu, kita tanya dulu pasien pak siapa namata lalu dicocokkan dengan identitasnya di gelang pasien.

T: gelangya itu kak apa isinya?

J: di gelang itu ada nama pasien, nomor rekam medik, sama tanggal lahir. Terus perbedaan jenis kelaminnya itu dari warnanya pink untuk perempuan, biru untuk laki-laki. Terus di gelangya juga itu ada biasa tanda pasien alergi atau resiko jatuh. Jadi itu semua dicek sebelum melakukan tindakan, nanti cocok baru dilakukan tindakan.

Kalau yang kedua itu yang komunikasi efektif, ada dibilang TBAK SBAR, itu misalnya kalau ada order dari dokter via telpon atau tertulis di status pasien, terus ditempel TBAK SBAR. Kalau selama ini, menurutku baik komunikasi kan tergantung pribadinya juga orang, dari kitaji sendiri. Efektif itu kalau intinya langsung kita tanyakan ke dokter misalnya kondisi pasiennya bagaimana, apa yang sudah kita lakukan, status pasiennya, apa rekomendasita sebagai perawat.

T: kalau penerimaan informasinya selama ini kita dapat via telpon atau lisan kak? Bisa kita ceritakan bagaimana caranya?

J: kalau yang paling banyak saya dapat itu lisan, jadi misalnya ada pasien keluhannya skit perutnya paling yang kita tanya perawat juga yang pegang ini pasien, lalu bicara sama dokter tapi sebelumnya dicross check dulu ke pasiennya apa betul dia sakit perut, saya tensi dulu atau saya tanya skala nyerinya berapa, terakhir minum obat nyerinya kapan, baru dikasih tindakan dulu kalau tidak ada perubahan baru kita ke dokter, dok itu pasien nyeri sudahmi dikasih begini terakhir masuk anti nyerinya jam segini, apa instruksi ta selanjutnya.

Kalau di HD biasa saya dapat hasil lab via telpon, jadi orang lab itu harus lapor dulu ke dokter penanggung jawab yang tanda tangan di lembar permintaan lab. Kalau misalnya ada pasien yang rendah Hbnya dibawah 7 itu orang lab harusmi na lapor nilai kritis, jadi kalau misalnya saya yang angkat, dia tanyakan itu siapa namanya? Siapa namaku to, terus kalau sudah itu kalau misalnya dokternya tidak ada, ada di atas itu buku pelaporan nilai kritis, jadi di situ saya tulis, jam berapa di lapor, siapa yang lapor, siapa yang terima telpon, berapa nilai kritisnya, ituji terus siapa DPJP dokter penanggung jawabnya.

Kalau di sini di UGD, kalau ada nilai kritisnya langsung saya kasihkan ke dokter jaga, kan dokternya 24 jam jadi dokter sama dokter langsung bicara.

T: lanjut ke sasaran selanjutnya maki pale kak

J: yang ketiga itu resiko jatuh ya?

T: yang ketiga itu kak yang peningkatan keamanan obat

J: yang high alert, look alike sound alike itu ya? alhamdulillah tidak pernahji salah kasih masuk obat biasa ada obat mirip-mirip namanya, mirip dosisnya, mirip bentuknya, kalau di HD itu yang high allertnya heparin, itu setiap hari dipake alhamdulillah tidak adaji yang salah

T: bisa kita jelaskan kak kenapa bisa bagus begitu?

J: saya itu kalau masalah tindakan invasif kalau samaka pasien berulang kali ku ulangi cocokmi ini pasiennya, cocokmi dosisnya, cocokmi resep dokternya, kalau mau ku kasih masuk ku tanya lagi. Takutka kalau salah, bahaya. Jadi sampai sekarang itu kebiasaanku. Dulu waktu masih mahasiswa, saya pernah observasi

terus saya lihat ada kesalahan jadi itumi sampai sekarang saya ingat terus tidak boleh ada kesalahan begitu. Kalaupun ada pengalamanku, itu biasanya dosis misalnya ceftriaxone kan biasanya itu resep dokter 1 gram jadi biasa per 12 jam, tapi biasa juga itu ada resep 2 gram per 24 jam, kalau banyak mi pasien, heptik mi tidak diperhatikan mi itu biasa didalampi lagi baru diingat, baru ditambah 1 gramnya lagi.

T: kalau di ruang perawatan kak masih ada tersedia obat yang high alert?

J: kalau obat-obat yang begitu di troli emergency ji kayak NaCl 3%. Trolley itu dikunci dibuka kalau keadaan emergency dan yang kendalikan itu bagian apotik jadi kita kalau ada dipake dicatat.

T: lanjut sasaran yang keempat kak terkait pembedahan, benar pasien, benar lokasi sama benar prosedur.

J: kalau sayakan tidak pernah di bagian operasi, waktu di ruang inap juga saya bukan perawat yang tranfer untuk operasi, di UGD juga belum saya dapat jadi itu tergantung ruangan yang kita tempati kalau di HD hanya 5 sasaran yang dipakai yang bagian ini dihilangkan.

T: kalau yang sasaran kelima kak bagaimana pengendalian infeksi terkait pelayanan?

J: cuci tangan. Hambatannya itu kalau mau cuci tangan tissue, jadi kalau habis tunggu-tunggu saja kering dikibas-kibas. Biasa malas mi kalau mau ke pasien baru tunggu lagi kering, jadi pakai handskun saja. Kan harusnya cuci tangan sebelum ke pasien yang five moment itu, tapi biasa pakai hand druf saja. Tissue itu biasa dinas pagiji ada, kalau malam tidak adami.

T: masih ada kak yang mau diceritakan?

J: alhamdulillah selalujua cuci tangan, rumah sakit juga biasaji memantau yang PPI itu. Kayak kemarin hari hand hygiene sedunia itu ada yang keliling praktekkan cara cuci tangan, biar pasien disuruh juga hapal, semuanya.

T: kalau sasaran yang keenam kak pengurangan risiko jatuh.

J: kalau di HD itu semua pasien resiko jatuh. Dia ada diagnosa lainnya, hipertensi kah, gula kah semua dikasih resiko jatuh sedang. Tiap naik ke tempat tidur, itu pengamannya dipasang. Pernah kayaknya saya dapat pasien jatuh mau ke wc kemungkinan dia hipotensi tapi setelah diposisikan kembali baikji.

T: ada lagi kak?

J: Jadi setiap tempat tidur itu ada tanda resiko jatuhnya. Kalau di HD kalau kita yang terima pasien, kita yang kaji resiko jatuhnya, resiko jatuh sedangkah, tinggi

atau rendah. Itu tandanya beda-beda kalau yang pinggirnya kuning gambarnya coklat itu resiko jatuh sedang.

T: pengkajiannya bagaimana kak?

J: setiap pasien dibedakan pengkajiannya, ada anak, dewasa sama lansia. Semuanya dikaji, dari cara jalannya. Kalau pengkajiannya tiap pertama datang, sama ada juga pengkajian berdasarkan resiko jatuhnya ada di catatannya pasien itu, yang berat dikaji per 2 jam, sedang per 8 jam kayaknya, kalau yang ringan per 24 jam kalau tidak salah. Rawat inap kayaknya yang paling tau itu karena saya di UGD paling lama 8 jam pasien.

Partisipan 3

Tanggal wawancara : 25 Mei 2018

Tempat/ waktu : Ruang ganti UGD RS Unhas

Identitas partisipan

Nama/ inisial : RF

Umur : 29 tahun

Jenis kelamin : perempuan

Pendidikan terakhir : S2 Keperawatan

Lama bekerja : 5 tahun

Hasil wawancara

T: kalau boleh tau kak, kita pernah ikut pelatihan terkait keselamatan pasien?

J: iya. Jadi diklat itu setiap penerimaan pegawai baru pasti dikasih pelatihan terkait pasien safety, terus kalau mau akreditasi itu ini diingatkan kembali.

T: bisa kita sebutkan 6 sasaran pasien safety kak?

J: Pasien safety? Itu identifikasi pasien, kemudian pencegahan resiko jatuh, hand hygiene, terus yang keempat itu pada operasi, terus apa lagi itu, penanganan obat-obat high alert, obat-obat LASA, cukup mitu? Eh komunikasi efektif.

T: bisa kita ceritakan kak pengalamanta dalam terapkan 6 sasaran ini? Mulai dari ketepatan identifikasi pasien.,

J: kalau identifikasi pasien itu dilakukan pada saat menerima pasien baru, kalau identifikasi pasien itu kita ada minimal dua yang kita lakukan. Yang pertama itu, nama kemudian tanggal lahir atau nama dengan nomor Rmnya karena no rekam medik itu tidak ada yang sama Cuma kalau nama saja itu ada yang sama to makanya harus ada minimal dua tanggal lahirkah atau nomor RM.

T: itu nama dan tanggal lahirnya diidentifikasi dimana kak?

J: pada saat pasien masuk, kalau di IGD itu kalau misalnya ada pasien masuk terus ada gelang kan diberikan gelang identitas jadi kita tanyakan ke pasiennya 'ibu siapa namata' bukan keluarganya yang ditanya tapi pasiennya supaya kita tau gelang yang mau kita pasangkan cocok sama pasiennya.

T: identifikasinya dilakukan pertama masuk saja kak?

J: pada saat masuk, pada saat pemberian obat, setiap prosedur tindakan itu semua dilakukan identifikasi pasien. apalagi kalau disini kan pasiennya dekat-dekat bed nya jadi harus betul-betul diidentifikasi.

T: ada hambatannya kak selama kita terapkan?

J: kalau masalah identifikasi pasien hambatannya tidak terlalu berat ji, paling kalau pasiennya tidak sadar, kalau misalnya keluarganya pergi mengurus tidak ada yang jaga disitu itumi biasa yang ini. Tapi kalau pada saat masuk kan biasanya adaji keluarganya, jadi kalau sementara tidur pasiennya atau tidak sadar kita liat gelangya saja karena kan terpasangmi.

T: ada lagi kak yang mau kita ceritakan?

J: kalau identifikasi pasien, misalnya kita liat statusnya, triage nya kan kalau disini terus namanya sama terus kita panggil itu nama pasien, yang datang itu biasanya, maksudnya kalau kita tidak cocokkan itu gelangya sama kita konfirmasi kembali siapa penanggung jawab perawatnya itu bisa salah, jadi haruski betul-betul cocokkan tanggal lahir sama namanya atau nama dengan rekam mediknya. Biasa juga disini tambahannya nomor bed tapikan itu tidak jadi penentu karena misalnya pasiennya pindah tempat, apalagi kalau banyak pasien satu kavling itu bisa dua pasien jadi biasanya bed 5 ada 5a, 5b karena kan terbatas Cuma bednya ji yang banyak, kavling-kavlingnya Cuma 12 jadi haruski betul-betul namanya. Apalagi kalau sudah pergantian shift haruski betul-betul tau itu tempatnya pasien, jadi saat kita operan itu kita kelilingkan oh ini pasien ini, yang pegang perawat ini. Begitu

T: kalau sasaran yang kedua kak?

J: itu kalau komunikasi efektif itu ada dua, bagaimana komunikasi perawat dengan dokter itu pakai TBAK sama SBAR jadi saat dokter ada instruksi via telpon itu kita harus melakukan TBAK yaitu tulis, baca kembali. Jadi apa instruksinya kita tulis, lalu kita konfirmasi ulang kita baca kembali betul ya dok ini instruksinya pemberian obat misalnya ceftriaxon 2 gram IV terus kita konfirmasi kemudian kita tanda tangan di situ tanggal, jam dan tanda tangan penerima instruksi sama pemberi instruksi. Kalau SBAR itu situasi, background kemudian rekomendasi jadi kalau misalnya ada pasien yang gawat terus kita melaporkan ke dokter penanggung jawab itu juga harus kita tulis, apa situasinya apa backgroundnya, apa rekomendasi kita kemudian distempel.

T: masih ada kak?

J: ituji kayaknya

T: kalau sasaran yang ketiga kak?

J: yang ketiga itu pemberian obat, pemberian obat itu harus diidentifikasi yang mana obat-obat LASA look alike sound alike, kemudian high alert itu harus kita

tau dan setiap obat-obat seperti NaCl 3% itu memang ada labelnya bilang ini high alert.

T: obat-obat yang begitu kak ada dimana?

J: ada di trolley emergency. Jadi obat-obat yang begitu kita yang kelola, dari apotik juga. Kalau saya sendiri, kan obat-obat LASA itu kadang penampakannya mirip, seperti metamizol itu mirip ampulnya dengan ranitidin, jadi saya pernah mau kasih masuk ranitidin tapi yang saya buka ampulnya itu bukan ranitidin, tapi itukan kalau kita mau kasih masuk obat itu labelnya ditempel, nah disitumi tau bilang saya salah setelah lihat labelnya, tidak jadiji. Begitu

T: kalau sasaran yang keempat kak?

J: tepat operasi ya? Kalau disini itu pasien-pasien yang rencana operasi kan biasanya pasien poli kalau misalnya operasinya hari senin, itu pasiennya masuk UGD hari sabtu jadi itu untuk tepat operasinya itu ada memang preoperative check list itu adalah kayak format yang diisi sebelum dibawa ke ruang OK jadi itu sudah tercekliis. Di preoperativ check list itu ada namanya marking site jadi gambar marking site itu yang kita tandai kita sebagai saksi dan dokter yang menandai, oh ini yang akan dioperasi kita sebagai perawat jadi saksi ikut juga tanda tangan sama keluarga pasien. jadi itu cara supaya tidak salah posisi. Dan kita tidak akan bawa itu pasien kalau belum terisi itu preoperative check list, harus memang terisi. Kalau dokternya ini, kita yang harus telpon kita yang ingatkan untuk isi ini preoperativ check list. Dan nanti di OK pun ketika diantar itu akan dicek lagi, jadi berlapis-lapis itu monitoringnya. Dan biasanya di OK itu ditandai organ yang akan dioperasi, kalau kita di ruangan Cuma diselebaran ditandai.

T: kalau yang kelima kak?

J: hand hygiene. Kalau di rumah sakit Unhas itu sudah jadi budaya, sebelum ke pasien itu harus cuci tangan, sebelum melakukan tindakan, setelah tersentuh cairan pasien setelah melakukan tindakan dengan 6 langkah itu kalau tidak ada air pakai hand druf.

T: pengalaman kita sendiri kak?

J: bagaimana ya, selama ini kalau mau ke pasien atau setelah ke pasien itu otomatis ji orang cuci tangan seperti sudah sadar sendiri mi bilang kita melakukan cuci tangan karena kita tau itu untuk kepentingan pasien, untuk perawat juga, maksudnya itu bermanfaat bagi kita apalagi kalau sarana yang disediakan rumah sakit itu sudah ada. Jadi tidak ada lagi alasan tidak cuci tangan. Cuma kadang tissu kalau mau lap tangan habis, maksudnya kalau pagi sampe sore masih ada tapi kalau malam sampai pagi itu sudah habis tissunya jadi ituji saja sebenarnya, tapi tetapji cuci tangan.

T: masih ada kak?

J: cuma kalau cuci tangan dalam keadaan emergency itu kadang sebelum ke pasiennya yang ini, tapi kalau setelah ke pasien itu pasti cuci tangan. Tapi secara umumnya cuci tangan ji, kalau saya selalu terapkan sebelum dan setelah ke pasien.

T: kalau pengurangan resiko jatuh kak?

J: oh iya resiko jatuh, jadi setiap pasien itu kita mengkaji resiko jatuh. Nah resiko jatuh itu ada dibagi-bagi ada untuk anak yang kurang dari 15 tahun, kemudian ada usia dewasa dan ada usia lansia yang umurnya 65 tahun keatas. Jadi kita ambil format itu sesuai dengan usia pasien kita kaji berapa skor resiko jatuhnya, kalau misalnya tinggi kita pasangkan penanda resiko jatuh di bed nya sama di gelang nya ada stiker resiko jatuh warna kuning.

T: masih ada kak?

J: jadi setelah dikaji itu pasien diedukasi, untuk selalu pasang pengaman tempat tidurnya supaya ketika dia tidur mengurangi resiko jatuh, terus kalau mau ke wc harus diperhatikan harus ada yang temani, lantainya juga kalau baru dipel belum kering hati-hati jangan dulu jalan, lampu penerangannya juga harus dimaksimalkan supaya itu tidak jadi hambatan untuk pasien, sama kalau di rumah sakit sini to di sekitar dinding perawatan itu ada tempat pegangan.

Partisipan 4

Tanggal wawancara : 25 Mei 2018

Tempat/ waktu : Nurse Station kelas 2&3 RS Unhas

Identitas partisipan

Nama/ inisial : N

Umur : 28 tahun

Jenis kelamin : perempuan

Pendidikan terakhir : Ners

Lama bekerja : 4 tahun

Hasil wawancara

T: kalau boleh tau kak, kita pernah ikut pelatihan terkait keselamatan pasien?

J: pernah, dari rumah sakit sendiri pelaksanaan, yang PPI itu. Ada juga kemarin waktu mau akreditasi itu diingatkan kembali, karena kan ini masuk salah satu item penilaiannya.

T: bisa kita sebutkan 6 sasaran pasien safety kak?

J: Pertama itu identifikasi pasien, kemudian komunikasi efektif, yang benar obat, benar lokasi operasinya, pencegahan resiko jatuh dan infeksi.

T: bisa kita ceritakan kak pengalamanta terapkan satu-satu? Mulai dari identifikasi pasien.

J: identifikasi pasien ya, jadi kalau pasiennya pertama masuk kita cek memang gelangya. Minimal kan kalau diidentifikasi di gelangya ada nama, tanggal lahir sama nomor RM. Biasanya kalau tindakan pemberian obat disebutji namanya benar dengan bapak ini, kita cek lagi gelangya.

T: masih ada lagi kak yang mau kita ceritakan?

J: kalau identifikasi kan pertama masuknya pasien biasa lewat poli atau UGD biasa disitu dikasih memang gelangya, Cuma kalau kita di rawat inap dicross check ulang lagi setiap pemberian tindakan dan sebelum pemberian obat, biasa ada yang ini beda namanya tapi jarangji. Cuma hati-hati juga kalau ada pasien yang mirip-mirip namanya dan itumi juga fungsinya identifikasi. Biasa dalam satu kamar ada yang mirip namanya. Tapi biasa kalau di sini kan kalau dikenal mi pasiennya biasa namanya saja yang disebut kalau mau diberi tindakan, karena kan lamami

dirawat jadi dihapalmi orangnya, bosan juga pasien kalau ditanya terus tiap ada tindakan pak siapa namata, jadi kadang disapa saja lalu diberikan tindakan.

T: kalau sasaran yang kedua kak peningkatan komunikasi efektif

J: itu komunikasi efektif ada sistem TBAK sama SBAR itu misalnya kita dapat instruksi lisan kita pakai TBAK kalau kita dapat laporan nilai kritis juga itu kita melapor ke dokternya pasien, biasanya lewat lisan juga lewat telpon. Yang SBAR itu terkait situasinya pasien.

T: masih ada lagi kak? Atau hambatannya mungkin

J: kalau yang ini tidak adaji, paling pendokumentasiannya ji yang ini kalau sibukmi. Tapi kalau pelaporan nilai kritis begitu ada memang bukunya, jadi kalau ada nilai kritis to orang lab langsung telponki dari bawah dia laporkan bilang ada pasien ini ada nilai kritisnya, kemudian kita tulis jam dilaporkannya kemudian instruksinya apa ada juga stempelnya jadi dalam waktu 24 jam dokter harus tanda tangan sebagai pemberi perintah lisannya.

T: sasaran yang ketiga kak peningkatan keamanan obat

J: kewaspadaan obat-obat itu di yang high alert, ada itu yang high alert kita tidak diizinkan mi kalau di perawatan kecuali ICU atau UGD jadi kalau disini itu langsung dilapor memang, biasa ada tapi di trolley emergency ji, ada seperti epinefrin dan lain-lain tapi kalau disekitar pasien itu tidak ada seperti yang cairan cairan begiru tidak bisa di ruangan ini, di apotikji bisa atau di UGD, ICU yang ruang begituji biasa ada.

T: ada pengalamanta kak selama kita terapkan ini?

J: anuji biasa hampir masuk obatnya tapi bukan pasien itu yang dimaksud tapi tidak sampai terjadi, hampir. Ituji

T: kalau yang keempat kak? Terkait benar lokasi, pasien, dan prosedur bedah

J: kalau disini kita ada marking sitenya to, jadi sebelum pasien operasi biasa sehari sebelumnya itu sudah harus diisi marking sitenya jadi di ruang sini, jadi disitu ada tanda tangan dokter, perawat sebagai saksi sama tanda tangan keluarga.

T: ada lagi kak?

J: ada juga itu yang sign in sign out tapi itu diruang OK pi, kalau saya belum pernah ada pengalaman di sana jadi kurang tahu. Kalau mengantar iya, nah disitu ada namanya preoperative check list, ada markingnya, nama-namanya pasien, mulai puasanya kapan, bagaimana darahnya, Bbnya dan ada TTV biasa disini diisi di OK di cross check lagi. Anuji biasa ada yang belum tercheck list jadi sisa diingatkan mami dokternya.

T: kalau sasaran yang kelima kak?

J: pengurangan infeksi, kalau kita di sini to cuci tangan sebelum menyentuh dan setelahnya. Ada juga five moment itu untuk cuci tangan, kemudian kalau pasang infus begitu to ada waktunya maksimal 6 hari, jadi setelah 6 hari diganti lagi infus baru itu untuk mencegah flebitis, ada kebijakannya rumah sakit memang sampai hari keempatji kalau sudah hari kelima dipasang ulang lagi biar tidak adapi tanda-tanda flebitis, untuk mencegahji saja.

T: ada lagi kak? Kalau kita sendiri bagaimana terapkan yang five moment itu kak?

J: anuji tapi itu ji biasa langkah-langkahnya itu cuci tangan tidak berurut langkahnya, kalau five momentnya pastimi itu apalagi kalau sudah kita tau memangmi bilang ada infeksi pastimi waspada sekaliki to. Kalau APD nya bagusji ketersediannya

T: kalau sasaran yang terakhir kak?

J: yang resiko jatuh itu ada juga digelangnya itu dikasi tanda sama di bednya, yang segitiga itu kalau dia ringan itu warna hijau, kuning sedang, merah yang resiko tinggi.

T: pemberian tandanya kapan kak?

J: pas diidentifikasi pasien, kondisinya pasien itu apa ada resiko jatuh atau tidak awal masuknya. Biasanya kan kalau misalnya rencana operasi, awalnya dia tidak ada resiko jatuhnya masih bagus skornya, kan ada itu memang skornya. Nah kalau terpasangmi infusnya adami skor jatuhnya itu minimal 20 jadi masuk resiko rendah, kita lihat juga perkembangannya pasien apa ada resiko jatuhnya, bertahapki biasanya tergantung perubahannya pasien. ada juga monitoringnya, salah satunya mitu ada edukasi pasiennya, yang pasang trailer bednya, direndahkan bed nya, ada memang poin-poin monitoringnya tergantung dia resiko jatuh apa. Nah ini dia (responden menunjukkan form monitoring resiko jatuh) kalau dia resiko rendah kan ada skornya kalau 25-50 itu dia sedang, kalau 0 itu tidak beresiko, kalau rendah dia sampai 25. Ini ada juga waktu-waktunya kalau dia rendah kita kaji per 24 jam, kalau dia sedang itu ada per 8 jam, kalau total yang per 2 jam. Jadi jelasji kalau ini, ituji dek

T: ada lagi kak?

J: pernah saya dapat ada pasien pusing waktu mau ke wc, jadi itumi haruski juga edukasi kan adaji juga dipoin yang tadi edukasi ke keluarga kalau mau meninggalkan ruangan itu melapor ke perawat supaya kita bisa pantau. Ituji

Partisipan 5

Tanggal wawancara : 25 Mei 2018

Tempat/ waktu : Nurse Station kemoterapi RS Unhas

Identitas partisipan

Nama/ inisial : NH. Hj

Umur : 27 tahun

Jenis kelamin : perempuan

Pendidikan terakhir : Ners

Lama bekerja : 3 tahun

Hasil wawancara

T: kalau boleh tau kak, kita pernah ikut pelatihan terkait keselamatan pasien?

J: pernah kayaknya, tapi lamami

T: masih kita tau 6 sasaran pasien safety kak?

J: identifikasi pasien dengan benar, komunikasi efektif, keamanan obat, tepat insisi dan prosedur pasien bedah, resiko infeksi dan resiko jatuh

T: bisa kita ceritakan kak pengalamanta terapkan satu per satu? Mulai dari identifikasi pasien

J: identifikasi pasien itu, contohnya pemasangan gelang setiap melakukan tindakan atau intervensi ke pasien ditanyakan identitasnya paling tidak itu nama, umur sama nomor rekam medik. Digelangnya dengan ditanyakan ke pasien kalau pertama kali, untuk berikutnya kalau ada intervensi yang sama langsung lihat gelangnya saja. Ituji setiap pemberian obat, pemberian tindakan keperawatan. Hambatannya tidak adaji kayaknya

T: kalau sasaran yang kedua kak?

J: komunikasi efektif? Yang TBAK SBAR kalau misalnya ada via telpon biasanya dikonfirmasi kembali atau kalau misalnya kondisi pasien yang tidak memungkinkan dilaporkan ke dokternya apa intervensi yang sudah dilakukan, nanti kalau ada advice dari apa yang dilaporkan itu ditulis lalu dikonfirmasi kembali kalau melalui telpon TBAK. Yang biasa jadi hambatannya itu, kan harus ada tanda tangan dari pemberi instruksi nah itu kadang yang susah didapat. Ituji saja, ada juga biasa yang susah dihubungi

T: kalau sasaran yang ketiga kak?

J: oh keamanan obat. Biasanya obat yang high alert itu diberi label, kayak heparin KCL, obat kemo, kalau di sini yang tersedia paling obat kemo ji dan obat yang lainnya itu sudah dilabel dari apotik.

T: ada pengalamanta kak?

J: paling obat kemoji, kembali ke identifikasi lagi, perhatikan juga dosisnya karena kan beda sedikit bisa bahaya sama pasiennya. ituji

T: kalau sasaran yang keempat kak?

J: jarang kalau disini yang masalah pembedahan itu to, tidak ada pengalamanku disitu. Itupun profesi tidak ambil peminatan disitu ka

T: sasaran yang kelima kak?

J: resiko infeksi, cuci tangan. Enam langkah diterapkan, sebelum dan setelah melakukan tindakan, sebelum dan setelah kontak dengan pasien, setelah kontak dengan cairan pasien.

T: ada hambatannya kak?

J: kalau cuci tangan, tidak adaji. Fasilitasnya juga adaji, sabun, air, tisu. Kadangji kalau krisis rumah sakit itu sabun diencerkan, tissue tidak ada sama sekali, jadi kalau tidak ada tisu kadang pakai kasa atau dikibas-kibasji begitu. Tapi jarangji akhir-akhir ini selama sudah akreditasi

T: kalau sasaran yang terakhir kak?

J: kalau resiko pasien jatuh, ada pengkajian resiko jatuh to, pemasangan rail bed pasien, terus kalau pasien dengan resiko jatuh tinggi diberi label itu yang warna kuning yang segitiga.

T: kapan dikasih label itu kak?

J: setelah dilakukan pengkajian, dikasih mi itu label, biasanya yang beresiko tinggi itu yang lansia, yang anak-anak, yang kurang kesadaran. Pengkajian resiko jatuh pertama pasien masuk, sama tiap hari karena ada memang pengkajiannya, ada lembar monitoringnya tergantung dia resiko apa. Resiko tinggi tiap 2 jam, resiko sedang tiap 8 jam, kalau disini resiko rendahji saja jadi tiap hari dicek. Ituji

Partisipan 6

Tanggal wawancara : 25 Mei 2018

Tempat/ waktu : Nurse Station kelas 1 RS Unhas

Identitas partisipan

Nama/ inisial : AS

Umur : 28 tahun

Jenis kelamin : perempuan

Pendidikan terakhir : Ners

Lama bekerja : 4 tahun

Hasil wawancara

T: kalau boleh tau kak, kita pernah ikut pelatihan terkait keselamatan pasien?

J: pernah semuanya itu dek kalau staf disini to kalau baru masuk ada pelatihan terkait itu dikasih sama diklat

T: bisa kita sebutkan 6 sasaran pasien safety kak?

J: identifikasi pasien, komunikasi efektif, obat high alert, pasien bedah, resiko infeksi sama resiko jatuh

T: bisa kita ceritakan kak pengalaman ta terapkan satu per satu? Mulai dari identifikasi pasien

J: identifikasi pasien itu dek mulai pasien masuk, pertama datang dicek gelangya, nama, tanggal lahir, rekam medik. Pada saat mau dilakukan juga tindakan selalu disebut nama, tanggal lahir, RM karena ada itu pasien sama namanya betul ini namata bu? Dilihat juga digelang identitasnya.

T: ada hambatannya kak?

J: aapa di. Paling kalau pasiennya susah diajak komunikasi, tidak sadar, atau lansia tapi adaji biasa keluarganya, atau ada pasien tidak tau bahasa indonesia jadi cariki teman yang bisa bahasa daerahnya. Ituji palingan

T: sasaran yang kedua kak?

J: kalau komunikasi efektif ituji yang SBAR TBAK. Pada saat via telpon. Kalau SBAR itu misalnya ada keluhannya pasien demam, suhu 39, kalau kita telpon dokter kita melapor keluhannya to berarti itu sudah SBAR, misalnya ada instruksi

beri PCT 1 gr itu TBAK, ada itu tulis baca kembali. Kalau SBAR itu situasi, background, assesment, rekomendasi. TBAK, tulis lalu dibaca konfirmasi, jadi kalau ada instruksi itu dipakai. Itu pakai stempel. Hambatannya itu kan harus ada itu tanda tangannya dokter jadi biasa dokter tidak tanda tangan itumi, kalau mau ambil resep juga. Kalau nilai kritis kan biasanya dari lab itu kalau belum keluar prinannya, na telpon maki biasa nanti kita tulismi dibuku nanti dilapor ke doktermi lagi pakai TBAK SBAR lagi, kalau di buku nilai kritis itu ada jam diterima, siapa yang lapor, siapa yang terima telpon itu ditulis

T: sasaran yang ke tiga kak?

J: keamanan obat yang perlu diwaspadai. Itu 6B. benar pasien, benar obat, benar rute, benar dosis, benar waktu, ada juga itu kalau mirip-miripki obatnya yang high alert, obat tertentu itu. Itu obatnya dipisah sama dikasi tanda, ada labelnya.

T: obat yang begitu kak ada dimana?

J: kalau disini tidak ada, kecuali ada resep, tidak ada stand by di ruangan. Nanti diresepkan, adanya di depo farmasi.

T: kalau sasaran yang keempat kak?

J: kalau disini dek, ditandai memangmi sebelum dibawa pasiennya, ada penandaan lokasi oleh dokternya, terus disaksikan oleh perawatnya tapi itu dilembaran ji, dispidoli juga kadang dibagian tubuhnya pasien, marking site namanya. Keluarga pasien ikut juga untuk persetujuan tindakan. Pemeriksaan tambahan juga radiologinya, USGnya diperhatikan juga sebelum dibawa, berapa tensinya, ada di preoperative check list itu diisi.

T: sasaran yang kelima kak?

J: kalau pengendalian infeksi itu ada memang kebijakan dari rumah sakit, ganti infus itu hari ke-4 untuk mencegah flebitis, di cabut baru dipasang ulang. Kateter hari ke-14, NGT tergantung jenis NGT nya, kalau yang silikon 1 bulan, kalau yang biasa itu ta 2 minggu ji.

T: selain itu kak ada lagi?

J: pemakaian APD, terus cuci tangan. Sebelum dan setelah tindakan. Selaluji disini cuci tangan. Hambatannya itu biasa tidak ada tisu pakai hand druf ji, atau dilap-lap ji. Ada juga itu spoit one day.

T: kalau yang terakhir kak?

J: kalau yang ketujuh itu. Pertama kita identifikasi dulu apakah dia resiko berat, sedang, atau ringan. Ada memang formnya itu dek, kalau dia ringan itu 24 jam, kalau sedang itu per 8 jam, kalau berat per 2 jam. Ada memang poin-poinnya, kalau dia resiko ringan itu pertama kita identifikasi dikasih memang gelang resiko

jatuh, ditempat tidurnya juga digantung tanda, kalau dia ringan itu yang digantung warna kuning, ada itu yang segitiga. Terus distatusnya juga ditulis. Terus yang kedua itu pengaman bednya selalu dipasang, pencahayaannya juga diatur, lantainya diperhatikan, barang-barangnya didekatkan ketubuh pasien, edukasi keluarganya untuk kurangi ke wc atau temani terus. Pengkajiannya pertama masuk, kalau memang ada riwayat dia memang beresiko berat, kecuali kalau sudah terpasang infus sudah termasuk beresiko. Setiap ada perubahan itu dikaji lagi, ada memang itu biasa pasien awalnya tidak terpasang infus, besoknya sudah terpasang jadi dia sudah termasukmi itu.

T: ada hambatannya kak?

J: ada biasa pasien yang bandel, mau dipasang pot di tempat tidur tapi maunya di wc pi jadi itumi.

Partisipan 7

Tanggal wawancara : 25 Mei 2018

Tempat/ waktu : Ruang ganti kelas 1 RS Unhas

Identitas partisipan

Nama/ inisial : D

Umur : 26 tahun

Jenis kelamin : perempuan

Pendidikan terakhir : Ners

Lama bekerja : 3 tahun

Hasil wawancara

T: kalau boleh tau kak, kita pernah ikut pelatihan terkait keselamatan pasien?

J: pernah. staf disini kalau baru masuk ada pelatihan terkait itu dikasih sama diklat sama kalau mau akreditasi itu diingatkan kembali

T: bisa kita sebutkan 6 sasaran pasien safety kak?

J: pertama itu identifikasi pasien, kemudian komunikasi efektif, keamanan obat high alert, pasien bedah, resiko infeksi sama resiko jatuh

T: bisa kita ceritakan kak pengalaman ta terapkan satu per satu? Mulai dari identifikasi pasien

J: kalau identifikasi pasien itu mulai pasien masuk, pertama datang ke sini dicek gelangya, nama, tanggal lahir, rekam medik. Itu juga kalau mau dilakukan juga tindakan selalu disebut nama, tanggal lahir, dilihat di gelang identitasnya. Ibu benarmi namata ini? Ituji kalau mau kasih obat, ada ada tindakan yang mau dilakukan itu selalu dicek gelangya

T: sasaran yang kedua kak?

J: kalau komunikasi efektif itu ada TBAK SBAR. Itu kalau ada instruksi via telpon. Kalau SBAR itu misalnya ada keluhannya mau dilaporkan, kalau kita telpon dokter kita melapor keluhannya berarti itu sudah SBAR. SBAR itu situasi, background, assesment, rekomendasi. TBAK itu, tulis lalu dibaca kembali, jadi kalau ada instruksi itu dipakai. Itu ditulis kemudian pakai stempel. Kalau pelaporan nilai kritis kan biasanya dari lab itu menelpon biasa nanti kita tulismi dibuku nanti dilapor ke doktermi lagi pakai TBAK SBAR lagi tapi kalau adaji

dokternya jaga langsung dikasih liat ji laporannya atau dikasih dokter sama dokter saja yang cerita, kalau di buku nilai kritis itu ada jam diterima, siapa yang lapor, siapa yang terima telpon itu ditulis

T: sasaran yang ke tiga kak? Tentang keamanan obat

J: keamanan obat yang perlu diwaspadai. ada itu kalau mirip-miripki obatnya yang LASA sama high alert, obat tertentu itu. Itu obatnya dipisah sama dikasi tanda, ada labelnya memang dari apotikmi. Kalau disini tidak ada, paling dipesanpi lagi baru ada, itupun langsung mi ada labelnya bilang ini high alert. Tapi kadang juga itu pengemasan dari apotiknya, lain namanya dikemasan, lain isinya didalam jadi haruski juga periksa itu kembali cocokmi atau tidak.

T: kalau sasaran yang keempat kak? Tepat pasien bedah

J: kalau saya belum ada pengalamanku di ruang OK, tapi kalau disini ditandai memangmi sebelum dibawa pasiennya, ada penandaan lokasi namanya marking site oleh dokternya, terus disaksikan oleh perawatnya tapi itu dilembaran ji ada itu gambarnya disitu ditandai, Keluarga pasien ikut juga disitu tanda tangan juga untuk persetujuan tindakan. Marking site itu ada di preoperative check list, jadi semuanya diceklis dulu sebelum pasiennya dibawa. Berapa TTVnya, kapan puasanya mulai itu ada semua di preoperative check list.

T: sasaran yang kelima kak?

J: kalau pengendalian infeksi itu ada memang kebijakan dari rumah sakit, ganti infus itu hari ke-4 untuk mencegah flebitis, itu infus set sama aboketnya di cabut dulu baru dipasang ulang. Kateter hari ke-14.

T: selain itu kak ada lagi?

J: selain itu, misalnya perawatan luka teknik aseptik, pemakaian APD, terus cuci tangan. Sebelum dan setelah tindakan ada itu 6 langkah. Selaluji disini cuci tangan. Hambatannya itu biasa tidak ada tissu jadi pakai hand druf ji, hand druf itu selaluji ada di dekat pasien, di sekitar sini banyak ji tersedia, atau kalau habis tissu cuci tangan ditunggu kering atau dilap-lap saja.

T: kalau yang terakhir kak?

J: kalau yang resiko jatuh itu ada memang pengkajiannya, kalau dia ringan itu 24 jam, kalau sedang itu per 8 jam, kalau berat per 2 jam. Ada memang poin-poinnya, kalau dia resiko ringan itu pertama kita identifikasi dikasih memang tanda di gelangya resiko jatuh itu stiker warna orange, ditempat tidurnya juga digantung tanda yang segitiga itu yang hijau untuk ringan, kuning sedang, merah yang resiko berat. Terus yang kedua itu pengaman bednya selalu dipasang, pencahayaannya juga diatur, lantainya diperhatikan licin atau tidak, barang-barangnya didekatkan ketubuh pasien, edukasi juga keluarganya. Ituji

Lampran 5:

SURAT-SURAT



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu
Jl. Perintis Kemerdekaan Kampus Tamalanrea Km.10, Makassar 90245
Contact person dr. Agussalim Bukhari, PhD, SpGK (HP. 081241850858), email: agussalimbukhari@yahoo.com

LAMPIRAN 01/011/03.0

Formulir Permintaan dan Penerimaan Amendemen Protokol

No Protokol: UH18030157	Tanggal/Tahun Penerimaan: 16 Maret 2018
Judul Protokol: Pengalaman perawat dalam menerapkan 6 (enam) sasaran keselamatan pasien <i>International Patient Safety Goals</i> (IPSG) di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, menjadi Gambaran penerapan 6 (enam) sasaran keselamatan pasien <i>International Patient Safety Goals</i> (IPSG) di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin	
Ketua Pelaksana/ Peneliti Utama: Eka Fitri Tahir	
Institusi: S1 Keperawatan Unhas	Telepon: 085398638529
Disetujui Sebelumnya Tanggal: 21 Maret 2018	No. Protokol Amendemen
Alasan Amendemen: Penelitian yang dilakukan belum termasuk penelitian kualitatif secara murni, sehingga judul penelitian berubah mengikuti hasil penelitian yang lebih mengarah pada kualitatif deskriptif yaitu gambaran penerapan enam sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.	



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
RSPTN UNIVERSITAS HASANUDDIN
RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**



Sekretariat : Lantai 3 Gedung Laboratorium Terpadu
JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10 MAKASSAR 90245.
Contact Person: dr. Agussalim Bukhari, MMed, PhD, SpGK TELP. 081241850858, 0411 5780103, Fax : 0411-581431

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK

Nomor : 222 / H4.8.4.5.31 / PP36-KOMETIK / 2018

Tanggal: 21 Maret 2018

Dengan ini Menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan Dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik :

No Protokol	UH18030157		No Sponsor Protokol	
Peneliti Utama	Eka Fitri Tahir		Sponsor	Pribadi
Judul Peneliti	Pengalaman Perawat dalam Menerapkan 6 (Enam) Sasaran Keselamatan Pasien International Patient Safety Goals (IPSG) di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin			
No Versi Protokol	1		Tanggal Versi	16 Maret 2018
No Versi PSP	1		Tanggal Versi	16 Maret 2018
Tempat Penelitian	RSPTN Universitas Hasanuddin Makassar			
Jenis Review	<input checked="" type="checkbox"/> Exempted		Masa Berlaku 21 Maret 2018 sampai 21 Maret 2019	Frekuensi review lanjutan
	<input type="checkbox"/> Expedited			
	<input type="checkbox"/> Fullboard Tanggal			
Ketua Komisi Etik Penelitian	Nama Prof.Dr.dr. Suryani As'ad, M.Sc.,Sp.GK (K)		Tanda tangan 	Tanggal
Sekretaris Komisi Etik Penelitian	Nama dr. Agussalim Bukhari, M.Med.,Ph.D.,Sp.GK (K)		Tanda tangan 	Tanggal

Kewajiban Peneliti Utama:

- Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
- Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 Jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Laporan SUSAR dalam 72 Jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
- Menyerahkan Laporan Kemajuan (progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setiap setahun untuk penelitian resiko rendah
- Menyerahkan laporan akhir setelah Penelitian berakhir
- Melaporkan penyimpangan dari prokol yang disetujui (protocol deviation / violation)
- Mematuhi semua peraturan yang ditentukan



KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Tamalanrea, Makassar 90245

Website: www.rs.unhas.ac.id Email: info@rs.unhas.ac.id Telp: (0411) 591331 Fax: (0411) 591332

Nomor : 5025/UN4.26.1.2/PL.09/2017
Hal : Surat Keterangan Selesai Penelitian

13 Agustus 2018

Dengan ini menerangkan bahwa mahasiswa yang beridentitas :

Nama : Eka Fitri Tahir
NIM : C12114024
Institusi : Universitas Hasanuddin
Kode peneliti : 180521_1

Telah menyelesaikan penelitian di Rumah Sakit Unhas

Terhitung : 04 Juni 2018

Sampel : Pengalaman perawat dalam menerapkan 6 sasaran keselamatan pasien

Untuk memperoleh data dalam rangka penyusunan Skripsi yang berjudul:

"Pengalaman Perawat dalam Menerapkan 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin"

Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan seperlunya.

Kepala Bidang Penelitian

dr. Firdaus, Ph.D.
NIP. 197712312002121002
RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS HASANUDDIN