

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, D., Hakim, L. and Widjiati Imam, C. (2014) „Evaluasi Pelaksanaan Sistem Identifikasi Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit”, *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(1), pp. 99–105. doi: 10.21776/ub.jkb.2014.028.01.32
- Anggreini, Y. D., Kirana, W., Yousriatin, F., & Safitri, D. (2023). Implementasi SBAR (Situation, Background, Assesment, Recomendation) pada Perawat dengan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Kota Pontianak. *Malahayati Nursing Journal*, 5(11), 3715–3723. <https://doi.org/10.33024/mnj.v5i11.9731>
- Apriliani, W., Ernawati, & Maulana, M. A. (2020). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Literatur Review. Universitas Tanjungpura, 1–6.
- Basri, B. (2018). Model Supervisi Keperawatan Terhadap Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Poso. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 9(2), 46-54.
- Bawelle, S. C., Sinolungan, J. S. V. and Hamel, R. S. (2013) „Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Perawat Dengan Pelaksanaan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di Ruang Rawat Inap RSUD LIUN KENDAGE Tahun A”, 1.
- Budi, S. C. *et al.* (2019). Tren Insiden Berdasarkan Sasaran Keselamatan Pasien. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), pp. 141-146.
- Buhari B, Machmud R, Dorisnita D. (2018). *Implementation of Patient Safety in Accredited Hospitals and Its Determining Factors in Jambi City, Indonesia*. *Elev Int J Nurs Educ Pract Res.*;1(2):134–44.
- Daud AW. (2020). Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien nasional (SP2KPN). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Delima, A. Z. P., Maidin, A., & Saleh, L. M. (2020). Analysis of the Implementation of Patient Safety Targets at the Makassar City Regional General Hospital. *Journal of Asian Multicultural Research for Medical and Health Science Study*, 1(2), 47-56.
- Depkes RI. (2008). Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety) Edisi 2. Jakarta. doi: <https://doi.org/10.1190/1.1443081>.
- Depkes RI. (2009). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit”, Jakarta, (rumah sakit), p. 40. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Dewi, A. N., Arso, S. P. and Fatmasari, E. Y. (2019). Analisis Pelaksanaan Program Keselamatan Pasien Di Unit Rawat Inap RS Wawa Husada Kabupaten Malang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e- Journal)*, 7(1), pp. 20–30.
- Dewi, M. (2012) „Pengaruh Pelatihan Timbang Terima Pasien Terhadap Penerapan Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di RSUD Raden Mattaher Jambi”, *Jurnal Health & Sport*, 5(3)(November 2018), pp. 1–179.
- Dhamanti I, Leggat S, Barraclough S. (2020). Practical and cultural barriers to reporting incidents among health workers in Indonesian public hospitals. *J Multidiscip Healthc*,13:351–9.
- Donna Dwi Yudhawati dan Ekorini Listiowati. (2015). Evaluasi Penerapan Identifikasi Pasien Di Bangsal Rawat Inap RSI Siti Aisyah Madiun, *Journal of medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakitedicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, pp. 1–10.
- Eliwarti. (2021). Analisis Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Penerapan Identifikasi Pasien di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUP dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Akademika Baiuturrahim Jambi*, 10(2), 344-354.

- England NHS. (2022). Monthly Data on Patient Safety Incident Reports. National Reporting and Learning System (NRLS). <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/monthly-data-patientsafety-incident-reports/>
- Faluzi, A., Machmud, R. and Arif, Y. (2018). Analisis Penerapan Upaya Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien Bagi Profesional Pemberi Asuhan Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(2007), p. 34. doi: 10.25077/jka.v7i0.919
- Flemming, Mark. (2005). Patient Safety Culture Measurement and Improvement: A “How To” Guide. *Journal of Nurturing a Patient Safety Culture*.2005;8:14-18
- Hadi, I. (2017). Manajemen Keselamatan Pasien. Deepublish: Yogyakarta.
- Hapsari, A. P., Wahyuni, C. U. and Mudjiyanto, D. (2018). Knowledge of Surveillance Officers on Identification of Healthcare-associated Infections in Surabaya. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 6(2), p. 130. doi: 10.20473/jbe.v6i22018.130-138.
- Huang, H., Xiao, L., Chen, Z., Cao, S., Zheng, S., Zhao, Q., & Xiao, M. (2022). A National Study of Patient Safety Culture and Patient Safety Goal in Chinese Hospitals. *Journal of Patient Safety*, 18(8), e1167.
- Hughes, R. G. 2008. *Patient Safety and Quality: An Evidence Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Insani, T. H. N., & Sundari, S. (2018). Analisis pelaksanaan keselamatan pasien oleh perawat. *JHeS (Journal of Health Studies)*, 2(1), 84-95.
- Jayanti, A. E., & Fanny, N. (2021). Study Literature Kepatuhan Penerapan Standar Patient Safety Di Rumah Sakit Umum Bantul. In *Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKESNAS)* (pp. 310-315).
- KARS (2022). Instrumen Survei Akreditasi KARS sesuai Standar Akreditasi RS KEMENKES RI 2022. Jakarta.
- Keles, A. W., Kandou, G. D. and Tilaar, C. R. (2015). Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano Sesuai dengan Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 Implementation Analysis of Standards Patient Safety Goals in Emergency Department Dr . Sam Ratula. *JIKMU*, 5, pp. 250–259
- Keputusan Menteri Kesehatan RI. (2022). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta.
- KNKPRS. (2022). Laporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety Report). <http://sirs.yankes.kemkes.go.id/sp2rs/contact.php>
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) (2015) *Pedoman pelaporan insiden keselamatan (IKP) (patient safety incident report)*.
- Mc. Cutcheon, A. S. (2006) „Staffing for safety : a synthesis of the evidence on nurse staffing and patient safety”. Available at: <http://www.chsrf.ca>.
- MoH Malaysia. (2021). MPSPG: Malaysian Patient Safety Gals Annual Report 2021.
- Mulfiyanti, D., Sulistyaningtyas, N., & Yamin, R. (2022). An Anasulysis Patient Safety Goals in Aspect Implementation Identification and Treatment Medicines in the Inpatient Room of the Tenriawaru Hospital Bone Regency. *International Journal of Public Health Excellence (IJPHE)*, 1(2), 225-230.
- Muliyadi, M., & Yulia, S. (2022). Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di Pelayanan Rumah Sakit. *Jurnal'Aisyiyah Medika*, 7(2).
- Mulyatiningsih, S. (2013) *Determinan Perilaku Perawat Dalam Melaksanakan Keselamatan Pasien Si Rawat Inap RSAU DR. ESNAWAN ANTARIKSA JAKARTA*. Depok: UI.
- Murtiningtyas, R. A., & Dhamanti, I. (2022). Analisis Implementasi Identifikasi Pasien di Rumah Sakit Untuk Meningkatkan Keselamatan Pasien di Indonesia. *Media Gizi Kesmas*, 11(1), 313–317. <https://doi.org/10.20473/mgk.v11i1.2022.313-317>

- Mutiara Cintha, G. L., Suryoputro, A. and Jati, S. P. (2016). Analisis Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dalam Rangka Keselamatan Pasien Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 4(4), pp. 43–48.
- Neri, R. A., Lestari, Y. and Yetti, H. (2018). Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(4), p. 48. doi:10.25077/jka.v7i0.921.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Nurhayati, S., Rahmadiyahanti, M., & Hapsari, S. (2020). Kepatuhan Perawat Melakukan Assessment Resiko Jatuh Dengan Pelaksanaan Intervensi Pada Pasien Resiko Jatuh. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya*, 15(2), 278–284. <https://doi.org/10.30643/jiksht.v15i2.97>
- Pemerintah Indonesia, R. (2016) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*. Jakarta.
- Pemerintah Indonesia, R. (2017) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*. Indonesia. Jakarta.
- Pemerintah Indonesia, R. (2020) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta.
- Pemerintah Republik Indonesia (2024) *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksana UU No 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. Jakarta.
- Pemerintah Republik Indonesia (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan*. Jakarta.
- Pratama, M. I. K. (2021). Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Sebagai Upaya Pencegahan Adverse Event: Literature Review. *JKM: Jurnal Keperawatan Merdeka*, 1(2), 169-182.
- Pujianto, A. (2014). Pengaruh Impelemntasi Surgical Safety Checklist Terhadap Keselamatan Pasien Bedah Mata Di Kamar Bedah RS Mata “Dr. YAP” Yogyakarta. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyah Yogyakarta. doi: 10.4324/9781315853178.
- Puspitasari, N. I., Mudjianto, D., & Yamani, L. N. (2022). Evaluation Of Hand Hygiene Audit In Preventing Healthcare-Associated Infections At Haji Hospital Surabaya In 2020. *Media Gizi Kesmas*, 11(1), 79–87. <https://doi.org/10.20473/mgk.v11i1.2022.79-87>
- Putri, M.E., Fithriyani, Sari, M.T. (2022). Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan 6 Sasaran Keselamatan Pasien. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 11(1), 55-61.
- Reno Afriza Neri, Yuniar Lestari, H. Y. (2018) “Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman”, *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(4), pp. 48–55.
- Sakinah, S., Wigati, P. A. and Arso, S. P. (2017). Analisis Sasaran Keselamatan Pasien Dilihat Dari Aspek Pelaksanaan Identifikasi Pasien Dan Keamanan Obat Di RS Kepresidenan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 5(4), pp. 145–152.
- Salawati, L. (2020). Penerapan keselamatan pasien rumah sakit. *Averrous: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, 6(1), 98-107.
- Saputra, R. A., & Rizky, W. (2023). Gambaran Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat Berdasarkan Standar Akreditasi Rumah Sakit di Instalasi Rawat Inap RSUD Kabupaten Karanganyar. *Indonesian Journal of Hospital Administration*, 6(2), 53–62.

- Setyani, M. D., Zuhrotunida and Syahridal. (2016). Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Tangerang. *Jurnal JKFT*, 2(2), pp. 59–69. doi: 10.31000/jkft.v2i2.63.
- Shafira, R. A., & Dhamanti, I. (2023). Studi Literatur: Penerapan Komunikasi SBAR dalam Pelaksanaan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (Studi di Indonesia) A Literature Review: Implementation of SBAR Communication in The Implementation of Patient Safety in Hospital in Indonesia (Study in I. Media Gizi Kesmas, 12(1), 441–452.
- Silva, M. das D. G. *et al.* (2011) „Concomitant prescribing and dispensing errors at a Brazilian hospital: A descriptive study”, *Clinics*, 66(10), pp. 1691–1697. doi: 10.1590/S1807-59322011001000005.
- Sudjarwo, & Basrowi. (2009). *Manajemen Penelitian Sosial*. CV. Mandar Maju.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Pendidikan, Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Sundoro, T., Rahaded, A. B., Zitri, I., Agustina, M., Fatihah, Z., & Karimah, N. M. (2019). Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 di RSUD Kota Yogyakarta. Asosiasi Dosen Muhammadiyah Magister Administrasi Rumah Sakit, 4(2), 58–67. <http://penelitiankesehatan.com/ojs/index.php/admmirasi/index>
- Sundoro, T., Rosa, E. M. and Risdiana, I. (2016). Evaluasi Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Sesuai Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 di Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak PKU Muhammadiyah Kotagede Yogyakarta. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 5(1), pp. 40–48. doi: 10.18196/jmmr.5105.
- Sutisna, A. (2021). *Metode Penelitian Kualitatif Bidang Pendidikan*. UNJ press.
- Ulrich B, Kear T. (2014). Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundation of excellent Health Care Delivery. *Nephrol Nurs J*, 41(5):44757.
- Ulva, F. (2017) „Gambaran Komunikasi Efektif Dalam Penerapan Keselamatan Pasien (Studi Kasus Rumah Sakit X Di Kota Padang) Picture of Effective Communication in the Application of Patient Safety (Case Study of Hospital X In Padang City)”, *Jurnal Pembangunan Nagari*, 2(1), pp. 95–102. doi: <https://doi.org/10.30559/jpn.v2i1.17>.
- Wardhani, V. (2017). *Manajemen Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Universitas Brawijaya Press.
- Widiasari, Handiyani, H., & Noviestari. (2019). Kepuasan Pasien Terhadap Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(1), 43-52.
- World Health Organization. (2009). Human factors in patient safety review of topics and tools; report for methods and measures working. WHO.
- World Health Organization. (2015). Kurikulum dan Panduan Keselamatan Pasien. Jakarta.
- World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030 : Towards eliminating avoidable harm e health care. In World Health Organization. World Health Organization.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Informed Consent dan Pedoman Wawancara***INFORMED CONSENT***
PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Selamat Pagi/Siang/Sore

Perkenalkan nama saya Aulia Meidina Pawindru. Saya adalah mahasiswa S1 angkatan 2019 Departemen Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Saya bermaksud melakukan penelitian tentang "Gambaran Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Stella Maris Kota Makassar Tahun 2023". Penelitian ini dilakukan sebagai tahap akhir dalam penyelesaian studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.

Saya berharap Saudara/Saudari bersedia menjawab setiap pertanyaan dengan jujur sesuai dengan yang Saudara/Saudari ketahui dan pernah lakukan. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan jawaban berdasarkan persepsi anda. Lama wawancara penelitian ini sekitar 20-30 menit. Semua informasi yang Saudara/Saudari berikan terjamin kerahasiaannya, dengan cara hanya mencantumkan inisial nama dari Saudara/Saudari dari hasil penelitian saya.

Jika Saudara/Saudari bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan mengisi dan menandatangani data dibawah ini, kemudian saya akan memulai wawancara.

Nama :

Tanda Tangan :

Terima kasih atas kesedian Saudara/Saudari untuk ikut serta dalam penelitian ini.

**GAMBARAN PELAKSANAAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR TAHUN 2023**

PEDOMAN WAWANCARA

IDENTITAS INFORMAN

Nama informan :

Usia :

Jenis Kelamin :

Masa Kerja :

Unit Kerja :

Tanggal Wawancara : __ / __ / _____ (tgl/bln/thn)

No	Variabel	Topik wawancara	Informan
1.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	a. Bagaimana proses identifikasi pasien yang dilakukan dengan minimal menggunakan 2 (dua) identitas pasien secara verbal dan/atau visual? b. Kapan proses identifikasi pasien dilakukan menggunakan minimal dua jenis identitas? c. Bagaimana proses identifikasi pasien dengan tepat pada situasi khusus dan penggunaan label?	1. Pimpinan/ Direktur RS 2. Ketua PMKP 3. Kepala Instalasi Rawat Inap, Rawat Jalan, IGD 4. Perawat Pelaksana 5. Apoteker/ Farmasi 6. Tenaga Laboratorium 7. Tenaga radiologi
2.	Meningkatkan komunikasi yang efektif	a. Bagaimana proses penyampaian komunikasi lisan dan/atau telepon yang dilakukan antara PPA? b. Bagaimana proses pelaporan hasil kritis pada pemeriksaan diagnostic secara lisan atau lewat telpon? c. Siapa saja yang melaporkan dan siapa yang menerima besaran nilai kritis laboratorium/tanda vital dan hasil pemeriksaan diagnostik kritis? d. Bagaimana cara pelaporan besaran nilai kritis laboratorium/tanda vital dan hasil pemeriksaandiagnostik kritis? e. Bagaimana proses komunikasi saat serah terima (hand over)? f. Siapa saja yang terlibat dalam serah terima pasien? g. Apakah terdapat form, alat dan atau metode serah terima pasien?	1. Perawat pelaksana 2. Tenaga laboratorium dan pemeriksaan penunjang 3. Dokter/DPJP 4. Pimpinan/Direktur RS 5. Ketua tim PMKP

No	Variabel	Topik wawancara	Informan
3.	Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai	<ol style="list-style-type: none"> a. Bagaimana proses implementasi regulasi pengelolaan obat yang perlu diwaspadai? b. Apakah terdapat daftar obat yang perlu diwaspadai? c. Bagaimana proses penyusunan, penyimpanan, dan pelabelan obat yang perlu diwaspadai? d. Bagaimana proses evaluasi daftar obat yang perlu diwaspadai? e. Kapan proses evaluasi dan perbaharuan daftar obat yang perlu diwaspadai? f. Bagaimana proses penyimpanan elektrolit konsentrat tertentu hanya di Instalasi Farmasi? g. Bagaimana penyimpanan elektrolit konsentrat di luar instalasi farmasi? h. Bagaimana proses implementasi protokol koreksi hipokalemia, hyponatremia, hipofosfatemia? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pimpinan/ Direktur RS 2. Kepala Instalasi dan tenaga farmasi/apoteker 3. Kepala Instalasi Rawat Inap, Rawat Jalan, IGD
4.	Memastikan Sisi yang Benar, Prosedur yang Benar, Pasien yang Benar pada Pembedahan/Tindakan Invasif	<ol style="list-style-type: none"> a. Bagaimana proses verifikasi pra operasi dengan daftar tilik untuk memastikan benar pasien, benar tindakan dan benar sisi? b. Bagaimana penetapan tanda yang seragam pada saat operasi atau tindakan invasive? c. Bagaimana implementasi penandaan sisi operasi atau tindakan invasive (site marking) dilakukan dokter operator/asisten? d. Bagaimana proses pelaksanaan <i>time out</i> menggunakan (surgical safety checklist)? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pimpinan/ Direktur RS 2. Kepala Instalasi Kamar Operasi 3. Perawat Pelaksana 4. Dokter/DPJP 5. Ketua tim PMKP

No	Variabel	Topik wawancara	Informan
5.	Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan	a. Bagaimana pelaksanaan program kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>) di unit Bapak/ibu? b. Apakah terdapat bukti pelaksanaan program kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>) di unit Bapak/ibu? c. Kapan Bapak/Ibu mencuci tangan? d. Bagaimana prosedur pelaksanaan desinfeksi di unit Bapak/Ibu? e. Bagaimana pelaksanaan upaya penurunan infeksi di unit Bapak/Ibu? f. Bagaimana evaluasi terhadap upaya penurunan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan?	1. Tim PPI 2. Pimpinan/ Direktur RS 3. Ketua tim PMKP
6.	Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh	a. Bagaimana pelaksanaan skrining pasien rawat jalan? b. Bagaimana tindakan atau intervensi yang dilakukan untuk mengurangi risiko jatuh pasien jika hasil skrining menunjukkan adanya risiko jatuh? c. Bagaimana pengkajian risiko jatuh untuk semua pasien rawat inap? d. Bagaimana pelaksanaan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien rawat inap?	1. Perawat Pelaksana 2. Kepala Instalasi Rawat Inap, Rawat Jalan, IGD 3. Pimpinan/ Direktur RS 4. Ketua tim PMKP

	Rawat Jalan
	IGD
	Lainnya,

B. PERTANYAAN KUESIONER

Isi dan jawablah pertanyaan dibawah ini dengan tanda ceklis (✓) pada kolom jawaban.

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
SKP 1: Mengidentifikasi pasien dengan benar			
1	Apakah pasien diidentifikasi menggunakan minimal 2 (dua) identitas (nama dan tanggal lahir) ?		
2	Apakah pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat?		
3	Apakah pasien diidentifikasi sebelum pemberian darah atau produk darah?		
4	Apakah pasien diidentifikasi sebelum pengambilan spesimen untuk pemeriksaan klinis?		
5	Apakah pasien diidentifikasi sebelum pengobatan?		
6	Apakah pasien diidentifikasi sebelum melakukan Tindakan?		
7	Pada saat pemasangan gelang pasien apakah petugas menjelaskan manfaat gelang pasien?		

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
SKP 4: Memastikan Sisi yang Benar, Prosedur yang Benar, Pasien yang Benar pada Pembedahan/Tindakan Invasif			
1	Apakah dokter memberi penjelasan tentang perencanaan tindakan medis/ operasi kepada pasien?		
2	Apakah dokter meminta persetujuan pasien secara tertulis sebelum melakukan operasi?		
3	Apakah ada tanda yang mudah dikenali dalam identifikasi lokasi operasi?		
4	Apakah pasien dilibatkan dalam proses penandaan lokasi operasi?		

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
SKP 5: Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan			
1	Apakah petugas mencuci tangan sebelum memeriksa pasien?		
2	Apakah petugas mencuci tangan sesudah memeriksa pasien?		
3	Apakah tersedia <i>hand hygiene</i> untuk keluarga atau pengunjung di Rumah Sakit?		

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
SKP 6: Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh			
1	Apakah perawat menjelaskan kepada pasien tentang kemungkinan risiko jatuh?		
2	Apakah pasien diberitahu jika membutuhkan bantuan segera menekan tombol panggilan perawat?		
3	Apakah perawat segera datang pada saat pasien membutuhkan bantuan?		

Lampiran 3. Lembar Observasi

Lembar Observasi Sasaran Keselamatan Pasien

Unit/Instalasi yang dikunjungi :

No	Elemen Penilaian	Telusur	Hasil Observasi	
			Ya	Tidak
1.	Sasaran 1 : Mengidentifikasi Pasien dengan Benar			
a.	Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak termasuk nomor kamar atau lokasi pasien dirawat agar sesuai dengan regulasi rumah sakit	Lihat Identitas pasien pada:		
		1) Label Obat		
		2) Rekam Medik		
		3) Resep Obat		
		4) Makanan		
		5) Spesimen		
b.	Identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik dan terapeutik	6) Permintaan dan hasil lab/radiologi		
		Lihat Proses Identifikasi:		
		1) Sebelum tindakan		
		2) Prosedur diagnostik dan terapeutik		
c.	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen dan pemberian diet (makanan pasien)	Identifikasi minimal menggunakan dua identitas dari empat identitas pasien, identifikasi dilakukan secara verbal atau visual.		
		Lihat Proses identifikasi sebelum pemberian:		
		1) Obat		
		2) Darah		
		3) Produk darah		
		4) Pengambilan spesimen		
5) Pemberian diet				

d.	Pasien diidentifikasi sebelum menerima cairan intravena, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, prosedur radiologi diagnostik dan identifikasi terhadap pasien koma	Lihat pelaksanaan identifikasi sebelum pemberian :		
		1) Radioterapi		
		2) Cairan intravena		
		3) Hemodialisi		
		4) Pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain		
		5) Katerisasi jantung		
		6) Prosedur radiologi diagnostic		
		7) Pasien koma		
2.	Sasaran 3 : Meningkatkan Kemanan Obat yang Perlu Diwaspadai			
a.	Dirumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai yang disusun berdasar atas data spesifik sesuai dengan regulasi	Lihat pelaksanaan penggunaan daftar obat di unit terkait		
b.	Elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu hanya tersedia di instalasi farmasi/depo farmasi	Lihat pelaksanaan tempat penyimpanan		
c.	Penyimpanan elektrolit konsentrat diluar instalasi Farmasi diperbolehkan hanya dalam untuk situasi yang ditentukan	Lihat tempat penyimpanan sediaan elektrolit konsentrat diluar farmasi untuk situasi tertentu		
d.	Rumah sakit menetapkan dan menerapkan protocol koreksi hipokalemia, hyponatremia, hipofosfatemia.	Bukti penerapan protocol koreksi hipokalemia, hyponatremia, hipofosfatemia sesuai regulasi RS		

3.	Sasaran 4 : Memastikan Sisi yang Benar, Prosedur yang Benar, Pasien yang Benar pada Pembedahan/Tindakan Invasif			
a.	Rumah sakit telah melaksanakan proses verifikasi pra operasi dengan daftar tilik untuk memastikan benar pasien, benar tindakan dan benar sisi.	Bukti verifikasi pra operasi telah dilaksanakan		
b.	Rumah sakit telah menetapkan dan menerapkan tanda yang seragam, mudah dikenali dan tidak bermakna ganda untuk mengidentifikasi sisi operasi atau tindakan invasive.	Bukti menerapkan tanda yang seragam sesuai regulasi		
c.	Rumah sakit telah menerapkan penandaan sisi operasi atau tindakan invasive (<i>site marking</i>) dilakukan oleh dokter operator/dokter asisten yang melakukan operasi atau tindakan invasive dengan melibatkan pasien apabila memungkinkan	Bukti pelaksanaan penandaan sisi operasi atau tindakan invasive (<i>site marking</i>) dilakukan oleh dokter operator/dokter asisten yang melakukan operasi atau tindakan invasive dengan melibatkan pasien apabila memungkinkan		
d.	Rumah sakit telah menerapkan proses Time-Out menggunakan "surgical check list" (surgical safety checklist) dari WHO terkini pada tindakan operasi termasuk tindakan medis invasive	Lihat form surgical safety checklist		
4.	Sasaran 5 : Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan			
a.	Rumah sakit telah menerapkan kebersihan tangan (hand hygiene) yang mengacu pada standar WHO terkini	Bukti penerapan kebersihan tangan (hand hygiene) di seluruh rumah sakit termasuk: -kelengkapan fasilitas hand hygiene -pelaksanaan hand hygiene secara konsisten oleh staf		

Lampiran 4. Lembar Kelengkapan Dokumen

Lembar Kelengkapan Dokumen Sasaran Keselamatan Pasien

Unit/Instalasi yang Dikunjungi:

No	Elemen Penilaian	Telusur	Hasil Dokumen	
			Ya	Tidak
1.	Sasaran 1 : Mengidentifikasi Pasien dengan Benar			
a.	Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien	Regulasi tentang pelaksanaan identifikasi pasien		
b.	Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak termasuk nomor kamar atau lokasi pasien dirawat agar sesuai dengan regulasi rumah sakit	<p>Bukti pelaksanaan tentang identitas pasien dengan minimal menggunakan 2 (dua) dari 4 (empat) identitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nama pasien sesuai KTP-el 2) Tanggal lahir 3) Nomor rekam medis 4) Nomor induk kependudukan 		
c.	Pasien teridentifikasi dengan tepat pada situasi khusus dan penggunaan label	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bukti pelaksanaan identifikasi pada pasien koma, bayi baru lahir dan pada saat terjadi darurat bencana 2) Bukti penggunaan label pada sampel darah dan sampel patologi, nampan makanan pasien, label ASI yang disimpan untuk bayi yang dirawat 		

2.	Sasaran 2 : Meningkatkan Komunikasi yang Efektif			
a.	Ada regulasi tentang komunikasi efektif antar professional pemberi asuhan	Regulasi tentang komunikasi efektif antar professional pemberi asuhan		
b.	Komunikasi saat menerima instruksi melalui telepon: menulis/menginput ke computer – membacakan – konfirmasi kembali” (writedown, read back, confirmation dan SBAR saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP serta di dokumentasikan dalam rekam medik	Bukti Dokumen <i>the read-back process</i> 1) Bukti pesan melalui lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan. 2) Bukti dokumentasi pelaksanaan pelaporan dengan metode SBAR		
c.	Komunikasi saat pelaporan hasil kritis pemeriksaan penunjang diagnostic melalui telepon: menulis/menginput ke computer – membacakan – konfirmasi kembali” (writedown, read back, confirmation dan didokumentasikan dalam rekam medik.	Bukti dokumen berupa: 1) Hasil nilai kritis yang dilaporkan 2) Pencatatan pesan yang disampaikan pada penyampaian hasil pemeriksaan diagnostic, dan bukti konfirmasi		
d.	Komunikasi saat serah terima sesuai dengan jenis terima meliputi antara PPA, antara unit perawatan yang berbeda, dari ruang perawatan ke unit layanan diagnostic.	Bukti formulir serah terima, memuat alat, metode serah terima pasien (operan/hand over): 1) Antara PPA 2) Antara unit perawatan yang berbeda di dalam rumah sakit 3) Dari ruang perawatan pasien ke unit layanan diagnostic seperti radiologi atau fisioterapi.		
3.	Sasaran 3 : Meningkatkan Kemanan Obat yang Perlu Diwaspadai			
a.	Ada regulasi terkait daftar obat kewaspadaan tinggi (<i>High Alert</i>) termasuk obat <i>Look-Alike Sound Alike</i> (LASA)	Regulasi tentang daftar obat yang perlu diwaspadai. Sesuai regulasi RS Daftar disusun berdasarkan kelompok <ul style="list-style-type: none"> • Obat LASA/Norum • Elektrolit konsentrasi tinggi • Obat sitostatika; dan Obat lainnya (sesuai ISMP) 		

b.	Rumah sakit menerapkan pengelolaan obat kewaspadaan tinggi (<i>High Alert</i>) termasuk obat <i>Look-Alike Sound Alike</i> (LASA) secara seragam diseluruh area rumah sakit untuk mengurangi risiko dan cedera	Bukti pelaksanaan tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai (<i>High Alert</i>) termasuk obat <i>Look-Alike Sound Alike</i> (LASA) sesuai regulasi RS		
c.	Rumah sakit mengevaluasi dan memperbaharui daftar obat (<i>High Alert</i>) termasuk obat <i>Look-Alike Sound Alike</i> (LASA) sekurang-kurnagnya 1 (satu) tahun sekali berdasarkan laporan insiden local, nasional dan internasional.	Bukti pelaksanaan evaluasi dan daftar obat (<i>High Alert</i>) termasuk obat <i>Look-Alike Sound Alike</i> (LASA) yang sekurang-kurnagnya 1 (satu) tahun		
d.	Rumah sakit menerapkan proses penyimpanan elektrolit konsentrat tertentu hanya di Instalasi Farmasi, kecuali di unit pelayanan dengan pertimbangan klinis untuk mengurangi risiko dan cedera pada penggunaan elektrolit konsentrat.	Bukti tentang daftar elektrolit konsentrat tertentu yang dapat disimpan diluar instalasi farmasi sesuai regulasi RS		
e.	Penyimpanan elektrolit konsentrat diluar instalasi farmasi diperbolehkan hanya dalam untuk situasi yang ditentukan	Bukti tentang daftar sediaan elektrolit konsentrat yang dapat disimpan diluar instalasi farmasi untuk situasi (kondisi pasien gawat/pasien kritis) sesuai regulasi RS		
f.	Rumah sakit menetapkan dan menerapkan protocol koreksi hipokalemia, hyponatremia, hipofosfatemia.	Bukti penerapan protocol koreksi hipokalemia, hyponatremia, hipofosfatemia		
4.	Sasaran 4 : Memastikan Sisi yang Benar, Prosedur yang Benar, Pasien yang Benar pada Pembedahan/Tindakan Invasif			
a.	Ada regulasi untuk melaksanakan penandaan lokasi operasi atau tindakan invasive (<i>site marking</i>)	Regulasi tentang pelaksanaan penandaan lokasi operasi dan atau tindakan		

b.	Rumah sakit telah melaksanakan proses verifikasi pra operasi dengan daftar tilik untuk memastikan benar pasien, benar tindakan dan benar sisi.	Bukti adanya daftar tilik verifikasi pra operasi dan bukti pelaksanaannya yang memuat, benar pasien, benar tindakan dan benar sisi		
c.	Rumah sakit telah menerapkan proses Time-Out menggunakan "surgical check list" (surgical safety checklist) dari WHO terkini pada tindakan operasi termasuk tindakan medis invasive	Bukti penerapan proses Time-Out menggunakan "surgical check list" (surgical safety checklist) dari WHO terkini pada tindakan operasi termasuk tindakan medis invasive		
5.	Sasaran 5 : Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan			
a.	Ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan (<i>Hand Hygiene</i>) yang mengacu pada standar WHO terkini	Regulasi tentang kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>)		
b.	Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan	Bukti pelaksanaan tentang evaluasi upaya menurunkan infeksi		
6.	Sasaran 6 : Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh			
a.	Ada regulasi yang mengatur tentang mencegah pasien cedera karena jatuh	Regulasi tentang mencegah pasien cedera karena jatuh		
b.	Rumah sakit telah melaksanakan skrining pasien rawat jalan pada kondisi, diagnosis, situasi atau lokasi yang dapat menyebabkan pasien berisiko jatuh dengan menggunakan alat bantu/metode skrining yang ditetapkan rumah sakit	Bukti pelaksanaan skrining pasien rawat jalan pada kondisi, diagnosis, situasi atau lokasi yang dapat menyebabkan pasien berisiko jatuh dengan menggunakan alat bantu/metode skrining yang ditetapkan rumah sakit		

c.	Tindakan dan/atau intervensi dilakukan untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien jika hasil skrining menunjukkan adanya risiko jatuh dan hasil skrining serta intervensi didokumentasikan.	Bukti pelaksanaan tindakan dan/atau intervensi untuk mengurangi risiko jatuh		
d.	Rumah sakit telah melakukan pengkajian risiko jatuh untuk semua pasien rawat inap baik dewasa maupun anak menggunakan metode pengkajian yang baku sesuai dengan ketentuan rumah sakit.	Bukti pelaksanaan pengkajian risiko jatuh untuk semua pasien rawat inap baik dewasa maupun anak menggunakan metode pengkajian yang baku sesuai dengan ketentuan rumah sakit.		
e.	Rumah sakit telah melaksanakan pengkajian ulang risiko jatuh pada pasien rawat inap karena adanya perubahan kondisi, atau memang sudah mempunyai risiko jatuh dari hasil pengkajian	Bukti pengkajian ulang risiko jatuh pada pasien rawat inap karena adanya perubahan kondisi, atau memang sudah mempunyai risiko jatuh dari hasil pengkajian		
f.	Tindakan dan/atau intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien rawat inap telah dilakukan dan didokumentasikan	Bukti pelaksanaan tindakan dan/atau intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien rawat inap telah dilakukan dan didokumentasikan.		

Lampiran 5. Matriks Hasil Wawancara

Matriks Hasil Wawancara

MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR

No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1	Bagaimana proses identifikasi pasien yang dilakukan dengan menggunakan 2 identitas pasien secara verbal dan/atau visual?	Informan I	Kalau untuk identifikasi pasien kan kita tahu ada 4 identitas itu nama lengkap sesuai tanda pengenal, tanggal lahir, nomor rekam medis sama nomor induk kependudukan. Cuman biasanya kan pasien itu tidak ingat atau tidak mengetahui nomor rekam medik dengan nomor induknya. Jadi biasanya kita menggunakan minimal 2 dari 4 itu yaitu nama lengkap sesuai tanda pengenal dengan tanggal lahirnya. Jadi pada saat proses identifikasi itu kita tanyakan ke pasien siapa nama pasiennya dan kapan tanggal lahirnya. Jadi kita membutuhkan pasien itu untuk aktif dalam proses identifikasinya. jadi bukan hanya bapak namanya bapak A ya? Bukan, kita harus bertanya siapa namanya bapaknya dan kapan tanggal lahirnya. Kemudian kita cocokkan dengan identitas pasien, entah itu yang di rekam medisnya atau pada gelang identitasnya setidaknya minimal pada gelang identitas supaya kita mencocokkan. Jadi sambil mencocokkan sambil kita tanyakan.	Dari 8 informan yang diwawancarai, semua melakukan identifikasi pasien dengan minimal 2 identitas. 5 infroman mengatakan identifikasi pasien setidaknya dilakukan dengan nama dan tanggal lahir pasien secara verbal dan visual melalui gelang identitas, 3 informan menyatakan identifikasi dilakukan dengan nama, tanggal lahir dan nomor rekam medis pasien secara verbal dan visual.	Dari hasil wawancara tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 identitas secara verbal maupun visual.
		Informan II	Kalau identifikasi pasien untuk pasien rawat jalan kita pertama anamnesa dulu kita melakukan anamnesa ke pasien. Betul tidak namanya kita ambil KTP nya juga dicocokkan lagi. Tanya ulang tanggal		

MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<p>lahirnya. Kalau cocok semua data tersebut, kita langsung lanjut ke tahap selanjutnya. Biasanya kan kalau rawat jalan itu di registrasi toh. Sudah selesai diregistrasi untuk lakukan tindakan biar tidak salah. Kita panggil pasien tapi tidak menyebut nama, mereka yang sebut nama, untuk memastikan bahwa benar pasien yang kita panggil itu cocok untuk pemeriksaan. Kalau untuk rawat inap yang kita lihat itu dari buku status pasien atau DPJP nya, dilihat nomor RM nya, Tanggal lahirnya namanya yang lengkap dan dicocokkan ke identifikasi pasien yang di ada di gelang tangan. Ketika cocok kalau apabila pasiennya kooperatif, kita bisa langsung tanya siapa namanya, tanggal lahirnya, Apa yang sakit? ketika dia bilang sakit tangan dan yang permintaan itu kaki kita cocokkan lagi analisa ulang lagi. Tanya ke petugas yang bawa atau perawatnya. Apabila cocok lagi baru kita lakukan tindakan. Kalau yang sebelum sampai ke sini, kita tanya juga dari via telepon telepon visual mungkin ya? Siapa namanya? RM nya tindakannya diagnosanya ketika sampai di ruangan tetap kita tanya lagi. Namanya double checking iya. Untuk meminimalisir kesalahan pasien.</p>		
		Informan III	Proses identifikasi bisa dengan 2 cara dengan proses melihat gelang identitas		

MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			pasien dan menanyakan nama pasien dan tanggal lahir pasien.		
		Informan IV	Untuk pemasangan identitas atau gelang tangan di pasien. Sebelum memasang, petugas akan meminta pasien atau keluarga untuk menyebutkan setidaknya 2 identitas, yaitu nama dengan tanggal lahir sambil petugas mencocokkan dengan gelang identitas pasien. Kalau sudah cocok, petugas akan memasang gelang identitas tersebut.		
		Informan V	Untuk identifikasi pasien rawat inap yang kami lakukan sehari-hari di unitnya kami, seumpamanya kami akan melakukan penyuntikan obat di situ kami identifikasi pasien dengan mengajukan pasien untuk menyebutkan nama sambil kita mencocokkan di dalam rekam medis pasien atau status nama terus dengan tanggal lahirnya itu pasien yang menyebutkan.		
		Informan VI	Identifikasi pasien kan ada nama, tanggal lahir sama nomor Rekam medis		
		Informan VII	Untuk di fisioterapi itu identifikasi pasien itu yang dengan benar itu menanyakan nama pasien. Tempat tanggal lahir pasien dan Nomor rekam medis. Dilakukan secara verbal.		
		Informan XII	Jadi kalau identitas pasien yang yang di standar itu kita gunakan ada 4 jadi ada nama pasien sesuai KTP elektronik, kemudian tanggal lahir nomor rekam medik		

MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			dengan NIK tapi memang kan dalam standar akreditasi itu digunakan minimal 2 dari 4, jadi gelang pasien itu kita gunakan 3, minimal 2 dari itu yang akan diidentifikasi oleh petugas itu ada nama, nomor rekam medik dengan tanggal lahir. Kalau kami tidak menggunakan NIK di gelang identitas.		
2	Kapan proses identifikasi pasien dilakukan menggunakan minimal dua jenis identitas?	Informan I	Pertama itu kalau identifikasi pasti dari pasien itu masuk jadi awal masuk ke IGD atau awal masuk ke poli, pendaftaran untuk ambil obat itu pasti ditanyakan dulu identitasnya untuk didaftarkan. Nah, setelah itu untuk itu terkait dari administrasinya, kemudian nanti pada saat di lapangan itu pasti kita lakukan identifikasi saat ingin melakukan tindakan entah itu anamnesa pasien untuk memeriksa untuk pertama kali kemudian kita juga identifikasi saat ingin melakukan tindakan-tindakan. Contohnya pemasangan infus atau ada tindakan seperti pemberian transfusi darah. Intinya sebenarnya setiap tindakan yang kita mau lakukan itu kita harus identifikasi. Contohnya misalnya pengambilan darah atau pemberian obat, bahkan sampai pemberian makanan itu kita harus pastikan identitasnya pasien itu sama jangan sampai makanan ada diet-diet tertentu pada pasien tertentu, itu tidak dipastikan identitasnya malah tertukar atau salah atau salah pemberian	Dari 7 informan yang diwawancarai, 3 informan menyatakan proses identifikasi dilakukan setiap sebelum melakukan tindakan terhadap pasien. 2 informan menyatakan proses identifikasi pasien dilakukan dari awal pasien masuk rumah sakit dan setiap akan melakukan tindakan terhadap pasien. 2 informan menyatakan proses identifikasi pasien dilakukan sebelum melakukan intervensi dan terapi, pengambilan darah atau pemberian obat, tindakan diagnostik dan	Dari hasil wawancara disimpulkan bahwa identifikasi pasien menggunakan minimal dua jenis identitas dilakukan sebelum melakukan tindakan baik berupa intervensi/terapi, sebelum tindakan diagnostik dan menyajikan makanan pasien.

MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			jadi setiap sebenarnya intinya di setiap tindakan atau apapun yang kita mau lakukan ke pasien, kita harus lakukan identifikasi.	menyajikan makanan ke pasien.	
		Informan II	Sebelum tindakan, pokoknya semua radiografer identifikasi tepat sebelum tindakan. Lebih tepatnya sebelum masuk ruangan sebelum tindakan.		
		Informan III	Proses identifikasi pasien dilakukan dari awal pasien masuk rumah sakit dan setiap akan melakukan tindakan terhadap pasien.		
		Informan IV	Kalau misalnya kami di UGD itu setiap sebelum melakukan tindakan dan atau sebelum melakukan pemeriksaan itu dilakukan identitas		
		Informan V	Itu kami lakukan pada saat seumpama kita mau menyuntik obat, mengantar pasien ke kamar operasi atau kita melakukan tindakan seperti foto thorax, USG, itu kita harus pastikan betul pasien yang kita mau ambil itu pasien yang sesuai dengan yang diinstruksikan dokter dengan melihat rekam medis dengan sambil mencocokkan di gelang tangan pasien. Dan kami menganjurkan pasien untuk menyebutkan nama dan tanggal lahir sambil kita mencocokkan di gelang identitas pasien.		
		Informan VII	Pada saat pasien datang setelah di screening dari atas pasien diarahkan ke fisioterapi pada saat giliran untuk dilayani pasien dipanggil masuk ditanyakan identitas		

MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			pasiennya nama tempat, tanggal lahir dan sebagainya.		
		Informan XII	Jadi untuk melakukan identifikasi itu pada saat ingin melakukan tindakan intervensi ataupun terapi. Kemudian melakukan tindakan. Misalkan contoh memasang jalur intravena ataupun melakukan Tindakan hemodialisis dan lainnya. Selain pemberian obat ya ini berupa tindakan saja. Kemudian yang ketiga itu sebelum tindakan diagnostik apapun misalkan mengambil darah untuk penunjang laboratorium ataupun untuk radiologi diagnostik itu diidentifikasi supaya kita bisa melakukan tindakan itu sesuai dengan orangnya. Kemudian pada saat menyajikan makanan pasien.		
3	Bagaimana proses identifikasi pasien dengan tepat pada situasi khusus dan penggunaan label?	Informan I	Kalau kondisi khusus, misalnya pasien yang tanpa identitas dalam kondisi yang bisa saja yang darurat, bencana gempa bumi, tsunami atau apapun. Kemudian yang bayi baru lahir sama pasien koma atau pasien tidak sadarkan diri. Nah, ini untuk identifikasinya kita bedakan kalau dia pasien yang dalam kondisi darurat bencana atau datang tanpa identitas. Itu kita menggunakan kode tertentu yaitu kode X untuk perempuan, kode Y untuk laki laki. Nah kemudian kita lakukan penomoran satu sampai seterusnya 1, 2 dan seterusnya itu kalau misalnya pasiennya datang lebih dari satu	Dari 4 informan yang diwawancarai, 2 informan menyatakan proses identifikasi pasien pada situasi khusus saat darurat bencana atau pasien koma, menggunakan kode tertentu yaitu X untuk perempuan dan Y untuk laki-laki. Kemudian pada bayi baru lahir yang tidak segera diberi nama maka nama	Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa dilakukan identifikasi pasien dengan tepat pada situasi khusus seperti pasien koma, bayi baru lahir dan pada saat terjadi darurat bencana. Namun, tidak dijelaskan secara rinci terkait penggunaan label.

MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<p>pasien yang tanpa identitas. jadi untuk namanya misalnya kalau ada pasien perempuan 2 orang datang di waktu bersamaan karena habis kecelakaan atau misalnya ada darurat bencana lainnya, tapi tidak ada identitas itu kita lakukan penomoran X1 dan X2 itu kalau perempuan kalau laki laki kita gunakan Y1, Y2 dan seterusnya. Untuk tanggal lahirnya karena identitasnya masih belum ada, yang pasti kita berikan apa pemberian tanggal lahir sesuai dengan tanggal masuknya. Jadi misalnya tanggal hari ini tanggal 15, saya datang di tanggal 15 September itu sebagai tanggal lahir sementara, nanti kita ganti setelah ada identitas yang sesuai dengan tanda pengenal pasien itu untuk kondisi yang darurat bencana atau tanpa identitas. Kemudian kalau untuk bayi baru lahir itu kita memberikan nama pasiennya itu sesuai dengan nama ibunya. Tapi kita menggunakan tambahan kata bayi atau BY di depan nama ibu. Jadi misalnya bayi nyonya A. Kalau tanggal lahirnya sesuai dengan tanggal lahir adiknya. Kemudian untuk yang kondisi pasien tidak sadarkan diri atau pasien koma itu biasanya datang dengan keluarga yang membawa ada pengantarnya. Jadi biasanya memang ada tanda pengenalnya kalau misalnya memang ada tanda pengenalnya ya kita daftarkan</p>	<p>pasiennya sesuai dengan nama ibunya ditambahkan kata bayi di depan nama ibu. 2 informan menyatakan proses identifikasi pada situasi khusus seperti pasien tidak sadarkan diri maka diidentifikasi melalui keluarga menanyakan identitas pasien dengan melihat juga gelang identitasnya.</p>	

MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			sesuai dengan nama tanda pengenal pasien dan lakukan identifikasinya itu kita bertanya ke pengantar atau keluarganya yang mengantar atau keluarganya sambil kita cocokkan di gelang identitasnya. Kalau kita lakukan identifikasi. kemudian kalau misalnya kalau pasiennya koma atau tidak sadarkan diri, tapi tidak ada tanda pengenal, orang yang bawa juga tidak mengenal pasien maka kembali ke metode identifikasi yang menggunakan kode XY sesuai dengan jenis kelaminnya.		
		Informan II	Setahu saya situasi khusus semuanya termasuk khusus, karena kita identifikasi berdasarkan juga yang anamnesa pasien gelangnya, DPJP-nya apalagi dia di sini kan rumah sakit ini dia selalu pakai buku pasien begitu. Jadi untuk untuk kesalahan identifikasi itu minim sekali kecuali <i>human error</i> .		
		Informan III	Dalam situasi khusus seperti contohnya pasien tidak sadarkan diri, bisa dengan diidentifikasi melalui keluarga menanyakan identitasnya oleh keluarga dengan melihat juga gelang identitas yang dipasangkan pada pasien saat pasien masuk rumah sakit.		
		Informan IV	Kalau misalnya pasien yang tidak sadar. Petugas akan menanyakan ke keluarga terkait identitas seperti tanggal lahir dan nama pasien sambil juga mencocokkan dalam identitas. Terus kalau misalnya pada		

MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			pasien bayi petugas akan menyebutkan kata didepannya by sebelum nama ibu atau orang tua dari si pasien itu, terus kalau misalnya dia dalam keadaan darurat bencana berarti kami menggunakan kode x dan y. Jadi untuk kode x untuk perempuan dan kode y untuk laki laki sesuai dengan tanggal masuk rumah sakit.		

MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1	Bagaimana proses penyampaian komunikasi lisan dan/atau telepon yang dilakukan antara PPA?	Informan I	Kalau misalnya untuk proses penyampaiannya secara lisan atau dengan telepon kita otomatis hubungi, misalnya dari perawat hubungi dokter terkait, kemudian jangan lupa untuk memperkenalkan dirinya dulu dan dari unit mana supaya dokternya. bisa tau ini perawat saya ngomong dengan perawat di unit misalnya unit Bernadet 2 atau 3, kemudian sambil kita lakukan pelaporan mengenai kondisi-kondisi pasien dan apa saja yang kita butuh misalnya pasiennya dengan kondisi keluhan demam, kondisi saat ini dia demam, kemudian apa diagnosa kita harus ingatkan dokter karena biasanya kan lebih dari satu pasien jadi otomatis bisa saja ada kesalahan mengingat untuk pasien yang mana, tetap kita harus keluhannya kita sampaikan kondisi saat ini apa diagnosa yang terakhirnya apa, kemudian sambil kita minta	Dari 4 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa proses penyampaian komunikasi melalui telepon yang dilakukan antara PPA yaitu menulis lengkap instruksi atau menginput ke komputer kemudian dibacakan ulang lalu konfirmasi kembali. Kemudian saat melaporkan kondisi pasien ke DPJP menggunakan metode SBAR (situation, background, assessment	Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa komunikasi antar PPA saat menerima instruksi melalui telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan. Sedangkan metode komunikasi yang digunakan SBAR.

MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<p>masukannya atau advice dari dokter terkait atau PPA terkait yang dokter penanggung jawab atau misalnya dokter jaga. Pelaporannya itu dari kita memperkenalkan diri memberikan penjelasan mengenai kondisi pasien, terapi apa yang sudah diberikan itu semuanya harus dilakukan. Pada saat setelah kita melapor ada instruksi ke dari dokter itu, kita harus lakukan penulisan, jadi kita menulis atau biasa kita menginput di komputer. Kemudian kita lakukan konfirmasi kembali. Kita lakukan konfirmasi, jangan sampai ada beberapa instruksi atau obat yang kita salah dengar atau misalnya pengucapannya agak susah. Pelafalannya yang kurang jelas. Itu bisa kita lakukan konfirmasi kembali dan setelah semua instruksi dari dokter atau dari entah itu dari dokter jaga atau dari DPJP kita lakukan readback atau baca kembali apa saja. Advice yang telah diberikan dari dokter sehingga tidak ada kesalahan saat kita memberikan terapi atau asuhan ke pasien. Jadi intinya sih sebenarnya, tulis baca dan konfirmasi, dulu kan pakai "TulBaKon" tulis, baca, konfirmasi. Kalau untuk pelaporannya sendiri, kalau dari perawat ke dokter dia menggunakan metode SBAR (situation, background assessment dan recommendation).</p>	<p>dan recommendation) dalam rekam medik.</p>	

MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
		Informan II	<p>Kalau sesama petugas misalnya radiografer ada keraguan dalam tindakan, kita tetap tanya ke petugas yang membawa, contohnya perawat, kenapa pasiennya? sakit apa pasiennya? misalkan jatuh, gimana jatuhnya? harus detail kita tanya jatuh di bagian tangan kanan, kenapa ini di kiri diminta cross check lagi nanti komunikasi selanjutnya ke dokter, perawat melakukan crosscheck lagi ke dokter “Dok bagaimana ini pasien yang sakit sebelah kanan tapi kita buat sebelah kiri?” itu namanya kejadian tak terduga.</p> <p>Jadi kalau komunikasi antara petugas ke petugas untuk pemeriksaannya, “Sudah benarkah pemeriksaannya? Benarkah yang status pasiennya dia bawa sebelum pasien ditindaki”.</p> <p>Kalau komunikasi ke dokter, kalau sudah ditindaki di sini sudah kita lakukan pemeriksaan kita sampaikan ke dokter, dok pasiennya sakit sebelah sini pasiennya mengeluh ini jatuh ini dari tanggal sekian. Kita harus akurat sampaikan ke dokter. Kalau dokter bertanya ada bengkak atau tidak, apa yang kita lihat di pasien, sampaikan juga ke dokter. Jam dan waktu juga disampaikan. nanti dibuat tragedi insidennya pasien jatuh, bagaimana kejadiannya, kapan waktunya, sudah</p>		

MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			berapa lama? Itu untuk komunikasi antar petugas ke dokter.		
		Informan IV	Kalau di IGD itu menggunakan metode SBAR (situation, background assessment dan recommendation)		
		Informan XII	Jadi kalau untuk yang penyampaian komunikasi lisan atau menelepon antar PPA itu metode nya kalau melalui instruksi telepon itu menulis menginput kalau kita sudah komputer. Jadi karena kita sudah tidak menggunakan paper (paperless), jadi ini kemudian harus membacakan ataupun melakukan konfirmasi kembali jadi TulBaKon itu kepada pemberi instruksi atau DPJP. Kemudian konfirmasi juga harus dilakukan satu melalui telepon menanyakan apakah yang dibacakan sesuai dengan instruksi yang diberikan kemudian juga dituliskan dengan menggunakan metode SBAR kalau di rekam medik.		
2	Bagaimana proses pelaporan hasil kritis pada pemeriksaan	Informan I	Kalau untuk pelaporan nilai kritis itu sebenarnya terkait dengan unit pemeriksaan diagnostik entah itu lab atau radiologi. Biasanya kalau ada pelaporan begitu kembali lagi dari unit terkait jadi	Dari 5 informan yang diwawancari, semua menyatakan bahwa pelaporan nilai kritis pada pemeriksaan	Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan pelaporan hasil kritis pada pemeriksaan

MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
	diagnostic secara lisan atau lewat telpon?		misalnya dari lab, dia akan laporkan dulu ke setelah nilai kritis sudah keluar berarti DPJP lab sudah ACC sudah mengetahui kalau misalnya DPJP lab sudah mengetahui itu dari petugas unit terkait, petugas lab itu akan melaporkan ke perawat jaga dimana pasien itu dirawat, nanti dari perawat jaga akan melaporkan langsung ke DPJP. Untuk pelaporannya itu waktunya itu harus dibawa sama dengan 30 menit. Dari hasil dikeluarkan sampai ke DPJP yang meminta pemeriksaan.	diagnostic dilakukan melalui petugas lab atau diagnostic yang melaporkan ke perawat ruangan tempat dimana pasien dirawat kemudian perawat akan melaporkan langsung ke DPJP. Hasil kritis tersebut dilaporkan oleh petugas lab setelah mendapatkan persetujuan dari DPJP Laboratorium. Penyampaian pelaporan hasil kritis melalui telepon dengan menuliskan atau menginput di catatan terintegrasi pasien, membacakan dan konfirmasi kembali dalam bentuk SBAR dengan rentang waktu kurang dari 30 menit sejak hasil diverifikasi.	diagnostic melalui telepon dengan menuliskan /menginput ke computer – membacakan – konfirmasi kembali.
		Informan II	Kalau kami ke unit biasa via phone, karena kan kritis itu pasti dari unit. Kalau dari rawat jalan biasanya agak kurang kritis. Jadi kalau misalkan ada kasus kritis, misalkan kasus <i>pneumotoraks</i> . Dan belum waktunya jam dokter pasien itu datang jadi segera hubungi dokter secepat mungkin, untuk ada jawabannya paling untuk pelaporan kritis itu di bawah 1 jam, jadi setelah ada hasil 1 jam kita call ke unit terkait bahwa pasien tersebut dinyatakan kritis. Baru kita catat di buku pelaporan kritis, catat nomor RM nya nama, tanggal, jam, dokter pengirim dan petugas yang menerima laporan kritis.		
		Informan III	Kalau disini terkait prosedurnya sebelum melaporkan hasil nilai kritis Kita harus memastikan terlebih dahulu pre-analitik dan analitik itu sudah benar. Jika sudah dipastikan itu benar. Kemudian kita		

MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			mengkonfirmasi hasil kritis itu ke dokter penanggung jawab laboratorium. Setelah mendapat persetujuan dari dokter. Kita melaporkan hasil nilai kritis ke ruang perawatan pasien. Kemudian setelah kita memberitahukan hasil yang kritis, kita meminta perawat yang menerima telepon untuk mengulang kembali hasil nilai kritis yang sudah kita laporkan. Dan meminta perawat untuk menuliskan di catatan terintegrasi pasien. Kemudian setelah dilaporkan kita mencatat hasil kritis pasien di dalam buku pencatatan nilai kritis. Setelah itu hasil pasien dicetak dan diberi stempel nilai kritis.		
		Informan IV	Tadi dalam bentuk SBAR juga ya. Untuk waktu kurang dari 30 menit hasil diverifikasi oleh DPJP laboratorium atau DPJP radiologi lalu dilaporkan ke DPJP yang meminta.		
		Informan V	Di sini kalau kami ini penyampaian komunikasi lisan antar PPA seumpama seperti pelaporan nilai kritis, petugas lab yang menelpon ke unitnya kami terus kami menulis hasil yang dilaporkan anggaplah ini dengan Hb-nya 5 itu kan nilai kritis. Jadi kami langsung menulis di catatan integrasi pasien di dalam EMR dengan memberi tanda pelaporan nilai kritis. Jadi nanti pada saat kita ceklis di situ nilai kritis yang keluar warna segitiga kuning gitu. Untuk mengetahui bilang ini pasien dengan		

MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			laporan nilai kritis nanti orang lab juga akan konfirmasi bilang sudah di laporkan. Setelah itu dilaporkan kami langsung melaporkan ke DPJP hasil nilai kritis untuk menerima instruksi selanjutnya.		
3	Bagaimana proses komunikasi saat serah terima (hand over)?	Informan I	Kalau untuk hand over itu kita berbedabeda, tergantung siapa ke siapa, antara siapa yang hand over atau serah terima. Kalau misalnya yang paling sering antar shift PPA itu kan antar perawat biasanya toh itu kita menggunakan metode format SBAR. Tapi berbeda dengan SBAR dalam pelaporan dia sebenarnya ada sendiri memang formatnya. Itu ada dalam format hand over di EMR juga jadi sudah terformat. Kemudian kalau dia antar dokter, misalnya dokter spesialis bedah ke anastesi itu kita menggunakan lembar konsultasi dulu kita pakai lembar, sekarang kita pakai sistem semua. jadi dulu sebelum EMR itu namanya lembar konsul. Kalau untuk sekarang kita semua sistem jadi memang ada menu konsultasi itu kita melakukan hand over melalui menu itu. Kita nanti klik di menu konsultasi. Kita mau tujukkan ke dokter siapa, apa diagnosanya, apa hasil pemeriksaan, kondisi klinis apa yang ditemukan sama terapi apa yang sudah diberikan nanti dijawab sistem juga sama dokter yang satunya atau yang dikonsulkan. Kemudian kalau di IGD biasanya itu antar	Dari 6 informan yang diwawancarai, semua menyatakan bahwa serah terima yang dilakukan antar PPA ataupun unit menggunakan formulir, metode/alat yang berbeda contohnya seperti antar perawat menggunakan formulir hand over dengan format SBAR. Serah terima antar dokter dengan perawat IGD menggunakan buku hand over. Serah terima antar dokter / DPJP menggunakan formulir konsultasi, kemudian serah terima antar unit menggunakan form lembar transfer.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan serah terima (hand over) dilakukan sesuai dengan jenis serah terima dalam rumah sakit yaitu antara PPA (antar dokter, dari dokter ke perawat, antar perawat), antara unit perawaran yang berbeda (pasien IGD pindah ke ruang unit rawat inap).

MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<p>dokter dan antar perawat itu ada bukunya sendiri. Buku hand over jadi dia tidak menggunakan sistem, karena kan IGD itu butuh kecepatan dalam penanganan pasien dan kalaupun menggunakan sistem itu akan memperlambat kita punya kerja, jadi biasanya kita menggunakan buku, jadi bukunya seperti buku daftar pasien, tapi dalam bukunya itu hanya pasien pasien yang belum pindah ke ruangan (ruang perawatan) atau pasien-pasien yang masih tertinggal di IGD pada saat pergantian shift atau pada pasien-pasien dengan kondisi khusus. Biasanya buku di hand over juga itu setahu saya ada itu ada 2 buku, buku hand over dan buku data pasien. Tapi data pasien ini biasanya yang mengenai berapa jumlah pasien yang berobat selama shift yang datang berobat ke IGD selama shift jaga misalnya shift pagi kemudian yang hand over itu yang pasien pasien yang masih tertinggal saat pergantian shift, jadi pas saat saat serah terima itu masih ada pasien yang tertinggal di IGD itu yang disyaratkan dalam buku hand over. Kemudian kalau hand over antar unit, misalnya dari IGD transfer pasien ke ruang perawatan itu kita masih menggunakan sistem manual itu menggunakan form lembar transfer. Jadi ada form transfernya lembar transfer itu berisi identitas pasien, dari dokter siapa</p>		

MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<p>yang pertama menangani atau misalnya siapa DPJP nya pertama kemudian ditujukan ke DPJP siapa di unit perawatan, karena kan kalau di IGD DPJPnya itu adalah dokter jaga atau dokter umum. Nanti kalau pindah ke perawatan baru ada DPJP lebih spesialis atau dokter spesialis. Jadi dalam lembar transfer ada 3 yang mengetahui perawat yang melakukan hand over, Perawat yang menerima hand over dengan dokter DPJP yang pertama. Kalau misalnya permintaan LAB atau permintaan radiologi menggunakan form permintaan, tapi dia sudah by sistem, jadi kita kembali lagi ke sistem ada namanya permintaan penunjang, di laboratorium atau radiologi.</p>		
		Informan II	<p>Contohnya dinas malam ke pagi saja, kan dinas malam di sini sendiri toh jadi misalkan pasien dinas malam itu dikerja 3 foto rontgen, 1 USG cito, 1 CT scan, jadi itu pas operan nanti datang yang dinas pagi jam sebelum 7:00 pagi, yang dinas malam melaporkan bahwa pasien malam sekian. Pasien foto sekian, CT sekian, USG sekian, nanti yang pagi tanya ada pasien pending tidak? nanti yang dinas malam bilang tidak ada pasien pending begitu pelaporannya. Tapi kalau ada pasien pending, kita ada pencatatan itu di sana ya nanti laporan saja nanti yang dinas malam membuat laporan di papan jadwal bahwa ada pasien pending</p>		

MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			untuk ke dinas hand overnya. Jadi ada 3 shift pagi, sore, malam, setiap shift lakukan hand over.		
		Informan III	Kalau di lab sendiri kita ada buku hand over jadi misalnya dinas pagi itu mencatat semua pemeriksaan yang sudah dilakukan dan yang belum selesai dilakukan, kemudian setelah jam pergantian dinas kita lakukan hand over sama teman yang akan jaga selanjutnya atau shift siang dengan cara memberitahukan secara lisan kepada teman untuk tindakan yang akan mereka lanjutkan. Contohnya seperti ada pasien yang belum sempat diambil darahnya, disitu kita tulis "dilanjutkan untuk pengambilan sampel". Dan setelah melakukan hand over, Di tulis nama teman yang menerima, dan siapa yang mengoperkan pekerjaan yang akan dilanjutkan.		
		Informan IV	Kalau misalnya kalau kami dari UGD terkait dengan hand over kami ke unit kami menggunakan form transfer		
		Informan V	Komunikasi saat serah terima ini contohnya seperti pasien dari UGD mengantar pasien baru di ruangannya kami itu menggunakan form transfer pasien. Pada saat dia melaporkan ada semua tertulis di sini DPJP, konsultan, diagnosa ini semua dibacakan nanti alasan pindahnya ada di situ, refleks cahaya pupil, tekanan darah, dengan obat-obat biasa yang sudah diberikan atau apa		

MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			yang sudah diberikan dari UGD atau ada juga hasil lab yang sudah dilakukan seperti darah rutin, pasien yang baru masuk sudah wajib di ambil di UGD		
		Informan XII	Kalau mengenai serah terima itu kalau antar si perawat itu dia menggunakan formulir hand over memang dengan format SBAR. Kalau antar dokter atau dengan perawat IGD itu menggunakan buku hand over. Kalau antar DPJP menggunakan formulir konsultasi.		

MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBATAN YANG HARUS DIWASPADAI					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1	Bagaimana proses implementasi regulasi pengelolaan obat yang perlu diwaspadai?	Informan I	Untuk regulasinya tetap diatur ada pengaturan regulasi sendiri tentang SKP obat <i>high alert</i> . Kalau SKP itu hanya secara gambaran umumnya saja. misalnya apa saja yang termasuk obat high alert itu yang obat obat risiko tinggi, obat obat yang namanya mirip, ucapannya mirip, Kemudian dengan elektrolit konsentrat tinggi. kemudian dia itu regulasi kalau tentang keamanan obat paling dimana penyimpanannya, Kalau untuk obat obat high alert kan ada aturan tersendiri, penyimpanannya itu tidak boleh sembarangan. terutama yang elektrolit konsentrat itu obat hanya boleh disimpan di instalasi farmasi tidak boleh di ruangan.	Dari 3 informan yang diwawancarai, semua menyatakan bahwa terdapat regulasi Rumah Sakit yang mengatur tentang daftar obat yang perlu diwaspadai dimulai dari pembuatan pedoman SPO pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai seperti obat risiko tinggi, obat yang terlihat mirip dan ucapannya mirip, dan elektrolit konsentrat.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa regulasi regulasi RS tentang obat-obatan yang harus diwaspadai (<i>high alert</i>) telah diimplementasikan di setiap unit/instalasi rumah sakit.
		Informan VIII	Proses implementasi regulasi pengelolaan obat yang perlu diwaspadai dimulai dengan pembuatan pedoman pelayanan di mana salah satu isinya mencakup pengelolaan obat obat yang perlu diwaspadai. Penjabaran dari situ dibuatlah dalam bentuk SPO di mana SPO ini menjadi acuan sehari hari teman teman di farmasi dalam mengelola obat obat yang perlu diwaspadai.		
		Informan XII	Jadi kita pastinya identifikasi dulu yang mana obat yang termasuk high alert. Kemudian kita menentukan strategi untuk		

MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBATAN YANG HARUS DIWASPADAI					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			mengurangi risiko, risiko cedera akibat kesalahan penggunaan obat high alert itu dengan penataan, pelabelan, penetapan double checking, pembatasan akses, kemudian menerapkan panduan penggunaan obat high alert Seperti yang kita inginkan supaya obat obat yang harus diwaspadai itu betul betul terjaga.		
2	Apakah terdapat daftar obat yang perlu diwaspadai?	Informan I	Iya jadi untuk daftar obat high alert sendiri itu dikeluarkan langsung dari farmasi. Setelah dilakukan rapat bersama ketua komitinya dan kepala unitnya serta petugas farmasi yang lain yang mereka yang termasuk dalam bagian dari Tim PKPO. Tetap daftar obat itu dikeluarkan dari farmasi sesuai dengan hasil rapatnya dan sudah disetujui oleh direktur rumah sakit.	Dari 2 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa instalasi farmasi rumah sakit mempunyai daftar obat yang perlu diwaspadai.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa terdapat daftar semua obat-obatan yang perlu diwaspadai (<i>high alert</i>) di rumah sakit.
		Informan VIII	Instalasi farmasi rumah sakit stella maris mempunyai daftar obat yang perlu diwaspadai dan berlaku di lingkungan rumah sakit stella maris.		

MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBATAN YANG HARUS DIWASPADAI					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
3	Bagaimana proses penyusunan, penyimpanan, dan pelabelan obat yang perlu diwaspadai?	Informan I	Kalau untuk obat-obat yang emergensi itu ada beberapa obat yang harus diwaspadai seperti epinefrin itu kan obat-obat yang masuk dalam kategori high alert itu. Penyimpanannya biasanya kalau di IGD itu kita bisa lihat di troli emergency. Kalau di ruangan biasa kita dapatkan di box emergency. Cuma biasanya itu kita simpan di dalam kulkas karena kan dia butuh suhu pendingin tersendiri. Tadi ada aturan suhu penyimpanannya dan tempat penyimpanannya. Jadi biasanya kita di setiap obat high alert obat yang masuk dalam kategori harus diwaspadai itu ada pelabelannya tersendiri. Itu biasanya obat high alert ada pelabelan warna merah jadi high alert double check kemudian ada identitas pasien di setiap obatnya supaya tidak salah itu untuk keamanan, obat-obat-obatan yang harus diwaspadai.	Dari 2 informan yang diwawancarai, 1 informan menyatakan obat yang perlu diwaspadai disusun sesuai dengan bentuk sediaan, kelas terapi, kemudian disimpan sesuai abjad berdasarkan FIFO dan FEFO, dan pelabelannya menggunakan label high alert dengan latar merah tulisan hitam. 1 informan menyatakan penyimpanan obat yang harus diwaspadai biasanya di simpan dalam kulkas tersendiri dan memakai label warna merah untuk <i>high alert</i> double checking.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa proses penyusunan, penyimpanan dan pelabelan obat yang perlu diwaspadai (<i>high alert</i>) sesuai regulasi rumah sakit.
		Informan VIII	Proses penyusunan penyimpanan dan pelabelan obat yang perlu diwaspadai yaitu disusun sesuai dengan bentuk sediaan, kelas terapi, sesuai abjad berdasarkan FIFO first in first out dan FEFO first expired first out dan diberi label high alert dengan latar merah tulisan hitam. Khusus obat kanker ditulis dengan obat kanker dengan latar ungu tulisan putih.		

MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBATAN YANG HARUS DIWASPADAI					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
4	Bagaimana proses evaluasi dan pembaharuan daftar obat yang perlu diwaspadai?	Informan I	Jadi kalau misalnya penerapan misalnya kita lihat apakah dilakukan double check atau tidak. observasi dan minta datanya ada data evaluasi, mana data-data evaluasinya kemudian itu yang yang paling penting sebenarnya double check. Biasanya dari pertama petugas farmasi ke petugas perawat di unit itu dilakukan double check, nanti dari petugas unit ke pasien itu double cek juga. Jadi double check itu minimal 2 orang yang melakukan pemeriksaan.	Dari 2 informan yang diwawancarai, 1 informan menyatakan proses evaluasi dan pembaharuan obat yang perlu diwaspadai dilakukan dengan melihat jumlah pemakaian obat tersebut tidak menimbulkan KTD dan dilakukan bersamaan dengan revisi formularium setiap 2 tahun. 1 informan menyatakan bahwa evaluasi obat yang perlu diwaspadai petugas dan perawat harus melakukan <i>double checking</i> .	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan evaluasi dan pembaharuan obat high alert dilakukan berdasarkan jumlah insiden pemakaian obat high alert dan dilakukan setiap 2 tahun.
		Informan VIII	Proses evaluasi dan pembaharuan obat yang perlu diwaspadai dilakukan dengan melihat jumlah pemakaian obat tersebut. Apakah terjadi perputaran obat, tidak menjadi daftar obat stagnan atau obat yang dalam jangka waktu 3 bulan tidak terpakai. Dilihat juga dari sisi jumlah pasien yang lebih banyak melayani pasien BPJS, Apakah masuk dalam formularium nasional atau tidak. Dilihat juga dari sisi bahwa pemakaian obat tersebut tidak menimbulkan efek KTD misalnya atau kejadian yang tidak diharapkan. Proses evaluasi dan pembaharuan obat yang perlu diwaspadai bersamaan dengan revisi formularium setiap 2 tahun.		
5	Bagaimana proses	Informan VIII	Proses penyimpanan elektrolit konsentrat memang hanya terpusat di instalasi farmasi	Informan menyatakan bahwa elektrolit	Berdasarkan hasil wawancara dapat

MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT-OBATAN YANG HARUS DIWASPADAI					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
	penyimpanan elektrolit konsentrat tertentu hanya di Instalasi Farmasi?		tetapi khusus untuk ICU dikhususkan untuk disimpan untuk pemakaian cito.	konsentrat hanya terpusat di Instalasi farmasi.	disimpulkan bahwa proses penyimpanan elektrolit konsentrat tertentu hanya di instalasi farmasi, kecuali di unit pelayanan dengan pertimbangan klinis untuk mengurangi risiko dan cedera pada penggunaan elektrolit konsentrat.
6	Bagaimana penyimpanan elektrolit konsentrat di luar instalasi farmasi?	Informan VIII	Penyimpanan elektrolit konsentrat di luar instalasi farmasi dikhususkan hanya untuk ICU saja dan untuk pemakaian cito yang dipantau ketat.	Informan menyatakan bahwa elektrolit konsentrat tertentu yang bisa disimpan di luar farmasi hanya untuk perawatan ICU dan dipantau ketat.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa penyimpanan elektrolit konsentrat di luar instalasi farmasi diporblehkan hanya dalam untuk situasi klinis yang berisiko dan memenuhi persyaratan.
7	Bagaimana proses implemmentasi protocol koreksi hipokalemia, hyponatremia, hipofosfatemia ?	Informan VIII	Proses implementasi protokol koreksi hipokalemia, hyponatremia, dan hipofosfatemia dijabarkan dalam bentuk SPO yang mana SPO ini menjadi acuan ketika tidak diminta minta kasus tersebut terjadi.	Informan menyatakan bahwa implementasi protocol koreksi hipokalemia, hyponatremia, dan hipofosfatemia diatur dalam SPO/pedoman rumah sakit.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa penerapan protokol koreksi hipokalemia, hyponatremia, dan hipofosfatemia sesuai dengan regulasi rumah sakit.

MEMASTIKAN SISI YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PASIEN YANG BENAR PADA PEMBEDAHAN/TINDAKAN INVASIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1	<p>Bagaimana proses verifikasi pra operasi dengan daftar tilik untuk memastikan benar pasien, benar tindakan dan benar sisi?</p>	Informan I	<p>Dari proses persiapan kita lakukan verifikasi pasien, penandaan sama Time outnya. Kalau untuk verifikasi kita itu menggunakan daftar tilik, jadi ada daftar tilik nya tersendiri. daftar tilik itu biasanya satu form dengan ceklis serah terima pasien, jadi di daftar tilik itu kita lihat identitasnya pasien apa? tindakan operasi Apa yang dilakukan? dari ruangan mana? diagnosanya apa? Kemudian sudah ada persetujuan tindakan atau belum, persetujuan tindakan ada 2 persetujuan kalau dia bedah persetujuan bedah sama persetujuan anastesi kemudian ada tidak konsul dokter interna atau misalnya ke dokter yang lain. Misalnya konsul anastesi juga pentingnya itu, walaupun kita yang sudah pasti namanya orang operasi harus anastesi. Tapi kita harus lihat ada anastesi yang tidak perlu kita lakukan Konsul ke dokter anastesi ada yang dilakukan konsultasi ke dokter anastesi, jadi hasil hasil konsulnya itu harus tercantum harus ada di dalam rekam medik pasien. Kemudian hasil pemeriksaan penunjang misalnya hasil rontgennya atau <i>ct scan</i> atau hasil lab nya atau hasil USG, kemudian di daftar tilik itu sudah ada site marking juga. Kita melakukan verifikasi apakah pasiennya sudah dilakukan site marking atau tidak, kemudian di situ ada juga waktu</p>	<p>Dari 4 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa proses verifikasi yang dilakukan sebelum melakukan tindakan operasi yaitu dengan menggunakan daftar tilik.</p>	<p>Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa telah dilaksanakan proses verifikasi praoperasi dengan daftar tilik untuk memastikan benar pasien, benar tindakan dan benar sisi.</p>

MEMASTIKAN SISI YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PASIEN YANG BENAR PADA PEMBEDAHAN/TINDAKAN INVASIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			puasanya dari jam berapa ada persiapan darah atau tidak. Ada pemeriksaan golongan darah atau tidak, ada tanda vitalnya yang penting, tanda vital ada riwayat alergi atau tidak. Sama, nanti ada yang melakukan verifikasi dari perawat atau petugas yang mengantar pasien dengan petugas yang menerima pasien di ruang tunggu kamar operasi. Itu daftar tilik yang proses verifikasi sebelum operasi.		
		Informan IX	Jadi pada pasien yang sebelum kita lakukan tindakan operasi, apakah pasiennya masuk dari UGD atau pasien yang masuk dari poliklinik? Setelah kita melakukan informed consent, kita melengkapi pemeriksaan laboratorium, foto rontgen, thorax, pemeriksaan dasar untuk operasi. Kemudian pada saat dokter menjelaskan, melakukan informed consent menjelaskan kondisi pasien yang akan dilakukan tindakan operasi, dokter biasanya memberikan tanda dengan marker, Ada spidol yang khusus walaupun pasien mandi tidak hilang. Ini namanya surgical marker. Dokter memberikan tanda pada daerah yang akan dilakukan operasi, misalnya pada pasien usus buntu dokter memberikan tanda "centang" pada daerah yang akan dilakukan tindakan operasi untuk memastikan sisi yang benar untuk dilakukan tindakan operasi. Pada saat		

MEMASTIKAN SISI YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PASIEN YANG BENAR PADA PEMBEDAHAN/TINDAKAN INVASIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<p>pasien di poliklinik atau di UGD, pada saat pasien dimasukkan ke ruangan perawatan untuk dipersiapkan untuk operasi. Kalau di UGD akan dipasangkan gelang pasien yang berisi identitas nama pasien, tanggal lahir dan rekam medik pasien. Jadi ini untuk melakukan proses verifikasi ada Namanya daftar tilik. Jadi kita harus memastikan apakah ini identitas pasien benar, tanggal lahirnya, rekam mediknya, karena nama kadang-kadang pasien ada yang namanya mirip atau namanya sama.</p>		
		Informan X	<p>Pra operasi itu kan sebelumnya memang dari unit sudah ada penandaan daerah operasi. Lalu ada form yang disiapkan. Kemudian pada saat timbang terima pasien ke petugas. Dari perawat unit ke petugas kamar operasi itu kembali mencocokkan. Ada form dan ada di sistem yang harus kami cocokkan kembali nama pasien terus daerah mana yang akan dilakukan insisi lalu dicocokkan dengan site markernya</p>		
		Informan XII	<p>Jadi tentunya sudah ada jenis-jenis tindakan yang harus termasuk dalam yang harus dipastikan secara benar dengan standar ini. Kemudian secara protokol umumnya adalah proses verifikasi sebelum operasi terjadi, penandaan sisi operasi, kemudian time out dilakukan sesaat sebelum memulai tindakan. Tentunya kalau seandainya pada saat masuk ke dalam</p>		

MEMASTIKAN SISI YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PASIEN YANG BENAR PADA PEMBEDAHAN/TINDAKAN INVASIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			ruang operasi, maka yang dijalankan adalah Surgial Safety Checklistnya.		
2	Bagaimana penetapan tanda yang seragam pada saat operasi atau tindakan invasive?	Informan I	Kita disini menggunakan centang	Dari 4 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa penetapan tanda yang seragam pada saat operasi yaitu menggunakan centang.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa telah ditetapkan tanda yang seragam yaitu tanda centang, sebagai tanda yang mudah dikenali dan tidak bermakna ganda untuk mengidentifikasi sisi operasi atau tindakan invasive.
		Informan IX	Kalau di daerah yang mau dioperasi, di perut atau di lengan atau di kaki itu kita memberikan tanda "centang" dengan spidol/marking site. Spidol khusus yang walaupun pasiennya mandi tidak hilang spidolnya khusus untuk spidol marking site. Kalau penandaannya di wajah itu diberikan ada kayak plester di daerah yang mau dioperasi. Kalau di wajah ada plester yang ditempel.		
		Informan X	Memakai tanda centang		
		Informan XII	Pakai centang		
3	Bagaimana implementasi penandaan sisi operasi atau tindakan invasive (site marking) dilakukan dokter operator/asisten?	Informan I	Kemudian terkait site marking. Kita di sini menggunakan centang dilakukan pada bagian tubuh yang memiliki lateralisasi yang kiri kanan misalnya mata, telinga, kaki tangannya, jari-jari itu kan membutuhkan site marking, tapi site marking ini ada beberapa kondisi yang tidak perlu. Misalnya lukanya jelas kalau di IGD kan agak susah mau site marking karena kita butuh tindakan cepat misalnya luka robek, sudah jelas misalnya di daerah punggung tangan kanan, tidak perlu kita site marking dulu baru kita lakukan tindakan, jadi kalau lukanya jelas terlihat ia tidak perlu. Lalu bagaimana kalau misalnya di kamar operasi ternyata dia infeksi telinga bagian	Dari 3 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa penandaan sisi operasi atau tindakan invasive dilakukan oleh dokter operatornya (DPJP) dan melakukan diskusi dengan keluarga pasien untuk persetujuan operasi.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa penandaan sisi operasi atau tindakan invasive (site marking) dilakukan oleh dokter operator yang melakukan operasi atau tindakan invasive dengan melibatkan pasien bila memungkinkan.

MEMASTIKAN SISI YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PASIEN YANG BENAR PADA PEMBEDAHAN/TINDAKAN INVASIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			dalam atau misalnya susah untuk kita lakukan site marking pas di lokasinya itu kita lakukan di sekitarnya saja atau daerah terdekat. Jadi misalnya dia mau lakukan operasi di telinga kanan. Cukup kita site marking di telinganya saja itu supaya menandakan sisi telinga kanan ini yang kita mau operasi. Penandaan sisi operasi itu ditandai oleh operator (DPJP) yang melakukan site marking. Site marking itu menggunakan spidol yang permanen karena Tidak mudah hilang, tidak mudah dihapus karena biasa kan kita lakukan disinfeksi dulu saat mau tindakan itu biasanya kan terhapus.		
		Informan IX	Jadi pada waktu kita melakukan penandaan pasien kita lakukan diskusi dengan keluarga pasien jadi keluarga jadi pasien dan keluarganya yang mau menandatangani persetujuan operasi. Mereka juga ikut dalam prosedur untuk ditandai daerah operasinya dari dokter pada saat melakukan informed consent tidak boleh hanya pasiennya ada keluarganya, ada keluarganya baru kita tandai ini marking site dokter tandai di sini ada dokter akan lakukan tindakan operasi. Ini tandanya dengan spidol, kemudian kalau pada wajah ini yang kita pakai plester pada daerah wajah yang mau dioperasi		

MEMASTIKAN SISI YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PASIEN YANG BENAR PADA PEMBEDAHAN/TINDAKAN INVASIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			yang akan dilakukan operasi di tempel dengan stiker khusus.		
		Informan X	Prosedur dilakukan di unit perawatan kemudian dicocokkan pada saat timbang terima pasien dari perawat unit ke perawat OK dan perhatikan tanda di pasien, di form dan di sistem.		
4	Bagaimana proses pelaksanaan <i>time out</i> menggunakan (surgical safety checklist)?	Informan I	Kemudian kalau Time out itu kan lebih ke arah tindakannya itu sudah mau dilakukan sama sampai selesai dilakukan tindakan. Jadi itu dimulai termasuk tindakan anastesinya. Jadi kalau misalnya dia time out itu ada namanya form surgical safety checklist, disitu ada sign in, time out dengan sign out. kalau sign itu dilakukan sebelum tindakan anastesi dilakukan karena ada formnya sendiri. Kemudian time out itu dia dilakukan sebelum tindakan pembedahan dilakukan. Jadi sebelum kita melakukan pengolesan dari pisau bedah itu dilakukan time out. Sebenarnya yang berisi perkenalan diri. Siapa saja perkenalan anggota tim siapa saja, karena itu harus tahu siapa pasiennya. Siapa operatornya, siapa asisten operatornya? Siapa perawat sirkuler nya? Jadi semuanya harus melakukan perkenalan. Sama ada tidak pemberian antibiotik <i>profilaksis</i> ke pasien semua ada tercantum di form. Kemudian sign out itu sebelum pasien dipindahkan atau meninggalkan ruangan operasi kamar	Dari 3 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa pelaksanaan time out dilakukan sesaat sebelum tindakan dimulai dengan menggunakan form surgical safety checklist..Selama time out tim operasi lakukan verifikasi benar identitas pasien, Benar daerah yang telah ditandai pada luka operasi.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa telah diterapkan proses Time Out menggunakan "surgical checklist" (Surgical Safety Checklist) dari WHO terkini pada tindakan operasi.

MEMASTIKAN SISI YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PASIEN YANG BENAR PADA PEMBEDAHAN/TINDAKAN INVASIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<p>OK ke recovery room jadi sign out itu ya kita harus lihat pastikan peralatan yang digunakan itu dari sebelum tindakan itu sama dengan setelah tindakan. Jangan sampai misalnya ada kasa yang tertinggal pada saat operasi itu kan nanti menyebabkan infeksi dan operasi berulang ke pasiennya. kalau ada yang begitu kan menjadi keteledoran dari petugas. Jadi harus dipastikan di sign out ada tidak pemberian analgetik atau obat obatan setelah operasi atau advice dokter setelah operasi. Di surgical safety checklist itu di setiap tahapnya yang sign in, time out, dan sign out itu ada TTD dari perawat sirkuler, penata anastesi, dokter anastesi dan dokternya (DPJP). Surgical safety checklistnya setahu saya terakhir itu masih pakai form manual cuma memang sempat diahlihan perlahan ke EMR, tapi ada beberapa pertanyaan yang tidak termasuk dalam regulasi RS kita. Makanya saya kurang tau apakah masih menggunakan form atau sudah sistem EMR.</p>		
		Informan IX	<p>Setelah kita memastikan identitasnya dengan memberikan gelang pasien nanti sebelum dilakukan tindakan operasi di kamar operasi itu kita melakukan prosedur yang namanya time out. Jadi time out itu dilakukan sebelum operasi, jadi prosedur-prosedur time out itu dilakukan sebelum</p>		

MEMASTIKAN SISI YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PASIEN YANG BENAR PADA PEMBEDAHAN/TINDAKAN INVASIF					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<p>operasi nanti ada perawat yang bertugas untuk membacakan nama pasien, identitasnya, tanggal lahirnya, nomor rekam mediknya dicocokkan dengan gelangya kembali. Kemudian dilihat marking site atau tanda yang sudah kita lakukan memberikan tanda sebelum operasi kita sesuaikan dengan diagnosisnya dengan rencana tindakan yang akan kita lakukan di kamar operasi setelah prosedur time out dilakukan dan cocok benar pasien kita lakukan verifikasi benar identitas pasien, Benar daerah yang telah ditandai pada luka operasi. Ada prosedur berdoa, kemudian operasinya kita jalankan. Jadi ini semua prosedur prosedur yang rutin dan harus dijalankan "no time out, no operasi". Kalau tidak ada time out, tidak ada operasi yang bisa jalan tanpa ada time out untuk proses prosedur cross check untuk verifikasi untuk memastikan prosedurnya benar pasiennya benar dan tindakan yang akan dilakukan benar untuk pasien tersebut. Jadi ada yang surgical safety checklist, ada laptop di kamar operasi, jadi itu semua prosedurnya dibacakan dengan laptop, kemudian sambil diklik oleh petugas time out.</p>		
		Informan X	<p>lya disini ada surgical safety checklist menggunakan computer kalau disini.</p>		

MENGURANGI RISIKO INFEKSI AKIBAT PERAWATAN KESEHATAN					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1	Bagaimana pelaksanaan program kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>)?	Informan I	Kalau pelaksanaan hand hygiene pasti disemua unit kita sudah jalankan sosialisasi bahkan sampai security cleaning service. Itu semua dilakukan sosialisasi untuk hand hygiene. Untuk pelaksanaannya otomatis kita harus mengingat apa saja itu langkah langkah dari hand hygiene sama kapan momennya kita kapan situasinya kita lakukan hand hygiene. Disini pakai standar WHO kita biasa kalau ada yang lupa kita lakukan penempelan poster-poster ada dari tim PPI itu memberikan penekanan melalui poster entah itu di dekat biasanya sih kita lakukan penilaian itu di dekat wastafel sama di dekat handrub. Kemudian kalau Hand hygiene bisa dengan Sabun dan air mengalir atau bisa dengan handrub. Kalau kita menggunakan sabun itu kita waktunya 40 sampai 60 detik. Kalau misalnya kita menggunakan hendra itu 20 sampai 30 detik.	Dari 3 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa program kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>) di setiap unit sudah dijalankan dan sosialisasi terhadap semua pegawai memakai standar hand hygiene dari WHO.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa telah dilaksanakan program kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>) di setiap unit rumah sakit dengan mengacu pada standar WHO terkini.
		Informan XI	Kalau pelaksanaan program kebersihan tangan itu yang terlaksana di rumah sakit stella maris karena kebersihan tangan itu yang pertama itu merupakan pilar dari PPI. Jadi betul betul harus terlaksana karena dia juga adalah salah satu yang akan memutuskan mata rantai infeksi. Kemudian dia merupakan program multidisiplin yang mengikutsertakan semua staf, baik itu medis, non-medis, pasien, keluarga,		

MENGURANGI RISIKO INFEKSI AKIBAT PERAWATAN KESEHATAN					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			pengunjung, baik itu rawat jalan, rawat inap. Jadi program ini juga dia akan menekan angka kejadian infeksi. Kemudian cuci tangan ini merupakan cara yang sangat sederhana untuk memutuskan mata rantai infeksi. Jadi betul betul memang harus terlaksana pada semua rumah sakit.		
		Informan XII	Semua unit itu sudah wajib menerapkan hand hygiene, tim PPI tiap hari datang ke unit-unit memantau bagaimana five moments dan sebagainya.		
2	Apakah terdapat bukti pelaksanaan program kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>) di berbagai unit?	Informan XI	Iya bukti pelaksanaan program kebersihan tangan yang pertama itu kami melakukan Monitoring dan audit itu dengan menggunakan tools "check list". Yang kedua untuk keluarga pasien yang sementara mengunjungi atau sementara menjaga kemudian pasien-pasien itu setiap hari saat kami melakukan kunjungan unit kami melakukan edukasi dan langsung praktek. Kalau untuk pasien yang rawat jalan, kami kumpul di poliklinik, di situ kami melakukan edukasi bersama dengan pihak PKRS, itu rutin dilakukan setiap 3 bulan dengan bagian marketing/pemasaran.	Dari 2 informan yang diwawancarai, semua menyatakan bahwa terdapat bukti pelaksanaan program kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>), dimulai dari monitoring oleh tim PPI, edukasi kepada pasien, dan pemasangan poster untuk Langkah-langkah cuci tangan yang benar pada setiap unit rumah sakit..	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa terdapat bukti pelaksanaan program kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>) di berbagai unit menggunakan beberapa metode.
		Informan XII	Kalau disini sudah lengkap ada papan-papan wicaranya (poster) juga sudah dimana-mana, kemudian Langkah-langkah bagaimana melakukan cuci tangan yang benar sudah terpasang semua.		

MENGURANGI RISIKO INFEKSI AKIBAT PERAWATAN KESEHATAN					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
3	Kapan waktu yang tepat mencuci tangan?	Informan I	Kemudian yang 5 momennya itu yang 2 sebelum 3 sesudah yang sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah kontak dengan pasien, setelah terpapar dengan lingkungan sekitar pasien dan setelah terkena cairan tubuh.	Dari 2 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa waktu yang tepat yaitu five moment yang pertama, sebelum kontak dengan pasien, kedua, sebelum melakukan tindakan medis. ketiga, Setelah terpapar cairan tubuh pasien. keempat, setelah dari pasien satu dan akan pasien berikutnya dan lima setelah memegang peralatan pasien.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa staf melaksanakan lima momen cuci tangan di rumah sakit. (sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah kontak dengan pasien, setelah terpapar dengan lingkungan sekitar pasien dan setelah terkena cairan tubuh).
		Informan XI	Kalau untuk pengunjung atau keluarga pasien kita menganjurkan saat mereka baru masuk akan masuk ke pintu rumah sakit itu biasanya di depan itu ada wastafel. Kami memberikan edukasi biasa itu, kalau kami enggak dapat tim PPI, satpam yang menganjurkan untuk bapak ibu sebaiknya sebelum masuk ke dalam kamar Pasien untuk mengunjungi pasien wajib mencuci tangan. Nanti pun setelah meninggalkan rumah sakit wajib juga mencuci tangan. Kemudian untuk para medis kami menekankan five moment yaitu pertama, sebelum kontak dengan pasien, kedua, sebelum melakukan tindakan medis. ketiga, Setelah terpapar cairan tubuh pasien. keempat, setelah dari pasien satu dan akan pasien berikutnya dan lima setelah memegang peralatan pasien.		
4	Bagaimana prosedur pelaksanaan desinfeksi di unit terkait?	Informan I	Kami punya CSSD. Jadi untuk proses sterilisasi alat itu terpusat di CSSD. Mulai dari proses desinfeksi kemudian sampai ke proses packingan itu semua proses ada disitu.	Dari 2 informan yang telah diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa prosedur pelaksanaan	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa Prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan

MENGURANGI RISIKO INFEKSI AKIBAT PERAWATAN KESEHATAN					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
		Informan XI	Kalau Alkes yang ada di rumah sakit itu semua di handle oleh CSSD. Jadi alat yang sudah dipakai di unit itu tidak dilakukan apa-apa langsung mereka masukkan dalam satu wadah dan dibawa ke CSSD untuk dilakukan dekontaminasi, desinfeksi lalu keluar ke unit kembali dalam keadaan steril dalam bentuk sudah di pouches. Jadi memang ada labelnya juga di situ di pouches bahwa tanggal kadaluarsanya sampai kapan, jadi kalau mereka ambil, di pouches itu ada tanggal kadaluwarsa. jadi biasa unit ambil untuk GV ternyata dokter tidak jadi, ada disitu tanda kadaluarsanya. Jadi kalau sudah kadaluwarsa segera dikembalikan walaupun masih dalam keadaan terpouches, tidak bisa digunakan.	desinfeksi dilakukan oleh unit CSSD.	sesuai dengan regulasi di rumah sakit.
5	Bagaimana pelaksanaan upaya penurunan infeksi di unit?	Informan XI	Kalau pelaksanaan upaya penurunan atau pencegahan infeksi itu saya menghimbau kepada seluruh medis dan non medis untuk pelaksanaan dan penerapan ada namanya kewaspadaan isolasi. Kewaspadaan isolasi itu dibagi menjadi 2 yaitu kewaspadaan standar dan yang berdasarkan transmisi. Yang berdasarkan standar itu ada 10 item, yaitu pertama yang <i>hand hygiene</i> tadi, kemudian yang kedua tentang penggunaan APD. Jadi penggunaan APD itu kapan mereka harus menggunakan, bukan asal-asal, kemudian yang berikutnya tentang kebersihan lingkungan. Kemudian	Informan menyatakan bahwa tim PPI telah menerapkan upaya penurunan infeksi dengan menghimbau seluruh staf untuk melakukan kewaspadaan isolasi.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa telah dilakukan penurunan infeksi di setiap unit sesuai dengan regulasi rumah sakit.

MENGURANGI RISIKO INFEKSI AKIBAT PERAWATAN KESEHATAN					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<p>penanganan laundry, alat tenun pasien, lalu pengelolaan limbah medis dan non medis, lalu pengelolaan peralatan pasien, kemudian teknik bagaimana teknik penyuntikan yang aman, lalu tentang pemeliharaan kesehatan karyawan kami, baik yang medis maupun yang non medis. Kemudian kami pun biasa mengajarkan bagaimana teknik batuk yang efektif. Lalu tentang penempatan pasien. Ini penempatan pasien biasa diperuntukkan pada pasien yang infeksi dan non infeksi. Kemudian pada kewaspadaan berdasarkan transmisi di situ saya menekankan bahwa penggunaan APD kita harus melihat bahwa ini penularannya lewat apa, apakah kontak, droplet atau melalui <i>airbone</i>. Jadi perawat memang harus berhati-hati untuk penggunaan APD dan juga tentang penempatan pasien. Jadi itu tentang upaya bagaimana kita menurunkan atau mencegah infeksi.</p>		
6	Bagaimana evaluasi terhadap upaya penurunan angka infeksi terkait pelayanan Kesehatan?	Informan XI	<p>Kalau dari evaluasinya pertama kan kita mengidentifikasi dulu, Kemudian saya menganalisis biasa, lalu saya mengevaluasi. Jadi kalau seumpamanya mengidentifikasi risiko saya itu telusuri bagaimana kepatuhan petugas saya, kemudian hasil auditnya bagaimana? Terus kalau ada masalah kenapa ini bisa terjadi? Lalu saya melakukan kontrol,</p>	<p>Dari 2 informan yang telah diwawancarai, semua menyatakan bahwa proses evaluasi terhadap upaya penurunan angka infeksi yang dilakukan oleh tim PPI yang mengidentifikasi risiko</p>	<p>Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa evaluasi terhadap upaya penurunan angka infeksi dilakukan oleh tim PPI sesuai dengan regulasi rumah sakit.</p>

MENGURANGI RISIKO INFEKSI AKIBAT PERAWATAN KESEHATAN					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			monitoring dan feedbacknya bagaimana? Itu yang saya lakukan upaya untuk menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit.	infeksi sampai monitoring penerapan hand hygiene ke tiap unit rumah sakit.	
		Informan XII	Kalau kami itu dalam arti selalu di evaluasi oleh tim PPI kami, kemudian sosialisasi terus dilakukan. Kalau ditemukan misalkan ketidakpatuhan patuhan dan sebagainya itu kemudian dibuatkan lagi perencanaan bagaimana untuk supaya teman teman pelaksana itu semua bisa melakukan pencegahan risiko infeksi dengan dengan dengan baik dan benar. Jadi petugas PPI itu betul betul boleh dikata hampir tiap hari akan jalan dan berkeliling. Jadi untuk memantau hal itu supaya itu menjadi monitoring evaluasi mereka kepada direktur nantinya kalau perlu dilakukan tindakan lebih keras terhadap petugas Kalau seandainya memang sudah dilakukan segala sesuatu tetapi masih tidak tetap tidak patuh seperti itu.		

MENGURANGI RISIKO CEDERA PASIEN AKIBAT JATUH					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1	Bagaimana pelaksanaan skrining pasien rawat jalan?	Informan I	Kalau screening risiko jatuh kita bedakan Antara rawat inap dan rawat jalan. Kalau rawat jalan kita melakukan pertama paling awal itu adalah screening secara visual. Biasanya kita minta tolong bantuan dari security dengan petugas registrasi, biasanya screening visualnya dari mereka pertama, kemudian untuk screening sesuai assesment nya itu kita dibantu oleh perawat di unit rawat jalan maupun perawat di unit penunjang misalnya pasien pasien HD, pasien fisioterapi, pasien pasien IGD kan tidak selamanya pasien IGD tuh rawat inap bisa jadi rawat jalan nah itu kita lakukan penilaian screening menggunakan get up and go. Jadi get up and go itu dia menceritakan isinya itu kayak kita lihat cara berjalannya pasien, apakah sempoyongan atau tidak, apakah butuh bantuan atau tidak. Ya dari cara berjalan kemudian ada penggunaan alat bantu atau tidak itu kita lihat baru kita screening, Setelah kita screening kita bisa tentukan apakah pasien ini risiko jatuh atau tidak.	<p>Dari 5 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa skrining pasien rawat jalan dilakukan dengan bantuan security/satpam dengan petugas registrasi untuk melakukan skrining visual pasien yang baru masuk rumah sakit.</p> <p>Metode skrining yang digunakan rawat jalan dan IGD yaitu <i>get up and go</i>.</p>	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan skrining pasien di rawat jalan menggunakan alat bantu/metode skrining berupa <i>get up and go</i> yang telah ditetapkan rumah sakit.
		Informan IV	Kalau misalnya untuk IGD atau rawat jalan itu screeningnya kami menggunakan <i>get up and go</i> .		
		Informan VI	Skrining pasien itu dimulai dari pintu masuk rumah sakit, pasien baru masuk security/satpam itu sudah bisa liat, kemudian masuk ke poli kami melihat kalau		

MENGURANGI RISIKO CEDERA PASIEN AKIBAT JATUH					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			ada risiko jatuh misalnya dia datang dengan alat bantu dan melihat pasien yang sudah berumur atau lansia tetap ada pemantauan pasien		
		Informan VII	Untuk risiko jatuhnya pada saat pasien masuk kita lihat pasiennya, pada saat masuk menggunakan alat bantu atau tidak, terus ada tidak keluarga yang antar? Setelah itu kami persilakan masuk. Kami tanya usia, diagnosa, Adakah ada alat bantu yang dipakai dan sebagainya. disitu kita bisa melihat pasien ini risiko jatuh atau tidak.		
		Informan XII	Jadi kalau di rawat jalan itu dilakukan di IGD dan Wilayah poliklinik jadi begitu pasien datang itu langsung di screening. Kalau enggak salah, mereka menggunakan get up and go untuk toolsnya di rawat jalan.		
2	Bagaimana tindakan atau intervensi yang dilakukan untuk mengurangi risiko jatuh pasien jika hasil skrining menunjukkan adanya risiko jatuh?	Informan I	kalau dia dirawat jalan dia berisiko itu kita tempelkan di bahu kanan stiker kuningnya agak berbeda sedikit dengan yang rawat inap.	Dari 4 informan yang telah diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa tindakan atau intervensi yang dilakukan dengan memberikan pin/label kuning jika pasien ditemukan berisiko jatuh.	Berdasarkan hasil wawancara disimpulkan bahwa tindakan atau intervensi yang dilakukan untuk mengurangi risiko jatuh pasien jika hasil skrining menunjukkan adanya risiko jatuh yaitu dengan memberikan pin atau label kuning.
		Informan IV	Untuk misalnya kayak tindakan atau intervensi sendiri dari hasil misalnya ada yang berisiko begitu kami menggunakan pin. Pin warna kuning diberikan kalau misalnya kita sudah screening terus didapatkan dia akan berisiko jadi kita berikan itu tadi pin warna kuning dengan itu memasang <i>safety</i> tempat tidur.		

MENGURANGI RISIKO CEDERA PASIEN AKIBAT JATUH					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			Terus kalau untuk ini juga kayaknya di perawatan pasang segitiga kuning.		
		Informan VII	Screening di poli atau pintu depan nanti ada petugas yang screening. kalau memang dia pasien risiko jatuh biasa ditempelkan label kuning untuk risiko jatuh. Kalau belum diskruining di atas (ruang perawatan), kami bisa melakukannya sendiri. Kami kasih masuk di sistem hasil pemeriksaan identifikasi pasien.		
		Informan XII	Kalau di rawat jalan sudah langsung dilakukan penandaan dengan label kuning pada pasien berisiko jatuh, kemudian dibantu juga dengan alat-alat yang mungkin kalau memang bisa mengurangi risiko jatuh maka diberikan misalkan contoh gunakan kursi roda dan sebagainya.		
3	Bagaimana pengkajian risiko jatuh untuk semua pasien rawat inap?	Informan I	Kalau di rawat inap itu kita menggunakan 3 assesment. Ada namanya humpty dumpty, kemudian ada namanya skala morse dengan namanya, ontario atau sydney scoring. Kalau ini tidak semuanya dalam satu pasien ini bukan 3 tiganya kita pake, kita berdasarkan umur kalau humpty dumpty itu untuk anak anak, kategori anak di kita punya rumah sakit itu dibawah 18 tahun, kemudian kalau yang skala morse itu 18 tahun sampai di bawah 60 tahun, kalau skala ontario itu 60 tahun ke atas.	Dari 3 informan yang diwawancarai, semua menyatakan bahwa pengkajian risiko jatuh pada pasien rawat inap dengan menggunakan metode skrining berdasarkan usia. Pasien dibawah 18 tahun dengan skala humpty dumpty, skala morse yang di atas 18	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa pengkajian risiko jatuh untuk pasien rawat inap menggunakan alat bantu skrining (<i>humpty dumpty</i> , skala morse, dan ontario/sydeny scoring) berdasarkan kriteria pasien.

MENGURANGI RISIKO CEDERA PASIEN AKIBAT JATUH					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<p>Kalau rawat inap itu nanti dibedakan Apakah dia tidak berisiko atau risiko rendah? Kemudian dia risiko sedang dan dia risiko tinggi. Kalau di rawat inap itu kita harus lakukan Pengulangan screening, kalau misalnya dia dirawat inap dari pasien awal masuk itu kita lakukan screening risiko jatuh pada saat pasien tiba di ruangan unit perawatan itu dilakukan lagi screening sebagai screening awal di unit perawatan beda dengan screening awal yang pas di IGD. kalau misalnya transfer antar unit perawatan, misalnya dari lantai 2 dipindahkan ke lantai 3 itu dilakukan screening ulang lagi di lantai 3. tapi yang melakukan sebenarnya adalah perawat di mana tempat pasien terakhir jadi perawat di lantai 3 karena dia dianggap pasien baru di lantai 3. Kemudian nanti untuk screening lanjutannya itu berdasarkan screening pertama. Jadi misalnya kalau dia berisiko tinggi kalau kita lihat dari awal dia risiko tinggi itu kita lakukan pengulangan setiap 2 hari. Kalau misalnya risiko sedang itu setiap 4 hari, kalau dia risiko rendah atau tidak berisiko itu setiap 6 hari. Dia juga dilakukan screening ulang kalau saat kejadian. jadi misalnya di sini awalnya dia tidak berisiko dan dia baru dirawat 2 hari. Ternyata hari ketiga dia jatuh itu kita lakukan screening</p>	<p>tahun dan kurang dari 60 tahun. Dan usia diatas 60 menggunakan ontario modified.</p>	

MENGURANGI RISIKO CEDERA PASIEN AKIBAT JATUH					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			ulang. Jadi screening juga dilakukan saat sesaat pasien jatuh.		
		Informan V	Di sini untuk screening risiko jatuh itu yang pertama kita harus kaji juga pasien kalau baru masuk kita harus kaji pasien dia ada riwayat jatuh atau tidak, seumpamanya pasien tidak ada riwayat jatuh langsung kami bikinkan di dalam sistem (EMR) ada tentang risiko jatuh dengan melihat kriteria umurnya. Jadi seperti kalau anak itu dia Humpty Dumpty, nanti untuk dewasa dia skala morse dan yang lansia itu sydney scoring jadi kita sesuaikan dengan umurnya terus seumpamanya pasien masuk dengan sudah jatuh berarti dia ada kronologis jatuhnya berarti kita tinggal ceklis, semua pakai sistem jadi ceklis semua dalam EMR disitu muncul dia risiko rendah, tinggi atau sedang terus dilakukan asesmen ulang per sesuai dengan harinya.		
		Informan XII	Kemudian kalau rawat inap sesuai dengan kriteria pasien ataupun kondisi pasiennya. Jadi pasien dibawah 18 tahun skala humpty dumpty terus kalau skala morse yang di atas 18 tahun dan kurang dari 60. Kalau diatas 60 mereka menggunakan ontario modified.		
4	Bagaimana pelaksanaan langkah-langkah untuk	Informan I	Sebenarnya semuanya kita lakukan intervensi walaupun dia tidak berisiko. Intervensinya itu berbeda-beda kalau dia tidak berisiko itu kita cukup	Dari 3 informan yang telah diwawancarai, semuanya menyatakan bahwa Langkah-langkah	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa rumah sakit telah

MENGURANGI RISIKO CEDERA PASIEN AKIBAT JATUH					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
	mengurangi risiko jatuh pada pasien rawat inap?		<p>edukasi ke pasien dan keluarganya, kita orientasi secara umum mengenai ruangnya, kondisi ruangan bagaimana cara penggunaan penyangga di tempat tidur, jangan sampai dari awal dia tidak berisiko, dia malah jadi risiko sedang atau risiko tinggi atau berisiko. Itu yang kita orientasikan secara umum mengenai kondisi ruang rawat inap. Kemudian kalau dia risiko sedang kita tidak melakukan juga penandaan. Biasanya kita cuma melakukan orientasi umum mengenai ruangan seperti yang tidak berisiko dan ada tambahannya, misalnya tetap diedukasikan bahwa tidak meninggalkan pasien sendiri. Kalau mau ke kamar mandi atau turun dari bed itu di temani, alat-alat yang diperlukan itu mudah dijangkau. Kemudian kalau dia risiko tinggi ini yang penting karena kita harus melakukan penandaan. Penandaannya itu kita berupa pemberian segitiga risiko jatuh dengan ada namanya pin stiker bulat, dinamakan pin kuning yang kita tempelkan di gelang identitasnya pasien untuk risiko jatuh.</p>	<p>untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien rawat inap terdiri dari edukasi ke pasien dan keluarga, penandaan berupa segitiga risiko jatuh dengan pin kuning pada gelang identitas pasien sesuai dengan SPO yang ditetapkan rumah sakit.</p>	<p>dilaksanakan Langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien rawat inap sesuai regulasi rumah sakit.</p>
		Informan V	<p>Kalau di dalam kamar pasien kami kasihkan tanda untuk risiko jatuh, jadi akan ketahuan bilang ini pasien dia rentan untuk jatuh jadi pasangkan ada penandanya risiko jatuh.</p>		

MENGURANGI RISIKO CEDERA PASIEN AKIBAT JATUH					
No	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
		Informan XII	Kalau dirawat inap itu mereka akan melakukan evaluasi sesuai dengan standar apakah pada saat perubahan kondisi ataupun beberapa hari itu semua sudah ada SPO-nya supaya selalu ada evaluasi tentang risiko jatuh. Bisa saja dari tidak ada risiko menjadi ada ataupun dari sudah ada risiko menjadi tidak ada lagi untuk itu selalu dilakukan evaluasi pasien risiko jatuh.		

Lampiran 6. Hasil Analisis Penelitian di Rumah Sakit

Sasaran 1: Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

1.1) Apakah pasien diidentifikasi menggunakan minimal 2 identitas (nama dan tanggal lahir)?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	3	2.8	2.8	2.8
	Ya	105	97.2	97.2	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

1.2) Apakah pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	2	1.9	1.9	1.9
	Ya	106	98.1	98.1	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

1.3) Apakah pasien diidentifikasi sebelum pemberian darah atau produk darah?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	24	22.2	22.2	22.2
	Ya	84	77.8	77.8	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

1.4) Apakah pasien diidentifikasi sebelum pengambilan spesimen untuk pemeriksaan klinis?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	37	34.3	34.3	34.3
	Ya	71	65.7	65.7	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

1.5) Apakah pasien diidentifikasi sebelum pengobatan?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	6	5.6	5.6	5.6
	Ya	102	94.4	94.4	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

1.6) Apakah pasien diidentifikasi sebelum melakukan tindakan?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	3	2.8	2.8	2.8
	Ya	105	97.2	97.2	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

1.7) Pada saat pemasangan gelang pasien apakah petugas menjelaskan manfaat gelang pasien?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	52	48.1	48.1	48.1
	Ya	56	51.9	51.9	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

Sasaran 4: Memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, pasien yang benar pada pembedahan/Tindakan invasif

4.1) Apakah dokter menjelaskan tentang perencanaan tindakan medis/operasi kepada pasien?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	64	59.3	59.3	59.3
	Ya	44	40.7	40.7	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

4.2) Apakah dokter meminta persetujuan pasien secara tertulis sebelum melakukan operasi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	63	58.3	58.3	58.3
	Ya	45	41.7	41.7	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

4.3) Apakah ada tanda yang mudah dikenali dalam identifikasi lokasi operasi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	63	58.3	58.3	58.3
	Ya	45	41.7	41.7	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

4.4) Apakah pasien dilibatkan dalam proses penandaan lokasi operasi?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	68	63.0	63.0	63.0
	Ya	40	37.0	37.0	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

Sasaran 5: Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

5.1) Apakah petugas mencuci tangan sebelum memeriksa pasien?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	1	.9	.9	.9
	Ya	107	99.1	99.1	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

5.2) Apakah petugas mencuci tangan sesudah memeriksa pasien?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	Tidak	3	2.8	2.8	2.8
	Ya	105	97.2	97.2	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

5.3) Apakah tersedia hand hygiene untuk keluarga atau pengunjung di Rumah Sakit?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	1	.9	.9	.9
	Ya	107	99.1	99.1	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

Sasaran 6: Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh

6.1) Apakah perawat menjelaskan kepada pasien tentang kemungkinan risiko jatuh?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	74	68.5	68.5	68.5
	Ya	34	31.5	31.5	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

6.2) Apakah pasien diberitahu jika membutuhkan bantuan segera menekan tombol panggilan perawat?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	33	30.6	30.6	30.6
	Ya	75	69.4	69.4	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

6.3) Apakah perawat segera datang pada saat pasien membutuhkan bantuan?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	36	33.3	33.3	33.3
	Ya	72	66.7	66.7	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

Distribusi Skor Variabel 1 SKP 1 Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	4	3.7	3.7	3.7
	Baik	104	96.3	96.3	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

Distribusi Skor Variabel 4 SKP 4 Memastikan Sisi yang Benar, Prosedur yang Benar, Pasien yang Benar pada Pembedahan/Tindakan Invasif

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	61	56.5	56.5	56.5
	Baik	47	43.5	43.5	100.0

Total	108	100.0	100.0
-------	-----	-------	-------

Distribusi Skor Variabel 5 SKP 5 Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	1	.9	.9	.9
	Baik	107	99.1	99.1	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

Distribusi Skor Variabel 6 SKP 6 Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	46	42.6	42.6	42.6
	Baik	62	57.4	57.4	100.0
	Total	108	100.0	100.0	

Lampiran 7. Dokumentasi Penelitian



Lampiran 8. Surat Izin Penelitian dari Fakultas



KEMENTERIAN PENDIDIKAN KEBUDAYAAN,
RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jl. Perintis Kemerdekaan Km.10 Makassar 90245, Telp.(0411) 585658,
e-mail : fkm.unhas@gmail.com, website: <https://fkm.unhas.ac.id/>

Nomor : 24549/UN4.14.8/PT.01.04/2023
Lampiran : 1 (Satu) Lembar
Hal : Izin Penelitian

16 Agustus 2023

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sulawesi Selatan
Cq. Bidang Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan
di-Makassar

Dengan hormat, kami sampaikan bahwa mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin bermaksud untuk melakukan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi. Sehubungan dengan itu, kami mohon kiranya bantuan Bapak dapat memberikan izin untuk penelitian kepada:

Nama mahasiswa : AULIA MEIDINA PAWINDRU
Nomor Pokok : K011191219
Program Studi : S1 - Kesehatan Masyarakat
Departemen : Manajemen Rumah Sakit
Judul Penelitian : Gambaran Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di RS Stella Maris Makassar Tahun 2023.
Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Stella Maris Makassar
Tim Pembimbing : 1. Dr. Fridawaty Rivai, S.KM.,M.Kes
2. Nurmala Sari, S.KM.,M.Kes.,MA

Demikian surat permohonan izin ini, atas bantuan dan kerjasama yang baik kami sampaikan banyak terima kasih.

Ketua Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat



Dr. Hasnawati Amqam, SKM.,M.Sc
NIP 19760418 200501 2 001

Tembusan :

1. Dekan (sebagai laporan)
2. Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan
3. Kepala Subbagian Akademik dan Kemahasiswaan
4. Mahasiswa yang bersangkutan

Lampiran 9. Surat Izin Penelitian dari DPM-PTSP



**PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jl. Bougenville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
Website : <http://simap-new.sulselprov.go.id> Email : ptsp@sulselprov.go.id
Makassar 90231

Nomor	: 24141/S.01/PTSP/2023	Kepada Yth.
Lampiran	: -	Direktur RS Stella Maris Makassar
Perihal	: <u>Izin penelitian</u>	

di-
Tempat

Berdasarkan surat Ketua Prog. Studi S1 Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar Nomor : 24549/UN4.14.8/PT.01.04/2023 tanggal 16 Agustus 2023 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

N a m a	: AULIA MEIDINA PAWINDRU	
Nomor Pokok	: K011191219	
Program Studi	: Kesehatan Masyarakat	
Pekerjaan/Lembaga	: Mahasiswa (S1)	
Alamat	: Jl. P. Kemerdekaan Km 10, Makassar	

PROVINSI SULAWESI SELATAN

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka menyusun SKRIPSI, dengan judul :

**" GAMBARAN PELAKSANAAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RS STELLA MARIS
MAKASSAR TAHUN 2023 "**

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **04 September s/d 04 Desember 2023**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada Tanggal 21 Agustus 2023

**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN**



ASRUL SANI, S.H., M.Si.
Pangkat : PEMBINA TINGKAT I
Nip : 19750321 200312 1 008

Tembusan Yth

1. Ketua Prog. Studi S1 Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar di Makassar;
2. *Pertinggal.*

Lampiran 10. Surat Keterangan Penelitian di Rumah Sakit



Jl. Somba Opu No.273 Makassar 50111 - Indonesia	Tel +62 411 854341 +62 411 871391 +62 411 873346	Call center 081 398 888 100 https://rsstellamaris.com
--	--	---

SURAT KETERANGAN

=====

Nomor : 3774.DIR.SM.DIKLAT.KET.EX.VIII.2024

Direktur RS. Stella Maris Makassar menerangkan bahwa :

Nama Lengkap	: Aulia Meidina Pawindru
Tempat / Tgl. Lahir	: Makassar, 02 April 2001
NIM	: K011191219
Asal Pendidikan	: Universitas Hasanuddin Makassar

Telah melaksanakan penelitian di RS. Stella Maris dalam rangka penyusunan Skripsi yang dimulai pada tanggal 04 September s/d 04 Desember 2023 dengan judul :

“Gambaran Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di RS Stella Maris Makassar Tahun 2023”

Demikian surat keterangan ini di buat untuk dipergunakan sebagaimana fungsinya.

Makassar, 14 Agustus 2024

Hormat Kami,
Direksi RS. Stella Maris,

dr. Teoroci Luisa Nunuhitu, M.Kes
Direktur

Cc. Arsip

Lampiran 11. Rekomendasi Persetujuan Etik



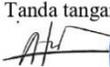
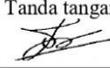
KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jln.Perintis Kemerdekaan Km.10 Makassar 90245, Telp.(0411) 585658,
E-mail : fk.m.unhas@gmail.com, website: <https://fk.m.unhas.ac.id/>

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK

Nomor : 5726/UN4.14.1/TP.01.02/2023

Tanggal : 20 Oktober 2023

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

No.Protokol	121023051300	No. Sponsor Protokol	
Peneliti Utama	Aulia Meidina Pawindru	Sponsor	Pribadi
Judul Peneliti	Gambaran Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di RS Stella Maris Makassar Tahun 2023		
No.Versi Protokol	1	Tanggal Versi	12 Oktober 2023
No.Versi PSP	1	Tanggal Versi	12 Oktober 2023
Tempat Penelitian	Rumah Sakit Stella Maris Makassar		
Judul Review	<input checked="" type="checkbox"/> Exempted <input type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard	Masa Berlaku 20 Oktober 2023 Sampai 20 Oktober 2024	Frekuensi review lanjutan
Ketua Komisi Etik Penelitian	Nama : Prof.dr.Veni Hadju,M.Sc,Ph.D	Tanda tangan 	Tanggal 20 Oktober 2023 
Sekretaris komisi Etik Penelitian	Nama : Dr. Wahiduddin, SKM.,M.Kes	Tanda tangan 	Tanggal 20 Oktober 2023 

Kewajiban Peneliti Utama :

1. Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
2. 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
3. Menyerahkan Laporan Kemajuan (progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setiap setahun untuk penelitian resiko rendah
4. Menyerahkan laporan akhir setelah Penelitian berakhir
5. Melaporakn penyimpangan dari protocol yang disetujui (protocol deviation/violation)
6. Mematuhi semua peraturan yang ditentukan

Lampiran 12. Riwayat Hidup Peneliti



A. DATA PRIBADI

Nama	: Aulia Meidina Pawindru
NIM	: K011191219
Tempat, Tanggal Lahir	: Makassar, 02 April 2001
Alamat	: Jl. Bougenville Raya No.60
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
E-mail	: auliameidina36@gmail.com
No. HP	: 081242580481

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD Inpres Toddopuli 1 Makassar (2007-2013)
2. SMP Negeri 33 Makassar (2013-2016)
3. SMA Negeri 17 Makassar (2016-2019)
4. Program Studi Kesehatan Masyarakat / Departemen Manajemen Rumah Sakit Universitas Hasanuddin (2019-2024)

C. RIWAYAT ORGANISASI

1. Pengurus Hospital Management Student Forum (HMSF) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (2022-2023)

D. RIWAYAT PENGKADERAN DAN PRESTASI

1. *Basic Student Leadership Training* (BSLT) BEM FKM Unhas Tahun 2019.
2. Menerima Pendanaan dari Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi (Kemdikbudristek) sebagai Ketua Tim Program Kreativitas Mahasiswa (PKM) – Pengabdian Masyarakat Tahun 2023.