

## 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.
- 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.
- Bayang, A. T. and Pasinringi, S. (2014) *Faktor Penyebab Medication Error Di RSUD Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng, Causes Factors of Medication Errors At Regional General Hospital of Anwar Makkatutu Bantaeng Regency*. Pascasarjana UNHAS. Available at: <http://pasca.unhas.ac.id/jurnal/files/dc3b56fef2e0e78a6413c013fefcdda4.pdf>.
- Clancy, C. M. (2011) ‘New research highlights the role of patient safety culture and safer care’, *Journal of Nursing Care Quality*, 26(3), pp. 193–196. doi: 10.1097/NCQ.0b013e31821d0520.
- 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 (2009) ‘Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit’, *Jakarta*, (rumah sakit), p. 40. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- 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.
- 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.

- Dwi Ananingsih, Pangisti & Rosa, E. M. (2016) 'Kepatuhan 5 Momen Hand Hygiene Pada Petugas Di Instalasi Laboratorium Rsui Madinah Sembon', *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, 5(1), pp. 16–24. doi: 10.18196/jmmr.5102.
- Forster, A. J. *et al.* (2012) 'Improving patient safety through the systematic evaluation of patient outcomes', *Canadian Journal of Surgery*, 55(6), pp. 418–425. doi: 10.1503/cjs.007811.
- Hapsari, A. P., Wahyuni, C. U. and Mudjianto, 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.
- KARS (2017) *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*. 1st edn, *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. 1st edn. Jakarta.
- KARS (2019a) *Instrumen Survey Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit SNARS Edisi 1.1*.
- KARS (2019b) *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1*. 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.
- 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>.
- Mulyatiningsih, S. (2013) *Determinan Perilaku Perawat Dalam Melaksanakan Keselamatan Pasien Si Rawat Inap RSAU DR. ESNAWAN ANTARIKSA JAKARTA*. Depok: UI.
- 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.
- Notoatmodjo, S. (2007) *Promosi Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Permenkes RI (2014) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit, Implementation Science*. doi: 10.4324/9781315853178.
- Permenkes RI (2016) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*. Jakarta. doi: 10.1109/ciced.2018.8592188.
- Permenkes RI (2017a) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit*. Jakarta.
- Permenkes RI (2017b) *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien*. Jakarta.
- Pujianto, A. (2014) *Pengaruh Implemmtasi Surgical Safety Checklist Terhadap Keselamatan Pasien Bedah Mata Di Kamar Bedah RS Mata “Dr. YAP” Yogyakarta, SEekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyah Yogyakarta*. doi: 10.4324/9781315853178.
- Rasam, R. A. (2017) ‘Analisis Tatakelola Sasaran Keselamatan Pasien Pada Alur Pelayanan Penyakit Sepsis Di Rumah Sakit Tebet 2015’, *Arsi*, 3(May), pp. 100–113.
- 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.
- Saryono dan Anggraeni (2013) *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*.
- Setiyani, M. D. (2016) ‘Impelemntasi Sasaran Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Tangerang’, pp. 59–69.
- 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.

- Sundoro, T. *et al.* (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.
- The National Patient Safety Agency (2017) *National Patient Safety Agency Seven Steps to Patient Safety for Primary Care*. London.
- 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>.
- WHO (2009) 'Better knowledge for safer care: human factors in patient safety', *World Health Organization*, (April), p. 55. Available at: [http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf).

# LAMPIRAN

## Lampiran 1 Informed Consent

### ***IFORMED CONSENT*** **PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN**

*Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.*

Selamat Pagi/Siang/Sore

Perkenalkan nama saya Ummu Kalsum. Saya adalah mahasiswa S1 angkatan 2016 Departemen Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Saya bermaksud melakukan penelitian tentang “Gambaran Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien SNARS Edisi 1.1 di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Prov Sul-Sel Tahun 2020”. 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 :

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

## Lampiran 2 Pedoman Wawancara

### GAMBARAN PELAKSANAAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN SNARS EDISI 1.1 DI RSUD HAJI PROV SUL-SEL TAHUN 2020

#### PEDOMAN WAWANCARA

#### IDENTITAS INFORMAN

Nama informan :

Usia :

Jenis Kelamin :

Masa Kerja :

Unit Kerja :

Tanggal Wawancara : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (tgl/bln/thn)

No	Variabel	Topik wawancara
1.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	a. Bagaimana proses identifikasi pasien yang dilakukan secara verbal dan/atau visual? b. Kapan proses identifikasi pasien dilakukan?
2.	Meningkatkan komunikasi yang efektif	a. Apakah pernah dilaksanakan pelatihan komunikasi efektif antar PPA? b. Siapa saja yang mengikuti pelatihan komunikasi efektif antar PPA? c. Kapan dilaksanakan proses pelatihan komunikasi efektif antar PPA? d. Bagaimana proses pelatihan komunikasi efektif antar PPA? e. Bagaimana proses penyampaian pesan verbal atau lewat telpon yang biasa Bapak/Ibu lakukan? f. Bagaimana proses penyampaian hasil pemeriksaan diagnostik secara verbal atau lewat telpon? g. Apakah ada penanggung jawab pelaporan besaran nilai kritis laboratorium/tanda vital dan hasil pemeriksaan diagnostik kritis? h. Siapa saja yang melaporkan dan siapa yang menerima besaran nilai kritis laboratorium/tanda vital dan hasil pemeriksaan diagnostik kritis? i. Bagaimana cara pelaporan besaran nilai kritis laboratorium/tanda vital dan hasil pemeriksaan diagnostik kritis? j. Bagaimana proses serah terima pasien? k. Siapa saja yang terlibat dalam serah terima pasien?

		<p>l. Apakah terdapat form, alat dan atau metode serah terima pasien?</p> <p>m. Bagaimana proses evaluasi catatan komunikasi yang terjadi saat proses serah terima pasien?</p>
3.	Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai ( <i>high alert medications</i> )	<p>a. Bagaimana proses implementasi regulasi obat yang perlu diwaspadai?</p> <p>b. Apakah terdapat daftar obat yang perlu diwaspadai?</p> <p>c. Bagaimana proses penyusunan, penyimpanan, dan pelepasan obat yang perlu diwaspadai?</p> <p>d. Bagaimana proses penyimpanan elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu?</p>
4.	Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar	<p>a. Bagaimana proses verifikasi sebelum, saat dan sesudah operasi?</p> <p>b. Bagaimana proses pelaksanaan <i>time out</i>?</p> <p>c. Bagaimana proses pelaksanaan <i>time out</i> di luar kamar operasi?</p>
5.	Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	<p>a. Bagaimana pelaksanaan program kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>) di unit Bapak/ibu?</p> <p>b. Apakah terdapat bukti pelaksanaan program kebersihan tangan (<i>hand hygiene</i>) di unit Bapak/ibu?</p> <p>c. Kapan Bapak/Ibu mencuci tangan?</p> <p>d. Bagaimana prosedur pelaksanaan desinfeksi di unit Bapak/Ibu?</p> <p>e. Apakah terdapat upaya penurunan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan?</p> <p>f. Bagaimana pelaksanaan upaya penurunan infeksi di unit Bapak/Ibu?</p> <p>g. Bagaimana evaluasi terhadap upaya penurunan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan?</p>
6.	Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh	<p>a. Bagaimana pelaksanaan proses asesmen risiko jatuh di rawat inap dan rawat jalan?</p> <p>b. Bagaimana pelaksanaan asesmen awal dan ulang/lanjutan dari pasien rawat inap berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh?</p> <p>c. Bagaimana pelaksanaan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh?</p>



## Lampiran 3 Lembar Observasi

## Lembar Observasi Sasaran Keselamatan Pasien

Unit/Instalasi yang dikunjungi :

No	Elemen Penilaian	Telusur	Hasil Observasi			
			Ya	Tidak		
<b>1.</b>	<b>Sasaran 1 : Mengidentifikasi Pasien dengan Benar</b>					
a.	Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat 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	Lihat Proses Identifikasi:				
		1) Sebelum tindakan				
		2) Prosedur diagnostik dan terapeutik				
		Identifikasi minimal menggunakan dua identitas dari empat identitas pasien, identifikasi dilakukan secara verbal atau visual.				
		c.	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen dan pemberian diet	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		
<b>2.</b>	<b>Sasaran 3 : Meningkatkan Kemanan Obat yang Perlu Diwaspadai</b>			
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.	Tempat penyimpanan, pelabelan, penyimpanan obat yang perlu diwaspadai, termasuk obat "look-alike/sound-alike" semua diatur di tempat aman	Lihat pelaksanaan tempat penyimpanan obat yang perlu diwaspadai		
c.	Elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu hanya tersedia di instalasi farmasi/depo farmasi	Lihat tempat penyimpanan		
<b>3.</b>	<b>Sasaran 4 : Prosedur Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien yang Menjalani Tindakan Dan Prosedur</b>			
a.	Ada bukti rumah sakit menggunakan satu tanda di empat sayatan operasi pertama atau tindakan invasive yang segera dapat dikenali dengan ceoat sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit	Lihat form dan bukti penandaan		
b.	Ada bukti bahwa penandaan lokasi operasi atau	Lihat pelaksanaan penandaan <i>site</i>		

	tindakan invasive ( <i>site marking</i> ) dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien	<i>marking</i>		
c.	Sebelum operasi atau tindakan invasif dilakukan, rumah sakit menyediakan “ <i>Check list</i> ” atau proses lain untuk mencatat, apakah informed consent sudah benar dan lengkap, apakah Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur dan Tepat-Pasien sudah teridentifikasi, apakah semua dokumen dan peralatan yang dibutuhkan sudah siap tersedia dengan lengkap dan berfungsi dengan baik	Lihat <i>form surgical safety check list</i> untuk mencatat		
d.	Rumah sakit menggunakan komponen <i>Time Out</i> terdiri atas identifikasi Tepat-Pasien, Tepat-Prosedur dan Tepat-Lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan sebelum melakukan irisan	Lihat pelaksanaan <i>Time Out</i>		
e.	Rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien jika operasi dilakukan di luar kamar operasi termasuk prosedur tindakan medis dan gigi	Lihat form terkait Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien		
<b>4.</b>	<b>Sasaran 5 : Mengurangi Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan</b>			
a.	Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur	Lihat pelaksanaan cuci tangan di seluruh rumah sakit		
b.	Ada bukti staf melaksanakan Lima Momen Cuci Tangan	1) Lihat fasilitas untuk cuci tangan (satu tempat tidur satu <i>handrub</i> )		

		2) Lihat kepatuhan staf pada Lima Momen Cuci Tangan		
c.	Prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi	1) Lihat fasilitas untuk desinfeksi 2) Pelaksanaan desinfeksi		
<b>5.</b>	<b>Sasaran 6 : Mengurangi Risiko Cedera Karena Pasien Jatuh</b>			
a.	Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen awal risiko jatuh untuk pasien gawat darurat dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai regulasi	Lihat pelaksanaan asesmen cepat ( <i>rapid assessment</i> ) risiko jatuh untuk pasien gawat darurat dan rawat jalan serta pelaksanaan asesmen lanjutan bila pasien akan masuk rawat inap		
c.	Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh	Lihat pelaksanaan langkah-langkah mengurangi risiko jatuh		

**Lampiran 4 Lembar Kelengkapan Dokumen**

**Lembar Kelengkapan Dokumen**

**Unit/Instalasi yang dikunjungi:**

No	Elemen Penilaian	Telusur	Hasil Dokumen	
			Ya	Tidak
<b>1.</b>	<b>Sasaran 1 : Mengidentifikasi Pasien dengan Benar</b>			
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 boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit	Bukti pelaksanaan tentang identitas pasien pada semua berkas rekam medis, identitas pasien tercetak dengan minimal menggunakan 2 (dua) dari 4 (empat) identitas: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nama pasien sesuai KTP-el</li> <li>▪ Tanggal lahir</li> <li>▪ Nomor rekam medis</li> <li>▪ Nomor induk kependudukan</li> </ul>		
<b>2.</b>	<b>Sasaran 2 : Meningkatkan Komunikasi yang Efektif</b>			
a.	Ada regulasi tentang komunikasi efektif antar professional pemberi asuhan	Regulasi tentang komunikasi efektif antar professional pemberi asuhan		
b.	Ada bukti pelatihan komunikasi efektif antar professional pemberi asuhan	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang komunikasi efektif		
c.	Pesan secara verbal atau verbal lewat telpon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan	Bukti pelaksanaan tentang penyampaian pesan verbal atau lewat telpon. Lihat dengan cek silang dokumen penyampaian verbal lewat		

	secara lengkap	telepon dari sisi pemberi dan dari sisi penerima		
d.	Penyampaian hasil pemeriksaan diagnostik secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan secara lengkap	Bukti hasil pemeriksaan diagnostik secara verbal ditulis lengkap. Lihat dengan cek silang dokumen penyampaian verbal lewat telpon dari sisi pemberi dan dari sisi penerima		
e.	Rumah sakit menetapkan besaran nilai kritis laboratorium/tanda vital dan hasil pemeriksaan diagnostik kritis	Regulasi tentang : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Penetapan besaran nilai kritis laboratorium/tanda vital dan hasil pemeriksaan diagnostik kritis</li> </ul>		
f.	Pelaksanaan pelaporan dilaksanakan sesuai regulasi	Bukti pelaksanaan pelaporan dilaksanakan sesuai regulasi termasuk staf yang melaporkan dan menerima laporan		
g.	Ada bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di -antara professional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien ( <i>hand over</i> )	Bukti catatan pelaksanaan serah terima, ditandatangani oleh yang menyerahkan dan yang menerima		
h.	Proses serah terima pasien ( <i>operan/hand over</i> ) menggunakan formulir dan metode sesuai regulasi, bila mungkin melibatkan pasien/keluarga.	Bukti formulir serah terima, memuat alat, metode serah terima pasien ( <i>operan/hand over</i> ), bila mungkin melibatkan pasien/keluarga		
i.	Ada bukti dilakukan evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien ( <i>hand over</i> ) untuk memperbaiki proses	Bukti evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi saat operan untuk memperbaiki proses		
<b>3.</b>	<b>Sasaran 3 : Meningkatkan Kemanan Obat yang Perlu Diwaspadai</b>			
a.	Ada regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan dan	Regulasi tentang obat yang perlu diwaspadai		

	penggunaan obat yang perlu diwaspadai			
b.	Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat	Bukti pelaksanaan tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai		
c.	Di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai yang disusun berdasar atas data spesifik sesuai kebijakan dan prosedur	Bukti tentang daftar obat yang perlu diwaspadai		
d.	Tempat penyimpanan, pelabelan, penyimpanan obat yang perlu diwaspadai, termasuk obat " <i>lookalike/sound-alike</i> " semua diatur di tempat aman	Bukti daftar obat yang perlu diwaspadai di tempat penyimpanan		
e.	Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mencegah kekurangan hati-hatian dalam mengelola mengelola elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu	Regulasi tentang pengelolaan elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu		
f.	Elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu hanya tersedia di unit kerja/instalasi farmasi atau depo farmasi	Bukti daftar elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu di semua tempat penyimpanan yang diperbolehkan		
<b>4.</b>	<b>Sasaran 4 : Prosedur Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien yang Menjalani Tindakan Dan Prosedur</b>			
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.	Ada bukti Rumah sakit menggunakan satu tanda ditempat sayatan operasi pertama atau tindakan invasif yang segera dapat dikenali	Bukti pelaksanaan tentang penandaan satu tanda yang seragam dan mudah dikenali		

	dengan cepat sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit.			
c.	Ada bukti bahwa penandaan dilokasi operasi atau tindakan invasif ( <i>site marking</i> ) dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien bila mungkin	Bukti pelaksanaan penandaan dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien bila mungkin		
d.	Sebelum operasi atau tindakan invasive dilakukan rumah sakit menyediakan " <i>check list</i> " atau proses lain untuk mencatat, apakah informed consent sudah benar, apakah Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien sudah teridentifikasi, apakah semua dokumen dan peralatan yang dibutuhkan sudah siap tersedia dengan lengkap dan berfungsi dengan baik	Bukti pelaksanaan tentang form <i>surgical safety check list</i>		
e.	Ada regulasi untuk prosedur bedah aman dengan menggunakan " <i>surgical safety check list</i> " ( <i>surgical safety checklist</i> dari WHO Patient Safety 2009)	Regulasi tentang penggunaan <i>surgical safety check list</i> untuk prosedur bedah aman		
f.	Rumah sakit menggunakan komponen <i>Time Out</i> terdiri atas identifikasi Tepat-Pasien, Tepat-Prosedur, Tepat-Lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan sebelum melakukan irisan	Bukti hasil tentang pelaksanaan <i>time out</i>		
g.	Rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur,	Bukti pelaksanaan <i>Time Out</i> di luar kamar operasi		



	Tepat-Pasien jika operasi dilakukan diluar kamar operasi termasuk prosedur tindakan medis dan gigi			
<b>5.</b>	<b>Sasaran 5 : Mengurangi Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan</b>			
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.	Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di seluruh rumah sakit sesuai dengan regulasi	Bukti pelaksanaan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di seluruh rumah sakit		
c.	Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan	Bukti pelaksanaan tentang evaluasi upaya menurunkan infeksi		
<b>6.</b>	<b>Sasaran 6 : Mengurangi Risiko Cedera Karena Pasien Jatuh</b>			
a.	Ada regulasi yang mengatur tentang mencegah pasien cedera karena jatuh regulasi tentang mencegah pasien cedera karena jatuh	Regulasi tentang mencegah pasien cedera karena jatuh		
b.	Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen awal risiko jatuh untuk pasien gawat darurat dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai regulasi	Bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan asesmen awal dapat berupa asesmen cepat ( <i>rapid assessment</i> ) risiko jatuh untuk pasien gawat darurat dan rawat jalan serta dilakukan asesmen lanjutan bila pasien akan masuk rawat inap		
c.	Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal dan asesmen ulang dari pasien pasien	Bukti dalam Rekam Medis tentang pelaksanaan		

	rawat inap yang berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh	asesmen awal dan asesmen ulang risiko jatuh		
d.	Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh	Bukti pelaksanaan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh		

## Lampiran 5 Matriks Hasil Wawancara

## Matriks Hasil Wawancara

Mengidentifikasi Pasien dengan Benar					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit	Informan 1, 47 tahun	<i>Dua duanya visual dan verbal, kan begitu pasien masuk di ruangan kan dari IGD pertama dia mendaftar begitu pasien masuk rawat inap dikasi gelang, di gelang identitas itukan ada tiga identitas yang dikasi masuk no rekam medik, nama dan tanggal lahir kalau tidak salah.</i>	Dari 5 informan yang diwawancarai, semua melakukan identifikasi pasien dengan minimal 2 identitas. 2 informan menyatakan identifikasi dilakukan dengan nomor rekam medik, nama dan tanggal lahir pasien, 1 informan menyatakan identifikasi dilakukan dengan nama, no RM, tanggal lahir, nama DPJP dan alamat. 2 informan menyatakan identifikasi dilakukan dengan menggunakan nama, no RM, dan umur pasien.	Dari hasil wawancara tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 identitas.
		Informan 2, 24 tahun	<i>Kita lihat digelangnya toh namanya ada, no rekam medis nya, umurnya</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Kita melalui visual adek antara pasien dengan perawat, sebelum itu kita lakukan tindakan ade itu kita anamneses pasien, anamneses itu antara lain melihat nama pasien terus umurnya terus rekam mediknya itu, paling utama itu rekam medik dan nama pasien.</i>		
		Informan 4, 31 tahun	<i>Kita lihat identitasnya pasien di hasil pemeriksaan lab itu ada nomor RM, namanya pasien, tanggal lahirnya, dokternya siapa sama alamatnya juga ada.</i>		
		Informan 5, 35 tahun	<i>Iya keduanya. Visual dan verbal. Jadi sebelum pemberian tindakan itu harus dulu diliat gelang identitasnya. Di gelang identitas itu ada</i>		

<b>Mengidentifikasi Pasien dengan Benar</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
			<i>nama, nomor RM dan tanggal lahir.</i>		
2.	Identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik dan terapeutik	Informan 1, 47 tahun	<i>Setiap pemberian tindakan, setiap pemberian obat, pengambilan spesimen. Yang jelas adalah seperti itu sebelum pemberian tindakan dll.</i>	Dari 5 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa pasien diidentifikasi terlebih dahulu sebelum diberi tindakan, prosedur diagnostic dan terapeutik.	Dari hasil wawancara disimpulkan bahwa identifikasi pasien dilakukan sebelum tindakan, prosedur diagnostik dan terapeutik.
		Informan 2, 24 tahun	<i>Iya dilakukan.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Ih pasti sebelum kita melakukan tindakan itu adek.</i>		
		Informan 5, 35 tahun	<i>Jelas dilakukan, makanya pengidentifikasian pasien itu disini ada gelang identitas. Setiap tindakan apa yang mau kita lakukan mau pemberian obat kah, pemberian tindakan invasive kah dan sebagainya terlebih dahulu itu harus diperhatikan gelang identitasnya. Apa betul pasiennya jangan sampai kita salah pasien dan salah memberikan tindakan itukan fatal</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Iya jelas dilakukan, jadi metode identifikasinya itu kombinasi antara verbal dan visual. kita visual dulu liat kemudian diverbalkan. Pertanyaannyapun tidak boleh pasif harus pertanyaan aktif. Jadi ditanya dulu namanya siapa kemudian kita cocokkan dengan gelanganya.</i>		
3.	Pasien diidentifikasi	Informan 1, 47 tahun	<i>Iya jelas dilakukan identifikasi sebelum dilakukan seperti itu.</i>		

<b>Mengidentifikasi Pasien dengan Benar</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
	sebelum menerima cairan intravena, pengambilan darah atau spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.	Informan 2, 24 tahun	<i>Pasti diidentifikasi pasiennya. Kita lihat dulu gelang identitasnya terus dipastikan pasiennya sudah betul baru nanti diambil spesimen atau darahnya kurang lebih seperti itu yang dilakukan.</i>	Dari 5 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan pasien diidentifikasi sebelum menerima cairan intravena, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, prosedur radiologi diagnostic, dan identifikasi terhadap pasien koma dengan cara memeriksa surat pengantar permintaan (untuk pengambilan darah atau spesimen lainnya), menanyakan identitas pasien, dan/atau melihat status rekam medik.	Dari hasil wawancara disimpulkan bahwa dilakukan identifikasi pasien sebelum menerima cairan intravena, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, prosedur radiologi diagnostik dan identifikasi terhadap pasien koma
		Informan 4, 31 tahun	<i>Kalau dari rawat inap itu kita memang jalan ke ruangan toh, kalau di perawatan itu kita memang bawa pengantar jadi sudah lengkap mi nama sama pemeriksaannya pasien. kita Tanya namanya pasien kita tidak sebutkan dulu, konfirmasi dulu jangan sampai kita salah ambil kan kadang pasien itu iya iya saja apalagi kalau tengah malam. Terus setelah pasien atau keluarga pasien menjawab kita cocokkan lagi dengan gelang di pasiennya ada no RM disitu sama tanggal lahir.</i>		
		Informan 5, 35 tahun	<i>Iya, jadi setiap apa yang kita lakukan, semuanya kita lihat gelang identitasnya, disesuaikan dengan data pasiennya di RM. Jadi tetap diidentifikasi.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Iya tentu dilakukan proses pengidentifikasian pasien. Kemudian pengidentifikasiannya itu secara verbal dan juga visual dilakukan.</i>		

<b>Meningkatkan Komunikasi yang Efektif</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
1.	Ada bukti pelatihan komunikasi efektif antar profesional pemberi asuhan	Informan 1, 47 tahun	<i>Iya ada pelatihannya itu, pernah dilakukan. Saya tidak ingat mi kapan karena persyaratan akreditasi itu, lumayan lama sebelum akreditasi satu tahun dua tahun.</i>	Dari 7 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan pernah dilakukan pelatihan komunikasi efektif antar PPA tetapi bukti tersebut tidak ditemukan di unit bagian DIKLAT. Selain itu, terdapat 4 informan yang pernah mengikuti pelatihan dan 3 informan yang belum mengikuti pelatihan.	Dari hasil wawancara disimpulkan bahwa tidak terdapat bukti pelatihan komunikasi efektif antar PPA
		Informan 2, 24 tahun	<i>Ada itu pelatihannya tapi saya belum pernah ikuti.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Iya pernah, semua perawat. Tahun kapan mi itu 2016 kayaknya.</i>		
		Informan 5, 35 tahun	<i>Iya pernah, eh dua tahun yang lalu.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Iya pastilah, jadi kita selama ini in house training yah. Jadi pelatihan komunikasi efektif itu untuk semua pegawai mau itu bekerja di pelayanan di manajemen itu dia harus punya pelatihan komunikasi yang efektif. Terakhir itu tahun 2018 yah. Tapi itu sudah mati kayaknya yah seharusnya tahun 2020 dilaksanakan tapi karena pandemi jadi terhambat dan lain lain.</i>		
		Informan 11, 30 tahun	<i>Belum pernah, tapi ada dilakukan di rumah sakit.</i>		
		Informan 12, 39 tahun	<i>Iya komunikasi efektif biasa ada pelatihannya di rumah sakit kalau di luar tidak, tapi sebelumnya saya belum pernah ikut itu.</i>		
2.	Pesan secara verbal atau verbal lewat telepon	Informan 1, 47 tahun	<i>Iya tentu seperti itu konfirmasi ulang pada saat mereka sebelum 24 jam harus ada paraf verifikasi bahwa inilah yang disampaikan tadi</i>	Dari 4 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan	Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa pesan secara verbal lewat

<b>Meningkatkan Komunikasi yang Efektif</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
	ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan		<i>malam lewat telfon. Harus ditulis kalau tidak, tidak bisa dipertanggung jawabkan.</i>	bahwa pesan secara verbal atau verbal lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan, proses penyampaian pesan tersebut dilakukan dengan menggunakan metode SBAR-TBAK.	telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan.
		Informan 2, 24 tahun	<i>Iya telfon, biasa wa. Ditanyakan instruksinya apa, obatnya apa. Kita Tanya keadannya apa nah nanti feedbacknya dokter melalui wa kadang juga via telfon ji, dicatat semua yang dibilang dokter dicatat, ada bukunya CPTT namanya di rekam medik.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Iya proses sesuai dengan SOP, jadi dokter kasi instruksi kita mencatat di lembar BRM, kita konfirmasi. Itu alurnya seperti anu dek SBAR. Terus sudah kita SBAR nah kita instruksikan ulang kembali melalui TBAK. Nah itu adek seperti itu yang selama ini kita lakukan.</i>		
		Informan 5, 35 tahun	<i>Itu kita pakai system TBAK, Tulis Baca kemudian SBAR. Jadi pakai teknik SBAR kemudian cara pendokumentasiannya itu melalui TBAK.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Kita pake SBAR, pake TBAK. Jadi pelaporan apa segala macam pake system seperti itu.</i>		
3.	Penyampaian hasil diagnostik secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang, dan dikonfirmasi oleh	Informan 1, 47 tahun	<i>Iya komunikasi efektif itu ada namanya SBAR dengan TBAK itu yang dipake.</i>	Dari 5 informan yang diwawancarai, semua menyatakan bahwa penyampaian hasil pemeriksaan diagnostik ditulis di status pasien,	Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa penyampaian hasil diagnostik secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang, dan dikonfirmasi
		Informan 2, 24 tahun	<i>Hasil pemeriksaan diagnostik itukan ditulis di status pasien, kemudian dilapor sama dokternya pake SBAR-TBAK. Nanti dokter kasih instruksi biasanya resepji dulu besoknya</i>		

<b>Meningkatkan Komunikasi yang Efektif</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
	pemberi pesan secara lengkap		<i>pi baru dokter jelaskan ke pasiennya. Kalau lewat telfon pesannya itu di speaker sambil kita catat juga apa yang dokter instruksikan. Kemudian dikonfirmasi kalau sudah cocok baru tanda tangan.</i>	dibaca ulang oleh masing-masing pihak baik pemberi dan penerima pesan kemudian dibubuhkan stempel/ttd sebagai bentuk dikonfirmasi oleh pemberi pesan bahwa tersebut sesuai .	oleh pemberi pesan secara lengkap.
		Informan 3, 47 tahun	<i>Itu kita SBAR nah kita instruksikan ulang kembali melalui TBAK.</i>		
		Informan 5, 35 tahun	<i>Jadi pakai teknik SBAR kemudian cara pendokumentasiannya itu melalui TBAK.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Iya penyampaian pesannya itu kita lakukan SBAR. Jadi semua kejadian itu ditulis di statusnya pasien. Setelah keluar hasil pemeriksaan kita dilapor ke dokternya. Nanti dokter kasih instruksi selanjutnya</i>		
4.	Pelaksanaan pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis dilakukan sesuai dengan regulasi	Informan 1, 47 tahun	<i>Iya, jadi setiap nilai kritis harus segera dilaporkan. Ada SOP nya itu kan setelah diperiksa di LAB nilai kritis kan harus segera dilaporkan ke ruangan tergantung dari orang mana, begitu dia masuk ruangan perawat yang pada saat itu jaga dia yang melapor ke dokter DPJP nya</i>		
		Informan 2, 24 tahun	<i>Nilai kritis biasanya kan dikita toh hasil lab nya dilaporkan ke dokter penanggung jawabnya. Jadi perawat yang pada saat itu shift yang melaporkan ke dokter penanggung jawab, begitu. Kemudian pelaporannya itu</i>		



<b>Meningkatkan Komunikasi yang Efektif</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
			<i>harus segera dilakukan</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Nilai kritis ada penanggung jawabnya, jadi tergantung siapa yang shift. Pertama kan kita lihat dulu kondisi pasien berapa nilai kritisnya dan dilaporkan ke DPJP.</i>		
		Informan 4, 31 tahun	<i>Karena memang ada disiapkan buku besaran nilai kritis, ada disitu dibuku memang ada tanda tangan nama analis yang melakukan pemeriksaan terus disampingnya ada penanggung jawab atau dokternya. Kalau misalnya ada pemeriksaan yang hasilnya nilai kritis itu biasanya malam kalau dokternya lagi tidak ada di tempat biasanya kita via telfon kita sms atau wa kita laporkan bahwa ada nilai kritis langsung dengan cepat kita laporkan ke perawat dari pasien yang bersangkutan nanti perawatnya yang laporkan ke dokter penanggung jawabnya.</i>	Dari 6 informan yang diwawancarai, semua menyatakan bahwa pelaksanaan pelaporan pemeriksaan diagnostik kritis dilakukan oleh petugas yang bertugas saat kemudian segera melaporkan ke perawat ruangan tempat pasien dirawat untuk segera dilaporkan ke DPJP.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan pelaporan pemeriksaan diagnostik kritis telah dilakukan sesuai dengan regulasi.
		Informan 5, 35 tahun	<i>Iya, itukan terintegrasi dek yang namanya pemeriksaan nilai kritis. Pemeriksaan nilai kritis itukan bisa dari radiologi, bisa dari laboratorium, nah kalau kemudian ada pemeriksaan hasilnya ada termasuk nilai kritis nah harus ada pelaporan langsung antar petugas ke petugas yang di ruangan nah petugas ruangan sendiri harus langsung</i>		

<b>Meningkatkan Komunikasi yang Efektif</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
			<i>melapor ke DPJP.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Jadi alurnya itu kalau di haji. Begitu ada petugas yang menemukan hasil pemeriksaan yang kritis langsung melapor ke perawat ruangan. Nanti perawat ruangan yang konfirmasi ke DPJP. Terus kemudian kalau perawat ruangan tidak mengangkat telfon lewat dari 15 menit maka petugas lab harus segera menelfon DPJP.</i>		
5.	Ada bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di professional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien ( <i>hand over</i> )	Informan 1, 47 tahun	<i>Ada di buku laporan.</i>	Dari 6 informan yang diwawancarai, semua menyatakan bahwa ada bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara PPA pada waktu dilakukan serah terima pasien ( <i>hand over</i> ). Setiap pergantian <i>shift</i> ada catatan/laporan di status pasien dan pada saat serah terima antar ruangan terdapat form serah terima pasien yang disimpan dalam berkas rekam medik	Beradasarka hasil wawancara disimpulkan bahwa semua informan menyatakan terdapat bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara professional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien ( <i>hand over</i> ) dikomunikasikan di antara professional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien ( <i>hand over</i> ).
		Informan 2, 24 tahun	<i>Iya operan toh ke pasien di datangi satu-satu ada catatannya di buku laporan.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Begini dek itukan kita pencatatan sudah ada di BRM dan di buku laporan itu yang kita serah terima antar shift .</i>		
		Informan 5, 35 tahun	<i>Itu dari IGD ke ruangan kan ada format serah terima pasien, nah format serah terima pasien itu ada di dalam BRM. Jadi harus jelas pelaporannya, pasiennya siapa, diagnosanya apa, tindakan apa yang sudah diberikan, tindakan apa yang akan dilanjutkan di ruangan. Pokoknya disitu semua diperhatikan hasil pemeriksaannya apakah sudah ada penunjangnya termasuk thorax potonya, lab nya, obat-obatannya kemudian adakah resep</i>		

<b>Meningkatkan Komunikasi yang Efektif</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
			<i>yang akan dilanjutkan</i>		
		Informan 8, 47 tahun	<i>Penerimaan pasien itu melalui premedikasi dulu toh, terus status diberikan kepada petugas penerima pasien lalu ditanyakan mengenai identitas pasien serta mengidentifikasi diagnosanya.</i>	pasien.	
		Informan 10, 50 tahun	<i>Jadi pasien dari IGD diantar oleh perawat IGD. Sebelum perawat IGD berangkat ke ruangan itu sudah menulis kondisi pasien pada waktu sebelum di transfer. Jadi dicatat di form serah terima pasien. Ada kolomnya memang kondisinya pasien terkini. Nah nanti dalam proses transfer itu dalam perjalanan itu ada lagi harus di control jadi yang harus mendampingi pasien itu harus perawat. Untuk menghindari saling menyalahkan antara perawat IGD dengan perawat ruangan apabila kondisi pasien menurun saat dalam perjalanan ke ruangan. Setelah tiba di ruangan perawat ruangan itu harus mengecek lagi kondisi pasien baru kemudian perawat ruangan bertanda tangan.</i>		
6.	Formulir, alat dan metode ditetapkan untuk mendukung	Informan 1, 47 tahun	<i>Kalau serah terima antar shift ada di buku laporan terus di depan pasien timbang terimanya. Kemudian kalau dari ruangan dari IGD misalnya ke rawat inap ada ceklis serah</i>		

<b>Meningkatkan Komunikasi yang Efektif</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
	proses serah terima pasien ( <i>hand over</i> ) bila mungkin melibatkan pasien		<i>terimah pasien di rekam medik ada di ceklis. Ada form ceklis yang ada di rekam medik itu.</i>	Dari 6 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan terdapat formulir, alat dan metode yang digunakan untuk mendukung proses serah terima pasien bila mungkin melibatkan pasien. Digunakan formulir untuk mendukung proses serah terima pasien, alat berupa alat tulis serta terdapat metode yang digunakan.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa terdapat formulir, alat dan metode yang ditetapkan untuk mendukung proses serah terima pasien.
		Informan 2, 24 tahun	<i>. Jadi operan ki dulu disini toh (nurse station) baru ke kamar-kamar pasien satu satu. Jadi laporan di baca di depannya pasien sambil teman yang menunggu operan mendengar toh.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Jadi di nurse station itu kita terima kita liat berkasnya terus kita liat semua kelengkapan BRM dan identitasnya pasien sudah itu kita serah terimah, tanda tangan serah terimah antara perawat IGD dengan ruangan. Ada formnya kan disitu ada serah terimah pasien, ditunjukan ke dokter siapa.</i>		
		Informan 5, 35 tahun	<i>Perpindahan shift itu ada namanya timbang terimah. Kalau masalah formnya itu di BRM tidak ada cuman kan kita ada pelaporan tiap shift. Nah pada saat timbang terimah toh antara satu shift ke shift lain kita membacakan laporannya. Jadi itu tetap ada secara lisan dan ada secara tertulis.</i>		
		Informan 8, 47 tahun	<i>Iya ada formatnya.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Iya jelas ada. Kan ada form yang di isi kemudian untuk alatnya seperti alat tulis.</i>		
7.	Ada bukti dilakukan	Informan 1, 47 tahun	<i>Tidak ada, tapi tetap didokumentasikan pada saat timbang terimahnyanya.</i>	Dari 3 informan yang diwawancarai, semua	Berdasarkan hasil wawancara disimpulkan

Meningkatkan Komunikasi yang Efektif					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
	evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien ( <i>hand over</i> ) untuk memperbaiki proses	Informan 2, 24 tahun	<i>Tidak ada langsung ji saja.</i>	informan menyatakan tidak dilakukan evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien sehingga tidak terdapat bukti evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien ( <i>hand over</i> ) untuk memperbaiki proses	bahwa tidak ada bukti evaluasi tentang cetatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien ( <i>hand over</i> ) untuk memperbaiki proses.
		Informan 5, 35 tahun	<i>Tidak, jadi begini kita lakukan dulu pre conference kemudian kita lakukan timbang terimah, nah kemudian ditimbang terimah ini ada komunikasi dengan pasien mungkin ada keluhan tambahan kah, atau ada masalah baru kah nah nanti di post conference kemudian kita bahas kembali begitu.</i>		

Meningkatkan Keamanan terhadap Obat-Obat yang Harus Diwaspadai ( <i>High Alert Medication</i> )					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat	Informan 1, 47 tahun	<i>Berjalan, makanya obat high alert toh atau obat-obat yang berisiko tinggi itu dari penyimpanannya, pelabelannya dan sebagainya itu di perhatikan di ruangan, yang jelas adalah regulasinya di ruangan karena POKJA khusus itu yang mengatur tentang masalah obat high alert.</i>	Dari 6 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa SPO atau regulasi yang dibuat telah diimplementasikan dengan baik.	Berdasarkan hasil wawancara disimpulkan bahwa regulasi tentang obat-obat yang harus diwaspadai ( <i>high alert medications</i> ) telah diimplementasi di setiap unit/instalasi di rumah sakit.
		Informan 3, 47 tahun	<i>Obat high alert itu kita ada penyimpanannya dek.</i>		

<b>Meningkatkan Keamanan terhadap Obat-Obat yang Harus Diwaspadai (<i>High Alert Medication</i>)</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
		Informan 5, 35 tahun	<i>Iya berjalan.</i>		
		Informan 7, 45 tahun	<i>Kami mengacu pada permenkes 72 tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di Rumah sakit kemudian dari PERMENKES itulah kami turunkan menjadi kebijakan, panduan dan SOP-SOP dan itu harus dijalankan untuk itu kami selalu melakukan supervisi apakah SOP ini dijalankan atau tidak sesuai aturan.</i>		
		Informan 9, 38 tahun	<i>Kalau sejauh ini pengimplementasiannya itu baik kan awalnya dalam bentuk SOP jadi semua pelaksanaan pekerjaan yang berkaitan dengan high alert itu mengacu ke SOPnya dan untuk itu semua unit itu kita selalu sosialisasikan untuk pelaksanaannya. Jadi ada semacam indikator mutu untuk mengecek sejauh mana dan sepatuh apa kita mematuhi SOP itu.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Regulasinya ada, untuk pengimplementasiannya sejauh ini berjalan dengan sangat baik. Semua obat-obat high alert disimpan di tempatnya, terus kemudian diberikan label sampai unit terkecil kalau high alert. Aman, aman kalau high alert pokoknya implementasiannya bagus.</i>		

Meningkatkan Kemanan terhadap Obat-Obat yang Harus Diwaspadai ( <i>High Alert Medication</i> )					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
2.	Di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai, yang disusun berdasar data spesifik sesuai kebijakan dan prosedur	Informan 1, 47 tahun	<i>Ada, ada setiap ruangan itu ada. Tugasnya orang farmasi itu yang kasi label menyampaikan ke ruang perawatan</i>	Dari 6 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan tersedia daftar semua obat <i>high alert</i> yang telah diSK kan dan selalu dilakukan sosialisasi di tempat penyimpanan unit/ruangan yang terlibat dalam pemakaian <i>high alert</i> .	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa terdapat daftar semua obat-obat yang perlu diwaspadai ( <i>high alert medications</i> ) di rumah sakit.
		Informan 2, 24 tahun	<i>Iya ada.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Ada, masing masing ruangan itu ada adek. Karena kalau tidak ada daftar begitu adek bisa bisa pasien bahaya.</i>		
		Informan 5, 35 tahun	<i>Ada.</i>		
		Informan 7, 45 tahun	<i>Iya ada, wajib dan itu SK kan oleh direktur. Ada di ruang perawatan dan itu selalu disosialisasikan. Tapi daftar obat high alertnya tidak selengkap di apotek</i>		
		Informan 9, 38 tahun	<i>Daftar obatnya ada, daftar obatnya itu tercantum dalam panduan terus kita juga bikin daftar obatnya sendiri untuk kita bagikan ke ruangan-ruangan. Untuk daftar obatnya yah semua ruangan yang terlibat dalam pemakaian high alert itu pasti kita kasi daftarnya. Jadi di ruang perawatan, IGD, ICU, OK itu dapat. Pokoknya dimana ada pengobatan yang memakai obat high alert berarti daftar itu beserta SOP nya pasti ada disitu.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Iya jelas ada daftarnya.</i>		

Meningkatkan Keamanan terhadap Obat-Obat yang Harus Diwaspadai ( <i>High Alert Medication</i> )					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
3.	Tempat penyimpanan, pelabelan, penyimpanan obat yang perlu diwaspadai, termasuk obat "look-alike/sound alike" semua di atur di tempat aman.	Informan 2, 24 tahun	<i>Iya ada di dalam sini ruang tindakan. Bedaki ruangnya. Dalam box toh, lemari di dalam kamar tindakan. Obat jenis LASA, sama high alert itu di pisah sama obat biasa.</i>	Dari 6 informan yang diwawancarai menyatakan bahwa tempat penyimpanan, pelabelan, penyimpanan obat yang perlu diwaspadai termasuk obat "look-alike/sound-alike" semua di atur di tempat aman. Terdapat tempat dan label khusus yang digunakan untuk obat high alert dan LASA.	Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa tempat penyimpanan, pelabelan obat yang perlu diwaspadai termasuk obat "look-alike/sound-alike" semua diatur di tempat yang aman.
		Informan 3, 47 tahun	<i>Iya obat LASA, high alert itu dipisah.</i>		
		Informan 5, 35 tahun	<i>Disini kan ada memang troli emergency yang didalamnya termasuk ada itu obat-obat high alert. Itu mulai di Apotek sudah ditemplei memang high alert toh, jadi kalau termasukmi obat high alert itu di ruangan sudah tidak ada pelabelan dan semacamnya karena dari Apotek sudah ditemplei. Jadi kalau di ruangan cukup diketahui bahwa oh ini obat high alert jadi harus diwaspadai pemberiannya</i>		
		Informan 7, 45 tahun	<i>Jadi untuk obat-obat high alert sendiri yang masuk terutama konsentrat pekat dan beberapa yang masuk daftar high alert di luar LASA obat-obat itu kita simpan tersendiri dalam lemari khusus yang kita beri tanda merah. Jadi dari jauh orang sudah tau bahwa itu lemari high alert nah setiap obat itu sampai unit terkecilnya kita beri label high alert yah jadi ada penandaannya jadi sampai ke perawat sekalipun terutama yang injeksi akan tau bahwa ini obat high alert, sementara kalau</i>		



Meningkatkan Kemanan terhadap Obat-Obat yang Harus Diwaspadai ( <i>High Alert Medication</i> )					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<p><i>obat LASA obat yang mirip itu kita simpan seperti biasa tetapi yang membedakan obat itu ketika kita susun dalam rak terutama di apotek obat itu tidak boleh berdekatan harus ada jarak. Untuk pelabelannya di Rumah Sakit Haji sendiri obat LASA itu supaya dikenali kami beri label warna kuning dengan tulisan LASA disetiap kotak-kotak tetapi pada obatnya tidak. Jadi obat LASA itu tidak diberi label tetapi di kotaknya bedanya dengan obat high alert yang sampai unit terkecilnya kita beri label.</i></p>		
		Informan 9, 38 tahun	<p><i>Kalau untuk penyimpan obat high alert itu cuman ada di instalasi farmasi, ICU sama di Kebidanan. Kalau di kebidanan itu berkaitan dengan regulasinya mereka jadi memang ada beberapa obat high alert yang memang harus ada disitu untuk tindakan emergency sama juga untuk ICU. Terus penyimpanannya itupun terpisah dengan obat yang lain dengan penandaan yang jelas biasanya itu dengan stiker atau label merah dengan tulisan high alert atau kalau dia di penyimpanan besar di apotek dia di lemari tersendiri dengan label merah dan daftarnya pun ada di depan lemarnya dan akses untuk ke tempat penyimpanannya pun terbatas. Kalau obat</i></p>		

Meningkatkan Kemanan terhadap Obat-Obat yang Harus Diwaspadai ( <i>High Alert Medication</i> )					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>LASA itu penyimpanannya tidak disimpan berdekatan harus ada perantaranya terus dia juga ada pelabelannya tersendiri. Kalau di Rumah sakitnya kami itu lasa standarnya dikasi label kuning dengan tulisan LASA kalau high alertnya warna merah dengan tulisan high alert. Kalau penandaanya sendiri itu LASA cukup di box besarnya kalau high alert pelabelannya sampai ke unit terkecil.</i>		
		Informan 10 50 tahun	<i>Iya, untuk obat high alert disimpan di tempat yang aman, terus diberikan label sampai unit terkecil kalau high alert.</i>		
4.	Elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja/instalasi/farmasi/depo farmasi	Informan 1, 47 tahun	<i>Ndk ada di ruangan (ruang perawatan) hanya ada di depo farmasi, elektrolit toh.</i>	Dari 5 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu hanya tersedia di unit kerja/instalasi farmasi/depo farmasi dan tidak diperbolehkan ada di ruang perawatan.	Berdasarkan hasil wawancara disimpulkan bahwa elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu hanya tersedia di unit kerja/instalasi farmasi/depo farmasi dan tidak diperbolehkan ada di ruang perawatan.
		Informan 3, 47 tahun	<i>Ndk ada, ada di depo farmasi itu.</i>		
		Informan 5, 35 tahun	<i>Tidak ada, hanya ada di depo farmasi. Tidak boleh ada di ruangan itu.</i>		
		Informan 7, 45 tahun	<i>Hanya ada di instalasi farmasi, ICU dan kamar bersalin kemudian tidak boleh di ruang perawatan.</i>		
		Informan 9, 38 tahun	<i>Elektrolit pekat dan elektrolit pekat dengan konsentrasi tertentu kan itu bagian dari high alert yang paling diperhatikan jadi karena bagian dari high alert jadi regulasinya itu ada di regulasi high alert menyatu dalam panduan</i>		

Meningkatkan Keamanan terhadap Obat-Obat yang Harus Diwaspadai ( <i>High Alert Medication</i> )					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>high alert itu. Penyimpanannya itu juga cuman ada di instalasi farmasi, ICU dan kamar bersalin. Kalau di kamar bersalin itu cuman satu magnesium sulfat yang 40%, kalau di ICU itu biasanya itu KCL sama NaCl 3%.</i>		

Kepastian Tepat-Lokasi, Prosedur, dan Pasien Menjalani Tindakan					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Rumah sakit menggunakan satu tanda ditempatkan sayatan operasi pertama atau tindakan invasive yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit.	Informan 8, 47 tahun	<i>Iya langsung ji dikenali kan dokter sendiri yang tandai toh bilang bagian sini yang akan dioperasi. Jadi pas masuk di ruang operasi langsung ji ditau bilang bagian ini yang mau di iris ceritanya. Tidak perlu lagi dicari-cari lagi bilang bagian ini-bagian ini, tidak.</i>	Dari 3 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa tanda sayatan operasi pertama atau tindakan invasive segera dapat dikenali dengan cepat.	Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa rumah sakit menggunakan satu tanda ditempatkan sayatan operasi pertama atau tindakan invasive yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit.
		Informan 11, 30 tahun	<i>Iya satu tanda, kan sebelumnya sudah ditandai jadi langsung ji cepat di kenali.</i>		
		Informan 12, 39 tahun	<i>Iya langsung ditau karena pada saat sayatan pertamanya itu jelasji bilang yang mana.</i>		
2.	Penandaan dilokasi operasi	Informan 8, 47 tahun	<i>Untuk penandaan lokasi operasi pasien itu dilakukan di ruangan oleh dokter dan</i>	Dari 3 informan yang diwawancarai, semua	Dari hasil wawancara disimpulkan bahwa

<b>Kepastian Tepat-Lokasi, Prosedur, dan Pasien Menjalani Tindakan</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
	atau tindakan invasive ( <i>site marking</i> ) dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau tindakan invasive dengan melibatkan pasien bila mungkin.		<i>diverifikasi kembali ke kamar operasi lokasi operasinya bagaimana dan setelah diverifikasi baru pasien di masukkan ke kamar operasi.</i>	informan menyatakan bahwa penandaan lokasi operasi atau tindakan invasive dilakukan oleh DPJP di ruang perawatan untuk selanjutnya diverifikasi kembali oleh staf medis yang melakukan operasi di ruang premedikasi.	Penandaan dilokasi operasi atau tindakan invasive ( <i>site marking</i> ) dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau tindakan invasive dengan melibatkan pasien bila mungkin.
		Informan 11, 30 tahun	<i>Yang lakukan dokter, tapi kadang juga perawatnya tapi yang biasanya dokter toh. Terus kalau mau lakukan penandaan permisih toh sama pasiennya karena dikasi spidol lokasi operasinya.</i>		
		Informan 12, 39 tahun	<i>Penandaan itu dek biasa di ruangan (ruang perawatan) dokter yang tandai kemudian setelah dari ruangan nanti di cek kembali di ruang premedikasi di kamar operasi. jadi kita harus cek kembali apa sudah betul ditandai atau belum. Jadi yang ditandai itu pasien bedah kalau obgyn tidak.</i>		
3.	Rumah sakit menggunakan komponen <i>Time Out</i> terdiri dari identifikasi Tepat-Pasien, Tepat-Prosedur dan Tepat-Lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa	Informan 8, 47 tahun	<i>Proses verifikasi pasien itu, kalau sebelumnya itu kita mempunyai time out toh, itu lembar time out. Disitu pertama kali kita tanyakan pasien di ruangan premedikasi tentang bagaimana kondisi umum pasien, kita tanyakan identitas pasien, dokternya siapa, terus mengenai pernapasannya bagaimana dan kebutuhan obat-obatnya bagaimana. Terus setelah pasien dilakukan operasi dilakukan verifikasi bagaimana pasien bedah setelah operasi itu harus sesuai dengan bagaimana</i>	Dari 3 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa rumah sakit	Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa rumah sakit menggunakan komponen

<b>Kepastian Tepat-Lokasi, Prosedur, dan Pasien Menjalani Tindakan</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
	proses verifikasi sudah lengkap dilakukan.		<i>tindakan operasinya dan dilakukan verifikasi bagaimana apakah tidak ada benda asing yang tertinggal dalam tubuh pasien yang dilakukan dengan perhitungan kembali alat-alat dan instrumen dan kain kasa.</i>	megggunakan komponen <i>Time Out</i> persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan, dimana komponen <i>Time Out</i> , persetujuan operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan dimuat dalam bentuk form <i>surgical safety checklist</i> di rumah sakit.	<i>Time Out</i> terdiri dari identifikasi Tepat-Pasien, Tepat-Prosedur dan Tepat-Lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan.
		Informan 11, 30 tahun	<i>Ada time outnya, jadi dipastikan dulu benar pasiennya atau tidak, benar lokasi operasi, persiapan alatnya benar mi tidak. Sudahnya itu kalau sudah selesai operasi sign out lagi dicek alatnya sudah lengkap jikah, kasa lengkap tidak, ituji. Sudahnya itu selesai operasi dipindahkan mi di ruang pemulihan. Di time out itu dipastikan nama pasien, diagnosanya apa, tindakan operasi apa, lama estimasi, dokter operator, asisten satu asisten dua siapa, dokter anastesi, penata anesteis, kira-kira lama operasi berapa, begitu ji. Karena ada namanya sinkuler itu satu orang yang memantau itumi yang lakukan time out. Dia yang hitung kasa, dia yang ambil keperluan kalau ada yang dibutuhkan atau ada yang kurang dia yang pergi ambil.</i>		
		Informan 12, 39 tahun	<i>Iya pakai time out. Itu dicek apakah sudah pasang infus atau tidak, pasang kateter atau tidak, sudah ada dokter anastesi atau tidak, itu ada beberapa macam itu tidak terlalu ku hapal</i>		

<b>Kepastian Tepat-Lokasi, Prosedur, dan Pasien Menjalani Tindakan</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
			<i>juga apa-apa disitu. Yang pastinya ada formnya itu diisi dipastikan pasiennya, prosedurnya dan lokasi operasinya sudah benar.</i>		
5.	Rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang Tepat-Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat-Pasien jika operasi dilakukan termasuk prosedur tindakan medis dan gigi diluar kamar operasi.	Informan 8, 47 tahun	<i>Iya tentu seperti itu.</i>	Dari 3 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang <i>Time Out</i> di luar kamar operasi.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang Tepat-Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat-Pasien jika operasi dilakukan termasuk prosedur tindakan medis dan gigi diluar kamar operasi.
		Informan 11, 30 tahun	<i>Iya sama. Harus benar pasiennya, kemudian prosedur yang dilakukan sudah benar dan lokasi nya juga dipastikan benar.</i>		
		Informan 12, 39 tahun	<i>Iya jelas sama ketentuannya untuk tepat tindakan, pasiennya dipastikan benar tidak pasiennya kemudian lokasi untuk prosedur tindakannya juga harus dipastikan sudah tepat.</i>		

<b>Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
1.	Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di	Informan 1, 47 tahun	<i>Hand hygiene berjalan. itu five moment itu yang dilakukan.</i>	Dari 3 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa program kebersihan tangan di	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa rumah sakit melaksanakan program
		Informan 2, 24 tahun	<i>Iya biasa sebelum ke kamar pasien toh, five momen terlaksana. Sebelum atau sesudah ke kamar pasien atau melakukan tindakan.</i>		

<b>Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
	seluruh rumah sakit sesuai regulasi.	Informan 3, 47 tahun	<i>Iya program hand hygiene berjalan.</i>	seluruh rumah sakit telah dilaksanakan dan staf dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur. Namun untuk kepatuhan cuci tangan pada petugas masih belum maksimal tergantung dari unit masing-masing.	kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di seluruh rumah sakit sesuai regulasi.
		Informan 4, 31 tahun	<i>Iya, seluruh instalasi itu bukan cuman lab itu kita pokoknya sudah jadi kewajibanmi itu untuk cuci tangan 6 langkah toh. Jadi sebelum dan sesudah kita menangani pasien kita lakukan. Selain itu kan disetiap sudut disediakan handrub toh.</i>		
		Informan 5, 35 tahun	<i>Iya cuci tangan berjalan.</i>		
		Informan 6, 41 tahun	<i>Jadi semua unit berjalan. Tapi kalau kepatuhan tergantung dari unit masing masing lagi kan. Kalau program berjalan, iya berjalan.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Iya tentu. Itukan regulasinya ada, dimulai dengan panduan penggunaan hand hygiene terus monitoring kepatuhan perawat dan dokter dan tenaga kesehatan lainnya itu ada, itu dilakukan oleh IPCN.</i>		
2.	Ada bukti staf melaksanakan Lima Momen Cuci Tangan	Informan 1, 47 tahun	<i>Five moment itu bejalan ji dek.</i>	Dari 7 informan yang telah diwawancarai, terdapat 6 informan yang menjawab bahwa Staf melaksanakan kelima momen cuci tangan.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa staf melaksanakan lima momen cuci tangan di rumah sakit.
		Informan 2, 24 tahun	<i>Iya five momen terlaksana. Sebelum atau sesudah ke kamar pasien atau melakukan tindakan toh, begitu.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Iya berjalan five moment.</i>		

Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan						
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan	
		Informan 4, 31 tahun	<i>Iya tentu dilakukan lima momen yang sebleum dan sesudah ke pasien toh</i>			
		Informan 5, 35 tahun	<i>Iya berjalan five moment, walaupun terkadang kepatuhan perawat yah biasa. Maksudnya intermitten ki kadang berjalan kadang tidak. Jadi tetap harus dipantau dan tetap di evaluasi supaya tetap berjalan.</i>	Dari 7 informan yang telah diwawancarai, terdapat 1 informan yang menjawab bahwa Staf melaksanakan kelima momen cuci tangan. Namun untuk momen 1 jarang dilakukan.		
		Informan 6, 41 tahun	<i>Berjalan, namun ada beberapa momen yang jarang dilakukan. Momen yang pertama.</i>			
		Informan 10, 50 tahun	<i>Iya terlaksana. Tapi, kalau persoalan masalah konsistensi itu agak-agak susah yah karena itulah kenapa tidak pernah mencapai 100%. Rata-rata kepatuhan perawat itu bagus yang bermasalah itu kepatuhan dokter.</i>			
3.	Prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi	Informan 6, 41 tahun	<i>Jadi ada yang sesuai SOP ada juga tidak sesuai. Kan kalau sesuai itu seharusnya terpusat di sterilisasi di CSSD.</i>		Dari 3 informan yang telah diwawancarai, terdapat 2 informan yang menjawab bahwa Prosedur desinfeksi dilakukan terpusat di CSSD rumah sakit.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa Prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi di rumah sakit.
		Informan 8, 47 tahun	<i>Iya, karena kalau kita itu lakukan pensterilan alat itu kita packing, setelah kita packing baru kita masukkan ke sterillisator kering. Pensteriliasiannya itu dilakukan di CSSD.</i>			
		Informan 10, 50 tahun	<i>Kami punya CSSD. Jadi proses sterilisasi alat itu terpusat di CSSD. Mulai dari proses desinfeksi kemudian sampai ke proses packingan itu semua proses ada disitu. Jadi semua alat itu terpusat di CSSD untuk proses</i>	Dari 3 informan yang telah diwawancarai, terdapat 1 informan yang menjawab bahwa Prosedur desinfeksi		



Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>desinfeksi dan sterilisasi.</i>	yang dilakukan di rumah sakit ada yang tidak sesuai dengan regulasi atau SOP dan ada juga yang sesuai dengan SOP.	
4.	Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan	Informan 1, 47 tahun	<i>Ada dek, di SKP 5 itu penanggung jawab POKJA nya itu yang evaluasiki.</i>	Dari 5 informan yang telah diwawancarai, semua informan yang menjawab bahwa dilakukan evaluasi untuk menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan yakni dengan adanya monitoring dilakukan oleh IPCLN yang selanjutnya melakukan pelaporan ke IPCN untuk disampaikan ke komite PPI sehingga ketika ada indikator yang tidak mencapai target maka disana melakukan usaha perbaikan. Misalnya	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa Prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi di rumah sakit.
		Informan 3, 47 tahun	<i>Iya berjalan, ada petugasnya. Iya kan infeksi itu antara lain kejadian phlebitis. Jadi kalau ada pasien phlebitis itu ada buku disitu pencatatanya setiap bulan kita sampaikan berapa jumlah pasien yang phlebitis.</i>		
		Informan 5, 35 tahun	<i>Jadi setiap ruangan itu ada IPCLN. Nah ini kemudian IPCLN yang bertugas untuk menilai tingkat infeksi yang ada di sebuah ruangan kemudian melakukan pelaporan ke IPCN. Kemudian IPCN yang membuat dokumen dokumen pelaporan. Jadi evaluasinya itu tiap bulan ada pelaporan.</i>		
		Informan 6, 41 tahun	<i>Kalau IPCLN masing masing unit ruang perawatan itu ada, ada pelaporan tiap bulan, triwulan ada juga pertahun. Untuk evaluasinya dilakukan audit dan monitoring dalam sebulan itu biasanya kita lakukan 4 kali sampai 8 kali,</i>		

Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>biasanya 2 kali sepekan, biasanya sekali sepekan.</i>	<i>Plan Do Study Action biasa disebut dengan PDSA.</i>	
		Informan 10, 50 tahun	<i>Jadi monitoring dilakukan oleh IPCLN dan koordinasi dengan IPCN. Nah terus mereka punya laporan data seperti data angka HAIs dll, terus data angka itu kemudian dibuat laporannya oleh IPCN untuk disampaikan ke komite PPI. Ketika ada indikator yang tidak mencapai target maka disana melakukan usaha perbaikan. Misalnya Plan Do Study Action biasa disebut dengan PDSA. Jadi ketika ada target yang tidak mencapai standar maka pasti kita evaluasi, kok kenapa begitu yah.</i>		

Pengurangan Risiko Cedera Karena Pasien Jatuh					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, lokasi	Informan 1, 47 tahun	<i>Ada dek kita gunakan form penilaian risiko jatuh pada anak-anak, dewasa, risiko jatuh skala mors. Ada skala penilaian risiko jatuh.</i>	Dari 4 informan yang telah diwawancarai, semua informan yang menjawab bahwa dilakukan proses asesmen terhadap semua pasien baik rawat inap, rawat jalan maupun IGD sesuai	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, lokasi
		informan 3, 47 tahun	<i>Biasa kalau asesmen jatuh kita melihat dari umur pasien dengan penyakit yang diderita antara lain itu kesadaran menurun, terus itu faktor umur itu kan umur diatas 60 tahun itu sudah risiko jatuh.</i>		
		Informan 5, 35	<i>Berjalan, pada saat paat pasien masuk. Itu dari</i>		

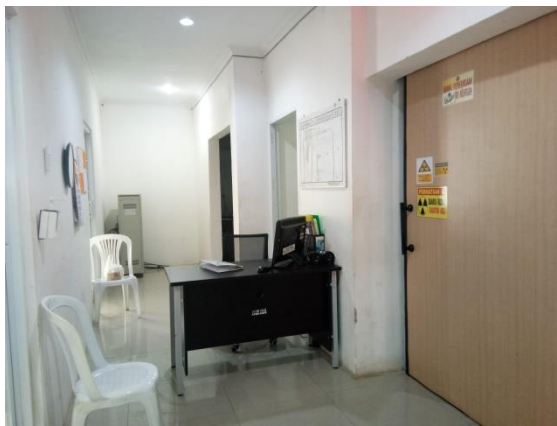
<b>Pengurangan Risiko Cedera Karena Pasien Jatuh</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
	terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan kebijakan dan prosedur.	tahun	<i>IGD kita sudah lakukan asesmen yah kan. Melalui skala mors, kemudian humty dumpty kemudian untuk lansia juga. Jadi kalau sudah sampai diruangan lakukan asesmen kembali kemudian kalau dia memang ada risiko tinggi kita lakukan pelebelan. Pelebelan disini kita tempelkan stiker kuning di gelang identitasnya pasien. Kemudian kita kasi pennanda yang dari acrylic itu kita gantung di tiang infusnya pasien itu kalau dia risiko tinggi. Kalau dia risiko rendah atau sedang cukup pemantauan yang ketat dengan tetap memperhatikan keselamatan pasien bagaimana lantainya, apakah licin atau bagaimana kemudian tempat tidurnya safety atau tidak semuanya harus di pantau.</i>	kondisi, diagnosis, lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan kebijakan dan prosedur dimana di dilakukan screening dan asesmen risiko jatuh yang terdapat di BRM pasien.	terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan kebijakan dan prosedur.
		Informan 10, 50 tahun	<i>Iya kita punya asesmen risiko jatuh disini. Dimulai dari screening risiko jatuh pada waktu dilakukan screening risiko jatuh awal oleh perawat. Di asesmen keperawatan itu ada screening risiko jatuh. Kemudian ada juga dilakukan asesmen ulang risiko jatuh pasien. Kemudian ada beberapa pasien tertentu yang tidak perlu diasessmen pun sudah diketahui risiko jatuh. Misalnya pasien pasca operasi itukan kita tidak usah, pasien-pasien di ICU.</i>		

<b>Pengurangan Risiko Cedera Karena Pasien Jatuh</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
			<i>Jadi pasien-pasien yang tidak sadar itu tidak usah atau pasien dengan konsumsi obat-obat tertentu itu tidak usah di asesmen langsung saja pasang tanda risiko jatuh di tempat tidurnya.</i>		
2.	Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar catatan terindikasi risiko jatuh	Informan 1, 47 tahun	<i>Iya dikasi gelang, ada di ruangan misalnya risiko jatuh. Kemudian tempat tidurnya diatur, kalau bel belum ada. Tapi pegangan-pegangan tempat tidur itu ada untuk pasien risiko jatuh kemudian setiap kamar mandi dikasi pegangan, menghindari tempat-tempat yang licin.</i>	Dari 4 informan yang telah diwawancarai, semua informan yang menjawab bahwa dilaksanakan proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap yakni dengan asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang berdasar catatan terindikasi risiko jatuh.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar catatan terindikasi risiko jatuh.
	Informan 3, 47 tahun	<i>Iya kembali kita lakukan adek, kan bagaimana riwayat jatuhnya pasien toh. Kita kembali asesmen ulang.</i>			
	Informan 5, 35 tahun	<i>Kalau reasesmen tetap tiap hari. Tapi itu tergantung dia berada di risiko yang mana. Kalau dia risiko tinggi itu tiap shift malah. Kalau dia risiko sedang atau risiko ringan tiap hari. Jadi di blangkonya itu sudah ada reasesmen.</i>			
	Informan 10, 50 tahun	<i>Iya, jadi ketika hasil screening menunjukkan bahwa ada risiko atau kecenderungan jatuh pada pasien maka dilakukan asesmen risiko jatuh. Dari asesmen risiko jatuh maka keluarlah diagnose dan rencana asuhan risiko jatuh. Kemudian ada lagi nanti asesmen ulang</i>			

<b>Pengurangan Risiko Cedera Karena Pasien Jatuh</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
			<i>risiko jatuh untuk mengontrol apakah ada penurunan risiko jatuh atau tidak setelah dilakukan intervensi.</i>		
3.	Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh	Informan 1, 47 tahun	<i>Iya untuk lantai kalau ada yang licin ada symbol yang dipasang di tempat licin yang segitiga itu yang tanda hati-hati.</i>	Dari 5 informan yang telah diwawancarai, semua informan yang menjawab bahwa terdapat langkah-langkah yang diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh, dimana langkah-langkah tersebut dilakukan mulai saat identifikasi pasien pertama kali, lalu dilakukan pencegahan risiko pasien jatuh. Selanjutnya dilakukan re-asessmen untuk melihat perkembangan pasien setelah dilakukan intervensi	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa terdapat langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh di rumah sakit
		Informan 2, 24 tahun	<i>Iya terlaksana ji, jadi kalau misalnya pasien resiko jatuh toh ditandai logo begini, di gantung di tempat tidurnya, ada form nya itu.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Itu kan begini kalau pasien risiko jatuh kan kita lihat gelang nya sesuai SOP nya dek, jadi masing-masing itu ada gelang nya kana da lima toh. Kita lihat dari gelang identitasnya gelang risiko jatuhnya, gelang anti alerginya toh.</i>		
		Informan 5, 35 tahun	<i>Kita tempelkan stiker kuning di gelang identitasnya pasien, kemudian kita kasi pennanda yang dari acrylic itu kita gantung di tiang infusnya pasien itu kalau dia risiko tinggi. Semua kamar mandi itu harus ada pengaman jadi pegangan gitu yah. Kemudian itu harus dipantau jadi yang disini itu bukan cuman perawat saja yang bekerja tetapi kita juga memantau kinerja cleaning service dalam membersihkan kamar mandi. Terutama itu paling berisiko kalau kamar mandinya licin apalagi kalau pasien masuk sendiri jadi ini</i>		

<b>Pengurangan Risiko Cedera Karena Pasien Jatuh</b>					
<b>No.</b>	<b>Pertanyaan</b>	<b>Informan</b>	<b>Jawaban</b>	<b>Reduksi</b>	<b>Kesimpulan</b>
			<i>yang harus dipantau. Kemudian pegangan kamar mandinya kita perhatikan apakah kokok atau bagaimana kalau ada kerusakan segera lakukan perbaikan. Kemudian di tempat tidur pasien itu harus ada pengaman itu juga harus selalu di evaluasi.</i>	serta dilakukan asesmen lanjutan apabila diperlukan.	
		Informan 10, 50 tahun	<i>Ada, jadi macam-macam tergantung dari derajat risiko jatuhnya. Jadi ada yang kita kasi edukasi, ada juga pemasangan label. Jadi tergantung pasiennya ada di risiko tinggi, sedang atau rendah. Jadi di RM nya itu ada bahwa kalau pasiennya risiko tinggi itu implementasi nya begini, begitulah pokoknya. itu yang akan di diisi oleh perawat terus control/dievaluasi dan di asesmen ulang untuk melihat risiko jatuhnya turun atau bagaimana</i>		

### Lampiran 6 Dokumentasi Penelitian



## Lampiran 7 Surat Penugasan Seminar Proposal

### SURAT PENUGASAN SEMINAR PROPOSAL



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585658, 516-005, fax (0411) 586013  
E-mail : dekanfkmuh@gmail.com, Website : www.unhas.ac.id/fkm

#### SURAT PENUGASAN SEMINAR PROPOSAL

Nomor : 1897/UN4.14/PK.03.00/2020

Dari : Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin  
Untuk : Mereka yang tersebut namanya pada surat penugasan ini dianggap cakap dalam bidangnya untuk bertugas dalam panitia Seminar Proposal mahasiswa FKM- UNHAS  
Isi : 1. Menilai Mahasiwa Seminar dengan susunan Tim Penilai:

No	Nama Dosen	Jabatan/ Peminatan
1.	Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH	Pembimbing I
2.	Rini Anggraeni, SKM., M.Kes	Pembimbing II
3.	Dr. dr. A. Indahwaty Sidin.,MHSM	Penguji / I
4.	A. Wahyuni, SKM.,M.Kes	Penguji / II

2. Mahasiswa FKM-UH yang akan menempuh Seminar Proposal:

Nama : Ummu Kalsum  
Nim : K11116325  
Departemen : Manajemen Rumah Sakit  
Judul : Gambaran Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien SNARS Edisi 1.1 di RSUD Haji Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2020

3. Waktu Pelaksanaan Seminar Proposal :

Hari/ Tanggal : Jumat/ 21 Februari 2020  
Jam : 09.00 Wita - 10.30 Wita  
Tempat : Ruang K-224. Lt II FKM Unhas

4. Agar surat penugasan ini dilaksanakan dengan penuh rasa tanggung jawab

5. Surat penugasan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya, dengan ketentuan bahwa segala sesuatunya akan berubah dan diperbaiki sebagaimana mestinya apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penugasan ini.

Makassar, 19 Februari 2020  
Dekan  
Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi  
  
**Ansariadi, SKM, M.Sc.PH,Ph.D**  
Nip. 19720109 199703 1 004

Tembusan :

1. Dekan FKM Unhas Sebagai Laporan
2. Bagian Akademik FKM-UNHAS
3. Bagian Keuangan FKM-UNHAS
4. Pengelola Seminar Departemen MRS FKM-UNHAS



## Lampiran 8 Surat Persetujuan Penelitian Dari Fakultas

### SURAT PERSETUJUAN PENELITIAN DARI FAKULTAS



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Perintis Kemerdekaan Km.10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585658, Fax 0411 - 586013  
E-mail : fkmuh@unhas.ac.id, website: www.fkm.unhas.ac.id

Nomor : 2619/UN4.14/PL.00.00/2020  
Hal : Izin Penelitian

3 Maret 2020

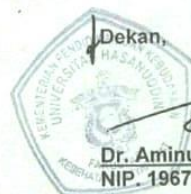
Yang Terhormat  
Gubernur Provinsi Sulawesi Selatan  
Cq. Kepala UPT P2T-BKPM  
Provinsi Sulawesi Selatan  
di - Makassar

Dengan hormat, Kami sampaikan bahwa Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin bermaksud akan melakukan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi.

Sehubungan dengan itu kami mohon kiranya bantuan Bapak/Ibu dapat memberikan izin untuk penelitian tersebut an:

Nama : Ummu Kalsum  
Nim : K11116325  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Manajemen Rumah Sakit  
Judul Tugas Akhir : Gambaran Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien SNARS Edisi 1.1 di RSUD Haji Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2020.  
Lokasi Penelitian : RSUD Haji Provinsi Sulawesi Selatan  
Pembimbing : 1. Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH.  
2. Rini Anggraeni, SKM., M. Kes.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami sampaikan banyak terima kasih.



Dekan,  
  
**Dr. Aminuddin Syam, SKM, M. Kes, M. Med.Ed.**  
NIP. 196706171999031001

Tembusan :  
1. Wakil Dekan 1 FKM Unhas  
2. Pembimbing Skripsi Mahasiswa ybs

## Lampiran 9 Surat Penelitian Dari BKPM

### SURAT PENELITIAN DARI BKPM



Nomor : 1614/S.01/PTSP/2020  
Lampiran :  
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.  
Direktur RSUD Haji Makassar

di-  
Tempat

Berdasarkan surat Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar Nomor : 2619/UN4.14/PT 01.04/2020 tanggal 03 Maret 2020 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : UMMU KALSUM  
Nomor Pokok : K11116325  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat  
Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)  
Alamat : Jl. P. Kemerdekaan Km. 10, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

" GAMBARAN PELAKSANAAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN SNARS EDISI 1.1 DI RSUD HAJI PROVINSI SULAWESI SELATAN TAHUN 2020 "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 11 Maret s/d 18 April 2020

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 : 05 Maret 2020

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN  
PIL. KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU  
PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN  
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu

Ir. JFFAH RAFIDA DJAFAR, ST., MT.  
Nip : 19741021 200903 2 001

Tembusan Yth:  
1. Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar di Makassar;  
2. Pengantar

BMAP PTSP 05-03-2020



Jl. Bougerville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936  
Website : <http://simap.sulselprov.go.id> Email : [ptsp@sulselprov.go.id](mailto:ptsp@sulselprov.go.id)  
Makassar 90231

Scanned by TapScanner

## Lampiran 10 Surat Izin Penelitian Di Rumah Sakit

### SURAT IZIN PENELITIAN DI RUMAH SAKIT



**PEMERINTAH PROPINSI SULAWESI SELATAN**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI MAKASSAR**

Alamat : Jl. Dg. Ngeppe No. 14 Makassar ,Telp. 855934 – 856091 Fax (0411)855934

#### LEMBAR PENGANTAR

NAMA : LIMMU KALSUM  
 NIM : K11116325  
 Jurusan : Manajemen Rumah Sakit  
 Asal Kampus : Universitas Hasanuddin  
 Tanggal Penelitian : 18 Maret 2020  
 Untuk Keperluan : Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Skripsi / Tesis / Disertasi  
 Judul Penelitian : Gambaran Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien SNARS  
 Edisi 11 di RSUD Haji Pro Sul-Sel Tahun 2020

Mohon bantuannya, Mahasiswa yang bersangkutan untuk penelitian dan pengambilan data di Rumah Sakit Umum Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan pada bagian :

1. Rawat Inap ..... 7 Kamar Operasi
2. Rawat Jalan ..... 8. PUKP
3. Farmasi ..... 9. PPI
4. Radiologi
5. Laboratorium
6. UGD


Atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan banyak terima kasih.

Makassar, 18 Maret 2020

Ah. Kasie Litbang

**SUPARMAN., S.Kep. NS**  
 Nip : 19731111 199303 1 006

## Lampiran 11 Surat Keterangan Selesai Penelitian



**PEMERINTAH PROPINSI SULAWESI SELATAN**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI MAKASSAR**  
 Alamat : Jl. Dg. Ngeppe No. 14 Makassar ,Telp. 855934 – 856091 Fax (0411)855934

---

**SURAT KETERANGAN**  
 Nomor : 835 /SS60/ RSUDH.DIK2/ X/ 2020

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N A M A	: ALIMUDDIN, SKM, MM
NIP	: 19661231 199303 1 070
PANGKAT/GOL.	: Penata TK.I, III/d
JABATAN	: Kepala Seksi ETIKA MUTU PELAYANAN

Dengan ini menerangkan :


NAMA	: UMMU KALSUM
NIM	: K11116325
FAKULTAS/JURUSAN	: FKM / MANAJEMEN RUMAH SAKIT
INSTITUSI	: UNIVERSITAS HASANUDDIN

Adalah benar telah selesai melakukan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan, dalam rangka penyusunan **SKRIPSI**, pada tanggal 18 Agustus s/d 18 September 2020 dengan Judul :

**"GAMBARAN PELAKSANAAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN SNARS EDISI 1.1 DI RSUD HAJI PROVINSI SULAWESI SELATAN TAHUN 2020"**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 6 Oktober 2020



Kasie. ETIKA MUTU PELAYANAN,  
**ALIMUDDIN, SKM, MM**  
 NIP. 19661231 199303 1 070

## Lampiran 12 Riwayat Hidup Peneliti

### RIWAYAT HIDUP PENELITI



Nama : Ummu Kalsum  
 NIM : K11116325  
 TTL : Buttu, 10 Juni 1998  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Agama : Islam  
 Golongan Darah : O  
 Alamat : Perumahan Daya Residence Blok C No 6  
 Nomor Telepon : 082293409072  
 Email : ummukalsum37@gmail.com

#### Riwayat Pendidikan

1. SDN 225 Lambalumama (2004-2010)
2. SMPN 1 LEMBANG (2010-2013)
3. SMAN 8 PINRANG (2013-2016)
4. S1 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin (2016-2020)

#### Organisasi

1. Pengurus Hospital Manajement Student Community (HMSC) (2018-2019)
2. Sekretaris Umum Pusat Informasi dan Konseling Health Education And Reproductive Teenagers Universitas Hasanuddin (2018-2019)
3. Keluarga Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin