

**SKRIPSI**

**GAMBARAN PENERAPAN SASARAN  
KESELAMATAN PASIEN SNARS EDISI 1 DI RSUD  
KOTA MAKASSAR TAHUN 2019**

**ST. MAGFIRAH NUR S  
K111 15 311**



*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat*

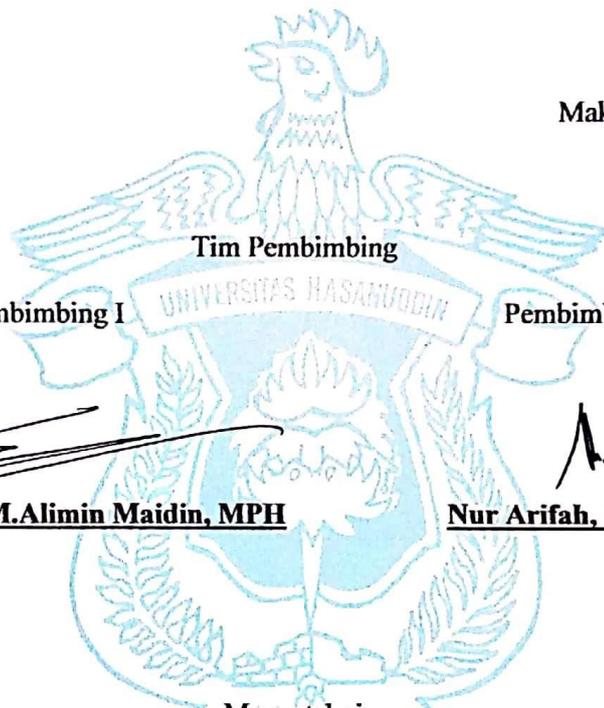
**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2019**



## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, Juli 2019



Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Prof. Dr. dr.H.M.Alimin Maidin, MPH

Nur Arifah, SKM., MA

Mengetahui,  
Ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin

Dr. Irwandy, SKM, M.ScPH, M.Kes



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Kamis, Tanggal 04 Juli 2019.

Ketua : Prof. Dr. dr.H.M.Alimin Maidin, MPH

(.....)

Sekretaris : Nur Arifah, SKM., MA

(.....)

Anggota :

1. Dr. dr. Hj. Indahwaty Sidin, MHSM

(.....)

2. Adelia U. Ady Mangilep, SKM., MARS

(.....)

3. Jumriani, SKM., M.Kes

(.....)



## PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : St. Magfirah Nur S

NIM : K11115311

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Jurusan : Manajemen Rumah Sakit

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan atau karya orang lain. apabila di kemudian hari terbukti bahwa pernyataan saya tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Makassar, Juli 2019



St. Magfirah Nur S



## RINGKASAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
MAKASSAR, JULI 2019

**ST. MAGFIRAH NUR S**

“GAMBARAN PENERAPAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN SNARS  
EDISI 1 DI RSUD KOTA MAKASSAR TAHUN 2019”

Dibimbing oleh H. M. Alimin Maidin dan Nur Arifah

193 halaman + 7 tabel + 49 gambar + 12 lampiran

Salah satu tujuan pengaturan penyelenggaraan rumah sakit adalah memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien. KNC dan KTD yang sering terjadi disebabkan oleh ketidaksesuaian identifikasi pasien, kesalahan dalam pemberian obat, sampel darah pasien tertukar, dan pasien jatuh. Sasaran Keselamatan Pasien merupakan salah satu *major bab* dalam SNARS Edisi 1. Tujuan penelitian yaitu melihat gambaran penerapan sasaran keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar dengan menggunakan SNARS Edisi 1.

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Instrumen penelitian dan penentuan informan menggunakan instrumen survey akreditasi SNARS Edisi 1 dan diperoleh 20 informan. Pengumpulan data dilakukan dengan telusur dokumen, observasi, dan wawancara mendalam. Keabsahan data dilakukan triangulasi sumber dan metode.

Hasil penelitian diperoleh identifikasi pasien telah dilakukan sesuai regulasi menggunakan enam identitas sebelum dilakukan tindakan. Peningkatan komunikasi efektif dilakukan dengan membuat SPO dan mengadakan pelatihan, pesan secara verbal dan verbal lewat telpon dilakukan dengan teknik SBAR tetapi tidak ada sosialisasi penanggung jawab pelaporan nilai kritis, bukti catatan dan evaluasi tentang hal-hal kritical belum dipenuhi seluruhnya. Meningkatkan keamanan terhadap obat yang perlu diwaspadai dan elektrolit konsentrat dilakukan dengan menerapkan SPO, menyediakan daftar serta diatur di tempat aman. Tepat-lokasi, prosedur dan pasien yang menjalani tindakan dilakukan sesuai *surgical safety checklist* WHO, penandaan di lokasi operasi melibatkan pasien, persetujuan atas operasi dan konfirmasi verifikasi sudah lengkap dilakukan. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dilakukan dengan *hand hygiene* tetapi hanya dua dari lima langkah yang dilakukan. Pengurangan risiko cedera akibat pasien jatuh dilakukan proses asesmen sesuai diadakan langkah untuk mengurangi risiko pasien jatuh.

ustaka : 32 (2006-2018)

nci : Keselamatan pasien, Sasaran Keselamatan Pasien, SNARS



## ABSTRACT

HASANUDDIN UNIVERSITY  
PUBLIC HEALTH FACULTY  
HOSPITAL MANAGEMENT  
MAKASSAR, JULI 2019

**ST. MAGFIRAH NUR S**

### **DESCRIPTION OF PATIENT SAFETY GOALS IMPLEMENTATION SNARS FIRST EDITION IN RSUD KOTA MAKASSAR**

*Supervised by H. M. Alimin Maidin and Nur Arifah  
(193 pages + 7 tables + 49 pictures + 12 attachments)*

*One of the goals of organizing hospitals is to protect patient safety. Near miss and adverse events that often occur were caused by the mismatch of patient identification, errors in the drug administration, the patient's blood sample swapped, and the patient falls. Patient Safety Goals was one of the major chapters in SNARS Edition 1. This study looked at the patient safety goals implementation at RSUD Kota Makassar by using patient safety goals on the accreditation version of SNARS First Edition.*

*This study was qualitative with a phenomenology approach. The instrument and determination of informants used the accreditation survey of SNARS First Edition and obtained 20 informants. Data collected by reviewing the documents, observations, and in-depth interviews. The data validity used triangulation of sources and methods.*

*The results of this study obtained patient identification was according to regulations and used six identities before action was taken. To improve effective communication is carried out by making SOP and conducting training for effective communication, verbal and verbal messages via telephone conducted with SBAR techniques but there was no socialization about who has the responsibility for reporting critical values, proof of evidence and evaluation of critical matters has not been fully fulfilled. To improve the safety of the high alert medication and electrolyte concentrates is carried out by applying SOP, providing lists and arranged in a safe place. To ensure correct-site, correct-procedures, and correct-patient surgery carried out according to the WHO surgical safety checklist, marking on-site operations involves patients, informed consent and confirmation of verification were completed. To reduce the risk of Health Care-Associated Infection carried out by hand hygiene but only two of the five moments were taken. To reduce the risk of patient harm resulting from falls is carried out by the SOP, assessment process and steps were taken to reduce the patients falling.*

*ephy: 32 (2006-2018)*

*s: Patient Safety, Patient Safety Goals, SNARS*



## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Alhamdulillah, tak ada kata yang pantas diucapkan selain pujian kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala karena atas Karunia dan Izin-Nya lah sehingga skripsi dengan judul “**Gambaran Keselamatan Pasien Berdasarkan Sasaran Keselamatan Pasien SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar Tahun 2019**” dapat diselesaikan sebagaimana mestinya.

Skripsi ini merupakan tugas akhir dalam menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Dalam proses penyusunannya, skripsi ini tidak terlepas dari segala keterbatasan dan kendala. Tetapi bantuan dan motivasi yang diberikan dari berbagai pihak baik moral maupun material sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.

Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada orangtua tercinta, **Drs Sahabuddin Nur** dan **Hj. St. Halija, S.Pd., M.Pd.** yang tak henti-hentinya memberikan cinta dan perhatian yang luar biasa baik lewat do'a, secara langsung maupun secara diam-diam, yang jasa-jasanya tak akan bisa terbalaskan. Penulis juga berterima kasih yang sebesar-besarnya serta memberikan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak **Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH** selaku pembimbing I dan Ibu **Nur Arifah, SKM., MA** selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk memberikan petunjuk, arahan dan motivasinya.



Penulis menyampaikan terima kasih atas segala bantuan baik moril maupun materil kepada berbagai pihak:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, para Wakil Dekan serta seluruh staf yang telah memberikan bantuan selama penulis mengikuti pendidikan di FKM Unhas serta kepada bapak/ibu dosen FKM, terima kasih untuk segala ilmu yang telah diberikan.
3. Bapak Dr. Atjo Wahyu, SKM, M.Kes selaku penasehat penasehat akademik selama menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Dr. Irwandy, SKM, M.ScPH, M.Kes selaku ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit.
5. Seluruh Dosen Manajemen Rumah Sakit yang telah banyak memberikan ilmu yang sangat berharga kepada penulis.
6. Ibu Dr. dr. Hj. A. Indahwaty Sidin, MHSM. dan Ibu Adelia U. Mangilep, SKM., MARS selaku penguji dari Departemen Manajemen Rumah Sakit dan Ibu Jumriani Ansar, SKM, M.Kes., selaku penguji dari Departemen Epidemiologi yang telah meluangkan waktunya dalam memberi kritik dan saran sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan baik.
7. Kepada Staf Departemen Manajemen Rumah Sakit FKM UNHAS (Kak Rani, Kak Fuad dan Ibu Ija) terima kasih atas segala bantuannya selama perkuliahan hingga akhir perkuliahan penulis sebagai mahasiswa Manajemen Rumah Sakit.
8. Staf RSUD Kota Makassar yang telah bersedia menjadi informan penelitian dan membantu selama penelitian berlangsung.
9. Seluruh mahasiswa FKM Unhas, khususnya mahasiswa Manajemen Rumah Sakit angkatan 2015, Kelompok Magang Residensi RS. Tadjuddin Chalid dan teman-teman uangan penelitian (TIM RE dan TIM SNARS) yang telah memberikan dukungan k pembelajaran, pengalaman, motivasi, bantuan kepada penulis selama di mahasiswa.



10. Sahabat dan teman-teman yang senantiasa memberikan nasihat dan selalu mengajak dalam kebaikan: Fitri, Mila, Maryam, Dian, Mawaddah, Nina, Venny dan Anggun.

11. Serta semua pihak yang telah memberikan bantuan kepada penulis baik berupa materi dan non materi yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

*Jazakumullahu khairan*, semoga Allah membalas kebaikan yang diberikan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan penulis. Saran dan kritik demi penyempurnaan skripsi ini sangat penulis harapkan. Akhir kata, semoga apa yang disajikan dalam skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Makassar, Juli 2019

Penulis



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xvii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>8</b>
A. Tinjauan Umum tentang Keselamatan Pasien .....	8
B. Tinjauan Umum tentang SNARS.....	19
C. Tinjauan Umum tentang Sasaran Keselamatan Pasien .....	25
D. Matriks Penelitian Terdahulu.....	35
E. Kerangka Teori.....	39
<b>BAB III KERANGKA KONSEP</b> .....	<b>40</b>
A. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian .....	40
B. Kerangka Konsep .....	42
C. Definisi Konseptual.....	43
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b> .....	<b>46</b>
A. Jenis Penelitian.....	46
B. Lokasi Penelitian .....	46
C. Informan Penelitian .....	46
Instrumen Penelitian.....	47
Pengumpulan Data .....	47
Keabsahan Data.....	53



G.	Pengolahan dan Analisis Data.....	53
H.	Penyajian Data .....	54
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>		<b>55</b>
A.	Karakteristik Informan .....	55
B.	Hasil Penelitian .....	56
C.	Pembahasan.....	125
<b>BAB VI PENUTUP .....</b>		<b>138</b>
A.	Kesimpulan .....	139
B.	Saran.....	140
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>142</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>145</b>



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kriteria Penentuan Skor Elemen Penilaian SNARS .....	23
Tabel 2.2 Matriks Penelitian Terdahulu .....	36
Tabel 3.1 Definisi Konseptual.....	43
Tabel 4.1 Sumber Data Penelitian.....	52
Tabel 5.1 Karakteristik Informan Keselamatan Pasien Berdasarkan SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar Tahun 2019 .....	55
Tabel 5.2 Penentuan Skor Berdasarkan Metode yang Digunakan .....	57
Tabel 5.3 Rekapitulasi Hasil Pemenuhan EP .....	119



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	39
Gambar 3.1 Kerangka Konsep .....	42
Gambar 5.1 Bukti Identitas Pasien yang Tercetak di Berkas RM.....	60
Gambar 5.2 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP I: EP 2.....	61
Gambar 5.3 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP I: EP 3 identifikasi sebelum melakukan tindakan.....	63
Gambar 5.4 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP I: EP 5 identifikasi sebelum menerima cairan intravena .....	65
Gambar 5.5 Regulasi Komunikasi Efektif Antar PPA.....	66
Gambar 5.6 Bukti Pelatihan Komunikasi Efektif .....	68
Gambar 5.7 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 2: EP 2 bukti pelatihan komunikasi efektif antar PPA .....	69
Gambar 5.8 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 2: EP 3 Pesan verbal atau lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang, dan dikonfirmasi dengan teknik SBAR-TBAK.....	71
Gambar 5.9 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 2: EP 4 penyampaian hasil komunikasi .....	73
Gambar 5.10 Regulasi tentang Hasil Diagnostik Kritis .....	74
Gambar 5.11 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 2.1: EP 2 Penetapan penanggung jawab nilai kritis.....	76
Gambar 5.12 Formulir Transfer Pasien Antar-Ruang.....	77
Gambar 5.13 Hasil wawancara dengan informan terkait SKP 2.2: EP 1 bukti catatan hal-hal kritikal .....	79
Gambar 5.14 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 2.2: EP 2 form, alat, dan metode digunakan untuk mendukung proses serah terima .....	81
Gambar 5.15 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 2.2: EP 3 bukti evaluasi catatan serah terima untuk memperbaiki proses.....	83
Gambar 5.16 Regulasi tentang Obat yang Perlu Diwaspadai .....	84
Gambar 5.17 Bukti Pelaksanaan Obat yang Perlu Diwaspadai .....	85



Gambar 5.18 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 3: EP 2	
Implementasi Obat <i>High Alert</i> .....	86
Gambar 5.19 Daftar Obat <i>High Alert</i> di Unit Terkait .....	87
Gambar 5.20 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 3: EP 3	
Tersedia daftar obat yang perlu diwaspadai .....	88
Gambar 5.21 Daftar Obat <i>High Alert</i> di Tempat Penyimpanan Obat .....	89
Gambar 5.22 Tempat Penyimpanan Obat <i>High Alert</i> dan LASA .....	90
Gambar 5.23 Hasil wawancara dengan informan terkait SKP 3 EP 4 Tempat penyimpanan, pelabelan, penyimpanan obat yang perlu diwaspadai semua diatur di tempat aman .....	91
Gambar 5.24 SPO Penggunaan Elektrolit Konsentrat .....	92
Gambar 5.25 Daftar Elektrolit Konsentrat di Tempat Penyimpanan yang Diperbolehkan .....	92
Gambar 5.26 Tempat Penyimpanan Elektrolit Konsentrat .....	93
Gambar 5.27 Hasil wawancara dengan informan terkait SKP 3.1 EP 2 Elektrolit konsentrat hanya tersedia di farmasi/depo farmasi .....	94
Gambar 5.28 Bukti Penandaan .....	95
Gambar 5.29 Bukti Form untuk Mencatat Pengecekan Kesiapan .....	96
Gambar 5.30 Bukti Hasil Pelaksanaan <i>Time Out</i> .....	98
Gambar 5.31 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 4: EP 4.1	
Rumah Sakit menggunakan prosedur <i>Time Out</i> , lembar persetujuan operasi, dan konfirmasi bahwa verifikasi telah dilakukan .....	99
Gambar 5.32 Bukti Form Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien di Luar Kamar Operasi .....	100
Gambar 5.33 Regulasi Kebersihan Tangan .....	102
Gambar 5.34 Bukti Pelaksanaan Kepatuhan Cuci Tangan .....	102
Gambar 5.35 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 5: EP 2	
Implementasi Program Cuci tangan Sesuai Regulasi .....	103
Gambar 5.36 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 5: EP 3 Bukti Dokumen Pelaksanaan Program Cuci Tangan .....	105
Gambar 5.37 Bukti Staf Melaksanakan Lima Momen Cuci Tangan .....	107



Gambar 5.38 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 5: EP 4 Staf Melaksanakan Lima Momen Cuci Tangan.....	108
Gambar 5.39 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 5 EP 5 prosedur desinfeksi dilakukan sesuai regulasi .....	109
Gambar 5.40 Hasil wawancara dengan informan terkait SKP 5 EP 6 ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan.....	111
Gambar 5.41 Regulasi Mencegah Pasien Cedera Karena Jatuh .....	112
Gambar 5.42 Bukti dalam RM tentang Pelaksanaan Asesmen Risiko Jatuh.....	113
Gambar 5.43 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 6: EP 6 Rumah Sakit Melaksanakan proses asesmen risiko jatuh pada pasien rawat inap dan rawat jalan .....	114
Gambar 5.44 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 6 EP 3 Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh .....	115
Gambar 5.45 Bukti Pelaksanaan Langkah-langkah Mengurangi Risiko Jatuh...	116
Gambar 5.46 Hasil Observasi Langkah-Langkah Mengurangi Risiko Jatuh.....	117
Gambar 5.47 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 6: EP 6 Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh.....	118



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent .....	146
Lampiran 2 Pedoman Wawancara .....	147
Lampiran 3 Pedoman Observasi .....	149
Lampiran 4 Pedoman Telusur Dokumen .....	153
Lampiran 5 Matriks Hasil Wawancara .....	157
Lampiran 6 Dokumentasai penelitian .....	191
Lampiran 7 Surat Penugasan Seminar Proposal .....	192
Lampiran 8 Surat Persetujuan Penelitian dari Fakultas .....	193
Lampiran 9 Surat Penelitian dari BKPMMD .....	194
Lampiran 10 Surat Izin Penelitian dari RS .....	195
Lampiran 11 Surat Keterangan Selesai Penelitian .....	196
Lampiran 12 Riwayat Hidup Peneliti.....	197



## DAFTAR SINGKATAN

DPJP	: Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
EP	: Elemen Penilaian
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IOM	: <i>Institute of Medicine</i>
KARS	: Komisi Akreditasi Rumah Sakit
KKP-RS	: Komisi Keselamatan Pasien – Rumah Sakit
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
JCAHO	: <i>Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	: <i>Joint Commision International</i>
NPSG	: <i>National Patient Safety Goals</i>
PMKP	: Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
PPI	: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
PPJA	: Perawat Penanggung Jawab Asuhan
RM	: Rekam Medik
SKP	: Sasaran Keselamatan Pasien
SNARS	: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
SPO	: Standar Prosedur Operasional
WHO	: <i>World Health Organization</i>



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Keselamatan pasien oleh *Institute of Medicine* (IOM) dalam Mitchell (2008) didefinisikan sebagai “*the prevention of harm to patient*”. Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes) pada tahun yang sama mendefinisikan keselamatan pasien rumah sakit sebagai suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Pernyataan tersebut sejalan dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 3 yang menyatakan bahwa salah satu tujuan pengaturan penyelenggaraan rumah sakit adalah memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit.

Hal ini dilatarbelakangi oleh laporan IOM pada tahun 2000 “*TO ERR IS HUMAN*”, *Building a Safer Health System* yang mengemukakan hasil penelitian di rumah sakit Utah dan Colorado Serta New York. Di Utah dan Colorado ditemukan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) sebesar 2,9% dimana 6,6% diantaranya meninggal. Sedangkan di New York ditemukan angka KTD sebesar 3,7% dengan angka kematian 13,6%. Publikasi WHO pada tahun 2004, mengumpulkan angka-angka penelitian rumah sakit di Amerika, Inggris, Denmark, dan Australia, ditemukan KTD dengan rentang

16,6%. Dengan data-data tersebut, berbagai negara segera melakukan penelitian dan mengembangkan Sistem Keselamatan Pasien (Depkes, 2008).



Di Indonesia angka insiden keselamatan pasien masih sulit diperoleh. Laporan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) pada tahun 2007 menemukan angka pelaporan KTD tertinggi di DKI Jakarta yaitu 37,9%, Jawa Tengah 15,9 %, D.I. Yogyakarta 18,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatera Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Aceh 10,7% dan Sulawesi Selatan 0,7% (KKP-RS, 2008 dalam Keles et al., 2015).

Mustikawati (2011) menemukan data dari laporan insiden keselamatan pasien, KNC dan KTD yang sering terjadi disebabkan oleh ketidaksesuaian identifikasi pasien, kesalahan dalam pemberian obat (salah pasien, dosis, jenis obat), sampel darah pasien tertukar, dan pasien jatuh. Data insiden keselamatan pasien yang didapatkan oleh Yudhawati dan Listiowati (2015) di RSI Siti Aisyah Madiun melaporkan analisis penyebab terjadinya insiden 46% berkaitan dengan salah identifikasi, 36% karena komunikasi tidak efektif sehingga terjadi *medication error*, dan 18% dikarenakan prosedur tidak dijalankan. Handayani (2017) menemukan 39,5% dari 76 perawat pelaksana di unit rawat inap RS Al Islam Bandung pernah melakukan insiden keselamatan pasien yakni KTD yang disebabkan karena pasien yang dirawat terjatuh dari tempat tidur sehingga pasien mengalami cedera, melakukan kesalahan identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, dan melakukan komunikasi yang tidak efektif sehingga terjadi insiden yang merugikan pasien.

Berbagai masalah yang terjadi pada pelayanan kesehatan tersebut

meningkatkan kesadaran berbagai lembaga dan publik. *Joint Commission International* (JCI) yang sebelumnya bernama *Joint Commission on*



*Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) berdasarkan laporan insiden keselamatan pasien tersebut menyusun *National Patient Safety Goals* (NPSG). WHO berdasarkan laporan tersebut juga melakukan upaya untuk memperbaiki masalah yang berkontribusi pada pelayanan kesehatan yang tidak aman. Upaya tersebut diwujudkan dengan menunjuk JCI sebagai WHO *Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*. Output yang dihasilkan dari kerja sama tersebut adalah *Nine Life-Saving Patient Solutions*.

Di Indonesia, upaya yang dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pasien rumah sakit dan meningkatkan perlindungan bagi pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit sebagai institusi adalah dengan melakukan akreditasi (*Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 012 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit, 2012*). Kegiatan akreditasi merupakan bentuk perhatian dan perlindungan pemerintah dengan memberikan pelayanan yang profesional (Poerwani dan Sopacua, 2006).

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) sebagai penyelenggara resmi akreditasi di Indonesia menjadikan keselamatan pasien sebagai indikator standar utama penilaian akreditasi baru (Keles et al., 2015) yang dikenal dengan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 (SNARS Edisi 1). Sasaran Keselamatan Pasien merupakan salah satu *major bab* dalam SNARS Edisi 1 yang bertujuan untuk mendorong rumah sakit agar melakukan perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti bagian-

n yang bermasalah dalam pelayanan rumah sakit (KARS, 2017a).



Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar adalah Rumah Sakit Tipe B berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan pada tahun 2012. Rumah sakit ini dibawah kepemilikan Pemerintah Kota Makassar. Pada bulan Maret 2018 RSUD Kota Makassar resmi menyanggah status akreditasi paripurna dengan akreditasi versi KARS 2012 dan pada November 2018 RSUD Kota Makassar mulai mempersiapkan akreditasi selanjutnya berdasarkan SNARS Edisi 1. Hal ini berarti RSUD Kota Makassar telah menerapkan sasaran keselamatan pasien untuk menilai keselamatan pasien di rumah sakitnya.

Namun, berdasarkan data awal laporan Insiden Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar untuk tahun 2018, tercatat 13 kasus dimana terdapat 4 Kejadian Nyaris Cedera (KNC), 6 Kejadian Tidak Cedera (KTC), dan 3 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Hal tersebut menunjukkan bahwa insiden keselamatan pasien yang terjadi di RSUD Kota Makassar masih melebihi standar yang telah ditetapkan oleh Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 yaitu nol kejadian.

Selanjutnya, data evaluasi triwulan untuk sasaran keselamatan pasien versi KARS 2012 yang didapatkan di RSUD Kota Makassar pada tahun 2018 menunjukkan bahwa persentase ketepatan identifikasi pasien pada triwulan I, II, III berturut-turut yaitu **99.95%**, **100%**, dan **100%**. Persentase peningkatan komunikasi yang efektif pada triwulan I, II, III berturut-turut yaitu **77.54%**, **81.49%**, dan **82.32%**. Persentase peningkatan keamanan obat yang

diwaspadai pada triwulan I, II, III berturut-turut yaitu **100%**, **100%**, dan **100%**. Persentase kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi



pada triwulan I, II, III berturut-turut yaitu **61.57%**, **63.64%**, dan **44.73%**. Persentase pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan pada triwulan I, II, III berturut-turut yaitu **85.02%**, **74.21**, dan **89.43%**. Persentase pengurangan resiko jatuh pada triwulan I, II, III berturut-turut yaitu **94.14%**, **87.40%**, dan **84.60%**.

Laporan sasaran keselamatan pasien versi KARS 2012 di RSUD Kota Makassar di atas menunjukkan bahwa dari enam sasaran keselamatan pasien, terdapat empat sasaran yang tidak memenuhi standar sasaran keselamatan pasien, dimana dua sasaran diantaranya persentase tiap triwulan mengalami penurunan yaitu sasaran kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat pasien operasi dan pengurangan risiko pasien jatuh serta satu sasaran yang mengalami fluktuasi.

Melihat pentingnya keselamatan pasien serta berdasarkan persentase data sasaran keselamatan pasien tersebut di atas maka peneliti bermaksud melakukan penelitian mengenai keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar dengan menggunakan sasaran keselamatan pasien pada akreditasi versi SNARS Edisi 1.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana gambaran keselamatan pasien berdasarkan sasaran keselamatan pasien SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar Tahun 2019?



## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran keselamatan pasien berdasarkan sasaran keselamatan pasien SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar Tahun 2019.

### 2. Tujuan Khusus

- a) Mengetahui gambaran keselamatan pasien berdasarkan sasaran mengidentifikasi pasien SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar Tahun 2019.
- b) Mengetahui gambaran keselamatan pasien berdasarkan sasaran meningkatkan komunikasi SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar Tahun 2019.
- c) Mengetahui gambaran keselamatan pasien berdasarkan sasaran meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar Tahun 2019.
- d) Mengetahui gambaran keselamatan pasien berdasarkan sasaran memastikan lokasi, prosedur, dan pembedahan pada pasien yang benar SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar Tahun 2019.
- e) Mengetahui gambaran keselamatan pasien berdasarkan sasaran mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar Tahun 2019.
- f) Mengetahui gambaran keselamatan pasien berdasarkan sasaran mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh menurut SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar Tahun 2019.



## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Ilmiah**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi peneliti di bidang kesehatan masyarakat khususnya manajemen rumah sakit serta menjadi salah satu sumber referensi bagi penelitian lainnya mengenai keselamatan pasien berdasarkan akreditasi SNARS Edisi 1 di rumah sakit.

### **2. Manfaat bagi Peneliti**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti mengenai gambaran keselamatan pasien di rumah sakit berdasarkan akreditasi SNARS Edisi 1 serta dapat mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama perkuliahan mengenai peningkatan mutu di rumah sakit melalui keselamatan pasien berdasarkan standar nasional akreditasi rumah sakit.

### **3. Manfaat bagi Rumah Sakit**

Bagi rumah sakit, penelitian ini dapat menjadi salah satu referensi dan bahan evaluasi khususnya pada tim PMKP dan akreditasi dalam rangka peningkatan mutu pelayanan, sehingga status akreditasi rumah sakit tingkat paripurna yang telah diraih sebelumnya dengan versi KARS 2012 dapat dipertahankan pada akreditasi versi SNARS Edisi 1 terutama pada penilaian sasaran keselamatan pasien rumah sakit dapat mencapai nilai minimal 80%.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum tentang Keselamatan Pasien

##### 1. Definisi Keselamatan Pasien

Definisi keselamatan pasien oleh KKP-RS menyatakan keselamatan pasien berartip pasien bebas dari cedera (*harm*) yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari cedera yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik, sosial, psikologi, cacat, kematian, dan lain – lain) terkait dengan pelayanan kesehatan (KKP-RS, 2008 dalam Handayani, 2017). Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan (Nursalam, 2011 dalam Setiyani et al., 2016).

Selanjutnya, WHO (2004 dikutip dalam Harus dan Sutriningsih, 2015) menyatakan keselamatan pasien di rumah sakit adalah sistem pelayanan dalam suatu rumah sakit yang memberikan asuhan pasien menjadi lebih aman, termasuk didalamnya mengukur resiko, identifikasi dan pengelolaan risiko terhadap pasien, analisa insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden serta menerapkan solusi untuk mengurangi risiko.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691 Tahun 2011 mendefinisikan keselamatan pasien rumah sakit sebagai suatu sistem

mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi elemen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan



risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

## 2. Tujuan Keselamatan Pasien

Program keselamatan pasien bertujuan menurunkan angka KTD yang sering terjadi pada pasien selama dirawat di rumah sakit sehingga sangat merugikan baik pasien sendiri dan pihak rumah sakit (Nursalam, 2011 dalam Setiyani et al., 2016).

Keselamatan pasien (*patient safety*) di rumah sakit memiliki tujuan sebagai berikut (Depkes, 2008):

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatnya akutanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya KTD di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

## 3. Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien rumah sakit yang disusun ini mengacu pada ”*Hospital Patient safety Standards*” yang dikeluarkan oleh *Joint*

*ommision on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA, tahun 2002, yang disesuaikan dengan situasi dan kondisi perumahnyasakit di



Indonesia. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu (Depkes, 2008):

a. Standar I: Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

b. Standar II: Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien

c. Standar III: Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah Sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

d. Standar IV: Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.

Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

e. Standar V : Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui



penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.

- 2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi KTD.
  - 3) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
  - 4) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
  - 5) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
- f. Standar VI: Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
- 1) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatandengan keselamatan pasien secara jelas.
  - 2) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.

Standar VII: Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien



1. Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
2. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

#### 4. Prinsip-Prinsip Keselamatan Pasien

Menurut IOM terdapat lima prinsip untuk merancang *patient safety system* di organisasi kesehatan yakni (Hamdani, 2007):

- a. Prinsip I : *Provide Leadership* meliputi:
  - 1) Menjadikan keselamatan pasien sebagai tujuan utama/prioritas
  - 2) Menjadikan keselamatan pasien sebagai tanggung jawab bersama
  - 3) Menunjuk/menugaskan seseorang yang bertanggung jawab untuk program keselamatan pasien
  - 4) Menyediakan sumber daya manusia dan dana untuk analisis eror dan *redesign system*
  - 5) Mengembangkan mekanisme yang efektif untuk mengidentifikasi “*unsafe*” dokter
- b. Prinsip II : Memperhatikan keterbatasan manusia dalam perancangan proses yakni :
  - 1) *Design job for safety*
  - 2) Menyederhanakan proses
  - 3) Membuat standar proses

Prinsip III : mengembangkan tim yang efektif



- d. Prinsip IV: Antisipasi untuk kejadian tak terduga: pendekatan proaktif, menyediakan antidotum dan training simulasi.
- e. Prinsip V : Menciptakan atmosfer *learning*

## 5. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Uraian Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah sebagai berikut (Depkes, 2008):

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
2. Pimpin dan dukung staf anda
3. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko
4. Kembangkan sistem pelaporan
5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
7. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif untuk menuju keselamatan pasien, sehingga tujuh langkah tersebut secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit (Depkes, 2008).

## 6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keselamatan Pasien

### a. Faktor Organisasi dan Manajerial

Faktor ini terdiri dari budaya keselamatan, kebijakan kepemimpinan, kemampuan kepemimpinan dan komunikasi.

Membangun budaya kesadaran akan nilai keselamatan yang terbuka



dan adil merupakan langkah pertama dalam menetapkan keselamatan pasien rumah sakit (Depkes, 2008).

### 1) Budaya Keselamatan

Budaya keselamatan merupakan cerminan dari manajemen dan sikap pekerja dalam menjalankan nilai-nilai yang berhubungan dengan manajemen risiko dan keselamatan. Dimensi dari budaya keselamatan adalah komitmen manajemen, prosedur kerja, prioritas utama, patuh terhadap peraturan, manajemen risiko dan sistem pelaporan kesalahan dan insiden keselamatan. Budaya keselamatan mempengaruhi perilaku kerja individu pada unit tertentu yang berhubungan dengan pengambilan keputusan, pelaksanaan prosedur, dan pengetahuan tentang keselamatan.

### 2) Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan hal pertama yang harus diperhatikan dalam pengembangan dan penerapan budaya keselamatan pasien. Kepemimpinan merupakan kemampuan seorang pemimpin dalam memberikan keseimbangan antara pemberian tugas dan mengelola ketenagaan dan memfasilitasi pemecahan masalah dalam kesenjangan antara kemampuan, prosedur, struktur organisasi, dan motivasi.

### 3) Komunikasi

Komunikasi sangat penting untuk efisiensi, menjaga kualitas keamanan di tempat kerja. Komunikasi memberikan hubungan



institusi, pengetahuan dan membangun pola perilaku yang dapat diprediksikan, hal itu sangat vital bagi kepemimpinan dan koordinasi tim. Masalah komunikasi dapat dikategorikan ke dalam kegagalan sistem, peran dan penerima. Kegagalan sistem, dimana jalur komunikasi tidak ada, atau jarang digunakan. Kegagalan transmisi, dimana saluran ada, tetapi informasi yang diperlukan tidak dapat disampaikan. Misalnya pesan yang tidak jelas atau ambigu, sulit disampaikan karena kebisingan. Kegagalan penerima, dimana saluran ada, informasi disampaikan, tapi salah diartikan oleh penerima. Contohnya, salah menginterpretasikan informasi. Kegagalan waktu contohnya pesan terlambat untuk disampaikan. Masalah fisiologi misalkan buta, tuli atau masalah peralatan serta keterlibatan rasional dan emosi.

## **b. Faktor kerja tim**

### 1) Kerjasama tim

Tim adalah unsur kehidupan organisasi karena suatu pekerjaan melibatkan orang-orang dengan berbagai macam keahlian untuk bekerjasama untuk satu tujuan. Kerja tim adalah proses melibatkan dua atau lebih orang dalam suatu aktivitas untuk menyelesaikan suatu tujuan. Hampir semua pekerjaan di rumah sakit dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu. Contohnya tim ruang pembedahan, shift antara pekerja, dan unit medis dan pemberi pelayanan



kesehatan. Perilaku kelompok sebagai bagian dalam tim kerja dapat mempengaruhi perilaku individu.

## 2) Supervisi

Supervisi adalah proses pemberian bimbingan, pengarahan, dorongan, melakukan observasi, dan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang berhubungan dengan keselamatan pasien. Tujuan dari supervisi adalah meningkatkan kualitas dari pelayanan. Supervisi memegang peran utama dalam mendukung pelayanan yang bermutu melalui jaminan kualitas, manajemen risiko dan manajemen kinerja.

### c. Faktor Individu

Faktor individu merupakan kualitas yang dibawa individu ke dalam pekerjaan seperti pengetahuan, keterampilan, pengalaman, pendidikan dan pelatihan, dan bahkan sikap seperti kewaspadaan, kelelahan, stres dan motivasi.

#### 1) Kewaspadaan situasi

Kewaspadaan terhadap situasi merupakan suatu keharusan. Kewaspadaan sebagai persepsi dari elemen-elemen di suatu lingkungan yang dibatasi oleh ruang dan waktu, dan digunakan untuk menghadapi tantangan maupun musibah agar terhindar dari kecelakaan atau kerusakan.

Dikatakan ada tiga tingkatan kewaspadaan terhadap situasi. Pada level satu adalah *perception* (membangun situasi). Level ini



untuk mengenali, mengetahui, mengingat, mendengar, merasakan dan melihat hal-hal di sekitar. Pada level dua adalah *comprehension* (memahami makna dan mengolah persepsi). Perilaku pada level ini ialah mengaktifkan serta mempersiapkan *knowledge*, *skill*, dan *experience* yang pernah didapat. Kewaspadaan level tiga disebut *anticipation* (antisipasi) yaitu memperkirakan kemungkinan situasi atau bahaya yang bisa terjadi, mempersiapkan tindakan antisipasi yang akan diambil.

## 2) Pengambilan keputusan

Pengambilan keputusan (*decision making*) adalah melakukan penilaian dan menjatuhkan pilihan. Keputusan ini diambil melalui beberapa pertimbangan. Sebelum pilihan dijatuhkan, ada beberapa tahap yang mungkin akan dilalui oleh pembuat keputusan. Tahapan tersebut bisa saja meliputi identifikasi masalah utama, menyusun alternatif yang akan dipilih dan sampai pada pengambilan keputusan terbaik.

## 3) Stres kerja

Pada titik tertentu dalam dunia pekerjaan banyak orang akan mengalami stres terkait pekerjaan. Stres dipengaruhi oleh keseimbangan antara persepsi terhadap tuntutan seseorang. Ketika tuntutan dirasa lebih utama dari kemampuan, seseorang akan mengalami efek tidak menyenangkan, seperti kelelahan atau perasaan lelah, konsentrasi kurang dan mudah tersinggung.



Kondisi di tempat kerja dan reaksi individu terhadap kondisi tersebut dalam periode tertentu dapat menyebabkan stres kronis. Contohnya kurangnya dukungan manajer dan rekan kerja, ketidakpastian objek pekerjaan dan kurangnya kejelasan tanggung jawab atau kurangnya hubungan dalam tim. Reaksi stres individu ini dapat berubah menjadi gejala stres dalam organisasi sehingga menyebabkan tingginya angka *turn over* staf dan izin sakit berlebihan.

#### 4) Kelelahan

Kelelahan bisa berdampak pada keselamatan dan produktivitas pegawai. Kelelahan berefek merugikan fungsi kognitif yang dapat jatuh hingga hampir 40% dari batas setelah kerja dua malam tanpa tidur. Manajer dan pegawai dapat dididik tentang efek kelelahan, hal ini dapat diatasi dengan jam istirahat, tidur siang, makanan yang memadai serta pencahayaan yang kuat agar dapat membantu beradaptasi terhadap *shift* malam.

#### d. Faktor Lingkungan

Lingkungan pekerjaan yakni lingkungan organisasi rumah sakit dapat menentukan kualitas dan keamanan pelayanan perawat kepada pasien. Sebagai jumlah tenaga terbesar dalam ketenagaan kesehatan, perawat mengaplikasikan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman untuk memberikan variasi dan perubahan kebutuhan pasien.



## B. Tinjauan Umum tentang SNARS

### 1. Pengelompokan SNARS

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 merupakan standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia. SNARS Edisi 1 berisi 16 bab yang dikelompokkan menurut fungsi-fungsi penting yang umum dalam organisasi perumahsakit. Pengelompokan SNARS Edisi 1 sebagai berikut (KARS, 2017a):

- a. Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
  - 1) Sasaran 1: mengidentifikasi pasien dengan benar
  - 2) Sasaran 2: meningkatkan komunikasi yang efektif
  - 3) Sasaran 3: meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai (*High Alert Medications*)
  - 4) Sasaran 4: memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
  - 5) Sasaran 5: mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
  - 6) Sasaran 6: mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh
- b. Standar Pelayanan Berfokus Pasien
  - 1) Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)
  - 2) Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
  - 3) Asesmen Pasien (AP)
  - 4) Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)
  - 5) Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
  - 6) Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)



- 7) Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)
- c. Standar Manajemen Rumah Sakit
    - 1) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
    - 2) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
    - 3) Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
    - 4) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
    - 5) Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)
    - 6) Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)
  - d. Program Nasional
    - 1) Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi
    - 2) Menurunkan Angka Kesakitan HIV/AIDS
    - 3) Menurunkan Angka Kesakitan TB
    - 4) Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)
    - 5) Pelayanan Geriatri
  - e. Integrasi Pendidikan Kesehatan Dalam Pelayanan Di Rumah Sakit (IPKP)

## 2. Instrumen Penilaian SNARS

SNARS Edisi 1 merupakan standar pelayanan berfokus pada pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di rumah sakit. Instrumen yang digunakan KARS untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap SNARS I yaitu standar pelayanan

berfokus pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di rumah sakit terdiri dari (KARS, 2017b):



a. Standar

Standar KARS mencakup harapan kinerja, struktur, atau fungsi yang harus ditetapkan agar suatu rumah sakit dapat terakreditasi oleh KARS. Sasaran Keselamatan Pasien dianggap sebagai standar dan dimonitoring sama seperti standar lainnya dalam survei di tempat.

b. Maksud dan Tujuan

Maksud dan tujuan dari suatu standar akan membantu menjelaskan makna sepenuhnya dari standar tersebut. Maksud dan tujuan juga berguna bagi rumah sakit untuk menyusun poin-poin yang harus ada di dalam regulasi rumah sakit

c. Elemen Penilaian

Elemen penilaian dari suatu standar akan menuntun rumah sakit dan surveyor terhadap apa yang akan ditinjau dan dinilai selama proses survei. Setiap elemen penilaian dilengkapi dengan (R) atau (D), atau (W) atau (O) atau (S), atau kombinasinya yang berarti sebagai berikut:

- 1) R = Regulasi adalah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit yang dapat berupa kebijakan, prosedur (SPO), pedoman, panduan, peraturan Direktur rumah sakit, keputusan Direktur rumah sakit dan atau program.
- 2) D = Dokumen, yang dimaksud dengan dokumen adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan yang dapat berbentuk berkas rekam medis, laporan dan atau notulen rapat dan atau hasil audit dan atau ijazah dan bukti dokumen pelaksanaan kegiatan lainnya.



- 3) O = Observasi, yang dimaksud dengan observasi adalah bukti kegiatan yang didapatkan berdasarkan hasil penglihatan/observasi yang dilakukan.
- 4) S = Simulasi, yang dimaksud dengan simulasi adalah peragaan kegiatan yang dilakukan oleh staf rumah sakit yang diminta oleh surveior.
- 5) W = Wawancara, yang dimaksud dengan wawancara adalah kegiatan tanya jawab yang ditujukan kepada pemilik/representasi pemilik, direktur rumah sakit, pimpinan rumah sakit, PPA, staf klinis, staf non klinis, pasien, keluarga, tenaga kontrak dan lain-lain.

d. Telusur

Telusur pada instrumen akreditasi SNARS I untuk mengetahui pemenuhan elemen standar dari setiap elemen penilaian. Telusur ini memandu untuk mencari bukti pemenuhan setiap elemen penilaian dari setiap standar.

e. Skor

Pada kolom skor tertulis sebagai berikut:

- 1) 10 : TL (Terpenuhi Lengkap)
- 2) 5 : TS (Terpenuhi Sebagian)
- 3) 0 : TT (Tidak Terpenuhi)

### 3. Kebijakan Pemberian Skor



Kebijakan pemberian skor instrumen SNARS (KARS, 2017b):

Pemberian skoring

- 1) Setiap Elemen Penilaian diberi skor 0 atau 5 atau 10, sesuai pemenuhan rumah sakit pada EP;
  - 2) Nilai setiap standar yang ada di bab merupakan penjumlahan dari nilai elemen penilaian;
  - 3) Nilai dari standar dijumlahkan menjadi nilai untuk bab;
  - 4) Elemen penilaian yang tidak dapat diterapkan (TDD) tidak diberikan skor dan mengurangi jumlah EP.
- b. Selama survei di lapangan, setiap EP pada standar dinilai sebagai berikut :
- 1) Skor 10 (terpenuhi lengkap), yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut minimal 80 %;
  - 2) Skor 5 (terpenuhi sebagian) yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut antara 20 – 79 %;
  - 3) Skor 0 (tidak terpenuhi) yaitu bila rumah sakit hanya dapat memenuhi elemen penilaian tersebut kurang dari 20 %.
- c. Menentukan Skor yang Tepat pada setiap EP

**Tabel 2.1 Kriteria Penentuan Skor Elemen Penilaian SNARS**

No	Kriteria	Skor 10 (TL)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)
1.	Pemenuhan elemen penilaian	Minimal 80%	20 - 79%	Kurang 20%
	Bukti kepatuhan	bukti kepatuhan ditemukan secara konsisten pada semua bagian/ departemen di mana persyaratan-	bukti kepatuhan tidak dapat ditemukan secara konsisten pada semua bagian/ departemen dimana	bukti kepatuhan tidak ditemukan secara menyeluruh pada semua bagian/ departemen dimana
2.				



No	Kriteria	Skor 10 (TL)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)
		persyaratan tersebut berlaku	persyaratan-persyaratan tersebut berlaku	persyaratan-persyaratan tersebut berlaku
3	Hasil wawancara dari pemenuhan persyaratan yang ada di EP	jawaban "ya" atau "selalu"	jawaban "biasanya" atau "kadang kadang"	jawaban "jarang" atau "tidak pernah"
4	Regulasi sesuai dengan yang dijelaskan di maksud dan tujuan pada standar	kelengkapan regulasi 80 %	kelengkapan regulasi 20 - 79%	kelengkapan regulasi kurang 20 %
5.	Dokumen rapat/pertemuan meliputi: undangan, materi rapat, absensi/daftar hadir, notulen rapat.	kelengkapan bukti dokumen rapat 80%.	kelengkapan bukti dokumen rapat 20 - 79 %	kelengkapan bukti dokumen rapat kurang 20 %
6.	Dokumen pelatihan : meliputi kerangka acuan (TOR) pelatihan yang dilampiri jadwal acara, undangan, materi/bahan pelatihan, absensi/daftar hadir, laporan pelatihan	kelengkapan bukti dokumen pelatihan 80 %	kelengkapan bukti dokumen pelatihan 20 - 79%	kelengkapan bukti dokumen pelatihan kurang 20 %
7.	Dokumen orientasi staf meliputi: kerangka acuan (TOR) orientasi yang dilampiri jadwal acara, undangan, absensi/daftar hadir, laporan orientasi dari	kelengkapan bukti dokumen orientasi 80 %	kelengkapan bukti dokumen orientasi 20 - 79 %	kelengkapan bukti dokumen orientasi kurang 20 %



No	Kriteria	Skor 10 (TL)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)
	kepala SDM (orientasi umum) atau kepala unit (orientasi khusus)			
8.	Hasil observasi pelaksanaan kegiatan/pelayanan sesuai regulasi	80 % Contoh : 8 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi 8 sudah memenuhi EP	20 - 79 % Contoh : 2-7 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi 2-7 sudah memenuhi EP	kurang 20 % Contoh : 1 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi 8 sudah memenuhi EP

### C. Tinjauan Umum tentang Sasaran Keselamatan Pasien

Bagian ini membahas Sasaran Keselamatan Pasien yang wajib diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh KARS (KARS, 2017a), yaitu:

#### 1. Sasaran 1 : Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

##### a) Standar SKP 1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien.

##### b) Maksud dan Tujuan SKP 1

Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan. Ada 2 (dua) maksud dan tujuan standar ini: pertama, memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan kedua, untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.

Proses identifikasi yang digunakan di rumah sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 (dua) dari 3 (tiga) bentuk identifikasi, yaitu



nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medik, atau bentuk lainnya (misalnya, nomor induk kependudukan atau *barcode*). Nomor kamar pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien. Dua bentuk identifikasi ini digunakan di semua area layanan rumah sakit seperti di rawat jalan, rawat inap, unit darurat, kamar operasi, unit layanan diagnostik, dan lainnya.

Dua bentuk identifikasi harus dilakukan dalam setiap keadaan terkait intervensi kepada pasien. Misalnya, identifikasi pasien dilakukan sebelum memberikan radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.

## 2. Sasaran 2 : Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

### a. Standar SKP 2.1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis

### b. Standar SKP 2.2

Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi “Serah Terima” (*hand over*).

### c. Maksud dan Tujuan SKP 2.1 Sampai SKP 2.2

Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (*ambiguous*), dan diterima oleh penerima informasi yang



bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.

Komunikasi dapat berbentuk verbal, elektronik atau tertulis. Komunikasi yang jelek dapat membahayakan pasien. Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan adalah saat perintah lisan atau perintah melalui telepon, komunikasi verbal, saat menyampaikan hasil pemeriksaan kritis yang harus disampaikan lewat telpon. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan aksen dan dialek. Pengucapan juga dapat menyulitkan penerima perintah untuk memahami perintah yang diberikan. Misalnya, nama-nama obat yang rupa dan ucapannya mirip (*look alike, sound alike*), seperti *phenobarbital* dan *phentobarbital*, serta lainnya. Pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis juga merupakan salah satu isu keselamatan pasien.

Untuk melakukan komunikasi secara verbal atau melalui telpon dengan aman dilakukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Pemesanan obat atau permintaan obat secara verbal sebaiknya dihindari;
- 2) Dalam keadaan darurat karena komunikasi secara tertulis atau komunikasi elektronik tidak mungkin dilakukan maka harus ditetapkan panduannya meliputi permintaan pemeriksaan, penerimaan hasil pemeriksaan dalam keadaan darurat, identifikasi dan penetapan nilai kritis, hasil pemeriksaan diagnostik, serta kepada siapa dan oleh siapa hasil pemeriksaan kritis dilaporkan;



- 3) Prosedur menerima perintah lisan atau lewat telpon meliputi penulisan secara lengkap permintaan atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi, penerima membaca kembali permintaan atau hasil pemeriksaan, dan pengirim memberi konfirmasi atas apa yang telah ditulis secara akurat.

Serah terima asuhan pasien di dalam rumah sakit terjadi:

- 1) Antar-PPA seperti antara staf medis dan staf medis, antara staf medis dan staf keperawatan atau dengan staf klinis lainnya, atau antara PPA dan PPA lainnya pada saat pertukaran *shift*;
- 2) Antarberbagai tingkat layanan di dalam rumah sakit yang sama seperti jika pasien dipindah dari unit intensif ke unit perawatan atau dari unit darurat ke kamar operasi; dan
- 3) Dari unit rawat inap ke unit layanan diagnostik atau unit tindakan seperti radiologi atau unit terapi fisik.

### **3. Sasaran 3: Meningkatkan Keamanan Obat-Obat yang Harus Diwaspadai (*High Alert Medications*)**

#### **a. Standar SKP 3**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.

#### **b. Standar SKP 3.1**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola penggunaan elektrolit konsentrat.



### c. Maksud dan Tujuan SKP 3 dan SKP 3.1

Obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila kita salah menggunakan dan dapat menimbulkan kerugian besar pada pasien. Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas:

- 1) Obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan (*error*) dapat menimbulkan kematian atau kecacatan seperti, insulin, heparin, atau kemoterapeutik;
- 2) Obat yang nama, kemasan, label, penggunaan klinik tampak/kelihatan sama (*look alike*), bunyi ucapan sama (*sound alike*), seperti Xanax dan Zantac atau *hydralazine* dan *hydroxyzine* atau disebut juga nama obat rupa ucapan mirip (NORUM);
- 3) Elektrolit konsentrat seperti *potasium* klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 2mEq/ml, *potasium* fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmo/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40%, atau lebih.

Rumah sakit membuat daftar semua obat *high alert* dengan menggunakan informasi atau data yang terkait penggunaan obat di dalam rumah sakit, data tentang KTD (*adverse event*) atau KNC (*near miss*) termasuk risiko terjadi salah pengertian tentang NORUM. Informasi dari kepustakaan seperti dari ISMP, Kementerian Kesehatan,



dan lainnya. Obat-obat ini dikelola sedemikian rupa untuk menghindari kekuranghati-hatian dalam menyimpan, menata, dan menggunakannya termasuk administrasinya, contoh dengan memberi label atau petunjuk tentang cara menggunakan obat dengan benar pada obat-obat *high alert*.

Untuk meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai, rumah sakit perlu menetapkan risiko spesifik dari setiap obat dengan tetap memperhatikan aspek persepan, menyimpan, menyiapkan, mencatat, menggunakan, serta monitoringnya. Obat *high alert* harus disimpan di instalasi farmasi/unit/depo. Bila rumah sakit ingin menyimpan di luar lokasi tersebut, disarankan disimpan di depo farmasi yang berada di bawah tanggung jawab apoteker.

#### **4. Sasaran 4: Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar**

##### **a. Standar SKP 4**

Rumah sakit memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien sebelum menjalani tindakan dan atau prosedur.

##### **b. Standar SKP 4.1**

Rumah sakit memastikan dilaksanakannya proses *Time-out* di kamar operasi atau ruang tindakan sebelum operasi dimulai.

##### **c. Maksud dan Tujuan SKP 4 dan SKP 4.1**

Salah-Lokasi, Salah-Prosedur, dan Salah-Pasien yang menjalani tindakan serta prosedur terjadi antara lain akibat:



- 1) Komunikasi yang tidak efektif dan tidak adekuat antaranggota tim;
- 2) Tidak ada keterlibatan pasien untuk memastikan ketepatan lokasi operasi dan tidak ada prosedur untuk verifikasi;
- 3) Asesmen pasien tidak lengkap;
- 4) Catatan rekam medik tidak lengkap;
- 5) Budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antaranggota tim;
- 6) Masalah yang terkait dengan tulisan yang tidak terbaca, tidak jelas, dan tidak lengkap;
- 7) Penggunaan singkatan yang tidak terstandarisasi dan dilarang.

Rumah sakit harus menentukan area-area di dalam rumah sakit yang melakukan tindakan bedah dan prosedur invasif. Sebagai contoh, kateterisasi jantung, radiologi intervensi, laparaskopi, endoskopi, pemeriksaan laboratorium, dan lainnya. Ketentuan rumah sakit tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien berlaku di semua area rumah sakit di lokasi tindakan bedah dan invasif dilakukan.

Rumah sakit diminta untuk menetapkan prosedur yang seragam sebagai berikut:

- 1) Beri tanda di tempat operasi;
- 2) Dilakukan verifikasi praoperasi;
- 3) Melakukan *Time Out* sebelum insisi kulit dimulai.

Pemberian tanda di tempat dilakukan operasi atau prosedur invasif melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang tepat serta dapat



dikenali. Tanda yang dipakai harus konsisten digunakan di semua tempat di rumah sakit, harus dilakukan oleh individu yang melakukan prosedur operasi, saat melakukan pasien sadar dan terjaga jika mungkin, serta harus masih terlihat jelas setelah pasien sadar. Pada semua kasus, lokasi tempat operasi harus diberi tanda, termasuk pada sisi lateral (*laterality*), daerah struktur multipel (*multiple structure*), jari tangan, jari kaki, lesi, atau tulang belakang.

Tujuan proses verifikasi pra-operasi adalah:

- 1) Memastikan ketepatan tempat, prosedur, dan pasien;
- 2) Memastikan bahwa semua dokumen yang terkait, foto (imajing), dan hasil pemeriksaan yang relevan diberi label dengan benar dan tersaji;
- 3) Memastikan tersedia peralatan medik khusus dan atau implan yang dibutuhkan.

Beberapa elemen proses verifikasi praoperasi dapat dilakukan sebelum pasien tiba di tempat praoperasi, seperti memastikan dokumen, imajing, hasil pemeriksaan, dokumen lain diberi label yang benar, dan memberi tanda di tempat (lokasi) operasi.

*Time-out* yang dilakukan sebelum dimulainya insisi kulit dengan semua anggota tim hadir dan memberi kesempatan untuk menyelesaikan pertanyaan yang belum terjawab atau ada hal yang meragukan yang perlu diselesaikan. *Time-out* dilakukan di lokasi tempat dilakukan operasi sesaat sebelum prosedur dimulai dan



melibatkan semua anggota tim bedah. Rumah sakit harus menetapkan prosedur bagaimana proses *Time-out* berlangsung.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur yang efektif di dalam meminimalkan risiko. Kebijakan termasuk definisi operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan atau mengobati penyakit serta kelainan/*disorder* pada tubuh manusia. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di rumah sakit bila prosedur ini dijalankan.

Praktik berbasis bukti ini diuraikan dalam *Surgical Safety Checklist* dari WHO *Patient Safety* terkini.

## 5. Sasaran 5: Mengurangi Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

### a) Standar SKP 5

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan *evidence based hand hygiene guidelines* untuk menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

### b) Maksud dan Tujuan SKP 5

Secara umum, infeksi terkait pelayanan kesehatan terjadi di semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh/aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan ventilator.



Upaya terpenting menghilangkan masalah ini dan infeksi lainnya adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan. Pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) tersedia dari WHO. Rumah sakit mengadopsi pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) dari WHO ini untuk dipublikasikan di seluruh rumah sakit. Staf diberi pelatihan bagaimana melakukan cuci tangan dengan benar dan prosedur menggunakan sabun, desinfektan, serta handuk sekali pakai (*towel*), tersedia di lokasi sesuai dengan pedoman.

## **6. Sasaran 6: Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh**

### **a) Standar SKP 6**

Rumah sakit melaksanakan upaya mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh.

### **b) Maksud dan Tujuan SKP 6**

Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh. Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain:

- 1) Kondisi pasien;
- 2) Gangguan fungsional pasien (contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif);
- 3) Lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit;
- 4) Riwayat jatuh pasien
- 5) Konsumsi obat tertentu;
- 6) Konsumsi alkohol.



Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi dan/atau anestesi, perubahan mendadak kondisi pasien, serta penyesuaian pengobatan. Banyak pasien memerlukan asesmen selama dirawat inap di rumah sakit. Rumah sakit harus menetapkan kriteria untuk identifikasi pasien yang dianggap berisiko tinggi untuk jatuh.

Lokasi spesifik dapat menyebabkan risiko jatuh bertambah karena layanan yang diberikan. Misalnya, terapi fisik (rawat jalan dan rawat inap) memiliki banyak peralatan spesifik digunakan pasien yang dapat menambah risiko pasien jatuh seperti *parallel bars*, *freestanding staircases*, dan peralatan lain untuk latihan.

Rumah sakit melakukan evaluasi tentang pasien jatuh dan melakukan upaya mengurangi risiko pasien jatuh. Rumah sakit membuat program untuk mengurangi pasien jatuh yang meliputi manajemen risiko dan asesmen ulang secara berkala di populasi pasien dan atau lingkungan tempat pelayanan dan asuhan itu diberikan.

#### **D. Matriks Penelitian Terdahulu**

Adapun matriks penelitian terdahulu adalah sebagai berikut:



**Tabel 2.2 Matriks Penelitian Terdahulu**

No	Penulis	Judul	Metode	Kesimpulan
1.	Lailatul Maghfiroh, Thinni Nurul Rochmah (2017)	Analisis Kesiapan Puskesmas Demangan Kota Madiun dalam Menghadapi Akreditasi	Penelitian ini bersifat deskriptif observasional dengan pendekatan kuantitatif. Rancangan penelitian adalah <i>cross sectional</i> .	Pencapaian Puskesmas Demangan dalam persiapan akreditasi puskesmas secara keseluruhan dari 663 elemen penilaian, pencapaian saat ini dengan skor 4.171 dalam persentase sebesar 62,9% atau dikategorikan terpenuhi sebagian. Pencapaian terendah yaitu pada standar akreditasi peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien. Pencapaian belum maksimal dikarenakan hampir seluruh dari elemen penilaian yang belum dimiliki adalah ketersediaan dokumen pendukung.
2.	Rianayanti Asmira Rasam (2015)	Analisis Tatakelola Sasaran Keselamatan Pasien pada Alur Pelayanan Penyakit Sepsis di Rumah Sakit Tebet 2015	Penelitian ini adalah studi kasus dengan pendekatan diskriptik-analitik kualitatif, untuk mendapatkan gambaran penerapan 6 SKP pada alur pelayanan penyakit sepsis di RS Tebet. Alat ukur yang digunakan adalah Skor Elemen Penelitian (EP) Survei Akreditasi RS (KARS, 2014).	Nilai Skor 10 (TP) dicapai pada penerapan SKP 4 (tepat lokasi-prosedur-operasi) dan SKP 6 (Mengurangi resiko pasien jatuh). Sedangkan SKP 1 (Ketepatan Identifikasi Pasien), SKP 2 (Meningkatkan efektifitas komunikasi), SKP 3 (Meningkatkan kewaspadaan obat yang perlu diwaspadai), dan SKP 5 (Mengurangi risiko infeksi), keempatnya memperoleh skor 5 (TS). Penelitian ini berhasil mendapatkan derajat signifikan 96,283%, lebih tinggi dari tingkat kepercayaan 95% yang ditetapkan, atau dengan tingkat kesalahan 5%.
	W. G. D Ch. R.	Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif yang bertujuan untuk mendapatkan informasi yang lebih	Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan indentifikasi pasien, pelaksanaan komunikasi efektif, pelaksanaan peningkatan keamanan



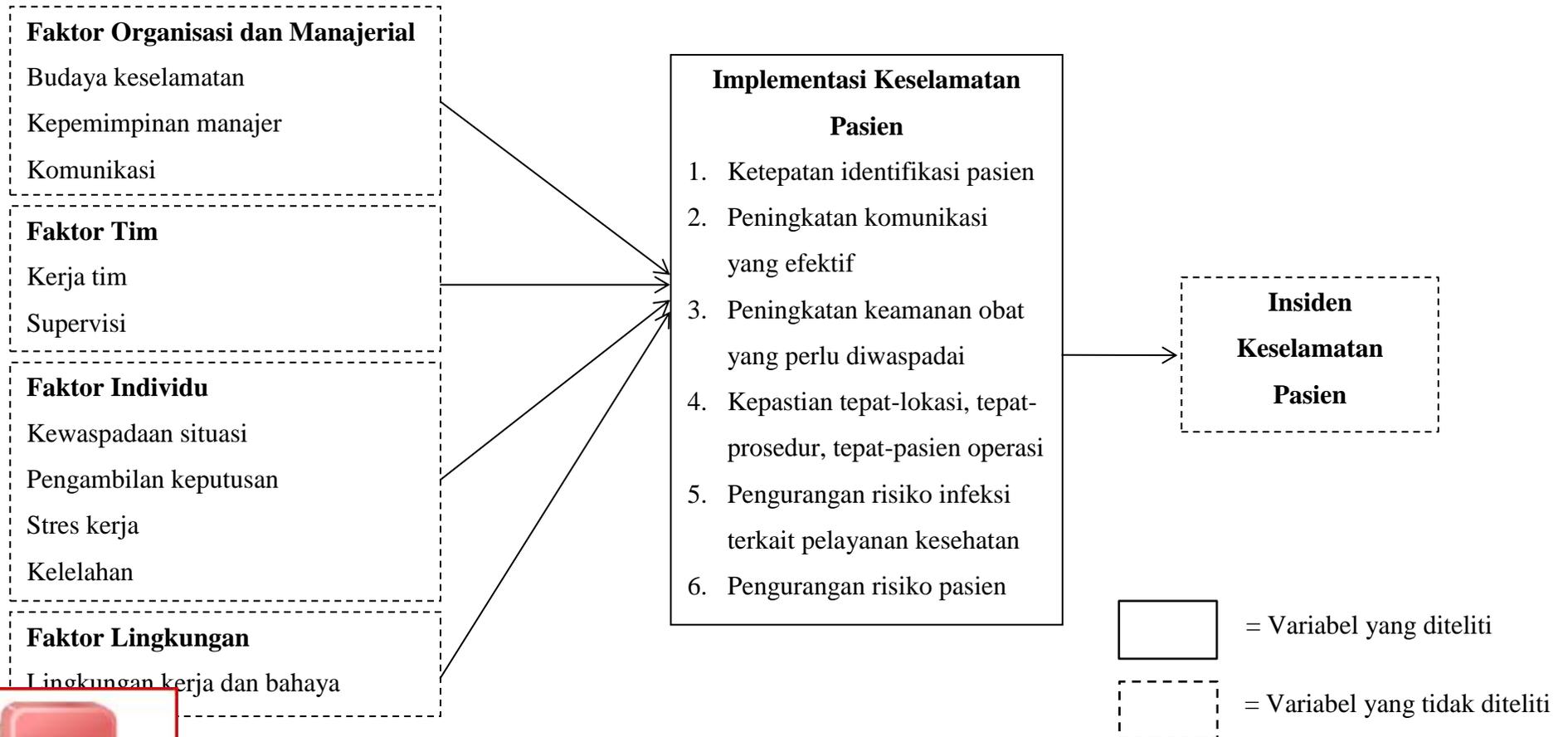
No	Penulis	Judul	Metode	Kesimpulan
	Tilaar (2015)	di Unit Gawat Darurat RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano Sesuai dengan Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012	mendalam tentang pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di UGD RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara mendalam, observasi dokumen dan observasi langsung.	obat yang perlu diwaspadai, pelaksanaan kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi sudah sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit versi 2012 sedangkan pelaksanaan pengurangan risiko infeksi dan pelaksanaan pengurangan risiko pasien jatuh belum sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit versi 2012.
4.	Diah Arrum, Salbiah, Murniati Manik (2015)	Pengetahuan Tenaga Kesehatan dalam Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Sumatera Utara	Metode pada penelitian ini menggunakan desain deskriptif. Teknik sampling yang digunakan adalah <i>purposive sampling</i> .	Simpulan dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan baik dokter dan perawat memiliki pengetahuan yang kurang baik tentang sasaran keamanan pasien di rumah sakit, yang menunjukkan bahwa identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat, kepastian tepat lokasi, prosedur, pasien operasi, pengendalian infeksi, pencegahan pasien jatuh belum dipahami oleh tenaga kesehatan yaitu perawat dan dokter.
5.	Nur Mahya Isnaini, Muhammad Rofii (2014)	Pengalaman Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Keselamatan Pasien	Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Sampel diambil dengan menggunakan tehnik <i>purposive sampling</i> . Pengambilan data melalui wawancara mendalam ( <i>Indepth interview</i> ). Peneliti melakukan proses analisis data menggunakan metode collaizi.	Upaya yang dilakukan dalam proses identifikasi pasien adalah dengan meminta pasien untuk menyebutkan 2 identitasnya kemudian dicocokkan dengan identitas di RM atau gelang pasien. Peningkatan komunikasi efektif dilakukan dengan menggunakan teknik SBAR dan melakukan konfirmasi dengan membicarakan ulang perintah saat berkomunikasi via telepon. Peningkatan



No	Penulis	Judul	Metode	Kesimpulan
				keamanan terhadap obat yang perlu diwaspadai dilakukan dengan memberi label pada obat <i>high alert</i> dan membatasi persediaan di ruangan. Upaya yang dilakukan untuk memastikan keamanan tindakan bedah yang benar letak adalah dengan meminta dokter menandai lokasi operasi berupa lingkaran kecil. Pencegahan risiko infeksi diupayakan dengan cara cuci tangan pada <i>five moment</i> . Upaya yang dilakukan untuk mencegah risiko jatuh adalah dengan melakukan pengkajian risiko jatuh dan melakukan intervensi pencegahan kejadian jatuh. Pelaksanaan sasaran keselamatan pasien masih menemui berbagai hambatan. Partisipan memiliki cara masing-masing untuk mengatasi setiap hambatan tersebut.
6.	Widani Darma Isasih, A Ahid Mudayana (2013)	Naskah Publikasi Analisis Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Kabupaten Lombok Utara	Jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Teknik penentuan subjek menggunakan metode <i>purposive</i> . Cara pengumpulan data dengan wawancara mendalam, observasi langsung dan telaah dokumen dengan metode analisis model Milles dan Huberman. Keabsahan data menggunakan teknik triangulasi sumber metode.	Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas, menyimpan obat yang perlu diwaspadai di tempat terpisah, sudah menerapkan 6 langkah dan 5 momen cuci tangan penggunaan APD, beberapa petugas sudah melakukan asesmen awal dan asesmen ulang risiko pasien jatuh. Dengan demikian, implementasi sasaran keselamatan pasien di RSUD kabupaten Lombok Utara belum terlaksana dengan maksimal.



## E. Kerangka Teori



Sumber: WHO, 2009 dan KARS, 2017

Gambar 2.1 Kerangka Teori



## BAB III

### KERANGKA KONSEP

#### A. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian

Tingginya angka insiden keselamatan pasien menjadi dasar pentingnya upaya keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan (Ulumiyah, 2018). Pemilihan variabel sasaran keselamatan pasien dalam penelitian ini yaitu 1) identifikasi pasien dengan benar, 2) peningkatan komunikasi yang efektif, 3) peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, 4) kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, 5) pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan 6) pengurangan risiko cedera karena pasien jatuh berdasarkan penelitian-penelitian yang sebelumnya telah dilakukan.

Yudhawati dan Listiowati (2015) pada variabel identifikasi pasien dengan benar dan peningkatan komunikasi yang efektif menemukan bahwa insiden keselamatan pasien (IKP) yang terjadi dua diantaranya berkaitan dengan salah identifikasi dan komunikasi tidak efektif. Laporan Peta Nasional IKP (2007) pada variabel peningkatan keamanan obat-obat yang harus diwaspadai yang menyatakan bahwa kesalahan dalam pemberian obat menduduki peringkat pertama dari 10 besar IKP yang dilaporkan.

Penelitian pre-eksperimen yang dilakukan oleh Pujiyanto (2014) untuk variabel kepastian tepat lokasi, prosedur dan pembedahan pada pasien yang

ar yang menemukan bahwa tingkat keselamatan pasien pada kelompok g menerapkan *Surgical Safety Checklist* lebih tinggi dibandingkan



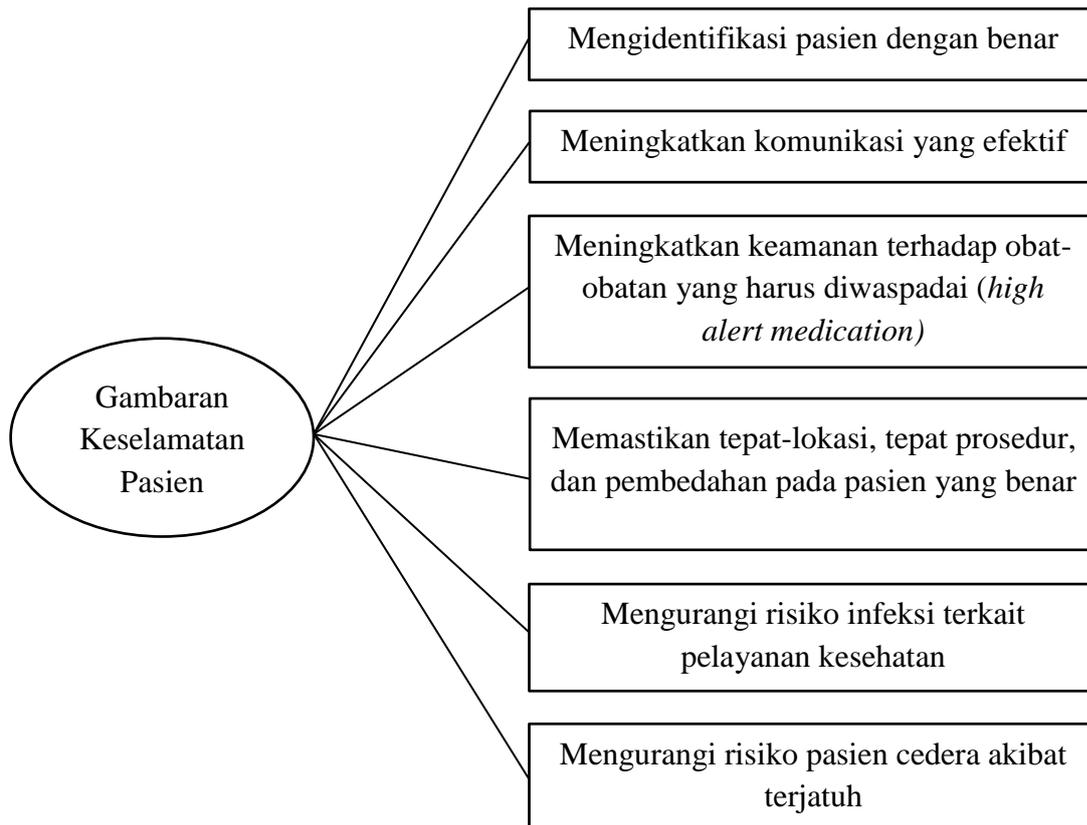
kelompok kontrol. Untuk variabel mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, penelitian yang dilakukan di 11 rumah sakit di DKI Jakarta pada tahun 2004 menunjukkan bahwa 9,80% pasien rawat inap mendapatkan infeksi terkait pelayanan kesehatan (Achmad, 2017). Terakhir, untuk variabel mengurangi cedera pasien akibat terjatuh, Handayani (2017) menemukan bahwa KTD yang terjadi disebabkan karena pasien terjatuh dari tempat tidur sehingga mengalami cedera.

Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Syurandhari (2016) menjadikan sasaran keselamatan pasien sebagai variabel yang mewakili keselamatan pasien dalam hubungannya dengan mutu pelayanan. Penelitian lainnya juga dilakukan oleh Muharram (2016) untuk melihat gambaran sasaran keselamatan pasien di ruang rawat inap di rumah sakit. Berdasarkan temuan-temuan di atas, maka peneliti ingin melihat gambaran keselamatan pasien berdasarkan sasaran keselamatan pasien.



## B. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang terkait dengan masalah yang akan diteliti, maka kerangka konsep digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 3.1 Kerangka Konsep**



### C. Definisi Konseptual

**Tabel 3.1 Definisi Konseptual**

No.	Variabel Penelitian	Definisi Konseptual	Alat Ukur	Instrumen
1.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	Petugas mengidentifikasi pasien dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas (Nama, tanggal lahir, dan nomor RM) sesuai dengan regulasi rumah sakit. Identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik, pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet, radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.	a) Telaah dokumen b) Wawancara mendalam c) Observasi	a) Literatur/dokumen berdasarkan SNARS b) Pedoman wawancara SNARS c) Pedoman observasi SNARS
2.	Meningkatkan komunikasi yang efektif	Meningkatkan komunikasi yang efektif yang dimaksud dalam penelitian ini, yaitu pesan secara verbal atau verbal lewat telpon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan, ada regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis, dan, proses komunikasi “Serah Terima” ( <i>hand over</i> ), yang kelengkapannya meliputi: bukti catatan tentang hal-hal kritis dikomunikasikan di antara PPA pada waktu dilakukan serah terima pasien ( <i>hand over</i> ); formulir, alat, dan metode ditetapkan untuk mendukung proses serah terima pasien ( <i>hand over</i> ) bila mungkin melibatkan pasien; dan bukti dilakukan evaluasi tentang catatan komunikasi saat serah terima pasien ( <i>hand over</i> ) untuk memperbaiki proses.	a) Telaah dokumen b) Wawancara mendalam	a) Literatur/dokumen berdasarkan SNARS b) Pedoman wawancara SNARS



No.	Variabel Penelitian	Definisi Konseptual	Alat Ukur	Instrumen
3.	Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai ( <i>high alert medication</i> )	Meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai pada penelitian ini adalah ada regulasi dan bukti implementasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai, tersedianya daftar semua obat yang perlu diwaspadai yang disusun berdasar data spesifik sesuai kebijakan dan prosedur, serta tempat penyimpanan dan pelabelan semua diatur di tempat aman serta regulasi pengelolaan penggunaan elektrolit konsentrat.	a) Telaah dokumen b) Wawancara mendalam c) Observasi	a) Literatur/dokumen berdasarkan SNARS b) Pedoman wawancara SNARS c) Pedoman observasi SNARS
4.	Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar	Yang dimaksud memastikan lokasi, prosedur dan pembedahan pada pasien yang benar adalah ada regulasi untuk melakukan verifikasi sebelum, saat, dan setelah operasi dengan tersedianya " <i>check list</i> " ( <i>Surgical Checklist</i> dari WHO <i>patient safety</i> 2009), ada regulasi tentang prosedur <i>Time-Out</i> , dan pelaksanaannya baik sebelum dan sesudah operasi termasuk tindakan medis dan gigi menggunakan komponen identifikasi tepat pasien, tepat prosedur dan tepat lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan.	a) Telaah dokumen b) Wawancara mendalam c) Observasi	a) Literatur/dokumen berdasarkan SNARS b) Pedoman wawancara SNARS c) Pedoman observasi SNARS
	Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan mengacu pada standar WHO terkini dan pelaksanaannya, staf dapat melakukan cuci tangan sesuai prosedur, prosedur disinfeksi dilakukan sesuai regulasi, dan adanya evaluasi terhadap upaya penurunan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan.	a) Telaah dokumen b) Wawancara mendalam c) Observasi	a) Literatur/dokumen berdasarkan SNARS b) Pedoman wawancara SNARS c) Pedoman observasi SNARS



No.	Variabel Penelitian	Definisi Konseptual	Alat Ukur	Instrumen
6.	Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh	Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh yang dimaksud dalam penelitian ini adalah ada regulasi, bukti pelaksanaan asesmen risiko jatuh dalam RM (asesmen awal, lanjutan, dan ulang) dari pasien rawat inap yang berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh; dan langkah-langkah yang diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Telaah dokumen</li> <li>b) Wawancara mendalam</li> <li>c) Observasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Literatur/dokumen berdasarkan SNARS</li> <li>b) Pedoman wawancara SNARS</li> <li>c) Pedoman observasi SNARS</li> </ul>



## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian**

Penelitian mengenai gambaran penerapan sasaran keselamatan pasien SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar tahun 2019 adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan instrumen penilaian SNARS Edisi 1 yang bertujuan untuk menggambarkan keselamatan pasien di rumah sakit. Pendekatan yang digunakan yakni fenomenologi. Studi ini mencari jawaban tentang makna dari suatu fenomena. Fenomenologi menjelaskan struktur kesadaran dalam pengalaman manusia. Pendekatan fenomenologi berupaya membiarkan realitas mengungkapkan dirinya sendiri secara alami (Hasbiansyah, 2008).

#### **B. Lokasi Penelitian**

##### **1. Lokasi Penelitian**

Penelitian ini berlokasi di RSUD Kota Makassar, Jalan Perintis Kemerdekaan km.10, Kecamatan Biringkanaya, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan.

##### **2. Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 12 Maret – 12 April tahun 2019.

#### **C. Informan Penelitian**

Informan dalam penelitian ini dipilih dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, yakni teknik penetapan sampling yang dilakukan dengan



pertimbangan tertentu sesuai dengan ciri-ciri yang dikehendaki (Nasir et al., 2011) serta sesuai dengan instrumen penilaian SNARS Edisi 1. Informan berjumlah 10 jenis dengan rincian sebagai berikut:

1. Staf pendaftaran
2. Staf klinis
3. Staf keperawatan dan/atau PPJA
4. Staf RS
5. PPA
6. DPJP dan/atau Dokter
7. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK)/Asisten Apoteker
8. Komite/Tim PMKP
9. Komite/Tim PPI
10. Pasien/keluarga

#### **D. Instrumen Penelitian**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah instrumen akreditasi SNARS Edisi 1 yang dipergunakan KARS. Instrumen ini berupa telusur dokumen, observasi, dan wawancara.

#### **E. Pengumpulan Data**

##### **1. Sumber Data**

###### **a. Data Primer**

Data primer didapatkan dengan observasi langsung dan wawancara mendalam. Observasi dilakukan untuk mendapatkan bukti pelaksanaan kegiatan/pelayanan apakah sudah sesuai dengan regulasi,



*cross check* bukti pelaksanaan kegiatan, dan/atau dipergunakan untuk memvalidasi dokumen hasil audit/instrumen. Wawancara dilakukan untuk lebih memastikan bahwa kegiatan/ pelayanan sudah dilaksanakan dan sudah sesuai dengan regulasi dan sebagai *cross check* kegiatan yang sudah dilaksanakan (KARS, 2017b). Hasil observasi dan wawancara berupa rekaman dan catatan.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh melalui telusur dokumen berdasarkan instrumen akreditasi SNARS Edisi 1 untuk mengetahui kelengkapan regulasi dan bukti pelaksanaan kegiatan di rumah sakit. Dokumen yang dikumpulkan berupa regulasi dan bukti pelaksanaan kegiatan yang dikelompokkan berdasarkan Elemen Penilaian yang akan dinilai kelengkapannya.

## 2. Teknik Pengumpulan Data

Beberapa teknik pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Telusur Dokumen

Dokumen merupakan kelengkapan yang harus dipenuhi oleh rumah sakit untuk menilai keberhasilan dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien. Dokumen dalam penelitian berupa:



- 1) Regulasi yang dapat berupa kebijakan/prosedur (SPO), pedoman, panduan, peraturan Direktur Rumah Sakit, Keputusan Direktur rumah sakit dan atau program tentang:
  - a) Pelaksanaan identifikasi pasien;
  - b) Komunikasi tentang efektif antar professional pemberi asuhan;
  - c) Penetapan besaran nilai kritis dan hasil diagnostik kritis;
  - d) Obat yang perlu diwaspadai;
  - e) Pengelolaan elektrolit konsenrat;
  - f) Pelaksanaan *surgical safety check list*;
  - g) Prosedur *Time-out*;
  - h) Kebersihan tangan (*hand hygiene*); dan
  - i) Mencegah pasien cedera karena jatuh.
- 2) Dokumen bukti pelaksanaan tentang:
  - a) Pelatihan komunikasi efektif (kerangka acuan (TOR) pelatihan yang dilampiri jadwal aara, undangan, materi/bahan pelatihan, absensi/daftar hadir, lapopran pelatihan)
  - b) Penyampaian pesan verbal atau lewat telpon
  - c) Serah terima pasien
  - d) Obat yang perlu diwaspadai
  - e) Penandaan sayatan operasi pertama pada pasien
  - f) *Time-out*
  - g) *Time-out* diluar kamar operasi



- h) Program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di seluruh rumah sakit
  - i) Dokumen pelaksanaan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di seluruh rumah sakit sesuai dengan PPI 9 EP 1
  - j) Evaluasi upaya menurunkan infeksi sesuai dengan PI 6 EP 2
  - k) Dalam RM tentang pelaksanaan asesmen risiko jatuh
  - l) Langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh
- 3) Berkas rekam medik pasien
  - 4) Dokumen hasil pemeriksaan diagnostik secara verbal
  - 5) Dokumen penetapan pelaporan nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik
  - 6) Dokumen bukti form, alat, metode serah terima pasien (*operan/hand over*)
  - 7) Dokumen hasil evaluasi catatan komunikasi yang terjadi saat operan
  - 8) Daftar obat yang perlu diwaspadai
  - 9) Daftar elektrolit konsentrat di semua tempat penyimpanan yang diperbolehkan
  - 10) Form tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.

b. Observasi



Beberapa informasi yang diperoleh dari hasil observasi menurut Saryono dan Anggraeni(2013) adalah ruang (tempat), pelaku, kegiatan,

objek, perbuatan, kejadian atau peristiwa, waktu, dan perasaan. Observasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah bukti kegiatan yang didapatkan berdasarkan hasil penglihatan/observasi yang dilakukan dengan menggunakan pedoman observasi instrumen survei akreditasi SNARS Edisi 1.

c. Wawancara

Jenis wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini adalah semiterstruktur, dimana wawancara ini sudah termasuk dalam kategori *in-depth interview*. Dalam pelaksanaannya, wawancara ini lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuan dari wawancara ini adalah untuk menemukan masalah secara lebih terbuka, dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat dan ide-idenya. Dalam melakukan wawancara, peneliti perlu mendengarkan secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan oleh informan (Saryono dan Anggraeni, 2013).

Sebelum dilakukan wawancara mendalam informan diminta persetujuannya dengan mengisi *Informed Consent*. Setelah mengisi *informed consent* peneliti memulai wawancara dengan menggunakan pedoman wawancara berdasarkan instrumen survei akreditasi SNARS Edisi 1.



Tabel 4.1 Sumber Data Penelitian

No	Variabel	Sumber			Sasaran Informan	Unit/Instalasi yang dikunjungi
		Dokumen	Wawancara	Observasi		
1.	Mengidentifikasi pasien dengan benar	✓	✓	✓	1. Staf pendaftaran 2. Staf klinis 3. Pasien/ keluarga	1. Rawat jalan 2. Rawat inap 3. UGD 4. Kamar operasi 5. Unit layanan diagnostik
2.	Meningkatkan komunikasi yang efektif	✓	✓	-	1. Staf klinis 2. Staf keperawatan 3. PPA 4. DPJP	1. Laboratorium 2. Radiologi/USG/ MRI 3. Rawat inap 4. Unit terapi fisik
3.	Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai ( <i>high alert medication</i> )	✓	✓	✓	1. Staf klinis 2. Apoteker/ TTK/Asisten	1. Farmasi/unit/ depo obat 2. Ruang perawatan
4.	Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar	✓	✓	✓	1. Staf Klinis 2. DPJP 3. Pasien/ Keluarga	1. Kamar operasi
5.	Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	✓	✓	✓	1. Staf RS 2. Komite/Tim PMKP 3. Komite/Tim PPI	1. Ruang PMKP 2. Ruang PPI 3. Ruang perawatan
	Mengurangi risiko cedera pasien terjatuh	✓	✓	✓	1. Staf klinis 2. PPJA 3. Pasien/Keluarga	1. Unit terapi fisik 2. Rawat jalan 3. Rawat inap



## F. Keabsahan Data

Untuk menjaga keabsahan data yang telah dikumpulkan maka dilakukan triangulasi, yaitu pemeriksaan keasahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut (Saryono dan Anggraeni, 2013). Triangulasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah:

1. Triangulasi sumber, yang dilakukan dengan membandingkan kebenaran informasi antar informan. Peneliti membandingkan informasi yang diberikan setiap informan.
2. Triangulasi teknik, yaitu dilakukan cara menggunakan berbagai macam metode pengumpulan data. Metode pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini antara lain telusur dokumen, observasi, dan wawancara mendalam. Dalam penelitian ini peneliti membandingkan informasi hasil telusur dokumentasi dengan hasil observasi dan wawancara mendala di lokasi penelitian.

## G. Pengolahan dan Analisis Data

Langkah umum analisis data kualitatif adalah sebagai berikut :

1. Pengaturan/penataan data

Sebelum dianalisis, dipastikan bahwa semua data yang diperlukan telah lengkap, tercatat dan diberi label dengan sistematis, sehingga data menjadi teratur dan mudah dilacak.

melakukan coding dan kategorisasi



Koding dimulai setelah semua data yang didapatkan dibaca berulang-ulang. Disusun kata kunci, tema, isu dan pernyataan-pernyataan informan sehingga ditemukan dan dibandingkan persamaan serta perbedaan materi data untuk membuat susunan kategori.

3. Mencari pola dan proposisi penelitian

Banyaknya kategori yang berbeda-beda perlu dikelompokkan menjadi tema-tema besar sehingga lebih stabil, rapi dan logis.

4. Menafsirkan data dan mengevaluasi penafsiran

Setelah menafsirkan data, maka data dievaluasi ulang agar bermakna, berguna, dan kredibel. Dilakukan pencarian terhadap penjelasan alternatif dan kasus negatif, dilakukan validasi terhadap keabsahan data responden dan direfleksikan terhadap interpretasi yang telah dilakukan

## H. Penyajian Data

Penyajian data hasil telusur dokumen dan observasi dalam bentuk uraian singkat dan hasil wawancara digunakan kuotasi.



## BAB V

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Karakteristik Informan

Karakteristik informan pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 5.1 berikut:

**Tabel 5.1 Karakteristik Informan Keselamatan Pasien Berdasarkan SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar Tahun 2019**

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia
1.	Informan I	Perempuan	38 tahun
2.	Informan II	Laki-laki	54 tahun
3.	Informan III	Laki-laki	47 tahun
4.	Informan IV	Perempuan	28 tahun
5.	Informan V	Perempuan	36 tahun
6.	Informan VI	Perempuan	39 tahun
7.	Informan VII	Perempuan	34 tahun
8.	Informan VIII	Perempuan	33 tahun
9.	Informan IX	Perempuan	48 tahun
10.	Informan X	Perempuan	50 tahun
11.	Informan XI	Perempuan	31 tahun
12.	Informan XII	Perempuan	45 tahun
13.	Informan XIII	Perempuan	45 tahun
14.	Informan XIV	Laki-laki	40 tahun
15.	Informan XV	Perempuan	35 tahun
16.	Informan XVI	Perempuan	21 tahun
17.	Informan XVII	Laki-laki	23 tahun
18.	Informan XVIII	Laki-laki	18 tahun
19.	Informan XIX	Perempuan	34 tahun
20.	Informan XX	Laki-laki	24 tahun

*Sumber: Data Primer*

Dalam penelitian ini didapatkan informan sebanyak 20 orang. Informan tersebut dipilih berdasarkan instrumen Sasaran Keselamatan Pasien SNARS Edisi 1 dengan jenis informan yaitu: staf pendaftaran, staf klinis,

staf administrasi, staf keuangan, staf gizi, staf farmasi, staf keperawatan/keluarga, Profesional Pemberi Asuhan (PPA), Dokter Penanggung-jawab Pelayanan (DPJP), Dokter, Staf keperawatan, Apoteker, Tenaga Teknis



Kefarmasian (TTK), Asisten apoteker, Staf RS, Komite/Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Komite/Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), dan Perawat Penanggungjawab Asuhan (PPJA). Informan dalam penelitian ini terdiri dari 14 orang perempuan dan 6 orang laki-laki. Informan yang terbanyak berada pada rentang usia 31-40 tahun. Usia informan paling muda berumur 18 tahun sedangkan yang paling tua berumur 54 tahun.

## B. Hasil Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang bertujuan untuk mengetahui gambaran keselamatan pasien berdasarkan instrumen SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar. Dalam instrumen tersebut keselamatan pasien dilihat dari enam sasaran, yaitu sasaran 1: mengidentifikasi pasien dengan benar, sasaran 2: meningkatkan komunikasi yang efektif, sasaran 3: meningkatkan keamanan obat-obat yang harus diwaspadai (*high alert medications*), sasaran 4: memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar, sasaran 5: mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan sasaran 6: mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

Instrumen SNARS memadukan telusur dokumen, observasi, dan wawancara dalam menilai standar yang harus dipenuhi. Telusur dokumen diadakan untuk melihat gambaran keselamatan pasien berdasarkan kelengkapan regulasi dan bukti proses kegiatan/pelayanan yang ada di rumah

Observasi dilakukan untuk melihat gambaran keselamatan pasien terhadap kegiatan/pelayanan yang ada di rumah sakit. Sedangkan,



wawancara dilakukan untuk melihat gambaran keselamatan pasien berdasarkan hasil tanya jawab yang dipergunakan untuk lebih memastikan/*cross check* bahwa kegiatan/pelayanan sudah dilaksanakan dan sudah sesuai dengan regulasi.

Dalam menentukan bagus tidaknya penerapan setiap sasaran, hasil telusur dokumen, observasi dan wawancara dalam penelitian ini diberikan skor sesuai instrumen penilaian SNARS Edisi 1 sebagai berikut:

**Tabel 5.2 Penentuan Skor Berdasarkan Metode yang Digunakan**

No	Kriteria	Skor 10 (TL)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)
1.	Pemenuhan elemen penilaian	minimal 80%	20 - 79%	kurang 20%
2.	Bukti kepatuhan	ditemukan secara konsisten pada semua bagian di mana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku	tidak ditemukan secara konsisten pada semua bagian/ dimana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku	tidak ditemukan secara menyeluruh pada semua bagian dimana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku
3.	Hasil wawancara dari pemenuhan persyaratan yang ada di EP	jawaban "ya" atau "selalu"	jawaban "biasanya" atau "kadang kadang"	jawaban "jarang" atau "tidak pernah"
4.	Regulasi sesuai dengan yang dijelaskan di maksud dan tujuan pada standar	kelengkapan regulasi 80 %	kelengkapan regulasi 20 - 79%	kelengkapan regulasi kurang 20 %
	Dokumen pelatihan : meliputi kerangka acuan (TOR) pelatihan yang dilampiri jadwal acara, undangan, materi/bahan pelatihan, absensi/daftar	kelengkapan bukti dokumen pelatihan 80 %	kelengkapan bukti dokumen pelatihan 20 - 79%	kelengkapan bukti dokumen pelatihan kurang 20 %



No	Kriteria	Skor 10 (TL)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)
	hadir, laporan pelatihan			
6.	Hasil observasi pelaksanaan kegiatan/pelayanan sesuai regulasi	80 % Cth : 8 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi memenuhi EP	20 - 79 % Cth : 2-7 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi memenuhi EP	kurang 20 % Cth : 1 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi memenuhi EP

### 1. Sasaran 1: Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

Dalam sasaran 1 terdapat lima Elemen Penilaian (EP) yang digunakan untuk memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien sebagai berikut:

- a. EP 1: ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien

Berdasarkan hasil telusur dokumen di RSUD Kota Makassar, terdapat regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien. Regulasi tersebut tertuang dalam bentuk Standar Prosedur Operasional (SPO) yang digunakan sebagai acuan rumah sakit dalam mengidentifikasi pasien.

- b. EP 2: 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

Berdasarkan hasil telusur dokumen, untuk bukti identitas pasien pada semua berkas Rekam Medik (RM), identitas pasien tercetak dengan minimal menggunakan tiga identitas: 1) nama pasien sesuai eKTP, 2) tanggal lahir, dan 3) nomor RM, terdapat di RSUD Kota



Makassar. Identitas pasien pada semua berkas RM di RSUD kota Makassar tercetak dengan menggunakan 6 (enam) identitas, yaitu: 1) nama pasien sesuai eKTP, 2) tanggal lahir, 3) alamat, 4) tanggal dan waktu masuk rumah sakit, 5) jenis kelamin, dan 6) nomor RM.

Sementara itu, hasil observasi untuk EP 2 dengan melihat identitas pasien yang tercetak pada label obat, RM, resep, makanan, spesimen, permintaan dan hasil laboratorium/radiologi di RSUD Kota Makassar mengkonfirmasi bukti dokumen yang ada, dimana identitas pasien dicetak menggunakan 6 (enam) identitas, kecuali identitas pasien pada makanan. Berikut merupakan hasil observasi dan bukti dokumen EP 2:

NO RM. 262692	L
RASYA ADITIA ISLAMI	
TGL LAHIR 30/05/2007	16/03/2019 03.53
JL.P.KEMERDEKAAN KM 17 PAI	
PENEKIMA PERINTAH (TANDA TANGAN)	PEMBERI PERINTAH (TANDA TANGAN)
	PELAKSANA PERINTAH (TANDA TANGAN)

**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR**  
**RUMAH SAKIT UMUM KOTA MAKASSAR**  
**INSTALASI LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK**  
 Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 14 Makassar Telp. (0411)510016  
 e-mail : labrsdaya@yahoo.com

Dokter Penanggung Jawab : Dr. dr. Nurahmi, M.Kes., Sp.PK  
 dr. Reini Meilani Isbach, M.Kes., Sp.PK

Nama Pasien : NURAENI	No.Lab : 19002232
No.RM : 661492	Status Pasien : BPJS
Tgl. Lahir : 18-04-1965	Umur/J.Kelamin : 53 Th / Perempuan
Alamat :	Tanggal Order : 13-02-19 13:42
	Tanggal Terima : 13-02-19 13:48
Bangsal/Poli: POLIKLINIK BEDAH UMUM	Tgl. Cetak : 14-02-19 07:15
No. Ruangan :	TAT : 0:43 Jam
Dokter : dr. Iwan Dani , SpB. KBD	Halaman : 1 / 1
ket. Klinis : tumor pedu dextra	

RUTIN

HASIL                      UNIT                      NILAI RUJUKAN





**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MAKASSAR**  
 JL. PERINTIS KEMERDEKAANKM. 14 TELP. (0411) 513127



## INSTALASI RADIOLOGI

No. FOTO	: 12. 10.22	Tgl. Periksa	: 01-04-2019
Nama	: TN. semua: Badu.	J. Kelamin	: Lk.
Umur	: 33 Th.	Poli / Ruang	: UED.
Alamat	: Jl. Baeculu.	Dr. Bangrim	: dr. Sa. Arsyah.

**Gambar 5.1 Bukti Identitas Pasien yang Tercetak di Berkas RM**

Hasil telusur dokumen dan observasi EP 2 selaras dengan hasil wawancara yang menyatakan bahwa semua pasien diidentifikasi dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

*“Namanya, tanggal lahir, alamat, jenis kelamin, itu saja.”*(Informan 8, 33 tahun)

*“Identifikasi melalui data rekam medik. Harus. Setelah data masuk, saya cek ulang, bener gak, bahkan kadang namanya salah, umurnya salah, jenis kelaminnya salah, sering didapatkan seperti itu. Kita disini cuma terima pasien, selebihnya kan data masuk. Nah kita crosscheck mi ulang. Jadi sampai di sini, pasien di crosscheck lagi.”*(Informan 10, 50 tahun).

*“Ku tanya nama, alamatnya, tanggal lahirnya, umurnya.”*  
(Informan 11, 31 tahun)

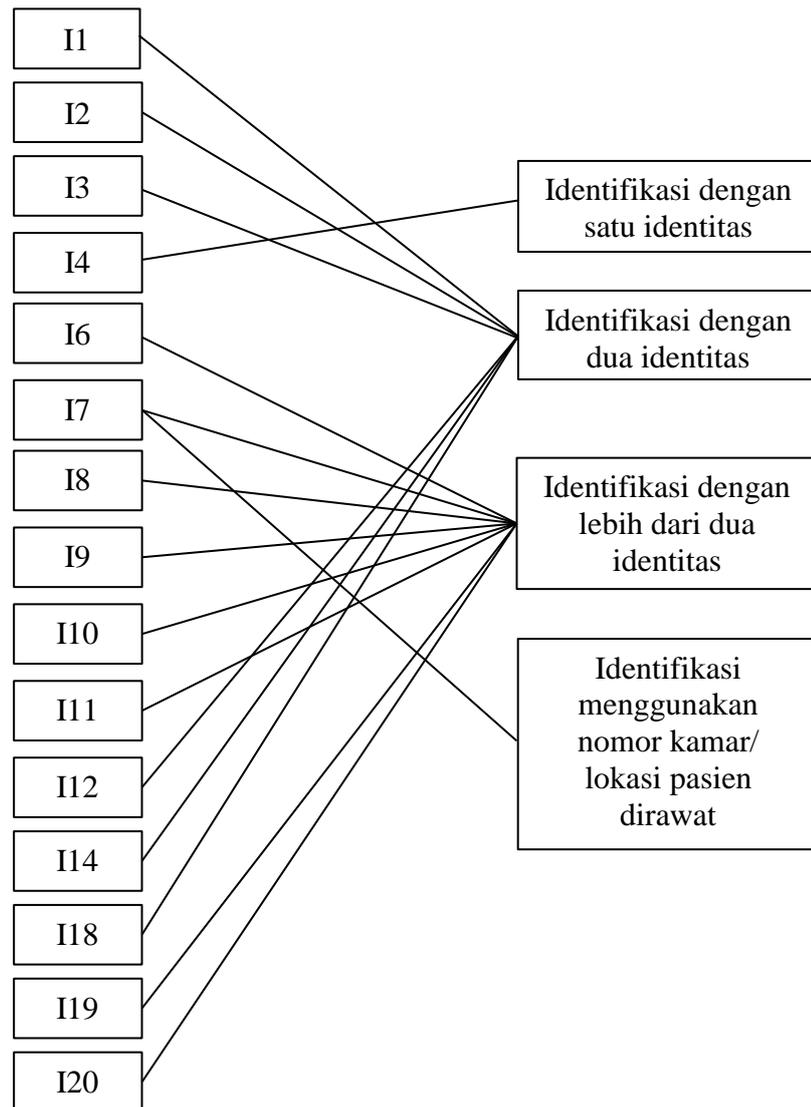
*“Iya. Nama, umur, tanggal lahir.”* (Informan 19, 34 tahun)

*“Identifikasi pasien itu dengan cara diliat gelangya. Kemudian diwawancarai juga pasiennya atau keluarganya. Yang diliat itu yah namanya, kalau ada KTPnya. Kalau ada yang sama namanya, kami ambil nama suaminya untuk membedakan, dan biasa kami membedakan kalau bisa di*



*tempat tidurnya atau ruangnya di pisah.” (Informan 7, 34 tahun)*

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 5.2 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP I: EP 2**

Berdasarkan skema di atas, dapat diketahui bahwa semua informan mengidentifikasi pasien menggunakan minimal 2 (dua) identitas, tetapi ada 1 informan yang selain menggunakan dua identitas



berupa nama dan KTP, juga menggunakan lokasi pasien di rawat berupa lokasi tempat tidur atau ruangan tempat pasien di rawat.

Berdasarkan hasil telusur dokumen RSUD Kota Makassar telah menerapkan EP 2. Untuk hasil observasi, 6 dari 7 kegiatan yang diobservasi telah menerapkan EP 2. Untuk hasil wawancara, 10 dari 11 informan mengonfirmasi bahwa identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit. Dengan demikian, secara keseluruhan RSUD Kota Makassar telah menerapkan EP 2.

- c. EP 3: identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik

Berdasarkan hasil observasi pada proses identifikasi sebelum tindakan, prosedur diagnostik dan terapeutik di RSUD Kota Makassar. Sebelum dilakukan tindakan pasien diidentifikasi dengan cara perawat/petugas bertanya atau memanggil nama pasien (verbal) dan/atau melihat gelang pasien (visual) kemudian mencocokkan dengan nama pasien yang akan ditindaki, identifikasi tersebut lebih diperhatikan terutama pada malam hari. Hasil observasi ini tercermin pada pernyataan informan pada saat wawancara sebagai berikut:

*“Ya, pasti.”* (Informan 3, 47 tahun)

*“Iya, apalagi kalau tengah malam itu harus lebih diperhatikan lagi, karena ada pasien yang biasa menyahut padahal bukan namanya yang dipanggil. Sebelum dilakukan injeksi atau tindakan lainnya, biasanya setelah*

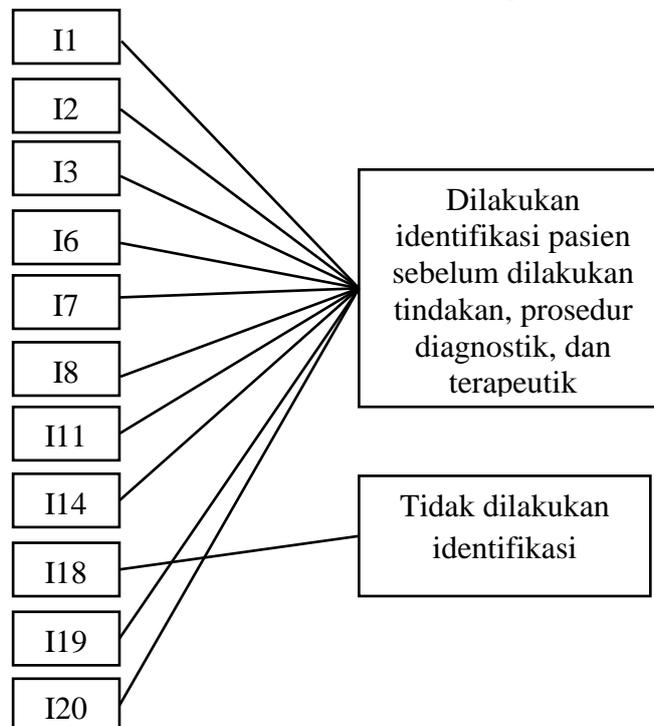


*pasien menyahut itu dan didatangi, dilihat kembali gelang pasiennya untuk mencocokkan namanya (pasien yang menyahut) dengan nama pasien yang akan ditindaki.”(Informan 1, 38 tahun).*

*“Jadi semua tindakan, misalkan mau resep, pemeriksaan penunjang kayak lab, pasti cari dulu ini statusnya, pastikan dulu statusnya, namanya sesuai ndak dengan pasiennya, dilakukan pengambilan darah, untuk tindakan infus juga pasti kami sesuaikan ji dengan data pasiennya. Jadi tetap diidentifikasi.” (Informan 8, 33 tahun)*

*“Nda ji, langsung ji.”(Informan 18, 18 tahun)*

Dari hasil wawancara di atas, dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 5.3 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP I: EP 3 identifikasi sebelum melakukan tindakan**

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, diketahui bahwa sebagian besar informan menyatakan pasien diidentifikasi sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik sebanyak 10 informan. Informan yang menyatakan tidak melakukan identifikasi



sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik sebanyak 1 informan.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa RSUD Kota Makassar telah menerapkan EP 3.

- d. EP 4: pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet dan EP 5: pasien diidentifikasi sebelum menerima cairan intravena, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan terhadap EP 4 dan EP 5, RSUD Kota Makassar telah menerapkan kedua EP tersebut dengan melakukan identifikasi dengan minimal dua identitas baik secara verbal, visual maupun menggabungkan verbal dan visual. Pemberian radioterapi, hemodialisis, dan katerisasi jantung tidak dilakukan di RSUD Kota Makassar. Hal ini dikarenakan RSUD Kota Makassar tidak memiliki layanan tersebut.

Wawancara yang dilakukan untuk mengonfirmasi hal tersebut menghasilkan jawaban bahwa semua informan menyatakan pasien diidentifikasi dengan cara memeriksa surat pengantar permintaan (untuk pengambilan darah atau spesimen lainnya), pasien ditanya identitasnya, dan/atau dilihat statusnya (rekam medik). Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:



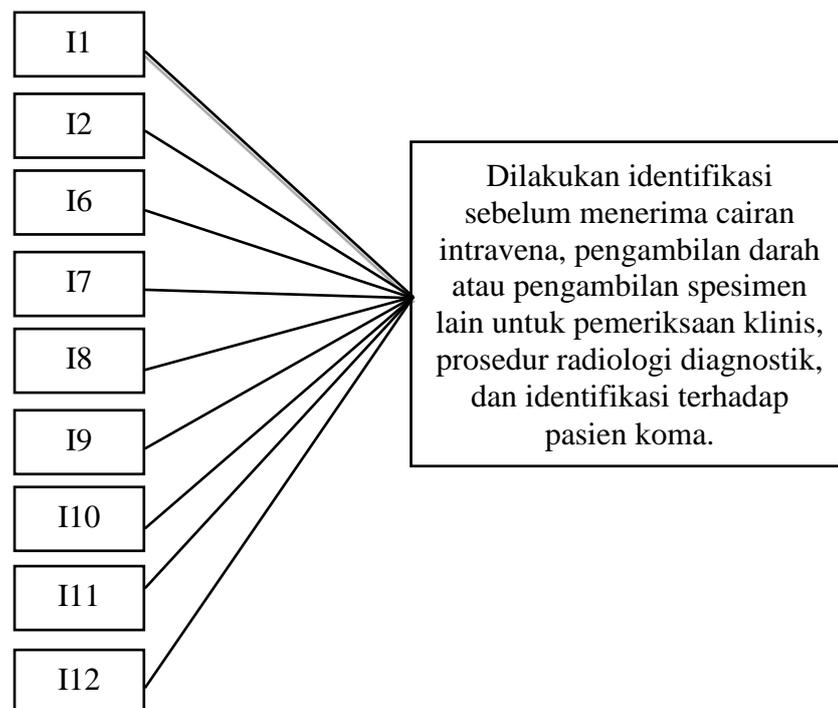
*“Tetap diliat statusnya, rencana apa yang mau dilakukan, tetap diidentifikasi lagi, “oh dengan bapak X?, iya, pak mau di USG ya? Iya.” Seperti itu.” (Informan 7, 34 tahun)*

*“Iya. Ada kan pengantar permintaannya, kita lihat, kita tanya, namanya siapa, sambil dilihat sesuai permintaan pemeriksaannya, baru disampling mi.” (Infoman 9, 48 tahun)*

*“Di bagian pemeriksaan menanyakan nama pasien sambil melihat gelang identitasnya, baru dilihat pemeriksaan apa yang akan dilakukan.” (Informan 12, 45 tahun)*

*“Iya, ditanya dulu” (Informan 18, 18 tahun)*

Dari hasil wawancara di atas, dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 5.4 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP I: EP 5 identifikasi sebelum menerima cairan intravena**

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan, kesimpulan yang diperoleh untuk EP 4 dan EP 5 adalah kedua EP tersebut telah diterapkan di RSUD Kota Makassar.



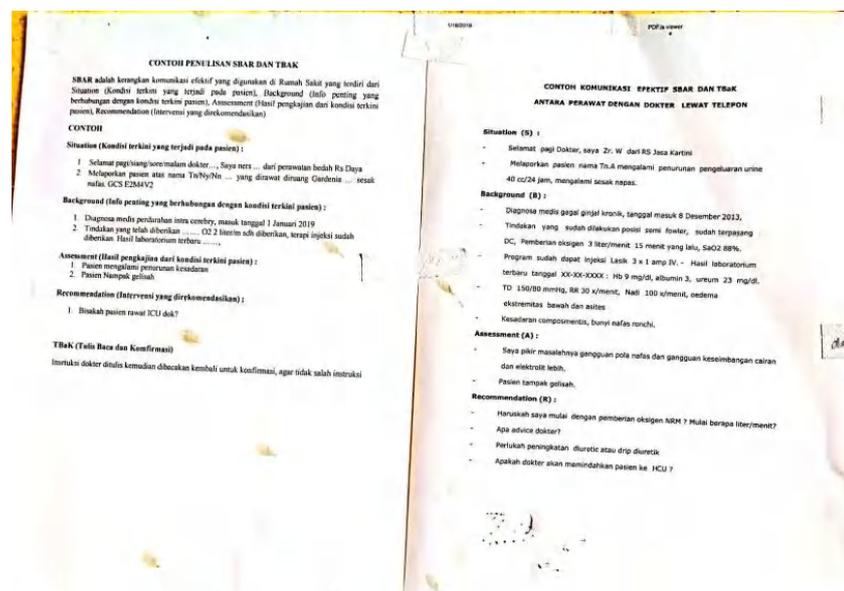
## 2. Sasaran 2: Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Dalam sasaran ini terdapat 3 (tiga) standar yakni SKP 2, 2.1, dan 2.2 dengan masing-masing jumlah EP secara berurutan sebanyak 4, 2, dan 3 sebagai berikut:

a. SKP 2: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telpon antar profesional pemberi asuhan (PPA).

1) EP 1: Ada regulasi tentang komunikasi efektif antar profesional pemberi asuhan

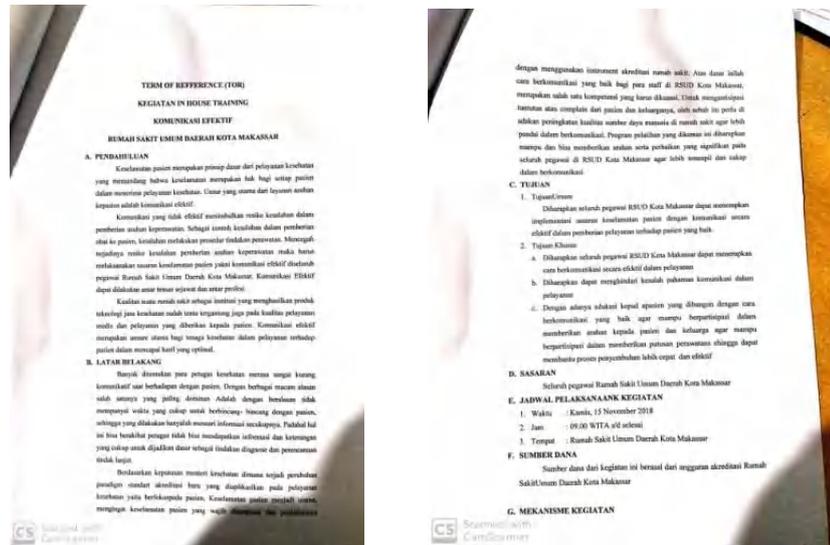
Berdasarkan hasil telusur dokumen yang dilakukan, terdapat regulasi tentang komunikasi efektif antara PPA di rumah sakit. Regulasi tersebut tertuang dalam bentuk SPO dan panduan berupa contoh komunikasi sebagai berikut:

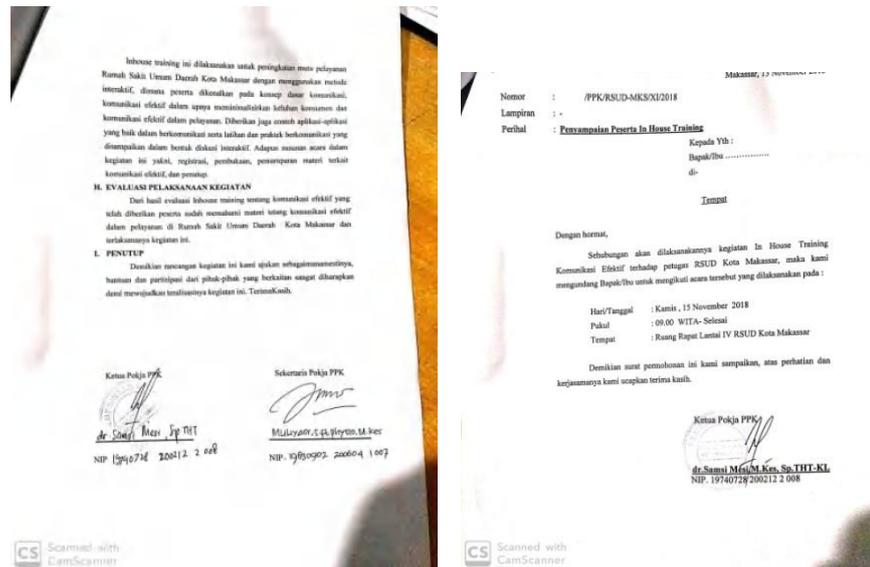


Gambar 5.5 Regulasi Komunikasi Efektif Antar PPA

2) EP 2: Ada bukti pelatihan komunikasi efektif antar professional pemberi asuhan

Hasil telusur dokumen yang dilakukan didapatkan bukti pelatihan komunikasi efektif antar profesional pemberi asuhan di bagian Diklat dan Humas RSUD Kota Makassar. Bukti tersebut berupa Kerangka Acuan (TOR) pelatihan yang dilampiri jadwal acara, undangan, materi/bahan pelatihan, absensi/daftar hadir, dan sertifikat pelatihan sebagai berikut:





**Gambar 5.6 Bukti Pelatihan Komunikasi Efektif**

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan semua informan menyatakan bahwa terdapat bukti pelatihan komunikasi efektif antar professional pemberi asuhan tetapi bukti tersebut tidak disimpan di unit/instalasi informan. Bukti pelatihan komunikasi efektif terdapat di bagian Diklat dan Humas RSUD Kota Makassar.

Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

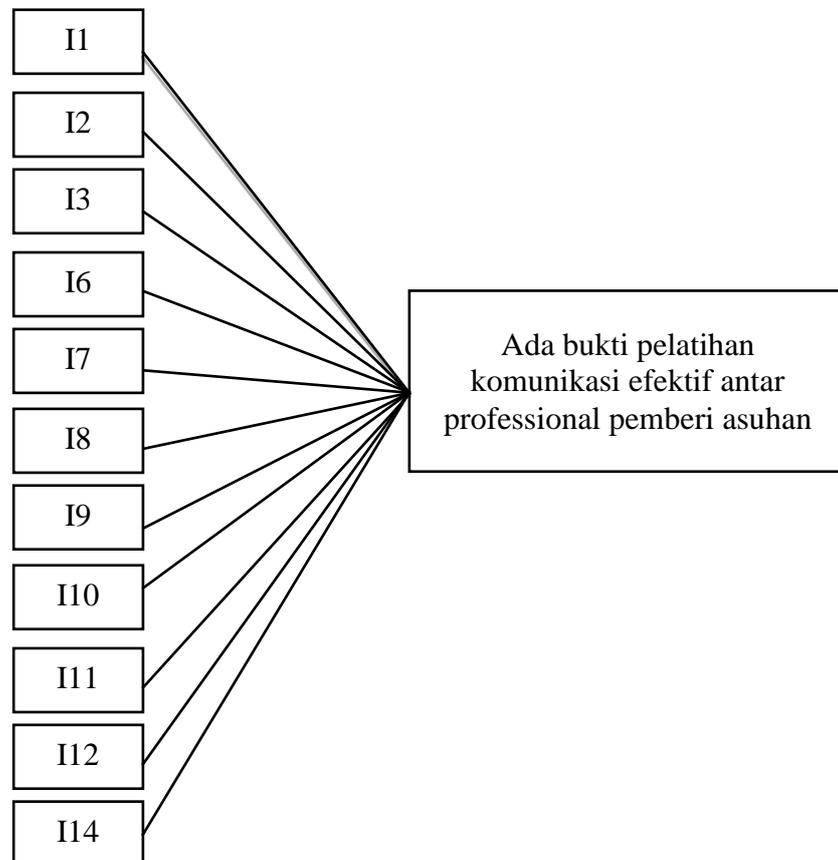
*“Pernah, dua tahun lalu, pada saat kita masuk akreditasi. Sertifikat pelatihan ada, tapi tidak diberikan. Bukti pelatihan ada, (seperti): absensi dengan surat tugas ada, tapi itu semua kan di diklat.”* (Informan 3, 47 tahun)

*“Ada sertifikat, ada daftar hadir tapi bukan kami yang pegang, di Yanmas ki coba.”* (Informan 6, 39 tahun)

*“Iya. Pernah, pada saat mau menjelang akreditasi.”* (Informan 10, 50 tahun)



Dari hasil wawancara di atas, dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 5.7 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 2: EP 2 bukti pelatihan komunikasi efektif antar PPA**

Dengan demikian, berdasarkan hasil observasi dan wawancara dapat disimpulkan bahwa terdapat bukti pelatihan komunikasi efektif di RSUD Kota Makassar.

- 3) EP 3: Pesan secara verbal atau verbal lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan.

Berdasarkan hasil telusur dokumen, RSUD Kota Makassar memiliki bukti pelaksanaan tentang penyampaian pesan verbal atau lewat telpon. Bukti tersebut berupa lembar catatan dengan judul



“formulir catatan lengkap perintah lisan/melalui telepon/pelaporan hasil pemeriksaan kritis” yang dimiliki oleh RSUD Kota Makassar. Formulir tersebut terdapat dalam berkas RM pasien.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, semua informan menyatakan 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 lengkap dengan sarana yang dibutuhkan untuk metode tersebut. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

*“Iya, tapi kalau lewat telpon itu jarang (dilakukan).”*  
(Informan 1, 38 tahun)

*“Jadi langsung dicatat di statusnya dan ada stempelnya. SBAR namanya. Iya, dia periksa.”* (Informan 8, 33 tahun)

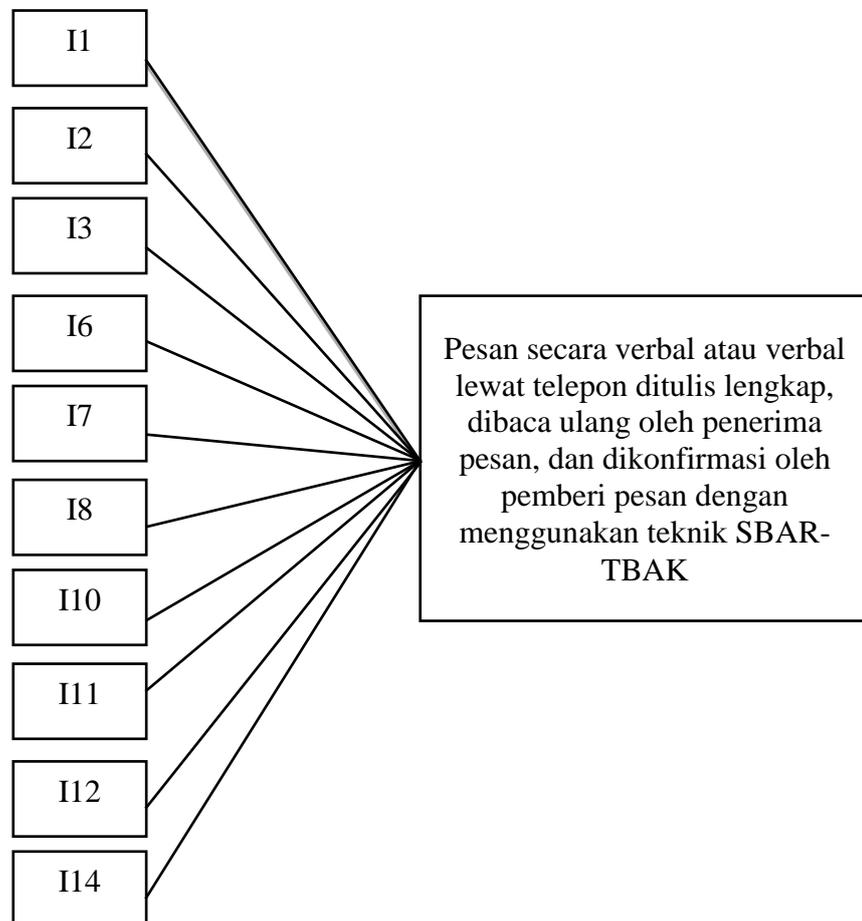
*“Iya dong, jelas. SBAR toh.”* (Informan 11, 31 tahun)

*“Iya., begitu ji. ada memang bukti bahwa yang kami lakukan itu seperti itu, SBAR namanya.”* (Informan 10, 50 tahun)

*“Disinikan pake SBAR, pake TBAK, kalau kita sistem pelaporan apa segala macam ke pasien kita pake sistem itu.”* (Informan 14, 40 tahun)



Dari hasil wawancara di atas, dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 5.8 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 2: EP 3 Pesan verbal atau lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang, dan dikonfirmasi dengan teknik SBAR-TBAK**

Dengan demikian, berdasarkan hasil telusur dokumen dan wawancara dapat disimpulkan bahwa RSUD Kota Makassar memenuhi EP 3, yaitu memiliki bukti pelaksanaan tentang penyampaian pesan verbal atau lewat telpon serta menerapkan proses penyampaian pesan secara verbal atau verbal lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan.



- 4) EP 4: Penyampaian hasil diagnostik secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan secara lengkap

Berdasarkan hasil telusur dokumen, RSUD Kota Makassar memiliki bukti hasil pemeriksaan diagnostik secara verbal ditulis lengkap. Bukti tersebut berupa lembar catatan dengan judul “formulir catatan lengkap perintah lisan/melalui telepon/pelaporan hasil pemeriksaan kritis” yang dimiliki oleh RSUD Kota Makassar. Formulir tersebut terdapat dalam berkas RM pasien.

Hasil wawancara yang dilakukan mendapatkan hasil bahwa sebagian besar informan menyatakan bahwa penyampaian hasil pemeriksaan hasil diagnostik ditulis di status pasien, dibaca ulang oleh masing-masing pihak baik pemberi dan penerima pesan, kemudian dibubuhkan stempel sebagai bentuk dikonfirmasi oleh pemberi pesan bahwa pesan tersebut telah sesuai. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

*“Pasti itu, kan ada stempelnya untuk konfirmasi.”*  
Informan 1, 38 tahun)

*“Nanti datang ke rumah sakit baru kita periksa ulang lagi semua. Kan kalo lewat telepon itu kita ambil yang maksimalnya, risiko maksimal yang kemungkinan bisa terjadi. Harus ada konfirmasi ulang.”* (Informan 2, 54 tahun)

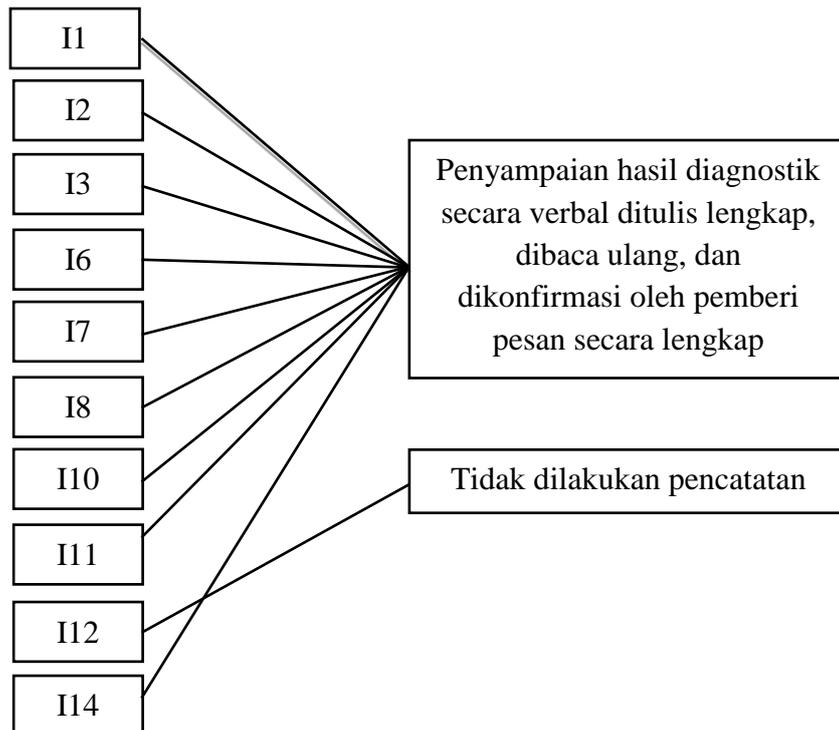
*“Iya, pakai SBAR dan sekalian kami biasa fotokan hasil diagnostiknya itu nanti dokternya yang kasih instruksi selanjutnya.”* (Informan 7, 34 tahun)

*“Iya, pokoknya semua kejadian itu ditulis di status.”*  
(Informan 10, 50 tahun)



“Tidak ada catatan. Langsung saja.” (Informan 12, 45 tahun).

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut



**Gambar 5.9 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 2: EP 4 penyampaian hasil komunikasi**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar informan menyatakan bahwa penyampaian hasil diagnostik secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan secara lengkap sebanyak 9 informan dan yang menyatakan penyampaian hasil diagnostik secara verbal tidak lakukan pencatatan; sebanyak 1 orang.

Berdasarkan hasil telusur dokumen dan wawancara, dapat disimpulkan bahwa RSUD Kota Makassar telah memenuhi EP 4,



yakni penyampaian hasil diagnostik secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan secara lengkap.

- b. SKP 2.1: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis.
- 1) EP 1: Rumah sakit menetapkan besaran nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan hasil diagnostik kritis

Berdasarkan hasil telusur dokumen yang dilakukan di RSUD Kota Makassar, terdapat regulasi tentang penetapan besaran nilai kritis dan hasil diagnostik kritis. Regulasi tentang penetapan besaran nilai kritis tertuang dalam bentuk daftar nilai kritis, sedangkan untuk regulasi tentang hasil diagnostik kritis dibuat dalam bentuk SPO pelaporan nilai kritis sebagai berikut:

PELAPORAN NILAI KRITIS HASIL LABORATORIUM		
NO. DOKUMEN : RUMAH SAKIT MKS / 1000	NO. REVISI :	HALAMAN : 1 / 3
TANGGAL TERBIT : 15 APRIL 2015	DITETAPKAN OLEH DIREKTUR  dr. MUHAMMAD RUSLY, M.KES NIP. : 19630308 199803 1 002	

Suatu proses memberitahukan hasil laboratorium yang bernilai kritis kepada dokter penanggung jawab pasien  
Nilai kritis hasil laboratorium adalah suatu hasil tes laboratorium yang membutuhkan intervensi klinis segera ( disebut juga AUTOMATIC CALL BACK VALUES )

upaya klinis dapat segera mengetahui hasil / nilai pemeriksaan laboratorium untuk segera melakukan tindakan / intervensi klinis



Gambar 5.10 Regulasi tentang Hasil Diagnostik Kritis

- 2) EP 2: Rumah sakit menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan dicatat di rekam medis

Berdasarkan hasil telusur dokumen untuk bukti penetapan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik tidak didapatkan secara khusus di RSUD Kota Makassar. Tetapi, dalam SPO pelaporan nilai kritis hasil laboratorium, prosedur pelaporan nilai kritis menentukan bahwa hasil kritis dilaporkan terlebih dahulu ke Penanggung jawab laboratorium, setelah divalidasi, lapor ke DPJP atau jika DPJP tidak berada di tempat, maka dilapor ke PPJA yang bersangkutan.

Hasil wawancara untuk mengonfirmasi hal tersebut, sebagian besar informan menyatakan bahwa tidak ada dari pihak rumah sakit yang menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan dicatat di rekam medis. Pelaporan nilai kritis dilakukan oleh PJ *shift* atau petugas yang bertugas saat itu. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

*“Kalau penanggungjawab khusus nda ada. Kami secara umum, siapa-siapa saja yang terima telepon. Memang seharusnya ada sih.”* (Informan 8, 33 tahun)

*“Kalau kita di sini yang kita lakukan, semua bisa menyampaikan nilai kritis.”* (Infoman 9, 48 tahun)

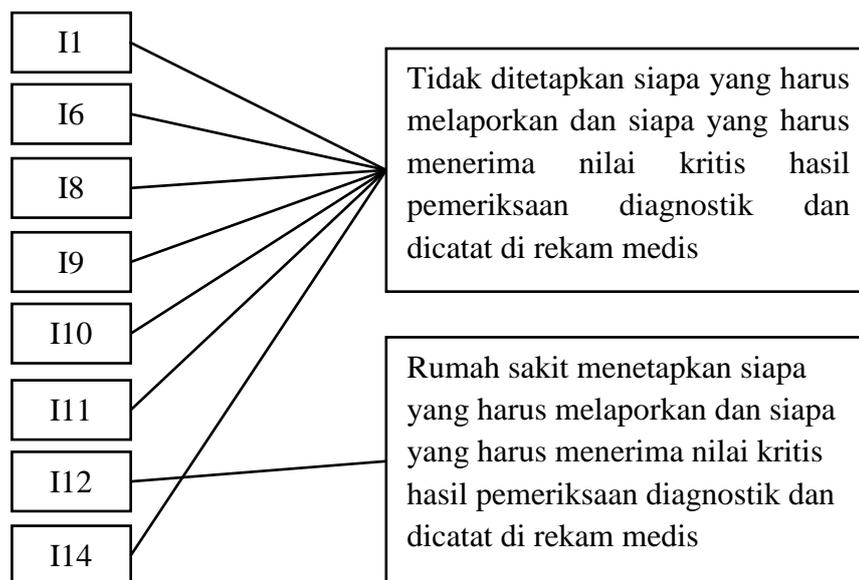
*“Oh, tidak. Saya tidak tahu. Yang jelas nilai penunjang itu dibaca oleh dokter. Misalkan saya dinas hari ini, saya kirim pasien ke laboratorium. Hasilnya itu kan pasti ada*



*catatan kakinya dokter patologi klinik, jadi saya yang harus bertanggungjawab melaporkan itu sama dokter konsulenku bahwa sudah ada pemeriksaan penunjangnya hasilnya sekian. Jadi belum ada yang ditunjuk untuk melaporkan di sini.” (Informan 10, 50 tahun)*

*“Kalau itu diserahkan sama bagian tim akreditasi tempo hari. Ada satu teman. Jadi dia yang bertugas melaporkan nilai kritisnya, terus apa-apa, siapa saja yang termasuk ke dalam nilai kritis, ada. Dia yang catat semua.” (Informan 12, 45 tahun).*

Berikut merupakan skema hasil wawancara informan terkait penetapan pelaporan nilai kritis:



**Gambar 5.11 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 2.1: EP 2 Penetapan penanggung jawab nilai kritis**

Berdasarkan skema di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar informan menyatakan bahwa rumah sakit tidak menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan dicatat di rekam medis sebanyak 7 informan dan yang menyatakan rumah sakit telah menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus



menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan dicatat di rekam medis sebanyak 1 informan.

Berdasarkan hasil telusur dokumen dan wawancara dapat disimpulkan bahwa RSUD Kota Makassar belum menetapkan penanggung jawab pelaporan nilai kritis. Sehingga, RSUD Kota Makassar hanya memenuhi sebagian EP 2.

c. SKP 2.2: Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi “Serah Terima” (hand over).

1) EP 1: Ada bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara professional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien (*hand over*)

Hasil telusur dokumen untuk bukti pelaksanaan serah terima di RSUD Kota Makassar adalah sebagai berikut:

PEMERINTAH KOTA MAKASSAR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MAKASSAR Jl. Pahlawan Kemerdekaan No. 11 Makassar Telp. (0411) 410001 - 01011 Fax. (0411) 933036, Makassar			
FORMULIR TRANSFER PASIEN ANTAR RUANG			
Nama Pasien : <b>Nurwati</b>	No. RM :	Tgl. Tahir :	Intis Evakuasi : <b>ED</b>
Di Masuk : <b>2 - 01 - 2019</b>	Tgl. Pindah : <b>01 - 01 - 2019</b>	Asal Ruang Rawat / Poli.Klinik : <b>V. Bedah</b>	Ruang Rawat Selayutannya : <b>81. Bedah</b>
Diagnosa Utama :	Diagnosa Sekunder :		
Alasan Pindah Ruang : 1. Kondisi pasien memburuk / tidak dapat menerima perawatan 2. Fasilitas kurang memadai / sudah tidak layak 3. Tenaga medis/ahli yang lebih ahli / jumlah kurang 4. Lain-lain : ..... (sebutkan)		Mekanis Peralatan Pasien : <input type="checkbox"/> Kursi Roda <input type="checkbox"/> Lempat Fidar <input type="checkbox"/> Bangkai	
Pasien Keluarga mengetahui dan menyetujui mengenai alasan pindahannya ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika pemberi persetujuan adalah keluarga pasien, lengkapi (dan berikut) : Nama : ..... Hubungan : .....		Peraturan yang mengatur saat pindah : <input type="checkbox"/> (1) Perilaku, kebiasaan ..... (sebutkan) <input type="checkbox"/> Suction <input type="checkbox"/> NIF <input type="checkbox"/> Infus <input type="checkbox"/> Ventilator <input type="checkbox"/> Kateter Urine <input type="checkbox"/> Syringe Pump	
Keadaan pasien saat pindah :	Kondisi Umum : <b>Stabil</b>	Kesadaran : <b>GCS E4V4M4</b>	
	Tekanan Darah : <b>120/80 mmHg</b>	Suhu : <b>36,5 °C</b>	
	Pernapasan : <b>20 x/mnt</b>	Saturasi : <b>98 %</b>	
Informasi Medis			
<input type="checkbox"/> Disabilitas <input type="checkbox"/> Amputasi <input type="checkbox"/> Paralisis <input type="checkbox"/> Gangguan Mental <input type="checkbox"/> Penglihatan <input type="checkbox"/> Sensori		<input type="checkbox"/> Komunikatif <input type="checkbox"/> Ilirak Dekubitus <input type="checkbox"/> Bicara <input type="checkbox"/> Penglihatan	
Inkontinensia : <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Stool		Pendamping saat Pasien Pindah : Nama Petugas : Pemeriksaan Fisik : Status Gesehatan (temuan yang signifikan) : Status Lokal (temuan yang signifikan) :	

Gambar 5.12 Formulir Transfer Pasien Antar-Ruang

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, sebagian besar informan menyatakan bahwa ada bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara PPA pada waktu dilakukan serah terima pasien (*hand over*). Setiap pergantian *shift*/perpindahan pasien antar ruang ada catatan/laporan di status pasien, tetapi terkadang laporan tersebut tidak dicatat karena hal-hal yang bersifat kritikal tersebut membutuhkan tindakan yang segera, sehingga informan tidak sempat mencatat dan hanya dikomunikasikan secara verbal. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

*“Setiap pergantian shift perawat itu ada catatannya termasuk kalau ada kondisi pasien yang harus dilakukan tindakan. Kalau perawat sebelumnya tidak bisa melakukan tindakan, maka akan dialihkan ke perawat selanjutnya sampai tindakan untuk pasien tersebut bisa dilakukan.”*  
(Informan 1, 38 tahun)

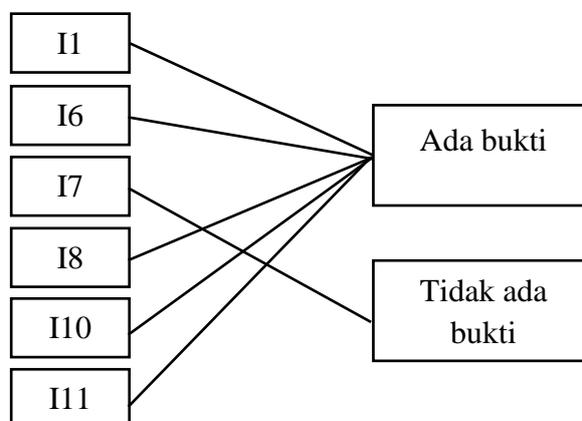
*“Kita post-pre conference di nurse station siapa tahu masih ada yang ketinggalan. Kalau timbang terima kan pake laporan.”* (Informan 6, 39 tahun)

*“Iya, transfer ji. Ada memang form transfer namanya. Kalau ada sesuatu yang saya dapat di sini, pasti saya laporkan itu. Pokoknya sesuatu yang perlu memang di operkan.”* (Informan 11, 31 tahun)

*“Tidak ada, kami belum gunakan. Kami pake di buku laporan. Kalau di rekam mediknya, kadang ada kadang tidak ada. Nanti selesai ditindaki, baru ditulis. Handover secara verbal. Terkadang juga operan verbal itu, pasien tiba-tiba dorong ICU, jadi kami verbal saja, telah dilakukan tindakan ini ini ini, padahal tidak ada catatan sebelumnya. Verbal saja.”* (Informan 7, 34 tahun)



Dari hasil wawancara di atas, dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 5.13 Hasil wawancara dengan informan terkait SKP 2.2: EP 1 bukti catatan hal-hal kritikal**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar informan menyatakan bahwa ada bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara professional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien (*hand over*) sebanyak 5 informan dan yang menyatakan tidak ada bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara professional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien (*hand over*) sebanyak 1 informan.

Dengan demikian, berdasarkan hasil telusur dokumen untuk bukti catatan serah terima terdapat di RSUD Kota Makassar tetapi ceklis dan catatan tersebut tidak diisi dengan lengkap. Hasil wawancara 5 dari 6 informan telah menyatakan bahwa hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara professional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien (*hand over*), tetapi 1 informan menyatakan bahwa hal-hal kritikal tersebut terkadang



tidak dicatat di formulir serah terima. Dengan demikian, RSUD Kota Makassar hanya menerapkan sebagian EP 1.

- 2) EP 2: Formulir, alat, dan metode ditetapkan untuk mendukung proses serah terima pasien (*hand over*) bila mungkin melibatkan pasien

Berdasarkan hasil telusur dokumen, bukti form, alat, metode serah terima pasien (*operan/hand over*), bila mungkin melibatkan pasien terdapat di RSUD Kota Makassar. Form serah terima terdapat pada Gambar 5.10. Alat serah terima berupa pulpen dan buku catatan. Metode yang digunakan untuk mendukung serah terima pasien adalah metode SBAR-TBAK yang panduannya terdapat pada Gambar 5.5.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, semua informan menyatakan terdapat formulir, alat, dan metode ditetapkan untuk mendukung proses serah terima pasien (*hand over*) bila mungkin melibatkan pasien. Digunakan formulir untuk mendukung proses serah terima pasien, untuk alat berupa buku, serta terdapat metode yang digunakan tetapi sosialisasinya masih kurang sehingga kurang maksimal dalam penerapan. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

*“Kalau serah terima pasien dari ruangan lain ada lembar transfer. Pake form saja.”* (Informan 6, 39 tahun)

*“Ada kami punya form.”* (Informan 8, 33 tahun)

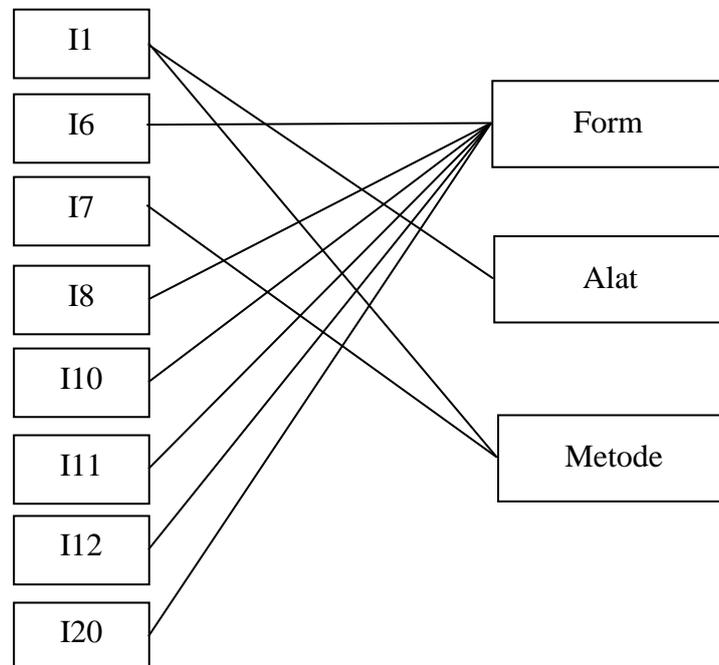


“Yang tadi mi, ada memang formnya lagi transfer, ada memang mi disitu kondisi pasien seperti apa.” (Informan 11, 31 tahun)

“Iya. Alatnya itu buku catatan. Kalau metodenya itu juga ada.” (Informan 1, 38 tahun)

“Ada panduannya, tapi kami tidak terlalu pahami, sosialisasinya masih kurang, sudah disosialisasikan tapi penerapannya juga tidak maksimal.” (Informan 7, 34 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, dapat dibuat skema berikut:



**Gambar 5.14 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 2.2: EP 2 form, alat, dan metode digunakan untuk mendukung proses serah terima**

Berdasarkan skema di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar informan menyatakan bahwa terdapat form yang digunakan untuk mendukung proses serah terima pasien sebanyak 6 informan, yang menyatakan terdapat alat dan metode yang digunakan untuk

mendukung proses serah terima sebanyak 1 informan, yang menyatakan terdapat metode yang digunakan untuk mendukung proses serah terima pasien sebanyak 1 informan.

Berdasarkan hasil telusur dokumen dan wawancara dapat disimpulkan bahwa terdapat form, alat, dan metode yang digunakan untuk mendukung proses serah terima di RSUD Kota Makassar. dengan demikian, RSUD kota Makassar telah sepenuhnya menerapkan EP 2.

- 3) EP 3: Ada bukti dilakukan evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien (*hand over*) untuk memperbaiki proses

Berdasarkan hasil telusur dokumen untuk bukti evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi saat operan untuk memperbaiki proses, tidak terdapat di RSUD Kota Makassar.

Hasil telusur dokumen tersebut di atas juga terkonfirmasi dari hasil wawancara yang diberikan oleh informan:

*“Sampai sejauh ini belum ada.”* (Informan 8, 33 tahun)

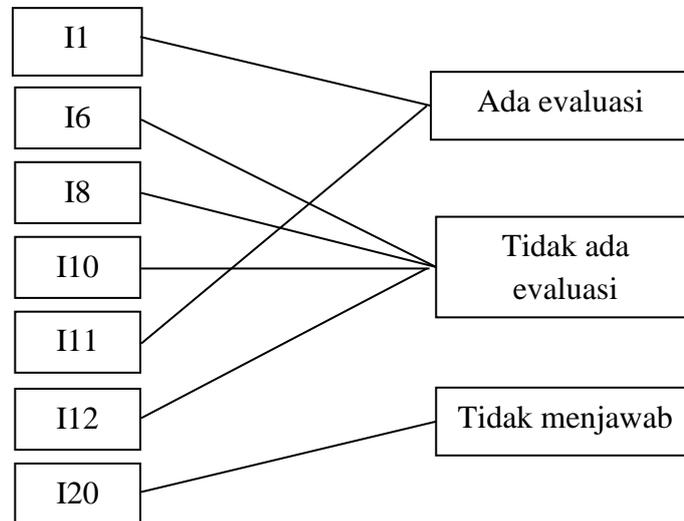
*“Evaluasinya nda ada.”* (Informan 10, 50 tahun)

*“Iya, jadi setiap pergantian shift itu perawat selanjutnya memeriksa lembar catatan komunikasi yang ada di map rekam medis pasien.”* (Informan 1, 38 tahun)

*“Iya, saya kasih, serahkan. Saya kasih liat, dia cek ulang.”* (Informan 11, 31 tahun)



Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut



**Gambar 5.15 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 2.2: EP 3 bukti evaluasi catatan serah terima untuk memperbaiki proses**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar informan menyatakan bahwa tidak dilakukan evaluasi sebanyak 4 informan, yang menyatakan dilakukan evaluasi sebanyak 2 informan, yang tidak menjawab sebanyak 1 informan.

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, tidak terdapat bukti evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien (*hand over*) untuk memperbaiki proses. Petugas hanya mengecek kembali tanpa melakukan pencatatan untuk evaluasi. Hal ini sejalan dengan tidak ditemukannya bukti catatan evaluasi untuk memperbaiki proses komunikasi. Dengan demikian, RSUD Kota Makassar hanya menerapkan sebagian EP 3.



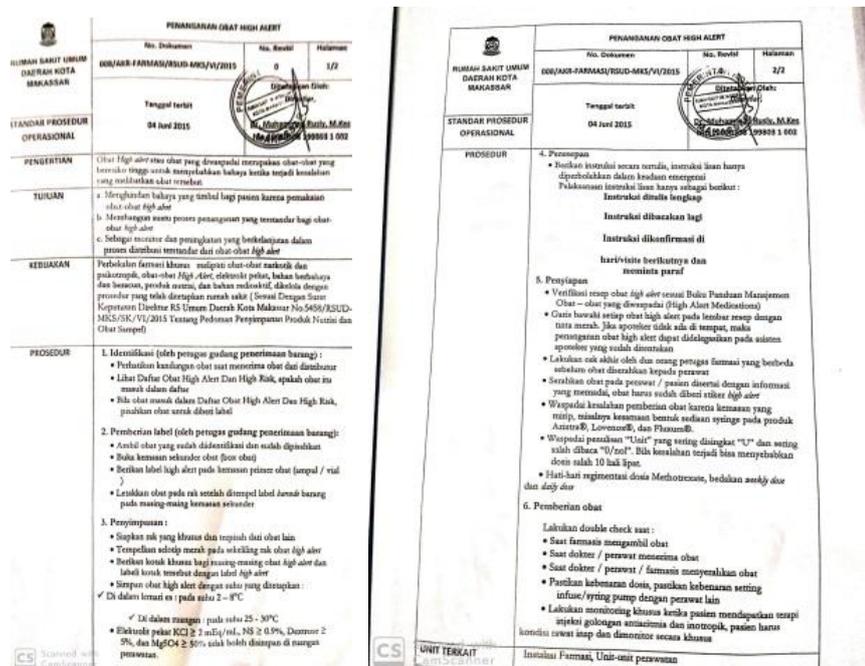
### 3. Sasaran 3: Meningkatkan Keamanan Obat-obat yang Harus Diwaspadai

Dalam sasaran ini terdapat 2 (dua) standar yakni SKP 3 dan 3.1 dengan masing-masing jumlah EP secara berurutan sebanyak 4 dan 2 sebagai berikut:

a. SKP 3: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.

1) EP 1: Ada regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu di waspadai

Berdasarkan hasil telusur dokumen yang telah dilakukan di RSUD Kota Makassar terdapat regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu di waspadai dalam bentuk SPO sebagai berikut:

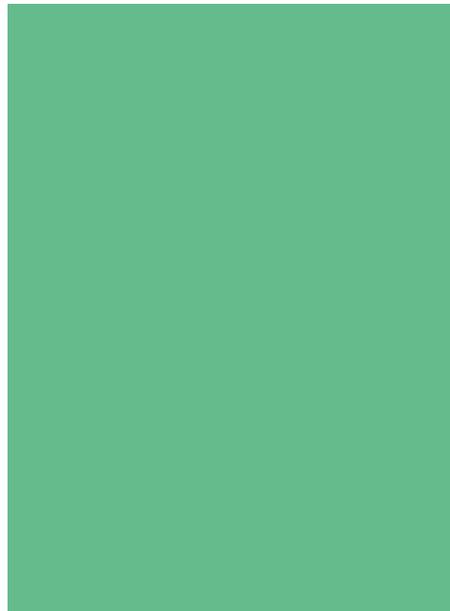


Gambar 5.16 Regulasi tentang Obat yang Perlu Diwaspadai



- 2) EP 2: Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat

Berdasarkan hasil telusur dokumen, RSUD Kota Makassar memiliki bukti pelaksanaan terkait obat yang perlu diwaspadai. Bukti pelaksanaan tersebut tertuang dalam buku catatan dengan judul “Meningkatkan Keamanan Obat yang Perlu diwaspadai” sebagai berikut:



**Gambar 5.17 Bukti Pelaksanaan Obat yang Perlu Diwaspadai**

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, semua informan menyatakan SPO atau regulasi yang dibuat telah diimplementasikan, namun implementasi tersebut ada yang bagus ada yang tidak. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

*“Ada SOPnya. Ada penandanya di setiap obat high alert dan tidak sembarangan keluar karena pihak apotik itu selalu meng-konfirmasi ke sini pasiennya seperti apa,*

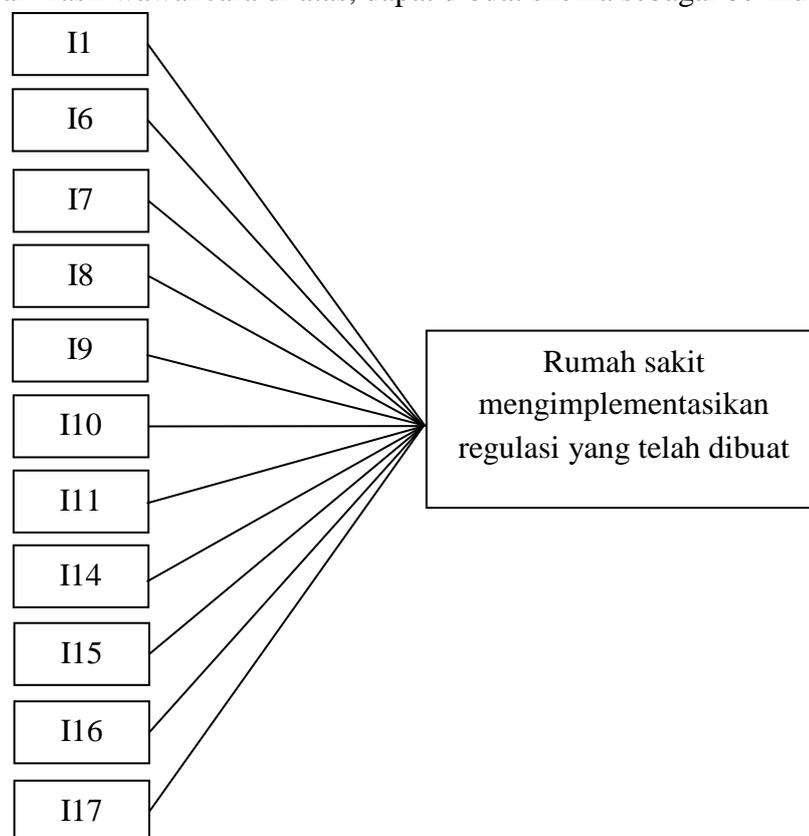


*memang butuh itu betulkah?, memang dokter spesialisnya kah yang langsung suruh seperti itu. Susah sekali biasa kasih keluar.”* (Informan 8, 33 tahun)

*“Iya, dilaksanakan sesuai dengan regulasi.”* (Informan 15, 35 tahun)

*“Yah, di sini pelaksanaannya ada yang bagus sekali cara penatalaksanaannya, ada yang cuek-cuek aja.”* (Informan 10, 50 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, dapat dibuat skema sebagai berikut



**Gambar 5.18 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 3: EP 2 Implementasi Obat *High Alert***

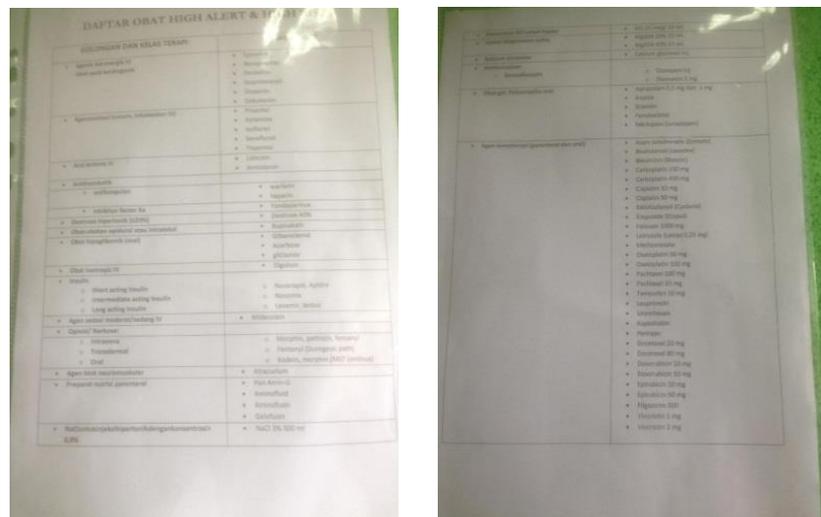
Berdasarkan skema di atas, dapat diketahui bahwa semua informan menyatakan bahwa rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat tentang obat *high alert* sebanyak 11 informan. Dengan demikian, berdasarkan hasil telusur dokumen



dan wawancara dapat disimpulkan bahwa RSUD Kota Makassar telah menerapkan EP 2.

- 3) EP 3: Di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai, yang disusun berdasar data spesifik sesuai kebijakan dan prosedur

Berdasarkan hasil telusur dokumen di RSUD Kota Makassar terdapat bukti daftar obat yang perlu diwaspadai. Daftar obat tersebut berdasarkan hasil observasi yang dilakukan tersedia di semua unit yang tersedia obat-obat *high alert*, yaitu: depo obat, farmasi, rawat inap, rawat jalan, IGD, dan ruang operasi. Gambar berikut merupakan daftar obat *high alert* yang terpanjang di RSUD Kota Makassar:



**Gambar 5.19 Daftar Obat *High Alert* di Unit Terkait**

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, semua informan menyatakan tersedia daftar semua *obat high alert* di tempat



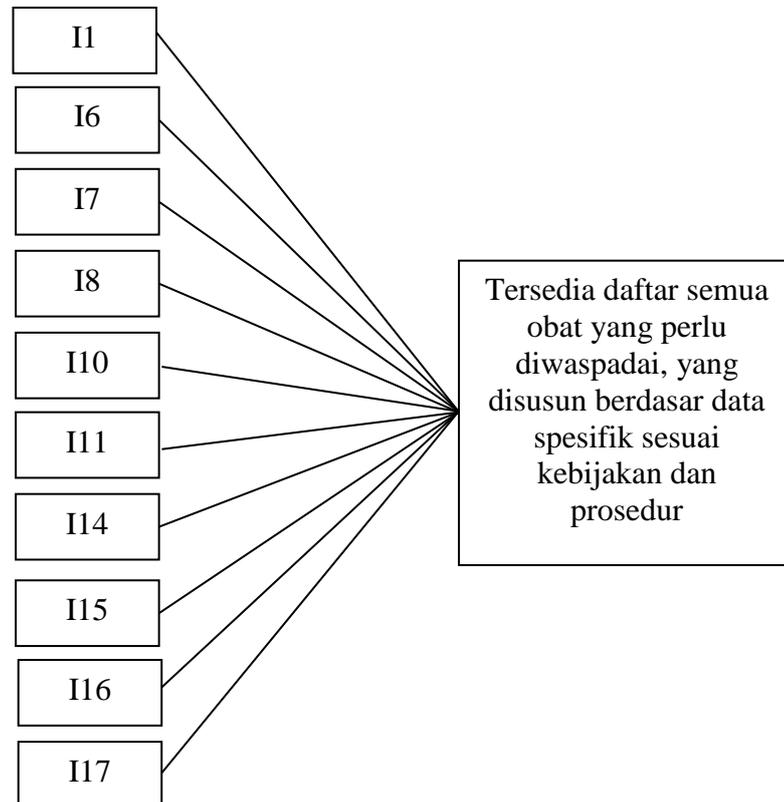
penyimpanan obat untuk unit/instalasi masing-masing. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

*“Ada. Kalau yang di lemari obat sana, ada sih. Kalau yang obat high alert ada.”* (Informan 6, 39 tahun)

*“Ada.”* (Informan 8, 33 tahun)

*“Kita ada daftarnya, semua obat yang high alert.”* (Informan 15, 35 tahun)

Skema hasil wawancara terkait daftar obat yang perlu diwaspadai sebagai berikut:



**Gambar 5.20 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 3: EP 3 Tersedia daftar obat yang perlu diwaspadai**

Dari skema di atas, dapat diketahui bahwa semua informan menyatakan bahwa tersedia daftar semua obat yang perlu



diwaspadai, yang disusun berdasar data spesifik sesuai kebijakan dan prosedur sebanyak 10 informan.

Dengan demikian, berdasar hasil telusur dokumen, observasi dan wawancara yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan bahwa RSUD Kota Makassar menerapkan EP 3.

- 4) EP 4: Tempat penyimpanan, pelabelan, penyimpanan obat yang perlu diwaspadai, termasuk obat “*look-alike/sound-alike*” semua diatur di tempat aman

Telusur dokumen yang dilakukan untuk daftar obat yang perlu diwaspadai terdapat di tempat penyimpanan obat dan di atur di tempat aman di RSUD Kota Makassar. Hasil telusur dokumen tersebut adalah sebagai berikut:

DAFTAR OBAT HIGH ALERT		
NO	NAMA OBAT	SEDIAPAN
1	ACARBOSE 100 MG	TABLET
2	ACARBOSE 50 MG	TABLET
3	ALPRAZOLAM 1 MG	TABLET
4	ALPRAZOLAM 0,5 MG	TABLET
5	AMONOFUSIN PEAD	TABLET
6	BRAXIDIN	TABLET
7	CODEIN 10 MG	TABLET
8	DIAZEPAM (VALISANBE)	TABLET
9	DIAZEPAM (VALISANBE) INJ	AMPUL
10	DOPAMIN INJ	AMPUL
11	FENOBARBITAK INJ	AMPUL
12	GEOFUSIN INFUS	BOTOL INFUS
13	GLIBENKLAMID	TABLET
14	GLIKAZID	TABLET
15	LIDOKAIN COMPOSITUM INJ	AMPUL
16	LIDOKAIN INJ	AMPUL
17	OTSU D 40%	FLASH
18	SIBITAL INJ	AMPUL
19	STESOLID RECTAL 10 MG	TUBE
20	STESOLID RECTAL 5 MG	TUBE
21	ARIXTRA	AMPUL
22	CLOBAZAM	TABLET
23	HEPARIN INJ	VAL

**Gambar 5.21 Daftar Obat *High Alert* di Tempat Penyimpanan Obat**

Untuk hasil observasi daftar obat yang perlu diwaspadai di tempat penyimpanan obat bahwa obat *high alert* dan “*Look Alike/Sound Alike*” (LASA) hanya terdapat di depo obat/instalasi



farmasi dan terdapat label untuk obat *high alert* dan LASA. Hasil observasi tersebut sebagai berikut:



**Gambar 5.22 Tempat Penyimpanan Obat *High Alert* dan LASA**

Hasil wawancara yang dilakukan mengonfirmasi hasil telusur dokumen dan observasi tersebut. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

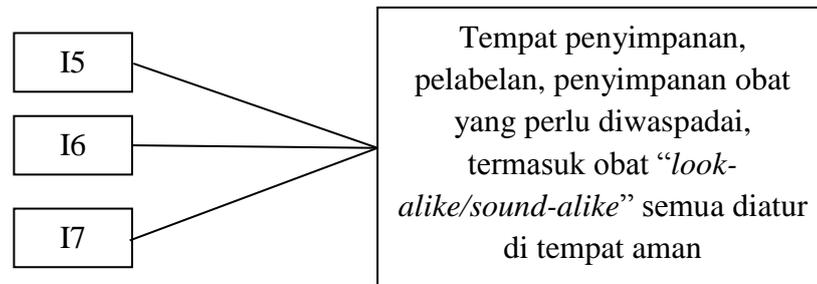
*“Kita ada tempat khususnya untuk obat high alert. LASA juga. Ada juga yang di simpan di kulkas. Kalau yang LASA itu disimpan di lemari, adaji labelnya masing-masing untuk itu toh.”* (Informan 15, 35 tahun)

*“Ada stikernya untuk menandakan dia obat high alert.”* (Informan 16, 21 tahun)



*“Kalau LASA sama high alert kita ada tempatnya khusus, kan itu adaji juga labelnya.”* (Informan 17, 23 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 5.23 Hasil wawancara dengan informan terkait SKP 3 EP 4 Tempat penyimpanan, pelabelan, penyimpanan obat yang perlu diwaspadai semua diatur di tempat aman**

Berdasarkan hasil telusur dokumen, observasi, dan wawancara dapat disimpulkan bahwa RSUD Kota Makassar menerapkan EP 4.

b. SKP 3.1: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola penggunaan elektrolit konsentrat.

1) EP 1: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mencegah kurang hati-hatian dalam mengelola elektrolit konsentrat.

Regulasi tentang pengelolaan elektrolit konsentrat diatur dalam SPO di RSUD Kota Makassar sebagai berikut:



PENYIMPANAN DAN PENGGUNAAN ELEKTROLIT PEKAT		
No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
012/AKR-FARMASI/RSUD-MKS/VI/2015	0	1/2
Tanggal terbit 04 Juni 2015		
		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL		
PENGERTIAN	Elektrolit pekat adalah larutan elektrolit dengan kadar diatas normal atau yang umum.	
TUJUAN	Prosedur ini dibuat untuk mencegah bahaya pada pasien karena kesalahan obat	
KEBIJAKAN	Surat Keputusan Direktur RS Umum Daerah Kota Makassar No 5458/RSUD-MKS/SK/VI/2015 Tentang Pedoman Penyimpanan Produk Nutrisi dan Obat Sampel.	
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elektrolit pekat meliputi sediaan Kalsium gluconas inj, Kalsium gluceptat inj, kalsium klorida inj, NaCl 3% 500 mL, KCl 25 meq, Kalium asetat <math>\geq 0,4</math> Eq/ml10, Kalium fosfat2 0,4 Eq/ml10, Magnesium sulfat &gt; 40 mg/ml dalam larutan 100 ml (4 g dalam 100 ml larutan isotonik / normal salin).</li> <li>2. Penyimpanan elektrolit pekat hanya di instalasi farmasi, ruang perawatan tidak diperbolehkan adanya buffer stok elektrolit pekat, kecuali ICU dan kamar operasi. Penggunaan elektrolit pekat harus menggunakan resep.</li> <li>3. Kalsium Intravena (sebagai gluceptate, gluconate, atau chloride) <ol style="list-style-type: none"> <li>a. CaCl tidak boleh diberikan melalui IM karena bersifat sangat iritatif terhadap jaringan</li> <li>b. Faktor yang dapat mempengaruhi konsentrasi kalsium dalam darah adalah kadar fosfor serum dan albumin serum</li> <li>c. Efek samping yang dapat terjadi: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Interasi obat dengan digoksin (injeksi cepat kalsium dapat menyebabkan bradikardia, terutama pada pasien yang mengkonsumsi digoksin)</li> <li>&gt; Antagonis terhadap CCB (calcium-channel blocker) dan peningkatan tekanan darah</li> <li>&gt; Hipokalsemia atau hipokalsemia akibat pemantauan kadar kalsium yang tidak efisien</li> <li>&gt; Rasio kalsium-fosfor yang tidak tepat dalam larutan IV dan ... .. dan kerusakan organ</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	

**Gambar 5.24 SPO Penggunaan Elektrolit Konsentrat**

- 2) EP 2: Elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja/ instalasi farmasi/depo farmasi.

Berdasarkan hasil telusur dokumen, untuk daftar elektrolit konsentrat hanya tersedia di depo/farmasi di RSUD Kota Makassar. Daftar elektrolit konsentrat tersebut digabung dengan daftar obat yang perlu diwaspadai di tempat penyimpanan yang diperbolehkan adalah sebagai berikut:

DAFTAR ELEKTROLIT KONSENTRAT		
NO	NAMA OBAT	SEDIAPAN
1	CALCII GLUKONAT INJ	AMPUL
2	OTSU KCL 7,46	FLASH
3	MgSO4 20%	FLASH
4	MgSO4 40%	FLASH
5	NaCl 3%	BOTOL INFUSI

**Gambar 5.25 Daftar Elektrolit Konsentrat di Tempat Penyimpanan yang Diperbolehkan**

Hasil observasi untuk tempat penyimpanan elektrolit konsentrat adalah, elektrolit konsentrat tidak tersedia dan tidak memiliki tempat penyimpanan di rawat inap, rawat jalan, IGD maupun ruang operasi. Elektrolit konsentrat hanya tersedia di depo

obat masing-masing unit terkait dan di instalasi farmasi. Berikut merupakan tempat penyimpanan elektrolit konsentrat di depo obat:



**Gambar 5.26 Tempat Penyimpanan Elektrolit Konsentrat**

Hasil wawancara yang dilakukan mengonfirmasi hal tersebut dimana semua informan menyatakan bahwa elektrolit konsentrat hanya tersedia di depo/instalasi farmasi dimana tidak bisa diambil atau digunakan tanpa seizin dan sepengetahuan pihak depo obat/farmasi. Berikut merupakan petikan hasil wawancara informan:

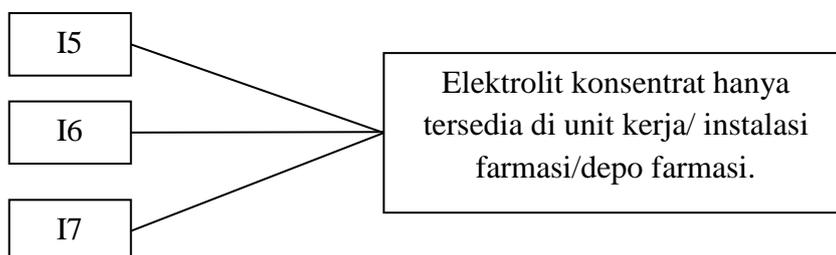
*“Iya, jadi kita tidak sembarang kasih.”* (Informan 15, 35 tahun)

*“Iya, Cuma ada di sini.”* (Informan 16, 21 tahun)

*“Iya.”* (Informan 17, 23 tahun)



Dari hasil wawancara di atas, dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 5.27 Hasil wawancara dengan informan terkait SKP 3.1 EP 2 Elektrolit konsentrat hanya tersedia di farmasi/depo farmasi**

Berdasarkan hasil telusur dokumen, observasi, dan wawancara dapat disimpulkan bahwa RSUD Kota Makassar menerapkan EP 2.

#### **4. Sasaran 4: Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar**

Dalam sasaran ini terdapat 2 (dua) standar yakni SKP 4 dan 4.1 dengan masing-masing jumlah EP secara berurutan sebanyak 4 dan 3 sebagai berikut:

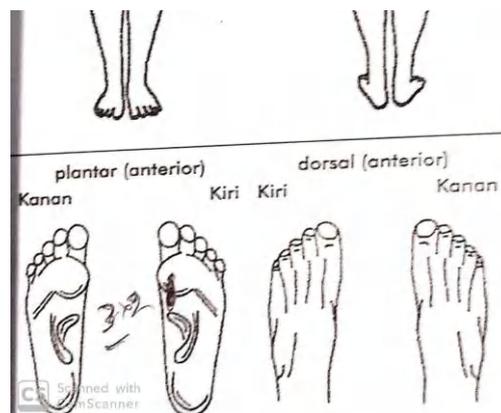
- a. SKP 4: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur dan Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur
  - 1) EP 1: Ada regulasi untuk melakukan verifikasi sebelum, saat dan sesudah operasi dengan tersedianya “*check list*” (*Surgical Safety Checklist dari WHO Patient Safety 2009*).

Berdasarkan hasil telusur dokumen, di RSUD Kota Makassar terdapat regulasi regulasi untuk melaksanakan proses memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur dan Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur yang tertuang dalam bentuk SPO.



- 2) EP 2: Rumah sakit menggunakan satu tanda ditempat sayatan operasi pertama atau tindakan invasif yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit.

Berdasarkan hasil observasi dan telusur dokumen pada form dan bukti penandaan didapatkan hasil bahwa RSUD Kota Makassar menggunakan satu tanda ditempat sayatan operasi pertama atau tindakan invasif yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit sebagai berikut:



**Gambar 5.28 Bukti Penandaan**

- 3) EP 3: Penandaan dilokasi operasi atau tindakan invasif dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien.

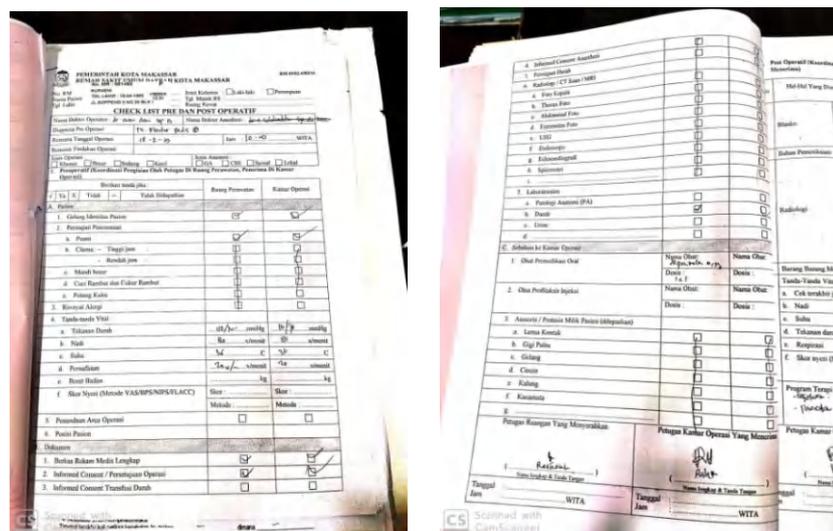
Berdasarkan hasil telusur dokumen dan observasi didapatkan hasil bahwa penandaan dilokasi operasi atau tindakan invasif dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien. Hal ini dapat dilihat pada



Gambar 5.24 mengenai bukti penandaan yang dilakukan oleh dokter/staf klinis yang bersangkutan serta melibatkan pasien.

- 4) EP 4: Sebelum operasi atau tindakan invasif dilakukan, rumah sakit menyediakan “*check list*” 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.

Berdasarkan hasil telusur dokumen dan observasi didapatkan bahwa di RSUD Kota Makassar terdapat “*check list*” 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 sebagai berikut:



**Gambar 5.29 Bukti Form untuk Mencatat Pengecekan Kesiapan**

b. SKP 4.1: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses Time-out yang dijalankan di kamar operasi sebelum operasi dimulai, dilakukan untuk memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur.

- 1) EP 1: Ada regulasi untuk melakukan tindakan sebelum operasi atau tindakan invasif dilakukan, tim bedah melakukan prosedur Time-Out di daerah dimana operasi atau tindakan invasif dilakukan yang dilakukannya sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit.

Berdasarkan hasil telusur dokumen, di RSUD Kota Makassar terdapat regulasi untuk melakukan tindakan sebelum operasi atau tindakan invasif dilakukan, tim bedah melakukan prosedur Time-Out di daerah dimana operasi atau tindakan invasif dilakukan yang dilakukannya sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit. Regulasi tersebut tertuang dalam bentuk SPO yang digunakan petugas sebagai acuan dalam melakukan tindakan.

- 2) EP 2: Rumah sakit menggunakan komponen *Time-Out* terdiri dari identifikasi Tepat-Pasien, Tepat-Prosedur dan Tepat-Lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan.

Berdasarkan hasil telusur dokumen dan observasi didapatkan hasil bahwa RSUD Kota Makassar menggunakan komponen *Time-Out* terdiri dari identifikasi Tepat-Pasien, Tepat-Prosedur dan



Tepat-Lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan.

PEMERINTAH KOTA MAKASSAR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MAKASSAR

RUM. 001.1002/2010

**CHECK LIST KESELAMATAN PASIEN OPERASI**

No RM : 061492  
Nama Pasien : NURAEIN  
Tgl. Lahir : 18-04-1965

No. MR : 061492  
TGL. LAHIR : 18-04-1965  
JL. SCOPPING 8 NO 20 BLK 1

SIGN IN (SEBELUM INDIKASI ANESTESI)	TIME OUT (SEBELUM INDIKASI)	SIGN OUT (SEBELUM PASIEN MEMEREGKAN SEKANG OPERASI)
Tanggal : 9/2/2019 Jam : ..... WITA <input type="checkbox"/> Konfirmasi / Verifikasi <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi dan gelang pasien <input checked="" type="checkbox"/> Informed Consent Nama Operator : dr. Luor Sp.B KBD Nama Operasi : Plastik pss Lokasi Operasi : TDR Tanda Daerah Operasi : <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak diperlukan <input checked="" type="checkbox"/> Periksa kelengkapan anastesi (IV Line, Obat, Pulse Okametri, dll) <input checked="" type="checkbox"/> Pengalokasian mesin anastesi <input checked="" type="checkbox"/> Pengalokasian lembaran alat Riwayat Atna / Resiko Aspirasi : <input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada Keterangan : Riwayat Alergi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada Jenis : Peralatan Khusus Yang Diperlukan (Implant, dll) <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada Dekanemasi Hasil Penunjang : <input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> Radiologi Risiko Kehilangan Darah > 500 ml (7ml/kgbb bagi anak anak) <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ya, sudah direncanakan infuse 2 line	Jam : ..... WITA Kelengkapan Tim dan Perannya <input checked="" type="checkbox"/> Lengkap <input type="checkbox"/> Tidak Lengkap Konfirmasi dengan membacakan secara verbal <input checked="" type="checkbox"/> Nama dan Tim Operasi <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi Pasien <input checked="" type="checkbox"/> Lokasi Operasi <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur Operasi Posisi Pasien : <input checked="" type="checkbox"/> Sudah Sesuai <input type="checkbox"/> Belum Sesuai Pemberian Profilaksis <input checked="" type="checkbox"/> Sudah diberikan <input type="checkbox"/> Belum Diberikan <input type="checkbox"/> Tidak Perlu Urut Operator : Keadaan botolan yang perlu diantisipasi <input type="checkbox"/> Lupa tindakan dilakukan <input checked="" type="checkbox"/> Antisipasi Perdarahan Urut Dokter Anastesi apakah ada hal khusus diperhatikan <input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada, yaitu : A.R.G. Urut Perawat : Apakah alat sudah steril dan lengkap? <input checked="" type="checkbox"/> Ya, ada indikator steril <input type="checkbox"/> Tidak Apakah ada masalah dengan Alat ? <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Apakah ada penambahan alat ? <input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ya Urut Perawat : Jumlah kam kaca awal : 20 pcs <input type="checkbox"/> Jumlah mata pison : 1 pcs Jarum : 1 pcs Foto Radiologi yang diperlukan <input type="checkbox"/> Dipasang <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Perlu dipasang	Jam : ..... WITA <input type="checkbox"/> Membacakan secara verbal <input checked="" type="checkbox"/> Tindakan yg telah dilakukan : dr. Luor <input type="checkbox"/> Jumlah kasa : 20 pcs <input type="checkbox"/> Jumlah mata pison : 1 pcs <input type="checkbox"/> Jumlah jarum : 2 pcs <input checked="" type="checkbox"/> Kelengkapan instrumen <input checked="" type="checkbox"/> Lengkap <input type="checkbox"/> Tidak lengkap, kurang <input checked="" type="checkbox"/> Dekanemasi operasi sebelum pasien ke Ruang Penindakan <input checked="" type="checkbox"/> Lengkap <input type="checkbox"/> Tidak lengkap, kurang <input checked="" type="checkbox"/> Penanganan jaringan (Opisitem) <input checked="" type="checkbox"/> Membeni dan membaca identitas jaringan <input type="checkbox"/> Tidak ada jaringan <input type="checkbox"/> Tidak ada jaringan Penanganan Implant : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada Catatan Khusus :
Tim : Nama dan Tanda Tangan 1. Dr. Bedah Operator : dr. Luor Sp.B KBD 2. Dr. Anastesi : dr. A. Sekandda Sp.A 3. Perawat : Hakim, Ibtan	Tim : Nama dan Tanda Tangan 1. Dr. Bedah Operator : dr. Luor Dan Sp.B KBD 2. Dr. Anastesi : dr. A. Sekandda Sp.A 3. Perawat : Rea, Adi, Si, Ulun	Tim : Nama dan Tanda Tangan 1. Dr. Bedah Operator : dr. Luor Dan Sp.B KBD 2. Dr. Anastesi : dr. A. Sekandda Sp.A 3. Perawat : Rea, Si, Ulun

**Gambar 5.30 Bukti Hasil Pelaksanaan Time Out**

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, semua informan menyatakan Rumah sakit menggunakan komponen *Time-Out* terdiri dari identifikasi Tepat-Pasien, Tepat-Prosedur dan Tepat-Lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan, dimana komponen *Time-Out*, persetujuan operasi, dan konfirmasi bahwa proses verifikasi telah lengkap dilakukan dibuat dalam bentuk form oleh rumah sakit, yang lazim oleh petugas disebut sebagai ceklis. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

“Disini ada memang formnya khusus yang dokter isi, yang penandaan.” (Informan 8, 33 tahun)

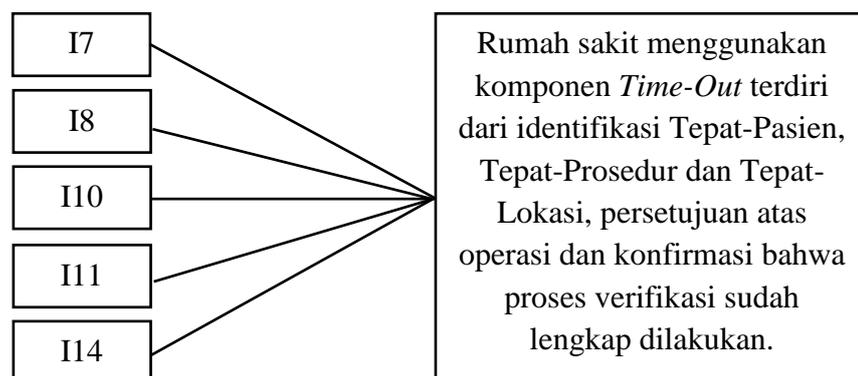
“Ada. Iya, melibatkan pasien.” (Informan 10, 50 tahun)



“Iya, ada. Yang ceklis-ceklis. Itu saya gunakan kalau saya oper pasien langsung ke OK.” (Informan 11, 31 tahun)

“Iya, dipelaksanaan ada form-nya. Kalau kita disini pake ceklis.” (Informan 14, 40 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:



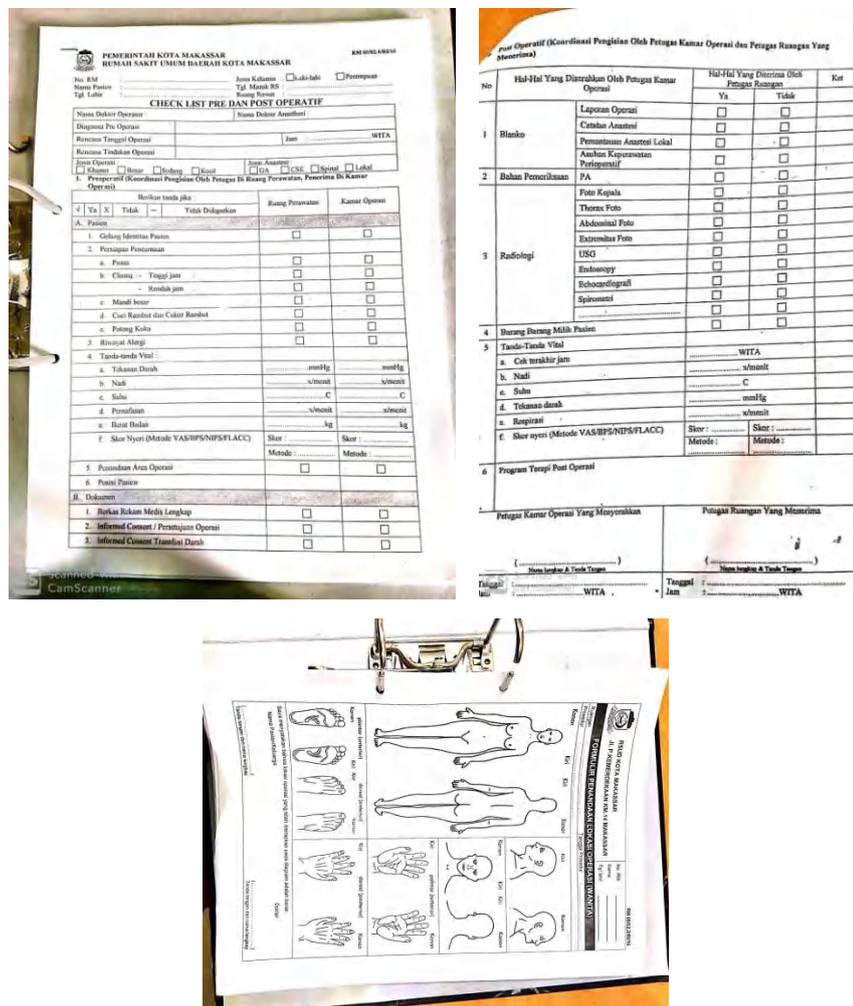
**Gambar 5.31 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 4: EP 4.1 Rumah Sakit menggunakan prosedur *Time Out*, lembar persetujuan operasi, dan konfirmasi bahwa verifikasi telah dilakukan**

Berdasarkan skema di atas, dapat diketahui bahwa Rumah sakit menggunakan komponen *Time-Out* terdiri dari identifikasi Tepat-Pasien, Tepat-Prosedur dan Tepat-Lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan, dimana komponen *Time-Out*, persetujuan operasi, dan konfirmasi bahwa proses verifikasi telah lengkap dilakukan sebanyak 5 informan.

- 3) EP 3: Rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien jika operasi dilakkan termasuk prosedur tindakan medis dan gigi diluar kamar operasi



Berdasarkan hasil telusur dokumen dan observasi di luar kamar operasi digunakan ketentuan yang sama tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien jika operasi dilakkan termasuk prosedur tindakan medis dan gigi. Berikut merupakan form yang digunakan di IGD untuk Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien:



Gambar 5.32 Bukti Form Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien di Luar Kamar Operasi

Hasil wawancara yang dilakukan didapatkan semua informan menyatakan rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama



tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien jika operasi dilakukan termasuk prosedur tindakan medis dan gigi di luar kamar operasi. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

“*Iya, sama form yang digunakan.*” (Informan 8, 33 tahun)

“*Ada, ada spidolnya tersendiri malahan.*” (Informan 10, 50 tahun).

## 5. Sasaran 5: Mengurangi Risiko Infeksi terkait Pelayanan Kesehatan

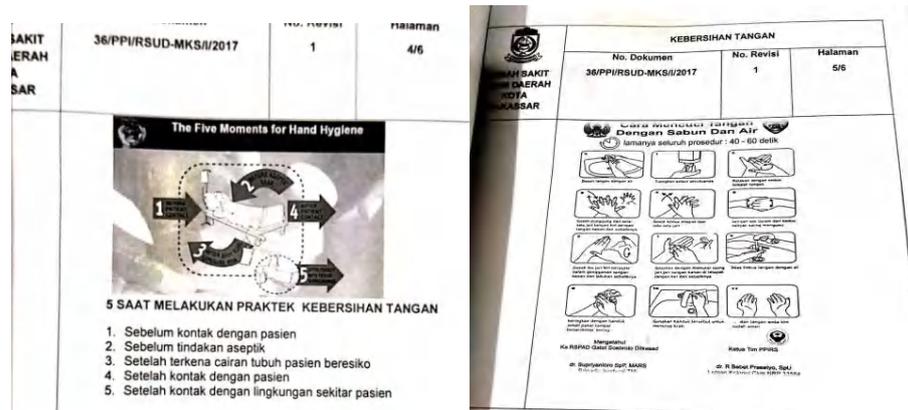
Dalam sasaran ini terdapat 1 (satu) standar, yaitu SKP 5: rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan “*evidence-based hand hygiene guidelines*” untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan dengan 6 (enam) EP sebagai berikut:

- a. EP 1: Ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan (*hand hygiene*) yang mengacu pada standar WHO terkini

Berdasarkan hasil telusur dokumen, regulasi tentang pedoman kebersihan tangan yang mengacu pada standar WHO terkini di RSUD Kota Makassar di atur dalam SPO sebagai berikut:

KEBERSIHAN TANGAN			
No. Dokumen	No. Revisi	Halaman	
36/PP/RSUD-MKSA/2017	1	216	
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MAKASSAR			
TUJUAN	1. Meminimalkan atau menghilangkan mikroorganisma. 2. Mengapah transmisi mikroorganisme dari petugas ke pasien dari pasien ke petugas, dari pasien ke pasien serta lingkungan sekitar pasien. 3. Tindakan utama untuk pencegahan dan pengendalian infeksi.		
KEBLUKAAN	SK Direktur Utama Nomor : 20 Tentang Kebijakan Kebersihan Tangan RSUD Kota Makassar.		
PROSEDUR	<b>A. Pembersihan Tangan dengan sabun dan air ( Handwash )</b> Langkah – langkah : 1. Buka kemasan yang digunakan, basahi tangan dengan air mengalir. 2. Tuangkan sabun ke telapak tangan 3 – 5 cc 3. Ratakan dengan kedua telapak tangan 4. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya 5. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari 6. Jari-jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan 7. Gosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya 8. Gosok telapak tangan kiri dengan memutar ujung jari-jari kanan dan sebaliknya 9. Bilas kedua tangan dengan air mengalir 10. Keringkan kedua tangan dengan tisu sekali pakai 11. Gunakan bekas tisu tersebut untuk menutup kran air 12. Sekarang tangan sudah aman ( Prosedur dilakukan 40 – 60 detik ) <b>B. Pembersihan Tangan dengan Cairan Antiseptik ( Handrub )</b> Langkah – langkah : 1. Tuangkan larutan antiseptik berbasis alkohol ke telapak tangan sebanyak 3 - 5 cc 2. Gosok kedua telapak tangan hingga merata 3. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya		
KEBERSIHAN TANGAN			
No. Dokumen	No. Revisi	Halaman	
36/PP/RSUD-MKSA/2017	1	316	
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MAKASSAR			
PROSEDUR	4. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari 5. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan 6. Gosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya 7. Gosok telapak tangan kiri dengan memutar ujung jari-jari kanan dan sebaliknya 8. Sekarang tangan sudah aman ( Prosedur dilakukan 20 – 30 detik ) <b>C. Cara Pembersihan Tangan Bedah (Surgical Handwash)</b> Langkah – langkah : 1. Buka semua perhiasan yang digunakan, termasuk cincin, gelang dan jam tangan 2. Basahi tangan dengan air mengalir. 3. Gunakan cairan antiseptik 4. Cuci tangan dan lengan bawah secara menyeluruh dan bilas dengan air mengalir. 5. Gunakan sekali lagi cairan antiseptik, sebarikan ke seluruh permukaan tangan dan lengan bawah 6. Mulai dengan tangan, gunakan pembersih kuku untuk membersihkan daerah bawah kuku kedua tangan 7. Bersihkan kuku secara menyeluruh, kemudian jari-jari, sela-sela jari, telapak tangan dan punggung tangan 8. Cuci tiap jari seakan – akan mempunyai empat sisi 9. Berkurangnya scrub daerah pergelangan tangan pada tiap tangan 10. Setelah seluruh pergelangan tangan telah di scrub, bagian lengan bawah juga di scrub, pastikan gerakan dari bawah lengan menuju siku 11. Ulangi pada lengan satunya, dari lengan bawah menuju siku 12. Bilas tangan dan lengan bawah secara menyeluruh, pastikan tangan di larian lebih tinggi dari siku 13. Pastikan sisa air meretes melalui siku 14. Keringkan dengan handuk steril 15. Sekarang tangan sudah aman ( Prosedur dilakukan 2 – menit)		





**Gambar 5.33 Regulasi Kebersihan Tangan**

b. EP 2: Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di seluruh rumah sakit sesuai regulasi

Hasil telusur dokumen untuk bukti pelaksanaan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di RSUD Kota Makassar didapatkan bahwa tersedia buku catatan pelaksanaan program *hand hygiene* di seluruh rumah sakit. Isi buku tersebut berupa ceklis pelaksanaan cuci tangan setiap petugas di masing-masing unit sebagai berikut:



**Gambar 5.34 Bukti Pelaksanaan Kepatuhan Cuci Tangan**

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, semua informan yang diwawancarai menyatakan program kebersihan tangan (*hand*



*hygiene*) di seluruh rumah sakit berjalan namun ada beberapa unit/instalasi yang tidak menerapkan regulasi secara keseluruhan.

Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

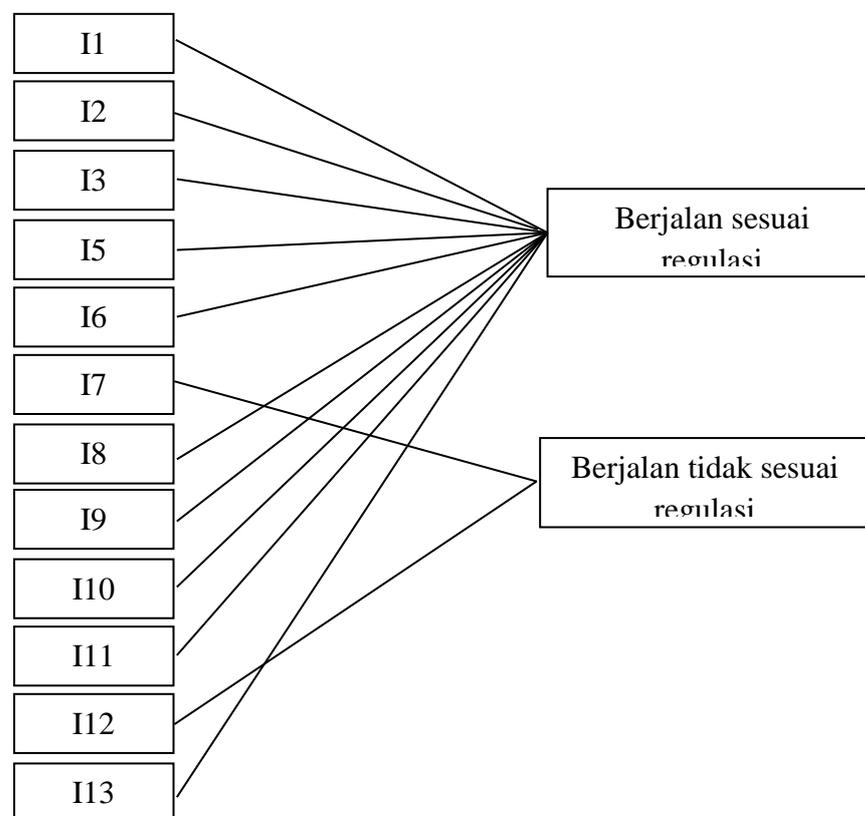
*“Iya, setiap orang melaksanakan cuci tangan sesuai lima momen cuci tangan yang ada.”* (Informan 1, 38 tahun).

*“Sudah tradisi, bahwa five moment itu jalan.”* (Informan 3, 47 tahun)

*“Kalau yang itu sudah di luar kepala mi. Selalu ji dilakukan.”* (Informan 10, 50 tahun)

*“Kalau penerapannya tidak terlalu dilaksanakan, kadang kalau mereka ingat baru dilaksanakan. Kalau buru-buru, jadinya untuk enam langkah cuci tangan biasa mereka tidak lakukan.”* (Informan 12, 45 tahun)

Skema hasil wawancara di atas sebagai berikut:



**Gambar 5.35 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 5: EP 2 Implementasi Program Cuci tangan Sesuai Regulasi**



Berdasarkan skema di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar informan menyatakan bahwa petugas melaksanakan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di rumah sakit sesuai regulasi sebanyak 10 informan dan yang menyatakan program cuci tangan berjalan tetapi tidak sesuai regulasi sebanyak 2 informan.

Berdasarkan hasil telusur dokumen dan wawancara di atas, dapat disimpulkan bahwa RSUD Kota Makassar telah menerapkan EP 2, yaitu melaksanakan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di seluruh rumah sakit sesuai regulasi.

- c. EP 3: Ada bukti dokumen pelaksanaan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) di seluruh rumah sakit

Berdasarkan hasil telusur dokumen, RSUD Kota Makassar memiliki bukti dokumen pelaksanaan program kebersihan tangan. Dokumen pelaksanaan program kebersihan tangan tersebut terdapat di setiap unit di RSUD Kota Makassar sesuai Gambar 5.30. Akan tetapi, untuk pelaksanaan pencatatannya tidak berjalan sesuai dengan regulasi yang berlaku, dimana hanya sebagian unit/instalasi yang melakukan pencatatan secara lengkap.

Hasil wawancara yang dilakukan mengonfirmasi hasil telusur dokumen di atas. Keseluruhan informan menyatakan disediakan buku catatan sebagai bukti pelaksanaan program kebersihan tangan (*hand hygiene*), tetapi untuk pencatatannya sebagian besar tidak berjalan.

Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:



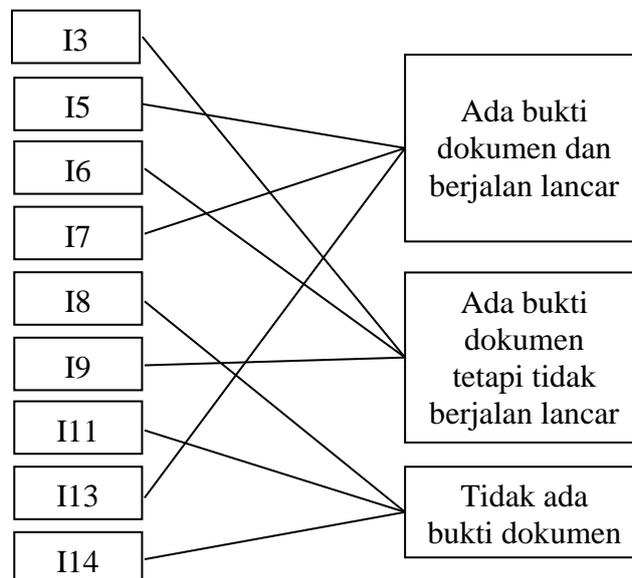
“Kalau foto sih tidak. Kalau catatan ada, tapi tidak dicatat setiap hari.” (Informan 1, 38 tahun)

“Tidak ada. Nda ada buktinya. Ada buku (cuci tangan) tapi nda terisi, nda tau itu yang punya bagian tidak mengisi (IPCLN).” (Informan 6, 39 tahun)

“Adaji, tapi tidak berjalan.” (Informan 9, 48 tahun)

“Nda ada. Ada tim dari PPI memang yang evaluasi, yang langsung tanya, “sudah ji cuci tangan?” tapi kalau dari kita sendiri yang mau catat, nda.” (Informan 8, 33 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut



**Gambar 5.36 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 5: EP 3 Bukti Dokumen Pelaksanaan Program Cuci Tangan**

Berdasarkan skema di atas, dapat diketahui bahwa keseluruhan informan menyatakan bahwa disediakan buku catatan sebagai bukti pelaksanaan program kebersihan tangan (*hand hygiene*) sebanyak 6 informan. Dari 6 informan tersebut, 3 informan menyatakan terdapat bukti dokumen dan pencatatan berjalan lancar dan 3 informan menyatakan pencatatannya tidak berjalan lancar. Sementara itu, yang



menyatakan tidak ada bukti dokumen pelaksanaan program cuci tangan sebanyak 3 informan.

Berdasarkan hasil telusur dokumen dan wawancara untuk EP 3: staf rumah sakit dapat melaksanakan cuci tangan sesuai prosedur tetapi dalam pencatatan tidak berjalan lancar. Dengan demikian, RSUD Kota Makassar hanya memenuhi sebagian EP tersebut.

d. EP 4: Ada bukti staf melaksanakan Lima Momen Cuci Tangan

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan pada fasilitas untuk cuci tangan dan kepatuhan staf pada Lima Momen Cuci Tangan, di RSUD Kota Makassar didapatkan bahwa hasil observasi sesuai dengan persyaratan EP 4. Terdapat fasilitas untuk cuci tangan di setiap lokasi di seluruh rumah sakit serta dalam pelaksanaannya, staf mematuhi Lima Momen Cuci Tangan. Berikut merupakan hasil observasi terkait EP 4: bukti staf melaksanakan Lima Momen Cuci Tangan





**Gambar 5.37 Bukti Staf Melaksanakan Lima Momen Cuci Tangan**

Hasil wawancara yang dilakukan di RSUD Kota Makassar didapatkan bahwa sebagian besar informan menyatakan lima moment cuci tangan dilaksanakan. Tetapi berdasarkan observasi dari IPCN untuk momen 1 dan 2 jarang dilakukan. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

*“Yah diperhatikan ji saja, pastilah mereka cuci tangan. Ada handrub, ada handscoon.”* (Informan 6, 39 tahun)

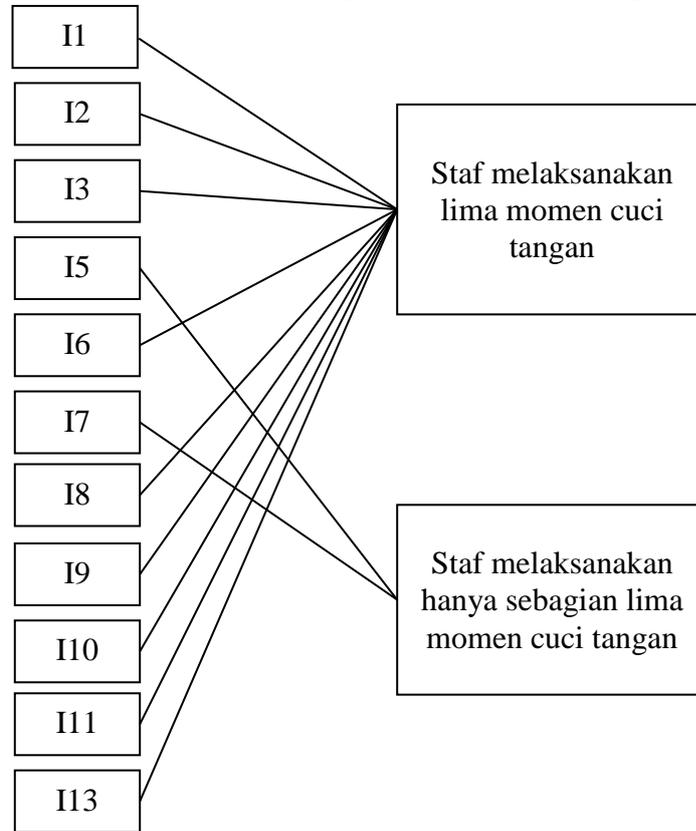
*“Sebelum ke pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah menyentuh cairan tubuh pasien, setelah kontak pasien, cuci tangan. Rutin ji itu.”* (Informan 7, 34 tahun)

*“Ada. Kalau teman-teman itu dia lakukan ji. Cuma untuk bukti fisik yang mau dicatat itu nda ada.”* (Informan 8, 33 tahun)

*“Kalau momen satu jarang, karna kan kalau orang mau ke pasien menganggap diri bahwa bersih. Yang paling banyak itu yang dari ruangan pasien, terus habis terkena cairan tubuh itu 90% (orang cuci tangan) karena orang kotor-kotor nda mungkin nda cuci tangan. Tapi itu yang pertama dan yang kedua itu kurangki, itu selalu, satu dua satu, kalau yang ketiga mantap ji.”* (Informan 5, 36 tahun)



Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut



**Gambar 5.38 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 5: EP 4 Staf Melaksanakan Lima Momen Cuci Tangan**

Berdasarkan skema di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar informan menyatakan bahwa staf melaksanakan Lima Momen Cuci Tangan (*hand hygiene*) sebanyak 9 informan. Sementara itu, yang menyatakan staf melaksanakan hanya sebagian dari Lima Momen Cuci Tangan sebanyak 2 informan

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan untuk EP 4 dapat disimpulkan bahwa di RSUD Kota Makassar terdapat bukti staf melaksanakan lima momen cuci tangan.



- e. EP 5: prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi

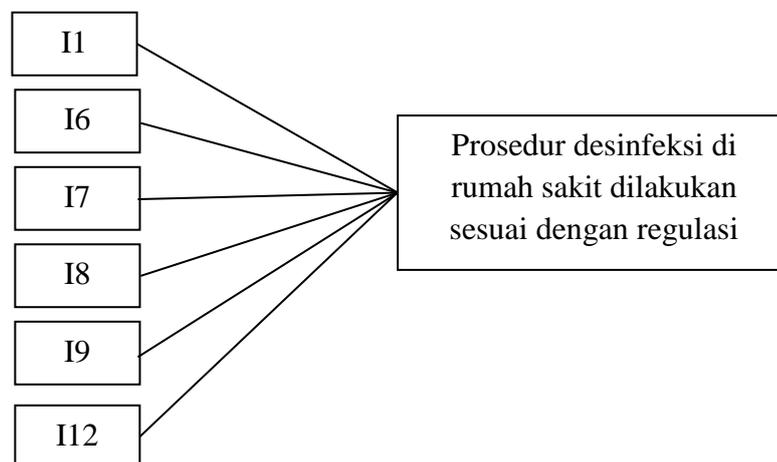
Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, semua informan menyatakan prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai regulasi. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

*“tetap kami laksanakan sesuai dengan format yang ada.”*  
(Informan 7, 34 tahun)

*“Kalau kita semua bahan (yang sudah dipakai) langsung dibuang, tidak dipakai lagi. Gelas-gelas yang masih bisa dipakai, disterilkan di CSSD.”* (Informan 9, 48 tahun)

*“Setiap alat sebelum dan sesudah dipakai dibersihkan dulu.”*  
(Informan 12, 45 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 5.39 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 5 EP 5 prosedur desinfeksi dilakukan sesuai regulasi**

Hasil observasi yang dilakukan mengonfirmasi hal tersebut, dimana RSUD Kota Makassar melakukan proses desinfeksi, prosedur



sterilisasi alat dan penggunaan bahan medis habis pakai di luar unit sterilisasi sesuai dengan regulasi.

Dengan demikian, berdasarkan hasil wawancara dan observasi dapat disimpulkan bahwa di RSUD Kota Makassar diterapkan EP 5: prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi.

- f. EP 6: Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, informan menyatakan bahwa evaluasi dilakukan oleh IPCN berdasarkan observasi dan laporan dari IPCLN. Untuk pelaporan hasil evaluasi dilakukan 3 bulan sekali. Selanjutnya, data dari IPCN tersebut dilaporkan ke PMKP. Hasil dari laporan tersebut kemudian ditindaklanjuti, terutama jika angka penerapan untuk program kebersihan tangan rendah. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

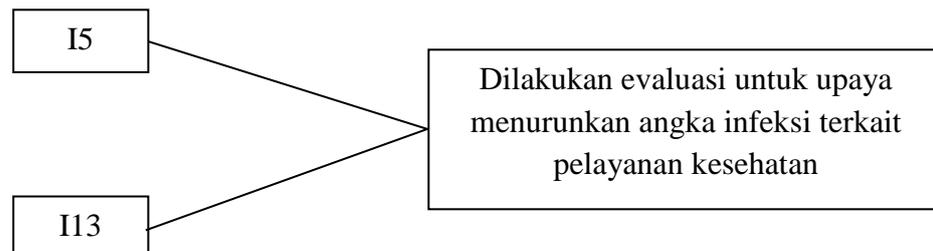
*“Alhamdulillah ini kami angka HAIs nya nda pernahji lewat dari angka standar, selalu ji di bawah 5% untuk angka Phlebitis, terus yang lain-lain juga toh nda pernah ji. Jadi itu saja (evaluasinya) dengan air bersih, cuci tangan. Tapi tetap kami berupaya agar tidak melebihi batas normal. Evaluasi kami kan biasa untuk pelaporannya kami kan ke ruangan, mendata pemakaian alat, terus misalnya ada infeksi kami langsung IPCN yang catat itu. Evaluasinya dilakukan setiap hari, tapi untuk pelaporannya tiga bulan sekali. (Informan 5, 36 tahun)*

*“IPCN yang kasih masuk data. Kami hanya sebagai fasilitator, melihat, oh ternyata dari hasil IPCN, ruangan ini ..... kami bersurat ke direktur, regulasinya seperti itu. Kami bersurat ke direktur, ada ruangan seperti itu, direktur langsung membuat teguran balik, tegur ke bidangnya ada ruangan ini yang*



*ternyata tidak mau melakukan cuci tangan. Bentuk evaluasinya seperti itu. Kalau ternyata kita sudah berapa kali ingatkan ruangan itu, tidak ada (umpan balik), berarti kita tindak tegasmi. Selama ini pencatatan IPCN bagus, untuk apa kami memberikan teguran.” (Informan 13, 45 tahun)*

Dari hasil wawancara di atas, dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 5.40 Hasil wawancara dengan informan terkait SKP 5 EP 6 ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan**

Bukti pelaksanaan evaluasi upaya menurunkan infeksi terdapat di RSUD Kota Makassar. Temuan ini sejalan dengan hasil wawancara yang dilakukan dengan informan yang menyatakan bahwa untuk upaya penurunan infeksi terkait pelayanan kesehatan dilakukan evaluasi oleh IPCN.

Dengan demikian, berdasarkan hasil wawancara dan telusur dokumen dapat disimpulkan bahwa di RSUD Kota Makassar memiliki EP 6: bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan.

## **6. Sasaran 6: Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh**

Dalam sasaran ini terdapat 1 (satu) standar yakni SKP 6 dengan 4 EP.

Hasil yang didapatkan untuk setiap elemen melalui telusur dokumen,

observasi dan wawancara untuk Sasaran 6 sebagai berikut:



- 1) EP 1: Ada regulasi yang mengatur tentang mencegah pasien cedera karena jatuh

Berdasarkan hasil telusur dokumen di RSUD Kota Makassar didapatkan regulasi yang mengatur tentang mencegah pasien cedera karena terjatuh. Regulasi ini tertuang dalam bentuk SPO dan panduan pelaksanaan mencegah pasien cedera karena jatuh.

**TABEL SKALA RYAN (MORSE FALL SCALE)**

NO	PENILAIAN	SKALA	NILAI	REF
1	Riwayat jatuh: apakah pasien pernah jatuh 3 bulan terakhir ?	Tidak Ya	0 25	
2	Diagnosa sekunder: apakah pasien memiliki lebih dari satu penyakit ?	Tidak Ya	0 15	
3	Alat bantu jalan		0	
	- Bantuan/bantu personal			
	- Kebutuhan/kebutuhan		15	
	- Berpenggunaan: tidak/benar/benar/benar		0/10	
4	Tingkat perawatan: apakah saat ini pasien mempunyai infeksi ?	Tidak Ya	0 20	
5	Daya berpakaian berpakaian		0	
	- Normal/benar/normal			
	- Tidak dapat bergerak sendiri		10	
	- Lemah (tidak normal)		20	
	- Gangguan/tidak normal (Parosidomet)		20	
6	Suhu mental		0	
	- Pasien menyadari kondisi			
	- Pasien bingung		15	
	- Pasien mengalami kebingungan daya ingat		15	

**TABEL KLASIFIKASI UNTUK MENENTUKAN TINGKAT RISIKO JATUH PASIEN**

TINGKATAN RISIKO JATUH	NILAI MPF	TINDAKAN
Tidak berisiko	0 - 24	Perawatan biasa
Risiko rendah	25 - 50	Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar
Risiko tinggi	> 51	Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh risiko tinggi

**KLASIFIKASI TINDAKAN YANG DAPAT DILAKUKAN SEHARI PERAWAT TERHADAP PASIEN SESUAI DENGAN SKOR PENILAIAN**

- Risiko rendah
  - Pastikan tel. malam dijangkau oleh pasien
  - Rada tempat tidur dalam keadaan terkunci
  - Pastikan tempat tidur pada posisi terendah
  - Pagar pengaman tempat tidur dirakitkan
- Risiko tinggi
  - Lakukan semua pedoman pencegahan untuk risiko rendah
  - Pastikan gelang khusus (warna kuning) sebagai tanda pasien risiko jatuh
  - Tempatkan tanda risiko pasien jatuh pada setiap tidur pasien
  - Beri tanda risiko pasien jatuh pada setiap tidur pasien
  - Kawatong dan monitor pasien setiap satu jam
  - Tempatkan pasien di kamar yang paling dekat dengan nurse station (jika memungkinkan)

**Gambar 5.41 Regulasi Mencegah Pasien Cedera Karena Jatuh**

- 2) EP 2: Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan kebijakan dan prosedur

Berdasarkan hasil telusur dokumen dan observasi untuk bukti dalam RM tentang pelaksanaan asesmen risiko jatuh di RSUD Kota Makassar didapatkan hasil bahwa terdapat form skala risiko jatuh pasien, tetapi tidak diisi secara lengkap oleh petugas.



Parameter	Kriteria	Nilai	Skor
Usia	< 3 tahun	4	
	3 - 7 tahun	3	
	7 - 13 tahun	2	
	≥ 13 tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki - laki	1	
	Perempuan	2	
Diagnosis	Diagnosis neurologi	4	
	Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, Sinkop, Pusing, dll)	3	
	Gangguan perilaku / psikiatri	2	
	Diagnosis lainnya	1	
Fungsi Kognitif	Tidak menyadari keterbatasan lainnya	1	
	Lupa akan adanya keterbatasan	1	
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	
Kejang	Riwayat jatuh / bayi diletakkan ditempat tidur dewasa	1	

**Gambar 5.42 Bukti dalam RM tentang Pelaksanaan Asesmen Risiko Jatuh**

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan, semua informan menyatakan bahwa dilaksanakan proses asesmen terhadap semua pasien baik rawat inap, rawat jalan maupun IGD sesuai dengan kondisi, diagnosis, lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan kebijakan dan prosedur, dimana di instalasi rawat inap terdapat gelang penanda untuk pasien risiko jatuh dan untuk di poli/ instalasi rawat jalan diberi label. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

*“Kalau di poli (fisioterapi) jalan tapi cuma label (penanda) risiko jatuhnya kecil, jadi kami kemari protes karena tidak kentara.”* (Informan 3, 47 tahun)

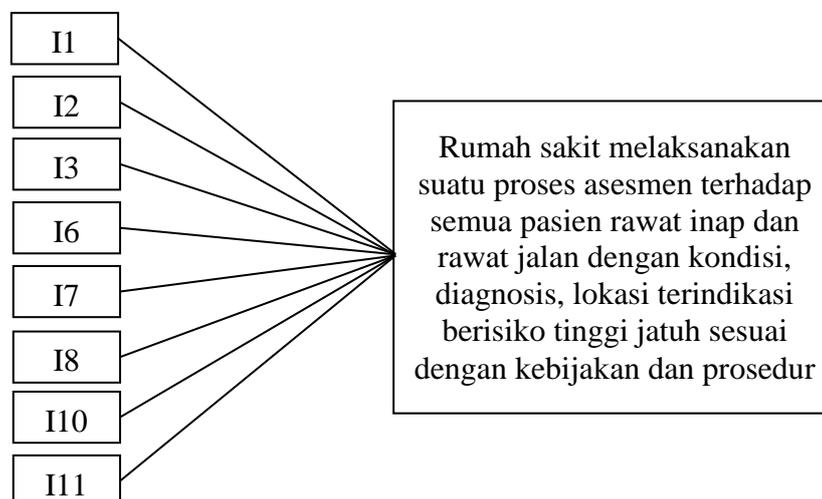
*“Kalau di (perawatan) anak kan itu ada humpty dumpty. Terus itu kan ada gelang, sama yang digantung biasa di tempat tidurnya, penanda risiko jatuh.”* (Informan 6, 39 tahun)

*“Pada saat pasien baru masuk, kan ada formnya pasien jatuh, kemudian kami identifikasi mi itu dia itu posisinya di mana, ringan, sedang. Kan kalau risiko pasien jatuh itu ada intervensinya sesuai dengan skala jatuhnya. Ada juga gelang risiko jatuh.”* (Informan 7, 34 tahun)



Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai

berikut:



**Gambar 5.43 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 6: EP 6 Rumah Sakit Melaksanakan proses asesmen risiko jatuh pada pasien rawat inap dan rawat jalan**

Berdasarkan skema di atas, dapat diketahui bahwa semua informan menyatakan bahwa rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan kebijakan dan prosedur sebanyak 8 informan.

- 3) EP 3: Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh

Berdasarkan hasil telusur dokumen di RSUD Kota Makassar didapatkan hasil bahwa rumah sakit melakukan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh. Proses asesmen pasien



tersebut dicatat dalam lembar asesmen risiko jatuh pasien yang terdapat dalam berkas RM.

Hasil observasi pada pelaksanaan asesmen awal dan asesmen lanjutan dari pasien rawat inap didapatkan bahwa petugas melaksanakan proses asesmen tersebut. Tetapi, hasil asesmen yang dilakukan tidak dicatat secara lengkap dalam berkas RM pasien.

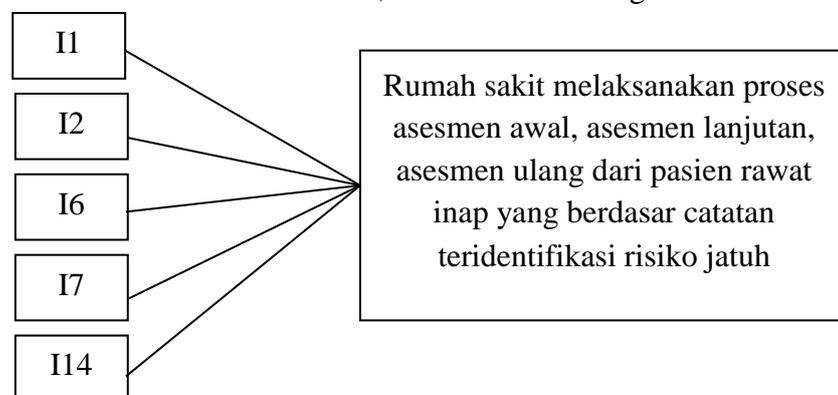
Selain itu, hasil wawancara yang dilakukan, semua informan menyatakan bahwa proses asesmen pasien rawat inap yakni asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dilaksanakan berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

*“Iya, pasti dilaksanakan.”* (Informan 1, 38 tahun)

*“Kalau awal kan, langsung kelihatan. Baru dinilai lagi selanjutnya, apakah sudah ada perbaikan atau malah tidak ada perubahan.”* (Informan 2, 54 tahun)

*“Asesmen lanjutannya dipasang gelang. Tinggal diedukasi orangtuanya bagaimana anaknya supaya tidak jatuh.”* (Informan 6, 39 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, dibuat skema sebagai berikut:



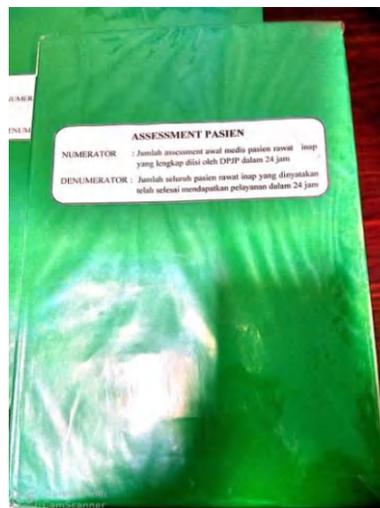
**Gambar 5.44 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 6 EP 3 RS melaksanakan asesmen awal, lanjutan, ulang**



Berdasarkan hasil telusur dokumen dan wawancara tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa RSUD Kota Makassar menerapkan EP 3: Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh.

- 4) EP 4: Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh

Berdasarkan hasil telusur dokumen untuk bukti pelaksanaan langkah-langkah mengurangi risiko jatuh di RSUD Kota Makassar didapatkan bukti berupa buku catatan pelaksanaan langkah-langkah mengurangi risiko jatuh sebagai berikut:



**Gambar 5.45 Bukti Pelaksanaan Langkah-langkah Mengurangi Risiko Jatuh**

Hasil observasi di RSUD Kota Makassar terkait pelaksanaan langkah-langkah mengurangi risiko jatuh didapatkan bahwa RSUD Kota Makassar telah melakukan langkah-langkah tersebut, terutama untuk lokasi spesifik seperti fisioterapi yang risiko



jatuhnya tinggi dan lokasi dengan perbedaan ketinggian lantai diberi penanda. Pasien dengan hasil asesmen risiko jatuh di unit rawat inap diberikan gelang penanda berwarna kuning dan di rawat jalan diberikan label.



**Gambar 5.46 Hasil Observasi Langkah-Langkah Mengurangi Risiko Jatuh**

Hasil wawancara mengonfirmasi hasil telusur dokumen dan observasi yang dilakukan, bahwa terdapat langkah-langkah yang diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh yang dilakukan mulai saat identifikasi pasien pertama kali, lalu dilakukan pencegahan risiko pasien jatuh. Kemudian re-asesmen untuk melihat perkembangan pasien serta dilakukan asesmen lanjutan jika diperlukan. Berikut merupakan petikan jawaban yang diberikan oleh informan:

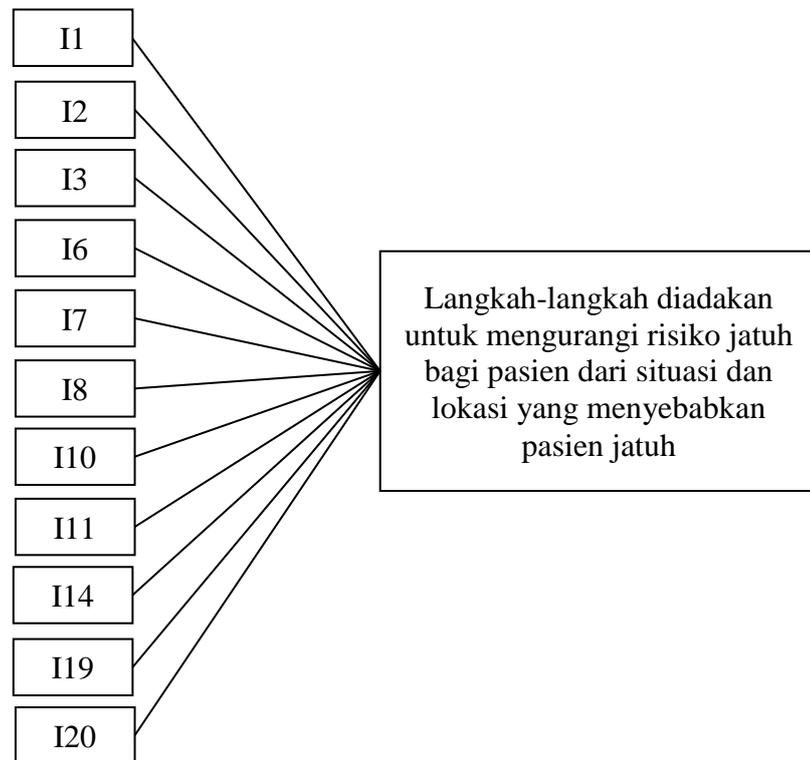
*“Iya, ada dilaksanakan langkah-langkahnya, mulai dari pasien masuk dilakukan pengkajian kondisinya kemudian kalo pasien ada risiko jatuh maka dipasangkan gelang kuning, juga diatur bednya sedemikian rupa sehingga mencegah risiko pasien jatuh.”* (Informan 1, 38 tahun)



*“Disini toh, untuk mengurangi risiko jatuh, ada kita punya regulasi, terus kemudian kita ada namanya asesmen awal dan re-asesmen. Re-asesmen itu dilakukan setiap hari untuk kasus yang berisiko sedang dan tinggi.” (Informan 14, 40 tahun)*

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai

berikut



**Gambar 5.47 Skema hasil wawancara dengan informan terkait SKP 6: EP 6 Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh**

Berdasarkan skema di atas, dapat diketahui bahwa semua informan menyatakan bahwa diadakan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh sebanyak sebanyak 11 informan.

Berdasarkan temuan di atas, maka dibuat tabel rekapitulasi hasil temuan EP setiap sasaran sebagai berikut:



Tabel 5.3 Rekapitulasi Hasil Pemenuhan EP

No	Elemen Penilaian	Hasil									Keterangan
		Dokumen			Observasi			Wawancara			
		TL	TS	TT	TL	TS	TT	TL	TS	TT	
<b>SKP 1: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin (akurasi) identifikasi pasien</b>											<b>Terpenuhi Lengkap</b>
1.	EP 1: ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien	√	-	-	irrelevant			irrelevant			Terpenuhi Lengkap
2.	EP 2: identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai regulasi rumah sakit	√	-	-	√	-	-	√	-	-	Terpenuhi Lengkap
3.	EP 3: identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik				irrelevant	√	-	-	√	-	Terpenuhi Lengkap
4.	EP 4: pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet				irrelevant	√	-	-	√	-	Terpenuhi Lengkap
5.	EP 5: pasien diidentifikasi sebelum menerima cairan intravena, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.				irrelevant	√	-	-	√	-	Terpenuhi Lengkap
<b>SKP 2: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal dan/atau komunikasi melalui telpon antar PPA</b>											<b>Terpenuhi Lengkap</b>
	1: ada regulasi tentang komunikasi efektif antar PPA	√	-	-	irrelevant			irrelevant			Terpenuhi Lengkap
	2: ada bukti pelatihan komunikasi efektif antar PPA	√	-	-	irrelevant			√	-	-	Terpenuhi Lengkap



No	Elemen Penilaian	Hasil									Keterangan
		Dokumen			Observasi			Wawancara			
		TL	TS	TT	TL	TS	TT	TL	TS	TT	
8.	EP 3: pesan secara verbal atau verbal lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan	√	-	-	irrelevant	√	-	-			Terpenuhi Lengkap
9.	EP 4: penyampaian hasil diagnostik secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan secara lengkap	√	-	-	irrelevant	√	-	-			Terpenuhi Lengkap
<b>SKP 2.1: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis.</b>											<b>Terpenuhi Sebagian</b>
10.	EP 1: rumah sakit menetapkan besaran nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan hasil diagnostik kritis	√	-	-	irrelevant			irrelevant			Terpenuhi Lengkap
11.	EP 2: rumah sakit menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan dicatat di rekam medis	√	-	-	irrelevant			-	-	√	Terpenuhi Sebagian
<b>SKP 2.2: Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi “Serah Terima” (<i>hand over</i>)</b>											<b>Terpenuhi Sebagian</b>
12.	EP 1: ada bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara professional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien ( <i>hand over</i> )	-	√	-	irrelevant	√	-	-			Terpenuhi Sebagian
13.	EP 2: formulir, alat, dan metode ditetapkan untuk mendukung proses serah terima pasien bila mungkin melibatkan pasien	√	-	-	irrelevant	√	-	-			Terpenuhi Lengkap
	EP 3: ada bukti dilakukan evaluasi tentang catatan komunikasi pada waktu serah terima pasien ( <i>hand over</i> ) untuk memperbaiki proses	-	-	√	irrelevant	-	√	-			Terpenuhi Sebagian



No	Elemen Penilaian	Hasil									Keterangan
		Dokumen			Observasi			Wawancara			
		TL	TS	TT	TL	TS	TT	TL	TS	TT	
<b>SKP 3: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai</b>											<b>Terpenuhi Lengkap</b>
15.	EP 1: Ada regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai	√	-	-	irrelevant			irrelevant			Terpenuhi Lengkap
16.	EP 2: Rumah sakit meng-implementasikan regulasi yang telah dibuat	√	-	-	irrelevant			√	-	-	Terpenuhi Lengkap
17.	EP 3: Di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai, yang disusun berdasar data spesifik sesuai kebijakan dan prosedur	√	-	-	√	-	-	√	-	-	Terpenuhi Lengkap
18.	EP 4: Tempat penyimpanan, pelabelan, penyimpanan obat yang perlu diwaspadai, termasuk obat “ <i>look-alike/sound-alike</i> ” semua diatur di tempat aman	√	-	-	√	-	-	√	-	-	Terpenuhi Lengkap
<b>SKP 3.1: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola penggunaan elektrolit konsentrat.</b>											<b>Terpenuhi Lengkap</b>
19.	EP 1: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mencegah kurang hati-hatian dalam mengelola elektrolit konsentrat.	√	-	-	irrelevant			irrelevant			Terpenuhi Lengkap
20.	EP 2: Elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja/ instalasi farmasi/depo farmasi	√	-	-	√	-	-	√	-	-	Terpenuhi Lengkap
<b>Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses memastikan Tepat-Lokasi, Tepat- dan Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur</b>											<b>Terpenuhi Lengkap</b>
	1: Ada regulasi untuk melakukan verifikasi sebelum, dan sesudah operasi dengan tersedianya “ <i>check list</i> ”	√	-	-	irrelevant			irrelevant			Terpenuhi Lengkap



No	Elemen Penilaian	Hasil									Keterangan
		Dokumen			Observasi			Wawancara			
		TL	TS	TT	TL	TS	TT	TL	TS	TT	
22.	EP 2: Rumah sakit menggunakan satu tanda ditempat sayatan operasi pertama atau tindakan invasif yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit.	√	-	-	√	-	-	irrelevant			Terpenuhi Lengkap
23.	EP 3I Penandaan dilokasi operasi atau tindakan invasif dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien	√	-	-	√	-	-	irrelevant			Terpenuhi Lengkap
24.	EP 4: Sebelum operasi atau tindakan invasif 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.	√	-	-	√	-	-	irrelevant			Terpenuhi Lengkap
<b>SKP 4.1: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses Time-out yang dijalankan di kamar operasi sebelum operasi dimulai, dilakukan untuk memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur.</b>											<b>Terpenuhi Lengkap</b>
25.	EP 1: Ada regulasi sebelum operasi atau tindakan invasif dilakukan, tim bedah melakukan prosedur Time- Out di daerah dimana operasi/tindakan invasif dilakukan yang kukannya sesuai kebijakan dan prosedur rumah sakit	√	-	-	irrelevant			irrelevant			Terpenuhi Lengkap
	2: Rumah sakit menggunakan komponen <i>Time-Out</i> iri dari identifikasi Tepat-Pasien, Prosedur dan Lokasi, etujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses fikasi sudah lengkap dilakukan	√	-	-	√	-	-	√	-	-	Terpenuhi Lengkap



No	Elemen Penilaian	Hasil									Keterangan
		Dokumen			Observasi			Wawancara			
		TL	TS	TT	TL	TS	TT	TL	TS	TT	
27.	EP 3: Rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien jika operasi dilakkan termasuk prosedur tindakan medis dan gigi diluar kamar operasi	√	-	-	√	-	-	√	-	-	Terpenuhi Lengkap
<b>SKP 5: Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan “evidence based hand hygiene guidelines” untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan</b>											<b>Terpenuhi Sebagian</b>
28.	EP 1: ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) yang mengacu pada standar WHO terkini	√	-	-	irrelevant			irrelevant			Terpenuhi Lengkap
29.	EP 2: rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di seluruh rumah sakit sesuai regulasi	-	√	-	irrelevant		√	-	-		Terpenuhi Sebagian
30.	EP 3: ada bukti dokumen pelaksanaan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di seluruh rumah sakit	-	√	-	irrelevant		-	√	-		Terpenuhi Sebagian
31.	EP 4: ada bukti staf melaksanakan Lima Momen Cuci Tangan	irrelevant			√	-	-	√	-	-	Terpenuhi Lengkap
32.	EP 5: prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi	irrelevant			√	-	-	√	-	-	Terpenuhi Lengkap
33.	EP 6: Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan	√	-	-	irrelevant		√	-	-		Terpenuhi Lengkap
<b>Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengurangi risiko pasien jatuh</b>											<b>Terpenuhi Lengkap</b>
	1: Ada regulasi yang mengatur tentang mencegah dan cedera karena jatuh	√	-	-	irrelevant		irrelevant				Terpenuhi Lengkap



No	Elemen Penilaian	Hasil									Keterangan
		Dokumen			Observasi			Wawancara			
		TL	TS	TT	TL	TS	TT	TL	TS	TT	
35.	EP 2: Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan kebijakan dan prosedur	√	-	-	-	√	-	√	-	-	Terpenuhi Lengkap
36.	EP 3: Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh	√	-	-	√	-	-	√	-	-	Terpenuhi Lengkap
37.	EP 4: Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh	√	-	-	√	-	-	√	-	-	Terpenuhi Lengkap



## C. Pembahasan

### 1. Sasaran 1: Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar

Maksud dan tujuan dari sasaran ini adalah untuk memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan untuk menyalurkan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien (KARS, 2017a).

Hasil telusur dokumen, observasi, dan wawancara didapatkan bahwa RSUD Kota Makassar telah menerapkan sebagian besar SKP 1: Mengidentifikasi pasien dengan benar.

Identifikasi pasien di RSUD Kota Makassar berdasarkan hasil telusur dokumen yang tercetak pada berkas Rekam Medik (RM), identitas pasien tercetak dengan minimal menggunakan enam identitas yaitu: 1) nama pasien sesuai eKTP, 2) tanggal lahir, 3) alamat, 4) tanggal dan waktu masuk rumah sakit, 5) jenis kelamin, dan 6) nomor RM. Identifikasi yang dilakukan di RSUD Kota Makassar ini jika dibandingkan dengan Sasaran Keselamatan Pasien Sasaran 1 telah memenuhi standar tersebut yang menyatakan bahwa identitas pasien yang tercetak pada berkas RM minimal tercetak dengan 3 (tiga) identitas, yaitu: 1) nama pasien sesuai eKTP 2) tanggal lahir dan 3) nomor RM (KARS, 2017b).

Sementara itu, berdasarkan hasil wawancara, sebagian besar informan menyatakan identifikasi pasien secara verbal dilakukan dengan

menanyakan minimal 2 (dua) dari 6 (enam) identitas yang tercetak kepada pasien. Tetapi, dalam pelaksanaan proses identifikasi pasien secara verbal



tersebut masih ada petugas yang melakukan proses identifikasi dengan menggunakan satu identitas serta masih ada petugas yang menjadikan nomor kamar pasien/lokasi pasien dirawat sebagai bentuk identifikasi.

Hal ini berarti masih terdapat petugas yang melakukan proses identifikasi tidak sesuai standar SKP 1 EP 2 yang menyatakan bahwa 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 (KARS, 2017b).

Beberapa penyebab petugas tersebut tidak melakukan identifikasi pasien sesuai standar menurut Yudhawati dan Listiowati (2016) bahwa hal tersebut belum menjadi budaya bagi petugas, sosialisasi program dan SPO belum optimal, evaluasi pelaksanaan identifikasi belum dilaksanakan secara rutin oleh manajemen sehingga akhirnya dapat menyebabkan insiden tersebut terjadi.

Hasil wawancara lainnya yang tidak sesuai standar juga terdapat pada SKP 1 EP 3 dimana terdapat satu orang informan yang menyatakan bahwa tidak dilakukan proses identifikasi pasien sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostic dan terapeutik. Berdasarkan hasil wawancara lanjutan diketahui bahwa informan tersebut merupakan keluarga pasien yang baru saja datang dan mendampingi pasien sehingga tidak menyaksikan proses saat pasien diberikan tindakan sebelumnya

etapi menjawab pertanyaan yang diberikan. Selain itu, identifikasi pasien di RSUD Kota Makassar juga dilakukan dengan dua cara, yakni secara



verbal dan/atau visual. Sehingga memungkinkan petugas melakukan proses identifikasi dengan memilih salah satu atau keduanya bergantung

Meskipun demikian, RSUD Kota Makassar dalam pelaksanaannya secara umum melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan, prosedur diagnostik, sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, pemberian diet, radioterapi, menerima cairan intravena, pengambilan darah atau spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma. Proses identifikasi pasien tersebut dilakukan baik secara verbal dengan menanyakan identitas pasien pada pasien langsung atau keluarga pasien dan dilakukan secara visual dengan melihat identitas pada gelang pasien dan dicocokkan dengan berkas RM pasien.

## 2. Sasaran 2: Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (*ambiguous*), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien (KARS, 2017a).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, didapatkan bahwa dari tiga standar penilaian: SKP 2, SKP 2.1 dan SKP 2.2 didapatkan hasil bahwa RSUD Kota Makassar telah menerapkan sebagian besar (7 dari 9 EP) sasaran 2: meningkatkan komunikasi yang efektif.

Pada SKP 2, dalam melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal atau verbal lewat telepon antar PPA, RSUD Kota



Makassar telah memiliki regulasi tentang komunikasi efektif antar PPA berupa SPO dan panduan pelaksanaan komunikasi efektif dengan menggunakan teknik SBAR. Panduan tersebut berbentuk contoh percakapan yang ditempel di mading setiap unit/instalasi di rumah sakit. Selain itu, RSUD Kota Makassar juga melaksanakan pelatihan komunikasi efektif antar PPA secara bergiliran dan menggunakan teknik SBAR (*Situation, Background, Analysis, Recommendation*) dalam proses komunikasi antar PPA.

Upaya RSUD Kota Makassar dalam meningkatkan efektivitas komunikasi verbal atau verbal lewat telepon antar PPA sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Diniyah (2017) pada mahasiswa kebidanan yang menyatakan bahwa *skill* komunikasi efektif mahasiswa kebidanan mengalami peningkatan sesudah mendapatkan materi komunikasi efektif dengan metode SBAR dan dilanjutkan dengan *role play* menggunakan kasus fiktif. Setelah dilakukan simulasi menggunakan kasus nyata, seluruh responden mengalami peningkatan skill komunikasi termasuk dalam kategori baik (Diniyah, 2017).

Akan tetapi, dalam SKP 2 EP 4 proses pelaksanaan teknik SBAR tersebut terdapat satu orang informan yang menyatakan bahwa tidak dilakukan pencatatan ketika penyampaian hasil diagnostic dilakukan secara verbal sehingga proses lainnya secara otomatis juga tidak dilakukan seperti konfirmasi terhadap pemberi pesan. Proses pencatatan yang tidak dilakukan ini juga terjadi pada SKP 2.2 EP 1 dimana tidak ada



bukti pencatatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan antar PPA pada waktu serah terima pasien. Kedua masalah ini berdasarkan hasil wawancara didapatkan bahwa proses pencatatan tersebut tidak dilakukan karena pada saat komunikasi verbal dilakukan biasanya pasien dalam keadaan darurat sehingga tidak sempat dilakukan pencatatan. Akibatnya, tidak dapat dilakukan evaluasi untuk memperbaiki proses komunikasi yang akan berdampak pada terjadinya komunikasi yang buruk.

Komunikasi yang buruk merupakan penyebab yang paling sering menimbulkan efek samping di semua aspek pelayanan kesehatan, sehingga menimbulkan permasalahan dalam pengidentifikasian pasien, kesalahan pengobatan dan transfusi serta alergi diabaikan, salah prosedur operasi, salah sisi bagian yang dioperasi, semua hal tersebut berpotensi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien dan dapat dicegah dengan meningkatkan komunikasi (Ulva, 2017).

Masalah lainnya terjadi pada SKP 2.1 EP 2 dalam proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis dan proses serah terima pasien. Meskipun RSUD Kota Makassar telah menetapkan besaran nilai kritis dan hasil diagnostik kritis, serta telah menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis dalam bentuk SPO, akan tetapi dalam pelaksanaannya hampir sebagian besar informan tidak mengetahui hal tersebut dan hanya terdapat satu informan yang

mengetahuinya.



Berdasarkan hasil observasi, informan yang mengetahui bahwa telah ditetapkan penanggung jawab pelaporan nilai kritis adalah informan yang memiliki jabatan sebagai kepala ruangan instalasi radiologi. Uraian tugas kepala ruangan tersebut yakni ikut menyusun sistem dan SPO tentang pedoman pelayanan radiologi dan standar pemeriksaan radiodiagnostik serta bertanggung jawab mengawasi manajemen administrasi instalasi radiologi (S et al., 2018). Sehingga hal ini sejalan dengan hasil wawancara informan tersebut bahwa informan mengetahui SPO siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis.

Untuk mengatasi hal tersebut, Neri et al. (2018) menyatakan perlu dilakukan upaya perbaikan seperti memenuhi sarana dan prasarana terkait sasaran keselamatan pasien, melaksanakan sosialisasi ulang dan *pelatihan patient safety* serta monitoring dan evaluasi oleh tim keselamatan pasien yang melibatkan seluruh staf di rumah sakit.

### **3. Sasaran 3: Meningkatkan Keamanan Obat-obat yang Harus Diwaspadai**

Setiap obat jika salah penggunaannya dapat membahayakan pasien, bahkan bahayanya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien, terutama obat-obat yang perlu diwaspadai. Obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila kita salah

menggunakan dan dapat menimbulkan kerugian besar pada pasien (KARS, 2017a).



Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Kota Makassar didapatkan hasil bahwa rumah sakit telah menerapkan Sasaran 3: Meningkatkan keamanan obat-obat yang harus diwaspadai dengan memenuhi persyaratan pada SKP 3 dan SKP 3.1.

RSUD Kota Makassar telah menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai. Regulasi tersebut tertuang dalam bentuk SPO untuk penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu di waspadai. Dalam implementasinya sebagian besar informan menyatakan telah dilakukan sesuai regulasi.

Di unit terkait di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai. Daftar tersebut ditempatkan berbeda-beda di setiap unit. Tempat yang paling dominan digunakan untuk memajang daftar obat yang perlu di waspadai adalah masing *nurse station* dan lemari obat.

Tempat penyimpanan obat yang perlu diwaspadai termasuk obat “*look-alike/sound-alike*” di RSUD Kota Makassar diatur di tempat khusus yang terpisah dari obat-obatan lainnya. Untuk pelabelan, obat yang perlu diwaspadai diberikan label berwarna merah dengan tulisan “*high alert*” sedangkan untuk obat “*look-alike/sound-alike*” diberikan label berwarna kuning dengan tulisan ‘LASA’ pada label.

Akan tetapi, berdasarkan hasil observasi untuk daftar obat yang perlu diwaspadai serta daftar elektrolit konsentrat pada bagian depo obat kedua daftar tersebut tergabung dalam satu kertas dan ditempel pada



bagian penyimpanan elektrolit konsentrat. Daftar obat tersebut tidak sesuai dengan tempat penyimpanan obat. Sehingga dapat membuat petugas kebingungan untuk menemukan obat high alert dan elektrolit konsentrat.

Hasil ini serupa dengan hasil penelitian yang didapatkan oleh Neri et al. (2018) di RSUD Padang Pariaman dimana rumah sakit telah memiliki daftar semua obat yang perlu diwaspadai yang disusun berdasarkan data spesifik sesuai dengan regulasi. Untuk obat-obatan *high alert* sudah memakai stiker berwarna merah dan LASA memakai stiker berwarna kuning.

Hasil yang berbeda didapatkan pada penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo yang menemukan bahwa kepatuhan penerapan NORUM dan obat *high alert* masih kurang baik. Label NORUM hanya tersedia di bagian farmasi. Sementara itu, obat *high alert* di ruangan diletakkan masih tercampur dengan obat lain dan di dalam tempat obat pasien itu sendiri. Hal ini, jika dibiarkan dapat menyebabkan keliru obat yang dapat mengakibatkan KTD/*Sentinel event* bila tidak disiapkan dan dikelola dengan baik (Iskandar, 2015).

Untuk pengelolaan elektrolit konsentrat, RSUD Kota Makassar telah menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses pengelolaan penggunaannya. Terdapat SPO yang digunakan sebagai panduan dalam mengelola elektrolit konsentrat. SPO tersebut telah diimplementasikan

sesuai dengan regulasi dimana elektrolit konsentrat hanya tersedia di depo obat dan farmasi RSUD Kota Makassar.



Komisi Akreditasi Rumah Sakit (2017a) menyatakan bahwa mengelola obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) dan memindahkan elektrolit konsentrat dari area layanan perawatan pasien ke unit farmasi merupakan cara yang paling efektif untuk mengurangi dan menghilangkan kejadian pemberian obat yang salah atau ketidaksengajaan menggunakan elektrolit konsentrat.

#### **4. Sasaran 4: Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar**

Salah-Lokasi, Salah -Prosedur, dan Salah-Pasien yang menjalani tindakan serta prosedur merupakan kejadian sangat mengkhawatirkan dan dapat terjadi. Rumah sakit harus menentukan area-area di dalam rumah sakit yang melakukan tindakan bedah dan prosedur invasif. Ketentuan rumah sakit tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien berlaku di semua area rumah sakit di lokasi tindakan bedah dan invasif dilakukan (KARS, 2017a).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilkakukan, RSUD Kota Makassar telah menerapkan sasaran 4: Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar dengan memenuhi semua EP pada sasaran 4.

RSUD Kota Makassar telah memiliki regulasi tentang pelaksanaan *surgical safety check list* beserta form *surgical safety check list* yang digunakan. Dalam form tersebut memuat ceklis *sign in*, *time out*, dan *sign out*. Selain itu, terdapat form penandaan area sayatan operasi, *inform*



*consent*, dan form untuk mencatat pengecekan kesiapan. RSUD Kota Makassar menggunakan ketentuan yang sama tentang Tepat-Lokas, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien, jika operasi dilakukan di luar ruang operasi.

Hasil serupa juga didapatkan pada penelitian yang dilakukan di RSUD Padang Pariaman yang menyatakan bahwa berdasarkan hasil wawancara mendalam dan observasi untuk memastikan ketepatan lokasi, prosedur dan pasien operasi, RSUD Padang Pariaman telah memiliki *checklist* dan melibatkan pasien dalam proses penandaan operasi. Dari hasil telaah dokumen, RSUD Padang Pariaman menggunakan standar prosedur operasional yang dibuktikan dengan *surgical checklist* dan data pasien yang sudah dilakukan operasi (Neri et al., 2018).

Penelitian yang dilakukan di Ahmed-Gasim's *Cardiac Center* di Sudan menyatakan bahwa penerapan *surgical safety check list* meningkatkan budaya keselamatan, daya ingat, komunikasi, kerja tim, proses pemeriksaan sistematis, dan mengurangi kesalahan medis, seperti pasien yang salah, lokasi penandaan yang salah, dan prosedur yang salah. Penerapan *surgery check list* tidak menunda kasus atau menambah beban pekerjaan (Abdallah, 2011).

##### **5. Sasaran 5: Mengurangi Risiko Infeksi terkait Pelayanan Kesehatan**

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan sebuah tantangan di lingkungan fasilitas kesehatan. Kenaikan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan bagi pasien dan petugas kesehatan. Secara umum, infeksi terkait pelayanan kesehatan terjadi di



semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh/aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan ventilator. Upaya terpenting menghilangkan masalah infeksi ini dan infeksi lainnya adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan (KARS, 2017a).

*Hand hygiene* adalah langkah utama untuk mencegah penyebaran resistensi antimikroba dan mengurangi infeksi terkait pelayanan kesehatan (HAIs). Akan tetapi, kepatuhan petugas pada praktik yang optimal masih tetap rendah di sebagian besar rangkaian (Allegranzi dan Pittet, 2009)

Hasil penelitian di RSUD Kota Makassar telah menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan “*evidence-based hand hygiene guidelines*” untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan dengan menerapkan setiap EP dalam sasaran 5: mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat SPO tentang kebersihan tangan di RSUD Kota Makassar yang telah diimplementasikan di seluruh rumah sakit. Semua staf, terutama staf medis melakukan prosedur cuci tangan tetapi hanya sebagian besar yang melakukan lima momen cuci tangan yang ada. Beberapa petugas hanya melakukan prosedur cuci tangan

setelah kontak dengan pasien.



Hasil wawancara yang ada menyatakan bahwa petugas yang hanya melakukan dua dari lima momen cuci tangan yang ada atau tidak melakukan enam langkah cuci tangan dikarenakan petugas biasanya terburu-buru atau pasien dalam keadaan darurat sehingga tidak sempat melakukan prosedur cuci tangan sesuai regulasi. Hal lainnya, yaitu petugas kadang-kadang hanya melakukan prosedur cuci tangan saat petugas ingat saja. Sehingga prosedur cuci tangan tidak dilakukan sesuai regulasi.

Temuan serupa didapatkan pada penelitian yang dilakukan di RSUD DR. R Soetijono Blora yang menyatakan dalam pengurangan infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan cuci tangan, petugas melakukan cuci tangan pada saat setelah melakukan tindakan dan setelah kontak dengan pasien saja. Setiap sebelum kontak dengan pasien sangat jarang sekali dilakukan bahkan hampir tidak pernah dilakukan. Hal ini disadari oleh petugas, namun sudah menjadi suatu kebiasaan yang diterapkan sehingga menjadi budaya tersendiri (Octaria et al., 2014).

Untuk mengatasi hal tersebut, RSUD Kota Makassar sendiri telah membuat ceklis pelaksanaan cuci tangan setiap petugas di masing-masing unit. Akan tetapi, berdasarkan hasil observasi dan wawancara, hanya tiga informan yang menyatakan ceklis tersebut terdapat di unit masing-masing dan penatalaksanaannya berjalan lancar, tiga informan menyatakan terdapat ceklis tetapi tidak berjalan lancar, dan tiga lainnya menyatakan bahwa tidak terdapat ceklis pelaksanaan cuci tangan.



Penyebab terjadinya hal tersebut dikarenakan setiap unit memiliki indikator mutu yang berbeda-beda, sehingga hanya memprioritaskan indikator yang menjadi penilaian di unit tersebut. Unit yang indikator mutunya adalah kepatuhan cuci tangan petugas memiliki dokumen ceklis pelaksanaan cuci tangan yang lengkap pencatatannya.

Sementara itu, unit lainnya yang terdapat ceklis tetapi tidak berjalan lancar pencatatannya dikarenakan petugas yang bertanggung jawab untuk mengisi ceklis tersebut juga memiliki tugas lainnya yang dianggap lebih penting daripada mengisi ceklis kepatuhan cuci tangan.

Unit yang sama sekali tidak memiliki dokumen pelaksanaan cuci tangan, selain dikarenakan indikator mutunya adalah bukan kepatuhan cuci tangan, juga menyatakan bahwa pihak PPI yang diberikan wewenang dalam melakukan evaluasi pelaksanaan cuci tangan.

Evaluasi PPI terhadap kepatuhan cuci tangan ini dilakukan setiap hari oleh bagian IPCN yang selanjutnya setiap triwulan melaporkan hasil tersebut ke bagian PMKP untuk ditindaklanjuti.

## **6. Sasaran 6: Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh**

Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh. Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi (KARS, 2017a).

Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Kota Makassar didapatkan bahwa rumah sakit telah menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses



mengurangi risiko pasien jatuh. Dalam berkas RM pasien terdapat form pengkajian skala jatuh pasien. Pasien rawat inap disediakan form asesmen harian pasien. Terakhir, petugas melakukan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien berupa identifikasi pasien saat pertama kali masuk (*screening*), pemasangan gelang risiko jatuh, pengelolaan pasien risiko jatuh, penanganan pasien jatuh, edukasi pasien dan keluarga, serta penulisan hasil asesmen pada berkas RM pasien.

Penelitian di atas sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Islam Unisma Malang dimana sebagian besar petugas atau perawat telah melaksanakan dengan baik program manajemen pasien jatuh yang meliputi: *screening*, pemasangan gelang identitas risiko jatuh, edukasi pasien dan keluarga tentang menggunakan leaflet edukasi, pengelolaan pasien risiko jatuh, penanganan pasien jatuh dan pelaporan insiden (Budiono et al., 2013).

Penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Panti Waluyo menyatakan dalam pelaksanaan SPO pencegahan resiko jatuh pasien bahwa semakin baik dan meningkat pengetahuan yang dimiliki perawat maka semakin patuh dan meningkat pula kepatuhan perawat dalam pelaksanaan SPO pencegahan resiko jatuh pasien (Oktaviani et al., 2015).



## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil penelitian gambaran keselamatan pasien berdasarkan SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar dapat disimpulkan bahwa:

1. Dari lima EP pada sasaran 1: mengidentifikasi pasien dengan benar, RSUD Kota Makassar secara keseluruhan telah menerapkan kelima EP tersebut dengan status terpenuhi lengkap.
2. Dari sebelas EP pada sasaran 2: meningkatkan komunikasi yang efektif RSUD Kota Makassar hanya menerapkan sasaran 2 dengan status terpenuhi sebagian dimana terdapat tiga EP yakni SKP 2.1 EP 2, SKP 2.2 EP 1 dan EP 3 yang hanya terpenuhi sebagian.
3. Dari enam EP pada sasaran 3: meningkatkan keamanan terhadap obat-obatan yang perlu diwaspadai RSUD Kota Makassar secara keseluruhan telah menerapkan sasaran 3 dengan status terpenuhi lengkap.
4. Dari tujuh EP pada sasaran 4: memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar RSUD Kota Makassar secara keseluruhan telah menerapkan sasaran 4 dengan status terpenuhi lengkap.
5. Dari enam EP pada sasaran 5: mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan RSUD Kota Makassar secara keseluruhan telah menerapkan sebagian sasaran 5 dengan status terpenuhi sebagian, dimana pada EP 2 dan 3 hanya terpenuhi sebagian.



6. Dari empat EP pada sasaran 6: mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh RSUD Kota Makassar secara keseluruhan telah menerapkan sasaran 4 dengan status terpenuhi lengkap.

## B. Saran

1. Sebaiknya pihak rumah sakit melakukan evaluasi dan mengambil tindakan/upaya yang perlu dilakukan untuk menunjang EP pada sasaran yang masih terpenuhi sebagian/belum terpenuhi lengkap, sehingga dalam proses pemberian pelayanan kepada pasien, keselamatan pasien terjamin dan rumah sakit dapat mempertahankan status akreditasi paripurna yang telah dimiliki.
2. Sebaiknya pihak rumah sakit mensosialisasikan SPO pelaporan nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik sehingga setiap perawat mengetahui siapa yang harus melaporkan dan menerima nilai kritis hasil pemeriksaan.
3. Rumah sakit perlu melakukan sosialisasi, pelatihan dan pelaksanaan tentang pencatatan hal-hal kritikal yang dikomunikasikan antar PPA pada waktu *hand over* sehingga PPA mengetahui urgensi pencatatan dan form yang telah disediakan oleh rumah sakit diharapkan dapat diisi secara lengkap oleh PPA.
4. Sebaiknya rumah sakit menyediakan form atau bentuk evaluasi terhadap catatan komunikasi pada waktu serah terima serta mengadakan sosialisasi dan pelatihan untuk PPA sehingga dapat melakukan evaluasi terhadap

catatan komunikasi pada waktu serah terima untuk memperbaiki proses komunikasi yang terjadi.



5. Rumah sakit perlu untuk melakukan monitoring terhadap kepatuhan program *hand hygiene* di seluruh rumah sakit, sehingga semua petugas tidak hanya melakukan prosedur *hand hygiene* setelah menyentuh pasien tetapi melaksanakan lima momen cuci tangan serta melakukannya sesuai regulasi.
6. Sebaiknya rumah sakit membedakan kertas daftar obat-obat yang perlu diwaspadai dan daftar elektrolit konsentrat yang berada di depo obat sehingga memudahkan petugas pada saat mencari letak daftar tersebut.
7. Bagi peneliti selanjutnya, perlu dilakukan penelitian lebih mendalam terkait kelengkapan yang dibutuhkan pada elemen penilaian yang ada dalam sasaran keselamatan pasien untuk mencegah terjadinya ambiguitas atau multitafsir terhadap EP tersebut.



## DAFTAR PUSTAKA

- Abdallah, A. (2011), "Implementation of Safe Surgery Saves Lives initiative in Ahmed-Gasim ' s Cardiac Center".
- Achmad, I. (2017), "Manajemen Perawatan Pasien Total Care dan Kejadian Infeksi Nosokomial di Ruang ICU RSUD Masohi Tahun 2016", *Global Health Science*, Vol. 2 No. 1, hal. 24–33.
- Allegranzi, B. dan Pittet, D. (2009), "Role of Hand Hygiene in Healthcare-Associated Infection Prevention", *Journal of Hospital Infection*.
- Budiono, S., Alamsyah, A. dan S, T.W. (2013), "Pelaksanaan Program Manajemen Pasien dengan Risiko Jatuh di Rumah Sakit The Implementation of Patient Fall Risk Management Program in Hospital", Vol. 28 No. 1, hal. 78–83.
- Depkes RI. (2008), *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety) Edisi 2*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, tersedia pada:<https://doi.org/10.1190/1.1443081>.
- Diniyah, K. (2017), "Pengaruh Pelatihan SBAR Role-Play terhadap Skill Komunikasi Handover Mahasiswa Kebidanan", *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, Vol. 6 No. 1, hal. 35–44.
- Hamdani, S. (2007), *Analisis Budaya Keselamatan Pasien (Patient Safety Culture) di Rumah Sakit Islam Jakarta Tahun 2007*, Universitas Indonesia.
- Handayani, F. (2017), *Gambaran Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Karakteristik Perawat, Organisasi, dan Sifat Dasar Pekerjaan di Unit Rawat Inap rumah sakit al-islam bandung pada periode 2012-2016*, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Harus, B.D. dan Sutriningsih, A. (2015), "Pengetahuan Perawat tentang Keselamatan Pasien dengan Pelaksanaan Prosedur Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) Di Rumah Sakit Panti aluya Sawahan Malang", *Jurnal CARE*, Vol. 3 No. 1, hal. 25–32.
- Hasbiansyah, O. (2008), "Pendekatan Fenomenologi: Pengantar Praktik Penelitian dalam Ilmu Sosial dan Komunikasi", *MEDIATOR*, Vol. 9 No. 56, hal. 163–180.
- Iskandar, E. (2015), "Tata Kelola dan Kepatuhan Penerapan Standar Patient Safety Penyakit Stroke di Rumah Sakit Dr . Kanujoso Djatiwibowo Tahun 2015", *Jurnal ARSI*, Vol. 3, hal. 169–180.
- Keles, A.W., Kandou, G.D. dan Tilaar, C.R. (2015), "Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Dr . Sam Hlangi Tondano Sesuai dengan Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012", *MU*, Vol. 5 No. 2, hal. 250–259.



- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2017a), *Draft SNARS Edisi 1*, Jakarta.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2017b), “Instrumen Survey Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit SNARS Edisi 1”.
- Mitchell, P.H. (2008), “Patient Safety and Quality”, in RG, H. (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, Vol. 1., Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, tersedia pada: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>.
- Muharram, F. (2016), *Gambaran Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin*, Universitas Hasanuddin.
- Mustikawati, Y.H. (2011), *Analisis Determinan Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan di Unit Perawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta*, Universitas Indonesia, tersedia pada: [lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282767-T Yully Harta Mustikawati.pdf](http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282767-T Yully Harta Mustikawati.pdf).
- Nasir, A., Muhith, A. dan Ideputri, M.E. (2011), *Buku Ajar: Metodologi Penelitian Kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Neri, R.A., Lestari, Y. dan Yetti, H. (2018), “Analisis Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman”, *Jurnal Kesehatan Andalas*, hal. 48–55.
- Octaria, R.D., Dewi, A. dan Yuliadi, I. (2014), “Analisis Kesiapan Rumah Sakit Yang Telah Terakreditasi 12 Pelayanan Terhadap Pemenuhan Standar Akreditasi Versi 2012 (Studi Kasus RSUD Dr.R.Soetijono Blora)”, *ejournal*, hal. 1–20.
- Oktaviani, H., Sulisetyawati, S.D. dan Fitriana, R.N. (2015), “Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional Pencegahan Risiko Jatuh Pasien di Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta”, *Stikes Kusuma Husada*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 012 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit*. (2012), , Kementerian Kesehatan, Jakarta.
- PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 1691 TAHUN 2011.** (n.d.), , tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2015.12.490>.
- Poerwani, S. dan Sopacua, E. (2006), “Akreditasi Sebagai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit”, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, Vol. 9 No. 3, hal. 125–133.
- A. (2014), *Pengaruh Implementasi Surgical Safety Checklist terhadap Keselamatan Pasien Bedah Mata di Kamar Bedah RS Mata “Dr. Yap” Yogyakarta*, SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN ’AISYIYAH GYAKARTA.



- S, N.F.S., B, F., Hasniar, Khaerun Nisa, Q. dan S., F. (2018), *LAPORAN RESIDENSI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MAKASSAR*, Makassar.
- Saryono dan Anggraeni, M.D. (2013), *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*.
- Setiyani, M.D., Zuhrotunida dan Syahridal. (2016), “Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Tangerang”, *JKFT*, hal. 59–69.
- Syurandhari, D.H. (2016), “Hubungan Patient Safety dengan Mutu Pelayanan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto”, *Hospital Majapahit*, Vol. 8 No. 2, hal. 87–99.
- Ulumiyah, N.H. (2018), “MENINGKATKAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN PUSKESMAS”, Vol. 6 No. 2, hal. 149–155.
- Ulva, F. (2017), “Gambaran Komunikasi Efektif Dalam Penerapan Keselamatan Pasien (Studi Kasus Rumah Sakit X Di Kota Padang)”, *Jurnal Pembangunan Negeri*, Vol. 2 No. 1, hal. 95–102.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. (n.d.). , Indonesia.
- Yudhawati, D.D. dan Listiowati, E. (2016), “Evaluasi Penerapan Identifikasi Pasien di Bangsal Rawat Inap RSI Siti Aisyah Madiun”, *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, Vol. 4 No. 2, hal. 1–10.



# LAMPIRAN



## Lampiran 1

### ***INFORMED CONSENT*** **PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN**

*Assalamu 'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.*

Selamat Pagi/Siang/Sore

Perkenalkan nama saya St. Magfirah Nur S. Saya adalah mahasiswa S1 angkatan 2015 Bagian Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Saya bermaksud melakukan penelitian tentang “Gambaran Implementasi Keselamatan Pasien Berdasarkan Sasaran Keselamatan Pasien SNARS Edisi 1 di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar Tahun 2019”. Penelitian ini dilakukan sebagai tahap akhir dalam penyelesaian studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Saya berharap Bapak/Ibu, Saudara/Saudari bersedia untuk menjadi informan dalam penelitian ini dimana saya akan melakukan wawancara mendalam terkait dengan penelitian ini. Semua informasi yang Saudara/Saudari berikan terjamin kerahasiaannya, dengan cara hanya mencantumkan inisial nama dari Saudari/Saudara dari hasil penelitian saya. Setelah Saudara/Saudari membaca maksud dan kegiatan penelitian diatas, saya mohon untuk mengisi nama dan tanda tangan dibawah ini.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, setuju untuk ikut serta dalam penelitian.

Nama :

Tanda Tangan :

Terima kasih atas kesedian Saudara/Saudari untuk ikut serta didalam penelitian



## Lampiran 2

### GAMBARAN IMPLEMENTASI KESELAMATAN PASIEN BERDASARKAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN SNARS EDISI 1 DI RSUD KOTA MAKASSAR TAHUN 2019

---

#### PEDOMAN WAWANCARA

#### IDENTITAS INFORMAN

Nama Informan: .....

Usia: .....

Jenis Kelamin: .....

Jabatan:.....

Masa Kerja/Angkatan: .....

Unit Kerja : .....

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

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 nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik? h. Siapa saja yang melaporkan dan siapa yang menerima



Variabel	Topik wawancara
	nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik? i. Bagaimana cara pelaporan nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik? j. Bagaimana proses serah terima pasien? k. Siapa saja yang terlibat dalam serah terima pasien? l. Apakah terdapat form, alat, dan atau metode serah terima pasien? m. Bagaimana proses evaluasi catatan komunikasi yang terjadi saat operan?
3. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai ( <i>high alert medications</i> )	a. Bagaimana proses implementasi regulasi obat yang perlu diwaspadai? b. Apakah terdapat daftar obat yang perlu diwaspadai? c. Bagaimana proses penyusunan, penyimpanan dan pelabelan obat yang perlu diwaspadai?
4. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar	a. Bagaimana proses verifikasi sebelum, saat dan sesudah operasi? b. Bagaimana proses pelaksanaan <i>time out</i> ? c. Bagaimana proses pelaksanaan <i>time out</i> di luar kamar operasi?
5. Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan 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 saja Bapak/Ibu mencuci tangan? d. Bagaimana prosedur pelaksanaan desinfeksi di unit Bapak/Ibu? e. Apakah terdapat upaya penurunan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan? f. Bagaimana pelaksanaan upaya penurunan infeksi? g. Bagaimana evaluasi terhadap upaya penurunan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan?
6. Mengurangi risiko cedera pasien akibat	a. Bagaimana pelaksanaan proses asesmen risiko jatuh di rawat inap dan rawat jalan? b. Bagaimana pelaksanaan asesmen awal dan ulang/lanjutan dari pasien rawat inap berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh? c. Bagaimana pelaksanaan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh?



### Lampiran 3

**TABEL 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		
	6) Permintaan dan hasil laboratorium/radiologi			
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 tiga identitas pasien, identifikasi dilakukan secara verbal atau visual.		
c.	Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian	Lihat proses identifikasi sebelum pemberian:		
		1) Obat		
		2) Darah		
		3) Produk darah		
		4) Pengambilan spesimen		



No	Elemen Penilaian	Telusur	Hasil Observasi	
			Ya	Tidak
		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) Hemodialisis		
		4) Pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain		
		5) Katerisasi jantung		
		6) Prosedur radiologi diagnostik; dan 7) Pasien koma.		
<b>2.</b>	<b>Sasaran 3: Meningkatkan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai</b>			
a.	Di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai yang disusun berdasar atas data spesifik sesuai dengan regulasi.	Lihat daftar di unit terkait		
b.	Tempat penyimpanan, pelabelan, dan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai termasuk obat NORUM diatur di tempat aman.	Lihat tempat penyimpanan obat yang perlu diwaspadai		
c.	Elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja/instalasi farmasi atau depo farmasi.	Lihat tempat penyimpanan		
<b>3.</b>	<b>Sasaran 4: Prosedur Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Yang Menjalani Tindakan Dan Prosedur</b>			
	di bukti rumah sakit menggunakan satu tanda di obat sayatan operasi pertama atau tindakan invasif yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan	Lihat form dan bukti penandaan		



No	Elemen Penilaian	Telusur	Hasil Observasi	
			Ya	Tidak
	rumah sakit.			
b.	Ada bukti bahwa penandaan lokasi operasi atau tindakan invasif ( <i>site marking</i> ) dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien.	Lihat bukti penandaan		
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 form pencatatan		
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>		
	Rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien jika operasi dilakukan di luar kamar operasi masuk prosedur tindakan medis dan gigi.	Lihat form terkait Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien		
<b>Paragraf 5: Mengurangi Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan</b>				
	Rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur.			



No	Elemen Penilaian	Telusur	Hasil Observasi	
			Ya	Tidak
b.	Ada bukti staf melaksanakan Lima Momen Cuci Tangan.	1) Lihat fasilitas untuk cuci tangan (satu tempat tidur satu handrub)		
		2) Lihat kepatuhan staf pada Lima Momen Cuci Tangan		
c.	Prosedur disinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi.	1) Lihat fasilitas untuk disinfeksi		
		2) Pelaksanaan disinfeksi		
<b>5.</b>	<b>Sasaran 6: Mengurangi Risiko Cedera Karena Pasien Jatuh</b>			
a.	Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, dan lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan regulasi.	Lihat hasil asesmen risiko jatuh di: 1) Rawat inap 2) Rawat jalan		
b.	Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien pasien rawat inap yang berdasar atas catatan teridentifikasi risiko jatuh.	Lihat asesmen awal dan ulang/lanjutan dari pasien 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

Unit/Instalasi yang dikunjungi:

No	Elemen Penilaian	Telusur	Hasil Dokumen	
			Ya	Tidak
1.	Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien.	Regulasi tentang pelaksanaan identifikasi pasien		
	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 identitas pasien pada berkas RM, identitas pasien tercetak dengan minimal menggunakan tiga identitas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nama pasien sesuai eKTP</li> <li>• Tanggal lahir</li> <li>• Nomor RM</li> </ul>		
2.	Ada regulasi tentang komunikasi efektif antar profesional pemberi asuhan.	Regulasi tentang komunikasi efektif antar profesional pemberi asuhan, sesuai MKE 1 EP 1		
	Ada bukti pelatihan komunikasi efektif antar profesional pemberi asuhan.	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang komunikasi efektif		
	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		
	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		
	Rumah sakit menetapkan besaran nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan hasil diagnostik kritis.	Regulasi tentang penetapan besaran nilai kritis dan hasil diagnostik kritis		



	Rumah sakit menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan dicatat di rekam medis.	Bukti penetapan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik		
2.2	Ada bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara profesional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien ( <i>hand over</i> ).	Bukti pelaksanaan serah terima		
	Formulir, alat, dan metode ditetapkan untuk mendukung proses serah terima pasien ( <i>hand over</i> ) bila mungkin melibatkan pasien.	Bukti form, alat, metode serah terima pasien ( <i>operan/hand over</i> ), bila mungkin melibatkan pasien		
	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		
3	Ada regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai.	Regulasi tentang obat yang perlu diwaspadai		
	Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat.	Bukti pelaksanaan terkait obat yang perlu diwaspadai		
	Di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai yang disusun berdasar atas data spesifik sesuai dengan regulasi.	Bukti daftar obat yang perlu diwaspadai		
	Tempat penyimpanan, pelabelan, dan penyimpanan t yang perlu diwaspadai termasuk obat NORUM ur di tempat aman.	Bukti daftar obat yang perlu diwaspadai di tempat penyimpanan obat		
	Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mencegah kecurangan hati-hati dalam mengelola elektrolit konsentrat.	Regulasi tentang pengelolaan elektrolit konsentrat		



	Elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja/instalasi farmasi atau depo farmasi.	Bukti daftar elektrolit konsentrat di semua tempat penyimpanan yang diperbolehkan		
4	Ada regulasi untuk melaksanakan penandaan lokasi operasi atau tindakan invasive ( <i>site marking</i> ).	Regulasi tentang pelaksanaan <i>surgical safety checklist</i>		
	Ada bukti rumah sakit menggunakan satu tanda di empat sayatan operasi pertama atau tindakan invasif yang segera dapat dikenali dengan cepat sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan rumah sakit.	Bukti penandaan		
	Ada bukti bahwa penandaan lokasi operasi atau tindakan invasif ( <i>site marking</i> ) dilakukan oleh staf medis yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien.	Bukti pelaksanaan penandaan melibatkan pasien		
	Sebelum operasi atau tindakan invasive dilakukan, rumah sakit menyediakan "heck list" 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 form untuk mencatat pengecekan kesiapan		
4.1	Ada regulasi untuk prosedur bedah aman dengan menggunakan "surgical check list" ( <i>Surgical Safety Checklist</i> dari WHO Patient Safety 2009).	Regulasi tentang prosedur <i>time-out</i>		
	Rumah sakit menggunakan Komponen <i>Time-Out</i> diri atas identifikasi Tepat-Pasien, Tepat-prosedur, dan Tepat-Lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi telah lengkap dilakukan sebelum melakukan irisan.	Bukti hasil pelaksanaan <i>time-out</i>		



	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.	Bukti pelaksanaan <i>time-out</i> di luar kamar operasi		
5	Ada regulasi tentang pedoman kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) yang mengacu pada standar WHO terkini.	Regulasi tentang kebersihan tangan ( <i>hand-hygiene</i> ),		
	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		
	Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan.	Bukti pelaksanaan evaluasi upaya menurunkan infeksi		
6	Ada regulasi yang mengatur tentang mencegah pasien cedera karena jatuh.	Regulasi tentang mencegah pasien cedera karena jatuh		
	Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, dan lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan regulasi.	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan asesmen risiko jatuh		
	Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien pasien rawat inap yang berdasar atas catatan teridentifikasi risiko jatuh.	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan asesmen risiko jatuh		
	Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko h bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh.	Bukti pelaksanaan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh		



## Lampiran 5

### Matriks Hasil Wawancara

Mengidentifikasi Pasien dengan Benar					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	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	Informan 1, 38 tahun	<i>Pasien yang ada di rawat inap berasal dari IGD dan poli. Saat pasien datang, ditanyakan nama dan dilakukan kajian sambil ditanyanya keadaan pasien. Nama yang ada dicocokkan dengan KTP dan surat rujukan. Kalau pasien yang tidak punya KTP dan tidak ada keluarganya itu (gelandangan) kita telpon dinas sosial sambil ditanyanya pasiennya mengenai identitasnya.</i>	Dari 15 informan yang diwawancarai, semuanya melakukan identifikasi pasien dengan minimal 2 identitas. 3 informan menyatakan identifikasi dilakukan dengan nama, tanggal lahir, dan nomor RM, 3 informan menyatakan identifikasi dilakukan dengan nama, tanggal lahir, dan selain no. RM. 4 (empat) informan menyatakan identifikasi dilakukan dengan nama, umur dan jenis kelamin. 2 informan menyatakan identifikasi dilakukan dengan menggunakan KTP dan identitas	Dari hasil wawancara tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 identitas.
		Informan 2, 54 tahun	<i>Identifikasi pasien pada saat pasien pertama kita dapat. Kalau syaratnya harus dua identitas sebenarnya, terutama untuk perawat. , “Kalau kita (dokter) paling (bertanya) namanya siapa pak/bu?” kemudian dicocokkan dengan status (berkas RM) supaya nda salah status baru setelah itu kita lanjutkanmi dengan pemeriksaan lain.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Ya. Nama, usia, sebelum masuk ditindakan kan ada Kondisi Umum (KU) dulu, jadi diperiksa KU itu meliputi tensi, nadi, berat badan atau indeks massa tubuh, lalu kita masuk ke pemeriksaan spesifik.</i>		



Mengidentifikasi Pasien dengan Benar					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
		Informan 4, 28 tahun	<i>Berobatnya pake apa, BPJS, umum, sama jamkesda. Kalau dia BPJS: dia hanya melampirkan bpjs saja, kalau jamkesda, (dia melampirkan): KK (kartu Keluarga), KTP, keterangan tidak mampu, sama rujukan. BPJS juga tadi ada rujukannya. Terus kalau umum, yang penting identitasnya dia tahuji, bisa ji juga KTP karna dia mengisi (sendiri) ji.</i>	lainnya. 1 informan menyatakan identifikasi dilakukan dengan nama dan status pasien. 1 informan menyatakan identifikasi dilakukan dengan nama dan alamat. Tetapi, ada 1 informan dari informan yang selain menggunakan nama dan nomor KTP juga menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien di rawat untuk identifikasi.	
		Informan 6, 39 tahun	<i>Kalau identifikasi kan sudah ada gelangya, dipasang dari bawah, atau kalau dari poli kan biasa dikasih ikutji statusnya, jadi kita pasangkan gelang sesuai dengan jenis kelamin. Di gelangya itu sudah ada nama, tanggal lahir, nomor RM.</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>Identifikasi pasien itu dengan cara diliat gelangya kalau sudah ada gelangya dari poli dan jaminan perawatan, kemudian diwawancarai juga pasiennya atau keluarganya. Yang diliat itu yah namanya, kalau ada KTPnya, terkadang juga ada pasien dari IGD langsung ke perawatan tanpa ada gelang dan jaminan perawatan. Jadi, kami biasa minta KTP dengan Kartu Keluarganya. Kalau ada yang sama namanya, kami ambil nama suaminya untuk membedakan, dan biasa kami</i>		



Mengidentifikasi Pasien dengan Benar					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>membedakankalau bisa di tempat tidurnya atau ruangnya di pisah.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Namanya, tanggal lahir, alamat, jenis kelamin, itu saja.</i>		
		Informan 9, 48 tahun	<i>Kita liat, ada gelangnya, namanya, tanggal lahir, dan nomor rekam medis.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Identifikasi melalui data rekam medik. Harus. Setelah data masuk, saya cek ulang, bener gak, bahkan kadang namanya salah, umurnya salah, jenis kelaminnya salah, sering didapatkan seperti itu. Kita disini cuma terima pasien, selebihnya kan data masuk. Nah kita crosscheck mi ulang. Jadi sampai di sini, pasien di crosscheck lagi.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>ku tanya nama, alamatnya, tanggal lahirnya, umurnya.</i>		
		Informan 12, 45 tahun	<i>Kalau di sini hanya nama dengan alamatnya. Karena biasa orang punya nama yang sama, tapi alamat berbeda.</i>		
		Informan 14, 40 tahun	<i>Yaitu dengan bertanya melalui gelang pasiennya. Yang pertama saya lakukan adalah pegang ki gelangnya, tapi salam dulu pasti pertama, perkenalkan diri saya siapa, misalkan saya J****, saya perawat di kamar operasi, misalkan kita kan mengidentifikasi pasien dalam banyak hal. Misalnya,</i>		



Mengidentifikasi Pasien dengan Benar					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>anggaplah kita mau kasih masuk obat, maka yang pertama kita kasih tau tindakannya apa, baru untuk memastikan ini benar, pasiennya apa segala macam, kasih pertanyaan terbuka, siapa nama ta? Kalau dia sebut namanya, apakah sesuai dengan gelangya atau tidak, tanggal lahirnya ibu ingat? Maka dia akan sebut tanggal lahirnya. Ituji yang penting toh. Yang RM pasti dia nda hapal nomor RMnya. Kalau itu sudah sesuai, maka kita kasihmi inform consent tindakan apa yang mau kita lakukan ke dia.</i>		
		Informan 18, 18 tahun	<i>Nama sama keluhannya. Ditanyaki umur juga.</i>		
		Informan 19, 34 tahun	<i>Iya. Nama, umur, tanggal lahir.</i>		
		Informan 20, 24 tahun	<i>Iya, kita sebenarnya dalam etika kedokteran, kita tanya dari nama dulu, usia, jenis kelamin, baru kita lanjut wawancaranya baru pemeriksaan.</i>		
2.	Identifikasi pasien dilakukan sebelum melakukan tindakan, prosedur	Informan 1, 38 tahun	<i>Iya, apalagi kalau tengah malam itu harus lebih diperhatikan lagi, karena ada pasien yang biasa menyahut padahal bukan namanya yang dipanggil. Sebelum dilakukan injeksi atau tindakan lainnya, biasanya setelah pasien menyahut itu dan didatangi,</i>	Dari 11 informan yang diwawancarai, sebagian besar informan menyatakan pasien diidentifikasi terlebih dahulu dan hanya 1	Dari hasil wawancara disimpulkan bahwa identifikasi pasien dilakukan



Mengidentifikasi Pasien dengan Benar					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
	diagnostik, dan terapeutik.		<i>dilihat kembali gelang pasiennya untuk mencocokkan namanya(pasien yang menyahut) dengan nama pasien yang akan ditindaki.</i>	informan yang menyatakan tidak dilakukan identifikasi pasien sebelum diberi tindakan, prosedur diagnostik dan terapeutik	sebelum tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik.
		Informan 2, 54 tahun	<i>Iya, tetap dilaksanakan.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Ya, pasti.</i>		
		Informan 6, 39 tahun	<i>Pada saat pertama masuk, pada saat pemberian obat,pada saat timbang terima juga biasa diidentifikasi pasiennya.</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>Iya, masih tetap dilakukan. Karena biasa pasien pindah tempat tidur/bergeser posisinya. Jadi kami biasa kasih bangun pasien, mau tindakan injeksi tengah malam contohnya toh, bapak/ibu, keluarganya di kasih bangun, diliat gelangya, setelah diliat, ditanya, keluarganya menyaksikan.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Jadi semua tindakan, misalkan mau resep, pemeriksaan penunjang kayak lab, pasti cari dulu ini statusnya, pastikan dulu statusnya, namanya sesuai ndak dengan pasiennya, baru (setelah itu) dikasih resepnya, dilakukan pengambilan darah, untuk tindakan infus juga pasti kami sesuaikan ji dengan data pasiennya. Jadi tetap diidentifikasi.</i>		



Mengidentifikasi Pasien dengan Benar					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
		Informan 11, 31 tahun	<i>Dokter biasa langsung tanya pasien sebelum tindakan. Untuk mengecek ji saja, oh iya, betul status yang saya pegang ini, pasiennya yang ini. Begitu.</i>		
		Informan 14, 40 tahun	<i>Yaitu dengan bertanya melalui gelang pasiennya. Yang pertama saya lakukan adalah pegang ki gelangya, tapi salam dulu pasti pertama, perkenalkan diri saya siapa, misalkan saya J****, saya perawat di kamar operasi, misalkan kita kan mengidentifikasi pasien dalam banyak hal. Misalnya, anggaplah kita mau kasih masuk obat, maka yang pertama kita kasih tau tindakannya apa, baru untuk memastikan ini benar, pasiennya apa segala macam, kasih pertanyaan terbuka, siapa nama ta? Kalau dia sebut namanya, apakah sesuai dengan gelangya atau tidak, tanggal lahirnya ibu ingat? Maka dia akan sebut tanggal lahirnya. Ituji yang penting toh. Yang RM pasti dia nda hapal nomor RMnya. Kalau itu sudah sesuai, maka kita kasihmi inform consent tindakan apa yang mau kita lakukan ke dia.</i>		
		Informan 18, 18 tahun	<i>Nda. Langsung ji.</i>		
		Informan 19, 34	<i>Iya. Nama sama keluhannya.</i>		



Mengidentifikasi Pasien dengan Benar					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
		tahun			
		Informan 20, 24 tahun	<i>Iya, kita sebenarnya dalam etika kedokteran, kita tanya dari nama dulu, usia, jenis kelamin, baru kita lanjut wawancaranya baru pemeriksaan.</i>		
3.	Pasien diidentifikasi sebelum menerima cairan intravena, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.	Informan 1, 38 tahun	<i>Iya, dilakukan.</i>	Dari 9 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan pasien diidentifikasi sebelum menerima cairan intravena, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma dengan cara memeriksa surat pengantar permintaan (untuk pengambilan darah atau spesimen lainnya), pasien ditanya identitasnya, dan/atau dilihat statusnya (rekam	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 2, 54 tahun	<i>Iya, dilaksanakan.</i>		
		Informan 6, 39 tahun	<i>Diidentifikasi.</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>Tetap dilihat statusnya, rencana apa yang mau dilakukan, tetap diidentifikasi lagi, "oh dengan bapak X?, iya, pak mau di USG ya? Iya." Seperti itu.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Jadi semua tindakan, misalkan mau resep, pemeriksaan penunjang kayak lab, pasti cari dulu ini statusnya, pastikan dulu statusnya, namanya sesuai ndak dengan pasiennya, baru dikasih resepnya, dilakukan pengambilan darah, untuk tindakan infus juga pasti kami sesuaikan ji dengan data pasiennya. Jadi tetap diidentifikasi.</i>		
		Informan 9, 48 tahun	<i>Iya. Ada kan pengantar permintaannya, kita lihat. kita tanya, namanya siapa, sambil dilihat sesuai permintaan pemeriksaannya,</i>		



Mengidentifikasi Pasien dengan Benar					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>baru disampling mi.</i>	medik).	
		Informan 12, 45 tahun	<i>Di bagian pemeriksaan menanyakan nama pasien sambil melihat gelang identitasnya, baru dilihat pemeriksaan apa yang akan dilakukan.</i>		
		Informan 14, 40 tahun	<i>Yaitu dengan bertanya melalui gelang pasiennya. Yang pertama saya lakukan adalah pegang ki gelangya, tapi salam dulu pasti pertama, perkenalkan diri saya siapa, Misalnya, anggaplah kita mau kasih masuk obat, maka yang pertama kita kasih tau tindakannya apa, baru untuk memastikan ini benar, pasiennya apa segala macam, kasih pertanyaan terbuka, siapa nama ta? Kalau dia sebut namanya, apakah sesuai dengan gelangya atau tidak, tanggal lahirnya ibu ingat? Maka dia akan sebut tanggal lahirnya. Ituji yang penting toh. Kalau itu sudah sesuai, maka kita kasihmi inform consent tindakan apa yang mau kita lakukan ke dia.</i>		
		Informan 18, 18 tahun	<i>Iya, ditanya dulu.</i>		



Meningkatkan Komunikasi yang Efektif					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Ada bukti pelatihan komunikasi efektif antar professional pemberi asuhan	Informan 1, 38 tahun	<i>Iya, pernah dilakukan pelatihan SBAR</i>	Dari 11 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan ada bukti pelatihan komunikasi efektif antar PPA tetapi bukti tersebut tidak disimpan di unit/instalasi tempat mereka bekerja.	Dari hasil wawancara disimpulkan bahwa terdapat bukti pelatihan komunikasi efektif antar PPA.
		Informan 2, 54 tahun	<i>Pernah. Baru-baru. Peserta pelatihan banyak ada 41 (orang), perawat, bidan, dokter, dengan petugas apoteker. Ada sertifikatnya sudah dibikin (dibuat) tapi belum keluar.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Pernah, dua tahun lalu, pada saat kita masuk akreditasi. Seluruh (pegawai) tapi bergilir karena tidak mungkin dilakukan secara serentak, berjenjang. Sertifikat pelatihan ada, tapi tidak diberikan. Bukti pelatihan ada, (seperti): absensi dengan surat tugas ada, tapi itu semua kan di diklat.</i>		
		Informan 6, 39 tahun	<i>Ada sertifikat, ada daftar hadir tapi bukan kami yang pegang, di Yanmas ki coba.</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>Iya, pernah. Tahun lalu.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Pernah. Dua tahun lalu kayaknya. Ada tapi langsung di kantor.</i>		
		Informan 9, 48 tahun	<i>Iya. Di atas (rumah sakit) yang lakukan.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Iya. Pernah, pada saat mau menjelang akreditasi.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>Kayaknya ada semua sertifikat, tapi tidak sampai. Ada surat dari atas, tapi nda diarsipkan. Ikut saja (pelatihannya).</i>		



Meningkatkan Komunikasi yang Efektif					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
		Informan 12, 45 tahun	<i>Pernah. Kalau surat tugas kami tidak pernah terima, jadi itu orang kepeg yang biasa hanya menelpon langsung, tolong diutus satu atau dua orang, ditentukan biasanya. jadi mereka hanya menelpon atau surat tapi suratnya nda tau di mana,.</i>		
		Informan 14, 40 tahun	<i>Iya.</i>		
2.	Pesan secara verbal atau verbal lewat telepon lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan.	Informan 1, 38 tahun	<i>Iya, tapi kalau lewat telpon itu jarang (dilakukan).</i>	Dari 10 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan 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	Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa pesan secara verbal atau verbal lewat telepon ditulis lengkap, dibaca ulang oleh penerima pesan, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan.
		Informan 2, 54 tahun	<i>Nanti datang ke rumah sakit baru kita periksa ulang lagi semua, baru kita evaluasi kembali obat yang diberikan, ada obat yang kita hentikan. Kan kalo lewat telepon itu kita ambil yang maksimalnya, risiko maksimal yang kemungkinan bisa terjadi. Harus ada konfirmasi ulang.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Setelah rencana terapi yang kita lakukan, kita follow up, anggaplah tiga kali seminggu, kunjungan kedua kita follow up, bagaimana sih tingkat keberhasilan kita dalam memberikan ini, mulai dari misalnya dari faktor nyerinya, dan rentetannya semuanya kita follow up, (apakah) masih perlu lanjut atau tidak . kalau toh sudah tidak ada baru kita laporkan, "pasien telah dilakukan fisioterapi sebanyak</i>		



Meningkatkan Komunikasi yang Efektif					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>sekian kali dengan keluhan begini, nilai nyerinya sudah tidak ada, aktivitasnya sudah normal kembali boleh dipertimbangkan, kepada dokter DPJP. DPJP yang memberitahukan kepada pasien. (Cara penyampaiannya) by status, karena seluruh tindakan terekam dalam status (pasien).</i>	<p>menggunakan metode SBAR-TBAK.</p> <p>Penyampaian pesan verbal lewat telepon jarang dilakukan dan hanya dilakukan ketika ada kondisi yang sangat urgent sementara dokter tidak ada di lokasi.</p>	
		Informan 6, 39 tahun	<i>SBAR-TBAK toh.</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>Kami lakukan semua laporan pake sistem itu, semua instruksi lewat telpon kami laksanakan pakai SBAR.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Jadi langsung dicatat di statusnya dan ada stempelnya. SBAR namanya. Iya, dia periksa.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Iya., begitu ji. ada memang bukti bahwa yang kami lakukan itu seperti itu, SBAR namanya.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>Iya dong, jelas. SBAR toh.</i>		
		Informan 12, 45 tahun	<i>Biasanya lewat phone atau perawatnya yang datang. Kan ada hasil toh, kalau misalnya pasien sudah di foto, perawat yang datang. Kalau itu di perawatan. Kalo di poli yah pasiennya langsung yang terima langsung, terus diserahkan ke perawat di mana dia berobat. Nanti kalau misalnya ada sesuatu hal yang mesti ditanyakan, biasa lewat iphone saja</i>		



Meningkatkan Komunikasi yang Efektif					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>atau kalau misalnya harus ketemu dengan dokter radiolog, berarti dokter dengan dokter yang ketemu konsultasikan.</i>		
		Informan 14, 40 tahun	<i>Disinikan pake SBAR, pake TBAK, kalau kita sistem pelaporan apa segala macam ke pasien kita pake sistem itu.</i>		
3.	Penyampaian hasil diagnostik secara verbal ditulis lengkap, dibaca ulang, dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan secara lengkap	Informan 1, 38 tahun	<i>Pasti itu, kan ada stempelnya untuk konfirmasi.</i>	Dari 10 informan yang diwawancarai, penyampaian hasil pemeriksaan hasil diagnostik ditulis di status pasien, dibaca ulang oleh masing-masing pihak baik pemberi dan penerima pesan, kemudian sebagai dibubuhkan stempel sebagai bentuk dikonfirmasi oleh pemberi pesan bahwa pesan	Dari hasil wawancara disimpulkan bahwa sebagian besar informan menyatakan bahwa penyampaian hasil pemeriksaan diagnostik ditulis, dibaca ulang dan dikonfirmasi oleh pemberi pesan.
		Informan 2, 54 tahun	<i>Nanti datang ke rumah sakit baru kita periksa ulang lagi semua, baru kita evaluasi kembali obat yang diberikan, ada obat yang kita hentikan. Kan kalo lewat telepon itu kita ambil yang maksimalnya, risiko maksimal yang kemungkinan bisa terjadi. Harus ada konfirmasi ulang.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Setelah rencana terapi yang kita lakukan, kita follow up, anggaplah tiga kali seminggu, kunjungan kedua kita follow up, bagaimana sih tingkat keberhasilan kita dalam memberikan ini, mulai dari misalnya dari faktor nyerinya, dan rentetannya semuanya kita follow up, (apakah) masih perlu lanjut atau tidak. kalau toh sudah tidak ada baru kita laporkan, "pasien telah dilakukan fisioterapi sebanyak sekian kali dengan keluhan begini, nilai</i>		



Meningkatkan Komunikasi yang Efektif					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>nyerinya sudah tidak ada, aktivitasnya sudah normal kembali boleh dipertimbangkan, kepada dokter DPJP. DPJP yang memberitahukan kepada pasien. (Cara penyampaianya) by status, karena seluruh tindakan terekam dalam status (pasien).</i>	tersebut telah sesuai. 1 (satu) informan mneyatakan bahwa tidak dilakukan pencatatan penyampaian hasil diagnostik.	
		Informan 6, 39 tahun	<i>Seperti misalnya periksa lab, pagi diperiksa, siang pi baru ada hasil. Itukan di lapor dulu sama dokter. Dilapornya itu SBAR-TBAK terus habis itu, kalau sudah adami balasannya dokter, palingkan biasa resepsi, nda adaji penyampaian langsung ke pasien. Biasanya besoknya pi baru dokter jelaskan ke pasiennya. Iya, dilakukan seperti itu. misalnya kalau lewat telepon, dikasih besarki speakernya toh, baru dituliski juga toh. Jadi tetap ada yang dengar, kita juga pada saat mengulang kembali, dokter konfirmasi juga ini biasa dia lihat di catatan pasien di status. Nanti kalau sudah cocok, dia tanda tangan.</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>Iya, pakai SBAR dan sekalian kami biasa fotokan hasil diagnostiknya itu nanti dokternya yang kasih instruksi selanjutnya.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Iya.</i>		
		Informan 10, 50	<i>Iya, pokoknya semua kejadian itu ditulis di</i>		



Meningkatkan Komunikasi yang Efektif					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
		tahun	<i>status.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>Iya.</i>		
		Informan 12, 45 tahun	<i>Tidak ada catatan. Langsung saja.</i>		
		Informan 14, 40 tahun	<i>Disinikan pake SBAR, pake TBAK, kalau kita sistem pelaporan apa segala macam ke pasien kita pake sistem itu.</i>		
4.	Rumah sakit menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan dicatat di rekam medis	Informan 1, 38 tahun	<i>Tidak ada regulasi untuk itu, tetapi setiap DPJP ada perawat yang bertanggung jawab dalam penerimaan dan pencatatan nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan dicatat di rekam medis.</i>	Dari 8 informan, sebagian besar informan menyatakan bahwa tidak ada dari pihak rumah sakit yang menetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan dicatat di rekam medis. Pelaporan	Berdasarkan hasil wawancara disimpulkan bahwa sebagian besar informan menyatakan tidak ditetapkan siapa yang harus melaporkan dan siapa yang harus menerima nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan dicatat di rekam medis.
		Informan 6, 39 tahun	<i>Tidak ada. Yang dinas saja, kalau bukan PJ shift pokoknya yang dapat itu dari lab kah atau dari radiologi itu yang biasa terima.</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>Untuk sementara, setahu tidak ada. Kalau kami di sini, kalau ada nilai kritis, biar siapa yang bertanggung jawab pada saat itu, seumpama perawat sore atau perawat malam, mereka yang langsung melaporkan ke dokternya kalau ada nilai kritis toh, seperti itu.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Kalau penanggungjawab khusus nda ada. Kami secara umum, siapa-siapa saja yang terima telepon. Memang seharusnya ada sih.</i>		



Meningkatkan Komunikasi yang Efektif					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
		Informan 9, 48 tahun	<i>Kalau kita di sini yang kita lakukan, semua bisa menyampaikan nilai kritis.</i>	nilai kritis dilakukan oleh PJ shift atau petugas yang bertugas saat itu. Terdapat 1 informan yang menyatakan ada penanggung jawab nilai kritis, yakni ditetapkan oleh tim akreditasi.	
		Informan 10, 50 tahun	<i>Oh, tidak. Saya tidak tahu. Yang jelas nilai penunjang itu dibaca oleh dokter. Misalkan saya dinas hari ini, saya kirim pasien ke laboratorium. Hasilnya itu kan pasti ada catatan kakinya dokter patologi klinik, jadi saya yang harus bertanggungjawab melaporkan itu sama dokter konsulenku bahwa sudah ada pemeriksaan penunjangnya hasilnya sekian. Jadi belum ada yang ditunjuk untuk melaporkan di sini.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>Nda, saya atau Aan (staf lainnya) samaji.</i>		
		Informan 12, 45 tahun	<i>Kalau itu diserahkan sama bagian tim akreditasi tempo hari. Ada satu teman. Jadi dia yang bertugas melaporkan nilai kritisnya, terus apa-apa, siapa saja yang termasuk ke dalam nilai kritis, ada. Dia yang catat semua.</i>		
	Ada bukti catatan tentang hal kritis komunikasi antara profesional pemberi asuhan	Informan 1, 38 tahun	<i>Setiap pergantian shift perawat itu ada catatannya termasuk kalau ada kondisi pasien yang harus dilakukan tindakan. Kalau perawat sebelumnya tidak bisa melakukan tindakan, maka akan dialihkan ke perawat selanjutnya sampai tindakan untuk pasien tersebut bisa dilakukan.</i>	Dari 6 informan yang diwawancarai, sebagian besar informan menyatakan bahwa ada bukti	Berdasarkan hasil wawancara disimpulkan bahwa sebagian staf menyatakan terdapat bukti catatan tentang



Meningkatkan Komunikasi yang Efektif					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
	pada waktu dilakukan serah terima pasien ( <i>hand over</i> )	Informan 6, 39 tahun	<i>Kita post-pre conference di nurse station siapa tahu masih ada yang ketinggalan. Kalau timbang terima kan pake laporan.</i>	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, tetapi terkadang laporan tersebut tidak dicatat karena hal-hal yang bersifat kritikal tersebut membutuhkan tindakan yang segera, sehingga informan tidak sempat mencatat dan hanya dikomunikasikan secara verbal.	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 7, 34 tahun	<i>tidak ada, kami belum gunakan. Kami pake di buku laporan. Kalau di rekam mediknya, kadang ada kadang tidak ada. Nanti selesai ditindaki, baru ditulis. Handover secara verbal. Terkadang juga operan verbal itu, pasien tiba-tiba dorong ICU, jadi kami verbal saja, telah dilakukan tindakan ini ini ini, padahal tidak ada catatan sebelumnya. Verbal saja.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Bawa status, dan di depan pasien langsung.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Iya.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>Iya, transfer ji. Ada memang form transfer namanya. Kalau ada sesuatu yang saya dapat di sini, pasti saya laporkan itu. Pokoknya sesuatu yang perlu memang di operkan.</i>		



Meningkatkan Komunikasi yang Efektif					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
6.	Formulir, alat, dan metode ditetapkan untuk mendukung proses serah terima pasien ( <i>hand over</i> ) bila mungkin melibatkan pasien	Informan 1, 38 tahun	<i>Iya. Alatnya itu buku catatan. Kalau metodenya itu juga ada.</i>	Dari 8 informan yg diwawancarai, semua informan menyatakan terdapat formulir, alat, dan metode ditetapkan untuk mendukung proses serah terima pasien bila mungkin melibatkan pasien. Digunakan formulir untuk mendukung proses serah terima pasien, alat berupa buku, serta terdapat metode yg digunakan tapi sosialisasinya masih kurang sehingga kurang maksimal dalam penerapan.	Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa terdapat formulir yang ditetapkan untuk proses serah terima pasien.
		Informan 6, 39 tahun	<i>Kalau serah terima pasien dari ruangan lain ada lembar transfer. Pake form saja.</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>Ada panduannya, tapi kami tidak terlalu pahami, sosialisasinya masih kurang, sudah disosialisasikan tapi penerapannya juga tidak maksimal.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Ada kami punya form.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Iya, kalau perawat punya serah terima sendiri.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>Yang tadi mi, ada memang formnya lagi transfer, ada memang mi disitu kondisi pasien seperti apa.</i>		
		Informan 12, 45 tahun	<i>Nah itu, ampranya itu. Harus ada permintaan foto dari dokter baru kami lakukan tindakan.</i>		
	a bukti	Informan 1, 38	<i>Iya, jadi setiap pergantian shift itu perawat</i>	Dari 7 informan,	Berdasarkan



Meningkatkan Komunikasi yang Efektif					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
	dilakukan evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien ( <i>hand over</i> ) untuk memperbaiki proses	tahun	<i>selanjutnya memeriksa lembar catatan komunikasi yang ada di map rekam medis pasien.</i>	sebagian besar 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	hasil wawancara disimpulkan bahwa tidak ada bukti evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien ( <i>hand over</i> ) untuk memperbaiki proses
		Informan 6, 39 tahun	<i>Nda ji, nda pernah.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Sampai sejauh ini belum ada.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Evaluasinya nda ada.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>Iya, saya kasih, serahkan. Saya kasih liat, dia cek ulang.</i>		
		Informan 12, 45 tahun	<i>Tidak ada.</i>		
		Informan 20, 24 tahun	<i>Kan kita langsung operan di atas dek. Tanda tanganka saya baru ku transfer, nanti mereka tanda tangan juga di situ. Kalau evaluasi, nanti mereka yang evaluasi. Saya sampai disitu saja.</i>		

Meningkatka Keamanan terhadap Obat-obat yang Harus Diwaspadai ( <i>High Alert Medications</i> )					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
	mah sakit ngimplementa an regulasi ng telah dibuat	Informan 1, 38 tahun	<i>Iya. Kan apoteker yang ada di sini yang tahu mana obat yang termasuk High Alert. Rata-rata biasanya obat high alert itu termasuk obat suntik, jadi biasanya perawat yang mau berikan</i>	Dari 10 informan yang diwawancarai, semua informan	Berdasarkan hasil wawancara disimpulkan bahwa regulasi



Meningkatka Keamanan terhadap Obat-obat yang Harus Diwaspadai ( <i>High Alert Medications</i> )					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>obat ke pasien menginformasikan ke pasien tentang penggunaan obat tersebut.</i>	menyatakan SPO atau regulasi yang dibuat telah diimplementasikan , namun implementasi tersebut ada yang bagus ada yang tidak.	tentang obat-obat yang harus diwaspadai ( <i>high alert medications</i> ) telah diimplementasi di setiap unit/instalasi di rumah sakit.
		Informan 6: Staf klinis (perawat) – WYN	<i>Ada.</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>Dari apotik mereka sudah kasih label. Kemudian kami itu tidak ada tempat khusus untuk obat high alert. Jadi kami, pisahkan obat pasien A dengan pasien B. Kecuali cairan khusus, cairan high alertnya kemoterapi ada memang box khusus.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Ada SOPnya. Ada penandanya di setiap obat high alert dan tidak sembarangan keluar karena pihak apotik itu selalu meng-konfirmasi ke sini pasiennya seperti apa, memang butuh itu betulkah?, memang dokter spesialisnya kah yang langsung suruh seperti itu. Susah sekali biasa kasih keluar.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Yah, di sini pelaksanaannya ada yang bagus sekali cara penatalaksanaannya, ada yang cuek-cuek aja.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>Di sini tidak punya stok obat. Kita Cuma pake yah paling betadine sama alkohol. Saya lemariku cuma (isinya) kasa.</i>		
		Informan 14, 40 tahun	<i>Penerapannya, disinikan obat high alert itu, kan semua obat itu dikasih label, untuk obat-obat yang perlu diwaspadai itu dikasih label,</i>		



Meningkatka Keamanan terhadap Obat-obat yang Harus Diwaspadai ( <i>High Alert Medications</i> )					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>termasuk cairan-cairan konsentrat. Pelaksanaannya begitu mi, dengan pelabelan, supaya semua orang jadi aware terhadap obat high alert.</i>		
		Informan 15, 35 tahun	<i>Iya, dilaksanakan sesuai dengan regulasi.</i>		
		Informan 16, 21 tahun	<i>Iya, setiap obat itu sudah ada labelnya.</i>		
		Informan 17, 23 tahun	<i>Iya, dilakukan.</i>		
2.	Di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai, yang disusun berdasar data spesifik sesuai kebijakan dan prosedur	Informan 1, 38 tahun	<i>Iya, ada daftarnya di tempat penyimpanan obat.</i>	Dari 10 informan yang diwawancarai, menyatakan tersedia daftar semua <i>obat high alert</i> di tempat penyimpanan obat untuk unit/instalasi masing-masing.	Berdasarkan hasil wawancara disimpulkan bahwa terdapat daftar semua obat yang perlu diwaspadai di rumah sakit.
		Informan 6, 39 tahun	<i>Ada. Kalau yang di lemari obat sana, ada sih. Kalau yang obat high alert ada.</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>Kalau daftar obat high alert ada, tapi tidak di lemari obat pasien.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Ada.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Ada.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>Ada, tapi tidak disimpan kita. Kan disini tidak menyetok obat.</i>		
		Informan 14, 40 tahun	<i>Ada daftarnya instalasi farmasi bikin, kemudian ada itu dibikinkan regulasi.</i>		
		Informan 15, 35 tahun	<i>Kita ada daftarnya, semua obat yang high alert.</i>		



Meningkatka Keamanan terhadap Obat-obat yang Harus Diwaspadai ( <i>High Alert Medications</i> )					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
		tahun			
		Informan 16, 21 tahun	<i>Ada itu</i>		
		Informan 17, 23 tahun	<i>Iya, tersedia.</i>		
3.	Tempat penyimpanan, pelabelan, penyimpanan obat yang perlu diwaspadai, termasuk obat “ <i>look-alike/sound alike</i> ” semua di atur di tempat aman	Informan 15, 35 tahun	<i>Kita ada tempat khususnya untuk obat high alert. LASA juga. Ada juga yang di simpan di kulkas. Kalau yang LASA itu disimpan di lemari, adaji labelnya masing-masing untuk itu toh.</i>	Dari 3 informan yang diwawancarai menyatakan bahwa tempat penyimpanan, pelabelan, penyimpanan obat yang perlu diwaspadai, termasuk obat “ <i>look-alike/sound alike</i> ” semua di atur di tempat aman. Terdapat tempat dan label khusus yang digunakan untuk obat <i>High alert</i> dan LASA	Dari hasil wawancara disimpulkan bahwa tempat penyimpanan, pelabelan, obat yang perlu diwaspadai, termasuk obat “ <i>look-alike/sound alike</i> ” semua di atur di tempat aman.
		Informan 16, 21 tahun	<i>Ada stikernya untuk menandakan dia obat high alert.</i>		
		Informan 17, 23 tahun	<i>Kalau LASA sama high alert kita ada tempatnya khusus, kan itu adaji juga labelnya.</i>		



Meningkatka Keamanan terhadap Obat-obat yang Harus Diwaspadai ( <i>High Alert Medications</i> )					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
4.	Elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja/instalasi farmasi/depo farmasi	Informan 15, 35 tahun	<i>Iya, jadi kita tidak sembarang kasih.</i>	Dari 3 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa elektrolit konsentrat hanya tersedia di depo/instalasi farmasi dimana tidak bisa diambil atau digunakan tanpa seizin dan sepengetahuan pihak depo obat/farmasi.	Dari hasil wawancara disimpulkan elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja/instalasi farmasi/depo farmasi.
		Informan 16, 21 tahun	<i>Iya, Cuma ada di sini.</i>		
		Informan 17, 23 tahun	<i>Iya.</i>		

Kepastian Tepat-Lokasi, Prosedur, dan Pasien yang Menjalani Tindakan					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Rumah sakit menggunakan komponen <i>Time-out</i> terdiri dari identifikasi obat-Pasien,	Informan 7, 34 tahun	<i>Kami disini sudah disediakan form tersendiri untuk pasien rencana operasi, kami lengkapi dulu ceklisnya, sebelum ke kamar operasi. Memang ada form khusus untuk tepat lokasi operasi.</i>	Dari 5 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan Rumah sakit	Dari hasil wawancara disimpulkan bahwa Rumah sakit menggunakan
		Informan 8, 33 tahun	<i>Disini ada memang formnya khusus yang</i>		



Kepastian Tepat-Lokasi, Prosedur, dan Pasien yang Menjalani Tindakan					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
	Tepat-Prosedur dan Tepat-Lokasi, persetujuan atas operasi dan konfirmasi bahwa proses verifikasi sudah lengkap dilakukan.		<i>dokter isi, yang penandaan.</i>	menggunakan 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 telah lengkap dilakukan dibuat dalam bentuk form oleh rumah sakit, yang lazim oleh staf klinis disebut sebagai ceklis.	komponen <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 10, 50 tahun	<i>Ada. Iya, melibatkan pasien.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>Iya, ada. Yang ceklis-ceklis. Itu saya gunakan kalau saya oper pasien langsung ke OK.</i>		
		Informan 14, 40 tahun	<i>Iya, dipelaksanaan ada form-nya. Kalau kita disini pake ceklis.</i>		
2.	Rumah sakit	Informan 7, 34 tahun	<i>Iya, sama.</i>	Dari 3 informan	Dari hasil



Kepastian Tepat-Lokasi, Prosedur, dan Pasien yang Menjalani Tindakan					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
	menggunakan ketentuan yang sama tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien jika operasi dilakkan termasuk prosedur tindakan medis dan gigi diluar kamar operasi	Informan 8, 33 tahun	<i>Iya, sama form yang digunakan.</i>	yang diwawancarai, semua informan menyatakan rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang <i>Time Out</i> di luar kamar operasi.	wawancara disimpulkan rumah sakit menggunakan ketentuan yang sama tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien jika operasi dilakkan termasuk prosedur tindakan medis dan gigi di luar kamar operasi.
		Informan 10, 50 tahun	<i>Ada, ada spidolnya tersendiri malahan.</i>		

Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
1.	Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di	Informan 1, 38 tahun	<i>Iya, setiap orang melaksanakan cuci tangan sesuai lima momen cuci tangan yang ada.</i>	Dari 12 informan yang diwawancarai, untuk program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di	Dari hasil wawancara disimpulkan bahwa sebagian besar informan telah telah
		Informan 2, 54 tahun	<i>Iya. Kalau kita kan di ruangan pake handrub saja karena tidak tersedia bak wastafel di mana-mana. (Cuci tangan) sebelum, waktu baru masuk rumah sakit, mau masuk kamar,</i>		



Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
	seluruh rumah sakit sesuai regulasi		<i>mau periksa pasien. Sebenarnya ada lima momen cuci tangan, sebelum dan sesudah, kemudian menyentuh cairan, menyentuh barang-barang yang ada di sekitar pasien, apalagi kalau ada darah lebih harus lagi (mencuci tangan).</i>	seluruh rumah sakit sesuai regulasi, semua informan menyatakan bahwa program kebersihan tangan berjalan, namun ada beberapa unit/instalasi yang tidak menerapkan regulasi secara keseluruhan.	melaksanakan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di rumah sakit sesuai regulasi
		Informan 3, 47 tahun	<i>Sudah tradisi, bahwa five moment itu jalan.</i>		
		Informan 5, 36 tahun	<i>Cara cuci tangan? Yang enam langkah? Kalau langkah cuci tangan mereka alhamdulillah sih rata-rata taumi toh karna itu diulang-ulang.</i>		
		Informan 6, 39 tahun	<i>Biasanya pada saat operan, pre atau post conference itu setiap hari saya tunjuk gantian yang bertanggung jawab. Misalnya hari ini Ka-TIM A, besok ka-TIM B.</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>Programnya jalan, tapi lambat karena petugasnya tidak aktif.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Iya, dilakukani.</i>		
		Informan 9, 48 tahun	<i>Iya.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Kalau yang itu sudah di luar kepala mi. Selalu ji dilakukan.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>Iya, yang lima momen toh. Pasti dihapal.</i>		
		Informan 12, 45 tahun	<i>Kalau penerapannya tidak terlalu dilaksanakan, kadang kalau mereka ingat baru dilaksanakan. Kalau buru-buru, jadinya</i>		



Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>untuk enam langkah cuci tangan biasa mereka tidak lakukan.</i>		
		Informan 13, 45 tahun	<i>Ada dek, kalau regulasi.</i>		
2.	Ada bukti dokumen pelaksanaan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di seluruh rumah sakit sesuai dengan PPI EP 1	Informan 3, 47 tahun	<i>Kalau foto sih tidak. Kalau catatan ada, tapi tidak dicatat setiap hari.</i>	Dari 9 informan yang diwawancarai, keseluruhan informan menyatakan disediakan buku catatan sebagai bukti pelaksanaan program kebersihan tangan, tetapi untuk pencatatannya sebagian besar tidak berjalan.	Dari hasil wawancara disimpulkan bahwa sebagian besar unit/instalasi di rumah sakit tidak memiliki bukti dokumen pelaksanaan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> )
		Informan 5, 36 tahun	<i>Untuk pelaporan alhamdulillah PPI lancar. Untuk IPCN itu ada perpanjangan tangan, IPCLN. Jadi kalau misalnya satu ruangan itu tidak jalan, berarti itu dari IPCLNnya yang kurang jalan. Jadi kalau begitu saya, biasanya dari IPCN yang ambil alih. Tetap ada pelaporan dari IPCLN tapi kami juga kan ceklis karena kami ke ruangan.</i>		
		Informan 6, 39 tahun	<i>Tidak ada. Nda ada buktinya. Ada buku (cuci tangan) tapi nda terisi, nda tau itu yang punya bagian tidak mengisi(IPCLN).</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>Ada ji.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Nda ada. Ada tim dari PPI memang yang evaluasi, yang langsung tanya, "sudah ji cuci tangan?" tapi kalau dari kita sendiri yang mau catat, nda.</i>		
		Informan 9, 48 tahun	<i>Adaji, tapi tidak berjalan.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>Pernah ja bikin, kayak buku tulis ji. Tapi nda adami.</i>		
		Informan 13, 45	<i>Mutlak. Masalah pencatatannya itu</i>		



Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
		tahun	<i>tergantung kepala ruangan. Kalau kami di sini, selain pencatatan setiap hari, yang kontrol itu adalah IPCN rumah sakit.</i>		
		Informan 14, 40 tahun	<i>Ada, PPI punya. Kalau kita di OK nda ada.</i>		
3.	Ada bukti staf melaksanakan Lima Momen Cuci Tangan	Informan 1, 38 tahun	<i>Iya, dilaksanakan.</i>	Dari 10 informan yang diwawancarai, sebagian besar informan menyatakan bahwa lima moment cuci tangan dilaksanakan. Tetapi, berdasarkan observasi dari IPCN, untuk momen 1 dan 2 jarang dilakukan.	Berdasarkan hasil wawancara disimpulkan bahwa sebagian besar staf telah melaksanakan 5 saat cuci tangan
		Informan 2, 54 tahun	<i>(Implementasinya) selalu, tergantung dari handrub-nya juga, kalau tidak tersedia, terpaksa cuci tangan lagi pake air dan sabun, tapi kalau handrub lebih mudah, lebih cepat kering, cepat kita bisa menulis, tapi kalau pake air harus pake tissue dulu di lap tangan.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Alhamdulillah jalan.</i>		
		Informan 5, 36 tahun	<i>Kalau momen satu jarang, karna kan kalau orang mau ke pasien menganggap diri bahwa bersih. Yang paling banyak itu yang dari ruangan pasien, terus habis terkena cairan tubuh itu 90% (orang cuci tangan) karena orang kotor-kotor nda mungkin nda cuci tangan. Tapi itu yang pertama dan yang kedua itu kurangki, itu selalu, satu dua satu, kalau yang ketiga mantap ji</i>		
		Informan 6, 39 tahun	<i>Yaa diperhatikan ji saja, pastilah mereka cuci tangan. Ada handrub, ada handscoon.</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>Sebelum ke pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah menyentuh cairan</i>		



Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>tubuh pasien, setelah kontak pasien, cuci tangan. Rutin ji itu.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Ada. Kalau teman-teman itu dia lakukan ji. Cuma untuk bukti fisik yang mau dicatat itu nda ada.</i>		
		Informan 9, 48 tahun	<i>Sebelum melakukan tindakan kita cuci tangan dulu, baru kemudian kita menggunakan handscoon, baru sesudah itu kita cuci tangan lagi.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Selalu ji dilakukan.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>Iya, kalau penerapannya bagus ji.</i>		
		Informan 13, 45 tahun	<i>Cuci tangan itu kesadaran tersendiri. Dia (IPCN) cuma mengingatkan. Ada juga kita buat indikator tentang cuci tangan untuk keselamatan pasien. Jadi ini memang terpantau terus menerus.</i>		
	Prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai dengan regulasi	Informan 1, 38 tahun	<i>Iya, dilaksanakan</i>	Dari 6 informan yang berhasil diwawancarai, semua informan menyatakan prosedur desinfeksi di	Dari hasil wawancara disimpulkan bahwa Prosedur desinfeksi di rumah sakit dilakukan sesuai
		Informan 6, 39 tahun	<i>Iya, jalanji.</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>tetap kami laksanakan sesuai dengan format yang ada.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Pasti kita lakukan.</i>		
		Informan 9, 48 tahun	<i>Kalau kita semua bahan (yang sudah dipakai) langsung dibuang, tidak dipakai lagi. Gelas-</i>		



Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>gelas yang masih bisa dipakai, disterilkan di CSSD.</i>	rumah sakit dilakukan sesuai regulasi.	dengan regulasi
		Informan 12, 45 tahun	<i>Setiap alat sebelum dan sesudah dipakai dibersihkan dulu.</i>		
5.	Ada bukti rumah sakit melaksanakan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan	Informan 5, 36 tahun	<i>Evaluasi kami kan biasa untuk pelaporannya kami kan ke ruangan, mendata pemakaian alat, terus misalnya ada infeksi kami langsung IPCN yang catat itu karena begini harusnya IPCLN yang dilibatkan, tapi mungkin karena kesibukan di ruangan mereka kami langsung yang handle. Ada sih dari IPCLN untuk pelaporannya, tapi tidak semua ruangan, yang aktif saja. Kita juga tidak bisa memaksakan karena ada kesibukan lainnya. Evaluasinya dilakukan setiap hari, tapi untuk pelaporannya tiga bulan sekali.</i>	Dari 2 informan yg diwawancarai menyatakan bahwa evaluasi dilakukan oleh IPCN berdasarkan observasi dan laporan dari IPCLN. Untuk pelaporan hasil evaluasi dilakukan 3 bulan sekali. Selanjutnya, data dari IPCN tersebut dilaporkan ke PMKP. Hasil dari laporan tersebut kemudian ditindaklanjuti, terutama jika angka penerapan untuk program	Berdasarkan hasil wawancara disimpulkan bahwa dilakukan evaluasi terhadap upaya menurunkan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan
		Informan 13, 45 tahun	<i>IPCN yang kasih masuk data. Kami hanya sebagai fasilitator, melihat, oh ternyata dari hasil IPCN, ruangan ini ..... Kami bersurat ke direktur, ada ruangan seperti itu, direktur langsung membuat teguran balik, tegur ke bidangnya ada ruangan ini yang ternyata tidak mau melakukan cuci tangan. Bentuk evaluasinya seperti itu. Kalau ternyata kita sudah berapa kali ingatkan ruangan itu, tidak ada (umpan balik), berarti kita tindak</i>		



Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>tegasi. Selama ini pencatatan IPCN bagus, untuk apa kami memberikan teguran.</i>	kebersihan tangan rendah.	

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 terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan kebijakan dan prosedur	Informan 1, 38 tahun	<i>Iya. Di perawatan interna dilakukan kajian tentang pasien yang terindikasi jatuh, dicatat di dalam rekam medis pasien dan juga buku fall risk.</i>	Dari 8 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa dilaksanakan proses asesmen terhadap semua pasien baik rawat inap, rawat jalan maupun IGD sesuai dengan kondisi, diagnosis, lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan kebijakan dan prosedur,	Berdasarkan hasil wawancara disimpulkan bahwa Rumah sakit melaksanakan suatu proses asesmen terhadap semua pasien rawat inap dan rawat jalan dengan kondisi, diagnosis, lokasi terindikasi berisiko tinggi jatuh sesuai dengan kebijakan dan
		Informan 2, 54 tahun	<i>Iya, (dilaksanakan) melalui lembar asesmen. Kalau ada risiko itu maka ditempelei dengan label risiko jatuh. Kemudian kalau tetap berisiko, difiksasi, konsul jiwa.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Kalau di poli (fisioterapi) jalan tapi cuma label (penanda) risiko jatuhnya kecil, jadi kami kemari protes karena tidak kentara.</i>		
		Informan 6, 39 tahun	<i>Kalau di (perawatan) anak kan itu ada humpty dumpty. Terus itu kan ada gelang, sama yang digantung biasa di tempat tidurnya, penanda risiko jatuh.</i>		
		Informan 7, 34 tahun	<i>Pada saat pasien baru masuk, kan ada formnya pasien jatuh, kemudian kami identifikasi mi itu dia itu posisinya di mana,</i>		



Pengurangan Risiko Cedera Karena Pasien Jatuh					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
			<i>ringan, sedang. Kan kalau risiko pasien jatuh itu ada intervensinya sesuai dengan skala jatuhnya. Ada juga gelang risiko jatuh.</i>	dimana di instalasi rawat inap terdapat gelang penanda untuk pasien risiko jatuh dan untuk di poli/ instalasi rawat jalan diberi label.	prosedur
		Informan 8, 33 tahun	<i>Iya, dilaksanakan.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Ada. Ada SOPnya.</i>		
		Informan 11, 31 tahun	<i>Kalau kami di sini, pasti palingan di jelaskan ji toh, maksudnya resikonya apa, cara mengatasinya bagaimana. Yah paling didahulukan ki mungkin supaya tidak terlalu capek.</i>		
2.	Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh	Informan 1, 38 tahun	<i>Iya, pasti dilaksanakan.</i>	Dari 5 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan bahwa dilaksanakan proses asesmen pasien rawat inap yakni asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen	Berdasarkan hasil wawancara disimpulkan bahwa proses asesmen awal, asesmen lanjutan, asesmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar catatan teridentifikasi
		Informan 2, 54 tahun	<i>Kalau awal kan, langsung kelihatan. Baru dinilai lagi selanjutnya, apakah sudah ada perbaikan atau malah tidak ada perubahan.</i>		



Pengurangan Risiko Cedera Karena Pasien Jatuh					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
		Informan 6, 39 tahun	<i>Asesmen lanjutannya dipasangkan gelang. Tinggal diedukasi orangtuanya bagaimana anaknya supaya tidak jatuh.</i>	ulang berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh.	risiko jatuh dilaksanakan.
		Informan 7, 34 tahun	<i>Iya. secara umum seperti itu ji.</i>		
		Informan 14, 40 tahun	Re-asesmen itu dilakukan setiap hari.		
3.	Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh	Informan 1, 38 tahun	<i>Iya, ada dilaksanakan langkah-langkahnya, mulai dari pasien masuk dilakukan pengkajian kondisinya kemudian kalo pasien ada risiko jatuh maka dipasangkan gelang kuning, juga diatur bednya sedemikian rupa sehingga mencegah risiko pasien jatuh.</i>	Dari 11 informan yang diwawancarai, semua informan menyatakan 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	Berdasarkan hasil wawancara disimpulkan bahwa diadakan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh
		Informan 2, 54 tahun	<i>Jadi, difiksasi kalau memang pasien berisiko, tidak bisa stabil, dipasang itu (pengaman) dipinggir, kemudian keluarganya disuruh jaga betul-betul.</i>		
		Informan 3, 47 tahun	<i>Identifikasi pasiennya dulu, kemudian yang kedua sebetulnya agak berisiko sebenarnya kita di fisio karena ada beberapa lakban merah/tanda merah karena takut tersandung atau apa solusinya sebenarnya harus diperbaiki konstruksinya. Langkah antisipasi yang lain, pada pasien berisiko jatuh kita harus adakan pendampingan, misalnya dari pada saat dari ruang asesmen ke ruang tindakan, kitas adakan pendampingan.</i>		



Pengurangan Risiko Cedera Karena Pasien Jatuh					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
		Informan 6, 39 tahun	<i>Ada. Kan sekarang semua tempat tidur sudah ada pengaman. Tinggal diedukasi orangtuanya.</i>	<p>dilakukan pencegahan risiko pasien jatuh. kemudian dilakukan re-asesmen untuk melihat perkembangan pasien serta dilakukan asesmen lanjutan jika diperlukan.</p>	
		Informan 7, 34 tahun	<i>Pakai sandal, tempat tidurnya diatur, pengaman tempat tidur kasih tinggi, cahayanya diperbaiki.</i>		
		Informan 8, 33 tahun	<i>Langkah-langkahnya, saat pasien masuk, kalau kita sudah tahu misalkan dia anak kecil pasti kita pasang pengaman. Pasien yang misalkan gelisah atau mengamuk toh pasti kami pasang dan didampingi, tapi kalau pasien masih sadar begini, nda ji. Terus kalau misalkan pasien nda bisa jalan, trus mau naik tempat tidur ambilkan yang tangga-tangga, kasih naikkan.</i>		
		Informan 10, 50 tahun	<i>Harus terpasang terus itu pengaman tempat tidurnya. Kemudian pada pasien yang misalkan mau buang air kecil, dibantu mi dengan kursi roda, jadi jangan jalan sendiri dia, diantar sama keluarganya atau staf-ku. Kemudian pertama kali dia pada saat mereka tolong pasien dari depan itukan harus diperhatikan cara angkat pasien, cara memindahkan pasien, tapi mereka sudah terbiasa mi itu.</i>		
		Informan 11, 31	<i>Paling pake tongkat toh, di kasih pegangan.</i>		



Pengurangan Risiko Cedera Karena Pasien Jatuh					
No.	Pertanyaan	Informan	Jawaban	Reduksi	Kesimpulan
		tahun			
		Informan 14, 40 tahun	<i>Disini toh, untuk mengurangi risiko jatuh, ada kita punya regulasi. terus kemudian kita ada namanya asesmen awal dan re-asesmen. Re-asesmen itu dilakukan setiap hari untuk kasus yang berisiko sedang dan tinggi.</i>		
		Informan 18, 18 tahun	<i>Iya, ditanya ji tadi.</i>		
		Informan 19, 34 tahun	<i>Iya, ditanya iyya kalau itu. diperingati toh</i>		



Lampiran 6

DOKUMENTASI PENELITIAN



## Lampiran 7

## SURAT PENUGASAN SEMINAR PROPOSAL



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
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 : 1038/UN4.14/KP.05.00/2019

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

No	Nama Dosen	Jabatan/ Peminatan
1.	Prof Dr dr. H M. Alimin Maidin, MPH	Pembimbing I
2.	Nur Arifah, SKM.,MA	Pembimbing II
3.	Dr dr A. Indahwati Sidin, MHISM	Penguji / I
4.	Adelia U. Ady Mangilep, SKM.MARS	Penguji / II
5.	Jumriani Ansar, SKM.,M.Kes	Penguji /III

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

Nama : St. Magfirah Nur S.  
Nim : K111 15 311  
Departemen : Manajemen Rumah Sakit  
Judul : Gambaran Keselamatan Pasien Berdasarkan Sasaran Keselamatan Pasien SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar Tahun 2019

## 3. Waktu Pelaksanaan Seminar Proposal

Hari/ Tanggal : Rabu/ 13 Februari 2019  
Jam : 10.00 Wita - 11.30 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 dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penugasan ini.

Makassar, 11 Februari 2019

a.n. 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



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
 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 : 2124/UN4.14.1/PL.00.00/2019  
 Hal : Izin Penelitian

4 Maret 2019

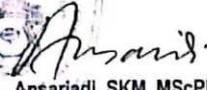
Yang Terhormat  
 Gubernur Provinsi Sulawesi Selatan  
 Cq. Kepala UPT P2T-BKPM  
 Provinsi Sulawesi Selatan  
 di – Makassar

Kami ajukan mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang bermaksud untuk melakukan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi.

Untuk melaksanakan penelitian ini, kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu kiranya dapat memberikan izin kepada :

Nama : Sl. Magfirah Nur S.  
 Nim : K11115311  
 Program Studi : Manajemen Rumah Sakit  
 Departemen : Kesehatan Masyarakat  
 Judul Tugas Akhir : **Gambaran Keselamatan Pasien Berdasarkan Sasaran Keselamatan Pasien SNARS Edisi 1 di RSUD Kota Makassar Tahun 2019.**  
 Lokasi Penelitian : RSUD Kota Makassar  
 Pembimbing : 1. Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH.  
 2. Nuranfah, SKM., MA.

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

Wakil Dekan  
 Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi  
  
 Ansariadi, SKM, MScPH, Ph.D  
 NIP. 197201091997031004

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



Scanned with  
 CamScanner

## Lampiran 9

## SURAT PENELITIAN DARI BKPM



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN  
 DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
 BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN

Nomor : 12130/S.01/PTSP/2019  
 Lampiran :  
 Perihal : Izin Penelitian

KepadaYth.  
 Walikota Makassar

di-  
 Tempat

Berdasarkan surat Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar Nomor : 2124/UN4.14.1/PL.00.00/2019 tanggal 04 Februari 2019 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : ST. MAGFIRAH NUR S.  
 Nomor Pokok : K11115311  
 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 KESELAMATAN PASIEN BERDASARKAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN SNARS EDISI 1 DI RSUD KOTA MAKASSAR TAHUN 2019 "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **07 Maret s/d 07 April 2019**

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 2019

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

**A. M. YAMIN, SE., MS.**  
 Pangkat : Pembina Utama Madya  
 Nip : 19610513 199002 1 002

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

SP 66-03-2019



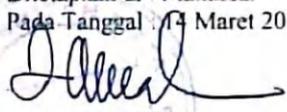
Jl. Bougainville No 5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936  
 Website <http://dinas.sulselprov.go.id> Email [info@sulselprov.go.id](mailto:info@sulselprov.go.id)  
 Makassar 90222



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## Lampiran 10

## SURAT IZIN PENELITIAN DARI RS

 <p><b>PEMERINTAH KOTA MAKASSAR</b> <b>RUMAH SAKIT UMUM DAERAH</b> Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 14 ☎ 0411-513127 – 510016 Fax. 0411 – 587256 Makassar</p>		
<p><b>IZIN PENELITIAN</b> Nomor : 036 /YM-RSUD-MKS/III/2019</p>		
DASAR	1 Surat Permohonan Penelitian	Tanggal 05 03. 2019
- tes . Lab . - Per. Anak .	2. Surat Rekomendasi Nomor 070/532-II/BKPP/III/2019	
Per Interna . - Per. Bedah .	3. Surat Persetujuan dari KOMITE ETIK	Tanggal .....
- P. Interna - fisioterapi - ok	- Radiologi - P. Bedah - farmasi - Jambas	
KEPADA	: St. Magfirah Nur. S	
NAMA	: K11115311	
INSTITUSI/LEMBAGA	: Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Makassar	
ALAMAT	:	
TELP.	:	
UNTUK	: MELAKSANAKAN PENELITIAN DI RSUD KOTA MAKASSAR DENGAN KETERANGAN SEBAGAI BERIKUT;	
a. Judul Penelitian	: <b>"GAMBARAN KESELAMATAN PASIEN BERDASARKAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN SNARS EDISI 1 DI RSUD KOTA MAKASSAR TAHUN 2019"</b>	
b. Jenis Penelitian	:	
c. Lama Penelitian	: 12 Maret S/D 12 April 2019	
Izin Penelitian ini berlaku selama Penelitian berlangsung dan dapat dicabut apabila terbukti melakukan pelanggaran sesuai ketentuan perundang-undangan.		
<p>Ditetapkan di : Makassar Pada Tanggal : 14 Maret 2019</p>  <p><b>Zainal Arifin, SE,MM</b> NIP. 19630328 198403 1 004</p>		



## Lampiran 11

## SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN



**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MAKASSAR**  
 Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 14 ☎ 0411-513127 – 510016 Fax. 0411 – 587256 Makassar

Makassar, 23 Mei 2019

SURAT KETERANGAN

No : 076 /YM-RSUD-MKS/V/2019

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Dra. Asriati, M.M  
 NIP : 19660907 199401 2 003  
 Pangkat/Gol : Pembina  
 Jabatan : Kabag Pelayanan Masyarakat  
 Unit Kerja : RSUD Kota Makassar

Dengan ini menerangkan :

Nama : St. Magfirah Nur S  
 NIM : K11115311  
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat  
 Asal Perg. Tinggi : UNHAS  
 Alamat : Jl Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar

Telah melaksanakan Penelitian di RSUD Kota Makassar sejak 07 Maret sampai dengan 07 April 2019 dengan judul *Skripsi* "**GAMBARAN KESELAMATAN PASIEN BERDASARKAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN SNARS EDISI 1 DI RSUD KOTA MAKASSAR TAHUN 2019**"

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Kabag Pelayanan Masyarakat

  
**Dra. Asriati, M.M**  
 Pangkat/Gol : Pembina/IV.a  
 Nip. 19660907 199401 2 003



**Lampiran 12****RIWAYAT HIDUP PENELITI**

Nama : St. Magfirah Nur S  
NIM : K11115311  
TTL : Ujung Pandang, 19 Desember 1997  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Golongan Darah : B  
Alamat : Graha Cipta Hertasning A6 No.7, Gowa  
Nomor Telepon : 085256366056  
Email : quraniaha@gmail.com

**Riwayat Pendidikan**

- SDN Inpres No. 115 Galesong (2003-2009)
- SMP Negeri 2 Galesong Selatan (2009-2012)
- SMA Negeri 1 Galesong Utara (2012-2015)
- Universitas Hasanuddin Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan  
Manajemen Rumah Sakit (2015-2019)

