

ANALISIS PELAKSANAAN PROGRAM KESELAMATAN PASIEN DI UNIT RAWAT INAP RS WAVA HUSADA KABUPATEN MALANG

Anggia Nuaristia Dewi, Septo Pawelas Arso, Eka Yunila Fatmasari

Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

Email: nuaristiaanggia@gmail.com

Abstract: *The issue about patient safety is one of important issues in health service. Wava Husada Hospital is a type B provides service. The incidence of patient safety that occurs at Wava Husada Hospital increases from 2017 to 2018. In 2018 there were 48 incidents from January to July. The purpose of this study is to analyze the implementation of patient safety goals in the Hospitalization Unit at Wava Husada Hospital. This is a qualitative research with description approach. The main informants are six nurses executive in the hospitalization unit at Wava Husada Hospital. The result showed the implementation of appropriate certainty-location, right-procedure, right surgery is in compliance with service operational standards owned while the execution patient identification, the implementation of effective communication, the implementation of security enhancement drugs need to be aware, the implementation of the reduction of the risk of infection and the implementation of risk reduction in patients fell not in accordance with the service operational standards owned. Some infrastructure facilities that were not immediately repaired or replaced and the lack of awareness and commitment of nurses to provide appropriate services became a major problem in the services provided by Wava Husada Hospital. The suggestion for Wava Husada Hospital is to increase the commitment of leaders through the provision of periodic training and selecting champion units in accordance with predetermined terms and criteria. And provide media reminders in each unit.*

Keywords: *Hospital, Patient Safety Program*

Bibliography : *11, 1996-2017*

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Rumah sakit adalah institut pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna serta menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.¹ Terdapat beragam obat, tes, prosedur, alat dengan teknologinya, serta tenaga profesi dan non profesi yang harus siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus.² RS Wava Husada merupakan rumah sakit tipe B dan terakreditasi KARS Paripurna. Insiden keselamatan pasien di RS

Wava Husada, pada tahun 2017 hingga tahun 2018 kejadian yang sering terjadi pada unit rawat inap, rawat jalan, laboratorium, kamar operasi, dan IGD. Pada unit rawat inap insiden keselamatan pasien yang terjadi adalah kesalahan identitas pada sampel pasien, kesalahan label sampel, gelang identitas belum terpasang, terdapat 1 pasien dengan 2 nama, luka pada tangan, pasien jatuh dari *bed*, obat pulang terbawa pasien lain, pemberian obat antibiotik tanpa melakukan *skin test*, dan dosis tidak sesuai anjuran dokter. Pada unit rawat jalan insiden keselamatan

pasien yang terjadi adalah kesalahan identitas, dan pasien jatuh. Pada laboratorium insiden keselamatan pasien yang terjadi adalah tertukarnya hasil pasien 1 dengan pasien yang lain. Pada unit kamar operasi insiden keselamatan pasien yang terjadi adalah pasien hampir jatuh. Dan pada unit IGD insiden keselamatan pasien yang terjadi adalah terdapat 1 pasien dengan 2 nama.

Berdasarkan latar belakang diatas, perlu dilakukan tinjauan lebih lanjut mengenai analisis pelaksanaan program keselamatan pasien di Rumah Sakit Wawa Husada Kabupaten Malang?

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan metode deskriptif analitik. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan berdasarkan kriteria *purposive sampling*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan program keselamatan pasien dengan melihat aspek input, proses, serta output di unit rawat inap RS Wawa Husada Kabupaten Malang. Subjek dalam penelitian ini adalah 4 orang perawat bagian unit rawat inap dan 2 orang kepala bagian unit rawat inap sebagai informan utama, serta Manajer Pelayanan Medis, Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien, *Champion* KPRS, Pasien sebagai informan triangulasi. Analisa data dengan reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Karakteristik Informan Penelitian

Subjek dalam penelitian ini dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki serta perannya masing-

masing dalam pelaksanaan Program Sasaran Keselamatan Pasien di RS Wawa Husada. Adapun karakteristik dari masing-masing informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Informan Utama

Tabel 1. Karakteristik Informan Utama

Kode	Usia	Pendidikan Terakhir	Jabatan	Masa Kerja (tahun)
IU 1	25	D3 Keperawatan	Perawat RIA	2 tahun
IU 2	27	D3 Keperawatan	Perawat RIA	3 tahun
IU 3	29	S1 Keperawatan	Kepala Unit RIA	5 tahun
IU 4	28	D3 Keperawatan	Perawat RIG	3 tahun
IU 5	27	D3 Keperawatan	Perawat RIG	5 tahun
IU 6	31	S1 Keperawatan	Kepala Unit RIG	7 tahun

Tabel 2 menunjukkan bahwa informan utama dalam penelitian ini adalah sebanyak 4 orang petugas pelaksana, yaitu 2 perawat rawat inap A (RIA) dan 2 perawat rawat inap G (RIG). Masing-masing bertanggung jawab untuk melaksanakan program sasaran keselamatan pasien pada masing-masing unit yang ditempati. Kemudian 2 petugas pelaksana yaitu 1 kepala unit rawat inap A (RIA) dan 1 kepala unit rawat inap G (RIG) yang masing-masing bertanggung jawab untuk melaksanakan serta mengawasi pelaksanaan sasaran keselamatan pasien pada setiap masing-masing unit yang ditempati.

2. Informan Triangulasi

Tabel 2. Karakteristik Informan Triangulasi

Kode	Usia	Pendidikan Terakhir	Jabatan	Masa Kerja (tahun)
IT 1	46	S2 MMRS	Manajer Pelayanan Medis dan Ketua Akreditasi	7 tahun
IT 2	30	D3 Keperawatan	Ketua Keselamatan Pasien	6 tahun

IT 3	29	S1	Rumah Sakit <i>Champion</i>	5 tahun
IT 4	28	Keperawatan SMA	Unit Pasien	6 hari
IT 5	27	SMA	Pasien	2 hari

Informan triangulasi dalam penelitian ini sebanyak 5 orang, yaitu 1 orang manajer pelayanan medis dan ketua akreditasi rumah sakit selaku penanggung jawab dan pembuat keputusan dalam program sasaran keselamatan pasien, 1 orang ketua keselamatan pasien rumah sakit sebagai penanggung jawab program sasaran keselamatan pasien, 1 orang *champion* unit sebagai penanggung jawab dan pengawas pada setiap unit pada program sasaran keselamatan pasien, dan 2 pasien sebagai penerima pelayanan yang di berikan oleh Rumah Sakit Wawa Husada.

Ketepatan Identifikasi Pasien

Tabel 3. Observasi Identifikasi Pasien

Elemen Observasi	Ket.
Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien	Ya
Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah	Ya
Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis	Ya
Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan atau tindakan	Ya
SOP identifikasi pasien	Ya
SOP pemasangan gelang identifikasi	Ya
SOP identifikasi sebelum memberikan obat, darah/produk darah, mengambil darah/spesimen lainnya, member pengobatan dan tindakan prosedur	Ya
Formulir khusus identifikasi pasien	Ya
Gelang identitas	Ya
Kertas label khusus	Ya

Tindakan yang diberikan menurut petugas pelaksana dari hasil wawancara mendalam yakni perawat pada saat melakukan identifikasi pasien adalah mengenalkan diri terlebih dahulu kepada pasien ataupun keluarga. Kemudian meminta pasien menyebutkan identitasnya berupa nama lengkap yang sesuai dengan

Kartu Tanda Penduduk (KTP) pasien, kemudian menanyakan tanggal lahir pasien.

Namun dari satu pihak yakni *champion* yang juga berperan sebagai perawat pelaksana pada unit rawat inap melalui wawancara mengatakan terkadang melakukan tindakan tidak sesuai prosedur dalam pengecekan identitas ulang atau verifikasi dikarenakan pasien sudah menginap lebih dari tiga hari dan *champion* merasa sudah mengenal dengan baik pasien dan juga pihak keluarga.

Peningkatan Komunikasi Efektif

Tabel 4. Observasi Komunikasi Efektif

Elemen Observasi	Ketersediaan	
	Ya	Tidak
SOP penerima perintah	✓	
SOP pemberian edukasi dan informasi	✓	
SOP komunikasi pada saat serah terima <i>shift</i> jaga antar petugas pelaksana (SBAR)	✓	
SOP komunikasi penyampaian hasil pemeriksaan yang mempunyai nilai kritis	✓	
Form catatan hasil komunikasi	✓	

Dari hasil wawancara mendalam diketahui dalam penerimaan perintah secara lisan, terdapat standar pelayanan prosedur yang harus dilakukan ketika menerima perintah. Yakni perawat harus menggunakan prinsip Tulis-Baca-Konfirmasi Ulang (TBK) yang harus dilakukan oleh penerima perintah. Kemudian penerima perintah juga harus menuliskan pada lembar perintah berupa isi perintah, nama pemberi perintah, nama penerima perintah, tanggal dan jam perintah tersebut diberikan. Penulisan perintah tersebut dilakukan ketika penerima perintah mendapatkan perintah baik dalam bentuk lisan secara langsung maupun secara via telepon. Dan dari hasil wawancara mendalam, 2 dari 6

perawat jarang menuliskan perintah yang di berikan. Perawat tersebut menyatakan terkadang mereka tidak menuliskan perintah tersebut dan hanya mengkonfirmasi ulang informasi apa yang telah didapatkan

Elemen Observasi	Ketersediaan	
	Ya	Tidak
Menyimpan obat-obat <i>high alert</i> dan elektrolit konsentrat di tempat terpisah	✓	
Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien diberi label yang jelas dan disimpan pada area yang dibatasi ketat	✓	
SOP mengenai obat-obat yang <i>high alert</i> minimal mencakup identifikasi, lokasi, pelabelan, dan penyimpanan obat <i>high alert</i>	✓	
Daftar obat-obat <i>high alert</i> , LASA/NORUM dan elektrolit konsentrat	✓	
Formulir khusus insiden keamanan obat yang perlu diwaspadai	✓	
Lemari khusus obat <i>high alert</i> di obat penyimpanan	✓	
Stiker khusus obat risiko tinggi	✓	

kemudian melakukan tindakan yang diperintahkan oleh pemberi perintah pada saat selesai menerima perintah.

Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

Tabel 5. Observasi Peningkatan Obat yang Perlu Diwaspadai

Dalam penyimpanan obat pasien, dari hasil wawancara yang dilakukan obat pada unit rawat inap selalu disimpan menggunakan system *First In First Out* (FIFO) dan *First Expired First Out* (FEFO). Kemudian dalam peletakan obat, petugas memisahkan obat yang termasuk golongan LASA serta menempelkan label hijau bertuliskan LASA pada setiap kemasan obat. Dari hasil wawancara, obat kemudian diletakkan pada lemari yang sudah tersedia pada setiap unit. Dalam penulisan obat LASA perawat mengatakan menggunakan system *Tall Man Lettering* yakni menuliskan bagian yang menunjukkan perbedaan pelafalan

obat diberikan penegasan. Dalam pemberian obat kepada pasien, dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan, perawat akan melakukan pengecekan ulang pada obat yang akan diberikan kepada pasien, apakah obat tersebut sesuai dengan resep yang diberikan oleh dokter. Pada pemberian obat kesalahan yang sering terjadi adalah perawat tidak melakukan pengecekan ulang atau *double check* yang seharusnya selalu dilakukan untuk mengurangi kesalahan pemberian obat.

Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, dan Tepat Operasi

Tabel 6. Observasi Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, dan Tepat Operasi

Elemen Observasi	Ketersediaan	
	Ya	Tidak
Memberikan tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk identifikasi operasi	✓	
Melibatkan pasien saat <i>checklist</i> atau penandaan sebelum melakukan tindakan	✓	
SOP untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien	✓	
Form <i>Surgical Safety Checklist</i>	✓	

Pada wawancara mendalam dengan pasien yang merupakan pasien bedah kuretase, pasien tersebut tidak dilakukan penandaan dikarenakan tidak dimungkinkannya dilakukan. Pada saat beberapa jam sebelum operasi dilaksanakan pasien diberi pengarahan untuk mencukur dan alat pencukur sudah disediakan oleh rumah sakit. Kemudian pada saat diruang bedah, pasien akan diminta menyatakan secara lisan nama lengkap pasien sesuai dengan Kartu Tanda Penduduk (KTP), tanggal lahir, dan menyatakan tindakan apa yang akan dilakukan di bagian tubuhnya. Kemudian tim bedah akan menanyakan tentang persetujuan serta apakah informasi yang

diberikan pasien dan keluarga sesuai dengan data yang ada dalam catatan rekam medis. Dalam pelaksanaannya, pada wawancara yang dilakukan kepada informan triangulasi, penandaan selalu dilakukan jika hal tersebut diperlukan dan *Surgical Safety Checklist* selalu dipastikan ada sebagai dokumentasi pada saat operasi berlangsung.

Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Tabel 7. Observasi Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Elemen Observasi	Ketersediaan	
	Ya	Tidak
Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan	✓	
Mencuci tangan sebelum menyentuh pasien	✓	
Mencuci tangan setelah terkena cairan tubuh pasien	✓	
Mencuci tangan setelah melakukan tindakan	✓	
Mencuci tangan setelah memegang daerah sekeliling pasien	✓	
Mencuci tangan dengan langkah cuci tangan dari WHO	✓	
SOP cuci tangan dan lima momen cuci tangan	✓	
Wastafel	✓	
Air	✓	
Sabun	✓	
Hand drub	✓	
Pengering tangan sekali pakai	✓	
Bak sampah	✓	
Sarung tangan	✓	
Masker	✓	
Formulir laporan insiden infeksi	✓	

Dalam pengurangan infeksi terkait pelayanan kesehatan, dalam wawancara mendalam yang dilakukan diketahui pencegahan yang dilakukan adalah melalui cuci tangan dan penggunaan APD. Diketahui melalui wawancara mendalam terdapat 2 prosedur mencuci tangan, yakni menggunakan sabun dan handrub. Dalam pelaksanaannya perawat menyatakan lebih sering menggunakan handrub dikarenakan lebih efisien dalam penggunaan

waktu dan juga ketersediaan handrub yang lebih banyak dan tersedia dimana saja. Dalam pelaksanaan program keselamatan pasien terdapat 5 momen cuci tangan yang diwajibkan oleh rumah sakit untuk selalu dilakukan oleh perawat. Perawat mengatakan 5 momen tersebut adalah sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, setelah terpapar dengan cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien, dan setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien.

Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Tabel 8. Observasi Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Elemen Observasi	Ketersediaan	
	Ya	Tidak
Melakukan asesmen awal risiko pasien jatuh	✓	
Melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan	✓	
SOP asesmen awal dan asesmen ulang risiko pasien jatuh	✓	
SOP langkah-langkah pencegahan risiko pasien jatuh	✓	
SOP pemasangan gelang risiko pasien jatuh	✓	
Dokumen implementasi: form monitoring dan evaluasi hasil pengurangan cedera akibat pasien jatuh	✓	
Bed side rail	✓	
Kursi roda	✓	
Pegangan besi toilet	✓	
Tangga khusus pengguna kursi roda	✓	
Karpet antislip		✓
Keset	✓	
Tangga turun pada bed		✓
Formulir laporan insiden pasien jatuh	✓	
Papan penanda pasien jatuh		✓

Pada Pengurangan Risiko Pasien Jatuh, menurut wawancara mendalam kepada perawat dilakukan dengan cara melakukan penilaian risiko jatuh yang dilakukan di rawat jalan dan IGD yang menjadi awal pintu masuk pasien di rumah sakit. Namun pada rawat inap penilaian risiko pasien jatuh juga dilakukan guna memastikan dengan

kembali apakah pasien tersebut memiliki risiko jatuh atau tidak. Penilaian dilakukan menggunakan *Morse Fall Scale* untuk dewasa dan anak-anak menggunakan *Humpty Dumpty*. Jika skor cukup tinggi, menurut seluruh perawat pelaksana maka perawat akan memasang gelang kuning kemudian dibuat laporan rekam medis pasien untuk mencegah pasien jatuh. Perawat mengatakan selalu melakukan penilaian ulang kepada pasien, namun Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien mengatakan dalam wawancara mendalam yang dilakukan, kendala dalam penilaian pasien adalah beberapa perawat masih ada yang memiliki komitmen rendah dalam pelaksanaan penilaian ulang tersebut.

PEMBAHASAN

a. Ketepatan Identifikasi Pasien

Rumah Sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/meningkatkan ketelitian identifikasi pasien. Ketepatan identifikasi pasien merupakan awal dari program keselamatan pasien.³

Ketepatan identifikasi pasien yang dilakukan oleh perawat di Rumah Sakit Wawa Husada mengenai kesesuaian identitas pasien dengan informasi yang sudah didapatkan sebelumnya yang tercatat pada rekam medik yang terdapat pada rumah sakit melalui konfirmasi ulang kepada pasien mengenai nama lengkap sesuai dengan KTP, dan tanggal lahir, sebelum dilakukan pemberian obat, pengambilan spesimen, dan sebelum pemberian tindakan. Hal ini dimaksudkan untuk

pengurangan risiko kesalahan identifikasi yang dapat berakibat pada salah pasien, salah pemberian tindakan ataupun prosedur yang diberikan ketika pasien melakukan rawat inap di rumah sakit. Dalam hal ini, pasien juga dipasang gelang yang berisi identitas pasien yang berisikan nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medis dengan warna yang disesuaikan dengan jenis kelamin pasien. Kemudian diberikan gelang berwarna biru untuk laki-laki dan merah muda untuk perempuan. Hal tersebut sesuai dengan Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 dan juga hasil penelitian terdahulu menyatakan bahwa, sistem identifikasi pasien di RSUP Prof. Kandou sejak pasien mendaftarkan, identitas pasien meliputi: nama, umur, dan nomor rekam medis pasien.³

b. Peningkatan Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif yaitu komunikasi yang mampu menghasilkan perubahan sikap (*attitude change*) pada orang lain yang dapat terlihat dalam proses komunikasi, meliputi proses utama berupa menuliskan perintah, membacakan ulang, dan mengkonfirmasi kembali perintah (*write – read back – repeat back*).⁴

Dalam komunikasi efektif diharapkan terjadinya tersampaikan gagasan dan pemikiran kepada orang lain dengan jelas sesuai dengan yang dimaksudkan dari pihak pemberi pesan kepada pihak penerima pesan. Adanya saling kesepahaman dalam suatu permasalahan, sehingga terhindar dari salah persepsi. Memberikan suatu pesan kepada pihak tertentu dengan maksud

agar pihak yang di beri informasi dapat memahaminya. Dan penerima pesan dapat memberikan umpan balik terhadap pemberi pesan.

Namun dari hasil wawancara dari hasil wawancara mendalam, 2 dari 6 perawat jarang menuliskan perintah yang di berikan. Perawat tersebut menyatakan terkadang mereka tidak menuliskan perintah tersebut dan hanya mengkonfirmasi ulang informasi apa yang telah didapatkan kemudian melakukan tindakan yang diperintahkan oleh pemberi perintah pada saat selesai menerima perintah. Hal tersebut sangat disayangkan dimana peluang untuk kesalahan dalam memahami perintah dapat terjadi atau bahkan perintah dapat terlupakan karena tidak dicatat yang dapat berakibat pada kemungkinan terjadinya kesalahan memberikan suatu tindakan yang memiliki risiko terjadinya insiden.

c. Peningkatan Keamanan Obat High Alert

Obat-obat high alert adalah obat-obatan yang memiliki resiko lebih tinggi untuk menyebabkan/menimbulkan adanya komplikasi/membahayakan pasien secara signifikan jika terdapat kesalahan penggunaan (dosis, interval, dan rute pemakaian obat). Obat-obat dalam golongan LASA (Look Alike Sound Alike) juga termasuk dalam obat-obat high alert. Yang dimaksud dengan obat-obat LASA adalah obat-obat yang memiliki kemiripan dalam bentuk kemasan obat maupun kemiripan dalam pelafalan nama obat. Hal ini memiliki risiko untuk

terjadinya kesalahan pemberian obat kepada pasien.⁵

Dalam penyimpanan obat pasien, perawat mengatakan penyimpanan sudah sesuai menggunakan sistem First In First Out (FIFO) dan First Expired First Out (FEFO). Kemudian dalam peletakan obat, bertugas memisahkan obat yang termasuk golongan LASA serta menempelkan label hijau bertuliskan LASA pada setiap kemasan obat. Obat kemudian sudah tersedia pada setiap unit. Seperti penelitian pada RSUD Kabupaten Lombok Utara yang menyatakan bahwa obat-obat LASA diberikan stiker khusus warna hijau.⁵ Dan sesuai dengan Permenkes No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien jika elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis, Rumah Sakit Wawa Husada tidak meletakkan elektrolit konsentrat pada unit rawat inap.

Dalam pemberian obat, perawat harus selalu melakukan pengecekan ulang terhadap semua obat-obatan sebelum diberikan kepada pasien. Pengecekan dilakukan oleh minimal 2 orang perawat dengan tujuan meningkatkan keselamatan akurasi. Namun, kendala dalam pelaksanaan peningkatan keselamatan obat yang perlu diwaspadai adalah kurangnya komitmen petugas untuk melakukan pengecekan ulang. Baik setelah menerima dari farmasi dan juga pengecekan ulang ketika akan di berikan kepada pasien.

d. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, dan Tepat Operasi

Keselamatan

pembedahan, adalah suatu program yang dilakukan Tim Bedah terhadap pasien yang akan dioperasi, untuk meningkatkan keselamatan pasien selama prosedur pembedahan, mencegah terjadinya kesalahan lokasi operasi dan prosedur operasi, serta mengurangi komplikasi kematian akibat pembedahan.⁶

Seorang pasien operasi bedah kuretase menyatakan tidak ada prosedur penandaan sebelum dilakukan tindakan. Hal ini dikarenakan penandaan tidak mungkin dilakukan. Kemudian dilakukan verifikasi berupa pasien diminta untuk menyebutkan identitas diri berupa nama lengkap yang sesuai dengan KTP pasien, tanggal lahir, dan yang terakhir tindakan yang akan dilakukan. Hal ini tertera pada SOP dan juga panduan kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat operasi. Kemudian tim bedah akan menanyakan tentang persetujuan untuk melakukan tindakan serta apakah informasi yang diberikan pasien dan keluarga sesuai dengan data yang ada dalam catatan rekam medis.

Kemudian untuk mengantisipasi dampak yang tidak diinginkan, Ketua Sub Komite Keselamatan Pasien mengatakan melakukan komunikasi ulang kepada pasien setelah 1 minggu pasien tersebut diperbolehkan pulang. Komunikasi berupa menanyakan keluhan dan menginformasikan untuk melakukan check up untuk lebih memastikan tidak ada

dampak yang tidak diinginkan yang terjadi pada pasien tersebut.

e. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan mengutamakan keselamatan pasien diperlukan penyelenggaraan pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit. Salah satu dari program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di rumah sakit adalah, upaya menurunkan infeksi sebagai upaya untuk memutus mata rantai penularan penyakit kepada petugas rumah sakit, keluarga pasien dan seluruh lingkungan rumah sakit. Dan cara paling mudah untuk mengurangi resiko infeksi adalah dengan menjaga kebersihan tangan khususnya bagi petugas kesehatan.⁷

Terdapat 5 momen membersihkan tangan yang harus dilakukan oleh seluruh petugas rumah sakit berdasarkan WHO.

5 momen tersebut adalah:

- 1) Sebelum kontak dengan pasien
- 2) Sebelum melakukan tindakan aseptik
- 3) Setelah terpapar dengan cairan tubuh pasien
- 4) Setelah kontak dengan pasien
- 5) Setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien

Menurut perawat pelaksana terdapat 2 cara dalam mencuci tangan. Yakni menggunakan sabun dan menggunakan handrub. Dalam pelaksanaannya perawat lebih cenderung menggunakan handrub dibandingkan dengan sabun dikarenakan ketersediaan handrub yang berada di mana saja dan tidak perlu mengeringkan tangan kembali

setelah melakukan cuci tangan. Dalam pelaksanaannya, sebagian besar Perawat mengetahui cara melakukan pengurangan risiko infeksi, hanya saja tidak semua petugas mengingat dan menerapkan momen cuci tangan. Momen yang sering terlupakan dalam membersihkan tangan adalah sebelum kontak dengan pasien dan setelah menyentuh lingkungan sekitar pasien. Hal ini dikarenakan jika sebelum kontak dengan pasien, perawat beralasan sering terburu-buru dan lupa untuk membersihkan tangan menggunakan handrub. Dan pada momen setelah menyentuh lingkungan pasien perawat sering lupa karena harus menulis laporan visite dokter ketika selesai melakukan pemeriksaan. Hasil tersebut sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa hamper semua pelaksanaan cuci tangan berdasarkan SOP rata-rata masih tergolong rendah yaitu berkisar dari 36%-42%.⁸ Hal ini juga sejalan dengan penelitian Siti Marfu'ah dan Liena Sofiana pada Rumah Sakit Umum Daerah Wonosari dimana sebelum melakukan kontak dengan pasien juga merupakan presentase terendah dari semua prinsip 5 momen *hand hygiene* karena perawat juga menyatakan keadaan gawat darurat dan mereka lebih terfokus kepada penyelamatan pasien sehingga perawat kebanyakan tidak melakukan *hand hygiene* terlebih dahulu.⁹

f. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu dan mengutamakan keselamatan pasien maka dirasa

perlu untuk melakukan pengkajian resiko jatuh pada pasien di rumah sakit. Penilaian awal dilakukan dirawat jalan/IGD/kamar bersalin untuk pasien oleh perawat yang bertugas dengan menggunakan Asesment Resiko Jatuh Skala Moore dan pasien anak-anak menggunakan skala *Humpty dumpty*. Assessment atau penilaian harus sudah ditetapkan dalam waktu selambat-lambatnya 24jam sejak pasien dirawat di rumah sakit. Asesment dilakukan oleh dokter penanggungjawab pasien (DPJP) dan atau perawat (minimal penanggungjawab shift/kepala tim) dengan menentukan skor resiko jatuh berdasarkan skala. Apabila hasil total skore pasien termasuk resiko sedang atau tinggi, dibuat masalah keperawatan untuk mencegah terjadinya pasien jatuh.

Pada pelaksanaannya, kendala yang didapatkan adalah kurangnya komitmen perawat dalam melakukan *assessment* atau penilaian ulang dikarenakan menganggap hal tersebut sudah dilakukan di unit rawat jalan dan IGD. Hal ini sangat berisiko, namun sayangnya pelaksanaan ini kurang diperhatikan dikarenakan tidak masuk kedalam indikator capaian. Pada indikator capaian pengurangan risiko pasien jatuh hanya terkonsentrasi pada penggunaan gelang kuning oleh pasien rawat inap. Hal ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang menyatakan RSUD Kabupaten Lombok Utara komitmen petugas dalam melakukan asesmen awal dan asesmen ulang pada pasien terhadap risiko jatuh masih

kurang karena upaya yang dilakukan untuk mencegah risiko jatuh adalah dengan melakukan pengkajian risiko jatuh dan melakukan intervensi pencegahan kejadian jatuh.¹⁰

KESIMPULAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diperoleh peneliti mengenai Analisis Pelaksanaan Program Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Wawa Husada, diketahui bahwa pelaksanaan program terlaksana namun belum berjalan sesuai dengan kebijakan dan SOP yang telah tersedia. Hal tersebut dapat ditinjau dari:

1. Sarana prasarana khusus untuk program keselamatan pasien sudah hampir terpenuhi. Namun penggantian sarana prasarana yang rusak cenderung lambat.
2. Pada beberapa pelaksanaan, kesadaran dan komitmen perawat untuk melakukan pelayanan yang sesuai dengan SOP masih kurang, dapat dilihat dari tidak melakukan verifikasi identitas pasien ketika akan memberikan tindakan, tidak mencatat ketika diberikan perintah lisan maupun via telepon, tidak melakukan *double check* pada obat yang akan diberikan kepada pasien, sering lupa untuk melakukan momen cuci tangan, dan tidak melakukan penilaian ulang pasien risiko jatuh.
3. Masih terdapat capaian yang tidak sesuai dengan target.

Dari 6 SKP yang memiliki target, Verifikasi Hasil Pelaporan <24 jam, Kepatuhan Petugas Melakukan *Double Check* pada Obat *High Alert*, Tidak Ada Kejadian Operasi Salah Sisi, Salah Tindakan, dan Salah PX Operasi, Angka Kepatuhan Cuci Tangan, Semua Pasien Risiko Jatuh Terpasang Gelang Kuning. Masih terdapat 2 SKP yang belum sesuai, yakni Kepatuhan Petugas Melakukan *Double Check High Alert* dikarenakan komitmen perawat yang kurang dan pada obat dan Angka Kepatuhan Cuci Tangan dikarenakan perawat sering lupa.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit Wawa Husada

- a. Meningkatkan dukungan pimpinan dalam upaya peningkatan budaya keselamatan pasien karena pimpinan memiliki wewenang dalam menerapkan sistem yang berlaku. Dukungan pimpinan dapat dilihat dari meningkatkan upaya budaya keselamatan pasien dengan pemilihan *champion* unit sebagai perwakilan dengan syarat dan ketentuan yang sesuai.
- b. Memberikan pelatihan khusus mengenai keselamatan pasien secara berkala agar perawat pelaksana dapat meningkatkan pemahaman dan

- melakukan pemberian pelayanan yang sesuai.
- c. Supervisi dan monitoring secara rutin baik kepada staf dan kepala unit sehingga jika ada hal-hal yang kurang sesuai saat itu juga bisa dilakukan perbaikan.
 - d. Dalam hal output berupa ketidaksesuaian capaian dengan target, berupa Kepatuhan Perawat Melakukan Double Check pada Obat High Alert dan Angka Kepatuhan Cuci Tangan yang rendah dikarenakan perawat selalu lupa untuk melakukan hal tersebut, diperlukan media pengingat yang dapat dilihat pada lingkungan unit, dapat berupa *standbanner*.

2. Bagi Peneliti

Perlu ditambahkan informan dari pihak dokter dan farmasi yang juga memiliki andil cukup besar dalam program keselamatan pasien. Dan juga mengenai kejelasan jumlah anggaran dana untuk program keselamatan pasien di Rumah Sakit Wawa Husada.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kepmenkes No 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas. 2004.
2. Keles, Angelina W., GD Kandou dan Ch. R. Tilaar. Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano Sesuai dengan Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012. Manado: Universitas Sam Ratulangi; 2015
3. RS Wawa Husada. *Kebijakan Identifikasi Pasien*. Malang; 2016.
4. Lombogia, A., Rottie, j., Karundeng, M., *Hubungan Perilaku Dengan Kemampuan Perawat Dalam Melaksanakan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di Ruang Akut Instalasi Gawat Darurat RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado*, E-journal Keperawatan (E-KP). 2016
5. RS Wawa Husada. *Peberlakuan Panduan Komunikasi Efektif*. Malang; 2016
6. RS Wawa Husada. *Panduan Pengelolaan Obat yang Perlu Diwaspadai*. Malang; 2016
7. RS Wawa Husada. *Panduan Kepastian Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi*. Malang; 2016
8. Isnaini, M, N., Rofii, M, *Pengalaman Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Keselamatan Pasien*. Jurnal Managemen Keperawatan; 2014.
9. Tajuddin, R,S., Sudirman, I., Midin, A., *Faktor Penyebab Medication Error Di Instalasi Rawat Darurat*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan; 2012
10. Marfu'ah, Siti. Analisis Tingkat Kepatuhan Hand Hygiene Perawat dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial. Yogyakarta; 2016
11. Ernawati, E., Tri, A., Wiyanto, S., *Penerapan Hand Higyene Perawat Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit*. Jurnal Kedokteran Brawijaya; 2014.